

**G'ANIYEV G'.A.
BAXAVADINOVA Z.M.
SAXIBOVA M.**

AMBULATOR POLIKLINIK PEDIATRIYA

DARSLIK



**KAFOLAT TAFAKKUR
ANDIJON – 2024**

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

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

AMBULATOR POLIKLINIK PEDIATRIYA

Tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining 6 qurs talabalari uchun darslik

**KAFOLAT TAFAKKUR
ANDIJON – 2024**

UO‘K: 616-053.2(075.8)

KBK: 57.3ya73

G‘19

Tuzuvchilar:

**G‘aniyev Abdurashid
Ganiyevich**

-Bolalar kasalliklari propedevtikasi va poliklinik
pediatriya kafedrası mudiri,dotsent

**Baxavadinova Zamira
Muxamattairovna**

-Bolalar kasalliklari propedevtikasi va poliklinik
pediatriya kafedrası katta o‘qituvchisi

**Saxibova Mavlyuda
Djurayevna**

- Bolalar kasalliklari propedevtikasi va poliklinik
pediatriya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

L.K. Raxmanova

-Toshkent tibbiyot akademiyasi
“Oilaviy tibbiyotda bolalar kasalliklari”
kafedrası professori, t.f.d.

A.G. Arzibekov

-Andijon Davlat tibbiyot institutining
Pediatriya kafedrası mudiri, dotsent

ISBN: 978-9910-711-18-3

G‘19

**“Ambulator poliklinik pediatriya”/darlik/ G‘.A.Ganiyevich, Z.M.Baxavadinova,
M..Saxibova/Kafolat tafakkur/Andijon 2024-yil.**

“Ambulator poliklinik pediatriya” darsligida keltirilgan ma’lumotlar aynan Respublikadagi sogliqni saqlash tizimida o‘tkazilayotgan islohatlar kesimida muxim ahamiyatga ega. Sogliqni saqlash birlamchi bo‘giniga aloxida e’tibor berilishi va umumiy amaliyot shifokori tizimini rivojlanirish nuqtai nazaridan bu fanning ahamiyati oshib bormoqda. Shu munosabat bilan ushbu dastur birlamchi bo‘ginda keng tarqalgan kasalliklarni oldini olishi, kechishi, davolashi va reabilitatsiya o‘tkazishni qamrab oladi.

ISBN: 978-9910-711-18-3



2997

© G‘.A.Ganiyevich, Z.M.Baxavadinova,
M..Saxibova, 2024

© Kafolat tafakkur MCHJ, 2024



G'ANIYEV ABDURASHID GANIYEVICH

**Bolalar kasalliklari propedevtikasi va poliklinik pediatriya
kafedrasi mudiri,dotsent**

SO‘Z BOSHI

Qadrli hamkasblar va talabalar! Biz sizga talabalar va rezidentlar uchun “Ambulator poliklinik pediatriya” nomli yangi darslikni taklif qilishdan mamnunmiz, u bir necha yil avval boshqa ilmiy arboblardan tomonidan nashr qilingan bo‘lib, kitob bizning kafedra xodimlari tomonidan qayta ishlangan va kengaytirilgan nashri hisoblanadi.

Mualliflar jamoasi tomonidan nashr qilingan avvalgi kitoblarimiz xam amaliy sog‘liqni saqlash sohasida - mahalliy pediatrlar va boshqa shifokor mutaxassisliklar uchun talabga ega bo‘lganidan mamnunmiz. Ushbu darslikda pediatriya bo‘limida yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bilan profilaktika ishlari, turli yoshdagi bolalarni profilaktik ko‘rikdan o‘tkazish bo‘yicha materiallar keltirilgan, yosh bolalarning ovqatlanishiga katta e‘tibor qaratilgan, ambulatoriya bosqichida immunoprofilaktika tamoyillari ko‘rib chiqilgan, dispanser kuzatuv standartlari, turli nozologiyalar uchun taqdim etilgan va asosiy laboratoriya tekshiruvlari uchun standartlar berilgan.

Kasalxonagacha bo‘lgan bosqichda bolalarga shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatishga bag‘ishlangan maxsus bob birlamchi tibbiy yordam shifokoriga favqulodda vaziyatlarni rivojlantirish uchun to‘g‘ri taktikani tanlash imkonini beradi: qon ketish, kimyoviy quyishlar, zaharlanish va boshqalar.

Yuqumli kasalliklarning immunoprofilaktikasi bolalar aholi salomatligini muhofaza qilishning muhim qismi va ayrim hollarda yuqumli kasalliklarning oldini olish, kamaytirish va bartaraf etishning yagona samarali chora hisoblanadi. "Profilaktik emlashlar" bo‘limida bolalar poliklinikasida emlash ishlarini tashkil etish bo‘yicha asosiy me‘yoriy hujjatlar, pediatr va immunologning vazifalari, immunologik komissiyaning vazifalari va asosiy yuqumli kasalliklarga qarshi emlash masalalari muhokama qilinadi.

Oshqozon-ichak trakti, endokrin, siydik va nafas olish tizimi kasalliklari, allergopatologiyasi bo‘lgan bolalarni klinik tavsiyalarga muvofiq klinik kuzatish me‘yorlariga alohida e‘tibor qaratilmoqda. Qulay foydalanish uchun material jadvallar shaklida taqdim etiladi. Darslik O‘zbekiston Respublikasi qonunlariga, O‘zbekiston Sog‘liqni saqlash vazirligining buyruqlari va qoidalariga mos keladi. Nashr turli yoshdagi bolalarga tibbiy yordam ko‘rsatish, profilaktika masalalari, davolash ishi va tekshiruvlar, emlash, ovqatlanishni tashkil etish, favqulotda yordam ko‘rsatish, dispanser kuzatuvlari va boshqa materiallar aks ettirilgan.

Darslik mahallashifokorlari, klinik rezidentlar va tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining pediatriya fakulteti 6-qurs talabalari uchun mo‘ljallangan va boshqa mutaxassis shifokorlar uchun ham qiziqarli bo‘lishi mumkin.

ANNOTATSIYA

Mazkur darslik 5510200 “Pediatriya ishi” ta’lim yo’nalishi 2015 yil 21 avgustdagi O’zbekiston Respublikasi Oliy va o’rta maxsus ta’lim vazirligining № 303-sonli buyrugi bilan tasdiqlangan va DTS-2018 yil muvofiqlashtirilgan na’munaviy o’quv dasturi asosida tuzilgan Oliy va o’rta maxsus ta’lim vazirligining 2015 y 02.02 “32”- sonli buyrugi bilan tasdiqlangan № VD 5510200-401 2015 yil 07.01 ro’yxatga olingan.

“Ambulator poliklinik pediatriya” darsligida keltirilgan ma’lumotlar aynan Respublikadagi sogliqni saqlash tizimida o’tkazilayotgan islohatlar kesimida muxim ahamiyatga ega. Sogliqni saqlash birlamchi bo’giniga aloxida e’tibor berilishi va umumiy amaliyot shifokori tizimini rivojlanirish nuqtai nazaridan bu fanning ahamiyati oshib bormoqda. Shu munosabat bilan ushbu dastur birlamchi bo’ginda keng tarqalgan kasalliklarni oldini olishi, kechishi, davolashi va rehabilitatsiya o’tkazishni qamrab oladi.

Mazkur darslikning har bir bo’limida topshiriqlar uni yechish usullari keltirilgan, talabalarni o’zlashtirish darajasini baxolovchi testlar, vaziyatli masalalar bilan boyitilgan va tibbiyot oliygoxi uchun mo’ljallangan.

АННОТАЦИЯ

Вышеупомянутый учебник по направлению бакалавриата “Педиатрическое дело” 5510200 ГОС-2018 год утвержденная приказом МВССО РУз № 744 от 2018г 25.08. зарегистрированное 18.08.2018 г № БД- Учебная программа утверждена №4 протоколом от 18.08 2018 г Координационнго Совета Высшего и среднеспециального технического образования.

Данная программа в учебнике “Амбулаторной поликлинической педиатрии” направлена на создание равных условий получения первичной медицинской помощи детей и взрослых, как в городской, так и в сельской местности. Важность этого предмета возрастает с точки зрения особого внимания к первичному звену здравоохранения и развитию системы медицины общей практики. В связи с этим данная программа охватывает профилактику, лечение и реабилитацию распространенных заболеваний.

В заключительную главу для эффективного усвоения учебника включены тесты и ситуационные задачи которые рассчитаны для медицинских вузов.

ANNOTATION

The aforementioned textbook in the direction of the undergraduate program “Pediatrics” 5510200 GOS-2018 approved by order of the MHSSE of the Republic of Uzbekistan No. 744 of 2018 25.08. Registered on 18.08.2018 No. BD - Curriculum approved by Protocol No. 4 of 18.08.2018 of the Coordinating Council of Higher and Secondary Specialized Technical Education.

This program in the textbook “Outpatient Pediatrics” is aimed at creating equal conditions for receiving primary medical care for children and adults, both in urban and rural areas. The importance of this subject is growing in terms of the emphasis on primary health care and the development of the general medicine system. In this regard, this program covers the prevention, treatment and rehabilitation of common diseases.

The final chapter for effective mastering of the textbook includes tests and situational tasks that are designed for medical institutes.

MUNDARIJA	№
Qabul qilingan qisqartirishlar	
Kirish	
Umumiy amaliyot asoslari. Birinchi yordam falsafasi va tamoillari. Sogʻliqni saqlash tizimida umumiy pediatri oʻrni va vazifalari. Birlamchi tibbiy sanitariya tizimidagi muassasalarini asosiy statistik Koʻrsatkichlari, meyoriy–xuquqiy xujjatlari	
Maslaxat berish (konsultatsiya) koʻnikmasi. ”Qiyin” bemorlarni konsultatsiyasi. “ Vrach –patsiyent ” munosabati tamoillari. Samarali muloqotga toʻsiqlar. Bolalar, oʻsmirlar, ularning ota –onalaridan shikoyat va samarali anamnez yigʻish.(JSST tavsiyalari)	
Bolalarni klinik tekshirishdan oʻtkazish, laborator – instrumental tekshirishlar tayinlash, davolash, mutaxasislarga yuborish qoidalari. Bemorlarga kasalligi xaqida maʼlumotlar berish, dispansernazoratdanoʻtkazish	
Profilaktika: turlari va koʻrinishlari. Sogʻliqni saqlash birinchi boʻgʻinida profilaktik tadbirlarni oʻtkazish. Vaksinasiya. kasallanishni taxlili. (JSST tavsiyalari)	
Postvaksinal reaksiyalar va asoratlari. Ota –onalarga maʼlumot berish va birlamchi tibbiy yordam koʻrsatish (JSST tavsiyalari)	
Dalillarga asoslangan tibbiyotga kirish. Klinik qoʻllanmalar, protokollar va standartlarni qoʻllash. Internetdan mustaqil maʼlumot izlash.(JSST tavsiyalari)	
Chaqaloqlik davri. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni koʻrikdan oʻtkazish. Chaqaloqlik davridagi chegara xolatlar. Chaqaloqlar patronaji	
Bolalar xayotining 1 yilida koʻp uchraydigan patologik xolatlar.(raxit, anemiya, chanoq boʻgʻimi displaziyasi va chiqishi). Dispanser nazorat	
1-5yoshdagi bolalar. Jismoniy va psixomotor rivojlanishi (JSST tavsiyalari). Dispanser nazorati. Ovqatlanishi. Eng koʻp uchraydigan patologik xolatlar. Konsultatsiya qilish xususiyatlari	
Bolalarga nisbatan qoʻpol munosabatda boʻlish. Aniqlash belgilari. Ota-onalar bilan suxbat oʻtkazish qoidalari	
5-12yoshgacha boʻlgan bolalar. Jismoniy rivojlanishi. Dispanser nazorati. Ovqatlanishi. Eng koʻp uchraydigan patologik xolatlar (revmatik isitma, oshqozon ichak kasalliklari). Enurez. Konsultatsiya qilish xususiyatlari	
12-16 yoshgacha boʻlgan bolalar. Jinsiy rivojlanish. Dispanser nazorati. Ovqatlanishi. Eng koʻp uchraydigan patologik xolatlar (depressiya, narkomaniya, toksikomaniya). Konsultatsiya qilish xususiyatlari	

Ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish Ko'krak suti bilan boqishda uchraydigan qiyinchiliklarda maslaxatberish	
Qo'shimcha ovqatni kiritish tamoyillari. 2 yoshdan katta bolalarni ratsional ovqatlantirish. Bolalarni ratsional ovqatlantirish bo'yicha maslaxat berish	
BKIUOB strategiyasi. Xavf omillarini aniqlash.(JSST tavsiyalari).	
BKIUOB(1SATT). Yo'tal va nafas qiyinligi (JSST tavsiyalari)	
BKIUOB (ICATT).Diareya, diareyani davolash.(JSST tavsiyalari)	
BKIUOB(ICATT). Oziqlanishning buzilishi bo'lgan bolalar, to'g'ri ovqatlanish bo'yicha maslaxat berish (Ko'krak suti bilan boqish, qo'shimcha ovqatlantirish, 2 yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish). (JSST tavsiyalari)	
Dori vositalarini ratsional tavsiya etish. Ratsional davolash jarayoni. Personal dori vositalarni va personal davoni tanlash. Bemorni muammolarini aniqlash. Davolashni maqsad va vazifalarini belgilash. Retsept yozish. Bemorlarga dori vositalarini farmakologik xususiyatlari, qo'llash usullari va dozalari, nojo'ya ta'sirlari to'g'risida batafsil ma'lumot berish. Davolash jarayonini kuzatish	
Qorinda og'riq (gastrit, enterokolit, 12-barmoqli ichak va oshqozon yarasi).Ambulatoriya sharoitida qorinda og'riq bilan kechadigan kasalliklarni olib borish. Dispanser kuzatuv.Profilaktikasi	
Dispeptik buzilishlar. Ezofagit, divertikulit, pilorostenoz, pilorospazm, reflyuks- ezofagit.Dispanser kuzatuv.Profilaktikasi.Noinfeksiyon diareya	
Noinfeksiyon diareya. Malabsorbsiya sindromi, NYAK, Kron kasalligi. Ta'sirlangan yo'g'on ichak sindromi.Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi	
Sariqlik (surunkali gepatitlar, xoletsistit, pankreatit, jigar sirrozi). Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.	
Dizuriya. Peshob yo'llari infeksiyasi. Sistit, piyelonefritni tashxislash va davolash. Peshob tutilishi.Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi	
Siydik sindromi. Peshobdagi o'zgarishlar. Peshob taxlilidagi o'zgarishlar: miqdorga oid (poliuriya, oligouriya, anuriya), sifatiga oid (giperstenuriya, gipostenuriya, proteinuriya, piuriya, gematuriya, gemoglobinuriya, silindruriya, bakteriuriya).Glomerulonefritni tashxislash.Dispanser kuzatuv.Profilaktika	
Bo'g'im sindromi. Revmatik isitma. Kechishining o'ziga xosligi, birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi. Dispanser kuzatuv	
Yo'tal. Yuqori nafas yo'llari kasalliklari diagnostikasi-ORVI, faringit, tonsilit, laringit, epiglottit, otit.Profilaktika.Otoskopiyaning o'tkazish	
Yo'tal. Pastki nafas yo'llari kasalliklari diagnostikasi - bronxit, zotiljam,	

bronxoektatik kasalliklar,o‘pka abssessi.Nafas yo‘llaridagi yot jism Dispanser nazorat. Profilaktika	
Nafas qisishi (xansirash). Bolalarda bronxial astma kasalligini tashxislash.Pikfluometriyani o‘tkazish, uning Ko‘rsatkichlarini interpretatsiyasi. Dispanser nazorati. Profilaktikasi	
Bolalarda ortiqcha vazn, semizlik. Erta tashxislash, skrining. Axoli bilan ishlash.Metabolik sindrom	
Qalqonsimon bez kasalliklari (gipoterioz, gipertireoz).Tashxislashning o‘ziga xosligi va davosi	
Qandli diabet 1-turini erta aniqlash, tashxislash, asoratlarni oldini olish. Dispanser nazorat.Axolini o‘qitish	
Qandli diabetda komalar	
Nazorat savollar	
Testlar	
Vaziyatli masalalar	
Glossariy	
Foydalanilgan adabiëtlar ro‘yxati	

Qabul qilingan qisqartirishlar

AT - antitela
ATSS - atsetilsistein
AYUQX - aylanib yuruvchi qon hajmi
AQB - arteril qon bosimi
BA - bronxial astma
BAB - β adrenoblokatorlar
BKT - biokimyoviy tahlil
BOS - bronxoobstruktiv sindrom
VTK - buyrak tosh kasalligi
VGA - virusli gipatitA
VGB - virusli gipatit B
VGS - virusli gipatitS
GYOKX - gestatsion yoshga nisbatan kichik homila
GKS - glyukokortikosteroidlar
GN - glomerulonefrit
GT - glutamin transferaza
GERK - gastroezofagal reflyuks kasalligi
DKA - diabetik ketoatsidoz
DN - diabetik nefropatiya
DTB - diffuz toksik buqoq
JYOYUK - jinsiy yo‘llar orqali yuqadigan kasalliklar
JNH - jadal chiqarilgan nafas xajmi
JNCH₁- 1 soniyada jadal chiqarilgan nafas hajmi
JSST - jahon sog‘liqni saklash tashkiloti
IBKD - insulinga bog‘liq qandli diabet
IGQS (IGKS) - ingalyatsiyada qo‘llaniladigan glyukokortikosteroidlar
IK - immun komplekslar
ITS - ichak ta’sirlanish sindromi
IFT - immun ferment tahlil
IO‘O - insulinga o‘xshash omil-1
KB - Kox batsillasi
KT - kompyuter tomografiyasi
KF - koptokchalar filtratsiyasi
LG - lyuteinlovchi garmon
MAD - monoaminoksid
Ml/yosh - bemorning har yillik yoshiga beriladigan dori dozasi
Ml/kg - bemor tanasining har bir kg vazniga beriladigan dori dozasi

MNT - markaziy nerv tizimi
MPT- magnit rezonans tomografiyasi
NE - nafas yetishmovchiligi
NS - nafas soni
NSE - xlorid kislotasi
NFS - nefrotik sindrom
NCHAT - nafas chiqarish avjii tezligi
NYAK- nospetsifik yarali kolit
OGTS - oral glyukozaga tolerantlik sinamasi
OIV - odam immuntanqisligi virusi
OIT - oshqozon-ichak tizimi
OITS - orttirilgan immun tanqisligi sindromi
OP - oilaviy poliklinika
PS - plevra suyuqligi
PTI - protrombin indeksi
RA - revmatoid artrit
SBE - surunkali buyrak yetishmovchiligi
SGN - surunkali glomerulonefrit
SMB - sil mikobakteriyasi
SOO‘K - surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi
SPN - surunkali piyelonefrit
SRO - S reaktiv oqsil
STG - somatotrop garmon
TB - tibbiy birlik
TVI - tana vazni indeksi
TZ - triyodtironin
T4- tiroksin
TNF - tashqi nafas faoliyati
t/o- teri ostiga
TSI - tiroksin stimullovchi immunoglobulin
TTG - tireotrop garmon
TTK - temir tanqisligi kamqonligi
UAV - umumiy amaliyot vrachi
UST - umumiy siydik tahlili
UTT - ultratovush tekshiruvi
UFN - ultraviolet nurlar
UQT - umumiy qon taxlili
SHB - shartli birlik
ECHT - eritrotsitlarning cho‘kishtezligi

YAQNV - yallig'lanishga karshi nosteroid vositalar
O'ATE - o'pka arteriyasi tromboemboliyasi
O'BE - o'tkir buyrak yetishmovchiligi
O'G - o'sish garmoni
O'TN - o'tkir glomerulonefrit
O'II - o'tkir ichak infeksiyasi
O'RA - o'tkir revmatik lixoratka
O'RVI - o'tkir respirator virusli infeksiya
O'RK - o'tkir respirator kasalliklar
QB - qon bosimi
KVP - qishlok vrachlik punkta
QD - qadli diabet
Ig- immunoglobulinlar
IgA- immunoglobulin A
IgE- immunoglobulin Ye

KIRISH

Ushbu fan respublikadagi Sog‘liqni saqlash tizimida o‘tkazilayotgan islohotlar kesimida muhim ahamiyatiga ega. Sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish davlat dasturining ustuvor yo‘nalishiga mos ravishda tibbiy - profilaktik muassasalarida xizmat ko‘rsatish tizimini qayta tashkillashtirish hamda birlamchi tibbiy - sanitariya xizmati tuzilmasini o‘zgartirish ishlari amalga oshirilmoqda.

Ushbu tizimning tibbiy xizmat ko‘rsatiluvchi aholiga imkon doirasida yaqinlashtirilganligi muhim ahamiyat kasb etadi. Kelajakdagi vazifa shifoxonalardagi tibbiy xizmat salmog‘ini kamaytirib, sifati, darajasi, xavfsizligi va hammabopligini saqlagan holda uning o‘rnini bosuvchi texnologiyalarni tadbiq etib, Respublikada birlamchi tibbiyot tizimida to‘laqonli meditsina yordami ko‘rsatuvchi umumiy amaliyot shifokori xizmatini yaratishdir.

Sog‘likni saqlash birlamchi bo‘g‘iniga aloxida e‘tibor berilishi va umumiy amaliyot shifokori tayyorlash nuqtai nazaridan bu fanning ahamiyati oshib bormoqda. Shu munosabat bilan ushbu dastur birlamchi bo‘g‘inda keng tarqalgan kasalliklarni oldini olishi, kechishi, davolashi va rehabilitatsiya o‘tkazishini qamrab oladi.

“Ambulator poliklinik pediatriya” fanidan olingan ma’lumotlar shifokorlar dunyoqarashlarini shakllanishida, ularni mantiqiy fikrlashni o‘rgatishda katta ahamiyatga ega. Ijtimoiy va tibbiy-biologik fanlar bilan bir qatorda “Ambulator poliklinik pediatriya” fani salomatlik va kasallik to‘g‘risida umumlashgan dunyoqarash poydevorini yaratadi.

Umumiy amaliyot asoslari. Birinchi yordam falsafasi va tamoillari. Sogʻliqni saqlash tizimida umumiy pediatri oʻrni va vazifalari. Birlamchi tibbiy sanitariya tizimidagi muassasalarini asosiy statistik Koʻrsatkichlari, meyoriy – xuquqiy xujjatlari.

Respublikamiz mustaqil deb eʼlon qilingandan soʻng barcha sohalar kabi sogʻliqni saqlash tizimida ham islohotlar amalga oshirila boshlandi. Sogʻliqni saqlash vazirligi tashabbusi va Vazirlar Mahkamasining qoʻllab-quvvatlashi bilan 1993 yildan eʼtiboran mamlakatimiz viloyatlarida birlamchi tibbiy-sanitariya yordami koʻrsatuvchi qishloq vrachlik punktlari (QVP) faoliyat koʻrsatmoqda. Respublikamiz Prezidenti I.A.Karimovning 1998 yil 10 noyabrdagi «Oʻzbekistan Sogʻliqni Saqlash tizimini isloh qilish Davlat dasturi» toʻgʻrisidagi farmoni ushbu tizimni joriy etishni yanada jadallashtirish va mukammallashtirish uchun muhim qadam boʻldi. Bugungi kunda Respublikamiz viloyatlarida 3000 dan koʻproq QVP faoliyat koʻrsatmoqda va shaharlarda oilaviy poliklinikalar (OP) tashkil etildi. Ushbu islohotlar koʻp pogʻonali tibbiy xizmat koʻrsatishdan ikki pogʻonali tizimga oʻtish va koʻrsatilayotgan bepul tibbiy yordamni aholiga yaqinlashtirish imkonini yaratdi. Bu oʻz navbatida birlamchi tibbiyot tizimida toʻlaqonli meditsina yordami koʻrsatuvchi umumiy amaliyot vrachi xizmatini joriy etishni taqozo etdi. Bunday tizim dunyodagi barcha rivojlangan mamlakatlarda allaqachon joriy etilgan, tibbiy va iqtisodiy tomondan oʻz samaradorligini isbotlagan. Respublikamizning mustaqil deb eʼlon qilinishi, davlatimizda bozor iqtisodiyoti tamoyillarining shakllanib borishi boshqa sohalar bilan bir qatorda, tibbiyotda ham rivojlanishning ekstensiv yoʻlidan «intensiv yoʻliga oʻtishni taqozo qildi.» 1993 yildan boshlab viloyatlarda QVP qurila boshlandi yoki qishloq ambulatoriya va shifoxonalari kayta taʼmirlanib, QVP larga aylantirildi. Sogʻliqni saqlash tizimini isloh qilish toʻgʻrisidagi Prezident Farmoni va 1996 yilning may oyida eʼlon qilingan Respublika Vazirlar Mahkamasining 182-sonli qarori asosida bu jarayonlar yanada jadallashdi. Buning natijasida bemorlarga birlamchi tizimning oʻzida vrachlik yordami koʻrsatish bilan bir qatorda, iqtisodiy tomondan samarador boʻlgan tibbiy xizmatga oʻtildi.

Tibbiyot oliy oʻquv yurtlarida UAV tayyorlash kafedralari tashkil etildi. Tibbiy xizmat koʻrsatiladigan aholi soni, ular yashayotgan hududlarning joylashishi va orasidagi masofa, mavjud yoʻllar tarmogʻi hamda boshqa qator omillar inobatga olinib, respublikamizda toʻrtta tipdagi QVP lari faoliyat koʻrsatmoqda.

- Birinchi tip -1500 tagacha aholi
- Ikkinchi tip - 1500 dan 3500 tagacha
- Uchinchi tip - 3500 dan 6000 tagacha
- Toʻrtinchi tip - 6000 dan 10 000 tagacha

U yerda ishlayotgan vrachlar, oʻrta va kichik tibbiyot xodimlari shtat birligi QVP tipi va birlashtirilgan aholi sonidan kelib chiqib oʻrnatilgan tartibda belgilanadi. Respublikamizda yuqorida qayd etilgan islohotlarning amalga oshirilishi QVP vrachlar tomonidan koʻrsatilishi lozim boʻlgan tibbiy xizmat koʻlamini ham qayta koʻrib chiqishni, binobarin, UAV xizmatiga oʻtishni kun tartibiga qoʻydi.

Dunyodagi barcha rivojlangan mamlakatlarda allaqachon joriy etilgan, tibbiy va iqtisodiy tomondan oʻz samaradorligini oqlagan, respublikamizda esa endigina oʻz

o'rnini topa boshlagan, ba'zan esa turli munozaralarga sabab bo'layotgan UAVning o'zi kim? Ularning vazifalari hamda ish ko'lamlari nimalardan iborat?

Umumiy amaliyot vrachi faoliyati va umumiy amaliyot vrachi mutaxassisligi ta'rifi:

«Umumiy amaliyot vrachi faoliyati — bu akademik, klinik, ilmiy yo'nalish bo'lib, o'zining o'rganish, o'qitish va ilmiy izlanishlar sohasiga ega bo'lgan hamda klinik faoliyat ko'rsatishga asoslangan fandır va aholiga birlamchi tibbiy-sanitariya yordam ko'rsatishga yo'naltirilgan mutaxassislikdir».

Umumiy amaliyot vrachi mutaxassisligi uzining 11 ta'rifi ega:

- UAV faoliyati orqali bemorning sog'liqni saqlash tizimi bilan ilk bor muloqoti boshlanishi; ushbu muloqotning ochiqligi va chegaralanmaganligi;
- yoshi, jinsi va boshqa xususiyatlaridan qat'i nazar, barcha sohadagi kasalliklarga tibbiy yordam ko'rsatilishi;
- sog'liqni saqlash tizimining barcha imkoniyatlaridan samarali foydalanish;
- ularnimuvofiqlashtirish;
- birlamchi tizimdagi boshqa mutaxassislar bilan bemor foydasi uchun o'zaro munosabat;
- ma'lumvaziyatda bemorning foydasini himoyalash maqsadida boshqa mutaxassislarfaoliyatini boshqarish;
- o'ziga berkitilgan bemorga, oilaga va jamiyatga qaratilgan yo'nalish;
- byemor bilan vrachning o'zaro samarali uzoq munosabati asosida maxsus maslahat jarayoni;
- xarbir bemorning talabi asosida ularga uzoq va uzluksiz tibbiy yordam ko'rsatilishi;
- ma'lum guruxda kasallik tarqalish Ko'rsatkichlariga binoan profilaktika va davolash usullarini tanlash jarayonini qabul qilish;
- bemorlardagio'tkir va surunkali kasalliklarni birgalikda davolash;
- kasalliklarning erta va differensiyalanmagan davrlarida muolaja boshlash hamda ma'lum vaziyatda tezkor yordam ko'rsatish;
- samarasi isbotlangan usullar asosidaaholi sog'lig'ini mustahkamlash uchun kasalliklar profilaktikasini amalga oshirish;
- xizmatko'rsatayotgan aholining sog'liq Ko'rsatkichlari uchun javobgarlik;
- aholisog'lig'i muammolarini yechishda uning jismoniy, ruxiy, ijtimoiy va madaniy yo'nalishlarini e'tiborga olish.

Umumiy amaliyot vrachi mutaxassisining kasbiy mahorati ta'rifi:

UAV - shu fan tamoyillari asosida ta'lim olgan mutaxassisdir. U birlamchi tibbiy-sanitariya tizimida faoliyat ko'rsatib, yoshi, jinsi va kasalligidan qat'iy nazar, murojaat qilgan har bir shaxsga-uzluksiz tibbiy yordam ko'rsatishga javobgar shifokor hisoblanadi. O'ziga biriktirilgan hududda yashayotgan bemorga, individual shaxs sifatida hamda uning oilasi, yashayotgan jamiyati va madaniyatiga asoslangan holda tibbiy yordam ko'rsatadi. Umumiy amaliyot vrachi faoliyati haqida ta'rif. Asosiy mahoratlari (mahorat - bu bilim, ko'nikma va ularni qo'llash usullari haqida ta'lim dasturi asoslari yig'indisidir):

- birlamchi tibbiy yordamni boshqaruv jarayoni;
- ish jarayonida bemor shaxsiga qaratilgan faoliyat;

- bemorning muayyan muammolarini yecha olish qobiliyati;
- kompleks yondoshuv asosida birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish;
- aholiga birlamchi tibbiy sanitariya yordamini hududiy bo'linishlar va mahalliy tamoyillar asosida olib borish;
- bemor organizmiga yaxlitlik bilan yondoshish, uning biologik, ruhiy, ijtimoiy modellari, madaniy va ekstensial hayot tomonlarini inobatga olgan holda, umumiy tasavvur.

Birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishda boshqaruv jarayoni quyidagiko'nikmalardan iborat:

- bemorning sog'liqni saqlash tizimi bilan birlamchi muloqotini boshqaruv jarayoni, - uning muammolarini aniqlash va tasniflashnibajara olish ko'nikmalari;
- bemorlarning kasalligi og'irligi, yoshi, jinsi va boshqa holatlaridan qat'i nazar, - - barcha sohadagi xastaliklarga birlamchi tibbiy yordam ko'rsata olish;
- sog'liqni saqlash tizimidagi imkoniyatlardan ratsional foydalanish asosida samarali va tibbiy yordam ko'rsatishni boshqarish; birlamchi tizim hamda shifoxonada faoliyat ko'rsatayotgan boshqa mutaxassislar tomonidan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish jarayonini muvofiqlashtirish;
- bemor manfaatlarini himoya qilish.

Bemor bilan muloqot davomida shaxsga yo'naltirilgan yondashish va u quyidagi ko'nikmalarni o'z ichiga oladi:

- faoliyat davomida bemorning xohish-istaklariga alohida e'tibor berish;
- bemorning mustaqil qaror qabul qilish huqukini inkor etmasdan, samarali munosabatlar o'rnatib, maslahat (direktiv bo'lmagan) berish;
- bemor bilan hamkorlikda asosiy maqsadlarni aniqlab olishnibilish;
- tibbiy yordamni muvofiqlashtirilgan va uzluksiz ko'rsatilishi tamoyillariga asoslanib, har bir bemorning talablariga muvofiq to'xtovsiz va uzoq kuzatuvni ta'minlash.

«Direktiv bo'lmagan maslahat usulida shifokor o'z fikrini bemorga majburan qabul qilishga undamay, uning o'zi qaror qabul qilishiga yordamlashadi; direktiv usulda esa shifokor bemorga tayyor qabul qilingan qarorni taklif etadi. So'ngi usul u yoki bu sababga ko'ra, bemor o'zi qaror qabul qila olmaydigan hollarda qo'llaniladi. Bemorlar muammosini yechish ko'nikmalari quyidagilardan iborat:

- bemorlarning muammolarini hal qilish jarayonida kasallik tarqalish Ko'rsatkichlari va uning yangi hollari yoki aholining ma'lum guruhidagi patologik holatlarni bog'lay olgan holda mavjud masalalar yechimini topish;
- anamnez yig'ish, klinik va laborator-asbobiy tekshirish usullari yordamida aniqlangan axborotlarni baholay olish ko'nikmasi;
- bemorlar ishtirokida, ularning fikridan foydalangan holda davo rejasini tuzish;
- quyidagi tamoyillarni hisobga olgan xolda faoliyat yuritish;
- tekshirish usuli va davolashni bosqichma-bosqich belgilash, ularni amalga oshirishda vaqtni unumli taqsimlash, tashxis noaniq bo'lganda, sabr-toqat bilan harakat qilish;
- shoshilinch holatlarda kerakli yordamni zudlik bilan ko'rsatishdato'g'ri qaror qabul qila olish;
- kasalliklarning erta, hali aniqlanmagan boshlang'ich davrida tashxislash

ko'nikmasi;

- samarali tashxislash va davolash usullarini tanlash.

Kompleks qarat asosida birlamchi tibbiy yordam quyidagi ko'nikmalarni o'z ichiga oladi:

- turli xil shikoyatlar va bir necha kasalliklarga (o'tkir va surunkali)ega bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsata olish ko'nikmasi;

- aholida sog'lom turmush tarziga amal qilish hissini uyg'otish hamdaprofilaktika ishlarini olib borish ko'nikmalari;

- aholini sog'lomlashtirish, kasalliklar profilaktikasi, davolash(shu jumladan, palliativ usullar ham) va tibbiy tiklash jarayonlarini muvofiqlashtirish.

Umumiy amaliyot vrachi o'zining kasbiy faoliyatini uchta yo'nalishda amalga oshiradi:

a) kundalik amaliyotida:

- bemor shikoyatlari, unda kuzatilayotgan muammolar va kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash hamda tahlil qilish;

- bemorni davolay olish va uni uzok kuzatish;

- ilmiy hulosalar va o'zining shaxsiy klinik tajribasini amaliyotga samarali qo'llay bilish;

b) bemor bilan muloqotda bo'lganda:

- maslahat bera olish;

- buyurilgan davolash usuli va tekshirish natijalarini bemorlarga oddiy va sodda tilda tushuntirish;

- bemorlarning har xil his-hayajonli holatlarida o'zini monand tutish.

v) o'z faoliyatida:

bemorlarga tibbiy yordam olish imkoniyatini ta'minlash;

samarali ish jarayonini tashkil qilish, boshqa xodimlar faoliyati

va ularning o'zaro muloqotini boshqarish; boshqa mutaxassislar, shu jumladan,

birlamchi tizimdagi vrachlar bilan o'zaro ijobiy munosabat o'rnatish.

Yuqoridagi yo'nalishlarning barchasi muhim ahamiyatga ega bo'lsa ham, ular orasida maslahat (konsultatsiya) qilish san'ati alohida o'rin tutadi va u to'g'risida «Tug'ish yoshidagi ayollarni sog'lomlashtirishda umumiy amaliyot vrachlarining o'rni va vazifalari»ga bag'ishlangan ma'ruzada batafsil yoritilgan.

Davlat ta'lim standartiga muvofiq, UAV faoliyatning quyidagi turlari bilan shug'ullanadi:

Tibbiy profilaktika. Sog'lomlashtirish, sanitar-gigiyenik, profilaktik va epidemiyalarni oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni ishlab chiqish hamda o'tkazish, aholi sog'lig'iga ta'sir etuvchi xavfli omillarni aniqlash va oldini olish;

Tez va kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam. Dastlabki tibbiy yordam chora-tadbirlari ko'lamini o'z da aniqlash va mustaqil ravishda bajarish;

Davolash-dagnostika. Ko'p tarqalgan kasalliklarni tibbiyotning birlamchi bo'g'inlarida laborator va tibbiy asboblarda yordamida aniqlash;

- ko'rsatmalar bo'lganda tor mutaxassislar bilan maslahatlashish yoki shifoxonaga yotqizish; davolash, kuzatib borish, dispanser nazoratiga olish hamda vaqtinchalik ishga layoqatsizlikni ekspertiza qilish.

Bemorlarni dorilar bilan davolashda UAV uning samaradorligiga, xavfsizligiga,

qo'llashga moneliklar yo'qligiga va narxiga (shifokor bir xil ta'sir mexanizmiga ega bo'lgan dorilar ichidan eng arzoni va samaradorini tavsiya etishi kerak) e'tibor berishi lozim;

Reabilitatsiya: ruhiy, jismoniy va kasbiy faollikni tiklash.

Yuqoridagilardan kelib chikib respublikamizda UAV ko'rsatishi lozim bo'lgan tibbiy yordam ko'lami to'rt toifaga bo'lingan va ular quyidagilardan iborat:

1-toifa xizmatlari. QVP/OP sharoitida UAV bemorlarga erta tashxislash, samarali davolash, profilaktika, reabilitatsiya va dispanserizatsiya xizmatlarini to'liq, mustaqil ravishda ko'rsatishi, ayrim holatlarda bemorni ahvoli yaxshilanmaganda, kerakli (poliklinika, shifoxonalarga) mutaxassisga yuborib qo'shimcha maslahat yoki muolaja tavsiyalarini olishi mumkin.

2-toifa xizmatlari. QVP/OP sharoitida UAV bemorda o'tkir holatlar yoki kasalliklar aniqlanganda boshqa tibbiyot muassasasidagi mutaxassisga maslahat, to'liq va aniq tashxis qo'yish, ko'shimcha muolaja zarurligini aniqlash uchun yuborishi lozim. QVP/OP sharoitida dispanserizatsiya, profilaktika va reabilitatsiya jarayonlarida bemorning sog'ligi yomonlashganda, maxsus parvarish va kuzatuv talab etiladigan holatlarda ham ixtisoslashtirilgan bo'lim yoki tibbiyot muassasasiga yo'llanma berish.

3.1-toifa xizmatlari. QVP/OP sharoitida bemorga zarur bo'lgan tekshirish, manipulyatsiya va boshqa tibbiy xizmatlarni UAV mustaqil ravishda malakali bajarishi lozim.

3.2-toifa xizmatlari. QVP/OP sharoitida imkoniyati bo'lmagan muolaja va tekshiruvlarni o'tkazish uchun boshqa tibbiyot muassasasiga yuborishga ko'rsatma va uning qayerda hamda qanday o'tkazilishini UAV aniqlashi kerak.

4-toifa xizmatlari. QVP/OP sharoitida, xavf guruhi va maxsus ko'rsatmalar bo'lgan bemorlar hamda turli sabablar bilan murojaat qilgansog'lom aholi o'rtasida individual profilaktik va tushuntirish ishlari (o'qitish, maslahat, ko'rgazmali namoyish va h.k.) olib borish.

Davlat standartiga muvofik, UAV faoliyatida bemorda mavjud kasalliklarni o'z vaqtida va to'g'ri aniqlash alohida ahamiyat kasb etadi. Shuning uchun vrach yaxshi klinik fikrlay olishi va uning turli usullarini mukammal egallagan bo'lishi lozim. Tibbiyotda hozirgi vaqtda klinik fikrlashning nozologik va sindromal tamoyillari farqlanadi. Tashxisiy fikrlashning nozologik tamoyili bemorda aniqlangan kasallik belgilarini vrachning xotirasida bo'lgan aniq xastalik belgilari bilan taqqoslagan holda tashxis qo'yishni nazarda tutadi. Albatta uning kasalliklar to'g'risida yig'ilgan yangi axborotlar bilan amaliyotni tez boyitishi, tibbiyot institutlarida an'anaviy o'qitish jarayonida keng foydalanilishi kabi ustunlik tomonlari bor.

O‘ZBEKISTONDA BIRLAMCHI TIBBIY-SANITARIYA YORDAMI VA UMUMIY VRACHLIK AMALIYOTI RIVOJLANISHNING ASOSLARI.

Umumiy vrachlik amaliyotining asoschisi – Buyuk Britaniyadir. 19 asrning boshlarida, tibbiy yordam farmatsevtlar, vrachlar va jarrohlar tomonidan ko‘rsatilayotganda, «umumiy amaliyot vrachi» nomi qirollik jarrohlar jamiyati imtihonlarini muvaffaqiyat bilan topshirganlarga berilardi. 1911 yilda hamma ishlovchi er-kaklarga bepul tibbiy yordam ko‘rsatishni kafolatlovchi Milliy sug‘urtalash dalolatnomasi qabul qilindi. 1948 yilda esa Buyuk Britaniya yalpi aholisiga har tomonlama bepul tibbiy yordam ko‘rsatuvchi Milliy Sog‘liqni Saqlash tizimi tashkil qilindi. Umumiy amaliyot vrachi/oilaviy vrach mutaxassisligiga G‘arbiy Yevropa davlatlari va AQShda o‘tgan asrning 70-yillarida alohida e‘tibor ko‘rsatila boshlandi: tabobat xodimlari ixtisoslashtirishni kuchayishi tibbiy yordamni aholining talablaridan uzoqlashtirayotganini va ushbu talablarni qondirish uchun sog‘liqni saqlash tizimi xarajatlarining katta qismi sarflanayotgani anglab yetishdi. Ushbu holatni nazarda tutgan holda 1978 yilda Olma-Ota deklaratsiyasi qabul qilindi. Bu deklaratsiya asosan, BTSYO sog‘liqni saqlash tizimi siyosatining asosi ekanligiga va umumiy vrachlik amaliyotini muhimligiga e‘tiborni qaratdi: «BTSYO tibbiy-sanitariya xizmatining asosiy qismlaridan biri bo‘lib, alohida shaxslar va oilalar uchun qulay amaliy, ilmiy isbotlangan va ijtimoiy qulay usullar va texnologiyalarga suyangan holda jamiyat va butun mamlakat uchun har bir rivojlanish bosqichida sarf-xarajatlarning oqlanishidir. U Milliy sog‘liqni saqlash tizimining ajralmas qismi bo‘lib, jamiyat ijtimoiy va iqtisodiy rivojlanishining asosiy tarkibiy qismidir. Shaxslar, oilalar, aholi va Milliy sog‘liqni saqlash tizimi o‘rtasidagi aloqaning birinchi bosqichi bo‘lib, tibbiy xizmatni aholining yashash va ish joyiga yaqinlashtiradi, sog‘liqni saqlashni uzluksiz jarayonining birinchi elementidir». BTSYoni kuchaytirishga intilish chora-tadbirlarining jiddiyligi 1984 yilda JSSTning Yevropa regional byurosida sog‘liqni saqlash siyosatining asosi sifatida hamma insonlarning salomatligini saqlash uchun 38 ta vazifani tasdiqlashda isbotlandi. Shu sababli, oxirgi o‘n yillikda sog‘liqni saqlash strukturasi sezilarli darajada o‘zgardi. Bizning mamlakatimizda O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 1998 yil 10 noyabr PF № 2107 sonli «1998-2005 yillarda O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish Davlat dasturi haqida»gi Farmoni qabul qilindi. Islohotning asosiy yo‘nalishi bo‘lib, BTSYoni takomillashtirish, shu bilan birga umumiy vrachlik amaliyotini kiritish va rivojlantirish deb tanlandi.

O‘ZBEKISTONDA BIRLAMCHI TIBBIY-SANITARIYA YORDAMI RIVOJLANISHI VA ISLOH QILISHNING UMUMIY TAMOYILLARI.

Qabul qilingan Davlat dasturi sog‘liqni saqlash milliy modelini bosqichma-bosqich shakllantirish yo‘llarini ko‘rsatdi. Sog‘liqni saqlashni isloh qilishning asosiy yo‘nalishlari quyidagilardir:

- shahar va qishloq sharoitida bir xil birlamchi tibbiy yordam ko‘rsatilishiga yo‘naltirilgan sog‘liqni saqlash tizimini tubdan o‘zgartirilgan yangi tuzilishi va uning rivojlangan infrastrukturasi;
- sog‘lom avlod tug‘ilishi va tarbiyalanishi uchun sharoit yaratishda, onalik va bolalikni muhofaza qilish masalalariga yangicha konseptual va amaliy yondashish;
- barcha ma‘muriy-hududiy darajada tez tibbiy yordamning yangi tizimini yaratish;
- eski andazalardan voz kechish, sog‘liqni saqlashni moliyalashtirish manbalarini kengaytirish, shu jumladan pullik va xususiy tibbiy xizmatni rivojlantirish hisobiga;
- sog‘liqni saqlashni moliyalashtirish tizimini birinchi navbatda byudjet vositalarini qimmat turuvchi statsionarlarga samarasiz ishlatish o‘rniga, birlamchi bo‘g‘inda ambulator-poliklinikada davolash va profilaktikaga sarflash yo‘li bilan yaxshilash.

Sog‘liqni saqlash tizimi me‘yoriy-huquqiy bazasini yaxshilash maqsadida 60 dan ortiq me‘yoriy-huquqiy hujjatlar (shu jumladan 6 ta qonun), 30 dan ortiq davlat qarorlari, 17 ta me‘yoriy va 100 dan ortiq yo‘nalish bo‘yicha hujjatlar qabul qilingan. Sog‘liqni saqlashning birlamchi bo‘g‘inini mustahkamlash va rivojlantirish, ayniqsa qishloq joylarda, mamlakatimizda Sog‘liqni saqlashni isloh qilish Davlat dasturining asosiy yo‘nalishidir.

O‘zbekiston aholisining yarmidan ko‘pi qishloq joylarda yashashi sababli, ular salomatligiga alohida e‘tibor beriladi. Qishloq joylaridagi sog‘liqni saqlash muassasalarining ko‘p bosqichli tizimi BTTYning yangi 2 bosqichli (qishloq vrachlik punkti – tuman markaziy shifoxonasi) tizimiga o‘tkazildi. Bugungi kunda Respublikamizda 3100 dan ortiq qishloq vrachlik punktlari faoliyat ko‘rsatadi.

Tibbiy xizmatni 2-bosqichli xizmatga o‘tkazish O‘zbekistonda 1999–2004 yillarda sog‘liqni saqlashning birlamchi bo‘g‘inini kuchaytirish va isloh qilishga yo‘naltirilgan «Salomatlik-1» loyihasi amalga oshirildi. Bu loyihani Farg‘ona, Navoiy, Sirdaryo, Xorazm viloyatlari va Qoraqalpog‘iston Respublikasida amaliyotga tatbiq etilishi natijasida 1998 yilga nisbatan QVPlar qatnovini 2 marta ko‘paytirish, bemorlarni mutaxassis maslahatiga yo‘naltirishlar 33,5% va shifoxonaga yotqizishlar 26,8% ga kamaytirildi. Bu holat QVP sharoitida ko‘rsatiladigan xizmatga aholining ishonchi oshganligini va bu xizmat aholi uchun qulayligini ko‘rsatadi. Bugungi kunda «Salomatlik-1» loyihasining ijobiy samarasi «Salomatlik-2» loyihasi doirasida respublikamizning hamma viloyatlari tibbiyotiga kiritilmoqda. Yuqorida ko‘rsatilganlardan tashqari, mamlakatimizda oilada tibbiy madaniyatni oshirish, ayollar salomatligini yaxshilash, sog‘lom avlodni shakllantirish bo‘yicha bir qator yirik Davlat Dasturlari amalga oshirilmoqda. Umuman, Sog‘liqni saqlash vazirligi chet el sarmoyalari hisobiga 10 ta loyihani amalga oshirmoqda. Aholiga tibbiy xizmat ko‘rsatish sifati tibbiy xodimlarning kasbiy mahorati va sog‘liqni saqlashni qayta qurishga ko‘p jihatdan bog‘liqdir. Shu sababli, kadrlar tayyorlash va qayta tayyorlash tizimi takomillashtirildi. Davlat Dasturiga ko‘ra, mamlakatimiz oliy o‘quv yurtlarida umumiy amaliyot vrachlari tayyorlash boshlandi.

«Salomatlik-2» loyihasi doirasida amaliy ko‘nikmalarni takomillashtirish uchun hamma oliy o‘quv yurtlari o‘quv jihozlari bilan ta‘minlandi. O‘qitishning modulli tizimiga o‘tish muhokama qilinmoqda. Bular esa vrachlarning tashxislash-

davolash, profi-laktik va tashkiliy ishlariga tayyorlash sifatini yanada oshirishga yordam beradi. Yuqorida ko'rsatilgan islohotlar sohani moliyalashtirish ti-zimiga ham o'z ta'sirini ko'rsatdi. Andijon, Sirdaryo, Navoiy, Farg'ona, Xorazm viloyatlari va Qoraqolpog'iston Respublikasida sog'liqni saqlash birlamchi bo'g'inini moliyalashtirishning zamonaviy mexanizmi tatbiq etilgan: regionda aholi salomatligi Ko'rsatkichlarini hisobga olgan holda jon boshiga me'yorlashtirildi. Keyinroq esa ularga Jizzax, Qashqadaryo, Samarqand va Toshkent viloyatlari ham qo'shildi. UAV faoliyati tamoyillari va moliyalashtirishning yangi usullari ba'zi shahar poliklinikalarida ham eksperiment sifatida tatbiq etilmoqda. Islohotning muhim tomonlaridan biri – tibbiyot xodimlari mehnatiga haq to'lash tizimini yaxshilash va moddiy rag'batlantirishdir. Prezidentning «Tibbiyot xodimlari mehnatiga haq to'lash haqida»gi (01.12.05 yildagi № PQ-229) qarori va O'zR Vazirlar Mahkamasining qarorini (21.12.05 yildagi № 276) bajarish maqsadida 2006 yil 1 yanvardan tibbiy xodimlar mehnatiga haq to'lashning takomillashtirilgan tizimi kiritilgan. Bunday haq to'lashda tibbiy xizmat hajmi, murakkablik darajasi va sifati hisobga olinadi. Quyidagi qarorlar: O'zR Prezidentining «O'zR sog'liqni saqlash tizimini isloh qilish Davlat Dasturi haqida» (10.11.1998 yildagi № PF-2107); «Sog'liqni saqlash tizimini isloh qilishni davom ettirish chora-tadbirlari haqida» (26.02.2003 yildagi № PF-3214); «Sog'liqni saqlashni rivojlantirish Davlat Dasturini amalga oshirish islohotlarining asosiy yo'nalishlari» (19.09.2007 yil-dagi № PF-3923); «Respublika tibbiyot muassasalari faoliyati-ni yaxshilash chora-tadbirlari haqida» (02.10.2007 yildagi Pq№ 700); Vazirlar Mahkamasining «Sog'liqni Saqlashning hududiy muassasalari faoliyati va tashkiliy tizimini yaxshilash chora-tadbirlari haqida» (18.03.2008 yildagi № 48) qarorlarini amalga oshirish aholiga tibbiy xizmat ko'rsatish sifatini sezilarli darajada oshirish va natijada xalqimiz salomatligini yaxshilashga olib keldi.

O'ZBEKISTONDA SOG'LIQNI SAQLASH TIZIMI. SOG'LIQNI SAQLASHNI ISLOH QILISH.

Isloh qilish dasturini amalga oshirish, davolash muassasalarini ratsionallashtirish, aniq tibbiy xizmatni davlat tomonidan ko'rsatilishini kafolatlanishi, sog'liqni saqlashda byudjet vositalarini sarflash samarasini oshirishni maqsad qiluvchi Sog'liqni saqlashning milliy modelini yaratish va unga bosqichma-bosqich o'tishni nazarda tutadi. Profilaktik tibbiyot, sog'lom turmush tarzini tatbiq etish, jismoniy va ma'naviy sog'lom avlodni shakllantirish, aholida o'z salomatligiga javobgarlikni shakllantirishga muhim ahamiyat beriladi. Sog'liqni saqlashning milliy modeli asosini davlat tomonidan fuqarolarga xavfsiz va qulay bo'lgan, «O'zbekiston Respublikasi fuqarolarining sog'ligini saqlash» qonunida (Oliy Majlis, 29 avgust 1996 yil) kafolatlangan tibbiy-sanitariya xizmati doirasidagi tibbiy xizmat tashkil etadi. Davlat sog'liqni saqlash tizimining asosiy yo'nalishlaridan biri BTTYoni rivojlantirishdir.

1. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining qishloq modeli qishloq joylarda BTTYoni qayta qurish 1996 yilda boshlandi. Birinchi navbatda, tibbiy xizmatning ikkilamchi emas, birlamchi bo'g'iniga katta e'tibor berish, tibbiy

yordamga yo‘naltirish bosqichlarini qisqartirib, iqtisodiy samarasini oshirish muhim edi. Qayta qurishgacha bo‘lgan davrda qishloqdagi bemorlar to‘rt bosqichdan o‘tardilar: feldsherlik-akusherlik punktidan (FAP) qishloq vrachlik ambulatoriyasiga (QVA), undan so‘ng qishloq uchastka shifo xonasiga (QUSH) va, undan so‘ng esa tuman markaziy shifoxonasiga (TMSH) borishardi. Xozirgi vaqtda bemorlar TMSHga to‘g‘ridan-to‘g‘ri QVPdan yo‘naltiriladilar. Bu islohot deyarli hamma FAP, QVA, QUShlarni QVPga aylantirish yoki ularni umuman yo‘qotish yo‘li bilan tizimni ratsionallashtirishga yordam berdi. 2009 yilga kelib Respublikada 3178 ta QVP tashkil etilgan, lekin mamlakatimizning ba‘zi uzoq joylashgan yoki aholisi kam bo‘lgan joylarida QUSH va FAPlar saqlanib qolingan. 2008 yilning oxirida 631 ta FAP, 83 ta qUSH, 159 TMSH va 37 ta tuman kasalxonalarini bo‘lgan. QVP qishloqqa tegishli hudud aholisiga BTSYO ko‘rsatishga mo‘ljallangan davolash-profilaktika muassasasidir. U aholining joylashishi, aholi punktlarining uzoqligi va soni, xizmat ko‘rsatish doirasi, yo‘l bilan ta‘minlanganligi, qishloq xo‘jaligi yoki ishlab chiqarishning boshqa turlarini hisobga olgan holda tashkil etiladi.

Sog‘liqni saqlash vazirligi bu muassasa tiplarini xizmat ko‘rsatiladigan aholi soniga qarab aniqlagan.

QVP 1-tip - 1500 tagacha,

2-tip –3500 tagacha,

3-tip – 6000 tagacha va

4-tip - 10000 tagacha aholiga xizmat ko‘rsatadigan bo‘lishi mumkin. Shtatlar tarkibining soni QVP tipi va xizmat ko‘rsatiladigan aholi soniga nisbatan belgilanadi.

2. Birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining shahar modeli 2006 yilda shaharlar miqyosida BTSYO isloh qilish ishlari boshlandi. Shaharlarda tibbiy xizmat poliklinikalar va shahar vrachlik punktlari (SHVP) tomonidan amalga oshiriladi. Xodimlari odatda 10-20 vrach-mutaxassislardan iborat bo‘lib, ular kasalliklarni taxminiy aniqlab, bemorlarni shahardagi markaziy poliklinikalar, tashxislash markazlari mutaxassislari yoki shifoxonaga yo‘naltiradilar. Poliklinikadan farqli ravishda, SHVPlar kamroq aholiga (5000-7000 ta) xizmat ko‘rsatadilar va u yerda faqat 2-3 ta UAV faoliyat ko‘rsatadi. BTSYoning yangi shahar modeli to‘rtta shaharning 25 ta poliklinikasida (Marg‘ilon – 7, Guliston – 4, Samarqand – 4 va Toshkent – 10 ta) tatbiq etilgan. Ushbu islohdoyirada mamlakatimizning har bir shahrida shahar markaziy shifoxonasi qoshida tuman/shahar ko‘ptarmoqli markaziy poliklinikalari (T/SHKMP) tashkil qilingan. Bu muassasalarda ikkilamchi tibbiy yordam ko‘rsatiladi, bu yerda vrach-mutaxassislar UAV yo‘naltirgan bemorlarni davolaydi.

3. Tez tibbiy yordam

Sog‘liqni saqlash milliy dasturining asosiy tarkibiy qismi – tez tibbiy yordam tizimidir (O‘zR Prezidentining 10.11.98 yildagi UP-2107 sonli «O‘zR sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilishning Davlat dasturi haqida»gi Farmoni). 2001 yilda tez tibbiy yordam ko‘rsatuvchi muassasalar, shu bilan birga tez yordam xizmati va sanitariya aviatsiyasini birlashtirgan Respublika shoshilinch tibbiy yordam markazi (RSHTYOM) tashkil etildi. Viloyatlarda RSHTYOM filiallari, shahar va tumanlarda

esa TMSH va SHMSHlar tarkibida tez tibbiy yordam bo'limlari tashkil etildi. Ikkilamchi tibbiy yordamni isloh qilish shifoxona tizimini ratsionallashtirishga va uning moliyalashtirish tizimini qayta ko'rib chiqishga asoslangan. Statsionar xizmatni optimallashtirish shifoxonalar soni va shifoxonadagi o'rinlar soni kamayishiga olib keldi (2007 yildan buyon 47% ga), Statsionar yordamga davlat tomonidan ajratiladigan sarf-xarajatlar 1998 yilda 72% dan (umumiy xarajat hajmi) 2005 yilda 44% ga pasaydi. Ambulator yordam xarajatlari esa 20,3 dan 45% gacha ko'tarildi.

Sanitariya aviatsiyasi tez yordam xizmati tarkibida bo'lib, uning asosiy vazifasi uzoq va yurish qiyin bo'lgan joylardan tibbiy yordamga muhtoj odamlarni transportda tashishga mo'ljallangan.

Oilaviy poliklinika umumiy amaliyot vrachining lavozim yo'riqnomasi.

1. Umumiy amaliyot vrachi – umumiy pediater vrach,– «davolash ishi» («umumiy amaliyot vrachi»), «pediatriya ishi» ixtisosligi bo'yicha oliy tibbiy ma'lumotga ega bo'lgan diplomli mutaxassis bo'lib, poliklinikaga birlashtirilgan aholiga jinsi va yoshidan qat'i nazar ko'pxitisosli birlamchi vrachlik tibbiy yordamini ko'rsatish va kasalliklarning oldini olish bo'yicha tadbirlarni o'tkazish huquqiga ega.

2. Umumiy amaliyot vrachi lavozimiga umumiy amaliyot vrachi diplomiga ega bo'lgan yoki ixtisosligi boshqa bo'lgan, umumiy amaliyot vrachi mutaxassisligi bo'yicha dasturni muvaffaqiyatli tugatgan va malakaviy tavsifi talablariga muvofiq sertifikat olgan vrach tayinlanadi.

3. Umumiy amaliyot vrachi yakka tartibda yoki boshqa vrachlar bilan birgalikda (guruh amaliyoti) yordam ko'rsatadi. Xizmat ko'rsatilayotgan aholining ijtimoiy-demografik tarkibidan kelib chiqqan holda, vrachlar guruhiga boshqa mutaxassislar, shu jumladan ijtimoiy soha xodimlari qo'shilishi mumkin.

4. Umumiy amaliyot vrachi o'z faoliyatida O'zbekiston Respublikasi qonunlariga, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi, sog'liqni saqlashga tegishli regional va hududiy boshqaruv organlari buyruqlari va yo'riqnoma-uslubiy hujjatlariga hamda mazkur yo'riqnomaga amal qiladi.

5. Umumiy amaliyot vrachi oilaviy poliklinikaning bosh vrachi tomonidan, O'zbekiston Respublikasining amaldagi qonun hujjatlariga mos ravishda lavozimga tayinlanadi va bo'shatiladi.

I. Umumiy amaliyot vrachining vazifaviy majburiyatlari.

Umumiy amaliyot vrachining vazifalari quyidagilardan iborat:

6. Birlashtirilgan aholiga, alohida bemorlarga, shuningdek butun oila a'zolariga ham, ularning sog'lig'ini himoya qilish, profilaktika va tez-tez uchraydigan kasalliklarni davolash bo'yicha xizmatlar ko'rsatish.

7. Bemorlarni ixtisoslashgan tibbiy muassasalarga maslahat uchun va yotqizib davolash uchun o'z vaqtida yuborish.

8. Xizmat ko'rsatilayotgan hududdagi aholiga, standartlarga muvofiq va mavjud jihoz va uskunalardan kelib chiqib, shifoxonagacha bo'lgan shoshilinch tibbiy yordamni ko'rsatish.

9. Xonadonlarga tashrif buyurish, xizmat ko'rsatilayotgan aholi orasida kasalliklar, shikastlanishlar, nogironlik, o'limni oldini olish bo'yicha tadbirlash o'tkazish.

10. Sog'lom turmush tarzini tashviqot qilish (oqilona ovqatlanishni maslahat berish, kashandalikka, ichkilikbozlikka qarshi kurash, jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanishning afzalliklari).

11. Sanitariya-epidemiya qarshi tadbirlar majmuini tashkil etish va o'tkazish: profilaktik emlashlar, birlashtirilgan hududdagi va uy xo'jaliklaridagi sanitariya holatining umumiy nazorati, yuqumli kasalliklar o'choqlarida kuzatish tadbirlarini o'tkazish, xizmat ko'rsatilayotgan hududda epidemiya vaziyatini tahlil qilish, birlashtirilgan aholini xavfli epidemiyali vaziyatlar to'g'risida ogohlantirish.

12. Homiladorlarning muntazam nazoratini tashkil etish, xonadonlarida ularning patronajini amalga oshirish, zarur holatlarda kechikmasdan ularni mutaxassislarga yo'naltirish, har bir homiladorning tug'ishi uchun tug'ruqdan oldin DPM (davolash profilaktika muassasasi)ni to'g'ri tanlash, tug'ruqdan keyingi kuzatuv va tug'ruqdan keyingi davrning fiziologik jarayoni tugagach hisobdan chiqarish, tug'ma nuqsonlar va nasliy kasalliklar sonini kamaytirish.

13. Birlashtirilgan aholini sog'lom turmush tarziga o'rgatish bo'yicha tadbirlar majmuini tashkil etish va amalga oshirish, shu jumladan:

- o'sayotgan avlodni sog'lomlashtirish;
- onalar va bolalar salomatligi muhofazasi;
- istalmagan homiladorlikni oldini olish,
- oilaviy hayotning etikasi, psixologiyasi, gigiyenasi, ijtimoiy va boshqa masalalar;
- homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davr;
- ko'krak suti bilan boqish;
- to'g'ri ovqatlanish;
- sanitariya va gigiyena asoslari.

14. Yolg'iz qolgan, keksa, nogiron, surunkali bemorlarga ijtimoiy yordam xodimlari bilan hamkorlikda patronaj hamda tibbiy-ijtimoiy yordamni tashkil etish.

15. Birlashtirilgan aholi o'rtasida kasalliklarni erta aniqlash maqsadida profilaktika hamda maqsadli tibbiy ko'riklarni, birlashtirilgan aholi (bolalar, o'smirlar, tug'ish yoshidagi ayollar, surunkali kasalligi mavjud bemorlar) dispanserizatsiyasini tashkil etish va amalga oshirish.

16. Ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklarga (sil, teri-tanosil kasalliklari, xavfli o'smalar, OIV infeksiyasi) qarshi kurash bo'yicha davolash-profilaktika tadbirlarini o'tkazish.

17. Aholining kasallanishlari va birlashtirilgan aholining ishga layoqatini vaqtinchalik yoki turg'un yo'qotilishiga olib keluvchi kasalliklarning sababini o'rganish, kasallanishlar va shikastlanishlarni kamaytirish bo'yicha choralarini ishlab chiqish.

18. Tibbiy xizmatlarning sifati va samarasini oshirish uchun birlashtirilgan aholiga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkiliy shakllari hamda uslublarini rivojlantirish va takomillashtirish.

19. Vaqtinchalik ishga layoqatsizlik holatlari ekspertizasini belgilangan tartibda o'tkazish; Sog'liqni saqlash vazirligining yo'riqnomasiga muvofiq salomatligi va ish layoqati holati ekspertizasini amalga oshirish uchun kasallarni VMK va VMEKga yo'naltirish.

20. Hududiy DSENNi aniqlangan yuqumli kasalliklar, zaharlanishlar va favqulodda holatlar yuzasidan o'z vaqtida ogohlantirish.

21. Birlashtirilgan aholi salomatligini saqlash va mustahkamlash bo'yicha tadbirlarni ishlab chiqish hamda amalga oshirish uchun jamoatni keng jalb etish.

22. Tasdiqlangan hisob va hisobot hujjatlarini sifatli va o'z vaqtida yuritish.

23. Bemorlarning huquqlarini, shu jumladan bemor haqidagi tibbiy ma'lumotlarning maxfiylikini saqlash.

24. Mavjud tibbiy uskunalar, jihozlar va mulkning butligini hamda samarali ishlatilishini ta'minlash.

25. Tug'ruq muassasasi, ayollar maslahatxonasi bilan doimiy aloqani o'rnatish va homilador ayollar, ayniqsa «xavf» guruhiga kiruvchilarni, nazorat qilishda izchillikka rioya qilish.

26. Tug'ruq majmuasidan chiqarilganidan so'ng birinchi 2-3 kun ichida yangi tug'ilgan chaqaloqlarni tibbiy hamshira bilan birga xonadonlarga borib ko'rish, salomatlik guruhini aniqlash, o'zgarishlarni kuzatuv rejasini va sog'lomlashtirish tadbirlarini tuzish.

27. Bolalarni poliklinikada qabul qilish, ularning jismoniy va asab-ruhiy rivojlanishini baholash, to'g'ri ovqatlanish tartibi, raxitning maxsus va xos bo'lmagan profilaktik tadbirlarini tayinlash.

28. Bolalarni boshqa ixtisosli vrachlar maslahatiga va zarur laboratoriya tekshiruvlariga yuborish.

29. Chaqiruv bo'lgan kundayoq bemorlar xonadoniga tashrif buyurish, ularga zarur tibbiy yordamni ko'rsatish, kasallar tuzalguniga qadar nazoratni amalga oshirish; hayotining birinchi yilida kasal bo'lgan chaqaloqni har kuni nazorat qilib turish, zarur hollarda bolani zudlik bilan shifoxonaga yo'llash uchun barcha choralarni ko'rish. Uchastkada, qandaydir bir sabablar bilan shifoxonaga yo'llanmagan og'ir bemorlar to'g'risida bo'lim boshlig'iga xabar berish.

30. Uchastka hamshirasi bilan birgalikda profilaktik emlashlarni rejalashtirish:

-profilaktik emlashlar rejasini bir yilga va joriy oyga tuzish;

-emlashlarga tibbiy qarshiliklari bo'lgan bolalarni nazoratga olish,

-ularni sog'lomlashtirish va kelgusida emlash;

-emlashlarga uzoq muddatli qarshiliklari bo'lgan bolalarni, vaksinasiyalash masalasini hal etish uchun immunologik komissiyasiga havola etish;

-vaksinasiyadan so'ng asoratlar kuzatilishi mumkin bo'lgan bolalarning «xavf guruhi»ni ajratish;

-emlangan bolalarning tibbiy nazoratini, patronajini amalga oshirish;

-har oyning oxirida profilaktik emlashlar rejasining bajarilishini tahlil qilish.

II. Umumiy amaliyot vrachining huquqlari.

Umumiy amaliyot vrachi quyidagi huquqlarga ega:

31. Belgilangan tartibda o'z kasbiy malakasini oshirish va malakaviy darajasini olish uchun attestatsiyadan o'tish.

32. Amaldagi me'yoriy hujjatlarga muvofiq ambulator bemorlarga yoki oiladagi bemorni parvarish qilish bo'yicha ishga layoqatsizlik varaqalarini berish.

33. Xonadonlardagi o'lim holatlari to'g'risida vrach guvohnomasini berish.

34. Biriktirilgan aholiga tibbiy-ijtimoiy yordamni yaxshilash masalalarida oilaviy poliklinika rahbariyatiga va sog'liqni saqlashning yuqori turuvchi boshqaruv organlariga takliflar kiritish.

35. Majlislarda, ilmiy-amaliy konferensiyalarda ishtirok etish, faoliyati umumiy amaliyot vrachining maqsadlari va vazifalariga to'g'ri keladigan turli jamoaviy va kasbiy tashkilotlarda a'zo bo'lish.

36. Boshqa mutaxassislar tomonidan o'tkazilayotgan tadbirlarda ishtirok etish.

Umumiy amaliyot vrachining javobgarligi.

Umumiy amaliyot vrachi quyidagilar uchun javobgar:

37. O'z ishining sifati va natijalari uchun, shuningdek o'z vazifaviy majburiyatlarini va unga biriktirilgan o'rta tibbiy xodimlar vazifalarini bajarish bilan bog'liq harakatlar yoki harakatsizlik oqibatida oilaviy poliklinikaning faoliyatiga yoki bemorlarning salomatligiga yetkazilgan zarar uchun.

38. Tibbiy uskunalarning va bemorlarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish dori-darmonlarining butligi va samarali ishlatilishi uchun.

39. To'ldirayotgan hisob va hisobot hujjatlarining va taqdim etilayotgan statistika ma'lumotlarining ishonchliligi uchun.

ISH VAQTINI ME'YORLASH.

Ish vaqti me'yori ish kuni, ish xaftasining davomiyligi va oylik me'yori bilan o'lchanadi. Ish vaqti deb, ishlash tartibi (yoki grafigi) va mehnat shartnomasiga ko'ra, xodim o'zining mehnat vazifalarini bajarishi lozim bo'lgan vaqt hisoblanadi. O'zR MKning 117-118-bandlariga ko'ra, ba'zi kategoriyadagi tibbiy xodimlar ish vaqtining davomiyligi 36 soatdan oshmasligi ko'rsatilgan. Bunday xodimlar ro'yxati va ular ish vaqtining davomiyligi O'zR VMning 1997 yil 11 mart 133-sonli «O'zR MKni amalga oshirish uchun me'yoriy hujjatlarni tasdiqlash» qarorida ko'rsatilgan. Ambulator-poliklinika muassasalari (poliklinika, ambulatoriya, dispanser, tibbiy punkt, stansiya, bo'lim va xonalar) vrachlari, shu jumladan, faqat ambulator qabuldagi UAV uchun ish vaqti davomiyligi 5 soat 30 daqiqa, o'rta tibbiyot xodimlariga – 6 soat, kichik va boshqa turdagi xodimlarga – 7 soat deb belgilangan (O'zR VMning 11.03.97 yildagi 133-sonli qarorining 4-ilovasi). har bir UAVning ish vaqtini BTSYO muassasasining rahbari taqsimlaydi: muassasada bemor qabuli, aholini profilaktik ko'ruvi, bemorlarni uyda ko'rigi, boshqacha qilib aytganda, har bir ish kuniga shaxsiy kasbiy jadval belgilanadi. Muassasada bir necha vrach ishlashi mumkinligi sababli, ushbu jadval asosida ba'zi vrachlar bemorlarni uy sharoitida ko'rishlarini, boshqalari bemorlarni BTSYO muassasasida qabul qilishlarini ta'minlaydi.

DAVLAT TOMONIDAN KAFOLATLANGAN BEPUL TIBBIY XIZMAT.

Davlat tomonidan kafolatlangan tibbiy-sanitariya xizmati doirasida quyidagi bepul tibbiy xizmat ko'rsatiladi:

- Tez, shoshilinch tibbiy xizmat ko'rsatish;
- Birlamchi bo'g'in muassasalari va qator davlat, birinchi navbatda qishloq joylardagi davolash-profilaktika muassasalarida birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko'rsatish;
- Aholini yuqumli kasalliklarga qarshi emlash chora-tadbirlari o'tqazish;
- Ijtimoiy ahamiyatga ega va atrofdegilar salomatligiga xavf soluvchi kasalliklar (sil, onkologik, ruhiy, narkologik, endokri-nologik va kasbiy kasalliklar) bo'yicha ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish;
- Bolalarni tekshirish va davolash (pullik xizmat ko'rsatuvchi shifoxonalardan tashqari);
- 15-17 yoshli o'smirlar va harbiy chaqiruv yoshidagilarni chaqiruv komissiyasi yo'llanmasiga ko'ra tekshirish va davolash;
- Tug'ruq xizmatini ko'rsatish (pullik xizmat ko'rsatuvchi muassasalardan tashqari);
- Imtiyozli kategoriyali bemorlarni (nogironlar, urush veteranlari, g'irt yetimlar) davlat davolash-profilaktika muassasalarida davolash.

Bemorlarning imtiyozli guruhlariga ko'rsatiluvchi tibbiy xizmat O'zR VMning 1997 yil 2 dekabrda 532 sonli «Davolash-profilaktika muassasalarini moliyalashtirishni takomillashtirish haqida»gi qaroriga binoan, 1 yanvar 1998 yildan davolash-profilaktika muassasalarida davolayotgan bemorlar ovqati uchun (nonushtadan tashqari) pul to'lash belgilangan.

1-ilova. Davolash-profilaktika muassasalarida bemorlar quyidagi kasalliklarda ovqat uchun pul to'lamaydilar:

- 1) onkologik kasalliklar;
- 2) sil;
- 3) ruhiy kasalliklar;
- 4) narkomaniya – ixtisoslashtirilgan shifoxonalarda;
- 5) moxov - ixtisoslashtirilgan shifoxonalarda;
- 6) nur kasalligi;
- 7) yuqumli kasalliklar;
- 8) zahm;
- 9) OIV-yuqtirganlar (OITS);
- 10) jonlantirish va intensiv terapiya chora-tadbirlarini talab etuvchi holatlar, tez tibbiy yordam ko'rsatishda bemorlarni shifoxonada bo'lish vaqti davomiyligining tasdiqlangan standarti asosida;
- 11) kamqonlikka chalingan homiladorlar va tug'ruqdagi ayollar, kasallik darajasidan kat'iy nazar;
- 12) endokrinologik kasalliklar.

2-ilova. Davolash-profilaktika muassasalarida ovqat uchun pul to'lamaydigan aholi toifalarining ro'yxati (pullik xizmat ko'rsatuvchi shifoxona va bo'limlardan tashqari):

- 1) bolalikdan nogiron bo'lganlar;
- 2) g'irt yetimlar;
- 3) I va II guruh nogironlari;
- 4) 1941-1945 yillardagi urush qatnashchilari va nogironlari hamda ularga tenglashtirilganlar;
- 5) ijtimoiy ta'minot bo'limlarida ro'yxatda turuvchi yolg'iz nafaqaxo'rlar (O'zR VMning 06.04.01 yildagi 162 sonli qarori);
- 6) 1941-1945 urush yillarida mehnat fronti qatnashchilari;
- 7) Chernobil AES avariyasini tugatishda qatnashganligi sababli nogironlar;
- 8) Internatsional harbiy xizmat o'taganlar;
- 9) 17 yoshgacha bolalar va o'smirlar;
- 10) Chaqiruv yoshidagilar (18-27 yosh) Mudofaa vazirligi yo'llanmasiga ko'ra.

3-ilova. Bemorlar ovqati uchun (nonushtadan tashqari) pul to'lash fuqarolarning shaxsiy mablag'i, shu bilan birga korxonalar, tashkilotlar, jamg'armalar va boshqa xomiylar mablag'idan amalga oshiriladi. Bu ko'rsatma statsionar davolash-profilaktika muassasalardagi hamma bemorlarga tegishlidir. Faqat 2-ilovada ko'rsatilgan shaxslar, va 1-ilovada ko'rsatilgan bemorlar toifasi bor davolash-profilaktika muassasalari bundan istisno. To'lov puliga faqat ovqat tayyorlash uchun foydalanilgan mahsulotlar qiymati qiradi. Ovqat tayyorlash jihozlarini sotib olish va uning ekspluatatsiyasi, ovqat tayyorlash bloki holatini saqlash, ovqat tayyorlaydigan xodimlar mehnat haqi kabi sarf-xarajatlar davlat byudjetidan qoplanadi.

4-ilova. Ambulator davo o'tkazishda dori vositalari bepul beriladigan kasalliklar va shaxslar:

- 1) onkologik kasalliklar;
- 2) sil;
- 3) moxov;
- 4) endokrinologik kasalliklar;
- 5) ruhiy kasalliklar;
- 6) OIV-yuqtirganlar (OITS) (O'zR VMning 05.09.00 yildagi 344 sonli qarori);
- 7) Yurak klapanlarini protezlash va a'zolar transplantatsiyasini o'tkazganlar;
- 8) Boshqa odamning parvarishiga muhtoj bo'lgan, yolg'iz nafaqaxo'rlar;
- 9) 1941-1945 urush yillarida mehnat fronti qatnashchilari;
- 10) 1941-1945 yillar urushi qatnashchilari va nogironlari, va ularga tenglashtirilganlar;
- 11) Chernobil AES avariyasini tugatishda qatnashganligi sababli nogironlar;
- 12) Internatsional harbiy xizmat o'taganlar;
- 13) Yadroviy poligon yoki boshqa radiatsion-yadroviy obyektlarda harbiy xizmat o'tagan, nafaqa yoshidagi shaxslar (O'zR VMning 31.05.02 yildagi 188 qarori)

Yuqorida ko'rsatilgan bemorlar ko'rsatmalarga ko'ra ambulator-poliklinik muassasa vrachi tomonidan berilgan maxsus retseptlar bilan dorixonalardan bepul dori vositalari olishlari mumkin. Kafolatlangan bepul tibbiy yordam ko'rsatuvchi davolash-tashxislash muassasalari (SSVning 2006 yil 17 maydagi 222 sonli buyrug'i) Davlat tomonidan kafolatlangan bepul tibbiy yordam ko'rsatuvchi

davolash-profilaktika muassasalarining ro'yxati o'z ichiga BTSYO bo'linmalari, onalik va bolalikni muhofaza qiluvchi, tez va shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatuvchi va ixtisoslashtirilgan muassasalarni olgan.

1. BTSYO muassasalari:

- QVP;
- Yagona muassasalar – mahalla vrachlik punkti, QVA, QUSH FAP;
- Shahar va tumanlar oilaviy poliklinikalari;
- Tuman markaziy ko'p tarmoqli poliklinikasi;
- BTSYO muassasasi hisoblangan va aholi birlashtirilgan TMSH va SHMSH.

2. Tez va shoshilinch tibbiy yordam muassasasi:

- Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy tekshirish Markazi va viloyatlardagi filiallari;
- Shoshilinch tibbiy yordam shifoxonalari, bo'limlari va stansiyalari.

3. Onalik va bolalikni muhofaza qilish muassasasi:

- Bolalar muassasalari (bolalar uyi, shifoxonalari, sixatgohlari, poliklinikalari, markazlari, bog'chalari, shifoxona bo'limlari);
- Tug'ruqxonalalar (akusherlik komplekslari, tug'ruq bo'limlari, perinatal markazlar, rejali ginekologik bo'limlardan tashqari);
- Ona va bola muassasasi (Ona va bola markazi, skrining-markazlar);
- O'smirlar muassasasi (poliklinikalar, markazlar).

4. Ijtimoiy axamiyatga ega bo'lgan kasalliklarni davolash bo'yicha ixtisoslashtirilgan muassasalar:

- ruhiy va ruhiy-nevrologik;
- onkologik;
- sil;
- dermatovenerologik (teri kasalliklari bo'limlaridantashqari);
- endokrinologik;
- narkologik;
- kasbiy;
- leprozoriyalar;
- OIV/OITS markazlari;
- yuqumli kasalliklarni davolash muassasalari.

Shifoxonaga bepul yotqizish tizimi.

Ixtisoslashtirilgan markazlarda (jarrohlik, urologiya, ko'z mikroxiirurgiyasi, kardiologiya markazlari) bepul davolash bilan O'zR Prezidentining 26.02.03 yildagi PF-3214 sonli «Sog'liqni saqlash tizimini islox qilishni davom ettirish chora-tadbirlari» qarorining 2-ilovasida ko'rsatilgan fuqarolar ta'minlanadi.

2-ilova. Respublika ixtisoslashtirilgan markazlarida davlat byudjeti mablag'lari hisobiga tibbiy yordam ko'rsatiladigan shaxslar ro'yxati

Shifoxonaga bepul yotqizish tizimi.

1. Bolalikdan nogiron bo'lganlar
2. Yetimlar

3. I va II guruh nogironlari
 4. 1941-1945 yillar urushi qatnashchilari va nogironlari, va ularga tenglashtirilganlar
 5. Ishlamaydigan, yoshi bo'yicha nafaqaxo'rlar
 6. 1941-1945 urush yillarida mehnat fronti qatnashchilari
 7. Chernobil AES avariyasini tugatishda qatnashganligi sababli nogironlar;
 8. Internatsional harbiy xizmat o'taganlar;
 9. O'z-o'zini boshqaruv fuqarolar organlaridan moddiy yordam oluvchi kam ta'minlangan oila a'zolari.
- Yuqorida ko'rsatilgan shaxslarga joylardagi sog'liqni saqlash boshqarmalaridan maxsus yo'llanmalar (order) beriladi.

TIBBIY EKSPERTIZA.

Vaqtincha mehnatga layoqatsizlik ekspertizasi Fuqarolarning kasallik, homiladorlik, bemor oila a'zosini parvarishlash, protezlash, sanator-kurort davolash va boshqa holatlarda vaqtincha mehnatga layoqatsizlik ekspertizasi tartibi qonunda ko'rsatilgan. U sog'liqni saqlashning davlat yoki hususiy tizimida O'zR SSV tomonidan belgilangan tartibda fuqarolargavaqtincha mehnatga layoqatsizlik varaqasini berish huquqiga ega bo'lgan davolovchi vrachlar tomonidan o'tkaziladi.

Ekspertizada xodimni sog'lig'iga ko'ra vaqtincha yoki doimiy ravishda boshqa ishga o'tkazish kerakligini va vaqtini, shu jumladan, fuqaroda nogironlik belgilari bo'lganda uni vrachlik-mehnat ekspert komissiyasiga yo'naltirish bo'yicha qarorni qabul qiladi.

Vrachlik-mehnat ekspertizasi Vrachlik-mehnat ekspertizasi nogironlik sababini va guruhini, mehnatga layoqatlikni yo'qotish darajasini, ular salomatligini tiklash shakli, vaqti, hajmi, ijtimoiy himoya choralarini aniqlaydi va holatiga mos xulosa beradi. Korxonada, muassasa, tashkilot va jamoat tashkilotlarining ma'muriyati ushbu xulosani bajarishlari shart. Vrachlik-mehnat ekspertizasini tashkil etish va amalga oshirish qonunda ko'rsatilgan. Vrachlik-mehnat ekspertizasini amalga oshiruvchi muassasaning xulosasi fuqaro yoki uning qonuniy vakili tomonidan sudda qayta ko'rib chiqilishi mumkin.

Mehnatga layoqatsizlik varaqasi va ma'lumotnomalari berish tartibi.

Mehnatga layoqatsizlik varaqasi va ma'lumotnomalar berish tartibi yo'riqnomada batafsil yoritilgan (O'zR Adliya vazirligi tomonidan 19.01.00 yilda ro'yxatga olingan, SSV da tasdiqlangan, Mehnat va aholini ijtimoiy muhofaza qilish Vazirligi bilan kelishilgan 873 sonli yo'riqnoma). Yo'riqnoma O'zR MK, «Fuqarolar salomatligini muhofaza qilish to'g'risida»gi qonuni va boshqa me'yoriy hujjatlarga asoslangan. Fuqaroning mehnatga vaqtinchalik layoqatsizligi mehnatga layoqatsizlik varaqasi bilan tasdiqlanadi, ba'zi hollarda esa ma'lumotnoma berilishi mumkin. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi:

- a) mehnatdan ozod qiluvchi;
- b) ijtimoiy sug'urtalangan shaxslarga, mehnatga vaqtinchalik layoqatsizligi tufayli nafaqa olish uchun;

v) mehnatga layoqatlikni vaqtincha yo‘qotish bilan kechadigan kasalliklarni hisob qilishga asos bo‘luvchi hujjatdir.

Ma’lumotnoma:

a) mehnatdan ozod qiluvchi;

b) mehnatga layoqatlikni vaqtincha yo‘qotish bilan kechadigan kasalliklarni hisob qilishga asos bo‘luvchi hujjatdir.

Mehnatga layoqatsizlik varaqasi va ma’lumotnomalar tegishli vazirliklar va tashkilotlar tibbiy xizmati (boshqarma, bo‘limlar) nazorati ostidagi davlat davolash-profilaktika muassasalari, shuningdek tibbiyot oliygoxlari, VMOI, tibbiy ilmiy-tekshirish institutlari (markazlari) vrachlari tomonidan, ularga birlashtirilgan davolash-profilaktika muassasasida davolash ishini amalga oshirish vaqtida beriladi. Undan tashqari, mehnatga layoqatsizlik varaqasi va ma’lumotnomalar berish huquqi ba’zi hollarda vrach-epidemiologlarga (sanitar vrach) va feldsherlarga beriladi. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi va ma’lumotnomalar fuqarolarning yashash yoki ish joyidagi, yoki boshqa davolash-profilaktika muassasasida o‘rnatilgan tartibda beriladi. Bemorni parvarishlash uchun mehnatga layoqatsizlik varaqasi va ma’lumotnomalar berish 14 yoshdan oshgan bemorni parvarishlash uchun mehnatga layoqatsizlik varaqasi (ambulator sharoitda) og‘ir kasallik yoki jaroxat olish holatida davolovchi vrach tomonidan umumiy asosda, lekin 7 kalendar kunidan oshmagan vaqtga beriladi (ishlovchi Ikkinchi jahon urushi qatnashchilari va nogironlari, internatsional harbiy xizmat o‘tganlar, Chernobil AES avariya oqibatlarini yo‘qotishda qatnashganlar uchun ushbu vaqt 14 kalendar kuniga teng). Mehnatga layoqatsizlik varaqasi bemor bilan birga yashashidan kat’iy nazar, oilaning har qaysi a’zosi yoki qarindoshiga berilishi mumkin. Statsionar sharoitda katta yoshli bemorni parvarishlash uchun mehnatga layoqatsizlik varaqasi berilmaydi. 14 yoshdan kichik bemorni parvarishlash uchun vrach mehnatga layoqatsizlik varaqasini ambulator sharoitda uning onasiga (onasi yo‘q yoki kasal bo‘lsa, otasi yoki oilasining boshqa a’zosiga) umumiy asosda, o‘tkir kasallikning to‘liq davriga yoki surunkali kasallik zo‘rayishi davrida kasallik alomatlarining vaqtincha zaiflashuvigacha, yoki bola parvarishga muhtoj bo‘lganda, lekin 14 kalendar kunidan ko‘p bo‘lmagan vaqtga beriladi. Bemor bolani parvarishlash uchun ishdan vaqtincha ozod qilish ma’lumotnomasini davolovchi vrach vrachlar-maslahat komissiyasi (SHMK) raisi bilan birgalikda beradi va uzaytiradi (lekin bir vaqtda 10 kundan ko‘p emas). Mehnatga layoqatsizlik varaqasi berilganligi, uzaytirilganligi va yopilishi, bemor bolani ambulator sharoitda parvarishlash uchun berilgan ma’lumotnomalar haqidagi axborot bolaning rivojlanish tarixida, statsionar sharoitda – kasallik tarixida, «Mehnatga layoqatsizlik varaqalarini qayd etish kitobi» va «SHMK xulosalarini qayd etish kitobi»da yozib qo‘yiladi. Maktabgacha tarbiya muassasasida karantin bo‘lsa yoki 6 yoshgacha bolani izolyatsiya qilish lozim bo‘lsa, ota-onaning biriga yoki oila a’zosiga sanitariya-epidemiologiya nazorati xizmati o‘rnatgan, lekin 14 kalendar kundan oshmagan vaqtga mehnatga layoqatsizlik varaqasi beriladi. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma’lumotnomalarni to‘ldirish. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma’lumotnoma davlat tilida to‘ldiriladi va davolovchi vrach imzo qo‘yadi. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi besh kundan ortiq uzaytirilsa, unga

bo'lim mudiri (SHMK raisi) xam imzo qo'yishi lozim. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma'lumotnoma pasport (yoki hujjat) taqdim etilgandagina to'ldiriladi. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma'lumotnoma aniq, xatosiz va qisqartirishsiz, siyohli yoki sharikli ruchka (ko'k, siyohrang yoki qora rangli) bilan to'ldiriladi. Yakuniy tashxis mehnatga layoqatsizlik sababi bo'lgan kasallikni aks ettirishi kerak. Yakuniy tashxisning yonida mehnatga vaqtinchalik layoqatsizlikni ro'yxatga olish shakli qatorining soniga mos keluvchi shifr qo'yiladi. «Rejim» qismida tavsiya etilgan (yotoq, uyda, ambulator, statsionar, sihatgoh) rejim ko'rsatiladi. Mehnatga layoqatsizlik vaqti uzaytirilsa, «Berildi, varaqa uzaytirildi» qismiga yangi varaqaning tartib soni yozilib, «davomi» so'zining tagiga chiziladi. Mehnatga layoqatsizlik varaqasida davolash-profilaktika muassasasining muhri ikki marta qo'yiladi: varaqa ochilganda – o'ng yuqori burchakda, yopilganda - o'ng quyi burchakda. Varaqa yo'qotilsa, uning dublikati beriladi. Varaqa blanklari hisobga olinib, jiddiy nazorat qilinuvchi xujjatlarga qo'yiladigan talabga ko'ra saqlanadi. Davolash-profilaktika muassasalari maxsus kitobda blanklar sonini, olingani va ishlatilganini qayd etishlari lozim. Blanklarni ro'yxatga olish kitobi tiqilgan, betlariga tartib raqamlari qo'yilgan bo'lishi lozim. Kitobning oxirgi betiga muassasa nomi, betlar soni yozilib, javobgar xodim imzosi va muassasa muxri qo'yiladi. Vrachlar (feldsherlar) mas'ul shaxsga mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma'lumotnomalarni sarf qilinishi bo'yicha hisobotni blanklar koreshogini topshirish yo'li bilan beradi-lar. Vrachlar (feldsherlar) olingan blanklarning saqlanishiga shaxsiy javobgardirlar. Berilgan varaqa yoki belgilangan shakldagi ma'lumotnomalar haqidagi axborot «Mehnatga layoqatsizlik varaqasini qayd etish kitobi»ga yoziladi, oddiy ma'lumotnomalar esa alohida kitobda qayd etiladi. Buzilgan va talab etilmagan blanklarni ustiga krest chizilib, katta xarflar bilan «buzilgan» yoki «to'xtatilgan» so'zlari yoziladi va mas'ul shaxsga topshiriladi. Varaqa blanklari koreshoklari, buzilgan va talab etilmagan blanklar davolash muassasasida 2 yil saqlanadi, so'ngra esa rahbar buyrug'i asosida yoqib yuboriladi va bu haqdagi dalolatnoma 10 yil davomida saqlanadi.

Mehnatga layoqatsizlik varaqasini berish tartibi quyidagi hollarda beriladi:

- a) mehnatga layoqatlik vaqtincha yo'qotilishi bilan kechuvchi kasalliklar (shikastlanish);
- b) homiladorlik va tug'ruq ta'tili;
- v) oilaning kasal a'zosini parvarishlash;
- g) sanator-kurort (ambulator-kurort) davolash;
- d) sil kasalligi yoki kasb kasalligiga chalinganligi sababli vaqtincha boshqa ishga o'tkazish;
- ye) karantin;
- j) protez-ortopedik statsionar sharoitida protezlash.

Mehnatga layoqatsizlik varaqasi vrach shaxsan o'zi bemor ko'rigini o'tkazgandan so'ng beriladi yoki uzaytiriladi, tibbiy hujjatda yozuv bilan asoslanadi. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi berish yoki uzaytirishga sabab bo'lgan tashxis klinik ma'lumotlar va laborator-asbobiy tekshiruvlar bilan asoslanishi kerak. Kasallik va shikastlanishlarda mehnatga layoqatsizlik varaqasini berish Ambulator-poliklinika sharoitida davolanishda vrachning o'zi 5 kalendar kuni uchun mehnatga

layoqatsizlik varaqasi berishi mumkin. Varaqani 10 kundan oshmagan vaqtga uzaytirish davolovchi vrach va bo'lim mudiri tomonidan, agar bo'lim mudiri yo'q bo'lsa, SHMK raisi bilan birgalikda, bemor sog'ayishiga qadar yoki vrach-mehnat ekspert komissiyasiga (SHMEK) yo'naltirilishiga qadar amalga oshiriladi. Kasalligi uzoq vaqt davom etayotgan bemorlarni (sil kasalligidan tashqari) mehnatga layoqatsizlik boshlangan kundan 3 oygacha yoki oxirgi 12 oy ichida bir turdagi kasallik oqibatida kecha-yotgan umumiy mehnatga layoqatsizlik boshlanishidan 4 oygacha vaqtda SHMEK ko'rigiga yo'naltiriladi. Kasalligi xavfli kechayotgan va nogironlik belgilari aniqlangan bemorlarni SHMEKga mehnatga vaqtinchalik layoqatsizlikning hamma davrida yuboriladi. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma'lumotnomani uzaytirish bemor SHMEKga yuborilgan kundan boshlab to'xtatiladi. Nogironlik berilmagan, mehnatga vaqtinchalik layoqatsiz shaxslarning varaqasi davolash-profilaktika muassasasi vrachlari tomonidan 2 oygacha uzaytirilishi mumkin.

Uzoq tumanlarda joylashgan davolash-profilaktika muassasalari, shu jumladan QVPlarda vrach mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma'lumotnomani umumiy tartibda butun mehnatga layoqatsizlik davri uchun o'zi berishi va uzaytirishi mumkin. Bu holatni keyinchalik TTB har oyda nazorat qilib boradi. Bunday davolash-profilaktika muassasalari va vrachlar ro'yxati sog'liqni saqlashning joylardagi tashkilotlarida aniqlanadi va buyruq bilan asoslanadi. Mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma'lumotnomani mehnatga layoqatsizlik aniqlangan kundan boshlab beriladi. Statsionar sharoitida (kunduzgi statsionarlar shu jumladan) davolanishda mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma'lumotnoma davolovchi vrach tomonidan bo'lim mudiri (bosh vrach, uning muovini) bilan birgalikda, bir vaqtning o'zida bemorning butun davolanish davriga beriladi. Shoshilinch yordam yoki shikastlanish punktlarida mehnatga vaqtincha layoqatsiz deb tan olingan bemorlarga mehnatga layoqatsizlik varaqasi yoki ma'lumotnomani navbatchi vrach uch kalendar kunigacha berib, keyin yashash yoki ish joyi bo'yicha davolash-profilaktika muassasasiga yo'naltiradi. Ishlovchi nogironlarga mehnatga layoqatsizlik varaqasi (ishda shikastlanish yoki kasbiy kasallikdan tashqari) 2 oygacha uzluksiz yoki kalendar yilida 3 oygacha berilishi mumkin. Ikkinchi jaxon urushi nogironlari, ularga tenglashtirilganlar, Chernobil AES(Atom elektro stansiya) avariyasi oqibatlarini yo'qotishda qatnashgan nogironlarga mehnatga layoqatsizlik varaqasi 4 oygacha uzluksiz yoki kalendar yilda 5 oygacha berilishi mumkin.

Homiladorlik va tug'ruq bo'yicha mehnatga layoqatsizlik varaqasini berish.

Xomiladorlik va tug'ruq bo'yicha mehnatga layoqatsizlik varaqasi homiladorlikning 30 xaftasidan 126 kalendar kunga ayollar maslahatxonasi yoki tug'ruqxonalar, tug'ruq bo'limlari vrachlari, ular bo'lmagan hollarda umumiy davolash-profilaktika muassasasi akusher-ginekologlari tomonidan beriladi. Bunday mutaxassislar bo'lmasa, hujjatni QVP yoki SHVPdagi UAV, yoki boshqa davolash-profilaktika muassasasida umumiy qabulni amalga oshirayotgan vrach beradi. Asoratlangan tug'ruq yoki ikki va undan ortiq bola tug'ilganda, tug'ruq

jarayoni kechgan davolash-profilaktika muassasasi mehnatga layoqatsizlik varaqasini yana 14 kunga uzaytiradi. homiladorlikni 30 xaftasigacha bo'lgan davrda tug'ruq bo'lsa, tirik bola tug'lsa, homiladorlik va tug'ruq bo'yicha mehnatga layoqatsizlik varaqasini davolash-profilaktika muassasasi 126 kalendar kunga beradi. Agar bola o'lik tug'lsa yoki tug'ruqdan keyin 168 soat (7 kun) davomida hayotdan ko'z yumsa, mehnatga layoqatsizlik varaqasi 70 kalendar kunga beriladi. Tug'ruq yoki tug'ruqdan keyingi davrda ona hayotdan ko'z yumsa, mehnatga layoqatsizlik varaqasi chaqaloqni parvarishlayotgan shaxsga beriladi. Davolash-profilaktika muassasasida homiladorlik sun'iy to'xtatilsa yoki bola tashlash aniqlansa, mehnatga layoqatsizlik varaqasi mehnatga layoqatsizlikning butun davriga umumiy asosda beriladi. Bola parvarishlash bo'yicha, oylik ish haqi saqlanmagan yoki qisman haq to'lanadigan qo'shimcha ta'tildagi ayollar yana homilador bo'lsalar, mehnatga layoqatsizlik varaqasi homiladorlik va tug'ruq bo'yicha ta'tilning hamma kuniga umumiy o'rnatilgan tartibda beriladi. ta'tilning hamma kuniga umumiy o'rnatilgan tartibda beriladi. Bola parvarishlash bo'yicha, oylik ish haqi saqlanmagan yoki qisman haq to'lanadigan qo'shimcha ta'tildagi ayollar yana homilador bo'lsalar, mehnatga layoqatsizlik varaqasi homiladorlik va tug'ruq bo'yicha ta'tilning hamma kuniga umumiy o'rnatilgan tartibda beriladi.

Ma'lumotnomalar berish tartibi.

Mehnatga layoqatni yo'qotish bilan kechuvchi kasalliklarda vrach (feldsher) ma'lumotnomani quyidagi hollarda beradi:

- a) Tibbiy punktga tunda yoki kechqurun, vrachlar yo'q bo'lgan vaqtda o'tkir kasallik yoki shikastlanish bilan tashrif buyurilsa;
- b) mastlik yoki spirtli ichimliklar ichish oqibatida yuzaga kelgan kasalliklar yoki shikastlanishda;
- v) davriy profilaktik tibbiy ko'rik o'tishda;
- g) harbiy xizmatga chaqiriluvchilarni tekshirishda;
- d) xalq sudi qarori bo'yicha majburiy davolash davrida;
- ye) talabalar, aspirantlar, doktorantlar, klinik ordinatorlar, maktab, litsey, kollejlarda o'quvchilariga;
- j) bemor bolani parvarishlashda kasallik 14 kalendar kundan uzoq davom etganda.

Erkin shakldagi ma'lumotnomani berish tibbiy hujjatdagi yozuv bilan asoslanadi va maxsus kitobda tartib raqami va berilgan kuni ko'rsatilib, ro'yxatga olinadi.

Maslaxat berish (konsultatsiya) ko'nikmasi. "Qiyin" bemorlarni konsultatsiyasi. "Vrach –patsiyent" munosabati tamoillari. Samarali muloqotga to'siqlar. Bolalar, o'smirlar, ularning ota –onalaridan shikoyat va samarali anamnez yig'ish ko'nikmasi.

«Eng yaxshi amaliyot» tushunchasi dalillarga asoslangan samarali maslahatni, amaliyotni, va dori vositalarini ratsional buyurishni o'z ichiga oladi.

UVA da maslahat o'tkazish.

Maslahat o'tkazish – bu vrach amaliyotining asosi bo'lib, u orqali birlamchi tibbiy yordam ta'minlanadi. Maslahat – bu vrach va mijoz orasida paydo bo'luvchi jarayon bo'lib, boshqa so'z bilan aytganda ekspertlar, ya'ni vrach-eksperti bilan mijoz-ekspertining uchra-shuvi. Ba'zida samarali maslahat o'tkazish kasallik tashxisini aniqlashga qaraganda qiyinroq kechadi.

Maslahat kontekstini uning keng ma'nosida tushunish – bu:

- har bir mijozni hech kimga o'xshamaydigan shaxs sifatida qabul qilish;
- bemor – buzilgan mashina emas, noyob odam organizmligiga ishonish;
- «salomatlik» va «kasallik» tushunchalari belgi yoki simptomlarning bor-yo'qligiga qaraganda kengroq tushuncha ekanligini yodda tutish.

Mijozga qaratilgan maslahatda vrach uning «hayotiy dunyosiga» kirib borishga va muammolarni yoki kasallikni mijoz nuqtai nazaridan qarashga intilishi kerak. Samarali maslahat vrach amaliyotida o'tkir qirrali tosh hisoblanadi va u muvaffaqiyatli axborot almashinishga asoslangan (shahslararo muloqat – SHAM). Bunday kompleks ta'sir turli tadqiqotlarda chuqur o'rganilgan va maslahatning ko'pgina modellari ishlab chiqilgan. Oldingi modellar vrachning nuqtai nazariga qaratilgan, ya'ni «vrach – markazda» modeli edi. Nisbatan keyingi modellar «bemor – markazda» yondoshuviga asoslangan, ya'ni bemor murojaatining maqsad va sabablariga, uning xavotirlanishi, fikrlari, kutayotgan natijasi va qiziqishlariga qaratilgan. Shu narsa ma'lum bo'ldiki, bemorga qaratilgan e'tibor uning tibbiy yordam bilan qoniqishini oshiradi va bu o'z navbatida tibbiy xizmatning oxirgi natijalarini yaxshilaydi. Maslahat o'tkazishning yagona to'g'ri usuli mavjud emas. Vaziyat va maslahat ishtirokchilarga bog'liq holda yondoshishlar o'zgarishi mumkin. Lekin, bemorlarga ta'sir ko'rsata oladigan usullarni tahlil qilish foydalidir. Vrach o'zining maslahat olib borish uslubini (videoga yozib olganlarini ko'rish orqali) tanqidiy ko'rib o'zining kuchli taraflarini va kamchiliklarini aniqlashi va keyinchalik – o'zining ko'nikma va maslahat texnikasini yaxshilab olishi mumkin.

Samarali maslahat o'tkazishning yashirin to'siqlari.

Bunday to'siqlar turli-tuman bo'lishi mumkin va ularni albatta inobatga olish kerak. Bu vaqtning yetishmasligi, til muammolari, jin-siy farq, yosh, vrach va bemorning etnik va ijtimoiy kelib chiqishi, «no-zik» masalalar, murojaatning yashirin sabablari, maslahatdan mijoz va vrach maqsadidagi tafovut yoki ular orasida ishonchning yo'qligi, bundan oldingi «qoniqarsiz yoki qiyin» maslahat kabilar bo'lishi mumkin.

Maslahat davomiyligi.

Maslahatning o'rtacha davomiyligi («yuzma-yuz», ya'ni to'g'ridan to'g'ri kontakt) 15 daqiqani tashkil etadi. Masalan Buyuk Britaniya-da to'g'ridan to'g'ri vrach bilan muloqot o'rtacha 7 daqiqani (belgi-langan 10 daqiqalik maslahatning o'rtacha 7-8 daqiqasi vrach bilan bevosita muloqotga ketadi) tashkil etadi. Kanada va Yangi Zellan-diyada bu vaqt 2 barobar ko'p. Shaxsiy xususiyatlar va UAV munosabati maslahat davomiyli-giga ta'sir ko'rsatadi: UAV ayollar, keksa vrachlar, yuqori malakali yoki muloqotning psixologik ko'nikmalariga ega vrachlar uzoqroq maslahat o'tkazadilar. Mijozlar ularga ko'proq vaqt ajratishini xohlaydilar. Uzoq vaqt o'tkaziladigan maslahatlar tibbiy yordam ko'rsatish

sifatini oshirganligi uchun belgilangan 10-15 daqiqani mo'ljallash tavsiya etilgan. Ijobiy samara: mijoz va vrachning qoniqishini oshiradi, «vrach-mijoz» orasidagi bog'liqlik va muloqotni yaxshilaydi, fiziologik muammolarni tenglashtirish ehtimolini oshiradi, sog'lom turmush tarziga sifatli targ'ibot qilishni ta'minlaydi, qayta maslahatlar sonini va mayda tibbiy muammolarda tavsiyalar sonini kamaytiradi. Ammo maslahat vaqti cho'zilgan sari «yuzma-yuz» muloqot vaqti kamayadi degan g'oya ham mavjud. Maslahatlar soni Bitta mijozga maslahat yiliga o'rtacha 2-6 tani tashkil qilishi mumkin. Maslahat soniga ta'sir qiluvchi holatlar: biriktirilgan aholi miqdori (qanchalik ko'p bo'lsa, o'rtacha maslahatlar soni shuncha past), yangi va keksa mijozlar (maslahatlar soni oshadi), uchastkada ijtimoiy qaltis guruhlarning borligi (maslahatlar soni oshadi), yil fasli (maslahatlar soni qishda oshadi), aholini xabardorligini oshirish va sog'lom turmush tarzi ham maslahatlar sonini oshiradi.

Vaqtning boshqarishi.

BTSYO tizimi barcha rivojlangan davlatlarda UAV qabuliga oldindan yozilish amalda qo'llaniladi. Bu sog'liqni saqlashning vaqti va resurslarini to'g'ri taqsimlash va foydalanishga yordam beradi. Albatta eng tartibli vrachlar ham rejalashtirilgan jadvalga qat'iy rioya qilishi qiyin. Shoshilinch va kechiktirib bo'lmaydigan maslahatlar yoki mijozning vaqtida qabulga kelmasligi hisobiga bo'lishi mumkin. Lekin tajribaga ko'ra, maslahatga yozilib kelish tizimi mijozlarning qoniqishini oshiradi, ko'p kutib qolgan mijozlar bilan ziddiyatlar kelib chiqmasligiga, vrach ishini kun davomida tekis taqsimlanishiga yordam beradi va shu bilan bir qatorda tibbiy yordam samaradorligi va sifatini oshiradi. Vaqtdan unumli foydalanishga harakat qilish – ishni vaqtida boshlash, muammoli holatlarning rejali maslahat vaqtini oldin-dan belgilash (masalan, maslahat vaqtida keyingi tashrif kuni va vaqtini belgilash – maxsus jurnalga yozib borish), ma'lum guruh mijozlar maslahatiga ko'proq vaqt ajratish (yangi, keksa mijozlar, bir necha kasalliklari bor bo'lgan mijozlar va hokazo), qiyin, bir necha bosqichli holatlarni birma-bir o'rganib chiqish uchun keyingi tashriflarni belgilab borish. Agar Siz rejalashtirgan jadvalingizni buzgan bo'lsangiz, registratura xodimlaridan sizning nomingizdan mijozdan uzr so'rashni iltimos qilib ko'ring, yoki maslahat uchun kerak bo'lgan boshqa tekshiruvlardan o'tib turishini (vrachgacha bo'lgan qabuldan o'tish, qiziqtirgan savoli bo'yicha axborot beruvchi adabiyotlar berish va x.) iltimos qiling.

Maslahat modellari.

Maslahatning an'anaviy modeli (anamnez yig'ish, ko'rik, dia-gnostika, davolash va keyingi kuzatuv) umumiy vrachlik amaliyotidagi maslahatning barcha murakkabliklari va qirralarini o'zida jamlamaydi.

«Samarasiz maslahatning ko'p hollardagi sababi, bu vrachning mijoz nima uchun kelganligini tushunmasligidir» (Byrne and Long). Vrachlar bilan mijozlarning maslahatdan kutayotgan maqsadlari, vazifalari va natijalari bir-biridan farq qiladi.

Vrachni - kasallik anamnezini yig'ish, kuzatuv o'tkazish, tekshiruv va davolashni tavsiya qilish qiziqtiradi. Mijozning maqsadi esa hamdardlik eshitish,

maslahat va yordam olish, kasalligi va uning simptomlari, asoratlari xaqidagi ma'lumotlar olish, sog'lom tur-mush tarzi va profilaktikani o'rganish, davolash jarayonida vrach na-zoratida bo'lish, butun oilaning salomatligini mustahkamlashdir. Maslahatning asosiy vazifasi – ikkala tomonning maqsad va vazifalariga erishish. 1970 yillarning boshida Buyuk Britaniyaning UAV qirollik kolleji barcha maslahatlarni «fizik, ruhiy va ijtimoiy» turlarga bo'lishni tavsiya qildi, chunki UAV an'anaviy «a'zolar»ga yondoshish bilan birga emotsional, oilaviy, ijtimoiy va muhit omillarini ham ko'rib chiqishi darkor. Bugungi kunda maslahatning juda ko'p modellari mavjud. Ular mantiqiy ketma-ketlikni va maslahatga yondoshishning har xil turlarini rivojlantirishga yordam beradi. Jarayonning hamma ishlab chiqilgan modellari mijoz muammolari-ning turli taraflariga asoslangan. Byurne va Long modeli, 1976 Taqdim etilgan modelning markazida – vrach bo'lib, 6 ta bosqichdan iborat.

Ular maslahatning mantiqiy tuzilmasini shakllantiradi:

1. Vrach mijoz bilan o'zaro munosabatni yaratadi.
2. Vrach mijoz murojaatining sababini aniqlashga harakat qiladi va aniqlaydi.
3. Vrach ma'lumotlarni verbal yig'adi va fizikal ko'rik o'tkazadi.
4. Vrach yoki vrach mijoz bilan birga, yoki mijoz o'z holatini tu-shuntiradi.
5. Vrach (ba'zida mijoz ham) davo va tekshiruvlarni birma-bir ko'rib chiqadilar.
6. Vrach maslahatni yakunlaydi.

Stott va Devis modeli, 1979.

Maslahatning yashirin vazifalarini belgilaydi. Ularni mijozning har maslahatida qo'llash mumkin.

1. Qo'yilgan muammolarni boshqarish.
2. Qo'shimcha qo'llab quvvatlash va yordam talab qiluvchi xulq atvorni shakllantirish, ya'ni xulq atvorni, hayot tarzini, odatlarini o'zgartirish.
3. Uzoq vaqt davom etuvchi yoki surunkali muammolarni boshqarish.
4. Opportunistik kasalliklarga nisbatan sog'liqni targ'ibot qilish va mustahkamlash. Bunda vrach mijozning faqatgina tibbiy muammolarini emas, balki boshqa muammolarni ham (ijtimoiy, moliyaviy, etnik) hal qiladi.

«Qiyin» bemorlar maslahatlarining o'ziga xosliklari.

Qiyin bemor - me'yoriy o'zaro munosabat o'rnatib bo'lmaydigan shaxsdir. Vrach tajribasi qanchalik yuqori bo'lsa, uning qiyin bemorlari shunchalik kam bo'ladi. qiyin bemor – bu subyektiv tavsifligiga qaramay, deyarli hamma vrachlar qiyin bemorlar deb hisoblaydigan bemorlar guruhi mavjud. Qiyin bemorning harakterli belgilari:

- ahamiyatga ega bo'lmagan ko'p shikoyatlar;
- shikoyatlarining juda ko'pligi;
- tushunarsiz tashxis;
- surunkali charchash sindromi;
- kasallikning obyektiv ko'rinishlarining yo'qligi;
- davolash bilan qoniqmaslik;

- dorilarning qo‘llash tartibiga rioya qilmaslik;
- zidlik yoki g‘azablanish;
- boshqa vrachlarda maslahatlar olish;
- injiqlik;
- vrachning band ekanligiga hurmatsizlik;
- ko‘p dori vositalarini baravar qabul qilishi.

Qiyin bemorni uchratganda hissiyotlarga erkinlik berish kerak emas. Yaxshilab kuzatish va tekshiruvlar olib borishga hafsala qilish, chunki jiddiy kasallikni o‘tkazib yubormaslik kerak. Bu bezovtalik, depressiya, shilqim g‘oyalar nevrozi, maniakal-depressiv psixoz, narkomaniya, alkogolizm, shizofreniya bo‘lishi mumkin.

Qiyin bemorni davolash.

Har bir vrachning vazifasi - qanday bemor bo‘lishidan qat’iy nazar unga yordam berish va uni qo‘llab quvvatlashdir. Lekin g‘amxo‘r bo‘lish degani bemorning hamma injiqliklariga ko‘nish kerak degani emas. Vrach xushmuomalalik va insonparvarlik chegarasidan chiqib ketmagan holda, bemorning noroziliklarini bir muncha cheklaydigan bir necha tavsiyalar mavjud

1. Bemorlar qanday bo‘lsa, shundayligicha qabul qiling. Ularni to‘g‘irlashga harakat qilishdan voz keching. Shikoyatlarning ko‘pligi siz bilan aloqani ushlab turish uchun bahona bo‘lishi mumkin. Bunday shikoyatlarga nevroz alomatlari deb qarang. Tashhis qo‘ying, kerak bo‘lsa davolash choralarini buyuring.

2. Agar bemor sizga juda tez - tez murojaat qilaversa, unga uchrashuv jadvalini tavsiya eting: «Biz ikki xaftada bir marta har juma kunlari 15 daqiqa davomida uchrashamiz».

3. Maslahat vaqtida bemordan oilasi, ishi xaqida so‘rang. Odoblik bilan bir xilda tugamas shikoyatlardan zerikkanligingizni anglashiga sharoit yarating.

4. Bemorga kerakligicha vaqt ajrating, lekin u chegaralanganligini tushuntiring.

5. Uni tinchlantirar ekansiz, har bir so‘zingiz isbotlangan bo‘lishiga ahamiyat bering. Rostgo‘y bo‘ling. Bemor muammosini o‘zingiz tushunchangizda izohlab bering.

6. Xushmuomala, lekin qat’iyatli bo‘ling. Platsebo buyurmang, vrach bilan suhbatning o‘zi ham dori vositasidir.

7. O‘zingiz oldingizga real maqsadlar qo‘ying.

8. Agar bemor o‘zi xohlamasa, u bilan aloqani uzming. Agar u sizning hamkasblaringizga murojaat qilsa ham undan voz kechmang.

9. Bemor bilan boshqa vrachlarni muhokama qilmang. Ayniqsa tanishlaringizni davolayotganda va sovg‘a berayotganida ehtiyot bo‘ling.

Vrachlik etikasini saqlang. 10. Agar bemor bilan muomila qilish sizga qiyin bo‘lsa, uni boshqa vrach maslahatiga yuboring. Ba’zi bemorlarga yordam berib bo‘lmasligini tan oling. G‘azab – me’yoriy hissiyot bo‘lib, har bir insonga xosdir. Bu qo‘zg‘ovchi omillarga oddiy himoya reaksiyasidir. G‘azab bilan kurashish kerak, chunki u vrach va bemor munosabatlarini buzadi. Tibbiyot amaliyotida ko‘p narsalar bemorda g‘azab va ta’sirchanlik uyg‘otishi mumkin: kasallik

(ayniqsa yomon oqibatli bo'lsa), yaqinining o'limi, kutilgan natijalarning bo'lmasligi, vrachlik xatoliklari, xizmatlar narxi, mutaxassislar maslahatiga yuborish (bemorlar buni vrachning o'zligi deb qabul qiladilar), xizmatlarning yetarli emasligi, tibbiy xujjatlarni rasmiylashtirishdagi qiyinchiliklar, davoning samara-sizligi, vrachning noetik munosabati - qo'pollik, piching, befarqlik, betakalluflik va hokazo. G'azabni ifodalanishi har xil - tashqi vaz-minlik va yengil ta'sirchanlikdan, ochiq konflikt yoki sudlashishgacha bo'lishi mumkin.

Maslahat berish

Tajribali vrach g'azablanish sababini bartaraf qilib, kuzatuv va davolashda qiyinchilik uyg'otmaydigan munosabatlar o'rnatishi mumkin. Zarur bo'lganda, u yana birta uchrashuvni belgilaydi yoki boshqa vrachga murojaat qilishini tavsiya qiladi. Ba'zida bemorni psixo-terapevt maslahatidan o'tkazish foydalidir. U o'zi va atrofdagilar xaqidagi tasavvurini o'zgartirishga, qiyinchilikni yengib o'tishiga yordam beradi.

Maslahat berish tamoyillari:

- Tinch holatda bo'ling, bemorning ko'ziga qarang.
- O'tirishini so'rang va siz ham o'sha holatda o'tirishga harakat qiling.
- Unga kerakligicha (20 min.dan kam bo'lmagan) vaqt ajrating.
- Betakalluflikka yo'l qo'ymang, xushmuomala bo'ling.
- Konflikt sababini aniqlang, g'azab ortida nima bo'lishi mumkin (balki qo'rquvdir).
- Uni qiynayotgan masalaga tegmang. Bemor bilan qiziqayotganingizni ko'rsating, diqqatlik bilan eshiting, bemor bor gapini aytishiga sharoit yarating. Tinch holatda, aniq, tushunarli gapiring. Tinchlantiring, lekin injiqliklariga erk bermang.

G'azab sababini bilib olsa bo'ladigan jumlar ishlatib va savollar bering. Masalan: uchrashgan paytda: «Siz nima his etayotganingizni tushunaman», «Meni siz qayg'urayotganingiz bezovta qilmoqda», «Sizga qanday yordam bera olaman» va konflikt vaziyatida: «Menimcha siz juda g'azablangansiz», «Bu o'zingizga umuman o'xshamaydi», «Sizni nima shunchalik g'azablantirdi?», «Siz ... sababli g'azablanayotganingizni sezyapman».

Vrachning ziddiyatli vaziyatlarda o'zini tutishi.

Mumkin	Mumkin emas
Diqqatlik bilan eshitish qiziqayotganligini ko'rsatmoq Tinch holatda qolmoq Tinchlantirmoq O'zini tabiiy tutmoq O'ziga ishonish Samimiy bo'lmoq Bemorga kerakli vaqt ajratish Bemor bilan muntazam uchrashish Maslahat bilan yordam berish	Juda ko'p gapirish Bemorga tegish G'azablanmoq Bemordan voz kechish Ziddiyani hal qilishdan bosh tortish O'zini aybdor his qilmoq Betakalluf bo'lish Ayblamoq himoyachi (homiyl) bo'lmoq

Yomon xabarlarini ma'lum qilish.

Yomon xabarlarini ma'lum qilish - hamma vrach uchun qiyin masaladir. Ko'p hollarda to'satdan o'lim xaqida so'z boradi. Yo'qotish hissi – bu yaqin odamining yo'qotishi bilan kelib chiqqan chuqur va kuchli darddir. Yo'qotishga bo'lgan reaksiya - bu bir vaqtning o'zida kuchli dil og'rig'i, g'azab, aybdorlik hissi, ojizlik, tushkunlik, umidsizlikdir. Agar vrach yaqinlarini fojiiyaviy xabarga tayyorlamagan bo'lsa, ruhiy shikastlanishni og'irlashtirishi mumkin.

Asosiy qoidalar:

- Vrach (yoki militsiya xodimi) qarindoshlariga telefon orqali emas, shaxsan borib ma'lum qilgani yaxshi.
- Agar telefon orqali ma'lum qilishga to'g'ri kelsa, buni tajribali odam qilishi lozim.
- O'lgan odamning qarindoshi bir o'zi shifoxonaga kelishi kerak emas.
- qarindoshlar bilan alohida xonada, eshiklarni yopgan xolda gaplashish kerak.

Umumiy tavsiyalar.

- Avval sodir bo'lgan voqeadan qarindoshlarining xabari bor-yo'qligini aniqlang.
- Suhbat davomida xotirjam va ziyrak bo'ling, so'zlaringizga e'tiborli bo'ling, yolg'on gapirmang.
- hamsuhbatingizning ko'ziga qarab gapiring, bir narsa gapirib boshqa narsa o'ylamang, ilmiy atamalarni ko'p ishlatmang.
- Xayrixohlik ko'rsating, lekin ikki yuzlamachilik qilmang.
- Shoshmang va qarindoshlari bo'lib o'tgan voqeani anglab yetishiga, munosabat bildirishiga, hissiyotlarni erkin namoyon qilishiga, ma'lum vaqt sokinlikda bo'lishiga, savollar berishga, o'lgan odamini ko'rishga sharoit yaratib bering.
- Ularning hamma savollariga javob bering.
- O'lim sababini berkitmang.
- Shoshqaloqlikdan, qo'pollikdan, yolg'ondan, zerikarli gaplardan uzoqroq yuring.

Yordam.

Bo'lgan voqeaga reaksiya turli bo'lishi mumkin: hayratomuz jimjitlikdan va sodir bo'lgan voqeaga ishonishni istamaslikdan tortib, kuchli g'azab va aybdorlik hissiga. Vrach hammasiga tayyor bo'lishi kerak. Buning uchun unga maxsus darslar va o'quv filmlari yordam beradi. Xamsuhbatingizni yig'lab olishiga qo'yib bering, tasalli berish maqsadida uning qo'lini ushlab yoki yelkasiga qo'lingizni qo'yishingiz, choy yoki sovuq suv taklif qilishingiz mumkin. O'zini qanday his etayotganini, biron kimsaga qo'ng'iroq qilish-qilmasligini so'rang. Keyingi uchrashuv xaqida kelishib oling. Zarurat bo'lsa psixoterapevtik adabiyotlar taqdim eting. Krizis holatlarda yordam ko'rsatish (yaqinining o'limi, ajralish va h.). Vrach ruhiy muvozanatni tiklashga, o'zini va vaziyat nazoratini saqlashga yordam qilishi va ushbu hodisaga mos keladigan maslahatlar berishi kerak.

Baxtsizlikni boshdan kechirayotganga o'nta maslahat.

1. Qayg'ungizni chiqib ketishiga yo'l bering, hissiyotlaringizni ushlab turmang, yig'lashdan uyalmang.

2. O'z qayg'uingiz haqida do'stlar bilan gaplashing. Bo'lgan voqeani berkitmang. Maslahat so'rang, lekin do'stlaringizni shikoyatlaringizdan bezor qilmang.

3. E'tiboringizni hozirgi kunga qarating. Boshingizga tushganbaxtsizlik haqida o'ylamaslikka harakat qiling. Kelajakka umid bilan qarang.

4. Xamma qiyinchiliklarni birdaniga hal qilishga urinmang.

5. Nima qilish kerakligini bilsangiz, tez va qat'iyat bilan harakat qiling.

6. Yolg'izlikda qolmang, chalg'ishga harakat qiling har qanday ko'ngil ochish tadbirlari - sport bilan shug'ullanish, teatr, kinoga borish va hokazolar sizga yordam beradi. Do'stlaringiznikiga mehmonga boring.

7. Alamingizni birovlardan olmang.

8. Xar kuni jismoniy tarbiya: suzish, yurish, gimnastika bilan shug'ullaning.

9. Kun tartibiga rioya qiling. Uyqusizlikda uyqu dori iching.

10. Yordam kerak bo'lsa vrachga murojaat qiling. Mashina haydasangiz ehtiyot bo'ling.

KONFIDENSIALLIK.

Konfidensiallik tushunchasi (vrachlik sirini saqlash) - bu bemor va vrach orasidagi ishonch saqlanishi uchun eng kerakli talabdir. Vrachlik sirini fuqaroning tibbiy yordamga murojaati va salomatligi xaqidagi, kasalligining tashxisi va uni tekshirish vaqtida aniqlangan boshqa ma'lumotlar tashkil qiladi. Shaxslar o'qish mobaynida, kasbiy, xizmat paytida yoki boshqa majburiyatlarni bajarish jarayonida olgan ma'lumotlarini bemor ruxsatisiz oshkor qilishsa konfidensiallik buzilgan deb hisoblanadi. Har bir bemor konfidensiallikka xaqqi bor, hattoki mustaqil qaror qabul qila olmaydigan kattalar va bolalar ham shunday xuquqqa ega, uni odam o'limidan keyin ham saqlaydilar. Bemor roziligi bilan vrach tomonidan ma'lumotni oshkor etilishi konfidensiallikni buzilishi deb hisoblanmaydi. Standartlarga rioya qilmaslik intizomiy javobgarlikka, hattoki amaliyotni chegaralashga, yoki taqiqlashga olib keladi.

Anonim axborot.

Anonim axborotdan foydalanish uchun hech qanday ruxsat olish shart emas. Agar sizda shubha paydo bo'lsa, yuqori turgan organlar va sizni himoya qiluvchi tashkilot bilan maslahatlashish kerak. Ikkinchi darajali maqsadlar uchun ishlatiladigan tibbiy ma'lumot (ya'ni rejalash, o'qitish, audit) anonim bo'lishi kerak.

Sirni ochishga ruxsat olish.

Bemor o'zi xaqidagi shaxsiy ma'lumotini ma'lum sabablarga ko'ra oshkor qilishga o'zi ixtiyor bildirishi mumkin. Lekin bunda uni oshkor qilmaslikka haqqi borligi xaqida xabardor qilish kerak va u bilan boshqa shaxslar foydalanishi mumkinligini aniq tushunish kerak. Agar bemor o'zining ma'lumotlarini ishlatishidan bosh tortsa, buni yozma ravishda qayd qilish kerak. Lekin, bemorlarning maxsus guruhi mavjud, ularning ma'lumotlarini tarqatishga alohida shart-sharoitlar kelishilgan bo'lishi kerak.

14 yoshgacha bo'lgan bolalar.

1. Ularning holati xaqidagi axborotni ma'lum qilish ota - onalik vakolatiga ega bo'lgan shaxs orqali rozilik berilishi kerak. Yoshlarning yetukligi ular qabul

qiladigan qarorlari olib kelishi mumkin bo'lgan oqibatlarni tushunib yetishi uchun yetarli bo'lishi kerak. Shu holdagina ular tibbiy yozuvlariga ota-onaning ruxsatidan voz kechishiga xaqi bor.

2. Muomalaga layoqatsiz kattalar (ruhiy) qilingan qarorga qarab bemorning muomalaga layoqatliligi ko'rib chiqilishi kerak. Muomalaga layoqatsiz bemorlar ma'lumotni ma'nosini to'liq tushungan holdagina ishlatishni man qilishi yoki ruxsat berishi mumkin. Agar bemor tushunadigan ahvolda bo'lmasa, uning manfaatini, istak va qadriyatlarini inobatga olib qaror qabul qilish shart. Sud orqali tasdiqlangan uchinchi taraf ma'lumotni tarqatishga ruxsat beradi.

3. Marhumlar. Ma'lumotni qisman tarqatish faqatgina o'lim sababi bilan paydo bo'lgan noroziliklarni hal qilish uchun yo'l qo'yiladi. Boshqa hollarda ma'lumotni tarqatishga ruxsat beruvchi hech qanday rasmiy huquqlar yo'q.

Konfidensiallikni buzmoq.

Konfidensiallik faqat ayrim hollarda, ya'ni qonun-qoidalarga mos dalillar bilan tasdiqlanganda buzilishi mumkin. Bunday holatlarga shuningdek, mijozni oldin davolamagan boshqa vrach maslahati ham kiradi. Boshqa vrach bilan birgalikda ma'lumotlarni ishlatish, faqatgina xizmat yuzasidan bo'lishi mumkin. Mijozni davolash jarayonida ishtirok etuvchi odamlarga (holis yordamchilar, tashkilotning qo'shimcha yordamchi guruhi) axborot tarqatish bemorning roziligini talab qiladi.

Konfidensiallikni buzishni oqlovchi ayrim maxsus holatlar.

1. Shoshilinch holatlar. Bemorning holati o'zi va boshqalar salomatligi va hayotiga xavf soladigan vaziyatlarda uni tekshirish va davolash zarurligida bo'ladi. Lekin u o'zining holatiga ko'ra xohish istagini tariflay olmaydi (agar uni oldindan qilmagan bo'lsa).

2. Jamoat qiziqishlari. Yuqumli kasalliklar, ommaviy zaharlanish va shikastlanish xavfi paydo bo'lganda. Qonun bilan tasdiqlangan holatlar.

3. Tergov va tergov organlarining, prokuratura va sudning so'rovnomasiga asoslanib tekshiruvlar olib borish, shu bilan bir qatorda bu ma'lumot qaysi qonunchilik aktiga asoslanib so'ralayotganini aniqlash kerak.

4. Jamiyat sog'lig'ini saqlash masalalari. Vrach kasalliklar hisobotini olib borishi kerak. Agar yuqumli kasalliklar bilan kasallangan bemorning boshqa odamlar bilan aloqasi namoyon bo'lsa, vrach bemor bunga rozilik bermagan taqdirda ham vrachlik sirini oshkor qilishga majbur bo'ladi.

5. Shikoyatlar yoki maxsus holatlar. Agar fuqaroning salomatligiga qonunga zid harakatlar yoki baxtsiz hodisa tufayli zarar yetkazilganligi to'g'risida asoslar bor deb hisoblansa. Vrachlik sirini tashkil qiluvchi ma'lumotlar o'rnatilgan tartibda, boshqa odamga yetkazilsa, u odam ham (tibbiyot va farmatsevtik ishchilar bilan bir qatorda) qonun oldida vrachlik sirini oshkor qilishida javobgar hisoblanadi.

XABARDOR QILINGANDAN KEYINGI ROZILIK.

Agar Siz dori buyurayotgan va davolash o'tkazayotgan, yoki bemorni tekshirayotgan vrach bo'lsangiz, siz har bir harakatingizni mijoz bilan kelishishingiz va undan ruxsat olishingiz kerak. Albatta, muolajalarni boshqalarga yuklashingiz mumkin, lekin baribir uning natijalari uchun javobgarlik sizning zimmangizda

bo'ladi.«Xabardor qilingandan keyingi rozilik» tushunchasi vrach buyurgan tekshiruv, muolaja va davo o'tashga bemorning xohishini o'z ichiga oladi. Uning xohishi aytilgan (masalan, bemor «ha» yoki «yo'q» degan bo'lishi yoki maxsus hujjat «Xabardor qilingandan keyingi rozilik» shakliga qo'l qo'ygan bo'lishi mumkin), yoki ko'zda tutilgan (masalan, maxsus roziliksiz – ko'pincha ma'lum muolajalar bilan birga boruvchi) bo'lishi mumkin. Tekshiruv va davolanishga rozilik olish mijoz o'zining holati va davolanishning mumkin bo'lgan yo'llari xaqida o'ziga tushunarli ravishda ma'lumot olishga xuquqi bor. Ma'lumot o'z ichiga quyidagilarni olishi kerak:

- tashxis, bo'lishi mumkin bo'lgan oqibatlar to'g'risida to'liq va batafsil ma'lumot, agar holati davolashni talab qilmasa;
- tashxisni aniq emasligi, shu bilan bir qatorda davolash choralari ko'rilguncha olib boriladigan keyingi tekshiruvlar;
- davo choralari qo'llanilmagan taqdirda ham, keyingi olib borish variantlari;
- har bir tavsiya qilingan tekshiruv va davo-choralarining tavsifi, maqsad va nojo'ya ta'sirlari (ko'p uchraydigan va jiddiy);
- yuz berishi mumkin bo'lgan foyda va xavfning taxminiy bahosi, shuningdek yutuq ehtimoli;
- tavsiya qilingan davo-chorasi tajribaliligi to'g'risida ma'lumot berish (tajriba bosqichida);
- o'zgarish sur'ati va holatning rivojlanishini o'rganish yoki nojo'ya ta'sirlarini ko'rish maqsadida keyingi parvarishni batafsil tushuntirish;
- umumiy javobgarlikka javob beruvchi vrachning familiyasi, ismi, otasining ismi;
- talabalar yoki stajyorlarni davolash jarayoniga qo'shish xaqida ma'lumot berish;
- bemorga uning boshqa vrachdan tavsiya olishiga va yoki o'zining qarorini hohlagan paytda o'zgartira olishini eslatib qo'yish; Mijoz tomonidan sizga berilgan vakolatni, ba'zi shoshilinch holatlarni hisobga olmaganda, oshirmasligingiz kerak.

Mijozning layoqatliligini baholash.

Muloqotga layoqatli katta odam o'rniga qaror qabul qilishga xech kimning xaqi yo'q. Zarur hollarda mijozning qaror qabul qila olish qobiliyatini baholash (demensiya holatida, jiddiy ruhiy kasalliklarda, ruhiy layoqatsizlikda), faqat qonun doirasida amalga oshiriladi, ya'ni bemorni mutaxassis maslahatiga va nogironlik bo'yicha maxsus komissiyaga yuboriladi. Ruhiy layoqatsiz katta odamlar hech kim layoqatsiz katta odam nomidan davolanishga rozilik berishi yoki davolanishdan voz kechishi mumkin emas. Birinchidan, bemorni mustaqil ravishda xabardor qilingandan keyin davolanishga rozilik berish qobiliyatini baholash zarur.

Agar mijozning mustaqil ravishda qaror qabul qilish qobiliyati pasaygan bo'lsa, uning iltimosiga ko'ra, Siz o'zingizni fikringiz bo'yicha bemor uchun to'g'ri keladigan har qanday tekshiruvlar yoki davo choralarini o'tkazishingiz mumkin. Agar bemor xohish yoki rozilik bildirmagan bo'lsa, Siz qonun doirasida belgillangan muolajalarni bajarishingiz kerak.

Rad etish uchun rasmiy ariza.

Layoqatli mijozlarni davoni rad qilishi rasmiy ravishda tasdiqlangan bo'lsa uni e'tiborga olmoq zarur. Agar bemor sodir bo'lgan vaziyat va sharoitni har tomonlama aniq ko'rib bilsa va o'zini qarorini kelajakda o'zgartirish ehtimoliga hech qanday asos bo'lmasa qaror qabul qilinishi mumkin. Agar yozma ravishda rad javobini olishga imkoniyat bo'lmasa, guvohlar ishtirokida rasmiy hujjat bilan belgilab qo'yish shart.

Bolalar (14 yoshgacha).

Layoqatli bolada taklif etilgan tekshiruv va davo maqsadlari va tabiatini, shuningdek uning asoratlarini tushunish qobiliyati bor. Layoqatli bola xabardor qilingandan keyin o'ziga o'zi rozilik berishi mumkin, lekin u davolanishdan bosh tortsa, unda ota-onasi yoki vasiysi uning o'rniga rozilik berishi mumkin. Agar bola layoqatsiz bo'lsa, davolanishga ota-onasi yoki vasiysi rozilik berishi mumkin, shuningdek ota-onasining rad javobini, sud orqali rad qilmoq mumkin. Ota-ona yoki boshqa qonuniy vakillar yo'qligida tibbiy aralashuv to'g'risidagi qarorni konsilium qabul qiladi, basharti konsiliumga yig'ilishning iloji bo'lmagan taqdirda esa, keyinchalik davolash-profilaktika muassasasining mansabdor shaxslari va bemorning qonuniy va-killarini xabardor qilish sharti bilan bevosita davolovchi (navbatchi) vrach qabul qiladi (O'zR 15.04.99 yil, 772-I son qonuni tahriridagi qism)

Shoshilinch holatlar.

Shoshilinch va xabardor qilingandan keyin ham rozilik ololmagan holatlarda, Siz bemor hayotini saqlab qolish yoki uning sog'lig'ini yomonlashuviga olib kelmaslik maqsadida davolash mumkin. Fuqaroning ahvoli o'z xohish-irodasini izhor etishga imkon bermaydigan, tibbiy aralashuvni esa kechiktirib bo'lmaydigan hollarda fuqaroning manfaatini ko'zlab tibbiy aralashuvni amalga oshirish masalasini konsilium hal qiladi, basharti konsiliumga yig'ilishning iloji bo'lmagan taqdirda esa, keyinchalik davolash-profilaktika muassasasining mansabdor shaxslarini xabardor qilish sharti bilan bevosita davolovchi (navbatchi) vrach hal etadi.

Fuqaro rozilgisiz tibbiy yordam ko'rsatish.

Atrofdagilar uchun xavfli kasallikka chalingan shaxslarga fuqarolar yoki ular qonuniy vakillarining rozilgisiz tibbiy yordam ko'rsatilishiga (tibbiy ko'rikdan o'tkazish, kasalxonaga yotqizish, kuzatish va yakkalab qo'yishga) qonun hujjatlarida belgilangan asoslarda va tartibda yo'l qo'yiladi.

Bolalarni klinik tekshirishdan o'tkazish, laborator – instrumental tekshirishlar tayinlash, davolash, mutaxassislariga yuborish qoidalari. Bemorlarga kasalligi xaqida asosiy ma'lumotlar berish, dispanser nazorat o'tkazish.

Fizikal tekshiruv usullariga quyidagilar kiradi: so'rab – surishtirish, ko'rish, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya. Bolalarda ham ushbu usullar asosiy hisoblanadi.

Qo'shimcha tekshiruv usullariga: laborator va instrumental tekshirish usullari kiradi.

Asosiy tekshiruv usullari subyektiv va obyektiv turlarga bo'linadi.

Kasalni subyektiv tekshiruv usuli bolaga o'z kasalligining boshlanishi, qanday boshlanganligi haqida ma'lumot beruvchi subyekt sifatida qarash hisoblanadi. Bemor yoki uning ota – onasi kasallik to'g'risida, hayoti to'g'risida bergan ma'lumotlari ularning bu muammoga bo'lgan subyektiv qarashlarini bildiradi.

Kasal haqida subyektiv ma'lumotlarni shifokor so'rab – surishtirish (constitution) usuli bilan oladi.

Tekshirishning obyektiv (fizikal) usullari bemorni tekshirish obyekt deb qaraydi, bunda shifokor o'z sezgi a'zolari va amaliy ko'nikmalarni qo'llay olishiga asoslangan holda ish yuritadi.

Obyektiv usullarga quyidagilar kiradi:

-bemordan so'rash yoki anamnez (yunoncha “anamnesis” eslash).

-ko'rish (inspectio)

-paypaslash (palpatio)

-tukullatish (percussion)

-eshitish (auscultation)

Bemorning yoshi va oilaviy sharoitiga qarab, sizning bemorni so'rab – surishtirishingiz o'zgaradi va siz so'rab – surishtirishga o'zgartirish kiritishingizga to'g'ri keladi.

Ota – onalar bilan suhbat. 5 yoshgacha bo'lgan bolalardan siz barcha ma'lumotlarni uchinchi shaxsdan, ota – onasidan biri yoki boquvchisidan olasiz. Peditrlar odatda ham ota – onadan, ham bolaning o'zidan so'rab – surishtiradilar. Bu esa ota – ona va bolani kuzatishga sharoit yaratadi. Bunda siz ularni o'zaro munosabatini tushunib olasiz, shuningdek ota – onalar o'rtasidagi munosabatni, bolani chalg'itishni, qo'rqmasligini uqdirasiz va sekin so'rab surishtirgandan keyin ko'ruvga o'tasiz. Bolaning oldida ota – onasidan so'rab – surishtirish o'z kamchiliklariga ega. Agar siz faqat ota – onasidan so'ragan bo'lsangiz, anamnez to'liq bo'lmasligi mumkin, kam hollarda aniq bo'ladi. Bola qatnashganda ota – onalar bilan chuqurroq mavzuda suhbat o'tkazishning iloji bo'lmaydi, shuning uchun siz ota – ona bilan keyinroq yana suhbat o'tkazishingizga to'g'ri keladi (bola xonadan chiqqandan so'ng, qabulning oxirida). Ota – onalar bilan suhbat o'tkazish usuli, katta yoshdagi bemorlar bilan so'rab – surishtirishga ko'p jihatdan o'xshaydi, lekin ba'zi bir xususiyatlari ham bo'ladi. Ota– onasi bolada bo'ladigan belgilarni tasvirlaganda o'z xisssiyotlarini qo'shib gapirishadi va bu obyektiv hisoblanmaydi. Masalan, ota – onalar fikricha, surunkali yo'tal bolada tez – tez shamollash oqibatida deb biladi, bronxial astmaning yuzaga kelishi emas deb o'ylaydilar, ular bolaning maktabda yomon shug'ullanishidan qayg'uradilar, buning sababi bolani qobiliyati yo'qligi emas, balki o'qituvchisi ko'proq zo'riqtirgan deb tushuntiradilar. Ota – onalar bolalariga o'zgacha qaraydilar, ijtimoiy noadekvat hatti – harakatini tan olmaydilar. Ota – onalarga bolalar hammasini to'g'ri bajarayotgandek tuyuladi. Siz onadan bolasining sog'ligi to'g'risida so'rasangiz, ba'zi hollarda onaga baho berasiz, shuning uchun uning javoblarini diqqat bilan kuzatish kerak. O'z bolasi muammolarini hal qilishga harakat qilgan ota - ona, shifokor yordamiga, uni qo'llab – quvvatlashiga muhtoj bo'ladi. “Nima uchun uni oldinroq olib kelmadingiz?” yoki “Sizga buni bajarish kerak emas edi” degan sharhlar shifokor bilan kasal bolaning ota – onasi o'rtasidagi o'zaro munosabatga yordam bermaydi. Bola haqida so'ralganda, uning

isini aytib chaqirish kerak, “u”, “bola” soʻzlarini ishlatmaslik lozim. Agar oilaviy ahvolini onadan darrov aniqlab boʻlmasa, uni qiynamaslik kerak, otasi haqida soʻraganda, savollar berish kerak “Nargizani otasi sogʻ – salomatmi?”, “Sizning turmush oʻrtogingiz sogʻ – salomatmi?” deb soʻramaslik kerak. Ota – onalarga, masalan, “Xurmatli N” deb murojaat qilish kerak, ismini aytib, “onasi” yoki “otasi” deb aytmaslik kerak. Agar Siz bemorning ota-onasi bilan koʻpdan beri tanish boʻlsangiz, u holda ularni ismi bilan murojaat qilishingiz mumkin. Bundan tashqari, ota – onalarning sizga ismingizni aytib murojaat qilishlariga ham tayyor boʻlishingiz kerak.

Kasallarni soʻrab – surishtirganda toʻgʻridan toʻgʻri savol berishdan koʻra, yordamchi savollar berish samarasi yuqoridir. Ammo, sizning suhbatingiz psixologik muammoga tegishli boʻlsa, toʻgʻri ochiq savollar oʻrinli hisoblanadi, chunki ota – onalar bu mavzuda oʻzlari gapirmaydilar. Suhbat soʻngida asosiy shikoyatlarning murojaat qilishning haqiqiy sababi bilan bogʻliqligini bilish shart. Bemorning shikoyatlari davolash uchun “kirish bileti” boʻlib xizmat qiladi, ota – onalar murojaat qilishning asosiy sababini yashiradilar, ular buni zaruriy deb bilmaydilar. Ota – onalar oʻz holatlarini toʻlaqonli yoritib berishlari uchun doʻstona vaziyat xosil qilishga harakat qiling. Suhbatni yengillashtirish uchun mavzuga toʻgʻri keladigan savollar bering: “Nargizada boshqa oʻzgarishlar ham bormi, siz ular haqida menga xabar bermoqchimisiz?”, “Siz bu yerdan chiqqaningizdan soʻng qanday yordam olishni istardingiz?”, “Nargiza haqida men sizga yana nimalarni tushintirishimni hohlaysiz?”, “Balki siz men bilan boshqa bolalar yoki turmush oʻrtogʻingiz haqida gaplashmoqchidirsiz?”.

Bola bilan suhbat. 5 yosh va undan katta bolalar kasallik tarixini toʻldirilganda ular bir necha qoʻshimcha maʼlumotlar berishlari mumkin. Bolalar ota – onalariga nisbatan, simptomlar va oʻzlarining ularga munosabati haqida aniqroq gapirishlari mumkin. Baʼzida ota – onalarning ishtirokisiz, olgan maʼlumotingizni bola bilan aniqlashtirishingiz mumkin. Odatda soʻrab – surishtirishni bola uchun qiziqarli, qoʻrqinchli boʻlmagan mavzudan (masalan, maktabda darslar qanday oʻtdi, qanaqa chiroyli kiyim kiyib olgan) boshlash kerak. Suhbatni yumshoq, mayin, bolaga qiziqish uygʻotib oʻtkazish kerak. Shundan soʻng, oddiy chalgʻituvchi savollar berib, bolani aynan nima bezovta qiladi, shuni bilishga harakat qilish kerak:

-Sening onang menga gapirib berdi, qorning juda ogʻriyotgan ekan. Bu haqida menga oʻzing gapirib ber, ogʻriqni tushuntirib ber.

-Sen maktabda tez-tez darslarni qoldirasanmi? Nima ogʻriqni yengillashtirishi mumkin? Seningcha, bu ogʻriqni nima qoʻzgʻatadi?

Bolaga savolni undagi subyektiv simptomlarni baholash uchun ham berish mumkin: “Menga koʻrsatginchi, aynan qayering ogʻriydi? Bu ogʻriq kuchsizmi yoki nina sanchgandaymi? Ogʻriq bir joyda turadimi yoki boshqa joylarga ham oʻtadimi? Ogʻriq vaqtida senda qayd qilish kuzatiladimi?”

Oʻsmirlar bilan suhbat. Kattalar oʻsmirlar bilan suhbatlashganda, koʻp hollarda qiyinchilik sezadilar, chunki ularning javobi toʻlaqonli emas, koʻp soʻzli emas, lekin bu holat har doim ham shunday kuzatilmaydi. Oʻsmir bola, boshqa koʻpgina odamlarga oʻxshab, hammani yaxshi koʻradi, kim unga haqiqiy qiziqish

uyg'otsa, unga kattalarga o'xshab murojaat qilganday qarasa, uni do'stona tarzda yaxshi ko'radi.

O'smirlar ochiqcha gapirishga moyil, qachonki, so'rab surishtirish ularni muammosiga emas, ularga tegishli bo'lsa. Shuning uchun so'rab – surishtirishni uning o'rtoqlari, maktabga qiziqishi, oilasi haqida boshlash kerak. O'smirlar shifokorlarga o'z tashabbusi, yoki ota – onalarining maslahati bilan murojaat qiladilar. Ular o'zlari yoki ota – onalaridan biri bilan kelishi mumkin. Bu vaqtda ota – onalarga yoki o'smirlarga tushuntirish kerak, o'smirlarga tibbiy yordam ko'rsatish aniq maxfiylikni talab etadi. Avval ota – onalardan so'rab – surishtiring, so'ngra o'smir bilan alohida suhbat o'tkazing.

Konfidensiallik (maxfiylik) “sir saqlash” emas, balki o'zaro bir – birini hurmat qilishga asoslangan. Kattalar bilan suhbatlashgandagi ba'zi usullar, o'smir bola bilan muloqotda bo'lganda mos kelmaydi. O'smirlarni so'rab surishtirganda, fikrlash doirasi shakllanmaganligini hisobga olib, refleksiyaning (fikir yuritish) ishlatish kerak emas, chunki u aniq fikrlash ko'nikmalarini talab qiladi. Suhbat vaqtida jim turib bemorni tinglash taktikasini qo'llash to'g'ri emas, chunki o'smirlarda o'ziga nisbatan yetarli ishonch hali bo'lmaydi.

Konfrontatsiya (qarama – qarshi qo'yish) o'smirlarda bezovtalikni chaqirishi va gapirmaslikka olib kelishi mumkin; shuningdek, o'smirning his – tuyg'ulariga tegishli savollarga u javob berishni istamaydi.

Bu ogohlantirishlar sizni o'smirlar bilan gaplashishdan cho'chitmasligi kerak. Ko'p hollarda do'stona muhitni paydo qilish o'smir bilan gaplashishga qulaylik yaratadi. Agar o'zingizni tabiiy tutsangiz siz katta yutuqqa erishasiz.

Olingan ma'lumotlarni yozish. Barcha ma'lumotlarni to'liq esda tutish qiyin, shuning uchun o'zingizga belgilab oling. Ko'pgina bemorlar xabar qilingan ma'lumotlarni yozib olinishiga tinch qaraydilar, lekin ba'zilarida ishonchsizlik tug'iladi. Bu hollarda bezovtalik sababini aniqlang va yozib olish sizga aniq ma'lumot uchun muhim ekanligini tushuntiring. Vaqti kelib, siz olingan ma'lumotlarni ko'p qismini, yozishingiz mumkin (anamnez, ko'rik vaqtida bemorni holati, oilaviy anamnez, organ va tizimlar xolatini yozish) bemor bilan suhbatlashganda yana qo'shimcha ko'rinishida yozish mumkin. Ma'lumotlarning yozilishi sizning diqqatingizni bemordan chalg'itmasligi kerak. Kasallik harakterini aniqlab, psixosotsial anamnez va kasallik tarixining boshqa murakkab qismlarini aniqlab, hammasini qo'shimcha ko'rinishida yozishga harakat qilmang, faqatgina qisqacha ma'lumotlarni yozib oling.

Agar suhbat qaltis savollarga tegishli bo'lsa, yozishni to'xtatganingiz ma'qul. Kattalar bilan bolalar kasallik tarixi o'rtasida farq bo'ladi, bundan tashqari alohida xususiyatlari mavjud bo'ladi: anamnez va ko'rik vaqtida bolaning holati, erta yoshdagi bolalarda va o'smirlarda o'ziga xos biologik yoshi va rivojlanish darajalari tegishlidir. Kasallik tarixi xuddi kattalarnikidek rasmiylashtiriladi, faqat quyida ko'rsatilgan ba'zi bir qo'shimchalari bilan to'ldiriladi.

Anketa ma'lumotlari. Tug'ilgansanasi va joyi, qisqartirilgan ismi, ayniqsa 2 yoshdan 10 yoshgacha bolalarda; ota - onasining ismi, sharifi, nima bilan shug'ullanishi va ularni ish vaqtida qayerdan topsa bo'ladi?

Asosiy shikoyatlari. Aniqlang, simptomlar bemorni o'zini yoki ota – onasini bezovta qilayaptimi? Ba'zida bola haqidagi xavotirlik uchinchi shaxs, masalan o'qituvchisi tomonidan bildirilishi mumkin.

Hozirgi kasallik tarixi. Ko'rsating, bolani kasallik simptomlariga oila a'zolari qanday munosabat bildirishadi, ular bu haqda nimani o'ylaydi va bolada qandaydir ijobiy o'zgarish bo'lganmi?

Anamnez (yunonchadan, anamnesis – eslab qolish) – bemorni yoki uni biladigan shaxsni so'rab – surishtirganda bemor va uning kasallik tarixi to'g'risidagi ma'lumotlar yig'indisi. Anamnez yig'ishda 2ta asosiy yo'nalish qayd etiladi: kasallik anamnezi (anamnesis morbi) va bemorning hayot anamnezi (anamnesis vitae).

Kasallik anamnezi. Kasallikning boshlanishi va kechish xarakteri haqidagi ma'lumotlar to'plamidir. Kasallik anamnezini yig'ayotganda shikoyatlarning kelib chiqishi va uning vaqt o'tishi bilan o'zgarishi aniqlanadi, kasallikni keltirib chiqargan sabablar, ko'rsatilgan davo usullari (yoki o'zi davolashlar) yoziladi. Qisqa anamnez (bir necha soatda 1 –2 haftagacha) – o'tkir patologik jarayon haqida, davomiy anamnez esa (hafta, oy, yillar) surunkali kasallik haqida guvoxlik bo'ladi.

Hayot anamnezi. Bemorning ruhiy, jismoniy va ijtimoiy holati haqidagi ma'lumotlar to'plamini tashkil etadi. Hayot anamnezining tarkibiy qismlari quyidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi: bemorning bolalik va o'smirlilikda jismoniy va ruhiy rivojlanishi; hozirgi yashash sharoiti va ovqatlanishi, zararli odatlari, o'tkazgan kasalliklari, jarohat yoki operatsiyalari, allergik reaksiyalarga moyilligi, irsiylik, onasining akusherlik anamnezi. Bolalarda anamnez (ma'lum bir yoshgacha) ularga qarayotgan shaxslarni so'rab – surishtirish yo'li bilan yig'iladi. Ruhiy buzilishlari bo'lgan bemorlarning anamnezini to'plashda, subyektiv anamnezni (bemorning o'z kasalligi haqidagi tasavvuri), obyektiv anamnezdan (bu bemorni biladigan shaxsdan xolatni real baholash) ajratish lozim.

Perinatal davr haqida ma'lumot. Agar bolaning rivojlanishida va nevrologik xolatida o'zgarishlar topilsa, ayniqsa 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda, ushbu ma'lumotlar juda keraklidir. Homiladorlik vaqtida, undan oldingi davrda onaning holati o'zgargan bo'lsa, homiladorlikning boshqa patologiyalari aniqlangan bo'lsa kerakli hujjatlarni olib keltiring.

Prenatal davr: Onaning homiladorlikdan oldin va homiladorlik vaqtidagi xolati haqida ma'lumotlar; qabul qilingan dori vositalari soni va davomiyligi, zararli odatlari, alkogol qabul qilish va chekish. Tana vazni ortganmi, bachadondan qon ketishi, homiladorlik davomiyligi; bolaga bo'lgan munosabatini aniqlang.

Tug'ruq. Tug'ruq qanday kechgan?, qiyinchiliklar kuzatilganmi?, og'riq qoldiruvchi dorilar ishlatilganmi?, asorati, nechanchi tug'ruq (agar ko'p bolali oila bo'lsa), bolaning tug'ilgandagi vazni qancha bo'lganligini aniqlang.

Neonatal davr. Bola qanday nafas olib boshlagan, reanimatsiyaga muhtoj bo'lganmi? Apgar shkalasi bo'yicha olgan bahosi, ballarda qanday bo'lgan? Emizishda qanday qiyinchiliklar bo'lgan, nafas distress – sindromi kuzatilganmi? Sianoz, sariqlik, anemiya, talvasa, tug'ma nuqsonlar, infeksiyalar kuzatilganmi? Tug'ruqdan keyin ona sog'ligi holatini ko'rsating? Bola onasidan alohida saqlanganmi, agar saqlangan bo'lsa, nima sababdan; ona chaqaloqqa qanday qaragan,

yaqinlik xarakteri qanday? Defekatsiya, siydik ajratish buzilishi bo'lganmi?, bola qanday uxlagan?

Emizish. Asosan, bola hayotining birinchi 2 yilligida ko'krak suti bilan emizish haqida to'liq ma'lumot olish zarur (to'yemaslik yoki to'yib ketish kuzatilganmi?)

Ko'krak yoshi davri. Ko'krak bilan emizish davomiyligi, qo'shimcha ovqatlanishlarni qo'llanilishida duch kelgan qiyinchiliklar, ko'krakdan ajratish muddati.

Sun'iy ovqatlantirish: turi, konsentratsiyasi, miqdori, emizish qismlari (soni); qiyinchiliklar (qayd qilish; og'riqlar, ich ketishi). Vitaminlar va tyemir preparatlari berilishi, turi, miqdori, soni va qabul qilish davomiyligi.

Qattiq ozuqalar: turi, miqdori, bolaning unga munosabati; bolani umumiy stolga o'tkazish vaqti, o'zi ovqatlanishi; ota – ona va bolaning ovqatlanishga munosabati.

Bolalik. Ovqatlanish bilan bog'liq odatlari: bir xil ovqatni yaxshi ko'rish yoki yemaslik; yeydigan ovqat miqdori va xarakteri; ota – onaning ovqatlanishga munosabati; ovqatni oxirigacha yemaslik yoki haddan tashqari ko'p yeyish va boshqa ovqatlanish bilan bog'liq bo'lgan qiyinchiliklar.

Ovqatlanish rejimi buzilganda unga aniq baxo berish uchun 1–2 haftaga taomnoma tuziladi. Bolani o'sishi va rivojlanishi haqidagi ma'lumotlar, qachonki bolaning jismonan rivojlanishi va o'zini tutishi haqida so'z yuritilsa, psixomotor va aqliy rivojlanishdan orqada qolishini baholashda juda muhim hisoblanadi.

Jismoniy rivojlanishi. Bola tug'ilgandagi, 1 yosh, 2, 3 va 5 yoshdagi tana vazni va bo'yini ko'rsating. Tana vaznining ortishi yoki kamayishi; sut tishlari chiqishiva tushish muddati.

Rivojlanishning asosiy belgilari. Aniqlang, qaysi yoshda bola qornida yotgan holatda boshini ko'targan va ushlagan, orqaga va qorniga aylangan, ushlab turganda yoki o'zi o'tiradi, oyoqda turadi, ushlab turganda yuradi va o'zi yuradi, birinchi so'zlari, gapiradi, bir necha so'zlar birikmasini gapiradi, boylamlarni bog'laydi, o'zi kiyinadi.

Erta yoshdagi bolalarda (3 yoshgacha) hayot anamnezi ota – onalardan so'raladi.

1. Nechanchi homiladorlik va nechanchi bolasi (agar homiladorlik birinchi bo'lmasa, oldingisi qanday tugagan)?
2. Onada homiladorlik qanday o'tgan?
3. Homiladorning kun tartibi va ovqatlanish xususiyati.
4. Tug'ruqlar qanday o'tgan (davomiyligi, asorati).
5. Bola darrov yig'laganmi? Ovozi qanday bo'lgan (baland yoki sekin)?
6. Tug'ilgandagi vazni va bo'yi.
7. Ko'krakga qachon qo'yilgan, ko'krakni qanday olgan, emizilgan soati, vaqti va sanasi.
8. Kindik qoldig'i qachon tushgan va kindik yarasi qanday bitgan?
9. Chaqaloqlar tana vaznining fiziologik yo'qotilishi bo'lganmi va u qachon tiklangan?
10. Chaqaloqlik davridagi kasalliklari.
11. Nechanchi kuni va necha kg vaznda uyiga javob berilgan?

12. Bolaning jismoniy rivojlanishi: bola hayotining birinchi yilida va bir yoshgacha vazni va bo‘yi ortishi.
13. Motorika va statikasining rivojlanishi: qachon boshini ushlay boshlagan, yonga aylangan, orqadan qorniga aylanadi; qachon o‘tira boshlagan, emaklagan, tik turgan, yurgan, yugurgan?
14. Ruxiy rivojlanishi: qachondan jilmaygan, g‘u-g‘ulagan, onasini taniydi, alohida so‘zlarni gapiradi, bir yoshda va 2 yoshligida so‘zlar bazasi qancha?
15. Bolani uyda va kollektivda o‘zini tutishi;
16. Uyqu, uning davomiyligi va xususiyati.
17. Bola qanday ovqatlantirishda? -tabiiy, sun‘iy, aralash.
18. Tishlari qachondan chiqqan va tishlarning chiqish tartibi
19. O‘tkazgan kasalliklari (qachon va qanday) jumladan, infeksiyon va xirurgik muolajalar. Kasallikning kechish xususiyatlari, asoratlari.
20. Silga, shol, ko‘k yo‘tal, qoqshol, bo‘g‘ma va qizamiqqa qarshi emlashlar. Emlashga reaksiyalar.
21. Silga qarshi sinamalar qachon o‘tkazilgan, uning natijalari?
22. Yuqumli kasalliklar bilan muloqotda bo‘lganmi?

Katta yoshdagi bolalar hayot anamnezi.

1. Oilada nechanchi bola?
2. Erta bolalik davri qanday o‘tgan?
3. Uyda va kollektivda o‘zini tutishi: o‘quvchilar uchun – maktabda shug‘ullanishi, qaysi fanlarni yoqtiradi
4. O‘tkazgan kasalliklari va xirurgik muolajalar.
5. Profilaktik emlashlar
6. Sil sinamalari, qachon o‘tkazilgan, natijalari.
7. Yuqumli kasalliklar bilan muloqotda bo‘lganmi?

Sotsial rivojlanishi. Quyidagi omillarga e‘tibor berish kerak:

1. *Uyqu*: kunduzgi va tungi uyqu xarakteri va davomiyligi, uyqu rejimi, bolaning o‘rni qanaqa va uning joylashuvi, uyquchanlik, qo‘rquv hissi, alahsirash.
2. *Gigiyenik ko‘nikmalar*: yoqimlilik, ozodalikka o‘rganish usuli, enurez yoki enkoprez bor-yo‘qligi va bunga ota-onasining munosabati, bolani kasalxonaga yotqizganda oilada siydik ajralishi va defekatsiya ajralishini kanday jummlar bilan gapiriladi, buni aniqlash kerak.
3. *Nutqi*: gapiraolmayapti; duduqlanadi, bolalarga xos so‘zlashuv; so‘zlar zahirasi qanday?. Odatlari: kiprigini pirpiratishi; barmog‘ini so‘rishi; tirnog‘ini so‘rishi; ishtahasi yo‘qligi; ritual hatti-harakatlar.
4. *Intizomi*: bolaning harakatini ota-onasi tomonidan baholanishi; intizomi; tarbiyalash usullari, uning samaradorligi, negativizm; o‘zini parvarishlash; agressiv tutishi.
5. *O‘rgatish*: bolaga qarash, bolalar bog‘chasiga necha yoshdan borgan va adaptatsiyasi, ota-onalarining qonikkanligi, o‘qishdagi muvaffaqiyatlari va qiyinchiliklari.
6. *Jinsiy rivojlanishi*: qarama-qarshi jinsga munosabati; jinsiy munosabatga qiziqishi; homiladorlik; bolaning savollariga ota-onasining javobi; onanizm; xayz ko‘rishi; tungi

pollyutsiya haqida tarbiyaviy suhbat; ikkilamchi jinsiy belgilar, jinsiy yo‘l bilan yuqadigan, OITS va boshqa kasalliklar to‘g‘risidagi tushunchasi.

7. *Bolaning shaxsi:* mustaqillik darajasi, ota-onasi bilan munosabati; aka-opalari, tengdoshlari bilan munosabati; guruhda o‘zini tutishi; individual faollik; Yaqin o‘rtoqlari (real va tasavvuridagi), sifat va qobiliyat, o‘zi haqida tasavvur qilishi.

Bolalar kasalliklari. O‘tkazgan somatik kasalliklardan tashqari, oxirgi paytlarda yuqumli kasalliklar bilan muloqatda bo‘lganmi? Baxtsiz hodisa va jarohatlar, operativ muolajalar, gospitalizatsiya. Bu xodisalarga ota-onasi va bolaning munosabati. Boladan unga qulay formada jarohatlarni oldini olish va ehtiyotkorlik choralari to‘g‘risida so‘rab surishtiring.

Oilaviy anamnezi.

1. Ota-onasining yoshi
2. Ota-onasi va yaqin qarindoshlarining sog‘ligi, ota va ona tomonidan aniqlangan kasalliklar (sil, zaxm, toksoplazmoz, alkogolizm, ruhiy, asab, endokrin va allergik).
3. Sajara daraxti holati, uch avlod miqyosida, kasal boladan bobosigacha va buvisigacha vertikal bo‘yicha, aka va opalari gorizontaal bo‘yicha.
4. Oilada nechta farzand, ularning sog‘ligi, agar nobud bo‘lgan bo‘lsa, sababi? Olingan ma‘lumotlar genetik kartaga kiritiladi.

Oilaning yashash sharoiti.

1. Ota-onasining ish joyi, kasbi, oila a‘zolarining jami ish haqi?
2. Oila qanday sharoitda yashaydi: umumiy maydoni, yorug‘, quruq, issiq va boshqa, yashayotganlar soni (bolalar va kattalar).
3. Bolalar muassasiga boradimi?
4. Bolaga kim qaraydi? Qarovchining sog‘ligi qanday?
5. Bolaning alohida yotish joyi bormi?
6. Bolani tez-tez cho‘miltirishadimi? O‘yinchoqlari bormi?
7. Mavsumiy kiyimi bormi?
8. Kun tartibiga rioya qiladimi? Uyqu va sayr qilish davomiyligi.
9. Ovqatlanish tartibi, maktabdagi yuklamasi, qo‘shimcha yuklamalari.

Olingan ma‘lumotlarni yozish. Barcha ma‘lumotlarni to‘liq esda tutish qiyin, shuning uchun o‘zingizga belgilab oling. Ko‘pgina bemorlar xabar qilingan ma‘lumotlarni yozib olinishiga tinch qaraydilar, lekin ba‘zilarida ishonchsizlik tug‘iladi. Bu hollarda bezovtalik sababini aniqlang va yozib olish sizga aniq ma‘lumot uchun muhim ekanligini tushuntiring. Vaqti kelib, siz olingan ma‘lumotlarni ko‘p qismini, yozishingiz mumkin (anamnez, ko‘rik vaqtida bemorni holati, oilaviy anamnez, organ va tizimlar xolatini yozish) bemor bilan suhbatlashganda yana qo‘shimcha ko‘rinishida yozish mumkin. Ma‘lumotlarning yozilishi sizning diqqatingizni bemordan chalg‘itmasligi kerak. Kasallik harakterini aniqlab, psixosotsial anamnez va kasallik tarixining boshqa murakkab qismlarini aniqlab, hammasini qo‘shimcha ko‘rinishida yozishga harakat qilmang, faqatgina qisqacha ma‘lumotlarni yozib oling.

Agar suhbat qaltis savollarga tegishli bo‘lsa, yozishni to‘xtatganingiz ma‘qul. Kattalar bilan bolalar kasallik tarixi o‘rtasida farq bo‘ladi, bundan tashqari alohida xususiyatlari mavjud bo‘ladi: anamnez va ko‘rik vaqtida bolaning holati, erta yoshdagi bolalarda va o‘smirlarda o‘ziga xos biologik yoshi va rivojlanish darajalari

tegishlidir. Kasallik tarixi xuddi kattalarnikidek rasmiylashtiriladi, faqat quyida ko'rsatilgan ba'zi bir qo'shimchalari bilan to'ldiriladi.

Anketa ma'lumotlari. Tug'ilgansanasi va joyi, qisqartirilgan ismi, ayniqsa 2 yoshdan 10 yoshgacha bolalarda; ota - onasining ismi, sharifi, nima bilan shug'ullanishi va ularni ish vaqtida qayerdan topsa bo'ladi?

Asosiy shikoyatlari. Aniqlang, simptomlar bemorni o'zini yoki ota - onasini bezovta qilayaptimi? Ba'zida bola haqidagi xavotirlik uchinchi shaxs, masalan o'qituvchisi tomonidan bildirilishi mumkin.

Hozirgi kasallik tarixi. Ko'rsating, bolani kasallik simptomlariga oila a'zolari qanday munosabat bildirishadi, ular bu haqda nimani o'ylaydi va bolada qandaydir ijobiy o'zgarish bo'lganmi?

Anamnez (yunonchadan, anamnesis – eslab qolish) – bemorni yoki uni biladigan shaxsni so'rab – surishtirganda bemor va uning kasallik tarixi to'g'risidagi ma'lumotlar yig'indisi. Anamnez yig'ishda 2ta asosiy yo'nalish qayd etiladi: kasallik anamnezi (anamnesis morbi) va bemorning hayot anamnezi (anamnesis vitae).

Kasallik anamnezi. Kasallikning boshlanishi va kechish xarakteri haqidagi ma'lumotlar to'plamidir. Kasallik anamnezini yig'ayotganda shikoyatlarning kelib chiqishi va uning vaqt o'tishi bilan o'zgarishi aniqlanadi, kasallikni keltirib chiqargan sabablar, ko'rsatilgan davo usullari (yoki o'zi davolashlar) yoziladi. Qisqa anamnez (bir necha soatda 1 –2 haftagacha) – o'tkir patologik jarayon haqida, davomiy anamnez esa (hafta, oy, yillar) surunkali kasallik haqida guvohlik bo'ladi.

Hayot anamnezi. Bemorning ruhiy, jismoniy va ijtimoiy holati haqidagi ma'lumotlar to'plamini tashkil etadi. Hayot anamnezining tarkibiy qismlari quyidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi: bemorning bolalik va o'smirlikda jismoniy va ruhiy rivojlanishi; hozirgi yashash sharoiti va ovqatlanishi, zararli odatlari, o'tkazgan kasalliklari, jarohat yoki operatsiyalari, allergik reaksiyalarga moyilligi, irsiylik, onasining akusherlik anamnezi. Bolalarda anamnez (ma'lum bir yoshgacha) ularga qarayotgan shaxslarni so'rab – surishtirish yo'li bilan yig'iladi. Ruhiy buzilishlari bo'lgan bemorlarning anamnezini to'plashda, subyektiv anamnezni (bemorning o'z kasalligi haqidagi tasavvuri), obyektiv anamnezdan (bu bemorni biladigan shaxsdan xolatni real baholash) ajratish lozim.

Perinatal davr haqida ma'lumot. Agar bolaning rivojlanishida va nevrologik xolatida o'zgarishlar topilsa, ayniqsa 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda, ushbu ma'lumotlar juda keraklidir. Homiladorlik vaqtida, undan oldingi davrda onaning holati o'zgargan bo'lsa, homiladorlikning boshqa patologiyalari aniqlangan bo'lsa kerakli hujjatlarni olib keltiring.

Prenatal davr: Onaning homiladorlikdan oldin va homiladorlik vaqtidagi xolati haqida ma'lumotlar; qabul qilingan dori vositalari soni va davomiyligi, zararli odatlari, alkogol qabul qilish va chekish. Tana vazni ortganmi, bachadondan qon ketishi, homiladorlik davomiyligi; bolaga bo'lgan munosabatini aniqlang.

Tug'ruq. Tug'ruq qanday kechgan?, qiyinchiliklar kuzatilganmi?, og'riq qoldiruvchi dorilar ishlatilganmi?, asorati, nechanchi tug'ruq (agar ko'p bolali oila bo'lsa), bolaning tug'ilgandagi vazni qancha bo'lganligini aniqlang.

Neonatal davr. Bola qanday nafas ola boshlagan, reanimatsiyaga muhtoj bo'lganmi? Apgar shkalasi bo'yicha olgan bahosi, ballarda qanday bo'lgan?

Emizishda qanday qiyinchiliklar bo'lgan, nafas distress – sindromi kuzatilganmi? Sianoz, sariqlik, anemiya, talvasa, tug'ma nuqsonlar, infeksiyalar kuzatilganmi? Tug'ruqdan keyin ona sog'ligi holatini ko'rsating? Bola onasidan alohida saqlanganmi, agar saqlangan bo'lsa, nima sababdan; ona chaqaloqqa qanday qaragan, yaqinlik xarakteri qanday? Defekatsiya, siydik ajratish buzilishi bo'lganmi?, bola qanday uxlagan?

Emizish. Asosan, bola hayotining birinchi 2 yilligida ko'krak suti bilan emizish haqida to'liq ma'lumot olish zarur (to'yimaslik yoki to'yib ketish kuzatilganmi?)

Ko'krak yoshi davri. Ko'krak bilan emizish davomiyligi, qo'shimcha ovqatlanishlarni qo'llanilishida duch kelgan qiyinchiliklar, ko'krakdan ajratish muddati.

Sun'iy ovqatlantirish: turi, konsentratsiyasi, miqdori, emizish qismlari (soni); qiyinchiliklar (qayd qilish; og'riqlar, ich ketishi). Vitaminlar va tyemir preparatlari berilishi, turi, miqdori, soni va qabul qilish davomiyligi.

Qattiq oзуqalar: turi, miqdori, bolaning unga munosabati; bolani umumiy stolga o'tkazish vaqti, o'zi ovqatlanishi; ota – ona va bolaning ovqatlanishga munosabati.

Bolalik. Ovqatlanish bilan bog'liq odatlari: bir xil ovqatni yaxshi ko'rish yoki yemaslik; yeydigan ovqat miqdori va xarakteri; ota – onaning ovqatlanishga munosabati; ovqatni oxirigacha yemaslik yoki haddan tashqari ko'p yeyish va boshqa ovqatlanish bilan bog'liq bo'lgan qiyinchiliklar.

Ovqatlanish rejimi buzilganda unga aniq baxo berish uchun 1–2 haftaga taomnoma tuziladi. Bolani o'sishi va rivojlanishi haqidagi ma'lumotlar, qachonki bolaning jismonan rivojlanishi va o'zini tutishi haqida so'z yuritilsa, psixomotor va aqliy rivojlanishdan orqada qolishini baholashda juda muhim hisoblanadi.

Jismoniy rivojlanishi. Bola tug'ilgandagi, 1 yosh, 2, 3 va 5 yoshdagi tana vazni va bo'yini ko'rsating. Tana vaznining ortishi yoki kamayishi; sut tishlari chiqishiva tushish muddati.

Rivojlanishning asosiy belgilari. Aniqlang, qaysi yoshda bola qornida yotgan holatda boshini ko'targan va ushlagan, orqaga va qorniga aylangan, ushlab turganda yoki o'zi o'tiradi, oyoqda turadi, ushlab turganda yuradi va o'zi yuradi, birinchi so'zlari, gapiradi, bir necha so'zlar birikmasini gapiradi, boylamlarni bog'laydi, o'zi kiyinadi.

Erta yoshdagi bolalarda (3 yoshgacha) hayot anamnezi ota – onalardan so'raladi.

1. Nechanchi homiladorlik va nechanchi bolasi (agar homiladorlik birinchi bo'lmasa, oldingisi qanday tugagan)?
2. Onada homiladorlik qanday o'tgan?
3. Homiladorning kun tartibi va ovqatlanish xususiyati.
4. Tug'ruqlar qanday o'tgan (davomiyligi, asorati).
5. Bola darrov yig'laganmi? Ovozi qanday bo'lgan (baland yoki sekin)?
6. Tug'ilgandagi vazni va bo'yi.
7. Ko'krakga qachon qo'yilgan, ko'krakni qanday olgan, emizilgan soati, vaqti va sanasi.
8. Kindik qoldig'i qachon tushgan va kindik yarasi qanday bitgan?

9. Chaqaloqlar tana vaznining fiziologik yo'qotilishi bo'lganmi va u qachon tiklangan?
10. Chaqaloqlik davridagi kasalliklari.
11. Nechanchi kuni va necha kg vaznda uyiga javob berilgan?
12. Bolaning jismoniy rivojlanishi: bola hayotining birinchi yilida va bir yoshgacha vazni va bo'yi ortishi.
13. Motorika va statikasining rivojlanishi: qachon boshini ushlay boshlagan, yonga aylangan, orqadan qorniga aylanadi; qachon o'tira boshlagan, emaklagan, tik turgan, yurgan, yugurgan?
14. Ruxiy rivojlanishi: qachondan jilmaygan, g'u-g'ulagan, onasini taniydi, alohida so'zlarni gapiradi, bir yoshda va 2 yoshligida so'zlar bazasi qancha?
15. Bolani uyda va kollektivda o'zini tutishi;
16. Uyqu, uning davomiyligi va xususiyati.
17. Bola qanday ovqatlantirishda? -tabiiy, sun'iy, aralash.
18. Tishlari qachondan chiqqan va tishlarning chiqish tartibi
19. O'tkazgan kasalliklari (qachon va qanday) jumladan, infeksiyon va xirurgik muolajalar. Kasallikning kechish xususiyatlari, asoratlari.
20. Silga, shol, ko'k yo'tal, qoqshol, bo'g'ma va qizamiqqa qarshi emlashlar. Emlashga reaksiyalar.
21. Silga qarshi sinamalar kachon o'tkazilgan, uning natijalari?
22. Yuqumli kasalliklar bilan muloqotda bo'lganmi?

Katta yoshdagi bolalar hayot anamnezi.

1. Oilada nechanchi bola?
2. Erta bolalik davri qanday o'tgan?
3. Uyda va kollektivda o'zini tutishi: o'quvchilar uchun – maktabda shug'ullanishi, qaysi fanlarni yoqtiradi
4. O'tkazgan kasalliklari va xirurgik muolajalar.
5. Profilaktik emlashlar
6. Sil sinamalari, qachon o'tkazilgan, natijalari.
7. Yuqumli kasalliklar bilan muloqotda bo'lganmi?

Sotsial rivojlanishi. Quyidagi omillarga e'tibor berish kerak:

1. *Uyqusi:* kunduzgi va tungi uyqu xarakteri va davomiyligi, uyqu rejimi, bolaning o'rni qanaqa va uning joylashuvi, uyquchanlik, qo'rquv hissi, alahsirash.
2. *Gigiyenik ko'nikmalar:* yoqimlilik, ozodalikka o'rganish usuli, enurez yoki enkoprez bor-yo'qligi va bunga ota-onasining munosabati, bolani kasalxonaga yotqizganda oilada siydik ajralishi va defekatsiya ajralishini kanday jummlalar bilan gapiriladi, buni aniqlash kerak.
3. *Nutqi:* gapiraolmayapti; duduqlanadi, bolalarga xos so'zlashuv; so'zlar zahirasi qanday?. Odatlari: kiprigini piriptirishi; barmog'ini so'rishi; tirnog'ini so'rishi; ishtahasi yo'qligi; ritual hatti-harakatlar.
4. *Intizomi:* bolaning harakatini ota-onasi tomonidan baholanishi; intizomi; tarbiyalash usullari, uning samaradorligi, negativizm; o'zini parvarishlash; agressiv tutishi.

5. *O'rgatish*: bolaga qarash, bolalar bog'chasiga necha yoshdan borgan va adaptatsiyasi, ota-onalarining qonikkanligi, o'qishdagi muvaffaqiyatlari va qiyinchiliklari.

6. *Jinsiy rivojlanishi*: qarama-qarshi jinsga munosabati; jinsiy munosabatga qiziqishi; homiladorlik; bolaning savollariga ota-onasining javobi; onanizm; xayz ko'rishi; tungi pollyutsiya haqida tarbiyaviy suhbat; ikkilamchi jinsiy belgilar, jinsiy yo'l bilan yuqadigan, OITS va boshqa kasalliklar to'g'risidagi tushunchasi.

7. *Bolaning shaxsi*: mustaqillik darajasi, ota-onasi bilan munosabati; aka-opalari, tengdoshlari bilan munosabati; guruhda o'zini tutishi; individual faollik; Yaqin o'rtoqlari (real va tasavvuridagi), sifat va qobiliyat, o'zi haqida tasavvur qilishi.

Bolalar kasalliklari. O'tkazgan somatik kasalliklardan tashqari, oxirgi paytlarda yuqumli kasalliklar bilan muloqatda bo'lganmi? Baxtsiz hodisa va jarohatlar, operativ muolajalar, gospitalizatsiya. Bu xodisalarga ota-onasi va bolaning munosabati. Boladan unga qulay formada jarohatlarni oldini olish va ehtiyotkorlik choralari to'g'risida so'rab surishtiring.

Oilaviy anamnezi.

1. Ota-onasining yoshi
2. Ota-onasi va yaqin qarindoshlarining sog'ligi, ota va ona tomonidan aniqlangan kasalliklar (sil, zaxm, toksoplazmoz, alkogolizm, ruhiy, asab, endokrin va allergik).
3. Sajara daraxti holati, uch avlod miqyosida, kasal boladan bobosigacha va buvisigacha vertikal bo'yicha, aka va opalari gorizontaal bo'yicha.
4. Oilada nechta farzand, ularning sog'ligi, agar nobud bo'lgan bo'lsa, sababi? Olingan ma'lumotlar genetik kartaga kiritiladi.

Oilaning yashash sharoiti.

1. Ota-onasining ish joyi, kasbi, oila a'zolarining jami ish haqi?
2. Oila qanday sharoitda yashaydi: umumiy maydoni, yorug', quruq, issiq va boshqa, yashayotganlar soni (bolalar va kattalar).
3. Bolalar muassasiga boradimi?
4. Bolaga kim qaraydi? Qarovchining sog'ligi qanday?
5. Bolaning alohida yotish joyi bormi?
6. Bolani tez-tez cho'miltirishadimi? O'yinchoqlari bormi?
7. Mavsumiy kiyimi bormi?
8. Kun tartibiga rioya qiladimi? Uyqu va sayr qilish davomiyligi.
9. Ovqatlanish tartibi, maktabdagi yuklamasi, qo'shimcha yuklamalari.

BEMORLARNI KLINIK TEKSHIRISH.

Erta tashhis qo'yish usullariga anamnez yig'ish, bemorni umumiy ko'rish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya kiradi.

Bemorni ko'rish tashhis qo'yishning muhim bosqichi. U ikki qismdan iborat: umumiy va maxsus ko'rik. Umumiy ko'rik bemorning shikoyatlariga bog'liq bo'lmagan holda, hamma holatlarda o'tkaziladi. Maxsus ko'rik mutaxassis (LOR, okulist, ginekolog) tomonidan maxsus asboblardan yordamida o'tkaziladi.

Bemorni umumiy ko'rigi issiq, yaxshi jihozlangan, izolyatsiya qilingan xonada o'tkaziladi. Bemor ko'rigi maxsus reja asosida o'tkaziladi. Avval bemorning

umumiy holati baholanadi, tanasining xolati, umumiy ko‘rinishi, qaddi - qomati, terisining rangi, yuz ko‘rinishi, tana vazni, bo‘yi, yurishi. Keyin boshi, yuzi, bo‘yni, ko‘krak qafasi; oyoq-qo‘llari, tashqi jinsiy a‘zolari; teri osti yog‘ qatlami; suyak – mushaklari tizimi, limfa tugunlari sohasi ko‘riladi.

Kichik yoshdagi bolalarda tomog‘i ham ko‘riladi. Yaxshi, diqqat bilan o‘tkazilgan bemor ko‘rigi tashhis qo‘yishda va taxminiy kasallik haqida o‘ylashga asos bo‘ladi.

Palpatsiya (*lotincha palpatio – silash*) - bemorni manual tekshirishga asoslangan klinik tekshirish usuli. Paypaslash bilan turli organlarning joylashgan o‘rni (ularni normal lokalizatsiyasi yoki joyidan siljigani), konsistensiyasi va organ-to‘qimaning elastikligi, organlar harakati, xarakteri, lokal harorat, og‘riqli joylar, jarohat o‘rni, tana bo‘shliqlarida patologik o‘smalar bor-yo‘qligi va boshqalar.

Paypaslash yuzaki va chuqur bo‘ladi. Chuqur paypaslash yuzakidan keyin bajariladi. Tizimli tekshirishda teri qoplami, mushak va suyaklar, ko‘krak qafasi, qorin bo‘shlig‘i, limfa tugunlari to‘plami ketma-ketlikda olib boriladi. Ichki organlarni yaxshilab tekshirish uchun paypaslashni maxsus turi o‘tkaziladi: buyrakni bimanual paypaslash, kichik chanoq organlarini transrektal paypaslash, bachadonni qin orqali paypaslash va boshqalar.

Paypaslashning umumiy qoidalari.

1. Palpatsiya o‘tkaziladigan joy issiq bo‘lishi kerak
2. Tananing paypaslanadigan joyi aniq bo‘lishi kerak
3. Bemorning holati tekshirish maqsadiga bog‘liq
4. Shifokor holati qulay bo‘lishi kerak, zo‘riqish va charchash chaqirmasligi kerak, erkin harakat ta‘minlanishi lozim.
5. Shifokor bemordan o‘ngda joylashadi, yuzini unga qaratadi.
6. Shifokorning qo‘llari issiq, tirnoqlari kalta olingan bo‘lishi kerak.
7. Paypaslash harakati yengil va yumshoq, har xil bosimlar asta-sekin bo‘lishi kerak.
8. Paypaslashni sog‘lom tomondan boshlash kerak, keyin og‘riyotgan joy paypaslanadi.
9. Taqqoslovchi palpatsiya: har doim sog‘ va kasal tomon taqqoslanadi.

Perkussiya (*lotincha percussio – tukullatish*) – tananing turli qismlarini tukullatish orqali bemorni klinik tekshirish usuli, tukullatganda olingan tovushni talqin qilishga asoslangan. Bu usul to‘qimalar dag‘alligini (past ovoz), yashirin bo‘shliqlar borligi va havo to‘planganligi (jarangdor ovoz), elastikligini (baraban ovoz) aniqlashga yordam beradi. Tananing har xil qismini tukullatganda organ-to‘qimalarning to‘lqinlanishi kuzatiladi. Bu to‘lqinlanishni shifokor qulog‘i orqali aniqlaydi. Ovozning balandligi tukullatilgan soha qattiqligiga proporsional: o‘pkani perkussiya qilganda (to‘qimaning past zichligi) past ovoz vujudga keladi, yurakni tukullatganda (qattiq dag‘al to‘qima) yuqori ovoz eshitiladi.

Perkutor ovozning balandligi tukullatish kuchiga proporsional, davomiyligi qisqa bo‘lsa, perkussiya qilinayotgan organ qattiqroq eshitiladi. Yuqori zichlikka ega bo‘lgan zonalarini perkussiya qilinganda past perkutor ovoz hosil bo‘ladi: mushaklar, suyaklar, bo‘shliqlarga suyuqlik to‘planganda. Katta bo‘shliqlarni perkussiyasi uchun nog‘ora tovushi xos: oshqozon bo‘shlig‘i; plevra bo‘shlig‘i pnevmotoraksida (plevra

bo'shlig'iga havo to'planishi). Bolalarda kattalarga nisbatan tinch perkussiya usuli qo'llaniladi.

Auskultatsiya (*lotincha auscultare* – eshitish) – eshitish va ovozlarni talqin etuvchi klinik tashhisot usuli. Auskultatsiya to'g'ri va bilvosita turlarga ajratiladi. Agar shifokor qulog'ini bemor tanasiga to'g'ridan-to'g'ri qo'ysa – to'g'ri, stetoskop yordamida bo'lsa – bilvosita deyiladi.

Normada ichki organlar faoliyati xarakterli ovozlar bilan kechadi. Ichki organlarni u yoki bu patologik jarayonga uchrashida, ularni funksiyasini ko'rsatuvchi ovozlar o'zgaradi. Bu ovozlarni bilish va talqin qilish perkussiya usullarini yaratadi. Misol, o'pka va bronxlarning har –xil zararlanishida xirillashlar, yurak qopqoqlari zararlanganda shovqinlar xarakterini bilgan holda taxminiy tashhis qo'yish mumkin.

Bemorga tashhis qo'yishda klinik tekshirish usullari asosiy hisoblanadi. Bemorga klinik tashhisot texnikasini bilish, olingan ma'lumotlarni to'g'ri talqin qilish, shifokorni to'g'ri yo'naltirishga, diaqnozni to'g'ri qo'yishga undaydi.

Yuqorida ko'rsatilgan tekshirish usullari, kachonki qo'shimcha tekshirish usullari (laborator va instrumental usullari) qulay bo'lmaganda, umumiy qulaylikka ega va hech qanday maxsus instrumentlarni talab qilmaydi, har –xil vaziyatlarda ularni to'g'ri baxolaydi.

UMUMIY KO'RIK. ES-HUSH VARIANTLARI. TANA TUZILISHI.

Ko'rik (*constitute*) – bemor organizmi ko'rinishi va funksiyasini ko'rish orqali olingan ma'lumotga asoslangan klinik tekshirish usuli.

Umumiy ko'rik o'tkazganda baholash kerak:

1. Bemorning umumiy ko'rinishi.
 - 1.1. Bemorni umumiy ahvoli
 - 1.2. Bemor holati
 - 1.3. Bemor es-hushi
 - 1.4. Tana tuzilishi, konstitutsiyasi
 - 1.5. Bo'yi
 - 1.6. Tana vazni, ovqatlanishi
 - 1.7. Qaddi-qomati
 - 1.8. Yurishi
 - 1.9. Boshi, yuzi, og'zi, burni, bo'yin ko'rinishi
2. Teri holati
3. Teri osti yog' qatlami
4. Limfa tugunlari holati
5. Mushak tizimi holati
6. Suyak tizimi holati
7. Bo'g'imlar holati

Bolani umumiy ko'rikdan o'tkazish katta ahamiyatga ega, chunki bu paytda shifokor nafaqat bola ahvoli to'g'risida ma'lumot olishi, balki ko'p hollarda tashhis qo'yishi ham mumkin. Bolani ko'rayotganda bolaga bilan yaxshi muloqat o'rtanish va ba'zi bir qoidalarga rioya qilish lozim.

Ko'rish texnikasi va qoidalar.

1. Bolani ko'rayotganingizda albatta yonida ota-onasi bo'lishi kerak. Bu bolani ancha tinchlantiradi.

2. Tabiiy kunduzgi yorug'lik mavjudligi. Agar sun'iy yorug'lik bo'lsa, kunduzgi chiroq bilan. Bemorni ko'rayotgan xonada harorat 20-22°S bo'lishi kerak.

3. Yorug'lik to'g'ridan va yondan tushishi kerak. To'g'ridan tushuvchi yorug'likda butun tana, uning a'zolari va ranglari aniqlanadi. Yondan tushuvchi yorug'likda ichki organlar harakati ko'rinadi.

4. Ko'krak yoshidagi bolalar maxsus yo'rgak stolida, katta yoshdagi bolalar esa kushetkada yoki krovatda ko'riladi. Ko'rik boshida patsiyent beligacha yechintirib ko'riladi. Tanasi va ko'krak qafasi vertikal holatda, qorni vertikal va gorizonlal holatda ko'riladi.

5. Bolani obyektiv ko'rish ona bilansuhbat o'tkazilayotgan vaqtdayoq boshlanadi. Bu vaqtda siz bolaning xarakati, atrofdagilarga bo'lgan munosabati, ovozi o'rganishingiz mumkin. Agar bola uxlab yotgan bo'lsa, uni uyg'otmang. Aksincha bola uxlab yotganda uning nafas olish soni va yurak urishini tekshirish yengillik tug'diradi. Uyqudagi bolani palpatsiya qilish xam ko'p ma'lumot olishga yordam beradi.

Bemor ahvolining turlari.

1.Qoniqarli:

- bola harakatchan, atrofdagilar bilan qiziqadi;
- yaqqol ifodalanmagan lanjlik, kam harakat, bezovtalik;
- tana harorati normal yoki subfebril;
- teri rangi och-pushti yoki bir oz qizargan;
- boshqa organ va sistemalarda buzilishlar aniqlanmaydi yoki ular sezilarli emas.

2.O'rta og'irlikda:

- yaqqol ifodalangan intoksikatsiya belgilari — bola holsiz, gaplashgisi yo'q, uyquchanlik;
- tana harorati 38–39 °S;
- terisi giperemiyalangan yoki sianotik;
- nafas olishi bir oz tezlashgan;
- taxikardiya;
- qayd qilish, ich ketish, maktabgacha yoshdagi bolalarda — qorni dam bo'lishi.

3.Og'ir:

- Hush buzilishining turli bosqichlari kuzatiladi
- talvasa bo'lishi mumkin.
- tana xarorati 39–40 °S.
- terisi rangpar yoki sianotik, mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi
- hansirash
- taxikardiyayoki bradiaritmiya.
- oshqozon-ichak trakti tomonidan buzilishlar
- takroriy qayd qilishlar;
- ichak parezi natijasida qorinning dam bo'lishi;
- diareya.
- diurezning kamayishi.

Bemorning umumiy ahvoli uning o'zini his qilishi, ya'ni subyektiv hisdan farq qiladi. Shikoyatlari ko'p bo'lishiga qaramay bemorning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lishi mumkin va aksincha.

Bemor ahvolini baholashning klinik mezonlari.

Bemor umumiy ahvolini baholash katta ahamiyatga ega. U davolash tadbirlarining hajmi va ketma-ketligini aniqlaydi, shuningdek kasallikning shu bosqichida kerakli qo'shimcha laborator-instrumental tekshirish usulidan foydalanish mumkin.

Bemor ahvolini baholash, bu bemorni intensiv terapiya va jonlantirish bo'limiga gospitalizatsiya qilishni hal qiladi, kasalni alohida boks, odatdagi palataga joylashtirish zaruratini aniqlashda yordam beradi.

Bemorni umumiy ahvoli og'irlik darajasi 4 ga bo'linadi: qoniqarli, o'rta og'irlikda, og'ir, shuningdek o'ta og'ir yoki terminal holat. Ahvolning og'irligini shifokor bemorni ko'rganda baholaydi, u faqatgina kun davomida emas, balki soat va sutkada ham o'zgarishi mumkin.

Katta yoshdagi bolalarda umumiy ahvolni baholash uchun ikkita asosiy mezon qo'llaniladi:

1. Toksikoz sindromining rivojlanish darajasi.
2. U yoki bu tizim funksional buzilishining rivojlanish darajasi.

Quyidagi klinik belgilarning rivojlanishi va darajasi ketma-ketligiga qarab, toksikoz og'irligi belgilanadi: lanj (apatiya), kam harakatlanish (adinamiya), vaqti-vaqti bilan bezovtalik, uyquchanlik, stupor, sopor, koma, talvasa sindromi bilan almashinadi.

Bemor holati turlari.

Aktiv — bola o'zini erkin tutadi, vrach iltimosiga ko'ra holatini o'zgartira oladi.

Passiv (bemor xushsiz bo'lganda yoki o'ta xolsiz bo'lganda) — bemor harakatsiz, boshi va oyoq-qo'llari osilib turadi.

Majburiy — bu bemorni og'riqdan xolos etuvchi holat (ba'zi bir kasalliklarda spetsifik belgi hisoblanadi):

- meningitda — boshini orqaga tashlab yonboshlab yotish, qorni ichiga tortilgan, oyoqlari qorniga keltirilgan;
- o'tkir peritonitda — oyoqlarini buklab orqasida yotish, har bir harakat qorinda kuchli og'riq chaqiradi;
- o'tkir pnevmoniyada — zararlangan o'pka tomonida yotadi, bunda zararlanmagan o'pka ekskursiyasi samaraliroq bo'ladi;
- bronxial astmaning og'ir xurujida — qo'llariga tirangan holda o'tirish yoki turish;
- yaqqol yurak yetishmovchiligida — o'tirish yoki yonboshlash.

Umumiy ko'rikda shuningdek bolaning gavdasiga, qadam bosishiga, yuzining ifodasiga e'tibor berish lozim. Sog'lom bola gavdasini tik tutadi, shag'dam qadam bosadi, erkin harakat qiladi.

Hush xiralashining belgilari.

- 1) bemorning parishonligi (atrofdagi olamni to'g'ri idrok qilaolmaslik),
- 2) makon va zamonda oriyentirni buzilishi,
- 3) o'z shaxsiga nisbatan oriyentirni buzilishi,
- 4) fikrlarning poyma-poyligi,

5) to'liq yoki qisman amneziya.

Hush buzilishi turlari.

1. *Stupor* – karaxtlik holati, bunda bemor qisqa vaqt gaplashadi, lekin atrof-muhitda yomon oriyentatsiya qiladi, savollarga sekin va kechikib javob beradi.

2. *Sopor* (uyquchanlik) – bemor uyquga ketgandek bo'ladi, unga qaratilgan nutqqa reaksiyasi yo'q va savollarga "ha", "yo'q" deb javob beradi, lekin palpatsiya, perkussiya, ko'ruvga reaksiyasi bo'ladi.

3. *Koma* – hushni batamom yo'qolishi, reflekslar pastligi yoki yo'qligi.

Tana tuzilishi – organizm morfologik xususiyatlari to'plami, irsiy va orttirilgan xossalarga asoslangan (orttirilgan xossalari bemorni atrof-muhit holati bilan aniqlanadi).

Konstitutsiya (lot.constitution-tuzilish) – bu organizm funksional va morfologik xususiyati yig'indisi, irsiy va orttirilgan xossalarga asoslangan, uning ekzogen va endogen omillarga ta'siri bilan aniqlanadi (M.V. Chernorutskiy).

Odam organizmining konstitutsion turlari.

1. Normostenik

2. Astenik

3. Giperstenik

Normostenik turi – tananing asosiy o'lchamlari proporsionalligi bilan ta'riflanadi, astenik va giperstenik tana tuzilishi turlari orasida oraliq holatni egallaydi.

Astenik turi - tananing bo'yi uzunligi, ko'ndalangidan ustunlik qiladi, oyoq-qo'llari tanasidan, ko'krak qafasi qornidan, yurak va parenximatoz organlar normostenik turiga nisbatan kichik ulchamda, o'pka uzunroq, ichaklar qisqa, qorin pardasi uzun, diafragma pastda joylashgan.

Giperstenik turi – tana ko'ndalang o'lchamlari uzunligidan ustunligi bilan ta'riflanadi. Gavdasi oyoq-qo'llarga nisbatan uzunroq, korin ulchami bilinarli, diafragma yuqori joylashgan. Hamma ichki a'zolari, asteniklarga nisbatan, o'pkadan tashqari, katta o'lchamda, ichaklari uzunroq, devorlari qalin.

Antropometriya – morfologik va funksional belgilarni o'lchashga asoslangan tekshirish usuli. Klinik antropometriya asosiy belgisi tana vazni va bo'y uzunligi hisoblanadi.

Bolalarda periferik qon xususiyatlari.

2-3 kunlik yoshida: eritrotsitlar fiziologik gemoliziga, ya'ni eritropoetin miqdori ishlab chiqarish pasayishiga bog'liq. Gemoglobin soni ham kamayadi, eritrotsitlar gemolizi davom etadi, bu chaqaloqlar fiziologik sariqligining boshlanishi ko'rinishida bo'ladi.

5-6 kunlik yoshida: asosiy xususiyati - birinchi fiziologik kesishish yuz berishi, neytrofillar va limfotsitlar soni tenglashadi va 43-45%ni tashkil qiladi.

Hayotining birinchi oyligida: eritrotsitlar va gemoglobin soni normada bo'ladi. Neytrofillar soni pasayishda davom etadi, limfotsitlar ko'payadi.

2-3 oyligida: fiziologik anemiya boshlanadi, eritrotsitlar $3,7-4,0 \times 10^{12}$ g/lgacha kamayadi, gemoglobin-110-115g/l.

6-12 oylarida: qo'shimcha ovqat berilishi bilan fiziologik anemiya tugaydi, limfotsitlarning maksimal soni - 60-65%, neytrofillar minimal-25-30%ni tashkil etadi.

1yoshdan keyin limfotsitlar soni asta-sekin kamayadi, neytrofillar ko'payadi.

5-6 yoshida ikkinchi fiziologik kesishuv yuz beradi, neytrofillar va limfotsitlar soni yana tenglashadi va 43-45%ni tashkil etadi.

5-6yoshdan keyin - neytrofillar soni ko'payadi, limfotsitlar soni pasayadi.

12-15 yoshda: neytrofillar soni maksimal – 60 - 65%, limfotsitlar soni minimalni – 25 - 30% tashkil etadi.

Yoshi	1mm ³ da leykotsitlarning o'rtacha miqdori	O'zgari shi	1mm ³ da neytrofillarning o'rtacha miqdori	Limfotsitlar, % o'rtacha miqdori	eozinofillar, % o'rtacha miqdori	monotsitlar% o'rtacha miqdori
kindikda	18	9-30	61	31	2	6
2-xafta	12	5-12	40	63	3	9
3-oylik	12	6-18	30	48	2	5
6oy-6yosh	10	6-15	45	48	2	5
7-12 yosh	8	4-13,5	55	38	2	5

Sog'lom bolalar gemogrammasi.

Yoshi	Eritrotsitlar (1mm ³ mln)	Hb, g/l	Leykotsitlar (1mm ³ mln)	Neytrofillar (1mm ³ mln)	Leykotsitlar glimfotsitlar	Formula, % monotsitlar	Eozinofillar	Bazofillar
2-4 hafta	5,31	170,0	10,25	26,0	58,0	12,0	3,0	0,5
1-2 oy	4,49	142,8	12,1	25,25	61,25	10,3	2,5	0,5
2-3 oy	4,41	132,6	12,4	23,5	62,5	10,5	2,5	0,5
3-4 oy	4,26	129,2	11,89	27,5	59,0	10,0	2,5	0,5
4-5 oy	4,45	129,2	11,7	27,5	57,75	11,0	2,5	0,5
5-6 oy	4,55	132,6	10,9	27,0	58,5	10,5	3,0	0,5
6-7 oy	4,22	129,2	10,9	25,0	60,75	10,5	3,0	0,25
7-8 oy	4,56	130,9	11,58	26,0	60,0	11,0	2,0	0,5
8-9 oy	4,58	127,5	11,8	25,0	62,0	10,0	2,0	0,5
9-10 oy	4,79	134,3	12,3	26,5	61,5	9,0	2,0	0,5
10-11 oy	4,69	125,8	13,2	31,5	57,0	9,0	1,5	0,25
11oy-	4,67	129,2	10,5	32,0	54,5	11,5	1,5	0,5
1-2 yosh	4,82	127,5	10,8	34,5	50,0	11,5	2,5	0,5
2-3 yosh	4,76	132,6	11,0	36,5	51,5	10,0	1,5	0,5
3-4 yosh	4,83	129,2	9,9	38,0	49,0	10,5	2,0	0,5

Sog'lom bolalarda leykotsitlar soni va leykotsitar formula.

Yoshi	Eritrotsitlar (1mm ³ mln)	Hb, g/l	Leykotsitlar (1mm ³ mln)	Neytrofillar (1mm ³ mln)	Leykotsitar glimfotsitlar	Formula, % monotsitlar	Eozinofillar	Bazofillar
4-5 yosh	4,89	136,0	10,2	45,5	44,5	9,0	1,0	0,5
5-6 yosh	5,08	139,4	8,9	43,5	46,0	10,0	0,5	0,25
6-7 yosh	4,89	136,0	10,6	46,5	42,0	9,5	1,5	0,5
7-8 yosh	5,1	132,6	9,98	44,5	45,0	9,0	1,0	0,5
8-9 yosh	4,84	137,7	9,88	49,5	39,5	8,5	2,0	0,5
9-10	4,9	136,0	8,6	51,5	38,5	8,0	2,0	0,25
10-11	4,91	144,5	8,2	50,0	36,0	9,5	2,5	0,5
11-12	4,83	141,1	7,9	52,5	36,0	9,0	2,0	0,5
12-13	5,12	132,4	8,1	53,5	35,0	8,5	2,5	0,5
13-14	5,02	144,5	8,3	56,5	32,0	8,5	2,5	0,5
14-15	4,98	146,2	7,65	60,5	28,	9,0	2,0	0,5

Homilaning 2-3-haftalik muddatida hujayra tizimi va nospetsifik immun javob tizimi, multipotent o'zak hujayralar shakllanadi. Hayotining 9-15-haftasida hujayra immuniteti faollashadi. Tug'ilgandan keyin bolada T-limfotsitlarning absolyut soni kattalarga nisbatan yuqori, lekin ularning faolligi kattalarga qaraganda past bo'ladi. Jigar va cuyak iligida V-hujayra differensirovkasi boshlanadi. V - hujayra oldi hujayraga aylanishi, immunoglobulinlar produksiyasiga olib keladi, timus omillari ta'sirida yuz beradi. V-sistema hujayralari antitelalar produksiyasiga moyilligi homila 11-12-xaftasida yuz beradi. Homila ichi rivojlanishi davrida immunoglobulinlar sintezi chegaralangan, homila ichi rivojlanish davrida homilaga transplatsentar ba'zi ona immunoglobulinlari (IgG) o'tadi.

Bola onasidan keng spetsifik antitela kompleksini oladi. Hayotining birinchi oylarida immunoglobulin IgG sinfi erishi va yo'qolishi davom etadi, transplatsentar o'tgan holatdagi IgG yo'qoladi. Bir vaqtning o'zida hamma sinf immunoglobulinlari o'sishi kuzatiladi. 4-6 oy davomida onadan o'tgan immunoglobulinlar to'liq yemiriladi va shaxsiy immunoglobulinlar sintezi boshlanadi. V-limfotsitlar IgM ni sintezlaydi, ularni tengligi xuddi kattalar ko'rsatgichiga yetadi, shaxsiy IgG sintezi sekin yuz beradi. Bola tug'ilganda sekretor immunoglobulinlar bo'lmaydi, ularning izi hayotining birinchi haftasi oxirlarida topiladi, sekretor IgA miqdori 10-12 yoshiga kelib maksimal darajaga yetadi. Erta yoshdagi bolalarda immunitetning fiziologik xususiyatlari muhitning infeksiyon omillariga sezgirligi va allergik ekspozitsiyaga sezgirligi yuqoriligini aniqlaydi. Zardob va sekretor immunoglobulinlar oshishi 5 yoshda kuzatiladi, yuqumli kasalliklar pasayishi bilan xarakterlanadi.

Normada ichki organlar faoliyati xarakterli ovozlarda bilan kechadi. Ichki organlarni u yoki bu patologik jarayonga uchrashida, ularni funksiyasini ko'rsatuvchi ovozlarda o'zgaradi. Bu ovozlarni bilish va talqin qilish perkussiya usullarini yaratadi. Misol, o'pka va bronxlarning har –xil zararlanishida xirillashlar, yurak qopqoqlari zararlanganda shovqinlar xarakterini bilgan holda taxminiy tashhis qo'yish mumkin.

Bemorga tashhis qo'yishda klinik tekshirish usullari asosiy hisoblanadi. Bemorga klinik tashhisot texnikasini bilish, olingan ma'lumotlarni to'g'ri talqin qilish, shifokorni to'g'ri yo'naltirishga, diagnozni to'g'ri qo'yishga undaydi.

Yuqorida ko'rsatilgan tekshirish usullari, kachonki qo'shimcha tekshirish usullari (laborator va instrumental usullari) qulay bo'lmaganda, umumiy qulaylikka ega va hech qanday maxsus instrumentlarni talab qilmaydi, har –xil vaziyatlarda ularni to'g'ri baxolaydi

Qonning klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlari.

Gematologik ko'rsatkichlar.

1 yoshgacha bo'lgan bolalardagi periferik qon ko'rsatkichlari.

Ko'rsatkichlar	Yoshi			
	1 kun	1 oy	6 oy	12 oy
Gemoglobin, g/l	180-240	115-175	110-140	110-135
Gematokrit, %	32-60	32-60	32-60	33-40
Eritrotsitlar, $\cdot 10^{12}/l$	4,3-7,6	3,8-5,6	3,5-4,8	3,6-4,9
Retikulotsitlar, %	3-51	3-15	3-15	3-15
Trombotsitlar, $\cdot 10^9/l$	180-490	180-400	180-400	180-400
ECHT, mm/ch	2-4	4-8	4-10	4-12
Leykotsitlar, $\cdot 10^9/l$	8,5-24,5	6,5-13,5	5,5-12,5	6,0-12,0
Neytrofillar tayyoqchayadrol i, %	1-17	0,5-4	0,5-4	0,5-4
Neytrofillar segmentyadrol i, %	45-80	15-45	15-45	15-45
Eozinofillar, %	0,5-6	0,5-7	0,5-7	0,5-7
Bazofillar, %	0-1	0-1	0-1	0-1
Limfotsitlar, %	12-36	40-76	42-74	38-72
Monotsitlar, %	2-12	2-12	2-12	2-12

1 yoshdan oshgan bolalardavakattalardaperiferikqonKo‘rsatkichlari.

Ko‘rsatkichlar	Bolalar	Kattalar
Gemoglobin,g/l	116–129	E.130 – 160A. 120-140
Gematokrit,%	33 - 45	E.40–50A.36–44
ECHT,mm/ch	4 - 7	E.2-10 A.2-15
Eritrotsitlar,10 ¹² /l	4,6	E.4,5-5 A.3,9-4,7
RangKo‘rsatkichi	0,8	E.0,86-1 A.0,97-1
RangKo‘rsatkichi	0,8	E.0,86-1 A.0,97-1
Leykotsitlar,10 ⁹ /l	6,5-13	4,5-9,0
Neytrofillar,10 ⁹ /l	2-7	3-7
Neytrofillar,%	26-50	50-70
Eozinofillar,10 ⁹ /l	0,075-0,700	0,055-0,550
Eozinofillar,%	1-5	1-6
Bazofillar,10 ⁹ /l	0,014	0-0,05
Bazofillar,%	0-1	0-1
Limfotsitlar,10 ⁹ /l	4-9	1,5-4,5
Limfotsitlar,%	28-64	19-37
Monotsitlar,10 ⁹ /l	0,075-0,840	0,055-0,600
Monotsitlar,%	4-9	3-11
Eritrotsitlarningo‘rtacha korpuskulyarhajmi(MCV),fl.	80	75-95
Eritrotsitlarningo‘rtacha diametri, mkm	7,3	7,5
Trombotsitlar,10 ⁹ /l	170-320	170-320
Retikulotsitlar,%	6,5	6,5
Fibrinogen,g/l	2-4	2-4
Protrombinindeksi,%	80-100	80-100

**Umumiy klinik tekshiruvlar.
Siydik tekshiruvi.**

Ko'rsatkichlar	Yoshi		Kattalar
Kunlik siydikmiqdori, ml	do 1 goda	starshe 1 goda	E.1000-2000
	750 ml	Siydikml.=600x100(x-1); x – bolaningyoshi	A.1000-1600
Nisbiy zichlik	1006-1010	1008-1022	1011-1025
Reaksiyasi RN	6,9-7,8	5-7	6,25 ±0,36
Rangi	Somonsimon-sariq		Somonsimon-sariq
Tiniqligi	Tiniq		Tiniq
Oqsil	Aniqlanmaydi yoki izlari		Aniqlanmaydi yoki izlari
qand	Aniqlanmaydi (0,2% dan ortiq emas)		Aniqlanmaydi yoki izlari
Bilirubin, ammiak, gemoglobin, atseton	Aniqlanmaydi		Aniqlanmaydi

Siydik cho'kmasi mikroskopiyasi.

Ko'rsatkichlar	Natijalari
Yassiepiteliy	Yakka
O'tuvchiepiteliy	Yakka
Buyrakepiteliysi	Aniqlanmaydi
Ko'ruv maydonidagi leykotsitlar	3-4
Eritrotsitlar	Aniqlanmaydi
Silindrlar	Aniqlanmaydi
Shilliq	Sezilmasmiqdorda
Bakteriyalar	Aniqlanmaydi yoki sezilmasmiqdorda

Siydikchoʻkmasiningmiqdoriytarkibi.

Usul		Natijalari
Nechiporenko	1 ml siydiktarkibida	Leykotsitlar -2000 gacha Eritrotsitlar- 1000gacha TSilindrlar-20gacha
Addis- Kakovskiy	Bir sutkamobaynid aajraladi	Leykotsitlar-2000000gacha Eritrotsitlar-1000000gacha Silindrlar-20000gacha

Buyraklarnifunksionaltekshiruvi	
Zimnitskiysina masi	Siydikning sutkali miqdori ichilgansuyuqlikning 65-75% ni tashkil qiladi. Kunduzgidiurez sutkali diurezning 2/3, tungi diurez esasutkali diurezning – 1/3 qismini tashkil qiladi.Turli porsiyalarda siydik nisbiy zichliginingtebranishdiapazoni-0,010dankamemas.

Najastekshiruvi.Najasmakroskopiyasi.

Yoshi/ovqatlan -tirishturi	Ichelis hsoni	Rangi	RN/reak- siyasi	Hidi	Shilliq,qo n
1 yoshgachaKoʻk raksutibilanboqi sh	5 - 2	Tilla rang- simon	Kislo-tali	Kislo- tali - aroma- tik	Aniqlan- maydi
1 yoshgachaSunʼi yovqatlan-tirish	4 - 2	6 oygacha- kulrang-loysi- mon. 6 oydan soʻng- oqish- sargʻishrangda .	Ishqo-riy	Bir ozchuc huk- simon	Aniqlan- maydi
Kattalar-da	Kuniga 100- 125 g	Jigar rang,shakl- langan,silind- rik.	Neytralyo ki sustishqor iy	Chuchu k-simon	Aniqlan- maydi

Najastekshiruvi.Kattalardanajasmakroskopiyasi.

Ko'rsatkichlar	Natijalari
Mushaktolalari	Aniqlanmaydi yoki alohidahazmbo'lgantolalar
Biriktiruvchito'qima	Aniqlanmaydi
Neytralyog'lar	Aniqlanmaydi
Yog'kislotalari	Aniqlanmaydi
Sovun	Judakammiqdorda
O'simlikkletchatkasi:hazmbo'lgan hazmbo'lmagan	Yakka hujayralar yoki turlimiqdordagihujayraguruhleri
Kraxmal	Aniqlanmaydi
Yodofilflora	Aniqlanmaydi
Shilliq,epiteliy	Aniqlanmaydi
Leykotsitlar	Preparatdayakkamiqdorda

BiokimyoviyKo'rsatkichlar. OqsilalmashinuviKo'rsatkichlari.

Ko'rsatkichlar	Bolalar		Kattalar
	1yoshgacha	1 yoshdankattalar	
Umumiy oqsil,g/l	44-76	56-80	64-83
Oqsilfraksiyalari,g/l:			
Albumin	20-51	37-52	32-55
α 1-globulin	1,2-4,7	1,0-4,0	3,0-6,0
α 2-globulin	2,5-11	5-12	7,3-12,5
β -globulin	1,6-13,1	6-12	7,3-12,5
γ -globulin	2,3-12	8-16	8-16
qondakreatin,mmol/l	18-35	44-106	4-106
Siydikdakreatin,mmol/l	0,35-0,70	2,64-6,16	4,4-17,6
qondaqoldiqazot,mmol/l	17,7 – 27,9	19,3 – 29,3	18,6 – 35,3
Timolsinamasi,YED(birlik)	-	1-6,5	1-4
Sulemasinamasi,YED(birlik)	1,8-2,2	1,8-2,2	1,8-2,2
Difenilaminsinamasi,YED(birlik)	-	-	0,129-0,211
Seromukoid,g/l	Yangitug'ilgan chaqaloqlarda -0,6-0,8	-	0,55-1,40

Lipidalmashinuviko'rsatkichlari.

Ko'rsatkichlar	Bolalar		Kattalar
	1yoshgacha	1yoshdankatta	
Umumiy xolesterin,mmol/l	1,81-3,50	3,7-6,5	3,9-6,3
Triglitsridlar,mmol/l	-	-	1,71gacha
Yuqori zichlikdagilipoproteinlar (YUZLP)	-	13,3-29,3	A.1,25-4,25 g/IE.2,5-6,5g/l
Past zichlikdagilipoproteinlar (PZLP)	-	34,6-50,3 %	3,0-4,5g/l

Uglevodalmashinuviko'rsatkichlari.

Ko'rsatkich	Bolalar		Kattalar
	1yoshgacha	1yoshdankatta	
Glyukoza,mol/l	3,3-5,5	3,33-5,55	3,89-5,83

Fermentlar

Ko'rsatkich	Bolalar		Kattalar
	1yoshgacha	1yoshdankatta	
AlAT,mkmol/soatml	0,1 – 0,45		
AsAT,mkmol/soatml	0,1 - 0,68		
AlAT,birlik/l	5-28	4-20	5-24
AsAT,birlik/l	8-28	6-23	2-19
Amilaza,birlik/l:qonda siydikda	-	-	25-125 13-51
Kreatinkinaza,birlik/l	4-60	5-56	< 50
Kreatinkinaza, mkmol/(min. x l)	66	62-59	46

PigmentalmashinuviKo‘rsatkichlari.

Bilirubin	Bolalar,1oy.–14yosh	Kattalar
Umumiy	3,4-13,7	1,7-20,5
Bog‘lanmagan	2,56- 10,3	1,7-17
Bog‘langan	0,85-3,4	0,9-4,3

Qonzardobidasuv-tuzalmashinuvi,minerallarKo‘rsatkichlari.

Ko‘rsatkich	Bolalar		Kattalar
	1yoshgacha	1yoshdankatta	
Na,zardobdammol\l	139-146	138-146	136-146
Na,siydikdammol/sut	8,6-30,0	21,4-20,1	120-220
Kzardobda,mmol/l	4,1-5,3	3,4-4,7	3,5-5,1
Ksiydikda,mmol/sut	15-40	20-60	35-80
Sazardobda,mmol/l	2,5-2,87	2,5-2,87	2,1-2,55
Sasiydikda,mmol/sut	2,5-7,5	2,5-7,5	2,5-7,5
Mgzardobda,mmol/l	0,71-0,95	0,71-0,95	0,71-0,95
Mgsiydikda,mmol/sut	1,7-8,2	1,7-8,2	1,7-8,2
Plazmaning umumiyfosfori, mmol/l		3,9	

QonivishtizimiKo‘rsatkichlari.

