

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIV VAO'RTA
MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI**

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

ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT

INSTITUTI

PEDIATRIYA KAFEDRASI

**DAVOLASH VA KASBIY TA'LIM FAKULTETI 3 KURS
TALABALARI UCHUN "BOLALAR KASALLIKLARI "
FANIDAN O'QUV USLUBIY MAJMUA 2019-2020 O'QUV
YILI UCHUN**

BUXORO-2018

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

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

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

PEDIATRIYA KAFEDRASI

O'quv bo'limi tomonidan
ro'yxatga olindi
№ _____ « _____ »
_____ 2019 y.

“TASDIQLAYMAN”
O'quv ishlari bo'yicha prorektor
t.f.n., dots.
_____ G.J.Jarilkasimova
“ _____ ” _____ 2019 y

**DAVOLASH VA KASBIY TA'LIM FAKULTETI 3 KURS
TALABALARI UCHUN “BOLALAR KASALLIKLARI”
FANIDAN 2019-2020 O'QUV YILI UCHUN O'QUV
USLUBIY MAJMUA**

Ta'lim shifri - 510000 «Sog'liqni saqlash»
Ta'lim yo'nalishi: 5510100 – Davolash ishi
5111000 – Kasbiy ta'lim (5510100 – Davolash ishi)

BUXORO-2019

Tuzuvchi:

Jo'raeva F.R.- Pediatriya kafedrası assistenti

Retsenzentlar:

1. Badriddinova M.N.- Ichki kasalliklar, endokrinologiya kafedrası mudiri, t.f.n
2. Bobojonova Z.H.-Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrası mudiri t.f.n

Kafedra mudiri:t.f.d., dotsent : Navruzova SH.I._____

FMUK rahbari : t.f.d. Obloqulov A.R. _____

Fanning o`quv dasturi Oliy va o`rta maxsus, kasb-hunar ta`limi o`quv -metodik birlashmalari faoliyatini muvofiqlashtiruvchi kengashining 2018_ yil " _7_ 12"dagi " _1000"-son majlis bayoni bilan ma`qullangan.

Fanning o`quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida ishlab chiqildi.

Fanning o`quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy-uslubiy kengashida tavsiya qilingan (2019_ yil " " _27 mart _____ " 8 "- sonli bayonnoma)

Ushbu ishchi dastur namunaviy o`quv dasturi va o`quv reja asosida davolash ishi yo`nalish bo`yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _9_ « _26_ » _____ 04 _____ 2019 y.

O`QUV –USLUBIY MAJMUA MUNDARIJASI

1	KIRISH	Bet
2	MA`RUZA №1. Bolalarda pnevmoniya	
3	MA`RUZA №2. Bronxial astma	
4	MA`RUZA №3. Bolalarda norevmatik karditlar	
5	MA`RUZA №4. Bolalarda o`tkir revmatik isitma.	
6	AMALIY MASHG`ULOT №1. Bolalarda o`tkir pnevmoniya Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	
7	AMALIY MASHG`ULOT №2. Atipik pnevmoniyalar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	
8	AMALIY MASHG`ULOT №3. Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	
9	AMALIY MASHG`ULOT №4. Atopik dermatit. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi	
10	AMALIY MASHG`ULOT №5. Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi.	
11	AMALIY MASHG`ULOT №6. Bolalarda o`tkir revmatik isitma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi	
12	Fan dasturi	
13	Ma`ru`zalar ishchi dasturi	
14	Amaliy mashg`ulotlar ishchi dasturi	

15	Mustaqil ishlar kalendar-tematik rejasi	
16	Amaliy ko'nikmalar	
17	Mavzuga oid test savollari	
18	Foydalanilgan adabiyotlar	

Kirish

Ushbu o'quv - uslubiy majmua umumiy amaliyot shifokorini pediatriya fani bo'yicha bolalarda keng tarqalgan kasalliklarning oldini olish, erta tashxislash, samarali davolash, shoshilinch xolatlarda birlamchi tez tibbiy yordam ko'rsatish, zarur bo'lgan xollarda tibbiy muassasalarga yo'llanma berish, turli gurux bemor bolalarga sog'lomlashtirish tadbirlari, dispanserizatsiya va rehabilitatsiya o'tkazishni o'rgatish maqsadida tuzilgan. Umumiy amaliyot shifokori bolalar kasalliklarini tashxislash va oldini olish, uy sharoitida, qishloq va shaxar vrachlik punktlari (QVP va SHVP), oilaviy poliklinikalar, klinik tashxislash markazlari, markaziy tuman shifoxonalari, tez yordam punktlarida birlamchi va tez tibbiy yordam ko'rsatish, zarur bo'lgan xollarda tegishli tibbiy muassasalarga qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish va davolash uchun tayyorlanadi.

Pediatriya fanini o'qitishdan kelib chiqadigan asosiy vazifalar bolalarni ratsional ovqatlantirish,

shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish, boshqariladigan yuqumli kasalliklarga qarshi vaksinatsiya o'tkazish, bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklarning oldini olish, tashxislash va qiyosiy tashxisot o'tkazish, davolash, zarur bo'lgan hollarda tegishli tibbiy muassasalarga qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazish va davolashga yuborish, birlamchi tez tibbiy yordam ko'rsatish va ixtisoslashgan tez tibbiy yordam markazlariga yuborish, reabilitatsiya va dispanserizatsiya ishlarini olib borishdan iborat.

Ushbu o'quv - uslubiy majmua Davlat ta'lim standarti va umumiy amaliyot shifokorini tayyerlash dasturi asosida tuzilgan, tibbiyot oliy o'quv yurtlarining davolash, tibbiy pedagogika, stomatologiya va tibbiy profilaktika fakultetlarining talabalariga bolalar kasalliklaridan ta'lim berish uchun mo'ljallangan. Majmua bolalar kasalliklarining asosiy bo'limlarini o'z ichiga oladi.

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida ishlab chiqildi.

Fanning o'quv dasturi Toshkent tibbiyot akademiyasida Ilmiy-uslubiy kengashida tavsiya qilingan (2019_ yil " _27 _03_____ " 8 " - sonli bayonnoma)

Ma'ruza №1

Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

Mavzu	Erta yoshdagi bolalarda pnevmoniya kasalligi
--------------	---

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti-2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Maruza rejasi	<ol style="list-style-type: none">1. O'tkir zotiljam to'g'risida tushuncha.2. Zotiljamning zamonaviy tasnifi.3. Zotiljamning klinik diagnostikasi.4. O'tkir zotiljamni davolashning zamonaviy uslublari.5. Zotiljamni davolashning effektivligi kriteriyalari6. O'tkir zotiljam asoratlarini dvaolash.

<p><i>O'quv mashg'ulotning maqsadi :</i> Talabalarga erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholash. Tekshirish usullari haqida tasavvurga ega bo'lish. Zotiljam kasalligini tashxislab vadavolashni o'rgatish.</p>	
<p><i>Pedagogik vazifalar:</i></p>	<p><i>O'quv faoliyati natijalari:</i></p>
<p>Talabalariga nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Erta yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. Bolalarda pnevmaniya kasalligini aniqlay olishni o'rgatish. Zotiljam kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashini o'rgatish.</p>	<p>Talabalariga erta yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay bilishi, nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rganishi kerak. Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligini aniqlay olishi kerak. Zotiljam kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, tashxisini va davolashini bilishi</p>

	kerak.
Talim berish usullari	Kurgazmali maruza, suhbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	O'quv qo'llanma, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat : savol-javoblar

M'aruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish	Faoliyat mazmuni
------------	-------------------------

bosqichlari va vaqti	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish m'aruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1. Ma'ruza mashguloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiradi. 2.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova). 3.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi (3-ilova).	Tinglaydilar
2- bosqich Asosiy	<ul style="list-style-type: none"> • 1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni 	Tinglaydilar, Yozadilar,

<p>bosqich (55 daqiqa)</p>	<p>namoyish qilish va izoxlash btlan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi.</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi.• 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maqsadi da quyidagi savollarni beradilar:• Erta yoshdagi bolalarda zotiljam kasalligi haqida tushuncha bering.?• Zotiljamni chakiruvchi sabablarni ayting.• Pnevmaniyaning bolalarda kechish xususiyatlari kanday?• Pnevmaniya kasalligini klassifikatsiyasida	<p>javob beradilar</p>
--------------------------------	--	-------------------------------

	<p>nimalar yoritilgan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pnevmaniyakasalligini etiopatogenetik davolash kanday? • Pnevmaniyaning profilaktikasini olib borishda nimalarga e'tibor berish kerak? 	
<p>3.Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi.</p> <p>2. Mustaqili ishlash uchun o'tkir respirator virusli infeksiyalar, pnevmopatiyalar-5 s mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur O'quv materialni o'qib kelish vazifasini beradi.</p>	<p>Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.</p>

MA'RUZ A matni.

MAVZU: ERTA YOSHDAGI BOLALARDA PNEVMONIYA KASALLIGI.

Zotiljam ,pnevmoniya (grekcha pnevmon - O'pka ; sin. O'pka yalliglanishi)-O'pka ning respirator kismalarining yalliglanishi bo'lib,o'zi aloxida eki biron bir kasallikning asorati bulib kelishi mumkin.O'tkir zotiljam- O'pka parenximasining o'tkir infeksiyon yalliglanishi bulib nafasning buzilishi va fizikal uzgarishlar bilan tashxislanib, rentgenogrammada infiltrativ eki uchokli uzgarishlar bilan kuzatiladi.80-yillargacha o'tkir zotiljam bilan har 1000 ta boladan 100-300 ta bola kasallanishi aniklangan. Zamonaviy diagnostika va davolash kriteriylariga asoslanib xozirda har 1000 ta boladan 4,4 dan 17,0 tasi kasallanishi aniklangan.

TUGMA ZOTILJAM ETIOLOGIYASI

ANTENATAL infitsirlanish:	INTRANATAL infitsirlanish:
-toxoplazma gondii, rubella,cytomegalovirus -herpes simplex virus,	-streptokokki gruppò V -C.trachomatis, E.Coli, -Klebsiella spp,

-treponema pallium, -listeria monocitogenes/	-U.urealitica, -M.Hominis
---	------------------------------

Shifoxonadan tashkari zotiljam etiologiyasi

Yoshi	Viruslar	Bakteriyalar
2 xaftadan- 2 oygacha	Rinosintitsialno`y virus, adenovirus, virusы paragrippa	S.aureus, gramne- gativno`e enterobakterii, C.trachomatis
2 oydan- 1 yoshgach a	RS- virus, paragrippa, gripp A i V, adenovirus, rinovirus enterovirus, koron o-virus kizilcha, kizamik, suvchechak	S.pneumoniae, H. influenzae, M.pneumoniae , C. pneumoniae, S.aureus, S.pyogenes
5-7 yosh	Rinosintitsial virus, paragrippa 3i 1 tipov, gripp A	S.pneumoniae, M. pneumoniae, H.influenzae, C.

	i V, adenovirus	pneumoniae
7 letdan katta	Gripp A i V, paragripp 3 i 1 tipov	M.pneumoniae S.pneumoniae C.pneumoniae

Shifoxona ichi zotiljam etialogiyasi

Bulimlar	Patogenlar
Reanimatsiya, ORIT, xirurgiya	Kukyiringli tayokcha, tillo va epidermali stafilokokki, ichak tayokchali, klebsiella, atsinetobakter, kandida
Onkogematologiya	Kukyiringli tayokcha, tillo va epidermali stafilokokki, enterobakteriya, aspergillyus
Terapiya	Tillo va epidermali stafilokokki, klebsiella
Erta va Kechki zotiljam	Ps.aeroginosaes, S.marsensens, Acineto bak_ter spp., S.aureus, Klebsiella, E.Coli, Candida

Immunokomprementar kasallarda zotiljam kasalligi

Kasallar	patogenlar
----------	------------

guruxi	
Chala to'g'ilgan bolalar	Pneumociysta carinae,Ure Aplazma urealitica
Neytropeniyali bemorlar	Gramnegativlar, enterobakteriyalar,zamburklar.Kandidalar
Birlamchi xujayra immuntankislik ka uchragan bemorlar.	Pneumociysta carinae,zamburuklar, Kandidalar
Birlamchi gumoral immuntankislik ka uchragan bemorlar.	Pnevkokk, stafilokokk, enterobakteriyalar
OITS bilan kasallangan bemorlar	Pnevmonsistlar, tsitomegalovirus, tuberkulyoz mikobakteriyalari ,Kandidalar

ZOTILJAMNING ZAMONAVIY TASNIFI.

Hozirgi davrda zotiljam quyidagi xolatlariga qarab tasniflanadi.

1. Morfologik formalariga asoslanib.

uchokli, krupozli, uchokli-birikkan, segmentar, interstitsial. Shuni ta'kidlash lozimki, uchokli-birikkan zotiljam ko'pincha ekssudativ plevrit eki O'pka destruktiviyasi bilan asoratlanadi. Segmentar zotiljamlar esa uzok davom etishga moyil, interstitsial zotiljamlar esa pnevmotsistli pnevmoniyalardan keyin kelib chikadi.

2. Kasallikning kechishiga qarab

o'tkir va chuzilgan. Agar UZ 16 dan 6 oygacha davom etsa chuzilgan deyiladi G` ko'pincha segmentar formaliG`.

3. Kasallikning paydo bo'lish joyiga qarab

shifoxonadagi zotiljam va shifoxonadan tashkarida paydo bo'lgan eki uydagi zotiljam ajratiladi. Bunga perinatal zotiljamlar xam kiritilgan bulib, antibiotik tanlash uchun muxim axamiyatga ega. Shifoxonadan tashkarida zotiljamni chakiruvchilar:

pnevmokokklar, stafilokokk, Hemofilus influenzae, streptokokk, mikoplazma, Chl.pnevmonia, legionella, viruslar. Shifoxonadan tashkari perinatal zotiljamni Chl.trachom, pnevmotsistlar, ureaplazma, sitomegaloviruslar chakirishi mumkin. Shifoxona

ichidagi zotiljamlarni ko'p xollarda: stafilokokk, Hemof.influenzae, E.coli, Brachomella, Pseudomonas, Serrata, proteylar, viruslar. Immunodefitsit xollarda - bakteriyalar, pnevmotsistlar,zamburuglar, mikobakteriyalar, sitomegaloviruslar chakiradi.

Shifoxonadagi infektsiyalar ko'pincha shifoxona ichidagi respirator-virusli infektsiyalar asosida rivojlanib, ko'pincha 1 eshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Shifoxona ichidagi zotiljamlar ko'pincha 2 guruxdagi kuzgatuvchilar bilan chakiriladi. Birinchi - shifoxonadagi flora, ko'pincha antibiotiklarga rezistent bo'ladi .Masalan: klebsiellalar, proteylar, psevdomonazlar, kuk yiringli taekchalar.

Ikkinchisi kasalning -burun va ogiz Halqum autoflorasi.Shifoxonadagi flora bilan yo'q tirilishi ko'pincha ingalyatsion preparatlar ishlatganda va manipulyatsiyalarda G`kateterizatsiya, endoskopiyadaG`

4.Asoratlariga qarab asoratlangan va asoratlanmagan pnevmoniyalarga bulinadi. Asoratlanganga: toksikoz,kukpnevmoniyali plevrit, metapnevmonik plevrit, DVS-sindrom,infektsion-toksik shok, 2lamchi O'pka shishi,pnevmotoraks.

3.Klinik diaknostikasi.ORVI bilan difdiagnostikasi va klinik diagnostikasini aniklash kiyin chunki ORVIga xos patognomik belgilari aniklanmaydi.

Kuyida O'tkir zotiljamni taxmin kiluvchi bir kancha simtomlar berilgan:

1.TEMPERATURA . Tana har oratining febrilgacha kutarilishiG`36,5SG`. Kasallikning birinchi kunlari xuddi ORVI kabi kuzatiladi.Lekin 38 dan past har orat UZ da kam uchraydi. 3 sutkadan ko'p febrilitet UZ uchun xos .URVI da bu xolat 20 protsenta uchraydi.

2.Hansirash. Nafas chastotasi zotiljamda quyidagilar:

EShI	bir minutda nafas olishi.
To'g'lgandan - 2 oylikgacha	60 dan ko'p
2-12 oylik	50 dan ko'p
1-5 yoshda	40 dan ko'p

Bu kursatkichlar obstruktiv bronxit va stidorni xisobga olmaganda tugri.Chunki mexanik tuskinliklar nafas olishni tezlashtirishga olib keladi.Hansirash erta eshli bolalarda UZning o'tkir uchogli va interstisial xolatlarida uchraydigan belgilaridir.

3. ko'krak kafasining kengayishi. BuUZning ogir formalarida uchraydi.

4.Obstuktiv bronxit Fakat shifoxona ichida zararlenganda sodir bo'ladi .

5. Xirillashlar. Bulinadi : xul , quruq , ko'p lab. Ular UZning belgilari xisoblanmaydi.

6. Tsianoz. Fakatgina ogir pnevmoniyalarda uchraydi. Nafas etishmovchiligi bilan kechgandagina.

7. TOKSIKOZ. Bu jamlashtirilgan tushuncha bulib kasallik kechishi ogirligidan dalolat beradi. Belgilar: Kuchli kuzgaluvchanlik, xushini yo'q otish, suyo'q lik ichishdan bosh tortish bolani tezda gospitalizatsiyaga olib keladi.

8. QON NING UZGARISHI. L-10. G`-6G` : SOE 10mmG` chdan katta. leykoformula chapga siljigan: tG` ya 5:2-10 neytrofillar: Bu kursatgichlar kasal bolalarning kasallikning boshlanishida bo'ladi .

3-gurux kasallarni ajratib loish lozim.

Birinchisi-Febril har orat bilan 3kundan oshik. ko'krak kafasining mag`lum joylarini kengayishi. Bu kasallarning 80 foizida rntgenologik uzgarishlar kuzatiladi.

Ikkinchi-1-chi gurux belgilari bulmagan bolalar xisoblanadi. Bunda xakim lokal va fizikal belgilardan foydalanadi.

Uchinchi guruxga - bolalarda lokal simptom belgilari bulmaydi.

HOZIRGI ZAMON DAVOLASH USULLARI

Chakaloklar PNEVMONIYASINI ANTIBAKTERIAL TERAPIYASI

Pnevmoniya formasi	etiologiya	Tanlangan dorilar	Alternativ dorilar
Tugma pnevmoniya	Streptokokki gr V,S, D, ichak tayokchalari, klebsiella, stafilokokki, listerii, mikoplazma, ureaplazma, blednaya spiroxeta s virusami i gribami Kandida, anaeroby	Amoksatsillin Qaminoglikozid; AmpitsillinQaminoglikozid	tsefotaksimQaminoglikozid tseftazidimQaminoglikozid eritromitsin, azitromitsin, penitsillin, ekzartsillin metronidazol, linkomitsin
IVL bilan Assotsirlangan erta pnevmoniya	Usha	usha	Usha

ya			
IVL Bilan assotsirla ngan kechki pnevmoni ya	Psevdomona do`,serratsii, klebsiello`, stafilokokki, mikoplazma, xlamidiya	TseftazidimQA G; TsefapirozonQ AG; AzlotsillinQA G PiperatsillinQA G	Vankomitsin Karbopenemo` Eritromitsin, azitromitsin,mi dekamitsin,difl yo`q an,trimetaprim- sulfosalozol, Rifampitsin Tekoplamin

Shifoxona ichidagi pnevmoniyani davolashda birinchi
ANTIBIOTIKning tanlanishi

Pnevmoniya boshlanguncha terapiya utkazilishi	Tavsiya etiladigan davolash
davolanmagan	penitsillin,ampitsillin vG`m
Penitsillin	oksatsillin,linkomitsin,ts efalosporin ino` 1go pokoleni
Tsefalosporin 1go pokoleniya gentamitsin,dr aminoglikozid	Penitsillin,ureidopenitsil lin
Gentomitsin	aminoglikozo`do`.

	Sefalos porino` 3-4go pokoleniya, xinolino`
Kombinirlangan:zambururugga karshi	tsefalosporino` 3-4go pokoleniya,ureidopenitsillin va aminoglikozidlar
ureidopenitsillin,rifampitsin;aminoglikozidlar katta dozalarda	gentomitsin do 15mgG`kgG`sut yoki amikotsin 30-50mgG`kgG`sut

Выбор startovogo preparata pri lechenii vnebolnichnoy pnevmonii u detey v vozraste do 6 let

Vozrast,forma pnevmonii	etiologiya	Startovyy preparat	Zamena pri neeffektivnosti
1-6 mes., tipichnaya	Koli inf, enterob.staf Pnevmonok	Vnutr:защищенные penitsillin v/v, v/mampitsillin+oksatillin, защи. penitsillin ili	v/v, v/m:sefuroksim, seftriakson, sefatoksim, dr aminoglikozid, linkomitsin, vankomitsin, karbopenemy

		sefazolin	
1-6 mes., atipichnaya	Klostr.mik oplazma,ur eapl	Vnutr – makrolid	Vnutr: ko- trimaksazol
6 mes-6 let,tipich. neoslojne	pnevmokok k	Vnutr:amoks atsillin, ospen, makrolid	Vnutr:zaщ.penits sefalosporin 2-pokoleniya,v/v, v/mpenitsillin, sefalosp.2-3 pokolen

Ma'lum sharoitlarda UZni davolash yaxshi natijalar bilan kechadi.

Asoratlangan UZ toki o'tkir belgilar tugaguncha davom etadi.SOEning oshishi va rentgenologik uzgarishlar uyga javob berishga tuskinlik kilmaydi.Agar bolada URK bo'lsa va bu kasalga antibakterial terapiya utkazilaetgan bo'lsa UZ tashxisi aniklanmasa bu terapiya tuxtatiladi.

DAVOLASH EFFEKTIVLIGI KRITERIYLARI.

1.Tulik effekt :Tana har oratining 38 dan tushishi,24-28 sutka mobaynida asoratlanmagan vaktida va asoratlanganda 3-4 sutka mobaynida. Ishtaxasining yaxshilanishi va hansirashining kamayishi bunga kiradi.

2.Chala effekt:febril tana har orati saklangan 24-28 sutka mobaynida. Lekin klinikada yaxshilanish kuzatilmokda va rentgeniologik uzgarishlar bulmaganda.

3.EFFEKTNING YO'Q LIGI: febrillik saklangan xolda bolaning umumiy axvoli emonlashadi va O'pka da patologik uzgarishlar saklanadi.

Effektning yo'q ligiva chala effekt qayta rengenologik tekshirishlar talab qiladi. Ekssudat mikdori ko'p ayganda- prevral punktsiya kilinadi.

Effekt bulmaganda antibiotikni uzgartirish kerak.

O'TKIR ZOTILJAMDA ANTIBAKTERIAL PREPARATLARNI TANLASH.

ERTA EShLI BOLALAR.

1Shifoxonadan tashki

pnevmoniya.G`Vnebolnichnaya pnevmoniya.

1.Gudaklarga 6 oygacha uchogli va uchogli-kushilgan protsesslarda ampioks tavsiya etiladi.Agar effekt bermasa aminoglikozid bilan sefalosporin 1-3chi avlodi beriladi. M: gentamitsin kefzol bilan.

1.2 6oydan 4eshgacha penitsillin. Asoratlanmagan pnevmoniyada ampitsillin,baktrim beriladi .Asoratlanganda penitsillin muskul orasiga.

1.3 4eshdan katta bolalarda mikoplazmaliva xlamidiyli etiologiya ko'p uchraydi.Shuning uchun oral makrolidlari

G`oleandomitsin,eritromitsin,parenteral linkomitsin beriladi.

Ogir xollarda ,chuziluvchan pnevmoniyalarda antibiotiklar bilan birga kortikosteroidlar beriladi.

Bir sutkada antibiotiklarni 2marta yuborish mumkin. Organizmda uning mikdori uzok saklanadi

ASORATLANGAN PNEVMONIYANI

DAVOLASH.

1.Suv balansining buzilishi.Bunda terining quruqligi,Suvsizlanish, oligouriya xollari kuzatiladi. Shuning uchun oral gidratatsiya kullaniladi. M: Oralit, Regidron kiradi.Umumiy suyo`q lik 2-2,5l dan oshmasligi kerak.

Agar yutish refleksi bulmasa nazogastral zond bilan yuboriladi.

2. Nafas etishmovchiligi. Bu xolda kislorodo terapiya burun kateteri orqali utkaziladi.

3.Yurak-tomir etishmovchiligi.

Kardiotoniklar yuboriladi. Korgliqon , strofantin, digoksin utkaziladi.

4.O`pka shishi. Bu xolda infuzion terapiya darhol tuxtatiladi eki 15-20mlG`kg ga kamaytirilib kolloidlarning 3dan 1kismi G`reopoliglyo`q in yuboriladi.

5.DVS .mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi,ogir xollarda,okarish kuzatiladi.Tavsiya etiladi: geparin, reopoliglyo`q in 15-20mlG`kg vG`i, 4%li soda, 20mg

ga yaqin kortikosteroidlar, gordoks 5000ED
G`kg, qon trikal 1000EDG`kg.

DAVOLASHNING BOSHKA TURLARI.

1. Ovkatlanish va rejim.

Gudaklarda ko`krak bilan emizish davom ettiriladi. Agar ishtaxasi yaxshi bo`lsa vitaminlar tavsiya etilmaydi. Kasallikning kechishi uzok vakt davom etsa adekvat enteral ovkatlantiriladi. Plazma va albumin yuboriladi.

Balgam chikaruvchi terapiya. Preparatlardan: termopsis, altey, solodkalar damlama xolda beriladi.

2. Gorchichnik va bankalar. Ular deyarli spesifik tasir kursatmaydi.

3. Fizioterapevtik muolajalar. ko`krak kafasiga antibiotikoterapiya effektini oshirmaydi va surilishiga xam tasir etmaydi.

4. Gistaminga karshi preparatlar. Pnevmoniyaning kechishiga tasir kilmaydi.

5. Kortikosteroid preparatlar. Fakat immunopatologik asoratlarda kullaniladi.

6. Nosteroid yalliglanishga karshi preparatlar. Xuddi shunday immunopatologik asoratlarda kullaniladi.

7. Pnevmoniya kuzgatuvchisi anik bo`lganda kullaniladi.

8. Gemotrasfuziya. O`tkir qon ketganda kullaniladi.

9. Bronxoskopik sanatsiya. O'tkir xollarda anaerob flora tushib kolmasligi maqsadi da kilinmaydi.

Oxirgi ma'lumotlar:

Bolalar urtasida kasalxonaga zotiljami hozirgi davrda muxim muamolardan biri xisoblanadi. Kasalxonaga zotiljami kasalxonaga xastalıkları ichida keng tarkalgan xisoblanib, bu kasalliklar ichida ulimga olib keluvchi sabablari bilan birinchi urinda turadi.

Kasalxonaga zotiljami zotiljam sifatida aniklanib, kasalxonaga tushgandan sung 41 soatdan va undan ortik soatdan sungbemor bola kasalxonaga tushganda kandaydir yo'q umli kasallik inkubatsion davri bulmaganda kayd kilinishi lozim bo'lgan kasalliklar katoriga kirmaydigan kasallikdir. UBN bilan qon ni nurlash natijasida aloxida nafas etishmasligi klinik belgilari yo'q olishi bemorlarda reanimatsiya bulimida etgan xolda uz samarasini berdi.

UBN bilan bemor qon ini nurlash natijalarini aniklash maqsadi da 12 bolada katamnestik xolat urganildi va ijobiy natijalar berdi. Bu esa kasalxonaga zotiljami bilan ogrigan bemor bolalarda uni kengrok kullash kerakligini kursatadi.

MA'RUZA № 2.

Ma'ruza mashg'ulotlarining ta'lim texnologiyasi.

Mavzu	BRONXIAL ASTMA
--------------	-----------------------

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti-2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Ma'ruza rejasi	1.Bronxial astma talkini. 2.Astmani chakiruvchi xavfli omillar. 3.Bronxial astma patogenezi. 4.Klinik belgilari va diagnostikasi. 5.Astmani davolash usullari
<i>O'quv mashg'ulotning maqsadi :</i> Talabalarga bolalarda bronxial astmani kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish . Bolalardagi bronxial astma etiopatogenezini o'rgatish va astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini aniqlay olish. bosqichli davolash tadbirlari. Kelajakdagi natijalarini o'rganish.	
Pedagogik vazifalar:	O'quv faoliyati natijalari:

<p>Talabalariga bolalarda nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. Bolalarda bronxial astma kasalligini aniqlay olishni o'rgatish. Bronxial astma kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni o'rgatish.</p>	<p>Talabalari bolalarda nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini, turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay bilishi kerak. Bolalarda bronxial astma kasalligini aniqlay olishni, bronxial astma kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni bilishi kerak.</p>
<p>Talim berish usullari</p>	<p>Kurgazmali maruza, suhbat</p>
<p>Talim berish shakllari</p>	<p>Ommaviy jamoaviy</p>
<p>Talim berish vositalari</p>	<p>O'quv qo'llanma, proektor</p>
<p>Talim berish sharoiti</p>	<p>UTV bilan ishlashga</p>

	moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat :savol-javoblar

Ma'ruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish maruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini 	

	ishlab chiqish .	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	1 Ma'ruza mashguloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiradi. 2.Talabalar O'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova). 3.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi (3-ilova).	Tinglaydilar
2.Asosiy bosqich (55 daqiqa)	1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish kilish va izoxlash btlan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi. 2 Bolalarda bronxial astma kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maqsadi	Tinglaydilar, Yozadilar, javob beradilar

	<p>da quyidagi savollarni beradilar:</p> <p>Bronxial astma to'g'risida tushuncha Bronxial astma chakiruvchi sabablarni ayting</p> <p>Bronxial astma klinikasini aytib Bering. Bronxial astma davosini tushuntiring</p> <p>Bronxial astma xuruji davosini gapiring.</p> <p>Nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini tushuntiring.</p>	
<p>3.Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1 Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi.</p> <p>2. Mustaqili ishlash uchun Mustaqili ishi – 5 s mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur</p>	<p>Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.</p>

	O'quv materialni o'qib kelish vazifasini beradi.	
--	--	--

MAVZU: BRONXIAL ASTMA

Bronxial astma- bronxlar daraxtining surunkali yalli?lanishi bulib, bu jarayon T-limfotsitlar, eozinofillar va semiz xujayralar ishtirokida kechadi.

Dunyo bo'yicha har yili 100 mln.kishi xastalanadi;

Uy allergenlari:

Uy changi;

hayvonlar yungining changi;

Suvaraklar;

Mog'or zamburug'lari.

Tashqi allergenlar:

O'simliklar changi;

qo'ziqorinlar;

Aspirin va uning guruhidagi dorilar.

Shartsiz, astmani qo'zg'atuvchi omillar:

Respirator infeksiyalar;

Bolalik davri;

Allergenga boy taomlar;

havodagi polyutantlar:-ichki va tashqi;

Tamaki chekish:-aktiv va passiv.

Astma kechishini qo'zg'atuvchi omillar:

Allergenlar;

Respirator infeksiyalar;

Jismoniy zo'riqish va giperventilyatsiya;

Iqlim sharoitlari;

Oltinugurt oksidi;

Dorilar, taomlarga ishlatilgan bo'yoqlar va dorivorlar.

ASTMA PATOGENEZI:

Semiz hujayralar ko'plab bronxial daraxt, ichaklar shilliq qavati, so'lak bezlarida bor. Ularning yuza qavatida biolo-gik faol moddalar chiqaruvchi donadorligi (granula) bor.

Semiz hujayralarning membranasi mustahkam emas, shu uchun parchalanib me'yordan ko'p BFM chiqariladi.

Me'yordan ko'p chiqarilgan BFM bronxlar giperreaktivligiga olib keladi;

Bu jarayonga eozinofillar jalb etiladi, ular katta protein va sitokin yordamida bronxlar shilliq qavatini emiradi;

Astmaning immun yul orqali patogenezi:

- 1.epiteliy jarohatlanishi;
- 2.nerv oxirlari stimulyatsiyasi;
- 3.shilliq qavat shishi;
- 4.shilimshiq hosil bo'lishi;
- 5.bronxospazm.

Astma patogenezining noimmun yo'li:

Bronx daraxtini innervatsiyalovchi nervlar ma'lumotga javoban neyrotransmitterlar chikaradi;

Neyrotransmitterlar semiz xujayralarni parchalaydi;

Okibatda BFM chikariladi.

Astmatiklarda statuslar.

1. Isteriyasimon xurujlar, xuruj yordamida uziga jalb etadi;

2. Psixosteniklar – kasallik yordamida xayotdagi muammolarni xal etadi;

3. Nevrosteniklar – uz kasalligiga mute bemorlar;

4. Shunt – boglovchi, bolalar uchun harakterli. Oilaviy muammolarni xal etish uchun yaxshi maksadga yunalgan.

Diagnostika:

BA simptomlari:

Spastik balgamsiz yo'tal ,ayniqsa tunda;

Nafas buzilish xolati;

ko'krak soxasida og'irlik xissi;

Savollar:

1. Bemorda nafas olish kiyinchiligi xurujlari bo'lganmi?

2. Bemorda tunda kattik azobli yo'tal bo'ladi mi?

3. Jismoniy zurikishdan keyin yo'tal yoki nafas buzilishi kuzatiladimi?

4. Allergen bilan alokadan sung nafas buzilishi va ogirlik xissi kuzatiladimi?

5. Bemorda shamollash 10 kundan ortik yoki ko'krak kafasiga tushadimi?

6. Bemor astmaga karshi dori fositalari kabul qiladimi?

Provokatsion sinamalar tizimi:

Jismoniy zurikish sinamasi;

Sovuk xavo sinamasi;

Obzidanli sinama va boshkalar.

Normada barcha odamlarda ertalab soat 5dan 8 gacha bronxlar utkazuvchaligi bor.

Bronxial astma klassifikatsiyasi.

1 – engil, intermittirlovchi kechishi,

nafas kisish klassik xurujlari yo'q , yoki 2-3 xaftada 1 marta, tungi simptomatika oyida 1-2 marta, jismoniy faollik buzilmagan, ijtimoiy adaptatsiyasi normal, xayot sifati saklangan (80% dan ko'p), tashki nafas funktsiyasi sutkalik farki 20% dan kam.

2- engil kechishi:

Kunduzgi simptomatika xaftada 1-2 marta;

Kechki simptomatika oyda 2 marta;

tashki nafas funktsiyasi sutkalik farki 20% dan kam.

3- o'rta og'ir kechishi:

xurujlar xaftada 1-2 marta;

Kunduzgi faollik va kechki uykuning buzilishi;

Tungi simptomatika xaftada 2 martadan ortik;

tashki nafas funktsiyasi sutkalik farki 20-30% ;

H-2 agonistlarga muxtojlik har kuni;

Xayot faolligi 60-80% ni tashkil etadi.

4-og'ir kechishi.

Simptomlar uzluksiz – retsidivlovchi kechadi;

Doimiy tungi simptomatika;

Xayot sifati 60% dan kam;

Tashki nafas funktsiyasi sutkalik farki 30% dan kam;

Xurujlar va remissiyalar almashinib turadi.

Asoratlari- Nafas etishmovchiligi – I,II,III darajalari.

Kiyosiy diagnostika:

Yurak astmasi;

Isterik astma;

Uremik astma bilan;

Nafas yullari yot jismlari bilan;

Yolgon krup bilan;

Kvinke shishi bilan;

Ichak gelmintlari bilan.

Davolash:

1.Yalliglanishga karshi preparatlar;

A)xromoglikat natriy guruxi (intal);

B)nedokormil natriy (tayled);

V)zaditen, ketotifen;

G)ditek;

D)kortikosteroidlar;

E)ingakort (flyunizolid);

2. Bronx kengaytiruvchi preparatlar- h₂-agonistlar, metilksantinlar, antixolinergik preparatlar – iperatropium, atovent, berodual.

Davolashga bosqichma- bosqich yondoshish.

1– engil kechishida: kiska muddat ta'sir kursatuvchi agonistlar ingalyatsiyasi, xaftada 3 martadan ko'p emas. Jismoniy zurikishdan yoki allergenlar bilan muloqotdan oldin intal ingalyatsiyasi. Kasallikning kuchayishiga yul kuymaydi.

2– o'rta ogir darajada- intal yoki kortikosteroidlar bilan yalliglanishga karshi kurash, kortikoidlar dozasi 1 mgG`kg tana vazniga sutkalik mikdori;

Effekt bermaganda gormonlar dozasi oshiriladi; tungi simptomatikada 3- bosqichga utiladi.

3– o'rta ogir astma- KortikosteroidlarQ teofillin tG`o yoki ichish uchun; Antixolinergik preparatlar ingalyatsiyasi xam mumkin

4- bosqich, ogir astmada:

Kortikosteroidlar ingalyatsiyasi;

Uzok muddatli teofillin yoki peroral agonistlar;

Beta- 3-agonistlar kiska muddatli;

har kunlik yoki alternativ gormonlar ichish uchun.

Pastga kadam fakat 3 oydan sung.

Davolash davomi:

Bolalar uchun xromoglikat natriy 4-6 xafta davomida tavsiya etiladi.

Yo'q origa kadam: intal yoki nedokromil,

kortikosteroidlar kushiladi;

Pastga kadam: dori vositalarini sekin-asta mikdorini

kamaytirib borish;

Faslga qarab dorini berishni tiklash.

Astma xurujida bajariladigan ishlar rejasi:

Astmadan ulim va kasallanishning ko'p ayishiga

quyidagilar sabab bo'ladi :

Kasallik xurujini baholay olmaslik;

Xurujning birinchi belgilariga noadekvat ta'sir kursatish;

Xurujlarni noadekvat davolash.

Astmani nazorat kilishda terapevtik muolajalar

intensivligi darajasi:

Yashil soxa –barcha muolajalar kilingan, astma nazorat

ostida;

Sarik soxa – nogox xuruj yoki axvolning sekin-asta

ogirlashuvi, tez-tez sarik soxaga kaytish nazorat sustligi

va yashil soxaga utish uchun chora-tadbirlar zarurligini

bildiradi;

Kizil soxa – xavf belgisi, shoshilinch kushimcha tibbiy

muolajalar talab etiladi.

Uximdir

Ma'ruza №3

Ma'ruza mashg'ulotining ta'lim texnologiyasi.

mavzu	Norevmatik karditlar
-------	----------------------

1.1. Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti- 2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Ma'ruza rejasi	<ol style="list-style-type: none">1. Norevmatik kardit talkini.2. Norevmatik kardit chakiruvchi xavfli omillar.3. Norevmatik kardit patogenezi.4. Norevmatik kardit klinik belgilari va diagnostikasi.5. Norevmatik kardit davolash usullari.
O'quv mashg'ulotning maqsadi: Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish . Bolalardagi norevmatik kardit etiopatogenezi o'rgatish va klinik ko'rinishi aniklay olish. Boskichli davolash tadbirlari. Kelajakdagi natijalarini	

o'rganish.

Pedagogik vazifalar:

**O'quv faoliyati
natijalari:**

Talabalarga bolalarda yurak-qon tomir tizimi a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda yurak-qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay olishni o'rgatish.

Norevmatik kardit aniklay olishni o'rgatish.

Norevmatik kardit etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni o'rgatish.

Talabalar bolalarda yurak-qon tomir tizimi a'zolarini tekshirish usullarini, turli yoshdagi bolalarda yurak-qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay bilishi kerak.

Bolalarda norevmatik kardit kasalligini aniqlay olishni,

Norevmatik kardit etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni bilishi kerak.

Norevmatik kardit bilan bemorlarni dispanser nazoratga

	olishni o'rganish
Talim berish usullari	Ko'rgazmali ma'ruza, suxbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	O'quv kulanma, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Og'zaki nazorat: savol-javoblar

**BOLALARDA NOREVMATIK KARDIT
ma'ruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.**

Ish	Faoliyat mazmuni
-----	------------------

bosqichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash. 2. Kirish maruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish.	
1.Mavzuga kirish (10 dakika)	1.1 Ma'ruza mashg'uloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiradi. 1.2.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadida savollar beradi.	Tinglaydilar
2-boskich Asosiy	2.1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni	Tinglaydilar, YOzadilar,

<p>boskich (65 dakika)</p>	<p>namoyish qilish va izohlash bilan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jihatlarini tushuntirib beradi.</p> <p>2.2 Bolalarda norevmatik kardit kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi.</p> <p>2.3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustahkamlash maqsadida quyidagi savollarni beradilar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Norevmatik kardit nima?• Norevmatik karditni chakiruvchi sabablarni ayting• Norevmatik kardit klinikasini aytib bering.• Norevmatik kardit davosini tushuntiring	<p>javob beradilar</p>
---------------------------------------	---	------------------------

<p>3.YAkuniy boskich (5 dakika)</p>	<p>3.1 Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi.</p> <p>3.2. Mustakil ishlash uchun</p> <p style="text-align: center;"><i>7. Mustaqil ish .i – 5 s</i></p> <p>mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur ukuv materialni ukib kelish vazifasini beradi.</p>	<p>Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.</p>
--	---	---

NOREVMATIK KARDITLAR.

YUrak qavatlaridagi o'zgarishlar umumiy so'z bilan miokardit deb ifodalanadi, lekin oxirgi yillar bu termin kardit deb almashtirildi. Kardit bolalar orasida ko'prok uchraydi, asosan og'ir formalari. Hozirgi paytlarda norevmatik karditlarning klinikasi va diagnostikasiga qiziqish juda kuchaydi. Norevmatik karditlar revmatik karditlarga nisbatan ko'prok uchray boshladi. Norevmatik karditlar kattalarga nisbatan bolalar o'rtasida ko'prok uchraydi, 5-20 % ni tashkil kiladi.

Etiologiyasi. Barcha infeksiyon kasalliklar chakiruvchisi qanaqa bo'lishidan qat'iy nazar kardit asoratini chaqirishi mumkin. Bolalar o'rtasida respiratorli virusli kasalliklar ham ko'p uchraydi: (gripp, paragripp, adenovirus viruslari)

Koksaki virusi bilan adenovirus kasallikni surunkaliga o'tishiga olib keladi. Miokardit boshqa virusli kasalliklardan keyin ham kelib chiqishi mumkin, masalan: suvchechak, qizamiq, virusli gepatit, epidemik tepki, sitomegaliyalardan so'ng. Miokarditni rivojlanishiga keltirib chiqaruvchi omillarning ahamiyati katta, ya'ni organizmda viruslar uzoq vaqt davomida o'zini ta'sirini ko'rsata olmay turadi, lekin organizmni reaktivligining pasayishi bilan patologik xususiyatini ko'rsata boshlaydi.

Organizmni chidamliligi quyidagi faktorlardan keyin pasayishi mumkin: gipoksiya, fizik zo'riqishlarning oshib ketishi, bundan tashqari ba'zi bir dori moddalaridan keyin, masalan rezerpin iste'mol qilganidan so'ng. Rezerpin yurak muskullarida Koksaki virusini toksik ta'sir ko'rsatishini oshiradi.

Norevmatik miokarditni rivojlanishida bakterial faktorlarni roli juda katta hisoblanadi. Bularga streptokokk, stafilakokk, salmonellezlar kiradi.

Surunkali infeksiya o'chog'iga ham ma'lum o'rin

beriladi, Kalyujnoy R. A. (1975) fikriga ko‘ra o‘tkir va surunkali tonzillitdan keyin barcha miokarditlar ichida 3 yoshdan yuqori bo‘lgan bolalarda 35-47 % norevmatik kardit rivojlangan,.

Norevmatik kardit quyidagi kasalliklardan keyin ham kelib chikishi mumkin: pnevmoniya, sepsis, plevrit, stafilakokkli destruksiya, siydik yo‘llari infeksiyasi, glomerulonefrit, gepatit, xoletsistit va boshqalardan keyin.

Allergik karditlar rivojlanadi: posvaksinal reaksiyadan so‘ng, bronxial astma, surunkali ekzema, respirator allergozlaridan keyin. Ba’zi bolalarda quyidagi dorilarni kabul kilganda: penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, sulfanilamid preparati, furadonin kabi dorilar qabul qilganidan so‘ng allergik kardit rivojlanishi mumkin. SHunday kilib norevmatik karditlar polietiologik kasallik hisoblanib, etiologiyada ko‘pincha viruslar asosiy o‘rinni egallaydi.

Patogenezi. Hozirgi vaqtda olimlar o‘z tekshirishlari natijasida norevmatik karditlarni immunopatologik holat deb tushunishmoqda.

Virus yurak muskul hujayrasiga kirib, ularni zararlaydi va chuqur metabolik va morfologik o‘zgarishlarga olib keladi.

Limfotsitlar bilan bog‘langan holda virus va

bakteriyalarni toksinlarga limfotsitlar bilan ustida yoki yuzasida antitela hosil bo‘ladi. Bu esa o‘z navbatida immun kompleksini hosil bo‘lishiga va ularni qonga o‘tib aylanib yurishiga olib keladi.

Antitelalar to‘qimadagi bazofillarni, leykotsitlarni, trombotsitlarni zararlaydi, hujayrada modda almashinuvini o‘zgartiradi, mukolitik va proteolitik fermentlarni aktivlantiradi.

Biologik aktiv modda gistamin, serotonin, bradikinin va prostoglandinga o‘xshagan aktiv moddalar to‘g‘ridan-to‘g‘ri yurakni o‘tkazuvchi sistemasiga ta’sir qiladi, yurakni qisqartiruvchi apparatiga o‘z ta’sirini ko‘rsatadi. Ko‘p miqdorda gistamin ishlab chiqarilishi qon tomir devorini o‘tkazuvchanligini oshiradi globulinlarni, allergenlarni antitelalarni to‘qima bo‘shlig‘iga o‘tishini va yurak muskullarini ishini va oziqlanishini buzilishiga olib keladi.

Gistaminsimon moddalarni ko‘prok hosil bo‘lishi kichik arteriya va kapillyarlarni kengayishiga va o‘tkazuvchanligini oshishiga, kichik arteriya va venachalarda staz hosil bo‘lishiga olib keladi.

Qon oqishining sekinlashishi natijasida, eritrotsitlarni plazmadan ajralishi mikrotromblarni hosil bo‘lishiga, yurak muskulida gipoksiya rivojlanishiga olib keladi.

Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi hujayralararo to‘qimalarda shish paydo bo‘lishiga olib keladi.

Hujayrada yalligʻlanish infiltratsiyasi qonda gistaminning oshib ketishiga, yurak oʻtkazuvchanligini va ritmini buzilishiga olib keladi, ogʻriq sindromi rivojlanishi olib keladi.

Norevmatik karditni kelib chiqishida bemorning yoshi irsiy omilini ahamiyati katta.

Kichik yoshdagi bolalarda miokardit ogʻir oʻtadi, surunkali kechishga moyil. Norevmatik karditni oilaviy kechishi immunitetning irsiy toʻliqsizligidan dalolat beradi. Bir oilani barcha aʼzolarida bir xil immunologik reaktivlik boʻlishi mumkin, bu esa timusni holatiga, uning kompleks reaksiyasiga bogʻliq.

Tasnifi:

N.A. Belokon oʻzining koʻp yillik ilmiy tadqiqot tekshirishlari natijasiga asoslanib 1984 yilda NK ning tasnifini ishlab chiqdi va ushbu tasnif Kardiologlar anjumanida qabul qilindi.

Kasallikning boʻlish davri	paydo	Tugʻma (antenatal) – erta va kechki Orttirilgan
-----------------------------------	--------------	--

Etiologik omil	Virusli, virusli-bakterial, bakterial, parazitlar, zamburugʻli, iersienozli, allergik, idiopatik
SHakli (asosan jarayonning joylashishiga koʻra)	Kardit YUrak oʻtkazuvchi sistemasining shikastlanishi
Kechishi	Oʻtkir – 3 oygacha Oʻtkir osti – 18 oygacha Surunkali – 18 oydan ortiq (qaytalanuvchi, birlamchi surunkali): dimlanishli, gipertrofik, restriktiv variant
Karditning ogʻirlik darajalari	Engil Oʻrta ogʻir Ogʻir
YUrak etishmovchiligi shakli va darajasi	CHap qorincha etishmovchiligi I, IIA, IIB, III darajasi Oʻng qorincha etishmovchiligi I, IIA, IIB, III darajasi

	Total
Oqibati va asoratlari	Kardioskleroz, miokard gipertrofiyasi, ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi, o'pka gipertenziyasi, klapaning shikastlanishi, konstruktiv mioperikardit, tromboembolik sindrom

Har qanday kasallikning tasnifida ko'rsatilgandek NK ning tasnifida uning kechishi aniq ko'rsatilgan.

NK ning o'tkir kechishi kasallikning avj olishi bilan boshlanishi, yurak-qon tomirlar etishmovchiligi va nisbatan o'tkazilgan muolajalarning tezda effekt-foyda berishi bilan ifodalanadi.

NK cho'ziluvchan kechishi ayrim holatda kasallikning tez boshlanishi, ammo sog'ayishning 18 oygacha cho'zilishi, boshqa holatda kasallik ancha yumshoq boshlanib va sekin-asta rivojlanish yoki birlamchi cho'ziluvchan kechishi bilan o'tadi.

NK ning surunkali kechishi o'tkir yoki cho'ziluvchan

karditda o'tkazilgan davo muolajalarining foyda bermaganligidan, yurak mushaklarining refrakterligi kuchliligidan o'tkir yoki cho'ziluvchan karditning surunkali karditga o'tishi yoki o'tkir va cho'ziluvchan karditlar belgilari bo'lmay birlamchi surunkali karditning paydo bo'lishi ham kuzatiladi.

Klinika. CHakaloklarni, kichik yoshdagi bolalarni va katta yoshdagi bolalarni miokarditni klinik kechishini uziga xos belgilarini kurib chikishimiz kerak.

Miokardit bola xomila paytida rivojlanishi mumkin (N. A. Belokon 1974, V. S. Muzikantova 1978 y) uni aniklashda akusher anamnezini ahamiyati katta . Homilador paytida onasini o'tkir infeksiyon kasallik bilan kasallanganligi (gripp, pnevmoniya va boshkalar).

Karditni klinik belgisi tug'ilgan kundan yoki sal kechroq paydo bo'ladi. YUrak - qon tomir sistemasidagi o'zgarishlar miokardni zararlanish darajasiga bog'liq.

YUrak chegarasi perkussiyada va rentgenda kengaygan. Bolaning aktivligi pasaygan, bezovta bo'lganda ko'karish paydo bo'ladi. Auskultatsiyada yurak tonlari susaygan, ba'zilarida yurak ritmi buzilgan. EKG da yurak qorinchalarining mushaklarini gipertrofiyasi, yurakni o'tkazuvchanligi buzilgan. Bolalarning ko'pida tug'ilgandan gepatomegaliya.

Bu bolalar fizik rivojlanishdan orqada qolishadi, ko'krak

qafasida yurak bukrisi hosil bo‘ladi.

CHaqaloqlarda orttirilgan miokardit ORVI, pnevmoniya yoki biron xil infeksiyadan keyin 1-2 haftadan so‘ng paydo bo‘ladi.

Kardit rivojlanishida bolaning organizmi oldindan sensibilizatsiya bo‘lgan bo‘lishi kerak, ya’ni kaytadan infeksiyon kasalliklar bilan kasallangan, yoki allergik moyilligi/ekssudativ – kataral diatezi, giperergik reaksiyaga moyilligi/ bo‘lishi kerak. SHuning uchun ORVI o‘tkazgan bolalarda karditga o‘xshash belgi paydo bo‘lsa, emlashdan oldin EKG qilish kerak.

Bemor bola bezovta bo‘lib koladi, emishdan bosh tortadi, emayotgan paytda bezovtalik paydo bo‘ladi, qusish, terisini rangi okargan, oyok-ko‘l uchlari ko‘kargan, nafas olishi tezlashgan, hansirash qorni damlaydi, ba’zan talvasa, shish paydo bo‘lishi mumkin.

Bu bolalarda bronxit yoki pnevmoniya tez– tez bo‘lib, yoki birgalikda kechadi

YUrakni chegarasi kengaygan, yurak tonlari susaygan, ba’zi bolalarda nozik sistolik SHovkun eshitiladi, taxikardin /embriokardiya/, ekstrasistoliya bo‘lishi mumkin. Jigar kattalashishi mumkin. CHaqaloqlarda tezda o‘tkir yurak etishmovchilikni klinik belgilari rivojlanadi.

Rentgenologik tekshirganda yurak pulsatsiyasini sustligi, chegarasini kengayganligi, qon tomirlar

rasmining kuchayganligi kuzatiladi. SHunday qilib bolalarni chaqaloqlik davrida miokardni dekompensatsiya va aralash variantlari ko'prok uchrab turadi.

CHaqaloqlarda miokarditdan o'lim yuqori, ya'ni 60% tashkil qilishi va ko'pincha surunkali kechishiga moyillik bilan o'z xususiyati bilan ajralib turadi. /A. I. Sukacheva 1978 y./.

O'tkir kardit bilan ko'pincha kichik yoshdagi bolalar kasallanadi. /1- yoshdan 3 yoshgacha/. O'tkir karditning boshlang'ich davri o'zining har xil klinik ko'rinishi bilan ajralib turadi.

Bolalar ORVI dan keyin holsiz, sust injiq bo'lib qoladi. Tezda charchab qolishi, uykuchan, ishtahasi yo'qoladi, terisining rangi oqarib qoladi.

Kasallikning asosiy belgisi birdan hansirash, ko'karish, yo'tal xurujini paydo bo'lishi, bu kasallikni ancha davom etayotganidan dalolat beradi. YUrak uchining turtkisi susaygan. YUrak chegarasi kengaygan, ko'pincha chapga.

YUrak tonlari kuchli, kam hollarda bo'g'iq. II ton o'pka arteriyasida kuchaygan. O'tkir osti kechishda yurak sohasida sistolik shovkin eshitiladi, mitral klapanini etishmovchiligi bo'lishi mumkin. Hamma bemorlarda taxikardiya aniklanadi.

EKG da sinus taxikardiyasi va qorinchalarda

ekstrasistoliyasi aniqlanadi.

Rentgenda yurak o'lchamlarini kengayganligi aniqlanadi.

N. A. Belokon /1979/ o'zini tekshirishlari bilan shuni aniqladiki, virusli va bakterial miokarditlarda 30 %, endokard va perikard 15 % zararlanadi.

Miokardni klinik belgilariga perikard shovqini qo'shiladi, yurak tonlari susaygan, jigar ancha kattalashgan bo'ladi. Oyoklarda shish erta hosil bo'ladi, hansirash va o'pkada dimlanish belgilariga nisbatan yurak chegarasi kengaygan.

3 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda miokardit belgilari har xil bo'ladi kasalliknin kechishi jarayoniga qarab, Dolgopolovoy A. V. /1978y/ning xulosasiga asosan bemorlarning anamnezidan quyidagilarni bilish mumkin, nasliy moyillikni, onasining avlodidin 16 %da infeksiyon allergik miokardit o'tkazganligi, 5 % -allergik kasallik /dermatoallergiya, bronxial astmalarni, 9 % - revmatizm kasalligi bilan kasallanganlarni bilish mumkin. 50 % da anamnezida allergiyani ko'rinishi-ekssudativ –kataral diatez, o'tkir eshak emi, astmatik bronxitlar borligi aniklangan.

Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda infeksiyon – allergik miokarditni rivojlanishida virusli respirator, infeksiyani roli katta.

SHu infeksiyalardan keyin miokardit birdan /erta/ yoki

bir necha haftadan keyin /kechki/ Erta belgilariga quyidagilar kiradi: hansirash, umumiy holsizlik, yurak sohasida ogʻriq, qornida, mushaklarida ogʻriq borligiga shikoyat qiladi, ishtahani yoʻqligi, yurak urishiga.

Katta yoshdagi bolalarning shikoyati - yurak sohasida ogʻirlik, sanchib ogʻriq, yurak sohasida ogʻriq tinch holatda paydo boʻlishi, fizik zoʻriqishdan keyin kuchayishi va butun yurak sohasiga tarkalishi kuzatiladi. Bu ogʻriq bir necha kundan bir necha hafta va bir necha oygacha davom etishi mumkin, bu kasallikni kechishiga bogʻliq. Qon tomirni kengaytiradigan dorilardan soʻng kamayadi. Bemorning ahvoli yalligʻlanishga qarshi, desensibilizatsiya qiladigan preparatlardan keyin, yurak glyukozidlari, kaliy tuzlari, vitaminlarni bergandan keyin ancha yaxshilanadi.

Baʼzi bir bolalar hech qanaka shikoyat qilishmaydi. Klinik va instrumental tekshirishlardan keyin tashxis-miokardit deb qoʻyiladi.

Katta yoshdagi bolalarda uchraydigan miokarditning erta kuzatiladigan klinik belgisiga taxikardiya, baʼzan bradikardiya yoki nafas aritmiyasi kiradi.

Katta yoshdagi bolalarda yurakdagi oʻzgarishlar uncha oʻtkir boshlanmaydi. Ekstrakardial belgilarga kiradi: teri rangining okarganligi , holsizlik, baʼzi bolalarda shish paydo boʻladi.

Miokarditning asosiy belgilaridan biri yurak chegarasini

kengayishidir. YUrak chegarasi ko‘pincha chapga kengaygan, ba‘zan chapga va o‘ngga, ba‘zilarida yuqoriga ham kengaygan.

Rentgenografiya qilganda yurak konfiguriyasi o‘zgargan, konturlari silliqlashgan, amplitudasi pasaygan, pulsatsiyasi aritmik-60, 3% bemorlarda yurak chegarasi kengaygan.

Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda norevmatik karditni asosiy diagnostik belgisi bu EKG dagi o‘zgarishlar.

Eng ko‘p erta paydo bo‘ladigan belgilaridan /92 %/, bu yurak avtomatizmini buzilishi, 60 % da qo‘zg‘alish funksiyasini, ya’ni har xil ekstrasistoliyalardir.

ERTA TUG‘MA KARDITNING TASHHISOT MEZONLARI

- *Anamnestik:* oilada yurak-tomir kasalliklarining mavjudligi: revmatizm, karditlar, yurak tug‘ma nuqsonlari va boshqalar; onasining homiladorlik davridagi kasalliklari, kichik vaznda tug‘ilish. Kasallikning birinchi belgilari hayotining birinchi yarmida namoyon bo‘ladi, postmiokarditik elastofibrozi bor bolalarda hayotining 6-18 oylarida

- **KLINIK:**

Ekstrakardial: tana vaznining kam qo‘shilishi, jismoniy

rivojlanishdan ortda qolish, statik funksiyalarning rivojlanishdan ortda qolishi, rangparlik, holsizlik, ko‘p terlash, afoniya, sababsiz bezovtalik hurujlari.

Kardial: shilliq qavatlar, barmoq uchlarining sianozi, chap tomonlama yurak bukri, yurak uchi turtkisi sustlashgan yoki aniqlanmaydi, yurak chegarasining chapga kengayishi, yurak tonlarining bo‘g‘iqlashishi yoki bo‘g‘iqligi, shovqin ko‘pincha eshitilmaydi yoki mitral klapan etishmovchiligining shovqini, davoga rezistent bo‘lgan taxikardiya. Total yurak etishmovchiligi, ko‘proq chap qorincha: taxikardiya, hansirash, turli kalibrdagi nam va hushtaksimon quruq xirillashlar, jigarning kattalashuvi, oyoqlarda shish.

■ **Paraklinik:**

Laborator: ECHT, leykotsitlar, zardobdagi oqsil fraksiyalari, AST, ALT titrlari normal yoki bir oz o‘zgargan.

EKG: yurak elektrik o‘qi normal holatda, tishlarning yuqori voltaji, chap qorincha miokardining gipertrofiyasi, QRS kompleksining torayishi, ST intervalining pastga siljishi.

Rentgenografik: chap o‘pka pastki bo‘lagining atelektazi. YUrakning sharsimon yoki oval shakli, yurak bo‘shlig‘ining kattalashuvi va chap qorinchaning dilatatsiyasi.

KECHKI TUG‘MA KARDITNING TASHHISOT MEZONLARI

Klinik:

Ekstrakardial: normal tana vazni bilan tug‘ilish; kam hollarda homila ichi gipotrofiyasi; emizganda tez charchash; hayotining 3-5 oyidan boshlab jismoniy rivojlanishda ortda qolish; nafas olish a’zolarining tez kasallanishi; ko‘p terlash; to‘satdan paydo bo‘luvchi bezovtalik hurujlari; hansirash; shovqinli nafas.

Kardial: hansirash; tug‘ilgandan paydo bo‘lgan taxi-yoki bradikardiya; rangparlik; shilliq qavatlar va barmoqlar sianozi; yurak-tomir etishmovchiligi belgilari; qora taloqning kattalashuvi; shish sindromi; yura uchi turtkisi pastga siljigan, kuchaygan; yurak tonlari baland; sistolik shovqin bo‘lishi mumkin; yurak ritmining buzilishi (xarakterli belgi).

PARAKLINIK:

EKG: chap qorincha elektrik potentsiallarining ustunligi; ritm va o‘tkazuvchanlikning buzilishi; ST segmentning izoliniyadan pastga siljishi.

Rentgenologik: yurak normal yoki trapetsiyasimon shaklda; yurak soyasi kengaygan.

Laborator: periferik qonda o‘zgarishlar yo‘q; revmotestlar manfiy.

ORTTIRILGAN KARDITLARNING TASHHISOT MEZONLARI

Anamnestik: onaning homiladorlik vaqtida o'tkazgan kasalliklari; ba'zi dorilarni ko'p vaqt qabul qilish; kasallikning birinchi belgilari O'RVI fonida yoki 1-2 haftadan so'ng namoyon bo'ladi; bola organizmining oldindan sensibilizatsiyalanganligi; konstitutsiya anomaliyalari; vaksinatsiya qoidalariga rioya qilmaslik.

Klinik:

Ekstrakardial: ishtahasizlik; tana vaznining kam qo'shilishi; behollik; ko'p terlash; tez charchash; injiqlik, qo'zg'aluvchanlik hurujlari; ba'zida hushdan ketish; talvasa, gemiparez, tunlari ingrash va bezovtalik; ko'ngil aynash va qayd qilish.

Kardial: avval chap qorincha, so'ng total yurak etishmovchiligi; og'iz-burun uchburchagi sianozi, akrotsianoz; o'tkazuvchanlik va ritmning buzilishi; yurak uchi turtkisi aniqlanmaydi; yurak chegaralari kengaygan; I ton bo'g'iqlashgan; o'pka arteriyasi ustida II ton aksenti; funksional xarakterdagi yoki mitral klapaning nisbiy etishmovchilishidagi sistolik shovqin.

PARAKLINIK:

Laborator: laborator tekshirish natijalari ahamiyatsiz.

EKG: yurak elektr o'qining o'ngga siljisi. QRS kompleksi tishlari voltajining pasayishi.

O'tkazuvchanlik va ritmning buzilishi. ST segmenti izoliniyadan pastga siljishi. T tish manfiy.

Rentgenologik: o'pkada venoz dimlanish; yurak soyasining kengayishi; chap qorinchaning dilatatsiyasi.

Klinikasi

KECHISH XUSUSIYATLARI

CHaqaloqlarda:

- YAqqol bezovtalik, injiqlik;
- respirator distress-sindrom;
- letargiya, gipotoniya, talvasalar (MNS zararlanganda);
- Davriy ravishda terining oqarish belgilari;
- gipertermiya yoki gipotermiya;
- jigar fermentlarining ortishi, azotemiya va kreatinning ortishi;

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda:

- Mushaklar gipotonyasi, anoreksiya;
- taxipnoe;
- taxikardiya;
- shovqinli nafas;
- progressivlanuvchi atsidoz;
- MNSning zararlanishi.

Katta yoshdagi bolalarda

- xolsizlik, tez charchash, jismoniy yuklamalarni yomon ko‘tarish;
- Ko‘krak qafasida og‘riq;
- subfebrilitet;
- aritmiyalar;
- yo‘tal
- boshqa a‘zolarning zararlanishi.

O‘TKIR OSTI KARDIT

- Yurak etishmovchiligi belgilari O‘RVIDan keyin 4-6 oy o‘tib, asta-sekin ortadi. Unga o‘tkir karditning barcha ko‘rinishlari xos bo‘lib, lekin yurak bukri, tonlarning baland bo‘lishi, mitral klapan etishmovchiligidagi sistolik shovqin, o‘pka arteriyasi ustida II-tonning turg‘un aksenti, davo o‘tkazilishiga qaramay kuchli yurak etishmovchiligining saqlanishi xosdir.
- EKGda rigid ritm, yurak elektrik o‘qining chapga og‘ishi, AV va qorincha ichi o‘tkazuvchanligining buzilishi, chap qorincha va ikkala bo‘lmachaning zo‘riqishi, T-tishning musbatligi aniqlanadi
- Rentenologik o‘pka suratining o‘rtacha kuchayishi, yurak soyasi shaklining

(trapetsiyasimon) o‘zgarishi ko‘riladi.

SURUNKALI KARDITLAR

Ko‘pincha maktab yoshigacha va maktab yoshidagi bolalar orasida 3 xil variantda uchraydi:

- chap qorincha bo‘shlig‘ining kattalashishi va miokardning ozgina gipertrofiyasi, keskin kardiosklerozi, chap qorincha miokardi qisqaruvchanligining buzilishi bilan kechuvchi **“dimlanishli yoki dilatatsion”** variant
- keskin gipertrofiya tufayli chap qorincha bo‘shlig‘ining biroz kichiklashishi bilan kechuvchi **“gipertrofik”** variant
- miokard gipertrofiyasi yoki u siz chap qorincha bo‘shlig‘ining keskin kichrayishi bilan kechuvchi **“restriktiv”** variant

Surunkali kardit klinik manzarasiga davomli nisbatan alomatsiz kechish xos bo‘lib, quyidagi ekstrakardial belgilar aniqlanadi:

- jismoniy rivojlanishdan ortda qolish, charchash, holsizlik
- ko‘ngil aynashi, qayd qilish, qorin og‘rig‘i
- qaytalanuvchi pnevmoniya, quruq yo‘tal
- teri qoplamlarining oqimtirligi tirishish,

bezovtalanish

- hushni yo‘qotish hurujlari
- gepatomegaliya.

Diagnoz qo‘yishda aritmiyani bo‘lishi katta ahamiyatga ega, chunki ba‘zan miokardni zararlanishi asosiy belgilaridan biri bo‘lishi mumkin.

FKG da hamma bolalarda sistolik shovkinni yozishi, ko‘pincha yurak uchida yoki IY kovurga oraligida chap tush suyagining kirrasida.

Norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish o‘tkazganda quyidagilarni aniklash mumkin.

Gemogrammada – anemiya, leykotsitoz, ba‘zan leykopeniya kuchli bulmagan SOE, bular hammasi kasallikning o‘tkir davrining 2-3 xaftasida kuzatiladi. Kondagi uzgarishlar miokarditga xos patogenetik o‘zgarishlarga kirmaydi, fakat klinik instrumental o‘zgarishlar bilan birgalikdagina diagnostikaga yordam berishi mumkin.

Bioximik tekshirish o‘tkazilganda DFA – ozgina ko‘paygan /202 – 216 ed./ sialova kislota /0,228-0,243 ed./ seromukoid albuminlar kamayadi, alfa 2 va gamma globulinlar ko‘payadi, asparagin va alanin transaminaza ishqoriy fosfatazalar oshadi.

Qon zardobida immunoglobulinlarni tekshirganda norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarda kasallikning o'tkir davrida immunoglobulin A ni miqdori kamaygan, M va J ni miqdori oshgan bo'ladi. Protsess pasaygandan so'ng immunoglobulin M va J ni konsentratsiyasi pasayadi.

Ba'zan bolalarda miokardit belgilari tibbiy ko'rikda, sport maktabiga olishda tekshirish natijasida aniqlanadi. YUrak chegarasini kattalashishi, yurak tonlarini o'zgarganligi, sistolik shovqin aniklanadi, lekin bemorning shikoyati bo'lmaydi.

Surunkali kechadigan miokarditni klinik ko'rinishi tez charchab qolishi, holsizlik, sustlik, ko'p terlaydi, hansirash, yurak sohasida og'riq, yurak urishi tezlashgan, ba'zan yopishqoq yo'tal, ayniqsa bemor yotgan paytida yo'tali boshlanadi.

YUrak tonlari susaygan, taxikardiya. O'pkasida nafas qattiq, quruq va ho'l har xil kalibrli xirillashlar eshitiladi.

Rentgenogrammada yurak soyasini kengayganligi, chap bo'lagi hisobidan, kardiomegaliya.

EKG da ritmni buzilganligini aniqlanadi. Surunkali miokarditda aritmiya doimiy belgilardan biri hisoblanadi.

Surunkali kardit bo'lishi mumkin: chap qorincha bo'shlig'ining kengayishi bilan va chap qorincha

bo'shlig'ini kengayishi yoki normada bo'lishi bilan.

Surunkali kardit chap qorincha bo'shlig'ini kengayishi bilan-shikoyati ishtahani yo'qligi, massasiga kamayishi. Tipik belgilari taxipnoe, yurak chukkisining susayganligi, yurak bukirisi, ba'zan yurak chegarasini kengayishi, sistolik shovkin, mitral klapanini etishmovchiligi, yurak ritmini uzgarganligi, jigarni kattalashishi. EKG da T tishchasini siljigani, 5-6 chetlanishda T tishchasini yo'qligi. Ba'zan tashxis operatsiya paytida qo'yiladi.

Miokarditni ba'zan Ebshteyn anomaliyasining sianoz bo'lmagan shakliga o'xshatiladi.

Rentgenda kardiomegaliya, yurak sharsimon, auskultatsiyada – yurak tonlari bo'g'iq, yurakni ritmi va o'tkazuvchanligi buzilgan. Qiyosiy tashxisda quyidagi belgilarga ahamiyat beriladi: ya'ni ORVI yoki boshka infeksiyalar bilan bog'lik bo'lmaganligi, o'ng qorincha etishmovchiligi kuzatiladi, o'pka gipertenziyasi kuzatilmaydi. Ebshteyn anomaliyasida EKG da o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi, Giss tutamining o'ng oyoqchasi to'liq bo'lmagan blokada kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromi – bu tug'ma yurak nuqsonlarga kiradi. Qorinchalararo to'siq nuqsoni, ochik arterial tug'ma nuksonida kuzatiladi. Ko'pincha surunkali kardit bilan bemorlar shu diagnoz bilan tushadi. Bu ikki kasallikni quyidagi belgilar bir biriga yaqinlashtiradi:

yuz teri qoplamlarini ko'karishi, barmok uchlarini ko'karishi, qattiq yurak tonlari, II- ton o'pka arteriyasida aksent, o'ng qorincha etishmovchiligi belgilari va gipertrofiya yurakning o'ng bo'lagida EKG da.

Surunkali karditga xos belgilar-kasallik belgisi 4-6 yoshdan keyin paydo bo'lishi, rentgenogrammada yurakdagi o'zgarish to'satdan aniqlanadi /tug'ma nuqsonda esa tug'ilgan kundan/, o'ng qorincha etishmovchiligi II-III darajasi kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromiga sistolik shovqin xos emas, uch tabakali klapan etishmovchiligi.

Kardiopatiya yoki miokardit kasalligida ko'pincha koarktatsiya aorta va fibroelastoz kasalligi degan tashxis bilan tushadi. Umumiy belgilari –kardiomegaliya, o'ng qorincha etishmovchiligi, yurak tonlarini bo'g'iqligi, shovqinni yo'qligi. Lekin oyoqlarida pulsni judayam sustligi, qo'llariga nisbatan, qo'llarida A/B oshganligi, oyoqlarida pasaygani, qisqa dag'al sistolik shovqin kurak ostida chapdan, shularga asoslanib to'g'ri diagnoz qo'yish mumkin.

Bolalarda norevmatik kardit bilan qon aylanishni buzilishi darajasiga va kasallikni kechish protsessiga qarab xar xil bo'ladi.

Qon aylanishni etishmovchiligini aniqlash uchun Belokon taklif qilgan tasnif /1979/ ishlatiladi.

Norevmatik karditda kon aylanishini etishmovchiligi belgisi.

Darajasi	Etishmovchilik darajasi	
	CHap qorincha	O‘ng qorincha
I	YUrak etishmovchiligi belgilari orom paytida bo‘lmaydi va ortiqcha harakatdan keyin taxikardiya yoki hansirash tarzida paydo bo‘ladi; jigarining o‘lchamlari me‘yor chegarasida qoladi	
II A	Me‘yorga nisbatan YUQS daqiqasiga 15-30% va nafas olish soni 30-50% ga ko‘paygan	Jigar qovurg‘a yoyi ostidan 2-3 sm chiqqan

II B	Me'yorga nisbatan YUQS daqiqasiga 30-50% va nafas olish soni 50-70% ko'paygan; akrotsianoz, nam yo'tal, o'pkada mayda pufakchali nam xirillash bo'lishi mumkin	Jigar qovurg'a yoyi ostidan 3-5 sm chiqan; kerkish; bo'yin tomirlarining bo'rtishi
III	Me'yorga nisbatan YUQS daqiqasiga 50-60% va nafas olish soni 70-100% va undan ortiq ko'paygan; o'pka shishi belgilari	Gepatomegaliya, shish sindromi (yuz va oyoqlarning shishi, gidrotoraks, gidroperikard, assit)

Differensial diagnostikasi.

Norevmatik kardit uchun xarakterli:

- Virusli infeksiya bilan doimiy-xronologik kontaktda bo'lish.
- Kasallik latent davrining qisqaligi (5-7 kun) yoki bo'lmisligi.
- Kasallikning sekin-asta rivojlanishi.
- Artralgiya va artritning bo'lmisligi.

- Kardial shikoyatlarning faolligi va xilma-xilligi.
- Miokarditning klinik va EKG belgilarining mos kelishi.
- Valvulit (klapan zararl anishi) yo‘qligi.
- Perikarditning juda kam kuzatilishi.
- Kasallik debyutida astenizatsiya belgilarining bo‘lishi va termoregulyasiyaning buzilishi.
- Klinik belgilar bilan laborator tahlillarning mos kelmasligi
- YAllig‘lanishga qarshi davo muolajalardan ijobiy dinamikaning sekin bo‘lishi.

Kichik yoshli bolalarda NK ni TYUNlari, ya’ni atrioventrikulyar kommunikatsiyalarning to‘liq bo‘lmagan turlari, Ebshteyn anomaliyasi va magistral tomirlar transpozitsiyasi operativ davolangandan keyingi holati bilan qiyoslash ancha murakkab jarayondir.

Atrioventrikulyar kommunikatsiya uchun xarakterli:

- Tembri va lokalizatsiyasi har xil bo‘lgan sistolik shovqinning bo‘lishi.
- O‘ng qorincha va o‘ng bo‘lmachaning gipertrofiyasi.
- EKG da Giss tutami o‘ng oyoqchasining noto‘liq blokada bo‘lishi.
- Rentgenoskopiyada o‘pka rasmining

qalinlashishi va chap qorincha pulsatsiyasining kuchayishi kuzatiladi.

Ebshteyn anomaliyasi uchun xarakterli

- Kasallik paydo bo'lishi bilan o'tkazilgan O'RVI ning aloqador emasligi.
- O'pka gipertenziyasi kuzatilmagan holda o'ng qorincha etishmovchiligi belgilarining ustunligi.
- O'ng bo'lmaxaning kattalashuvi
- EKG da chap qorinchaning gipertrofiyasi va uning gipoksiyasi bo'lmasligi kuzatiladi.

Magistral tomirlar transpozitsiyasini korreksiyasidan keyingi holati uchun xarakterli:

- EKG da YUEO' ning chapga og'ishi
- Q tishchaning chap ko'krak uzatgichlarida bo'lmasligi, ayni paytda o'ng ko'krak uzatgichlarida borligi ko'riladi.

Katta yoshdagi bolalarda surunkali NK ni revmokardit bilan difdiagnostika qilish zarur bo'ladi.

Revmokardit uchun xarakterli:

- Kasallikning A-streptokokkli infeksiya bilan doimiy-xronologik bog'liqligi.
- Kasallik latent davrining 2-4 hafta bo'lishi.
- Kasalning yosh bo'lishi
- Kasallikning o'tkir yoki o'tkir osti boshlanishi.
- Kasallik debyutida artralgiya va artritning

bo'lishi.

- Kardial shikoyatlarning "passiv" ligi.
- Valvulit yoki perikarditning miokardit bilan qo'shilib kelishi.
- Kardit belgilarini tez avj olishi.
- Kasallikning faol davrida klinik belgilarning laborator o'zgarishlar bilan mos kelishi kuzatiladi.

Davosi. Ikki etapda olib boriladi:

1/ shifoxonada – kasallikni o'tkir davrida yoki kuzgalgan davrida.

2/ poliklenika yoki sanatoriyada – davolashni davom ettirish.

Bemor o'tkir kardit bilan shifoxonaga tushgandan, davolash uchun quyidagilarni uziga asos kilib olish kerak.

1. Etiologik davolash.

2. Bemorni immunologik reaktivligiga ta'sir qilish.

3. YUrak kon tomir etishmovchiligini oldini olish.

Kasallikni o'tkir davrida birinchi navbatda tushak rejimini 2-4 xaftaga joriy qilish.

Parxezi tulik, etarli darajada oksil va vitaminlar, etarli miqdorda kaliy tuzlari parxezda bo'lishi kerak. Kaliy tuzlari ko'prok kora mayizda, turshakda, anjirda bo'ladi, ayniksa bemor gormon olayotganda berish kerak.

Sutkalik suvning miqdori, chikariladigan siydik miqdori bilan aniklanadi /200-300 ml ga kam/, urtacha suvning sutkalik miqdori 400-600 ml bo'lishi kerak.

Antibakterial terapiya 2-3 haftada davomida beriladi, chunki kasallikni sababi virus-bakterial infeksiya bo'lishi mumkin va kichik yoshdagi bolalarda asoratni oldini olish uchun beriladi.

Virusli karditlarni interval bilan davolash kerak, ayniksa ORVI va gerpetik infeksiyada juda effekt beradi. Karditga yalliglanishga Karshi va immunodepressiv xususiyatga ega gormonlarini berish ahamiyatga ega.

Bemorlarga miokarditni ogir shaklida va kon aylanishini buzilishida kichik kon aylanish doirasida dimlanish belgilari bulsa KISLOROD terapiyasini berish ahamiyatga ega.

Virusli karditda kasallikni boshida interferon berish kerak 2 tomchidan burun yiliga xar 2 soatda /do 3 ml/ sutkasida. Grippga karshi gamma globulin 1-2 dozada /0,2-0,3 ml/ kg 3 kun davomida

Bakterial karditlarda-pensillin, ampitsillin, oksatsilin bolaning yoshiga karab 10-14 kun davomida.

Surunkali karditda infeksiyon – allergik bulsa bitssillin 2-3 oy va undan ko'prok vaktida kilish kerak.

Yalliglanishga Karshi preparatlar infeksiyon-allergik kelib chikishigaberiladi.

Nesteroid preparatlar beriladi: aspirin 0,2 g yoshiga

karab, voltaren 3 mg/ kg massasiga, brufen 8-10 mg/kg massasiga sutkasiga, indometatsin 3 mg/kg sutkasiga. Prepart ichiga kuniga 3-4 marta beriladi.

O'tkir miokarditni davolash kursi 4-6 xafta, o'tkir osti va surunkali retsivli miokarditda 6-8 xafta va undan ham ko'prok, sekinlik bilan dozasi mikdorini kamaytirilib boriladi, tutib turuvchi dozachaga.

Allergik miokarditda streoid gormonlarini berish tavsiya kilinadi. Streoid gormonlaridan-prednizolon 1-1,5 mg/kg massasiga. Davolash kursi xar bir bemorga individual xisoblanib ko'pincha 4-6 xafta davomida beriladi. Miokarditni ogir shaklida kon aylanishning buzilishi 2-3 darajasida streoid garmoni berish tavsiya etiladi 1-2 mg/kg massasiga. Kursi 3-4 xafta davomida beriladi.

Giperkoagulyasiya belgilari bulsa – DVS da geparin beriladi 100-150 ed /kg massasiga.

Trombotsitlarni adgeziya va agregatsiyasini kamaytiradigan prepart ko'rantil 3-5mg/kg kuniga yoei koantinol nikotinat vena ichiga yuboriladi.

Surunkali miokarditni kuzgalish davrida-steroid va nesteroid prepartlari beriladi, shu bilan birgalikda o'tkir davri pasayishi bilan xinolin katorida kirgan prepartlar-delagil, plakvenil 5-10 mg/kg kuniga 1-2 marta 3-6 oy davomida va kerak bo'lganda undan ham ko'prok.

Kasallikni o'tkir davri pasaygandan keyin stimullovchi

va tonusini oshiruvchi preparatlar beriladi: apilak shamda /svechkada/, kukrak yoshidagi bolalarga 0,005 g 3 marta 7 kun davomida katta yoshdagi bolalarga 0,01 g til ostiga 3 marta kuniga, eleuterokokk nastoyi 5-15 tomchi 3 marta kuniga.

Statsionarda davolash 4-5 xaftadan bir necha oygacha.

Statsionarda davolab chikkandan keyin 8-12 oydan soʻng, sanator – kurortda davolash kerak.

Bunda gidrosulfat vannalari, dengiz suvi vannalari, dengiz suvi bilan ingalyasiya kilishlar kiradi.

Hamma bemorlar miokardit bilan dispanser kuzatuvda boʻlishi kerak. Ularni 3 oy davomida xar oyda teushirib, kuzatib boriladi, keyin 3oyda bir marta, 6 oyda, EKG da yozilib boriladi.

Kardioskleroz belgilari bulmasa dispanser uchyotidan 5 yildan keyin olinadi.

Profilaktika. Miokarditni profilaktikasida asosiy urinni egallaydi: kichik yoshidan organizmni chiniktirish, ratsional oziklantirish, fizkultura va sport bilan shugullanish.

Oqibati – yaxshi tugashi mumkin / tulik sogayish, miokardioskleroz uchokli va tarkalgan, zararlanish gipertrofiyasi/ okibati yomon boʻlishi mumkin / yomon kechuvchi miokardit, kardioskleroz yurak bushligini

dilyatatsiyasi bilan, konstruktiv perikardit/.

Miokardit engil kechsa okibati yaxshi bo‘ladi va tulik sogayishi bilan yoki kardiosklerozni koldik kurinishi kuzatiladi. Miokarditda skleroz rivojlanishiga karamasdan bolalar shikoyat kilmaydi, yurak chegarasi normada yoki salgina kengaygan. EKG da ozgina uzgarish bo‘ladi.

Okibati yomon bo‘lishi mumkin agar, o‘pka gipertenziyasi va uzok vakt davomida chap qorincha etishmovchiligi bulsa.

Ma'ruza № 4.

BOLALARDA REVMATIK ISITMA KASALLIGI.

**Ma'ruza mashgulotlarining ta'lim
texnologiyasi.**

Mavzu	Bolalarda revmatik isitma kasalligi.
--------------	---

Talim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti-2soat	Talabalar soni : 20-60 gacha
Mashg'ulot shakli	Kirish – axborotli maruza
Maruza rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1.Revmatizmning zamonaviy talkini va etiopatogenezi. 2.Bolalarda revmatizmning klinik xususiyatlari. 3.Diagnostika kriteriyalari va differentsial diagnostikasi. 4.Davolash usullari, profilaktikasi va dispanser nazorat.
<p><i>O'quv mashg'ulotning maqsadi</i> : Talabalarga bolalarda revmatik isitma kasalligini kechish xususiyatlari, diagnostik mezonlari, laborator- instrumental- grafik tekshiruvlari to'g'risida tushuncha berish. Qon aylanish etishmovchilik darajalarini aniqlash. Klinikasi, bosqichli davolash rejasi va oldini olish tadbirlari to'g'risida tushuncha berish. Tekshirish usullari. Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish.</p>	
Pedagogik vazifalar:	O'quv

	faoliyati natijalari:
<p>Talabalariga bolalarda bod kasalligi to'g'risida tushuncha berish. Qon aylanish etishmovchiligi darajasini aniqlay olishni o'rgatish. Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish, turli yoshdagi bolalarda yurak-qon tomir tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish. Bolalarda bod kasalligini aniqlay olish va revmatizm kasalligini etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni o'rgatish.</p>	<p>Talabalar bolalarda bod kasalligi to'g'risida gi tushunchaga ega bo'lishi kerak Qon aylanish etishmovchiligi darajasini aniqlay bila olishi kerak. Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish va turli yoshdagi bolalarda yurak- qon tomir tizimining o'zgarishlarini baholay bilishi kerak. Bolalarda bod kasalligini aniqlay olish va revmatizm kasalligini etiologiyasi, patogenezi,</p>

	klinikasi, klassifikatsiyasini, davolash va profilaktikasini bilishi kerak.
Talim berish usullari	Ko'rgazmali maruza, suhbat
Talim berish shakllari	Ommaviy jamoaviy
Talim berish vositalari	O'quv qo'llanma, proektor
Talim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat :savol-javoblar

Maruza mashg'ulotining texnologik xaritasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Talim beruvchi	Talim oluvchilar
Tayyorgarlik bosqichi	1.Mavzu bo'yicha O'quv mazmunini tayyorlash. 2.Kirish maruzasi uchun taqdimot slaydlarini tayyorlash. 3.Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv fanini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqqa)	1 Ma'ruza mashguloti mavzusi, uning maqsadi va vazifalarini tanishtiradi. 2.Talabalar o'quv	Tinglaydilar

	<p>faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi (2- ilova).</p> <p>3.Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi (3-ilova).</p>	
<p>2.Asosiy bosqich (55 daqiqa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1.Power Point dasturi yordamida slaydlarni namoyish qilish va izoxlash bilan mavzu bo'yicha asosiy nazariy jixatlarini tushuntirib beradi. • 2. Bolalarda revmatizm kasalligini slaydlar yordamida tushuntiradi. • 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish va mustaxkamlash maqsadi da quyidagi savollarni beradilar: 	<p>Tinglaydilar, Yozadilar, javob beradilar</p>

- | | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Revmatizm nima degani?• Revmatizmning etiologiyasi kanday?• Revmatizmning rivojlanishiga streptakoklarning axamiyati va surunkali infeksiya uchoklarining axamiyati kanday?• Revmatizmning bolalarda kechish xususiyatlari kanday?• Revmatizm kasalligini klassifikatsiyasida nimalar yoritilgan?• Revmatizm kasalligini etiopatogenetik davolash kanday?• Revmatizmning profilaktikasini olib | |
|--|--|--|

	<p>borishda nimalarga e'tibor berish kerak?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	
<p>3.Yakuniy bosqich (10 daqiqa)</p>	<p>1 Mavzu bo'yicha talabalarda yuzaga kelgan savollarga javob beradi, yakunlovchi xulosa qiladi.</p> <p>2. Mustaqili ishlash uchun Sistemali kizil yugurdak, sistemali sklerodermiya-6 s mavzusini takdim etadi va internet asosida mazkur O'quv materialni o'qib kelish vazifasini beradi.</p>	<p>Savollar beradilar, vazifani yozib oladilar.</p>

MAVZU: BOLALARDA REVMATIK ISITMA KASALLIGI..

MA'RUZA MATNI : Revmatizm biriktiruvchi to'qimaning yalliglanish har akteridagi tizimli

kasallik bulib, yurak-qon tomir tizimining jaroxatlanishi bilan kechadi.

Etiologiyasi B-gemolitik streptokokkning A guruxi bilan boglik. Revmatizm asosan (80%) bolalik davrida (7-15) eshda uchraydi, 30% xollarda oilaviy har akterda kechadi, 1% xolda maktab eshidagi bolalarda uchrasa, 2 eshgacha bo'lgan bolalarda amaliyda uchramaydi. Bolalarda orttirilgan yurak kasalliklarining asosiy sababchisi xam shu-revmatizm kasalligidir. Yashash sharoitlarining yaxshilanib borishi, tizimli ixtisoslashtirilgan erdamning tashkil kilinishi va kompleks ravishda revmatizm profilaktikasini utkazish natijalarida, revmatizm bilan kasallanish har 1000 bolalar axolisiga 0,18%gacha kamaydi.

Bolalarda revmatizm muammolarini echish va bartaraf etishda bir kancha pediatriklar:

V.I.Molchanov,A.K.Kisel,

M.A.Skvortsov,V.P.Bisyarina, A.V.Dombrovskayalar uz xissalarini kushganlar.

Epidemiologiyasi: Kasallikning boshlanishi utkazilgan streptokokkli infeksiyalar-surunkali tonzillitning avj olish davri, nazofaringit, sinusit,otitlar bilan boglik ekanligi aytib utilgan.Axoli zichligi yuqori bo'lgan joylarda,(sha har , maktab uquvchilari orasida) infeksiyaning bir boladan ikkinchisiga utishi xam katta axamiyat kasb etadi.Streptokokk tabiatidagi

turli kasalliklar (skarlatina, glomerulonefrit, revmatizm, yuqori nafas yullarining katari) 10-20% xollarda maktab eshidagi bolalarda ko'p uchraydi. Infektsiya tarkatuvchilar bulib, ular asosan kasal kishilardir, ulardan atrof-muxitga utirib kolishi mumkin. Bu atrofdagi infektsiyaning yo'q umliligi 24-48 soat davomida saklanib koladi. Infektsiya tarkatish davrida "A" guruxdagi streptokokkning virulent shtammlari tashuvchilar xam axamiyatga egadir. Tashki muxitda ular chidamli bulib, ma'lum bir sharoitda L-formaga (streptokokkning kobiksiz formasi) ga utadi. Infektsiya yo'q tirgan odamlarda kasallik simptomsiz utishi (20-24%) eki ularda revmatizm kasalligining kelib chiqish i xam mumkin.

ETIOLOGIYA SI: Asosiy etiologik omil bulib, hozirgi vaktida V-gemolitik streptokokkning A guruxi xisoblanadi. Bu qon tseptsianing isboti bulib, (70%) aktiv revmatizm bilan kasallangan bemorlar qon i zardobida streptokokk antigenlari topiladi, streptokokk toksinlariga antistreptolizin-O (ASL-O), antistreptogialuronidaza (ASG), antistreptokinaza (ASP) va antidezoksiribonukleaza V ga antitelalar titri yuqori bo'ladi .

Anginani yaxshi davolamaslik va uzok muddat streptokokk tashuvchisi bo'lish kasallanish kelib chiqish i uchun sharoit bulib xizmat qiladi.

PATOGENEZ. Kasallikning kelib chiqish ida streptokokkli infeksiyaning massivligi va uzok vakt ta'siri, bundan tashkari makroorganizmning reaktiv xolatiga boglikdir. Kelib chiqish mexanizmida asosiy rolni immun reaksiyasining tezlashgan va sekinlashgan turi va immun yalliglanishning shakllanishi muxim axamiyati bor. Streptokokkning ko'p gina antigenlari (kobikli va sitoplazma membranali) va fermentlari, organizmning to'qima antigenlari bilan bir kismi boglanadigan spetsifik antitelolar xosil bo'lishiga olib keladi. Ular tomonidan miokard sarkolemmasi va biriktiruvchi to'qima ning aloxida komponentlarining (fibroblastlar, glikoproteidlar , proteoglikanlar) antigen strukturasi buzilishi, antitelolar xosil bo'lishiga olib keladi. Qon da aylanib yurgan antitelolar va tarkibidagi antistreptolizin-O va S4 komponent komplementni saklovchi immun komplekslar mikrotsirkulyator rusloni buzadi, yalliglanish mediatorlarining faollavshuviga olib keladi. Yalliglanish patogenezi da immunpatologik reaksiyalar ishtirok etishini tasdiklaydigan xolatlar, bu-miokard to'qima sida depozitlarning ya'ni immun komplekslar antigen-antitelo komplementlarining topilishi va yana

kardit va xoreyaning kelib chiqishida yuruvchi immun komplekslarning topilishidir.

Immunpatologik jarayonning kelib chiqishi albatta makroorganizmning reaktivligi va kisman streptokokkga qarshi giperimmun javobning davomiyligi organizmdan streptokokkli eliminatsiyasi defektliligiga bog'liq.

Hozirgi vaktida revmatizming kelib chiqishi, genetik uzgaruvchanlik bilan boglanishiga misol kilib, ma'lum bir oilada revmatizm kasalligi uchrashining ko'pligi va bir tuxumdan rivojlangan egizaklar orasida uchrashi mumkinligini kursoratish mumkin.

KLINIK MANZARASI: Kasallik asosan angina, skarlatina, nazofaringit bilan kasallangan kishilarda 2-4 hafta utgach, yuzaga chikadi. Biriktiruvchi to'qima ning diffuz shikastlanishi klinik manzaraning polimorfligini kursoratadi. Kasallik tipik ko'rinishlaridan - kardit, poliartrit, xoreyadir. Kasallik o'tkir, o'tkir osti eki latent kechishi mumkin, bunday xollarda tashxis kardit va yurak nuksoniga asoslanib kuyiladi. Kasallikning birinchi belgisi bolalarda: tana har oratining kutarilishi, xolsizlik, bu-gimlarda ogrik. Bunday bemorlarni tekshirib kurilganda, ularda kamqonlik va qon dagi bir kancha uzgarishlar: leykotsitoz, eritrotsitlar chukish tezligi (EChT) ning oshishi aniklanadi. Ba'zan revmatizm xoreyadan

boshlanadi. Revmatizmning faollik darajasiga va kechishiga kura simptomlar turlicha namoen bo'ladi .

Birlamchi revmokardit- bu yurakning xastalanishi bulib, u kasallikning kechish ogirligini ifodalaydi. Bolalarda erta ko'rinishlaridan biri xolsizlik va tana har oratining kutarilishi. Yurak soxasida ogrikka va noxush sezgiga shikoyat uncha bulmaydi. Miokard, endokard, perikard zararlanishiga qarab, ob'ektiv simptomlari namoen bo'ladi . Bolalarda revmatizmning yurak patologiyasi birdan bir va eng ko'p uchraydigani-miokardit (100%). Ob'ektiv kurganda taxikardiya eki bradikardiya, ayrimlarda yurak kiskarishi soni me'erligicha koladi. 85% bemorlarda yurak chegarasining chapga kengayishi klinik va rentgenologik kuzga tashlansa, barcha bemorlarda yurak chukkisida sistolik shovkin eshitiladi.

Miokarditda miokard interstitsiyasida diffuz uzgarishli ekssudativ yalliglanish kuzatiladi. Bemorning umumiy axvoli ogir, terisi okargan, hansirash, sianoz, puls kam, qon bosimi pasaygan, yurak chegaralari kengaygan, yurak tonlari susaygan, yurak etishmovchiligi belgilari kelib chikadi. EKG da ritmning monotop buzilishi, bulmacha-korincha utkazuvchanligining keskinlashuvi, miokardda bioelektrik jaraenninguzgarishi (T-tishchanning pasayishi va uzgarishi, ST-segmentning pastga siljishi, elektrik sistolaning chuzilishi) anik-

lanadi.

FKGda 1 ton amplitudasining pasayishi, uning kengayishi va deformatsiyasi: patologik 3 va 4 tonlarning paydo bo'lishi, muskul har akterda sistolik shovkin kushiladi.

ENDOKARDIT-ko'pincha miokardit bilan birgalikda va 50-55% bolalarda uchraydi. Mitral klapan valvuliti shakllanib belgilari kasallikning birinchi kunlaridanok aniklanadi.

Asosiy klinik belgisi bu mitral klapan proektsiyasi zonasidagi "esuvchi har akterdagi" sistolik shovkindir.(5 nukta).Shovkin intensivligi vakt utishi bilan eki chap en bikiniga etganda, jismoniy zurikishda kuchayadi. Shovkin ko'pincha Qo'lتيq osti soxasida yaxshi eshitiladi. FKG da yurak chukkisida bo'lgan o'rta eki uncha katta bulmagan amplitudali o'rta eki yuqori chastotali pansistolik eki protosistolik shovkin eziladi.

Rentgenogrammada: yurak chap chegarasining kengayishi, yurak mitral qon figuratsiyasi aniklanadi.10% bemorlarda aortal klapan jaroxatlanadi, ko'krak kafasi tush suyagi chap kirrasi buylab diastolik bosim bilan boglik bo'lgan diastolik shovkin eshitiladi. Bunda FKGda yuqori chastotali protodiastolik shovkin eziladi.

Exokardiografiyada: mitral klapaning kengayishi, tabakalar uzgarishi natijasida exosignallar "paxmokligi", mitral va aortal regurgitatsiya belgilari, yurak chap kamerasi dilyatatsiyasi belgilari aniklanadi.

PERIKARDIT-endo-miokarditlar bilan birga uchrab, revmatik poliserozitning bir qismi deb karaladi. Klinik tashxis kuyish 1-1,5% xollarda, rentgenologik 40% xollarda, kompleks instrumental tekshirganda, exokardiografiya bilan birgalikda bu kursatkich foizi ancha yuqori bo'ladi .

Perikardit yalliglanish har akteriga kura quruq , fibrinoz va eksudativ bo'ladi . Fibrinozli perikarditda o'grik sindromi bulib, ko'krak kafasi chap kirrasi buylab doimiy bulmagan perikardning ishkalanish shovkini eshitaladi (ipak shigirlashi, qorni ng girchillashiga uxshash).

Seriyali EKG da -R tishning utkirlashuvi, T-tishning QT interval bilan tipik, dinamik uzgarishi namoen bo'ladi . Exokardiogrammada esa perikard va epikardning kalinlashuvi va separatsiyasi kurinadi. Seroz-fibrinoz perikardit bemorlarning umumiy axvoliga ta'sir qiladi. Bemorning umumiy axvoli birdaniga emonlashadi, ranglari okaradi, ekssudat ko'p tuplanganda esa bemor yuzlari shishgan, buyin venalari shishib chikkan, hansirash paydo bo'ladi va tushakda majburiy xolatda (yarim utirgan) utiradi. Kuksi orqa

sida ogriklar yuzaga kelishi mumkin, gemodinamik buzilish belgilari tez kuchayadi. Bu belgilar bemori gorizontal xolatda bo'lganda kuchayadi. Puls tezlashgan bulib, kam tulikli, arterial bosim pasaygan bo'ladi, ayrim xollarda yurak soxasi burtib chikadi, yurak turtkisi aniklanmaydi. Yurak chegaralari kengayadi, tonlar pasaygan. EKG da yurakning (miokardning) elektrik aktivligi pasayganligi aniklanadi. Rentgenogrammada yurak chegarasining kengayganligi bilan birga, pulsatsiya kichik amplitudada va yurak qon turining tekislanganligi kuzatiladi. Rentgenda yurak soyasi shar eki trapetsiyasimon shaklda bo'ladi.

Exokardiogrammada esa epikard va perikardni bir-biridan ajratib turadigan exonegativ bushlik yuzaga kelganligi kuzatiladi. Bu bushlikning ulchami kancha ekanligini yurak xaltasi bushligiga yigilgan ekssudatning mikdoriga qarab bilish mumkin.

Shunday kilib, esh bolalarda birlamchi revmokardit, V streptokokkli infeksiyasini utkazgandan keyin yuzaga keladi, ko'p chilik bolalarda juda xam sust va kuchsiz rivojlangan klinik-funksional ko'rinishlar namoen bulib, bu yurakning 3 ta kavati xam zaralanishi bilan har akterlanadi.

QAYTALANUVCHI REVMOKARDIT .Patologik jaraen retsdivlanishiga imqon yaratadigan sharoitlar yuzaga kelib kasallikning takroriy xuruji boshlanadi, buning natijasida qaytalanuvchi revmokardit yuzaga keladi. Usmirlar va kattalarga nisbatan bu kasallik esh bolalarda kam uchraydi. qaytalanuvchi revmokardit kuchsiz rivojlangan eksudativ yalliglanish komponenti bilan klapan zaralanishiga utadigan retsdivlanadigan miokardit ko'rinishida kechadi. Klinik kartinasida yurak tonlari ovozing uzgarganligi kuzatiladi, shuningdek yurak etishmovchiligi natijasida yuzaga keladigan yangi shovkinlar paydo bo'ladi , ritm buzilishlari kuzatiladi.

REVMATIK POLIARTRIT. Bunda asosan katta bugimlarda o'grik sindromi namoen bo'lishi bilan , bugim jaraenining asosida o'tkir eki o'tkir osti sinovit etadi. Sinovit noturgun, uchuvchan har akterda bulib, yalliglanish belgilari namoen bo'ladi . Hozirgi vakt da shish, giperemiya, bugim faoliyatining chegaralanishi bilan yuzaga chikadigan chin poliartrit kam uchraydi. Bugim sindromi poliartralgiya ko'rinishida namoen bo'ladi . Uning davomiyligi bir necha kundan 2-3 xaftagacha, retsdivlar bo'lishi mumkin.

XOREYa(kichik). Bu miyaning asosan striopallidar tizimining revmatik yalliglanishi bilan namoen bo'ladi .

11-13% revmatizm bilan kasallangan bolalarda uchraydi. Ayrim xollarda uzi karditdan aloxida kechadi. Kasallik asta-sekinlik bilan boshlanadi: uzini emon xis qiladi, uykusi buziladi, maktabda ukishi pasayadi, bola ta'sirchan bo'ladi . 1-2 xaftadan keyin xoreyaning asosiy belgilari rivojlanadi:

1. Giperkinezlar-bunda har -xil mushak guruxlarida ixtiersiz ortikcha har akatlar ,emotsional xolatlarda, har -xil ta'sirlovchilar ostida kuchayadi, bemor uxlaganda bu har akatlar yo'q oladi.

2.Mushaklar gipotoniyasi.

3. har akat koordinatsiyasi buzilishi.

4.Emotsional sferaning buzilishi.

Bolaning xulki uzgarib, xusnixati uzgaradi.Gayritabiiy ingrash, tirjayishlar kuzatiladi.Ayrim xollarda giperkinezlar soni ko'p bulib, bunda ixtiersiz har akatlar ko'pligi tufayli bolaning yurishiga, etishiga, ovkat eyishiga xalakit beradi, bola uzini boshkarib bilmaydi. Mushaklarning birdaniga gipotoniya bo'lishi giperkinezlarning cheklanishiga eki pasayishiga va paralitik ekt xoreyaning "yumshok" formasining rivojlanishiga olib keladi. Buni N.F.Filatov ezgan. Bunda pay va teri reflekslarining asimmetriyasi, bemorning engil darajada ozishi kuzatiladi. Gordon simptomining namoen bo'lishi,

ya'ni tizza refleksi kuzatilganda 4 boshli mushakning tonik kiskarishi har akterlidir. Giperkinezlar davri bir necha xaftadan 2-4 oygacha davom etishi mumkin. Hozirgi vaktida kichik xoreya atipik, chuziluvchan ogir retsidiv har akterida kechadi, asosan maktab eshidagi bolalarda klinik belgilari birdaniga emas asta-sekinlik bilan namoen bulib, astenizatsiya , vegetativ-tomir distoniyasi bilan kechadi.

Asab tizimining ogir revmatik zararlanishida o'tkir va surunkali meningoentsefalit, araxnoidit, ruxiy buzilishlar, polinevritlar yuzaga keladi. Esh bolalarda, shuningdek revmatizmning yurakdan tashkari boshka ko'rinishlarida: anulyar toshmalar, revmatik zotiljam, nefrit, gepatit, poliserozit kiradi.

Poliserozitning birdan-bir belgisi abdominal sindrom bulib, bunda korinda ogrik, korin parda zararlanishi belgilari bilan har akterlanadi.

TASNIFI. Revmatizm kechishi 2 ta bosqichda boradi: faol va remissiya davri. Faollikning 3 ta darajasi tafovut kilinadi: 1-minimal, 2- o'rta ogir, 3-maksimal, bularning har birida klinik simptomlar, laborator belgilar aniklanadi.

3-darajali faollikda ekssudativ yalliglanish komponentlari ustun turadi. Temperatura yuqori bulib, revmokardit manzarasi yakkol kurinadi. Poliserozitda

bugim sindromi kuzatiladi. Karditning belgilari rentgen , elektro va fonokardiografiyasida yakkol ifodalanadi. Laborator kursatkichlar: qon da neytrofil leykotsitoz 10x10⁹G^l gacha , EChT 44mmG`sdan yo`q ori, S-reaktiv oksilning musbatligi, zardobda globulinlarning darajasi 25% gacha kutariladi

2-daraja faollikda klinik, rentgenologik, elektrofonokardiografik belgilar kam ifodalangan.

1-darajali faollikda ekssudativ yalliglanish komponentlari bulmaydi, klinik va instrumental belgilar past bo`ladi .

Remissiya davrida klinik belgilar va shikoyatlar bulmaydi.

Revmatizm kechishiga kura:

1.O`tkir kechishi-kasallik 2,3 daraja faolligida klinik belgilar yo`q olishi 2-3oy davomida, yaxshi davolanganlikdan dalolat beradi.

2.O`tkir osti kechishi-belgilar sekin usuvchi va vakt-vaqti bilan kuzgalib turadi. 3-6 oygacha davom etadi.

3.Chuziluvchan kechishi- kasallik belgilari rivojlanishi 2 darajali faollikda, 6 oygacha rivojlanadi. Antirevmatik terapiya kam foyda beradi.

4.Uzluksiz- qaytalanuvchi kechishi.

5.Yashirin surunkali kechishi.

TAShXIS. Tashxis asosiy kriteriylari A.A.Kisel va keyinchalik Djonson va Nesterov ta'riflaganicha belgilanadi: 1. kardit, 2. poliserozit, 3. xoreya, 4. revmatik tuguncha, anulyar toshma, 5. revmatik anamnez, 6. antirevmatik terapiya effektivligi.

Kushimcha diagnostik kriteriylarga kiradi: har orat kutarilishi, artralgiya, leykotsitoz, EChT oshishi, S-reaktiv oksilning paydo bo'lishi, streptokokk infeksiyasining bo'lishi.

Revmatizmning 3 ta asosiy belgilari: "kardit, poliartrit: xoreya" asosida tashxis tasdiklanadi.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTIKA. Kasallikning chuziluvchan faollikda kechishi, surunkali tonzillogen va sil intoksikatsiyasi bilan takkoslanadi. Norevmatik kardit, infeksiyon endokardit, tizimli kizil buricha, biriktiruvchi to'qima ning boshka tarkok kasalliklari, infeksiyon-allergik va revmatoidli artrit, tireotoksikoz bilan differentsial diagnostika kilinadi.

DAVOLASH.

Revmatizmni davolash 3 ta etapda olib boriladi. Aktiv revmatizm davrida statsionarda, remissiya payti poliklinika sharoitida va sanator-kurort davolash olib boriladi.

Statsionarda davolash: Revmatizmning 1-3 aktivlik darajalarida kattik tushak xolatida, shifoxona rejimiga rioya kilingan xolda olib boriladi. Revmokardit 1-3

darajasida 1-2 hafta davomida kattik tushak tavsiya kilinadi. Bu paytda nafas gimnastikasi, tushakda etgan xolda har xil harakatlar kilish mumkin, xonada yurish, esh bolalar tuvakda xonada fiziologik chikarishlarni olib borishi lozim. Kasallik kechishining 1-1,5 oylaridan boshlab yarim kattik tushak xolati tavsiya kilinadi. Bu paytda bolalar yurishi, oshxonaga, taxoratxonaga borishi, davolash gimnastikasi bilan almashtirish, oksilga boy maxsulotlar berish, kaliy saklovchi moddalar beriladi, suv va tuz chegaralanadi.

Medikamentoz davolashga streptokokkli infeksiyaga karshi preparatlar, yalliglanishga karshi dori vositalari va immunodepressiv preparatlar tavsiya kilinadi. Penitsillin preparatlari va uning analoglari eshiga qarab 12-15 kun davomida beriladi. Penitsillin bilan birga yalliglanishga karshi preparatlar : aspirin, pirazon katoridagi dori vositalari beriladi. Aspirin 1 eshli bolaga 0,2g sutkasiga, amidopirin 0,15 g beriladi. Kasallikning ogir aktivligida yalliglanishga karshi kortikosteroid preparatlar beriladi. Prednizolon 0,75-1 mgG`kg tana vazniga qarab beriladi. Asosan birlamchi revmokarditda va yalliglanishning ekssudativ jaraenida kullaniladi. Bemorning axvoli yaxshilanib borishiga qarab prednizolonning maksimal sutkasiga qarab berilib, asta-sekinlik bilan kamaytirib boriladi. Gormonoterapiyaning

davolash kursi 30-40 kunni tashkil etadi. Revmatizmning davolanishi dinamikada qon azmoyishlarining dinamikasiga qarab eritrotsitlar chukish tezligi, revmosinamalarning yaxshilanishiga qarab olib boriladi. Sungg paytlarda yalliglanishga karshi preparatlardan voltaren, indometatsin, ipobrufen kullash keng tarkaldi, kasallik kechishi chuzilib ketgan paytda plakvenil, delagil, xinolin katordagi dorilar 5-10 mlG`kg beriladi.

Kasallarni rehabilitatsiya kilish va oxirigacha davolash sanator-kurort sharoitida 2-3 oy davomida utkaziladi.

Revmatizmni davolashning 3 etapi poliklinika sharoitida olib boriladi. Revmatolog kasallik aktivlashmasligi uchun ikkilamchi profilaktika olib boradi. Buning uchun yil davomida yiringli uchoklarni sanatsiya kilish, kuz va baxor oylarida bitsillinterapiya , bir oyda bitsillin-5 1 marta, har kuz va baxorda 3-4 xafta mobaynida aspirin bilan davolash maksadga muvofik. Revmatolog tomonidan qon azmoyishlari, EKG, revmosinamalar dinamikada tekshirib boriladi.

PROGNOZ.

Rematizmdan oxirgi yillarda ulim 11-12% dan 0,4-0,1 foizga tushgan. Birlamchi revmokardit 10-15 foiz bolalarda mitral klapan etishmovchiligiga olib kelsa, 40 foiz bolalarda qaytalanuchi revmokarditlar shu patologiyaga olib keladi.

Amaliy mashg'ulot № 1.

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	<i>Bolalarda o'tkir pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.</i>
--------------	--

1.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustahkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda pnevmoniya to'g'risida tushuncha 2. Pnevmoniya etiologiya va patogenezini 3. Pnevmoniya klinikasi va tasnifi. 4. Pnevmoniyaning patogenetik davosi va profilaktikasi 5. Nafas olish a'zolarini tekshirish usullari. 6. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlari
<p><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi:</i> Talabalarda bolalar pnevmoniyasi to'g'risida tushuncha berish. Pnevmoniyaning etiologiyasi, patogenezini, klinikasi, tasnifi, patogenetik davosi va profilaktikasini o'rgatish. Tekshirish usullarini va klinik tashxislashni o'rgatish. Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholash.</p>	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>

- Talabalarga bolalarda nafas olish a'zolarining anatomo – fiziologik xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish.
- nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rgatish
- Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega kilish.
- Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rgatish.
- Bolalarda pnevmoniya kasalligini aniqlay olishni tushuntirish
- Pnevmoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rgatish

- Talabalar bolalarda nafas olish a'zolarining anatomo – fiziologik xususiyatlari to'g'risida tushunchaga ega bo'lishi kerak.
- nafas olish a'zolarini tekshirish usullarini o'rganish va aytib berish
- Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish.
- Turli yoshdagi bolalarda nafas olish tizimining o'zgarishlarini baholay olishni o'rganish.
- Bolalarda pnevmoniya kasalligini aniqlay olish

	- Pnevmoniya kasalligini etiologiyasi, patogenezini, klinikasi va davolashni o'rganish
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol – javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat,

	flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasion xona jixozlari» va h.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy va klinik mashg'ulot daftari

Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. Amaliy mashg'ulotining	

	<p>taqdimot slaydlarini tayyorlaydi</p> <p>3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish .</p> <p>4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish .</p> <p>5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi.</p> <p>6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi</p>	
<p>1.Mavzug a kirish (15 daqiqa)</p>	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi.</p> <p>2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi.</p> <p>3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.</p> <p>Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
<p>2. Asosiy bosqich. (145</p>	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini</p>

<p>daqiqqa)</p>	<p>guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p>	<p>yoziq oladilar</p> <p>Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar</p> <p>Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar.</p> <p>Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar.</p> <p>Savollarga javob beradilar. tinglaydilar</p>
-----------------	---	---

	<p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar.</p> <p>Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3. Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi</p> <p>Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish;</p> <p>o'zlashtirish ishi « Atipik pnevmoniyalar» – 5 s</p> <p>Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi</p>	<p>Savollar beradilar.</p> <p>tinglaydilar</p> <p>Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

BOLALARDA PNEVMONIYALAR

Pnevmoniya (zotiljam) – oʻpka toʻqimasining oʻtkir yalligʻlanishidir.

Oʻtkir pnevmoniyalar bolalarda koʻp uchraydigan kasalliklar katoriga kiradi. Oʻtkir pnevmoniya bilan kasallanish xar 1000 ta boladan 10-30 tasiga toʻgʻri keladi. Bolalarda oʻtkir pnevmoniya bilan kasallanishning yuqoriligi ularning anatomo-fiziologik xususiyatlari hamda immun sistemasi xususiyatlariga bogʻliq.

Bolalarda oʻtkir pnevmoniya koʻp rivojlanishiga moyillik tugʻdiruvchi faktorlar kuyidagilardir:

1. YUqori nafas yoʻllari anatomik oʻlchamlari va struktur tuzilish xususiyatlari. Erta yoshdagi bolalarda traxeya va bronxlar kalta va keng, shuning uchun infeksiyon agentlarning oʻpkaga oʻtishi oson. Mayda bronx va bronxiolalar esa tor, ularning devorida moʻshak va biriktiruvchi toʻqima kam, shu sababli ular tez bekilib koladi va choʻkadi. Bu esa infeksiyon agentlarning bronx daraxtidan evakuatsiyasini qiyinlashtiradi va infeksiyaning bronxogen yoʻl bilan tarqalishiga sharoit tugʻiladi.

2. Erta yoshdagi bolalarda bronxial daraxt shoxlanishining uziga xos tuzilishi sababli, yaʼni bronx va bronxiolalarning differensiatsiya darajasi past

bo'lganligi uchun bronxial daraxt drenajlanishini kiyinlashtiradi.

3. O'pkaning gistologik tuzilish xususiyatlari, ya'ni o'pka to'qimasida elastik tolalar va surfaktant etishmovchiligi natijasida emfizema va atelektazlar tez rivojlanadi.

4. Mukotsiliar klirens etilmaganligi, ya'ni bronxial daraxtni koplab turgan shillikning yot jismlarni chikarib tashlash xususiyati yaxshi rivojlanmaganligi.

O'tkir pnevmoniya.

O'tkir pnevmoniya – o'pka to'qimasining o'tkir yallig'lanishli kasalligi bo'lib, o'pka to'qimasining infiltrativ uzgarishlari va nafas etishmovchiligi bilan xarakterlanadi.

ETIOLOGIYA

O'tkir pnevmoniya rivojlanishi sababi infeksiyon agentlar hisoblanadi. Kasallik mobaynida ajratib olingan mikroorganizmlar etiologik omil hisoblanadi. Oxirgi izlanishlar shuni kursatadiki, bolalarda o'tkir pnevmoniya qo'zg'atuvchilari ko'pincha pnevmokokklar (60-70%), gemofil tayokcha (40-50%), enterobakteriyalar (10%) va stafilokokklar (10%) hisoblanadi.

O'tkir pnevmoniya etiologiyasi ko'p jixatdan bola yoshiga, kelib chiqish vaqtiga va bog'liq.

TUG'MA PNEVMONIYA ETIOLOGIYASI

ANTENATAL infitsirlanish:	INTRANATAL infitsirlanish:
-toxoplazma gondii, rubella, cytomegalovirus -herpes simplex virus, -treponema pallium, -listeria monocitogenes/	-streptokokklar V gurux -C.trachomatis, E.Coli, -Klebsiella spp, -U.urealitica, -M.Hominis

SHifoxonadan tashkari pnevmoniyalar etiologiyasi

YOsh i	Viruslar	Bakteriyalar
-------------------	-----------------	---------------------

2 xafta- 2 oy	Rinosintitsial virus, adenovirus, paragripp virusi	S.aureus, gramnegativ enterobakteriya, C.trachomatis
2 oy- 1 yosh	RS-virus, paragripp, gripp A, V, adenovirus, rinovirus enterovirus, kizamik va kizilcha koronavirusi, suv chechak virusi	S.pneumoniae, H.influenzae, M.pneumoniae, C. pneumoniae, S.aureus, S.pyogenes
5-7 yosh	Rinosintitsial virus, paragripp 3i 1 tur, gripp A va V, adenovirus	S.pneumoniae, M. pneumoniae, H.influenzae, C. pneumoniae
7 yoshdan katta	Gripp A va V, paragripp 3 i 1 turi	M.pneumoniae S.pneumoniae C.pneumoniae

GOSPITAL PNEVMONIYA ETIOLOGIYASI

Bo'limlar profili	Patogenlar
------------------------------	-------------------

Reanimatsiya, ORIT, xirurgiya	Yiringli ko‘k tayoqcha, tillarang va epidermal stafilokokk, ichak tayoqchasi, klebsiella, atsinetobakter, kandida
Onkogematologiya	Yiringli ko‘k tayoqcha, tillarang va epidermal stafilokokk, ichak tayoqchasi, enterobakteriyalar, aspergillyus
Terapevtik bo‘limlar	tillarang va epidermal stafilokokk, klebsiella
Ventilyator_asotsiyalangan pnevmoniya: erta-kechki-	YOshning etiologik strukturasi mos Ps.aeroginosaes, S.marsensens, Acinetobakter spp., S.aureus, Klebsiella, E.Coli, Candida

Immunokomproment bemorlarda pnevmoniya etiologiyasi

Bemorlar guruhi	Patogenlar
CHala tug‘ilgan bolalar	Pneumociysta carinae, Ureaplazma urealitica
neytropeniyali bemorlar	Gramnegativ enterobakteriyalar, Kandida
Birlamchi hujayra immuntanqisligi bor	Pneumociysta carinae, Kandida

bemorlar	
Birlamchi gumoral immuntanqisligi bor bemorlar	Pnevmonokokk, stafilokokk, enterobakteriyalar
OITS bo'lgan bemorlar	Pnevmonsista, sitomegalovirus, sil mikobakteriyasi, Kandida

PATOGENEZ

Infeksion agentlar ko'pincha nafas yo'llari orkali bronxogen (aerogen) yo'l bilan tarkaladi. Gematogen yo'l bilan katta qon aylanish doirasi qon tomirlari orqali kelishi mumkin. O'pkaning bu xilda zararlanishi septik holatlarda va homila ichi pnevmoniyasida kuzatiladi.

O'tkir pnevmoniyaning patogenezi fazalari

I – faza: Mikroorganizmlarning kirishi va yuqori nafas yo'llari shishli-yallig'lanishli obstruksiyasi.

II – faza: Nospetsifik yallig'lanish jarayonlari.

III – faza: Erkin radikalli oksidlanish jarayonlari aktivlashuvi.

IV – faza: Nafas regulyasiyasining patofiziologik mexanizmlari buzilishi.

V – faza: Nafas etishmovchiligi va o‘pkalarning nafas funksiyasi buzilishi.

VI – faza: Organ va sistemalarda metabolik va funksional buzilishlar.

Nafas etishmovchiligi – organizmning shunday holati bo‘lib, bunda o‘pkalar arterial qonda normal gaz tarkibini ta’minlay olmaydi. Nafas etishmovchiligining 3 darajasi farqlanadi.

Daraja	Klinik xarakteristika	Tashki nafas ko‘rsatkichlari	Qonning gaz tarkibi, KAX
I	Hansirash jismoniy zurikishda, peroral sianoz bezovtalanganda kuchayadi. P:N = 2,5:1, taxikardiya, AB normada	MNX oshgan, O‘TS va NX pasaygan	O ₂ ga to‘yinganlik 90%
II	Bola tinch turganda ham hansirash bor, doimiy, peroral sianoz, akrotsianoz. AB oshgan.	MNX oshgan, O‘TS kamaygan 25-30% ga	O ₂ ga to‘yinganlik 70-85%.

	Taxikardiya, P:N = 2-1,5:1		Nafas yoki metabolik atsidoz
III	Hansirash aks etgan (nafas normadan 150% ga ko'p). Tarqalgan sianoz. AB pasaygan. P:N o'zgaruvchan.	MNX pasaygan, O'TS va NX kamaygan 50% gacha	O ₂ ga to'yinganlik 70% dan kam. Dekompenzatsion aralash atsidoz

O'TKIR PNEVMONIYA TASNIFI

Morfologik shakli	Infitsirlanish sharoiti	Kechishi	Asorati	
			o'pkada	O'pkadan tashqari
o'choqli segmentli o'choqlarni qo'shilishi	shifoxonadaning tashqari shifoxonachisi perinatal infitsirlanish	o'tkir cho'zilgan	plevrit destruksiya pnevmotoraks piopnevmotoraks	infeksiyon-toksik shok DVS-sindromi yurak-tomir etishmovch

krupozli interstitsial	h immunodefitsit holatlardagi			iligi respirator disstres
---------------------------	-------------------------------------	--	--	---------------------------------

KLINIKA VA DIAGNOSTIKA.

YUqorida ko‘rsatilgandek, o‘tkir pnevmoniya klinik kechishiga ko‘ra o‘choqli, segmentar, krupoz pnevmoniya va interstitsial pnevmoniya sifatida kechishi mumkin. O‘tkir pnevmoniyaning kechish shaklini aniklash birinchi urinda kasallik okibatini bilish va uni davolashda kuriladigan chora-tadbirlar va tanlov preparatlarini aniklashda muxim ahamiyatga ega.

O‘choqli pnevmoniya.

Kasallikning eng ko‘p kuzatiladigan shakli bo‘lib, 1-3 yoshdagi bolalarda kuzatiladi. YAllig‘lanish o‘choqlari bir necha segmentni yoki bir bo‘lakni egallaydi. Rentgenogrammada o‘choqli soyalar beradi.

Kelib chikish sababi ko‘pincha virus-bakterial. Bunda qo‘zg‘atuvchi bronxogen yo‘l bilan kirib, yallig‘lanish bosqichli boradi: traxeobronxit – bronxit – o‘choqli bronxopnevmoniya.

O'choqli bronxopnevmoniyada bolaning tana xarorati 38°S gacha ko'tarilib, 3-5 kun va undan ko'p saklanadi, yo'tal oldin quruq bo'lib keyin nam; nafas olishi tez va qiyinlashgan.

Bola ko'zdan kechirilganda:

- Kataral belgilar: tumov, shillik pardalar giperemiyalashgan.

- Intoksikatsiya simptomlari: teri koplamlari okarishi, holsizlik, darmonsizlik, ishtaxa yo'qolishi, uykuning buzilishi va b.

- Nafas etishmovchiligi belgilari: aralash tipda hansirash, peroral yoki tarkalgan sianoz, burun qanotlari kerilishi, qovurg'alar oralig'i va o'mrov suyagi usti chuqurchalari tortilishi.

Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchayadi, yallig'lanish jarayoni tarkalganlik darajasiga bog'liq ravishda.

Perkussiyada zararlangan soha ustida o'ziga xos to'mtoqlashgan timpanit aniqlanadi.

Auskultatsiyada dag'al nafas fonida boshida quruq, keyin mayda va o'rta pufakli ho'l xirillashlar aniklanadi. SHuningdek zararlanish ustida krepitatsiya eshitiladi. Bronxofoniya kuchayadi.

Rentgenologik tekshiruvda o'pka surati kuchayishi, o'pka ildizi kengayganligi, o'pka maydoni

yorugligi oshganligi (emfizema xisobiga), o‘choqli soyalar (infiltratsiya xisobiga) aniklanadi. O‘choqli soyalar noto‘g‘ri shaklda, ulchami 0,5-0,7 dan 1,5-2,5 sm gacha.

Qonda yallig‘lanish jarayoni belgilari aniklanadi. Leykotsitoz, leykotsitar formularini neytrofillar hisobiga chapga siljishi, ECHT 2-30 mm/s gacha oshishi.

O‘choqli bronxopnevmoniya o‘z vaqtida to‘g‘ri davolanganda kechishi yaxshi oqibatli. 2-3 xaftada bola tuzaladi.

Segmentar pnevmoniya

O‘pkaning bir yoki bir nechta segmenti zararlanishi bo‘lib, kasallik avj olganda rentgenogrammada infiltrativ soya segment (yoki segmentlar) anik anatomik chegaralariga mos keladi.

Klinik nuqtai nazardan segmentar bronxopnevmoniya alohida tasnifga ajratish muxim, chunki u cho‘ziluvchan kechishga moyil bo‘lib, ko‘pincha chegaralangan pnevmoskleroz va surunkali pnevmoniya rivojlanishi bilan yakunlanadi.

Segmentar bronxopnevmoniya bilan maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi.

Ob‘ektiv tekshiruvda yuqori nafas yo‘llari kataral uzgarishlari, yo‘tal, nafas etishmovchiligi belgilari, intoksikatsiya simptomlari (bosh ogriqi, uyku buzilishi,

ishtaxa pasayishi, teri koplamlari okarishi, kuz ostida «soyalar» bo‘lishi) topiladi. Tana xarorati 38°S gacha ko‘tariladi.

Palpatsiyada aniq segmentar pnevmoniyaga xos belgilar kuzatilmaydi.

Perkussiyada zararlangan segment ustida perkutor tovush tumtoklashuvi aniklanadi. To‘mtoqlashish anik chegarali bo‘ladi.

Auskultatsiyada zararlangan segment ustida susaygan nafas, boshka joylarda dag‘al nafas fonida quruq va mayda, o‘rta pufakli ho‘l xirillashlar eshitiladi. SHuni aytib o‘tish kerakki, auskultativ o‘zgarishlar qisqa muddatli bo‘lib, 3-5 kundan so‘ng yo‘qoladi va bu kasallik diagnostikasini kiyinlashtiradi.

Rentgenologik tekshiruvda o‘pka maydonida anik chizikli chegarali, zararlangan segment proeksiyasidagi soyalar aniklanadi.

Ratsional terapiya fonida infiltratlar 3-6 kunda suriladi, segmentar bronxopnevmoniyaning o‘rtacha kechishi 12 kunni tashkil etadi

Stafilokokkli pnevmoniya

Klinik jixatdan turli xil kechishi va og‘ir asoratlarga olib kelishi bilan xarakterlanadi.

Kasallik o‘tkir boshlanib, stafilokokkli pnevmoniyaga xos bo‘lgan klinik belgilar tez yuzaga

chikadi, toksikoz belgilari (holsizlik, uykuchanlik, anoreksiya, kusish, dispeptik buzilishlar) va og‘ir nafas etishmovchiligi bilan xarakterlanadi. Hansirash aralash tipda, 1 min da 60-80 tagacha nafas bo‘lib, nafas aktida yordamchi mo‘shaklar ishtiroki, teri koplamalari okarishi, peroral yoki umumiy sianoz kuzatiladi.

Ob‘ektiv tekshiruv ma‘lumotlari o‘pkaning massiv zararlanishi, o‘pka destruksiyasidan darak beradi. Kasallik boskichiga bog‘liq holda perkussiyada o‘pka tovushi tumtoklashuvi, timpanit yoki kuticha tovushi aniklanadi. Auskultatsiyada nafas susaygan, ayrim paytlar amforik. Ko‘p mikdorda ho‘l xirillashlar eshitiladi, bu pnevmoniya bilan ko‘pincha birga keladigan yiringli bronxit natijasida. Ko‘pincha krepitatsiya aniqlanadi.

Stafilokkokkli pnevmoniya bilan og‘rigan barcha bemorlar qon tahlilida anemiya, yuqori leykotsitoz (11 da $12 \cdot 10^9$ dan ko‘p), neytrofilez, ECHT oshishi kuzatiladi.

Stafilokkokkli pnevmoniya uchun patognomik belgi – o‘pkada havoli bo‘shliqlar – bullalar (pnevmotsele) bo‘lishi bo‘lib, ko‘pincha o‘ng o‘pkada bo‘ladi va diametri 1-5 sm gacha etishi mumkin.

Bullalar infeksiyalanganda yoki infiltratsiya o‘chog‘i yiringlaganda o‘pka absessi rivojlanadi. Bunda rentgenologik tekshiruvda aniq chegarali, suyuqlik sathi

saqlovchi bo'shliqlar topiladi. Suyuqlik sathi bemor holatini o'zgartirganda o'zgaradi.

O'pkadagi yiringli o'choq plevra bushligiga yorilganda piopnevotoraks rivojlanib, bolaning axvoli juda og'irlashadi. Bola juda bezovta, teri koplamlari va shillik pardalar sianozi oshib boradi. Nafas va yurak etishmovchiligi rivojlanadi. Perkussiyada timpanit, kuks oraligi sog' tomonga siljiydi. Auskultatsiyada susaygan nafas eshitiladi, mayda pufakchali ho'l xirillashlar, plevra ishkalanish shovkini bo'lishi mumkin.

Rentgenologik jixatdan piopnevotoraksda o'pka pastki soxasida gomogen soyalanish bo'lib, ustida suyuqlik sathi va havo bo'ladi. Zararlangan tomondagi o'pka kollabirlangan va ko'ks oralig'iga qisilgan, ko'ks oralig'i sog' tomonga siljigan.

Taranglashgan (klapanli) pnevotoraksda zararlangan tomonda yoruglanish, o'pka surati yo'q, o'pka to'liq cho'kkan va ko'ks oralig'iga qisilgan, ko'ks oralig'i karama-karshi tomonga «mediastenal churra» xosil kilib siljigan. Bemorning har qanday holatida suyuqlik sathini aniqlab bo'lmaydi.

Krupoz pnevmoniya

Krupoz zotiljam- ko'prok maktab yoshidagi bolalarda uchrashi va ma'lum davriy ravishda kechishi uning patogenezi allergiya va organizm immuno-

biologik xususiyatlariga bog‘liq ekanligidan dalolat beradi. Ba‘zi olimlarning fikricha mayda yoshdagi bolalarda pnevmokokklarga nisbatan sensibilizatsiya (o‘ta sezuvchanlik)ning yo‘qligi tufayli, ularda krupoz zotiljam deyarli uchramaydi. Krupoz zotiljamda morfologik jixatdan o‘pkaning bir bulagi yoki bir necha bulagi yalliglanadi. Bu kasallik odatda tusatdan keskin boshlanadi, bolaning isitmasi juda tez kutarilib, varaja to‘tishi mumkin, uning umumiy axvoli keskin uzgaradi, bosh ogriqi kuzatiladi. Bemor kasallikning dastlabki kunlarida axyon-axyon yo‘taladi, balg‘am ajratilmaydi.

Krupoz zotiljam anik davriy kechishiga ega bo‘lib, uning to‘rtta davri farklanadi:

1 davr - dastlab yallig‘lanish boshlangan joyda qon tomirlarida qon aylanishi kuchayadi va bu holat 1-2 kun davom etadi (qon dimlanish davri). Bu davrda yallig‘lanish soxasida nafas olish shovkini susayib eshitiladi va doimiy bulmagan krepatatsiya paydo bo‘lishi mumkin

2 davrida - qizil qon tanachalarining diapedez yo‘li bilan to‘qimalarga, alveolalarga o‘tishi natijasida o‘pka to‘qimasi kattiklashadi va shuning uchun perkutor tovushning susayganligi, eshitib kurilganda esa shu joyda nafas olishning kuchayishi (bronxial nafas) eshitiladi.

Kasallikning bu davri ham 2-3 kun davom etadi. Bemorning axvoli yana ham og‘irlashib, burun

qanotlarining kerilishi, lablarda uchuqlarning paydo bo'lishi, yonoklarining qizarishi kabi belgilar kuzatiladi. O'pkada xirillashlar aniklanmaydi.

3 davrda - 4-7 kun mobaynida nafas olish yaxshilanib boradi, bronxofoniya (bemorning elkasiga kaftlarni kuyib turganda nafas olish jarayoni sezilishi) yanada kuchayadi. Bemorning tana xarorati keskin tushib, yo'tal ko'payadi. O'pkani eshitib kurilganda, bir tutam sochni barmoklar orasiga olib ishqalanganda kelib chiqadigan tovushni eslatuvchi ko'p miqdordagi nafas xirillashlarni eshitish mumkin.

4- tuzalish davrida nam yo'tal kuchayib, balg'am ajralib chiqa boshlaydi, bemorning tana harorati mo'tadillashib, chiroyi ochila boradi. Auskultatsiya yordamida ko'plab har xil xajmdagi nam xirillashlarni eshitish mumkin. Odatda bemor 1-2 hafta davomida darddan forig' bo'ladi. Krupoz zotiljamning davriy hollarda kechishi keyingi vaktlarda antibiotiklarni keng ko'lamda qo'llash tufayli tobora kam uchraydigan hol bo'lib kolmokda. Hozirgi davrda ko'prok uning abortiv yoki atipik turlari uchrab, bunda o'pkaning butun bir bo'lagi emas balki bir nechta segmenti zararlanganligi aniqlanmoqda. Keyingi yillarda kasalliklarni tashxisi yaxshilanib, o'z vaktida antibiotiklarning qo'llanilishi bolalarda plevrit, o'pka absessi, perikardit, miokardit,

meningit, osteomielit kabi asoratlarning oldini olish imkoniyatini bermokda.

Interstitsial pnevmoniya.

Asosan viruslar, pnevmotsistlar, mikoplazma va zamburug'lar tomonidan chaqirilib, ko'pincha chaqaloq bolalarda, ular chala tug'ilgan bo'lsa, yoki gipotrofiya, anemiya bilan kasallangan nimjon bolalarda rivojlanadi. Interstitsial zotiljamda bemorning umumiy axvoli juda tez og'irlashadi, burun kirralari kerilib, nafas olishi shovqinli bo'ladi, lab atrofi va yuzda kukarish kuzatiladi. Xurujsimon chuziluvchan, og'ir yo'tal kelib chikadi. SHunisi uziga xoski, bu holda bemorning axvoli og'ir bo'lishiga karamasdan o'pkada perkutor va auskultativ uzgarishlar kamrok topiladi: nafas olish biroz susaygan, onda-sonda nam va dag'al quruq xirillashlar eshitaladi. CHunki asosiy jarayon o'pkaning oralik kushuvchi to'qimasida boradi va bu hol rentgenologik tekshirish usuli bilan ham aniklanishi mumkin. Interstitsial zotiljam etiologik omiliga bog'liq holda 1-2 xaftadan, (xususan pnevmotsistali zotiljam) to 1-2 oygacha davom etadi.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKA

Pnevmoniyalarni ko‘pincha bronxit, bronxiolitdan farqlash kiyinchilik tugdiradi. O‘tkir bronxiolit mayda bronx va bronxiolalarning yallig‘lanishi bo‘lib, klinik jixatdan nafas etishmovchiligi bilan xarakterlandi.

O‘tkir pnevmoniyadan farqli holda o‘tkir bronxiolit klinikasiga quyidagilar xarakterli:

1. Tana xarorati 38°S gacha ko‘tariladi va ko‘pincha normal yoki subfebril.

2. Nafas etishmovchiligi belgilari yuqori nafas yo‘llari obstruksiyasi fonida, Hansirash ekspirator xarakterda.

3. Palpatsiyada uzgarishlar yo‘q.

4. Perkussiyada o‘pka tovushi kutichasimon, zararlanish ustida turgun bulmagan tumtoklashuv.

5. Auskultatsiyada nafas chikarish uzaygan, mayda va o‘rta pufakchali jarangsiz ho‘l xirillashlar.

6. Rentgenologik tekshiruvda o‘pka surati kuchaygan, obturatsion emfizema xisobiga.

O‘pka *tuberkulezi (sil)*-dan differensiatsiya kilishda anamnez (sil bilan og‘rigan bemor bilan qontaktda bo‘lish, silga qarshi emlashlar, biologik probalar xarakteri, temperatura), kliniko-rentgenologik tekshiruvlar, biologik sinamalarga ahamiyat beriladi. SHubxali holatlarda Mantu sinamasi, Pirke reaksiyasi,

Kox probasi kuyiladi. Tuberkulez ko‘pincha o‘pkaning yuqorigi bulagini, SZ esa o‘rta va pastki bo‘laklarini zararlaydi. Tuberkulezning infiltrativ formalari uchun rentgenogrammada aniq konturli yumaloq yoki oval infiltratlar kalsifikatsiyalangan o‘choqlar, qalinlashgan bo‘laklararo plevra bo‘lishi xos.

DAVOLASH

Kasallikni barvakt aniklab o‘z vaqtida davolay boshlash zotiljamning kechishida katta ahamiyat kasb etadi. Davolash ishlari uy va shifoxona sharoitida olib borilishi mumkin. Kasallikning og‘irroq kechish ehtimolini hisobga olgan holda chakaloklar, ayniksa chala tug‘ilgan, tug‘ilish jarayonida asoratlar olgan bolalar, uy-joy sharoiti qonikarsiz, hamda ota-onalarning sanitariya-tibbiy saviyalari etarli emas, deb topilgan bemorlarni davolash uchun shifoxonalarga joylashtirish shart. Umuman 1 yoshgacha bo‘lgan barcha bolalar zotiljami shifoxonalarda davolanishi maqsadga muvofiq. Boshqa hollarda zotiljamni pediatr va tibbiyot hamshirasi kuzatuvchi ostida uy sharoitida davolash ma‘kul, chunki bu bolaning boshqa xildagi yuqumli omillarni qayta yuqtirishdan saqlaydi. Mana shu sababli ham bemorlarni alohida bokslarga joylashtirish ayni muddao. SHifoxonada xonalar bemorlar bilan bir vaktda

to'lg'azilishi, hamda zotiljamning etiologiyasi aksariyat virusli ekanligi xisobga olib bir biridan yuqmasligi uchun kuniga 2-3 maxal bolalarning burniga interferon tomizib turishi lozim. Zotiljamni davolash ishi bemor organizmining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olish va ayni paytda kasallikning kechishi, uning asoratlarini nazarda tutgan holda ko'p qirrali bo'lmog'i lozim. Bemor bolaning parvarishi ham zotiljamni davolashda muhim ahamiyatga egadir. Issiq iqlim sharoitida, ayniksa, yoz paytida suyuqlik miqdori 10-20% ga oshirilishi lozim.

Zotiljamning kechishida asosiy ko'rsatgich bo'lgan nafas faoliyati etishmovchiligini I darajasini davolash uchun aksariyat hollarda xonaning havosini kuniga 4-5 marta - xonada havo xarorati 18-20"S gacha pasayguncha shamollatish etarli bo'ladi.

Nafas olish faoliyatining buzilishi II-III darajalarida esa havo tarkibidagi kislorod miqdori 30-60 % bo'lguncha boyitilib, bemorga beriladi. Namlangan (suv, spirt orqali o'tkazilgan) kislorodni Bobrov apparati orqali hidlatish keng qo'llaniladi. Kislorodni bolaga kislorod chodirchasida yoki boshka kislorodni o'lchab o'tkazuvchi asbob yordamida berish shubhasiz yaxshi natija beradi. Bundan tashqari, bolaning to'shakka yotish vaziyatini vakt-vakti bilan almashtirib, lozim bo'lsa, nafas yo'llarini so'rg'ich yordamida shilimshiq moddalardan tozalab turish ham muhimdir.

Nafas etishmovchiligini davolashda bolaning umumiy axvoli tomonidan monelik bo'lmasa (isitma, zotiljamning og'ir asoratlari bo'lmasa), toza havoda sayr qilishning ahamiyati kattadir. Sayr qilishni havo harorati $10-15^{\circ}\text{S}$ bo'lgandan boshlab, keyinchalik har $2-3^{\circ}\text{S}$ past bo'lgan sharoitda va undan pastiga ham moslashtirib borish zarur, YOshi 3-12 oylik bemorlarni havo xarorati -5°S dam, 1-3 yosh bolalarni esa -10°S dan past bo'lgan hollarda sayr kildirish mumkin.

Zotiljamning yuqumli omillarga bog'liq ekanligini xisobga olib, kasallik aniqlangan zahotiy oq antibiotiklar tayinlanadi. Qaysi antibiotikni qo'llash ayni muddao ekanligini bilish, uchun etiologik omilni va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash lozim. Bu esa 2-3 kun vakt talab etadi. SHuning uchun ham davolash aksariyat keng ko'lamda tasir ko'rsatuvchi antibiotiklardan boshlanadi. Ammo ba'zan kasallik manzarasi va epidemiologik vaziyatdan kelib chikib, taxminan etiologik omilni mo'ljal qilish va antibiotiklar bilan davolash koidalaridan biri - bola organizmida ushbu doriga o'ta sezuvchanlik yo'qligiga ishonch hosil qilingach, antibiotiklar tayinlanadi. Ayrim antibiotiklar o'zining xususiyatlari tufayli extiyotkorlik talab etadi: Masalan, streptomitsin, kanamitsin, gentamitsin, monomitsin eshituv a'zolari va buyrakka zarar etkazadi, shuning uchun ular erta yoshdagi bolalarni davolash

uchun ishlatilmasligi lozim, shuningdek, ilikdan qon ishlab chikarishni pasaytiruvchi levomitsitinni chakaloklarni davolash uchun ishlatish nomakbuldir. Hozirgi paytda bolalarni davolash ishida zararlash darajasi yuqori bo'lganligi tufayli tetratsiklinlar amalda o'z ahamiyatini to'liq yo'qotdi.

Davolashdan natija yaxshi bo'lishi uchun antibiotiklarni eng kamida 5-7 kun, ammo ko'pi bilan 10-14 kundan oshirmasdan qo'llash kerak. Agar kasallik og'ir kechayotgan bo'lsa, dorilarni mo'shak orasiga yoki vena qon tomiriga yuborish, kasallikning engil shakllarida esa ichishga buyurilish lozim. Kasallik og'ir, asoratli kechayotgan hollarda ikkita antibiotik omuxta holda ishlatilishi maksadga muvofiqdir. Antibiotiklar omuxta holda qo'llanilganda ularning o'zaro ta'siri hisobga olinishi kerak. SHunday qilinmasa, omuxta ishlatilgan antibiotiklar o'zlarining nomakbul ta'sirini kuchaytirib, bemorga yordam o'rniga zarar etkazishi mumkin.

Antibiotiklar zotiljamni chaqirgan yuqumli omilga ta'sir kilish bilan bir katorda, organizmdagi odatdagi mikroorganizmlar muvozanatini buzib, zamburuglar (kandidoz) rivojlanmasligi uchun, ayni paytda nistatin (50-100 ming birlik kuniga 3-4 marta) yoki levorin (80-100 ming TB) tayinlansa ma'kul bo'ladi.

Zotiljam engil va oʻrta ogʻirlikda kechayotgan boʻlsa, 1-1,5 yoshdan oshgan bolalarni sulfanilamid dorilar bilan davolash joizdir. Eng yaxshisi 3 yoshgacha boʻlgan bolalarga kuniga vaznining xar bir kg ga 0,2 gr dan, kattarok yoshdagilarga esa kuniga 2-3 gr dan sulfadimezin yoki sulfadeazalin 4-5 marta boʻlib, 8 soatlik tungi tanaffus bilan 5-6 kunga tayinlashdir. Sulfanilamidlar bilan davolanganda, bolaga koʻprok suyuklik ichirish lozim. Bu dorilarning antibiotiklar bilan omuxta holda ishlatish mumkin. Sulfanilamidlarning uzok vakt taʼsir kiluvchi turlari (sulfadimetoksin va sulfamonometoksin) kuniga atiga bir marta: 1 kuni 0,025 gr/kg, keyinchalik esa 0,0125 gr/kg mikdorda tayinlanadi. Bu dorilar, ayniksa, antibiotiklarga boʻlgan oʻta sezuvchan bemorlarni davolash uchun juda qoʻl keladi.

Zotiljamni davolash jarayonida nafas olish faoliyatidan tashqari boshqa aʼzolarining faoliyatiga ham jiddiy eʼtibor talab kiladi. Kasallik ogʻir, asoratli kechgan hollarda bolaning tana harorati yuqori boʻlsa, uni echintirib, badanini 35 – 36 ° li iliq suv bilan ishqalamasdan artish, boʻyin va son soxasidagi yirik qon tomirlarining ustiga yupqa buyumga oʻralgan muz quyish foydalidir. Bunday paytda paratsetamol 10 – 15 mg/kg tana vazniga rektal yoki ichishga beriladi.

Bolalarda talvasa bo‘lganda diazepam yoki paraldegid dori vositasini rektal yuborish lozim. Ampuladan dori vositani tuberkulin shpritsiga (1 ml) bola vazniga va yoshiga qarab olish kerak. Ignani shpritsdan chiqarib, shpritsni bolaning to‘g‘ri ichagiga 4 – 5 sm chuqurlikda kiritib eritmani yuborish kerak. Dumbalarni birlashtirib bir necha daqiqa ushlab turish kerak.

Agar bemorda astmatik sindrom belgilari kuzatilsa, dimedrol, suprastin, eufillin tayinlanishi lozim. Aksariyat holda antigistamin preparatlar va eufillin bilan birga ishlatiladi:

HOZIRGI ZAMON DAVOLASH USULLARI

CHaqaloqlar PNEVMONIYASINI

ANTIBAKTERIAL TERAPIYASI

Pnevmoniy a formasi	Etiologiya	Tanlangan preparati	Alternati v
Tug‘ma pnevmoniya	Streptokokki gr V, S, D, ichak tayoqchasi, klebsiella, stafilokokklar,	Amoksatsillin+a minoglikozid; Ampitsillin+ami noglikozid	sefotaksi m+amino glikozid seftazidim +aminogli

	listeriyalar, mikoplazma, ureaplazma, oq spiroxeta, viruslar, Kandida zamburugʻlari, anaeroblar		kozid eritromitsi n, azitromitsi n, penitsillin, ekzarsillin metronida zol, linkomitsi n
IVL bilan Assotsirlang an erta pnevmoniya	Oʻsha	Oʻsha	Oʻsha
IVL Bilan assotsirlang an kechki pnevmoniya	Psevdomonadы, serratsii, klebsiellы, stafilokokk, mikoplazma, xlamidiya	Seftazidim+AG; Sefapirozon+A G; Azlotsillin+AG Piperatsillin+A G	Vankomit sin Karbopen emy Eritromits in, azitromitsi n, midekamit sin,

			diflyukan, trimetapri m- sulfosaloz ol, Rifampitsi n, Tekoplam in
--	--	--	---

**SHifoxona ichidagi pnevmoniyani davolashda
birinchi ANTIBIOTIKning tanlanishi**

Pnevmoniya boshlanguncha terapiya o'tkazilishi	Tavsiya etiladigan davo
Davolanmagan	penitsillin, ampitsillin m/o
Penitsillin	oksatsillin, linkomitsin, sefalosporin 1 - avlodi
Sefalosporin 1- avlodi gentamitsin va aminoglikozid	Penitsillin, ureidopenitsillin
Gentamitsin	Aminoglikozidlar, Sefalosporinlar 3-4 avlodi, xinolinlar
Kombinirlangan:zamburug'ga qarshi	Sefalosporinlar 3-4 avlodi, ureidopenitsillin va

	aminoglikozidlar
ureidopenitsillin, rifampitsin; aminoglikozidlar katta dozalarda	gentomitsin 15mg/kg/sut yoki amikatsin 30- 50mg/kg/sut

6 yoshgacha bolalarda shifoxonadan tashqari pnevmoniyada start preparatni tanlash

Bola yoshi, pnevmoniy a formasi	Etiologiya	Start preparat	Samara bermaganda almashtirish
1-6 oy, tipik pnevmoniya da	Koli inf, enterob.staf Pnevmokok k	Ichishga: penitsillin v/i, m/o, ampitsillin+ oksatsillin, penitsillin yoki sefazolin	v/i, m/o: sefuroksim, seftriakson, sefatoksim, boshqa aminoglikozid , linkomitsin, vankomitsin, karbopenemla r
1-6 oy, atipik	Klostridiya, mikoplazm	Ichishga – makrolid	Ichishga: ko- trimaksazol

	a, ureaplazma		
6 oy-6 yosh, tipik asoratlanma gan	Pnevmonok k	Ichishga: amoksa tsillin, ospen, makrolid	Ichishga: penitsillin guruhi, sefalosporin 2-avlod, m/o, v/i,

Profilaktikasi:

Oldini olish tadbirlari. Zotiljamning oldini olish kuyidagi tadbirlarni o'z ichiga oladi: bola organizmining yuqumli omillarga chidamligi ko'p jixatdan to'g'ri ovkatlantirishga bog'liq ekanligini xisobga olib, go'dak bolalarni ona suti bilan taminlash raxitning oldini olish va bolada raxit rivojlangan bo'lsa, uni to'g'ri davolash bolaning toza havodan etarli baxramand bo'lishini ta'minlash, uni jismoniy tarbiya, suvli muolajalar, havovannalarini kullash bilan davolashni davom ettirish tavsiya kiladi maxalliy oromgoxlarning ustunligi shundaki ularga yuborilgan bemorlar uchun moslashuv davri talab kilinmaydi.

Okibati:

Kasallikning okibati uning kandy og'irlikda kechishiga, vaktida va to'g'ri davolanishga, asaratlarning bor-yo'qligiga hamda o'pka va bronxlarning irsiy va tugma nuksonlarning mavjudligiga ko'p jixatdan bog'liqdir.

YO'TAL YOKI NAFAS QIYINLIGINI BAHOLANG VA TASNIFLANG

JSST tomonidan tavsiya etilgan "Bolalar kasalliklarini integrirlashgan usulda olib borish" strategiyasiga asosan yo'tal yoki nafas qiyinchiligini baholashda pnevmoniya quyidagicha tavsirlangan.

Respirator kasalliklar nafas yo'llarining har qanday qismida, masalan, burun, halqum, hiqildoq, traxeya, bronx-o'pka yo'llari yoki o'pkada bo'lishi mumkin.

Yo'talayotgan yoki qiynalib nafas olayotgan bolada pnevmoniya yoki boshqa og'ir respirator infeksiya bo'lishi mumkin. Pnevmoniya, ya'ni zotiljam - o'pka infeksiyasidir. Bu kasallikka viruslar ham, bakteriyalar ham sabab bo'lishi mumkin. Rivojlanib kelayotgan mamlakatlarda pnevmoniyaga ko'pincha bakteriyalar sabab bo'ladi. Bularning eng ko'p tarqalgani *Streptosoccis rpeitotae* va *Netorfilus influensie* dir. Bakterial pnevmoniya bilan og'rikan bolalar gipoksiya

(kislород etishmasligi) yoki sepsis (umumiy infeksiya) dan nobud bo'lishi mumkin.

Ko'pgina bolalar unchalik jiddiy bo'lmagan respirator kasalliklar vajidan ambulatoriyalarga kelishadi. Yo'talayotgan yoki qiynalib nafas olayotgan bolalarning aksariyatida engilgina infeksiya bo'ladi, xolos. Masalan, shamollab qolgan bola burnidan chiqib turadigan shilimshiq halqumining orqa devoriga tushib qolgani uchun yo'talishi mumkin. Yoki bolada bronxit deb ataladigan virus infeksiyasi bo'lishi mumkin. Bunday bolalar og'ir bemorlar bo'lib hisoblanmaydi. Ular antibiotiklar bilan davolanishga muhtoj bo'lmaydi. Oilalar bunday bolalarni uy sharoitlarida davolashlari mumkin.

Tibbiy xodimlar yo'talayotgan yoki qiynalib nafas olayotgan bolalarning qaysilari antibiotiklar bilan davolanishga muhtoj ekanligini bilib, aniqlab olishlari kerak. Ular mana bunday ikkita klinik belgiga: nafas tezlashuvi va ko'krak qafasining tortilishiga qarab pnevmoniyani deyarli hamma hollarida aniqlay oladilar.

Bolalarda pnevmoniya boshlanganida ularning o'pkasi rigid (qiyinlik bilan harakatlanadigan) holga kelib qoladi. O'pkaning ana shunday rigid holatiga va kislород etishmasligiga (gipoksiyaga) javoban organizm ko'rsatadigan reaksiyalarning biri tez-tez nafas olish, nafas tezlashuvidir.

Pnevmoniya og‘ir tusga o‘tganida o‘pka rigidligi yanada kuchayadi. Ko‘krak qafasi tortilib turadigan bo‘lib qolishi mumkin. Ko‘krak qafasining ichga tortilib turishi - og‘ir pnevmoniya alomatidir.

YO‘TAL YOKI NAFAS QIYINLIGINI BAHOLANG Yo‘tal yoki nafas qiyinligi bor bo‘lgan bolada:

- Yo‘tal yoki nafas qiyinligi qanchadan beri davom etib kelayotganiga
- Nafas tezlashuviga
- Ko‘krak qafasining tortilishiga
- Tinch holatdagi stridorga baho beriladi.

Quyida "Baholang" ustunchasidagi romka keltirilgan bo‘lib, unda bolada yo‘tal yoki nafas qiyinligi bor-yo‘qligini baholashning hamma bosqichlari sanab o‘tilgan.

SO‘NGRA ASOSIY SIMPTOMLAR TO‘G‘RISIDA SURISHTIRIB KO‘RING:
Bolada yo‘tal yoki nafas qiyinligi bormi?

Bor bo‘lsa, so‘rang	Ko‘zdan kechiring, eshitib ko‘ring, his eting	
----------------------------	--	--

Qachondan buyon	Minutdagi nafas sonini sanang	Bola tinch bo'lishi kerak
	Ko'krak qafasining tortilishi bormi?	
	Ko'ring va eshiting stridor bormi?	

BARCHA kasal bolalar xususida yo'tal yoki nafas qiyinligi bor-yo'qligini so'rab ko'ring.

SO'RAB KO'RING: Bolada yo'tal yoki nafas qiyinligi bormi?

Nafasning har qanday odatdan tashqari tusga kirishi "nafas qiyinligi" deb ataladi. Onalar buni har xil tarzda tasvirlashadi, Ular bolam "tez-tez", "og'ir nafas olayapti", "nafasi bo'g'ilib qolayapti" yoki "xirillab va hushtak bilan nafas olayapti" deb aytishlari mumkin.

Onasi "YO'Q" deb javob bersa, Siz bolada yo'tal yoki nafas qiyinligi bor, deb hisoblay-sizmi-yo'qmi, tekshirib ko'ring. Bolada yo'tal yoki nafas qiyinligi bo'lmasa, keyingi asosiy simptom - diareya to'g'risida

surishtirib ko‘ring. Bolaning ahvolini yo‘tal yoki nafas qiyinligiga aloqador boshqa belgilar bo‘yicha baholamang.

Onasi "HA" deb javob bersa, unga keyingi savolni bering.

SO‘RAB KO‘RING: Qachondan beri?

Bolada 30 kundan ko‘proq davom etib kelayotgan yo‘tal yoki nafas qiyinligi cho‘ziluvchan yo‘tal deb hisoblanadi. Bu - sil kasalligi, astma, ko‘k yo‘tal yoki boshqa bir dard alomati bo‘lishi mumkin.

Nafas harakatlarining minutdagi sonini SANAB KO‘RING.

Bolada nafas tezlashgan-tezlashmaganligini aniqlash uchun Siz nafas harakatlarining bir minutdagi sonini sanab ko‘rishingiz kerak. Nafas harakatlari sonini sanash paytida bola tinch holatda bo‘lishi lozim. Bola qo‘rqib turgan, yig‘layotgan yoki harxasha qilayotgan bo‘lsa, nafas harakatlari sonini Siz to‘g‘ri sanay olmaysiz.

Bolaning minutiga necha marta nafas olishini sanab ko‘rmoqchi bo‘layotganingizni onasiga ayting. Undan bolani tinchlantirishni iltimos qiling. Agar bola uxlab yotgan bo‘lsa, uni uyg‘otmang.

Nafas harakatlarining minutdagi sonini sanab ko‘rish uchun:

1. Sekund strelkasi va raqamli siferblati bor soatdan yoki taymerdan foydalaning.
 - a. Boshqa bir tibbiy xodimdan soatning sekund strelkasiga qarab turing va 60 sekund o‘tishi bilan buni menga ayting, deb iltimos qiling. Siz bolaning ko‘kragiga qarab turib, nafas harakatlarining sonini sanab chiqasiz.
 - b. Agar Sizga yordam bera oladigan boshqa tibbiy xodimni topa olmasangiz, soatni sekund strelkasi ko‘rinib turadigan joyga qo‘ying. Sekund strelkasiga qarab turib, bola nafas harakatlarining minutdagi sonini ham bir yo‘la sanab chiqing.
2. Bolaning ko‘kragi yoki qornining istalgan joyiga qarab turib, nafas harakatlarini kuzating. Bolaning ko‘ylagini ko‘tarib turishni onasidan iltimos qiling. Bola yig‘lay boshlasa, sanoqni boshlashdan oldin bolani tinchitishni onasidan so‘rang.

Agar sanog‘ingizning to‘g‘riligiga ishonchingiz komil bo‘lmasa (masalan, bola hadeb qimir-layverib, ko‘kragini kuzatib borish qiyin bo‘lgan yoki u nimadandir xafalanib, yig‘layvergan bo‘lsa), sanoqni takrorlang. I

Tezlashgan nafasning pastki chegarasi bolaning yoshiga bog‘liq. 2 oylikdan 12 oylikkacha yoshdagi bolalarda nafas harakatlarining soni 12 oylikdan 5 yashargacha bolalardagiga qaragan-da ko‘proq bo‘lady. Demak, tezlashgan nafasning pastki chegarasi 2 oylikdan 12 oylikkacha yoshdagi bolalarda 12 oylikdan 5 yashargacha bo‘lgan bolalardagiga qaraganda yuqoriroq bo‘lib chiqadi.

Agar bolaning yoshi:	Bolaning nafasi tezlashgan deb hisoblanadi, agar sanab ko‘rganingizda u:
2 oylikdan 12 oylikkacha bo‘lsa	Minutiga 50 marta va bundan ko‘proq nafas olsa
12 oylikdan 5 yashargacha bo‘lsa	Minutiga 40 marta va bundan ko‘proq nafas olsa

Eslatma: 12 oylik bolada sanab ko‘rilganida u minutiga 40 marta va bundan ko‘proq nafas olsa, nafasi tezlashgan deb hisoblanadi.

Keyingi ikki belgi - ko‘krak qafasining ichga tortilishi va stridorni tekshirishga kirishishdan oldin bolani ko‘zdan kechirib, uning qachon NAFAS OLIB, qachon NAFAS CHIQRISHINI aniqlang.

QARAB KO‘RING: ko‘krak qafasining tortilishi bormi?

Qarab ko‘ring, bola NAFAS OLGAN paytda ko‘krak qafasi tortiladimi-yo‘qmi. Ko‘krak qafasining pastki devorini (pastki qovurg‘alarni) kuzatib ko‘ring. Bola NAFAS OLGAN paytda ko‘krak qafasining pastki devori TORTILADIGAN bo‘lsa, demak, bolada ko‘krak qafasining tortilishi bor. Nafas olish uchun bola odatdagidan ko‘ra ko‘proq kuch beradigan mahallarda ko‘krak qafasi tortiladigan bo‘ladi. Odatdagicha nafas olishda ko‘krak qafasining butun devori (yuqori va pastki qismlari) va qorin bola NAFAS OLGAN paytda KENGAYADI. Ko‘krak qafasining tortilishi deb bola NAFAS OLGAN paytda ko‘krak qafasi pastki qismining TORTILISHINI aytiladi.

Agar ko‘krak qafasining tortilishi borligiga ishonchingiz komil bo‘lmasa, yana qarab, takror marta ko‘zdan kechiring. Agar bolaning tanasi beli damida bukilibroq turgan bo‘lsa, ko‘krak qafasi pastki devorining harakatlarini payqash qiyinroq bo‘ladi. Onadan bolaning holatini o‘zgartirib, uni tizzada gorizontal holda yotadigan qilib tutishni iltimos qiling. Bola NAFAS OLGAN paytda ko‘krak qafasi pastki devorining TORTILISHI bu safar ham ko‘zingizga chalinmasa, demak, bolada ko‘krak qafasining tortilishi yo‘q.

Ko'krak qafasining tortilishi yaqqol ko'rinib turadigan va doim seziladigan bo'lishi kerak. Agar ko'krak qafasining tortilishi bola faqat yig'layotgan yoki ovqatlanayotgan mahaldagina Sizga payqaladigan bo'lsa, bu bolada ko'krak qafasining tortilishi yo'q.

Bola nafas olgan paytda qovurg'alar orasidagi yumshoq to'qimalarning o'zigina tortiladigan bo'lsa (buni qovurg'alar orasining tortilishi yoki qovurg'alararo "retraksiya" deyiladi), bolada ko'krak qafasining tortilishi yo'q. Mazkur o'rinda ko'krak qafasining tortilishi deganimiz, bu - ko'krak qafasi pastki devorining tortilishidir. YO boshqacha aytiladigan bo'lsa "qovurg'alar ostining tortilishi" yoki "qovurg'alararo retraksiyadir".

QARAB ESHITIB KO'RING stridor bormikin?

Stridor - nafas olingan paytda eshitiladigan qattiq tovushdir. Stridor hiqildok, traxeya yoki hiqildoq usti shishib qolgani tufayli paydo bo'ladi. Bunda o'pkaga havo o'tishiga shish to'sqinlik qiladi. Bolaning nafas yo'llarini bo'g'ib qo'yadigan shish hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Tinch turgan bolada stridor bo'lsa, bu - bola uchun havfli holatdir.

Stridor bor-yo'qligini qarab, eshitib ko'rish uchun bolani NAFAS OLISH paytida kuzating. Eshitib ko'ringchi, stridor yo'qmikin. Qulog'ingizni bolaning

ogʻziga tutib koʻring - stridor arang seziladigan boʻlishi mumkin.

Bolaning burni bitib qolgan boʻlsa, baʼzan nam xirillashlarni eshitishingiz mumkin. Burunni tozalab, yana eshitib koʻring. Engilgina kasallik bilan ogʻrigan bolada stridor bola yigʻlayotgan yoki harxasha qilayotgan mahaldagina eshitalishi mumkin. Stridor yoʻqmi, deb bolani koʻzdan kechirayotgan va eshitib koʻrayotgan paytingizda uning tinch holatda ekanligiga ishonch hosil qiling.