Ko‘rsatkichlar	1yoshdankattabolalarvakattal arda
Protrombinindeksi,%	92 - 100
Protrombinvaqti,sek	15 – 21

Fibrinogen,g/l	2 - 4
Faollashganqismantromboplastinvaqti(AchTV), sek	25 – 36
Trombinvaqti(TT),sek	8 – 14
Trombotsitlar,109/l	170 – 320

Gormonlar.

Ko'rsatkich	Bolalar		Kattalar
	1yoshgacha	1 yoshdankatta	
Tireotropgormoni,XB/l		1,9	1,9
T ₄ ,nmol/l		55 – 156	65 - 155
T ₃ ,nmol/l		1,5 - 3,0	1,77 – 2,93
Somatotrop gormoni(STG), mkg/l	1 - 10	1 – 10	M.< 2 J. < 10
	Kattalar		
Testosteron zardobda,nmol/l	E.19,85 ± 4,68 A.1,28 ± 0,35		
Progesteron,nmol/l	E.0,38 ± 0,95 A.a)follikulinfazasi–0,66±2,86b)lyutein fazasi– 19,08 ±95,04		
Prolaktinzardobda,mkg/l	E.< 20 A..a)follikulinfazasi<23b)lyutein fazasi –5-20		
Adrenokortikotropgormon(AKT G),ng/l	Chaqaloqlarda12,0 ± 6,8	Kattalarda4,3 ± 1,7	

Profilaktika: turlari va ko'rinishlari.Sog'liqni saqlash birinchi bo'g'inida profilaktik tadbirlarni o'tkazish. Vaksinasiya. kasallanishni taxlili.(JSST tavsiyalari).

Hozirgi vaqtda aksariyat yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish borasida erishilgan yutuqlar zahirida immunoprofilaktika tadbiri salmoqli o'rin tutadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish, ularni eliminatsiya qilish va ayrim infeksiyalarni istiqbolda batamom yo'qotish (likvidatsiya) Dasturi aynan immunoprofilaktikaga asoslanadi. Jahon banki dunyodagi iqtisodiy rivojlanish tendensiyalari haqidagi hisobotida e'tirof etishicha aynan vaksinasiya zamonaviy tabobatga ma'lum bo'lgan eng samarali va iqtisodiy jihatdan eng foydali profilaktik tadbirdir. Bolalarni ommaviy tarzda emlash yuqumli kasalliklar bilan kasallanishni va bolalar o'limini sezilarli darajada kamaytiradi, kishilar umrini uzaytiradi, faol keksalikni ta'minlaydi va ayrim antropozlarni global miqyosda batamom bartaraf etish imkonini beradi. Hozirgi kunga kelib Jahonda 40 dan ziyod yuqumli kasalliklarga nisbatan kurash immunizatsiya

vositasida muvaffaqiyatli tarzda amalga oshirilmoqda. Kelajakda immunoprofilaktika nafaqat qator yuqumli kasalliklarning likvidatsiyasiga qaratiladi, balki asta-sekinlik bilan mazkur dastur yordamida muhofazalash amaliyoti tobora ko'proq infeksiyalarga nisbatan tadbiriq etila boradi. Yaqin kelajakda sog'liqni saqlash amaliyotiga qator yangi vaksinalar kiritiladiki, ommaviy tusda ularni qo'llash qo'shimcha ravishda millionlab kishilarning hayotini saqlab qolish imkonini beradi.

O'zbekistonda immunizatsiya Dasturini amalga oshirish borasida muayyan yutuqlarga erishilgan. Yuqumli kasalliklarga qarshi immunizatsiya – davlatimizning fuqarolar, avvalo, bolalar salomatligiga nisbatan keng ko'lamli g'amxo'rlikning ajralmas qismidir. O'zbekiston Respublikasida immunoprofilaktika Strategiyasi amaldagi Qonunlarga, JSST tavsiyalariga asoslangan hamda qulay, bepul va aholining keng qatlamlarini qamrab olishga qaratilgandir.

Shu bilan birga Jahonda ko'plab kasalliklarning barqaror sporadik ko'rinishda saqlanib qolayotganligining va ayrim ilgari eliminatsiya qilingan kasalliklar «qaytayotganligi»ning asosiy sababi immunizatsiya Dasturi doirasida aholiga xizmat ko'rsatish borasida mavjud tizimli tusdagi kamchiliklar va xatoliklardir. Bu kabi xato va kamchiliklarning ayrimlaridan O'zbekiston ham mustasno emas. Bundan tashqari, barcha tibbiy muolajalar kabi immunizatsiya ham mutlaq xavfsiz muolaja emas.

Pediatric amaliyotida qo'llaniladigan turli muolajalar orasida profilaktik emlashlar birinchi o'rinni egallaydi. Hattoki nisbatan kam kuzatiladigan asoratlar, reaksiyalar va noxush holatlar ham, ommaviy tarzda keng miqyosda olib boriladigan bunday muolajalardan keyin, jiddiy xavf tug'dirishi mumkin. Shu boisdan ham immunizatsiya tadbirini sog'lomlashtirish dasturiga integratsiyalash borasidagi hatti-harakatlar muhim ahamiyat kasb etadi.

YUNISEF va O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tibbiy ta'limni rivojlantirish Markazining tashabbusi, sa'yi-harakati bilan amalga oshirilgan tahlil tibbiyot sohasi mutaxassislarini tayyorlash tizimining barcha bosqichlaridagi o'quv dasturlarida, rejalarida immunizatsiya bo'yicha JSST tamoyillarini tadbiriq etish borasida hal etilishi zarur qator muammolar mavjud ekanligini ko'rsatdi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining Maqsadli kasalliklar va immunizatsiya Dasturi, shuningdek «Vaksinalar yordamida boshqariluvchi yuqumli kasalliklar va immunizatsiya» deb ham yuritiluvchi Dastur, uzoq

yillardan buyon JSST Yevropa Mintaqasidagi davlatlarning sog'liqni saqlash vazirliklari, AQSH kasalliklarga qarshi kurashish va ularning oldini olish Markazi (SDC), AQSH ning xalqaro rivojlanish bo'yicha agentligi, bolalarni emlash Dasturi (AQSH sog'liqni saqlash tizimidagi optimal texnologiyalar Dasturi qoshida) va YUNISEF kabi muhim sheriklar bilan muvaffaqiyatli ravishda hamkorlik qilib kelmoqda. Shu bilan birga, maqsadli kasalliklar va immunizatsiya Dasturi JSST Yevropa mintaqasiga mansub davlatlarda boshqariluvchi infeksiyalarga nisbatan epidemiologik nazoratni hamda tegishli tadbirlarni o'tkazish vakolatiga ega bo'lgan Yevropa kasalliklarga qarshi kurashish va ularning oldini olish Markazi (YESDC) bilan ham mustahkam aloqalarni yo'lga qo'ygan. Rejali emlash bilan qamrab olishning o'rtacha darajasi umuman olganda yuqoriligiga qaramasdan,

ayrim boshqariluvchi infeksiyalar bilan kasallanish holatlari JSST Yevropa Mintaqasidagi ayrim davlatlarning, jumladan O‘zbekiston Respublikasining turli mintaqalarida turlicha chastotada kuzatilmoqda va past darajada barqaror saqlanib qolmoqda. Taassufki, emlash bilan qamrab olishning yuqoriligi va past darajadagi kasallanish aholining muayyan guruhlari va hattoki ayrim mutaxassislar o‘rtasida vaksinasiyaga nisbatan qiziqishning so‘nishiga hamda uning zarurligi va dolzarbligi shubha ostiga olinishiga sabab bo‘lmoqda. Buning ustiga, ayrim shaxslar vaksinoprofilaktikaning ahamiyatini qat’iy tarzda inkor etishadiki, bu holat qator o‘ta yuqumli va og‘ir kasalliklarga qarshi muayyan miqdordagi bolalar kontingentlarining himoyalansadan qolishlariga olib kelishi mumkin. Bunga qo‘shimcha ravishda vaktsinalarning nisbatan xavfsizligiga shubha bilan qarash ham aholining ayrim guruhlari o‘z farzandlarini emlatish fikridan qaytarishga sabab bo‘ladi. Ayrim chet el ommaviy axborot vositalarida (shu jumladan Internet tarmog‘ida) ba’zi hollarda chop etiladigan salbiy materiallar bunday qarashlarning, munosabatlarning uzoq vaqt saqlanib qolishini ta’minlab beradi. Bugungi kunga kelib ota-onalarning immunizatsiyaga nisbatan barqaror ishonchini va yuksak darajadagi xayrixohligini ta’minlash uchun qat’iy qadamlar qo‘yilishi taqozo etilmoqda.

Milliy immunizatsiya Dasturi doirasida samarali epidemiologik nazoratni amalga oshirish bo‘yicha, har bir kuzatilgan postvaksinal noxush ko‘rinish holatlarini jiddiy tekshirish va tegishli axborotni taqdim etish borasidagi tadbirlarni faollashtirish zarur.

Yuqorida keltirilgan masalalarning ayrimlarini hal etish uchun JSST Yevropa mintaqaviy byurosi «Yevropa immunizatsiya haftaligi (YEIH)» deb nom olgan tadbirni ishlab chiqdi va amaliyotga tadbiriq etdi. Bu yillik axborot-tashviqotni ko‘zda tutuvchi tashabbus bo‘lib, immunizatsiyaning ahamiyatli ekanligiga barchaning diqqat-e’tiborini jalb etishga qaratilgan hamda 2005, 2007 va 2008 yillarda amalga oshirildi. Ishtirokchi davlatlarning aniq xohish-irodasi va so‘rovlariga muvofiq, bu tashabbus qator ustuvor «jamoalarga», jumladan ota-onalarga, tibbiyot xodimlariga va siyosiy arboblarga yo‘naltirilgandir. Yevropa immunizatsiya haftaligi immunizatsiyaga nisbatan salbiy munosabatni chuqur tahlil etishga va kuchlar muvozanatini tiklash maqsadida zarur maqsadli tadbirlarni ishlab chiqishga ko‘maklashuvchi juda foydali vosita sifatida o‘zini namoyon etdi.

JSST Yevropa mintaqasiga mansub 51 ta davlat, jumladan O‘zbekiston ham 2002 yilda amalga oshirilgan sertifikatatsiyadan keyin poliomiyeletdan xoli hudud maqomiga ega bo‘lib qolmoqda. Lekin JSST Yevropa mintaqasi ba’zi mamlakatlarning ayrim hududlarida vaksinasiya (oral poliomiyelet vaksinasini qo‘llab) bilan qamrab olishning yaqqol pasayish tendensiyasi kuzatilmoqda; ayrim mamlakatlarda emlash bilan qamrab olishning qayd etilayotgan umummilliy darajasi avvalgi yillardagidan past.

O‘zbekistonda immunoprofilaktika Strategiyasi — davlatimizning bolalar salomatligi borasidagi beqiyos g‘amxo‘rligining ajralmas qismi bo‘lib, «Fuqarolar salomatligini saqlash to‘g‘risidagi», 29.08.1996 y. va «Davlat sanitariya nazorati

to'g'risidagi», 03.07.1992 y. Qonunlarga, JSST tavsiyalariga asoslangan hamda qulay, bepul va barchaning bahramand bo'lishiga qaratilgan.

Mamlakatimizda immunoprofilaktikaning maqsadi xos profilaktika vositalari bilan boshqariladigan infeksiyalarni likvidatsiya qilishdan, kasallanishni va o'limni kamaytirishdan iboratdir, xususan:

- poliomiyelitdan xoli hudud maqomini saqlab qolish;
- difteriya qayd etilishiga yo'l qo'ymaslik;
- 2018-2020 yy. da qizamiq va qizilchanning likvidatsiyasini ta'minlash;
- gepatit V bilan kasallanishni kamaytirish va ushbu kasallikdan o'limning oldini olish;
- gemofil (b tipdagi haemophilus influenzae) va rotavirus infeksiyalari bilan kasallanishni kamaytirish va ushbu kasalliklardan o'limning oldini olish;
- tuberkulezning tarqalgan shakllari rivojlanishining oldini olish.

Qo'yilgan ushbu maqsad va vazifalarni amalga oshirish bolalar va o'smirlarni immunoprofilaktika taqvimiga muvofiq tuberkulez, qizamiq, epidemik parotit, qizilcha, gepatit V, poliomiyelit, difteriya, ko'kyo'tal, qoqshol, gemofil va rotavirusli infeksiyalariga qarshi emlash bilan kamida 95% qamrab olishni ko'zda tutadi.

Tug'ruqxonalarda bola tug'ilishi bilan unga albatta olinishi zarur bo'lgan emlashlar va ularning o'tkazilish muddatlari ko'rsatilgan «immunizatsiya pasporti» beriladi. Immunizatsiya pasportida har bir o'tkazilgan va navbatdagi emlashlar qayd etib boriladi.

Immunoprofilaktika taqvimi doirasidagi emlashlar Sog'liqni saqlash vazirligi dori vositalari va tibbiy texnika sifatining nazorati Bosh boshqarmasi tomonidan qayd etilgan va sertifikatsiyalangan hamda belgilangan tartibda O'zbekiston Respublikasida qo'llashga ruxsat etilgan vaksinalar bilan ularni qo'llash borasidagi yo'riqnomaga muvofiq amalga oshiriladi.

Immunizatsiya xavfsizligini, vaksinalarni saqlash va tashishning to'g'riligini, emlanishi zarur bo'lgan tegishli kontingentlarni kamida 95% qamrab olishni ta'minlash javobgarligi bevosita immunizatsiyani amalga oshiradigan davolash profilaktika muassasasining rahbariga yuklanadi.

Barcha davolash profilaktika muassasalarining vrachlari immunoprofilaktika taqvimini, emlashga moneliklar ro'yxatini, «sovuqlik zanjiri»ni saqlash tartibini, emlashdan keyingi noxush ko'rinishlarni va birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishni bilishlari zarur.

Barcha davolash profilaktika muassasalarining, jumladan ixtisoslashgan tibbiy muassasalar, kabinetlar, kasalxonalar, klinikalar, tez tibbiy yordam va boshqa tibbiy muassasalar vrachlari bola murojaat etganida albatta uning emlanganlik maqomini aniqlashi (immunizatsiya pasportining yoki 063-h shaklining nusxasi), bolaga tegishli yordam ko'rsatilgach, immunoprofilaktika taqvimiga muvofiq emlashni davom ettirish borasidagi tavsiyasini yozib berishi shart.

Respublikamizda immunoprofilaktika qo'llaniladigan infeksiyalar safini kengaytirish ustida ham jiddiy sa'yi-harakatlar amalga oshirilmoqda. Yangi vaksinalarni immunizatsiya amaliyotiga kiritishni rejalashtirish jarayoni uzoq va

majmuaviy (kompleks) tabiatga ega bo'lishi mumkin. Siyosiy doirada qaror qabul qilinguniga qadar, ushbu kasalliklarning tibbiy, iqtisodiy-ijtimoiy yuki haqida batafsil ma'lumotlar yig'ilishini ta'minlash zarur. Xususan, respublikamiz olimlari tomonidan so'nggi yillarda olib borilgan ilmiy izlanishlar natijasida ayrim infeksiyalarga qarshi emlash zaruriyati asoslab berildi. Ushbu sa'yi-harakatlar oqibati o'laroq, 2009 yildan boshlab Hib (b turdagi Haemophilus influenzae) va 2014 yildan boshlab rotavirusli infeksiyalariga qarshi emlash immunoprofilaktika taqvimiga kiritildi. Qator yillardan buyon respublikamizda Milliy emlash kunlari muntazam tashkillashtirilib kelinmoqda. Masalan, 2010–2011 yillar mobaynida poliomyelitga qarshi emlashning respublika miqyosidagi 6 raundi o'tkazildi. 1–3 va 5-raundlarning har birida 2,9–3,0 mln bolalar va 4, 6 raundlarda esa 10 milliondan oshiq shaxslar (bolalar va kattalar) poliomyelitga qarshi immunizatsiya bilan qamrab olindilar. Raundlarning har birida qamrab olish Ko'rsatkichi 99,0% ni tashkil etdi.

JSST Yevropa Mintaqaviy laboratoriya tarmog'i (Labnet) a'zo-davlatlarga diagnostikumlar ta'minoti borasida, jumladan texnik qo'llab-quvvatlash va malakali testdan o'tkazish maqsadlarida har yilgi tashriflar bilan yordam ko'rsatishda davom etmoqda. Shu bilan birga Labnet, o'z faoliyat doirasiga qizamiq, qizilchaga va boshqa maqsadli kasalliklarga nisbatan tadqiqotlar olib borish kiritilishini ta'minlab, va ilgariidek, birinchi darajali e'tiborini poliomyelitga qaratib mavqeini mustahkamlashda va kengaytirishda davom etmoqda.

Immunizatsiya xavfsizligini ta'minlashga va sifatini oshirishga immunizatsiya dasturining muhim tarkibiy qismi sifatida qaralmoqda. Vaksinalar ishlab chiqarishni, xarid qilishni, emlash ishini boshqarishni me'yoriy-huquqiy jihatdan tartibga solish, postvaksinal noxush ko'rinishlar, inyeksiyalar xavfsizligi va emlashdan keyingi chiqindilarni bartaraf etish ustidan epidemiologik nazorat olib borish kabi qator komponentlarga nisbatan texnik yordam ko'rsatish bo'yicha ishlar davom ettirilmoqda.

Hozirgi ming yillik davrida sog'liqni saqlash sohasida o'tkazilayotgan islohotlar qarorlar qabul qilish vakolatini tuman darajasiga olib berish, sog'liqni saqlash xizmatini markazga tobelikdan xalos etish yo'li bilan muayyan maqsadlarga qaratilgan tadbirlarni yanada integratsiyalashga da'vat etmoqda. Bu holatda tibbiy yordamni moliyalashtirishning yangi imkoniyatlari paydo bo'ladi. Ushbu jihatlar sog'liqni saqlash sohasidagi barcha dasturlarning, jumladan immunizatsiya dasturining faoliyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Immunizatsiya xizmati xodimlarining faoliyatidagi ishlash sharoitlari uzluksiz murakkablashayotgan vaziyatda, shakllanayotgan tendensiyalarga javoban, xodimlarning kasbiy ta'limiga bo'lgan talablarni qayta ko'rib chiqish zaruriyati tug'iladi. Mintaqa davlatlari tomonidan to'plangan tajriba ko'rsatadiki:

- Immunizatsiya dasturining ijrochilari va mutasaddilari xizmatni taqdim etish, boshqaruv, muvofiqlashtirish, rejalashtirish, kommunikatsiya, monitoring hamda baholash sohalari bo'yicha o'z bilim/ko'nikmalarini takomillashtirishlari zarur
- Immunizatsiya xizmatini taqdim etishga endigina kirishgan yoki Dastur rahbarligi vazifasiga yaqinda tayinlangan shaxslar immunizatsiya dasturini amalga oshirish,

boshqarish masalalarida o'z nazariy bilimlarini va kasb mahoratlarini takomillashtirish uchun treninglarda muntazam ishtirok etib borishlari zarur

- Tajribali mutaxassislarda ham immunizatsiya dasturi bo'yicha o'z bilimlarini takomillashtirish maqsadida xos tayyorgarlikka va muammolarni hal etishga asoslangan o'qitish uslubiga ehtiyoj mavjud

- Immunoprofilaktika masalalari bo'yicha talabalarga (bakalavrlar, magistrlar va tibbiyot kollejlari o'quvchilariga) ta'lim berish jarayoni zamonaviy immunizatsiya dasturi tamoyillariga uyg'unlashtirilishi va tegishli o'quv-uslubiy manbalar bilan ta'minlanishi zarur

- Immunoprofilaktika masalalari bo'yicha ta'lim jarayoni tashkilotchilari hamda bevosita o'qitishni ta'minlovchi tibbiyot o'quv yurtlari hamda malaka oshirish kurslari pedagoglari, trenerlari o'z bilim va ko'nikmalarini takomillashtirishlari zarur.

Immunizatsiya dasturini mustahkamlashning global strategiyasi

JSST va YUNISEF boshqa sheriklari bilan hamkorlikda immunizatsiya dasturini mustahkamlash borasidagi global strategiyaning konsepsiyasini ishlab chiqish va 2006-2015 yillar mobaynida uning amalga oshirilishini ta'minlash yuzasidan ish olib borishdi. Immunizatsiya dasturini mustahkamlashning global strategiyasi o'z oldiga «to'g'ri keluvchi barcha shaxslarni immunizatsiya bilan qamrab olishni kengaytirish evaziga yanada ko'proq kasalliklarga nisbatan yanada ko'p sonli kishilarda immunitetni shakllantirish» maqsadini qo'ygan. Konsepsiya 4 strategik yo'nalishdagi ishlardan iborat bo'lib, ularning har biri alohida ahamiyatli strategiyalarning va tadbirlarning amalga oshirilishini ko'zda tutadi. Bular quyidagi yo'nalishlardagi ishlardir:

Birinchi strategik yo'nalishdagi ishlar:

Kundalik immunizatsiya bilan qamrab olish Ko'rsatkichlarini yaxshilash yo'li bilan «o'zgarib borayotgan dunyoda ko'p sonli kishilarda himoya mexanizmini shakllantirish», har bir bolaga kamida 4 marotaba kafolatlangan emlash seanslarini o'tkazish va immunizatsiya dasturi ta'sirini barcha yosh guruhlariga yoyish;

Ikkinchi strategik yo'nalishdagi ishlar:

«yangi vaksinalar va texnologiyalarni tadbiq etish»;

Uchinchi strategik yo'nalishdagi ishlar:

«immunizatsiyani, u bilan bog'liq boshqa tibbiy muolajalarni va epidemiologik nazoratni sog'liqni saqlash tizimi kontekstiga integratsiyalash»;

To'rtinchi strategik yo'nalishdagi ishlar:

«immunizatsiyani global o'zaro aloqadorlik asnosida amalga oshirish».

Birinchi strategik yo'nalishdagi ishlar —O'zgarib borayotgan dunyoda ko'p sonli kishilarda himoya mexanizmini shakllantirish.

Vazifalar

- Ko'krak yoshidagi har bir bolaga, ayniqsa aholining qamrab olinishi qiyin guruhlari o'rtasida (jug'rofiy, ijtimoiy va madaniy nuqtai nazardan) kamida 4 marotaba kafolatlangan emlash seanslari o'tkazilishini ta'minlash. Bunda, immunizatsiyani statsionar (turg'un) emlash punktlarida o'tkazish, joylarga chiqib amalga oshirish, sayyor brigadalar kuchi bilan emlash kompaniyalarini tashkillashtirish va xususiy sektorni jalb etish kabi immunizatsiya bilan qamrab

olishni yaxshilashga qaratilgan turli usullarni ko'zda tutuvchi tumanlar bo'yicha o'ziga xos yondoshuvlar tamoyilini qo'llash.

- Immunizatsiyani ko'krak yoshidagi bolalar doirasidan ko'ra kengaytirib, mavjud vaksinalardan foydalanishda maksimal samaradorlikka erishish uchun immunizatsiya bilan qamrab olishni barcha yosh guruhlariga yoyishni ta'minlash.
- Kasallik yukini tezda kamaytirish, muhofazalashni ta'minlash, epidemiyalarga va epidemik chaqnashlarga mos tarzda javob qaytarish maqsadlarida xavfli guruhlariga mansub kontingentlarni qamrab olishning tegishli strategiyalaridan foydalanish.

Strategiyalar

1-strategiya: immunizatsiya qilinishi zarur bo'lgan har bir kishini qamrab olish uchun turli holatlarni ko'zda tutuvchi moslashuvchan yondoshuvni qo'llash

2-strategiya: mahalliy aholining immunizatsiyaga nisbatan talabi oshishini ta'minlash

3-strategiya: har bir tumanda immunizatsiya bilan qamrab olinmagan shaxslarni yiliga kamida 4 marotaba qamrab olishga erishish

4-strategiya: vaksinasiya ko'lamini an'anaviy maqsadli guruhlar doirasidan kengaytirish

5-strategiya: vaksinalar, immunizatsiya va inyeksiyalar xavfsizligini oshirish

6-strategiya: emlash ishini boshqarish tizimini kuchaytirish va takomillashtirish

7-strategiya: Milliy immunizatsiya dasturlarini baholashni amalga oshirish va kuchaytirish Ikkinchi strategik yo'nalishdagi ishlar — Yangi vaksinalar va texnologiyalarni tadbiq etish

Vazifalar

- Yangi vaksinalar va texnologiyalarga nisbatan, ular paydo bo'lishi bilan, kasallik yukini, iqtisodiy tahlil natijalari va vaksinani joriy etishni amalga oshirish mumkinligini inobatga olgan holda qarorlar qabul qilishda ularning imkoniyatini oshirish orqali, turli davlatlarda talab va ustuvorlikni baholash uchun zarur asoslar mavjudligini ta'minlash.

- Davlatlar o'z ehtiyojlari uchun yangi vaksinalar va texnologiyalarning yetarli ta'minotini yo'lga qo'yishlarini kuzatib borish.

- Jamoat salomatligi nuqtai nazaridan ahamiyatli bo'lgan kelajakdagi vaksinalarning barchaga, xususan, kasallik yuki yuqori darajada bo'lgan aholining ijtimoiy himoyalangan qatlamlari foydalanishlari uchun mos kelishiga intilish.

Strategiyalar

8-strategiya: yangi vaksinalar va texnologiyalarga nisbatan siyosatni, ustuvorlikni aniqlash va shakllantirish maqsadlarida davlatlarning imkoniyatini mustahkamlashga erishish.

9-strategiya: yangi vaksinalar va texnologiyalarning samarali va barqaror tadbiq etilishini ta'minlash.

10-strategiya: jamoat salomatligi nuqtai nazaridan ahamiyatli bo'lgan kasalliklarga qarshi vaksinalar yaratilishi yuzasidan olib borilayotgan ilmiy tadqiqotlarga va ishlanmalarga ko'maklashish.

Uchinchi strategik yo'nalishdagi ishlar — Immunizatsiyani, u bilan bog'liq boshqa tibbiy muolajalarni va epidemiologik nazoratni sog'liqni saqlash tizimi kontekstiga integratsiyalash

Vazifalar

- Aholi kasallanishi va o'limini kamaytirish uchun sog'liqni saqlash tizimidagi boshqa muhofazalash tadbirlari bilan immunizatsiyaning aloqasini ta'minlash yo'li bilan uning samaradorligini, barqarorligini va natijaviyligini oshirishga intilish.
- Kasalliklarga qarshi kurashish borasida davlatlar tomonidan qo'yilgan maqsadlarga erishish uchun har bir kishi emin-erkin vaksinasiya olishiga imkoniyat beruvchi barqaror qulay muhitni yaratish.
- Tizimli tabiatga ega masalalarni hal etish uchun immunizatsiya bo'yicha xizmatlar bilan boshqa muhofazalash tadbirlari o'rtasidagi sinergizmdan maksimal samaraga erishish.

Strategiyalar

11-strategiya: Sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish asnosida immunizatsiya dasturini kuchaytirish

12-strategiya: Mutaxassislar resursini boshqarishni takomillashtirish

13-strategiya: Integratsiya maqsadlarida tegishli tadbirlarni ishlab chiqish va ularni baholashni amalga oshirish

14-strategiya: Tadbirlar integratsiyasi jarayonidagi sinergizmdan maksimal samaraga erishish

15-strategiya: Integrativ tadbirlar o'tkazilishidan olinadigan foydaning barqarorligini ta'minlash

16-strategiya: Muayyan ma'lumotlarga asoslangan immunizatsiya bilan qamrab olish ko'rsatgichlari ustidan monitoring tizimini va epidemiologik nazoratni mustahkamlash

17-strategiya: Laboratoriyalar tarmog'ini barpo etish yo'li bilan laboratoriyalar imkoniyatini mustahkamlash 18-strategiya: Barcha bosqichlarda ma'lumotlarni boshqarish, tahlil etish, interpretatsiya qilish, foydalanish va almashish mexanizmlarini kuchaytirish

19-strategiya: Murakkab gumanitar favqulodda vaziyatlarda immunizatsiya xizmatidan foydalana olishlikni ta'minlash

To'rtinchi strategik yo'nalishdagi ishlar — Immunizatsiyani global o'zaro aloqadorlik asnosida amalga oshirish

Vazifalar

- Oqibatlarni anglab etish darajasini (xavf-xatarlar va potensial imkoniyatlar) oshirish hamda vaktsinalarni yetkazib berishdagi, moliyalashtirishdagi, sheriklar bilan hamkorlikdagi, kommunikatsiya va epidemiyalarga tayyorgarlikdagi global o'zaro bog'liqlikka daxldor bo'lgan jihatlariga e'tibor qaratish.
- Immunizatsiya dasturini qo'llab-quvvatlash uchun global va Milliy darajalarda sheriklik munosabatlarini mustahkamlash.

Strategiyalar

20-strategiya: Global miqyosda sifati kafolatlangan vaksinalarni xaridorbop bahoda ishonchli tarzda yetkazib berishni ta'minlash

21-strategiya: Milliy immunizatsiya tizimini mos va barqaror moliyalashtirish uchun shart-sharoitlar yaratish

22-strategiya: Axborotlarni tarqatish va kommunikatsiya jarayonlarini yaxshilash

23-strategiya: Sheriklarning o'zaro burch-majburiyatlarni tan olishlarini, javobgarlikni va hisobotlar taqdim etishlarini belgilash va ta'minlash

24-strategiya: Vaksinalarni global harakatlar rejalariga va epidemiyalarga tayyorgarlikni ta'minlash bo'yicha tadbirlar qatoriga kiritish

Ko'p yillik majmuaviy reja (KYMR):

Ko'p yillik davlat majmuaviy rejasini immunizatsiya dasturini mustahkamlashning global strategiyasi nizomlari asosida ishlab chiqish mamlakat miqyosida ushbu strategiyani amalga oshirish yo'lidagi muhim dastlabki qadam bo'lib xizmat qiladi. Aksariyat davlatlar ko'p yillik majmuaviy rejani barcha emlash tadbirlari bahosi va moliyalashtirilishi borasidagi hisob-kitob ma'lumotlariga tayanib tuzishadi va qamrab olish ko'rsatkichlarini yaxshilash hamda emlanmaganlarni emlashga jalb etish bo'yicha kelajakdagi tashabbuslarni belgilashadi.

«Har bir tumanni qamrab olish (HBTQO)» strategiyasi

Ayrim davlatlar «Har bir tumanni qamrab olish (HBTQO)» strategiyasini — rejali emlash bilan qamrab olish darajasini oshirish borasidagi JSST ning eng muhim strategiyasini amaliyotga tadbiiq etishga erishishdi.

Har bir tumanni qamrab olish strategiyasi qo'llab-quvvatlovchi kuratorlik, joylarga muntazam chiqib xizmat ko'rsatish, jamoalar va xizmat ko'rsatuvchi tashkilotlar o'rtasidagi aloqani rivojlantirish, monitoring olib borish va ma'lumotlarni amaliyotda qo'llash uchun, shuningdek, moliyaviy va inson resurslaridan foydalanishni rejalashtirish va boshqarishni yaxshilash, takomillashtirish bo'yicha qulay muhit yaratadi. Yangi vaksinalarni qo'llashni kengaytirish evaziga bolalar o'limi Ko'rsatkichlarini sezilarli darajada kamaytirish mumkin.

Immunizatsiya dasturini mustahkamlashning global strategiyasi doirasidagi ikki ustuvor yo'nalish kasallik yukini, iqtisodiy tahlil ma'lumotlarini va bunday qadamni ro'yobga chiqarish imkoniyatlarini inobatga olgan holda vaksinalarni tadbiiq etish borasida qarorlar qabul qilish bo'yicha salohiyatlarini oshirish, shuningdek, Milliy tizimlar tomonidan vaksinalar bilan barqaror ta'minot vazifasini bajarish uchun kafolatni ta'minlash masalalarida mintaqa davlatlariga yordam ko'rsatishga qaratilgan.

UASH faoliyati turlari.

- tibbiy profilaktika
- tez va kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam
- diagnostika va davolash
- reabilitatsiya

Immunizatsiya masalalarini hal qilishda aholini jalb etishning turlari.

O'zbekistonda aholi bilan samarali hamkorlikning original o'ziga xos mexanizmi, ya'ni mahalla instituti mavjud. Ushbu vositadan immunizatsiya dasturini amalga oshirishda foydalanish o'ta ijobiy natijalarni bera oladi. Aholi vakillari bilan guruhli muhokama ularning ehtiyojlarini va tibbiy xizmatni yanada qulay va ommabop holatga keltirish uchun rejalashtirish yo'llarini aniqlashda yordam beradi.

Epidemiologik nazorat — bu tadbirlar qo'llash uchun ma'lumot to'plashdir. Tahlil etmasdan va tegishli tadbirlar qo'llamasdan faqat kasalliklarga doir ma'lumotlarni to'plash va ishlov berish epidemiologik nazorat hisoblanmaydi.

Epidemiologik nazorat — bu yuqumli kasalliklarning profilaktikasi va yanada tarqalishini to'xtatish borasidagi boshqaruv qarorlarini qabul qilish uchun, ushbu kasalliklarga daxldor ma'lumotlarni uzluksiz, muntazam to'plash, tahlil etish va uzatish tizimidir. Epidemiologik nazorat tadbirlarni kasalliklar ustidan nazoratga yo'naltiradi va immunizatsiya xizmatining ularga ta'sirini o'lchaydi.

Nazorat, eliminatsiya va likvidatsiya nima?

- **Nazorat:** amalga oshirilgan hatti-harakatlar natijasida mazkur joy uchun yo'l qo'yiladigan darajada chastotani, kasallanishni va o'lim Ko'rsatkichini pasaytirish. Bunday darajani ushlab turish uchun joriy tadbirlarni amalga oshirish zarur. Misol: difteriya, ko'kyo'tal.
- **Eliminatsiya:** amalga oshirilgan hatti-harakatlar natijasida ma'lum geografik hududda muayyan kasallikning chastotasini nolga qadar tushirish. Bunday darajani ushlab turish uchun joriy tadbirlarni amalga oshirish zarur. Misol: poliomyelit (eslatma: chaqaloqlar qoqsholi eliminatsiyasiga boshqacha ta'rif beriladi).
- **Likvidatsiya:**— muayyan kasallikni keltirib chiqaruvchi patogenni yo'qotish; qo'zg'atuvchining hattoki atigi bitta vakili tirik ekan, likvidatsiya to'liq amalga oshmagan hisoblanadi». Boshqacha aytganda, muayyan qo'zg'atuvchi keltirib chiqaradigan yuqumli kasallikning jahondagi chastotasini nolga qadar tushirish, qo'zg'atuvchini yo'qotish va uning yuqishi to'liq barham topishi va qo'zg'atuvchining tashqi muhitda yo'qligi. Natijada joriy tadbirlarni o'tkazish uchun zaruriyat qolmaydi. Misol: chin chechak.

1. Epidemiologik nazorat nima uchun zarur?

Epidemiologik nazorat quyidagilar uchun qo'llaniladi:

1. kasallanish sabablarini, shart-sharoitlarini tekshirish va ko'lamini lokalizatsiyalash maqsadlarida kasallik epidemik chaqnashlarini aniqlash va prognozlash;
2. kasallanish xavfi yuqori aholi guruhlarini, hamda alohida qaratilishini talab etuvchi tumanlarni aniqlash;
3. likvidatsiya, eliminatsiya va nazorat bo'yicha tadbirlar bajarilishining borishini va ta'sirini monitoring qilish;
4. immunizatsiya tizimi faoliyati Ko'rsatkichlari past tumanlarni aniqlash — vaziyatni o'nglash bo'yicha maqsadga muvofiq tadbirlar qo'llash uchun;

5. jamoadagi (ya'ni, muayyan hududdagi aholi o'rtasidagi) kasallanish darajasini, keyin esa kasallikning yukini aniqlash;

6. immunizatsiyaning kasallik yuki va epidemiologiyasiga qisqa va uzoq muddatli ta'sirini hujjatlashtirish yo'li bilan dastur samaradorligining monitoringi.

Muayyan boshqariladigan infeksiya ustidan epidemiologik nazorat tipini tanlash quyidagilarga bog'liq:

- kasallik alomatlariga;
- muayyan kasallikni nazorat qilish dasturiga (m-n, nazorat, eliminatsiya va likvidatsiya) Ushbu omillar epidemiologik nazorat bo'yicha tadbirlarni amalga oshirishda inobatga olinadi.

1-jadvalda vaksinoprofilaktika vositalari bilan oldi olinadigan kasalliklarning ro'yxati, hamda ulardan har birining epidemiologik nazorati keltirilgan.

Kasallik nomi	Nazorat bo'yicha Vazifa
Difteriya	Nazorat
Haemophilus influenza tipa b	Nazorat
A gepatiti	Nazorat
Gripp	Nazorat
Qizamiq	Eliminatsiya
Qizilcha	Eliminatsiya
TQS	Nazorat
Meningokokk Infeksiyasi	Nazorat
Ko'kyo'tal	Nazorat
Pnevmokokk infeksiyasi	Nazorat
Poliomiyelit	Likvidatsiya
Rotavirusli Infeksiya	Nazorat
Suv chechak	Nazorat

SOVUQLIK ZANJIRINI, VAKSINALARNI VA XAVFSIZ INYEKSIYA UCHUN MATERIALLARNI BOSHQARISH.

Birinchi, ta'minot davriyligi odatda Milliy miqyosda Milliy qoidalarga va standart faoliyat amaliyotlariga (standart operatsion protseduralarga) muvofiq belgilanadi. Aksariyat holatlarda birinchi va ikkinchi ma'muriy bosqichlar uchun ta'minot davriyligi uch oyda bir marotaba sifatida, chekka hududlarni esa bundan ko'ra tez-tez ta'minlab turish belgilangan Milliy va viloyat bosqichidagi rahbarlar viloyat va tumanlar uchun taqsimotning majmuaviy rejasini ishlab chiqishlari zarur. Har bir viloyat tumanlar ro'yxatiga ega bo'lishi, hamda oylik yoki choraklik vaksinalar va inyeksiya uchun materiallar bilan ta'minlash hajmini aniqlashlari zarur.

Vaksinalar va inyeksiya uchun materiallar bilan ta'minlash hajmini hisoblay turib, mutasaddi har bir tuman uchun aniqlashi mumkin:

a) taqsimlanishi zarur bo'lgan vaksinalarning umumiy hajmini, ularni tashish uchun kerak

bo'ladigan termokonteynerlar sonini;

b) vaksinalar bilan komplekt holda yetkazib berilishi zarur bo'lgan inyeksiya uchun materiallarning umumiy hajmini (m³da).

Tashishda ehtiyojlarni baholash.

1. Har bir tuman uchun zarur materiallar miqdorini hisoblab, ularning hajmini aniqlash mumkin; shundan keyin termokonteynerlarning kerakli miqdorini hisoblash va eltishning optimal usulini tanlash mumkin. Odatda vaksinalar 20 litrlik termokonteynerlarda tashiladi.

2. Vaksinalar va xavfsiz inyeksiya uchun materiallarni eltish uchun transport vositasini tanlash. Vaksinalar va xavfsiz inyeksiya uchun materiallarni eltish uchun transport vositasini tanlash, mazkur yuklarning hajmidan tashqari, yana boshqa qator omillarga ham bog'liq bo'ladi. Bunda yo'llarning holati, yukni eltuvchi kishilar soni, masofa, yo'nalish bo'yicha benzin/yoqilg'i quyish shoxobchalari mavjudligi nazarda tutilmoqda.

Vaksinalar saqlanadigan sovutgichlarda harorat rejimining monitoringi.

Sovutgichlarning sovutish kamerasidagi harorat rejimining monitoringi uchun Siz quyidagilarga ega bo'lishingiz zarur:

- termometr;
- sovutgich eshigining tashqarisiga yopishtirilgan haroratni qayd etish jurnali/varag'i.

Harorat rejimining monitoringi uchun quyidagi tartibda ishlang:

- Kunning eng salqin vaqtida sovutgich termostati regulyatorini +2°S—+4°S holatiga keltiring.
- Haroratni ertalab ishga kelishingiz bilan oq, kechqurun esa ishdan ketishingiz oldidan tekshiring. Agar harorat +2°S—+8°S ko'lam (diapazon) oralig'ida bo'lsa, termostatni regulyatsiya qilish (sozlash) kerak emas.
- Haroratni ertalab va kechqurun tekshirishni davom ettiring; bu yumushni har kuni — ish, dam olish va bayram kunlari bajarish zarur.
- Har bir kun uchun haroratni qayd etish jurnaliga/varag'iga vaqtni va haroratni qayd etib boring.

Vaksinalar yo'qotilishining bartaraf etilishi mumkin bo'lgan omillari.

Bular vaksinalarni boshqarishni yaxshilash yo'li bilan nazorat qilinishi mumkin bo'lgan omillar:

- vaksinalarning haddan ziyod to'planib qolishiga yoki yaroqlilik muddati tugagunigacha foydalanish imkoniyati yo'qligiga olib keluvchi zahiralarni risoladagidek boshqarmaslik;
- vaksinaning haddan ziyod isib ketishi yoki sovub ketishiga olib keluvchi sovuqlik zanjiri ishidagi uzilishlar;
- vaksinani dozalashning buzilishi (masalan, ikki tomchi o'rniga uch tomchi OPV tomizish yoki 0,5 ml o'rniga 0,6 ml vaksinani inyeksiya qilish);
- ko'p dozalik flakonlardan foydalanish siyosatiga amal qilmaslik;
- flakonlarning kontaminatsiyasi, yo'qolishi, shikastlanishi yoki o'g'rilanishi.

Silkitish testi.

Mazkur test adsorbsiyalangan vaksina (AKDS, ADS, ADS-m, AS yoki gepV-vaksina) muzlaganmi yoki muzlamaganligini aniqlash imkonini beradi. Muzlaganidan keyin bunday vaksinalar silkitilganida bir xil loyqa suyuqlik emas, balki flakon tubiga cho'kuvchi ipsimon cho'kmalar hosil qilishga moyil suyuqlikdan iborat bo'lib qoladi.

Cho'kma hosil bo'lishi muzlagan vaksinali flakonlarda, mazkur vaksina ishlab chiqaruvchilari tomonidan ishlab chiqarilgan aynan shunday, lekin hech qachon muzlamagan vaksinali flakonlarga qaraganda tezroq sodir bo'ladi.

Silkitish testini muzlatish indikatorlari faollashtirilgan yoki termoregistratorlar manfiy haroratni qayd etgan barcha termokonteynerlardagi vaksinalar uchun o'tkazish zarur.

Testni o'tkazish tartibi:

1. Vaksinaning muzlatilgan nazorat namunasini tayyorlang

Siz tekshirmoqchi bo'lgan vaksinaning ishlab chiqaruvchisi ishlab chiqargan, o'sha turdagi va o'sha partiyadagi vaksinali flakonni oling. Flakonni vaksina qattiq holatga kelguniga qadar muzlating (-10°S haroratda kamida 10 soat), keyin esa eriting. Bu flakon nazorat namunasi sifatida foydalanilishi mumkin. Mazkur flakonni, yanglishdan ishlatib yuborishning oldini olish uchun, aniq belgi qo'yib belgilang.

2. Test o'tkazish (tekshirish) uchun flakonni tanlang Muzlaganligiga shubhangiz bo'lgan partiya(lar)dan vaksinali flakonni oling. Bu test o'tkazish (tekshirish) namunasi bo'ladi.

3. Nazorat va test o'tkazish (tekshirish) namunalarini silkiting .Ikkala namunani ham bitta qo'lingizga olib 10–15 sekund mobaynida jadal ravishda silkiting.

4. Flakonlar ichidagi vaksinaning turg'un holatga kelishini ta'minlang

Flakonlarni stolga qo'ying.

5. Flakonlarni taqqoslang.

Flakonlarni yorug'lik qarshisida tutib, ulardagi cho'kindining cho'kish tezligini taqqoslang. Agar test o'tkazish flakonida cho'kma cho'kishi, nazorat namunasidagiga qaraganda anchagina sekin kechsa, tekshirilayotgan vaksina muzlamagan deb hisoblash uchun yetarli asos mavjud va vaksinani qo'llash mumkin. Agar ikkala flakonda ham cho'kish tezligi bir xil bo'lsa, tekshirilayotgan vaksinali flakon muzlagan deb hisoblash uchun yetarli asos mavjud va vaksinani qo'llash mumkin emas.

Ayrim flakonlarga flakon ichidagi mahsulotni ko'rinmaydigan darajada to'sib turadigan katta etiketkalar yopishtirilgan. Bu cho'kish jarayonini kuzatishga xalaqit qiladi. Bunday holatda nazorat va test flakonlarining tubini tepaga qaratib to'nkaring va cho'kish jarayonini flakonlarning bo'g'iz qismidan kuzating.

Silkitish testidan keyin test o'tkazish (tekshirish) flakoni muzlaganligi aniqlansa, zudlik bilan bu haqida tibbiyot muassasasi rahbariga xabar beriladi. Muzlaganlik ehtimolligi mavjud deb qaralayotgan barcha flakonlarni qarab chiqiladi hamda taqsimlanmasligi va foydalanilmasligi uchun ajratib qo'yiladi.

Eslatma: Silkitish testi yordamida vaksinaning holatini tekshirishni faqatgina aynan bitta vaksinaning ishlab chiqaruvchisi tomonidan ishlab chiqarilgan, o'sha turdagi va o'sha partiyadagi vaktsinali flakonlarda amalga oshiriladi. Boshqa ishlab chiqaruvchi tomonidan ishlab chiqarilgan va boshqa partiyadagi vaktsinalar uchun boshqa o'ziga mos keladigan yangi nazorat namunasidan foydalaniladi.

Vaktsinalar bilan O'T-shpritslarni birgalikda yetkazib berish.

Bugungi kunda inyeksiyalarni amalga oshirish uchun O'T-shpritslar eng xavfsiz uskuna hisoblanadi, chunki ularni faqatgina bir marotaba ishlatish mumkin. 2003 yilda qator yirik xalqaro tashkilotlar, jumladan JSST, immunizatsiya dasturlarida faqatgina O'T-shpritslardan foydalanishga chaqiruvchi hujjatni tayyorlashdi.

(JSST-YUNISEF-UNFPA ning immunizatsiya amaliyotida O'T-shpritslardan foydalanish haqidagi qo'shma bayonoti, Jeneva, JSST, 1999 [WHO/V&B/99.25]).

Komplekt holida yetkazib berish tamoyili O'T-shpritslarning va boshqa materiallarning ular foydalaniladigan joyda mavjudligini kafolatlash uchun ishlab chiqilgan tamoyil bo'lib, bu holat inyeksiyalar o'tkazishning xavfsiz amaliyotiga ko'maklashadi. Komplekt holida yetkazib berish optimal amaliyot hisoblanadi.

Profilaktik emlash, uni tashkillashtirish, bajarish va monitoring qilish

Profilaktik emlash - yuqumli kasalliklarga qarshi kurashda aholini barchasiga yoki individual shaxsga sun'iy immunitet yoki muhofazani ta'minlash maqsadida o'tkaziladi va quyidagilarga bo'linadi:

spetsifik - ma'lum qo'zg'atuvchiga qaratilgan;

nospetsifik - organizm immun tizimini faollashtirishga qaratilgan;

faol - emlashdan so'ng organizmda himoya antitelasi ishlab chiqarilishiga qaratilgan;

passiv - organizmga tayyor antitelalarni kiritishga qaratilgan.

Emlash - bu kasallik chaqiruvchisiga qarshi antitelalarni ishlab chiqarish uchun odam organizmiga zaiflashtirilgan yoki o'ldirilgan kasallik agentini kiritish. Amaliyotda eng ko'p tarqalgan viruslar (kizamiq, qizilcha, epidemik parotit, polimiyelit, gepatit A va V qarshi) va bakteriyalar (sil, ko'kyo'tal, bo'g'maga qarshi) bilan emlash orqali kurashish mumkin.

Qanchalik ko'p odamlarda ma'lum bir kasallikka qarshi immunitet bo'lsa, boshqalarda (immunitetsiz) kasallik kelib chikish va epidemiya tarqalish xavfi shunchalik kam bo'ladi.

Qayta emlash (revaksinatsiya) - oldingi emlashdagi organizmda hosil bo'lgan immunitetni ta'minlash (ta'sirini kuchaytirish) maqsadida o'tkaziladi. Afsuski, emlashdan keyin inson organizmida ayrim asoratlar kuzatilishi mumkin.

Vaksina turlari.

1.Tirik vaksinalar - zaiflashgan mikroorganizmlarni saqlovchi. Ushbu guruhga keng tarqalgan kasalliklar polimiyelit, sil, kizamiq, qizilcha, epidemik parotitga qarshi tirik vaksinalar kiradi. Ular odam organizmida kupayib, kasallikka karshi himoya omillarini ishlab chiqaradi.

2.Korpuskulyar (o'ldirilgan) vaksinalar - (masalan ko'k yo'talga, quturishga qarshi) tiriklarga qaraganda kamrok immunogenli, bilinar - bilinmas qizdirish, yoxud formalin, spirt, atseton va boshqa kimyoviy moddalarni qo'llab o'ldirilgan bakteriyalar vavirus shtammlaridan iborat. Bunday vaksinalar hozirgi vaqtda juda kam qo'llaniladi.

3.Kimyoviy vaksinalar - ko'zgatuvchining bo'laklarini yoki xujayra devori komponentini saklaydi.

4.Anatoksinlar - susaytirilgan zararsiz ko'zg'atuvchining toksinlaridan iborat vaksinalar. Maxsus ishlovdan so'ng toksik xususiyati yo'qoladi, lekin immunogenligi saqlanib qoladi. Misol qilib bo'g'ma va qoqsholga qarshi vaksina anatoksinlarini olish mumkin.

5.Rekombinant vaksinalar - gen-injenerlik texnologiyasi yordamida ishlab chiqariladi. Ular sun'iy ravishda emlangan hayvonlar va odam qonidan olinadi. Masalan, bularga gepatit V va VPCHqarshi vaksinalar kiradi.

6.Sintetik vaksinalar - sun'iy ravishda ishlab chiqilgan vaksinalar.

7.Assotsirlangan vaksinalar - bir necha komponentni o'zida saqlovchi vaksinalar (masalan AKDS).

Vaksinalarni saqlash va tashish.

Vaksinalarni saqlash va tashish texnikasiga rioya kilmaslik ularning samaradorligi va sifatiga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Birqator vaksinalarni saqlashda harorat buzilishi nafaqat ular samaradorligini susayishiga, balki reaktogenligining oshib ketishiga xamolib keladi. Vaksinalarni yukori haroratda saqlash preparatlarda yashovchan mikrob hujayralari miqdori kamayishiga, demak, kuchining yo'qolishiga va desorbsiyaga olib keladi. Natijada vaksinaning ta'sir kuchi yo'koladi.

Tibbiyotning birlamchi tizimida vaksinalar bir oydan ko'p saqlanishi mumkin emas. Ularni saqlash uchun alohida muzlatgich bo'lishi kerak.Undagi harorat tez ko'garilishi sababli zarurat bo'lmaganda, bir dakiqa ham ochmaslik va vaksinalarni muzlatgich eshigida saqlamaslik lozim.

Vaksinalarni saqlash tartibi.

Vaksina turi	Vaksina nomi	Saklash sharti
Tirik vaksinalar	OPV, Qizamiqqa qarshi, roto-virus Epidparotitga qarshi	Hamma vaksinalarni muzlatish mumkin, ammo qayta eritilgandan so'ng
Inaktivirlangan (faolliigi)	O'ldirilgan (ko'k yo'talga qarshi)	Muzlatib bo'lmaydi, saqpash harorati +4S

yo‘qotilgan)	Anatoksinlar (ADS, ADS-M, ADM)	dan +8Sgacha
	Rekombinant (gepatitga va VPChga qarshi)	Muzlatib bo‘lmaydi, saqlash xarorati +4S dan +8Sgacha

Emlashlarni rejalashtirish.

Rejalashtirish asosi sifatida yashab turgan va xizmat ko‘rsatilayotgan aholi hamda o‘tgan yildan beri emlanmaganlar soni olinadi. Aholi sonini aniqlash uchun yilda 2 marta (bahor va kuzda) ular ro‘yxatga olinadi.

Rejalashtirishdan avval quyidagilarni bajarish kerak bo‘ladi:

- 1). aholini oldindan ro‘yxatga olish;
- 2). axoli ro‘yxatlari ma‘lumotlarini takkoslab chiqish:
 - bolalar va o‘smirlarga xizmat ko‘rsatuvchi barcha davolash profilaktika muassasalari bo‘yicha xujjatlar bilan
 - barcha davolash profilaktika muassasalari bo‘yicha - yosh jadvali bilan.
- 3). yuqumli kasalliklarga qarshi (qizamiq, bo‘g‘ma, ko‘kyo‘tal, qoqshol, poliomyelit) emlanganlikni tahlil qilish.

Emlanishi kerak bo‘lgap xizmat ko‘rsatilayotgan aholi soni aniq bo‘lgandan so‘ng rejalarni tuzishga kirishiladi. Profilaktik emlashlar rejalarini o‘tkazish UAV va kartoteka yurituvchi tibbiyot hamshirasi zimmasida. Silga qarshi emlashlar rejasini tuzish davolash profilaktika muassasalari, shu jumladan, tug‘ruksxonalar, bolalar va umumiy poliklinikalar, silga qarshi dispanserlar bosh shifokorlari vazifasiga kiradi.

Emlash kalendari.

1 kun VGV –1

- **2-5kun**V-BSJ,
- **2 oylik Penta-1**(AKDS-1,XIB-1, VGV-2),OPV-1,roto-1, pnevmo-1
- **3 oylik Penta-2** (AKDS-2,, XIB-2, VGV-3), OPV-2,roto 2, pnevmo2
- **4 oylik Penta-3**(AKDS-3, XIB-3, VGV-4),IPV-1
- **9 oylik**IPV-2
- **12 oylik (1 yosh)** KPK(qizamiq, parotit, qizilcha),Pnevmo-3)
- **16 oylik**AKDS-4, OPV-4
- **6 yosh**KPK(qizamiq, parotit, qizilcha,)
- **1 sinf (7 yosh)**ADS -M-5, OPV-5
- **12-13yosh**,VPCH(virus papilomy cheloveka)

16 yosh ADS-M – 6

Ilova: barcha shifokorlar orasida singib ketgan so‘zlar bo‘lganligi sababli vaktsinalarning nomlari ruscha qisqartirishda berilgan va quyida ularning o‘zbekcha nomlari ham ko‘rsatib o‘tiladi

BSJ va BSJ-m silga qarshi vaksinalar tirik mikobakteriyalarning yarim dozasi 2-2.5 kg tug'ilgan chaqaloqlarga xamma uchun ishlatiladi .

AKDS vaksinasiing 1 dozasi- 0.5 ml da -10 mlrd ko'kyo'tal tanasi ,30 XB bo'g'ma va 60XB qoqshol anatoksini bor

ADS – 1 dozasi -0.5 ml da 30XB bo'g'ma va 40 XB qoqshol anatoksini mavjud. U AKDSga qarshi ko'rsatmalari bo'lgan bolalarda qo'llaniladi .

ADS-M 1 dozasi 0.5 ml da 5XB bo'g'ma va 20 XBqoqshol anatoksini bor va u 7 yoshdankatta bolalarda va kattalarda ishlatiladi .Bu vaksina bolalarda birlamchi emlashuchun yaroqsiz.

OPV – oral polivaksina va TKV va TPV tirik qizamiq va tirik parotit vaksinalaribir xil texnologiya va substansiya asosida tayorlanadi ,ularni bir shprintsda ishlatsabo'ladi .

VGv- gepatitga qarshi vaksina “Endjeriks V” ,Smit Klyayn Bichem firmasi (Buyukbritaniya).

Immunoprofilaktika uchun qo'llaniladigan vaksinalar tasnifnomasi .

Postvaksinal reaksiyalar va asoratlar. Ota –onalarga ma'lumot berish va birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish (JSST tavsiyalari).

Vaksina bilan emlangandan so'ng klinik yoki laborator o'zgarishlarning kuzatilishi postvaksinal reaksiyalar deyiladi. Ba'zi bir tirik vaksinalar(BSJ,sariq isitma) bilan emlanganda maxalliy reaksiyalarning paydo bo'lishi immunitet hosil bo'lganidan darak beradi. Postvaksinal asoratlar klinikko'rinishlarning xarakteri va og'ir kechishi bilan postvaksinal reatsiyalardan farqqiladi. PVR ko'rinishiga ko'ra turlicha bo'lib og'irlik darajasi xam xar xil bo'ladi.

Yengil darajali maxalliy reaksiya (tana xaroratining vaqtincha ko'tarilishi, inyeksiya joyida qizarish) AKDS bilan emlangan 20-50%bolalarda uchrashi mumkin.

Yukori bo'lmagan tana xaroratining ko'tarilishi, qisqa muddatli injiqlik vaishtaxaning pasayishi, normal reaksiya bo'lib, davo talab qilmaydi.

Uzoq davom etadigan og'ir asoratlar juda xam kam uchraydi. Postvaksinal asoratlarni aniqlash uchun patronaj xamshira emlangan bolani borib faol ko'rishilozim. Asorat yoki unga shubxa qilinsa tekshiruv olib borish uchun maxalliy SES gateg bildirishnoma berilishi shart.

SES ga tez bildirishnoma berilishi va qayd qilinishi lozim bo'lgan xolatlargaquyidagilar kiradi:

- BSJ vaksinasi yuborilganda rivojlangan xar qanday limfoadenit
- Vaksina yuborilgan joydagi xar qanday inyeksion absesslar
- tibbiyot xodimlari yoki axoli fikriga ko'ra emlash bilan bog'lik bo'lgan xammao'lim xolatlari.

-tibbiy xodimlar yoki axoli fikricha emlash bilan bog'liq bo'lgan og'ir yoki g'ayri tabiiy xolatlari yoki xamma gospitalizatsiyalar.

Postvaksinal davrda qayd etiladigan noxo'sh holatlar

Mahalliy reaksiyalar	<ul style="list-style-type: none"> • Vaksina kiritilgan joyda abscess: bakterial, steril.
	<ul style="list-style-type: none"> • Limfadenit, yiringli limfadenit;
	<ul style="list-style-type: none"> • Og'ir mahalliy reaksiya: bo'g'indan tashqarida shish, 3 kundan ortiq terining qizarishi va og'rishi, gospitalizatsiyaning zarurligi.
MNS tomonidan qo'shimcha reaksiyalar	<ul style="list-style-type: none"> • O'tkir shalviragan falaj: barcha o'tkir shalviragan falajlar, shu jumladan VAP, poliradikuloneyroptiya – Giyen-Barre sindromi (yuz nervining izolyatsiyalangan parezidan tashqari);
	<ul style="list-style-type: none"> • Ensefalopatiya: ≥ 6 soat davomida es-hush buzilishlari bilan kechadigan talvasalar va 1 sutka va undan ko'proq muddat davomida xulq-atvordagi o'zgarishlar;
	<ul style="list-style-type: none"> • Vaksinasiyadan keyin 1-4 hafta davomida paydo bo'lgan ensefalit, ensefalopatiyada yuzaga keluvchi belgilar+SMJ pleotsitozi va/yoki virusning ajralishi;
	<ul style="list-style-type: none"> • Meningit;
	<ul style="list-style-type: none"> • Tirishishlar: o'choq belgilariz – febril va afebril.
Boshqa qo'shimcha reaksiyalar	<ul style="list-style-type: none"> • Allergik reaksiyalar: anafilaktik shok, anafilaktik reaksiya (laringospazm, angionevrotik shish, eshakemi), teridagi toshmalar;
	<ul style="list-style-type: none"> • Artralgiya: persistirlanuvchi, tranzitor;
	<ul style="list-style-type: none"> • Generallashgan BSJ – infeksiya;
	<ul style="list-style-type: none"> • Isitma: yengil ($38,5^0S$ gacha), og'ir (40^0S gacha) va giperpireksiya (40^0S dan yuqori);
	<ul style="list-style-type: none"> • Kollaps: to'satdan oqarish, mushaklar atoniyasi, es-hushning yo'qolishi – 1 kun;
	<ul style="list-style-type: none"> • osteit/osteomiyelit: BSJ dan keyin 6-16 oydan so'ng;
	<ul style="list-style-type: none"> • Uzoq muddat baqirib yig'lash: 3 soatdan ortiq;
	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsis: qondan qo'zg'atuvchi ajralishi bilan;
	<ul style="list-style-type: none"> • Toksik shok sidromi: bir necha soatdan keyin rivojlanadi va 24-48 soatdan so'ng o'lim bilan yakunlanadi;
	<ul style="list-style-type: none"> • Vaksinasiyadan keyingi 4 hafta mobaynida yuzaga keluvchi barcha jiddiy va g'ayrioddiy buzilishlar, shu jumladan barcha o'lim holatlari (boshqa sabablar bo'lmaganda).

Abssess rivojlanganda BSJ yuborilgan joy aspiratsiya qilinadi, 10% ftivazid surtmasi surtiladi; limfadenit rivojlanganda izoniazid (10 mg/kg/sut) bilan davolash kursi o‘tkaziladi.

Vaksinasiya asoratlari

Asoratlar	Vaksina	Muddati*
Anafilaktik shok	AKDS, ADS, JKV, VGV, IPV	4 soat
Kollaps holati (mushak tonusining pasayishi, oqarish, es-hushni yo‘qotish yoki uyqusirash, yurak-tomir yoki nafas yetishmovchiliig)	AKDS	3 kun
Ensefalopatiya (MNS funksiyasining buzilishi, kala suyagi ichi bosimining ortishi, es-hushning buzilishi >6 soat, tirishishlar, EEG da sut to‘lqinlar	AKDS, ADS, JKV, JPV	3 kun 5-15 kun
Rezidual tirishish holatlari (<39 ⁰ S haroratda tirishish epizodlari, agar ular emlashga bo‘lmagan bo‘lsa va emlashdan keyin 1 yil mobaynida qaytarilgan bo‘lsa)	AKDS, ADS JKV, JPV	3 kun 5-15 kun
Trombotsitopenik qizillik	JKV, qizilcha, trivaksina	7-30 kun
Surunkali artrit	qizilcha, trivaksina	42 kun
Yelka nervi nevriti	AS, ADS, ADS-M	2-28 kun
Paralitik poliomyelit (VAP):	OPV	30 kun
<ul style="list-style-type: none"> • emlangan sog‘lom; • emlangan immuntanqis; • kontakt shaxsda 		6 oy har qanday

* Asorat yuzaga keladigan muddat postvaksinal hisoblanadi.

Emlashdan keyin yuzaga keladigan asoratlarga quyidagi omillar ta’sir ko‘rsatadi:

Vaksinaga bog‘liq bo‘lgan omillar:

- preparatning tozaligi;
- vaksinani saqlanishi;
- vaksina dozasi;
- yuborish intervali.

Organizm xususiyatlariga bog‘liq bo‘lgan omillar:

- emlanayotgan organizmning individual immun reaktivlik holati;
- yosh;
- immunodefitsit holat;

- organizmning umumiy holati;
- nasliy moyillik.

Tashki muxitga bog‘liq bo‘lgan omillar:

- ovqatlanish;
- uy va mehnat sharoiti;
- iqlim;
- tashqi fizik - ximik omillar.

BSJ.

BSJ vaktsinasi (BCG= Bacillus Calmette Guerin vaccine) sil kasalligi profilaktikasi uchun o‘tkaziladi. U zaiflashgan tirik silga qarshivaksina hisoblanadi (tip bovis). BSJ vaktsinasi chaqaloklarga (2-4kunda) tug‘rukxonada teri ostiga chap yelka tashqi yuzasi uchdan birining yuqori va o‘rta chegarasiga yuboriladi. Vaksina yuborilgandan so‘ng bo‘rtish paydo bo‘ladi, yiringlashi mumkin, yara bitgandan so‘ng chandikcha qoladi (bu jarayon 2-3 oy, ba‘zan undan ortiq davom etadi). Immunitet hosil bo‘lganini tekshirish maqsadida har yili bolaga Mantu reaksiyasi ko‘yiladi.

Emlashda kuzatiladigan reaksiyalar va undan so‘nggi asoratlar.

Emlashda kuzatiladigan reaksiyalar aksariyat hollarda mahalliy xarakterga ega va uni bajarish talab darajasida o‘tkazilmagandadir bo‘ladi. Odatda vaksina yuborilgan joyda qizarish, shish, infiltrat yuzaga keladi, regional limfa tugunlarining yallig‘lanishi kuzatilishi mumkin. Kelloid chandikcha, osteit (suyak yallig‘lanishi) va tarqalgan BSJ infeksiyasi juda kam hollarda immunodefitsit mavjud bolalarda kuzatiladi.

Emlashga va qayta emlashga moneliklar.

Chaqaloqlarga BSJ vaktsinasi qo‘llashga qarshi ko‘rsatma bo‘lib, o‘tkir kasalliklar (homila ichi infeksiyasi, gemolitik kasallik va boshqalar) va 2-3 darajali chala tugilganlik (<2000 g) hisoblanadi.

Agar bolada quyidagilar aniqlansa qayta emlash (revaksinatsiya) o‘tkazilmaydi:

- tug‘ma immunitet tanqisligi, OITS infeksiyasi, onkologik kasalliklar;
- immunodepressantlar yoki katta dozalarda kortikosteroidlar kabul qilish;
- sil kasalligi;
- vaksinalarning avvalgi dozalariga og‘ir nojo‘ya reaksiyalar.

AKDS - vaktsinasi bo‘g‘ma, qoqshol va ko‘kyo‘taldan himoya qiladi.

ADS (bo‘g‘ma va ko‘kyo‘talga qarshi tozalangan anatoksin) — 7 yoshdan katta bolalarga AKDS vaktsinani ko‘llashga qarshi ko‘rsatma bo‘lganda ishlatiladi.

ADS-M - bo‘g‘ma va qoqsholga qarshi vaksina bo‘lib, bo‘g‘maga qarshi anatoksin dozasi kamaytirilgan. 6 yoshdan oshgan bolalar va kattalarni qayta emlashda foydalaniladi.

Emlashda kuzatiladigan reaksiyalar va undan so‘nggi asoratlar.

Emlash ko‘pincha quyidagi yengil reaksiyalarni chaqiradi: tana haroratini ko‘tarilishi (37,5 S yuqori), vaksina yuborilgan joyda og‘riq, qizarish va shish. Tana haroratini tushirish uchun atsetaminofen (paratsetamol) tavsiya etiladi. Agar tana harorati vaktsinayuborilgandan sung 24 soat ichida ko‘tarilsa yoki bir kundan ortiq davom etsa,

emlashga bog'liq bo'lmagan isitma hisoblanadi. Bunday hollarda bolavrach tomonidan boshkd kasalliklarni (meningit, otit) o'tkazib yubormaslik uchun nazoratga olinadi.

AKDS vaksinasidan so'ng og'ir emlash reaksiyalari kamdan-kam hollarda yuz beradi. Bunday reaksiyalar emlangan bolalarning 0,3% da kuzatiladi. Bularga tana haroratini $40,5^{\circ}$ S gacha ko'tarilishi, kollaps holati, febril shaytonlash va boshqalar kiradi.

Emlashni ehtiyotkorlik bilan o'tkazish lozim bo'lgan holatlar va qarshi ko'rsatmalar:

- agar bolada og'ir yoki o'rtacha og'irlik darajadagi yukumli kasallik kuzatilsa emlash vaqtincha o'tkazilmaydi;

•- AKDS vaksinasining avvalgi dozasiga nisbatan og'ir anafilaktik reaksiya yoki ensefalit kuzatilgan bo'lsa, vaksinaning keyingi dozasini emlash mutlak monelik hisoblanadi;

- agarda epidemiologik jihatdan bolalarda ko'kyutal, qoqshol va bo'gma bilan kasallanish xavfi yuqori bo'lsa, kuzatiladigan asoratga nisbatan emlashdan foyda ko'proq hisoblanadi va bunday holatlarda bola emlanadi.

Bunday holatlarga quyidagilar kiradi:

- emlashdan 48 soat o'tgandan so'ng tana haroratini $40,5^{\circ}$ S dan yuqori bo'lishi (boshqa sababi aniqlanmagan hollarda);

- emlashdan 48 soat o'tgandan so'ng kollaps yoki shunga o'xshash holatlar kuzatilsa;

- emlashdan so'nggi 2 kun ichida davom etuvchi to'xtovsiz, uzoq chinqiriq;

- shaytonlash (tana haroratiga bog'liq yoki bog'liq bo'lmagan), emlashdan keyin 3 kun davomida kuzatiluvchi.

Nevrologik buzilishlar aniqlangan bemor bolalarni emlash birmuncha muammo tug'diradi. Ularda (boshqa bolalarga nisbatan) asosiy kasallikning klinik belgilarini emlashdan so'ng kuzatilish xavfi yuqori xisoblanadi. Ko'pincha bunday holatlarda emlash bolaning ahvoli yaxshilanguncha vaqtincha to'xtatiladi.

Masalan, rivojlanib boruvchi ensefalopatiya, boshqarib bo'lmaydigan epilepsiya, shaytonlash yoki boshqa nevrologik xolatlar AKDS dozasidan so'ng kuzatilishi bunga misol bo'la oladi. Uzgarmas nevrologik holatlar, rivojlanishdan ortda qolish AKDS vaksinasini emlashga qarshi ko'rsatma bula olmaydi Bunday bolalarga emlashdan avval va keyin, harorat ko'tarilishini oldini olish maqsadida setaminofen yoki ibuprofen (kunda bir mahal) berish mumkin.

Poliomiyelitga qarshi vakcina.

90% bolalarda emlashdan so'ng himoya immuniteta hosil bo'ladi. Vaksinaning 2 xil turi farqlanadi:

1. Susaytirilgan Solka vaksinasi. O'zida o'ldirilgan poliomiyelit virusini saqlaydi va inyeksiya orqali yuboriladi.

2. Tirik Sebina vaksinasi. O'zida xavfsiz susaytirilgan tirik poliomiyelit virusini saqlaydi. Ogiz orqali (oral) yuboriladi va eng ko'p qo'llaniladigan poliomiyelit vaksinasi hisoblanadi.

Emlashda kuzatiladigan reaksiyalar va undan so'nggi asoratlari. Poliomiylitga kdrshi emlashdan so'ng reaksiyalar, odatda, kuzatilmaydi. Juda kam hollarda (bir necha millionda bigta) oyoq-qo'llarning suyet parezi (sholning yengil shakli) uchrashi mumkin. Bunday og'ir asoratni oldini olish maqsadida hozirgi

vaqtda AQShda susaytirilgan Solka vaktsinasi(birinchi 2 dozasi) inyeksiya holda yuboriladi, keyingi emlashlar tirik oral vaktsinani yuborish orqali davom ettiriladi.

Ilmiy manbalardagi ma'lumotlarga kura, poliomiyelet vaktsinasi inyeksiya holda yuborilganda, asoratlar kuzatilishi qayd etilmagan.Uni yuborgan joyda yengil reaksiya, birmuncha og'riq yoki qizarish kuzatilishi mumkin.

Emlashni ehtiyotkorlik bilan o'tkazish lozim bo'lgan holatlar va unga qarshi ko'rsatmalar.

Bolada immun tanqislik holati bo'lsa (tug'ma yoki orttirilgan), tirik vaktsina bilan poliomiyeletga qarshi emlash o'tkazilmaydi. Agar poliomiyeletga qarshi emlash olgan bola uyida immun tanqislik holati bo'lgan bemor bo'lsa, ularning muloqoti 4-6 haftagacheklanadi(vaktsina virusini organizmdan chiqib ketish vaqti).

Qizamiqqa qarshi vaktsina.

Vaktsina tirik susaytirilgan qizamiq virusidan tayyorlanadi. Hozirgi vaqtda uch tarkibdagi vaktsinani (qizamiq,qizilcha va epid parotit) birgalikda ko'llash keng tarqalgan.Vaktsina kurak yoki yelka kism teri ostiga yuboriladi.

Emlashda kuzatiladigan reaksiyalar va undan so'nggi asoratlar. Ko'pincha emlashdan so'ng, 2-chi haftaning oxirida tana haroratining ko'tarshgashi (37-38° S va undan yuqori) kuzatiladi. Allergiyaga moyilligi bo'lgan bolalarda esa emlashdan so'ng toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Og'ir asoratlar juda kam hollarda uchraydi. Haroratga bog'liq bo'lgan shaytonlash shular jumlasidan.

Emlashni ehtiyotkorlik bilan o'tkazuvchi holatlar va qarshi kursagmalar:

Emlash quyidagi holatlarda taqiqlanadi:

- immun tanqislik holatida;
- o'sma kasalliklarida;
- aminoglikozidlarga allergiya (kanamnsin, monomitsin) kuzatilganda;
- homiladorlik vaqtida.

Agar bola immunoglobulin preparatlari yoki plazma olgan bo'lsa, emlash 2-3 oydan so'ng o'tkaziladi.

Epidemik parotitga qarshi vaktsina.

Vaktsina tirik susaytirilgan parotit viruslaridan tayyorlanadi. Emlash kurak ostiga yoki yelka qismi teri ostiga yuboriladi.

Emlashda kuzatiladigan reaksiyalar va undan so'nggi asoratlar.

Aksariyat bolalarda emlashdan so'ng reaksiya bo'lmaydi. Kamdan-kam hollarda tana haroratining ko'tarilishi (emlashdan sung 4-12 kunlari),bir ikki kun holsizlik, kulok yon bezining kattalashishi (2-3kun) kuzatiladi. Og'ir asoratlar juda kam hollarda uchrashi mumkin. Haroratga bogliq bo'lgan shaytonlash ba'zan allergiyaga moyilligi bor bolalarda kuzatiladi.

Emlashni upshyotkorshk bilan o'tkazish lozim bo'lgan holatlar va qarshi ko'rsatmalar:

Emlash quyidagi holatlarda takiklanadi:

immun ganqislik holatida;

- o'sma kasalliklarida;

- aminoglikozidlarga allergiya (kanamitsin, monomitsin) kuzatilganda;
- homiladorlik vaqtida.

Gepatit V qarshi vaksina.

Gepatit V qarshi vaksina gen-injenerlik texnologiyasi yordamida ishlab chikariladi. U sonning old lateral qismiga yoki yelka sohasiga mushak ichiga yuboriladi.

Profilaktik emlash chakaloklarga tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlarda va xavf guruhidagi kattalarga utkaziladi (tibbiyot xodimlari, gemodializdagi yoki ko'p miadorda kon preparatlari oluvchi bemorlar, hepatit V kasalligini tashuvchilar, ozodlikdan maxrum etilib zonada yashovchilar, narkomanlar, gomoseksualistlar, jinsiy sherigi HBs antigenning tashuvchi soglom odam va boshqalar).

Emlashda kuzatiladigan reaksiyalar va undan so'nggi asoratlari.

Emlashdan so'nggi reaksiyalar tarqalishiga ko'ra umumiy va maxalliy turlarga bo'linadi.

UMUMIY reaksiya tana haroratining ko'garilishi, yengil holsizlik ko'rinishida kechadi.

Vaksina teri ostiga yuborilganda, inyeksiya joyida og'rik, qizarish va shish kuzatilishi mumkin (mahalliy reaksiya).

Umumiy va mahalliy reaksiyalar odatda yengil kechib 2-3 kun davom etadi. Emlashdan so'ng og'ir umumiy intoksikatsiya belgilari, tarqalgan shishlar, inyeksiya joyida yallig'lanishning kuzatilishi vaksina yuborilgandan so'nggi asoratlarga kiradi. Ushbu asoratlarning xarakteri va vaqtini inobatga olish kerak:

- tana haroratini yuqori darajada ko'tarilishi, shaytonlash belgilari 48 soatdan so'ng (AKDS, ADS va ADS-Mdan keyin) yoki 4-5 kundan keyin (qizamiq va epid parotit vaktsinasiyalari) kuzatilishi mumkin;
- meningit belgilari epid parotit vaktsinasiyasining 3-4 kuni;
- allergik reaksiyalarning kuzatilishi;
- nafas yo'llari katarining qizamik vaktsinasiyasidan so'ng kayd etilishi shular jumlasidandir.

Emlashlari rejalashtirish va javobgarlik

Emlashlarda asoslanmagan moneliklarga yo'l ko'yilsa, tibbiyot xodimlari javobgar hisoblanadilar. Emlash tibbiy xodim ko'rigidan sung amalga oshiriladi. Uni o'ttizilish vaqtida sanitariya qoidalarini saklamaslik yoki o'z vaqtida emlashlarni utkazmaslik va rejalashtirmaslik uchun ham qonuniy javobgarlik ko'zda tutilgan. Agar emlash qoidalari to'liq bajarilishiga qaramasdan vaktsinasiyadan so'ng asorat sodir bo'lsa, tibbiyot xodimlari buning uchun javob bermaydilar.

Emlashga ko'rsatma

Yoshi, emlash kalendariga muvofiq:

- epidemiologik sharoit;
- bola tibbiyot muassasasiga murojaat qilganda, uning emlash holati o'rganib chiqiladi va monelik yo'q bo'lsa, bola emlanadi.

Emlashlarga moneliklar. Ko'p hollarda kasallikka tez-tez chalinuvchi bolalar emlashdan chetda qoladi. JSST ma'lumotiga ko'ra yuqumli kasalliklarni og'ir o'tkazishlari sababli ular birinchi navbatda emlanishlari kerak. Oxirgi vaqtlarda emlashga mutlaq monelik kiluvchi kasalliklar turi birmuncha kamaygan.

Emlashga mutlaq monelik holatlari: avvalgi vaksina dozasi ga kuch li reaksiya, xavfli o'sma, OITS.

Emlashga vaqtincha monelik holatlari: o'tkir isitmalashni chaqiruvchi kasalliklar yoki surunkalilarining qo'zish davri. Quyidagi 12-jadvalda vaksina turidan kelib chiqib, uni o'tkazishga moneliklar va 13-jadvalda yolg'on qarshi ko'rsatmalar keltirilgan.

Vaksina turidan kelib chiqib uni o'tkazishga moneliklar.

Vaksina	Qarshi ko'rsatma
Barcha vaksinapar	Kuchli reaksiya yoki avvalgi dozaga asorat
Barcha tirik vaksinayaar	Immun tankislik (birlamchi) va immunsupressiya holatlari, xavfli o'smalar, homiladorlik
BSJ (silga karshi vaksina)	Tana vazni 2000 g.dan kam, avvalgi dozadan so'ng kelloid chandiq
OPV (poliomiyelitga qarshi vaksina)	Mutlaq qarshi ko'rsatma yo'k
AKDS (ko'kyo'tal, bo'g'ma, koqsholga karshi vaksina)	Asab tizimining kuchayib boruvchi kasalliklari, anamnezida tutqanoq (AKDS o'rniga ADS yuboriladi)
ADS, ADSM	Mutlak qarshi ko'rsatma Yo'k
JKV (tirik qizamiqqa qarshi vaksina)	Aminoglikozidlarga reaksiya
JPV (tirik epidparotitga qarshi vaksina)	Tuxum oqiga anafilaktik reaksiya

Eslatma: Rejalashtirilgan emlashlar kasallikni o'tkir, surunkalilarining ko'zish davrida birmuncha keyinrok o'tkaziladi. Og'ir bo'lmagan O'RK, o'tkir ichak kasalpiklarida me'yorida bo'lgan tana haroratida emlashlar o'z vaqtida o'tkaziladi. 40 gradusdan yukori isitma ,emlash joyidagi, qizarish va anafilaktik holatlar kuchli reaksiya hisoblanadi.

Profilaktik emlashlarga yolg'on qarshi ko'rsatmalar.

Holatlar	Anamnezida bor
Perinatal ensefalopatiya	Chala tug'ilish, tug'ilgandagi kam vaznlik
Turg'un nevrologik holatlar (bolalar serebral paralichi, Daun kasalligi va boshqalar)	Sepsis
Qalkonsimon bezning kattalashishi	Gialin membranasi kasalliklari
Allergaya, astma, ekzema	Chaqaloqlarning gemolitik kasalligis

Tug‘ma nuksonlar	Oilada avvalgi bolasida vaksinaga asorat
Disbakterioz	Oilada a‘zolarida allergik kasalliklar
Davo vaqtida	Epilepsiya
Steroidlar qabul qilish	Oilada emlashdan so‘ng o‘lim holatlari
Tug‘ma nuksonlar	Ovqatlanishning buzilishi

Emlashning taxlili SanPIN.

Immunizatsiya tufayli ko‘pgina yuqumli kasalliklar kamaytirildi ba‘zilari butunlay yo‘qotildi .Ayniqsa virusli infeksiyalar (suvchechak ,poliomiyelit ,gepatit V)va ba‘zi bakterial kasalliklar (difteriya ,qoqshol)ni oldini olishda immunoprofilaktikaning ahamiyati katta .Emlash vaktsinalari tayorlanish usuliga qarab ko‘paya oladigan qo‘zg‘atuvchilarga (“tirik” emlash vaktsinasi) va ko‘paya olmaydigan mikroblarga yoki toksinlarga (“o‘ldirilgan” emlash vaktsinasi) bo‘linadi.Ko‘paya oladigan mikroblar apatogen bo‘lib, ular inson tanasidagi birlamchi patogen qo‘zg‘atuvchilarning mutanti.Shu sababli insonga patogen emas ,balki immunogen ta‘sir ko‘rsatadi .

Vaksina turlari	Vaksina nomlari, miqdori va yuborish yo‘llari	Saqlash shartlari
Tirik vaktsinalar	OPV(1 dozada -2tomchi ogizga, Qizamiq (1 dozasi 0.5 ml teri ostiga) Epid parotit (0.5ml teri ostiga) BSJ(0.1 ml teri ichiga)	Xamma vaktsinalarni muzlatish mumkin ,lekin suyultirilgandan so‘ng muzlatish mumkin emas .Vaktsinani erituvchi suyuqlikni muzlatish mumkin emas.
O‘ldirilgan	Ko‘k yo‘tal (AKDS tarkibiga kiradi	Muzlatish mumkin emas +4dan +8gacha haroratda saqlash mumkin
Anatoksinlar	AKDS,ADS,ADS-M,ADM (0,5ml mushak orasiga) qoqshol (0,5va1ml)	
Rekombinat	Gepatitga qarshi (1 doza 0,5ml m/o)	Muzlatish mumkin Emas +4dan+8haroratda saqlash mumkin

Vaktsinasiya uchun bolalarni tanlab olish va javobgarlik.

Tibbiy hodimlar tomonidan asossiz berilgan vaktsinasiyaga qarshi ko‘rsatmalar aministrativ xuquqbuzarlikka kiradi. Asossiz emlashga qarshilik natijasida boshqarila

oladigan infeksiyalar ta'sirida kasallikning kelib chiqishi sud tomonidan jazolanishi mumkin .Emlash tibbiy xodim tomonidan tibbiy ko'rikdan o'tgandan so'ng olib boriladi. Yuqumli kasalliklarning immunoprofilaktikasining sanitar mezonlari va tashkil etishning buzilishi qonun oldida javobgarlikni talab etadi .Agar emlash vaqtida xamma qonun qoidalarga amal qilingan bo'lsa, lekin postvaksinal reaksiya va asorat paydo bo'lgan bo'lsa ,bu tibbiy xodimga ayb qo'yishga asos bo'la olmaydi .

Emlashga ko'rsatmalar:

- Emlash kalendari bo'yicha bolaning yoshi emlash muddatiga mos kelsa
- Yomon epidemiologik xolat
- Bola murajaat qilgan xar bir davolash muassasasini uning vaksinal statusinitekshirish shart va qarshi ko'rsatmalar yo'q bo'lsa yoshiga mos kelgan vaksinani qabulqilish uchun yuborilishi lozim.

Emlashga qarshi ko'rsatmalar.

Umuman olganda xamma emlashga qarshi ko'rsatmalar vaqtincha bo'lib imkoniyat tug'ilishi bilan ularni qayta ko'rib chiqish va emlashni o'tkazish lozim

Emlashga vaqtincha qarshi ko'rsatmalar :

1. Og'ir va o'rtacha og'irlikdagi somatik va infeksiyon kasalliklar.

emlashtuzalgandan so'ng 3-14 kun o'tganidan keyin olib borilishi kerak .O'RK va og'irbo'lmagan diareya emlash uchun qarshilik bo'la olmaydi .Yurak jigar ,buyrak va o'pkaning surunkali kasalliklari bor bo'lgan bemorlarda xamda qandli diabet vaboshqa endokrin kasalliklari bilan xastalangan bemorlarni emlash kasallikningremissiya davrida olib borilishi lozim.

2. Oldingi vaksinaga jiddiy reaksiyalar kuzatilgan bo'lsa .

Agar AKDSvaksinasidan so'ng ensefalitik reaksiyalar ,shaytonlash anafilaksiya va kollapskuzatilgan bo'lsa keyingi emlash vaqtida vaksinaning ko'kyo'tal antigen olibtashlanadi .va emlash kursi ADS- anatoksini bilan olib boriladi . Yuqori xarorat (40 S dan yuqori) va 3 soatdan ortiq vaqt mobaynida qichqirib yig'lash keyingiemlashda ko'kyo'tal komponenti olib tashlashga ko'rsatma bo'la oladi .Tuxum oqi,antibiotiklarga anafilaktik reaksiyalar kuzatilgan bemorlarga bunday komponentibor bo'lgan vaksinalarni emlash mumkin emas

3. Asab buzilishlari bor bo'lgan bolalarni emlash .

Agar dinamikada kasallikbelgilari ko'payib borsa ko'kyo'tal komponentni bo'lgan vaksinalar bilan emlashmumkin emas .Turg'un asab kasalliklari bilan og'rigan bemorlarga emlash kalendaribo'yicha olib boriladi . Perinatal ensefalopatiya tashxisi qo'yilgan bolalar 2oylikkacha nevroptolog mutaxasis nazoratida bo'lib kasallik avj olyaptimi yo'qmitekshirish lozim

4. Tirik virusli vaksinalarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar.

(qizamiq, parotit, poliomyelit, grippga qarshi) vaksinalarga qarshi ko'rsatmalar quyidagilar:

a) Tug'ma immun tanqislik xolatlari (kobminatsiyali immun tanqislik, agammaglobulinemiya yeki gipogammaglobulinemiya)

b) Dori immunosupressiyasi:

-katta dozalarda kortikosteidlar bilan davolangan bolalar:

Kortikosteroidlar –maxalliy,bir me'yorda ushlab turuvchi va qisqa muddatli kurslar (2xafta davomida 1mg/kg prednizolon yoki 1xafta davomida 2

mg/kgprednizolon)vaksinasiya uchun qarshi ko'rsatma bo'la olmaydi, agar uzoq muddatligormon terapiya olib borilgan bo'lsa, vaksinasiya kurs tugagandan so'ng 3 oy o'tgach olibboriladi.

-antimetobolitar, sitostatiklar, leykoz, limfogranulomatoz yoki boshqa usmakasalliklar tufayli ko'p dovolangan bolalar muolaja tugagandan sung 6 oy o'tgachemlanadi.

v) Xomiladorlik.g) OIV bilan zararlangan shaxslar alohida chizma buyicha.

5. Allergik kasalliklari bor bolalar.

Bronxial astma, allergik dermatoz va ekzemalar (poliomiyelit vaksinasidantashkari) bilan ogrigan bolalarga emlash kasallikning remissiya davri, zarurbo'lganda antigistamin dori vositalari fonida (yoki kunduzgi shifoxona nazoratida)o'tkaziladi.

6.Yangi tug'ilgan chaqaloqlar.

1.BSJ va VGV vaksinasiga vaqtincha qarshi ko'rsatma 1800g gacha bo'lgan chala tug'ilganbolalardir.

2. Agar chaqaloqlar biron kasalligi sababli tug'ilgandan so'ng dastlabki kunlaridaemlanmagan bo'lsa, u xolda «Chaqaloq patologiyasi» bo'limidan chiqishdan oldinemlanishi kerak.

3. Onasi faol sil bilan kasallangan bolalar, onasidan izolyatsiya qilinadi, 2oyligida BSJ qilinadi.

7. **Surunkali kasalliklarni qo'zg'alishi** vaksinasiya uchun vaqtincha qarshiko'rsatmadir. Rejali emlashlar rekonvalessensiya yoki remissiya davrida olibboriladi.

Qarshi ko'rsatma bo'la olmaydi.

Xolatlar	Anamnez ma'lumotlari
-nevrologik belgilari kuchaymayotgan perinatal ensefalopatiya -turg'un nevrologik xolatlar (DSP, Daun kasalligi) Allergiya, astma, ekzema va boshqa atopik ko'rinishlar -Yurak, o'pka, jigar, buyrakning surinkali kasalliklari -kamqonlik, dizbakterioz -timus soyasining kattalashishi, bir me'yorda ushlab turuvchi steroidlar bilan davolanuvchi bolalar, maz va aerezollar bundan mustasno emas -antibiotiklar bilan davolash -immunogrammadagi o'zgarishlar Og'ir bo'lmagan kasalliklar masalan: ORVI yoki subfebril xaroratli diareya Kasallikning inkubatsion davri	-Chaqaloqlar sariqligi -chala tug'ilish, kam vaznlik -chaqaloqlar gemolitik kasalligi -sepsis -oilada postvaksinal asoratlar -allergiya, oilada shaytonlash -oilada epilepsiya -oilada to'satdan o'lim -xujjatlar bilan tasdiqlanmagan lekin o'tkazilgan qizamiq, ko'kyo'tal, parotit, yoki qizilcha -ovqatlanishning buzilishi

Vaksinasiya turi bo'yicha qarshi ko'rsatmalar.

Vaksina turi	Qarshi ko'rsatmalar
Xamma vaksinalar	-avvalgi dozaga kuchli allergiya yoki asoratlar -infeksion yoki somatik kasalligining o'tkir davri (vaksinasiya tuzalgandan sung 3-14 kun o'tgach qilinadi)
Xamma tirik vaksinalar	-immun tankislik xolati (birlamchi immunosupressiya) -xavfli o'smalar -xomiladorlik
BSJ	-chala tug'ilganlik (vazni 1800g dan kam) -avvalgi dozadan so'ng keloid chandiqlik -tug'riq davrida og'ir BM jaroxati -gemolikvordinamikaning III-darajali buzilishi
VGV	-1800gr dan kam bo'lgan vaznli bolalar -xamirturushga allergik reaksiyalar
OPV	-dori immunosupressiyasi -xavfli o'smalar
AKDS	-kuchayib boruvchi asab kasalliklari -anamnezida afebril shaytonlash(AKDS o'rniga ADS yuboriladi)
ADS, ADS-M, AD-M	-absolyut qarshi ko'rsatmalar yo'q
Qizamiq va parotit vaksinasi	-aminoglikozidlarga kuchli allergik reaksiyalar -tuxum oqiga anafilaktik reaksiya

Emlashni rejalashtirish.

Emlashni rejalashtirishda asos qilib xizmat ko'rsatilayotgan axoli soni, xududda istikommat qilayotgan axoli soni va o'tgan yildagi emlanmagan bolalar soni olinadi.

Axoli sonini aniqlash maqsadida bir yilda ikki marta (baxor va kuzda) axoliniruyxati tuziladi. Profilaktik emlashni rejalashtirishdan avval qilinishi shart:

1. Avvaldan axoli ruyxatini tuzish (oktyabr).

2. Ruyxatga olishni quyidagi xujjatlar bilan taqqoslab tekshirish lozim:

-Bolalar va o'smirlarga xizmat ko'rsatilayotgan DPM dagi 063/u va 025/u formalabilan

-Kattalarga xizmat ko'rsatayotgan DPM f 064/u jurnali bilan

-Yoshiga mosligini (DPM buyicha sonlarga qarab).

3. Infeksiyalarga (qizamiq, bo'g'ma, ko'kyo'tal, qoqshol, poliomyelit) qarshi emlashnitaxlil qilish kerak.

Emlanadigan axolini aniqlab olgandan so'ng reja tuzishga kirishish lozim.

Emlash rejasi 063/u ,025/u,026/u shakllar asosida olib boriladi va maxallashifokori xamda kartotekachi xamshira; maktabgacha va maktab muassasalari shifokorixamda xamshirasi zimmasiga javobgarlik yuklanadi. Silga qarshi

emlashni rejalashtirish TDM bosh shifokorlari, xususan tugʻruqxonalar, poliklinikalar, silga qarshi dispanserlar zimmasiga yuklanadi. Reja shaxar va viloyat sanepidstansiyalar bilan kelishilgandan soʻng sogʻliqni saqlash tashkilotlari, Tosh. shaxar xokimi va Korakolpogiston RSSV tomonidan tasdiqlanadi va umumlashtirish xamda emlash materiallariga qancha isteʼmol qilinishini aniqlash uchun Respublika SESiga yuboriladi.

Emlashni olib borish.

1. Prof emlashni tashkillashtirish va olib borish javobgarligi OʻR.SSV vajoylardagi davolash- profilaktik xizmat koʻrsatish raxbarlari zimmasiga yuklatiladi.

2. Infekzion kasalliklarga qarshi emlash olib borilayotgan xar bir tibbiy muassasada raxbar buyrigiga binoan tibbiy xodimlar ichidan immunizatsiya boʻyicha maxsus tayyorgarlikdan oʻtgan va maxsus sertifikatga ega boʻlgan xodim immunizatsiya uchun javobgar shaxs (KID) tanlab olinadi.

Emlash olib borayotgan xar bir tibbiy xodim bilishi shart:

-SanPiN buyicha prof emlashni tashkillashtirish va olib borish.

-Vaksinatsiyalar bilan ishlash qoidalarini (transportirovka, saqlash, qoʻllash, sifatini tekshirish) xavfsiz emlash amaliyoti qoidalarini, xavfsiz inyeksiya va ochiq flakonlar siyosatini bilish.

-Emlash qayd qilish va u bilan bogʻliq ishlarni bajarish.

-Vaksinalarni nojuya taʼsiri va PVA nazorat qilish.

-Emlashni kamrab olishni aniqlash uchun xar oyda emlash kartalarini tekshirib xisobot tayyorlashni .

-Zarur boʻlganda birinchi yordamni koʻrsatishni bilish.

-Axoli orasida emlashni zarurligi xaqida tushintirish ishlarini olib borish

-Bolani emlashdan oldin sogʻligini tekshirish: umumiy axvolini baxolash, potensial qarshi koʻrsatmalarni aniqlash, avvalgi emlashdan keyingi reaksiyalarni aniqlash.

-Emlashga qarshilik boʻlsa tibbiy qarshilik jurnaliga qayd qilinishi.

-Emlashga gʻayri tabiiy reaksiyalar yoki BSJ revaksinasiyasi boʻlsa 055/u shakl toʻldirilish kerak.

Tibbiy muassasalar bosqichida immunizatsiya bilan bogʻliq ishlarning hisobini yuritish uchun quyidagi qayd etish shakllaridan foydalaniladi:

1. Emlashni qayd etish jurnali.

2. Emlash kartalari.

3. Emlash kartotekasi.

4. Vaksinalar va xavfsiz emlash uchun materiallar mavjudligining hisobini yuritish jurnali.

5. Haroratni qayd etish varagʻi (sovutgichda).

6. Bemorlarni qayd etish jurnali.

Dalillarga asoslangan tibbiyotga kirish. PIKO – klinik savollarni tuzish. Klinik qo‘llanmalar , protokollar va standartlarni qo‘llash. Internetdan mustaqil ma‘lumot izlash. (JSST tavsiyalari).

Dalil isbotlarga asoslangan tibbiyot (DAT) klinik qarorlarni qabul qilishni yengillashtirish uchun kerak. 1992 yili G.Gayyatt, B.Xeyns va boshqalar DATga shifokor qarorini qabul qilinishida nafaqat uning intuitsiyasi, notizimli klinik malakasi va patofiziologiya asoslariga tayanishi balki tibbiyot fani va amaliyotiga yonlashishni o‘zgartirishi sifatida qaralgan. DAT konsepsiyasi shuningdek klinik tadqiqotlar natijasida olingan ma‘lumotlarni obdon qidirish va ularni tanqidiy baholashni anglatadi; buning uchun professional ko‘nikma va sog‘lom fikrga ega bo‘lishni o‘zi yetarli bo‘lmasdan, bir qator maxsus ishlab chiqilgan qoidalarni ishlatilishini ham talab qiladi. Bundan tashqari an’anaviy yondashuvdan farqli o‘laroq DAT “avtoritet fikri”ga kamroq e’tibor berishni talab qiladi. DAT o‘zida tibbiy yordam ko‘rsatishda yangi yondashuvni namoyon qilib, ikkita fundamental prinsiplarni qo‘llaydi. Birinchidan, klinik qarorni qabul qili uchun ishonchli ma‘lumotning o‘zi yetarli emas. Shifokor mavjud tadqiqotlar orasidan qaysi birini tanlashdan oldin bir qancha omillarni e’tiborga olishi kerak: foyda va xavfni munosabati, bemor uchun u yoki bu usulni qulayligi, tekshiruv va davolanish uchun sarf-harajatlarni hamda bemorning hohishi va qadriyatlarini.

Ikkinchidan, klinik qarorni qabul qilishda shuni yodda tutish kerakki, turli strukturali tadqiqotlar natijasida olingan ma‘lumotlarning ishonchliyligi bir birlaridan farq qilishi mumkin.

Dalillarga asoslangan tibbiyotga tarif, uni belgilovchi komponentlar.

Amaliyot vrachlari va sog‘liqni saqlash tashkilotchilari quyidagi savolga javob berishlari lozim bo‘ldi: «Qaysi tadqiqotlar ma‘lumotlariga ishonish kerak? Amaliyotda qo‘llash uchun qaysi natijalardan foydalanish mumkin?». Bularning barchasi dalillarga asoslangan tibbiyot fanining paydo bo‘lishiga poydevor bo‘ldi. Birinchi bo‘lib 1990 yilda Mak-Master eng yaxshi ilmiy tadqiqot natijalaridan klinik tajribalarga suyangan, mijozning individual xususiyatlarini inobatga olgan holda foydalanishni taklif etdi. Tibbiyotning bunday ilmiy-amaliy qismini «*Evidence-Based Medicine*» (qisqa EBM) deb atashni tavsiya etishdi¹. Ushbu tushuncha ingliz lug‘atiga tez kirib keldi va ommalashdi. Ushbu termini biz o‘zbek tilida «Dalillarga asoslangan tibbiyot» deb atashni taklif etamiz.

Hozirgi kunda «Dalillarga asoslangan tibbiyot»ga olimlar turlicha ta’rif berishmoqda:

- **Mijoz muammosini hal etish uchun eng ishonchli klinik tadqiqot natijalaridan, o‘z tajribasiga suyangan, bemorning istak-xohishlarini e’tiborga olgan holda vijdonan, mantiqan, oqilona foydalanish (ta’rif — B.M.).**

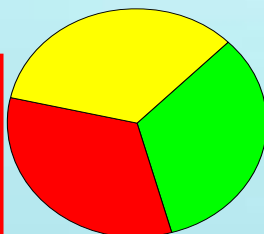
1

Mamatkulov B.M., La Mort, N.Raxmanova. Klinicheskaya epedemiologiya. Osnovy dokazatelnoy meditsiny, 2011. (AQSH, Boston Universiteti bilan hamkorlikda). 18b.

ДАТнинг 3 компоненти

Шифокорнинг клиник тажрибаси

Маълумотларнинг клиник самарадорлиги ва илмий асосланганлиги



Беморнинг хоҳиш истаги

Aniq olingan bemorga tashxislash va davolash usullarini tanlash uchun mavjud klinik tadqiqotlarning eng ishonchlilari natijalaridan vijdonan, aniq, fikran foydalanish.

- Eng ishonchli klinik tadqiqot natijalariga asoslangan holda eng samarali, xavfsiz va tejamli tashxislash va davolash usulini kafolatlash.
- Optimal klinik qaror qabul qilishga yordam beruvchi tibbiy axborotlarni izlash, tahlil etish, umumlashtirish texnologiyasi.
- Tashxislash va davolashning strategiyasi va taktikasi, evolyutsion tamoyillar yig'indisi.
- Mijozning individual xususiyatlarini inobatga olgan holda mavjud davolash va profilaktika usullaridan eng yaxshilarini qo'llash uchun muntazam izlanish usuli.
- Tibbiy faoliyat optimal variantlarini tanlashning axborot texnologiyasi.
- Jamoat sog'liqini yaxshilashning samarali tadbirlarini ishlab chiqish uchun ishonchli ma'lumotlar beruvchi eng zamonaviy statistik usullar yordamida ilmiy tadqiqotlar o'tkazish (ta'rif — *B.M.*)

Yuqorida keltirilgan ta'riflar bir-biridan farq qilsa-da, ularning mazmuni bitta: vrachning malakasini, obro'li ekspertlarni va darslik, qo'llanmalarnieng samarali, xavfsiz va tejamkor, ishonchli, zamonaviy tashxislash va davolash usullari bilan to'ldiradi va alohida optimal qaror qabul qilish imkonini beradi. Tabiiyki, yana bir savol tug'iladi: Dalillarga asoslangan tibbiyot bu yangi narsami yoki «eski do'ppiga yangicha jilo berishmi?». Ma'lumki, doimo har qanday ilmiy tadqiqot yakunlarin amaliyotga tatbiq etish eski usulga nisbatan yangisi samarali ekanligini isbotlashdir. Bu savolga bir xilda ja vob berib bo'lmaydi.

Buning isboti sifatida bitta misol keltiramiz. Rossiyada chaqaloqlarga 2 ta tashxis ko'p qo'yiladi: perinatal ensefalopatiya va kalla ichi gipertenziyasi, vaholanki, AQShda ushbu tashxis faqat bosh miya og'ir shikastlanganda yoki bosh miyada o'sma bo'lganda, ya'ni kam hollarda qo'yiladi. AQSH va Rossiyada ushbu

tashxisni qo'yish uchun bir xildagi simptomlar va instrumental tekshirishlar o'tkazilmaydi.

AQSH olimlarining fikricha, Rossiyada perinatal ensefalopatiya, kalla ichi gipertenzivasi tashxisi qo'yilgan chaqaloqlarning ko'pchiligi soppa-sog', ammo shunga qaramasdan, ularda turli-tuman dorilar bilan ko'p yillar davomida davolash kurslari o'tkaziladi, bu esa ularning salomatligiga salbiy ta'sir yetkazadi. Ushbu tadqiqotni olib borgan olimlarning fikricha, yuqoridagi tashxis bo'yicha patsiyentlarga tavsiya etilgan dorilarni patsiyentlar iste'mol qilmasa ham, ular o'zini juda yaxshi his etishadi. Bolalar olgan dorilar foyda berayapti yoki ular zararli degan savolga javobni qayerdan olamiz? Bu savolga javob berish uchun ham dalillarga asoslangan tibbiyot kerak. Endi quyidagi savol tug'iladi: dalillarga asoslangan tibbiyot usullaridan foydalanib, vrachning o'zi to'g'ri xulosa chiqara olishi mumkinmi? Albatta, yo'q.

Shuning uchun ham ushbu qiyin vazifani hal qila oladigan qandaydir bir tashkilot bo'lishi kerak. Bunday tashkilot hozirda mavjud. 1972 yili Buyuk Britaniya epidemiologi Archi Koxran (Kokran) jamiyat davolash muolajalarining haqiqiy samaradorligini bila olmayotganiga o'z e'tiborini qaratdi. Afsus, hozircha barcha ilg'or randomizlangan klinik tadqiqot natijalarini hamma fanlar va mutaxassisliklar bo'yicha jamlab, ularni vaqt-vaqti bilan yangilab turadigan tizim yaratilmagan.

Randomizatsiya deganda, olingan natijalarning noaniqligini, xatoliklarni kamaytirish, ishonchliligini oshirish maqsadida o'tkazilayotgan klinik tadqiqotlarda patsiyentlarni davolanish guruhlariga tasodifiy tanlab olish, tasodifiy taqsimlash tushuniladi; shunday qilib, randomizlangan tadqiqotlar — randomizatsiyaga asoslangan holda patsiyentlarni davolash guruhlariga taqsimlanib o'tkazilgan tadqiqotlardir.

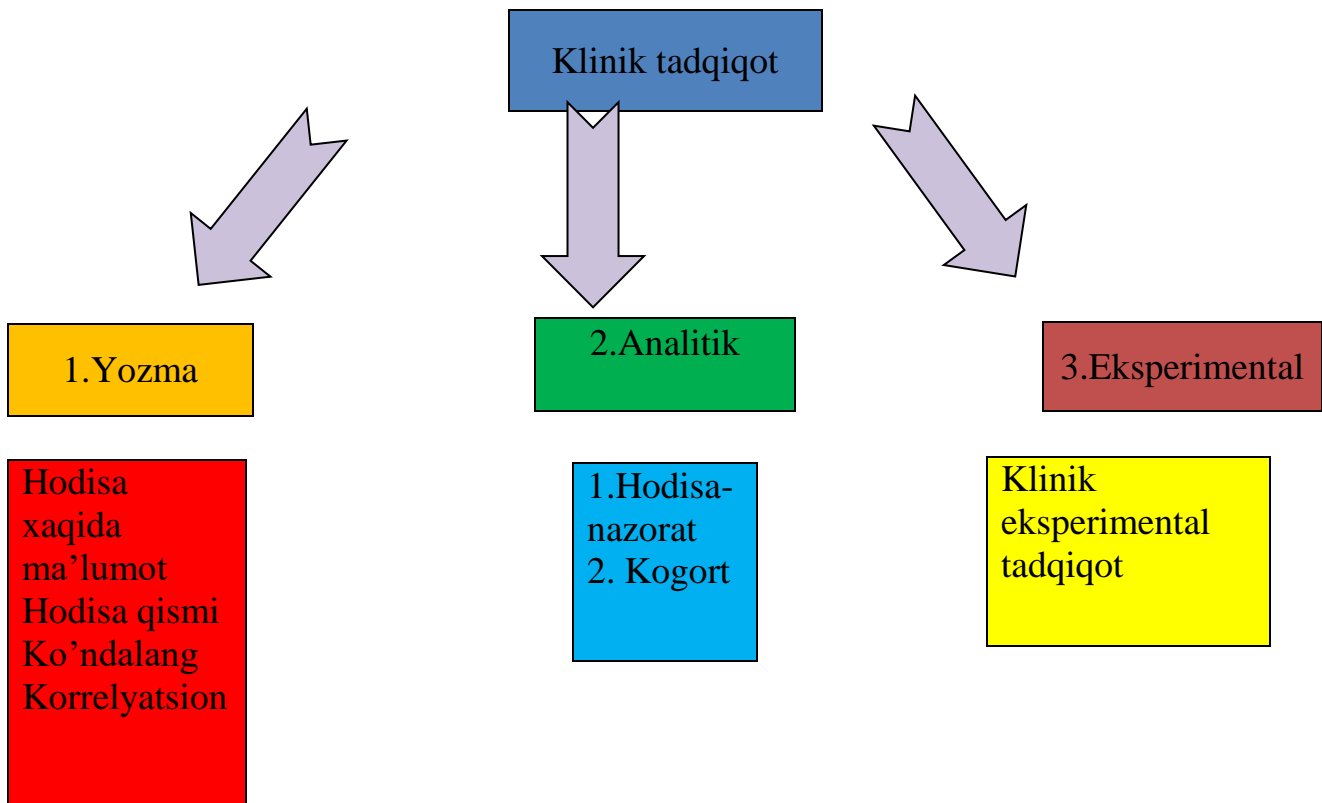
Archi Koxran sistematik ravishda materiallar yig'ish, natijalarni tahlil etish va ularni muntazam yangilab borishga asoslangan tibbiy sharhlar markazini tuzishni taklif etdi. Ushbu maqsadda 1992 yil Oksfordda yuqorida qayd etilgan markaz tashkil etilib, unga Koxran nomi berildi. Shu yili J. Chalmer tomonidan Koxran assotsiatsiyasi (uyushmasi) tashkil etildi, hozirgi kunda uning 3000 dan ortiq a'zolari bor. Assotsiatsiya turli mamlakatlardagi markazlarni bir-biriga bog'lovchi tarmoqlar orqali faoliyat ko'rsatadi¹.

Assotsiatsiyaning maqsadi — barcha randomizlangan klinik tadqiqotlarning to'laqonli registriga asoslangan holda sistematik sharhlar tayyorlash.

Davolash va ilmiy ishlarda klinik tadqiqot usullari klassifikatsiyasi.

Yozma tadqiqot usuli, uning turlari: Hodisa haqida ma'lumot, hodisalar seriyasi, ko'ndalang tadqiqotlar va korrelyatsion tadqiqotlar. Analitik tadqiqotlar: kogort, hodisa – nazorat tadqiqot usullari. Klinik eksperimental tadqiqotlar: Randomizirlangan klinik tadqiqotlar.

Ilmiy klinik tadqiqotning klassifikatsiyasi



Yozma tadqiqot usuli, uning turlari.

Yozma tadqiqot usullari muammoni aniqlash va gipotezani tasdiqlash uchun kerak, lekin ular haqiqiy bog'liqlikni ko'rsatib bermaydi, chunki sistematik ravishda guruhlarini solishtirilmaydi².

Ularni qo'llash mumkin:

- 1) Sog'liq bilan bog'liq bo'lgan yangi muammolarni aniqlash uchun,
- 2) Geografik, demografik va vaqt oralig'idagi o'zgarishlarni monitoringini ko'rish uchun. Bu resurslarni taqsimlashda va turli o'quv programmalarini yoki profilaktik programmalarni planlashtirish uchun muhimdir,
- 3) Sog'liq bilan bog'liq bo'lgan g'ayritabiiy muammolarni yoki yangi ma'lumotlarni tarqatish uchun,
- 4) Kasallikni etiologiyasini ko'rsata oladigan xarakteristikasini qidirish tadqiqotlari o'tkaziladi, demak yozma tadqiqot usullari kasallik to'g'risida gipotezani shakllantirishga yordam beradi.

Gipotezani shakllantirish

Epidemiologiyada har bir savolni o'rganishning birinchi qadami gipotezani shakllantirish hisoblanadi. Kasallikning etiologiyasini o'rganishga tegishli 3 gipoteza usuli bor.

²Essential Evidence-Based Medicine. Second Edition. D.Mayer. Published in the United States of America by Cambridge University Press, New York. 2010. -135r.

1) farqlanish metodi (metod raznostey(method of difference)): kasallikning yuzaga kelishi (chastotasi) turli sharoitlarda farqlanadigan bo'lsa, u ushbu sharoitlarda farqlanadigan biron bir omil orqali yuzaga kelgan bo'lishi mumkin.

Misol. Yaponiyada va AQSH da oshqozon rakini tarkalganligi har xil Yoki, masalan bir zavodning ishchilaridagi yurak qon tomir kasalliklarining tarqalganligi ularning jismoniy mashqlar bilan shug'illanishning doimiyliigi va chastotasiga bog'liq xolda o'zgaradi.

2) moslik metodi ((metod sovpadeniy (method of agreement)): turli xil sharoitlarda kasallikning tarqalganligi yuqori chastotali bo'lsa, bu umumiy bir omil ta'sir etgan bo'lishi mumkin, umumiy omil kasallikning sababchisi bo'lishi mumkin.

Misol. OIV-infitsirlanganlar orasida narkotik kabul qiluvchilar, qon quyilganlar va gemofiliya kasalligi borlarda OITSni bo'lishi.

3) Yondosh o'zgarishlar metodi (metod soputstvuyuuix izmeneniy(method of concomitant variation)):

Kasallikni yuzaga kelish chastotasi ma'lum bmr omil ta'sirida o'zgaruvchan bo'lsa, bu omil kasallikning sababchisi bo'lishi mumkin.

Misol. YUIK yuzaga kelishi qondagi xolesterolni miqdori bilan bog'liq ravishda o'zgaradi. Bronxit, emfizemaning rivojlanishida o'zgarishlar chekishning miqdoriga bog'liqdir.

Inson, joy va vaqt

Yozma tadqiqot usullarini o'rganishda qonuniyatlarni qidirish inson, joy va vaqt birliklarini xarakteristikalarini o'rganish asosida olib boriladi.

Inson: Kasallangan insonlar - ular kim? Ularning xarakteristikalari qanday?

Yosh o'zgaruvchan ko'rsatgich hisoblanib (peremennoy), epidemiologik tadqiqotlarda doimo hisobga olinishi kerak; yosh bilan bog'liq bo'lgan kasallanish Ko'rsatkichlarining o'zgarishi patologik jarayonlarni tushinishga yordam beradi.

- O'rta quloq otiti, kizamiq va qizilcha bilan kasallanish bolalar uchun xos kasalliklarga kiradi. Surunkali kasalliklar yosh kattalashishi bilan dominantlasha boradi.
- Yoshlarda o'lim ko'rsatgichi juda kichik va erkaklar va ayollar guruhida bir xil.
- Katta yoshdagi guruhlarda o'lim ko'rsatgichi oshib boradi va erkaklarda yuqorilashadi.
- Yosh ortishi bilan o'lim ko'rsatgichi oshib borishi bilan jins o'rtasidagi ko'rsatkichlar qiskarib boradi.
- Surunkali rivojlanib boruvchi kasalliklar?
- Gormonal ta'sirmi?

- Yoshlar guruhlari bo'yicha turlicha tarqalganligi nisbatan yoshroq guruhlarda yuqoriligi va 15-19 yoshlarda aniq ko'payishi
- Oshqozon ichak tarktini limfoid to'qimasini o'zgarishini solishtirish
- Tonzillitda yoshlar bo'yicha tarqalganlikni solishtirish
- Limfoid to'qimaning o'zgarishi appenditsin rivojlanishini ehtimoligini oshiradimi?

Aytish mumkinki, o'xshash ko'rinish irqar va jinsga oid sifatlarda ham ko'rish mumkin, erkaklarda ko'rsatgichlar ayollarga nisbatan katta va oq tanlilarga nisbatan kora tanlilarning ko'rsatgichlari past. Masalan, erkaklar ayollarga nisbatan avariyaadan ulishi havfi yuqori. Bu ma'lumotlar o'ylantirib qo'yadi. Rivojlanishda irqiy va jinsiy farqlanishlar, yetilishda yoki limfoid to'qimani funksiyasida farqlanishlar bormi; bu fikrlar gipotezani aniqlasho'tirishga yordam beradi.

Tadqiqotlarda tasdiqlanishicha oilaviy sharoit ham ta'sirga ega ekan, oilaviy insonlarda surunkali kasalliklar (oshqozon yarasi, rak, yurak qon tomir kasalliklari, o'z o'zini o'ldirishlar) va o'lim oilasiz yoki ajrashganlarga nisbatan kamroq uchraydi.

Dinning ham roli katta hisoblanadi, chunki u insonning turmush tarziga ta'sir ko'rsatadi. Masalan, adventistlar xaftaning yettinchi kuni vegetarian ovqatlarni yeyishadi, ularda yurak qon tomir kasalliklari kam uchrashi kuzatilgan. Mormonlar esa rakdan o'lish kam hisoblanadi, chunki bu ularning populyatsiyasida kofe, go'shtni kam iste'mol qilishi va stressni kamaytirishga yo'naltirilgan g'oyaviy ta'sir hisoblanadi.

Inson xarakteristikasi

- jins
- irq
- ijtimoiy – iqtisodiy kelib chiqish
- semizlik bormi
- jismoniy aktivmi
- naslida yurak kasalliklari bilan og'riganlar bo'lganmi
- ovqatlanish ratsioni
- ishi (rod zanyatiy)

Joy. Kasallik xolatlari qayerda yuz beryapti? Qayerda ular ko'proq yoki kamishlab roq tarqalgan? Geografik joylashuvga ko'ra kasallik qanchalik tarqalganligi farqlanadi?

- Kasalliklar tarqalganligi mamlakatlar aro o'zgaradimi yo'qmi?
- Yoki shaxarlar aro mi?
- Yoki turli shaxarlarda va tumanlardami?
- Katta ishlab chiqarish joyining turli bo'limlarida o'zgaradimi?

Hodisa haqida ma'lumot (Case Report) va xodisalar seriyasi(Case Series):epidemiologik tadqiqotlarning asosiy turlari. Tadqiqotchi yoki tibbiy xizmatlar yetkazuvchisi kasallikning o'ziga xos xususiyatlarini keltiradi va bitta bemor yoki uncha katta bo'lmagan bemorlar guruhi ma'lumotlariga asosan to'liq hisobotni taqdim etadi. Xodisalar seriyasida tadqiqotchi noodatiy muammoga ega bo'lgan kishilar guruxini tasvirlaydi va shu tarzda ulardagi o'xshash tomonlarini qidiradi, qaysiki muammoni keltirib chiqishiga tushunishga xalaqit bo'luvchi.

Misol (hodisalar seriyasi) Pnevmonsist pnevmoniya 1981 yil.

Pnevmonsist pnevmoniya tashhisi qo'yilgan oldin sog'lom bo'lgan 4 ta yosh erkaklar haqida hisobot. Odatda surunkali kasalligi bo'lgan qariyalarda kuzatiladigan immun yetishmovchilikning oldin sog'lom bo'lgan 4 ta yosh erkak kishida pnevmonsist pnevmoniya tashhisi shaklidagi tashhis qo'yilish haqidagi hisoboti. Barcha 4 ta erkak kishi jinsiy faol gomoseksualistlar bo'lib, ularning barchasida

immun reaksiya susayishi aniqlangan. Mualliflar immun buzilish infeksiya tarqatuvchisi tomondan yuzaga kelgan va u jinsiy yo'l bilan yuqishini gumon qilingan.

Hodisa seriyasi tadqiqoti.

Xodisa seriyasi tadqiqoti - aniq kasalliga bo'lgan va undan ortiq bemorlar guruhini o'rganishdir. Hodisalar soni ko'p bo'lishi tasodifiylikni, r kattalikni va boshqa statistik ko'rsatgichlarni rolini baholashga imkon beradi. Hodisa seriyasi - kasallik kritik nazariyasini tasvirlovchi eng tarqalgan usuldir. U yetarlicha axborot beradi va aushbu maslalni yechish uchun qulaydir. Lekin jiddiy chegaralinishlarga ega.

Hodisalar seriyasi tadqiqoti kamchiligi taqqoslovchi guruh yo'qligidir. Ba'zida bu prinsiplial emas. Buni quyidigi misol bilan ko'rishimiz mumkin.

1981 iyunidan 1983 yil fevraligacha OITS birinchi tasvirlanishi va begilari aniqlangandan bir necha yil o'tgach, kasalliklar nazorati Markazi olimlari kasallik belgilari shu kasallik diagnostika kriteriyalariga mos bo'lgan AQShda yashovchi 1000 bemor haqida ma'lumot to'plashdi. Bunda bemorlar demografik va xulq - atvor xarakteristiqadari va asoratlari tasvirlab berilgan. Pnesmouist pnevmoniya 50% Kaposhi sarkomasi 28 %, bu 2 la kasallik barcha 8%, pnevmotsist pnevmoniya 11% bemorda bir yosh bir nechaquyidagi guruhga mansubligi aniqlandi: gomo va biseksualist erkaklar, narkotik vositalarni tomirdan qabul qiluvchilar, Gaitining tub aholisi va gemofiliya bilan og'riganlar.

Ushbu tadqiqotda OITS bilan og'rimagan kishilardan iborat nazorat guruhi yo'q, bundan tashqari OITS digostikasining ba'zi kriteriyalari keyinroq aniqlangan. Shuningdek OITS bilan og'rimaganlarda kuzatilayotgan yo'ldosh kasalliklar kam uchraydi va havf guruhlarning xarakteristikasi yanada yaqqol ifodalangan, bu ma'lumo OITS haqidagi tahminlardni aniqlashtiradi va havf omlari va ularning yuzaga kelishini chuqurroq o'rganilishini boshlab berdi. Boshqa tomondan agar 2 ta belgi tezg'tez birgalikda kelsa, taqqoslashuvchi guruh yo'qligi sababni noto'g'ri xulosalarga olib kelishi mumkin³.

Masalan. Ko'pgina shifokorlar dumg'aza (krestsovery) sohasidagi og'riqni 1 yosh bir necha umurtqalararo disklar bo'rtib (vypuyachivaniyem) bilan izohlanadi. Qator hodisa seriyasi tadqiqotlarida magniy - rezonans tomografiya yordamida bunday og'riqlarda dumg'aza (krestsovery) soha anatomik xususiyatlari bilan bog'liqligi o'rganilgan. Ko'pgina bemorlar qovurg'alararo diski me'yordan og'ishlar kuzatiladi va bu disklar patologiyasining dumg'aza (krestsovery) sohasida og'riqlar keltirib chiqarishi tasdiqlandi. Shuningdek, xuddi shundan disklar patologiyasi magniy – rezonans tomografiyasi kasallik belgilari bo'lmagan shaxslarda aniqlandi. Bu dumg'aza (krestsovery) sohasi va og'riqlar va MRT aniqlangan bo'rtishlar orasidagi sabab oqibat bog'liqligini shubha ostiga qo'yadi.

³Essential Evidence-Based Medicine. Second Edition. D.Mayer. Published in the United States of America by Cambridge University Press, New York. 2010. -135r.

Hodisa seriyasi tadqiqoti asosan retrospektiv kechadi va sabab oqibat bog‘liqligini o‘rganishi yoki prognozni taxlil qilishni baholashni chegaralaydi.

Korrelyatsion tadqiqot (Correlational Studies)

Barcha populyatsiya uchun bor ma’lumotlar qo‘llaniladi va ushbu populyatsiya orasida kasallik yuzaga kelish chastotasi va xavf omili darajasini taqqoslaydi. Ular uchun quyidagilar xarakterli:

- Ma’lumot olish osonligi, ularni tez va kam mablag‘ sarflab aniqlash mumkinligi
- korrelyatsiya koeffitsiyenti bog‘liqlik/tobelikning miqdoriy o‘lchov usulini ko‘rsatadi;
- gipotezani shakllantirish keltirish uchun;
- kamchiligi: havf omili bilan kasallik o‘rtasida aniq bog‘liqlikni ko‘rsatib bera olmaydi

Korrelyatsion tadqiqotni afzalliklari

Ma’lumotlar tayyor bo‘ladi; shu sabab ularni tez va kam harajatlar bilan olish mumkin. “korrelyatsiya koeffitsiyenti” (“correlation coefficient”) yoki “r” kattalik kasallik bilan havf omili o‘rtasida ma’lum bir bog‘liqlik borligini ko‘rsatadi.

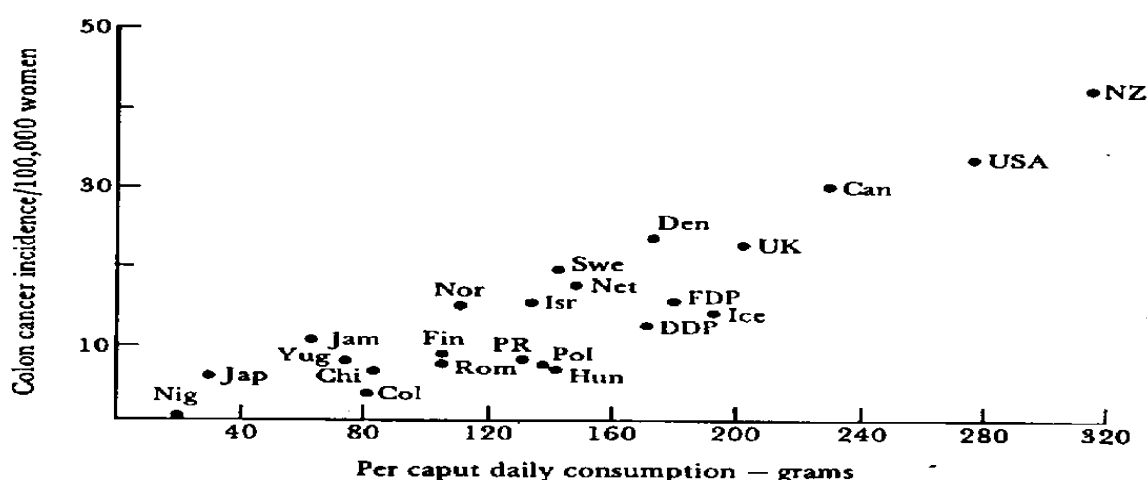
Korrelyatsiya koeffitsiyentining ko‘rsatgichi: +1 va -1 o‘rtasidi.

$r = +1$ to‘g‘ri (lineynuyu) musbat korrelyatsiyani ko‘rsatadi (positive correlation), ya’ni, bir ko‘rsatgich oshishi bilan boshqasi ham oshadi degani.

$r = -1$ to‘g‘ri (lineynuyu) manfiy korrelyatsiya degani (negative correlation), ya’ni, bir ko‘rsatgich oshishi bilan boshqasi kamayadi.

$r = 0$ ikki ko‘rsatgich o‘rtasida korrelyatsiya yo‘qligini ko‘rsatadi.

r ning oraliq ko‘rsatgichlari bog‘liqlik darajasini ko‘rsatadi, masalan, jadvalda go‘sh t yeyish va to‘g‘ri ichak raki yuzaga kelishi chastotasi orasidagi korrelyatsiya ko‘rsatilgan, musbat korrelyatsiya ko‘rsatilgan, uning “r” ko‘rsatgich +0,8 yoki +0,9 bo‘lishi mumkin, bu kuchli korrelyatsiya degani, lekin to‘g‘ri korrelyatsiya emas. Agar korrelyatsiya +1 bo‘lganda grafikda to‘g‘ri chiziqni hosil qilgan bo‘lard.



Korrelyatsion tadqiqotlarning kamchiliklari:

Ko‘rsatgichlar barcha aholining ko‘rsatgichlari hisoblanadi, alohida insonlarning emas. Shu sababli xavf omili va kasallik o‘rtasidagi bog‘liqlikni aniq

ko'rsata olmaydi. Masalan, ko'proq go'sht yeydigan ayollarda yo'g'on ichak raki rivojlanishi juda ham aniq emas.

Havf omiliga nisbatan ta'sirchanlik katta guruhda o'rtacha havf omiliga ta'sirchanlikni bildiradi korrelyatsion tadqiqot asosida murakkab o'zaro bog'liqliklar yashiringan bo'lishi mumkin.

Turli mamlakatlardagi aholiga boshiga nisbatan alkogol ichish va yurak ishemik kasalligidan o'lim ko'rsatgichi bilan solishtirilganda, ajoyib manfiy korrelyatsiya yuzaga kelgan.

Shunga qaramasdan, perspektiv kogort tadqiqot o'tkazilganda alkogol qabul qilganlar o'rtasida o'lim ko'rsatgichi J-ko'rinishli bog'liqlikni ko'rsatgan. Ko'p alkogol qabul qiladigan insonlarda o'lim ko'rsatgichi juda yuqori bo'lgan, kamroq qabul qilganlarda esa eng past o'lim ko'rsatgichi bo'lgan, umuman kam alkogol qabul qiladiganlardan ham past bo'lgan:

O'rtacha alkogolni sutkalik qabul qilish (kuniga alkogol dozasi)	YUIK dan o'lim ko'rsatgichi (1000 odamga nisbatan)
<1	80
1	77
2-3	73
4-5	55
6+	155

Korrelyatsiya bo'lishi bu sababiy bog'liqlik bor degani emas, balki qo'shimcha havf omillarini ham mavjudligini e'tibordan holi emasdir (postoronniye faktorы (confounding))⁴.

Misol. Biz televizor o'rtachi ko'rish miqdori bilan koronar arteriya kasalliklarini o'rtasida kuchli korrelyatsiya aniqlangan. Lekin bu televizorni ko'rish bu kasallikni chaqiradi degani emas. Turli aholi o'rtasida TV ni ko'rish soatlari yuqori bo'lishi mumkin: masalan, sanoati nisbatan rivojlangan, ma'lum texnologik ishlov berilgan oziq ovqat maxsulotlari yetarli, to'yingan yog' maxsulotlari va hokazo. Korrelyatsiya bo'lmasligi bog'liqlik yo'q degani emas.

Ko'ndalang (bir vaqtning o'zida) tadqiqot(Cross Sectional Surveys)

Ayrim vaqtda kasallik va havf omillar mavjudligini baholaydi.

Misol. Millat salomatligini tekshirish (Health Interview Survey (HIS)), milliy ko'ndalang tadqiqotlar, vaqt o'tishi bilan aholida tibbiy yordamga ehtiyojni o'zgartirishi uchun va aholi salomatligida o'zgarishlarni kuzatish uchun muxim bo'lgan, qaysiki kasalliklar, kasallik xolatiga ta'sir qiluvchi odatlar va havf omillari va demografik xarakteristikalar haqida turli ma'lumotlarni anketalar yordamida yig'ilgan.

Ba'zida xavf omili va kasallik omili orasida bo'lishi mumkin bog'liqliklarni taxlil qilishda ahamiyatlidir. Shuningdek havf omili va kasallik orasida vaqt jihatdan bog'liqlikni to'liq o'rganmaydi.

**Chaqaloqlik davri. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni
ko‘rikdan o‘tkazish. Chaqaloqlik davridagi chegara xolatlar.
Chaqaloqlar patronaji.**

Chaqaloq tug‘ruq xonadan chiqqanidan so‘ng OP yoki QVP xabar beriladi, bolalar patronajini qayt qilish daftoriga onaning F.I.Sh, turar joyi va bolaning tug‘ilgan kuni qayd etiladi. UASH va patronaj hamshirasi tug‘ruqxonadan chaqaloq chiqqandanidan so‘ng dastlabki 3 kun ichida birinchi patronajni amalga oshiradi. Xavf omillari, tug‘ma nuqsonlar va kasalliklar bilan tug‘ilgan chaqaloqlar, vaqtdan oldin (chala) yoki vaqtdan o‘tib tug‘ilgan bolalar hamda oilada ilk farzand tug‘ruq xonadan chiqqanidan so‘ng birinchi kuni UASH tomonidan ko‘rilishi kerak.

Chaqaloqlarning birinchi patronaji.

Birinchi patronajda boladagi xavf omillarini aniqlash uchun onadan anamnez yig‘iladi, chaqaloq obyektiv tekshirib ko‘riladi, onaga bolaning parvarishi bo‘yicha ko‘rsatma beriladi va hujjat rasmiylashtiriladi (№025).

Anamnez yig‘ishga **ijtimoiy, biologik va genealogik** ma‘lumotlarni aniqlash kiradi.

Ijtimoiy anamnez Ko‘rsatkichlariga: oilaning to‘liqligi va undagi ruhiy vaziyat, turar-joy sharoiti, moddiy ta‘minlanganligi, bolani parvarish qilishda xonadondagi sanitar- gigiyenik holat hamda yashash sharoiti va boshqalar kiradi.

Biologik anamnez antenatal davrning o‘ziga xos xususiyatlarini, onaning va bolaning salomatligini o‘z ichiga oladi.

Genealogik anamnezga— bolaning ota-onasi va qon-qarindoshlarining salomatlik Ko‘rsatkichlari kiradi (3-avlod).

Ona shifokorga tug‘ruqxonadan chiqqandan so‘ng olgan almashtirish kartasini beradi. Kartada homiladorlik va tug‘ruq haqida, tug‘ilish vaqtida bolaning ahvoli (Apgar shkalasi bo‘yicha baholash), jismoniy rivojlanishining asosiy belgilari (tana vazni, bo‘y uzunligi, bosh vako‘rak aylanasi), soglomlik va xavf guruhi haqida ma‘lumot ko‘rsatiladi.

Obyektiv tekshiruv

Obyektiv tekshiruv tizimlar bo‘yicha o‘tkaziladi. Tug‘ma rivojlanish nuqsonlari va homila ichi infeksiyasiga etibor beriladi.

Teri. Chaqaloqning teri qoplamlari och pushti rangda, toza va mayin bo‘lishi kerak. Uning o‘zgarishi (ko‘karish, sarg‘ayish, oqarish va tuproq rang bo‘lishi) maxsus tekshiruvni talab etadi. Terlash va qizarish parvarish kamchiligini ko‘rsatadi. Terining turgori va elastikligi ahamiyatga ega. Terida yiringli toshmalar, kindik yarasidan yiringli ajralmalar ajralsa yoki kindik atrofida qizarish bo‘lsa, bolani tekshirish va davolash uchun shifoxonaga yuborish kerak.

Gavda tuzilishi. Chaqaloqning gavdasi fiziologik yoki patologik («kurbaqa», «iskovich it» gavdasi) holatda bo‘lishi mumkin. Fiziologik holatda qo‘l va oyoklarning bukuvchi mushaklari tonusi ustunlik qiladi («embrion» holati). Majburiy holat patologiya to‘grisida ma‘lumot beradi.

Chaqaloqning **bosh** tuzilishi yumaloq shaklda bo‘ladi. Ayrim hollarda unda kefalogenoma bo‘lishi mumkin (tugruq jarohati natijasida suyak ostida qon quyilishi). Katta liqildoq o‘lchami 1 sm dan 3 sm gacha, kichkina liqildok esa

ko'pchilik chaqaloqlarda yopilgan bo'ladi. Likildokni bo'rtib chiqishi, yuzda azob-uqubat belgisi miyada bosimni ko'tarilishidan dalolat beradi (gidrotsefaliyada, meningitda, miyaga qon quyilganda). Bunday bola "UASH bilan bir qatorda, nevropatolog nazoratida bo'lishi kerak.

Ko'z tuzilishi tekshirib ko'rilganda, simmetrik joylashgan, yoruglikka aniq reaksiya kuzatiladi. Nistagm, yoki «quyosh botish» alomatlari markaziy asab tizimida og'ir jarohat borligidan dalolat beradi va nevropatolog maslahati zarurligini ko'rsatadi.

Bolaning **halqumi** ko'zdan kechirilganda, yumshoq va qattiq tanglayga e'tibor berish zarur (yashirin yoriq borligini aniqlash uchun). **Kichkina tilesa** kisqaroq bo'lishi mumkin va bu odatda so'rishni buzilishiga olib keladi, bunday hollarda jarroh yordami kerak bo'ladi.

Ko'krak qafasi simmetrik bo'lib, nafas alohida faol qatnashadi. Nafas tezligi va xarakteriga e'tibor berish muhim ahamiyatga ega. O'pka auskultatsiyasida xirillashlar aniqlanganda, bolani shifoxonada tekshirish lozim bo'ladi. Odatda, chaqaloqlarda o'pka perkussiyasi auskultatsiyaga nisbatan aniq ma'lumotlar beradi, chunki ko'krak qafasining nozik bo'lishi sababli nafas uning bir tomonidan ikkinchi tomoniga oson o'tkaziladi, bu o'z navbatida, nafas sustlashuvini aniqlashga qiyinchilik tug'diradi. Turli nuqsonlar ichida tug'ma yurak poroklari chaqaloqlarda ko'proq uchrashi va buni UASH esda tutishi zarur. Ularning birinchi belgilari chaqaloqlik davrining dastlabki kunlarida yurak auskultatsiyasida aniqlanadigan ko'pol shovqin bo'lishi mumkin.

Qorinsoat strelkasiga qarshi tomonga qarab paypaslab tekshiriladi. Jigar qirrasini me'yorda kovurg'a yoyidan 1-2 sm pastda joylashgan bo'lishi mumkin. Patologik o'smalar paypaslab aniqlansa, bola qorin bo'shlig'ia' zolarini UTT o'tkaziladi.

Jinsiy a'zolar bolaning yoshi va jinsiga moye rivojlangan bo'lishi kerak.

Qo'l-oyoqlar. Oyoklarni toz-boldir suyaklar sohasida 90° burchakda bemalol bukish va stol yuzasiga tegizish mumkin. Tugma son chikishida qirsillash eshitiladi. Erba-Dyushen va Dejerin-Klyumpke falajlari yelka boylamining tugma jarohati borligidan dalolat beradi.

Asab tizimi va ruhiy rivojlanish holati bola kuzatilganda va u bilan muloqot vaqtida - uning xatti-xarakati, qarashi, shartsiz reflekslarning rivojlanganligi orqali baholanadi. Quyidagi reflekslar tashxisiy ahamiyatga ega: surish, qidirish, ushlab, emaklash, himoya, tayanch va avtomatik yurish, Babkin va pay refleksi aniqlanadi hamda ularni simmetrikligi kuzatiladi.

Ko'rsatmalar berish

Bola parvarishi, ovkatlanishi va tarbiyasi bo'yicha ota-onalarga kursatma beriladi.

Parvarish bo'yicha kursatma. Bola salomatligi uchun ozodalik muhim ahamiyatga ega. Uning yotoq o'rni xonaning yorug' joyiga ko'yilishi (yelvizak joyga quyish mumkin emas) kerak. O'ringa yonboshlatib, yostiqsiz yotqizish kerak bo'ladi. Xona xaroratini 20-22°S ushlab turish muhim. Bolani har kuni maxsus vannada 10 daqika atrofida ertalab va kechqurun cho'miltirish mumkin. Cho'miltirish uchun eng kupay vaqt - kechqurun, oxirgi emizishdan oldin, bu uyquni yaxshilaydi. Birinchi 2 haftada cho'miltirishdan oldin vanna yaxshilab qaynoq suv bilan yuviladi. Kindik yarasi bitmaguncha chaqaloqni kaynagan suvda cho'miltirish muhim.

Suv harorati 37-38° S bo'lishi va vannaga tagi to'lguncha qo'yilishi kerak. Unga ut damlamasini qo'yish maqsadga muvofiq (ittikanak, moychechak) bo'ladi. Vanna bo'lmasa, katta tog'oradan foydalanish mumkin. Notinch bo'lishning oldini olish maqsadida bolani cho'yshabga uragan holda suvga asta-sekinlik bilan botirish maqsadga muvofiq. Bir qo'l bilan bolaning boshi ushlab turiladi va ikkinchi bilan cho'miltiriladi. Kindik yarasi brilliant ko'ki, 5% kaliy permanganat yoki 5% yod eritmasi bilan yuvib tozalanadi.

Ertalabki yuvinish — har kuni birinchi emizishdan so'ng paxtani iliq suvga botirib yuviladi, ko'z - tashkaridagi burchakdan ichkaridagi burchakka qarab, har biri alohida paxta bilan artiladi. Burun vazelin moyi surtilgan paxta bilan tozalanadi.

Toza havoda sayr qilishni tug'ruqxonadan chiqqandan so'ng darhol boshlash kerak. Birinchi sayr davomiyligi 5 daqiqa bo'lib, harorat 10°S dan past bo'lmasligi kerak. Atrofga moslashish maqsadida sayr davomiyligiga har kuni 5 daqiqadan oshirib boriladi. Bola betob bo'lganda, sayr taqiqlanadi. Ota - onaga ko'rsatmaning eng asosiy kismi bolani ovqatlanirish borasidagi tavsiyalar hisoblanadi.

Tarbiya. Ilk davrdan ota-ona va bola o'rtasida aniq signallar yordamida bir-birini tushunish belgilanadi, natijada o'zaro munosabat - mehribonlik shakllanadi. Chaqaloq bola yangi muhitdagi salbiy ta'sirga qarshi turish va ma'lum sabablarga aniq javob berish qobiliyatiga ega. Birinchi kundanok bola shaxsining ruhiy tuzilishi va uning o'ziga xos xususiyatlari ma'lum bo'ladi. Axloqi o'zgaruvchanligi uning shakllanuvchi ongining o'zgarishi bilan bog'langan bo'ladi. Bolani tarbiyalashda ko'krak sutining ahamiyati juda katta. Ko'krak suti bilan bokilayotgan bola o'ziniximoyalangan, kerakli va istalgan sezadi. Ijobiy ruhiy sharoitda bolalar aql-idrokli bo'lib ulg'ayadilar.

Hayotining birinchi kunidan boshlab kichkintoyga to'g'ri kun tartibi zarurdir (asosiy fiziologik ehtiyojlarning vaqtga aloqadorligi - uyku, hushyorlik, ovqatlanish, sayr, gigiyenik va chinikish tadbirlari). Bu ma'lum hayot ritmini shakllanishiga olib keladi. Bolalarda vaktga nisbatan refleks hosil bo'ladi, ahlokiy dinamik stereotip shakllanadi, biologik ritm belgilanadi, bu esa tinch va tez uxlab kolishni, yaxshi ishtahani, faol harakatni ta'minlaydi.

Bolaning birinchi patronajida onalarga qanday holatlarda tez tibbiy yordam zarurligi va kasalliklarda qayerga murojaat qilish xakida maslahat beriladi.

Hujjatlarni rasmiylashtirish.

Chakalokning birinchi patronaji haqidagi ma'lumot tibbiy xujjatga «chaqaloqning birinchi patronaji» sarlavhasi bilan qayd qilinadi. Yozuv quyidagi ketma-ketlikda olib boriladi: anamnez, obyektiv ma'lumotlar, tashxisda sog'lomlashtirish va xavf guruhlari ko'rsatiladi, parvarish, ovqatlanish va tarbiyalash bo'yicha maslahatlar. Agar bola II-V sog'lomlashtirish guruhlariga kirsa, xavf guruhiga mos reabilitatsiya yoki kasallik nozologiyasi bo'yicha maslahat beriladi.

Chaqaloqning ikkinchi patronaji.

Chaqaloqning ikkinchi patronaji bolaning 14 kunligida amalga oshiriladi. Undan maqsad - chaqaloqning salomatlik darajasini aniqlash yuzasidan a'zo va tizimlar bo'yicha qayta tekshirish, berilgan tavsiyalarning bajarilishini nazorat qilish, muammolar bo'yicha onada paydo bo'lgan savollarga javob va kursatma berish.

Anamnez yigilganda, bolaning ovqatlanishi, kun tartibi, xulq-atvori to'g'risida aniqlash zarur.

Obyektiv tekshiru.v

Obyektiv tekshiruv bosqichma-boskich bajariladi va unta sinchiklab yondoshiladi. Chunki oldin bolada namoyon bo'lmagan jarohatlar aniqlanishi mumkin. Bola vaznining ortib borishini baholash zarur. Agar unda qaytqilish kuzatilsa, onaga bir yoshgacha bo'lgan bolalarda oshqozon-ichak tizimining sfinkter apparati faoliyatining fiziologik yetishmovchiligi mavjudligini tushuntirish kerak. Emizish vaqtida bola havo yutib yuborsa, uni emizishdan so'ng vertikal holatda 10 daqiqa ushlab turish lozim. Agar qayt qilish doimiy va fontan ko'rinishida bo'lsa, bola tana vazniga kam qo'shilsa, uni shifoxonaga tekshirish hamda kuzatish uchun yuborish maqsadgamuvofiq.

Ikki haftali bolalarda korinda tutib qoluvchi og'riklar kuzatilishimumkin, bu oshqozon-ichak tizimini yangi hayot sharoitlariga moslashuvidan kelib chikadi. Bu jarayon bolaning birdan bezovta bo'lishi orqalikuzatiladi. Ona bunday xolatlarda UASHga murojaat qshshshi (bu o'zgarishlar funksional yoki organik sabablarga bog'likligini aniqlash uchun) zarur.

Ko'rsatmalar berish.

Onaga bolani massaj va badantarbiya qilishahamiyatini eslatishkerak. Ular chiniqtirish va sog'lomlashtirish tadbirlariga kiradi. Erta boskichlarda o'kalash yengil, silab ko'yuvchi bo'lishi va mushaklarni bo'shashtirishi lozim. Uqalash toza, ilik va kuruk kullar bilan bajariladi. Agar muolaja vaqtida bola injiqlansa va bezovta bo'lsa,uqalashni to'xtatib bolani tinchlantirish kerak.

Bolani parvarish qilish va ko'rish qobiliyatini rivojlantirishmaqsadida krovatga yuzidan 40-50 smyuqoriga o'yinchok osib qo'yish mumkin.Tugruqxonadan chiqqandan so'ng birinchi o'yinchoq 2-3 dona katta yorqin sharbo'lgani ma'qul, ular har 2-3 kun ichida almashtirilib krovat tepasiga osiladi. Bu o'z navbatida, ko'rish analizatorini rivojlantiradi va boladaquvnoq kayfiyat tugdiradi.

Patronaj natijalari bolaning rivojlanish tarixiga«chaqaloqning ikkinchi patronaji» sarlavhasi bilan qayd qilinadi.

Chaqaloqning uchinchi patronaji.

Chaqalokning uchinchi patronaji bola hayotining 21 kunida o'tkaziladi.Uning maqsadi—chaqaloqning salomatligi o'zgarishi va rivojlanish sharoigi,ovqatlanish tartibini kuzatish va aniqlangan nuqsonlarni davolash.

Obyektiv tekshiruv

Chakaloq tekshirilganda, uning axloqi, kayfiyati, atrofdagi sharoitga reaksiyasi kuzatiladi. Tana vazni, bo'yi uzunligi, bosh va ko'krak aylanasi, katta liqildoq o'zgarishi qayta baholanadi. Bola parvarishidagi kamchilik sababli og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida okarish kuzatilishi mumkin.Chaqaloq hayotining 3 haftasida tiki lib qarash, mehribon muomalaga ijobiy his-tuyg'u bilan javob berish kuzatiladi.

Teri qoplami me'yorida elastik, mayin, toza, och pushti rangda bo'ladi. Unda yiringli ajralmalar kuzatilsa, lekin bolaning ahvoli qoniqarli bo'lsa, uy sharoitida davolash mumkin. Agar uning ahvoli o'rtacha og'irlikda bo'lib, oilada sanitariya sharoiti yomon bo'lsa, UASH bolani tekshirish va davolash uchun shifoxonaga yo'llanma beradi.

Bola hayotining 21 kunida kindik sohasidagi epitelial hujayra bitgan bo'ladi. Agar kindik yarasidan yningli ajralma chiqsa, atrofi kizarsa bolani kasalxonaga jo'natish lozim. Uning ahvolini belgilash uchun shifokor shartsiz fiziologik

reflekslarni qayta baholaydi (Babkin,so‘rish, ushlar, avtomatik yurish, emaklash), o‘pka, yurak perkussiyasi va auskultatsiyasini o‘tkazadi.

Ko‘rsatmalar berish

Ona bilan suhbat davomida shifokor bolaning fiziologik ajralmalari xarakterini surishtiradi, chaqaloqni ovqatlantirish va parvarish qilish bo‘yicha maslahat beradi, 3 hafta mobaynida onada paydo bo‘lgan savollarga javob kaytaradi.

Uchinchi patronaj vaqtida UASH onaga bolalarda raxitning kechishi va kasallikning oldini olish tadbirlari haqida ganirib berishi, ultrabinafsha nurlari, vitamin D ning ahamiyati haqida tushuntirishi va dorixonadan uning moyli eritmasini olish uchun retsept yozib berishi lozim. Shuningdek, kamqonlikni kelib chiqishi, ona sutining ahamiyati va kamqonlikni oldini olish haqida axborot berishi kerak. Suhbat nihoyasida UASH onani bolasi bilan birgalikda qabulga chiqishini (1 oylik bo‘lganida), mutaxassislar va o‘zining ish vaqti hamda sog‘lom bola kuni bilan tanishtiradi. Olingan ma‘lumotlar bolaning rivojlanish tarixiga «chaqaloqning uchinchi patronaji» sarlavhasi bilan qayd etiladi.

Chakaloqlik davrining oxirida UASHbirinchi yil uchun bola salomatligi prognozini tuzishi lozim. Bir xil xavf guruxlaridagi bolalar dispanser kuzatuvidan chiqariladi va xayotining 2 oyidan sog‘lom bolalar singari kuzatiladi. Agar bola salomatligida o‘zgarishlar kuzatilsa, u mutaxassislar yordamida chuqur tekshiriladi va sog‘lomlashtirish chora-tadbirlari belgilanadi.

Pediatrlar orasida tarqalgan «amaliysoglom» tushunchasi ilmiy asoslanmagan. Bolarsog‘lig‘ini kompleksbaholashda 4 ta mezondan foydalanish tavsiya etiladi:

- surunkali kasallik bor yoki yo‘q (tug‘ma kasallik ham kiradi);
- a‘zo va tizimlarning funksional xolati;
- organizning reaktivligi va rezistentligi;
- jismoniy va ruhiy rivojlanishning garmonik bog‘likdigi.

A‘zolar va tizimlarning funksional holati klinik usullar,funksional tekshiruvlar orqali aniqlanadi. Rezistentlik va reaktivlikontogenez xususiyatiga karab, o‘tkir kasalliklar uchrashi (surunkali kasalliklarni qo‘zishi), ularning og‘ir va uzok kechishi orqali baholanadi.

Chakaloklar sog‘lig‘ini kompleks baholash tug‘ruq xonadan chiqqandan so‘ngbirinchi tashrifda yoki kasalxonada amalga oshiriladi. Ular sog‘lig‘inibaholashda ota-onaning salomatligi, homiladorlik va tug‘ruk davriningkechishi, tug‘ma jarohat yoki nuqsonlar rivojlanishi hisobga olinadi.

Chakaloq bolalar salomatligiga ko‘ra quyidagi guruxlarga bo‘linadi:⁵

1A guruxga - sog‘lom ota onadan tug‘ilgan, onasining homiladorlik va tugish davri me‘yorida kechgan, Angar shkalasi bo‘yicha 8-10 ball bilan baholangan, tug‘ruq xonada kasal bo‘lmagan sog‘lom chaqaloqlar.**1B guruxga** - tug‘ruq xonada fiziologik moslashuvning o‘ziga xosxususiyati bo‘lib o‘tgan (tranzitor isitma, jinsiy o‘zgarish) yoki funksional faoliyatiga ta‘sir etmaydigan yengil rivojlanish nuqsoni bor (kulokchanog‘i nuqsoni) sog‘lom chaqaloklar.

⁵ E.A.Shomansurova Poliklinik pediatriya va reabilitologiya. 16Abet

2 guruhga - to'g'ilish vaqtida Angar shkalasi bo'yicha 7-10 ball bilan baholangan lekin akusherlik anamnezi yomon kechgan, vaqtdan oldin yokiko'p homilali ayoldan tugilgan chaqaloqlar.

2B guruhga - tug'ilish vaqtida Angar shkalasi bo'yicha 6-9 ball bilan baholangan, akusherlik anamnezi og'ir kechgan onalardan (nefropatiya 2-3 daraja, tug'ruq asoratlari, onaning surunkali kasalligi) to'g'ilgan, yetilmagan belgilari bor chala tug'ilgan, tugruq xonadan chiqishga qadar biryoki bir necha marta kasallangan chakaloklar.

ZA guruhga - Apgar shkalasi bo'yicha 4-7 ball bilan baholangan, tug'majaroxat va nuksonlar bilan tug'ilgan chaqaloklar.

ZB guruhga - juda og'ir tug'ma va orttirilgan kasalligi mavjud bo'lgan, keyinchalik boshqa guruxlarga o'tish ehtimoli bor bolalar. Erta va maktabgacha yoshda bo'lgan bolalarning salomatlik xolatinikompleks baholash o'tkazilib, uning yordamida soglom guruhlari ajratiladi. Sog'liq holati kompleks baholanganda, quyidagilao hisobgaolinadi:

- a'zo va tizimlarning funksional holati;
- organizmning reaktivligi va rezistentligi;
- jismoniy va ruhiy rivojlanishning darajasi va o'zaro mosligi;
- surunkali (tug'ma) kasallik borligi.

Yuqoridagi mezonlarga asoslangan holda bolalar sog'ligining holati bo'yicha 5 ta guruhga bo'linadi.

1 guruh — kasalligi yo'q, tekshirilayotgan tizimlarning funksional faoliyati me'yoriy Ko'rsatkichlarda, to'g'ri jismoniy va ruhiy rivojlanishga ega, kamdan-kam kasallanuvchi, anamnezida o'zgarishaniqlanmagan bolalar.

2 guruh - u yoki bu funksional nuksonlari, ba'zida jismoniy va ruhiy rivojlanishida boshlang'ich o'zgarishlar mavjud bo'lgan, tez-tez kasallanuvchan, lekin surunkali kasallik belgilari yo'q bo'lgan sog'lombolalar.

3 guruh - kompensatsiya bosqichidagi surunkali kasalligi bor bo'lgan bolalar. Kompensatsiya holati kamdan-kam uchraydigan surunkali kasallik qo'zishi bilan (bir yilda 1-2 marta), undan so'ng uzoq davom etuvchi tanaharoratining ko'tarilishi yo'kligi, o'tkir kasallanishning kam uchrashi, organizm faoliyatini me'yoriy holati bilan belgilanadi.

4 guruh - subkompensatsiya bosqichidagi surunkali kasalligi bor bo'lgan bolalar (kayfiyati sezilarsiz o'zgargan, bolalar tashkilotlariga bora oladigan). Subkompensatsiya holati tez-tez uchraydigan va og'ir kechuvchi surunkali kasallikning qo'zishlari (bir yilda 3-4 marta), undan so'ng tana haroratining uzoq ko'tarilishi, o'tkir kasallanishning tez-tez uchrashi, har-xil tizimlar funksional holatining chukur o'zgarishi bilan belgilanadi.

5 guruh - dekompensatsiya bosqichidagi surunkali kasalligi mavjud, tekshiruv vaqtida kasalxonada yoki uy sharoitida yotoq rejimida bo'lgan bolalar kiradi. Demak, jismoniy va psixomotor rivojlanish yoshga moye, etnik vamuhitga xos fazilatga ega, kam kasallanuvchan (bir yilda 3 martadan ortiq emas), kasallikka sabab bo'luvchi anamnez (genetik va antenatal) va obyektiv o'zgarishlarga ega bo'lmagan bola sog'lom hisoblanadi.

Erta yoshdagi bolalarning ruhiy rivojlanishi, bosh va o'rta miyaning morfologik tuzilmasining yetilish belgisi va organizmning tashki muhit bilan ta'siri orqali ro'y

beradi. Har qaysi yosh boskichida rivojlanishning o'z yo'li, uning ahamiyatli Ko'rsatkichlari ajratiladi. Ahamiyatli Ko'rsatkichlar - bilishni ta'riflovchi va uning boshqa belgilariga ta'sir qiluvchi, bolaning keyingi rivojlanishini belgilovchi Ko'rsatkichlardir. Noqulay omillarga o'ta ta'sirchan Ko'rsatkichlar axborotli bo'lishi mumkin.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda quyidagi 8 ta rivojlanish chizig'i ko'rsatilgan: ko'rish va eshitish, his-tuygu reaksiyasi, umumiy harakat qilish, qo'l harakati va narsalarga ta'sir, faol nutq hamda boshqa kator ko'nikmalarni bajarish va bilish jarayoni, jami bo'lib 56 ta Ko'rsatkich mavjud. Bolalar 6 oyga to'lguncha rivojlanish Ko'rsatkichlariga quyidagilar kiradi: ko'rish va eshitish, qo'l harakatini xarakterlovchi reaksiyalar, 6-12 oylar nutqni tushunish bosqichi, umumiy harakatlar va narsalarga ta'sir.

Yangi tug'ilgan chaqaloq va go'daklarning kichik muammolari.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning fiziologik davridagi ko'rinishlar

Miliya – yog' bezi ajralish yo'lining beqilishi natijasida, burunusti va peshonada oq toshmalar paydo bo'lishi. Miliyani siqish mumkinemas, infeksiyalanadi. Ular 2-oyning oxirlarida o'tib ketadi.

Tranzitor gipotermiya – go'dak tez sovuq qotishi yoki isib ketishi natijasida yuzaga keladi. Bu chaqaloqdagi termoregulyatsiya tizimining to'liq rivojlanmaganligini bildiradi. Go'dakni juda issiq kiyintirish kerak emas: tana harorati 39-40,0S gacha ko'tarilganda ham go'dak terlamaydi. Agarda shu holat kuzatilsa, tezda bolani yechintiring va ko'krakka tuting.

Tana vaznini yo'qotish. Mekoniy (birinchi najas) va siydikni ajralishi va birinchi kunlari ona sutining kam ajralishi tana vazni yo'qolishiga olib keladi. Tug'ilgandan keyin birinchi 3-4 kunlar bola Yangi tug'ilgan chaqaloq va go'daklarning kichik muammolarini vazni kamayadi. Me'yorda umumiy vazni 10% gacha yo'qotishi mumkin, ko'pyo'qotilsa vrachlar yordami talab etiladi. Onada sut paydo bo'lmagan bo'lsaham, vazn yo'qotishni kamaytirish uchun, bolani ko'proq ko'krakka tutish kerak, chunki og'iz sutida ko'p foydali moddalar bor. Bola hayotining 10 kunlariga kelib, tug'ilganidagi vazni tiklana boshlaydi.

Jinsiy kriz. Tug'ruq vaqtida ona organizmidan ko'p miqdordagi gormonlar ajralib, bola organizmiga o'tadi. Jinsiy kriz ko'krak bezlarining kattalashishi, o'g'il bolalarda tashqi jinsiy a'zolarishishi, qizlarda qindan qonli ajralma kelishi, katta va kichik uyatli lablar orasida oqimtir karash bo'lishi bilan kuzatiladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar najasining xususiyati. Chaqaloq hayotining 2 kuni mekoniy – birinchi axlat, qoramtir rangda, zich konsistentli bo'lib ajraladi. 3-4 kunlari najas suyuqlashadi, shilliqli va ko'kimtir bo'ladi – bu o'tib ketuvchi ko'rinishdir. Hayotining 1 haftasi oxirida najas meyorlashadi: sarg'imtir rangli va bo'tqasimon konsistensiyali bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar siydigining xususiyatlari.

Chaqaloq hayotining birinchi kunlari kam siydik ajratadi, 3-4 kunlarga kelib siydik ajralishi ko'payadi va yaqqol tiniq bo'lib, taglikda och qizg'ish rangli dog' qoldiradi. Bu esa, bola siydigi bilan siydikkislota tuzlari ham ajralayotganini bildiradi. Hayotining 1 haftasi oxirida siydik doimiy rangga o'tadi.

Fiziologik eritema. Qon oqimining tezligi va qon tomirlar kengayishi natijasida go'dak tanasining qizarishi bo'ladi. Tug'ilgandan keyingi birinchi soatlarda go'dakning terisi qizil tusgakiradi, hayotining ikkinchi kunida esa, bu yanada kuchayadi. Fiziologikeritema paydo bo'lishi bilan bolani havo vannasini qabul qilishi uchun bir muddat yechintirib qo'yish, yoki bir oz kutish kerak. Fiziologik eritema bola hayotining birinchi haftasi oxirida o'tib ketadi.

Toksik eritema. Terida qizilsimon uchuq yoki pufakchalar – go'dakhayotining 2-5 kunlarida fiziologik eritema fonida tananing qizibketishidan yoki teri ishqalanishidan paydo bo'ladi (masalan, sochiq bilan artilganda). Toksik eritemada ham havo vannasi tavsiya etiladi. Toshma toshishi yana bir necha kun davom etib, sekin-asta yo'qolib ketadi. Toksik eritema piodermiyaga olib kelishi mumkin – bu teri kasalligi bo'lib, terida yiringli toshmalar paydo bo'lishi bilan kechadi.

Ichak xuruji. Go'dak hayotining birinchi uch oyligida 70% bolalarda funksional ichak xuruji kuzatiladi. Boshqa holatlarga nisbatan bu patologiya emas, balki oshqozon-ichak yo'lining yangi sharoitgamoslashuvidir (axir 9 oygacha go'dak oshqozon-ichak trakti «ishlamagan», birinchi 2-3 haftada esa ona gormonlari ta'sirida bo'lgan) Xuruj – qorinda xurujsimon og'riq, bolaning bezovtaligi bilannamoyon bo'ladi. Paydo bo'lish sabablari: asab-mushak apparatining va ichak fermentativ tizimining funksional yetilmaganligi, ichakkahavo yig'ilishiga moyilligi natijasida ichakda bosim oshib va mushak spazmini chaqiradi. Xuruj paydo bo'lishining asosiy «UCHLIK» qoidasi:

- bola hayotining uchinchi haftasidan xuruj boshlanadi;
- har kuni taxminan uchsoat davom etadi;
- asosan birinchi uchoylikkacha bo'lgan bolalarda uchraydi.

Klinik ko'rinishi.

Tashqi ko'rinishidan sog'lom bo'lgan bola sababsiz yig'laydi vainjiqlanadi. Xurujlar kunning ikkinchi yarmida boshlanadi: emizish vaqti yoki undan keyin, go'dak oyoqlarini qoriga yig'ib, bezovtalanadi, keyinroq qizarib va qichqirishni boshlaydi. Fizikal tekshiruvlarda me'yordan tashqari o'garishlar aniqlanmaydi. *Qiyosiy tashhis:* ichak xuruji, gastroenterit, mezadenit. Judaxavfli kasalliklar: ichak invaginatsiyasi, o'tkir appenditsit, ichak tutilishi. Xurujni qabziyat ham chaqirishi mumkin.

UAV taktikasi.

Go'dak bolalardagi funksional ichak xurujini davolash va og'riqsindromini kamaytirishda quyidagilar tavsiya qilinadi:

- 1) Ota-onalarga yordam ko'rsatishni tushuntirish;
- 2) O'tkir og'riqda o'sha zahoti qorinni iliq tutish va bola holatini o'zgartirish (vertikal holat) og'riqni kamaytiradi. Emizish vaqtida shovqin va keskin harakatlardan saqlanish. Bola qornioch bo'lmasligi lozim. Bola emgandan keyin qusib yubormasligi uchun, bolani 10-15 minut vertikal ushlab turish. Xuruj vaqtida bolani o'yinchoqlar bilan chalg'itish, qo'lda ko'tarish. Meteorizm da bola qornisoat yo'nalishi bo'yicha yengil uqalash. Dori vositalari bilan davolashtalab etilmaydi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar sariqligi

Umumiy va statistik ma’lumotlar

Sariqlik 50% yetuk tug‘ilgan bolalarda va 80% dan ko‘proqchala tug‘ilgan bolalarda kuzatiladi. Ko‘p hollarda bu fiziologik sariqlik bo‘lib, davo talab qilmaydi. Patologik xarakterli sariqlikka gumon qilinganda, qondagi bog‘langan va bog‘lanmagan bilirubinni tekshirish talab qilinadi.

Fiziologik sariqlik

Yetuk tug‘ilgan chaqaloqlar qonida eritrotsitlar yemirilishi, fetal gemoglobin (Nbf) bo‘lishi natijasida, qon zardobida bog‘langan bilirubin miqdori oshib ketadi. Bola hayotining 3-kunlarida sariqlik paydo bo‘lishi yoki kechroq va 10-kunlarigaborib yo‘qolishi xarakterli. Fiziologik sariqlik ko‘p uchraydi, lekin sariqlikka olib keladigan boshqa sabablar istisno etilgandan keyingina tashhis qo‘yish mumkin. Fiziologik sariqlikdaba’zan yorug‘lik bilan davolash o‘tkaziladi.

Patologik sariqlik

Metabolizm va bilirubin ekskretsiyasi buzilishida kuzatiladi. Erta klinik belgilar birinchi 24 soat ichida paydo bo‘ladiva yetuk bolalarda 10 kun, chala tug‘ilgan bolalarda 2 haftadan ko‘pvaqt davomida saqlanadi. Asosiy sabablari: chaqaloqlar gemolitik kasali, eritrotsitoz, nasliy ferment yetishmovchiligi, ona sutidan sarg‘ayish, dorilarning nojo‘ya ta’siri, sepsis, gipotireoz, o‘t yo‘li atreziyasi. Sanab o‘tilgan sabablarda pediatr maslahati muhimdir.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar gepatiti

Ko‘p uchraydigan sabablardan biri bog‘lanmagan giperbilirubinemiya bo‘lib, uzoq sariqlik bilan kechadi. Mutaxassis maslahatida davosi talab etiladi.

O‘t yo‘llari atreziyasi

Bola tug‘ilgandan so‘ng kuchayib boruvchi sariqlik xarakterli. O‘z vaqtida jarrohlik amaliyoti o‘tkazilmasa, biliar sirrozi va asoratlar rivojlanadi (bolalarning ko‘pi hayotining birinchi ikkiyilida o‘ladi). Samarali portoenterostomiyadan keyin bilirubinal mashinuvi me’yorlashadi, tirik qolish 50-70% ni tashkil etadi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar sariqligi.

Sariqlik aniqlansa, ko‘rikni tabiiy yorug‘lik bor xonada o‘tkazish kerak. Har bir soha terisini, teri osti yog‘ qavatigachayengil bosib ko‘riladi. Agarda terida sariqlik paydo bo‘lsa, undago‘dakda sariqlik bor bo‘ladi. Sariqlikning og‘irlik darajasini baholash uchun, sariqlik tarqalgan joyni Kramer shkalasi bo‘yicha aniqlash kerak. (17.1-rasm).

• Go‘dak, 24 soatdan kichik, unda sariqlik bo‘lsa, *og‘ir sariqlik* deb tasniflanadi. Har qanday go‘dak kafti va tovonida sarg‘imtirlik bo‘lsa, ularga ham «*og‘ir sariqlik*» deb tashhis qo‘yiladi.

Davolash. Gipoglikemiyani davolash kerak. Bola ZUDLIK bilan shifoxonaga yuboriladi. Onaga bolani qanday qilib yo‘lda iliqholatda tutib ketish tushuntiriladi.

• Go‘dak, 36 soatdan katta, sariqlik bo‘lsa, sariqlik kaft va tovonga tarqalmagan bo‘lsa, «*sariqlik*» deb tashhis qo‘yiladi.

Davolash. Onaga go‘dakni parvarishlashni tushuntiring. Kaft va tovonda sariqlik paydo bo‘lsa, zudlik bilan vrachga murojaat etish kerakligini ayting.

• Agar go‘dak 3 haftadan katta bo‘lsa, baholash uchun shifoxonaga yuboring. Keyingi tashrif – 1 kundan so‘ng.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning patologik holatlari.

Tug‘ruq jarohatlari.

Bola tug‘ilish vaqtida yetkazilgan mexanik jarohat. Xavfli omillar: makrosomiya, vaqtidan ilgari tug‘ilish, homilaning tos o‘lchamiga to‘g‘ri kelmasligi, patologik tug‘ruqlar, cho‘zilgan tug‘ruqlar, dumbasi bilan kelishi.

Kefalogematoma – suyak pardaga qon quyulishi, ikki suyak chegaralari bilan chegaralangan, bir tomonlama, ko‘p hollarda bosh suyagining tepa sohasida kuzatiladi. Tug‘ruqdan keyin bir necha soat o‘tibbo‘rtish paydo bo‘ladi. Davo talab qilmaydi (jarrohlik aralashuvi asoratlarga olib kelishi mumkin, masalan, infeksiya).

Oqibatlari:

Kamqonlik va giperbilirubinemiya.

Bosh suyagi ichiga qon quyulish – kam uchraydi. Sababi – tug‘ruqni noto‘g‘ri olib borish, bir necha marta bolani vakuum orqali olishga harakat qilish. Tirishishlar, respirator distres, shok kuzatiladi. Shoshilinch ravishda nevropatolog ko‘rigi talabetiladi.

Subaponevrotik qon quyulish – qonning ko‘p qismi epikranial ponevrozda yig‘iladi, yelka bilan yotganda – bu sezilmaydi, boshning ensa qismida yumshoq hosila paydo bo‘ladi. Davolash konservativ. Kuchli qon ketganda – qon quyiladi.

O‘mrov suyagining sinishi – eng ko‘p uchraydigan tug‘ruq jarohati. Ko‘pincha – yashil novda turida sinish – tez asoratsiz tuzaladi. Sababi – yelka distotsiyasi va dumbasi bilan kelishi. Ko‘pincha yondosh patologiya kuzatiladi: yelka tutamining shikastlanishi va /yoki pnevmotoraks.

Uzun suyaklar sinishi – qiyin tug‘ruqlarda kuzatiladi. Tez va deformatsiyasiz tuzaladi.

Bosh miya nervlarining shikastlanishi – ko‘pincha yuz nervishikastlanadi, yuz assimetriyasi, ayniqsa yelkada. Davolash – spontan, 2-3 oy davomida.

Yelka tutamining shikastlanishi. Sababi: dumbasi bilankelganda yelka distotsiyasi, boshi bilan kelganda bo‘ynidan qattiq tortish. Ko‘pincha boshqa jarohatlar bilan birga keladi.

Yelka tutamining qisman shikastlanishi: falaj

Erba falaji – yelka tutami yuqori qismi shikastlanishi (S5-6) – yelka va tirsak mushaklarini qamrab oladi;

Klyumpke falaji – yelka tutami pastki qismi shikastlanishi (S7-8 i T1) – kaft va bilak. Shikastlanish tarqalishi va turi kasallik kechishiga qarab aniqlanadi. Agarda patologik belgilar 3 oydan ko‘p saqlanib tursa – bolalar nevropatologiga yuboriladi. Yelka tutamining to‘liq shikastlanishi – qo‘l butunlay qimirlamaydi, sezuvchanlik yo‘qoladi. Kechishi: juda sekin tiklanishi mumkin.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar gemolitik kasalligi.

Onada yo‘q bo‘lgan omil, otadan homilaga o‘tib, ona immunizatsiyalanishini chaqirish natijasida paydo bo‘lgan immun konflikt.

Asosiy holatlar. 85% hollarda rezus-manfiy onaning homilasi rezus-musbat bo‘lishi va kam hollarda qon guruhi to‘g‘ri kelmasligida kuzatiladi.

Etiologiyasi. Ona va bola qonining rezus-omillari va qonguruhleri to‘g‘ri kelmasligi.

Diagnostikasi. Sariqlikning erta klinik belgilari bolahayotining birinchi 36 soatida paydo bo'ladi.

Shish turi – juda og'ir holat, bolalar ko'pincha o'lik tug'iladi yoki hayotining birinchi soatlaridayoq o'ladi. Mumsimon oqarish, teri qoplamlari yengil sariq yoki sianotik, teri osti yog' qavati shishi, bo'shliqlarda erkin suyuqlik, gemorragik sindrom, gepatosplenomegaliya kuzatiladi.

Sariqlik turi – sariqlik bola tug'ilgan zahoti yoki hayotining birinchi kuni paydo bo'ladi, qog'onoq suvi va birlamchi surtmasi sariq rangda, gepatosplenomegaliya bo'ladi.

Kamqonlik turi – ancha yengil bo'lib, tug'ruqdan 7-10 kundan keyin terining oqarishi kuzatiladi, jigar va taloq biroz kattalashadi.

Laborator tashhishlash. Umumiy qon tahlilida periferik qonni tekshirish va retikulotsitlar miqdorini sanash, ona va bolaning qon guruhini aniqlash, Kumbs sinamasi (bog'langan va bog'lanmagan), bog'langan va bog'lanmagan bilirubin konsentratsiyasini aniqlash. Sariqlik bola hayotining birinchi 24 soat ichida Yangi tug'ilgan chaqaloqlar gemolitik kasalligi paydo bo'lganda, kindik qonidan bilirubin konsentratsiyasi oshishi yoki kon'yugirlangan bilirubin fraksiyasi 34 mkmol/l va udan ko'p bo'lishi – patologik sariqlikka taxmin qilishga asos bo'ladi.

Qiyosiy tashhis. Tug'ma gemolitik kamqonlik va dori vositalari chaqirgan gemolitikkamqonlik.

UAV taktikasi. Antitanachalar titrini (homiladorlik davrining bir necha haftasida) davriy aniqlash. 1:16 va yuqori bo'lsa keyingi tekshiruvlar o'tkazilishi lozim. Bu holda muddatidan oldin tug'dirib olishni ijobiy hal qilsa bo'ladi, agarda homila ichi transfuziyasi xavfidan, tug'dirib olish xavfi yuqori bo'lmasa, homiladorlikni 34 haftasidan keyin tug'ruq o'tkazish lozim. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gemolitik kasallik bo'lsa, zudlik bilan shifoxonaga yuborish.

Profilaktikasi. Hamma ayollarni birinchi qabuldayoq rezusomilga tekshirish. Rezus-manfiy ayollarga 200-300 mkg antirezusimmunoglobulini yuborish.

Tug'ruq asfiksiyasi

Chaqaloq tug'ilgandan keyin o'pkadagi gaz almashinuvining yo'qligi, ya'ni bo'g'ilish – tirik tug'ilishning boshqa belgilari bo'lishi bilan birga nafas olishga qurbi yetmasligidir.

Etiologiyasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni o'tkir asfiksiyaga olib keladigan 5 ta asosiy mexanizm:

- Kindik orqali qon bilan ta'minlanishining uzilishi (kindikning chin tugunlari, uning bosilishi, bola bo'yniga yoki tananing boshqa joylariga qattiq o'ralib qolishi);
- Yo'ldosh orqali gaz almashinuvining buzilishi (vaqtdan oldin to'liq yoki noto'liq yo'ldosh ko'chishi, yo'ldoshning oldin kelishi);
- Yo'ldoshning ona qismida noadekvat gemoperfuziyasi (kuchli faollikdagi to'lg'oq, onadagi har xil etiologiyali arterial gipo- va gipertenziya);
- Onada qon oksigenatsiyasining yomonlashuvi (kamqonlik, yurakqon tomir kasalliklari, nafas yetishmovchiligi);
- Chaqaloq nafas olish kuchining yetishmovchiligi (yatrogen – ona

olgan dorilar ta'siri, homila miyasining antenatal shikastlanishi, o'pkaning tug'ma nuqsonlari va boshqalar).

Klinikasi. Yengil neonatal asfiksiyada bola nafas olishi sekin, noregulyar yoki to'xtashi, YUQS – 100 zarb/daqiqa va undan ko'p, mushak tonusi sezilmaydi, ta'sirlarga kuchsiz reaksiya. Sianoz, monoton ingrash, fiziologik reflekslar so'ngan bo'ladi. Apgar shkalasi bo'yicha baholanganda 1 daqiqadan so'ng – 4-6 ball. Hayotining birinchi soatlarida o'ta qo'zg'aluvchanlik paydo bo'ladi, qo'lda mayda tremor xarakterli. Tug'ilganda o'rtacha gipoksiya o'tkazgan bolalar ahvoli, adekvat davolansa, tezda yaxshilanadi va 3-5 kundan keyin ahvoli qoniqarli bo'ladi.

Laboratoriya nazorati: umumiy qon tahlili, gematokrit soni, kislota-ishqoriy holat, qonda glyukoza, qonda elektrolitlar, qon va siydikning bioximik tahlili, koagulogramma.

Qiyosiy tashhis. Kardiorespirator depressiyaga olib keluvchi holatlar, bosh suyagi ichiga qon quyilishi, tug'ruq vaqtidagi bosh suyagi ichi va spinaljarohatlari.

Davolash.

Reanimatsiya:

- bolani issiq tutish: quritish, ultrabinafsha isitgich tagiga yotqazish;
- nafas yo'llarini bo'shatish: bola boshi neytral yoki bir oz orqaga tashlangan, nafas yo'llarini yopishqoq mekoniyadan tozalash;
- o'pka ventilyatsiyasi: chaqaloqda gaz almashuvini adekvat baholash. Mustaqil samarali nafas oldirish uchun, ko'pincha quritish, so'rib olish va taktil stimulyatsiya qilish yetarlidir.
- kislorodli terapiya YUQS va teri rangini me'yorlashtiradi;
- kislorodli terapiya samarasizligida, sun'iy ventilyatsiya niqob yoki «AMBU» qopchasi bilan o'tkaziladi;
- agarda bola notekis nafas olishda davom etsa, pulsi – 100 zarb./daqiqadan kam bo'lsa, endotraxeal intubatsiya va yurak uqalashi o'tkaziladi;
- agar nafas olish regulyar bo'lsa va YUQS stabillashsa 120 zarb./daqiqadan ko'p bo'lsa, bolani onaga berish mumkin.

Asfiksiyani o'tkazgan chaqaloqlar gipoglikemiya va gipotermiyaga chalinish xavfi yuqori. Asfiksiya o'tkazgan bolalarni to'g'ri parvarishlash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- bola yotgan xona issiqligini saqlash;
- erta va tez-tez emizish muhim;
- ona va bolaning erta va tez-tez muloqotda bo'lishi – «teriteriga» holatida;
- YUQS, nafas soni, buyrak funksiyasi, qondagi shakar va kalsiy miqdorini kuzatish;
- Bola o'sishi va rivojlanish holatini maqsadli aniq kuzatish.

Chala tug'ilganlik

Homilaning holati, tug'ilishning me'yoriy muddatidan ilgari tug'ilishi (37 haftagacha), tana vazni – 2500 gr dan, bo'yi – 45sm dan kam bo'lishidir.

Etiologiyasi. Onaning buyrak, yurak-qon tomir, ginekologik, endokrin, o'tkir infeksiyon kasalliklari, homiladorlik asoratlari – gestoza,

kontratsepsiyalar, jarohatlar, shuningdek ruhiy buzilishlar, intoksikatsiya – chekish, alkogol, narkotiklar, immunologik kelishmovchilik sabab bo‘ladi.

Tashhislash.

Anamnezi – homiladorlik kechishi, toksikozlar, ona kasalliklari, tug‘ruq muddati. Ko‘rik – antropometriya, yetilganlik belgilari va fizikal tekshiruv. Tana vazni yetishmovchiligi 4 ta darajaga bo‘linadi: 1 daraja – 2001-2500 g.; 2 daraja – 1501-2000 g; 3 daraja -1001-1500 g; 4 daraja – 1000 g dan kam.

Tananing noproportional tuzilishi – bosh kattaligi: miya qismining yuzga nisbatan kattaligi. Momiq tuklanishi yaqqol, teri osti yog‘ qatlami yaxshi rivojlanmagan. O‘g‘il bolalarda tuxum yorg‘oq xaltasiga tushmagan, qiz bolalarda katta uyatli lablar, kichik uyatli lablarni yopmaydi. Chaqaloq fiziologik refleksleri kuchsiz chaqiriladi. Nafas yuzaki, soni – 40-45 marta. Pulsi labil 120-160 zarb/daqiqqa, AQB – 55-65 mm sim. ust.

UAV taktikasi. Sog‘lom chala tug‘ilgan bolalarni tana vazni 2 kg yetganda uyga ruxsat beriladi, kasal tug‘ilgan bolalar tana vaznidan tashqari, ikkinchi etap parvarishlash uchun maxsus shifoxonaga o‘tkaziladi. Individual ko‘rsatma bilan, agar bola faol emsa va tana vazni 1800-2000 g bo‘lsa ko‘krakka tutish tavsiya etiladi. *Parvarishlash:* 1000 g dan ko‘proq vazn bilan chala tug‘ilgan sog‘lom bolalarni – 2 haftadan boshlab, 1000 g dan kamroq vaznli bolalar – 2 oydan boshlab cho‘miltiriladi. Tana vazni 1800 g bolalar 3-4 haftadan boshlab sayrga chiqishi mumkin.

Chala tug‘ilganlik *Chala tug‘ilganlik bola organizmida hamma a‘zolar va tizimlar yetilmaganligi bilan namoyon bo‘ladi, va chalalik darajasi qancha yuqori bo‘lsa, muammolar shuncha yaqqol bo‘ladi. Ovqatlanish:* yomon emishi va yutinishi, gipoglikemiyaga yuqori xavf bo‘ladi – ularni tez-tez zond orqali boqish lozim. Vitaminlar va temir vositalari – belgilangan tartibda beriladi. *Termoregulyatsiya* tana vaznining va teri osti yog‘ qavatining yetishmovchiligi tufayli yaxshi rivojlanmagan – bolani issiq tutish lozim (kiyim, ko‘rpa, quyosh nuri). *Nafas olish:* o‘pkaning rivojlanmaganligi natijasida tranzitor hansirash bo‘ladi – oksigenatsiya zarur. Surfaktant defitsiti tufayli respirator distress-sindromga olib kelishi mumkin, bunda o‘pkaning mexanik ventilyatsiyasi zarur. Kortikosteroidlar antenatal davrda respirator distress-sindromni paydo bo‘lish ehtimolini va og‘irlik darajasini kamaytiradi. Bronxopulmonal displaziya rivojlanishi mumkin (o‘pkaning surunkali kasalligi), bu o‘pkaning mexanik ventilyatsiyasini va oksigenatsiyasini uzoq oylar davomida o‘tkazishni talab qiladi. Bradikardiya va nafas to‘xtashi epizodlari kuzatiladi. Qayta shifoxonaga yuborishga ko‘rsatmalar bo‘lishi mumkin.

Sariqlik: jigarning yaxshi yetilmaganligi natijasida neonatal sariqlik, hatto fototerapiya o‘tkazishni talab etuvchi bilirubinli ensefalopatiya rivojlanishi xavfi yuqori bo‘ladi.

Infeksiyalar: immun tizimining yetarlicha rivojlanmaganligi infeksiyalanishga yuqori xavf tug‘diradi – simptomlari kam bo‘lganligi uchun, har qanday taxminda sepsisga tekshirish va antibiotikoterapiya o‘tkazish lozim.

Kamqonlik: qonda temir miqdorining pasayishi va qon tomir ichiga tez-tez aralashmalar yuborish kamqonlikka olib keladi. Chala tug‘ilganlikning 3-4

darajasidagi bolalar eritropoetin va boshqalarni qayta-qayta yuborishga muhtojdirlar. Temir vositalari belgilangan tartibda beriladi.

Nevrologiya: ko‘pincha og‘ir oqibatli intraventrrikulyar qon quyilishiga, miya funksiyasi yo‘qolishigacha ham olib keladi. Gipoksiya ham miya shikastlanishiga olib kelishi mumkin.

Ko‘rish: yuqori darajali chalalikda retinopatiya, to‘r pardaning me‘yor bo‘lmagan vaskulyarizatsiyasi rivojlanishiga olib keladi, bu o‘z navbatida ko‘rishning yomonlashishi va ko‘rlikkacha olib keladi; tekshiruv, kuzatuv va lazer terapiyasi muhim.

Eshitish: quloq muammolari rivojlanish xavfi yuqori bo‘lib – tekshirish va kuzatish muhim.

Ona bilan bog‘liqlik: ko‘p hollarda onaning bola bilan bog‘liqligi, tez-tez shifoxonaga tushishdan saqlaydi. Ota-ona tug‘ruqxonadan bolani olib kelganda, birinchi kunlari uni yo‘qotib qo‘yishdan ko‘rqishadi, shuning uchun ularga madad va yordam berishda UAVning roli muhimdir.

CHAQALOQLAR KASALLIKLARI.

Chala tug‘ilish.

Chala tug‘ilish deb homilaning ona qornida normal rivojlanish davri tugamasdan tug‘ilgan (gestatsiyaning 37 haftasi tugaguncha), og‘irligi 2500 grummdan va bo‘yi 45 sm dan kam holatiga aytiladi.

Etiologiyasi.

Ona tomonidan: buyrak, yurak-qon-tomir kasalliklari, endokrin buzilishlar, o‘tkir infeksiyon kasalliklar, ginekologik patologiya, homiladorlik asoratlari – gestoz, bachadon ichi kontratseptivlari, jarohatlar, shu jumladan ruhiy jarohatlar, intoksikatsiyalar – chekish, alkogol, narkotiklar, immunologik mos kelmaslik (rezus-konflikt, qon guruhlarining to‘g‘ri kelmasligi).

Diagnostikasi

Hayot anamnezi - homiladorlikning kechishi, toksikozlar, ona kasalliklari, tug‘ish muddati.

Ko‘rish – antropometriya, yetilish belgilari va fizikal ma‘lumotlar.

Tana og‘irligiga qarab gipotrofiyaning 4 darajasi farqlanadi:

I – daraja – 2001 – 2500 g

II – daraja – 1501 – 2000 g

III – daraja 1001 – 1500 g

IV – 1000 g dan kam

Tananing disproporsional tuzilishi – kallasi katta, miya suyagi yuz suyagidan katta, mayin tuk bilan qoplanish kuchli, teri osti kletchatkasi zaif, yaxshi rivojlanmagan.

O‘g‘il bolalarda moyaklar yorg‘oqqa tushmagan, qiz bolalarda esa katta jinsiy lablar kichik jinsiy lablarni yopmaydi.

Chaqaloqning fiziologik reflekslari zaif bo‘ladi.

Nafas olish yuzaki, minutiga 40-45 chastotada.

Puls – labil – minutiga 120-160, arterial bosim past – 55/65 mm.sim.ust.

UASH taktikasi.

Sogʻlom chala tugʻilgan bolalar tana ogʻirligi 2 kg ga yetgach tugʻruqxonadan chiqariladi, nosogʻlom bolalar esa tana ogʻirligiga qaramasdan parvarishlashning ikkinchi bosqichi – maxsus stasionarga oʻtkaziladi va boks – palatalarga yotqaziladi. Koʻkrakka tutish individual koʻrsatmalar boʻyicha, emish faol boʻlsa va tana ogʻirligi 1800-2000 g boʻlsa amalga oshiriladi.

Sogʻlom chala tugʻilgan bolalarni choʻmiltirish 2 haftalikdan boʻlganda boshlanadi. Tana ogʻirligi 1000 g dan kam boʻlgan holatda gigiyenik vannalar 2 oylikdan boshlanadi. 3-4 haftalikdan, tana ogʻirligi 1800 g ga yetgach sayrga olib chiqiladi.

Chaqaloqlardagi gemolitik kasallik.

Chaqaloqlardagi gemolitik kasallik – bu homilaga otasidan oʻtgan rezus-omil bilan onadagi rezus-omilning immunizatsiyalanishi natijasida vujudga keluvchi immun konflikt (toʻqnashuvlardir).

Asosiy holatlar:

85% holatlarda ona rezus-manfiy, bola rezus-musbat, kamdan-kam hollarda guruh tugʻri kelmasligi mumkin.

Etiologiyasi.

Ona va homila qonidagi rezus-omillarning toʻgʻri kelmasligi;

Ona va homila qon guruhlarining toʻgʻri kelmasligi.

Diagnostikasi.

Sariqlikning klinik belgilari erta, bola hayotining dastlabki 36 soatida namoyon boʻladi.

Shishgan shakli – eng ogʻir shakli boʻlib, bolalar koʻpincha oʻlik tugʻiladi yoki hayotining dastlabki soatlarida nobud boʻladi. Teri qoplamalarida rangparlik, yengil sariqlik yoki koʻkimsirlik kuzatiladi, teri osti kletchatkasi shishgan, boʻshliqlarda suv boʻladi, gemorragik sindrom, gepatosplenomegaliya kuzatiladi.

Sariq shakli - sariqlik bola tugʻilganidanoq yoki hayotining birinchi kunlaridanoq namoyon boʻladi, homila atrofi (qogʻanoq) suvlari va tugʻruqning birinchi surtmasi sariq rangda boʻladi, gepatosplenomegaliya.

Kamqonlik (anemiya) shakli – yengil shakl boʻlib, teri rangparligi bola tugʻilganidan keyingi 7-10 kunda vujudga keladi, jigar va taloq oʻrtacha kattalashadi.

Laborator diagnostika.

Qonning umumiy tahlili, periferik qon surtmasi tekshiriladi, retikulotsitlar sanaladi, ona va bola qon guruhi aniqlanadi, Kums sinamasi (bevosita va bilvosita) oʻtkaziladi, bevosita va bilvosita bilirubin konsentratsiyasi aniqlanadi. Kindik qonida bilirubin konsentratsiyasi oshganda, bola hayotining dastlabki 24 soatida sariqlik klinik namoyon boʻlganda yoki (34 mkmol) zardob konsentratsiyasida bilirubinning konʻyugirlangan fraksiyasining oshishida patologik sariqlik mavjudligiga shubha qilinadi.

Differensial tashxis.

Tugʻma gemolitik anemiya, turli dori-darmonlar keltirib chiqargan gemolitik anemiya bilan differensial tashxis oʻtkaziladi.

UASH taktikasi

Homiladorlik paytida bir necha hafta mobaynida antitelolar titri aniqlab boriladi, titr 1:16 va ko'p bo'lishi keyinchalik ham tekshirish lozimligini ko'rsatadi. Vaqtdan oldin tug'ish xavfi ona qorni transfuziyasiga bog'liq bo'lgan xavfdan ustun bo'lmasa (homiladorlikning 34 haftasida) tug'ishga ruxsat berish masalasi ko'rib chiqiladi.

Gemolitik kasallik bilan tug'ilgan chaqaloqlarni kasalxonaga yotqizish zarur.

Profilaktikasi.

Barcha ayollarda birinchi tashrifdayoq rezus-omilni tekshirish lozim. Rezus-manfiy ayollarga 200-300 mkg antirezus-immunoglobulin yuboriladi.

Chaqaloqlardagi sariqlik.

Umumiy ma'lumotlar va statistik Ko'rsatkichlar.

50% o'z vaqtida tug'ilgan va 80% chala tug'ilgan chaqaloqlarda sariqlik kuzatiladi. Aksariyat hollarda bu fiziologik sariqlik bo'lib, davolanishni talab etmaydi. Sariqlikning patologik turi shubha qilinganda zardobdagi bevosita va bilvosita bilirubin miqdorini aniqlash lozim.

Fiziologik sariqlik.

Vaqt-soati yetib tug'ilgan chaqaloqlarda – zardobdagi bilvosita bilirubin miqdorining ortishi tarkibida HbF fetal gemoglobini mavjud eritrotsitlarning parchalanish oqibatida vujudga keladi. Sariqlik bola hayotining 3-sutkasida yoki kechroq namoyon bo'lib, 10-sutkasida yo'qolishi xarakterlidir. Fiziologik sariqlik ko'p kuzatiladi, biroq bunday tashxis sariqlikning barcha sabablari ko'rib chiqilgandan keyingina qo'yiladi. Fiziologik sariqlikda ba'zan nur bilan davolash o'tkaziladi.

Patologik sariqlik.

Bilirubin hosil bo'lishi, metabolizmi va ekskretsiyasining buzilishi oqibatida kuzatiladi. Sariqlikning klinik belgilari ertachi, bola hayotining dastlabki 24 soatida namoyon bo'ladi va vaqt-soati yetib tug'ilgan chaqaloqlarda 10 sutka, chala tug'ilgan chaqaloqlarda 2 haftadan ortiqroq saqlanadi. Patologik sariqlikning asosiy belgilari: chaqaloqlardagi gemolitik kasallik, eritrotsitoz, irsiy ferment tanqisligi, ona sutidan sariqlik o'tishi, dori preparatlarining qo'shimcha ta'siri, sepsis, gipotireoz, o't yo'llari atreziyasi.

Qayd etilgan barcha holatlarda pediatr maslahati zarur.

Chaqaloqlardagi gepatit.

Bevosita giperbilirubinemiyaning eng ko'p uchraydigan sababi va turg'un, uzoq kechadigan sariqlik bilan birga kechadi. Mutaxassis maslahati va uning qo'lida davolanish talab etiladi.

O't-safro yo'llari atreziyasi.

Tug'ilishdanoq cho'ziluvchi sariqlik bilan xarakterlanadi. O'z vaqtida jarrohlik aralashuvi o'tkazilmasa biliar sirroz va tegishli asoratlar rivojlanadi (ko'pchiligi hayotining dastlabki ikki yilida nobud bo'ladi). Muvaffiqiyatli portoenterostomiyadan so'ng bilirubin almashinuvi normallashadi, tirik qolish 50-70% ni tashkil etadi.

Galaktozemiya.

Uglevodlar almashinuvining tug'ma og'ir buzilishi. Klinik ko'rinishlari zararlanish turiga bog'liq.

Galaktokinaza tanqisligi: nasldan-naslga o'tishning autosomretsessiv tipi. Kuzatilish chastotasi 1:40000. Bolada katarakta rivojlanishi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Davolash galaktoza tarkibli oziq-ovqatni iste'mol qilmaslikka asoslanadi.

Klassik galaktozemiya: nasldan-naslga o'tishning autosom-retsessiv tipi. Kuzatilish chastotasi 1:60000. bola tug'ilganda normal tug'iladi. Kasallikning birinchi belgilari bir necha kundan yoki haftadan keyin sariqlik, gepatomegaliya, qo'sish, anoreksiya, vazn yo'qotish, sepsis, MNTning izdan chiqishi, bo'y o'sishining buzilishi ko'rinishlarida namoyon bo'ladi. Tashxis ertachi qo'yilganda va ertachi davo qo'llanilganda normal intellekt saqlab qolinadi. Ko'pgina davlatlarda galaktozemiya bo'yicha majburiy skrining dasturlar mavjud, chunki bu kasallikka ertachi tashxis qo'yilsa, muvaffaqiyatli davolanadi.

Bolalar ekzemi.

(chaqaloqlardagi diffuz neyrodermatit)

Eng og'ir teri kasalliklaridan biri. Odatda allergik kasalliklarga irsiy moyillik mavjud bo'ladi, bolada esa immunitetning yaqqol buzilishlari kuzatilmaydi. Toshmalar qichishish va ishqalanishga javob reaksiya sifatida paydo bo'ladi deb taxmin qilinadi.

Diagnostikasi.

Qichishish; Toshma elementlari: teri qizaradi va shishadi mayda vezikulalar bilan qoplanadi, suvi chiqadi, pust tashlaydi, qipiqlanish, yoriqlar kuzatiladi.

Lokalizatsiya: yuz sohasi (lablar istisno), bilak va tizza osti chuqurchalari, oyoqning panjasi va lateral sohasi.

Terining quruqligi (teri qanchalik quruq bo'lsa, kasallik shunchalik og'ir kechadi).

Irsiy moyillik.

Surunkali retsidivlanuvchi kechishi.

UASH taktikasi.

Tavsiyalar: sovun va parfyumeriyani ishlatmaslik, iliq vannada yog'li qo'shimchalar yoki dush tagida yuvinish lozim, sovun o'rnida gel ishlatish mumkin, matodan qilingan yumshoq mochalkadan foydalanish, erkin, paxtadan qilingan matodan tiqilgan yengil kiyim kiydirish, changli binolarda o'ynamaslik (qumloqda o'ynamaslik), o'tkir respirator infeksiya va herpes bilan og'rikan bemorlar bilan muloqotda bo'lmaslik lozim.

11-jadval

Umumiy tamoyillar.

Ho'l toshmalar mavjudligida zo'rayish	Alyuminiy atsetatidan malham suriladi (Burov. suyuqligi 1:10 yoki 1:20 suyultiriladi)
Ho'l toshmalarsiz zo'rayish	Kremlar
Zo'rayishning qaytishi	Maz (surtmalar okklyuzion bog'lovlar bilan)

Zo'rayishlar orasida (lixenizatsiya)	Okklyuzion bog'lovlar tagidan surtmalar
--------------------------------------	---

Yengil kechish shaklida.

Qo'llaniladi: gellar (sovun o'rniga), yumshatuvchi vositalar: kremlar, glitserin va sorbolennin 1:10 nisbatdagi aralashmasi, vanna uchun yog', 1% gidrokortizon surtmasi.

O'rtacha og'irlikda kechish shaklida:

Yuqorida qayd etilganlardan tashqari kortikosteroidlar mahalliy qo'llash uchun (sutkasiga 2 marta), qichishida – kechasi HI-blokatorlar ichishga tavsiya etiladi.

Og'ir kechish shaklida: Yuqorida qayd etilganlarga qo'shimcha ravishda yuqori faollikka ega kortikosteroidlar, toshma ko'p toshgan joylarga okklyuzion bog'lamlar, zarurat tug'ilganda gospitalizatsiya. Juda og'ir hollarda kortikosteroidlarni ichish tavsiya etiladi

Bolalardagi isitma.

Umumiy ma'lumotlar.

Bolalarda isitmani ko'pincha virusli infeksiya keltirib chiqaradi. 41⁰S dan past harorat bola hayoti uchun to'g'ridan-to'g'ri xavf tug'dirmaydi. Odatda infeksiya bilan kurashishda yordam beradi. Isitma tushgandan keyin ham organizmda yaxshilanish bo'lmasa, xavotirga saab bo'ladi. Tana haroratini isitma tushiradigan vositalar yordamida pasaytirish diagnostik ahamiyatga ega emas. Chaqaloqlarda tana haroratining normadan pasayishi uning oshishi kabi xavotirga sabab bo'ladigan simptomdir. Isitmaning balandligi har doim ham kasallik og'irligiga mos kelavermaydi.

Etiologiyasi.

Bola hayotining dastlabki 3 oyida 95% holatda virusli infeksiya sabab bo'ladi. Chaqaloqlarda eng ko'p tarqalgan sepsisning bakterial qo'zg'atuvchilari – V, E.Coli va Listeriamonocutogenes (kamdan kam – S.aureus) guruhlari streptokokklari hisoblanadi. 3 oylikdan 36 oylikkacha bo'lgan davrdagi 39⁰S dan yuqori isitmaga infeksiyaning oshkor o'chog'i aniqlanmagan holatlarning 3-5% da bakteriyemiya sabab bo'ladi.

Diagnostikasi.

Bola hayotining dastlabki 3 oyida.

Anamnezdan bilish zarur: homiladorlik tug'ruq haqida, siydik yo'llari va jinsiy a'zolardagi infeksiyalar, onadagi isitma sabablari, tug'ilish paytidagi tana og'irligi va uning keyingi dinamikasi, infeksiya belgilari (uyqusirash, tajanglik, sust emish, rangparlik), isitmaning ma'lumotlarni o'rganish muhim.

Fizikal tekshiruv. Umumiy ko'rik. Serzardalik, uyqusirash, reaksiyaning pasayishi qayd etiladi. Asosiy fiziologik Ko'rsatkichlarga to'g'ri ichakdagi haroratni o'lchash kiradi. Aniqlangan taxikardiya isitma, gipovolemiya, shok oqibati bo'ladi. Taxipnoe pnevmoniya (zotiljam)da yuzaga keladi.

3 oylikdan 36 oylikkacha bo'lgan bola.

Anamnezdan ayrim a'zolar zararlanishi simptomlari va umumiy simptom (alamatlar)ni (tajanglik, uyqusirash, bolani ovqatlantirishdagi qiyinchiliklar, rangparlik, reaksiyaning pasayishi) qayd etish mumkin. ***Fizikal tekshiruv. Umumiy***

ko'rik. Bakteriyemiyada bola sog'lom ko'rinishi va odatdagi jismoniy faoliyatini saqlashi mumkin. Ba'zida isitma kasallikning yagona ko'rinishi bo'lishi mumkin. Yurak qisqarishlari chastotasi, AB, nafas chastotasi va tana harorati o'lchanadi. Meningial simptomlar, yo'tal, xirillashlar, hushtaksimon nafas, periferik qon aylanishidagi buzilish, suvsizlik belgilari, qorinda og'riq, suyak va bo'g'imlar shikastlanishi qayd etiladi.

Umumiy laborator va instrumental tekshiruvlar: Umumiy qon (ko'pincha neytropeniya, leykotsitoz har doim ham emas), siydik tahlili, ko'krak qafasi rentgenografiyasi. Siydik, qon orqa miya suyuqligi ekiladi, orqa miya suyuqligida bakterial antigenlar statsionar sharoitida o'tkaziladi.

UASH taktikasi.

3 oylikdan kichik bola isitmalaganda zudlik bilan mutaxassis-pediatr ko'rigi zarur. Isitmani o'zboshimchalik bilan har doim ham davolab bo'lmaydi. Bola anamnezida febril talvasalar bo'lganda haroratni zudlikda pasaytirish zarur. Harorat 38°S dan yuqori bo'lsa: asosiy kasallikni davolash, osoyishtalikni ta'minlash zarur; dehidratatsiyani oldini olish uchun ko'p suyuqlik ichirish va havoni namlash lozim. Issiqlik chiqarishni kuchaytirish uchun bola yechintiriladi va issiq suv bilan tanasi artiladi. Tanani artish uchun tarkibida spirt bo'lgan suyuqliklar yoki sovuq suv qo'llanilmaydi: ular bolaning haroratini tezda pasaytiradi, bu esa tomirlar spazmi va issiqlik chiqarishning kamayishiga olib keladi.

Harorat tushiruvchi vositalarni tavsiya etish: birinchi qator preparatlaridan – paratsetamol, 20 mg/kg ichiriladi bir marta, so'ngra har 6 soatda 15 mg/kg ichiriladi. Kichik yoshdagi bolalarga aspirin tavsiya etilmaydi, chunki aspirin Reye sindromini yuzaga keltirishi mumkin. NYAQP ikkinchi qator preparati – ibuprofen (suyuq shakli) har 6-8 soatda 10-15 mg/kg.

Ota-onalarga maslahatlar: bolani yengilroq kiyintirish, ammo yechintirib ham tashlamaslik lozim. Bolani o'rab tashlamang. Tez-tez va oz-ozdan suv ichirib turing.

BOLALARDA TALVASA.

Febril talvasalar.

Asosiy ma'lumotlar va statistik Ko'rsatkichlar.

6-oydan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning 3-5% da isitma fonida (harorat $38,5^{\circ}\text{S}$ dan yuqori bo'lganda) paydo bo'ladi.

Keyinchalik tutqanoqqa rivojlanish xavfi past bo'ladi (<1% da xavf omiliga ega bo'lmaydi va 10% da oilaviy anamnezida tutqanoqqa moyillik mavjudligida). Ko'pincha talvasalar harorat ko'tarilishi fazasida yoki uning cho'qqisida yuzaga keladi. Talvasa rivojlanish xavfi tana haroratining tezda ko'tarilishida va yaqqol namoyon bo'lgan isitmada oshadi.

Etiologiyasi.

Isitmaning ehtimoliy sabablari: infeksiya va MNT ning o'choqli zararlanishi.

Diagnostikasi.

Tana haroratining $38,5^{\circ}\text{S}$ dan yuqori ko'tarilishi. Talvasalar paydo bo'lguncha qadar isitmani ko'pincha aniqlashmaydi. Isitma davrining boshlanishida oyoq va qo'llarda topiko-klonik simmetrik talvasalar kuzatiladi. **Asoratlanmagan febril talvasalar**-qisqa muddatli (15 min dan kam) generallashgan talvasalar bo'lib, isitma

boshlanishidan dastlabki 24 soat ichida MNTda infeksiya va metabolik buzilishlar yoʻqligida yuzaga keladi.

Asoratlangan talvasa – yoki parsial 15 min kechadi, shuningdek normal tana haroratida ham talvasalar ham sodir boʻladi.

Laborator – instrumental tekshiruvlar: EEG talvasalar qayta sodir boʻlgandagina (asoratlangan, tana harorati uncha yuqori boʻlmaganda yoki uchoqli nevrologik simptomlar bilan birga kechganda) zarur hisoblanadi.

Lyumbal punksiya: koʻrsatmani mutaxassis aniqlaydi.

UASH taktikasi

Ota-onalarni oʻqitish. Tinchlantirish va talvasaning qayta yuzaga kelish ehtimoli kutilganda uni oldini olish boʻyicha maslahat berish (masalan: oldindan paratsetamol ichirish, nam gubka bilan bolaning tanasini artish).

Talvasaga qarshi terapiya har doim ham talab etilmaydi. Agar talab etilsa, benzodiazepinlardan foydalangan maqsadga muvofiqdir (lorazepam – boshlangich doza 0,05-0,1 mg/kg, maksimum – 4 mg, 1-4 min davomida, samara bermaganda ikkinchi doza - 0,25-0,4 mg/kg yuboriladi). Talvasa davomiyligini baholash uchun dori yuborilgan vaqtni qayd etib qoʻyish lozim. Shuningdek, talvasalar takrorlanganda valproy kislotasi va fenobarbital ham yaxshi samara beradi.

Febril talvasalarni oldini olish, odatda talvasa tez-tez takrorlanadigan va hayotga xavf soladigan holatlardan (toʻtqanoqli status) tashqari talvasaga qarshi profilaktik davoni talab etmaydi.

Mutaxassisga yoʻllanma.Koʻrsatmalar: dastlabki 18 oy yoki 3 yoshdan keyin yuzaga kelgan takroriy talvasa holatlari, haroratning ozgina koʻtarilish fonida yuzaga kelgan yoki oʻchoqli nevrologik simptomlar bilan birga kechadigan asoratlangan talvasalar.

Epilepsiya talvasalari.

Umumiy maʼlumotlar va statistik maʼlumotlar.

Epileptik talvasalar – bu alohida nozologik birlik emas, balki simptomlar kompleksidir. Epilepsiya (tutqanoq) deb MNT da oʻtkir metabolik buzilishlar va infeksiya boʻlmaganda ham takroriy talvasalar bilan xarakterlanadigan holatga aytiladi. Tutqanoqning bolalar oʻrtasida tarqalganligi 3-5% ni tashkil etadi. 60% tutqanoq bolalikda boshlanadi.

Etiologiyasi.

Tutqanoqlarning eng koʻp kuzatiladigan sababi – bosh miya jarohati, tugʻruq jarohati, meningit, ensefalit, metabolik buzilishlar, miyada qon aylanishning buzilishi, toksik moddalar taʼsiri. Epilepsiyada xuruj (talvasalar) odatda birga kechuvchi kasallik yoki vrach tavsiyasiga rioya qilmaslik oqibatida talvasaga qarshi dori preparatlari metabolizmining oʻzgarishi tufayli qoʻzgʻaladi.

Diagnostikasi.

Generallashgan talvasali tutqanoqlar (katta epileptik tutqanoqlar) – odatda aurasiz va uchoqli buzilishlarsiz boshlanadi.

Tonik faza deyarli 1 daqiqa davom etadi: bu davrda koʻpincha koʻz orqaga tortib ketadi. Nafas muskulaturasining tonik qisqarishi oʻpka ventilyatsiyasining buzilishi va sianozga olib keladi. Tonik fazadan soʻng 1-5 minut davom etuvchi,

oyoq-qo'llarning klonik talvasasi boshlanadi, o'pka ventilyatsiyasi yaxshilanadi. So'lak oqishi, taxikardiya, metabolik va respirator atsidoz kuzatilishi mumkin.

Parsial motor xurujlar. Tipik holatda qo'llar yoki yuzdan boshlanadi; bosh, ko'z soqqasi epilepsiya o'chog'iga qarma-qarshi tomonga og'adi. Katta epileptik xurujlarga o'xshab ketadi. Toddning postikal paralich belgisi – boshning epilepsiya o'chog'i tomonga burilishi yoki orqaga ketish, yoki ko'z soqqalarining xuddi shu tarafga og'ishi parsial xuruj belgisi bo'lishi mumkin.

Murakkab parsial xurujlar barcha holatlarning 50% da auradan emotsional reaksiyalar, qorinda og'riq, bosh og'rigan, tomoqda noxush sezgi boshlanadi. Bu xurujlar katta epileptik talvasalar, absanslarga o'xshab ketishi mumkin.

Boshqa holatlarda simptomatikasi juda murakkab: avtomatizmlar (yugurish, lab yalash, kulish, noodatiy mimika yoki bosh harakati). Tipik absanslar bolalikda odatda 3 yoshdan boshlanadi. Xuruj davrida nigoh qotib qoladi, ba'zan qovoqning pirqirashi yoki bosh irg'ash harakatlari qayd etiladi. Xuruj (talvasa) 30 sekunddan ortiq davom etmaydi, biroq sutkasiga bir necha marta bo'ladi. Giperventilyatsiya yoki lipillovchi nur ham qo'zg'atuvchi bo'lishi mumkin.

Tipik absans bilan og'riydigan bemorlarning 10-20% da ba'zan jiddiy epileptik talvasalar paydo bo'ladi. O'smirlik davriga kelib aksariyat hollarda (75%) talvasalar to'xtaydi. Infantil spazmlar (UEST sindromi) generallasgan mioklonik talvasalarda namoyon bo'ladi. Ular bola hayotining birinchi yilida boshlanadi. Talvasalar bo'lgandan keyin bolaning psixomotor rivojlanishida tutilish rivojlanadi.

Differensial diagnostikasi. Hushdan ketish, bolalardagi affektiv-respirator talvasalar, koma, migren bilan bog'liq bo'lgan narkolepsiya, yaxshi sifatli pozitsion bosh aylanishi, isteriyadan farqlash lozim.

UASH taktikasi

Tekshirishdan o'tish va tegishli davoni tayinlash uchun mutaxassisga yo'llanma berish lozim.

Mutaxassisga yo'llanma berishga ko'rsatma: ilk paydo bo'lgan talvasalar, uzoq (15 sekunddan ko'p) davom etuvchi talvasalar, tez-tez takrorlanadigan qisqa muddatli talvasalar, go'daklik talvasalariga shubha qilinganda, noaniq sabab bilan bola rivojlanishining tutilishi.

Ota-onalarni o'qitish: «Epilepsiya» tashxisi ota-onalarda xavotir va qo'rquv hissini chaqiradi. Ular aniq ma'lumotlarga muhtoj bo'ladi: talvasa xurujida nima qilish kerak, qanday xavf omillaridan saqlanish lozim (suzish, velosipedda bir o'zi uchish, ortiqcha g'amxo'rlik), davolanishga rozilik berish (ayniqsa o'smirlarga), xurujlar bo'lmagan davrda dorilardan voz kechish lozim.

Talvasaga qarshi terapiya: dori mutaxassis tomonidan tayinlanadi va talvasa sababi, tipiga bog'liq bo'ladi.

Xirurgik davo: epileptik o'choq yoki qadoqli tanani operativ kesib tashlash imkoni ham mavjud.

Bolalar xayotining 1 yilida ko'p uchraydigan patologik xolatlar (raxit, anemiya, chanoq bo'g'imi displaziyasi va chiqishi). Dispanser nazorat.

Raxit – moddalar almashinuvining polietiologik kasalligi bo'lib, o'suvchi organizmning fosfor va kalsiyga bo'lgan talabining yuqoriligi, ularning transporti va

metabolizmga qo'shilishini ta'minlovchi tizimning mos kelmasligi bilan xarakterlanadi. Raxit osteoidlarni yetarli darajada mineralizatsiya bo'lmasligi bilan yuzaga keladigan suyaklardagi buzilishlar bilan xarakterlanadi. Bir yoshdan katta bolalarda va kattalarda bunday holat osteomalyatsiya va osteoporoz deyiladi.

Raxit - bir yoshgacha bolalarda eng ko'p uchraydigan kasallik. Lekin uning aniq tarqalishi o'rganilmagan, ko'pgina bolalarda bu kasallikning u yoki bu qoldiqlari (chaynash va tishlar o'sishi nuqsoni, ko'krak qafasi, oyoq-qo'llar, kalla deformatsiyasi va boshqalar). Raxit bilan og'rikan bolalar keyinchalik tez-tez kasallanuvchilar guruhiga kiritiladi.

Raxit sabablari. Patogenezi.

Raxit birinchi bo'lib XVII asrda Angliyada o'rganilgan. O'sha vaqtlarda uning sabablari aniq emas edi, lekin kasallikning paydo bo'lishida insolyatsiyaning yetishmasligi ahamiyatga egaligiga e'tibor berilgan. XX asrning 30-yillarida vitamin D topilgan. Shu vaqtda ultrabinafsha nurlanish sintezi terida yuzaga kelishi xam aniqlangan. Ko'p yillar mobaynida raxitning asosiy sababi vitamin D tanqisligi deb hisoblangan. Lekin oxirgi yillarda qonda vitamin D metabolitlari konsentratsiyasini aniqlash imkoniyati paydo bo'lgandan so'ng D gipovitaminozi raxit rivojlanishi sabablaridan faqat biri ekanligi aniqlandi. Hozirgi vaqtda raxitning yetakchi sababi fosfatlar va kalsiy tuzlarining yetishmasligi, lekin bunda gipokalsiyemiya qaraganda gipofosfatemiya ko'proq uchrashi va katta ahamiyatga ega ekanligi qayd etilgan.

Erta yoshdagi bolalarda fosfat va kalsiy tuzlarining tanqisligi sabablari quyidagilar:

- Chala tug'ilish (homilaga kalsiy va fosfor tushishi homiladorlikning oxirgi oylarida ko'payadi)
- Noto'g'ri ovqatlantirish natijasida kalsiy va fosforni yetarli darajada organizmga tushmasligi
- Intensiv o'sish davrida minerallarga bo'lgan talabning yuqoriligi (raxit - o'sayotgan organizm kasalligi)
- Oshqozon - ichak trakti, buyrak, suyaklar orqali fosfor va kalsiy transportining buzilishi, buning sababi organlar patologiyasi yoki ferment sistemasining yaxshi rivojlanmaganligidir.
- Nomuvofiq ekologik sharoit (organizmda xrom, stronsiy to'planishi, temir, magniy tanqisligi)
- Irsiy moyillik (misol uchun, o'g'il bolalar qiz bolalarga qaraganda, raxitni og'ir o'tkazadi, O (I) guruhdagi bolalar raxit bilan kam kasallanadi, A (II) guruhdagilar ko'proq kasallanadi)
- Endokrin buzilishlar (qalqonsimon bez va qalqonsimon bez oldi bezi funksiyasining buzilishi)
- Ekzo- va endogen vitamin D tanqislikligi.

Vitamin Dning organizmdagi almashinuvi juda murakkab jarayon. Vitamin Dning boshlang'ich shakllari - organizmga ovqat bilan tushuvchi ergokalsiferrol (vitamin D₂) va xolekalsiferol (vitamin D₃) (vitamin D₃ shuningdek, terida UBN ta'sirida ham hosil bo'ladi) - biologik jihatdan faolligi yetarli emas. Vitamin Dning

oraliq metabolit shakl 25-gidroxolekalsiferrolga o'tishi bilan kechuvchi birinchi gidroksidlanishi jigarda yuzaga keladi. 25-gidroxolekalsiferrol birlamchi shakllarga qaraganda 1,5 - 2 marta faoldir. Keyin 25-gidroxolekalsiferrolning buyrakka transporti vujudga keladi, u yana gidroksillanishga uchraydi va 1,25-digidroxolekalsiferrol hamda 24-25-digidroxolekalsiferrol deb nomlanuvchi aktiv gormonga o'xshash metabolitga aylanadi. Ushbu metabolitlar qalqonsimon bez gormonlari bilan fosfor-kalsiy almashinuvida ishtirok etadi.

Vitamin D ekzogen tanqislikligidan tashqari, ichak funksiyasining tug'ma va orttirilgan buzilishi (turli xil malabsorbsiyalar), jigar, buyrak, vitamin D metabolizmining nasliy defekti xam axamiyatga ega. XX-asrning 80-yillarida qonda vitamin D metabolitlarining aniqlanishi organizmning bu vitamin bilan haqiqiy ta'minlanishini aniqlab berdi. Shunisi ajablanarliki ko'p homilador, tuqqan ayollarda, erta yoshdagi bolalarda raxitning turli xil klinik va bioximik belgilari bo'lishiga qaramay, gipovitaminoz D aniqlanmagan. Bu esa o'z navbatida raxit va gipovitaminoz D bir tushuncha emasligiga asos bo'ladi. Gipovitaminoz. vitamin D ichgan yoki ichmagan bolalarda bir xilda uchraydi. Bundan tashqari, gipovitaminoz D xar doim ham fosfor-kalsiy almashinuvining buzilishi bilan kechmaydi. Klassik gipovitaminoz D qonda fosforni normal miqdori bilan kechadi, tipik raxit – bu gipofosfatemiya. Raxit bilan kasallangan bolalarning 15-20%da qonda vitamin D metabolitlari pasayishi aniqlangan. Raxit bu kasallik emas, balki, o'tuvchi, chegaradosh, tanqislik holat - diatezdir. Raxitning "fiziologik asosi" bo'lib, bola hayotining birinchi yilida suyak to'qimasining 75-80% intensiv remodellashuvi va suyak tuzilishining elektrostatik boshqarilishini buzuvchi majburiy gipokineziya hisoblanadi.