YOʻTAL YOKI NAFAS QIYINLIGINI TASNIFLANG

TASNIF JADVALLARI: Kasallikning belgilari va tasniflari *BAHOLANG VA TASNIFLANG* sxemasining tasnif jadvallarida sanab oʻtilgan. Tasnif jadvallarining koʻpchiligida uchta qator bor. Agar sxema rangli boʻlsa, har qaysi qatori pushti, sariq va yashil rang bilan ajratilgan. Qatorlarning rangi bolada jiddiy kasallik bor-yoʻqligini tez aniqlab olishingiz uchun yordam beradi. Siz tegishli davoni ham tezgina tanlab olishingiz mumkin. Diareya va oʻtkir respirator kasalliklar bilan ogʻrigan bolalarni davolab borish sxemalarida ham xuddi shunday ranglar sistemasidan foydalanilgan.

- *Pushti* qatordagi tasnif bolaga darhol e'tibor berish va uni kasalxonaga yuborishni talab etadi. Bu og'ir kasallik bo'ladi.
- *Sariq* qatordagi tasnif bolaning tegishli antibiotik preparatga yoki boshqa davoga muhtojligini bildiradi! Davo ichiriladigan dorilarni bolaga qanday berish kerakligini yoki mahalliy infeksiyalarga uy sharoitlarida qay tariqa davo qilish lozimligini onaga o'rgatishga qaratilgan. Tibbiy xodim uy sharoitlarida bolaga qanday parvarish qilish kerakligi va qachon yana kelish lozimligini aytib, onaga maslahat beradi.
- *YAshil* qatordagi tasnif bolaning maxsus davoga, masalan, antibiotiklar bilan davo qilishga muhtojmasligini bildiradi. Tibbiy xodim bolaga uy sharoitlarida parvarish qilish yuzasidan onasiga maslahatlar beradi. Masalan, kasal bolani ovqatlantirish yuzasidan yoki bolaning ichi ketib turgan bo'lsa, unga suyuqliklar berib turish xususida Siz onaga maslahatlar ko'rsatishingiz mumkin.

Topilgan belgi va simptomlar kombinatsiyasiga qarab kasal.bola pushti, sariq yoki yashil rangda tasniflanadi. SHunday qilib, bola har bir tasnif jadvalyda faqat bir marta tasniflanadi.

SO‘NG ASOSIY SIMPTOMLAR HAQIDA SO‘RANG:

Боллада йўтал ёки нафас қийинлиги борми?

ВОР БИЛСА, СЎРАШ:

Кўнрақ очирак, шиллаб кўрса, анг ушга.

• Қанчада су- ва?

Маюуга нафас олина санат.

- Кўрақ қарасанга торилмаи борми?
- Кўрақ, шиллаб, стридор борма?

Йўтал ёки нафас қийинлигини таснифланг

БОЛА ТИНИ БЎЛИШИН КИРАК

Билсанга ёки 2 ойлада 12 Маюуга 30 марта ва унда кўра кўра

Нафас қийинлиги: Маюуга 30 марта ва унда кўра

12 ойлада Маюуга 30 марта ва унда кўра

БЕЛГИЛАР	ТАСНИФЛАНГ	ДАВОСИ (Баланинг иборати билан қийинлиги ошсанга анг ора нафас йети қаратилган)
• Бирор бир учунги кўраф билан ёки • Кўрақ қарасанга торилмаи ёки • Тўта қолганга стридор	ОГ‘ИР ПНЕВМОНИЯ ЁКИ ЖУДА ОГ‘ИР КАСАЛЛИК	• Судан билан шиллаб кўрақ иборат • Тўтадан, шиллаб кўрақ иборат билан
• Тўта қолган нафас	ПНЕВМОНИЯ	Пневмонияга таъдудан шиллаб кўрақ иборат билан Харфиса носта билан томонга и шиллаб ва йўталган шиллаб кўрақ • Шиллаб кўрақ судан билан қайтаб кўрақ қарасанга торилган. • Маюуга шиллаб 2 кўрақ су-
• Пневмония ёки жуда оғир касалликнинг белгиси йўқ	ПНЕВМОНИЯ ЙЎҚ, ЙЎТАЛ ЁКИ ШАМАЛЛИК	Йўтал 30 кўрақ шиллаб. Шиллаб кўрақ ушга иборат. Харфиса носта билан йўталган шиллаб кўрақ. • Шиллаб кўрақ судан билан қайтаб кўрақ қарасанга торилган. • Маюуга шиллаб шиллаб кўрақ, шиллаб кўрақ 2 кўрақ су-

OG‘IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG‘IR KASALLIK

Bolada yo‘tal yoki nafas qiyinligi va mana bu belgilardan birortasi - har qanday umumiy xavf belgisi, ko‘krak qafasining tortilishi yoxud tinch holatida stridor bo‘lsa, unga **OG‘IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG‘IR KASALLIK** deb tasnif bering.

Ko‘krak qafasi tortilishi bo‘lgan bolada odatda og‘ir pnevmoniya yoki pastki kafas yo‘llarining

bronxiolit, ko'k yo'tal singari boshqa bir jiddiy infeksiyasi bo'ladi.

Ko'krak qafasining tortilishi hodisasi o'pka rigid (yaxshi harakatlanmaydigan) bo'lib qolgan paytdaboshlanadi. Bunda bola nafas olish uchun odatdagidan ko'rako'proq kuch beradi.

Ko'krak qafasi tortilishi bo'lgan bolada pnevmoniyadan nobud bo'lish ehtimoli tez-tez nafas olayotgan, ammo ko'krak qafasining tortilishi hodisasi Y5⁷q boladagiga qaraganda ko'proq bo'ladi. Bola charchab, rigid holdagi o'pkasini kengaytirish uchun haddan tashqari zo'r beradigan bo'lsa, nafas sekinlashib qoladi. SHunday qilyb, ko'krak qafasi tortilib turgan bolada nafas tezlasmagan bo'lishi ham mumkin. Ko'krak qafasining tortilib turishi boladagi og'ir pnevmoniyashng' birdan-bir belgisi bo'lishi mumkin.

Davosi

Pnevmoniyaning ko'pchilik hollariga bakteriyalar sabab bo'ladi. Bunday hollar antibakterial preparatlar bilan davo qilishni talab etadi. Viruslar hampnevmoniyagasabab bo'lishi mumkin. Biroq, bolada bakterial pnevmoniya bormi yoki virusli pnevmoniya bormi, buni aniq bilib olish usuli yo'q. Bolada pnevmoniya belgilari bo'lsa, unga to'g'ri keladigan antibakterial preparat bering.

Dardi OG'IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG'IR KASALLIK deb tasniflangan bola qattiq og'rikan, og'ir bemor bo'lib hisoblanyaadi. U, masalan, kislorod berib yoki antibiotiklarni in'eksiya qilib davolash uchun zudlik bilan kasalxonaga borishga muhtoj bo'ladi. Bola ambulatoriyangizdan chiqib ketishidan oldin unga to'g'ri keladigan antibakterial preparatning birinchi dozaskni bering. Bu og'ir pnevmoniyaning yanada zo'rayib ketishiga yo'l qo'ymaslik uchun yordam beradi. SHuningdek sepsis yoki meningit singari boshqa jiddiy bakterial infeksiyalarga davo qilish uchun hamxizmat qiladi.

PNEVMONIYA

Yo'talayotgan yoki qiynalib nafas olayotgan, shuningdek nafasi tezlashgap, ammo umumiy xavf belgilari yo'q, ko'krak qafasining tortilish hodisasi yo'k va tinch holatida stridor ham yo'q bolaning kasalligi PNEVMONIYA deb tasniflanadi.

Davosi

PNEVMONIYAGA to'g'ri keladigan aktibakterial preparat bilan davo qiling. Bu dorini qanday qilib berib turish kerakligini onaga tushuntiring. Keyingi kuzatuv uchun yana qachon kelish kerakligini va qaysi paytda tibbiy xodimga yaka darhol murojaat qilish zarurligini unga aytib qo'ying. Bolaga uyda to'g'ri parvarish qilish yuzasidan onaga maslahat bering. Bolaning tomog'ini

Xavfsiz vosita bilan qanday qilib yumshatish kerakligini onasiga o'rgating. Qaysi mahalda tibbiy muassasaga yana darhol murojaat qilish va keyingi safar qachon kelish zarurligini tushuntiring.

PNEVMONIYA YO'Q, YO'TAL YOKI SHAMOLLASH

Yo'talayotgan yoki qiynalib nafas olayotgan, umumiy xavf belgilari yo'q, ko'krak qafasining tortilish hodisasi yo'q va tinch holatida stridor yo'q, nafas tezlashuvi ham yo'q bolaning kasalligi PNEVMONIYA YO'Q, YO'TAL YOKI SHAMOLLASH deb tasniflanadi.

Davosi

PNEVMONIYA YO'Q, YO'TAL YOKI SHAMOLLASH deb tasniflangan bola antibakterial preparatga muhtoj bo'lmaydi. Bunday preparat boladagi simptomlarni qaytarmaydi va shamollashning pnevmoniyaga aylanib ketyshiga to'sqinlik qilolmaydi. Biroq ona o'z bolasining salodatligidan havotirlanayotgani uchun uni ambulatoriyaga olib kelgan bo'ladi. Bolaga uy sharoitlarida to'g'ri parvarish qilib borish yuzasidan onasiga maslahat bering. Xavfsiz shositalar bilan bolaning tomog'ini yumshatish va yo'talini engillashtirish yo'llarini unga o'rgating. Agar bola faqat emizib boqilayotgan bo'lsa, tomoqni yumshatishning eng yaxshi vositasi ko'krak sutidir. Bola

emizilmaydigan yoki qo‘shimcha ovqat olib turadigan bo‘lsa, qaynatilgan iliq suv, mineral suv, iliq sut berishni tavsiya eting. Bolaning nafasi tezlashadigan yoki qiyinlashadigan bo‘lsa, darrov yana kelish kerakligini onaga maslahat bering.

SHamollab qolgan bola odatda bir-ikki haftadan keyin tuzalib ketadi. Lekin surunkasiga yo‘talib yurgan (yo‘tali 30 kundan ortiq davometib kelayotgan) boladasil kasalligi, astma, ko‘k yo‘tal yoki boshqamuammo bo‘lishi mumkin. Sil jiddiy kasallik bo‘lib, davo qilinmasa, o‘limga olib kelishi mumkin. Sil bo‘lishi mumkin deb gumon qilingan bola 30 kundan ortiqroq muddatda yo‘talib yurgani vajidan dardini aniqlash va milliy qo‘llanmalarga muvofiq silga qarshi davolanishi uchun poliklinikaga yuborilishi kerak. Surunkasiga yo‘talib yurgan bolani yanatekshirib ko‘rish uchun ftiziopediatrga yuboring.

BOLANING HARORATI BALAND (38,5°S-DAN YUQORI), TOMOG‘I YOKI QULOG‘IDA OG‘RIQ BO‘LSA, PARATSETAMOL BERING.

Paratsetamol haroratni tushirib, og‘riqni kamaytiradi.

Harorati baland (38,5°S dan yuqori) yoki og‘riq bo‘lsa, paratsetamol bering.

Har 6 soatda harorat pasayguncha yoki og‘riq to‘xtaguncha, paratsetamolni berib turing.

PARATSETAMOL		
YOSHI YOKI VAZNI	SIROP (5ml-da 125 mg)	TABLETKA (500 mg)
2 oylikdan 3 yoshgacha (4 —<14 kg)	5,0 ml (1 ch.q.)	1\4
3 yoshdan 5 yoshgacha (14-<19kg)	10,0 ml (2 ch.q.)	1\2

Mabodo, bolaning harorati baland bo'lsa, tibbiy muassasada bir doza paratsetamol bering.

Mabodo, bolaning qulog'i yoki tomog'ida og'riq bo'lsa, onasiga bir kunga etarli, ya'ni 4 doza, paratsetamol bering. Quloq yoki tomoqdagi og'riq to'xtaguncha, har 6 soatda qanday qilib bir dozadan dori berib turish kerakligini unga tushuntiring.

Xavfsiz Vositalar Bilan Tomoqni YUmshatib, Yo'talni Engillashtiring.

- Tavsiya etilayotgan xavfsiz vositalar:
 - faqat emadigan bolalar uchun ko'krak suti.
 - qaynatilgan iliq suv, mineral suv, iliq sut.
- Xavfli vositalardan ehtiyot bo'ling:
 - bug'li ingalyasiyalar.
 - og'izga brilliant yashili surtishdan ehtiyot bo'ling

Dispanser nazorati

№	Davolovchi- sogʻlomlashtiruvchi	Rejalashtirilgan muolajalar
1	Uchastka pediatri koʻrigi	Birinchi oyda 2 marta, 1 kvartalda oyiga 2 marta keyin kvartalda 2 marta
2	Pulmonolog koʻrigi	Birinchi oyda 1 marta, kvartalda 1 marta
3	LOR, stomotolog koʻrigi	yiliga 2 marta
4	Koʻkrak kafasi rentgenogrammasi	Koʻrsatmaga koʻra
5	Umumiy qon, siydik taxlili	yiliga 2 marta
6	Ratsional ovkatlanishi: vitaminlar, soklar, mevalar, sabzavotlar	Doimiy
7	Fizoterapiya (UFO, UVCH, elektroforez)	Koʻrsatmaga koʻra

8	Desensibilizatsiyal ovchi terapiya	yiliga 2 marta
---	---------------------------------------	----------------

Bolalarga statsionar yordam ko‘rstash Pnevmoniya

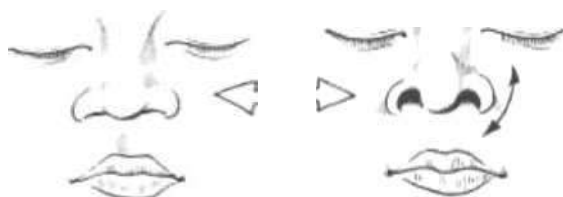
Odatda Pnevmoniya virus yoki bakteriyalar sababli rivojlanadi. Ko‘pchilik jiddiy hollar bakterial infeksiya bilan bog‘liq. Biroq, qoidaga ko‘ra, klinik belgilar yoki ko‘krak qafasini rentgenologik tekshiruviga asoslanib, ko‘zg‘atuvchining turini aniqlash mushkul. Klinik kechishga ko‘ra, Pnevmoniya o‘ta og‘ir, og‘ir yoki engil pnevmoniyalarga bo‘linadi. Barcha hollarda antibiotiklar bilan davolash zarur bo‘ladi. Og‘ir va o‘ta og‘ir pnevmoniya statsionar sharoitida amalga oshirilidigan kislorod ko‘llash kabi ko‘shimcha davolash usullarini talab etadi.

Pnevmoniya og‘irlik darajalarini tasnifi

Belgi yoki alomat	Tasnif	Davolash
■ Markaziy sianoz	O‘ta og‘ir	SHifoxonaga

<p>Og‘ir nafas etishmovchiligi (masalan, tasdiqlovchi harakatlar</p>	<p>pnevmoniya</p>	<p>yo‘tish Tavsiya etilgan antibiotik tayinlang Kislrod bering Nafas olish yo‘llarining ochihligini kuzatib</p>
<p>■ Nafas olganda ko‘krak hafasining pastki hismini tortipishi</p>	<p>Og‘ir pnevmoniya</p>	<p>SHifoxonaga yo‘tish Tavsiya etilgan antibiotik tayinlang Nafas olish yo‘llarining ochihligini kuzatib boring Zarur hollarda xdroratni tushirish choralari ko‘ring</p>
<p>■ Tezlashgan nafas olish 2 oylik bolada 1 dahhada 60 va undan ortih nafas; 2-p OYLIK bolada 1 dakrkada 50 va</p>	<p>Pnevmoniya</p>	<p>SHifoxonaga yo‘tish 5 kun davomida kerakli antibiotik tayinlang Xavfsiz vosita bilan tomohni yumshatib yo‘talni</p>

<p>undan ortih nafas; 1-5 yoshlik bolada 1 dahlkada 40 va undan ortih nafas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auskultatsiyada nam xirillash anih bilinadi 		engillashtiring
<p>Pnevmoniyaning hech handay belgilari sezilmaydi</p>	<p>Pnevmoniya yo‘q, yo‘tal yoki shamollash</p>	<p>Uyda parvarishlash. Uyda davolash, zarur hollarda antibiotiklar tayinlash. Xavfsiz vositalar bilan tomohni engillashtirish. Onasiga, handay holda yana vrachga murojaat hilishni tushuntirish. Agar axrol yaxshilanmasa 5 kundan so‘ng hayta ko‘rik. Agar yo‘tal</p>



		30 kundan ortih cho‘zilsa surunkali yo‘talni davolash yumshatish va yo‘talni yo‘riqlarga rioya qilish
--	--	--

Diagnoz

Yo‘tal yoki qiyin nafas olish + quyidagi alomatlarning hech bo‘lmaganda bittasi:

- umumiy sianoz;
- ema olmaslik, suv icha olmaslik yoki har qanday ovqat yoki suyuqlikdan keyin qdyt qilish;

talvasalar, xushi
sustlashganlik
yoki xushsizlik;

- nafas
etishmovchiligi.

Nafas chiqarish

Nafas olish



Burun

kataklarining kengayishi: nafas olishda ular tashqariga tortiladi.

Bundan tashqari pnevmoniya yoki og‘ir pnevmoniyaning ba‘zi yoki barcha boshkd belgilari mavjud bo‘lishi mumkin, masalan:

- tez nafas olish: yoshi <2 oy: >60/daqiqada
yoshi 2-11 oy: >50/daqiqada
yoshi 1-5yosh: >40/daqiqada
- burun kataklarining kengayishi;
- ingrab nafas olish (kichik yoshdagi bolaparda);
- ko‘krak qafasini pastki qismining tortilishi (nafas

olganda paydo bo‘ladi; agar bola nafas olganda faqat qovurg‘alar orasi sohalari yoki o‘mrov usti sohalari ichga tortilsa, bu hol, ko‘krak qafasi pastki qismining tortilishi deb hisoblanmaydi);

- ko‘krak qafasi auskultatsiyasida pnevmoniya belgilari mavjud:
- sust nafas;
- bronxial nafas;
- namli xirillash; plevra ekssudati ustida tovush rezonansining kuchayishi - bo‘lakli zichlashish ustida esa susayishi;
- plevranning ishqalanish shovqini.

> Agar imkoniyat bo‘lsa og‘ir yoki o‘ta og‘ir

Pnevmoniya deb gumon qilinayotgan barcha bolalarda arterial qonning kislorod bilan to‘yinish darajasini pulsoksimetriya o‘tkazib tekshirib ko‘ring.

> Agar imkoniyat bo‘lsa, (plevra bo‘shlig‘idagi suyukdik, plevra epiemasi, pnevmotoraks, pnevmatotsele, interstitsiap Pnevmoniya va perikard suyuqpigi) anikdash maqsadida ko‘krak kafasining rentgenologik tekshiruvini o‘tkazing.

Davolash Bolani shifoxonaga yetqizing Antibiotiklar bilan davolash

> 5 kun davomida ampitsillin (50 mg/kg m/i xar 6 soatda) va gentamitsin (7,5 mg/kg m/i kuniga 1 marta)

bering; agar bola antibiotik davodan yaxshilana borsa, peroral amoksitsillin (25 mg/kg kuniga 2 maxal) + 5 kun davomida m/i kuniga 1 marta gentamitsin tayinlab, davolashni uyda yoki shifoxonada tugallang.

> Boshqa usul: seftriakson (80 mg/kg m/o yoki v/i 1 marta) tayinlang.

> Agar, 48 soat ichida bolaning holati yaxshilanmasa, stafilokokkli Pnevmoniyada tavsiya etilganidek, gentamitsin (7,5 mg/kg m/o kuniga 1 marta) yoki kloksatsillin (50 mg/kg m/i yoki v/i HDR 6 soatda) bilan davolashga o'ting. Bolaning holati yaxshilangach, kloksatsillin yoki dikpoksatsillinni 3 haftalik kurs tugaguncha, kuniga 4 marta og'iz orhali berishda davom eting.

Kislorod terapiyasi

> O'ta og'ir Pnevmoniya bilan og'rigan barcha bolalarga kislorod terapiyasi tavsiya etiladi.

> Pulsoksimetriya hilish imkoni bo'lsa, undan kislorod terapiyasi uchun ma'lumotlar olish mahsadida foydalaning (arterial honning kislorod bilan to'yinish darajasi 9096 dan kam).

> Burun ayrisi (vilka), burun yoki burun-xalkum kateteridan foydalaning.

> Kichik yoshdagi chahalohpar uchun burun ayrisi(vilka)dan foydalangan ma'kul. YUZ yoki bosh nafas berish nihoblarini ko'llash tavsiya etilmaydi.

Doimo kislorod berish imkoni bo'lishi zarur. Kislorod berishning turli usulpari va ulardan foydalanish tasvirlarini hiyoslash.

> Gipoksiya belgilari yo'holmaguncha (ko'krak hafasining pastki hismini tortilishi yoki nafas olish tezligi > 70 /dahihada) kislorod berishni davom ettiring. Hamshiralar har 3 soatda kateter yoki vilkaga shillih tihilib holmaganligini, ularning to'g'ri o'rnatilganligini va barcha ho'shilmalarning mahkam turganligini tekshirib turadipar.

Kislorodning ikki asosiy manbai mavjud - kislorod balonlari va konsentra- torlari. Uskunalar ayrim elementlarining bir-biriga mos kelishini tekshirilishi, ularga to'g'ri xizmat ko'rsatilishi va xodimlar ulardan foydalanishga o'rgatilgan bo'lishi muhimdir.

Qo'llovchi parvarish

> Agar bolada tana harorati ancha yuhori bo'lsa (> 39 °S), bu umumiy holatni yomonlashtiradi, unga paratsetamol bering.

> Astmoid nafasda tez ta'sir hiluvchi bronxolitik dori vositasi bering

> Agar bolaning o'zi tuflay olmasa aspiratsiya orqali barcha suyuq ajralmaparni ohista olib tashlang.

> Bola xar kuni o'ziga kerakli suyuqpiq mikdorini opayotganligiga ishonch hrsil qiling, biroq

gipergidratatsiyani oldini oling.

> Emizish va og‘iz orqali suyuqlik berishni rag‘batlantiring.

- Agar bola icha olmasa nazogasgral kateter orqali kam kam miqdorda suyuqlik bering. Agar bolaning o‘zi icha (ema) olsa nazogastral kateter qo‘llamang, chunki bunda aspiratsion Pnevmoniya xavfi ortadi. Agar bir vaqning o‘zida ham kislorod, ham nazogastrap kateter orqapi suyuqlik berilayotgan bo‘lsa, unda har ikkala zondni xam burunning bitta katagidan kiriting.

> Iloji boricha tezroq bolani oddiy ovqatlanishga o‘tkazing (ovqat eyishni boshlashi bilan).

Kuzatish

Hamshira bola holatining kasallik tarixida, hech bo‘lmaganda har 3 soatda, vrach esa kuniga 2 marta belgilab turishi kerak. 2 kun ichida asoratlar bo‘lmasa, yaxshilanish belgilari paydo bo‘lishi kerak (tezlasmagan nafas olish, ko‘krak qafasi pastki qismi ichga tortilishining kamayishi, tana haroratining tushishi va ovqatlanish va suv ichishning yaxshilanishi).

Asoratlar Agar bolaning ahvoli 2 kundan so‘ng yaxshilanmasa yoki yomonlasha boshlasa uni asoratlarga yoki boshqa patologiyaga gumon qilib

tekshiring. Ko'krak qafasining rentgenologik tekshiruvini o'gkazing. Eng ko'p uchraydigan tipik asoratlar quyida berilgan.

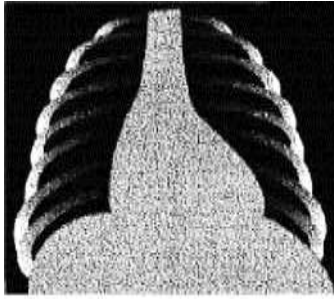
Sgafilokokkli pnevmoniya. Davolashga qaramasdan ahvolning keskin yomonlashishi, rentgenologik tasdiqlangan pnevmatotsele yoki pnevmatoraks, balg'anda ko'plab gram musbat kokklarning mavjudligi, balg'am ekilganida yoki plevral bo'shliq punktatlarida 5. Aigeizning yaqqol o'sishi stafilokokkli pnevmoniya gumon qilinishiga sabab bo'ladi. Qo'shimcha belgi - terida ko'plab yiringli yarachalarning mavjudligi.

Kloksatsillin (har 6 soatda 50 mg/kg m/i yoki v/i) va gentamitsin(kuniga 1 marta 7,5 mg/kg m/i yoki v/i) berishni davom ettiring. Bolaning ahvoli yaxshilangach 3 haftalik kurs tugaguncha kuniga 4 marta kloksatsillin berishda davom eting. Bolaga kloksatsiplinn o'rnida boshqa antibiotiklar, masalan, oksatsiplin, flyukloksatsiplin yoki dikpoksatsiplin ko'llash mumkinligiga e'tibor bering.

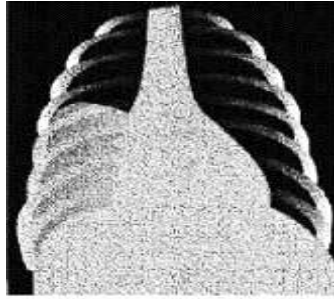
Plevra empiyasi. Uzoq davom etadigan isitma, plevra bo'shlig'ida suyuqlik mavjudligining fizikal va rentgenologik belgilarida gumon qilish zarur.

Sil. Isitma 2 haftadan orggiq vaqg mobaynida Pnevmoniya alomatlari bilan birga davom etsa, bolani

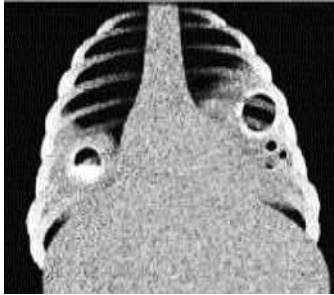
sil kasalligini inkor etish uchun tekshirish zarur. Agar isitmaning koʻtarilishini boshqa sabablar bilan izohlash imkoni boʻlmasa oldindan, sip diaqnozini koʻyib, milliy tavsiyalar va davolashning keyingi taʼsirini baholash bilan silga qarshi davolash kursini boshlash kerak.



Соғлои кўкрак қафасининг рентгенограииси



Массив қорайиш билан кўринадиган ўнг тараф пастки қиси пневмония сида кўкрак қафасининг рентгенограииси.



O‘ziga xos alomatlar: pnevmatotsele (o‘ng tarafdagi kismda) va havo/suyuqlik mavjud absess (chap tarafdagi kismda).

Diagnostika

Yo‘tal yoki qiyin nafas olish + kuyidagi belgilarning hech bo‘lmasa bittasi: sh ko‘krak hafasi pastki qismining ichga tortilishi; **sh** burun qanotlarining kengayishi; **sh** inqillab nafas olish (kichik yoshdagi gudakparda).

o‘ta og‘ir pnevmoniyaning kuyidagi belgilari yo‘qligiga ishonch hosil qiling:

- umumiy sianoz;
- ema olmaslik yoki icha olmaslik;
- har qanday ovqatdan keyin qayt qilish;
- talvasalar, xushi sustlashganlik yoki hushsizlik;
- o‘tkir nafas etishmovchiligi.

Bulardan tashqari pnevmoniyaning boshqa bir necha yoki barcha belgilari bo‘lishi mumkin:

tezlashgan nafas: yoshi <2 oylik: >60/daqiqada
yoshi 2-11 oylik: >60/daqiqada
yoshi 1-5 yosh: >40/daqiqada

ko‘krak qafasi auskultatsiyasida Pnevmoniya belgilari:

- sust nafas;
- bronxial nafas;
- namli xirillash;
- ppevra ekssudati ustida tovush rezonansining kuchayishi - bo‘lakpi zichlashish ustida esa susayishi;

- plevranning ishqalanish shovqini.

Kamdan kam hollarda oddiy rentgenogrammlar og'ir Pnevmoniya holatlarida parvarishlash to'g'risida ma'lumot beradi, shuning uchun rentgenologik tekshirish o'tkazish tavsiya etilmaydi.

Davolash

> Bolani shifoxonaga yotk/lzing.

Antibiotik terapiyasi

> 5 kun davomida ampitsillin (50 mg/kg m/i har 6 soatda) va gentamitsin (7,5 mg/kg m/i kuniga 1 marta) bering; agar bola antibiotik davodan yaxshilana borsa, peroral amoksitsillin (25 mg/kg kuniga 2 maxdl) + 5 kun davomida m/i kuniga 1 marta gentamitsin tayinlab, davolashni uyda yoki shifoxonada tugallang.

> Boshqa usul: seftriakson (80 mg/kg m/o yoki v/i 1 marta) tayinlang.

> Bolaning axdoli yaxshilanganda amoksitsillinga o'ting (og'iz orhali kuniga 2 marta 25 mg/kg). Kursning umumiy davomiyligi 5 kun.

> Agar 48 soat ichida bolaning ahvoli yaxshilanmasa yoki yomonlashsa, asoratlar mavjudligiga gumon qilib, lozim bo'lgan davolashni boshlang (yuqorida berilgan o'ga og'ir Pnevmoniyada va kuyida berilgan OIV infeksiyasiga gumon qilingandagi harakatlar). Agar yaqqol asoratlar bo'pmasa, seftriaksonga o'ting (80 mg/kg m/o yoki v/i kuniga 1 marta) va bolaning ahvoli yaxshilanmaguncha davom ettiring. Keyin og'iz orqali amoksatsillinga o'ting (25 mg/kg kuniga 2 marta). Kislorod terapiyasi

> Nafas tezligi > 70/dak;. yoki nafas olganda ko'krak qafasini pastki qismi ichga tortilayotgan xdr bir bolaga kislorod bering.

Qo'llovchi parvarish

YUqorida berilgan o'ta og'ir Pnevmoniya holatlaridagi harakatlarga qarang

Kueatish

Xdmshira bolaning axdolini kamida 3 soatda bir marta, vrach esa kuniga kamida 2 marta tekshirib turishi kerak. Nafas olish tezligi va tana haroratini belgilang, bolaning xush darajasi va suv icha olish yoki ema olish qobiliyatini tekshiring. 2 kun ichida asoratlar paydo bo'lmasa, yaxshilanish belgilari ko'rinadi (uncha tez bo'lmagan nafas olish, ko'krak qafasini pastki qismini ichga kamroq tortilishi, tana haroratini pasayishi va suv ichish va ovhatlanish qobiliyatining yaxshilanishi).

OIV-musbat bolalar (yoki OIV bilan eararlanganiga gumon kilingan)

> 10 kun davomida, o'ta og'ir pnevmoniyada kabi, ampitsillin + gentamitsin tayinlang

> Agar bolaning axvoli 48 soat mobaynida yaxshilanmasa, bor bo'lsa, seftriak- songa (80 mg/kg v/i 30 daqiqa davomida, 1 kunda 1 marta) o'ting. Agar bo'lmasa, o'ga og'ir pnevmoniyada kabi gentamitsin + kloksatsillin bering.

> 2-11 oylik bolaga shuningdek, kotrimoksozolning baland dozasini (8 mg/kg trimetroprim va 40 mg/kg sulfametoksazol, v/i xar 8 soatda yoki og'iz orqali

kuniga 3 marta) 3 hafta davomida bering. 1-5 yoshli bolani ushbu sxemaga ko'ra faqat PSPning kpinik belgilari bor bo'lgan xolda davolang.

Keyingi davolash uchun, shu jumladan PSPning oldini olish bo'yicha 7 bobga qarang.

3.2.3. Pnevmoniya (og'ir bo'lmagan)

Diagnostika

> Ko'rik vaqtida bolada yo'tap, nafas qiyinchiligi yoki tezlashgan nafas aniqlanadi:

- yoshi 2-11 oylik: > 50/daqiqqa

- yoshi 1-5 yosh: > 40/daqiqqa

> Bolada og'ir yoki o'ta og'ir Pnevmoniyaning yuqoridagi boblarda sanab o'tilgan alomatlari yo'qligiga ishonch hosil qiling.

> Bundan tashqari Pnevmoniyaning boshqa alomatlari aniqlanishi mumkin (auskultatsiya vaqgida): namli xirillashlar, sust yoki bronxial nafas.

Davolash

> Bolani ambulatoriya tartibida davolang.

> OIV infeksiyasi bo'lmasa amoksatsillin (kuniga 2 marta 25 mg/kg) bering. OIV-yuqqan bolalarga 5 kun davomida davolanish tavsiya etiladi.

Keyingi kuzatuv

Onasiga bolani emizishni tavsiya eting.

• Agar nafas olish yaxshilansa (nafas qisilishi kamaydi), tana harorati pasaysa va bola yaxshiroq ovqatlanishni boshlasa, 3 kunlik antibiotik davosini to'xgating.

• Agar nafas tezligining ahroli, tana harorati va ovqatlanish yaxshilanmasa ikkinchi qator antibiotikpariga o'ting. Diagnostika

Og'ir va juda og'ir Pnevmoniya bilan og'rigan bolada plevra epiemasining rivojlanishi yoki plevra bo'shlig'ida suyuqlik hosil bo'lishi mumkin. ya Tekshirish davomida ko'krak hafasi perkussiya qilinganida to'mtoq tovush keladi, sust nafas olish yoki shikastlangan sohada uning eshitilmasligi. **ya** Boitlang'ich davrda, ekssudativ jarayonning to'liq rivojlanishigacha plevranning isshalanish tovushlari eshitiladi.

Ko'krak qafasining rentgenologik tekshiruvi vaqgida plevral bo'shliqning bir yoki ikki tomonidan suyuqlik ko'rinadi.

Empiema mavjud bo'lsa, antibiotiklar bilan davolashga qaramasdan saqpanadi, plevra suyuqligi esa xira yoki yaqqol yiringli xarakterga ega bo'ladi.

Davolash

Drenajlash

> Plevra suyuqligining hajmi katta bo'lsa, uni olib tashlash kerak. Agar ikki tomonlama suyuqlik mavjud bo'lsa uni har ikki tomondan olib tashlang. Agar suyuqlik yana yig'ilsa drenaj qilishni 2-3 marta qaytarish zarur bo'lishi mumkin. Plevral bo'shliqni drenajlash borasidagi tavsiyalarni keltirilgan ilovadan ko'ring.

Keyingi davolash drenaj orqali olingan suyuqpiqning xarakteriga bog'liq bo'ladi. Imkon bo'lsa, plevral suyuqlikni oqsil va glyukoea borligiga taqip qilish va undagi qrnning shaklli elementlari, surtmalarni Goamm bo'yicha bo'yash, bakteriyalar aniklash maqsadidagi ekishlar, shu jumladan sil mikrobakteriyalari xam Antibiotiklar bilan davolash

> Bolaning axroli yaxshilanguncha seftriakson (80 mg/kg xisobidan m/ yoki v/i kuniga 1 marta) bering. Keyin og'iz orqapi amoksatsillin 25 mg/kg xisobidan berishda davom eting.

> Agar 31arbu1osossiz aigeiz infeksiyasi borligi aniqlansa, kloksatsillin (har 6 soatda 50 mg/kg m/i yoki v/i) yoki gentamitsin (kuniga 1 marta 7,5 mg/kg m/i yoki v/i) bering. Bolaning ahroli yaxshilansa og'iz orqali kuniga 4 marta kpoksatsillin berishda davom eting. Davo kursining umumiy muddati 3 haftani tashkil etishi kerak.

YAxshilanishning yo'qligi

Agar drenajlash va antibiotiklar bilan davolashga qaramasdan, tananing yuqori harorati va kasallikning boshqa belgilari saqlanib qolaversa, ahvolni sil kasalligi ehtimolini inkor qilish maqsadida baholang.

> Silga qarshi sinama davolash zarur bo'lishi mumkin.

> O'tkir respirator kasallik

Bu keng tarqalgan o'zi o'tib ketadigan virusli infeksiyalar bo'lib, bu xollarda faqat ko'lovchi parvarish tapab qilinadi. Antibiotiklar berish kerak emas. Ba'zi bolalarda, ayniqsa chaqaloqparda astmoid nafas olish yoki stridor paydo bo'lishi mumkin. Ko'p xrlarda kasallik 2 hafta ichida o'gib ketadi. 30 kun yoki undan ortiq davom etayotgan yo'tal sil, astma, ko'kyo'tal oqibati yoki OIV-infeksiyasi bipan bog'liq bo'lishi mumkin. Diagnostika

Tipik belgilar:

- yo'tal; tumov;
- og'izdan nafas olish; isitma.

Quyidagi belgilar bo'lmaydi:

- tezlashgan nafas
- ko'krak kafasini pasgki qismining ichga tortilishi;
- tinch holatdagi stridor;
- umumiy xavf belgilari.

Kichik yoshdagi bolalarda astmoid nafas olish kuzatilishi mumkin.

Davolash

> Bolani ambulatoriyada davolang.

> Xavfsiz vositalar, masalan ilih shirin ichimlik bilan tomoqni yumshating va yo'talni engillashtiring.

> YUkrri isitmada ($> 39^{\circ}\text{S}$), agar u bolaning o'zini *his* hilishini yomonlashtirsa paratsetamol bering.

- > Ovhatlantirishdan avval bolaning burnini suvda namlangan toza matoni uchli hilib o‘rab, ajralmalardan tozalang.
- > Quyidagilardan hech birini bermang:
 - antibiotiklar (ular samarasiz va pnevmoniyaning rivojlanishini to‘h- tatmaydi);
 - tarkibida atropin, kodein va ularning birikmalari yoki alkogol bo‘lgan moddalarni bermang (ular zarar hilishi mumkin);
 - tumovga harshi tomchilar.

Keyingi kuzatuv

Onaga quyidagicha maslahat bering:

- bolani ko‘krakdan emizish;
- tezlashgan yoki hiyinlashgan nafas paydo bo‘lishini kuzatish, agar ular paydo bo‘lsa yana vrachga murojaat hilish;
- bola ema olmasa, suv icha olmasa yoki axdoli yomonlashsa yana shifoxonaga borish.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. S.SH.SHamsiev, N.P. SHabalov «Oстрые пневмонии у детей раннего возраста» Tashkent 1986 god 126-131str.
2. Pediatriya. Bolezni organov dýchaniya i serdechno-sosudistoy sistemy. Kniga 4. Pod redaksiyey R.E.Bermana, V.K.Vogana. Moskva «Meditsina» 1986 g.
3. Bolalarga statsionar yordam ko‘rsatish. YUNISEF. Toshkent 2013 y
4. Sekrety pediatrii Palli. R Moskva 2001g
5. Tatochenko V.K. «Ostraya pnevmaniya u detey» CHEbensar 1994g
6. Tatochenka V. K. «Pediatriu na kajdy den» Moskva 2003g.
7. Tabolen V.A. «Rebyonok i lekarstva» Moskva 2004g (El uchebник)
8. Rukovodstvo dlya uchastkovogo pediatra S.J.SHamsieva, N.P.SHabalov, A.V.Erman Tashkent «Meditsina» 1990 g.
9. N.P. SHabalov «Detskiy bolezni» Sankt Peterburg 2006g
10. V.G. Maydannik «Pediatriya» Xarkov 2004god 96-98str.
10. www.referat.uz
11. www.med.uz

BOLALARDA PNEVMONIYA

Pnevmoniya - deb (yunoncha pnevmo) upka tukimasining yalliglanishiga aytiladi.

Pnevmaniya - upkaning terminal respirator kismlarining zararlanishi va alveolalarda ekssudat yigilish bilan kechadigan utkir infeksiyon - yalliglanish xolatidir.

Klinika amaliyotida pnevmoniyani tashkilashda "Oltin standart"dan foydalanish lozim. Pnevmoniya tashxisining "Oltin standarti".

Pnevmoniya - bu upkada nafakat nafas yetishlovchiligi sindromi, fizikal simptomlar borligiga karab, balki rentgenogrammadagi uchokli va segmentlar infiltrativ uzgarishlar borligi bilan xarakterlanadigan utkir infeksiyon - yalliglanish kasalligidir.

Pnevmoniya bola organizmida modda va xavo almashinuvining keskin buzilishi bilan kechadigan ogir kasallikdir. Bu kasallik ayniksa erta yoshdagi bolalarda uchraydi, xamda aksariyat xollarda xar xil asoratlar bilan kechadi. Bolalarda kuzatiladigan pnevmoniya kechishi va okibatlari jixatdan bolalikning xar xil davrlarida fark kiladi. Bu jixatdan eng avvalo chakaloklarda va gudak bolalar pnevmoniyalari va katta yoshdagi bolalarda kuzatiladigan pnevmoniyalar va pnevmopatiyalarni fark kilish joizdir.

Infeksiya tushish sharoitiga karab pnevmoniya shifoxonadan tashkari ("uy ichi") va kasalxona ichi (gospital, nozokomial) turlariga bulinadi.

Chakaloklarda esa - xomila ichi (tugma va postnatal) (orttirilgan) pnevmoniyalarga bulinadi.

Postnatal pnevmoniyalar esa kasalxona ichi va kasalxonadan tashkari pnevmoniyalarga bulinadi.

Kasalxonadan tashkari pnevmoniyalar deganda bola odatdagi uy sharoitida bulganda yuzaga keladigan pnevmoniyalar tushiniladi.

Kasalxona ichi pnevmoniyalar - bu bola statsionarga tushgandan keyin 48 soatdan keyin yoki kasalxonadan chikarilgandan keyin 48 soat va undan kuprok (7 kungacha) vakt davomida yuzaga keladigan pnevmoniyalardir.

Xomila ichi pnevmoniyalariga bola tugilgandan keyin 72 soat davomida yuzaga kelgan pnevmoniyalar kiradi.

Klinik - rentgenogramma belgilar xarakteriga karab pnevmoniyalar; uchokli - kushilgan; bulakli (krupoz), segmentar va iterstitsial.

Uz vaktida tugri davolanganda asoratlanmagan pnevmoniyalar 2 - 4 haftada utib ketadi, asoratli pnevmoniyalar esa 1 - 2 oy davom etadi. Agar davolash samarasi 1,5 - 6 oy ichida kuzatilmasa pnevmoniyaning chuzilgan formasi

(segmentli shakli) deb tashxis kuyiladi.

Pnevmoniyalarning klassifikatsiyasi

Infeksiya tushish sharoitiga karab:

- Shifoxonadan tashkari ("uy ichi", "ambulator") pnevmoniya. Eng kup uchraydigan chakuruvchilari: pnevmokokk, gemofil tayokchasi, mikoplazma, moraksella.
- Kasalxona ("gospital") pnevmoniyasi. Eng kup uchraydigan chakiruvchilar: stafilokokk, ichak tayokchasi, kuk yiring tayokchalar, protey, klebsiyella, seratsiya va boshkalar.
- Xomila ichi pnevmoniyalar.

Morfologik uzgarishlarga karab:

- Bronxopnevmoniya;
 - uchokli
 - segmentli
 - uchokli - kushiluvchan
- Krupoz (bulakli)
- Interstitsial

Kasallikning kechishiga karab:

- Asoratlanmagan
- Asoratlangan.
 - Upkada asoratlar (plevrit, destruksiya, abscess, pnevmotoraks, piopnevmtoraks).
 - Upkadan tashkari asoratlar (infeksion - toksik shok, DVS sindromi, kon aylanish yetishmovchilik sindromi, respirator - distress sindromi).

Etiologiyasi.

Pnevmoniya rivojlanish asosan (gripp, respirator - sintetsial, adenoviruslar va boshka), strepto - stafilokokklar, "shartli" patogen tayokchalar sabab bulmokda. Pnevmoniya bilan ogrigan bolalarda kasallikning sababi viruslar va bakterialardir, xozirgi paytda eng kup tarkalgan omillar viruslar bulib, ular pnevmoniyani mustakil ravishda keltirib chikarishi yoki ularning ta'siri ostida tukimalarda karshilik kursatish kobiliyatining maxalliy buzilishi okibatida ikkilamchi tarzda mikroblil yalliglanishni keltirib chikadi. Pnevmoniya kasalligi - organizmning yukumli omillarga kurashishi kobiliyatini (immunitet)ning tugma yetishmasligi bilan tugilgan yoki ikkilamchi ravishda shu axvolga tushgan (raxit, gipotrofiya,

anemiya, konstitutsiyalar anomaliyasi natijasida) bolalarda osonlik bilan vujudga keladigan va nisbatan ogir kechadi.

Pnevmoniyaning erta yoshdagi bolalarda kuprok uchrashi va ularda nafas yetishmasligining nisbatan tezrok rivojlanishiga moyillik tugdiruvchi nafas olish a'zolarining uziga xos anatomik va fiziologik xususiyatlari mavjudligi bilan boglikdir. Bu xususiyatlarga erta yoshdagi bolalarda kovurgalarning nisbatan gorizontal joylashganligi yukori nafas yullarining torligi, ulardagi shillik pardaning kon tomirlarga boyligi, kuprok nafasi suyaklarning ortikcha egiluvchanligi, xikildok va troxeya togaylarining nisbatan yumshokligi kabilar kiradi.

Patogenezi.

Upka tukimasiga yukumli omillar kuyidagi uch yul orkali tushish mumkin:

1. Xavo bilan yukori nafas yullari orkali - aerogen (bronxogen) yul.
2. Konga tushgan yukumli omillarning upka tukimasiga utish - gematogen yul.
3. Limfa suyukligi orkali upka tukimasiga tushish - limfogen yul b/n.

Yukumli omillar upka tukimasiga tushgach, yalliglanish uchoklari paydo buladi, bu esa uz navbatida upka kushuvchi tukimasining burtishiga, alveolalarda suyuklik tuplanishga olib keladi. Bu xolatda alveolalarda O₂ ning surilishi kamayib, natijada uning kondagi mikdori kamayadi (gipoksiya). Shu bilan bir katorda kondagi karbonat angidrid gazi (SO₂) chikarish ozayib, konda uning mikdori me'yoridan ancha kupayadi (giperkapniya). Bu esa nafas olish faoliyatining yetishmovchiligi degandir. Organizmda tuplangan SO₂ gazi nafas olish markaziga salbiy ta'sir kursatadi, xansirashga olib keladi.

Gipoksemiya upka tukimasiga infeksiyon agent bulib, yalliglanish uchogi paydo bulishi natijasida yuzaga keladi. Yalliglanish uchogi alveolalar devoridagi epidermik kuchishi, interstitsial tukimaning shishi va gaz perfuziyasining buzilishi bilan boradi. Bronxlar obstruksiyasi, mikroatelekazlarning paydo bulishi. Gipoksemiya nafas yetishmovchiliga, respirator atsidoz, konda uglekislotaning kupayishi (giperkapniya) bilan kechadi. Giperkapniya nafas markazini kuzgatadi va kompesator reaksiyani - xansirashini chakiradi. Bundan tashkari, gipoksiya va intoksikatsiya tukima nafas fermentlarining funksional aktivligini susaytiradi va vitaminlar zaxiralarini kamaytiradi. Poligivitaminoz yuzaga keladi.

Gipoksiya konda va parsial bosilining pastki kritik daraja tushishi natijasida yuzaga keladi. Bunda bola organizmi xujayralari O₂ uzlashtirish xususiyatini yukotadi va anaerob modda almashinuv tiklanadi. Tukimalarda sut kislotasi va boshka oksidlanmagan almashinuv

maxsulotlari tuplanadi, respirator atsidozga metabolitik atsidoz kushiladi. Konda, venoz konda xam xujayralar uzlashtirib olalmagan O₂ kupayadi, SO₂ esa kamayadi (gipokapniya). Gipoksiya tufayli gemodinamikaning buzilishi va mikrotsirkulyaning uzgarishi markaziy nerv sistemasi va jigar tukimalarida patologik uzgarishlarga sabab buladi modda almashinuvining barcha turlari buziladi, nafas yetishmovchiligi kuchayadi.

Dizerniya - patologik jarayonning eng xavfli boskichi xisoblanadi. Moddalar almashinuvining xujayra darajasidagi chukur buzilishlari bolaning reaktivligini uzgarishga olib keladi, xujayra va gumolar immuniteti sezilarni darajada pasayadi.

Shu fonda bola organizmidagi bakterial flora atkivlashadi, ikkilamchi infeksiya kushiladi, yiringli uchoklar paydo buladi keyin esa septikopiyemiya rivojlanadi.

Upka segmentlaridan tuzilgan bulib u asosan 3ta vazifani bajaradi:

1. Nafas olishda ishtirok etish.
2. Immuno-biologik vazifali
3. Drenaj vazifasi, ya'ni nafas yullarida tuplangan suyuklik yoki boshka yot narsalarni chikarish vazifasi. Pnevmoniyada shu vazifalarning barchasi buziladi.

Klinik xususiyatlari

Kasallikning klinik kurinish uning kay shaklida yuzaga kelganligi va uni keltirib chikargan omillarining xususiyatlariga boglik bulib, juda xilma - xildir.

Mayda kismalarida paydo buluvchi (uchokli) pnevmoniya, odatda tumov - aksirish, kuruk yutal, unchalik yukori bulmagan isitma, bolaning injiklanishi, burun bitishi bilan boshlanadi, asosan respirator viruslar bilan boglik buladi. Kasallikning 5-7 kunlarida bolaning rangi okarib yutal kuchayadi, isitmasi oshadi, xansirash paydo buladi.

Nafas olish kushimcha mushaklarning (ichkariga) ishtirokida boradi.

Kukrak kafasini tukilatib urib kurganda (perkussiya) agar pnevmoniya mayda uchokli bulsa, uzgarish sezilmasligi mumkin. Upkada boshlangich davrida kuruk va kichik-katta pufakli xul xirillashlar eshtilsa, bir xaftadan sung uchokli simptom - krepatatsiya eshtiladi. Perkussiyada tovushning kiskarishi upkaning zararlangan joyi kancha katta bulsa, shuncha tez uchraydi, pritupleniye aniklaydi.

Yurak tonlari bugiklashgan, pulsi tezlashgan R-upkada zararlanmagan kismalarining kompensator kengayishi (emfizema xolati), uchokli infeksiya, konda leykotsitoz salgina neytrofilyoz, SOE - 20-40mm/ch, sogayish 2-3 xafta.

Segmentlar pnevmoniya

Yalliglanish jarayoni bitta yoki bir nechta segmentda joylashadi. Ichki organ va sistemalarda kuchli uzgarishlar buladi, toksikoz rivojlangan buladi.

Utkir boshlanadi, isitmasi 38-39oS, katta bolalarda bosh ogrishiga, boshi aylanishiga, ishtaxasi bulmaydi, ba'zan bolalarda korin soxasida ogrik, kusish, ichi ketishi mumkin.

Ba'zi vaktlarda birinchi urinda markaziy nerv sistema tomonidan buladi: talvasa, xushini yukotish.

Pnevmoniya kechishi mumkin:

- neyrotoksikoz belgilari bilan,
- kardiovaskulyar sindrom bilan,
- oshkozon - ichak sistemasini uzgarishi.

Ensefalitik sindrom paydo bulishi bakteriya, toksik va toksik moddalarning markaziy va vegetativ nerv sistemasiga ta'sir kilib neyrotoksikoz xolatida kechadi.

Neyrotoksikoz uch fazasi aniklanadi:

1. Gipertermiya
2. Gipoksicheskaya ensefalopatiya
3. Terminal

I faza. Gipertermik fazasida - isitma baland, bezovta, miodi-namikani buzilishi belgilari: oyok - kullarining muzlashi, taxikardiya, akrotsianoz, xansirash, oligoureya.

II faza. Gipoksicheskaya ensefalopatiya - katta likildokni burtishi, nistagm, talvasa klonik - tonik shaklda, kuchli taxikardiya.

III faza. Chukur koma - paralitik kollaps - taxikardiya, bradikardiya bilan almashinadi, xansirash bradiknoz buladi, keyin cheyn-stoks nafas olishga utadi.

Kardiovaskulyator sindrom - bemor sianoz, ba'zan tarkalغان xolda, teri koplamlari marmarga uxshagan, bu kon tomirlarda dimlanish buladi.

Taxikardiya 200 bir minutda, yurak tonlari bugik, A/D pasaygan. Upkada - upka ovozi kiskargan, yalliglangan jarayonida nafas olish susaygan, upkada kuruk, xul va krepitatsiya xirillashlar aniklanadi.

Rentgenogrammada - gemogen soyalar bir nechta segmentda bulib, 2-6 xaftagacha saklanadi. Pnevmoniyaning uchokli va segmentar shakllarini asorat berishi premorbid xolati bor bolalarda (raxit, ekssudativ diatez, timomegaliya, chala tugilish) kuzatiladi.

Interstitsial zotiljam. Asosan viruslar, pnevmotsistlar, mikoplazma va zamburuglar tomonidan chakirilib, kupincha chakalok bolalarda, ular chala tugilgan bulsa, yoki gipotrofiya anemiya bilan kasallangan nimjon bolalarda rivojlanadi. Interstitsiya pnevmoniyada bemorning umumiy axvoli juda tez

ogirlashadi, burun kerilib, nafas olishi shovkinli buladi, lab atrofi va yuzida kukarish kuzatiladi.

Xurujsimon chuziluvchan, ogir yutal kuzatiladi. Upkada perkutor va auskultatsiyada: nafas olish biroz susaygan, onda - sonda nam va dagal kuruk xirillashlar eshitiladi. Sagayishi 1-2 xaftadan to 1-2 oygacha davom etadi. Gipotrofiya, raxit va anemiya bilan kasallangan erta yoshdagi bolalarda pnevmoniyaning kechishi bir kator uziga xos xususiyatlariga ega. Ularda tana xarorati kam uzgarishi, yutalning juda kam bulishi. Auskultatsiyada upka nafas shovkini biroz susayib, kukrak kafasining pastki kismi, xamda umurtka atrofida paydo pufakli nam xirillashlar eshitiladi. Bunday xollarda sust klinik manzara bilan kechadi, xattoki uning asoratlari kelib chikadi: me'da - ichak, yurak va buyrakning faoliyati susayib, bemorni axvoli tez ogirlashadi, uning tanasida shish paydo buladi.

Utkir pnevmoniyaning diagnostikasi jadvali

Pnevmoniyaga xos belgilar	Pnevmoniyaga xos bulmagan belgilar
38oS dan yukori isitma	38oS dan yukori isitma
Isitma 3 kundan kup sianoz	3 kundan kam
Ovozli nafas	
Taxikardiya	
Obstruksiya sindromi yukligida xansirash	Obstruksiya sindrom
Yutal Yutalning yukligi	
Maxalliy belgilari:	
Maxalliy kuruk bulmagan xirillishlar	Tarkok kuruk va kuruk bulmagan xirillashlar
Kattik yoki kuchsizlangan bronxial nafas	
Perkutor tovushning kiskarishi	Konning normal manzarasi
Neytrofil leykotsitoz 10×10^9 g/l dan yukori	
SOE - 20 mm/soatdan yukori	

Differensial diagnoz va diagnozi

Utkir pnevmoniyaning tashxisi: bolani ovkatlantirish, kechirgan kasalliklari va kechishi, klinik manzarasi: URVI bilan kasallangan, tana xarorashini kutarilishi, yutal, xansirash, (bronxitlar) belgilari kuzatiladi. Kurikda bolani nafas yetishmovchiligiga xolatiga e'tibor berish kerak. Upkada perkussiya va auskultatsiya yordamida eshitish. Kukrak kafasini rentgenogramma kilish, kon analizi va balgam olib tekshirish.

Differensial diagnozi: URVI, bronxitlar va bronxolitlar, nafas yullarida utkazuvchanlik utishida (yot moddalar, aspiratsiya, laringospazm, bronxospazm) plevrit, tuberkulyoz va boshka belgilar bilan solishtirish mumkin.

Davolash. Kasallikni barvakt aniklab uz vaktida davolash, pnevmoniyaning katta axamiyatga ega. Davolash ishlari uy sharoitiga va shifoxona sharoitiga olib boriladi. Kasallikni aniklanganda antibiotiklar tayinlanadi. Kaysi antibiotikni kullash ayni muddao ekanligini bilish uchun, uning antibiotiklarni sezuvchanligini aniklash lozim.

Ayrim antibiotiklar uzining xususiyatlari tufayli extiyotkorlik talab etadi, streptomitsin, kanamitsin, monomitsin eshituv a'zolar va buyrakka zarar yetkazadi.

Antibiotiklar pnevmoniya chakirgan yukumli omilar ta'sir kilish bilan bir katorada, organizmda odatdagi mikroorganizmlar muvozanatini buzib, zamburuglar (kandidoz) rivojlanmasligi uchun ayni paytdo nistotin (50-100 ming birlik kuniga 3-4 marta) yoki levorin (80-100 ming) tayinlanadi.

Oziklanish ratsioni bola axvoliga karab individual tayinlanadi, bunda asosan suyuqlik ichish tartibiga aloxida e'tibor berish kerak, uning tarkibi kuyidagicha:

1 litr suvga 3,5g natriy xlorid, 1,5 g kaliy xlorid, 2,5g natriy bikorbanat va 20g glukoza.

Suyuklining bir kunlik umumiy mikdori 700-1000 ml dan kam bulmasligi kerak.

Kasallik ogir, asoratli kelgan xallarda bolaning tana xarorati yukori bulsa, uni yalongoch kilib kuyishi, badanini 40% li spirt eritmasi bilan ishkalamasdan artish, buyin va son soxasidagi yirik kon tomirlarining ustiga yupka buyumga uralgan muz kuyish foydadir. Bunday paytda amidopirinning 4% eritmasi 0,1 ml/kg, 50% li analgin eritmasidan bolaning xar bir yoshiga 0,1 ml yoki aminazinning 2,5% li eritmasidan (1-2 mg/kg) mushak orasiga yuboriladi.

Pnevmoniyada antibiotiklar bilan davolashda penitsillin, amoksil - KMP- 2 yoshgacha - 20 mg/kg tana massasiga, 2 yoshdan - 5 yoshgacha - 125 mg x 3 marta sutkada 10 yoshdan kattalarga (40 kg ortik) 250-500 mg x 3 marta sutkada.

Makropen - ovkatdan yarim soat oldin ichish uchun.

5 kg (2 oylik) - 3,75 ml x 2 marta

10 kg (1-2 yosh) - 7,5 ml x 2 marta

15 kg (4 yosh) - 10 ml x 2 marta

20 kg (6 yosh) - 15 ml x 2 marta

30 kg (10 yosh) - 22,5 ml x 2 marta

Zotiljamning ogir shakllarida davolashni sefalosporinlar guruxidagi antibiotiklar va gentamitsin (3-4 mg/kg) boshlash kerak.

Seftriokson v/v, v/o 250/500/1000 mg

50-70 mg/kg x 2 marta

Sefazalin 250/500/1000 mg

25-50 mg/kg 0,25g - 0,5g - 1,0g

Pnevmoniyaning ogir shaklladi, ya'ni segmentar pnevmoniyada megasef antibiotikdan foydalanish mumkin.

Megasef. tabletka 250-500 mg № 10

Kichik bolalarda 20-40 mg/kg/sutkada x 2 marta kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga 250-500 mg x 2 marta sutkada.

Inyeksiyasi: v/v, /v/ 0,75-1,5g x 3 marta sutkada xar 8 soatda

3 yoshgacha bulgan bolalarga 50-100 mg/kg 6-8 soat yangi tugilgan chakalalarda 30-100 mg/kg kuniga 3 marta.

Tayyorlanishi 250 mg - 1 ml inyeksiya suvi

750 mg - 3 ml inyeksiya suvi

Infuzion terapiya kuyidagilar kursatma: neyrotoksikoz, yiringli intoksikatsiya. eksikoz - suyuklik mikdori 30-40 ml/kg dan oshmaslik kerak reopoliglukin 10ml/kg sut dozada:

Plazma yoki albumin 5-10 ml/kg sutkasida

10% glukoza eritmasi 1:2 nisbatda xammasi bulib 50-80 ml/kg sutkasida mikdorda.

Yurak yetishmovchiligi bulganda tomir ichiga kuyidagi yurak glikozidlari yuboriladi (0,1 ml 0,05% eritma) yoshiga karab strofantin yuboriladi, ogir xollarda glikokortikoid gormonlar kulaniladi - prednizolon 3-5 mg/kg dan v/i sutkada 1-3 kun davomida.

Bemorda balgam kuchiruvchi va yutalga karish tabletka va siroplar berish kerak.

Linkas sirop

bolalarda - 1 choy koshik 3-4 marta kuniga kichik yoshdagi bolalarda - 0,5 choy koshik - 3-4 marta kuniga

kattalarga - 2 choy koshik 3-4 marta kuniga.

Pertussin -

kattalar - 1 osh koshik - 3 marta kuniga

bolalarga - 0,5 choy koshik - 3 marta kuniga

Ambrobenye -

sirop 0-2 yosh 2,5 ml x 2 marta

2 yosh - 2,5 ml x 2 marta

5-12 yoshgacha - 5 ml x 2 marta

Inyeksiya:

0-2 yosh - 1 ml x 2 marta

2 yoshdan - 1 ml x 3 marta

5-12 yoshgacha - 2ml x 2-3 marta

12 yoshdan - 2 ml - 2-3 marta

Dispanserlashtirish (nazoratga olish)

Pnevmoniya bilan kasallangan 3 yoshgacha xamma bolalarni dispanser nazoratida bulishi kerak.

Agar 1 yil davomida retsidiv (kaytalanish bulmasa) klinik va rentgenologik uzgarishlar bulmasa, xisobdan chikariladi.

Dispanserlashtirish effektivligini baxolashda premorbid asos, ya'ni raxit, gipotrofiya, konstitutsiya anomaliyalarini xisobga olish kerak.

Utkir pnevmoniyaning oldini olish - pnevmoniya infeksiyon kasallik bulganligi tufayli yukishidan saklanish kerak. Raxit, gipotrofiya, anemiya, diatezlar va genetik kelib chikan immunodefitsit kasalliklarini davolash va profilaktika kilishi zarur.

Kasallikning oldini olishga pnevmoniyadan oldin kechadigan utkir va surunkali jarayonlarni yuk kilish xamda bolalar organizmini erta yoshdan xamma chinikish chora - tadbirlarini kullash bilan chidamligini oshirish kerak.

ATIPIK PNEVMONIYALAR

Atipik pnevmoniyalar- o'pka to'qimasining infeksiyon yallig'lanishi bo'lib, qo'zg'atuvchilari-legionella, xlamidiya, mikoplazma va viruslar hisoblanadi. Ambulator pnevmoniyalarning 7-20% ni tashkil etadi.

ETIOLOGIYASI

Mikoplazmaning 120 turi mavjud bo'lib, Mollicutes sinfiga mansub. Insonda mikoplazmani 13turi, axoleplazmani 2 turi, ureaplazmani 1 turi aniqlangan. Inson kasallanishida 3 turi ishtirok etadi:

- *Mycoplasma pneumoniae*
- *Mycoplasma hominis*
- *Ureaplasma urealyticum*.

EPIDEMIOLOGIYASI

Ushbu qo'zg'atuvchilar havo-tomchi yo'li orqali inficirlangan insondan aksirish yoki yo'tal orqali yuqadi. Inkubacion davri 3 haftagacha. Odatda faslga

ko'ra –kuz- qish mavsumida, ammo yil davomida ham kasallikning yuqishi saqlanadi.

Tabiiy va eksperimental zararlanishda ham 40-90% bemorlar inkubacion davrning 3-11 kunlarida kasallanadi. Qo'zg'atuvchiga sezgir bo'lmagan bemorlar bir necha hafta davomida mikoplazmani atrofga ekadi va infekciya manbai bo'ladi. Ularda klinik simptomlarsiz qonda antitanachalar titri oshadi. Pnevmoniya va bronxit asosan *M. Pneumonia* ga xos. Shuning uchun aksariyat maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadi.

Bolalar va o'smirlar orasida atipik mikoplazmali pnevmoniya 10% dan 20% gacha, kata yoshdailar orasida 2-3% gacha uchraydi.

Oilalarda va uyushgan jamoat tashkilotlarida kasallanish juda ko'p. Shakllangan immunitet barqaror emas.

Atipik pnevmoniyaning virusli shakli ilgari o'tkazilgan gripp, paragripp, respirator sinticial virusli respirator infekciyalar oqibatida rivojlanadi.

PATOGENEZI

Legionella, xlamidiya, mikoplazmalar bakteriya va viruslar tabiatini olgan. Tasuvchi inson hujayralarida ko'payish imkoni bor, inson organizmidan tashqarida yashab bilmaydi. Shu xususiyati ularni viruslarning xususiyatiga o'xshash hujayra ichi parazitlariga mansub qiladi.

Mikoplazmalar zardob qo'shilgan muhitda aerob va anaerob sharoitda o'sadi. Inson hujayralari bilan bog'lanishni ta'minlaydigan maxsus organellalari hujayra ichida parazitlanishni ta'minlaydi. Filament shaklda yashab ular nafas yo'llarini epitelysi hujayralarining membranasiga bardoshli oqsil sintezlaydi. Epitelial hujayra bilan muloqotdan keyin *M. pneumoniae* shonasimon epiteliy hujayralarini shikastlaydigan vodorod perekisi va superoksidi chiqaradi.

Ammo patogenezida infekcion agentning bevosita ta'siri bilan bog'liq bo'lmagan mexanizm ham mavjud, bu mikoplazma antigenlari kirishiga javoban patoimmunologik jarayon. Glikolipid antigenga qarshi tanachalar eritricitlar va bosh miya hujayralari bilan qarama qarshi jarayonda autoantitela kabi ta'sir etishi mumkin.

KLINIK BELGILARI

Mikoplazmali infekciya quyidagi klinik shakllarda namoyon bo'ladi: rinit, faringit, traxeit, bronxit, pnevmoniya.

Odatda mikoplazmali infekciya symptomsizkechadi va serokonversiya topilganda aniqlanadi. Nafas yo'llari jarohatlanganda bemorning shikoyatlari ob'ektiv kam ma'lumotlarga mos kelmaydi. Kasallikning boshlanishi asta sekin, bosh og'rig'i, behollik, juda yuqori bo'lmagan isitma.

Nafas a'zolari simptomlari

Quruq yo'taldan qattiq iztirobli tiniq balg'amli nam yo'talgacha. Yo'tal eng ko'p va doimiy belgi. Hansirash- juda kam uchraydi, sust rivojlangan bo'ladi. Isitma

mikoplazmali infekciyaga xos, ammo juda yuqori bo'lmaydi. Isitma va qon tahlil hamda o'pkani rentgen surati aro bog'liqlik bo'lmaydi.

6-59% holatda faringit simptomi, 2-35% rinireya, 5%- quloqda og'riq (miringit), simptomsiz sinusit, quruq va mayda pufakchali ho'l xirillashlar biroz, perkutor tovush o'zgarmaydi.

Mikoplazmali infekciyaning o'pkadan tashqari belgilari

Gemoliz, sovuqlik agglutininlari titri oshishi bilan kechadi. Kataral pankreatit, meningit (kataral), meningoencefalit, neyropatiya, cerebral ataksiya kuzatiladi. Terining makulo- papulyoz toshmalari (Stivens- Djonson sindromi bilan bog'liqlik bor), miokardit, glomerulonefrit, mialgiyalar, artralgiyalar (haqiqiy artrit belgilari bo'lmaydi) bilan kechadi.

Odatda mikoplazmali pnevmoniya engil yoki o'rta og'ir kechadi. Prodromal davrda bemorlar yuqori nafas yo'llari qurishi, tomoqda qichish, quruq yo'tal paydo bo'lishi, bosh og'rig'I va beholikka shikoyat qilishadi. Bu hollarda subfebril isitma, xurujsimon ho'l yo'tal bemorlarda 2-3 hafta kuzatiladi. Taxminan chorak hollarda jarayon ikki tomonlama bo'ladi.

Og'ir hollarda kasallik yuqori isitma, og'ir zaharlanish, artralgiya, mialgiya, burundan qon oqishi, terida polimorf toshmalar, bo'yin limfa bezlarining kattalashuvi, siydikda oqsil yoki qon paydo bo'lishi, taloq kattalashuvi, miokarda distrofik o'zgarishlar kuzatiladi.

Ko'pincha mikoplazmali pnevmoniya sust kechadi. Ba'zan uning kechishi deformatsiyali bronxit, bronxiolit, bronxoektaz, pnevmoskleroz asosida bo'ladi.

DIAGNOSTIKASI

Atipik pnevmoniyani asosiy tashxis usuli bu rentgenografiya. 2 tomonlama roentgen tekshiruvda past va o'rtacha intensivlikda nogomogen infiltratsiya o'pka to'qimasida va bronxlar, qon tomirlar suratining diffuz to'rsimon keskin o'zgarishi kuzatiladi.

Aksariyat hollarda roentgen tekshiruvda o'pka surati kuchaygan, peribronxial va o'choqli infiltratsiya, disksimon atelettaz, o'pka ildizidagi limfa tugunlarning kattalashuvi, plevrit belgilari aniqlanadi.

Laborator tekshiruvlar: gemolitik anemiya sovuqlik agglutininlari titri oshishi bilan, retikulocitoz. Leykocitoz kuzatilmaydi. Trombocitoz anemiyaga javoban kuzatilishi mumkin.

Orqa miya suyuqligi: limfocitoz va oqsil miqdorining oshishi aniqlanadi.

Immunologik tekshiruvda: mikoplazma, xlamidiya, legionellaga qarshi IgM va Ig G antitanachalarni titri oshadi. Musbat natija: antitanachalar titri $\geq 1:32$ yoki dinakada 4 baravar oshishi. Antitanachalar paydo bo'lishi kasallikning 7-9 kunlarida, maksimal -3-4 haftasida kuzatiladi.

Polimeraz zanjirli reaksiya mikoplazmaning specific DNK sini aniqlashga

asoslangan. Bu usulning sezgirligi 93%, specificligi -98%.

Qo'shimcha tekshirish usullariga umumiy qon tahlili (leykocitoz infeksiyadan dalolat beradi), bronxoskopiya, balg'amni va qonni bakteriologik tekshiruv kiradi.

Qo'zg'atuvchini aniqlash uchun balg'am, burun xalqum surtmasini bakteriologik ekmasi, immunoferment analiz (IFA), complement bog'lanishi reaktsiyasi (KBR), radioimmun analiz, radioimmunoferment (RIF), PCR tekshiruvlar qilinadi.

Davolash

Ko'pgina hollarda davo muolajalarini boshlagan vaqtda kasallikning qo'zg'atuvchisi aniqlanmagan vaziyatda atipik pnevmoniyaga nazmin qilinganda empiric tarzda makrolidlar, tetraciklin va ftorxinolinlar tavsiya etiladi.

Eritromicin 1 gr har 6 soatda samarali. Azitromicin eritromicin va klaritromicindan afzalliklari bor. Ikkinchi antibiotic sifatida atipik pnevmoniyalarda doksiciklin 100 mg sutkalik dozada qo'llaniladi.

Ftorxinolinlardan sparfloksacin 400 mg birinchi kunlarda, keyinchalik 200 mg sutkada navsiya etiladi. Ciprofloksacin ham berish mumkin.

Gemoliz va markaziy asab tizimi jarohatlanishida kortikosteroidlar va yallig'lanishga qarshi dori vositalari navsiya etiladi. Ushbu asoratlarda plazmoferez o'tkazish mumkin, ammo samarasi isbotlanmagan.

XLAMIDIYALI INFEKCIYA

Xlamidiyalar- hujaura ichi paraziti bo'lib, ko'pincha ko'zlar, nafas a'zolari va siydik tanosil a'zolarini jarohatlaydi.

Xlamidiyalar boshqa prokariotlardan genomi hajmi (600 million Dalton) bilan farq qiladi va shu jihatdan faqat mikoplazmaga taqqoslanadi. Ularning hujayra devorida peptidoglikanlari yo'q. Ushbu mikroorganizmning o'sish jarayoni murakkab, 2 turli shaklda: elementar va retikulyar.

Retikulyar shaklda bakteriyalar hujayra ichida ko'payadi. Hujayra ichida retikulyar shakllarning bo'linishdan keyin hosil bo'ladigan oraliq shakllar hujayradan chiqib elementar shaklga aylanadi. Ushbu elementar shakllar esa yana inson hujayralariga kirib o'sish jarayoni davom etadi.

Inson hujayralaridan tashqarida xlamidiyalar elementar shaklda bo'ladi.

Xlamidiyalarning turlari:

C. trachomatis, traxoma, venerik limfagranulematoz va urogenital patologiya chaqiradi,

C. pneumoniae, nafas a'zolari kasalliklarini chaqiradi,

C. psittaci, psittakoz chaqiradi.

Yallig'lanish jarayonlari infeksiyon agentning ta'siriga va turli immunpatologik jarayonlarga bog'liq. Patogenetik vaziyatning nozik bir holati bu ateroskleroz va yurak ishemik kasalligiga bog'liqligidir.

C. pneumoniae –inson kasalliklaridagi eng ko'p uchraydigan xlamidiya turi, kattalar va bolalar orasida har 100 ming aholida 100 ta holatda uchraydi.

KLINIK BELGILARI

C. pneumoniae ko'pincha simptomsiz yoki kam simptomlar bilan kichadi. Ammo atipik pnevmoniyaning og'ir darajadalar ham kuzatiladi.

Nafas a'zolari simptomlari

Quruq yo'tal yoki tiniq balg'am bilan, turli darajadagi zaharlanish belgilari, ko'krak qafasida og'riq, biroz rivojlangan quruq yoki nam xirillashlar aniqlanadi.

Xlamidiyali pnevmoniya o'tkir respirator virusli kasallikning rinit, faringit ko'rinishida boshlanadi. So'ngra tana haroratining juda yuqori ko'tarilishi, mushaklarda va bo'g'imlarda og'riq, hansirash, quruq yo'tal ba'zan oz miqdorda balg'am bilan kuzatiladi.

Ko'pgina bemorlarda bo'yin limfa tugunlarining kattalashuvi (limfadenopatiya) aniqlanadi.

Xlamidiyali infeksiyaning o'pkadan tashqari belgilari

Bemorlarda meningoencefalit, Guillain–Barre sindromi, reaktiv artrit, miokardit ko'rinishida ham kechadi. Tashxis epidemiologic, klinik va laborator usullarga asoslanib isbotlanadi.

DIAGNOSTIKASI

Ob'ektiv klinik belgilar va rentgenologik teksiruvda o'pka surati kuchaygan yoki local subsegmentar infiltratsiya aniqlanadi.

Laborator tahlillarda qon analizida siljish kuzatilmaydi (normal qon tahlili).

Antitanachalarni aniqlash (KBR va mikroimmunofluorescenciya).

Antigenni aniqlash (Immunofluorescenciya va IFA).

PCR- polimeraz zanjirli reaksiya.

Immunofluorescenciya va polimeraz zanjirli reaksiya usullarining diagnostic sezgirligi 76%, specifikligi 99%.

DAVOLASH

Diagnostik imkoniyat borligiga qaramay empiric davo olib boriladi. Davo taktikasi alohida mikroorganizmga ta'sir etishga bog'liq emas, barcha atipik qo'zg'atuvchilarga yo'naltirilgan. Shuning uchun makrolidlar (eritromicin 4 g sutkada, azitromicin 500 mg sutkada va klaritromicin) tanlab olinadi. Zarurat bo'lganda doksiciklin 100mg sutkada, ftorxinolinlar mumkin, auniqsa legionellez infeksiyaga taxmin qilinganda (sparfloktsacin va boshq).

LEGIONELLYOZ INFEKCIYA

1976 yilda amerikalik legionerlar s'ezdi ishtirokchilarida kasallik aniqlangan. Atipik pnevmoniyani qo'zg'atuvchisi grammanfiy aerob tayoqchasimon bakteriya- Legionella pneumophia. Infekciya asosan yoz oylarida rivojlanadi.

Legionellyoz pnevmoniya ("Legionerlar kasalligi") suv quvurlarida va idishlarida, fontan, sovutish suvli moslamalarida yashaydigan Legionella pneumonila bakteriyasi tufayli rivojlanadi. Bakteriyalari bilan zararlangan suvni ichish yoki paranishidan nafas olishda, kondicionerlangan xonalarda, suv havzalarida, suv cirkulyaciyalanadigan injener texnik anjomlarning metallic, plastic, rezina yuzasida kolonizaciya bo'lishi orqali, hamda aerosol tarqalish bilan yuqadi. Inkubacion davr 2-10 kun.

Klinik jihatdan legionellez 2 xil ko'rinishda namoyon bo'ladi: legionerlar kasalligi- pnevmoniya va pantiaks isitma (local simptomlari yo'q), bosh og'rig'i, isitma, behollik kuzatiladi va davolamasa ham o'tib ketadi.

Ambulator legionellez pnevmoniyadan davolanmasa yoki samarasiz antibakterial terapiyada 16-30%, gospital pnevmoniyada 50% gacha o'lim kuzatiladi.

KLINIK BELGILARI

Legionerlar kasalligi pnevmoniyani simptomlari va gastrointestinal simptomlar bilan uyg'unlikda kechadi.

Kasallik zaharlanish sindromi bilan boshlanadi, keyin local simptomlar qo'shiladi: yo'tal kam balg'am bilan (ba'zan qjn aralash, ba'zan qon tupurish), ko'krakda og'riq.

Ayrim simptomlarning legionellez pnevmoniyada uchrashi: yo'tal - 41-92%, isitma- 42-97%, harorat $> 38,8^{\circ}\text{C}$ - 88-90% ($>40^{\circ}\text{C}$ - 20-62%), hansirash - 25-62%, bosh og'rig'I - 40-48%, mialgiya va artralgiya - 20-40%, diareya - 21-50%, ko'ngil aynishi / qusish - 8-49%, nevrologik simptomlar - 4-53%, ko'krakda og'riq - 13-35%.

Kasallikning og'ir darajasida epid anamnezga mos holda yuqori isitma legionellyezinfekciyadan dalolat beradi, oshqozon ichak tizimi simptomlarining qo'shilishi tashxisni tasdiqlaydi.

Legionellez pnevmoniya nafas tizimini turli qismlarini jarohatlaydi. Atipik pnevmoniyaning ushbu turi bo'lakli pnevmoniya ko'rinishida patologik jarayonga terminal bronxiolalar va alveolalar, massiv eksudaciya va jarohatlangan tomondagi o'pka intersticial to'qimasining og'ir shishi bilan kechadi. Kasallikda yuqori harorat, kuchli qaltirash (titrash yoki et uvishi) va bosh og'rig'i kuzatiladi.

Bemorlar yo'talga shikoyat qiladi, avvaliga quruq, keyin shilimshiq chiqishi yoki shilliq-yiringli balg'am bilan. Kasallikning kechishi hansirash, mushaklarda va ko'krakda (plevral) og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, diareya, taxikardiya va qorinda og'riq bilan og'irlashadi.

Atipik legionellez pnevmoniyaning eng og'ir asorati nafas etishmovchiligi va ikkilamchi buyrak etishmovchiligi bo'lib o'lim kuzatilishi mumkin.

Legionellyoz infekciyaning o'pkadan tashqari belgilari

Kam uchraydi, ammo endokardit, miokardit, perikardit, sinusit, paraproktit, pankreatit, peritonit, pielonefrit kabi korinishlar kuzatiladi, ayniqsa immuntanqis holati bor bemorlarda.

Legionerlar kasalligiga xos simptomlar: diareya, yoki oshqozon ichak tizimi xastaligi simptomlari, balg'amni Gram usulida bo'yashda neytrofilyoz va grammanfiy tayoqchalar aniqlanadi. Qon tahlilida giponatriyemiya. β -laktam va aminoglikozidlar bilan davolanish samarasiz.

DIAGNOSTIKASI

Rentgenografiyada birlashgan o'choqli soyalar, o'pka surati kuchaygan, ekssudativ plevrit simptomlari kasallikning 3-kunida aniqlanadi, klinik tuzalishdan ko'ra rentgenologik tuzalish 1 oydan keyin aniqlanadi.

Qon umumiy tahlilida leykocitoz chapga siljish bilan, EChT oshishi, nisbiy limfopeniya, trombocitopeniya aniqlanadi. Qon bioximik tahlilida giponatriyemiya, gipofosfatemiya kuzatiladi.

Siydikni klinik tahlilida gematuriya, proteinuriya aniqlanadi.

Balg'am va nafas yo'llari ajralmasini selektiv muhitda ekmasining sezgirligi 80% gacha.

Antigenni siydikda IFA usulda aniqlashning sezgirligi 70%, specifikligi 100% gacha.

Antigenni balg'amda immunofluorescenciya usulida aniqlashning sezgirligi 50-70%.

Qonda antitanachalarni aniqlash- kasallikning 2-nchi haftasida 4 baravar oshadi, yoki mo sholda 2 martaga, yoki M va G immunoglobulinlarning oshishi bilan bir vaqtda oshadi.

- Polimeraz zanjirli reaksiya- nazariy ilg'or tekshiruv, ammo hozircha amaliy qo'llanilmagan.

DAVOLASH

Eng samarali natija makrolidlar, ftorxinolinlar, tetraciclinlar va rifampicin qo'llaganda olingan. Zamonaviy makrolidlar –azitromicin, klaritromicin kabi antibiotiklarni ularning hujayra ichida yuqori konsentratsiyasi, asosan o'pka to'qimasi, fagocitlar va alveolyar makrofaglarda to'planishi, oshqozon ichak tizimiga ta'siriga ko'ra zaharlanish pastligi va dokini qabul qilishi qulayligi (sutkada 1 yoki 2 marta) uchun tanlov vositasi hisoblanadi.