Shuni ta'kidlash lozimki, qonda fosfor va kalsiy miqdorini ba'zi gormonlar ham boshqaradi.

Raxitda paratgormon miqdori oshadi, u buyrak kanalchalarida fosfatlar reabsorbsiyasini kamaytiradi, bir vaqtning o'zida buyrakda vitamin Dning gidroksillanishini, ichakda kalsiy so'rilishini va suyakdan kalsiy rezorbsiyasini kuchaytiradi va shu yo'l bilan gipokalsiyemiyani bartaraf qiladi. Shuningdek qalqonsimon bez aktivligi o'zgarishi, chunki kalsitonin kalsiyning suyakka o'tishini va vitamin Dning kam aktiv shaklini yuqori aktiv shaklga o'tishini kuchaytiradi.

Raxitning tasnifi.

Raxitning ishchi tasnifi 1988 yilda Ye.M.Lukyanova va xammualiflar tomonidan taklif qilingan.

<i>Kasallik davri</i>	<i>Og'irlik darajasi</i>	<i>Kechishi</i>
Boshlang'ich	I daraja – yengil	O'tkir
Avj olish	II daraja – o'rta	
Rekonvalessensiya	III daraja - og'ir	O'tkir osti
Qoldiq belgilar		

Raxitning klinikasi.

Boshlanish davri. Kasallikning birinchi belgilari bola hayotining 2-3 oylarida paydo bo'ladi. Bolaning xatti-harakatlari o'zgaradi: bezovtalik, cho'chish, yuqori qo'zg'aluvchanlik, tashqi qo'zg'alishlarga qaltirash (qattiq shovqin, to'satdan yorug'lik tushishi). Bolaning uyqusi yuzaki va qo'rquvli bo'lib qoladi. Ter ajralishi kuchayadi, asosan boshning soch qismida va yuzda, turg'un qizil dermografizm aniqlanadi. Ter nordon hidli bo'ladi va terini qichishtiradi. Bola boshini yostiqa ishqalaydi, ensa sohasida soch to'qilishi paydo bo'ladi. Bu yosh uchun xos bo'lgan mushaklar fiziologik gipertonusi, mushak gipotoniyasi bilan almashinadi. Katta liqildoq chegaralari va kalla choklari mo'rtlashadi, suyak-tog'ay birikkan joyda qovurg'alar yo'g'onlashadi ("raxit tasmalari").

Kaft suyaklari rentgenogrammasida suyak to'qimalarining siyraklashishi kuzatiladi. Qon bioximik tekshiruvda kalsiy konsentratsiyasi normal yoki yuqori, fosfat konsentratsiyasi pasayganligi aniqlanadi; ishqoriy fosfataza aktivligi yuqori bo'lishi mumkin. Peshob tahlilida fosfaturiya, ammiak va aminokislotalar miqdori ortadi.

Kasallikning avj olgan davri.

Kasallikni avj olgan davri bola hayotining birinchi yarim yilligi oxiriga to'g'ri keladi va asab tizimi, tayanch-harakat apparatining yanada kuchliroq o'zgarishlari bilan xarakterlanadi. Raxitning o'tkir kechishida yaqqol namoyon bo'luvchi osteomalyatsiya jarayoni kalla yassi suyaklarining yumshoqlanishiga olib keladi (kraniotabes), keyinchalik, ko'p hollarda ensaning yassilanishi kuzatiladi. Ko'krak qafasining yumshashi va deformatsiyalanishi ko'rinadi: to'shning pastki qismi siqiladi ("etikdo'z ko'kragi") yoki bo'rtib chiqadi ("tovuq ko'kragi"). Uzun naysimon suyaklarning O-simon (kam hollarda X-simon) qiyshiqi kuzatiladi. Toraygan yassiraxitik tos shakllanadi. Qovurg'alarining yumshoqligi natijasida diafragmaning birikkan chizig'ida chuqurcha hosil bo'ladi (xarrison egatchasi). Raxitning o'tkir osti kechishida ustunlik qiluvchi osteoid to'qimalar giperplaziyasi, ensa va peshona do'mboqlari, kaft sohasida yo'g'onlashish, qovurg'a-tog'ay birikkan joyida va qo'l barmoqlari falangalararo bo'g'imlarida "bilakuzuklar", "raxit tasmalari", "munchoq iplari" bilan namoyon bo'ladi. Uzun naysimon suyaklar rentgenogrammasida metafizlarning jomsimon kengayishi, dastlabki ohaklanish sohasining o'pirlishi va yaxshi ko'rinmasligi kuzatiladi. Gipofosfatemiya, gipokalsiyemiya, ishqoriy fosfataza faolligi yuqori bo'ladi.

Rekonvalessensiya davri.

Bu davr uchun bola o'zini yaxshi his qilishi va holatining yaxshilanishi xos. Statistik funksiyalari normallashadi yoki yaxshilanadi. Rentgenogrammada o'sish zonasining bir tekis bo'lmagan qattiqlashuvi kuzatiladi. Qonda fosfor miqdori normallashadi yoki normadan birmuncha ortadi. Unchalik yuqori bo'lmagan gipokalsiyemiya saqlanadi, ba'zida ko'tariladi.

Qoldiq belgilar davri.

Bioximik ko'rsatgichlar normallashuvi va raxit faolligi yo'qolishi kasallikning faol davrdan nafaol davriga – qoldiq belgilar davriga o'tganligini bildiradi. O'tkazilgan raxit belgilari (skelet deformatsiyasi va mushak gipotoniyasi) uzoq vaqt saqlanadi

Raxitning kechishi va og'irlik darajasi.

Raxitning o'tkir kechishi uchun barcha simptomlarning tez rivojlanishi xarakterli, nevrologik buzilishlar yaqqol rivojlangan, aniq gipofosfatemiya, osteomalyatsiya jarayoni ustunlik qiladi.

Raxitning o'tkir ostikechishida nevrologik buzilishlar qisman rivojlangan yoki unchalik rivojlanmagan, qonning bioximik tarkibi kam o'zgargan, osteoid giperplaziya jarayoni ustunlik qiladi.

Qaytalanuvchi (to'lqinsimon) kechishida bolada faol raxitning klinik, laborator va rentgenologik belgilari aniqlanadi. Hozirgi vaqtda raxitning qaytalanuvchi kechishining bo'lishi gumon bo'lib hisoblanmoqda.

Raxit tashhisi.

Tashhis kasallikning klinik manzarasiga asoslanib qo'yiladi va qonning bioximik tahlili bilan tasdiqlanadi (fosfor, kalsiy konsentratsiyasi va ishqoriy fosfataza faolligi aniqlanadi). Bu ko'rsatgichlarning dinamikasi va nisbati kasallik davrini aniqlaydi.

Raxitda fosfor konsentratsiyasi 0,65 mmol/l gacha pasayishi mumkin (bolalarda normada bir yoshgacha 1,3-2,3 mmol/lga teng), kalsiy konsentratsiyasi 2-2,3 mmol/l (normada 2,5-2,7 mmol/lga teng). Ishqoriy fosfataza faolligi ko'tariladi.

Raxit uchun rentgenogrammada suyaklar o'zgarishi xarakterli: metafizar zonada epifiz va diafiz orasidagi yoriq ortadi; epifiz likopcha shaklida bo'ladi, suyaklanish yadrosi aniq ko'rinmaydi, ohaklanish sohasi aniq emas, osteoporoz aniqlanadi.

Rekonvalesensiya davrida ohaklanish zonasi notekis qattiqlashishi natijasida shakli o'zgaradi. O'sish zonasidagi buzilishlar fosfor va kalsiy tanqislikligiga xarakterli. Gipovitaminoz Dda umumiy osteoporoz kuzatiladi.

Qiyosiy tashhis raxitga o'xshash kasalliklar bilan o'tkaziladi. Amaliyotda raxit MNSning perinatal zararlanishi bilan qiyosiy taqqoslanadi. Bundan tashqari ba'zi dori vositalari ko'p miqdorda qo'llanilganda, misol, glyukokortikoidlar (vitamin D antagonisti, kalsiy transportiga ta'sir qiladi), geparin (suyaklarda fosfor-kalsiy to'planishiga to'sqinlik qiladi, furosemid, fosfatlar, magniy, antatsidlar - alyuminiy saqlovchi dorilar (gipokalsiyemiyani chaqiradi) va boshqalar ikkilamchi raxitni bartaraf qilish kerak.

Raxitning davosi.

Raxit davosi kompleksli, uzoq muddatli va raxitni chaqiruvchi sababini bartaraf qilishga qaratilgan bo'lishi kerak. Nospetsifik davo katta ahamiyatga ega, bolani yoshiga mos holda, ratsional ovqatlantirish, kun tartibiga rioya qilish, toza havoda uzoq sayr qilish, yetarli insolyatsiya, davo gimnastikasi va massaj, chiniqtirish, yo'ldosh kasalliklarni davolash.

Spetsifik davosi kalsiy, fosfor dorilari, vitamin D tavsiya qilishdan iborat.

Vitamin D ning davolovchi dozasi.

<i>Raxit og'irlik darajasi</i>	<i>Vitamin D sutkalik dozasi, ME</i>	<i>Kurs davomiyligi, sutkada</i>
I	1000-1500	30
II	2000-2500	30
III	3000-4000	45

Bugungi kunda suyaklar rentgenografiyasi tashhisot qilish maqsadida o'tkazilmaydi.

Davo kursi yakunlangandan keyin vitamin D profilaktik dozada (100-200 ME/sutkada, 400 ME dan oshmasligi kerak) tavsiya qilinadi. Profilaktik dozadini oshirish gipervitaminoz Dga olib keladi.

Oxirgi vaqtlarda vitamin Dni individual tavsiya etish ko'zda tutilmoqda (qonda uning metabolitlarini aniqlagandan so'ng). Ko'pgina pediatrlar bolalarga vitamin D emas, balki vitaminlar kompleksini (misol, Podivit Bebi, bolalar uchun Biovital gel va boshqalarni) tavsiya etadi, chunki raxit ko'p hollarda poligipovitaminoz bilan kechadi. Vitamin D dan tashqari bu kompleksga gipervitaminozga moyillikni kamaytiruvchi vitamin A kiradi. Agar raxit davosida vitamin D qo'llanilsa, uni kamroq dozada tavsiya etiladi. Odatda vitamin D₃ dorilari qo'llaniladi (xolekalsiferol) - Videxol, Vigantol. Ko'pgina mualliflar suvda eriydigan vitamin D₃ni tavsiya qiladi, chunki u oshqozon-ichak traktidan yaxshi so'riladi va yog'da eriydiganga qaraganda uzoq ta'sir etadi.

Raxit profilaktikasi.

Hozirgi vaqtda asosiy e'tibor raxitning *nospetsifik profilaktikasiga* qaratilgan bo'lib, u bola tug'ilganigacha va tug'ilgandan so'ng olib boriladi.

- Raxitning antenatal profilaktikasi homiladorlarni to'g'ri ovqatlantirish, toza havoda sayr qilish, jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish, homiladorlar uchun doimiy ravishda vitamin komplekslarini mikroelementlar bilan birga qo'llash (pregnavit). Homiladorlik davrida UBN qabul qilgan ayollarning bolasida MNSning perinatal zararlanishi ko'p uchraydi va og'ir kechadi. Vitamin D katta dozada yo'ldosh

to'sig'ini zararlaydi va homilaning homila ichi rivojlanishini orqada qolishiga sabab bo'ladi.

- Raxitning postnatal profilaktikasi tabiiy ovqatlantirish, kun tartibiga rioya qilish, bolani chiniqtirish, massaj, gimnastika, emizikli onalarga doimiy ravishda vitamin komplekslarini qabul qilish, ochiq havoda sayr qilish buyuriladi. Sayr vaqtida bolaning yuzini yupqa to'qima bilan yopish tavsiya etilmaydi, chunki bu teriga quyosh nurlari tushishiga to'sqinlik qiladi. Shuningdek, bolani quyosh tik tushishidan asrash zarur. Yozda bolaning vitamin Dga bo'lgan haftalik ehtiyojini qondirish uchun daraxtlar soyasida 10-30 minutli havo vannasi yetarli hisoblanadi.

Oqibati

Raxit oqibati uning og'irlik darajasiga, o'z vaqtida tashxis qo'yishga va adekvat terapiyaga bog'liq. Og'ir holatlarda raxit skeletning deformatsiyasiga olib keladi, asab-ruhiy rivojlanish va jismoniy rivojlanishning orqada qolishi, ko'rishni buzilishi, shuningdek, pnevmoniya va oshqozon-ichak kasalliklari kechishi uzayadi. Lekin, og'ir oqibatlar odatda ekstremal holatlarda yuzaga keladi (urush vaqtida, ochlikda va boshqalar). Odatdagi sharoitda raxitning bunday oqibati kuzatilsa, boshqa sabablarni qidirish zarur.

Chala tug'ilgan bolalarda raxit (kam vaznli bolalardagi suyak kasalligi).

Kasallik uzoq muddat davomida parenteral ovqatlanishda bo'lgan, kam vaznli bolalarda uchraydi; ko'krak suti yoki chala tug'ilgan bolalar talabiga moslashtirilmagan ko'krak suti aralashmalarini iste'mol qilganda kelib chiqadi. Chala tug'ilgan bolalarda raxitni aniqlash qiyin, raxitning aniq manifestatsiyasi kam uchraydi, 6-8 haftagacha klinikasi aniqlanmaydi.

Chala tug'ilgan bolalarda raxitni rivojlanishiga olib keladigan omillar.

Suyak substrati tanqislikligi: kalsiy, fosfor, oqsilni noadekvat iste'mol qilish;

Substratni yuqori miqdorda yo'qotish: atsidozda giperkalsiyuriya, siydik haydovchi dorilar bilan o'tkazilgan terapiyadan keyin giperkalsiuriya (asosan furosemiddan keyin)

Suyak mineralizatsiyasi uchun gormonlar aktivligining mosemasligi: vitamin D: ko'krak sutida kam miqdordaligi, nisbiy steatoreyada absorbsiyaning kamayishi, chala tug'ilgan bolalarda vitamin D sintezining pasayishi.

Paratgormon: chala tug'ilgan bolalarda nisbatan javob yo'qligi.

Taxminan 2-oylik davrida quyidagi o'zgarishlar aniqlanadi:

- 1) uzun suyaklar diafizlari oxirining kengayishi;
- 2) qovurg'a-tog'ay birikkan joyining kengayishi ("raxitik tasmalar");
- 3) bo'rtib chiqqan, yonboshlari yassilangan yumshoq bosh suyagi
- 4) kalla suyagining yomon rivojlanganligi hisobiga, katta liqildoqning o'lchami nisbatan katta;
- 5) qovurg'alar yoki uzun suyaklar yorig'i

Odatda rentgenologik o'zgarishlar xarakterli bo'ladi. Suyaklar rentgenogrammasida quyidagi o'zgarishlar aniqlanadi:

- 1) yaqqol rivojlangan hamma suyaklar osteoporozi;
- 2) yallig'lanish genezli metafiz oxirlari giperemiyasi;
- 3) metafiz oxirlarida konturlanishning yo'qligi;
- 4) kalsinoz boshlanish chizig'ining rivojlanishi bilan erta tiklanish belgilari;

Epifiz rivojlanishi orqada qoladi. Qonning bioximik tahlilida ishqoriy fosfataza ko'rsatgichi yuqori bo'ladi (800 ME_{dan}), plazmada fosfor miqdori kamaygan, kalsiy miqdori kam yoki normada. Rentgenologik belgilari darrov rivojlanmaydi va kasallikni og'ir kechishini ko'rsatadi, chala tug'ilgan bolalarda raxit borligiga ko'rsatma bu ishqoriy fosfatazaning doimiy yuqoriligidir, agar bunga boshqa asoslar bo'lmasa (misol, xolestaz).

Hozirgi vaqtda chala tug'ilganlarda raxitni kelib chiqish sababi, vitamin D tanqisligi, uning metabolizmining noadekvatligi emas, balki, suyak mineralizatsiyasi substratining tanqisligi deb tushuntirilgan. Oqsil, kalsiyni noadekvat iste'mol qilinishi chala tug'ilgan bolalarda raxit rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin, lekin fosfor yetishmasligi eng asosiy sabablardan biridir. Yaqqol fosfor tanqisligida, kalsiy utilizatsiyasi kamayadi, shuning uchun giperkalsiyemiya aniqlanadi. Homiladorlikning oxirgi uch oyligida homila har kuni 7,5 mmol/l (300mg) kalsiy va 5 mmol/l (150mg) fosfor oladi, kam vaznli bolalar kalsiy va fosfor yuqoridagi miqdorda parenteral va enteral ovqatlantirilganda hazm qila olmaydi. Buning natijasida suyak to'qimalarida depolashgan mineral moddalar tanqisligi rivojlanadi. Chala tug'ilgan bolalarni ovqatlantirish uchun tavsiya qilingan aralashmalarda fosfor ko'p miqdorda bo'ladi, bundan tashqari ular fosfor va kalsiyni absorbsiya jarayonini ko'krak sutiga nisbatan katta miqdorda ta'minlaydi.

Bunday aralashmalarni qo'llaganda raxit kam uchraydi. Maxsus tavsiya qilingan aralashmalarda kalsiy fosfor nisbati 2 ga teng, bunda kalsiy 100 ml aralashmada 50-80 mg, fosfor esa 20-45 mg bo'lishi kerak. Chala tug'ilganlarda raxitni davolashda suyak mineral moddalariga talabni oshirish uchun 100 ml sut aralashmasiga 10-15 mg neytral fosfor qo'shiladi yoki infuzatda fosfor miqdori ko'paytiriladi (parenteral ovqatlantirilganda). Qon zardobida fosfor miqdori ko'rsatgichi tushsa, ishqoriy fosfataza aktivligi ortsa (800ME_{dan} yuqori), fosforni qo'shimcha berishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Ko'krak suti bilan ovqatlantiriladigan bolalar hayotining birinchi kunidan boshlab, qo'shimcha fosfor olishlari kerak. Ko'krak sutini qo'shimcha kalsiy bilan 20-40 mg/100 ml sutkada to'yintirish ham tavsiya etiladi (standart aralashma).

Bundan tashqari chala tug'ilganlarga hayotining 10-14 kunlaridan vitamin D profilaktik dozasini berish ko'rsatilgan. Lekin vitamin D ni yuqori dozada tavsiya qilish (2000 ME/kuniga) sezilarli natijalarga olib kelmagan. Chuqur chala tug'ilgan bolalarga neonatologiya bo'limlarida yotganda vitamin D qo'shimcha 800 ME sutkada tavsiya etiladi (1600 ME_{dan} oshmasligi zarur), kasalxonadan chiqarilgandan so'ng (yoki 1,5-2 oyga yetganda) vitamin D dozasi kamaytiriladi, yetuk tug'ilgan bolalarnikidek - 400mg/sutkada bo'ladi.

TEMIR YETISHMOVCHILIK KAMQONLIGI.

Temir yetishmovchilik kamqonligi (TEK) – temir tanqislikligining ko‘rinishi bo‘lib, birlik qon hajmida va eritrotsitlarda gemoglobin konsentratsiyasining kamayishi, mikrotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz, rang ko‘rsatgichining pasayishi, qon zardobida temir va ferritin miqdorining kamayishi, transferrinning temir bilan past darajada to‘yinishi, temir bog‘lovchi xususiyati va eritrotsitar protoporfirinning oshishi bilan xarakterlanadi.

TEK bolalik davrida kamqonlikning eng ko‘p ko‘rinishidan biri hisoblanadi. Bola hayotining ikkinchi yilida va o‘smirlik davrida, erta yoshdagi bolalarda juda ko‘p kuzatiladi. Yashirin temir tanqisliklik davri temir yetishmovchilik kamqonligidan 1,5-2 marta ko‘p uchraydi.

Temir yetishmovchilik kamqonligi sabablari:

1. Tug‘ilganda temir miqdorining kamligi. Xavf guruhi: chala tug‘ilganlar; homiladorlik vaqtida kamqonlikka uchragan onalar, shuningdek “tashlandiq bolalar”; homilaichi rivojlanishidan orqada qolgan bolalar; perinatal davrda ko‘p qon yo‘qotgan bolalar.

2. Alimentar omillar - temir yetishmovchiligi kamqonligining yetakchi sababi. Xavf guruhi: moslashtirilmagan aralashmalar bilan sun‘iy ovqatlantiriladigan bolalar; qo‘shimcha ovqatni kech berish; har qaysi yoshda faqat o‘simlik, sabzavotlar bilan ovqatlantirish; ratsionda sutni ko‘p ishlatish (sutkada 0,5 l dan yuqori).

3. Temirni ko‘p miqdorda yo‘qotish yoki unga bo‘lgan yuqori talab. Xavf guruhi: o‘tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, asosan oshqozon-ichak trakti; oshqozon-ichak traktining surunkali noinfeksion, yallig‘lanish kasalliklari (malabsorbsiya sindromida temirni ko‘p yo‘qotish yoki yetarli darajada organizmga tushmasligi); yaqqol (melena, burundan qon ketish, gematuriya va boshqalar) va yashirin qon ketishi; yuvenil gormonal o‘zgarishlar; toksik omillar; essensial.

Temir tanqislikligida birinchi o‘zgarish to‘qimalarda sodir bo‘ladi- to‘qimada temir zahirasi kamayadi, zardobda ferritinning kamayishiga olib keladi, keyin transferrinning temir bilan to‘yinishi pasayadi, zardobning umumiy temir bog‘lovchi xususiyati ortadi va erkin eritrotsitar protoporfirinlar miqdori - gem manbalari ko‘tariladi. Yuqorida ko‘rsatilgan o‘zgarishlar bola qon zardobida temir miqdori va gemoglobin konsentratsiyasi, eritrotsitlar hajmining pasayishigacha, ya‘ni kamqonlik rivojlanishidan olin kuzatiladi.

Gemoglobinning pasayish darajasiga qarab, anemiyaning yengil (gemoglobin 90-110g/l), o‘rta-og‘ir (60-80 g/l) va og‘ir (gemoglobin 60 g/l dan kam) turlari ajratiladi.

Klinik ko‘rinishida quyidagi sindromlar kuzatiladi:

Astenonevrotik sindrom: tez charchash, qo‘zg‘aluvchanlik, asabiylashish, emotsional noturg‘unlik, ko‘p terlash, jismoniy va psixomotor rivojlanishdan orqada qolish; lanjlik, asteniya, apatiya, ishtaha pastligi, diqqat e‘tiborni pasayishi, hushdan

ketish, katta yoshdagi bolalarda bosh og‘rishi, bosh aylanishi, quloqlarda shovqin, ko‘z oldida bijirlash, yurak sohasida og‘riq, shuningdek, ishtaha va hid bilishning o‘zgarishi, dizurik buzilishlar.

“Epitelial” sindrom. Terining oqimtirligi (asosan kaftda, tirnoqlarda, shilliq qavatlarda va quloq supralarida; terining quruqligi va kepaklanishi; teri, tirnoq, soch, og‘iz shilliq qavati, tilning distrofik o‘zgarishi (og‘iz burchagida bichilish, angulyar stomatit, til so‘rg‘ichlarining yassiligi, laklangan til, tilning qizarishi, atrofik glossit), qattiq ovqatlarni yutishning buzilishi; gastrit; duodenit, malabsorbsiya va maldigestiya bilan kechuvchi enteropatiya, noturg‘un najas; ko‘ngil aynashi; ba’zida terining alebastr-yashil rangda bo‘lishi (xloroz) kuzatiladi.

Yurak qon-tomir sindromi: taxikardiya, arterial gipotoniya moyillik, yurak tonlarining susayishi va yurak nisbiy chegarasining kengayishi, yurak cho‘qqisida funksional sistolik shovqin, ba’zida yirik tomirlar ustida shovqin eshitalishi.

Mushak sindromi: gipotoniya, tez charchash, peshobni ushlab turaolmaslik, qabziyat.

Ikkilamchi immunitet tanqisligi sindromi: temir yetishmasligini yanadi og‘irlashishiga olib keluvchi tez-tez O‘RVI, pnevmoniya, ichak infeksiyalari bilan kasallanish.

Temir yetishmasligi kamqonligining tashhisoti gematologik ko‘rsatkichlarning siljishini aniqlashga asoslangan - gemoglobinning pasayishi (5 yoshgacha 110g/l dan kam va katta yoshdagilarda 120 g/l dan kam), rang ko‘rsatkichi 0,8 dan past, bitta eritrotsitda gemoglobinning o‘rtacha miqdori 927 pg/eritrotsitdan past, eritrotsitlar o‘rtacha hajmining pasayishi, temir almashinuvi ko‘rsatkichi - qon zardobida ferritinning pasayishi (30 ng/ml dan past), transferrinning temir bilan to‘yinganligi (25% dan past), temir (11,6 mkmol/l dan past; qon zardobida umumiy temir bog‘lovchi funksiyasining yuqoriligi (50 mkmol/l dan yuqori. Laborator belgilariga shuningdek, mikrotsitoz, anizo va poykilotsitoz kiradi. Rang ko‘rsatkichining pasayishi temir yetishmovchiligining erta bosqichlarida rivojlanmaydi, shuning uchun normoxrom rang Ko‘rsatkichi temir yetishmovchilik kamqonligini inkor qilmaydi. Eritrotsitlar sonining pasayishi faqatgina og‘ir kamqonliklarga xarakterlidir. Suyak ko‘migida eritropoezning yosharish belgilari xarakterlidir, bu qonda retikulotsitoz bilan tasdiqlanadi.

Differensial tashhis juda kam uchraydigan mikrotsitar gipoxrom kamqonliklar bilan o‘tkaziladi: talassemiya, kumush simob bilan zaxarlanish; sideroblast kamqonlik.

Davosi. Kamqonlikning og‘ir shakllarida statsionar davo ko‘rsatiladi.

Bolalarning kun tartibi faol bo‘lishi kerak, ko‘proq toza havoda bo‘lishi zarur. Parhez bilan temir tanqislikligini bartaraf etish mumkin emas- temir dorilari tavsiya qilish kerak.

Pediatryada temir dorilarini tavsiya qilishning umumiy usullari quyidagilar:

- Dorilarni asosan ichishga tavsiya qilish, parenteral yuborishni cheklash, chunki, dorilarning nojo‘ya ta’siri yuqori bo‘ladi (allergik reaksiya, inyeksiyadan keyingi

absess va flebitlar, gipotenziya, bakterial infeksiyalarga xafv yuqori, gemosideroz va boshqalar);

- Dorining sutkalik dozasi elementar temir bo'yicha 5-6 mg/kg; yuqori doza davolamaganlikni oshirmaydi, ammo katta nojo'ya ta'sir ko'rsatadi, dorining sutkalik dozasi uch qabulga bo'linadi;
 - Davoning birinchi bir necha kunida bemor dorini qabul qilishini aniqlash uchun dozasi ikki barobarga kamaytiriladi;
 - Temir dorilarni qabul qilishning muddati 3 oydan kam bo'lmasligi kerak, birinchi bosqichda bu gemoglobin miqdorini va temirni periferik zahirasini to'ldiruvchi terapiya hisoblanadi, ikkinchi bosqichda temirning to'qimadagi zahiralarni tiklash zarur va uchinchi bosqichda qaytalanishga qarshi tadbirlarni qo'llash lozim;
 - Temir dorilarini ovqatlanish oralig'ida berish va ularni sabzavot yoki meva sharbatlari bilan ichish kerak, temir dorilarini sut bilan ichish man qilinadi.;
 - Temir preparatlari bilan birga askorbin kislota va Vit Ye birga tavsiya qilish davolamaganlikni oshiradi;
 - Maxsus ko'rsatma bo'lmaganda temir dorilari bilan birga vit V6 va vit V12, folat kislota tavsiya qilishni xojati yo'q;
 - Temir dorilarni parenteral tavsiya qilishga ko'rsatmalar: ichakda so'rilishning buzilishi, temir dorilarini ichganda qabul qilaolmaslik. Preparatlar vena ichiga 25 mg dozada tomchilab yuboriladi, keyin 3 kunda 50 mg yuboriladi. Kurs tamomlangandan keyin temir dorilari ichishga buyuriladi.
 - Temir dorilarini qo'llashda kutilayotgan natijalar: 72-96 soatdan keyin retikulotsitozning ko'tarilishi va 7-10 kundan keyin gemoglobin miqdorining ko'tarilishi (yaxshi natija haftada 5 g/l) hisoblanadi. Gemoglobin miqdori normallashtirilgandan keyin temir dorilari bilan davolash temirning to'qimadagi deposini tiklash uchun 4-6 haftagacha davom ettiriladi. Temir dorilari bilan davolash vaqtida qon zardobida uning miqdorini aniqlash ma'lumotli hisoblanmaydi.
 - Eritrotsitar massa quyish hayot ko'rsatmasiga asosan, gemoglobin miqdori 70 g/l dan kam bo'lsa buyurtiriladi. Toza qon quyishga shoshilmaslik zarur.
- Profilaktikasi.* Ayollarda temir tanqisligini oldini olishdan boshlanadi. Chala tug'ilgan bolalarda 1-oyligidan boshlab profilaktik doza sutka davomida 2 mg/kg beriladi. Bolalar ovqatlanishida tarkibiga temir dorilari qo'shilgan bo'tqalarni berish tavsiya qilinadi.

FOLAT TANQISLIK KAMQONLIGI.

Folat tanqislik kamqonligi (FTK) megablast kamqonlikguruhiiga kiradi. Megablast kamqonlik (MK) - samarasiz eritropoez natijasidagi kamqonlik bo'lib, eritrotsitlarning shakllanishi va morfologiyasining o'zgarishi bilan xarakterlanadi.

FTK kam uchraydigan kasallik, ko'krak yoshidagi bolalarda, asosan chala tug'ilganlarda kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Yetuk tug'ilgan, ratsional tabiiy ovfatlanishda bo'lgan chaqoloqlarda folat kislotaga talab qoniqarli bo'ladi. Sabablari: absobrsiyaning tug'ma buzilishi va folat almashinuvining buzilishi (kam hollarda),

orttirilgan malabsorbsiya (seliakiya, ekssudativ enteropatiya); chala tug‘ilganlarda folat kislotaga bo‘lgan talab yuqoriligi, gemolitik anemiyalar, ba’zi bir dorilar bilan davolanganda (metotreksat; sulfanilamidlar; silga qarshi dorilar), uzoq davom etuvchi infeksiyalar.

Folat kislotasi tanqisligi kamqonligi echki suti bilan boqilgan bolalarda kuzatiladi. Suyak iligida va periferik qonda megablast o‘zgarishlar 3-3,5 oydan keyin paydo bo‘ladi.

Og‘irlik darajasiga qarab klassifikatsiya qilinadi.

Klinikasi. Chala tug‘ilgan bolalarda 3-6 oyligidan boshlab, lanj, anoreksiya, glossit, diareya, qon talashlar va bakterial infeksiya yuzaga keladi. Periferik qonda megablast o‘zgarishlar, neytropeniya neytrofillar o‘lchami kattalashgan, trombositopeniya kuzatiladi. Nevrologik buzilishlar xarakterli emas.

Diagnostikasi. Periferik qonda eritrotsitlar orasida megalotsitlar ustunlik qiladi – 10 dan 12 mkmgacha diametrdagi hujayralar, aylana yoki ellips shaklida bo‘ladi. Eritrotsitlarning o‘rtacha hajmi 100 dan 146 flga teng. Periferik qon surtmasida anizotsitoz va poykilotsitoz, neytrofillar gipersegmentatsiyasi aniqlanadi. Suyak iligida eritroidli giperplaziya va barcha gemopoetik hujayralarning katta o‘lchami xarakterlidir.

Differensial diagnostikasi. Vit12 tanqislikli kamqonlik bilan o‘tkaziladi. Vit12 tanqislikligi kamqonligida peshobda metilmalon kislotasi ajralishi ko‘tarilgan, uni folat kislotasi kamqonligidan farqlaydi.

Davosi. Folat kislotasi ichishga sutka davomida 2-5 mgdan tavsiya qilinadi, 3 kundan keyin samara bilinadi, davo muddati 3 kundan kam bo‘lmasligi kerak. Bemorlarda davo samarasi bo‘lmasa, vit 12 tanqisliklik kamqonligi haqida o‘ylash kerak. So‘rilish nuqsonida folat kislotasi parenteral tavsiya qilinadi. Chala tug‘ilganlarga 2 oyligidan boshlab; talvasaga qarshi va silga qarshi sulfanilamidlar bilan davo olganlarga, seliakiya bilan kasallanganlarga va malabsorbsiyaning boshqa shakllarida xar kuni folat kislotasi 0,2-0,5 mg dozada tavsiya qilinadi.

Son suyagining tug‘ma chiqishi.

Chanoq-son bo‘g‘imi displaziyasi tarqalganligi – 50 ta chaqaloqdan bittasida (1:50), son suyagining chiqishi – 500 ta chaqaloqdan bittasida. 30% holatlarda chiqish ikki taraflama bo‘ladi. Qiz bolalarda o‘g‘il bolalarga nisbatan 6 marta ko‘p uchraydi.

Etiologiyasi. Xavf omillari

Tug‘ruq paytida homilaning dumba bilan kelishi, homiladorlik toksikozi, otionalarning yoshi – 40-45 yosh.

Diagnostikasi.

Belgilari: son suyagi boshchasi orqaga va yuqoriga siljigan. Oyoqning qisqarishi. Sondagi adduktor burmalarning asimmetriyasi. Marks-Ortolaning musbat sinamasi, 2 oydan keyin bu sinama odatda manfiy bo‘lib qoladi.

Rentgegografiya o'zgarishlar bo'lmasligi mumkin. Agar davolashni ertachi boshlamasa, son suyagi boshchasi chanoq suyagining bo'g'im chuqurchasidan tashqarida qolib ketadi, natijada bola kech yurishni boshlaydi, oqsoqlanadi.

Ommaviy tekshiruv.

Barcha chaqaloqlarda, tug'ilgandan keyin tug'ruqxonada son suyagining tug'ma chiqishi aniqlanadi.

Marks-Ortolani sinamasi hozirgi kunga qadar tug'ma son suyagi chiqishini aniqlashning eng muhim usuli hisoblanadi. Ultratovush yordamida tekshirish ham kerakli ma'lumotlar beradi, bunday tekshiruv usuli son suyagi chiqish xavfi yuqori bo'lgan chaqaloqlarda - tug'ruq paytida dumba bilan kelishi va qarindoshlarida tug'ma son suyagi chiqishi qayd etilgan chaqaloqlarda o'tkazish tavsiya etiladi. Chaqaloqlarda tug'ma son suyagi chiqishi diagnostikasida rentgenografiyadan foydalanilmaydi, bu tekshiruv usuli katta yoshdagi bolalarda qo'llaniladi.

UASH taktikasi.

Tug'ma son suyagi chiqishida imkon qadar bolani mutaxassis ortopedga vaqtlitiroq yuborish lozim. TSSCH ertachi aniqlash va davolash bir necha oy ichida to'liq sog'ayishga erishish imkonini beradi. Bola jinsiy yetilish davri tugaguncha nazoratda bo'ladi. Chanoq-son bo'g'imining nazorat rentgenografiyasini o'tkazish shartdir.

1-5 yoshdagi bolalar. Jismoniy va psixomotor rivojlanishi (JSST tavsiyalari). Dispanser nazorati. Ovqatlanishi. Eng ko'p uchraydigan patologik xolatlar. Konsultatsiya qilish xususiyatlari.

Bolalik tug'ilganda emas, homiladorlik davridan (ko'payishdan) boshlanadi. Bolalarning organ va tizimlari kattalarga nisbatan morfologik strukturasi va funksiyasi bilan farqlanadi. Bola organizmi o'suvchi va rivojlanuvchi bo'lib, o'ziga xos anatomo – fiziologik xususiyatlarga ega, bolaning o'sish davri o'ziga xos xarakterli o'zgarishlarni o'z ichiga oladi.

Bola tug'ilganidan boshlab, katta bo'lganga qadar, organ va to'qimalarning rivojlanish jarayoni to'xtovsiz davom etadi va shu vaqtning o'zida alohida organ va tizimlarning rivojlanishi bir tenglikda bormaydi. Bolaning o'sishi va rivojlanishi ma'lum davr va bosqichlarni o'tadi, shu davrda bolaning anatomo – fiziologik xususiyatlari o'zgaradi. Shu bilan birga tashqi muhit sharoitiga qarab, bola xarakteri va kasalliklarning kechishi o'zgaradi. Bir xil kasalliklar, masalan, pnevmoniya chaqaloqlarda va maktabgacha, maktab yoshidagi bolalarda har – xil kechadi. Erta yoshda uchraydigan ba'zi kasalliklar, katta yoshdagi bolalarda uchramaydi. Bolalardagi bu yoshga oid xususiyatlar kasallik profilaktikasi va uning davosiga differensial yondoshishni talab qiladi. Individual yondoshishni yengillashtirish uchun butun bolalikni alohida davrlarga bo'lishga ehtiyoj tug'iladi, ular aniq darajada bir – biridan farqlanadi. Bolalikni davrlarga bo'lish har bir yosh davrlari uchun xarakterli bo'lgan morfofunktsional va fiziologik xususiyatlarga asoslanadi. N.P.Gundobin taklif etgan va A.F.Tur qo'shimcha qilgan bolalik davrlari sxemasi asos hisoblanadi.

Bolalik davrlari homila ichi va homiladan tashqari davrlarga bo'linadi, boshqacha aytganda antenatal va postnatal bolalik davrlari. Onasida tug'ruq jarayoni

boshlanishi bilan bola tug‘ilishigacha bo‘lgan davr *internatal davr* deyiladi. Bola rivojlanishi homila ichi davri “homiladorlik bolaligi” 10 oy (akusherlik oyligi) davom etadi yoki o‘rtacha 270 – 280 kun va bu davr o‘z navbatida quyidagilarga bo‘linadi:

a) embrional (embrion) rivojlanish fazasi, 2 – oygacha davom etadi.

b) yo‘ldosh (homila) rivojlanish fazasi, 3 – oydan 10 – oygacha.

Homiladan tashqari bolaning rivojlanish davri quyidagilarga ajratiladi:

1. Chaqaloqlik davri – 3-4 haftagacha;
2. Ko‘krak yoshi davri va kichik yasli yoshi, 3-4 haftadan 1 yoshgacha davom etadi;
3. Maktabgacha (yoki yasli) davri 1 yoshdan 3 yoshgacha;
4. Maktab oldi – 3-7 yosh;
5. Kichik maktab yoshi 7-11 yosh;
6. Katta maktab yoshi (pubertat davr) 12 yoshdan 17-18 yoshgacha.

Maktab oldi yoshi davri

Bola organizmi barcha funksional imkoniyatlarining doimiy shakllanishi bilan xarakterlanadi. Ammo bu yoshda bola yuqori darajada nozikligi va jarohatlarga moyillikning yuqoriligi bilan ajralib turadi. Bu yoshdagi bolalarga harakat rivojlanishi va mushak kuchlari ortishi xosdir.

Bu davrda atrof – muhit bilan muloqotning kengayishi infeksiyon kasalliklar bilan kasallanishga sharoit yaratadi. Shuning uchun bu davrda o‘tkir infeksiyalar: qizamiq, skarlatina, bo‘g‘ma, suv chechak, dizenteriya, parotit, ko‘k yo‘tal va boshqalar ko‘p kuzatiladi.

Bu yoshdagi bolalar boshqa yoshdagi bolalarga nisbatan yuqumli kasalliklar bilan ko‘proq kasallanadi. Uning sababi, 1 yoshdan 10 yoshgacha bo‘lgan bolalarda o‘tkir infeksiyalarga nisbatan immunitet pastligi bilan tushuntiriladi.

Maktabgacha yosh davri

Bu davr bolaning keyingi aqliy rivojlanishi, jismonan o‘sishi va harakat uyg‘unligi bilan xarakterlanadi. Bundan tashqari, bolalarda o‘z tengdoshlari bilan muloqotda bo‘lish talabi ortadi.

Bu yoshda tipik allergik reaksiyalar, bronxial astma, revmatizm, eshak emi va boshqalar ko‘p uchraydi. Tuberkulez bilan zararlanish ko‘payadi. Maktabgacha davrda bolalar jismonan va aqliy rivojlanish bo‘yicha maktab hayotiga tayyorlanishlari lozim.

Kichik maktab yoshi davri

Bu davrda bolalarda mushak tizimi yaxshi rivojlanadi va intellekt yuzaga chiqadi. O‘g‘il va qiz bolalarning ruxiy rivojlanishiga jinsiy bezlar ta’sir etadi. Bu yoshdagi bolalarda endokrin disfunktsiyalarning turli shakllari uchraydi.

Yurak – qon tomir kasalliklari, revmatizm, asab, buyrak kasalliklari uchrashi ortadi. Ko‘pgina kasalliklar bu davrda xuddi kattalarnikidek kechadi. Bolalikning bu davrida bolaning kelajakdagi xarakteri shakllanadi.

BOLANING NORMAL PSIXOMOTOR RIVOJLANISHI

Yoshi, oy	Motorikasi	Nozik xarakatlar	Atrof-muhit bilan muloqoti	Nutq
12	Qo‘lidan	“Mumkin emas”	Baqiradi va	2-3 ta axamiyatli

	ushlasa yurishga xarakat qiladi	deyilgan buyumni olmaydi	so‘ralganlarni bajaradi (ber, olib kel)	qisqa suzlar gapiradi
18	Yordam bilan zinadan yuradi	Qoshiq bilan ovqatlanadi, tushunarsiz chizadi	Kattalar xarakatirni qaytaradi	Aniq 6 ta so‘z gapiradi
24	Koptokni oyog‘i bilan tepadi, yuguradi	6 ta kubik yordamida “uy” quradi, goh o‘ng, goh chap qo‘li bilan xarakat qiladi	Boshqalar bilan o‘ynaydi, tugmalarni yechadi, kiyintirishda yordam beradi	2-3 so‘zdan iborat jummalarni gapiradi
30	Zinadan oyoqlarini qo‘yib chiqadi	9 ta kubik yordamida uy quradi	O‘yinchoqlarini yig‘ishtiradi	O‘zini “men” deb chaqiradi
36	Bir oyoqda turadi	Aylana chizishi mumkin	Qo‘llarini yuvadi, xojatga boradi. Tugmalarini taqadi	She‘rlar biladi, 3 tagacha buyumlarni sanaydi. 4 ta rangni ajratadi
48	Bir oyoqda sakraydi	Kubiklar yordamida model quradi	Bolalar bilan o‘yinlar o‘ynaydi	Voqealarni gapirib beradi. O‘z ismini aytadi.
60	Arqonda sakraydi, ikki g‘ildirakli velosipedni minadi	Uchburchak chizadi	Oyoq kiyim ipini bog‘laydi. Mustaqil kiyinadi	10 gacha va undan ko‘p sanaydi. So‘zlarni bog‘lab gapiradi

–1 yosh 9 oy –3 xil kattalikdagi buyumlarni ajrata olish qobiliyati bor. Past darajadagi konstruksiyalarni yig‘a boshlaydi. (Darvoza, skameykalar, uychalar) Muloqot uchun oddiy gaplar qo‘llaydi., Rasimlarga qarab savollarga javob bera oladilar. O‘zi ixtiyori bilan yechinish yoki kiyinishga xarakat qiladilar.

–2 yosh– To‘siqlardan oralab o‘tish qobiliyati, qadamlarini ketma ket bosib. Logik jixatdan ketma ket bo‘lgan o‘yinlar o‘ynaydi (chumiltiradi, o‘yinchog‘ini artadi). So‘z boyligi– 300–400 so‘z. Xodisalar xaqida qisqa xikoyalarni tushunadi.

–2 yosh 6 oy. –4 xil rangli predmetlarni tanlashga qodir(qizil, ko‘k, sariq, yashil)Katta qadam tashlab bir necha yerda yotgan buyumlar ustidan qadam qo‘yib o‘ta oladi. Bir biriga bog‘liq, ketma ketlikdan iborat xarakatlarni qila oldi (Qo‘g‘irchog‘iga ovqat berish, uxlatadi, aylantirib yuradi), O‘zi kiyina oladi, lekin tugmalarni taqa olmaydi, Shnuroklarni boylaydi, Faol ravishda Kim?, Qayerda savollarini beradi.

-3 yosh. O'yinda ma'lum rol ijro eta oladi masalan: ona vazifasini , yoki shifokor vazifasini, O'iyin gaplar qo'llaydi, savollardan : Qachon?, Nimaga?, beradi .So'z boyligi 1200-1500 so'z. Mustaqil kiyinadi. , o'zi yoki kattalarning yordami bilan tugmalarini taqadi, shnuroklarini boylaydi.

Tekshirish ona va bolani ketma ket so'rab surishtirishdan boshlanadi. Tumov bor yo'qligi, uning xarakteri aniqlashga xarakat qilinadi. So'rab surishtirishda tana xarorati kutarilishi, kaltirash bo'lganligi aniqlanadi. Anamnezdan bu kasallikni boglik bo'lgan boshqa o'pka kasalliklarini boshidan kechirganligi aniqlanadi. Bu bronxial astma, surunkali pnevmoniyani tashxisida axamiyat kasb etadi. Bolani zotiljam bilan asoratlanuvchi qizamik va kuyutal kasalliklari bilan ogriganligini aniqlash muxim. O'pka kasalliklarini tashxisida oilada va uyda sil bilan kasallangan insonlar bilan mulokatda bo'lganligi, ayrim xollarda xal kiluvchi axamiyat kasb etadi.

Ko'zdan kechirish. Tashki ko'zdan kechirganda doimiy lokal va umumiy buladigan sianozni aniqlash kerak. Kichik yoshli bolalarda bronxiolit vapnevmoniya bo'lganda og'iz burchagi vatil ostida ko'pikli ajratmalarni aniqlashmumkin. Bu simptomning yuzaga kelishi nafas yo'llaridagi yalliglanish eksudatini ogiz bushligiga chikishi bilan tushuntiriladi.

Burunni ko'zdan kechirganda seroz, shillik, shillik yiringli, konli ajralishini vaburun orqalinafas olish qiyinlashganini aniqlash mumkin. Ko'zdan kechirganda xikildok va ovoz boylamlari shikastlanganida ko'zatiladigan bola ovozing o'zgarishiga axamiyat berish kerak. Ogiz bo'shligini ko'zdan kechirganda bugiz va mo'rtaklar xolatiga axamiyat berish kerak. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda mo'rtaklar odamda oldingi yoilar ortidan chiqib turmaydi. Maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda limfoid to'qimaning giperplaziyasi ko'zatiladi vatekshirganda mo'rtaklar oldingi yoilar ortidan chiqib turadi. Ular odatda zich va rangli jixatidan bugiz shillik kavatidan fark kilmaydi. Bolalarda ko'krak kafasi shakli koida bo'yicha raxitda, xamda o'pka kasalliklarida o'zgaradi. Soglom bolada ko'krak kafasi ikkala yarmini nafas olishda sinxron ishtirok etishi kayd etiladi. Ko'krak kafasi xarakatchanligini aniqlash uchun sm.li lentani oldindan so'rgichlar satxida, orkadan kurak suyaklari burchagi satxida ushlagan xolda ko'krak aylanasi o'lchanadi. O'lchash tinch xolatda, maksimal nafas chikarish va nafas olish fazasida amalga oshiriladi. O'lchamlar orasidagi fark ko'krak ekskursiyasini kursatadi. Ko'zdan kechirganda nafas olish tipiga axamiyat beriladi. Kichik yoshli bolalarda korin tipidagi nafas olish ko'zatiladi. O'g'il bolalarda o'zgarishsiz koladi. Qiz bolalarda esa 5-6 yoshdan boshlab ko'krak tipidagi nafas olish ko'zatiladi. Nafas olishlar soni bola uxlayotgan paytda 1 minut davomida aniqlanadi. Yangi to'g'ilgan chakaloklarda va kichik bolalarda nafas olishlar sonini aniqlash uchun yumshok stetoskopdan foydalanish mumkin, bunda stetoskop gushagi bola burnini oldida ushlanadi. Bu usul nafas olish sonini bolani yechintirmasdan aniqlash imkonini beradi. Ayrim xollarda shu usulda bronxit, bronxiolit, pnevmoniyadagi xirillashlarni eshitish mumkin. Bolalarda nafas organlari shikastlanganda anfas olishlar soni va puls o'rtasidagi nisbat o'zgarishi ko'zatiladi (normada 1:3, 1:4). Bolani ko'zdan kechirganda nafas olishda yordamchi mu-shakllarning ishtirok etishiga axamiyat berish lozim.

Nafas olish chastotasi. Normadant farqlash uchun nafas olish tipi va chastotasini yoshga xos xususiyatlarini bilish kerak. Yangi to'g'ilgan chakalokda

nafas olish yuzaki, gaz almashinuvi jadal buladi. Bu tez-tez nafas olish bilan kompensatsiyalanadi.

Umumiy ta'lim maktablari va matkabgacha ta'lim muassasalariga qatnovchi bolalarni profilaktik tibbiy ko'riklardan o'tkazish ALGORITMI⁶

Yosh davri	Laborator va instrumental tekshiruvlar	Tor soxa mutaxassislar ko'rigi	Shifokor pedagog davri	
			pediatr (UASH)	pedagog, psixolog
Maktabgacha ta'lim muassasasiga kelgunga qadar (2-3 yosh)	Umumiy laborator tekshiruvlar (qon va peshobning umumiy tahlili, najasning gijja tuxumiga 3 qayta tekshiruvi)	Nevropatolog, okulist, otolaringolog, xirurg-ortoped, stomatolog, logoped (3 yoshdan), psixonevrolog va boshqa mutaxassislar ko'rsatmaga binoan	Tor soha mutaxassislari ko'rigi va laborator tekshiruvlar natijasi bilan tanishish, umumiy ko'rik natijasiga ko'ra salomatlik guruxini aniqlash	Maktabgacha ta'lim muassasasiga ko'nikish tartibi bo'yicha maslahatlar
Maktabga chiqishdan 1 yil avval (6 yosh)	Umumiy laborator tekshiruvlar (qon va peshobning umumiy tahlili, najasning gijja tuxumiga 3 qayta tekshiruvi)	Nevropatolog, okulist, otolaringolog, xirurg-ortoped, stomatolog, logoped, psixonevrolog endokrinolog	Tor soha mutaxassislari ko'rigi va laborator tekshiruvlar natijasi bilan tanishish, umumiy ko'rik natijasiga ko'ra salomatlik guruxini aniqlash, sog'lomlashtirish	Maktabga tayyorlik darajasini aniqlash
Tibbiy pedagogik korreksiya (Tashxis)				
Maktabga chiqish arafasida (6-7 yosh)	Umumiy laborator tekshiruvlar (qon va peshob, najasning umumiy tahlili)	Nevropatolog, okulist, otolaringolog, xirurg-ortoped, stomatolog, logoped, psixonevrolog endokrinolog	Tor soha mutaxassislari ko'rigi va laborator tekshiruvlar natijasi bilan tanishish, umumiy ko'rik natijasiga ko'ra salomatlik guruxini aniqlash,	Maktabga tayyorlik darajasini aniqlash

⁶ SSV ning 112-sonli buyruqi 4-ilova

			sog'lomlashtirish Jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish tibbiy guruxlariga taqsimlash	
Predmet o'rganishga o'tish 4 sinfva 6, 8 - sinflar	Umumiy laborator tekshiruvlar (qon va peshob, najasning umumiy tahlili)	Nevropatolog, okulist, otolaringolog, xirurg-ortoped, stomatolog, logoped, psixonevrolog endokrinolog bolalar ginekologi	Tor soha mutaxassislari ko'rigi va laborator tekshiruvlar natijasi bilan tanishish, umumiy ko'rik natijasiga ko'ra salomatlik guruxini aniqlash, sog'lomlashtirish Jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish tibbiy guruxlarini muqobillashtirish	Predmet o'rganish ga adaptatsi yani baholash , ta'tilga maslahat lar
Pubertat davr (9 sinf) (14-15 yosh)	Umumiy laborator tekshiruvlar (qon va peshob, najasning umumiy tahlili)	Nevropatolog, okulist, otolaringolog, xirurg-ortoped, stomatolog, logoped, psixonevrolog endokrinolog bolalar ginekologi	Tor soha mutaxassislari ko'rigi va laborator tekshiruvlar natijasi bilan tanishish, umumiy ko'rik natijasiga ko'ra salomatlik guruxini aniqlash, sog'lomlashtirish Jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish tibbiy guruxlarini muqobillashtirish O'smir yigitlar to'g'risidagi ma'lumotlarni harbiy komissariyat bo'limlariga taqdim qilish	Sog'lom turmush tarzi yuritish bo'yicha ishlash
O'rta maxsus ta'lim muassasal arida	Umumiy laborator tekshiruvlar (qon va peshob,	Nevropatolog, okulist, otolaringolog, xirurg-ortoped, stomatolog,	Tor soha mutaxassislari ko'rigi va laborator tekshiruvlar natijasi bilan	Sog'lom turmush tarzi yuritish bo'yicha

o'qish davrida 2-3 kurs (16-17 yosh)	najasning umumiy tahlili	logoped, psixonevrolog endokrinolog bolalar ginekologi	tanishish, umumiy ko'rik natijasiga ko'ra salomatlik guruxini aniqlash, sog'lomlashtirish Jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish tibbiy guruxlarini muqobillashtirish O'smir yigitlar to'g'risidagi ma'lumotlarni harbiy komissariyat bo'limlariga taqdim qilish.	ishlash.
--------------------------------------	--------------------------	--	---	----------

Profilaktik ko'riklarda kasallik aniqlangan holatlarda bolalar sog'lomlashtirish uchun yashash joyidagi ambulator-poliklinika muassasalarida dispanser nazoratga olinadi va individual ravishda sog'lomlashtiriladi.

Bu yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan konstitutsion buzilish (anomaliya) xakida.

Konstitutsion buzilish bola organizmining tashki muxit sharoitlariga irsiy asoslangan, ba'zan konstitutsional jixatdan asoslangan o'ziga xos buzilishi.

Konstitutsion buzilish bu xali kasallik emas, balki kasalliklarga moyillik tug'diruvchi chegara xolat bo'lib, ko'pincha bolaning yoshi, yetilish jarayonlari, to'qimalar, organlar va ferment sistemalarining ixtisoslashishi bilan bog'lik bo'lgan immun almashinuv, neyroendokrin gomeostazning turg'un bo'lmagan muvozanati.

Allergik diatez

Diagnostika. Albatta o'tkazilishi shart:

1. Siydik, kon, axlatning umumiy taxlili.
2. Konning bioximik taxlili.
3. Allergologik sinamalar.
4. Oilaviy allergologik anamnez yig'ish.

Allergik diatezdagi laborator tekshiruvlar, o'sib boruvchi allergizatsiyalar (eozinofiliya), barkaror oksil buzilishi (gipodisproteinemiya, gipoalbuminemiya, gipogammoglobulinemiya), yoglar (gipoxolesterinemiya) va uglevodlar (giperqlikemiya) almashinuvi buzilishi, kislota asos muvozanatining atsidoz tomonga siljishi aniqlanadi.

Teri skarifikatsion sinamalari ko'pincha polivalent, ba'zan monovalent allergiyadan dalolat beradi. Monovalent allergiyani aniqlash uchun radioimmunosorbent va radioallergosorbent testlar quyiladi.

Diagnoz teri va shillik kavatlarning erta rivojlanuvchi xarakterli o'zgarishlari, limfadenogiperplaziya, paratrofiya xolatlari Yaqqol ifodalangan almashinuv va

immun buzilishlari. Bola organizmining infeksiyon agentlarga nisbatan immun reaktivligining pasayishiga asoslanib quyiladi.

Allergik diatezdagi atopik dermatit, dermorespirator va dermointestinal simptomlari markerlari bulib xizmat kiladi. Immunoglobulin miqdorining oshishi T-supresterlar, immunoglobulin A bloklovchi immunoglobulin G₂ antitelalar miqdori kamayishi.

Antigistamin vositalarning bola yoshiga moslashtirilgan bir martalik dozalari (grammlarda)

Preparat	Bolaning yoshi			Kullanish davomiligi
	6 oylik	1 yoshgacha	3 yoshgacha	
Diazolin	0,005	0,01	0,015-0,02	1-3
Dimedrol	0,002	0,003-0,005	0,005-0,01	1-3
Diprozin	0,005	0,005-0,006	0,006-0,001	2-3
Suprastin	0,003-0,005	0,005-0,006	0,008-0,007	2-3
Tavegil	0,00025	0,00025-0,0003	0,0003-0,0005	1-2
Fenkarol	0,002	0,002-0,003	0,003-0,005	2-3
Peritol	0,00025	0,00025-0,0003	0,0005	2-3

Maxalliy davo - teri o'zgarishlarida dermatolog nazorati ostida o'tkaziladi. Suvli ekzemaning o'tkir fazasida usimlik moyi Burov suyukligi, rezorsin (1-2 %) yoki kumush nitrat (0,25 %) eritmasi, nam bog'lamalar tavsiya etiladi. Kuruk ekzemada tanin (vannaga 20 g) kayin pustlogi kaynatmasi (1 l suvga 200 ml) kaliy permanganati (10 l suvga 0,3 g), chereda, moychechak, kraxmalli vannalar tavsiya etiladi. O'tkir yalliglanish kamayganda maksimal ravishda indeferent moddalar (talk, okkum 1-2 %li ok yoki sarik ruxli malxam) kullaniladi. Atopik dermatitning og'ir xurujida va yukorigi davoning kam effektivligida kat'iy kursatmalarga kura kiska muddatga

Profilaktika.

1. Bolalarning oziklanishini tugri tashkil etish, xaddan tashkari ko'p ovkatlantirish va och kolishning oldini olish, sutkalik ratsion kaloriyasini bolaning yosh normalariga mos kelishi.
2. Yoshga moslashtirilgan rejim, LFK bilan sistemali shugullanish, yuklamani asta-sekin oshirish.
3. Suv muolajalarini utkazish.
4. Vitaminlar (A, V₂, V₁, RR va D).
5. Terida o'zgarishlar tugamaguncha profilaktik emlashlarning muddatini surish (emlashlar ba'zi bolalarga epidemiologik kursatmalar asosida qilinadi.)

Allergik diatez belgilari 2-3 yoshda utib ketadi.

Limfatiko - gipoplastik diatez (lgd).

Diagnostikasi. Anamnez klinik va laborator instrumental tekshiruv natijalariga asoslanib quyiladi.

1. Konning umumiy taxlili: anemiyaga moyillik, SOE oshishi, neytro va monotsitopeniya, absolyut limfotsitoz, eozinofiliya.
2. Konning bioximik taxlili: atsidoz, umumiy lipidlar va umumiy xolesterin, triglitseritlar, past va juda past zichlikdagi lipoproteidlar miqdori oshishi, yukori zichlikdagi lipoproteidlar miqdorining kamayishi.
3. Gormonlar miqdorini aniqlash: kortikosteron miqdori kamaygan, AKTG va STG oshgan.
4. Timusning rentgenografiyasi: timikotorakokardial indeksni aniqlash.

LGD rivojlanishdagi nomutanosiblik limfoid to'qimaning sistemali giperplaziyasi (ayniqsa timus giperplaziyasi bilan birga kelsa) bola organizmining ximoya kuchlari keskin kamayganligi va tashki muxit sharoitlariga adaptatsiya imkoniyatlari asosida diagnoz quyiladi.

Davolash. Kat'iy kuriklovchi rejim tavsiya etiladi. Gipoallergik diyetaga utiladi, xayvon yoglari usimlik moylariga almashtiriladi, dorilar extiyotlik bilan tavsiya etiladi. Vaksinasiyalar bola axvoli stabillashguncha utkazilmaydi. Kiska muddatga kortikosteroidlar, immunoglobulinlar (immunoglobulin Ye kamaygan bo'lsa), immunomodulyatorlar berish mumkin. O'tkir bo'yarak usti bezi yetishmovchiligi kelib chikkanda zudlik bilan izotonik eritma (0,85 % natriy xlor va 5 % glyukoza), gidrokortizon yoki prednizolon, plazma yoki uning o'rinbosuvchilari noradrenalin yuborish kerak. Teri ostiga mezoton, ichishga askorbin kislotaning katta dozalari beriladi.

Nerv - artritik diatez (NAD).

Diagnoz. Oilaviy anamnezda va bolada moddalar almashinuvi buzilishi, bolada MNS ko'zgaluvchanligi ortishi keskin ifodalangan spazmga moyillik, o'ziga xos allergik kurinishlarga asoslanib quyiladi.

Davolash. Diyetoterapiya, ratsionda konsentrlangan gusht va balik maxsulotlari, purin asoslari va shavel kislotasi tutgan sabzavotlar (shavel, ismalok, sholgom, rediska, gulkaram, pomidor) chegaralanadi. Atsetonyemik kusishda 12 soatgacha ovkat berilmaydi. Sovigan tuzli va glyukoza eritmalari kichik porsiyalar bilan beriladi. Og'ir xolatlarda soda, osh tuzi va glyukoza eritmalari vena ichiga yuboriladi. Tuz uzlashtiriluvchi uglevodlar (kartoshka pyuresi, banan) tavsiya etiladi.

Febril tirishish

6 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning 3-5% da isitmalash (38,50S dan yuqori isitma) fonida ko'zatiladi. Keyinchalik epilepsiya rivojlanishi xavfi kam (xavfli omili yo'qlarda 1% kamroq va oilasida epilepsiya bor bolalalarda – 10%). Tirishish ko'p xollarda haroratni ko'tarilishida yoki yuqori cho'qqisida yuzaga keladi.

Etiologiyasi. Isitmaning sabablari: infeksiya va MAT o'choqli shikastlanishidir.

Tashhishlash

Tana haroratini 38,50S dan yuqori ko'tarilishi. Ko'pincha tirishish bo'lmaguncha isitmani aniqlashmaydi. Tirishish – isitmalash davrining boshida

simmetrik tonik-klonik tirishishlar oyoq va/yoki qo'llarda ko'zatiladi. Asoratlanmagan febril tirishish – qisqa vaqtli (15 daqiqagacha) tarqoq tirishish, isitmaning birinchi 24 soatida MAT infeksiyasi va metabolik buzilishlar bo'lmaganda ham ko'zatiladi. Asoratlangan yoki porsial tutqanoqlar 15 daqiqadan ko'p davom etib, normal tana haroratida ham ko'zatiladi. Laboratorasbobiy tekshiruvlar: tirishish qaytalansa EEG o'tkazish kerak (asoratlangan isitma – tana harorati normal bo'lganda paydo bo'ladi yoki nevrologik o'choq simptomlari fonida yuzaga keladi). Lyumbal punksiya o'tkazishni mutaxassis aniqlaydi.

UAV taktikasi

Ota-onalarga xuruj qayta paydo bo'lishining oldini olishni o'rgatish (masalan: paratsetamolni ertaroq berish, bolani nam sochiq bilan artish). Tirishishga qarshi terapiya har doim talab qilinavermaydi. Agar kerak bo'lsa, benzodiazepinlar ishlatish mumkin (lorazepam – boshlang'ich dozasi 0,05-0,1 mg/kg, maks – 4 mg 1-4 daqiqa davomida. Samarasi bo'lmasa, ikkinchi doza beriladi – 0,10 mg/kg. Diazepam – boshlang'ich dozasi 0,1-0,2 mg/kg maks. – 10 mg 1-4 daqiqa davomida. Samarasi bo'lmasa, ikkinchi doza beriladi – 0,25-0,4 mg/kg) va tutqanoq davomiyligini bilish uchun dori yuborilgan vaqt belgilanadi. Qayta xurujlarda, shuningdek valproyev kislotasi va fenobarbital samaralidir. Febril tirishish profilaktikasi tutqanoqqa qarshi o'xshash profilaktik davo talab qilmaydi, undan tashqari, agarda tirishish tez-tez takrorlanmasa va bola hayotiga xavf solmasa (epileptik status) davo qilinmaydi. Nevropatolog ko'rigiga yuborishga ko'rsatma: birinchi marta 18 oylikda yoki 3 yoshdan keyin qayta tirishishlar ko'zatilsa va unchalik yuqori bo'lmagan tana haroratida paydo bo'lsa yoki nevrologik o'choq simptomlari bilan kelsa, asoratlangan hisoblanadi.

NAFAS OLISH ORGANLARI KASALLIKLARI

Yuqori nafas olish organlari kasalliklari

Laringitlar

Laringit - o'tkir yoki surunkali hiqildoq shillig'ining yallig'lanishi.

Asosiy holatlar

✓ Ommaviy avj olish davri ko'pincha virusli infeksiyalar epidemiyasi vaqtida kuzatiladi – kech kuz, qish, erta bahor.

Yengil klinik ko'rinishlarda bemorlar uy sharoitida bug'rli ingalyatsiyalar yordamida davolanadi. Og'ir xolatlarda birlamchi meditsina yordami ko'rsatish tashkilotlarida yuqori miqdorda glyukokortikoidlardan foydalaniladi, adrenalini kechiktirib bo'lmaydigan yordam holatlarida qo'llaniladi.

Bemorlar quyidagi hollarda gospitalizatsiya qilinadi. Nafas olganda ko'krak qafasining tortilishi kuzatilsa, bakterial traxeit va zotiljam bilan asoratlangan, laringitga shubha qilinsa.

Diagnostikasi

✓ Laringitning klinik ko‘rinishiga tovushning bo‘g‘ilishi, qo‘pol, bo‘g‘liq yo‘tal va inspirator xirillashlar kiradi. Nafas olishning qiyinlik darajasini va ko‘krak qafasi ekskursiyasini bola tinch bo‘lganda baholash maqsadga muvofiq (qo‘rqmagan va yig‘lamagan holda). Tekshiruvdan ko‘ruv boshida, doktorni ko‘rib bola yig‘lashni boshlamasdan o‘tkazgan ma’qul.

Kasallikning anamnezini yig‘ish zarur. Asta-sekin rivojlanadigan laringotraxeit odatda to‘satdan paydo bo‘ladiganga qaraganda sekin va og‘ir kechadi. Bir necha kun davomida laringitli bemorda tana harorati adekvat davoda ham pasaymasa unda bakterial traxeit yoki zotiljamni mustasno qilmoq kerak.

Davolash

✓ Virusli laringitlarning etiotrop davolash (70% hollarda – virusli paragripp) usuli ishlab chiqilmagan. Fizioterapevtik kabinetlarda bug‘li ingolyatorlar yordamida bug‘li ingalyatsiyalarni o‘tkazish an’anaviy simptomatik davolash tarkibiga kiradi. Uy sharoitida ingalyatsiya vannaxonalarda devor va pollarga issiq suvni sepish bilan yoki issiq suvni ochib qo‘yish bilan bajariladi. Ota-onalar bola bilan birga xonada bo‘lishlari lozim. Ingalyatsiyaning davomiyligi – 15 daqiqa. Quyib qolish xavfi bo‘lgani uchun kofe (qaxva) qaynatgich va choynaklarda bug‘ ingalyatsiyasini o‘tkazish mumkin emas. Bundan tashqari bug‘ ingalyatsiyasini samaradorligi isbotlanmagan. Bu muolaja bolaning pozitiv yondoshishidan kelib chiqqan holdagina tavsiya qilinadi.

Stenozlangan laringitlarda deksametazonning 0,6 mg/vazniga m/o buyurish samara beradi. Keyinroq bu dozani 1-2 marta qaytarish mumkin. Samara sekin rivojlanadi. Prednizolon alternativ hisoblanadi.

Shovqinli hushtakli nafasda adrenalinni nebulayzer yordamida 0,5-1,0 mg/vazniga 5-10 daqiqa davomida ingalyatsiya holatida kirgizish tavsiya etiladi. Birlamchi yordam ko‘rsatilgandan 1-2 soat keyin belgilar qaytalanishi mumkin, shuning uchun kasallarni gospitalizatsiya qilish yoki poliklinika sharoitida ko‘rsatilgan vaqt tugaguncha nazorat qilish kerak.

Gospitalizatsiyaga ko‘rsatma:

- Nafas yetishmovchilik yaqqolligini baholab berish;
- Qo‘pol laringitli yo‘tal va bo‘g‘ilgan ovozli bemorlarni uyda davolash mumkin;
- Inspirator xirillashli, biroq ko‘krak qafasida tortilishlar kuzatilmagan bolalar tezroq tuzaladilar va gospitalizatsiya talab etilmaydi;
- Bolalarda qovurg‘alararo tortilish sezilarli va nafas olish yordamchi mushaklar ishtirokida kechsa, jadal davolash talab qilinadi. Bunday klinik ko‘rinishdagi bemorlarni gospitalizatsiya qilish lozim;
- Laringitli bemorda an’anaviy davolash yordam bermaydigan isitma paydo bo‘lishi gospitalizatsiya qilishni talab etadi, chunki bakterial traxeit mavjudligi shubha qilinadi.

Epiglottit

O'tkir epiglottit hiqildoq qopqog'i shilliq pardasining yuqumli kasalligi, hayotga xavf soluvchi nafas yo'llari obstruksiyasini keltirib chiqarishi mumkin.

Asosiy holatlar

✓ Deyarli barcha holatlarda bolalardagi bu kasallikni Haemophilis influenzae V tipi keltirib chiqaradi. Epiglottitga jiddiy shubha qilinganda, bola og'zini ochish va hiqildoqni tekshirishga harakat qilmaslik lozim, balki bolani ota-onasi bilan birgalikda kasalxonaga olib kelish zarur.

Agar bolada epiglottit bo'lmasa, biroq simptomatikasi bu kasallikka o'xshasa, bolani stasionardan uyga davolanish uchun javob berishdan oldin hiqildoq qopqog'i va halqumni tekshirish zarur.

Nafas yo'llari obstruksiyasi xavf solganda birinchi navbatda bemorga niqob orqali kislorod berish zarur. Agar niqob orqali o'pka ventilyatsiyasi bemor ahvolidan yaxshilanishiga olib kelmasa, traxeyani intubatsiyalash (maxsus metall naycha bilan nafas yo'lini ochish) yoki yo'g'on igna bilan traxeyani punktsiyalash zarur (muolajani tanlash shifokor malakasi va tajribasiga bog'liq).

Hib – infeksiyaga qarshi vaktsinasiya o'tkaziladigan davlatlarda kasallikning sezilarli kamayishi kuzatilmoqda.

Diagnostikasi

✓ Maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda tezda (bir necha soat ichida) tana harorati febril ko'rsatgichgacha ko'tariladi, ovoz bo'g'ilishi, hansirash, so'lak oqishi qayd etiladi. Tomoqda kuchli og'riq kuzatiladi. Bola bo'ynini burolmaydigan holatda bo'ladi. Epiglottitda odatda yo'tal bo'lmaydi, biroq laringitdan farqli ravishda so'lak oqishi va bolaning behalovatligi bu kasallik uchun xosdir.

Davolash

✓ Og'iz bo'shlig'i va halqum shillik pardasiga shikast yetkazuvchi har qanday muolajadan, shuningdek bolani qo'rqituvchi muolajalardan saqlanish lozim.

Bemorni onasining tizzasida o'tirgan holatida kasalxonaga olib borish zarur.

Bemorga niqobni og'zi atrofida ushlagan holda kislorod berish zarur (agar bu muolaja bolada qo'rquv uyg'otmasa).

Nafas yo'llari obstruksiyasi xavfi:

✓ Niqob yoki intubatsiya naychasi yordamida SO'V (sun'iy o'pka ventilyatsiyasi) tavsiya etiladi. Ko'pincha yuqori nafas yo'llarida havo bosimini oshirishning o'zi nafas yo'llarida tirqish ochilishi uchun yetarli bo'ladi.

✓ Niqobli SO'V samara bermaganda, kichik diametrli naycha (naycha diametri bemor jimjilog'i yo'g'onligidan katta bo'lmasligi kerak) bilan traxeya intubatsiyasi tavsiya etiladi. Agar 10-20 sekund ichida bemorni intubatsiyalash iloji bo'lmasa yoki shifokorning intubatsiya qilish bo'yicha tajribasi bo'lmasa, yo'g'on igna bilan

traxeyani qalqonsimon va uzuksimon tog‘aylar oralig‘ida, traxeyaga perpendikulyar tarzda punksiyalash tavsiya etiladi. So‘ngra ignaga 20-millimetrli shpritsga, shprits esa ventilyatsiya qopiga o‘tkazgich yordamida o‘lanadi. Ventilyatsiya uchun 100% kisloroddan foydalaniladi.

Antibiotikoterapiya: sefuroksim venaga yuboriladi: u epiglottitlar chaqiruvchi, ko‘p uchraydigan qo‘zg‘atuvchilar – gemofil tayoqchalar va β -gemolitik streptokokklarga nisbatan samarali hisoblanadi.

Bolalarda o‘tkir o‘rta otit

Asosiy holatlar.

✓ O‘tkir o‘rta otitda bolaning o‘rta quloq bo‘shlig‘ida yiringli o‘tkir yallig‘lanishning yaqqol ko‘rinishlari va epiteliyning yomonlashuvi kuzatiladi.

Sekretyali o‘rta otit – bolalarda yallig‘lanishning yaqqol belgilari (eshitishning yomonlashuvidan tashqari) kuzatilmaydi, vaholanki o‘rta quloq bo‘shlig‘ida doimiy yiring (ekssudat, transsudat) bo‘lsa ham.

O‘rta quloq bo‘shlig‘ida yiring bo‘lmasa o‘rta otit tashxisi qo‘yilmaydi.

Statistik ma’lumotlar

✓ O‘rta otit yoki unga shubha qilish – poliklinika shifokoriga bolalar bilan murojaat qilishning eng ko‘p kuzatiladigan sabablaridan biri.

Bolalar o‘rtasida o‘tkir o‘rta otit chastotasi populyatsiyaning kamida 40:1000 odamni tashkil etadi. Kasallik ko‘pincha 6 oylikdan 2 yoshgacha bo‘lgan davrda ko‘p uchraydi. Bolalarning 40% anamnezida 1 yoshgacha o‘tkir otit bilan og‘rigani, 70% da esa 2 yoshgacha og‘rigani ma’lumdir. O‘tkir o‘rta otit qizlarga nisbatan o‘g‘il bolalarda ko‘proq paydo bo‘ladi (6:4 nisbatni tashkil etadi).

Kasallik oktabr–dekabr va mart-may oylarida ko‘proq kuzatiladi.

Xavf omillari

✓ O‘tkir o‘rta otit rivojlanishidan oldin O‘RVI (rinovirus, adenovirus, RS-virus infeksiya, gripp) o‘tkaziladi. Adenoidlarning kattalashuvi eshitish nayi disfunktsiyasiga sabab bo‘ladi.

Tamaki tutunini hidlash kiprikchali epiteliy funksiyasi va shilliq pardalarga salbiy ta’sir ko‘rsatadi.

Xech bo‘lmaganda 4 oygacha ko‘krak suti bilan boqish bolalar hayotining birinchi yilida o‘tkir o‘rta otit rivojlanishi xavfini kamaytiradi.

Diagnostikasi

✓ Otokopiya yordamida aniqlanadigan patologik belgilar: nog‘ora pardasi harakatchanligining buzilishi, xira rang, sarg‘ish yoki qizil rang, nog‘ora pardasi tomirlarining infitsirlanishi, shishishi. Nog‘ora pardasi ortida suyuqlik borligini ko‘rish mumkin.

3-4 yoshli bolaning eshitish qobiliyatini pichirlab gapirib yoki kamerton yordamida tekshirish mumkin. Ko‘pincha ota-onalar kuzatuvchi yordam beradi.

Bolaga o‘tkir o‘rta otit tashxisini qo‘yish uchun quyidagi belgilarni aniqlash lozim: quloqda og‘riq, tundagi notinchlik, eshitishning buzilishi, quloqdan suyuqlik oqishi, isitma, ishtahaning yomonlashuvi yoki OIT buzilishlar. O‘tkir o‘rta otitdan oldin odatda, yuqori nafas yo‘llarida infeksiyon jarayon o‘tkazilgan bo‘ladi.

Davolash

✓ O‘tkir o‘rta otitning klinik o‘rtacha og‘irlikdagi va og‘ir ko‘rinishlari antibiotiklar bilan davolanadi.

Konservativ davolash samara bermaganda va asoratlarni qo‘shilganda timpanotsentez (paratsentez) tavsiya etiladi.

Bemorning navbatdagi tashrifida eshitish qobiliyati va nog‘ora pardasining harakatchanligi tekshirib ko‘riladi.

Agar bolada so‘nggi 6 oy ichida o‘tkir o‘rta otit bilan og‘rinish 3 yoki undan ko‘p marta sodir bo‘lsa, profilaktik antibiotikoterapiya yoki xirurgik davolash (masalan, adenoidlarni olib tashlash) tayinlanadi.

Antibiotikni tanlash

Quyidagi ruyxatda keltirilgan birinchi antibiotik asoratlanmagan holatlarda tavsiya etiladi:

4 yoshdan kichik bolalar:

- 1) Amoksisitsillin 40 mg/kg/sut (maksimal doza 80 mg/kg/sut) 2 marta;
- 2) Ko-trimaksazon 2 marotaba qabul qilinadi;
- 3) Amoksisitsillin + klavulan kislota 2-3 marta;
- 4) II avlod sefalosporinlari;
- 5) Azitromitsin.

Antibiotikoterapiya davomiyligi 5-7 kun. Antibiotikoterapiyaning qisqa kursi (5 kun) 8-10 kunlik kurs kabi samarali hisoblanadi, biroq retsdiv kuzatilishi mumkin. Kasallikning cho‘ziluvchan yoki retsdivlanuvchi shaklida davolanish kursi – 10 kun, ba’zida esa 14 kun (yoki antibiotik almashtiriladi).

Onda-sonda (masalan, tunda) og‘riqsizlantiruvchi ta’sirga ega quloq tomchilaridan foydalanish mumkin. Quloq tomchilarini miringit bilan og‘rigan bemorlarga ham tavsiya etish mumkin. Og‘riqdan shikoyat qiladigan yoki tunda tez-tez uyg‘onadigan bolalarga parasetamol tayinlanadi.

Uyqu vaqtida boshni balandroq qo‘yish nafas yo‘llari infeksiyasining klinik ko‘rinishlarini yengillashtirishi mumkin.

Kasallikning dastlabki bir necha kunida tomir toraytiruvchi burun tomchilaridan foydalanilish mumkin. Antigistamin preparatlar foydasiz.

Tonzillit

Tonzillit – bu tanglay murtaklarining yallig‘lanishi (odatda surunkali).

Angina – tanglay murtak bezlari va halqum shilliq pardasining yallig‘lanishi bilan kechadigan o‘tkir infeksiyon kasallik.

Asosiy holatlar

✓ Anginani ko‘proq - Streptococcus pyogenes (β -gemolitik streptokokk A guruhi) mikroblari qo‘zg‘atadi. Kasallik 2 yoshgacha kam uchraydi.

Angina

Diagnostikasi

✓ Klinik manzarasi: o‘tkir boshlanish, tomoqda kuchli og‘riq, yutinish va gaplashishda og‘riq kuchayadi, og‘izdan yoqimsiz hid keladi, tana harorati 38°S dan yuqori.

Fizikal tekshiruv: Tanglay murtaklari shishgan, murtaklar yuzasida yiring to‘planganligi ko‘rinib turadi. Halqum shilliq pardasi shishgan va qizargan. Bo‘yin limfa tugunlari kattalashgan, paypaslanganda og‘riydi.

UASH taktikasi

✓ Fenoksimetilpenitsillin, 25-50 mg/kg/sutkasiga (maksimal doza – 3 g sutkasiga) 2-3 marta 10 kun mobaynida ichiladi yoki eritromitsin, 25-50 mg/kg/sutkasiga (maksimal doza – 2 g/sutkasiga) 10 kun mobaynida 2-3 martadan ichiladi. Og‘ir hollarda prokainbenzilpenitsillin, 1-1,5 mln birlik/sutkasiga mushak orasiga 3-5 kun davomida yuboriladi, so‘ngra fenoksimetilpenitsillin yuqorida keltirilgan sxema bo‘yicha 10 kun davomida yuboriladi.

Simptomatik davo: to‘shak rejimi; ko‘p miqdorda suyuqlik, tomoq g‘arg‘ara qilinadi, masalan, aspirin bilan; og‘riqsizlantirish uchun paratsetamol beriladi.

Ingalyatsiya va antiseptik dorilar ichish cheklanadi (ular halqumni qichishtiradi).

Burundan nafas olishni yengillashtirish uchun tumovga qarshi vositalar 3 sutka davomida tayinlanadi.

Surunkali tonzillit

Diagnostikasi

✓ Tanglay ravoqlarining qizarishi va tanglay murtaklari va ravoqlari o‘rtasida chandiqli qo‘shilishlar.

G‘ovakli, yoki chandiqli - o‘zgargan qattiqlashgan murtaklar.

Kazeoz – yiringli tiqinlar yoki lakunalaridagi suyuq yiring.

Regional limfadenit

Yuqorida qayd etilgan belgilardan ikki yoki undan ortig‘i mavjud bo‘lganda surunkali tonzillitga tashxis qo‘yiladi.

Murtaklar yuzasidan surtma olinadi. Qon tahlili: anemiya, leykotsitoz, ECHT ortadi.

UASH taktikasi

✓ **Konservativ davolash** yiliga 2 marta kuz-bahor mavsumida o‘tkaziladi; tez-tez retsidivlarda – yiliga 4 marta: Antibiotikoterapiya 10 kun NYAQP - ko‘rsatma bo‘yicha, kalsiy preparatlari, askorbin kislotasi.

Mahalliy davo: lakunalar ichidagi moddani chiqarib tashlash, antiseptik eritmalar bilan chayish, ultratovush terapiya, lazerterapiya, balchiq bilan davolash, UVCH, SVCH.

Xirurgik davo – tonzilektomiya.

Ko'rsatmalar:

- qo'llanilgan davo samara bermaganda;
- dekompensatsiya (yaqqol namoyon bo'lgan tonzilogen intoksikatsiya, paratonzilyar abscesslar, retsidivlanuvchi paratonzillitlar);
- o'tkazilgan revmatizm.

Palliativ davo: murtaklar dermatokogulyatsiyasi, lakunalarni qirib tozalash, kriota'sir lazer destruksiya.

Umumiy tavsiyalar: kun tartibiga to'g'ri amal qilish, ratsional ovqatlanish, jismoniy badantarbiya, infeksiya uchoqlarining sanatsiyasi (milkalar, tishlar, sinusitlar, otitlar); organizmni chiniqtirish, havodagi changni bartaraf etish.

Pastki nafas olish organlari kasalliklari Bronxitlar

O'tkir bronxit

Etiologiyasi

- ✓ 95% - viruslar, 5% - mikoplazma, xlamidiyalar

Diagnostikasi

- ✓ Virusli bronxit toksikozsiz, ko'pincha subfebril haroratda 1-3 kun davomida rivojlanadi, hansirash o'rtacha (minutiga 50 tagacha), obstruksiyaning klinik belgilarisiz kechadi.

UASH taktikasi

- ✓ Og'ir quruq yo'talda - yo'talga qarshi dori-vositalari, zaruriyat bo'lsa – mukolitiklar tavsiya etiladi. Mukaplazmali va xlamidiyali bronxitlarga shubha qilinsa – makrolidlar (eritromitsin, makropen) tavsiya etiladi.

Bronxiolit

Etiologiyasi

- ✓ RS – virus, paragripp, gripp, enteroviruslar.

Diagnostikasi

- ✓ Obstruktiv bronxit O'RVI ning 1-3 kuniga rivojlanadi: hushtaksimon xirillashlar, quruq kam yo'tal, hansirash 1 minutga 50, kamdan – kam 60-70 martagacha kuzatiladi.

Bronxiolitda obstruksiya shilliq qatlam gipersekretsiyasi bilan shishishi sababli yuzaga keladi. Mayda pufakchali xirillashlar ko'pligi xos, hansirash minutiga 70-90 marta.

UASH taktikasi

- ✓ Oral rehidratatsiya 100 ml/kg/sutkagacha. Namoyon bo'lgan obstruksiyada: β -agonistlar (salbutamol 1 mg) qabul qilinadi. β -agonistlar samara berilsa – kasalxonaga yotqiziladi.

Retsidivlanuvchi oddiy bronxit

- ✓ Obstruksiyasiz bronxit, epizodlari 1-2 yil davomida 2-3 marta O'RVI fonida takrorlanadi.

Retsidiv o'rtacha hansirashli o'tkir bronxit kabi kechadi, yo'tal oldiniga quruq, so'ngra ho'l, shilliq yoki shilliq-yiringli balg'am bilan ko'pincha 3-4 hafta davom etadi, umumiy holat sezilarli buzilmaydi.

Quruq va oʻrtacha hamda yirik pufakchali siyrak xirillashlar eshitiladi.

Retsidivlar OʻRVIning mavsumligi bilan mos tushadi. Retsidivlardan tashqari simptomlar yoʻq, biroq «yoʻtalish tayyorgarligi» (yurganda, jismoniy zoʻriqqanda yoki ruhiy (psixik) taranglikda) saqlanib qoladi. 80% gacha bemorlarda allergiya belgilari mavjud boʻladi.

UASH taktikasi

✓ Oʻtkir bronxitdagi kabi-antibiotiklar tavsiya etilmaydi. Ketotifen (0,05 mg/kg/sut) bilan 3-6 oy davolanadi. Bakterial vaksinalar – ribomunil, IRS-19 qabul qilish bilan davolash oʻzini oqlagan.

Retsidivlanuvchi obstruktiv bronxit (ROB)

✓ Obstruksiya epizodlari OʻRVI fonida takrorlanadi va astmadan farqli ravishda xuruj qilmaydi. Allergiyasi bor bolalarda ROB koʻpincha astmaning debyuti hisoblanadi.

UASH taktikasi

✓ Oʻtkir epizod – obstruktiv bronxitdagidek. Allergiyasi bor bolalarga allergenlarni bartaraf etish tavsiya qilinadi. Ketotifen bilan bazis davolanish – 0,05 mg/kg/sut – 3-6 oy, ogʻir hollarda – kasalxonaga yotqiziladi. Bakterial vaksinalar IRS-19, imudon, ribomunil bilan davolanish tavsiya etiladi.

Surunkali bronxit

✓ Bronxlarning surunkali tarqalgan yalligʻlanishli zararlanish takroriy kuchayadi. Bolalarda odatda surunkali oʻpka kasalliklari alomati hisoblanadi.

Mustaqil kasallik sifatida kamdan kam tashxis qoʻyiladi - balgʻamli yoʻtal mavjudligida va doimiy xirillashlar 3 oy va undan koʻp vaqt mobaynida, yiliga 3 yoki undan koʻp zoʻrayishlar kuzatilsa, shu hol 2 yil ketma-ket takrorlansa, boshqa patologiya boʻlmasa, mustaqil kasallik hisoblanadi.

Zotiljam (Pnevmoniya)

Umumiy maʼlumotlar

✓ Zotiljam - oʻpka parenximasining oʻtkir infeksiyon kasalligi boʻlib, nafas buzilishi sindromi va/yoki funksional maʼlumotlarga koʻra, shuningdek rentgenogrammadagi infiltrativ yoki uchoqli oʻzgarishlarga qarab tashxislanadi.

Zotiljamning infitsirlanish sharoitlariga qarab 1 oylikdan katta bolalarda *kasalxonadan tashqari* – uy va *kasalxona ichi* – gospital zotiljam farqlanadi. Ambulatoriya sharoitlarida ogʻir boʻlmagan kasalxonadan tashqaridagi zotiljamlarni davolash mumkin.

Kasalxonadan tashqaridagi zotiljam deganda bola hayotining odatiy sharoitlarida yuzaga kelgan zotiljamga aytiladi. *Kasalxona ichi zotiljami* esa bolaning statsionarda 72 soat ichida yoki statsinardan chiqqandan keyingi 72 soat ichida rivojlanadi. Klinik-rentgenologik Koʻrsatkichlar boʻyicha oʻchoqli, oʻchoqli-aralash, boʻlakli (krupoz), segmentli, interstitsial zotiljamlar farqlanadi.

Ogʻir va ogʻir boʻlmagan zotiljamlar farqlanadi. Zotiljamning ogʻirligi oʻpka-yurak yetishmovchiligi, toksikoz, infeksiyon – toksik shok, oʻpka asoratlari (plevrit, oʻpka destruksiyasi) ga bogʻliq boʻladi.

Diagnostikasi

✓ 3 sutka va undan ko‘p vaqt mobaynida harorat 38⁰S.

Hansirash (2 oygacha bo‘lgan bolalarda minutiga 60 tadan ortiq, 2 oylikdan 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarda minutiga 50 tadan ortiq, 1 yoshdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarda minutiga 40 tadan ortiq) va bronxial obstruksiya yo‘qligida ko‘krak qafasining burtgan joylarining tortilishi, lokal xirillashlar, nafasning zaiflashuvi.

UASH taktikasi

✓ Og‘ir bo‘lmagan kasalxonadan tashqari zotiljamlarda aksariyat hollarda ratsional antibiotikoterapiya o‘tkazilishi yetarlidir. Etiologik diagnostikasi murakkabligi sababli amaliyotda davolash empirik tarzda o‘tkaziladi. Jadvalda turli yosh guruhlarida kasalxonadan tashqari zotiljamning ehtimoliy qo‘zg‘atuvchilari va ularni davolash taktikasi berilgan. Og‘ir zotiljamli bolalar kasalxonaga yotqiziladi.

7-jadval

Kasalxonadan tashqari zotiljamda qo‘llaniladigan boshlang‘ich preparatlarni tanlash*

Yosh, shakli	Etiologiyasi	Boshlangich preparat	Samara bermaganda almashtirish
1-6 oy, tipik (Febril. Infiltrativ soya bilan)	E.Coli, boshqa enterobakteriyalar, stafilokokk, kamdan kam pnevmokokk va V tipdagi H.influenzae	Qabul qilinadi: vena orasiga amoksitsillin/ klavulanat vena orasiga, Mushak orasiga: ampitsillin/ oksatsillin, yoki sefazolin + aminoglikozid	v/o, m/o: sefuroksim, seftriakson, linkomitsin, vankomitsin, karbapenem, aminoglikozidni almashtirish
1-6 oy, atipik (amfebril, diffuz)	Cht.tranchomat is, kamdan kam P.jiroveci (oldingi carinii), Urealyticum	Qabul qilinadi: makrolid	Qabul qilinadi: kontrimoksazol
6 oylik – 6 yosh tipik asoratlanmagan (gomogen)	Pnevmokokk (+H.influenzae kapsulasiz, kamdan kam B tipi)	Qabul qilinadi: Oспен, amoksitsillin, azitromitsin, makromed (laktamlarni ko‘tara olmaslik	Qabul qilinadi: amoksitsillin/ klavulanat, sefuroksim – aksetil. V/o, m/o: penitsillin, linkomitsin, sefazolin, sefuroksim, seftriakson
6-15 yosh, tipik asoratlanmagan	Pnevmokokk		

(gomogen)		holatlarida) mushak orasiga: penitsillin	
6-15 yosh, atipik (nogomogen)	M.pneumoniae, Chl.pneumonia e	Qabul qilinadi: azitramitsin, makrolid	Qabul qilinadi: doksitsiklin (>12 yosh)
6 oylik – 15 yosh, plevrit yoki destruksiya bilan asoratlangan	Pnevmokokk, H.influenzae V tipidagi, kamdan kam streptokokk	v/o, m/o: penitsillin, ampitsillin, sefuroksim, amoksitsillin/ klavulanat	v/o, m/o: sefalosporin I- III avlod + aminoglikozid, levomitsetin

* *Tatochenko V.K. Peditru na kajdy den, M.,2003*

Nafas organlari kasalliklari bilan og‘rigan bolalarni dispanserizatsiyasi va reabilitatsiyasi

✓ O‘tkir bronxit bilan og‘rib o‘tgan bolalar 1 yil davomida dispanser nazoratda bo‘ladilar.

Tekshiruvdan o‘tish chastotati: 3 oyga 1 marta, LOR – yiliga 2 marta.

Profilaktik emlashlar sog‘aygandan 2 haftadan so‘ng o‘tkaziladi.

Sog‘ayish yo‘llari:

- 1) Ratsional ovqatlanish;
- 2) Nafasni korreksiyalash - qorindan to‘liq nafas olishni tiklash, giperventilyatsiyani bartaraf etish;
- 3) Surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish;
- 4) Interkurrent kasalliklar davrida spetsifik profilaktika – tozalovchi nafas mashqlari, profilaktik fiziomuolajalar, issiq vannalar, gorchichniklar, nuqtali segmentar massaj.

Retsidivlanuvchi bronxit bilan og‘rigan bemorlar dispanser nazoratida 2 yil bo‘ladilar.

Sog‘ayish yo‘llari: LFK, immunstimullovchi terapiya, sanatoriyada davolanish.

O‘tkir zotiljamni o‘tkazgan bolalarda statsionarda superinfeksiya rivojlanish xavfining yuqoriligi sababli reabilitatsiya tadbirlarini sanatoriy yoki poliklinikada o‘tkaziladi.

Dispanser nazoratining davomiyligi – 1 yil. Ko‘ruvdan o‘tish chastotasi: peditr – 3 yoshgacha bo‘lgan bolalar - har chorakda 2 marta, 3 yoshdan kattalar - har chorakda 1 marta, LOR – yiliga 2 marta.

Qo‘shimcha tekshiruvlar: umumiy qon tahlili, FVD, o‘pka rentgenografiyasi - ko‘rsatma bo‘yicha.

Profilaktik emlashlar sog‘aygandan keyin 2-3 haftadan so‘ng.

Sog‘ayish yo‘llari:

- 1) Jismoniy mashqlarni muntazam ko‘paytirib borish;
- 2) LFK, nafas mashqlari;
- 3) Massaj;
- 4) Chiniqtirish (suvning haroratini 5-7 gradusga ko‘tarish va asta sekin ta’sirni ko‘chaytirish);
- 5) Biostimulyatorlar;
- 6) Vitaminlar (gr.V, S, A);
- 7) Ovqatlanish rejimi, toza havoda sayr;
- 8) Surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiyalash;
- 9) Interkurrent kasalliklar davrida maxsus profilaktika.

Nafas yo‘llarining o‘tkir kasalliklari profilaktikasi

✓ Birlamchi profilaktika yashash sharoitlarini, atmosfera havosini yaxshilashga, sensibilizatsiyani oldini olishga, raxit, gipotrofiya, paratrofiyani oldini olishga, gripp immunoprofilaktikasini o‘tkazishga qaratilgan tadbirlar majmuasini o‘z ichiga oladi. Sog‘lom turmush tarzi va chiniqish – maxsus tadbirlar sifatida kundalik turmush jarayonida ham, xonada qizib ketish va o‘rab-chirmashga qarshi kurashda ham katta rol o‘ynaydi. Toza havoda sayr etish nafaqat chiniqtiradi, balki havo-tomchi infeksiyalari ehtimolligini kamaytiradi.

✓ Burun, halqum va dimog‘dagi o‘choqlarni sanatsiyalash muhim rol o‘ynaydi. Ifloslangan atmosferali sanoat shaharlarida istiqomat qiluvchi bolalarni yoz mavsumida shahar chetiga olib chiqish lozim, bu esa bronxlar giperfaolligini va kasallanishni kamaytiradi.

Bolalarga nisbatan qo‘pol munosabatda bo‘lish. Aniqlash belgilari.Ota-onalar bilan suxbat o‘tkazish qoidalari.

Bolalarga shafqatsiz munosabat.

Bolalarni qiynoqqa solish, yomon parvarishlash, kamsitish va jinsiy jinoyatlarni o‘z ichiga oladi. 2 yoshgacha bo‘lgan bolalar qiynoqqa solinishi, 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar orasida yomon parva-rish, 5 yoshdan kattalarda – jinsiy jinoyatlar uchraydi. Qiz bolalar ko‘p hollarda zo‘rlanadi. 75% hollarda zo‘rlovchi – bolalarga tanish bo‘lgan shaxs, ko‘pincha zo‘rlovchi va zo‘rlangan bir oiladan bo‘lishi mumkin.

Umumiy tushuncha

Shavqatsiz munosabat – bola ustidan rejalashtirilgan zo‘rlash yoki bolaning yomon parvarishlash natijasi.

Qiynash – bolaga yetkazish mumkin bo‘lgan jarohat yoki bolaning ota-onalari yoki boquvchisi tomonidan oldi olinmaslik holatlari. Olingan jarohat xarakteri ota-onaning (vasiy) so‘zlariga to‘g‘ri kelmasa, qiynashga gumon qilish mumkin.

Bolani yomon parvarishlash – bolani suvsiz va och qoldirish, parvarish qilmaslik, tibbiy yordam ko‘rsatmaslikdir.

Kamsitish – bolaning ruhiyatiga yomon ta‘sir qilib, jamiyatdagi o‘z o‘rnini yo‘qolishiga olib keladi.

Jinsiy jinoyatlar – bolani jinsiy aloqaga tortish, ular bunday holatlarga ongli ravishda rozi bo‘lishmaydi, chunki ular jinsiy aloqani tushunishmaydi.

Insest – qarindoshlar bilan jinsiy aloqa qilish. Jinsiy jinoyatlarda bolalarni militsiya xodimi ko‘rikdan o‘tkazishi shart.

UAV anamnez yig‘ishi, bola xulq-atvorini aniqlashi kerak.

Yolg‘iz harakat qilmang, militsiyaga shoshilinch xabar bering. Ko‘pincha bolalar haqiqatni aytishga qo‘rqadilar. Vrach faqat bola tomonida bo‘lib, uning xavfsizligini ta‘minlashi shart.

UAV sinchkovlik bilan bolaning tan jarohatini ko‘rishi (ta‘riflanmaydigan jarohat, gematomalar, chandiqlar, quyishlar, si-nishlar, hushdan ketish, ko‘p sonli eski jarohat va boshqalar) va ota-onalar tomonidan bolaga nisbatan ko‘rsatilgan qo‘pol muomala gumon qilinsa, zudlik bilan militsiyaga xabar berishi lozim.

Zo‘ravonlik, g‘amxo‘rlik qilmaslik va/yoki boladan voz kechish, bolalarga shafqatsiz muomala qilish turiga kiradi va bu bola huquqlarining buzilishi hisoblanadi.

- Bolalarga shafqatsizlarcha muomala qilishning zo‘ravonlik, g‘amxo‘rlik qilmaslik va/yoki boladan voz kechish kabi shakllari istalgan joyda namoyon bo‘lishi mumkin. Bu kabi holatlarni istalgan mamlakatda, jamiyatda va daromadi turlicha bo‘lgan xohlagan guruhda uchratish mumkin, garchi jismoniy zo‘ravonlik nuqtai nazaridan xatarning asosiy omili kambag‘allik bo‘lsa-da, bolalarga g‘amxo‘rlik qilmaslik va bolalardan voz kechish kabi hodisalar ham muhim ahamiyat kasb etadi.

- Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining ta‘riflashiga ko‘ra, bolalarga nisbatan yomon munosabatda bo‘lish – jismoniy, ruhiy, jinsiy zo‘ravonlik va g‘amxo‘rlik qilmaslikning barcha shakllarini alohida yoki birgalikda namoyon bo‘lishini o‘z ichiga oladi. Ayrim holatlarda yomon munosabatda bo‘lish jiddiy jarohatlar, nogironlik va o‘limga sabab bo‘lishi mumkin.

- Zo‘ravonlik ishlatilganda yoki bola zo‘ravonlikning qurboniga aylanganida, g‘amxo‘rlik ko‘rsatilmaganida va/yoki undan voz kechilganida, ushbu holat bolaning jismoniy va ruhiy sog‘ligiga ta‘sir etib, uning bolalik, o‘spirinlik va ulg‘aygan yoshida davom etadigan og‘ir oqibatlariga olib kelishi mumkin. Bu uning insoniy qadr-qimmatiga va o‘ziga bo‘lgan ishonchiga, shuningdek, shaxsiy mustaqilligi hamda yutuqlariga, o‘zaro munosabatlar va ota-onalik ko‘nikmalariga ta‘sir qilishi mumkin.

- Adabiyotlarda keltirilgan ma‘lumotlarga ko‘ra, uy sharoitida, oilada ayollar va bolalarga nisbatan ishlatilgan zo‘ravonlikni bir-biriga qo‘shilishi yanada salbiy tus olishi mumkin, turmush o‘rtog‘iga nisbatan ishlatilgan zo‘ravonlik esa, bundanda

xavfliroq bo'lib, bolaga ishlatiladigan zo'ravonlik, unga g'amxo'rlik ko'rsatmaslik va undan voz kechish kabi holatlar yuzaga kelishi uchun eng xavfli omil hisoblanadi.

- Turli tashkilotlar o'rtasida izchil axborot almashuvining yo'lga qo'yilishi uy sharoitida ayollar va bolalarga nisbatan zo'ravonlik ishlatish holatlarining oldini olishga hamda bunday holatlarni aniqlashga ko'maklashadi.

- Sog'liqni saqlashning ijtimoiy yo'naltirilgan soha mutaxassislari tomonidan xonadonlarga tashrif buyurishi bo'yicha dasturlarning tashkil qilinishi va ushbu dasturlarning doimiy faoliyatda bo'lishi, uy sharoitida, oilada ayollar va bolalarga nisbatan zo'ravonlik ishlatilishining oldini olishga ko'maklashish uchun imkon yaratadi.

- Zo'ravonlikni avloddan-avlodga o'tishi, ya'ni bolaligida zo'ravonlik qurboni bo'lgan insonlarning o'zlari ham bolalarga nisbatan zo'ravonlik qilishlari mumkinligi to'g'risida isbotlangan ma'lumotlar mavjud. Odatda, bolalar eng ko'p ishonadigan insonlar – ota-onalari va ular haqida eng ko'p qayg'uradiganlar, qarindoshlari, qo'shnilari ana shunday zolim bo'lib chiqadi.

- Bolalarga shafqatsiz muomalada bo'lish holatlari haqida xabar berish jamiyatning har bir a'zosi, ayniqsa, oila va bolalar bilan ishlaydigan mutaxassislarning burchi va majburiyatidir. Bolalarni shafqatsizlarcha muomaladan himoyalash patronaj hamshiralari eng muhim kasbiy vazifasidir. Patronaj hamshiralari o'z xizmat vaziflariga ko'ra har bir xonadonga kirish imkoniyatiga ega, shuning uchun ham, aynan, ular oilalarda ro'y beradigan voqealardan xabardor bo'lishlari, oiladagi muhitni sezishlari va baholashlari mumkin.

Bolalarni himoya qilish, ularning jismoniy va hissiy xavfsizligini ta'minlash uchun eng katta imkoniyatlar oilada mavjud. Patronaj hamshiralari oilaning do'sti va kasbiy mutaxassis sifatida oilalarni qo'llab-quvvatlagan holda bolalarga shafqatsiz muomala qilinishining va ularga g'amxo'rlik ko'rsatilmasligining oldini olishi mumkin. Shuningdek, patronaj hamshiralari ota-onalar va bolalar o'rtasidagi yaqinlik hamda mehr-muhabbat o'rnatilishiga ko'maklashishi, ijobiy ota-onalik ko'nikmalarini mustahkamlanishiga yordam berishi mumkin. Avvalo, ota-ona va bolalar qiyin ahvolga tushib qolganida patronaj hamshirasi ularga dalda berishi hamda yonida bo'lishi lozim.

- Yuqorida bayon etilgan asosiy fikrlarga qo'shimcha tarzda YUNISEF ning quyidagi ta'rifini keltirish mumkin: «Bolaga nisbatan qilingan hech bir zo'ravonlikni oqlab bo'lmaydi va bolalarga nisbatan qo'llaniladigan har bir zo'ravonlikning oldini olish mumkin».

BMT ning «Bola huquqlari to'g'risidagi konvensiya»si bitta mamlakatdan tashqari dunyoning barcha mamlakatlari tomonidan ratifikatsiya (tasdiqlash) qilingan.

O'zbekiston Respublikasi ham BMT a'zosi sifatida ushbu kovensiyani tasdiqlagan. Bola huquqlari bo'yicha Qo'mita tavsiyalariga muvofiq 2008 yil 7 yanvar kuni O'zbekiston Respublikasining 139-sonli «Bola huquqlarining kafolatlari to'g'risida»gi Qonuni qabul qilindi.

- Qonun qabul qilingandan keyingi yillarda bir qator qonun hujjatlari tasdiqlandi va kuchga kirdi. Prezident, Oliy Majlis va Vazirlar Mahkamasining bola himoyasiga qaratilgan farmonlari va qarorlari, turli idoralarning buyruqlari e'lon qilindi.

Bolalar uchun sharoitlar yaxshilanishi hamda oilani mustahkamlashga yo'naltirilgan keng miqyosli davlat va milliy dasturlar ishlab chiqilib, hayotga tatbiq etilmoqda. Bola huquqlari bo'yicha mamlakatda olib boriladigan axborot-ma'rifiy va ta'lim berish faoliyati sezilarli darajada faollashdi.

- Qonun chiqaruvchi hokimiyat organlarining qonun chiqarish va nazorat faoliyati doirasida YUNISEF ning qo'llab-quvvatlashi bilan O'zbekiston Respublikasi Oliy Majlisi qoshida «Bola huquqlarini ta'minlash» bo'yicha resurs markazi tashkil qilingan bo'lib, markaz nafaqat bola huquqlari masalalari haqida deputatlarga axborot taqdim etadi, balki davlat organlari va nodavlat tashkilotlarining ushbu sohadagi faoliyatini muvofiqlashtirishga ko'maklashish bilan ham shug'ullanadi.

- «Bola huquqlari to'g'risidagi konvensiya»ning 19-moddasida va O'zbekiston Respublikasining 139-sonli «Bola huquqlarining kafolatlari to'g'risida»gi Qonunining 4 va 5-moddalarida aniq ko'rsatilgan: «Davlatlar bolani zo'rvonlikdan, shafqatsizlarcha muomaladan, g'amxo'rlik ko'rsatilmalikdan, bolaning ota-onalari yoki uni parvarish qilish bilan shug'ullanuvchi boshqa shaxs tomonidan qo'pol muomalada bo'lishidan himoya qilish uchun barcha choralarni qo'llashlari zarur».

- Ba'zi mamlakatlarda, masalan, AQSH va Buyuk Britaniyada «oqilona va yumshoq» tan jazolari (tarsaki, shapaloq) bolaga nisbatan shafqatsiz muomala deb hisoblanmaydi. Biroq boshqa mamlakatlarda, masalan, Shvetsiyada tan jazolarining barcha shakllari, jumladan, tarsaki yoki shapaloqlar ham qonunga ko'ra taqiqlangan. BMT Bosh kotibining bolaga nisbatan qo'llaniladigan zo'rvonliklar bo'yicha qilgan ma'ruzasida jismoniy tan jazolari (masalan, tarsakilar) intizomga chaqirishning nomaqbul shakli ekani ta'kidlangan.

- Bola huquqlari bo'yicha qo'mita tavsiyalari doirasida «Bola huquqlarining kafolatlari to'g'risida»gi Qonunda davlatning ushbu sohadagi faoliyati tamoyillari va yo'nalishlari belgilab berilgan: bolaning kamsitilishiga yo'l qo'yimaslik; bola fikrlarini hurmat qilish va bolalarning har qanday sud muhokamasi yoki ma'muriy muhokama davrida o'z manfaatlariga taalluqli masalalarni hal qilishda ishtirok etishi; bolaning shaxsi va shaxsiy hayoti daxlsizligi; bolani qiynoqqa solish (37-modda, II. A) va unga nisbatan shafqatsizlarcha muomalaning boshqa turlari qo'llanilishiga, bolani iqtisodiy, jinsiy va boshqa turdagi ekspluatatsiya (ishlatish) qilinishiga yo'l qo'yimaslik va boshqalar.

- Kamsitilishga, shu jumladan, bolani kamsitilishiga yo'l qo'yimaslik «Bola huquqlarining kafolatlari to'g'risida»gi Qonunning 4-moddasida va 2-bobida belgilangan, ushbu holat, shuningdek, O'zbekiston Respublikasi Mehnat kodeksining 6-moddasida, O'zbekiston Respublikasi Oila kodeksining 3-moddasida, «Fuqarolar sog'ligini himoya qilish to'g'risida»gi Qonunining 13-moddasida, «Fuqarolik to'g'risida»gi Qonunining 2-moddasida, «Fuqarolarning murojaatlari to'g'risida»gi

Qonunining 11-moddasida va O'zbekiston Respublikasining boshqa qonunlarida qayd etilgan.

- O‘zbekistonning 1995 yilda BMT ning qiynoqlarga qarshi konvensiyasiga qo‘shilishi O‘zbekiston Respublikasi Jinoyat kodeksining 235-moddasida qiynoqlar qo‘llanilishi uchun jinoiy javobgarlik belgilanishiga ko‘maklashdi.

«Bola huquqlari to‘g‘risidagi konvensiya»ning ta’sir kuchi irqi, tana rangi, jinsi, tili, dini, qobiliyatlari, milliy, etnik yoki ijtimoiy kelib chiqishi qanday bo‘lishidan va qanday fikrlashidan qat’i nazar barcha bolalarni qamrab oladi (2-modda). O‘z oilasida yashamaydigan, ya’ni internat turidagi muassasalarda yashaydigan bolalarga, shuningdek, qochoq maqomiga ega nogiron bolalarga nisbatan g‘amxo‘rlik qilish bo‘yicha davlat tomonidan amalga oshiriladigan boshqa majburiyatlar ham mavjud.

Konvensiyaning ushbu talabi bajarilishiga O‘zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasining

18-moddasi ko‘maklashadi. Unga ko‘ra: «O‘zbekiston Respublikasida barcha fuqarolar bir xil huquq va erkinliklarga ega bo‘lib, jinsi, irqi, millati, tili, dini, ijtimoiy kelib chiqishi, e’tiqodi, shaxsi va ijtimoiy mavqeidan qat’i nazar qonun oldida tengdirlar». Imtiyozlar faqat qonun bilan belgilab qo‘yiladi hamda ijtimoiy adolat tamoyillariga mos bo‘lishi shart. O‘zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasining 65-moddasida: «Farzandlar ota-onalarning nasl-nasabidan va fuqarolik holatidan qat’i nazar qonun oldida teng» ekani belgilab qo‘yilgan.

BMT «Bola huquqlari to‘g‘risidagi konvensiya»ning 7-moddasida: «Bola o‘z ota-onasini bilish va ularning g‘amxo‘rliklaridan bahramand bo‘lish huquqlarini olishga haqli» ekani aniq ko‘rsatilgan. Boladan voz kechilganida ushbu huquq buziladi. Voz kechish chaqaloqlar va kichik yoshdagi bolalar uchun eng xavfli holat hisoblanadi. Bu juda xavotirli holdir, sababi hayotining ilk yillarida muntazam tarbiyadan mahrum bo‘lgan bola keyingi hayotida ham hissiy rivojlanishida hamda xulq-atvorining shakllanishida ma’lum qiyinchiliklarni boshidan kechirishi mumkin.

Bolaning tarbiyalanishga bo‘lgan huquqi, manfaatlarining ta’minlanishi, har tomonlama rivojlanishi bola oilada jismonan va ruhan sog‘lom o‘sishi, to‘laqonli mustaqil hayot kechirishga tayyor bo‘lishini nazarda tutadi. Ushbu huquq o‘z ichiga bola shaxsida ijodiy asoslar, individual qobiliyatlar rivojlanishi uchun dastlabki shartlar yaratilishini ham oladi. Bunda bolaga, birinchi navbatda, o‘z oilasida ota-onasi tomonidan taqdim etiladigan imkoniyatlar ko‘zda tutiladi.

«Bola huquqlarining kafolatlari to‘g‘risida»gi Qonunga muvofiq «Har bir bola oilada yashash va tarbiyalanish, o‘z ota-onasini bilish, ular bilan birga yashash va ularning g‘amxo‘rligidan foydalanish huquqiga ega, uning manfaatlariga zid bo‘lgan hollar bundan mustasno» (13-modda).

«Bola huquqlarining kafolatlari to‘g‘risida»gi Qonunning 13-moddasida keltirilgan holat O‘zbekiston Respublikasi Oila kodeksining 65 va 66-moddalarida yanada aniqroq tarzda ta’riflangan. Bolaning oilada tarbiyalanishga bo‘lgan huquqi Oila kodeksining 65-moddasida belgilangan ota-onalarning majburiyati bilan mustahkamlangan: «Bola o‘z ota-onasi tomonidan tarbiyalanishi, o‘z manfaatlarini ta’minlanishi, har taraflama kamol topishi, insoniy qadr-qimmatlari hurmat qilinishi huquqiga ega». Bolalarning davlat tomonidan belgilangan 11 yillik bepul ta’lim olishini ta’minlash ham ota-onalar zimmasiga

yuklatilgan. Bu yerda, birinchi navbatda, ota-onalari tashkil qiladigan o'z oilasi nazarda tutiladi. Bunday vaziyatda qonunchilik, odatda, oilani tashqi tajovuzlardan himoya qiladi va oilaviy hayotga aralashmasdan faqat muhofazalash funksiyasini bajaradi.

Bola iloji boricha, shu jumladan, ota-ona va bola turli mamlakatlarda yashaganida ham o'z ota-onasini bilish va ularning g'amxo'rliklaridan bahramand bo'lish huquqlarini olishga haqlidir (bola manfaatlariga zid bo'lgan holatlar bundan istisno). Fuqarolik kodeksining 21-moddasi

2-bandiga muvofiq 14 yoshli voyaga yetmaganlarning turar joyi sifatida ota-onasining yashash joyi tan olinadi.

Bolaning ota-onasi tomonidan g'amxo'rlik ko'rsatilishiga bo'lgan huquqi uning eng muhim hayotiy ehtiyojlari qondirilishi uchun dastlabki shart bo'lib xizmat qiladi. G'amxo'rlik deganda bolaga ko'rsatiladigan yordamning barcha turlari (uni davolash, ovqat, kiyim-kechak, o'quv qo'llanmalari va shu kabilar bilan ta'minlash) nazarda tutiladi.

Davlat bolalarga nisbatan ishlatiladigan zo'ravonlik va ularni himoya qilish bo'yicha kompleks tizimlarni shunday ta'minlashi kerakki, bolaga va umuman bola tarbiyalaydigan oilaga bo'lgan hurmat, oila a'zolarining sha'ni va sir saqlash huquqi saqlanishi, shuningdek, qiz va o'g'il bolalarning rivojlanishga bo'lgan ehtiyojlari qondirilishi lozim (93-modda).

Bolalarga nisbatan zo'ravonlikka davlat tomonidan beriladigan muvofiqlashtirilgan e'tiborni quyida sanab o'tilgan usullar vositasida kuchaytirish tavsiya etiladi:

- tug'ishdan oldin va tug'ishdan keyingi parvarish hamda uyga kelib xabar olishni ta'minlash orqali bola rivojlanishini ilk bolalik davridayoq muvofiqlashtirish;
- ota-onalar uchun jamiyatning madaniy qadriyatlariga mos ravishda va gender (jinslar tengligi) jihatlarini hisobga olgan holda uyda zo'ravonlikdan xoli bo'lgan muhitni yaratishga yordam beruvchi dasturlarni amalga oshirish;
- oiladagi zaif bolalarni himoya qilish va aksariyat (50–60%) holatlarda bolalarga shafqatsiz muomala qilishning barcha ko'rinishlari bilan bog'liq bo'lgan er yoki xotin/turmush o'rtog'iga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlik kabi gender masalalarining hal qilinishi. Bolani jismoniy va ruhiy zo'ravonlik, haqoratlash va suiste'molliklar, g'amxo'rlik ko'rsatmaslik yoki beparvolik bilan muomalada bo'lish, qo'pol muomala qilish yoki ota-ona, qonuniy vasiylar yoki bolaga g'amxo'rlik qiluvchi har qanday boshqa shaxs tomonidan ekspluatatsiya qilish, jumladan, shahvoniy suiste'molliklar sodir etishning har qanday shakllaridan himoyalash O'zbekiston Respublikasining Konstitutsiyasi, Oila kodeksi, «Bola huquqlarining kafolatlari to'g'risida»gi Qonuni, «Odam savdosiga qarshi kurashish to'g'risida»gi Qonuni, Mehnat va Jinoyat kodekslari bilan ta'minlanadi. Har bir bolada uni o'z uyida va jamiyatda yaxshi ko'rishlari hamda tarbiyalashlariga bo'lgan talab va huquqlari mavjud. Yuqorida O'zbekiston Respublikasi qonunlari va me'yoriy hujjatlaridan misollar keltirilgan qonunchilik hujjatlarini o'rganish

barobarida yana bir marta amin bo'lish mumkin. Bolaning o'z uyida hamda jamiyatda yaxshi ko'rishlari va tarbiyalashlariga bo'lgan talab hamda huquqlari ushbu hujjatlarda to'liq qamrab olingan. Har bir mamlakatda, shu jumladan, O'zbekistonda ham bolalar ulg'ayishi va o'zlarini qoniqtiradigan samarali va sog'lom hayot kechirishi uchun eng ko'p imkoniyatlar yaratishga qaratilgan keng miqyosli tadbirlar o'tkaziladi. Bolalar – jamiyatning bugungi kuni va kelajagidir. Hayotda eng yaxshi imkoniyatlar bo'lishi uchun bolalarga xavfsiz muhitni yaratish har bir davlatning istagi hisoblanadi. Oilalarga xizmat ko'rsatish bilan shug'ullanuvchi sog'liqni saqlash sohasining malakali xodimlari, odatda, oila a'zolarining ishonchini qozongan bo'ladilar. Lekin oila a'zolarining boshqa soha vakillariga bo'lgan munosabati o'zgacha, ya'ni oiladagilar ularga shubha bilan qarashlari mumkin. Oilalar bilan ishlaydigan patronaj hamshiralari oiladagi bolalarga g'amxo'rlik qilishda yordam ko'rsatish imkoniyatiga ega. Lekin shu bilan birga patronaj hamshiralari oilada bolaning tarbiyasi bilan mashg'ul bo'lgan yoki boshqa shaxslarning zo'ravonligidan jabr ko'radigan bolani aniqlay olishi kerak. Patronaj hamshirasida bolaga zo'ravonlik o'tkazilishi yoki unga g'amxo'rlik ko'rsatilmaligi bo'yicha shubha paydo bo'lsa, u bolani himoya qilish uchun nima qilishni va qanday yo'l tutishni bilishi lozim.

Bolaga nisbatan qo'llanilgan zo'ravonlik yoki unga yomon muomalada bo'lish – jismoniy va/yoki hissiy yomon munosabatlarning barcha ko'rinishlari shahvoniy (jinsiy) zo'ravonlik, g'amxo'rlik ko'rsatmaslik yoki tijorat yoxud boshqa maqsadlarda ekspluatatsiya qilishni anglatadi. Zo'ravonlik yoki g'amxo'rlik ko'rsatilmaligi natijasida bola salomatligi, rivojlanishi yoki qadr-qimmatiga mas'uliyatli, ishonchli (e'tiqodli) yoki huquqiy munosabatlar nuqtai nazaridan amalda yoki kelgusida (salohiyatli) zarar yetkazish ehtimoli mavjud. • Bolaga nisbatan qo'llanilgan zo'ravonlik va unga g'amxo'rlik ko'rsatilmaligi 18 yoshdan kichik bolalarga nisbatan ota-onalari, oiladagi va/yoki jamiyatdagi kattalar, shuningdek, vasiylar tomonidan qo'llanilgan jismoniy, jinsiy, ruhiy zo'ravonliklar va/yoki g'amxo'rlik ko'rsatilmaligini anglatadi.

• Bolaga nisbatan qo'llanilgan jismoniy zo'ravonlik bolaga nisbatan ataylab jismoniy kuch ishlatilishini bildiradi. Bunday zo'ravonlik bolaning o'limiga yoki nogiron bo'lib qolishiga, uning salomatligiga, yashab qolishiga, rivojlanishi va qadr-qimmatiga zarar yetkazilishiga olib keladi yoki katta ehtimol bilan ana shunday oqibatlarga olib kelishi mumkin. Jismoniy zo'ravonlik o'z ichiga qiynoqlarning barcha turlarini – qo'llar bilan urish, oyoqlar bilan tepish, tishlash, bo'g'ish, qaynoq suv bilan yoki boshqa usullar bilan kuydirish, zaharlash va asfiksiyani (ba'zilarida uni beshikdagi o'lim yoki bolaning to'satdan o'lib qolish sindromi deb xato baholashadi) – oladi. Bolalarga nisbatan zo'ravonliklarning aksariyati bolani intizomga chaqirish, intizomli qilish maqsadida yoki bolaning yig'isi yoki bezovtalanishi (masalan, chaqaloq qornidagi sanchishlar sababli) tufayli achchiqlanish va g'azablanish yoki chuqur frustratsiya (ruhiy holatning buzilishi bo'lib, xohish va imkoniyatlarning nomuvofiqligini anglatadi) holatida qo'llaniladi. Kuchli silkitish natijasida 9 oydan kichik chaqaloqlarda jiddiy shikastlanishlar va bosh miyaga qon qo'yilishi kabi noxush holatlar kuzatilishi mumkin.

- Jinsiy (shahvoniy) zo‘ravonlik – bolaning o‘zi yaxshi tushunmaydigan, mohiyatini to‘liq anglamay turib rozilik berishi mumkin bo‘lgan, bola o‘zining rivojlanishi nuqtai nazarida tayyor bo‘lmagan va/yoki qonunga yoki jamiyatda mavjud bo‘lgan taqiqlarga zid bo‘lgan jinsiy aloqa bilan shug‘ullanishga undash, jalb qilish. Bolalarga nisbatan jinsiy zo‘ravonlik kattalar tomonidan yoki yoshi va rivojlanish darjasiga ko‘ra

qurboni oldida mas‘uliyatni his eta oladigan, uni ishontira oladigan yoki unga hukm o‘tkaza oladigan insonlar tomonidan sodir etilishi mumkin.

- Ruhiy, hissiy va psixologik zo‘ravonlikni ota yoki ona yoxud tarbiyachi ma‘lum vaqt davomida bolaga uning rivojlanish darajasiga mos bo‘lgan qo‘llab-quvvatlovchi muhitni vaqti-vaqti bilan yoki umuman ta‘minlamasligi deb ta‘riflash mumkin. Ana shu yo‘sindagi harakatlar katta ehtimol bilan bolaning jismoniy yoki ruhiy salomatligiga, shuningdek, uning jismoniy, aqliy, ma‘naviy, ruhiy yoki ijtimoiy rivojlanishiga zarar yetkazishi mumkin. Zo‘ravonlikning bu turiga quyidagilar kiradi: harakatlanish imkoniyatlarini cheklash, doimiy ravishda tahqirlash, ayblash, tahdid va qo‘rqitish, kamsitish yoki ustidan kulish, shuningdek, xo‘rlash yoki adovatli munosabatning boshqa jismoniy bo‘lmagan shakllari va ko‘rinishlari. Ba‘zida ota-onalar hissiy, ijtimoiy va moliyaviy yordam olish maqsadida o‘z bolalarining soxta (qalbaki) xastaliklarini niqob qilib oladilar.

- G‘amxo‘rlik ko‘rsatmaslik – ota-ona yoki oilaning boshqa a‘zosi ma‘lum vaqt davomida, garchi imkoniyatlari bo‘lsa-da, sog‘liq, ta‘lim, hissiy rivojlanish, ovqatlanish, uy-joy va yashash uchun xavfsiz sharoitlar kabi sohalarning biri yoki bir nechtasida bola rivojlanishi, farovon va xotirjam yashashi uchun imkoniyat bermasligini anglatadi.

Bunday holat vaqti-vaqti yoki ko‘nikish shaklida, ya‘ni doimiy kuzatilishi mumkin.

- Boladan voz kechish – ota yoki ona tomonidan bola ongli ravishda rad etilishi, bunda ota yoki ona bolani qaytarib olishni istamaydi va o‘zining otalik yoki onalik majburiyatlaridan ko‘ngilli ravishda voz kechadi. Bundan tashqari, oilaning hech bir a‘zosi ota yoki ona oldida javobgarlikni va bolaga g‘amxo‘rlik qilishni o‘z bo‘yniga olmaydi. Yevropaning ayrim mamlakatlarida boladan ochiqdan ochiq voz kechish 1 dan 5/100 ni tashkil qiladi. Boladan xufiyona voz kechish deganda, ota yoki ona tomonidan bola yashirincha rad etilgani tushuniladi. Bunda ota yoki ona ko‘ngilli ravishda, lekin anonim (kimligi ko‘rsatilmagan) tarzda bolasidan voz kechadi va otalik yoki onalik majburiyatlarini o‘zidan soqit qiladi. Bolalardan voz kechish bilan bog‘liq omillar qatoriga quyidagilarni kiritish mumkin: jiddiy iqtisodiy muammolar, ona ma‘lumotining past darajasi, ixtisoslashgan xizmatlardan foydalanish, ayniqsa, homiladorlik paytida foydalanish imkoniyatining past darajasi, yashash sharoitlarining yomonligi, ota-onalar balog‘at yoshiga yetmagan o‘spirinlar ekani, shuningdek, bola tug‘ilishiga tayyor emasligi yoki yomon tayyorlanganligi va perinatal parvarishning an‘anaviy amaliyoti.

- Bolalar savdosi va ularni ekspluatatsiya qilish – bolalarga shafqatsizlarcha muomalada bo‘lish va ularga nisbatan zo‘ravonlik qo‘llanilishining yana bir shakli.

Bolalar savdosi «Bola huquqlari to'g'risidagi konvensiya»ning fakultativ protokoli (Palermo protokoli)da «ekspluatatsiya qilish maqsadida (doim ham jinsiy ekspluatatsiya maqsadida emas) bolalarni yollash, bir joydan boshqa joyga ko'chirish, begona odamlar qo'liga topshirish, bolalarni yashirish yoki qabul qilish» sifatida ta'riflanadi.

Ekspluatatsiya deganda kamida fohishalikni yoki jinsiy ekspluatatsiyaning boshqa ko'rinishlari majburiy mehnat, qullik yoki qullikka o'xshash amaliyot nazarda tutiladi.

- Bolalarga nisbatan o'limga olib keluvchi zo'ravonlikning qo'llanilishi. Farzandkushlik, ya'ni 12 oydan kichik go'daklarni o'ldirish bolalarni o'ldirishning eng tarqalgan shakli hisoblanadi. Buyuk Britaniyada har 100 000 chaqaloqning 2–3 tasi qotillik yoki bexosdan ro'y bergan qotillik qurboni bo'ladi. Bu kabi voqealarning taxminan 40% chaqaloqlarning o'limi bilan bog'liq bo'lib, noxush voqealarning aksariyati g'amxo'rlik ko'rsatilmaligi sababli sodir etiladi. Farzandkushlik chaqaloqlar o'limining sababi sifatida kamaytirilib beriladi, chunki chaqaloqning o'limi, odatda, izohsiz qoldiriladi yoki tasodifiy deb hisoblanadi (masalan, chaqaloqning to'satdan o'limi/beshikda yotgan chaqaloqning o'limi).

Internat tipidagi muassasalar (mehribonlik uylari va ixtisoslashtirilgan muassasalar)da tarbiyalanuvchi kichik yoshdagi bolalar eng zaif va himoyalanmagan bolalar guruhiga kiradi.

Internat turidagi muassasalarga (mehribonlik uylari va ixtisoslashtirilgan muassasalar)joylashtiriladigan va eng zaif hamda himoyalanmagan guruhga kiruvchi bolalar zo'ravonlikdan, g'amxo'rlik ko'rsatilmaligidan va xizmatlarni ko'rsatuvchilar tomonidan ekspluatatsiya qilinishidan deyarli himoya qilinmagan hisoblanadilar. Bundan tashqari, ularga nisbatan o'z tengdoshlari va yoshi kattaroq bolalar ham zo'ravonlik ishlatishlari mumkin. Zo'ravonlik qurboni bo'lgan bolalarni parvarish qilish aksariyat hollarda cheklangan ma'lumot va tayyorgarlikka ega ko'p sonli xizmat ko'rsatuvchilar tomonidan amalga oshiriladi, bu holat esa, o'z navbatida zo'ravonlikdan jabrlangan bolalar himoyasini va ularga g'amxo'rlik qilishni ta'minlay oladigan kattalar bilan yaqindan muloqot qilish imkoniyatlarini cheklaydi.

Bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zulm va ularga g'amxo'rlik ko'rsatilmaligi muammosini hal qilish

Bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlik va ularga g'amxo'rlik qilinmasligi hamma yerda, istalgan mamlakatda va istalgan jamiyatda, shuningdek, barcha ijtimoiy guruhlarda mavjud. Biroq ko'pgina mamlakatlarda bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlik va ularga g'amxo'rlik qilinmasligi to'g'risidagi ma'lumotlarni olish juda qiyin. Buning ajablanarli joyi yo'q, chunki:

- Oila a'zolari doim ham bolaning shaxsiy hayotidagi sirlarining katta qismidan voqif bo'lmaydilar, shuningdek, oila a'zolari o'zlarining shaxsiy ishlariga begonalar aralashishini yoqtirmaydilar.
- Ko'pgina mamlakatlar va madaniyatlarda ota-onalarning fe'l-atvorida tan jazolarining qo'llanilishi, bola tarbiyasi uchun umumiy kontekstda zarur degan

tushunchani kuzatish mumkin. Tan jazosi kichik yoshdagi bolalar rivojlanishiga zarar yetkazishi mumkinligini isbotlovchi dalillar bazasi kun sayin ortib borayotganiga qaramay, keng jamoatchilik, hattoki, bolalar bilan ishlovchi professional mutaxassislar bu kabi jazo turlariga aytarli e'tibor qaratmaydilar, ba'zi holatlarda esa, uy sharoitlarida, maktabda va boshqa bolalar muassasalarida intizomga erishish va qo'llab-quvvatlash maqsadida jazolashning ayrim og'ir ko'rinishlariga (masalan, shapaloq urish, bolani silkitish, ruhiy zo'ravonlik va boshqalar) xayrixoh munosabatda bo'ladilar.

- Biroq o'zgarishlar qilish mumkin. O'tkazilgan tadqiqotlar natijalarining tahlili shuni ko'rsatdiki, Yevropaning bir qator mamlakatlarida bolalarga nisbatan barcha tan jazolari qo'llanilishini taqiqlovchi qonun hujjatlari qabul qilingan. Shu bilan birga jamoatchilik o'rtasida qonuniy tadbirlar asosida olib borilgan tushuntirish ishlari orqali ijobiy natijalarga erishilgan: bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlik va tan jazolarini qo'llash amaliyoti to'g'risidagi tushuncha va tasavvurlar o'zgargan. Ta'kidlash zarurki, immigrantlar (boshqa mamlakatdan ko'chib kelganlar) oilasida ushbu yangi standartlarga moslashish og'irroq kechib, ularga ko'nikish uchun bir necha yil kerak bo'lar ekan.

- Shuningdek, ko'pgina mamlakatlarda bolalarga nisbatan zo'ravonlik qo'llanilishi mumkinligi yoki amalda qo'llanilgani, bolalarga g'amxo'rlik qilinmaganligi to'g'risida xabardor qilish tizimi aytarli darajada yaxshi tashkil qilinmagani aniqlangan. Bu mamlakatlarda bolalarga nisbatan qo'llaniluvchi zo'ravonliklar va ularga g'amxo'rlik qilinmaslik holatlari aksariyat hollarda sir tutilgani sababli, keng jamoatchilik va qarorlar qabul qiluvchi shaxslar bolalarga nisbatan qo'llanuvchi zo'ravonliklar va ularga g'amxo'rlik qilinmasligi tufayli jiddiy muammolar keltirib chiqargani haqida aniq tasavvurga ega emaslar. Umuman olganda, bu muammoning faqat oz qismi ko'rinadi. Bola uchun noxush natija bilan yakunlanadigan zo'ravonlik, bolaga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlik va bolaga g'amxo'rlik ko'rsatilmashligi bilan bog'liq usluksiz harakatlarning mantiqiy va yakuniy natijasi deb emas, balki g'ayritabiiy xulq-atvoriga ega inson tomonidan amalga oshirilgan yakka va xususiy holat sifatida baholanadi.

- Ta'kidlash lozimki, aksariyat hollarda bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlikni va ularga g'amxo'rlik qilinmasligini aniqlash bo'yicha tayyorgarlik ayrim mamlakatlarda yaxshi yo'lga qo'yilmagan. Bolalar bilan ishlovchi mutaxassislar bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlikni va ularga g'amxo'rlik qilinmasligini aniqlash ko'nikmalariga deyarli ega emaslar va shu bilan birga ular bolalar xavfsizligi uchun mas'ul emas ekanliklarini qayd etish lozim.

Ayrim holatlarni bu mutaxassislar bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlik va ularga g'amxo'rlik qilinmasligi to'g'risidagi ma'lumot qaror qabul qiluvchi shaxslar va jamoatchilik tomonidan jiddiy qabul qilinishiga ishonmasliklari bilan izohlash mumkin. Bundan tashqari, bolalar bilan ishlovchi mutaxassislar o'zlari yetkazgan ma'lumotlar oshkora qilinishidan qo'rqishlari mumkin, ular yetkazgan xabarlar natijasida oila va bolaga nisbatan ko'riladigan tegishli choralar ijobiy natija berishiga shubha bilan qarashlari ham ehtimoldan holi emas.

- Bir qator sabablarga ko'ra, dunyoning ko'pgina mamlakatlarida zo'ravonlik qurboni bo'lgan bolalardan ularga nisbatan ishlatilgan zo'ravonlik yoki ularga g'amxo'rlik qilinmasligi to'g'risida ma'lumot olish etnik mulohazalar tufayli mushkul vazifa hisoblanadi.

Lekin ushbu muammo bo'yicha ishlab chiqilgan yangi yondashuvlar vositasida bolalarga nisbatan ishlatiladigan zo'ravonlik va ularga g'amxo'rlik qilinmasligi to'g'risidagi qimmatli ma'lumotlarni olishga muvaffaq bo'lindi. Bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlik va ularga g'amxo'rlik qilinmaslikning uzoq muddatli ta'sirini aniqlash uchun o'smirlar va kattalarga yoshligida boshlaridan kechirgan nomaqbul va noxush hodisalarning turlari va bunday voqealar qanchalik tez-tez ro'y bergani haqida xabar qilish taklif qilingan. Olingan ma'lumotlar aniq ko'rsatib turibdiki, bolalarga nisbatan shafqatsiz muomala qilishning barcha ko'rinishlari va bolalik davridagi salbiy tajriba, ya'ni bolalarga nisbatan qo'llanilgan zo'ravonlik hamda ularga g'amxo'rlik qilinmasligi o'rtasida uzviy bog'liqlik mavjud ekan. Xulosa o'rnida aytish mumkinki, bolalarga nisbatan qo'llanilgan zo'ravonlik hamda ularga g'amxo'rlik qilinmasligi kabi omillar har bir shaxsning kelajakdagi jismoniy va ruhiy salomatligi, shaxsiy yutuqlari hamda jamiyat hayotiga qo'shadigan hissasiga salbiy ta'sir ko'rsatar ekan.

Bolalarga nisbatan qo'llaniladigan zo'ravonlik va ularga g'amxo'rlik ko'rsatilmasligi bolaning butun hayoti davomida bola va jamiyat uchun salbiy oqibatlarga olib keladi. Bolalarga nisbatan shafqatsiz muomalada bo'lish ularning butun hayoti davomida salbiy oqibatlarni yuzaga keltirishi mumkin. Bu quyidagi omillarga bog'liq:

- Ta'lim sohasidagi bilimlar darajasining pastligi, diqqat-e'tibor yetishmasligi bilan bog'liq buzilishlar, maxsus bilimlarga bo'lgan ehtiyojning yanada kattaroq bo'lishi;
- Ruhiy salomatlik bilan bog'liq muammolarning (xulq-atvor bilan bog'liq muammolar, ruhiy siqilish, shikastlanishdan keyingi stress holati, o'z joniga qasd qilish, giyohvand moddalar va alkogolga bog'lanib qolish va h.k.) kengroq tarqalganligi;
- Shuningdek, yuqumli bo'lmagan kasalliklar (semizlik, yurakning ishemik kasalligi, saraton, surunkali o'pka kasalliklari, suyaklar sinishi va jigar kasalliklari) va ayrim yuqumli kasalliklar (jinsiy yo'l orqali yuqtiriladigan infeksiyalar) ko'proq tarqalishi bo'yicha cheklangan dalillar ham mavjud;
- Zo'ravonlik yoki jinoiy tusga ega xulq-atvor ehtimolligining yuqori darajasi. Albatta, bunday salbiy oqibatlar jamiyat uchun juda qimmatga tushadi. Quyida keltirilgan jadvalda mahsuldorlikning yo'qotilishi, shuningdek, xizmatlarga bo'lgan yuqori talablar va salbiy oqibatlar o'rtasidagi bog'liqlik ko'rsatilgan.

5-12 yoshgacha bo'lgan bolalar. Jismoniy rivojlanishi. Dispanser nazorati. Ovqatlanishi. Eng ko'p uchraydigan patologik xolatlar (revmatik isitma, oshqozon ichak kasalliklari). Enurez. Konsultatsiya qilish xususiyatlari.

Jinsiy shakllanish yoki katta maktab yoshi davri bu davr jinsiy bezlarning shakllanishi va ishga tushishi bilan xarakterlanadi. Qiz bolalarda jinsiy shakllanish 12 yoshdan boshlanadi va 16 – 18 yoshlarda tugaydi, o'g'il bolalarda bu davr 13 – 14

yoshdan boshlanadi va 18 – 20 yoshlarda tugaydi. Issiq iqlim sharoitida jinsiy shakllanish 1 – 2 yil erta boshlanadi. Bu davrda ikkilamchi jinsiy belgilar yuzaga keladi: qovuq va qo‘ltiq osti sohasida (sochlar) tuklar o‘shishi, qizlarda ko‘krak bezlari rivojlanishi, o‘g‘il bolalarda ovoz yo‘g‘onlashuvi vujudga keladi.

Jinsiy bezlarning yetukligi va funksional tayyorligini ko‘rsatadigan belgilar qiz bolalarda xayz kelishi va o‘g‘il bolalarda uyqu vaqtida polyutsiya bo‘lishi hisoblanadi. Bu davrda yurak qon-tomir tizimida funksional buzilishlar, o‘smir yuragi, o‘smirlar gipertoniyasi va nevrozi kuzatiladi. Jinsiy shakllanishda nuqsonlar aniqlanadi.

Kalla suyagining yuz qismi o‘shishi ustunligi, miya qismi o‘shishi sekinlashuvi kuzatiladi. Ko‘krak qafasi va oyoqlar tez o‘sadi.

Profilaktik ko‘riklarda kasallik aniqlangan holatlarda bolalar sog‘lomlashtirish uchun yashash joyidagi ambulator-poliklinika muassasalarida dispanser nazoratga olinadi va individual ravishda sog‘lomlashtiriladi.

UASH tekshirishi kerak bo‘lgan soxalarning qismlarini konsultatsiya va profilaktik maqsadlarda tekshirishlar o‘tkazish bo‘yicha reja tuzish.

1. Soxalar ketma-ketligi :
2. Maktabdagi o‘zlashtirish
3. Boladan xamda ota-onalaridan birgalikda so‘rab surishtirish kerak
4. Jaroxatlarni oldini olish va xavfsizligini ta‘minlash..
5. Avtomobilda yurganda kamar taqishning xavfsizligi, velosiped xaydayotganda xavfsizlikning ta‘minlanishi, sport va suzish bilan shug‘ullanish.
6. Jinsiy tarbiya, ota-onalardan bolani to‘g‘ri jinsiy tarbiyalashlari, seksuallik xaqidagi suxbatlarni o‘tkazishlari xaqida so‘rash.
7. Bolalarning o‘z sog‘liqlariga munosabatlari. Bola o‘sayotganligi va ulg‘ayganligi sari o‘zi mustaqil fikr va qarorlar qabul qilishi kerak. Ular o‘z sog‘liqlariga extiyotkor bo‘lishlari kerakligini tushunadilar.
8. To‘g‘ri ovqatlantirishning ahamiyatini tushuntirish, fizik faollik, xavfchizlikni ta‘minlash.
9. Bolaning maktabdagi xulqi va o‘zlashtirishi.
10. Nutqi: O‘qishi, talaffuzi, yozishi.
11. Xarakter Ko‘rsatkichlari : bola ko‘proq qiyinroq xarakterlar bajarishi, sakrab yugura olishi mumkin., bir oyog‘ida sakrash, ko‘zlarini yumgan xolda oyoo‘larini jiplashtira olishi, Qaychi bilan ishlash. Chap va o‘ng tomonlarni ajrata bilish (6-7 yosh) va b. (8-9yosh)
12. Nozik xarakatalar: qalamni qo‘lida ushlash,(5yosh), yozish, chizish(6yosh), oyoq kiyim shnuroklarini boylashi Qo‘llari Bilan o‘ynashi, bosh barmoqning boshqalariga nisbatan solishtirish, kichik qog‘oz bo‘lagini qo‘lida bekitish.
13. Ko‘ruv ishtirokida xarakter faoliyatini aniqlash. Bolani qandaydir shaklni chizib berishini so‘rash, yoshigsha mos ravishda
14. Bilimga yo‘naltirilgan funksiyalar:
15. aniq operatsiyalar. 8 yoshgacha yaxshi yomonni, aniq tushunib o‘z mustaqil fikriga ega bo‘la olishi, logik o‘ylay olish qobiliyati.

16. Formal operatsiyalar. 12 yoshda abstrakt o'ylashi va gipotezalar yaratish qobiliyati.
17. Jinsiy shakllanish yoki katta maktab yoshi. Fizik rivojlanishi, jinsiy yetilishning boshlanishi.
18. Sut bezlarini rivojlanish bosqichlari. Chov soxasida tuklarning o'sishi davri.
19. Jinsiy yetilish davri yoki yuqori maktab yoshi
20. Jinsiy yetuklikni baholash
21. O'smirlik yoshdagi davrlar
22. Jinsiy moslashuv shakllari
23. O'smirlar bilan suhbat
24. Ijtimoiy muammolar. O'smir yoshdagi bolalarda
25. Oxirgi punkt (fizik rivojlanish) berilgan yoshdagi obyektiv ko'ruv metodikasi va bilimlarini baxolashga kirgizish mumkin.

5-12 yoshdagi bolalarda eng ko'p uchraydigan kasalliklarga kiradi:

1. Respirator infeksiyalar
2. Allergik reaksiyalar
3. Skolioz
4. Surunkali kasalliklar (Epilepsiya)
5. Enurez.
6. xulq buzilishlari
7. Og'riqlar (qorinda, oyoq- qo'llarda, boshda)
8. Maktabda yomon o'zlashtirish.

Bolalarni maktabga tayyorlash, maktabga kabul qilish oldidan bolalarning aklan yetukligini baxolash

1. Bolalarni maktabga tayyorlash 2 boskichdan, ya'ni umumiy tayyorgarlik va maxsus tayyorgarlik boskichidan iborat. Bu ikkala tayyorlash boskichini UASH va xamshirasi amalga oshiradi.

2. Umumiy tayyorgarlik-bolaning chakaloklik davridan umumiy kabul qilingan tadbirlarni utkazishdan iborat. Bunday tayyorgarlikning maksadi bolaning jismoniy va ruxiy rivojlanishini tulik ta'minlashdir.

3. Maxsus tayyorgarlik bolaning 4-5 yoshidan boshlanadi va quyidagi tadbirlarni uz ichiga oladi - UASH soglom bola xonasi xamshirasi bilan birgalikda bolalarning jismoniy rivojlanishi va maktabgacha bo'lgan bolalar muassasasiga tayyorlash tugrisida ota-onalar bilan suhbat utkazish. Ularni salomatlik xolati va oxirgi dispanser kuzatuv natijalariga kura davolash kerak buladi.

Bolalarni maktabga kabul qilingunga qadar 1-2 oy oldin o'tkir kasalliklarning oldini olish maksadida organizmning nospetsifik immun xolatini kutarishga yunaltirilgan umumiy maxalliy chiniktirish utkazish. Bolani burun bilan nafas olishga urgatish, ultrabinafsha nurlar, V gurux vitaminlari va interferon bilan davolash.

- Bolalarni maktabga kabul qilish uchun xujjatlar tayyorlash: bolaning rivojlanish tarixiga bolani tayyorgarligi tugrisida tulik, ma'lumot ya'ni dispanser kuzatuv natijalari, soglomlashtirish tadbirlari utkazilganligi tugrisida, maktabgacha bolalar muassasasi uchun ma'lum bir reja asosida bolani moslashish davrida ovkatlantirish,

jismoniy chiniktirish, oʻtkir va surunkali kasalliklar kaytalanishining oldini olish uchun davolash vasoglomlashtirish rejasikursatilgan epikriz yozish.

4. Agar bola kasallik bilan ogrigan boʻlsa, u tulik tuzalgandan 2 hafta keyin maktabga kabul qilinadi.

5. Xavfli gurux, surunkali kasalligi bor, tugma nuksonlari boʻlgan bolalarga yullanma berish bolaning kasalligiga bogʻlik boʻlgan maxsus mutaxassislarni jalb qilish bilan xal qilinadi.

Maktabga kabul qilish uchun tuldirilishi kerak boʻlgan xujjatlar.

Bolalarni maktabga kabul qilish uchun tuldirilishi kerak boʻlgan xujjatlar: bolaga 026/u shakl va 063/u shakl nusxasi tuldiriladi. Bolalarni maktabga tayyorlash ularning maktabgacha boʻlgan davridan boshlab olib boriladi. Bolalarni maksimal darajada soglomlashtirish va maktabga borgunga qadar xar xil kasalliklarni aniqlash maksadida ular 3 va 5 yoshligida xar tomonlama chukur tibbiy kurikdan utkaziladi. Bolani maktabga UASH va tor mutaxasssilar tomonidan yana bir bor tekshiruvdan utkaziladi. Bunda bolaning gavda uzunligi ulchanadi, asosiy klinik taxlillar: umumiy kon, siydik, axlat tekshiriladi. Tekshiruv natijalari, salomatligi tugrisidagi shifokor xulosasi bolaning rivojlanish tarixiga va tibbiy kartasiga kayd etiladi va ukuv yilining boshida maktabga beriladi.

Bolalarni maktabga kabul qilishda funksional yetukligini baxolash

Maktab yoshidagi yetuklik bolalarni jismoniy, ijtimoiy-ruxiy rivojlanishining maʼlum bir darajaga yetganligi bulib, bu tizimli ukitish va tarbiyalashga bogʻlik zurikishlarga tayyorligidir. Bolaning maktabga tayyorgarligi jiamoniy, axlokiy, akliy qobiliyatlaridan tashkil topgpn buladi. Maktabga tayyor bulmagan bolalar ukuv dasturi talablarini bajara olmaydi, natijada bolaning salomatligida uzgarishlar kuzatiladi.

Bolani soglomligini aniqlash uchun psixologik tekshiruv

Xamma bolalar maktabga tayyorgarligining yetukligini aniqlashda psixofiziologik tekshiruv quyidagi mezonlar buyicha utkaziladi:

1.Kern –Yersek sinamasi

2.Tovushni talaffuz qilishi

3.Suzlarni assotsiatsiya qilish qobiliyatini tekshirish

4.Motometrik sinama

Kern –Yersek sinamasi – 3ta vazifani uz ichiga oladi:

- 1) Erkak kishining rasmini chizish
- 2) 3 suzdan iborat kiska jumlani kuchirib olish
- 3) Bir xil intervalda kuylgan nuktalarni kuchirib berish

Tovushni talaffuz qilishi yaʼni nutk sofligini aniqlash

Suz talaffuzida nukson bor yukligini aniqlash. Bola rasmdagi buyumlarning nomini aytib berishi kerak buladi.

Suzlarni assotsiatsiya qilish qobiliyatini tekshirish

Bolaga 15 ta taʼsir etuvchi suz taklif qilinadi, bolaning suzlarini assotsiatsiyasi qobiliyati tekshiriladi. Javoblar mos va mos bulmagan javoblarga bulinadi.

Motometrik sinama –“aylanani kirkish”

Bolaga bir-birining ichiga 7 aylana chizilgan karton kogoz beriladi.

O‘TKIR REVMATIK ISITMA

Revmatizm (o‘tkir revmatik isitma) – yurak-qon tomir va tayanch-harakat apparatidagi biriktiruvchi to‘qimaning tizimli yallig‘lanishli shikastlanishi. Revmatizm har qanday a‘zo va tizimlar: miya, buyrak, jigar va boshqalar buzilishi mumkin. Revmatizmning birinchi xuruji asosan bolalik yoshida (7-15 yosh) va o‘spirin yoshida sodir bo‘ladi. Revmatizm yurak-qon tomir kasalliklari bilan kasallanish umumiy strukturasi va ular oqibatidagi o‘lim ichida ahamiyatli o‘rinni egallaydi. Ko‘pgina rivojlanayotgan mamlakatlarda yurak revmatik kasalligi yurak-qon tomir kasalliklari hollarining qariyb yarmini tashkil qiladi. Revmatizm bilan kasallanish iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda hozirgi vaqtda 100 000 aholi soniga 5 tadan kam bo‘lmagan sonni, kam rivojlangan mamlakatlarda esa – 100 000 aholiga 27-100 tani tashkil etadi.

Etiologiya va patogenezi. Epidemiologik, klinik kuzatuvlar, mikrobiologik, immunologik va eksperimental tadqiqotlar ma‘lumotlari natijalari streptokokkli burun-halqum infeksiyasining (A guruhi β -gemolitik streptokokki) revmatizm bilan aloqasini ko‘rsatadi. Revmatizmning streptokokkli etiologiyasi hisoblanadi: revmatizm xurujidan oldin streptokokkli infeksiya (angina, faringit); β -gemolitik streptokokk A guruhi O‘RK paytida revmatizm bilan kasallanishning zo‘rayishi; streptokokkli antitelolar (ASL, ASG, ASK) titri oshishi; streptokokkga qarshi profilaktika va streptokokli infeksiya o‘choqlarini faol davolashdan keyin revmatizm bilan kasallanishning va uning retsidivlarining keskin kamayishi. Revmatizmning streptokokkli etiologiyasi uning “klassik” shakllari uchun xos, ular o‘tkir kechadi va jarayonga bo‘g‘imlar qo‘shilishini o‘z ichiga oladi. Revmatizmning retsidivlanuvchi va davomli kechuvchi shakllari bilan streptokokk orasida deyarli bog‘liqlik yo‘q. Oxirgi shakllarda kechuvchi revmatizm streptokokk antigenlari oshishi kuzatilmaydi, revmatizm retsidivlarini bitsillin profilaktikasi samara bermaydi. Shu sababli streptokokk infeksiyasining revmatizmning latent, retsidivlanuvchi kechishidagi roli istisno qilinmoqda. Revmatizmning bu shakllarida allergik, infeksiyon-toksik yoki virusli etiologiyasi taxmin qilinmoqda. Kasallik rivojlanishida ahamiyatli o‘rinni a‘zo tizimning streptokokk infeksiyasiga bo‘lgan individual sezuvchanligi tutadi, bu holat gumoral va hujayra immunitetidagi determinirlangan o‘garishlar bilan bog‘liq. Kasallikka bo‘lgan irsiy moyillik alohida ta‘kidlanadi. “Revmatik oilalar” degan tushuncha bor, bularda kasallanish sog‘lomlarga nisbatan 2-3 marotaba yuqori. Ushbu kasallik irsiy tarqalishi aniqlangan – poligen. Revmatizm patogenezi murakkab va ko‘pincha aniq emas. Uning rivojlanishida allergiyaga ko‘proq o‘rin beriladi. Bu haqida revmatizm klinik-anatomik xususiyatlarining zardobli kasallik, eksperimental allergiya bilan bir xilligi, kasallikning qator nospetsifik ta‘sirilar natijasida retsidivlanishi, allergiyaga qarshi vositalarning antirevmatik ta‘siri guvohlik beradi. Keyinchalik jarayonga autoallergik mexanizmlar qo‘shiladi. Sensibilizatsiyalovchi agentlar (streptokokklar va ular parchalanishi mahsulotlari, viruslar, nospetsifik allergenlar) yurakdagi allergik yallig‘lanishga olib kelishi mumkin, keyin uning antigistamin komponentlari o‘zgarishiga va ularning autoantigenlarga o‘tishiga olib keladi va autoimmun jarayon yuzaga chiqadi. Streptokokk ko‘pgina hujayra va hujayradan tashqi moddalarni ishlab chiqaradi, ular

fermentativ va toksik xususiyatlarga ega (streptolizinlar, streptokokkli proteinaza, dezoksiribonukleaza, mukopeptidlar – “endotoksinlar” va boshq.). Ularning hammasi ifodalangan kardiotoksik ta’sir qiladi. Revmatizm patogenezida katta ahamiyatga ega bo’lgani hujayra membranasi M-proteini, streptolizina S va O; mukopeptidlar ta’siridir. Revmatizm patogenezining autoimmun giptezasi streptokokk A guruhi antigenlari bilan miokard to’qimasi komponentlarining immunologik bog’liqligi bilan tushuntiriladi. Revmatizmda ko’pchilik hollarda yurak to’qimasi bilan reaksiyalashuvchi antigenlar aniqlanadi, jumladan ham miokard antigenlari, ham streptokok membranasi antigenlari bilan reaksiyaga kirishuvchi antitelolar. Revmatizmda autoimmun jarayonlar rivojlanishiga dalil sifatida biriktiruvchi to’qima antigen komponentlariga – struktur glikoproteinlar, proteoglikanlar, biriktiruvchi to’qimaning suvda eruvchi komponentlariga nisbatan gumoral va hujayraviy immunitet buzilishi qaraladi. Revmatizmda qon immunokomponent hujayralari disbalansi kuzatiladi; umumiy limfotsitlar miqdorining oshishi; aylanib yuruvchi immun komplekslar, immunoglobulinlar sathining siljishi. Revmatizmda morfologik biriktiruvchi to’qimaning davriy o’zgarishlari yuzaga chiqadi: mukoid bo’kish, fibrinoid o’zgarishlar, nekroz, hujayra reaksiyalari (limfotsitlar va plazmotsitlar bilan infiltratsiyalanish, Ashoffa-Talalayev granulemalarining hosil bo’lishi), skleroz. Revmatik jarayon odatda sklerozirlanish bilan tugaydi. Jarayon chegaralanishi yoki qayta tiklanishi haqida faqat mukoid bo’kish paytidagina aytish mumkin. Revmatizmning retsividlanuvchi kechishida hosil bo’layotgan biriktiruvchi to’qimadagi o’zgarishlar skleroz joyida kamdan-kam hollarda lokalizatsiyalanadi, jarayonga yangi-yangi biriktiruvchi to’qima joylari qo’shib boradi..

Revmatizmning *klinik manzarasi* juda ham xilma-xil, birinchi navbatda jarayonning o’tkirligiga, ekssudativ, proliferativ hodisalar, a’zo va tizim shikastlanishi xususiyatiga, bemorning tibbiy yordamga murojaat qilgan vaqtiga va oldingi davolashga bog’liq. Tipik hollarda revmatizmning birinchi xuruji boshidan o’tkazilgan o’tkir yoki suruknali streptokokkli infeksiya (angina, faringit, O’RK) qo’zishidan 1-2 haftadan keyin boshlanadi. Revmatizm retsividlari interkurrent kasalliklarda yoki ulardan keyin boshlanadi, operativ aralashuvlar, asab-ruhiy va fizik yuklamalar ham revmatizm boshlanishiga sababchi bo’lishi mumkin. Revmatik jarayon rivojlanishida 3 ta davr ajratiladi:

Birinchi davr (1 haftadan 3 haftagacha) simptomsiz kechadi yoki yengil artralgiya bo’ladi. Teri qoplamalari rangparligi, tana haroratining subfebrilligi, ECHT oshishi, streptokokkli antigenlar (ASL-0, ASG, ASK) miqdori oshishi, EKG o’zgarishlari kuzatilishi mumkin. Ushbu davrda a’zoizmning infeksiyon agnetdan keyingi immunologik qayta qurilishi sodir bo’ladi. Bu davr aniqlanganda faol davolash-tashxisiy tadbirlar natijasida kasallik rivojlanishini oldini olish mumkin bo’lar edi.

Ikkinchi davr kasallikning shakllanishi bilan namoyon bo’ladi va poliartrit yoki artralgiya, kardit yoki boshqa a’zo va tizimlar shikastlanishi kuzatiladi. Bu davrda laborator, biokimyoviy va immunologik Ko’rsatkichlar o’zgarishi kuzatiladi, mukoid bo’kish va fibrinoid buzilish paydo bo’ladi. Kasallikni o’z vaqtida aniqlash va davolash to’liq sog’ayishga olib kelishi mumkin (kasallik boshlanishining birinchi 1-7 kunlarida tashxis qo’yilganda).

Uchinchi davr – bu qayta revmatizmning turli-tuman klinik ko‘rinishlari mavjud davrdir, bunda kasallikning latent va retsdivlanuvchi shakllari bo‘ladi.

Revmatizmning birinchi hujumida, uning o‘tkir kechishida va jarayonga bo‘g‘imlar qo‘shilib kelganda bemor kasallik boshlanishining nafaqat kunini balki boshlanish soatini ham aniq ayta oladi. Bunday hollarda kasallik tana harorati subfebril yoki febril Ko‘rsatkichlarigacha ko‘tarilishi (38-40°S), qaltirash va bo‘g‘imlardagi keskin, kuchli og‘riqlar bilan boshlanadi. Hansirash paydo bo‘ladi (yurak shikastlanishihhisboiga). Bunday klinik manzara bolalarda va erkak jinsidagi yosh odamlarda tez-tez kuzatiladi.

Oxirgi 15-20 yilda revmatizm klinik manzarasi ancha o‘zgardi: birlamchi-surunkali shakllari, latent yoki tez-tez retsdivlanuvchi, yurak shikastlanishi bilan kechadigan turlari paydo bo‘ldi. Bunday holatlarda umum qabul qilingan terapiya kasallik kechishi va prognozini o‘zgartirmaydi. revmatik jarayonning kam simptomli kechishi aniqmas klinik simptomatika bilan kechadi, ya’ni holsizlik, fizik faollikning kamayishi, fizik yuklamalardan keyingi hansirashlar, subfebril yoki normal harorat bilan, tez ta’sirchanlik, uyqu buzilish. Revmatizmning bunday kechishi katta diagnostik xatoliklarga olib keldai va kasallikni kech aniqlashga olib keladi. Lekin yodda tutish lozimki, revmatizmning latent kechishi qaytalama revmokarditga tegishli va birlamchi revmatik jarayonda kam uchraydi.

Yurak zararlanishi revmatizmnda yetakchi sindrom hisoblanadi. Yaqqol yurak o‘zgarishlarisiz ryevmatizm kam uchraydi. Revmatik jarayon endokard va perikardni zararlashishi mumkin, lekin ko‘pincha endomiokardit tipida rivojlanadi. Klinik ko‘rinishi yurakning u yoki bu qavatida yallig‘lanish jarayonining ustunligiga bog‘liq. Revmatik miokardit, endokardit yoki perikarditga xos belgilarni amaliyotda ajratish qiyinligi sababli “*revmokardit*” termini qo‘llaniladi, uning negizida revmatik jarayon natijasida mio- va endokardning birga zararlanishi yotadi, bu ko‘pincha revmatizmning birinchi hujumida uning boshlanishidan birinchi haftalarida kuzatiladi. Qiyinchiliklariga qaramasdan jarayon joylashishini aniqlash maqsadga muvofiqdir.

Miokardit – revmokarditning asosiy komponenti. 2/3 bemorlarda u endokardning shikastlanishi bilan birga qo‘shilib keladi. Revmatizmning boshlang‘ich ko‘rinishlarini ifodalovchi birlamchi revmokardit va ko‘pincha yurak klapan apparati fonida sodir bo‘luvchi revmatizmning qaytalanishida paydo bo‘luvchi qayta revmokardit farqlanadi.

Revmatizm tasnifi: ikki bosqichini, ya’ni faol va faolsiz, yurak, boshqa a’zolar shikastlanish klinik-anatomik xususiyatlarini, kasallik kechishi variantlarini, qon aylanish holati bosqichlarini ajratishni taqoza etadi.

Faollikning uchta darajasi farqlanadi: I (minimal), II (o‘rta), III (maksimal). Ularning har biri klinik ko‘rinishlar va laborator Ko‘rsatkichlar ifodlanganligi bilan xususiyatlanadi. Revmatizmning o‘tkir (2 oygacha), o‘tkir osti (4 oygacha), mutassil (1 yilgacha), retsdivlanuvchi (yildan ortiq), latent (klinik simptomsiz). Tasnif qon aylanishi yetishmovchiligining uchta bosqichini: I, II, III. II darajali, o‘z navbatida IIA va IIB ga ajraladi. Bu bemor holatini baholashda va tashxis qo‘yish paytida inobatga olinadi, davolash usulbini tanlashda, kasallik prognozini aniqlashda ishlatladi.

Revmatizm tashxisi *Djons diagnostik kriteriylariga* asoslangan, u ARA da 1982 y ko‘rib chiqilgan va BJSST tomonidan keng qo‘llanilishga tavsiya etilgan.

Revmatizmning tashxisiy mezonlari: 1) yurak sohasidagi og‘riqlar va yoqimsiz sezgilar; 2) hansirash; 3) yurak urishi; 4) taxikardiya; 5) yurak chuqqisida tonlar pasayishi; 6) yurak chuqqisida shovqinlar: a) sistolik (kuchsiz, o‘rtacha, kuchli); b) diastolik; 7) perikardit simptomi; 8) yurak o‘lchamlarining kattalashishi; 9) EKG-ma’lumotlar: a) *P-Q* intervali kattalashishi; b) ekstrastoliya, tugunli marom; v) maromning boshqa buzilishlari; 10) qon aylanishi yetishmovchiligi simptomlari; 11) mehnat qobiliyatining pasayishi yoki yo‘qolishi.

Revmatik istmaning birinchi xujumini tashxislash uchun Djons kriteriysi

<i>Katta kriteriy</i>	<i>Kichik kriteriy</i>	<i>A-streptokokk oldin kelganligini tasdiqlovchi ma’lumotlar</i>
Kardit	Klinik	Pozitiv A-streptokokkli kultura, bo‘g‘izdan olingan, yoki A-streptokok antigenini aniqlashning tez testi.
Poliartrit	Artralgiya	
Xoreya	Isitmalash	
Halqa ko‘rinishidagi eritema	Laborator	
Teri osti yervmatik tugunchalari	Oshgan o‘tkirfazali reaktantlar: SOE, S-reaktiv oqsilk	
	EKGda PR intervalining uzayishi	Streptokokkga qarshi antitelolarning yuqori yoki oshib boruvchi titri

Revmatizmning tashxisot mezonlari(BSSJ tomonidan ko‘rib chiqilganqo‘shimchalari bilan Djons kriteriylari, 1988)

<i>Asosiylari</i>	<i>Qo‘shimchalari</i>
<i>Kardit</i> – Pankardit, tomir urishi tezligi tana haroratiga nisbatan tez, mitral yoki aortal yetishmovchiligi yangi shovqinlari, mezodiastolik shovqin, yurak yetishmovchiligi	Tana harorati 38,2 – 38,9°S
<i>Poliartrit</i> – shishganlik, harakat cheklanganligi, yirik bo‘g‘imlarning migratsiyali shikastlanishi	Artralgiyalar
<i>Kichik xoreya</i> – odatda hujumsiz	Anamnezida ryevmatizm hujumi
<i>Anulyar toshma</i> – tanadagi va qo‘l-oyoqlar proksimal qismidagi o‘rtasi rangsiz, qichitmasiz pushti rang papulalar	ECHT/SRO oshishi
<i>Revmatik tugunchalar</i> – tirsaklarda, tizzalarda, barmoq bo‘g‘imlarida, kalla suyagida, boldir-to‘piqlarda, umurtqada	Leykotsitoz
<i>Plyus</i>	

Oldin kelgan A-streptokok infeksiya belgilari (ekish, antigenlarni aniqlashning tez usullari, antitelolarning yuqori titri yoki ularning oshib borishi, skarlatina)

Birlamchi revmatizm klinikasida o'tkir, o'tkir osti, chuzilgan va latent kechuvchi variantlari ajratiladi.

Qaytalama revmatizm uchun mutassil retsidivlanuvchi yoki latent kechishi eng xususiyatlidir. Ancha kamdan-kam hollarda qaytalama revmatizm o'tkir yoki o'tkir osti shaklida o'tadi.

O'tkir osti kechuvchi revmatizmدا kasallik boshlanishi va klinik simptomlar rivojlanishi sekinlashgan, ekssudativ shakldagi yallig'lanishning polisindromligi va ifodalangaligi kam.

Cho'zilgan shakli ga o'tkazilgan angina, boshqa respirator kasallikdan keyin ancha uzoq vaqtli latent davr (3-4 hafta va ko'p), boshqa respirator kasallik, o'rtacha rivojlangan kardit va poliartralgiya xosdir.

Retsidivlanuvchi kechishi o'rtacha revmatik yallig'lanish reaksiyasi, yallig'lanishga qarshi terapiyaga ta'sirchanmasligi yoki kam ta'sirchanligi, to'liqsimonligi bilan kechadi.

Latent kechishi ostida yashirin kechuvchi faol revmatik jarayon tushuniladi, u biokimyoviy, immunologik yoki morfologik tekshiruv uslublari orqali aniqlanadi. Klinik ko'rinishlari g'oyat sust rivojlangan.

Yurak sohasidagi og'riqlar sanchuvchi yoki simillovchi xususiyatli. Chap qo'lga tarqaluvchi anginoz tipidagi stenokardik og'riqlar ham bo'lishi mumkin. Bunday og'riqlar revmatik jarayon oqibatida koronar tomirlar shikastlanishi va koronarit rivojlanishiga xosdir. Ba'zi bemorlarni yurak ishidagi tartibsizlik bezovta qilishi mumkin. Revmatik kardit uchun tana harorati me'yorlashuvi va umumiy holat yaxshilanishidan keyin ham uzoq vaqt saqlanuvchi kattiq taxikardiya xos. Puls maromi, asosan yuklamadan yoki salbiy hissiyotlardan keyingi katta labilligi bilan farqlanadi. Yallig'lanish jarayonining sinus tuguni yoki qo'zg'alish impulsning Gis tutami va uning shoxlari bo'yicha tarqalishiga nisbatan bosuvchi ta'siri natijasida bradikardiya aniqlanishi mumkin. Umumpatologik simptomlardan ba'zi bemorlarda ortiqcha terlash va kechalari tana haroratining subfebrilligi xosdir. Birlamchi revmokarditning obyektiv belgisi sifatida auskultativ va FKG da aniqlanadigan yurak chuqqisida ton pasayishi, shuningdek chap qorincha kattalashishi hisobiga yurak nisbiy tumtoqligi chap chegarasi siljishi hisoblanadi. Kasallikning 2-3 haftasida ko'pincha doimiy bo'lmagan guvillovchi sistolik shovqin aniqlanadi. Shovqin bemor yotgan holatida yurak chuqqisi va Botkin-Erba nuqtasida yaxshi eshitiladi. Yurak bo'shliqlarining juda ham kattalashishi mavjud *diffuz miokarditda* mezodiastolik yoki protodiastolik shovqinlar eshitilishi mumkin. Ushbu shovqinlar paydo bo'lishi tana harorati ko'tarilishida yurak debiti oshib chap qorinchaning keskin kattalashishi hisobiga nisbiy mitral stenoz rivojlanishi bilan bog'lanadi. Bunday shovqinlar davolash jarayonida odatda yo'q bo'lib ketadi. Diffuz miokardit kamdan-kam uchramoqda. Ko'pincha o'choqli miokardit kuzatiladi, u ancha yengil klinik kechishi, kam ifodalangan subyektiv xastalanish, yurak sohasidagi yoqimsiz hissiyotlar, yurak ishidagi tartibsizliklar bilan namoyon bo'ladi. Bu ko'p hollarda noto'g'ri kardionevroz, tonzillogen kardiomiopatiya tashxisi qo'yilishiga olib keladi. Bunga

shuningdek, laborator tekshiruvlar natijalarining kamligi ham sharoit yaratadi. Yurak chegaralari o'zgarishsiz. Auskultatsiyada I tonning yurak chuqqisi sohasida so'sayishi kuzatiladi, ba'zida III ton paydo bo'ladi hamda qisqa sistolik shovqin eshitiladi.

Revmatik endokarditni kasallikning birinchi haftalarida tashxislash qiyin, sababi klinik manzarasida endokard tomonidan paydo bo'lgan belgilarni ancha darajada yashiruvchi miokardit belgilari ustun bo'ladi, revmatik endokardit (valvulit) esa qo'shimcha subyektiv belgilar bilan namoyon bo'lmaydi. Revmatik endokardit patologik jarayonga yurak tavaqalarining qo'shilishiga olib keladi va yurak nuqsonlari rivojlanishini yuzaga chiqaradi. Yurakning tavaqali nuqsoni, asosan tez uchraydigan mitral nuqson "*so'ngan endokardit haykali*" sifatida ko'riladi. Revmatizmning o'tkir kechishiga nisbatan latent kechishida nuqsonlar ko'proq yuzaga chiqadi (mos ravishda 15% va 22%). Bu latent kechuvchi endokarditni aniqlash va yo'q qilish qiyinligi bilan tushuntiriladi. Revmatizmida mitral tavaqaga qaraganda aorta tavaqasi 2 va undan ko'proq kam hollarda zararlanadi. Bundan ham kamroq uch tavaqali klapan va juda ham kam hollarda o'pka arteriyasi klapanlari shikastlanadi. Endokarditning (birlamchi valvulitning) klinik tashxisi yurak chuqqisi sohasida, kam hollarda to'sh suyagidan chapda uchinchi qovurg'alararo oraliqda eshitiluvchi sistolik shovqin evolyutsiyasiga asoslangan. Kasallikning boshlanish davrida bir so'sayib, bir kuchayib turuvchi qisqa va yumshoq shovqin ancha doimiy va dag'alroq bo'lib qoladi. Revmatik valvulitning erta bosqichida kuchsiz, doimiy bo'lmagan diastolik shovqin paydo bo'lishini klapanlar tavaqalarining bo'rtishi bilan tushuntirish mumkin.

Revmatik perikardit, revmatik miokardit va endokardit bilan (pankardit) birga qo'shilib keladi, revmatik jarayonning eng og'ir kechishida rivojlanadi. Juda ham kam uchraydi. Quruq (fibrinozli) va ekssudativ (seroz-fibronozli) perikardit farqlanadi. Quruq perikarditda bemorlar yurak sohasidagi doimiy simillovchi og'riqlarga shikoyat qilishadi. Obyektiv ko'zdan kechirishda yurak asosi yonida, to'sh suyagidan chapda ikkinchi-uchinchi qovurg'alararo oraliqda perikard ishqalanish shovqini topiladi. Dag'al sistolo-diastolik ishqalanish paypaslash bilan ham aniqlanishi mumkin, u ko'pincha qisqa vaqt davom etadi va bir nechta soat ichida yo'qolib ketadi.

Tomirlar shikastlanishi tomir o'tkazuvchanligi oshishi va kapillyarlar hamda arteriolalar devorida immun komplekslar cho'kishi bilan bog'liq valvulitlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Patologik jarayonga kapillyarlar va arteriolalardan tashqari venalar ham qo'shilishi mumkin. Ichki a'zolar revmatik arteriitlari – revmatik visseriitlar: nefritlar, meningitlar, ensefalitlar va boshq. klinik ko'rinishining asosidir. Klinika uchun muhim o'rinni miokard tomirlarining revmatik vaskuliti egallaydi. Bunday holatlarda stenokardik og'riqlarni eslatuvchi yurak sohasidagi og'riqlar bilan koronarit rivojlanadi. Revmatik flebitlar juda ham kam uchraydi va aslini olganda oddiy xususiyatli venalar yallig'lanishidan uncha farqlanmaydi. Faol revmatik jarayonda kapillyarlar amalda doimo zararlanadi, bu teridagi qon quyilishlari, proteinuriya, "tasma", "chimdish" simptomlarining ijobiyliги bilan namoyon bo'ladi.

Revmatik poliartrit klassik variantda kam uchraydi. O'tkir bo'g'imli revmatizm yirik bo'g'implarda kuchli og'riqlar qayd qilinadi, bu og'riqlar bemorni harakatsiz qilib qo'yishi mumkin. Og'riqlar ko'pincha uchuvchan, zararlashi simmetrik bo'ladi. Bo'g'implar andak shishadi, ular ustidagi teri giperemirlangan, qo'lga issiq seziladi, og'riqlar hisobiga bo'g'imdagi harakatlar keskin cheklangan. Jarayonga periartikulyar to'qimalar qo'shiladi, bo'g'im bo'shlig'ida ekssudat yig'iladi. Revmatik poliartrit uchun salitsil terapiya natijasida yallig'lanish jarayonining 2-3 kun ichida to'liq yo'q bo'lishi xosdir. Ko'pchilik bemorlarda bo'g'im shikastlanishlari manzarasi qator o'ziga xosligi bilan farqlanadi: o'tkir bo'g'im hujumlari kamayadi, aksariyat hollarda bo'g'im sindromi bo'g'implar shishisiz va giperemiyasiz artralgiyalar bilan namoyon bo'ladi. Og'riqlarning uchuvchanligi va shikastlanish simmetrikligi kamroq aniqlanadi. Bo'g'implardagi og'riqlar zo'rayishi va ularning pasayishi ancha sekinlashadi, artralgiya ko'rinishidagi bo'g'im sindromi haftalab davom etadi va yallig'lanishga qarshi terapiyaga so'st ta'sirchan bo'ladi.

Teri zararlanishi halqasimon va tugunli eritema, revmatik tugunchalar, nuqtali qon qo'yilishlar va boshq. ko'rinishida uchraydi. Revmatizm uchun halqasimon eritema va revmatik tugunchalar patognomonik hisoblanadi. Halqasimon eritema och-pushti-qizil yoki ko'kishsimon-kul rang dog'lar holida, ko'pincha qo'l va oyoqlarning, qorin, bo'yin, tananing ichki yuzasida hosil bo'ladi. Zararlangan teri bosib ko'rilganda dog'lar yo'qoladi, so'ng yana paydo bo'ladi. Dog'lar qichimaydi, og'rimaydi. Tugunli eritema ancha kam uchraydi va revmatizm uchun xos hisoblanmaydi. Ko'pchilik hollarda tugunli eritema boshqa tabiatga ega allergik kasalliklarda kuzatiladi.

O'pka zararlanishi pnevmoniya, plevropnevmoniya yoki plevrit bilan namoyon bo'ladi. Revmatik pnevmoniya revmatizm sharoitida rivojlanadi va klinik manzarasiga ko'ra oddiy pnevmoniyadan shunisi bilan farq qiladiki, salitsilli terapiya yaxshi ta'sirchan va antibiotiklar bilan davolashga esa rezistentdir. Revmatik plevrit sil plevritidan keyin ikkinchi o'rinda turadi va odatda revmatik hujumdan so'ng yoki anginadan keyin tezda hosil bo'ladi. Revmatik plevritning klinik xususiyatlariga unchalik ko'p bo'lmagan seroz-fibrinoz steril nazlaning nisbatan tezda to'planishi va nisbatan tezda so'rilib ketishi xosdir, nazla hech qachon yiringlamaydi. Ekssudatda jarayonning o'tkirligi va og'irligiga bog'liq holda limfotsitlar va neyetrofillar ko'p bo'ladi. Neytrofillarning ko'p bo'lishi revmatizmning eng og'ir jarayoniga xosdir. Plevra bitishmalari juda ham kam uchraydi.

Asab tizimi shikastlanishi bolalarda, asosan qiz bolalarda kichik xoreya bilan yuzaga chiqishi mumkin. Emotsional labillik sharoitida tananing, qo'l-oyoqlarning, mimika mushaklarining bejamdor harakati paydo bo'ladi, ular hayajonlanish vaqtida kuchayadi va uyqu paytida tugaydi. 17-18 yoshga kelib bu hodisalar yo'qoladi. Revmatik tabiatli ensefalitlar, diensefalitlar, ensefalopatiyalar uchrashi mumkin. Yurak nuqsonlarida eng ko'p uchraydigan asoratlar bo'lib miya qon aylanishi buzilishi – emboliyalar, vaskulitlar, sinkopal holatlar hisoblanadi.

Laborator ma'lumotlar. Qonning morfologik tarkibi o'zgarishi revmatizm nospetsifikdir. Revmatik jarayon faolligining ancha ifodalangan darajalarida $10-12^{10}$ /l gacha neytrofilezli va chapga siljigan leykotsitoz, 50-60 mm/soatgacha ECHT

oshishi kuzatilishi mumkin. Qon tomonidagi bunday o'zgarishlar revmatik jarayonning bo'g'im ko'rinishlari ustun kelganda aniqlanadi. Chuzilgan, latent shakllarida leykotsitoz bo'lmaydi, ECHT – 20-30 mm/soat. Eritrotsitlar, gemoglobin miqdorining pasayishi uchrab turadi, odatda latent, retsidivlanuvchi, dekompensirlangan revmatizm shakllarida. Yallig'lanish va destruktiv jarayonlarning (lekin kasallik nozologiyasi emas) ifodalanish darajasini aniqlash uchun oqsil fraksiyalari, fibrinogen, geksozlar, neyraminli yoki sial kislotalar, seromukoid, seruplazmin, S-reaktiv oqsil, ba'zi enzimlar va ular izoenzimlari (LDG, MDG, KFK va boshq.) miqdori muhim ahamiyatga ega. Yallig'lanishli-destruktiv jarayonning faolligiga bog'liq holda sanab o'tilgan Ko'rsatkichlar miqdori ko'p va kam darajada oshishi mumkin. Revmatizmدا ancha ifodalangan siljishlar immunologik Ko'rsatkichlarda qayd etiladi. Ko'pchilik bemorlarda streptokokkga qarshi antitelolar: ASG, ASK 1:300 dan ko'p va ASL-0 1:250 dan ko'p, A, G, M (umuman olganda JgM, JgG) immunoglobulinlar titri ko'payadi. Revmatizmning faol fazasida limfotsitlarning spontan blanstranformatsiya reaksiyasi, leykotsitlar migratsiyasining kuchli tormozlanishi, to'qimaga qarshi (antikardial) autoantitanachalar miqdori oshishi qayd qilinadi.

Instrumental ma'lumotlar. Revmokarditni erta tashxislash maqsadida yurakning bioelektrik, gemodinamik va qisqarish funksiyalarini xususiyatlovchi usullar kompleksi qo'llaniladi.

Elektrokardiografiya faol revmatizmli 1/3 bemorlarda Ritishchasining kerkimertik, ikki o'rkachli (voltaj pasayishi yoki oshishi) shaklda o'zgarishi aniqlanadi. Ushbu o'zgarishlar turg'un emas va birlamchi revmokarditda revmatik jarayon faolligining yo'qolishi maromida yo'qolib boradi. Revmokardit uchun I yoki II darajali, kam hollarda – III darajali atrioventrikulyar o'tkazuvchanlik buzilishi juda xosdir. I darajali noto'liq atrioventrikulyar blokada ko'pincha 3-5 kun saqlanadi, keyin yo'qoladi, ya'ni ekssudativ miokardit to'xtaganini tasdiqlaydi. Yurak nuqsonlari sharoitidagi qayta revmokarditda bemorlarning ba'zi qismida QRS kompleksi o'zgarishi, S – T intervali va T tishcha siljishi aniqlanadi, bu yurak mushaki repolyarizatsiyasi jarayoni buzilganligini ko'rsatadi. Bemorlarning yarmida sinusli taxikardiya, aritmiya kuzatiladi; ba'zilarida – asosan qorinchali ekstrastoliya uchraydi. Uzoq davomli yurak klapan apparati shikastlanishi, ayniqsa mitral stenoz bilan bo'lganda xilpillovchi aritmiya aniqlanadi, bu bo'lmachalar miokardi va butun yurak mushagidagi distrofik va sklerotik jarayonlarning og'irligi haqida guvohlik beradi.

Birlamchi revmokarditda *fonokardiografiya*da I va II tonlar, ba'zi hollarda – ton bo'linishi aniqlanadi. Bemorlarning taxminan 2/3 da yurak chuqqisi sohasi ustida yoki Botkin nuqtasida sistolik shovqin qayd qilinadi, u har bir yurak siklida tovush ossillyatsiyasining o'zgaruvchanligi, turli intensivligi va davomiyligi bilan xususiyatlanadi. Shakllanayotgan yoki shakllangan yurak nuqsonlarida ham struktur, ham yurak ichidagi gemodinamik o'zgarishlar bilan bog'liq shovqinlar aniqlanadi.

Reokardiografiya, polikardiografiya, kinetokardiografiya va boshq. uslublar faol revmatik jarayonda ancha ifodalangan miokard qisqarishi buzilishini aniqlash imqonini beradi.

Rentgenologik tekshiruvlaryurak nuqsonini aniqlashda va uning qaysi turi ustun ekanligini aniqlashda ahamiyatlidir, odatda qizilo'ngachni qontrastlash bilan olib boriladi. Qizilo'ngachning katta yoki kichik radius bo'yicha og'ishi mitral stenoz yoki qo'shma nuqsonda stenoz ustunligi mavjudligini ko'rsatadi.

Doppler ultrasonografiya bilan qo'shib qilingan *exokardiografiya* revmokatit va yurakning revmatik nuqsonlarini tashxislashda yuqori sezuchanligi va spetsifikligiga ega. Uslub yurak klapanlari o'zgarishlari va funksional buzilishlarini aniqlash imqonini beradi. Doppler ultrasonografiyasi mitral regurgitatsiya og'irlik darajasini, aortal klapan zonasidagi qon bosimi gradiyentini ishonchli aniqlash imqoniyatini beradi. Mitral klapani revmatik endokarditining exokardiografik belgilari: klapanlarda vegetatsiyalarning mavjudligi, orqa mitral tavaqaning gipokineziyasi, mitral regurgitatsiya, oldingi mitral tavaqaning o'tkinchi gumbazsimon diastolik bukriligi. Exokardiografiya va doppler ultrasonografiya klapan apparati shikastlanishini tashxislash uchun kerakli yurak kateterizatsiyasi zaruriyatini kamaytirishga imqon beradi.

Differensial tashhis. Revmatizmni ko'pincha yurakning tonzillogen shikastlanishi, norevmatik kardit, infeksiyon endokardit, yurak nevrozi, RA, tireotoksikoz, surunkali sil intoksikatsiyasi, reaktiv artrit bilan tashxislash kerak bo'ladi. Miokardning tonzillogen patologiyasi miokardit yoki kardiomiopatiya ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Tonzillogen miokardit odatda angina vaqtida yoki undan keyin rivojlanadi. Bemorlar ko'pincha astenonevrotik xususiyatdagi shikoyatlar qilishadi. Yurak sohasidagi og'riqlar bezovta qilishi, yurak chap chegarasining arziyas siljishi, auskultativ va FKG da aniqlanadigan mayin sistolik shovqin aniqlanadi. Bu belgilar nisbatan tinch laborator Ko'rsatkichlar (ECHT, proteinogramma, neyramin kislotlarga darajasi va boshq.) sharoitida namoyon bo'ladi. Agar shu Ko'rsatkichlar ko'paysa ular davo natijasida tezda me'yorlashadi. Bodomsimon bezlarda (tanglay mo'rtaklarida) doimo ifodalangan patologiya bo'ladi.

Tonzillogen (funksional) kardiomiopatiya surunkali tonzillitda kuzatiladi. Bemorlar uzoq vaqt davomida yurak sohasidagi simillovchi, zirqirrovchi, sanchuvchi og'riqlarga shikoyat qilishadi, ular tonzillit qo'zishi davrida kuchayadi, koronar dorilar ichilganda yo'qolmaydi va sedativ dorilar (valokordin, korvalol, Zelenin tomchilari va boshq.) qabul qilgandan so'nggina so'sayadi yoki yo'qoladi. Funksional ma'lumotlar xuddi tonzillogen miokarditdagidek, lekin ular bir necha oylar yoki yillar davomida hech qanday o'zgarishsiz aniqlanadi. Ko'pincha poliartraljik sindrom kuzatiladi. Surunkali tonzillit qo'zishi bo'lmagan hollarda laborator Ko'rsatkichlar me'yorda. Chuzilgan subfebrilitet bir necha oy qayd qilinishi mumkin. Tonzillogen kardiomiopatiya surunkali (ko'pincha dekompensatsiyalangan) tonzillit mavjud bo'lganda kuchayadi

Norevmatik kardit odatda infeksiya (gripp, O'RVI, tiflar va boshq.) davrida yoki undan bir necha kun o'tgandan keyin rivojlanadi. Ko'pincha gripp paytida hosil bo'ladi. Bemorlar yurak sohasidagi zirqirrovchi og'riqlarga shikoyat qilishadi. Ko'pincha yurak chap chegarasining siljishi, I ton bo'g'iqlashuvi, V nuqtada tarqalmaydigan sistolik shovqin aniqlanadi. Repolyarizatsiya jarayonlarining buzilishi natijasida Tishcha silliqanadi, S-T intervali pasayadi. Ekstrasistoliyalar

(supraventrikulyar, qorinchali), bo'limcha-qorincha o'tkazuvchanligi buzilishi, Gis tutamlari blokadasi va boshq. bo'lishi mumkin. Destruktiv-yallig'lanishli jarayonni aks ettiruvchi laborator Ko'rsatkichlar arzimasi darajada o'zgaragan. Norevmatik kardit uchun endokard shikastlanishi va yurak nuqsoni shakllanishi bo'lmaganda davomli kechish va retsidivlanish xosdir.

Infeksion endokardit odatdagicha yuqori isitma, titrashlar, ko'p terlash, taxikardiya, gemorragik sindrom, uzoq vaqt yuqori bo'lgan ECHT da taloq kattalashishi, anemiya, musbat formol sinamasi bilan kechadi. Ko'pincha revmatik yoki tug'ma yurak nuqsonida rivojlanadi, kam hollarda ilgari intakt klapanlarni – doimo aortal klapanlarni shikastlaydi. Tashxisotida yurakning exokardiografik tekshiruviga katta ahamiyat beriladi.

Revmatoid artriti revmatik poliartrit bilan differensial tashhis qilish kerak. RA uchun yirik bo'g'imlar shikastlanishi, og'riqlarning kechuvchi xususiyati, salitsil terapiyaning yaxshi samaradorligi xosdir. RA da bo'g'imlardagi og'riqlar doimiy, tunning ikkinchi yarmida, ertalabga yaqin kuchayadi, ertalablari bo'g'imlardagi siqqlik aniqlanadi. Ko'pincha kaftning mayda bo'g'imlari shikastlanadi. Nisbatan qisqa vaqtda bo'g'imlarning deformatsiyasi, suyaklararo mushaklarning atrofiyasi rivojlanadi. Bo'g'imlar funksiyasining buzilishi sodir bo'ladi. 2/3 bemorlar qonida RF, yuqori ECHT aniqlanadi. Rentgenologik osteoporoz, bo'g'im yorig'ining torayishi, bo'g'im yuzalarining eroziyasi, uzurlar, ankilozlar kuzatiladi.

Revmatizm bashorati patologik jarayon kechishi xususiyatidan va jarayonga u yoki bu a'zo va tizimlar qo'shilishiga bog'liq bo'ladi. Revmatizmning teri va bo'g'im shakllari odatda ijobiy kechadi. Kichik xoreya 18-20 yoshga kelib tugaydi. Pediatriyada kasallikning o'lim bilan tugashi diffuz miokarditda va meningoensefalitda bo'lishi mumkin. Revmatizmdagi bashorat asosan yurak holati (yurak nuqsoni mavjudligi va og'irligi, miokardioskleroz va qon aylanish yetishmovchiligi darajasi) bilan bog'liq. Bu jihatdan retsidivlanuvchi kechish juda ham yomon. Faol revmatizmni davolash boshlanishi muddati va revmatik jarayonning orqaga qaytish darajasi muhim. Bolalik va o'spirin yoshlarida revmatizm og'irroq va ko'proq (20-25% holda) qaytmas klapan o'zgarishlariga olib keladi.

Davolash. Hozirgi vaqtda eng isbotlangan davolash uch bosqichli davolash hisoblanadi: birinchi bosqich – faol fazada uzoq (4-6 hafta) statsionar davolash; ikkinchi bosqich – kasalxonadan so'nggi sanator yoki sanator-kurort davolash; uchinchi bosqich – bitsillinomedikamentoz davolash bilan poliklinika sharoitida dispanser kuzatuv. Revmatizmni davolash imqoni bo'lguncha erta bo'lishi kerak (birinchi soatlarda yoki kunlarda – kasallik boshlanishidan 3 kungacha), sababi bu bosqichda yurak va boshqa a'zolar biriktiruvchi to'qimasi o'zgarishlari (mukoid bo'kish) qaytar bo'ladi; kompleks, adekvat va qattiq individual bo'lmog'i lozim. Revmatizmning faol fazasida bemorni hospitalizatsiya qilish kerak. agar buni amalga oshirish iloji bo'lmasa bemor uy sharoitida ko'rpa-tushak tartibiga rioya qilishi kerak. Davolash kompleksiga davolash-cheklovchi va harakat tartibi, ratsional ovqatlanish, medikamentoz va fizioterapevtik vositalar kiradi.

Harakat tartibi revmatik jarayon pasayishiga muvofiq ko'paytiriladi. Ovqat turli-tuman, oqsillarga, vitaminlarga, fosfolipidlarga boy bo'lishi kerak. Uglevodli

ovqat cheklanadi. Qon aylanish buzilishida ovqat asosan sutli-o'simlikli, tuz va suyuqlik cheklangan sutli-o'simlik bo'lmog'i lozim.

Qo'llaniladi: I) Etiopatogenetik, allergiyaga qarshi terapiya: a) antibiotiklar, b) nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (salitsilatlar, brufen (ibuprofen), voltaren, indometatsin, metindol), v) glyukokortikoidlar, g) immunodeperessiv ta'siriga ega dorilar (xinolinli, sitostatiklar, antilimfotsitar globulin); 2) antidistrofik ta'sir qiluvchi dorilar; 3) qon aylanishi yetishmovchiligida, tuz-suv almashinuvi buzilishida va boshq. simptomatik dorilar. Antibiotiklardan penitsillin 500 000 YED dan mushak ichiga kuniga 4 mahal 5 kun mobaynida, so'ng mushak ichiga bitsillin-5 1,5 mln YED da 4 haftada 1 marta, keyin bemor yil bo'yi bitsillinprofilaktikaga o'tadi. Penitsillin streptokokk A guruhiga bakteritsid ta'sir qiladi. penitsilinni ko'taraolmaslik holatida – eritromitsin 250 mg dan kuniga 4 mahal. Sefalosporin qatori (kefzol, sefazolin va boshq.) dorilarini qo'llasa bo'ladi.

Salitsil dorilardan atsetilsalitsil kislotasi (aspirin) tez-tez qo'llaniladi, bir muncha kamroq salitsilamid, salitsil natriy. Salitsilatlar yallig'lanishga qarshi, antiekssudativ, isitma tushuruvchi, analgeziyalovchi va kuchsiz immunodepressiv ta'siriga ega. Atsetilsalitsil kislotasi (aspirin) dozasi, shuningdek salitsilamidniki – 3-4 g, kam hollarda – 5 g va ko'p, salitsil natriy – 8-12 g/kun. Salitsil dorilar oshqozon shilliq qavatiga qitiqlantiruvchi ta'sir qiladi, bu eroziv gastrit, yara kasalligi, qon ketishlarga olib kelishi mumkin. Dorilarni ovqatdan so'ng poroshok ko'rinishida, ishqorli mineral suv yoki sut bilan birga ichish kerak. Salitsitlarni ko'tara olmaslik (qorindagi og'riq, ko'ngil aynish, qusish, boshdagi shovqin, teri toshmalari) da, shuningdek samara yo'qligida, chuzilgan va tez retsidivlanuvchi kechishida indometatsin (metindol) yoki voltaren (diklofenak natriy, ortofen, diklonat va boshq.) 100-150 g. kuniga statsionar davoning to'liq davrida beriladi. Statsionardan chiqarilgandan keyin bemor aspirin 2 g/kun yoki indometatsin (voltaren) 75-100 mg/kun 1-2 oy qabul qilishi kerak. Kyeyinchalik– aspirin, 1 g; indometatsin (voltaren) 500 mg/kun (“retard” shakllari ham mumkin) bir marta 2-3 oy ichida ketma-ket ichadi. Indometatsin va kam darajada voltaren MNS va oshqozon-ichaka trakti tomonidan nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqarishi mumkin. Ushbu dorilarga qarshi ko'rsatmalar va ularni ko'tara olmaslik mavjud bo'lganda brufen 600-1200 mg/kun dozasi qo'llaniladi. Lekin u buyrak shikastlanishini, keyinchalik esa oshqozon-ichak traktidan qon ketishlarni yuzaga chiqarishi mumkin. Kunlik dozasi – 750 mg (250 mg dan kuniga 3 mahal).

Glyukokortikoid gormonlar (metilprednizolon, prednizolon) revmatik jarayonning faolligi yuqori bo'lganda (III-II) va diffuz miokarditda ishlatiladi. Glyukokortikoidlar NYAQD lar bilan birga qo'llaniladi. Myetilprednizolon dozasi (medrol va dr.) – 12-16 mg kuniga, prednizolonniki– 20-30 mg/kun. Assoiy kurs 10-14 kun mobaynida olib boriladi, keyin gormonlar dozasi sekin-asta har haftada 2,5-5,0 mg cha kamaytiriladi. Davolash kursi – 4-5 hafta, og'ir hollarda – 8-10 hafta. Kuchli yurak yetishmovchiligi va gipertenziyaga moyillik bo'lganda triamsinolon yoki deksametazon qo'llanilgani ma'qul. Triamsinolon (polkortolon) 4 mg dan kuniga 3-4 marta, deksametazon - 0,5 mg dan kuniga 1 martadan 6 martagacha qo'llaniladi. Glyukokortikoidlarsuv-tuz almashinuviga ta'sir etishi bois, kompleks davolashga kaliy dorilari (panangin, asparkam, kaliy orotati) qo'shilishi kerak,

suyuqlik yig'ilganda esa – aldosteronantagonisti (aldakton, veroshiron kuniga 6-8 tablyetkadan), siydik haydovchi dorilar (furosemid kuniga 40-80 mgdan va boshq.) tavsiya etiladi. Aminoxinolin dorilar (delagil, plakvenil) glyukokortikosteroidlar dozasi kamaytirilganda ishlatiladi: delagil – 0,25 g yoki plakvenil – 0,2 g; yuqori immunn faollikda, davomli va tez-tez retsidivlanuvchi kechishida – 6-8 oygacha. Ushbu dorilar immunodepressiv ta'sir qilishiga ega. Ular salitsilatlar va boshqa NYAQD lar bilan birga ishlatiladi.

Immunodepressantlar – 6-merkaptopurin, imuran (azatioprin), xlorbutin – revmatizmning tez-tez retsidivlanuvchi va davomli kechishi mavjud bemorlarda qo'llaniladi. Kasallikning bu shakllari klassik antirevmatik dorilar, shu bilan birga kortikosteroidlar bilan davolashga rezistentdir, shu jumladan uzoq vaqt (ko'p oylar mobaynida) xinolin dorilariga ham ta'sirsiz bo'ladi. 3-merkaptopurin va imuran (azatioprina) dozasi – 0,1-1,5 mg/kg tana vazni, xlorbutinniki – 5-10 mg/kuniga. Antidistrofik terapiya (anabolik steroidlar, oqsil gidrolizatlar, piramidin hosilalari, gamma-globulin dorilari va boshq.) odatda o'rta terapevtik dozalarda beriladi.

Yurak-qon tomir tizimi dekompensatsiyasida yurak glikozidlari (strofantin, korgliqon, izolanid, digoksin, digitoksin), siydik haydovchi (furosemid, laziks, brinaldiks va dr.) dorilar qo'llaniladi.

Byemorlar stasionardan chiqarilgandan keyin ambulator davolanishga o'tkaziladi yoki imqoniyat bo'lsa mahalliy kardiologik sanatoriylarga sog'ayguncha davolanish uchun yuboriladi. Revmatizmli barcha bemorlar dispanser hisobda turishi kerak.

Profilaktika. Revmatizmning birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi farqlanadi.

Birlamchi profilaktika revmatizm bilan birlamchi kasallanishni oldini olishga qaratilgan umumdavlat, jamoat va individual tadbirlar kompleksini tashkillashtirish va hayotga tadbiq etishdan iborat. Buning ichiga sistematik umummustahkamlovchi tadbirlar: a'zotizmni chiniqtirish, fizkultura va sport bilan shug'ullanish, streptokokkli infeksiyasi bor bemorlar bilan aloqani iloji boricha kamaytirish, o'tkir va surunkali streptokokkli infeksiyalarni o'z vaqtida va to'g'ri davolash. Anginada, faringitda, streptokokkli tabiatga ega O'RKda fenoksimetilpenitsillin 250 mg dan kuniga 4 mahal ichiladi. Agar bu dori bo'lmasa mushak ichiga bitsillin-5 1 500 000 YED bir marta kiritiladi. Kasallikning og'ir kechishi holatida eritromitsin 250 mg dan kuniga 4 mahal beriladi. Shuningdek sefalosporinlarni ham qo'llash mumkin. Tetratsiklin qatori va sulfanilamidlar ishlatilishi tavsiya etilmaydi, sababi A guruhi streptokokklar shtammlarining ko'pchiligi ushbu dorilarga rezistent. Revmatizmning nafaol davrida va ko'rsatib o'tilgan streptokokk infeksiyalarida penitsillinterapiyadan (600 000–800 000 YED/kun) tashqari antirevmatik dorilar: atsetilsalitsil kislota 2-3 g, voltaren 1 tabletkadan kuniga 3 mahal va boshq. ishlatiladi.

Ikkilamchi profilaktika revmatizm bilan kasallangan shaxslarda kasallikning zo'rayishi, qaytalanishi va kuchayishini oldini olishga qaratilgan kompleks tadbirlarni o'z ichiga oladi. Revmatizmli bemorlar dispanser hisobida turishi kerak. Ularga yil bo'yi yoki mavsumiy (bahor va kuzda) bitsillinoprofilaktika amalga oshiriladi. Yil davomidagi bitsillinoprofilaktika afzalroq. Bemor birlamchi kasallik boshlanishi yoki kasallik qaytalanishidan boshlab 5 yil mobaynida har oyda 1 500 000 YED bitsillina-5 oladi. Revmatizmning tez-tez qaytalanish shaklida xinolin dorilari (delagil,

plakvenil) ko'rsatilgan. Mavsumiy bitsillino-profilaktika bitsillin-1 (1 200 000 YED 4 haftada 1 marta) yoki bitsillin-5 (1 500 000 YED yuqoridagidek davriylikda) bilan amalga oshiriladi, shunday kurslarning 2-3 tasini o'z ichiga oladi. Bitsillinoterapiya bilan bir qatorda revmatizmga qarshi dorilarning bittasi qo'llaniladi, 2 g/kun dozada atsetilsalitsil kislota ma'qulroq. Atsetilsalitsil kislotani ko'taraolmaslik holatlarida boshqa revmatizmga qarshi dorilar (voltaren, indometatsin) ishlatilishi mumkin.

Bolalar enurezi

Asosiy holatlar va statistik ma'lumotlar

Kunduzgi enurez bilan og'rikan barcha bolalarni siydik tahlili o'tkazilgandan so'ng peditrnga yuborish lozim.

Kechasi o'ringa siyib qo'yish – siydik yo'llarida anatomik anomaliyalari bo'lmagan 5 yoshdan katta bolalarning uyqu vaqtida o'rniga beixtiyor siyib qo'yishidir. Kechasi o'rniga siyib qo'yadigan 5 yoshdan katta bolalarni umumiy amaliyot shifokori davolaydi. Kechasi beixtiyor siyib qo'yish 3 yoshli bolalarning 50% da, 4 yoshli bolalarning 30% da, 5 yoshli bolalarning 15% da hamda 14 yoshli o'smirlarning 2% da kuzatiladi. Aksariyat hollarda qiz bolalarga nisbatan o'g'il bolalarda uchraydi, irsiy bo'lishi mumkin.

Agar kechasi siyib qo'yish avvaliga anchaga yo'qolib, keyin yana paydo bo'lsa uni ikkilamchi kechasi siyib qo'yish deyiladi.

Etiologiyasi

Ruhiiy omillar: Enurezni o'z-o'zidan ruhiy buzilishi deb hisoblab bo'lmaydi, biroq tashvishlantiradigan voqealar va hayot tarzini o'zgarishi, emotsional kechinmalarni kechirish enurezning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Yetilish. Enurezning sabablaridan biri – fiziologik yetilish darajasining yetarlicha emasligi.

Irsiyat. 70% hollarda oilaning biror bir a'zosida enurez kuzatilgan.

Organiiq sabablar. Infeksiya, siydik passajining buzilishi, umurtqaning bel-dumg'aza bo'limi patologiyasi qovuqning buzilgan innervatsiyasi bilan birgalikda, qandli diabet, qandsiz diabetdagi ko'p siyish va o'roqsimon hujayraviiy anemiya – siydik tutolmaslikning ehtimoliy sabablari bo'lib, enurez holatlarining 1-5% ni tashkil etadi xolos. **Surunkali qabziyat** ham enurez sabablaridan biri hisoblanadi.

Diagnostikasi

✓ **Anamnez.** Enurez, enurez turi (birlamchi yoki ikkilamchi, kechasi yoki kunduzgi)ning oilaviy anamnezi. Siyish xususiyatlarini qayd etish (chastotasi, qistovlar, dizuriya, tomchilab siyish). Ruhiiy stressor omillarni aniqlash.

Tekshirish. Bo'y va og'irligi. AB. Umurtqaning bel-dumg'aza bo'limi funksiyasini aniqlash maqsadida nevrologik tekshiruv. Tashqi jinsiiy a'zolari tekshirish.

Laborator va rentgenografiya tekshiruvlar. Siydik tahlili, siydikning zichligi, undagi glyukoza miqdori, oqsil va qonning shaklli elementlarini aniqlash. Shuningdek bakteriuriya darajasini aniqlash uchun siydik tahlili, keyinchalik esa bakteriologik ekish o'tkaziladi.

Siydik tahlili normal bo'lganda enurez bilan og'riq bolalarda vrach ko'rigisiz va nevrologik kasallik belgilarisiz rentgenografiya tekshiruv o'tkaziladi. Kunduzgi siyib qo'yadigan bolalar batafsilroq diagnostik tekshiruvni talab etadi.

Differensial diagnostika.

Kechasi o'ringa siyib qo'yish quyidagi kasalliklardan farqlanishi lozim: siydik yo'llari infeksiyasi, qandli diabet, qandsiz diabet, qovuqning neyrogen disfunktsiyasi, siydik yo'llaridagi rivojlanish anomaliyalari. 6 yoshdan katta bolalarda kechasi o'ringa siyib qo'yish kasalligida siydik yo'llari anatomik anomaliyalarini aniqlash uchun ekskretor uroografiya va buyrak UTT (UZI) o'tkaziladi.

UASH taktikasi

✓ 5 yoshgacha siyib qo'yadigan, shuningdek haftasiga 1 martadan siyib qo'yadigan bolalarni davolashga zarurat yo'q.

Kechasi o'ringa siyib qo'yishni davolashning eng samarali usuli – signalli moslamadan foydalanishdir. Ruhiiy buzilishlar va kunduzgi siyib qo'yish hollarida mutaxassis maslahatiga ko'rsatma beriladi. Yotishdan oldin suyuqlik ichishni chegaralash samarasiz hisoblanadi.

Signalli moslama. Ta'sir etish prinsipi va uning qo'llanilishi. Bu miniatyuraviy elektrosxema bo'lib, bola ich kiyimiga biriktiriladigan qo'ng'iroq bilan ulangan. Siydik elektr sxemaning datchik qurilmasiga tushganda qisqa tutashuv sodir bo'ladi va tovush chiqaradi – bola uyg'onadi va hojatxonaga boradi. Har bir signal bolada siyishni nazorat qilish ko'nikmasining shakllanishiga yordam beradi: bola beixtiyor siyayotganida siyishni to'xtatish uchun uyg'onadi. Moslama ish bergandan so'ng, bolaning ho'l kiyimi va to'shak jildlarini almashtirish lozim, ammo bola xohlamasa, majburlab siydirish kerak emas. Signal moslamaning shu tunda qayta ishlab ketishi ko'nikma hosil bo'lishida yordam beradi. Bu usulning davolovchi samarasi ko'nikma shakllanishida namoyon bo'ladi, shu sababli enurezning tezda to'xtashini kutish kerak emas. Natijalar bir necha hafta yoki undan ham keyinroq sezilishi mumkin.

Bola va uning ota-onasiga signal moslamaning ishlash prinsipini tushuntirish va davo samarasi nimaga asoslanganligini so'zlab berish muhimdir. Bolaning uyquga yotishdan oldingi tayyorgarliklarda (to'shak-choyshabini tushash va moslamani biriktirish) qatnashishi juda muhimdir. Signalli «odeyalo» krovat o'rtasiga joylashtiriladi, bolani iloji boricha beldan pastiga kiyim kiydirmasdan yotqizish kerak, bu «signalli odayalo»ni tezroq nam bo'lishiga yordam beradi.

Medikamentoz terapiya. Tritsiklik antidepressantlar – imipromin, 10-25 mg (6-12 yoshgacha bo'lgan bolalarga 50 mgdan oshmasligi, 12 yoshdan katta bolalarga 75 mg dan oshmasligi kerak) yotishdan oldin ichiladi. Faqat 6 yoshdan katta bolalarga tezda va qisqa muddatda belgilarni bartaraf etish uchun (yozgi lagerga yoki ta'tilga chiqishdan oldin) tavsiya etiladi. Qaytalanish chastotasi yuqoriligacha qoladi, doza oshirib yuborilganda qo'shimcha jiddiy toksik ta'sirlar ham bo'lishi mumkin.

Nazal sprey ko'rinishdagi desmopressin vaqtinchalik davo (sayohat davrida) sifatida qo'llaniladi.

Ota-onalarga maslahatlar. Agar siyib qo'yishning organik sabablari bo'lmasa, ota-onalarga bolani koyimaslik, ko'proq uni maqtash, suyuqlik ichishni cheklamaslik, kechqurun bolani siyish uchun turg'izmaslik tavsiya etiladi.

Bolaning kechasi turishda uchun qo‘rqmasligi uchun xonasida tungi chiroq yoqib qo‘yish kerak. Bolaga taglik kiydirmang. Bola har kuni ertalab dush qabul qilsin.

12-16 yoshgacha bo‘lgan bolalar. Jinsiy rivojlanish.Dispanser nazorati.Ovqatlanishi. Eng ko‘p uchraydigan patologik xolatlar (depressiya, narkomaniya, toksikomaniya).Konsultatsiya qilish xususiyatlari.

Jismoniy rivojlanish ko‘rsatgichida jinsiy farqlanish – jinsiy yetuklik paydo bo‘lishi bilan yaqqol yuzaga chiqadi. Organizm biologik yetuklikka yetgan davr pubertat davri deb ataladi va ikkilamchi jinsiy belgilar paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Ikkilamchi jinsiy belgilarning paydo bo‘lish vaqti sog‘lomlik holati, ovqatlanish tartibi, iqlim sharoiti va genetik xususiyatlarga bog‘liq.

Bolalarning jinsiy rivojlanishi 3 davrga bo‘linadi:

1. Pubertatgacha bo‘lgan davr – 6-7 yoshgacha, gormonal jimlik vaqti.
2. Pubertat oldi davri - 6 dan 9 yoshgacha qiz bolalarda va 7 dan 10-11 yoshlarda o‘g‘il bolalarda, gipotalam – gipofizar – gonad tizim faollashadi.
3. Pubertat davr 9 – 10 dan 14 – 15 yoshgacha qiz bolalarda, ko‘krak bezlari o‘sishi, qovuq va qo‘ltiq ostiga tuklanishi, dumba va tos shakli o‘zgarishi, hayz kelishi, va 11-12 dan 16-17 yoshgacha o‘g‘il bolalarda, genitalliy o‘sishi kuzatiladi, tuk chiqishi erkaklar turiga xos, ovoz yo‘g‘onlashuvi, spermatogenez, eyakulyatsiya yuzaga keladi.

Jinsiy yetilishni baholash

Jinsiy yetilish bosqichida ikkilamchi jinsiy belgilar yaqqol aniqlanadi. Qiz bolalarda, jinsiy bezlar konfiguratsiyasi, qovuq sohasi tuklanish darajasi va xarakteri yaqqol ifodalanadi. O‘g‘il bolalarda jinsiy yetilish mezoni bo‘lib, tashqi jinsiy a‘zolar o‘lchami va qovuqni tuklanishi hisoblanadi. Odatda oddiy ko‘rik o‘tkazish yetarli, lekin o‘smirlarda pubertat davrining oldingi bosqichlaridi sut bezlari yoki tuxumdon palpatsiya qilinishi kerak.

Qiz bolalarning jinsiy rivojlanish davri (J.M.Tanner)

<i>Bosqichlar</i>	<i>Qoviq tuklari</i>	<i>Ko‘krak bezlari</i>
1	Pubertat oldi	Pubertat oldi
2	siyrak, yengil pigment- lashgan, to‘g‘ri, mayin, yumshoq, lablar bo‘ylab (11,5)	Ko‘krak va so‘rg‘ich ko‘tarilgan, areola diametri kattalashgan (11,0)
3	Ancha qalinlashgan, o‘ralish boshlangan (12,5)	Ko‘krak va areola kattalashgan, umumiy konturga ega (12,0)
4	qattiq, o‘raluvchan, lekin kattalarga nisbatan kam, sonda bo‘lmaydi (13,0)	Areola va so‘rg‘ich ko‘krak bezi konturidan chiqib turadi (13,0)
5	Katta ayollarga xos uchburchak, sonning ichki yuziga tarqalgan (14,5)	Yetilgan ko‘krak bezi, so‘rg‘ich chiqib turadi, areola – umumiy konturning yarmiga teng (15,5)

O'g'il bolalarning jinsiy rivojlanish bosqichlari po J.M.Tanner

Bosqichlar	Qovuq tuklari	Jinsiy a'zo, urug'don
1	yo'q	Pubertat oldi
2	siyrak, uzun, kam pigmentlashgan, yumshoq (13,5)	Jinsiy olat kattaligi o'rtacha, moyak katta, to'q rangda, burmali (11,5)
3	Ancha tuk, o'ralish boshlangan, ko'p emas, olat asosida (14,0)	Olat uzunligi kattalashgan, moyak va urug'don kattalashgan (13,0)
4	qattiq, o'raladi, kattalar tipida, lekin kamroq, sonda yo'q (14,5)	Olat kengaygan, moyak va urug'don kattalashgan, terisi to'q rangda (14,0)
5	Kattalar ko'rinishida, sonning ichki yuzasida, lekin gorizontal chegarada (15,0)	Kattalarnikideko'lchamida (15,0)
6	Kindikkacha tarqalgan	

*qavus ichida bosqich boshlanishi ko'rsatilgan (yoshda);

Jinsiy rivojlanishda qiz bolalar o'g'il bolalarga nisbatan 2 yil oldin yetiladi, bu geteroxronlik yetilganlik hisoblanib, shu yoshdagi jinslarning o'zaro aloqasida muammolar keltirib chiqaradi. Bir xil jinslarning yetilishi ham xar-xil bo'lishi mumkin. Psixologlarning kuzatuvini ko'rsatadiki, rivojlanishi o'rta yoshga to'g'ri kelgan qizlar o'zini baholashi ijobiy, kech yetilgan kizlarda esa erta yetilganlarga nisbatan o'zini baholash ancha yuqori turadi. O'g'il bolalar esa aksincha kech rivojlanganda qayg'uradi, ularning o'zini baholashi tushib ketadi, kattalarga tobe bo'lib qoladi va tengdoshlaridan o'zini olib qochadi, ota-onalariga bog'liq bo'lib qoladi. Erta yetilgan o'g'il bolalar ancha o'zini ustun qo'yadi va rahbarlik qilishga moyil bo'ladi.

Agar o'smir bolada urug'donlarning (pubertatli) kattalashishi 13,5 yoshda kuzatilmasa yoki jinsiy rivojlanishning 3- bosqichi ikkinchi bosqichi boshlangandan keyin to'rt yil davomida yuzaga kelmasa bunday holatlarda, jinsiy yetilishning ortda qolishi haqida fikrlash mumkin.

Ko'pgina qizlar hayz ko'rishmasa xavotirga tushadilar. Agar ko'rikda jinsiy a'zolarining anatomik nuqsoni kuzatilmasa, JBening 3 bosqichi boshlangan qizlarda yetilish normada ketayotganidan va yaqin orada hayz ko'rishidan darak beradi. Agar 13 yoshli qiz bolalarda ko'krak bezlarining kattalashuvi kuzatilmasa yoki pubertat o'zgarishlar boshlanishidan hayz ko'rgunicha oradan 5 yil o'tsa, bunday hollarda jinsiy yetilishdan orqada qolish xaqida o'ylash mumkin. Agar jinsiy yetilish ortda qolsa, endokrin statusni tekshirish lozim.

O'smirlik yoshi davrlari

Xronologik yosh va JBE yetarli mezonlari yordamida pubertat o'zgarishlarning erta, o'rta yoki kech davrlarini aniqlash mumkin. Har bir davr bir-biridan belgilari bilan farq qiladi.

Erta davr. O'smir bu davrda tanasidagi o'zgarishlar bilan band bo'ladi. Ularning ideal tana tuzilishi haqida o'z fikrlari bor. Pubertat davrning boshida o'smirlar ikkilamchi jinsiy belgilarning rivojlanishini qiziqish bilan kuzatadilar. Ular o'z ota-onalariga yangichasiga qarashadi va birinchi marotaba to'g'ri tarbiya olganlarmi, ota-onalari hurmatlimi, hamma havas qiluvchi obrazga to'g'ri keladimi yoki yo'qmi deb o'ylaydilar.

O'rta davr. Bu davr taxminan 1,5 yil davom etadi, qiz bolalarda 13-15 yosh va o'g'il bolalarda 16 yoshlarda. O'smirlar o'z qobiliyatining o'sishiga qarab erkin bo'lishga xarakat qiladi. Qarama-qarshi jinsga nisbatan qiziqish uyg'onadi. Aqliy rivojlanish ortadi, abstrakt tushunchalarni o'ylash hosil bo'ladi, gipotezalar tug'iladi, kelajak haqida o'ylaydi.

Kechki davr. Ko'proq kelajakda kim bo'lib yetishish va qayerda o'qish haqida o'ylaydi. Bu davrda o'smirlar ko'proq o'ziga ishonish hissi paydo bo'ladi va jinsiy aloqa qilishda o'ziga qattiq ishonch hosil bo'ladi. Aqliy rivojlanish davom etadi, logik o'ylash, fikrlash ustun turadi.

Jinsiy moslashuv shakllari

Transvestizm normal rivojlanishda uchraydigan holat bo'lib unda jinsiy a'zolarining buzilish identifikatsiyasi va vazifasi jixatdan yo'qolishi yoki surunkali ko'rinishda qolishi kuzatiladi. O'g'il bolalar ayrim hollarda maktabgacha bo'lgan davrda onasi yoki opa-singlisiningko'ylagini kiyishi mumkin. Agar bu tez-tez takrorlansa, ota-ona xavotirgatushadi, bola esa uni yashirincha bajarishga harakat kiladi. Agar buholatota-onasining karshiligiga qaramasdan, ayniksa, 5-6 yoshda takrorlansava saqlansa, jinsiy a'zolarining buzilish identifikatsiyasi va ularning jinsiy roli haqidagi masalani ko'rib chikish muhim hisoblanadi.

Transseksualizm bu insonlarning astoydil o'ziga ishonganligi, biologik boshqa jiisga mansubligini, ularning qarama-qarshi jinsga tegishli bo'lishiga moslashuvi. Transseksualizm bu o'jarlik bilan qarama-qarshijinsdagi insonlar kiyimini kiyish. O'g'il bolalarda ruhiy o'jarlik ko'rinishida, u o'zini o'g'il bola emas, balki kiz bola xis qilishidir.

Gomoseksualizm. Hakikiy gomoseksualizm qiyin fenomen hisoblanadi.O'g'il bolalarda gomoseksualizm rivojlanishiga ta'sir kiluvchi omillardan biri o'zini erkak hisoblovchi etaloning ota-onasi va tengqurlari tomonidan qo'llab-quvvatlanmasligidir. O'smirlar va yigitlar orasida gomoseksualizm belgilari, ularning uz jinsiy faoliyatiga ishonchsizlik hissi va mustaqil emasligi natijasida paydo bo'ladi. Bu his tuyg'u oqibatida bilmagan holda ular kuchli erkak oldida o'zlarini tobe hisoblashadi. Bunday o'g'il bolalar va yigitlar yordamga muhtoj. Ularni psixiatr maslahatigayuborish zarurligini ota-onasiga tushuntirish va davo choralarisiz uz tobeliklarini o'zgartirmasliklarini uktirish muhim. Ko'pincha o'smirlik yoshida gomoseksuallikni orggirgan ayollar anamnezida ularni kichik yoshli vaqtida onasi bilan

yomon munosabati aniqlanadi. Bunday hollarda ona kiziga nisbatan sovuq va ulardan uzoqroq bo'lishga harakat qiladi, ularni jazolaydi, o'zini tutishi, kichkina qiz bolalarda ortiqchalik va tashlab qo'yilganlik hissini uyg'otadi. Gomoseksual xolat ko'ngli nozik va tez ranjiydigan kishilarda ko'proq uchraydi. Qizlarda erkakcha «odat» - sochni kalta kesish, o'g'il bolalar kiyimini kiyish va kator boshqa ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. Ularni psixiatr yoki bolalar psixologi nazorat qilishi va davolashi kerak. Ota-onalarga bunday holatlarda jazolash (ayniqsa, jismoniy) va nasihat qilish yordam bermasligini tushuntirish kerak.

O'smirlar bilan suhbat. Kattalar o'smirlar bilan suhbatlashganda, ko'p hollarda qiyinchilik sezadilar. Chunki ularning javobi to'laqonli va ko'p so'zli emas (lekin bu holat har doim ham kuzatilmaydi). O'smir bola, boshqa insonlardek ko'pchilikni, ayniqsa, kim unga haqiqiy kiziqish uyg'otsa, insonga murojaat qilganday qarasa, uni do'stona tarzda yaxshi ko'radi. O'smirlar ortiqcha gapirishga moyil, ammo ularga tegishli bo'lmasa, so'rab-surishtirish ularning muammosi emas, Shuning uchun so'rab - surishtirishni o'rtoqlari, maktabdagi qiziqishlari va oilasidan boshlash lozim. O'smirlar vrachlarga ba'zan o'z tashabbuslari yoki ota - onalarining maslahati tufayli murojaat qiladilar. Ular shifokor qabuliga o'zlari yoki ota - onalarining biri hamroxdigida kelishi mumkin. O'smirlarga tibbiy yordam ko'rsatish aniq konfidensiallikni talab qilishini ota-onalariga tushuntirish zarur. Shuning uchun o'smir bilan alohida suhbat o'tkazishdan oldin ota - onalaridan so'rab - surishtirish muhim ahamiyatga ega.

Konfidensiallik, kasallik yoki boshqa biror muammoni yashirishga emas, balki o'zaro hurmatga asoslangan bo'lishi lozim. Kattalar bilan suhbatlashgandagi ba'zi usullar, o'smir bola bilan muloqotda bo'lganda mos kelmaydi. Shu sababli o'smirlarni so'rab-surishtirganda, fikrlash qobiliyati shakllanmaganligini hisobga olib, gapirish kerak, chunki u aniq fikrlash ko'nikmalarini talab qiladi. Shuningdek,, ularda o'ziga nisbatan yetarli ishonch tug'ilmaganligini inobatga olib suhbat vaqtida jim turmaslik maqsadga muvofiq.

Ijtimoiy muammolar. O'smir yoshdagi bolalarda o'zini namoyon qilish, ayrim mulohazalar va iltimoslarga karshilik ko'rsatish hissi paydo bo'ladi, shuning uchun oilada bolalar fikriga xurmat bilan karash kerak. Ular kattalarning ayrim mulohazalariga xafa bo'lishlari sababli bu yoshda suitsidal holatlar kuzatiladi. Ko'pincha qizlar o'zlarini o'ldirishga harakat qilsalar ham, o'g'il bolalar orasida o'lim holatlari ko'proq uchraydi. Ushbu yoshda bolalar ko'proq giyohvand moddalarga beriluvchan bo'lishlarini unutmash kerak. Narkotiklarni kabul qilish o'smirlarga o'zlarini kattalardek sezish, stress oldini olish, real voqealardan uzoqlashish hissini tug'diradi. Shuning uchun narkomaniyani tugatish, o'smirlarni talab va extiyojini kondirishga qaratilgan bo'lishi lozim. Chekish, spirtli ichimliklarni kabul qilish o'smirni soglom rivojlanishiga qarshilik qiladi. Chekishning salbiy okibatlari o'smirlik yoshida surunkali yutal, shilliqni ko'p ajralishi, o'pkada xirillashlarning paydo bo'lishi bilan kechadi. Ayrim o'smirlar ushbu yoshda faol jinsiy aloka bilan yashaydilar. Shuning uchun ularni tanosil kasalliklariga tekshirish muqim ahamiyatga ega.

ALKOGOLIZM

Alkogolizm – spirtli ichimliklarni muntazam ravishda suiiste'mol qilish oqibatidagi kasallik bo'lib, sotsiologik, psixologik va fiziologik moslashishning ro'y – rost buzilishi bilan o'tadi. Kasallik asta – sekinlik bilan psixologik (yengib bo'lmas hirs), jismoniy (qabul qilish to'xtagach, abstinent sindromining kelib chiqishi) intellekt va ruhiyatning o'zgarishi oqibatida shaxsning yashash faoliyati buzilishiga olib keladi. Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish hamda etanolning organizmni zaharlashi natijasida oqibatida ruhiy va jismoniy qaramlik holatiga tushiladi. Ruhiyatda buzilishlar boshlanishi, abstinent sindrom va ko'p sonli sotsiologik muammolar kelib chiqadi.

Uchrashi. Ko'p miqdorda alkogol iste'mol qiladigan erkaklar 18 %, ayollar 5 % ni tashkil etib, ularning beshdan bir qismi alkogolizm tufayli narkolog hisobida turishadi.

Yoshga bog'liqligi • Bolalar va voyaga yetmaganlarning alkogolizmga bog'liqligi tufayli alkogol ularning aqliy va jismoniy rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Asosiy klinik belgilari: ruhiy tushkunlik, shaxsiyatning tubanlashish sindromi, psixopatik xulk – atvorning keskin buzilishi, qiyofaning o'zgarishi, o'ziga suiqasd qilish fikrlarining paydo bo'lishi, xotiraning pasayishi, epilepsiya xuruji va harakat qo'zg'alishlari, ruhiy taranglik, jahldorlik • Katta yoshdagilar alkogol ta'siriga sezgirroqdirlar. Ko'pincha alkogolizm diagnostika qilinmaydi; simptomlari juda xilma – xil va ularni surunkali kasalliklar yoki demensiya qatoriga kiritish mumkin.

Jinsga bog'liqligi. Erkaklarda 5 marta ko'proq, lekin ayollar yolg'iz ichishga moyil bo'lib, alkogolizm ularda tezroq rivojlanadi.

Xavfli omillari • Alkogol ichimligini iste'mol qilish • Turli xil psixotrop moddalar shu jumladan nikotin ta'siri • Oila anamnezida alkogolizm (spirtli ichimlik ichuvchining farzandlarida alkogolizm rivojlanish xavfi – 50 %) • Erkak jinsiga mansubligi, navqiron yoshda oilasining yo'qligi • Alkogol ichimligini 5 va bundan ko'p dozada muntazam ravishda (60 ml sof etil spirti) iste'mol qilishi, hafta mobaynida loaqal 1 marta mast holatda bo'lish • Oila va tevarak – atrofdagi alkogol ichimligini muntazam iste'mol qilishga moyillik keltiruvchi muhit • Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishni normal holat deb qabul qilish va ularga yuqori sezgirlik • Bemorlar jamiyatda o'z o'rnini yo'qotish (iqtisodiy, g'oyaviy, ma'naviy) holatiga kelib qoladilar.

Patomorfologiyasi • Jigar: yallig'lanish yoki yog' infiltratsiyasi (alkogol gepatiti), periportal fibroz (alkogoldan jigar sirrozi 20 % bemorlarda rivojlanadi) • Oshqozon shilliq pardasi: yallig'lanishi, yaraga aylanishi • Oshqozon osti bezi: yallig'lanishi, kollikvatsion nekroz • Ingichka ichak: kiprikchalar atrofiyasi, ferment yetishmovchiligi • Yurak: oraliq fibroz, mushaklarning atrofiyasi (dilatatsion kardiomiopatiyaning aniq belgilari) • Qon va immun sistemasi: limfotsitlar o'sishining susayishi • Endokrin sistemasi: qon zardobida kortizon miqdorining oshishi, moyaklar atrofiyasi, ayollarda jinsiy gormonlar miqdorining pasayishi • Bosh miya: miya qobig'i atrofiyasi, qorinchalarning kattalashuvi.

ETANOL METABOLIZMI

- Ichimlik ichilgandan so'ng etanol oshqozon va ingichka ichakda tezda so'rilib, qonga o'tadi va barcha hujayralar ichiga kirib boradi. Etanolning 5 – 10 % siydik, yo'g'on ichak, teri, nafas chiqarish yo'li orqali organizmdan chiqib ketadi. 90 % soatiga 5–10 ml tezlikda (sof etil spirtiga hisob qilganda) suv va SO₂ ga ajraladi.
- Etanol asosan jigarda atsetaldegid holiga kelguncha bijg'iydi (alkogol degidrogenazasi katalizator bo'ladi). Alkogol degidrogenazasi atsetaldegidni suv va SO₂ ga oksidlanib katalizlaydi. Etanol degradatsiyasi uchun katalaza ma'lum ahamiyatga ega. Atsetaldegid ichki muhitda aylanib yurib, hujayra membranasi orqali oson o'tuvchan va o'ta zaharli hisoblanadi. Alkogolning zarar ekanligi xususida gapirilganda avvalo atsetaldegid va etanolning o'ta xavfliligi e'tiborga olinadi.
- Markaziy nerv sistemasi faoliyati buzilishi qondagi etanolning miqdorini belgilaydi ✦ 50 mg % – tinchlantiruvchi vosita ✦ 50 – 150 mg % harakat koordinatsiyasining buzilishi (100 mg % va bundan kam miqdori Yevropa va Amerika mamlakatlarida avtomobil haydashga ruxsat berilgan, garchi bu miqdor toksik samaraga ega bo'lsa ham. Boshqa qator mamlakatlarda alkogol qonda qancha miqdorda bo'lishidan qat'i nazar, avtomobil haydash qat'iyani man etilgan) ✦ 150 – 200 mg % – og'ir intoksikatsiya, qo'zg'alish ✦ 300 – 400 mg % – es – hushni yo'qotish ✦ 400 mg % dan ko'p bo'lsa, o'limga sabab bo'ladigan miqdor deb baholanadi.
- Alkogol degidrogenazasi (AIDG, KF 1.1.1.1) ✦ AIDG1 (103700, α – subbirlilik AIDG) homila jigarida aktiv, katta yoshdagilarning jigarida kamharakat ✦ AIDG2 (103720, β – subbirlilik AIDG) homilaning o'pka va jigarida, katta yoshdagilarning esa jigarida ishlab chiqariladi ✦ AIDG5 (103710 χ – subbirlilik AIDG) ko'pgina a'zolarida topilgan, AIDG ning birdan – bir miya shakli bo'lib, uzun zanjirli spirtlarni parchalaydi ✦ AIDG6 (103735) oshqozon va jigarda topilgan, ammo substrat spetsifikligi aniq emas ✦ AIDG7 (600086) oshqozon va boshqa a'zolarida topilgan, biroq jigarda yo'q.
- Atsetaldegid degidrogenaza (AtsDG, KF 1.2.1.3) ✦ Sitozol shakli (100640, 9q21, AtsDG₁) disulfiramning ingibirlovchi samarasi nihoyatda sezuvchan. Uning faolligi ichkilikka ruju qo'yganlarda pasaygan. Pasaygan genetik nuqson yoki ingibirlangan aktivligi bir qadah spirtli ichimlik ichilgandan so'ng atsetaldegid miqdori ortib borishiga sabab bo'ladi va bu ko'pincha vegetativ tomir reaksiyasi – vazodilyatatsiya bilan (yuz terisi tez qizarib ketadi) o'tadi.
- Mitoxondrial shakli (100650, 12q24.2, AtsDG2) disulfiramga sezgir emas.

KLINIK MANZARASI

- **Umumiy belgilari** ✦ Bemorlar o'z yoshlariga ko'ra qariroq ko'rinadilar, sochlari rangsizlanadi ✦ Yuz shishinqiragan, och qizil rangda, keyinchalik yuz qizarib ketadi. Ichkilik to'xtatilganda yuzning qizarishi asta – sekin yo'qoladi, uning rangpar ko'rinishida burun qanotlarida, yuzning chakka, ko'krakning yuqori qismlarida teleangiektazni kuzatish mumkin ✦ Teri turgori pasaygan ✦ Mushaklar tonusi spirtli ichimlik ichilganda tiklanadi.

- **Xulqning o'zgarishi** ✦ Psixologik va ijtimoiy holatga moslashuvning buzilishi ✦ Iroda sustligi, pala – partish kiyinish, ifloslik ✦ Oilaviy mojarolar (ajralish, er – xotinning alohida hayot kechirishi) ✦ Qo'rquv, depressiya, uyqusizlik ✦ Ijtimoiy muhitdan ruhan ajralib qolish, tez – tez joyini almashtirish ✦ Ichkilik ichish oqibatida huquqbuzarlik holatlarining uchrashi ✦ Ichkilik ichilgandan so'ng haqorat qiladigan, ruhiyat va fiziologik kelishmovchiliklar ✦ Alkogolga bog'liq bo'lmagan sharoitlarga qiziqmaslik ✦ Ishdagi muammolar (nafaollik, ishga bormaslik, mehnat faoliyatining pasayib ketishi, hamkasblar o'rtasidagi ixtiloflar, ish joyini tez – tez o'zgartirish) ✦ Mastlik holatida retrograd amneziya.
- **Ichki a'zolarining zararlanishi** ✦ Me'da – ichak sistemasi buzilishi ✦ ko'ngil aynishi, qayt qilish, qorinda og'riq paydo bo'lishi, surunkali jigar yallig'lanishi (yog' infiltratsiyasi va jigar sirrozi), oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning peptik yarasi, pankreatit ✦ Ichkilikbozlikka mukkasidan ketish oqibatida ingichka ichakda vitaminlar va aminokislotalar so'rilishining buzilishi ✦ Yurak qon – tomirlar sistemasi: o'rtacha arterial gipertenziya, aritmiya yoki taxikardiya, alkogol kardiomiopatiya belgilari ✦ Nafas olish sistemasi: aspiratsion pnevmoniya belgilari, bronxit, ko'p tamaki chekish bilan bog'liq holat ✦ Jinsiy ojizlik, moyaklar atrofiyasi ✦ Endokrin sistemasi: giperxolesterinemiya, gipertriglitsideremiya, kushingsimon tana tuzilishi. Ginekomastiya; gipoglikemiya, mastlik holatida hushini yo'qotish o'limga olib keladi ✦ Teri: tozalikka rioya qilmaslik, shikastlanishi, tiralishi, quyishi, momotaloqlar ✦ Tayanch – harakat sistemasi: suyak qadoqlari va turli bitish bosqichlaridagi sinishlar, miopatiya ✦ Nerv sistemasi: tanish qobiliyatlarining buzilishi (masalan, so'nggi hodisalarni xotirada saqlab qololmaslik), periferik nerv sistemasining nevropatiyasi, Vernike – Korsakov sindromi ✦ Ko'rish a'zosi: alkogol amavrozmining tez kuchayishi, ko'rishning to'la ojizlikkacha susayib borishi, bunda qorachiqqlar kengligi yoritilishga mos keladi. Qorachiq refleksi to'liq saqlangan; mustaqil yo'qoladi ✦ Bosh va bo'yin a'zolari: yuz qizarishi, quloq osti so'lak bezlarining gipertrofiyasi, og'iz bo'shlig'ini gigiyenik talablariga javob bermasligi.

BELGILARI

- O'zgargan reaktivlik sindromi. Spirtli ichimliklarni ko'tarishning buzilishi (alkogol ko'p ichilganda) himoya reaksiyasining yo'qolishi, xatti – harakatning buzilishi. Mastlik holatida xotiraning yo'qolib qolishi. Alkogolizmning boshlang'ich bosqichlarida ichkilikka ruju qilish oshib boradi (alkogolga telerantlik sindromi). Keyinchalik ko'tara olishi kamayadi.
- Ruhiy qaramlik sindromi – mast bo'lishga tinimsiz intilish. Hushyorlik holatida ruhiy diskomfort (ruhiy faoliyat buzilishida aqliy mehnatga layoqat yo'qoladi). Mastlik holatida ruhiy faoliyat yaxshilanishi.
- Jismoniy qaramlik sindromi – mast bo'lishga jismoniy ehtiyoj (o'zini tuta bilmaslik), spirtli ichimlik miqdori ustidan o'zini nazorat qila olmaslik, abstinent holat, mastlik holatida jismoniy faoliyatning yaxshilanishi.
- Surunkali intoksikatsiya oqibatlari ✦ Ruhiy tubanlashish oqibatlari: asteniya, psixikaning zaiflashishi, kayfiyati tez buzilib, agressiv xulq – atvor, o'z joniga qasd qilish, o'tkir psixozlar (ongning xiralashuvi va gallyutsinatsiya ta'sirida vahimaga

tushish, tashqi tazyqlar yo'qligiga qaramay vasvasaga tushish va surunkali qo'zg'alish vasvasasi, Korsakov psixozisi); og'irlashgan hollarda alkogoldan aqlsizlik ro'y berishi ✦ Nevrologik oqibatlar: o'tkir miya sindromlari, epileptiform, Gaye – Vernike, miyacha sindromi, striopallidar yetishmovchilik; periferik nevrillar, ko'ruv, eshituv nervlari atrofiyasi.

- Patologik mastlik kam uchraydigan holat, kam miqdorda spirtli ichimlik ichilsa ham xulq – atvorda to'satdan o'zgarishlar kuzatiladi ✦ Ong xiralashuvi, dezoriyentatsiya; vasvasa va ko'rish gallyutsinatsiyasi, psixomotor qo'zg'alish, agressivlik, ruhiy tushkunlik va o'z joniga qasd qilish ✦ Patologik mastlik holati bir necha soatdan boshlanib, uzoq davom etadigan uyqu hamda xotiraning yo'qolishi bilan tugallanadi.

- Abstinents sindromi alkogol iste'mol qilingandan so'ng 12 – 24 soat o'tgach boshlanadi ✦ Boshlangich bosqichlarida – simpatiko – tonik qo'zg'alish; tana yuqori qismining qizarishi, yuzning shishinqirashi, terlash, panja va barmoqlarning titrashi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ichning suyuq ketishi, siydik ajralishining tutilishi, ishtahaning yo'qolishi uyqusizlik, bosh aylanishi va og'rishi, ko'z qorachig'ining kengayishi (midriaz), yurak va qorin sohasida og'riq paydo bo'lishi. Ko'pincha epileptiform tutqanoqlar kuzatiladi ✦ So'nggi bosqichlarda – vegetativ buzilishlar: lanjlik, tomir tonusining tushib ketishi, sianoz, sovuq terlash, yuz qiyofasining o'tkirlashishi, mushaklar gipotoniyasi, ataksik buzilishlar (mustaqil harakat qila olmaslikkacha).

- Alkogol deliriysi (oq alahlash).

- Alkogol gallyutsinozi – (eshitish yoki ko'rish gallyutsinatsiyasi) – organik gallyutsinoz rang – barang va barqaror gallyutsinatsiyalar bilan boshlanadi. Surunkali mastlik holatidan 48 soat o'tgach boshlanadi. Bunda bemor vasvasaga tushib, doimiy eshituv gallyutsinatsiyasi, tovushlar bilan bahslashadi, urishadi, keyinchalik bu tovushlarga moslashib qoladi. Ruhiy buzilish har qanday yoshda (erkaklarda 4 marta ko'proq) rivojlanadi. Uzoq muddat davomida ichish oqibatida alkogolga qaramlik hissi paydo bo'ladi. Gallyutsinatsiya holati haftalab davom etadi yoki doimiy bo'lishi mumkin.

- Alkogolli amnestik sindrom (Korsakov sindromi) – bunda xotira qobiliyati yo'qoladi, bemor vaqtni aniqlay olmaydi va uydirma javoblar qo'llashga o'tadi. Bunday holat bemor uzoq muddat davomida o'ta mast holatida bo'lishi tufayli rivojlanadi. Somatik yoki ruhiy buzilishlar bir – biri bilan bog'liq bo'lmagan holda rivojlanadi.

- Alkogolli ensefalopatiya – (277730, 3r 14.3, transketolaza geni nuqsoni [KF 2.2.1.1], r.).

- Demensiya – aqlsizlik.

RIVOJLANISH BOSQICHLARI

- Boshlang'ich belgilari ✦ Oilada alkogol muntazam ichib turilganda odamda zaharlanish belgilari pasayadi; mastlik holatida va ichilmaganda jonlanish, kayfiyatning ko'tarilishi, tonusning ortib borishi, harakat aktivligi, kayfiyat ko'tarilishi, ishtahaning ochilishi, jinsiy a'zolar funksiyalari buzilmagan ✦ Ichkilikni

kunduzi ichish diskomfort chaqirmaydi; haddan tashqari mastlik hollarida bemor qayt qiladi, lekin ertasiga ichkilik ichishdan voz kechish xayoliga kelmaydi ✦ Hayot tonusining ko'tarilishi ko'pincha injiqlik, janjal ko'tarishga moyillik bilan boradi.

- I bosqich (1 – 4 yil davom etadi) ✦ O'zgargan reaktivlik sindromi: tez – tez va ko'p miqdorda spirtli ichimlik iste'mol qilish tufayli qayt qilish holati yo'q ✦ Alkogolga ruhan bog'lanish, bu kishida miyadan ketmaydigan ichish istagini paydo qiladi ✦ Alkogolga jismoniy intilish yo'qoladi ✦ Alkogolning organizmga ta'siri natijasida zaharlanish asoratlari paydo bo'ladi. Bunda quvvatsizlik, somatik tomondan nevrologik buzilish holati kuzatiladi.

- II bosqich (5 – 15 yil davom etadi) ✦ O'zgargan reaktivlik sindromi. Spirtni yaxshi ko'taradi, doimo mastlik holatida yuradi, alkogol ichish butunlay ichki sabablarga bog'liq, masalan, pul yo'qligi. Alkogolning sedativ samarasi yo'qolib, faqat aktivlovchi moyillik kuzatiladi. Alkogol polimpsestlari to'liq amneziya belgilari bilan almashinadi. Mastlik holatida ichkilikka bunday intilishning kuchayishi yoki ruju qo'yish natijasida bemor xatti – harakatlarini eslay olmay, stupor holatiga tushib, kamharakat bo'lib qoladi ✦ Alkogolga ruhiy qaramlik sindromi: ruhiy xotirjamlik alkogolni doimo ichib turishga bog'liq; sog'lik holatida ruhiy faoliyat buziladi, aqliy mehnatga layoqat bo'lmaydi ✦ Jismoniy qaramlik sindromi: alkogolga jismoniy ruju qo'yish, xulq – atvorning, ma'naviy qadriyatlar, o'zaro munosabatlar to'g'risidagi tushunchalarning buzilganligi. Ichmagan holatda bemor ruhan ezilgan, tushkunlikka tushadi, ishga layoqatsiz, jahldor bo'lib qoladi. Alkogol iste'mol qilsa, undagi jismoniy harakat funksiyasi tiklanadi ✦ Abstinent sindromida bemor simpatiko – tonik qo'zg'alish formasida: kechasi uxlamaydi, ko'rish va eshitish gallyutsinatsiyalari paydo bo'ladi ✦ Alkogoldan organizmning zaharlanish alomatlari kuzatiladi ✦ Bemorda psixik sfera buzilganda ruhan tubanlashish ro'y beradi, ijtimoiy o'sish to'xtaydi, qiziqishlar yo'qoladi, ijodiy faollik susayadi, ta'sirchan bo'lib qoladi, oilaga, mehnatga qiziqish, intellekt pasayadi va u behayolik, beandishalik, o'rinsiz qiliqlar qilish bilan yuzaga chiqadi. Bunday hollarda oila a'zolariga bemorning vasvasaga tushishi, qizg'anish holatining paydo bo'lishi xavfli hisoblanadi. Bemorning shikastlanishi, operatsiya qilinishi o'tkir alkogol psixozi asoratlariga olib kelishi mumkin ✦ Asab sistemasining buzilishi tufayli nevritlar, ko'z qorachig'ining xiralashuvi, ko'ruv maydonining torayishi, eshitishning ayrim darajalargacha pasayishi, ataksiya, nistagm, harakatlar koordinatsiyasining buzilishi ✦ Yurak – qon tomir sistemasi va jigar faoliyati buziladi.

- III bosqich (5 – 10 yil davom etadi) ✦ O'zgargan reaktivlik sindromi: o'tkir spirtli ichimliklarni ko'tara olishning pasayishi. Uzluksiz mastlik jarayoni bemorni jismoniy va psixologik zo'riqishga olib keladi. Ichishning kundan – kunga oshib borishi oqibatida bemor spirtli ichimliklarni butunlay ichmay qo'yadi va shu bilan uzluksiz ichish to'xtaydi. Alkogolni ichish oqibati xotiraning yo'qolishi bilan kechadi ✦ Alkogolga ruhiy qaramlikda psixikaning qo'pol o'zgarishlari sababli ayrim simptomlar bilinmaydi ✦ Jismoniy qaramlik sindromida bemor o'z – o'zini boshqara ololmaydi. Ularda dozani nazorat qila olmaslik va tolerantlikning pasayishi o'lim holatiga olib keladi ✦ Abstinent sindromida vegetativ buzilishlar ✦ Intoksikatsiya oqibatlari ✦ Psixikaning buzilishi, emotsiyaning yo'qolishi kuzatiladi. Bemor o'z – o'zini boshqara olmaydi, shu sababli doimo nazorat ostida bo'lishi kerak ✦

Bemorning aqlsizlik holatiga tushib qolishi tufayli, psevdoparalitik ko‘rinish namoyon bo‘ladi ♦ Ularda surunkali gallyutsinoz, rashk vasvasasi kuzatiladi ♦ Nevrologik tekshiruvda ensefalopatiya (o‘tkir ruhiy o‘zgarishlar), polinevritlar aniqlanadi. Bemorlarning 20 % da alkogol ensefalopatiyasining epilepsiyaga xos belgilari kuzatiladi ♦ Organizmning deyarli barcha a‘zolar va tizimlari zaharlangan; kardiomiopatiya va jigar yallig‘lanishi birgalikda uchraydi.

Diagnostikasi • Bemorga tashxis qo‘yishda psixologik testlar: quyidagi 4 ta savol (sezuvchanlik va spetsifiklik 70 % dan kam, 2 ta savolga ijobiy javob alkogolizm borligidan dalolat beradi) so‘riladi ✦ Alkogol ichishni kamaytirish kerakligi xayolingizga keladimi? ✦ Qarindosh – urug‘laringiz sizga ichkilik ichishni to‘xtatishni tavsiya etsa jahlingiz chiqadimi? ✦ Spirtli ichimliklar ichishda o‘zingizni aybdor deb hisoblaysizmi? ✦ Alkogolni ichib turib, yana ertasiga ichishni xohlaysizmi? • Bosh miyani KT, MRT tekshiruvidan o‘tkazilganda: qobiq atrofiyasi, talamus yadrolarida strukturaviy o‘zgarishlar, hid bilish va oraliq miyada ham o‘zgarishlar kuzatilishi • Jigar biopsiyasida alkogol gepatiti yoki sirrozi aniqlanadi.

DAVOLASH

Rejimi • Shifoxonada detoksikatsiya o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar ✦ Ongning xiralashuvi natijasida gallyutsinatsiyalar ta’sirida vahimaga tushish belgilarining paydo bo‘lishi anamnezda alkogolli deliriy borligi ✦ Ambulator detoksikatsiyani o‘tkazib bo‘lmaslik ✦ Kasalxonaga yotqizishga ko‘rsatma hisoblangan yondosh kasalliklar ✦ Yaqqol ruhiy buzilishlar (jumladan o‘z joniga qasd qilishga moyilligi bo‘lgan depressiya) ✦ Ichkilikni tashlashga qat’iy va’da bera olmaslik ✦ Tevarak – atrofdagi nobop kishilar.

Parhez – V guruh vitaminlari, magniy, fosfor, rux moddalari yetishmovchiligini to‘ldiradigan sifatli ovqatlanish tavsiya etiladi.

Davolashni olib borish tamoyili • Alkogolni muntazam iste’mol qilish ichkilikbozlikning boshlang‘ich omili hisoblanadi • Ayrim bemorlar vrachga tashqi ta’sir natijasida murojaat qilishadi. Agar bemor o‘z xohishi bilan murojaat qilsa, yaxshi natija beradi • Davolanishga kelgan bemorlarga vrach va yaqin qarindoshlarining bir – birini tushunib yetishlari yaxshi psixologik muhit yaratadi • Davolash narkologik dispanserda va kasalxonalarning maxsus bo‘limlarida va palatalarida vrach – narkolog va psixiatrlar tomonidan olib boriladi.

Davolashning asosiy vazifasi ✦ Abstinentsindromni, zaharlanish asoratlarini ✦ Ichkilikka moyillikni so‘ndirish, somatik va psixologik reaksiyalarni tiklashdan iborat ✦ Ichkilikka moyillikni so‘ndirishda psixoterapiya o‘tkazish, gipnoz bilan davolash ✦ O‘tkir alkogol psixozlarini va bemorning mastlik holatida o‘ziga ziyon yetkazishining oldini olish (sedativ va psixotrop dori vositalari) ✦ G‘arb mamlakatlarida ichkilikka ruju qo‘yganlarning «Anonim alkogoliklar» ko‘ngilli jamiyati samarali faoliyat ko‘rsatmoqda.

DORILAR BILAN DAVOLASH

- Abstinent sindromda – yuqori dozadagi S va V vitaminlari, tiamin (Korsakov sindromida tiamin sutkasiga 50 – 100 mg) va infuzion terapiya 5 % glyukoza eritmasi, natriy xlorid + kalsiy xlorid + kaliy xlorid (Ringer eritmasi) va boshqalar.
- Detoksikatsiyani so‘ndirish va abstinent holatini to‘xtatish ✦ Xlordiazepoksid alkogolli deliriy zo‘rayganda 25 – 50 mg. har 2 – 4 soatda (zo‘rayish holati so‘nguncha), deliriyda har 4 soatda 50 – 100 mg., diazepam 5 mg. dan ichish uchun yoki venaga ✦ Diazepam 1 – 3 mg. v/i har soatda tutqanoq holatida ✦ Jigar yallig‘lanishida lorazepam ✦ Sinusli taxikardiya β – adrenoblokatorlar ✦ Vegetativ disfunktsiyada, taxikardiya, qaltiroqlik, arterial gipertenziyada klonidin preparati buyuriladi.
- Alkogolizmni davolashda maxsus moddalar qo‘llaniladi ✦ Disulfiram qabulidan so‘ng 12 soat ichida alkogol ichimligi ichilsa, organizmda 1 – 3 soat davom etadigan og‘ir reaksiya kuzatiladi. Bunda 5 – 15 minutdan so‘ng bosh miyaga qon “quyilib” kelayotgandek sezgi bo‘ladi, yuz va bo‘yin sohalaridagi teri osti tomirlarining kengayishi, bosh og‘rig‘i, taxikardiya, nafas qisishi, terlash holatlarini chaqiradi. 30 – 60 minutdan so‘ng bemor ko‘ngil aynishi, qayd qilishi va kollaps holatiga tushish mumkin. Disulfiram qabul qilinganda alkogol ichishda organizmda unga qarshi immunitet hosil bo‘lib, alkogolning hidiga va ta‘miga refleks kuzatiladi ✦ Uning boshlang‘ich miqdori kunda 0,5 g. dan va 1 – 3 hafta mobaynida ichish uchun ✦ Disulfiramni oxirgi alkogol ichilgan kundan boshlab 24 soat ichida organizmga yuborish hamda 3 – 7 kun mobaynidagi ta‘siri haqida bemor va uning oila a‘zolarini ogohlantirish zarur ✦ Naltrekson organizmda alkogolga bo‘lgan maylni so‘ndirib, uning tonus ko‘taruvchi ta‘sirini kamaytiradi.

Asoratlari • Alkogolizmning qaytalanishi • Alkogolli polinevropatiya • Demensiya • Organizm himoya kuchining pasayishi tufayli yuqumli kasalliklar paydo bo‘lishi • Son suyagi bo‘g‘im boshchasining aseptik nekrozi • Jigar sirrozi (ayollarda ko‘proq uchraydi).

Kechishi va prognozi • Surunkali kaytalanib kechishi • Alkogolizmning uzoq va muntazam ravishda kechishi spirtli ichimlikning turi va sifatiga, zaharlanishning asoratlariga bog‘liq. Alkogolga qarshi davolash kasallik rivojlanishini ma‘lum muddatga to‘xtatadi. Ayrim hollar (muntazam ichkilikbozlik oqibatida barcha a‘zolar faoliyatining buzilishi, abstinent holat) o‘linga olib keladi • Alkogoldan o‘lim o‘rtacha o‘limdan 3 – 4 baravar ko‘proq • Neyroendokrin funksiyaning yetishmasligi, a‘zo va sistemalarning buzilishi (miya to‘qimasining atrofiyasi, jigar, me‘da osti bezi faoliyatining buzilishi) psixik va somatonevrologik nogironlashuv holatiga olib keladi.

XKK – 10 • F10 Alkogol ichish oqibatida ruhiy va xulq – atvorning buzilish holati • **P04.3** Homilador ayollarning ichkilik ichishi oqibatida homila va yangi tug‘ilgan chaqaloqda o‘zgarishlar ro‘y berishi • **G31.2** Alkogol natijasida yuzaga kelgan asab degeneratsiyasi • **Z71.4** Alkogolizm to‘g‘risida maslahatlar va kuzatishlar • **Z50.2** Alkogolizmni davolashda reabilitatsiya • **Y57.3** Alkogolizmni davolashda maxsus vositalar.

Eslatmalar • Alkogolizm og‘ir kasallik bo‘lib, uni ikki shart – sharoit bo‘lganda davolash mumkin. Bu bemor hoxishiga ko‘ra davolanishi va maxsus klinikada to‘liq sharoit yaratish • «Alkogolizmdan xalos etamiz, undan kodlaymiz» degan reklamaga ishonmaslik • Bemorlarning alkogolni tashlashi uchun oila a‘zolari uning xohishini e‘tiborga olmay turli xil dori – darmonlar, kimyoviy vositalar bilan davolashga urinadilar. Bunday davolash qat‘iyan man etiladi, chunki ko‘pgina ko‘ngilsizliklarga olib kelishi mumkin.

Ilovalar. 1. Homilaning alkogolli sindromi. Onaning homiladorlik davrida alkogol iste‘mol qilishi oqibatida chaqaloqda alkogolli sindrom paydo bo‘ladi. Shuning uchun homilador ayollarning spirtli ichimliklar ichishi qat‘iyan man etiladi. Chunki alkogol miqdorini organizmdan chiqarib yuboruvchi profilaktik choralar kutilgan natijani bermaydi. **Klinik belgilari:** mikrotsefaliya, ko‘z yorig‘ining torligi, yuzning yassilanishi, burun – lab egati va yuqori labning yetilmaganligi, qansharning pastligi, burunning kattaligi, ko‘z yuqori burchagidagi burmalar, quloq anomaliyasi va mikrognatiya kuzatiladi. **Profilaktikasi:** homilador ayollarni kuzatish.

XKK – 10 • Q86.0 Homilaning alkogolli sindromini kuzatish. **2. Abuzus** – bir yoki bir necha kun ichida ko‘p miqdorda alkogol yoki narkotik moddalarni qabul qilish, ular ro‘y – rost intoksikatsiyaga olib keladi. Oqibatda xotiraning pasayishi, amneziya ro‘y beradi.

Ko‘krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish Ko‘krak suti bilan boqishda uchraydigan qiyinchiliklarda maslaxat berish.

Tabiiy oziqlantirish deganda, bolani ko‘krak suti bilan ovqatlantirish tushuniladi. Bu uning dastlabki 1-1,5 yoshida eng to‘g‘ri ratsional usul xisoblanadi. Bolani tug‘ruqxonada ko‘krakka ilk bor tutish ona bilan birinchi muloqot orqali o‘tkaziladi. Me‘yoriga yetib tug‘ilgan bola birinchi 30 daqiqa ichida ko‘krakni so‘rishi, ya‘ni ovqat qidirish uchun tayyor hisoblanadi: ona ko‘kragiga tirmashish, qo‘l va oyoqlarni qimirlatib, og‘izni katta ochgan holda ko‘krak qidirishdagi harakatlari, ko‘krakni uxlab qolguncha faol so‘rish. Ko‘krak suti bilan ovqatlantirishni bola tug‘ilganidan so‘ng dastlabki birinchi soatda, ya‘ni bolani ikki reflekslari (qidirish va so‘rish) va ona ko‘krak sohasining sezgirligi yukori bo‘lgan vaqtda ona va bola muloqoti juda yaqin - ona qorni ustida bo‘lishi kerak (asoratsiz tug‘ruq). Quyidagi 6-jadvalda *ona va sigir suti hamda sutli aralashmalar tarkibi keltirilgan*

Yetilgan ona suti(100ml) va sigir suti tarkibi va sutli aralashmalar bo‘yicha tavsiyalar

Tarkibi	Onasutining o‘rtacha miqdori	Bolalar sutli aralashmalari	Sigir suti
Energiya (kJ)	280	250-315	276
Energiya (kkal)	67	60-75	66
Oqsil (g)	1,3	1,2-1,95	3,2

Yog‘(g)	4,2	2,1-4,2	3,9
Uglevodlar (g)	7	4,6-9,1	4,6
Natriy (mg)	15	13-39	55
Xlor (mg)	43	32,5-81	97
Kalsiy (mg)	35	59	120
Fosfor (mg)	15	16,3-58,5	92
Temir (jir)	76	325 - 975	60
Vitamin A (sg)	60	39-117	35
Vitamin S (sg)	3,8	5,2	1,8
Vitamin D (sg)	0,01	0,65-1,63	0,08

Bola va ona salomatligi uchun ko‘krak sutining afzalliklari

Ko‘krak yoshidagi bola:

- dispeptik kasalliklarning uchrashi va davomiyligini kamaytiradi;
- respirator ynfeksiyalardan saklaydi;
- quloq infeksiyasi uchrashi va uni kaytalanishini kamaytiradi;
- chaqaloqlar nekrotik enterokoliti, bakteremiya, meningit, botulizmva siydik yo‘llari infeksiyasidan saqlaydi;
- autoimmun kasalliklar xavfini kamaytiradi;
- birdan o‘lim sindromi xavfini kamaytiradi;
- sigir sutiga allergiya rivojlanishini oldini oladi;
- katta yoshda rivojlanuvchi semizlik xavfini kamaytiradi;
- ona suti tarkibidagi to‘yinmagan yog‘ kislotalari bolalar ko‘rish qobiliyatini va psixomotor rivojlanishni ta‘minlaydi;
- ona suti tarkibidagi ko‘p omillar ta‘sirida bolaning aqliy rivojlanishi IQ shkalasi bo‘yicha ortadi.

Ona:

- bola tug‘ilishidan ko‘krak suti bilan parvarish qilinsa, onasalomatligi erta tiklanadi, bachadon qisqarishini oshiradi, onadan konketish xavfi yo‘qoladi, natijada ona o‘limi kamayadi, onada gemoglobinhajmi qon yo‘qotish kamayishi natijasida saklanadi;
- ko‘krak bezi raki rivojlanish xavfi kamayadi;
- tuxumdon raki yuzaga kelish ehtimoli ozayadi;
- suyaklar mineralizatsiyasi yaxshilanadi va buning hisobida suyak sinishxavfi kamayadi.

Chaqaloqlarni birinchi kunlarida og‘iz suti (moloziva) bilan ovqatlantirishning ahamiyati

Og‘iz suti (molozivo) - quyuk kleysimon sariq yoki kulrang sariq rangdagi suyuqlik bo‘lib, homiladorlikning oxirgi va tug‘ruqdan keyingi 3 kun davomida ona ko‘krigidan ajralib chiqadi. Qizdirilganda quyuuqlashadi. Molozivada yetilgan sutga nisbatan ko‘p oqsil, vitamin A, karotin, askorbin kislotasi, vitamin V12, Ye, tuzlar bor. Albumin va globulin fraksiyalari kazeinga nisbatan yukori. Kazein laktatsiyaning 4

kunida ajraladi va uning miqdori sutda asta-sekin ortib boradi. Molozivada laktatsiyaning birinchi kunlarida IgA miqdori yuqori bo'ladi. Yog' va sutli shakar molozivada yetilgan sutga nisbatan kamroq miqdorni tashkil etadi. Moloziva oqsili o'zgarmagan holda bola organizmida oson so'riladi, chunki zardob oqsili bilan o'xshash tarkibga ega. Moloziva ovqatlanishning gemotrof, amniotrof va laktotrof bosqichlarigacha oraliq ovqatlanish tug'ri bo'lib xizmat qiladi. Molozivaning energetik xususiyati birinchi kun 1500 kkal/l, 2-kun - 1100 kkal/l, 3-kun - 800 kkal/l tashkil etadi.

Yetilgan sut - bir necha kundan keyin ajralib chiqadi va uning miqdori ortib boradi, ko'krak to'ladi va bo'rtadi, og'irlashadi. Bu jarayon «sut kelishi» deb ataladi.

Oldingi sut - deb emizish boshida ajraladigan sutga aytiladi.

Orka sut - bu emizish oxirida ajraladi va rangi oqroq, chunki uning tarkibida oldingi sutga nisbatan yoglar ko'p. Ular ko'krak suti bilanbolani parvarish qilishda quvvat manbai hisoblanadi. Oldingi sut och moviy rangda va ko'p miqdorda ajralib chiqadi hamda bola organizmini oksil, laktoza va boshqa zarur moddalar bilan ta'minlaydi. Bolaning birinchi 6 oyligida hatto issiq iqlim sharoitida ham qo'shimcha suyuqlik (hatto suv ham) berilmaydi. Agar bola chanqog'ini suv bilan qondirsa, sutni kamroq qabul qiladi.

Ona sutining afzalliklari

1. Molozivada ichak infeksiyasi qo'zg'atuvchilari-salmonella, esherixiy, shigella, enterovirus, respirator infeksiyalarga, virusli va bakterial kasalliklarni qo'zg'atuvchisiga qarshi antitelalar bor.

2. Molozivada immunoglobulinlarning hamma sinflari, xususan IgA90% tashkil etadi. Laktatsiya sababli uning miqdori bir oz kamayadi, lekin bir kunlik ehtiyoji yuqoriligicha qoladi. Bu immunoglobulin bola organizmida himoya vazifasini bajaradi, ya'ni virus va bakteriyalarni neytrallashtiradi, allergiyadan saqlaydi.

3. Birinchi 4 hafta ichida ona sutida laktoferin (50-100 mg/l) mavjud bo'ladi, u bolaning ichagida ionlashgan temirni o'ziga bog'lab, bakterial flora kuchini sustlashtiradi, fagotsitozni faollashtiradi. Uning miqdori sut umumiy oqsil miqdorining-15-20% tashkil etadi. Sigir sutida onaniqiga nisbatan laktoferrin miqdori 10-15 marotaba kam.

4. Molozivada SZ (kunda 30 mg) va S4 (taxminan kunda 10 mg) komplementlarning tarkibiy kislari mavjud.

5. Ona suti tarkibida sigir sutiga nisbatan lizotsim miqdori 100-300 marotaba ko'p. Uning ta'sirida bakteriya qobig'i shikastlanadi, so'lak amilazasining ishlab chiqarilishini ta'minlaydi va oshkozon kislotasini oshiradi.

6. Ona suti tarkibida sigir sutiga nisbatan bifidus-omil faolligi 100 marotaba yuqori. Bu uglevod yordamida sut va uksus kislotasining bifida-florasi hosil bo'ladi, natijada stafilokok, salmonella, shigella, esherixilarning o'sishi kamayadi. Tabiiy ovqatlanishda ichakda laktobakteriy va boshqa mikroorganizmlarning nisbati 1000:1 ni, sun'iy ovqatlanishda esa - 10:1 ni tashkil etadi.

7. Ona suti tarkibida hayot uchun kerakli juda ko'p hujayralar, xususan 1 ml. sutda — 0,5-1 mln., ularda makrofaglar - 50-80%, limfotsitlar — 10-15% tashkil etadi. Makrofaglar interferon, laktoferrin, lizotsim komplementlarni sintezlaydi va ular o'z xususiyatini ichak infeksiyalarida ham saklaydi.

8. Hozirgacha ona sutiga allergiya aniqlanmagan, lekin sutli aralashmalarga nisbatan u erta yoshdagi bolalarda 10% ni tashkil etadi.

9. Ona suti, ayniksa, moloziva tarkibida sigir sutidan farqli ravishda, gipofiz va kalkonsimon bez garmonlari bor.

10. Ona suti tarkibida 30 gyaqin fermentlar bo'lib, ular gidrolizdaishtirok etadi va ona sutining yengil hazm bo'lishini ta'minlaydi.

11. Ona suti tarkibida hayvon sutiga qaraganda oqsillar ikki barobar kam bo'lib, lekin uglevodlar (laktoza) birmuncha ko'p. Yog' miqdori bir xil.

12. Zardob laktoalbumin va laktoglobulinlarining yig'indisini kazeinga nisbatan miqdori 3:2 tashkil etadi, shuning uchun moslashtirilgan sut mahsulotlari zardob oqsiliga boyitilgan. Kazein oshqozonda katta bo'laklar bilan, albuminlar esa mayda bo'laklar bilan parchalanadi. Ona suti tarkibida proteolitik fermentlar ham bor.

13. Ona sutining asosiy tarkibiy qismlaridan biri bo'lib triglitseridlar hisoblanadi. Bolalarda oshqozon osti bezi lipazasi kam faolligi sababli yog' gidrolizi birmuncha qiyinlashgan. Ona suti tarkibidapalmitin kislotalari kamligi sababli yog' gidrolizi yengil kechadi.

14. Shakar miqdori (laktoza) ona sutida sigir sutiga nisbatan ko'p bo'lib, asosan r-laktozadir, u ichakda sekin hazm bo'ladi va gramm manfiyflorani yo'g'on ichakda o'sishini ta'minlaydi.

15. Kalsiy va fosforlarning ona sutidagi miqdori 2-2,5:1, sigir sutidagi miqdori - 1:1, bu esa ularni so'rilishi va hazm bo'lishiga ta'sir ko'rsatadi. Ona sutidagi kalsiy hazm bo'lishi 60%, sigir sutida esa -20%. Ona suti sigir sutiga nisbatan temir, mis, sink va yog' parchalovchi vitaminlarga boy.

16. **Taurin**- nomli oltingugurt saqllovchi noyob aminokislota mavjud. U neyroaktiv xossalarga ega bo'lib, insonda amalda sintez qilinmaydi. Taurin moddasi ko'zning to'rsin parsu xujayralarida buyrak usti bezlari nerv to'qimasida bo'ladigan aminokislota, shuningdek membranalarni birqaror qiladigan antigen va antioksidant hisoblanadi.

Bolaning ko'krakka to'g'ri tutishning 4 asosiy jihatlari

1. Chaqaloqning boshi va tanasi bir to'g'ri chiziqda turishi kerak.
2. Chaqaloqning yuzi ko'krakka qaragan, burni esa ko'krak uchi sathida joylashgan bo'lishi kerak.
3. Chaqaloqni ona tanasiga yaqinroq tutish lozim.
4. Agar chaqaloq yangi tug'ilgan payti bo'lsa, uning faqat boshi va yelkasini emas, balki butun tanasini tutib turish lozim.

Ko'krak bilan boqishning 4 muhim tamoyillari

Ko'krak suti bilan boqish quyidagi hollarda muvaffaqiyatli kechadi:

1. Ona o'zini yaxshi his qilsa.
2. Bolaning samarali emishiga sharoit yaratish uchun, ko'krakka to'g'ri qo'yilishi ta'minlansa.
3. Bola talabiga ko'ra emizilsa.
4. Atrofdagi shart-sharoit emizish uchun yordam bersa.

Emizish texnikasi.

Ko'krakka bolani erta tutish (birinchi 2 soatda) fiziologik hisoblanadi. Bola talabiga ko'ra, kuniga 6-8 marta emiziladi. Ko'krakning tez-tez bo'shatilishi sut bezi faoliyatini faollashtiradi. 1-2 hafta davomida har safar ikkala ko'krakdan ham emizish lozim, laktatsiya tiklanib olgandan so'ng esa, ikkala ko'krakdan navbatma-navbat emiziladi. Qolgan sut sog'ib tashlanadi. Sutni yetarliligi bolaning qoniqishidan, xotirjam uyqusidan (2-4 soat) va vazni adekvat ortishidan bilinadi. Tez-tez tarozida tortib ko'rish kerak emas, bu onani xavotirlanishiga va laktatsiya kamayishiga olib keladi. Bola ikkala ko'krakni emgandan keyin ham bezovta bo'lsa, 2 soat-dan kam uxlasa va vazni ortmasa, nazorat tarozisida tortish kerak.

JSST ko'krak suti bilan boqishga 6 oygacha xech qanday qo'shimcha qo'shmaslikni (quyosh nurining yetishmasligida D vitamini va issiq mavsumda suvdan tashqari) tavsiya etadi.

Ko'krak sutini shishachaga sog'ib olish

Ona bir oz vaqt yo'q bo'lsa, u o'z sutini steril shishachaga sog'ib ketishi (moslama yoki qo'l bilan) va biron kimsa bolani shishachadan ovqatlantirishi mumkin. Ko'krak suti muzlatilishi va lozim bo'lganda eritilishi mumkin. Shishacha steril va sutni suvli banyada ilitish kerak.

Onaga laktatsiya tiklanguncha bunday qilish maqsadga muvofiq emasligini tushuntiring.

Emizikli bola uchun bir kunda zarur bo'ladigan sut miqdorini aniqlash usullari

Agar bola ona ko'kragini emib bo'lgandan so'ng bemalol qo'yib yuborsa, xotirjam bo'lsa va keyingi emizishgacha yaxshi uxlasa, demak uning uchunsut yetarli. Ona suti bolaga yetayotganining obyektiv belgilari bu tanavazni va boshqa antropometrik ko'rsatgichlarning yoshga mos oshishi, teri koplaminig va turgorining me'yorida ko'rinishi, siydik va najasmiqdorini normal kelishidir. Agar ona sutining kam ajralayotganigashubha tug'ilsa, bolada tekshiruv emizishini o'tkazish kerak buladi.

Bola hayotining birinchi 10 kunligida kerak bo'ladigan bir kecha-kunduzlik sut miqdorini quyidagi formulalar yordamida aniqlash mumkin.

N.P. Shabalov formulasi:

Bir marotalik sut miqdori (ml) = 3 ml Xbola yoshi kunlarda Xtana vazni (kg)

N.F. Filatov formulasi (G.I. Zayseva):

Bir kecha-kunduzlik sut miqdori (ml) ~ 2% tana vazni Xbola yoshikunlarda

Bola 10 kunlik bo'lganidan so'ng zarur sut miqdori 2 xil usulda aniqlanadi.

«Xazkmiy» usul Geybnera-Cherni bo'yicha. Ovqat hajmi bola yoshi vatana vazniga bog'liq bo'ladi. Buning uchun tana vazni o'rtacha yosh normativiga to'g'ri kelishi kerak.

Bir kecha-kunduzlik sut miqdori 1 litrdan oshmasligi lozim. Bola yoshi 10 kunlikdan to 1,5 oygacha - tana vaznini 1/5 qismiga; 1,5-4 oygacha - 1/6; 4-6 oygacha - 1/7; 6-12 oygacha - 1/8 qismiga to'g'ri keladi.

M.S. Maslov bo'yicha kaloriya usuli. Bola tana vaznini 1 kg energiya miqdori to'g'ri kelishini quyidagicha aniqlanadi:

1 -chi kvartalda - 120 kkal/kg/kun, 2-chi - 115 kkal/kg/kun, 3-chi - 110 kkal/kg/kun, 4-kvartalda - 100 kkal/kg/kun.

Me'yorida 1 litr ona suti 700 kkal ga teng. Bir martalik sut miqdorinianiqlash uchun bir kecha-kunduzlik sut miqdorini umumiy ovqatlanish soniga bo'linadi. Bir yoshgacha sog'lom bola kunda 1000-1100 ml gacha sutiste'mol qilishi kerak.

Sun'iy va aralash ovqatlantirish

Agarda ko'krak suti bilan boqishni saqlab qolish imkoni bo'lmasa (onada OIV, silning faol shakli), sutli aralashmalardan foydalanish mumkin. Sutni ona sutiga yaqin, tarkibi temir va vitaminlarga boy aralashmadan tayyorlash kerak. Ota-onaga bolaga faqat sanoat korxonalarida ishlab chiqarilgan, moslashtirilgan aralashmalar berishni tavsiya qiling. Shishachalar toza yuvilgan bo'lishi shart va 6 oygacha shishachalarni sterillash lozim. 9 oygacha bolalarga moslashtirilmagan sigir suti tavsiya etilmaydi, chunki yaxshi hazm bo'lmaydi va ichak faoliyati buzilishiga olib keladi.

Sun'iy ovqatlantirish deb bolani shisha idish orqali sutli aralashmalar bilanoziqlantirishga aytiladi. Bunda ona bir mahal bolaniko'krakka tutsa ham yoki kunlik ko'krak suti miqdori 50-100 ml ni tashkiletsa ham, ovqatlantirish sun'iy hisoblanadi.

Sun'iy ovqatlantirish bola organizmiga fiziologik jihatdan salbiy ta'sir ko'rsatib, unda biologik o'zgarishlarning kelib chiqishi, bolaning keyingi hayotiga ta'sir ko'rsatuvchi kasalliklar turini o'zgartirishi mumkin. Aralash va sun'iy ovqatlantirish asosan ona tomonidan bolani ko'krak suti bilan boqishga moneliklar bo'lganda yoki bolaning surunkalioch qolish xavfi tug'ilgan hollarda o'tkaziladi. Faqatgina 4-10% onalarda tug'ruqdan so'ng laktatsiya buzilishi mumkin.

Ona tomonidan ko'krak suti bilan boqishga qarshi ko'rsatmalar:

- silni ochiq shakli batsilla ajratuvchi;
- OITS;
- juda xavfli infeksiyalar (chechak, kuydirgi), qoqshol;
- surunkali yurak, buyrak, jigar kasalliklarining dekompensatsiyabosqichi;
- o'tkir ruhiy kasalliklar;
- xavfli o'sma kasalliklari.

Agar onada kizamiq va suvchechak kabi yuqumli kasalliklar bo'lsa, bolaga immunoglobulin yuborilgandan so'ng uni ko'krak suti bilan emizishga beriladi. Onada tif, surunkali gepatit, dizenteriya, salmonellezaniqlansa sutni sog'ib olib, sterilizatsiya qilingandan so'ng bolagaberish mumkin. Ayol URVI, angina, bronxit, pnevmoniya bilan og'risa, bolako'krakka ona tana harorati me'yorlashib, axvoli birmuncha yaxshilangandanso'ng tutiladi. Emizish vaqtida maska tutish va ona bilan bola muloqotiniemizishdan so'ng cheklash zarur.

Ona ba'zi bir dori vositalarini davo tariqasida qabul qilsa, bolagako'krak suti va sog'ilgan sut berish taqiqlanadi.

Ko'krak suti bilan parvarish qilishda dori preparatlari qo'llashga tavsiyalar

Mutloq tavsiya Etilmaydi	Buyurmang yoki juda ehtiyotkorlik bilan qabul qilish kerak	Ehtiyotkorlik bilan qabul qilish kerak
Amfetaminlar Bromkreptin Dietilstilbestrol Immonodepressanrtlar Tavegil Meproamat Metamizol Oltin preparatlari Litiy preparatlari Yo'talga qarshi vositalar Yod tuzi Tetratsiklin Tiouratsil Fenindion Xloramfenikol Siklosporin Simetidin Ergotamin	Antraxinolinlar Ich xaydovchi vositalar Bromidlar Vitamin D Metaklopramid Metronidazol Narkotiklar Oral kontratseptiv vositalar Psixotropolar Rezerpin Salitsilatlar (Aspirin) Fenobarbital Estrogenlar	Aminazin Anestetiklar Antibiotiklar Antigistaminlar (tavigildan tashqari) Antikoagulyantlar Antitireoidlar Vitaminlar Galoperidol Gipotenziv vositalar Indometatsin Kodein Siydik xaydovchi vositalar Relaksantlar Paratsetamol Prednizalon Shaytonlashga qarshi vositalar Yurak glikozidlari eufilin

Bola tomonidan ko'krak suti bilan boqishga qarshi ko'rsatmalar:

Moddalar almashuvining nasliy kasalliklari - galaktozemiya, fenilketonuriya, laktoza yetishmovchiligi va boshqalar.

Hozirgi vaktida bolalarni aralash va sun'iy ovqatlantirishdamoslashtirilgan mahsulotlar - tayyor kuruk va suyuq sutli aralashmalardan foydalaniladi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarni sun'iy ovqatlantirishda sutsiz aralashmalar (soyali) qo'llaniladi, ularning sifati sutlimahsulotlardan unchalik fark qilmaydi. Bunday aralashmalar allergiyaga moyilligi bor bolalarga tavsiya etiladi.

Sun'iy ovqatlantirish tamoyillari. Aralash ovqatlantirishda bitta aralashmadan, sun'iy ovqatlantirishda esa ikkita aralashmadan foydalanish maqsadga muvofiq. Nordon aralashmalarni shirinlari bilan almashtirib berish mumkin, bunda ular kunlik ovqatlanishni $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ miqsorini tashkil etadi.

Agar aralash ovqatlantirishga juda erta o'tilgan bo'lsa (3-5 oyligida), bolani ko'krakga tutish sonini birmuncha ko'paytirish kerak. So'ngra laktatsiyani oshirish maqsadida qo'shimcha sutli aralashmani bolaga bir necha hafta kamroq miqdorda berish va undan keyin oldingi ko'krakka tutish soniga qaytish maqsadga muvofik hisoblanadi. Agar laktatsiya bir me'yorda bo'lsa (200-400 ml), aralash ovqatlantirishda bolani avval ko'krakka tutish, so'ngra sutli bo'tqa berish kerak bo'ladi. Aralash va sun'iy ovqatlantirishda ikki pog'onali ovqatlantirish tizimidan foydalanish ma'qul.

Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarni sun‘iy ovqatlantirish

Yoshi	Amerika va Yevropa maktablari	Oddiy maktab
<i>Bir kundagi taxminiy emizish miqdori (soni)</i>		
Hayotining 1-haftasi	6-10	7-8
1 hafta - 1 oy	6-8	7-8
1 - 3 oylar	5-6	7-6
3-7 oylar	4-5	6-5
4-9 oylar	3-4	6-5
8-12 oylar	3	5
<i>Bir martalik sut miqdori, ml</i>		
Birinchi 2 hafta	60-90	70
3 hafta - 2 oy	120-150	100
2-3 oylar	150-180	120
3-4 oylar	180-210	160
5-12 oylar	210-240	200

Aralashmalar bolaning tuz va vitaminlarga bo‘lgan ehtiyojini qondiradi. Sun‘iy aralashmalarning osmolyarligi baland bo‘lgani uchun ko‘p suyuqlik talab etadi. Buni kondirish uchun bolani ovqatlantirishdan so‘ng yoki oraliq‘ida qaynagan suv berish kerak.

Olti oygacha bo‘lgan bolalarni sun‘iy ovqatlantirish uchun tarkibi ona sutiga yaqinlashtirilgan sut aralashmalari «Nutrilak 0-12» («Nutritek», Rossiya), 'Nutiilon' ("Nmricia", Gollandiya), "Semper Bebi-1" (Shvetsiya), "Pre-Hipp" va "Hipp-1" (Avstriya), "Humana -1" (Germaniya), "Enfamil -1" (SSHA), "NAN" ("Nestle, Shveysariya), Nestogen® 1 va 2 (Shveysariya) va boshqalardan foydalaniladi. Ba’zi xollarda moslashtirilgan aralashmalar «kazeinli formula» deb ataladi. Ularni tayyorlashda sigir sutidan foydalaniladi va uning asosini kazein tashkil etadi. «Kazeinli» formulalarga quyidagilar kiradi "Similac" (SSHA), "Nestogen" (Shveysariya), «Malyutka» va «Malısh» (Rossiya).

Nestlening Shveysariyadagi ilmiy-tekshirish markazi mutaxassisleri tomonidan chaqaloq tug‘ilganidan boshlab ko‘llash mumkin bo‘lgan probiotikli bolalar sutli aralashmalarini ishlab chiqargan va quyida ularga qisqacha to‘xtalib o‘tamiz.

NAN®1; 2 va 3 aralashmalari - tug‘ilgan va bir yoshgacha bo‘lgan davrda ona sutini qabul qilmayotgan bolalar immunitetini mustahkamlaydi, uyg‘un o‘sishi va rivojlanishini ta’minlaydi.

NAN aralashmasi tarkibi jixatdan ona sutiga maksimal yaqinlashtirilgan va o‘zida quyidagi komplekslarni tutadi:

BL probiotiklar - tug‘ilgandan boshlab bolalar immunitetini mustahkamlaydi, uyg‘un o‘sishi va rivojlanishini ta’minlaydi;

OPTIPRO oqsil komponenti - ona suti oqsillariga miqdori va sifati jihatidan maksimal Yaqinlashtirilgan, bolaning munosib o'sishi va jismoniy rivojlanishini ta'minlaydi;

Uzun zanjirli yarimto'yinmagan yog' kislotalari - bola bosh miyasi va ko'ruv organining me'yorida rivojlanishi, immun tizimni munosib faoliyati kabi bir qator muhim vazifalarni ta'minlaydi;

Nestogen® 1 va 2 aralashmalari - bolani me'yorida rivojlanishi va ovkatning yengil hazm bo'lishini ta'minlaydi. Uning tarkibidagi quyidagi moddalar bunga imkoniyat yaratadi:

-zardob oqsillarining ustunligi (zardob oqsillari — kazein = 60:40) bifidobakteriyalarning faol usishiga yordam beradi;

-aralashma tarkibiga prebiotiklar PREB10* Nestle 90% GOS va 10% FOS kompleksini kiritilishi sog'lom hazm va bir maromda ich kelishini ta'minlaydi;

-Sa R optimal nisbati - yumshoq ich kelishini va kalsiy so'rilishini yaxshilaydi

NAN® Nordon sutli 1 va 2 - bir yoshgacha bo'lgan bolalar uchun moslashtirilgan sutli aralashma. Ular quyidagi holatlarda tavsiya qilinadi:

- hazmning yengil funksional buzilishlari;

- ona suti kam yoki yo'q bo'lgan holatlarda sog'lom bolalar tug'ilganidan boshlab asosiy sutli ozuqa sifatida;

- infeksiyalar xavfi yuqori bo'lgan holatlarda, o'tkir ichak infeksiyalarida parhez davosi sifatida.

- **NAN® Nordon sutli 1 va 2** - ikki tomonlama himoya, uyg'un o'sish va rivojlanishni quyidagilar hisobiga ta'minlaydi:

- ichak infeksiyalaridan himoyalaniшни, oqsil va minerallarning yaxshi so'rilishini ta'minlovchi patentlangan biologik fermentatsiya usuli;

- ichak mikroflorasi tarkibini me'yordashishiga, immunitetni mustahkamlanishiga, ichak infeksiyalaridan himoyalanişga yordam beruvchi tirik bifidobakteriyalar BL;

- yaxshilangan aminokislota tarkibi, yengil hazm, oqsilli zo'riqish xavfining kamayishini ta'minlovchi OPTI PRO oqsil komponenta;

- uyg'un o'sish va rivojlanishni ta'minlovchi vitaminlar va minerallar kompleksi.

NAN® Gipoallergen 1 va 2 - bola hayotining birinchi yilida allergiyani oldini olish muammolarini hal qilishda zamonaviy yondashuv. Aralashma tarkibi bola organizmida allergiya profilaktikasini ta'minlaydi.

OPTI PRO NA qisman gidrolizlangan oqsil – allergik sensibilizatsiyani kamaytirib, ozuqaviy tolerantlikni shakllanishiga yordam beradi.

Uzun zanjirli yarim to'yinmagan yog' kislotalari - monand immun javobni shakllanishida yordam beradi.

BL probiotiklar - ichak mikroflorasiga ijobiy ta'sir etadi va immunitetni mustahkamlaydi

Laktozasiz NAN® - laktozani hazm kila yulmaydigan bolalar uchun zamonaviy aralashma. Uni ko'llashga ko'rsatmalar:

- birlamchi laktaza yetishmovchiligi;

- ikkilamchi laktaza yetishmovchiligi;

- o'tkir ichak infeksiyalari;

- gastroenteritlar;
- ikkilamchi laktaza yetishmovchiligi bilan kechuvchi ichakning yallig‘lanish kasalliklari (seliakiya).

Aralashmani o‘ziga xosligi quyidagilar:

- tarkibida laktaza yo‘qligi - laktaza yetishmovchiligi belgilarini kamaytiradi;
- tarkibiga nukleotidlar kiritilganligi - ichakning shilliq qavatini tezrok tiklanishiga yordam beradi; tarkibiga uzun zanjirli yarim to‘yinmagan yog‘ kislotalari kiritilganligi - ichakda yallig‘lanish faolligini kamaytiradi;
- past osmolyarlik — ichak shilliq kavatining yallig‘langanligiga qaramay aralashmani qo‘llash xavfsizdir;
- rux miqsorining monandligi - ichak shilliq qavatini regeneratsiyasini jadallashtiradi va diareya davomiyligini kamaytiradi.

Moslashtirilgan sutli aralashmalarni (sigir suti yoki boshqa hayvon suti) 9 oydan oldin bolalarga berib bo‘lmaydi. Aralash ovqatlanish asosan onada gipogalaktiya bo‘lganda tavsiya etiladi. Gipogalaktiyaga shubha bo‘lsa, bolada tekshiruv emizish o‘tkaziladi va qo‘shimcha sut miqdori aniqlanadi. Aralash va sun‘iy ovqatlantirishda ham kunlik sut miqdori tabiiy ovqatlantirish singari hisoblanadi.

Gipogalaktiya

Gipogalaktiyalaktatsiya vaqtida sut bezlarini ajratish faoliyatini kamayishiga aytiladi. Ko‘p hollarda onada gipogalaktiya emizish qoidasibuzilganda, ovqatlantirishda yo‘l qo‘yiladigan xatoliklarda, onaningsurunkali kasalliklarida, ruhiy zo‘riqishda, holsizlikda, yaxshi uxlamaslikda, emizishga onada va uning oila a‘zolarida xohish bo‘lmagandakelib chiqadi.

Gipogalaktiyaning erta (tug‘rukdan keyingi birinchi 10 kun) va kechki turlari farklanadi. Shuningdek,, bolaning kunlik ehtiyojiga ko‘ra sut yetishmovchiligidan kelib chikib gipogalaktiyaning 4 darajasi tafovut etiladi:

- I - 25% gacha;
- II - 50% 50%;
- III-75%;
- IV- 75% yuqori.

Gipogalaktiyaga shubha bo‘lganda, bola emib olgan sut miqdorini aniqlash uchun tekshiruv emizishini kamida uch marotaba o‘tkazish kerak.

Laktatsiyani saqlab turish usullari:

- kun tartibiga rioya qilish - uyqu kunda 10 soat, toza havoda kamida 2 soat sayr qilish;
- ko‘p suyuqlik ichish (kunda 1,5-2 l);
- bolani tez - tez ko‘krakka tutish, tungi emizishni cheklamaslik;
- R.I.Zeyts bo‘yicha dush va massaj qabul qshgash - bolani emizgandan va sutni sogib bo‘lgandan so‘ng ko‘krak beziga issiq suv quyish (45° S) bilan bir mahalda massaj (yukoridan pastga, so‘rg‘ichdan periferiyaga) utkaziladi va shu vaqtda sut sog‘iladi. Davomiyligi 5-10 daqiqa, muolaja kunda ikki mahal o‘ng va chap kukrakda utkaziladi;
- emizishdan 30 daqiqa oldin sutli choy ichiladi;
- emiziklikli onaga polivitaminlar buyuriladi.

Qo'shimcha ovqatni kiritish tamoyillari. 2 yoshdan katta bolalarni ratsional ovqatlantirish. Bolalarni ratsional ovqatlantirish bo'yicha maslaxat berish.

Qo'shimcha ovqat berish deb – emizikli bolalarga ovqat maxsulotlari va suyuqliklarni ko'krak sutiga qo'shimcha ravishda berishga aytiladi. Qo'shimcha ovqat maxsulotlari bolaga 6 oyligidan boshlab beriladi.

Nima sababdan qo'shimcha ovqat buyurish zarur va bunda nimaga asoslanish kerak?

-Bola o'sib ulg'ayishi bilan birga uning harakatlari aktivlashadi va uning ovqatga bo'lgan va fiziologik ehtiyojlarini to'la qondirish uchun ko'krak suti yetishmaydi. Bu ehtiyojlarni (quvvat, temir va boshqa ona suti bilan kiruvchi kerakli elementlarni) qondirish uchun, o'sayotgan bolaga qo'shimcha ovqat buyurish zarur bo'ladi. Qo'shimcha ovqat asab-mushak koordinatsiyasining rivojlanishi uchun ham kerak bo'ladi.

-Qo'shimcha ovqatni ratsionga to'g'ri va o'z vaqtida kiritish bolaning salomatligini tiklash, ovqatlanish statusini yaxshilash va jismoniy o'sib ulg'ayishni ta'minlaydi.

-Bolaga qo'shimcha ovqat buyurilishiga qaramay ona suti emizikli bola ratsionida asosiy ovqat turi xisoblanadi.

-9 oylik bo'lguncha bolalarga sigir sutini ichish uchun berish mumkin emas, lekin 6-9chi oylarda qo'shimcha ovqat tayyorlash uchun sigir sutidan foydalanish mumkin. Bolaga 9-12 oyligidan boshlab sigir sutini ichishga berish mumkin.

-Kam quvvatga ega qo'shimcha ovqat maxsulotlari quvvatni cheklashi mumkin, shuning uchun o'rtacha quvvat zichligi 4,2 kDj (1 kkal)/g kam bo'lmasligi kerak. Bolalarga 2 yoshgacha yog' miqdori kam bo'lgan sut berish mumkin emas.

-Bola ratsionidagi qo'shimcha ovqat konsistensiyasi, mazasi, va ko'rinishi jihatdan har - xil bo'lishi, bir vaqtning o'zida ko'krak suti bilan boqishni davom ettirish kerak.

-Qo'shimcha ovqat mahsulotlari tuzli bo'lishi kerak emas va ularni tayyorlaganda ovqatga tuz qo'shilmaydi.

Qo'shimcha ovqatni qanday berish kerak va kaysi maxsulotlarni bunda ishlatish mumkin?

Qo'shimcha ovqat 2 turga bo'linadi:

- Oraliq davridagi ovqat – bu maxsus qo'shimcha ovqat bo'lib, emizikli bolani fiziologik va spetsifik ovqatga bo'lgan ehtiyojlarini qondirish uchun qaratilgan.
- Oila dasturxonidan ovqat yoki uy ovqati – bu erta yoshdagi bolalarning qo'shimcha ovqat uchun ishlatiladigan maxsulotlari bo'lib, boshqa oila a'zolari qabul qiladigan mahsulotlar bilan o'xshash bo'ladi.

Faqat ko'krak suti bilan parvarish qilishdan bolani ko'krak suti bilan emizmaslikka o'tish davrida, yosh bolalarni asta sekin uy ovqatiga o'rgatish kerak bo'ladi. Bola 1 yoshga to'lganida oila dasturxonidan ovqatlanishga jismonan tayyor hisoblanadi. Og'ir ovqatlarni ratsionga kiritish davriga va bu mahsulotlarni ko'krak yoshidagi bolalar qabul qilishga tayyorligi asab-mushak koordinatsiyasining rivojlanishiga ta'sir ko'rsatadi. Rivojlanishning har xil bosqichlarida kelib chiquvchi ko'pgina ovqatlanish reflekslari, har xil turdagi ovqatlarning ratsionga kirishini yengillashtiradi yoki og'irlashtiradi.

Bolalar ovqatni og‘ziga olib kelishni, chaynashni va boshqa ovqat qabul qilish shartlarini bajarishni o‘rganganlarida ularni rahbatlantirish juda muhimdir. Bu shartlarni bolaga o‘z vaqtida o‘rgatilmasa, keyinchalik ahloq va ovqatlantirish muommolari tug‘ilishi mumkin.

Bolani sun‘iy ovqatlantirishda birinchi qo‘shimcha ovqat (sabzavotli bo‘tqa) ratsionga 6 oyligidan boshlanadi. Birinchi qo‘shimcha ovqat vitaminlarga, temirga, mikroelementlarga boyitilgan sutli bo‘tqa bo‘lishi ham mumkin. Tuxum sarig‘i 6 oydan, go‘sht esa 7 oydan boshlab beriladi.

Ko‘krak yoshidagi va erta yoshdagi bolalarda nerv tizimi rivojlanishi va uning turli davrlardi qanday maxsulotlarni ishlatish mumkinligidagi ahamiyati?

Yoshi (oy)	Paydo bo‘lgan refleks/ko‘nikmalari	Qo‘llanilishi mumkin bo‘lgan maxsulot turlari	Maxsulotlarga misollar
0 – 6	So‘rish/ko‘krakni so‘rish va yutish	Suyuqliklar	Ko‘krak suti
4 – 7	Birinchi chaynash harakatlari paydo bo‘lishi, so‘rish kuchi o‘sadi, qusish refleksining tilning o‘rta qismidan orqa qismiga o‘tishi kuzatiladi	Ovqat bo‘tqa ko‘rinishida	Sabzavot yoki meva, yaxshi tekshirilgan va maydalangan jigar va go‘sht
7 – 12	qoshiqni lab bilan tozalash, tishlash va chaynash, tilning yon harakati va ovqatni tishlarga joylashtirish	Qo‘l bilan yeyish mumkin bo‘lgan maydalangan yoki bo‘laklarga ajratilgan ovqat yoki mahsulot	Go‘sht maydalagichdan o‘tkazilgan va yaxshitekshirilgan go‘sht va jigar, qaynatilgan va maydalangan meva va sabzavotlar, xom meva va sabzavotlar, boshhoqlilar va non.
12 - 24	Aylanma chaynash harakati, jag‘lar turg‘unligi	Oila stolidan ovqat	

Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, ovqat mahsulotlarini qo‘shimcha ovqat sifatida bolalar ratsioniga kiritish bolaning jismoniy rivojlanish bosqichlariga va reflekslarning shakllanishiga bog‘liq. Sxematik buni 4 bosqichga bo‘lish mumkin.

1- bosqich. Bolani qoshiq yordamida ovqatlanishga o‘rgatish. Kam miqdorda ovqat berishdan boshlash (taxminan, 1 yoki 2 qoshiq).

2- bosqich. Qoshiq yordamida ovqatlanish ko‘nikmasini o‘rganganidan so‘ng bolaning ovqat ratsionini kengaytirish va harakat ko‘nikmalarini o‘rgatish lozim. Quyuq ovqatlarni bolaga buyurish ularni bemalol tayanchsiz o‘tira olishiga, bir qo‘lidan ikkinchi qo‘liga buyumlarni bemalol olishni bilishini ko‘rsatadi.

3- bosqich. Chaynashni o'rganish. Harakat ko'nikmalarini o'rganganidan va tishlari chiqqanidan so'ng bolalar narsalarni qo'lida ushlash va og'ziga olib borish va ovqatni chaynashni o'rganadi.

4- bosqich. Bolani ovqatlantirish o'zi mustaqil kattalar yordamida ovqat qabul qilish bilan birga kechadi.

Qo'shimcha ovqat kiritishning asosiy qoidalari

Qo'shimcha ovqat qabul qilishning eng qulay vaqti bu bola qorni ochgan va ona bolaga ko'p vaqt ajrata oladigan vaqtdir. Kunning birinchi yarmi eng qulay vaqt xisoblanadi.

Qo'shimcha ovqat kam-kamdan choy qoshigidan boshlab sekin astalik bilan kupaytirib boriladi. Buning uchun o'rtacha quyuqlikdagi birmassali bo'tqalardan, masalan guruchli sutli bo'tka yoki kartoshkali bo'tkadan (pyure) boshlash mumkin. Bola qo'shimcha ovqatga oson o'rganishi uchun ovqatga sog'ilgan ko'krak sutini qo'shish mumkin. Ko'krak suti kamayishining oldini olish maqsadida bolaga qo'shimcha ovqatni ko'krak suti berilganidan so'ng buyurish mumkin.

5-6 kundan so'ng ikkinchi qo'shimcha ovqatni, yana 5-6 kundan keyin 3-chi yangi ovqatni berish mumkin. Bu vaqt ichida bola ovqat ratsioniga ko'pkomponentli ovqatlarni kiritish mumkin: go'sht+sabzavotlar, go'sht+sabzavotlar+donli mahsulotlar.

Qo'shimcha ovqat quyuq bo'lishi, lekin bola uni qoshiq yordamida qabul qila olishi kerak.

Qo'shimcha ovqat assortimenti bo'yicha har xil mahsulot bo'lishi kerak.

Donli mahsulotlar tanlanganda glyutensiz: guruch, grechka, jo'xori va shunga o'xshashlarni tanlash kerak. Glyuten manka, perlovka va ovsyanka krupalarida bor.

Kamqonlikni oldini olish maqsadida, temir deposi bo'lgan go'sht bir yoshgacha bo'lgan bolalarning ovqat ratsionidagi eng kerakli mahsulot hisoblanadi. Go'sht bola 6 oylik bo'lganidan so'ng qiymalangan qaynatma holda, keyinchalik to'g'ralgan holda buyuriladi. Bolani ovqatlantirishda yog'siz mol, qo'y, parranda go'shtidan foydalaniladi.

3 yoshgacha bo'lgan bolalar ovqatini tayyorlashda tuz, shakar va boshqaziravorlardan foydalanish shart emas.

Qo'shimcha ovqatni noto'g'ri buyurish nimalarga olib kelishi mumkin?

Bolalarni noto'g'ri ovqatlantirish yoki boqish usullari, ularning jismoniy, aqliy rivojlanishining buzilishiga va bu o'zgarishlar bolaning salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatishiga olib kelishi mumkin.

Qo'shimcha ovqatni o'z vaqtida bola ratsioniga kiritish muhim rol o'ynaydi. Juda erta yoki kech qo'shimcha ovqatni berish bolaning o'sib ulg'ayishiga havfli ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Qo‘shimcha ovqatlanishni o‘z vaqtida boshlamaslik bilan bog‘liq bo‘lgan xavf

Juda erta boshlash	Juda kech boshlash
Bola ona sutini emmay qo‘yadi, bu esa ko‘krak suti ajralishining kamayishiga va bolaning yetarli darajada energiya va ozuqa moddalarini qabul qilishiga to‘sqinlik qiladi.	Faqat ko‘krak suti bilan ovqatlan tirish bolaning energiya va ozuqa moddalariga bo‘lgan extiyojini to‘liq qondira olmaydi va buning natijasi da bola jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi
Kasallik chaqiruvchi mikroblar bilan zararlangan qo‘shimcha ovqat moddalari va suyuqliklar bolada dispeptik kasalliklarga va oziqlanishning buzilishiga moyillikni orttiradi	O‘suvchi organizmning mikronutriyentlarga bo‘lgan talabiniko‘krak suti to‘liq qondira olmaydi (asosan, temir, vit A, rux)
Ko‘krak yoshidagi bolalarda ichak faoliyatining yetuk emasligi ovqat allergiyasiga moyillikni orttiradi.	Harakat ko‘nikmalarining optimal rivojlanishi ta‘minlanmagan, jumladan, chaynash, yangi ta‘m va ovqat strukturasi bola ijobiy qabul qilishi ta‘minlanmaydi
Onalarga fertillik tezroq qaytadi	

Turli yoshdagi bolalarni ovqatlantirish uchun tavsiya etiladigan ozuqa maxsulotlari («ovqatlanish savati»)

6-11 oylik bola

- Bo‘tqa (guruchli, grechkali, arpali)+sariyog‘+sut (aralashtirilgan 1:1)
- Non
- Kartoshkali va sabzavotli bo‘tqa
- Go‘sht, baliq, jigar, tuxum sarig‘i
- Qatiq, kefir, suzma
- Mevalar bo‘tqasi yoki sharbati

12-23 oylik bola

- Guruch, makaron mahsulotlari yoki bo‘tqa
- Bo‘tqa (guruchli, grechkali, arpali)+sariyog‘+sut (aralashtirilgan 1:1)
- Non
- Kartoshkali va sabzavotli bo‘tqa
- Go‘sht, baliq, jigar, tuxum sarig‘i
- Qatiq, kefir, suzma
- Mevalar

24 oylik va undan kattalarga

- Non+sariyog‘ yoki go‘sht
- Qatiq+tvorog
- Non, pechenye
- Qaynatilgan kartoshka va sabzavot
- Mevalar

- Sigir suti yoki qatiq

Shisha va soʻrgʻichlar nima uchun zararli?

- Shisha idishdan emizish ich ketishiga moyillikni koʻpaytiradi, tish va oʻrta quloq yalligʻlanishini kuchaytiradi va ogʻiz boʻshligʻi dinamikasini oʻzgartiradi
- Koʻkrak yoshidagi bola ovqatlantirish vaqtida yetarli darajada diqqat eʼtibor ololmasliklari xavfi ortadi.
- Shisha idish va soʻrgʻichlarni choʻtka bilan doimiy yuviv, keyin qaynatib sterilizatsiya qilish lozim, bunda issiqlik energiyasi koʻp yoʻqotiladi. Shuning uchun respublikamizning qishloq sharoitida buni amalga oshirish qiyin.
- Koʻp hollarda shishadagi aralashmalarga shirin qattiq moddalar qoʻshiladi, bu esa tishlar kariyesiga moyillikni oshiradi, xuddi soʻrgʻichlarni asal va shakarga xoʻllab berilgan singari.
- Shisha idishdan ovqatlantirilgan bola koʻkrak sutini yaxshi ema olmaydi. Bu koʻkrak bilan emizish soni va intensivligini buzadi.

Koʻkrak yoshidagi bolalarni emizishni altyernativ usuli piyoladan ovqatlantirish hisoblanadi. Bu usulni koʻpincha koʻkrak bilan emizishni kechroq boshlash kerak boʻlgan bolalarga tavsiya qilinadi. Piyoladan tʻygʻri ovqatlantirish bolaga ovqat kirishini nazorat qilishni boshqarishga yordam beradi; bolani ogʻziga sutni quymaslik kerak.

Piyoladan ovqatlantirishning afzalliklari:

- Bola ovqatlantirilganda tilidan foydalanadi
- Bola oʻzi piyoladan ovqatlanadi, qancha ovqat qabul qilish va uning vaqtini oʻzi belgilaydi
- Piyola shishaga qaraganda xavfsiz, uni suv va sovunda oson yuvsa boʻladi.
- Shishaga qaraganda piyolani kamroq olib yuriladi shuning uchun bakteriyalar koʻpayishiga imkoniyat kamroq boʻladi.
- Ona yoki bolani parvarishlaydigan boshqa shaxs piyoladan ovqatlantirilganda bolani ushlab turishi va u bilan koʻproq muloqotda boʻlishi mumkin, bu esa shishadan ovqatlantirishga nisbatan, bolani ruxiy stimullaydi.
- Piyola bilan ovqatlantirishni 6-oygacha qoʻllash qulay, chunki qoshiq bilan ovqatlantirish koʻp vaqtni talab qiladi va ona bola toʻyguncha ovqatlantirishni toʻxtatib qoʻyishi mumkin.

6-9-oylik bolalar uchun taxminiy menyu

- Bola talabiga koʻra koʻkrak suti beriladi
- boʻtqa (guruchli, marjumak (grechka), arpali) – sigir suti bilan aralashtirilgan (1:1)-150-200gr+4 gr sariyog
- kartoshkali va sabzavotli boʻtqa–150gr, maydalangan goʻsht (qush yoki baliq)-10-30 gr+ oʻsimlik yogʻi 5gr, meva boʻtqasi yoki sharbati 50gr.

- Tvorog (suzma) 10-40gr+qatiq-100-150gr, pechenye 5gr, tuxum sarigʻi ½ dona

9-12-oylik bolalar uchun taxminiy menyu

- Bola talabiga koʻra koʻkrak suti
- Boʻtqa (guruchli, grechkali, arpali) sigir sutiga aralashtirib (1:1)-150-200gr+4gr sariyog

- Kartoshka va sabzavotlar maydalangan yoki bulakchalarga kesilgan 150gr, maydalangan go'sht (qush yoki baliq) -30-60gr+o'simlik yog'i-5gr, meva bo'tqasi yoki sharbati 50gr.
- Tvorog (suzma) 40-50gr+ qatiq 150gr, non 5-10gr, tuxum, sariyog' ½-1 dona, sigir suti-100-150gr

12-23 oylik bolalar uchun taxminiy menyu

- Bola talabiga ko'ra ko'krak suti
- Bo'tqa (guruchli, grechkali, arpali) sigir sutiga aralashtirib 250gr+5gr sariyog', non 10gr, tuxum 1-dona
- Qatiq (kefir) 200gr, bulochka-25gr
- Sabzavotli va go'shtli sho'rva (40-50gr)-200gr, non-10gr, mevalar- 100gr yoki
- Shovla (go'sht40-50gr)-200gr, non-10gr, meva sharbati-100gr yoki
- Moshli sho'rva -200gr, non10gr, mevalar-100gr, tvorog (suzma)-60gr+qatiq 200gr, pechenye-15gr
- Sigir suti 200-300gr

24 oylik yoshdagi bolalar taxminiy menyusi

- Bo'tqa (guruchli, grechkali, arpali) sigir sutiga aralashtirib 250gr+10gr sariyog', non 20gr, tuxum 1-dona
- Tvorogli blinchik yoki somsa, mevalar-100gr
- Qovurilgan kartoshka go'shti bilan-200gr, sabzavot va ko'katli salat 50gr, non-40gr, mevali sharbat-100ml
- Qatiq (kefir) 200gr+bulochka 50gr
- Mastava-200ml, non 40gr, qatiq-100ml

BKIUOB strategiyasi. Xavf omillarini aniqlash.

(JSST tavsiyalari)

BKIUOB – bu bolalar o'limi va kasalligini kamaytirish, salomatligini tiklash, 5 yoshgacha bo'lgan bolalar o'sish va rivojlanishini yaxshilash strategiyasidir. Davolash choralari va jarayoni bolaning sog'lom o'sishini ta'minlaydi, profilaktik choralarni o'tkazishga va bola holatini aniq va to'liq baholashga imkon beradi. Kasallikni oddiy klinik belgilar bilan aniqlashga va empirik davoni qo'llashda sezuvchanlik va spetsifik balansga rioya qilishga asoslangan. Tibbiy xodim bola ahvolini avvalo umumiy xavf belgilariga asoslanib baholaydi:– bola kasal vaqtida tirishish bo'lganmi. Isitmalash natijasida tirishish paydo bo'ladi, lekin bola sog'ligi uchun xavf solmaydi. Boshqa holatlarda tirishish meningit, serebral bezgak yoki hayot uchun boshqa xavfli muammolarda bo'ladi; – bola hushsiz yoki letargik holatda. Bolada jiddiy kasallik borligi aniq. Letargik bola uxlamaydi, lekin tovushlarga va xarakatlarga normal e'tibor bermaydi. – bola icha olmaydi va ema olmaydi. Bola icha olmasligi juda kuchsizligi yoki yuta olmasligidandir. Butunlay ona bergan ma'lumotlarga tayanmasdan, balki, ona bolani qanday boqayotganini yoki suyuqlik ichirayotganini kuzatish kerak; – har qanday ovqat va suyuqlikdan keyin qusish bu jiddiy kasallik belgisi bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda bola dorilarni va regidratsiya uchun suyuqliklarni icha olmasligini ko'zda tutish kerak; –

agar bolada bir yoki bir necha ko'rsatilgan belgilar bo'lsa, uni jiddiy kasal deb qarash kerak, va ko'pincha shifoxona davosiga muhtoj. Davoni tez boshlash uchun, zudlik bilan bolaga xavf soluvchi jiddiy kasallik sabablarini va o'lim holatlarini baholash kerak: • O'RI, diareya va isitmalash (asosan, meningit va qizamiq sababli); • Ovqatlanish statusi va uning buzilishi ham o'limga olib kelishi mumkin. Ko'p uchraydigan holatlar (yo'tal yoki nafas qiyinligi, dia-reya, isitma, quloq va tomoq muammolari) ni so'rab-surishtirib, bolani obyektiv tekshirib, ovqatlanish holati (ko'rinarli og'ir ozg'inlik va kamqonlik) va emlash statusi aniqlab, bola salomatligining boshqa muammolari xam aniqlashtiriladi. Tibbiy xodim har bir kasallikni shifoxonagacha bo'lgan davo zaruriyati va shifoxonaga, maxsus davoga, maslahatga yuborishni yoki uyda davolashni aniqlash uchun tasniflaydi. 1 haftalikdan 2 oylikkacha bo'lgan bemor go'dakning ahvolini baholang va tasniflangl. BaholangGo'dakdagi muammolar haqida onadan so'rang • Aniqlang: ushbu tashrif birlamchimi yoki ikkilamchimi?

- Tashrif ikkilamchi bo'lsa, ushbu sxemaning pastki yo'riqnomalardan foydalaning.
- Tashrif birlamchi bo'lsa, bakterial infeksiya ehtimolini izlang. So'rang: Go'dakda shaytonlash kuzatilganmi? Go'dak tinch holatida
- bir daqiqadagi nafas sonini sanang, nafas tezlashgan bo'lsa, qayta sanang;
- ko'krak qafasining kuchli tortilishini izlang;
- burun qanotlarining kerilishini izlang;
- inqillab nafas olish bormi, qarab eshitib ko'ring;
- ko'zdan kechiring va ushlab ko'ring: liqildoqni bo'rtib turishi bormi;
- ko'zdan kechiring, quloqlaridan yiring oqadimi,
- kindigini ko'zdan kechiring: qizarish yoki yiringlash bormi, qizarish kindik atrofidagi teriga tarqalganmi;
- tana haroratini o'lchang (yoki harorat ko'tarilganmi, pasayganmi paypaslab ko'ring);
- terida yiringchalarni izlang. Ular ko'pmi yoki yirikmi;
- ko'zdan kechiring, bola letargik holatdami yoki hushsizmi;
- go'dak harakatlarini baholang. Odatdagidek, ko'proq yoki kamroq.

Hamma go'dak bolalarni tasniflang va davoni belgilang

Belgilari	Tasniflash	Davolash
Tirishish	Agarda shu	Mushak ichiga anti-biotikning birinchi
Nafas tezlashishi (bir daqiqada 60 va undan ko'proq)	belgilar-ning biror-tasi bo'lsa	dozasini yuboring
Ko'krak qafasi kuchli tortilishi. Burun qanotlarining kerilishi	j i d d i y b a k t y e r i a l i n f y e k s i y a	Gi p o g l i k e m i y a n i profilaktik davo qiling
Inqillab nafas olishi	e h t i m o l i b o r	Zudlik bilan shifo-xonaga yuboring
Liqildoqning bo'rtib	M a h a l l i y	Shifoxonaga olib

chiqishi	b a k t y e r i a l	borishda, yo'l-yo'lakay bolani
Quloqdan yiring oqishi	infeksiya	qanday isitishni
Kindik va atrofidagi terining qizarishi		onaga maslahat bering
Isitma (37,50		Mos keladigan anti-bakterial vositani
S va ushlab		bering
ko'rsangiz – issiq)		Onani mahalliy
Terida ko'p yoki yirik yiringchalar bor		infeksiyani uy sharoitida davolash
Letargik holatda yoki hushsiz		va go'dakni parvarishlash bo'yicha
Xarakatlari odatdagidan		o'rgating Keyingi tashrif
Kamroq		2 kundan so'ng
Kindikning qizarishi yoki yiring oqishi		
Teridagi yiringchalar		

2 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan bolaning ahvolini baholang va tasniflang

1. Aniqlang: ismi, yoshi, vazni va harorati.2. Onadan so'rang bolaning qanday muammolari bor. Ushbu muro-jaat birlamchi yoki ikkilamchi ekanligini aniqlang.3. Bolaning ahvolini jadvalda ko'rsatilgandek baholang:

Belgi	
Umumiy xavf belgilari: bola icha olmaydi yoki ema olmaydi ,har qanday ovqat yoki suyuqlikdan so'ng qayt qiladi,Tirishish,letargik holatda yoki behush.	
Yo'tal va nafas qiyinligi	
Necha kundan buyon	Bir daqiqadagi nafas sonini sanang.Nafas tezlashishini aniqlang. Ko'krak qafasining tortilishi bormi. Eshiting, stridor bormi
Diareya	

<p>Necha kundan buyon, najasida qon bormi?</p>	<p>Umumiy ahvoliga qarang: letargik holatda yoki hushsiz; bezovta yoki betoqatmi;</p> <p>Ko‘z holatini ko‘ring (kirtaygan yoki yo‘q).</p> <p>Bolaga suyuqlik taklif eting: icha olmaydi; yomon ichadi; yutoqib ichadi;</p> <p>Qorin teri burmasining reaksiyasini tekshiring: burma sekin tekislanadi</p> <p>– 2 soniya yoki juda sekin – 2 soniyadan ko‘proq.</p>
<p>Isitma</p>	
<p>Necha kundan buyon: 5 kundan ko‘proq bo‘lsa, har kuni kuzatildimi? Oxirgi 3 oy ichida bola qizamiqqa chalinganmi?</p>	<p>Mavjudligini ko‘zdan kechiring, ishonch hosil qiling:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ensa mushaklari rigidligini – qizamiq belgilarini – yalpi toshma – yo‘tal, tumov, ko‘zlari qizarishi – og‘izdagi yaralar (chuqur va katta) – quloqdan yiring ajralishi – shox parda xiralashishi
<p>Tomoqdagi og‘riq</p>	
<p>Quloqda yiring Bo‘yin limfa tugunlari kattalashishi Suyuqlik icha olishi</p>	<p>Qarang, tomoqda yiring bormi. Paypaslab ko‘ring, bo‘yin limfa tugunlari kattalashganmi</p>
<p>Quloq muammolari</p>	
<p>Quloqda og‘riq Quloqdan ajralma oqadimi Oqsa, qachondan buyon</p>	<p>Qarang, qulog‘idan yiring oqadimi</p> <p>Paypaslang, quloq orqasida og‘riqli shish bormi</p>

Oziqlanishning buzilishi va kamqonlik
Ko‘zga tashlanadigan og‘ir ozg‘inlik Qo‘l kaftlari oqligi – yaqqol yoki o‘rtacha Ikkala oyoq panjalari shishi Vaznining yoshiga mos kelishi: kam, me‘yorda
Emlanish statusi
Bugun emlanishi kerak bo‘lgan vaksialarni va keyingi emlashga kelish sanani belgilang
Ko‘krak suti bilan boqish
Bolani emizib boqasizmi? Agar, ha bo‘lsa – kuniga necha marta. Ke-chasi ham emizasizmi? Ko‘krak sutidan tashqari, bola boshqa ovqat va suyuqlik iste‘mol qiladimi: nimalarni, kuniga necha marta, qancha hajmda. Bolani kim va qanday ovqatlantiradi? Kasallik vaqtida bolani ovqatlantirish usuli o‘zgardimi, qanday o‘zgardi?

Isitma

Harorat 410S dan past bo‘lganda bola hayoti uchun xavfsiz, in-feksiya bilan kurashishga yordam beradi. Isitma tushishida bola ahvoli yaxshilanmasa xavotirlanishga sabab bo‘ladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda tana harorati me‘yordan yuqori bo‘lishidan ko‘ra pasayib ketishi – bolada bezovtalik chaqiradi. Isitmaning balandligi kasallik og‘irligiga har doim to‘g‘ri kelavermaydi. Etiologiyasi Bola hayotining birinchi 3 oyligida 95% sababi – virusli infeksiyadir. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda ko‘p tarqalgan sepsisning bakterial qo‘zg‘atuvchilari – streptokokklar V guruhi, Ye. coli va Listeria monocytogenes (kamroq – S.aureus). Bola 3-36 oyliklarida infeksiya o‘choqlarisiz isitmasi 390S dan yuqori bo‘lishi 3-5% holatlarda bakteriyemiyadan darak beradi. Tashhislash Bola hayotining birinchi 3 oyligi

Anamnezi: homiladorlik, tug‘ruq, siydik yo‘llari infeksiyasi, jinsiy a‘zolar, onaning isitmalashi, bola tug‘ilgandagi vazni va keyingi o‘zgarishi, infeksiya belgilari (uyquchanlik, jizzakilik, kuchsiz emishi, rangi oqarishi), isitmaning boshlanishi va ko‘tarilishi to‘g‘risida ma‘lumotlar. Fizikal tekshiruv. Umumiy ko‘rik. Jizzakilik, uyquchanlik, reaktivlik pasayishi kuzatiladi. Asosiy fiziologik Ko‘rsatkichlar:

to‘g‘ri ichak haroratini o‘lchash. Taxikardiya – isitma, gipovolemiya, shok hisobiga bo‘ladi. Taxipnoe – zotiljamda.

Bola 3-36 oyligi

Anamnezi: alohida a'zolar shikastlanish simptomlari va umumiy simptomlar (jizzakilik, uyquchanlik, emizishdagi qiyinchiliklar, teri rangi oqarishi, reaktivlikning pasayishi). Fizikal tekshi-ruv. Umumiy ko'rik. Bolada bakteriyemiya bo'lsa ham sog'lom ko'rinishi va doimgi jismoniy aktivligi saqlangan bo'lishi mumkin. Ba'zida isitma – kasallikni yagona belgisidir. YUQS, AQB, nafas olish tezligi va tana harorati tekshiriladi. Meningeal simptomlar kuzatiladi, yo'tal, hansirashlar, hushtaksimon nafas, periferik qon aylanishining buzilishi, suvsizlanish belgilari, qorin, quloqdagi og'riq, teri, suyak va bo'g'imlar shikastlanishi kuzatiladi. Umumiy laborator-asbobiy tekshiruvlar. UQT (ko'pincha neytropeniya, leykotsitoz – har doim emas), umumiy siydik tahlili, ko'krak qafasi rentgenografiyasi. Qon, siydik, orqa miya suyuqligi ekmasi; orqa miya suyuqligidagi bakterial antigenlarni aniqlash tahlili shifoxonada o'tkaziladi.

UAV taktikasi 3 oydan kichik bola isitmalashida – zudlik bilan pediatr ko'rigi o'tkaziladi. Anamnezida febril tirishish bo'lsa, zudlik bilan isitmani tushirish. Isitma 38,0S dan yuqori bo'lsa, asosiy kasallikni davolash, tinchlikni ta'minlash; ko'p suyuqlik ichirish va havoni namlash – bu dehidratatsiyani oldini oladi. Issiqlik aj-ralishini kuchaytirish uchun bola yechintiriladi va iliq suv bilan artiladi. Artish uchun spirt saqlovchi suyuqliklar va sovuq suvdan foydalanilmaydi: ular teri haroratini tez tushiradi va qon to-mirlar torayishiga olib keladi, bu esa issiqlik ajralishini pa-saytiradi. 38,0S dan yuqori isitmada haroratni pasaytiruvchi vo-sitalar buyurish: birinchi qator dorilardan – paratsetamol, 20mg/kg bir marta, keyin 15mg/kg har 6 soatda ichish. Kichik yoshdagi bola-larga aspirin buyurilmaydi, bu Reye sindromini chaqiradi. NYAQV: ikkinchi qator dorilardan – ibuprofen (suyuq holda) 10-15 mg/kg har 6-8 soatda. Ota-onaga maslahat: bolani yengilroq kiyintiring, lekin butunlay yechintirib yubormang. Bolani o'rab tashlamang. Tez-tez va kam-kamdan suyuqlik bering (yaxshisi suv).

Febril tirishish 6 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning 3-5% da isitmalash (38,50S dan yuqori isitma) fonida kuzatiladi. Keyinchalik epilep-siya rivojlanishi xavfi kam (xavfli omili yo'qlarda 1% kamroq va oilasida epilepsiya bor bolalalarda – 10%). Tirishish ko'p xollar-da haroratni ko'tarilishida yoki yuqori cho'qqisida yuzaga keladi.

Etiologiyasi. Isitmaning sabablari: infeksiya va MAT o'choqli shikastlanishidir.

Tashhislash. Tana haroratini 38,50S dan yuqori ko'tarilishi. Ko'pincha tirishish bo'lmaguncha isitmani aniqlashmaydi. Tirishish – isitmalash davrining boshida simmetrik tonik-klonik tirishishlar oyoq va/yoki qo'llarda kuzatiladi. Asoratlanmagan febril tirishish – qisqa vaqtli (15 daqiqagacha) tarqoq tirishish, isitmaning birinchi 24 soatida MAT infeksiyasi va metabolik buzilishlar bo'lmaganda ham kuzatiladi. Asoratlangan yoki porsial tutqanoqlar 15 daqiqadan ko'p davom etib, normal tana haroratida ham kuzatiladi. Laborator-asbobiy tekshiruvlar: tirishish qaytalansa EEG o'tkazish kerak (asoratlangan isitma – tana harorati normal bo'lganda paydo bo'ladi yoki nevrologik o'choq simptomlari fonida yuzaga keladi).

Lyumbal punksiya o'tkazishni mutaxassis aniqlaydi.

UAV taktikasi Ota-onalarga xuruj qayta paydo bo'lishining oldini olishni o'rgatish (masalan: paratsetamolni ertaroq berish, bolani nam sochiq bilan artish). Tirishishga qarshi terapiya har doim talab qilinavermaydi. Agar kerak bo'lsa, benzodiazepinlar ishlatish mumkin (lorazepam – boshlang'ich dozasi 0,05-0,1 mg/kg, maks – 4 mg 1-4 daqiqa davomida. Samarasi bo'lmasa, ikkinchi doza beriladi – ,10 mg/kg. Diazepam – boshlang'ich dozasi 0,1-0,2 mg/kg maks. – 10 mg 1-4 daqiqa davomida. Samarasi bo'lmasa, ikkinchi doza beriladi – 0,25-0,4 mg/kg) va tutqanoq davomiyligini bilish uchun dori yuborilgan vaqt belgilanadi. Qayta xurujlarda, shuningdek val-proyev kislotasi va fenobarbital samaralidir. Febril tirishish profilaktikasi tutqanoqqa qarshi o'xshash profilaktik davo talab qilmaydi, undan tashqari, agarda tirishish tez-tez takrorlanmasa va bola hayotiga xavf solmasa (epileptik status) davo qilinmaydi. Nevropatolog ko'rigiga yuborishga ko'rsatma: birinchi marta 18 oy-likda yoki 3 yoshdan keyin qayta tirishishlar kuzatilsa va unchalik yuqori bo'lmagan tana haroratida paydo bo'lsa yoki nevrologik o'choq simptomlari bilan kelsa, asoratlangan hisoblanadi.

Bolalar epilepsiyasi Epileptik tutqanoq – bu alohida nozologik birlik bo'lmasdan simptomlar majmuasi ehtimolidir. Epilepsiya holati deb

o'tkir metabolik buzilishlarsiz va MAT infeksiyalarisiz qayta tutqanoqlar kuzatilishi ataladi. Bolalar orasida uchrashi 3-5% ni tashkil etadi. 60% bemorlarda epilepsiya bolalikdan boshlanadi. Etiologiyasi– bosh miya jarohati, tug'ruqqacha davrda jarohat olish, meningit, ensefalit, hosilalar paydo bo'lishi, metabolik o'zgarishlar, miya qon aylanishining buzilishi, toksik moddalar ta'siri. Qo'shimcha kasalliklar fonida va vrach maslahatiga rioya qilmaslik, tutqanoqqa qarshi dori vositalarining metabolizmga uchrashi tutqanoqlarni chaqiradi. Tashhishlash Tarqalgan tutqanoq (katta epileptik tutqanoq) ko'pincha aurasiz va o'choqli buzilishlarsiz boshlanadi. Tonik fazasi davomiyligi 1 daqiqagacha bo'lib, bunda ko'z olmasining orqaga ketishi kuzatiladi. Nafas mushaklari tonik qisqarishi o'pka ventilyatsiyasi buzilishiga olib keladi va sianoz chaqiradi. Keyin klonik tiri-shish oyoq-qo'llarda kuzatiladi, davomiyligi 1-5 daqiqa; o'pka ventilyatsiyasi yaxshilanadi. So'lak oqishi, taxikardiya, metabolik va respirator atsidoz kuzatilishi mumkin. Parsial motor tutqanoq. Tipik ko'rinishi qo'llardan yoki yuzdan boshlanadi; bosh, ko'z olmasi epileptik o'choqqa qarshi yon tomon-ga og'adi. Katta epileptik tutqanoqni eslatishi mumkin. Tutqanoq belgilari bo'lib Todd falaji bo'lishi mumkin. Og'ir parsial tutqanoqlar ayrim hollarda aura bilan boshlanadi (emotsional reaksiyalar, qorinda va boshdagi og'riq, tomoqda noxushlik hissi).

Ular katta epileptik tutqanoqni, absanslarni chaqirishi mumkin. Boshqa holatlarda simptomlarni ajratish juda qiyin: avtomatizm-lar – yugurish, labini tishlab olish, kulgu, kutilmagan mimika yoki boshning harakatlari. Tipik absanslar bolalikdan, ko'pincha 3 yoshdan boshlanadi. Tutqanoq vaqtida nigohi qotib qoladi, ba'zan qo'l qaltirashi yoki boshni egish harakati bo'ladi. Tutqanoq davomiyligi 30 soniyagacha, takroriyliigi – kuniga ko'p marta. Giperventilyatsiya yoki yorug'lik nuri ostida paydo bo'lishi mumkin. 10-20% tipik absansi bor bemorlarda ba'zan katta epileptik tutqanoqlar paydo bo'lishi mumkin. O'smirlik davriga kelib (75% hollarda) tutqanoq yo'qolib ketadi. Infantil spazmlar (Uest sindromi) tarqoq

mioklonik tutqanoqlar kuzatiladi. Bola hayotining birinchi yillarida paydo bo'ladi. Ulardan keyin psixomotor rivojlanishning orqada qolishi kuzatiladi. Qiyosiy tashhis: hushdan ketish, bolalar affektiv-respirator tirishishi, koma, narkolepsiya, assotsiirlangan migren, yaxshi sifatli pozitsion bosh aylanishi, isteriya bilan o'tkaziladi. UAV taktikasi Tekshiruv va kerakli davo buyurish uchun mutaxassisga yuborish.

Tirishishga qarshi terapiya, kerak bo'lsa, jarrohlik amaliyoti: epileptik o'choq yoki qadoqli tanani olib tashlash. Mutaxassisga yuborishga ko'rsatmalar: birinchi marta kuzatilgan tutqanoq, uzoq davom etgan tutqanoq (15 soniyadan ko'p), ko'p takrorlanadigan, qisqa vaqtli tutqanoqlar, go'daklar tirishishiga taxmin, sababsiz rivojlanishdan orqada qolish.

Ota-onalarga o'rgatish: «epilepsiya» tashhisi ota-onalarda xavotirlik va qo'rquv chaqiradi. Ular aniq ma'lumotga muhtojdirlar:

tutqanoq vaqtida nima qilish kerakligi, qanday xavf omillari-ni bartaraf qilish kerakligi (cho'milish, bir o'zi velosiped mi-nishi, ortiqcha g'amxo'rlik), davoga roziligi (asosan o'smirlar), tutqanoqdan tashqari davrda dorilarni to'xtatish mumkinligi va boshqalar to'g'risida. Davoni mutaxassis buyuradi. Jismoniy rivojlanishdan orqada qolish Bolaning jismoniy rivojlanishdan orqada qolishini tashhislash uchun, og'irlik yoki bo'yi jadvaldagi 3-chi protsentildan pastda joylashgan bo'ladi. Etiologiyasi Jismoniy rivojlanishning orqada qolish sabablari har xil: tashqi muhitni yomon ta'siri, ijtimoiy va ruhiy omillar ta'siridir. Ular tashqi va ichki sabablarga bo'linadi. Tashqi sabablar: bolani yomon parvarishlash, ovqatlanishning buzilishi; ichki sabablar – bola qorni to'yamaslik (onaning ko'krak so'rg'ichi yassiligi, qattiq tanglay tirtiqligi, YUTN, nevrologik buzilishlar, xulqining buzilishi); yo'qotishlar (qusish, steatoreya, buyrak kasalligi); oziq moddalar hazm bo'lishining buzilishi (surunkali infeksiya, metabolik buzilishlar, endokrin kasalliklar, nasliy sindromlar) kiradi. 90% jismoniy rivojlanishdan orqada qolish holati sabablari – ovqatlanishning buzilishi va oilaviy past bo'ylikdir. Tashhislash Tashhis qo'yishda anamnez inobatga olinadi: oilaviy past bo'ylikda va chala tug'ilgan bolalarda bo'yning o'sish tezligi kamroq bo'ladi. Fizikal tekshiruv. E'tibor nevrologik belgilarga qaratiladi, qattiq tanglay tirtiqligi, nafas va oshqozon-ichak buzilishlari, to'g'ri ovqatlanishni baholash kerak. Laborator-asbobiy tekshiruvlar. Agarda jismoniy rivojlanishning orqada qolishini ichki sabablariga gumon qilinsa, unda qon va siydikning umumiy tahlili, siydik bakteriologik ekmasi, ekskretor urografiya, fenilketonuriya sinamasi, qalqonsimon bez gormonlarini tekshirish kerak.

UAV taktikasi Pediatr maslahatiga yuboriladi. Mutaxassis tavsiyalari bajarilishini nazorat qilish. Ruhiy qo'llab-quvvatlash.

YO'TAL YOKI NAFAS QIYINLIGINI BAHOLANG VA TASNIFLANG.

Respirator kasalliklar nafas yo'llarining turli qismida masalan burun halqum Hiqildoq traxeya bronxiola yoki o'pkada bo'lishi mumkin.

Yo'tal yoki nafas qiyinligi bor bo'lgan bolada

Ø Yo'tal yoki nafas qiyinligi qanchadan beri davom etib kelayotganligi

Ø Nafas tezlashuvi

- Ø Ko'krak qafasining tortilishi
- Ø Tinch xolatdagi stridor
- Ø Astmoidli nafas BAHOLANADI.

**BKIUOB(1SATT). Yo'tal va nafas qiyinligi
(JSST tavsiyalari).**

Yo'tal yoki nafas qiyinligining uch xil tasnifi bo'lishi mumkin:

- OG'IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG'IR KASALLIK
- PNEVMONIYA
- PNEVMONIYA YO'Q, YO'TAL YOKI SHAMOLLASH

TASNIFLANG		DAVOSI (kasalxonaga yuborishdan avval qilinadigan shoshilinch davo qora harflar bilan ajratilgan)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Har qanday umumiy havf belgisi yoki ▪ Ko'krak qafasining tortilishi yoki ▪ Tinch xolatidagi stridor 	<p>OG'IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG'IR KASALLIK</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Zudlik bilan kasalxonaga jo'nating</i> ➤ <i>To'g'ri keladigan antibakterial preparatning birinchi dozasini Bering</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nafas tezlashgan 	<p>PNEVMONIYA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>To'g'ri keladigan antibakterial preparatni 5 kun davomida bering</i> ➤ Agar astmoid nafas (tez ta'sir etuvchi ingalyatsion bronxolitik berganingizdan keyin ham) bo'lsa ingalyatsion bronxolitikni 5 kun davomida bering ➤ Havfsiz vositalar bilan tomoqni yumshating va yo'talni yengillashtiring. ➤ Agar yo'tal 3 xaftadan ortiq davom etayotgan yoki astmoid nafas qaytalanayotgan bo'lsa astma yoki TV tekshirish uchun jo'nating ➤ Onasiga qachon zudlik bilan qaytib kelish kerakligini tushuntiring. ➤ Keyingi tashrif 2 kundan so'ng.

<p>Pnevmoniya yoki juda og‘ir kasallik belgilari yo‘q</p>	<p>PNEVMONIYA YO‘Q, YO‘TAL YOKI SHAMOLLASH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agar yo‘tal 3 haftadan ortiq davom etayotgan yoki astmoid nafas qaytalanayotgan bo‘lsa astma yoki TV tekshirish uchun jo‘nating ➤ Agar astmoid nafas (tez ta’sir etuvchi ingalyatsion bronxolitik berganingizdan keyin ham) bo‘lsa ingalyatsion bronxolitikni 5 kun davomida bering ➤ Havfsiz vositalar yordamida tomoqni yumshatib, yo‘talni yengillashtiring. ➤ Onasiga qachon zudlik bilan qaytib kelish kerakligini tushuntiring. ➤ Axvol yaxshilanmasa, keyingi tashrif 5 kundan keyin.
---	---	--

Tasnif jadvalidan qanday foydalanish kerak: Asosiy simptom va tegishli belgilarni baholab chiqqaningizdan keyin bolaning kasalligini tasniflang.

1. Qizil (ustki) qatorga qarang.

Bolada umumiy havf belgisi bormi? Bolada ko‘krak qafasining tortilishi yoki tinch xolatda stridor bormi?

Bolada umumiy havf belgisi yoki qizil qatorda sanab o‘tilgan boshqa belgilarning birortasi bo‘lsa, OG‘IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG‘IR KASALLIK tasnifini tanlang.

2. Bolada og‘ir tasnif bo‘lmasa, sariq (ikkinchi) qatorga qarang.

Bu bolada og‘ir tasnif yo‘q. Unda nafas tezlashuvi bormi?

Agar bolada sariq qatordagi belgi- nafas tezlashgan bo‘lsa, og‘ir tasnif bo‘lmasa, sariq qatordagi tasnifni – PNEVMONIYani tanlab oling.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Har qanday umumiy havf belgisi yoki ▪ Ko‘krak qafasining tortilishi yoki ▪ Tinch xolatdagi stridor 	<p>OG‘IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG‘IR KASALLIK</p>
<p>Nafas tezlashgantezlashgan</p>	<p>PNEVMONIYA</p>
<p>Pnevmoniya yoki juda OG‘IR kasallik belgilari yo‘q</p>	<p>PNEVMONIYA YO‘Q, YO‘TAL YOKI SHAMOLLASH</p>

3. Bolada qizil qatordagi og‘ir tasnif yoki sariq qatordagi tasnif bo‘lmasa, yashil (pastki) qatorga qarang.

Bu bolada na qizil va na sariq qatordagi belgilarning birortasi ham yo‘q.

Agar bolada qizil va sariq qatordagi belgilarning birortasi ham bo‘lmasa, yashil qatordagi tasnifni - PNEVMONIYA YO‘Q, YO‘TAL YOKI SHAMOLLASHdegan tasnifni tanlab oling.

4. Tasnif jadvalidan foydalanganda tasniflashni yuqorigi qizil qatordan boshlang. Har bir tasnif jadvalida bola faqat bitta tasnif oladi. Agar bolada bittadan ortiq qatorga mansub belgilar bo‘lsa, doimo og‘irroq tasnifni tanlang.

MISOL: Mazkur bolada umumiy havf belgisi bor va nafasi tezlashgan. Bolani og‘irroq tasnif bilan - OG‘IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG‘IR KASALLIK deb tasniflang.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Har qanday umumiy havf belgisi yoki <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ko‘krak qafasining tortilishi yoki ▪ Tinch xolatidagi stridor 	OG‘IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG‘IR KASALLIK
<ul style="list-style-type: none"> • Nafas tezlashgan 	PNEVMONIYA
Pnevmoniya yoki juda OG‘IR kasallik belgilari yo‘q	PNEVMONIYA YO‘Q, YO‘TAL YOKI SHAMOLLASH

Kasallikni *BAXOLANG VA TASNIFLANG* sxemasiga muvofiq tasniflashga doir hamma savollaringizga o‘qituvchingiz javob beradi.

Quyida yo‘tal yoki nafas qiyinligi simptomining tasniflanish bayoni keltirilgan.

TASNIFLANG	DAVOSI (kasalxonaga yuborishdan avval qilinadigan shoshilinch davo qora harflar bilan ajratilgan)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Har qanday umumiy havf belgisi yoki ▪ Ko‘krak qafasining tortilishi yoki ▪ Tinch xolatidagi stridor 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zudlik bilan kasalxonaga jo‘nating ➤ To‘g‘ri keladigan antibakterial preparatning birinchi dozasini byering
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nafas tezlashgan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ To‘g‘ri keladigan antibakterial preparatni 5 kun davomida bering ➤ Agar astmoid nafas (tez ta’sir etuvchi ingalyatsion bronxolitik berganingizdan keyin ham) bo‘lsa ingalyatsion bronxolitikni 5 kun davomida bering

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Havfsiz vositalar bilan tomoqni yumshating va yoʻtalni yengillashtiring. ➤ Agar yoʻtal 3 haftadan ortiq davom etayotgan yoki astmoid nafas qaytalanayotgan boʻlsa astma yoki TV tekshirish uchun joʻnating ➤ Onasiga qachon zudlik bilan qaytib kelish kerakligini tushuntiring. ➤ Keyingi tashrif 2 kundan soʻng.
<p>Pnevmoniya yoki juda ogʻir kasallik belgilari yoʻq</p>	<p>PNEVMONIYA YOʻQ, YOʻTAL YOKI SHAMOLLASH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agar yoʻtal 3 haftadan ortiq davom etayotgan yoki astmoid nafas qaytalanayotgan boʻlsa astma yoki TV tekshirish uchun joʻnating ➤ Agar astmoid nafas (tez taʼsir etuvchi ingalyatsion bronxolitik berganingizdan keyin ham) boʻlsa ingalyatsion bronxolitikni 5 kun davomida bering ➤ Havfsiz vositalar yordamida tomoqni yumshatib, yoʻtalni yengillashtiring. ➤ Onasiga qachon zudlik bilan qaytib kelish kerakligini tushuntiring. ➤ Axvol yaxshilanmasa, keyingi tashrif 5 kundan keyin.

MISOL: Mana bu kasallik tarixini oʻqib chiqing. Bolaning kasalligini tibbiy xodim qay tariqa tasniflaganini oʻrganing.

Aziz 18 oylik. Vazni 11,5 kg. Tanasining Harorati 37,5⁰ S. Bu bola yoʻtalayotgani uchun onasi uni ambulatoriyaga olib kelgan. Onasining soʻzlariga qaraganda, bolada nafasiga aloqador muammolar bor. Bu – ushbu kasallik munosabati bilan qilingan birinchi tashrif.

Tibbiy xodim Azizda umumiy havf belgilari bor-yoʻqligini tekshirib koʻrdi. Aziz suyuqlik icha oladi. Qusmaydi. Unda tirishish yoʻq. U letargik xolatda emas va xushi joyida.

Tibbiy xodim: «Aziz qanchadan beri yoʻtaladi» deb soʻradi. Onasi bolaning 6 yoki 7 kundan beri yoʻtalayotganini aytdi. Aziz onasining tizzasida tinchgina oʻtiribdi. Tibbiy xodim bolaning minutiga necha marta nafas olishini sanab koʻrdi. Minutiga 41 marta nafas olyapti. Tibbiy xodim: «Aziz 12 oylikdan katta boʻlgani uchun tezlashgan nafasni aniqlashning pastki chegarasi – nafas Harakatlarining

minutdagi soni 40 taga to'g'ri keladi. Demak, bu bolada nafas tezlashgan», deb o'yladi.

Tibbiy xodim ko'krak qafasining tortilishini topmadi. Unga stridor Ham astmoid nafas eshitilmadi.


1. Tibbiy xodim Aziz to'g'risidagi ahborot va kasalligining belgilarini quyidagicha qilib yozib qo'ydi:

2 OYLIKDAN 5 YOSHGACHA BO'LGAN KASAL BOLANI OLIB BORISH

Ismi _____ Aziz _____ Yoshi 18 oylik Vazni 11,5 kg
 Tanasining Harorati 37,5S

SO'RANG: Bolaning qanday muammolari bor _____ yo'tal _____ Birinchi tashrif V Ikkinchi tashrif _____

BAHOLANG (bor simptomlarni aylanaga oling)
TASNIFLANG

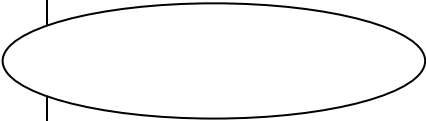

UMUMIY HAVF BELGILARI BORMI, TEKSHIRING		Umumiy havf belgilari bormi?
<ul style="list-style-type: none"> • ICHA OLMAYDI, KO'KRAKNI EMA OLMAYDI • HAR QANDAY OVQAT YOKI SUYUQLIKDAN SO'NG QAYT QILADI • SHAYTONLASH 	LETARGIK XOLATDA YOKI BEXUSH	Ha ___ Yo'q ___ Kasallikni tasniflashda umumiy havf belgilari bor-yo'qligiga qarab ish ko'rish kerakligini esda tuting
<p>YO'TALYOKINAFASQIYINLIGIBORMI? Ha <u>V</u> Yo'q ___</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qachondan buyon <u>6-7</u> kun nafas sonini sanang. • Minutdagi <li style="padding-left: 40px;">Minutiga 41 ta.  • Nafas tezlashgan. • Ko'krak qafasining tortilishi bormi? • Ko'ring va eshiting, stridor bormi? • Ko'ring va eshiting, astmoid nafas bormi? <p style="padding-left: 40px;">Agarda astmoid nafas bo'lsa bu qayta epizotmi</p>		

2. Tibbiy xodim Azizda astmoid nafas yoʻqligi uchun, u astmoid nafas boʻlmaganda, yoʻtal yoki nafas qiyinligi tasnif jadvalini tanladi.

a. Birinchidan, u Azizda qizil qatordagi belgilardan birortasi bormikin, deb tekshirib koʻrdi. U: «Azizda qanday boʻlmasin biror umumiy havf belgisi bormi, yoʻqmi, Azizda shu qatordagi boshqa belgilarning birortasi bormi, yoʻqmi», deb oʻyladi. Azizda ogʻir tasnif uchun birorta boʻlsin belgi yoʻq.

b. Soʻngra tibbiy xodim sariq qatorga qaradi. U: «Azizda sariq qatorga mansub belgilar bormi», deb uyladi va bolaning nafasi tezlashgan deb topdi.

v. Tibbiy xodim Azizning kasalligini PNEVMONIYA deb tasnifladi.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Har qanday umumiy havf belgisi yoki ▪ Koʻkrak qafasining tortilishi yoki ▪ Tinch xolatidagi stridor 	<p>OGʻIR PNEVMONIYA YOKI JUDA OGʻIR KASALLIK</p>
	
<p>Pnevmoniya yoki juda OGʻIR kasallik belgilari yoʻq</p>	<p>PNEVMONIYA YOʻQ, YOʻTAL YOKI SHAMOLLASH</p>

1. U Yozuv Shakliga PNEVMONIYA deb yozib qoʻydi.

2 OYLIKDAN 5 YOSHGACHA BO‘LGAN BEMOR BOLANI OLIB BORISH

Ismi _____ Yoshi _____ Vazni _____ kg
 Harorati _____ daraja

SO‘RANG: Bolaning qanday muammolari bor? _____
 Birinchi tashrif _____ Ikkinchi tashrif _____

BAHOLANG (bor simptomlarni aylanaga oling)
TASNIFLANG

UMUMIY HAVF BELGILARI BORMI, TEKSHIRING		Umumiy havf belgilari bormi?
<ul style="list-style-type: none"> • ICHA OLMAYDI, KO‘KRAKNI EMA OLMAYDI • HAR QANDAY OVQAT YOKI SUYUQLIKDAN SO‘NG QAYT QILADI • SHAYTONLASH 	LETARGIK XOLATDA YOKI BEXUSH	Ha ___ Yo‘q _ V__ Kasallikni tasniflashda umumiy havf belgilari bor-yo‘qligiga qarab ish ko‘rish kerakligini esda tuting
YO‘TAL YOKI NAFAS QIYINLIGI BORMI? Ha _ V__ Yo‘q ___		PNEVMONIYA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qachondan buyon <u>6-7</u> kun Minutdagi nafas sonini sanang. • Nafas tezlashgan. • Ko‘krak qafasining tortilishi bormi? • Ko‘ring va eshiting, stridor bormi? • Ko‘ring va eshiting, astmoid nafas bormi? Agarda astmoid nafas bo‘lsa: bu qayta epizotmi 		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Minutiga 41 ta.</u>

MASHQ B

Bu mashqda Siz yo‘tal yoki nafas qiyinligiga aloqador belgilarni yozib qo‘yishni mashq qilasiz. Siz bolaning kasalligini ham tasniflaysiz. Quyidagi kasallik tarixlarini o‘qib chiqing. Boladagi belgilarni Yozuv Shakligaga yozing va kasallikni tasniflang. Mazkur mashqni bajarish uchun yo‘tal va nafas qiyinligiga tegishli tasnif

jadvalidan foydalaning. O'zingizdagi buklet sxema yoki devoriy sxemadan foydalaning.

Eslatma: Mazkur moduldagi kasallik tarixini ko'rib chiqayotganingizda har safar Yozuv Shaklining ustki qatoriga «birinchi tashrif» deb belgi (✓) qo'yishni unutmang.

1- kasallik tarixi: Saida

Saida 6 oylik. Vazni 5,5 kg. Tanasining Harorati 38 daraja. Onasi qizning 2 kundan beri yo'talayotganini aytdi. Tibbiy xodim umumiy havf belgilari bormikin, deb tekshirib ko'rdi. Onasi Saidaning ko'krak ema olishini aytdi. Bu qizcha butun kasallik davrida qusmagan. Talvasa bo'lmagan. Saida letargik xolatda emas va hushi joyida.

Tibbiy xodim onaga mana bunday dedi: «Siz Saida 2 kundan beri yo'talayapti, deb aytdingiz. Men uning yo'tali qanaqaligini bilmoqchiman. Bolaning minutiga necha marta nafas olayotganini sanab ko'rishim kerak. Sanab bo'lgunimcha bola tinch xolatda bo'lishi kerak».

Tibbiy xodim sanaganda nafas harakatlarining soni 58 ta bo'lib chiqdi. U ko'krak qafasining tortilishini topmadi. U stridorni ham, astmoid nafasni ham eshitmadi.

a. Saidadagi belgilarni quyida keltirilgan Yozuv Shakligaga yozib chiqing.

2 OYLIKDAN 5 YOSHGACHA BO‘LGAN BEMOR BOLANI OLIB BORISH

Ismi _____ Yoshi _____ Vazni _____ kg
 Harorati _____ daraja

SO‘RANG: Bolaning qanday muammolari bor? _____

Birinchi tashrif _____ Ikkinchi tashrif _____

BAHOLANG (bor simptomlarni aylanaga oling)

TASNIFLANG

UMUMIY HAVF BELGILARI BORMI, TEKSHIRING		Umumiy havf belgilari bormi?
<ul style="list-style-type: none"> • ICHA OLMAYDI, KO‘KRAKNI EMA OLMAYDI • HAR QANDAY OVQAT YOKI SUYUQLIKDAN SO‘NG QAYT QILADI • SHAYTONLASH 	LETARGIK XOLATDA YOKI BEXUSH	Ha ___ Yo‘q ___ Kasallikni tasniflashda umumiy havf belgilari bor-yo‘qligiga qarab ish ko‘rish kerakligini esda tuting
YO‘TAL YOKI NAFAS QIYINLIGI BORMI? Ha ___ Yo‘q ___ <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qachondan buyon ___ kun Minutdagi nafas sonini _____ sanang. Minutiga ___ ta. Nafas _____ tezlashgan. • Ko‘krak qafasining tortilishi bormi? • Ko‘ring va eshiting, stridor bormi? • Ko‘ring va eshiting, astmoid bormi ? _____ nafas Agar, astmoid nafas bo‘lsa; Bu qayta epizodmi? 		

b. Saidaning kasalligini tasniflash uchun yo‘tal yoki nafas qiyinligi xususidagi tasnif jadvalidan foydalaning. Qizil (ustki) qatorga qarang.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Har qanday umumiy havf belgisi yoki 	OG‘IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG‘IR
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ko'krak qafasining tortilishi yoki ▪ Tinch xolatidagi stridor 	KASALLIK
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nafas tezlashgan 	PNEVMONIYA
Pnevmoniya yoki juda OG'IR kasallik belgilari yo'q	PNEVMONIYA YO'TAL SHAMOLLASH YO'Q, YOKI

- o'ylab ko'ring: Bolada umumiy havf belgisi bormi? Ha ___ Yo'q ___
 - Unda ko'krak qafasining tortilishi yoki tinch xolatda stridor bormi?
 - Unda astmoid nafas bormi? Ha ___ Yo'q ___
 - Unda OG'IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG'IR KASALLIK tasnifi bormi? Ha ___ Yo'q ___
 - v. Agar bular bolada bo'lmasa, sariq (o'rtadagi) qatorga qarang.
 - Saidada nafas tezlashganmi? Ha ___ Yo'q ___
- g. Saidaning kasalligini Siz qanday tasniflagan bo'lardingiz? Tasnifni Yozuv Shakligaga yozib qo'ying.

2- kasallik tarixi: Feruza

Feruza 8 oylik. Vazni 7 kg. Tanasining harorati 39°S.

Otasi tibbiy xodimga: «Feruza 3 kundan beri yo'talyapti. Nafasida muammolar bor. Qizcha juda zaiflashib qoldi», deb aytdi. Tibbiy xodim: «Bolani bugun olib kelib, to'g'ri qilibsiz. Men xozir uni ko'raman» dedi.

Tibbiy xodim umumiy havf belgilari bormikin, deb tekshirib ko'rdi. Onasi: «Feruza emadi. Unga suyuqlik beradigan bo'lsam, xech qanaqasini ichmaydi», deb aytdi. Feruzada Har qanday ovqat yegani yoki suyuqlik ichganidan keyin qusish xodisasi va tirishish xollari bo'lgan emas. Feruza letargik xolatda yotibdi. Tibbiy xodim yoki ota-onalari gapirib ko'rganlarida u bularga qaramadi ham.

Tibbiy xodim Feruzaning minutiga 55 marta nafas olayotganini aniqladi. U ko'krak qafasining tortilayotganini topdi. Tibbiy xodim Feruzada stridor bor degan fikrga keldi, chunki qizcha nafas olganida u qattiq tovush chiqayotganini eshitdi. Tibbiy xodim qizchada astmoid nafasni eshitmadi.

Feruzadagi belgilarni quyida keltirilgan Yozuv Shakligaga yozib chiqing.

Endi yo'tal va nafas qiyinligi hususida sxemadagi tasnif jadvaliga qarang. Bu bolaning kasalligini tasniflab, o'z javobingizni Tasniflang ustuniga yozib qo'ying. Bola kasalligiga tasnifini qayday tanlaganingizni o'qituvchiga tushuntirib berishga tayyorlaning.

2 OYLIKDAN 5 YOSHGACHA BO‘LGAN BEMOR BOLANI OLIB BORISH

Ismi _____ Yoshi _____ Vazni _____ kg
 Harorati _____ daraja

SO‘RANG: Bolaning qanday muammolari bor? _____
 Birinchi tashrif _____ Ikkinchi tashrif _____

BAHOLANG (bor simptomlarni aylanaga oling)
TASNIFLANG

<p>UMUMIY HAVF BELGILARI BORMI, TEKSHIRING</p>	<p>Umumiy havf belgilari bormi?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ICHA OLMAYDI, KO‘KRAKNI EMA OLMAYDI • HAR QANDAY OVQAT YOKI SUYUQLIKDAN SO‘NG QAYT QILADI • SHAYTONLASH 	<p>LETARGIK XOLATDA YOKI BEXUSH</p>
<p>YO‘TAL YOKI NAFAS QIYINLIGI BORMI? Ha ___ Yo‘q ___</p>	<p>Ha ___ Yo‘q ___</p> <p>Kasallikni tasniflashda umumiy havf belgilari bor-yo‘qligiga qarab ish ko‘rish kerakligini esda tuting</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qachondan buyon ___ kun Minutdagi nafas sonini _____ sanang. Minutiga ___ ta. Nafas _____ tezlashgan. • Ko‘krak qafasining tortilishi bormi? • Ko‘ring va eshiting, stridor bormi? • Ko‘ring va eshiting, astmoid nafas bormi? • Agar astmoid nafas bo‘lsa Bu qayta epizodmi? 	

3- kasallik tarixi: Farhod

Farhod 10 oylik. Vazni 9,0 kg. Tanasining harorati 38,5°S daraja. Onasi bolaning 2 kundan beri yo‘talayotganini, bugun esa nafasi qiyinlashib qolganini aytdi. Tibbiy xodim bolada umumiy havf belgilari bormikin, deb tekshirib ko‘rdi.

Onasi Farxodning ko'krak ema olishini aytdi. Bola kasal bo'lganidan beri qusgani yo'q. Unda tirishish ham bo'lgani yo'q. Farxod letargik xolatda emas, xushi joyida.

Tibbiy xodim bolaning onasiga mana bunday dedi: «Siz Farxod 2 kundan beri yo'talayapti, deb aytdingiz. Men uning yo'tali qanaqaligini bilmocqchiman. Bolaning minutiga necha marta nafas olayotganini sanab ko'rmoqchiman. Sanab bo'lgunimcha bola tinch xolatda bo'lishi kerak».

Tibbiy xodim sanaganda nafas harakatlarining soni minutiga 56 ta bo'lib chiqdi. U ko'krak qafasining tortilishini topmadi. Stridor ham eshitmadi. Tibbiy xodim astmoid nafas eshitdi. U onadan bu qayta epizotmi? deb so'radi. Ona bunday holat bolada birinchi marta bo'lishi deb aytdi. Tibbiy xodim tez ta'sir etuvchi bronxolitik bilan davo qildi va 30 daqiqadan keyin qaytadan baholadi. Nafas harakatlarining soni 56 ta bo'lib chiqdi. U bolada ko'krak qafasining tortilishi va stridorni aniqlamadi. U astmoid nafas eshitdi. Bola tanasining harorati 38,5°S

a. Farxoddagi belgilarni Yozuv Shakligaga yozib chiqing. So'ngra yo'tal va nafas qiyinligi hususida sxemadagi tasnif jadvalidan foydalaning. Bu bolaning kasalini tasniflab, o'z javobingizni **TASNIFLANG** ustunchasiga yozib qo'ying.

2 OYLIKDAN 5 YOSHGACHA BO'LGAN BEMOR BOLANI OLIB BORISH

Ismi _____ Yoshi _____ Vazni _____ kg
Harorati _____ daraja

SO'RANG: Bolaning qanday muammolari bor? _____
Birinchi tashrif _____ Ikkinchi tashrif _____

BAHOLANG (bor simptomlarni aylanaga oling)
TASNIFLANG

UMUMIY HAVF BELGILARI BORMI, TEKSHIRING	BORMI,
<ul style="list-style-type: none"> • ICHA OLMAYDI, KO'KRAKNI EMA OLMAYDI • HAR QANDAY OVQAT YOKI SUYUQLIKDAN SO'NG QAYT QILADI • SHAYTONLASH 	<p>Umumiy havf belgilari bormi?</p> <p>Ha ___ Yo'q ___</p> <p>Kasallikni tasniflashda umumiy havf belgilari bor-yo'qligiga qarab ish ko'rish kerakligini esda tuting</p>
	<p>LETARGIK XOLATDA YOKI BEXUSH</p>

YO‘TAL BORMI?	YOKI Ha ___ Yo‘q ___	NAFAS	QIYINLIGI
▪ Qachondan buyon ___kun			•
Minutdagi nafas sonini			sanang.
Minutiga __ta. Nafas			tezlashgan.
• Ko‘krak qafasining tortilishi bormi?			
• Ko‘ring va eshiting, stridor bormi?			
• Ko‘ring va eshiting, astmoid nafas bormi?			
• Agar astmoid nafas bo‘lsa Bu qayta epizodmi?			

4- kasallik tarixi: Murod

Murod 18 oylik. Vazni 9 kg. Tanasining qarorati 38,5°S Onasi bolaning 3 kundan beri yo‘talayotganini aytdi. Tibbiy xodim bolada umumiy havf belgilari bormikin, deb tekshirib ko‘rdi.

Onasi Murodning ko‘krak ema olishini aytdi va unda qusish yo‘q. Unda tirishish ham bo‘lganii yo‘q. Murod letargik holatda ham emas, hushi joyida.

Tibbiy xodim sanaganda nafas xarakatlarining soni 38 ta bo‘lib chiqdi. U ko‘krak qafasining tortilishini topmadi. Bolaning nafasini eshitganda u stridor eshitmadi. U nafas chiqarishida hushtaksimon nafas tovush eshitdi va Murodda astmoid nafas deb hulosa qildi. Tibbiy xodim bu epizodni qaytarilishimi deb so‘radi. Onasi yo‘q deb javob berdi.

Tibbiy xodim umumiy havf belgilarini aniqlamadi va Murodda astmoid nafas aniqlaganligi uchun salg‘butamolni ingalyator bilan davolashni o‘tkazdi. 30 daqiqadan keyin bemor bolani qaytadan baholadi. Nafas harakatlarining soni minutiga 39 ta bo‘lib chiqdi. U bolada ko‘krak qafasini tortilishini aniqlamadi va stridor eshitmadi. Tanasining qarorati 37°S daraja. Ammo bolada astmoid nafas hamon bor.

Muroddagi belgilarni quyida keltirilgan Yozuv shakliga yozib chiqing. So‘ngra Muroddagi kasallikni tasniflash uchun to‘g‘ri keladigan tasnif jadvalidan foydalaning. Bu bolaning kasalini tasniflab, o‘z javobingizni TASNIFLANG ustunchasiga yozib qo‘ying.

2 OYLIKDAN 5 YOSHGACHA BO‘LGAN BEMOR BOLANI OLIB BORISH

Ismi _____ Yoshi _____ Vazni _____ kg
 Harorati _____ daraja

SO‘RANG: Bolaning qanday muammolari bor? _____

Birinchi tashrif _____ Ikkinchi tashrif _____

BAHOLANG (bor simptomlarni aylanaga oling)

TASNIFLANG

<p>UMUMIY HAVF BELGILARI BORMI, TEKSHIRING</p>		<p>Umumiy havf belgilari bormi?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ICHA OLMAYDI, KO‘KRAKNI EMA OLMAYDI • HAR QANDAY OVQAT YOKI SUYUQLIKDAN SO‘NG QAYT QILADI • SHAYTONLASH 	<p>LETARGIK XOLATDA YOKI BEXUSH</p>	<p>Ha ___ Yo‘q ___</p> <p>Kasallikni tasniflashda umumiy havf belgilari bor-yo‘qligiga qarab ish ko‘rish kerakligini esda tuting</p>
<p>YO‘TAL YOKI NAFAS QIYINLIGI BORMI? Ha ___ Yo‘q ___</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qachondan buyon ___ kun ▪ Minutdagi nafas sonini sanang. Minutiga ___ ta. Nafas tezlashgan. • Ko‘krak qafasining tortilishi bormi? • Ko‘ring va eshiting, stridor bormi? • Ko‘ring va eshiting, astmoid nafas bormi? • Agar astmoid nafas bo‘lsa Bu qayta epizodmi? 		

BKIUOB (ICATT).Diareya, diareyani davolash. (JSST tavsiyalari).

JSST statistikasiga ko'ra 2oydan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida shu yoshga xos bo'lgan patologiyalar bilan asoratlilar va ulim xolatlari ko'p uchrar ekan. UASH KVP va OP larda birinchi bo'lib shuyoshdagi bolalar va ularning ota-onalari bilan muloqot kiladilar. Ular naFaqat muassasada, ularning xonadonlariga xam tez-tez tashrif kiladilar. Ularning uy sharoitlari, sanitariya-gigiyena xolatlari va muammolarini yaxshi bilishlari kerak. Agar shu yoshdagi bolaning ota-onasi bolaning sogligi muammolari bilan kelsa JSST dasturini mukammal uzlashtirgan xolda taktika olib borishni bilishi kerak.

DIAREYANI BAXOLASH VA TASNIFLASH.

Diareya — ich ketishi, ich surishidir, bunda axlatda suv odatdagidan ko'ra ko'p bo'ladi. Diareyani bir talay yoki suvdek bo'lib ich ketishi deb xam yuritiladi. U ayniksa 6 oylikdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq ko'zatiladi. Diareya aksari sigir suti yoki omuxta sut ichadigan bolalarda ko'proq uchraydi. Odatdagicha tez-tez ich kelib turishi diareya emas. Bolaning kuniga necha marta odatdagicha ichi kelishi uning ovkati va yoshiga boglik. Ko'pgina mintakalarda 24 soat davomida bola ichining uch marta yoki bundan ko'proq surib turishi diareya deb ta'riflanadi. Bolalarida diareya boshlanib kolgan maxalni onalar odatda bilishadi. Ular bolaning ichi bir talay yoki suvdek bo'lib kelayotganini aytishlari mumkin. Faqat emizib bokiladigan bolalarda axlat ko'pincha yumshok bo'ladi, bu — diareya emas. Bolasini emizib bokadigan ona axlatning suyuk kelayotganiga yoki tez-tez ich surib turishiga karab diareyani ajratib olishi mumkin.

Diareyaning kanaka xillari bor?

Bolaning tanasi suvsizlanib kolishiga sabab bo'ladigan diareyalarning ko'pchiligi bir talay yoki suvdek bo'lib ich ketib turishidir. Vabo — birtalay yoki suvdekbo'lib ich ketib turadigan diareyaning misollaridan biridir. Bir talay yoki suvdek bo'lib ich ketishi bilan utadigan diareyalarning Faqat ozgina kismigina vaboga boglik bo'ladi, xolos.

Diareya xodisasi 14 kundan kam davom etadigan bo'lsa, bu - **o'tkir diareya** bo'lib xisoblanadi. Diareya 14 kun va bundan ortikrok davom etadigan bo'lsa, bu — **cho'ziluvchan diareya**. Diareya xollarining 20 foizga Yaqini surunkali bo'lib koladi. Cho'ziluvchan diareya bolalarda ozikka yolchimay, xoldan toyib kolishiga sabab bo'ladi va bolalarda ulim xollari muxammosi paydo bo'l ishiga va ularniig ko'payishiga olib keladi.

Diareyada axlatnint shilimshik aralash yoki busiz qonli bo'lib tushishi dizenteriya (ichburug) deb ataladi. dizenteriyaning eng ko'p tarkalgan ko'zgatuvchisi — Shigelladir. Amebali dizenteriya bolalarda ko'p uchramaydi. Bolada suvdek bo'lib ich ketib turadigan diareya xam, dizenteriya xam bo'l ishi mumkin.

DIAREYANI BAXOLANG

Diareya bilan og'ri gan bolaning avoli quyidagi belgilar bo'yicha baxolanadi: bolada diareya kanchadan beri davom etib kelmokda, axlatda qon bormi (bolada dizenteriya bor-Yo'qligini aniqlash uchun) suvsizlanish belgilari bormi?

SO‘RAB KO‘RING: Bolada diareya bormi?

Diareyani tasvirlash uchun ona tushunadigan suzlarni ishlating. Ona YO‘Q deb javob bersa, keyingi asosiy simptom — isitma tugrisida surishtirib ko‘ring. Diareyaga alokador belgilar bo‘yicha bolaning axvoliga baxo berishni davom ettirishingizga xojat yo‘q. Ona xa deb javob bersa yoki bolasini diareya tufayli ambo‘latoriyaga olib kelganini aytgan bo‘lsa, uning javobini yozib oling. Sungra bolada suvsizlanish, cho‘ziluvchan diareya va dizenteriya belgilari bor. Yo‘qligini aniqlab, bilib oling.

SO‘RAB KO‘RING: Kanchadan beri?

14 kun vabundan ortik davom etib kelayotgan diareya — **cho‘ziluvchan diareyadir**. Javob berish uchun onaga vakt bering. Necha kun bo‘lganini aniq eslab olish uchun unga vakt kerakdir, balki.

SO‘RABKO‘RING: Axlatda qon bormi?

Shu diareya boshlanganidan beri axlatda qon paydo bo‘lganini ona sezganmi, so‘rabko‘ring.

Sungra, suvsizlanish belgilari bormi, tekshirib ko‘ring. Agar bola suvsizlangan bo‘lsa, avvaliga u bexalovat va ortikcha injik, serxarxasha bo‘lib ktoladi. Suvsizlanish davom etaveradigan bo‘lsa, letargik yoki bexush xolga tushadi. Bola tanasidan suyaklik Yo‘qolib borgan sayin ko‘zlari kirtaygandek bo‘lib ko‘rinishi mumkin. Teri burmasi tekshirib ko‘rilganida sekin yoki juda sekin tekislanadi.

Quyidagi belgilarni **KO‘RIB CHIKING VA BILIB OLING**:

Bolaning umumiy avoliga KARANG.

U letargik xolatda yoki bexush yotibdimi?

Bexalovat yoki ortikcha injikmi?

Umumiy xavf belgilari bor-yo‘qligini tekshirib ko‘rayotganiingizda bola letargik yoki bexush xolda yotganmi-Yo‘qmi, bilib olgan edingiz. Bola letargik yoki bexush xolda yotgan bo‘lsa, demak, unda umumiy xavf belgisi bor. Boladagi diareyani tasniflashda ushbu umumiy xavf belgisidan foydalaning. Bola xamma vakt yoki unga qo‘l tekkazilganida xar safar xalovatsizlanib, ortikcha injitlik kiladigan, serxarxasha bo‘lsa, unda “bezovta yoki betokatlik” belgisi bor. Bola onasini emayotgan maxalda tinch bo‘lsa-yu, lekin emizish tuxtatilishi bilan u yana bexalovat va ortikcha injik, serxarxasha bo‘lib kolsa, demak, unda “bexalovatlik va ortikcha injiklik” belgisi bor. Ko‘p bolalar tibbiy muassasaga kelib kolganlari uchungina injilik kilaveradi. Bunday bolalarni odatda tinchitish mumkin bo‘ladi. Ularda “bezovta yoki betokat” belgisi bo‘ladi.

AXAMIYAT BERING, ko‘zlari kirtayganmi?

Suvsizlanib kolgan bolaning ko‘zlari kirtaygandek bo‘lib ko‘rinishi mumkin. Uylab ko‘ring, mazko‘r xolni ko‘zlar kirtaygan deb xisoblay olasizmi. Keyin onasidan so‘rab ko‘ring, bolaning ko‘zlari odatdagidan boshqacha ko‘rinyapti, deb uylarmikin, u. Uning fikri bolaning ko‘zlari kirtayganligini tasdiklab olishingiz uchun Sizga yordam beradi.

Bolaga suyaklik BERIB KO‘RING.

Bola icha olmaydimi yoki yomon ichadimi?

Yutoqib ichadimi, chankokmi?

Bolaga piyola yoki koshikdan suv berib ko‘rishni onasiga taklif eting. Bolaning kanday suv ichishini ko‘zating. Bolaga suyaklik berib ko‘rilganida u icha olmaydi,

sura olmaydi yoki yuta olmaydi. Masalan, u letargik xolatda yoki bexush bo'lib yottani uchun icholmaydi. Bola zaiflashib kolgan va birovning yordamisiz suyulik icha olmaydigan bo'lsa, u suyulikni yaxshi ichmaydi. U ogziga solib quyilgan suyulikni yutishi mumkin, xolos. Bolaning chankab kolgani aniq bo'lsa, unda oshikpb ichish, chankash belgisi bor, deb xisoblanadi. Bolaga suv berib ko'rganingizda u piyola yoki qoshiqqa talpinadimi, karab ko'ring. Suv olib quyiladigan bo'lsa, bola yana ichmokchi bo'lib, yiglaydi. Bola suyulikni Faqat uzining talabiga karab ichadigan va ortikcha ichishni istamaydigan bo'lsa, unda "oshikib ichish, chankash belgisi" Yo'q.

Kornida teri burmasi tekislanish reaksiyasini TEKSHIRIB KO'RING.

Teri burmasi: juda sekin (2 sekunt dan ortik) tekislanadimi? Sekin tekislanadimi?

Tekshirish stoliga bolani chalkancha yotkizib quyishni onasidan iltimos qiling, bolaning qo'l lari tanasi buylab uzatilgan (boshi ustida turmaydigan) va oyoklari rostlangan bo'l sin. Yoki onasidan bolani tizzaga olib gavdasini tik tutib turishini iltimos qiling. Bola kornining kindigi bilan korin yon devori urtasidagi joyini tanlang. Teri burmasi tekislanish reaksiyasini tekshirib ko'rish uchun bosh barmok bilan Ko'rsatkich barmokni ishlatib. Barmok uchlaridan foydalanmang, chunki bu og'ri kka sabab bo'l ishi mumkin. Qo'l ni shunday quyinki, toki teri burmasi bolaning tanasiga kundalangiga emas, balki parallel xolda tushadigan bo'l sin. Terining xamma kavatlari va teri osti tukimasini yaxshilab ushlab oling. Terini 1 sekund davomida burib turib, keyin qo'yib yuboring. Teri burmasini qo'yib yuborganingizdan keyin terining tekislanishi reaksiyasini tekshiring, teri:

- juda sekin (2 sekunt dan ortik) tekislanadi;
- sekin tekislanadi;
- darxol tekislanadi.

DIAREYANI TASNIFLANG ⁷

Diareyani tasniflash uchun uchta tasnif jadvali bor.

- * Diareya bilan og'ri gan bolalarning xammasi suvsizlanish darajasi 6uyicha tasniflanadi.
- * Bolada diareya 14 kun va bundan ortik davom etayotgan bo'lsa, bolani cho'ziluvchan diareya bo'yicha tasniflang
- * Bolaning axlatida qon bo'lsa, bolani dizenteriya bo'yicha tasniflang.

SUVSIZLANISHNI TASNIFLANG

Diareya bilan og'ri gan bolalardagi suvsizlanish darajasini tasniflash uchun uch xil tasnif bo'l ishi mumkin:

- OG'IR SUVSIZLANISH
- URTACHA SUVSIZLANISH
- SUVSIZLANISH YO'Q

⁷VOZ.Jeneva. Rekomendatsii YUNISEF. Tashkent -2013. Moduli obucheniya

Boladagi suvsizlanish darajasini tasniflash uchun ishni pushti (yoki ustki) katordan boshlang. - Agar bolada pushti katordagi belgilarning ikkitasi yoki bundan ko‘ra ko‘progi bo‘lsa, uning kasalligini OG‘IR SUVSIZLANISH deb tasniflang.

- Agar bolada belgilarning ikkitasi yoki bundan ko‘ra ko‘progi bo‘l masa, sarik (yoki urta) katorga karang. Agar belgilarning ikkitasi yoki bundan ko‘ra ko‘progi bo‘lsa, bolaning kasalligini o‘RTACHA SUVSIZLANISH deb tasniflang.

- Agar bolada sarik katordagi belgilarning ikkitasi yoki bundan ko‘ra ko‘progi bo‘l masa, bolaning axvolini SUVSIZLANISH YO‘Q, deb tasniflang. Bunday bolaning axvolini o‘RTACHA SUVSIZLANISH deb tasniflash uchun belgilar yetarli emas. Ana shunday bolalarning ba‘zilarida suvsizlanishga xos bitta belgi bo‘l ishi yoki suvsizlanish belgilarisiz suyaklik Yo‘qotish xodisasi ko‘rilishi mumkin.

Quyida xar bir suvsizlanish tasnifining bayoni keltiriladi.

OG‘IR SUVSIZLANISH

Agar quyidagi belgilar — letargik yoki bexush, ko‘zlari kirtaygan, suyaklikni icholmaydi yoki yomon ichadi, teri burmasi juda sekin tekislanadi, degan belgilarning ikkitasi bolada bo‘lsa, undagi suvsizlanishni OG‘IR SUVSIZLANISH deb tasniflang.

Davosi

Suvsizlanib kolgan bolalarning xammasi qo‘shimcha suyaklik olishga muxtoj bo‘ladi. OG‘IR SUVSIZLANISH deb tasnif berilgan bola darhol suyaklik olishga muxtoj. Venadan suyaklik yuborishni buyuring. Og‘ir darajada suvsizlanib kolgan bolaga suyakliklarni kanday kilib berish kerakligi DAVOLANGsxemasining “ V rejasida keltirilgan.

O‘RTACHA SUVSIZLANISH.

Bolada OG‘IR SUVSIZLANISH belgilari bo‘l masa, keyingi katorga karang. Bolada o‘RTACHA SUVSIZLANISH belgilari bormikin? Agar quyidagi belgilar — bezovta yoki betokat, ko‘zlari kirtaygan, suyaklikni oshikib ichadi, chankok, teri burmasi sekin rostlanadi degan belgilarning ikkitasi yoki bundan ko‘ra ko‘progi bolada bo‘lsa, undagi suvsizlanishni o‘RTACHA SUVSIZLANISH deb tasniflang.

Davosi

O‘RTACHA SUVSIZLANGAN bola suyaklik va ovkatga muxtoj bo‘ladi. Bolani ORV eritmasi bilan davolant. o‘RTACHA SUVSIZLANGAN bola suyaklikka qo‘shimcha ravishda ovkatga xam muxtoj bo‘ladi. Emizib bokiladigan bolani emizib borishda davom etish kerak. Boshqa bolalar uzlari odatda ichib turadigan sutlari yoki boshqa tuyimli ovkatlarini ORV yordami bilan davolashdan keyin 4 soat utkazib turib olishlari lozim.

SUVSIZLANISH YO‘Q

Bolada na pushti, na sarik katordagi belgilardan ikkitasi yoki bundan ko‘progi bo‘l masa, bunday bolaga SUVSIZLANISH YO‘Q deb tasnif beriladi.

Davosi

Bunday bola suvsizlanishning oldini olish uchun qo‘shimcha suyaklikka muxtoj bo‘ladi. SUVSIZLANISH YO‘Q deb tasniflangan bola uyda davolanishga muxtoj. Quyida uyda davo qilishning Z ta koidasi keltirilgan:

1. Qo‘shimcha suyakliklxar berish.
2. Ovkatlantirishni davom ettirib borish.

Z. Kaysi maxalda bolani tibbiy muassasaga olib borish lozimligini bilish kerak. Bolaga kanday suyukliklarni va kanday xajmda berib turish zarurligini onasiga urgatish “A reja: diareyani uy shxaroitida davo qiling”. SUVSIZLANISH YO‘Q deb tasniflangan bola ovatga xam muxtoj bo‘ladi, onasi esa, kaysi maxalda bolani yana tibbiy muassasaga olib kelish kerakligi xususidagi maslaxatga muxtojdir. Bolani ovkatlantirish tugrisidagi tavsiyalar va kaysi maxalda uni yana tibbiy muassasaga olib kelish kerakligi xakidagi axborot ONAGA MASLAXAT BERING sxemasida keltirilgan.

Bu mashkda Siz diareya bilan og‘ri gan bolalardagi suvsizlanishni baxolash va tasniflashni mashk kilasiz. diareya bilan og‘ri gan bolalarning quyidagi kasallik tarixlarini ko‘rib chiking.

Misol: Ozod ismli bolada diareya 5 kundan beri davom etadi. Uning axlatida qon yo‘qBola ortik darajada injik. Ko‘zlari kirtayib ketgan. Ota-onalari xam bolaning ko‘zlari kirtayib koldi, deb xisoblashadi. Tibbiy xodim bolaga biroz suv berib ko‘rdi, bola suvni yutoqib ichadi. Tibbiy xodim bolaning kornida teri burmasining tekislanish reaksiyasini tekshirib ko‘rdi — teri burmasi sekinlik bilan tekislanadi.

Boladagi suvsizlanish tasnifini Siz kanday tanlaganingizni ko‘rsatish uchun undagi belgilarni tasnif jadvalida o‘rab quyung.

CHO‘ZILUVCHAN DIAREYANI TASNIFLANG

Agar diareya bolada 14 kun va bundan ortik davom etib kelayotgan bo‘lsa, undagi suvsizlanish darajdasini tasniflab bo‘lganingizdan keyin bolaning axvolini cho‘ziluvchan diareya bo‘yicha baxolang. Cho‘ziluvchan diareyaning ikkita tasnifi bor:

- OG‘IR CHO‘ZILUVCHAN DIAREYA
- CHO‘ZILUVCHAN DIAREYA

OG‘IR CHO‘ZILUVCHAN DIAREYA⁸

Agar diareya bolada 14 kun va bundan ortik davom etib kelayotgan bo‘lsa-yu, unda o‘RTACHA yoki Og‘ir suvsizlanish xam bo‘lsa, bolaning kasalligini OG‘IR CHO‘ZILUVCHAN DIAREYA deb tasniflang.

Davosi

Diareyasi 14 kun va bundan ortik davom etib kelayotgan, buning ustiga suvsizlanib xam kolgan bolalar kasalxonaga yuborishga MUXTOJ bo‘l ishadi. Bunday bolalar vujudidan suyulik Yo‘qolishining oldini olish uchun aloxida e‘tibor berib karashga muxtojdirlar. Ular ovkatni uzgartirishga xam MUXTOJ bo‘l ishadi. Diareya sabablarini aniqlab olish uchun ular axlatini laboratoriyada tekshirib ko‘rish xam zarur bo‘l ishi mumkin.

Agar bolada boshqa Og‘ir tasnif bo‘l masa, bolani kasalxonaga yuborishdan oldin undagi suvsizlanishga davo qiling. Og‘ir kasal bolalardagi suvsizlanishga davo qilish kiyin bo‘l ishi mumkin. Bunday bolalar darxol kasalxonaga yuborilishi kerak.

⁸VOZ.Jeneva. Rekomendatsii YUNISEF. Tashkent -2013. Moduli obucheniya

CHO‘ZILUVCHAN DIAREYA

Bolada diareya suvsizlanish belgilari bo‘l masdan 14 kun yoki bundan ortik davom etib kelayotgan bo‘lsa, bunday kasallik CHU3ILUVCHAN DIAREYA deb tasniflanadi.

Davosi

Cho‘ziluvchan diareyaning eng MUXIM davosi aloxida parhezdir. Cho‘ziluvchan diareyada bolani ovkatlantirishga doir yo‘l-yuriklar Onaga maslaxat bering bo‘l imida tushuntirib utilgan.

DIZENTERIYANI TASNIFLANG

Dizenteriyaning Faqat bitta tasnifi bor:

* DIZENTERIYA

DIZENTERIYA diareya bilan og‘ri gan va axlatida qon bo‘lgan bolaning kasalligini DIZENTERIYA deb tasniflang.

DAVOLASH

A REJA: DIAREYANI UYDA DAVOLANG

Onaga uy sharoyatida davolashning Z koyadasi bo‘yicha maslaxat bering: Qo‘shimcha suyuqliklar berish, ovkatlantirishni davom ettirish, Bola bilan kachon kaytish lozimligini bilish.

1. QO‘SHIMCHA SUYUKLIKLAR BERISH (bola kancha icha olsa, shuncha miqdorda)

ONASIGA AYTING:

— Ko‘krak bilan tez-tez xar safar uzok vakt emizing.

— Bola Faqat emayotgan bo‘lsa, unga Ko‘krak sutiga qo‘shimcha ravishda ORV yoki toza suv beriig

— Bola Faqat Ko‘krak suti bilan bokilmayotgan bo‘lsa, unga quyidagi suyuqliklardan bittasini yoki bir nechtasini bering: ORV eritmasi, oziq maxsulotlari negizidagi suyuqliklar (shurva, guruch kaynatmasi, sut, nordon sut maxsulotlari, kefir, ayron, biolakt), yoki toza suv.

ORV suyuqligini berish ayniksa quyidagi xollarda muxim:

- Bola ushbu tashrifi vaqtida B yoki V Reja bo‘yicha davo olgan bo‘lsa.

— diareya kuchayib ketgan vaktida bola bilan ambo‘latoriyaga kaytishning iloji bo‘lmasa.

ONANI ORV-ni ERITISH VA BERISHGA URGATING. ONAGA UYDA ISHLATISH UCHUN 2 PAKET ORV BERING ONAGA, ODATDAGI MIQDORGA QO‘SHIMCHA KANCHA SUYUKLIK BERISHNI KO‘RSATING:

2 yoshgacha xar bir suyak axlatdan so‘ng 50 - 100 ml

2 yosh va undan kattalarga xar bir suyak axlatdan so‘ng 100 - 200 ml

Onaga aytig:

— Suyuklikni idishda tez-tez, qo‘l tumlatib bersin.

— Bola kayt kilsa, 10 minut kutib turib, so‘ng asta-sekin davom ettirsin — diareya to‘liq tuxtamaguncha qo‘shimcha suyaklik berishni davom etsin.

2.Ovkatlantirishni davom ettirish

3. Bola bilan kachon kaytish lozimligini bilish.

B REJA: o'RTACHA SUVSIZLANISHNI ORV YERDAMIDA DAVOLANG

Taklif etilgan ORV miqdorini 4 soat davomida bering.

Birinchi 4 soat ichida berilishi lozim bo'lgan ORV miqdorini aniqlang

Yoshi	4 oylikkacha	4 oylikdan	12 oylikdan	2 yoshdan 5 yoshgacha
VAZNI	<6 kg	b —<10 kg	10 -<12 kg	12- 19 kg
ML da	200-400	400-700	700-900	900-1400

- Bolaning vazni noma'lum bo'lganda, yoshidan foydalaningning. ORV-ning taxminiy miqdorinibola vaznini (kg-da) 75 ga ko'paytirib xam topish mumkin.
- Bola jadvaldagidan ko'proq ORV ichgisi kelsa, ko'proq bering.
- 6 oylikdan kichik bo'lgan, Ko'krak suti emmaydigan bolalarga shu vakt ichida (4 soat), shuningdek 100 — 200 ml toza suv xam bering.

>ONAGA ORV-ni BOLAGA KANDAY BERISHNI KO'RSATING.

Suyukdikni idishda tez-tez kumtumlatib berish.

- Bola kayt kilsa, 10 minut kutib turib, so'ng asta-sekin davom ettirish. "Bolani xoxlagan paytda emizish.

➤ 4 SOATDAN SUNG:

- • Bola axvolini kayta baxolang va suvsizlanish darajasini tasniflang.
- davolashni davom ettirish uchun tugri keladigan rejani tanlaig.

➤ • Bolani ovkatlantirishni ambo'latoriyada boshlang.

➤ ONA DAVOLASH TUGAGUNCHA AMBO'LATORIYANI TARK ETISHGA MAJBUR BO'LSA:

➤ • ORV eritmasini uyda kandy tayyorlashni ko'rsating.

➤ • Uy sharoitida 4 soatlik davolashni yakunlash uchun bola kancha ORV berish zarurligini ko'rsating. Regidratatsiyani tugallash uchun zarur bo'lgan miqdorda ORV paketlarini beriig. Shuningdek A Rejada taklif etilgandek 2 paket ORV bering.

➤ • Onaga uy sharoitida davolashning Z koidasini tushuntiing:

➤ 1. QO'SHIMCHA SUYUKLIKLAR BERISH

➤ 2. OVKATLNISHNI DAVOM ETTIRISH

➤ Z. BOLA BILAN KACHON KAYTISH LOZIMLIGINI BILISH.

V REJAJ: OG'IR SUVSIZLANISHNI TEZ DAVOLANG

SHU YERDAN BOSHLANG

Vena ichiga suyuklik yuborishni zudlik bilan boshlay olasizmi?

XA bo'lsa

- Vena ichiga suyulik yuborishni zudlik bilan boshlang. Bola suyuklik icha olsa, venaga suyuklik yuborish bilan birga **ORV** ichishga beriig. Ringer-Lokk eritmasini yoki fiziolognk eritmani 100 ml/kg xajmida quyidagicha yuborint:

YOSHI	Avval 30 ml/kg bering	Sungra 70 ml/kg bering
1 yoshgacha bo'lgan bolalar (12 oylikdan kichik)	1 soatda	5 soatda
1 yoshdan katta bolalar (12 oylikdan 5 yoshgacha)	30 minutda	2,5 soatda

- Pulsianiqlanmasa yoki sust bo'lsa kaytariig.
- Bolaning axvolini xar 1-2 soatda baxolab turing. Gidratatsiya **axvoli** yaxshilanmasa vena ichiga yuborishni tezlashtiring.
- Bola icha olishi bilanok ORV bering (taxminan 5 ml/kg/soat): Odatda 3-4 soatdan so'ng (1 yoshgacha bolalar) yoki 1-2 soatdan so'ng (1 yoshdan katta bolalar).
- Ko'krak yoshidagi bolaniig axvolini 6 soatdan sung, 1 yoshdan katta bolaning axvolini esa Z soatdan so'ng kayta baxolang. Suvsizlanish darajasini aniqlang.

Yaqin orada vena ichiga suyaklik yuborish mumkinmi: (30 min oraliqida) **xa javobi bo'lsa** unda bolani zudlik bilan vena ichiga quyish uchun yuboring. Bola icha olsa onasiga ORV eritmasini bering va yo'lda qo'l timlab, tez tez ichirishni ayting.

Agar **yo'k javobi bo'lsa**, regidratatsiya uchun nazogastral (**Ng**) eonddan foydalanishni bilasizmi? degan savolga xa javobi bo'lsa

- **ORV** eritmasi bilan regidratatsiyani zond orqali yoki (og'izorqali) boshlang: **6** soat mobaynida 20 ml/kg/Soat miqdorida bering (xammasi bo'lib 120 ml/ kg)
- Bola axvolini kayta xar 1-2 soatda baxolab turing: — Bolada kayt qilish yoki korin shishi kuchaysa, suyaklik berishni sekinlashtiring. — 3 soatdan so'ng gidratatsiya xolati yaxshilanmasa, bolani vena ichiga davolash uchun yuboring.
- Bolannng axvolini 6 soatdan so'ng kayta baxolaig. Suvsizlanish darajasini tasniflang. so'ng davolashni davom ettirish uchun mos rejani (**A, B** yoki **V**) tanlang.

Bola icha oladimi? Degan savolga **Yo'q javobi bo'lsa, ZUDLIK** bilan vena ichiga yoki nazogastral zond bilan suyaklik yuborish uchun statsionarga yuboring.

BKIUOB(ICATT). Oziqlanishning buzilishi bo'lgan bolalar, to'g'ri ovqatlanish bo'yicha maslaxat berish (Ko'krak suti bilan boqish, qo'shimcha ovqatlantirish, 2 yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish). (JSST tavsiyalari)

Oziqlanishning buzilishi yoki kamqonlikka bolalarning **HAMMASINI** tekshirib ko'ring. Bola birdan kasal bo'lib qolgani uchun onasi uni ambulatoriyaga olib kelgan bo'lishi mumkin. Bolada oziqlanishning buzilishi yoki kamqonlikka ishora qiladigan o'ziga xos belgilar bo'lmasligi mumkin. Bemor bolada oziqlanishning buzilishi bo'lishi, lekin tibbiy xodim yoki oiladagi kishilar bu muammolarni sezmasliklari mumkin.

Oziqlanishi buzilgan bolada talaygina kasalliklar boshlanishi va o'lim xavfi kata bo'ladi. Oziqlanish yengil va o'rtacha darajada buzilgan bolalarda ham o'lim xavfibirmuncha yuqori bo'ladi.

Oziqlanishi buzilgan bolalarni aniqlab olish va davolash ko'pgina **OG'IR** kasalliklarva o'limning oldini olishga yordam berishi mumkin. Oziqlanish buzilishining ba'zihollariga uy sharoitlarida davo qilsa bo'ladi. **OG'IR** hollar bolani maxsus ravishdaalohida ovqatlantirish, oziqlanishning buzilishiga olib keladigan (masalan, silsingari) kasallikka maxsus davo qilish uchun kasalxonaga yuborishni talab qiladi.

Oziqlanishning buzilishiga olib keladigan sabablar: Oziqlanish buzilishining birnechta sabablari bor. Bular turli mamlakatlarda turlicha bo'lishi mumkin.

Oziqlanish buzilishining turlaridan biri – **ovqatda oqsillar va quvvatberadigan, yaxshi energetik moddalar** yetishmasligidan kelib chiqadigan o'zgarishlardir. Bu xildagi o'zgarishlar bola o'z organizmining ehtiyojlarini qondirish uchun yetarli miqdorda oqsillar va energiyani ovqatdan ololmaydigan mahallarda boshlanadi. Bunday o'zgarishlar tez-tez kasal bo'lib turadigan bolalarda ham boshlanishi mumkin. Bolaning ishtahasi pasayib ketadi va yegan ovqati o'ziga singmay qoladi. Bolada oqsillar va energetik moddalar yetishmasligidan kelib chiqadigan o'zgarishlar boshlansa: Bola juda ozib ketishi, unda marazm belgilari bo'lishi mumkin.

· Bolaning butun badani shishib, kvashiorkor belgisi paydo bo'lishi mumkin.

· Bola yaxshi rivojlana olmasligi, bo'yining o'sishi sekinlashib, juda past bo'lib qolishi mumkin.

Bolaning ovqatida zarur vitaminlar va mineral moddalar tavsiya etiladigan hajmda bo'lmagan vaqtlarda ham bolada ovqatlanishga aloqador o'zgarishlar boshlanishi mumkin. Bola vitaminlarni (masalan, vitamin A) yoki mineral moddalarni (masalan, temir singari moddalarni) yetarli miqdorda olib turmasligi mumkin.

- Bola tarkibida vitamin A bo'ladigan ovqatdan yemasa, bu – organizmda vitamin yetishmasligiga olib kelishi mumkin. Organizmda vitamin A yetishmaydigan bolada qizamiq va diareyadan o'lish xavfi yuqori bo'ladi. Bunday bolaning ko'ziko'r bo'lib qolishi ham mumkin.

- Bola temir moddasiga boy ovqat yeb turmaydigan bo'lsa, organizmda temir yetishmovchiligi boshlanib, kamqonlikka olib kelishi mumkin.

- **Kamqonlik** - qizil qon tanachalari sonining kamayib ketishi va qonda gemoglobin hajmining ozayib qolishi bilan ta'riflanadigan kasallikdir.

Infeksiya ham bolada kamqonlik boshlanishiga olib keladigan sabablardan bir bo'la oladi.

OZIQLANISHNING BUZILISHI VA KAMQONLIKNI BAHOLANG⁹

Quyida *BAHOLANG VA TASNIFLANG* sxemasidagi «Baholang» ustunchasining bir qismi keltirilgan. Unda bolaning ahvolini oziqlanishning buzilishi va kamqonlik bo'yicha qanday baholash kerakligi tasvirlanadi.

TEKSHIRIB KO'RING, OZIQLANISHNING BUZILISHI BORMI?

QARAB, PAYPASLAB KO'RING

- Og'ir ozg'inlik belgilari bormi?
- Ikkala oyoq panjalarida shish bormi?
- Vazni yoshiga mosligini aniqlang.

QARAB KO'RING, bolada ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik belgilari bormi?

Yetarlicha to'yib ovqatlanmaslikning o'tkir darajadagi muayyan klinik belgilarini bolani vaznini tortishdan avval yechintirish jarayonida aniq kuzatish

⁹Bolalar kasalliklarni integrirlashgan usulda olib botish (JSST Tavsiyalari)- Tashkent.-2013 . -92-96 bet

mumkin. Buborada kexeksiya va bolalar pellagrasi belgilarini aniqlash muhim ahamiyatga ega, chunki ular kechiktirib bo'lmaydigan ixtisoslashtirilgan parvarishga, jumladan, maxsus ovqatlanish tartibiga, har tomonlama kuzatuvga, antibiotiklarga va boshqadavolash muolajalariga muhtoj bo'ladi. Bu kabi belgilar mavjud bo'lgan bolalar vaznidan qat'iy nazar shoshilinch davolash va parvarish uchun yuborilishi zarur.

· Kaxeksiya: yetarlicha, to'yib ovqatlanmaslikning o'tkir darajadagi ushbu shaklida, bola nihoyatda ozib ketgan ahvolda bo'lib, mushaklar va yog' o'qimalarini yo'qotish tufayli «teri va suyak» ko'rinishida bo'lib qoladi. Bolaning yuzidagi teri osti yog' qatlami kamaygani tufayli yuzi qariyalarning yuziga o'xshab qoladi, lekin ko'zlaribezovta ko'rinadi. Qovurg'alari ham aniq ko'rinib turadi. Dumba va sonlarining terisi, bola xuddi «qopsifat shim» kiyib olgandek, qatlam-qatlam bo'lib osilib qoladi. Yoshiga nisbatan vazni va bo'yiga nisbatan vazni nihoyatda past bo'ladi.

Bolalar pellagrasi – yetarlicha, to'yib ovqatlanmaslikning juda og'ir darajadagi ushbu shaklida, bolaning mushaklari atrofiyaga uchraydi, lekin o'ta ozg'inlik bolaning

QARAB, PAYPASLABKO'RING

- Og'ir ozg'inlik belgilari bormi?
- Ikkala oyoq panjalarida shish bormi?
- Vazni yoshiga mosligini aniqlang.

Umumiy shishgani sababli ko'zga tashlanmasligi mumkin (to'qimalarda ortiqchasuyuqlik to'planishi natijasida yuzaga kelgan shish). Bola odamovi bo'lib qoladi, injiqlik qiladi, ko'rinishi kasalmand bo'lib, ovqat yemaydi. Yuzi dumaloq (shishganisababli) va sochlari ingichka, siyrak va ayrim hollarda rangsiz bo'ladi. Terisidasimmetriya holatidagi rangsiz teri bo'lakchalari kuzatiladi va keyinchalik terisi po'stashlaydi. Pellagra kasalligi bilan og'irigan bola odatda yetarli vaznga ega bo'lmaydi, lekin shish haqiqiy vazni yashirishi mumkin (keyingi betda ikkala oyoqning shishiniqarang).

Kaxeksiya va pellagrani birga kechishi. Bolalar pellagrasi va kaxeksiya ikki xil holatdagi kasalliklardir, lekin ular tarqalgan jamoatlarda, juda og'ir darajadagi yetarlicha ovqatlanmaslik hollarida ikkala holatning belgilari yuzaga keladi. Masalan, bola kaxeksiya holatlarida kuzatiladigan nihoyatda ozg'in bo'lishi mumkin, shu bilan birga bolalar pellagrasi hollarida uchraydigan teri va soch o'zgarishi yokishishlar paydo bo'lishi bilan birga namoyon bo'lishi mumkin. Ko'zga tashlanadigan darajada ozib, holdan toygan bolada marazm oziqlanish buzilishining og'ir xili bo'ladi. Bunday bola juda ozg'in, teri osti yog' qatlami yo'qolib ketgan bo'ladi, u «qoq suyakdek» bo'lib ko'rinadi. Ba'zi bolalar ko'zga ozg'in bo'lib ko'rinadiyu, lekin ularda ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik alomatlar bo'lmaydi. Baholashning bu bosqichi ko'zga tashlanadigan, og'ir darajada holdan toygan, tezlik bilan davolash va kasalxonaga yuborishga muhtoj bo'lgan bolalarni aniqlab olishda Sizga yordam beradi. Ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik alomatlarini topish uchun bolaning kiyimlarini yeching. Yelka, qo'l, dumba va oyoqlarning muskullari madorsizlanib qolganmi-yo'qmi, razm soling. Qarab ko'ring, bola qovurg'alarining

chetlari aniq ko'zga tashlanadimi? Bolaning sonlarini ko'zdan kechirib ko'ring. Ular bolaning ko'kragi yoki qorniga nisbatan olib ko'rilganida kichik bo'lib ko'rinishi mumkin. Bolaga yon tomonidan qarab, dumbalarida teri osti yog' qatlami bor-yo'qligini tekshirib ko'ring. Bola haddantashqari ozib ketgan bo'lsa, dumbalari bilan sonlarida teri burmalari ko'p bo'ladi. Bola go'yo xalpillab turadigan ishton kiyib olgandek bo'lib ko'rinishi mumkin. Bolaning qorni katta yoki shishib chiqqan bo'lishi mumkin.

TEKSHIRIB KO'RING, KAMQONLIK BORMI?

QARAB, PAYPASLAB KO'RING

Ko'ring,

- Qo'l kaftlarining oqligi bormi?

Bor bo'lsa, uning darajasi:

-Yaqqolmi?

-O'rtachami?

QARAB KO'RING, qo'l kaftlarining oqligi bormi?

Teri rangining oqarib turgani odatda kamqonlik belgisidir. Qo'l kaftlarining oqarib qolganini aniqlash uchun bolaning kaftlariga nazarsoling. Bolaning qo'l kaftini yon tomonidan sal ushlab turib, oching. Barmoqlarini orqaga qayirmang. Bu qon kelishini to'xtatib qo'yib, kaft rangining oqarib qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Kaft terisi oqargan yoki oppoq bo'lib ko'zga tashlanadigan bo'lsa, bolaning qo'l kaftlari sezilarli darajada oqargan deb hisoblanadi

QARAB va PAYPASLAB KO'RING, ikkala oyoq panjalarida shish bormi?

Ikkala oyoq panjalarida shishi bor bolada oziqlanish buzilishining boshqa birxili, kvashiorkor bo'lishi mumkin*. Shish bolaning to'qimalarida odatdagidankop miqdorda suv to'planib qolganida paydo bo'ladi. To'qimalar suvga to'lishibqoladi va shishib qolgan yoki kerkib turgandek bo'lib ko'rinishi mumkin.

Bolaning ikkala oyoq panjalarida shish bormi, qarab va paypaslab ko'ring. Harbir oyoq panjasining ustiga qo'lingizning bosh barmog'i bilan bir necha sekunddavomida ohista bosib turing. Bosh barmog'ingizni olganingizdan keyinbolaning oyoq panjasida chuqurcha qoladigan bo'lsa, demak, bu bolada shish bor.

Kaxeksiya, bolalar pellagrasi yoki ikkala oyoq panjalarida shish bor bolani ixtisoslashtirilgan parvarishga yuboring

Kvashiorkorning ko'p uchraydigan boshqa belgilari sochlarning ingichka, siyrak varangsiz, oson to'kiladigan bo'lib qolishi, terining ayniqsa qo'l va oyoqlardaquuruqlashib, po'st tashlab turishi, yuzning shishib ketishi yoki oysimon bo'libqolishidir

Vaznning yoshga nisbatan mosligi

Bolaning vazni yoshiga to'g'ri kelish-kelmasligini aniqlash uchun uning vaznini shuyoshdagi boshqa bolalarning Vazniga solishtirib ko'rish zarur.

Siz vaznining yoshga nisbatini vaznning yoshga to'g'ri kelish-kelmasligini ko'rsatadigansxemadagi egri chiziqdan pastda turuvchi bolalarni aniqlab olishingiz kerak bo'ladi.

Shunday bolalarning vazni ularning yoshi uchun kam deb hisoblanadi.

Endi Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining vaznning yoshga mosligini ko'rsatadigansxemasini o'rganib chiqing.

Bolaning vazni yoshiga mosligini aniqlash uchun:

Vazni yoshga nisbatan mosligi bolaning vazni kam yoki juda kam yetishmasligini aniqlash uchun foydalaniladi. Ushbu Ko'rsatkich boladagi ortiqcha vazn yoki semizlikni tasniflash uchun foydalanilmaydi. Vazni aniqlash oson bo'lgani uchun undan ko'pholatlarda foydalaniladi, biroq bolani yoshini aniqlash qiyin bo'lganda bu Ko'rsatkichga ishonch kam bo'ladi.

Eslatma: Agar bolaning ikkala oyoq panjalarida shish bo'lsa, bolaning og'irligini oshirib ko'rsatadi va juda kam vazn holatini yashiradi. Bolaning o'sish va rivojlanish kartasiga vazn-bo'y va vaznning yoshga nisbatan mosligini ko'rsatuvchi ma'lumotlarni va oyoq panjalrida shishborligini yozib qo'ying. Bu bola to'g'ridan - to'g'ri vazni juda kam bolalar toifasiga kiradi va alohida parvarishga muxtoj.

Uch xil turdagi yosh (tug'ilishdan - 6 oygacha, 6 oydan -2 yoshgacha va 2 yoshdan - 5 yoshgacha) va alohida o'g'il bolalar va alohida qiz bolalar uchun vazni yoshga nisbatan moslik egrichizig'i keyingi betlarda keltirilgan.

Har bir ushbu holatlardagi egri chiziqlarda X o'qi bolaning yoshini bildiradi, Yo'qida esa vazn kg larda ko'rsatilgan. 0-3 oygacha bo'lgan bolalar uchun yosh to'liq haftalarda ko'rsatiladi. 3 oydan 12 oygacha bolalarda to'liq oylarda va 1 yoshdan kata bolalarda to'liq yil va oylarda ko'rsatiladi.

Vaznning yoshga nisbatan mosligini jadvalda foydalanish:

Gorizontal chiziqda (faqat ular orasida emas) to'liq haftalarni va oylarni yoki yil va oylarni belgilang. Vertikal chiziqda yoki ular orasida vazn Ko'rsatkichini kilogrammning o'ndan birigaxos aniqlikda masalan 7,8 kg qilib belgilang. Jadvaldagi bola yoshi va og'irligi chizig'ini tutashtiring va nuqtasini toping. Bunuqta "-2" egri chiziqdan pastdami, o'zidami yoki yuqoridami, aniqlang. Aniqlangan nuqta "-2" chizig'idan pastda bo'lsa bolada "kamvaznlik" bor, "-3" pastdabo'lsa bolada oziqlanishning og'ir buzilishi bor. Bunday bolalarda juda ozg'inlik belgilari yoki kvashiorkor (bolalar pellagras) bo'lishi mumkin. Ushbu "Vazni yoshga mosligi" jadvali vaznning yoshga mosligini medianaga ("0" raqamli chiziq) nisbatan taqqoslab beradi.

OZIQLANISHNING BUZILISHI HOLATINI TASNIFLANG

Bolada oziqlanish holati xususida uchta tasnif bor:

- OZIQLANISHNING OG'IR BUZILISHI
- KAMVAZNLIK
- KAMVAZNLIK YO'Q

§ Ko‘zga tashlanadigan og‘ir ozg‘inlik yoki § Ikkala oyoq panjalarida shish	OZIQLANISHNING OG‘IR BUZILISHI	Ø Gipoglikemiyaning oldini oling Ø ZUDLIK bilan kasalxonaga yuboring
§ Vazn yoshi uchun kam	KAMVAZNLIK	Ø Bolaning ovqatlanishini baholang va tavsiyaga muvofiq, ovqatlantirish bo‘yicha onaga maslahat bering Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytish lozimligini tushuntiring Ø Keyingi tashrif 14 kundan so‘ng
§ Vazni yoshi uchun mos va oziqlanishning buzilishi belgilari yo‘q	KAMVAZNLIK YO‘Q	Ø Bolaning yoshi 2 yoshga to‘lmagan bo‘lsa, uning ovqatlanishini baholang va tavsiyaga muvofiq, ovqatlantirish bo‘yicha onasiga maslahat bering - Agar ovqatlantirish bo‘yicha muammo bo‘lsa, keyingi tashrif 5 kundan so‘ng Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytish lozimligini tushuntiring

OZIQLANISHNING OG‘IR BUZILISHI

Bolada ko‘zga tashlanadigan og‘ir ozg‘inlik yoki ikkala oyoq panjasining shishi bo‘lsa¹⁰, uning kasalligini OZIQLANISHNING OG‘IR BUZILISHI deb tasniflang.

Davosi

OZIQLANISHNING OG‘IR BUZILISHI deb tasniflangan bolalarda pnevmoniya,diareya, qizamiq va boshqa og‘ir kasalliklar oqibatida o‘lim xavfi kattaroq bo‘ladi.Bunday bolalar zudlik bilan kasalxonaga yuborishga muhtoj bo‘ladi, kasalxonada ulardiqqat bilan olib boriladigan kuzatuv ostida davolanadi. Ular alohida parhezga,antibiotiklar bilan davolashga muhtoj bo‘lishlari mumkin. Bolada oldingipoglikemiyaning oldini olish uchun davo o‘tkazing.

¹⁰Ikkala oyog‘i shishib turgan bolalarda, masalan, nefrotik sindrom singari boshqa og‘ir kasalliklar bo‘lishi mumkin. Bunday kasalliklarni kvashiorkordan ajratib qo‘yishning zaruriyati yo‘q, chunki bunday bolalarni ham kasalxonaga yuborish kerak.

KAMVAZNLIK

Bolaning vazni yoshi uchun kam bo'lsa, uning kasalligini KAMVAZNLIK deb tasniflang.

Davosi

KAMVAZNLIK deb tasnif berilgan bolada og'ir kasalliklar boshlanib qolish xavfiyuqori bo'ladi. Bolaning ovqatlanishini baholang va *ONAGA MASLAHAT BERING* sxemasining OVQATLANISH ramkasiga muvofiq bolani ovqatlantirib borishmasalalari yuzasidan onaga maslahat bering.

Kamvazn bolani ham 14 kundan keyin takroriy marta tekshirib ko'rish kerak.

KAMVAZNLIK YO'Q

Bolada yoshi uchun vazni kamligi va ovqatlanish buzilganiga xos boshqa belgilarbo'lmasa, uning kasalligini KAMVAZNLIK YO'Q deb tasniflang.

Davosi

Bola 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, bolaning ovqatlanishini baholang va *ONAGA MASLAHATBERING* bo'limining OVQATLANISH darchasiga muvofiq bolani ovqatlantiribborish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering. 2 yoshga to'lmagan bolalardaovqatlanish muammolari paydo bo'lishi va oziqlanishning buzilish xavfi kattaroqyoshdagi bolalardagiga qaraganda ko'proq bo'ladi.

KAMQONLIK HOLATINI TASNIFLANG¹¹

Bolada KAMQONLIK holati xususida uchta tasnif bor:

Bolada KAMQONLIK holati xususida uchta tasnif bor:

Ø OG'IR KAMQONLIK

Ø KAMQONLIK

Ø KAMQONLIK YO'Q

§ Kaftlarining oqligi yaqqol	OG'IR KAMQONLIK	Ø ZUDLIK bilan kasalxonaga yuboring
§ Kaftlarining oqligi o'rtacha	KAMQONLIK	Ø Temir preparatlarini bering Ø Agar bolaning yoshi 1 yoshdan katta bo'lsava oxirgi 6 oy ichida degelmintizatsiyao'tkazilmagan bo'lsa, mebendazol bering Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytishlozimligini tushuntiring Ø Keyingi tashrif 14 kundan so'ng
§ Kaftlarining oqligi yo'q	KAMQONLIK YO'Q	Ø Bola 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, uning ovqatlanishini baholang va tavsiyaga muvofiq, ovqatlantirish bo'yicha onagamaslahat bering - Agar ovqatlantirish buyicha muammobo'lsa, keyingi tashrif 5 kundan so'ng Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytishlozimligini tushuntiring

¹¹Bolalar kasalliklarni integrirlashgan usulda olib botish (JSST Tavsiyalari)- Tashkent.-2013 . -102-114 bet

OG'IR KAMQONLIK

Bolada qo'l kaftlarining yaqqol oqarib turgani bo'lsa, uning kasalligini OG'IRKAMQONLIK deb tasniflang.

Davosi

OG'IR KAMQONLIK deb tasniflangan bolada pnevmoniya, diareya, qizamiq va boshqa og'ir kasalliklar oqibatida o'lib qolish xavfi yuqori bo'ladi. Bunday bolalar zudlik bilan kasalxonaga yuborilishi lozim. Ular qon quyib davolashga muhtoj bo'lishlar ham mumkin.

KAMQONLIK

Bolaning qo'l kaftlari o'rtacha oqish bo'lsa, uning kasalligini KAMQONLIK deb tasniflang.

Davosi

KAMQONLIK deb tasnif berilgan bolada og'ir kasalliklar boshlanib qolish xavfikatlar bo'ladi. Bolaning ovqatlanishini baholang va *ONAGA MASLAHAT BERING* sxemasining OVQATLANISH ramkasiga muvofiq bolani ovqatlantirib borish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering.

· Temir preparatlari yordamida bolani davolang. Agar bolani yoshi 1 yoshdan kata bo'lsa va oxirgi 6 oy ichida degelmintizatsiya o'tkazilmagan bo'lsa, mebendazol bering.

Qo'l kaftlari o'rtacha oqish bo'lib turgan bolaning onasiga bolani takror marta ko'rish uchun 14 kundan keyin yana kelish zarurligini tushuntiring.

KAMQONLIK YO'Q

Bolaning kaftlarida oqarganlik belgilari bo'lmasa KAMQONLIK YO'Q deb tasniflang.

Davosi

Bola 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, bolaning ovqatlanishini baholang va *ONAGA MASLAHAT BERING* bo'limining OVQATLANISH darchasiga muvofiq bolani ovqatlantirib borish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering. 2 yoshga to'lmagan bolalarda ovqatlanish muammolari paydo bo'lishi va oziqlanishning buzilish xavfi yuqori yoshdagi bolalardagiga qaraganda ko'proq bo'ladi.

BOLANI TO'G'RI HOLATDA TUTIB, KO'KRAK BERISH¹² (JSST TAVSIYALARI)¹³

Bolaning ko'krakka noto'g'ri tutilishi va yaxshi emalmasligining sabablari: Bolaning ko'krakka NOTO'G'RI tutilishi va yaxshi emalmasligiga bir necha sabab bor. Bolani, ayniqsa, tug'ilganidan keyingi dastlabki bir necha kun davomida shishachadan ovqatlantirishgan bo'lishlari mumkin. Onasi bola emizish yuzasidan yetarli tajribaga ega bo'lmasligi mumkin. Unda qanday bo'lmasin qiyinchiliklar yuzaga kelganu, hech kim unga yordam yoki maslahat berolmagan bo'lishi mumkin. Masalan, bola kichkina yoki zaif yoki onasiko'kragining uchlari yassi bo'lishi yoxud bolani emizishga kech kirishilgan bo'lishi mumkin. Bola onasining ko'kragiga nisbatan NOTO'G'RI holatda tutilgan bo'lishi mumkin.

¹²Bolalar kasalliklarini integrirlashgan usulda olib botish (JSST Tavsiyalari) - Tashkent. -2013. -47-52 bet

¹³VOZ. Jeneva. Rekomendatsii YUNISEF. Tashkent -2013. Moduli obucheniya

Bolaningholati juda muhim, chunki bola holatining NOTO‘G‘RI bo‘lishi ayniqsa ilk bosqichlarda, aksari bolaning ko‘krakni yaxshi ololmay qolishiga sabab bo‘ladi. Bola TO‘G‘RI holatdatutiladigan bo‘lsa, bolaning ko‘krak olishi ham, har qalay, yaxshi bo‘ladi.

Bolaning TO‘G‘RI holati quyidagi belgilarga qarab aniqlanadi:

- Bolaning boshi TO‘G‘RI tutilgan yoki salgina orqaga engashgan.
- Bolaning tanasi onasi tomonga o‘girilgan.
- Bolaning tanasi onasining tanasiga yaqin turadi va
- Onasi bolaning butun tanasini tutib turadi.

Bolaning NOTO‘G‘RI holati quyidagi belgilardan birortasiga qarab aniqlanadi:

- Bolaning boshi yon tomonga burilgan yoki oldinga engashgan.
- Bolaning tanasi onasi tomonga o‘girilmagan.
- Bolaning tanasi onasining tanasidan uzoqda yoki
- Onasi bolaning boshi yoki bo‘ynini tutib turadi.

Bolaning holati va ko‘krakka tutilishini yaxshilash

Bolaning emizilishiga baho berayotgan paytingizda uning ko‘krakka tutilishi yoki ko‘krakniemishida qanday bo‘lmasin, biror qiyinchilik borligini topgan bo‘lsangiz, bolaning holativa ko‘krakka tutilishini yaxshilashda onaga yordam bering. Onaning o‘zini bamaylixotir vaerkin sezayotganiga ishonch hosil qiling, masalan, uni suyanchiqli pastroq stulga o‘tqazibqo‘ying. So‘ngra quyida keltirilgan jadvaldagi bosqichlarga amal qiling.

ONAGA GO‘DAKNI TO‘G‘RI USHLASHNI VA KO‘KRAKKA TO‘G‘RI TUTISHNIO‘RGATING

Onaga go‘dakni qanday to‘g‘ri ushlab kerakligini ko‘rsating:

- Bolaning boshi va tanasi bir tekislikda,
- Tana va yuzi ko‘krakka qaragan va burun so‘rg‘ich sathida,
- Bolaning tanasi onasining tanasiga yaqin,
- Ona bolaning bo‘ynini va yelkasini emas, balki butun tanasini ushlab turadi.

Onaga go‘dakni qanday qilib ko‘krakka to‘g‘ri tutishni ko‘rsating.

- Bolaning iyagi onaning ko‘krakiga tegib turadi;
- Og‘zi katta ochilgan;
- Pastki labi tashqariga qayrilgan;
- Areolaning ko‘p qismi bola og‘zining pastidan emas, ustidan ko‘rinadi.

Ko‘krakka to‘g‘ri tutilganlik va samarali emish belgilarini izlang. Kuzating. Agar bola ko‘krakka noto‘g‘ri tutilib, samarasiz emayotgan bo‘lsa, maslahatniqaytadan boshlang.

Bolasini qanday emizayotganini albatta kuzatib ko‘ring. Hamma narsani birdan boshqacha qilishga onani darrov majburlamang. Onaning yordamga muhtojligini payqasangiz, ko‘ngilniko‘taradigan biror gap ayting, masalan: «Qizchangiz emmoqchi bo‘lib, juda talpinib turibdiya, shunaqamasmi?» deb ko‘ring.

So‘ngra nima yordam berishi mumkinligini tushuntirib beringda, buni qanday qilishkerakligini ko‘rsatib beraymi, deb so‘rab ko‘ring. Masalan, Siz taxminan mana bundaydeyishingiz mumkin:

«Bola ogʻzini katta ochib, koʻkrakning kattagina qismini oladigan boʻlsa, uni emizish Sizuchun ancha qulay boʻladi. Istaysizmi, buni qanday qilish kerakligini koʻrsatib beraman?» Agar ona rozilik bildirsa, unga yordam berishni boshlashingiz mumkin.

Bolani qanday qilib TOʻGʻRI ushlab va koʻkrakka tutishni koʻrsatib berayotganingizda unionasidan olib qoʻymang. Ona qilishi kerak boʻlgan narsani unga tushuntirib, koʻrsatib bering. Keyin onaga uning oʻzi bolani ushlab va koʻkrakka tutishi uchun imkon berib qoʻying. Soʻngra bolaning koʻkrakka TOʻGʻRI tutilgani va yaxshi emayotganiga xos belgilarni yana birmarta izlab koʻring. Bolaning koʻkrakka tutilishi yoki koʻkrakni emishi NOTOʻGʻRI boʻlsa, onasidan bola emizishni toʻxtatib, ishni yana bir marta takror koʻrishni iltimos qiling. Agar bola yaxshi emayotgan boʻlsa, uni har safar emizish paytida koʻkrakni yetarlicha uzoq vaqt berib turish muhimligini onaga uqtiring. Ona bolasini u necha marta istasa, shuncha marta emizib turishi kerak.

ONANI KOʻKRAK SUTINI SOGʻISHGA OʻRGATING

Odatda, koʻkrak sutini sogʻish yaxshi soʻra olmaydigan, lekin yutish refleksi saqlanib qolgan (kamvaznlik bilan tugʻilgan bolalardagi kabi) goʻdaklarni ovqatlantirish uchun lozimdir. Koʻkrak sutini sogʻish, undagi sut toʻplanib qolishini kamaytirish, yaxshi soʻra olmaydigan goʻdakni ovqatlantirish, ona yoki bola kasal boʻlsa, ona ishga yoki biron boshqa joyga borish lozim boʻlsa, koʻkrak suti zahirasini yaratish uchun foydalidir. Koʻkrak suti bilan emizayotgan ona va goʻdak parvarishi bilan mashgʻul boʻlgan barcha tibbiy xodimlar onalarni koʻkrak sutini sogʻishga oʻrgata olishlari lozim.

Koʻkrakni sogʻishning eng qulay usuli qoʻl bilan sogʻishdir. Ushbu usul uchun maxsus uskunalartalab etilmaydi va ayol xohlagan paytida, xohlagan joyida uni bajarishi mumkin. Sutni koʻkrak yumshoq paytida sogʻish oson boʻlib, sut bezida sut toʻplanib qolib, ogʻriq paydoboʻlganda, sogʻish ancha qiyinchilik tugʻdiradi. Shuning uchun ham, onani sutini sogʻishga tugʻruqdan soʻnggi 1-2 kunda OʻRGATING. Koʻkrakda sut toʻliq toʻplanadigan 3- kuni kutmang.

Koʻpchilik onalar turli xil usul bilan yetarlicha sut sogʻa oladilar. Ona qoʻllayotgan usul ungamaʻqul boʻlsa, ushbu usul bilan sogʻishni davom ettirishga ruxsat bering. Mabodo, ona qoʻllayotgan usuli bilan yetarlicha sut sogʻib ola olmayotgan boʻlsa, unga samaraliroq usullarni OʻRGATING.

Koʻkrak sutini sogʻish uchun piyola, stakan yoki boʻgʻzi keng idishni tanlang. Onadan idishlarni sovunli suv bilan yuvishini iltimos qiling. Qaynatilgan suv koʻpchilik mikroorganizmlarni halok etadi. Ona koʻkragini sogʻishga tayyor boʻlishi bilan likobdagi suvni toʻkib tashlang.

ONANI PIYOLADA OVQATLANTIRISHGA OʻRGATING

Mabodo, goʻdak ema olmasa, u sogʻilgan sut bilan, piyola yordamida ovqatlantirilishi lozim. Ona emiza olmagan yoki xohlamagan holda, goʻdak koʻkrak suti oʻrnini bosuvchilar bilan, piyolayordamida ovqatlantirilishi lozim. Piyola yordamida ovqatlantirish shisha idishdan foydalanishga qaraganda xavfsizroqdir, chunki:

- Qaynatishning iloji boʻlmasa, piyolani osonlik bilan sovunli suvda yuvish mumkin.

- Piyolalarni o‘zlari bilan olib yurish eqtimoli shisha idishga nisbatan kam bo‘lib, bu esa bakteriyalar rivojlanish ehtimolini ham kamaytiradi.

- Piyolani, go‘dak mustaqil ravishda ovqatlanishi uchun uning yonida qoldirib ketishning iloji yo‘q. Go‘dakni piyola yordamida ovqatlantirayotgan shaxs uni ushlab turishi va nazorat qilishi lozim, bu esa, bola uchun zarur bo‘lgan muloqotni ta‘minlaydi.

- Piyola ko‘krakni so‘rish uchun to‘sqinlik qilmaydi.

- Piyola go‘dak qabul qilayotgan ovqatni nazorat qilib turishga imkon beradi.

Onani piyolada ovqatlantirishga O‘RGATING

- Sut to‘kilsa ifloslanmasligi uchun, go‘dakning ko‘kragiga salfetka tuting.

- Go‘dakni tizzangizda yarim vertikal holatda ushlab o‘tiring.

- Piyolaga sutni o‘lchab quying.

- Piyolani shunday ushlangki, uning qirrasini pastki labga bimalol tegib tursin.

- Go‘dakning labiga sut tegishi uchun piyolaning chekkasini biroz ko‘taring.

- Sutni ichish uchun go‘dakning o‘ziga imkon bering. Go‘dakning og‘ziga sutni QUYMANG.

Odatda piyolacha bilan ovqatlantirish qoshiq bilan ovqatlantirishdan afzalroq. Chunkiqoshiq bilan ovqatlantirish ko‘proq vaqtni egallaydi. Qoshiq bilan ovqatlantirish ayniqsakechasi qiyinroq. Qoshiq bilan ovqatlantirilgan ba‘zi bolalarvaznini qiyinroq oladi. Lekin agar ona qoshiq bilanovqatlantirishni afzal ko‘rsa va yetarlicha ovqatlantiraolsa, qoshiq bilan ovqatlantirishni davom qilsin. Undan tashqari agar go‘dak kasal bo‘lib, nafas olishdaqiynalayotgan bo‘lsa qoshiq bilan ovqatlantirish qulayroqdir. Agar ona kichik vazndagi bola uchun keragidanortiqroq sut sog‘sa unda ko‘kragidagi sutining ikkinchiqismini boshqa piyolachaga sog‘ishni taklif qiling, chunki orqasutda bola uchun kerak oziq moddalarko‘proqdir.

Bolani ovqatlantirishdagi boshqa muammolar yuzasidan onaga maslahat bering

* Ona bolasini 24 soat davomida 8 martadan kamroq emizadigan bo‘lsa, bola emizishmahallarini ko‘paytirishni unga maslahat bering. U bolasini kunduzi ham, kechasi ham, go‘daknecha marta istasa shuncha marta va shuncha uzoq emizib turishi kerak.

* Go‘dak bola boshqa ovqat yoki suyuqliklar oladigan bo‘lsa, onaga bolani ko‘proq emizib, boshqa ovqat va suyuqliklar hajmini kamaytirishni va, iloji bo‘lsa, boshqa ovqat vasuyuqliklar berishdan voz kechishni maslahat bering. Boshqa suyuqliklarni bolaga shishachadanemas, balki piyoladan berishni onaga maslahat qilib ko‘rsating.

* Ona bolasini mutlaqo emizmaydigan bo‘lsa, uni bolani emizib boqish va balkirelaktatsiya qilish masalalari yuzasidan maslahat bering. Agar ona astoydil istaydiganbo‘lsa, bolani emizib boqish masalalari bo‘yicha tibbiy xodim qiyinchiliklarni yengishdaunga yordam berishi va bolani emizishni yo‘lga qo‘yishi mumkin. Bolasini emizmasdan boqadigan onaga sun‘iy aralashmalardan TO‘G‘RI keladigan aralashmanitanlash va TO‘G‘RI tayyorlash masalalari yuzasidan onaga maslahat berin.g Ovqatlanishida muammolari bor go‘dakni 2 kundan keyin yana tekshirib ko‘ring. Agar Sizbolaning ovqatlanishiga kattagina o‘zgartirishlar kiritishni tavsiya etgan bo‘lsangiz, bu –ayniqsa muhim.

Dori vositalarini ratsional tavsiya etish. Ratsional davolash jarayoni. Personal dori vositalarni va personal davoni tanlash. Bemorni muammolarini aniqlash. Davolashni maqsad va vazifalarini belgilash. Retsept yozish. Bemorlarga dori vositalarini farmakologik xususiyatlari, qo'llash usullari va dozalari, nojo'ya ta'sirlari to'g'risida batafsil ma'lumot berish.
Davolash jarayonini kuzatish.

Dori vositalarni noto'g'ri buyurilishi davoning samarasiz va xavfli tugashiga, kasallik kechishini og'irlashishiga, dori samaradorligini yo'qolishiga, shunday qilib dori vositasining ta'sirini pasayishiga (masalan, antibiotiklarga chidamlilikni oshishiga), mijoz yoki davlatning ko'p mablag' yo'qotishiga olib keladi.

DVRQbosqichma-bosqich amalga oshiriladi.

1. Mijoz bilan aloqa o'rnatish va o'zining davolanishida faol ishtirok etishga chaqirish.
2. Mijoz muammosini aniqlash.
3. Davolash maqsadlarini aniqlash:
4. dori-darmonlarsiz davolash;
5. dori-darmonlar bilan davolash.
6. Mazkur holat uchun samarali davolash dori vositalari ro'yxatini taqdim etish.
7. Mijoz uchun samarali, xavfsiz yaroqli va narxini hisobga olib T-dori (shaxsiy yoki tanlov dori) vositasini tanlash.
8. Dori vositasini to'g'ri, aniq va to'liq tavsiya qilish.
9. Mijozga buyurilgan dori vositalari xaqidagi kerakli ma'lumotni, yo'riqnomani va ogoxlantirishlarni taqdim etish.
10. Mijoz savollariga javob berish. Davolash bo'yicha to'g'ri qaror qabul qilishda yordam berish.
11. Mijozni keyingi nazoratini (keyingi davo chorasini) aniqlash.
12. Davoni va dori vositalarining nojo'ya ta'sirlarini nazorat qilish.

T-dori vositalari konsepsiyasi

Ko'pchilik vrachlar chegaralangan dori vositalarini (taxminan 100, ko'pincha 40-60 xil dorilarni) mijozlarga nisbatan muntazam ko'p qo'llashadi. Ushbu maxsus ro'yxat shaxsiy yoki tanlov dorilardan (T-dori) tashkil topgan bo'lishi mumkin. DVRqtamoyillari vrach-ga kommertiya ta'siri va aralashuviz o'zining dori ro'yxatini tahlil qilishga, samarali va T-dorilardan yangi mantiqiy ro'yxat tuzishga yordam beradi.

Dori vositalarini ratsional buyurish oddiy va mantiqiy jarayondir:

1. Mijoz muammosini aniqlash.
2. Davolash maqsadini aniqlash.
3. Davo turini aniqlash (dori - darmonsiz yoki dori- darmon yordamida).
4. Aniqlangan dori - darmon yordamida davolash 4 ta parametr ga asoslangan bo'lishi kerak.
 - **samaradorlik**(bu qanchalik samarali);
 - **xavfsizlik**(nojo'ya ta'sirlari qanchalik xavfsiz);
 - **yaroqliligi** yoki qulayligi(qarshi ko'rsatmalar, mazkur

dorining davoga mos kelishi, bemorning dori qabul qilinish tartibini saqlay olishi);

- **narxi**(davo kursining narxi va uning bemor yoki dav-latga mos kelishi).

5. Davo boshlanishi:

- aniq va to'g'ri buyurish;
- mijozga aniq ma'lumot berish;
- mijoz savolariga javob berish:

6. Davolanish jarayonini nazorat qilish:

- mijozning keyingi ko'rigi (QVP birlamchi ko'rikdan keyin, vrach mijozni keyingi ko'rigida ham shaxsan o'zi ko'rishi);
- davoni to'xtatish, davom etish yoki o'zgartirish;
- mijozga uning holatini tushuntirish

T-dori vositalari

T-dori vositalari konsepsiyasi dori turkumini, tahlil asosi-da tanlangan ta'sir etuvchi dori moddasini, dozasini (miqdori mg da), dorini dozalash sxemasini, chiqarilish shaklini (tabletkalar, kapsulalar, mikstura, inyeksiyalar va h.) va davoning davomiyligi-ni o'z ichiga oladi.

T-dori vositalarining ro'yxati – bu har bir vrachning shaxsiy ro'yxatidir. Bu ro'yxat hamkasbning ro'yxatidan farq qilishi mumkin. Ko'pincha shaxsiy T-dorilar ro'yxati hUMBDR yoki mavjud davlat standartlariga asoslanadi. Ammo, bunday qo'llanma va bayonnomalar vrach amaliyotida uchraydigan barcha muammolarni qamrab ololmaydi. Vrach hUMBDR ga birmuncha o'zgartirishlar kiritishi mumkin, lekin u da-lillarga asoslangan amaliyotga va iqtisodiy samaradorlikka asoslangan bo'lishi, ya'ni vrach, tanlangan davolash usuli mavjud qo'llanmalar va tasdiqlangan ro'yxatlardan farq qilishiga qaramasdan amaliy na-tija berishini isbotlashi kerak. Shuni eslatib o'tish kerakki, farma-sevtika sanoati bergan ma'lumotlar ishonchli emas, har doim qiziqish qarama-qarshiliklari bo'lishi mumkin. Ba'zan birmuncha dorilarni topish qiyin yoki mijoz uning salbiy ta'siridan qiynaladi, yoki qarshi ko'rsatma bo'lishi mumkin. Shuning uchun vrach hamisha davolash-ning yo unisini, yo bunisini tanlashga tayyor bo'lishi kerak.

Yangi dorilar hamyonbob bo'lishi, lekin u samarali bo'lmasligi mumkin. Ba'zida u o'n barobar qimmat bo'lib, lekin mavjud davolash natijalariga nisbatan kam samarali bo'lishi mumkin. Deyarli barcha hollarda inyeksiyali muolajalarga nisbatan, og'iz orqali buyuriladigan dorilarni afzal deb ko'rish kerak, chunki u bemor uchun og'riqsiz va xavfsiz bo'ladi. Inyeksiya tabletkaga nisbatan yaxshi deb o'ylagan bemorlarga, noto'g'riligini batafsil tushuntirish kerak.

Ko'p dorilarni birga qo'llanilishiga nisbatan bitta dori vo-sitasini qo'llash ma'qul, chunki ularni bir-biriga nisbatan nojo'ya ta'sirlari ko'payadi va og'ir asoratlarga olib keladi. Ayrim kamdan-kam vaziyatlardan tashqari, XECH qACHON bir nechta dorilarni bitta shpritsga birga aralashtirmang.

Retsept yozish

Retsept to'g'ri, aniq va tushunarli qilib yozilgan bo'lishi kerak.

Dorilarning nomi qisqartmalarsiz to'liq va vositalarning generik nomlari yozilgan bo'lishi kerak. Retseptni tushunarsiz to'ldirish e'tiborsizlik deb qaraladi.

Dorilarning dozasini tabletka yoki kapsulalar soni bilan emas, milligrammlarda yoki grammlarda ko'rsatiladi, mikstura dozasini esa – mg/ml yoki mg/5 ml da ko'rsatiladi.

Retseptda quyidagi ma'lumot bo'lishi kerak:

- Retsept yozgan shaxsning F.I. uning manzili va telefon raqami;
- Mijozning F.I., manzili va yoshi;
- Sana;
- Dori vositasi nomi (har doim generik nomi);
- Doza shakli (tabletkalar, kapsulalar, mikstura va x.);
- Dozasi, qabul qilish davomiyligi, miqdori (miqdori yoki muddati) va ichish usuli;
- Mijoz uchun tushunarli yo'riqnoma;
- Farmatsevt uchun qo'shimcha yo'riqnoma yoki ma'lumot;
- Vrach imzosi.

1. ALOHIDA BEMORLAR GURUHLARIGA TAVSIYALAR

Alohida bemorlar guruhlari – bolalar, keksalar, homilador va emizikli ayollar va og'ir kasallarga tavsiyalar o'ziga xos xususiyat-larga ega.

Bolalarga tavsiya berish

Doza miqdori katta odamlarga qaraganda tana og'irligiga yoki tana yuzasiga asoslanib tanlanadi, bu hAR DOIM ham ANIqEMAS, chunki u o'rtacha o'lchamni aks ettirib go'dak/bola o'sayotganda va rivojlanayotganida tez bo'lib o'tadigan o'zgarishlarni inobatga olmaydi.

Buning uchun bola qaysi toifaga kirishi aniqlanadi (yoshga oid toifasiga qarab anatomik-fiziologik rivojlanish, ovqatlanish soni, dori vositalarining organizmdan chiqib ketish vaqti, jinsiy tarbiyasi va boshqalarni inobatga olib)

- yangi tug'ilgan chaqaloq (0–28 kunlik)
- kichik go'daklik (1–3 oylik)
- go'dak (3 oylik–2 yosh)
- bola (2–12 yosh)

Ko'p dorilarning kattalar uchun dozasi 12 yoshdan katta bolalar-ga ham to'g'ri keladi.

Pediatriyada dozalarni tekshirganda, ular mg/kg/doza yoki mg/kg/24soatga buyurilganligiga ishonch hosil qilish kerak. Pediatriyada miksturani qo'llashda dozasini mg yoki mg/ml yoziladi. Dozalarni ml berish mumkin emas, chunki og'iz orqali yoki tomir ichiga buyurilishi har xildir. hamma miksturalar saqlanish muddatiga ega. Antibiotikli suspenziyalarni saqlash muddati asosan bir hafta, u ham toza (distillangan) suvda tayyorlanib muzlatgichda to'g'ri saqlangan bo'lsa. Bolani zo'rlab dori ichirish juda qiyin. Ota-onalar vrachdan yoki farmatsevtik xodimdan bola uchun qulay ta'mli mikstura tur-laridan so'rashi mumkin. Ba'zan tabletkalarni maydalashga to'g'ri keladi, achchiq ta'mli dorilar ta'mini asal yoki meva sharbatlari bilan yo'qotish mumkin.

Inyeksiya dorilarini buyurishda (bu faqat bola shifo-xonada yotgan bo'lsa) bolalarda mUVAk hajmi kichikligi-ni va mUVAk ichiga inyeksiya qilganda og'riqli ekanligini esda tutish lozim. Og'riqni kamaytirish maqsadida mahalliy og'riqsizlanturuvchi dori ishlatish mumkin, lekin hECH qACHON – inyeksiyada emas.

Qari yoshdagilarga dorilar buyurish

Bularga ham xuddi yosh bolalardek yondoshish, chunki bu yoshda ham, dorilar farmakokinetikasi va farmakodinamikasiga o'zgarishlar kuzatiladi. qari yoshdagilar ba'zida ko'p dori ichish-lari lozim bo'ladi (polifarmatsiya), shuning uchun dorilarni o'zaro ta'siri va mijozning dorilarni qabul qilishda chalkashib ketish xavfi yuqori bo'ladi. Chuqur tahlillar,ayrim dorilarni ichish kerak emasligini ko'rsatishi mumkin, shu nuqtai nazardan doimo o'zingizga o'zingiz savol bering: «Men biron-bir dorini mijozga buyurishni to'xtatsamu va bu bemor holatini yomonlashishga olib kelmasa».