Legionellalarga qarshi yuqori faollik yangi xinolinlar (sparfloksacin va boshq.) da ham aniqlandi. Sparfloksacin- diftorxinolon, monoftorxinolonlar (ciproflokssacin va boshq.) ga ko'ra o'zining ximiyaviy tuzilishi bilan grammanfiy qo'zg'atuvchilarga qarshi yuqori faollikka ega bo'ldi

Sparfloksacin 400 mg *per os* davoning birinchi kunida, keyin 200 mg/sutkada tavsiya etiladi. Boshqa ftorxinolinlardan farqli teofillinni farmakokinetikasiga ta'sir ko'rsatmaydi. Shu jihatidan uni bronxial astma va surunkali obstruktiv bronxitga

chalingan, uzoq vaqt teofillin qabul qiladigan bemorlarga tavsiya etish mumkin. Tetraciklin, doksiciklin, trimetiprim/sulfametoksazol ham qo'llaniladi.

Zarurat bo'lganda makrolidlar monoterapiyasi rifampicin bilan kuchaytiriladi. Davoning davomiyligi 10-14 kun, azitromicin bilan davo-7-10 kun, va 21 kungacha immuntanqis holati bor bemorlarga qo'llaniladi.

Etiotrop davo asosiga simptomatik terapiya- isitmani tushiradigan, mukolitik va bronxolitiklar va og'ir hollarda glukokortikosteroidlar ham qo'llaniladi.

PROFILAKTIKASI

Profilaktika maqsadida epidemik noqulay regionlarga bormaslik, ushbu noqulay regionlardan keladigan bemorlar ustidan qattiq nazorat qo'llash, transportlarni dezinfekciya qilish, bemorlar bilan muloqotda bir martalik niqob qo'llash zarur.

BRONXIAL ASTMA

Tarif

Bolalardagi bronxial astma – bronxlarni surunkali allergik yallig'lanishi bo'lib, ularni giperreaktivligi asosida rivojlanadi va bronxokonstriksiya, shilliqlarni gipersekretsiyasi, bronxlar devorlarini shishini hisobiga tarqalgan bronxial obstruksiya natijasida bo'g'ilish yoki vaqti – Bilan qiyin nafas xurujlari kelib chiqishi bilan xarakterlanadi.

Bu tarif “Bolalarda bronxial astma” nomli milliy dasturda (Rossiya Federatsiyasi) 1997 yilda qabul qilingan.

Etiologiya. Bronxial astmani rivojlanishida ingalyasion allergenlarni roli katta, lekin 1 yoshgacha bo'lgan davrda oziq – ovqat va dorilarning allergenlari ham asosiy o'rinni egallashi mumkin.

a) asosan maishiy xizmat ko'rsatishdagi (бытовoy allergen) allergenlar – dermatophagodies pteronissimus, D. Farinae, D microceras Eurogiyphus mainei kabi klemlar. Ular yumshoq mebellar, gilamlarda 22 – 26 ° da ko'payadi, kamroq haroratda, matraslarda (ko'rpa to'shaklarda ko'payadi)

b) epidermal allergenlar (mushuk, it, jun, par, hayvonlarni so'lagi, suvaraklar chiqindilari, baliqlarning emi (dafniya) ham bronxial astmani keltirib chiqaruvchi sabablardandir. Nam xonalarda yil davomida zamburug'larni sporalari (Aspergillus, Penicillinum va Mukor) mavjud. Cladosporium va Allernaria sporalari mart oyidan boshlab to noyabr oyigacha chiqadi.

v) changdagi allergiyalar – bo'lar daraxtlardagi (Olxa, qayin, iva, terak, dub va hokazo) zarrachalar gullash davrida mart – may oylarida havoga tarqaladi. YOz

oylarida pollinoz asosan donlarni changlarida (yoj, arpa, sulii, bug‘doy, roj va hokazo), avgust oylarida esa ko‘katlardagi changlar (polyn, krapiva, lebeda va hokazo) havoga ko‘tariladi.

g) dori moddalar ham sensibilizatsiya qiladi: antibiotklar, ayniqsa penitsillin, sulfanilamidlar, vitamnlr davolash vaqtida yoki oziq – ovqatlar tarkibida qabul qilinganda yoki ularni ishlab chiqarishda tashqi muhitga chiqqanda. Aspirin va boshqa yallig‘lanishning nosteroid prepatlar “aspirin” li astma keltirib chiqarishi mumkin. Buni asosida prostaglandinlarni sintezini buzilishi yotadi.

d) bazi bir pollyutantlar (xrom, nikel) ham allergik yoki gaptep vazifasini bajarishi mumkin.

Bronxial astmani keltirib chiqaruvchi omillar:

- Bakterial;
- Virusli infeksiyalar.

Misol uchun RS – virusi Ig Eni ishlab chiqarishni kuchaytiradi, natijada bronxlarni giperreaktivligi ortadi, u esa borki HBs Ag tashuvchilarda bronxial astma ko‘p uchraydi.

Bronxial astmani rivojlanishidagi xavfli omillarga qo‘shimcha faktorlar:

- ORVI;
- Metereologik holat;
- Tamaki tutuni;
- Jismoniy zo‘riqish;
- Psixologik stress

KLINIK KO‘RINISH VA DIAGNOSTIKASI

Bronxial astmani kriteriyalari (mezonlari):

- Bo‘g‘ilish xuruji
- Astmatik status
- Astmatik bronxit
- Spastik yo‘talish xuruji
- Rentgenografiyada – o‘pka shishgan, uning fonida bronx tomir rasmlari kuchaygan.

Xurujdan tashqari vaqtidagi diagnostikasi:

Bronxial astma diagnozi uchun hal qiluvchi omil anamnezidagi obstruktiv ko‘rinishlar hisoblanishiga qaramay, ota – onalar ko‘p hollarda etarli malumot bera olmaydilar, shuning uchun anamnez yig‘ganda quyidagilarga ahamiyat berish zarur:

- Tez – tez bronxid bilan kasallanishi (ayniqsa bolada va qarindoshlarida allergik holatlarni borligi);

- Tez – tez ORVI bilan kasallanish (tana harorati ko‘tarilmasdan);

- Bronxit va ORZ allergiyalar bilan bog‘liq;

- Yo‘tal xuruji, jismoniy harakatda hansirash, qo‘zg‘aluvchanlik gipervantitilyasiyalar (sovuqqa chiqqanda);

- “ To‘xtamay ” (урорны) yo‘talish, ayniqsa tunda;

- respirator simptomlarni faslga bog‘liqligi (pollinoz?);

- Vaqti – vaqti bilan ko‘krakni ezishini (bosilishi) sezish.

Pristupdan tashqari vaqtda o‘pkaga aloqador simptomlar bo‘lmasligi mumkin, ammo perkussiya qilinganda bo‘sh quttini chertganda chiqadigan tovush singari (korobochnyy ottenok) belgi, nafasni suslashganligi, yuzakiligi, nafas olishni uzayganligi va xirrilashlar (chuqur nafas olgan va chiqarganda) kabi belgilar diagnozni osonlashtiradi. Agarda klinik belgilar mavjud bo‘lmasa tashqi nafas funksiyasini (FVD) ni tekshirish, aniqroq bo‘lishi uchun bronxodilyatatorlar bilan sinama qo‘yish zarur. Bronxokopiyadan boshqa kasalliklarga gumon qilinganda foydalaniladi.

Astma diagnozini ehtimolligini orttiruvchi belgilar quyidagilar:

- Pozitiv allergologik anamnez (nasliy allergiya belgilari, bazi dori va oziq – ovqatlarni ko‘tara olmasligi (neperenosimost):

- teri sinamalarning musbat bo‘lganligi (o‘tgan davrda).

Meda – qizilo‘ngach reflyuksi (zarda bo‘lish, qusish – srygivaniya) respirator simptomlari sababi bo‘lishi mumkin.

Astma xuruji (pristupi)

Astma xuruji 2 xil belgilar yig‘indisidan iborat:

1. Bronxlar obstruksiyasi (nafas chiqarishni cho‘zilganligi, xushtaksimon hirrilash, ortopnoe);
2. Nafas etishmovchiligi belgilari (tezlashgan nafas, bezovtalik, ko‘karish).

Astmatik status og‘ir kechadi, chunki unda faqatgina bronxospazm emas, balki bronxlar gipersekretsiyasi kuzatiladi. Sekret oqsilga boy bo‘ladi, mayda bronxlar yo‘llarini to‘sib qo‘yadi. Bunday holda nafas shovqinlari eshitilmay qoladi. “ Soqov o‘pka ” (nemoy lyogkiy) belgisini beradi. Bu hollarda nafas to‘xtab

qolishi xavfi bo‘ladi. Bronxial astmani xurujini og‘irlik darajasini belgilash kriteriyasi 1 – jadvalda keltirilgan.

Jadval 1

Bronxial astma xurujini og‘irligini baholash mezonlari
(V.K. Tatochenko 2000;)

Belgilari	Engil	O‘rtacha og‘irdikda	Og‘ir	Astma holati
Fizik (jismoniy) Faollik	Saqlangan	CHegaralangan	Ortopnoe	Yo‘q
Nutq	Saqlangan	Ayrim frazalar	Qiyinlashgan	Yo‘q
Xushi	Bazan qo‘zg‘aluvchan	Qo‘zg‘aluvchan	Qo‘zg‘aluvchan , qo‘rquv	Hushi joyida emas koma
Nafas tizimi	Tezlashgan	Ekspirator hansirash	» 40v 1	Taxi yoki bradipnoe
YOrdamchi muskullarni qatnashuvi	Aniq emas	Aniq (yaqqol)	Juda yaqqol	Paradoksal torakoabdominal nafas
Hushtaksimon nafas	Nafas olish oxirida	YAqqol	Juda yaqqol	Hech narsa eshitilmaydi “ Soqov o‘pka ”
RS tezligi	Ortgan	Ortgan	» 120 v1	Taxi yoki bradikardiya
OFV; ASV	» 80%	50-80 %	«50%	« 33 %
Ra O2 mm. rt. St	Normada (» 85)	» 60	« 60	
Ra SO2	« 45	« 45	» 45	

mm.rt.st.			
-----------	--	--	--

*Jadal nafas chiqarish hajmi OFV1
(obyom forsirovannogo vyidoxa za sekund (normada 81 %)
Jadal nafas chiqarish tezligi (PSV pikovaya skorost vyidoxa
(71 % normada)*

O‘z vaqtida davo boshlanganda bolaning javob reaksiyasini ijobiy bo‘lishi ham kerakli parametrlaridan biri hisoblanadi. Bu bronxial astmani og‘ir formalari astmatik status, steroidga bog‘liq astma rivojlantirishini kamaytiradi. Bu holatni kamaytirishda ingalyasion steroidlarni ahamiyati katta. Beklometazonni o‘rtacha dozasi (400 mkg/sut) 10-15 mg prednizolonni (enteral) o‘rnini bosadi. “ Ingalyasion steroidlar qo‘llashga bog‘liq astma ” degan termini ishlatish maqsadiga muvofiq emas, chunki u preparatlarni qo‘llash bazis terapiyani zarur komponenti hisoblanadi.

Bronxial astmani klassifikatsiyasini 2 – chi jadvalda keltirilgan.

Jadval 2

Bronxial astmani klassifikatsiyasi (1997 y. Rossiya)

Turi	Boshqa turlari	Davri	Kechishi
Atopik	Astmatik bronxit	Avj olish	Engil
Noatopik	Tungi yo‘tal	Remissiya	O‘rtacha og‘irlikda
	Jismoniy zo‘riqishdagi astma		Og‘ir
	Psixogen astma		

Rossiyada “Bolalarda bronxial astma ” nomli Milliy Dastur tuzilgan. SHu dasturda bronxial astma og‘irligini kriteriyalari ishlab chiqilgan (jadval 3).

Jadval 3

***Bronxial astma xurujini baholash mezoni
(V.K.Tatochenko 2000;)***

Simptomlari	Engil	O‘rtacha og‘irlikda	Og‘ir
Xurujlar tizimi	Oyda 1 martadan	Oyda 3-4 marta	Haftada 1 marta

	kam		va undan ko'p
Xuruj xarakteri	Engil	O'rtacha og'irlikda tashqi nafas funksiyasini buzilishi bilan	Og'ir yoki astmatik status
Tungi xurujlar	Kam yoki yo'q	Haftada 2-3 marta	Deyarli har kuni
Jismoniy faollik	Meyorda	Sustlashgan	Juda sustlashgan
Pnevmatometriya ko'rsatkichlarini sutkali tebranishi	$\geq 20\%$	20 - 30%	$30\% \leq$
Remissiya xarakteri	Simptomlarsiz, FVD normada	To'la bo'lmagan remissiya (klinikasi va FVD bo'yicha)	Nafas etishmovchiligi
Remissiya davri	3 va undan ko'p oy	« 3 oy	1-2 oy
Jismoniy rivojlanish	Normada	Normada	Rivojlanishdan orqaga qolish
Xurujni to'xtatish usullari	O'z-o'zidan yoki 1 doza bronxomatik tasirida	Bronxolitiklar ingalya-siyada, v/i, m/o, bazan ingalyasion steroidlar	Bronxolitiklar + steroidlar V/i, m/o

Bu kriteriyalar 1996 yil pulmonologiyalarning halqaro Konsensusida qabul qilingan tavsiyalardan farq qiladi. Konsensus tavsiyasiga ko'ra astmani engil turi qatorida doimiy va intermitterlangan formasi ajratilgan. Bunday bo'lishi foydali hisoblanadi, chunki oxirgi formasida

(astmatik bronxitda) doimiy ingalyasion bazis terapiya tavsiya etilmagan, lekin unga to'g'ri yondoshib qo'shimcha kiritiladi (4 - jadval)

Jadval 4

Bolalarda bronxial astmani davolashga zinama – zina yo'l

Og'irligi	I - chi zina (engil)	II - chi zina (o'rtacha og'irlikda)	III - chi zina (og'ir)
Xurujni oldini olishga qaratilgan bazis terapiya			
			Ingalyasiyali

YAllig‘lanishga qarshi terapiya	Kromoglikat natriy 4 maxal sutkada yoki nedokromil natriy 2 maxal sutkada	Kromoglikat natriy 4 maxal sutkada yoki nedokromil natriy 2 maxal sutkada. Kam yordam bergan xollarda (6-8 hafta davomida) ingalyasiyalı steroidlarga almashtirish)	steroidlar (yuqori dozalari) simptomlarni to‘la nazorat qila olinmagan hollarda dozalarini ko‘paytirish yoki oral steroidlarni qo‘shish (qisqa kurs)
Steroidlarga qo‘shimcha uzoq muddat tasir etuvchi bronxodilyatatorlar	Buyurilmaydi	Teofillinlar (uzoq muddat tasir etuvchi) yoki 2 ango nistlar (uzoq muddat tasir etuvchi)	Teofillinlar (uzoq muddat tasir etuvchi)
Simptomatik davo (simptomlarni tezroq yo‘qotish uchun)			
Bronxodilyatatorlar	Epizodik: (vaqti-vaqti bilan) ingalyasion 2-angonist-lar (qisqa muddat tasir etuvchi) va (yoki) itrapropiya bromid yoki qisqa muddat ta’sir etuvchi teofillin 5 mg/kg	Ingalyasion 2 angonistlar (qisqa muddat tasir etuvchi) 4 maxal sutkada va yoki itrapropiya bromid yoki teofillin (qisqa muddat tasir etuvchi) 5 mg/kg 1 martali dozasi	

Klassifikatsiyada ajratilgan “ Boshqa turlari ” ga qisqa x a r a k t e r i s t i k a .

Astmatik bronxit – bu bronxial astmani intermitterlangan kechishi bo‘lib, ko‘pincha 4-5 yoshli bolalarda kuzatiladi. Ularda bronxit epizodlari ko‘p takrorlanadi. Kuchli obstruksiya bilan kechadi, lekin xuruj kuzatilmaydi. (4 yoshgacha epizodlar ORVI fonida kechsa ROB – retsidivuruyushiy ostryy bronxit diagnozi qo‘yiladi). Astmatik bronxit diagnozini qo‘yish yana ham osonlashadi, agarda epizodlar noinfeksion allergik tasirida kelib chiqsa qaytalanish orasida simptomar kuzatilmaydi. Ayrim hollarda funksional probalar engil obstruksiya,

yashirin bronxospazm (bronxodilyatatorlar bilan sinama) va (yoki) bronxial giper reaktivlik kuzatilishi mumkin.

Tungi yo‘tal (nochnoy kashel) – xurujsimon yo‘tal kuzatiladi – u astmani ekvivalenti hisoblanadi; ko‘p hollarda u haqiqiy bronxial astma xurujini boshlanishi bo‘lib hisoblanadi, u keyin sekin – asta klassik xurujga aylanadi.

Jismoni zo‘riqishdagi astma - bu astmani alohida bir turi bo‘lib, bolalarda kam uchraydi. Ammo bu klassik astma xurujiga sabab omil bo‘lishi mumkin.

Aspirindan kelib chiqadigan astma - “aspirinovaya astma ” asosida allergik mexanizm yo‘q, u siklooksigenazani inaktivatsiyasi va prostaglandinlar sintezini buzilishini natijasida kelib chiqadi. Bu doriga va uning qatoridagi dorilar qo‘llanganda anafilaktik reaksiya, burundan poliplar paydo bo‘lishi kuzatiladi. SHuni hisobga olib dorilarni bolaga buyurish (tavsiya etish) ehtiyotkorlikni talab qiladi.

Differensial diagnostika

Quyidagi holatlar (obstruksiya bilan kechuvchi) bilan differensirovka qilinadi:

1. Obstruktiv bronxit;
2. Surunkali bronxolit (obliteratsiya bilan kechuvchi);
3. Vilyams – Kempbell sindromi;
4. Surunkali pnevmoniya;
5. Mukovissidoz.

Surunkali hollarda allergik astma asosiy kasallikka qo‘shiladi. Bu hollarda rentgen tekshiruv yordami beriladi.

PROGNOZ

YOshlik davrida boshlangan astma yaxshi kechadi (kech boshlanganga qaraganda). Astmatik bronxitda ham, bronxial astmani engil turida maktab yoshida 85 – 90 % remissiya kuzatiladi. Lekin bu bilan chegaralanib qolmaslik zarur, chunki yoshlardagi astma bilan katta yoshdagi odamlardagi astmani o‘zaro aloqasi borligi aniq. YOshlikdagi astma 60 % hollarda katta yoshida ham davom etishi mumkin.

Astmani og‘ir o‘rtacha og‘irlikdagi turlarida astma xurujini yoshi katta bo‘lgan sari kamayishi juda kam kuzatiladi. Bronxial astmani og‘ir turlarida o‘lim 13 % ni tashkil qiladi. Steroidga bog‘liq bo‘lib qolgan hollarda esa o‘lim 6 % gacha kuzatiladi.

DAVOLASH

Bronxial astmani davolash quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

1. **Bazis terapiya.** Bronx shilliq qavatlaridagi yallig‘lanishni yo‘qotishga va bronxlarni giperaktivligini kamaytirishga yo‘naltirilgan.

Jadval 5

Semiz hujayralar membronasini stabilizatorlari

Preparat	SHakli, dozasi
Endotraxeal ingalyasiya	
Kromoglikat / kromoglitsey kislotasi	
Nalkrom	Kapsula 0,1 g. 2 yoshgacha: 20 40 mg/kg/sut. 2 14 yosh: 0,1 g x 4 maxal ovqatdan avval (ovqat-dan allergiya bo‘lganda)
Intal, Kromolin	Poroshok 10mg ingalyasiya uchun (spinxaler orqa-li) 1 kunda 4 doza
Intal, Bikromat	2 ml eritma (20 mg ampula) 4 ta ampula 1 kunda.
Intal, Taleum	
Intal plyusm	Aerozol dozalangan 5 mg/doza 2 dozadan 4 maxal.
Ditek	Aerozol 10 mg kromogolikat + 0,12 mg salbutamol 2 dozadan 4 maxal.
Katotifen Zaditen	Aerozol 1 mg kromogolikat + fenoterol 50 mkg 1-2 dozadan 3-4 maxal
Nedokromil Tayled	Tabletka 1 mg; sirop 1 mg/50 ml 0,05 mg/kg/sut 1 – 2 tab.sut). Aerozol 2 mg/doza 2 dozadan 4 maxal
Endopazal sprej / tomchi	
Kromoglikat / kromoglitsey kislotasi	
Kromogeksal	Flakon 5 ml, 20 mg/ml. Burunga 3 tomchidan 4 maxal

Kromoglin	Dozali aerosol 2,8 mg/doza. har bir burun katagiga 1 dozadan 4 maxal. allergiya tasir etgan davrda.
Lomuzol	Dozali aerosol 2,5 mg/doza 1 dozadan 4-6 maxal.
Ifiral	Flakon 5 ml, 20 mg/ml. Burunga 3 tomchidan 4 maxal
Intal	Kapsula 1 kapsulani 5 ml suvda eritib, 4 – 6 tomchidan 4 maxal burunga tomiziladi.

2. Xurujni (pristup) davolash. Bronxial astma bilan kasallangan bolani davolashdan avval bolani o‘rab turgan allergenlardan ozod qilish zarur (profilaktikaga qaralsin)

SHu bilan bir qatorda ota – onalarga hozircha astmani to‘la davolash tadbirlari ishlab chiqmaganligini va o‘tkaziladigan davolash kasallikni engillashtirish, og‘ir turlariga o‘tmaslikni, asoratlarini oldini olishni aytish lozim.

BAZIS TERAPIYA

Bazis terapiya o‘tkazishdan maqsad bronxlarni shilliq qavtlaridagi yallig‘lanish jarayonini uzoq muddat davomida kamaytirishga erishish. Maqsadni amalga oshirish uchun semiz hujayralarni stabilizatorlari 3 – 6 oy mobaynida qo‘llaniladi. (jadval 5). Ushbu preparatlarda steroidlarga kamchiliklar kuzatilmaydi, shu uchun ularni qo‘llash yaxshi samara beradi.

Kichik yoshdagi bolalarda poroshok (kukun) sifatida qo‘llash maqsadga muvofiq. 7 yoshdan kattalarga esa ingalyasiyani qo‘llash qulay. (Intal, Bikromat, Intal plyus, Ditek, Taleum, Tayled). Kichik yoshdagi bolalarda, terida allergiya belgilari bo‘lsa ketotifen ichishga buyuriladi. (3 oydan kam emas).

IZOX (Kommentariy) (4 jadvalga)

1. Ingalyasion yo‘l bilan yuborish afzalroq (dozalangan aerosol – speyser orqali), ingalyasiya uchun poroshok, nebulayzer.
2. Astmani engil turini kam xurujli va uzoq muddatli remissiyasida bazis terapiya uchun kromoglikat yoki nedokromil mavsumiy profilaktika maqsadida qo‘llaniladi.

3. Kromoglikat yoki nedokromil profilaktika maqsadida zo'riqishdan yoki allergin bilan kontaktda bo'lganda ham qo'llaniladi.
4. Uzoq muddatli b_2 – agonistlar yallig'lanishga qarshi preparatlar bilan (ular yaxshi samara bermaganda) birgalikda ishlatiladi.
5. steroidlar kursini (per os) tamomlagandan keyin ingalyasion steroidlarga o'tish lozim.
6. Astmani og'ir turida 6 oy mobaynida klinik – funksional o'zgarishlar kuzatilganda ingalyasion steroidlar sekin – asta kamaytiriladi yoki kromoglikatga almashtiriladi.

Bronxial astmani engil va o'rtacha og'irlikdagi turini remissiya davrida spetsifik immunoterapiya o'tkazish mumkin (mutaxassislar bilan kelishilgan holda).

Og'irroq turida ***ingalyasion steroidlar*** (jadval 6) qo'llaniladi. Ular uzoq muddat beriladi. (6 oydan kam bo'lmasligi kerak). Ular to'la remissiya bo'lganda berilmay qo'yladi. Bazan yillar mobaynida bemor bu preparatlarni olishiga to'g'ri keladi. 6 jadvalda ingalyasion steroidlarni o'rtacha va yuqori dozalari, 7 jadvalda esa 0 – 5 yoshli bolalar uchun qo'llashni turli moslamalarda qo'llash uchun dozalari berilgan. Ingalyasion steroidlar xurujni yo'qotmaydi.

Jadval 6

**Ingalyasiyali kortikosteriodlar
(dozalangan aerosol)**

Preparat	SHakli	Dozasi
<i>Endobronxial ingalyasiyalar:</i>		
Beklometazol (Aldetsin, Bekotid, Beklodjet 250)	50,100,250 mkg/doza	Erta yoshda (o'rtacha doza) 200-300 mkg/sut Katta yosh: 400-600 yuqori doza» 600 mkg/sut
Budesonid Pulmikart – turbuxaylar Pulmikort nebulyator uchun eritma	Poroshok ingalyasiya uchun 100 va 200mkg/doza 0,125; 0,25 va 0,5 mg/ml 2 ml dan	O'rtacha 200 - 400 mkg/sut YUqori 400 » mkg/sut Ingalyasiyaga 2 ml 0,25 0,5 mg/sut o'rtacha » 0, 5 mg/sut yuqori

Flunizolid (ingakort)	250 mkg/doza	500 1000 mkg/sut » 1000 mkg/sut yuqori.
Flutikazon (fleksotid)	25,50,125 va 250 mkg/doza	100-200 erta yoshga 200- 400 katta yoshga yuqori dozasi » 400 mkg/sut
Endonazal ingalyasiyalar:		
Beklometazon (Aldetsin)	50 mkg/doza	1-2 dozadan 2 mahal
Beklometazon (Bekonaze)	20 mkg/doza	2 dozadan 2 mahal
Triamsinolon (Nazokort)	55 mkg/doza	1 dozadan 2 mahal
Flunizolid (Sintaris)	25 mkg/doza	2 dozadan 2 mahal
Flutikazon (Fliksonaze)	50 mkg/doza	4-12 yosh 1 doza » 12 yosh 1 dozadan 1-2 mahal burunni har bir katagiga

Glyukokortikoidlar (jadval 8) muddatga buyuriladi ularni bronxial astmani refrakter xollarida ishlatiladi. Ko‘p hollarda steroidlarga bog‘liq holat vujudga keladi. Unday paytda ingalyasion steroidlarga almashtiriladi.

Jadval 7

Preparatni dozalari 0-5 yosh uchun *

YOshi	Tuzilma	Xuruj davri	Bazis davo
-------	---------	-------------	------------

0 - 2 yosh	Dozali ingalyator + niqob yuziga **	Salbutamol 200mg har 6 s (3 s) 600 1000 mkg/sut . Ipratropiya bromid*** 125 250mkg har 6 soatda.	Bekloمتازol 50-200 mkg xar 12s. Flutikazon 25-100mkg har12 s. (tax 250 mkg/sut) Budesonid 50-200mkg har12s (tax 60 mg har 6-8 soatda)
2 - 5 yosh	Dozalangan ingalyator + speyser	Salbutamol 200 mkg har 6s. (3s). 1000 mkg sutkada. Terbutalin 250 mkg xar 6s (3s) (1 1,5 mg/sut)	Kromoglikat 10 mg har 6-8 soatda. Bekloمتازol 50-200 mkg har 12s (tax 250 mkg/sut) Budesonid 50-200 mkg xar 12s (tax 600 mkg/sut).
	Nebulayzer	Salbutamol 2,5 – 5 kg har 6s (3s) Terbutali 5-10 mg har 6s (3s)	Budesonid 1000 mkg gacha har 12 soatda

*Izoh: * Kavs ichida minimal va maksimal sutkali dozalar berilgan. ***

BOSHQA PREPARATLAR

YUqorida keltirilgan preparatlar bilan birga teoffilinlar (jadval 9), ayniqsa tungi xurujni engishi uchun, shu bilan birga uzoq muddat tasir qiluvchi b_2 – agonistlar (jadval 10) ishlatiladi. b_2 – agonistlar bronxlardagi yallig‘lanishga tasir qiladi degan malumotlar bor.

Agar astmani 1 ta alergeni chaqirgan bo‘lsa spetsifik immunoterapiya yordam beradi.

Bronxial astmani zinama – zina davolash 4 – jadvalda keltirilgan.

BRONXIAL ASTMA XURUJINI DAVOLASH

Jadval 9**Uzoq muddat tasir etuvchi teofillinlar**

Preparat	CHiqarilish shakli
Afonilum SP	250 va 375
Ventaks	100,200 va 300mg
Durofillin	125,250 mg
Retafil	200,300 mg
Slou bid	50,75,100,125,200,300 mg
Spofillin retard	100.250 mg
Teo	100,250,300
Teopek	300 mg
Teostat	100, 300mg
Eufilong	250,375 mg
Teotard	100,200,300,350,500 mg
Uni – dur	400,600 mg

Jadval 10**Uzoq muddat tasir ko'rsatuvchi b₂ agonistlar (10 coatgacha)**

Preparat	SHakli, ko'rsatma, dozasi
Salbutamol Gemisuksinat (saltos)	Tablitsa 7,23 mg 7-75 yosh 6 mg x 2 maxal 1 kunda
Klenbuterol (kontraspazmin, spiropent)	Tablitsa 0,02 mg, sirop 0,01 va 0,005 mg, 5 mlda profiaktika uchun
Salmeterol Salmeter, Serevent	Dozalangan aerosol ingalyasiya uchun 25 mkg/doza poroshok ingalyasiya uchun 50 mkg/doza.Dozalangan aerosol uchun 25 mkg/doza profilaktika uchun

Formetorol Foradil Oksik - Turbuxayler	25 mkg/ x 2max Poroshok ingalyasiya uchun 4,5 va 9 mkg/doza 60 doza profilaktika uchun 1-2 dozadan 2 maxal 8 soatda.
---	---

Jadval 11

Qisqa muddat tasir etuvchi simpatomimetiklar

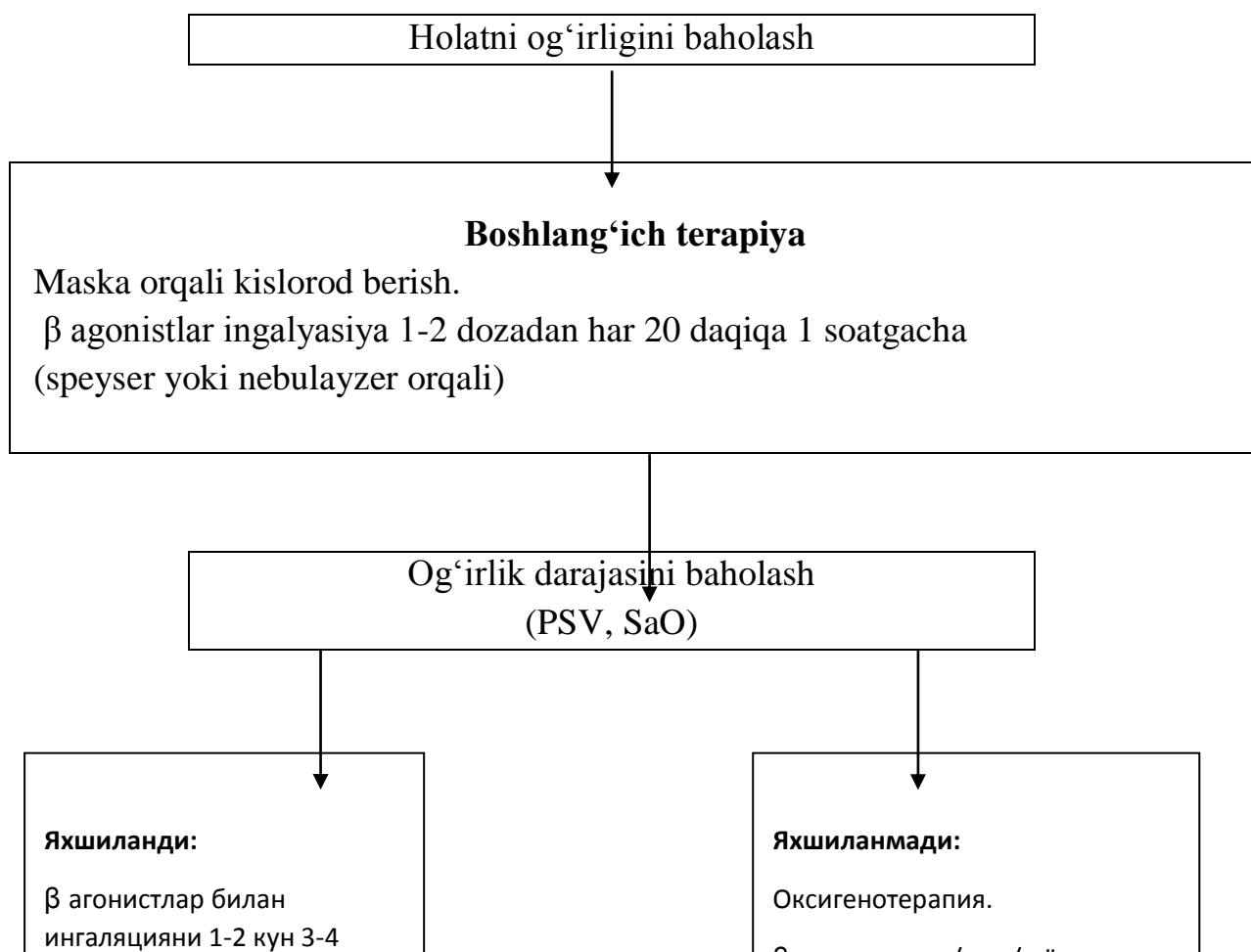
Preparat	SHakli, ko'rsatma, dozasi
Adrenalin (b,v)	0,1 eritma v/i, m/o, t/o 0,3 - 0,5 ml. SHokda
Noradrenalin (b,v)	0,2 eritma v/i tomchilab, 0,5 -1,0 ml shokda
Mezaton (b,v)	1% eritma v/i, tomchilab 0,1- 0,3 ml shokda
Izoprenalin (v, v2) (izadrin)	Tabletka 5 mg tabletka til ostiga astma xurujiga yoki profilaktika maqsadida
Orsiprenalin (v, v2) (Alupent, Astmopent)	0,5 mg/kg eritma 0,3-1,0 ml m/o astma xurujida. Dozalangan aerosol 0,75 mg/doza (400 doza) 1-2 dozadan 3-4 maxal
Salbutamol (v2) (Ventolin, Volmaks)	- Tabletka 2 va 4 mg; retard 4 va 8 mg; sirop 2 mg 5 ml da 3-8 mg/sut asima xurujida yoki profilaktika maqsadida - 0,125 % eritma ingalyasiya uchun nebulyator orqali 2,5 ml 3-4 maxalkunda astma xurujida yoki profilaktika maqsadida - Dozalangan aerosol 0,1 mg/doza. 1-2 dozadan 3-4 maxal xurujida yoki 1 doza jismoniy yuklamadan oldin
Ventodisk	- Ingalyasiya uchun poroshok 0,2 va 0.4 mg/doza. Doza 2 marta ko'p yuboriladi.
Terbutalin (v2) (Brikanil)	- Tabletka 2,5 va 5 mg; 3-7 yosh 0,65 0,125 mg 2-3 doza - Eritma 0,5% in'eksiya m/o 0,1-03 ml xurujda - Eritma 1,0% ingalyasiya uchun nebulyator orqali 0,5 – 1,0ml fiz. Eritmada 3-4 maxal astma xurujida - Dozalangan aerosol 0,25 mg/doza 1-2 doza aerosol 3-4 maxal, xurujda yoki profilaktika maqsadida - Poroshok ingalyasiya uchun 0,5 mg/doza 5 yosh 1 doza 2-4 maxal xurujda yoki prfilaktika

<p>Fenoterol (v2) Berotek 100 va Berotek</p> <p>Berotek ingalyasiya uchun nebulayzer orkali</p>	<p>- Dozalangan aerosol 10 yoki 200 mkg/doza » 6 yosh 200 mkg, kayta 1 doza 51 dan keyin profilaktika 100 mkg 2-3 marta kunda</p> <p>- 1 mg/ml fenoterol: 6 yosh 500 mkg/kg 10 tomchi = 0,5 ml), 6-14 yosh</p> <p>- 1ml (20 tomchi) 3-4 maxal kunda</p>
<p>Berodual</p> <p>Berodual ingalyasiya uchun eritma</p>	<p>Dozalangan erozol fenoterol 50 mkg/doza + itratropiya bromid 20 mkg/doza, 1-2 doza 2-3 maxal</p> <p>Fenoterol 500 mkg/kg 1 marta uchun (5-10 tomchi = 0,25 1,0 mg). 6-14 yosh 0,0 mg 3-4 maxal kunda</p>
<p>Ditek</p>	<p>Fenoterolni dozalangan aerosoli 50 mkg/doza + di-natriy xromoglikat 1 mg (200 doza) 1-2 dozadan 3-4 maxal</p>

Astma xurujini sxemasi 1 rasmda keltirilgan.

Rasm – 1

Bronxial astma xurujida bolani statsionarda davolash algoritmi



Og'irlik darajasini qayta baholash.

Яхшиланди:

β агонистлар узоқ муддат таъсир этувчи теофиллинлар давом эттирилади.

Ўткир жараён йўқотилгандан сўнг базис терапия.

Яхшиланмади:

ИТБ га ўтказиш.

Ксигенотерапия

Корикостероидлар ичишга.

Эуфиллин в/и томчилаб

1 мг/кг/сут.

Yaxshilandi:

Kortikosteroidlarni davom ettirish bir necha kun, so'ngra asta – sekin kamaytirish va ingalyasion kortikosteroidlarga o'tish hamda uzoq muddat tasir etuvchi teofillinlar qo'shish.

Izoh: SaO stепен oksigenatsii (oksigenatsiya darajasi)

PSV pikovaya vыхoda (nafas chiqarish cho'qqiga chiqish tezligi).

Og'ir xurujda va astmatik statusda β_2 – agonistlarni (jadval 11 va 7) ingalyasiya shaklida (yaxshisi speyser orqali) ishlatish maqsadga muvofiq. Speyser orqali 1 soat ichida xar 20 daqiqada 1 – 2 doza yuboriladi. Engil xurujlarda ichishga buyuriladi. Kam samara berganda ipratropiya bromid, steroid gormonlar (ichishga yoki m/o) qo'shiladi. U preparatlar bronxlarni

β – retseptorlarni sezgirchanligini orttiradi.

β_2 agonistlarni qo'llab engil xuruj to'xtatilgandan keyin eufillindan 4-5 ml/kg dozadan sutkada 3-4 maxal foydalaniladi. SHuni qayd etish lozimki bu preparat nojo'ya tasir ko'rsatadi, davolash mobaynida buni etiborga olish lozim.

1. O₂ niqob orqali yoki kanyula orqali yuboriladi;
2. Gidratatsiya o'tkaziladi, yani 5% li glyukoza, fiz. eritma teng qismlarda 10-20 mg/kg 3-5 soat mobaynida qo'yiladi. SHuni fonida b₂ – agonistlar qilinadi. Agar samara bermasa (1 soat mobaynida)0,3 – 0.5 ml 0.1 % adrenalin teri ostiga yoki vena ichiga yuboriladi yoki eufillin 5 mg/kg birinchi 30 daqiqada, so'ngra 1 mg/kg/s tomchilab yoki 4-6 soatda bo'lib-bo'lib yuboriladi. SHunga parallelm/o yoki vena ichiga yuqori dozalarda prednizolon 8-10mg\сут yoki deksametazon 0,8-1,0 mk/kg/sut har 4-6 soatda jo'natiladi. Bu astmatik statusni oldini oladi. Ftorlangan steroidlar (deksametazon) va giidrokartizon prednizolonga qaraganda samaraliroq. SHu dozalarga samara bermasa enteral yo'l bilan buyuriladi (1 yoshgacha 2 mg/kg/sut, 1-5 yosh 20mg/sut, 5 yosh va undan kattasi 30-60 mg/sut).

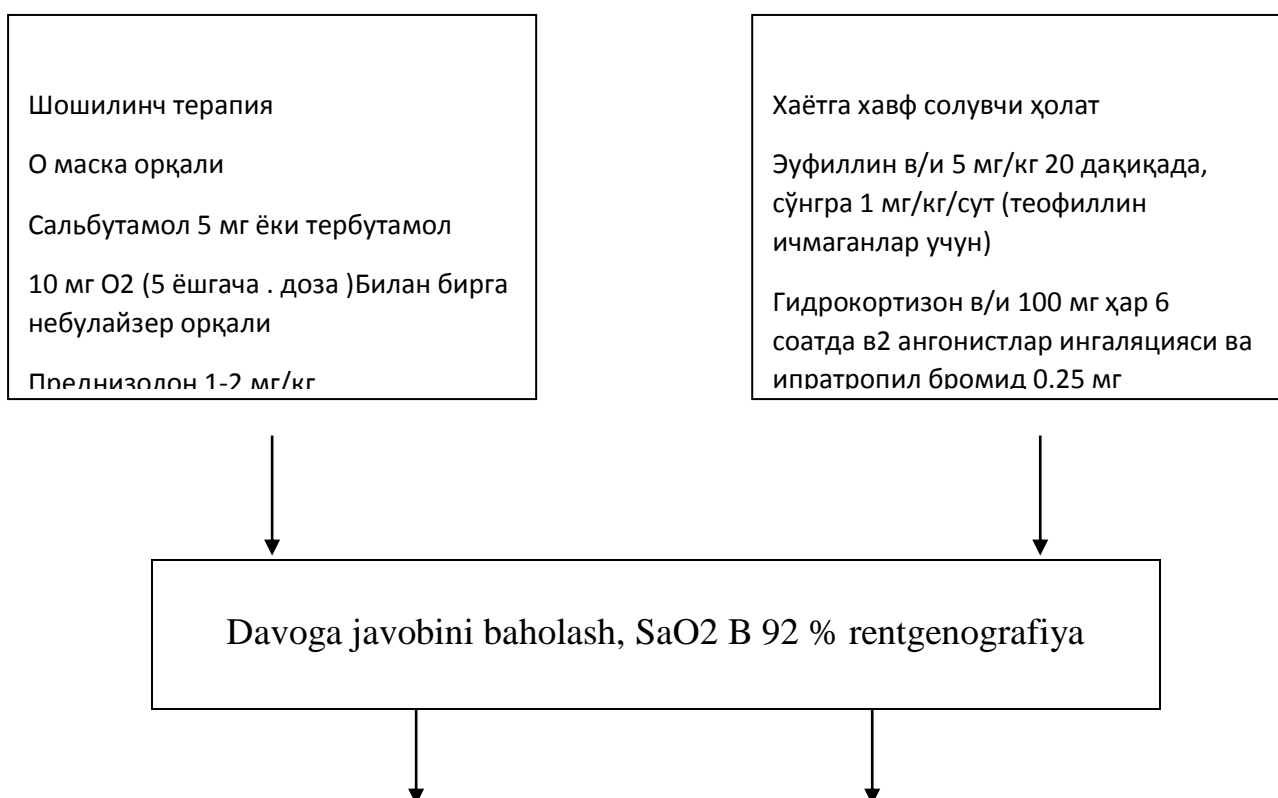
Avval astmatik status bo'yicha davolangan bolalarga xuruj boshidayoq steroidlar buyuriladi yoki agonistlarni 1 dozasi dan samara olinmasa steroidlar beriladi. 1-2 kundan keyin steroidlar uchiriladi, qisqa muddatli muolaja buyrak usti bezi faoliyatiga tasir ko'rsatmaydi.

Tungi xurujlarni nazorat qilish uchun uzoq muddatli teofillinlarni qo'llash qulay (tabl. 5.4). xuruj vaqtida, ayniqsa og'ir hollarda sedativ moddalar va mukolitiklar tavsiya etilmaydi. (ular obstruksiyani kuchaytiradi). Agar bakterial o'choq bo'lsa antibiotiklar buyuriladi.

Xurujdan keyingi davrda b₂ . agonistlar yoki eufillin davom ettiriladi (muntazam remissiya bo'lguncha).

Rasm 2

Og'ir astmatik xurujni davolash



Яхшиланди:
O₂ маска орқали
Преднизолон 1-2 мг/кг (маҳ 40 мг)
b₂ ангонистлар небулайзер орқали

Яхшиланмади:
15-301 дан кейин
O₂ ва стероидларни давом эттириш;
b₂ ангонистларни тез-тез юбориш (ҳар
301 Ипратропия бромид небулайзер
орқали ҳар 6 соатда тўзалгунча)



Davoga javobni baholash



Eufillin v/i 1 mg/kg/sut 24 soat mobaynida konsentratsiyani bir xil ushlab turish.

ITB (intensiv terapiya bo‘limiga) o‘tkazish agarda:

- RaO₂ kamysa, RaSO₂ ortsa,
- Hushi buzilsa,
- Respirator xarakatlar sustlashsa.

Manba: Britaniya Torakal jamiyati tavsiyasi. (1999 yil)

DAVOLASHNING ALTERNATIV USULLARI

Bronxial astmani davolash uchun bazan noeffektiv samarasiz preparatlar (no-shpa, papaverin, bronxolitin, dorivor giyohlar) qo‘llaniladi, bular haqiqiy samara beruvchi preparatlarni qo‘llashda xalaqit beradi. Fitoterapiya changlarga allergiya bo‘lsa zarar bo‘lishi mumkin.

RESPIRATOR TERAPIYA

Repirator terapiya - nafas mashqlari, nafasni nazorat qilishni bilish, boshqaruvchi gipoventilyasiya, relaksatsion trenirovka va x.o. bular rehabilitatsiya, davrida o‘tkaziladi.

Davolovchi jismoniy tarbiya (LFK) - nafas mashqlariga asoslangan, uning asosiy aspekti – bemorlarni jismoniy jihatdan chiniqishini oshirish.

Vibromassaj: - xuruj oxirida (ko‘p balg‘am bo‘lganda) ishlatiladi.

Spleoterapiya: - bemorni allergendan ajratishga asoslangan.

Fizioterapiya: - elektr toki bilan davolash samara bermaydi.

Akupunktura: - engil astma xurujini to‘xtatadi, lekin uni butunlay davolay olmaydi.

Psixoterapiya: - alternativ usuli deb bo‘lmaydi, chunki u hamma bemor uchun zarur.

DAVONI NAZORAT QILISH

Davolashni nazorat qilish obektiv belgilar namoyonligi darajasi bo‘yicha olib boriladi (dispnoe, yordamchi muskullarni qatnashishi, nafas shovqinlarni rivojlanganligi, pnevmotaxometriya, SaO₂ qon tarkibidagi gazlar). Astmani kechishi va bazis terapiyani kuzatishda ota-onalar tutishlari foyda beradi, unda xar kuni astmasimptomlari belgilab boriladi (xushtaksimon nafas chiqarish, xirillashlar, tungi xurujlar, astma xuruji va x.o), 5 yoshdan katta bolalarda pnevmotaxometriya belgilari, dorilarni qo‘llash va x.o. kundalikni olib borish o‘z-o‘zini nazorat qilishga, muammolarni mustaqil hal qilishga ko‘mak beradi.

Doimiy malaka kuzatuv-muvafaqiyatlidavolashning garovidir.

Ota-onalar yozuvini, obektiv malumotlarni, tahlili effektiv bazis terapiyani baholaydiva kerakli tuzatishlar kiritishga yordam beradi.

PROFILAKTIKA

Birlamchi profilaktika: - asosan sog‘lom turmush tarzi elementlarini o‘z ichiga oladi. Bu normal homiladorlikni taminlash va zararli omillarni bartaraf etish (allergenlar, chekish, kasbiy zararlilar, dorilar, allergiya beruvchi oziq moddalar), ona suti bilan boqish, bola atrofidan allergenlar obligatlarini yo‘qotish (hayvon junlari, chang to‘plovchi matolar va x.o.), havo tozaligi (kimyoviy ifloliklarni, passiv chekishni yo‘qotish), chiniqtirish.

Ikkilamchi profilaktika: - xurujini oldini olish va uni og‘irlashuviga yo‘l qo‘ymaslik.

Ikkilamchi profilaktikani asosi ota-onalar va o‘smir bemorlar uchun astma-maktabi bo‘yicha o‘qitish. Xurujni keltirib chiqaruvchi oziq – ovqatlar, dori moddalar ratsiondan butunlay chiqariladi. Klemmlarga qarshi kurash astmaga uchragan barcha bemorlar uchun zarur:

- xonani tez-tez shamollatib turish
- xonaning issiqlik darajasi 18⁰ S dan ortmasligi
- chang to‘plovchi gilam, porter, rasmlarni olib tashlash
- yumshoq mebellar sonini kamaytirish, ularga g‘iloflar kiydirish.
- kitoblarni yopiladigan polka va shkaflarda saqlash

- par yostiqlarni suniy yoki paxtali yostiqlarga almashtirish
- sun'iy materiallardan qilingan materiallardan foydalanish
- bolalar matraslarini polietilen plenka bilan qoplash, yostiqqa 2 ta g'ilof kiydirish
- ko'rpa – to'shaklarni quyoshda yoki sovuqda shamollatish
- xonadagi qo'shimcha namlikni kamaytirish (tuvakdagi gullar, akvarium va x.o.).
- xonani chang yutgich bilan tozalash
- yumshoq o'yinchoqlarni vaqti – vaqti bilan yuvish va sovitgichni muzxonasiga qo'yish (unda kleᄁ shuningdek uyda hayvonlar boqishni to'xtatish lozim. Akvarium bo'lsa quruqemni, (rachki-dafnii)) saqlamaslik kerak. Jun matolar ham allergiya chaqirishi mumkin, yaxshisi ipdan qilingan matodan foydalanish kerak.

CHang keltirib chiqaruvchi astmani profilaktikasi uchun nedokromil, kromoglikat ishlatiladi. Og'ir xurujlar bo'lsa daraxtlarni gullarni gullash vaqtida vaqtincha tog'li rayonlarda (1500 – 200 m balandlikka) ko'chib borish lozim.

NOSPETSIFIK OMILLARGA QARSHI KURASH

YUqorida keltirilgandek bronxial astmani keltirib chiqaruvchi xavfli omillardan beri virusli infeksiyalar hisoblanadi. Jumladan o'tkir respiratorinfeksiyalarni salmog'i yuqori. O'tkir respirator infeksiyalarni profilaktikasi uchun bakterial lizatlarini qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi. SHu maqsadda bakterial lizatlardan (IRS – 19) foydalanish o'rinli bo'ladi.

Bakterial lizatlar quyida keltirilgan xossalarga ega:

1. Infeksiya kiritish yo'llariga tasir etadi.
2. Tasir doirasi keng.
3. YUqori nafas yo'llari shilliq qavatlarini spetsifik va nospetsifik javob reaksiyasiga tasir ko'rsatadi.

SHunday preparatlardan IRS – 19 (Solvey farma, Germaniya) nafas yo'llarining o'tkir va surunkali kasalliklarini davolash va profilaktikasi uchun ishlatiladi.

IRS – 19 – Diplococcus pneumoniae, Steptococcus, Staphylococcus aureus, Gafkya tetragena, Neisseria, Klebsiella, Pneumoniae, Haemophilus influenzae, moraxella cafarrhalis hammasi 19 bakteriya lizatlarini tutuvchi preparat hisoblanadi.

IRS – 19 burun orqali ingalyasiya yo'li bilan organizmga yuboriladi. YUqori nafas yo'llari shilliq qavatlarini immun davoliga kompleks davo ko'rsatadi. SHu tufayli u ham davo ham profilaktika maqsadida ishlatiladi. Davoni samarasi mahalliy himoyani nospetsifik faktorlari orqali preparat qo'llangandan keyin 1 soat ichida namoyon bo'ladi.

SHilliq qavatlardagi plazmatik hujayralar sonini ko'payishi va spetsifik I_g A ishlab chiqarilishi 2-4 chi sutkadan boshlanadi va 3-4 oy mobaynida saqlanadi (bu profilaktika maqsadida qo'llashni samaraligini ko'rsatadi).

IRS – 19 bolalarga 3 oyligidan boshlash tavsiya etiladi. O'tkir respirator infeksiyani davolash va pfilaktika qilish maxsus instruksiya berilgan.

Bronxial astmani va uni xurujini kamaytirish maqsadida hamda O‘RI ni profilaktika qilish uchun IRS – 19 kunda 2 maxal 1 dozadan burunga tomiziladi 2-4 hafta davomida (IRS – 19 flakonda chiqariladi 60 dozadan).

SHuningdek, bolani mustaqillikka o‘rgatish zarur, o‘zida o‘ziga ishonch tuyg‘usi ni shakllanishiga yordam beri shva xurujga qarshi o‘zi kurashishga o‘rgatish lozim. Bunga jismoniy tarbiya bilan shug‘ullanish va bolalar orasida bo‘lishi natijasida erishish mumkin.

Jismoniy zo‘riqishdagi astmani oldini olishda b_2 - agonistlar yoki eufillinni qo‘llash lozim. Jismoniy zo‘riqishdan 5-10 daqiqa avval b_2 - agonistlar yoki 5-20 ldaqiqqa avval eufellin qabu qilishi tavsiya etiladi.

Profilaktik emlash – barcha vaksinalar mumkin, lekin emlash bronxial astmani to‘la, turgun remissiya davrida o‘tkaziladi. Emlash muddati xurujdan keyingi davrida o‘tkaziladi. Emlash muddati xurujdan keyingi davrda har bir bola uchun alohida belgilanadi. Orasidagi muddat 2-3 haftadan ortmasligi kerak. Bazis terapiya (steroidlar) emlashga monelik qilmaydi (muntazam ravishda har kuni 20 mg dan olayotgan bolalar bundan mustasno).

Spetsifik immunoterapiya olayotgan bolalarga emlash 2-4 haftadan (allergen in’eksiya qilingandan) keyin o‘tkaziladi.

Bolalarda BRONXIAL ASTMA BRONCHIAL ASTHMA AT CHILDREN

Astma to‘g‘risida nimalar bilamiz?

AIRE natijalari– Asthma Insight Reality in Europe

- Har 2 ta boladan birtasi maktabni qoldiradi
- Har to‘rtta katta kishidan birtasi ishni qoldiradi
- Har 2 bemordan birtasi sport bilan shug‘ullana olmaydi
- Har 3 ta bemordan birtasi tungi uyqu buzilishi va kunduzgi ish faoliyatining buzilishi va hayot sifatining buzilishidan aziyat chekadi
- Bir yilda 10 milliondan ortiq kun darsni qoldiradi
- 7,3 million bola to‘shakka mixlangan

Bronxial astma

AFSUSKI...

Astma – butun dunyoda eng ko‘p tarqalgan surunkali kasalliklardan biri bo‘lib qolmoqda va u bilan kasallanish yildan – yilga oshib bormoqda, ayniqsa bolalar orasida

Baxtimizga...

Astmani davolash va nazorat qilish mumkin.

Deyarli barcha patsientlar:

- kunduzgi va tungi simptomlardan xalos bo‘lishi
- og‘ir xurujlardan xalos bo‘lishi

- minimal yoki hatto deyarli simptomlarni yo‘qotuvchi preparatlardan foydalanmasligi mumkin
- aktiv hayot bilan yashashi
- normal va /yoki deyarli normal o‘pkaning funksiyasiga ega bo‘lishlari mumkin

GINA nima degani?

GINA –bu juda ham muhim hujjat bo‘lib, unda bronxial astmani diagnostikasi, keyingi davolash va oldini olishda tibbiyot, farmakologiya va molekulyar biologiyaning oxirgi natijalari asosida erishilgan yutuqlariga tayangan holda olib borish chora – tadbirlarini ko‘rib chiqiladi.

GINA

GINA – Global Initiative for Asthma.

astma bo‘yicha Birinchi konsensus 1992 yilda ishlab chiqilgan.

GINA – Butun jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti va AQSHning Milliy Salomatlik Instituti hamkorligi

GINA faqat dalillarga asoslangan tibbiyot yo‘nalishida ish olib boradi

Tarixiy ma’lumot

BA bo‘yicha birinchi nashriyotlar (gaydlaynlar) 1980-yillarning o‘rtalarida qayd etiladi

BA ni o‘rganish, davolash va oldini olish borasida ko‘pgina mamlakatlarda muhim ko‘rsatmalar ishlab chiqilgan: Bronxial astmani o‘rgatish va oldini olish Milliy programmasi (NAEPP),

Astmani davolashning Britaniya qo‘llanmasi,

Bolalarda astmani Xalqaro konsensusi (ICON),

Bronxial astmani davolash va oldini olish Global initsiativasi (GINA)

YAngicha ta’rifi

Bronxial astma – bu geterogen kasallik bo‘lib, nafas yo‘llarining surunkali yallig‘lanishi va klinik jihatdan quyidagi respirator simptomlardan tashkil topgan: hushtaksimon nafas, hansirash, ko‘krak qafasida qisilish yoki yo‘tal, davomiyligi va intensivligi har xil bo‘lgan, nafas yo‘llarining qaytar obstruksiyasi bilan xarakterlanadi.

YAllig‘lanish bronxlar giperreaktivligiga sabab bo‘lib , uzoq progressiyalanib kechadi.

Astmani chaqiruvchi xavfli omillar:

Uy allergenlari:

Uy changi;

Hayvonlar yungining changi;

Suvaraklar;

Mog‘or zamburug‘lari.

Tashqi allergenlar:

O‘simliklar changi;

Qo'ziqorinlar;

Aspirin va uning guruhidagi dorilar.

SHartsiz, astmani qo'zg'atuvchi

omillar:

Respirator infeksiyalar;

Bolalik davri;

Allergenga boy taomlar;

Havodagi polyutantlar:-ichki va tashqi;

Tamaki chekish:-aktiv va passiv.

Astma kechishini qo'zg'atuvchi

omillar:

Allergenlar;

Respirator infeksiyalar;

Jismoniy zo'riqish va giperventilyasiya;

Iqlim sharoitlari;

Oltinugurt oksidi;

Dorilar, taomlarga ishlatilgan bo'yoqlar va dorivorlar.

ASTMA PATOGENEZI

Semiz hujayralar ko'plab bronxial daraxt, ichaklar shilliq qavati,so'lak bezlarida bor.

Ularning yuza qavatida biologik faol moddalar chiqaruvchi donadorligi (granula) bor.

Semiz hujayralarning membranasi mustahkam emas, shu uchun parchalanib me'yordan ko'p BFM chiqariladi.

Me'yordan ko'p chiqarilgan BFM bronxlar giperreaktivligi ga olib keladi;

Bu jarayonga eozinofillar jalb etiladi, ular katta protein va sitokin yordamida bronxlar shilliq qavatini emiradi;

Giperreaktivlik-bu turli ta'sirlarga o'ta yuqori sezgirlik.

Astmaning immun yul orkali patogenezi:

1.epiteliy jarohatlanishi;

2.nerv oxirlari stimulyasiyasi;

3.shilliq qavat shishi;

4.shilimshiq hosil bo'lishi;

5.bronxospazm.

Astma patogenezining noimmun yo'li:

Bronx daraxtini innervatsiyalovchi nervlar ma'lumotga javoban neurotransmitterlar chikaradi;

Neyrotransmitterlar semiz xujayralarni parchalaydi;

Okibatda BFM chikariladi.

Astmatiklarda statuslar.

1.Isteriyasimon xurujlar, xuruj yordamida uziga jalb etadi;

2.Psixosteniklar – kasallik yordamida xayotdagi muammolarni xal etadi;

3.Nevrosteniklar – uz kasalligiga mute bemorlar;

4.SHunt – boglovchi, bolalar uchun xarakterli.Oilaviy muammolarni xal etish uchun yaxshi maksadga yunalgan.

Astmada kasallikning boshlangich bosqichlaridagi asosiy simptomlari yaqqol bo'lmashligi mumkin

Hushtaksimon nafas bir qancha kasalliklarning simptomlaridan hisoblanadi, biroq ko'pincha va asosan astmaning ko'rinishidir.

Bola hayotining birinchi yillari ORVI davridagi hushtaksimon nafasning epizodlari BRONXIAL ASTMA deb talqin qilish zarur deyiladi

5 yoshgacha bolalarda BA Patternlari (namuna, shablonи)

Birinchi guruh bolalar - bu gurux bolalarda yo'tal, nafas qiyinligi va vizing NYI da 10 kundan kam davom etib, bir yilda 2 – 3 marta takrorlanadi va epizodlar orasida simptomlar kuzatilmaydi

Ikkinchi gurux patsientlarda simptomlar davomiyligi NYI da 10 kundan ortiq davom etadi, epizodlar yilida 3 martadan ortiq yoki og'ir xurujlar va / yoki tungi xurujlar bilan kam yo'tal, vizing yoki nafas qiyinligi

Uchinchi pattern – xuddi yuqoridagi hollar va irsiy anamnezda atopiya bo'yicha yoki bolada u yoki bu ko'rinishdagi allergik patologiya.

Bolalarda BA diagnostikasi

GINA-2014 yil tavsiyalariga ko'ra asosan xarakterli simptomlardan tashkil topgan (hushtaksimon xirillashlar, yo'tal, nafas qiyinchiligi, tungi uyqu buzilishi va / yoki jismoniy faoliyatning cheklanishi, oilaviy irsiy asoratlanish bilan birga va klinik tekshiruvlar natijasiga asoslanib qo'yiladi

Bronxial astma

Bronxial astmani og'irlik darajasiga ko'ra tasniflanadi, chunki uni davolashni tanlash va olib borish taktikasi shunga bog'liq

Kasallikning shifri X- XALQARO KASALLIKLAR KLASSIFIKATSIYASIGA ko'ra

J45 Astma.

J45.0 – Astma allergik komponent ustunligi bilan

J45.1 - Noallergik astma

J45.8 – Aralash astma

J45.9 – Aniqlanmagan (Neutochnennaya) astma

J46 - Astmatik status

BA KLASSIFIKATSIYASI

2.1. Formasiga ko'ra:

atopik

infeksion-allergik

aralash

2.2. Kechishiga ko'ra:

intermittirlovchi (epizodicheskaya)

persistirlovchi (doimiy)

2.3. Ogʻirlik bosqichlari (davolash boshlanishidan oldin baholanadi):

1 BOSQICH – intermittirlovchi BA

2 BOSQICH – engil persistirlovchi BA

3 BOSQICH – oʻrta ogʻir darajali persistirlovchi

4 BOSQICH – ogʻir darajali persistirlovchi BA

2.4.Kasallik davriga koʻra:

qoʻzgʻalish

remissiya

2.5.Kasallik asoratlari:

– oʻpka yurak (legochnoe serdse)

– oʻpkaning surunkali emfizemasi

- pnevmoskleroz;

– segmentar yoki polisegmentar atelektaz

– emfizema

–pnevmotoraks

– astmatik status

– nevrologik asoratlar

Qiyosiy diagnostika:

YUrak astmasi;

Isterik astma;

Uremik astma bilan;

Nafas yoʻllari yot jismlari bilan;

Soxta boʻgʻma bilan;

Kvinke shishi bilan;

Ichak gelmintlari bilan.

Quyidagi BA ga xarakterli belgilarga fizikal tekshiruv paytida ahamiyat berish lozim:

Koʻkrak qafasi giperekspansiyasi.

Nafas chiqarish uzayishi yoki auskultatsiyada hushtaksimimon xirillashlarning eshitilishi.

Quruq yoʻtal

Rinit

Periorbital sianoz – allergik soyalar deb ataladi (koʻz qovoqlari ostida venoz qon dimlanishi hisobidan, nazal obstruksiya fonida).

Burun qansharida koʻndalang burma paydo boʻlishi

Atopik dermatit.

Astmada kasallikning boshlangich bosqichlaridagi asosiy simptomlari yaqqol boʻlmasligi mumkin

Hushtaksimimon nafas bir qancha kasalliklarning simptomlaridan hisoblanadi, biroq koʻpincha va asosan astmaning koʻrinishidir.

Bola hayotining birinchi yillari ORVI davridagi hushtaksimon nafasning epizodlari BRONXIAL ASTMA deb talqin qilish zarur deyiladi

BA ning erta simptomlari

5 yoshgacha bolalarda BA ning erta simptomlari hushtaksimon xirillashlar va nafas qiyinchiligining birdaniga yoki sekin – asta kuchayib borishi, ayniqsa uxlamaganda, uyquchanlik yoki lanjlik, jismoniy faolligining pasayishi bola xarakteri o‘zgarishi, ovqatlanishning buzilishi, «axvolini engillashtiruvchi» preparatlar qabul qilganda ham kam o‘zgarishi, ko‘pincha virusli infeksiyaning simptomlari BA qo‘zg‘alishini niqoblanishi mumkin

Bronxial ostmaning kliniko-patogenetik variantlari leykotrienlarning yuqori metabolizmi bilan

- Atopik (allergik, ekzogen, IgE-ga bog‘langan)
- Aspirinli BA
- Zo‘riqishdan keyingi bronxokonstriksiya sindromi (AFU)
- BA va surunkali allergik rinitning birga kelishi
- Sovuq ta’sirida bronxlarning yaqqol giperreaktivligi
- CHekuvchilar astmasi
- Tana vazni yuqori bo‘lganlardagi bronxial astma

Jismoniy zo‘riqish natijasida kelib chiqqan bronxospazm

- 90% BA bilan kasallangan, biroq yallig‘lanishga qarshi davo olmaydigan va 40% allergik rinit bo‘lgan bemorlarda
- BA ustidan adekvat nazorat yo‘qligi natijasida
- BA ustidan adekvat nazorat bor bo‘lib, jismoniy zo‘riqishdan bronxospazm BA ning asosiy belgisi
- Asosiy davo:
 - tez ta’sir qiluvchi ingalyasion β_2 -agonistlar
 - alternativa – antileykotrien preparatlar

BA ning yo‘tal varianti

- Balg‘amda ko‘p miqdorda sistenil leykotrienlar aniqlanadi
- Davosi: Antileykotrien preparatlar – alternativa IGKS
- Leykotrien retseptorlar antagonistlari yallig‘lanishga qarshi ta’sirga ega bo‘lib, BA ning bu variantida yo‘talga qarshi va balg‘amda eozinofillar miqdorini kamaytiradi.

Davolashdan maqsad - bronxial astma ustidan nazoratga erishish

(GINA: Global Initiative for Asthma, 2011)

BA ustidan nazoratga erishish va uni saqlab turish

Xurujlar profilaktikasi

Tashqi nafas faoliyatini normagacha tushurish va shu xolatda saqlashga erishish

Har kunlik jismoniy va kundalik faollikka erishish

Dori vositalarining nojo‘ya ta’sirini minimal darajaga etkazish

BA dan o‘lim oldini olish

BA Medikamentoz terapiyasi

BA ni nazorat qiluvchi preparatlar (saqlab turuvchi terapiya)

Tez yordam preparatlari (simptomlarni engillashtiruvchi)

qisqa ta'sirli β_2 -agonistlar

5 yoshgacha bo'lgan bolalarda 1 bosqichni davolash

BA simptomlari kam uchraydi va xurujlar qaytalanishi xavfi kam bo'lganda ishlatiladi – qisqa muddatli β_2 -agonistlar

2 bosqich davoda IGKS kichik dozalarda (beklometazon dipropionat (HFA) - 100 mkg/s, budesonid pMDI + speyser - 200 mkg/s, budesonid (nebulayzer uchun suspenziya) - 500 mkg/s, flyutikazona propionat (HFA) - 100 mkg/s, siklesonid - 160 mkg/s), BA tez – tez xuruj qiladigan bolalarda yoki kam belgili bo'lib, xuruj qaytalanishi xavfi yuqori bo'lgan bolalarda alternativ sifatida antileykotrienlar (ALTR).

3 bosqichda BA davolashda kichik dozadagi IGKS bilan nazorat qilib bo'lmasa IGKS larni 2 baravar katta dozadagi yoki (alternativa - IGKS + ALTR).

4 bosqich og'ir darajali BA xurujida 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga IGKS 2 baravar yuqori sutkalik doza ALTR bilan birga

Kichik yoshdagi bolalarni bazis terapiyasida IGKS larning kichik dozasi va qisqa ta'sirli bronxolitiklar tavsiya etiladi.

Bolada BA tashxisi tasdiqlanishi uchun 2 – 3 oylik IGKS qo'llaniladi va uni bekor qilinganda BA simptomlari qaytalanadi

0-3 yoshgacha bolalarni bazis davolashda nafas aerozol ingalyatorlardan foydalanish maqsadga muvofiq, bunda ingalyator bilan birga speyser, niqob va nebulayzerli ingalyator bo'lishi davoning samarasini oshiradi. 4 – yoshdan katta bolalarda ham ingalyasiya nebulayzer yoki labiga qistiriladigan bo'lishi ham mumkin.

Bronxial astma bilan 5 yoshgacha bolalarni statsionarga gospitalizatsiya qilish uchun ko'rsatmalarga (GINA-2014 tavsiyasiga ko'ra) quyidagilar kiradi:

Noregulyar nafas epizodlari va /yoki nafas to'xtashi, gapirish va yutishning buzilishi, tarqalgan sianoz, qovurg'alararo oraliqning ichkariga botishi, xona havosidan nafas olganda saturatsiya 92% dan kam bo'lsa, auskultatsiyada nafas o'tishining birdan susayishi, qisqa muddatli $\beta - 2$ agonistlarga nisbatan javob reaksiyasi past bo'lsa yoki 6 doza salbutamol ingalyasiyasidan (2 dozadan har 20 minut oraliq'ida 3 marta) keyin ham ahvoli yaxshilanmasa, bolani uy sharoitida davolash imkoni bo'lmasa

A D A B I Y O T L A R:

1. Prakticheskaya pulmonologiya detskogo vozrasta.

Pod red. V.K.Tatochenko Moskva 2000 g. Spravochnik.

2. Natsionalnaya programma “ Bronxialnaya astma u detey ”
Strategiya lecheniya i profilaktiki M. 1997

3. Rekomendatsii Britanskogo Torakolnogo obshchestva. RMJ 1999 №5

4. Bolezni detey starshego vozrasta 1997 g. F.F.Baranov.
5. Detskie bolezni N.P.SHabolov 2000 g.
6. Peditru na kajdy den – 2003.
- Spravochnik po lekarstvennoy terapii. V.K.Tatochenko 2003. Moskva
7. Immunomoduliruyushaya terapiya v pediatrii metod, rekomendatsiya. F.S.SHamsiev, A..S. Diveeva. Tashkent 2003.
8. Globalnaya initsiativa po bronxialnoy astme-2014 Diagnostika i stupenchataya terapiya. CHto novogo? [G.A. Novik](#), [E. G. Xaleva](#)

Amaliy mashg'ulot № 3

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	<i>Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi.</i>
--------------	--

2.1 Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 4 soat	Talabalar soni 8 -12 ta gacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu bo'yicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda bronxial astmani (BA) kechish xususiyatlari. 2. BA etiologiyasi va shakllari. 3. BA patogenezi. 4. Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishi.
<p><i>O'quv mashg'ulotining maqsadi :</i> Talabalarga bolalarda bronxial astmani kechish xususiyatlari to'g'risida tushuncha berish. Etiologiyasi va patogenezini o'rgatish. Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini baolay olish o'rgatish.</p>	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>

<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda bronxial astma kasalligi to'g'risida tushuncha berish - bronxial astma kasalligini etiologiyasi, patogenezini o'rgatish - klinik tasnifini o'rgatish - klinikasi, ogirlik darajalarini aniklashni o'rgatish - Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini aniqlay olishni o'rgatish. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda bronxial astma kasalligi to'g'risida tushuncha beraolishi kerak - bronxial astma kasalligini etiologiyasi, patogenezini to'g'risida tushunchaga ega bolishi kerak. - klinik tasnifga tushuncha beraolishi kerak. - klinikasi, ogirlik darajalarini aniklayolisi kerak. - Bronxial astmani xuruj davrini klinik ko'rinishi va xurujsiz davrini kechishini aniqlay olishni kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suhbat, tezkor so'rov, savol – javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasion xona jixozlari» va h.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baholash	Og'zaki nazorat: savol – javob, mustaqili ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

2.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 	Tinglaydilar, savollarga javob beradilar.

	3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi	Talabalar berilgan savollarga javob beradilar
2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi.</p> <p>2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi.</p> <p>3. O'quv kursi mavzulari asosida tayyorlangan varakalarni tarkatadi.</p> <p>4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi.</p> <p>5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi.</p> <p>6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi.</p> <p>7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi.</p> <p>8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi.</p> <p>9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bo'linadilar.</p> <p>Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi.</p> <p>2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi.</p> <p>3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

Bolalarda bronxial astma

O'pkaning surunkali nospetsifik kasalliklari ichida o'sib borayotgan va nogironlikka sabab bo'layotgan kasalliklardan biri bu- bronxial astma (BA) xisoblanadi. Bronxial astma kasalligining asoratlari va o'lim bilan tugashining ko'plab uchrashi bu kasallikning ham tibbiy ham ijtimoiy jihatdan dolzarb muammolardan biri bo'lib qolishiga sabab bo'lmoqda. Bronxial astmaning er yuzida rivojlangan mamlakatlarda 3-7%, Markaziy Osiyo davlatlarida esa 1,4% ni (har 1000 axoliga nisbatan), Toshkentda esa har 1000 axoliga nisbatan 2,9% ni tashkil etishi olimlar tomonidan o'rganilgan. Infeksion- allergik turi 85% ni, atopik turi esa 15% ni, ayollar urtasida 59,3% ni erkaklarda esa 40,7% ni tashkil etishi ham aniqlangan. (A.M.Ubaydullaev tadqiqotlaridan).

SHuning uchun xam kasallikni erta aniklab, asoratlarning oldini olish, to'g'ri davolash katta ahamiyatga ega. Bu hozirda pulmonologiyaning dolzarb vazifalaridan biri hisoblanadi.

Bronxial astma (BA) – bu surunkali, klinikasida bo'g'ilish xuruji bilan xarakterlanadigan kasallik bo'lib, asosan bronxlar reaktivligining o'zgarishi va astmatik status rivojlanishi bilan jiddiy oqibatli patologiya hisoblanadi.

Bronxial astma (BA) – bu nafas yullarining surunkali yalliglanish kasalligi bulib, semiz xujayralar, eozinofillar, limfotsitlar, allergiya va yalliglanish mediatorlari ishtirokida, moyilligi bulgan kishilarda bronxlarning girerreaktivligi va variabel obstruksiyasi bilan kechadi va bunda bo'g'ilish xuruji, xirillashlar, yutal va nafas olishi kiyinlashishi bilan kuzatiladi.

Kasallikning asosida silliq bronxial muskullarning spazmi va buning okibatida mayda bronxlarning kuchli torayishi kelib chiqishi yotadi. Bronxlar reaktivligining o'zgarishiga spetsifik va nospetsifik ta'sirlar sababchi bo'lib, bular asosan, organizmga tashqaridan takror kirgan yot oqsillardir.

Bronxial astma **etiologiyasida** quyidagilar ahamiyatga ega:

- 1.Noinfeksion allergenlar (chang, dori-darmonlar, hashoratlar va hayvonlar allergenlari).
- 2.Infeksion allergenlar (viruslar, bakteriyalar, zamburuglar, va b.)
- 3.Mexanik va kimyoviy irritantlar (metall, yog'och, g'o'za changlari, mum, kislota, ishqorlar bug'lari).
- 4.Fizik va meterologik omillar (haroratning, namlikning o'zgarishi, atmosfera bosimining, erning magnit maydonining tebranishlari va boshkalar.)
- 5.Asabiy-ruxiy qo'zgalishlar, stress ta'sirlar.

Bu omillarning barchasi adashgan nervni kitiqlab, unda spazmatik ta'sir paydo qilib, astma xurujini keltirib chikaradi.

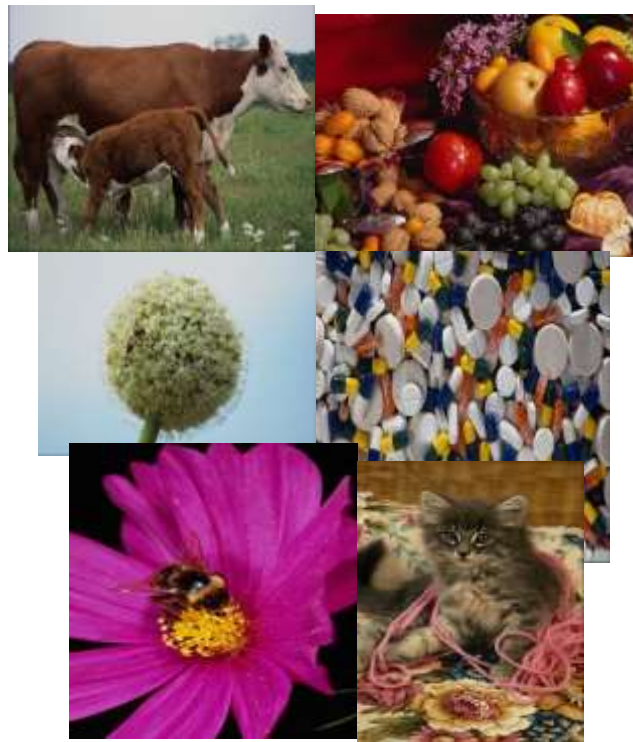
Patomorfologiyasi: Hozirgi zamon qarashlariga binoan bronxial obstruksiyani 4 ta komponent chakiradi: bronxlar sillik mushaklari spazmi, bronxlar shilliq qavati

shishi, bronxlarning, ayniqsa terminal qismning, shilliq “qopqoqchalar” bilan bekilishi, bronx devorida sklerotik uzgarishlarning mavjudligi.

Астманинг сабаблари:

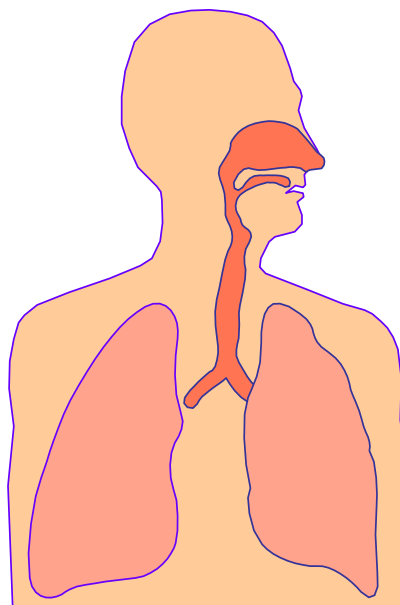
Аллергенлар (дори
дармонлар,
овқат маҳсулотлари, уй
буюмлари)

- Касб – ҳунарга алоқа бор
кишилар
- Аспирин ва бошқа
ностероид
яллиғланишга қарши
препаратлар
- Физик зўриқиш .
- Стресс.
- Климакс ва х.к.



Асосий патогенетик жараёнлар

Атопия ва бошқалар IgJ нинг
гиперпродукцияси
аллергенларга
қарши антителаларнинг
пайдо бўлиши



Bronchial asthma (BA)ning patogenezi:

Kasallik faqat etiologik omil o‘zining “ta’sir qiluvchi nuqtasini” topgandagina rivojlanishi mumkin. “Ta’sir nuqtasi” – organizmning tug‘ma yoki orttirilgan biologik organlar va sistemalar nuqsonlari:

- alveolyar makrofaglar va neytrofillarning fagotsitar faolligining buzilishi va natijada bronxlarda infeksiyon agentlar faolligining oshishi;
- IgA ning sintezini kamayishi va natijada bronxlarda infeksiyon agentlarning faolligining oshishi;
- T-supressor limfotsitlar faolligining sustligi;
- Uzining tukimalariga immunologik tolerantlikning buzilishi va autoallergik reaksiyalarning buzilishi;
- Semiz xujayralar, makrofaglar, lizosoma neytrofillari membranasi nostabilligi proteolitik fermentlarning va biologik faol moddalarning haddan tashqari ko‘p ishlab chiqarilishiga olib keladi.

SHunday qilib BA da bronxlardagi yallig‘lanish jarayonining rivoji har xil hujayralarning (eozinofillar, T-limfotsitlar, semiz hujayralar) bir biriga ta’siri va natijada biologik faol moddalar ishlab chikarilishi natijasida paydo bo‘ladi. YAllig‘lanish bronxlarning gipersezuvchanligiga va giperreaktivligiga olib keladi.

Bronxlar o‘tkazuvchanligining buzilishi bronxlar reaktivligining o‘zgarishi olib keladi. Bular quyidagilar ta’sirida yuzaga keladi, ya’ni, birlamchi- tug‘ma, orttirilgan, kimyoviy, fizik, mexanik va infeksiyon omillar ta’siri.

Ikkilamchi - asab endokrin tizimining o‘zgarishi, auto- va infeksiyon antigenlar ta’siri. Bronxlar reaktivligining ikkilamchi o‘zgarishi immun, endokrin, asab tizimlarining o‘zgarishi natijasida yuzaga keladi.