Siz tavsiya etgan T-dori vositalari keksaygan va yosh mijoz-larga nisbatan har xil ta'sir etadi. qariyalarning yoshi bo'yicha toifalarini esda tutish lozim:

- yoshi kattalar (65–75 yosh);
- qariyalar (75–85 yosh);
- juda qarilar (85 yoshdan katta).

Dori va uning dozasi har bir yoshga oid toifaga nisbatan buyuriladi va mijozning davolanishga tayyor ekanligi aniqlanadi.

Shuni bilish kerakki, qari odamlarda g'alati odatlar bor va ular bir necha vrachlarga murojat qilishlari mumkin. Ular o'zlarining odatdagi rejimiga rioya qilishni sevadilar, shuning uchun biron bir dori vositasini bekor qilishdan oldin, ularga batafsil sababi tushintiriladi va mijozning uyida hech qanaqa dori vositalari qolmaganligiga ishonch hosil qilish lozim.

Foydali maslahatlar

- mumkin qadar dori vositalarisiz davolanishni qo'llash kerak;
- agar bu zarur ijtimoy aralashuv, bo'lsa dori- vositalarini qo'llamang;
- samarali dorini kichik dozada buyuring (kattalarga beriladigan standart dozani yarmini bering);
- dori vositalari kam sonli miqdorda va kichik dozada buyuring;
- katta yoshdagilarga T-dori vositalarini chegaralangan miqdorda belgilang;
- agar mijozlarning ovqat yutishi qiyin bo'lsa, ularga suyuq dorilar buyuring;
- mijoz buyurilgan dori vositalarini tushunganligiga ishonch hosil qiling;
- yozma va og'zaki oddiy ma'lumotlar bering, mijozdan takrorlashni so'rang;
- kuzatilayotgan kasallik simptomlariga buyurilgan dorilarni to'g'ri kelishini aniqlang;
- mijoz buyurilgan dorilardan tashqari qanday dorilar qabul qilishini tekshiring (vitaminlar, o't dorilar, tanishlaridan so'rab olingan va bozordan sotib olingan tabletkalar);
- keksayganlar ko'pincha dorilar idishini, yosh bolalar ocholmasliklari uchun moslashtirilgan idishlarni tu-shunmasliklari tufayli ochib bilishmaydi,;
- mijoz har kelganida dorilar ro'yxatini ko'zdan kechiring, undan har ko'rikka dorilarni olib kelishni so'rang;
- mijoz har gal bitta vrach ko'rigiga kelayotganiga ishonch hosil qiling;
- imkoniyat bo'lganda dorilarni to'xtating.

Dori vositalarni hamilador va ko'krak bilan boquvchi ayollarga buyurish.

Dori vositalari homiladorlik vaqtida homilaga zarar ko'rsatishi mumkin. homiladorlikning birinchi uch oyligida teratogen dori vositalarini qo'llanilishi, yurak tug'ma nuqsonlariga sabab bo'ladi. homiladorlikning ikkinchi va uchinchi uch oyligida dori vositalari homilani o'sishi va rivojlanishiga zarar yetkazadi.

Har doim tug'ish yoshidagi ayollar hamilador bo'lish mumkinligini ehtimol qilib, shuni mijozdan so'rang va aniqlashni unutmang. homiladorlik paytida berib bo'lmaydigan dori vositalarni buyurishdan ehtiyot bo'ling.

Har qanday dori vositalarni buyurishdan oldin uning tasnifini o'rganib chiqing. Dori vositalari o'tmish amaliyotda homiladorlarga bo'lgan ta'siri va farmakologiyasi bo'yicha tas-niflanadi. Ayrim dori vositalarini o'tmish amaliyotda yetar-licha ishlatilmaganligi tufayli muayyan bir toifaga ajratib bo'lmaydi.

Ona orqali ayrim dori vositalari sut tarkibiga tushib go'dakka zaharli ta'sir qilishi mumkin. (psixotrop, sedativ, silga qarshi, sitostatiklar va boshqa dorilar).

BTSYO (UVA) FAOLIYATINING YAKUNIY NATIJALARI

Bugungi kunda sog'liqni saqlash tizimi hisobotiga va tibbiy yordam sifatini oshirishga juda katta talablar qo'yilmoqda. Umu-miy vrachlik amaliyotida yakuniy natijalar va tibbiy yordam sa-marasi va sifatini o'lchash qat'iy o'rnatilmagan va hali muzokara bosqichidadir.

Mazkur bo'limda UAV faoliyatining o'lchab bo'ladigan asosiy na-tijalari keltirilgan:

Bemorlarning qoniqishi

Bugungi kunda mijoz qoniqishining yaxlit tushunchasi mavjud emas. U mijozlarning xohish va ehtiyojlarini turli darajada mos kelishiga erishish bilan ifodalanadi. So'rovnomalar ko'pincha juda past ishonchlik darajasiga ega, shuning uchun qoniqishni baholash mijozning fiziologik sog'lig'iga (masalan, bemor depres-siyada bo'lsa, unga ko'rsatilgan yordamdan qoniqmasligi extimoldan holi emas) bevosita bog'liq. Shunga qaramay, sog'liqni saqlash ti-zimini samaradorligini baholash uchun mijozlarning qoniqishini baholash yanada ko'proq talab etilmoqda. Umuman samaradorlik yuqori bo'lishi mumkin (ko'pincha 80-90%), lekin tibbiy yordamning ayrim o'ziga xos komponentlarini baholashda Ko'rsatkichlar daraja-si keskin tushib ketadi (masalan ma'lumotni yetkazishda, suhbatda va h.).Jahon amaliyoti shuni ko'rsatdiki, muassasalar faoliyati tekshiruvlarida mijozlar ham jalb qilinsa, bu foydalanuvchilar nuqtai nazaridan tizimdagi kamchilliklarni aniqlashning foyda-li uslubi bo'lib ularni samarali bartaraf etishga imkon beradi.

Mijozning qaytib kelishi

Ko'pgina tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, tibbiyot xodimlari tomonidan taqdim etilgan 50% (ba'zi ma'lumotlarga ko'ra 90%) dan ko'proq ma'lumotlar maslahatdan keyin bir necha daqiqa ichida bemor yodidan ko'tariladi.

Esda qoladigan ma'lumotlarning harakteristikasi:

-mijoz uni zarur ma'lumot deb qabul qiladi; •

- mijoz uni tushunadi (maxsus tibbiy, yoki og'ir terminlardan voz kechishga harakat qiling, qisqa va sodda qilib gapiring);
- ma'lumotlarni ko'rgazmali usulda tasdiqlang – rasmlar, diagrammalar, chizmalar, mijozlar uchun maxsus axborot-ni taqdim eting: qo'llanmalar, liflet, bukletlar va x.);
- maslahat jarayonida ma'lumotlarni iloji boricha oldinroq bering (hammasini oxiriga qoldirmang);
- ma'lumotlarni oz-ozdan bering (bir vaqtning o'zida juda ko'p ma'lumot bermang);
- muhim ma'lumotlardan foydalaning va ba'zida qaytarib turing (asosiylarini ajrating).

Mijoz roziligi

Maslahat samarasini o'lchashning boshqa usuli, bu bemorning berilgan maslahatlar va tavsiya qilingan davolashga rozilik da-rajasi: tadqiqotlarga ko'ra bemorlarning faqatgina 1/3 qismi tibbiyot xodimlari maslahatiga to'liq rioya qiladilar, qolgan 2/3 qismi umuman rioya qilmaydi.

Vrachlarning kasallikni aniqlash mahorati

UAVlar orasida ma'lum bir kasalliklarni aniqlash sezilarli darajada farq qiladi, masalan, ruhiy kasalliklarni aniqlashda va h. Ruhiy kasalliklarni aniqlash tajribasi borlar aslida o'ta ta'sirchan odamlar bo'lib maslahat paytida yopiq savollar o'rniga, yo'naltiruvchi savollar ishlatib, kasallikni erta bosqichlarida aniqlaydi. Mazkur tushuncha tibbiy yordam sifatini aniqlash indi-katorimi yoki UVAning xilma-xilligini, bu munozara tariqasidagi masaladir.

Tavsiyalarning miqdori

Amaliyotda vrachlar tavsiyalarining ko'pgina shakllari mavjud. Masalan, statinlarni tavsiya qilishda aholi xarakteristikasini inobatga olgan holda hisoblash mumkin emas; turli UAVlar jiddiy bo'lmagan kasalliklarda antibiotiklarni qo'llash darajasi ham har xildir. Mazkur tushuncha tibbiy yordam sifatini oshirishda o'z o'rniga egaligi va qanday usuldaligi – qarama-qarshi masaladir.

Yo'llanmalar darajasi

Yo'llanmalar darajasi ham katta farq qiladi (dunyo bo'yicha tax-minan 100 ta odamga nisbatan 3-12 maslahatlar to'g'ri keladi). Bu Ko'rsatkichni aholi xarakteristikasiga nisbatan solishtirish mumkin emas. Yo'llanmalar darajasi UAV tajribasiga (qo'shimcha instrumental tekshiruvlarga yuborish yoki diplomdan keyingi malaka oshirish-lar) yoki yoshiga bog'liq emas. Yo'llanmalar sonini ko'payishi ma'lum bir mutaxassislik tajribasi bilan bog'liq, ya'ni yo'llanmalarining yuqori darajasi, ularning asoslanmaganligi sababli bo'lishi mumkin emas. Jahon amaliyotida asoslangan yo'llanmalarni nazorat qilishga harakat qilingan, lekin baho beruvchilar har bir berilgan yo'llanmalar sababini qaysi hollarda berilganini bilishmaydi. Masalan: sog'lom bolani ota-onasi talabi bilan tor mutaxassisga yo'llantirildi, endi bu yo'llanma odamiylik tomondan asoslangan, biroq klinik tomondan asoslanmagan deb hisoblanadi.

Muolajalar bajarilishi

O'tkazilgan muolajalar natijalarni tashkilotlar orasida solishtirganda (masalan, qindan asossiz olingan surtmalar, diabet bilan og'riganlarda o'lchamlar natijalarini aniqlash, emlashni qamrab olish darajasi) tashkilot faoliyatini yoki UAVni ishini baholash usullaridan biri deb hisoblash mumkin, ya'ni tashkilot/UAV boshqa bir

tashkilot/UAVga nisbatan yaxshi yoki yomon ishlaydi. Farq qilish sabablarini bilish uchun bajarilgan muolajalar so-nini o'rganib chiqish kerak.

Dori vositalarini qo'llash usullari

Zamonaviy amaliy tibbiyotda dori-darmonlar muvaffaqiyatli ishlatilmaydigan birorta soha mavjud emas. dori-darmonlar davolash terapiya jarayonining muhim qismidir. Dori vositalarini qo'llashning quyidagi usullari mavjud.

1. Tashqi usul:

- teri ustida;
- quloqlarda;
- ko'zning konjunktivasiga, burun bo'shlig'i va vagina shilliq qavati.

2. Enteral yo'l:

- og'iz orqali (per os);
- til ostiga;
- lunj orqasiga (trans bukkaning)
- to'g'ri ichak orqali.

3. Nafas olish usuli - nafas yo'llari orqali.

4. Parenteral yo'l:

- Teri ostiga;
- mushak ichiga;
- tomir ichiga;
- arteriyalarga;
- bo'shliqda;
- suyak ichiga;
- subaraknoid bo'shliqda.

Dori vositalarini ishlatishning umumiy qoidalari

Bemorlarga dori vositalarini berish (kiritish) uchun muayyan qoidalar mavjud.

Kasalga dori berishdan avval siz qo'lingizni yaxshilab yuvishingiz kerak, yorliqni diqqat bilan o'qib chiqing, muddati tugaganligini, belgilangan dozani tekshiring va bemorni preparatni qo'llashini kuzatib boring (u preparatni hamshira oldida q'abul q'ilishi kerak). dori, uning dozasi va uni q'abul q'ilish tartibi.

Bemor dorini qabul qilgandan so'ng kasallik tarixida, sana va vaqt, dori nomi, dozasi va uni q'abul q'ilish tartibi (muolaja varaqida) qayd qilinishi kerak.

Och qoringa qabul qilish uchun tavsiya etilgan preparatlar ertalabki nonushtadan 30-60 daqiqa oldin berilishi kerak.

Agar shifokor ovqatni iste'mol qilishdan oldin dori ichishni tavsiya qilsa, bemor ovqatdan 15 minut oldin q'abul q'ilishi kerak. Ovqatlanish vaqtida buyuriladigan dorini bemor oziq-ovqat bilan q'abul q'iladi. Ovqatdan keyin buyurilgan vositalarni ovqatdan 15-20 daqiqa keyin ichishi kerak. Uxlatuvchi dorilar yotishdan 30 daqiqa oldin bemorlarga beriladi. Bir qator dori vositalari (masalan, nitrogliserin) bemorning qo'lida doimiy bo'lishi kerak. Inyeksiya amalga oshirilganda dezinfektsiyali eritma yordamida qo'lni yaxshilab yuvib tashlash kerak, aseptik qoidalarga rioya qilish lozim.

Inyektsiya qilish jaryonida qo'llarini yaxshilab yuvish va dezinfeksiyalovchi eritma bilan ishlov berish kerak, aseptika qoidalariga (steril qo'lqop va niqob kiyib) rioya qilinishi shart, steril flakoni yorliqli yorlig'ini tekshirish, ochilish sanasi va amal qilish muddatini tekshirish lozim. Preparatni kasallik tarixiga (belgilash varaqning) sana va vaqt, dori, doza va yuvorish yollini qayd etish kerak.

Dori vositasining dorixonadan jonatilgan qutida saqlash lozim. Dori vositalarini boshqa idishlarga quyish, tabletkalarni ajratish, kukunlarni paketga joylash, qutidagi yozuvlarni o'zgartirish mumkin emas; dori vositalarini alohida javonlarda (steril, ichki, tashqi, guruh A) saqlanishi kerak.

Bemorda anafilaktik shok alomatlari paydo bolganda TEZKOR:

- Navbatchi xodimlar orqali shifokorni chaqiring;
- Bemorni yotqizish va oyoq qismini ko'tarish;

Dori-darmonlarni tashqi qo'llash

Dori-darmonalarni tashqi qollanishi asosan mahalliy ta'sir uchun mo'ljallangan. Teri orqali, asosan faqat yog'da eruvchi moddalari so'riladi, yog'simon bezlar kanallari va soch follikullarini orqali amalga oshiriladi.

Dori-darmonlarni teri ustiga ishlatish

Malhami, emulsiya, damlamalar, tuzlar, pastalari shaklida teri uchun qo'llaniladi. Preparatni teriga qo'llashning bir necha yo'li mavjud. Teri kasalliklarida ishlatiladi. Paxta tamponi dori miqdori bilan ho'llangan va soch o'sishi yo'nalishi bo'yicha teriga qo'llaniladi.

Dorini har doim toza teriga qo'llanilishi kerak, toza qollar va vositalari bilan qonallishi lozim. Zararsizlantirish yoki reflektor tasirni kuchaytirish uchun (masalan, yod setkasi) yoki 70% spirt eritmasini qo'llash kerak. Buning uchun, yod bilan ho'llangan steril paxtani teri ustiga surtiladi. Bir tayoq yodni bir shishaga botirish mumkin emas, uni tekis idishga bir oz miqdorda quyvolish kerak bo'ladi ifloslanishini oldini olish uchun. Mahkam yopilmagan yod damlamasining uzoq vaqt davomida saqlanishi mumkin emas, bunday saqlash yod kontsentratsiyasini oshiradi va nozik teri joylariga surtilganda quyishga olib kelishi mumkin

Ko'z kon'yunktivasiga dori-darmonlarini ishlatilishi

Turli dori va malhamni ko'z xastaliklarda ishlatiladi. qo'llash maqsadi mahalliy ta'sir.

Intranasal q'ollash

Burunga (intranasal) kukunlar, tutun (amilnitrit, ammiak bug'lari), suyuqlik va malham sifatida foydalaniladi. Ular mahalliy, rezorbtiv va reflektor ta'sirga ega. Burun orqali sorilishi juda tez sodir bo'ladi.

Quloqlarga dori-darmonalarni ishlatish Preparatning quloqlariga pipetka bilan tomiziladi. Dorivor yog'larni tana haroratigacha isitiladi. Ong quloqa tomizganda bemor chap tomonga yotadi yoki boshini chapga buradi, agar chap quloqqa tomozilsa aksincha. Preparatni qo'llashdan keyin tashqi eshitish kanali paxta bilan yopiladi.

Dorilarning enteral kiritilishi

Og'iz orqali (yentral, ovqat hazm qilish trakti orqali), dori (sublingal) ichak (per rectum) va tili osti va lunj orqali tatbiq etiladi.

Og‘iz orqali preparatlarni qo‘llash

Og‘iz orqali dori-darmonlarni qo‘llash - eng keng tarqalgan yo‘l, dorivositalarni xar xil shakilda va nosteril xolatlarda qabul qilish mumkin. Dori vosita asosan ingichka ichakda soriladi va portal tomir tizimi orqali jigarga va umumiy qon oqimiga tushadi. Bu usul orqali dori konsentratsiyasi uning davolash xususiyatlari tarkibiga qarab qabuldan keyin 30-90 daqiqa o‘rtasida erishiladi.

Og‘iz orqali qabul qilinadi tabletka, draje, kapsula, damlamalar, ekstraktlar.

Dori-darmonlarni sublingual usulda qo‘llash

Sublingual usulida preparat tez soriladi va oshqozon fermentlari tomonidan parchalanmaydi va tizimli qon aylanish tizimiga jigarni aylanib o‘tib kiradi. Shunga qaramay, bu usul faqat kichik dozalarda (masalan, nitrogliserin, Validol, jinsiy gormonlar va boshqalar) qo‘llaniladigan preparatlarni qo‘llash uchun ishlatilishi mumkin.

Dori-darmonlarni transbukall usulida qo‘llash

Dori-darmonlarning transbukall shakllari yuqori shilliq qavatiga plastinka shaklida qo‘llaniladi. Masalan, nitrogliserinning bukkal shakllari (ichki preparat Trinitrolong) ushbu preparatning eng perspektiv shakllaridan biri hisoblanadi.

Dori-darmonlarni ingalatsiya usulida qo‘llash

Nafas olish yo‘llari va o‘pkaning turli kasalliklari uchun to‘g‘ridan-to‘g‘ri nafas yo‘llariga preparatlarni qo‘llash qo‘llaniladi. Bunday holda, dorivor moddalar ingalation usulida qo‘llaniladi. Nafas olish tizimiga dori berilganda mahalliy, rezorptiv va reflektor ta’sirlarni olish mumkin.

Dori vositalrni mahalliy va tizimli qo‘llash mumkun:

- ✓ gazli moddalar (kislrorod, azot oksidi);
- ✓ uchuvchi suyuqlik bug‘lari (efir, florotan);
- ✓ ayerozollar (eritmalarining eng kichik zarralarini ishlab chiqarish).

Qorinda og‘riq (gastrit, enterokolit, 12 barmoqli ichak va oshqozon yarasi). Ambulatoriya sharoitida qorinda og‘riq bilan kechadigan kasalliklarni olib borish. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.

Bolalarning sog‘lom o‘shishiga monelik qiluvchi va 3 oydan ko‘p davom etgan og‘riqlar qaytalanib turuvchi og‘riqlar deyiladi.

ETIOLOGIYASI VA KLINIK KO‘RINISHI

- 6–12 yoshli bolalarda ko‘proq uchraydi.
- Og‘riq ko‘ngil aynishi, qayd qilish, ba‘zan ich ketishi, bosh og‘rishi, jig‘ildon qaynashi bilan kechadi.
- Bolalarda qaytalanib turuvchi qorin og‘rig‘lari ko‘pincha funksional ba‘zan esa organik sabablar (masalan, gastrit, ezofagit) natijasida kuzatiladi.
- 3 – 4 yoshli bolalarda laktozaning singimasligi kam uchraydi. Ko‘proq katta yoshdagi bolalarda uchrab, quyidagi klinik belgilar kuzatiladi.

Qorin dam bo‘lishi va diareya, uning asosiy klinik belgilari bola sutli ovqat iste‘mol qilgandan keyin boshlanadi.

1. Qorindagi og‘riq natijasida ich qotishi kuzatiladi.

2. Ruhiy – ijtimoiy muammolar uchta boladan bittasida uchraydi. Bu muammoni hal

qilish uchun oila a'zolari maxsus shu masalalar bilan shug'ullanuvchi xizmat hodimlari bilan maslahatlashishlari zarur.

3. Sog'lom muhitli oilalarda ham qorin og'rig'i bezovta qiluvchi bolalar ko'pchilikni tashkil etadi.

Qorinda qaytalanib turuvchi og'riqni keltirib chiqaruvchi ayrim sabablar:

-Ovqatni hazm qila olmaslik.

-Seliakiya.

-Qizilo'ngach, oshqozon refluyksi.

-Ichak yallig'lanishlari.

-Siydik ishlab chiqaruvchi a'zolar kasalliklari (1% bolalarda gidronefroza).

TEKSHIRISH USULLARI

-Qorinni palpatsiya qilish va rektal tekshirish.

-Qon analizi, ECHT, laktoza bilan test o'tkazish, AT ni gliadin, retikulin va endomiziyaga tekshirish.

-Bog'cha yoshidagi bolalarda provaksiyali sinama o'tkazilishi mumkin. Agar anamnezida sutli mahsulotlarning singishi qiyin bo'lsa yoki yaqin qarindoshlarida shu holat kuzatilsa, sinama o'tkazilayotgan paytda qondagi glyukoza miqdori past bo'lsa test musbat bo'ladi.

-Seliakiyani aniqlash uchun serologik sinamalar o'tkaziladi. Ungashubha bo'lganda serologik tekshirishlarning musbat natijalarini ingichka ichakning biopsiyasi bilan tasdiqlash lozim.

-Agar bolada qorinning qaytalanib turuvchi og'rig'i juda kuchli va tez – tez takrorlanib tursa, mutaxassis maslahati zarur.

-Siydik chiqarish a'zolari kasalliklarini aniqlash hamda bola bezovta bo'lib, og'riq sanchiqsimon bo'lsa, albatta UTT o'tkazish kerak.

-Agar bolaning qarindoshlari orasida oshqozon yarasi bilan kasallanganlar bo'lsa, *Helicobacter pylori* ga AT ni yoki shu bakteriyalarni aniqlash uchun nafas sinamasi o'tkaziladi.

KATTALARDA “O'TKIR QORIN” SINDROMI

-O'tkir qorin belgiida asosiy tashxis qo'yishdan ko'ra shoshilinch yordam ko'rsatish masalasini hal qilish zarur.

-Birinchiidan, bemor kasalxonaga yotqizilishi yoki jarrohlik amaliyoti qilinishini tezda hal qilish kerak. Agar bemorning ahvoli og'ir bo'lmasa, uni kuzatish mumkin.

Shoshilinch davolashni talab etadigan holatlar

- Qorin aortasi anevrizmasining yorilishi.
- Peritonit. Agar zudlik bilan operatsiya qilish zarur bo'lsa, bemorni chuqur tekshirish shart emas, chunki operatsiya paytida o'tkir qorin sindromi sababi aniqlanadi. Operatsiyaning kechiktirilishiasoratlarning kuchayishiga yoki o'limga olib keladi.
- Mexaniq ichak tutilishi. Ichak tutilishiga shubha qilingan bemorlarda og'riq xarakteri tez–tez o'zgarib turadi. To'lg'oqsimon og'riqdan to'xtamaydigan og'riqqa aylanadi. Ichak buralish yuz beradi. Bunda operatsiya qilish lozim.
- Qorin ichiga qon ketishi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Siydik ajralishi kamayadi. Atrofga befarq bo'lib qoladi. Qorinda xavfli holat paydo bo'ladi. Masalan,

pankreatitda bunday umumiy belgilar kuchliroq kasallikka xos bo'lgan mahalliy belgilarga nisbatan chalg'ituvchi hisoblanadi.

- Organizmning suvsizlanishi va elektrolitlarning yo'qolishi. O'tkir qorin belgiida suvsizlanish va elektrolitlarning yo'qolishi kuzatiladi.

“O‘TKIR QORIN” ETIOLOGIYASI

Xirurgik sabablar

- O'tkir appenditsit. Ko'pincha laboratoriya Ko'rsatkichlari normada bo'ladi (leykotsitoz).
- Ichak tutilishi. Churralar, operatsiyadan keyingi chandiqlar. Bitishma kasalligi. Vaqti – vaqtidi paydo bo'ladigan og'riqlar (strangulyatsiya xavfi) qorin ko'zdan kechirilganda ko'rinadigan peristaltika va kengaygan ichak qovuzloqlari konturlari.
- Peptik yara teshilishi. O'tkir boshlanadi, qorin pardasi ta'sirlanish belgilari; ko'pincha yara kasalligining birinchi belgilari.
- O'tkir xoletsistit. Mahalliy belgilar; ko'pincha o't – tosh kasalligining birinchi belgisi paydo bo'ladi.
- O'tkir pankreatit. Bemor anamnezida spirtli ichimliklarni ko'p ichganligi, o't – toshlari etiologik omil bo'lishi mumkin; qon va siydik analizida amilaza miqdori oshganligi asosiy belgi emas.
- Ichaktutqich venalari trombozi. Klinik belgilariga asoslangan diagnostika qiyinchilik tug'diradi. Ko'pincha yurak kasalliklari aniqlanadi.
- Yo'g'on ichakning yallig'lanishi. Tarqalish joyi sigmasimon ichakda.
- Strangulyatsion ichak tutilishi. Tarqalish joyi – ingichka ichak, S – simon ichak, ko'richak (sekin rivojlanadi), qayd qilish bilan kechuvchi doimiy og'riqlar. Bemor qusgandan keyin yengillik his qilmaydi.
- Moyakning buralishi. Palpatsiyada moyakda kuchli og'riq paydo bo'ladi va u qorinning pastgi qismiga tarqaladi.

Ginekologik sabablari

- Bachadondan tashqaridagi homiladorlik. Og'riq qorinning pastki qismida paydo bo'lib, yuqoriga yelka sohasiga, qovurg'a ostiga, o'mrov va kurakka tarqaladi (frenikusbelgi): homiladorlik sinamasi manfiy bo'lishi mumkin. Serologik sinama musbat bo'ladi.
- Tuxumdon kasalliklari. Kistaning yorilishi. Tuxumdon kistasining buralib qolishi, salpingooforit.
- Mioma. Subseroz miomatoz tugun oyoqchasining buralishi, nekrozi, qorin bo'shlig'iga qon ketishi.

Xirurgik bo'lmagan sabablari

- Metabolik buzilishlar, diabetik ketoatsidoz, porfiriya, gipertriglitsidemiya, gemoxromatoz.
- Infektsion sabablar: gastroenterit, divertikulit, gepatit, perigepatit, infeksiyon mononukleoz, tarqaluvchi temiratki, piyelonefrit, epididimit, orxit, sepsis.
- Tarqaluvchi og'riq: miokard infarkti, perikardit, plevrit, o'pka infarkti, yurak yetishmovchiligi (jigarda o't to'planib qolishi), buyrak tosh kasalligi.
- Immunsistemaning buzilishlari: angionevrotik shish, tugunchali periarteriit, Shyenlen – Genox purpurasi, o'ta sezuvchanlik reaksiyasi.

TEKSHIRISH

Anamnez

- Qorindagi og‘riq. Bemorning hayotida to‘satdan boshlanganligi yoki uzoq vaqt davom etganligini aniqlash lozim. Agar to‘satdan boshlangan bo‘lsa, a‘zoning teshilishi yoki ichak sanchig‘i bo‘lish ehtimoli bor.
- Ikkilamchi og‘riqlarning joylashuviga qarab kasallik jarayoni tarqalganligini aniqlash mumkin. Pankreatik og‘riq epigastral sohada joylashadi; chap qovurg‘alar yoyiga tarqalib, belbog‘simon tusga kiradi.
- Ovqat yeyilgandan so‘ng og‘riqning kuchayishi bemorlarni undan yuz o‘girishiga olib keladi va bu diagnoz qo‘yishni osonlashtiradi. Ovqat iste‘mol qilingandan so‘ng og‘riqning kuchayishi oshqozon yarasi kasalligiga xos bo‘lsa ham, biroq ba‘zida oshqozon – ichak yo‘lining yuqori qismidagi boshqa kasalliklariga bog‘liq bo‘lishi mumkin.
- Ovqatning oshqozonda turib qolishi va ichakka o‘ta olmasligi ichak tutilishining asosiy belgisidir.
 - ◆ Hazm bo‘lmagan ovqatni qayt qilish pilorus stenoziga xos.
 - ◆ Safro bilan qayd qilish – ingichka ichakning boshlang‘ich qismi va ingichka ichak tutilishidan dalolat beradi.
 - ◆ Najasli qusuq – yonbosh ichak va yo‘g‘on ichakning tutilish belgisi hisoblanadi. Ingichka ichakning boshlang‘ich qismidagi ichak tutilishi to‘xtatib bo‘lmaydigan qayd qilishni keltirib chiqaradi.
 - ◆ Ichakning pastki qismi tutilganda qusish unchalik kuchli bo‘lmaydi.
 - ◆ Reflektor qayt qilish intensiv og‘riq sindromi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.
- Qabziyatlar asosan surunkali ko‘rinishga ega. Axlat xarakterining o‘zgarishlari–organiq patologiya borligidan darak beruvchi muhim belgidir.
- Barcha hollarda bemorning ichi ketmayaptimi, najasida qon yoki shilliq qoldiqlari yo‘qmi va ich kelganda og‘riqlar bor – yo‘qligini aniqlash lozim.

Qorinni paypaslab ko‘rilganda og‘riq va topilmalarni baholash

- O‘tkir appenditsitda og‘riq diffuz xarakterga ega bo‘lib, ko‘pincha epigastral ba‘zan, simmillagan bo‘lib kindik oldi sohasida joylashadi. Aksariyat hollarda ko‘ngil aynishi va qayd qilish kuzatiladi. Yallig‘lanish seroz qobiq orqali tarqalishi natijasida 2 – 3 soat o‘tgach, og‘riq lokal bo‘lib, o‘ng yonboshga o‘tadi va uning kuchi ortib, birmuncha yuzaroqdan seziladi. Bir vaqtning o‘zida mushak muhofazasi belgisikuchayadi.
- Chuvalchangsimon o‘simta yorilganda qorin devori tarangligi kuchayadi va tarqaladi.
- To‘lqinsimon, ritm bilan paydo bo‘lib yo‘qoladigan og‘riqlar ichak kasalliklari, shuningdek o‘t yo‘llari obstruksiyasi yoki siydik qopidagi tosh kasalliklari uchun xos.

Fizikal tekshiruvlar

- Umumiy tekshiruvlar ◆ Yurak va o‘pka ◆ QB.
- Qorinni tekshirish ◆ Qorin yassi yoki shishgan ◆ Operatsiyadan keyingi chandiq ◆ Churralar (ko‘rinadi yoki paypaslaganda bilinadi).

- Qorinni paypaslash ♦ Og‘riq va og‘riqli soha ♦ Oldingi qorin devorining holati – qorin yumshoq yoki taranglashgan (qorin pardasi yallig‘langanda) ♦ Paypaslab ko‘rilganda seziladigan tuzilmalar ♦ Churrallar joylashgan soha ♦ Assit.
- Tashqi jinsiy a‘zolari paypaslash ♦ Churrallar ♦ Moyaklar shishi yoki og‘riq.
- Rektal tekshiruv ♦ O‘smalar, qon ketishlar ♦ Prostata bezining holati ♦ To‘g‘ri ichakda najas borligi, najasning rangi.
- Qorinni auskultatsiya qilish ♦ Ko‘p ma‘lumot beradigan tekshiruv ♦ Peristaltik shovqin kuchayishi (mexanik o‘tkazuvchanlikning buzilishi), shovqinlar yo‘qligi (paralitik o‘tkazuvchanlik buzilishi), chayqalish shovqini (mexanik o‘tkazuvchanlikning buzilishi), jarangdor ko‘p sonli ichak shovqinlari mexanik ichak buzilishining faqat boshlang‘ich davrida eshitiladi, so‘ngra ichak shovqini yo‘qoladi.

Laborator tekshiruvlar

- Katta ahamiyatga ega emas.
- Qon va siydikning umumiy analizi, SRO, siydikdagi amilazasi miqdori.

Nur diagnostikasi

- Qorin a‘zolarining obzor rentgenografiyasi. Qorin bo‘shlig‘ida havo (ichi bo‘sh a‘zo teshilishi), suyuqlik va gazga to‘la ichakning cho‘zilgan halqasi, suyuqlik darajasi (ichak tutilishi).
- UTT ♦ O‘tkir xoletsistit, abscesslar, aorta anevrizmasi, ginekologik kasalliklar, qorin bo‘shlig‘ida suyuqlik.
- Ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi. Plevra bo‘shlig‘ida suyuqlik, perikardit yoki yurak yetishmovchiligi belgilarini aniqlash.
- Yurak patologiyasiga shubha bo‘lganda har doim EKG tushirish lozim.

O‘TKIR GASTRIT

O‘tkir gastrit – oshqozon shilliq qavatining polietiologik o‘tkir yallig‘lanishi.

O‘tkir gastritning asosiy turlari • O‘tkir ekzogen oddiy gastrit • O‘tkir stress gastriti • Korroziv gastrit • Flegmonoz gastrit.

Etiologiyasi • O‘tkir ekzogen oddiy gastrit alimentar (alkogol, gazlangan ichimliklar, yog‘li achchiq va sho‘r ovqatni ko‘p iste‘mol qilish, ba‘zi dori moddalari, aspirin qabul qilish) va toksik – infeksiyon (toksik ovqat infeksiyalari, masalan salmonellyozda) bo‘lishi mumkin • O‘tkir stress gastriti og‘ir infeksiyon va somatik kasalliklar (pnevmoniya, buyrak va jigar yetishmovchiligi va boshqalar), quyish, muzlash natijasida kelib chiqadi • Korroziv gastrit bilib – bilmay kuchli ishqor yoki kislotalar (xlorid kislota, sulfat kislota) qabul qilinganda (formaldegid) paydo bo‘ladi • Flegmonoz gastrit (oshqozon devorining yiringli yallig‘lanishi) odatda oshqozon shikastlanishi asorati sifatida rivojlanadi.

Klinik manzarasi • O‘tkir ekzogen oddiy gastrit ♦ Belgilari oshqozon shilliq qavatiga patogen omil ta‘siridan 6 – 8 soat o‘tgach namoyon bo‘ladi ♦ Epigastral sohada quyish va og‘riq, dispeptik buzilishlar – ko‘ngil aynishi, qusish, kekirish, og‘izda bemaza ta‘m ♦ Shuningdek *O‘tkir ichakinfeksiyalarga* qaralsin • O‘tkir stress gastriti: oshqozon shilliq pardasi eroziyalarida oshqozon-ichakda qon ketishlar, qon qusish va shok bilan birga kuzatilishi mumkin • Korroziv gastrit. *Kuydiruvchi ta‘sirga ega moddalardan zaharlanishga* qaralsin • Flegmonoz gastrit ♦ Umumiy holatning og‘irligi ♦ Yuqori harorat, titrash ♦ Qorinda kuchli og‘riq ♦ Yiring aralash

to'xtovsiz qayt qilish. **Asoratlari** • Profuz qon ketishi • Oshqozon devorining teshilishi (peritonit yoki penetratsiya bo'lishi mumkin) • Flegmonoz gastritda – mediastinit, yiringli plevrit, diafragma osti absessi, yirik venalar tromboflebiti, jigar absessi.

Diagnostikasi • Anamnez va klinik belgilarga asoslanadi • FEGDS: o'tkir oddiy gastritda oshqozon shilliq qavatining diffuz giperemiyasi, stressli gastritda shilliq qavatda ko'p sonli yaralar.

Davosi • Parhez – 12 – 24 soat umumiy ochlik, birinchi 4 kun №0 parhez, keyin kamida 6 – 10 kun №1 parhez • Og'riq sindromida – atropin (0,5 – 1 ml 0,1 % li eritmasidan t/o), platifillin (1 ml 0,2 % eritmasidan t/o), papaverin gidroklorid (1 ml 2% eritmasidan t/o) • Eksikozda infuzion davo • Qon ketganda – muzdek suvdan lavaj, oshqozonga norepinefrin yuborish, endoskopik koagulyatsiya • Flegmonoz gastritda – kuchli antibiotikodavo va xirurgik usuli bilan davolash • Stress eroziyalar: ularning sabablarini bartaraf etish (masalan, sepsis) va katta dozada antatsidlar.

XKK – 10 • K29.0 O'tkir gemorragik gastrit • **K29.1** Boshqa o'tkir gastritlar.

SURUNKALI GASTRIT

Surunkali gastrit – oshqozon shilliq qavatida qator morfologik o'zgarishlar va bir qancha asosiy funksiyalari buzilishi bilan kechadigan uzoq davom etuvchi kasallik. **Tarqalishi.** Katta yoshdagi aholining 50 – 80 %, yoshi ulg'aygan sayin surunkali gastrit bilan kasallanish ortmoqda. 2001 yilda 100000 aholidan 287,2 tasi gastrit va duodenit bilan kasallangan.

Klassifikatsiyasi

- **Etiologik omilga ko'ra** • Mikrobl *Helicobacter pylori* va boshqalar • Mikrobsiz ♦ Autoimmun ♦ Alkogolli ♦ Postrezeksion ♦ YAQNDV ta'siridan kelib chiqqan ♦ Kimyoviy agentlar ta'siridan kelib chiqqan • Noma'lum omillar, shu jumladan mikroorganizmlar.

- **Tipiga ko'ra** • Atrofik bo'lmagan (Vtipi, yuzaki, diffuz antral, gipersekretor) • Atrofik (Atipi oshqozon tanasining diffuz, V₁₂ tanqisligi anemiyasi bilan bog'liq) • Alohida formali ♦ Kimyoviy ♦ Radiatsion ♦ Limfotsitar ♦ Gigant gipertrofik (adenopapillomatoz, Menetriye kasalligi) ♦ Granulematoz ♦ Eozinofilli ♦ Boshqa infeksiyalar ta'sirida.

- **Joylashuviga ko'ra** • Antral gastrit • Oshqozon tanasi gastriti • Pangastrit.

Etiologiyasi • Surunkali atrofik bo'lmagan gastrit 85–90% hollarda *Helicobacter pylori* bilan bog'langan • Surunkali atrofik (autoimmun) gastrit oshqozon shilliq qavatini (o'rab turuvchi) hujayralar genetik determinlangan autoantitanalar ishlab chiqarishga asoslangan • Kimyoviy (reaktiv) gastritning eng ko'p uchraydigan sabablari ko'p hollarda o't suyuqligi reflyuksi va uzoq vaqt YAQNDV qabul qilish • Eozinofilli gastrit etiologiyasi noma'lum, ayrim bemorlarda bronxial astma, ekzema va boshqa allergik kasalliklar aniqlangan • Granulematoz gastrit 10 % sarkoidoz bilan og'riganlarda, 7 % Kron kasalligi bilan kasallanganlarda, mikoz, oshqozonda yot jismlar topilgan kasallarda aniqlangan • Gigant gipertrofik gastrit etiologiyasi noma'lum.

Klinik manzarasi

- **Surunkali atrofik bo'lmagan gastrit** ♦ Ko'pincha o'n ikki barmoq ichak yara kasalligida og'riq sindromini (och qoringa yuzaga keluvchi og'riqlar) eslatadi. Og'riq

to'lg'oqsimon o'tkir yoki simillagan, sekin, ba'zida ovqat yegandan keyin tezda yuzaga keladi ♦ Dispeptik sindrom – jig'ildon qaynashi, nordon kekirish, ba'zan ko'ngil aynishi, oshqozonda ovqat hazm bo'lmasligi, qusish.

- **Atrofik gastrit** ♦ Ko'pincha vitamin V_{12} – yetishmasligi anemiyasi, tireoidit, birlamchi gipoparatireoz bilan birga kuzatiladi ♦ Ba'zan kasallik yashirin kechadi ♦ Qorin tepa sohasida ovqatdan keyin og'irlik, ko'p ovqat yeganlik hissi, oshqozon to'lib ketganligi, ovqat va havo bilan kekirish, og'izda bemaza ta'm, ishtaha pasayishi, meteorizm, ich kelishining buzilishi.

- **Kimyoviy (reaktiv) gastrit** • 3 ta o'ziga xos belgisi (triada) bor: to'sh ostida og'riq, ovqat yegandan so'ng og'riqning kuchayishi, safroli qusishdan so'ng yengil tortish, ozib ketish.

- **Yirik (gigant) gipertrofik gastrit** • To'sh ostida har xil intensivlikdagi og'riq, ovqat qabul qilgandan so'ng boshlanadi va oshqozonda og'irlik hissi kuzatiladi. Og'riqlar tabiatan har xil • Qusish va diareya bo'lishi mumkin; ko'pincha bemorning ishtahasi pasaygan, ba'zan anoreksiya holati kuzatiladi • Bemorning og'irligi 10 – 20 kg gacha kamayadi • Bemorlarning 25 – 40 % tanasida periferik shish paydo bo'lganligi aniqlanadi, bunga oshqozon suyuqligi bilan oqsilning yo'qotilishi sabab bo'ladi (8g/kunda va undan ko'p) • Oshqozondan qon ketish va eroziyalar kuzatiladi • 10 % bemorlarda oshqozon karsinomasi rivojlanadi.

Diagnostikasi

- Qonning umumiy tahlili: A tipdagi surunkali gastritda vitamin V_{12} tanqisligi anemiyasi.

- Najasni tekshirish: oshqozon sekretor aktivligi past bo'lganda yashirin qon, hazm qilinmagan ovqat qoldiqlari bo'lishi mumkin.

- Rentgenologik tekshirish surunkali gastritning asosiy turlarini aniqlash imkonini bermaydi: bunda yaralar, rak, polipoz, o'n ikki barmoq ichak – oshqozon reflyuksi, gigant gipertrofik gastrit, surunkali o'n ikki barmoqli ichak tutilishi ♦ O'n ikki barmoqli ichakning o'tkazuvchanligini surunkali buzilishi – kontrast moddaning o'n ikki barmoq ichak bo'shlig'ida 45 sekund davomida tutilib qolishi, ichak bo'shlig'ini kengayishi, o'n ikki barmoq – oshqozon reflyuksi ♦ Gigant gipertrofik gastrit (Menetriye kasalligi) – shilliq qavat burmalarining chegaralangan sohada sezilarli qalinlashgani (lokal variantda) yoki butun oshqozon bo'ylab (diffuz variantda). Oshqozon devori zararlangan sohada elastik, perestaltikasi ko'rinadi.

- FEGDS (fibroezofagogastroduodenoskopiya) ♦ Atrofik bo'lmagan (yuza) gastrit: shilliq parda yaltiroq (ba'zan fibrin pardasi bilan), shishgan, giperemiyalangan, ostiga qon quyilgan ♦ Atrofik gastrit: shilliq parda yupqalashgan, oqimtir – kulrang tusda, qon tomirlari ko'rinib turadi, relyefi silliq ♦ Reflyuks-gastrit: pilorus ochilib turadi, oshqozon shilliq pardasi giperemiyalangan, shishgan; oshqozonda o't suyuqligi bor ♦ Gigant gipertrofik gastrit: oshqozonda katta miqdorda shilimshiq, shilliq parda oson jarohatlanadi, aksari eroziya, qon quyilishlar topiladi.

- Oshqozon sekretor funksiyasini tekshirish ♦ Surunkali atrofik bo'lmagan gastrit, reflyuks - gastrit: oshqozon sekretor funksiyasi normada yoki oshgan. ♦ Surunkali atrofik gastrit, gigant gipertrofik gastrit: oshqozon sekretor funksiyasi pasaygan.

- *Helicobacter pylori* ni aniqlash ♦ Invaziv usullar: FEGDS ni oshqozon shilliq pardasi biopsiyasi bilan o'tkazish zarur, kamida beshta bioptat olinadi (antral va fundal bo'limlardan ikkitadan va oshqozon burchagi sohasidan bitta). Eradikatsiyaning samaraliligini tasdiqlash uchun davolash kursidan keyin 5 – hafta o'tgach tekshirish o'tkaziladi ✦ Bakteriologik usul ✦ Gistologik usul (bo'yalgan preparatlarni mikroskopda tekshirishda bakteriyalar topiladi) ✦ Biokimyoviy usul (ureaza testi) ♦ Invaziv bo'lmagan testlar ✦ Immunologik usullar (*Helicobacter pylori* ga nisbatan AT topish) ✦ Nafas testi ♦ Oshqozon shilliq pardasi bioptatlarida PZR – diagnostika (invaziv usul) va bemor najasida (invaziv bo'lmagan usul).
- Hujayralar va ichki omilga nisbatan AT ni aniqlash va gipergastrinemiya – atrofik autoimmun gastrit belgisi.
- Oshqozon – ichak yo'li yuqori bo'limlarini qavatma – qavat manometriya qilish: refluyks - gastritda o'n ikki barmoq ichakda bosimning 200 – 240 mm suv. ustunigacha ko'tarilishi aniqlanadi (normada 80 – 130 mm suv us.teng).

DAVOSI

Surunkali atrofik bo'lmagan gastrit

- Parhyez: gipo- va axlorgidriyada parhyez №2, giperatsid holatlarda parhyez №1 buyuriladi.
- *Helicobacter pylori* chaqirgan gastritda – eradikatsiya (davolash kursi – 1–2 hafta) ♦ Uchlikdavo ✦ Trikaliy ditsitrat vismuti 120 mg. kunda 4 marta 28 kun davomida ✦ Metronidazol 200 mg. kunda 4 marta 10–14 kun ✦ Tetratsiklin 500 mg. kunda 4 marta 10–14 kun ♦ Kvadra – davo ✦ Omeprazol 20 mg. kunda 2 marta ✦ Trikaliy ditsitrat vismuti 120 mg. kunda 4 marta ✦ Tetratsiklin 500mg. kunda 4 marta ✦ Metronidazol 500 mg sutkasiga 3 marta.
- *Helicobacter pylori* yo'q va oshqozon sekretor funksiyasi oshganda ♦ Antatsidlar, so'rilmaydiganlari afzalroq, ovqatdan 1–2 soat o'tgach kunda 3–4 marta va uyqudan oldin • Selektiv m–xolinoblokatorlar: pirenzepin – 50 mg. kunda 2 marta • N₂ blokatorlari – gistamin retseptorlari: ranitidin (150 mg. kunda 2 marta ichishga yoki m/o), famotidin (20 mg. kunda 2 marta ichishga yoki v/i)
 - ♦ N⁺,K⁺ blokatorlari – ATfazalari (“proton nasos” blokatorlari) – omeprazol, rabeprazol 20 mg. kunda 2 marta, lansoprazol 30 mg.kunda 2marta.
- Shilliq qavatni himoya qiladigan (o'rab oladigan) preparatlar ♦ Sukralfat ♦ Trikaliy ditsitrat vismuti (shuningdek *Helicobacter pylori* ga nisbatan antimikrob ta'sirga ega).
- **Surunkali atrofik gastrit** • Dori vositalari yordamidagi davo kasallik qo'zigan vaqtda olib boriladi • Oshqozon sekretor funksiyasi yetishmovchiligida o'rin bosuvchi davo: oshqozon shirasi, pepsidil, xlorid kislota pepsin bilan, atsidin – pepsin (shilliq qavatda eroziya mavjudligi bu preparatlarni qo'llashga qarshi ko'rsatma hisoblanadi) • Oshqozon osti bezi ekskretor funksiyasining pasayishida o'rindosh davo (xolenzin, pankreatin + o't komponentlari + gemitsellyulaza, pankreatin, panzinorm forte) • Vitamin V₁₂ – difetsit anemiyani davolash • Fitodavo: yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi o'simliklar – bargizub, moychechak, yalpiz, dalachoy, o'simliklari bargidan damlama (1 stakan suvga bitta katta qoshiq) 1/3 – 1/4 stakandan kunda 3 – 4 marta ovqatdan oldin 3 – 4 hafta davomida ichiladi; bargizub

sharbat 1 katta qoshiqdan yoki plantaglyutsid 0,5 – 1,0 g. dan kunda 3 mahal • Regeneratsiya jarayonlarini kuchaytiruvchi va to‘qimalar trofikasini yaxshilovchi preparatlar: nikotin kislota (1,0 % li eritmasi, 1 – 10 ml. dan v/i 10 kun yoki 3 – 5 ml. dan m/o 20 kun), solkoseril 1 – 2 ml. dan m/o 20 kun, inozin 0,2 g. dan kunda 3 marta ovqatdan 40 minut oldin 20 – 30 kun, tiamin, piridoksin, folat kislota • Yaqqol dispeptik o‘zgarishlar va og‘riqlarda markaziy va periferik dofaminli retseptor blokatorlari (reflyuks-gastritga q.)

Reflyuks – gastrit • Bunda davolashdan maqsad oshqozon – ichak yo‘li harakatini normallashtirish va o‘t kislotasini bog‘lash • O‘t kislotalarini bog‘lash va o‘n ikki barmoqli ichak suyuqligini oshqozonga tushishidan saqlash uchun dofamin retseptor blokatorlari (domperidon, metoklopramid) tayinlanadi • Oshqozon shilliq qavatiga ta’sir etuvchi o‘t kislotalarini neytrallashtirish uchun xenodeoksixolat va ursodeoksixolat kislotalari qo‘llaniladi • Oshqozon shilliq qavatini o‘t kislotalaridan himoyalash – antatsidlar odatdagi kunlik dozada (tarkibida alyuminiy bo‘lgan antatsidlar o‘t kislotasini bog‘lash xususiyatiga ega, shuning uchun ularning ta’siri ancha samarali).

Gigant gipertrofik gastrit • Davolash uzoq davom etadi (2 – 3 oy) • Yuqori kaloriyali, oqsilga boy parhez • Antisekretor davo • Davolashga rezistent gipoproteinemiya, takroran qon ketishlarda operatsiya amaliyoti kerak (oshqozon rezeksiyasi).

XKK – 10 • K29 Gastrit va duodenit.

Ilova. Eozinofilli gastroenterit (allergik) – oshqozon antral bo‘limi shilliq pardasining asl plastinkasi, epiteliyning eozinofillardan infiltratsiyasi bilan xarakterlanadigan surunkali kasallik; ingichka va yo‘g‘on ichaklar, qizilo‘ngach zararlanishi xos; ko‘pincha allergik kasalliklar bilan qo‘shilib keladi. **Klinik manzarasi:** surunkali diareya, qorinda og‘riq, ko‘ngil aynash, qusish, ozib ketish, eozinofiliya. **Davolash:** allergiyaga turtki bo‘ladigan oziq – ovqat mahsulotlarini ratsiondan chiqarish; parhez №-1; GK lar davomli remissiyani ta’minlaydi.

XKK – 10 • K52.8 Boshqa aniqlangan infeksiya bilan bog‘liq bo‘lmagan gastroenteritlarva kolitlar.

YARA KASALLIGI

Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligi – bu surunkali kasallik bo‘lib qaytalanish vaqtida oshqozon o‘n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining yallig‘lanishi va yara paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

XKK – 10 • K25 Oshqozon yarasi • **K26** O‘n ikki barmoqli ichak yarasi. Quyidagi qo‘shimcha kodlar bilan tasniflanadi: **0** O‘tkir qon ketishi bilan; **1** O‘tkir teshilishi bilan; **2** O‘tkir qon ketishi va teshilishi bilan; **3** O‘tkir qon ketishsiz yoki teshilishsiz; **4** Surunkali yoki noaniq qon ketishi bilan; **5** Surunkali yoki noaniq teshilishi bilan; **6** Surunkali yoki noaniq qon ketishi va teshilishi bilan; **7** Surunkali qon ketishsiz yoki teshilishsiz; **8** Noaniq o‘tkir yoki surunkali, qon ketishsiz yoki teshilishsiz.

EPIDEMIOLOGIYASI

Yara kasalligi katta yoshdagi aholining 5-10% ida, asosan 50 yoshgacha bo‘lgan erkaklarda kuzatiladi. O‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligi 95% hollarda va oshqozon yara kasalligi 87% hollarda *Helicobacter pylori* bilan birga aniqlanadi.

Xavf omillari • *Helicobacter pylori* ning mavjudligi • Ovqatlanish xarakteri va tartibining buzilishi (uzoq vaqt dag'al ovqat yeyish, quruq non – choy bilan ovqatlanish, ovqatlanishlar orasidagi uzoq tanaffuslar) • Asab – ruhiy omillar (stress) • Oshqozon shirasi sekretsiasining oshishi va shilliq qavatlarning himoyalanih omillari faolligi pasayishi (mukoproteinlar, bikarbonatlar) • Zararli odatlar mavjudligi (chekish, alkogolni suiiste'mol qilish) • Irsiy moyillik.

KLASSIFIKATSIYASI

Etiologiyasi bo'yicha • *Helicobacter pylori* bilan birga qo'shilib kelgan • *Helicobacter pylori* bilan qo'shilib kelmagan.

Joylashishi bo'yicha • Oshqozon yarasi • O'n ikki barmoqli ichak yarasi • Yaraning oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakda bir vaqtda uchrashi.

Yaraning soni bo'yicha • Yakka • Ko'p sonli yaralar.

Yaraning o'lchami (diametri) bo'yicha • Kichkinasi – 0,5 sm. gacha • O'rtachasi – 0,5 – 1 sm. • Kattasi – 1,1–2,9 sm. • Gigant yaralar: oshqozon yaralari 3 sm va undan ortiq, o'n ikki barmoqli ichak yaralari 2 smva undan ortiq. Oshqozon sekretsiasini darajasi bo'yicha • Sekretsiasini oshgan • Me'yoridagi sekretsiasini • Sekretsiasini kamaygan.

Kasallik bosqichi bo'yicha • Zo'rayish • Remissiya.

Asoratlari bo'yicha. Kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlar: qon ketishi, penetratsiya, perforatsiya, stenozlanish, malignatsiya.

DIAGNOZ

ANAMNEZI VA FIZIKAL TEKSHIRUV

Kasallikning klinik ko'rinishi yara nuqsonining joylashishiga, uning o'lchami va chuqurligiga, oshqozonning sekretor funksiasiga, bemorning yoshiga bog'liqdir.

OG'RIQ. Og'riqning xarakteri, davriyligi, paydo bo'lish va yo'qolish vaqti, ovqat qabul qilish bilan bog'liqligini aniqlash lozim.

- Erta og'riq ovqatdan 0,5-1 soat o'tgach paydo bo'ladi, kuchliligi sekin – asta oshib boradi, 1,5-2 soatgacha saqlanadi, ovqatning o'n ikki barmoqli ichakka o'tishi bilan asta – sekin kamayadi va yo'qoladi; bunday og'riq yaraning oshqozon tanasida joylashganligiga xosdir. Jarohat oshqozonning kardial, subkardial va fundal bo'limlarida joylashganda og'riq ovqat iste'mol qilgan zahoti paydo bo'ladi.

- Kechki og'riq ovqatdan so'ng 1,5-2 soat o'tgach paydo bo'ladi, ovqatning oshqozondan evakuatsiya qilinishi bilan bog'liq ravishda asta – sekin kuchayadi; oshqozonning pilorik va o'n ikki barmoqli ichakning yo'g'onlashgan qismidagi yaralarga xosdir.

- «Qorin ochligi» (tungi) og'rig' ovqatdan 2,5 - 4 soat o'tgach paydo bo'ladi va keyingi ovqat iste'mol qilish bilan bosiladi; bunday og'riq o'n ikki barmoqli ichak va oshqozonning pilorik qismidagi yaralarga xosdir.

- Qo'shilib kelgan yoki ko'p sonli aralash yaralarda erta va kechki og'riqning uyg'unlashib kelishi kuzatiladi.

Og'riqni qanday namoyon bo'lishi yara nuqsonining joylashishiga (yara oshqozon tanasida joylashganda – kuchsiz og'riq, pilorik qismida va o'n ikki barmoqli ichakning yo'g'onlashgan qismidan tashqarida joylashganda – keskin og'riq), bemorning yoshiga (yoshlarda kuchli), asoratlarga bog'liq.

Yara nuqsonining joylashishiga bog'liq ravishda og'riqning eng ko'p kuzatiladigan

soxalari quyidagilardir: ● Yara oshqozonning kardial va subkardial bo‘limida joylashganda – og‘riq hanjarsimon o‘simta sohasida ● Yara oshqozonning tana qismida joylashganda – og‘riq epigastral sohaning chap qismida ● Yara oshqozonning pilorik qismida va o‘n ikki barmoqli ichakda joylashganda – og‘riq epigastral sohaning o‘ng qismida.

LABORATOR VA ASBOBLAR YORDAMIDA TEKSHIRISH RENTGENOLOGIK USUL

Yaraning bevositarentgenologik belgisi sifatida “tokcha”belgisi–yara chuqurini to‘ldirib turgankontrast moddaning soyasi hisoblanadi. Yaraning sharpasi shilliq parda burmalari profilida (konturli “tokcha”) yoki anfas ko‘rinishi mumkin (“relyef – tokcha”). Kichkina “nisha” lar rentgenoskopiyada farq qilinmaydi. Kichik yara atroflari tekis va aniq. Granulyatsiyali to‘qimalar, shilimshiq to‘planishi, qon laxtalari tufayli katta yaralarda shakli notekis bo‘ladi. Relyef “nisha” oshqozon yoki o‘n ikki barmoqli ichakning ichki yuzasida barqaror yoki oval kontrast modda yig‘ilgan ko‘rinishga ega.

Yaraning bilvosita rentgen belgilariga nahorda oshqozonda suyuqlik borligi, uning yuzasida kontrast moddaning tez so‘rilishi, tashqi paypaslashda nuqtali og‘riq belgisi va qorin sohasining mahalliy taranglashishi, regionar spazm kiradi. Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning yo‘g‘onlashgan qismida spazm yara sathida, biroq patologik jarayonning qarama – qarshi tomonida (“ko‘rsatib turadigan barmoq belgii”).

Ezofagogastroduodenoskopiya yara nuqsonini topishga, uning bitishini nazorat qilishga, oshqozon shilliq pardasi morfologik tuzilishini sitologik va gistologik baholashga, yara malignizatsiyasini istisno qilishga imkon beradi.

Oshqozonning sekretor funksiyasini tekshirish optimal davolash rejasini aniqlashda ahamiyatlidir. Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning turli bo‘limlarini fraksiyalari zondlash va sutkalik (24 soatlik) rH – metriya qilish yo‘li bilan amalga oshiriladi.

DIAGNOSTIKASI *Helicobacter pylori*

Invaziv testlar “biopsiya”

Oshqozon shilliq pardasidan kamida 5 ta bioptat olinadi: antral va fundal bo‘limlardan ikkitadan va oshqozon burchagi sohasidan bitta. Mikroeradikatsiyasi muvaffaqiyatli chiqishini ta‘minlash uchun bu tekshirish davolash tugagandan keyin 5 – haftadan so‘ng o‘tkaziladi.

- Bakteriologik usul – oshqozon shilliq pardasi bioptatini differensial – diagnostik muhitga ekish. Bakteriya 37°S haroratda 10 kun mobaynida mikroaerobli muhitda inkubatsiya qilinadi, shundan so‘ng o‘ngan bakteriyalar mikroskopik va biokimyoviy identifikatsiya qilinadi.
- Morfologik usul – *Helicobacter pylori* diagnostikasining “oltin standarti”.
- Gistologik usul – bakteriyalarni oshqozon shilliq pardasi gistologik kesmalarida Romanovskiy – Gimza bo‘yicha, taluidin ko‘ki bilan Uortin – Starri bo‘yicha bo‘yash.
- Sitologik usul – bakteriyalarni oshqozon shilliq pardasi bioptatlari surtma - nusxalarida Romanovskiy – Gimza gramm usulida bo‘yash.

- Biokimyoviy usul (ureaz sinamasi) – oshqozon shilliq pardasi bioptatida uni substrat, bufer va indikator saqlagan suyuq yoki gelsimon muhitga qo‘yish bilan ureaz aktivlikni aniqlash. Bioptatida *Helicobacter pylori* bo‘lganda uning ureazasi mochevinani ammiakka aylantiradi, bu muhit pH ini binobarin, indikator rangini o‘zgartiradi.
- PZR – diagnostikasi (polimeraz zanjirli reaksiya). Oshqozon shilliq pardasi bioptatlari tekshiriladi.

Invaziv bo‘lmagansinamalar

- Immunologik usullar. Ko‘proq skrining usullari sifatida epidemiologik tekshirishlar o‘tkazishda ishlatiladi. *Helicobacter pylori*ga AT topilishiga asoslangan.
- Nafas testi – bemor nafas oladigan havoda ¹⁴S yoki ¹³S izotoplarini aniqlash, ular *Helicobacter pylori* ureazasi ta’sirida oshqozonda nishonlangan mochevina parchalanishi natijasida ajralib chiqadi.
- PZR – diagnostikasi. Bemorning fekalisi tekshiriladi.

Eradikatsiya diagnostikasi

Eradikatsiya–oshqozonva o‘n ikki barmoqli ichakda *Helicobacter pylori* bakteriyalarini to‘liq yo‘qotish.

- Eradikatsiya diagnostikasi antixelikobakter davo kursi tugagach, 4 – 6 hafta o‘tgach o‘tkaziladi.
- Eradikatsiya diagnostikasi ko‘rsatilgan usullarning kamida ikkitasi bilan amalga oshiriladi. Bioptatda bakteriyalarni bevosita topish usullaridan foydalanilganda (bakteriologik, morfologik, ureaz) oshqozon tanasidan olingan ikkita va antral bo‘limidan olingan bita bioptatni tekshirish zarur.

Eradikatsiyani aniqlash uchun sitologik usulni qo‘llab bo‘lmaydi.

DIFFERENSIAL DIAGNOZI

Differensial diagnostika har xil joylashgan yaralar, shuningdek, yara kasalligi (peptid yaralar) va simptomatik yaralar o‘rtasida o‘tkaziladi (1-, 2 – jadvalga q.).

1 – Jadval.

Oshqozon va duodenal yaralar differensial diagnostikasi.

Klinik belgilari*	Duodenal yara	Oshqozon yarasi
Yoshi	40 yoshgacha	40 yoshdan katta
Jinsi	Erkaklar	Ikkila jins vakillari
Og‘riq	Tungi, ochlikdan	Ovqatdan so‘ng
Qusish	Xos emas	Ko‘pincha
Ishtaha	Normada, oshganyokiovqatlanishdano ldinqo‘rquv	Pasaygan bo‘lishi mumkin
Asboblarni yordamida tekshirish:		
Endoskopiya	Faqat diagnozni tasdiqlash uchun	Davolash tugagandan so‘ng 5-6 hafta o‘tgach yaraning chandiqlanishini tasdiqlash uchun takrorlanadi
Biopsiya	Majburiy emas yoki	Ko‘p sonli biopsiya,

	<i>Helicobacter pylori</i> ni aniqlash uchun o'tkaziladi	cho'tkali sitologiya va gistologiya
--	--	-------------------------------------

* Endoskopik tekshirishlar natijalarisiz differensial diagnostika belgilari hisoblanmaydi.

2 – Jadval. Peptik va simptomatik yaralar (YAKNP chaqirgan) differensial diagnostikasi.

DAVOLASH

DAVOLASHDAN MAQSAD

- *Helicobacter pylori* eradikatsiya.
- Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining aktiv yallig'lanishini to'xtatish.
- Yara nuqsonining bitishi.
- Barqaror ryemissiyaga erishish.
- Asoratlarning paydo bo'lishining oldini olish.

DORILARSIZ DAVOLASH

- Parhez №1 (1a, 1b), kasallik klinik belgilari namoyon bo'lishiga ta'sir qiladigan taomlarni ratsiondan chiqargan holda (masalan, achchiq ziravorlar, marinadlangan va dudlangan mahsulotlar).
- Fiziodavo: UYUCHN – davosi (ultra yuqori chastotali nurlantirish), balchiq bilan davolash, parafin va ozokerit aplikatsiyalari, sanator – kurort davolash (Jeleznovodsk, Yessentuki, Pyatigorsk, Borjomi).

DORILAR BILAN DAVOLASH

***Helicobacter pylori* bilan assotsiyalangan oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi.**

Eradikatsiya davosi o'tkazish ko'rsatilgan. Bunga quyidagi talablar qo'yiladi:

- Nazorat qilinadigan tekshirishlarda kamida 80% hollarda *Helicobacter pylori* bakteriyalarining yo'qolishiga olib kelishi kerak.
- Qo'shimcha ta'sirlar tufayli davosi majburiy bekor qilinmasligi kerak (5% gacha hollarda mumkin).
- Davolash kursi muddati 7 – 14 kundan oshmagan holda, uning samarasi kuzatilishi kerak.

Proton nasos ingibitori asosidagi uchlamchi davosi – eradikatsiya muvaffaqiyatining eng samarali turi. Bunda 85 – 90% hollarda katta yoshdagi bemorlarda, 75% hollarda bolalarda eradikatsiyaga erishiladi.

- Birinchi qator davosi. Proton – nasos ingibitori (omeprazol 20 mg., lansoprazol 30 mg, rabeprazol 20 mg., ezomeprazol 20 mg.) yoki ranitidin-vismut-sitrat standart dozada + klaritromitsin 500 mg+ amoksisitsilin 1000 mg yoki metronidazol 500 mg; hamma DV lar kuniga 2 marta 7 kun davomida qabul qilinadi. Klaritromitsinni metronidazolga nisbatan amoksisitsilin bilan birga ishlatish ma'qul, chunki ikkinchi qator davosi tayinlash yaxshiroq natija beradi. Klaritromitsinni kuniga 2 marta 500

mgdan qabul qilish uni 250 mg. dan 2 marta qabul qilishga nisbatan samaraligi aniqlangan.

- Birinchi qator davo samara bermaganda ikkinchi qator davodan foydalaniladi. Proton nasos ingibitori standart dozada kuniga 2 marta + vismut subsalitsilat 120 mgdan kuniga 4 marta + metronidazol 500 mg dan kuniga 3 marta + tetratsiklin 500 mgdan kuniga 4 marta.

Antixelikobakterialdavoni o‘tkazish qoidalari

1. Agar davolash sxemasidan foydalanish eradikatsiyaga olib kelmasa, uni takrorlamalik kerak.

2. Davolash sxemasidan foydalanish eradikatsiyaga olib kelmasligi, bakteriyani uning tarkibidagilardan biriga (nitroimidazol hosilalari, makrolidlar) qarshi chidamlilik holatga o‘tganligini bildiradi.

3. Agar dastlab birinchi, keyin ikkinchi davo sxemalari qo‘llanilganda ham eradikatsiya kuzatilmasa, *Helicobacter pylori* shtammining ishlatiladigan barcha antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini aniqlash lozim.

4. Davolanishkursi tugagandan so‘ng 1 yil o‘tgach, bemor organizmida yana bakteriya paydobo‘lishi kuzatilsa, bu holatni reinfeksiya emas, balki infeksiya retsidivi sifatida baholash kerak.

5. Infeksiya retsidivida birmuncha samarali davolash sxemalariniqo‘llash kerak.

Uyg‘unlashtirilgan eradikatsiyali davo tugagach, yara kasalligining duodenal joylashuvida davolashni yana 5 hafta mobaynida, oshqozonda joylashishida esa yana 7 haftamobaynida davom ettirish, bunda antisekretor preparatlarning biridan (protonnasos ingibitorlari, gistaminning H₂-retseptorlari blokatorlari)foydalanish zarur.

***Helicobacter pylori* bilan assotsiyalanmagan yara kasalligi**

Bu holda davolashning maqsadi kasallikning klinik belgilarini yo‘qotish va yaraning chandiqlantirishdan iborat. Oshqozonning sekretor aktivligi oshganda antisekretor preparatlar tayinlanadi:

- Proton nasos ingibitorlari: omeprazol 20 mg. kuniga 2 marta, rabeprazol 20 mgdan kuniga 1-2 marta, ezomeprazol 20 mgdan kuniga 2 marta.

- Gistamin H₂-retseptorlari blokatorlari: Famotidan 20 mg. dan kuniga 2 marta, ranitidin 150 mgdan kuniga 2 marta.

- Zarurat bo‘lsa, antatsidlar, sitoprotektorlar.

Davolash samaradorligi yara oshqozonda joylashganda – 8 haftadan so‘ng, o‘n ikki barmoqli ichakda joylashganda – 4 haftadan so‘ng, endoskopik usulda tekshirish orqali nazorat qilinadi.

SHIFOXONAGA YOTQIZISHGA KO‘RSATMALAR

- Avval asoratlangan oshqozon va 12- barmoq ichak yara kasalligi.

- Yara kasalligining o‘tkir keskinlashgan davrida yaqqol klinik manzarasi bilan: kuchli og‘riq sindromi, qusish va dispeptik o‘zgarishlar.

- Eradikatsiya kor qilmaydigan *H.pilori* bilan bog‘liq og‘ir kechayotgan yara kasalligi.

- Oilaviy anamnezi og‘ir bo‘lgan oshqozon yara kasalligining malignizatsiyasini inkor qilish uchun.

- Og‘ir belgilari bo‘lgan yara kasalligi (yo‘ldosh kasalliklar).

Shifoxonada davolanish muddati oshqozon yarasida 20 – 30 kun, o‘n ikki barmoqli ichak (duodenal) yarasida – 10 kun. Asoratlanmagan oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligini ambulatoriya sharoitida davolash kerak.

XIRURGIK DAVOLASHGA KO‘RSATMALAR

Yara kasalligining asoratlari bo‘lganda: perforatsiya, malignizatsiya, penetratsiya, qon ketish va stenoz.

MUTAXASSIS MASLAHATIGA KO‘RSATMALAR

Yara kasalligi asoratlari borligiga gumon qilinganda xirurg, zarur bo‘lganda onkolog maslahati tavsiya etiladi.

KEYINGI OLIB BORISH

Oshqozon, o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligi zo‘rayishini oldini olish uchun davoning 2 turi tavsiya qilinadi.

- Antisekretor preparatlarning yarim dozasi bilan uzluksiz (oylab va hatto, yillar davomida) davo, masalan, har kuni 150 mg. ranitidin, yoki 20 mg. famotidin, yoki 20 mg. omeprazol qabul qilish. Ko‘rsatmalar:

- ◆ O‘tkazilgan eradikatsiyali davoning samarasizligi;
- ◆ Yara kasalligi asoratlari (yaradan qon oqishi yoki perforatsiya);
- ◆ YAQNDV qo‘llash zarur bo‘lgan yo‘ldosh kasalliklar borligi;
- ◆ Yara kasalligi bilan qo‘shilib kelgan eroziv – yarali reflyuks – ezofagit;
- ◆ *H.pylori* ga bog‘liq bo‘lmagan (assotsiyalanmagan) yara kasalligi;
- ◆ Monand davo kursiga qaramay, yara kasalligi har yili qaytalanadigan 60 yoshdan oshgan bemorlar.

- “Talabga muvofiq” profilaktik davo, yara zo‘rayishiga xos belgilar paydo bo‘lganda antisekretor preparatlardan birini 2 – 3 kun mobaynida to‘liq kundalik dozada, keyin 2 hafta davomida yarim dozada qabul qilishni ko‘zda tutadi. Bu davoga ko‘rsatma – *H.pylori* eradikatsiyasi muvaffaqiyatli o‘tgandan so‘ng yara kasalligi belgilari paydo bo‘lishi.

Agar davodan so‘ng zo‘rayish belgilari to‘liq yo‘qolsa, uni to‘xtatish kerak. Mabodo belgilar yo‘qolmasa yoki qaytalansa, ezofagogastroduodenoskopiya va boshqa tekshirishlarni o‘tkazish zarur.

PROGNOZI

Asoratlanmagan yara kasalligida prognoz yaxshi. Eradikatsiyamuvaffaqiyatli o‘tgan bo‘lsa, kasallik birinchi yili davomida retsidivlar 6-7% bemorlarda kuzatiladi. Kasallik uzoq yillar davom etib, qaytalanishlar tez –tez yuzaga kelganda, yara kasalligining asoratlangan turlarida, ayniqsa malignizatsiyada prognoz yomonlashadi.

Dispeptik buzilishlar. Ezofagit, divertikulit, pilorostenoz, pilorospazm, reflyuks- ezofagit.Dispanser kuzatuv.Profilaktikasi.Noinfeksiyon diareya.

Dispepsiya – ko‘krak osti sohasida (o‘rta chiziqqa yaqin) joylashgan, og‘riq va o‘zini yomon his qilish hissi (og‘irlik, oshqozon to‘lib ketgandek his qilish, erta to‘yinish hissi, dam bo‘lish, ko‘ngil aynishi) bilan xarakterlanadigan holat. Alohida kasallik ko‘rinishidagi funksional dispepsiyani (yarali bulmagan dispepsiya,

idiopatik, noorganik, essensial dispepsiya) organik kasalliklarning belgisi sifatida kechadigan dispepsiyadan farqlash kerak.

EPIDEMIOLOGIYASI

-Dispepsiya aholining 20 – 25 % ida, erkak va ayollar o‘rtasida bir xilda uchraydi.

-20 – 40 yoshlilarda dispepsiya belgilari keng tarqalgan, undan katta yoshdagilarda kamroq kuzatiladi.

-Birinchi tibbiy yordam muassasalariga murojaat qilgan 3 % bemorlarning asosiy shikoyati – dispepsiya. O‘tkazilgan so‘rovlarga binoan, dispepsiya bilan kasallanganlarning faqatgina 1/4 qismigina shifokorga murojaat qiladi.

KLASSIFIKATSIYASI

• II Rim mezonlariga binoan (1999), oshqozon va/yoki o‘n ikki barmoqli ichak motorikasining buzilishi natijasida rivojlanadigan, biron organik patologiya bilan bog‘liq bo‘lmagan va o‘n ikki haftadan ko‘p davom etadigan dispepsiya funksional dispepsiyalarga kiradi.

• Funksional dispepsiyaning kichik guruhlarini *diagnostika* bulimida keltirilgan.

DIAGNOSTIKASI

Funksional dispepsiya tashxisi shunga mos klinik belgilar yil davomida o‘n ikki haftadan ortiq davom etganda va o‘xshash belgilar bilan kechadigan organik patologiya istisno qilinganda qo‘yiladi.

ANAMNEZ VA FIZIKAL TEKSHIRUV

• **Umumiy belgilar:** qorinning yuqori qismida, o‘rta chiziq atrofida og‘riq va diskomfort, semizlik va tez to‘yib qolish hissi, ko‘ngil aynishi.

• **Funksional dispepsiyaning diagnostik tamoyillari:**

◆ Dispepsiya belgilarining davomiyligi 1 yil davomida kamida 12 hafta (ketma – ket bo‘lishi shart emas) tashkil qiladi.

◆ Dispepsiya belgilarinii tasdiqlovchi FEGDS natijalariga asosan organik kasallikning yo‘qligi.

◆ Dispepsiya belgilari defekatsiyadan keyin kamaymaydi, najas konsistensiyasiga va defekatsiya soniga bog‘liq emas (bu belgi «ichak ta’sirlanish sindromini» istisno qiladi).

• **Boshqa kasalliklardan darak beruvchi belgilar:**

◆ Jig‘ildon qaynashi (epigastral sohada emas, balki retrosternal sohada achishish hissi) gastroezofageal refluyuks kasalligi borligini ko‘rsatadi;

◆ Disfagiya qizilo‘ngachning organik patologiyasini bildirishi mumkin;

◆ Xavfli belgilar bo‘lganda (anemiya, ozib ketish, qon ketish) hamisha organik kasallik bo‘lish ehtimolini nazarda tutish kerak (xavfli o‘smalar, oshqozon yara kasalligi va b.q.)

INSTRUMENTAL VA LABORATOR TEKSHIRUVLAR.

• Zaruriy diagnostik tekshiruvlar sifatida rentgenografiya va UTT tavsiya etilmaydi, chunki organik kasalliklar diagnostikasida bu usullarning FEGDS dan ustun tomonlari yo‘q.

• FEGDS ◆ 45 yoshdan katta bemorlarda FEGDS tekshiruvini o‘tkazish majburiy ◆ Shuningdek yomon sifatli o‘smalar va asoratlar (masalan, qonab turgan yara) xavfi yuqori bo‘lganda FEGDS o‘tkaziladi.

- Dispepsiya belgilarini o‘zak saqlanganda (xavfli belgilar yo‘qligi va empirik davoga qaramay) *Helicobacter pylori* borligini tekshirish kerak.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA

- Gastroezofageal reflyuks kasalligi • Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligi • Oshqozon va qizilo‘ngach raki • Dori vositalarning nojo‘ya ta’siri (YAQNDV, eritromitsin, teofillin, yurak glikozidlari va b.) • O‘t – tosh kasalligi • Surunkali pankreatit • Seliakiya • Diffuz ezofagospazm • Malabsorbsiya sindromi • Oshqozon ichak yo‘lining funksional kasalliklari: aerofagiya, funksional qayt qilish • YUIK • QD, tizimli sklerodermiyada va boshqalarda oshqozon – ichak yo‘lida ikkilamchi o‘zgarishlari.

Dispepsiyaning organik sabablari 40% bemorlarda aniqlanadi.

MUTAXASSISLAR MASLAHATIGA KO‘RSATMA

- Gastroenterolog maslahati dispepsiya xavfli belgilar bilan kechganda yoki tajriba yo‘li bilan davolash naf bermaganda tavsiya etiladi.

- Xavfli belgilar (disfagiya, melena, gematemezis, gematoxeziya, isitma, ozib ketish, ECHT ning oshishi, leykotsitoz, dispepsiya belgilarining birinchi marta 45 yoshdan keyin paydo bo‘lishi) bo‘lgan bemorlarni FEGDS yoki boshqa maxsus tekshiruvlardan o‘tishga yuborish kerak.

◆ FEGDS – ezofagit, yara kasalligi, pankreatit va boshqalarni istisno qilish maqsadida bajariladi.

◆ Umumiy va yashirin qon borligini aniqlovchi najas tahlili – oshqozon – ichakdan yashirin qon ketishni (masalan oshqozon, yo‘g‘on ichak raki) istisno qilish uchun o‘tkaziladi.

◆ Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarida UTT o‘t – tosh kasalligi, surunkali pankreatitni istisno qilish maqsadida amalga oshiriladi.

◆ Qizilo‘ngach ichi rN ining kecha – kunduzlik nazorati – gastroezofageal reflyuks kasalligini istisno qilish maqsadida o‘tkaziladi.

◆ Zaruriyati bo‘lganda, qizilo‘ngach va oshqozonning rentgen tekshiruvi, *Helicobacter pylori* diagnostikasi, qizilo‘ngach monometriyasi elektrogastrografiya, ssintigrafiya (gastroparezni aniqlash maqsadida) o‘tkaziladi.

- 4 – 6 hafta davomida o‘tkazilgan davolanishga ijobiy javob bermaydigan va 45 yoshdan katta bemorlarni qo‘shimcha tekshiruvga yuboriladi (FEGDS va *Helicobacter pylori* ni aniqlash).

FUNKSIONAL DISPEPSIYA KICHIK GURUHLARI

- Funksionaldispepsiya diagnozi kasallik belgilari rivojlanish davrida o‘tkazilgan FEGDS yordamida organik kasalliklar istisno qilinganda qo‘yiladi.

- Diaqnoz qo‘yilgach funksional dispepsiya quyidagi kichik guruhlardan biriga kiritiladi.

◆ Yarasimon dispepsiya (asosiy belgi – epigastral sohada og‘rik).

◆ Diskinetik variant (asosiy belgilar – epigastral sohada diskomfort hissi (og‘riqsiz), oshqozon to‘lib ketgandek his qilish, erta to‘yinish hissi, qorin dam bo‘lishi, ko‘ngil aynishi).

◆ Nospetsifik dispepsiya (aralash belgilar kuzatiladi).

- Kichik guruhning aniqlanishi dispepsiyani davolashda dori tanlashga yordam berishi mumkin.

DAVOLASHDAN MAQSAD

- Belgilarni yengillashtirishga erishish.
- Bemorga kasalligi funksional tabiatga ega ekanligi va belgilari qaytalanib turishi mumkinligini tushuntirish kerak.

DORILARISIZ DAVOLASH

- Parhez ♦ ovqatlanish ratsionidan qiyin hazm bo‘ladigan va qattiq mahsulotlarni chiqarish ♦ Tyez – tez, oz – ozdan ovqatlanish ♦ Chyekish, alkogol, kofe va YAQN DV iste’mol qilishni to‘xtatish ham samara berishi mumkin.

DORILAR BILAN DAVOLASH

Tajriba yo‘li bilan davolash

- 45 yoshgacha bo‘lgan bemorlarda xavfli belgilar bulmasa, tajriba yo‘li bilan davolashni FEGDS^V o‘tkazmasdan turib boshlash mumkin, chunki birlamchi FEGDS va tajriba yo‘li bilan davolashning foyda va harajatlari bir-biridan unchalik katta farq qilmaydi.
- Sinovli tajriba yo‘li bilan davolash 4–6 hafta davom etadi.
 - ♦ Yarasimon variantda – antatsidlar va boshqa antisekretor vositalar.
 - ♦ Diskinetik variantda – prokinetiklar, nospetsifik variantda – ustunlik qiluvchi belgi aniqlanmaganda prokinetik va antisekretor vositalar birgalikda tavsiya etiladi.
- Yarasimon dispepsiya
 - ♦ Antatsidlar.
 - ♦ N₂– gistamin retseptorlari antagonistlari ranitidin kuniga 150–300 mg.dan 2 mahal yoki famotidin kuniga 20 mg.dan 2 mahal.
 - ♦ Proton nasos ingibitorlari: omeprazol 10–20 mg.dan kuniga 4 mahal yoki lansoprazol 15–30 mg.dan kuniga 4 mahal
- Diskinetik variant
 - ♦ Domperidon kuniga 3–4 mahal 20 mg.
 - ♦ Metoklopramid kuniga 4 mahal 5 – 10 mg.dan ichish uchun, lekin bu preparatni uzoq vaqt qabul qilganda domperidondan ko‘ra ko‘proq nojo‘ya ta’sir ko‘rsatadi.
- Spetsifik bo‘lmagan variant: ustunlik qiluvchi belgi aniqlanmaganda prokinetik va antisekretor vositalarni birgalikda buyurish.

Boshqa davo choralari

- Xelikobakter infeksiyasi borligi tasdiqlangan shaxslarga eradikatsion terapiya kursini tavsiya etish zarur.
- Antidepressantlar funksional gastroenterologik kasalliklar belgilarini susaytiradi.

DAVOLASH BO‘YICHA MUTAXASSISLAR MASLAHATI

Davolash yordam bermaganda, xavfli belgilar rivojlanganda va maxsus muolajalar zarur bo‘lganda bemor gastroenterologga yuboriladi.

BEMORNI O‘RGATISH

- Bemorga o‘tkaziladigan diagnostik va davo muolajalarining mohiyati tushuntiriladi: ya’ni yoshlikda xavfli belgilersiz dispepsiya kamdan – kam hollarda oshqozon raki, asoratli yara kasalligi va gastroezofageal reflyuks kasalligi singari

jiddiy oshqozon – ichak kasalliklar bilan bog‘liq bo‘lishi hamda dispepsiyani qisqa dori – darmon kurslari bilan davolash mumkinligi.

- Davolash naf bermaganda; 45 yoshdan katta, xavfli belgilari (qon ketish, anemiya, ozib ketish yoki disfagiya) bo‘lgan barcha bemorlarda FEGDS o‘tkazilishi lozimligi uqtiriladi.
- Keyingi tekshiruv davolash naf bermagan funksional dispepsiya bilan og‘rigan bemorlarga o‘tkaziladi.

KEYINCHALIK BEMORLARGA QARASH

- Davo samaradorligini (dispepsiya belgilarining yengillashishini) aniqlash uchun keyingi nazorat va kerakli qo‘shimcha tekshiruvlar ro‘yhati tuziladi.
- Funksional dispepsiya xavfli belgilersiz kechgan bemorlarda bir turdagi dori moddalari samara bermaganda, boshqa guruhlar bilan (prokinetiklar, gistamin N₂ retseptorlari antagonistlari, proton nasos ingibitori) sinovli davo o‘tkaziladi.
- Yosh bemorlarda davolash naf bermaganda FEGDS tekshiruvi o‘tkaziladi.
- Qon ketish, ozib ketish va disfagiya ehtimolini unutmaslik kerak. Bu belgilar paydo bo‘lganda bemorni gastroenterolog maslahatiga yuborish zarur.
- Eradikatsiya davosini olgan bemorlarda *Helicobacter pylori* ga tekshiruvini takrorlash kerak.

PROGNOZI

Dispepsiya bilan kasallanganlarning 30 – 50 % bir yildan keyin butunlay sog‘ayadi. Asoratsiz dispepsiya bilan kasallangan yosh bemorlar ichida xavfli kasalliklar juda kam uchraydi.

ZARDA QAYNASHI

Zarda qaynashi – bu to‘sh suyagi ortining achishishi bo‘lib, uni og‘riq sezgilaridan farqlash kerak. U ko‘pincha sovuq va issiq ichimliklardan, sitrus sharbatlaridan, alkogol iste‘mol qilishdan keyin kuchayadi va antatsid preparatlari qabul qilgandan so‘ng yengillashadi.

- Zarda boshqa to‘satdan paydo bo‘lgan yoki xavfli belgilar bilan birga kuzatilgan paytda (ko‘krak qafasidagi va qorindagi og‘riq, qon qusish) hayotga xavf tug‘diruvchi holatlarni (yurak-tomir kasalliklari, og‘ir darajadagi ezofagit, asoratlangan yara kasalligi) istisno qilish kerak.
- Zarda qaynashi bezovta kiladigan boshqa bemorlarni simptomatik davolash zarur, mabodo og‘riq davomiyligi cho‘zilsa, qo‘shimcha tekshirish o‘tkaziladi. Odatda zarda – gastroezofageal reflyuks kasalligining asosiy belgisidir.

Statistik ma‘lumotlar

- Rivojlangan davlatlarda gastroezofageal reflyuks belgisi sifatida zarda katta yoshli aholi o‘rtasida 20-40% hollarda uchraydi • AQSH davolash muassasalarida sog‘lom xodimlarning 7% ida zarda har kuni, 14% ida har hafta kuzatilgan • Homiladorlik paytida zarda qaynashi nisbatan ko‘proq uchraydi (20-40%) • Zarda qaynashi va oshqozon-qizilo‘ngachning reflyuksi bilan bog‘liq boshqa belgilari odam yoshi oshgan sari kuchayadi • Zarda qaynashiga shikoyat qilib, tibbiy yordam so‘rab kelgan bemorlar soni uning uchrashiga nisbatan juda kam, shuning uchun gastroezofageal reflyuks kasalligi tarqalishining haqiqiy darajasini aniqlash imkoniyati yo‘q.

Etiologiyasi

- Zarda odatda oshqozon-qizilo'ngach refluyksi oqibatida kelib chiqadi. Bu belgi quyidagi holatlar bilan bog'liqdir ♦ Gastroezofageal refluyks kasalligi (ezofagit bilan yoki ezofagitsiz) ♦ Qizilo'ngach harakat faoliyatining buzilishi (axalaziya, qizilo'ngach diffuz spazmi, qizilo'ngach segmentar spazmi) ♦ Yara kasalligi ♦ Oshqozon bo'shashining buzilishi ♦ Ichak ta'sirlanish sindromi ♦ Qizilo'ngach va oshqozon o'smalari ♦ Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi.
- Refluyks ko'p hollarda anatomik o'zgarishsiz paydo bo'ladi. Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi refluyks belgilari bilan birgalikda kechadi.

Asoratlari

- Gastroezofageal refluyks odatda yengil kechadi va og'ir asoratlar kuzatilmaydi.
- Surunkali boshqarilib bo'lmaydigan yallig'lanish qizilo'ngach yassi epiteliysining metaplaziyalashgan silindrik epiteliyga aylanishiga olib kelishi mumkin (Barret qizilo'ngachi). Barret qizilo'ngachi ezofagit bilan kasallangan bemorlarning 8-20% da kuzatiladi, bu yuqori darajada adenokarsinoma rivojlanishi bilan bog'liq.
- Surunkali yarali ezofagit striktura va disfagiyani keltirib chiqarishi mumkin. Ezofagit barcha oshqozon-ichak qon ketishlarining 7% ni tashkil etadi. Qon ketishi deyarli hamma vaqt surunkali kechadi va kamqonlikka olib keladi.
- Ezofagit belgilari kam kuzatilgan refluyks kasalligi qizilo'ngachning organik kasalliklariga olib kelmasligi ham mumkin.
- Refluyks kasalligi ayniqsa bolalar va keksa kishilarda aspiratsiya va tez-tez qaytalanuvchi nafas yo'llari infeksiyasi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda ezofagitning bronxial astma patogenezidagi o'rni o'zining yetarlicha tasdig'ini topmagan.

Anamnez va obyektiv tekshiruv

Refluyks kasalligida uchraydigan belgilar:

- Klinik ko'rinishlari ovqatlanish bilan bog'liq: ko'p miqdordagi yog'li ovqat, shokolad yeyish, kofe, alkohol ichimliklari, achchiq sharbatlarni ichish belgilarni kuchaytiradi, sut va antatsidlar esa aksincha ularni kamaytiradi.
- Egilganda, og'ir narsalar ko'targanda, tor kiyim kiyganda va gorizontol holatda belgilar kuchayadi.
- Zarda boshqa ezofageal belgilar bilan bog'liq: ko'krak qafasidagi og'riq, disfagiya, achchiq va havo bilan kekirish.
- Refluyks kasalligi bor bemorlarda ko'proq qabziyat, qorin dimlanishi, meteorizm kuzatiladi.
- Keksa bemorlarda nordon oshqozon suyuqligi aspiratsiyasi bilan bog'liq tungi yo'tal tutish xurujlari bo'lishi mumkin.

Refluyks kasalligida kam uchraydigan belgilar:

- Qorindagi og'riq va epigastral sohadagi og'riq ko'proq yara kasalligiga yoki shu sohadagi boshqa organik kasalliklarga xos.
- Ko'krak qafasidagi zo'riqish bilan bog'liq og'riq, ko'pincha kardiogen xarakterga ega. Ayrim vaqtlarda bir xil omillar ham qizilo'ngach, ham yurak tomondan belgilar kuchayishiga sabab bo'ladi. Nitratlar ham qizilo'ngach bilan

bog'liq og'riqlarni kamaytiradi. O'z navbatida, reflyuks kasalligi YUIK belgilarini kuchaytirishi mumkin.

- Disfagiya qizilo'ngach motorikasining birlamchi buzilishlari yoki organik zararlanishi bilan bog'liq.

Dastlabki FEGDS o'tkazmasdan davolash:

- Gistamin N₂ –blokatorlari, proton nasos ingibitorlari (antatsidlar yoki sukralfat) belgilari uncha kuchli bulmagan 45 yoshgacha bo'lgan bemorlarga buyuriladi.
- Agar belgilar 3 haftadan ko'proq kuzatilsa yoki qayta takrorlansa, FEGDS qilinishi shart. Agar belgilar sababi aniqlangan bo'lib, lekin davolashdan so'ng qayta takrorlansa, bu bemorlarga qayta davolash kursi buyuriladi.

Birlamchi ko'rik

- Barcha 3 haftadan ortiq davom etgan, har kuni va tez-tez takrorlanuvchi zarda qaynashi kuzatilgan bemorlarga ♦ FEGDS ♦ umumiy qon tahlili o'tkaziladi.
- Biopsiya bilan o'tkazilgan FEGDSda reflyuks-ezofagitni aniqlash darajasi yuqoridir.
- Makroskopik o'zgarishsiz bo'lgan ezofagit gistologik verifikatsiyasi ahamiyatga ega emas.
- FEGDS yordamida zardaning sabablari, masalan yara kasalligi, qizilo'ngach va oshqozon o'smasini tasdiqlash yoki istisno qilish mumkin.

Reflyuks kasalligining endoskopik klassifikatsiyasi

Davolash usulini tanlash va uning davomiyligi ezofagit og'irligiga bog'liq (ezofagitni endoskopik ko'rinishi Los-Anjeles klassifikatsiyasi bo'yicha).

- **A** darajasi. Bir yoki bir nechta shilliq qavat qismlarining bitta burmasi bilan chegaralangan, uzunligi 5 mm. dan ortiq bo'lmagan zararlanish (shilliq qavat nuqsoni yoki eritema maydoni aniq chegaralangan).
- **V** darajasi. Kamida bitta 5 mm. dan ortiq bo'lgan zararlangan qism, shilliq qavatning bir burmasidan chetga chiqmagan va qo'shni burmalarga tarqalmagan.
- **S** darajasi. Shikastlanish shilliq qavati burmalarining ikkita va undan ko'piga tarqalgan, lekin qizilo'ngach doirasining 75% kamini egallagan.
- **D** darajasi. Shilliq qavat shikastlanishi qizilo'ngach doirasining 75% ko'p qismiga tarqalgan.
- **Asoratlari.** Yara, striktura, silindrik epiteliy.

Keyingi tekshirishlar

- Agar, endoskopiyada ezofagit aniqlanmagan, lekin bemorda keskin rivojlangan, qaytalanuvchi belgilar kuzatilsa (to'sh sohasida nokardiogen og'riq yoki aspiratsiya belgisi), reflyuks yoki qizilo'ngach motorikasi buzilishi mavjudligini tasdiqlash kerak.

♦ Qizilo'ngach rN monitoringi reflyuks umumiy vaqtining uzayishini aniqlaydi (4,0 kam bo'lgan rN umumiy vaqtning 5% ko'pini tashkil etishi).

♦ Muolajani o'tkazishdan oldin pastki qizilo'ngach sfinkterining bosimini aniqlash zarur (kerakli uskunalar bo'lsa).

♦ Qizilo'ngach harakati buzilishiga shubha qilinsa, u kontrast modda bilan rentgenografiya qilinadi. Me'yor rentgenografiya harakat buzilishining yengil darajasini istisno qilmaydi.

- Jismoniy zo'riqishda bemor ko'krak qafasida og'riq paydo bo'lsa yoki kuchaysa, yurak kasalliklari borligiga shubha qilish kerak. Bu holda quyidagi tekshirishlarni o'tkazish lozim ♦ ko'krak qafasi rentgenografiyasi ♦ EKG ♦ veloergometriya.

DAVOLASH

- Yaqqol ifodalangan belgilarni kamaytirish.
- Endoskopik ko'rinishning me'yorlashuviga erishish.
- Kasallik keskinlashishi oldini olish.
- Asoratlarni oldini olish.
- Bemorning hayot tarzini me'yorlashtirish.

Dorilar bilan davolash

- Proton pompasi ingibitorlari bilan uzoq vaqt davolash samarali va xavfsiz.
- Taxminan 10% bemorlar operativ davolashga muhtoj bo'ladilar. Ko'rsatmalar ♦ dorilar bilan davolashning samarasizligi yoki kasallikning tez-tez kuchayib turishi ♦ ezofagit asoratlari: strikturalar, Barret qizilo'ngachi rivojlanishi bilan kechuvchi surunkali ezofagit, qon ketishi, aspiratsiya belgilari.

Bemorni kuzatish taktikasi

- Belgilar kamaysa va yengil darajali ezofagitda endoskopiya bilan nazorat o'tkazish shart emas.
- O'rta va og'ir darajali ezofagit tuzalishini endoskopik tekshiruv bilan nazorat qilish kerak. Kasallikning klinik manzarasi o'zgarsa ham bemor endoskopiya tekshiruvidan o'tishi shart.
- Barret qizilo'ngachida endoskopik nazoratni shilliq qavati bitishiga qaramay 2 yilda 1 marta takrorlab turish zarur. Barret qizilo'ngachi bilan kasallangan bemorlar adenokarsinoma rivojlanishi xavfi yuqori bo'lgan guruhga kiritiladi.
- Endoskopiya yordamida ezofagitga xos o'zgarishlar aniqlanmaganda reflyuks kasalligi endoskopik negativli hisoblanib, u reflyuks-ezofagit singari davolanadi. Agar bemor o'zini yaxshi his qilsa, qayta endoskopiya o'tkazish va kuzatishni davom ettirish shart emas.

Qizilo'ngach harakati buzilishini davolash

Gipermotor diskineziya, masalan qizilo'ngach diffuz spazmi quyidagi dori vositalari bilan davolanadi:

- Nitratlar
- ♦ nitroglitserin ovqatdan oldin.
- ♦ izosorbit mononitrat ovqatdan oldin.
- Sizaprid (qizilo'ngach harakatini tiklash uchun).
- Agar nitratlar bilan davolash samarasiz bo'lsa, kalsiy kanallari blokatorlari beriladi, masalan nifedipin yoki diltiazem. Shuni esda tutish zarurki, kalsiy kanallari blokatorlari reflyuks belgilarini kuchaytirishi ham mumkin.
- Axalaziyaning optimal davosi bo'lib pnevmodilyatatsiya (pnevmokardiodilyatatsiya) hisoblanadi. U samara bermasa, shilliq osti miotomiyasi tavsiya qilinadi (Xeller operatsiyasi).

GASTROEZOFAGEAL REFLYUKS KASALLIGI

Gastroezofageal reflyuks kasalligi (GERK) - qizilo'ngachga oshqozon shirasining qayta - qayta tushishi natijasida qizilo'ngach distal qismining yallig'lanishi va xos belgilarning rivojlanishi. Endoskopik pozitiv gastroezofageal reflyuks kasalligida reflyuks ezofagit endoskopik aniqlanadi. Endoskopik negativ gastroezofageal reflyuks kasalligida esa ezofagitning endoskopik belgilari bo'lmaydi.

Uchrashi. GERK belgilari katta yoshdagi aholining deyarli yarmida, endoskopik belgilari esa ushbu tekshiruvdan o'tganlarning 10%ida aniqlanadi. Barret qizilo'ngachi reflyuks ezofagit bilan kasallanganlarning 20% (aholining 0,4%) da rivojlanadi.

Etiologiyasi • Diafragmaning qizilo'ngach teshigida yoki uning atrofida o'tkazilgan xirurgik muolajalari ♦ Vagotomiya ♦ Oshqozon kardial qismining rezeksiyasi ♦ Ezofagogastrotomiya ♦ Oshqozon rezeksiyasi ♦ Gastrektomiya • Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi • Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi • Pilorospazm yoki piloroduodenal stenoz • Sklerodermiya • Ekzogen intoksikatsiyalar ♦ Chekish ♦ Alkogol • Homiladorlik va PKS tonusini susaytiruvchi dori vositalari ♦ Antixolinergik vositalar ♦ β_2 – adrenoretseptor agonistlari va teofillin ♦ Kalsiy kanallari blokatorlari va nitratlar • Semizlikda kardial sfinkterning yetishmovchiligi • *Helicobacter pylori* chaqirgan gastrit.

Patogenezi

PKS disfunktsiyasi natijasida oshqozon – qizilo'ngach reflyuksi PKS disfunktsiyasi sabablari va variantlari: • Tinchlikda PKS ning susaygan tonusi • PKS ning davomli va takrorlanuvchi bo'shishi • Qorin va oshqozon ichi bosimning tranzitor oshishi (meteorizm, ich qotganda, semizlikda, pilorik qismning spazmida) • Oshqozonni ovqatdan bo'shishining kechikishi • Qizilo'ngach harakatining o'zgarishi • Oshqozon kengayishi • Reflyuksga qarshi to'siqni quvvatlovchi mexanik omillarning kuchsizlanishi (diafragma oyokchalari va Xiss kardial-qizilo'ngach burchagi) • Kalta qizilo'ngach.

Patologik anatomiya • O'zgarishlar asosan qizilo'ngachning distal qismida joylashadi ♦ Chegaralangan: (yakka-yakka eroziya va yaralar bo'lib, qo'lishga moyil emas) ♦ Diffuz ♦ Qo'shiladigan, qizilo'ngachning shilliq pardasini zararlaydigan • Yengil holatlarda – shilliq pardaning mo'tadil giperemiya va shishi • Og'ir kechishda – eroziyalar, yaralar, chandiqlar, epiteliyning silindr hujayrali metaplaziyasi (Barret qizilo'ngachi) • qizilo'ngachning buylama bujmayishi (Barret sindromi) • 8-10% xolatlarda yaralar malignizatsiyaga uchraydi.

Reflyuks - ezofagit klassifikatsiyasi • A daraja – shilliq pardaning 5 mm gacha bo'lgan, shilliq pardaning burmalari bilan chegaralangan (bir yoki undan kup) zararlanish • V daraja – shilliq pardaning 5 mm dan ortiq qulgan, burmalari bilan chegaralangan (bir yoki undan ko'p) zararlanish • S daraja – shilliq pardaning ikki va undan ziyod burmalarga tarqaluvchi, lekin qizilo'ngach aylanasining 75% dan kam sohani egallaydigan (bir yoki undan ko'p) zararlanish • D daraja - qizilo'ngach aylanasining 75% va undan ziyod sohani egallaydigan shilliq pardaning (bir yoki undan ko'p) zararlanish.

Klinik manzarasi • Zarda qaynashi – eng xarakterli belgi (83%) bo'lib, nordon oshqozon shirasining qizilo'ngach shilliq pardasiga davomli ta'siri natijasida

paydo bo'ladi. arda qaynashi parhez buzilganda, gazli ichimliklar, alkogol iste'mol qilganda, jismoniy zo'riqishda, egilgan va gorizontal holatda kuchayadi • Kekirish ovqatdan, gazli ichimliklar ichgandan keyin kuchayadi • Ovqat bilan kekirish jismoniy zo'riqishda va regurgitatsiyaga olib keluvchi holatda kuchayadi • O'tib ketuvchi xarakterdagi disfagiya (qizilo'ngachning gipermotor diskineziyasi bilan bog'liq) • Epigastral sohada yoki to'sh ortidagi og'riq ovqat yegandan keyin paydo bo'lib, egilganda va gorizontal xolatda kuchayadi • Kamroq odinofagiya, yutinganda tiqilish hissi, quloq va pastki jag'da og'rik, ko'krak qafasida og'riq yuzaga kelib, unga jismoniy zo'riqish turtki bo'ladi • GERK ning qizilo'ngachdan tashqari belgilariga surunkali yo'tal, pnevmoniya, disfoniya, bronxoobstruksiya, tishlar eroziyasi va boshqalar kirib, qizilo'ngach va boshqa a'zolar o'rtasidagi vagus refleksi tufayli yuzaga keladi.

Diagnostika • Rentgenologik tekshiruv bemor orqasiga yotgan yoki oldinga egilgan vertikal holatda o'tkazilib, bariy sulfatining qizilo'ngach distal qismiga tushishi, ezofagit rentgenologik belgilari kuzatiladi • Endoskopik tekshiruv biopsiya bilan: turli darajali reflyuks-ezofagit, oshqozon shilliq kavatining qizilo'ngachga prolapsi, qizilo'ngachning chin kiskarishi, oshqozon va/yoki duodenal shiraning qizilo'ngachga tushishi, endoskopik negativ GERK da ezofagit belgilari bo'lmaydi • Ezofagotonokimografiya (monometriya) – sfinkter ekspirator bosimining pasayishi, sfinkter destrukturizatsiyasi, PKS tranzitor bushash sonining oshishi, qizilo'ngach ko'krak qismining peristaltik kiskarishlar amplitudasining pasayishi • kunlik rmetriya davolash effektivligining asosiy nazorat usuli. Quyidagilarni baholash tavsiya etiladi: yotgan va turgan holatda pasaygan kislotalikning umumiy vaqti ($rh < 4$); 1 kun davomida reflyukslar umumiy soni; davomiyligi 5 minutdan ziyod bo'lgan reflyukslar soni; eng davomli reflyuksning davomiyligi • Ishqoriy reflyukslarni aniqlash uchun bilimetriya utkaziladi • Qizilo'ngachning motor-evakuator buzilishlarini aniqlash maqsadida ssintigrafiya o'tkaziladi • Omeprazol sinamasi GERK ning klinik belgilari 40 mg.omeprazolni har kuni ichganda 3-5 kun ichida susayadi • Bernstayn sinamasi GERK bo'lsa 0,1 N Hcl eritmasining qizilo'ngachga kiritilishi klinik belgilarning paydo bo'lishiga olib keladi (endoskopik negativ GERK bo'lganda ham).

DAVOLASH

Dorilarsiz davolash • Hayot tarzini o'zgartirish ♦ Chekishni tashlash ♦ Tana vaznini me'yorlashtirish ♦ Yotganda bosh qismini balandroq qilish ♦ Qorin mushaklari tarangligiga zo'riqishni kamaytirish • PKS tonusini pasaytiruvchi dori vositalarni qabul qilmaslik (nitratlar, kalsiy antagonistlari, teofillin, progesteron, antidepressantlar) • Parhez: Gaz hosil qiluvchi, achchiq, juda issiq yoki sovuq ovqatni cheklash, alkogol, PKS tonusini pasaytiruvchi mahsulotlarni iste'mol qilmaslik (piyoz, sarimsoq, qalampir, kofe, shokolad va b.), ko'p yemaslik, oxirgi ovqatlanish vaqti 3-4 oldin bo'lishi kerak.

Dorilar bilan davolash 8-12 xaftadan kam bo'lmay, keyin 6-12 oy davomida ushlab turuvchi terapiya o'tkaziladi • Proton pompa ingibitorlari: (omeprazol, lansoprazol rabeprazol) oddiy yoki ikkilangan dozada beriladi. Og'ir ezofagitda odatda ularni prokinetiklar bilan birga berish zarur • Antatsidlar va alginatlar ♦

odatda ovqatdan 1,5 - 2 soatdan keyin va kechasi ichishga tavsiya etiladi ♦ Belgilar oʻrtacha namoyon boʻlganda samarali • Prokinetiklar – domperidol, metoklopramid.

Xirurgik davo • Operativ davolashga koʻrsatmalar ♦ GERK ning asoratlari (qiziloʻngach strikturalari, takror qon ketishlar, Barret qiziloʻngachi) ♦ Yosh bemorlarda medikamentoz davoning (6 oy davomida) samarasizligi ♦ GERK ning adekvat antireflyuks terapiyaga javobsiz boʻlgan bronxial astma bilan kelishi ♦

Antireflyuks operatsiyalar, masalan, Nissen boʻyicha fundoplikatsiya.

Asoratlari • Qiziloʻngachning yaxshi sifatli strikturasi • Qiziloʻngachning yaralanishi • Qiziloʻngachning yaralangan shilliq pardasidan yashirin qon ketishidan profuz qon oqishigacha • Qiziloʻngachning chandiqli oʻzgarishi: uning qisqarishi va stenozigacha • Laringospazm • Oʻpka aspiratsiyasi • Barret qiziloʻngachi.

QISQARTMA. ERK-gastroezofageal reflyuks kasalligi. PKS-pastki qiziloʻngach sfinkteri.

ILOVA • Barret sindromi– qiziloʻngachning pastki boʻlimida kardial qismining shilliq parda epiteliysini eslatuvchi surunkali peptik yarasi. Odatda gastroezofageal reflyuks natijasida rivojlanadi. → Barret qiziloʻngachi

• **Barret qiziloʻngachi** - qiziloʻngach distal qismining shilliq pardasining ingichka ichak epiteliysigacha metaplaziyasi koʻrinishidagi GERK ning asorati. Barret qiziloʻngachi rak oldi holat hisoblanadi • **Shatski halkalari** - qiziloʻngach pastki uchligida joylashgan boʻshligini toraytiradigan yoki yopadigan parda toʻsigi. Etiologiyasi nomaʼlum kasallik. Bu kasallik odatda oshqozon qiziloʻngach reflyuksi boʻlgan bemorlarda uchraydi. **Diagnostikasi** – bariy sulfatidan foydalanib oʻtkazilgan rentgen kontrast tekshiruvi. Bu tekshiruv qiziloʻngach pastki qismidagi konstriktsiya borligini tasdiqlaydi.

Davolash - qiziloʻngach dilatatsiyasi va antireflyuks operatsiyasi. **Kechishi** surunkali, kuchayuvchi.

Sinonimi. Qiziloʻngach pastki qismi halka sindromi.

KRON KASALLIGI

Kron kasalligi – oshqozon-ichak yoʻli (OIY) turli boʻlimlarining etiologiyasi nomaʼlum spetsifik boʻlmagan yalligʻlanish kasalligi boʻlib, segmentlanib, qaytalanib kechadi xamda infiltratlar va uzunasiga chuqur yaralar hosil qilib, aksariyat asoratlar bilan oʻtadi. OIYning zararlanadigan boʻlimiga koʻra kasallikning ingichka ichak, yoʻgʻon ichak va aralash turlari farq qilinadi • 100.000 aholidan 25-27sida uchraydi • Ingichka va yugon ichak turlari – 25%, aralash turi – 50 % uchraydi • Ingichka ichak turida (eng kup 90%) – uning yonbosh terminal kismida joylashadi. Shuning uchun bu kasallikning eski nomi – terminal ileit. Patologik jarayonning birinchi avji – 12-30 yosh, ikkinchisi 50 yosh atrofida.

Xavfli omillar• Nasliy moyillik. Kron kasalligining taxminan 17% hollarida kasallik bemorning Yaqin qarindoshlari orasida aniqlanadi. Ichak yalligʻlanish kasalliklari (Kron kasalligi va nospetsifik yarali kolit) rivojlanishiga moyillikni 12r13.2, 12d24.1, 7d22 va 3r21,2 lokuslar belgilaydi • Ichakning boshqa surunkali yalligʻlanish kasalliklari • Ileotsikal klapan yetishmovchiligi.

Patomorfologiyasi• Zararlangan ichak devorining transmural yalligʻlanishdan talaygina qalin tortishi • Bir biridan uzoq masofada joylashgan zararlangan

joylarning borligi (o'choqli granulyomalar, chuqur egri-bugri yoki chiziqsimon yaralanishlar). Shunga ko'ra kasallikning tarqalishini kenguru sakrashiga qiyoslaydilar • Makroskopik ko'rinishi: «tosh terilgan ko'cha - bul'jnaya mostovaya» ko'rinishiga ega – normal shilliq parda uchastkalari yarali va granulematoz o'sib qalinlashmalar bilan almashgan • Mikroskopik ko'rinishi ♦ Shillik parda ostida shish va limfatik follikulyar giperplaziya ♦ Retikuloendotelial va limfoid elementlar proliferatsiyasi ♦ Gigant va epitelioid hujayralardan tashkil topgan granulyomalar • Kattalashgan, kesmada xira rangli ichaktutqich limfa tugunlari • Chandiqlanishda ikkilamchi strikturalar, oqmalar paydo bo'lishi ehtimoli.

KLINIK KO'RINISHI

- Kron kasalligining hamma turlari uchun umumiy belgilar ♦ Diareya ♦ Korinda og'riq, odatda to'lg'oqsimon, defekatsiyadan oldin kuchayadi va ich kelganidan so'ng to'xtaydi ♦ Ichak o'tkazuvchanligining buzilishi (taxminan 25 % bemorlarda) ♦ Umumiy belgilar (isitma, oriqlash, lohaslik, anoreksiya) ♦ To'g'ri ichak oqmalari va anorektal sohaning boshqa zararlanishlari (abscesslar, strikturalar) kasallikning uzoq kechishiga xos ♦ Ichakdan tashqari belgilar: tugunsimon eritema va gangrenali piodermiya, episklerit, uveit, ankilozlovchi spondilit, artritlar (5%).
- Ingichka ichak turi ♦ qorinda appenditsitga o'xshash og'riq, defekatsiyadan keyin kamayishi (ich odatda sariq keladi) va ovqatdan so'ng kuchayishi ♦ Malabsorbsiya belgisi (tana og'irligi kamayishi, anemiya, bolalarning o'sishda orqada qolishi, gipoproteinemiya, shishlar) ♦ Obturatsion ichak tutilishi (uchdan bir hollarda) ♦ Ichakdan qon ketishi (20%), kamdan–kam ko'p miqdorda buladi.
- Yo'g'on ichak turi ♦ Axlal bilan qon va yiringsimon shilliq aralashib kelishi ♦ Qorin bo'ylab og'riq, ko'pincha defekatsiya akti bilan bog'liq qabziyatlar (16,6%) ♦ Anorektal soxa zararlanishlari (40%) ♦ Yug'on ichakning diffuz zararlanishlari uchun kuprok ichak belgilari, segmentar zararlanishlari uchun esa kasallikning ichakdan tashqari belgilari xos ♦ Megakolon (10%) ♦ Chambar ichak diffuz zararlanganda o'tkir toksik dilatatsiya rivojlanishi mumkin ♦ Anorektal soha zararlanganda oqmalar paydo bo'lishi.
- Aralash turi ♦ Qorinning o'ng yarmida appenditsitga o'xshash og'riq ♦ Ichak tutilishi boshqa turlariga qaraganda ko'proq kuzatiladi.

Qo'shib keladigan kasalliklar • Virusli gastroenterit • Artritlar • Tugunli eritema va piodermiya • Episklerit, uveit • Birlamchi sklerozlovchi xolangit.

Kasallikning yengil va o'rtacha og'irlikdagi turlari bo'lgan bemor ayollar uchun homiladorlikka mone'lik yo'q.

Klinik bosqichlari (qo'zish va remissiya davrlari) • O'tkir ♦ Birinchi navbatda diareya, oriqlash, qorinda simmillagan og'riqlar (ko'pincha uning o'ng yarmida) kuzatiladi • O'rtacha o'tkir ♦ Yarali zararlanishlar soni ko'payadi, granulyomalar va ichakning segmentar stenozi paydo bo'ladi ♦ Shu sababli og'riqlar to'liqsimon xarakterga o'tadi ♦ Ichak tutilishi belgilari bo'lishi mumkin • Surunkali ♦ Sklerotik jarayonni ichak devoriga tarqalishi davom etadi va asoratlar rivojlanadi.

Laborator diagnostikasi (nospetsifik) • Qon analizi: anemiya, ECHT ko'payishi, gipoproteinemiya, elektrolit buzilishlari, folat kislota, V12 va D

vitaminlari miqdori pastligi • Xazm va so‘rilish buzilganda koprologik tekshirishda steatoreya, amiloreya va kreatoreya aniqlanadi.

MAXSUS TEKSHIRUVLAR

• FEGDS ♦ OIY yukori bo‘limlarining zararlanishini aniqlashga imkon beradi. Oshqozonda patalogik jarayonning joylashuvi Kron kasalligi hamma hollarining 1-1,5%ni tashkil qiladi ♦ Oshqozon antral bo‘limining alohida zararlanishi yoki oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak boshlang‘ich bo‘limining birgalikda zararlanishi juda xarakterli ♦ Ko‘pincha oshqozon jarayonga ichak zararlanishining terminal bosqichida qo‘shiladi.

• Rektoromanoskopiya patologik jarayonga qo‘shilgan to‘g‘ri ichakda o‘zgarishlar borligini aniqlashga yordam beradi (50 % xollarda).

• Kolonoskopiya butun yo‘g‘on ichak va yonbosh ichakning terminal bo‘limi shilliq pardasini ko‘zdan kechirishga, jarayon joylashuvini, zararlanish o‘lchamlarini aniqlashga, strikturalarni diagnoz qilishga, operatsiyani boshlaridan kechirgan bemorlarda kasallik retsidivini o‘z vaqtida aniqlashga imkon tug‘diradi. Yo‘g‘on ichak va chamber ichak terminal bo‘limining har qanday sohasidan shilliq pardani mo‘ljal biopsiyasi o‘tkaziladi ♦ Operatsiyadan keyingi abscesslar yiringidan ko‘p xollarda ichak florasi: Escherichia, Bacteroides fragilis, enterokokklar ekiladi ♦ Kasallikning dastlabki davri kam endoskopik ma‘lumotlar bilan xarakterlanadi: Xira tortgan shilliq parda; uning manzarasida oqimtir granulyatsiya bilan o‘ralgan aft turidagi eroziyalar, ichak bo‘shlig‘ida va devorlarida yiringsimon shilimshiq ko‘rinadi ♦ Shilliq pardaning «tosh terilgan ko‘cha» turi bo‘yicha relyefi jarayonning eng aktiv davrida aniqlanadi. Xuddi shu bosqich uchun oqma yaralar hosil bo‘lishi xos ♦ Jarayon aktivligi kamaygan sayin yaralarning yoriqlari o‘rnida chandiqlar hosil bo‘lib, stenoz shakllanishiga olib keladi.

• To‘liq rentgenologik manzarani faqat kompleks tekshirishda ko‘rish mumkin (bariy aralashmasi bilan ichakni zich yoki yarim zich to‘ldirganda va qo‘shaloq kontrastlashda) ♦ Jarayon oshqozonda joylashganda Kron kasalligining rentgenologik ko‘rinishini oshqozon antral bo‘limining xavfli o‘smasidan farq qilish qiyin ♦ Asosiy belgilari ♦ Zararlanishning segmentarligi ♦ «Shnur belgii» ♦ Ichakning to‘lqinsimon yoki notekis konturi ♦ «Tosh terilgan ko‘cha» relyefini hosil qiladigan bo‘ylama yaralar.

• Ichaktutqich tomirlarning selektiv angiografiyasi – intramural tomir tarmog‘ining o‘zgarishlari bilan birga ularning ichaktutqich qismida o‘zgarishlar qayd qilinadi.

• UTT quyidagi imkoniyatlarni yaratadi ♦ Ichakdagi jarayonning tarqalganligini aniqlash ♦ Ichakning zararlangan qismi devori qalinligini o‘lchash ♦ Jarayon dinamikasini kuzatish ♦ Xazm tizimining boshqa a‘zolari holatini o‘rganish ♦ Davolash samaradorligini nazorat qilish.

• KT oqma yo‘llar bo‘yicha abscesslar va yirik pararektal zararlanishlarni topishga yordam beradi.

DAVOLASH

Rejimi. Qo‘zish davrida – shifoxonada, remissiya davrida – ambulatoriyada.

Parxez • Kasallik qo‘zigan davrda oqsillar, vitaminlar miqdori oshirilgan mexanik yoki kimyoviy ehtiyotlovchi parxez. Sutni ko‘tara olmaslikda uni ratsiondan

chiqarish va dagal o'simlik kletchatkasi miqdorini, ayniqsa ichak qismlari torayganda chegaralash (4-parhez) • Ovqat kaloriyasini sof oqsil saqlaydigan, laktozadan va o'simlik kletchatkasidan xoli bo'lgan suyuq oziqlantiruvchi eritmalar, oqsil preparatlari, gidrolizlangan proteinni o'z ichiga olgan maxsus ratsionlar hisobiga oshirish mumkin • Striktura yoki qayta obstruksiyalarda dag'al va yel xosil qiladigan ovqat tanovul qilmaslik kerak • Diareyaning turli formalarida yog'lar qabul qilishni chegaralash zarur.

Olib borish taktikasi • Organizm reaktivligiga ta'sir ko'rsatish • Allergik va yallig'lanish reaksiyalarini pasaytirish • Infeksiya va intoksikatsiyani bartaraf etish • Modda almashinuvi va fermentativ buzilishlarni tartibga solish • Ingichka ichak og'ir zararlanganda malabsorbsiya sindromini davolash • Diyetodavo va vitaminodavo.

XIRURGIK DAVOLASH

- Rejali operatsiyaga ko'rsatmalar ♦ Jarayon og'ir kelganda va kasallik tez-tez qaytalanganda davomli konservativ davodan samara yo'qligida ♦ Qisman ichak tutilishi bilan o'tadigan, konservativ davolashga qaramay to'liq tutilib qolishga asta-sekin yaqinlashadigan ichak strikturasi ♦ Kron kasalligi negizida rak rivojlanishi.
- Shoshilinch operatsiyaga ko'rsatmalar ♦ Takrorlanadigan va avj olib boradigan profuz qon ketishlar ♦ Konservativ davolash samara bermaydigan o'tkir toksik dilatatsiya ♦ Ichak yaralari teshilishi, abscesslar, oqmalar va peritonit rivojlanishi.
- Operativ aralashuvlarning turlari ♦ Terminal ileitning o'tkir davrida appendektomiya qilish mumkin ♦ Ko'r ichakning jarayonga ko'p tortilganida iliotsekal rezeksiya bajariladi ♦ Odatda operatsiyadan keyingi kechish silliq bo'ladi; agar oqmalar paydo bo'lsa, ular ko'pincha zararlangan ichakdan kelib chiqadi. Atrofdagi abscesslarni tozalamasdan turib, oqmalarni yaxshi davolab bulmaydi ♦ Operatsiyalar palliativ, radikal va rekonstruktiv-tiklanadigan turlarga bo'linadi ♦ Palliativ (uzib qo'yish operatsiyasi) – bemorning ahvoli juda og'ir bo'lganda yoki qorin ichi infiltratida qo'shalok stvolli ileo yoki kolostoma qo'yiladi, strikturalar Foley kateteri yordamida kengaytiriladi ♦ Radikal operatsiyalar – ingichka ichak segmenti rezeksiyasi, chambar ichakning segmentar yoki subtotal rezeksiyasi, kolektomiya, kolproktomiya, shuningdek uzunligi kichik chandikli strikturalarda plastik operatsiyalar ♦ Rekonstruktiv-tiklaydigan operatsiyalar.
- Anorektal soha zararlanishlarini davolash ♦ Perianal abscesslar rivojlanganda ularni kesish va drenaj qilish. Anal kanalning to'g'ri ichak oqmalari va yoriqlari ko'p sonli yoki og'ir klinik kechganda operatsiya usulini qo'llashni talab qiladi ♦ Perianal soha patologiyasini operativ davolashga ko'rsatmalar imkon boricha chegaralanishi kerak, chunki bunday bemorlarda jaroxat juda sekin bitadi. Kasallikning qaytalanish darajasi g'oyat yukori.

DORILAR BILAN DAVOLASH

- Etiotrop davolash usuli mavjud emas. Simptomatik: difeleniltropin 2,5-5 mg.dan, loperamid 2-4 mg.dan yoki kodein 15-30 mg.dan kunda 4 marta ichishga-tulgoqsimon og'riqlarni va ro'y-rost sekretor diareyani kamaytirish uchun.
- Sulfanilamid preparatlar ♦ Sulfasalazin 500 mg.dan kunda 2 martadan buyuriladi (bemor yaxshi ko'targanda), dozani xar kuni 1 g.gacha kunda 4 marta oshiriladi va 4-

6 haftadan sung ta'siri seziladi ♦ Mesalazin (sulfasalazin yoqmaganda qo'llash mumkin)-kunda 3-4,5 g. ichishga; chambar ichakning pastga tushadigan kismi va to'g'ri ichak zararlanganda – per rectum kunda 4 g.

- GK-kasallikning o'tkir turlarida, og'ir retsividlarda, boshqa DV ga chidamli o'rtacha og'ir ko'rinishlarida ♦ Prednizolon kunda 20-40 mg. Remissiyaga erishilgach, davolanishning 4 haftasi oxiriga kelib dori dozasi kunda 10-20 mg.gacha asta-sekin pasaytiriladi. Davolash kursi 2 oygacha ♦ Peroral qabulning imkoni bo'lmaganda avvaliga prednizolon kunda 240-360 mg.dan venaga yuboriladi, so'ngra 5-7 kun o'tgach kunda 40-60 mg.dan ichishga tayinlanadi ♦ Yo'g'on ichak distal kismi zararlanganda 200 ml. suvga 125 mg.dan kunda 2 marta (ertalab va tunga) gidrokortizondan klizmalar qilinadi.

- Metronidazol 250 mg. dan kunda 3 marta ko'pi bilan 8 hafta – yengil yoki o'rta og'irlikdagi darajasi qo'ziganda, to'g'ri ichakning pararektal abscesslari yoki oqmalari bo'lganda.

- Sianokobalamin parenteral – yonbosh ichak zararlanishlarida.

- Remissiya xolatini saqlash uchun – mesalazin, metotreksat, azation yoki merkaptopurin (remissiyani uzaytiradi) buyuriladi.

Muqobil preparatlar • Grammanfiy va anaerob mikroorganizmlarga ta'sir qiladigan keng ta'sirli antibiotiklar (masalan abscess yoki oqma yarasida) • Sulfasalazin o'rniga – salazodimektoksin.

Kuzatish• Dinamik kuzatuv, bemorning holati barqaror bo'lganda xar 3-6 oyda umumiy amaliyot vrachi tomonidan nazorat (Nb miqdori, tana og'irligi, og'riq sindromi, diareya, sistem belgilar) tekshiruvi • Shilliq pardaning shubhali joylarini biopsiya bilan nazorat kolonoskopiyasi • Har yili – qon biokimyoviy analizi, jigar sinamalari, proteinogramma • Kasallikning ingichka ichak turida yoki ingichka ichak segmenti rezeksiyasidan sung V12vitamini miqdorini aniqlash.

Asoratlari • Kasallikning avj olishi – ichakda mavjud zararlangan joylar ko'payishi va yangilari paydo bulishi • Operativ davolashdan keyin kasallikning retsivivi (ko'pincha ichakning proksimal bo'limi zararlanganda) • 15% bemorlarda oqmalarning uchrashi: to'g'ri ichak va anal kanal, ichak-qin, ichak-pufak, OIYning turli qismlarida ichaklararo va tashqi oqmalar.

- Ichak o'tkazuvchanligi buzilishi taxminan 25% xollarda paydo buladi • Yo'g'on ichakning tarqalgan zararlanishi adenokarsinoma rivojlanish xavfini oshiradi • Yo'g'on ichak perforatsiyasi va ichakdan profuz qon ketishi • Qorin bo'shlig'ida turli soxalarda joylashgan infiltratlar xosil bo'lishi • Chambar ichakning o'tkir toksik dilatatsiyasi • Kron kasalligida shilliq parda shikastlanganda, bakteriyalar ko'p o'sadigan strukturalarda yoki ichak ko'p marta rezeksiya qilinganda malabsorbsiyaga olib kelishi mumkin.

Prognozi• Bemorlarning turmush tarzi kupincha kasallikning surunkali avj olib kechishi sababli nisbatan yomon • Yoshrok bemorlar, ayniqsa ayollar erkaklarga nisbatan 2 marotaba kup nogironlikka uchraydilar • Agar jarayon yug'on ichakda kechayotgan bo'lsa Kron kasalligining uzok prognozi nisbatan yaxshi.

Profilaktikasi • Muntazam umumiy amaliyot vrachi kuzatuv • Retsidivlarning muntazam qaytalanib kechishida – ularga qarshi profilaktik davolash kurslari.

Sinonimlari • Granulematoz kolit • Granulematoz enterit • Ichak granulyomasi. • Kron proktokoliti • Terminal ileit • Regionar kolit • Regionar ileit.

XKK – 10 • K50. Kron kasalligi {regionar enterit}

NOSPETSIFIK YARALI KOLIT

Nospetsifik yarali kolit (NYAK) – etiologiyasi noma'lum yo'g'on ichakning surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, shilliq pardaning yarali – nekrotik o'zgarishlari bilan xarakterlanadi.

Kasallik hamma vaqt yo'g'on ichakdan boshlanib, proksimal yo'nalishdan tarqaladi. Yo'g'on ichakning total zararlanishi 25% hollarda uchraydi. Og'ir hollarda zararlanish ichak devorining shilliq osti, mushakli va seroz pardalarigacha tarqalishi mumkin. Yallig'langan psevdopolipoz va shilliq parda kriptalarini yaralanishi, qon ketish, yo'g'on va to'g'ri ichaklarda yaralarning paydo bo'lishi xos. Kasallik ko'p hollarda anemiya, gipoproteinemiya va elektrolit disbalansini chaqiradi, ba'zi hollarda perforatsiya yoki chambar ichak raki paydo bo'lishiga olib keladi.

Uchrashi – 2 – 7: 100.000. Kasallanishning 2 cho'qqisi – 15 – 30 yosh (yuqori cho'qqi) va 50 – 65 yosh (pastki cho'qqi). Ustuvor jins – ayollar.

Klassifikatsiyasi • Klinik kechishiga ko'ra ♦ O'tkir ♦ Surunkali qaytalanuvchi ♦ Surunkali uzluksiz • Og'irlik darajasiga ko'ra ♦ Engil darajasi ♦ Najas sutkasiga 4 mahal va undan kamroq, bo'tqasimon ♦ Najas tarkibida oz miqdorda qon aralashgan ♦ Tana haroratining ko'tarilishi, taxikardiya, kamqonlik xos emas; tana og'irligi va ECHT o'zgarmaydi ♦ Og'ir kechishi ♦ Najas kunda 20 – 40 mahal, suyuq ♦ Najas ko'pincha qon aralash ♦ Tana harorati 38⁰S va undan yuqori ♦ Puls minutiga 90 va undan ko'p ♦ Tana vaznining 20% va undan ortiqga kamayishi ♦ Yaqqol ifodalangan kamqonlik ♦ ECHT 30 mm/soat va undan ortiq ♦ O'rtacha og'ir kechish o'zida yengil va og'ir daraja orasida bo'lgan belgilarni mujassamlashtiradi.

KLINIK KO'RINISHI

- Kasallik boshlanishi o'tkir yoki asta – syekin bo'lishi mumkin.
- Asosiy belgi – qon, yiring, shilliq aralash, suyuq najas, tenezm va defekatsiyaga soxta chaqiriqlar bilan birgalikda. Remissiya vaqtida diareya tez to'xtashi mumkin, ammo najas odatda bo'tqasimon, kuniga 3 – 4 marta shilliq va qon aralash bo'ladi.
- Qorinda to'lg'oqsimon og'riq. Ko'pincha bu sigmasimon, chambar va to'g'ri ichaklar kindik va ko'richak sohasida kuzatiladi. Odatda defekatsiya oldidan og'riqni kuchayishi va ichak najosatdan bo'shalgandan keyin pasayishi xos. Og'riqni joylashishi zararlangan joyga bog'liq bo'ladi.
- Boshqa a'zo va tizimlar zararlanishi mumkin ♦ Teri va shilliq pardalar: dermatit, aftoz stomatit (5–10%), gingivitlar va glossitlar, tugunchali (1- 3%) va multiformli eritema, gangrenoz piodermiya (1– 4%), oyoqlardagi yaralar xos ♦ Artralgiya va artrit (15 – 20% holatda), shu jumladan spondilit (3 – 6%) ♦ Oftalmologik asoratlar (4–10%): episklerit, uveit, iridotsiklit, qon'yunktivit, katarakt, ko'rish nervining

retrobulbar nevriti, rogovitsa yaralari xos ♦ Jigar: yog‘li gepatoz (7–25%), sirroz (1–5%), amiloidoz, birlamchi sklerozirlovchi xolangit (1–4%), surunkali faol gepatit.

Laborator tekshirishlar • Periferik qon tahlili ♦ Kamqonlik (postgemorragik – qon yo‘qotish natijasida; yashirin yallig‘lanishga suyak iligining reaksiyasi; temir, folat kislotasi, vitamin V_{12} so‘rilishining buzilishi) ♦ Turli darajali leykotsitoz ♦ ECHT oshishi ♦ Gipoprotrombinemiya ♦ Aminokislotalar malabsorbsiyasi natijasida rivojlangan gipoalbuminemiya ♦ α_1 – va α_2 – globulinlar miqdorining oshishi ♦ Gipoxolesterinemiya • Elektrolit buzilishlar ♦ Bevosita ionlar, shuningdek vitamin D so‘rilishining pasayishi natijasida gipokaliyemiya ♦ Gipomagniyemiya.

Maxsus tekshirishlar • Zo‘rayish davrida rektoromanoskopiyani ichakning dastlabki tayyorgarligisiz o‘tkazish • O‘tkir belgilar kamaygandan so‘ng kolonoskopiya, chunki kasallikning og‘ir kechishida yara teshilishi yoki toksik dilatatsiya bo‘lishi mumkin ♦ NYAK – yengil darajasi – shilliq pardada donsimon o‘zgarish ♦ NYAK o‘rtacha og‘ir darajasi – teginganda shilliq parda qonaydi, yarali zararlanishlar va shilliqli ekssudat kuzatiladi ♦ NYAK og‘ir darajasi – ichak shilliq qavatidan to‘satdan qon ketishlar, ko‘p yarali zararlanishlar va psevdopoliplarning paydo bo‘lishi (epiteliy bilan qoplangan granulyar to‘qima) • Irrigografiya ♦ Gastratsiyaning kamayganligi yoki yo‘qligi ♦ Ichak yorig‘ining bir tekisda torayishi, uning devorining qisqarishi va rigidligi («vodoprovod trubasi» ko‘rinishida) ♦ Shilliq qavatlari burmalarining bo‘ylama ko‘rinishi ular tuzilishining kichik va katta to‘rsimon tipdagi o‘zgarishi bilan ♦ Ichak nayining konturining arrasimon va noaniq o‘zgarishiga, yara va psevdopoliplar sabab bo‘ladi (zo‘rayish davrida) ♦ Toksik megakolon rivojlanganda muolaja taqiqlanadi ♦ NYAK og‘ir holatlarida, kolonoskopiya va irrigografiya taqiqlanganda, qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining obzor rentgenografiyasi ayniqsa muhim ♦ Yo‘g‘on ichakni kaltalashishi ♦ Gastratsiyaning yo‘qligi ♦ Shilliq qavatning notekisligi ♦ Yo‘g‘on ichak kengayishi (toksik megakolon) ♦ Teshilganda diafragma ostida bo‘sh havo aniqlanishi.

Differensial diagnostikasi • O‘tkir dizenteriya • Kron kasalligi • Ichak sili • Yo‘g‘on ichakning diffuz oilaviy polipozi • Ishemik kolit.

DAVOLASH

Parhez. Parhezning turli xillari. Chambar ichak yallig‘langan shilliq qavatining mexanik ta’sirlardan himoya qilish maqsadida ho‘l meva va sabzavotlarni is’temol qilmaslik tavsiya etiladi. Ba’zi bemorlarda sutsiz parhez klinik belgilarning kamayishiga sabab bo‘ladi, ammo samara bermaganda undan voz kechish kerak.

OLIB BORISH TAKTIKASI

- To‘satdan zo‘rayishda ichakni ovqatdan ozod etish hamda vena ichiga suyuqliklarni qisqa davr mobaynida yuborish tavsiya etiladi. To‘liq parenteral oziqlanish ichakning uzok vaqt dam olishiga imkoniyat beradi.
- Salitsilosulfanilamid vositalar kasallikning barcha og‘irlik darajalarida samarali bo‘lib, remissiyaga olib keladi va xurujlar sonini kamaytiradi ♦ Sulfasalazin 0,5-1,0 g. dan kuniga 4 marta klinik belgilar kamayguncha, so‘ngra qaytalanishlar profilaktikasi uchun kuniga 1,5-2 g. dan uzoq muddat davomida (2 yilgacha) ♦ Salazodimetoksin 0,5 g. dan kuniga 4 marta, 3-4 hafta davomida, so‘ngra 0,5 g. dan kuniga 2-3 martadan, 2-3 hafta davomida buyuriladi ♦ Mesalazin – 400-800 mg. dan kuniga 3 marta 8-12 hafta davomida; qaytalanishlar profilaktikasi uchun 400-500 mg.

dan kuniga 3 marta, zarurat bo'lganda bir necha yil davomida. Dorini ovqatdan keyin qabul kilib, ketidan ko'p miqdorda suyuqlik ichish lozim. Chaptomonlama NYAK da preparat rektal (sham va klizmalar) qabul qilinishi mumkin. Sulfasalazin preparatini ko'taraolmaslikda va uni qo'llash kam samarali bo'lgan holatlarda tavsiya etiladi.

- GK – kasallikning o'tkirturlarida, og'ir qaytalanishlarda va o'rta og'ir kechishlarida boshqa DV larigachidamlilik rivojlanganda tavsiya etiladi ♦ Distal va chap tomonlama kolitlarda – gidrokortizon 100-250 mg. dan kuniga 1-2 marta, rektal tomchilab yoki mikroklizma qilib yuborish. Preparat samarali ta'sir qilganda uni har kuni 1-hafta davomida, so'ngra kun-ora 1-2 hafta davomida, so'ngra syekin – asta 1-3 hafta davomida preparat bekor qilinadi ♦ Prednizolon kuniga – 1mg/kg. ichishga, o'ta og'ir hollardakuniga – 1,5 mg/kg. O'tkir huruj davrida kuniga 240-360 mg. dan v/i ga yuborishga ko'rsatma berilishi mumkin, keyinchalik og'iz orqali qabul qilishga o'tiladi. Klinik holat yaxshilanganidan 3-4 hafta o'tgach, prednizolonning dozasi asta-sekin 40-30 mg.gacha kamaytiriladi, so'ngra davolashga sulfasalazinni qo'shish mumkin, prednizolon keyinchalik to'liq bekor qilinadi.

- Yordamchi vosita sifatida sulfasalazin yoki GK bilan birgalikda – kromoglitin kislotasi boshlang'ich dozasi kuniga 200 mg. dan 4 marta, ovqatdan 15 daqiqa oldin tavsiya etiladi.

- Yengil va o'rtacha klinik ko'rinishlarida, toksik megakolon belgilari bo'lmaganda, ehtiyotkorlik bilan ich qotiruvchi (masalan, loperamid 2 mg.) lar yoki antixolinergik preparatlar tavsiya etiladi. Ammo ichak qisqarishini faol tormozlovchi preparatlarni qo'llash yo'g'on ichakning toksik dilatatsiyasiga olib kelishi mumkin.

- Immunodepressantlar, masalan, merkaptopurin, azatioprin, metotreksat (25 mg. m/o haftasiga 2 marta), gidroksixloroxin.

- Kamqonlik rivojlanishi xavfida – temir preparatlari ichishga yoki parenteral yuborish; katta qon ketishlarda – gemotransfuziyalar.

- Toksik megakolonda– ich qotiruvchi va antixolinergik preparatlarni zudlik bilan bekor qilish. Intensiv infuzion davo (natriy xloridning 0,9% li eritmasi, kaliy xlorid, albumin) ♦ Kortikotropin kuniga 120 TB yoki gidrokortizon kuniga 300 mg. dan v/i tomchilatib ♦ Antibiotiklar (masalan, ampitsillin 2 g.dan yoki sefazolin 1 g.dan v/i har 4-6 soatda).

Qarshiko'rsatmalar • Sulfasalazin – preparatgao'tasezuvchanlikda, jigar va buyrak yetishmovchiliklarida, qon kasalliklarida, porfiriya, glyukozo-6-fosfat degidrogenaza yetishmovchiligida, emizikli bolasi bor ayollarga tavsiya etilmaydi • Mesalazin– salitsilatlargao'tasezuvchanlikda, qon kasalliklarida, jigar yetishmovchiligida, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalliklarida, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga, emizuvchi ayollarga buyurilmaydi.

Xirurgik davolash • Ko'rsatmalar ♦ Asoratlar rivojlanishi ♦ Toksik megakolon (intensiv medikamentoz davo 24-72 soat davomida samarasizligida); ♦ Teshilish ♦ Konservativ davolash samara bermaganda (kam hollarda yuzaga keladi) ko'p qon ketish ♦ Karsinoma ♦ Ichak strikturalarida karsinomaga shubha qilinganda ♦ Konservativ davolashning samarasizligida, kasallikning tez rivojlanishida ♦ O'smirlarda bo'y o'sishi to'xtaganda va bunikonservativ davolash samara bermaganda ♦ Shilliq qavatning displaziyasi ♦ Kasallikning 10 yildan ortiq

muddat davomida kechishi (rak rivojlanishining havfi juda yuqori) • Xirurgik davolashning quyidagi guruhlari farqlanadi ♦ Palliativ– ikkinayli ileo- yoki kolostoma qo‘yish ♦ Radikal– chamberichakning segmentar yoki subtotal rezeksiyasi, kolektomiya, koloproktomiya ♦ Qayta rekonstruktiv– chov-to‘g‘ri ichak yoki chov-sigma ichak anastomozini «uchi-uchiga» qo‘yish.

Asoratlari • Chamber ichakning o‘tkir toksik dilatatsiyasi (diametri 6sm gacha) (toksik megakolon) 3-5% hollarda rivojlanadi. Bu ehtimol chamber ichak shilliq qavatining katta qismi yallig‘lanishi va ichakning nerv bilan boshqarish funksiyasining buzilishi natijasida vujudga keladi. Xolinolitiklarning va ich qotiruvchi preparatlarni mos tavsiya etmaslik asoratlari yuzaga kelishida alohida ahamiyat kasb etadi. Bemorning ahvoli odatda og‘ir, tana haroratining ko‘tarilishi, qorin sohasida og‘riq, leykotsitoz, darmonsizlik, holsizlik, charchoqni his qilish, o‘lim holatlari yuzaga kelishi mumkin. Davolash– 48-72 soat davomida dorilar bilan intensiv davolash. Olib borilayotgan davolashning samarasizligizudlik bilan totalektomiya qilishga ko‘rsatma hisoblanadi. O‘lim holatlari 20%ni tashkil etadi, 60 yoshdan katta bemorlarda undan ham yuqori.

- Ko‘p qon ketishlar. NYAK ning asosiy belgisi– to‘g‘riichakdan qon ketish (kuniga 200-300 ml.gacha). 300-500mldan kam bo‘lmagan qon ketishi ko‘p deb hisoblanadi.

- NYAK da yo‘g‘on ichak yarasining teshilishi 3% hollarda kuzatilib ko‘pincha o‘linga olib keladi • Strikturalar–5-20% hollarda uchraydi • Yo‘g‘on ichak raki. Chamber ichak subtotal va total zararlanishlarida va kasallik 10 yildan ortiq muddatda davom etganda yo‘g‘on ichak raki paydo bo‘lish ehtimoli ko‘payadi (10 yildan keyin karsinoma xavfi 10% gacha, 20 yillik muddatda 20% gacha, va 25-30 yillik muddatda 40% gacha bemorlarda rivojlanish xavfi bor) ♦ NYAK negizida rivojlanadigan ichak raki odatda ko‘po‘choqli va agressiv bo‘ladi ♦ Kasallik davomiyligi 8-10 yilni tashkil etgan NYAK li bemorlarda har yili 10-20sm. masofada biopsiya bilan kolonoskopik tekshirish usullari tavsiya etiladi. Yuqori darajali displaziya profilaktik total kolonektomiya o‘tkazish ehtimoli bor.

Sinonimlar • Nospetsifik yarali-gemorragik kolit • Yarali idiopatik kolit • Yarali-trofik kolit • Yarali proktokolit • Yarali-gemorragik rektokolit • Yiringli gemorragik rektokolit.

Qisqartirish: NYAK– nospetsifik yarali kolit.

XKK – 10 • K15 Yarali kolit.

Noinfeksion diareya. Malabsorbsiya sindromi, NYAK, Kron kasalligi.

Ta’sirlangan yo‘g‘on ichak sindromi.Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.

DIAREYA-Suyuq holda ich kelishi sonining oshishi bilan xarakterlanuvchi patologik holatdir. O‘tkir diareya 3 hafta davom etishi mumkin; 3 haftadan ortiq muddat davom etgan diareyani surunkali yokicho‘zilgandiyareyadebataladi.

To‘g‘ri yig‘ilgan anamnez asosiy sababni aniqlab berishi mumkin. Bu quyidagilarni o‘z ichiga oladi: diareya bo‘yicha ma’lumot(boshlanishi, davomiyligi, soni, najas konsistensiyasi va hajmi),yondosh belgilar (tana haroratining oshishi, najasda qon yoki yiring, tenezmlar, qorinda to‘lg‘oqsimon og‘riqlar), degidratatsiya

belgilari (kattalarda – vertikal holatda bosh aylanishi, chanqash, og‘izning qurishi, diurezning kamayishi, umumiy holsizlik; go‘daklar va maktabgacha bo‘lgan yoshdagi bolalarda–holsizlik va jismoniy faollikning kamayishi, diurezning kamayishi va chanqash), epidemiologik omillar (bemorlar bilan kontakt, kasbi: masalan, umumiy jamoat ovqatlanish tizimi, sog‘liqni saqlash sohasi, bolalar tashkilotlarida ishlash, bolalar bog‘chasiga tashrif buyurish, sifatsiz ovqat mahsulotlarini iste‘mol qilish).

Ko‘rikdanmaqsad– suvsizlanish darajasini va qorin bo‘shlig‘I holatini aniqlash. Hayotiy muhim ko‘rsatkichlarni baholash: puls va AqB (kattalarda–yotgan, turgan va o‘tirgan holatlarda), tana harorati va tana vazni.

Suvsizlanishning og‘ir darajasi – quyidagi belgilarning 2yoki undan ortig‘i kuzatilishi mumkin: letargiya/hushning yo‘qligi, ko‘zlarning kirtayganligi aniqlanishi, teri burmalarining 2 soniyadan kechroq tekislanishi, suyuqlik icha olmasligi yoki juda yomon ichishi.

90% holatlarda o‘tkir diyareyaning 3-5 kun davomida mustaqil ravishda tuzalishi kuzatiladi, shuning uchun bemorlar holatini va davolashni baholash uchun **laborator tekshiruv o‘tkazish** zaruriyati bo‘lmaydi. Ayrim holatlarda leykotsitlarni aniqlash maqsadida najas **mikroskopik tekshiruvini** (texnik jihatdan yengil va qimmat bo‘lmagan sinov) yoki najasni ekib tekshirish -o‘tkir diareyaning 3% holatlarida mikroorganizmni aniqlovchi usullarni tavsiya qilish mumkin.

Dorivositalarsizdavolash

Ko‘p hollarda o‘tkir diareya bilan bemorlarni olib borishda ovqatlanishni davom ettirish va suyuqlik ichishni ko‘paytirish talab qilinadi. Go‘daklarda suvsizlanishni korreksiya qilish maqsadida oral regidratatsion eritmalar qo‘llanilsa ham, ko‘krak suti bilan boqish davom ettiriladi. Kattalar va bolalar xohishiga ko‘ra ko‘p miqdorda tozasuv ichishi mumkin.

Oral regidratatsion terapiya bolalar va kattalarni o‘tkir diareya bilan suvsizlanishni davolashda asosiy choralardan biri bo‘lib hisoblanadi. Suyuqlik quyidagicha tayyorlanadi: JSST tomonidan ishlab chiqilgan oral regidratatsion vositaning bir paketchasini 1 litr qaynatib sovutilgan suvda eritiladi. Eritmani salqin va qorong‘I joyda saqlash lozim. Agar tayyor regidratatsion tuzlarni olish imkoniyati bo‘lmasa, u holda bemorlarga mustaqil ravishda eritmani tayyorlash tavsiya qilinadi: 1 litr qaynatib sovutilgan suvga bir choy qoshiqda tuz va ovqat sodasi, 4 choy qoshiq shakar va 1 stakan apelsin sharbati (bitta banan ezilmasi) qo‘shib aralashtiriladi.

Kattalar regidratatsion suyuqlikni xohishga ko‘ra ichadilar, bolalarni esa suvsizlanish darajasiga ko‘ra ichiriladi.

Bolalarda yengil yoki o‘rta og‘irlik darajasidagi suvsizlanish: birinchi 4 soat ichida 75 ml/kg, so‘ng bemorning ahvoli baholanadi. Agar suvsizlanish belgilari saqlansa, u holda qaytadan ichiladi. qiyinchilik bilan ichuvchi bolalarga har bir necha daqiqa mobaynida bir osh qoshiqdan eritmani ichirish lozim.

Og‘ir degidratatsiya. Infuzion eritmalarini (Ringer-laktateritmasi yoki oddiy

fiziologik eritmani) vena ichiga yuborish zarurdir; agar iloji bo'lmasa, u holda nazogastral nay orqali 100 ml/kg hisobidan oral regidratatsion eritma buyuriladi.

Dori vositalar bilan davolash.O'tkir diareya.

Ko'pincha o'tkir diareyada (90% holatlarda) regidratatsion terapiya tayinlanadi va bunda 5 kun ichida mustaqil ravishda tuzalish kuza-tiladi. Ichak peristaltikasini susaytiruvchi vositalar, loperamid 4 mg birinchi dozasi ichishga, so'ng 2 mg dan, har bir suyuq najas kelishidan so'ng ichish tavsiya qilinadi; kuniga maksimal 16 mg miqdorda qabul qilinadi, **kattalarga** tana harorati oshmaganda va najasda qon bo'lmaganda tayinlanadi. Go'daklar va maktabgacha bo'lgan yoshdagi bolalarda o'tkir diareyani davolashda loperamid qo'llash mumkin emas. Bu vositalar dizenteriyani davolashda ham **qarshi ko'rsatma** bo'lib hisoblanadi. Sinama uchun antibiotik terapiyani dizenteriya simptomlari yoki «sayohatchilar» diareyasida o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Gastroenterolog maslaxatiga yuborish mezonlari: seliakiya yoki ichaklarning yallig'lanish kasalliklariga shubha qilinsa; surunkali diareya yoki ko'zga ko'rinadigan sababsiz yaqqol namoyon bo'luvchi belgilar kuzatilsa.

Sariqlik (surunkali hepatitlar, xoletsistit, pankreatit, jigar sirrozi). Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.

Sariqlik - teri va skleralarning sarg'ayishi yoki qon zardobida bilirubin miqdorining 20 mkmol/litr dan oshib ketishidir.

Asosiy holatlar

-Jigar osti sariqligi bo'lgan bemorlarni zudlik bilan aniqlash, ularga xirurgik yoki endoskopik yo'l bilan yordam berish, sariqlik to'satdan paydo bo'lganda, dastlabki 24 soat ichida ularning qorin bo'shliq a'zolarini UTTdan o'tkazish tavsiya qilinadi

-O'z vaqtida gemoliz yoki Jilber sindromini aniqlash (qonda bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi).

-O'z vaqtida jigar sariqligi bilan jigarning o'tkir va surunkali kasalliklari orasidagi bog'liqlikni aniqlash.

-Sabzini ko'p miqdorda iste'mol qiladigan bemorlardagi giperkarotinemiyani chin sariqlikdan farqlash.

SARIQLIKNINGPATOFIZIOLOGIK KLASSIFIKATSIYASI

Gemoliz yoki Jilber sindromi. Kon'yugirlangan bilirubin miqdori oshgan (umumiy bilirubin miqdori oshgan, kon'yugirlangan bilirubin me'yorida).

Jigar sariqligi • Kon'yugirlangan bilirubin miqdori oshgan • O'tkir sariqlik ♦ O'tkir virusli hepatit ♦ Dori hepatiti ♦ O'ng qorincha tipidagi yurak yetishmovchiligi ♦ Operatsiyadan keyingi sariqlik ♦ Sepsis ♦ Parenteral oziqlanish • Surunkali sariqlik ♦ Alkogolli hepatit ♦ Jigar sirrozi ♦ Autoimmun hepatit ♦ Surunkali virusli hepatit (hepatit S, hepatit V) ♦ Gepatoma (gepatotsellyulyar karsinoma) ♦ Jigar ichi xolangiokarsinomasi ♦ Jigar metaztazlari.

Jigar osti sariqligi • Umumiy o't yo'llaridagi tosh • Xoletsistit • Oshqozon osti bezi karsinomasi • Jigardan tashqari yo'llar xolangiokarsinomasi • O'tkir yoki

surunkali pankreatit • Oddi sfinkteri spazmi • O't yo'llari operatsiyasidan keyingi strikturalar.

Giperkarotinemiya natijasidagi sariqlik • Skleralarda sariqlik bo'lmaydi • Jigar funksional sinamasi me'yorda; diagnoz qo'yish uchun anamnez va obyektiv ko'rik kifoya.

ANAMNEZ

- Sariqlikning davomiyligi.
- Qichishish (o't oqishining buzilishi yoki jigar ichi xolestazi ekanligini ko'rsatadi).
- Qorinda og'riq (o't oqishi buzilganda kelib chiqadi, biroq alkogolli gepatitda ham bo'lishi mumkin).
- Xoletsistektomiya.
- Ishtahaning yo'qolishi (virusli gepatit).
- Tana vaznining kamayishi (xavfli o'smalar).
- Boshqa davlatlarga sayohat qilish, sariq bo'lgan bemor bilan muloqatda bo'lish, gemotransfuziya.
- DV qabul qilish.
- Alkogol qabul qilish; bu haqda bemorning yaqinlaridan va do'stlaridan so'rash kerak.

FIZIKAL TEKSHIRUV

- O'ng qovurg'a osti sohasida og'riq (xoletsistit).
- Jigar o'lchamlari (jigarning kattalashishi – jigarning alkogolli yog'li distrofiyasi, gepatit, o'sma).
- Paypaslanganda jigar qattiqlashgan.
- Jigar yetishmovchiligi va portal gipertenziya belgilari – tomir yulduzchalari, kaft eritemasi, ginekomastiya, splenomegaliya, assit.
- Paypaslashda, og'riqli o't pufagi (oshqozon osti bezi karsinomasi).
- Inyeksiya izlari.

QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINI ULTRA TOVUSH TEKSHIRUVI

- O'tkir sariqlik kelib chiqqan bemorlarni tezda shifoxonaga yotqizish.
- Jigar osti sariqligi 3 haftadan ortiq davom etsa, a'zoda organik o'zgarishlar kelib chiqadi. Jigar osti sariqligining sababini shu muddat ichida aniqlash va bartaraf etish.
- UTT jigar osti sariqligini jigar sariqligidan farqlash imkonini beradi: jigar osti sariqligida jigar ichi o't yo'llari odatda kengaygan (birinchi kunlari me'yor bo'lishi). O't pufagidagi toshni, xoletsistit, jigar metastazlarini aniqlash mumkin.

LABORATOR TEKSHIRUVLAR

- Umumiy qon tahlili, SRO, bilirubin va uning fraksiyalari, ALT, ishqoriy fosfataza, γ – glutamiltranspeptidaza, qon zardobi va siydik amilazasi, qon zardobi albumini, protrombin vaqti, gepatit A virusiga nisbatan IgM –AT, gepatit S virusiga HVsAg AT.
- Taxlil.

- ◆ Bilirubin miqdori oshadi va jigar fermentlari me'yorda – kon'yugirlangan bilirubin Ko'rsatkichi me'yorida va gemoliz belgilari bo'lmasa, bu Jilber sindromi holati (gaptoglobin, laktatdehidrogenaza, retikulotsitlar Ko'rsatkichlari me'yorida).
- ◆ Agarda ishqoriy fosfataza 1000 Yed/l. ohsa, jigar osti sariqligiga shubha tug'iladi.
- ◆ Eritrotsitlar o'rta hajmi, ishqoriy fosfatazaga nisbatan γ - glutamiltranspeptidazaning, AST ni ALT ga nisbatining oshishi jigarining alkogolli kasalligidan darak beradi
- ◆ Zardob albumini konsentratsiyasining pasayishi va protrombin vaqtining uzayishi jigar parenximasining zararlanishi hisoblanadi.

BOSHQA TEKSHIRUVLAR

- Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya – joylashishi va obstruksiya tipini aniqlashning optimal usuli hisoblanadi. Toshni olib tashlash yoki tabiatan xavfli strikturalarda stent o'rnatish jigar osti sariqligini bartaraf qiladi.
- Zaruriyat bo'lganda doppler UTT qo'llaniladi (jigar yoki darvoza venalarida qon oqishining o'zgarishi yoki bo'lmasligi), KT yoki MRT faqat o'ta zaruriyat tug'lsa qilinadi (gemoxromatoz, o'smalar).
- Jigar biopsiyasi–jigar surunkali kasalliklari oqibati, og'irligi, va etiologiyasini aniqlash usulidir (jigar fermentlarining 6 oydan ko'proq muddat oshishi).

QO'SHIMCHA MA'LUMOTLAR

Gepatotsellyulyar karsinomada davolashning turli usullari samarasi isbotlanmagan. Tamoksifen, interferon, immunoterapiya va embolizatsiya keyingi kuzatuvlarni talab qilib ular ustida ilmiy ishlar olib borilmoqda.

VIRUSLI GEPATITLAR

Virusli hepatitlar profilaktikasining asosiy qoidalari

- A va Ye gyepatit profilaktikasida ovqatlanish gigiyenasiga rioya qilish lozim.
- V hepatit yuqishining oldini olishda kasbga oid vazifalarni bajarishda, hamda jinsiy aloqa vaqtida ehtiyot choralariga rioya qilish.
- Yuqish xavfi yuqori bo'lgan mamlakatlarga safar qilish paytida A hepatit profilaktikasi uchun γ - globulin yoki emlash qilinadi.
- Yuqori xavfi guruhlarida V hepatitiga qarshi emlash zarur.

Diagnostikaning asosiy qoidalari

- O'tkir hepatitga shubha qilinganda qon tahlilida quyidagilarni aniqlash kerak. A hepatitda – qarshi IgM sinfiga mansub AT HbsAg, V hepatitda - HbsAg, HbcAgga qarshi IgM AT va S hepatitga qarshi antitanalar topish.
- Agar hepatit yengil darajada kechsa yana infeksiyon mononukleoz belgilari (isitma, limfadenopatiya, splenomegaliya, yuqori nafas yo'llarining zararlanishi) aniqlanishi mumkin, shuning uchun qo'shimcha tekshirishlar: infeksiyon mononukleoz uchun ekspress – sinama yoki Epsteyn – Barr virusiga qarshi AT, sitomegalovirusga qarshi AT ni aniqlash kerak bo'ladi.

GEPATIT A

Yashirin davri 15–50 kun davom etadi.

Infeksiyaning yuqishyo‘li: odatda fekal – oral.

Klinik ko‘rinishi

- O‘tkirboshlanadi.
- Boshlang‘ich belgilari – ishtaha pasayishi va ko‘ngil aynishi.
- Isitma.
- Sariqlik.

Laborator tekshirishlar

- Qonzardobida ASTva ALTni oshishi.
- Spetsifik diagnozni qonzardobida IgM sinfiga xos AT topilsa qo‘yish mumkin.
- Gammaglobulin bilan profilaktika o‘tkazishdan oldin qonda IgG sinfiga taalluqli AT miqdorini aniqlash kerak (uning borligi –ilgari infeksiya bilan aloqada bo‘lganlik belgisidir, bu AT kasallikka qarshi immunitetni ta‘minlaydi).

Profilaktikasi

- Kasallik keng tarqalgan davlatlarga borganda qo‘zg‘atuvchisi bo‘lgan ya‘ni ifloslangan ovqatlarni iste‘mol qilmaslik (asosan midiya va mollyuskalar).
- Qiska muddatli safarlarda (1 - 2oydan ko‘p bo‘lmagan) kasallik profilaktikasi uchun kattalarga γ - globulin 2 ml m/o, bolalarga 0,02-0,04 ml/kg m/o yuborish.
- Infeksiyalanish xavfi yuqori bo‘lgan mamlakatlarga uzoq muddatga ketadigan kishilarga emlash o‘tkazish kerak.
 - ◆ 15 yosh va undan katta yoshdagi o‘smirlarga va kattalarga ikki doza 1440 ELISA YED/ml. vaksina 0 va 6 – 12 oyda yuborish. - ikki doza 720 ELISA YED/ml vaksina 0 va 1 oyda, uchinchi dozani 6 – 12 oyda qilish (ELISA –immunoferment qattiq fazali sinama).
 - ◆ 1 – 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarga uch doza vaksina 720 ELISA YED/ml. 0,5 ml. 0 – 1 va 6 – 12 oyda qilinadi.
- O‘rta Yer dengizi qirg‘oqlarining Afrika va Osiyo mamlakatlariga boradigan sayohatchilarga doimo gepatit A ga profilaktika o‘tkaziladi. Bundan tashqari, Boltiqbo‘yi, sharqiy Yevropa mamlakatlariga va Rossiyaga 1 oydan ortiq muddatga ko‘p marta safar qiladiganlarga profilaktika o‘tkazish talab qilinadi.
- Orttirilgan tajribalar shuni ko‘rsatadiki, hozirgi vaqtda VGA ga qarshi immunoprofilaktika sifatida yuqori miqdorda AT tutgan maxsus Ig yuborish keng tarqalgan. Uni gepatit A ko‘p uchraydigan hududlarda (har 10000 bolalar aholisiga 12 ta hollar) endemik ko‘rsatma bo‘lsa o‘tkaziladi. Maxsus Ig: 1 – 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga, homiladorlarga, oilasida yoki bolalar muassasasida gepatit A ga uchragan kasal bilan aloqada bo‘lgan bolalarning barchasiga kasallikning birinchi bor topilgandan so‘ng 7 – 10 kun ichida o‘tkaziladi. 1 – 10 yoshdagi bolalarga 1 ml 10 % Ig, 10 yoshdan oshgan va kattalarga 1,5 ml. yuboriladi. Shunga qaramasdan bu profilaktikaning samarasi unchalik yuqori emas. Shuningdek Rossiyada VGA ga qarshi o‘ziga xos inaktivatsiyalangan vaksina ishlab chiqarilgan va samaradorligi tasdiqlangan. VGA ga qarshi emlashni 1 yoshdan boshlash kerak. Vaksina mushak orasiga 2 marta 0 va 6 oy yoki 0 va 12 oyda o‘tkaziladi.

Yuqumliligi

- Sariqlik paydo bo‘lgandan keyin 1 hafta o‘tgach virus najas bilan ajralmaydi.
- Doimiy virus tashuvchanlik bo‘lmaydi.
- Kasallikning kechishi va kuzatish.
- Kasallik o‘ziga xos spontan o‘tadi, maxsus davo yo‘q.
- Qon zardobida har haftada ALT aktivligini u pasaymaguncha aniqlash kerak.

Shifoxonaga yotqizishga ko‘rsatmalar: fulminant gepatit (tez oshib boruvchi sariqlik, jigar ensefalopatiyasi).

GEPATIT V

Inkubatsion davri 1–6 oy.

Yuqishyo‘llari

- Parenteral(qonpreparatlari,narkotik uchun shpirlar).
- Jinsiy.
- Vertikal(perinatal).

Belgisi	HVsAg	HVsAg ga AT	SHVsGM	HVsIM	HVsAg	HVsAg ga AT
Infeksiya yo‘q	-	-	-			
Emlashdan keyingi holat	-	+	-			
Tabiiy immunitet	-	+ ¹⁾	+			
O‘tkirinfeksiya -erta	+ ²⁾	-	-	-	+-	
-kechki	+	-	+	+++	+	
Tashuvchanlik -yuqori	-	+	+/-	+	-	
yuqumliligi + -past	+	-	+	-	-	+
yuqumliligi						

¹⁾Kasallanganlarning 10-15 % manfiy bo‘lganda infeksiyaning yagona makyori HB_cAg. ²⁾ Birinchi musbat bo‘luvchi sinama (klinik belgilar yuzaga chiqquncha)

Klinik manzarasi

- Gepatit A ga nisbatan kasallik asta – sekin boshlanadi.
- Bo‘g‘imlar zararlanishining jarayonga qo‘shilishi.
- Terining zararlanishi.
- Gepatit A ga nisbatan transaminaza aktivligi sekin oshadi.

Laborator diagnostikasi

- ALT va AST aktivligining oshishi.
- Ishonchli diagnozni qonda HVsAg, HvcAg ga qarshi IgM sinfiga xos AT topilsa qo‘yish mumkin.
- HVeAg kasallikning yuqumliligiga baho berish uchun tekshiriladi. Agar u musbat bo‘lsa, surunkali gepatitdan darak beradi, bunda virus tez yuqadi va doimiy

replikatsiya holatida bo‘ladi. Virusning mutant shtammlari yuqqa zardobda HVyeAg bo‘lmaydi.

- Gepatit V ga serologik tekshirishlar natijasi yuqoridagi jadvalda keltirilgan.

Profilaktikasi

- Yuqish yuqori xavfi bo‘lgan sharoitlardan saqlanish (potensial virus tashuvchi bilan jinsiy aloqadan himoyalani, nosteril infeksiyon ignalarni ishlatish) zarur.
- Agar kasb faoliyati qon bilan ishlashga bog‘liq bo‘lsa, to‘g‘ridan – to‘g‘ri qon va uning preparatlari bilan aloqada bo‘lishdan himoyalani kerak.

Emlash

- Quyidagi guruhlarda emlash qat’iy tavsiya etiladi.
 - ◆ Onasining qonida HVsAg bo‘lgan chaqaloqlarga.
 - ◆ HbsAg bilan bevosita aloqada bo‘lgan shaxslarga – musbat qon va inyeksion ignalar, jarohatlar orqali, shilliq pardalar va shikastlangan teri.
 - ◆ Endemik rayonlarda ishlashga yuboriladiganlarga.
 - ◆ Narkotiklarni vena ichiga qo‘llovchi shaxslarga.
 - ◆ Qon ketishi bilan o‘tadigan kasalliklari bo‘lgan bemorlarga (agar qon potensial infeksiyalangan bo‘lsa).
 - ◆ HVsAg tashuvchi seksual sheriklarga.
- Shuningdek emlash tavsiya etiladi.
 - ◆ 7 yoshgacha bo‘lgan bolalar, agar oilasida virus tashuvchilar bo‘lsa.
 - ◆ Tartibsiz jinsiy aloqa qiluvchilar.
 - ◆ Narkomanlar uchun ambulatoriya muassasasida ishlaydigan xodimlar.
 - ◆ Xirurgik stomatologiyasi va yuz-jag‘ jarrohligida ishlaydigan xodimlar.
- Vaksina tayinlash.
 - ◆ Gepatit V ga qarshi vaksina (masalan H-V-Vax) kattalarga 1,0 ml. m/o (bolalarga 0,5 ml.).
 - ◆ Xuddi shu dozani yuborishni 1 va 6 oydan keyin takrorlash.
 - ◆ Aktiv immunizatsiya har 5 yilda o‘tkaziladi.
 - ◆ Taxminan 10% emlangan kishilarda yetarli immunitet bo‘lmaydi.

Immunoprofilaktikani virus bilan aloqada bo‘lgandan keyin o‘tkazish.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda onasining qonida HVsAg musbat bo‘lsa, gepatit V ga qarshi Ig bilan o‘tkaziladi (Aunativ 0.5 ml. m/o).

Zararlangan qon bilan aloqada bo‘lgandan keyingi o‘tkaziladigan tadbirlar

- Yarani qondan tozalash, terini suv va spirt bilan artish, shilliq pardalarni ko‘p suv bilan yuvish.
- Infeksiya tashuvchilikka shubha qilinganda odam gepatit S ga qarshi AT va HVsAg ni aniqlash, agar bu tahlillar ilgari o‘tkazilmagan yoki natijalari noma’lum bo‘lsa.
- Yuqish xavfi bor shaxslarda HVsAg va HVsAg ga qarshi AT ni aniqlash sinamani o‘tkazish.
- Gepatit V ga qarshi Ig 5ml. m/o yuboriladi va emlash o‘tkaziladi. Agar keyinchalik aloqa aniqlansa, emlashni 1–6 oydan so‘ng davom ettirish kerak.

Yuqumliligi

Ko'pchilik tashuvchilar sog'ayadi, biroq ularning taxminan 5 – 10% virus tashuvchilar bo'lib qoladi.

- HVeAg topilsa kasallikning yuqumliligini bildiradi.

Kasallikning kechishi va kuzatuv

- Kasallik ko'p hollarda spontan kechadi.
- Kasallikning faol davrida qonda har hafta ALT aktivligini aniqlash to u pasaya boshlaguncha.
- Kasallik boshlangandan so'ng 3 oydan keyin qonda HVsAg ni aniqlash shart.

Kasallikning surunkali bosqichi

- α – interferonni 4 – 6 oy davomida tayinlash taxminan 40 % bemorlarda sog'ayishga imkon beradi (qonida HVeAg topilmaydi). Bu preparat kattalar va bolalarda yaxshi samara beradi.
- Surunkali V gepatiti tashuvchilarida gepatotsellyulyar karsinoma kelib chiqish xavfi ortadi.

Mutaxassislar maslahatiga ko'rsatmalar

- Fulminant gepatit: tez ortib boruvchi sariqlik, jigar ensefalopatiyasi.
- Surunkali faol gepatit: qonda ALT aktivligining oshishi yoki musbat HVsAg kasallik boshlanishidan 3 oydan ko'proq muddat saqlansa.

GEPATIT S

- Ko'pchilik mamlakatlarda keng tarqalgan virus hisoblanadi.
- Ko'p hollarda virus bilan zararlangan qon quyishdan keyin gepatit S kelib chiqadi. Taxminan 500 mln. odamlar gepatit S virusining tashuvchilari hisoblanadi.

Inkubatsion davri 20–120 kun davom etadi.

Yuqishyo'llari

- Gepatit V dagi kabi parenteral, lekin qo'zg'atuvchining yuqumliligi ancha past. Yuqish vena ichiga narkotiklar yuborish va tatuировka qilishda ro'y berishi mumkin.
- Ko'pincha gepatit S qon quyilgandan keyingi davrda rivojlanganligini, klinik amaliyotda ilgari virusologik tekshirish usullari bo'lmaganligi uchun aniqlanmagan.
- Gepatit S bilan og'rigan bemorlarga hech qanday gemotransfuziya o'tkazilmagan hollar tasvirlangan, bunday bemorlarni hech qaysi xavf guruhiga qo'shib bo'lmaydi.

Klinik manzarasi

- Klinik belgilari odatda kam. 25% infeksiya tushgan odamlarda sariqlik kuzatiladi (virusli gepatit V da 50%). Ko'pincha kasallik belgisiz o'tadi.
- Surunkali gepatit S bilan og'rigan bemorlarda jigarga bog'liq bo'lmagan, essensial krioglobulinemiya, glomerulonefrit, autoimmun tireoidit, Shyogren sindromi, terining kechki porfiriya kabi belgilar tasvirlangan.

Laborator diagnostikasi

- Ko'pincha gepatit S aniqlashda birdan – bir belgi me'yor yoki vaqti – vaqtida me'yor natijalari bo'lgan jigar transaminasi aktivligining o'zgarishi xizmat qiladi. Qon zardobida ALT va AST aktivligi kamdan – kam hollarda 800 TB/l. dan oshadi.
- Spetsifik tashxisi qonda gepatit S virusiga qarshi AT topilsa yoki uni ribonuklein kislotaga (RNK) PZR usuli bilan (PZR – HCV) topilsa, qo'yiladi.

- ◆ AT ni yuqishdan keyin 4 – 6 oy va kasallik belgilari paydo bo‘lgandan keyin 2 – 4 oy o‘tgach aniqlash mumkin.
- ◆ PZR – HCV odatda belgilar paydo bo‘lgan vaqtdan boshlab musbat bo‘ladi.

Yuqumliligi

- 50–70% bemorlarda (ayrim ma’lumotlarga ko‘ra 90%) surunkali gepatit rivojlanadi.
- Antitana infeksiya davolangandan keyin qisqa muddat ichida paydo bo‘ladi. Antitanalari bo‘lgan ko‘pchilik bemorlar infeksiya manbai, virus tashuvchilar hisoblanadi.

Kechishi va dinamik kuzatuv

- Kasallikning aktiv davri gepatit V ga qaraganda yengil kechadi. Lekin kasallik 70–80% hollarda surunkali shaklga o‘tadi.
- Kasallikning faol davrida jigar transaminaz fermentlarini aniqlashga zarurat yo‘q, chunki ularning darajasi goh kamayib, goh ko‘payib turadi.
- Surunkali gepatit birlamchi infeksiyadan 13 yil o‘tgach rivojlanadi, 21 yildan keyin sirroz, 28 yildan so‘ng gepatotsellyulyar karsinoma kelib chiqadi. Ayrim bemorlarda (20 – 25 %) sirroz kasallik boshlangandan keyin 5 – 7,5 yil o‘tgach yuzaga chiqadi.

Mutaxassislar maslahatiga ko‘rsatmalar va davolash

- Fulminant gepatit ◆ Yaqqol sariqlik, jigar ensefalopatiyasi kuzatiladi ◆ Davolashda α – interferon qo‘llaniladi.
- Surunkali gepatit ◆ Kasallik belgilari paydo bo‘lgandan keyin 6 oy ichida ALT ◆ Agar bemor qonida gepatit S virusiga qarshi antitana va RNK virusi aniqlansa, jigar biopsiyasi va davolash o‘tkazish kerak. Biopsiyada gepatit belgilari sezilarli darajada rivojlangan bo‘lsa va fibroz kuzatilsa, α – interferon haftasiga 3 marta 12 – 18 oy davomida hamma bemorlarga buyuriladi. ALT aktivligi ko‘pincha me‘yorlashadi. Jigardagi gistologik o‘zgarishlar me‘yorga tushishi mumkin ◆ Davodan keyin ALT doimo yuqori bo‘lib tursa, davolashga qo‘shimcha ribovirin beriladi ◆ Hozirgi vaqtda surunkali gepatit S ni samarali davolash ishlab chiqilgan. Bunda α – interferon (3 XB.) haftasiga 3 marta ribovirin bilan birga (1000 – 1200 mg) har kuni ichishga buyuriladi ◆ Agar ushbu davolashdan keyin bemorning kutilgan hayot davomiligi 6 oydan ko‘p bo‘lmasa, jigar transplantatsiyasi o‘tkazish ko‘rsatilgan.

Gepatit D

- Gepatit D gepatit V ning super yoki Ko infeksiyasi ko‘rinishida aniqlanadi. Bu infeksiya bilan ko‘pincha gepatit V virusi tashuvchilari kasallanadi.
- Ko‘p hollarda narkotiklarni vena ichiga yuboradigan narkomanlarda uchraydi.
- Kasallik fulminant holda kechadi.
- α – interferon bilan davolash kam sonli bemorlardagina foydali.

Gepatit Ye

- Kasallik gepatit Ani eslatadi, asosan rivojlanayotgan mamlakatlarda uchraydi.
- Keng amaliyotda diagnostikaning maxsus usullari yo‘q, qonda immunoglobulin IgM sinfiga xos antitanani topish kasallik tashxisiga yordam berishi taxmin qilinadi.

- Gepatit Ye ni rivojlanayotgan mamlakatlardan yaqinda kelgan bemorlarda shubha qilish mumkin. Gepatit Yefekal – oral yo‘l bilan yuqadi. Gepatit A ning serologik markerlari manfiy.
- Homiladorlik davrida gepatit Ye kechishi fulminant xarakterda bo‘lib, 90 % o‘lim bilan tugaydi.
- Davolash va kuzatish gepatit A dagi kabi.

BOSHQA VIRUSLI GEPATITLAR

- Bir qancha hollarda virusli gepatitlarga etiologik tashxis quyishning iloji yo‘q. Hozirgi kungacha bu virusli gepatitlarning chaqiruvchilari aniqlanmagan.
- Gepatit Epsteyn – Barr virusi va sitomegalovirus bilan infeksiyalanishning 90 % hollarida uchraydi. Kasallik odatda yengil kechadi va faqat 5 % bemorlarda sariqlik kuzatiladi.

GEPATITLARNI DAVOLASH

O‘tkir gepatit

- Teri qichishishini antigistamin dori vositalari yoki xolestiramin bilan davolash mumkin(4g.kuniga).
- Jigarda parchalanadigan dori vositalaridan foydalanishda ehtiyot choralarini bilish kerak.
- Ovqat yuqori kaloriyali, uglevodlarga boy bo‘lishi zarur.
- Gepatit S ni maxsus davolashkasallikning surunkali shaklga o‘tishining oldini oladi.

Fulminant gepatit

- Bemortezda reanimatsiya bo‘limiga yotqiziladi.
- Jigar transplantatsiyasi bemor hayotini saqlab qolishi mumkin.

Surunkali gepatit

- α – interferon va virusga qarshi boshqa dorilar ishlatilsa, gepatit V va gepatit S bo‘lgan 50 % bemorlarda remissiya kuzatiladi. Ko‘p hollarda davolashdan keyin retsidivuchraydi. Gepatit S da interferon qo‘llanish tartibi yuqorida keltirilgan.

MEHNATGA YAROQLILIK Kasallikning o‘tkir davrida mehnatga yaroqsizlik varaqasi odatdagidek beriladi, Bemorning umumiy ahvoli yaxshilanishi bilan u ishga yaroqli hisoblanadi. Surunkali tashuvchilik mehnatga yaroqsizlik varaqasi berilishiga ko‘rsatma bo‘la olmaydi.

JIGAR SIRROZI

Sirroz – gepatotsitlar nekrozi natijisida jigar strukturasiida biriktiruvchi to‘qimalar rivojlanib, yolg‘on bo‘lakchalar paydo bo‘lishi bilan kechadigan patologik jarayondir.

XKK-10: · **K70.3** Alkogol etiologiyali jigar sirrozi · **K71.7** Jigarning toksik zararlanishi fibroz va sirroz rivojlanishi bilan · **K74.3** Birlamchi biliar sirroz · **K74.4** Ikkilamchi biliar sirroz · **K74.5** Noma‘lum etiologiyali biliar sirroz · **K74.6** Boshqa va noma‘lum etiologiyali jigar sirrozi.

Sirrozda jigar hujayralari biriktiruvchi to‘qima bilan almashinadi. Kasallik kechishi va oqibati jigar parenximasining funksional buzilishi darajasi, portal gipertenziya va jigar kasalligi faolligiga bog‘liq.

Etiologiyasi

- Alkogolli hepatit ♦ Sirroz rivojlanish ehtimolini oldindan aytish mumkin emas. Ayollar erkaklarga nisbatan kasallik rivojlanishiga ko‘proq moyil ♦ Bemor alkogol ichimliklarini iste‘mol qilishni to‘xtatsa alkogolli hepatitni davolash mumkin.
- Jigarning surunkali immun kasalliklari ♦ Surunkali autoimmun hepatit ♦ Birlamchi biliar sirroz ♦ Sklerozlanuvchi xolangit.
- Surunkali virusli hepatit ♦ Virusli hepatit V ♦ Virusli hepatit S.
- Modda almashinuvi kasalliklari ♦ Gemoxromatoz ♦ α_1 - antitripsinetsizmovchiligi ♦ Uilson-Konovalov kasalligi.
- Shuningdek, jigar sirroziga qo‘shimcha omillar (koinfeksiya, infeksiya va alkogol) olib kelishi mumkin.

Diagnostikasi

- Boshlang‘ich bosqichlarida sirroz belgilarisiz kechadi.
- Tez charchash, teri qichishi, sariqlik va qorin kattalashishi – bu kasallikning kech belgilaridan bo‘lib, asosiy jarayon bilan bog‘liq
- Alkogolli sirroz rivojlanishida 10 yildan ko‘p vaqt mobaynida muttasil alkogol ichimliklarini iste‘mol qilish sabab bo‘ladi (erkaklarda kuniga 60 mg, ayollarda 40 mg.).
- Jigar alkogolli kasalligi diagnozini faqat biopsiya natijasida boshqa kasalliklardan istisno qilish mumkin.
- Jigar yog‘li distrofiyasi qaytar jarayon. Sezilarli yog‘li transformatsiya va perivenulyar fibroz o‘z oqibatida sirrozga olib kelishi mumkin.

Sirroz borligini asoslaydigan fizikal belgilar

- Jigar kattalashishi va qattiqatlanishi.
- Taloqning paypaslanishi.
- Tananing yuqori qismida va yuzda tomir yulduzchalari.
- Palmar eritema.
- Ginekomastiya va tuxumdon atrofiyasi.
- Qorin oldingi devorida venalar kengayishi.
- Assit.
- Sariqlik.

Laborator tekshiruvlar

- Jigar kasalligiga shubha bo‘lganda asosiy tekshirishlarga qon umumiy taxlili bilan ECHT, ALT, ishqoriy fosfataza, g-glutamiltanspeptidazalar, bilirubin, protrombin indeksi, albumin, kaliy, natriy va kreatinin miqdorini aniqlash kiradi.
- Etiologiyasini aniqlash uchun Hb_s, Ag_s, S virusli hepatitga qarshi AT, sillik mushaklarga qarshi AT, mitoxondrial AT, ANAT, qon zardobida IgG, IgA, IgM darajasi, temir va transferrin, α_1 -antitripsin, seruloplazmin miqdori aniqlanadi.
- Salbiy oqibat Ko‘rsatkichlari:
 - ♦ Bilirubin 300 mkmol/l. dan yuqori.

- ◆ Albumin 20g/l. dan past
- ◆ XMM 2,0. dan kam (yoki protrombin indeksi <60%).

Qorin bo'shlig'i yuqori qismining UTT

- «Yorqin» jigar yog'li distrofiya yoki fibroz borligidan darak beradi, lekin bu Ko'rsatkich hamma vaqt xos emas.
- Taloq kattalashishi, portal tizim tomirlari kengayishi va ko'rinuvchi kollaterallar portal gipertenziyaning asosiy belgilari.
- Kam miqdordagi assit suyuqligini aniqlash mumkin.

Jigar biopsiyasi

- Jigar sirrozi diagnostikasida yagona ishonchli usul. Regenerativ tugunlar va biriktiruvchi to'qimali to'siqlar aniqlanadi.
- Bioptatda biriktiruvchi to'qima aniqlanmasa soxta-manfiy natija bo'lishi mumkin.
- Jigar biopsiyasi faqat lozim bo'lgan koagulyatsion Ko'rsatkichlarda qilinadi [XMM 1,3 dan kam (yoki protrombin indeksi <60%)].
- UTT kuzatuv ostida tekshirishni bajarish asoratlarni kamaytiradi.

Sirroz va uning asoratlarini davolash

- Alkogolli sirrozda bemor uni iste'mol qilishni to'xtatib kasallik prognozi yaxshilanadi. Bemor alkogol iste'mol qilishini to'xtatgandan keyin, varikoz kengaygan venalardan qon ketish, sariqlik, assit kuzatilmagan bo'lsa, sirroz kasallik oqibatiga ta'sir qilmaydi. Yuqori kaloriyali va oqsilga boy bo'lgan parhezni saqlash kerak.
- Antifibrotik preparatlar yo'q, lekin sirrozga olib keladigan jigar kasalliklarini davolash sirroz zo'rayshini to'xtatadi.

Portal gipertenziya

- Qizilo'ngach venalari varikoz kengayishida portal venada qon bosimini va qon ketishini kamaytirish uchun β -blokatorlar (propranolol, nadolol) yoki izosorbit mononitrat beriladi (β -blokatorlar berilganda YUUS 25% tushishi kerak).
- Agar, bemorda ilgari kengaygan varikoz venalardan qon ketishi kuzatilgan bo'lsa, qon ketish qaytalanishini quyidagilar orqali bartaraf etish mumkin:
 - varikoz kengaygan venalarni rezinali halqalar bilan boylash
 - β -blokatorlar bilan davolash
 - yuqorida ko'rsatilgan usullar samara bermaganda shuntlovchi operatsiyalar yoki trans'yugulyar jigar ichi portosistemali shuntlash o'tkaziladi.

Assit

- Iste'mol qilinadigan tuz miqdorini kamaytirish (kunda 1-3 g).
- Giponatriyemiya mavjudligida iste'mol qilinadigan suyuqlik miqdorini kamaytirish
- Spironolakton 50-400 mg. dan (600 mg.cha) har kuni.
- Kerak bo'lsa spironolaktonni ilmoqli diuretiklar bilan (masalan, furosemid 20-80 mg.dan har kuni) birgalikda qo'llash mumkin.
- Tana og'irligining tez kamayishidan saqlanish kerak (periferik shishlar yuqligida tana og'irligining kamayishi kunda 0,5 kg. dan ortiq bo'lmasligi lozim).

- Prostoglandinlar sintezi ingibitorlari (NYAQD) buyrak funksiyasini buzishi mumkin.
- Assitga qarshi davolash yordam bermasa, paratsentez (ko'p miqdorda suyuqlik olish bilan (4-6 l.)) xavfsiz hisoblanadi, agarda har bir olingan suyuqlik litriga v/i 6-8g.albumin yuborilsa.
- Asoratlarga kiradi: buyraklar yetishmovchiligi, giponatriyemiya (natriy, kaliy, diurez, tana og'irligi nazorati ostida).
- O'tkazilgan terapiya natijasida assit kamaymasa, shuntlar qo'yish, trans'yugulyar jigar ichi portosistemali shuntlash uchun jarroh maslahati kerak bo'ladi.

JIGAR ENSEFALOPATIYASI

- Boshlanishida kundalik ratsiondagi oqsil miqdorini 40 g gacha kamaytirish maslahat beriladi; bemor umumiy holati yaxshilangach parxezdagi oqsil miqdorini ko'paytirishi mumkin.
- Suyuq najas ajralishi 2-3 marta bo'lguncha laktulozani kuniga 15-30 ml. dan kuniga 2-3 marta berish, uni profilaktika uchun ham berish mumkin.
- Og'ir darajali sirrozda zaruriyat va mumkinchilik bo'lganda jigar transplantatsiyasi haqida o'ylash kerak. Alkogolli sirrozda jigar transplantatsiyasiga ko'rsatmalar kamdan kam; bu patologiyada alkogol iste'molini man qilish tavsiya etiladi.

QO'SHIMCHA MA'LUMOTLAR

- Varikoz kengaygan venalardan qon ketishi oldini olish uchun propranololdan ko'ra skleroterapiya yaxshiroq natija beradi, lekin uning asoratlari ko'proq.
- Umumiy o'lim Ko'rsatkichini kamaytirish uchun varikoz kengaygan venalardan qon ketishini oldini olishda skleroterapiya samarali hisoblanadi.
- Alkogolli gepatitda glyukokortikoidlar samaradorligi haqida ma'lumotlar yo'q.

SURUNKALI XOLETSISTIT

Surunkali xoletsistit – o't pufagini surunkali yallig'lanishi bo'lib, o'rtacha o'tkir kechish bilan xarakterlanadi va ko'pincha o't pufagida tosh borligiga bog'liq bo'ladi.

Kasallikning uchrashi • Taxminan 10% aholida uchraydi. • Ayollar erkaklarga nisbatan 2 marta ko'p og'riydilar • Yosh ulg'aygan sayin kasallanish ehtimoli ortadi.

Etiologiyasi • O't toshlari (90 – 95% hollarda) • O't pufagidagi suyuqlikning quyuqlashishi – bilirubin tuzlari va xolesterin kristallarining quyuq aralashmasi • Og'ir holatlarda uning litogenligi oshadi va o't suyuqligini dimlanishi bilan bog'liq toshsiz xoletsistit.

Xavf omillari • Ayol jinsi • 50 – 60 yoshdan oshganlik • Semizlik • Homiladorlik • Peroral kontratseptivlar, esterogen saqlovchi preparatlar qabul qilish • Ovqatda kletchatkaning kam bo'lishi • Hayvon go'shtlarini ko'p iste'mol qilish (vegetarianlarda o't toshlari kam uchraydi) • Qon zardobida YUZLP

konsentratsiyasining pastligi va triglitseridlarning yuqoriligi • Jigar sirrozi (30 % bemorlarda o't toshlari aniqlanadi) • Yonbosh ichak rezeksiyasi, gastrektomiya, xolesterin miqdori kam bo'lgan parhez, parenteral ovqatlanirish, klofibrat bilan davolash, oktreetid bilan uzoq davolanish.

Patomorfologiyasi • O't pufagining o'lchami kichraygan • Devorlari qalinlashgan, fibrozlangan, ba'zan kalsifikatsiyalangan • O't pufagi ichida – quyuvlashgan loyqa o't suyuqligi (o't zamaskasi) • Shilliq qavat yaraga aylangan, chandiqli o'zgargan, ba'zan to'liq yemirilgan, gistologik to'laqonli dimlanish va infiltratsiya aniqlanadi • Toshlar devorda yoki fibroz to'qimada joylashgan.

Klinik ko'rinishi • Anamnezida – oilada o't-tosh kasalligi borligi, xavf omillari mavjudligi, o'tkir xoletsistit holatlari yoki avval o't sanchig'i hurujini o'tkazganligi aniqlanadi • Spetsifik belgilar yo'q • Qorin dam bo'lishi • Yog'li ovqatdan so'ng yuzaga keladigan, epigastral sohada noxush sezgi, kekirishdan keyin kamayadi • Ko'ngil aynashi, xoledoxolitiazda – qusish • O'ng kurak sohasiga, to'sh suyagi orqasiga, o'ng yelkaga beruvchi o'ng qovur ostida doimiy simillovchi og'riqlar • O't pufagi paypaslanganda og'riq bo'lishi, Merfi simptomi musbat.

Laboratoriya tekshiruvlari • UQA va jigarning funksional sinamalari odatda o'zgarishsiz (zo'rayish kuzatilmaganda). O'zgarishlar zo'rayish davrida bo'ladi • O't pufagi suyuqligi ♦ Kalkulyoz xoletsistitda – o't suyuqligi nisbiy zichligining oshishi, mikrolitlar, "qum", xolat – xolesterin koefitsiyentining pasayishi, xolat kislota konsentratsiyasining pasayishi va litoxolet o't kislotasini ko'payishi, lipidlar kompleksini pasayishi, xolesterin kristallari, bilirubin kalsiy, silindrik va yassi epiteliylarni ko'p miqdorda bo'lishi ♦ Kalkulyozsiz xoletsistitda – reaksiyasi nordon, o't suyuqligining nisbiy zichligi pasaygan, shilliq parchalari, ko'p miqdorda leykotsitlar, silindrik va yassi epiteliylar, yog' kislota kristallari, sialat kislotalar va aminotrasferaza miqdorining oshishi, lipid kompleksi, bilirubin, xolet kislotalar konsentratsiyasi pasayishi kuzatiladi.

Asboblar yordamida tekshirish • Obzor rentgenogrammada ba'zan kalsifikatsiyalangan o't toshlarini aniqlash mumkin • UTT – tanlash usuli, fibrozlashgan, qalin devorli o't pufagi ichida o't toshlarini aniqlash imkonini beradi. O't pufagini vizualizatsiya qilish imkoniyati yo'qligi uning zararlanganligining belgisi hisoblanadi • Peroral xoletsistografiya faoliyat ko'rsatmayotgan o't pufagini aniqlaydi • Toshsiz xoletsistitda UTT va peroral xoletsistografiya o'zgarishlarni aniqlamaydi, shuning uchun xoletsistokinin yuborilgandan so'ng 15 daqiqa o'tgach o't pufagi chiqarayotgan fraksiyalarni o'lchash bilan xolessintografiya ko'rsatilgan (normada u 70 % teng) • Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiyada o't va oshqozon osti bezi yo'llari holatiga baho beriladi • Teri jigar orqali xolangiografiyada – jigar ichidagi biliar sistemasi holati baholanadi • Laparoskopiya • Laparotomiya – kam invaziv tekshirish usullarini o'tkazgandan keyin diagnoz qo'yishda shubha bo'lganda qilinadi.

Differensial diagnostikasi • Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi • Diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi • Ta'sirlangan yo'g'on ichak sindromi • Funksional dispepsiya • Siydik yo'llarining surunkali infeksiyasi.

DAVOLASH

Parhez – Pevzner bo'yicha №5 stol • Past kaloriyali, vitamin S , o'simlik

kletchatkasiga boy bo'lgan, oqsil va yog'lar miqdori kamaytirilgan, tarkibi ko'proq o'simliklardan iborat bo'lgan oziq – ovqatlar • Sutkasiga 5 – 6 marta oz – ozdan ovqatlanish.

Dorilar bilan davolash • Peroral o't kislotalari bilan davolash sust va o'rta darajadagi belgilarda, shuningdek, bemorga xirurgik amaliyoti o'tkazilmaganda yoki undan bosh tortganda qo'llaniladi. Agar tosh rentgenonegativli (xolesterinli), diametri 15 mm. gacha bo'lib, o't yo'llarining o'tkazuvchanligi saqlangan bo'lsa, dorilar bilan eritish mumkin ♦ Ursodeoksixolin kislotalari kunda 8 – 10 mg/kg. buyuriladi ♦ Xenodeoksixolin kislotalari kunda 12 – 15 mg/kg. (semizlikda 18 – 20 mg/kg.gacha, dozasi asta sekin ko'paytiriladi). Nojo'ya ta'siri – diareya ♦ Davolash uzoq davom etadi (1-2 yil va undan ko'proq) ♦ Ikkala kislota aralashmasi (kunda 6 – 8 mg/kg.dan) ancha samarali va xenodeoksixoli kislotalarining nojo'ya ta'siri rivojlanishini oldini olish imkonini beradi ♦ Bu davolash choralarini 40 – 60 % hollarda samarali bo'lib, toshlar diametri 5 mm. gacha bo'lganda 80 – 90 % 12 oy davomida parchalanadi ♦ Qaytalanish 25 – 50 % bemorlarda kuzatiladi, profilaktika uchun ursodeoksixoli kislotalari kunda 200 – 300 mg. qabul qilish ular sonini kamaytiradi.

Operatsiya bilan davolash • Xoletsistektomiya o't tosh kasalligining klinik belgilari yaqqol namoyon bo'lganda, takrorlanib turuvchi og'riq hurujlarida qo'llaniladi ♦ Xoledoxolitiazga shubha bo'lganda operativ davodan oldin (laparoskopik yoki an'anaviy) endoskopik xolangiografiya va konkrementlar ekstraksiyasi bilan papillosfinkterotomiya o'tkaziladi (altyernativ yondoshish – intraoperatsion xolangiografiya, umumiy o't yo'lini ko'zdan kechirish, toshlarni chiqarish va T - simon drenaj kiritish) ♦ Operatsiya bilan davolashdan keyingi ko'pgina asoratlar infeksiyaga bog'liq, o'tni mikrobiologik tekshirish zarur.

Asoratlari • Perforatsiya va peritonit xavfi bo'lgan destruktiv xoletsistit • Xolangit • Jigar osti xolestazi rivojlanishi bilan o't haydovchi tizim yo'llarining tosh bilan bekilib qolishi • Jigarining ikkilamchi biliar sirrozi • Pankreatit • O't toshlaridan ichak tutilishi • Jigar absessi • O't – ingichka ichak oqmasi • O't pufagi raki.

Kechishi va prognozi • Prognozi hayot uchun xavfli emas • 2 yil davomida (masalan jigar sanchig'idan so'ng) qaytalanish ehtimoli 40 % tashkil etadi.

Qariyalarda xoletsistitning xususiyatlari • Diagnostikasi qiyinchilik tug'diradi • Asoratlar bo'lish xavfi yuqori • Xoletsistektomiyadan so'ng o'lim ehtimoli baland.

Dizuriya. Peshob yo'llari infeksiyasi. Sistit, piyelonefritni tashxislash va davolash. Peshob tutilishi. Dispanser kuzatuv. Profilaktikasi.

Chaqaloqlarda va ko'krak yoshidagi bolalarda buyrak dumaloq shaklda, bo'lakcha tuzilishiga egaligi hisobiga uning yuzasi g'adir - budur, u po'stloq qismining bu yoshda yetarli rivojlanmaganidan dalolat beradi. Buyraklarning bo'lakcha tuzilishi 2-3 yoshgacha saqlanadi.

Buyrakning o'sishi asosan bola hayotining birinchi yilida kuzatiladi. 5-9 yoshlik davrida va asosan 16-19 yoshda buyraklar o'lchami po'stloq qismining

rivojlanishi hisobigini ortadi, bu pubertat davri tugagunicha davom etadi; mag'iz qismining o'sishi 12 yoshda to'xtaydi.

Chaqaloqlarda siydik qopining xajmi 50-80 kub sm. 5 yoshda 180 ml siydikni, 12 yoshdan keyin 250 ml siydikni saqlaydi

Bola hayotining birinchi oylarida uning buyraklari organizmdan ko'p suvni chiqarishga qodir emas. Shuni ta'kidlash lozimki, ko'krak suti bilan ovqatlantiriladigan bolalar konsentrlangan siydik hosil bo'lishiga zarurat yo'q, ularda anabolik jarayonning ustunligi tufayli ovqat bilan kiradigan ko'pgina moddalar oxirgi mahsulotga aylantirilmaydi (buyrak orqali chiqarilishga ega) va ular organizmda to'liq hazm bo'ladi. Sun'iy ovqatlantirilganda buyraklar katta zo'riqish bilan ishlaydi, chunki oqsil tufayli zo'riqish birdan ko'tariladi, chiqindi mahsulotlar soni ko'payadi, qon pHsi atsidoz tomonga siljiydi.

Erta yoshdagi bolalarda kislotali - ishqoriy holat nazoratida buyrakning samaradorligi kattalarga qaraganda past. Shu bilan birga, bola buyragi kislotali radikallarni 2 marta kam ajratadi, bu turli kasalliklarda atsidozni tez rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Erta yoshdagi bolalarda buyraklarning kislota-ishqor xolatni nazorat qilishi kattalarnikiga qaraganda kam.

Bolalarda turli yosh davrlarida siydik miqdori va kimyoviy tarkibi turli xil bo'ladi. Siydikning miqdori ko'p sabablarga bog'liq - suyuqlik qabul qilish tartibi, havo harorati (yuqori haroratda siydik miqdori kamayadi, past haroratda aksincha, siydik miqdori ko'payadi). Bolalarda siydik hosil bo'lishining xususiyati - siydik zichligi pastligi hisoblanadi. Sutkalik osmotik yuklamaning ekskretsiyasi uchun siydik xajmi 400 ml.dan kam bo'lmasligi kerak. Kam diurezda azot mahsulotlarining ushlanib qolishi kuzatiladi.

***Bolalarda sutka davomida ajraladigan siydik miqdori
(yoshga bog'liq xolda)***

<i>Yoshi</i>	<i>Siydik miqdori, ml</i>
1-3 oy	170-590
4-6 oy	250-670
7-9 oy	275-740
10-12 oy	740-810
1-5 yosh	600-900
5-10 yosh	700-1200
10-14 yosh	1000-1500

Bolalarda siydikning nisbiy og'irligi (yoshga bog'liq xolda)

<i>Yoshi</i>	<i>Siydik miqdori, ml</i>
Chaqaloqlar	1018-1020
6-10 oy	1003-1005
2-5 yosh	1009-1016
5 yoshdan katta	1011-1025

Oliguriya- siydik sutkalik miqdorining kamayishi - siydik ajralishi yoki ishlab chiqarilishining buzilishi belgisi (sutkada diurez 0,5 ml/kg/gr yoki 250ml/m² tana yuzasidan kichik). Renal oldi sabablaridan eng ko‘p uchraydigani buyrak perfuziyasi yetishmovchiligi: hujayra tashqarisi suyuqlik xajmining kamayishi, bu natriyni yo‘qotish (qusish, ich ketish, osmotik diurez, quyish, ko‘p ter ajralishi, to‘qimalarning o‘tkir endogen yoki ekzogen zaralanishida shok buyrak va boshqalar), qon sirkulyatsiyasi xajmining pasayishi (qon ketish, gipoalbuminemiya, sepsis), yurak urishi pasayishi (miokard kasalligi, yurak nuqsonlari, perikardit), buyrak tomirlari zararlanishi (buyrak arteriyasi patologiyasi, nefroskleroz, vaskulit.).

Renal oliguriya buyrak kasalliklari uchun xarakterli: glomerulonefrit, o‘tkir interstitsial nefrit, kanalchalar o‘tkir nekrozi, nefrotoksik moddalar bilan zaxarlanish, tomirlar patologiyasi (emboliya, infeksiyon endokardit, sistemli vaskulit, gemolitik-uremik sindrom (GUS) va boshqalar.).

Postrenal oliguriya - siydik ayirish yo‘llari obstruksiyasi bilan bog‘liq hollarda kuzatiladi (siydik tosh kasalliklarida siydik nayining tosh bilan obstruksiyasi, qon quyqalari bilan, o‘smalar, siydik chiqaruv kanali strikturasi, siydik chiqaruv kanali stenoz, prostata bezining kasalliklari va boshqalar).

Oliguriya ovqat bilan yetarli miqdorda suyuqlik berilmaganda (ko‘krak yoshdagi bolalarni yetarli oziqlantirilmaganda), isitmalashda (perspiratio insensibilis ning kuchayishi hisobiga nafas olish bilan), qusish va ich ketishda, shish, transsudat va ekssudatlar ko‘payganda kuzatiladi. Yurak va buyrak kasalliklarida oliguriya anuriyagacha yetadi.

Diurezning normadan 1/15 dan kam bo‘lishi (0,15 ml/kg dan kam) yoki uning to‘liq bo‘lmasligi *anuriya* deb ataladi. Anuriya har doim buyrak yetishmovchiligidan guvohlik beradi.

Oliguriya shakllarini differensial tashhislashda funksional sinamalar yordam beradi. Oliguriya va anuriya o‘tkir siydik tutilishi bilan differensial tashxis qilinadi, unda siydik ajralishi kuchli, qiynovli, og‘riqli bo‘ladi, bezovtalik yaqqol ko‘rinadi va paypaslanganda siydik qopi to‘laligi aniqlanadi. Bolalarda o‘tkir siydik tutilishini fimoz, balanopostit, siydik qopi toshi va siydik chiqaruv kanali toshi chaqiradi.

Poliuriya. Bunda diurezning normaga nisbatan 2 marta ko‘payishi yoki siydik miqdorining sutkada >1500 ml/m² dan ko‘p bo‘lishi tushuniladi. Suv reabsorbsiya koeffitsiyentining 1% dan pasayishi diurezni 300-500 mlga ko‘payishiga olib keladi. Poliuriya fiziologik sharoitlarda ham kuzatilishi mumkin. Odatda ko‘p miqdorda suyuqlik qabul qilganda, ruhiy buzilishlarda (diagnostikada quruq ovqatlanish sinamasi yordam beradi - bu sinamada buyrakning qonsentratsion funksiyasi normada bo‘ladi.) Poliuriya qandli (siydik bilan ko‘p miqdorda qand ajralishi, siydikning nisbiy zichligi yuqori) va qandsiz diabetda (polidipsiya, poliuriya, siydik zichligi past (<1005)) kuzatiladi. Agar siydik zichligi 1010 dan oshsa, qandsiz diabet tashxisi qo‘yilmaydi.

Siydik rangi va xidining o‘zgarishi. Normal siydik sariq rangli va tiniq. Sovuq harorat ta’sirida tuzlar cho‘kmasi hisobiga xiralashadi. Siydik tiniqligining o‘zgarishi unda ko‘p miqdorda tuzlar, xujayra elementlari, shilliq va yog‘ga (lipuriya) bog‘liq. Agar siydik isitilganda xiraligi ketsa, bu uratlarning ko‘p miqdorda ekanligini bildiradi. Agar xiraligi isitilganda yo‘qolmasa, bir necha tomchi sirka kislotasi

qo‘shiladi - xiralik yo‘qolsa fosfatlar ko‘pligi, ko‘piklansa karbonatlar ko‘pligini bildiradi. Siydikka aralashirilgan tuz kislotaga qo‘shilsa, xiraligi yo‘qolsa bu shavelnordon tuzlar borligini bildiradi, agar siydik xiraligicha qolsa xujayra elementlari (cho‘kmani mikroskopik tekshirishda aniqlanadi), siydik kislotaga tuzlari, shilliq yog‘ borligini bildiradi.

Poliuriyada (qandli va qandsiz diabet, surunkali buyrak yetishmovchiligida) tiniq-sariq, rangsiz siydik kuzatiladi.

Siydik taxlilida leykotsitlarning 6-8 tadan ko‘p ko‘rinishiga leykotsituriya deb aytiladi. U siydikning ishqoriy reaksiyasi bilan kechadi. Odatdagi siydik taxlillarida xar doim ham leykotsituriya aniqlanmaydi, gumon qilinganda maxsus tekshirish usullari o‘tkaziladi, ulardan keng tarqalgani Addis-Kakovskiy va Nechiporenko sinamalaridir.

Addis-Kakovskiy sinamasi uchun sutkalik siydik yig‘iladi va qonning shaklli elementlari soni aniqlanadi (uning sutkalik xajmini hisobga olgan holda). Normada 1 ml siydikda leykotsitlar 2 mlndan oshmaydi, eritrotsitlar 1mln, silindrlar 100 ming.

Nechiporenko usuli – amaliyotda siydikni tekshirishning eng qulay usuli hisoblanadi, tahlil uchun ertalabki siydikning o‘rta porsiyasi olinadi va 1 ml da shaklli elementlar soni aniqlanadi: 1 ml siydikda 2 ming leykotsitlar, 1 ming eritrotsitlar topilsa sinama normal sanaladi.

Reberg sinamasi – buyrakning filtratsion, reabsorbsion funksiyasini baxolaydi, minutli diurez, qon plazmasi va siydikda kreatinin konsentratsiyasini aniqlash asosida o‘tkaziladi, endogen kreatinin odamda filtratsiya yordamida ajraladi, qayta reabsorbsiya qilinmaydi, kanalchalarda faol sekretsiyaga uchramaydi, shu sababli klirens (qonning endogen kreatinidan tozalanishi) ko‘ptokcha filtratsiyasi o‘lchamini belgilaydi. Normada ko‘ptokcha filtratsiyasi 85-120 ml/minga teng. Kanalchalar reabsorbsiyasi - 99 %ni tashkil etadi.

Leykotsituriya – siydik infeksiyasining hattoki yashirin kechishida xam, asosiy belgilaridan biri. Lyekin umumiy siydik analizi, Addis-Kakovskiy va Nechiporenko sinamalari leykotsituriya manbaini aniqlab bermaydi. Ba’zida, piyelonefritni tasdiqlash uchun siydik “aktiv, tirik” leykotsitlarga tekshiriladi (Shtengeymer-Malbin xujayralari). Shtengeymer-Malbin xujayralarini topish diagnostik bahosi nisbiy, ba’zida aktiv piyelonefritda ham ular aniqlanmaydi, bu xujayralarni topish uchun osmotik bosim va leykotsitlarning osmotik ustunligini aniqlash kerak.

Yashirin leykotsituriyani aniqlash uchun provakatsion sinamalar o‘tkaziladi, masalan, prednizolon testi. Buning uchun Nechiporenko bo‘yicha 4 porsiya siydik yig‘iladi: birinchisi vena ichiga 30 mg prednizolon yuborishdan 1 soat oldin va qolgan uchasi - uni yuborgandan keyin xar 1 soatda. Leykotsitlarning absolyut soni sanaladi (xar bir porsiya xajmini hisobga olgan holda). Agar prednizolon yuborilgandan keyin leykotsitlar soni 3 martaga ortsa yoki bu xujayralar siydik bilan 4 mingdan kam holda ajralsa, sinama musbat deyiladi. Yiringli yallig‘lanishni aseptikdan differensial tashhis qilish uchun (glomerulonefrit, lyupusnefrit va boshqa) leykotsitogramma aniqlanadi (siydikni sentrafugadan o‘tkazilgan cho‘kmasi buyum oynasiga qo‘yiladi, gematoksilineozin bilan bo‘yaladi va leykotsitar formula foizlarda sanaladi. Siydik cho‘kmasida neytrofillar ko‘p bo‘lishi bakterial, yiringli yallig‘lanishga xarakterli. Shuni ta’kidlash lozimki, qiz bolalarda leykotsituriya

siydik chiqarish a'zolari zararlanishi bilan bog'liq bo'lmasligi mumkin, bu "yolg'on leykotsituriya" deyiladi. U jinsiy a'zolar yallig'lanishi va atrofidagi terining zararlanishi bilan bog'liq bo'ladi. Yaqqol leykotsituriya (piuriya) buyrak yoki siydik ayirish yo'llari yallig'lanish jarayoni (buyrak sili, piyelit, sistit, piyelonefrit) urostaz fonida kuzatiladi.

Leykotsituriya siydik tizimimikroblil yallig'lanish jarayonida bakteruriya bilan kechadi. Chin bakteruriyada - 1 ml siydikda 100 000 mikrob tanachalari aniqlansa, siydikni o'rta porsiyasi tekshirilganda, tashqi jinsiy a'zolar tualetidankeyin, steril idishga erkin siydik ajratilsa yoki 1 ml siydikda 10. 000 dan kam bo'lmagan, kateterizatsiyada olingan siydikdagi leykotsitlar soni aniqlanadi. Ba'zi xollarda neytrofilli leykotsitlarni aniqlanishi xam siydikda mikrob tanalari borligidan dalolat beradi.

Gematuriya– ertalabki siydik porsiyasida ko'ruv maydonida 3 dan ortiq eritrotsitlar bo'lsa (Nechiporenko bo'yicha 1 ml siydikda 1000 dan ortiq yoki Addis-Kakovskiy bo'yicha sutkalik siydikda 1 000 000 dan ko'p) diagnostika qilinadi. Intensivligiga ko'ra mikro- va makrogematuriyaga bo'linadi. Mikrogematuriyada siydik rangi o'zgarmaydi, siydik cho'kmasini mikroskopiya qilinganda eritrotsitlar (100 tagacha yarim ko'rikda) aniqlanadi. Makrogematuriyada siydik qizil yoki pushti rangda bo'ladi, tiniq yoki xira (go'sht yuvindisi ko'rinishida) bo'lishi mumkin. Buyrak gematuriyasi ko'ptokcha kapillyalarining yuqori o'tkazuvchanligi bilan tushuntiriladi, glomerulyar membrananing nostabilligi, buyrak tomir ichi koagulyatsiyasi interstitsial to'qima zararlanishi bilan xarakterlanadi. Glomerulyar eritrotsituriya xarakterli belgisi membrananing notekis qalinlik ko'rinishida o'zgarishi (80% eritrotsit). Gematuriya fiziologik bo'lishi mumkin, bu sportsmenlarda zo'riqishdan keyin unchalik ko'p bo'lmagan eritrotsitlar miqdorning siydikda paydo bo'lishi yoki ortostatik xolatlarda (agar ertalabki siydik porsiyasida eritrotsit bo'lmasa) kuzatiladi.

Birlamchi yoki ikkilamchi buyrak shikastlanganda renal gematuriya rivojlanadi, siydik ayirish yo'llari pastki qismi kasalliklarida- postrenal gematuriya rivojlanadi. Gematuriya alohida bo'lishi mumkin yoki proteinuriya, leykotsituriya, silindruriya bilan birga kelishi mumkin. Buyrak jomchalaridan uretragacha bo'lgan qismdan qon ketishi izolyatsiyalangan gematuriyaga olib keladi, bunda siydikda oqsil, xujayra va silindrlar miqdori unchalik ko'paymaydi. Izolyatsiyalangan gematuriyaning eng tarqalgan sababi tosh, o'sma, jaroxat, IgA nefropatiya, sil, gemolitik anemiya. Xarakteriga ko'ra gematuriya quyidagi shakllarga bo'linadi: initsial (birinchi siydik porsiyasida qon paydo bo'lishi, siydik chiqarishning boshida uretraning shikastlanishidan guvoh bo'ladi); terminal (siydik chiqarish aktining oxirida- siydik qopi kasalliklariga xarakterli); total (siydik chiqarish aktida eritrotsitlarning bir xilda tarqalishi- gematuriyaning buyrakli kelib chiqishidan dalolat beradi.)

Oliguriya – siydik sutkalik miqdorining kamayishi – yetarli darajada suyuqlik qabul qilinmaganda, isitmali kasalliklarda, qusish va ich ketish, yurak va qon-tomir yetishmovchiligida, (dekompensatsiya davri va shish paydo bo'lganda), o'tkir buyrak yetishmovchiligida, nefritda kuzatiladi.

Anuriya– bunda sutkalik diurez $1/15 <$ normadan kam bo‘ladi. Anuriya xar doim buyrak yetishmovchiligidan dalolat beradi.

Poliuriya– diurezning normaga nisbatan 2 marta ko‘payishi. Normada $2/3$ yoki $3/4$ miqdori –sutkalik siydik kunduzi ajraladi, qolgan miqdori- kechasi ajraladi.

Nikturiya – tungi ajralgan siydik miqdorining kunduzgiga nisbatan oshishi. Buyrak kasalligidan dalolat beradi.

Gipostenuriya – siydik zichligining past bo‘lishi (1002-1005). Ko‘p suyuqlik ichganda, shish qaytganda, qandsiz diabetda, surunkali nefrit oxirgi bosqichlarida buyrak yaqqol buyrak yetishmovchiligidan dalolat beradi.

Izostenuriya –siydik zichligi qon plazmasi zichligiga barobar (1010-1012). Bu buyrak yetishmovchiligining og‘ir shaklini ko‘rsatadi.

SIYDIK AYIRISH TIZIMI INFEKSIYALARI

Siydik yo‘llari infeksiyalari - bolalar patologiyasi orasida ko‘p uchraydigan kasallik bo‘lib, o‘tkir respirator virusli infeksiyalardan keyingi o‘rinda turadi. Siydik yo‘llari infeksiyalari - 7- yoshga kirgan 7-9% qizlarda va 1,6-2% o‘g‘il bolalarda uchraydi. Shuni ta’kidlab o‘tish lozimki, siydik ayirish yo‘llari infeksiyalari 1-yoshli bolalar orasida jinsidan qat’iy nazar ko‘p uchrab, xuddi o‘tkir piyelonefrit ko‘rinishida kechadi. Agar shu davrda kasallik aniqlanib, to‘g‘ri tashhis qo‘yilmasa, mos davo choralari olib borilmasa, keyinchalik nefroskleroz o‘choqlari shakllanib boradi. 30% qizlarda bir yil davomida va 50% o‘g‘il bolalarda 5 yil davomida o‘tkir piyelonefritning qaytalanishi kuzatiladi. O‘g‘il bolalar uchun siydik ayirish yo‘llari infeksiyasining qaytalanish soni bir yil ichida kamroq bo‘lib - 15-20%ni tashkil etadi. Keyinchalik ular uchun piyelonefritning qaytalanishi xarakterli emas. Siydik ayirish yo‘llari infeksiyasida obstruktiv uropatiya qizlarda 2% va o‘g‘il bolalarda 10% hollarda uchraydi. O‘tkir sistitning klinik belgilarining paydo bo‘lishi asosan 2-6 yoshli qizlarda uchraydi. Siydik yo‘llari tizimi infeksiyalari rivojlanishiga ta’sir qiluvchi omillarga siydik yo‘llari anomaliyalari va siydik passaji (chiqishining) buzilishi, siydik qopi-siydik nayi reflyuksi yoki siydik yo‘llari obstruksiyalari sabab bo‘ladi.

Siydik qopi – *siydik nayi reflyuksida* siydik siydik pufagidan siydik nayiga retrograd (teskari) o‘tadi. Birlamchi va ikkilamchi pufak nay reflyuksi ajratiladi.

Birlamchi pufak nay reflyuksi tug‘ma bo‘lib, siydik qopi-siydik nayi og‘zining anormal rivojlanishi natijasida paydo bo‘lgan antireflyuks mexanizmning buzilishiga bog‘liq. Antireflyuks mexanizmning samaradorligi siydik nayi shilliq osti qavati uzunligi bilan bevosita bog‘liq. Shuning uchun, uning bir oz qisqarishi bu mexanizmning buzilishiga olib keladi.

Ikkilamchi siydik qopi-siydik nayi reflyuksida siydik pufagining dinamikasi buziladi, bu esa normal antireflyuks mexanizmning buzilishiga olib keladi va natijada siydik nayi obstruksiyasi, siydik qopining neyrogen disfunktsiyasi (giporeflektor va giperreflektor turi), keyinchalik sistitning uzoq vaqt kechishiga sabab bo‘ladi.

Siydik yo‘llari infeksiyasi buyrakning bujmayib qolishiga olib keladi. Piyelonefritning qaytalanuvchi kechishi bilan kasallangan bemorlarning taxminan 10-20%da nefroskleroz yuzaga keladi, rentgenologik yoki radiologik tekshirganda

buyrak parenximasining o‘choqli va tarqoq shikastlanishi bilan kosachalar hajmining kichrayishi va deformatsiyasi kuzatiladi.

Buyrakning bujmayishi pufak-nay reflyuksining buzilishi bilan bog‘liq bo‘lib, *reflyuks nefropatiya* deb ataladi. Bolalarda jarayon bir tomonlama bo‘lib, bunda buyrakning kompensator gipertrofiyasi rivojlanadi, lekin buyrak funksiyasining butunlay buzilishi sodir bo‘lmaydi. Agar buyrak ikki tomonlama zararlangan buyrak jomchalarini filtratsion tezligi pasayib ketishi kuzatiladi va keyinchalik surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. 10-20% bemorlarda birlamchi siydik yo‘llari infeksiyasidan keyin dializ va buyrak transplantatsiyasini o‘tkazish talab qilinadi. 5-20% bolalarda pufak-nay reflyuksi – reflyuks nefropatiya kasalligi shakllanadi, buyrak parenximasida sklerotik o‘choqlar shakllanishi bilan xarakterlanib (bir yoki ikkita buyrakda), siydik yo‘llari infeksiyalari rivojlanib boradi. Bunda 10% bemorlarda arterial gipertenziya kuzatiladi. Arterial gipertenziya rivojlanishi natijasida 30% bemorlarda ikki tomonlama nefroskleroz rivojlanadi. Shuni ta’kidlash kerakki, ayollar, bolalik va balog‘at davridagi bolalar siydik yo‘llari infeksiyalarini o‘tkazsa, jarayonni qaytalanishiga moyillik yuqori bo‘ladi, piyelonefrit va homiladorlik nefropatiyasi rivojlanishi xavf omillari hisoblanadi. Nefroskleroz kuzatilgan ayollarda arterial gipertenziya va homiladorlikni asorati bilan kechishiga moyillik yuqori bo‘ladi.

Siydik yo‘llari infeksiyasini qo‘zg‘atuvchi mikroblar ko‘p hollarda Enterobacteriaceae, ichak tayoqchalari, asosan ichakdagi o‘zgarishlarni keltirib chiqaradi (qabziyat va disbakterioz). Siydik ayirish tizimining zararlanishida asosan ikkita asosiy yo‘l - ko‘tariluvchi va gematogen (ko‘proq chaqaloqlarda) yo‘llari ajratiladi. Hozirgi vaqtgacha infeksiyaning limfogen yo‘l bilan tarqalishi aniqlanmagan. Siydik yo‘llari infeksiyalarida transuretral tibbiy muolajalar natijasida zararlanish ko‘rsatgichlari yuqori hisoblanadi. Siydik pufagida va yuqori siydik sistemasi qismlarida yallig‘lanish jarayonlarini rivojlanishiga qarshilik qiluvchi bir nechta himoya omillari mavjud.

Mexaniq: siydik bilan mikroblarni yuvilishi. Bunda nafaqat siydik ajratish soni, balki siydikning to‘liq ajralishi ahamiyatga ega. Erta yoshli bolalarda fiziologik ravishda siydik pufagini to‘liq bo‘shashishi kuzatilmaydi. Bunday holat siydik yo‘llari tizimi infeksiyasining rivojlanishida yana bir xavf omili bo‘lib xizmat qiladi, bu guruhga 4-5 yoshgacha bo‘lgan bolalar kirib, ularda siydik pufagi funksiyasining po‘stloq nazorati hali to‘liq emasdir. Bundan tashqari siydik pufagining to‘liq bo‘shamasligi surunkali qabziyat fonida ham kuzatiladi.

Kimyoviy: mukopolisaxaridlar plenikasi - glikozaminoglikan - siydik pufagi epiteliysini o‘raydi va uroepiteliy bilan bakteriyalar kontaktiga to‘sqinlik qiladi. Bu o‘z navbatida siydik yo‘llari shilliq qavatida mikroorganizmlar adgeziyasini qiyinlashtiradi. Bundan tashqari siydikning o‘zi antimikrob xususiyatga ega (nordon reaksiya, yuqori osmolyarlik, mochevina va organik kislotalarni ko‘p ajralib chiqishi).

Gumoral: sekretor immunoglobulin A bakteriyalar adgeziyasini pasaytirishga ega. Ko‘krak suti bilan ovqatlantirilgan bolalarda siydik tarkibida sekretor immunoglobulin A yuqori darajada bo‘ladi.

Siydik yo'llari infeksiyalarini diagnostika qilishda to'g'ri yig'ilgan nefrologik anamnez (nasliy omil) va laborator-instrumental tekshirish usullari muhim hisoblanadi. Bundan tashqari qo'shimcha usullarni qo'llash ham tashhisni tasdiqlash uchun yordam beradi. Yallig'lanish jarayonlari aktivligini aniqlash uchun umumiy qon tahlili, qonning bioximik tahlili (oqsil, mochevina, S reaktiv oqsil), siydik umumiy tahlili va zarur bo'lsa, siydikni Nicheporenko usulida aniqlash zarur. Infeksiyalarga erta tashhis qo'yish va davolashni to'g'ri tanlab olib borish kasallikni og'ir asoratlari rivojlanishining oldini oladi. Buning uchun siydik tahlilini klinik tekshirishga bir qator ko'rsatmalar bor:

- tana harorati 38°Sdan yuqori yoki uzoq davom etayotgan sababsiz subfebrillitet (barcha bolalarda, asosan erta yoshli bolalarda)
- isitmalayotgan va tashhis qo'yib gospitalizatsiya qilishga yo'llanma berilgan bemor bolalar, MNS zararlanishi bilan bog'liq bo'lmagan holatlarda;
- noma'lum etiologiyali qayd qilish va qorinda og'riq;
- tez-tez siydik ajratish, dizuriya, enurez
- ishtahaning pasayishi va yo'qolishi;
- chaqaloqlarda sariqlikning cho'zilib ketishi;
- gematuriya va gipertoniya;

Diagnostik usullardan yana bir muhim tekshirish usuli bu siydikni floralarga ekib tekshirishdir. Bu tekshirish etiotrop davo boshlangunga qadar o'tkaziladi. Ma'lumki, agar mikroorganizm sezuvchanligiga ta'sir qiluvchi antibakterial dorilarni hatto bir marta qo'llash 24 soatdan keyin bakteriuriyaning manfiy bo'lishiga olib keladi. Siydikdagi mikrofloralarning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash diagnostik ahamiyatga egadir. Bu siydik yo'llari tizimi infeksiyasida boshlang'ich va ushlab turuvchi terapiya o'tkazishga yordam beradi. Siydik tizimida yallig'lanish jarayonlari faolligini aniqlash uchun ishlatiladigan yordamchi usullariga uroleykotsitogramma, siydikda kam uchraydigan infeksiya qo'zg'atuvchilarini (xlamidiya, mikoplazma, ureaplazma, zamburug'lar) sitolitik, serologik usullar, polimerazzanjirli reaksiyani qo'llash ishlatiladi. Keyingi yillarda bolalar orasida tuberkulez keng tarqalayotganligi sababli siydikda sil tayoqchalarini aniqlash muhimdir (siydikni ekish, ekspress diagnostika). Gumoral va hujayra immunitetini tekshirish siydik yo'llari infeksiyalarini tashhislashda qo'shimcha tekshirish usullaridan biridir. Siydik ajratish tizimining funksional holatini baholash uchun birinchi navbatda azot ajralishi va buyrakni konsentratsion holatini tekshirish muhimdir. Shu maqsadda qonda kreatinin va mochevina konsentratsiyasini aniqlash (endogen kreatinin klirensini tekshirish) va Zimnitskiy sinamasini o'tkazish kerak. Bundan tashqari siydik (rN) reaksiyasi holati va diurezni nazorat qilish zarur. Siydik ajratish hajmi va ritmini aniqlash siydik ajratish yo'llarini funksional holatini baholashga yordam beradi.

Qo'shimcha tekshirish usullariga: siydik orqali beta2 mikroglobulinlar ekskretsiyasi, siydikni osmolyar bosimi va fermentlarni (membranaga bog'liq, lizosomal, mitoxondral) aniqlash kiradi. Klinik laborator va instrumental tekshirishlar orqali buyrak faoliyati va siydik ajratish yo'llari holati baholanadi. Siydik yo'llari infeksiyalari bilan kasallangan har bir bolani birinchi navbatda A/B o'lchash va siydik ajratish tizimini UTT tekshirish, yotgan va turgan holatda fiziologik

gidratatsiya sharoitlari siydik ajratguncha va ungacha o'tkaziladi. Bundan tashqari erta yoshli bolalarda (asosan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda) siydik yo'llari sanatsiyasidan keyin albatta sitografiya o'tkazish kerak.

Maktab yoshigacha va kichik maktab yoshidagi bolalarda miksion sitografiya o'tkazishga ko'rsatma bo'lib, infeksiyalarning qaytalanishi, UTT ma'lumotiga ko'ra, siydik tizimining yuqori qismlarining o'zgarishi yoki buyrakni radioizotop tekshirishlarga ko'ra, oilaviy anamnezida reflyuks nefropatiyasi bo'lganda o'tkaziladi. Siydik tizimi a'zolari holatini batafsil o'rganish uchun buyrak ichi gemodinamikasini (renal tomirlar dopplerografiyasi) baholash, buyrak parenximasi zararlanish holati va darajasi (dinamik va statistik nefrossintografiya, radiopreparatlar bilan) pastki siydik yo'llari shilliq qavatlari holati (sitoskopiya) diagnostik usullaridan foydalanib baholanadi. Ayrim hollarda kompyuter va magnit rezonans tomografiya qo'llaniladi. Zarur bo'lsa urolog, xirurg, okulist, nevropatolog, otolaringolog, stomatolog va ftiziatr ko'rigi o'tkaziladi.

ENUREZ

Enurez - beixtiyoriy siydik ajralishi. 5 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida enurez 20%, 10 yoshgacha bo'lganlar orasida 5%, 12-14 yoshliklar orasida 2-3% hollarda uchraydi. Qizlarga qaraganda o'g'il bolalar orasida ko'proq tarqalgan.

Sabablari:

- Siydik ajratish sistemasi kasalliklari
- Siydik ajratish sistemasi anomaliyalari
- Bosh miyaning organik zararlanishi
- Orqa miya bel segmenti funksiyasining buzilishi (spinal enurez)
- nevrozsimon enurez (kuchli qo'rquv, yangi sharoitga ko'nikish yoki o'rganish)

Davosi:

- Nomedikamentoz (uyquga ketishdan oldin suv miqdorini kamaytirish, uyquga ketgandan so'ng 2-3 soatdan keyin uyg'otish va siydik qopini bo'shatish.

- Medikamentoz:

-amitriptillin (7 yoshdan katta bolalarga 12,5 – 25 mg dan kuniga 1-3 marta)

-imipramin (1-7 yoshgacha bolalarga 0,01 g/kunigaboshlab 0,02 ggachava 8-14 yoshli bolalarga 0,03 – 0,05 g/kuniga)

-nevrologik buzilishlarning korreksiyasi.

Siydikni tutib turaolmaslik – siyishga extiyoj paydo bo'lganda uni tutib turaolmaslik

Siydikni tutolmaslik – siyishga extiyoj bo'lmaganda siydik ajralishi

Siyishning kamayishi – bu sutka davomida normaning pastki chegarasidan xam kam bo'lgan siydik ajratish soni

Pollakiuriya – oz miqdorda (tomchilab) siydik ajralishi

Siydik tutaolmaslikning asosiy turlari

<i>"Shoshilinch tutaolmaslik"</i>	<i>siydik qopini bo'shatishga katta extiyoj bo'lganda</i>
Stress holatida tutaolmaslik	siydik xaydovchi mushak qisqarmasligi fonida qorin bo'shlig'idagi bosimning ortishi

Siydik qopi to'lganda tutaolmaslik	Siydik qopi to'lganda peshob kam-kam miqdorda ajraladi
Reflektor	odatdagi siydik pufagini bo'shatishga bo'lgan extiyojning yo'qligida anomal reflektor aktivlikning paydo bo'lishi
Haqiqiy yoki total	siydik qopida bir oz siydik paydo bo'lishi bilan uni bo'shatishga extiyoj paydo bo'lishi
Ekstrauretral	siydik chiqarish kanalining anomal joylashuvi orqali siydik ajralishi

SISTIT

O'tkir sistit siydik qopi shilliq pardasining mikroblil yallig'lanishidir. Kasallikning bunday tasniflanishining ahamiyatga moyil tomoni shundan iboratki, siydik ajratish tizimi yuqori qismining infeksiyon yallig'lanishi siydik ajratish pastki qismining infeksiyon yallig'lanishiga nisbatan, mukammal tekshiruv, davolash va kasallikni dinamikada kuzatishni talab etadi.

O'tkir sistit qiz bolalarda, o'g'il bolalarga nisbatan 3-5 marotaba ko'p uchraydi. Bu hol qiz bolalarda siydik ajratish tizimining pastki qismi, endokrin tizimidagi o'ziga xos o'zgarishlar bilan tushuntiriladi.

Etiologiyasi. Kasallikning rivojlanishida infeksiyaning ahamiyati katta. Patogen bakteriyani siydik qopiga yengillik bilan tez o'tishi ayollarda siydik ajratish tizimining o'ziga xosligi - uretraning kalta va kengligi, qin va to'g'ri ichakning yaqin joylashganligidir. Kasallikning rivojlanishida quyidagi omillar muhim rol o'ynaydi: nur bilan davolanish, nefropatiya, jinsiy a'zolarining yallig'lanishi, sovuq qotish. Siydik qopi shilliq pardasida mahalliy qon aylanishining buzilishi, yuqori verulentlikka ega bo'lgan bakteriyalarning siydik qopida uzoq vaqt davomida qolib ketishi kasallik rivojlanishiga sabab bo'ladi. Surunkali sistit siydik qopining toshi, o'smasi, tuberkulezi hisobiga bo'lishi mumkin, bunday hollarda surunkali sistit ikkilamchi bo'lib, shifokordan buni o'z vaqtida aniqlash vazifasini talab qiladi. Birlamchi surunkali sistit deyarli uchramaydi. Odatda birlamchi surunkali sistit ostida boshqa urologik kasalliklar bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Siydik qopining yallig'lanish kasalligi birdaniga rivojlanishi mumkin, lekin ko'p hollarda kasallik asta-sekin rivojlanadi. Kasallik siydik chiqarish mahalida uretrada va chot orasida achishish va qichishish hissi bilan namoyon bo'ladi. Bu belgilar siydik ajralgandan keyin ham saqlanadi. Siydik ajralishi tez-tez, og'riqli bo'lib, siydik miqdori borgan sari kamayib boradi. Siydik ajralishining oxirida ba'zan siydik qon aralash keladi. Ko'p hollarda tana harorati normal ko'rsatgichda bo'ladi, ba'zan subfebril bo'lishi mumkin. Sistitda tana haroratining ko'tarilishi ko'p hollarda infeksiyaning siydik ajratish tizimining yuqori qismiga o'tganligini bildiradi. Qovuq ustining palpatsiyasi va perkussiyasi ba'zida og'riqli bo'ladi. Bolalarda qorin oldi devori mushaklarining taranlashuvi asosan bolalarda kuzatiladi. O'tkir sistitda peshob tahlilida ko'p miqdorda leykotsit va eritrotsitlar aniqlanadi. Infeksiyon sistitda bakteruriya har-doim aniqlanadi. 1 ml siydik tarkibida 100 000 mikrobnig aniqlanishi o'tkir jarayon ketayotganligini ko'rsatadi. Qonning umumiy tahlilida

o'rtacha ko'rsatgichli leykotsitoz va ECHT yuqori bo'ladi. O'tkir sistitning klinikolaborator ko'rinishlari kasallikni to'g'ri davolaganda 7-14 kun ichida asosratsiz yo'qoladi. Surunkali uzoq vaqt kechuvchi sistit siydik qopi - siydik chiqarish kanali yopiluvchi mexanizmining buzilishiga olib keladi. Bu esa keyinchalik ikkilamchi piyelonefrit rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Tashqi tomondan surunkali sistit siydik qopi devorida qaytmas struktur o'zgarishlar, deformatsiyalar va mushak tolalari gistoarxitektonikasining buzilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Tashhisot: O'tkir sistit tashhisi bemordagi dizurik belgilar, palpatsiyada qovuq usti sohasida paydo bo'ladigan lokal og'riqlar, peshob tahlilida namoyon bo'ladigan leykotsituriya, gematuriyaga asoslanib qo'yiladi.

Asosiy tekshirish usullaridan biri siydikni ekish va mikrofloraning antibakterial hamda ximioterepevtik dorilarga sezuvchanligini aniqlash hisoblanadi. Bu usul sistitda ratsional antibakterial davo o'tkazishga yordam beradi, ammo buning uchun 48 soat vaqt talab qilinadi.

Siydik agar steril chiqsa bunda sistitning sababi tuberkulez bo'lishi mumkin.

Kechishi: O'tkir sistit bilan og'rikan bemor yotoq rejimiga rioya qilishi, sovuq qotmasligi zarur. Qovuq ustiga issiq grelka qo'yish, o'tiruvchi issiq vannalar og'riqni kamaytiradi. Ovqat o'tkir pripravalalar va konservandlarsiz bo'lishi kerak. Sutli choy qabul qilish tavsiya etiladi.

Asosiy davolash yo'li antibiotikoterapiya o'tkazishdan iborat. Antibiotikni siydik ekmasining javobi chiqishini kutmasdan boshlash lozim. Qo'llaniladi: biseptol 2 tabletkadan kuniga 2 mahal, nevigramon 0,5 dan 4 mahal, furadonin 0,2 dan 4 mahal, furagin 0,2 dan kuniga 3 mahal buyuriladi.

Davolash 5-10 kun davom ettiriladi. Agar kasallik kechishi cho'zilib ketsa va bakteruriya aniqlanishi davom etilaversa (1 ml siydikda 100 000 mikrob tanachalaridan ortiq), antibiotiklar tavsiya etiladi. Bunday hollarda ampitsillin 500 mgdan kuniga 4 mahal, mushak orasiga qilinadi.

Profilaktikasi: Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish, qabziyat va ginekologik kasalliklarni o'z vaqtida davolash.

Oqibati: O'z vaqtida davolash tadbirlari olib borilganda - yaxshi tugaydi.

BOLALARDA O'TKIR GLOMERULONEFRIT

Glomerulonefrit infeksiyon-allergiya tabiatiga ega, ko'pincha buyrak koptokchalari shikastlanishi bilan kechadigan ikki tomonlama buyrak yallig'lanish kasalligidir. Kasallik asosan 5 va 20 yoshdagi davrda namoyon bo'ladi, chaqaloqlarda kam uchraydi. O'tkir glomerulonefrit bilan ko'proq o'g'il bolalar kasallanadi. Odatda u infeksiyon kasallikdan 2-3 haftadan keyin rivojlanadi, ko'pincha angina, surunkali tonzillit, qizilcha kasalligi, impetigo, saramasdan so'ng boshlanadi. O'tkir glomerulonefritning pnevmoniya, qizamiq, suvchechak, epidemik parotit, sildan keyin rivojlanishi holatlari ham qayd etilgan.

Glomerulonefrit rivojlanishida ilgari boshdan kechirilgan kasalliklar, organizm reaktivligi, hayot va ovqatlanish tarzi muhim ahamiyatga ega. Ko'pchilik nefrologlar intrainfeksiyon kechuvchi nefrit imqoniyatini tan olishadi, ya'ni kasallik infeksiya vaqtida, uning boshlanishining 2-3 kunlarida boshlanadi. Ko'pchilik hollarda o'tkir

glomerulonefrit streptokok A, asosan 12 tipi (kam hollarda 4, 8 va 25 tiplari) bilan bog'liq gemolitik β -streptokokkli infeksiya natijasidir. Qator mualliflar nefritning toza virusli etiologiyasi mavjudligini ta'kidlashadi. Glomerulonefrit hodisalari dorilar (simob dorilari, antibiotiklar, sulfanilamidlar) qabul qilishdan keyin, oqsil moddalarini quyish, ko'p miqdorda asal iste'mol qilish, emlash, hashoratlar, ilonlar chaqishidan keyin yuzaga keladi. Bu hollarda ekzogen allergenlar allergik mexanizmlar faollashishiga imqon to'g'iradi, u oxir-oqibat noinfeksion glomerulonefrit chaqiradi. Bundan tashqari, 1% hollarda o'tkir glomerulonefrit rivojlanishini sovish bilan bog'lashadi.

Klinik ko'rinishi o'tkir glomerulonefritda juda xilma-xil, ularni ikkita asosiy guruhga ajratish mumkin: *buyrak* (shishlar, siydik bilan ko'p miqdorda oqsil, eritrotsitlar, silindrlar chiqishi) va *buyrakdan tashqari* (kuchli bosh og'rig'i, yurak o'ynashi, hansirash, ko'ngil aynishi, ishtaha pasayishi). Ba'zida oxirgilar klinik ko'rinishida ustun keladi.

O'tkir glomerulonefritning ijobiy kechishida kasallik davriy rivojlanadi. Birinchi 7-10 kunda kasallikning eng yorqin ko'rinishi hodisalari qayd etiladi, o'tkir glomerulonefrit debyuti deb ataluvchi. Bola bledneyet, unda siydikning kunlik miqdori (diurez) kamayadi, subfebril tana harorati, bosh og'rig'i paydo bo'ladi. Ba'zida tez-tez siyishga chaqirish, beldagi og'riqlar kuzatiladi. 2 haftaning oxiriga kelib kasallikning buyrakdan tashqari belgilari o'tib ketadi, faqat siydik sindromi qoladi.

O'tkir glomerulonefrit uchun *simptomlar triadasi* xos: gipertoniya, shishlar va siydik sindromi. Gipertoniya (odatda 130/90–170/120 mm sim ust gacha) organizmda suv va tuz utilib qolishi bilan bog'liq. Birdek sistolik va diastolik bosim oshadi, ba'zida faqat sistolik bosimgina ko'tariladi. *Arterial bosimning* eng baland ko'rsatkichlari kasallikning birinchi kunlarida kuzatiladi, keyin sekin-asta pasayadi.

Shishlar asosan yuzda, boldirlarda, bel sohasida, zichsimon qonsistensiyaga ega. Shishlar hosil bo'lishida ham buyrak, ham buyrakdan tashqari omillar (kalava filtratsiyasi pasayishi, kapillyarlar devori o'tkazuvchanligining oshishi).

Siydik sindromi *protiyenuriya* (siydik bilan oqsil chiqishi), *gematuriya* (siydik bilan eritrotsitlar chiqishi), ba'zida *leykotsituriya* (leykotsitlar chiqishi) bilan xususiyatlanadi. Proteinuriya odatda baland emas (1-2 promille). O'tkir glomerulonefrit uchun proteinuriyaning turg'unsizligi, uning tezda yo'qolishi xos.

Gematuriyabarcha hollarda qayd etiladi (98% gacha), lekin uning darajasi katta chegarada o'zgarib turadi. Ko'pchilik bemorlarda eritrotsitlar faqat mikroskop ostida aniqlanadi (ko'rish maydonida 40 tagacha). Kam hollarda (taxminan 13%) kasalliq qonsimon, qo'ng'ir-qizil siydik chiqishi bilan kechadi. O'tkir glomerulonefritning atipik kechishi kasallik boshlanishida tipik nefrotik sindrom, ifodalangan shish va massiv proteinuriya bilan namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, o'tkir glomerulonefrit boshlanishida o'tkir yurak yetishmovchiligi sindromi kuzatilishi mumkin, ko'pincha chap qorincha tipida, gipertonik ensefalopatiya (eklampsiya) va o'tkir buyrak yetishmovchiligi juda kam uchraydi.

Yuqorida ko'rsatilgan barcha sindromlar o'zaro birga kelishi mumkin, siydik sindromi esa o'tkir glomerulonefritning 98,4% hollarida uchraydi. Notipik kechuvchi kasallikda faqat alohida siydik sindromi buyrakdan tashqari simptomlarsiz keladi va

“nefritsiz nefrit” deb ataluvchi, ya’ni siydikdagi o‘zgarishsiz kechishi kuzatilishi ham mumkin.

O‘tkir glomerulonefritda buyrak funksiyalari ahamiyatli o‘zgarishlarga uchramaydi. Kasallikning birinchi kunlarida paydo bo‘luvchi va yuqori solishtirma og‘irligi bilan birga keluvchi siydik chiqishi kamayishi 2-3 kundan keyin (ba’zida 5-6 kun) katta diurez bilan almashinadi. Kalava filtratsiyasio‘zgarmasligi mumkin, ba’zida uning funksional pasayishi (40-60 ml/daq gacha, me’yorda – 100-120 ml/daq) kuzatiladi. Shishlar yo‘qolganidan keyin funksional buzilishlar ham kamayadi.

Ushbu kasallik *tashxisi* tipik vaziyatlarda murakkab emas. O‘tkir rivojlanishi, o‘ziga xos shikoyatlar, shishlar va gipertoniya, yurak yetishmovchiligi aniqlanishi, shuningdek siydikda oqsil va eritrotsitlar borligi o‘tkir diffuz glomerulonefritni osongina tashxislash imqoniyatini beradi. O‘tkir diffuz glomerulonefritni surunkalining zo‘rayishi bilan *differenziatsiyalash* qiyin bo‘ladi. Bunday hollarda anamnez, buyrak funksiyasi o‘zgarishlari, anemiya, shuningdek rentgenologik tekshiruvlar natijalarida angioneuroretinopatiya aniqlanishi o‘tkir glomerulonefritni istisno qilish imqonini beradi.

Ba’zida o‘tkir nefritni toksikoinfeksion buyrak deb ataluvchi holatdan ajratish mushkul, toksikoinfeksion buyrak ozgina proteinuriya, mikrogematuriya bilan kechadi, bunday holatlar ko‘pgina infeksiya davrida bo‘lishi ham mumkin. Ushbu o‘zgarishlarning asosiy kasallik belgilari tinchiganidan keyin yo‘qolishi, shishlar bo‘lmasligi, gipertoniya o‘tkir glomerulonefritga qarshi guvohlik beradi. Bundan tashqari, o‘tkir nefrit differensial tashxisotida siydik o‘zgarishlari bilan kechuvchi yurak yetishmovchiligini, o‘tkir buyrak yetishmovchiligini, amiloidozning o‘tkir rivojlanishini, turli vaskulit va kollagenozlarda buyrak o‘zgarishlarini, o‘tkir piyelonefritni istisno qilish kerak. To‘liq sog‘ayish 80% hollarda, 15% bolalarda kasallik surunkali kechishga o‘tadi. Glomerulonefrit bilan kasallangan bolalar orasida o‘lim 5% ni tashkil etadi. O‘lim kasallikning o‘tkir bosqichida buyrak yetishmovchiligi natijasida sodir bo‘lishi mumkin. Sun’iy buyrak qo‘llanilish imqoniyati bo‘lgani uchun hozirgi vaqtda o‘lim holatlari ancha kamaydi. Qonning sun’iy dializi bemorga anuriya (siydik chiqishi to‘xtashi) davrini o‘tkazish, keyin to‘liq sog‘ayish imqonini beradi.

O‘tkir glomerulonefrit profilaktikasitomoq, tanglay mutaklari, burun qo‘shimcha bo‘shliqlari, teri streptokokk infeksiyasini, shuningdek stafilokokkli infeksiyani erta va jadal davolashdan iborat. Bundan tashqari surunkali infeksiya o‘choqlarini aniqlash va sanatsiyasi profilaktik ahamiyatga ega. Shu bilan bir qatorda bola organizmini chiniqtirish zarur.

O‘tkir nefritni davolashning asosiy uslublari – rejim, diyeta va medikamentoz terapiya – bola sog‘ligi holatiga bog‘liq holda pediatrlar tomonidan aniqlanadi; davolash statsionarda ili uyda olib borilishi mumkin. O‘tkir davrda bolani tushakka yotqizish kerak, issiqlik bilan ta’minlash muhim. Ko‘rpa-tushak rejimini diurez tiklanishi, shishlar yo‘qolishi, arterial bosim pasayishi va massiv gematuriya bartaraf etilishiga qadar (odatda 3-4 hafta) olib borilishi kerak.

O‘tkir glomerulonefrit o‘tkazgan har bir bolaneфроlog kuzatuv ostida 12 oydan kam bo‘lmagan muddatda bo‘lishi kerak. Nazorat siydikning davriy tahlili (10-14 kun

mobaynida 1 marta), qon bosimini tekshirish va yangi streptokokkli infeksiya profilaktikasidan iborat. Profilaktik emlashlar kasallikdan so'ng 12 oy mobaynida mumkin emas. Bundan tashqari, fizkultura bilan shug'ullanishni kamaytirish kerak, chumilishni istisno qilish va sovqotishdan ehtiyot bo'lish zarur

BOLALARDA SURUNKALI GLOMERULONEFRIT

Surunkali glomerulonefrit (SGN) – birlamchi glomerulopatiyalar guruhi bo'lib, persistirlovchi, avj olib boruvchi immun yallig'lanish bilan nefronlarning sklerotik va destruktiv zararlanishi, keyinchalik tubulointerstitsial skleroz va qisman surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. SGN birlamchi, irsiy moyilligi bo'lgan surunkali kasallik hisoblanadi. Trigger omillari quyidagilardan iborat:

- 1) noratsional dori terapiyasi (uzoq vaqt nefrotik dori vositalarini qabul qilish, poliprogmaziya);
- 2) surunkali infeksiya o'choqlari;
- 3) persistirlovchi virusli infeksiyalar;
- 4) haddan tashqari antigenli zo'riqish (qo'shilgan va retsidivlovchi infeksiyalar, immunoglobulinlarni qayta yuborish, immunizatsiyani noratsional o'tkazish).

Patogenezi. Kasallikning asosida immunopatologik jarayon yotadi:

- 1) nefron membranalarining nostabilligi natijasida buyrak antigenlarining qon oqimiga o'tishi, gistogematologik baryerni turli xil omillar natijasida zararlanishi, buyrak displaziyasida kuzatiladi.

Buning natijasida kanalchalar bazal membranasi va koptokchalarni zararlaydigan autoantitanachalar, sitotoksik limfotsitlar, immun komplekslar hosil bo'ladi, kompliment tizimi aktivlashadi;

- 2) immunologik reaktivlikning buzilishi natijasida, buyrakning zararlanmagan to'qimalarida autoimmun jarayonga olib keladi (tizimli kasalliklarda).

Tasnifi. Xalqaro amaliyotda SGNning morfologik tasnifidan foydalaniladi.

Quyidagi morfologik shakllari ajratiladi:

- 1) membranozli;
- 2) membranoz-proliferativ GN;
- 3) fokal-segmentar glomeruloskleroz;
- 4) mezangioproliferativ (IgA-nefropatiyu);
- 5) fibroplastik (yuqorida ko'rsatilgan shakllarning boshlanishi SGN).

SGN kechishi quyidagicha bo'lishi mumkin:

- 1) turli xil davomiylikdagi dori yoki spontan remissiyali retsidivlanuvchi SGN;
- 2) persistirlovchi jarayonning to'xtovsiz faolligi bilan kechuvchi;
- 3) progressivlanuvchi tez rivojlanuvchi SGN (2-5 yildan keyin) SBE rivojlanishi bilan birga kechadi..

SGN klinik manzarasi. Gematurik shaklida kasallik boshlanishini aniqlash qiyinroq bo'ladi (mikrogematuriya to'satdan aniqlanadi). Shikoyati yo'q, arterial qon bosimi normada, shishlar tranzitor xarakterga ega, dizuriya va intoksikatsiya

kuzatilmaydi. Ba'zida teri rangi oqarishi, qorinda va belda og'riq, tez charchash, bosh og'rishi aniqlanadi.

Kasallikning asosiy belgisi – turg'un gematurik sindrom. Gematuriya aniq bilinadi. Buyrak funksiyasi buzilmaydi.

SGNning shish—proteinuriyashakli ko'pincha o'tkir boshlanadi. O'tkazilgan respiratorinfeksiyadan keyin, anginalar, vaksinasiya, sovuq qotish, ba'zida tashqi sabablarsiz o'tkir nefrit klinikasi massiv proteinuriya bilan boshlanadi. Kasallikning asosiy simptomlari quyidagilar:

- 1) massiv proteinuriya (siydik analizida 3%dan ortiq, 2,5 g/sutdan yuqori);
- 2) shishning turli xil rivojlanishi;
- 3) gipoproteinemiya, giperlipidemiya.

Arterial gipertenziya va azotemiya bo'lishi mumkin, davolanish davomida tez yo'qoladi. Buyrakning azot ajratuvchi funksiyasi uzoq vaqt saqlanadi, lekin keyinchalik SBE rivojlanadi.

SGN aralash shakli o'tkir nefritga o'xshab boshlanadi. Quyidagilar xarakterlidir:

- 1) qorinda va belda og'riq, dizuriya;
- 2) yaqqol shishlar;
- 3) arterial gipertenziya (bosh og'rishi, bosh aylanishi, lanjlik yoki qo'zg'aluvchanlik, ko'rishni pasayishi, ba'zida yuz nervi paralichi, qusish, giperrefleksiya, ataksiya va o'choqli yokiumumiy talvasalar). Arterial qon bosimi yosh normativlaridan ortadi. Ko'z tubi tekshirilganda gipertenzion angioiretinopatiya aniqlanadi. Quyidagilar xarakterlidir:
 - a) siydikdagi o'zgarishlar (gematuriya, yaqqol proteinuriya);
 - b) gipoproteinemiya, giperlipidemiya;
 - v) buyrak biopsiyasida – proliferativ-fibroplastik glomerulit aniqlanadi.

Kasallikning bu shaklida SBE 1-2 yildan keyin rivojlanadi.

SGN tashhisi O'GNDagi klinik laborator tekshiruvlaridek olib boriladi. Kasallikning nefrotik shakllarida qo'shimcha virusli gepatit V markerlariga, sitomegalovirusga tekshiriladi. Maxsus nefrologik markazlarda buyrak biopsiyasi o'tkaziladi, buning natijasida buyrak shikastlanishining morfologik turi aniqlanadi, glyukokortikoidlar immunodepressantlarni berishni maqsadga muvofiqligi aniqlanadi, va kasallikning oqibati o'rganiladi.

Differensial tashhis SGNda piyelonefrit, interstitsial nefrit, lipoidli nefroz; gemorragik diatezlar; moddalar almashinuvi buzilishi kasalliklari va dismetabolik nefropatiyalar; sarkoidoz va boshqa o'sma kasalliklari bilan o'tkaziladi.

SGN davosi kasallik kechishi va shakli, buyrak yetishmovchiligi belgilarining borligi, yo'ldosh kasalliklar va kasallik asoratiga qarab individual belgilanadi. Bazis terapiya parhez, kun tartibiga rioya qilish, fitoterapiyava infeksiya o'choqlarining sanatsiyasidan iborat.

Parhez buyrakning funksional holatiga bog'liq. SGN gematurik shaklining qaytalanish davrida parhez xuddi O'GNDagidek belgilanadi. Kasallikning gematurik va aralash shakllarida tuzsiz, tarkibida oqsil kam bo'lgan parhez tavsiya etiladi. Parhezni kengaytirish va oqsil zo'riqishini oshirish asta-sekin olib boriladi

Yotoq rejimi kasallikning o'tkir davrida tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Surunkali infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida aniqlash va davolash, O'GN adekvat terapiyasi, gamma-globulinlar, nefrotoksik preparatlar va boshqa qon preparatlarini ratsional qo'llashdan iboratdir.

Oqibati. Kasallikning klinik shakllariga bog'liq. Koptokchalar membranasi minimal o'zgargan nefrotik sindromda oqibati yaxshi (80-90% bemorlarda sog'ayish kuzatiladi). Lekin ko'p hollarda SGN – buyraklarning sekin asta skleroziga olib keluvchi, progressirlovchi kaallikdir.

O'TKIR PIYELONEFRIT

Piyelonefrit — buyrakning nospetsifik infeksiyon kasalligi bo'lib, buyrak parenximasi, interstitsial to'qima, jomchalari zararlanishi bilan xarakterlanadi.

O'tkir piyelonefrit buyrakning tubulointerstitsial to'qimasida o'tkir destruktiv, mikrobl-yallig'lanish jarayoni. Siydik ayirish tizimi kasalliklari orasida buyrakdagi yallig'lanish jarayoni 23-79%ni tashkil etadi.

Piyelonefrit birlamchi va ikkilamchi, bir yoki ikki tomonlama, o'tkir (serozli yoki yiringli), surunkali yoki retsidivlanuvchi bo'ladi.

Birlamchi piyelonefrit buyrak parenximasining mikrobl yallig'lanish jarayoni bo'lib, mikroorganizmlar fiksatsiyasi va buyrak tubulo-interstitsial to'qimasining yallig'lanishi bilan kechadi.

Ikkilamchi piyelonefrit bolalarda buyrakning bakterial-yallig'lanishli o'zgarishi bilan xarakterlanadi, urodinamika buzilishi yoki moddalar almashinuvidagi nefropatiyada kuzatiladi. Piyelonefritni yuqorida buyurilgan variantlarga ajratish maqsadga muvofiq, chunki, bu adekvat davo terapiyasini aniqlashga yordam beradi.

Piyelonefritni o'tkir va surunkali turlarga bo'lish uning oqibatiga asoslangan bo'lib, prognostik ahamiyatga ega. Masalan, o'tkir piyelonefrit kasallik boshlanishidan boshlab 6 oy davomida simptomlarning ortga qaytishi bilan xarakterlanadi. Bunda sog'ayish 80-90% gacha bo'lishi mumkin. Jarayonning faollik belgilari saqlanishi 6 oydan oshsa, bu davrda ikki marta qaytalanish bo'lsa, surunkali piyelonefrit haqida o'ylash kerak, unda sohayish 35% hollarda bo'ladi. Piyelonefritning latent (faqat siydik sindromi bilan) va qaytalanuvchi (yaqqol namoyon bo'lgan kliniko-laborator simptomlar) turlarida diqqat bilan dispanser kuzatuv olib borish lozim, kam simptomli shakllar esa og'ir asoratlarga olib kelishi (surunkali buyrak yetishmovchiligi) mumkin.

Kasallikning faol va nofaol davrlarga bo'linishi shifokor kuzatuvidagi farq bilan tushuntiriladi. Faol davrda antibakterial terapiya, klinik laborator remissiya davrida esa qaytalanishning profilaktikasi o'tkaziladi. Piyelonefritning kechki bosqichi uchun kanalchalar funksiyasining pasayishi xarakterlidir. Jarayonning salbiy kechishida surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi.

Etiologiyasi, patogenezi. Piyelonefritni ichak tayoqchalari, enterokokk, protey, stafilokokk, streptokokklar chaqiradi. $\frac{1}{3}$ bemorlarda o'tkir piyelonefrit va $\frac{2}{3}$ bemorlardagi surunkali piyelonefritda mikroflora aralash bo'ladi. Davolash vaqtida mikroflora va antibiotiklarga sezuvchanlik o'zgaradi, bu esa uroantiseptiklarga sezuvchanlikni aniqlash uchun siydikni qayta ekishni talab qiladi. Piyelonefritning rivojlanishi makroorganizmning umumiy holatiga ham bog'liq. Infeksiya limfogen va

gematogen yo'l bilan kiradi. Piyelonefrit rivojlanishida yashirin kechuvchi interstitsial nefrit ham muhim rol o'ynaydi.

O'tkir piyelonefrit interstitsial, seroz yoki yiringli bo'ladi. Apostematoz nefrit va buyrak karbunkuli— o'tkir yiringli piyelonefritning keyingi bosqichlarida kuzatiladi.

Klinik ko'rinishi. Kasallik o'tkir boshlanadi, yuqori harorat (40 °S gacha), qaltirash, ko'p terlash, bel sohasida og'riq; zararlangan buyrak tomonda—qorin devori oldi zo'riqishi, qovurg'a-umurtqa burchagida kuchli og'riq; umumiy holsizlik, chanqash, dizuriya yoki pollakiuriya aniqlanadi. Bosh og'rishi, ko'ngil aynashi, qayd qilish intoksikatsiyaning tez rivojlanishidan dalolat beradi. Neytrofilli leykotsitoz, aneozinofiliya, piuriya, qisman proteinuriya va gematuriya kuzatiladi. Ba'zan bemorlarning ahvoli yomonlashganda leykotsitoz leykopeniya bilan almashinadi, bu kasallikning yomon oqibat bilan tugashi belgisi hisoblanadi. Pasternatskiy sinamasi, musbat bo'ladi. Ikki tomonlama o'tkir piyelonefritda buyrak yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi. O'tkir piyelonefrit paranefrit, buyrak so'rg'ichlari nekrozi bilan asoratlanadi.

Tashhisi. Tashhis qo'yishda anamnezda yaqinda o'tkazilgan o'tkir yiringli jarayon mavjudligi, surunkali kasalliklar (o'tkir osti septik endokardit, ginekologik kasalliklar va boshqalar) mavjudligi muxim o'rinni egallaydi. Kasallik uchun bezgakning dizuriya, bel sohasida og'riq, oliguriya, piuriya, proteinuriya, gematuriya, bakteriuriya bilan birga kelishi xarakterli bo'lib, bunda siydikning nisbiy zichligi yuqori bo'lishi kuzatiladi. Siydikda patologik elementlar o'tkir yiringli kasalliklarda ham kuzatilishi, piuriya esa buyrakdan tashqari kasalliklarda ham bo'lishi mumkin. Obzor rentgenogrammada bitta buyrak hajmining kattalashganligi, ekskretor urografiya — nafas olganda zararlangan buyrak harakatining keskin cheklanganligi, zararlangan tomonda siydik chiqarish yo'llari soyalarining yo'qligi yoki kech paydo bo'lishi aniqlanadi. Kosachalar va jomchalarning siqilishi, bir yoki bir necha kosachalar amputatsiyasi karbunkul borligidan dalolat beradi.

Davosi. O'tkir davrida №7a pparhez stoli, sutkada 2—2,5 lgacha suyuqlik ichish tavsiya qilinadi. Keyin parhez kengaytiriladi, unda oqsil va yog'lar miqdori ko'paytiriladi. Metabolik atsidoz rivojlanganda natriy gidrokarbonat ichishga 3—5 ml yoki v/iga 40—60 ml 3—5% eritmasi yuboriladi. Qon aylanishini yaxshilash, og'riq qoldirish uchun issiq muolajalar buyuriladi (isituvchi kompresslar, diatermiya bel sohasiga). Agar og'riq qolmasa, spazmolitiklar (platifillin, papaverin, ekstrakt belladonna va boshqalar) buyuriladi.

Antibakterial terapiya nalidikson kislota (nevigramon, negram) bilan o'tkaziladi, davo kursi 7 kun (0,5—1 g kuniga 4 marta), nitrofuran (furadonin 0,15 g 3—4 marta kuniga, davo kursi 5—8 kun), nitroksolin (5-NOK), 0,1—0,2 g kuniga 4 marta 2-3 hafta davomida beriladi. B u dorilarni qo'llash navbatma-navbat olib boriladi. Bir vaqtning o'zida nalidikson kislota va nitrofuranlarni qo'llash tavsiya etilmaydi, chunki bunda, antibakterial effekt pasayadi. Birinchi 5—6 kunda, asosan infeksiyada, antibiotiklarga rezistentlik yuqori bo'lsa, kuniga ichishga 0,5—1 g 3—4 marta yoki v/i 5—10 ml 40% eritmasi har kuni yuboriladi geksametilen-tetramin (urotropin) tavsiya etiladi.

Antibiotiklar va sulfanilamidlarni kombinatsiyasi juda samaralidir. Mikrofloraning antibiotiklarga sezuvchanligini o'rganilgandan keyin antibiotiklar tanlanadi. Penitsillin guruhidagi (benzilpenitsillin 1 000 000—2 000 000 YED/sut, oksatsillin ichishga yoki m/o 2—3 g/sut, ampitsillin ichishga 6—10 g/sut, ampitsillin natriyli tuzi m/o yoki v/i 2—3 g/sut va boshqa.) dorilar yoki streptomitsin (0,25—0,5 g m/o 2 sutkada 2 marta) tavsiya etiladi. Tetratsiklinlar (tetratsiklin ichishga 0,2—0,3 g sutkada 4—6 marta; antibiotik - makrolidlar (oletetrin, tetra-olean ichishga 0,25 g 4—6 marta), antibiotiklar -aminoglikozidlar (kanamitsin m/o 0,5 g sutkada 2—3 marta, gentamitsin m/o 0,4 mg/kg 2—3 marta sutkada), antibiotik – sefalosporinlar (sefaloridin, seporin m/o yoki v/i 1,5—2 g sutkada) va boshqalar buyuriladi. Har 5—7—10 kunlarda antibiotiklarni almashtirish zarurligini unitmaslik lozim, buyrak funksional yetishmovchiligida ularni yetarli dozada qo'llash kerak.

Sulfanilamidlardan urosulfan va etazol (1 g dan sutkada 6 marta) tavsiya etiladi, sulfanilamidlar uzoq ta'sirga ega (sulfapiridazin 1—2 g birinchi sutkada, keyin 1 g dan 2 haftada; sulfamonometoksin, sulfadimetoksin beriladi).

Ko'p bemorlarda bir necha kundan so'ng siydikdagi o'zgarishlar yo'qoladi, lekin antibakterial terapiya davom ettirilishi lozim (4 haftagacha). Konservativ terapiya samarasi bo'lmasa, (ko'proq apostematoz nefritda va buyrak karbunkulida) operativ davo o'tkaziladi.

SURUNKALI PIYELONEFRIT

Surunkali piyelonefrit - uzoq (6 oydan yuqori) kechadigan yallig'lanish jarayoni bo'lib, ko'p hollarda siydik traktini anatomik nuqsonlari yoki obstruksiyasi, kosacha – jomcha tizimining fibrozi va deformatsiyasi fonida rivojlanadi.

Surunkali piyelonefrit yaxshi davolanmagan o'tkir piyelonefrit yoki birlamchi surunkali piyelonefrit oqibatida kelib chiqadi, kasallikning boshlanishidan o'tkir belgilarsiz kechishi mumkin. Ko'p bemorlarda surunkali piyelonefrit bolalik davrida yuzaga chiqadi, asosan qiz bolalarda. Odatdagi tekshiruvda $\frac{1}{3}$ bemorlarda piyelonefrit tashhisini qo'yish qiyin. Ko'pincha sababsiz bezgak kasallikning xuruji haqida guvohlik beradi. Oxirgi yillarda surunkali glomerulonefrit va piyelonefritning birga kelishi ko'p uchramoqda.

Klinik ko'rinishi. Bir tomonlama surunkali piyelonefrit zararlangan buyrak tomonda bel sohasida doimiy kuchsiz og'riq bilan xarakterlanadi. Dizurik ko'p kasallarda bo'lmaydi. Kasallikning xuruj davrida 20% bemorlarda tana harorati ko'tariladi. Siydik cho'kmasida leykotsitlar soni boshqa elementlardan ko'p bo'ladi. Lekin zararlangan buyrakning bujmayishi natijasida siydik sindromi kamayadi. Siydikning nisbiy zichligi normada saqlanadi. Tashhis uchun siydikda faol leykotsitlarning aniqlanishi muhim ahamiyatga ega. Piyelonefritning latent kechishida pirogenal yoki prednizolon testini o'tkazish maqsadga muvofiqdir (10 ml natriy xlorid izotonik eritmasida eritilgan 30 mg prednizolon, vena ichiga 5 min davomida yuboriladi; 1; 2; 3 soatdan keyin va 1 sutkadan keyin siydik tekshirilali). Prednizolon yuborilgandan keyin 1 soat davomida ko'p qismi faol bo'lgan 400 000 leykotsitlar aniqlansa, prednizolon testi musbat deyiladi. Siydikda Shterngeymer —

Malbin hujayralari topilsa, siydik traktida yallig'lanish jarayonidan dalolat beradi, lekin hali piyelonefrit rivojlanganligini aniq belgisi hisoblanmaydi.

Ko'pgina bemorlarda kasallik simptomlaridan biri bakteruriya hisoblanadi. 1 ml siydikda bakteriyalar soni 100 000dan oshsa, bunda antibiotiklarga va ximio preparatlarga sezuvchanlikni aniqlash zarur. Arterial gipertenziya—surunkali piyelonefrit, asosan ikki tomonlama piyelonefritning eng ko'p uchraydigan simptomi.

Buyrakni funksional holati xromotsistoskopiya, ekskretor urografiya, klirens-usul bilan tekshiriladi (masalan, endogen kreatinin tozalash koeffitsiyentini aniqlash, har bir buyrakda alohida aniqlanadi), radionuklid usuli (renografiya gippuran bilan o'tkaziladi, buyrakni skanirlash). Surunkali piyelonefritda buyrakning konsentratsion funksiyasi erta buziladi, azot ajratish funksiyasi ko'p yillar davomida saqlanadi. Kanalchalar funksiyasi buzilishi natijasida atsidoz rivojlanadi, buyrak orqali kalsiy va fosfatlar ajralishi buziladi, ba'zida bu ikkilamchi paratireoidizm, buyrak osteodistrofiyasiga olib keladi.

Infuzion urografiya oldin buyrak konsentratsion funksiyasining pasayishi, rentgenokonstrast moddasining sekin ajralishi, lokal spazmlar, kosacha-jomcha deformatsiyasi aniqlanadi. Keyinchalik spastik bosqichi atoniya bilan almashadi, kosacha va jomcha kengayadi. Kosacha qirralari zamburug' shaklini egallaydi, kosachalar yaqinlashadi. Infuzionnaya urografiya buyrayet informativnoy tolko u bolnyx s soderzaniyem mocheviny v krovi nije 1 g/l. Agar qonda mochevina miqdori 1 g/ldan kam bo'lsainfuzion urografiya usuli informativ hisoblanadi. Tashhis qo'yish qiyin bo'lgan hollarda buyrak biopsiyasi o'tkaziladi. Buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi bilan teri rangi quruq va oqaradi, ko'ngil aynashi va qusish, burundan qon ketishi kuzatiladi. Bemorlar ozib ketadi, kamqonlik rivojlanadi. Siydikdagi patologik elementlar yo'qoladi.

Piyelonefritning asoratlari: nefrolitiaz, pionefroz, buyrak so'rg'ichlari nekrozi.

Tashhisi. Katta qiyinchilik tug'diradi. Surunkali glomerulonefrit bilan differensial tashhisida siydik sindromi, (leykotsituriyaning gematuriyadan ustunlik qilishi, faol leykotsitlar va Shterngeymer—Malbin hujayralari, yaqqol bakteriuriya piyelonefritga xarakterli), ekskretor urografiya, radionuklid renografiya ma'lumotlari muhim ahamiyatga ega. Nefrotik sindrom mavjudligi glomerulonefritdan dalolat beradi. Arterial gipertenziyada differensial tashhis pionefrit, gipertonik kasalligi va vazorenal gipertenziya bilan o'tkazish zarur. Piyelonefritga xarakterli anamnez, siydik sindromi, rentgenologik va radionuklid tekshirish natijalari, xromotsistoskopiya bo'yoq ekskretsiyasi asimmetriyasi, ko'p hollarda bu kasallikdan dalolat beradi.

Vazorenal gipertenziya borligi yoki yo'qligi, vena ichi urografiya, radionuklid renografiya va aortoarteriografiya yordamida aniqlanadi.

Tashhis ko'p hollarda katta qiyin. Surunkali glomerulonefrit bilan solishtirma tashhis o'tkazilgandasiydik sindromi (leykotsituriyaning gematuriyadan ustunlik qilishi, aktiv leykotsitlar va Shterngeymer—Malbin hujayralarining borligi, piyelonefritda bakteriuriya bo'lishi), ekskretor urografiya, radionuklid renografiya ahamiyatga ega. Nefrotik sindrom glomerulonefrit to'g'risida ma'lumot beradi. Arterial gipertenziya aniqlanganda piyelonefrit, gipertoniya kasalligi va vazorenal gipertenziya orasida qiyosiy tashhis o'tkazish lozim. Tashhis qo'yishda piyelonefritga

xos anamnez, laborator tekshiruv natijalari yordam beradi. Vazorenal gipertenziya mavjudligini tomirichi urografiya, radionuklid renografiya va aortoarteriografiya usullari bilan aniqlanadi.

Davosi. Surunkali piyelonefritda davo uzoq muddat (yillar) davomida o'tkaziladi. Davoning boshida nitrofurani (furadonin, furadantin va boshqalar) buyurtiriladi, nalidikson kislotalari (nefam, nevfamon), 5-NOK, sulfanilamidlar (urosulfan, atazol va boshqalar.), navbatma-navbat almashtirib turiladi. Bu preparatlar samara bermasa, kasallikning xuruj davrida keng spektrli antibiotiklar qo'llaniladi. Antibiotiklarni tavsiya etishdan oldin mikrofloraga bo'lgan sezuvchanlikni aniqlash lozim. Ko'p bemorlar uchun har oyda 10 kunlik davo kursi yetarlidir. Lekin ba'zi bemorlarda bunday davo taktikasida siydikdan virulent mikrofloralar ajralishi davom etadi. Bunday holatlarda antibiotik bilan uzoq muddatli to'xtovsiz davolash, dorilarni har 5—7 kunda almashtirish tavsiya etiladi.

Buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda antibakterial davo samarasi kamayadi (siydikda antibakterial dorilar konsentratsiyasi pasayadi). Qon zardobida qoldiq azot 0,7 g/l dan yuqori bo'lganda, antibakterial dorilarning siydikda terapevtik konsentratsiyasini hosil qilish deyarli mumkin emas.

Siydik sindromi. Peshobdagi o'zgarishlar. Peshob taxlilidagi o'zgarishlar: miqdorga oid (poliuriya, oligouriya, anuriya), sifatiga oid (gipostenuriya, gipostenuriya, proteinuriya, piuriya, gematuriya, gemoglobinuriya, silindruriya, bakteriuriya). Glomerulonefritni tashxislash. Dispanser kuzatuv. Profilaktika.

Fiziologiya jarayonidagi biokimyo, mikrobiologiya va immunologiyadagi yutuklar klinik sharoitda buyraklar umumiy funksiyalari, nefronni ayrim kislmlarining faoliyatini, buyraklar kon-tomirlarini karshiligi, patologik jarayon faolligi kabi Ko'rsatkichlarni urganishga imkon berdi.

Siydik taxlili hozirgi vaktida buyrak kasalligini aniqlash va tasdiklash imkoniyatini beruvchi asosiy va yagona usul bulib kelmokda. Bu taxlilda bir kator sonli va sifatli Ko'rsatkichlarni e'tiborga olmok zarur. Tekshiruv uchun siydik aseptik sharoitga Yaqinlashtirilgan muxitda yigiladi. Katta yoshdagi bolalarda chakalok va gudaklardan farkli siydikni yigish kiyinchilik tugdirmaydi. Chakalok va gudaklardan siydik maxsus plastik kopchalarga yigiladi, ular bolalarning peshobiga oldindan tozalanib urnatiladi. Odatda plastik kopchalar kiska vakt ichida siydik yigish uchun kullaniladi. Agar uzok muddat mobayinida siydik yigish zarurati tugilsa, siydikni vaqti-vaqti bilan kopchalardan shprints yordamida yoki drenaj trubka orqali olib turiladi. Shuningdek, uzok muddatli yigilgan siydik taxlili kerak bo'lsa idishga 1-2 ta timol kristallari solinishi kerak.

Diurez — ma'lum bir vakt ichida ajratilgan siydik miqdori bulib, turli patologik xolatlarda ko'payishi yoki kamayishi, xattoki butunlay ishlab chikarilishi va ajralishining buzilishi mumkin.

1 yoshdan katta bo'lgan soglom bolaning bir sutkada ajratilgan siydik xajmi (sutkalik diurez) quyidagi formulaga asosan xisoblanishi mumkin: $600 + 100 \times (n)$

- 1), 600 - 1 yoshli bolani sutkalik diurezi, n - yoshi. Ajratiladigan siydikning umumiy xajmini yoshiga nisbatan 1,5-2 barobar ortirishi (poliuriya) va bu bilan boglik siyishni tezlashishi (pollakiuriya), bolaga ko'p miqdorda suyuqlik berilganda, turli xil genezdagi shishlar, ekssudat va transsudatlar yukolishida, kandli va kandsiz diabetda, surunkali buyrak yetishmovchiligini (SBE) boshlangich davri, o'tkirbuyrak yetishmovchiligining (UBE) poliurik davrlarida kuzatiladi. Tungi siydikni tezlashishi va ortishi (nikturiya) deyiladi. Bu - siydik pufagi va buyraklar silida, yurak-kon tomir kasalliklarida uchraydi. Sutkalik diurezning tungi porsiyasini kunduzgidan ortishi buyrak faoliyatini sutkalik ritmi buzilishini tasdiklaydi va glomerulonefrit va piyelonefritda, shuningdek tugma va nasliy nyefropatiyalarda uchraydi. Odatdagi suv ichish tartibida siydik ajratish normadagidan 10-20% gacha kam bo'lsa oliguriya deyiladi. Bu glomerulonefrit, nefrotik sindrom, buyrak sanchigi, siydik yullari obstruksiyasida (tosh, kon kuykalari, o'sma), buyrak venalarining trombozida, buyrak arteriyalari stenozida, UBEning oligoanurik davrida, SBE ning terminal davrlarida kuzatiladi. O'tkirglomerulonefritda oliguriya nisbiy buladi, chunki siydik zichligi yukori (1024-1030 va undan yukori). Boshqa xolatlarda esa siydikning nisbiy zichligi pasayadi va u chin xisoblanadi. Yoshdagi normaga nisbatan sutkalik siydik ajratish 10%dan kam bo'lsa yoki umuman ajralmasa anuriya deyiladi. Chin oliguriya va anuriya buyrak funksiyasi chukur buzilganda kuzatiladi, ularning o'tkirrivojlanishi va 4-5 kundan ortik davom etganida esa giperazotemiya rivojlanadi.

¹⁴Bir martalik siydik ajratish xajmi va uning sutkalik miqdori. Birinchi siydik chikarish tugruk vaqtida yoki tugilganda sung kuzatilib, bolalarda siydik ajratishlar soni xali tartibga kelmaydi. Bola xayotining birinchi sutkalarida fiziologik anuriya kuzatilishi mumkin, lekin bir xaftadan keyin siydik ajratish soni sutkasi 20-25 martaga yetadi, xayotining 1 yili oxirida esa 15-16 marta, 2-3 yoshda 10 marta, maktabgacha va maktab yoshida esa - 6-7 marta kuzatiladi.

Siydikning nisbiy zichligi buyraklarning konsentratsion qobilyatini namoyish qiladi. Sog'lom bolalarda bu qabul qilingan suyuqliklar va diurezning miqdoriga bog'liq. Shuningdek, siydikning nisbiy zichligi va bola yoshining o'rtasida o'zaro bog'liglik aniqlanadi. Siydikning nisbiy zichligi urometr apparati yordamida undagi belgilangan temperatura asosida aniqlanadi; agar xarorat yuqoriroq bo'lsa xar 3°S ga 0,001 qo'shib, pastroq bo'lsa ayrib aniqlanadi. Siydikda oqsil va qand borligi uning nisbiy zichligini oshiradi (normada siydikning nisbiy zichligi 1012-1028). Shuning uchun proteinuriya va glyukozuriyada xar bir 3% oqsilga 0,001, xar 1% qandga 0,004 farq kiritiladi.

Siydikning nisbiy zichligini kamayishi (gipostenuriya) surunkali glomerulonefrit, surunkali piyelonefrit va buyraklar polikistozi kabi kasalliklarning oqibatida rivojlangan surunkali buyrak yetishmovchiligida (SBE) kuzatiladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligida Zimnitskiy sinamasi

¹⁴Nefrologiya 2007 str 98-102

o'tkazilganda siydikning nisbiy zichligi kamayishi bilan birgalikda siydikning turli porsiyalardagi nisbiy zichliklarning farki xam kam bo'ladi (izogipostenuriya). Shuni ta'qidlash kerakki, nefroning asosan naycha qismini zararlanishi bilan kechadigan buyrak kasalliklarida (piyelonefrit, nefronoftiz Fankoni va boshqalar) siydikning nisbiy zichligi buyrak ko'ptokchalarining zararlanishi bilan kechuvchi kasalliklardagidan (ya'ni glomerulonefrit, volchankali nefrit va boshqalarda) ancha ertaroq pasayadi. Siydikning nisbiy zichligining ortishi (giperstenuriya) siydikda oqsil va qandning ko'payishi, shishlar kuchayganda, ekstrarenal yo'l orqali suyukliklar yo'qotilganda (ich ketar, qayt qilish, ko'p terlash), suv tartibini chegaralaganda kuzatiladi.

BOLALARDA SIYDIK TIZIMINING NORMAL FAOLIYATINING KO'RSATKICHLARI (USOV I.N, 1984)

Yoshi	Siydik ajratish soni	Bir siydik porsiyasining xajmi (ml)	Sutkalik diyuez (ml)	Siydikning nisbiy zichligi
1 -chi kun	4-5	-	60 gacha	1,008-1,018
6 oygacha	20-25	30	300-500	1,002-1,004
6-12 oy	15-16	0	750	1,006-1,010
3-5 yosh	10	90	1000	1,010-1,020
7-8 yosh	6-7	150	1200	1,008-1,022
10-12 yosh	5-6	250	1500	1,011-1,025

Siydikning rangi va tiniqligi.

Sog'lom bolalarda siydik rangi somon sariq rangdan to to'q sariq rangacha o'zgarib turadi va bu undagi uroxromogenlar, uroxrom A va V, uroetrin, urobilinogenlar borligiga bog'liq (siydikda xammasi bo'lib 17 tagacha fiziologik va 18 tagacha patologik rang moddalari bor).

Siydik rangining to'qliligi uning konsentratsiya darajasiga bog'liq - buyrakning konsentratsion xususiyati pasayganda siydik rangi ochroq bo'ladi, gipostenuriyada - rangi suvga o'xshab qoladi. Siydikning rangini o'zgarishi u yoki bu ozuqa maxsulotlar va dori moddalar qabul qilish bilan bog'liq: qizilcha iste'mol qilish va amidopirin qabul qilinganda siydik qizil rangga kiradi, xloroxindan to'k sariq, furazolidon va furadonindan yaqqol sariq, trixopoldan to'q jigarrang bo'lishi mumkin. Qon aralashganda siydik rangi go'sht so'liga o'xshagan bo'ladi, gemoglobin bo'lishi to'q jigarrang, tgemoglobindan ko'ra rangga kirishi kuzatiladi. Bilirubin bo'lganda siydik rangi pivo rangiga, urobilinogendan qizil daraxt rangiday o'zgaradi. Surunkali buyrak yetishmovchiligida siydik rangi juda och bo'ladi, chunki bunda uroxromlar ajralmaydi. Siydik rangining o'zgarishi siydik diatezlarida xam

kuzatiladi: uratlar bo'lganda qizil gisht rangida, fosfatlarda oq sut rangida bo'ladi. Yangi ajralgan siydik sog'lom bolalarda tiniq bo'ladi. U turib qolganda ishqoriy fosfatlar va siydik yo'llarining shilligidan iborat yengil xiralanish kuzatiladi. Siydikni kuchliroq xiralashuvi unda ko'p miqdorda leykotsitlar, eritrotsitlar, bakteriyalar, tuzlar, shillik, epiteliyal xujayralar, yog tomchilariga bog'liq.

Normada siydik sust ko'piklashadi va ko'pik tez yo'qoladi. Siydik bilan ko'p miqdorda oqsil va qand ajralganda uni chayqatilsa turgun va ko'p ko'pik xosil bo'ladi.

¹⁵*Proteinuriya*- ko'p uchraydigan va ko'plab olimlarning fikricha, buyraklar zararlanishining shartli belgisidir. Sog'lom bolalarda siydik bilan oqsilning ekskretsiyasi Louri metodi bo'yicha aniqlanib, 27 mg dan 150 mg gacha ($78,5 \pm 10,6$ mg/sut); oddiy klinik tekshirish usullari kullanganida bir porsiyalik siydikda oksil topilmaydi (yoki Faqat uning izlari aniqlanadi).

Sutkalik siydik bilan oqsilning yo'qolishi tegishli meyordan ortiq bo'lsa bu proteinuriya patologik xisoblanadi. Bu ko'ptokcha kapillyarlarining bazal membranasi butunligi buzilishi, kanalchalarda oqsil reabsorbsiyasi buzilishida xamda glomerulyar filtr butligi naychalardagi reabsorbsiyabuzilishi bilan birgalikda kelganda kuzatiladi. Shu bilan birgalikda siydik bilan oqsil ajratilishining ortishi tukimalarda oqsilning ortikcha parchalanishi va eritrotsitlar gemolizida va shuningdek isitmali xolatlarda uchraydi (Ryabov S.I. va b., 1976; Magks M.L., 1970). Shuni ta'kidlash lozimki, qandaydir yuqumli kasallik tufayli isitma xolatida aniqlangan proteinuriya, bolani batafsil tekshirish va kuzatishni talab etadi, chunki buyraklarni patologik jarayonga jalb etilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Faqat dinamik kuzatuvda tez yukolgan proteinuriya uning sababi isitma ekanligini tasdiqlaydi. Shuningdek, doimiy proteinuriya, ayniqsa u gematuriya va silindruriya bilan birgalikda kuzatilsa, buyrak patologiyasiga xosdir.

Siydikdagi oqsilni naFaqat ertalabki porsiyada, balki sutkalik porsiyasida xam aniqlash lozim. Bu patologik jarayon dinamiqasini to'g'ri baxolash uchun muximdir, chunki siydikni ayrim porsiyalaridagi oqsil miqdorining kamayishi proteinuriyani pasaygani kabi tassavurni xosil qiladi, aslida esa u diurez ko'payishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Oqsil (g/l) va sutkalik diurezning miqsdorini aniqlab, sutkalik proteinuriya xisoblanadi (g/l).

Sust proteinuriya (sutkasiga 1g gacha) piyelonefrit va boshqa asosan kanalchalarning zararlanishida, o'rtacha (1-2,5 g/ sutkasiga) – ko'ptokchalarning zararlanishi ustuvorligi bilan kechuvchi o'tkir va surunkali buyrak kasalliklarida (glomerulonefrit, volchankali nefrit, tugunchali periarteriit); Yaqqol proteinuriya (2,5-Z g/sutkasiga, bazan 20-50 g/sutkasiga) - turli genezdagi nefrotik simdromda kuzatiladi.

Siydikdagi oqsillarni qogozda qraxmal va poliakrilamidli gelda, immunoelektroforez, sefadeksdagi gel-filtratsiyada ajralishi turli xildagi uroproteinogrammalarni aniqlashda yordam beradi. Proteinuriyaning sifatini baxolash uchun selektiv va noselektiv proteinuriya tushunchasi kiritilgan. Selektiv proteinuriyada siydikda oqsillarning pastmolekulali fraksiyalari (gamma-

¹⁵Nefrologiya Tareyev Ye.I. STR 320-329

1 va gamma-2 albuminlar) mavjud bo'lib, yuqori dispersiyali oqsil fraksiyalari (beta- va gamma-globulinlar) yo'q bo'ladi. Nefrotik sindrom bilan kechuvchi o'tkir glomerulonefrit va surunkali glomerulonefritning nefrotik shaklida selektiv turdagi proteinuriya aniqlanadi, aralash turida - noselektiv proteinuriya (siydik bilan kichik va yirik dispersiyali oqsillar, ko'proq sungilar) kuzatilib, bu xolat kasallikni yomon oqibati va davo samarasi xaqida dalolat beradi.

Siydik cho'kmasiing mikroskopik tekshiruvi siydikda eritrotsit, leykotsit, silindrlar, epitelial xujayralar, shillik, tuz kristallarini aniqlashda yordam beradi. Siydikda ko'p miqdorda eritrotsitlarni topilishi (kuz bilan kurinarli) gematuriya, agar leykotsitlar aniqlansa (yiringga uxshash) - piuriya deb ataladi. Eritrotsitlar siydikka siyish tizimining turli joylaridan tushishi mumkin. Soglom bolaning siydik preparatida mikroskopning bir kurish maydonida (40x7) 1-2 eritrotsit bulishi mumkin, agar ularning soni 2-3 dan ortik bo'lsa, eritrotsituriya deyiladi. Siydikda ko'p miqdorda eritrotsitlarni aniqlanishi buyraklarni turli kasalliklarida kuzatiladi (glomerulonefrit, piyelonefrit, amiloidoz, siydik diatezi, buyraklar rivojlanishi anomaliyalari, tubulopatiya va b.k.), lekin bu xolat piyelonefritdan kura glomerulonefritga xos. Eritrotsitlarni sifatli tarifi (o'zgargan, o'zgarmagan) patologik jarayonni belgilovchi dalil emas, chunki ular siydikda buyraklar zararlanishida xamda siydik yullarining infeksiya jarayonlarida va boshqa patologik xolatlarda bulishi mumkin.

Quyida bolalarda gematuriya sabablarini keltiramiz (ThiebbryJ., 1972; Yemanuel 1 V., Aronson N.. 1974; JamesJ., 1976; FanconiA., 1983).

YOSHI	Gematuriya sabablari
Chakaloklik davri, gudaklar	O'tkirinfeksiya (sepsis, gastroenterit) asosida buyrak venasi trombozi, nefroblastoma, GUS (azotemiya va anemiya bilan), buyrak va siydik yullari nuksonlari (polikistoz, gidronefroz, uretraklapani), metabolik buzilishlar, urolitiaz, chakaloklar gemorragik kasalligi.
Maktabgacha yoshdagi bolalar	Travmalar, tashki jinsiy azolar shikastlanishi, uretraning yot jismlari, gemorragik chekmazak, o'tkirnefrit, gemorragik vaskulit, buyraklar usmasi, rivojlanish nuksonlari, metabolik nefropatiyalar, trombositopatiyalar
Maktab yoshida	Chekmazak, uretroprostatit, buyraklar travmasi, o'tkirva surunkali nefrit, kollagenozlar va boshqa immun nefropatiyalar, o'tkirpiyelonefrit, koagulopatiyalar, gipernefroid saratoni, travmalar, dori preparatlar (sufanilamidlar, diklofosfamid va b.k).

Soglom bolaning siydigida mikroskopning bir kurish maydonida 5-6 tagacha leykotsitlar aniqlanadi, 5-7 leykotsitdan ortigi leykotsituriya deb ifodalanib, ko'p buyrak kasalliklarida uchraydi (piyelonefrit, glomerulonefrit, amiloidoz, buraklar sili, volchankali nefrit va boshqalar), lekin Yaqqol leykotsituriya piyelonefrit uchun ko'proq xos. Yaqin vaktgacha siydikda och buyaladigan Shterngeymer-Malbin leykotsitlari va faol leykotsitlarni aniqlash piyelonefritni Yaqqol dalili xisoblanar edi, lekin zamonaviy tadbikotlarga asosan bu xujayralar yetarli taxliliy axamiyatga ega emas va neytrofilli leykotsituriya (Romanovski-Gimza usuli buyicha siydik chukmasidan yupka surtma qilingandan sung buyash) axamiyatlirokdir. Glomerulonefrit va kollagenozlarda ko'proq limfotsitar leykotsituriya aniqlanadi.

Ko'p buyrak kasalliklarida siydikda silindrlar topiladi. (silindruriya). Naychalarda oksillar ivishi tufayli xosil buladigan gialinli silindrlar barcha buyrak kasalliklarida aniqlanishi mumkin, bazida soglom bolalarda xam. Gematuriyada eritrotsitar va leykotsitar silindrlar xosil buladi va siydikda aniqlanadi. Ivigan oksil va xujayrali detritdan xosil bo'lgan donador silindrlar xar doim buyrak kasalligining belgisidir. Siydik naychalari epiteliysidan xosil bo'lgan epitelial silindrlar nefronni naycha bulimidagi og'ir degenerativ o'zgarishlarni bildiradi; mumsimon silindrlar og'ir buyrak kasalliklarida uchraydi.

16 SIYDIK CHUKMASINI SONLI TEKSHIRUVI

Klinik amaliyotda keng kullaniladi, chunki oddiy mikroskopik tekshiruvdan ustivorligi bor, ayniksa buyrak kasalligini yashirin turlarida, va glomerulonefrit va piyelonefritni kiyosiy tashxislashda kullaniladi. Sonli tekshirish usullari asosida gemotsitar kamerada malum bir vakt ichida yigilgan siydikdan konni shaklli elementlarini va silindrlarni sanash (Addiss-Kakovskiy, Amburje usullari) yoki keyinchalik siydikni bir xajmiga utkazib kayta sanash (Nechiporenko usuli) yotadi.

Soglom bolaning siydigi bilan bir sutka davomida 1 mln eritrotsit, 2 mln leykotsit va 10 mingta gialin silindrlar ajraladi (Addis-Kakovskiy sinamasi), 1 minutda esa - 1000 eritrotsit, 2000 leykotsit va 1-3 ta gialin silidrlar (Amburje usuli), 1 ml siydikda 1000 gacha eritrotsit va 2000 gacha leykotsit (Nechiporenko usuli) aniqlanadi.

Siydikni sonli tekshirilganda naFaqat konning shaklli elementlarini absolyut miqdori, balki eritrotsit va leykotsitlar nisbatini bilish kerakdir (normada 1:2). Aniqlangan silindrlarning shaklini bilish muximdir (donador, epitelial va mumsimon silindrlar buyraklar zaralanishining daliliy belgisidir). Gematuriya darajasini aniqlash xam shartdir. Sergeyeva T.V. buyicha ularni keltiramiz, 1976 i.

¹⁶ Nefrologiya 2007 str 98-120

Gematuriya va leykotsituriyani darajasi	Eritrotsituriya	Leykotsituriya
Yengil	1-10 mln/sut (kurish maydonida 5-20 ta)	2-10 mln/sut (kurish maydonida 10-30- ta)
O'rtacha	10- 40 mln/sut (kurish maydonida 20-30 ta)	10 - 40 mln/ sut dan ko'proq (kurish maydonida 30-50ta)
Yakkol	40 mln/sut dan ortik (kurish maydonida 100 gacha)	40 mln/sut dan ko'proq (kurish maydonida 100 gacha)

Kasallik remissiyasi davrida yoki davo tugatilgandan sung siydikda gematuriya belgilari xatto sanokli tekshiruvda xamaniqlanmasligi mumkin. Yashirin gematuriya va leykotsituriyani aniqlash uchun provokatsion sinama kullaniladi.

Yashirin eritrotsituriyani aniqlash uchun prednizolonli provokatsion sinama utkaziladi. (Sayo I, 1970): tekshiruvdan bir kun oldin kechkurun bemor 15 mg prednizolon kabul kiladi, ertasi kuni ertalab siydik pufagi bushatilib yana 15 mg prednizolon kabul qilinadi. Keyin 9 soat mobaynida boladan siydik yigilib, undagi eritrotsitlar miqdori sanaladi. 1 minut ichida 8000 dan ortik eritrotsitlar ajralishi yoki eritrotsituriyani 100 % dan ko'proq ortishi kuzatilsa sinama musbat xisoblanadi. Bu sinama surunkali glomerulonefrit bilan ogrigan bemorlarda yashirin gematuriyani aniqlash uchun va o'tkirkglomerulonefritni sogayish mezoni sifatida kullaniladi.

Yashirin leykotsituriyani aniqlash uchun provokatsion prednizolonli sinama utkaziladi (Pыtel A.Ya va b., 1968 i.): ertalab 1 soat davomida bemor bolaning siydigi yigiladi, undan sung vena ichiga 3-5 minut ichida 30 mg prednizolon 10 ml izotonik natriy xlor eritmasida yuboriladi. Keyin aloxida idishlarga siydikni uchta porsiya 1 soat fark bilan yigiladi. Siydikning barcha porsiylarida eritrotsitlar, leykotsitlar va silindrlarni soni aniqlanadi. Sinamani natijalarini tugri izoxlash uchun uchta omilni e'tiborga olish lozim: prednizolon yuborilgandan sung leykotsituriyani ortish darajasi, 1 soat ichida siydik bilan ajralgan leykotsitlar soni va siydik chukmasida «faol» leykotsitlarni mavjudligi. Buyraklarda yalliglanish jarayoni bo'lganda 1 soat ichida siydik bilan ajralgan leykotsitlar soni 400000 dan ortadi. Ammo lekin ularning soni juda ortishi bilan birgalikda siydik chukmasida «faol» leykotsitlar aniqlansagina sinama musbat xisoblanadi. Prednizolonli sinamani kullaganda nojuya xodisalar yuz bermaydi.

BAKTERIURIYA — siydik chukmasini bakteriologik tekshirish - bu kushimcha test bulib, Faqat siydik tizimining zamburugli zararlanishi va silini aniqlash uchun ma'lum diagnostik axamiyatga ega. Piyelonefrit tashxisotida

zarur bo'lgan bakteriuriya darajasini bilish uchun - siydik-jinsiy a'zolari mukammal tozalanadi, sung ravon siygan vaktida siydikni o'rta porsiyasi olinadi. Sof (xakikiy) patologik bakteriuriyada 1 ml siydikda 100000 va undan ko'p mikroblar tanachalar aniqlanadi; taxminiy bakteriuriyada – 50000 -100000, shubxali bakteriuriyada 10000 dan kam. Kass Ye..N., 1965 yil)

Siydikni ekish piyelonefritni kuzgatuvchisini topishda va uni antibakterial vositalarga sezuvchanligini aniqlashda yordam beradi. Klinikada va bolalar axolisini ko'plab tekshirilganda (dispanserizatsiya, epidemiologik tekshiruvlar) maxsus kogosli plastinkalarni kullash kulaydir. Ularni «Orion» (Finlyandiya) va «Albutest» (CHSS R) farmatsevtik firmalari ishlab chikaradi.

QONNI TEKSHIRISH.

¹⁷Bolalar nefrit bilan ogriganda gematologik Ko'rsatkichlar sezilarli o'zgaradi va ular patologik jarayon faolligi va buyrak zararlanishining og'irlik darajasini yanada tasdiklaydi.

O'tkirglomerulonefrit va piyelonefrit bilan ogrigan bolalarni periferik kizil konida kamkonlik belgilari ko'plab uchraydi (Petrova K.G., Vasilyeva I.N., 1969).

Bemorlardagi surunkali nefrit kasalligining kompensatsiya davrida biroz normoxrom anemiya kuzatiladi va u eritrotsitlar diametrini kamayishi, yengil retikulotsitoz, sideropeniya, sutkalik gemoliz kuchayishi va eritrotsitlarni o'rtacha yashash muddatini kiskarishi bilan namoyen buladi. Surunkali nefrit okibatida rivojlangan surunkali buyrak yetishmovchiligi Yaqqol normoxrom mikrosferotsitar anemiya, retikulotsitoz, sideropeniya, kuchli gemoliz va eritrotsitlarni yashash muddatini kiskarishi bilan ifodalanadi. Buyrak yetishmochiligida suya kumigi tomonidan retikulyar va plazmotsitar reaksiya, limfoid xujayralar ko'payishi, trombotsitar katordagi xujayralar yetilishining ortda kolishi, eritropoezning normoblast turi, eritroblastlar yetilishining sustlashishi bilan bir katorda eritroblastli tukimani giperplaziyasi (Ilek Ya.Yu., 1982).

O'tkirbuyrak yetishmovchiliginin, ayniksa oligoanurik davrida ko'plab izlanuvchilar og'ir normoxrom kamkonlik rivojlanganini ta'kidlashmokda.

Periferik ok kon tomonidan o'tkirglomerulonefritni boshlangich davri uchun leykoformulani chapga siljimagan xolda neytrofilyozli leykotsitoz xos. O'tkirpiyelonefrit uchun Yaqqol leykotsitoz $30-40 \times 10^6 / l$ neytrofilez bilananeozinofiliya xos. Buyraklarning surunkali kasalliklarida leykoformula tomonidan o'zgarishlar odatda bulmaydi. Surunkali piyelonefritni kuzgalish davrida biroz leykotsitoz kuzatiladi. SBE-ni terminal davrida «toksik» leykotsitoz xolati xolati kuzatilishi mumkin, bunda kondagi leykotsitlar soni $8000 - 10000 \times 10^6 / l$ gacha ko'payadi.

¹⁷ Nefrologiya I.Ye. Tareayeva. Str 241-246

IMMUNOLOGIK TEKSHIRUVLAR

Klinik sharoitda utkazish mumkin bo'lgan testlardan immunoglobulinlar katorini (A, G, M, Ye), komplement va uning fraksiyalarini (S_1 , S_Z , S_4) buyrakga karshi tanachalarni aniqlash utkaziladi.

Ko'plab olimlar fikricha buyrakka karshi tanachalar glomerulonefrit va piyelonefrit rivojlanishida katta ahamiyatga ega. Ularning turli titrini aniqlanishi nefritlarda patologik jarayonni faolligi va og'irlik darajasini, olib borilayotgan davo samarasi belgilovchi mezonidir. (Nikolayev A.I. 1978 nil, Lopatkin N.A. va boshqalar 1979 yil; Illek Ya.Yu. 1982 yil). Surunkali glomerulonefrit va piyelonefritlarning ayrim klinik turlariga autoimmun siljishlarning turli darajadagi faolligi xos. Bu o'zgarishlar surunkali glomerulonefritni nefrotik va aralash turlarida, ayniksa surunkali piyelonefritning retsidivli kechuvida kuzatiladi (Illek Ya.Yu., 1982). Ba'zi mualliflar (Maxlin I.V., 1974; Fogd R.M., 1973; Retyegs D.K., 1974) buyrak parenximasining ayrim kismlariga karshi ta'nachalar xosil bulishi (bazal membrana, Genle kovuzlogi va b.) va ularning turi kasallikning klinik variantlarini belgilashini ta'kidlashmokka.

Shu bilan birgalikda surunkali glomerulonefrit va piyelonefritli bemorlarni buyrak faoliyati saklangan xolda Ye.A.Yelchinova va M.D.Jurba buyicha maxsus leykotsitoliz reaksiyasi, V.A.Fradkin buyicha neyetrofillar zararlanishi reaksiyasi, Shelli buyicha bilvosita bazofillar dsgranulyatsiyasi testi, Boyden buyicha intakt buyrakning pustlok va magiz kismidan tayyorlangan antigenlar bilan passiv gemagglyutinatsiya reaksiyasi kabi tekshiruvlar turli immunologik o'zgarishlarni aniqlashda yordam beradi.

Buyraklarning pustlok va magiz kismidan tayyorlangan antigenlar bilan bir vaktida quyilgan yukoridagi reaksiyalar glomerulonefrit va piyelonefritni kiyosiy tashxislash uchun xam tavsiya qilish mumkin (Illek Ya.Yu. 1982). Surunkali glomerulonefrit va surunkali piyelonefrit okibatida rivojlangan surunkali buyrak yetishmovchiligi mavjud bemorlarning konida T- va V- limfotsitlar miqdori sezilarli kamayadi; bu xolat bemorlardagi immunitetni xujayraviy va gumoral zvenolarini buzilganligini tasdiklaydi (Arustamov R.G. va b. 1975; Petrova I.V. va b. 1975; Illek Ya.YUL 982). Surunkali glomerulonefrit natijasida rivojlangan Surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan ogrigan bemorlarda leykotsitlarni migratsion faolligi susayishi, buyrak antigenlari bilan reaksiya quyilganda limfotsitlar lifoblastlarga transformatsiya bulishi aniqlangan (Chernushenko Ye.F. va b., 1985; Iyeger L., 1986).

Demak, immunologik tekshiruvlar buyrak kasalliklarida immunologik siljishlar xolatini aniqlash, patologik jarayon faolligi va darajasini, uning okibatini belgilash, turli nozologik shakllarini kiyosiy tashxislash va o'tkazilayotgan davoning samarasini baxolash uchun keraklidir.

BUYRAKLAR FUNKSIONAL XOLATINI TEKSHIRISH.

Buyraklar funksional xolatini baxolashda quyidagi Ko'rsatkichlarni xisobga olish kerak: buyraklarning konsentratsiyalash qobiliyati, konning va siydikning biokimyoviy tarkibi va ba'zi fizik xususiyatlari, buyraklar parsial faoliting Ko'rsatkichlari.

Buyraklar konsentratsion faoliyati. Buyraklar konsentratsion faol iyatini baxolash uchun bolalar klinik amaliyotida 3imnitskiy sinamasidan keng foydalaniladi. Bunda sutka mobaynidagi siydikning xar 3 soatli porsiyasida uning miqdori va nisbiy zichligini aniqlash kuzda tutilgan. Tekshiruvdagi bemor oddiy ovkat va suv tartibini tutadi. Natijalarni baxolash uchun siydikning xar xil porsiyalaridagi nisbiy zichligini farkini (soglom bolada 0,010 dan kam emas), kunduzgi va tungi diurez nisbati, kabul qilingan va chikarilgan suyuklik miqdorini e'tiborga olish lozim.

Buyraklarning konsentratsion faoliyatini buzilishi (Zimnitskiy sinamasi natijalariga kura) nefronning naychalarini zaralanishi ustuvorligi bilan kechuvchi kasalliklarda (piyelonefrit, tubulopatiyalar) ertarok, ko'proq koptokchalar zararlanganda esa (glomerulonefrit, kollagenozlardagi nefritlar) kechrok namoyon buladi. Ammo lekin 3imnitskiy sinamasi yordamida buyraklar konsentratsion faoliyati yashirin (latent) buzilishlarini aniqlash mumkin emas, bunday xolatlarda konsentratsiyalash (Folgard buyicha) va suyultirish sinamalari kullaniladi.

Konsentratsiyalash sinamasining texnikasi. 36 soat mobayinida tekshiruvdagi bola xech kanday suyuklik iste'mol kilmaydi va ovkatda xam suyuklik ko'p (mevalar, sabzavotlar) bulmasligi lozim. Bemor kuruk ovkalanishda buladi (non, yog, tuxum). Suyukliklarni chegaralagandan sung 12 soat utgach siydik xar 2 soat farki Bilan yiga boshlanadi. Siydikning xar bir porsiyasida uning xajmi va nisbiy zichligi ulchanadi. Soglom bolada u 1,022 dan 1,032 gacha va undan yukori bulishi mumkin. Buyraklarning konsentratsion qobiliyati buzilganda siydikning nisbiy zichligi tekshiruv mobayinida bu meyorlarga kutarilmaydi.

Suyultirish sinamasining texnikasi. Tekshiruvdagi bola ertalab vazni aniqlanib och koringa suvni 20 ml/kg vazniga ichadi. Sung birinchi 2 soat mobayinida xar 30 minutda erkin siydik ajratish yuli bilan siydik yigiladi, keyingi 2 soat ichida siydik xar soatda yigiladi. Siydikni xar bir porsiyasida uning miqdori va nisbiy zichligi aniqlanadi. Tekshiruv vaqtida bemor bola yetok tartibida buladi, sinama tugagach uning vazni kayta ulchanadi. Soglom bolada 4 soat mobayinida ajralgan siydik miqdori kabul qilingan suyuklikning 75 % dan kam bulmasligi kerak, shu bilan birga uning maksimal miqdori birinchi 2 soatda ajralishi, nisbiy zichligi esa 1,001-1,003 gacha pasayishi va shu kuni kechkurungacha 1,010-1,030 gacha ortishi kerak, tana vazni o'zgarmaydi. Buyraklarning suv ajratish faoliyati buzilganda siydik xajmi kamayadi, uning nisbiy zichligi sezilarli kamaymaydi, suvning ma'lum kismi organizmda (bu kayta vaznni ulchashda aniqlanadi) ushlab kolinadi.

Reberga sinamasi. Ilk bor bu sinama Reberg tomonidan filtratsiya va reabsorbsiyani aniqlash uchun kreatinin bilan utkazilgan. Bunda tekshiruvdagi bola 1-2 g kreatininni iste'mol qiladi, sung ikki marta bir soatli siydik porsiyalari olinadi. Kreatinin iste'mol qilingandan keyin 1 soat utgach venadan kon olinib, undagi kreatinin miqdori aniqlanadi.

Xisob quyidagi formula buyicha utkaziladi: $S = \frac{UV}{P}$, S - maksimal tozalanish ko'effitsiyenti, U - siydikdagi kreatininning konsentratsiyasi, V - 1 minutdagi siydik miqdori, R - plazmadagi kreatinin konsentratsiyasi. Bu sinama Tareyev Ye.M. va Ratner N.A. lar tomonidan modifikatsiya qilinib 1935 yili endogen kreatinin klirensiga asoslangan. Bu usul kulayrokligi va amaliyeta ungrokligi bilan ajralib turadi. Endogen kreatin buyicha koptokcha filtratsiyasi kattalarda 80 ml/min dan 120 ml/min gacha buladi. Kichik yeshdagi bolalarda M.Voynarovskiy ma'lumotlariga kura (1968) u 1,73 m² tana yuzasiga o'rtacha 66 ml/min tashkil etadi.

Bu xolat kichik yeshdagi bolalarda kreatinin kisman naychalarda reabsorbsiya bulishiga boglikdir. Buyrak kasalliklarida kreatinin ekskretsiyasi kamayishi mumkin.

Naychalar reabsorbsiyasining foizi koptokcha filtratsiyasining meyoridan kelib chikkan xolda quyidagi formula buyicha xisoblanadi:

$$R = \frac{(F - V) \times 100}{F}$$

R - reabsorbsiya foizi, V — diurez ml/min, R — filtratsiya meyor. Soglom odamlarda naychalar reabsorbsiyasi 98,2-99 % tashkil etadi.

QON VA SIYDIKNING BIOKIMYOVIY TARKIBI VA AYRIM FIZIK XUSUSIYATLARINI TEKSHIRISH.

Konning biokimyoviy tarkibi buyraklarning turli faoliyatlarini ko'rsatadi - azot ajratish, gomeostatik, endokrin. Buyraklarning endokrin faoliyatini aniqlash deyarli murakkab, shuning uchun u Faqat maxsus xollarda utkaziladi.

Buyraklarning azot ajratish faoliyatini aniqlash uchun kondagi koldik azotni ulchash kulllaniladi, lekin uning ortishi nefronlar sonining Faqat 1/3 - 1/2 miqdori zararlanganda kuzatiladi, va demak kasallikning boshlangich davrini emas, Yaqqol funksional yetishmovchilik xolatining kurinishidir. Bundan tashkari kondagi koldik azot miqdorining or'gishi turli ekstrarenal sabablarga boglik bulishi xam mumkin: kayd qilishva ich ketish tufayli gipoxloremiya, jigar va oshkozon osti bezi zararlanishi, katabolizm ortganda (sepsis, zotiljam, kon aylanishining yetishmovchiligi).

Koldik azotning tarkibiy kismlarini (mochevina va kreatinin) ortishi umumiy koldik azot miqdori ortishidan oldinrok kuzatiladi. Kondagi mochevina miqdorining ortishi ekstrarenal omillarga boglik bo'lsa (oksilga boy ozik ovkat, tukimalarning parchalanishi, eritrotsitlarni gemolizi), kondagi kreatinin ortishi esa buyraklar funksional xolatini aniqrok ifodalaydi. Kondagi siydik kislotasining miqdorini aniqlash kam ahamiyatga ega, chunki uning sababi turli ekstrarenal omillarga boglik bulishi mumkin. Buyraklarning azot ajratish faoliyati buzilganda bemorlarni konida oksil almashuvining oxirgi maxsulotalari paydo buladi. Ular normal xolatda amaliy jixatdan aniqlanmaydi.

Buyraklarning elektrolitlar almashinuvida ishtiroki. va elektrolitlarni gomeostazni ta'minlashdagi ahamiyatini xisobga olgan xolda gomeostatik faoliyatining Ko'rsatkichi sifatida plazmaning elektrolitli tarkibini urganishni maksadliligini asoslaydi. Aynan konda quyidagi elektrolitlarni miqdorini aniqlash muximdir: kaliy, natriy, xlor, kalsiy, magniy, fosfor. Ko'p buyrak kasalliklarida reabsorbsiya va sekretsia jarayonlari buzilishi tufayli bu elektrolitlar miqdori kamayishi yoki ko'payishi mumkin. Lekin bu o'zgarishlarda ekstrarenal sabablar (kayt qilish, ich ketar, isitma va bot) xam ma'lum ahamiyatga ega bulishi mumkin.

Ko'p buyrak kasalliklari (glomerulonefrit, piyelonefrit, o'tkir buyrak, yetishmovchiligi va bosh.) giperkaliyemiya, gipernatriyemiya, gipermagniyemiya bilan namoyon buladi. Tezkor ravishda shishlar kamayganda va surunkali buyrak yetishmovchiligining boshlangich davrida Yaqqol giponatriyemiya, gipoxloremiya va gipokaliyemiya kuzatiladi. Gipermagniyemiya va gipokalsiyemiyani birgalikda kelishi o'tkirva surunkali buyrak yetishmovchiligiga xos.

Buyrak mexanizmli gomeostazni muxim Ko'rsatkichlari - bu ishqoriy rezerv (kationlar bilan boglangan bikarbonatlar miqdori) va ishqoriy zaxira (tula kondagi ishqorlarni umumiy zaxirasi). Xisolashlaricha, ishqoriy rezerv alveolali bosimga teng bosimda to'yintirilgan plazma bilan boglangan uglekislota miqdoriga teng. Buyrak yetishmovchiligida konning ishqoriy rezervi va zaxirasi kamayadi. Plazmani osmolyarligi yoki osmotik faol gradiyentlar miqdori (mochevina, elektrolitlar) xam buyraklarning faoliyatini baxolash uchun kullaniladi. Plazmaning asmolyarligini 280-300 mmol/l dan ortishi va okibatda uning muzlash nuktasi $-0,56^{\circ}$ S bulishi buyraklar faoliyatini buzilishi xakida dalolat beradi .

Ma'lum miqdorda konning oksilli tarkibi xam buyraklar funksional xolatini belgilaydi. Proteinogramma (kondagi oksil va uning fraksiyalari miqdori) koptokchalardagi oksil filtratsiyasi va naychalarda uningreabsorsiyasi xakida ikkilamchi ma'lumot berishi mumkin

**BUYRAKLAR FUNKSIONAL XOLATINI IFODALOVCHI
KONNING ASOSIY BIOXIMIK KO'RSATKICHLARI
NORMASI**

Ko'rsatkichlar	Yoshi	O'zgarish chegaralari
Zardobdagi um. oksil g/l	chakaloklarda	47 - 65
	1 oylik	41 -55
	2 oylik	47 - 59
	6 oylik	54-68
	1yosh	57-79
	1 -4 yosh	59-79
	kattalarda	62-82
Zardobdagi oksil fraksiyalari, %	0- 1 6 y o s h	
Albuminlar		56,5-60,8
Globulinlar		33,2-43,5
		3,5-6,0
Alfa ₁ - globulinlar Alfa ₂ -globulinlar Beta - globulinlar Gamma - globulinlar		6,9-10,5 7,8-12,5 12,8 -19,0
Zardobdagi koldik azot Mol/l	Chakaloklarda 1 - 12oy 1 - 6 yosh Kattalarda	14,6 -22, 8 17,1-27,8 19,3-29,3 18,6 -35,3
Zardobda mochevina Mol	chakaloklarda	2,5-4,5
	1 - 12 oy	3,3 -5,6
	1—6yosh	4,3 -6,8
	Kattalar	4,2-6,8
Zardobdagi siydik kislotali mmol/l	Chakaloklarda 1 - 12oy 1- 14 yosh	0,14-0,29 0,14-0,21 0,17-0,41
Zardobda kreatinin miqdori, mmol/l	0- 14 yosh	0,088-0,133
Zardobdagi umumiy xolesterin mmol/l	Chakaloklarda 0- 1 oy 1 - 12oy 1 - 1 2 yosh	1.30-2,60 1.56-2,99 1,82-4,84 3,74-6,5

Zardobdagi natriy mol/l	Chakaloklarda 1-12 oy 1 - 3 yosh Kattalarda	135-155 138- 142 125-143 137- 147
Zardobdagi kaliy mol/l	Chakaloklarda 1 oylik - 5 yosh 5 -14 yosh	4,66 - 6,66 4,15-5,76 3,69-5,12
Plazmadagi kalsiy mol/l	0 – 14 yosh	2,5-2,9
Zardobdagi magniy	0 - 1 yosh 1 – 14 yosh	0,66-0,95 0,78 - 0,99
Zardobda xlor mol/l	0- 14yosh	96- 107
Zardobda noorganiqfosfor mmol /l	Chakaloklarda 1 - 12 oy 1-14 yosh	1,78 1,29-2,26 0,65-1,62
Konning ishqoriy zaxirasi mmol /l	0-14 yosh	100-150
Konning ishqoriy rezervi mmol/l	0-14 yosh	21-29
Plazmani osmolyarligi mosmol/l	0-14yosh	280-300
Plazmani muzlash nuktasi S ⁰	0-14yosh	-0,56

Buyrak funksional xolatini baxolash uchun naFaqat kondagi mochevina, kreatinin, elektrolitlar va boshqa moddalar miqdori, balki ularning siydik bilan ajralishini aniqlaydigan tekshiruvlar muximdir. Siydikda bu moddalarning konsentratsiyasini kamayishi buyraklarni ajratish va konsentratsion qobiliyatini buzilganligini bildiradi. Ajralayotgan asosiy elektrolitlar (kaliy, natriy, kalsiy, xlor) xajmini umumiy kamayishiga qadar, ularning sutkalik ajralish ritmi buziladi. Bu elektrolitlarning kunduzgi va kechki ajralish farkini kamayishidan iborat.

Buyraklarni konsentratsion qobilyati siydikni osmolyarligini (undagi ionlar konsentratsiyasi va erigan molekulalarni molyar konsentratsiyasi) tekshirish asosida baxolanadi. Buning uchun siydikning muzlash nuktasi aniqlanadi yoki maxsus uskunalar ishlatiladi. Siydikning konsentratsiyasi ortgan sari uning osmotik bosimi ortishi va muzlash nuktasi pasayishi kuzatiladi.

Quyida buyraklar faoliyatini belgilovchi siydikning asosiy biokimyo va fizik-kimyo Ko‘rsatkichlarini keltirdik (adabiyotlar asosida).

<i>Ko'rsatkichlar</i>	<i>O'zgarishlar chegaralari</i>
Koldik azot, g/sut	10-20
Mochevina, g/sut	20-35
Siydik kislotasi, g/sut	0,4-1,0
Kreatinin, g/sut	1,0-3,2
Ammiak, g/sut	11-27
Aminokislotalar, g/sut	0,1-0,3
Natriy, g/sut	4-6
Kaliy, g/sut	1-3
Fosfor, g/sut	0,8-1,5
Sulfatlar, g/sut	0,4-1,5
Titrlanuvchi kislotalik, mmol/sut	100-300
N-ionlarning umumiy miqdori, mmol/sut	30-61
Osmolyarlik, mosmol/l	50-1300
Siydikning muzlash nuktasi, °S	-1-2,5

Buyraklarning parsial faoliyatini tekshirish.

Buyraklar parsial faoliyati deganda nefronning tarkibiy kislmlari - koptokcha va naychalar - faoliyati tushuniladi.

Buyraklarning parsial faoliyatini urganish tozalash koefitsiyentlarini (klirens)ni aniqlashga asoslangan. Klirens — bu bir vakt birligi ichida (1 minut) buyraklardan okib utib, u yoki bu moddadan tozalangan plazma xajmidir.

Moddalardan plazmani tozalanishi koptokchalardagi filtratsiya yoki naychalardagi sekretiya yuli bilan, yoki bu ikkala jarayon birgaligida amalga oshiriladi. Barcha endogen va ekzogen moddalar uchun uzgacha tozalanish yuli mavjud - filtratsiya, sekretiya yoki ularning ikkalasi xamkorligida. Koptokchalardagi filtratsiya tufayli endogen kreatinin, insulin, aminokislotalar, elektrolitlardan, naychalardagi sekretiya tufayli penitsillin, streptomitsin, yod preparatlari va boshqalardan tozalanish amalga oshiriladi.

Buyraklarning koptokcha apparati faoliyatini baxolash uchun koptokchali filtratsiya, buyraklarning plazma okimi va kon okimi, xamda filtratsion fraksiya

kabi Ko'rsatkichlarni tekshirish zarur.

Koptokcha filtratsiyasining me'yori mochevina, inulin, ko'proq esa endogen kreatinin klirensi miqdorini bilish yuli bilan aniqlanadi. Klirens quyidagi formulaga asosan aniqlanadi:

$$S = \frac{UxV}{P} \times \frac{1,73}{A}$$

S - modda klirensi, U - siydikdagi modda konsentratsiyasi, R - diurez,

1,73 - katta odamning tana yuzasining standarti (m^2), A - bolaning tana yuzasi (m^2).

Bolaning tana yuzasini quyidagi formula buyicha xisoblash mumkin:

$$A = \frac{4M + 7}{M + 90}$$

M- bolaning massasi (kg)

Endogen kreatinin klirensi uchta usul bilan tekshiriladi: o'rtacha sutkalik — siydikni sutka davomida yigib, kon kun mobayinida bir marta tekshiriladi; 2 soatli - siydikni 2 soat mobayinida yigib, kon shu muddat o'rtasida tekshiriladi; sutkalik - siydikni sutka mobayinida xar uch soatda yigiladi, kon esa kun davomida bir marta tekshirilib, bir sutkada koptokcha filtratsiyasining sakkizta me'yori aniqlanadi. Oxirgi usulda koptokcha filtratsiyasining maksimal, minimal va o'rtacha miqdori xisobga olinadi. Normada koptokcha filtratsiyasining ortishi tushlikdan keyin, pasayishi esa kechkurun kuzatiladi. Koptokcha filtratsiyasining pasayishi sabalarini o'zgaruvchanlik Ko'rsatkichi buyicha baxolanadi: organik o'zgarishlarda u o'rtacha koptokcha filtratsiyasiga parallel ravishda pasayadi, funksional o'zgarishlarda – pasaymasligi mumkin, lekin koptokcha filtratsiyasining o'rtacha me'yori Yaqqol kamayadi.

Soglom bolalar tanasining standart yuzasiga ($1,73 m^2$) asosan xisoblanganda endogen kreatinin klirensi (ml/min) quyidagi chegaralarda o'zgaradi (Veltichev Yu.Ye., Yuryeva E.A., 1979):

Yoshi	O'zgarish chegaralari
0-14 kun	25-35
14 kun 2 oy	25-55
2 oy 1 yosh	35-80
1 yoshdan kata	60-100
Kattalar	80-150

Buyrak plazma okimi (BP) – bu 1 minut ichida faoliyat ko‘rsatayotgan koptokchalardan okib utayotgan plazma miqdori. Buyraklar plazma okimini aniqlash buyraklardan koptokcha filtratsiyasi va naychalar sekretsiyasi orqali ajralayotgan moddalar koeffitsiyentini xisoblashga asoslangan (paramminogippur kislotasi, dionin, kardiostat va b.). buyraklar plazma okimini aniqlash uchun quyidagilar zarur: aniqlanilayotgan moddaning kondagi konsentratsiyasini bir me‘yorda ushlab turish - bu uni vena ichiga yuborish bilan amalga oshiriladi; yetarli diurezni ta‘minlash (3-5ml/min); buning uchun bemor suv bilan zuriktirilish buyuriladi; minutli diurezni aniq ulchash (siydik pufagiga tekshiruv muddatiga kateter quyiladi). Buyraklar plazma okimining me‘yori koptokcha filtratsiyasi uchun kullaniladigan formula buyicha xisoblanadi. Soglom bolalarda BP 550-600 ml/min atrofida. Buyraklar kon okimini aniqlash uchun BP hajmini gematokrit miqdoriga ko‘paytiriladi. Soglom bolalarda BK - 110-1250 ml/min. Nefronning koptokcha apparatini funksional xolati Ko‘rsatkichlariga filtratsion fraksiya kiradi, u quyidagi formula buyicha xisoblanadi:

$$\frac{\text{Koptokcha} - \text{filtratsiya}}{\text{Buyraklar} - \text{plazma okimi}} \times 100$$

Soglom bolalarda filtratsion fraksiya 13-20%.

Koptokchalar zaralanishi bilan kechadigan kasalliklarda (glomerulonefrit, volchankali nefrit va x.k.) koptokcha filtratsiyasi, buyraklar plazma okimi, buyraklar kon okimi, filtratsion fraksiya susayishi kuzatiladi. Ayniksa bu Ko‘rsatkichlar SBE-ning terminal davrida keskin susayadi.

Nefronning naychalarini faoliyati kislotali-asosiy xolat, suv elektrolitlar reabsorbsiyasi, ekskretsiyasi va sekretsiyasiga asosan baxolanadi. Kislotali – asosiy xolat bir sutkada siydik bilan ajralayotgan ammiak, titrlanuvchi kislotalik, N-ionlar yigindisi, siydikning rN-ni aniqlash] yo‘li bilan belgilanadi. Ammiak, titrlanuvchi kislota, N-ionlar yigindisi kamayishi ammiakni sintez qiluvchi va siydik so‘ngi atsifikatsiyaga uchraydigan nefronning distal kismalarining faoliyatini buzilishi tasdiklaydi. Nefronning distal kismalarining faoliyati buzilishini atsidoz kurinishida kuzatish mumkin. U konning ishqoriy zaxirasini kamayish darjasiga karab aniqlanadi - xam tasdiklanadi.

Nefronning distal kismalarining faoliyati buzilishilarini erta aniqlash uchun yukoridagi Ko‘rsatkichlar zurikishdan keyin tekshirilishi tavsiya etiladi (xlorli ammoniy va ishqor). Xlorli ammoniy bilan zuriktirish buyraklarning ortikcha kislotali valentliklarni ajratish qobiliyatiga asoslangan. Bu titrovchi kislotalikni ortishi va siydikni rN kamayishiga olib keladi. Bu sinamani texnikasi quyidagicha. Ertalab naxorda tekshiruvdagi bola 500 ml suv va 0,1 g/kg gacha xlorli ammoniyni (uralgani) iste‘mol qiladi. Keyinchalik bola 8 soat mobayinida xar soatda 250 ml och choy ichib siydik pufagini bushatadi. Siydikning xar porsiyasida titlovchi kislotalik va rN aniqlanadi. Soglom bolalarda xlorli ammoniyni kabul qilgandan keyin 4-5 soat utgach titrovchi kislotalik miqdori ortadi, siydikning rN 5-gacha pasayadi.

Titrovchi kislotaning miqdorini pasayishi piyelonefrit va tugmatubulopatiyalar uchun xos. Yaqqol atsidoz xolatida xlorli ammoniy bilan zuriktirish xavflidir.

Ishqor Bilan zuriktirish buyraklarning kondagi erkin kislota valentligi ishqoriy radikallar Bilan to'yintirilgandan sung ularni siydiu Bilan ajralishi qobiliyatiga asoslangan. Utkazish texnikasi quyidagicha. Ertalab naxorda, yotgan xolatda, tekshiruvdagi bola xar 2 soatda 5 gNa₂CO₃ ni siydik ishqoriy reaksiyaga kiringunga qadar iste'mol kiladi. Soglom bolada siydik 5-10 gNa₂CO₃ kabul qilganda ishqorlashadi (rN 1-3 birlik ortadi). Siydikni ishqorlash uchun kancha ko'p soda kerak bo'lsa, shuncha atsidoz va nefronni distal naychalari buzilishi kuchlidir.

Nefronni proksimal naychalar faoliyatini baxolash uchun suv va elektrolitlar (Na, Cl, Ca, Mg) reabsorbsiyasi xisoblanadi. Glyukozaning maksimal reabsorbsiyasini aniqlash proksimal naychalar faoliyatini belgilovchi yukori sezilarli Ko'rsatkich bo'lsada klinik amaliyotda utkazilishi kiyin va kam kullaniladi.

Naychalarda suv reabsorbsiyasi quyidagi formulaga asosan xisoblanadi (Щyuk., 1975):

$$R = 100 - \frac{P_{K2}}{U_{K2}} \times 100$$

R kg - zardobdagi kreatinin konsentratsiyasi

U kg – siydikdagi kreatinin konsentratsiyasi

Soglom bolalarda suvni naychali reabsorbsiyasi 97 % ni tashkil kiladi. Elektrolitlar reabsorbsiyasi quyidagi formula buyicha xisoblanadi:

$$R = \left(1 - \frac{\text{электрлитлар. клиренси}}{\text{креатинин клиренси}}\right) \times 100 \%$$

Elektrolitlarni naychali reabsorbsiyasi odatdagi sharoitda suv bilan zuriktirilib aniqlanadi. Suv va elektrolitlarni reabsorbsiyasi piyelonefrit, tubulopatiyalar, o'tkirbuyrak yetishmovichligi, surunkali buyrak yetishmovchiligining boshlangich davrida kuzatiladi.

Nefronni naychalar kismidagi sekretsiyani bemorga yuborilgan ayrim moddalarni siydik orqali ajralishiga kura tasdiklanadi - diodrast, PAG, fenolrot. Bolalar nefrologiyasi amaliyotida fenolrotli sinama keng tarkalgan. Sinama texnikasi quyidagicha. Bolaga yotgan xolda tekshiruvdan 30 minut oldin 15-20 ml/kg och choy beriladi. Sung siydik nufagi bushatilib tekshiruvdagi bemorning vena ichiga asta-sekin 0,06 %-li fenolrot (gudaklarga 5 kggacha bo'lsa - 3 ml, 5 kgdan ortikrok bo'lsa — 5 ml, 5 yoshgacha - 6 ml, 5 yoshdan katta bo'lsa - 10 ml) yuboriladi. Siydik 15, 30, 60 va 120 minutdan sung yigiladi. Normada 15 minutdan keyin siydik bilan 25-40% gacha, 1 soat ichida 40-50 %, 2 soat ichida - 60-80% yukorida aytilgan modda ajraladi.

Naychalarning sekretor faoliyati buzilganda fenolrot kam ajraladi va uning miqdori nefronning naychalar kismini sekretor faoliyati buzilishiga proporsional. Fenolrotni ajralishi o'tkirva surunkali piyelonefrit, nefrotik sindrom, o'tkirva surunkali buyrak yetishmovchiligida kamayadi; surunkali buyrak

yetishmovchiligining terminal davrida umuman ajralmaydi.

Buyraklar bir tomonlama zararlanganiga shubxa qilinsa, tekshirish uchun siydik mochetochniklarga urnatilgan kateter yordamida yigiladi. Agar xar bir buyrakdagi Ko'rsatkichlar orasidagi fark 15% dan ortik bo'lsa, ung va chap buyrak zararlanishi turli darajada ekanligi tasdiklanadi.

Siydik chiqaruv tizimi kasalligiga chalingan bemorlar kasallikni asoratlanmagan kechishida tekshiruv va davolashni UAV o'tkazadi. Kasalliklar «Umumiy amaliyot vrachi malakaviy xarak-teristikasi» kategoriyalariga ko'ra guruhlariga bo'lingan. (2003 yil 10 dekabrda O'zR SSV tasdiqlagan).

1 kategoriya UAV vrachlik uchastkasida o'zi mustaqil bajara-digan tashxislash va davolash ish xajmi.

- O'tkir piyelonefrit (asoratlanmagan).
- Uretrit.
- Sistit.
- Balanit, balanopostit, fimoz.
- O'tkir prostatit.
- Orxoepididimit (nospetsifik).
- Enurez (yengil shakli).
- Siydik-tuzli diatez.

Davolash samarasiz bo'lsa yoki bemorning holati davolash vaqtida og'irlashsa, bemor mutaxassis maslahatiga yuboriladi.

2 kategoriya UAV bemorni ko'rikdan o'tkazib, taxminiy tashxis qo'yadi, yakuniy tashxislash va davolash uchun mutaxassisga yuboradi.

- Buyrak, buyrak jomchalari va siydik chiqarish nayining ano-maliyalari /tug'ma nuqsonlari (soni, joyi, o'lchami va tarkibi).
- O'tkir va surunkali piyelonefrit (asoratlangan).
- O'tkir va surunkali glomerulonefritlar.
- Siydik tosh kasalligi.
- Surunkali buyrak yetishmovchiligi.
- Buyrak absessi, paranefrit.
- Nasliy nefropatiyalar.
- Siydik tutaolmaslik.
- Surunkali prostatit.
- Gidronefroz.
- Varikotsele, moyak va urug' naychasi istisqosi.
- Kriptorxizm, parafimoz.
- Peyroni kasalligi, erkaklar bepustligi, erektil disfunk-siya.
- Moyak urug' naychasi buralib qolishi.
- Prostata bezi xavfsiz giperplaziyasi va saratoni.
- Buyrak, siydik pufagi, moyaklar, jinsiy olat o'smalari.

Siydik chiqaruv yo'llari infeksiyasi - uroteliyning (siydik yo'llari shilliq qavati) bakteriyalar ta'siriga ko'rsatadigan yallig'lanish reaksiyasi, piuriya va bakteriuriya bilan ifodalanadi. Klinik ko'rinishlari - piyelonefritlar, paranefrit, sistit,

uretrit, orxit, epididimit, balanit

Piuriya– siydikda leykotsitlar miqdorining oshishi. Odatda 1 ml siydikda aniqlanadi. Leykotsitlar miqdori 2000/ml dan kam bo'lsa - me'yori, 2000-4000/ml – shubha zonasi (TORCH-infeksiya bo'lishi mumkin), 4000/ml dan ko'p - siydik yo'llari infeksiyasi yoki siydikni noto'g'ri yig'ish (kontaminatsiya – ifloslanish).

Leykotsituriya o'choqlari:

Siydik chiqaruv tizimi a'zolari (siydik yo'llari infeksiya-si).

Ayollar qinidan ajralmalar (kontaminatsiya).

Jinsiy olat preputsial qopchasining bo'lishi (kontamina-siya).

Siydik yig'ilgan idishning iflosligi (kontaminatsiya).

Bakteriuriya– siydikda bakteriyalar bo'lishi.

Siydik me'yorda steril bo'ladi, patologik mikroorganizmlar peshobga siydik yo'llaridan tushsa chin bakteriuriya deb aytiladi. Siydikka bakteriyalar teri yuzasidan, qin yoki pre-putsial kopchadan tushsa, bu holatda koloniya hosil qiluvchi bir-liklar (KXB) soniga asoslanib baho beriladi va bakteriuriya chin yoki soxtaligi ajratiladi. Kasallik klinik belgilari bo'lmasa, KXB soni 100 000 dan kam bo'lmasa – bakteriuriya chin

deb hisoblanadi va bakteriyalar siydik yo'llaridan tushganini tasdiklaydi.

Bakteriuriya quyidagi hollarda ahamiyatga ega:

- ayollarda o'tkir asoratlanmagan sistit – KXB 1000 dan ortiq;
- ayollarda o'tkir asoratlanmagan piyelonefrit - KXB 10 000 dan ortiq;
- erkaklarda yoki kateter qo'yilgan ayollarda siydik yo'llarining asoratlangan infeksiyasida KXB 10 000 dan ortiq;
- *S. saprophyticus* va turli *Candida* chaqirgan infeksiya-larda KXBning quyi chegarasi 10 000 va undan ko'p miqdori hisoblanadi;
- siydik pufagi punksiyasi bilan olingan siydikda KXBning har qanday miqdori ahamiyatga ega;

Bemorda shikoyatlar bo'lmay, kasallik belgilari aniqlanmagan holatlarda 7-14 kun farqi bilan takroriy olingan peshob bakterial ekmasida 100 000 bir turdagi bakteriyalar aniqlansa – simptomsis bakteriuriya deb tashxis qo'yiladi. Bu holat ko'proq homiladorlik davrida uchraydi.

Kontaminatsiya

Bakteriyalar bilan ifloslanish - siydik yo'llari infeksiyasini tashxislashda qiyinchiliklar tug'diradi.

Bakteriyalar soni - 100 000 KXBdan kam, yoki siydikda bir necha turdagi bakteriyalar aniqlansa, kontaminatsiya gumon qilinadi.

Siydik yo'llari infeksiyasi tasnifi, Stamey bo'yicha (1980)

A. Birlamchi infeksiya.

B. Tugallanmagan bakteriuriya.

V. Bakterial persistensiya.

Bo'g'im sindromi. Revmatik isitma. Kechishining o'ziga xosligi, birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi. Dispanser kuzatuv.

O'tkir revmatik isitma (O'RI) – biriktiruvchi to'qimaning sistem yallig'lanish kasalligi bo'lib, genetik moyilligi bor odamlarda A guruhga kiruvchi β – gemolitik streptokokklar chaqirib, bo'g'imlarda va yurakda patologik jarayonlar kechishi bilan boradi.

QISQARTMASI: O'RI – o'tkir revmatik isitma.

EPIDEMIOLOGIYASI

-Birinci marta aniqlangan revmatik yurak poroklari soni 0,065 : 1000 aholiga.

-Tarqalish darajasi – 0,5 : 1000 bolalarda va 3:1000 katta yoshdagi aholida • Yoshi: 7-15 yosh • Jinsi: ustunligi aniqlanmagan.

PROFILAKTIKASI

Birlamchi profilaktika

Maqsad: O'RI ni oldini olish uchun o'tkir streptokokkli infeksiyalariga qarshi monanddavo.

A guruhidagi β - gemolitik streptokokkchaqirgan o'tkir tonzillitni davolash

Penitsillin– birinchi qator dori vositalari.

- Benzatin benzilpenitsillin 1 kun davomida ♦ kattalarga 2,4 mln TB dan ♦ bolalarga tana vazni 25 kg dan kam bo'lganda 0,375 g/kg 2 qabulga bo'lib ♦ tana vazni 25 kg dan ortiq bo'lganlarga 750 mg/sut 2 qabulga bo'lib mushak orasiga qilinadi.

- Amoksitsillin 10 kun davomida ichishga ♦ kattalarga 3 mahal kunda 0,5 g dan ♦ bolalarga kunda 0,375 g.

- Fenoksimetilpenitsillin 10 kun davomida ichishga ♦ kattalarga 3 mahal kunda 0,5 g dan, tana vazni 25 kg dan ortiq bo'lgan bolalarga kunda 3 mahal 250 mg dan.

Penitsillinni ko'tara olmaganda –zahira dori vositalari.

- Azitromitsin ichishga ♦ kattalarga 1kunda 0,5 g dan, keyin kunda 0,25 g 6 kun davomida ♦ bolalarga kunda 12 mg/kg dan 1 mahal 5 kun davomida.

- Midekamitsin ichishga ♦ kattalarga 0,4 g. dan kunda 3 mahal 10 kun davomida ♦ bolalarga 50 mg/kg dan 2 qabulga 10 kun davomida.

- Roksitrometsin ichishga ♦ kattalarga kunda 0,3 g 2 qabulga 10 kun davomida ♦ bolalarga 5 mg /kg dan 2 qabulga 10 kun davomida.

- Klaritromitsin ichishga yoki mushak orasiga ♦ kattalarga kunda 0,5 g dan 2 mahal 10 kun davomida ♦ bolalarga 15 mg/kg dan 2 mahal 10 kun davomida.

- Spiramitsin ichishga yoki mushak orasiga ♦ kattalarga kunda 3 mln TB dan 2 mahal 10 kun davomida ♦ bolalarga 1,5 mln TB dan kunda 2 marta 10 kun davomida.

Penitsillin va makrolidlarni ko'tara olmaganda – zahira antibiotiklari.

- Klindamitsin mushak orasiga ♦ kattalarga 0,15 g dan kunda 4 mahal 10 kun davomida ♦ bolalarga kunda 20 mg/kg 3 mahaldan 10 kun davomida.

- Linkomitsin mushak orasiga ♦ kattalarga 0,5 g dan 3 mahal 10 kun davomida ♦ bolalarga kunda 30 mg/kg 3 mahaldan 10 kun davomida.

A guruhiga kiruvchi β -gemolitik streptokokk chaqiradigan qaytalanuvchi tonzillitni davolash

- Amoksitsillin + klavulan kislota ichishga ♦ kattalargakunda 1,875g dan 3 mahal 10 kun ♦ bolalarga 40 mg/kg dan 3 mahal 10 kun davomida.
- Klindamitsin ichishga ♦ kattalargakunda 0,6 g dan 4 mahal 10 kun davomida ♦ bolalarga kunda 20 mg/kg dan 3 mahal 10 kun davomida.
- Linkomitsin ichishga ♦ kattalargakunda 1,5 g dan 3 mahal 10 kun davomida ♦ bolalarga kunda 30 mg/kg dan 3 mahal 10 kun davomida.
- Sefuroksim ichishga ♦ kattalargakunda 0,5 g dan 2 mahal 10 kun davomida ♦ bolalargakunda 20 mg/kg dan 2 mahal 10 kun davomida.

IKKILAMCHI PROFILAKTIKA

Maqsadi: O'RI qayta huruji va yurakning revmatik porogi kuchayishini oldini olish. Ikkilamchi profilaktikani etiotrop antistreptokokk terapiya tugagandan so'ng darhol boshlanadi. Ikkilamchi profilaktikaning davomiyligi:

- O'RI ni karditsiz o'tkazgan bemorlar uchun (poliartrit, xoreya)–5 yil;
- Karditli O'RI ni birlamchi va takror o'tkazgan bemorlar uchun 5 yildan ko'p yoki hayoti davomida.

O'RI ning ikkilamchi profilaktikasida dori vositalaridan asosan uzoq ta'sir etuvchi benzatin benzilpenitsillin – 3 haftada bir marta mushak orasiga yuboriladi.

- Kattalarga 2,4 mln TB dan;
- Tana vazni 25 kg dan yengil bo'lgan bolalarga 600.000 TB dan, tana vazni 25 kg dan ortiq bo'lganlarga 1,2 mln TB dan.

Revmatik yurak porogi bor bemorlarda bakterial endokarditning ikkilamchi profilaktikasi

Maqsadi: Tibbiy muolajalar o'tkazish paytida kelib chiqishi mumkin bo'lgan bakteriyemiyaning oldini olish.

Og'iz bo'shlig'i, qizilo'ngach, nafas yo'llaridagi muolajalardan oldin.

- Standart sxema ♦ kattalarga muolaja boshlanishidan 1 soat oldin 2 gamoksitsillin ichishga ♦ 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga muolajadan 1 soat oldin 950 mg/kg amoksitsillin ichishga.
- Ichish mumkin bo'lmaganda ♦ kattalarga muolajadan 30 minut oldin 2 g ampitsillin vena ichiga yoki mushak orasiga ♦ 12 yoshgacha bo'lgan bolalarda 50 mg/kg ampitsillin muolajadan 30 minut oldin v/i yoki m/o.
- Penitsillinga allergiya bo'lganda ♦ kattalarga muolajadan 1 soat oldin 500 mg azitromitsin yoki 500 mg klaritromitsin yoki 600 mg klindamitsin yoki 2 g sefaleksin ♦ 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga muolajadan 1 soat oldin 15 mg/kg azitromitsin yoki 15 mg/kg klaritromitsin yoki 20 mg/kg klindamitsin yoki 50 mg/kg sefaleksin.
- Penitsillinga allergiya bo'lganda yoki ichishning iloji yo'qligida ♦ kattalarga muolajadan 30 minut oldin 600 mg klindamitsin v/i yoki 1 g sefazolin m/o yoki v/i ♦ 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga muolajadan 30 minut oldin 20 mg/kg klindamitsin v/i yoki 25 mg/kg sefazolin m/o, v/i.

Oshqozon ichak va urogenital yo'ldagi muolajalardan oldin.

- Standart sxema ♦ kattalarga muolajadan 1 soat oldin 2 g amoksitsillin ichishga; 2 g ampitsillin m/o yoki v/i, muolajadan 30 minut oldin dori yuborishni to'xtatish

lozim ♦ 12 yoshgacha boʻlgan bolalarga muolajadan 1 soat oldin 50 mg/kg amoksitsillin ichishga; 50 mg/kg ampitsillin m/o yoki v/i qilinadi, muolajadan 30 minut oldin yuborishni tugallash lozim.

• Penitsillinga allergiya boʻlganda ♦ kattalarga 1 g vankomitsin v/i 1 – 2 soat davomida, muolajadan 30 minut oldin yuborishni tugallash lozim ♦ 12 yoshgacha boʻlgan bolalarga 20 mg/kg vankomitsin 1 – 2 soat davomida yuboriladi, muolajadan 30 minut oldin yuborishni toʻxtatish lozim.

KLASSIFIKATSIYASI

Kasallikning faolligiga koʻra

• Faollikning III darajasi: isitma, oʻtkir revmatik poliartrit, miokardit, AT larning streptokokka qarshi yuqori titri, ECHT ning oshishi 40 mm/s dan yuqori; pankardit (boʻlishi mumkin), serozit.

• Faollikning II darajasi: tananing subfebril harorati bilan kechuvchi yurak shikastlanishining oʻrta darajada yuzaga chiqishi, poliartralgiya, monooligoartrit, xoreya; qonning umumiy tahlilida leykotsitoz, ECHT – 20 – 40 mm/s chegarasida.

• Faollikning I darajasi: monosindrom belgilar bilan ajralib turadi (yengil kardit yoki kichik xoreya). Laboratoriya Koʻrsatkichlari normada yoki kam darajada oʻzgargan.

DIAGNOSTIKASI

Anamnez

Oʻtkir revmatik isitma anginadan 2 – 3 hafta oʻtgandan soʻng yuzaga chiqadi. Shikoyatlar: yirik boʻgʻimlarda ogʻriq, revmokardit rivojlanganda – yurak sohasida ogʻriq, yurak urishi, hansirash.

FIZIKAL TEKSHIRISH

• Harorat subfebrildan yuqori isitmalashgacha oʻzgarib turadi.

• Terini tekshirish ♦ Halqasimon eritma (tanada va qoʻl-oyoqlarning proksimal qismida och – pushti rangdagi halqasimon toshmalar toshib, qichimaydi, teri ustidan koʻtarilib turmaydi, oʻzidan keyin dogʻ qoldirmaydi) – xarakterli, lekin kam uchraydigan (OʻRI ning barcha holatlarini 14 – 17 %) belgi ♦ Teri osti revmatik tugunlari (bilak, tizza sohasidagi payni birikish joyida yokiensa suyagida mayda tugunchalar kuzatiladi) – bu belgi kasallikka xos ammo kam uchraydi (OʻRI ning barcha holatlarini 1–3 % ida).

• Boʻgʻimlarni tekshirish ♦ Patologik jarayonga tizza, boldir – panja, bilak – kaft, tirsak boʻgʻimlari koʻproq chalinadi ♦ Ogʻriqlar turgʻun boʻlmagan xarakterga ega ♦ Yalligʻlanishning (poliartralgiyalarda butunlayyoʻq holatidan to ekssudativ oʻzgarishlargacha boʻlib, harakat hajmining cheklanishi bilan) oʻzgarishlari ♦ Boʻgʻim sindromi NYAQVtaʻsirida tez oʻtib ketadi va deformatsiya kelib chiqmaydi.

• Yurak auskultatsiyasi.

♦ Mitral regurgitatsiyani aks ettiruvchi sistolik shovqin eshitilib, quyidagi taʻrifga ega boʻladi ♦ xarakteriga koʻra davomli, puflovchi shovqin ♦ birinchi ton bilan bogʻliq sistolaning katta qismini egallaydi ♦ yurak choʻqqisida eshitiladi va chap qoʻltiq osti sohasiga uzatiladi.

◆ Mezodiastolik shovqin, mitral stenozni aks ettiradi, quyidagi ta'riflarga ega ✦ chap yonboshga yotib nafas tutib turilganda yurak cho'qqisida eshitiladi ✦ ko'pincha uchinchi tondan keyin yoki uni to'sadi.

◆ Protodiastolik shovqin aortal regurgitatsiyani namoyon qiladi, quyidagi ta'riflarga ega ✦ chuqur nafas chiqargandan so'ng bemor oldinga egilganda to'sh suyagining chap qirrasini bo'ylab eshitiladi

✦ puflovchi, kamayuvchi xarakterga ega

✦ ikkinchi tondan so'ng darhol boshlanadi

✦ revmakarditda protodiastalik shovqin sistologik shovqin bilan qo'shib ketadi, chunki revmatizm uchun aortal klapaning yakka shikastlanishi xos emas.

• Nerv sistemasini tekshirish. 6 – 30 % hollarda kichik xoreya belgilari kuzatiladi (giperkinez-zo'raki harakatlar bilan kechuvchi). 5–7% hollarda O'RI ning birdan–bir belgisi xoreya hisoblanadi.

LABORATOR TEKSHIRISHLAR

• Qon umumiy tahlili: leykotsitoz, ECHT ning oshishi.

• SRO konsentratsiyasining oshishi, qon umumiy tahlilidagi va qondagi yallig'lanishli o'zgarishlarni ko'rsatadi.

• Bakteriologik tekshirishlar: halqum surtmasida β –gemolitik streptokokkning topilishi kasallikning o'tkir davrini va uning tashuvchanligini bildiradi.

• Serologik tekshirishlar: antistreptolizin va antigialuronidaza va antidezoksiribonukleaza V titrini oshishi.

INSTRUMENTAL TEKSHIRISHLAR

• EKG: o'tkazuvchanlik va ritmning buzilishi miokarditni bildiradi.

• ExoKG: perikardit va klapanlardagi o'zgarishlarni aniqlash uchun zarur. Shuni esda tutish lozimki, O'RI da miokardit va/ yoki perikardit doimo valvulit bilan kechadi.

DIAGNOSTIK MEZONLAR

1992 yilda Amerika kardiologlar assotsiatsiyasi tomondan qayta ko'rib chiqilgan A.A.Kisel va T.D.Jons diagnostik mezonlari:

Katta mezonlar • kardit • poliartrit • xoreya • halqasimon eritema • teri osti revmatik tugunchalari.

Kichik mezonlar • klinik: artralgiyalar, isitma • laboratoriya tekshiruvlari: ECHT ning oshishi, SRO konsentratsiyasining ko'tarilishi • EKG da PQ intervalining uzayishi.

Bo'lib o'tgan streptokokk infeksiyasini isbotlovchi ma'lumotlar • Tomoqdan olingan surtmada A guruhiga kiruvchi β – gemolitik streptokokkning musbat natijalari yoki Ag A guruhiga kiruvchi streptokokklarni tez aniqlash testining musbat bo'lishi • Streptokokka qarshi antitelalar titrining oshishi yoki oshib borishi.

2 ta katta mezon yoki 1 ta katta 2 ta kichik mezonning β – gemolitik streptokokk infeksiyasi bo'lib o'tganligini tasdiqlovchi ma'lumotlar bilan birga kelishi O'RI bo'lish ehtimoli yuqori ekanligini tasdiqlaydi.

DIFFERENSIAL DIAGNOZ

O'RI – bo'g'im sindromining yurak klapanlari shikastlanishi bilan qo'shilib keladigan yagona kasallik hisoblanmaydi, shuning uchun bemorlarda boshqa patologik holatlar bo'lishini ham ko'zda tutish lozim va ular quyidagilar:

-Bakterial endokardit, bu kasallik etiologiyasida streptokokklardan tashqari, boshqa mikroorganizmlar ham ahamiyatga ega. Buni aniqlash uchun bakteriologik qon ekmlarini takror o'tkazish lozim.

-Bolalarda ko'proq uchraydigan burun – halqum infeksiyasidan keyin kelib chiqadigan reaktiv artrit qaytar xarakterga ega bo'lib, yurakning zararlanishi bilan kechmaydi. Differensial diagnoz maqsadida bemorlarni kuzatish lozim.

-SQV dagi Libman-Saks endokarditi antifosfolipid sindromi in'ikosi hisoblanadi. SQV da kardit va poliartritdan tashqari, kasallikka hos boshqa klinik belgilar va antifosfolipid AT lar ham aniqlanadi.

-Ankilozlovchi spondiloartritda mitral va aortal regurgitatsiya belgilari bo'lmaydi. Ammo albatta sakroileit belgilari kuzatiladi.

-Bolalar miokarditi streptokokk infeksiyasi bo'lmaganda ko'pincha virus orqali kelib chiqadi (juda ko'p hollarda Koksaki V virusi).

-Mitral regurgitatsiya valvulit bilan emas, bo'g'imlar gipermobilligi va mitral klapan prolapsi bilan birga kelishi mumkin.

-Laym kasalligini Borreliaburgdorferi chaqiradi. Anemnezda–kana chaqishi. Laym kasalligining serologik isboti bo'lib qondagi antiborrelioz AT lar xizmat qiladi.

DAVOSI

Davolashning maqsadi

- β – gemolitik streptokokk eradikatsiyasi
- Revmatik jarayon faolligini kamaytirish
- Yurak porogi shakllanishiga yo'l qo'ymaslik.

Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatmalar. Hamma bemorlar shifoxonaga yotqiziladilar.

DORILARSIZ DAVOLASH

Tartib. 2–3 haftaga yotoq rejimi buyuriladi.

Parhez, Vitamin va oqsilga boy mahsulotlar berilib, osh tuzi va uglevodlar chegaralanadi .

Fizioterpevtik davo tavsiya qilinmaydi.

DORILAR BILAN DAVOLASH

Etiotrop (antistreptokokk) terapiya

Benzilpenitsillin kattalar va o'smirlarga 400 000 – 1 000 000 TB dan kunda 4 mahal 10 kun davomida mushak orasiga. Bolalarga 100 000 – 150 000 TB dan kunda 4 mahal 10 kun davomida mushak orasiga.

Keyinchalik ikkilamchi profilaktika uchun ta'sir doirasi keng penitsillindan foydalaniladi.

Penitsillinga allergiya bo'lganda makrolidlar buyuriladi:

-roksitromitsin bolalargakunda 5–8mg/kg.Kattalargakunda 150 mg dan 2 marta ichishga.

-klaritromitsin bolalargakunda 7,5 mg/kg. Kattalargakunda 250mg dan 2 mahal ichishga.

PATOGENETIK (YALLIG‘LANISHGA QARSHI) DAVO

-Glyukokortikoidlar kasallikning o‘tkir kechishida, yaqqol va o‘rtacha karditda, O‘RI ning II va III faollik darajasida buyuriladi. Prednizolon kattalar va o‘smirlarga kunda 20 mg dan, bolalarga 0,7 – 0,8 mg/kg dan bitta qabulga ertalab ovqatdan keyin terapevtik natijaga erishguncha ichiladi (o‘rtacha 2 hafta). Keyin doza (2,5 mg dan har 5 – 7 kunda) butunlay bekor qilguncha asta – sekin kamaytiriladi. Davo kursining umumiy davomiyligi 1,5 – 2 oyni tashkil etadi.

-NYAQV yengil revmokatitda va revmatik artritda, jarayonning minimal faolligida, bundan tashqari, yuqori faollik pasaygan vaqtda va GKS berish bekor qilinganda yoki revmatik yurak porogi negizida O‘RI qaytalanganda buyuriladi. Diklofenak kattalar va o‘smirlarga 25 – 50 mg dan kunda 3 mahal, bolalarga 0,7 – 1,0 mg/kg dan kunda 3 mahal yallig‘lanish faolligi Ko‘rsatkichlarini normaga tushgunicha (o‘rtacha 1,5 – 2 oy davomida) qabul qilinadi.

XIRURGIK YO‘L BILAN DAVOLASH

Ko‘rsatmalar bo‘lganda O‘RI natijasida paydo bo‘ladigan yurak poroklarini davolash uchun mutaxassis xirurg maslahatiga yuborish zarur.

BEMORLARNI O‘RGATISH

Davolash natijalari yaxshi bo‘lishi uchun bemorga uzoq vaqt bitsillinprofilaktika hamda bakterial endokarditni ikkilamchi profilaktikasini o‘tkazish zarurligi tushuntiriladi. Shunday bo‘lishiga qaramasdan O‘RI ni davolash uchun bemorlarni mustaqil holda o‘rgatish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

KEYINGI TADBIRLAR

Etiotrop va potogenetik davolash tugagandan so‘ng, ikkilamchi profilaktika bosqichi boshlanadi (o‘tkazish jadvali va muddati «profilaktika» bo‘limida keltirilgan). Bemorni uzoq kuzatish davomida yallig‘lanish Ko‘rsatkichlarining faolligi hamda klapanlardagi o‘zgarishlar va gemodinamika holati nazorat qilinadi.

PROGNOZI

O‘RI faolligi yuqori bo‘lganda hamda kasallik monand davolanmaganda yurak porogi kelib chiqish ehtimoli yuqori. Shakllangan yurak porogida prognoz gemodinamikaning buzilish darajasiga bog‘liq.

Yo‘tal. Yuqori nafas yo‘llari kasalliklari diagnostikasi-ORVI, faringit, tonsilit, loringit, epiglottit, otit.Profilaktika.Otoskopiyani o‘tkazish.

O‘TKIR FARINGIT

O‘tkir faringit (O‘F) – halqum shilliq pardasining o‘tkir tutashgan yallig‘lanishi. Aksariyat hollarda bu kasallik o‘tkir burun kasalliklari sifatida kechadi, lekin alohida turlari ham uchrab turadi. O‘tkir faringit bakterial va virusli bo‘lishi mumkin.

Etiologiyasi • Bakterial o‘tkir faringit (30 %) ♦ A guruhiga kiruvchi β – gemolitik streptokokk ♦ *Neisseria gonorrhoeae* ♦ *Coryne – bacterium diphtheriae* ♦ *Haemophilus influenzae* ♦ *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* ♦ Ayrim hollarda S va J guruhiga kiruvchi streptokokklar • Virusli o‘tkir faringit (70 %) ♦ Adenoviruslar ♦ Rinoviruslar ♦ Paragripp viruslar ♦ Koksaki va YESNO viruslari ♦ Koronaviruslar ♦ Epstein – Barr virus ♦ SMV.

Xavfli omillar • Sovuqda qolish • Sensibilizatsiya • Havoda changning ko‘payishi, jumladan ishlab chiqarish korxonalarida • Chekish va alkogolni ko‘p iste‘mol qilish • Umumiy yuqumli kasalliklar, immun tanqisligi holatlari • Buyrak va qon kasalliklari • Kichik yoshdagi bolalar so‘zagi.

Klinik manzarasi • Tomoqning qurishi, yo‘tal, tomoq qichishishi, tomoqda yot jism hissi • Tomoqda og‘riq so‘lak yutilganda kuchayib, quloqqa berilishi • Bemor umumiy ahvolidan biroz yomonlashishi (holsizlanish, bosh og‘rig‘i, anoreksiya, subfebril harorat).

Diagnostikasi • Faringoskopiyada halqumning orqa shilliq qavati, yumshoq tanglay – halqum ravoqlari giperemiyalangan, infiltratsiyalangan, shishgan, “laklangan” ko‘rinishda bo‘ladi. Ayrim limfatik follikulalar kattalashgan, qizil rangda bo‘rtib turadi. So‘lak ko‘p miqdorda ishlab chiqariladi • Laborator tekshiruvlar – umumiy qon tahlilida leykotsitar formula chapga siljiydi • Bakteriologik tekshiruvlar • Virusologik tekshiruvlar • O‘tkir bakterial faringitda periferik qonda streptokokklar aniqlanadi.

Differensial diagnostikasi – kataral angina bilan.

DAVOLASH ambulator usulda.

• Umumiy davolash ♦ Parhez. Issiq, sovuq, nordon, achchiq, sho‘r ovqatlar taqiqlanadi ♦ Iliq vitaminlashtirilgan suyuqlik kuniga 1,5-2 litr ♦ Penitsillin qatoridagi antibiotiklar ♦ Giposensibilizatsiya vositalari ♦ Vitamindavosi.

• Mahalliy davo ♦ Tomoqni iliq antiseptik eritmalar bilan har 30 – 60 minutda (kaliy permanganat, nitrofuril, yodinol, kumush nitrat) chayish ♦ Aerozol preparatlarini sepish (ingalpt, kameton – sutkasiga 4 – 5 marta) ♦ Burun bo‘shlig‘iga iliq instillyatsiya qilish (0,5 – 1 % natriy gidrokarbonat + 10 % glitserinni suvli eritmasi) ♦ Ambazon ♦ Kasallik etiologiyasidan qat‘iy nazar natriy gidrokarbonatning yirik dispersli arozoli, o‘simlik yog‘i (bolalarga lizotsim) bilan ingalyatsiya qilish ♦ Xalqum orqa devori va bo‘yin orqa yuzasini UF nurlar bilan nurlantirish (3 – 4 biodozadan).

Dorilar bilan davolash

• Tanlov preparatlari. Streptokokkli o‘tkir faringitda revmatik isitmalash profilaktikasi maqsadida – antibiotiklar 10 kun davomida: fenoksimetilpenitsillin 200 mg. 3 mahal. Eritromitsin kuniga 300 – 400 mg. 3 marta yoki sefalekssin 250 mg. 3 marta.

• Muqobil preparatlar ♦ Bakteriya tashuvchilik holatida – penitsillin va rifampitsin preparatlari birgalikda qo‘llaniladi ♦ Sefolosporinlar penitsilliga nisbatan revmatik asoratlarning oldini samaraliroq oladi ♦ Azitromitsin va klaritromitsin. Azitromitsinning afzal jihati – 5 kunlik qabuldan so‘ng preparatning mikroblarga qarshi ta‘siri 10 kun davom etadi.

Asorati – surunkali faringit.

Profilaktikasi • Organizmni chiniqtirish • Xavfli omillarni yo‘qotish • Burundan to‘g‘ri nafas olishni tiklash • Infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish.

SURUNKALI FARINGIT

Surunkali faringit (SF) – halqum shilliq qavatining surunkali yallig‘lanishi bo‘lib, to‘g‘ri davolanmagan o‘tkir faringit yoki sababi bartaraf etilmagan omillardan

kelib chiqadi.

Klassifikatsiyasi. Patomorfologik o'zgarishlarga ko'ra • Kataral SF, diffuz venoz giperemiya, shilliq qavat shishishi, shilliq bezlarning gipersekretsiyasi • Gipertrofik SF – silindrsimon hilpillovchi epiteliy o'rniga kubsimon yoki yassi epiteliy bo'lishi, epiteliy deskvamatsiyasi kuzatiladi. Shilliq osti qavati shishgan, infiltratlangan • Atrofik SF ko'pincha atrofik rinit ko'rinishida va halqum shilliq qavatining yupqalashishi hamda bezlarining kamayishi va giposekretsiya bilan o'tadi.

Xavfli omillar • Chekish, ichish, ekologiya buzilganligi • Surunkali infeksiya o'chog'lari (burunda, og'iz bo'shlig'ida, halqumda) • Yurak qon – tomir kasalliklari, siydik – tanosil, oshqozon – ichak yo'li, modda almashinuvining buzilishlari, gipovitaminozlar.

Klinik manzarasi • Tomoq qurishi, achishishi, tomoqda yot jism borligi hissi, yo'tal • Ko'zdan yosh oqishi • Ertalablari shilliq ajralma ajralishi • Bemor shikoyatlari bilan faringoskopiya har doim ham to'g'ri kelavermaydi.

Faringoskopiya • Kataral surunkali faringitda – giperemiya, ozroq shish va halqum shilliq qavatining qalinlashishi, halqum orqa devorining ayrim joylari xira shilimshiq bilan qoplangan • Gipertrofik surunkali faringitda – og'iz – halqumning orqa devori shilliq pardasi yuzasidan bo'rtib chiqib turgan limfoid to'qimaning qizil rangli granulari aniqlanadi. Ularning kattaligi 1 – 5 mm. gacha bo'ladi • Atrofik surunkali faringitda – halqumning shilliq pardasi quruq va yupqa, och pushti rangli, yaltirab ko'rinadi.

Laborator tekshiruvlar – o'tkir faringitga qaralsin.

Davolash ambulator usulda • Parhez • Ishqoriy, yog'li va giyohli ingalyatsiyalar • Halqum granula va yon valiklarini kuydirish (gipertrofikSF) • Medikamentoz davo – kumush nitratning 10% – 20% eritmasi, uchxlorsirka kislotasi ♦ Fizik usul – galvanokaustika va kriodavo • Halqumning yon valiklariga biostimulyatorlar yuborish • Fiziodavo jag' osti sohasiga nikotin kislota bilan elektrofarez, induktotermiya, magnitodavo va past energiyali lazer, bo'yin sohasiga balchiqli applikatsiyalar • Proteolitik fermentlardan ingalyatsiya • Balchiq va oltingugurtvodorodli manbalari bo'lgan, nam iqlim sharoitidagi sanatoriya va kurortlarda davolash.

TONZILLIT

Tonzillit – yuqumli kasallik bo'lib, ko'proq A guruhidagi β – gemolitik streptokokk, kamroq stafilokokk yoki boshqa mikroorganizmlar ta'sirida limfadenoid halqum halqasi murtaklari yallig'lanishidir. Ular orasida tanglay murtagining surunkali yallig'lanishi boshqalarga qaraganda ko'proq uchraydi. Shuning uchun ham «surunkali tonzillit» deganda aynan shu jarayon tushuniladi. Tonzillit kelib chiqishiga organizm reaktivligining o'zgarishi, intoksikatsiya, umumiy va mahalliy sovqotish, noratsional ovqatlanish, noqulay mehnat sharoitlari va boshqalar sabab bo'ladi.

Klassifikatsiyasi • O'tkir tonzillitlar ♦ Birlamchi: kataral, lakunar, follikulyar, yara – pardali anginalar ♦ Ikkilamchi ♦ O'tkir yuqumli kasalliklar – difteriya, skarlatina, tulyaremiya, ich terlama, infeksiyon mononukleoz ♦ Qon tizimi kasalliklarida – agranulotsitoz, alimentar – toksik aleykiya, leykozlar •

Surunkalitonzillitlar ♦ Spetsifik bo‘lmagan ✦ Kompensatsiyalangan ✦ Dekompensatsiyalangan ♦ Yuqumli granulyomalarda spetsifik: tuberkulyoz, sifilis, skleroma.

SURUNKALI TONZILLIT

Surunkali nospetsifik tonzillit (SNT, surunkali angina) – aksariyat hollarda yuqumli kasallik asorati (angina, skarlatina, qizamiq) yoki allergiya ko‘rinishi sifatida paydo bo‘ladigan, surunkali qaytalanib kechish bilan xarakterlanadigan murtakning barqaror yallig‘lanishi ko‘rinishidagi mahalliy belgilar bilan o‘tadigan yuqumli – allergik kasallik.

Klassifikatsiyasi • Kompensatsiyalangan va dekompenatsiyalangan • Patomorfologik klassifikatsiyasi ♦ Lakunar SNT – yallig‘lanish murtak lakunalarida chegaralangan ♦ Lakunar – parenximatov SNT – yallig‘lanish jarayoni lakunalarda va murtak limfadenoid to‘qimasida kechadi ♦ Parenximatov SNT – yallig‘lanish jarayoni asosan tanglay bodomcha bezining limfadenoid to‘qimasida kechadi ♦ Sklerotik SNT – biriktiruvchi to‘qima murtak va uning atrofidagi to‘qimalargacha o‘sib ketadi.

Klinik ko‘rinishi • Tanglay murtagi va ravoqlarining qizarishi hamda valiksimon qalinlashishi (Gize, Preobrajenskiy belgisi) • Bodomcha bezlari va tanglay ravoqlari orasida chandiqli bitishma • Chandiqli o‘zgargan, qattiqlashgan bodomcha bezlar • Bodomcha bezlar lakunalarida kazeoz – yiringli probkalar • Regionar limfadenit – regionar limfa tugunlar kattalashadi • Kompensatsiya darajasiga qarab klinik manzarasi o‘zi xos ♦ Kompensatsiyalangan forma – bodomcha bezlarida surunkali yallig‘lanishning faqat mahalliy belgilari bo‘lib, yaqqol ifodalangan umumiy reaksiyalar bo‘lmaydi ♦ Dekompensatsiyalangan forma – bodomcha bezlaridagi mahalliy surunkali yallig‘lanish qaytalanuvchi angina, paratonzillit, paratonzillyar abscess, boshqa a‘zolar kasalliklari bilan qo‘shilib keladi.

Diagnostikasi • Surunkali tonzillitga diagnoz qo‘yishda ikki va undan ortiq mahalliy belgilar yetarli bo‘ladi • Agar gumon qilinsa, murtak va lakunalardan surtma olib diagnoz tasdiqlanadi ♦ Bunda patologik flora aniqlanadi ♦ Leykotsitlarning fagotsitar aktivligi pasayadi, polimorf – yadrolilar soni ko‘payadi va leykotsitlarning degenerativ formalari paydo bo‘ladi, limfotsitlar soni kamayadi ♦ Periferik qon tahlilida – gipoxrom anemiya, neytrofilli leykotsitoz, monotsitopeniya, leykopeniya, ECHT oshadi • Immunogramma ♦ Immunoglobulin miqdori, streptokokkka qarshi AT titri, komplement, properdin tarkibining o‘zgarishi ♦ Sirkulyatsiya qiluvchi immun kompleksning mavjudligi, T –, V – limfotsit va ular subpopulyatsiyaning son jihatdan qayta taqsimlanishi, granulotsitlarning bakterial allergenlarga sensibilizatsiyasi.

DAVOSI

Konservativ davo 1 yilda 2 marta bahor – kuzda, angina tez – tez qaytalanganda yiliga 4 marta davo o‘tkaziladi. SNT bilan kasallangan barcha oila a‘zolarini bir vaqtda davolash tavsiya etiladi.

- Ko‘rsatmalar ♦ Kompensatsiyalangan forma ♦ Dekompensatsiyalangan forma ♦ Xirurgik usulni qo‘llab bo‘lmaydigan holatlarda.
- Umumiy tavsiyalar: to‘g‘ri kun tartibi, vitaminlarga boy bo‘lgan ratsional ovqatlanish, jismoniy mashqlar.

- Giposensibilizatsiya qiluvchi vositalar: kalsiy preparatlari, askorbin kislotasi, antigistamin preparatlar, mikroba allergenlarga spetsifik giposensibilizatsiya.
- Immunokorreksiya qilish: autoserodavo, immunostimulyatorlar (masalan, levamizol, prodigiozan), bodomcha bezlarini geliy – neon lazeri bilan nurlash.
- 10 kun davomida antibiotikodavo ♦ Penitsillinlar ♦ Eritromitsin 250 mg. kuniga 4 mahal ♦ Klindamitsin 300 mg. kuniga 3 mahal.
- YAQNDV – ko‘rsatmalarga ko‘ra.
- Mahalliy davo – sanatsiya qiluvchi vositalar ♦ Tanglay bodomcha bezlariga: lakunalardagi moddalarni so‘rib tashlash, lakunalarni antiseptik eritmalar bilan yuvish, intra- va paratonzillar inyeksiyalar, davolash pastalari bilan lakunalarni plombalash, ingalyatsiya va antibiotiklar, fitonsidlar aerozoli, UFN ♦ Regionar limfa tugunlariga: ultratovush davosi, IFN, gidrokortizon bilan ultrafonoforez, lazerodavo, UVCH, balchiq bilan davolash.
- Reflektor ta‘sir etuvchi vositalar: novokainli blokadaning har xil turlari, iglorefleksodavo, bo‘yinga UFN.

Xirurgik davo.

- Palliotiv – galvanokaustika, bodomcha bezlarini diatermokoagulyatsiyasi, lakunotomiya, lakunalarni qirib olish, bodomcha bezlariga krio ta‘sir etish, lazerli destruksiya. Ko‘rsatmalar: Konservativ davolash foyda bermaganda, tez – tez qaytalanuvchi angina ko‘rinishidagi SNT dekompensatsiyasi.
- Tonzillotomiya – bodomcha bezlarini qisman olib tashlash. Ko‘pincha bolalarda bodomcha bezlar gipertrofiyasida surunkali tonzillit belgilari birgalikda kelganda bajariladi.
- Tonzilloektomiya–bodomcha bezini batamom olib tashlash.
- ♦ Ko‘rsatmalar ♦ O‘tkazilgan davoning samarasizligi. Samarasizlik mezonlari – konservativ davoning 6 kursidan keyin ham anginani qaytalanishi davom etsa ♦ Qaytalanuvchi paratonzillit ko‘rinishida SNT dekompensatsiyasi, paratonzillyar abscesslar, olib borilgan davo choralari qaramay kuchli tonzillogen intoksikatsiyalar. Surunkali tonzillit dekompensatsiyasi revmatizm bilan birga kelsa, revmatizm davolanadi yoki noaktiv fazasida tonzillektomiya qilinadi.
- ♦ Operatsiyagamoneliklar ♦ Mutloq moneliklar: qon aylanishining II-III darajali yetishmovchiligi bo‘lgan yurak – tomirlar tizimining umumiy og‘ir kasalliklari, surunkali buyrak yetishmovchiligining uremiya bosqichi, koma rivojlanish xavfi bo‘lgan og‘ir qandli diabet, kriz rivojlanishi ehtimoli bor arterial gipertenziyaning yuqori darajasi, gemofiliya hamda qon oqishi bilan kechadigan va davolab bo‘lmaydigan qon va tomirlar tizimining boshqa kasalliklari (Verlgof kasalligi, Osler kasalligi va b.). ♦ Nisbiy mo‘neliklar: o‘tkir kasalliklar va surunkali kasalliklarning qo‘zishi, karioz tishlar borligi, hayz ko‘rish davri, homiladorlikning so‘ngi haftalari, yuqori nafas yo‘llari shilliq pardasidagi yaqqol ifodalangan atrofik jarayonlar.
- ♦ Asoratlari ♦ Qon ketish. Vaqt bo‘yicha: erta (birinchi kunlarda), kechki (birinchi kundan keyin). Xarakteriga ko‘ra: tomirdan (qon ketayotgan tomirni joyida ligirlash talab etiladi), parenximatoz (gemostatik vositalarga shimdirilgan tampon bilan joyida tamponada qilish talab etiladigan). Kuchli qon ketganda gemostatik

tadbirlar samara bermaganda tashqi uyqu arteriyasi kerakli tomondan bog'lab qo'yiladi ✦ Kam uchraydigan asoratlar: bo'yin flegmonasi, teri osti emfizemasi, kalla nervlari parezi, halqum gematomasi, stomatit, glossit, tilli angina, o'tkir o'rta otit. Operatsiyadan keyingi davrda istalgan surunkali kasallik qo'zishi mumkin.

Surunkali tonzillit qaytalanishining profilaktikasi • Umumiy gigiyenik chora-tadbirlar • Organizmni chiniqtirish • Ratsional ovqatlanish • Uy va ishxonalarda gigiyena qoidalariga rioya qilish • Havoni chang va gazlardan xalos etish • Sanatsiya qilish tadbirlari: tish va milk kasalliklari, sinusitlar, otitlar, burundan nafas olishning buzilishi, surunkali tonzillitni aniqlash va davolash • Monoxromatik qizil chiroq va geliy – neonli lazer vositasida past energetik lazerli ta'sir qilish. Burun bo'shlig'i, halqum va tanglay bodomcha bezlari shilliq qavatlarini nurlantirish (nurlantirish darajasi 2,65mVt/ sm, vaqt ekspozitsiyasi – 2 dan 8 minutgacha). Kurs – kuniga 5 – 7 nurlantirish, yiliga 2 marta o'tkaziladi • Immunomodullovchi vositalar – ribomunil 3 hafta davomida haftaning birinchi 4 kunida har kuni nahorga 3 ta tabletkadan, so'ng keyingi 5 oyda har oying dastlabki 4 kunida ichiladi.

Dispanser hisobiga olish • Bemorni har 3 oyda 1 marta otorinolarolog ko'rigidan o'tkazish, kasallik bezovta qilmasa, 1 yilda ikki marta • Agar konservativ davoning 4 – 5 kursidan so'ng 3 yil davomida kasallik qaytalanmasa, SNT ning mahalliy belgilari yo'qolsa va obyektiv ko'rsatgichlar me'yorda bo'lsa hamda tonzillektomiya o'tkazilgandan so'ng 6 oy o'tgach bemorlar dispanser ro'yhatidan chiqariladi.

XKK – 10• J35 Bodomcha bezlari va adenoidlarning surunkali kasalligi.

Eslatma. Anginasiz surunkali tonzillit – mahalliy jarayonning qo'zimay, biroq yaqqol umumiy intoksikatsiya belgilari bilan kechishi.

O'TKIR KATARAL LARINGIT

O'tkir kataral laringit – hiqildoq shilliq, shilliq osti va ichki mushak qavatining kataral yallig'lanishi. Laringit kasalligi yakka holda kamdan – kam uchraydi, ko'pincha virusli infeksiyalar yoki O'RVI belgisi sifatida kechadi.

Etiologiyasi • Virusli infeksiyalar: paragripp yoki A va V gripp viruslari, adenovirus, koronavirus, rinovirus • Bakterial flora: β – gemolitik streptokokk yoki *Streptococcus pneumoniae* • Virusli va bakterial infeksiyalarning birga kelishi.

Xavf omillari • Ekzogen ✦ Termik ta'sir qilishi (mahalliy [juda sovuq suv yoki juda issiq ovqat iste'mol qilish], umumiy [qayta sovutish]), alkogol iste'mol qilish, chekish, ovoz boylamlarining zo'riqishi, chang, bug', gazlarning ta'siri, kasbdagi zararli omillar, xirurgik amaliyotdan so'ng ovoz boylamlarining shikastlanishi • Endogen ✦ Yoshga oid o'zgarishlar: mushaklar atrofiyasi, hiqildoqda namlikning yetishmasligi, ovoz boylamlarining deformatsiyasi ✦ Moddalar almashinuvining buzilishi ✦ Allergiya ✦ Qizilo'ngach refluyksi.

Klinik ko'rinishi • Bemorning umumiy holsizlanishi • Subfebril harorat • Hiqildoq qurishi, achishishi, tiralishi, yot narsani his qilish • Tez – tez iztirobli quv – quv yo'talish • Tovush bo'g'ilishi, ba'zan afoniya • Quruq yo'talishning balg'amliga aylanishi, avvaliga shilliqli, keyin shilliq – yiringli mo'l balg'am

ajralishi.

Laringoskopiya (bevosita, bilvosita) • Shilliq parda qizargan, shishgan, tovush burmalari pushtirang yoki to‘q qizil, qalinlashgan, hiqildoq bo‘shlig‘ida shilliq – yiring tortmalar ko‘rinishidagi yopishqoq sekret • Fonatsiyada tovush mushagi yoki ko‘ndalang cho‘michsimon mushak yallig‘lanishi natijasida tovush burmalarining to‘liq yopilmasligi aniqlanadi. Shilliq parda shishi har xil bo‘lishi mumkin. Shish ko‘p bo‘lganda nafas olish qiyinlashib qoladi.

Diagnostikasi • Laboratoriya tekshiruvlari • Umumiy qon tahlili (bakterial etiologiyada leykotsitoz) • Hiqildoqdan bakteriologik tekshirishga material olish (balg‘am, surtma).

Differensial diagnostikasi • Difteriya • Halqumorti absessi • Hiqildoq o‘smalari • Hiqildoqdagi yot jism.

Davolash • Rejim ♦ O‘tkir yuqumli kasallikda kuzatiladigan o‘tkir laringitda – uyda yotoq tartibi ♦ Qolgan hollarda tovush – nutq bilan bog‘liq kasbdagi kishilar (pedagog, artist, diktorlar) dan tashqaridagilar, ishdan ozod qilinmagan holda ambulator davolanadi • Tovushni asrash • Ratsionda o‘tkir va issiq ovqatlar, spirtli ichimliklar bo‘lmasligi, chekishdan voz kechish • Ingalyatsiyalar (bug‘li, ishqoriy, moyli, o‘t damlamalari bilan) • Isituvchi kompresslar • Hiqildoq sohasiga UVCH, mikroto‘lqinli davo • Aerozol preparatlar: kameton, ingalipt, kamfomen • Hiqildoqqa 1 % moyli mentol eritmasi, bir necha tomchi 0,1 % epinefrin qo‘shilgan gidrokortizon emulsiyasi quyiladi (instillyatsiya) • Antibiotiklar ♦ Virusli laringitda ishlatilmaydi ♦ Streptokokkli va pnevmokokkli infeksiyalarda – penitsillin preparatlari (fenoksimetilpenitsillin 500 mg. dan kunda 4 – 6 marta, ampitsillin 250 – 500 mg. dan kunda 4 marta) yoki makrolidlar (masalan, eritromitsin 250 mg. dan kunda 4 marta) 7 kungacha • Yo‘talga qarshi dorilar, masalan, glautsin 50 mg. dan kunda 2 – 3 marta (bolalarga 10 – 30 mg.), prenoksdiazin 100 mg. dan kunda 3 – 4 marta (bolalarga 25 – 50 mg. dan kunda 3 – 4 marta) • Antigistamin vositalar, masalan, prometazin 25 – 75 mg. dan • Soxta krup (bo‘g‘ma) rivojlanganda ♦ Reflektor ta’sir – bo‘g‘ilish hurujini halqum refleksini chaqirib (shpatelni halqum orqa devoriga tekkizib) to‘xtatish mumkin ♦ Chalg‘ituvchi davo: gorchichniklar, oyoqqa issiq vannalar ♦ Har soatda bug‘li vannalar ♦ Belgilar avj olganda – GK (masalan, prednizolon mushakka) ♦ II darajali hiqildoq stenozida (ayniqsa O‘RVI fonidagi bolalarda) LOR bo‘limiga kechiktirmay yotqiziladi, chunki zudlik bilan intubatsiya yoki traxeostomiyaga zarurat paydo bo‘lish ehtimoli mavjud.

Prognozi ijobiy. To‘g‘ri davolanganda 5 – 10 kun mobaynida har xil asoratlarsiz to‘liq sog‘ayish kuzatiladi.

Qo‘shilib keladigan patologiyalar – virusli faringit, bronxit, pnevmoniya.

Yoshga xos xususiyatlar • Kasallik bolalar o‘rtasida keng tarqalgan. O‘RVI da ta’sirchan va samarali tadbirlar ko‘rilmagan taqdirda asfiksiya rivojlanib, hatto o‘lim bilan tugaydigan soxta krup tez avj olishi mumkin • Yoshi o‘tgan shaxslarda kasallik belgilari kamroq yuzaga chiqadi.

Profilaktikasi • Tovush boylamlarini zo‘riqtirmaslik • Xavf guruhiga kiritilgan shaxslar grippga qarshi vaktsinasiya qilinishi lozim.

XKK – 10 • J04.0 O‘tkir laringit.

O‘TKIR FLEGMONOZ LARINGIT

O‘tkir flegmonoz laringit – hiqildoqning o‘tkir yallig‘lanishi, bunda yiringli jarayon faqatgina shilliq osti qavatda emas, balki mushaklarga, halqum boylamlariga, ba‘zan esa tog‘ay ustiga va tog‘aylarga tarqalishi mumkin.

Yosh bo‘yicha ustunlik – o‘rta yoshdagilar. **Jins bo‘yicha ustunlik** – erkaklar.

Etiologiyasi • Kokkli flora (streptokokk, stafilokokk, pnevmokokklar) • Og‘iz bo‘shlig‘idagi spiroxeta va duksimon tayoqchalarning qo‘shilishidan ham yuzaga keladi.

Xavf omillari • Hiqildoq jarohatlari (tashqi shilliq qavatning zararlanishi bilan birga) • Hiqildoqning kimyoviy va termik quyishlari • Sovuq qotish • Paratonzillit • Til ildizining absessi • Hiqildoq anginasi • Hiqildoq difteriyasi • Qon kasalliklari (o‘tkir va surunkali leykozlar) • Sepsis • Ba‘zan sil, zaxm, hiqildoq raki • Umumiy va maxalliy qarshilikning pasayishi.

Klinik ko‘rinishi • O‘tkir boshlanadi • Umumiy quvvatsizlik, holsizlik • Tana harorati febril • Tomoqda kuchli og‘riq (hiqildoq qopqog‘i va cho‘michsimon hiqildoq qopqog‘i burmalarida absess rivojlanganda) • Ovozning xirillashi, nafas olishning qiyinlashishi, qo‘pol, “vovullovchi” yo‘tal (ovoz tirqishi atrofi yallig‘langanda) • O‘tkir hiqildoq stenoz (zudlik bilan traxeostomiya qilinishi shart) • Regionar limfadenit.

O‘tkir epiglottit – flegmonoz laringitning bir ko‘rinishi, shish va absess rivojlanishi bilan kechadi. Ko‘pincha bolalarda kuzatiladi.

- Xavf omillari ♦ O‘RVI ♦ Butun organizmning yoki hiqildoqning sovqotishi.
- Etiologiyasi – virus infeksiyasining qo‘shilishi (respirator viruslar) va kokkli flora.
- Klinik ko‘rinishi ♦ O‘tkir va tez avj olib boshlanadi ♦ Tana harorati febril ♦ Yutinganda kuchayuvchi tomoqdagi kuchli og‘riq ♦ Tez orada inspirator hansirash va shovqinli nafas olish yuzaga keladi ♦ Ovozi esa yo‘qola boshlaydi.

Laringoskopiya • Shish, infiltratlanish, hiqildoq usti shilliq qavati absesslanadi, hiqildoq usti qopqog‘i cho‘michsimon hiqildoq usti burmalari, cho‘michsimon tog‘aylar yoki hiqildoqning yarmida perixondritga o‘tishi bilan kechadi. Shilliq qavat tiniq qizil rangda bo‘ladi. Epiteliyda o‘tkir nekroz o‘choqlari va quyuq yiringli, shilimshiqli ajralmalar kuzatiladi. Flegmonoz laringitda cho‘michsimon tog‘aylar va ovoz boylamlari shilliq qavatining shishidan harakat chegaralanadi va bu stenoz, asfiksiya va o‘limga olib kelishi mumkin • Ba‘zida jarayon hiqildoq atrofida tarqalib, bo‘yin absessiga, ichki bo‘yinturuq vena tromboziga, mediastinitga olib keladi.

Differensial diagnostikasi • Hiqildoq anginasi (noksimon cho‘ntaklar shilliq qavatining yallig‘lanishi) • Hiqildoq shishi • Hiqildoq perixondriti (ko‘pincha tog‘aylari yopiq yiringli bo‘shliqda bo‘lishi mumkin).

Davosi • Ixtisoslashtirilgan bo‘limlarga (otorinolaringologiya) yotqizish • Ta‘sir doirasi keng antibiotiklardan benzilpenitsillinni (natriyli tuzi) paralaringeal yo‘l bilan yuborish • Sulfanilamid preparatlar (sulfadimetoksin, sulfalen) • Antigistamin preparatlar (promentazin, xloropiramin, klemastin, mebhidrolin) • Gormonal

preparatlar (prednizolon, gidrokortizon) • Siydik haydovchi vositalar (furosemid) • Mahalliy novokain blokadasi • 10 % li kalsiy xlorid eritmasi bilan elektroforez va 1 % li difengidramin eritmasi • Hiqildoq atrofiga ingalyatsiya (ishqor – moyli) • 2 % li protargol, na'matakli, oblepicali, shaftoli moyli eritmalarda hiqildoqqa quyiladi • Agar abscess bo'lsa, uni yorish kerak • Hiqildoqning o'tkir stenozida – tezkor traxeostomiya • Yiring bo'yin va ko'z oralig'iga tarqalganda – bo'yinda yorish yoki bo'yin medastinotomiyasini o'tkazish.

Prognozi • Agar yallig'lanish jarayoni asoratlanmagan bo'lsa, yaxshi • Agar asoratlangan bo'lsa, uning og'irlik darajasiga qaraladi.

XKK – 10 • J04.0 O'tkir laringit • **J05.1** O'tkir epiglottit.

SURUNKALI LARINGIT

Surunkali laringit – hiqildoq shilliq qavati, shilliq osti qavati va mushak qavatining surunkali yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. O'tkir kataral laringit, o'tkir flegmonoz laringitga qaralsin.

Klassifikatsiyasi • Kataral • Atrofik • Giperplastik ♦ Diffuz ♦ Chegaralangan ♦ Ovoz boylamlarida tugunchalar bo'lishi (qo'shiqchilar tuguni, qichqiruvchilar tuguni) ♦ Hiqildoq paxidermiyasi ♦ Surunkali burma osti laringiti ♦ Morgani qorinchasining tushib qolishi (chiqib qolishi) ♦ Kontaktli yara.

SURUNKALI KATARAL LARINGIT

Klinik ko'rinishi • Ovozning bo'g'ilishi • Ovozning charchashi • Ovoz tembrining o'zgarishi va uning qo'pol, nimjon va past tonga o'tib qolishi.

Laringoskopiya (bilvosita) • Hiqildoq shilliq qavatining shishishi va giperemiyasi • Surunkali kataral laringit bo'yin mushak patologiyasiga o'tayotgan oldingi bo'yin mushaklarining tortishishi va og'riqli o'tishi bilan kechadigan tomoqdagi mushak – boylam apparatida og'riqli zichlashish (triggerlar) vujudga kelishi bilan birga kechadi.

Davolash • Etiologik omilni yo'qotish • Ovoz kuchini kamaytirish • 150000 TB benzilpenitsillinni, 250000 TB streptomitsinni, 25 mg. gidrokortizon, 4 ml. 0,9 % li natriy xlorid eritmalaridan 2 ml. dan kuniga 1 – 2 mahal, 10 kun mabaynida. Bu aralashmadan tomoqqa quyiladi • Agar cho'ziluvchan shilliq bo'lsa, gidrokortizon o'rniga 25 mg. ximopsinni almashtirish mumkin • Har kuni 2 % li sitralning yog'li eritmasidan kunda 1 – 2 mahal 10 kun mobaynida ingalyatsiya qilish • Iqlim bilan davolash.

SURUNKALI ATROFIK LARINGIT

Klinik ko'rinishi • Hiqildoq qurishi • Xirillash • Ovozning tez charchashi.

Laringoskopiya. Hiqildoq shilliq pardasi zo'riqqan, yumshoq yaltiroq cho'ziluvchan shilliq va yarachalar bilan qoplangan, ovoz burmalari bo'shashgan, ingichka. Fonatsiyada ovoz teshigi qisman yopiladi, teshik oval shaklda qolguncha, hiqildoq teshigi yarachalarning to'lishidan qisilgan bo'lishi va hiqildoq stenozining II – III darajalari rivojlanishi mumkin.

Davosi • Kasallik sababini yo'qotish • Chekishni to'xtatish, ta'sirlantiruvchi

ovqatdan voz kechish • Ovozni ehtiyot qilish rejimi • Hiqildoqni tozalash (orosheniye). 200 ml. 0,9 % li natriy xlorid eritmasidan va 5 tomchi 10 % li yod eritmasidan iborat suyuqlikni kunda 2 – 3 mahal ingalyatsiya qilish (muolaja uchun 40 – 60 ml.) 5 – 6 hafta davomida va bundan ham ko‘proq • Agar hiqildoqda cho‘ziluvchan shilliq va yaralar bo‘lsa 5 kun davomida ishqor-moyli ingalyatsiya • Hiqildoq ichiga 1 – 2 % li mentolning moyli eritmasidan har kuni 10 kun davomida quyish • Kaliy yodid (30 % li eritmasidan 8 tomchidan) ichishga sutkasiga 3 mahal 2 hafta davomida.

SURUNKALI GIPERPLASTIK LARINGIT (diffuz formasi)

Klinik ko‘rinishi • Ovozning turg‘un pasayishi va charchashi • Ba‘zan afoniya, shilliq ajralmali yo‘tal.

Laringoskopiya • Shilliq parda shishgan, giperemiyalangan, hiqildoq teshigining torayishi, uning yuzasi notekis erkin ovoz burmalarining chetlarini ko‘zdan kechirganda aniq ko‘rinishi. Ular aylanasimon qalinlashgan. Fonatsiyada tomoq tirqishining butunlay beqilishiga olib keladi.

SURUNKALI GIPERPLASTIK LARINGIT (chegaralangan formasi)

Jarayon quyuq shilliq, cho‘michsimon bo‘shliq oralig‘ida borligi bilan hamma shilliq pardalarda va hiqildoq oralig‘ida joylashishi bilan xarakterlanadi. Ovoz burmalari tuguni (qo‘shiqchilar tuguni, qichqiruvchilar tuguni) ovoz apparatiga ko‘p yuk tushganda yuzaga keladi, ko‘pincha bu ovoz – nutq kasb egalarida (qo‘shiqchi, diktor, ekskursiya olib boruvchilar va b.) va ko‘p yig‘laydigan yoki qichqiradigan bolalarda uchraydi.

Laringoskopiya • Shilliq qavat pushti rangda, tovush burmalarining uchdan bir oldingi o‘rta chegaralaridagi simmetrik shakldagi tugunlar orasida diametri 1 mm. gacha bo‘lgan qalin tuzilmalar joylashgan (qadoqni eslatuvchi biriktiruvchi to‘qima o‘simtalari) • Ko‘pincha ovoz burmasining tuguni nimjon bemorlarda (atoniyali) yuzaga keladi hamda ularning juda ham zo‘riqishida rivojlanadi • Simmetrik joylashgan ovoz burmasi chetlaridagi tugunlar ovoz tirqishini butunlay qoplab oladi va buning natijasida ovoz xirillab qoladi.

Turli xil klinik shakllarining xususiyatlari

• Hiqildoq paxidermiyasi ♦ Laringoskopiya. Paxidermiya – hiqildoq shilliq qavatidagi chegaralangan o‘simta. Bular tashqaridan do‘mboqchalar yoki granulyatsiyalarni eslatadi, va tovush burmalari va cho‘michsimon bo‘shliq oralig‘ida (orqa bitishmada) joylashadigan hiqildoq shilliq pardasining o‘simtalari. Yuzasi ko‘pincha silliq goho g‘adir – budur bo‘lishi ham mumkin. Hiqildoq teshigidan shilimshiq ajratmalar chiqishi xarakterlidir ♦ Differensial diagnostikasi ♦ Hiqildoq fibromasi (och kulrang keng asosda) ♦ Hiqildoq papillomasi (so‘rg‘ichsimon tuzilgan va kul rang) ♦ Tuberkulyozda granulyatsiya bo‘lishi (anamnezida tuberkulyoz, tashqi yuzasida infiltratlar paydo bo‘lishi bilan).

• Surunkali Burma osti laringiti ♦ Laringoskopiya. Burma osti bo‘shlig‘ida shilliq qavat gipertrofiyasi, soxta bo‘g‘mani eslatadi ♦ Differensial diagnostikasi. O‘tkir

burma osti laringiti (har xil darajadagi hiqildoq stenoz, hurujsimon kechadi, ko‘pincha bolalar kasallanadi).

- Morgani qorinchasining chiqib qolishi ♦ Surunkali morgani (hiqildoqdagi) qorinchasi shilliq qavatining yallig‘lanish jarayoni uning gipertrofiyasiga olib kelishi mumkin. Bunga jarohatlar va qorincha shilliq pardasining ta’sirlanishi sabab bo‘ladi ♦ Laringoskopiya. Nafas chiqishda uzilishlar bo‘lishi. Fonatsiyada, yo‘talda gipertrofiyalangan shilliq parada hiqildoq qorinchasidan chiqib ketadi va ovoz burmasini qisman yopadi. Shishli tuzilmalar, ovoz burmasining chetlaridan chiqib turadi, ovoz teshigini butunlay qoplab oladi, ovozning xirillab chiqishi kuzatiladi.
- Kontakt yara ♦ Fonatsiya vaqtida cho‘michsimon tog‘ay ovoz o‘simtasining uzayishi qarama – qarshi tarafdagi ovoz burmasi shilliq pardasini jarohatlaydi ♦ Laringoskopiya. Tovush burmasi o‘rta va orqa uchdan bir qismi chegarasidan nuqson (“likopcha”) boshqa tarafida esa «dasta» paydo bo‘ladi. Bu ovoz teshigini butunlay yopib qo‘yadi va ovoz jarangdorligining yo‘qolishi kuzatiladi ♦ Differensial diagnostikasi ♦ Hiqildoq o‘smasi (gistologik tekshiruv uchun biopsiya) ♦ Surunkali spetsifik infeksiyalardagi (tuberkulyoz, zaxm, skleroma) granulyomalar.

Davosi • Etiologik omilni yo‘qotish • Yumshatuvchi va yallig‘lanishga qarshi vositalar. Masalan, har kuni tomoqqa 1,5 – 2 ml. mentolning 1 % li moyli eritmasidan, oblepixa moyidan quyish, har kuni xlorbutanoldan ingalyatsiya 10 kun mobaynida • Bitiruvchi vositalar: tomoqqa 1,5 – 2 ml. 1 – 3 % li kollargol eritmasidan quyish, 2 % li protargol, 0,5 % li rezorsinol eritmasidan har kuni, 10 kun davomida, 0,5 ml. 0,25 % li kumush nitrat eritmasidan kunora (gipersekretsiyada), 1 ml. 1 % li galaskorbin eritmasidan 10 kun davomida • Hiqildoq shilliq pardasiga har 1 – 2 kunda 1 – 2 % li kumush nitratdan va Lyugol eritmasidan surtish • Cho‘ziluvchan shilliqni yo‘qotish uchun hiqildoqqa 1,5 – 2 ml. dan ximotripsin yoki tripsin (0,5 – 1:1000) eritmasidan oblepixa yoki shaftoli moyi bilan quyish • Hiqildoqning nerv – mushak faoliyatida yetishmovchilik bo‘lsa, 5 % li kalsiy xlorid eritmasidan bo‘yin sohasiga (12 – 15 muolaja 15 – 20 minutdan) elektroforez.

Dispanser nazorati. Surunkali gipertrofik laringitning diffuz shakli va hiqildoq shilliq qavatining diskeratozi rak oldi holatlariga kiradi. Bemorlarni yiliga 2 marta zamonaviy diagnostika usullari yordamida tekshirib turish lozim.

Prognosi. Muntazam va to‘g‘ri davolash olib borilsa, surunkali laringitning yakuni yaxshi.

XKK – 10 • J37.0 Surunkali laringit.

EPIGLOTTIT

Epiglottitga shubha bo‘lganda bolaning og‘zini ochib, hiqildoqni ko‘rishga harakat qilinmaydi, ota – onasi hamkorligida shifoxonaga olib borish kerak.

- Agar bolada epiglottit yo‘q bo‘lsa, lekin mavjud belgilar uni eslatsa, bemorni shifoxonadan uyda davolanishga yuborishdan oldin halqumini va hiqildoq qopqog‘ini ko‘zdan kechirish zarur.
- Yutinganda kuchli og‘riqqa shikoyat qilgan katta yoshlilarda va ayniqsa halqum ko‘zdan kechirilganda shilliq qavatda minimal o‘zgarishlar aniqlanganda hiqildoq qopqog‘ini ko‘rish uchun bilvosita laringoskopiya o‘tkazish tavsiya etiladi.

- Nafas yo'llari obstruksiyasida bemorga birinchi navbatda maska orqali kislorod berish lozim.
- Agar maska orqali o'tkazilgan o'pka ventilyatsiyasi bemorning ahvolini yaxshilamas, traxeyani intubatsiya qilish yoki uni yo'g'on igna bilan punksiya qilish kerak bo'ladi (muolajani tanlash vrachning bilim va tajribasiga bog'liq).
- ◆ Yo'g'on igna va nafas paketi tez yordam brigadasida bo'lmog'i kerak.

KLINIK KO'RINISHI

- Maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda tana harorati ko'tarilishi, ovoz chiqmasligi, nafas siqishi va so'lak ajralishi kuzatiladi.
- Epiqlottitda yo'tal kuzatilmaydi, lekin bezovtalik va so'lak oqishi laringitga qaraganda epiqlottit uchun ko'proq xarakterli.
- Yutinganda og'riq – kattalardagi epiqlottit uchun juda xos belgi.

ETIOLOGIYASI VA STATISTIK MA'LUMOTLAR

- Haemophilus influenzae b turiga qarshi vaksina qilinadigan mamlakatlarda epiqlottit bolalarda kamdan – kam uchraydi.
- Kattalarda kasallik soni o'sib bormoqda.

KECHIKTIRIB BO'LMAYDIGAN YORDAM

Burun va halqum shilliq qavatini shikastlaydigan har qanday muolajalar to'xtatiladi.

- Bemor intubatsiya va jadal davo o'tkazishga sharoiti bor shifoxonaga zudlik bilan yotqizilishi kerak. Maskani og'iz oldida ushlagan holda bemorga kislorod beriladi. Yoshi katta bemorlar o'tirgan yoki yarim o'tirgan holatda transportirovka qilinadi.
- Nafas yo'llari obstruksiyasi xavfi.
- ◆ Maska yoki intubatsiya nayi yordamida o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi (O'SV) tavsiya etiladi.
- ◆ Maskali O'SV yaxshi naf bermasa, traxeya intubatsiyasi o'tkaziladi. Agar bemorga 10 – 20 sekund davomida intubatsiya qilinmasa yoki vrach intubatsiya qila olmasa, traxeyani yo'g'on igna (Viggo*) bilan punksiya qilish lozim. So'ngra ignaga 20 g. li shprints, unga esa ventilyatsiyali haltacha ulab qo'yiladi. Ventilyatsiya uchun 100 % kislorod ishlatiladi.

ANTIBIOTIKODAVO

- Sefuroksim vena ichiga yuboriladi; u epiqlottitning keng uchraydigan qo'zg'atuvchilari – gemofil tayoqchalari va β – gemolitik streptokokklarga qarshi samarali hisoblanadi.

TASHQI OTIT

Tashqi otit – yoz faslida ko'p uchraydigan tashqi eshituv yo'lining yallig'lanishi. Kasallik patogenezida organizmning immun holati katta ahamiyatga ega. Otitlar cheklangan va tarqalgan turlarga bo'linadi • O'tkir cheklangan tashqi otit tashqi eshituv yo'li tog'ay pardali qismidagi (eshituv yo'li furunkuli) joylashgan soch follikullari va yog' bezlariga o'tkir jismlar orqali mikrotravma oqibatida infeksiya tushishi natijasida kelib chiqadi. Bunday holat ko'proq qandli diabet, A, S,

V gipovitaminozlari bilan xastalangan bemorlarda uchraydi • O'tkir diffuz tashqi otit – ko'p uchraydigan turi bo'lib, surunkali yiringli o'rta otit natijasida tashqi eshituv yo'lining teri va teri osti qatlamlariga infeksiya tushish asorati hisoblanadi • Surunkali tashqi otit – 6 haftadan oshgan diffuz tashqi otitdir • Ekzematoz tashqi otit ko'proq oddiy atopik ekzema yoki boshqa birlamchi teri kasalliklari bilan uchrashi mumkin • Xavfli (nekrotik) otitlar kamdan – kam og'ir shaklda uchraydigan kasallikdir. Bu jarayon to'qimalar ichiga tez tarqalishi, granulyatsiya o'sishi va suyak to'qimasining sekvestratsiyasi bilan kechadi. Unda osteomiyelit yoki 1 – tipdagi qandli diabet kasalligi bilan og'riq qariyalarda ko'k yiringli tayoqcha tashqi eshituv yo'lga tushadi va ko'proq immun tanqisligi bilan xastalangan o'rta yoshli odamlarda uchraydi. Yosh bolalarda kamdan – kam qayd qilingan.

Etiologiyasi • O'tkir va surunkali tashqi otitlar ✦ Tashqi eshituv yo'lining jarohatlari ✦ Bakterial infeksiya (pseudomonas aeruginosa, stafilokokklar, streptokokklar, grammanfiy tayoqchalar) ✦ Zamburug'li infeksiyalar (candida turkumidagi zamburug'lar, mog'or zamburug'lari) ✦ Virusli infeksiyalar (tumov virusi, gepatit virusi) ✦ Ba'zan antibiotik bilan davolanish natijasida kelib chiqadi • Ekzemali tashqi otit ✦ Ekzema ✦ Seboreya ✦ Yuqumli dermatit ✦ Mahalliy dorilarga o'ta sezuvchanlik • Tashqi xavfli otitlar asosan pseudomonas aeruginosa bilan zararlangan 1 – tipdagi qandli diabet bilan kasal bo'lgan bemorlarda uchraydi.

Klinik belgilari • Ko'z, tish, bo'yinga tarqaluvchi quloqdagi og'riq. Og'riq chaynaganda, gaplashganda quloq suprasini tortganda kuchayadi • Quloq bitadi • Qichishadi (zamburug'larda) • Regionar limfadenit • Tashqi eshituv yo'lidan yiringli ajralmalar • VII, IX–XII juft bosh miya nervlari jarohati kuzatiladi.

Otoskopiya • Tashqi eshituv yo'li furunkulida uning torayishiga olib keladigan cheklangan infiltrat ko'rinadi • Tarqalgan (diffuz) tashqi otit ✦ **O'tkir turi.** Qizarish, eshituv yo'lining tog'ay – pardali qismi terisida infiltratsiya, turli darajadagi eshituv yo'lining torayishi kuzatiladi. Uning ichida epidermisning deskvamatsiyasi va qo'lansa hidli, yiringli, bo'tqasimon aralashmasini ko'rish mumkin. Nog'ora pardasi qizargan bo'lib, yassilangan epidermis bilan qoplanadi ✦ **Surunkali turi.** Eshituv yo'li terisi va nog'ora pardasi qalinlashadi ✦ **Zamburug'li shikastlanishlar**(otomikoz). Teri infiltratlanishi natijasida eshituv yo'lining suyagi hamda tog'ay – pardali qismlari torayadi ✦ Aspergillus turkumidagi zamburug'lardan shikastlanganda tashqi eshituv yo'lidan chiqadigan patologik ajralma bosma qog'ozga o'xshaydi. Aspergillus niger zamburug'idan zararlanganda ajralmaning rangi qora, aspergillus flavus da sariq yoki yashil, aspergillus fumigatus da – qora, kulrang bo'ladi ✦ Candida turkumidagi zamburug'larda otoskopik ko'rinishi tashqi quloqning nam ekzemasiga o'xshaydi. Eshituv yo'lida patologik ajralma oqish yoki sarg'ish po'stga yoki kazeoz moddaga o'xshaydi. Gohida bu jarayon quloq supراسi va quloqning orqa qismlariga tarqaladi.

Maxsus tekshiruvlar • Tashqi eshituv yo'lining mikroskopik qirindisini va ajralmasi zamburug'ni hamda mikrobn ajratish uchun oziqlantiruvchi muhitga ekiladi • Xavfli tashqi otitlarda rentgen tekshiruvi o'tkaziladi.

Differensial diagnostikasi • O'rta otit • VII, IX – XII juft bosh miya nervlarining falaji • Aql tishlarning chiqishi • Pastki jag' bo'g'imining artrozoartriti.

Davolash. Ko‘proq ambulatoriya sharoitida yomon sifatli kechishida shifoxonaga yotqizish lozim.

● Etiotrop davolash ♦ Bakterial otitda – qo‘zg‘atuvchi turiga qarab antibiotiklar buyuriladi.

♦ Canlida oilasiga kiruvchi zamburug‘lar bilan zararlanganda – nistatin, levorin.

♦ Mog‘or zamburug‘i bilan zararlanganda – neomitsin + polimiksin V + lidokain, amfoteritsin V, amfoteritsin V + metilglukamin, likogentin buyuriladi.

● Antigistamin vositalari.

● Analgetiklar ko‘rsatma bo‘lganda.

● Autogemoterapiya, immunostimulyatorlar.

● Uglevod almashinuvini muvozanatga keltirish (ayniqsa yomon sifatli tashqi otitda).

♦ Chegaralangan va diffuz bakterial tashqi otitlarda mahalliy davolash.

♦ Tashqi eshitish yo‘llarini kuniga 2 marta muntazam tozalash, borat kislota yoki nitrofurol (1 : 5000) iliq eritmasi bilan yuvish; qichishish bo‘lganda – tashqi kuloqqa 1%li mentolning shaftoli yog‘idagi eritmasini tomizish, sulfatiazol 2%li surtmasini yuborish.

♦ Tashqi eshitish yo‘liga 3%li barot kislota eritmasili turundani yuborish, kechki muddatlarda esa streptotsid linimenti yoki 1%li sintamitsin qo‘yish.

♦ Tashqi eshitish yo‘liga 2-3%li kumush nitrat eritmasini yoki brilliant ko‘kini 1-2%li spirtli eritmasi surish.

♦ Prednizalonli surtma, gidrokortizonning 1%li emulsiyasini 5 tomchidan kuniga 3 marta 7 kun mobaynida tomizish ♦ UYUCH – terapiya, UFN, geliy neon lazerli terapiya ● Otomikozni mahalliy davolash ♦ Tashqi eshitish yo‘liga 2%li

xlor nitrofenol eritmasini tomizish ♦ Tashqi eshituv yo‘liga nistatin levorin surtmalarini yuborish ♦ 1%li klotrimazol kremi ● Yomon sifatli tashqi otitni davolash

♦ Ko‘k yiringli tayoqchaga qarshi spetsifik bakteriofag eritmasini tomizish ♦ Barot kislotaning 2%li eritmasini tomizish ♦ Giperbarik oksigenatsiya ♦ Antibiotiklar (karbensillin, piperatsillin, azlotsillin, seftazidim, imipenem+silastatin va siprofloksatsin).

Xirurgik davolash yomon sifatli tashqi otitda nekrozga uchragan to‘qimalarni olib tashlashga ko‘rsatma bo‘ladi.

Nazorat ● O‘tkir tashqi otitda sog‘ayish odatda davo boshlangandan so‘ng 48 soat ichida kuzatiladi ● Surunkali tashqi otitda ♦ Har 2–3 xaftada tashqi quloq yo‘lini qayta tozalash lozim ♦ Mahalliy dori vositalarini almashtirishga zururat bo‘lishi mumkin ● Yomon sifatli tashqi otit ♦ Shifoxona sharoitida kundalik kuzatuvda bo‘lish ♦ Davoning boshlanishi va yakunida asosiy eshituv va vestibulyar sinamalarni o‘tkazish.

Asoratlari. Yomon sifatli tashqi otit infeksiyasi yondosh joylashgan suyak to‘qimasi va bosh miyaga tarqalishi mumkin ● O‘tkir tashqi otit – eshituv chig‘anog‘i xonditi.

Kechishi va prognozi. O‘tkirtashqi otit – olib borilgan davo choralaritezi ta’sir etadi ● Surunkali tashqi otit qayta tozalanganda monand antibiotik davo qo‘llanilganda ko‘p hollarda samarasi yaxshi ● Ekzematoz tashqi otit tuzalishi teri qoplamini birlamchi kasalligini davolagach kuzatiladi ● Yomon sifatli tashqi otit –

odatda qayta tozalaganda va uzoq muddat parenteral antibiotiklar qo'llanilgandan so'ng tez tuzaladi.

O'limning nisbatan yuqori darajada bo'lishi yondosh kasalliklar bilan birga kelishiga bog'liq.

Yoshga qarab xususiyatlari – qariyalarda ko'p hollarda yomon sifatli tashqi otit kuzatiladi.

Profilaktikasi • Uzoq muddatnam va zax joyda turishdan voz kechish • Eshituv yo'llari jarohatini oldini olish • Yondosh tizimli kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va davolash.

XKK –10 • N60 Tashqi otit.

Izoh. Xolesteatoma – epidermal massani zich qavatlanishi va uning maxsulotlari asosan xolesterinning parchalanishi natijasida paydo bo'luvchi oq rangli modda bo'lib, biriktiruvchi to'qimali qobiqqa ega va buqobiq ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan hamda suyakka zich yopishgan va ba'zan unga o'sib kirgan. Xolesteatoma parchalanishi natijasida vujudga kelgan maxsulotlar va uning kimyoviy qismlari, xususan kollagenaza ta'sirida suyak to'qimasi parchalanishi kuzatiladi. O'suvchi xolesteatoma chakka suyagida tarqalgan parchalanishlar keltirib chiqarishi mumkin, bu «tabiiy radikal xirurgik operatsiya» deb nomlanuvchi holatga va bosh miyaning turli xil asoratlariga olib keladi.

Xavfli tashqi otitlarni asosan shifoxonada davolash zarur, qolgan turdagi otitlar ambulator sharoitida davolanadi • Etiotrop terapiya ✦ Bakterial otitlarda – keltirib chiqaruvchi mikroblarga qarab antibiotiklar buyuriladi ✦ Candida turkumidagi zamburug'lar bilan kasallansa – nistatin, levorin tayinlanadi ✦ Mog'or zamburug'lardan kasallanganda – neomitsin+polimiksin V+lidokain, amfoteritsin V, amfoteritsin V+metilglukamin, mikogeptin • Antigistamin preparatlar • Analgetiklar • Autogemoterapiya, immunostimulyatorlar • Uglevod almashinuvini tiklash (ayniqsa xavfli tashqi otitda) • Cheklangan va diffuz bakterial tashqi otit mahalliy davolanadi ✦ Tashqi eshituv nayini kunda ikki mahal tozalash, iliq bor kislotaga yoki nitrofuril eritmasi (1:5000) bilan yuvish; qichishishlarda – tashqi quloqqa 1 % li shaftoli yog'i mentol eritmasini turunda sifatida qo'yish, 2 % li sulfatiazol malhamini qo'yish ✦ Tashqi eshituv yo'liga 3 % li bor kislotaga spirtli eritmasini yuborish, keyinroq streptotsid yoki 1 % li sintomitsin linimentini yoki ✦ 2 – 3 % li kumush nitrat eritmasi bilan yoki 1 – 2 % li brilliant yashilining spirtli eritmasini eshituv yo'liga surtish ✦ 7 kun davomida prednizolon malhami, sutkada 3 mahal 5 tomchidan 1 % li gidrokortizon emulsiyasi ✦ UVCH – terapiya, UFO, geliy – neon lazerli lazeroterapiya • Otomikozning mahalliy davosi ✦ Tashqi eshituv yo'liga 2 % li xlor nitrofenol eritmasini tomizish ✦ Nistatin, levorin malhami ✦ 1 % li klotrimazol kremi surtish • Xavfli tashqi otitning davosi ✦ Ko'k yiringli tayoqchaga qarshi maxsus bakteriofag tomizish ✦ 2 % li bor kislotasini yuborish ✦ Giperbarik oksigenatsiya ✦ Antibiotiklar (karbenitsillin, piperatsillin, azlotsillin, seftazidim, imipenem+silastatin va siprofloksatsin).

Xirurgik davolash faqat xavfli tashqi otitda tavsiya etiladi. Bunda nekrozgauchragan to'qimalar olib tashlanadi.

Kuzatish • Odatda davolanish natijasida 48 soat mobaynida ahvol yaxshilanadi • Surunkali tashqi otit ✦ Har 2–3 haftada tashqi eshituv yo'lini tozalab

turish kerak ✦ Mahalliy dori vositalarini almashtirib turish ham mumkin • Xavfli tashqi otit ✦ Shifoxona sharoitida kuzatib turish kerak ✦ Davolash boshida va oxirida asosiy vestibulyar va eshituv sinamalarini o'tkazish zarur.

Asoratlari • Xavfli tashqi otit–bosh miya va suyak tizimiga infeksiya tarqalishi mumkin • O'tkir tashqi otit–quloq suprasi xondritiga olib kelish ehtimoli mavjud.

Kechishiva prognozi • O'tkir tashqi otitni davolash tez yaxshi natija beradi • Surunkali tashqi otitda qayta–qayta tozalovchi muolaja va antibiotikoterapiya ko'p hollarda samaralidir • Ekzematoz tashqi otitda–birlamchi teri qoplami kasalligini davolab bo'lgandan keyin samara kuzatiladi • Xavfli tashqi otitda odatda bir nechta tozalovchi muolaja va uzoq davom etadigan parenteral antibiotikoterapiya foydali bo'lishi mumkin. Agar qo'shib keladigan kasalliklar bo'lsa, o'lim darajasi yuqori bo'lishiga olib keladi.

Yoshga xos xususiyatlar – qari odamlarda tashqi xavfli otit kelib chiqadi.

Profilaktikasi • Nam sharoitlarda bo'lishdan voz kechish • Eshituv yo'lini jarohatlardan asrash • Qo'shimcha kasalliklarni aniqlash va davolash.

XKK – 10 • N60Tashqi otit.

Eslatma. Xolesteatoma – parchalanish mahsulotlari, asosan xolesterin epidermal massasining zich to'planishi – ko'p qavatli yassi epiteliy bilan qoplangan, odatda biriktiruvchi to'qima pardasiga ega oq rangli tuzilma, u suyakka zich yopishib turadi va aksariyat unga birikib ketadi. Parchalanish mahsulotlari va kimyoviy komponentlar ta'sirida suyak yemirilishi yuz beradi. O'sayotgan xolesteatoma chakka suyagida katta yemirilishlar paydo qilishi mumkin, ular ko'pincha tabiiy radikal operatsiyaga, shuningdek turli xil kalla suyagi ichi asoratlariga olib keladi.

SURUNKALI YIRINGLI O'RTA OTIT

Surunkali yiringli o'rta otit – bu o'rta quloq bo'shlig'i pardalarining yallig'lanishi bo'lib, doimo yoki vaqtincha yiring oqishi nog'ora pardasining teshilishi va har xil darajadagi quloq og'irligi bilan kechadigan kasallikdir.

Etiologiyasi • Mikroorganizmlar ✦ Monokulturasi (70 – 80 % hollar) – bu ko'p antibiotiklarga chidamli bo'lgan patogen stafilokokk va streptokokklar ✦ Mikrob to'plamlari – bu protey bilan stafilokokklar, grammanfiy bakteriyalar (29 – 30 %) va ko'k yiringlatuvchi tayoqchalar ✦ Zamburug'lar (24 %) – bunda ko'proq aspergillus niger aniqlanadi • Immunologik reaktivlik pasayishi, yuqori nafas yo'llarining patologiyasi, ayniqsa o'rta quloq shilliq qavatining tuzilish xususiyatlari (burmalar, cho'ntaklar, tor oraliqlar), bularning barchasi yosh bolalarda ko'proq uchraydi. Shuning uchun o'tkir yiringli otitning surunkali turga o'tishi ko'proq ularda kuzatiladi.

Klassifikatsiyasi • Surunkali yiringli epitimpanit (SYE) • Surunkali yiringli mezotimpanit (SYM).

Klinik belgilari • Jarayonning nog'ora bo'shlig'ida joylashganligi ✦ Surunkali yiringli mezotimpanit – nog'ora bo'shlig'ining o'rta va pastki qismlarida ✦ Surunkali yiringli epitimpanit – asosan yuqori nog'ora usti bo'shlig'ida joylashgan • Tarqalish chuqurligi ✦ SYM – shilliq qavatda ✦ SYE – shilliq qavat hamda suyak strukturasida • Shikoyatlar ✦ SYM da–quloqdan yiring oqishi, eshitish qobiliyatining pasayishi yoki quloqdagi shovqinlardan shikoyat qilish ✦ SYE da–

quloqdan yiring oqishi, eshitish qobiliyatining pasayishi, quloqda shovqin ba'zida bosh og'riqlar va bosh aylanishi • Ajralmaning ko'rinishi ✦SYM da–shilliqli yoki shilliq – yiring aralash hidsiz ajralma ✦ SYE da–yiringli, hidli ajralma • Teshilish turi ✦ SYM da–markaziy ✦ SYE da–chekkadagi • Patologik moddalar ✦ SYM da–yiring, granulyatsiya ✦ SYE da–yiring, granulyatsiya, poliplar, xolesteatoma • Quloq og'irligi xarakteri ✦ SYM da–yo'g'on ✦ SYE da–aralash, ko'proq yo'g'on.

KOMPLEKS DAVOLASH USULI KONSERVATIV DAVOLASH

- Umumiy davolash ✦ To'la qimmatli ovqatlanish, vitaminoterapiya ✦ Xuruj vaqtida antibiotiklarni mushak orasiga faqat dastlabki 2 – 3 kun mobaynida, fizioterapiya (UFN, elektroforez, aeroionoterapiya, geliy – neon va karbonat anhidrid lazeri ta'siri) va mahalliy davolash foyda bermaganda yuborish mumkin.
- Mahalliy davolash o'rta quloqda yiring o'chog'ini eliminatsiya qilishdan iborat bo'lib, uch bosqichdan tashkil topgan ✦**I bosqich:** nog'ora bo'shlig'ini quritish, yiring va boshqa patologik moddalarni (granulyatsiya, polip, xolesteatoma) chiqarib tashlash, nog'ora bo'shlig'iga dori vositalarini yuborish uchun qulaylik yaratish ✦ Nog'ora bo'shlig'ini 3 % li vodorod peroksid bilan paxta ushlagich yordamida paxta tamponi bilan tozalash ✦ Granulsiyalarni kuydirish uchun ko'proq 10 – 20 % li kumush nitrati yoki iyapis in substantia qo'llaniladi hamda maxsus igna bilan quloq konxotomi va kyuretka yordamida elektroaspiratsiya qilinadi. Poliplar quloq ilgagi yordamida olib tashlanadi ✦**II bosqich:** o'rta quloq shilliq pardasini dag'allashtirmaydigan dori vositalar yuboriladi ✦ 3 % li bor kislotasining spirtli eritmasi, 5 % li salitsilat kislotaning spirtli eritmasi, 1 – 3 % rezorsinolning spirtli eritmasi, 1 % li formalin eritmasi va kumush nitrati, 30 – 50 % li dimetil sulfoksid eritmasi, 1 % li gidroksimetilxinoksilindioksid suvli eritmasi (faqat kattalar uchun!) ✦ Allergik reaksiyalar bo'lsa, mahalliy glyukokortikoidlar ✦**III bosqich:** nog'ora pardasining teshilishini bekitish uchun perforatsiya chekkalarini xrom yoki uchxlorsirka kislotasi, 10 – 25 % kumush nitrati, 10 % li yodning spirtli eritmasi bilan kuydiriladi.

Xirurgik davolash • Maqsadlari ✦ Miringoplastika – biologik va sintetik vositalar yordamida (chandiqlanish yo'li bilan teshik beqilishi kamdan – kam uchraydi) nog'ora pardasining nuqsonini bartaraf etish ✦ Tozalovchi umumbo'shliq radikal operatsiyasi – bosh miyada asoratlar paydo bo'lmasligi uchun chakka suyakdan patologik o'choqni bartaraf etish ✦ Eshitish qobiliyatini tovush o'tkazuvchanlik apparati funksional holatini tiklash, ya'ni timpanoplastika. Buning uchun quyidagi shart – sharoitlar bo'lishi kerak ✦ Eshituv nayining o'tkazuvchanligi butunligi ✦ Chig'anoqda funksional zahira mavjudligi ✦ O'rta quloqda yiringli jarayon yo'qligi • Operatsiyaga mutloq ko'rsatmalar ✦ O'rta quloq suyak strukturasi kariesi ✦ Xolesteatoma ✦ Surunkali mastoidit ✦ Yuz nervi parezi ✦ Labirintit ✦ Ototogen bosh miya asorati.

Prognozi muntazam va monand umumiy va mahalliy davolashda asosan samarali, ammo eshitish qobiliyatining qayta tiklanishi qiyin bo'ladi.

XKK – 10 • N66 Yiringli va aniqlanmagan o'rta otit.

O‘TKIR O‘RTA OTIT

O‘tkir o‘rta otit (O‘O‘O) – o‘rta qulok havo tashuvchi bo‘shliqlar shilliq pardasining o‘tkir yallig‘lanishi – jadal rivojlanish, organizmning yaqqol umumiy reaksiyasi, o‘rta quloq bo‘shlig‘ida yiringli ekssudat hosil bo‘lishi bilan xarakterlanadi. **Aksariyat** bolalar kasallanadilar.

Etiologiyasi • Kuprok kokkli flora – streptokokklar (gemolitik), stafilokokklarning hamma turlari, ichak, difteriya va sil tayoqchasi, fuzospirosetoz simboz • Filtrlanuvchi viruslar

Infeksiya kirish yullari • Rinotubar – eshituv nayi orqali yuqoriga chiqadigan (ko‘pincha). Nog‘ora parda shikastlanishlarida tashqi eshituv yo‘li orqali gematogen (gripp, skarlatina, qizamiq, tiflarda). Retrograd (kamdan-kam) kalla suyagi bo‘shlig‘idan tabiiy teshiklar bo‘yicha, birlamchi mastoititlarda so‘rg‘ichsimon o‘simta katakchalaridan.

KLINIK KO‘RINISHI

- Teshilishgacha bo‘lgan bosqichi – yallig‘lanish jarayoni o‘rta quloqda; klinik belgilarning ko‘payib borishi o‘rta quloq bo‘shliqlarida ekssudat yig‘ilishi va toksik moddalarning so‘rilishi bilan bogliq ♦ Quloqda sanchiydigan, buraydigan, lo‘qillaydigan, o‘q tekkandek og‘riq bo‘lib, tungi soatlarda kuchayadi, tishlarga, chakkaga va boshning tegishli yarmiga o‘tadi ♦ Quloq bitgan va shovqin bor; eshitish tovush o‘tkazuvchi apparat zararlangani darajasida ♦ Tana haroratining 38-39° S gacha va bundan xam oshishi ♦ So‘rg‘ichsimon o‘simtani palpatsiya qilishda og‘riq ♦ Intoksikatsiya (loxaslik, uyqu va ishtaxa buzilishi) ♦ Qonning umumiy analizi: neytrofilli leykotsitoz (15*10 9/l. gacha, bolalarda 20*10 2/l.), leykotsitlar formulasining chapga siljishi, ECHT oshishi ♦ Otokopiya: boshlang‘ich bosqichlarda – bolg‘acha dastasi yopishgan joyda nog‘ora parda tomirlarining inyeksiyasi (chegaralangan giperemiya), keyin tanish belgilarning chaplashib ketishi yoki yo‘qolishi va nog‘ora pardaning tashqi eshituv yo‘li bo‘shlig‘iga chiqib qolishi.
- Teshilish bosqichi – nog‘ora parda teshilishi va otoreya, umumiy belgilar yuzaga chiqishining asta-sekin pasayishi ♦ Quloqdagi og‘riq darajasining susayishi. Kuchli otoreya, so‘ngra uning asta-sekin kamayishi. Og‘irquloqlik, qulokda shovqin, umumiy holatning yaxshilanishi, tana haroratining litik pasayishi ♦ Otokopiya: tashqi eshituv yo‘lida yiring; Teshik atrofi aniq bo‘lmasligi sababli odatda uni ko‘rinmasligi. Teshik joylashuvi pulslanuvchi refleks bo‘yicha aniqlanadi.
- Reparativ bosqichi – yallig‘lanish jarayonining bosilishi ♦ Otoreya to‘xtashi, eshitishning tiklanishi, quloqda shovqin yo‘qolishi ♦ Otokopiya: nog‘ora pardaning asta-sekin yo‘qoluvchi giperemiyasi, perforatsiya beqilishi.

DAVOLASH

- Teshilishgacha bo‘lgan bosqichda ♦ Umumiy davolash ♦ Antibiotiklar bilan (ototoksik nojo‘ya ta‘siri bor antibiotiklar buyurilmaydi) ♦ NYAKDV ♦ Giposensibilizatsiya ♦ Vitaminlar ♦ Simptomatik davo ♦ Mahalliy davolash ♦ Burun bo‘shlig‘iga kunda 3-4 marta tomir toraytiruvchi vositalar tomizish ♦ Tashqi eshituv yo‘liga tomchilar, maxsus mato yordamida antiseptik yoki spirtli eritmalar (masalan, glitserindagi 5 % karbon kislota eritmasi) kiritish ♦ Penitsillin – prokain mezatemponal blokada (250-500 ming TB benzilpenitsillin [yaxshisi natriy tuzi] 1%

prokain eritmasida 1-2 ml.) ♦ UFN, sollyuks lampa bilan isitish, lazerterapiyasi, isituvchi kompress yoki quruq issiq bog‘lamlar ♦ Nog‘ora pardada ko‘p miqdorda yiring yig‘ilganda va parda bo‘rtib chiqqanda miringotomiya (nog‘ora pardani kesish) o‘tkaziladi.

- Teshilish bosqichi ♦ Umumiy davolash ♦ Mahalliy davolash ♦ Tashqi eshituv yo‘lini kunda 2 marta yuvish (quruq yoki nam 3 % vodorod peroksid eritmasi bilan), elektr otsosdan foydalanish mumkin ♦ Iliq spirtli eritmaları (0,5 % spirtli sulfatsetamid, 0,1 % spirtli nitrofural eritmasi) maxsus mato bilan qo‘yish.

- Reparativ bosqichi ♦ Umumiy davolash ♦ Biostimulyatorlar (aloe, FIBS, pumizol va b.k.). Politser, Valsalva usullarida eshituv naylarini puflash ♦ Nog‘ora parda pnevmomassaji yoki Zigl voronkasi yordamida qo‘lda massaj qilish ♦ Fermentlar (gialuronidaza) bilan elektroforez – 10 ta muolaja.

Asoratlari • Mastoidit • Labirintit • Meningit • Miya absessi • Bosh miya sinuslari trombozi • Sepsis

Bolalardagi xususiyatlari • O‘O‘O bolalarda O‘RVI va boshqa infeksiyalar (qizamiq, skarlatina) oqibatida rivojlanadi; chaqaloqlarda ko‘proq – kindik sepsisida

- Intoksikaya belgilari mahalliy belgilardan ustunlik qiladi. Ko‘krak yoshidagi bolalarda O‘O‘Oning og‘ir formasida meningizm hodisalari paydo bo‘lishi mumkin (qusish, boshni orqaga tashlash, hiqildoqlarning bo‘rtib chiqishi, oyoq-qo‘llarning tortishishi), dispepsiya • Bolalar O‘O‘Oga quyidagi sabablarga ko‘ra moyil bo‘lishadi ♦ Bolalarda quloq tuzilishining anatomik xususiyatlari; eshituv nayi kalta va keng, gorizonta joylashgan; chaqaloqlarda va ko‘krak yoshidagi bolalarda o‘rta quloqda – miksoid to‘qima ♦ Orttirilgan immunitet yo‘qligi ♦ Bola qusganda sutning eshituv nayi orqali nog‘ora bo‘shlig‘iga tushishi ♦ Yuqumli kasalliklarga moyillik (qizamiq, skarlatina, difteriya) ♦ Bolalarda xiqildoq limfaadenoid to‘qimasining giperplaziyasi ♦ Nog‘ora pardasi birmuncha g‘ovak, shu sababli otoskopiyada yaqqol giperemiya va uning tashqi eshituv yo‘liga bo‘rtib chiqishi aniqlanmaydi.

Kechishi va prognozi • Kasallik 3-6 hafta davom etadi • Oqibatlari ♦ Eshituv funksiyasi tiklanib to‘liq sog‘ayish ♦ Quloqda adgeziv (chandiqli) jarayon rivojlanishi yoki quruq teshmk hosil bo‘lishi, og‘irquloqlik ♦ Surunkali formaga – surunkali yiringli o‘rta otitga o‘tishi • yoz vaqtida monand davolanganda prognozi ko‘pchilik hollarda yaxshi.

Qisqartmasi. O‘O‘O – o‘tkir o‘rta otit.

XKK – 10 •N65 Yiringsiz o‘rta otit •**N66** Yiringli va aniqlanmagan o‘rta otit•**N67**Boshqa xolatlarda aniqlangan kasalliklardagi o‘rta otit.

Yo‘tal. Pastkinafasyo‘llarikasalliklaridiagnostikasi - bronxit, zotiljam, bronxoektatikkasalliklar,o‘pkaabsessi.

Nafas yo‘llaridagi yot jism. Dispanser nazorat. Profilaktika.

Yo‘tal 4-8 haftadan uzoq cho‘zilganda uzoq davom etuvchi deb ataladi. O‘pka infeksiyasi yoki yuqumli jarayonlar ta’sirida havo o‘tkazuvchi yo‘llar sezuvchanligini oshishi natijasida kuzatiladigan yo‘tallar odatda kamroq muddatda kechadi.

- Uzoq muddatli yo‘tal sabablarini aniqlash lozim ♦ Bronxial astma ♦ Surunkali bronxit ♦ O‘pkaning surunkali yuqumli kasalliklari, ayniqsa sil ♦ Sinusit ♦ Sarkoidoz ♦ Biriktiruvchi to‘qima kasalliklari va uning davosi bilan bog‘liq yo‘tal ♦ Asbestoz, silikoz ♦ “Qoramol boquvchi o‘pkasi” ♦ DV larning nojo‘ya ta’siri (AAF ingibitorlari, β – adrenoblokatorlar, nitrofuranlar) ♦ O‘pka raki ♦ Plevrit ♦ Yurak yetishmovchiligi.

- Ko‘p hollarda yo‘tal ba’zi infeksiyalardan sog‘aygandan so‘ng bir necha oy mobaynida davom etadi (masalan, mikoplazma va xlamidiyali zotiljam, ko‘kyo‘tal).

Yuqumli jarayon belgilari bilan birgalikda boshlanuvchi uzoq muddatli yo‘tal

- Uzoq muddatli respirator infeksiya (sinusit) yoki ilk bosqichdagi bronxial astma – uzoq muddatli yo‘talning ko‘p uchraydigan sabablaridir.

- Tekshiruvning asosiy usullari – ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi va burun oldi bo‘shliqlari exo yoki rengenografiyasi.

- Davolashning boshlang‘ich bosqichlari ♦ Sinusitni davolash – antimikrob preparatlar, burun ichiga yuboriladigan tomirlarni toraytiruvchi moddalar, bo‘shliqlarni yuvish ♦ Tana harorati ko‘tarilgan yoki yiringli balg‘am ajratayotgan bemorlarga antibiotiklar (doksitsiklin, eritromitsin, amoksitsillin) buyuriladi. Tana harorati ko‘tarilmasdan va balg‘am ajralmasdan quruq yo‘talning o‘zi kuzatilganda bronxodilatatorlar ba’zida yo‘talga qarshi vositalar bilan birgalikda tavsiya etiladi. Antibiotiklar qo‘llash zaruriyati har bir holatdan kelib chiqib individual hal qilinadi.

- Yo‘tal 2 oy mobaynida sustlashmasa yoki saqlanib qolsa (antibiotiklar qo‘llanishidan qat’iy nazar), uni yuqumli bo‘lmagan sabablar natijasida kelib chiqqanligi ehtimoli yuqori. Bronxial astma rivojlanayotganda, xususan uning ilk bosqichida quruq yo‘tal kasallikning yagona belgisi bo‘lishi mumkin. Bu holda umumiy amaliyot vrachi bronxodilatatorlar bilan sinama o‘tkazishi va uy sharoitida nafas chiqarishning yuqori tezligini nazorat qilib borishi lozim. Shuningdek, ingalyatsiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar bilan sinama – davo o‘tkazib, uning natijasini baholash kerak ♦ Agar o‘tkazilgan davo samarasi ko‘ngildagidek bo‘lmasa, yo‘talning boshqa sababini izlash lozim ♦ Agar qoniqarli javob olinsa, bemor bronxial astmaning yengil darajasi bilan kasallangan va tekshiruvni davom ettirish zarur.

Arterial gipertenziya va yurak kasalliklariga chalingan bemorlarda uzoq muddatli yo‘tal

AAF ingibitorlari qabul qilayotgan bemorlarda yo‘tal aynan ushbu dori ta’sirida kelib chiqqan bo‘lishi mumkin. Bu xolda boshqa AAF ingibitori buyuriladi yoki angiotenzin II retseptorlari antogonistlari tavsiya etiladi, ular odatda yo‘tal chaqirmaydi. Agar bemor QD bilan kasallangan bo‘lsa, u holda qaysi biri zarur: AAF ingibitorlarining buyrak faoliyatiga ijobiy ta’sirimi yoki bemorda quruq yo‘talning yuzaga kelganinimi.

- β – adrenoblokatorlar, xatto ularni seliktivlari ham, ayniqsa atopik reaksiyalarga moyil va bronxial daraxt ta’sirchanligi yuqori bo‘lgan bemorlarda yo‘tal chaqirishi mumkin.

- Bemorlarda yurak yetishmovchiligi mavjudligini aniqlab olish zarur. Tunda kuzatiladigan yo‘tal yengil darajadagi yurak yetishmovchiligining ilk belgisi bo‘lishi mumkin. Bu holda birinchi navbatda ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasini qilish lozim.