Immunologik mexanizmlar

Bronxial astmali bemorlarning asosiy qismida bronxlar reaktivligining o‘zgarishiga immun tizimdagi o‘zgarishlar, ya’ni gumoral va xujayraviy immunitetlarning Gell va Kumbs tasnifi bo‘yicha I, III va IV tipli sezuvchanlikning yuqori bo‘lishi sabab buladi. Immun reaksiyalar nafas yo‘llarining shilliq qavatida hosil bo‘ladi. Uning o‘zgarishi ham bronxlar gipersezuvchanligi va giperreaktivligiga olib keladi. Allergik mexanizmlar tez va sekin rivojlanuvchi reaksiyalar bilan bogliq. Tez rivojlanuvchi reaksiya (reagin turi) shok organning allergen bilan o‘zaro ta’sirida paydo bo‘ladi, bu esa semiz hujayralar va eozinofillarning, bronxlar shilliq qavatida va uning ichida T-limfotsitlar miqdorining oshishiga olib keladi. Bu hujayralar biologik aktiv moddalar ishlab chiqaradi va BA patogenezida immunoximik bosqichni (**patoximik bosqich**) rivojlantiradi: gistamin, serotonin, bradikinin, neytrofillar xemotaksis omili, leykotrienlar, interleykinlar va b. mikrotomirlar o‘tkazuvchanligini oshiradi, bu esa ularning massiv eksudatsiyasiga olib keladi. Bronxlar shishi va ularning ichiga epiteliyning ajralib tushishi rivojlanadi, bu esa shilliqli “kopkokchalarining” shakllanishiga olib keladi; bundan tashkari biologik faol moddalar bronxospazm rivojlanishiga olib keladi (**patofiziologik boskich**).

Sekin rivojlanuvchi allergik reaksiya (immunokompleks turi) sirkulyasiya kiluvchi IgG, IgA, IgM turdagi antitelolar va komplement orkali rivojlanadi. Immun komplekslarning semiz hujayralar, eozinofillar va T-limfotsitlar bilan bog'lanishi natijasida yallig'lanish mediatorlari ajralib chikadi va bronxlar obstruksiyasiga olib keladi.

Noimmunologik mexanizmlar

Bronxlar reaktivligining o'zgarishiga tugma va orttirilgan biologik nuksonlar sabab buladi. Noimmunologik mexanizmlar effektor hujayralar birlamchi yoki ikkilamchi ta'sir ko'rsatishi natijasida bronxlar silliq mushaklari, qon tomirlari, bronxial bezlar retseptorlari ta'sirlanishi yuzaga keladi..

BA ning shakllanishida organizmdagi **gormonal disbalans** xam katta rol o'ynaydi: bu glyukokortikosteroid etishmovchilik, giperestrogenemiya, gipoprogesteronemiya, gipotireoz.GKS – buyrak usti bezi gormonlaridan biri bulib, juda ko'p biologik faol moddalarning blokatoridir, antitelolar hosil bhlishini kamaytiradi, betta-2-retseptorlar sezuvchanligini oshirishi hisobiga bronxodilatatorlik ta'siri bor. Bu gormonlarning (kortizolning) etishmovchiligi bronxoobstruksiyaning sababi bulishi mumkin. Ko'p ayollarda menstruatsiya paytida BA kechishi og'irlashishi kuzatiladi. Progesteron betta-2-adrenoretseptorlarni stimulyasiya qiladi va bronxodilatatsiya chaqiradi, atsetilxolin, prostoglandin-F2-alfa miqdorini oshiradi va bronxospazmni chaqiradi.

BA rivojida vegetativ nerv sistemasi ham katta rol o'ynaydi, bu esa **adrenergik disbalansda** yaqqol ko'rinadi – alfa-adrenoretseptorlar betta-aderoretseptorlardan ustunlik kiladi, bu esa bronxospazmga olib keladi.

BA patogenezida “**aspirin**” **astmasi** alohida joy olgan. Bu turdagi BA atsetilsalitsil kislotasini va nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlarni ko'tara olmaslik natijasida paydo bo'lgan. Bularning asosida araxidon kislotasining metabolizmi buzilishi yotadi, bu esa leykotrienlar va prostoglandin-F2-alfa ishlab chiqarishini kupaytiradi va bronxospazmga olib keladi.

Tasnifi:

Bronxial astma tasnifida ikkita yo'nalish bor, ya'ni bittasi etiologik, ikkinchisi esa kasallikning og'irlik darajasi va bronxial obstruksiyaning qay darajadiligiga asoslangan.

Bronxial astma tasnifi (G. B. Fedoseev 1988 yil.)

I.Bronxial astma rivojlanishi etaplari.

Amaliy sog'lom kishilarda tug'ma yoki orttirilgan biologik nuqsonlar va o'zgarishlarning mavjudligi, ya'ni:

a) mahalliy va umumiy immunitetning o'zgarishi.

- b) «tez javob qaytarish» reaksiyasi (semiz xujayralar, makrofaglar, eozinofillar, trombotsitlar) mavjudligi.
- v) mukotsiliar klirens o'zgarishi.
- g) endokrin tizim o'zgarishi
- d) o'pka tomirlari endoteliysining metabolik disfunktsiyasi.
- j) araxidon kislota metabolizmining buzilishi.
- z) shaxsning nerv-psixik holati xususiyati.
- i) bronxlar va LOR organlari reaktivligining o'zgarishi.

Biologik nuqsonlar klinik jihatdan BA rivojlanishiga turtki bo'lishi mumkin.

2.Astma oldi (predastma) holati. Bu nozologik kasallik bo'lmay, balki, BA ning klinik paydo bo'lish xavfi hisoblanadi. Klinik diagnozda bu holat qo'yiladi, ya'ni ko'rsatiladi. Predastma holati nafas yo'llarining vazomotor buzilishlarini, bronxospazm belgilari bilan, allergiyaning boshqa ko'rinishlari («eshak emi», «Kvinke shishi», qonda eozinofiliya, balg'amda ham, migren, neyrodermit) hisoblanadi.

3.Klinik shakllangan BA – bu birinchi bor astma va astmatik status xurujlaridan keyingi holat.

II. BA ning shakllari: (klinik tashxisda ko'rsatilmaydi).

- 1.Immunologik shakli.
- 2.Noimmunologik shakli.

III. BA ning klinik – patogenetik shakllari:

- 1.Atopik – allergenni ko'rsatish kerak.
- 2.Infeksiyaga karam – infeksiyon agent va infeksiyon jarayonning borishini ko'rsatish kerak.
- 3.Autoimmun.
- 4.Gormonal – endokrin, o'zgargan organni va disgormonal o'zgarishlarni ko'rsatish lozim.
- 5.Nerv-psixik shakli.
- 6.Ifodalangan adrenergik disbalans.
- 7.Bronxlar reaktivligining birlamchi o'zgarganligi, immun, asab-endokrin tizimlar ishtirokisiz shakllanib, tugma bo'lishi mumkin, kimyoviy, fizik, mexanik va infeksiyon agentlar ta'sirida rivojlanadi.
8. Xolinergik variant
9. Aspirinli astma
10. Dizovarial shakli

IV.Og'irligiga ko'ra:

- 1.Engil darajali – yiliga xurujlar soni 2-3 marta takrorlanib, dorilarni qabul qilish tufayli o'tib ketadi, remissiya davrida bronxospazm yo'q.
- 2.O'rtacha og'irlikda – xurujlar soni yiliga 3-4 marta bo'lib, og'irroq kechadi, xuruj dorilarni in'eksiyalar orqali qabul qilganda o'tadi, xurujlararo davrlarda astmatik xolat birmuncha ifodalangan bo'ladi. Remissiya davrida jismoniy zo'riqishdan so'ng

yoki bajarish mobaynida bronxlar spazmining engil klinik belgilari kuzatilishi mumkin.

3.Og‘ir darajali – xurujlar soni yiliga 5 va undan ko‘p bo‘lib, og‘ir kechadi, bartaraf kilish kiyinroq bo‘lib, astmatik status bilan asoratlanadi. Xurujlararo davrda esa bronxlarning spazmi ifodalangan bo‘ladi.

V.Kechishiga ko‘ra:

- 1.Qo‘zg‘alish davri.
- 2.Qo‘zg‘alishning pasayishi.
- 3.Remissiya.

VI.Asoratlanishiga ko‘ra:

- 1.O‘pkaga talluqli: o‘pka emfizemasi, nafas etishmovchiligi, atelektaz pnevmotoraks va boshqalar.
- 2.O‘pkadan tashqari – miokard distrofiyasi, o‘pka – yuragi, yurak etishmovchiligi va boshqalar.

Hozirgi vaktida BA ning xalqaro tasnifi asosida kasallikning og‘irligi nazarda tutiladi, chunki xuddi shu ko‘rsatkich bemorlarni davolash taktikasini aniqlab beradi.

Bronxial astmaning og‘irlik darajasi bo‘yicha tasnifi.

(Xalqaro Konsensus 1995 yil)

Og‘irlik darajasi	Davolashdan oldingi klinik belgilari
Engil	Belgilar haftada bir marta yoki ko‘proq, lekin bir kunda 1 martadan kamroq, kasallikning qo‘zg‘alishi faollikni va uyquni buzishi mumkin. Astmaning tungi belgilari ko‘pincha bir oyda 2 marta kuzatiladi. NCHMH-nafas chiqarishning maksimal hajmi (yoki NCHHF-nafas chiqarish foizi) normadan 80% ko‘proq. NCHMH tebranishi 20 – 30% atrofida bo‘ladi.
O‘rtacha og‘irlikda	Belgilar kuniga mavjud. Kasallikning qo‘zg‘alishi faollikni va uyquni buzadi. Astmaning tungi belgilari haftada 1 martadan ortiq. Qisqa ta’ssir etuvchi betta 2 – agonistlar kunda qabul qilinadi. NCHMH (KNCHH1) normadan 60% dan 80% gacha. NCHMH tebranishi 30% dan baland.
Og‘ir Darajali	Astma belgilari doimiy, tez – tez qo‘zg‘alishlar, ko‘pincha tungi belgilar, fizik faollik cheklangan. NCHMH (KNCHH1) 60% dan kam NCHMH tebranishi 30% dan oshgan.

Klinikasi:

Bronxial astmaning klinikasida 3 ta davr farqlanadi:

1-bosqich .Astma “darakchilari”-xurujdan bir necha minut oldin paydo bo‘lib, yo‘tal yoki tomoq qirilishi, vazomotor rinit,burunning bitishi, hansirashning

kuchayishida, terining qichishishi, asabiylashish, poliuriya, bemor kayfiyatining buzilishi kabi o'zgarishlar paydo bo'ladi. Vrach bemorning shu o'zgarishlarga e'tibor qilishi zarur, chunki bu bosqichda o'z vaqtida qabul qilingan preparat xuruj regressiyasini chakiradi.

2-bosqich. Avj olish davri-ekspirator tipli bo'g'ilish xuruji, ya'ni, qisqa nafas olish, nafas chiqarishning 2-4 marta uzayishi, nafas chiqarishning qiyinligi, masofadan eshitiluvchi xirillashlar xos. Bemor majburiy holatni, ya'ni, ortopnoe holatida, o'tirganda oyoqlariga tiranadi yoki oldinga egilib utiradi va tirsaklari bilan tizzalariga yopishadi yoki qo'llari bilan stol chetiga, krovat chetiga tiranadi, og'iz bilan havo "tutishga" harakat qiladi. Bemor gapira olmaydi, yuzida qo'rqish alomati, yuzi shishgan, sovuk ter bilan koplangan, diffuz sianoz. Nafas olishda burun qanotlari shishadi. Ko'krak qafasi maksimal nafas yutish holatida. Nafas olish aktida hamma yordamchi mushaklar qatnashadi, o'mrov usti chuquri va qovurg'alar sovuq ter bilan qoplangan, bo'yin venalari bo'rtgan, ko'krak qafasi emfizematoz, perkussiyada timpanik tovush, auskultatsiyada dag'al nafas asosida quruq, hushtaksimon xirillashlar, pulsi tezlashgan, yurakning nisbiy chegaralari o'ngga kengaygan, yurak tonlari bo'g'iq, xuruj "shishasimon", yopishqoq, kam ajraluvchi balg'am ko'chgach o'tadi.

Balg'am tahlilida eozinofillar, ayrim hollarda SHarko-Leyden kristallari, Kurshman spirallari aniqlanadi.

EKG: yurak elektr o'qining o'ngga siljishi, chuqur S1 tishchasi, baland R III va aVF da, S-T segmenti inversiyasi III va aVF da., baland o'tkirlashgan R tishcha II va III standart tarmoqlarda va ko'pincha manfiy R tishcha V1 da, Gis tutami o'ng oyoqchasi to'liq qamali.

Rentgenologik tekshiruvda o'pkalar shaffoflashishi, diafragmaning past joylashishi va sust tebranishi. Qovurg'alar gorizontal joylashgan va ular orasi kengaygan. O'pka manzarasi kuchaygan.

Bo'g'ilish xuruji astmatik statusga o'tib ketishi mumkin va koma yoki ulim bilan ham tugashi mumkin.

3-bosqich – xurujni orqaga kaytishi Regressiya davri-3-bosqich – xurujni orqaga kaytishi. Bemorda yo'tal ko'paygan, u balg'am ko'chishi bilan birga paydo bo'ladi va bu bemorga ancha o'zini engil his etishiga olib keladi. Patogenezigaga bog'liq holda xuruj regressiyasi bemorda har xil kechadi. U tez o'tib davolashdan so'ng yuqoridagi belgilarning bartaraf bo'lishi bilan kechishi mumkin, boshqa organlarda o'zgarishsiz, yoki aksincha, bemorni holdan toydirishi mumkin.

BA klinik manzarasida bu kasallikning **yo'tal varianti** borligini ham esda tutish kerak. BA ning bu shaklida tipik bo'g'ilish xuruji klinikasi bo'lmaydi, o'pka auskultatsiyasida esa quruq xirillashlar yoki kam fizikal o'zgarishlar topiladi. Birdan-bir xos belgi- bu bo'g'ilishli yo'tal bo'lib, u ko'pincha kechasi bemorni bezovta kiladi. Yo'tal xuruji paytida bemorda bosh aylanishi, terlash, yuz sianozi bo'lishi

mumkin. Yoʻtal xuruji tashxisi uchun BA ning nafas chiqarish shiddatini monitoring qilish tavsiya etiladi va bunda kechurun bronxodilatatorlarni profilaktik kabul qilish musbat natijani berishini inobatga olish kerak.

Bronxial astmaning diagnostikasi.

Laborator oʻzgarishlar. Qonning umumiy tahlil (UQT) – eoznofiliya, ECHTning biroz oshishi (infeksiyaga qaram turida). Umumiy balgʻam – eozinofillar koʻpligi, SHarko-Leyden kristallari (romb va oktaedr shaklidagi- eozinofillar parchalanishi tufayli paydo boʻluvchi krisstallar), Kurshman spirallari -shaffof shillikdan tashkil topgan mayda bronxlar shaklidagi spirallar), “Kreol tanachalari” – dumaloq, epitelial hujayralardan tashkil topgan birikmalar. Qonni bioximik tekshirish:– alfa2- va gamma-globulinlarning, sial kislotaning, seromukoidning, fibrinning, gaptoglobulinning va b. ning kupayishi. Immunologik tahlil – qonda immunoglobulinlarning, T-supressorlarning, IgE ning miqdorining oshishi. (atopik astmada)

Arterial qondagi gaz miqdorini baholash. Ogʻir bronxial obstruksiya (TNCH1 – berilgan hajmdan 30-40%, PNT< 100 l/min) giperkapniya, oʻrta darajadagi bronxoobstruksiya esa gipoksemiya va gipokapniya aniklanadi. BA ning ogʻir kechishida ventilyasion-perfuzion oʻzgarishlar tufayli arterial gipoksemiya kuzatiladi.

Oʻpkani rentgenologik tekshirish qandaydir xos oʻzgarishlarni topmaydi. BA xurujida oʻpka emfizemasi belgilari aniqlanadi: oʻpka shaffofligining oshishi, qovurgʻalarning gorizontall joylashishi, qovurgʻalar orasining kengayishi, diafragmani past joylashishi.

Elektrokardiografiya. BA xurujida oʻng boʻlmachaga kuchli zoʻriqish belgilari aniqlanadi: baland, oʻtkirlashgan R tishcha II, III, aVF, V1, V2 da aniqlanadi, yurakning ellektr oʻqi vertikal, koʻkrak tarmoqlarida chuqur S tishcha shaklida paydo boʻladi. Xurujning toʻxtashi bilan koʻrsatilgan EKG oʻzgarishlar yoʻqoladi. Oʻpka yuragi rivojlansa oʻng qorincha gipertrofiyasi EKG-belgilari paydo buladi.

Bronxoskopiya kiyosiy tashxis axamiyatiga ega, masalan bronxo-pulmonal tizimidagi oʻsmalar bilan.

Allergolik statusni baholash. BA ning remissiya fazasida oʻtkaziladi va bunda har xil allergenlar majmuasi qoʻllaniladi. Eng koʻproq teri sinamalari (applikatsion, skarifikatsion, teriichra allergenlar bilan oʻtkaziluvchi sinamalar) qoʻllanilad

Tashqi nafas olish funksiyasini instrumental tekshirish.

Spiroografiya – nafas olish vaqtida oʻpka hajmining grafik ravishda tasvirlanishi. BA ning spirografik belgilari:

o'pkaning tezlashtirilgan hayotiy hajmining (O'TXX) va TNCH1 ning sustlashishi. Bunda TNCH1 eng sezuvchan kursatkich bulib, bronxial obstruksiya darajasini kursatadi;

Tiffno indeksining pasayishi (TNCH1/O'TXX), asosan 75% dan kamroq
Pnevmatografiya – ikkikoordinatali sistemada “oqim-hajm” tizimini aniklash – havo oqimining ekspirator tezligini O'TXX 25-75% li nuqtasida, ya'ni nafas chiqarishning o'rtasida aniqlash. Bu uslub erdamida pik xajm tezligini (PXT), UTXX ning 25%, 50%, 75% li nuktalarida maksimal xajm tezligini (MXT₂₅, MXT₅₀, MXT₇₅) va urtacha xajm tezligini (25-75%) aniklash mumkin.

Pikfloumetriya – havoning maksimal hajm tezligini to'la nafas olgandan so'ng tezlashtirilgan nafas chiqarishda (nafas chikarish tezligi)

o'lchash uslubi. Pikfloumetriya kuniga bir necha marta va bronxodilatatorlar qabulidan oldin va keyin o'tkaziladi. PNT ni albatta ertalab, keyin 10-12 soatdan so'ng o'tkazish kerak. Pikfloumetriya dastlab vrach kabulida kilinadi, keyin esa bemorning o'zi o'tkazishi mumkin.

BA da PNT quyidagicha o'zgaradi:

- qisqa ta'sir etuvchi betta -2 – stimulyatorning kabulidan 15-20 minutdan so'ng PNT ning 15% ga oshishi.
- bronxolitiklar qabul qiluvchi bemorlarda PNT 20% va undan ko'prokqa sutkada tebranadi, bronxolitiklar qabul qilmaydigan bemorlarda esa – 10% ga.
- PNT ning sutkalik tebranishi quyidagi formula orqali aniqlanadi:

$$\text{PNT ning sutkalik tebranishi \%} = \frac{\text{PNTmaksimal} - \text{PNTminimal}}{\text{PNT o'rtacha}} \times 100\%$$

- jismoniy zo'rikishdan yoki boshka triggerlar ta'siridan so'ng PNT ning 15% ga kamayishi.

Bronxial astmaning diagnostik mezonlari:

1. Nafas chiqarishning qiyinligi bilan kechuvchi bo'g'ilish xuruji va u o'pkada quruq hushtaksimon xirillashlar (hatto bu xirillashlar masofadan ham eshitiladi) kechadi.
2. Bronxial astmaning xurujiga ekvivalent ravishda tunda xurujsimon yo'tal, u bemorning uyqusini buzadi, nafas chiqarishning qiyinligi yoki ko'krak qafasida siqilish hissi, hansirash va hushtaksimon xirillashlarning yilning ma'lum paytida ma'lum bir antigenlar bilan to'qnashilganda yoki fizik zo'riqishdan so'ng bezovta qilishi;
3. Tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlari (NCHH, Tiffno indeksi, nafas chiqarish hajmining maksimal nuqtasi va h,) natijalariga ko'ra nafas etishmovchiligining obstruktiv tipini aniqlash;
4. Tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlarining bronxodilatatorlar qabul qilgandan so'ng oshishi va nafas chiqarishning engillashuvi;
5. Havoda bronxial astmaning biologik markeri- azot oksidi (NO) ning ko'pligi.

Bronxial astmaning G.B. Fedoseev (1996) bo'yicha klinik-patogenetik variantlarining diagnostik mezonlari

1. Atopik shaklli BA ning diagnostik mezonlari:

1. Allergologik anamnez. Irsiy moyillik. Allergik konstitutsiya: bemorda allergik kasalliklarning "diatez, allergik renit, eshak emi, Kvinke shishi, changa, oziq-ovqatlarga nisbatan allergiya" yoshlikdan aniqlanishi. Kasbiy omillarga nisbatan allergiyaning mavjudligi.
2. Nisbatan yosh (30 yoshgacha 75-80% xolda)
3. Ma'lum allergen bilan o'zkazilgan teri sinamasi musbat.
4. Tezlashtiruvchi (nazal, kon'yunktival, ingalatsion) sinamalar musbat (ko'rsatmaga binoan).
5. Oziq-ovqatga nisbatan allergenni kundalik yuritish orqali aniqlash
6. Laborator mezonlar: qonda IgE, ning oshishi, qon va balg'amda eozinofillar oshishi, SHelli sinamasi (bazofilli sinama) musbat. Limfotsitlarning adrenalina nisbatan glikogenoliz holatining oshishi.

2. Infekcion qaram shaklli BA diagnostik mezonlari:

1. Bemorni klinik tekshirish: shikoyatlari, anamnez, ob'ektiv ma'lumotlar, bronxial astmaning respirator infeksiya, o'tkir bronxit, gripp, pnevmoniya, surunkali bronxit bilan bog'liqligi.
2. UQT: leykotsitoz, ECHT ning oshishi.
3. Qonni bioximik tekshirish: SRO ning paydo bo'lishi, sial kislota, α_2 , γ -globulinlar, seromukoid, gaptoglobulinlarning oshishi.
4. Umumiy balg'am taxlili: shilliq - yiringli, surtmada netrofilli leykotsitlarning topilishi.
5. O'pkaning 3 ta proeksiyasida rentgenogrammasi, ko'rsatmaga binoan bronxografiya, tomografiya, gaymor bo'shliqlari rentgenografiyasida infiltrat soyalar, o'choqli yoki diffuz pnevmoskleroz belgilari, gaymor bo'shliqlari qorong'lashuvi topiladi.
6. Fibrobronxoskopiyada bronxlarda yallig'lanish belgilari topiladi.
7. Bakteriyalarga nisbatan teri ichiga qo'yilgan sinamalar musbat.
8. Balg'amni mikologik tekshiruv. Candida simon zamburug'lar topiladi.
9. Virusologik tekshiruvlar: immunoflyuorensiyada virusga nisbatan antigenlar topilishi.
10. Otorinolarinolog, stomatologlar ko'rigi (yuqori nafas yo'llari, burun xalqum va og'iz bo'shlig'i infeksiyon o'choqlarini topish maqsadida).

3. Autoimmun shaklli BA ning diagnostik mezonlari:

1. Kasallikning og‘ir, uzluksiz kechishi.
2. Autolimfotsitlar bilan teri ichiga o‘tkazilgan sinamaning musbatligi.
3. Qonda nordon fosfotazaning yuqoriligi.
4. Fitogemagglyutinini bilan o‘tkazilgan reaksiyaning musbatligi.
5. Qonda komplement miqdorining kamayishi va o‘pka to‘qimasiga nisbatan antitela va immun birikmalarining topilishi.
6. Glyukortikoid terakiyadan asoratlarning nog‘ironlikka olib kelishi mavjudligi.

Allergik (atopik) va infeksiyaga qaram BA ni qiyosiy taqqoslash.

Belgilar	Atopik BA	Infeksiyaga qaram BA
Oilada allergik kasalliklar mavjudligi	Tez-tez uchraydi	Kam (BA dan tashqari)
Anamnezida atopik anamnez	Tez-tez	Kam
Ma’lum bir allergen bilan xurujning bog‘liqligi	Xos	Xos emas
Astmaning boshlanishi bronxopulmonal tizim yoki burun-halqum infeksiyasi bilan bog‘liq	Xos emas	Xos
Burun patologiyasi	Allergik rinosinuit infeksiya belgilarisiz	Allergik rinosinuit, polipoz, infeksiya belgilari
Bronxo‘pkada infeksiyon jarayon	Xos emas	Asosan surunkali bronxit, pnevmoniya.
Xurujning xususiyati	O‘tkir boshlanib, tez rivojlanishi, xurujning davomiyligi kam, asosan engil xurujlar.	Sekin-asta boshlanib, xuruj ko‘p vaqt davom etadi, asosae, og‘ir persiistirlanuvchi kechish.
Qon va balg‘amda eozinofiliyaning mavjudligi	Kam ifodalangan (eozinofilov soni qonda 10-12% dan oshiq emas)	Ko‘proq (eozinofillar soni qonda 20% gacha).
Balg‘amda neytrofil leykotsitlarning topilishi	Kamroq	Ko‘proq.
Qonda IgE miqdori	Oshgan	Normada.

Infeksion allergenlar bilan terida sinamalar	Musbat	Manfiy
Fizik zo‘riqishli test	Asosan manfiy	Asosan musbat.
Eliminatsion terapiyadan samaradorlik	Samarali	Eliminatsion terapiyani o‘tkazishning iloji yo‘q.
Asoratlari (enfizema, pnevmoskleroz, surunkali o‘pka va yurak etishmovchiligi)ning rivojlanishi	Asoratlari kech rivojlanadi.	Asoratlari erta rivojlanadi.
β_2 adrenostimulyatorlar bilan davolash	Juda samarador	Kam samarali
Xolinolitiklar bilan davolash	Kam samarador	Samarali
Intal bilan davolash	Samarali	Samaradorlik juda kam
Antibakterial terapiya	Samarali emas	Bronxo –pulmonal yallig‘lanishni davolash BAning kechishini yaxshilaydi.
Oqibati	Bir muncha xavfsizroq.	Ko‘proq xavfliroq

4. Adrenergetik disbalansli BA ning diagnostik mezonlari:

1. Bemorni klinik kuzatish – adrenergik disbalansning shakllanishga olib keluvchi omillarni simpatomimetiklarni suiste‘mol qilish, virusli infeksiya, gipoksemiya, atsidoz, stress tufayli endogenli giperkatexolaminemiya, astmatik status holatiga BA xurujining o‘tishi
2. Simpatomimetiklarning paradoksal ta‘siri – ularni qo‘llaganda bronxospazmning kuchayishi.
3. Laborator diagnostika:
 - A) TNF i da selektiv β_2 adrenomimetiklar ingalyasiyasi qabul qilishgacha va qabul qilgandan so‘ng ham O‘QSK kamayishi
 - B) adrenalning nisbatan giperglikemik javob reaksiyasining kamayishi
 - V) adrenal yuborilgandan so‘ng, eozinofillar sonining kamayishi.
 - G) limfotsitlar glikogenolizm.

5. BA ning nerv – psixik shaklining diagnostik mezonlari:

1. Premorbid davrida nerv-psixik buzilishlarni aniqlash, anamnezda ruhiy stress, bosh miya jarohatlari, oilada va ishda konflikt holatlarning mavjudligi, yatrogen ta‘sirlar, diensefal buzilishlar mavjudligi.
2. Psixoterapevt ko‘rigida isteroidsimon, nevraatenoidsimon, psixoistenoidsimon mexanizmlarning aniqlanishi.

6. Xolinergik shaklli BA ning diagnostik mezonlari:

1. Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi yirik va o'rta kalibrli bronxlarda ro'y beradi.
2. Bronxoreya
3. Ingalyasion xolinolitiklardan samaradorlik yuqori.
4. Vagotoniyaning boshqa xil ko'rinishlari, ya'ni, yara kasalligi, bradikardiya, gipotenziya, teri rangparligi, kaft ko'p terlashi mavjudligi.
5. Laborator belgilar: atsetilxolinning qonda yuqoriligi, xolinesterazaning qon zardobida kamayishi
6. Pulsametriyaza parasimpatik nerv-sistemi tonusining ustunligi belgilari.

7. Glyukokortikoid etishmovchilik shaklli BA ning diagnostik mezonlari:

1. Bemorni klinik kuzatish orqali glyukokortikoid etishmovchilik belgilarini, ya'ni: glyukokortikoid qaramlik, terida pigmentatsiya, arterial gipotenziya, astmatik status holatiga prednizoloni to'xtatganda yoki dozasini kamaytirganda tushib qolishni aniqlash.
2. Qonda kortizol, 11 OKS ning, siydikda 17 OKS larning kamayishi.

8. Dizovarial shaklli BA ning diagnostik mezonlari:

1. Menstuatsiyadan oldin va menstruatsiya vaqti, homiladorlik, klimakterik davrlarda bemor holatining yomonlashuvi.
2. Qin surtmasini tekshirish: progesteron miqdorining kamayishi (anovulyasiya yoki 2-faza etishmovchiligi)
3. Bazal temperaturaning menstrual siklning 2-davrida pasayishi
4. Radioimmunologik tekshiruvlarda: qon plazmasida esterogenlarning oshishi 2-fazada topilishi.

9. "Aspirinli astma" ning diagnostik mezonlari:

1. Bo'g'ilish xurujining aspirin yoki boshqa NYAQP lar qabul qilish bilan saqlovchi moddalar shuningdek, o'zida salitsilatlar va sariq rang beruvchi tartrazin moddasini qabul qilish bilan bog'liqlik.
2. Bo'g'imli xurujining xususiyatlari: bo'g'ilish xuruji aspirin qabul qilgandan so'ng, bir soat o'tgach boshlanib, tumov, ko'z yoshi ajralish, giperemiya bilan kechadi. Xuruj paytida ko'ngil aynish, qayt qilish, gipersalivatsiya, epigastral sohada og'riq bo'lib, A/B pasayadi. Vaqt o'tish bilan bronxial astma o'ziga xoslikka ega bo'ladi: mavsumiylik yo'qoladi, astma belgilari, bemorni doimo bezovta qiladi, xurujlararo davrda ko'krak qafasida "bosib qolish hissi", bronxodilatatsion terapiya kam samarali, asta-sekinlik bilan BA avj ola boradi.
3. Astmatik triada quyidagilarni o'z ichga oladi:
 1. aspirinli astma avj olib borish

2. aspirin va boshqa NYAQP larni koʻtara olmaslik
3. Rinosinusit va retsdivlanuvchi burun polipozi (rentgenda rinosinusopatiya aniqlanadi).
4. Qonda prostaglandinlarning turli guruhlarining indometatsin qabul qilgandan soʻng oshishi ($R_g F_2$) oshadi, $P_g E_1$ kamayadi.
5. Atsitol kislotali tezlashtiruvchi sinama musbat, yaʼni, bemorga atsitol kislota quyidagi dozada beriladi:
 - 1-kun 10 mg
 - 2-kun 20 mg
 - 3-kun 40 mg
 - 4-kun 80 mg
 - 5-kun 160 mg
 - 6-kun 320 mg
 - 7-kun 640 mg

30, 60, 120 minutdan soʻng, bemorni obʼektiv koʻrib, oʻpka auskultatsiya oʻtkazilib, NCHX aniqlanadi. Sinama quyidagi belgilar paydo boʻlsa, musbat boʻladi: boʻgʻilish xurujini sezish, burundan nafas olishning qiyinligi, rinoreya, koʻzdan yosh oqishi NCHX ning dastlabgisiga nisbatan 15% ga kamayishi.

Bronxlar reaktivligining birlamchi oʻzgarganligi diagnostik mezonlari:

1. Bemorni klinik kuzatish – boʻgʻilish xurujining fizik zoʻriqishidan soʻng, sovuq yoki issiq havodan nafas olgandan keyin, ob-havoning oʻzgarishida oʻtkir xidlar va tamaki tutunidan nafas olgandan soʻng yuzaga kelishi mumkin.
2. Spirografiya va pikfluometriya koʻrsatkichlarining sovuq havodan nafas olgandan soʻng va atsetilxolinli, obzidanli sinamalaridan soʻng pasayishi. (Bronxlar reaktivligining oʻzgarishi)
3. Atsetilxolinli test sinamasining musbatligi (V.I.Рыский va xammual., 1999).
Tekshirishdan oldin atsetilxolinning 0.001%; 0.01%; 0.1%; 0.5%; va 1% konsentratsiyali ertimalarini tayyorlanadi, TNF va Tiffno indeksi aniqlanadi. Soʻngra aerozolli ingalyator orqali atsetilxolinning eng kuchli (0.001%) eritmasidan 3 daqiqa davomida nafas olinadi. (Agar 3 daqiqadan oldin yoʻtal paydo boʻlsa, ingalyasiya toʻxtatiladi). 15 daqiqadan soʻng bemor axvoli baholanadi, oʻpka auskultatsiyasi oʻtkazilib, KNFCHX₁ (kuchli nafas chiqarish xajm tezligi va Tiffno indeksi aniqlanadi). Agar klinik va instrumental tekshiruvlarda bronxlarning oʻtkazuvchanligi buzilishi aniqlanmasa, tekshirishni keyingi konsentratsiyali eritma bilan takrorlanadi.

Sinama Tiffno indeksi 20 va undan ortiq foizga pasaysa, musbat hioblanadi. Ba'zi hollarda bronxlarning giperreaktivligini aniqlash uchun ingalyasion gistaminli sinama o'tkaziladi. Bunda gistaminning $< 8 \text{ mg/ml}$ konsentratsiyasi KNFCHX₁ ni $< 20\%$ ga olib kelsa, bronxlar giperreaktivligimavjud hisoblanadi.

Qiyosiy tashxis.

Obstruktiv bronxit. Bu patologiyali bemorlarda hansirash va nafas olish kiyinlashishi belgilari borligi xos va bu o'zgarishlar doimiy bhladi, ya'ni xurujsimon emas, lekin jismoniy zo'rikishdan keyin kuchayadi. Balg'am ko'chishi bemorga engillashish hissini keltirmaydi (BA da esa balg'am kuchishida bemor o'zini engil his eta boshlaydi). Remissiya davrida obstruktiv bronxitli bemorlarda obstruksiya orqaga qaytmaydi, buni tashqi nafas olish ko'rsatkichlarini aniqlash ham isbotlaydi. Bundan tashkari bunday bemorlarda qonda va balg'amda eozinofiliya topilmaydi.

Traxeya va bronxlar ekspiritor stenozi og'ir, xurujsimon, bitonal yo'tal va nafas chikarish kiyinlashishi bilan kechadi. BA dan farkli o'larok bu patologiyali bemorlarda tipik bo'g'ilish xurujlari yuk va kasallik klinikasida auskultativ belgilar yo'k, ya'ni quruq hushtaksimon xirillashlar o'pka ustida eshitilmaydi. YAkuniy diagnoz fibroskopiya kursatkichlari asosida kuyiladi.

YUrak astmasiga aralash turdagi xansirash, notekis nafas, ko'piksimon pushti balg'am xos. O'pkaning pastki qismlarida jarangsiz, ho'l xirillashlar eshitiladi. YUrak astmasi klinik belgilari shu patologiyani chakirgan yurak-tomir sistemasi kasalliklari klinik belgilari bilan kechadi.

BA ni boshqa o'tkir respirator kasalliklar, halqum, traxeya va bronxlarning xar xil tashqi narsalar, poliplar, o'smalar bilan obstruksiyasi, uremik astma bilan xam kiesiy tashxis utkazish zarur.

Bronxial astmani davolash

Bronxial astmani davolash etiologik omillarni xisobga olgan xolda quyidagilarni:

1. BA xuruji davrida davolash; astmatik status holatida jadal davolashni.

2. Qo'zgalish davrida davolashni o'z ichiga oladi.

3. Remissiya davrida davolashni o'z ichiga oladi.

BA ni davolash bemorni individual xususiyatlariga qarab olib borilishi lozim va quyidagilarni o'z ichiga oladi:

-eliminatsion muolajalar (allergen yoki potensial allergenlar, nospetsifik qo'zg'atuvchilar bilan kontaktni yo'qotish);

-medikamentoz terapiya (patogentik va sipmtomatik);

-nomedikamentoz terapiya (naturoterapiya).

BA davolashda qo'llaniladigan asosiy medikamentoz preparatlar guruhiga quyidagilar kiradi:

YAllig'lanishga qarshi preparatlar:

Natriy kromoglikat (intal)

Natriya nedokromil (tayed)

Ditek

Glyukokortikoidlar (asosan maxalliy - ingalyasiya sifatida, hamda ichiga eki parenteral).

Bronxodilatatorlar:

1. Aderenergik retseptorlar stimulyatorlari:

a) alfa- i betta 1,2 - aderenergik retseptorlar stimulyatorlari (adrenalin, noradrenalin)

b) betta-2- va betta-1-aderenergik retseptorlar stimulyatorlari (izadrin, novodrin, euspiran)

v) selektiv betta2-adrenostimulyatorlari :

-kiska ta'sir etuvchi – salbutamol, terbutalin, salmefamol, ipradol

-uzok ta'sir etuvchi – salmeterol, formeterol

2. Antixolenergik preparatlar:

a) ipratropium bromid (atrovent)

b) berodual

v) troventol

Metilksantinlar:

a) eufillin

b) teofillin

Patogenetik terapiya kasallikning kechishi, og'irlik darajasi va klinik-patogenetik shakllarini hisobga olgan holda tavsiya etiladi va o'z ichiga glyukokortikoidlar, membranani barqaror etuvchilar, bronxolitiklarni qo'llashni oladi.

Membranani barqaror etuvchilarga natriy kromoglikat-intal, ketotifen va boshqalar kiradi va ular BA ning atopik shaklida va o'rta va og'ir kechishda qo'llaniladi.

Glyukokortikoidlar yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega bo'lib, ularga : beklometazona dipropionat (beklomet, bekotid, beklkort, aldetsin), ingakort, fliksotid (prolong ta'sirli ingalyasion GKS) kiradi. Ingalyasion GKSlarni bronxolitiklar bilan birgalikda qo'llash mumkin.. Bronxolitik preparatlarga qisqa ta'sirli beta 2 adrenomimetiki: fenoterol, albuterol (salbutamol), terbutalin, klinbuterol, geksaprenalin; uzoq ta'sirli: salmeterol i forioterol; xolinolitiklardan: ipratropiuma bromid (atrovent) i oksitropiuma bromid kiradi.

Kombinatsiyalangan preparatlarga: berodual (duovent), ditek, intal-polyus, kombipek, bronxolitik preparatlarga teofillinnin hosilalari: eufillin (aminofilin), teopek, teobilong, retafil, teotart, teodur kiradi.

Antigistamin preparatlardan 2 avlod preparatlari: terfenadin, astemizol, akrivastin, loratidin, (klaritin), setirizin kirib, ularning sedativ ta'siri yo'q, terapevtik samarasi tezroq, ularni uzoq qo'llaganda ham o'rganib qolish yo'q.

Antibiotiklar BA.ni davolashda qo'llanilmaydi. Ular faqatgina Baning infeksiyaga qaram turida, bemorlarda o'tkir pnevmoniya, surunkali bronxit qo'zg'alganda, gormonga qaram turda esa yuqori nafas yo'llarining zamburug'li asoratlari yuzaga kelgandagina

qo'llaniladi. Asosan amaliyotda ftorxinolonlar, makrolidlar, linkomitsin, sefalosporinlar qo'llaniladi.

Bronxial astmani pog'onali davolash. .

1 pog'ona – engil epizodik kechish.

Bu pog'onada tashqi tezlashtiruvchi omillarni aniqlab, ularni bartaraf etish yaxshi samara berishi mumkin. Kam samaradolikda esa qisqa ta'sirli adrenomimetiklar yoki intalni fizik zo'rifishdan yoki allergen bilan to'qnashishdan oldin qo'llash mumkin. Bu kechishida *uzok yalliglanishga karshi* davolash kulanilmaydi. Betta-2-stimulyatorlar va intalning jismoniy zo'riqishdan oldin eki allergen bilan kontakt oldidan profilaktik ingalyasiyasi. Kiska ta'sir etuvchi ingalyasion bronxodilatatorlarni jismoniy zo'riqishdan eki allergen bilan kontankt olididan *profilaktik* qo'llash obariladi. Kiska ta'sir etuvchi bronxodilatatorlar (ingalyasion) BA belgilarini nazorat kilish uchun xaftasiga 1 marta qo'llaniladi.

Selektiv betta-2-adrenostimulyatorlar bronxlar dilatatsiyani chakiradi, mukotsiliar klirensni yaxshilaydi, semiz xujayralar va bazofillar degranulyasiyasini tuxtadi, neytrofillardan lizosomal fermentlar chikishini kamaytiradi. Celektiv betta-2-stimulyatorlarga kuyidagilar kiradi: kiska ta'sir etuvchi – salbutamol (100 mkg x 4 marta kuniga), terbutalin (250 mkg x 3-4 marta kuniga), salmefamol (200-400 mkg x marta kunig, ipradol (200-400 mkg x 3-4 marta kuniga), uzok ta'sir etuvchi – salmeterol (po 50 mkg x 2 marta kuniga), formeterol (12-24 mkg x 2 marta kuniga), nisbatan selektiv ta'sirga ega preparatlar – fenoterol (berotek) (200 mkg x 3-4 mart marta kuniga), orsiprenolin sulfat (alupent, astmopent (0.75-1.50 mkg x 4 marta kuniga)).

Intal – nosteroid yalliglanishga karshi preparatlar guruxiga kiradi va asosiy ta'siri semiz xujayralar, eozinofillar, makrofaglar, trombositlar va boshka xujayralar membranasini stabillashtiradi. Ditek – kombinatsiyalashgan preparat bulib, dozali aerezol sifatida qo'llaniladi, betta-2-aderenostimulyator - berotek va intal kombinatsiyasidan tashkil topgan. Profilaktik, hamda BA xurujlarini tuxtatish uchun qo'llaniladi.

2 pog'ona - engil persistik kechish.

Ushbu pog'ona klinik belgilarning xuruj davrida mavjudligi va hamroh ravishda bemorda nafas yo'llarning yallig'lanishi borligini ifodalashishi tufayli bemorga ingalyasionnye yallig'lanishga qarshi (intal, natriy nedokromil), uzoq muddatga tavsiya etiladi. Bo'g'ilish xurujini qisqa ta'sirli beta 2 adrenomimetiklarni sutkasiga 3-4 martadan ko'p bo'lmagan holda tavsiya etiladi.

BA da xar kungi profilaktik ravishda dorilar kubul kilish tavsiya etiladi. Ingalyatorlarda profilaktik ravishda kuyidagilar qo'llaniladi:
-intal, tayled (4 mg x 3-4 marta kuniga) eki uzaytirilgan teofillin (teodur, teolang va b.).

-ingalyasion glyukokortikosteroidlar (GKS). Ular kuchli yalliglanishga karshi ta'sirga ega. GKS ning ikki avlodi ajratiladi: 1-chi avlod – beketid, beklomet, bekodisk i 2-chi avlod – budesonid, flunisolid (ingakort), fliksomid. BA ning bu boskichida xar kuni 200-500 mkg GKS nafas orkali yutish tavchiya etiladi, kerak bulsa 800 mkg GKS qo'llaniladi. Ingalyasion GKS kullanilganda ogiz kandidomikozi rivojlanishi xavfi mumkinligini e'tiborga olish zarur. Bu asorat profilaktikasi sifatida dozator-speyser qo'llaniladi, hamda preparat kabulidan so'ng ogizni chaykash tavsiya etiladi. - GKS dozasini ko'tarish kerak bo'lganda alternativ ravishda, ayniqsa kechasigi BA xuruji belgilarini nazorati uchun uzaytirilgan kechasiga bronxodilatatorlar kushish tavsiya etiladi: o'zaytirilgan betta-2-aderostimulyatorlar va uzaytirilgan teofillin. BA xurujini tuxtashish uchun – ingalyasion – betta-2-agonistlar kuniga 3-4 martadan kuprok kullanilishi kerak emas

-ingalyasionных xolinolitiklar xam qo'llash mumkin –ipratropium bromida (atrovent) (40 mkg x 3-4 marta kuniga)

3 pog'ona - o'rtacha og'irlikda kechish.

Ushbu pog'ona klinik belgilarning xuruj davrida kam va ifodalangan holda o'zgarishi, tungi bo'g'ilish xurujlarining sonining oshib borishi. funksional o'zgarishlarning labilligi bilan ifodalanadi. Davolashda ingalyasion GKS, intal, nedokromil natriy kuniga individual dozalarda, bronxodilyatatorlardan prolant ta'sirli va xolinolitiklar (katta yoshli kishilarda) qo'llaniladi. Bo'g'ilish xurujini qisqa ta'sirli beta 2 adrenomimetiklarni sutkasiga 3-4 martadan ko'p bo'lmagan holda tavsiya etiladi Xuruj cho'zilganda parenternalnogo vvedeniya bronxolitiklar samaradorlik kamroq bo'lganda esa , GKS lar doza va davolash ko'rsini individual ravishda belgilangan holda tavsiya etiladi

xavfi mumkinligini e'tiborga olish zarur. Bu asorat profilaktikasi sifatida dozator-speyser qo'llaniladi, hamda preparat qabulidan so'ng og'izni chayqash tavsiya etiladi. - GKS dozasini ko'tarish kerak bo'lganda alternativ ravishda, ayniqsa kechasigi BA xuruji belgilarini nazorati uchun uzaytirilgan kechasiga bronxodilatatorlar kushish tavsiya etiladi: uzaytirilgan betta-2-aderostimulyatorlar va uzaytirilgan teofillin. BA xurujini to'xtashish uchun – ingalyasion – betta-2-agonistlar kuniga 3-4 martadan ko'proqqo'llanilishi kerak emas

-ingalyasionных xolinolitiklar xam qo'llash mumkin –ipratropium bromida (atrovent) (40 mkg x 3-4 marta kuniga)

4 pog'ona - og'ir kechish

Ushbu pog'ona klinik belgilarning uzluksizligi tufayli bemorlarning fizik faolligini cheklab, hatto, nog'ironlikka olib kelish bilan xarakterlanadi.

Bu pog'onada terapiyada asosan GKSlar qo'llaniladi: ingalyasion GKSlar yuqori dozada (1000 mkgacha va undan ko'p) minimal, individual tanlangan sistemli GKS lar bilan birgalikda tavsiya etiladi. GKS larning dozasini turli prolant ta'sirli

bronxolitik preparatlarni qo'llash orqali kamaytiriladi. Qisqa bo'g'ilish xurujlari qisqa ta'sirli beta 2 adrenomimetiklarni sutkasiga 3-4 martadan ko'p bo'lmagan holda tavsiya etish orqali bartaraf etiladi.

Olib borilgan davolashning samaradorligi klinik belgilar, xurujlar soning kamayganligida, ob'ektiv tekshiruvlarning musbatligida, laborator va funksional tekshiruvlarning natijalarning normallashtirishida namoyon bo'ladi.

Pog'onali davolashda yuqoridagilarni hisobga olgan holda davolashda stabil ijobiy natijaga erishilganda, kasallikning kechishini nazorat qilish uchun kelgusida preparatlarni kamaytirish imkoniyati yuzaga kelishi **bir pog'ona pastga tushish** imkoniyatini tug'diradi.

Aksincha, kasallikni davolashda medikamentoz davolashni nazorat qilish imkoniyati qiyinlashganda, medikamentoz davoni kuchaytirish yuzaga keladigan bo'lsa, u holda **bir pog'ona yuqoriga** ko'tariladi.

Bronxolitik terapiya BA ning xamma boskichida qo'llaniladi kuyilagi preparatlarni uz ichiga oladi: metilksantinlar – eufillin (2.4% - 10.0 vena ichiga) eki teofillin i eufillin v tabletkada, asosan uzaytirilgan. 2) betta-2-adrenorestimulyatorlar va xolinolitiklar.

Kushimcha patogenetik va simptomatik terapiya:

-mukolitik preparatlar – ingalyasiya sifatida (atsetilsistein), tabletkada (mukaltin, lazolvan), termopsis, yodli preparatlar va b.

-antibakterial terapiya respirator sistema infeksiyasida.

-kalsiy antogonistlari (nifedipin, izoptin) BA va IBS birga kelganda.

-antigistamin preparatlari: dimedrol, tavegil, suprastin, klaritin, astemizol idr.

-leykotrien retseptorlari antogonistlari – zafirulakst.

-fizioterapevtik uslublar – ko'krak qafasi massaji, LFK, iglorefleksoterapiya.

-immunokorrektorlar – ribomunil, timalin, timoptin, immunomodulin.

-ekstrakorporal uslubli terapiya – plazmoferez, gemosorbsiya

-psixotrop terapiya – seduksen, relanium.

-yutalga karshi preparatlar – tusupreks, bromgeksin, libeksin.

Quyida bronxial astmani "Astmani davolash muaamolarining xalqaro loyihasi" ishlab chiqilgan uzoq muddatli davolashning sxemasi keltirilgan.

(Bronxial astmaning diagnostikasi va davolashning muammolariga bag'ishlangan xalqaro Konsensusda qilingan doklad bo'yicha Amerika allergologlari va immunologlari uyushmasining yig'ilishida bayon etilgan, 1992 yil mart)

**Bronxial
astmaning
pog'onasi**

**Uzoq muddatli davolashni nazorat
qilish va xurujning oldini olish
uchun**

Xuruj paytida

4 pogʻona
Persistirlanuvchi
BA, ogʻir
kechuvchi

Kuniga:
ingalyasion kortikosteroidlar
(bekotid/beklokort, fliksotid) 800-
1000 mkg/sut (1000 mkgdan oshiq
shifokor nazoratida)
shuningdek,
– b₂-agonistlar uzoq taʼsirga ega
(serevent/salmaterol) ingalyasion 50–
100 mkg sutkasiga 2 marta ayniqsa,
tungi belgilarda;
– va/yoki teofillinlar-SR (prolang
taʼsirli)
– va/yoki b₂-agonistlar per os
kortikosteroidlar individual dozada
uzoq vaqt per os

Qisqa taʼsirli ingalyasion
b₂-agonistlar (ventolin)
ogʻirlik drajasiga koʻra.
Lozim boʻlganda
ingalyasion
xolinolitiklarni qoʻllash
mumkin.

3 pogʻona
Persistirlanuvchi
BA, oʻrtacha
ogʻirlikda
kechuvchi

Kuniga:
Ingalyasion steroidlar 800-2000
mkg/sut (1000 mkg.dan oshiq
shifokor nazoratida)
shuningdek – prolang taʼsirli
bronxodilatatorlar (ayniqsa, tungi
belgilarda):
uzoq taʼsirli ingalyasion b₂-
agonistlar,
– yoki prolang taʼsirga ega
teofillinlar,
– yoki prolang taʼsirga ega b₂-
agonistlar per os

Qisqa taʼsirli ingalyasion
b₂-agonistlar ogʻirlik
drajasiga koʻra, ammo,
kuniga 3-4 martadan koʻp
emas.
Lozim boʻlganda
ingalyasion
xolinolitiklarni qoʻllash
mumkin.

2pogʻona
Persistirlanuvchi
BA, engil darajali

Kuniga yalligʻlanishga qarshi
ingalyasion preparatlarni qabul qilish:
dastlab – ingalyasion steroidlar 200-
500 mkg/sut yoki kromoglikat natriy,
lozim boʻlganda prolang taʼsirga ega
b-agonist (serevent) yoki teofillin-SR;
bilan, sutkalik dozani kerak boʻlganda
oshirish mumkin.
- ingalyasion steroidlarni sutkasiga
800 mkg gacha oshirish mumkin
- yoki (ayniqsa, tungi belgilarda):
quyidagi preparatlarni birgalikda

Qisqa taʼsirli ingalyasion
b₂-agonistlar ogʻirlik
drajasiga koʻra, ammo,
kuniga 3-4 martadan koʻp
emas.

qo‘llash mumkin: kortikosteroidlar+
+prolang bronxodilatatorlar: - b₂-
agonistlar ingalyasion 25-50 mkg 2
marta sutkasiga yoki per os yoki
teofillin-Sr
-yoki tungi belgilarda 3-pog‘onaga
o‘tish va o‘zoq ta’sirli
bronxodilatatorlarni qo‘llash

1 pog‘ona

Intermittirlovchi BA Doimiy davolashni talab etmaydi.

Ingalyasion qisqa ta’sirli
b₂-agonistlar belgilar
mavjud bo‘lganda (lozim
bo‘lganda), ammo,
haftasiga 1 martadan
oshiq emas.
Ingalyasion qisqa ta’sirli
b₂-agonistlar yoki
nedokromil (kromoglikat
natriy) fizik zo‘riqish
yoki antigen bilan
to‘qnashishdan oldin.

ASTMATIK STATUS

Bu bronxial astmaning asosiy va og‘ir, xavfli asoratlaridan biri.

Astmatik status (AS) – bu o‘rta va mayda kalibrli bronxlarning diffuz shishi, ekspirator kollapsi tufayli bronxlardan qiyinlik bilan ajraluvchi balg‘amning to‘planishi tufayli uzoq davom etuvchi bronxoobstruktiv sindromdir.

Astmatik status (AS) — bu BA ning og‘ir chuzilib ketgan xuruji bulib, nafas yuli obsruksiyasi tufayli utkir progressiyalanuvchi nafas olish etishmovchiligi bilan kechadi, va dorilarga rezitentlik rivojlanishi bilan xarakterlanadi (**V. S.**

Ilkunov, 1996).

Bu sindrom o‘tkir nafas etishmovchiligi bo‘lib, BA li bemorlarda nafas yo‘llarining obstruksiyasi tufayli yuzaga kelib, eufillin, selektiv beta-2 simpatomimetiklar terapiyasiga rezistentligi bilan xarakterlanadigan holatdir.

Etiologiyasi:

Quyidagilar AS ning kelib chiqishida rol o‘ynaydi.

1. Bronxlar va o‘pka tizimida bakterial, virusli yallig‘lanishli jarayonlar.
2. Muvaffaqiyatsiz boshlangan giposensibilizatsiya.
3. Haddan tashkari sedativ va uyqu keltiruvchi dorilarni qabul qilish.

4. Glyukokortikosteroidlarni uzoq vaqt qabul qilgach, olib tashlash («olib tashlash sindromi»).
5. Bronxlarning allergik va keyinchalik obstruksiyasiga sabab boʻluvchi dorilarni (salitsilatlar, analgin, antibiotiklar, vaksina va zardoblar) kabul qilish.
6. Simpatomimetiklarni suʼistemol qilish.

Astmatik status tasnifi: (G. B. Fedoseev, 1984 y., 1988 y., A. G. Chuchalin, 1985 y., T. A. Sorokina, 1987 y.)

I. Patogenetik variantlari:

1. Sekin rivojlanuvchi status.
2. Anafilaktik astmatik status.
3. Anafilaktoidli astmatik status.

II. Bosqichlari farqlanadi

Birinchisi — nisbiy kompensatsiya.

Ikkinchisi — dekompensatsiya yoki “soqov oʻpka” bosqichi.

Uchinchisi — gipoksik giperkapnik koma.

Patogenezi:

Patogenetik xususiyatiga kura astmatik statusning 3 ta varianti rivojlanishida quyidagilar rol oʻynaydi bu variantlar bir-biridan oʻziga xos klinik belgilari bilan farq qiladi :

Asta-sekin rivojlanuvchi AS asosida quyidagilar rol uynaydi, yaʼni:

1. Beta -2 adrenoretseptorlarning qamali.
2. Bronxlarning spazmini chakiruvchi alfa-adrenoretseptorlarning ustunligi.
3. Glyukokortikosteroidlarning ifodalangan etishmovchiligi, bu esa oʻz navbatida beta-2 adrenoretseptorlarning qamalini chuqurlashtiradi.
4. Bronxlarning yalligʻlanishli va allergik obstruksiyasi.
5. Yoʻtal refleksining bartaraf etilishi.
6. Bronxlarda xolinergik taʼsirlarning ustunligi.

Anafilaktik status (tezkor tipli). Asosida giperergik anafilaktik reaksiya hosil bulib, yalligʻlanishning allergik mediatorlari ajralib, bu esa oʻz navbatida allergen bilan toʻqnashilganda, yot oqsilga nisbatan sezuvchanlikning oshishi (anafilaksiya) yuzaga kelib, bronxlarning total spazmiga sabab boʻladi.

Anafilaktoidli astmatik status. Asosida nafas yoʻllarining mexanik, fizik, kimyoviy (sovuq havo, oʻtkir hidlar va b.) taʼsirlari tufayli retseptorlarning taʼsirlanishiga bronxlar reflektor spazm bilan javob beradi. Ikkinchi turini xam tez rivojlanuvchi reaksiyalar turiga kiritish mumkin, lekin anafilaktik AS dan farkli ularok bu jaroaen immunologik mexanizmga ega emas.

YUkorida keltirilgan patogenetik mexanizmlardan tashkari AS ning xamma shakllariga xos umumiy mexanizmlar bor. Bronxial obstruksiya tufayli o'pkaning yakuniy xajmi oshadi, rezerv nafas yutish va chikarish kamayadi, natijada utkir emfizema rivojlanadi, konning yurakga venoz kaytish mexanizmi buziladi, ung korincha xaydash xajmi sustlashadi. Ko'krak qafasi va alveolyar bosim kutarilishi o'pka gipertenziyasi rivojlanishiga olib keladi. Konning venoz kaytishi, antidiuretik va aldosteronning kupayishi organizmda suyaklik ushlanib kolinishiga olib keladi. Bundan tashkari, baland ko'krakichra bosim limfani ko'krak limfatik tomir orkali venoz tarmokka kaytishini buzadi, bu esa gipoproteinemiya, onkotik bosimni konda kamayib ketishiga va interstitsial suyaklik mikdorini oshishiga olib keladi.

Astmatik statusning rivojlanishida kuyidagi 3 ta bosqich mavjud:

1- bosqich ventilyasion buzilishlarsiz yoki kompensatsiya boskichi.

Klinikasi chuzilgan BA xurujiga uxshaydi. Bir kunda bir necha bor bartaraf etib bo'lmaydigan bo'g'ilish xurujlari bulib, bemorlarning es-hushi joyida, yo'tal quruq xurujsimon bo'lib, balg'am juda qiyinlik bilan ajraladi. Ko'zga akrotsianoza, teri qatlamlarining namligi, taxipnoe 1 min. 40 tagacha, masofadan eshitiluvchi quruq, hushtaksimon xirillashlar, ortopnoe holati tashlanadi. Perkussiyada o'pkada qutisimon tovush (emfizema tufayli), auskultatsiyada vezikulyar nafas o'pkaning pastki bo'laklarida o'ta sustligi, quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

YUrak kon tomirlar tizimida- taxikardiya, aritmiya, A/B ning normadaliigi yoki oshganligi. Xazm kilish organlari tizimida – jigarning kattalashganligi, asab ruxiy sfera tizimida kuzgaluvchanlik, ba'zan alaxlash gallyusinatsiyalar aniklanadi.

Laborator tahlillar natijasi: UQT – politsitemiya, bioximik tekshirishda – alfa 2, gamma globulinlar, fibrinogen, seromukoid, sial kislotalarining oshganligi, konning gazli tarkibida kam ifodalangan arterial gipoksiya, normokapniyalor, EKG da – o'ng bo'lmacha, o'ng qorinchaning zo'rikishi aniqlanadi.

2.-bosqich o'sib boruvchi ventilyasion buzilishlar yoki dekompensatsiya («soqov o'pka») bosqichi.

Bemorlar ahvoli o'ta og'ir bo'lib, hansirash, o'pkada nafas olish yuzaki, ortopnoe holati, bo'yin venalari bo'rtgan, teri qatlamlari kulrang, nam, ba'zida qo'zgalishlarning befarklik bilan almashishi. Auskultatsiyada nafas shovkini eshitilmasligi («soqov o'pka») faqat ba'zi joylarida kam miqdorda xirillashlarning eshitilishi, A/B- ning pastligi, yurak tonlarining bo'g'iqligi, «ot dupuri» ning paydo bo'lishi aniqlanadi.

Laborator tahlillarda – ifodalangan arterial gipoksemiya (RaO₂, 50-60 mm sim.ust.) va giperkapniya (RaSO₂, 50-70 . va undan oshiq mm sim.ust.).

Qonning nordan-ishqoriy tengligi — respirator atsidoz, EKG da o'ng bo'lmacha va o'ng qorinchaning zo'riqishi.

3-bosqich gipoksemik, giperkapnik koma.

Bemorlar hushsiz, hushdan ketish oldidan qaltiroqlar tutib, diffuz ter koplangan, nafas olish yuzaki, auskultatsiyada vezikulyar nafas o'ta susaygan, puls ipsimon, A/B pasaygan, yurak tonlari bo'g'iq, «ot dupuri», ba'zida qorinchalar fibrillyasiyasi aniqlanadi.

Laborator tahlillar natijasi – ifodalangan og'ir arterial gipoksemiya (RaO, 40-55 mm sim.ust.) va juda yaqqol giperkapniya (RaSO, 80-90 mm sim.ust.).

Qonning nordan-ishqoriy tengligi — metabolik atsidoz. EKG da – o'ng bo'lmaxa va o'ng qorincha zo'riqishi.

Diagnostikasi:

Astmatik status diagnozini to'g'ri qo'yishda quyidagilar muhim rol o'ynaydi:

1. Anamnestik ma'lumotlar va bemorni organ-tizimlar buyicha tekshirish.
2. Umumiy qon tahlilida – politsitemiya, konning bioximik tekshiruvda alfa 2, gamma globulinlarning, fibrinogen, seromukoid, sial kislotasining oshishi.
3. EKG da o'ng bo'lmaxa va o'ng qorinchaning zo'riqish belgilari.

P. N. YUrenev va b. lar buyicha AS ning uchta boskichi kuyidagilar bilan xarakterlanadi:

Bu boskichlarga kura bemorlarning xolati, teri rangi, arterial bosim kursatkichlari, fizikal uzgarishlar natijasi, o'pka ekskursiyasining xarakatlari, yurak kiskarishlari soni, bemorning ruxiyatidagi uzgarishlar kay darajada o'zgarishi xisobga olinib, buni kuyidagi jadvalda ifodalash mumkin, ya'ni :

Belgilar	I - boskich	II - boskich	III- boskich
Xolati	Og'ir	O'ta og'ir	O'ta og'ir
Teri rangi	akrotsianoz	kulrang	
Taxipnoe	Ifodalangan	Ifodalangan	Tarqoq, diffuz sianoz
Quruq xirillashlar	Bor	Uta kamaygan	Oligoapnoe bilan
O'pka ekskursiyasi	Aniqlanadi	Bazur	
Arterial bosim	Oshishi mumkin	Gipotenziya	Yo'qolgan
YUrak qisqarishi	Taxikardiya	Taxikardiya yoki ipsimon	Aniqlanmaydi
Ruxiy sfera	Asteniya	Ifodalangan yoki noanik, es-xush	Gipotenziya, kollaps Ipsimon puls Es-hush yo'qolgan

Davolash:

Astmatik statusda bemorlarni zudlik bilan pulmonologik, reanimatsion bo'limlariga etkazish kerak. Davolashning samaradorligi davolashni qanchalik tez va to'g'ri boshlashda namoyon bo'ladi. Davolashning boshidayoq adrenomimetiklarni olib tashlash kerak.

Terapiyada quyidagilarni qo'llash lozim:

- 1.Oksigenoterapiya
- 2.Infuzion terapiya
- 3.Glyukokortikosteroidterapiya
- 4.Balg'amni suyultiruvchilar
- 5.Psixotrop vositalar
- 6.Degidratatsion terapiya
- 7.Kislota - ishqor muvozanatini tiklovchilar
- 8.Tromboembolik asoratlarning oldini olish
- 9.Antibiotikoterapiya ko'rsatmaga kura (penitsillin mumkin emas)

Asta – sekin rivojlanuvchi astmatik statusni davolash:.

- 1.Simpatomimetiklarni olib tashlash.

2. Glyukokortikosteroidterapiya vena ichiga tomchi shaklda, xar 3 soatda, prednizolonning sutkalik dozasi 300-400 mg. gacha, gidrokortizonning esa 1500 mg. gacha, shuningdek ularni per os xam tavsiya etiladi.
3. Bronxolitik sifatida eufillinni vena ichiga tomchi shaklda, sutkalik dozasi 1,5-2,0 gr.
4. Infuzion terapiya natriy xlorning izotonik, glyukoza ning 5% li, Ringer eritmasi sutkasiga 2,0-2,5 l gacha.
5. Kislota – ishqor muvozanatini tiklash maqsadida 4% li natriy gidrokarbonat eritmasi 200 ml. gacha va undan ko‘p.
6. Balg‘amni suyultirish maqsadida 3% li kaliy yodid eritmasi 30-60 ml. sutkasiga ichishga.
7. Oksigenoterapiya.
8. YUrak glikozidlari (kat‘iy kursatmaga kura).
9. Markaziy venoz bosimi oshganda vena ichiga laziks 20-40 mg.
10. Qon chiqarish 200-300 ml.
11. Simpatomimetiklarning toksik ta‘sirini bartaraf etish va A/B ni tushirish maqsadida vena ichiga 0,25% li 1,0 ml. droperidol.
12. Bronxlarni kengaytirish maqsadida ftorotanli narkoz.
13. Qonning reologik xususiyatini yaxshilash va tromboembolik asoratlarning oldini olish maqsadida reopolyuglyukin sutkasiga 400-800 ml.
14. Antibiotikoterapiya, ko‘rsatmaga ko‘ra
15. Davolash bronxoskopiyasi, yuqoridagilar natijasiz bo‘lganda.

**Astmatik statusning anafilaktoid va anafilaktoidsimon variantlarini davolash:
(tezkor terapiya).**

1. Zudlik bilan vena ichiga adrenomimetik vositalardan 0,1% li adrenalini eritmasi 0,3-0,5 ml. Bu tadbir bronxospazmni bronxlarning shishini, vazodilyatatsiyasini barataraf etib A/B ni oshiradi.
2. Bronxlarni kengaytirish maqsadida m/o ga 1% li 1-2 ml. pirroksan.
3. Antigistamin preparatlardan 2-3 ml., tavegil 1,0 ml., suprastin m/o ga.
4. Intensiv glyukokortikosteroidterapiya.
5. Xolinolitiklarni tavsiya etish vena ichiga yoki m/o ga 0,1% li 0,5-1,0 ml. atropin eritmasi.
6. Vena ichiga 2,4% li 10,0 ml. eufillin yuborish.
7. Ingalyasion ftorotanli narkoz.
8. O‘pkani sun‘iy ventilyasiya qilish.
9. O‘pkani bevosita massaj qilish.

Astmatik statusning bosqichlarini davolash:

I boskich. GKS: prednizolon po 60-90 mg xar 3-4 soatda vena ichiga tomchilab eki okimli, per os - 30-40 mg. Boshka metodikasi: vena ichiga tomchilab - GKS 250-300 mg xar 2 soatda. Sutkalik dozasini 2000 –3000 mg gacha kutarish tavsiya etiladi. Eufillin 10-15 ml- 2.4% eritmasi vena ichiga tomchilab. Infuzion terapiya – 5% glyukoza, reopoliglyugin, Ringer eritmasi va b. Kislorod ingalyasiyasi. Atsidoza korreksiyasi: 4%-100-200 ml soda. Balg'am kuchishini engillashtirish: lasolvan vena ichiga eki mushak ichiga 2-3 marta 15 mg dan. Tromboembolik asoratni kamaytirish uchun - geparin 20000 x sut. Simpatomimetiklarni vena ichiga yuborish: izadrin, alupent, ipradol, terbutalin. Neyroleptiklar –droperidol.

II boskich. 1.Bronxlarni yuvish yuli bilan davolash bronxoskopiyasini qo'llash. Xozirgi vaktida AS ning bu boskichida («sokov o'pka» va ifodalangan nafas etishmovchilig) bronxlar utkazuvchanligining tiklanishiga bu davolash tugri chora xisoblanadi.2.Glyukokortikoidlarning yukori dozasini qo'llash: Prednizolonning 60-90 mg. gacha dozasini xar 1,0-1,5 soatda yuborish. Agar 2-3 soat ichida bemorning axvoli yaxshilanmasa, prednizolonning dozasini 120-150 mg. gacha, bundan tashkari xar 4-6 soatda 125 mg. gidrokortizon yuboriladi. Bemorning axvoli davolashning boshidayok yaxshilansa, u xolda prednizolonning dozasi 60 mg. va keyinchalik esa xar 3 soat oralatib 30 mg. dan yuboriladi. Kislorod ingalyasiyasi. Infuzion terapiya. Eufillin vena ichiga. Endotraxeal intubatsiya. O'pka sun'iy ventilyasiyasi. Atsidoz korreksiyasi.

III boskich. Sun'iy o'pka ventilyasiyasi. Bronxoskopik sanatsiya (bronx sistemasini segmentlar bo'yicha lavaji). Glyukokortikoid terapiya (120 mg dan har soatda). Atsidoz korreksiyasi

BRONXIAL ASTMA

Bronxial astma – surunkali infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, nafas bug'ilishi va xurujli yo'tal bilan xarakterlanadi. Bronx silliq mushaklarining spazmi, shilliq gipersikretsiyasi va bronx devorining shishi fonida kechadi.

ETIOLOGIYASI

Bronxial astmaning allergik kasallik sifatida shakillanishi asosida antigen xususiyatiga ega bo'lgan turli ekzogen, endogen modda va birikmalarga nisbatan organizmning sensibilizatsiyasi yotadi.

I. Ekzoallerganlar

1. Noinfeksiyon

- Maishiy (uy va ko'chadagi changlar)

- Epidermal (xayvonlarning qazg‘og‘i)
 - Dori vositalari (atsetilsalitsilat kislata,sulfanilamid)
 - Zaxarli ximik moddalar
2. Infeksion
 - Bakterial
 - Virusli
 - Zamburug‘li

II. Endoallergenlar

1. Genetik fon
2. Atopiya
3. Bronx giperreaktivligi

Kasallikning rivojlanishiga sabab bo‘luvchi omillar:

1. chekish
2. iqlimning o‘zgarib turishi
3. noto‘g‘ri ovqatlanish
4. vitaminlar va mineral moddalar etishmovchiligi

PATOGENEZI

Xozirgi zamon patofiziologiyasi va immunologiyasi erishgan yutuqlari nuqtai-nazaridan allergiyaga, antigen xususiyatlariga ega bo‘lgan moddlarga nisbatan yuqori sezgirlik xolati sifatida qaralmoqda.

Allergik kasallikning kelib chiqishida asosiy zveno bo‘lib organizmga allergenning kirganidan so‘ng yuzaga keladigan gumoral (allergik) yoki hujayra antitelolarning (sensibillashgan limfotsit) sintezi xisoblanadi.

Bronxial astmaning patogenezida 3 ta bosqich farqlanadi.

1. Immunologik
2. Patoximik
3. Patofiziologik

Immunologik bosqichda antitelolarning birlamchi tushishiga javoban maxsus antitelolar reagenlar xosil bo‘ladi (bu Ig E).

Sensibilizatsiyaning moxiyati ham ana shu reagenlar hosil bo‘lishi va to‘planishidadir. Organizmga allergen qayta tushishi natijasida bazofillar va semiz xujayralarga fiksatsiyalashgan antitelolarni antigen bilan birikishi yuzaga keladi.

Patoximik bosqichda antigen+antitelo immun kompleksi ta’siri natijasida semiz xujayralar membranasi shikastlanadi, hamda biologik aktiv moddalarni (gistamin, seratonin, bradikinin) hosil qiluvchi va ajratuvchi ferment sistemalar aktivligi oshib ketadi.

Patofiziologik bosqichda allergik reaksiyalar mediatorlari va to‘liq proteoliz bo‘lmagan mahsulotlar, shuningdek, antigen+antitelo immun kompleksining nishon xujayralariga to‘g‘ridan-to‘g‘ri ta’siri bronxlar muskulaturasining spazmi, shilliq qavatining shishishiga, quyuvq va qiyin ajraladigan balg‘amning gipersekretsiyasiga

olib keladi. Bu esa o'pkaning ventilyasion funksiyasini buzadi va bug'ilish xuruji ko'rinishida klinika yuzaga chiqadi.

Bronxial astmaning u yoki bu turining yuzaga kelishi allergen bilan to'qnashganda yuzaga keladigan immun reaksiyaga bog'liq.

Allergen jarayonlarning asosida yotadigan immunologik faktorlarni xisobga olgan xolda P.G.Gell va R.R.Combs 1968 yil bolalarda astma patogenezining asosiy zvenosi hisoblanadigan xujayra shikastlanishlari xarakteriga qarab, allergik reaksiyalarni 4ta guruhga bo'ladi.

1. Anafilaksik yoki Atonik – bu allergenlarning ta'sirida yuzaga keladigan gumoral antitelo – reagenlar, ya'ni Ig E o'pka, teri, ingichka ichaklarda bazofillar va semiz hujayralarga fiksatsiyalanib oladi. Allergenlarning ikki malekula Ig E bilan birikishi antitelolarning allosterik modifikatsiyasi, membrana bilan bog'liq fermentlarning aktivlanishi yuzaga chiqib, ularning strukturaviy funksional xususiyatlarini o'zgartiradi va keyinchalik xujayralarning mediatorlarining ajralishiga olib keladi. Allergik reaksiyaning reagenta bog'liq bu turi bronxial astmaning noinfeksion-allergik (atonik) turi asosini tashkil etadi. Bu formaning patogenezida reagenlar ishtirok etishining isboti bo'lib, qon zardobida Ig E ning yuqori titri hisoblanadi.

2. Sitotoksik yoki sitolitik – bu xujayra membranasi bilan chambarchas bog'liq bo'lib, allergen bilan antitelolarning o'zaro ta'sirlanishidan yuzaga keladi. Bu turdagi allergik reaksiyalar Ig G, M, A sinfiga kiruvchi, immunoglobulinlar bilan birikkan allergik antitelolar va kompliment ishtirokida amalga oshadi. Sitotoksik reaksiyalarda xujayraviy strukturalarning alteratsiyasini yuzaga kelishi, kompliment va lizosomalarning gidrolitik fermentlari ta'sirida yuzaga keladi.

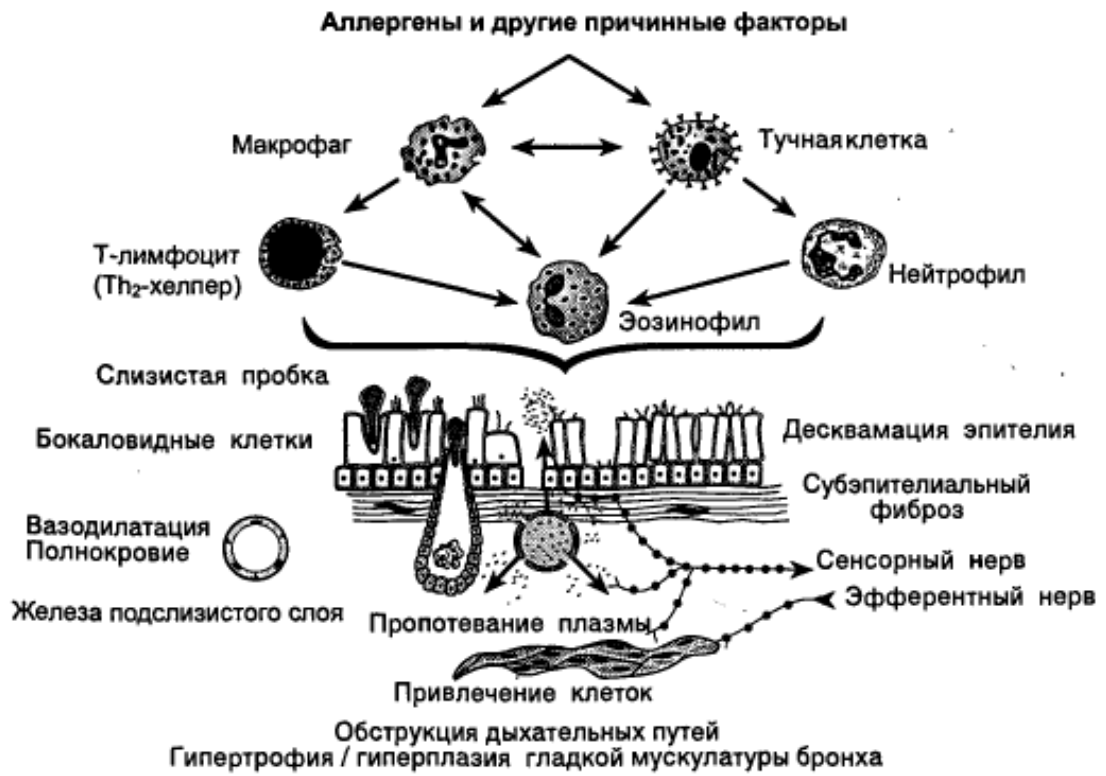
3. Konglomeratlarning hosil bo'lish fazasi – bunda qon-tomir o'zanida antigen va antitelo, Ig G sinfiga mansub immunoglobulinlarning hosil bo'lgan immun komplekslar kichik kalibirli qon tomirlarning xujayra membranasi o'tirib qoladi. Bu jarayon leykotsit va trombositlardan iborat bo'lgan, keyinchalik trombozlarga va xujayraviy shikastlanishlarga olib keluvchi konglomerantlar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi.

Bronxial astmaning infeksiyon-allergik formasida kasallik rivojlanishida sekin yuzaga chiqadigan yuqori sezgirlik muxim ahamiyatga ega.

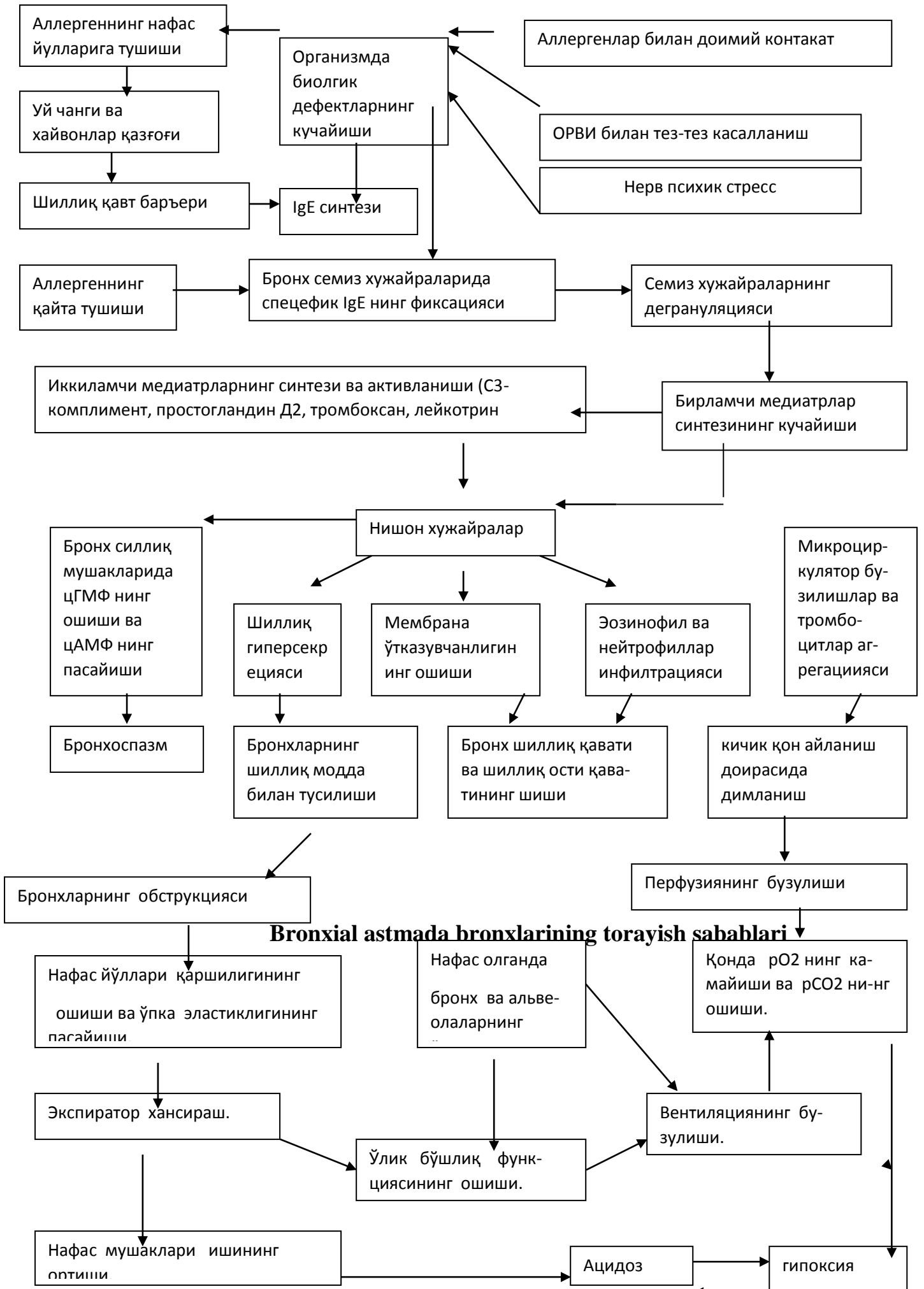
4. Spetsifik antigenlar bilan T-limfotsitlar to'qnash keladi, bular T-effektor limfotsitlar guruhiga kiradi. Ular o'z yuzalariga turli sinflarga mansub immunoglobulinlardan iborat retseptorlarga ega. Bu retseptorlar orqali limfotsitlar etiologik ahamiyatga ega bo'lgan allergenlar bilan o'zaro ta'sirlashadilar.