Biriktiruvchi to‘qima tizimli kasalliklari bo‘lgan bemorlarda uzoq muddatli yo‘tal

- Fibrozlovchi alveolit – yo‘tal sababchilaridan biri bo‘lishi mumkin (ba’zida revmatoid artrit yoki sklerodermiya qo‘shilib keladi); Shuningdek yo‘tal DV ta’sirida yuzaga kelishi (oltin preparatlari, sulfosalazin, penitsillamin, metatreksatning nojo‘ya ta’siri) ehtimolini esda tutish lozim.
- Birinchi o‘rinda ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi amalga oshiriladi. Xos bo‘lgan xususiyat – o‘pka fibrozi, lekin ilk bosqichlarida rentgenda ko‘rinmasligi mumkin, shu bilan birga alveolalarda kislorod almashinuvini aks ettiruvchi o‘pkaning almashuv faoliyati susayganlik belgisi; dinamik spirometriyani amalga oshirish vaqtida restriktiv o‘zgarishlar aniqlanishi.

Chekuvchilardagi uzoq muddatli yo‘tal

- Ehtimolli sabablari – uzoq davom etayotgan o‘tkir yoki surunkali bronxit. O‘rta yoshdagi bemorlarda, ayniqsa 50 yoshdan katta shaxslarda rak ehtimolini yodda tutish zarur. Bemorda qon tuflash bor – yo‘qligini aniqlash kerak.
- Ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi, ayniqsa bemor 40 yoshdan katta va rentgenografiya o‘tganida 6 oydan ortiq muddat to‘lganida amalga oshiriladi. O‘pkalarda infiltratsiya aniqlanib, yo‘tal zotiljam asorati deb baholangan hollarda, ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasini ma’lum vaqt o‘tgach takrorlash zarur.
- Yo‘tal uzoq muddat yiringli balg‘am ajralishi bilan davom etganda antibiotiklar buyurish lozim. Tanlov vositalari – amoksitsillin, doksitsiklin, ko-trimoksazol. Eng ko‘p uchraydigan qo‘zg‘atuvchilari – *Haemophilus influenzae*, gramm musbat kokklar.

Kasbga bog‘liq uzoq muddatli yo‘tal

- Agar bemor asbest bilan bog‘liq ish joyida mehnat qilgan bo‘lsa (qurilishdagi ishchilar, avtomobil tuzatish ustaxonasida ishlovchi shaxslar) asbestoz rivojlanishi ehtimoli yuqoriligini yodda tutish zarur ♦ Avval ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi va spirometriya (restriktiv o‘zgarishlar aniqlanadi) amalga oshiriladi ♦ Asbestozga shubha tug‘ilganida mutaxassis bilan maslahat o‘tkaziladi.
- Qishloq xo‘jaligi ishchilarini “fermer o‘pkasi” (mog‘or bosgan pichan ta’siri natijasida yuzaga kelgan yuqori ta’sirchanlik zotiljami) yoki bronxial astmaga gumon qilish mumkin ♦ Avvaliga ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi, NCHYUT uy sharoitida aniqlash, spirometriya (bronxodilatatorlar bilan birgalikda) amalga oshirish ♦ “Fermer o‘pkasi” ga shubha tug‘ilganda bemor mutaxassisga yuboriladi.
- Yo‘tal bilan boshlanuvchi kasbiy bronxial astma kimyoviy moddalar, (izotsionatlar, formaldegid, akril birikmalari va h.k.) bilan bog‘liq, avtomobil tuzatish ustaxonalari, kimyoviy tozalash, plastik ishlab chiqaruvchi, tish yasash laboratoriyalari, stomatolog xonalarida va b.q. mehnat qiluvchi turli kasb egalarida rivojlanishi mumkin.

Atopiya, allergiyaci bor yoki atsetilsalitsil kislotasiga ta'sirchanligi yuqori bemorlarda uzoq muddatli yo'tal

- Ehtimoli yuqori diagnoz – bronxial astma.
- Eng ko'p uchraydigan belgilari: o'tib ketuvchi nafas yetishmasligi va shilliqli balg'am ajralishi.
- Birlamchi tekshiruvlar ♦ NCHYUT uy sharoitida aniqlash ♦ Spirometriya va bronxodilatatorlar bilan sinama ♦ Imkon qadar – bronxial daraxtning o'ta ta'sirchanligini aniqlash (gistamin bilan nafas olishni kuchaytirish) ♦ Ingalyatsiyada buyuriladigan glyukokortikoidlar samarasini baholash.

Yiringli balg'am ajralishi bilan kechadigan uzoq muddatli yo'tal va tana harorati ko'tarilishi

- Sil kasalligiga gumon, o'pka kasalligi bilan xasta bemorlarda esa – atipik mikobakteriyalar yuzaga keltirgan o'pka infeksiyasi rivojlanishi mumkin. Vaskulit boshlanishi mumkinligini (masalan, tugunli periarteriit, Vegener granulematozi) yodda tutish kerak.
- Birlamchi tekshiruvlar ♦ Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi ♦ Balg'am surtmasi va ekmasi ♦ Qon umumiy tahlili, qon zardobida SRO miqdorini aniqlash (vaskulitda ortishi mumkin).
- Eozinofil zotiljam haqida o'ylash.

Uzoq muddatli yo'talning boshqa sabablari.

- Surunkali yo'tal o'pka sarkoidozining yagona belgisi bo'lishi mumkin. Birlamchi tekshiruvlar quyidagilarni o'z ichiga oladi: ♦ Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi (darvoza limfa tugunlari giperplaziyasi, to'qimada infiltratlar) ♦ Qon zardobida AAF miqdori.
- O'pka tomonidan nitrofuranolarga nisbatan kam reaksiya ♦ Bemordan peshob yo'llari infeksiyasi oldini olish uchun nitrofuranol qabul qilganligini aniqlash ♦ Nim o'tkir holatlarda eozinofiliya bo'lmasligi ham mumkin.
- Yo'tal plevritning yagona belgisi bo'lishi mumkin. Sababini aniqlash uchun amalga oshirish zarur ♦ Sinchkovlik bilan ko'rik ♦ Plevra punksiyasi va biopsiyasi.

Xulosa

- Uzoq muddatli yo'tal nafaqat infeksiya yoki bronxial astma, balki o'pka raki bilan ham bog'liq bo'lishi mumkinligini hisobga olib, ayniqsa katta yoshlilarda, ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasini amalga oshirish zarur. Rentgenda o'zgarishlar bor yoki yo'qligi keyingi tekshiruvlar yoki davolash o'tkazish to'g'risida qaror qabul qilishga yordam beradi.

Qo'shimcha ma'lumotlar.

- Kattalarda yo'tal o'tkir rivojlanganda antibiotiklar qo'llash foyda bermaydi.

O'SOKga chalingan bemorlarni tekshirish obyektiv uning og'irlik darajasini aniqlashda kam ma'lumot beradi. Lekin ularga asoslangan holda bemor laborator va asbob – uskunalari bilan qo'shimcha tekshirishga yuboriladi.

O‘TKIR BRONXIT

O‘tkir bronxit (O‘B) – 1 oygacha davom etadigan infeksiya ta’sirida kelib chiqqan bronxlarning o‘tkir shamollashidir.

XKK-10: J20 O‘tkir bronxit.

QISQARTMASI: O‘B-o‘tkir bronxit.

EPIDEMIOLOGIYASI

O‘Bning epidemiologiyasi gripp va boshqa virusli respirator infeksiyalar epidemiologiyasi bilan uzviy bog‘liqdir. Bu kasalliklarning uchrashi va o‘tib borishining eng yuqori Ko‘rsatkichlari odatda dekabr oyining oxiri va martning boshlarida qayd qilinadi.

XAVFLI OMILLARI

Quyidagi kasalliklar va holatlar O‘Bning rivojlanishiga olib keluvchi omillar hisoblanadi: gripp va boshqa virusli respirator kasalliklar, alkogolizm, allergik kasalliklar (shu jumladan bronxial astma, allergik rinit, allergik kon’yuktivit), havo pollyutantlari (chang, ximiyaviy agentlar), tomoq va xalqum bodomcha bezlarining gipertrofiyasi, immuntanqislik holatlari, chekish (shu jumladan passiv), traxeostomaning mavjudligi, keksa yoxud kichik yosh, reflyuks-ezofagit, O‘SOK, surunkali sinusit.

SHAXSIY GIGIYENA

Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishga e’tibor berish lozim: qo‘llarni tez-tez yuvib turish, ko‘z-qo‘l, burun-qo‘l aloqalarini kamaytirish.

●**Asoslanishi.** Ko‘p viruslar aynan yuqoridagi aloqalar orqali o‘tadi ●**Dalillari.** Bu profilaktik choraning samaradorligini bilish maqsadida bolalar va katta yoshdagilarda kunduzgi shifoxonada maxsus tekshiruvlar o‘tkazilgan hamda uning yuqori darajada samarador ekanligi isbotlangan.

KLASSIFIKATSIYASI

O‘Bning umum qabul qilingan klassifikatsiyasi mavjud emas. Nafas olish a’zolarining boshqa o‘tkir kasalliklari bilan bir qatorda uning quyidagi klassifikatsiyasi farqlanadi: etiologiyasi va funksional holatlari bo‘yicha.

- Etiologiyasi bo‘yicha uning ikkita asosiy turini ajratish mumkin: virusli va bakterial, lekin boshqa (kam uchraydigan) etiologik variantlar ham bo‘lishi mumkin – toksik va quyish, bular kamdan kam yakka o‘zi kuzatiladi, balki sistem zararlanishning komponenti sifatida yuzaga kelib tegishli kasalliklar doirasida ko‘rib chiqiladi.
 - O‘Bning og‘irlik darajasini hisobga oladigan funksional klassifikatsiyasi ishlab chiqilmagan, chunki asoratlarsiz kechayotganda odatda yaqqol namoyon bo‘lmaydi va og‘irlik darajasi bo‘yicha chegaralanishni talab qilmaydi.
 - Turli viruslar va bakteriyalar bilan zararlangandagi O‘Bning xarakteristikasi jadvalda keltirilgan.
-

Turli etiologiyali o‘tkir bronxitning xarakteristikasi

Mikroorganizm	Xarakterli belgilari
A grippi virusi	Butun boshli mamlakatlarda tarqaluvchi 3 yilda 1 marta yuzaga keladigan yirik epidemiyalar; kasallikning og‘ir kechishi va epidemiyalar vaqtida o‘lim darajasining yuqoriligi
V grippi virusi	5 yilda 1 marta sodir bo‘luvchi epidemiyalar, A grippi virusi bilan infeksiyalanganga qaraganda nisbatan yengilroq kechishi
1-3 tiplardagi paragripp	Epidemiologik jihatdan bir biri bilan bog‘liq bo‘lmagan yakka holatlar
Adenovirus	Epidemiologik jihatdan bir biri bilan bog‘liq bo‘lmagan yakka holatlar
Pnevmokokklar	O‘rta yoshdagi va keksa kishilarda uchrashi va to‘satdan boshlanishi, yuqori nafas yo‘llarining zararlanish belgilari
Mikoplazmalar	30 yoshdan katta bo‘lgan kishilarda boshlanish hollarida yuqori nafas yo‘llarining zararlanish belgilari Quruq yo‘tal
<i>Haemophilus influenzae</i>	O‘tkir bronxit bilan kasallanganlar va chekuvchilar
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Surunkali bronxit va immuntanqisligi bor kishilarda

DIAGNOZI

«O‘tkir bronxit» diagnozi o‘tkir yo‘tal 3 xaftadan ko‘p bo‘lmagan muddat davom etayotgan bo‘lsa, balg‘am bor yo‘qligidan qat’iy nazar, lekin yo‘tal kuzatilishi mumkin bo‘lgan zotiljam va o‘pkaning boshqa surunkali kasalliklari belgilari aniqlanmagan taqdirda qo‘yiladi. Diaqnoz inkor etish usuli yordamida qo‘yilib klinik manzaraga asoslaniladi.

KLINIK KO‘RINISHLARI

O‘Bning asosiy klinik ko‘rinishlari quyidagilardan iborat:

- Intoksikatsiya belgilari (behollik, qaltirash, subfebrilitet, bel va mushak paylaridagi og‘riqlar);
- Yo‘tal, oldin quruq, keyin shilliq-yiringli;
- Hansirash ko‘pincha o‘pka yoki yurakning asosiy kasalliklarini og‘irlashishi bilan bog‘liq;
- Auskultatsiyada – o‘pkadaga tarqoq quruq yoki nam xirillashlar;
- Faringit va kon’yuktivit belgilari.

Turli yuqumli omillar (birinchi navbatda viruslar) O‘B klinik belgilarining sababi bo‘lishi ehtimoli bor. Yuqoridagi mikroorganizmlarning o‘zi O‘B bilan bir vaqtda paydo bo‘luvchi boshqa klinik sindromlarning ham chaqirishi mumkin. Jadvalda O‘Bning katta yoshdagi bemorlardagi asosiy belgilari keltirilgan.

O'tkir bronxit belgilari

Belgilari	Uchrashi, %
Shikoyatlar va anamnezi	
Yo'tal	92
Balg'am ajralishi	62
Rinoreya	50
Tomoqda og'riq	50
Holsizlik	48
Bosh og'rig'i	46
	42
Burun shilimshig'ining yuqori nafas yo'llariga oqib o'tishi	42
Xansirash	38
Qaltirash	35
Xirillab nafas olish	33
Burundan yiringli ajralmalar	32
Mushaklardagi og'riqlar	30
Isitmalash	29
Terlash	28
Burunning burunning qo'shimcha bo'shliqlarigi og'riqlar	17
Nafas olish paytida og'riq	17
Ko'krak qafasidagi og'riqlar	14
Yutinishning qiyinlashishi	9
Tanglayning shishi	
Fizikal tekshiruvlar	
Tanglayning qizarishi	45
Bo'yin limfadenopatiyasi	19
Uzoqdan eshitiluvchi xirillashlar	18
Xirillashlar Paypaslaganda	17
sinuslar sezuvchanligining oshishi	16
Burundan yiringli ajralmalar Quloqlar bitishi	15
Bodomcha bezlarining shishishi	15
Tana haroratining 37,8 °Sdan yuqori bo'lishi	11
	9
Nafas chiqarishning uzayishi	
Nafas shovqinlarining susayishi	9
Nam xirillashlar	7
	5

LABORATOR MA'LUMOTLAR

- Chapga siljigan tayoqchaliyadroli leykotsitoz.
- Bakteriologik (balg'amni ekish) va bakterioskopik (Gram bo'yicha bo'yash) tekshiruvlar
- Viruslar yoki mikoplazmalarga ATlarni aniqlash.

INSTRUMENTAL MA'LUMOTLAR

- Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi: o'pka to'qimalarida o'zgarish yo'q (differensial diagnostika uchun muhim).

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

O'B klinik belgilarining turli xilda bo'lishi (jadvalga qarang) yo'talayotgan bemorda sinchkovlik bilan differensial diagnostika o'tkazishni talab etadi.

O'Bni zotiljam, bronxial astma, o'tkir va surunkali sinusitlar bilan differensial diagnostika o'tkazish muhim hisoblanadi.

•**Zotiljam.** O'Bni zotiljam bilan differensial diagnostika o'tkazish muhim hisoblanadi, chunki aynan shundan so'ng intensiv antibakterial dorilar bilan davolash lozim bo'ladi. Jadvalda zotiljam uchun diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan, yo'talayotgan bemorlarda kuzatiladigan belgilar keltirilgan.

Jadval.

Yo'talayotgan bemorda belgilarni baholash

Belgilari	Sezuvchanligi,%	Xosligi, %
Isitmalash	44	79
Produktiv yo'tal	79	38
Yiringli balg'am	65	52
Tana xaroratining 37,8 °Sdan yuqoriligi	27	94
Yurak qisqarishi soni minutiga 100dan ko'p	17	97
Nafas olish soni minutiga 25dan ko'p	28	92
Quruq xirillashlar	15	90
Nam xirillashlar	19	93
Tovush titrashining kuchayishi	4	99,5
Egofoniya	4	99,5
Plevra ishqalanishining shovqini	4	99,5
Perkutor tovushning bo'g'ilishi	4	99,5

•**Ko'k yo'tal.** O'tkir yo'talning uncha ko'p uchramaydigan, lekin epidemiologik nuqtai nazardan o'ta muhim sababi hisoblanadi. Ko'k yo'talga quyidagilar xos: 2 xaftadan kam bo'lmagan yo'tal, uning o'ziga xos inspirator «chinqirish» bilan kechuvchi xurujlari va shundan keyin boshqa hech qanday sabablarsiz qayt etish. O'Bni ko'k yo'tal natijasida paydo bo'lganligini tasdiqlashda quyidagi ma'lumotlarni hisobga olish lozim.

◆ O‘Bning ko‘k yo‘tal natijasida paydo bo‘lganligini tasdiqlash yo‘talayotgan bemordan *Bordetella pertussis*ni aniqlanishiga yoki laborator yo‘l bilan ko‘k yo‘talga chalinganligi isbotlangan bemor bilan epidemiologik aloqasi borligini isbot qilishga bog‘liq.

◆ Yoshligida ko‘k yo‘talga qarshi emlangan katta yoshdagilarda uning klassik infeksiya sifatida ko‘rinishi kuzatilmaydi.

◆ Ko‘k yo‘talga qarshi emlanmagan bolalar (tashkiliy yoxud diniy sabablarga ko‘ra) bilan aloqa haqida anamnestik va klinik ma‘lumotlarning borligi.

◆ Monand diagnostik tekshiruvlarni o‘tkazish uchun infeksiya bilan aloqada bo‘lganlar orasida xavf guruhlarini ajratib olish.

◆ **Asoslanishi.** Bolalik va o‘smirlik davrida o‘tkaziladigan emlashga qaramasdan ko‘k yo‘talning epidemik xavfi (ba‘zi bolalar va o‘smirlarda suboptimal emlash oqibatida sekin astalik bilan (emlashdan so‘ng 8-10 yil o‘tgach) ko‘k yo‘talga qarshi immunitetni pasayishi sababli) saqlanib qolmoqda.

• Quyida O‘Bning asosiy differensial-diagnostik belgilari keltirilgan.

◆ **Zotiljamlar.** O‘pka zararlanishining mahalliy belgilari aniqlanishi: krepatatsiya, egofoniya, tovush titrashining kuchayishi.

Diagnostik standarti: ko‘krak qafasining rentgenografiyasi (rentgenografiyaga 100% sezuvchanlik yo‘qligi sababli klinik manzaraga ko‘proq ahamiyat beriladi).

◆ **Ko‘kyo‘tal.** Muqaddam emlangan katta yoshdagilarda doimiy yo‘tal. Klinik manzara nospetsifik bo‘lishi mumkin.

Diagnostik standarti: ekmada bakteriyalar o‘sishi yoki ijobiy PZR.

◆ **Surunkali sinusitlar.** Shilimshiqni nafas olish yo‘llariga oqib kirishi. Burunning qo‘shimcha bo‘shliqlaridagi noqulay sezgi.

Diagnostik standarti: Burunning qo‘shimcha bo‘shliqlarining KTsi.

◆ **Bronxial astma.** Belgilarning xurujsimon va to‘lqinsimon bo‘lishi. β_2 – agonistlardan yengil tortish.

β_2 –agonistlari bilan sinamalar o‘tkazilganda bronxial obstruksiyaning qaytalanishi.

Chekuvchilarda va pollinozga chalingan bemorlarda tegishli o‘simliklarning gullagan davrida, boshdan kechirilgan O‘Bdan keyingi bronxial giperreaktivlik holatlarining 8 hafta davomida saqlanib qolishi.

◆ **Gastroezofageal reflyuks.** Ko‘p ovqat iste‘mol qilish va yotgan holatda yo‘talning kuchayishi tana holatini o‘zgartirilganda uning kamayishi.

Ezofagogastroskopiya va oshqozon rNni kun davomida monitoring kuzatish.

DAVOLASH

DAVOLASHNING MAQSADLARI

• Yo‘tal og‘irligini yengillashtirish • Yo‘tal davomiyligini kamaytirish • Mehnat faoliyatini tiklash.

SHIFOXONAGA YOTQIZISHGA KO‘RSATMALAR

O‘Bga chalingan bemorlarni shifoxonaga yotqizishga hojati yo‘q va ularni umumiy amaliyot vrachlari davolashlari lozim.

DORILARSIZ DAVOLASH

- Balg'am ajralishini yengillashtirish ♦ Bemorga monand gidratatsiyani saqlab turish haqida tushuncha berish (ko'p suyuqlik ichish) ♦ **Asoslanishi**. Gidratatsiyaning pasayishi bronxlardagi shilliqning yopishqoqligini oshishiga olib kelib uning ajralishini qiyinlashtiradi. Balg'am ko'chishini yengillashtirish yo'talning og'irligi va davomiyligini kamaytirishi mumkin.
- Bemorga atrof muhitning yo'tal chaqiruvchi omillari (tutun, chang) ta'sirini oldini olish zarurligiga e'tiborini qaratish lozimligi tavsiya etiladi.

DORILAR BILAN DAVOLASH

- Yo'talni bosuvchi vositalar (dekstrometorfan yoki kodein) kuchli yo'talda qo'llanilishi mumkin ♦ **Asoslanishi**. Ular uyqu buzilishiga olib keluvchi va hayot tarziga jiddiy ta'sir etuvchi yo'tal bemorni bezovta qilganda yo'talish davrini qisqartiradi.
- Kuchli yo'talda qo'llaniladigan bronxodilatatorlar ♦ Salbutamol klassik usullar (gidratatsiya va yo'talni bosuvchi vositalar) kuchli yo'talni yengillashtirmasa, ayniqsa bronxlarning giperreaktivlik belgilarida (uzoqdan eshitiluvchi xirillashlar) dozalangan individual ingalyatorlar orqali buyuriladi ♦ **Asoslanishi**. Bronxial giperreaktivlik aksariyat hollarda yo'tal bilan namoyon bo'ladi va u O'Bning xarakterli belgisidir ♦ **Dalillar**. Uchta randomizatsiyalashgan tadqiqotlarda O'B bilan kasallangan 50% bemorlarda bronxlarni kengaytiruvchi dorilar bilan davolashning samaradorligi ko'rsatilgan. Qolganlarida esa uning samarasizligi sabablarini aniqlashga bo'lgan urinishlar natija bermagan.
- **Antibiotiklar** bilan davolash ♦ Asoratlarsiz kechuvchi O'Bni antibiotiklar bilan davolash maqsadga muvofiq emas ♦ **Asoslanishi**. Ko'pchilik O'Blar – aksariyat hollarda virusli etiologiyaga ega ♦ **Dalillar**. 9 ta randomizatsiyalashgan va nazoratda bo'lgan tadqiqotlar antibiotiklar bilan davolashning samaradorligi shubhali ekanligini ko'rsatdi.
- Antibiotiklar bilan davolash bronxlarning yaqqol zararlanish belgilari bo'lganda ko'rsatilgan: yiringli balg'am ajralishi va uning miqdorini ortib borishi, xansirashning paydo bo'lishi yoki ko'payib borishi va zaharlanish belgilarining kuchayishi.
- Bronxlarning bakterial zararlanish belgilarisiz kechayotgan 38°Sdan yuqori gipertermiyada haroratni tushiruvchi DVlarini qisqa muddatli qo'llash mumkin.

BEMORNI O'RGATISH

- Bemorga profilaktika haqida ma'lumot berish ♦ Har yilgi grippga qarshi profilaktika O'B paydo bo'lish hollarini kamaytiradi. ♦ Grippga qarshi dorilar bilan profilaktika o'tkazishga ko'rsatmalar – *Profilaktika* bo'limiga qarang.
- «O'tkir yo'tal»ga chalingan bemorlarga tibbiy yordam so'rab murojaat qilishga asos bo'luvchi holatlar haqida axborot berish ♦ Tana haroratining 37,8 °Sdan baland bo'lishi ♦ Tanadagi toshmalar ♦ Burunning qo'shimcha bo'shliqlari va quloqlardagi doimiy og'riq, tish og'rig'i ♦ Yutinishning qiyinlashishi ♦ Nafas siqilishi ♦ Ko'krakda siqilishlar, og'riqlar yoki xushtaksimon nafas olish ♦ Qon tupurish yoki yo'talning 3 xaftadan ko'p davom etishi.
- Bemorlarga «o'tkir yo'tal» vaqtida o'ziga yordam ko'rsatish choralari haqida ma'lumot berish.

- Bemorni yo‘tal qo‘zg‘atuvchi omillar bilan aloqada bo‘lmaslik, ko‘p suyuqlik ichish, yo‘talni bosish uchun tarkibida dekstrometorfan bo‘lgan siroplar iste‘mol qilish haqida axborot bilan ta‘minlash.
- Chekuvchilarga – chekishni man etish.
- Bemorlarga virusli respirator infeksiyani antibiotiklar bilan davolashning samarasizligi to‘g‘risida tushuntirish. Antibiotiklar bilan davolash ularning shubhali samaradorligi sababli atrofdagilarga jiddiy xavf tug‘diradigan pnevmokokklarning ulargi bo‘lgan chidamli shtammlari hamda boshqa mikroorganizmlarning paydo bo‘lishiga olib kelishi mumkinligi haqida ma‘lumot berish.

MUTAXASSISLAR MASLAHATIGA KO‘RSATMALAR

Ko‘k yo‘talga gumon qilinganda – O‘Bning ko‘k yo‘tal natijasida kelib chiqqanligini isbotlash uchun uni laborator tasdiqlash yoki inkor etish maqsadida infeksionist yoki epidemiolog maslahatini olish.

O‘Bni standart empirik davolashda uzoq yo‘talning davom etishi uning boshqa sabablarini nazarda tutishni taqozo etadi • Shuning uchun ushbu bemorlarni o‘pkaning surunkali kasalliklarini qo‘zish ehtimolini aniqlash maqsadida pulmonolog maslahatiga yuborish • Gastroezofageal reflyuksni inkor qilish uchun gastroenterolog ko‘rigi • LOR-kasalliklarini uzoq davom etuvchi yo‘tal sababi bo‘lishi ehtimolligini inkor qilish maqsadida mutaxassis vrachga yo‘llash **Dalillar.** 85% bemorlarda me‘yordagi rentgenogrammada sinusitlar, bronxial astma va gastroefagial reflyuks uzoq davom etuvchi yo‘talning (>3 hafta) sababi bo‘ladi.

KEYINGI OLIB BORISH

Odatda o‘tkir asoratsiz bronxit bilan bog‘liq yo‘tal 4-8 hafta davomida to‘xtaydi. Jadvalda O‘Bga chalingan bemorni keyingi olib borish haqida asosiy holatlar keltirilgan.

Jadval.

**O‘tkir bronxit
Bemorlarni keyingi olib borish tamoyili**

Belgisi	Muddatlari	Ilovalar
Yo‘talning mavjudligi	Birinchi tashrifdan keyin 2-4 hafta	4-8 haftadan uzoq davom etuvchi yo‘talda ko‘krak qafasining rentgenografiyasi. Agar kasallik aniqlanmasa – LOR xastalik, bronxial astma va gastroezofageal reflyuksni inkor qilish maqsadida diagnostik qidiruvni davom ettirish
Isitmalash	Birinchi tashrifdan keyin 2-3 kun	Zotiljam yoxud boshqa joylardagi yuqumli kasalliklarni gumon qilish
Xushtak chaladigan nafas olish	Kasallik boshlandan keyin 6-8 hafta-	Bronxial astma yoxud ishlab chiqarish va maishiy hamda tabiiy

	dan kam bo‘lmagan muddatda	omillarning doimiy ta‘sirini inkor qilish maqsadida tekshiruv o‘tkazish
Ko‘k yo‘talni aniqlash	Birinchi tashrifdan keyin 3-5 kun	Ko‘k yo‘tal bakterial tasdiqlagandan so‘ng – 10-14 kun davomida eritromitsin buyurilib eylanmagan (ayniqsa o‘smirlar) shaxslar bilan

PROGNOZI

Asoratlarsiz O‘Bda ijobiy prognoz. Asoratlar kuzatilsa prognoz ularning xarakteriga bog‘liq.

SHIFOXONADAN TASHQARIDA ORTTIRILGAN ZOTILJAM

Shifoxonadan tashqarida orttirilgan zotiljam – shifoxonadan tashqari sharoitda yuzaga kelgan o‘tkir kasallik bo‘lib nafas yo‘llari quyi qismi infeksiyalari belgilari (tana harorati ko‘tarilishi, yo‘tal, balg‘am ajralishi - ba‘zan yiring aralash, ko‘krakda og‘riq, nafas yetishmasligi) va rentgenologik tekshiruvda o‘pkada "yangi" uchoqli infiltratlarning paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

EPIDEMIOLOGIYASI

Zotiljam ancha keng tarqalgan o‘tkir infeksiyon kasalliklar qatoriga kiradi.

- Zotiljam bilan kasallanish kattalarda (≥ 18 yosh) 1 – 11,6 % atrofida.
- Ushbu kasallikda o‘lim yondosh patologiyasi bo‘lmagan navqiron va o‘rta yoshdagilarda eng kam (1 – 3 %) uchraydi. Katta yoshdagilarda yondosh kasalliklar (O‘SOK, xavfli o‘smalar, alkogolizm, QD, jigar va buyrak, yurak qon-tomir kasalliklari) mavjud bo‘lsa, shuningdek og‘ir kechganida bu ko‘rsatgich 15 – 30 % yetadi.

PROFILAKTIKASI

Zotiljamni oldini olish uchun pnevmokokk va grippga qarshi zardob qo‘llaniladi • Emlash amaliyoti bo‘yicha maslaxatchilar qo‘mitasi (Advisory Committee on Immunization Practicez-ACIP.1997) tavsiyalariga binoan pnevmokokk zardobini ushbu infeksiya rivojlanishi yuqori xavfi mavjud bo‘lganda yuborish lozim: ♦ ≥ 65 yoshda bo‘lganlarda ♦ Yoshi 2-64da bo‘lib, ichki a‘zolarida kasalliklari (yurak qon-tomir tizimli surunkali kasalliklari, surunkali bronx-o‘pka kasalliklari, QD, alkogolizm, jigarning surunkali kasalliklari va b.q.) bilan xastalangan bemorlarga ♦ 2 yoshdan 64 yoshgacha bo‘lgan, funksional yoki organik spleniya (o‘roqsimon hujayrali kamqonlik, splenektomiyadan so‘ng) bilan xastalangan bemorlarga ♦ Immun tanqisli holatidagi 2 yoshdan yuqori shaxslarga.

- 65yoshgacha bo‘lganlarga grippga qarshi zardob yuborish gripp va uning asoratlari jumladan, zotiljamni oldini olishda yuqori samara beradi. 65 yosh va undan yuqori bo‘lgan yoshdagi shaxslarni emlash samarasi past, lekin yuqori nafas yo‘llari infeksiyalari, zotiljam, kasalxonada davolanish va o‘lim sonini kamaytiradi. ASIP tavsiyalariga binoan (2001 y.) quyidagi xavfli guruhlarga kiruvchi shaxslarni grippga

qarshi emlash kerak: ♦ 50 yoshdan katta shaxslar ♦ Qariyalar uyida uzoq muddat yashayotganlar ♦ Surunkali bronx-o'pka (bronxial astma xam), yurak qon-tomir kasalliklari bilan xasta bemorlar ♦ Doimiy tibbiy nazoratda bo'lgan va o'tgan yilda metabolizm buzilishlari (QD), buyrak kasalliklari, gemoglobinopatiyalar, immuntanqisligi bo'yicha shifoxonada davolangan shaxslar ♦ Homiladorlikning 2 va 3 choraklaridagi ayollar ♦ Shifokor, xamshiralalar, kasalxona va ambulatoriya muassasalarida ishlaydigan boshqa xodimlar ♦ Xavfli guruhga kiruvchi shaxslarni uyda parvarish qilishni amalga oshiruvchi tibbiyot xizmatchilari.

Emlashni amalga oshirish uchun eng qulay vaqt oktyabr va noyabrning 1 yarmi.

Klassifikatsiyasi

Hozirgi vaqtda kasallik rivojlangan sharoitni va o'pka to'qimasi zararlanish xususiyatlarini, shuningdek bemorning immun holatini hisobga oluvchi klassifikatsiya keng tarqalgan. Bu klassifikatsiyaga muvofiq zotiljamning quyidagi turlari farq qilinadi;

- **Shifoxonadan tashqarida orttirilgan zotiljam** (davolash muassasasidan tashqarida orttirilgan, sinonimlari: uyda, ambulator).
- **Nozokomial zotiljam** (davolash muassasasida orttirilgan, sinonimlari: shifoxona, shifoxona ichi).
- **Aspiratsiya oqibatidagi zotiljam.**
- **Immunitetda yetishmovchiligi bo'lgan shaxslardagi zotiljam** (tug'ma immun tanqisligi, OITS, yatrogen immunsupressiya)

Etiologiyasi

Shifoxonadan tashqarida orttirilgan zotiljamning kelib chiqishi bevosita yuqori nafas yo'llaridagi normal mikroflora bilan bog'liq. Quyi nafas yo'llariga tushgan mikroorganizmlardan faqatgina ba'zilar, ya'ni yuqori chidamlilikka ega bo'lganlarigina yallig'lanish jarayonini chaqirishi mumkin. Shifoxonadan tashqarida orttirilgan zotiljamning qo'zg'atuvchilari odatda *Streptococcus pneumoniae* (30-50%) va *Haemophilus influenzae* (10%). Shuningdek ushbu kasallikni kelib chiqishida atipik mikroorganizmlar ham qanchadir ahamiyat kasb etadi va ular hisobiga kasallanish 8-30-% hollari tug'ri keladi. 1-jadvalda bemorning yoshi, kasallikning kechishi va yondosh patologiya mavjudligini hisobga olgan holda shifoxonadan tashqari zotiljamning kelib chiqish sabablari keltirilgan.

Ba'zi mikroblar bronx-o'pka yallig'lanishini chaqirmaydi va ularning balg'amdan topilishi yuqori nafas yo'llarida borligidan dalolat beradi, bularga ko'kimtir streptokokklar, Stapheloccus epidermidis va boshqa koagulaza-manfiy stafilokokklar, shuningdek Entezococcus spp., Neisseria spp., Candida spp lar kiradi.

Diagnozi

Klinik va rentgyen belgilari

- Bemor tana harorati ko'tarilishi, yo'tal, havo yetishmaslik, balg'am ajralishi va/yoki ko'krakda og'riqqa shikoyat qilganda zotiljamga shubxa tug'ilmog'i lozim. Shuningdek hech bir asossiz behollik, tez charchash, kechalari terlash xos.
- Bemor tekshirilganda aniqlanadigan zotiljamga xos obyektiv belgilar: o'pkaning zararlangan qismi sohasida perkutor tovush qisqargan (bug'iqlashgan),

chegaralangan bronxial nafas, jarangdor mayda pufakchali xirillashlar yoki inspirator kripitatsiya, bronxofoniya va tovush titrashi kuchayshi.

- Ayrim bemorlarda zotiljamning o'ziga xos belgilari aniqlanmasligi yoki umuman tashqi belgilarisiz kechishi mumkin, shu sababdan diagnozni aniqlash maqsadida ko'krak qafasi rentgenografiyasi o'tkaziladi.
- Ko'krak qafasi rentgenografiyasida o'pkada infiltrat-o'choqni aniqlab, quyi nafas yo'llari infeksiyasining o'ziga xos belgilari bilan birgalikda zotiljam diagnozini tasdiqlash imkonini beradi. Rentgen yordamida infil'tratning tarqalganligi, plevra bo'shlig'ida suyuqlikni va yurak yetishmovchiligi bemorda bor yo'kligi aniqlanadi.
- Ko'p hollarda klinik belgilar va rentgenografiyaga asoslanib, zotiljamning kelib chiqish sabablari tug'risida aniq xulosaga kelib bo'lmaydi.

Shifoxonadan tashqarida orttirilgan zotiljam bilan kasallangan bemorlar guruhi va taxminiy qo'zg'atuvchilari.

Bemorlarning xususiyatlari	Taxminiy qo'zg'atuvchilar
Ambulator bemorlar 60 yoshgacha, yondosh kasalliklarsiz shaxslarda og'ir bo'lmagan darajadagi shifoxonadan tashqaridagi zotiljam	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>
Ambulator bemorlar 60 yoshdan yuqori va/yoki yondosh kasalliklari bor og'ir bo'lmagan shifoxonadan tashqaridagi zotiljam	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Shifoxonaga yotqizilgan bemorlar Shifoxonadan tashqaridagi og'ir bo'lmagan zotiljam	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Shifoxonaga yotqizilgan bemorlar Shifoxonadan tashqaridagi og'ir zotiljam	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Legionella spp.</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>

LABORATOR DIAGNOSTIKASI VA TEKSHIRISHNING QO'SHIMCHA USULLARI

- Qon klinik tahliliga tayanib, zotiljam qo'zg'atuvchisi to'g'risida qaror chiqarib bo'lmaydi. Leykotsitlar sonini $10-12 \times 10^9/l$. ortishi-bakterial infeksiya, ularning sonini $3 \times 10^9/l$. dan past yoki $25 \times 10^9/l$. dan yuqori bo'lishi noxush belgidan dalolat beradi. Kasallikning xos belgisi SRO miqdorining ortishidir.

- Qon bioximik tahlili (buyrak, jigar faoliyati sinamalari, glikemiya va boshqalar) maxsus ma'lumot bermaydi, ammo aniqlangan o'zgarishlar qator a'zolaridagi patologik jarayondan dalolat berishi mumkin va bu parhezda ahamiyatga ega.
- Nafas yetishmasligi bor bemorlarda arterial qondagi gazlar miqdorini aniqlash shart. Bunda RaO_2 miqdori 60 ml. sim. ust.dan past bo'lsa gipoksiya kuzatiladi va bu noxush belgi hisoblanadi. Byemorni reanimatsiya bo'limiga joylashtirish uchun ko'rsatma bo'lib xizmat qiladi.
- Mikrobiologik tekshiruvning asosiy usuli – qattik yo'talda ajraladigan balg'amni Gramm usulida bo'yash va uni ekish. Surtmada leykotsitlar soni 25 dan kam va 10 dan ortiq epiteliy hujayralari aniqlansa biroz kattalashtirib, kamida 8-10 ko'ruv maydoni quriladi, tekshiruvni to'xtatish mumkin, chunki tekshirilayotgan manba og'iz bo'shlig'idagi moddadan iborat. Balg'am tekshirilayotganda quzgatuvchi $\geq 10^6$ KOYE ml. miqdorda aniqlansa, uning diagnostik qiymati yuqori deb baholanadi. Bakterioskopiya eqilgan balg'am natijalarining tahminiy klinik belgilariga muvofiq olib boriladi. Ahvoli og'ir bemorlarga (jumladan kasalxonaga yotqizilgan ko'pchilik bemorlarga) antibakterial davo boshlash oldidan vena qoni 2 marotaba muhitga ekiladi, (qon turli venalardan 30-40 minut oraliqda olinadi).
- Plyevra bo'shlig'ida suyuqlik mavjud bo'lib, uni punksiya qilish imkoniyati bo'lganda (rentgenografiyada 1 sm.dan ortiq, erkin harakatlanuvchi suyuqlik ko'rinishi), uni olib tekshirish lozim. Aniqlanishi zarur: leykotsitlar va uning formulasi, rN, LDg faolligi, oqsil miqdori Gramm bo'yicha surtma va kislotaga turg'un bakteriyalarni bo'yash, aerob, anaeroblar va mikobakteriyalarni aniqlash uchun ekish.
- Fibrobronxoskopiya va invaziv tekshiruvning boshqa usullari (transtorakal aspirasiya va biopsiya) bronxogen karsinoma yod modda aspirasiyasi, sil kasalligiga gumon tug'alsa (lekin balg'am aralash yo'tal, "obstruksiyali zotiljam" kuzatilmagan hollarda) o'tkaziladi.
- Diagnostik kech aniqlanganda va antibakterial davo kech boshlanganda (8 soatdan ortiq) kasallik prognoziga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

DIAGNOSTIK MEZONLARI

- Shifoxonadan tashqaridagi zotiljam diagnozi rentgenda aniqlanada: u o'pka to'qimasining o'choqli infil'tratsiyasi va quyidagi belgilardan hech bo'lmaganda 2tasi mavjud bo'lganda quyiladi:
 - Kasallikning o'tkir tana harorati ko'tarilishi bilan ($>38^{\circ}S$) boshlanishi:
 - Balg'amli yo'tal:
 - Obyektiv belgilar (krepitatsiya) va/yoki mayda pufakchali xirillashlar (dag'albronxial nafas)
 - Leykotsitlar soni ortgan ($>10 \cdot 10^9$) va/yoki tayoqcha yadroli surilish.
- O'pkadagi o'choqli infil'tratsiyaning rentgenologik dalili (ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi yoki yirik tasmali flyuroografiya) yo'qligi, zotiljam diagnozini noaniq qiladi.
- Tana harorati ko'tarilishi, yo'tal, nafas yetishmasligi, balg'am ajralishi va/yoki ko'krakdagi og'riqlarga shikoyat qilayotgan bemorda rentgen tekshiruv o'tkazilishi imkoniyati bo'lmasa va mahalliy belgilar aniqlanmasa - bronxial nafas, mayda pufakchali xirillashlar, krepitatsiya, bronxofoniya va ovoz titrashining kuchayishi shifoxonadagi tashqaridagi zotiljam diagnozi shubhalidir.

Ambulator bemorlarga bajarilishi zarur bo'lgan tekshiruvlar

Bemorga aniq diagnoz qo'yish va kasallikning kechish darajasi hamda shifoxonaga yotqizish zaruriyati bor yo'qligini aniqlash uchun kasallik tarixi va obektiv ko'rishdan tashqari zaruriy tekshiruv usullari mavjud: ● Ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi 2 ko'rinishda, ● Qonning umumiy taxlili ● Imkoniyat bo'lganda qonning bioximik tahlilini (avvalo mochyevina, kreatinin, aminotransferaza, elektrolitlar) o'tqazilishi maqsadga muvofiq.

Ambulator sharoitda zotiljamni mikrobiologik tekshiruvini o'tkazish kam ma'lumot beradi va antibakterial vositani tanlashga deyarli ta'sir ko'rsatmaydi.

Shifoxonaga yotqizilgan bemorlarga bajarilishi zarur bo'lgan tekshiruvlar. Bemorga aniq diagnoz qo'yish va davolanishi lozim bo'lgan bo'limni (umumiy terapiya yoki reanimatsiya bo'limlari) aniqlash uchun, kasallik tarixi va ob'yektiv ko'ruvdan tashqari quyidagi zaruriy tekshiruvlar o'tkaziladi: ● Ko'krak qafasi rentgenografiyasi – 2 ko'rinishda ● Qonning umumiy taxlili ● Qonning biokimyoviy tahlili – mochevina, kryeatinin, elektrolitlar, aminotransferazalar ● Mikrobiologik tekshiruv, Gramm bo'yicha bo'yalgan balg'am surtmasi mikroskopiyasi ● Qo'zg'atuvchini aniqlash va uning antibiotiklarga sezgirligini baholash uchun balg'amni ekish ● Gemokul'tura tahlili (30-40 minut oralig'ida turli venalardan qon olinadi). Og'ir kechayotgan zotiljamda USV o'tkazish zaruriyatini aniqlash uchun arteryial qoning gaz tarkibi ($RaO_2:RaSO_2$) o'rganilishi maqsadga muvofiq. Plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilganida uni punksiya qilish va olingan suyuqlikni hujayraviy, biokimyoviy, mikrobiologik tekshiruvdan o'tkazish.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Differensial diagnoz quyidagi kasalliklar va patologik xolatlar bilan o'tkaziladi

- O'pka sili.
- O'smalar ◆ O'pkaning birlamchi raki (ayniqsa, bronxioloal'veolar rakning zotiljam turi) ◆ Endobronxial metastazlar ◆ Bronx adenomasi ◆ Limfoma.
- O'ATE.
- Immunopatologik kasalliklar: ◆ Tizimli vaskulitlar ◆ Sistemali qizil volchankadagi zotiljam ◆ Allergik bronx –o'pka aspergilozi ◆ Obliterlovchi bronxiolit shakllangan zotiljam bilan ◆ Birlamchi o'pka fibrozi ◆ Eozinofilli zotiljam ◆ Bronxotsentrik granulomatoz.
- Boshqa kasalliklar va patologik xolatlar: ◆ Surunkali yurak yetishmovchiligi ◆ Dori pnevmopatiyasi ◆ Yot modda aspiratsiyasi ◆ Sarkoidoz ◆ O'pka al'veolalari proteinozi ◆ Lipoidli zotiljam ◆ Dumaloq atelektaz.

DAVOLASH

DAVOLASH MAQSADI

- Qo'zg'atuvchi eradikatsiyasi ● Kasallik belgilarini to'xtatish ● Laborator Ko'rsatkichlar va funksional o'zgarishlarni me'yoriga keltirish ● O'pka to'qimasidagi infil'tratsiya o'choqlarining so'rilishiga erishish ● Kasallik asoratini oldini olish.

SHIFOXONAGA YOTQIZISHGA KO'RSATMALAR

Quyidagi guruh bemorlari shifoxonaga yotqizilmog'i lozim:

- ◆ Ob'yektiv tekshiruv natijalarida nafas olish soni 1 minutda 30: diastolik $AB \leq 60$ mm. sm.ust., sistolik $AB < 90$ mm. sm.ust., yurak urishi 1 minutda ≥ 125 marta, tana harorati $< 35,5$ S yoki ≥ 40 S, es- xushdagi o'zgarishlar.
- ◆ Laborator va rentgen ma'lumotlar: Perifyerik qonda lyeykotsitlar miqdori $< 4,0 \cdot 10^9$ yoki $> 25,0 \cdot 10^9$; $SatO_2 < 92\%$ (pul'soksimetriya ma'lumotlari bo'yicha), qon zardobida kreatinin $> 176,7$ mkmol/l. yoki mochyevina > 7 mmol/l., 1 bo'lakda ko'p sohani egallagan zotiljam infil'trati, o'pkada yemirilgan bo'shliq (bo'shliqlar), plevrada suyuqlik, o'pkadagi o'choqli infiltratsiyaning tez avj olishi (2 kun davomida infiltrat o'lchamlarining $> 50\%$ kattalashishi), gematokrit $< 30\%$ yoki $Nv < 90$ g/l., o'pkadan tashqarida infeksiya o'choqlarining bo'lishi (meningit, septik artrit va boshqalar), syepsis yoki a'zolar faoliyatining yetishmovchiligi, koagulopatiya bilan yuzaga chiqadigan metabolik atsidoz ($rN < 7,35$).
- ◆ Uy sharoitida shifokor tavsiyalarini bajarish va muqobil parvarish qilish imkoni yo'kligi.
- ◆ Bemor yoshi 60 dan yuqori ◆ Yondosh kasalliklar (surunkali bronxit yoki O'SOK, bronxoektazlar, xavfli o'smalar, QD, SBE, surunkali yurak yetishmovchiligi, surunkali alkogolizm, giyoxvandlik, tana vaznini sezilarli darajada kattaligi (serebrovaskular kasalliklar) ◆ Boshlang'ich antibakterial davo samarasizligi ◆ Bemor va/yoki uning oila a'zolarining istagi ◆ Shifoxonadan tashqarida orttirilgan zotiljam og'ir kechayotgani va bemorlarda kuzatilayotgan taxipnoe, 1 minutda ≥ 30 , sistolik $AB < 90$ mm. sim. ust., ikki tomonlama yoki bir necha bo'lakdagi zotiljam infil'tratsiyasi, o'pkadagi kattalashib borayotgan infil'tratsiya o'choqlari, septik shok yoki vazopressorlarni yuborish zaruriyati > 4 soat davom etsa, UBE (o'tkir buyrak yetishmovchiligi) – tezlik bilan reanimatsiya bo'limiga joylashtirish zarur.

DORILARSIZ DAVOLASH

Detsimetr to'lqinli davolash, ul'tra yuqori to'lqinli davolash, magnit davolash, elektro va fonofarez kabi fizioterapevtik davolash usullarini qo'llash maqsadga muvofiq ekanligini tasdiqlovchi dalillar mavjud emas. Ajralib chiqayotgan balg'am miqdori kuniga 30 ml. dan ortgan hollarda nafas gimnastikasi o'tkazish samarador ekanligi isbotlangan.

Dorilar bilan davolash

Zotiljamni davolashda antibakterial terapiya ilmiy asosga ega bo'lgan yagona usuldir. Immunomodulyatorlar, biogen stimullovcilar, vitaminlar, antigistamin dori vositalarni yuborish maqsadga muvofiq ekanligi isbotlanmagan. NYAQV ma'lum muddatga ya'ni issiq tushirish va og'riq qoldirish zaruriyati bo'lgan vaqtdagina buyuriladi.

AMBULATOR BEMORLAR

Ambulator bemorlarda o'tkaziladigan antibakterial davolash bo'yicha tavsiyalar 2 jadvalda keltirilgan

- 1 guruh 60 yoshdan kichik va yondosh kasalliklari bo'lgan bemorlar. Ularda talab darajadagi klinik samarani og'iz orqali qabul qilinadigan dori vositalari yordamida olish mumkin. Tanlov vositasi sifatida amoksitsillin va makrolit antibiotiklari tavsiya

etiladi. Bemorlarda β -laktam antibiotiklarga ta'sirchanlik bo'lmasa yoki kasallik atipik sabablarga (mikoplazma, xlamidiya) ko'ra kelib chiqqan deb gumon qilinganda makrolitlar qo'llanilgani ma'qul. Ko'makchi dori vositalari sifatida respirator ftorxinolonlar tavsiya etiladi.

- Ikkinchi guruxga 60 yoshdan katta va/yoki yondosh kasalliklar - QD, surunkali yurak yetishmovchiligi, SBE, jigar sirrozi, alkogolizm, giyoxvandlik, umumiy distrofiyasiga chalingan bemorlar kiritilgan. Bu guruh bemorlarda ham ijobiy samara antibiotiklarni ichishga buyurilganda olinishi mumkin. Ammo ularda kasallik kelib chiqishida gram-manfiy mikroorganizmlarning ishtiroki yuqori bo'lganligi sababli tanlov vositasi sifatida «himoyalangan» aminopenitsillinlar yoki sefuroksim tavsiya etiladi. Yordamchi vosita sifatida respirator ftorxinolonlar buyuriladi.

Shifoxonadan tashqarida orttirilgan zotiljamni ambulator davolashda antibakterial terapiya.

Guruh	Qo'zgatuvchi	Tanlov DV	Ko'makchi DV
1. Yondosh kasalliklari yo'q, 60 yoshdan kichik bemorlarda og'ir zotiljam	S.pneumoniae M.pneumoniae C.pneumoniae H.influenzaye	Amoksitsillinyokimakrolidlar Ichishga* Amoksitsillin +klavulonkislotaichishgayokitefruka michishga	Respirator ftorxinolonlar (lefloksitsin) ichishga. Doksitsiklin ichishga
2. Og'ir bo'lmagan zotiljam, 60 yoshdan katta va/yoki yondosh kasalliklari bor bemorlar	C.pneumoniae S.aureus Enterobacteriaceae		Respirator ftorxinolonlar (levofloksatsin, moksifloksatin) ichishga

Izoh:* Farmakokinetik xossalari yaxshilangan makrolidlarni qo'llagan ma'qul (klaritromitsin, roksitromitsin, azitromitsin, spiramitsin). Kelib chiqish sababi atipik deb gumon qilingan zotiljamda (C. pneumoniae. M. pneumoniae) makrolid antibiotiklar tanlov vositasi bo'lib xizmat qiladi.

Antibakterial dori vositalarini qabul qilish miqdori 3-jadvalda keltirilgan.

- **Antibakterial terapiyaning samarasi davo boshlangandan** 48-72 soat o'tgach baholanadi. Bu muddat ichida intoksikatsiya va tana haroratining kamayganligi, nafas yetishmovchiligi belgilari bartaraf etilganligi samaradorlikning asosiy mezonlari

hisoblanadi. Bemorda yuqori harorat va intoksikatsiya saqlanib tursa yoki kasallik belgilari avj olib borsa, davo samarasiz deb hisoblanadi va antibakterial preparatni boshqasiga almashtirib, bemorni shifoxonaga yotqizish masalasi ko‘riladi. Antibakterial terapiyani o‘zgartirish bo‘yicha tavsiyalar 5-jadvalda berilgan. Davolashmuddati odatda 7-10 kunni tashkil etadi. Kasallik kelib chiqishida xlamidiya yoki mikoplazma sababchi ekanini tasdiqlovchi klinik va epidemiologik belgilar bo‘lganda davolash muddati 14-kun, stafilokokk yoki grammanfiy enterobakteriyalar sababchi bo‘lsa 14-21 kunni tashkil etishi zarur.

- Rentgenografiya nazoratida infiltrat saqlanib tursa bu holat antibiotiklar bilan davoni davom ettirishiga asos bo‘lmaydi, shu bilan birga zotiljamning klinik, rentgen va laborator belgilari uzoq muddat saqlanib turgan hollarda o‘pka raki, sil, surunkali yurak yetishmovchiligi kabi kasalliklar bilan differensial diagnoz o‘tkazish kerak.
- Davolash jarayonida bemor umumiy ahvoli va muolaja samarasini baholash maqsadida qo‘yidagi tekshiruvlarni o‘tkazish maqsadga muvofiq:
 - Qon umumiy tahlili - kasallikning 2-3 kuni va antibakterial terapiya tugagandan so‘ng.
 - Qon biokimyoviy tahlili – birinchi tekshiruvda o‘zgarishlar mavjud bo‘lganda, 1 hafta o‘tgach takroran tekshiriladi
 - Qonni gaz tarkibini tekshirish (og‘ir kechganda) –ko‘rsatgichlar me‘yoriga kelgunga qadar har kuni aniqlanadi
 - Ko‘krak qafasi rentgenografiyasi – davolash boshlangandan 2-3 hafta o‘tgach (shifoxonadan chiqishdan oldin) yoki bemor ahvoli yomonlashganda.

Kattalarda zotiljamning empirik davosi uchun antibakterial dori vositalarini tanlash tartibi va miqdori.

Dori vositalari	Ichishga	Ukolga
Benzilpenitsillin	-----	2 mln. TB. kunda 4-6 marta
Amoksitsillin	0,5-1 g. kunda 3 marta	-----
Ampitsillin	Tavsiya etilmaydi	1 g. kunda 4 marta
Amoksitsillin+ klavulan kislotasi	0,625 g. kunda 3 marta	1,2 g. kunda 3 marta
Tikarsillin+klavulan kislotasi	-----	3,2 g. kunda 3 marta
Piperatsillin +tazobaktam	-----	4,5 g. kunda 3 marta
Sefuroksim	-----	0,75 g. kunda 3 marta
Sefotaksim	-----	1-2 g. kunda 3-4 marta
Seftriakson	-----	1-2 g. kunda 1 marta
Sefepim	-----	2 g. kunda 2 marta
Sefoperazon+sulbaktam	-----	2-4 g. kunda 2 marta
Imipenem	-----	0,5 g. kunda 3 marta
Meropenem	-----	0,5 g. kunda 3 marta
Ertapenem	-----	1 g. kunda 1 marta
Azitromitsin	0,25 g. kunda 1 marta *	-----
Klaritromitsin	0,5 g. kunda 2 marta	0,5 g. kunda 2 marta

Midekamitsin	0,4 g. kunda 3 marta	-----
Roksitromitsin	0,15 g. kunda 2 marta	-----
Spiramitsin	3 mln. XB. kunda 2 marta	1,5 mln. XB kunda 3 marta
Eritromitsin	0,5 g. kunda 4 marta	0,6 g. kunda 3 marta
Klindamitsin	0,3-0,45 g. kunda 4 marta	0,6 g. kunda 4 marta
Linkomitsin	0,5 g. kunda 3 marta	0,3-0,6 g. kunda 3 marta
Doksitsiklin	0,1 g. kunda 2 marta	0,1 g. kunda 2 marta
Siprofloksatsin	Tavsiya etilmaydi	0,2-0,4 g. kunda 2 marta
Ofloksatsin	Tavsiya etilmaydi	0,4 g. kunda 2 marta
Gatifloksatsin	0,4 g. kunda 1 marta	-----
Levofloksatsin	0,5 g. kunda 1 marta	0,5 g. kunda 1 marta
Moksifloksatsin	0,4 g. kunda 1 marta	0,4 g. kunda 1 marta
Gentamitsin	-----	3-5 ml/kg. kunda 1 marta
Amikatsin	-----	15 ml/kg. kunda 1 marta
Rifampitsin	-----	0,3-0,45 g. kunda 2 marta
Metronidazol	0,5 g. kunda 3 marta	0,5 g. kunda 3 marta

Ilova*Birinchi kunda, ikki dozadan buyuriladi – 0,5 g.

Shifoxonaga yotqizilgan bemorlarni davolashda antibakterial terapiya.

Guruh	Qo'zg'atuvchilari	Tavsiya etilgan tartib
Og'ir bo'lmagan darajadagi zotiljam	S.pneumoniae, H.influenzae, C.pneumoniae, S.aureus, Enterobacteriaceae	Tanlov dori vositasi: Benzilpenitsillin, v/i, m/o Ampitsillin v/i, m/o Amoksitsillin+klavulan kislota v/i Sefuroksim v/i, m/o Sefotaksim v/i, m/o Seftriakson v/o, m/o Muqobil dori vositalari: Respirator ftorxinolonlar (levofloksatsin v/i, moksifloksatsin v/o)
Og'ir darajadagi zotiljam*	S.pneumoniae, Legionella spp., S.aureus, Enterobacteriaceae	Tanlov dori vositalari: Amoksitsillin+klavufan kislota v/i+makrolid v/i Sefotaksim+makrolid v/i Seftriakson+makrolid v/i Sefepim v/i+makrolid v/i Muqobil dori vositalari: Respirator ftorxinolonlar (levofloksatsin,

		moksifloksatsin) Erta ftorxinolonlar (siprofloksatsin v/i, ofloksatsin v/i) + 3-avlod sefalosporinlari v/i
--	--	--

Ilova:* Kasallik R aeruginosa tomonidan chaqirganligiga gumon qilinganda tanlov preparati sifatida seftazidim, sefepim, sefaperazon + sulbaktam, tikarsillin + klavulan kislota, piperatsillin+tazobaktam, karbapenem (meropenem imipenem)lardan foydalaniladi. Bu dori vositalar yakka holda yoki aminoglikozidlarning 2-3 avlodlari bilan birgalikda qo‘llaniladi. Aspiratsiyaga shubha tug‘ilganda quyidagilarni buyurish lozim: amoksitsillin+klavulan kislota, sefoperazon+sulbaktam, tikarsillin+klavulan kislota, piperatsillin+tazobaktam, karbapenemalar.

Shifoxonadan tashqaridagi zotiljamni boshlang‘ich davosi samarasiz bo‘lganida antibakterial dori vositalarini tanlash.

Davolashning birinchi bosqichida	Davolashning ikkinchi bosqichida
Amoksitsillin Amoksitsillin+klavulan kislota Sefuroksim Makrolidlar	<i>Ambulator bemorlarda</i> Makrolidlar, doksitsiklin Makrolid, doksitsiklin, respirator ftorxinolonlar. Amoksitsillin, amoksitsillin+klavun kislota respirator ftorxinolonlar.
Ampitsillin	<i>Shifoxonaga yotqizilgan bemorlarda</i> Almashtirish/makrolid ko‘shish. Kasallik og‘ir darajada bo‘lganda uchinchi avlod sefalosporinlariga almashtirish+makrolid buyurish. Makrolid qo‘shiladi
Amoksitsillin/klavulanat Sefuroksim Birinchi va ikkinchi avlod sefalosporinlari	Makrolid qo‘shiladi.

Xirurgik usulda davolash

Xirurgik usullari (antibakterial terapiya bilan bir qatorda) kasallikning yiringli destruksiya asoratlarida (plevra empiyemasida) qo‘llaniladi. Ko‘p hollarda torakotomik drenaj ba’zan esa - torakoskopiya va dekortikatsiya bajariladi.

Mutaxassis maslahatiga ko‘rsatmalar

- Boshlang‘ich antibakterial davoning samarasizligi
- Invaziv tekshirish usullari o‘tkazishni zarurligi
- Sog‘aymayotgan zotiljamli bemor.

Keyingi kuzatuv

O'pkadagi o'choqli infiltratlar so'rilganligini aniqlash uchun kasallik boshlangandan 2-3 hafta o'tgach rentgenologik nazorat o'tkaziladi. Agar jarayon davom etayotgan bo'lsa yoki kasallikning cho'zilib ketish xavi bo'lganda rentgen nazoratni 4 hafta o'tgach takrorlash maqsadiga muvofiq. Alohida hollarda KT, fibrobronxoskopiya o'tkaziladi.

PROGNOZI

Ko'p hollarda immun tizimi mustaxkam, navqiron va o'rta yoshli bemorlarda tana harorati 2-4 kun ichida meyoriga keladi, rentgenologik "sog'ayishi" esa 4 xaftagacha bo'lgan muddatda ro'y beradi.

Kasallikning uzoq muddat kechishining xavfli omillari • Yoshi 55 dan yuqori bemorlarda • Alkogolizm • Ichki a'zolari nogironlikka olib keluvchi yondosh kasalliklari (O'SOK, surunkali yurak yetishmovchiligi, QD va boshqalar) • Kasallikning og'ir darajada kechishi • Multilobar infiltrat • Kasallik qo'zg'atuvchilarni tashqi ta'sirlarga chidamliligi yuqoriligi (L. pneumophila, S. aureus, grammanfiy enterobakteriyalar) • Kashandalik • O'tkazilayotgan davoni klinik jihatdan samarasizligi (leykotsitlar soni va tana harorati yuqori Ko'rsatkichlarda saqlanib tursa) • Ikkilamchi bakteriyemiya.

BRONXOEKTAZLAR

Bronxoektaz bronx devorining yiringli yallig'lanishi natijasida uning qaytarib bo'lmaydigan destruktiv kengayishidir. **Kasallanish:** 2001 yilda 100000 aholiga 34,7 holat.

Klassifikatsiyasi

- Anatomik ♦ Varikozli bronxoektazlar (tasbexsimon)–bronx kengaygan qismlarining o'zgarishga uchramagan qismlari bilan navbatma–navbat kelishi xos ♦ Urchuqsimon bronxoektaz –bronx bo'shlig'inng kengaygan qismi asta – sekin bo'shlig'i o'zgarmagan bronxga o'tib boradi ♦ Qopsimon bronxoektaz ♦ Silindrsimon bronxoektaz.
- Patomorfologik ♦ Atrofik bronxoektaz – bronx kengaygan qismi devorning yupqalashuvi va atrofiyasi ♦ Gipertrofik bronxoektaz – bronx shilliq va mushak qavati gipertrofiyasi va ularning qalinlashishi.
- Etiopatogenetik ♦ Tug'ma bronxoektaz (quyida keltirilgan genetik aspektlarga qarang) ♦ Orttirilgan bronxoektaz ♦ Atelektatik bronxoektaz – o'pkaning katta atelektazlari negizida rivojlanuvchi va ko'pchilik bronx shoxlarining bir tekis kengayishi bilan keluvchi bronxoektaz, bunda o'pka to'qimasi "ari uyasi" ko'rinishiga ega bo'ladi ♦ Destruktiv bronxoektaz (bronxogen bo'shliq, bronxoektatli bo'shliq, endobronxitli bo'shliq) – odatda, bronx va uning atrofidagi to'qimalarning yiringlashidan kelib chiquvchi qopsimon bronxoektaz ♦ Postbronxitli bronxoektaz – surunkali bronxitda bronx devori distrofik o'zgarishlari oqibatida yoki o'tkir bronxitda bronx devori yiringli chirishi yoki tonusi buzilishi natijasida yuzaga keluvchi bronxoektaz ♦ Poststenotik bronxoektaz – bronx devorida shilliq to'planishi va uning atoniyasi oqibatida toraygan qismidan pastda yuzaga keluvchi

bronxoektaz ✦ Retension bronxoektaz – bronx devorining shilliq to‘planishdan kengayishi yoki tonusi yo‘qolishi (masalan, mukovissidozda) oqibatida rivojlangan bronxoektaz.

Genetik aspektlari • Nasldan – naslga o‘tuvchi bronxoektazlar (211400,r) • Epshteyn – Barr virusi tashuvchiligida surunkali infeksiyalarga yuqori beriluvchanlik(226990,r) • Dunkan kasalligi (*308240,Xq25): avj oluvchi aralash immun yetishmovchilik, tabiiy killerlar yetishmovchiligi • Harakatsiz kipriklar sindromi (*242650,6 r, 1 genini o‘zgarishi, mayda naychalar dinen defekti [14q32]) • Kartagener sindromi • Uilyams – Kempbell sindromi (211450): bronxlar tog‘ay to‘qimasining tug‘ma bo‘lmasligi oqibatida bronxomalyatsiya • Shvaxlan – Dayemont sindromi – [*260400, r] – sinusit va bronxoektazlar, mal’absorbsiyaga olib keluvchi oshqozon osti bezi yetishmovchiligi; neytropeniya va nayetrofillar xemotaksisi deffekti.

Patomorfologiyasi • Bronxlar kengayishi • Yiringli yallig‘lanish • Bronxlar shilliq qavati nekrotik o‘zgarishlari • Peribronxial fibroz.

Klinik manzarasi • Ertalablari uyqudan turgach va uyqudan oldin muntazam paydo bo‘luvchi yiringli balg‘am ajralishi bilan yo‘tal • Qon tuflash • Nafas olganda ko‘krak qafasida og‘riq (ba‘zan) • Ko‘rik ✦ Ko‘krak qafasi bochkasimon (ayniqsa atelektazli bromxoektazlar) ✦ Tirnoqlar "soat oynalari " shaklida • Auskul’tatsiyada – ma’lum bir sohada joylashgan nam xirillashlar • Nafas yetishmovchiligi belgilari • O‘pka – yurak belgilari.

O‘SOKga chalingan bemorni umumiy amaliyot vrachi nazoratida bo‘lish tartibi.

Darajasi	Tekshiruvlarni takrorlash soni	Mutaxassis maslahati
1	Yilda bir marta klinik ko‘ruv ,bronxodilyatatsiya bilan sinovli spirometriya - yilda bir marta.*O‘SOK qo‘ziganda: QUT va ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi	7–14 kun mobaynida o‘tkazilgan davo samarasiz bo‘lsa, pulmonolog maslahati (diagnozni tasdiqlash uchun)amalga oshiriladi
2	Tekshiruvlar xajmi va soni yuqoridagidek	Ko‘rsatmalar yuqoridagidek
3	Yilda 2 marta klinik ko‘ruv, bronxodilatatsiya bilan sinovli spirometriya - yilda 1 marta. QUT va ko‘krak qafasi a‘zolari rentgenografiyasi, EKG - yilda 1 marta SatO2* - yilda 2 marta	Pulmonolog maslahati:Kasallik qo‘ziganda, nafas yetishmovchiligi avj olganda, diagnozni tasdiqlash vamehnat qobiliyati yo‘qolganligini aniqlash uchun
4	Tekshiruvlar hajmi va soni yuqoridagidek	Pulmonolog maslahati: kasallik zo‘rayganda,nafas yetishmovchiligi avj olganda,surunkali yurak yetishmovchiligi belgilaridadiagnozni tasdiqlash vamehnat qobiliyati yo‘qolganligini aniqlash uchun

Ilova: *Bronxodilatatsiya sinamali spirometriya o'tkazish va SatO₂ aniqlash imkoniyati bo'lmaganida bemorlarni pulmonolog maslahatiga yuborish lozim.

Laborator tekshiruvlar • QUT–leykotsitlar soni ortishi, ECHT ko'tarilishi, kamqonlik • Balg'amni tekshirish –3 qavatli cho'kma, bakteriologik tekshiruvda kasallik ko'zg'atuvchilarini aniqlash (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*. Anaeroblar, sil mikobakteriyalari) • Gipoksemiya • Zardobda globulinlar miqdorini tekshirish: α_1 – turining sezilarli kamayganligi α_1 – antitripsin yetishmovchiligiga shubxa tug'diradi • Ter tarkibidagi elektrolitlar miqdorini aniqlash: xloridlar miqdori – bolalarda 60 mEKV/l. kattalarda 80 mEKV/l. dan ortiq bo'lishi muqovissedoz uchun hos • Birlamchi siliar diskineziyani aniqlash maqsadida kiprikchalarni ultrastruktur tekshiruvini o'tkazish uchun burun shilliq qavati biopsiyasi.

Maxsus tekshiruvlar

- Tashqi nafas faoliyatini (TNF) tekshirish –restriktiv yoki restriktiv –obstruktiv nafas buzilishlari.
- Rentgenologik tekshiruv ♦ Jaroxatlangan sohada perebronxial fibroz, atelyektazlar, to'rsimon o'pka to'qimasi (uyasimon), ko'p miqdorda kistoz o'zgarishlar, tomirlar surati deformatsiyasi. Mukovissidozda jarayonning o'pkani yuqori qismlarida joylashishi.
- Bronxografiya – yuqumli jarayonda yoki qon tuflash vaqtida bajarish maqsadga muvofiq emas, chunki bronx shillig'i kontrast moddani o'tishiga to'sqinlik qiladi, zotiljam esa bronxlarni vaqtincha kengayishini yuzaga keltiradi. "Daraxtning kesilayotgan shoxlariga" o'xshash silindrsimon bronxoektazlar. Qopsimon bronxoektazlarda bronxlarning distal qismlari shishirib ko'yilganga o'xshab ko'rinishi. Qarshi ko'rsatma – yodga tasirchanlik ♦ KT ko'p hollarda bronxoektazlarni aniqlashga yordam beradi.
- Fibrobronxoskopiya ♦ Kasallik boshlanganiga ko'p muddat o'tmagan yoki jarayon bir tomonlama bo'lganda tavsiya etiladi, bronxografiya bilan birgalikda bajarilishi mumkin ♦ Bronxoektazning turi va joylashgan o'rnini aniqlashga hamda qon ketish joyini topishga yordam beradi ♦ Bronxda o'sma yoki yot modda mavjudligini istisno qilish uchun ko'mak beradi ♦ Muhitga ekish uchun manbaa olishga imkon yaratadi.

Davolash

- Konservativ ♦ Nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash ♦ Postural drenaj ♦ Bronxolitik va balg'am erituvchi vositalar bilan ingalyatsiyalar ♦ Oksigyenoterapiya RaO₂ 55 ml. sm. ustunidan past bo'lganda o'tkazish maqsadga muvofiq ♦ Bronxlar shilliq modda yoki mitseliya iplari bilan bekiilib qolganda – davolash bronxoskopiyasi ♦ Bronxodilatatorlar (terbutamin, salbutamol) ingalyatsiyasi ayniqsa bronxial astma yoki o'pka aspergillyozi yondosh bo'lib kelgan bemorlarga tavsiya etiladi ♦ Antibiotiklar 1 – 2 hafta mobaynida ♦ Ampitsillin 250 – 500 mg. har 6 soatda ichish uchun (tana vazni 20 kg. dan kam bo'lgan bolalarga – 50 ml/kg/kunda har 6 – 8 – soatda bir xil miqdorda taqsimlanadi) yoki amoksitsiklin 1g.dan kunda 3 marta ♦ Tetratsiklin 250 – 500 ml. har 6 soatda ichiladi. (8 yoshdan kichik bolalarga, homiladorlarga tavsiya etilmaydi. Shuningdek antatsidlar, sut

mahsulotlari temir preparatlari va homiladorlikdan saqllovchi gormonal vositalar bilan birga qoʻllanilmaydi) ♦ GK – bronxial astma va oʻpka aspergillyozida.

• Xirurgik usul bilan davolashni bronxoektazning har qanday turida va oʻpkada surunkali yalligʻlanish jarayoni mavjud boʻlganda yoshi 5 – 6 oylikdan 40 yoshgacha boʻlgan bemorlarda amalga oshirish mumkin. 40 yoshdan katta boʻlgan bemorlarda xirurgik amaliyoti asoratli bronxoektazlardagina bajariladi: oʻpkadan qon ketishi, abscesslanish, turgʻun atelektaz, aspergilloma ♦ Operatsiya turlari: jarohatlangan qism rezeksiyasi, lobektomiya bilobektomiya, aralash rezeksiya, pulmonektomiya. Bolalar va oʻsmirlarda oʻpka toʻqimasini qoldirib, faqat bronxlar eksterpatsiyasini bajarish mumkin. Jarayon ikki tomonlama boʻlganda xirurgik amaliyotni bir necha bosqichda bajarish maqsadga muvofiq, bunda koʻproq oʻzgarishga uchragan sohada birinchi boʻlib operatsiya bajariladi ♦ Bronx arteriyasini embollash – oʻpkadan koʻp qon ketganda hayotiy koʻrsatma boʻyicha bajariladi.

Asoratlari • Qaytalanuvchi zotiljam • Oʻpka gipertenziyasi • Ikkilamchi amiloidoz • Oʻpkali yurak (odatda OʻSOK asosida).

Profilaktikasi • Chekishni tashlash • Zotiljamni toʻgʻri davolash • Bronxlar obstruksiyasiga oʻz vaqtida diagnoz qoʻyish va davolash.

XKK-10 • **J47** Bronxoektatik kasallik [bronxoektaz] • **Q33.4** Tugʻma bronxoektazlar.

OʻPKA ABSSESSI

Oʻpka absessi – oʻpka toʻqimasidagi chegaralangan nekroz oʻchogʻi boʻlib, bitta yoki koʻplab boʻshliqlar hosil boʻlishiga olib keladi. Oʻtkir va surunkali (2 oydan koʻp davom etadigan) abscesslarga boʻlinadi. **Joylashishi:** koʻpincha – yuqori boʻlak orqa segmentida (S₂), pastki boʻlak yuqori segmentida (S₆).

Etiologiyasi • Aspiratsiyali pnevmoniya • *Staphylococcus aureus* yoki *Staphylococcus pyogenes* lar keltirib chiqaradigan va oʻpka destruksiyasi bilan kechuvchi yiringli pnevmoniya • Oʻpka infarkti • Septikopiyemiya • Birlamchi oʻchoqdan gematogen yoʻl bilan tushuvchi septik embollar • Ogʻiz boʻshligʻi tubining flegmonasi, yuqori lab furunkullarida limfogen infeksiya • Nafas yoʻllaridagi yot jismlar • Oʻpkadagi xavfli oʻsmaning yemirilishi • Plevra empiyemasi, diafragma osti abscesslarida yiringni aloqa yoʻl bilan tarqalishi.

Xavfli omillar • Hushni yoʻqotish, oshqozon ichidagi ovqat qoldiqlari aspiratsiyasi (alkogolizm, narkomaniya, epilepsiya,) holatlari • Immuntanqisligi • QD • Alkogolizm • Giyohvand moddalarni isteʼmol qilish • Sinusit • Oʻpkadagi oʻsmalar • Oshqozon – qiziloʻngach refluyuksi • Oshqozon va qiziloʻngachdagi operatsiyalar.

Patomorfologiyasi • Zararlangan qismlarning markaziy boʻlimida yiringli, gangrenoz va nekrotik jarayonlarning rivojlanishi • Yiringli boʻshliqlar hosil boʻlishi bilan bir qatorda atrofdagi oʻpka toʻqimasidan chegaralanishi • Abscessning devori – yalligʻlanishning hujayraviy elementlari yaxshi vaskulyarizatsiyaga ega fibroz va granulyatsiya toʻqimasi • Oʻpka toʻqimasining perifokal yalligʻlanishli infiltratsiyasi bilan kechuvchi oʻtkir abscessni qattiq piogen qobiq hosil boʻladigan surunkali abscessga oʻtishi (abscess kapsulasi shakllanishi) ehtimoli.

Klinik manzarasi

- O'tkir va surunkali abscessning klinik belgilari ♦ Taxipnoe ♦ Taxikardiya ♦ Ko'krak qafasining assimetrik nafas harakatlari ♦ Abscess ustida perkutor tovushning bo'g'ilishi ♦ Nafas shovqinlarining susayishi ♦ Turli kalibrdagi nam xirillashlar ♦ Abscess bo'shlig'i yaxshilab drenajlanganda amforik nafas olish ♦ Uch qavatli balg'am: † Sarg'imtir shilliq † Suvli qavat † Yiring (tubida).
- O'pkaning o'tkir abscessi ♦ Ko'krak qafasida og'riq ♦ Xansirash ♦ Yiringli balg'am bilan (badbo'y hidli) yo'talish ♦ Ba'zida qon tupurish ♦ Haroratning gektik ko'tarilishi.
- To'satdan ko'p miqdorda (og'izni to'ldirib) badbo'y hidli balg'am ajralishi – abscessning bronxga (nafas yo'liga) yorilganligi belgisi. Bemor ahvolining qisqa muddatli o'ziga xos yaxshilanishi.
- O'pkaning surunkali abscessi ♦ Yiringli jarayonning vaqti vaqti bilan qo'zg'ab turishi ♦ Remissiya davrida: † Yo'tal † Tananing holati o'zgarganda yiringli balg'am ajralishining ko'payishi ♦ Qon tupurish ehtimoli ♦ Charchash ♦ Ozib ketish ♦ Kechalari terlash ♦ O'ng qorincha yetishmovchiligi belgilari «baraban tayoqchalari» shaklidagi barmoqlar.

Laborator tekshirishlar • Qon – neytrofilli leykotsitoz, chapga siljishi bilan, anemiya, gipoalbuminemiya • Balg'am mikroskopiyasi – neytrofillar, turli xil bakteriyalar • Plevral suyuqlik – neytrofilli sitoz.

Maxsus tekshirishlar • Ko'krak qafasidagi a'zolarining to'g'ri va yon proyeksiyalardagi rentgenografiyasi ♦ O'tkir abscess † Abscess shakllanish davrida – hajmi o'zgarmagan holda o'pka to'qimasining soyalanishi, bronx orqali yorilgandan keyin – aniq ichki devorlari va suyuqlik sathi bo'lgan bo'shliq ♦ Surunkali abscess – infiltratsiya zonasi bilan o'ralgan qattiq devorli bo'shliq • KT • Bronxoskopiya yiring aspiratsiyasi bilan, mikroflorani va uning antibiotiklarga sezgiriligini aniqlash uchun.

Differensial diagnostika • Bronxlar raki • Bronxoektazlar • Plevra empiyemasi • Sil • Zamburug'li o'pka infeksiyalari • Vegener granulematozi • Bronxga yorilib kirgan diafragma osti yoki jigar abscessi • Bronxogen yoki parenximatoz kistalar (tug'ma).

DAVOLASH

Parhez. Energiya qiymati – kuniga 2000 – 2500 kkal. gacha, oqsil miqdori ko'p (110 – 120 g/kunda) va o'rtacha miqdorda kamaytirilgan yog'lar (80 – 90 g/kunda). A, S, V guruhi vitaminlari ko'p bo'lgan ovqatlar (bug'doy kepagi, na'matak qaynatmasi, jigar, xamirturush, ho'l meva va sabzavotlar, sharbatlar) miqdori oshiriladi, kalsiy, fosfor, mis, rux tuzlari bo'lgan ovqatlar buyuriladi. Osh tuzi kunda 6 – 8 g.gacha kamaytiriladi, suyuqlik cheklanadi.

Konservativ davolash • Klinik – rentgenologik sog'ayishgacha antibiotikoterapiya ♦ Balg'amni, qonni bakteriologik tekshiruvlari va mikroorganizmlarni antibiotiklarga sezgiriligini aniqlagandan keyin preparatlar tanlanadi. Antibiotikogramma olinguncha antianaerob faollikka ega bo'lgan keng ta'sir doirali antibiotiklar birgalikda ishlatiladi • Dezintoksikatsion va simptomatik terapiya • Bronxoskopiya vaqtida transbronxial drenajlaj • UTT yoki rentgenoskopiya nazorati yordamida teri orqali abscess bo'shlig'ini drenajlash.

Xirurgik davolash

- Ko'rsatmalar ♦ Antibiotiklar bilan davolashning samarasizligi ♦ O'pkadan qon ketishi ♦ O'pka o'smasini inkor qila olmaslik ♦ Abscess o'lchamining 6 sm. dan kattaligi ♦ Abscessning plevra bo'shlig'iga yorilib, empiyemaning boshlanishi ♦ Surunkali abscess.

- **Operatsiya turlari** ♦ Bir lahzali pnevmotomiya – abscess bo'shlig'i ustida plevraning pariyetal va visseral yaproqlari orasida bitishmalar bo'lsa ♦ Ikki lahzali pnevmotomiya – bitishmalar bo'lmasa ♦ Abscessni punksiya qilib bo'lgach, ko'krak qafasi devori orqali drenajlash yoki troakar yordamida drenaj kiritish ♦ Surunkali abscesslarda – o'pkani bir bo'lagini yoki uni butunlay olib tashlash.

Asoratlari • Jarayonning disseminatsiyalanishi • Bosh miya abscessi • Meningit • Plevra empiyemasining paydo bo'lishini keltirib chiqaruvchi pleural bo'shliqqa perforatsiya • PnevMotoraks • O'pkadan qon ketishi.

Kechishi va prognozi • O'tkir abscess yaxshi davolanmasa, surunkali formaga o'tishi; tuzalib ketgandan keyin 3 oydan so'ng qayta rentgenografiya qilish • Prognoz ijobiy: ko'p hollarda abscess bo'shligi yopilib, bemor tuzalib ketganligi qayd etiladi.

XKK-10 • A06.5+J99.8* O'pkaning amyobali abscessi • **J85.1** O'pkaning zotiljam bilan kechadigan abscessi • **J85.2** O'pka abscessi (yiringli) (miliarli) • **J85.3** Zotiljamsiz o'pka abscessi.

NAFAS YO'LLARIDAGI YOT JISM

Nafas yo'llaridagi yot jizm – bolalarda eng ko'p uchraydi. Bolalarda uchrash soni 80 – 97%, 5 yoshdan kattalarda 60 – 93%. Yot jizm halqumda 13%, traxeyada 22%, bronxlarda 65%. Yot jismlar ko'proq o'ng bronxga tiqiladi (57-67 %). Yot jismlar ichida ko'proq kelib chiqishi o'simliklardan bo'lgani tiqiladi (70-80% hodisalar).

Patomorfologiyasi. Shiliq qavat zararlanishi (ba'zan a'zoning chuqur qismigacha), shish, infeksiya. Uzoq vaqt davom etsa yotoq yoki chandiq paydo bo'ladi.

KLINIK MANZARASI

- Halqumdagi yot jizm – o'tkir boshlanadi, inspirator hansirash, yaqqol stridor nafas, sianoz, xurujsimon koklyushsifat yo'tal, o'tkir uchli yot jizm bo'lsa ko'pincha qon tupurish va qon kelishi uchraydi.

- Traxeyada yot jizm – o'tkir boshlanadi, yo'tal bilan kechadi, to'sh orqasida o'tmas og'riq, stridor nafas, yot jizm tezkor surilish paytida qarsak belgisi xarakterli.

- Bronxlarda yot jizm ♦ O'tkir respirator buzilishlar bosqichi (yuqori nafas yulida yot jizm bo'lishi). O'tkir xurujsimon yo'tal, sianoz va bo'g'ilish ♦ Yashirin kechishi (yot jizmning periferik bronxlarda bo'lishi). Davomiyligi bir necha soatdan 10 kungacha ♦ Asoratlarning bosqichi: ♦ Erta asoratlari: qon ketishi, atelettazlar, o'tkir pnevmoniya, bakterial o'pka destruksiyasi, kuks oraliq'ining zo'rayib boruvchi emfizemasi, piopnevMotoraks, peritonit ♦ Kechki asoratlari bronxostenozlar va bronxoektaz.

Maxsus tekshiruvlar • Halqum yoki ko'krak qafasini rentgenografiyasida – rentgen kontrast yot jismni, shuningdek atelettaz va emfizemani aniqlash •

To'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya, traxeoskopiya, bronxoskopiylarning birini qo'llash, yot jismning joylashgan joyiga qarab.

Differensial diagnostikasi. Traxeya bifurkatsiyasida joylashgan yot jismlarni o'pka atelektazi bilan.

DAVOLASH • To'g'ri laringoskop usuli bilan halqumdagi yot jismni olib tashlash • Yot jism traxeyada bo'lsa – traxeoskopiya yordamida olib tashlanadi. Iloji bo'lmagan holatlarda bola boshini pastga qilib silkilash lozim. Favqulotda holatlarda bolani boshini pastga qaratib silkitish • Yot jism bronxlarda – bronxoskopiya yordamida, iloji bo'lmaganda tezkor shifoxonaga yotqizilib, bronxotomiya yoki torakotomiya muolajasi bajariladi.

XKK – 10 • T17 Nafas yo'llaridagi yot jism.

Nafas qisishi (xansirash). Bolalarda bronxial astma kasalligini tashxislash. Pikfluometriyani o'tkazish, uning Ko'rsatkichlarini interpretatsiyasi. Dispanser nazorati. Profilaktikasi.

Bronxial astma (BA) – nafas yo'llarining surunkali kasalligi bo'lib, uning patogenetik mexanizmi asosida yallig'lanish hisobiga paydo bo'lgan bronxlarning giperreaktivligi yotadi. Klinik ko'rnishining asosini shilliq qavat gipersekretsiyasi, shishi va bronxospazm oqibatida kelib chiquvchi nafas siqish xuruji tashkil etadi (ekspirator ustunligidagi).

Nafas siqish xuruji va BA ga xos bo'lgan, yo'tal, ko'krak qafasidagi «to'liqlik» hissi» ba'zan ma'lum masofadan eshituluvchi quruq xushtaksimom xirillashlar kechki yoki ertalabki vaqtlarda paydo bo'ladi hamda bronxial obstruksiyaning qisman yoki to'liq orqaga qaytishi bilan kuzatiladi (spontan yoki davolash mobaynida).

XKK - 10 • j 45 Astma • **J 45.0** Astma allergik holat ustunligi bilan • **j 45.1** Allergik bo'lmagan astma • **j 45.8** Aralash astma • **j 45.9** Aniqlanmagan astma • **j 46** Astmatik status [status asthmaticus]

Qisqartma: BA - Bronxial astma.

EPIDEMIOLOGIYASI

Dunyo aholisini 5% BA ga chalingan. Yosh bolalarda kasallanish 30% gacha.

PROFILAKTIKASI

- Sabab bo'luvchi allergen bilan aloqani yo'qotish (dorilarsiz davolash bo'limining allergik «Rinokonyuktevit» maqolasiga qaralsin).
- Tashqi muhitdagi spetsifik bo'lmagan ta'sir etuvchi omillarni bartaraf etish (tamaki tutuni, chiqindi gazlar va boshqalar).
- BA aspirinli turida – aspirin va boshqa NYAQDV qo'llashni to'xtatish, shuningdek maxsus parhezga rioya qilish («dorili allergiya» maqolasiga qaralsin).
- β -adrenoblokatorlarni qabul qilishni man etish (BA turlaridan qat'iy nazar).
- Kasbga bog'liq zararli omillarni bartaraf etish.
- Infeksiya o'choqlarini, neyroendokrin buzilishlarni va yondosh kasalliklarni o'z vaqtida davolash.
- Barcha dori vositalarni mos ravishda qo'llash.
- Boshqa allergik kasalliklarni davolash.

- O‘z vaqtida grippga qarshi emlash va respirator virusli infeksiyalarga profilaktika o‘tkazish.
- Davolash allergenlar bilan tekshiruv chora-tadbirlarini ixtisoslashtirilgan shifoxonalarda va allergolog kuzatuv ostida olib borish.
- Invaziv tekshiruv usullaridan va operatsiya amaliyotlaridan 20 - 30 minut oldin quyidagi dori vositalaridan birini: GKSlardan - deksometazon, prednizolon, metilksantin guruhidan parenteral yuborish. Ularning miqdori yoshga, tana vazniga va BA og‘irlik darajasiga qarab belgilanadi. Bu muolajalarni o‘tkazishdan oldin allergolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

KLASSIFIKATSIYASI

BAning umum qabul qilingan klassifikatsiyasi hozirgi vaqtda mavjud emas. Klinik-patogenetik mezonlari bo‘yicha atopik, infeksiyon-allergik va aspirinli astma turlari farqlanadi.

Ba‘zan bir necha patogenetik mexanizmlar qo‘shilib kelishi mumkin.

BAning klinik manzarasi (kasallik turi), og‘irlik darajasi va kasallik bosqichlari bo‘yicha klassifikatsiyasi quyida keltirilgan.

Kasallik turi

• **Atopik turi.** Uy changi (asosan «chang kanasi»), kutubxona changi, suvaraklarni o‘ldirishda qo‘llaniladigan vositalar, shuningdek uy hayvonlari va qushlar epidermisi, mog‘or zamburug‘i, o‘simlik changi, kam holatlarda – oziq ovqat va dori allergenlariga sensibilizatsiyalashgandan so‘ng paydo bo‘ladi.

• **Infeksiyon allergik turi.** BA infeksiyon allergik turining shakllanishida allergenlarga nisbatan organizmda sensibilizatsiya mavjudligi ahamiyatga ega (neysseri, stafilakokki).

• **Aspirinli turi.** Araxidon kislota metabolizmini buzilishi va leykotrin ishlab chiqishini oshishi BAning aspirinli to‘rini kelib chiqishida asosiy rol o‘ynaydi. Bu holatda burun polipozi (burun oldi bo‘shlig‘i), atsetilsalitsilat kislotasiga va boshqa YAQNDV allergiya bo‘lishidan tashkil topgan aspirinli uchlik (triada) shakllanadi. Ushbu keltirilgan uchlik BA bilan kasallangan bemorlarning 4,2% ida kuzatiladi. Ba‘zi hollarda uchlikning bir komponenti ya‘ni burun polipozi kuzatilmaydi. Ularda infeksiyon yoki infeksiyaga bog‘liq bo‘lmagan allergenlarga ham sensibilizatsiya bo‘lishi mumkin.

• **Kasallikni og‘irlik darajasi.** BAni kechishida 3ta og‘irlik darajasi farq qilanadi.

• **Yengil kechishi:** xurujlar soni haftasiga 1 martadan kuniga 1 martagacha bo‘lib u uyquning buzishiga sabab bo‘lishi mumkin, kechki xurujlar oyiga 2 marta. NCHYUT yoki O‘SF me‘yoriy Ko‘rsatkichning 80% yoki undan yuqori, kunlik tebranish 20-30% tashkil etadi.

• **O‘rta og‘irlik:** har kuni xurujlar bemor faolligini kamaytiradi va uyqu buzilishiga sabab bo‘ladi. Kechki xurujlar haftasiga 1 martadan ko‘p va ularni bartaraf qilish uchun qisqa muddatli β_2 antogonistiga bo‘lgan talab ortadi. Jismoniy faollik va boshqa nospetsifik omillar BA xurujini keltirib chiqarishi mumkin. NCHYUT yoki FNCHX1- me‘yoriy Ko‘rsatkichning 60-80%, kunlik tebranish 30% dan yuqori.

• **Og‘ir darajasi** (doimiy belgilar: nafas qisish xurujlari, ularni har doim ham to‘liq bartaraf etib bo‘lmaydi, tez-tez kuzatiladigan kechki xurujlar). Jismoniy zo‘riqish,

tashqi muhit harorati o'zgarishi, ximik va boshqa ta'sir etuvchi omillar nafas siqish xurujlarini kuchaytiradi, NCHYUT yoki OFV me'yoriy Ko'rsatkichning 60% dan kam kunlik tebranishi 20-30% dan ko'p.

● **Astmatik status** (status asthmaticus) og'ir va hayot uchun xavfli bo'lib – bir necha soat davomida astmatik dori vositalar bilan bartaraf etib bo'lmaydigan uzoq davom etuvchi ekspirator nafas buzilish xuruji bilan keluvchi holat hisoblanadi ♦ Astmatik statusni anafilaktik (shiddatli kechuvchi) va metabolik (sekin rivojlanuvchi) turlari farqlanadi ♦ Bronx o'tkazuvchanligining obstruksiyaga uchrashi va uning to'liq buzilishi; kam balg'amli yo'tal ● Gipoksiyaning yaqqol namoyon bo'lishi ● Bronxlarni kengaytiruvchi dori vositalariga chidamliligining oshishi ● Ba'zi hollarda – β_2 agonistlar – va metilksantinlar miqdorining oshib ketish belgilari.

BA kechish bosqichlari. BA quyidagi bosqichlarga bo'linadi: so'nib boruvchi xuruj va remissiya davri.

DIAGNOSTIKASI

BA diagnostikasida uning nozologik birligi (maxsus diagnostika qilish maqsadida) etiologiya va imkon qadar patogenetik mexanizmlarini aniqlash maqsadida maxsus tekshirishlar o'tkaziladi.

ANAMNEZ

Shikoyatlari

- Nafas qisish xuruji (odatda, nafas chiqarishning qiyinlashuvi bilan) – qisqa vaqtli, tez bartaraf etiluvchi yoki cho'zilgan, davolash choralari samara bermaydi.
- Nafas qisish xurujidan oldin quyidagilarni sezishi mumkin: burun atrofida va xalqum sohasida qichishish, tomoq qichishi, aksa urish, burunni bitishi yoki rinoreya, teri qichishi va boshqalar.
- Ajralmali yoki kam ajralmali xurujsimon yo'tal, agarda diagnostikani tasdiqlovchi tekshirish natijalari bo'lsa u nafas qisish xurujining ekvivalenti deb qaraladi (astmaning yo'talli varianti).
- Shovqinli xushtaksimon nafas
- Hansirash
- Yurak urib ketishi
- Mehnat qobiliyatining pasayishi.

Allergik anamnezi

- Kasallikning birinchi belgilarining paydo bo'lish tarixi (qaysi yoshda, qaysi faslda, o'sha vaqtda bemor qanday sharoitda bo'lganligi).
- Kasallikning faslga bog'liqligi, belgilarining necha marta takrorlanganligi va og'irligi.
- Kasallik belgilari kunning qaysi vaqtida bezovta qilishi.
- Belgilarning rivojlanishiga olib keluvchi omillar ♦ Allergenlar bilan aloqa DV qabul qilishi (antibakterial, YAQNDV, β adrenoblokatorlar va boshqalar) ♦ Ba'zi oziq - ovqatlarni iste'mol qilish ♦ Nospetsifik qo'zg'atuvchilarning ta'siri – o'tkir hidlar, atir-upalar, lak, bo'yoq, sovuq havo, kimyoviy moddalar shuningdek jismoniy va psixoemotsional zo'riqish, O'RVI va respirator yo'llarining boshqa yallig'lanish kasalliklari (bronxit, pnevmoniya va boshqalar).

- Kasbiy zararli ta'sirlar bo'lishi.
- Yashash sharoiti (uy hayvonlari, parrandalar va boshqalar).
- Bemor va uning qarindoshlarida allergik kasalliklar bo'lishi.
- Ilgarigi bemor kasalliklari-tarixini tahlili. Tibbiy yordamga va shifoxonaga yotish uchun murojaat qilganligi, o'tkazgan kasalliklari (pnevmoniya, bronxit, burun va gaymor bo'shliqlari pollipozi va boshqalar).

FIZIKAL TEKSHIRUVLAR

Fizikal tekshiruvdagi ko'rinarli o'zgarishlar kasallikning bosqichi va BANing og'irlik darajasi bilan bog'liq.

- BANing remissiya davrida va uning asoratlari bo'lmaganda Ko'rsatkichlar me'yorida bo'ladi.
- Kasallikning dekompensatsiya davrida quyidagi o'zgarishlar kuzatilishi mumkin:
 - ◆ Nafas olish va YUUSning tezlashishi
 - ◆ AQBning ko'tarilishi
 - ◆ Nafas olish vaqtida ko'krak nafasidagi yordamchi mushaklar ishtiroki
 - ◆ O'pkalarning pastki chegarasi harakatchanligi pasayishi
 - ◆ Perkussiyada: perkutor qutisimon tovush aniqlanishi
 - ◆ Auskultatsiyada: dag'al nafas, har xil balandlikdagi quruq hushtaksimon xirillashlar asosan nafas chiqarish vaqtida
 - ◆ Ba'zan turli xildagi nam xirillashlar
 - ◆ Bronxial sekret xarakteri shilliqli yoki shilliq yiringli ba'zida ko'p miqdorda suvli yoki quyuq yopishqoq.
- Astmatik statusda:
 - ◆ bemor holati-ortopnoe
 - ◆ yo'tal, kam miqdorda shilliq va quyuq sekret ajralishi bilan
 - ◆ ko'p terlash
 - ◆ sianoz
 - ◆ auskultatsiyada: asosan o'pkalarning pastki qismida nafasning keskin susayishi, xirillashlar
 - ◆ og'ir holatlarda bronxial o'tkazuvchanlik yo'qolib xirillashlarning umuman eshitilmasligi («soqov o'pka»)
 - ◆ ba'zan AB ko'tarilib, YUUS keskin tezlashishi, paradoksal puls aniqlanishi.

LABORATOR VA INSTRUMENTAL TEKSHIRUV

- Qonning klinik tahlili (avj olish davrida eozinofiliya kuzatilishi);
- Balg'amning umumiy tahlili (eozinofiliya, Kurshman spirallari, Sharko-Leyden kristallari);
- Balg'amning muhit va antibiotiklarga sezgirligini bakteriologik tekshiruv.

Qo'shimcha laborator tekshiruvlar

- Qon zardobida oqsil fraksiyalarini;
- Qon zardobida immunoglobulin A,M,G lar miqdorini.
- Qon tahlili: tizimli ta'sir qiluvchi GKS olayotgan bemorlar uchun – kortizol, AKTG miqdorini aniqlash.
- Zarur allergologik tekshiruvlar: atopik va infeksiyon allergenlar bilan teri sinamalari o'tkazish.

Qo'shimcha allergologik tekshiruvlar

- Allergenlar bilan chaqiriluvchi (provakatsion) ingalyatsiya sinamalar.
- Dori vositalarini ko'tara olmaslikni aniqlovchi sinamalar: leykotsitlarni tabiiy emigratsiyasi to'xtatuvini chaqiruvchi (provakatsion) til osti sinamalari.

- Qon zardobida umumiy Jg E ning miqdorini tekshirish (immunoferment tahlili).
- Qon zardobida spetsifik Jg E ning miqdorini aniqlash (radioallergosorbent sinamali).
- Allergiya chaqiruv (provakatsion) sinamalari faqat maxsus shifoxona yoki xonalarda allergolog tomonidan bajarilishi kerak.

Bajarilishi shart bo'lgan instrumental tekshiruv

- Ko'krak nafasi a'zolari rentgenografiyasi.
- Burun yondosh bo'shliqlari R-grafiyasi, EKG.
- Tashqi nafas funksiyasini tekshirish (TNF).

Qo'shimcha instrumental tekshiruv

- Diagnostik bronxoskopiya.
- Bronxomotor sinamalar ♦ Bronxolitiklar bilan o'tkaziladigan (β 2-agonistlar-salbutamol, fenoterol; xolinolitiklar - ipratropin bromid) sinamalar bronxial obstruksiyaning qaytishini tiklash uchun qo'llaniladi ♦ NCHYUT va FXO'S1ni nisbiy baholash sinamaning ta'sirigacha va undan 5-20 minutdan keyin o'tkaziladi ♦ FXO'S va NCHYUTning 29% dan ko'proq oshishi sinama musbatligi va bronxial obstruksiyaning yo'qolishini ko'rsatadi ♦ Bronxokonstriktorlar (metaxolin, gistamin) bilan o'tkaziladigan sinama ♦ Bronxlarning reaktivlik darajasini aks ettirib, bronxial obstruksiyaning o'sib borish tezligini qayd etadi ♦ Jismoniy zo'riqish ortishi bilan o'tkaziladigan sinama ♦ Bemor umumiy ahvolini (bronxospazmning mavjudligini) baholash uchun jismoniy zo'riqish to'xtatilgach 2-3 minutdan so'ng o'tkaziladi.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Differensial diagnostika anamnestik ma'lumotlar, allergologik va umumklinik tekshiruvlar asosida o'tkaziladi.

•BANing differensial diagnostikasini o'tkazishda quyidagi kasalliklar bilan taqqoslanadi ♦ o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari ♦ yurak yetishmovchiligi ♦ respirator virusli infeksiyalar ♦ bronxiolitlar ♦ aspergillyoz va boshqa eozinofiliyalı bronx o'pka allergik kasalliklari.

BA turli shakllarini differensial diagnostikasi:

- Atopik BA ♦ kasallik odatda 20-30 yoshgacha yuzaga chiqadi ♦ belgilari atopik allergenlar (uy changi, gul changi va hakoazalar) bilan bog'liq bo'ladi ♦ eliminatsiya sinamasidan keyingi natija yaqqol ko'rinadi – allergen yuklamani kamayishi va kasallik belgilarining yo'qolishi orasidagi bog'liqlik ♦ atopik allergenlar bilan o'tkaziladigan teri va ingalyatsiyali sinamalarning musbatligi ♦ qon zardobida umumiy va maxsus Jg E miqdori oshadi ♦ periferik qon tahlili va balg'amda eozinofiliya kuzatiladi ♦ yondosh allergik kasalliklarning (allergik rinit, konyuktevit, atopik dermatit) mavjudligi ♦ Oilaviy anamnezda allergik kasalliklar mavjudligi.
- Yuqumli - allergik BA ♦ İlk marotaba kasallikni 30-40 yoshda kelib chiqishi
- Teri sinamalarining yuqumli allergenlar bilan musbatligi ♦ 48 % hollarda yuqumli allergenlar bilan ingolyatsion sinamalar musbatligi ♦ Yuqumli allergenlarga yuqori sezgirlik bo'lganda laborator tekshiruvlarda musbat natija ♦ Allergologik nasliy moyillik atopik BA ga qaraganda kamroq ♦ kechish o'rta og'irlikda yoki og'ir

darajada ♦ Emfizema va pnevmoskleroz shakllanishi atopik BA ga qaraganda ko‘proq ♦ Eliminatsiya samarasi borligi xos emas ♦ Burun yonbosh bo‘shliqlarini patologiyasi: atopik BA ga qaraganda ko‘proq uchraydi.

- Aspirinli BA ♦ Ilk marotaba kasallik 30-40 yoshdan so‘ng paydo bo‘ladi ♦ «aspirinli uchlik» mavjudligi: BA, atsetil salitsil kislotani ko‘tara olmaslik va qaytalanuvchi burun polipozi (gaymor bo‘shliqlarning). 65 % hollarda polipoz bo‘lmaydi ammo BA boshqa shakllariga nisbatan bu shaklda ko‘proq uchraydi ♦ Aspirinli va boshqa NYAKDV qabul qilish natijasida bo‘g‘ilish xurujlarini rivojlanishi ♦ atopik va yuqumli allergenlarga nisbatan sensebilizatsiya yuzaga chiqishi mumkin ♦ Kechishi: o‘rtacha og‘irlikda yoki og‘ir bo‘ladi.

Tekshiruv natijalari va kasallik anamnezi ma‘lumotlari solishtirilgandan so‘nggina diagnoz qo‘yiladi.

Mutaxassislar maslahatiga ko‘rsatmalar

- Spetsifik allergologik tekshiruvlarni o‘tkazish va diagnozni tasdiqlash uchun allergolog-immunolog maslahati kerak.
- Differensial diagnostika o‘tkazish maqsadida qo‘shimcha tekshiruvlar vaasoratlarni aniqlash uchun otolaringolog va pulmonolog maslahati zarur.

DAVOLASH

Davolashdan maqsad:

- Qo‘zish davrini bartaraf etish.
- Monand bazis terapiyani tanlash, uni qo‘llash natijasida kasallik belgilarini kamaytirish yoki to‘liq yo‘qotish.
- Bemorlarni zarur axborot bilan ta‘minlash va pikfluometr yordamida «o‘z o‘zini nazorat qilish»ga o‘rgatish.

SHIFOXONAGA YOTQIZISHGA KO‘RSATMALAR

- BA ning qo‘zish davri.
- Allergen-spetsifik immunoterapiya o‘tkazish (immunoterapiya o‘tkazgan davrda sabab bo‘luvchi allergen bilan aloqani inkor etish mumkin bo‘lmaganda).

DORILARSIZ DAVOLASH

- Sababchi allergen bilan aloqani yo‘qotish. Allergenni eliminatsiya qilish bemor sensibilizatsiya darajasiga monand holda tavsiya etiladi.
- Aspirinli BA li bemorda atsetil salitsil kislota va boshqa NYAQDV larni qabul qilish man qilish.
- β adrenoblokatorlar qabul qilishni taqiqlash (BA turiga qaramasdan).
- Spetsifik bo‘lmagan qo‘zg‘atuvchilarni ta‘sirini cheklash: chekish, kasbiy zararlar, pollyutantlar, o‘tkir hidlar va boshqalar. Zarur holatlarda – jismoniy va psixoemotsional zo‘riqishlarni oldini olish.
- Shifoboxsh jismoniy tarbiya (SHJT). Har bir bemorga jismoniy zo‘riqish individual tanlangan bo‘lishi kerak.
- Fizeoterapevtik davo usullari.
- Uqalash (BA xurujlari so‘nganda).

- Klimatoterapiya (sanator - kurort davolash). Eng qulay iqlimli sharoit o'rta tog'li hudud (dengiz sathidan 900-1000 m) iliq, quruq iqlimli doimiy ob-havoli, shuningdek, namlik darajasi past bo'lgan dengiz atrofi hududlari ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

DORILAR BILAN DAVOLASH

BA ni dorilar bilan davolash kasallikni avj olishda xurujlarni bartaraf qilish shuningdek bazisli davoga qaratilgan. BA atopik turida patogenetikdavo - allergen-spetsefik immunoterapiya ham qo'llaniladi.

Xurujlarni bartaraf qilish

- Qisqa muddatli ta'sir etuvchi β_2 agonistlari (salbutamol, feroterol).
- Uzoq, va tez ta'sir etuvchi β_2 agonistlari (formoterol).
- Kombinatsiyalangan DV, xolinolitiklar va β_2 agonistlari (ipratropiy bromidi va fenoterol).
- Qisqa ta'sir etuvchi metilksantillar (aminofillin).
- Sistemali GKS (prednizolon, deksametazon).

Kasallikning avj olishini bartaraf etish

- Terapevtik davo me'yori bemorni obyektiv tekshirishlar natijasiga bog'liq.
- Infuzion dori vositalarni qo'llash samarali. Asosiy xususiyatlari: tez ta'sirga egaligi, oshqozon ichak yo'liga nojo'ya ta'sirga ega emasligini bilgan holda va bemor umumiy ahvolidan kelib chiqib dozani tanlash.
- Bemor ahvolini yaxshilanishiga qarshi infuzion dorilarni yuborish dozasi va davomiyligi tayinlanadi. Sistemali ta'sir etuvchi DV boshlang'ich miqdordan 25-30 % asta sekinlik bilan har kuni kamaytiriladi. Infuzion dori vositalar yuborish soni va dozasini kamaytirib borish bilan birga ularni ingalyatsiya (yaqqol bronxial obstruksiya belgilari bo'lmaganda) va tabletka turiga almashtirish.
- Og'ir hollarda (astmatik statusda) oksigenatsiya ko'rsatma bo'ladi. Yurak qon tomir sistemasida asoratlar bo'lishini hisobga olgan holda EKG monitoring o'tkazish. O'tkir nafas yetishmovchiligi ehtimoli bo'lganda intubatsiya qilish.
- BA avj olishni bartaraf etish uchun quyidagi dori vositalar qo'llaniladi:
- GKS - sistemali preparatlar (infuzion shaklda): prednezalon deksametazon.
- Qisqa ta'sir etuvchi β_2 agonistlari ingalyatsii shakli (fenoterol, salbutamol).
- Uzoq muddat ta'sir etuvchi β_2 agonistlarni (salmeterol, formoterol) dozasini oshib ketishiga yo'l qo'ymaslik.
- Xolinolitiklarni ingalyatsiya shakli (ipratropin bromid, tiotropiumbromid).
- Qisqa va uzoq ta'sir etuvchi metilksantinnlarning tabletka shakli (aminofillin, teofilin). Ularning dozasini oshib ketishiga yo'l qo'ymaslik.
- Nafas yo'llarining xarakat faoliyati stimulyatorlari va syekretolitiklari (per os yoki ingalyatorlar- atsetilsistein, bromgyeksin, ambroksol).
- O'tkir davrda antigistamin dori vositalarni (HI- blokatorlar) qo'llash mumkin emas chunki ular bronxial sekretni drenajini qiyinlashtiradi.

- Asoratlar bo'lganda (pnevmoniya, bronxit, gaymorit) antibakterial DV bilan birga zamburug'larga qarshi DV qo'llaniladi.
- Ingalyatsiyani yaxshilash uchun bronxolitiklar, balg'am ko'chiruvchilar va yallig'lanishga qarshi DV ni nebulayzerda qo'llash.
- Davolash davomida qondagi gazlar nisbati, kislota-ishqor muvozanati, Tashqi Nafas Faoliyati (TNF) Ko'rsatkichlarni va EKG monitoringini nazorat qilish.

BAZIS TERAPIYA

Dori vositalarni tanlashda BA kechishining og'irligi allergiyaga qarshi vositalarni narhi va bemor hayot sharoiti hisobga olinadi.

Kasallikni yengil kechishi

Intermittirlovchi kechishida bazis terapiya talab etilmaydi. Persistirlovchi kechishida quyidagilar zarur.

- Kromoglitin kislota yoki nedokromil bilan ingalyatsiya.
- Kombinatsiyalangan DV: qisqa ta'sirli β_2 agonistlar, kromoglitin kislota.
- Semiz hujayralar membranasini stabilizatsiyalovchi antigistamin DV
- Uzaytirilgan ta'sirli teofillinlar.
- Leykotriyen retseptorlari antogonistlari bilan davo kursi
- Nostabil kechish va yuqori allergenli zo'riqishda kam miqdordagi GKS.

BA o'rta darajasi

- Klinik belgilarning namoyon bo'lish darajasiga mos ravishda ingalyatsiyada GKS DV 200-1000 mg. qo'llaniladi
- Uzaytirilgan ta'sirli β_2 -agonistlari
- Ba'zan DV larni birgalikda qo'llash: uzoq ta'sirli GKS + β_2 agonist.
- Semiz hujayralar membranasiga stabilizatsiyalovchi ta'sir etuvchi antigistamin DV yoki leykotriyen retseptori antogonistlari.
- Xolinolitiklar (ipratropin bromid, tiotropiya bromid) β -adrenomimetiklar va metilksantinlarga qarshi ko'rsatma bo'lganda yoki ularni ko'tara olmaslikda.

BA og'ir darajasi

- Ingalyatsiyadagi GKS preparatlari 1000 mgdan yuqori budesonid dipropionat yoki uning ekvivalenti.
- Uzoq ta'sirli β_2 agonistlar (ingalyatsiya yoki tabletka hoida)
- Uzoq ta'sirli metilksantinlar
- Ingalyatsiyadagi GKS + uzoq ta'sirli β_2 agonistlari bilan birgalikda
- Antileykotrin DV
- GKS bilan tizimli terapiya – yuqorida keltirilgan davolash muolajalari samara bo'lmaganda qo'llaniladi.
- GKSlarning nojo'ya ta'sirini kamaytirish maqsadida davolash shifokor nazorati ostida o'tkaziladi.

Bazis terapiya sifatida qo'llaniladigan dori vositalari

- **Glyukokortikoidlar**
- ◆ **GKSlar bilan tizimli davolash** faqat BA og'ir kechishida buyuriladi, mabodo u samarasiz bo'lganda uning ingalyatsiyali turlari qo'shiladi. GKSlar dozasini

tanlash tamoili kasallik belgilaridan kelib chiqib kam miqdorda buyurishga asoslangan. Dorining nojo'ya ta'sirlarining oldini olish maqsadida davo shifokor qat'iy nazoratida amalga oshiriladi.

- ◆ Preznizolon (tabletk 0.005 g, kunlik doza 0.02-0.04g)
- ◆ Metilprednizolon (tabletk 0.004g kunlik doza 0.01g.– 0.08 g)
- ◆ Deksametazon (tabletk 0.0005 g, kunlik doza 0.002 – 0.006 g) o'tkir holatni bartaraf etish maqsadida.
- ◆ Triamsinalon (tabletk 0.004 g, kunlik doza 0.008-0.016 g)
- ◆ Betametazon (inyeksiya uchun 1 ml ampuladagi eritma: betametazon dinatriy fosfat 0.002g.+ betametazon dipropevnat 0.005 g: 1 inyeksiyadan 2-4 xaftada m/o).
- ◆ **GKSlarning ingalyatsiya turlari** BAning yengil darajasida kichik dozada, kasallikning nostabil kechishi va yuqori allergen zo'riqishlarda.
- ◆ Beklametazon o'rta og'irlik darajada kechishida: 600-1200 mkg/ kunda. Og'ir kechishida 800-2000 mkg/kunda (2-4 martadan qabul qilishga).
- ◆ Budesonid o'rta og'irlikda: 600-1200 mkg/kunda (2 marta qabul qilishga) Og'ir kechganda: 800-1600 mkg/kun (2- marta qabo'l qilishga).
- ◆ Fnulizolid gemigidrat o'rta og'irlikda: 1000 mkg/kunda (2 marta qabul qilishga). Og'ir kechganda: 1500 mkg/kun (2 marta qabul qilishga)
- ◆ Flutikazon o'rta og'irlik darajada: 500-1000 mkg/kunda (2 marta qabul qilishga). Og'ir kechganda 500-1000 mkg/kun (2 marta qabul qilishga)

• **Metilksantinlar**

- ◆ Qisqa ta'sirli metilksantinlar aminofillin (tabletk 0.15 g)
- ◆ Uzoq ta'sir etuvchi metilksantinlar: teofillin

• **β2-agonistlar**

- ◆ **Qisqa ta'sirli β2-agonistlar**
- ◆ Salbutamol (dozalangan aerosol, ingalyatsiyada dozasi 100 mkg) 2 dozadan 1 kunda 6 martagacha.
- ◆ Fenoterol (dozalangan aerosol, ingalyatsiyada dozasi 100-200 mkg) 2 dozadan 1 kunda 6 martagacha.
- ◆ **Uzoq ta'sir etuvchi β2-agonistlar**
- ◆ Salmeterol (dozalangan aerosol, ingalyatsiyada dozasi 50 mkg) 2 dozadan 1 kunda 2 mahal.
- ◆ Formoterol (dozalangan aerosol, ingalyatsiyada dozasi 12 mkg) 1-2 dozadan 1 kunda 1-2 mahal yoki poroshok ingalyatsiya uchun (ingalyatsiyada dozasi 4.5-9 mkg) 2 dozadan 2 mahal 1 kunda.

• **Xolinolitiklar**

- ◆ Ipratropiy bromidi (dozalangan aerosol, doza 18 mkg) o'rtacha 2 dozadan 3-4 mahal 1 kunda, 1 kunda 1-2 ingalyatsiyagacha.
 - ◆ Berodual (ipratrop bromid ingalyatsiyada dozasi 25 mkg fenoterol, ingalyatsiyada dozasi 50 mkg) O'rta og'irlikda kechish 1-2 dozadan 3 mahal 1 kunda (1 kunda 8 dozagacha) Og'ir kechishda 1-2 dozadan 3 mahal 1 kunda (1 kunda 8 dozagacha)
 - ◆ Tiotropiy bromidi (poroshokli ingalyator) 18 mkg 1 kunda 1 marta
- **Kromoglitin kislota** BAning yengil va o'rta darajada kechishida qo'llaniladi.

- ◆ Bronxospazm xuruji jismoniy zo'riqishdan so'ng kuzatilganda kromoglitin kislotasi V (dozalangan aerosol) 2-10 mg.. 4 mahal 1 kunda qo'llaniladi. Jismoniy zo'riqishdan so'ng kuzatiladigan bronxospazm xurujida kuniga 2-10 mg.. dan
- ◆ Nedokromil (dozalangan aerosol) 2 dozadan (4 mg..) 2-4 mahal kunda. Jismoniy zo'riqishdan so'ng kuzatiladigan bronxospazm xurujidan 15-60 min oldin 4 mg.. dan
- ◆ Ditek (kombinatsiyalangan, fenoterol+kromoglitin kislotasi dozalangan aerosol) 2-4 mahal 1 kunda 2 dozadan.

● **Antigistamin dori vositalari** semiz xujayralar membranasini mustaxkamlaydigan ta'sir ko'rsatuvchi bo'lganligi uchun uni atopik BAning yengil va o'rta og'irligida qo'llaniladi:

- ◆ Ketotifen (1 mg. tabletkada) 1 mg. dan 2 mahal (2 mg. dan 1 mahal) 1 kunda.
- Leykotriyen retseptorlari antagonistlari** ko'proq persistirlovchi aspirinli astmada tavsiya etiladi:
- ◆ Zafirlukast (tabletkada 20 mg.) 20 mg. kuniga 2 mahal.
 - ◆ Montelukast (tabletkada 10 mg.) 10 mg. 1-2-4 mahal kuniga.

PATOGENETIK TERAPIYA

Atopik BA bilan kasallangan bemorlarga aynan shu kasallikka olib kelgan allergen yordamida maxsus allergik immunoterapiya o'tkazish ko'rsatilgan.

BEMORNI O'RGATISH

Bemorda ko'nikmalarni shakllantirish uchun ular bilan kasallik tabiati haqida suhbat o'tkazish, BAning xurujlarini oldini olish chora tadbirlarini o'rgatish, kasallikni avj olish va tinch davridagi davolash usullari, astmaga qarshi vositalarning o'z vaqtida va to'g'ri qo'llashga (shu bilan bir qatorda ingalyatsiya dori vositalarini), pikfloumetriya ko'rsatgichlari asosida o'zlarini nazorat qilishga o'rgatish zarur.

MUTAXASSIS MASLAHATIGA KO'RSATMALAR

Allergolog-immunolog maslahati simptomatik va patogenetik davolash chora-tadbirlarini mos ravishda tanlash maqsadida tavsiya etiladi.

BEMORNI KEYINGI OLIB BORISH

BA bilan kasallangan bemorlarga asosiy va patogenetik terapiyalarning samaradorligini baholash maqsadida umumiy amaliyot vrachi bilan bir qatorda shifokor-allergolog-immunologning dinamik kuzatuvini tavsiya etiladi.

ASORATLARI

BAning asoratlari ikkiga bo'linadi: o'pka va o'pkadan tashqari

- O'pkadagi asoratlari - surunkali bronxit, gipoventilyatsiya natijasida pnevmoniya, o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, nafas yetishmovchiligi, bronxoektazlar, atelektazlar, pnevmotoraks.
- O'pkadan tashqari asoratlari o'pkali-yurak, yurak yetishmovchiligi, miokard distrofiyasi, aritmiyalar, uzoq vaqt tizimli ta'sirga ega bo'lgan GKS vositalarni qabul qilgan bemorlarda ushbu dori vositalarining nojo'ya ta'siri rivojlanishi mumkin.

PROGNOZI

- BA bilan og'irigan bemorlarda kasallik og'irlik darajasidan qat'iy nazar bronxo-o'pka sistemasidagi patologiyaning avj olib borishi sog'lom shaxslarga nisbatan jadalroq rivojlanadi.

- Kasallikning yengil kechishi va mos ravishda davolangan BA oqibati nisbatan yaxshi.
- O‘z vaqtida o‘tkazilmagan davolash chora tadbirlari kasallikni yengil turidan og‘ir turiga o‘tishiga olib keladi.
- Og‘ir va o‘rtacha og‘irlikda kechuvchi BA oqibatini davolash mos ravishda tanlanganligi va asoratlarning bor-yo‘qligiga bog‘liq. Mavjud bo‘lgan yondosh kasalliklar BA oqibatini og‘irlashtirishi mumkin.
- O‘limga olib keluvchi sabablar - og‘ir asoratlarda va BA xurujida tibbiy yordam o‘z vaqtida ko‘rsatilmashligi.

ASTMATIK STATUS

Astmatik status (hayot uchun xavf soladigan bronxial astma xurujidir) – bemor uchun kechishi g‘ayritabiiy bo‘lgan astmatik xuruj bo‘lib, odatiy bo‘lgan bronxodilyator bilan davolash samarasizdir. Astmatik status zaminida bronxial astmaning og‘ir xuruj yotadi va ularga shifoxona sharoitida tibbiy yordam ko‘rsatish lozim. Astmatik statusni sabablaridan biri β_2 -adrenomimetiklar dozasi oshib ketishi natijasida β_2 -adrenoretseptorlar qamallanishidir.

Sabablari • Doimiy tibbiy yordamning yetishmovchiligi • Obyektiv monitoring holati xususan pikfloumetriya tekshiruvining bo‘lmasligi • O‘z - o‘zini nazorat qilish qobiliyatini yo‘qligi • Adekvat bo‘lmagan davolanish (asosan bazis terapiya bo‘lmasligi) • BAning og‘ir xuruj yondosh kasalliklar bilan birga kelganda ambulator sharoitda davolanishni qiyin kechishi (masalan ruxiy kasalliklar) • Allergenlar, viruslar va bakterial infeksiyalar bilan aloqada bo‘lish.

KLINIK MANZARASI

- O‘sib boruvchi bronxolitiklarga rezistent dorini me‘yoridan ko‘p qabul qilganlikning samarasi.
- Kuchayib boruvchi balg‘am ajralishining qiyinlashuvi.
- Oddiy bronxial astma xurujiga xos bo‘lgan belgilarning yuqori darajada kuchli bo‘lishi, nafas chiqarish davomiyligining keskin uzayganligi, quruq xushtaksimom va guvillovchi xirillashlarning kuchayib borishi tufayli «soqov» o‘pka (auskultatsiyada nafas shovqinlarining eshitilmasligi) kuzatilishi. So‘ngi holat bronxial obstruksiyaning eng og‘ir darajasini bildiradi
- Ba‘zan gipoksemyali giperkapnik koma rivojlanishi mumkin ♦ Serebral buzilishlar ♦ Arterial gipotenziya ♦ Kollaps.

DAVOLASH

DAVOLASH TAMOYILI

- Shifoxonaga yotqizish.
- Birinchi yo‘nalishdagi terapiya: kislorod terapiyasi (burun katetri yordamida 1-4 l/min), giperkapnik holat terapiya o‘tkazishga mone‘lik qilmaydi. B2-adrenomimetiklar nebulayzer yordamida (anamnezida dori miqdorining oshib ketish holati qayd etilmagan bo‘lsa) ingalyatsiya qilinadi (salbutamol, fenoterol), yoki katta hajmli (750 ml) bitta nafas olishga mo‘ljallangan klapanli spayser yordamida dozalangan ingalyatordan foydalaniladi. Yurak-qon tomir tizimiga GKSning nojo‘ya ta‘sirini kamaytirish maqsadida mos ravishda oksigenoterapiya o‘tkaziladi. GKS dori vositalarni iloji boricha vaqtliroq vena ichiga va peroral berish bir xil

samarali (40-125 mg. metilprednizolon vena ichiga har 6 soatda, prednizolon 40-80 mg. kunda peroral).

- Agar bemorning ahvoli yaxshilanmasa lekin O'SV ga muhtojlik bo'lmaganda
✦ kislorod-gel aralashmasini ingalyatsiya qilish (nafas yo'llaridagi gazli oqimga qarshilik pasayishi, mayda bronxlarda turbulent oqimlarning laminar bo'lib qolishi)
✦ Magnezii sulfat vena ichiga yuboriladi ✦ O'pkani noinvaziv ventilyatsiyasi.

- Astmatik statusli bemorni O'SV ga o'tkazish barcha hayotiy ko'rsatmalarga muvofiq bajariladi (davolash muassasalaridan tashqarida, shoshilinch tez tibbiy yordam, umumiy yoki intensiv terapiya bo'limida). Amaliyotni anesteziolog yoki reanimatolog o'tkazadi. Bronxial astmada O'SV dan maqsad oksigenatsiya jarayonini ta'minlab turish, qon rNni me'yorashtirish, yatrogen asoratlarning oldini olish. Ba'zan o'pkaning mexanik ventilyatsiyasi buzilishi mumkin unday hollarda natriy gidrokarbonat eritmasi vena ichiga yuboriladi.

- Ikkinchi yo'nalish terapiyasi: Antixolinergik dori vositalari ipratropin bromid va uning β_2 adrenomimetiklar bilan kombinatsiyasi (ipratropin bromid+fenoterol) – nebulayzer yordamida so'ngra esa dozalangan ingalyator speyzer bilan yuboriladi. Teofillin bilan davolashning dastlabki 6 soatida uning qon zardobidagi miqdorini nazorat qilib turish lozim. Ingalyatsiyadagi bronxolitiklarning samarasizligida 0,5 mg. salbutamol yoki terbutalin (4-8 mkg/kg) 1 soat davomida vena ichiga yuboriladi.

- Sistemali allergik reaksiya (anafilaktik) astmatik xurujning asosi bo'lsa β_2 -adrenomimetiklarni teri ostiga yuborish, bemor hushi buzilganda yoki nafas to'xtash xavfi bo'lganda va ingalyatsiyali terapiya samarasiz bo'lganda 0,3 mg. epinefrin boshlanishida interval 20 minut so'ngra har 4-6 soatlarda buyuriladi.

- Bemor tungi xurujlar yo'qolguncha va qisqa ta'sirli bronxolitiklarning 3-4 ingalyatsiyasi kunlik talabni qondirguncha shifoxonada qoldiriladi.

XKK 10 • J46 astmatik status [status asthmaticus].

Pikfloumetriya – bu nafas chiqarishning eng yuqori tezligini maxsus moslama – pikfloumetr yordamida aniqlash bo'lib, u o'pka faoliyatini, shu jumladan nafas o'tkazish yo'llarining torayish darajasini obyektiv baholash imkonini beradi.

Nafas chiqarishning eng yuqori tezligi (NCHEYUT) – bu chuqur nafas olingandan so'ng kuchaytirilgan nafas chiqarishning eng yuqori tezligi bo'lib, u o'z navbatida bronxlar o'tkazuvchanligi haqida aniq ma'lumot beradi.

Umumiy amaliyot vrachining vazifalari:

- NCHEYUTni kerakli kattalikdan foiz miqdorini hisoblay olish
- olingan ma'lumotlarni baholash, tahlil va prognoz qilish.

Ko'rsatmalar:




- obstruktiv buzilishlar va bronxial obstruksiyaning aniqlash
- ventilyatsiyaning obstruktiv buzilishlarini rivojlanganlik darajasi va kasallik og'irligini baholash;
- astma va o'pkaning boshqa surunkali obstruktiv kasalliklarini qiyosiy tashhislash;
- kasbiy astmani tashhislash;
- jismoniy zo'riqish astmasini tashhislash;
- astmaning zo'rayishini prognozlash;

- davolashni rejalashtirish;
- davolash samaradorligining monitoringini o'tkazish;
- bemorlarning o'z-o'zlarini nazorat qilishlari;
- kasallik kechishini prognozlash.

Qarshi ko'rsatmalarlar: yo'q.

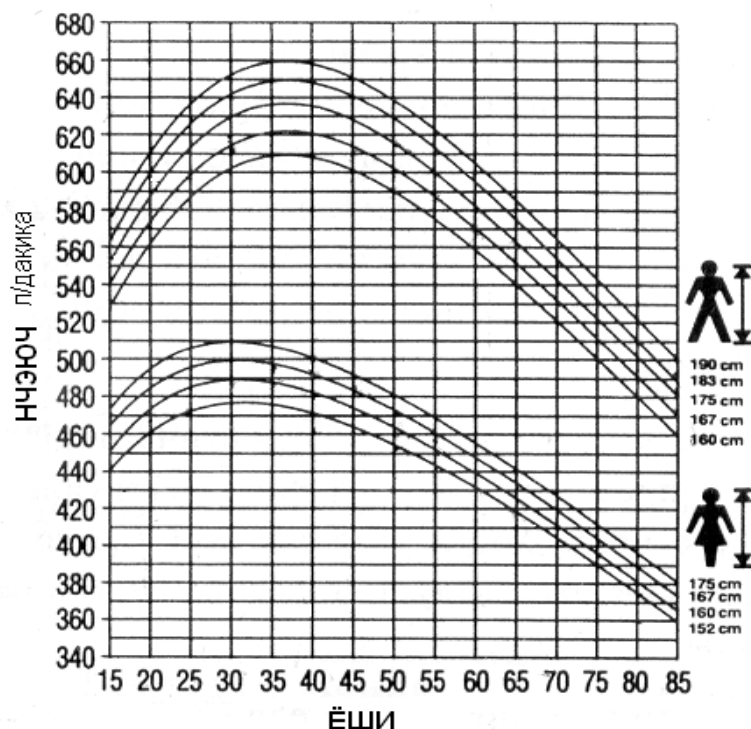
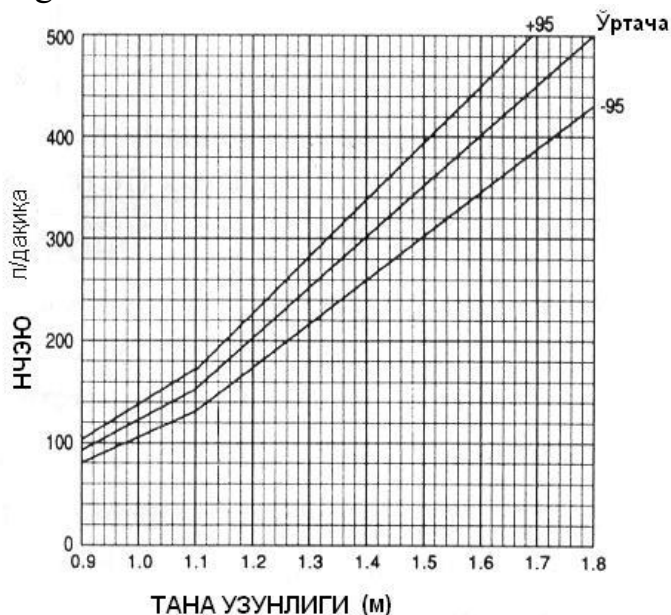
Kerakli sharoit va anjomlar: pikfloumetr. Vrach xonasida, yoki uyda o'tkazish mumkin. Bemorga muolajani o'tkazishdan ko'zlangan maqsadni tushuntirish.

Pikfloumetriyani qadam – baqadam bajarish

№ 1	Harakatlar ketma-ketligi Bemorning holati	Bajarilishi
2		<p>Tekshiruvni bemorning turgan va o'tirgan holatida o'tkazish mumkin.</p> <p>Tekshirayotgan xodim Ko'rsatkichni boshlang'ich darajaga ("0" ga) keltirishi hamda steril nasadka qo'yishi kerak</p>
	<p>O'tkazish texnikasi</p>  	<p>Bemordan pikfloumetrni tanasiga gorizontal ravishda tutish va iloji boricha chuqur nafas olish so'raladi. So'ng u mundshtukni lablari bilan mahkam qisib oladi, kuchli va tez, iloji boricha mundshtukni til bilan berkitib qolmagan holda birdan nafas chiqaradi (19- va 20-rasmlar).</p> <p>Sinamani uch marotaba qaytarish lozim. Agar lozim bo'lsa, ular orasida bemor dam olishi mumkin.</p> <p>Eng yuqori Ko'rsatkich hisobga olinadi va yozib qo'yiladi.</p> <p>Agar bemor dori vositasini ingalyatsiya qiladigan bo'lsa, u holda nafas chiqarishning eng yuqori tezligini aniqlashni ingalyatsiyadan oldin yoki undan 10 daqiqa keyin o'tkazish lozim.</p>

5 NCHEYUT ni lozim bo'lgan kattalikdan hisoblash

NCHEYUTning kattaligi bir daqiqada chiqarilayotgan havoning litrlarida (l/daq) ifodalanadi. Olingan ma'lumotlar hisoblanayotganda NCHEYUTning lozim bo'lgan kattaligini aniqlash uchun nomogrammalardan (jadvallardan) bemorning jinsi, yoshi va bo'yi hisobga olingan holda foydalanish kerak. Chunki NCHEYUTning kattaliklari ularga bog'liq bo'lib keng ko'lamda o'zgaradi



NCHEYUTning (l/daq) o'rta Ko'rsatkichlari jadvali

Erkaklar

Yoshi	Bo'yi (sm)			
150,0	162,5	175,0	187,5	200,0

20	554	602	649	693	740
25	543	590	636	679	725
30	532	577	622	664	710
35	521	565	609	651	695
40	509	552	596	636	680
45	498	540	583	622	665
50	486	527	569	607	649
55	475	575	556	593	634
60	463	502	542	578	618
65	452	490	529	564	603
70	440	477	575	550	587

Ayollar

Yoshi	Bo'yi (sm)				
	137,5	150,0	162,5	175,0	187,5
20	390	423	460	496	529
25	385	418	454	490	523
30	380	413	448	483	516
35	375	408	442	476	509
40	370	402	436	470	502
45	365	397	430	464	495
50	360	391	424	457	488
55	355	386	418	451	482
60	350	380	412	445	475
65	345	375	406	439	468
70	340	369	400	482	461

Ayollar

Yoshi	Bo'yi (sm)				
	137,5	150,0	162,5	175,0	187,5
20	390	423	460	496	529
25	385	418	454	490	523
30	380	413	448	483	516
35	375	408	442	476	509
40	370	402	436	470	502
45	365	397	430	464	495
50	360	391	424	457	488
55	355	386	418	451	482
60	350	380	412	445	475
65	345	375	406	439	468
70	340	369	400	482	461

Bolalar va o'smirlar

	Bo‘yi (sm)	O‘g‘il va qiz bolalar (sm)	Bo‘y (sm)	O‘g‘il va qiz bolalar (sm)	Bo‘yi (sm)	O‘g‘il va qiz bolalar (sm)
	107,5	147	127,5	254	147,5	360
	110	160	130	267	150	373
	112,5	173	132,5	280	152,5	387
	115	187	135	293	155	400
	117,5	200	137,5	307	157,5	413
	120	214	140	320	160	427
	122,5	227	142,5	334	162,5	440
	125	240	145	347	165	454
<p><i>Masalan, 40 yoshli ayolda (bo‘yi 150 sm) pikfloumetriyada NCHEYUT 340 ml ekanligi aniqlandi. Jadvalda esa NCHEYUT – 402 ml ni tashkil etgan. NCHEYUTning Ko‘rsatkichi lozim bo‘lgan Ko‘rsatkichdan quyidagicha hisoblanadi:</i></p> $402 \text{ ml} - 100\%$ $340 \text{ ml} - X$ $340 \times 100 = 34000$ $X = \frac{34000}{402} = \frac{34000}{402} = 84,6\%$ <p>Demak, tekshirilgan ayolda NCHEYUT kerakli kattalikdan 84,6% ni tashkil etadi.</p>						
6	Olingan natijalarni baholash			<p><i>NCHEYUT kerakli kattalikni > 90% – me’yorda.</i></p> <p><i>NCHEYUT kerakli kattalikni = 80-89% – shartli me’yorda.</i></p> <p><i>NCHEYUT kerakli kattalikni = 50-79% – o‘rtacha pasaygan.</i></p> <p><i>NCHEYUT kerakli kattalikni < 50% – keskin pasaygan.</i></p> <p><i>NCHEYUTning Ko‘rsatkichi kerakli kattalikni 80% dan past bo‘lsa, bu holat bronxial obstruksiya borligidan dalolat beradi.</i></p>		
7	Tahlil qilish va prognozlash			<p>NCHEYUT = kerakli kattalikdan 80-89% – dinamik kuzatish zarur bo‘lganlar.</p>		

		<p>NCHEYUT = kerakli kattalikdan 50-79% – bemorga kuchaytirilgan davolash choralari o‘tkazish talab qilinadi.</p> <p>NCHEYUT kerakli kattalikdan < 50% – bemor zudlik bilan shifoxonaga yotqizilishi lozim. Bronxial astmada nazorat jarayonini osonlashtirish maqsadida svetofor tamoyili qo‘llaniladigan va unga ko‘ra NCHEYUTning yuqorida ko‘rsatilgan darajalariga svetoforning ma’lum ranglari mos keladi.</p>
<div data-bbox="204 846 644 1010" style="background-color: #00FF00; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Лозим бўлган кўрсаткичдан НЧЭЮЧ = 80-100%</p> </div> <p>Ogohlantirish!</p> <div data-bbox="204 1151 644 1314" style="background-color: #FFFF00; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Лозим бўлган кўрсаткичдан НЧЭЮЧ = 50-80%</p> </div> <p>Bu xavf signali!</p> <div data-bbox="204 1756 644 1919" style="background-color: #FF0000; padding: 5px; text-align: center;"> <p>НЧЭЮЧ лозим бўлган кўрсаткичнинг 50% дан past</p> </div>	<p style="text-align: center;">Yashil zona</p> <p><i>Astma nazorat ostida bo‘ladi, NCHEYUT kerakli Ko‘rsatkichning 80 – 100% ni tashkil etadi, bunda bemorning faolligi va uyqusi buzilmagan, kasallik belgilari kam yoki umuman bo‘lmaydi.</i></p> <p style="text-align: center;">Sariq zona</p> <p><i>Agar NCHEYUT kerakli Ko‘rsatkichning 50-80% ni tashkil etsa, variabellik 20 – 30% ga yetadi va bemorda bo‘g‘ilish xurujlari (kechqurun ham), hushtaksimom xirillashlar, faollikning pasayishi va boshqa belgilar kuzatiladi – bu kasallikning avjlanganligidan, yoki “yashil zona” da yetarlicha faol davolash o‘tkazilmagan-ligidan dalolat beradi. “Sariq zona”ga tez-tez tushib qolish kasallik yetarli darajada nazoratda emasligidan darak beradi va davolash intensivligini oshirish lozimligini ko‘rsatadi.</i></p> <p style="text-align: center;">Qizil zona</p> <p>Bu xavf signali! <i>Agar NCHEYUT kerakli Ko‘rsatkichning 50% dan past bo‘lsa, bemorni tinch holatda ham hansirash bezovta qiladi, yurishi va gapirishi ham qiyinlashadi. Qizil zona bemorga, intensiv terapiya bo‘limida, tez tibbiy yordam ko‘rsatish lozimligini ko‘rsatadi.</i></p>	
<p>Eslab qolish lozim!</p>		

NCHEYUTning butun populyatsiya uchun mo'ljallangan kerakli Ko'rsatkichi ma'lum bir bemor uchun to'g'ri kelmasligi mumkin. Shuning uchun bemor o'zini barqaror yaxshi his qilgan remissiya davrida olingan eng yaxshi o'rtacha Ko'rsatkich me'yorida deb olinadi. Odatda bemor birinchi bor murojaat qilganda me'yorida deb kerakli kattalik qabul qilinadi, keyinchalik esa uzoq davom etgan kuzatish natijalariga qarab u to'g'rilanadi.

Qalqonsimon bez kasalliklari (gipotireoz, gipertireoz). Tashxislashning o'ziga xosligi va davosi.

Gipotireoz -organizmda qalqonsimon bez (QB) gormonlarining barqaror tanqisligi oqibatida kelib chiqadigan klinik sindromdir.

XKK-10: • **Ye00** Tug'ma yod yetishmovchiligi sindromi • **Ye 01** Yod yetishmovchiligiga bog'liq bo'lgan qalqonsimon bez kasalliklari va shunga o'xshash holatlar • **Ye 02** Yod yetishmovchiligi natijasidagi subklinik gipotireoz • **Ye 03** Gipotireozning boshqa shakllari.

QISQARTMA SO'Z: QB-qalqonsimon bez.

Epidemiologiyasi.

- Birlamchi gipotireoz 0,2% dan 2% gacha manifest, 10% gacha subklinik shaklda uchraydi. Kasallanish – yilida aholining har 1000 kishisiga 0,6 dan 3,5 gacha. Birlamchi gipotireoz bilan kasallanish yosh ulg'aygan sari ko'payib boradi. Ushbu kasallik O'zbekistonda ham keng tarqalgan.
- Tug'ma birlamchi gipotireozning uchrashi - 1:3500-4000 chaqaloq.
- Ikkilamchi gipotireozning uchrashi 0,005%. Uchlamchi gipotireoz yanada kam uchraydigan kasallikdir.
- Ayollarda gipotireoz erkaklarga nisbatan ko'proq kuzatiladi (6:1).
- **Profilaktikasi.** Yod tanqisligi bo'lgan hududlarda gipotireozning profilaktikasi - osh tuzini yod bilan boyitish va homilador ayollarga yodli dori-darmonlar buyurish.

Skrining.

- TTG darajasini aniqlash orqali birlamchi gipotireozni skrining qilish kasallikni hech qanday klinik belgilari bo'lmagan kishilarda ham aniqlash imkonini beradi va odatiy profilaktik tekshirishlarning bir qismi sifatida tanlangan populyatsiyalarda o'tkaziladi; hamma yangi tug'ilgan chaqaloqlarda skrining o'tkazilishi shart (hayotining 3-5 kunida).
- Homiladorlikni rejalashtirishda va uning erta davrida gipotireoz skriningini o'tkazish kerak.
- Gipotireozning skriningi iqtisodiy jihatdan o'zini oqlagan.
- TTG miqdorini aniqlash - birlamchi gipotireozning skriningida tanlov teshirishi hisoblanadi. Uning miqdori oshganligi organizmda QB gormonlari tanqisligining dastlabgi belgisidir.

Klassifikatsiya.

- Birlamchi gipotireoz
 - ◆ QBni funksional aktiv to'qimasining yemirilishi yoki yetishmovchiligi: surunkali autoimmun tireoidit, QBni xirurgik yo'li bilan olib tashlanishi, radioaktiv ¹³¹I bilan davolash, nimo'tkir, tug'riqdan keyingi va «og'riqsiz» tireoiditlardagi o'tib ketadigan

gipotireoz, QBning infiltrativ va infeksiyon kasalliklari, uning ageneziya va disgenezi.

◆ Tireoid gormonlar sintezining buzilishi: tireoid gormonlar biosintezining tugʻma nuqsonlari, yodning ogʻir tanqisligi, dori-darmon va toksik taʼsirlar (tireostatiklar, litiy, kaliy perxlorat va boshqalar).

● Markaziy (gipotalamo-gipofizar, ikkilamchi va uchlamchi) gipotireoz.

◆ TTG va/yoki tiroliberin ishlab chiqaradigan hujayralarning yetishmovchiligi yoki yemirilishi: gipotalamo-gipofizar sohadagi oʻsmalar, shikastlanish yoki nurdan zararlanish (xirurgik operatsiyalari, protonoterapiya); qon tomir buzilishlari (ishemik va gemorragik zararlanishlar, ichki uyqu arteriyasining anevrizmasi); infeksiyon va infiltrativ jarayonlar (abscess, sil, gistotsitoz); surunkali limfotsitar gipofizit, tugʻma buzilishlar (gipofizning gipoplaziyasi, septooptik displaziya).

◆ TTG va/yoki tiroliberin sintezining buzilishi: tiroliberin retseptori genining mutatsiyasi, TTGning, Pit-1 genining β -subbirliklari, medikamentoz va toksik taʼsirlar (dofamin, glyukokortikoidlar, tireoid gormon preparatlari).

DIAGNOSTIKA

Gipotireoz tashxisini qoʻyish uchun toʻla anamnez toʻplash, fizikal tekshirish va tashxisni tasdiqlash uchun kerak boʻlgan asosiy laborator analizlarni oʻtkazish kerak.

Anamnez va klinik tekshirish.

● Gipotireoz belgilari boʻlgan va TTG darajasi koʻpaygan bemorlarni toʻliq anamnezini yigʻish hamda astoyidil tekshirish.

● **Gipotireoz belgilari** bemorlar soʻralganda va fizikal tekshirilganda aniqlanadiganlar: holsizlik (99%), uyqusirash (91%), tez charchash (84-90%), sovuqqa chidamsizlik (59-89%), terlashning kamayishi (34-89%), vaznning oshishi (49-63%), hayz koʻrish siklining buzilishi (58%), paresteziyalar (52%), qabziyat (40-61%), soch toʻqilishi (44-45%), eshitishning yomonlashishi (22%), terining quruqlashishi (62-97%), paraorbital shishlar (60-90%), bradikardiya (50-60%), terining sovuqligi (50%), sochlarning sinuvchanligi (40-66%), sust harakatlanish (36-70%), nutqning sekinlashishi (48-65%), tovush tembrining pasayishi (34-66%), diastolik qon bosimining oshishi (20-40%), boʻqoq –(15-40%).

● Subklinik gipotireoz koʻpgina nospetsifik belgilar orqali namoyon boʻlishi mumkin.

● Xuddi manifest gipotireoz singari subklinik gipotireoz ham umumiy xolesterin miqdorining oshishi hamda KZLPning koʻpayishiga olib kelishi mumkin.

● Gipotireoz ateroskleroz rivojlanishi uchun xavfli omil hisoblanadi.

Laborator tekshirishlar.

● Gipotireoz tashxisini tasdiqlash, zararlanish darajasini va kasallikning qanchalik ogʻirligini belgilashda qon zardobida TTG hamda erkin T4 gormonlari darajalari aniqlanadi ◆ Birlamchi gipotireoz TTG gormoninig koʻpayishi hamda erkin T4 gormonining kamayishi bilan xarakterlanadi ◆ Subklinik gipotireozda esa erkin T4 meʼyorda boʻlib faqat TTG oshgan boʻladi ◆ Ikkilamchi yoki uchlamchi (markaziy) gipotireozda TTGning meʼyor darajasi yoki kamayishi (baʼzan – ozroq koʻpayishi) hamda erkin T4ning kamayishi kuzatiladi.

● Antitireoidga qarshi ATlarning (masalan, tireoglobulina yoki tireoperoksidazaga qarshi) miqdorini o‘lchash gipotireozning sababini aniqlash hamda uning subklinik shakldan manifest shakliga o‘tishi haqida bashorat qilish imkonini beradi.

◆ Antitireoid AT miqdorining oshishi birlamchi gipotireozning sababchisi autoimmun tireoidit ekanligini ko‘rsatadi ◆ Gipotireozning subklinik variantida antitireoidga qarshi ATlarning mavjudligi uning manifest shakliga o‘tishining ishonchli belgisidir.

Differensial diagnoz o‘tkazish quyidagi jadvalda keltirilgan.

Kasallik	Xarakteristikasi	Izohlar
Autoimmun tireoidit	TTG ↑, AT-TPO musbat	Gipotireoz sekinlik bilan rivojlanib boradi
Tireoidektomiya	TTG↑, anamnezida QBda operatsiya	Bo‘yinda chandiqlik borligi
Radioaktiv yod bilan davo	TTG↑, anamnezida ¹³¹ I bilan davo	Anamnezida-tireotoksikoz
Anamnezda bo‘yin sohasiga nur bilan davo	TTG↑, anamnezida nur bilan davolash	Nur bilan davolashga sabab bo‘lgan kasallik
Yod tanqisligi	TTG↑, siydikda yod ekskretsiyasining kamayishi	Og‘ir yod yetishmovchiligi bo‘lgan hududda yashash
Tug‘ruqdan keyingi tireoidit	TTG↑, AT-TPO musbat	Yaqinda bo‘lgan (1,5 yil ichida) tug‘ruq va homiladorlik
«Og‘riqsiz» tireoidit	TTG↑, AT-TPO musbat	Yaqinda bo‘lgan tireotoksikoz belgilari
Nimo‘tkir tireoidit	TTG↑, QBda og‘riqlilik, ECHT tezlashgan	Yaqinda tireotoksikoz bo‘lgan
Yatrogen gipotireoz	TTG↑, amidaron, li-tiy, interferon, yod yoki tireostatiklarni qo‘llash	Yo‘ldosh kasalliklar bo‘yicha anamnez
Gipotalamus/gipofizdagi o‘smalar	TTG↓ yoki me’yorda (ba’zan ozroq↑, erkT4↓, KT/MRTda o‘smaning ko‘rinishi)	Bosh og‘rig‘i, ko‘ruv maydonining torayi-shi, oftalmoplegiya
Gipotalamus/gipofizda operatsiya o‘tkazilganligi	TTG↓ yoki me’yorda, erkT4↓	Anamnezida operatsiya o‘tkazilganligi
Gipotalamus/gipofiz sohasida nur bilan davolash o‘tkazilganligi	TTG↓ yoki me’yorda, erkT4↓	Anamnezida nur bilan davolanganligi
Gipotalamus/gipofiz sohasida infiltrativ o‘zgarishlar/infeksiyalar	TTG↓ yoki me’yorda, erkT4↓, KT/MRTda patologik jarayonning ko‘rinishi	Bosh og‘rig‘i, ko‘ruv maydonining torayi-shi, oftalmoplegiya

Eslatma. TPO-tireoperoksidaza, erkT4- erkin T4.

Endokrinolog konsultatsiyasiga ko‘rsatmalar:

- Bemor qoni zardobida TTG va/yoki erkin T4 miqdori o‘zgarganligining ayon bo‘lishi.
- Bemorda ikkilamchi gipotireoz borligi gumon qilinishi.

DAVOLASH

Davolashning maqsadi - bemor organizmida eutireoid holatga erishish va uni umr bo‘yi ta‘minlash.

Shifoxonaga yotqizishga ko‘rsatmalar:

- Kasallik og‘ir kechgan hollarda gipotireozga chalingan bemorlarni shifoxonaga yotqizish kerak bo‘ladi.
- Miksedematoz komaga gumon shifoxonaga yotqizish uchun asosiy ko‘rsatma hisoblanadi. U odatda keksa, tireoid gormonlar bilan davolanmayotgan yoki nomonand davolanayotgan bemorlarda rivojlanadi. Miksedematoz komali bemorlar intensiv davolash bo‘limlariga yotqiziladilar.

Gipotireoz **dori-darmonsiz usulda** davolanmaydi.

Dorilar bilan davolash.

- L-T4 (natriy levotiroksin) gipotireozni davolashda asosiy o‘rin bosuvchi vosita hisoblanadi.
- T4ning miqdori birlamchi gipotireozda TTG darajasiga qarab, gipotireozning markaziy shakllarida esa yodtutuvchi gormonlar erkin fraksiyalarining darajalariga qarab individual tanlanadi.
- Ayrim hollarda L-T4 va T3 preparatlari birgalikda qo‘llaniladi. Ushbu usulning faqat L-T4 preparatni qo‘llash usulidan afzalligi hozirgi kunda tasdiqlanmagan. Mavjud bo‘lgan va ro‘yxatdan utkazilgan qo‘shma dori vositalari (natriy levotiroksin + liotironin) tarkibida fiziologik bo‘lmagan miqdorda liotironin (T3) bor. Shuningdek T4:T3 nisbati ham 4:1 va bu holat ham nofiziologikdir; vaholanki me‘yor QBda T4ni T3ga nisbati 10:1 – 14:1 tashkil etadi. Bunday dori vositalaridagi T3 tizimdagi qon oqimiga tez kirib boradi va qabul qilingandan keyin dastlabki soatlardayoq qonda T3ning subfiziologik konsentratsiyalarini keltirib chiqaradi. Bu narsa esa ayniqsa YUIKga chalingan bemorlarda yurak-qon tomir tizimida asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.
- Gipoteriozning aniq shaklida L-T4 ning miqdori bemorning yoshi va tanasining og‘irligiga, shuningdek yo‘ldosh xastaliklarning bor yoki yo‘qligiga qarab belgilanadi
- ◆ Yoshi 60 dan kichik bemorlar uchun L-T4ning kunlik miqdori – tana vaznining har 1 kilogrammiga 1,6-1,8 mkg
- ◆ 60 yoshdan katta bemorlar uchun esa o‘rtacha doza 0,9mkg/kg ni tashkil etadi. Bunday bemorlarni davolash dastlabki bosqichda boshlang‘ich (kuniga 25 mkg) dozalardan boshlanib 8 hafta mobaynida kerakli miqdorgacha asta-sekin ko‘tarilib boriladi.
- ◆ Yurak-qon tomir tizimida yo‘ldosh kasalliklari bo‘lgan bemorlarda L-T4ning boshlang‘ich dozasi kunda 12,5mkg bo‘lib keyingi har 6 hafta davomida kerakli miqdorga yetmaguncha 12,5-25 mkg ga oshirib boriladi.

- Gipotireozning subklinik turi ko‘pincha L-T4 bilan o‘rnini bosuvchi terapiya o‘tkazishni talab qiladi. Ushbu turda o‘rin bosuvchi terapiya o‘tkazish uchun asosiy ko‘rsatmalar quyidagilardir ♦TTGning darajasi > 10mEd/l
 - ♦ gipotireoz belgilari ♦ lipoproteinlarning aterogen fraksiyalari va/yoki xolesterin darajasining oshishi, antitireoid AT titrining ko‘payishi;
- Birlamchi gipotireozning o‘rnini bosuvchi davosi TTG miqdoriga qarab belgilanadi. L-T4ni individual dozasini tanlayotgan paytda TTGning nazorati har 4-6 haftada, keyinchalik esa kamida har 6 oyda bir marta.
- Markaziy gipotireozni o‘rnini bosuvchi davo qonda T4 miqdoriga qarab belgilanadi.
- Tireoid gormon preparatlarni ertalab och qoringa ovqatdan kamida 30 minut oldin qabul qilish kerak. Mabodo L-T4ni 150 mkg dan ko‘proq dozada qabul qilish zarurati bo‘lsa, preparat kunlik miqdori ikkiga bo‘lib beriladi (ertalab, kechqurun).
- Tireoid gormonlar qabul qilgandan so‘ng 4 soat mobaynida antatsidlar, temir va kalsiy preparatlarini ichmaslik lozim.
- Tireoid gormonlarga ehtiyoj homiladorlik davrida, estrogenlar, antikoagulyantlar, antikonvulsantlar, antatsidlar, temir va kalsiy preparatlari olayotgan bemorlarda hamda isitmalaganda yuqori bo‘ladi.

Gipotireoz **xirurgik usulda** davolanmaydi.

Birlamchi gipotireozning davosida bemorlarni o‘rgatish muhim ahamiyatga ega. Bemorga o‘rin bosuvchi davo kerakligi, uning qancha davom etishi, va u kasallikning tranzitor shaklidan boshqalarida umrbod bo‘lishini, hamda QB funksiyasini kuzatib turish rejimini tushuntirish kerak.

Agar shifokorda gipotireozni o‘rin bosuvchi davosini o‘tkazish bo‘yicha yetarli tajriba bo‘lmasa **mutaxassis maslahati** kerak bo‘ladi.

Bemorni keyingi kuzatish.

- Gipotireozning monand davosi klinik, subyektiv hamda laborator Ko‘rsatkichlarining yaxshilanishi bilan kechishi kerak.
- Bemor shifokor oldiga har safar kelishida kasallik belgilarini kuzatish lozim (**Diagnostika** bo‘limidagi **gipotireoz belgilari**ga qarang).
- Birlamchi gipotireozni davolashda TTGning optimal darajasi 0,5-2mEd/l ni tashkil etadi, chunki sog‘ odamlarning ko‘pchiligi shu oraliqdagi TTG darajasiga ega.
- Hatto erkin T4ning Ko‘rsatkichlari me‘yor bo‘lganda ham (subklinik tireotoksikoz) TTG supressiyasiga yo‘l qo‘ymaslik kerak. Subklinik tireotoksikoz bemorlarda osteoporoz, bo‘lmachalar aritmiyasi, miokard faoliyatining buzilishi kabi o‘zgarishlar rivojlanishini keltirib chiqaruvchi xavfli omildir.

PROGNOZ

Hayot uchun kasallikning prognozi yaxshi. Levotiroksin natriy bilan davolashning dastlabki samarasi belgilari 7-10 kun ichida namoyon bo‘ladi. Kompensatsiyalangan gipotireozda bemor mehnat qilish qobiliyatini saqlab qoladi. Gipotireoid koma holatida kasallikning oqibati jiddiy bo‘ladi.

GIPERTIREOZ

Gipertireoz yoki tireotoksikoz – qalqonsimon bezning faoliyati oshishi natijasida qonda T3 i T4 gormonlari miqdorining oshib ketishidir. 60-90% hollarda bu diffuz toksik buqoq bo‘lib, 20-50 yoshdagi ayollarda 7 marta ko‘p uchraydi.

Tireotoksikoz sindromi autoimmun tireoidit, qalqonsimon bezning funksional avtonomiyasi, qalqonsimon bezning toksik adenomasi, ba'zan o'tkir osti tireoidit kabi kasalliklarda uchrashi mumkin.

Gipertireozning klinik ko'rinishi va og'irligi bemorning yoshi, yondosh kasalliklari va kasallik rivojlanishining tezligiga bog'liq.

Eng ko'p uchraydigan shikoyatlari: yuqori ta'sirchanlik, tez g'azablanishlik, hovliqmalik, uyqusizlik, qo'l titrashi, ko'p terlash, yurak urib ketishi, ozib ketish, ishtahaning oshishi, issiq havoga chidamsizlik, qichishishlar, tez-tez ich kelishi.

Ko'rikda – terisi nam, iliq, sochlari kam, tolasi ingichka va sinuvchan, qo'l va til uchi qaltirashi, ekzoftalm yoki Greyvs oftalmopatiyasi, taxikardiya, AQB oshishi, pay reflekslari kuchayishi va proksimal mushaklarning bo'shishi aniqlanadi.

UAV taktikasi: yuqorida ko'rsatilgan belgilar aniqlanganda – tekshiruv va davolash uchun endokrinolog maslahati tavsiya etiladi.

Laborator tashxislash

- T3, T4 miqdorining oshishi, TTG kamayishi;
- kamqonlik, neytropeniya, limfotsitoz;
- EKG: sinusli taxikardiya, hilpillovchi aritmiya.

Davolashning asosiy qoidalari

Antitireoid vositalar: propiltiouratsil (homilador va emizikli ayollarga ham tavsiya etish mumkin) – 300-450 mg dan kuniga 2-3 marta va tiamazol (merkazolil) – 20-30 mg dan kuniga 1 marta. Davo samarasi 4-6 haftadan keyin tekshiriladi, klinik remissiyaga erishilgandan so'ng preparatning dozasi kamaytiriladi.

Radioaktiv yod 131 ni qariyalarga tavsiya etish maqsadga muvofiqdir, uni bolalar, homilador va emizikli ayollarga buyurish mumkin emas. 75% hollarda bir marta qabul qilib eutireoid holatga erishish mumkin.

Jarrohlik yo'li bilan davolash (total tireoidektomiya) katta buqoqli, antitireod preparatlarga allergiyasi bor, homiladorlar, tez-tez qo'zg'aluvchi tireotoksikoz, kasallik uzoq davom etishi, dori vositalari bilan davolashga rezistentlik, strangulyatsion sindrom, asoratlar rivojlanishi xavfida qo'llaniladi. Beta-blokatorlar va kalsiy kanali blokatorlari simptomatik terapiya sifatida qo'llaniladi.

Endemik buqoq

Bu kasallik atrof-muhitda yod yetishmasligi tufayli rivojlanib, qalqonsimon bezning kattalashishi, ba'zan unda tuguncha paydo bo'lishi bilan ifodalanadi.

Klinik ko'rinishi

Qalqonsimon bezning bir oz kattalashishida shikoyatlar bo'lmaydi; qalqonsimon bezning sezilarli kattalashishi bo'lsa, belgilar bezning kattalashish darajasiga ko'ra yuzaga keladi;

Bo'yinda noxush sezgilar - diskomfort

Bo'yinda bosilish hissi, bemor oldinga engashganda kuchayadi

Yutinganda noxush hislar

Nafas olishning qiyinlashuvi

Qalqonsimon bezda tuguncha aniqlansa, albatta ixtisoslashtirilgan shifoxona sharoitida UTT o'tkaziladi va tugunchadan aspiratsion biopsiya olinadi. Birlamchi bo'g'inda asosiy chora-tadbir - qalqonsimon bezni paypaslash va umumiy klinik tekshiruvdir. Uning kattalashishi aniqlangandan so'ng, gipotireoz belgilari

tekshiriladi. Belgilar topilsa, qalqonsimon bezning UTT buyuriladi. Tuguncha yoki kista aniqlansa, ECHT va qalqonsimon bez gormonlari T3 va T4, gipofiz gormoni TTG miqdorini tekshirish lozim. Agar gormonlar miqdori pasaygan (oshgan) bo'lsa, gipotireoz (gipertireoz) tashxislanadi.

QVP sharoitida endemik buqoq profilaktikasining asosiy usuli bo'lib maktablar, bog'chalar va kollejlarda sifatli yodlangan tuzdan foydalanishni tavsiya etishdir; xavf guruhiga kiruvchilarga (homiladorlar, emizikli ayollar va bolalar) qo'shimcha yod saqlovchi dori vositalar buyuriladi.

Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar

- tugunchaning o'lchami 4 sm dan katta, kompression simptom belgilari bor bo'lsa;
- tuguncha o'lchamining kattalashib borishi;
- tuguncha zichlashgan konsistensiyali;
- yosh yoshidagi mijozlar.

Tireoidit

Qalqonsimon bezning o'tib ketuvchi yallig'lanishi, ba'zan virusli infeksiya sababchi bo'lishi mumkin. Xos belgilar: qalqonsimon bez sohasida og'riq, darmonsizlik, subfebril isitma. Paypaslaganda - qalqonsimon bez kattalashgan va og'riqli. Bemorlarning ko'pchiligida tireotoksikoz belgilari rivojlanadi.

UAV taktikasi: nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar buyurilib, endokrinolog maslahatiga yo'naltiriladi.

Qandli diabet 1-turini erta aniqlash, tashxislash, asoratlarni oldini olish.

Dispanser nazorat.Axolini o'qitish.

1-tip qandli diabet (Qandli diabet)– polietiologik kasallik bo'lib, insulin yetishmasligi, uglevodlar almashinuvi buzilishi, keyinchalik boshqa moddalar almashinuvi buzilishiga olib keladi. 1-tip Qandli diabetda oshqozon osti bezining insulin ishlab chiqaradigan hujayralarining autoimmun buzilishidan (autoimmun variant) yoki spontan (idiopatik variant) paydo bo'ladi.

XKK – 10 • Insulinga bog'liq qandli diabet.

QISQARTMA: 1-tip Qandli diabet QD – 1-tip qandli diabet.

EPIDEMIOLOGIYASI

- 1-tip QD bilan kasallanish taxminan 0,2-0,3% (100000 aholiga 160,3) ni tashkil qiladi.
- Tarqalganligi- 16:100000 aholiga.
- 2003 y. Rossiyada 1-tipQandli diabet bilan 230 ming kasal ro'yhatga olingan. 1-tip QD kasalligi asosan 30 yoshgacha bo'lganlarda uchraydi (30 yoshdan oshganlarda20-25%). O'zbekistonda ham kasallanishning ko'payishi kuzatilmoqda.

Profilaktikasi.1-tipQandli diabet uchun maxsus profilaktika usuli ishlab chiqilmagan.

KLASSIFIKATSIYASI

1-tip Qandli diabetning 2 ta asosiy kichik tipi farqlanadi – autoimmun (immunitetga bevosita bog'liq) va idiopatik. Autoimmun variantida bemor qonida

insulin ishlab chiqaruvchi hujayralarga nisbatan maxsus autoantitanalar paydo bo'ladi.

DIAGNOZ

1-tip Qandli diabet diagnozi quyidagilarga: qon plazmasida glyukoza (glikemiya) aniqlanishi, asosiy tipik klinik belgilar, ya'ni tana og'irligining kun sayin kamayishi, ketoatsidoz rivojlanishi va kuchayib boruvchi quvvatsizlikka asosan qo'yiladi. Diagnostika aniqlash uchun insulin sekretsiyasini (C - peptid) va/yoki insulin ishlab chiqaruvchi hujayralarga nisbatan AT ni aniqlashdan foydalaniladi.

- Qandli diabet diagnozi nahorga qonda glikemiya 6,1 mmol/l. yoki kapillyar qonda sutkaning istalgan paytida 11 va bundan ko'proq mmol/l (test boshlashdan 2 soat o'tgach) bo'lganda, glyukozaga tolerantlik testi o'tkazganda esa qondagi glyukoza 11,1 va ko'proq mmol/l. bo'lganda (test boshlanishidan ikki soat o'tgach) qo'yiladi.

Glyukozaga tolerantlik testi o'tkazishda 3 kun rioya etiladigan normal parhezdan keyin (150 g.dan kam bo'lmagan uglevodlar saqlaydigan) va kamida 8 soatlik och qolishdan so'ng bemor 200-300 ml. suvda eritilgan 75 g. glyukoza (3-5 minut ichida) qabul qiladi.

Bolalar uchun har 1 kg. vazniga 1,75 g. glyukoza beriladi va (lekin glyukoza 75 g.dan oshmasligi lozim) o'sha zahoti qonda glyukoza miqdori aniqlanadi. 2 soatdan keyin qayta tekshiriladi. Glyukozaning turli tomirlardan olingan qon tarkibidagi ko'rsatkichlari quyidagi jadvalda berilgan:

	Nahorda	75 g glyukoza qabul qilgandan 2 soat o'tgach
Qon zardobi	$\geq 7,0$	$\geq 11,1$
Kapillyar qon	$\geq 6,1$	$\geq 11,1$
Venoz qon	$\geq 6,1$	$\geq 10,0$

ANAMNEZ VA FIZIKAL TEKSHIRISH

Kasallik paytida suvsizlanish (degidrotatsiya) holatlari kuzatiladi. Tana og'irligi tezlik bilan kamayib boradi va holsizlik, metabolik atsidoz rivojlanishiga moyillik bo'ladi. 1-tip KD kasallarning 20% da ketatsidoz kuzatiladi. Insulin yetishmasligining boshlang'ich davridan aktiv davolanish boshlansa, ketoatsidoz rivojlanish havfi kamayadi.

LABORATOR TEKSHIRISHLAR

Giperglikemiyaga xos (ayniqsa $>12-15$ mmol/l.) ketonuriya, kompensatsiyalashgan yoki kompensatsiyalashmagan metabolik atsidoz pH 7,36 va bikarbonat miqdori 20,5 mEqv/l.dan past. Qon zardobidagi kaliy miqdori 3,8 – 5,4 mmol/l.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA

1-tip Qandli diabet differensial diagnostikasini "2 – tipidagi Qandli diabet" maqolasiga qarang.

DAVOLASH

1-tip Qandli diabet davosi parhezga rioya qilish, jismoniy zo'riqishdan saqlanish, insulin bilan davolanishdan iborat. Bemorlarga o'zlarini qay holatlarda qanday tutishlarini o'rgatish muhim ahamiyatga ega. Chunki ular tibbiyot tavsiyalarini asosiy bajaruvchilari hisoblanadi.

DAVOLASH MAQSADI:

- 1-tip Qandli diabet kasallarni davolashning asosiy maqsadi glikemiyaning nazorat qilish, nahorga 6 mmol/l.gacha, ovqatlanishdan keyin 8 mmol/l.gacha.
- Umumiy holatni yaxshilash: Bo‘yi, tana og‘irligi, jinsiy yetilish, qon bosimining nazorati (130/80 mm.sim.ust.) qondagi lipidlar miqdori (xolesterin KZLP 3 mmol/l.gacha) xolesterin YUZLP > 1,4 mmol/l., triglitseridlar 2 mmol/l.gacha qalqonsimon bez funksiyasining nazorat qilish.

1-tip QANDLI DIABETDAUGLEVOD ALMASHINUVINI KOMPENSATSIYA KO‘RSATKICHLARI

- ◆ Kompensatsiya ✦ HbA_{1s} 5-7% ✦ Glikemiya nahorga 5-6 mmol/l. postprandial glikemiya 7,5-8 mmol/l. ✦ Glikemiya uyqudan oldin 6-7 mmol/l.
- ◆ Subkompensatsiya ✦ HbA_{1s} 7,1-7,5% ✦ Glikemiya nahorga 6.1-6.5 mmol/l. ✦ Postprandial glikemiya 8,1-9 mmol/l. ✦ Glikemiya uyqudan oldin 7,1-7,5 mmol/l.
- ◆ Dekompensatsiya ✦ HbA_{1s} >7,5% ✦ Glikemiya nahorga > 6,5 mmol/l. ✦ Postprandial glikemiya > 9 mmol/l. ✦ Glikemiya uyqudan oldin >7,5 mmol/l.

SHIFOXONAGA YOTQIZISHGA KO‘RSATMALAR

- 1-tip Qandli diabet ilk bor aniqlangan davrda bemorlarni shifoxonaga yotqizish (insulinoterapiyani tanlab tavsiya qilish, glikemiyaning to‘g‘ri nazorat qilish, ovqatlanish, mehnat qilish tartibini o‘rgatish va boshqalar)ni o‘z ichiga oladi. 1-tip Qandli diabetda ba‘zan reanimatsiya bo‘limida maxsus tibbiy yordam ko‘rsatish talab qilinadi. Bemorni diabetik ketoatsidozdan chiqargach kompleks davolash zarur. Bunda bemorlarga o‘zlarini qanday tutish o‘rgatiladi va insulin terapiyaning rejasi tanlanadi.
- Diabetik ketoatsidoz (ketonuriyabilan giperglikemiya).
- Koma oldi yoki koma (ketoatsidotik, gipoglikemik).
- Qon tomirlarda asoratlarni zo‘rayib borishi.
- Urgent holatlar: infeksiya, intoksikatsiya, operativ aralashuv zarurligi, gastroenteritlar, suvsizlanish. Metabolik atsidozning tezlik bilan zo‘rayishi, giperglikemiya va insulin so‘rilishining buzilishi ham bemorni kasalxonaga yotqizish zarurligini ko‘rsatadi.

DORILARSIZ DAVOLASH

Ovqatlanish

1-tip Qandli diabetda ovqatlanish tartibiga normal kaloriyali parhezga rioya qilish va qabul qilinayotgan uglevodlarni hisoblash kiradi.

- Sutkalik kaloriyada oqsillar 15%, yog‘lar 25-30%, uglevodlar 55% ni tashkil qilishi kerak.
- Tez hazm bo‘ladigan uglevodlar (1/3 gacha saxaroza va glyukozadan tashqari) miqdori chegaralanadi. Kletchatka va boshqa oziq tolalariga boy murakkab uglevodlar afzal ko‘riladi.

- Bemorlarga qulay bo'lishi uchun non birligi (NB) tushunchasi kiritilgan 1 ta non birligi 10-12 g. uglevodga to'g'ri keladi, uning so'rilishi uchun 1-2 ta'sir birlik insulin kerak. Tarkibida uglevod bo'lgan har qanday mahsulotni NB da ifodalash mumkin.
- Bemor non birligi hisob qilingan va glikemiya, hamda insulin dozasi ko'rsatilgan kundalik yuritishi kerak.

Jismoniy faollik

Jismoniy faollik insulinning gipoglikemik ta'sirini kuchaytiradi. Shuning uchun rejalashtirilayotgan yuklamani hisobga olib, insulinning dozasini belgilash kerak. Bunda bemorga individual yondoshish asosiy mezonlardan biridir.

- Jismoniy harakatda va 12-40 C⁰ gacha uzoq va og'ir jismoniy zo'riqishdan keyin gipoglikemiya havfi oshadi.
- Yengil va o'rtacha jismoniy zo'riqishlar 1 soatdan oshmasa, zo'riqishlardan oldin va keyin qo'shimcha uglevodlar qabul qilinadi (40 minut jismoniy harakatga 15 g. yengil hazm bo'ladigan uglevod).
- Jismoniy zo'riqish 1 soatdan oshsa va jadal jismoniy zo'riqishda, mashq paytida va mashqdan 6-12 soat o'tgach insulin dozasi 20-50% ga pasaytiriladi.
- Qonda glyukoza miqdori jismoniy zo'riqishdan oldin, mashq paytida va undan keyin aniqlanadi.

DORILAR BILAN DAVOLASH

Insulinoterapiya

Tamoyillari

1-tip Qandli diabet davolash asosini umr bo'yi o'tkaziladigan insulinoterapiya tashkil qiladi. Undan maqsad bemor hayot faoliyati to'laqonliligi jarayonini ta'minlashdir. Insulinoterapiya mo'ljallangan jismoniy harakatlar, ovqatdagi uglevodlar miqdori, 1-tip Qandli diabet davomiyligi va uning asoratlariga qarab hisoblanadi.

- 1-tip Qandli diabetli katta yoshli bemorlarning 1 yil mobaynidagi insulinga taxminiy ehtiyoji tana og'irligiga 0,6-0,8 TB. Balog'at yoshdagilarda bu ko'rsatkich o'rta hisobda 1,0-1,5 TB/kg. ni tashkil qiladi. Asabiy zo'riqish, infeksiya, operatsiyalar paytida insulinga talab yanada oshadi. Surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda va jismoniy zo'riqishda aksincha unga talab pasayadi.
- 1-tip Qandli diabetda insulinterapiyaning maqsadi insulin sekretsiasini sun'iy yo'l bilan yaratish (shuning uchun ta'sir davomiyligi o'rtacha insulinni 2 marta yoki insulin analogi glargin 1 marta yuboriladi) va ovqatdan oldin va keyin qisqa ta'sirli insulin glikemiyani normallashtirish uchun qo'shimcha beriladi. Qisqa yoki past ta'sirli insulinlarni glikemiyaning oshgan qiymatlarini pasaytirish uchun ovqat qabul qilmay yuborish ham mumkin. 1-tip Qandli diabetda bemor har kuni o'zi – o'zini nazorat qilayotganda olingan glikemiya qiymatlaridan kelib chiqqan holda yuboriladigan insulin miqdorini korreksiya qilishi kerak. Gipoglikemik reaksiyalar rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik, mabodo ular paydo bo'lganda tezlik bilan bartaraf qilish lozim.

- Zamonaviy insulinterapiyaning mohiyat e'tibori bilan farqi, uni yuqori plastikligi bo'lib, asosan ovqatdan keyin glikemiyaning normallashtirish uchun yuboriladi. Bemorlar har bir ovqatga bitta NB uchun kerakli insulin ehtiyojini taxminan bilishlari lozim. Bu NB ga taxminan kerakli insulin miqdorini boshqarish imkoniyatini beradi.
- Insulin teri ostiga, qisqa ta'sir qiladigan qorin sohasiga, o'rtacha ta'sir qiladigan son yoki dumbaning yog' qavatiga yuboriladi.
- Insulinga bir kunlik talabning taxminan taqsimlanishi: 50-60% o'rtacha, qolgan qisqa ta'sirli insulinni tashkil qiladi.

Insulin

- Insulinning quyidagi preparatlari qo'llaniladi:
- Ultraqisqa ta'sirli (ta'siri 15 minutdan so'ng boshlanadi, 3-4 soat davom etadi) insulin Liz Pro, Insulin aspart;
- Tez ta'sir qiluvchi (ta'siri 30 min – 1 soatdan keyin boshlanib, 6-8 soat davom etadi) eruvchan insulin.
- O'rtacha ta'sir qiluvchi (1-2,5 soatdan boshlanib, 14-20 soat davom etadi): insulin rux odam gen injeneriyasi kombinatsiyalangan suspenziya, insulin-izofan (odam gen injeneriyasi) insulin – izofan (odam yarimsintetik).
- Insulinsimon avjsiz preparatlar ta'siri (ta'siri 1-1,5 soatdan so'ng boshlanib, 22-26 davom etadi), masalan: Glargin («Lantus»).
- Uzoq ta'sir qiluvchi (ta'siri 4 soatdan keyin boshlanib, 28 soat davom etadi) insulin-rux (odam gen injeneriyasi) kristall suspenziya.

Insulinga ko'rsatmalar tartibi

- Insulin bilan davolashning quyidagi tartibi qabul qilingan (asosan boshlanishida) – ta'sir muddati qisqa insulinni har gal ovqatdan oldin + o'rtacha ta'sir etuvchi insulinidan 2 ta inyeksiya - nonushtadan yoki tushlikdan oldin 2/3 va kechki ovqatdan yoki uyqudan oldin 1/3 dozasi yuboriladi.
- Intensifikatsiya qilingan insulinterapiya ham qo'llaniladi. 1 Qandli diabetda sutkalik doza hisobi tana vazniga 0,6-0,8 TB. Ehtiyojning taxminan yarmi sutkasiga 2 marta tayinladigan o'rtacha yoki uzoq muddat ta'sir etuvchi insulinga to'g'ri keladi. Preparatlarning samaradorligi dozasi bog'liq bo'ladi. Shuning uchun dorilarning nisbati turlicha bo'lishi mumkin. Bemorlarga odatda ertalab uyquga ketishdan oldingiga nisbatan ko'proq yuboriladi. "Tungi" insulin samaradorlik ko'rsatkichi – nahorgi glikemiyaning normal darajasi ko'rsatkichidan - (02:00) 4,0 mmol/l.dan past bo'lmasligi kerak. Qisqa muddat ta'sir etuvchi insulinlar ovqatdan oldin buyuriladi. Bemorlarni o'rgatish tufayli preparatning fiksatsiyalangan dozasi o'z ma'nosini yo'qotadi. Shuning uchun insulin bilan 1NB o'rtasidagi nisbatni nonushtaga, tushlikka va kechki ovqatga NBga mo'ljallangan miqdorga qarab tayinladi. Qondagi qand miqdorini kamaytirish uchun preparat dozasi ko'paytirish mumkin. Qisqa muddat ta'sir etuvchi preparatlarni qorin sohasiga ovqatdan 30 – 40 minut oldin ultra qisqalari 5 – 10 minut ichida yuboriladi. Vaqt oralig'ini saqlash doimo muhim.

Insulinni yuborish uslubi

- Inyeksiya qilinadigan joyda teri burmasini hosil qilish lozim, chunki igna mushak to‘qimasiga emas, teri ostiga kirishi kerak. Teri burmasi keng bo‘lishi va igna 45 – 60° burchak ostida yuborilishi lozim.
- Inyeksiya o‘rnini tanlashda teridagi qattiq joy hisobga olinadi. Inyeksiyalar o‘rnini tartibsiz almashtirmaslik kerak.
- Muolaja yelka terisi ostiga qilinmaydi.
- Qisqamuddatli insulinlar ovqatdan 20 – 30 minut oldin qorin oldingi devoriga teri osti yog‘ kletchatkasiga (insulin analoglari bevosita ovqatdan oldin yuboriladi) ta’sir muddati uzoq insulinlar esa son yoki dumbaning teri osti yog‘ to‘qimasiga yuboriladi.
- Ultra qisqa ta’sirli insulin (xumalog yoki novorapid) bevosita ovqatdan oldin, zarur bo‘lsa ovqat vaqtida yoki uni yeb bo‘lgan zahoti qo‘llaniladi.
- Bemorga issiq va jismoniy zo‘riqishda insulin so‘rilishi tezlashishini sovuqda esa pasayishini tushuntirish kerak.
- Bitta shprits va igna 2 – 3 kun davomida 4 – 6 marta ishlatilishi mumkin.
- 1-tip Qandli diabetli bolalar, o‘smirlar va homiladorlar, ko‘rish qobiliyati susaygan, hamda QD1 oqibatida oyoqlari amputatsiya qilingan bemorlar insulin inyektorlari (shprits – ruchkalar) bilan ta’minlangan bo‘lishlari kerak.

Insulin ehtiyojiga ta’sir etuvchi omillar

- Interkurrent kasalliklar yoki boshqa stress holatlar insulinga bo‘lgan ehtiyojni oshiradi.
- Agar insulin dozasi kamaytirilmasa yoki qo‘shimcha miqdorda uglevodlar qabul qilinmasa, jismoniy faollik glyukoza sarfini oshirib, gipoglikemiyaga olib keladi.
- Somodji fenomeni: insulin bilan indutsirlangan gipoglikemiya kontrinsulyar gormonlar (epinefrin va glyukagon) ajralishini chaqiradi, bu giperglikemiyaga javob deb hisoblanadi. Giperglikemiyaning ushbu sababini bilmaslik va insulin dozasini oshirish, ya’na-da og‘ir gipoglikemiyaga olib keladi. Uyqu vaqtidagi gipoglikemiya nahorda qondagi glyukoza miqdori oshishining aniqlanmaganligi sababli yuz beradi. Bunday holda insulin miqdorini kamaytirish ertalabki gipoglikemiyaning korreksiya qilishga yordam beradi.

Insulinoterapiya asoratlari

- Gipoglikemiya
- Mahalliy va sistem allergik reaksiyalar (odam insulini yuborilganda kamdan - kam)
- Inyeksiya o‘rnida yog‘ hujayralarga insulinning mahalliy lipogen samarasi natijasida fibroz va yog‘ to‘qimasidan tuzilgan o‘smasimon hosilalar paydo bo‘lishi. Odam insulini qo‘llanganda va lipogipertrofiya sohalariga inyeksiyalar to‘xtatilganda hosilalar o‘lchami kichrayishi.

Boshqa dori vositalari

- **Atsetilsalitsilat kislota.** 1-tip Qandli diabetli bemorlarni davolashda birlamchi va ikkilamchi yirik qon tomir asoratlarning oldini olishda qo‘llaniladi. Kunlik miqdori 100 – 300 mg. Asosan 30 yoshdan oshganlarda, ikki va undan ortiq

ateroskleroz rivojlanishining havf omillari (irsiyat, yosh, dislipidemiya, AG va b.q.) bo'lganda aspirin qo'llanilishi maqsadga muvofiq.

- **Gipotenziv dori vositalari.** 1-tip Qandli diabet uzoq kompensatsiya davrida saqlash omillaridan biri AB 130/85 mm.s.ust.dan pastda ushlab turish hisoblanadi. Mavjud AG dorilarsiz davolash natija bermaganda (tana og'irligini saqlab qolish, tuz iste'molini kamaytirish, jismoniy faollik) dorilar buyuriladi. Ulardan APF ingibitorlari birinchi tanlov preparatlari hisoblanadi. Ushbu gurux yuqori qon bosimini davolaganda yaxshi prognostik samaradan tashqari nefropatiya rivojlanish havfini kamaytiradi. APF ingibitorlarini ko'tara olmaslik yoki tavsiya etish mumkin bo'lmagan hollarda angiotenzin II retseptori yoki kalsiy kanallari blokatorlari selektiv β – adrenoblokatorlar buyuriladi.
- Dislipidemiya, nefropatiya, polinevropatiya, avtonom nevropatiya, retinopatiyalarni davolash haqida «2-tip Qandli diabet» maqolasiga qarang.

MUTAXASSIS MASLAHATIGA KO'RSATMA

Kasallikning turg'un dekompensatsiyasi, qaytalanuvchi gipoglikemik holatlar, rejalashtirilgan homiladorlik va Qandli diabetning kechki asoratlari bemorni umumiy amaliyot vrachi tomonidan mutaxassis maslahatiga yuborishga ko'rsatma hisoblanadi. 1-tip Qandli diabetli bemorni umumiy amaliyot vrachi emas balki endokrinolog davolaydi • Yurak va AB muammolari paydo bo'lganda – kardiolog • Nefropatiya belgilari kuzatilganda nefrolog bilan hamkorlikda davolash lozim • Rejalashtirilgan homiladorlikda endokrinolog va akusher ginekolog hamkorligi lozim • Har yili okulist to'r parda holatini va katarakt rivojlanishini nazorat qilib borishi kerak • Oyoqlardagi og'riq va ishemiyalar bilan qon tomirlar xirurgi shug'ullanadi.

BEMORNI O'RGATISH

1-tip Qandli diabetli bemorni o'rgatish davolashning muhim tarkibiy qismi hisoblanadi. Hamma bemorlar «1-tip Qandli diabetli bemor maktabi» dasturi asosida o'qitiladi.

1-tip Qandli diabetli bemorga kuzatuv davomida ularda insulin terapiyaga bir umr zarurat borligini esda tutishi va doimo dekompensatsiyaga olib kelish ehtimoli bo'lgan holatlarni nazorat qilib turishi zarurligi tushuntiriladi.

1-tip QANDLI DIABETDEKOMPENSATSIYASI SABABLARI

- Glikemiya holati ustidan nazoratning kamligi, bemorlarning yetarli ma'lumot va tajribaga ega emasligi.
- Ovqatlanish, jismoniy zo'riqish va insulin terapiya rejimining buzilishlari.
- Davolash dasturini tez-tez o'zgartirib turish.
- Psixologik omillar: moslanish yo'qligi, ixtilofli vaziyatlar, insulin dozasini o'z vaqtida o'zgartirib turmaslik.
- Tartibsiz va kyeragidan ortiq jismoniy zo'riqish.

- insulin miqdorini noto'g'ri tanlash (masalan: miqdorini oshirib yuborish, giperglikemiya agressiv davolash) va reaktiv gipoglikemiya.
- Hayzdan oldin insulinga talab tezda ko'payadi (ba'zan kamayadi).
- Endokrin buzilishlar (masalan, gipo va gipertireoz, buyrak usti bezi yetishmovchiligi).
- Nerv anoreksiyasi yoki bulimiya.
- Gipoglikemiyaning to'satdan oshishi insulinga nisbatan AT hosil bo'lishi bilan bog'liq (AT gipoglikemiyaning boshqa sabablari istisno qilingandan so'ng aniqlanadi).
- Infeksiya, surunkali kasalliklar bilan kechgan dekompensatsiya.

ASORATSIZ KECHGAN 1-tip QANDLI DIABET BILAN KASALLANGAN BEMORLARNI KUZATISH

- Glikemiya o'zini – o'zi nazorat qilish (ovqatdan oldin, kechasi, ovqatlanishdan so'ng 2 soat o'tgach kuniga 3-4 marta aniqlash uchun uy glyukometri qo'llaniladi) har kuni, haftasiga 1-2 marta tunda, kasallik boshlanish va dekompensatsiya davrida kuniga 2-3 mahal bajarilishi lozim.
- Glikozalangan HbA_{1s} 3 oyda 1 marta, anemiyada 1 oyda 1 marta fruktozamin aniqlanadi.
- Qonning biokimyoviy analizi (umumiy oqsil, xolesterin, uchglitseridlar, bilirubin, ALT, AST, mochevina, kreatinin, kaliy, natriy, kalsiy) yiliga 1 marta.
- Qon va peshobning umumiy analizi – yiliga 1 marta
- Mikroalbuminuriyani aniqlash - kasallik boshlangandan 5 yil o'tgach yiliga 1 marta.
- Umumiy amaliyot vrachi bemor qon bosimini muntazam, AG mavjud bo'lganda esa har kuni nazorat qilishi kerak.
- EKG yiliga 1 marta.
- Har bir ko'rikda bemor oyog'ini ko'rish.
- Ko'z tubi oftalmoskop yordamida kasallik birinchi 5 yilida yiliga 1 marta, mabodo o'zgarishlar aniqlansa tez-tez kuzatiladi.
- Ko'rsatmalar bo'lganda bemor nevropatolog vrachga maslahat uchun yuboriladi.

KECHISHI VA PROGNOZI

- Insulinga talabning pasayishi va kasallikning boshlang'ich davridagi barqarorlik holati 25% bemorlarda odatda 3-6 oy, gohida 1 yilgacha davom etadi.
- 1-tip Qandli diabet avj olishi sekin-asta, ammo stress holatlar bo'lganda va boshqa kasalliklar qo'shilganda tezroq rivojlanadi.
- Klinik oqibati: bemor umri davomiyligi va hayot sifatini yaxshiligiga bemor qonidagi glyukoza miqdorini doimiy nazorat qilish va insulinterapiyani mosini tanlash natijasida erishiladi.
- 1-tip Qandli diabetga chalingan bemorlarni muntazam kompensatsiya holatida saqlash kasallikning kech asoratlarini kamayishiga olib keladi.

- Glikemiya har kuni nazorat qilinganda va insulin dozasi o'z vaqtida muvofiqlashtirilganda 1-tip Qandli diabetning o'tkir asoratlari paydo bo'lishi havfi kamQandli diabet bilan kasallanganlarning umr ko'rishi boshqalarga nisbatan kamroq bo'ladi. Ularning yarmi surunkali buyrak yetishmovchiligidan (kasallik boshlangandan 25-30 yil o'tgach) o'ladi. 20-25 yil o'tgach bemorlarda mikro va makro angiopatiyalar rivojlanadi. Keyinchalik YUIK qo'shilishi, insult o'limga olib keladi. Oyoqning ishemik zararlanishi yoki amputatsiya (kesib tashlangan) dan keyingi gangrena o'lim bilan tugaydi. 1-tipQandli diabet asoratlarning rivojlanishi glikemiyaning nazorat qilishga bog'liq. Shuning uchun 1-tip Qandli diabetga chalingan bemorlarni umumiy amaliyot vrachi muntazam ravishda endokrinolog bilan birgalikda nazorat qilib turishi, zarurat bo'lganda boshqa mutaxassislarni ham jalb qilishi kerak.

2 – TIP QANDLI DIABET

Ikkinchi tip qandli diabet (2-tip Qandli diabet) ko'pincha insulinga rezistentlik va sezilarli insulin yetishmovchiligi yoki insulinga rezistentlik bilan bog'liq insulin sekretiyaning nuqson yoki usiz kechuvchi surunkali kasallikdir. 2-tip Qandli diabet barcha Qandli diabetning 80% ini tashkil qiladi.

XKK-10 • Ye11 Insulinga qaram bo'lmagan qandli diabet.

EPIDEMIOLOGIYASI

- 2-tip Qandli diabet garchi barcha yoshda uchrasa ham, ko'proq 35-40 yoshdan keyin rivojlanadi.
- 2-tip Qandli diabet keng tarqalgan kasallik bo'lib, 5-7% ni tashkil qiladi va kasallanish o'rta hisobda har 15-20 yilda ikki martagacha ko'payib bormoqda.
- Ko'pinchaayollar kasallanadi.

PROFILAKTIKASI

- Dori vositalari. 2-tip Qandli diabet profilaktikasi uchun DV qo'llashning aniq algoritmi yo'q, ammo glyukozaga tolerantlikning buzilishi bosqichida ayrim dorilarning buyurilishi uning rivojlanishini sekinlashtiradi degan ma'lumotlar bor.
- Metforminni kuniga 2 marta 850 mg. dozada tayinlash jumladan semiz bemorlarning kichik guruhida va 45 yoshgacha bo'lgan guruhlarda ham 2-tip QD rivojlanishini 31% ga kamaytiradi.
- Qandni kamaytiruvchi boshqa DVdan - akarbozadan kuniga 150mg. dozada foydalanish - glyukozaga tolerantlikning buzilish bosqichiga o'tishni 25% ga tushiradi.
- Semiz shaxslarda glyukozaga tolerantlikning buzilishida orlistat, YUIKda esa ramipril qo'llashda o'xshash natijalar olingan.

SKRINING

- 2-tip Qandli diabet borligiga skrining kasallikni oldindan aniqlash va uning tomirlardagi asoratlarni davolash profilaktikasiga yo'naltirilgan.

- Diagnostik tadbirlarni sogʻlom ammo QD moyilligi boʻlgan kishilarda (nahorda glikemiya oʻlchash) 3 yilda 1 marta oʻtkazish kerak.
- Nefropatiyaga skrining Qandli diabet ni aniqlangandan boshlab har yili oʻtkaziladi.
- Diabetik retinopatiyaga skrining 2-tip Qandli diabet diagnozi koʻyilgan vaqtdan boshlanishi lozim.

KLASSIFIKATSIYASI

- Qandli diabet **ning ogʻirlik darajasi.**
- Qandli diabet ning yengil kechishi: makro-mikrotomirlar asoratlari yoʻq.
- Qandli diabet ning oʻrtacha ogʻirlikda kechishi: diabetik retinopatiya proliferativ boʻlmagan davri ✦ Mikroalbuminuriya bosqichidagi diabetik nefropatiya ✦ Diabetik polinevropatiya.
- Qandli diabet ning ogʻir kechishi: diabetik retinopatiya preproliferativ yoki proliferativ bosqich ✦ Diabetik nefropatiya proteinuriya yoki surunkali buyrak yetishmovchiligi bosqichi ✦ Avtonom polinevropatiya ✦ Makroangiopatiyalar: infarktdan keyingi kardioskleroz, yurak yetishmovchiligi bosh miyada qon aylanishi oʻtkir buzilishidan keyingi holat, oyoqlarning okklyuzion shikastlanishi.
- **Xavf omillari.** Qandli diabet rivojlanish xavf omillariga quyidagilar kiradi: ✦ 2-tip QDga irsiy moyillik, (oilaviy anamnez: 2-tip Qandli diabet aniqlanganda, jumladan, glitserol 3-fosfat dehidrogenaza 2 genlarida yetishmovchilik mavjudligi, glyukokinaza, glyukagon va insulin retseptorlarida nuqson borligi) ✦ Semizlik ✦ AG ✦ Anamnezida gestatsion Qandli diabet ✦ Qonda triglitseridlar miqdori oshishi, yuqori zichlikdagi lipoproteidlartarkibida xolesterin saqlanishining kamayishi.

DIAGNOZI

2-tip QD diagnozi avvalo, qon plazmasidagi glyukoza miqdorini aniqlashga asoslangan. («Diagnoz» «1-tip Qandli diabet» maqolasi boʻlimiga qaralsin).

ANAMNEZ VA FIZIKAL TEKSHIRISH

- Kasallikning boshlanish davrida bemorda giperglikemik belgilarning bor-yoʻqligiga, ateroskleroz, nefropatiya va mikroangiopatiya belgilariga (retinopatiya, mikroalbuminuriya) diqqat qaratiladi.
- Bemorlarning oilaviy anamnezi yigʻilganda koʻpincha Qandli diabet, AG va YUIKlarga moyillik borligiga eʼtibor beriladi.
- Qon plazmasida glyukoza miqdorini aniqlash, tushunib boʻlmaydigan sabablar tufayli tana ogʻirligi kamayishida, infeksiyalarning tez-tez qaytalanishida, erektil disfunktsiya va «klassik» giperglikemiya belgilari (poliuriya, teri va shilliq pardalarning quruqligi, tashnalik) boʻlganda amalga oshiriladi.

KLINIK BELGILARI

- ✦ Kasallik odatda asta - sekin boshlanadi va belgilari kam yuzaga (ketoatsidozga moyillik yoʻqligi sababli) chiqadi. Koʻpincha semizlik (80% da) va AG bilan birga uchraydi.

◆ Ko‘p hollarda insulinga rezistentlik sindromi (metabolik sindrom): semizlik, AG, giperlipidemiya va dislipidemiya (triglitseridlarning yuqori va yuqori zichlikdagi lipoproteidlarda xolesterinning past konsentratsiyasi), shuningdek, giperurikemiya bilan namoyon bo‘ladi.

◆ Ateroskleroz – 2-tip Qandli diabetning ko‘p uchraydigan asoratidir, jumladan YUIK, oyoq tomirlari ateroskelerozi, bosh miya (bosh miyaga qon quyilib insult rivojlanishi) va boshqa yirik qon tomirlar ateroskelerozi kuzatiladi.

LABORATOR TEKSHIRUVLAR

• Laborator tekshiruvlarda glikemiyaning xarakteriga (odatda 10-12 mmol/l. dan ko‘p bo‘lmagan), metabolik atsidozga moyillik bor-yo‘qligi, triglitseridlar va xolesterin miqdorining oshishi va YUZLP xolesterin miqdorining pasayishiga e‘tibor berish lozim.

• Diagnoz faqat glikemiya natijalariga asoslangan holda qo‘yiladi.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Quyidagi holatlar bilan olib boriladi:

• Giperglikemiya bilan kechuvchi boshqa endokrin kasalliklar (feoxromotsitoma, poliglandulyar autoimmun sindrom, «steroid» diabet);

• Xavfsiz buyrak glyukozuriyasi;

• Oshqozon osti bezi kasalliklari (pankreatit, mukovissidoz);

• Insulinga rezistentlikning irsiy buzilishi (masalan, qora rangga kiruvchi teri akantoz);

• Semirish;

• Kimyoviy moddalar va DV orqali chaqirilgan (masalan, salitsilatlaridan o‘tkir zaharlanish) glyukozaga tolerantlikning buzilishi;

• O‘xshash klinik belgilar Qandli diabetning monogen shakllarida va 35-40 yoshdan oshgan bemorlarda uchraydigan 1-tip Qandli diabet boshlang‘ich davrlari kuzatiladi.

DAVOLASH

2-tip Qandli diabetni davolash 4 ta tarkibiy qismlardan iborat: parhez, jismoniy faollik, shakarni kamaytiruvchi peroral DV ni tayinlash, insulinterapiya.

DAVOLASH MAQSADLARI

• 2-tip Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni davolashning asosiy maqsadi glikemiyaning me‘yorda saqlab turish hisoblanadi.

• Shuningdek, ABni (135/85 mm.sim.ust.gacha), qonda lipidlarni (PZLP tarkibidagi xolesterin 3 mmol/l.gacha, YUZLP tarkibidagi xolesterin 1.4 mmol/l.dan ko‘proq, triglitseridlar 2 mmol/l.gacha) me‘yorda saqlash zarurdir.

• Davolash Qandli diabetning tomirlardagi asoratlari rivojlanishini oldini olishga, giperosmolyar giperglikemik holatlar va gipoglikemiya profilaktikasiga qaratilgan.

• **2-tip QDda uglevod almashinuvini to‘ldirish mezonlari**

◆ Kompensatsiya ✦ HvA 6-6,5% ✦ Nahorgi glikemiya–5-5,5mmol/l. postprandial glikemiya - <7,5 mmol/l. ✦ Uyqudan oldingi glikemiya – 6-7mmol/l.

- ◆ Subkompensatsiya ✦ HvA 6,6-7% ✦ Nahorgi glikemiya – 5,6-6,5 mmol/l. ✦ Postprandial glikemiya - <7,5-9 mmol/l. ✦ Uyqudan oldingi glikemiya – 7,1-7,5 mmol/l.
- ◆ Dekompensatsiya ✦ HvA >7% ✦ Nahorgi glikemiya – >6,5 mmol/l. ✦ Postprandial glikemiya - >9 mmol/l. ✦ Uyqudan oldingi glikemiya – >7,5 mmol/l.

SHIFOXONAGA YOTQIZISHGA KO‘RSATMALAR

- Jiddiy metabolik buzilishlarga olib keluvchi har qanday asoratlar (infeksiya, gastroenteritlar, organizmning suvsizlanishi).
- Gipoglikemiya holatining tez-tez takrorlanib turishi.

DORILARSIZ DAVOLASH

Ovqatlanish

- 2-tip Qandli diabetda ovqatlanish qoidalari: to‘yingan yog‘lar cheklagan holda normal kaloriyalik parhezga (semizlikda-past kaloriyalik), xolesterin va yengil hazm bo‘luvchi uglevodlar qabul qilishni kamaytirishga rioya etish.
- 9 – parhez – maqsad semiz bemorlarning vaznini kamaytirish. Parhezga rioya qilish ko‘pincha metabolik buzilishlarning normallashtirishiga olib keladi.
- Tana vazni ortiqcha bo‘lganda – kam kaloriyalik parhez (1800 kkal.).
- Yengil hazm bo‘luvchi uglevodlarni cheklash (shirinliklar, asal, shirin ichimliklar).
- Kaloriya miqdori bo‘yicha tavsiya etiladigan ovqat ✦ Murakkab uglevodlar (makaronlar, yorma, kartoshka, mevalar, sabzavotlar) 50-60% ✦ To‘yingan yog‘lar (sut, pishloq, hayvon yog‘i) <10% ✦ Yarim to‘yingan yog‘lar (margarin, o‘simlik moyi) <10% ✦ Oqsillar (baliq, go‘sht, tovuq, tuxum, kefir, sut, pishloq, tvorog) <15% ✦ Kletchatkaga boy mahsulotlar.
- Qand o‘rnini bosuvchi maxsulotlar iste’molini chagaralash, AG da osh tuzini bir kunda 3 g.dan ortiq qabul qilmaslik.

Jismoniy faollik insulinning gipoglikemik ta’sirini oshiradi, antiaterogen lipoproteidlar miqdorini ko‘paytiradi va tana og‘irligining kamayishiga imkon yaratadi.

- Jismoniy faollik birga qo‘shilib keladigan kasalliklar, QD asorati borligi, bemorning yoshi hisobga olib, individual tanlanadi.
- Mashinada yurish o‘rniga piyoda sayr etish, lift dan foydalanish o‘rniga zinapoya orqali ko‘tarilishni tavsiya etish zarur.
- Yana bir asosiy shart – jismoniy faollikning muntazamligi (masalan, har kuni 30 minut sayr qilish, haftasiga 3 marta 1 soatdan cho‘milish).
- Intensiv jismoniy faollik o‘tkir yoki davom etuvchi gipoglikemik holatni keltirib chiqarishi mumkinligini unutmaslik kerak. Shuning uchun yuklama tartibini glikemiyaning o‘z-o‘zini nazorat qilganda «ishlab chiqish»; zarurat bo‘lganda jismoniy faollikdan oldin qandni tushiruvchi vositalar dozasini qayta ko‘rib chiqish zarur.
- Qondagi glyukoza konsentratsiyasi 13-15 mmol/l. bo‘lganda jismoniy zo‘riqish tavsiya etilmaydi.

DORILAR BILAN DAVOLASH

Gipoglikemik vositalar:

- Diyetoterapiya va jismoniy faollikning samarasi bo'lmaganda, qandni kamaytiruvchi dori vositalari buyuriladi.
- Nahorgi glikemiya 15 mmol/l. bo'lganda parhez bilan davolashga darhol peroral gipoglikemik dori vositalari qo'shiladi.
- Nahorgi glikemiyaning me'yorga keltirish uchun tanlanadigan dori metformin hisoblanadi. Uni qo'llashga mone'lik bo'lganda ta'sir davomiyligi o'rtacha insulin tunga 0,1-0,15 TB/kg. dozada buyuriladi. Insulin o'rnini bosuvchi, boshlanish dozasi 10 TB bo'lgan uzoq ta'sirli glarginni tayinlash ham mumkin. Metformin bilan davolashga qo'shimcha ravishda insulin rezistentligiga to'g'ridan-to'g'ri ta'siriga bog'liq bo'lgan tiazolinedionlar guruhidagi preparatlar (pioglitazon, roziglitazon) qo'llash ham maqsadga muvofiqdir. Ammo insulin sekretogenlarining nahorgi glikemiyaning normallashtirish jihatidan klinik samaradorligi past ekanligini unutmaslik kerak.
- Glikemiyaning normallashtirish uchun ovqatlanishdan 2 soat keyin sekretogenlardan (meglitinid, glinid) foydalaniladi. Ijobiy samara kuzatilib, lekin glikemiyaning kutilgan Ko'rsatkichiga erishilmasa davolashga α glyukozidaz blokatorlari, metformin yoki tiazolinedionlarni qo'shish mumkin. Tabletkalar ko'rinishidagi dori vositalar samara bermaganda insulin yoki uning o'rnini bosuvchilar bilan davolashga o'tiladi.
- 2-tip Qandli diabetuzoq muddat kechishi to'g'ridan-to'g'ri β – hujayralarning sekretor faoliyatini pasayishiga olib keladi. Shuning uchun bemorlarning aksariyat qismiga 7-10 yildan so'ng davoga insulin ham qo'shish talab etiladi.

Boshqa dori vositalari va asoratlari

- **Atsetilsalitsilat kislota.** 2-tip Qandli diabetli bemorda kuzatiladigan tomir asoratlarning birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi hamda davolash uchun ishlatiladi. Kunlik dozasi – 100-300 mg.
- **Gipotenziv DV.** 2-tip Qandli diabet kompensatsiya davrida saqlash choralaridan biri AB 135/85 mm.sim.ust. dan past Ko'rsatkichda saqlab turishdir. Yuqori bosimni dorisiz tushirish choralari (tana og'irligini normal holatda saqlash, tuzni kam iste'mol qilish, jismoniy faollik) samara bermasa gipotenziv vositalardan foydalanish buyuriladi. Asosiy dori sifatida AAF ingibitorlaridan qo'llaniladi, ular Qandli diabetda AG yaxshi samaraga ega bo'lib, nefropatiyaning rivojlanish havfini kamaytiradi. Bemorda AAF ingibitorlarini qo'llashga mone'lik bo'lgan hollarda angiotenzin II – retseptori yoki kalsiy kanallari blokatorlari (degidropiridin qatori), shuningdek selektiv β – adrenoblokatorlardan foydalanish mumkin. Kasallik YUIK bilan birga kechganda AAF ingibitorlarini adrenoblokatorlar bilan ishlash maqsadga muvofiqdir.
- **Dislipidemiya.** 2-tip Qandli diabet bemorlarda dislipidemiya ko'proq yakka holda uchraydi. Lipid spektrining barcha Ko'rsatkichlari orasida ZPLP dagi xolesterin miqdorini 2,6 mmol/l.dan past darajada ushlab turish juda muhim hisoblanadi. Bu Ko'rsatkichga erishish uchun to'yingan yog'lar chegaralangan (barcha qo'llaniladigan ovqat yog'larining 1/3 qismi) gipoxolesterinli parhez (kuniga

200 mg.dan kam xolesterin) buyuriladi. Parhez bilan davolash natija bermaganda statinlardan foydalaniladi. Statinlar bilan davolash nafaqat ikkilamchi, balki YUIK va makroangiopatiyalar rivojlanishining birlamchi profilaktikasi sifatida ham maqsadga muvofiqdir.

- **Triglitsyeridlar.** Uglevod almashinuvining kompensatsiyasi ko'p hollarda qondagi triglitsyeridlar Ko'rsatkichining normallasuviga olib kelmaydi. Bemorda gipertriglitsyeridemiya yakka holda uchrasa fibrat kislota unumlari (fibratlar) tanlov preparatlari sifatida foydalaniladi. 2-tip Qandli diabetda triglitsyeridlarni 1,7 mmol/l.dan past Ko'rsatkichida ushlab lozim. Dislipidemiyaning aralash turlarida statinlar qo'llaniladi.

- **Nefropatiyalar.** Nefropatiyalar 2-tip Qandli diabetning eng ko'p uchraydigan asorati hisoblanadi. Kasallik boshlanish davrida 25 – 30% bemorlarda mikroalbuminuriya kuzatiladi. Nefropatiyalarni davolashni mikroalbuminuriya bosqichida boshlash zarur. APF ingibitorlari samarali dori vositalari hisoblanadi. Boshqa DV bilan birgalikda APF ingibitorlaridan foydalanish AB ni normaga keltirish bilan bir qatorda nefropatiyani avj olishini ham susaytiradi. Proteinuriya paydo bo'lganda AB me'yoriy Ko'rsatkichlarini 120/75 mm.sim.ust. ushlab turish lozim.

- **Polinevropatiyalar.** Nevropatiya oyoqlarda yarali nuqsonlar shakllanishining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi (diabetik oyoq tovon sindromi). Periferik nevropatiya diagnozi vibratsion va taktil sezuvchanlikni tekshirishga asoslanib qo'yiladi. Periferik nevropatiyaning og'riqli turlarini davolashda tritsiklik antidepressantlardan karbamazepin qo'llaniladi.

- **Avtonom nevropatiyalar.** Davolashning maqsadi ortostatik gipotenziya, gastroparez, enteropatiyalar, erektil disfunktsiya va siydik pufagidagi neyrogen alomatlarini yo'qotishdan iborat.

- **Retinopatiya.** Yangi aniqlangan 2-tip Qandli diabetli bemorlarning taxminan 1/3 da retinopatiya uchraydi. Diabetik retinopatiyaning patogenetik davosi yo'q. Proliferativ diabetik retinopatiya rivojlanishini kamaytirish uchun lazerli fotokoagulyatsiyadan foydalaniladi.

- **Katarakta.** 2-tip Qandli diabet kataraktaning tez rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, uning kompensatsiya davrida bo'lishi ko'z gavhari xiralashish jarayonini rivojlanishini kamaytiradi.

MUTAXASSIS MASLAHATIGA KO'RSATMALAR

Mutaxassis maslahatiga ko'rsatma bo'lib 2-tip Qandli diabetning doimiy dekompensatsiya davrida bo'lishi, tez-tez uchraydigan gipoglikemik holat, rejalashtirilayotgan homiladorlik hamda kasallikning kech asoratlarning paydo bo'lishi hisoblanadi.

BEMORNI O'RGATISH

Har qanday surunkali kasallikka chalinganda bemor nima bilan kasallanganligini, unga nima havf solishi, nogiron bo'lib qolganda va shoshilinch hollarda nima qilish kerakligini bilishi kerak. Shuningdek, u davolash taktikasi va uni nazorat qilish yo'llaridan xabardor bo'lishi lozim. Agar texnik imkoniyatlar mavjud

bo'lsa, kasallik kechishini laborator hamda fizikal nazorat qilish yo'llari hamda ketma-ketligini bilishi zarur. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni o'rgatish dasturiga kasallikning umumiy masalalari, o'z-o'zini nazorat qilish, ovqatlanish, dorilar bilan davolanish va xastalik asoratlari oldini olish bo'yicha muammolar qamrab olinishi maqsadga muvofiqdir. Bularni amalga oshirishda bemorning eng yaqin ko'makdoshi umumiy amaliyot vrachi hisoblanadi.

KEYINGI OLIB BORISH

2-tip Qandli diabet chalingan asoratlari bo'lmagan bemorlarni kuzatish

- Glikemiya ko'rsatkichini nazorat qilish – kasallikning boshlanishida va dekompensatsiyasi davrida har kuni.
- Glikozlangan HbA_{1c} – 3 oyda 1 marta.
- Qonning biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, xolesterin triglitseridlar, bilirubin, aminotransferaza mochevina, kreatinin, kaliy, natriy, kalsiy) – yiliga 1 marta.
- Qon va peshobning umumiy tahlili – yiliga bir marta.
- Mikroalbuminuriyani aniqlash – Qandli diabet diagnozi qo'yilgandan so'ng yiliga 2 marta.
- Arterial bosim nazorati – har gal vrach bilan uchrashganda.
- EKG - yiliga 1 marta.
- Kardiolog maslahati - yiliga 1 marta.
- Oyoqlar terisi qo'rigi – vrach bilan har gal uchrashganda.
- Oftalmolog ko'rigi (har gal qorachiq kengaytirilib bevosita oftalmoskopiya) – qandli diabet diagnostika qilingandan so'ng yiliga 1 marta, ko'rsatmalar bo'lganda tez-tez.
- Nevropatolog maslahati - qandli diabet aniqlangandan so'ng yiliga 1 marta.

2-tip QD dekompensatsiya davriga o'tish sabablari

- Glikemiyaning yetarli daraja nazorat qilmaslik, bemorga zarur axborotlarning berilmaganligi va uning tajribasizligi.
- Ovqatlanish, jismoniy faollik, dori vositalarini qabul qilish tartibining buzilishi.
- Davolash dasturining tez - tez o'zgarishi.
- Betartib va ko'p jismoniy zo'riqish.
- Endokrinbuzilishlar (masalan gipotireoz).
- Surunkali kasalliklar, infeksiyalar bilan birga kuzatiladigan dekompensatsiya.
- Syenil (qarilikdagi) o'zgarishlar.

PROGNOZI

- Qondagi glyukoza darajasini normal holda ushlab turish asoratlari rivojlanishini sekinlashtiradi va uning oldini oladi.
- Odatda asoratlari kasallik boshlangandan keyin 10-15 yil o'tgach paydo bo'ladi. Bemor hayot sifatini yaxshilash, asoratlari paydo bo'lish muddatini orqaga surish ko'p hollarda umumiy amaliyot vrachi faoliyati bilan uzviy bog'liqdir. Chunki yuqorida ko'rsatilgan tadbirlarni endokrinolog faqat bemorni doimo nazorat qilayotgan umumiy amaliyot vrachi bilan hamkorlikda amalga oshirishi mumkin.

QANDSIZ DIABET

Qandsiz diabet – ADG gormoni sekretsiasining pasayishi tufayli bemor organizmida suv va tuz almashinuvining buzilishi natijasida paydo bo‘ladi. Bu holat “asl” qandsiz diabet (AQD) deyiladi. Buyrak to‘qimalarining ADGga sezuvchanligi pasayishi natijasida esa nefrogen qandsiz diabet (NQD) kelib chiqadi. Har ikkala holat ham bemorda bir qator klinik belgilar, jumladan, solishtirma og‘irligi past ($<1,005$) bo‘lgan katta miqdordagi peshob ajralishi va qon plazmasi giperosmolyarligi natijasida kuzatiladigan kuchli chanqash bilan kechadi.

Statistik ma’lumotlar NQD – ko‘proq kichik yoshdagi o‘g‘il bolalarda uchraydi.

ETIOLOGIYASI

- Qandsiz diabet ✦ Idiopatik AQD 50% hollarda ✦ Gipotalamo-gipofizar sohasining zararlanishi bosh miya jarohatlari, bosh miya o‘smalari, neyroxirurgik operatsiyalar natijasida paydo bo‘ladi ✦ Kamdan – kam hollarda idiopatik AQDning sababi sarkoidoz, zahm, Xend-Shyuller-Krischen kasalligi, ensefalit va metastazlar (ko‘pincha o‘pka va sut bezi o‘smalarida) bo‘lishi mumkin.
- NQD ✦ Buyraklarning tug‘ma yoki orttirilgan kasalliklari, masalan amiloidoz natijasida kuzatiladi ✦ Giperkalsiyemiya buyrak kanalchalariepiteliysini jarohatlanishi varetseptorlarning ADGga sezuvchanligining susayishiga olib keladi ✦ Gipokaliyemiya o‘z o‘rnida kanalchalarda joylashgan retseptorlarning ADGga sezuvchanligini kamaytiradi ✦ Litiy preparatlari ADG ta’sirida buyrak yig‘uvchi naychalarida hosil bo‘lgan osmotik suyuqlik oqimini to‘siq qo‘yadi ✦ Siydik yo‘lining obstruksiyasi (tutilib qolishi).

Genetik jihatlari. Bu kasallikning bir necha irsiy turlari bor.

- Neyrogipofizar qandsiz diabet. **Klinikasi:** gipertelorizm, burun kalta va keng, yuqori lab tarnovchasi uzun bo‘ladi. **Laborator Ko‘rsatkichlar:** qonda ADG, qisman oksitotsin va uni bog‘lovchi oqsilning yetishmovchiligi kuzatiladi.
- Gipofizar qandsiz diabet. **Klinik-laborator Ko‘rsatkichlari:** gidronefroz, alkaloz, gipokaliyemiya, poliuriya va polidipsiya ko‘rinishida bo‘ladi.
- NQD. **Klinikasi:** polidipsiya, poliuriya, nikturiya, siydik pufagi, siydik yo‘li, buyrak jomlari dilatatsiyasi, gipertonik ensefalopatiyalar va koma kuzatiladi. **Laborator o‘zgarishlar:** gipostenuriya, gipernatriyemiya, plazma giperosmolyarligi.
- 1-tipdagi NQD kasalligida buyrak kanalchalarida ADGga sezuvchanlik yo‘qoladi. Natijada bemorda gipokaliyemiya, poliuriya va polidipsiya kuzatiladi.
- 2-tipdagi NQDda - ADG miqdorida sAMF sekretsiasini oshishi, yig‘uvchi naylarda akvaporin-2 nuqsoni paydo bo‘lishi mumkin.
- Bu tip aqli zaif kishilarda kuzatiladi.

Klinik manzarasi • Bemorda ko‘p peshob ajralishi (kuniga 3-15 l.gacha)-poliuriya • Nikturiya • Chanqash natijasida juda ko‘p miqdorda suyuqlik iste’mol qilish • Degidrotatsiya belgilari (teri qoplamlarining quruqligi, taxikardiya, arterial gipotenziya, ko‘ngil aynishi va qayt qilish, talvasa) • Ruhiy buzilishlar (uyqusizlik, aqliy qobiliyatning susayishi, his-tuyg‘uning barobar emasligi) kuzatiladi.

LABORATOR DIAGNOSTIKASI

- Qon plazmasi osmolyarligini o'lchash natijasida poliuriyaning sababini aniqlash mumkin ✦ NQDda bemorning suyuqlik yo'qotishi birlamchi deb hisoblashadi. Plazma osmolyarligi oshishga moyil bo'ladi ✦ Psixogen polidipsiyada ko'p miqdorda suyuqlik ichish birlamchi bo'lib, qon plazmasi osmolyarligining pasayishi (255-280 m.osm/kg.) kuzatiladi.
- Siydik tarkibi va osmolyarligiga baho berish ✦ Siydik osmolyarligi 200 m.osm/kg.dan past bo'lganda tekshiriluvchidan NQD yoki psixogen polidipsiya, 200 m.osm/kg.dan yuqori bo'lganda osmotik diurez taxmin qilinadi ✦ Siydik osmolyarligi o'lchangach uning tarkibidagi natriy, glyukoza va mochevina miqdori tekshiriladi.
- Bir soat mobaynida siydik osmolyarligi ≤ 30 m.osm/kg.ga ohsa va 3 soat davomida o'zgarmay tursa, bemorga degidratatsiyali test buyuriladi. Siydik osmolyarligi o'zgarmay turgan hollarda qon plazmasi osmolyarligi o'lchanadi, so'ngra bemor terisi orasiga 5TB ADG yoki 2 mkg. desmopressin yuboriladi. Bir soatdan so'ng siydik osmolyarligi o'lchanadi ✦ Bemorda kechayotgan suvsizlanish holati natijasida normadagi siydik osmolyarligi (280 m.osm/kg.dan ko'pga) oshadi. ADG yuborilganda esa siydik osmolyarligining oshishi to'xtaydi ✦ Markazlashgan AQDda osmolyarlik oshishi ADG ikkinchi marta bemor terisi orasiga yuborilganda kuzatiladi ✦ Qisman markazlashgan AQDda siydik osmolyarligining oshishi har ikkala holda ham kuzatiladi ✦ NQDda esa siydik osmolyarligi barcha hollarda ham oshmaydi.
- Suyuqlik yuklamasi o'tkazib (20 ml/kg. 30-60 minut davomida) v/i gipertonik eritma (NaCl 2,5% - 0,25 ml/kg/min. 45 minut davomida yuborilganda) sog'lom va psixogen polidipsiyada ADG ajralishi kuchayishi natijasida siydik ajralishi keskin kamayadi. AQD va NQDga chalingan bemorlarda bunday holatlar kuzatilmaydi.
- ADGning qon plazmasidagi miqdorini o'lchash: NQDda ADGning qon plazmasidagi miqdori meyorda bo'ladi. Psixogen polidipsiyali AQDda qon plazmasida ADG miqdori kamayadi.
- Tekshirish natijalariga ta'sir qiluvchi moddalar – litiy preparatlari.
- Gipokaliyemiya va giperkaliyemiya buyraklarning siydik yig'ish qobiliyatiga ta'sir ko'rsatadi.

Differensial diagnostika • Psixogen polidipsiya poliuriyaga va siydikning suyulib ketishiga olib keluvchi ruhiy buzilishdir. Bu holat ko'proq o'rta va yosh anamnezida qandli diabet va surunkali buyrak yetishmovchiligi bor ruhan nosog'lom juvonlarda uchraydi • QD • SBE va uning poliuriya bosqichida.

Davolash • Parhez. Bemor ovqatida oqsil uglevodlar chegaralanadi va yog'lar yetarli miqdorda, osh tuzini esa kunda 5-6 g.gacha cheklash kerak (tuz bemor qo'liga beriladi). Kundalik ovqatlanishda meva, sabzavotlar, sut va sut mahsulotlari bo'lishi lozim; Chanqovni bosish uchun meva sharbati buyuriladi • Desmopressin tabletka shaklida • Xlorpropamid kuniga 250-500 mg.dan. U qisman ADG ishlab chiqaradigan bemorlarda yaxshi natija beradi • Tiazidli diuretiklar AQD li bemorlarda siydik ajralishini kamaytiradi ✦ NQDni davolashda ular tanlov preparatlari sifatida ishlatilali, chunki ta'siri distal kanalchalarining ADGga bo'lgan

reaksiyasiga bog‘liq emas ✦ Diuretik ta’siri tufayli suyuqlik hajmining qisqarishi proksimal kanalchalardagi natriy va suv reabsorbsiyasini kuchaytirib, distal kanalchalarda va yig‘adigan naychalarda reabsorbsiya buzilishlari samarasini hamda siydik hajmini 30 – 50 % ga kamaytiradi.

Qisqartmalar • AQD – qandsiz diabet • NQD – nefrogen qandsiz diabet.

XKK-10 • **Ye23.2** Qandsiz diabet • **N25.1** Nefrogen qandsiz diabet.

QANDLI DIABETDA KOMALAR.

Koma – markaziy nerv sistemasidagi chuqur so‘nishi natijasida bosh miya faoliyatining o‘zgarishi va tashqi ta’sirga javob reaksiyasining bo‘lmasligi, hamda hayotiy muhim a‘zoldagi buzilishlar bilan kechadigan patologik holat.

XKK-10: •R40 Somnolentlik, stupor va koma

EPIDEMIOLOGIYASI

• Es – hushning buzilishi natijasida kasalxonaning reanimatsiya bo‘limiga tushgan bemorlarning 5% dan ortig‘iga ko‘p hollarda – koma diagnozi qo‘yiladi.

ES – HUSHNING CHUQUR SO‘NISH DARAJASINI BAHOLASH

Es – hushning chuqur so‘nish darajasi Glazgo shkalasi yordamida baholanadi (jadval)

Jadval.

GLAZGO SHKALASI

Ko‘zning ochilishi	Baho, ball
Spontan	4
Og‘zaki murojaatga	3
Og‘riq ta’siriga	2
Yo‘q	1
Harakat reaksiyasi	
Tekshiruvchining ikkita barmog‘ingizni ko‘rsating degan iltimosini to‘g‘ri bajaradi	6
Og‘riqni sezadi va uni yo‘qotishga urinadi	5
Og‘riq ta’sirida qo‘l oyoqlarini tortadi	4
Og‘riq ta’siriga (bilak, tirsak va barmoq bo‘g‘imlarida) patologik egilish	3
Og‘riq ta’siriga qo‘l-oyoqlarning patologik yozilishi	2
Yo‘q	1
“Hozir qaysi yil”?	
savoliga og‘zaki javob:	
To‘g‘ri javob beradi	5
Noto‘g‘ri javob beradi	4
So‘zlarni aytadi, lekin yilni aytolmaydi	3
Nutqning buzilishi	2

Nutqning yoʻqligi	1
Maksimal baho	15
Minimal baho	3

Glazgo shkalasi Koʻrsatkichi qancha past boʻlsa, bemorning oʻlish ehtimoli shunchalik yuqori boʻladi. Koʻrsatkich 8 va undan yuqori boʻlsa, bemorning tuzalishiga imkon boʻladi. 8 balldan kam boʻlsa, bemorning hayoti havf ostida, 3 – 5 ball – asosan oʻlim bilan tugaydi, ayniqsa, harakatsiz qorachiqalar aniqlangan boʻlsa.

KLASSIFIKATSIYASI

Aksariyat hollarda komaga shoshilinch yordamni talab etuvchi gipoksik – ishemik holatlar, kamroq miyada qon aylanishining buzilishi sabab boʻladi.

Birlamchi bosh miya ichi shikastlanishlari sabablari

- Bosh miya shikastlari (miyaning lat yeyishi, miya ichi gematomasi).
- Miyaga qon quyilishi, miya infarkti, subaraxnoidal qon quyilishi.
- Miya oʻsmalari.
- Epileptik tutqanoq yoki undan keyingi holat.
- MNSning yuqumli kasalliklari (meningit, ensefalit, miya absessi).

SISTEM KASALLIKLAR

- Qon aylanishining buzilishi.
 - ◆ Shok (gipovolemik, kardiogen, anafilaktik).
 - ◆ Oʻtkir gipertonik ensefalopatiya.
 - ◆ Aritmiyalar ◆ Taxikardiya ◆ Bradikardiya ◆ Adams–Stoks sindromi xuruji.
- Metabolik oʻzgarishlar.
 - ◆ Gipoksiya.
 - ◆ Qandli diabet ◆ Ketoatsidoz ◆ Gipoglikemiya.
 - ◆ Elektrolitlar muvozanatining buzilishi (giponatriyemiya, giper- yoki gipokalsemiya).
 - ◆ Uremiya.
 - ◆ Jigar komasi.
 - ◆ Gipotireoid koma.
- Zaharlanishlar (alkogol, narkotik, dori moddalari).
- Yuqumli kasalliklar (sepsis, zotiljam).
- Sovuq urishi, oftob urishi.

DIAGNOSTIKASI

ANAMNEZI

- Tez yordam xodimidan, qarindoshlari yoki doʻstlaridan quyidagi maʼlumotlarni aniqlash muhim:
 - ◆ allergiyasi bor–yoʻqligi;
 - ◆ oxirgi paytlardagi holati;
 - ◆ yaqin–orada boshmiya shikastlanishlariboʻlganmi;
 - ◆ koma belgilarining rivojlanish tezligi;

- ◆ komaga sabab bo'lgan omillar;
- ◆ dori moddalarini suiiste'mol qilish;
- ◆ tibbiy anamnez (insult, ruhiy kasalliklar, qandli diabet, AG, buyrak – jigar kasalliklari, alkogolizm va epilepsiya);
- ◆ stress (ruhiy zo'riqish) bo'lganmi, joniga qasd qilganmi.
- Narkotik moddalar suiiste'mol qilganiga shubha bo'lsa, quyidagilarni aniqlash lozim:
 - ◆ giyohvandlikning ashyoviy dalillari;
 - ◆ bemor tomiriga narkotik yuborganmi–yo'qmi.

KO'ZDAN KECHIRISH

Koma sabablarini aniqlash

Quyida keltirilgan **jadvalda** taqqoslash orqali koma sabablarini aniqlash ko'rsatilgan.

Miya o'zagi funksiyasining saqlanishi. Miya o'zagi funksiyasining saqlanganini quyidagilar bildiradi:

- ko'z qorachiqklarining yorug'likka sezuvchanligi (miya funksiyasi saqlanganda yorug'likka sezuvchanlik bo'ladi);
- ko'z shox pardasi refleksi (miya o'zagi funksiyasi saqlanganda ko'z shox pardasi paxta tolasi bilan ta'sirlantirilganda yuqori va pastki qovoqlar tez yumiladi);
- og'riq ta'siriga mimik reaksiya (miya o'zagi funksiyasi buzilganda chakka suyagi o'simtasi bosib ko'rilganda javob reaksiyasi bo'lmaydi);
- ko'z soqqasi refleksi (miya o'zagi funksiyasi buzilganda bo'yin umurtqalari shikastlanmaganda bemor boshini chapga – o'ngga burganda ko'z soqqalari boshga qarama – qarshi tomonga harakatlanadi)

Jadval.

Koma sabablarining differensial diagnozi

Belgisi	Komaning sabablari
Teri qoplamlari	
Ko'karishlar, tiralishlar	Bosh miya ichi shikastlanishlari
Oqargan, nam	Gipoglikemiya, gipovolemik shok
Qizargan, quruq	Diabetik koma
Ko'kimtir	Giperkapniya
Tomir yulduzchalari	Jigar komasi, alkogoldan zaharlanish
Sariqlik	Jigar komasi
Qip – qizil	Is gazidan zaharlanish
Qo'l va oyoqlarning bukiladigan yuzlarida inyeksiya izlarining bo'lishi	Narkotiklar dozasi oshib ketishi
Terida qichishish izlari	Uremiya
Gemorragik toshmalar	Meningokokk infeksiyasi, gemorragik diatezlar
Yuz giperemiyasi	Alkogoldan zaharlanish, insult
Til	

Tishlash izlari	Epilepsiya
Og‘izdan keladigan hid	Alkogoldan zaharlanish
Etanol hidi	Diabetik ketoatsidotik koma
Atseton hidi	Uremiya
Ammiak yoki siydik hidi	
Tana harorati	
Gipotermiya	Sovuq qotish, alkogoldan, barbituratlardan zaharlanish, gipoglikemiya, bosh miyaning og‘ir shikastlanishi
Gipertermiya	Infeksion kasalliklar (meningit, sepsis), bosh miyaning og‘ir shikastlanishi, oftob urishi, subaraxnoidal qon quyilishi
Yurak urishi tezligi	
Bo‘lmachalar fibrilyatsiyasi	Miya tomirlari emboliyasi natijasida miyada qon aylanishining o‘tkir buzilishi
Bradikardiya	AV – blokada, yurak glikozidlaridan zaharlanish
Taxikardiya	Yuqumli kasalliklar, shok aritmiya
Arterial bosim	
Arterial gipertonziya	Gemorragik insult, subaraxnoidal qon quyilishi, o‘tkir gipertonik ensefalopatiya, uremik koma
Arterial gipotenziya	Shok (qon ketishi, miokard infarkti), intoksikatsiya, bosh miyaning og‘ir shikastlanishi, diabetik koma
Nafas	
Tez, yuzaki	Zaharlanish, uremiya, diabetik keteatsidoz
Nafasning Cheyn – Stoks tipi	Bosh miyaning og‘ir shikastlanishi
Siyrak nafas	Opium moddalarini suiiste’mol qilish
Siydik va najasni tuta olmaslik	
Qorachiq	Epileptik tutqanoq
“To‘g‘nog‘ich boshi” tipi, tez torayishi	Opium moddalarini iste’mol qilish
Yorug‘likka reaksiyasi saqlangan holda ko‘z qorachiqklarining torayishi	Metabolik ensefalopatiya
Assimetriya	MNS ning o‘choqli zararlanishi
Kengaygan	Miya ichi gipertenziyasi miya tiqilishiga xos belgilari bilan (o‘sma yoki miya absessi)
Meningeal belgilar	
Ko‘z tubini tekshirish	Subaraxnoidal qon quyilishi, MNS infeksiyasi
Ko‘ruv nervi diskining shishi venoz pulsatsiya pasayishi	Kalla ichi gipertenziyasi
Preretinal qon quyilishi	Subaraxnoidal qon quyilishi

Okulo – vestibular refleks (quloq pardasi yirtilmaganda) tashqi eshitish yo'liga 200 ml sovuq suv yuboriladi – shu tomonda sekin nistagm paydo bo'lishi me'yor reaksiya hisoblanadi.

LABORATOR VA INSTRUMENTAL TEKSHIRISH

- Zarur analizlar.
- ◆ Qondagi qand miqdori (gipo yoki giperglikemiya).
- ◆ Qon shaklli elementlarini sanash (kamqonlik, yuqumli kasalliklar).
- ◆ Qon zardobidagi mochevina, kreatinin, kaliy, natriy, kalsiy (SBE, elektrolitlar muvozanatining buzilishi).
- ◆ Qondagi jigar transaminazasining faollik Ko'rsatkichi (jigar yetishmovchiligini aniqlash).
- ◆ Arterial qondagi gaz tarkibi (gipoksiya, metabolok atsidoz yoki metanoldan zaharlanish).
- ◆ EKG (aritmialar).
- ◆ Ko'krak qafasining rentgenografiyasi (o'pka to'qimasining infiltratsiyasi).
- ◆ Bosh miya kompyuter tomografiyasi (tarqoqo'sma)
- Tekshirish imkoniyat darajasida o'tkazilishi kerak:
 - ◆ Narkotik moddalarni iste'mol qilinganiga shubha bo'lgan hollarda qon zardobi va siydikda etanol yoki narkotik moddalarni aniqlash;
 - ◆ Infeksiya belgilari bo'lganda qonni bakteriologik tekshirish;
 - ◆ Umurtqaning bo'yin sohasi jarohatlanganda rentgenografiya, YAMR o'tkazish;
 - ◆ Infeksiya yoki miyaga qon quyilishiga shubha bo'lsa, umurtqa pog'onasining bel sohasini punksiya qilish, bosim oshganligi belgilarining yo'qligida bosh miya kompyuter tomografiyasi yoki YAMR;
 - ◆ Gipotireozga shubha bo'lganda qalqonsimon bez gormoni analizi.

DAVOLASH

Maqsad. Bemorning hushsiz holati – doimo shoshilinch vaziyat hisoblanib, unga tezda yordam ko'rsatish, komaning etiologiyasini aniqlash, keyin esa asosiy kasallikni davolashga o'tish kerak.

Shifoxonaga yotqizishga ko'rsatma. Hushdan ketgan barcha bemorlar shoshilinch ravishda tegishli reanimatsiya bo'limlariga yotqizilishlari lozim.

Shoshilinch tadbirlar

- Nafas va nafas olish yo'llari holatini baholash:
 - ◆ Nafas olish yo'llarini tozalash;
 - ◆ Bosh va bo'yin sohasi jarohatlangan bo'lsa, umurtqaning bo'yin sohasi immobilizatsiya qilinadi;
 - ◆ Yon bosh bilan yotish holati nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini saqlab qoladi;
 - ◆ O'pka ventilyatsiyasini qo'lda ishlatidigan apparatlar va 100 % li kislorod bilano'tkaziladi;
 - ◆ Intubatsiya zarurligi ko'rib chiqiladi;

- Qon aylanish holatini baholash:
 - ◆ Gipovolemiya yoki aritmiyani davolash;
 - ◆ Vyenaga dori yuborishga yaxshi sharoit yaratish va markaziy venoz bosimining monitoringini ko'rib chiqish;
 - ◆ Pulsning yo'qligi – reanimatsiya tadbirlarini o'tkazish uchun ko'rsatma (sun'iy nafas berish, yurakni massaj qilish, agar natija bermasa, bemorni intubatsiya qilish, o'pkani sun'iy ventilyatsiya va defibrillyatsiya qilish);
- Gipoglikyemiya belgilarining bor yo'qligiga ahamiyat berish:
 - ◆ Sinama qog'ozchalar yordamida yoki kapillyar qon zardobidagi qand miqdorini aniqlash;
 - ◆ Agar bemorda gipoglikemiya belgilari bo'lsa, bunda 20-50 ml 50 % li glyukoza eritmasini venaga yuborish bilan sinama o'tkaziladi;
 - ◆ Qandli diabeti bor bemorlarning qonida glyukoza miqdori me'yorda bo'lganida ham, gipoglikemiya belgilari rivojlanishi mumkin.
- Alkogolizm bilan og'rikan yoki yetarlicha ovqat iste'mol qilmaydigan bemorlarga tiamin venaga 100 mg. yuboriladi.
- Epileptik statusda tashxis qo'yish zarur.
 - ◆ Epileptik statusda lorazepam 0,1 mg/kg 2 mg/ min tezlikda yuboriladi (belgilari tezroq yo'qotadi). Muqobil dori moddalardan diazepam 10mg. dozada venaga yuboriladi.
 - ◆ Epileptik tutqanoqning obyektiv belgilari o'zgargan bo'lishini ham unutmaslik kerak. Qo'l – oyoq, og'iz va ko'zning tortishishiga ahamiyat berish zarur. Har besh bemordan bittasida, koma sababi epileptik tutqanoq bo'lgan hollarda tekshirilganda xuruj aniqlanmasligi mumkin.
- Gipotermiya davosi isitilgan va 44⁰S li namlangan kislorodning ingalyatsiyasi, venaga isitilgan suyuqliklarni 1 l natriy xlor miqdori da yuborish. Shuningdek kog'oz, suv o'tkazmaydigan materiallar yordamida kompress qilib o'rab qo'yish qo'llaniladi.
- Narkotik analgetiklar iste'mol qilinganiga shubha bo'lganda nalokson 400 mkg mushakka, 400 mkg venaga yuboriladi.
- Zaharlanganda yoki zaharlanishga shubha bo'lganda oshqozonni yuvish o'tkaziladi.
- Uzoq komada zondli yoki parenteral ovqatlantirish, boldir chuqur vena tomirlarining trombozini oldini olish, ko'z shox pardasining himoyasi, og'iz bo'shlig'i gigiyenasiga rioya qilish.

Byemor komadan chiqgach parallel ravishda unga sabab bo'lgan kasalliklaridavolash lozim.

Xirurgik davo. Miya ichi gematomasida, subaraxnoidal qon quyilishida, o'smalarda yoki miya absessida qo'llaniladi.

Keyingi kuzatish. Bemorning es-hushi tiklangandan so'ng asosiy kasalligini davolash uchun tegishli bo'linga o'tkaziladi.

PROGNOZI

Travma bilan bog'liq bo'lmagan sabablar

- Aksariyat hollarda: yaqin hafta mobaynida – 64 %, yaqin yil mobaynida 88% bemorlar vafot etadi.

- Noxush prognozga olib keluvchi omillar ✦ Komaning uchinchi kunida Glazgo shkalasi bo'yicha baholanganda harakat reaksiyasi aniqlanmaydi ✦ Komaning uchinchi kuni ko'z qorachig'i reaksiyasi aniqlanmaydi ✦ Yettinchi kunida elektroensefalogrammada to'g'ri chiziq yoki «yaltillash aniqlanmaydi» ✦ Komadan 1 hafta keyin miyaning somatosensor ta'sirlarga reaksiyasi bo'lmaydi.

Travmatik sabablar

- Yil mobaynida o'lim bilan tugash hollari 25 % ni tashkil qiladi.
- Noqulay prognoztik omillari ✦ bosh miya gematomasi (KT YAMR ga asosan) ✦ ko'z qorachig'i reaksiyasining yo'qligi ✦ mo'ysafid yosh ✦ Glazgo shkalasi bo'yicha past ball ✦ og'ir travmatik shikastlanish.

Qandli diabet (KD) – qonda qand miqdorining oshishi bilan ifodalanuvchi kasallik bo'lib, unda turli tizim va a'zolari to-mirlari zararlanadi, birinchi navbatda ko'z, buyrak, yurak, bosh miya. quyidagi turlari farqlanadi: insulinga bog'liq turi Qandli diabet -1 – insulinni mutloq yetishmovchiligi va insulinga bog'liq bo'lmagan turi Qandli diabet-2 - ushbu turda insulinni nisbiy yetishmovchiligi kuzatiladi. Qandli diabet aholining 8% da tarqalgan. KD-1 odatda 20 yoshgacha rivojlanadi (lekin turli yoshda aniqlanishi mumkin); uning tarqalishi 0,3%. KD-2 90% xollarda, ko'proq 40 yoshdan yuqori kattalarda tashxislanadi. Xavf omillari: semizlik, kamharakatlik, naslli moyillik, o'tkazilgan virusli kasalliklar (shu jumladan KD-1 uchun ham)

Tashhishlash mezonlari

- Qandli diabetning doimiy belgilari – chanqash, poliuriya, ishtahaning oshishi, ozib ketish;
- qonda glyukoza miqdori och qoringa 7 mmol/l dan ko'p, ovqatdan 2 soatdan so'ng - 11 mmol/l dan ko'p;
- agar bemor qonida qand miqdori och qoringa 7 mmol/l dan ko'p bo'lsa, 75 mg glyukoza qabul qilgandan 2 soatdan keyin esa – 7,8-11 mmol/l ni tashkil etsa, ushbu holatglyukozaga tolerantlikni buzilishi deb ataladi. Bunday bemorlarni xavf guruhiga kiri-tib, parhezga rioya qilish, sport bilan shug'ullanish, tana vaznini kamaytirish (ortiqcha vazn yoki semizlik bo'lsa), har yili qondagi qand miqdorini tekshirib turish tavsiya etiladi;
- agar qonda qand miqdori och qoringa 6-6,9 mmol/l bo'lsa,, ovqatdan keyin esa – 7,8-11 mmol/l ni tashkil etsa, bemorni xavf guruhiga kiritib, parhezga rioya qilish, sport bilan shug'ullanish, har 3 yilda qondagi qand miqdorini tekshirib turish tavsiya etiladi. Skrining 45 yoshdan kattalarning hammasiga har 3 yilda o'tkaziladi: qondagi qand miqdori och qoringa tekshiriladi, agar 7 mmol/l dan yuqori bo'lsa, ovqatdan 2 soatdan keyin yana tekshirish tavsiya etiladi. quyidagi xavf guruhiga kiruvchi bemorlar qonida qand miqdori har yili tekshiriladi: semizlik, nasliy moyillik, homiladorlik diabetini o'tkazganlar, glyukozaga tolerantlikni buzilishini aniqlanganda va chegaraviy giperglikemiyali bemorlar.

Anamnez

Giperglikemiyali bemorlar uzoq vaqt davomida hech qanday shikoyat qilmasligi, ba'zan kasallik asoratlari yuzaga kelganda tashxislanishi mumkin, shu sababli UASH, ayniqsa xavf guruhiga kiruvchilarni chuqur so'rab-surishtirishi lozim.

Erta belgilari – tez charchash, lekin bemorlar bunga e'tibor qilmaydilar, shuning uchun vrach albatta shu belgiga e'tibor berishi kerak. Tez-tez siyishni bemorlar ko'p chanqash bilan bog'laydilar, shu sababli tungi hojatga chiqishlarni, og'iz qurishi fonida nikturiya borligini aniqlash kerak. Birinchi marta Qandli diabet aniqlangan bemorning anamnezida quyidagilarga e'tibor berish lozim:

- tana vazni o'zgarishlari, ovqatlanish rejimi, ratsion;
- jismoniy faollik va sport bilan shug'ullanish;
- turmush tarzi va ruhiy-ijtimoiy omillar;
- o'tkazilgan infeksiyalar;
- surunkali kasalliklar;
- qabul qilingan dori vositalari;
- yurak-qon tomir kasalliklarining xavf omillari;
- qarindoshlarida Qandli diabet mavjudligi;
- ayollarda – akusherlik anamnez.

Qandli diabeti bor bemorlarda qo'shimcha aniqlanadi:

- parhezga rioya qilish;
- dori vositalarni qabul qilish;
- qonda qand miqdori ning ilgarigi Ko'rsatkichlari;
- infeksiya rivojlanishi;
- asoratlar belgilari;
- o'tkir asoratlar rivojlanishi – koma holatlari.

Bemorni sinchkovlik bilan fizikal ko'ruvi o'tkaziladi:

- bo'yi, vazni va TVI o'lchash;
- AB;
- ko'z tubini ko'rish;
- yurak, o'pka, qorinni (jigar) tekshirish;
- periferik arteriyalarda pulsni tekshirish;
- oyoq kafti holati;
- teri holati;
- qo'l va oyoqlarda sezuvchanlikni aniqlash.

Laborator-asbobiy tekshiruv Qandli diabet kompensatsiyasi darajasini va asoratlarini aniqlash maqsadida o'tkaziladi. UASH quyidagi tek-shiruvni o'tkaza oladi:

- qonda qand miqdorini aniqlash; siydik umumiy tahlili;

EKG; ko'z o'tkirligini baholash; postprandial glikemiya sinovi; qonda xolesterin miqdori ; jigar faoliyatini baholash (qand miqdori ni kamaytirish davosini tanlash uchun).

Davolash

Buyuk Britaniya va Yaponiyada o'tkazilgan tekshiruvlar giperglikemiya darajasi asoratlar rivojlanishiga katta ta'sir ko'rsatishini isbotlab berdi. Shu sababli davolashning asosiy maqsadi – qondagi qand miqdorini och qoringa 7 mmol/l dan pasaytirish, AB va qondagi xolesterin miqdorini me'yorda tutishdir.

Parhez

Qandli diabetda davolashning asosiy qismi qondagi qand miqdori, xolesterin miqdori ni va ABni me'yorda tutishga qaratilgan. Parhez tav-siya etishda bemor

qanday qand miqdori ni pasaytiruvchi davo olayot-ganini bilish kerak. Insulin qabul qilayotgan bemorlar kuniga 5-6 marta ovqatlanishi – 3 marta ovqat yeyish va ular orasida 2-3 marta ozginadan tamaddi qilishlari lozim. Peroral qand miqdorini pasaytiruvchi preparatlar qabul qilayotgan bemor ovqat qabul qilishni kuniga 3-4 martagacha kamaytirishi mumkin. Bemorlar o‘zlari uchun odatiy bo‘lgan ovqatni yeyishi shart. Semizlikda ovqatning kaloriyasi kamaytiriladi. Kletchatkani ko‘proq, uglevodlar va tuzni esa kamroq iste‘mol qilinadi. Ovqatlanish ratsionidan shakar, shirinliklar chiqarilib, ularni o‘rniga saxarin, aspartam kabilardan foydalanish mumkin.

Jismoniy mashqlar

Doimiy jismoniy mashqlar bajarish insulinga rezistentlik-ni pasaytiradi, yurak-qon tomir tizimini chiniqtiradi, ABni pasaytiradi va lipidlar almashinuvini yaxshilaydi. Jismoniy faollikka ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalarni aniqlashda, Qandli diabet asoratlari va yurak-qon tomir tizimi kasalliklari ham inobatga olinadi.

Dori vositalari bilan davolash

Insulinoterapiya Qandli diabet -1 chalingan bemorlar insulin qabul qiladi. Insulinni, uning turini, dozasini endokrinolog aniqlaydi. UAV bemorga uning kun tartibi, ovqat qabul qilish vaqti va o‘z-o‘zini nazorat qilishini tushuntiradi. Bemorga qondagi qand miqdorini uy sharoitida glyukometr yordamida o‘lchash va har oyda 1 marta KVPda tekshirishni o‘rgatiladi qisqa, o‘rtacha va uzoq vaqt ta’sir etuvchi preparatlar mavjud. Odatda insulinning qisqli-aralash kombinatsiyalari qo‘llaniladi.

Qonda qand miqdori ni pasaytiruvchi peroral vositalar

1. Insulin sekretsiasini ko‘paytiruvchi sulfonilmochevina preparatlari – insulin ishlab chiqaruvchi beta-hujayralar ishini yaxshilaydi. Uzoq ta’sir etuvchi zamonaviy preparatlar - glipizid, glimepiridni kuniga 1 marta ichish buyuriladi. Meglitinidlar (repaglinid va nateglinid) qisqa ta’sir etish xususiyatiga ega bo‘lganligi uchun, faqat ovqatdan oldin qabul qilinadi. Asosiy nojo‘ya ta’siri – preparatni qabul qilgandan so‘ng glipoglikemiya bo‘lishi, tana vaznining oshishi, boshqa dori vositalari bilan o‘zaro ta’sir qilishidir.

2. Biguanidlar – jigar va mushak hujayralariga ta’sir etuvchi va glyukozani utilizatsiya qiluvchi preparatlar. Semizlarda metformin qo‘llash maqsadga muvofikdir, chunki bu vosita ishtahani pasaytiradi. Nojo‘ya ta’sirlarini kamaytirish uchun davolashni kichik dozalardan boshlab, sekin-asta ko‘paytirib boriladi. Biguanidlar monoterapiya shaklida buyuriladi. Metformin bemor uchun nisbatan xavfsiz bo‘lib, tana vazni oshishiga olib kelmaydi. Lekin u to‘qimalar gipoksiyasi bilan kechuvchi surunkali kasalliklar va 65-70 yoshdan kattalarda qo‘llanilmasligini esdan chiqarmaslik lozim.

3. Alfa-glyukozidaza ingibitorlari – akaraboza, miglitol – uglevodlar parchalanishi va glyukozaning so‘rilishini kamaytiruvchi preparatlardir. Bu preparatlar monoterapiya shaklida buyuriladi yoki ular yordamida boshqa qand miqdori ni kamaytiruvchi vositalar ta’siri kuchaytiriladi. Nojo‘ya ta’sirlarini (meteorizm, diareya, ko‘ngil aynish va qorinda noxush hislar) kamaytirish uchun davolashni kichik dozalardan boshlash lozim. Bemor uchun nisbatan xavfsiz bo‘lib, tana vazni oshishiga olib kelmaydi.

4. Tiazolidindion (rozigitazon, pioglitazon) preparatlari hujayralarning insulinga sezgirligini oshirib, semizlik, glyu-kozaga tolerantlikni buzilishida samaralidir. Nojo'ya ta'sirlari: juda kam hollarda jigar zararlanishi, tana vazni va xolesterin miqdori ning oshishi. Bir oyda bir marta tavsiya etiladi, samarasi 10-12 haftadan keyin ko'rinadi; ularni buyrak yetishmovchiligida ham qo'llash mumkin.

Qandli diabetning o'tkir asoratlari

Diabetik ketoatsidoz Qandli diabetli bemorlarning 2-5% da rivojlanadi, insulinning nisbiy yoki mutloq yetishmovchiligi natijasida, 1-10% hollarda o'lim bilan tugaydi; qonda glyukoza miqdori 14 mmol/l dan yuqori bo'ladi.

Asosiy belgilari: ko'ngil aynishi va qayt qilish; chanqov va poliuriya; ishtaha pasayishi; qorinda og'riq; ko'z o'tkirligining pasayishi; uyquchanlik.

Fizikal tekshiruv: taxikardiya; arterial gipotoniya; suvsizlanish; giperventilyatsiya yoki Kussmaul nafasi; hushning buzilishi (koma); ozib ketish, og'izdan shirin hid kelishi.

Ketoatsidozning sababchisi yondosh kasallik bo'lishi mumkin (infeksiya, infarkt, insult, jarohatlar, insulin qabul qilishni to'xtatish). Ketoatsidoz belgilarida bemor reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi.

UASH amaliyotida Qandli diabetli bemorlarda turli darajadagi og'ir gipoglikemiyaholatidan to gipoglikemik komagacha kuzatilishi mumkin.

Sabablari: vaqtida ovqatlanmaslik, jismoniy zo'riqish yoki insulin miqdori ni oshirib yuborish.

Asosiy belgilar:

- adrenergik (asab qo'zg'alishi, qaltirash, ko'p terlash, taxikardiya);
- nevrologik (tirishishlar, sopor, koma, o'choqli buzilishlar);

Adrenergik belgilar odatda og'ir gipoglikemiyadan darak beruvchi nevrologik belgilardan oldin bo'ladi. Tashhisni tasdiqlash uchun qonda glyukoza miqdori ni aniqlash maqsadga muvofiqdir.

Gipoglikemiya xurujini davolashhushning buzilish darajasi, qondagi glyukoza miqdori va yaqin kelajakda qanday kechishiga bog'liq. Sulfonilmochevina preparatlarining miqdori oshib ketgan bo'lsa, uzoq vaqt nazorat tavsiya etiladi. Davolashning samarasi xaqida qaytadan gipoglikemiya holati bo'lishi xavfi yo'qolmaguncha har 15-30 daqiqada qondagi glyukoza miqdorini aniqlab turiladi. Agar bemor hushida bo'lsa va gipoglikemiya sababi aniq bo'lsa, uglevod qabul qilish bilan cheklanish mumkin. Shirin ichimliklar ko'pincha giperglikemiyaga olib keladi, shuning uchun bir stakan sha-karsiz sharbat ichish, bir necha bo'lak apelsin yoki pishloqli buterbrod yeyish tavsiya etiladi. T/i glyukoza quyidagi hollarda yuboriladi: bemor behush yoki ovqat yeya olmasa, gipoglikemiya holatining sababi dori vositalarining miqdori oshib ketganligi va uzoq vaqt davom etishi taxmin qilinganda. T/i 25-50 ml 50% glyukoza quyilib, keyin esa qondagi glyukoza miqdorini 100 mg% dan yuqori darajada ushlab turish uchun 5-10% aralashmasi tomchilab yuboriladi. Og'ir gipoglikemiyada, bemor ovqat yeya olmasa, glyukozani t/i ga yuborishning ilojisi bo'lmasa, glyukagon 1 mg m/o yoki t/o yuboriladi. Glyukagon ta'sirida bemor qayt qilishi mumkin, shuning uchun oshqozon ichi massasi bilan aspiratsiyalanishdan ehtiyot bo'lish kerak. Og'ir gipoglikemiya

xurujlari bo'lib turadigan bemorlar doimo o'zlari bilan glyukagon olib yurishlari kerak; oila a'zolari uni qaysi holatda va qanday ishlatishni bilishlari shart.

Gipoglikemiya xurujlari og'ir va tez-tez qaytalansa, bemorni davolash rejasini o'zgartirish lozim. Gipoglikemiyaning oldini olish. Bemor sulfonilmochevina preparatlarini qabul qilayotgan bo'lsa, dozasi kamaytiriladi. Bemor insulin olayotgan bo'lsa, vrach taktikasi xurujlarning og'irligi va doimiyligiga bog'liq. Agar xurujlar doimo bir vaqtda bo'lsa, inyeksiyaning vaqtini o'zgartirish yetarli bo'ladi; agar og'ir va uzoq vaqt davom etuvchi xurujlar turli vaqtda paydo bo'lsa, insulinning kunlik dozasi kamaytiriladi. ipoglikemiya bilan kurashishning boshqa usuli - ovqat ratsionining quvvatini oshirish, ovqatni tez-tez qabul qilish, jismoniy zo'riqishni cheklashdir.

Somodji sindromi – postgipoglikemik giperglikemiya, insulin miqdori oshib ketishida rivojlanadi. Ushbu sindrom gumon qilinganda insulin miqdori (ko'proq kechqurungi dozasi) kamaytiriladi.

Giperosmolyar koma

Qandli diabetli bemorlarda metabolik jarayonning og'ir buzilishi bo'lib, qonda glyukoza miqdorining 33 mmol/l gacha oshishi va to'qimalarning kuchli suvsizlanishi bilan ifodalanadi. Bunday holatda bemor reanimatsiya bo'limiga yotqiziladi, regidratatsiya va elektrolitlar almashinuvining korreksiyasi o'tqaziladi.

Qandli diabetning surunkali asoratlari

Diabetik retinopatiya Qandli diabetli bemorlarning 5% da kasallik boshlangandan 15 yildan so'ng rivojlanadi. Uning rivojlanishi-da qonda glyukoza miqdori ning 7 mmol/l dan yuqori bo'lishi imkon tug'diradi. UASHning vazifasiga diabetik retinopatiyani profilaktikasi, erta aniqlash va davolash kiradi. Buning uchun qonda glyukoza miqdori 7 mmol/l dan kam va AB 30/80 mm sim. ust. dan past bo'lishini ta'minlash lozim. Qandli diabetli bemorlarning 22% da katarakta va 7% glaukoma uchraydi. Shuning uchun yiliga kamida bir marta, zarur hollarda - ko'proq, ko'z tubini tekshirib turish lozim.

Diabetik nefropatiya Qandli diabetli bemorlarning 20-30% da uchraydi. Asosiy xavf omillari: giperglikemiya va AG, kasallikning uzoq davom etishi, oilasida nefropatiya borligi, erkak jinsi, chekish.

Nefropatiyaning erta belgisi-mikroalbuminuriya, to'g'ri davolanmasa, 5-8 yildan so'ng makroalbuminuriyaga, 18 yildan so'ng esa, surunkali buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichiga o'tadi.

Diabetik nefropatiyani davolash 4 bosqichdan iborat.qonda glyukoza miqdorini, ayniqsa kasallikning erta bosqichlarida me'yorda tutib turish. Gipotenziv terapiya – AB darajasini me'yorda ushlab turish kasallikning rivojlanishi va buyraklar funksiyasi buzilishini yekinlashtiradi. AAFI qabul qilish: ular ABni pasaytiradi, koptokchalar arteriolalarini kyengaytiradi, mikroalbuminuriyani kamaytiradi; nefropatiyada samarali hisoblanadi.Ifodalangan nefropatiyada kam oqsilli parhez. Nefropatiya kuchayganda bemorlarning insulinga talabi kamayib ketishini yodda tutish kerak. Shu sababli ko'pincha gipoglikemik holatlar rivojlanadi, bu esa insulin miqdori ni kamaytirishni talab qiladi.

UASH nefropatiyani erta aniqlashi va bu asoratni kechiktirmay davolash maqsadida yiliga 2 marta bemor siydidagi oqsil miqdori ni, har oyda ABni va qonda glyukoza miqdori ni tekshirib turishi lozim.

Diabetik neyropatiya – Qandli diabetli bemorlarning eng ko‘p uchray-digan shikoyatlari - polineyropatiya oqibatida paydo bo‘luvchi, oyoqlardagi og‘riqlar. Uni tashxislash uchun nevrologik tekshiruv o‘tkazilib, sezishning pasayishi va axillov refleksining qandli diabetning surunkali asoratlari yo‘qolishi aniqlanadi. Bu hollarda UASH bemorlarga oyoqlarni parvarishlash usullari (oyoq gigiyenasi, paxtadan to‘qilgan paypoqlar va qulay, yumshoq poyafzal kiyish) xaqida ma‘lumot berishlari lozim. Qondagi glyukoza miqdori ning pasayishi neyropatiyani rivojlanishini susaytiradi. Boshqa belgi – bemorning yuzi, bo‘yni, tanasining ovqat qabul qilish vaqtida terlashi va oyoqlar terisining quruqligidir, bu esa oyoq kaftining yorilishi, uning infek-siyalanishi va yaralar paydo bo‘lishiga olib keladi.

Makroangiopatiya- bu toj, bosh miya va periferik qon tomir-larning zararlanishi. Bunday holat Qandli diabetning har ikkala turidagi qon tomirlar asoratlanishining asosini tashkil etadi va kasallikning oqibatini yomonlashtiradi. KDli bemorlarda o‘limning asosiy sababchisi yurak-qon tomir kasalliklaridir. Profilaktika: dalillarga asoslangan tibbiyotga ko‘ra, aspirin qabul qilish bu bemorlarda miokard infarkti va insult rivojlanishi xavfini sezilarli darajada kamaytiradi. Qandli diabet va YUIK. KD bemorlarning 35%i 30-55 yoshlar-da YUIKdan hayotdan ko‘z yumadilar, umumiy aholi orasida esa YUIK shu yoshdagi 8% erkaklar va 4% ayollarning o‘limiga sababchi bo‘lishi mumkin. Qandli diabetli bemorlarda YUIKning klinik xususiyatlari. ko‘pincha «to‘satdan o‘lim» xavfiga olib keluvchi YUIK va miokard infarktining og‘riqsiz shakllari bo‘lishi; infarktdan keyingi asoratlarning: kardiogen shok, o‘tkir yurak yetishmovchiligi va yurak ritmi buzilishining xavfi. YUIK klinik belgilari aniqlanmasa: – YUIK rivojlanishining bir yoki bir necha xavfi (AG, semizlik, giperlipidemiya, chekish, kam harakatlik, nasliy moyillik) bo‘lgan bemorlarni faol aniqlash;– YUIK uchun xos bo‘lmagan belgilariga e‘tiborni qaratish (noaniq diskomfort, jismoniy harakat yoki sovukda hansirash va taxikardiya)

QANDLI DIABET

Qandli diabet – me‘da osti bezi gormoni – insulinning mutlaqo yoki nisbiy yetishmasligi tufayli kelib chiqadigan metabolik buzilishlarning (giperqlikemiya, dislipidemiya, energiya almashinuvining buzilishi) geterogen guruhi.

Asosiy holatlar

✓ Bolalar va o‘smirlarda ko‘pincha insulinga bog‘liq qandli diabet (IBKD I-turi) kuzatiladi, 500 tadan 1 ta holatda uchraydi. Irsiy moyillik qayd etiladi. Qarindoshlar o‘rtasida Qandli diabet xavfi 5% tashkil etadi. Bir tuxumli egizaklarda Qandli diabet xavfi 40% tashkil etadi.

Diagnostikasi

✓ Ko‘p qayd etiladigan shikoyatlar – poliuriya, chanqoqlik, siydik tuta olmaslik, ozib ketish (polifagiyaga qaramasdan), tinka qurish, lanjlik, yaxshi ko‘rmaslik, qizlarda – chot oralig‘i kandidozi.

IBKD tashxisini qo‘yish uchun plazmadagi glyukoza miqdori ning 200 mg% (11,3 mm/l) – oshishini aniqlashning o‘zi yetarlidir – takroriy tahlilda tasdiqlash zarur.

Glyukozaga tolerantlikning buzilishiga tashxis qo'yiladi: agar plazma glyukozasi miqdori och qoringa 140 mg% (7,9 mm/l) dan kam, glyukoza qabul qilingandan 2 soat keyin esa 140 mg% dan ko'p bo'lsa.

UASH taktikasi

✓ IBKD tashxislanganda barcha bolalar zudlikda mutaxassis huzuriga holatini baholash va insulin bilan davolanish uchun yuborilishi shart.

Parhez. Oqsil, yog' va uglevodlar mutanosibligi 1:0,8:3 (1:1:4 – 1 yoshdan oshgan sog'lom bolada); qand, shakar va oq undan tayyorlangan konditer mahsulotlar, qiyin eriydigan yog'lar ratsiondan butunlay chiqariladi. Kletchatkaga boy oziq-ovqatni iste'mol qilish tavsiya etiladi. Ovqatlanish rejimi vaqti va insulin yuborish vaqtini moslashtirish zarur. Ovqatni doim bir xil vaqtda qabul qilish lozim.

Jismoniy zo'riqishlar: Bolalar jismoniy zo'riqishlardan qochmaslik lari kerak. Energiyani ortiqcha sarflash qo'shimcha ovqat qabul qilish orqali to'ldiriladi. Har bir 30 minutlik jadal jismoniy harakat 15 g uglevod qabul qilish bilan kompensatsiyalanadi.

Ota-onalarni o'rgatish: Kasallik haqida, uni davolash usullari, bolani kasalxonadan olib chiqish uchun kerakli davo usullari, uyda davolash, maktabga qatnash haqidagi asosiy ma'lumotlar, KD bilan og'rigan bemorlarni parvarishlash ko'nikmalari beriladi.

Ruhiy madad va maslaxat berish. IBKD tashxisi bola va oila a'zolarida kuchli emotsional reaksiyani: umidsizlik tushkunlik, qo'rquv, aybdorlik, alamzadalik keltirib chiqaradi. Bu emotsiyalar normal bo'lsada, kasallikka ko'nikish muammosi erkin muhokama qilinsa, yengilroq kechadi.

Tibbiy kuzatuv. Plazma glyukozasi obyektiv nazorat qilinadi – glikolizlangan Nv va qondagi lipidlar miqdori tekshiriladi, AB o'lchanadi, ko'z tubi ko'riladi. Kasallik 5 yildan uzoq davom etganda - ehtimoliy retino-, nefro-, neyropatiyalarni aniqlanadi. Har 3-4 oyda bolalar endokrinologining nazorat ko'rigidan o'tish tavsiya etiladi.

Qandli diabet asoratlari

✓ **Gipoglikemiya belgilari** – terlash, qaltirash, ochlik tyyg'usi, og'ir hollarda - uyqusirash, o'zini anomal tutish, nutqning chalkashligi, hushdan ketish, tirishishlar.

Bemor bola va uning oila a'zolari gipoglikemiyaning dastlabki belgilarini va konsentratsiyalangan uglevodlar yordamida bu belgilarni tezda bartaraf etishni bilishlari lozim.

Aksariyat holatlarda gipoglikemiya xurujlari 10-20 g glyukoza qabul qilish bilan bartaraf etiladi. Glyukozani tabletka ko'rinishida (5 g dan), shakar, apelsin yoki olma sharbati shaklida ham berish mumkin.

Og'ir gipoglikemiyada – glyukagon 0,02 mg/kg (maksimal 1 mg) mushak orasiga yoki teri ostiga; 20-40% glyukoza vena orasiga 20-40 ml.

Diabetik ketoatsidoz. Belgilari – poliuriya, polidipsiya, holsizlik, bosh og'rigi, og'iz qurishi, ko'ngil aynashi, qorinda og'riq va qusish. Sopor va koma holatigacha o'tuvchi uyqusirash. Obyektiv tekshirish – taxikardiya, giperventilyatsiya belgilari (Kussmaul nafasi), gipotenziya. Bola notinch, suvsizlik belgilari kuzatiladi. Zudlikda kasalxonaga yotqizish lozim. Davolash jadal terapiya bo'limida hayotiy muhim funksiyalar, nevrologik status, suyuqlik iste'moli va ajralishini doimiy monitoringi bilan birgalikda olib boriladi.

NAZORAT SAVOLLARI.

- 1.KVP tuzilishi.
- 2.Konsultatsiya turlari.
3. «Vrach-Patsiyent» ni o‘zaro munosabati.
4. «Qiyin» bemor bilan maslaxat o‘tkazish.
5. UASH vazifalari.
- 6.UASH amaliyotida etika va konfidensiallik.
7. KVP va oilaviy poliklinikada yuritiladigan tibbiy xujjatlar.
- 8.KVPda qo‘llaniladigan klinik va instrumental tekshiruv usullari.
9. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni ko‘rib borishi va onaga maslaxat berish.
10. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarni tarakkiyoti, vaksinasiyasi.
- 11.1-5 yosh. Eng ko‘p uchraydigan patologik xolatlar. Konsultatsiya qilish xususiyatlari.
12. 5-12 yosh. Eng ko‘p uchraydigan patologik xolatlar. Konsultatsiya qilish xususiyatlari.
13. 12-16 yosh. Eng ko‘p uchraydigan patologik xolatlar. Konsultatsiya qilish xususiyatlari.
14. Ko‘krak suti bilan emizishni afzalliklari
15. Ko‘krak suti bilan ovkatlantirish.
- 16.Og‘iz suti tarkibi.
- 17.Ona suti, hayvonlar suti va sun‘iy aralashmalar orasidagi tafovutlar.
- 18.Ko‘krak suti bilan emizishni ruhiy afzalliklari.
- 19.Sun‘iy ovqatlantirilganda vujudga keltirilgan xavflar.
- 20.Ko‘krak suti bilan emizishni baholash.
- 21.Ko‘krak suti bilan emizish qoidalari.
- 22.Bola ko‘krak sutidan kam olayotganligining sabablari va belgilari.
- 23.Suti kam onalarga maslaxatlar.
- 24.Kam vaznli va bemor bolalarni ko‘krak suti bilan boqish.
- 25.Ko‘krakni ema olmaydigan bolalar uchun sut miqdorini belgilash.
- 26.Ko‘krak bilan emizishni davom ettirishni qo‘llab quvvatlash.
27. Maktab va maktabgacha ta‘lim muassasasida yuritiladigan xujjatlar
28. Maktabga yetukligini aniqlashda qo‘llaniladigan usullar.
29. Salomatlik guruxlari.
30. Vaqtinchalik mexnatga layokatsizlik varakasini berish tartibi
31. Emlash takvimi
32. Emlashga karshi ko‘rsatmalar
33. Emlash usullari va emlashda yuritiladigan xujjatlar.
34. VBI (IMT) aniqlash usullari
35. Bolalarni psixomotor rivojlanishi

36. Bolalarni jismoniy rivojlanishi
37. Xronologik yoshini aniqlash usuli.
38. 6 oydan katta bolalar ovkatlanishi.
39. 2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar ovkatlanishi.
40. Bolalarni tarakkiyoti va o'sishi.
41. Qorinda og'riq (surunkali gepatit, sirroz, o'tkir pankreatit, xoletsistit, gastrit, oshqozon yara kasalligi). UASH taktikasi
42. Dispeptik buzilishlar. Ezofagit, divertikulit. UASH taktikasi.
43. Dispeptik buzilishlar (jigar raki, pilorostenoz, pilorospazm, reflyuks-ezofagit). UASH taktikasi
44. Noinfeksion diareyalar. UASH taktikasi
45. Sariklik. Surunkali gepatit, xoletsistit, pankreatit, sirroz, jigar raki, oshqozon osti bezi raki. UASH taktikasi
46. Sistit - tashxisot va davolash. Differensial diagnostika. UASH taktikasi
47. Siydik chiqarish yullari infeksiyasi. OITS. UASH taktikasi
48. Bo'g'im sindromi, yelkada va qo'lda og'riq. UASH taktikasi
49. Revmatoid artrit. UASH taktikasi
50. Revmatizm. UASH taktikasi.
51. Xansirash: o'pkani surunkali obstruktiv kasalliklari. UASH taktikasi
52. Bronxial astma. UASH taktikasi
53. Cho'ziluvchi yo'tal. UASH taktikasi
54. Yo'tal, xirillashlar. Stridor. Bolalarga xos xususiyatlari UASH taktikasi .
55. IVBDV. Xavf tug'diruvchi asosiy belgilarni baxolash. UASH taktikasi
56. IVBDV. Yo'talni baxolash va tasniflash. UASH taktikasi
57. IVBDV. Diareyani baxolash va tasnifi. Yotqizib davolashga ko'rsatma, maslaxat berish va davolash. UASH taktikasi
58. IVBDV. Oziklanishni buzilishini baxolash va tasnifi. Yotkizib davolashga ko'rsatma, maslaxat berish
59. Gipotireoz. Tashxisotni xususiyatlari, davolash,
60. Gipertireoz. Tashxisotni xususiyatlari, davolash.
61. Qandli diabetni tashxisoti, klinikasi.
62. Qandli diabetni asoratlarni oldini olish chora-tadbirlari, skrining va axolini o'rgatish.

TEST

№	Test topshirig‘i	To‘g‘ri javob	Muqobil javob	Muqobil javob	Muqobil javob
1.	Qaysi qonunlar birlamchi tizimni islohot qilishga oid?	O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 1998 yil 10 noyabr № 2107 farmoyishi “O‘zR sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish Davlat Dasturi xaqida”	Sog‘liqni Saqlash vazirligi buyrug‘i № 464	“Sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilishni davom ettirish chora tadbirlari xaqida” № PF 3214 26.02. 2003yil	“Sog‘liqni saqlashni rivojlantirish Davlat Dasturini amalga oshirish islohotlarning asosiy yo‘nalishlari ” № PF - 3923 19.09. 2007 yil
2.	Olma-ota qonferensiyasi qachon bo‘lib o‘tgan?	1978 yilda Olma-ota shahrida	1990 yilda Olma-ota shahrida	1987 yilda Olma-ota shahrida	2001 yilda Olma-ota shahrida
3.	1 tip - QVP qancha aholiga xizmat ko‘rsatadi?	1500 tagacha	3500 tagacha	6000 tagacha	10000 tagacha
4.	Ziddiyatli vaziyatlarda vrach o‘zini qanday tutmog‘i kerak?	tinglash va foydali maslahat berish	jahli chiqqanini bildirish	bemorga ko‘p gapirish bilan vaziyatdan chiqish	o‘zini aybdor his qilish kerak
5.	Oilaviy tibbiyotning afzalligi nimada?	bemorning yoshi, jinsi, kasalligidan qat’iy nazar xar tomonlama yordam ko‘rsatilishi	qimmat baho apparatura larni ishlatilishida	maxsus mutaxassis yordamini ko‘rsata olishida	xususiy tibbiyotga yo‘l ochilishida

		da			
6.	Oilaviy poliklinikalarda qaysi mutaxassis vrachlar ishlaydi?	umumiy amaliyot shifokorlari	pediatrlar	terapevtlar	akusher ginekologlar
7.	UASH QVPda SSVning qaysi buyrug'iga asosan ish olib boradi?	№100	№137	№191	№600
8.	Xavf omillari (risk factors) bu -	inson salomatligiga xavf tug'diruvchi, kasalliklarni kelib chiqishi, rivojlanishini yomon oqibatlarga olib keluvchi - biologik, genetik, ekologik, ijtimoiy omillar	tashqi muhitda tarqalgan ekzogen omillar	ichki muhitda tarqalgan endogen omillar	ichki va tashqi muhitda tarqalgan ekzogen hamda endogen omillar
9.	Sog'lom ovqatlanish asoslariga nimalar kirmaydi?	hayvon yog'idan ovqat tayyorlash	baliq go'shtini iste'mol qilish	mevalarni ko'p iste'mol qilish	sabzavotlarni ko'p iste'mol qilish
10.	Semirishni tasdiqlovchi Ko'rsatkichni aniqlang?	agar TVI 30-39,9 gacha	agar TVI 19-25gacha	agar TVI 25-29,9 gacha	agar TVI 16-19gacha
11.	Tana vazni indeksini me'yoriy Ko'rsatkichini belgilang?	agar TVI 19-25gacha	agar TVI 25-29,9 gacha	agar TVI 16-19gacha	agar TVI 30-39,9 gacha
12.	Qachon	agar TVI 16-	agar TVI	agar TVI	agar TVI

	kamvaznlik deyiladi?	19gacha	30-39,9 gacha	16-19gacha	30-39,9 gacha
13.	Sogʻlom odamga VICH/SPID haqida maʼlumot berish-	birlamchi profilaktika	ikkilamchi profilaktika	uchlamchi profilaktika	oddiy ish
14.	Semizlik asorati sifatida koʻproq uchraydigan kasallik?	arterial gipertoniya	venalarni varikoz kengayishi	hayot davomiyligini kamayishi	metabolik sindrom
15.	OʻzRSSVning №100buyrugʻi qachon chiqarilgan?	2013 yil 4 aprel	2013 yil 18 may	2008 yil 23 mart	2006 yil 5 fevral
16.	Oʻz RSSVning №137 buyrugʻi qachon chiqarilgan?	2013 yil 18 may	2009 yil 23 mart	2008 yil 23 mart	2006 yil 5 fevral
17.	Qandli diabetda metamorfinni tavsiya etish-	uchlamchi profilaktika	ikkilamchi profilaktika	birlamchi profilaktika	oddiy dispansernazorati
18.	Qandli diabetda koʻz tubini oftalmoskop yordamida tekshirib turish-	uchlamchi profilaktika	ikkilamchi profilaktika	birlamchi profilaktika	oddiy dispansernazorati
19.	14 yoshgacha bolalar emalash nazoratida qaysi xujjat yuritiladi?	FN№063	FN№025	F №111	FN№026
20.	“D” nazoratida qaysi xujjat yuritiladi?	FN№030	FN№063	FN№025	F №111
21.	Muloqot nima?	verbal va noverbal axborot	imo-ishora	maʼruza oʻqish	kitob oʻqish

		almashinuvi			
22.	Noverbal muloqot bu-	imo-ishora	nutq	ovoz balandligi	ovoz ohangi
23.	Verbal muloqotga kiradi?	nutq	imo-ishora	mimika	gavda tili
24.	Siydikda ko'p miqdorda oqsil ajralishi nima deb ataladi?	proteinuriya	Leykotsituriya	gematuriya	Silindruriya
25.	Gemoglobin -78 g/l bo'lishi qaysi darajadagi kamqonlikka xos bo'ladi?	2chi daraja	1chi daraja	4chi daraja	3chi daraja
26.	Sog'lom odamda siydikda eritrotsitlar soni nechta bo'lishi mumkin?	1-2ta	5-6ta	10-12ta	4-6ta
27.	Siydik bilan ko'p miqdorda keton tanachalarining ajralishi nima deb ataladi?	ketonuriya	Proteinuriya	gematuriya	glyukozuriya
28.	Normada axlatda leykotsitlar soni nechta bo'ladi?	leykotsitlar normada bo'lmaydi	2-4tagacha bo'ladi	5-6tagacha bo'ladi	10-11tagacha bo'ladi
29.	Kunlik diurezning 2 litrdan oshib ketishi bu...	poliuriya	anuriya	oligouriya	Proteinuriya
30.	Bemorda glyukoza ga tolerantlik testi o'tkazilsa, qondagi qand miqdorini necha soatdan so'ng	2soatdan so'ng	1soatdan so'ng	4soatdan so'ng	3soatdan so'ng

	tekshirish kerak?				
31.	Giperglikemiya qaysi kasalliklarda kuzatiladi?	qandli diabetda	qandsiz diabetda	leykozlarda	piyelonefr itda
32.	Qondagi glyukoza miqdorining me'yoriy Ko'rsatkichi?	3,3-5,5mmol/l	3,3-6,5mmol/l	3,3-9,5mmol/l	5,3-8,5mmol/l
33.	Qamrab oluvchi temiratkida qaysi preparat qo'llaniladi?	atsiklovir	ampitsillin	nistatin	Metrinido zol
34.	Titse sindromi asosiy simptomi ?	2-4 qovurg'a tog'aylarini to'shga birikish joyida og'riq va shishinqirash	tana haroratini ko'tarilishi	ishtaani pasayishi	bo'g'inlardagi og'riq
35.	Ko'krak qafasi paypaslanganda qovurg'a tog'aylarining qalinlashishi qaysi kasallikga xos belgi?	Titse sindromi	ko'krak umurtqa osteoxond rozi	raxit belgisi	jarohatdan keyingi holat
36.	Qamrab oluvchi temiratkida qaysi preparat qo'llanilmaydi?	antibiotiklar	atsiklovir	vazotsiklavi r	Analgetiklar
37.	Ovqat keyin 30 minutdan so'ng epigastral soxadagi og'riq qaysi kasallikga xos belgi?	oshqozon yara kasalligi	12 barmoqli ichak yara kasalligi	gastrit	xoletsistit
38.	Oshqozon yara	amoksatsillin	nitroglitse	serukal	Sinariks

	kasalligida etiologik davot tanlang?		rin		
39.	Yara malignizatsiyasida UASH taktikasi?	onkologga yuboradi	xirurgga yuboradi	UASH davolaydi	bemor davolanmaydi
40.	Surunkali obstruktiv o'pka kasalligiga olib keluvchi xavf omiliga kirmaydi?	jismoniy mashqlar bilan shug'ullanish	tamaki chekish	Adenovirusli infeksiyalar	atrof muhitni iflosligi
41.	SOO'K ni asosiy klinik belgisi:	Hansirash	tana vaznini ortishi	bosh aylanishi	ko'ngil aynishi
42.	O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligida balg'am xarakteri:	shilliq, yiringli	Ko'piksimon	qon aralash	Shilliq
43.	Salbutamol bronxlarni qaysi yo'l bilan kengaytiradi:	gistaminni ajralishini blokada qiladi	bronxlarda alfa-adrenoretseptorlarni blokada qiladi.	bronxlarda alfa-adrenoretseptorlarni selektiv qo'zg'atish chaqiradi	bronxlarni sillik muskullariga to'g'ridan to'g'ri ta'sir qiladi
44.	Nafas qisishning ekspirator tipi quyidagilarning qaysisiga xos:	bronxial astmaga	yurak astmasiga	zotiljamga	o'tkir buyrak yetishmovchiligidan bo'g'ilishga
45.	Pnevmoniyada qaysi preparat birinchi navbatda	antibiotik	adrenoblokatorlar	antigistaminlar	Sulfanilamidlar

	tavsiya etiladi:	lar			
46.	Plevra bo'shlig'iga ekssudat yig'ilishi sabablari?	tuberkulyoz	bronxial astma	YUIK	ko'krak umurtqa osteoxondrozi
47.	Gipoterioz klassifikatsiyasi?	birlamchi, ikkilamchi, uchlamchi, periferik	birlamchi, ikkilamchi, aralash	markaziy, periferik	markaziy, periferik, totalnyy
48.	Ona sutini afzalligi nimadan iborat?	ichak infeksiyasi, virus va bakterial kasallikka qarshi antitelalar bor	ona sutida fermentlar kam	ona sutida oqsillar hayvon sutiga qaraganda 2-barobar ko'p	ona sutida allergik aralashmalar ko'p
49.	Sun'iy ovqatlanish deb nimaga aytiladi ?	shisha idish orqali sutli aralashmalar bilan boqish	sigir suti bilan boqish	ona suti bilan boqish	suyuq ovqatlar berish
50.	Ona tomonidan ko'krak suti bilan boqishga qarshi ko'rsatma qanday?	OITS, silni ochiq shakli, o'tkir ruxiy kasalliklar, xavfli o'smalar	kamqonlik og'ir kechishi	onada moddalar yetishmovchiligi	onada qantli diabet bo'lsa
51.	Bola tomonidan ko'krak suti bilan boqishga qarshi ko'rsatma qachon belgilanadi?	galaktozamiya, fenilketonuriya, laktaza yetishmovchiligi	fiziologik sariqlik	eksudativ kataral diatez	allergik toshmalar toshganda
52.	Bola uchun eng ma'qul himoya nima?	ko'krak sutidagi antitelalar	vaqtida dam olish	ko'tliklarini almashtirish	quyosh nurida sayir

					qildirish
53.	Ko'krak sutining miqdoriga nimalar ta'sir qilmaydi?	onaning yoshi, jinsiy hayot, xayz ko'rish, kesar kesish, ko'p bolalik, ishlash	ovqatning sifati, uyqusizlik	stress, soat bo'yicha ovqatlantirish	ko'krak bilan emizishning kech boshlash
54.	Bolaning sutning yetarlicha olmayotganligi sabablari ona tomonidan bo'lishi mumkun?	ishonchsizlik, bezovtalik, stress, charchash, ko'krak bilan emizishni istamaslik	vaqtida dam olish, ovqatlanish	ishonch bilan emizish,	istalgan farzand
55.	Sut ajralishida oksitoksin refleksi qaysi vazifani bajaradi?	sut ajralishini kuchaytiradi	bachadonni qisqartiradi	ovulyatsiyani susaytiradi	sut ajralishiga ta'sir qilmaydi
56.	O'z vaqtida qo'shimcha ovqatlantirish deb qachon aytiladi?	bola 6 oylikdan boshlab sut bilan boshqa qo'shimcha ovqatlar berish	bola 3 oylikda suyuq ovqatlar berish	bola 1yoshidan boshlab qo'shimcha ovqatlar berish	bola 4oylikda go'shtli pyurelar berish
57.	Katta liqildoq qachon bitadi?	12-15oylik bo'lganda.	9-10oyda	1yoshda	2yoshda
58.	Tirik vaksinaga kiradi?	poliyemiyelit, sil qizamiq, epid paratitga qarshi vaksinalar	AKDS-vaksinasi	VGV vaksinasi	qorintifiga qarshi vaksina
59.	AKDS4 OPV-4 vaksinasi qachon qilinadi?	16-oylikda	1yoshda	3-oylikda	6-oyda
60.	Agar bolada qaysi kasalliklar topilsa BSJ	OITS-infeksiyasi, onkologik	streptodermiya	o'tkir bronxit	O'RVI

	revaksinatsiyasi o'tkazilmaydi?	kasalliklar,sil			
61.	BSJ qo'yishga qarshi ko'rsatma xisoblanadi?	homila ichi infeksiyasi,ge molitik kasallik,2-3 darajali chala tug'ilganlik	chaqaloq vazni 3000gr bo'lsa	onasi kamqon bo'lsa	katta vazinda tug'lsa
62.	Emlashga mutloq monellik holatlar?	avvalgi vaksinaga kuchli reaksiya	bolada kamqonlik bo'lsa	bola sun'iy yo'l bilan boqilsa	yallig'lani sh belgilari bo'lsa
63.	Kizamiqqa qarshi 1-chi emlash kachon o'tkaziladi?	1 yoshda	2yoshda	16 oyda	6 yoshda
64.	VGV-1 emlashi qachon o'tkaziladi?	tug'ilgandan keyin 1 chi kuni	3-kundan keyin	5kundan keyin	7kundan keyin
65.	Mantu sinamasidan necha soat o'tgandan so'ng BSJ qilish mumkun?	72-soatdan so'ng	12-soatdan so'ng	18-soatdan so'ng	5-6 soatdan so'ng
66.	ADS-M-6ga qachon emlanadi?	16yoshda	7 yoshda	5yoshda	12yoshda
67.	V-1 pentovaksina qachon qilinadi?	2 oyda	6 oyda	4 oyda	16 oyda
68.	V-3 pentovaksina qachon qilinadi?	4 oyda	2 oyda	5 oyda	1yoshda
69.	Gipervitaminoz D kelib chiqqanda asosiy davo nima?	vitamin D berishni to'xtatish	vitamin D berishni davom ettirish	kalsiy preparatlari berish	sigir suti berish
70.	Gripp kasalligidan keyingi ko'p	pnevmoniya	revmatizm	oyokdagi shish	bugimlar zararlanishi

	uchraydigan asorat?				
71.	Revmatoid artrit o'tkir davrida UASH taktikasi?	bemorni shifoxonaga yotqizish	ambulator sharoitida davolash	vena ichiga suyuqliklar quyish	igna bilan davolash
72.	O'smirlik davrda ko'p uchraydigan kasallik?	depressiya	akli zaiflik	shizofreniya	usmalar
73.	Bronxial astma huriji ko'proq qachon tutadi?	kechasi	ertalab	pehinda	har -xil vaqtda
74.	Bronxial astmada hansirash kanday turda bo'ladi?	eksperator	inspirator	aralash	hansirash bo'lmaydi
75.	Oqsil energiya yetishmovchiligi/ozishning og'ir darajasi?	vaznni bo'yga TVIni yoshga nisbatan-3zchiziqdan past	vaznni bo'yga TVIni yoshga nisbatan-2zchiziqdan past	vaznni bo'yga TVIni yoshga nisbatan -1z chiziqdan past	vazinni bo'yga yoki TVIni +2dan pastligi
76.	Tekkis egri chiziq nimadan darak beradi?	bolaning o'smaganligidan	o'sish me'yorda ketganligidan	o'sish yuqoriligidan	hech narsadan
77.	Rivojlanish jadvalida "0" raqami bilan belgilangan chiziq qanday nomlanadi?	mediana yani o'rta chiziq deb nomlanadi	chiziq egriligi deb nomlanadi	mu'ammo bor deb nomlanadi	yuqori chiziq deb nomlanadi
78.	Z-Ko'rsatkich deb nomlanuvchi boshqa chiziqlar nimani anglatadi?	o'rtacha qiymatgacha bo'lgan masofani	o'rtacha qiymatni anglatadi	mu'ammo borligini	o'sish yuqoriligidan
79.	Ortiqcha vazn ehtimoli borligi qachon ko'rsatiladi?	"1"dan yuqori	-1 dan yuqori	"0"chiziqda	-2dan yuqori
80.	Xronologik yosh nima?	bolani aniq kun oy	bolaning xar bir	bolaning xar bir	bolani xar bir

		yildagi yoshi	o'tkazgan oyi	o'tkazgan kuni	o'tkazgan yili
81.	Juda past bo'y Ko'rsatkichi egri chiziqlikda qanday joylashadi?	-3va undan past	-2va undan past	-1va undan past	0 va -1 oralig'ida
82.	Bola vazni va egri chiziqda-1dan pastda joylashgan, bu qanday baholanadi?	kam vaznlik xavfi	ortiqcha vazn	normadagi vazn	juda kam vazn
83.	Bolani vazni juda kam deb topilsa qaysi vazn egriligining qaysi chizig'ida joylashadi?	-3dan pastda joylashadi	+3dan pastda joylashadi	-2dan pastda joylashadi	-1dan pastda joylashadi
84.	Bola vazni vazn egri chiziqdan +3 dan yuqorida turibdi bu holat qanday?	semizlikdan aziyat chekadi	semirish xavfi bor	Ozg'inlik	me'yorda
85.	Umumiy xavf belgilariga kiradi?	bola suyuqlik icha olmaydi yoki ema olmaydi, suyuqlikdan so'ng qayt qiladi, shaytonlaydi	uyqusiz, bezovta	bolani emishi kam 5-6marta sutkada	ishtahasizlik
86.	Yo'tal yoki nafas qiyinligi bor bo'lgan bolada nimaga baho beriladi?	yo'tal yoki nafas qiyinligi, nafas tezlashuvi, ko'krak qafasini tortishishi, stridorga	yo'talning uzoq davom etishiga	yurak urishi tezlashishi stridorga	o'pkadagi xrillashga va yo'talga
87.	2 oydan 12 oygacha bo'lsa	minutiga 50 marta va	minutiga 60	minutiga 45	minutiga 39martada

	bolaning nafas olishi tezlashgan deb qachon aytiladi?	undan ko'proq nafas olsa	martadan ko'p	marta	n ko'proq
88.	Bola 12 oylikdan 5 yoshgacha bo'lsa nafas tezlashgan deb qachon aytiladi?	minutiga 40 marta va undan ko'p bo'lsa	minutiga 60 martadan kam bo'lsa	minutiga 29 marta	minutiga 36 marta
89.	Stridor nima?	nafas olganda eshitiladigan qattiq tovush	nafas chiqarilganda eshitiladigan tovush	o'pkadagi xryillashlar to'plami	bronxlardagi xryillash
90.	Yo'tal yoki nafas qiyinligini baholashda ahamiyatli?	nafas tezlashuvi, ko'krak qafasining tortilishi stridor	kam yo'tal	nafas pasayishi	balg'amli yo'tal
91.	O'tkir diareyani davomiyligi qancha?	14-kundan kam	14 kundan ortiq	1oydan kam	20 kun
92.	Suvsizlanishni tasniflang?	og'ir, o'rtacha, suvsizlanish yo'q	yengil, o'rtacha	suvsizlanish 1-chi darajasi	og'ir, kam suvsizlanish
93.	Og'ir suvsizlanish belgilari qanday?	letargik, behush, ko'zlari kirtaygan suyuqlik yomon ichadi, teri burmasi juda sekin tekkislanadi	es hushi joyida, suvni kam ichadi, savollarga javob bermaydi	injiq, ko'p qayt qiladi, teri burmasi sekin tekkislanadi	ko'zlari kirtaygan, suvni qayt qiladi
94.	Cho'ziluvchan diareya davomiyligi necha kundan ortmaydi?	2 xaftadan	15 kun davom etsa	7 kun davom etsa	1 xafta va undan ortiq bo'lsa

95.	Og'ir suvlanishda UASH taktikasi?	zudlik bilan kasalxonaga yuboring	v/i suyuqliklar quyung	ko'p miqdorda suyuqliklar bering	qo'shimcha antibiotiklar bering
96.	Paratsetamol qachon beriladi?	harorat baland 38,5dan yuqori bo'lsa	harorat 37S bo'lsa	37-37,5 bo'lsa	harorat 40S bo'lsa
97.	V gepatitga qarshi vaktsinasiyaga qarshi ko'rsatma?	nonvoy xamirturishiga allergik reaksiya	surunkali bronxit	Stomotit	frunkulyoz
98.	VGV-1 vaktsinasi qachon qilinadi?	1-kunlikda	2oyda	6oyda	5-kundan so'ng
99.	KPK-2 vaktsinasi qachon qilinadi?	6-yoshda	1yoshda	16-oylikda	3yoshda
100.	Emlashdan keyin qanday reaksiyalar bo'lishi mumkun?	vaktsina yuborilgan joyda shish, qizarish, infiltrat va regionar limfa tugunlar kattalashish	inyeksiya qilingan joyda terining rangsizlanishi	teri va mushaklar atrofiyasi	qo'pol chandiqlik hosil bo'lishi
101.	BSJ dan so'nggi chandiqlik qancha muddatda hosil bo'ladi?	1yilda	3oyda	6oyda	3yoshda
102.	Axlatda qon bor UASH taktikasi?	zudlik bilan shifoxonaga yuborish	v/i suyuqlik berish	A reja bo'yicha davolash	emizishni to'xtatishni onaga maslahat berish
103.	Bolalarda eng ko'p sariqlikka sababchi bo'luvchi kasallik?	virusli gepatit	xoleostist	pankreatit	gemolitik kasallik
104.	12 barmoqlik ichak-yara kasalligining	Helicobakter pylori	spirtli ichimliklar	noto'g'ri ovqatlanish	psixogen omillar

	asosiy etiologik sababi, bu-		r ichish		
105.	Nospetsifik yarali kolit uchun xarakterli belgi?	tez-tez qonli najas	qorinda tarqalgan og'riq	najasning suyuq kelishi	bo'g'imlar dagi og'riq
106.	OIV bilan kasallangan bemorlarga tibbiy xizmat ko'rsatiladi?	bepul	pulli	shartnoma asosida	sug'urtaga asoslangan

VAZIYATLI MASALALAR

1-Vaziyatli masala.

Sizning QVP umumiy amaliyot shifokori ish faoliyati tamoyili bo'yicha faoliyat yurita boshladi. Sizning xududdagi axolida ushbu ish faoliyati tamoyili bo'yicha ko'plab savollar tug'ila boshladi. Siz maxallalardan birida axoli bilan davra suxbati yoki uchrashuv o'tkazish niyatidasiz.

1. Siz qanday qilib 2-3 jumla bilan qisqa qilib sog'liqni saqlashni tartibga solish xaqida axoliga tushuncha bera olasiz?

2. Ushbu uchrashuvga qanday tayyorgarlik ko'rishingizni ayting?

3. Ushbu tayyorgarlik nimalarni o'z ichiga oladi?

- 1-bosqich: taxminiy o'rganib chiqish – taxlil (auditoriyani o'rganish, ya'ni aynan shu maxalla axolisiga qanday ma'lumot juda muxim, foydali va qiziqarli ta'sir ko'rsatadi)
- 2-bosqich: uchrashuvni rejalashtirish - dizayn (maqsadlarni, vaqtni, zaruriy vositalar va o'tkazish usullarini aniqlash, uchrashuv o'tkazish joyini tanlash va rejalashtirish)

1. Siz ushbu uchrashuvga tayyorgarlik ko'rish vaqtida QVPni yangi ish faoliyati tamoyilining asosiy maqsad va vazifalarini belgilab oling.

- **Maqsad** mavzugagina xos bo'lishi kerak. O'lchanuvchi ya'ni, biron bir qoida bilan tenglashtirib bo'lish yoki bo'lmasligi, erishish darajasi, talab va muxitga mos kelishi, bajarilish vaqti. Bu kabi uchrashuvlarni asosiy maqsadi: berilgan muddat davomida axolining "tartibga solishning asosiy yo'nalishlari va UASH ish faoliyati tamoyili" xaqidagi bilim darajasini oshirish.

Vazifalar:

- UASH asosiy tamoyilini tushuntirish.
- UASH afzalliklarini muxokama qilish va sobiq tizim bilan solishtirish.
- Shu mavzu yuzasidan axolini qiziqtirgan savollarni va muammolarni muxokama qilish.

5. Ana endi siz shu uchrashuvni samarali o'tkazishingiz kerak. Uchrashuvni o'tkazish vaqtida va uchrashuvdan so'ng nimalarni xisobga olishingiz kerak?

- Yordamchi vositalarni qo'llagan xolda muloqotni o'tkazish.
- Auditoriyani suxbatga faol jalb qilish uchun qulay usullarni tanlash
- Savol va javoblar uchun vaqt ajratish

6. Uchrashuvdan so'ng taxlil qiling:

- Uchrashuv natijalari taxlili.
- Baxolash- nimalar ijobiy samara berdi va keyingi uchrashuvda nimalarga urg'u berish zarur? Buni qanday amalga oshirish mumkin?

- Keyingi uchrashuv uchun mavzu tanlash va rejalashtirish.
7. Sizga ma'lumki 1 mijozni va butun bir jamoani bir xil mavzuda o'qitish bir biridan farq qiladi. Ana shu farqlar to'g'risida 2-3 og'iz gap ayting va tushuntirib bering, ular qaysilar?
- Mustaqil o'qitish uchun aniq bir mavzu, gurux uchun esa umumiy mavzu tanlanadi.
 - Masalan gurux uchun kontratsepsiyani barcha turlari xaqida so'z borsa, mustaqil ravishda esa mijozga mos va uni qiziqtirgan turlari tanlanadi.
 - Maqsad va vazifalar: tanishuv va ma'lumot yetkazish – gurux uchun umumiy, mustaqil ravishda esa aniq usul tanlanadi.
 - O'qitish usullari: gurux uchun ma'ruza va jamoaviy muxokama, mustaqil ravishda esa amaliyot.

2-Vaziyatli masala.

Siz poliklinika boshlig'isiz. 1 oy oldin siz o'z muassasangizda xomiladorlarda antenatal parvarish sifatini oshirish loyixasini yo'lga qo'ygansiz. Ushbu loyixaga doimiy ravishda bemorlarni qabul qiluvchi 3 ta UASH, akusher xamshira, ro'yxatxona xamshirasi va ginekolog shifokor jalb qilingan. Bugun xuzuringizga loyixaga jalb qilingan shifokorlardan biri shikoyat bilan kirdi. Uning so'ziga qaraganda u ushbu loyixaga jalb etilgandan beri zo'riqib ishlayotganini va umuman bo'sh vaqti bo'lmayotgani va bunga boshqa shifokorlar xam aybdor ekanlishini aytdi

1. Sizningcha poliklinikada ushbu xolat bo'yicha qanday muammo bor?

Yaqqol namoyon va kutilishi mumkin bo'lgan muammolar: jamoada noxush o'zaro aloqalar (o'zgaralar ustidan shikoyatlarni mavjudligi); majburiyatlarni noto'g'ri taqsimlash va noto'g'ri rejalashtirish, jamoa tarkibi qoniqarli emas. Siz boshqaruvchi sifatida boshqarish qobiliyatiga ega emassiz va jamoada muammolarni muxokama qilish va uning natijalari ma'lumotlarini yetkazish tizimini mavjud emasligi. (uchrashuvlar vaqtini noto'g'ri taqsimlanishi).

2. Siz boshliq sifatida jamoa o'rtasidagi kelishmovchilikni qay yo'l bilan bartaraf etasiz (kelib tushgan shikoyat va shifokorlarni ayblash xususida)?

- Ushbu xolat bo'yicha aniq bir to'xtamli javob berish mushkul, ammo tinglovchilarni fikrlarini baxolash kerak. Masalaga konstruktiv ravishda yondoshgan xolda tinglovchi ushbu kelishmovchilikni ijobiy tomonga xal etishga xarakat qilishi kerak. (bu yerda kompromiss yoki xamkorlik uslubini qo'llagan xolda).

3. Ushbu xolat yuzasidan quyidagilarni payqadingiz: darxaqiqat ayrim ishchilar boshqa bir ishchilarga qaraganda ko'proq ishlayaptilar, ular skrinig majburiyatlarini sidqidildan ado etishmoqda va xattoki asosiy majburiyatlarini xam bajarishga ulgurishmagan. Ushbu xolat yuzasidan sizning xarakatingiz?

Muxim jixatlar:

- Yanada samarador jamoa tuzish, ya'ni nafaqat shifokorlarni balki boshqa xodimlarni xam jalb etish.
- Bunda o'zaro majburiyatlarni bir xil taqsimlash (masalan, tanometrizaatsiya va doimiy ma'lumotlarni yig'ishni tibbiyot xamshirasiga yuklash),
- O'z majburiyatlaridan tashqari qo'shimcha ish bajarayotgan xodimlarni rag'batlantirish (mukofot pullari, mukofotlar, eng fidoyi shifokor yoki eng fidoyi tibbiyot xamshirasi unvonini berish),
- Muassasaning barcha xodimlarini xabardor qilish va jalb etish (tibbiyot xodimlari va boshqa xodimlar).

4. Jamoani shakllantirish uchun qanday tamoyilga tayanish kerak (o'z ixtiyoriga ko'ra, insoniy fazilatlariga ko'ra yoki boshqa usul qo'llab)?

- Instrument PK va umumiy tamoyillar

Aynan shu muassasada mijozlarni xarakat yo'nalishiga bog'liq ravishda jamoani shakllantirish; (yuzaki blok-chizma), GK skriningi bo'yicha to'plangan barcha muassasa xodimlari butun bir jamoa xisoblanadi; jamoa a'zolarining insoniy fazilatlar va xoxish istaklari juda muxim sanaladi, ammo muassasaning shiori bitta bo'lgani uchun jamoaning barcha a'zolari shu shiorga intilib o'z vazifalarini bajarishlari kerak. shuning uchun jamoa tuzishda nafaqat yuqoridagi vaziyat va xolatlarini xisobga olish balki, fikr almashinuv, rag'batlantirish va qayta muloqot tizimlarini yaratish muximdir.

2. Siz jamoaning oxirgi kvartaldagi monitoring natijalarini taxlil qilasiz. Monitoring natijalariga ko'ra shifokorlardan biri o'z burchini to'liq ado eta olmagan. Shu vaziyatda boshqaruvchi sifatida qanday yo'l tutasiz?

- Asosiy konstruktiv yondashuv va tushuntirish: jamoa a'zosini jazolash vaziyatni o'zgartirmaydi– u o'z vazifasini qay tarzda to'g'ri ado etishga ikkilanyapti, bu xodimni o'rnida boshqa xodim bo'lganda xam bu vazifani bajara olmagan bo'lishi mumkin. Eng yaxshi yechim bu muammoni aniqlash va uni qayta o'qitish yoki malakasini oshirish (unga bir qancha vaqt berish va shu vaqt ichida u o'ziga ustoz tanlab bilim olishi va o'rganishi kerak, buni siz nazorat qilib borishingiz zarur.

3-Vaziyatli masala.

“Muammoli bemor” Shifokor xuzuriga 30 yoshli erkak tomoqda, belda, orqa tomonda og'riq, jig'ildon qaynashi va quruq yo'tal shikoyati bilan murojaat qildi.

1. Ushbu bemorga tashxis qo'yish uchun qanday savollarni berasiz?

- Kasallik yoki simptomlarni davomiyligi
- Kasallikni nima bilan bog'laydi?
- Qanday qo'shimcha simptomlar mavjud?
- Zararli odatlari
- Kasbi.
- Qanday dori vositalarini qabul qiladi?

Qo‘shimcha ma’lumot: bemor o‘zini 1 yildan beri bemor deb xisoblaydi. o‘z kasalligini kasbi bilan bog‘layapti, u xususiy klinikada stomatolog shifokor lavozimida ishlaydi. Qo‘shimcha simptomlar- oyoqda, ko‘krak qafasida og‘riq , nevroz xolati. Kuniga 1-2 sigareta chekadi va tez tez spirtli ichimliklar ichadi. Tor mutaxassislar ko‘rigidan o‘tib turadi va sababsiz turli xil taxlillar topshirib yuradi. Tayinlangan davo kursidan norozi va ko‘pincha davlanishni yakuniga yetkazmaydi. YAQNV (NPVS), omeprazol, antibiotiklar va b.q vositalarni qabul qilgan. Tez tez UTT, FGDS, KT, MRT tekshiruvlaridan o‘tib yuradi

2. Ko‘ruvda nimalarga aloxida e’tibor berasiz?

- Teri va shilliq qavatlar xolatiga
- Tayanch xarakat tizimi xolatiga
- Yurak
- O‘pka
- Nevrologik xolatga

Qo‘shimcha ma’lumot: teri qoplamlari toza, orqa devorini shilliq qavati giperemirlangan, bodomcha bezlari kattalashmagan va rangi o‘zgarmagan. Palpatsiyada ko‘krak qafasida nafas chiqarish vaqtida og‘riqbor, bundan tashqari yurak soxasida, belda og‘riq bor va beldagi og‘riq tizzaga uzatiladi. Yurak tonlari bo‘g‘iqlashgan, A/B – 110/70 mm.sim.ust, puls – 86, nafas soni – 22, tana xarorati – 36,6 S. O‘pkada va nevrologik statusda o‘zgarishlar yo‘q.

3.Sizning taxminiy tashxisingiz?

- Bel bo‘limi ostexondrozi
- Tizza bo‘g‘imlari osteortrozi.
- Depressiya
- Nevroz buzilish
- Xavotir

4. Ushbu bemorni konsultatsiya qilish tamoyillari?

- Tinch xolatda bo‘ling va bemorni ko‘ziga tik qarang.
- Bemorga yetarlicha vaqt ajrating (20 daqiqadan kam bo‘lmasligi kerak).
- Oxista, aniq, tushunarli gapiring.
- Bemorni diqqat bilan tinglang, fikrini oxirigacha gapirib bo‘lishini ta’minlang.

5.“Muammoli bemorni” yuritish bo‘yicha tavsiyalar

- Bemor uchun yetarlicha vaqt ajrating va ajratilgan vaqt chegaralanganligini xam tushunib yetishiga imkon bering.
- Bemorni tinchlantirish uchun aytilgan xar so‘zingiz ishonarli va isbotlangan bo‘lishi lozim.
- Xaqqoniy bo‘ling. Bemorga uning muammosi sizning nazaringizda va qarashingizda qanday ma’noga ekanligini aytib bering.
- shifokorning suxbati xam o‘z o‘zidan davo ekanligini tushuntiring.

- Bemor bilan birgalikda boshqa shifokorlarni tanqid qilmang va ularni yomonlamang.
- Bemor o‘zi xoxlamaguncha u bilan aloqani uzming.
- Bemor sizning xamkasblaringizga murojaat qilgan bo‘lsa uni qabul qilishdan bosh tortmang.
- Agar siz bilan bemorning orasidagi aloqa noxush bo‘lsa, uni boshqa shifokor ko‘rigiga jo‘nating.
- Barcha bemorlarga bir xilda yordam berib bo‘lmasligini tan oling.

4-Vaziyatli masala

“O‘layotgan bemor” 52 yoshli ayol jigar o‘smasining IV bosqichi tashxisi bilan. Xozirda bemor simptomatik davu kursini olyapti.

1. Konsultatsiya vaqtida nimalarga e‘tibor berish kerak?

Shifokor bemorni eshita bilishi, noverbal tilni tushunishi, emotsional qo‘llab quvvatlashni, ochiq oydin, ishonarli suxbat o‘tkazishni, xamdardlik bildirishni, savollariga to‘g‘ri va aniq javob berishni, ortiqcha umid uyg‘otmaslikni, savol berishiga imkon berishni, bemor etiyojlarini tushunishi, bemorning ruxiy, ijtimoiy va ma‘naviy extiyojlarini imkon darajasida qondira olishi va qiyinchiliklarni yengishda bemorga dalda bo‘la olishi kerak.

2. O‘layotgan bemorga UASH sifatida qanday yordam bera olasiz?

- Ruxiy, ijtimoiy va ma‘naviy qo‘llab quvvatlash.
- Simptomatik davu;
- Psixoterapiya;
- Parvarishda qatnashish.

3. Simptomatik davu tamoyillarini sanab o‘ting:

- Bemor shikoyatlarini kelib chiqish sabablarini bemorga tushuntirish va anglash, xamda davu taktikasini bemorga bayon qilish.
- Doimiy ravishda bemorni ko‘rib borish
- Iloji boricha juda xam kam preparat turlarini buyurish, buyurilganlarini xam eng minimum miqdorda tayinlash, ayniqsa analgetiklarni.
- Dori vositalarini tayinlash rejimiga amal qilish
- Juda xam zurur xollarda laparatsentez, plevral punksiya o‘tkazish va nervlarni blokadalash mumkin
- Massaj, fizioterapiya, psixoterapiya o‘tkazish va diyeta tayinlash mumkin (bemorni diyetolog konsultatsiyasiga yuborish mumkin)

4. O‘layotgan bemorni davolash vaqtida ko‘pincha qanday vaziyatlar bilan to‘qnash kelish mumkin:

- Kayfiyatni yo‘qolishi
- Xavotir,

- Og‘riq;
- Anoreksiya,
- Ko‘ngil aynishi va qusish,
- Qabziyat.

5. Narkotik analgetiklarni tayinlashda qanday tavsiyalar berasiz?

- Morfinni boshlang‘ich miqdori xar 4 soatda o‘rtacha 4 mg ni tashkil etadi.
- Zaruriy xollarda morfinning 1 martalik miqdori 50 % gacha oshiriladi
- Morfinni tabletkalarda yoki miksturalarda ichish uchun buyurilgani yaxshi.
- Agar bemorda biro bir xarakatdan keyin og‘riq paydo bo‘lsa, u xolda morfinni og‘riq boshlanishidan oldin qabul qilishi kerak.
- Morfinning eng ko‘p uchraydigan nojo‘ya ta‘siri bu – qabziyat. Morfin bilan birgalikda bo‘shashtiruvchilarni buyurish maqsadga muvofiq sanaladi.

5.Vaziyatli masala

2 yoshli bola, kasallik o‘tkir tana xaroratining 38°S gacha ko‘tarilishi, yo‘tal va burninig oqishi bilan boshlangan. Keyingi uch kun ichida bola axvoli yomonlashib, bola bezovtalangan, ishtaxasi tushib, yo‘tal xurujsimon bo‘lgan. Bolada og‘iz atrofi sianozi, akrotsianoz, oral krepatitsiya, ko‘krak qafasining tortilishi kuzatilib, nafas tezligi minutiga 40-45 ta. Perkutor tovush qutichasimon, auskultatsiyada mayda pufakli nam xirillashlar ikkala tomonda diffuz.

Sizning dastlabgi tashxisingiz?

6.Vaziyatli masala

7 oylik bolada ORVI fonida kasallikning 4 kunida bolaning umumiy axvoli og‘irlashib tana xarorati $37,8^{\circ}\text{S}$ ko‘tarildi va shovkinli nafas olib, xansirash ko‘shildi. Auskultatsiyada ikki tomonlama xar xil kalibrdagi xirillashlar eshitildi, nafas chiqarish qiyinlashdi.

Sizning dastlabgi tashxisingiz? Sizning taktikangiz?

7.Vaziyatli masala

Anvar 11 oylik, statsionarga tana temperaturasining ko‘tarilishi 39°S , xansirash, qayt qilish, ishtaxasizlik bilan kelgan.

Qizaloq 3 kundan beri kasal. Kasallik yuqori temperatura va qayta qayt qilish bilan boshlangan. Maxalla vrachiga uchrab davo olgan, lekin effekt bo‘lmagani sababli statsionarga yuborilgan.

Kelganda bola axvoli og‘ir. Tana temperaturasi $39,7^{\circ}\text{S}$. Bexol, NE yaqqol. Teri qoplami kulrang yersimon, og‘iz burun burchagi sianozi, akrotsianoz, teri turgori pasaygan. Qizaloq ozg‘in, muskullar gipotoniyasi bor. Bosh suyak deformatsiyasi, peshona suyagi do‘nglashgan. Katta liqildoq ochiq, 2,5-3 sm, chegaralari yumshoq, ensa suyagi yassilangan. Ikkita tishi bor. Ko‘krak qafasi deformatsiyasi («etikdo‘st» ko‘kragi). kuzatilyapti

Tili karashmali, tomog‘i qizargan. Bo‘yin va qo‘ltiq osti limfa tugunlar nisbatan kattalashgan, og‘riqsiz. Nafas qiyinlashgan, yordamchi muskullar ishtirokida. NE=46-47 minutiga. Perkussiyada o‘ng aksilyar soxasida perkutor

tovushning qisqarishi, auskultatsiyada shu soxada mayda pufakli nam xirillashlar. Yurak tonlari bo'g'iq, taxikardiya.

Qorni nisbatan dam. Jigar qovurg'alar ostidan 3smga kattalashgan, taloq 1mm.

Siyishi rovon. Ichi suyuq, 3-4maxal kuniga.

Sizning dastlabgi tashxishingiz?

Tashxis: Pnevmoniya, o'choqli, og'ir, o'tkir kechishi. NE II darajasi

Qo'shimcha: Raxit I daraja

8.Vaziyatli masala

11 yoshli bola. Adinamiya va xolsizlikka shikoyati bor. Tashqi ko'rinishi qoniqarli. Ko'ruvda teri va shilliq qavatlar rangi oqargan. Periferik limfatik tugunlar birlashgan, palpatsiyada barcha guruxlar seziladi. Jigar va taloq kattalashmagan. Yurak chap tomonga kattalashgan, yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitiladi. Periferik qon taxlilida gemoglobin 80 g/l, eritrotsitlar - $2,4 \cdot 10^{12}$ g/l, rang Ko'rsatkichi - 0,8, leykotsitlar $3,5 \cdot 10^9$ g/l, ECHT - 71 mm/ch, neytrofillar 12%, monotsitlar - 4%, gemotsitoblastlar - 82%, plazmatik xujayralar - 2%, anizotsitoz, makrotsitoz.

Sizning muloxazangiz (yuqoridagi simptomokompleks qaysi sindromdan darak beradi?)

Javob:2- darajali Kamqonlik sindromi.

9.Vaziyatli masala

6 yoshli bola. Anamnezida me'daning yara kasalligi aniqlandi. Ko'ruvda teri va shilliq qavatlar oqargan. Periferik limfa tugunlari, jigar va taloq kattalashmagan. Periferik qon taxlilida: eritrotsitlar $1,5 \cdot 10^{12}$ g/l, gemoglobin 105 g/l, rang Ko'rsatkichi - 1,2, retikulotsitlar - 15 %. Leykotsitlar miqdori va leykotsitogramma me'yorida.

Sizning muloxazangiz (yuqoridagi simptomokompleks qaysi sindromdan darak beradi?)

Javob: me'da yarasidan qon ketishi xisobiga qon yo'qotish.

10.Vaziyatli masala

Dildora 37 yoshda, bosh og'rig'i, tez charchab qolish, uyquchanlikka shikoyat qiladi. A/B 150/100. Qishloqda yashaydi, 3 ta bolasi bor.Ishtahasi o'rtacha, ilgari balg'ami, siydigi va axlatida qon ajralmagan. Homiladorligida qon bosimi ko'tarilgan.

Savollar: Obyektiv ko'ruvdan qanday ma'lumotlarga ega bo'lish kerak?.

Obyektiv ko'ruvda: terisi quruqlashgan, tili quruq, kulrang karash bilan qoplangan, yuzi biroz shishgan. Ekzoftalm yo'q. Tana xarorati 36.9C. Puls 86 marta. Yurak auskultatsiyasida shovqinlar yo'q. O'pkasida vizikulyar nafas. Qorni yumshoq, jigar va taloq kattalashmagan.

Savollar: Qiyosiy tashxisingiz? Qaysi tashxis ko'proq mos keladi?

Javob: 1. Kamqonlik (temir tanqisligi bo'lishi mumkin). 2. Yurak kasalliklari (yurak nuqsoni). 3. Piyelonefrit. 4.Kollagen kasalliklar (SKV).

Tekshiruv rejasi?

Javob: qon taxlili, retikulotsitlar, ECHT, umumiy peshob taxlili.

Laborator tekshiruv natijalari: Leykotsitlar (x 10⁹/l) - 10,5, Eritrotsitlar (x 10¹²/l) - 3,9, Gemoglobin (g/l) - 123, ECHT (mm/s) - 5, Umumiy peshob taxlili-miqdori -250 ml, Rangi – och sariq, tiniqligi – xira, rN- 5,4, hidi –odatdagidek, nisbiy zichligi -1,040, oqsil-0,66 g/l, Mikroskopiya: shilliq me'yor atrofida, leykotsitlar gurux bo'lib 100 hujayragacha, epiteliy hujayralari-1-2 ko'ruv maydonida, siydik qopi epiteliy hujayralari joylarda qisman katta guruxlar bilan, silindrlar-gialinli 2-3 preparatda, tuzlar – kalsiy oksalat.

Muhokama uchun quyidagi savollar beriladi:

- Laborator tekshiruvda qanday o'zgarishlar aniqlanadi?

Javob: UQT –Ko'rsatkichlar me'yorida.

- Siydik taxlilida qanday o'zgarishlarni ko'ryapsiz?

oqsil me'yoridan ko'p, leykotsitlar ko'p miqdorda, jomchalar va siydik qopi epiteliysi me'yorida bo'lishi kerak emas.

Sizning qiyosiy tashxisingiz? Qaysi javob to'g'ri?

Javob: surunkali piyelonefrit, sistit, surunkali glomerulonefrit.

1. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday qo'shimcha testlar o'tkazish kerak?

Javob: siydik bak.ekmasi, kreatinin va mochevina darajasini tekshirish, UTT diagnostikasi.

11.Vaziyatli masala

Qiz bola 11 yosh. Shikoyatlari xolsizlik, tez charchashga, qorindagi og'rikka. Shu xolat bo'yicha qanday kasalliklarhaqida uylash mumkin. (gepatit, gelmintoz, anemiya, siydik yo'llari kasalliklari)

Tashxisni aniqlash uchun:

Anamnez yig'ish:og'rik ovkat bilan bog'likli, qo'shimcha savollar: ko'ngil aynash, qusish, temperatura kutarilishi, dizuriya, anal sohada qichishish bormi, soch tuqilishi, infeksiyon kasalliklar bilan kontaktda bo'lganmi, oxirgi 6 oy ichida inyeksiya olganmi, xayz sikli to'g'risida so'raymiz.

Obyektiv tekshiruv:teri va shillik kavatlar: (rangi, sariqlik, toshmalar, jigar, taloq, buyrak, qalkonsimon bez, siydik va ahlatini kurish.)

Qushimcha ma'lumot:1 xaftadan beri kasal, og'rik ovkat bilan bog'lik emas, ba'zan kungil aynash, bufetda ovqatlanadi. Singlisi bog'chaga boradi va unda ostritsa aniqlangan. Oxirgi 6 oy ichida inyeksiya olmagan va stomotologda davolanmagan, menzis yuk. Obyektiv- teri va shilliq qavatlar oddiy rangda, qalqonsimon bez kattalashmagan, jigar 1,5 sm ga kattalashgan, siydik va ahlatini o'zgarishsiz.

Shu qizga qanday lobarator tekshiruvlar tavsiya etasiz.

Javob:UKA- anemiya, leykotsitoz, USA- (siydik yullari kasalliklari bartaraf qilish,) axlatda- gijjaga tekshiruv, jigar fermentlari- gepatitni bartaraf qilish.

Qushimcha malumot:

UKA- Nv-100g/l, Er- 3,2x10, leykotsitlar-6,0x10, SOE- 7mm/ch, p-2%, s-59%, l-33%, m-4%, e-2%.

UST- miqdori- 90.0 ml, rangi- sariq, tiniq, zichligi-1020, oqsil- avs, epiteliy-3-4/1,leykotsitlar -5-6/1, er- abs.

Bioximiya- ALT- 2,4mmol/ l, AST-1.8mmol/l.

Sizning tashxisingiz

Virusli gepatit A, sariqlik oldi davri, anemiya 1 daraja.

Taktika:

SESga habar berish, uyda davolansa ham buladi. Sariqlik oldi davri bo'lgani uchun qizni izolyatsiya qilish kerak, maktabda karantin elonqilinadi. Kontaktda bo'lganlarni tekshirish. Ko'p suyuqlik ichish, diyeta, yotok tartibi, o't xaydovchilar va siydik xaydovchi o'tlar.

Hulosa:

Gepatitni erta diagnostika qilish uchun jigar fermentlari aniqlash muhim ahamiyatga ega.

Ahlat analizi

Koprologik tekshiruv:

- Material olish sharoiti, asosiy kaprologik sindromlar.
- Axlatni fizik, ximik xususiyatlari.
- Formasi, rangi, xidi, patologik qo'shimchalar borligi (qon, yiring, shilliq), gijjalar, xazm bo'lmagan ovqatlar- yog', oqsil, uglevod. Xazm bo'lgan bilan xazm bo'lmaganni solishtirish. Olingan natijalarni baholash.
- OITda xazm bo'luvchi va so'riluvchi ovqatlar xaqida suhbat utkazish.

12..Vaziyatli masala

11 yoshli qiz. Shikoyatlari xolsizlik, qorinda og'rik, tez charchash.

- Bu xolatda nima haqida o'ylash kerak. (gepatit, siydik yo'llari infeksiyasi, gelmintoz, anemiya)

Tashxisni aniqlash uchun nima qilish kerak.

Anamnez yig'ish – ovqat bilan bog'lik shikoyatlar, kachondan beri bezovta qilishini so'rash: Quyidagi savollar: Ko'ngil aynash, qusish, tana xarorati ko'tarilishi, dizuriya, tirnoqlar sinishi, sochlar to'qilishi, infeksiyon bolalar bilan kontakt. Oxirgi 6 oy davomida qandaydir infeksiya olganligi. tishlarini davolantirganligi, menstruatsiya sikli xaqida.

Obyektiv ko'ruv – teri va shilliq qavat, oqimtir, sariqlik, toshmalar, jigar, taloq, buyrak, qalqonsimon bez, siydik rangi, axlat rangi.

Qo'shimcha ma'lumot:

1 xaftadan beri kasal. Og'rik ovqat bilan bog'lik. Vaqti – vaqti bilan ko'ngil aynashi bezovta qilishi. Bufetda ovqatlanadi. Siynisi bolalar bog'chasiga boradi va unda dispanserizatsiya vaqtida gijjalar aniqlangan. Oxirgi 6 oy ichida xech qanday infeksiyalar qabul qilmagan. Stomatologda davolanmagan. Menstruatsiyasi yuq. Obyektiv teri va shilliq qavatlari och pushti rangda qalqonsimon bezi kattalashmagan. Jigar kattalashgan + 1.5 sm Taloq normada. Siydik doimiy rangda.

Bu qizga kandy laborator tekshiruvlar o'tkazilishi kerak.

Javob: UKT – anemiya, leykotsitoz, UST (Siydikda infeksiyani yuqligini aniqlash), Najas taxlili gelmint tuxumiga, jigar fermentlari gepatitni rad etish.

Qo'shimcha ma'lumot: UKT- Nv –100 g/l, Er –3,2 x10 /l, leykotsitlar –6,0 x10 /l. ECHT – 7 mm/ch, p-2%, s-59%, l -33%, m-4%, e-2%.

Siydik taxlili: miqdori –90,0 ml, rangi – sariq, tiniq, sol og'irligi - 1020, oksil –abs, epiteliy –3-4/1, leykotsitlar 5-6/1. er- abs

Bioximiya: ALT –2,4 mmol/l, AsT-1,8 mmol/l.

Sizning tashxisingiz: Virusli hepatit A, sariq oldi davri, kamqonlik I darajasi.

Taktika: SES ga xabar berish, uyda davolash mumkin. Qizaloqda sariqlik oldi davri bo'lganligi uchun u yuqumli. Oila a'zolaridan ajratish, maktabda karantin. Alokada bo'lganlarni tekshirish. Ko'p suyuqlik ichish. Diyeta, yotoqli rejim, o't xaydovchi, siydik xaydovchi, o'pkani ishlatish.

Xulosa: Gepatitni sariqlik oldi davrida aniqlash uchun jigar fermentlarining miqdori aniqlash axamiyatiga ega.

13. Vaziyatli masala. SHAM PRINSIPLARI

Qabulingizga 23 yoshli Madina ismli ayol xomiladorlikdan saqlanish usullaridan birini tanlash bo'yicha maslahatga keldi. 1 yoshli qizchasi bor. U nixoyatda charchagan va bezovta ko'rinadi. Turmush o'rtog'i hozirgi vaqtda ishsiz. Qaynonasi juda nabira ko'rishni xoxlaydi. Qaynonasi Madinani o'g'il nabira tug'ib berishini va yoshligida tug'ib olishini xoxlaydi. Yaqinda Madinani QVP da xamshiralik ishiga taklif qilishgan edi. Turmush o'rtog'i va qaynonasi ishlashiga qarshi.

1. Ayolni qanday muammolari bor?

- Oilada iqtisodiy muammo borligi (Madina va turmush o'rtog'ining ishsizligi)
- Oiladagi nosog'lom muxit va kelishmovchiliklar.
- Reproktiv salomatlik prinsiplarini bilmasligi (tug'ruq orasidagi intervalni saqlamaslik, qaynonasidan qo'rqish, tug'ruqni yoshga bog'liqligi "yoshligida tug'ib olish kerak").

2. Madinani vrachga murojat qilishini asosiy sababi nimada deb o'ylaysiz

- Oiladagi kelishmovchilik va mojoralar.
- Hozirgi vaqtda Madinani ishlashi muxim ekanligi, 2-chi farzandini tug'ish vaqti emasligini, eri va qaynonasi qanday yo'l bilan ishontirish mumkinligi xaqida yordam so'radi
- Xomiladorlikdan saqlanish vositasidan foydalanayotganligini qaynonasi bilmasligi, shuning uchun BIV qo'yib qo'yishlari va tabletka ichishni xoxlamayotganligini aytadi

3. Sizga samarali konsultatsiya olib borishingiz uchun SHAMni qaysi ko'nikmalari yordam beradi

- Xar bir odamni qadryat va idrokini xurmat qilish kerak
- Muloqatning verbal va noverbal ko'nikmalari (ATRJTJ, XOENT, STG)
- Suxbatni faol tinglab savollar berish bilan olib boring
- Maqtang, rag'batlantiring tarqatma materiallardan foydalaning

4. Siz Madinaga xamma xomiladorlikdan saqlanish vositalari xaqida maslahat berdi. Ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarini xisobga olgan holda AOK tabletkasini tavsiya qildingiz (u bolasini hozir ko'krak suti bilan boqmaydi). Lekin ayol BIVdan foydalanishni xoxlayapti, lekin anamnezida 18 yoshida salpingit bilan davolangan.

Bu xolatda siz qanday yo'l tutasiz?

- mijoz ma'lumotga ega bo'lgan xolda qaror qabul qilish kerak (xar tomonlama olib borilgan maslahatdan keyin, nima sababdan rozi yoki norozi ekanligini tushuntirishi kerak).

5. Kelini xomiladorlikdan saqlanish vositasidan foydalanyotganligini eshitib uni ayblab, bir kundan keyin Madinani qaynonasi qabulingizga keldi. Nimalarga asoslanib siz o'zingizni oqlaysiz?

- Konsultatsiyaning asosiy prinsiplari: mijoz fikrini qadrlash, hurmat qilish.
- Etnik tomonlari - konfidensiallikni saqlash, mijozni ruxsatisiz qarorini e'lon qilmaslik.
- Klinik tomonlari (tug'ruqlar orasidagi intervalni saqlash, oilani rejalashtirish tomonlari)

14. Vaziyatli masala

2 yoshli bolada onasi emlashdan voz kechyapti. Nevropatolog esa kalendar bo'yicha emlashni tavsiya etmokda, ona bilan suxbat o'tkazing.

15. Vaziyatli masala.

Bola 10 yosh, baliq ushlagandan keyin 4 soat o'tib, nafas yetishmovchiligi rivojlangan. O'pka auskultatsiyasidamayda pufakli xriplar, umumiy qon analizi o'zgarishsiz.

1. Tashxisingiz?
2. Qanday qo'shimcha tekshirish o'tkazish kerak?
3. Davo taktikangi?

16. Vaziyatli masala

Byemor furazalidon ichib davolangan. Nafas yetishmovchiligi kuzatilgan, o'pkada krepatatsiya, periferik qonda tekshiruvlar o'zgarishsiz.

1. Tashxisingiz?
2. Qanday qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish kerak?
3. Davo taktikangiz?

17. Vaziyatli masala

8 yoshli bemor. Kasallik o'tkir boshlangan, 2chi kun chap tomonlama segmentar pnevmoniya bilan og'riyapti. Bolaning axvoli og'ir, yo'tal yuzaki, og'riqli, istimasi bor, rangpar, chap tomonini qilib yotibdi, ko'krak qafasi chap tomonda nafas olishda orqada qolgan va shu tomonda qovurg'alar oralig'i tekislangan. Ro grammada ko'ks oralig'i o'ng tomonga siljigan, chap tomonda qorayish.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Nima qilishingiz kerak?

Davolang?

1. Sinpnevmonik plevrit.
2. Xirurg konsultatsiyasivatezkor plevral punksiya.
3. Xirurgik bo'limga o'tkazish, davolash maqsadida plevral punksiya, sezuvchanligiga qarab antibakterial terapiya.

18.Vaziyatli masala

Profilaktik ko‘ruvida umumiy Amaliyot Shifokori, anketani to‘ldirganda 15 yosh bola fe’li juda yomon, o‘zini yoshidagi bolalar Bilan urushadi, darslardan qochadi. Oilasida o‘zidan tashkari Yana 3 ta bola bor.Otasi uyda kam bo‘ladi, pul topish bilan ovora onasi uy ishlari bilan band. Onasi bolasini maktab darslariga bormayotganini eshitib xayron bo‘ldi. Oilada aka-ukalar bir-bir bilan tez-tez urushadi, onasiga xoxlamasdan yordam berishadi.

Talaba uchun savollar:

1. Sizning tashxisingiz?
2. Shu xolatga kanday vajlar va zararli faktorlarni sanab bering.
3. Sizning boshlangich taktikangiz.
4. Agar muammoni shunday xal qilish mumkin bo‘lmasa, boshqa maslaxatlar berish kerak?

O‘qituvchi uchun ma’lumot:

1. O‘spirinni xulk-atvori buzilgan.
2. Oilada bir-biri bilan muloqot buzilishi sababli, bola nima qilish mumkinligini bilmaydi, ota-onasi bolani nima bilan shug‘ilanayotganini bilmaydi, bolalar ota-onalari bilan muloqati pasaygan, bolalar oilada bir-biri bilan mulokati yaxshi emas.
3. UASH boshqa tibbiyot xodimlar bilan ota-onalarga tarbiya qilishni so‘z va sezgi bilan o‘rgatadi.
4. Oilaviy yordam markaziga murojat qilish kerak.

19.Vaziyatli masala

N ismli ayolni so‘zicha uning suti kam uning bolasi 3 oylik va har doim yig‘laydi, hamshiraning aytishicha uning tana vazni yaxshi ortmagan (oxirgi oyda u tana vazniga 200 gr qo‘shgan. N ismli ayol uy ishlarini o‘zi olib boradi, shuning uchun ham u juda band. U bolasini 2-3 marta va kunduzi vaqti bo‘lganda 2 martaga yaqin emizadi. U bolasiga boshqa hech qanday ovqat va suyuqlik bermaydi.

N ismli ayolga nisbatan xissiyotlaringizni bildirish uchun nima degan bo‘lar edingiz? «Siz juda band bo‘lganingiz sababli bolangizni ovqatlantirish uchun vaqt topishga qiynalyapsizmi?»

Siz nima deb o‘ylaysiz kanday sababga ko‘ra N ismli ayolning bolasi yetarli miqdorda sut olmayapti?

N ismli ayol bolasini yetarlicha tez-tez emizmayapti.

N ismli ayol bolasiniko‘kragi bilan ko‘proq emizib turishi uchun, siz qanday taklif qilgan bo‘lar edingiz?

U bolasini ko‘kragi bilan tez-tez emizib tura olishi uchun bolasini o‘zi bilan olib ketish iloji bormi?

U bolasini ovqatlantirishi uchun, unga biror kishi bolasini ish joyiga keltirib turishni iloji bormi?

U bolasiga qoldirib ketishi uchun ko‘krak sutini sog‘ib ketishga imkoniyati bormi?

20.Vaziyatli masala

P ismli ayol 19 yoshda. Uning bolasi 2 kun oldin tug‘ilgan va u sog‘lom 2 marotaba u bolasini ko‘kragi bilan emizishga xarakat qilib ko‘rgan.Lekin uning ko‘kraklari xali

xam yumshoq shuning uchun xam u sutim yo‘q va ko‘krak bilan emiza olmayman, deb o‘ylayapti. Uning yosh eri shishacha va ba‘zi bir sun‘iy aralashmalarni sotib olishni tavsiya qilgan.

- 1.P ismli ayolning kukrak sutiga nisbatan fikrini qabul qilishingiz uchun siz nima degan bo‘lar edingiz?
- 2.Nima sababdan P ismli ayol ko‘krak bilan emiza olmayman, deb o‘ylayapti?
- 3.Uning ishonchini oshirish uchun siz qanday o‘rinli ma‘lumot bergan bo‘lar edingiz?
- 4.P ismli ayolga siz qanday amaliy yordam ko‘rsatishingiz mumkin?

21.Vaziyatli masala

N ismli bola 3 yoshda, onasi bolasining ozg‘inligidan, ovqat yeyishga injiq qilishidan shikoyat qilyapti, onasining aytishicha oilaviy sababga ko‘ra farzandini 2 oyga qarindoshlari qaramog‘iga qoldirgan.

- 1.Bolaning kam vaznligini sababini aniqlang?
- 2.Bola nima bilan ovqatlantirilgan?
- 3.Bola har gal ovqatlanganda qancha ovqat yeydi?
- 4.Bola kuniga necha marta ovqatlanadi?

22.Vaziyatli masala

1.Bola 3,5 kg vaznda o‘z vaqtida tug‘ildi, bo‘yi 53 sm, bosh aylanasi 35 smni tashkil qilgan. Ikki yoshda normal o‘sish va rivojlanishda bolaning bo‘yi uzunligi kanchani tashkil kiladi?

2.Sog‘lom bolani tug‘ilgandan to 3 yoshgacha tana bo‘yini grafigini chizing.

3.Bolani rivojlanishini tempini bola tug‘ilgandagi, 1 oyligidagi, 3 oyligidagi, 12 oyligidagi Ko‘rsatkichlar asosida baxolash mumkinmi?

Bola tug‘ilganda vazni 3.300 bo‘lgan, 1 oylikda – 3.9500 g, 3 oylikda 5,800 g, 8 oylikda – 85000, 12 oylikda – 92000 g. Bolada tana vazni Ko‘rsatkichlari xar bir srokda o‘lchamlarining normal Ko‘rsatkichlariga mos keladimi? Bu Ko‘rsatkichlar asosida bola kachondan boshlab o‘sishda va vazn qo‘yishda orqada qola boshlaganini aniqlash mumkinmi? Bolaning kachondan boshlab o‘sishi va rivojlanishida orkada kola boshlaganini aniqlash nima uchun zarur?

4.Bolaning bosh aylanishi tug‘ilganda 35 sm. bu Ko‘rsatkich 1 yoshda qanday bo‘ladi?

- A 40 sm
- B 42 sm
- V 44 sm
- G 46 sm
- D 48 sm

5.Tug‘ilganda bo‘y uzunligi 52 sm bo‘lgan, 1 yoshligida vazni 8 og, bo‘y uzunligi 78 sm bo‘lgan bolaning oziqlanish xolati va vazn – bo‘y indeksini xisoblang.

6.Kaysi vazn – bo‘y indeksi oziklanishning og‘ir oksil – energetik yetishmovchiligiga mos keladi.

23.Vaziyatli masala.

32 yoshli ayol isitma, ozib ketish va surunkali diareya shikoyati bilan shifokorga murojaat qildi. Oxirgi 6 oy mobaynida najas sutkasiga bemor taxminiga ko‘ra 8

martagacha keladi. Ko'p xollarda najasda qon bor. Bemor tana vaznini 10 kg ga yo'qotgan. Oxirgi 6 oy davomida bemorning isitmasi yuqori bo'lib 1-2 kundan keyin pasayib va yana ko'tarilib turgan. Ilgari bemor va uning oila a'zolari me'da va ichak tizimi kasalliklari bilan og'rimagan.

Ko'ruv vaqtida bemorning axvoli qoniqarsiz. A/B 130/70, puls 108, doimiy. Qorinni palpatsiya qilganda ximoya simptomisiz tarqoq kuchlanish bor. Rektal tekshiruv vaqtida to'g'ri ichakdan qon ketish va shilliq bor.

Sizning taxminiy tashxisingiz va tekshiruv usullari?

To'g'ri javob: NYAK tashxisi, tekshiruv usuli - kolonoskopiya

24. Vaziyatli masala.

33 yoshli bemor o'zini 2 oydan buyon bemor deb xisoblaydi. Boshlanishida unda Gripp belgilari va bo'g'im va mushaklarida og'riq bo'lgan. Oxirgi hafta ichida unda sariqlik paydo bo'lgan. U o'zini juda xolsiz va uyquchan xis qilyapti.

1-Savol: Ushbu simptomatika bilan qanday kasalliklar kechadi?

Javob: Talabalar o'pka, jigar va buyrak kasalliklari, surunkali charchash sindromi, tizimli kasalliklar kabi misollarni keltirishlari mumkin.

Sariqlik

2-Savol: Bemorga qanday savollarni berishni istaysiz?

Javob: Simptomlarni sababi va davomiyligi. Ilgari xam sariqlik kuzatilganmi? Isitma, bemorlar bilan aloqa, safarga chiqish, v/i inyeksiyasi, qon quyishlar, alkogol, chekish, dori vositalarining qabuli. Najas va peshobni rangi, qo'shimcha simptomlar: qorinda og'riq, ozish, diareya, steatoreya.

Qo'shimcha ma'lumot: Bemor oilali va 2 nafar farzandi bor. U aeroportda ashyolarni saralash bo'limida ishlaydi. Kuniga 10-20 sigareta chekadi va sutkasiga 6-7-litr pivo yoki ayrim xollarda aroq ichadi. U shaxardan tashqariga chiqmagan va foxishalar, bachchabozlar bilan aloqasi yo'q. Lekin 6 oy oldin u avtomobil avariyasiga uchragan va unga qon quyishgan. U xech qanday dori vositalarini qabul qilmagan va sariqlik ilgari kuzatilmagan. Qornida og'riq yo'q, ammo oxirgi 6 oy ichida 4 kg tana vaznini yo'qotgan. Najas va peshobining rangi o'zgarmagan. Isitma sezilmagan.

3-Savol: Ushbu bemorni ko'rish tartibi qanday?

Javob: Tana xarorati, xayot uchun muxim a'zolar funksiyasi- AB, YUQS (CHSS), terini, shilliq qavatlarni, qo'l kaftini (palmar eritema, teleangioektaziya, meduza boshi, inyeksiya izlari, taroq izlari) ko'zdan kechirish. Qorin, jigar taloq palpatsiyasi, rektal ko'ruv).

Qo'shimcha ma'lumot: Ko'ruv vaqtida tana xarorati 37,5, AB 100\70, YUQS (CHSS) - 98, doimiy, jigarni sezilarsiz darajada kattalashishi, jigar qattiq va qo'l bilan tegilganda og'riq bor. Taloq sezilmadi, portal gipertenziya belgilari aniqlanmadi.

4-Savol: Sizning taxminiy tashxisingiz?

Javob: Infeksion gepatit + jigarni alkogoldan zararlanishi.

5-Savol: O'tkazilishi muxim sanalgan tekshiruvlar?

Javob: jigar fermentlari, bilirubin, HbsAg, gepatit S antitanalari

Jigar fermentlari va bilirubinning me'yoriy Ko'rsatkichlari. Sariqlik simptomi bor bemorni so'rab surishtirish va ko'rish. Sariqlik bu qon zardobida bilirubin miqdorini oshishi natijasida teri va shilliq qavatlar rangini sariq rangga kirishidir.

Qon tarkibida jigar fermentlari va bilirubinning me'yoriy Ko'rsatkichlari.

Umumiy - 8,6 -20,5 mkmol/l (0,5-1,2mg%) 1 mg%- 17,104 mkmol/l(koeffitsiyent)

bog'langan - 2,57 mkmol/l (0,15 mg%) yakka - 8,6 mkmol/l (0,50 mg%) - 75% umumiy Ko'rsatkichdan.

ALT - 0,1-0,68 mmol/l

AST -0,1-0,45mmol/l

Ishqoriy fosfataza - 1,0-3,0 mmol/l

Kalit savol:

1. Najas/peshob rangi
2. Tana vazni
3. Dorilar/alkogol
4. Avvalgi epizodlar
5. Sayoxat (bezgak, gepatit)
6. Tatuirovka
7. Oila va do'stlar
8. Jinsiy aloqalar
9. Inyeksiyalar/Qon quyish/ Jarroxlik amaliyoti/Tug'ish
10. Kasb

25.Vaziyatli masala

Ona 9 yoshli qizini sizning xuzuringizga olib keldi. Shikoyatlari: siydik chiqarish vaqtida og'riq, tezlashgan yolg'on chaqiruvlar sutkasiga 10-15 marta, siydik tomchilab chiqariladi.

1-savol. Ma'lumot yig'ish uchun qanday savollar berasiz?

Javob variantlari: Bu birinchi martami? Isitma bormi? Shishlarchi? Bel va qorinda og'riqlar, poliuriya simptomlari, nikturiya, enurez bormi? Siydik rangi o'zgardimi? (anamnez yig'ish malakasi, to'g'ri savol berish)

Qo'shimcha ma'lumot: bu xolat unda 2 kun oldin yuzaga keldi. Onasi qizcha vannada juda ko'p vaqtini o'tkazib axvoli yomonlashganini sezdi va onasini gapiga ko'ra bu xolat 12 oy ichida 3 marotaba takrorlanishi. Bu xolat ilgari asoratsiz o'tgan va qizcha kechasi siydik tuta olmaydi. Xarorati me'yorida, oilada siydik chiqarish yo'llari va siydik qopi kasalliklari bor bemorlar yo'q.

2-savol. Qizchani ko'rish vaqtida nimga e'tibor qaratish lozim?

Javob varianti: tana xarorati, teri rangi (oqarish), shishlar, buyrakni bimanual palpatsiyasi.

Bemor xaqida ma'lumot: Ko'ruv vaqtida ko'rinishi sog'lom. Bo'yi va tana vazni me'yor Ko'rsatkichlariga mos. Shishlar yo'q, qorni yushshoq va og'riqsiz, buyrakni bimanual palpatsiyasi vaqtida og'riq yo'q.

3-savol. Zururiy tekshiruvlar?

Javob: Umumiy siydik taxlili va siydikni bak ekish.

Qo'shimcha ma'lumot: Siydik taxlilida leykotsitlar miqdori sezilarsiz darajada, bak ekishda- ichak tayoqchalarini o'sishi

4-savol: Taxminiy tashxis?

Javob: o'tkir sistit. Enurez.

Davolash: Ko'p suyuqlik ichish, nitrofuranol yoki amoksitsillin. Vannada ko'p o'tirmaslik (bemorni xabardor qilish).

26. Vaziyatli masala.

43 yoshli biznesmen, jinsiy a'zodan sarg'imgir ajralma kelishiga shikoyat qilib keldi.

Savol 1. Unga qanday savollar berasiz?

Javob: 1. Ajralmalar qachondan beri keladi, ko'pmi yoki kam miqdorda, qichishish bormi, toshmalar bormi, ilgari ham kuzatilganmi, dizuriya simptomlari bormi, nima bilan bog'laydi?

2. Uylanganmi, nechta jinsiy partneri bor?

3. Agar unda bittadan ko'p jinsiy partneri bo'lsa prezervativdan foydalanadimi?

4. Boshqa simptomlar? (bo'g'imlari, ko'z, teri infeksiyasi).

5. Partnerida ham shunday belgilar bormi?

6. Diareya, ozib ketish, tez-tez infeksiyalar bilan og'rish, isitmalash kuzatiladimi?

7. Zararli odatlari

Qo'shimcha ma'lumot. Siyganda kuchli achishish, og'riq sezadi, 2 kun avval ajralma paydo bo'ldi. Hech narsa bilan bog'lamaydi. 4 yil avval ajrashgan. Begona ayollar bilan uchrashib turadi va hech qachon prezervativdan foydalanmaydi. Ilgari ham bunday holat kuzatilgan, 2 oy avval jinsiy so'gal bo'yicha davolangan. Kuniga 20 ta sigaret chekib va har kuni 4 butilka pivo ichsa ham hech qachon kasal bo'lmagan. Oxirgi paytlarda tez-tez charchab qolayapti, biroq buni ishi bilan bog'laydi.

Savol 2. Ko'ruvda nimalarga e'tibor berish lozim?

Javob: 1. Og'iz bo'shlig'i, jinsiy a'zolari, anal teshigi. Terisi, shilliq qavatlari, limfa tugunlari, bo'g'imlari va ko'zlari.

Qo'shimcha ma'lumot. Bo'yi 186, vazni 94 kg. Temperatura-37.2°S. Og'iz shilliq qavati toza, Terisi toza, biroq jinsiy a'zolar atrofida qichish izlari bor, sinchiklab qaralganda jinsiy bitlar tuxumlari va jinsiy a'zo ildizi oldida bitlarning o'zi aniqlanadi. Chov limfa tugunlari ikkala tomonda kattalashgan, og'riqli, jinsiy a'zo ko'rilganda yiringli ajralma aniqlanadi.

Savol 3. Tashxisingiz?

Javob: JYBYUK. Gonoreya. Qovuq bitlari.

Savol 4. Bu kasallikdan qanday himoyalaniish mumkin - sog'lom turmush tarzini kechirish. Iloji bo'lmasa - himoya vositalaridan foydalanish (prezervativlar, spermitsidlar).

27. Vaziyatli masala.

Ilgari hech qanday shikoyati bo'lmagan 23 yoshli ayol, 3 oy oldin bo'g'imlarida og'riq seza boshladi.

Savol 1. To'g'ri tashxis qo'yish uchun bemorga qanday savol berasiz?

Javob: - ko'proq qaysi bo'g'imlar shikoyat qiladi? - o'tkir artrit simptomlari bormi (qizarish, shish, harakatning chegaralanishi)? shikastlanish simmetrikligi, boshqa simptomlar, davolanganmi?

Qo'shimcha ma'lumot. Dastavval og'riq qo'l va oyoq bo'g'imlarida paydo bo'ldi, so'ngra ikkala qo'l barmoqlari mayda bo'g'imlarida shish va og'riq bezovta qila boshladi. Tez charchab qolayapti, isitmasi bor. Uning ko'zlarida qizarish va og'riq paydo bo'ldi va nafas olganda ko'krak qafasida og'riq bezovta qilayapti. Yirik bo'g'implarda og'riq va shishlar yo'q.

Savol 2. Tashxis qo'yishga yordam beruvchi qo'shimcha ma'lumot? (oila anamnezi, ginekologik, urologik muammolar. Unda ginekologik yoki urologik muammolar yo'q. Dorilardan faqat oral kontratseptivlar qabul qiladi. Oilada hech kimning bo'g'implari og'rimaydi.

Savol 3: Differensial tashxis? (revmatizm, revmatoid artrit, reativ artrit).

Savol 4. Bemor ko'ruvi?

Qo'shimcha ma'lumot. Ko'ruvda: ikkala qo'l barmoqlari mayda bo'g'implari shishgan, og'riqli. O'pkada plevrit belgilari. QB 100/70, puls 100, regulyar.

Shunday qilib tashxis episklerit va plevrit bilan asoratlangan RA. Davosi –NYAQV va holatni nazorat qilish.

28. Vaziyatli masala.

45 yoshli erkak sanatoriydan dam olishdan qaytdi. Ketishdan avval unda kuchli ovqatdan zaharlanish bo'lgan. Shundan so'ng chap tizzasi shu darajada shishib ketdiki, oyoqlarini bosa olmadi.

Savol 1. Qanday differensial tashxis qo'yasiz?

Talabalar ryeaktiv artrit, podagra yoki DOA, tizza jarohati va b. deyishlari mumkin.

Savol 2. Qanday qo'shimcha ma'lumotlar sizni qiziqtiradi?(boshqa bo'g'implar, orqasida og'riq, ko'z, uretra shikastlanishi, yaqin oradagi seksual aloqa, alkogol qabul qilgani?, bo'g'im va ichak kasalliklari bo'yicha oilaviy anamnez)

Qo'shimcha ma'lumot. Boshqa bo'g'implar bezovta qilmayapti, biroq orqasida va tovonida og'riq, ko'zlari og'rishi, ertablari yopishib qolishi, hamda siyganda achishish paydo bo'ldi. Yaqin orada seksual aloqada bo'lmagan, biroq 2 yil avval shunga o'xshash simptomlar kuzatilganda shifokor begona ayol bilan himoyalangan jinsiy aloqa sabab bo'lganligini aytgan. U ichishni yaxshi ko'radi, biroq alkogol faqatgina yaqindan beri tizzadagi og'riqni qo'zg'ata boshladi. Onasida - Kron kasalligi

Tashxisingiz? Reyter kasalligi (simptomlar triadasi oshqozon-ichak trakti infeksiyalari, urogenital infeksiyalar bilan zo'rayadi).

29. Vaziyatli masala.

63 yoshli ayol, to'ladan kelgan, kutubxonachi bo'lib ishlaydi, oyoqlarida kuchli og'riq bezovta qiladi. Anamnezdan yaqinda sut bezi raki bo'yicha ximioterapiya olgani ma'lum bo'ldi.

Savol: ayolda qanday holat kuzatilgan?

Javob: rakning suyakmetastazi.

30. Vaziyatli masala.

45 yoshli erkak chap tizzasida kuchli og'riqqa shikoyat qilib keldi. Yarim soat avval tizzasi bilan yiqilgan va shu joyi shishib ketgan.

Savol: erkakda qanday holat kuzatilgan?

Javob: tizza bo'g'imigemartrozi.

31.Vaziyatli masala.

68 yoshli semiz ayol, oyoqlari doim og'rishiga shikoyat qilib keldi. Og'riq asosan tizza sohasida harakat qilganda, yurganda, zinadan pastga tushganda bezovta qiladi.

Savol: ayolda qanday holat kuzatilgan?

Javob: Osteoartroz.

32.Vaziyatli masala.

65 yoshli erkak, 2 avval avtomobil avariya natijasida umurtqa jarohatini olgan. Ba'zida dumba sohasiga uzatiluvchi beldagi og'riqqa shikoyat qiladi. Tanasining harakati cheklanganini bildiradi.

Savol 1.Bemorga qanday qo'shimcha savollar berasiz?

Javob: og'riq xarakteri – (to'mtoq, ezuvchi, doimiy), og'riqni nima kuchaytiradi (intensiv zo'riqish, egilish, uzoq vaqt turish yoki o'tirish), nima og'riqni kamaytiradi (yotgan holat, maxsus mashqlar)

Savol 2. Bemorga qanday qo'shimcha tekshiruv tavsiya etasiz?-

Javob: umurtqa rentgenografiyasi

Savol 3. Dastlabki tashxisingiz?

Javob: umurtqa bel sohasi osteoartrozi

Savol 4. Bemorga qanday davo tavsiya etasiz ?

Javob: og'riqsizlantirish, NYAQV (og'riq kuchayganda), jismoniy mashqlar va suv bilan davolash, manual terapiya, elektr bilan davolash va igna bilan davolash.

33.Vaziyatli masala.

54 yoshli ayol, orqasida og'riqqa shikoyat qilayapti. O'qituvchi bo'lib ishlaydi, boshning soch qismida psoriasis bor. TVI -29. Bo'yi 2,5sm ga pasayganini aytdi. 5 yildan beri – menopauza. Orqasidagi og'riq egilganda yuzaga keladi, o'tirganda og'riq kuchayadi.

Savol: Holatning sababi nima?

Javob: Umurtqa sinishi

Savol: nima bilan bog'liq?

Javob:osteoporoz

Savol: Davosi qanday?

Javob:O'rin bosuvchi gormonal terapiya+kalsiy va vitamin D preparatlari, muntazam jismoniy mashqlar, ozish.

34.Vaziyatli masala.

25 yoshli tikuvchi, sexda ishlaydi, orqasida, bel sohasida va kurak o'rtasida og'riq bezovta qiladi. 8 soatlab ishlaydi.

Savol: holat nima bilan bog'liq?

Javob: ishlash vaqtida noto'g'ri o'tirish

Savol: qanday yordam berasiz?

Javob: suyanchig'i regulyatsiya qilinuvchi stul kerak bo'ladi, hamda gimnastika qilish, sohani uqalash.

35. Vaziyatli masala.

34 yoshli ayol 2 kundan beri orqasi o'riyotganiga shikoyat qildi. Isitmasi ko'tarilgan, eti uvushgan, yuzida shish bor, QB 140/100 ga ko'tarilgan.

Savol: Tashxisingiz?

Javob: Siydik yo'llari infeksiyasi - piyelonefritni inkor qilish lozim

Savol: tekshiruv usuli va davosi?

Javob: UST va siydik ekmasi. Empirik biseptol yoki amoksitsillin tavsiya etish mumkin.

36. Vaziyatli masala.

Sizga ko'ringani 16 yoshli qizchani olib kelishdi, uning shikoyatlari: keskin holsizlik, sababi aniqlanmagan yuqori isitma (39,8 gacha), panja va tovon bo'g'imlaridagi og'riq, yuz hamda tovondagi shish. Qizni onasi yana yonoq sohasida toshmalar paydo bo'lganini payqagan

Qizcha 2oydan ko'proq kasal bo'lgan, barchasi 2,5 oy avval yozgi lagerga chiqqanidan so'ng boshlangan, lunjlarida toshmalar paydo bo'lgan, so'ngra boshqa simptomlar, u so'nggi 2-3kun ichida ko'proq qiynalgan, ahvoli keskin yomonlashgan, doimiy bosh og'rig'i bezovta qilgan.

Ko'rikda aniqlandi – temperatura -39,7, umumiy ahvoli o'ta og'ir, taxikardiya 146, xansirash 24 ta minutiga, AD-140/100, yuzida papulyoz xarakterdagi toshma yonoqni qoplagan. **Savol:** Sizning taxminiye tashxisingiz?

To'g'ri javob: tashxis – SQYU.

37. Vaziyatli masala.

Qabulga ona o'z bolasibilankeldi. Ona bolasi 2-3 kundan beri bo'g'imlaridagi va mushaklardagi og'riqga shikoyat qilayotganini takidladi. Bola bir necha kundan beri injiq, horg'in bo'lib qolganini va kecha oyog'ida tomir yo'li bo'ylab va yonbosh sohada toshmalar paydo bo'lganini kuzatgan. Bundan tashqari ona qizining siydigi qizarganini va harorati ham 39°S bo'lganiga etibor bergan.

Savol 1: Sizning taxminiye tashxisingiz va taktika?

To'g'ri javob: gemorragik vaskulit. (Shenleyn-Genox kasalligi), davo to'liq ishlab chiqilmagan lekin kortikosteroidlar yaxshi samara beradi.

Savol 2: Bu kasallikda yana qanday simptomlar bo'lishini so'rang?

To'g'ri javob: Bo'g'im atrofi to'qimasida shish, qorinda og'riq, melena, glomerulonefrit.

38. Vaziyatli masala.

50 yoshdagi ayol. Shifokorga borishga juda qo'rqaman va hayajonlanishni boshlayman, chunki men tibbiy atamalarni tushunmayman. Bir kuni shifokor huzurida bo'lganimda, menga juda ham og'ritadigan ukol qilishdi. Men bu haqida eslashim bilan asabiylashishni boshlayman. Men oxirgi marta QVPda shifokor qabulida bo'lganimda ikki marta qon bosimimni o'lchashdi va 170/100 dan yuqoriligini aytishdi. Men dori ichishni rad qilib uyga qaytdim. Keyingi kuni qo'shnimni oldiga chiqdim, u hamshira bo'lib ishlagani uchun qon bosimimni

o'lchab qo'yishini iltimos qildim, u 130/80 ga teng ekan. U menga bu Ko'rsatkich normal bosim ekanligini aytdi. Endi esa men tushunolmayapman– menda yuqori qon bosimi bormi yoki yo'qmi?

Javob: unda yuqori qon bosimi bormi yoki yo'qmi?

To'g'ri javob: ushu bemorda AGyo'q.AQB ni oshishi ukol olishdagi stress natijasi. Ammo u muntazam ravishda ko'rikdan o'tib, AQB ni o'lchatib turishi lozim.

39.Vaziyatli masala.

50 yoshli erkak shofyor bo'lib ishlaydi. Qon bosimi 2 marta o'lchanganda 150/90 mm.sm.us. aniqlangan. Birkunda 10 ta sigaret chekadi, semiz, diabet belgilari yo'k.

Savol: Asoratni oldini olish uchun, bu bemorga birinchi marta nimatavsiya etamiz.

To'g'ri javob: birinchi o'rinda chekishni kamaytirish, yoki to'xtatish, og'irliginika maytirish kerak.

40.Vaziyatli masala.

35 yoshli erkak militsiya kapitani. Tuylarga va oshgaborishni yoqtiradi. Yog'li go'shtlarni ko'p iste'mol qiladiva tuz sepibeydi. AD – 2 marta 140/100 mm.sm.us

Savol: bemorga sizni tavsiyangiz.

To'g'ri javob: birinchi o'rinda tuzni 5g gacha kamaytirishni va parhez qilishni tavsiya etamiz.

41.Vaziyatli masala.

Og'riq kuchli, nafas olganda va harakat qilganda kuchayadi, chap so'rg'ich to'g'risida ko'ndalang lokalizatsiyaga ega, bir necha soat davom etadi, kechasi boshlanadi, tana holati o'zgarganda kuchayadi. Iliq kompressdan so'ng kamayadi. Bemorda bunday og'riq oldin bo'lmagan. Oilada bunday holat hech kimda yo'q

Savol: Sizning taxminiy tashxisingiz?

To'g'ri javob: Qovurg'alararo nevralgia.

42.Vaziyatli masala.

Bemor ORVI o'tkazgandan keyin, 2 kundan beri to'shni chap tomonidagi og'riq bezovta qiladi, og'riq orqaga o'tkazilyapti, chuqur nafas olganda, holatini o'zgartirganida kuchayyapti. Ko'ruvda chap to'sh qirrasini qalinlashishi.

Savol: Qaysi kasallik xaqida o'ylash mumkin ?

To'g'ri javob: Titse sindromi.

43.Vaziyatli masala.

50-yoshli ayolda yurak urishini tezlashishi va noregulyar ritm.EKGda R tishcha yuk.Ayol 2- oy davomida 6 kg ozgan, tez asabbiylashada va yurak urishiga shikoyat kiladi

javob; Gipertireoz

44.Vaziyatli masala.

Sizning qabulingizga 5 yoshli qizchani olib kelishdi. Onasining gapiga ko'ra, qizcha yugurganda, yurak urib ketishiga, tez charchashga, yurak sohasida og'riqqa shikoyat qiladi.

Savol: Qiyosiy tashhis? (Bolada yurak sohasidagi og'riq anemiya, yurak nuqsoni bilan bog'liq bo'lishi mumkin-xansirash va tez charchash belgilari yurak nuqsoni xaqida o'ylantiradi.)

Savol: Anamnezdan sizni nima qiziqtiradi? (javob: onada homiladorlik davridagi qizamiq. Tug'ruq va erta davrlari qanday kechgan? Ko'p kuzatiladigan infeksiyalar? Bola qanday rivojlangan-bo'yi va og'irligida orqaga qolish yo'qmi? Qon tuflash yo'qmi? Ko'karish?)

Savol: Ko'ruv vaqtida siz nimaga ahamiyat berasiz?

Qo'shimcha ma'lumot: Ko'ruvda siz unda aniqladik: lab va tirnoqlarda biroz uianoz, qizcha yoshiga nisbatan bo'yi va vazni bo'yicha juda kichik. YUQS-124ta minutiga, NS-24ta minutiga.

Yurak chegaralari siljigan: ungga+0,5sm; chapga+1sm.

Botkin nuqtasida-dag'al sistolik shovqin, yurak cho'qqisida-diaistolik shovqin.

Siz qizchani kardiolog va EXOKSga yubordingiz. Xulosa: QAT nuqsoni

Siz qizchani holatini qanday baholaysiz? Javob: Nuqson dekompensatsiyasi boshlanayotgan bo'lishi mumkin, chunki unda YUYE belgilari-rivojlanmoqda.

Bunday vaziyatda UASH taktikasi nimadan iborat? Qizchani kardioxirurg konsultatsiyasiga yuborish kerak, chunki nuqson operativ tiklanishi kerak.

45.Vaziyatli masala.

Shifokor xuzuriga 10 yoshli qiz keldi. Shikoyati tana xaroratini 39 S gacha ko'tarilishi, nafas olganda yo'tal va ko'krak qafasini chap tomonida og'riq. Anamnezidan kasallik o'tkir, tana xaroratini ko'tarilishi bilan boshlagan. 4 kundan beri yo'taladi va ko'krak qafasini chap tomonida og'riq bor. Ko'ruvda bola bo'shshagan va majburiy xolatda. O'pka auskultatsiyasida to'mtoq tovush eshitiladi. Taxlil natijalari: N -112g/l RK-0.9 Yeg -4.1x10, Leykotsitlar-23x10, p/ya-12%, s/ya-72%e-1%, ECHT-60mm/s Rentgenografiyada: chap tomonlama qorayish, diafragmal sinus aniqlanmagan.

Sizning tashxisingiz?

Javob: chap tomonlama plevrit. 1-darajali kamqonlik.

46.Vaziyatli masala.

Shifokor qabuliga 23 yoshli ayol yeldi. U xomilador, bu uning 2-xomiladorligi.

Taxminiy muddat 8 xaftalik.

Sizning taktikangiz?

Javob: Anamnez yig'ish, batafsil ko'ruv o'tkazish, laborator-instrumental tekshiruvlarni o'tkazish. Sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish bo'yicha tavsiyalar berish va keyingi tashrif vaqtini belgilash.

47.Vaziyatli masala.

UASH shifokoriga 16 yoshli xomilador ayol qindan qon ketishga shikoyat qildi.

Xomila 8 oylik. Oz miqdordagi qonni u ertalab aniqlagan, lekin u bu xolatni normal deb bilgan. Ammo qon ketish to'xtamagach u shifokorga murojaat qilgan. Ayol bu xolatdan juda vaximaga tushgan.

Ayolni xolatiga baxo bering va UASH taktikasi.

Javob: kechgii qon ketish, tezlik bilan shifoxonaga yuborish.

48. Vaziyatli masala.

Yosh ayol qorin soxasidagi og'riqqa shikoyat qildi, ayol o'zini xomilador deb biladi, xomila taxminan 3 oylik. Uning ta'kidlashicha 2 oydan beri xayz ko'rmagan. Ertalab u biroz qon ketganligini aniqlagan, u bu xolatdan juda bezovta.

Sizning taxminiy tashxisingiz va UASH taktikasi.

To'g'ri javob: bachadondan tashqarigi xomiladorlik, bemorni tezlik bilan ginekologiya bo'limiga yuborish.

49. Vaziyatli masala.

Parvina 19 yosh. 1 hafta oldin o'zining birinchi farzandini tug'di. Bola vaqtida tug'ildi, og'ir. 3300, bo'yi 52 sm. Apgar shkalasi bo'yicha 7 ball. 3 kun avval ular tug'riq xonadan uyga kelishgan. Kecha kechasi Parvinada haroratining ko'tarilishi, qorning pastki sohasida og'riqlar boshlandi. U yana shuni ta'kidlab o'tti undagi ajralmalarning tabiati o'zgargan, u qonli ko'p miqdorda va xidli bo'lgan. Parvining holatini baholang. yana nimaga qo'shimcha ahamiyat berasiz? Sizni taktikangiz

Javob: yo'ldosh qoldiqlari, tezlikda bemorni ginekologiya bo'limiga yotkazish.

50. Vaziyatli masala.

Laziza 25 yosh. Sizga quyidagi shikoyatlar bilan murojaat qilishdi. U 2 chi farzandini 8 kun avval tug'gandan so'ng u xolsiz, 2 kundan beri xarorat 38s. Tug'riq xonada tana xarorati ko'tarilganligi uchun unga 3 mahal amoksitsillin mushak orasiga qilishgan. Antibiotiklar kursi tugagandan so'ng uni chiqazib yuborishgan. Bola sog'lom lekin, lekin uni so'zidan faqat unda xolsizlik, bosh og'rig'i va ko'p terlash kuzatilyapti. Bachadondan ajralmasi qon aralash sariq suvli tabiatga ega xamda badbo'y hidlik.

Tana harorati-39.8C, qorni palpatsiyada og'riqli, bachadon qisqargan, bimanual tekshiruvda bachadon og'riqli. Ayol qo'zg'algan. Lazizani xolatini baholang. yana nimaga axamiyat berasiz? Sizni taktikangiz?

Javob: infeksiyalangan yo'ldosh qoldiqlari, tezlikda bemorni ginekologiya bo'limiga yotkazish.

PROFILAKTIK DARAJALAR

Profilaktika darajalari	Profilaktik xizmat usullari va nazorati
Uchlamchi	Kasalliklar zo‘rayishining oldini olishga qaratilgan tibbiy profilaktika. Ishga yaroqsizlik holatining oldini olish va tibbiy tiklash, turg‘un yo‘kotilganda zsa uni tiklash yo‘llarini izlash chora-tadbirlar majmuasi
Ikkilamchi	Xavf omillarini yo‘qotishga, kasallik yoki organizmdagi o‘zgarishlarni erta muddatlarda aniqlab, ularning zo‘rayishi oldini olish yoki sekinlashtirishga yo‘naltirilgan chora-tadbirlardir. Bu nozologik tashxisga qadar bo‘lgan tibbiy-ijtimoiy profilaktika bo‘lib, o‘zgarishlarni erta aniqlab, ularni davolashga qaratilgan
Birlamchi	Kasallik sabablarini yo‘qotish yo‘li bilan uning kelib chiqishining oldini olish va xavfli omillarni mo‘tadillashtirishga yo‘naltirilgan chora-tadbirlar. Bu asosan ijtimoiy va omilli profilaktika xisoblanib, xayot kechirishning qulay sharoitlarini saqlab turishga yo‘naltirilgan xamda xavf omillari darajasi yuqori bo‘lmagan shaxslarga mo‘liallangan

Vrachningziddiyatlivaziyatlarda o‘zinitutishi

Mumkin	Mumkinemas
Diqqatlik bilan eshitish qiziqayotganligini ko‘rsatmoq Tinch holatda qolmoq Tinchlantirmoq O‘zinitabiiy tutmoq O‘ziga ishonish Samimiy bo‘lmoq Bemorga kerakli vaqtajratish Bemor bilan muntazam uchrashish Maslahat bilan yordam berish	Judako‘pgapirish Bemorga tegish G‘azablanmoq Bemordan voz kechish Ziddiyani hal qilishdan boshtortish O‘zini aybdor his qilmoq Betakalluf bo‘lish Ayblamoq himoyachi (homi) bo‘lmoq

TVI bo‘yicha semizlik tasnifi

Tanavazniturlari	TVI (kg/m ²)	Semizlik asoratlar xavfi
Tanavazni yetishmasligi	<18,5	Past (boshqa kasalliklar xavfi bor)

Normaltanavazni	18,5 - 24,9	Oddiy
Ortiqcha vazn(semizlikoldi)	25,0 - 29,9	Ko'tarilgan
Semizlik I daraja	<30,0 - 34,9	Yuqori
Semizlik II daraja	<35,0 - 39,9	Judayuqori
Semizlik III daraja	>= 40	O'tayuqori

Tana vazini o'lchash muddatlari

Birinchi o'lchash	Chaqalok tug'ilganda
Ikkinchi	1 5 kunlik bo'lganda
Uchinchi	30 kunlik bo'lganda
Har oyda	Vir yoshgacha
Har 3 oyda	1-3 yosh
Har 6 oyda	3-5 yosh
Har yili	Keyingi yoshlarda

Bolalar xayotishshg birinchi yilida motor omillar rivojlanishining o'rtacha muddati va lozim bo'lgan chegaralari

Harakat	Ega bulishning o'rtacha yoshi	Mumkin bo'lgan chegaralar
Jilmayish (tabassum)	5 - hafta	3 — 8 xafta
G'u - g'ulash (gapirish)	7 - hafta	4—11 hafta
Boshini ushlash	2 — oy	1,5 -Zoy
Qo'llarning yo'naltirilgan harakatlari	4 - oy	2,5 - 5,5 oy
Ugirilish	5-oy	3,5 - 6,5 oy
Utirish	6-oy	5,5 - 8 oy
Emaklash	7-oy	5-9oy
Erkin ushlash	8-oy	5,5- 10,5 oy
Tik turish	9-oy	6-11 oy

Himoya bilan kadam tashlash	9,5 oy	6,5- 12,5 oy
Erkin (o‘zi) to‘xtash	10,5 oy	8-13oy
Erkin (o‘zi) yurish	11,5oy	9 - 14 oy

**Yetilgan ona suti(100ml) va sigir suti tarkibi
va sutli aralashmalar bo‘yicha tavsiyalar**

Tarkibi	Onasutining o‘rtacha	Bolalar sutli aralashmalari	Sigir suti
Energiya (kJ)	280	250-315	276
Energiya (kkal)	67	60-75	66
Oqsil (g)	1,3	1,2-1,95	3,2
Yog‘(g)	4,2	2,1-4,2	3,9
Uglevodlar (g)	7	4,6-9,1	4,6
Natriy (mg)	15	13-39 '	55
Xlor (mg)	43	32,5-81	97
Kalsiy (mg)	35	59	120
Fosfor (mg)	15	16,3-58,5	92
Temir (jir)	76	325 - 975	60
Vitamin A (sg)	60	39-117	35
Vitamin S (sg)	3,8	5,2	1,8
Vitamin D (sg)	0,01	0,65-1,63	0,08

Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarni sun‘iy ovqatlantirish

Yoshi	Amerika va Yevropa maktablari	Oddiy maktab
<i>Bir kundagi taxminiy emizish miqdori (soni)</i>		
Hayotining 1-haftasi	6-10	7-8
1 hafta - 1 oy	6-8	7-8
1 - 3 oylar	5-6	7-6
3-7 oylar	4-5	6-5
4-9 oylar	3-4	6-5
8-12 oylar	3	5
<i>Bir martalik sut miqdori, ml</i>		
Birinchi 2 hafta	60-90	70
3 hafta - 2 oy	120-150	100
2-3 oylar	150-180	120
3-4 oylar	180-210	160
5-12 oylar	210-240	200

Emlash kalendari

1 kun	VGV –1
2-5kun	V-BSJ,
2 oylik	Penta-1(AKDS-1,XIB-1, VGV-2),OPV-1,roto-1, pnevmo-1
3 oylik	Penta-2 (AKDS-2,, XIB-2, VGV-3), OPV-2,roto 2, pnevmo2
4 oylik	Penta-3(AKDS-3, XIB-3, VGV-4),IPV
12 oylik	(1 yosh) KPK(qizamiq, parotit, qizilcha),Pnevmo-3)
16 oylik	AKDS-4, OPV-4
6 yosh	KPK(qizamiq, parotit, qizilcha,)
1 sinf	(7 yosh)ADS -M-5, OPV-5
12-13yosh,	VPCH(virus papilomы cheloveka)
16 yosh	ADS-M – 6

Vaksina turidan kelib chiqib uni o‘tkazishga moneliklar

Vaksina	Qarshi ko‘rsatma
Barcha vaksinapar	Kuchli reaksiya yoki avvalgi dozaga
Barcha tirik vaksinayaar	Immun tankislik (birlamchi) va immunsupressiya holatlari, xavfli o‘smalar, homiladorlik
BSJ (silga qarshi vaksina)	Tana vazni 2000 g.dan kam, avvalgi dozadan so‘ng kelloid chandiq
OPV (poliomiyelitga qarshi vaksina)	Mutlaq qarshi ko‘rsatma yo‘k
AKDS (ko‘kyo‘tal, bo‘g‘ma, koqsholga qarshi vaksina)	Asab tizimining kuchayib boruvchi kasalliklari, anamnezida tutqanoq (AKDS o‘rniga ADS yuboriladi)
ADS, ADSM	Mutlak qarshi ko‘rsatma
JKV (tirik qizamiqqa qarshi vaksina)	Aminoglikozidlarga reaksiya
JPV (tirik epidparotitga qarshi vaksina)	Tuxum oqiga anafilaktik reaksiya

Sariqlikningqiyosiytashxislashmezonlari.

Sinamalar	Jigardan tashqari	Jigarichi	Mexaniq
Bilirubin	++	++	++
AIAT	me‘yorida	++	+
Ishqoriyfosfataza	me‘yorida	+	+++
Gemoglobin	kamaygan	norma	norma
Sarg‘ayish	o‘rtacha,limonsim	Aniqsezilarli	Keskinsezilarli

	on-sarg'ishrangda		
Boshqabelgilar		Kattalashganog 'riqlijigar, najasme'yoriyran gda	Terida qichish,najasningr angsizlani-shi

1yoshgachabo'lganbolalardaperiferikqonKo'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Yoshi			
	1kun	1 oy	6 oy	12 oy
Gemoglobin,g/l	180-240	115-175	110-140	110-135
Gematokrit,%	32-60	32-60	32-60	33-40
Eritrotsitlar, •10 ¹² /l	4,3-7,6	3,8-5,6	3,5-4,8	3,6-4,9
Retikulotsitlar,%	3-51	3-15	3-15	3-15
Trombotsitlar, •10 ⁹ /l	180-490	180-400	180-400	180-400
ECHT,mm/ch	2-4	4-8	4-10	4-12
Leykotsitlar,•10 ⁹ /l	8,5-24,5	6,5-13,5	5,5-12,5	6,0-12,0
Neytrofillartayoqchaya droli,%	1-17	0,5-4	0,5-4	0,5-4
Neytrofillarsegmentyad roli,%	45-80	15-45	15-45	15-45
Eozinofillar,%	0,5-6	0,5-7	0,5-7	0,5-7
Bazofillar,%	0-1	0-1	0-1	0-1
Limfotsitlar,%	12-36	40-76	42-74	38-72
Monotsitlar,%	2-12	2-12	2-12	2-12

1 yoshdan oshgan bolalardavakattalardaperiferikqonKo'rsatkichlari

Ko'rsatkichlar	Bolalar	Kattalar
Gemoglobin,g/l	116-129	E.130 - 160A. 120-140
Gematokrit,%	33 - 45	E.40-50A.36-44
ECHT,mm/ch	4 - 7	E.2-10 A.2-15
Eritrotsitlar,10 ¹² /l	4,6	E.4,5-5 A.3,9-4,7
RangKo'rsatkichi	0,8	E.0,86-1 A.0,97-1
RangKo'rsatkichi	0,8	E.0,86-1 A.0,97-1
Leykotsitlar,10 ⁹ /l	6,5-13	4,5-9,0
Neytrofillar,10 ⁹ /l	2-7	3-7
Neytrofillar,%	26-50	50-70
Eozinofillar,10 ⁹ /l	0,075-0,700	0,055-0,550
Eozinofillar,%	1-5	1-6
Bazofillar,10 ⁹ /l	0,014	0-0,05
Bazofillar,%	0-1	0-1

Limfotsitlar,109/l	4-9	1,5-4,5
Limfotsitlar,%	28-64	19-37
Monotsitlar,109/l	0,075-0,840	0,055-0,600
Monotsitlar,%	4-9	3-11
Eritrotsitlarningo‘rtacha korpuskulyarhajmi(MCV),fl.	80	75-95
Eritrotsitlarningo‘rtacha diametri, mkm	7,3	7,5
Trombotsitlar,109/l	170-320	170-320
Retikulotsitlar,%	6,5	6,5
Fibrinogen,g/l	2-4	2-4
Protrombinindeksi,%	80-100	80-100

Siydiktekshiruvi

Ko‘rsatkichlar	Yoshi		Kattalar
Kunlik siydikmiqdori, ml	1 yoshgacha	1 yoshdan katta	E.1000-2000 A.1000-1600
	750 ml	Siydikml.=600x 100(x-1); x – bolaningyoshi	
Nisbiy zichlik	1006-1010	1008-1022	1011-1025
ReaksiyasiRN	6,9-7,8	5-7	6,25 ±0,36
Rangi	Somonsimon-sariq		Somonsimon-sariq
Tiniqligi	Tiniq		Tiniq
Oqsil	Aniqlanmaydiyokiizlari		Aniqlanmaydi yokiizlari
qand	Aniqlanmaydi(0,2%danortiqemas)		Aniqlanmaydi yokiizlari
Bilirubin,ammiak, gemoglobin,atseton	Aniqlanmaydi		Aniqlanmaydi

Siydikcho‘kmasimikroskopiyasi

Ko‘rsatkichlar	Natijalari
Yassiepiteliy	Yakka
O‘tuvchiepiteliy	Yakka
Buyrakepiteliysi	Aniqlanmaydi
Ko‘ruv maydonidagileykotsitlar	3-4
Eritrotsitlar	Aniqlanmaydi
Silindrlar	Aniqlanmaydi
Shilliq	Sezilmasmiqdorda
Bakteriyalar	Aniqlanmaydiyokisezilmasmiqdorda

Najastekshiruvi.Najasmakroskopiysi.

Yoshi/ovqatlant irishturi	Ichelish soni	Rangi	RN/reak-siyasi	Hidi	Shilliq, qon
1 yoshgacha Ko'krak suti bilan boqish	5 - 2	Tilla rangsimon	Kislotali	Kislotali - aroma-tik	Aniqlan-maydi
1 yoshgacha Sun'iy ovqatlantirish	4 - 2	6 oygacha-kulrang- loysimon. 6 oydan so'ng-oqish- sarg'ishrangda.	Ishqo-riy	Bir ozchuchuk- simon	Aniqlan-maydi
Kattalarda	Kuniga100- 125 g	Jigar rang,shakl- langan,silind-rik.	Neytralyoki sustishqoriy	Chuchuk- simon	Aniqlan-maydi

Kattalardanajasmakroskopiysi.

Ko'rsatkichlar	Natijalari
Mushaktolalari	Aniqlanmaydi yoki alohidahazmbo'lgantolalar
Biriktiruvchito'qima	Aniqlanmaydi
Neytralyog'lar	Aniqlanmaydi
Yog'kislotalari	Aniqlanmaydi
Sovun	Judakammiqdorda
O'simlikkletchatkasi:hazmbo'lgan hazmbo'lmagan	Yakka hujayralar yoki turlimiqdordagihujayraguruhleri
Kraxmal	Aniqlanmaydi
Yodofilflora	Aniqlanmaydi
Shilliq,epitely	Aniqlanmaydi
Leykotsitlar	Preparatdayakkamiqdorda

Fermentlar

Ko'rsatkich	Bolalar		Kattalar
	1yoshgacha	1yoshdankatta	
AlAT,mkmol/soatml	0,1 – 0,45		
AsAT,mkmol/soatml	0,1 - 0,68		
AlAT,birlik/l	5-28	4-20	5-24
AsAT,birlik/l	8-28	6-23	2-19
Amilaza,birlik/l:qonda siydikda	- -	- -	25-125 13-51
Kreatinkinaza,birlik/l	4-60	5-56	< 50
Kreatinkinaza, mkmol/(min. x l)	66	62-59	46

PigmentalmashinuviKo‘rsatkichlari

Bilirubin	Bolalar, 1oy.–14yosh	Kattalar
Umumiy	3,4-13,7	1,7-20,5
Bog‘lanmagan	2,56- 10,3	1,7-17
Bog‘langan	0,85-3,4	0,9-4,3

O‘tkirbronxitkelibchiqishsabablarivaxosbelgilari

Mikroorganizm	Xosbelgilari
Agrippivirusi	har 3 yilda 1 marta butun mamlakatlarniqamraboluvchikattaepidemiylar;klinikifodalangan grippning eng ko‘p sababchisi;kasallikningog‘irkechishi,epidemiya vaqtida o‘lik mko‘rsatgichi yuqoribo‘ladi
Vgrippivirusi	har 5 yilda 1 marta bo‘luvchi epidemiya; Avirusdan ko‘ra pandemiyalar kamroq va kasal-likningkechishi yengilroqdir
1-3tur dagipara-gripp	Bir-biribilanepidemiologiknuqtai-nazardanbog‘liqbo‘lmagan,yakkalanganholatlar
Adenovirus	Bir-biribilanepidemiologiknuqtai-nazardanbog‘liqbo‘lmagan,yakkalanganholatlar
Pnevmokokklar	O‘rtayoshlibemorlarvaqariyalardakuzatiladi.To‘satdanbos hlanadi.Yuqorinafasyo‘llarizararlanishibelgilari aniqlanadi
Mikoplazmalar	30yoshdankattalardauchraydi.Ertabosqichlardayoqyuqorin afasyo‘llarizararlanishibelgilari,quruqyo‘talpaydobo‘ladi.
Haemophilusinfluenzae	Tamakichekuvchilarvasurunkalibronxitlibemorlar
Moraxellacatarhalis	Surunkalibronxitlivaimmuntanqislibemorlarda

Kattalar va 5 yoshdan oshgan bolalarda BA ni og'irlik darajasiga ko'radavolash

Kasallikning turi	Xurujsoni		KNCHX ₁ yoki NCHEYUT, %		Kunlik medikamentoz davolash
	kunduzi	tunda	ko'rsatkichi	o'zgarishi	
Yengil intermittirlovchi	haftasiga 2 vaundan kammarta	1 oyda 2 va undan kammarta	80 vaundan ko'p	20 vaundan kam	Talabetil-maydi
Yengil persistirlovchi	haftasiga 3 – 6 marta	1 oyda 3-4 marta	80 vaundan ko'p	20-30	Ingalyatsion glyukokortikoid kichik dozada; kromolin, teofillin yoki leykotriyen antagonistlari
O'rta og'irlik dakechishi	harkuni	1 oyda 5 va undan ko'pmarta	60-80	30 dan ko'p	Ingalyatsion kortikosteroidlar o'rtadoza davo Yengil persistirlovchi kechishidagi preparatlar; uzoq davom etuvchi beta 2-adren ostimulyatorlar
Og'ir kechishi	Doimo	Tez-tez	60 vaundan kam	30 vaundan ko'p	Ingalyatsion kortikosteroidlar yuqori dozada va o'rta og'irlikda buyuriladigan preparatlar; glyukokortikosteroidlar ichishga buyuriladi

1-4yoshlibolalardaBAnidavolash

Kechishi	Dorivositalari	Foydalanishusuli
Yengil	β 2-adreno-stimulyatorlar	Bufertilinasadkagaegain-galyatoryokiingalyatsionsuyuqliklarnisepuvchivosita-lar
O'rta og'irkechishi	β 2-adreno-stimulyatorlarKromolin Samarabo'lmasa – kortikoste-roidlar	Bufertilinasadkagaegain-galyatoryokiingalyatsionsuyuqliklarnisepuvchi vosita-lar
Og'irkechi-shi	β 2-adreno-stimulyatorlarSamara bo'lmasaKortiko-steroidlarTeofillinIpratropiumbromidPrednizolon	Bufertilinasadkagaegaingalyatoryokiingalyatsion suyuqliklarnisepuvchivositalar Ingalyatororqali TabletkalaryokiinyeksiyaholdaIngalyatoryokiinyeksiyaholda Tabletkalaryokiinyeksiyaholda

O'SOKningog'irlikdarajasigako'raklinikko'rinishi

Og'irlik darajasi	Klinik holat	Tekshirish natijasi
Yengil	Surunkalichekuvchiyo'tal,hansirashyo'q yokikamifodalan.Boshqabelgilaryo'q	KNCHX ₁ – 60-90%, KNCHX ₁ /O'KTX 70% dankam,birozpa-saygan
O'rta	hansirash, zo'riqqandahushtaksimonnafas,yo'tal,ba'zanbalg'amajralishivaboshqapatol ogikbelgilar	KNCHX ₁ – 40-59%, KNCHX ₁ /O'KTX 70% dankam
Og'ir	Zo'riqqanda hansirash.hushtaksimonnafasvayo'talningtez-tezqaytarilishi,sianoz,periferikshishlar,politsitemiya	KNCHX ₁ 40% dankam,KNCHX ₁ /O'KTX70% dankam
O'ta og'ir	Nafasetishmovchiligiyo'qEbelgilari	KNCHX ₁ /O'KTX70% dankam,KNCHX ₁ Z0% gakamayganyokiKNCHX ₁ 50% dankam

Uysharoitiyokishifoxonadadavolanishuchunko‘rsatmalarnianiqlashmezonlari.

Mezon	Uydadavolash	Shifoxonadadavolash
Uydadavolanishningimko-niyatibor	ha	Yo‘q
hansirash	Yengil	Og‘ir
Moddiysharoiti	qoniqarli	qoniqarsiz(kam ta‘minlan-ganlar)
Faollikdarajasi	qoniqarli	qoniqarsiz(doimoyotoqholatda)
Sianoz	Yo‘q	ha
Periferik shishlarningko‘payishi	Yo‘q	ha
Es-hushi	Me‘yorda	Buzilgan
Anamnezidakislorodbilanuzoqvaqtdavolangan	Yo‘q	ha
Ijtimoiyomillar	qoniqarli	Yolg‘iz(kam ta‘minlangan)
Tezkoryordamgamuxtojlik	Yo‘q	ha
Kasalliktezrivojlanishi	Yo‘q	ha
Rentgenografiyadagio‘zgarishlar	Yo‘q	ha

Zotiljamrivojlanishigamoyillikomillari,yondoshkasalliklari vaqo‘zg‘atuvchilariningbog‘liqligi

Omillaryokikasalliklar	Qo‘zg‘atuvchilar(yokiularassotsiatsiyasi)
Gripp(paragripp)	Strep.pneumoniavaS.aureus
Tamakichekish	
O‘SOK	Hemophilusinfluenza
Alkogolizm	Streptococcus pneumoniae, Klebsiellapneumoniae, Staphilococcus aureus.Aspiratsiyabo‘lishimumkin
Bronxoektaziya(mukovissidoz)	hartomonlamachidamlimikroorganizmlar,m-n:pseudomonas
Bronxial obstruksiya(m-n,o‘pkasaratoni)	Patogen mikroorganizmlargabog‘liqemas
Immuntanqislik holati:OITS,OIV-infeksiya	Pneumocystis carini, Streptococcus pneumoniae, sil
Inyeksiongiyohvandlik	Staphilococcus aureus

qandlidiabet	Staphilococcus aureus, Streptococcus pneumoniae
--------------	---

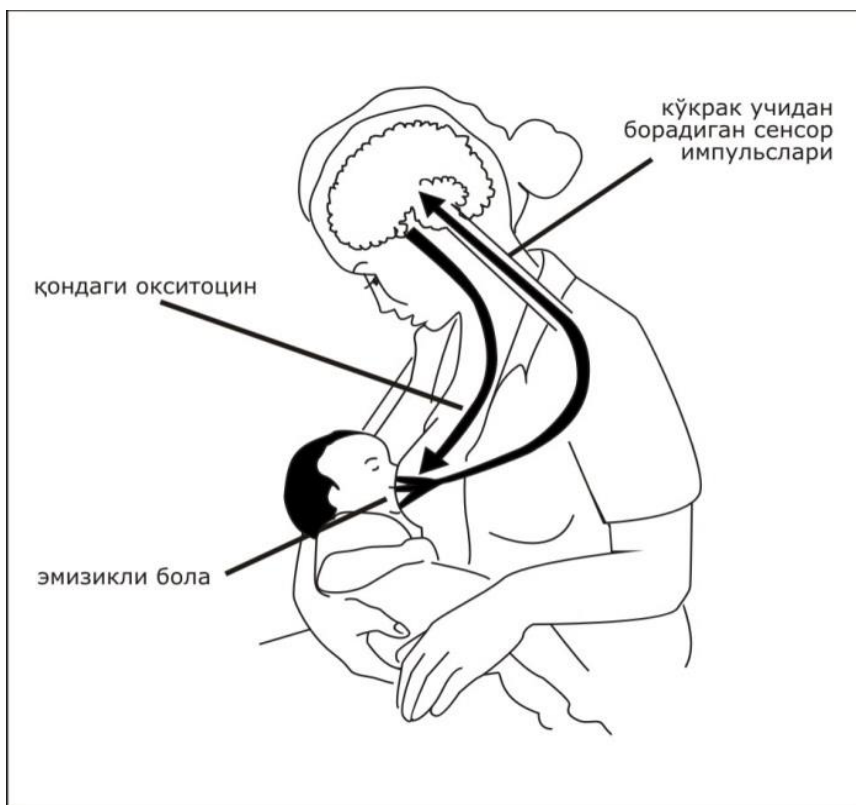
Kasalxonadantashqarizotiljamiantibakterialdavosi

Guruh(omillar)	Antibiotik
Ambulatorbemorlar	Makrolid, ftorxinolonlar yoki doksitsiklin
Mikoplazma, xlamidiy, legionella, penitsillinga allergiyaga	Makrolidlar:eritromitsin, klaritromitsin, azitromitsin
Penitsillinga bardosh pnevmokokklarga gumon qilinganda	Ftorxinolonlar
Aspiratsiya	Amoksitsillin(klavulanat)
Yoshlar (17-40 yosh)	Doksitsiklin
Penitsillinga allergiyaga	Ftorxinolonklindamitsinbi-lan yoki usiz
O'SOK, bronxoektazlar	Psevdomonadaga nisbatan faolbo'lgan penitsillin, karbapenem yoki tsefepim va makrolid yoki ftorxinolon va aminoglikozid

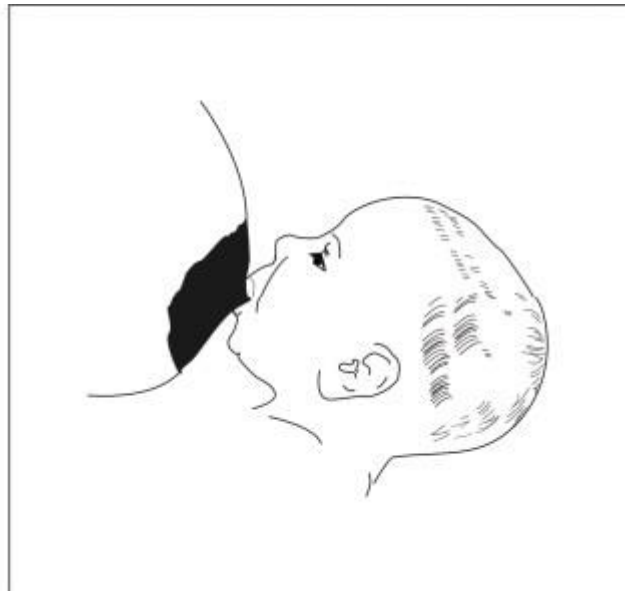
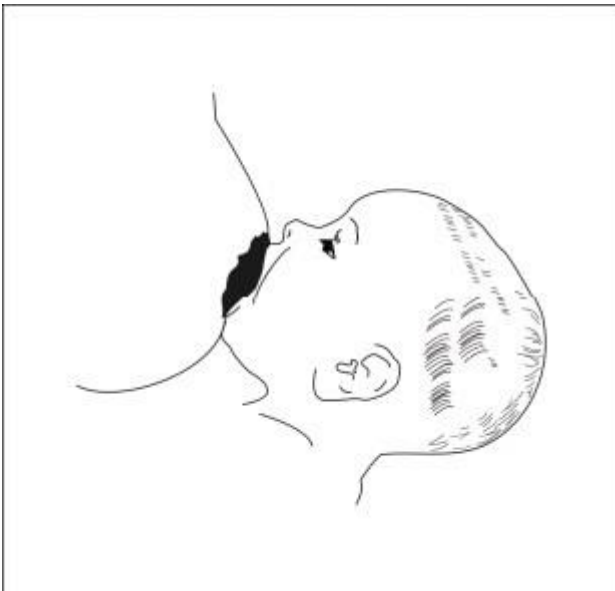
Siydikyo'llariinfeksiyasinitashxislashmezonlari

Kategoriya	Klinikko'rinishi	Laboratorko'rsatgichlar
1. Ayollarda o'tkir asoratlanmagan siydikyo'llariinfeksiyasi; ayollarda o'tkir asoratlanmagan sistit	Dizuriya, tez-tez siyish, qorin past kisohasida og'riq. Bube gilardavomatioxirgi 4 haftad avomida qaytalanmagan holatlar;	10 leykotsit/mm ³ vaundan ko'p 10 ³ KXB/ml vaundan ko'p
2. O'tkir asoratlanmagan piyelonefrit	Yuqori sitma, bel va qorin yon bosh sohasida og'riq; boshqa tashxislar inkor etilgan; urologikanamnez va anomaliyabelgilari yo'qligi (UTT va rentgenologik tekshiruvlar natijasiga asoslangan holatda)	10 leykotsit/mm ³ vaundan ko'p 10 ⁴ KXB/ml* vaundan ko'p
3. Siydikyo'llari asoratlangan infeksiyasi	1 va 2 bandlardako'rsatilgan simptomlarkombinatsiyasi; 1 yoki ko'proq asoratlangan siydikyo'llariinfeksiyasi	10 leykotsit/mm ³ vaundan ko'p 10 ⁵ KXB/ml vaundan ko'p - ayollarda 10 ⁴ KXB/ml vaundan ko'p

	yasi (SYI) omillari-ning mavjudligi	an ko'p-erkaklar-dayo kikateteriza-siyada*
4.Simptomsiz bakteriuriya	Klinik belgilari yo'q	10 leykotsit/mm ³ va undan ko'p 10 ⁵ KXB/ml va undan ko'p-siydik ketma-ketiki martaba bakterial tekshiruvlarida aniqlash*. Alohida -24 soat va undan ko'p vaqtda
5.Siydik yo'llari retsidivlovchi infeksiyasi (antimikrob profilaktika).	Oxirgi 12 oy ichida siy-dikni bakterial tekshiruvlar bilan isbotlangan asoratlanmagan infeksiyaning kamida 3 marta ko'rinishi; anatomik (funksional) o'zgarishlari yo'q.	10 ³ KXB/ml va undan ko'p*



Oksitosin ishlab chiqarilishimiyexanizmi

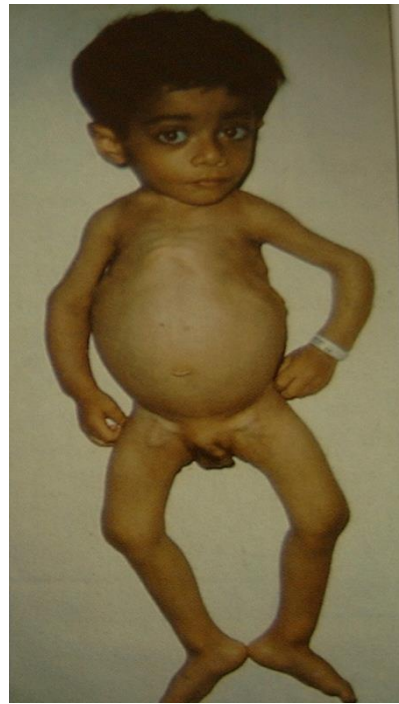


Bolaniko'krakkatutishningto'g'rivanoto'g'riusullaribyelgilari.

Oilada qo'pol muomula sindromi



Raxit





Umumiy xavf belgilari

Korin teri burmasi tekislanishi Korin teri burmasi juda sekin
sekin- 2sek. tekislanishi (2 sek-dan ortik)

Letargik yoki bexush



Ko'zlar kirtayishi



Gipotireoz va gipertireoz simptomlari



GLOSSARIY

Abdominal: qoringa oid, qoringa tegishli.

Abscess: yiring to'planishi, yiring boylash, ho'ppos.

AKDS: ko'kyo'tal (koklyush), bo'g'ma (difteriya) va qoqsholga (stolbnyak) qarshi vaksina.

To'la emlash uchun bola 3 marta: 2 oylik, 3 oylik va 4 oylik yoshida immunizatsiya qilinadi.

Aksilyar harorat: qo'litiq osti chuqurchasida o'lchanadigan harorat.

Allergiya: alohida ta'sir ko'rsatadigan moddalar nafasga olinganida, yeyilganida, organizmga yuborilganida yoki badanga tekkanida ba'zi odamlarda, masalan, aksirish, badanga toshma toshishi, nafas qiyinlashuvi ko'rinishida yuz beradigan muammo.

Ambulatoriya: mazkur o'quv kursida - har qanday birlamchi tibbiy muassasa: masalan, feldsher-akusherlik punkti (FAP), Qishloq vrachlik punkti (QVP), Qishloq vrachlik ambulatoriyasi (QVA), Qishloq uchastka kasalxonasi (QUK), kasalxonaning ambulatoriya bo'limi yoki poliklinika.

Ambulatoriya bemori: poliklinika yoki kasalxonaning ambulatoriya bo'limida kuzatib boriladigan bemor.

Antigenlar: asosan oqsil tabiatli moddalar bo'lib, organizmga tushganida immun reaksiyalarni keltirib chiqaradi.

Antimotor vositalar: ichak muskullari faolligini susaytirish yo'li bilan ichakdagi suyuqlik harakatini sekinlashtiradigan preparatlar.

Antitelolar: organizmga tushgan yot moddalar – antigenlarga qarshi ishlanib chiqadigan himoyalovchi moddalar, immun zarralar.

Areola: mazkur o'quv kursida - ko'krak uchi atrofidagi terining dumaloq shaklda qorayib turadigan qismi.

Asosiy simptomlar: mazkur o'quv kursida - bolani ko'zdan kechirish, tekshirib ko'rish

mahalida tibbiy xodim so'rab-surishtirib ko'rishi kerak bo'lgan simptomlar. *BAHOLANG VA TASNIFLANG* sxemasida beshta asosiy simptom: yo'tal yoki nafas qiyinligi, diareya, isitma, tomoq og'rig'i va quloqqa aloqador muammolar ko'rsatib o'tilgan.

Aspiratsiya: suyuqliklarni nafasga olish (ingalyatsiya qilish).

Baholamoq, baho bermoq: olingan ma'lumotga, bor axborotga tayanib turib, masalani

hal qilish yo'lini tanlamoq, qaror qilmoq. Ushbu o'quv kursida: bolani tekshirib ko'rib, kasalligining belgi, alomatlarini aniqlab olmoq.

Belgilar (alomatlar): mazkur o'quv kursida - salomatlik muammosining jismoniy ifodasi, tibbiy xodim bemorni ko'zdan kechirib, eshitib, paypaslab ko'rib, undan topadigan o'zgarishlar. Masalan, nafasning tezlashgani, ko'krak qafasining ichga tortilib turgani, ko'zlarning ich-ichiga tushib ketgani (kirtayishi), ensa muskullarining tortishib, qattiq bo'lib turgani (rigidligi), quloqdan yiring ajralishi va boshqalar.

Birinchi tashrif: mazkur kasallik yoki biror muammo yuzasidan birinchi marta tibbiy

xodimga ko‘rinish, uning oldiga birinchi marta kelish.

Birlamchi tibbiy muassasa: sog‘liqni saqlash tizimida, masalan, Feldsher-akusherlik punkti (FAP), Qishloq vrachlik punkti (QVP), kasalxonaning ambulatoriya bo‘limi yoki poliklinika singari muassasa, aholi yordam so‘rab keladigan birlamchi muassasa bo‘lib hisoblanadi. Mazkur kursda har qanday birlamchi tibbiy muassasani ifodalash uchun ambulatoriya atamasidan foydalaniladi.

Bolani ovqatlantirishdagi muammolar: bolani odatdagicha ovqatlantirish bilan bola boqish yuzasidan *MASLAHAT BERING* sxemasida sanab o‘tilgan tavsiyalar o‘rtasidagi tafovutlar va boshqa muammolar, masalan, bolani ko‘krak suti bilan boqishdagi qiyinchiliklar, bola boqish uchun shishachalardan foydalanish, kasallik paytida bolaning yaxshi ovqatlana olmasligi va boshqalar.

Bolaning ovqatlanishga aloqador ahvoli: bolada ovqat hazmining buzilishi yoki kamqonlikka yoki kamvaznlikka xos belgilar bor-yo‘qligini ifodalovchi tushuncha. Mazkur o‘quv kursida bolaning ovqatlanishga aloqador ahvoli:

OZIQLANISHNING OG‘IR DARAJADA BUZILISHI YOKI OG‘IR KAMQONLIK, KAMVAZNLIK YOKI KAMQONLIK, KAMVAZNLIK YO‘Q YOKI KAMQONLIK YO‘Q deb tasniflanishi mumkin.

BSJ: silga qarshi emlash, bola tug‘ilganida buyuriladigan muolaja. Batsilla Kalmetta-Gerena degan so‘zlarning qisqartmasi.

VICH: odamda immunitet tanqisligiga sabab bo‘ladigan virus («Virus Immunodefitsita Cheloveka» degan ruscha so‘zlarning bosh harflari). VICH SPID kasalligini qo‘zg‘atadi.

V gepatit vaksinasi (VGV): V gepatitga qarshi tayyorlangan vaksina (em dori). Bolani to‘la emlash uchun tug‘ruqxonada 24 soatlik ichida, 2, 3, 4 oylik yoshida emlash kerak.

V gepatit virusi: gepatit qo‘zg‘atuvchilarining biri. Bu virus jigar raki qo‘zg‘atuvchisi bo‘lib ham hisoblanadi. Qon orqali oson tarqaladi, shuning uchun hamisha steril igna va shpritslardan foydalanish kerak.

Gemoglobin: tarkibida temir bo‘ladigan oqsil, kislorod tashiydi va qonga qizil rang beradi.

Gipernatriyemiya: qonda natriy miqdorining ko‘pligi.

Gipoglikemiya: qonda qand miqdorining kamligi.

Gipoksiya: badandagi organlarga kislorod haddan tashqari kam miqdorda kelib turadigan holat.

Gipoosmolyar regidratatsion vosita - bu past osmolyar regidratatsion vosita bo‘lib, JSST tomonidan tavsiya etilgan.

Gipotermiya: tana haroratining past (aksilyar haroratning 35,5°S darajadan yoki rektal haroratning 36°S darajadan past) bo‘lishi.

Glyukoza: ichiriladigan regidratatsion tuzlar va venadan yuboriladigan suyuqliklar

tarkibida bo'ladigan qand moddasi.

Go'dak: mazkur o'quv kursida yoshi tug'ilgandan to 2 oylikkacha bo'lgan bola.

Go'dak uchun oziq-ovqat o'rnini bosadigan aralashmalar: ko'krak suti o'rnini bosadi,

deb sotiladigan quyuq sut yoki soya donlaridan tayyorlangan masalliqlar (suv bilan suyultirilgan bo'ladi).

Diagnostik tekshirish: maxsus tekshiruv, masalan, kasallikning xili yoki sabablarini aniqlash maqsadida o'tkaziladigan laborator yoki rentgen tekshiruvlari.

Diareya epizodlari: diareya bilan kasallanish hollari.

Diareyaga qarshi vositalar: ich ketishini to'xtatuvchi yoki uni kamaytiruvchi, diareyaga

barham beruvchi deb reklama qilinadigan dori preparatlari, masalan, antimotor vositalar. Bunday preparatlar diareya vaqtida bolalarga foyda bermaydi, ba'zilar xavfli bo'ladi, ham.

Jaydari: mahalliy, mazkur joyning o'zida bitgan, o'sha joyga xos ne'matlar, mahalliy

oziq-ovqat mahsulotlari, mazkur joyda rasm bo'lgan mahalliy ovqatlar.

Zaif bola: quvvatsizlanib, kasalliklarga moyil bo'lib qolgan bola.

Immun tizimi: kasallik qo'zg'atuvchisiga qarshi kurashish uchun antitelolar yoki maxsus

hujayralar ishlab chiqarish yo'li bilan organizmning kasallikka qarshilikko'rsatish kuchini oshiruvchi tizim.

Immun tizimi zaiflashuvi: organizmning kasalliklarga qarshilik ko'rsatishxususiyatining pasayib ketishi.

Isitma: mazkur o'quv kursida isitma:

- kasal bola badanining qo'lga issiq sezilishi;

- aksilyar harorat 37,5 OS yoki undan yuqori yoki rektal harorat 38 OS yokiundan yuqori ekanini bildiradi.

Kasallik: mazkur o'quv kursida belgi va simptomlarga asoslanib turib tasniflangan o'ziga xos kasallik yoki bir guruh kasalliklar, masalan, «JUDA OG'IRFEBRIL KASALLIK». Bunday tasnif bir nechta kasallikni, masalan, meningit, sepsisni o'z ichiga oladi.

Kasalxona: mazkur o'quv kursida bemorlar yotadigan o'rinlari bo'lgan, juda betobbolani davolash uchun zarur asbob-uskuna va jihozlar bilan uskunalangan vamaalakali mutaxassislar bilan ta'minlangan har qanday tibbiy muassasa.

Kasalxona bemori: kasalxonada yotib davolanadigan bemor, unga alohida o'rinajratiladi va u ovqat, davo vositalari bilan ta'minlanadi.

Kasalxonaga jo'natish: mazkur o'quv kursida - bemorni yana tekshirib ko'rish vadavolash uchun kasalxonaga yuborish, jo'natish.

Kvashiorkor: ovqatga yolchimay, holsizlanib, quvvatdan ketishning bir turi, ovqatdaoqsil moddalari yetishmasligidan kelib chiqadi. Bunday holga tushgan bolabadani shishib, qovurg'alari bo'rtib chiqib turishi, sochlari siyraklashibqolishi, badan terisi quruqlashib, tortilib turishi mumkin.

Keyingi tashrif: buyurilgan davoning nechog'lik naf berganini tekshirib ko'rish vadavoni davom ettirish yoki bemorni kasalxonaga yuborish zarurmi-yo'qmi, aniqlab

olish uchun tibbiy xodimning iltimosiga ko'ra tibbiy muassasaga yanakelish, unga takroran borish.

Kichik yoshdagi bola: mazkur o'quv kursida -12 oylikkacha bo'lgan bola.

KPK: qizamiq (kor), tepki (epid. parotit) va qizilchaga (krasnuxa) qarshi vaksina. Emlash taqvimiga ko'ra 2 marta emlanadi: 12 oylikda va 6 yoshda.

Ko'z shox pardasining yorilishi: ko'zning ko'rinib turadigan ochiq jarohati.

Ko'krak dag'allashuvi: ushbu o'quv kursida - ona sut bezlarining sutga to'lib ketishitufayli ularning kattalashib, qattiqlashishi va bezillab turishi.

Ko'krak sutining o'rnini bosuvchi masalliqlar: ko'krak suti o'rniga yoki unga qo'shimcha

qilib bolaga beriladigan aralashma yoki sut.

Ko'krak qafasining ichga tortilishi: bola nafas olgan paytda ko'krak qafasi pastki devori (pastki qovurg'alar)ning har safar ichkari tomon tortilishi. Nafasolingan vaqtda ko'krak qafasining sezilar-sezilmas darajada ichga tortilishi go'dak bolalarda uchrab turadigan odatdagi hodisa, lekin 2 oylikdan 5 yoshgachabo'lgan bolada bu holning ro'yi-rost va aniq seziladigan bo'lishi OG'IRPNEVMONIYA YOKI JUDA OG'IR KASALLIK belgisi bo'lib hisoblanadi.

Laktoza: sut tarkibida bo'ladigan qand moddasi.

Letargik holat: bemorning tashqi ta'sirotda butunlay befarq bo'lishi, xech qandayjavob reaksiyasining bo'lmasligi.

Malaka: ma'lum bir sohaga oid bilimlar darajasi.

Marazm: ushbu o'quv kursida - ovqatga yolchimay, quvvatdan ketishning bir turi,ovqatning uzoq vaqt kam quvvat bo'lib, unda oqsillar yetishmay qolganidankelib chiqadi. Marazm holatidagi bola «terisi suyagiga borib yopishgan» bo'libko'rinadi.

Markaziy nerv tizimining faol nevrologik kasalligi: tutqanoq (epilepsiya) vabosh yoki orqa miyaning davom etib kelayotgan boshqa kasalliklari. Serebralfalaj, poliomyelit tufayli yoki jarohatlanish natijasida boshlangan eski,surunkali nevrologik o'zgarishlar bunga kirmaydi.

Maslahat berish, yo'l-yo'riq ko'rsatish: mazkur o'quv kursida - ona bilan suhbatlashish

yoki biror masalani muhokama qilish vaqtida unga yo'l-yo'riq ko'rsatish,maslahat berish, jumladan, onaning javoblarini tinglab, ma'qul ishlarinimaqtab qo'yish, muammolarni hal qilishda unga yordam berish va aytilgangaplarni ona qanchalik tushunib, uqib olganini tekshirib ko'rish.

Mahalliy infeksiya: badanning faqat ma'lum bir joyida, masalan, ko'z yoki og'izdakuzatiladigan infeksiya.

Meningit: orqa miya suyuqligi, miya pardalari va orqa miya zararlanadigan xatarlikasallik, infeksiya.

Moneliklar: ba'zi turdagi davoni, muolajani yoki preparatlarni qo'llanish, ishlatish mumkin bo'lmagan, to'g'ri kelmaydigan holatlar yoki sharoitlar.

Muloqat ko'nikmalari: mazkur o'quv kursida onalarga o'rgatish va ularga yo'l-yo'riqlar

ko'rsatish, jumladan: SO'RAB, ESHITIB KO'RING, MAQTAB QO'YING, ONAGAMASLAHAT BERING iboralariga amal qilish vaqtida tatbiq etiladiganko'nikmalar, muloqot olib borish ko'nikmalari.

Nazogastral zond: bemorning burni orqali oshqozoniga tushiriladigan zond, ingichka

nay. Bemor ancha suvsizlanib qolgan bo'lsayu, unga suyuqlikni venasidanyuborishning ilojisi bo'lmasa, kasalga oral regidratatsion tuzlar (ORV) niyuborish yoki holdan toyib, o'zicha ovqatlana olmaydigan bolani ovqatlantirish uchun shu zondan foydalaniladi.

Nazorat savollar: aytilgan gaplar tushunarli bo'lgan-bo'lmaganini, izohlarni kishitushunib, uqib olganmi-yo'qmi, tekshirib ko'rish, aniqlab olish uchun beriladigan savollar. Tibbiy xodim bolani to'g'ri ovqatlantirishning usul-amallarini onaga tushuntirib berganidan keyin unga: «Siz endi bolangizgaqanday ovqat berasiz?» deb nazorat savolni berib ko'rishi mumkin.

Ovqatlanish muammolari: bolaning odatdagi ovqatlanishi bilan bola boqishyuzasidan MASLAHAT BERINGsxemasida keltirilgan tavsiyalar o'rtasidagitafovutlar va boshqa muammolar, masalan; bolani emizib boqishdagi qiyinchiliklar, bolani ovqatlantirish uchun shishachadan foydalanish, kasallik paytida bolaning yaxshi ovqatlanmasligi va boshqalar.

Ovqatlanishni baholang: odatda va kasallik vaqtida bolaning qanday ovqatlanishini bilib olish uchun so'rab-surishtirib ko'rish jarayoni. (Bunda o'rinli bo'ladigansavollar MASLAHAT BERINGsxemasida keltirilgan.)

OITS: orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi degan so'zlarning boshharflaridan olingan qisqartma, *SPID*-ga qaralsin.

Oy-kuni yetib tug'ilgan bola: homiladorlik 37 haftaga to'lganidan keyin, muddatidatug'ilgan bola.

Oy-kuni yetmasdan tug'ilgan bola: homiladorlik 37 haftaga to'lmasidan oldin, muddatidan ilgari tug'ilgan bola, chala bola.

Oziq moddalar: ovqat tarkibida bo'lib, bolaning o'sib-ulg'ayishi uchun yordam beradigan,

odamga quvvat bo'ladigan moddalar, masalan, oqsillar, qand moddalari, mineral moddalar va vitaminlar.

Oziq moddalarga boy masalliq: tarkibida oqsillar, shuningdek vitamin va mineral moddalar ko'p bo'ladigan masalliq.

Opportunistik infeksiyalar: organizmning immun sistemasi odatdagicha qarshilik ko'rsatib turadigan mahallarda kasallik qo'zg'ata olmaydigan, lekin immuntizimi zaiflashib qolishi bilan jonlanib, kasallikka sabab bo'ladigan infeksiyalar. Masalan, hamisha sog'lom odamning og'zida bo'ladigan mikroorganizmlar odatdagi sharoitlarda kasallikka sabab bo'lmaydi, lekin immun tizimi biror sababga ko'ra zaiflashib qolsa, ular *og'iz oqarishi*ga sabab bo'lishi mumkin.

Oral regidratatsion vosita (ORV): glyukoza va tuzlar aralashmasi past osmomolyar eritmasining tarkibi Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti tomonidan tavsiya etilgan formula bo'yicha tayyorlanadi (har litrida grammlar hisobida): natriy xlorid - 2,6; (suvsizlangan) glyukoza - 13,5; kaliy xlorid - 1,5; natriy tritsitrat (suvsizlangan) - 2,9.

OPV: polimiyelitga qarshi ichiriladigan (oral) vaksina (em dori). Polimiyelitning odini olish uchun bola 4 marta emlanadi: unga tug'ilgan paytida, 2 oylik, 3 oylik va 4 oylik bo'lganida vaksina ichiriladi.

Oqsil: ovqat tarkibida bo‘ladigan modda, bolaning o‘tib-unishi uchun zaruraminokislotalardan iborat. Oqsilli masalliqdarga go‘sh, baliq, sut vadukkakli don mahsulotlari misol bo‘la oladi.

Oqsillar va energetik moddalar yetishmasligidan ovqat hazmining buzilishi:

kundalik ovqatda oqsil va boshqa zarur moddalar yetishmasligidan yoki tez-tez kasallanish oqibatida yuzaga keladigan holat.

Og‘iz oqarmasi, og‘iz oqarishi: og‘iz va tilning chaqalanishi yoki oq karash bilan qoplanishi, shilliq pardasidagi infeksiya tufayli paydo bo‘ladi.

Og‘iz yaralari: og‘iz ichi, lab yoki tildagi yaralar. Bular qizamiqda yuzaga kelishi vaqizil rangda yoki oq karash bilan qoplangan bo‘lishi mumkin. Yaralar bolaning b-ichishiga xalal berishi mumkin.

Og‘ir tasnif: mazkur o‘quv kursida - zudlik bilan ahamiyat berishni va odatdaka salxonaga yuborishni talab qiladigan juda jiddiy kasallik. Og‘irtasniflar *BAHOLANG VA TASNIFLANG* sxemasida qizil rangli qatorlardatilga olingan.

Parazit: boshqa bir organizmda yashab, unga zarar yetkazuvchi organizm.

Radial puls: bilak arteriyasi, ya‘ni kaft ustining ichki tomonidagi asosiy tomirni ushlab ko‘rib, aniqlanadigan puls.

Relaktatsiya: bolani emizib boqishga barham berilganidan keyin bola boqishning shu

usuliga yana qaytish va bunda sut hosil bo‘lishining asliga kelishi.

Respirator depressiya: dori preparatlarining ta‘siri ostida yoki og‘ir kasallik tufayli juda sekin nafas olish yoki nafas siyraklashuvi.

Respirator distress: o‘pkaga havo kelishi yetishmasligi tufayli noqulay sezilishi, qiynalish.

RVKD: retrovirusga qarshi davolash.

Rotavirusga qarshi vaksina (ROTA): rotavirusga qarshi oral vaksina. Bolahayotining 2 va 3 oyligida emlanadi.

Sariqlik: ko‘z oqlari va badan terisining sariq rangga kirishi.

Septitsemiya: qonda infeksiya bo‘lishi, mazkur o‘quv kursida «sepsis» deb hamyuritiladi.

Simptomlar: mazkur o‘quv kursida - bolaning salomatligi xususida onasi aytadigan muammolar, masalan, yo‘tal, ich ketishi, tomoq yoki quloq og‘rishi; bulardan tashqari bolani ko‘rib, tekshirish vaqtida tibbiy xodim uning onasidan surishtirib ko‘rishi kerak bo‘lgan **asosiy simptomlar** ham mazkur o‘quv kursida tilga olinadi. *BAHOLANG VA TASNIFLANG* sxemasida ana shunaysimptomlarning beshtasi tilga olinadi: yo‘tal yoki nafas qiyinligi, diareya, isitma, tomoq va quloq og‘rig‘i shular jumlasidandir.

Son arteriyasi: oyoqning asosiy arteriya tomiri. Chov chuqurchasini paypaslab ko‘rib, bu

tomirning urib turganini sezish mumkin.

Son venasi: oyoqning asosiy vena tomiri. Son venasidan ichki tomonda, ya‘ni shu arteriyadan tana markazi tomon borishda joylashgan.

SPID: “Sindrom priobretnenogo immunodefitsita” degan ruscha so‘zlarning boshharflaridan olingan qisqartma bo‘lib, odamga maxsus virus, ya‘ni immunitetni

susaytirib yuboradigan virus (virus immunodefitsita cheloveka)yuqishi tufayli boshlanadigan holatni, og'ir kasallikni ifodalaydi.

Suvsizlanish, suvsirash: organizmdan talaygina suv va tuzlar yo'qolishi bilanta'riflanadigan holat.

Surunkali: uzoq davom etadigan va tez-tez qaytalanib turadigan (kasallik).

Tavsiyalar: maslahat, amal qilinishi kerak bo'lgan yo'l-yo'riqlar.

Tasniflash: mazkur o'quv kursida: boladagi kasallik belgilari va simptomlariga qarab kasallikning qaysi toifaga kirishini, uning og'ir-engilligini aniqlash.

Takroran to'la baholash, takroriy to'la baho: bolaning ahvoli yaxshilanganmi, yo'qmi,

aniqlash uchun butun baholash jarayonini *BAHOLANG VA TASNIFLANG* sxemasiga muvofiq takroran bajarish, shuningdek har qanday yangimuammolarni baholab, tasniflash.

Takroriy baho, baholash: mazkur o'quv kursida - bolaning ahvoli yaxshilanyaptimi, yo'qmi, bilish uchun uni o'ziga xos kasallik belgilari bo'yicha takror martatekshirib ko'rish.

Turg'un holat: ahvolning o'zgarmasdan, bir xilda turishi.

Tug'ilishdan vazn kamligi: bolaning ona qornida yaxshi rivojlanmagani yoki oy-kuni

yetmagani uchun vazni kam bo'lib tug'ilishi (chala tug'ilishi). Og'irligi 2500 g dan kam bo'lib tug'ilgan bolalar tug'ilishdan vazni kam bo'lib hisoblanadi.

Umumiy oila dasturxonini ovqati: oilaning odatdagi yeydigan umumiy qozondagiovqatlari.

Faol ovqatlantirish: ovqat vaqtida bolaga yordam berib turish, masalan, bolaningyonida o'tirib, qoshiqni og'izga olib kelishda unga yordamlashish.

Faqat emizib boqish: bolani faqat emizib boqish, bunda unga ko'krak sutidan boshqahech qanday ovqat, suv yoki boshqa ichimliklar berilmaydi (zarur bo'lganidaberiladigan dori preparatlari va vitaminlar bundan mustasno).

Filatov-Koplik dog'lari: qizamiq kasalligining ilk bosqichlarida lunjlarda paydo bo'ladigan bir muncha mayda dog'lar. Ular notekis, o'rtasiga oq nuqta tushgan qizg'ish rangda bo'ladi. Bunday dog'lar bemorning yeb-ichishi uchun halal bermaydi va alohida davoni talab qilmaydi.

Folat: folat kisloata, vitaminlar qatoriga kiradi, ovqatda temir moddasiyetishmasligidan boshlangan kamqonlikka davo qilishda ishlatiladi.

Xabarsizlik: qanday bo'lmasin biror amalni bajara olmaslik, uni bajarish yo'llarini bilmaslik, tajribasizlik.

Xavfli (xatarli) kasallik: tarqalishga moyil bo'ladigan va o'limga ham olibboradigan kasallik.

XIB: V tipdagi Gemofilyus inflyuensega qarshi vaksina. Bola hayotining 2, 3 va 4oyligida emlanadi.

Shish: teri osti to'qimalarida ortiqcha suyuqlik borligi tufayli o'sha joyningko'tarilib, kerkib turishi. Odatda oyoqda (oyoq panjalarida), goho boshqa joylarda paydo bo'ladi.

Shok: haddan tashqari darmonsizlanib, ko'zni ochmaslik yoki behush bo'lib, o'zinibilmaslik bilan ta'riflanadigan xavfli holat, bunday holatda odam qo'l-oyoqlari

muzdek bo'lib, tez-tez nafas oladi, tomir urishi zaiflashib qoladi. Ko'p ich ketib, badanning bir qadar suvsizlanib qolishi, talaygina qonketishi, sepsis yoki badan quyishi shokka sabab bo'lishi mumkin.

Shoshilinch yordam: darhol ahamiyat berishni talab etadigan, bola hayotini saqlab qolish

uchun muhim bo'lgan chora.

Energiyaga boy mahsulot: odamga quvvat bo'ladigan (tarkibida energiya yoki kaloriyaberadigan moddalari ko'p bo'ladigan) mahsulot, masalan, go'sht, dukkakli donlar, o'simlik moyi, yog'lar.

Epizodlar: kasallik hodisalari.

Essensial yog' kislotalari: bolaning ko'zlari va bosh miyasi yaxshi rivojlanishi uchun zarur yog'lar. Faqat ko'krak sutida bo'ladi, sigir sutida ham, ko'krak sutining o'rnini bosadi, deb hisoblanadigan omuxta ozuqalarning ko'pchiligida ham bo'lmaydi.

Emlanganlik holati: bolada o'tkazilgan emlash ishlarini tavsiya etiladigan emlashjadvaliga solishtirib ko'rish. Bu holat bola uning yoshida tavsiya etiladigan em dorilarning hammasini olganmi-yo'qmi, agar hammasini olmagan bo'lsa, unga bugun qanday em dorilarni emlash zarurligini ko'rsatib beradi.

Yarim qattiq ovqat: sersuv, yumshoq ovqat. Masalan, bo'tqa yoki pyure yarim qattiq ovqat hisoblanadi.

Qizamiqqa aloqador asoratlar: qizamiq vaqtida yoki undan keyin paydo bo'ladigan muammolar yoki infeksiyalar. Bularga diareya, pnevmoniya, stridor, og'iz yaralari, quloq va ko'z infeksiyasi misol bo'la oladi. Ensefalit, ya'ni bosh miya yallig'lanishidek asorat kamroq uchraydi.

Qusishga qarshi vositalar: ko'ngil aynishini bosadigan, qusishni to'xtatadigan preparatlar.

Qo'zg'atuvchi: kasallikka sabab bo'ladigan, uni keltirib chiqaradigan omil yokimikroorganizm.

Qo'shimcha ovqat: bola 6 oylik bo'lganidan keyin ko'krak sutiga qo'shimcha ravishda unga

berib turiladigan ovqat. 6 oylikdan boshlab hamma bolalar qo'shimcha ovqat, masalan, sariyog' yoki o'simlik moyi solib beriladigan bo'tqa, go'sht, sabzavot, tuxum, tvorog, meva suvlari olib turishi kerak.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.

1. Umumiy amaliyot vrachlari uchun ma'ruzalar to'plami. Toshkent 2010. A.G.Gadayev.
2. Umumiy amaliyot shifokori uchun qo'llanma. F.G.Nazirov, A.G.Gadayev taxriri ostida. GEOTAR, Media, M.2007.
3. Poliklinik pediatriya va reabilitologiya. Shamansurova E.A. va boshqa Toshkent 2010.
4. Общая врачебная практика. Руководство под ред. F.G.Nazirova, A.G.Gadayeva. – M.: GEOTAR, 2005.
5. Umumiy amaliyot shifokori uchun pediatriya. A.V.Alimov taxriri ostida o'quv qo'llanma. Toshkent, 2005.
6. Pediatriya dlya vracha общей практики под ред. A.V. Alimova. Tashkent, 2010
7. Dj. Merta. Spravochnik vrcha общей прктики. Ingliz tilidan tarjima, Moskva. 1997.
8. Ensiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo. B.Beytsvaboshk. Ingliz tilidan tarjima. M.: GEOTAR, 1998.
9. Общеврачебная практиа. Nobel. - M.: GEOTAR, 2004.
10. IVBDV. VOZ, 2011.
11. «Alma-Atinskaya deklaratsiya». Mejdunarodnaya konferensiya po pervichnoymediko-sanitarnoy pomoshchi. Alma-Ata, 12 sentyabrya 1978.
12. Кохен М.М. Под ред. Общепрактическая и семейная медицина. Минск: Belarus, 1997.
13. Мартынич С.А., Юковский Г.С. и др. Стандартизация в области профилактики неинфекционных заболеваний - условия повышения качества помощи. М., Здравоохранение №2, 2000.
14. Медик В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. «Укрепление здоровья населения. Современные проблемы профилактики. Факторы риска важнейших неинфекционных заболеваний». 1,2-том. М., 2003.
15. Myorta Dj. Spravochnik vrcha общей практики. Moskva: Praktika, 1998.
16. Naumov L.B., Gayevskiy Yu.G., Bessonov A.M., Merkushev V.V. Raspoznavaniye bolezney serdechno-sosudistoy sistemy. Diagnosticheskiye i takticheskiye algoritmy (programmirovannoye rukovodstvo) T.: Meditsina, 1979.
17. Nobel Dj. Общая врачебная практика по Джону Нобелю. М.: Izdatelskiy dom Praktika, 2005.
18. Fauchi E. i dr. Pod red. Vnutrenniye bolezni po Tinsli R. Har risonu. V 2 tomax. Perevod s angliyskogo. Moskva: «Praktika», 2002.
19. Shevchenko Yu.L., Denisov I.N., Kulakov V.I. i dr. Klinicheskiye rekomendatsii dlya praktikuyushchix vrachey, osnovannyye na dokazatelnoy meditsine. Perevod s angliyskogo. Moskva: «GEOTAR-Media», 2002.
20. Yaxontova O. I., Rutgayzer Ya.N., Valenkivich L.N. Differentsialnyy diaqnoz osnovnykh sindromov zabolevaniy vnutrennix organov. Izd. «Dean» 2002. Sank-Peterburg.
21. Health care in Central Asia. Edited by Martin McKee, Judith Healy and Jane Falkingham, WHO, 2002.

22. W.G.W.Boerma i D.M.Fleming. Rol obshchey vrachebnoy praktiki v pervichnoymediko-sanitarnoy pomoshchi. Vsemirnaya organizatsiya zdravooxraneniya, Yevropeyskoyeregionalnoye byuro. Kopengagen, 2001.
- 23.www.rmj.net - Russkiy medisinskiy jurnal11. Organizatsiya raboty v poliklinik E.A.Shomansurova va boshk. Toshkent, 2007.
- 24.Poliklinik ishni tashkil qilish E.A.Shomansurova va boshk. Toshkent, 2007.
- 25.13.interpretatsiya laboratornykh analizov v SVP E.A.Shomansurova Butayev Ch.J. Tashkent, 2010.
- 26.KVPda laboratoriya analizlarini interpretatsiyasi. . E.A.Shomansurova, Butayev Ch.J. Tashkent, 2010.
- 27.Konsultirovaniye po grudnomu vskarmlivaniyu. Kurs obucheniya. VOZ. Tashkent, 2013y
- 28.Effektivnaya perenatalnaya pomoshch i uxorod. Rukovodstvo dlya uchastnika. VOZ. Tashkent, 2013y
- 29.Rost i razvitiye detey pervykh 5 let jizni. Kurs obucheniya. VOZ.Tashkent, 2013 y
- 30.Rost i razvitiye detey pervykh 5 let jizni. Rekomendatsii materyam po kormleniyu i po uxodu za rebenkom. Kurs obucheniya VOZ. Tashkent, 2013y
- 31.Rost i razvitiye detey pervykh 5 let jizni. Otsenka i monitoring rosta malchikov i vneseniye pokazateley v istoriyu razvitiya. Kurs obucheniya VOZ. Tashkent, 2013y
- 32.Rost i razvitiye detey pervykh 5 let jizni. Otsenka i monitoring rosta devochek i vneseniye pokazateley v istoriyu razvitiya. Kurs obucheniya VOZ. Tashkent, 2013y
- 33.Antenatal parvarish. O'quv qo'llanma. A.I.Kamilov, Yu.G.Rasul-Zade va boshqalar. Toshkent, 2010y
- 34.Internet tarmogidagi Poliklinik-pediatriya va reabilitologiya faniga tegishli ma'lumotlarni olish mumkin bo'lgan resurslar:
- 35.vvv.medport.ru/medpb/ -MeditsinaPeterburga
- 36.vvv.infoart.ru/med/index.htm-«Doktor», jurnal dlya praktikuyushchix vrachey.
- 37.vvv.mediasphera.aha.ru/surgery/surg-mn.htm - Xirurgiya. Jurnal im.N.I.Pirogova
- 38.vvv. mediasphera.aha.ru/antibiot/antb-mn.htm -Antibiotiki i ximioterapiya
- 39.vvv.mediasphera.aha.ru/neuroI/neur-mn.htm - Jurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S.Korsakova
- 40.vvv.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm- Rossiyskiyvestnik perinatologii i pediatrii.
- 41.
- «Integrirovannoyevedeniyeboleznedyetskogovozrasta(IVBDV)»,JSSTdasturi,2007y.
- 42.WHO/UNICEF. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course.Geneva, World Health Organization, Department of Nutrition for Health and Development, 2006.
- 43.de Onis M, Garza C, Victora CG, Bhan MK, Norum KR, editors. WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Rationale, Planning and Implementation. Food Nutr Bull 2004;**25** (Suppl 1):S1–89.
- 44.de Onis M, Garza C, Onyango AW, Martorell R, editors. WHO Child Growth Standards. Acta Paediatrica Suppl. 2006;**450**:1–101.

45. Ertem IO. *Guide for Developmental Monitoring and Support*. In: Textbook of Developmental Pediatrics, Ertem IO (Ed). Ankara University School of Medicine, Department of Pediatrics, Developmental-Behavioral Pediatrics Unit, 2005.
46. Griffiths M, Dickin K, Favin M. *Promoting the Growth of Children: What Works, Toolkit #4*. The World Bank's Nutrition Toolkit. Washington DC, The World Bank, 1996.
47. Pan American Health Organization/WHO. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington DC, Pan American Health Organization/World Health Organization, 2003.
48. WHO. *Guiding principles for feeding non-breastfed children 6–24 months of age*. Geneva, World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development, 2005.
49. WHO/UNICEF/USAID. *HIV and infant feeding counselling tools: Reference Guide*. Geneva, World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development, 2005.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593016.pdf>
50. WHO/UNICEF. *IMCI care for development: counsel the mother*. Geneva, World Health Organization and UNICEF, 2002.
51. WHO/UNICEF. *IMCI in-service training*. Geneva, World Health Organization and UNICEF, 1997 (WHO/CHD/97.3.A–K).
52. WHO. *Immunization in practice, Module 2: the vaccines*. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/IVB/04.06).
53. WHO. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/NHD/02.4).
54. Rostirazvitiyedetey. JSST tavsiyalari asosida to‘zilgan qo‘llanma. Tuzuvchilar: D.I. Axmedova, Sh. Raximdjanov, Toshkent, 2006

INTERNET TARMOG‘IDAGI TEGISHLI MA’LUMOTLAR:

- ➔ www.rmj.net - Russkiy meditsinskiy jurnal
- ➔ www.medport.ru/medpb/ - Meditsina Peterburga
- ➔ www.infoart.ru/med/index.htm - "Doktor", jurnal dlya praktikuyushix vrachey
- ➔ www.mobile.ru - Elektronnaya versiya jurnalnaya "Mobile", meditsinskaya stranitsa
- ➔ www.mr.ru - Moskovskiy Meditsinskiy rуnok
- ➔ www.pharmamed.ru/mg - "Meditsinskaya gazeta"
- ➔ ["Klinicheskaya farmakologiya"](#) - meditsinskiy spravochnik, izdatelstvo

"Universum Publishing".

Jurnalы izdatelstva "Media Sfera":

- ➔ www.mediasphera.aha.ru/cardio/card-mn.htm - Kardiologiya
- ➔ www.mediasphera.aha.ru/surgery/surg-mn.htm - Xirurgiya. Jurnal im.

N.I.Pirogova

- ➔ www.mediasphera.aha.ru/antibiot/antb-mn.htm - Antibiotiki i ximioterapiya
- ➔ www.mediasphera.aha.ru/neurol/neur-mn.htm - Jurnal nevrologii i psixiatrii im.

S.S.Korsakova

- ➔ www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm - Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi,
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2024 yil "11" Sentabrdagi
"01/08/1965-T"–sonli buyrug'iga asosan

A.G.G'aniyev, Z.M.Baxavadinova, M.D.Saxibova
(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Pediatriya ishi - 60910300
(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ning
talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Ambulator poliklinik pediatriya
nomli darslik***

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

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

Rektor  M.M.Madazimov
(imzo)



Ro'yxatga
olish raqami:
230



DARSLIK

**G'.A.Ganiyevich, Z.M.Baxavadinova,
M..Saxibova**

**“AMBULATOR POLIKLINIK
PEDIATRIYA”**

**Muharrir: Maxmudov A.
Korrektor va dizayn: Maxmudov T.**

Tasdiqnoma № X-25171, 300325805, 15.06.2023.
Bosishga 2024-yil “11-sentabr” ruxsat berildi.
Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Shartli bosma tabog'i 7.67., 516 sahifa, Adadi 10 dona, Buyurtma №60

“KAFOLAT TAFAKKUR” nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.
Manzil: Andijon viloyati, Andijon tumani, Oq Yor QFY, Sh.Umarov 78 uy.

Telefon: +99897 580-64-54
e-mail: kafolattafakkur@gmail.com