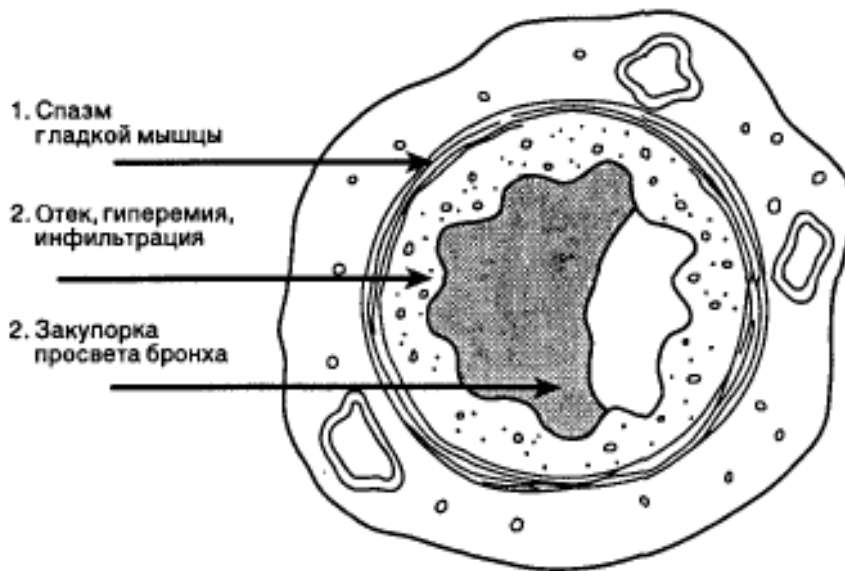
Antinatal va intranatal davrlarda o'tkazilgan gipoksiya bolalarda bronxial astmaning juda erta yuzaga chiqishi va og'irroq kechishiga olib keladi. Bolalarda bronxial astmaning infeksiyon-allergik va aralash formalarida o'tkazilgan pnevmoniya va obstruktiv bronxit bilan tez-tez kasallanib turishi bronxial astmaning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Bronxial astmada yalliglanish jarayonining sxematik tasviri



BRONXIAL ASTMA PATOGENEZINING SXEMASI





TASNIFI

I. Forma

1. Ekzogen (atopik)
2. Endogen (infeksion)

II. Bosqichlari

1. Intermitsiv faza
2. Saqlab turadigan persistiv engil astma
3. Saqlab turadigan persistiv o'рта og'ir astma
4. Saqlab turadigan persistiv og'ir astma

III. Qo'zish fazalari

1. Qo'zish
2. Pasayib boruvchi
3. Remissiya

IV. Asoratlari

1. O'pka atelektazi
2. Mediastinal va teri osti emfizemasi
3. O'pkali yurak
4. O'pka emfizemasi
5. Pnevmotoraks

KLINIKASI

Bronxial astmaning bolalarda kechishi 4 ta davrga bo'linadi

1. Xuruj oldi davri
2. Xuruj davri
3. Xurujdan keyingi davr
4. Xurujlar oraliq idagi davr

Xuruj oldi davri – bu davr bronxial astmada nafas yo'llarida rivojlanayotgan allergik reaksiyalarning boshlang'ich belgilarini aks ettiradi. Bola bezovta, injiq,

ishtaxasi pasaygan, tez charchaydi, uyquasi buzilgan, bularga qo‘shimcha allergik rinit (burun bitishi, qichishi, aksa urishning ko‘payishi, tomog‘ning qichishi, kechalari quruq yo‘tal) va dermatit bilan kuzatilishi mumkin. Xuruj oldi davrida bolalarni ob‘ektiv tekshirganda tomog‘ining qizarishi, murtaklarning shishganligi, burnidan shilimshiq modda ajralayotganligini, lablari quruqligini va ovozi bo‘g‘iqlashganini ko‘rish mumkin. Xuruj oldi davrining davomiyligi bir necha daqiqadan ikki-uch soatgacha davom etadi.

Xuruj davri - bu davrda bola majburiy holatni egallaydi (yarim o‘tirgan holatda, ko‘zlari chaqchaygan. o‘lim vahimasi holatida). Bu paytda masofadan eshitiladigan shovqinli xushtaksimon nafas bilan kuzatiladigan ekspirator hansirash qo‘shilishi bilan namoyon bo‘ladi. Ob‘ektiv tekshirganda sianoz, akratsianoz, barmoqlar baraban tayoqchasini, tirmoqlar soat oynasini eslatadi, ko‘krak qafasi ko‘zdan kechirilganda bochkasimon, palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan, o‘pka perkussiyasida qutichasimon tovush, o‘pkaning chegaralari kengaygan, (o‘pka emfizemasi tufayli) nafas olish aktida xarakterning chegaralanganligini ko‘rish mumkin. Auskultatsiyada susaygan nafas fonida ko‘p sonli hushtaksimon quruq xirillashlar eshitiladi. Xuruj avjida taxikardiya, o‘pka shishganligi tufayli yurakning nisbiy chegaralarini aniqlashning iloji bo‘lmaydi. Xurujning oxirida bug‘ilib qattiq yo‘taladi va yopishqoq, shishasimon balg‘am chiqadi. SHundan so‘ng kasal engillashadi. Urinospastika – spazmdan so‘ng peshobning chiqishi va kasal uxlab qoladi.

Katta bolalarda xuruj davri tipik kechadi, kichik yoshli bolalarda esa anatomofiziologik xususiyatini hisobga olib (bronxlar bo‘shlig‘ining torligi, limfatik va qon tomirlar to‘rining ko‘pligi) sababli bronxlar shilliq qavatining shishi va bronxlar bo‘shlig‘iga ko‘p miqdorda suyuq sekretning ajralishi bilan kechadi. SHu sababli kichik yoshdagi bolalarda bronxial astmaning xuruji ekssudativ komponentning ustunligi bilan kechadi, bularda o‘pkasida auskultatsiyada ko‘p sonli nam xirillashlar eshitiladi va hansirashning aralash turi ustunlik qiladi. Tana xarorati 37-37,5 gradusgacha ko‘tariladi.

Bemorlar nafas olishining qiyinlashishi va umumiy axvoliga qarab: engil, o‘rta og‘ir va og‘ir darajalarga bo‘linadi.

Bronxial astmaning **engil darajasi** nafas olishning biroz qiyinlashuvi va umumiy axvolining o‘zgarmaganligi bilan xarakterlanadi. Ob‘ektiv tekshirganda perkussiyada o‘pka soxasida qutichasimon perkutor tovush, auskultatsiyada susaygan nafas fonida quruq xirillashlar eshitiladi.

Bronxial astmaning **o‘rta og‘ir darajasida** bolaning umumiy axvolining buzulishi bilan kechadigan yaqqol rivojlangan astmatik xuruj yuzaga kelishi xos bo‘lib, bunda xuruj bolaning majburiy xolatni egallashga majburlaydi. Teri qoplamlari oqargan, burun-lab uchburchagida sianoz aniqlanadi, perkussiyada o‘pka soxasida qutichasimon perkutor tovush, auskudtatsiyada susaygan nafas fonida quruq xirillashlar eshitiladi.

Bronxial astmaning **og'ir xuruji** yaqqol yuzaga chiqqan astmatik xuruj fonida, nafas etishmovchilik belgilarining namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Burun qanotlari kerilgan, burun-lab uchburchagida sianoz, barmoqlar uchida akratsianoz va baraban tayoqchasiga o'xshash. Bu paytda bola juda bezovta, o'zini qo'yarga joy topolmaydi, ko'zlari chaqchigan, o'lim vaximasida bo'ladi. Masofadan ekspirator xansirashni eshitish mumkin. Ko'krak qafasi ko'zdan kechirganda bochkasimon ko'krak qafasi, nafas aktida yordamchi mushaklarning qatnashishi, Ko'zlari va yuzlari shishgan xolatda bemor yarim o'tirgan xolatni egallaydi. Perkussiyada o'pka soxasida qutichasimon perkutor tovush, auskultatsiyada dag'al nafas fonida quruq va mayda pufakli nam xirillashlar eshitiladi. Nafas etishmovchiligi 3-darajasi.

Xurujdan keyingi davr – bunda ekspirator xansirash uncha kuchli bo'lmasada, 2-4 kun davomida o'pkalarda auskultatsiyada o'rta pufakli tarqalgan quruq va nam xirillashlar eshitiladi. SHuningdek, yo'tal, och rangli va shilliqli balg'am ajraladi. O'pkalarda xirillashlarning xuruj yo'qolgandan so'ng xam uzoq vaqt saqlanib qolishi, ikkilamchi bronx-o'pka infeksiyasining qo'shilishidan dalolat beradi.

Xuruj oralig'idagi davr – bu davrda bronxospazmni aniqlovchi fizikal o'zgarishlar kuzatilmaydi, lekin xali bronxial o'tkazuvchanlik to'lig'icha tiklangan bo'lmaydi.

R.G.Artamanov efidrin bilan o'tkazgan sinamalarida shuni isbotladiki, bronxial astmaning kechishida erishilgan klinik remissiyada xam latent bronxospazm kuzatiladi. Bolalarda bronxial astmaning xurujlar oralig'idagi davrida turli organ va sistemalarning funksional o'zgarishlari aloxida o'rin tutadi. Bolaning jismoniy zo'riqishlarga tolerantligi pastligicha qoladi.

Bolalarda bronxial astmaning og'irlik darajasini aniqlovchi kriteriyalar

Belgilar	Engil persistiv forma	O'rta og'ir persistiv forma	Og'ir persistiv forma
Xurujning chas-totasi	1 oyda 1 marta yoki yo'q	1 oyda 3-4 marta	1 xaftada 1 marta yoki undan ko'p
Jismoniy zo'ri--qish	Normada	Pasaygan	Juda past
Pikfloumetriya bo'yicha bronxlar-ning sutkalik labilligi	<20%	20—30%	>30%
Remissiyaning xarakteri	simptomlarsiz		Nafas etishmov-chilik belgilari saqlangan
Jismoniy rivojlanish	Norma	Norma	Rivojlanishdan orqada qolgan

Remissiya oralig'i	3 oy va undan ko'p	3 oy va undan kam	1-2 oy
Xurujni bartaraf qilish uchun	1 doza bronxolitik bilan	v/i,m/o bronxolitik va steroid ingalyator	v/i,m/o bronxolitik +glyukokortikosteroidlar

ASTMATIK STATUS

Kelib chiqishida bronx-o'pka infeksiyalarini qo'zishi, O'RVI qo'shilishi, glyukokortikoidlar etishmovchiligi, ko'p miqdorda allergen bilan ta'sirlanish, o'z vaqtida davolanmagan bronxospazmlar sabab bo'ladi. SHuningdek astmatik status rivojlanishiga ko'p miqdorda aerzollar ko'rinishida simpatomimetik vositalarni qo'llash olib keladi, chunki uzoq muddat qo'llanilganda ular V2-adrenoritseptorlarni blokadalab qo'yadi.

Astmatik status klinikasida 3ta bosqich tafovut qilinadi.

I-Bosqich: Nisbiy kompensatsiya bosqichi bo'lib, klinik jixatdan bronxial astmaning cho'zilgan xurujini namoyon qiladi. Bu bosqich bronxial o'tkazuvchanligining buzulishi, simpatomimetik medikamentoz vositalariga rezistentligining oshishi bilan xarakterlanadi. Bu paytda tezlashgan, qiyinlashgan shovqinli nafas, emfizemaning ortib borishi, auskultativ dag'al nafas va ko'p sonli quruq, ayrim vaqtlarda xo'l xirillashlarni eshitish mumkin. Balg'am ko'chishining qiyinlashuvi, taxikardiya, arterial bosimning oshishi kuzatiladi. Bolada nafas etishmovchilik belgilari teri qoplamlarining oqarishi, lab-burun uchburchagida sianozlar aniqlanadi. Bola bezovta, injiq, uyqusi buzilgan. Umumiy degidratatsiya rivojlanadi. Periferik qonda gipoksemiya, giperkapniya va respirator allergozlar aniqlanadi.

II-Bosqich: Nafas etishmovchiligining ortib borishi bilan kechib, bronxlar bo'shlig'ining yopishqoq shilliq bilan total berkilib qolishi va bir vaqtning o'zida bronxial daraxt shilliq qavatining yaqqol shishishi va bronxlar silliq mushaklarining spazmi kuzatiladi. Bu davrda o'pkaning aloxida segmentlarida, keyinchalik butun o'pka soxasida nafas shovqinlarining kamayishi va asta-sekin yuqolishi xarakterli. O'pka «jimjitlik sindromi» rivojlanadi. Nafas olishning susayishi bilan bir vaqtda diffuz sianoz ortib boradi, kuchli taxikardiya, 1-bosqichda oshgan arterial bosim, 2-bosqichda tushadi. Gipoksiya va giperkapniya rivojlanib boradi. Moddalar almashinuvining chala oksidlangan maxsulotlari to'planishi xisobiga metabolik atsidoz rivojlanadi.

III-Bosqich: Gipoksik koma, bu butun o'pka bo'ylab «jimjitlik» sindromi, adinamiya, xushning yo'qolishi va talvasalar bilan kechuvchi chuqur nafas etishmovchiligidir. Bemorni ob'ektiv tekshirganda teri va shilliq qavatlarning diffuz sianozi, o'pkalarda nafas shovqinining eshitilmasligi, arterial va mushaklar

gipotoniyasi, yurak etishmovchiligi xam qo‘shilib keladi. Klinik jixatdan sekin va tez rivojlanadigan gipoksik komalar tafovut qilinadi.

Sekin rivojlanadigan gipoksik koma ko‘pincha og‘ir astmatik statusni yakunlab, nafas yo‘llarining quyuq, yopishqoq balg‘am bilan total berkilib qolishi natijasida kelib chiqadi.

Tez rivojlanadigan gipoksik koma shiddatli kechadigan bronxospazm natijasida, anafilaktik reaksiya tipida kechadi. Bunda tez yuzaga keladigan nafas etishmovchiligi natijasida erta xushning yo‘qolishi kuzatiladi. Gipoksik komaning bu varianti tez yuzaga chiqadigan allergik reaksiyaning bir ko‘rinishi sifatida rivojlanadi.

Bolalarda astmatik statusning og‘irlik darajasini aniqlovchi mezonlar.

1. Bronxial astma xurujining 6 soatdan ortiq davom etishi.
2. Bronxlar drenaj funksiyasining buzulishi.
3. Qonda gipoksemiya kislorodning parsial bosimi 60-65 mm.simob ust. (8kPa) past, giperkapniya karbonat angidriti parsial bosimi 40-45 mm. simob ust. yuqori.
4. Simpatomimetik preparatlarga chidamliligi past.
5. Es-xushi koma xolatda.
6. Nutqi yo‘q.
7. YOrdamchi mushaklarning nafas aktida ishtirok etishi: paradoksal va torakoabdominal fonidagi nafas.
8. Nafas chastotasi taxi yoki bradipnoe.
9. Puls chastotasi bradikardiya.
10. O‘pkalar auskultatsiyasida «jimjitlik» sindromi
11. A/D pasayib ketishi.
12. Nevrologik simptomlar.

BRONXIAL ASTMANING DIAGNOSTIKASI

Anamnestik malumotlar

1. Bolada yoki avlodida allergik kasalliklarning borligi.
2. Respirator simptomlarning faslga bog‘liqligi (baxor va kuz)
3. Branxit bilan tez-tez kasallanishi.
4. Jismoniy zo‘riqqanda, stress paytida, sovuqqa chiqqanda xansirashning paydo bo‘lishi va davomiyligi.
5. Xuruj xarakteri (kunda, xaftada, oyda necha marta kuzatilishi)
6. Yo‘tal xarakteri (asosan tunlari, xurujli yo‘tal, undan so‘ng engillikni xis etish)
7. Balg‘am xarakteri (rangi, yopishqoqligi)
8. Qo‘rquv xissi va majburiy xolat.
9. Xansirashning masofada eshitalishi.

Fizikal belgilar

1. Xuruj paytida ko‘zlari chaqchaygan va o‘lim vaximasi.
2. Burun-lab uchburchagidagi sianoz va akratsianozlar.

3. Bochkasimon ko'krak qafasi.
4. Nafas aktida yordamchi mushaklarning ishtiroki.
5. Taxipnoe.
6. Taxikardiya.
7. Ekskretor xansirash.
8. Barmoqlari barban tayoqchalarini eslatadi
9. Perkussiyada qutichasimon tovush.
10. Auskultatsiyada susaygan nafas fonida quruq xirillashlar.

Instrumental tekshirish

1. Umumiy qon taxlilida eozinofiliya (N da 0.5-5%)
2. Balg'am rangi oq, yopishqoq, Kurshman spirallari, SHarko-Leydin kristallari

Immunologik o'zgarishlar

1. Umumiy va spetsifik Ig E miqdorining oshishi.
2. Th2 miqdorining oshishi.
3. Umumiy va sekretor Ig A ning defitsiti.

Bronx to'qimalarining atsetilxolonga sezgirligini aniqlovchi **atsetilxolin testi** o'tkaziladi. Bronxial astma bilan kasallangan bolalarda atsetilxolonga sezgirligi yuqori bo'lganligi sababli kam miqdordagi ingalyasiya (50 dan 6000 mkg gacha) bronxlar o'tuvchanligining buzilishiga olib keladi, aksincha sog'lom bolalarda buning uchun atsetilxolinning katta konsentratsiyasi talab qilinadi.

Bolalarda bronxlar giperaktivligini aniqlashda eng sezgir test bu **gistaminli sinama**.

Efedrinning parenteral kiritilishi yoki bronxospazmatiklar ingalyasiyasidan so'ng Tiffno indeksining 20% ga oshishi tekshirilgan bolalarda bronxlar silliq mushaklarining tonusi oshganligidan dalolat beradi.

Pediatriya amaliyotida kasallik patogenezi va etiologik faktorlarini aniqlovchi allergologik tekshirishlar keng qo'llaniladi. Bu tekshirishlar qatoriga turli xil allergenlar bilan kasallik remissiya davrida o'tkaziladigan **teri sinamalari** (skarifikatsiya va teri orasiga) kiradi.

Terida ma'lum bir allergenlar o'tkazilgan sinama joyida giperimiya va pufakning xosil bo'lishi 15-20 daqiqadan so'ng yuzaga kelsa, tez yuzaga keladigan yuqori sezgirlik deb baxolanadi. Test o'tkazilgan joyda 24-48 soatdan so'ng infiltrat xosil bo'lishi sekin yuzaga keladigan yuqori sezgirlik reaksiyasiga xosdir.

Skarifikatsion sinamalar nobakterial allergenlarning turli xil guruxlari bilan o'tkaziladi. Bir tekshirish vaqtida 15 tadan ziyod allergenlar ishlatiladi. Teri sinamalarining spetsifik kontroli bo'lib gistamin bilan o'tkazilgan sinama musbat bo'lishi, kontrol suyuqlik testi manfiy bo'lishi xisoblanadi. Bolalarda teri reaksiyalari tez yuzaga kelib, yana tez yo'qolishi mumkin, lekin ayrim xolatlarda sekin 30-40 daqiqadan so'ng xam yuzaga kelishi mumkin, shuning uchun sinama o'tkazilgandan so'ng 40 daqiqa davomida kuzatish kerak. Ayrim bolalarda allergologik anamnezi

musbatligiga qaramasdan, nobakterial allergenlar bilan o'tkazilgan skarifikatsion testlar manfiy natija beradi. Bunday bolalarga skarifikatsion testlarga nisbatan 100 barobar sezgirroq bo'lgan teri oralig'iga qilingan sinamalar o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

Teri orasiga sinamalar bakterial allergenlar bilan o'tkaziladi. Bunda sekin yuzaga keladigan reaksiya javoblariga aloxida e'tibor beriladi, reaksiyani 12-24-48 soatlardan so'ng baxolaydilar. Agar teri testiga javoban, sekin yuzaga chiqadigan va tez yuzaga chiqadigan turda umumiy va maxalliy reaksiyalar (giperimiya, sinama joyi terisining infiltratsiyasi, yo'tal, o'pkada xushtaksimon xirillashlar, bug'ilish xurujlari) kuzatilsa: unda antigistamin va bronxospazmatik dori-darmonlar tayinlaradi.

Noinfekcion allergenlar bilan o'tkazilgan skarifikatsion va teri orasi sinamalarini baxolash

Reaksiya	Reaksiyaning namoyon bo'lishi	Skarifikatsion sinamalar.	Teri orasi sinamalari.
Manfiy	-	O'lchamlari xuddi kontroldagidek.	O'lchamlari xuddi kontroldagidek.
SHubxali	+ -	Skarifikatsiya o'rnida pufaksiz giperimiya.	Pufak kontroldagiga nisbatan sekin so'riladi.
Kuchsiz musbat	+	Faqat teri tortilganda ma'lum bo'ladigan 2-3mm diametrli pufak.	Giperim bilan o'ralgan 4-8mm diametrli pufak.
O'rta darajali musbat	++	Giperimiya bilan o'ralgan diametri 5mm dan oshmaydigan pufak.	Giperimiya bilan o'ralgan 8-15 mm pufak.
Keskin musbat	+++	d- 10mm dan oshmaydigan giperimiyali va yolg'on pufak.	d-15-20mm yolg'on giperimiya bilan o'ralgan pufak.
Juda keskin musbat	++++	YOlg'on va giperimiyali pufak diametri 10mm ziyod.	Linfangit periferiyasida qo'shimcha pufakchalar va erkin giperimiyali pufak.

Infekcion allergenlar bilan o'tkazilgan teri orasi sinamalarini baxolash

Reaksiya.	Reaksiyaning namoyon bo'lishi	Tez yuzaga chiqadigan turi.	Sekin yuzaga chiqadigan turi.

Manfiy	-	O‘lchamlari xuddi kontroldagidek.	O‘lchamlari xuddi kontroldagidek.
SHubxali	+ -	Pufak kontroldagiga nisbatan sekin so‘riladi.	Infiltratsiz, kuchsiz giperemiya.
Kuchsiz musbat	+	Atrofi giperimiyalashgan 4-8 diametrli pufak.	Kuchsiz giperimiya va diametri 5mm gacha bo‘lgan infiltrat.
O‘rta darajali musbat.	++	Diametri 8-15mm li giperimiyalashgan pufak.	Giperimiya bilan o‘ralgan 8-15 mm pufak.
Keskin musbat	+++	d- 20mm dan oshmaydigan giperimiyali va yolg‘on pufak.	d – 10-20 mm infiltrat va eritema.
Juda keskin musbat	++++	YOlg‘on va giperimiyali pufak diametri 20mm ziyod.	Eritema va d-20mm li vezikula, markazi nekrozlashgan infiltrat.

Pikfulometriya usuli (spirometriya)

Kunlik pikfulometriya kasallik kechishini baxolash, qo‘zg‘alish rivojlanishini oldini olish, shoshilinch va bazis terapiya effektivligini baxolash uchun qo‘llaniladi.

Bunda bolaning trigerlari bilan spetsifik va nospetsifik kontaktini fiksatsiya qiladigan xolatlar, dori preparatlarini qabul qilish, ko‘rsatkichlar grafigini kundaligiga xar kun yozib boradi.

Ekspirator oqimning cho‘qqi normal ko‘rsatkichlari (pikfulometr ko‘rsatkichlari) bolaning yoshi va jismoniy rivojlanishiga bog‘liq. 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarda pikfulometriya o‘tkazish mumkin emas, ularda og‘irlik darajasini aniqlash uchun anamnestik va klinik belgilardan foydalanamiz.

Pikfulometriya bo‘yicha sutkalik bronxlar labilligini aniqlash zarur. Bu ko‘rsatkichning 20% dan ziyod bo‘lishi bolaning dekompensatsiya xolatini ko‘rsatadi.

Bo‘y uzunligiga bog‘liq xolda, nafas chikarish maksimal tezligining ko‘rsatkichlari. (NMT)

Bo‘y	110	120	130	140	150	160	165
NMT	150	200	250	300	350	400	450

Formula bo‘yicha sutkalik bronx labilligini aniqlash. (SBL)

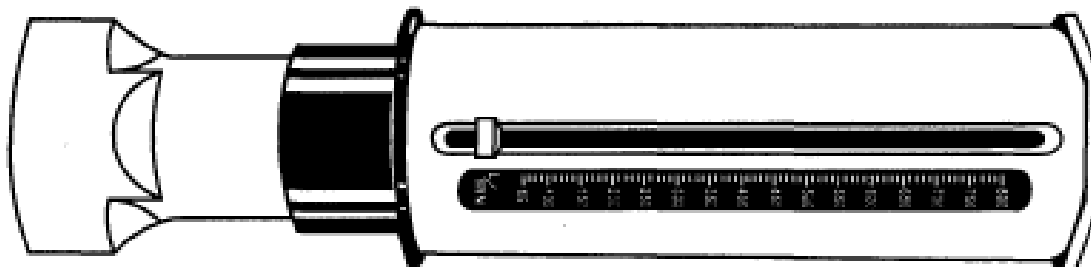
TNF ertalab – TNF kechqurun

SBL = ----- x 100

0.5 (TNF ertalab + TNF kechqurun)

TNF – tashqi nafas funksiyasi.

Bronxial astmada yana bir tekshirishlardan biri – **ko‘krak qafasi obzor rentgenografiyasi** yordam beradi, o‘pka emfizemasi belgilarini ko‘rishimiz mumkin.



Длина тела	109	112	114	117	119	122	124	127	130	132	135	137
PEF	147	160	173	187	200	214	227	240	250	267	280	293
Длина тела	140	142	145	147	150	152	155	158	160	163	165	167
PEF	300	320	334	347	350	373	387	400	400	427	450	454

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Bolalarda bronxial astmani aniqlashda nafas olish organlarining o‘tkir va surunkali kasalliklari bilan differensial diagnostika o‘tkazish kerak.

Obstruktiv bronxit

1. Respirator viruslar chaqirib, 2-3 ga borib rivojlanadi.
2. Quruq yo‘tal, 2-xaftadan boshlab xo‘l yo‘talga aylanadi va balg‘am ajrala boshlaydi.
3. Obstruksiyaning oshishi bilan ekspirator xansirash, ko‘krak qafasining shishishi, perkussiyada qutichisimon tovush, auskultatsiyada dag‘al nafas fonida boshida quruq, keyinroq o‘rta va mayda pufakli nam xirillashlar eshitiladi.
4. Virusga qarshi kompleks terapiya, mukolitik va bronxospazmatiklar ingalyasiyalari obstruktiv bronxitni tuzalishiga olib keladi.

Bronxopnevmoniya

1. O‘tkir respirator kasalliklar bilan og‘rigan erta yoshdagi bolalarda 3-5 kuni yoki 1—xaftaning oxirida rivojlanadi.
2. Tana xaroratining 38* va undan ortiq bo‘lishi, toksikoz belgilarining va xansirashning oshib borishi.
3. O‘pkadagi fizikal o‘zgarishlar – turli kalibrli nam xirillashlar va krepatatsiya aniqlanadi.
4. Ko‘krak qafasi obzor rentgenografiyasida infiltrat xisobiga o‘pka maydonining oqarishi kuzatiladi.

5. Periferik qonda: leykotsitoz, leyko formula chapga siljigan, (neytrofil granulotsitlargacha), ECHT oshgan.
6. Balg'am tekshirganda pnevmoniya qo'zg'atuvchisi topiladi.
7. Bolalarda umumiy intaksikatsiya va meningial belgilarning ustunligida kechadi.

YOlg'on krup

1. Nafas olish qiyinlashgan va xansirash aralash tipda.
2. Bemorda akkilovchi yo'tal kuzatiladi.
3. To'g'ri laringoskopiya diagnozni oydinlashtiridi, bunda ovoz boylamlari ostida shilliq qavatning shishishi va giperimiyasi xisobiga qizil bo'rtmalar aniqlanadi.
4. Auskultatsiyada o'pkalarda xushtaksimon nafas.

Bronxial astma xuruji va asfiksiya sindromi

Klinik va paraklinik belgilar	Bronxial astma xuruji	Asfiksik sindrom
Boshlanishi	To'satdan yoki yuqori nrafas yo'llarining katari fonida	Asta-sekinlik bilan astmatik xolat fonida
Umumiy axvoli	Og'ir yoki o'rtacha og'ir	Juda og'ir
Xushi	Odatda saqlangan	Ayrim xollarda yo'qolgan
Teri rangi	Atsidoz o'rtacha daraja	Keskin yuzaga chiqqan
Xansirash	Ekspirator tipda o'rtacha rivojlangan	Inspirator tipda keskin rivojlangan, nafas olishi yuzaki tezlashgan
Yo'tal	Quruq va azoblovchi	Yo'q
O'pkadagi fizikal o'zgarishlar	Nafas chiqarishdagi quruq xushtaksimon xirillashlar	Keskin susaygan nafas, xirillashlar eshitilmaydi
Taxikardiya	YAqqol rivojlangan	Keskin rivojlangan
YUrak tonlari bo'g'iqligi	O'rtacha rivojlangan	Keskin rivojlanagn
Jigarning kattalashuvi va bo'yin venalarining shishishi	Ayrim xolatlarda kuzatiladi	Xamma vaqt kuzatiladi
Qonning gazlari va kislota-asos xolati	Aralash xarakterda-gi o'rtacha rivojlan-gan atsidoz	Aralash xarakterda-gi keskin rivojlangan, dekompensatsiyalashgan atsidoz, giperkapniya.
Qon plazmasida OKS lar miqdori	Normada yoki oshgan	Keskin pasaygan

O'pkaning rivojlanib boruvchi diffuz interstitsial (Xammen—Rich sindromi) va fibrozlanuvchi alveolit.

1. Autoimmun kasallik guruxiga kiradi

2. Nafas olishning qiyinlashishi alveola-kapillyar membrananing qalinlashishi va bunga bog‘liq xolda qon oqimi va ventilyasiya nisbatining buzilishlari bilan bog‘liqdir.
3. Rengenologik tekshirishlarda interstitsial rasm kuchayishi fonida tugunchali xosilalar aniqlanadi. Qorayishlar odatda ildizlar soxasida va pastki bo‘limlarda kuzatiladi.

Nafas yullaridagi yot jism

1. To‘satdan nafas bug‘ilishi bilan boshlanadi, sog‘lom bolada.
2. Infeksiya o‘chog‘i yo‘q.
3. Anamnezida allergik va respirator kasalliklar bilan kasallanmagan, xamda oilaviy anamnez.
4. Jismoniy rivojlanishdan orqada qolmaydi.
5. To‘g‘ri laringoskopiya va ko‘krak qafasi obzor rengenoskopiyada yod jismni aniqlash mumkin.

BRONXIAL ASTMANI DAVOLASH

Davolash etapli va individual bo‘lib, bemorni xurujdan chiqarish va allergik reaksiyani pasaytirish, o‘pka funksiyasi gomeostazini tiklashga qaratilgan. Nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini tiklash xurujning og‘irlik darajasiga qarab o‘tkaziladi.

Gospitalizatsiyaga ko‘rsatma

1. Og‘ir xuruj
2. 1-2 soatdan so‘ng bronxolitik davoning effekti bo‘lmasa.
3. Qo‘zish davri 1-2 xaftadan uzayib kutsa.
4. YOsh bolalar, uzoq rayonlarda yashovchilar va uy sharoitida birinchi yordam ko‘rsatishning iloji bo‘lmaganda.
5. Astmatik status.

Xurujni bartaraf etish uchun qisqa muddatli ta’sir qiluvchi **V-adrenomimetiklar** qo‘llaniladi. Ular

1. Barcha bronx silliq mushaklarini bo‘shashtiradi.
2. Mukotsiliar klirensni aktivlaydi.
3. semiz xujayralarning sikretor funksiyasini pasaytiradi.
4. Bronx shilliq qavati shishishini bartaraf etadi.
5. Ularning ta’siri 4-5 min dan so‘ng boshlanib, max 1-2 soat davom etadi.
6. Nojo‘ya ta’siri: mushaklar tremori, bosh og‘rig‘i, yurak ritmining buzulishi, gipokaliemiya.

Qisqa muddatli ta’sir etuvchi adrenomimetiklar

Preparat	Retseptor	CHiqarilish va qilish dozasi
----------	-----------	------------------------------

Adrenalin	α, β	0.1%-1ml. 0.01ml/kg m/o; t/o.(0.5 ml dan ko'p emas) Tab:2 va4 mg, sirop 2 mg—5ml 1 kurda x 3-4 marta; ingalyasiya uchun 0.125%--2.5ml.
Salbutamol (ventolin)	$\beta 2$	Aerozol 0.1mg/doza 1-2 doza x 3-4 kun Tab:2.5—5mg. Eritma 0.5% 0.1—0.3 ml m/o
Terbutalin (brikanil)	$\beta 2$	Ingalyasiya uchun 0.5-1ml izatonik eritma bilan 1kunda x 3-4 marta, nebulayzerda. Aerozol 0.25/doza. 2-3 dozadan 1 kunda 3-4 marta. Aerozol 100 yoki 200 mkg/doza
Fenoterol (Berotek)	$\beta 2$	Ingalyasiya uchun 1mg/ml feroterol: 6 yoshga-cha 50mkg/kg (10 tomchi =0.5ml); 6-14 yosh to 1ml gacha (20 tomchi) 1 kunda x 3-4 marta. Tab: K—0.002,0.003,0.01gr; B—0.025gr Amp: 2%.3%--1ml. t/o.m/o.v/i—tomchilab.
Efedrin	$\beta 2$	Tarkibida: (efedrin 0.05gr, atropin sul-fat 0.02gr, novokain 0.04gr, etil spirti 5-10 ml). Aerozol 0.1/doza.
Efatin		Ingalyasiya uchun xam qo'llaniladi.

M-xolinoretseptorlarni bloklovchilar:

Ipratropium—bromid (atrovent) aerozol 20mkg/doza. Ingalyasiya uchun 0.25mg 0.9% NaCl da.

Kombinatsiyalashgan preparat: *Berodual* 1 dozasi (fenoterol 50mkg va atrovent 20mkg) – bu aerozol uchun.

Ingalyasiya uchun 1 ml da (fenoterol 500 mkg va atrovent 250 mkg)

Metilksantinlar.

Ularning bronxolitik effektivligining bog'liqligi:

1. Fosfodiesteraza miqdorini kamaytiradi.
2. adenzin retseptorlarini bloklaydi.
3. Xujayra ichidagi kalsiy konsentratsiyasini pasaytiradi.
4. Diafragma qisqarishini yaxshilaydi.
5. Qon –tomirlar qarshiligini pasaytiradi.

Eufillin tab:0.15gr—30ta. 7—10 mg/kg. Amp 24%--1ml m/o; 2.4%--5,10ml v/i. 2-3mg/kg. v/i ga 0.9% NaCl bilan aralashtirib sekinlik bilan yuboriladi. Nojo'ya ta'sirlarini inobatga olish kerak.

Teofil 100,200,300 mg kapsula bolalarga 100—200mg/sut. Kattalarga 200—300mg/sut. 1 kunda x 2 marta.

Glyukokortikosteroidlar.

Prednizalon tab: 1 va 5mg dan chiqariladi 2mg/kg beriladi.

Gidrokortizon atsetat 2.5 %--1, 2 va 5ml amp chiqariladi. v/i.

Deksametazon tab: 0.5mg amp 0.4%--1ml. 0.8—1mg/kg

Beklazon EKO 200mg/doza (tarkibida glyukokortikosteroid bor)

Triamsinalon

Antigistamin preparatlar.

Diazolin tab: 0.1gr

Suprastin tab: 25mg amp 2%--2ml

Loratadin tab:10 mg sirop 0.1%-100ml 1 choy qoshiqdan 1 marta kuniga.

Bronxial astmaning og'ir xolatlarida va astmatik statusda 90-95% xolatlarda **oksigenoterapiya** o'tkaziladi.

1. Dezintoksikatsion terapiya
2. Glyukokortikosteroidlar
3. Adrenomimetiklar

Bronxial astmaning og'ir xolatlarida va astmatik statusda qo'llash mumkin bo'lmagan preparatlar:

1. Diuretiklar sab: dehidratatsiyani og'irlashtiradi.
2. Vitaminlar, CaCl, kokarbaksilaza, ATF sab:allergik reaksiya rivojlanadi.
3. Narkotiklar va Sedativ vositalar sab: nafas va yo'tal markazi-ni so'ndiradi. Zarur bo'lganda neyroleptik (galoperidol) qilinadi
4. Antixolinergik preparatlar (atropin, metatsin)
5. Mukolitiklar
6. N1 gistamino blakatorlar 1-qatori

Bronxial astmada bazis terapiya

1. Allergenning organizmga tushishini yo'qotish
2. Bronxial astmaning avj olishiga sabab bo'luvchi fon kasallikni davolash
3. Allergospetsifik terapiya
4. Xalq orasida bronxial astmaning profilaktikasini olib borish
5. Uydagi xayvonlarnii yo'qotish
6. Jismoniy zo'riqishning oldini olish
7. Sanator—kurortlarda va toza xavolarda dam olish

Medikamentoz

Kroglikat natriy (intal, kromalin) 20 mg kapsula. Spinxaler yordamida 1 kapsuladan x 4 marta ingalyasiya qilinadi.

Intal plyus kombinirlangan preparat. 5mg/doza 2 dozadan 4 marta kuniga speyser yordamida ingalyasiya.

Ketotifen 0.02% 100ml sirop. 0.025 mg/kg

Beklometazon XFU 100—200mg/doza aerosol

Budesonid DPI 100—200mg/kg aerosol

Teofil 100,200,300 mg kapsula bolalarga 100—200mg/sut. Kattalarga 200—300mg/sut. 1 kunda x 2 marta.

DISPANSERIZATSIYA VA REABILITATSIYA

Bronxial astma bilan ogʻrigan bemorlar pulmonolog va allergologning dispanser kuzatuvda boʻlishlari shart. Bu bemorlar xurj oraligʻidagi davrda maxalla pediatri tomonidan, kasallikning ogʻir formasida oyiga 1-2 marta, oʻrta ogʻirligida kvartalda 1 marta, engil formada va uzoq muddatli xurujlar oraligʻidagi davrda yiliga 1—2 marta pulmonolog, allergolog, lor va kerak boʻlganda boshqa mutaxassislar koʻrikdan oʻtkazadilar.

Bulardan tashqari laborator, instrumental va allergik sinamalarni yilida 1-2 marta oʻtkazib turishi kerak. Sanitar—Kurortlarda va togʻ bagʻrilarida dam olishda boʻlishi kerak.

Olingan maʼlumotlar asosida rehabilitatsiyaning individual rujasi tuziladi. Etapli davolashda bolaning funksial imkoniyatlariga adekvat ravishda tuzilgan differensiallashgan tartibli maxsus sanatoriyalar muxim oʻrin tutadi. Sanator-kurort davolashga bronxial astmaning engil va oʻrta ogʻir formalari bilan ogʻrigan bemorlar remissiya davrida yuborilishi mumkin. Oʻzbekiston Respublikasi Jizzax viloyati Zomin tumanidagi «Urikli», Fargʻona viloyatidagi «SHoximardon» togʻ iqlimli kurortlarini tavsiya etish mumkin.

Agar umumiy axvoli qoniqarli, nafas sistemasi, boshqa organ va sistemalar tomonidan oʻzgarishlar boʻlmasa, 3—yil davomida xurujlar kuzatilmasa, bemorlar dispanser xisobidan chiqariladi, lekin keyinchalik xavf guruxidagi bolalar sifatida kuzatiladi.

BRONXIAL ASTMANING PROFILAKTIKASI

Ayniqsa irsiy moilligi bor bolalarda antinatal va postnatal davrlarda organizm sensibilizatsiyasini to'xtatish. Antinatal profilaktikaga xomilador ayolning ratsional ovqatlanishi kiradi, posnatal davrda xam sut orqali bolaga o'tishi mumkinligi sababli allergen oziq—moddalarni cheklash birinchi navbatda turadi. YUqori xavf guruxidagi bolalarda ovqat ratsionidagi sigir sutini soyali sutga almashtirish kerak. Res-pirator allergozlarning profilaktikasida, xavoni chang va ximyaviy, o'simliklar, xayvonlar allergenlari bilan ifloslanishiga qarshi kurashish, bolaga sintetik kiyimlarni cheklash muxim xisoblanadi. Bronxial astmasi bor bolalarda emlashlar juda extiyotkorlik bilan, xurujdan keyingi davrda maxsus tayyorgarlik desensibilizatsiyasidan so'ng o'tkazilishi kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati.

1. S.A. Sumin. Neotlojye sostoyaniya. Moskva 2004g 103 st
2. Bolshaya meditsinskaya ensiklopediya. Moskva 2006g 164 st.
3. Jurnal Medical express. 22 st.
4. Pediatriya N.P. SHabalov. Sankt-Peterburg 2007 g. 467 st.
5. RLS Doktor. Moskva 2007g 185 st

ATOPIK DERMATIT

ATOPIK DERMATIT (AD) yoki atopik ekzema –bu terining surunkali yallig'lanishi bo'lib, odatda erta yosh (1-3 yosh) bolalarda boshlanadi, davomli kechishi va etuk yoshda qaytalanishi mumkin. Aksariyat hollarda AD irsiy moyilligi bor va boshqa allergik kasalligi (bronxial astma (BA), allergik rinit (AR), taomga allergiya (TA) bor bemorlarda rivojlanadi. Terining qaytalanuvchi infektsiyalari bilan uchraydi.

AD terining turli allergen va ta'sirlarga sezgirligi oqibatida kuchli qichishi bilan xarakterlanadi.

EPIDIMIOLOGIYASI

Rivojlangan davlatlarda AD 10-20% uchraydi. AD belgilarining yaqqol manifestatsiyasi 60% hollarda 6 oylik bolalarda, 75% -1 yoshgacha bolalarda, 80-90%- 7 yoshgacha bolalarda aniqlanadi.

XX asrda AD bilan pollinoz va BA ning bog'liqligi aniqlandi va "atipik triada" deb nomlandi.

AD bolalarda eng ko'p uchraydigan kasallik hisoblanadi. Evropa davlatlarida AD bolalar orasida 30% va barcha allergik kasalliklarning 50% ni tashkil qiladi.

Dunyoda teri kasalliklarining strukturasida AD 8-o'rinda turadi.

Atopiya va allergiya bu ikki turli holat. Insonda allergiya bir umrlik boladi va aniq bir yoki bir necha turli allergenlarga (hattoki juda kam dozada) kuzatiladi.

Atopiya juda ko'p allergenlarga kuzatiladi. Vaqt o'tishi bilan atopiya chaqirgan omillar o'zgarishi mumkin, allergenning dozasi ko'ra immune reaksiya ham o'zgaradi (allergenni kichik dozalarida atopiya umuman rivojlanmasligi mumkin). Odatda ota-onalar bolasida "hamma narsa"ga allergiyasi borligini aytadi.

Bolalarda AD rivojlanishining xavfli omillari va sabablari

AD rivojlanishida endogen omillarning ahamiyati bor (irsiy sezgirlik). *Atopiya*- grek so'zidan olingan bo'lib, α -τόπος – *notabiiy*, *nojo'ya*- ma'nosini bildiradi,- terining giperreaktivligi, terida funktsional va biokimik jarayonlarning buzilishi bilan kechadi. Bu jarayon allergen va noallergen ekzogen omillar (ruhiy emocional zo'riqish, tamaki tutuni) bilan uyg'unlikda kechib AD ni klinik ko'rinishi rivojlanishiga sabab bo'ladi. AD asosida multifaktorial poligen turdagi nasilga berilishi, allergenlarga immun javobning genetik xususiyati xos.

Atopiklarning immun javobining xos belgilari: Th2-xelper limfocitlarning oshishi, umumiy Ig E ni giperproduksiyasi va specifik IgE antitanachalarning ko'payishi. Terining giperreaktivligiga moyillik- atopik kasallikning AD ko'rinishida shakllanishini aniqlaydigan asosiy omil.

1. Atopiya rivojlanishida ayrim genlarning o'rni bor. Ota-onalarning birida allergik kasallik bor bo'lsa bolada atopiya xavfi 50-55%, agar ota-onaning har ikkisi ham allergik bo'lsa -80-85%. Barcha atopiya bo'lgan bolalarni ota-onasi, yoki buvisi, bobosida aniqlangan. Bu nafaqat AD, balki BA, ekzema, eshak emi, AR va boshqalar bo'lishi mumkin.
2. Noqulay ekologik vaziyat. Allergik kasalliklarning ko'payishi ctivilizatsiyaning jadal rivojlanishi bilan bog'liq: suv va havoning ifloslanishi, iste'mol mahsulotlarida sintetik, genetik modifikatsiya qilingan va boshqa zararli qo'shimchalarni qo'llash, ksenobiotiklar, o'g'itlarni qo'shish.
3. Homiladorlik va emizish davrida onaning noto'g'ri ovqatlanishi, homiladorlik davri kasalliklari, bo'lajak onaning zararli odatlari
4. Bolalarni sun'iy (sun'iy sut mahsulotlari bilan) ovqatlantirish.
5. Tez-tez virusli kasalliklar va surunkali infeksiyon kasalliklar allergenlar va infeksiyalarga sezgirlik (sensibilizatsiya)ni oshiradi. Kasallikni avj olish davrida immunitetga ta'sir etadigan dori vositalarini noadekvat qo'llash ham allergik jarayonni rivojlantiradi.

6. Tanqis holatlar- B guruhidagi vitaminlar, vitamin A, mikroelementlar (ayniqsa, ctink), to'yinmagan yog'lar va aminokislotalar etishmovchiligi ham AD rivojlanishiga sabab bo'ladi.
7. Bolalarda hazm tizimining etuk emasligi yoki hazm tizimi kasalliklari (disbakteioz, hazm tizimi anomaliyasi, fermentlar tanqisligi, jigar kasalliklari) tufayli taom tarkibidagi ayrim mahsulotlar (oqsillar) hazm bo'lmaydi va organizmdan chiqarilmaydi, natijada allergenlarga aylanadi.
8. AD rivojlanishida gijjalarni ham o'rni bor. Bola organizmida hazm tizimini jarohatlantirib toksinlari immun jarayonni qo'zg'alishiga sabab bo'ladi.
9. AD rivojlanishida bolani meyordan ortiqcha ovqatlantirishni ham o'rni bor. Bola iste'mol qiladigan ortiqcha oqsil (sutda oqsil ko'p)ni parchalash uchun fermentlar etishmaydi. "Ortiqcha ovqat" ning parchalangan mahsulotlari toksinga aylanadi va atopik jarayonni shakllantiradi. Aynan oqsilni ortiqchasi ko'pincha AD chaqiradi, oqsilni o'zi emas.
10. AD rivojlanishida tuz va shirinliklarning ko'p miqdorda iste'mol qilinishi ham sabab bo'lishi mumkin, chunki shirinliklar ichaklarda bijg'ish jarayonini kuchaytiradi va oqsillarni so'rilishi pasayadi. Tuz esa allergenlarni so'rilishini kuchaytiradi.
11. Vegetativ asab tizimining xususiyatlari ham bolalarda AD rivojlanishida ta'sir etadi. Emocional labilbemorlarda AD ko'p aniqlangan.
12. Stress holati ham atopiyani shakllanishida o'rni bor. Stressda nafaqat asab balki immun va boshqa tizimlarning ham faoliyatini buziladi.

Bolalarda AD sabablari:

- Sigir sutining oqsili
- tuxum
- baliq va dengiz mahsulotlari
- Bug'doy uni
- Dukaklilar: fasol, no'xat, soya, kaka ova boshq.
- Ayrim mevalar: shaftoli, abrikos, ctitruslar va boshq.
- Sabzavotlar: sabzi, lavlagi, pomidor va boshq.
- Qulupnay, malina, smorodina.
- Asal mahsulotlari: asal, propolis, asal ari changi
- Shirinliklar
- Go'sht: tovuq, o'rdak, mol

- tuz , shirinliklar va ziravorlarning ko'p miqdorda iste'mol qilinishi ham allergiyaga sabab bo'lishi mumkin
- Antibiotiklar penicillin qatori (amoksiklav, augmentin, bicillin) va tetraciklin qatori (tetraciklin, doksiciklin).
- Aspirin

AD rivojlanishida ijtimoiy , ximiyaviy, ishlab chiqarish, hayvonlar va dorilarni allergenlari sabab bo'lishi ham mumkin. Ammo aksariyat hollarda bolalar orasida taomga allergiya ko'proq uchraydi.

Terini sezgirligini oshishida infeksiyalarni ahamiyati katta, ayniqsa zamburug'lar, stafilokokklar, streptokokklar. AD da patogen floralar tushishi mumkin, bu esa teridagi alomatlarini kuchaytiradi.

KLASSIFIKACIYASI

- I. Rivojlanish davriga ko'ra:
 - Boshlang'ich davri
 - Yaqqol o'zgarishlar davri:
 - O'tkir kechishi
 - Surunkali kechishi
 - O'tkir osti kechishi
 - Remissiya davri:
 - To'liq remissiya
 - Qisman remissiya
 - Klinik sog'ayish davri
- II. Yoshga ko'ra klinik shakllari:
 - Go'daklik (1 oylikdan 2 yoshgacha);
 - Bolalik (2-12 yosh);
 - O'smirlik (12 yoshdan katta);
- III. Og'irlik darajasiga ko'ra
 - Engil
 - O'rta og'ir
 - Og'ir
- IV. Klinik-etnologik shakllariga ko'ra:
 - Allrgiya ustunligi bilan:
 - Taomga
 - Kanali
 - zamburuqli
 - changchali va boshq.

– Ikkilamchi inficirlanish bilan.

V. Asoratiga ko'ra:

– Piodermiya

– Virusli infekciya

– Zamburuqli shikastlanish

PATOGENEZI

AD ning asosida surunkali allergik yallig'lanish mavjud. AD ni patogenezi polifaktorli bo'lib immun buzilishlarni o'rni muhim. Asosiy immunopatologik mexanizm bu Th1/Th2 ning Th2 tomoniga siljishi oqibatida yallig'lanishga moyil citokinlarning sintezi oshadi, specifik IgE –antitanachalar sintezi oshadi. Dastavval jarayon semiz hujayralar yuzasida allergenlarning maxsus antitanachalar (reaginlar) bilan to'qnashuvidan boshlanadi. Noimmun trigger omillar allergik yallig'lanish mediatorlari (gistamin, neyropeptidlar, citokinlar)ni chiqarilishini kuchaytiradi.

AD da terini surunkali yallig'lanishini ta'minlanishida zamburuqli va kokkli teri infekciyasining, hamda bakterial va zamburuqli hujayralarning qismlariga allergik jarayonning ahamiyati bor.

AD KLINIK BELGILARI

AD ni klinik belgilari terida eritema, qichish, teri quruq, terida qashish izlari , polimorf toshmalar bemorning yuzida, oyoq qo'llarining tashqi tomonida, katta bo'g'imlarning ustida, ba'zan, terini ikkilamchi bakterial yoki zamburug'li yallig'lanishi belgilari bilan namoyon bo'ladi. AD ning nospecific simptomlari – bu oq dermografizm, “geografik til” va boshq.

AD DIAGNOSTIKASI UCHUN MEZONLAR

Katta (shartli) diagnostik mezonlar

- Prurigo (qichish) terida hattoki minimal namoyon bo'lishida ham
- Odatdagi (tipik) morfologiya va joylashuvi (lokalizaciya) (yuzi, bo'yin, qo'ltiq osti, bilak chuqurchasi va tizzalar orti, chov sohasi, boshning soch qismi, quloq jimjiloqlarini ortida va boshq.)
- Atopik kasallikning oilaviy yoki individual tarixi
- Surunkali qaytalanib kechishi

Kichik (qo'shimcha) diagnostik mezonlar

- Umumiy va specific IG E-antitanachalarni miqdorining oshishi
- Kasallikning ilk bolalik davrida boshlanishi (2-yoshgacha)
- Qol va tovon kaftlarining chiziqlari ko'pligi (burmalari ko'p, giperliniyali)
- Pityriasis alba (bemorning yuzida tericining oqish dog'lari, elkasida oqish dog'larning borligi)
- Follikulyar giperkeratoz («shoxli» papulalar elkalar, bilaklarning yon yuzasida)
- Terining shilinishi (qipiqlanishi), kseroz,ixtioz
- Qo'l va oyoqlarda nospecific dermatitlar
- Terining tez-tez yuqumli shikastlanishi (stafilokokkli, zamburug'li, herpesli)
- Oq dermografizm
- Terlaganda qichishishni ko'payishi.
- Bo'yinning oldingi yuzasida qatlam (burmalar)lar
- Ko'zlarni atrifida to'q aylanma dog'lar (allergik jilo)
- Vannada cho'milganda teri qipiqlanishi, qizarishi va qichishi (2 yoshgacha bolalarda kuzatiladi).

Diagnoz qo'yishda ushbu mezonlardan 3 ta katta va 3 tadan kam bo'lmagan kichik mezonlari ni birgalikda aniqlangan tartibda tasdiqlash zarur.

ATOPIK DERMATITNI DAVOLASH USULLARI

AD ni davolashda kompleks yondashuv zarur. Eng avvalo taomnomadan va ijtimoiy hayotdan allergenlarni chiqarish (eliminaciyasi) zarur. Davo usullari quyidagicha: teini mahalliy davosi va umumiy (tizimli) davo navsiya qilinadi.

1. AD da parhez tavsiya qilinadi. Parhezning qoidalari:

- anamnez va allerosinama asosida ehtimoliy allergiya chaqirgan ovqat mahsulotini man etish;
- potencial allergen saqlagan ovqat mahsulotlari (qulupnay, citruslar, shokolad, dengiz mahsulotlari, asal, dukkaklilar) ni man etish;
- qovurilgan, yog'li, achchiq, sho'r, go'sht va baliq sho'rvalarini man etish;
- ovqat racionida tuz va shakarni kamaytirish;
- faqat tozalangan suvni ichish;
- ovqat racioniga ehtiyotlik bilan asta sekin qo'shimcha ovqatni kiritish.

Go'dak bolalar uchun ko'krak suti asosiy ozuqa hisoblanadi. Kasallikni kechishi onaning ovqatlanishiga bog'liq. Emizikli onalar go'dakning ovqat mahsulotlariga individual bardoshini inobatga olgan holda gipoallergen parhezga rioya qilishi kerak. Buning uchun on ava bola qabul qiladigan ovqat va dori mahsulotlarini tarkibini va teridagi toshmalar hamda najasning o'zgarishi holatlarini yozib boorish zarur. Ushbu kuzatuv asosida ovqat mahsulotlari tanlanadi.

Aksariyat hollarda turli sabablarga ko'ra ko'krak suti bilan boqishni imkoniyati yo'q va bolalarni ovqatlantirishda sut aralashmalari qo'llaniladi. Allergiyaga moyilligi bo'lgan bolalar uchun gidrolizlangan oqsil asosida tayyorlangan gipoallergen aralashmalar qo'llaniladi. Aralashmani almastirish go'daklar hayotining eng og'ir davri hisoblanadi, chunki bola yangi ovqatga moslashishi kerak, ta'mi o'zgaradi, aralashmani hazm qilishi tezligi o'zgaradi.

Og'ir hollarda shifokorlar oqsilning mayda qismlari- aminokislotalardan tarkib topgan aralashmalar tavsiya qilishadi.

Eng ko'p qo'llaniladigan laktozasiz aralashmalar yordam bermaydi, chunki laktoza-uglevod, allergiya oqsilga shakllanadi.

Eliminacion parhez- 3 oydan 1 yilgacha muddatda tavsiya qilinadi.

2. Teriga parvarish qilish.

Atopik dermatitga chalingan bolaning terisi quruqlikka moyil, shuning uchun terini har kuni va uzluksiz namlab turish kerak. Bu bemrlarga vannada uzoq turish mumkin emas va ishqorli sovunlarni ishlatish man etiladi. Buning uchun quruq va allergiyaga moyil teri uchun maxsus ishlangan vositalar qo'llaniladi.

Kasallik avj olish davrida teri uchun tashqi dori vositalari- kremlar, malhamlar, emulsiyalar tavsiya qilinadi. Ushbu dori vositalari tarkibida cink, gormonlar, nosteroid yallag'lanishga qarshi dorilar kiradi. Bu dorilarni shifokorning qattiq nazoratida qo'llaniladi.

3. Oshqozon ichak tizimi faoliyatini qoplash.

Ichakning faoliyatini turli buzilishi barcha organ va tizimlarni noto'g'ri ishlashiga sabab bo'ladi, shu jihatdan terini ham faoliyati buziladi. Shuning uchun atopik dermatitni davolashda hazm tizimini kasalliklarini ham davolash zarur. Odatda buning uchun biopreparatlar, adsorbentlar tavsiya qilinadi.

1. Allergiyaga qarshi dorilar.

Shifokorpediatr, allergolog- immunolog terini qichishiga qaarsgi qisqa kurslarda alleriyaga qarshi dorilar tavsiya qiladi.

ATOPIK DERMATITNI DAVOLASHGA YONDASHUV

Allergen ta'sirida atopiklarni organizmida yallig'lanish jarayoni kichadi. Buni natijasida yallig'lanish o'chog'ida allergic yallig'lanishga xos hujayrali infiltrat shakllanadi. Bu hujayralar mediatorlar, citokinlar, IgE chiqaradi. Hattoki bolani atrofidafllegenlarni bartaraf qilingandaa ham yallig'lanish jarayoni davom etadi. Yallig'lanish o'z o'zini qo'llab turadi. Shu vaziyat barcha atopik dermatitli bemorlarga faol yallig'lanishga qarshi terapiyani o'tkazish zarurligini tasdiqlaydi. Hujayrali infiltrat faol yallig'lanishga qarshi terapiyani o'tkazishda ham bir necha kunlar davomida yo'qolmaydi, shuning uchun uzoq bazis yallig'lanishga qarshi

terapiyani 2-3 oydan kam bo'lmagan davrda to'liq klinik remissiyaga erishguncha davom etish shart.

Tashqi terapiya:

- Tizimli farmakoterapiya
 - Antigistamin vositalar (Alerzin, Suprastin)
 - Membranastabilizatorlar
 - **Kalcinevrin ingibitori**¹
 - Oshqozon ichak tizimi kasalliklarini davolash uchun vositalar
 - Immunmodulyatorlar
 - Asab tizimini faoliyatini boshqaruvchi vositalar
 - To'yinmagan yog' kislotalari saqllovchi vositalar
 - Antibiotiklar
 - Tizimli kortikosteroidlar (maxsus ko'rsatmaga ro'ra)

- Reabilitatsiya

Yallig'lanishga qarshi terapiya

O'tkir davrida:

-Antigistamin dorilar 2-avlodi (qo'shimcha antimediyator va membranastabilizatorlar bilan): Masalan, Loratadin- 4-6 haftaga (ayrim hollarda ushbu dorilarni tarkibiga kasallikni qo'zg'alishi mumkin).

-kechqurungi soatda antigistamin dorilar 1-avlodi (zaruratda sedativ effekti uchun)-4-6 hafta davomida tavsiya qilinadi(ayrim hollarda ushbu dorilarni tarkibiga kasallikni qo'zg'alishi mumkin).

-mahalliy davo uchun terida ekssudatsiya bor bo'lsa nam qatlam (eman po'stlog'I damlamasi, 1%li tannin eritmasi, rivanol 1:1000 eritmasi va boshq.), bo'yoqlar (Fukorcin, Kastellan suyuqligi, 1-2% ko'k metilen eritmasi) qo'llaniladi.

-mahalliy glukokortikosteroidlar (Mometazon kremi, los'oni)-3-7 kunga va tashqi nogormonal vositalar (Reglisam gel).

-Tizimli glukokortikosteroidlar (olib borilgan davo samarasizligida tavsiya qilinadi).

Surunkali davrda:

Antigistamin dorilar 2-avlodi-3-4 oyga (ayrim hollarda ushbu dorilarni tarkibiga kasallikni qo'zg'alishi mumkin).

-mahalliy glukokortikosteroidlar (Mometazon malhami)

-kombinatsiya qilingan topik glukokortikosteroidlar Betametazon asosida, antibakterial va zamburuqqa qarshi komponentlari bor, masalan: triderm (Gentamycin+ Betamethasone+ Clotrimazole, diprogent (Gentamycin+ Betamethasone), diprosalik (Betamethasone+ Salicylic acid) va boshq.

-Immunosuppressiv vositalar (Takrolimus), masalan: protopik –nojo'ya ta'siri bo'lmagan gormonal vositalar.

- to'yinmagan yog' kislotalar saqlovchi vositalar.

PROFILAKTIKASI

-bolalarda atopik dermatitni profilaktikasi maqsadida homiladorlik va emizikli davrida onaning sog'lom turmush va to'g'ri ovqatlanish qoidalariga rioya qilishi kerak;

-1 yoshgacha bolalarni ko'krak suti bilan boqish afzal;

-ovqatlanish sifatli, toza, tabiiy va balansda bo'lish kerak;

-bolani ortiqcha ovqatlantirmaslik;

-1 yoshgacha bolalarga qo'shimcha ovqat mahsulotlarini to'g'ri va asta sekin berishni tashkil etish;

-yuqumli kasalliklarni profilaktikasini o'tkazish (vakcinaciya, chiniqtirish, bemorlar bilan muloqotni cheklash, umumiy sog'lomlashtirish muolajalari);

-gijja tushishini profilaktikasini o'tkazish(qo'llarni yuvish, o'yinchoqlarni yuvish);

Hazm tizimi kasalliklarini o'z vaqtida aniqlash va davolash;

-maishiy turmushda bolalar uchun gipoallergen vositalar-gigiena vositalari, kosmetiklar, kir yuvish kukunlari, idishlarni yuvish, polni artish vositalarini qo'llash;

-kiyimlari uchun ipak va tabiiy matolarni qo'llash;

-bolaning xonasida optimal sharoitni saqlash (xona harorati 22 C gacha, havoni namlab turish);

-bolani xonasida tozalikni saqlash;

-quyoshli vannalarni kam qabul qilish;

-terini quruqlashuvini profilaktikasini o'tkazish (shamol, quyosh va sovuqdan himoya qiladigan kremlarni qo'llash, terini suvsizlantiradigan sovunlarni ishlatish mumkin emas);

-Atopik dermatitning birinchi simptomlarini aniqlanganda adekvat davolash va kelgusida allergenni man etish;

-bolani meyoriy ruhiy emocional holatini saqlash;

-dori vositalarini, ayniqsa immune tizimga ta'sir qiladigan vosialarni o'zboshimchalik bilan qo'llash mumkin emas.

Amaliy mashg'ulot № 5

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	Norevmatik karditlar. Ortirilgan va tug'ma karditlar. Etiopatogenez, tasnifi, klinikasi, ekstrakardial va kardial
--------------	---

18.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashgulot vakti – 6 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashgulot shakli	Mavzu buyicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda norevmatik karditlar. Ortirilgan va tug‘ma karditlar. 2. Bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari 3. Norevmatik kardit kasalligining diagnostiksi. 4. Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari. 5. Kardiorakal indeks to‘g‘risida tushuncha. 6. Kardiomegaliya darajalari. 7. Kon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklash. 8. Kon aylanish etishmovchilik klinikasi. 9. Davolash rejasi va oldini olish tadbirlari.
<p>Ukuv mashgulotining maksadi: Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kasalligini kechish xususiyatlari, diagnostikasi, laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari tugrisida tushuncha berish. Kardiorakal indeks va kardiomegaliya darajalari to‘g‘risida tushuncha. Kon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklash. Davolash rejasi va oldini olish tadbirlari tugrisida tushuncha berish. Tekshirish usullari. Xastalik belgilari xakida tasavvurga ega bulish.</p>	
Pedagogik vazifalar	O‘quv faoliyati natijalari
<ul style="list-style-type: none"> -Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kasalligi tugrisida tushuncha berish. - Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari; etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni urgatish -Norevmatik kardit kasalligining diagnostiksini tushuntirish. -Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental- grafik tekshiruvlarini interpretatsiyasini o‘rgatish. -Kardiorakal indeks to‘g‘risida ma'lumot berish. -Kardiomegaliya darajalarini 	<ul style="list-style-type: none"> -Talabalar bolalarda norevmatik kardit kasalligi tugrisida tushuncha ega bo‘lishi kerak. - Talabalarga bolalarda norevmatik kardit kechish xususiyatlari; etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va davolashni erkin bayon etaolishi kerak. -Norevmatik kardit kasalligining diagnostiksini tushuntira bilishi kerak. -Bolalarda norevmatik karditda laborator – instrumental- grafik tekshiruvlarini interpretatsiyasini tushuntira bilishi kerak -Kardiorakal indeksni amalda bajaraolishi kerak.

tushuntirish -Kon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklay olishni urgatish -Davolash rejasi va oldini olish tadbirlarini o'rgatish. - Turli yoshdagi bolalarda yurak – kon tomir tizimining uzgarishlarini baxolay olishni o'rgatish.	-Kardiomegaliya darajalarini amaliyotda ?o'yaa olishi kerak -Kon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklay olishi kerak -Davolash rejasi va oldini olish tadbirlarini bajara bilishi kerak. - Turli yoshdagi bolalarda yurak – kon tomir tizimining uzgarishlarini baxolay bilishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor surov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasion xona jixozlari» va h.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Ogzaki nazorat: savol – javob, mustakil ish, ma'ruza, amaliy mashgulot daftari

18.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi 	
1.Mavzuga	1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va	Tinglaydilar,

<p>kirish (15 daqiqa)</p>	<p>o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>savollarga javob beradilar. Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
<p>2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi. 3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi. 4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi. 5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Aniqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi. 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi. 7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi. 8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi. 9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bo'linadilar. Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi. 2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi. 3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish;</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

	o'zlashtirish ishi « Mitral klapan prolapsi.» –5 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi	
--	---	--

NOREVMATIK KARDITLAR.

YUrak qavatlaridagi o'zgarishlar umumiy so'z bilan miokardit deb ifodalanadi, lekin oxirgi yillar bu termin kardit deb almashtirildi. Kardit bolalar orasida ko'proq uchraydi, asosan og'ir formalari. Hozirgi paytlarda norevmatik karditlarning klinikasi va diagnostikasiga qizikish juda kuchaydi. Norevmatik karditlar revmatik karditlarga nisbatan ko'proq uchray boshladi.

Etiologiyasi. Barcha infeksiyon kasalliklar chaqiruvchisi qanaqa bo'lishidan qat'iy nazar kardit asoratini chaqirish mumkin. boshqa infeksiyon kasalliklarga nisbatan tekshirishlarga asosan odamlar virus infeksiyasi bilan ko'proq kasallanishadi.

Bolalar o'rtasida respiratorli virusli kasalliklar ham ko'p uchraydi: (gripp, paragripp, adenovirus).

Koksaki virusi bilan adenovirus kasallikni surunkaliga o'tishiga olib keladi. Miokardit boshqa virusli kasalliklardan keyin ham kelib chiqishi mumkin, masalan: suvchechak, qizamiq, virusli gepatit, epidemik tepki, sitomegaliyalardan so'ng, miokarditni rivojlanishiga keltirib chiqaruvchi omillarning ahamiyati katta, ya'ni organizmda viruslar uzoq vaqt davomida o'zini ta'sirini ko'rsata olmay turadi, lekin organizmni reaktivligining pasayishi bilanoq patologik xususiyatini ko'rsata boshlaydi.

Organizmni chidamligi quyidagi faktorlardan keyin pasayishi mumkin: gipoksiya, fizik zo'riqishlarni oshib ketishi, bundan tashqari ba'zi bir dori moddalaridan keyin, masalan rezepin istemol qilganidan so'ng. Rezerpin yurak muskullarida Koksaki virusini toksik ta'sir ko'rsatishini oshiradi.

Norevmatik miokarditni rivojlanishida bakterial faktorlarni roli juda kata hisoblanadi. Bularga kiradigan streptokokk infeksiyasi va stafilakokk barcha miokarditlar ichida aloxida ahamiyatga ega.

Norematik kardit quyidagi kasalliklardan keyin ham kelib chiqishi mumkin: pnevmoniya, sepsidan keyin, plevrit, stafilakokkli destruksiyadan keyin, siydik yo'llaridagi infeksiya, glomerulonefrit, gepatit, xolestik va boshqa kasalliklar.

Allergik karditlar rivojlanadi: posvaksinal reaksiyadan so'ng, bronxial astma, surunkali ekzema, resperator allergozlaridan keyin. Ba'zi bolalarda quyidagi dorilarni qabul qilganda: penitsillin, streptomitsin, tetratsiklin, siulfanilamid preperati, furadonin kabi dorilar qabul qilganidan so'ng allegik kardit rivojlanishi

mumkin. SHunday qilib norevmatik karditlar polietiologik kasallik hisoblanib, etiologisiyada ko'pincha viruslar asosiy o'rinni egallaydi.

Patogenezi. Hozirgi vaqtda olimlar o'z tekshirishlari natijasida norevmatik karditlarni immunopatologik holat deb tushuntirishmoqda.

Virus yurak muskul xujayrasiga kirib, ularni zararlaydi va chuqur metabolik va morfologik o'zgarishlarga olib keladi.

Limfatsitlar bilan bog'langan holda virus va bakteriyalarni toksinlarga limfatsitlar bilan ustida yoki yuzasiga antitela hosil bo'ladi.. Bu esa o'z navbatida immun kompleksini hosil bo'lishiga va ularni qonga o'tib aylanib yurishiga olib keladi.

Antitelalar tuqimadagi bazofillarni, leykotsitlarni, trombositlarni zaralaydi, xujayrada modda almashinuvini o'zgartiradi, mukolitik va proteolitik fermentlarni aktivlantiradi.

Biologik aktiv modda gistamin, seratonin, bradikinin va prostoglandinga o'xshagan aktiv moddalar to'g'ridan-to'g'ri yurakni o'tkazuvchi sistemasiga ta'sir qiladi, yurakni qisqartiruvchi aparatiga o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Ko'p miqdorda gistamin ishlab chiqarilishi qon tomir devorini o'tkazuvchanligini oshiradi globulinlarni, allergenlarni antitelalarni to'qima bo'shlig'iga o'tishini va yurak muskullarini ishini va oziqlanishini buzilishiga olib keladi.

Gistaminsimon moddalarni kuproq hosil bo'lishi kichik arteriya va kapillyarlarni kengayishiga va o'tkazuvchanligini oshishiga, kichik arteriya va venachalarda staz hosil bo'lishiga olib keladi.

Qon oqishining sekinlashishi natijasida, eritrotsitlarni plazmadan ajralishi mikrotromblarni hosil bo'lishida, yurak muskulida gipoksiya rivojlanishiga olib keladi.

Mikrotsirkulyasiyani buzilishi, xujayrolararo to'qimalarda shish bo'lishi. Xujayrada yallig'lanish infiltratsiyasi, qonda gistaminni oshib ketishi yurak o'tkazuvchanligini va ritmini buzilishiga olib keladi va og'riq sindromini kelib chiqishiga olib keladi.

Norevmatik karditni kelib chiqishida bemorning yoshi irsiy omilini axamiyati katta.

Kichik yoshdagi bolalarda miokardit og'ir o'tadi, surnkali kechishga moyil. Norevmatik karditni oilaviy kechishi immunetning irsiy to'liqsizligidan dalolat beradi. Bir oilani barcha a'zolarida bir xil immunologik reaktivlik bo'lishi mumkin bu esa timusni xolatiga uning kompleks reaksiyasiga bogliq.

Tasnifi:

N.A. Belokon o'zining ko'p yillik ilmiy tadqiqot tekshirishlari natijasiga asoslanib 1984 yilda NK ning tasnifini ishlab chiqdi va ushbu tasnif Kardiologlar anjumanida qabul qilindi.

1. Kasallikning kelib chiqish davriga qarab:

- Tug'ma: erta, kechki
- Orttirilgan

2. Etiologik omillari bo'yicha:

- Virusli
- Bakteriyali
- Virus-bakteriyali
- Parazitli
- Zambrug'li
- Iersiniozli
- Allergik
- Idiopatik

3. SHakli bo'yicha (jarayonning qaerda joylashishiga qarab):

- Kardit
- YUrak o'tkazuvchi tizimining zararlanishi

4. Kechishiga ko'ra

- O'tkir – 3 oygacha
- CHo'zilgan – 18 oygacha
- Surunkali – 18 oydan ko'p (retsdivlanuvchi, birlamchi surunkali:

dimlangan, gipertrofik, destriktiv variantlari.)

5. Og'irligi bo'yicha:

- Engil
- O'rta og'ir
- Og'ir

6. YUrak etishmovchiligining shakli va darajasi:

- CHap qorincha etishmovchiligi I, II A, II B, III darajalar
- O'ng qorincha etishmovchiligi I, II A, II B, III darajalar
- Total etishmovchilik

7. Oqibati va asorati:

- Kardioskleroz
- Miokard gipertrofiyasi
- YUrak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi
- O'pka gipertenziyasi
- Klapan apparatining zararlanishi
- Konstriktiv mioperikardit
- Tromboembolik sindrom

Har qanday kasallikning tasnifida ko'rsatilgandek NK ning tasnifida uning kechishi aniq ko'rsatilgan.

NK ning o'tkir kechishi kasallikning avj olishi bilan boshlanishi, yurak-qon tomirlar etishmovchiligi va nisbatan o'tkazilgan muolajalarning tezda effekt-foyda berishi bilan ifodalanadi.

NK cho'ziluvchan kechishi ayrim holatda kasallikning tez boshlanishi, ammo sog'ayishning 18 oygacha cho'zilishi, boshqa holatda kasallik ancha yumshoq boshlanib va sekin-asta rivojlanish yoki birlamchi cho'ziluvchan kechishi bilan o'tadi.

NK ning surunkali kechishi o'tkir yoki cho'ziluvchan karditda o'tkazilgan davo muolajalarining foyda bermaganligidan, yurak mushaklarining refrakterligi kuchliligidan o'tkir yoki cho'ziluvchan karditning surunkali karditga o'tishi yoki o'tkir va cho'ziluvchan karditlar belgilari bo'lmay birlamchi surunkali karditning paydo bo'lishi ham kuzatiladi.

Klinika. CHaqaloqlarni, kichik yoshdagi bolalarni va katta yoshdagi bolalarni miokarditni klinik kechishini o'ziga xos belgilari bor.

Miokardit bola homila paytida rivojlanishi mumkin E.N. Amosova (2002) uni aniqlashda akusher anamnezini axamiyati katta. Homilador paytida onasini o'tkir infeksiyon kasallik bilan kasallanganligi (gripp pnevmoniya, va boshqalar).

Norevmatik karditni klinik belgisi tug'ilgan kundan yoki sal kechroq paydo bo'ladi. YUrak - qon tomir sistemasidagi o'zgarishlar miokardni zararlanish darajasiga bogliq.

YUrak chegarasi perkutsida va rentgenda kengaygan. Bolaning aktivligi pasaygan, bezovta bo'lganda ko'karish paydo bo'ladi. Auskultatsiyada yurak tonlari susaygan ba'zilar yurak ritmi buzilgan. EKG da yurak qorinchalar mushaklarining gipertrofiyasi, yurakni o'tkazuvchanligi buzilgan. Bolalarning ko'pida tug'ilgandan hepatomegaliya.

Bu bolalar fizik rivojlanishdan orqada qolishadi, kukrak qafasida yurak bukrisi hosil bo'ladi.

CHaqaloqlarda orttirilgan miokardit, ORVI, pnemoniya yoki biron xil infeksiyadan keyin 1-2 xaftadan so'ng paydo bo'ladi.

Karditni rivojlanishida bolani organizmi oldindan sensibilizatsiya bo'lgan bo'lishi kerak, ya'ni qaytadan infeksiyon kasalliklar bilan kasallangan, yoki allergik moyilligi eksudativ – kataral diatezi, giperergik reaksiyagi moyilligi bo'lishi kerak. SHuning uchun ORVI o'tkazgan bolalarda karditga o'xshash belgi paydo bo'lsa, emlashdan oldin EKG qilish kerak.

Bemor bola bezovta bo'lib qoladi, emishdan bosh tortadi emayotgan paytda bezovtalik paydo bo'ladi, qusish, terisini rangi oqargan, oyok-qo'l uchlari ko'kargan, nafas olishi tezlashgan, xansirash qorni damlaydi, ba'zan talvasa shish paydo bo'lishi mumkin.

Bu bolalarda bronxit yoki pnevmoniya tez– tez bo'lib, yoki birgalikda kechadi.

YUrakni chegarasi kengaygan, yurak tonlari susaygan, ba'zi bolalarda nozik sistolik shovqin eshitiladi, taxikardiya, ekstrasistoliya bo'lishi mumkin. Jigar kattalashishi mumkin. CHaqaloqlarda tezda o'tkir yurak etishmovchiligi klinik belgilari rivojlanadi.

Rentgenologik tekshirganda yurak pulsatsiyasini sustligi, chegarasini kengayganligi, qon tomirlar rasmining kuchayganligi kuzatiladi. SHunday qilib bolalarni chaqaloqlik davrida norevmatik karditni dekompensatsiya va aralash variantlari ko'proq uchrab turadi.

O'tkir karditning boshlang'ich davri o'zining xarakteristik klinik ko'rinishi bilan ajralib turadi.

Bolalar ORVI dan keyin xolsiz, sust injiq bo'lib qoladi. Tezda charchab qolishi uyquchan, ishtaxasi yuqoladi, terisining rangi oqarib qoladi.

Kasallikning asosiy belgisi birdan xansirash, ko'karish yo'tal xurujini paydo bo'lishi, bu kasallikni davom etayotganidan dalolat beradi. YUrak uchi turtkisi susaygan. YUrak chegarasi kengaygan, ko'pincha chapga.

YUrak tonlari kuchli, kam hollarda bo'g'iq, II ton o'pka arteriyasida kuchaygan. O'tkir osti kechishda yurak soxasida sistolik shovqin eshitiladi, mitral klapanini etishmovchiligi bo'lishi mumkin. Hamma bemorlarda taxikardiya aniqlanadi.

EKG da sinus taxikardiyasi va qorinchalarda ekstrasistoliyasi aniqlanadi. Rentgenda yurak o'lchamlarini kengayganligi aniqlanadi.

Miokardni klinik belgilariga perikard shovqini qo'shiladi, yurak tonlari susaygan, jigar ancha kattalashgan bo'ladi. Oyoqlarda shish erta hosil bo'ladi, xansirash va o'pkada dimlanish belgilariga nisbatan yurak chegarasi kengaygan. Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda infeksiyon – allergik miokarditni rivojlanishida virusli infeksiyalardan keyin miokardit birdan (erta) yoki bir necha haftadan keyin (kechki) erta belgilariga quyidagilar kiradi: xansirash, umumiy holsizlik, yurak soxasida og'riq, qorin mushaklarida og'riq borligiga shikoyat qiladi, ishtaxani yo'qligi, yurak urishiga.

Katta yoshdagi bolalarning shikoyati - yurak soxasida og'irlik, sanchib og'rish, yurak soxasida og'riq tinch xolatda paydo bo'lishi, fizik zuriqishdan keyin kuchayishi va butun yurak soxasida tarkaladi. Bu og'riq bir necha kundan bir necha hafta va bir necha oygacha davom etishi mumkin, bu kasallikni kechishiga bog'liq. Qon tomirning kengaytiradigan dorilardan so'ng kamayadi. Bemorning ahvoli yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiya qiladigan preparatlardan keyin, yurak glyukozidlari, kaliy tuzlari, vitaminlarni bergandan keyin ancha yaxshilanadi.

Ba'zi bir bolalar hech qanday shikoyat qilishmaydi. Klinik va instrumental tekshirishlardan keyin tashxis-norevmatik kardit deb qo'yiladi.

Katta yoshdagi bolalarda uchraydigan miokarditning erta kuzatiladigan klinik belgisiga taxikardiya, ba'zan bradikardiya yoki nafas aritmiyasi kiradi.

Katta yoshdagi bolalarda yurakdagi o'zgarishlar o'tkir boshlanmaydi. Ekstrakardial belgilarga kiradi: rangini oqarganligi, holsizlik ba'zi bolalarda shish paydo bo'ladi.

Miokarditning asosiy belgilaridan biri yurak chegarasini kengayishidir. YUrak chegarasi ko'pincha chapga kengaygan, ba'zan chapga va unnga ba'zilaridan yuqoriga ham kengaygan.

Rentgenografiya qilganda yurak konfiguratsiyasi o'zgargan, konturlari silliqlashgan, amplitudasi pasaygan, pulsatsiyasi aritmik yurak chegarasi kengaygan.

Eng ko'p erta paydo bo'ladigan belgilaridan (92%), bu yurak avtomatizmini buzilishi, 60% hollarda quzgalish funksiyasini ya'ni har xil ekstrasistoliyalardir.

Diagnoz: qo'yishda aritmiyani bo'lishi katta ahamiyatga ega, chunki ba'zan miokardni zararlanishi asosiy belgilaridan biri bo'lishi mumkin.

FKG da xamma bolalarda sistolik shovqinni yozishi, ko'pincha yurak uchida yoki IY qovurg'a oralig'ida chap to'sh suyagining qirrasida.

Norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish o'tkazganda quyidagilarni aniqlash mumkin.

Gemogrammada – anemiya, leykotsitoz, ba'zan leykopeniya kuchli bo'lmagan SOE, bular hammasi kasallikning o'tkir davrining 2-3 haftasida kuzatiladi. Qondagi o'zgarishlar miokarditga xos patogenetik o'zgarishlarga kirmaydi, faqat klinik instrumental o'zgarishlar bilan birgalikdagini diagnostikaga yordam berishi mumkin.

Bioximik tekshirish o'tkazilganda DFA – ozgina ko'paygan (202 – 216 ED), sialovaya kislota (0,228-0,243 ED), seromukoid albuminlar kamayadi, alfa 2 va gamma globulinlar ko'payadi, asparagin va alanin transaminaza ishqoriy fosfatazalar oshadi.

Qon zardobida immunoglobulinlarni tekshirganda norevmatik kardit bilan kasallangan bemorlarda kasallikning o'tkir davrida immunoglobulin A ni miqdori kamaygan, M va J ni miqdori oshgan bo'ladi. Protsess pasaygandan sung immunoglobulin M va J ni konsentratsiyasi pasayadi.

Ba'zan bolalarda miokardit belgilari tibbiy ko'rikda, sport maktabiga olishda tekshirish natijasida aniqlanadi. YUrak chegarasini kattalashishi, yurak tonlarini o'zgarganligi, sistolik shovqin aniqlanadi, lekin bemorning shikoyati bo'lmaydi.

Surunkali kechadigan miokarditni klinik ko'inishi tez charchab qolishi, xolsizlik, sustlik, ko'p terlaydi, xansirash yurak soxasida og'riq, yurak urishi tezlashgan, ba'zan yopishqoq yutal, ayniqsa bemor yotgan paytida yo'tal boshlanadi.

YUrak tonlari susaygan, taxikardiya. O'pkasida qattiq nafas, quruq va xo'l har xil kalibirli xirillashlar eshitiladi.

Rentgenogrammada yurak soyasini kengayganligi, chap bo'laki hisobida, kardiomegaliya.

EKG da ritmni buzilganligini aniqlanadi. Surunkali miokarditda aritmiya doimiy belgilardan biri hisoblanadi.

Surunkali kardit bo'lishi mumkin: chap qorincha bo'shlig'ining kengayishi bilan va chap qorincha bo'shlig'ini kengayishi yoki normada bo'lishi bilan.

Surunkali kardit chap qorincha bo'shlig'ini kengayishi bilan-shikoyati ishtaxani yo'qligi, massasining kamayishi. Tipik belgilari taxipnoe, yurak uchi turtkisining susayganligi, yurak bukrisi, ba'zan yurak chegarasini kengayishi, sistolik shovqin, mitral klapinini etishmovchiligi, yurak ritmini o'zgarganligi, jigarni kattalashishi. EKG da T tishchasini siljigani, 5-6 chetlanishda t tishchasini yo'qligi. Ba'zan tashxis operatsiya paytida qo'yiladi.

Miokarditni ba'zan Ebshteyn anomaliyasining sianoz bo'lmagan shaklida o'xshatiladi.

Rentgenda kardiomegaliya, yurak sharsimon, auskultatsiyada – yurak tonlari bo'g'iq, yurakni ritmi va o'tkazuvchanligi buzilgan. Qiyosiy tashxisda quyidagi belgilarga ahamiyat beriladi: ya'ni ORVI yoki boshqa infeksiyalar bilan bog'liq bo'lmaganligi, o'ng qorincha etishmovchiligi kuzatiladi, o'pka gipertenziyasi kuzatilmaydi. Ebshteyn anomaliyasida EKG da o'ng bo'lmacha gipertrofiyasi Gisa tutamining o'ng oyoqchasi to'liq bo'lmagan blokada kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromi – bu tug'ma paroklarga kiradi DMJP, ochiq arterial tug'ma nuqsonida kuzatiladi. Ko'pincha surunkali kardit bilan bemorlar shu diagnoz bilan tushadi. Bu ikki kasallikni quyidagi belgilar bir biriga yaqinlashtiradi: yuz teri koplamlarini ko'karishi, barmoq uclarini ko'karishi, qattiq yurak tonlari, o'pka arteriyasi ustida II-ton aksenti, o'ng qorincha etishmovchiligi belgilari va gipertrofiya yurakning o'ng bo'lagini EKG da.

Surunkali karditga xos belgilar-kasallik belgisi 4-6 yoshdan keyin paydo bulishi, rentgenogrammada yurakdagi o'zgarish noxosdan aniqlanadi. Tug'ma porokda esa tug'ilgan kundan, o'ng qorincha etishmovchiligi II-III darajasi kuzatiladi.

Eyzenmenger sindromiga sistolik shovqin xos emas, uch tabaqali klapan etishmovchiligi xos.

Kardiopatiya yoki miokardit kasalligida ko'pincha koarktatsiya aorta va fibroelastoz kasalligi degan tashxis bilan tushadi. Umumiy belgilari – kardiomegaliya, o'ng qorincha etishmovchiligi, yurak tonlarini bo'g'iqqligi, shovqinni yo'qligi. Lekin oyoqlarida pulsni judayam sustligi, qo'llariga nisbatan, qo'llarida A /D oshganligi, oyoqlarida pasaygani qiska dag'al sistolik shovqin kurak ostida chapdan shularga asoslanib to'g'ri diagnoz qo'yish mumkin.

Bolalarda norevmatik kardit bilan qon aylanishni buzilishi darajasiga va kasallikni kechish protsessiga qarab har xil bo'ladi.

Qon aylanishning etishmovchiligini aniqlash uchun Belokon taklif kilgan tasnif /1979/ ishlatiladi.

Norevmatik karditda qon aylanishini etishmovchiligi belgisi.

Darajasi	chap qorincha etishmovchiligi	o'ng qorincha etishmovchiligi
I daraja	qon aylanishi etishmovchiligi belgilari tinch holatda yo'q, nagruzkadan so'ng taxikardiya yoki xansirash paydo bo'ladi.	jigir me'yorda Jigar 2-3 sm qovurg'a
II daraja A	YUrakni qisqarishi va nafas olishi bir minutda 15-30 % va 30-50 % ga ko'payadi normaga nisbatan.	
II daraja B	Bir minutda 30-50 % va 50-70% ga ko'payadi normaga nisbatan, yo'tal xo'l xirillashlar o'pkada, akrotsinoz.	
III daraja	YUrakni qisqarishi va nafas olishi bir minutda 50-60 va 70-100 % ga ko'payadi normaga nisbatan, shishadi.	Jigar kattalashgan, assit gidrotoraks

Differensial diagnostikasi.

Norevmatik kardit uchun xarakterli:

- Virusli infeksiya bilan doimiy-xronologik kontaktda bo'lish.
- Kasallik latent davrining qisqaligi (5-7 kun) yoki bo'lmasligi.
- Kasallikning sekin-asta rivojlanishi.
- Artralgiya va artritning bo'lmasligi.
- Kardial shikoyatlarning faolligi va xilma-xilligi.
- Miokarditning klinik va EKG belgilarining mos kelishi.
- Valvulit (klapan zararlanishi) yo'qligi.
- Perikarditning juda kam kuzatilishi.
- Kasallik debyutida astenizatsiya belgilarining bo'lishi va termoregulyasiyaning buzilishi.
- Klinik belgilar bilan laborator tahlillarning mos kelmasligi
- YAllig'lanishga qarshi davo muolajalardan ijobiy dinamikaning sekin bo'lishi.

Kichik yoshli bolalarda NK ni TYUNlari, ya'ni atrioventrikulyar kommunikatsiyalarning to'liq bo'lmagan turlari, Ebshteyn anomaliyasi va magistral tomirlar transpozitsiyasi, operativ davolangandan keyingi holati bilan qiyoslash ancha murakkab jarayondir.

Atrioventrikulyar kommunikatsiya uchun xarakterli:

- Tembri va lokalizatsiyasi har xil bo'lgan sistolik shovqinning bo'lishi.

- O'ng qorincha va o'ng bo'lmachaning gipertrofiyasi.
- EKG da Giss tutami o'ng oyoqchasining noto'liq blokada bo'lishi.
- Rentgenoskopiyada o'pka rasmining qalinlashishi va chap qorincha pulsatsiyasining kuchayishi kuzatiladi.

Ebshteyn anomaliyasi uchun xarakterli

- Kasallik paydo bo'lishi bilan o'tkazilgan O'RVI ning aloqador emasligi.
- O'pka gipertenziyasi kuzatilmagan holda o'ng qorincha etishmovchiligi belgilarining ustunligi.
- O'ng bo'lmachaning kattalashuvi.
- EKG da chap qorinchaning gipertrofiyasi va uning gipoksiyasi bo'lmasligi kuzatiladi.

Magistral tomirlar transpozitsiyasini korreksiyasidan keyingi holati uchun xarakterli:

- EKG da YUEO' ning chapga og'ishi
- Q tishchaning chap ko'krak uzatgichlarida bo'lmasligi, ayni paytda o'ng ko'krak uzatgichlarida borligi ko'riladi.

Katta yoshdagi bolalarda surunkali NK ni revmokardit bilan dif diagnostika qilish zarur bo'ladi.

Revmokardit uchun xarakterli:

- Kasallikning A-streptokokkli infeksiya bilan doimiy-xronologik bog'liqligi.
- Kasallik latent davrining 2-4 hafta bo'lishi.
- Kasalning yosh bo'lishi
- Kasallikning o'tkir yoki o'tkir osti boshlanishi.
- Kasallik debyutida artralgiya va artritning bo'lishi.
- Kardial shikoyatlarning "passiv" ligi.
- Valvulit yoki perikarditning miokardit bilan qo'shib kelishi.
- Kardit belgilarini tez avj olishi.
- Kasallikning faol davrida klinik belgilarning laborator o'zgarishlar bilan mos kelishi kuzatiladi.

Davosi.

Ikki etapda olib boriladi:

1. shifoxonada – kasallikni o'tkir davrida yoki qo'zg'algan davrida.
2. poliklenika yoki sanatoriyada – davolashni davom ettirish.

Bemor o'tkir kardit bilan shifoxonaga tushgandan, davolash uchun quyidagilarni o'ziga asos qilib olish kerak.

1. Etiologik davolash.
2. Bemorni immunologik reaktivligiga ta'sir qilish.

3. YUrak qon tomir etishmovchiligini oldini olish.

Kasallikni o'tkir davrida birinchi navbatda to'shak rejimini 2-4 xaftaga joriy qilish.

Parxezi to'liq, etarli darajada oqsil va vitaminlar, etarli miqdorda kaliy tuzlari parxezda bo'lishi kerak. Kaliy tuzlari ko'proq qora mayizda, turshakda, anjirda bo'ladi, ayniqsa bemor gormon olayotganda berish kerak.

Sutkalik suvning miqdori, chiqariladigan siydik miqdori bilan aniqlanadi (200-300 ml ga kam), o'rtacha suvning sutkalik miqdori 400-600 ml bo'lishi kerak.

Antibakterial terapiya 2-3 xaftada davomida beriladi, chunki kasallikni sababi virus-bakterial infeksiya bo'lishi mumkin va kichik yoshdagi bolalarda asoratni oldini olish uchun beriladi.

Virusli karditlarni interval bilan davolash kerak, ayniqsa ORVI va gerpetik infeksiyada juda effekt beradi. Karditga yallig'lanishga Qarshi va immunodepressiv xususiyatga ega gormonlarini berish axamiyatga ega.

Bemorlarga miokarditni og'ir shaklida va qon aylanishini buzilishida kichik qon aylanish doirasida dimlanish belgilari bo'lsa kislarod terapiyasini berish axamiyatga ega.

Virusli karditda kasallikni boshida interferon berish kerak 2 tomchidan burun yo'liga har 2 soatda do 3 ml/ sutkasida. Grippga qarshi gamma globulin 1-2 dozada /0,2-0,3 ml/ kg 3 kun davomida .

Bakterial karditlarda-penitsillin, ampitsillin, oksatsilin bolaning yoshiga qarab 10-14 kun davomida.

Surunkali karditda infeksiyon – allergik bo'lsa bitssillin 2-3 oy va undan ko'proq vaqtda qilish kerak.

YAllig'lanishga qarshi preparatlar infeksiyon-allergik kelib chiqishiga qarab beriladi.

Nosteroid preparatlar beriladi: aspirin 0,2 g yoshiga qarab, voltaren 3 mg/ kg massasiga, brufen 8-10 mg/kg massasiga sutkasiga, indometatsin 3 mg/kg sutkasiga. Prepart ichishga kuniga 3-4 marta beriladi.

O'tkir miokarditni davolash kursi 4-6 xafta, o'tkir osti va surunkali retsidivli miokarditda 6-8 xafta va undan ham ko'proq, sekinlik bilan dozasi miqdorini kamaytirilib boriladi, tutib turuvchi dozagacha.

Allergik miokarditda steroid gormonlarini berish tavsiya qilinadi. Steroid gormonlaridan-prednizolon 1-1,5 mg/kg massasiga. Davolash kursi har bir bemorga individual hisoblanib ko'pincha 4-6 xafta davomida beriladi. Miokarditni og'ir shaklida qon aylanishning buzilishi 2-3 darajasida steroid garmoni berish tavsiya etiladi. 1-2 mg/kg massasiga. Kursi 3-4 xafta davomida beriladi.

Giperkoagulyasiya belgilari bo'lsa – DVS da geparin beriladi 100-150 ED/kg massasiga.

Trombotsitlarni adgeziya va agregatsiyasini kamaytiradigan preparat kurantil 3-5mg/kg kuniga yoki koantinol nikotinat vena ichiga yuboriladi.

Surunkali miokarditni qo'zgalish davrida-steroid va nosteroid preparatlari beriladi, shu bilan birgalikda o'tkir davri pasayishi bilan xinolin qatorida kirgan preparatlar-

delagil, plakvenil 5-10 mg/kg kuniga 1-2 marta 3-6 oy davomida va kerak bo'lganda undan ham ko'proq.

Kasallikni o'tkir davri pasaygandan keyin stimullovchi va tonusini oshiruvchi preparatlar beriladi: apilak shamcha (svecha), ko'krak yoshidagi bolalarga 0,005 g 3 marta 7 kun davomida katta yoshdagi bolalarga 0,01 g til ostiga 3marta kuniga, eleuterokokk nastoykasi 5-15 tomchi 3 marta kuniga.

Statsionarda davolash 4-5 haftadan bir necha oygacha.

Statsionarda davolab chiqqandan keyin 8-12 oydan so'ng, sanator – kurortda davolash kerak.

Bunda gidrosulfat vannalari, dengiz suvi vannalari, dengiz suvi bilan ingalyasiya qilishlar kiradi.

Hamma bemorlar miokardit bilan dispanser kuzatuvda bo'lishi kerak. Ularni 3 oy davomida har oyda tekshirib, kuzatib boriladi, keyin 3oyda bir marta, 6 oyda, EKG da yozilib boriladi.

Kardioskleroz belgilari bo'lmasa dispanser hisobidan 5 yildan keyin chiqariladi.

Profilaktika. Miokarditni profilaktikasida asosiy o'rinni egallaydi: kichik yoshidan organizmni chiniqtirish, ratsional oziqlantirish, fizkultura va sport bilan shug'ullanish.

Oqibati – yaxshi tugashi mumkin to'liq sog'ayish, miokardioskleroz o'chokli va tarqalgan, zararlanish gipertrofiyasi oqibati yomon bo'lishi mumkin yomon kechuvchi miokardit, kardioskleroz yurak bo'shlig'ini dilyatatsiyasi bilan, konstruktiv perikardit.

Miokardit engil kechsa oqibati yaxshi bo'ladi va to'liq sog'ayishi bilan yoki kardiosklerozni qoldiq ko'rinishi kuzatiladi. Miokarditda skleroz rivojlanishiga qaramasdan bolalar shikoyat qilmaydi, yurak chegarasi normada yoki salgina kengaygan. EKG da ozgina o'zgarish bo'ladi.

Oqibati yomon bo'lishi mumkin agar, o'pka gipertenziyasi va uzoq vaqt davomida chap qorincha etishmovchiligi bo'lsa.

Amaliy mashg'ulot № 6

Amaliy mashg'ulot o'qitish texnologiyasi

Mavzu	Yurak qon tomir kasalliklari. O'tkir revmatik isitma Etiopatogenez, tasnifi. Asosiy va qo'shimcha diagnostik kriteriyalar. Birlamchi va ikkilamchi revmatik istmada revmatik karditni o'ziga xosligi, MNS, bo'g'imlar va boshqa organlar zararlanish simptomlari. Diagnostika, davolash prinsiplari. Profilaktika.
--------------	--

4.1. Ta'lim berish texnologiyasining modeli

Mashg'ulot vaqti – 12 soat	Talabalar soni 8 -12 tagacha
Mashg'ulot shakli	Mavzu buyicha bilimlarni kengaytirish va mustaxkamlash yuzasidan seminar
Mavzu rejasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi to'grisida tushuncha. 2. Bolalarda o'tkir revmatik isitma kas alligini kechish xususiyatlari 3. O'tkir revmatik isitma kasalligining diagnostik mezonlari; 4. O'tkir revmatik isitma laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari. 5. Qon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklash. 6. Qon aylanish etishmovchilik klinikasi. 7. Boskichli davolash rejasi va oldini olish (birlamchi, ikkilamchi va joriy) tadbirlari.
<p><i>O'quv mashg'ulotining maksadi:</i> Talabalarga bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligini kechish xususiyatlari, diagnostik mezonlari, laborator – instrumental- grafik tekshiruvlari tugrisida tushuncha berish. Qon aylanish etishmovchilik darajalarini aniklash. Klinikasi. Boskichli davolash rejasi va oldini olish (birlamchi, ikkilamchi va joriy) tadbirlari tugrisida tushuncha berish. Tekshirish usullari. Xastalik belgilari xakida tasavvurga ega bulish.</p>	
<i>Pedagogik vazifalar</i>	<i>O'quv faoliyati natijalari</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Talabalarga bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi tug'risida tushuncha berish. - Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tasnifi, davosi va profilaktikasini o'rgatish. - Qon aylanish etishmovchiligi 	<ul style="list-style-type: none"> - Talabalar bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi tugrisida tushunchaga ega bo'lish kerak. - Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligi etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tasnifi, davosi va profilaktikasini o'rganib bemorga tashxis qo'ya olishi kerak . - Qon aylanish etishmovchiligi darajasini

darajasini aniklay olishni urgatish - Turli yoshdagi bolalarda yurak – kon tomir tizimining uzgarishlarini baxolay olishni urgatish. -Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligining tekshirish usullarini o'rgatish.	aniklay olishni kerak - Xastalik belgilari haqida tasavvurga ega bo'lish kerak. - Turli yoshdagi bolalarda yurak – qon tomir tizimining o'zgarishlarini baxolay olishni urganish. -Bolalarda o'tkir revmatik isitma kasalligining tekshirish usullarini o'rganishi va taxlil qilishi kerak.
Ta'lim berish usullari	Munozara, suxbat, tezkor surov, savol - javob
Ta'lim berish shakllari	Ommaviy, kichik guruxlarda ishlash
Ta'lim berish vositalari	O'quv qo'llanma, multimedia, video, kompyuter, proektor, plakat, flip karta, markerlar, doska, bo'r, «simulyasion xona jixozlari» va h.k.
Ta'lim berish sharoiti	UTV bilan ishlashga moslashtirilgan auditoriya
Monitoring va baxolash	Ogzaki nazorat: savol – javob, mustakil ish, ma'ruza, amaliy mashg'ulot daftari

4.2. Amaliy mashg'ulotining texnologik kartasi.

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
Tayyorgarlik bosqichi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mavzu bo'yicha o'quv mazmunini tayyorlash va kutilayotgan natijalarini shakllantiradi 2. Amaliy mashg'ulotining taqdimot slaydlarini tayyorlaydi 3. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlarini ishlab chiqish . 4. O'quv kursini o'rganishda foydalaniladigan adabiyotlar ro'yxatini ishlab chiqish . 5. Mavzuga oid yo'riqnomalarni tuzadi. 6. O'quv topshiriqlarni tayyorlaydi 	

<p>1.Mavzuga kirish (15 daqiqa)</p>	<p>1. Mashg'ulot mavzusi, uning maqsadi va o'quv faoliyati natijalari bilan tanishtiradi. 2. Talabalar o'quv faoliyatini baholash mezonlari bilan tanishtiradi. 3. Talabalar bilimlarini faollashtirish maqsadi da savollar beradi</p>	<p>Tinglaydilar, savollarga javob beradilar. Talabalar berilgan savollarga javob beradilar</p>
<p>2. Asosiy bosqich. (145 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzuga oid tayanch so'z va iboralarni izoxlab beradi. 2. Talabalarni 2-4 tagacha kichik guruxga bo'ladi va guruxlarda xamkorlik asosida ishlash usuli qoidalari bilan tanishtiradi. har bir gurux mavzu rejasi asosda taqdimot tayyorlashini aytadi. 3. O'quv kursi mavzulari asosida tayorlangan varakalarni tarkatadi. 4. Guruxlarga topshiriqlarni bajarish uchun yordam beradi. taqdimot materiallari mazmunan va mantikan tulik yoritilishini kuzatadi. 5. Taqdimot boshlanishini e'lon qiladi. Guruxlarda sardorlar taqdimotini tashkillashtiradi. Anqlik kiritilishi lozim bo'lsa , gurux sardorini to'xtatadi, savollar beradi, muxokamasini jamoaga havola etadi. 6. Mavzular asosida berilgan ma'lumotlarni umumlashtiradi va xulosalaydi. Faol ishtirok etgan talabalarni ragbatlantiradi va umumiy baxolaydi. 7 Mavzuga oid bemorlarni ko'rsatadi. 8. Bemor kuratsiyasini taxlil qiladi. 9. Kasallik tarixini tekshiradi</p>	<p>Tinglaydilar, asosiy jixatlarini yozib oladilar Kichik guruxlarga bo'linadilar. Topshiriklar bo'yicha ishlaydilar Faol qatnashadilar, taqdimot uchun materiallar tayyorlaydilar. Guruxdan sardor tanlashadi, uning taqdimotida xamkorlik qiladilar. Savollarga javob beradilar. tinglaydilar Mavzuga oid bemorlarni ko'radilar. Bemor kuratsiyasini taxlil kilishda ishtirok etadilar</p>
<p>3. Yakuniy bosqich (20 daqiqa)</p>	<p>1. Mavzu bo'yicha talabalar bergan savollarga javob beradi. 2. O'quv faoliyati yuzasidan xulosa bildiradi. 3.Mavzular maqsadiga erishishdagi talabalar faoliyatini taxlil qiladi va o'zlashtira olmagan joylarini qayta o'qib chiqishni tavsiya etadi</p>	<p>Savollar beradilar. tinglaydilar Uyga vazifani va mustaqil ish mavzusini yozib oladilar</p>

	Mashg'ulot mavzusiga oid mustaqil ish; o'zlashtirish ishi «Reaktiv artritlar - 5 s, Dermatomiozitlar » – 5 s Referat, Krossvord, Internet ma'lumotlaridan tayyorlashni topshiradi	
--	---	--

O'tkir revmatik isitma.

O'tkir revmatik isitma (Revmatizm) (Sokolskiy-Buyo kasalligi, utkir revmatik lixoradka) surunkali infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, ko'pincha bolalik chogida boshlanadi va asosan yurak kon -tomir sistemasini jaroxatlaydi. Erta yoshdagi bolalarda revmatizm kamdan-kam uchraydi, ko'proq maktab yoshidagi, ayniqsa 7-15 yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Maktab o'quvchilari orasida revmatizm bilan kasallanish 1- 3 % xollarda uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallikning rivojlanishida streptokokklar muxim rol o'ynaydi. Revmatizm odatda angina, o'tkir respirator virusli kasalliklardan keyin boshlanadi. Revmatizm bilan ogriq kasallarda surunkali tonzillit, tishlar kariesi aniklanadi. Revmatizmning birlamchi ko'rinishlari xam, kaytalannb turishi xam, ko'pchilik tadqiqotchilarning fikriga qaraganda A guruxga mansub V-gemolitik streptokokkga boglikdir.

Sharoit tugdiruvchi faktorlar:

- Immunologik reaktivlikning xususiyatlari;
- Organizm umumiy reaktivligining xususiyatlari;
- Genetik moyillik.

Patogenezi.

Patogenezi asosida quyidagi rivojlanish mexanizmlari yotib ular kushilgan xolda toksiko-immunologik kontseptsiyani tashkil kiladi:

1. toksik mexanizm
2. kesishgan reaksiyalar mexanizmi
3. immunokompleks mexanizmi
4. autoimmun mexanizm.

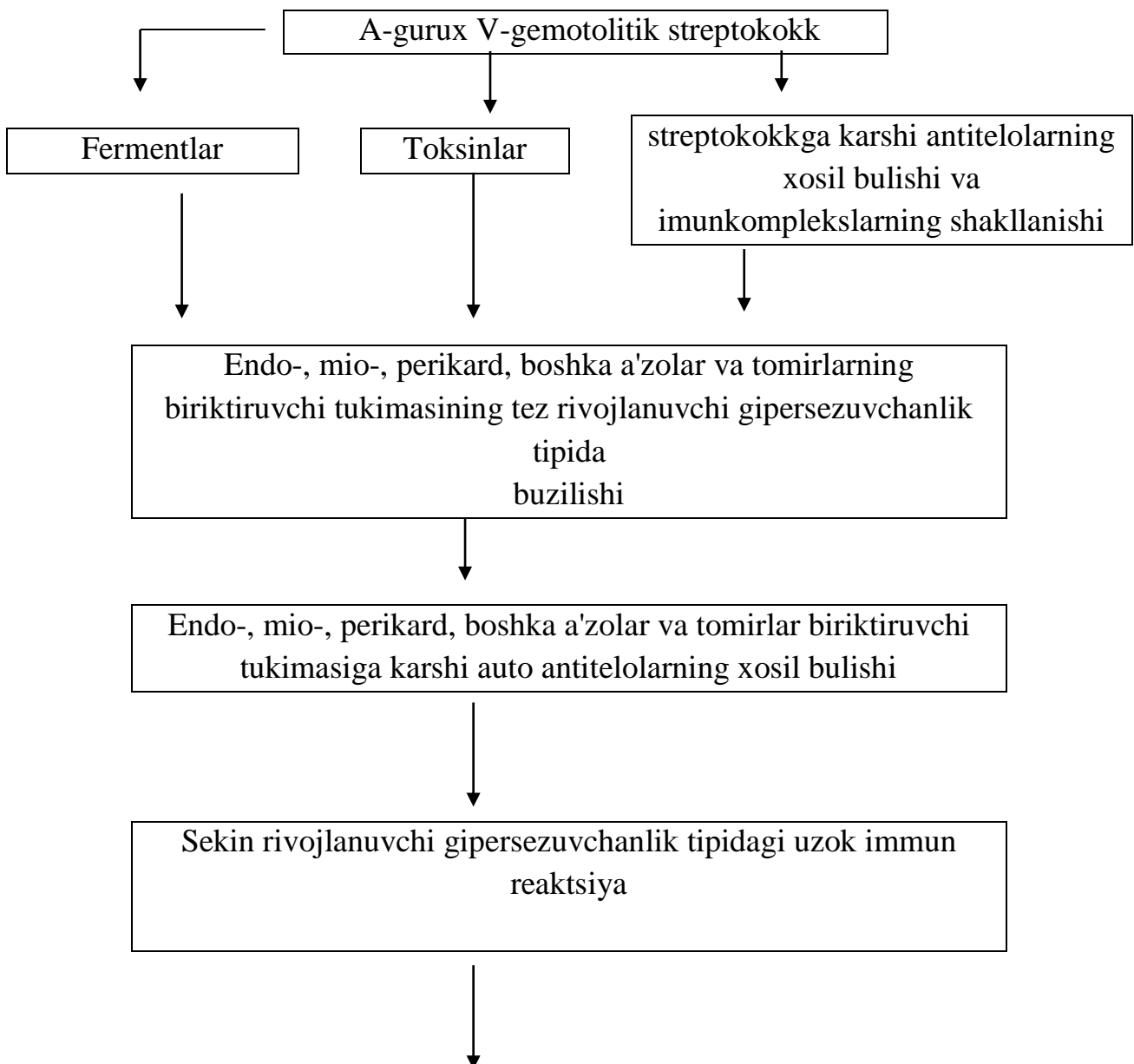
Xalqaro Soglikni Saklash Tashkiloti ekspertlari revmatizm patogenezining zamonaviy ko'rinishini toksiko-immunologik nazariya asosida tuzganlar.

Yurak zararlanish patogenezi 2 ta asosiy omil bilan aniklanadi:

-kardiotoksik xususiyatga ega streptokokkning toksik fermentlarn ta'siri (streptolizin 0, 5, fibrinolnaza) va -streptokokkning ba'zi shtammlarida yurak to'kimasi

substantsiyalari bilan umumiy antigenlari ko'pligi asosiy rolni o'ynaydi. Antigen tarkibining o'zaro ya'ningligi organizmda streptokokkning uzoq vaqt aylanib yurishiga imkoniyat yaratadi, natijada «hisman immunologik tolerantlik» yuzaga keladi. Streptokokk antigenining kardiotrop ta'sirining kuchliligi aittelolarning nafaqat streptokokk antigeniga, balki yurakka ta'sir etishiga olib keladi. Streptokokk antigeniga qarshi antitelo reaksiyasi fakatgina yurak to'qimasida avvaldan o'zgarish bo'lgan xolatlarda yuz beradi (streptokokkning toksinlari bu rolni bajaradi). Yurakning revmatik zararlanish patogenezi autoimmun reaksiyalar muxim rol o'ynaydi, biroq, kasallikning ba'zi formalarida ularning ahamiyati bor (uzluksiz retsidivlovchi formasi).

REVMATIZM PATOGENEZINING SXEMASI



Endo-, mio-, perikard, boshka a'zolar va tomirlarning immun va noimmun yalliglanishi
--

Revmatizm uchun biriktiruvchi to'qima, asosan yurak va tomirlar biriktiruvchi to'qimasining sistemali ravishda zararlanib borishi xarakterlidir. Bu kasallikning paydo bo'lishida makroorganizmning xolati xam katta ahamiyatga ega.

Teriga toshma toshishi, artritlar bo'lishi, tomirlar o'tkazuvchanligining kuchayishi xam revmatizmni allergik kasallik deb ta'riflaydi. Kasallik ko'zgatuvchisi biriktiruvchi to'qimaga ta'sir kilib, asosiy moddani va kollagenni parchalaydi.

Biriktiruvchi to'qima tuzilishining buzilishi va ferment sistemalari (gialuronidaza — gialuronat kislota) ning izdan chikishi natijasida tomirlar devorinipg o'tkazuvchanligi kuchayadi.

Shu munosabat bilan kon zardobida mukoproteidlar, geksozaminlar mikdori ko'payib, definilamin ko'rsatkichi ko'tariladi, gialuronidaza faolligi kuchayadi, disproteinemiya paydo bo'ladi. Organizmda allergiya bilan bir vaqtda autoimmun o'zgarishlar yuzaga keladi.

Biriktiruvchi tukimaning destruktiv o'zgarishlari o'ziga xos patomorfologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Biriktiruvchi to'qimada morfologik o'zgarishlar yuzaga kelishida 4 ta faza tafovut etiladi (A. I. Strukov fikriga muvofiq);

- Mukoid bo'kish;
- fibrinoid o'zgarish (aynish, fibrinoid);
- granulematoz;
- skleroz va gialinoz.

Bolalarda bu fazalarning birinchi ikkitasida nospetsifik ekssudativ komponent, keyingilarida esa endokard, perikard, tomir devorlari, biriktiruvchi tukimalarda joylashgan Ashof-Talalaev spetsifik granulyomalari topiladi.

Revmatizm klassifikatsiyasi.

Xozirgi vaqtda foydalaniladigan revmatizm klassifikatsiyasida (A.I.Nesterov, 1964) kasallikning fazasi asos qilib olinadi. Ikki fazasi tafovut qilinadi: faol va faolsiz; ayni vaqtda jarayon faolligining uchta darajasi ajratiladi. Bu klassifikatsiyada shikastlar, yurakdagi va yurakdan tashqaridagi o'zgarishlarning klinik-anatomik xarakteristikasi, kasallikning o'tish xarakteri va uning aylanishining funksional ta'rifi berilgan (jadval).

Revmatizm klassifikatsiyasi (A.I.Nesterov, 1964)

Kasallik fazasi	Zararlanishning kliniko-anatomik xarakteristikasi		Kechishi	kon aylanish dagi etishmovchilik
	Yurakda	Boshka tizimlar va a'zolarida		
Faol (I, II, III darajali faollik)	a) Birlamchi revmokardit b) kaytalanuvchi revmokardit (klapanlar nuksonisiz, klapanlar nuksoni bilan - kaysilari) v) yurakdagi yakkol uzagirishsiz revmatizm	Poliartrit, serozit, (plevrit, peritonit, abdominal sindrom, xoreya, entsefalit, meningoentsefalit, tsebral vaskulit, nefritlar, gepatit, pnevmoniya, teri zaralanishlari, irit, iridotsiklit, tireoidit.	Utkir kechishi, utkir osti, sust, uzluksiz kaytalanuvchi, yashrin.	E0-kon aylanishi da etishmov . yuk. E1-kon aylanishi ning Idarajali. E2-kon aylan. II darajali etishmov . E3-kon aylanish.
Faolmas fazasi	a) yurak nuksoni	Yurakdan tashkaridagi zararlanishlar okibati va		III-drajali etishm.

	(kaysilari); b) revmatik mio- kardiosklero z	koldik uzgarishlar		
--	--	--------------------	--	--

Klinik manzarasi.

Revmatizm kasalligining klinik ko'rishniishlari turli-tuman va polimorf bo'lishi mumkin.

Revmatizmning birinchi atakasi uchun utkir yoki utkir osti kechishi xos. Aksariyat bolalarning anamnezida 2-3 hafta oldin yukori nafas yullari kasallanishi topiladi. Atakaning urtacha davomiyligi 6-12 hafta, maksimal vakti – 6 oy. Kasallikning boshlanishi o'tkir, yarim o'gkir va lateit bo'lishn mumkin. Kasallik o'tkir boshlanganida tana xarorati ko'tarilib, umumiy lanjlik, bo'shshish paydo bo'ladi, katta yoshdagi bolalarda yurak soxasida, ba'zilarida esa bo'gim soxasida ogri? buladi. Utkir revmatik poliartrit 85-90% revmatizm bemorlarida uchraydi. Bunda kuyidagi belgilar kuzatiladi: 1) yakkol ogrik sindromi va bugim funktsiyasining buzilishi; 2)ogriklarning «uchuvchan» xarakteri; 3)asosan urta va katta tomirlarning ketma-ket zararlanishi; 4)yalliglanishga karshi terapiya fonida ijobiy dinamika. Bitta aloxida bugim 1 haftadan kamyalliglanib turadi, butun bugimlar simptomatikasi esa 4 hafta davomida saklanib turadi.

Revmatik poliartritlar so'nggi yillarda bolalarda kamro? kuzatilmo?da, bo'?'imlarning ogrib turishi (artralgiya) ko'prok kayd ?ilinadi.

Utkir revmatik kardit. Revmatizmning asosiy ko'rinishlaridan biri yurak-tomirlar sistemasining shikastlanishiga oid belgilardir. Bolalardagi revmatizmning xarakterli xususiyati shundaki, jarayon yurak va tomirlarining ikki, ko'pincha esa uchta kavatining xammasiga bir yo'la o'tib ketadi.

1)miokardit(80-85%) –taxikardiya, yurak dilatatsiyasi, yurak utkazuvchanligi va ritmining buzilishi, yurak etishmovchiligi belgilari bilan kechadi.

2)endokardit(50%)- kuyidagi uzgarishlar kuzatiladi:

- a) mitral klapan zararlanishi (puflovchi sistolik shovkinning kelib chikishi)
- b) aortal klapan zararlanishi(«akkilovchi» diastolik shovkinning kelib chikishi)

3)perikardit (kupincha fibrinoz)- kam xollarda aniklanadi.

Bolaning axvoli ancha yomonlashib, ?ansirash, sianoz. yurak soxasidagi ogriklar kuchayadi, bola majburan o'tirib olishga yoki yonboshlab o'tirishga xarakat ?iladi. Tekshirib ko'rilganida yurak uchining zarbi bilinmaydi, yurak tonlari ancha bo'?'i? eshitiladigan bo'ladi, fibrnoz perikarditda perikardning shikalanish shovkini eshitilib

turadi. Rentgenologik va elektrokardiografik tekshirish yo'li bilan tashxis tasdiklanadi.

Yurakning ?atti? shikastlanishi ko'pincha kasallik tez-tez takrorlangan va?tlarda kuzatiladi. Bolaning ozib ketishi, jismonan zaif, kamkon bo'lib kolishi ?am kuzatiladi.

Revmatizm bolalarda yurak nu?sonlari paydo bo'lishiga olib boradigan asosiy sabablarnng biridir. Jarayon ko'pincha chap bo'lma-korincha klapanini (ikki tavakali klapani) zararlaydi va buning natijasida shu klapaning etishmovchiligi kelib chikadi, yurak uchida sistolik shov?in paydo bo'ladi, o'pka arteriyasida II ton aktsenti epitiladi.

Revmatik xoreya (Sidenxem xoreyasi)- bolalardagi revmatizm ko'rinishining bir formasi bulib, nerv sistemasi zararlanishi tufayli paydo bo'ladi (revmatik entsefalit). Bosh miya bazal yadrolarining zararlanishi va xoreik giperkinezlar, mushaklar gipotonyasi, reflekslarning uzgarishi, emotsional buzilishlar bilan xarakterlanadi. Kichik xoreya maktab yoshidagi bolalarda uchraydi, ?izlarda o'gil bolalarga nisbatan 2—3 baravar ko'prok kuzatiladi.

Kasallik asta-sekin avj olib boradi. Bemorda besaranjomlik paydo bo'lib, u tinch o'tira olmaydi, xarakatlari kelishmagan.

Bolaning xulk - atvori o'zgaradi, u yiglo?i, serzarda, tajang bo'lib koladi, kupincha xati xam o'zgaradi. So'ngra ayrim muskullar guruxi va tana ?ismlarining ixtiyordan tash?ari galati xarakatlari paydo bo'ladi, tashki taassurotlar tufayli ular kuchayadi. Bola ovkatini o'zi eya olmaydi, doim ?o'l-oyoklarini xar yonga tashlab, tartibsiz xarakatlar ?iladi, yura olmaydi, o'tira olmaydi. Gapirganida ?uldiraydigan bo'lib ?oladi. Uykusida xarakatlari susayadi. Xoreya bilan kasallanganlarning taxminan 50 foizida yurak zararlanadi. Kasallik 2 oydan to 3 oygacha davom etadi, ko'pincha ?aytalanadigan bo'lib, uzo? va?t davom etadi.

Anulyar eritema. Bolalarda revmatizm ko'pincha teriga xar xil toshmalar toshib turishi bilan birga davom etib boradi. Annulyar eritema yoki eshakemga o'xshab ketadigan toshma spetsifik deb xisoblanadi. Kukrak kafasi va korinning yon kislari, elka va sonning ichki kislari, buyin va orka tomonlarda pushti-kizgish xalkasimon toshmalar kuzatiladi.

Ayrim xollarda revmatizm ogir o'tgan ma?alda bo'gimlar soxasida ?atti? tizilmalar kattaligi tarik donidan to no'xatgacha keladigan revmatik granulemalar (revmatik tugunchalar) aniklanadi.

Revmatizmning kayta atakasi birinchi atakadan 10-12 oy utgandan keyin kelib chikadi. Kayta atakadan keyin yurakning surunkali revmatik kasalliklari kelib chikish xavfini oshiradi. Xar bir yangi atakadan keyin ekstrakardial belgilar kamayib, yurak zararlanishi belgilari kuchayib boradi – yurakning revmatik nuksonlari shallanadi. Agarda nuksonlar birinchi atakadan keyin 14-18% bolalarda kuzatilsa, keyingi atakalardan keyin 100% bolalarda uchraydi. Kuyidagi nuksonlar kelib chikadi:

- mitral klapan etishmovchiligi

- mitral klapan stenoz
- aortal klapan etishmovchiligi
- aorta teshigi stenoz.

Revmatizmning kechish variantlari:

Utkir kechishi:

Yarim utkir kechishi:

- 1) Klinik simptomlarning sekinlik bilan rivojlanishi
- 2) Polisindromlik kamroq uchraydi
- 3) Yalliglanish jarayonining urtacha faolligi
- 4) Kasallik faol fazasining uzok 3-6 oy kechishi
- 5) Antirevmatik terapiya effekti pastrok
- 6) Yurak poroklari kuprok shakllanadi

Latent kechishi:

- 1) Revmatik anamnez yuk
- 2) Yalliglanish jarayonining past faolligi
- 3) Orttirilgan nukson darrov aniklanadi

Tashxisi.

Revmatizm tashxisi anamnez ma'lumotlariga asoslanadi (bemor oldin streptokokk etiologiyali kasalliklar, angina va boshqalarni boshidan kechirganligi). Bemorlarla yurak chegaralarining o'zgarganligi, bo'gimlar zararlanganligi, xoreya, revmatik granulemalar va xalqasimon toshma borligi aniklanganda revmatizm tashxisi ancha anik bo'lib koladi. Kasallikning umumiy kurinishlari: tana haroratining ko'tarilish turishi, bemorning tez charchab qolishi, terisining oqarib turishi xam xisobga olinadi.

Bolalarda revmatizmning faollik mezonlari (A.I.Nesterov 1964 y)

Kursatgichlar	Aktivlik darajasi		
	I	II	III
Leykotsitlar 10 ⁹ G ^l	8 dan kam	8-10	10 dan ortik
EChT mmG ^s	20 dan kam	20-30	30 ortik
SRP shartli birl	0 yoki+	+ yoki++	+++ yoki++++
DFA sinamasi, birl	0,250 past	0.250-0.300	0.300 dan ortik
SK birl	0.180-0.200	0.200-0.250	0.250 dan ortik
Seromukoid birl	0.3 dan kam	0.3-0.6	0.6 dan ortik
ASL-O titro [`] , Todda birl	Norma yoki 330 dan kam	330 – 660	660 dan ortik

Izox: SRP – S reaktiv protein
DFA - difenilamin
SK – sial kislotasi

Revmatik jarayonning faolligi klinik simptomlarning kanchalik ifodalangani, ularning dinamikasiga qarab anikdanadi. Shu maqsadlar uchun laboratoriyada tekshirish usullari: qon umumiy analizi (neytrofilez, SOE kuchaygan buladi), biokimeviy kursatkichlarni—sial kislotalar mikdori, difenilamin reaksiyasi, qonning oqsil fraktsiyalari, S-reaktiv oqsilni anikdash usullaridan qam foydalaniladi. Immunologik kursatkichlar: antistreptolizin-0, antistreptogialuronidaza va antistreptokinaza titrlarining qam axamiyati bor. Revmatizm faol fazasi faolmas faza bilan almashinadi.

Revmatizmning nofaol fazasi bolalarda xar xil tarzda namoyon bo'ladi. Ba'zi bolalarda u belgilsiz utadi. Lekin goxida ularda tana qarorati subfebril darajagacha kutarilib, charchoqli va yurak soxsida ogri bilan namoyon buladi. SOE ko'pincha tezlashmaydi. o'rtacha gipoxrom anemiya borligi ma'lum bo'ladi. Amaliyotda Kisel-Djons tomonidan tuzilgan va A.I.Nesterov tomonidan tuldirilgan asosiy va qushimcha diagnostik kriteriyalar ko'llaniladi.

Asosiy lari:

kardit, poliartrit, xoreya, xalkasimon eritema, revmatik teri osti tugunchalari.

Qo'shimchalari:

A. Klinik: yurakning revmatik zararlanishi yoki bo'lib o'tgan revmatik ataka, antirevmatik terapiya effektivligi, artralgiya, isitma, qorinda o'ri, tez charchash, burundan qon ketish va boshqalar.

B. Laborator: o'tkir fazali reaksiyalar (SOE, S-reaktiv oqsil oshishi, leykotsitoz, sial kislotalar mikdorini oshishi) kapilyarlar o'tkazuvchanligini oshishi, EKG da RQ intervalini uzayishi.

Revmatizm tashxisi 2 ta asosiy yoki 1 ta asosiy va 2 ta qo'shimcha mezon bo'lganda ani ko'yiladi. Oxirgi yillarda Xalqaro Soqli Saklash Tashkiloti (XSST) revmatizm tashxisini ko'yishda streptokokk infeksiyasi bo'lishi shart deb xisoblaydi. Laborator ko'rsatkichlar yordamchi axamiyatga ega. Klinikada laborator ko'rsatkichlar patologik jarayon faolligini aniklashda va terapiya effektivligini kuzatishda ko'llaniladi.

Djonsning kayta kurilgan mezonlari (4-kayta kurik 1992 y)

Katta mezonlari	Kichik mezonlari	Streptokokkli infeksiya belgilari
1. Kardit 2. Poliartrit	1. Artralgiyalar 2. Lixoradka	1. Yakinda utkazilgan streptokokkli

3. Xoreya 4. Anulyar eritema 5. Teri osti tugunchalari	3. Anamnezida revmatik ataka yoki yurakning revmatik nuksoni 4. SOE oshishi, sial kislotalari, S – reaktiv oksilning oshishi, leykotsitoz 5. P-Q intervalining uzayishi 6. Boshka belgalar: burundan kon ketish, korinda ogrik, revmatik pnevmoniya va x.k.	infektsiya 2. Tomok surtmasida A guruxstreptokokklar ning topilishi 3. ASL-O titrining 4. oshishi yoki b.k. antistreptokokk antitelolarining oshishi
--	--	---

Tashxis etaloni:

Revmatizm I, faol fazasi (III darajadagi faollikda), birlamchi revmokardit miokardning zararlanishi bilan, poliartrit, utkirkechishi, E2A..

Differentsial diagnostika

Yukoridagi tashxis mezonlaridan kurinib turibdiki revmatizmning klassik formalari deyarli anik tashxislanadi. Shunga karamasdan revmatizm 26 xil kasalliklarga uxshab ketadi.

№	Belgilari	Funksional kardiopatiya	Norevmatik kardit	Revmakardit
	1	2	3	4
1	Infektsion kasalliklar bilan boglikligi	Yuk	Virusli kasalliklar, ORVI, kam xollarda angina	Angina, skarlatina yoki surunkali tonzillitning avj olishi

2	Kasallikning boshlanishi	Sekinlik bilan	Infektsion kasalliklar fonida yoki birinchi 3-5 kun davomida	Streptokokkli infeksiyadan 2-4 xaftadan keyin
3	Umumiy shikoyatlar	Umumiy (kasallik simptomlarining sub'ektiv motivirovkasi)	Yuk yoki aloxida belgilar	Yuk
4	Vegetativ-tomir distoniyasi sindromi (teri mramorsimon, gipergidroz, nam va sovuk oyok kullar)	Yakkol rivojlangan	Yuk yoki kuchsiz namoyon bulgan	
5	Yurak soxasida ogrik	Kup uchraydi. Psixo-emotsional zurikish bilan boglik	Kup uchraydi. Yakkol.	Yuk yoki kuchsiz.
6	Yurak urishining kuchayishi	Xayajon bilan boglik, sub'ektiv	Jismoniy zurikishdan keyin, yurak ritmining tezlashuvi bilan	
7	Yurakning tuxtab yana ishlashi	Kup uchraydi	Kup uchraydi	Kam uchraydi
8	Xansirash	Nafas tezlashmagan, xavo etishmasligining sub'ektiv xis etish	Jismoniy zurikishdan keyin (chin)	
9	Puls	Labil, normal tuliklikda	Tezlashgan, kam xollarda sekinlashgan, kam tuliklikda, ba'zan aritmik	Tezlashgan, kichik tuliklikda
10	Arterial bosim	Noturgun, gipertenziyaga moyillik	Normal yoki gipotenziyaga moyillik	Kuprok gipotenziya yoki normal
11	Yurak chegaralari	Normal, kam xollarda kichraygan	Normal, kam xolda kengaygan	Kup xollarda kengaygan

		(tomchili yurak)		
1 2	Yurak tonlari: I ton chukki ustida II ton upka arteriyasi ustida III ton	Uzgurmagan yoki ozrok pasaygan Bulingan, kuchaygan. Past amplitudali(norm a)	Bugiklashgan, pasaygan, ba'zan ikkilangan Uzgarmagan Yukori amplitudali	Bugiklashgan, pasaygan, strukturasi uzgargan (bulingan) Yukori amplitudali
1 3	Sistolik shovkin: Lokalizatsiyasi Tembr Utkazuvchanli gi Davomiyligi Shakli I ton bilan bog'likligi Sistolik indeks	Ikkinchi-turtinchi kovurga oraligi Turli intensivlikda Perikardial soxasi Sistolaning 1g`3 yoki 1g`2 Rombsimon Yuk 0.25 va past	Chukki, turtinchi kovurga oraligi Yumshok, bugikrok Lokal Sistolaning 1g`3 – 2g`3 Noanik Kup xolda yuk 0.25 va past	Xushtaksimon, turli intensivlikda Kultik osti soxasi Sistolaning 2g`3 – 3g`4 Kichrayib boruvchi Doimiy emas Kupincha 0.4- 0.5
1 4	Diastolik shovkin	Yo`k	Kam xollarda kiska, mezodiastolik	Proto-, mezodiastolik
1 5	EKG	Yo`k yoki noanik, avtomatizm, utkazuvchanlik kuzgaluvchanlik funktsiyalarining buzilishi	Xar xil, diffuz, oshib boruvchi, kiyin kushilgan	Kam namoyon buladi, kup xolda utkazuvchanltk , kiskarishlar sonining uzgarashi
1 6	Rentgenologik belgilar	Norma yoki tomchisimon, mitral	Chap korinchaning kengayishi, kam xollarda ikki tomonlama,	Chap korincha kengayishi, pulsatsiya

		konfiguratsiyali	pulsatsiyalar kuchsiz, amplitudasi pasaygan	amplitudasinin g pasayishi
1 7	Ekstrakardial belgalar	-	Kupincha allergik toshma	Poliartrit, kichik xoreya, anulyar eritema, revmatik tugunchalar
1 8	Kon taxlili	Uzgarmagan	Normal yoki leykopeniya, eozinofiliya, limfotsitoz, monotsitoz,SOE oshishi(2 0-22 mmg`soatgacha)	Leykotsitoz neytrofilyoz bilan, SOE oshishi (faollik darajasiga karab)
1 9	«Utkir fazali» kursatkichlar (SRB, glikoproteidlar, seromukoid va x.k.)	Uzgarmagan	Aloxida kursatkichlar ozrok oshgan	Jarayon faolligiga karab oshgan
2 0	Streptokokkga karshi antitelolar (ASL-O, ASG, ASK)	Uzgarmagan	Bazan ozrok oshgan	1.5-4 marta oshgan
2 1	Kechish xarakteri	Oshmaydi	Kup xollarda – bir necha xafta yoki oydan keyin orkaga rivojlanishi	Yurak nuksonlarining kelib chikishi yoki sekinlik bilan orkaga kaytishi

Revmatizm va yuvenil revmatoid artritning differentsial-diagnostik belgilari.

<i>Belgilari</i>	<i>Revmatizm</i>	<i>YuRA</i>
Bugimlar zararlanishi	Urta va katta bugimlar	Oyok, kul panjalarining kichik bugimlari, umurtka pogonasi
Bugimda ogrik sindromi	Noturgun	Turgun
Ogriklar xarakteri	Doimiy emas, kuchib	Doimiy

	yuruvchi	
Ertalabki xarakatlarning chegaralanganligi	Yo'k	Yakkol
Bugimlar deformatsiyasi	Yo'k	Yakkol
Mushaklar atrofiyasi	Yo'k	Bor
Yurakdagi uzgarishlar	Bor	Yo'k

Davosi.

Yunalishlari:

1. Umumiy tadbirlar
2. Streptokokkli infeksiyani yukotish
3. Yurak, bugim, boshka organ va sistemalarda ekssudativ yalliglanish komponentini yukotish
4. Simptomatik terapiya

Revmatizm ?aytalanib turuvchi, surunkali kasallik bo'lgani uchun bemor bolalarni uzo? muddat davomida, kasallikning xamma fazalariga ta'sir ?iladigan vositalar bilan davolab borish kerak bo'ladi. Kasallarni boskichli tarzda uzluksiz kuzatuv olib borilishni ta'minlash davo nu?tai nazaridan juda muximdir.

Revmatizm xastaligiga chalingan bemorlar fa?at statsionar sharoitda davolanadilar.

Rejim. Revmatizm atakasi davrida bola kasallikning eng boshidan boshlab o'rnidan turmay yotishga muxtoj bo'ladi. Keyinchalik (2—4 haftadan keyin) unga xojat va yuvinish uchun o'rnidan turishga ruxsat beriladi (3-4 hafta), shundan keyingina kasalni palata rejimi bilan umumiy rejimga o'tkaziladi (I —2 hafta). Urnidan turmay yotish muddati tana xaroratiga, yurak-tomirlar sistemasidagi o'zgarishlar va bolaning axvoliga boglik bo'ladi. Laboratoriya tekshirishlarining natijalari xisobga olinadi.

Kasallikning aktivlik darajasi tez pasayganda va yurakning bilinar-bilinmas zararlanishida yoto? rejimi 1 oygacha davom etadi. Yurak tomonidan jiddiy o'zgarishlar bo'lganda va klapan apparati zararlanishida ?on aylanish etilmovchiliginint II va III darajasida yotok, rejimi 6 hafta bazam undan xam ko'pga cho'ziladi. Regim asta-sekin funktsional sinamalar nazorati ostida kengaytiriladi. 2-3- haftadan so'ng bemorlarga davolash jismoniy tarbiyasi buyuriladi.

Parhez. Gipoallergen dieta tayinlanadi:

- Bushashtiruvchi kunlar
- E2B va E3 da stol №7

- E2 da stol №5
- E1 va E0 da stol №10

Kasal bolani o'z vaqtida ovqatlarini turish muxim. Ovqatni bekamu kust va vitaminlari etarli miqdorda bo'ladigan qilib berish davoning yaxshi naf berishi uchun shartdir. Kasallikning o'tkir davrida iste'mol qilinadigan tuzni 5—6 g gacha kamaytirish va suyuklikni 1 l atrofida cheklab quyish kerak. Tarkibida kaliy tuzlari bo'ladigan maxsulotlar (tvorog, kartoshka, olma, karam, kora olxo'ri va boshkalar). vitaminlarga boy meva va sabzavotlar foydalidir. Bolaning xavodan baxramand bulishiga qarab borish, axvoli yaxpilanib borgan sayin uning ochik xavoda bo'lishini tashkil etish zarur. Yurak etishmovchiligi xodisalari bulsa, o'rinda yotgan bola gavidasiniig yuqori qismini ko'tarib quyish lozim. Davolashda shifobaxsh fizkultura kompleksidan albatta foylaniladi; bunda kasallikning fazazi va dinamikasi xisobga olinadi.

Gormonal terapiya buyurilganda ratsion tarkibida ko'p miqdorda kaliy bo'lgan maxsulotlari istemol (kartoshka, karam, mevalar, grechka, tvorog) kiritiladi.

Etiotrop terapiya.

Medikamentoz terapiya infeksiyon agentni va allergik reaksiyani bartaraf etish maqsadida ko'llaniladi.

Stasionarga bemor yotqizilgan vaqtda penitsillin sutkasiga 600000 - 2 mln TBg`sutka(100000TBg`kg) muskul orasiga 2 xafta davomida buyuriladi. 30 kg dan kam bulgan bolalarga 600000TB, 30 kg dan ortik bulganda 1200000TB tayinlanadi. Davo kursi tugallangach bitsillin-5 yoki bitsillin-1 xar 3 xaftada maktab yoshigacha bo'lgan bolalarga (birinchisi 750000 TB, ikkinchisi 600000 TB) maktab yoshidagilarga esa 2 marta ko'p buyuriladi.

Penitsillin katoridagi preparatlarni kutara olmaslik xollarida eritromitsin tavsiya kilinadi. 25kg dan kam ogirlikdagi bolalarga 40mgg`kg sutkada(1g dan kup emas) 2-4 marta, 25kg dan yukori bulganda 250mg dan sutkasida 4 marta.

Nosteroid yalliglanishga karshi dori vositalari.

- 1) Atsetilsalitsilat kislota 60-100 mgG`kg sutkasiga buyuriladi. (2g sutkadan kup emas), 4 marta ovkatdan keyin sut bilan ichish. Tulik dozasi 3-4 xaftaga buyuriladi, keyin dozasi yarmiga kamaytirilib, yana 6 xafta davom ettiriladi.
- 2) Indometatsin (metindol) yalliglanishga karshi kuchli ta'sir ko'rsatadi; uni 35—45 kun davomida bolalarga sutkasiga 50— 75 mg dan berib turish buyuriladi.
- 3) Nosteroid preparat— diklofenak-natriy (voltaren) sezilarli xolida, 50 mg dan shamchalar ko'rnishiida chikariladi. Katta eshdagi odamlar va

o'smirlarga diklofenak-natriy zarur bo'lsa parenteral yul bilan darajada yalliglanishga qarshi av ogrik qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Unday bolalarga 6 yasharlik vaqtidan boshlab kuniga 2—3 mgG`kg xisobidan buyuriladi. Bu preparat 25 yoki 50 mg dan, diklofenak-natriy forte tabletkalari yuboriladi (kuniga 75 mg miqdoridagi 1 ampulasi muskullar orasiga in'ektsiya kilinadi). Bu preparatni uzok, ishlatganda qon manzarasini nazorat qilib borish tavsiya etiladi.

- 4) Ibuprofen (brufen) ogrikni qoldiradi va yalliglanishga karshi ta'sir kursatadi. Bugimlar kasallanishida bu preparat ayniqsa o'rinlidir. Sutkalik dozasi 600 mg ni tashkil etadi. Ta'siri jixatdan brufening atsetilsalitsilat kislotadan orkada turishi aniklangan, lekin u nojuya reaksiyalarga sabab bo'lmaydi.

Yalliglanishga karshi steroid preparatlar.

Yurakning zararlanishida va kasallikning aktiv kechishida (kardiomegaliya, klapan nu'sonlari) allergik reaksiyaga tasir kilish uchun glyukokortikoidlar ko'llaniladi. Prednizolon va atsetilsalitsilat kislotasini birgalikda ko'llash yaxshi samara beradi. Prednizolon dozasi kasallikning aktivlik darajasiga boglik, o'rgacha aktivlikda 0,5 mgg`kg, yuqori aktivlikda 1-2 mgg`kg sutkasiga beriladi. Gormonal terapiya musbat samara berganda (klinik va laborator aktivlik pasayishi) prednizolon dozasi xar 10 kunda 5 mg ga kamaytiriladi. Boshka glyukokortikoid preparatlarning (deksametazon, trkamtsinolon va boshkdlar) prednizolondan afzallik tomonlari yo'q. Glyukokartikoidlarning ta'sir mexanizmi xujayra membranasining stabilizatsiyasi, kollagen depolimerizatsiyasini tormozlash, fibroblastlar aktivligini pasaytirish, antigen-antitelo reaksiyasini tormozlashdan iborat.

Gormonlar (prednizolon) desensibillovchi va yalliqlanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Gormonal preparatlarning dozasi va ishlatib borish muddati jarayonning faolliigi va kasallikning o'tish xarakteriga qarab belgilanadi (4 xaftadan 6 xaftagacha). Gormonal preparatlar uzoq ishlatilganida nojuya ta'sirlar bo'lishi mumkinligini hisobga olish kerak. Gormonlar berish to'xtatilganidan keyin bu xodisalar yukolib ketadi.

Yurakning bilinar-bilinmas zararlanishida va kasallikning o'rtacha aktivligida gormonal terapiya buyurilmaydi. Bunda yalliqlanishga qarshi dori vositalarining dozasi ko'paytiriladi. Yalliqlanishga qarshi dori vositalari, shuningdek gormonal vositalar kasallikning sust kechishida past aktivligida yaxshi samara bermaydi. Bu xolda uzok, vaqt xinolin qatori dori vositalari (rezoxin, delagil, plakvinil) sutkasiga 5-10 mgG`kg miqdorda buyuriladi.

Asosiy terapiya bilan birga vitaminlar (askorbin kislota, V gruppа vitaminlari) beriladi. Gormonal preparatlarning yuqori dozasi buyurilganda kaliy preparatlari, qon aylanish etishmovchiligida esa yurak vositalari ko'llaniladi.

Yuqoridagi muolaja vaktida dorilarning ta'siri kam kuzatiladi. Yara paydo bo'lishi va me'da-ichak traktidan qon ketish eng xavfli asorat xisoblanadi. Bemorlarning ortiqcha vazni gormonal vositalarning dozasi kamaytirilgandan so'ng yo'qoladi.

Statsionarlarda bemor 1.5-2 oyga yaʼip yotib davolanadi. Sungra 2-3 oyga maxalliy sanatoriya davolanish uchun yuboriladi.

Dori-darmonlar bilan davo qilish revmatizm bilan ogriqan bemor organizmini desensibilashga (allergik xolatni bartaraf etishga) karatilgandir.

Xoreya bilan ogriqan bolalar albatta kasalxonada davolanishlari kerak. Revmatizmga qarshi toʻla davo kursi buyuriladi. Avaylaydigan rejim yaratishga, butunlay tinchlikni taʼminlashga aloxida ahamiyat beriladi. Bola xadeb qarajatga tushib bezovtalanaverganida uni aloxida palataga yotqizish yoki shirna toʻsib, boshka bolalardan ajratib oʻyish kerak. Bolani oʻringa yotqizib koʻyish, unga fenobarbital yoki aminazin (0,01—0,02 g dan kuniga 2 maxal), bromidlar buyurish yaxshi natija beradi. Albatga V gruppada vitaminlari – tiamin (2.5% li eritmasi muskullar orasiga) va piridoksin buyuriladi (5% li eritmasini muskullar orasiga 15-20 marta n'ektsiya kilinadn). Bola axvoli yaxshilanib oʻlganidan keyin prozerin, dibazol urinlidir.

Xurujlardan tashqari davrlarda davo bola organnizmning yanada mustaxkamlashga karatilgan boʻladi. Bolaning tegishli kun tartibi shunga yordam beradi. U etarlicha vaqtini ochiq xavoda oʻtkazishi, mashgʻulotlarni dam olish bilan albatta navbatlashtirib borishi kerak. Maktabda bola maktab vrachining aloxida xisobida turadi, bu vrach unga aloxida oʻkuv rejimini tayinlaydi, mexnat yuklamasi, fizkultura bilan shugullanishini kuzatib boradi. Bolaning axvoliga qarab, unga oʻshimcha boʻsh kun ajratish mumkin.

Bu davrda ogiz bushligi va burun-xalkumni doim sanatsiya qilib turish kerak.

Bolalarda revmatizm oʻqibati albatta jiddiy. Lekin reja asosida profilaktik chora-tadbirlari amalga oshirilayotgani va davo usullari takomillashib borayotgani munosabati bilan kasallikning okibati sunggi yillarda ancha yaxshilandi. Klapan nuʻsonlari bolalarda kamroʻ uchramokda.

Profilaktikasi.

Birlamchi, ikkilamchi va joriy profilaktik tadbirlar utkaziladi.

Revmatizmning birlamchi profilaktikasi reja asosida utkazib boriladi. Moddiy-maishiy sharoitlarni yaxshilash, maktablarda tegishli rejimni, tugri ovqatlanishni tashkil etish katta ahamiyatga ega. Profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirib borishda bolalar poliklinikasi asosiy rol uynaydi. Bolalar poliklinikasining vrachi revmatizmni barvaqt aniklab olishi zarur, xavf gruppasiga kiradigan bolalarni aniklab, kasallanib oʻlgan bolalarni kasalxonaga yuborishni va keyin ularni bosqichma-bosqich davolab borishni tashkil etishi kerak. Organizmni chiniktirish, sport va gimnastika bilan muntazam shugullanib borish revmatizm profilaktikasi uchun muximdir. Oʻqiz boʻshligi va burun-xalkumidagi streptokokk infektsiyasining oldini olish, surunkali tonzillitlarga davo qilib borish zarur. Bolalar orasida revmatizmning oldini olish yuzasidan amalga oshiriladigan ana shu chora-tadbirlar revmatizmning birlamchi profilaktikasini tashkil etadi.

Ikkilamchi profilaktikasi esa revmatik jarayonining kaytalanishi va zurayib borishining oldini olishdir. Bemorlar bolalar poliklinikasining dispanser xisobiga olinadi.

Revmatologiya kabinetlarining vrachlari revmatizm atakasini boshdan kechirgan xamma bolalarda dori-darmonlar bilan muntazam ravishda profilaktika ishini olib borishadi. Revmatizm profilaktikasi uchun so'ngi yillarda yil bo'yi bitsillin - 5 yuborib turish usuli ko'llaniladi: maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarga 2 haftada 1 marta 750 000 TB miqdorida. 7 yashardan katta bolalarga - 4 haftada 1 marta 1200000 - 1500000 TB dan bitsillin in'ektsiya qilib turishi buyuriladi. Baxor va kuzda 1G`2 oy davomida sutkasiga bolaning xar bir yoshiga 0,15 g xisobidan, ko'pi bilan 1.5 g miqdorida atsetilsalitsilat kislota berib turish buyuriladi. Bitsillin-5 n 2—3 yil davomida uzluksiz yuborib turish tavsiya egiladi.

Bundan tashkari, bolalar poliklinikalarining revmatologiya kabinetlari uchastka pediatriklari bilan birgalikda bolalardagi revmatizmga qarshi kurash yuzasidan keng sanitariya maorifi ishlarini olib boradilar. Revmatizm profilaktikasiga doir muntazam ravishda amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar sistemasi, boskichma-bosqich davolash prinsipi, kasallar ustidan dispanser kuzatuv o'rnatilishi oxirgi yillarda bolalarning revmatizm bilan kasallanishini ancha kamaytirishga imkon berdi.

Joriy profilaktik tadbirlarga revmatizm bilan ogrikan bemorlardagi interkurrent kasalliklarni davolash va kon kursatkichlarini normallashtirish kiradi. Bunda albatta penitsillin katori yoki boshka antibiotiklar tayinlanadi. Xamma stomatologik manipulyatsiyalar profilaktik muolajalarni talab qiladi.

Dispanser kuzatuv.

Revmatizm xastaligiga chalingan bemorlar statsionar va sanator davodan sung poliklinikaning pediatr va kardiorevmatolog kuzatuv ostida bo'ladilar. Barcha bemorlarga dispanser kuzatuvining nazorat kartasi to'ldiriladi (forma N30). Klapan nu'sonolarisiz birlamchi revmatizmni o'tkazgan yoki yurakdagi yaqin uzgarishlarsiz xoreyasi mavjud, utkir va o'tkir osti kechishi bo'lgan, surunkali infektsiya o'choklari bartaraf etilgan barcha bemorlar 3 yil davomida xar yili profilaktik ravishda bitsillinoterapiya olishlari zarur.

Klapan nu'sonlari bilan birlamchi revmokardit, sust cho'ziluvchan xoreya va uzluksiz qaytalanuvchi kechishi bo'lgan, shuningdek yurak nu'soni bilan yoki yurak nuksonisiz qaytalanuvchan revmokarditi bo'lgan barcha bemorlar shu bilan birga surunkali infektsiya o'chogi bo'lgan xollarda profilaktika 5 yil mobaynida o'tkaziladi.

Revmatizm bilan kasallangan bemorlarga surunkali tonzillit ko'zqalishi, faringit, sinusit, orvi kasalliklariga chalingan davrida profilaktik davodan tashqari joriy profilaktik davo tavsiya etiladi. Bunda 10 kun davomida antibiotikoterapiya va yalliglanishga karshi dori vositalari birgalikda buyuriladi.

Penitsillin preparatlariga nisbatan individual sezuvchanlik bo'lsa bu

bitsilinoterapiyaga absolyut qarshi ko'rsatma xisoblanadi. Bunday bemorlarga boshka antibiotnk buyuriladi. Kasallik profilaktikasida surunkali infektsiya o'choqlarini bartaraf etish muxim ahamiyat kasb etadi.

Bundan tashqari sanatoriyada davolanish, iqlimiy omillar, chiniqtirish vitaminlarga boy oziq maxsulotlarini iste'mol qilish kasallikni oldini olishda muxim rol o'ynaydi

Revmatizm bulgan bolalarni dispanser kuzatuv va rehabilitatsiyasi.

Muttaxasislar kurigi	Atakadan keyin: 1 oyda 1marta- 3 oy, 3 oyda 1 marta -9 oy, keyin 6 oyda 1 marta- pediater, kardiorevmatolog. Xoreya va MNS buzilishida –nevrolatolog. Stomatolog va LOR –yilda 2 marta. Xinolin bilan davolanganda okulist – 3-6 oyda 1 marta. B.k. mattaxasislar kursatmalar buyicha.
Kurik paytida kuyidagilarga e'tibor	Angina, ORVI uchrashi, tez charchash, xarorat, xansirash, shishinkirash, jigar kattalashuvi, yurak urishi, bugimlardagi

karatiladi:	ogrik, puls, Ag`B, yurak chegaralari, tonlar, ritm buzilishi, yurak shovkinlari, bola kayfiyati, mushaklar tonusi, giperkinezlar, burundan kon ketishlar, abdominal sindrom.
Kushimcha tekshiruvlar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umumiy kon taxlili birinchi yilda 3 oyda 1 marta 2. Keyinchalik yilda 2 marta: 1)kon umumiy taxlili, 2)konda SRB, sial kislotalar, formol va timol sinamalar, ASL-O, ASG titri, 3)siydik umumiy taxlili, 4)EKG, FKG 3. xar bir kurikda Shalkov buyicha funktsional sinamalar 4. tavsiyalarga kura: yurak rentgenogrammasi 3 proektsiyada, EXOKG va boshka instrumental va labarator tekshirishlar 5. interkurrent kasalliklardan keyin kon va siydik taxlilini nazorat kilish
Soglomlashtirishning asosiy yunalishlari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surunkali infektsiya uchoklari sanatsiyasi 2. Interkurrent kasalliklarni nosteroid yalliglanishga karshi preparatlar va askorbin kislota bilan 10 kun davolash 3. yil buyi bitsillinoprofilaktika – 5 yil. 4. metabolik jarayonlarni yaxshilaydigan vositalar yilda 1-2 marta. 5. yurak glikozidlari – tavsiyaga kura E2-3 10 6. sedativ prepa 7. ratlar, trankvilizatorlar – kursatmaga kura xoreya bilan bemorlarga. 8. sutkaga 3-4 soat toza xavoda bulish va boshka chiniktiruvchi muolajalar. 9. sanator-kurort davolash.
Kuzatuv davomiyligi	5 yildan kam emas, xuruj davrida va nukson kelib chikkanda kattalar terapevtiga utguncha
Jismoniy tarbiya bilan shugullanish	Atakadan keyin : 1-yil LFK, jismoniy tarbiyadan maxsus gurux, 2-yil noaktiv fazada tayyorlov guruxi, 3-yil asosiy gurux musobakalardan ozod etish bilan, 4-yil asosiy gurux, 5-yil sport tugaraklari.
Profilaktik emlashlar	1-yil mumkin emas, keyinchalik individual ravishda.

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIKNI SAQLASH VAZIRLIGI

Рўйхатга олинди:

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

№ БД. 3.03

107-сонли Буйруқ

2019 йил «15» 04

2019 йил «25» апрель



ПЕДИАТРИЯ
ФАН ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	500000	–	Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	510 000	–	Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5510100	–	Даволаш иши
	5111000	–	Касб таълими (5510100 – даволаш иши)
	5510800	–	Ҳарбий тиббиёт (5510100 – даволаш иши)

Тошкент – 2019

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2019 йил "25" 04 даги "107" – сонли буйруғининг 2 -илоvasи билан фан дастури рўйхати тасдиқланган.

Фан дастури Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Тиббиёт таълим муассасалараро Мувофиқлаштирувчи услубий Кенгашининг 2019 йил "15" 04 даги "1" – сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашда маъқулланган, ОЎМТВнинг 2018 йил "7" 12 даги 1000 сонли буйруғи билан келишилган.

Фан дастури Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Халматова Б.Т. - Тошкент тиббиёт академияси 1-сон Болалар касалликлари кафедраси mudiri, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Каримжонов И.А. - Тошкент тиббиёт академияси 2-сон Болалар касалликлари кафедраси mudiri, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Сатиболдиева Н.Р. - Тошкент тиббиёт академияси 1-сон Болалар касалликлари кафедраси катта ўқитувчиси, тиббиёт фанлари номзоди

Юсулова Г.А. - Тошкент тиббиёт академияси 1-сон Болалар касалликлари кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

Такризчилар:

Шамансурова Э.А. - ТошПТИ амбулатория тиббиёти, нур диагностикаси ва давоси кафедраси mudiri, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Ахмедова И.М. - ТошВМОИ Педиатрия ва болалар оғирликлари кафедраси mudiri, тиббиёт фанлари доктори

Фан дастури Тошкент тиббиёт академияси Кенгашида кўриб чиқилган ва тасвир қилинган (2019 йил "27 март" даги "8" -сонли баённома).

I. O'quv fanining dolzarbligi va oliy kasbiy ta'limdagi o'rni

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

Fan dasturida bolalarning yoshga oid anatomik-fiziologik xususiyatlari, bolalik kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, asosiy klinik belgilari, tashhishlash va qiyosiy taqqoslash turlari, zamonaviy davolash usullari, kasalliklarning profilaktikasi va reabilitatsiyasi qamrab olingan. Pediatriya fani bolaning o'sish va rivojlanish davrlarini, bola xayotining xar bir yosh bosqichlariga xos aloxida morfologik, fiziologik va psixologik o'zgarishlarini o'rgatadi.

II. O'quv fanining maqsadi va vazifasi

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

Fanni vazifasi:

- bolalardagi a'zo va tizimlarning anatomik-fiziologik xususiyatlari;
- turli yoshdagi bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanish ko'rsatkichlari;
- turli yoshdagi bolalarni ovqatlantirish tamoyillari;
- bolalik davrida ko'p uchraydigan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va qiyosiy tashhisoti haqida tasavvurga ega bo'lishi;
- bolalik davrlari kasalliklarini davolash tamoyillarini;
- jismoniy rivojlanish monitoringini o'tkazish;
- sog'lom bolalarni nerv-psixik holatini baholash;
- kasallik anamnezini yig'ish;
- bemorlarni klinik-laborator tekshirish ko'nikmalariga ega bo'lishi;
- kasalliklarning asosiy klinik, laborator va instrumental mezonlarini aniqlash;
- bolalik davrlarida ko'p uchraydigan kasalliklarning profilaktikasini bilishi va ulardan foydalana olishi;
- reabilitatsiya choralarini o'tkazish;
- aholi orasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilishga o'rgatish.

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

Talaba:

- bola organizmini anatomo-fiziologik hususiyatlari, turli yoshdagi bolalarning rivojlanishi, bolalar organizmining asosiy jarohatlanish simptomlari va sindromlari, semiotikasi, yoshga oid ovqatlanish, tibbiyot xodimlari va bemorning qarindoshlari bilan muloqotni etik va deontologik asoslari, bolalar davrida uchraydigan kasalliklar to'g'risida **tasavvurga ega bo'lishi**;
- bolalik davrida ko'p uchraydigan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va qiyosiy tashhisi, laborator ko'rsatkichlari, bolalar kasalliklarini

davolash tamoyillari, kasalliklarni oldini olish yo‘llarini, bemorlarni poliklinika sharoitida rehabilitatsiyasi va dispanser kuzatuv qoidalari haqida ***bilishi va ulardan foydalana olishi***;

- turli yoshdagi bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanish ko‘rsatkichlarini aniqlash (bola vaznini va bo‘yini o‘lchash);
- yangi tug‘ilgan chaqaloqni jismoniy rivojlanishi va etukligini baxolash;
- kasalliklarning asosiy klinik, laborator va instrumental mezonlarini aniqlash;
- chaqaloqlarda shartsiz reflekslarni aniqlash;
- ko‘krak suti bilan to‘g‘ri emizish texnikasi;
- nazogastral zondlash texnikasi;
- yurak chegaralarini aniqlash;
- jigar chegaralarini aniqlash;
- bolalarda arterial qon bosimini o‘lchash;
- pikfloumetriya o‘tkazish va natijalarini tahlil qilish;
- laringospazmda yordam ko‘rsatish;
- talvasada yordam ko‘rsatish;
- gipertermiyada yordam ko‘rsatish;
- yuqori nafas yo‘llariga yot jism tushganda yordam ko‘rsatish;
- anafilaktik shokda yordam ko‘rsatish;
- vaksinatsiya va revaksinatsiyani o‘tkazish va samaradorligini aniqlash;
- aholi orasida sog‘lom turmush tarzini targ‘ibot qilish;
- laborator tekshiruvlar interpretatsiyasi (qon, siydik va axlat taxlillari) ni o‘tkazish ***amaliy ko‘nikmalariga (shu jumladan klinik amaliy ko‘nikmalariga) ega bo‘lishi kerak.***

III. Asosiy nazariy qism (ma‘ruza mashg‘ulotlari)

Bolalar kasalliklari propedevtikasi fani

1 mavzu. Pediatriya faniga kirish. Bolalik davrlari. Jismoniy rivojlanish monitoringi

Pediatriya fani, uning vazifalariva ularni rivojlantirishda o‘zbek va chet el olimlarining o‘rni. Bolalik davrlari. Bolalik davrlarining yoshga bog‘liq xususiyatlari. Jismoniy rivojlanish monitoringi.

2 mavzu. Sog‘lom bolalarni ovqatlantirish. Ko‘krak sutining ahamiyati. 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarni ovqatlantirish. Qo‘shimcha ovqat berish tamoyillari. 1 yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish.

3 mavzu. Oqsil-energetik etishmovchilik. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi..

4 mavzu. Raxit. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi..

5 mavzu. Tanqislik anemiyalari. Ta'rifi. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi..

6 mavzu. Diatezlar. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

7 mavzu. Immun tizim xususiyatlari. Bolalarda immun tizimning o'ziga xos xususiyatlari. Immun tizim rivojlanish bosqichlari. Birlamchi va ikkilamchi immun tanqislik.

8 mavzu. YUrak tug'ma nuqsoni. Ta'rifi. Tasnifi. Gemodinamik o'zgarishlar. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Profilaktikasi.

9 mavzu. Bronxitlar. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

10 mavzu. Oshqozon ichak tizimining funksional o'zgarishlari. Ta'rifi. Tasnifi. O'zgarishlar semiotikasi.

11 mavzu. Siydik yo'llari infeksiyasi. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

Pediatrica fani

1 mavzu. Pnevmoniya. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

2 mavzu. Atipik pnevmoniyalar. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

3 mavzu. Bronxial astma. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

4 mavzu. Norevmatik karditlar. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

5 mavzu. O'tkir revmatik isitma. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

6 mavzu. YUvenil revmatoid artrit. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

7 mavzu. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik

belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

8 mavzu. YArA kasalligi. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

9 mavzu. Pielonefritlar. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

10 mavzu. Glomerulonefritlar. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

11 mavzu. Dizmetabolik nefropatiyalar. Etiopatogenezi. Tasnifi. Klinik belgilari. Tashxisot mezonlari. Qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

Neonatologiya fani

1 mavzu. Perinatal va neonatal davr muammolari. Ko'krak suti bilan oziqlantirish. (JSST dasturi). CHaqaloqlarda uchraydigan kasalliklarni diagnostikasi, dispanserizatsiya va profilaktikasi.

2 mavzu. CHaqaloqlarda sariqlik. CHakaloklarda giperbilirubinemiyaning sabablari, klassifikatsiyasi. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi diagnostikasi, dispanserizatsiya va profilaktikasi.

3 mavzu. Homila ichi infeksiyalari. Bolalarda xomila ichi infeksiyalari. TORCH sindromi diagnostikasi, dispanserizatsiya va profilaktikasi.

Ambulator-poliklinik pediatriya fani

1 mavzu. Bolalarni dispanser kuzatuv tamoyillari. Sog'lom va bemor bolalarni dispanserlash. O'z vaqtida kompleks davolash - sog'lomlashtiruvchi chora tadbirlarni olib borish. Birlamchi patronaj. Salomatlik guruxlari.

2 mavzu. Immunoprofilaktika. Immunoprofilaktikani rejalash va bajarish ko'rsatmalari. SanPiN ko'rsatmalari.

3 mavzu. Bronxoobstruktiv sindrom. BOS bilan kechuvchi kasalliklarni klinikasi, diagnostikasi, dispanserizatsiyasi, reabilitatsiya va profilaktikasi.

4 mavzu. Kardiomegaliya sindromi. Kardiomegaliya sindromi bilan kechuvchi kasalliklarni klinikasi, diagnostikasi, dispanserizatsiya, reabilitatsiya va profilaktikasi.

5 mavzu. Bo'g'im sindromi. Bo'g'im sindromi bilan kechuvchi kasalliklarni klinikasi, diagnostikasi, dispanserizatsiyasi, reabilitatsiya va profilaktikasi.

6 mavzu. Arterial gipertenziya sindromi. Bolalarda arterial gipertenziya klinikasi, diagnostikasi, dispanserizatsiyasi, reabilitatsiya va profilaktikasi.

7 mavzu. Malabsorbsiya sindromi. Malabsorbsiya sindromi bilan kechuvchi kasalliklarni klinikasi, diagnostikasi, dispanserizatsiyasi, reabilitatsiya va profilaktikasi.

8 mavzu. SHish sindromi. Bolalarda shish sindromi bilan kechuvchi kasalliklarni klinikasi, diagnostikasi, dispanserizatsiyasi, reabilitatsiya va profilaktikasi.

9 mavzu. Abdominal sindrom. Bolalarda abdominal sindrom bilan kechuvchi kasalliklarni klinikasi, diagnostikasi, dispanserizatsiyasi, reabilitatsiya va profilaktikasi.

IV. Amaliy mashg'ulotlar bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar

Amaliy mashg'ulotlar 50% nazariy (ma'ruza va amaliy mashg'ulot) va 50% amaliy qism (o'quv klinik amaliyot)dan iborat bo'lgan holda o'tkaziladi.

Amaliy mashg'ulotning nazariy va amaliy qismi o'zaro bog'liq holda o'tkaziladi.

Amaliy mashg'ulotlar uchun quyidagi mavzular tavsiya etiladi:

Bolalar kasalliklari propedevtikasi fani

1. Bolalar kasalliklari propedevtikasi faniga kirish, fanni maqsadi va vazifalari. Bolalik davrlarining xarakteristikasi.
2. Bolalarni jismoniy rivojlanishining asosiy ko'rsatkichlari. JSST tomonidan ishlab chiqarilgan besh yoshgacha bolalarni o'sish va rivojlanish standartlari va grafiklari. "Biologik akseleratsiya" haqida tushuncha. Bolalar jismoniy rivojlanishni buzilish semiotikasi (oqsil-energetik etishmovchiligi).
3. 1 yoshgacha va 1 yoshdan katta bo'lgan bolalarni ovqatlantirish tamoyillari. Qo'shimcha ovqat berish.
4. Markaziy asab tizimining anatomo-fiziologik hususiyatlari. Asab ruhiy tizimini baholash mezonlari. Bolani aqliy va ruhiy rivojlanishi buzilishida uchraydigan kasalliklar semiotikasi
5. Bolalarda teri, teri osti yog' qavatini morfologik va funksional hususiyatlari. Bolalarda teri, teri osti yog' qavatini jarohatlanish semiotikasi
6. Bolalarda suyak-mushak tizimini anatomo-fiziologik xususiyatlari. Suyak – mushak tizimining asosiy kasalliklari semiotikasi: raxit, spazmofiliya
7. Bolalar nafas tizimini yoshiga ko'ra anatomik-fiziologik hususiyatlari. Tashqi nafas faoliyatlarini baholash usullari va mezonlari. Nafas tizimi kasalliklarini asosiy semiotikasi.
8. Bronxitlar. Etiopatogenezi, tasnifi, standart tashxislash, qiyosiy tashxis va davolash usullari, profilaktika choralari
9. Homila ichi qon aylanishi. Tug'ilgandan keyin qon aylanish jarayoni. Bolalarda ko'p uchraydigan tug'ma yurak nuqsonlari semiotikasi.
10. Bolalar qon va qon hosil bo'lish a'zolari anatomik – fiziologik hususiyatlari. Qon va qon hosil bo'lish a'zolari kasalliklari semiotikasi. Tanqislik anemiyalari.
11. Bolalarda hazm tizimining anatomo-fiziologik hususiyatlari. Bolalarda uchraydigan hazm tizimi kasalliklari semiotikasi. Oshqozon-ichak tizimining funksional o'zgarishlari.
12. Ayiruv organlari anatomo – fiziologik hususiyatlari Kasalliklar semiotikasi.

Siydik yo'llari infeksiyasi. Etiologiyasi, patogenezi, tashxis mezonlari, etiotrop davosi, profilaktikasi.

Pediatriya fani

1. Pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezi, tashxis mezonlari, etiotrop davosi, profilaktikasi.
2. Atipik pnevmoniyalar. Etiologiyasi, patogenezi, tashxis mezonlari, etiotrop davosi, profilaktikasi.
3. Bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, tashxis mezonlari, davosi, profilaktikasi.
4. Atopik dermatit. Etiologiyasi, patogenezi, tashxis mezonlari, davosi, profilaktikasi.
5. Norevmatik karditlar. Etiopatogenez, tasnifi, davosi, profilaktikasi.
6. O'tkir revmatik isitma. Etiopatogenez, tasnifi, standart tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari
7. YUvenil revmatoid artrit. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari
8. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiopatogenez, tasnifi, standarttashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari
9. YARA kasalligi. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari
10. Surunkali gepatitlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari
11. O't pufagi va o't yo'llari kasalliklari. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari
12. Pielonefritlar. Etiopatogenezi, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis va davolash usullari, profilaktika choralari
13. O'tkir infeksiyon glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari
14. Surunkali glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari
15. O'tkir va surunkali buyrak etishmovchiligi. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari

Neonatologiya fani

1. CHaqaloqlik davri fiziologiyasi. Moslashuv jarayonini aks ettiruvchi xolatlar (chegara, tranzitor yoki fiziologik xolatlar). CHaqaloqlarni ko'krak suti bilan ovqatlantirish tamoyillari.
2. Kam tana vazni bilan tug'ilgan chaqaloq. Muddatidan oldin tug'ilishning sabablari, morfologik va funksional belgilari.
3. Xomila ichi gipoksiyasi. CHaqaloqlar asfiksiyasi. Reanimatsiya va intensiv davolashni xalqaro mezonlari.
4. CHaqaloqlarda sariqlik sindromi.
5. Homila ichi infeksiyalari.
6. CHaqaloqlarda terining yiringli kasalliklari.

Ambulator-poliklinik pediatriya fani

1. Sogʻliqni saqlash tizimida umumiy amaliyot shifokorining vazifalari. Birlamchi tizimning asosiy statistik koʻrsatkichlari, meʼriy-xuquqiy xujjatlari. Dispanser koʻruv tamoyillari.
2. Immunoprofilaktika. Profilaktik emlash kalendari.
3. Nafas aʼzolari kasalliklaridagi sindromlar, shu sindromlar bilan kechadigan kasalliklar (ORVI, bronxitlar). Erta tashhishlash, differensial tashhis oʻtkazish, davolash, profilaktika va reabilitatsiya mezonlari.
4. Pnevmoniya. Ambulatoriya sharoitida davolash, reabilitatsiya, dispanserizatsiya oʻtkazish
5. Bronxial astma. Ambulatoriya sharoitida davolash, reabilitatsiya, dispanserizatsiya oʻtkazish.
6. Oʻrtirilgan yurak nuqsonlari. Erta tashhishlash, differensial tashhis oʻtkazish, davolash, profilaktika va reabilitatsiya mezonlari.
7. Kardiomiopatiyalar. Erta tashhishlash, differensial tashhis oʻtkazish, davolash, profilaktika va reabilitatsiya mezonlari.
8. Tizimli kasalliklar. Erta tashhishlash, differensial tashhis oʻtkazish, davolash, profilaktika va reabilitatsiya mezonlari.
9. Boʻgʻim sindromi. Erta tashhishlash, differensial tashhis oʻtkazish, davolash, profilaktika va reabilitatsiya mezonlari.
10. Qorinda ogʻriq bilan kechadigan kasalliklar diagnostikasi, differensial diagnostikasi. Profilaktika, reabilitatsiya choralari, dispanserizatsiyasi.
11. Malabsorbsiya sindromi.
12. SHish sindromi. Nefrotik va nefritik sindromlarni tashhishlash, differensial tashhis oʻtkazish, davolash, profilaktika va reabilitatsiya mezonlari.
13. Dizuriya sindromi bilan kechadigan kasalliklarni diagnostikasi, qiyosiy tashxislash, diagnostikasi. Ambulatoriya sharoitida dizuriya bilan kechadigan kasalliklarni olib borish.
14. Ambulatoriya sharoitida surunkali gepatitlarni olib borish. Dispanser kuzatuv, reabilitatsiya choralari.
15. Maktab shifokorining vazifalari va ish rejasi. Oʻquvchilarning dispanser nazorati va surunkali kasalliklar reabilitatsiyasi.
16. Oʻsmirlar salomatligi. Oʻsmirlarning anatomo-fiziologik, psixofizik rivojlanishi va kasalliklarining oʻziga xos xususiyatlari, depressiya, suitsid, anoreksiya, bulimiya. Ommaviy informatsiya vositalarining oʻsmir xulqiga taʼsiri. Kontratsepsiya. Seksual zoʻravonlik, bolalar bilan qoʻpol muomala qilish. Bolani boqib olish. Ota-onasidan ayrilgan bolalar.
17. Defitsit xolatlar. Tanqislik anemiyalari. Gipovitaminozlar. Raxit dispanserizatsiyasi va reabilitatsiyasi.
18. Bolalarni statsionar sharoitida olib borish. SHoshilinch xolatlar.
19. Isitma sindromi. Infeksion va noinfeksion isitma.
20. BKIUOB. Bolalar kasalliklarini integrirlashgan usulda olib borish. Maqsad va masalalari. Umumiy xavf belgilari
21. BKIUOB. Yoʻtal. Baholash va klassifikatsiya qilish
22. BKIUOB. Diareya. Baholash va klassifikatsiya qilish. Suvsizlanish, uning darajalari.
23. BKIUOB. Quloq va tomoq muammolari. Baxolash va klassifikatsiya qilish.

24. BKIUOB Ovqatlanishning buzilishi va kamqonlik. Baxolash va tasniflash.
25. BKIUOB. Bolalarni ambulatoriya va uy sharoitida davolash. Statsionarga yuborish uchun kursatmalar. Gospitalizatsiyadan oldingi birinchi yordam. Ikkilamchi tashrif. SHifokorga zudlik bilan qaytib kelish uchun ko'rsatmalar.
26. BKIUOB. Go'dak. Ahvolini og'irligini baholash va tasniflash. Juda og'ir kasallik. Maxalliy bakterial infeksiya. Sariqlik. Diareya. Ovqatlantirish muammolari yoki kamvaznlik. Ambulator sharoitida davolashga, tezkor gospatializatsiyaga ko'rsatmalar.
27. BKIUOB. Sariqlik. Diareya. Ovqatlantirish muammolari yoki kam vaznlik. Ambulator sharoitida davolashga, tezkor gospatializatsiyaga ko'rsatmalar.

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

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

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

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

“Pediatriya” fani bo'yicha klinik amaliyotni o'tish davrida talabalar amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirishlari ko'zda tutilgan.

Amaliy ko'nikmalar ro'yhati:

1. Turli yoshdagi bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanish ko'rsatkichlarini aniqlash (bola vaznini va bo'yini o'lchash);
2. YAngi tug'ilgan chaqaloqni jismoniy rivojlanishi va etukligini baxolash;
3. Kasalliklarning asosiy klinik, laborator va instrumental mezonlarini aniqlash;
4. CHaqaloqlarda shartsiz reflekslarni aniqlash;
5. Ko'krak suti bilan to'g'ri emizish texnikasi;
6. Nazogastral zondlash texnikasi;
7. YUrak chegaralarini aniqlash;
8. Jigar chegaralarini aniqlash;
9. Bolalarda arterial qon bosimini o'lchash;
10. Pikfloumetriya o'tkazish va natijalarini tahlil qilish;
11. Laringospazmda yordam ko'rsatish;

12. Talvasada yordam ko'rsatish;
13. Gipertermiyada yordam ko'rsatish;
14. YUqori nafas yo'llariga yot jism tushganda yordam ko'rsatish;
15. Anafilaktik shokda yordam ko'rsatish;
16. Vaksinatsiya va revaksinatsiyani o'tkazish va samaradorligini aniqlash;
17. Aholi orasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish;
18. Laborator tekshiruvlar interpretatsiyasi (qon, siydik va axlat taxlillari) ni o'tkazish

O'quv klinik amaliyotni tashkil etish bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar

Talabalarning "Pediatriya" fani bo'yicha klinik amaliyoti ta'lim jarayonining 50%ini tashkil qiladi.

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

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

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

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

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

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

nazoratida o'rgatiladi.

Uchinchi bosqichni amalga oshirish uchun kafedra tomonidan ishlab chiqilgan o'quv, uslubiy qo'llanmalar, fotosuratlar, vaziyatli masalalar va testlar to'plami, keyslar, klinik protokollar, diagnostika va davolash standartlari, o'rgatuvchi kasallik tarihlari va ambulator kartalar va x.q. ishlatilishi lozim. Interfaollik shunda namoyon bo'ladiki, bunda boshqa talabalar nafaqat ekspert sifatida chiqishda va o'qitilayotgan talabaning amaliy ko'nikmani to'g'ri o'zlashtirganligini baholashda balki komandada ishlashda ishtirok etadilar.

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

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

Laboratoriya ishlarini tashkil etish bo'yicha ko'rsatmalar

Fan bo'yicha laboratoriya ishlari namunaviy o'quv rejada ko'zda tutilmagan.

VI. Mustaqil ta'lim va mustaqil ishlar

Mustaqil ta'lim uchun tavsiya etiladigan mavzular:

1. Sog'lom va tez-tez kasallanuvchi bolalarni chiniqtirish usullari
2. Tez-tez kasallanuvchi bolalar (CHBD)
3. Bolalarda disbakterioz kechish xususiyatlari.
4. Pilorospazm va pilorostenoz
5. Bolalarda surunkali infeksiya o'choqlari
6. O't yo'llari diskineziyasi
7. Gipo va avitaminozlar
8. Enurez, siydik chiqarish yo'llari neyrogen disfunktsiyasi
9. Raxitsimon kasalliklar
10. Dismetabolik nefropatiyalar
11. Gijja invaziyasi
12. Gipo va aplastik anemiya
13. Ichakni qitiklash sindromi
14. Giperaktiv bola sindromi
15. Dizembriogenez stigmatalari
16. Siydik ajratish tizimining nuqsonlari
17. Atipik pnevmoniyalar
18. Reaktiv artritlar
19. Kartagener sindromi
20. Rey sindromi
21. Tizimli qizilcha
22. Dermatomiozitlar
23. Tizimli sklerodermiya

24. Gastroezofagal refleks.
25. Mitral klapan prolapsi.
26. Surunkali enterokolit
27. Jigar sirrozi
28. Surunkali gepatitlar
29. Tugʻma nefritlar
30. Respirator allergoz
31. OʻRI
32. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi
33. Kron kasalligi
34. Vegeto- tomir distoniyasi
35. SHifokorning tibbiy etika va deontologiyasi.
36. Bemor bola psixologiyasi.
37. Bolalarda tankislik xolatlar.
38. Bolalarda uzok muddatli subfebrilitetlar.
39. Bolalarda maxalliy belgilar bulmaganda isitmalash.
40. Yoʻtalga qarshi dori vositalar, taʼsir kilish mexanizmi.
41. Oʻpka funksiyasini tekshirish.
42. Oʻzbekistonda «Astma-maktabi».
43. Bolalarda gospital (kasalxona ichi) va atipik zotiljamlar.
44. Koʻkrak qafasida ogʻriq.
45. Layella sindromi.
46. Bolalarda gelmintozlar.
47. Bolalarda ich qotishi.
48. Bolalarda buyrakning tugʻma va orttirilgan kasalliklari.
49. Bolalarda tizimli vaskulitlar.
50. DVS-sindrom.
51. Issiqlik va quyosh nuri taʼsiri.
52. Nr (xelikobakter pilori) va uning sogʻlom organizmga taʼsiri.
53. Bolalarda aritmiyalar.
54. Bolalarda bosh ogʻrigʻi.
55. CHala tugʻilgan bola
56. Kindik kasalliklari
57. Tish yorib chiqish sindromi
58. Bolalarda uzoq vakt davom etgan yoʻtal
59. Bola salomatligini nazorat qilish maqsadida skrining tekshiruv
60. Bolani chiniqtirish usullari
61. CHaqaloq va goʻdak bola va 5 yoshgacha boʻlgan bolani parvarishlash
62. Ichak taʼsirlanish sindromi
63. Bolalarda qayt qilish sindromi
64. Bolalarda toʻsatdan oʻlim sindromi.
65. Bolalarda ich qotish sindromi
66. Bolalarda burun qonashi sindromi.
67. Bolalarda jinsiy rivojlanishni susayishi
68. Kaytalovchi infeksiya va immunodefitsit xolat
69. Boʻksa boʻgʻin tugʻma chiqishi
70. Bolalarda oʻsishni buzilishi

71. Bolalarda qorinda og'rik sindromini tekshiruvlari
72. Bolalarda bosh og'rig'i
73. Bolalarda teri qichishish
74. O'smirda suiqasdlik
75. O'smir qizlar muommolari
76. O'smir ugil bolalar muommolari
77. O'smirda arterial gipertoniya
78. Oila va o'smir
79. O'smir va shifokor
80. Bolalarda SPID, VICH- infeksiya
81. Neonatolog ishida etika va deontologiya.
82. Diabetik fetopatiya.
83. Yangi tug'ilgan chaqaloqda alkogol sindromi. Narkomanlar bolalari.
84. Chaqaloqda gemorragik kasallik.
85. Chaqaloqda qusish sindromi.
86. Neonatologiyada yatrogeniya.
87. Chaqaloqlarda to'satdan o'lim sindromi.
88. Chaqaloqlarda infuzion terapiya va parenteral oziqlantirish.
89. Chaqaloqlarda kandidozlar.
90. Chaqaloqlarni davolashda antibiotiko- va vitaminoterapiya

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

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

- Bemorlar kuratsiyasida davolovchi yoki navbatchi shifokor bilan nazorat qilishda ishtirok etish;
- Darslik va o'quv qo'llanmalar bo'yicha fan boblari va mavzularini o'rganish;
- Simulyasion o'quv klinik kompyuter dasturlar bilan ishlash;
- Ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- Berilgan mavzu bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- Fanning bo'limlari yoki mavzulari ustida maxsus yoki ilmiy adabiyotlar (monografiyalar, maqolalar) bo'yicha ishlash va ma'ruzalar qilish;
- Ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tezislarini tayyorlash;
- Vaziyatli va klinik muammolarga yo'naltirilgan vaziyatli masalalar echish;
- Keys (real klinik vaziyatlar va klinik vaziyatli masalalar asosida case-study) echish;
- grafik organayzerlar ishlab chiqish va to'ldirish;
- krossvordlar tuzish va echish;
- prezentatsiya va videoroliklar tayyorlash hamda mustakil ish jarayonida keng qo'llash va h.k.
- tarqatma materiallar bo'yicha ma'ruzalar qismini o'zlashtirish;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash
- yangi texnikalarni, apparaturalarni, jarayonlar va texnologiyalarni o'rganish;
- talabaning o'quv-ilmiy-tadqiqot ishlarini bajarish bilan bog'liq bo'lgan fanlar bo'limlari va mavzularni chuqur o'rganish;
- faol va muammoli o'qitish uslubidan foydalaniladigan o'quv mashg'ulotlari;

- masofaviy (distansion) ta'lim fanni faol o'zlashtirishda talabalarni olimpiada, tanlovlar, ko'rgazma, anjumanlar va boshqa tadbirlarda ishtrok etish.

Fan bo'yicha kurs ishi (loyixasi)

Fan bo'yicha kurs ishi o'quv rejasida ko'zda tutilmagan.

1. VI. Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari

Asosiy adabiyotlar

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

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Belyaeva L.M. Detskaya kardiologiya i nefrologiya – prakticheskoe rukovodstvo -Moskva., GEOTAR, 2011 g
2. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O'quv qo'llanma. UzRSSV/YUNISEF, 2003
3. Bolalarga statsionar yordam kursatish. Metodik kullanma.(UzSSV №225 buyrugi, 2013)
4. Ignatova M.S. Detskaya nefrologiya – rukovodstvo dlya vrachey – Moskva, GEOTAR, 2011 g
5. Kildiyarova R.R. Laboratornye i funktsionlnye metody issledovaniya v praktike pediatrii – uchebno-metodicheskoe posobie, -Moskva., GEOTAR., 2012 g
6. Ko'krak suti bilan boqish. O'quv qo'llanma. O'zRSSV/YUNISEF, 2013.
7. SHabalov N.P. Detskie bolezni. – Uchebnik, Moskva., GEOTAR., 2010.
8. Baranov A.A. Detskie bolezni. - Uchebnik. - Moskva, GEOTAR, 2009 g
9. Geppe N.A., Podchernyaeva N.S. Propedevtika detskih bolezney – Uchebnik. – Moskva, GEOTAR, 2008 g
10. Vasilevskiy I.V. Differensialnaya diagnostika i terapiya kashlya u detey i podrostkov. – uchebno-metodicheskoe posobie – Minsk. BelMAPO, 2006 g
11. Xalmatova B.T., Bobomuratov T.A. Pediatriyada sindromal diagnostika. – o'quv qo'llanma, Toshkent, TTA bosmaxonasi, 2010 y
12. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 editions. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme., Elsevier, 2016.
13. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
14. A therapist's guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
15. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

Internet saytlar:

1. www.tma.uz
2. www.zyonet.uz
3. [www.info@minzdrav.uz](mailto:info@minzdrav.uz)

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
PEDIATRIYA KAFEDRASI

O'quv bo'limi

tomonidan ro'yxatga

olindi № _____

« _____ »

_____ 2019 y.

“Tasdiqlayman”

O'quv ishlari bo'yicha prorektor

t.f.n., dots. _____ G.J.Jarilkasinova

“ _____ ” _____ 2019 y

“PEDIATRIYA, NEONATOLOGIYA ” FANIDAN DAVOLASH VA TIBBIY
PEDAGOGIKA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN 2019-2020 O'QUV YILI
UCHUN

ISHCHI DASTUR

Ta'lim shifri - 510000 «Sog'liqni saqlash»
Ta'lim yo'nalishi: 5510100 – Davolash ishi
5111000 – Kasbiy ta'lim (5510100 – Davolash ishi)

Fakultet-	davolash,	tibbiy pedagogika
Kurs -	3	
Semester	6	
Ma'ruza	8	8
Amaliy mashg'ulot- -	10	10
Klinik mashg'ulot-	18	18
Mustaqil ishlar -	26	26
Jami	36	36
UMUMIY SOAT:	62	62

BUXORO-2019u

Fanning ishchi o'quv dasturi o'quv, ishchi o'quv reja va o'quvdasturiga muvofis ishlab chiqildi.

Tuzuvchilar:

Jo'raeva F.R.–Pediatriya kafedrası assistenti

Retsenzentlar:

3. Badriddinova M.N.- Ichki kasalliklar, endokrinologiya kafedrası mudiri, t.f.n
4. Bobojonova Z.N.-Ichki kasalliklar propedevtikasi, klinik farmakologiya va oliy hamshiralik ishi kafedrası mudiri t.f.n

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 -Davolash ishi

5111000- Kasb ta'limi (5510100 -davolash ishi) yo'nalishi bo'yicha tuzilgan va kafedra yig'ilishida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ “ _____ ” _____ 2019 y.

Kafedra mudiri: t.f.d. dots. Navruzova SH.I. _____ **(imzo)**

FUK rahbari: Hamroev F.Sh. Davolash fakulteti dekani, t.f.n. _____ **(imzo)**

Ushbu ishchi dastur o'quv dasturi va o'quv reja asosida 5510100 -Davolash ishi

5111000- Kasb ta'limi (5510100 -davolash ishi) yo'nalishi bo'yicha tuzilgan va Buxoro davlat tibbiyot instituti markaziy uslubiy kengashida muhokama qilingan va tasdiqlangan.

Bayonnoma № _____ “ _____ ” _____ 2019 y.

Uslubchi: Jumaeva Sh .B. _____ **(imzo)**

Kirish

1.O'quv fanining dolzarbligi va oliy kasbiy ta'limdagi o'rni

Davolash va tibbiy pedagogika fakulteti 4kurs talabalari uchun “Bolalar kasalliklari” fanini o'tish maqsadi va vazifalari

Fanning maqsadi- Fanni o'qitishning asosiy maqsadi talabalarni har hil yoshdagi bola organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlarini, bolalarda uchraydigan xastaliklarni o'rgatish, xastaliklarning oldini olish, barvaqt aniqlash, davolash va dispanstrizasiyasini o'rgatish. Shu bilan birgalikda talabalarga pediatriya fanidan tibbiy kollej va o'rta maxsus o'quv yurtlarida o'qituvchilari tayyorlash, hamda umumiy amaliyot vrachlari tayyorlashga yo'naltirilgan. UAV vrachlari amaliy mashg'ulot va ma'ruruzalar davomida bolalarga uy, poliklinika, QVP, shifoxona va ambulatoriya sharoitida bolalarga birinchi va tez tibbiy yordamni ko'rsatishni o'rgatadi.

Fanning vazifasi- talaba bilishi va bajarishi shart bo'lgan amaliy va nazariy ko'nikmalarni o'rgatish:

- Sog'lom va bemor bola bilan, uning ota-onasi bilan muloqotga kira olishi, etika-deontologiyaga rioya qilish;
- Ob'ektiv ko'rsatkichlar va fizikal tekshiruvlar natijalarini interpretasiya qilgan holda yoshiga mosligini bila olishi;
- Erta yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan xastaliklarni aniqlay olish, tashxis qo'yish, hayoti xavf ostida bo'lgan bemorlarga o'z vaqtida yordam ko'rsata bilish;
- Diagnostika va davolash rejasini tuza olish;
- Chala va to'liq tug'ilgan bolalarni parvarish qilish;
- Bolalar kasalliklarini profilaktikasi va dispanserizasiyasini bajara olishi;
- Ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish usullarini bilish, varaqasini tuzish.
- Har xil guruhdagi bolalar orasida – har xil yoshdagi soglom bolalarni jismoniy va ruhiy rivojlanish ko'rsatkichlari;
- Bolalar orasida keng tarqalgan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinik va solishtirma tashhislarini bilish; bolalar kasalliklarini davolash prinsiplar;
- Bolalarda a'zo va tizimlarning anatomik va fiziologik xususiyatlari;
- Bir yoshgacha bo'lgan bolalarni ovqatlantirish prinsiplar;

Talaba bajara olish kerak:

- bemor bolalar va ularning ota-onalaridan anamnez yig'ish;
- bolalar sog'ligini aniqlay olish;
- kasallikni kelib chiqish sabablarini aniqlash;
- klinik, laborator-instrumental tekshiruvlar rejasini tuzish;
- klinik tashhisni asoslash;
- kasallikni farmakoterapiya rejasini tuzish;
- reabilitasiya rejalarini tuza bilish;
- bolalarni dispanserizasiya nazoratida kuzatish;
- sog'lom va bemor bolalarga ovqat miqdorini aniqlay olish (f . 0.003/y);

Talaba quyidagi amaliy ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak:

- bolani jismoniy holatini somatometrik baholash;
- bolani nerv-ruhiy holatini baholash;
- kasallik anamnezini yig'ish;
- bemorlarni tizimlar bo'yicha klinik tekshirish;
- asosiy klinik va laborator-strumental tekshirish usullarini aniqlash;
- ovqatlanirish rejasini tuzish;

Talabalar pediatriya fanini o'rganish uchun zarur bo'lgan fanlar ro'xati:

- normal va topografik anatomiya;
- fiziologiya va patologiya fiziologiya;
- patologiya anatomiya;
- mikrobiologiya va immunologiya
- biokimyo va klinik biokimyo
- farmakologiya va klinik farmalogiya
- sotsial gigiyena
- neonatologiya
- bolalar yaqimli kasalliklari
- bolalar xirurgiyasi
- terapiya
- akusherlik va ginekologiya

Amaliy auditor mashg'ulotlar turlar bo'yicha bajariladigan topshiriqlar soniga majburiy minimal talablar:

I. Bemor bolalardan va ularning ota – onalaridan anamnez yig'ish.

II. Bemorlarning kuratsiyasi.

III. Ovqatlanish ratsionini tuzish.

IV. Bolalarda antropometrik tekshiruv o'tkazish.

V. Laborator ko'rsatkichlarning natijalarini interpretatsiyasi.

1. Umumiy qon, siydik, najas taxlili.

2. Qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari.

3. Qoni, siydikni va najasni bakteriologik ekish.

4. Revmatologik sinama.

VI. Instrumental – tekshiruv usullari natijalarining interpretatsiyasi.

1. Rentgenogramma

2. EKG.

3. Buyrak, jigar, o't pufak UZI si.

4. Endoskopik tekshiruv usullari.

VII. Nozologik tashxis va bolalarning yoshiga qarab dori vositalarining miqdorini hisoblash.

VIII. Retsept yozish.

IX. Xolatiy masalalarni echish.

**DAVOLASH FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN “PEDIATRIYA,
NEONATOLOGIYA ” FANIDAN O’QUV YUKLAMASI**

№	Jami	Jami soat	ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik amaliyot	Mustaqil ish soati
3 kurs	62	36	8	10	18	26
Jami	62	36	8	10	18	26

**TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN “PEDIATRIYA,
NEONATOLOGIYA ” FANIDAN O’QUV YUKLAMASI**

№	Jami	Jami soat	ma'ruza	Amaliy mashg'ulot	Klinik amaliyot	Mustaqil ish soati
3 kurs	62	36	8	10	18	26
Jami	62	36	8	10	18	26

Mashg'ulotlarni o'tishda qo'llaniladigan interaktiv usullar

Dumaloq stol usuli

Stol ustiga vaziyatli masala yozilgan qog'oz tashlanadi. Har bir talaba o'zining javob variantini yozib, boshqa talabaga uzatiladi. Hamma o'z javobini yozib bo'lgandan keyin tahlil qilinadi. Noto'g'ri javoblar o'chirilib, to'g'ri javoblar muhokama qilinadi. Talabalarning bilim darajasi aniqlanib, baholanadi. Bu usulni nafaqat yozma, balki og'zaki holda ham olib borish mumkin.

Masalan:

Bolalarda tug'ma ichak tutilishini izohlang.

Bolalarda tug'ma ichak tutilishini rentgenologik belgilarini ayting

Bolalarda tug'ma yuqori va pastki ichak tutilishini rentgenologik belgilarini farqini ayting

Savol to'g'ri va aniq berilishi, shu savolda javobning bir qismi yotishi lozim.

STOL O'RTASIDA RUCHKA

Bu usulda guruxga topshiriq beriladi (masalan, 3-yoshgacha bolalarda o'tkir appenditsit belgilarini aytib bering, dagnostikasi taktikasi o'ziga xosligi nimadan iborat?, talaba yozib, qo'shnisiga uzatadi, o'zining ruchkasini stol o'rtasiga qo'yadi.

Masalan: guruxga o'qituvchi bergan mavzu: -“bolalarda o'tkir appenditsit”. 10-15 daqiqa ichida gurux o'z javoblarini yozib berishlari kerak. Javobni yozgan talaba ruchkasini qo'yadi, qog'ozni keyingi talabaga beradi. Javobni bilmaydigan talaba qog'ozni keyingi talabaga uzatadi, lekin

ruchkani qo'lda ushlab qoladi. Bir variantni ikki marta takror yozish mumkin emas. Topshiriq bajarilgandan keyin javoblarni o'qituvchi o'qib beradi.

anatomyo-fiziologik jaqatdan chuvalchangsimon o'simta etuk emasligi

vrachlarga nisbatan "negativizm"

"qo'lni itarish" simptomi

Psixologik kontakt va x.k.

O'qib berayotgan vaqtda har bir variant tahlil qilib boriladi.

Bu usulning ijobiy tomonlari:

o'qituvchi kim darsga tayyorligini ko'radi,

darsga tayyor bo'lmagan talaba og'zaki tahlillar davomida maksimal zarur bilimlarni mavzu borasida bilib oladi;

bu guruxli, ma'suliyatli ish talabalarni tartibga solib, har bitta talabaga ketgan vaqtni tejaydi;

talabalar o'z javoblarini ikki marta tahlil etadilar – oqzaki va yozma. Bu ularning bilimlarini yanada mustahkamlaydi.

ROTATSIYA USULI yordamida fikrni bayon etish

Bu usul mavzuni kichik guruxlar bilan alohida va butun guruxlar bilan tahlil etishga asoslangan. har bir kichik gurux 30 minut davomida 3 ta topshiriqni tahlil etadi, keyingi 15 minutda hamma birgalikda tahlil qiladi. Auditoriyada bir necha nashrlangan topshiriqlar osib chiqiladi. Har bir kichik gurux (2-3 kishi) 10 minut davomida muxokama qilib, o'z variantlarining javoblarini yozib oladilar, keyin boshqa topshiriqqa o'tadilar va shu tariqa davom etadilar. Har bir gurux o'zining rangli flomasterini oladi (ko'k, qizil, qora). Har bir qog'oz uchala rangda belgilangan bo'lishi kerak. Har 10 minutda variantlar almashtirilib turiladi. Kichik gurux o'zidan oldingi gurux javoblarini o'qib, qo'shimcha kiritadi, javoblar takrorlanmasligi kerak. 15 minutdan keyin tahlil qilinadi. Optimal javob topilib, daftarga yoziladi. Bu usul mavzuni jamoa bilan taxlil etishga haratilgan.

Har xil rangli flomasterdan foydalanish, har bir gurux bergan javobni baxolashda qulay xisoblanadi. Javoblar oldindan nomerlab qo'yilib, sanash uchun qulay qisoblanadi. Eng ko'p javob bergan kichik guruxlar maksimal ballarni olishadi.

Intsident usuli

Talabalarni ekstremal xolatda o'qitish maqsadida, klinik kafedralarda intsident usuli qo'llaniladi. Talabalarga turli xil vaziyatli masalalar borasidagi muammolar xaqida qisqa malumot beriladi. Bu masalani tezda 0,5-1,5 daqiqa ichida taxlil qilish kerak. Bu usul talabalarning fikrlash qobiliyatini oshirib, vaziyatli xolatlarga tayorlaydi. Intsident usuli tez yordam maskanida shoshilinch yordam berishda kata axamiyatga ega. Xatosiz bu xarakatni bajarish 1,0 koeffitsientga teng. Muximi masalaning to'liqligi emas, balki uning tezligi. Bu usul talimning turli bosqichlarida qullaniladi, ayniqsa yangi materialni o'zlashtirib, mustaxkamlashga qaratilgan.

«Klinik vaziyatni xal etish» texnikasi

Talabalar bir nechta kichik guruxlarga bo'linadilar. Xar bir kichik guruxga klinik vaziyat beriladi. 15 minut ichida talabalar klinik xolatni bajaradilar. Vazifani bajargandan so'ng, gurux ichida

o'qiladi va umumiy muxokama qilinadi. Xar bir vaziyat muxokama qilingandan so'ng talabalar bilimi baxolanadi.

Bu usulning afzalligi talabalar aniq bir maqsadga erishadilar va amalda qo'llay olishlarini isbot qilishga harakat qiladilar.

Tur

Talabalar aylana bo'lib joylashib, taklif etilgan savollarni navbat bilan izoxlaydilar. Xar bir kishida fikrini bayon etish xuquqi bo'lib, u qo'shimcha bir yangi fikrni aytishi kerak, shunday qilib hamma qatnashchilarning fikrini bilish zarur. Talaba o'z navbatini xoxlasa o'tkazib yuborish xuquqiga ega. Bazan tibbiy asbob bir chetdan berib yuboriladi va talaba uni olgandan keyin javob berishi mumkin. Bu turda xamma teng bulib, bir-birining yuzini ko'ra oladi va diqqat bilan tinglaydi.

Raundlar xar xil maqsadlarda ishlatilishi mumkin: baxolash, muammoni echish, rejalashtirish, turni utkazishda qo'llaniladi. Turni omadli o'tkazish maqsadida aylana joy tayorlash kerak, chunki talabalar va olib boruvchi bir-birlarini ko'rib turishi kerak. Oxirida xammaga qatnashganliklari uchun tashakkur bildiradilar. Guruh bilan ishlaganda talabalarga tur qoidalari eslatib turiladi. o'qituvchi guruh bilan ishlaganda talabaga nima qilishini tushuntirishi kerak.

Turlarni darsning oxirida yoki boshida qo'llash mumkin. Masalan « men bilishni istayman», « bu darsda men o'rganaman».

Miya shturmi usuli.

Uslubning asosiy qoidalari

G'oya hosil qilishga xalaqit beruvchi hech qanday tanbex va tanqidiy fikr bildirmaslik.

Eng ko'p miqdorda takliflar olish

G'oyalar kombinatsisi va ularni rivojlantirish

Keng bayon qilmay qisqacha fikr bildirish

Guruxni g'oya ishlab chiqaruvchilarga va ularga ishlov beruvchilarga ajratish.

Bu uslub xar qanday sharoitda optimal qaror qabul qilishga, opponentlarni qabul qilinayotgan yo'lning to'g'riligiga ishonch hosil qilishga o'rgatadi. Bu uslub asosiy mavzuni muhokama qilishda oldindan yaxshigina tayyorgarlikdir.

Uslubning maqsadi:

Qisqa vaqt ichida guruxdan ko'p miqdorda variantlar olish, talabalar bilimini aniqlash. Bunda muammolarni xal qilishga qodir g'oyalar taklif kilinishi mumkin, talabalar tajriba yuzasidan bir – biriga istaklar bildirishi mumkin. Vaziyatning moxiyati shundaki guruxga savol yoki tugallanmagan muxokama beriladi. Bir necha daqiqa ichida gurux a'zolari shu mavzuda gapiradilar. Miyaga nimalarni saqlash kerakligi talabalar tomonidan aytib o'tiladi. Ma'nosi va mazmunidan qat'iy nazar hamma aytilgan gaplar doskaga birma – bir yoziladi. Hamma uz fikrini aytadi, maqsad ko'p miqdorda turli – tuman takliflarni olish, bu vaqtda hech narsa tanqid qilinmaydi, xech qanday baxo qo'yilmaydi, muxokama qilinmaydi. Ishtirokchilarga taklif qilingan barcha g'oyalarni muxokama qilish uchun imkoniyat beriladi. Agar guruxda faollik sust bo'lsa, o'qituvchi o'zining bir necha fikrini yozishni taklif qiladi. Usulning axamiyati shundaki, u guruxni birlashtiradi

“Akademik polemika” usuli

Gurux 2 komandaga bo'linadi. Ularning xar biriga vaziyatli masala beriladi, masalan, vrach – bemor. Xar bir komandada bir – ikkita talaba konsultatsiyaning ijobiy tomonlarini taxlil qilib “Advokatlar” va “Prokurorlar” natijalari o'qib beriladi va butun gurux oldida taxlil qilinadi.

Bu usul talabalardan chuqur bilimlarni talab etadi. o'qituvchi « sud ishini » rivojlanishini nazorat qilib, vaziyatda himoya va qarshi kuchlarni ko'rib chiqadi.

Masalan. Bemor N. 22 yoshda. 34 xaftalik xomiladorlik, birinchi bolasi. Bosh og'rig'i, o'ng qovurg'a ostida og'riq, AD- 145g`100 mm. sim. ust. Qon bosimi birinchi ko'ruvda 110ga 70 mm. sim. ust. Siydikda proteinuriya. Onasining aytishicha, bola juda kam qimirlaydi. Xomila yurak urishi – 140 ta. Vrach qo'shimcha ravishda siydik analizini topshirishni tavsiya etdi (sutkalik oqsilni aniqlash uchun) va 250 mg sutkasida ikki martadan metildopa ichishini taklif etdi. Takroriy qabul – ikkinchi kunda. Kechqurun ayolning axvoli og'irlashdi, qorindagi og'rik kuchaydi, og'riqlar ko'ngil aynishi va qusish bilan birga yuzida shish bor. Ayolning eri vrachni uyga chaqirgan, magniy sulfat vena ichiga tomchilab quyiladi. Shundan keyin ayolni «tez yordam» bilan kasalxonaga jo'natishdi, shu davrda ayolda talvasa rivojlandi. Ayolga 0,5 ml diazepam vena ichiga yuborildi, magniy sulfat yuborishni davom ettirishdi. Tug'ruq bo'limiga keltirishgandan so'ng, tug'ruqni olib borishga kelishildi. Bu davrda ayolda qon ketish kuzatildi.

Taxlil.

«Prokuror» lchi marta ayol vrach ko'rigida bo'lganda og'ir preeklapmsiya tashxisi ko'yilmagan va u kasalxonaga yuborilmagan, shu uchun unda eklapmsiya rivojlanib, tug'ruqni olib borishga majbur bo'ldi.

«Advokat» - vrach proteinuriyaning og'irlik darajasini aniqlashda sutkalik siydikdan oqsil miqdorini aniqlash. Vrach metildopani tavsiya qilgan. Talvasa rivojlangandan keyin to'g'ri davo olib borib, uni kasalxonaga jo'natgan.

«Prokuror» magniy sulfat bergandan so'ng, vrach shu preparat peredozirovkasi simptomlarini nazorat qilishi kerak, nafas chastotasining kamayishi, tizza refleksining pasayishi, siydik miqdorining kamayishi va boshqalar.

Shu tariqa, taxlil vaqtida polemiklar yordamida talabalar shu mavzuga oid bilimlarini namoyon etadilar. Bu nafaqat bilimni, balki vaziyatni taxlil qilib bilishidir. Bu esa kelajakdagi ish faoliyatlarida axamiyatga ega.

MA'RUZA MASHG'ULOTLAR MAVZUSI

DAVOLASH va TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN “PEDIATRIYA, NEONATOLOGIYA ” FANINIDAN MA'RUZALAR UCHUN ISHCHI DASTUR

№	Ma'ruzalar mavzusi	Ajratilgan soat
1	Bolalarda pnevmoniya	2
2	Bronxial astma	2
3	Bolalarda norevmatik karditlar	2
4	Bolalarda o'tkir revmatik isitma.	2
Jami		8

Ma'ruzaning mavzusi

Qisqa annotatsiya

1.Pnevmoniya, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi

Talabalarga nafas olish tizimi xastaliklaridan eng ko'p uchraydigan Pnevmoniya, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish, funktsional tekshirish usullarini ko'rsatish

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

Qo'shimcha: 2, 4,5,8

2. Atipik pnevmoniyalar, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi

Talabalarga nafas olish tizimi xastaliklaridan eng ko'p uchraydigan Pnevmoniya, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish, funktsional tekshirish usullarini ko'rsatish

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

Qo'shimcha: 2, 4,5,8

5. Bronxial astma. Talabalarga Bronxial astma sabablari, klinik ko'rinishi, tasnifi, funktsional tekshirish usullarini tushuntirish, bosqichma-bosqich davolash

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

Qo'shimcha: 2, 4,5,8

6. Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi

Bod-revmatizm sabablari, klinik ko'rinishi, tasnifi bilan talabalarni tanishtirish, Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish, funktsional tekshirish usullarini ko'rsatish, dispanserizatsiyasini o'rgatish

Interaktiv usul: Multimedia

Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)-1,2,3

Qo'shimcha: 2, 4,5,8

DAVOLASH FAKULTETI VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN MO'LJALLANGAN "PEDIATRIYA, NEONATOLOGIYA" FANIDAN AMALIY MASHG'ULOTLAR ISH REJASI

№	Mashg'ulot mavzusi	Amaliy	klinik	hammasi
----------	---------------------------	---------------	---------------	----------------

		mashg'u lot	mashg'ul otlar	
1	Bolalarda o'tkir pnevmoniya Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	1	3	4
2	Atipik pnevmoniyalar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	1	3	4
3	Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi.	1	3	4
4	Atopik dermatit. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi	1	3	4
5	Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi.	3	3	6
6.	Bolalarda o'tkir revmatik isitma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi	3	3	6
	JAMI: 28	10	18	28

DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN MO'LJALLANGAN "PEDIATRIYA, NEONATOLOGIYA " FANIDAN AMALIY MASHG'ULOTLAR QISQA ANNOTACIYASI

№	Amaliy mashg'ulotlar nomlari va ularning yangi pedagogik texnologiyalarni qo'llagan holda qisqacha mazmuni	Adabiyotlar
1	Bolalarda o'tkir pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. O'tkir pnevmoniyaning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish Interaktiv usul: "Birgalikda o'qiymiz"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)- 1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 4
2	Bolalarda atipik pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. O'tkir pnevmoniyaning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, tashxisoti, davosi va profilaktikasi haqida ma'lumot berish Interaktiv usul: "Klinik vaziyatni hal etish"	
3	Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, Talabalarga bolalarda bronxial astmaning kechish xususiyatlarini tushuntirish. Etiologiyasi, rivojlanish mexanizmi, klinik belgilari, diagnostik mezonlari tugrisida tushuncha berish. Astmatik statusda yordam kursatishni urgatish Interaktiv usul: "Miya shturmi"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)- 1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 4
4	Bolalarda atopik dermatit. Talabalarga yetiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashxisi, davolash va profilaktikasi haqida tushuncha berish, olgan bilimlarini amalda tekshirish Interaktiv usul: klinik vaziyatni hal etish	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)- 1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 4

5	Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi haqida tushuncha berish va olgan bilimlarini amalda sinab ko'rish uchun bemor kuratsiya qilish Interaktiv usul: "Klinik vaziyatni hal etish"	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)- 1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,311
6	Bolalarda o'tkir revmatik isitma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi haqida tushuncha berish va olgan bilimlarini amalda sinab ko'rish uchun bemor kuratsiya qilish Interaktiv usul: "Akademik polemika" usuli	Adabiyotlar: 1. (asosiy adabiyotlar)- 1,2,3. Qo'shimcha: 1,2,3, 17
7		

KLINIK MASHG'ULOTLAR MAZMUNI

№	Mashg'ulot mavzusi
1	Bolalarda o'tkir pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. pnevmoniyaning klinik belgilarini aniqlash, nafas sonini sanash, auskultativ shovqinlarini farqlab berish. Instrumental, fizik tekshirishlarni bajarib izoxlab berish. Davo varaqasini tuzish
2	Bolalarda atipik pnevmoniya. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. pnevmoniyaning klinik belgilarini aniqlash, nafas sonini sanash, auskultativ shovqinlarini farqlab berish. Instrumental, fizik tekshirishlarni bajarib izoxlab berish. Davo varaqasini tuzish
3	Bolalarda bronxial astma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davosi va profilaktikasi. Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Bronxial astmaning klinik belgilarini aniqlash, nafas sonini sanash, auskultativ shovqinlarini farqlab berish. Instrumental (pikfloumetriya, spirometriya.), fizik tekshirishlarni bajarib izoxlab berish. Salbutamol ingalyatsiyasini, nebulayzer terapiyani amalda bajarish. Xuruj darida birinchi yordam kursatish. Davo varaqasini tuzish
4	Bolalarda atopik dermatit. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qiyosiy tashhisi, davolash va profilaktikasi. Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish, klinik belgilarini aniqlash.
5	Bolalarda norevmatik karditlar. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Bemorlar kuratsiyasi. Anamnez yig'ish. Kasallik tarixini mukammal yig'ish. Kasallikka xos klinik belgilarni topish, EKG, ExoKG natijalarini taxlil qilish
6	Bolalarda o'tkir revmatik isitma. Etiologiyasi, patogenezi, klinikasi. Talabalarga kasallikning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi haqida tushuncha berish va olgan bilimlarini amalda sinab ko'rish uchun bemor kuratsiya qilish

Mustaqil ta'limni tashkil etishning shakli va mazmuni

Talaba mustaqil ishining asosiy maqsadi - o'qituvchining rahbarligi va nazorati ostida muayyan o'quv ishlarini mustaqil ravishda bajarish uchun bilim va ko'nikmalarni shakllantirish va rivojlantirish.

Talaba mustaqil ishini tashkil etishda quyidagi shakllardan foydalaniladi:

- ayrim nazariy mavzularni o'quv adabiyotlari yordamida mustaqil o'zlashtirish;
- berilgan mavzular bo'yicha axborot (referat) tayyorlash;
- nazariy bilimlarni amaliyotda qo'llash;
- avtomatlashtirilgan o'rgatuvchi va nazorat qiluvchi tizimlar bilan ishlash;
- ilmiy maqola, anjumanga ma'ruza tayyorlash va h.k.

Tavsiya etilayotgan mustaqil ishlarning mavzulari

**DAVOLASH VA TIBBIY PEDAGOGIKA FAKULTETI 3 KURS TALABALARI UCHUN
MO'LJALLANGAN “PEDIATRIYA, NEONATOLOGIYA ” FANIDAN MUSTAQIL
ISHLAR KALENDAR –TEMATIK REJASI.**

№	TMI mavzusi	Ajratilgan soat
1	Yo'talga qarshi vositalar, ta'sir qilish mexanizmi	3s
2	O'pka funksiyasini tekshirish	3s
3	O'zbekistonda “Astma maktabi”	3s
4	Respirator allergozlar	3s
5	Tizimli qizilcha	3s
6	Mitral klapan prolapsi	3s
7	O'RVI	3s
8	Layella sindromi	3s
9	Bolalarda uzoq davom etgan yo'tal	2s
	Jami :	26s

Darsliklar va qo'llanmalar ro'yxati

**Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari
Asosiy adabiyotlar**

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

Qo'shimcha adabiyotlar:

1. Belyaeva L.M. Detskaya kardiologiya i nefrologiya – prakticheskoe rukovodstvo -Moskva., GEOTAR, 2011 g
2. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O‘quv qo‘llanma. UzRSSV/YUNISEF, 2003
3. Bolalarga statsionar yordam kursatish. Metodik kullanma.(UzSSV №225 buyrugi, 2013)
4. Ignatova M.S. Detskaya nefrologiya – rukovodstvo dlya vrachey – Moskva, GEOTAR, 2011 g
5. Kildiyarova R.R. Laboratornye i funktsionnye metody issledovaniya v praktike pediatrii – uchebno-metodicheskoe posobie, -Moskva., GEOTAR., 2012 g
6. Ko‘krak suti bilan boqish. O‘quv qo‘llanma. O‘zRSSV/YUNISEF, 2013.
7. SHabalov N.P. Detskie bolezni. – Uchebnik, Moskva., GEOTAR., 2010.
8. Baranov A.A. Detskie bolezni. - Uchebnik. - Moskva, GEOTAR, 2009 g
9. Geppe N.A., Podchernyaeva N.S. Propedevtika detskix bolezney – Uchebnik. – Moskva, GEOTAR, 2008 g
10. Vasilevskiy I.V. Differentsialnaya diagnostika i terapiya kashlya u detey i podrostkov. – uchebno-metodicheskoe posobie – Minsk. BelMAPO, 2006 g
11. Xalmatova B.T., Bobomuratov T.A. Pediatriyada sindromal diagnostika. – o‘quv qo‘llanma, Toshkent, TTA bosmaxonasi, 2010 y
12. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 editions. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme., Elsevier, 2016.
13. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
14. A therapist’s guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
15. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

Internet saytlar:

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

1. Yangi tug‘ilgan chaqaloqda nafas soni qancha bo‘ladi:

- A.40-50*
- B.20-40
- C.60-80
- D.80-100
- E.120-140

2. Surunkali pielonefritning yashirin shakli sindromi:

- A. Dispeptik sindromi
- B. Og‘rik sindromi
- C. isitma sindromi

- D. Diareya sindromi
- E. Siydik sindromi*

8. Chakaloqning yurak qisqarish so'ng:

- A. 110-140 zarb/ min*
- B. 160-180 zarb/ min
- C. 180-200 zarb/ min
- D. 60-80 zarb/ min
- E. 80-100 zarb/ min

9. Bir yoshdan katta bolalarda o'rta arterial sistolik bosimni hisoblash formulasi (mm rt.st)

(N-yildagi yoshi)

- A. $100 + n$
- B. $60 + 2n$
- C. $90 + n$
- D. $90 + 2n$ *
- E. $60 + n$

10. Pollakiuriya bo'ladi

- A. kechkurungi diurezning kunduzgi diurezdan ustunligi
- B. peshobning kichik portsiyalarda tez- tez ajralib turishi *
- C. kun davomida peshobning kam azhralib turishi
- D. hohish bulmaganda ogriqli siydik ajralishi
- E. tez- tez peshob agralishi

12. Pielonefritda shikastlanadi

- A. kanallar, intersitsiy shikastlanadi *
- B. buyrak tomir va limfatik Sistemasi
- C. klubochkalar
- D. siydik pufagining shilliq qavati
- E. klubochka va kanalchalar

15. Zotiljamning klinik kechishiga cura qandau turlari tafovut qilinadi?

- A. uchog'li *
- B. retsdivlovchi
- C. surunkali
- D. molninos
- E. tulkinsimon

19. Raxit tahminan qaysi yoshlarda kuzatiladi?

- A. 3 oyda *
- B. 15-20 Yoshida
- C. 2-5 Yoshida
- D. 7-8 oyda

E. 3-5 Yoshida

20.

22

23. Tetrada Fallo klinikasini ko'rsating:

- A. «baraban tayoqchalari" *
- B. yutal
- C. Tana haroratining kutarilishi
- D.splenomegaliya
- E.leykotsitoz

24.Tetrada Fallo klinikasini ko'rsating:

- A. yutal
- B. «soat oynasi" *
- C.tana haroratining kutarilishi
- D.splenomegaliya
- E.leykotsitoz

25. Tetrada Fallo klinikasini ko'rsating:

- A. Total siyanoz *
- B.yutal
- C.tana haroratining kutarilishi
- D.splenomegaliya
- E.leykotsitoz

26.Aorta klapinining yetishmovchiligi harakterlanadi:

- A.yurak konfiguratsiyasi "etik" shaklida *
- B.yurak shakli sharsimon
- C. auskultatsiyada yurak shovqinlarining yo'qligi
- D.tezlashgan puls
- E.mashinasimon shovqin

27.

31.Mitral clapin etishmovchiligi harakterlanadi:

- A.yurak chegaralari chapga va pastga kengaygan, yurak chukkisida sistolik shovkin *
- B.yurak bukri
- C.diastolik shovkin
- D.shovqin qo'ltiq osti sohasiga uzatilmaydi
- E.mashinasimon shovkin

36.

38.Immunomodulyatorlarga kiradi:

- A. Riboxin
- B. Nospanum
- C. chloromphenicol
- D. panzinorm
- E. viferon *

39. Holeretiklarga kiradi:

- A. Holenzim, holosas *
- B. kaltsy xlor
- C. no-shpa
- D. papaverin
- E. panzinorm

40. Organizmda temir deposi:

- A. mushaklar
- B. talok
- C. limfa tugunlari
- D. suyak kumigi, jigar *
- E. teri

41. Tseliakiya patogenezining asoslangan teoriyasi hisoblanadi:

- A. enzim *
- B. virus
- C. yalliglanish
- D. allergik
- E. oziklanish

42.

44. Diareyani davolashda tavsiya etiladi:

- A. oral rehydratatsiya vositalari, enzim vositalari*
- B. sitostatiklar
- C. peshob haydovchi
- D. glikokortikoidlar
- E. aspirin

45. Jigar funktsional holatining aniqlash sindromlari:

- A. gemorragik
- B. ogrikli
- C. dispeptik
- D. sitoliz, holestaz *
- E. astenonevrotik

46. Shaytonlash sababini aniqlash uchun qanday tekshiruvlar o'tkaziladi:

- A. FKG
- B. qon umumiy tekshiruvi
- C. EGDS

D.EKG

E. neyrosonografiya *

47. Kon reologiyasini yaxshilash uchun qaysi preparatlar kulaniladi:

A. reosorbilakt *

B. regydron

C. antibiotiklar

D. yallig'lanishga qarshi

E. reopirin

48. Oral regidratation vositalarga kiradi:

A. smekta

B. pancreatin

C. peditral *

D. poliglyukin

E. reopirin

49. Mukovistsidozning asosiy sindromlarini kursating:

A. modda almashinuvi sindromi, hepatomegalya

B. ichak sindromi, o'pka shikastlanish sindromi *

C. surunkali gipoksiya sindromi

D. astenovegetativ sindromi

E. hepatomegalya

50. Zotiljamda qanday o'pkadan tashqari asoratlar kuzatiladi:

A. meningit*

B. pnevmotoraks

C. pielonefrit

D. assit

E. osteomielit

51. Seliakiyaning asosiy klinik shakllari:

A. tipik (klassik), monosimptomli *

B. molnienos

C. birlamchi, yashirin

D. ikkilamchi

E. tug'ma, ortirilgan

52. Surunkli zotiljamning asoratlariga kiradi:

A. buyrak etishmovchiligi

B. yurak etishmovchiligi

C. nafas etishmovchiligi

D. o'pka emfizemasi, o'pka yuragi *

E. plevrit

64. Ko'krak yoshidagi bolalarda temir tanqislik kamqonlikning asosy omili:

- A. noratsional ovqatlantirish *
- B. surunkali ichburug '
- C. chala tugilganlik
- D. tez kasallanuvchi bolalar
- E. rahit

65. Spastik yo'tal bilan kechuvchi kasalliklar:

- A. bronhial astma *
- B. o'pka sili
- C. o'tkir zotiljam
- D. URVI
- E. sinusit

66.

67. Temir tankislik kamkonlik sindromi:

- A. epitelial *
- B. gemorragik
- C. ikkilamchi immunitet tanqisligi
- D. harakat buzilishlari sindromi
- E. tsitoliz

68. Buyrak funksional holatini baholashda ahamiyatga ega:

- A. qonda kreatinin, mochevina darajasiga*
- B. S - reaktiv oqsil
- C. seromukoidlar
- D. koagulogramma
- E. revmoproba

69

74. Retsidivlanuvchi obstruktiv bronxit klinik belgisi hisoblanadi:

- A. yiringli balgam
- B. disbakterioz
- C. og'iz kurishi
- D. qiynoqli yo'tal, hansirash *
- E. krepitatsiya

75. obstruktiv bronxit diagnostikasida ahamiyatga ega:

- A. o'pka rentgenografiyasi, pikfulometriya *
- B. kon tekshiruvi
- C. allergologik tekshiruv
- D. plevrani punktsiyasi
- E. UZI

76. Retsidivlanuvchi bronhit quyidagi kasalliklar bilan taqqoslama tashxis qilinadi :

- A. O'tkir gaymorit

- B. Surunkali tonzillit
- C. Nafas yo'llarida yot jism*
- D. O'RVI
- E. Anemiya

77. Ko'krakdan tashqari nafas yo'llari obstruksiyasi bilan kechuvchi kasallik:

- A. laringotraxeit (krup)*
- B. rinit
- C. tonzillit
- D. O'RVI
- E. anemiya

78. Qaysi holatlar allergik kasalliklar guruhiga kiradi:

- A. Marfan sindromi
- B. gipertenzion sindrom
- C. talvasa sindromi
- D. Layell sindromi *
- E. anemiya

79. Obstruktiv bronxitning rentgenologik harakteristikasi:

- A. "suvli" ildizlarning mavjudligi
- B. katta tomirlar suratini qo'shilib ketishi
- C. o'pka shishgan, o'pka surati kuchaygan*
- D. o'choqli soyalar borligi
- E. "Kloyberg" kosachalari

80. O'tkir obstruktiv bronxitning taqqoslama tashxisi o'tkaziladi:

- A. O'RVI
- B. tug'ma yurak nuqsoni
- C. o'tkir bronxiolit*
- D. kardiomegaliya
- E. anemiya

81.

83. Obstruktiv bronxitni davolashda qo'llaniladi:

- A. antipiretiklar
- B. salbutamol, eufillin*
- C. antimikrob preparatlar
- D. yurakglikozidlari
- E. aspirin

84. Sistitda infeksiyalanish yo'li:

- A. yuqoriga ko'tariluvchi*
- B. kriptogen
- C. limfogen
- D. kontakt

E. havo-tomchi

89. Temir tanqislik anemiyasi klinik simptomi uchun xos:

- A. toksikoz
- B. qayt qilish
- C. gektik isitma
- D. teri qoplamlarini oqimtirligi, teri, soch, tirnoqlarda trofik buzilishlar*
- E. qorinda og'riq

90. Infekcion endokardit faollik darajalari:

- A. yuqori*
- B. latent
- C. o'rta
- D. surunkali
- E. yengil

91. Infekcion endokarditning kechish variant:

- A. o'tkir*
- B. o'tkir osti
- C. latent
- D. uzluksiz retsidivlanuvchi
- E. tug'ma

92. Infekcion endokarditning patogenetik fazasiga kirmaydi:

- A. distrofik
- B. immune yallig'lanish
- C. immunologik*
- D. infekcion toksik
- E. patofiziologik

93. Infekcion endokarditning kliniko-morfologik manzarasida farqlanadi:

- A. ikkilamchi (klapanlar zararlanishida), birlamchi (intakt klapanlarda)*
- B. immun yallig'lanish
- C. distrofik
- D. infekcion toksik
- E. yashirin

94. Bolalarda pielonefrit klassifikatsiyasida qaysi davr bo'lmaydi:

- A. boshlang'ich*
- B. qisman remissiya
- C. klinik –laborator remissiya
- D. xuruj (faol)
- E. retsidiv

95. Pielonefritda quyidagi sindrom bo'ladi:

- A. dizurik, og'riq*
- B. gepatolienal

C.intoksikatsion

D. shish

E. sitoliz

96. Yashirin spazmofiliya uchun xos symptom:

A. Xvostek. Trusso*

B. gipertermik

C. gipertenzion

D.Ortner

E. Merfi

97. Antiperetiklarga kiradi:

A. riboverin

B. parasetamol*

C. futsis

D. ampitsillin

E. festal

98. Antiperitiklarga kiradi:

A. aspirin*

B. salamol

C. no-shpa

D.piratsitam

E. aflubin

99. O'tkir obstruktiv bronxit uchun xarakterli:

A, perkutor tovush bo'g'iqligi

B. ekspirator hansirash, quruq hushtaksimon xirillashlar*

C. nafas aktida ko'krak qafasini bir yarmini orqada qolishi

D. inspirator hansirash

E. reprizlar

100

101.

103.

104. O'tkir revmatik ataka kardit bilan namoyon bo'lganda qo'llaniladi:

A. penitsillin qatori antibiotiklari, glyukokortikosteroidlar*

B. fermentlar

C. siydikxaydovchilar

D. sulfanilamidlar

E. viferon

105. H2- gistamin blokatorlariga kiradi:

A. maloks

- B. almagel
- C. ranitidin, famotidine*
- D. panzinorm
- E. no-shpa

106. Qaysi guruh kasalliklari jigar almashinuv kasalliklariga kiradi:

- A. glikogenozlar*
- B. mukovistidoz
- C. surunkali gepatit
- D. jigar o'smasi
- E. sirroz

107.

108. O't chiqaruv yo'llari diskineziyasida davolash taktikasi:

- A. spazmolitiklar, xoleretiklar*
- B. antibiotiklar
- C. antatsidlar
- D. vitaminlar
- E. gormonlar

109.

111. UASh poliklinikasharoitida davolashi mumkin bo'lgan kasalliklarni ko'rsating:

- A. . endokardit
- B. asfiksiya va tug'ruq travmasi
- C. chaqaloqlar gemolitik kasalligi
- D. xomilaning bachadon ichi infeksiyasi
- E ekssudativ-kataral diatez*

112. UASh poliklinikasharoitida davolashi mumkin bo'lgan kasalliklarni ko'rsating:

- A. 1-darajali chala tug'ilganlik*
- B. chaqaloqlar pnevmoniyasi
- C. obstruktiv bronxit
- D. bronxial astmaning og'ir kechishi
- E. o'tkir miokardit

113. UASh poliklinika sharoitida davolashi mumkin bo'lgan kasalliklarni ko'rsating:

- A. astmatik status
- B. revmatik isitma
- C. yurak nuqsonlari
- D. yuvenil surunkali artrit
- E. raxit*

114. UASh poliklinika sharoitida davolashi mumkin bo'lgan kasalliklarni ko'rsating:

- A. alimentar diareya*
- B. surunkali faol gepatit

- C. jigar sirrozi
- D. glomerulonefrit
- E. Layella sindromi

115. Statsionar sharoitda davolash lozimbo'lgan kasalliklarni ko'rsating:

- A. gastrit
- B. enurez
- C. bronxial astmaning yengil kechishi
- D. chaqaloqlar gemolitikkasalligi*
- E. anemiya

116. Qaysi kasallikni statsionar sharoitda davolash zarur:

- A. jigar sirrozi*
- B. fiziologik sariqlik
- C. pnevmoniyaning yengil kechishi
- D. o't chiqaruv yo'llarining diskineziyasi
- E. anemiya

117. Qaysi kasallikni statsionar sharoitda davolash zarur:

- A. pnevmoniya asoratlari*
- B. surunkali nofaol gepatit
- C. raxit
- D. siydik chiqaruv yo'llari infeksiyasi
- E. anemiya

118. Qaysi kasallikni statsionar sharoitda davolash zarur:

- A. bronxial astmaning og'ir kechishi*
- B. anemiya
- C. gipovitaminozlar
- D. miokarditning yengil kechishi
- E. raxit

119. Qaysi kasallikni statsionar sharoitda davolash zarur:

- A. tug'ruqdagi asfiksiya va tug'ruq travmasi*
- B. ekssudativ-kataral diatez
- C. parotrofiya
- D. enurez
- E. anemiya

120. Qaysi kasalliklarni statsionar sharoitda davolash kerak:

- A. oshqozon-o'n ikki barmoq ichak yarakaslligi va asoratlari*
- B. oshqozon-o'nikki barmoq ichak yara kasalligi, asoratlanmagan
- C. o't chiqaruv yo'llari diskineziyasi
- D. brobxit
- E. anemiya

121. Oksalatli nefropatiyada suyuqlik ichish rejimini belgilang:

- A. ko'p suyuqlik ichish, asosan kechqurun 1,5L dan kam bo'lmagan*
- B. kunduzi suyuqlikni 600mlgacha ichish
- C. kunduzgi vaqtlarda minimal miqdorda
- D. suyuqlikni 600 ml gacha chegaralash
- E. kunduzgi vaqtlarda suyuqlikni 600 ml dan kam qo'llash

122. Uratli nefropatiyada qo'llaniladigan medikamentoz preparat:

- A. laziks
- B. veroshpiron
- C. allopurinol*
- D. piratsetam
- E. timalin

123. Uratlinefropatiya dietasida tavsiya qilinadi:

- A. ratsiondan jigar, buyrak, miya, seld go'shtli bulyonlar chiqarip tashlanadi*
- B. ratsionga jigar, buyrak, miya qo'shiladi
- C. go'sht va baliqni qaynatilgan holatda qo'llashni cheklash
- D. Na tuzini qo'shish
- E. go'shtli bulyonlar

124. Uratlinefropatiya dietasida tavsiya qilinadi:

- A. go'sht va baliq qaynatilgan holda*
- B. go'sht va baliq qovurilgan holda
- C. go'sht va baliq tavsiya qilinmaydi
- D. qovurilgan katletlar
- E. go'shtli bulyonlar

125. Uratlinefropatiya dietasida tavsiya qilinadi:

- A. karam-kartoshkali dieta
- B. Na tuzini cheklash*
- C. suyuqlikni cheklash
- D. quyuc bulyonlarni qo'llash
- E. go'sht va baliq qovurilgan holda

126. Uratli nefropatiyanimedikamentoz davolashda qo'llaniladi:

- A. kompleksonlar*
- B. eritromitsin
- C. penitsillin qatori preparatlari
- D. prednizolon
- E. deksometazon

127. Uratli nefropatiyanimedikamentoz davolashda qo'llaniladi:

- A. urodan, blemaren*
- B. gidrokortizon
- C. kurantil
- D. eufillin
- E. vigantol

128. Kardiomegaliya sindromi harakterli:

- A. pnevmoniya
- B. tug'ma yurak nuqsoni*
- C. toksik diareya
- D. glomerulonefrit
- E. anemiya

129. Kardiomegaliya sindromi kuzatiladi:

- A. revmatizmida*
- B. revmatoid artritda
- C. kollogenozda
- D. pnevmoniyada
- E. anemiyada

130. Kardiomegaliya sindromi kuzatiladi:

- A. bronxial astmada
- B. norevmatik karditda*
- C. surunkali pnevmoniyada
- D. ekssudativ plevritda
- E. raxitda

131. Qaysi tug'ma yurak nuqsonida kichik qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga keladi:

- A. qorinchalar aro to'siqning yuqori defekti*
- B. Fallo kasalligi
- C. uch tabaqali klapan atreziyasi
- D. Ebshteyn kasalligi
- E. o'pka arteriyasi stenozini

132. Qaysi tug'ma yurak nuqsonida kichik qon aylanish doirasida qon oqimi kamayishi yuzaga keladi:

- A. ochiq arterial yo'l
- B. Fallo kasalligi(triada, tetrad, pentada)*
- C. aorta koarktatsiyasi
- D. uch tabaqali klapan atreziyasi
- E. qorinchalar aro to'siq nuqsoni

133. Qaysi tug'ma yurak nuqsonida kichik qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga keladi:

- A. bo'lmachalar aro to'siq nuqsoni*
- B. Ebshteyn kasalligi
- C. o'pka arteriyasi chegaralangan stenozini
- D. uch tabaqali klapan atreziyasi
- E. Fallo tetradasi

134. O'tkir pnevmoniya simptomlariga kiradi:

- A. yo'tal, hansirash, sianoz, mayda pufakchali nam xirillashlar*
- B. tomoqda achishish
- C. rinit
- D. quruq xirillashlar
- E. hamma javoblar to'g'ri

135. Pnevmoniyada qiyosiy tashxis o'tkaziladi;

- A. raxit
- B. bronxitlar .ko'kyo'tal, bronxial astma, O'RVI*
- C. dimlangan yurak yetishmovchiligi
- D. revmatizm
- E. otit

136. Bronxial astmaning atopik shaklida nafas yetishmovchiligini yuzaga keltiradi:

- A. uy changi, hayvon yungi, o'simlik changi*
- B. NYaQV
- C. vitaminlar qabuli
- D. antibiotiklar
- E. sovuq qotish

137. Bronxial astma xurujida nafas yetishmovchiligi bog'liq:

- A. hiqildoq shishi
- B. bronxospazm, gipersekretsiya, bronxlar shilliq qavatini shishi*
- C. o'pka shishi
- D. bronxodilyatatsiya
- E. bronxopnevmoniy

138. Qaysi tug'ma yurak nuqsonida kichik qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga keladi:

- A. ochiq arterial yo'l*
- B. aorta koarktatsiyasi
- C. o'pka arteriyasi chegaralangan stenozi
- D. uch tabaqaliklapan atreziyasi
- E. Fallo kasalligi

139. Qaysi tug'ma yurak nuqsonida kichik qon aylanish doirasida qon oqimi kamayishi yuzaga keladi:

- A. Fallo kasalligi
- B. aorta koarktatsiyasi
- C. uch tabaqaliklapan atreziyasi*
- D. Kron kasalligi
- E. Eyzemenger kompleksi

140. Qaysi tug'ma yurak nuqsonida kichik qon aylanish doirasida qon oqimi kamayishi yuzaga keladi:

- A. Kron kasalligi
- B. aorta koarktatsiyasi

- C. o'pka arteriyasi chegaralangan stenozi
- D. Ebshteyn kasalligi*
- E. aorta koarktatsiyasi

141. Qorinchalardan qon ajralishiga to'sqinlik qiluvchi tug'ma yurak nuqsonini ko'rsating:

- A. o'pka arteriyasi chegaralangan stenozi*
- B. uch tabaqali klapan atreziyasi
- C. Ebshteyn kasalligi
- D. Kron kasalligi
- E. Kartagener sindromi

142. Qorinchalardan qon ajralishiga to'sqinlik qiluvchi tug'ma yurak nuqsonini ko'rsating:

- A. Ebshteyn kasalligi
- B. uch tabaqali klapan atreziyasi
- C. aorta koarktatsiyasi*
- D. Kron kasalligi
- E. Kartagener sindromi

143. Tug'ma yurak nuqsonida poliklinikada dispanser kuzatuv:

- A. turli xil yondosh kasalliklar va asoratlarni davolash*
- B. uglevod almashinuvini yaxshilash
- C. mineral almashinuvini yaxshilash
- D. infusion terapiya
- E. statsionar davolash

144. Tug'ma yurak nuqsonida poliklinikada dispanser kuzatuv:

- A. operativ davo
- B. doimiy sanator davolash
- C. o'z vaqtida kardioxirurgga yo'llanma berish*
- D. faqat operatsiyadan so'ng
- E. statsionar davolash

145. Obstruktiv bronxit, bronxial astmada shoshilinch gospitalizatsiyaga ko'rsatma:

- A. ifodalangan hansirash, shifokorga 1-bor murojaat qilgan asosankichikyoshdagi bolalar*
- B. ifodalangan yo'tal
- C. o'tib ketuvchi hansirash
- D. notinch uyqu
- E. shamollash

146. Obstruktiv bronxit, bronxial astmada shoshilinch gospitalizatsiyaga ko'rsatma:

- A. hushtaksimon nafas, salbutamol2ta ingolyatsiyasidan keyin o'tib ketmaydigan, qo'shimcha nafas muskullari ishtroki bilan kechuvchi hansirash*
- B. qayt qilish
- C. tanada toshma

- D. ishtaha pasayishi
- E. isitma

147. Obstruktiv bronxit, bronxial astmada shoshilinch gospitalizatsiyaga ko'rsatma:

- A. og'riqli yo'tal
- B. kam ifodalangan hansirash
- C. cho'zilgan hansirash*
- D. oson ajraluvchi balg'am
- E. isitma

148. Obstruktiv bronxit, bronxial astmada shoshilinch gospitalizatsiyaga ko'rsatma:

- A. uch kun davomida uzluksiz cho'ziluvchi obstruksiya xurujlari yoki ularning qisqa intervallardan keyin bo'lishi*
- B. bir martalik xuruj
- C. ikki kun davomida ikki martalik xuruj
- D. quruq xirillashlar
- E. gipertermiya

149. Obstruktiv bronxit va bronxial astmada mutahassisga yo'llanma bo'lib hisoblanadi:

- A. bronxial astma xurujini ikki-uch marta o'tkazgan bemorni yekshirish va optimal davolash*
- B. yondosh kasallikni davolash
- C. qisqa xurujni bartaraf qilish
- D. ko'krak qafasi rentgenografiyasi
- E. antropometriya

150. Ambulator sharoitda bronxo-obstruksiyanı salbutamol bilan davolash noeffektiv bo'lganda tavsiya qilinuvchi preparat:

- A. adrenalin*
- B. dimedrol
- C. ketotifen
- D. pitatsitam
- E. paratsitamol

151. Ambulator sharoitda bronxo-obstruksiyanı og'ir darajasini bartaraf qilinadi:

- A. sefozolin
- B. tavegil
- C. prednizolon*
- D. vitamin B6
- E. ketotifen

152. Bolalarda laringitning og'ir holatlarida UASH gospitalizatsiya qiladi va qo'llaydi:

- A. glyukokortikoidlar*
- B. antigistamin preparatlar
- C. bronxospazmolitiklar

- D. litik aralashma m/o
- E. aspirin

153. Laringitda gospitalizatsiyaga ko'rsatma:

- A. nafas olishda ko'krak qafasininig ayrim sohalarining bo'rtishi*
- B. yo'tal
- C. uyquchanlik
- D. injiqlik
- E. isitma

154. Laringitda gospitalizatsiyaga ko'rsatma:

- A. tana haroratinioshishi*
- B. asoratlar yo'q
- C. bakterial traxeit yokipnevmoniya bilan asoratlangan
- D. ovoz bo'g'iqlashuvi
- E. injiqlik

155. Laringitni ambulatory sharoitda davolashga ko'rsatma:

- A. kam ifodalangan simptomlar*
- B. nafas olishda ko'krak qafasininig ayrim sohalarining bo'rtishi
- C. asoratlangan bakterial pnevmoniya
- D. burun-lab uchburchagini ifodalangan sianozi
- E. stenozlanuvchi nafas

156. Laringitni ambulatory sharoitda davolashga ko'rsatma:

- A. asoratlangan pnevmoniya
- B. ovoz bo'g'iqlashuvi, dag'al akillovchi yo'tal*
- C. nafas olishda ko'krak qafasininig ayrim sohalarining bo'rtishi
- D. ifodalanmagan nafas yetishmovchiligi
- E. kuchaygan yo'tal

157. Qaysi kasallik uchun yopishqoq, qiyin ajraluvchi balg'am, dispeptik sindrom bilan kechuvchi ko'kyo'talsimon yo'tal xos:

- A. mukovistidoz, aralash shakli*
- B. o'choqli bronxopnevmoniya
- C. traxeya-qizilo'ngach oqmasi
- D. respirstor allergoz
- E. seliakiya

158. Plevrit uchun xos bo'lmagan belgilar:

- A. bradikardiya*
- B. o'tkir boshlanishi
- C. dispnoye
- D. to'sh ortida og'riq
- E. isitma

162.

163. Bolalardagi oddiy bronxitga xos:

A. yo'tal, tarqoq quruq va kamdan kam o'rta va yirik kalibrdagi hirillashlar*

B. gektik temperatura

C. ekspirator komponentli keskin hansirash rezkaya

D. bo'g'iq perkutor tovush

E. krepitatsiya

164.

170. Bronxoobstruktiv sindrom ko'proq uchraydi:

A. plevrit*

B. bronxiolit

C. pnevmoniya

D. pnevmotoraks

E. kardit

171. Bolalardagi bronxiolitga xos:

A. ekspirator komponentli keskin hansirash mayda va yirik pufakchali nam hirillashlar bilan*

B. perkutor tovushning to'mtoqlashuvi

C. bo'g'iq perkutor tovush

D. auskultatsiyada bronxial nafas

E. inspirator hansirash

172.

174. Bronxoobstruktiv sindrom ko'p kuzatiladigan klinik belgilari:

A. quruq davomli yo'tal, ekspirator xansirash *

B. nam yo'tal

C. inspirator xansirash

D. yiringli ajralma bilan kechuvchi yo'tal

E. sariqlik

175.

179.

181. O't yo'llari atreziyasi xarakterli belgisini ko'rasting:

A. siydik o'zgarishsiz

B. rangi tiniq siydik

C. 2-4 oyligida jigar kattalashishi

D. 1 yoshga kelib taloq kattalashishi

E. axolik stul *

182. O't yo'llari atreziyasi xarakterli belgisini ko'rasting:

A. siydik intensiv bo'yalishi *

- B. rangi tiniq siydik
- C. 2-4 oyligida jigar kattalashishi
- D. 1 yoshga kelib taloq kattalashishi
- E. siydik o'zgarishsiz

183. O't yo'llari atreziyasi xarakterli belgisini ko'rasting:

- A. siydik intensiv bo'yalishi **
- B. rangi tiniq siydik
- C. 2-4 oyligida jigar kattalashishi
- D. 1 yoshga kelib taloq kattalashishi
- E. siydik o'zgarishsiz

184. Bronxitda chalg'ituvchi terapiya (issiq umumiy va oyoqlar uchun vanna) ko'rsatma: :

- A. 1-chi sutkada *
- B. temperatura normallashtirgandan so'ng
- C. temperatura ko'tarilish cho'qqisida
- D. tugallanish bosqichida
- E. hafta davomida

185. Bronxoobstruktiv sindromda bromgeksin berilishi maqsadga muvofiqligi belgilanadi:

- A. buzilgan mukosiliar transport funksiyasi tiklanishi bilan, surfaktant simtezi stimulyasiyasi bilan *
- B. suyuq balg'am sekresiyasi kuchayishi bilan
- C. balg'am quyishqoqligi kamayishi bilan
- D. bronxlarda yallig'lanish jarayoni kamayishi bilan
- E. quruq yo'talda

186. Bronxial astma xurujida ko'rsatma sifatida qo'llanilmaydigan dori vositalarini ko'rsating:

- A. vitaminlar*
- B. glyukokortikosteroidlar
- C. beta-2-adrenomimetiklar
- D. selektiv bronxospazmolitiklar
- E. statinlar

187.

188. O't yo'llari kasalliklarida rasiondan chiqariladi:

- A. qovurilgan ovqatlar, dudlamalar, kolabasa*
- B. kefir
- C. sut
- D. pishloq
- E. vegeterian shorva

189.

198. O'tkir bronxit(oddiy) kechadi:

- A. gipersekresiya bilan
- B. bronxlar spazmisiz *
- C. DVS-sindrom
- D. bronxlar spazmi bilan
- E. o'pka yuragi

199. O't yo'llari kasalliklarida bolalarda dietoterapiyaga kiradi:

- A. tez-tez ovqatlanish, kam miqdorda tvorog, tuxum, vegeterian sho'rva *
- B. qo'ziqorinlar
- C. qovurilgan go'sht
- D. pripravalalar
- E. sho'r ovqatlar

200. O'tkir (oddiy) bronxit diagnostikasi kriteriylari:

- A. yo'tal, quruq va xar xil kalibrdagi nam xirillashlar *
- B. kreptasiyalanuvchi xirilashlar
- C. plevra ishqalanish shovqini
- D. yiringli balg'am bilan yo'tal
- E. korobkasimon tovush

201. Revmatoid artrit diagnostik kriteriylari:

- A. katta bo'g'imlar zararlanadi
- B. ertalabki karaxtlik*
- C. bo'g'imda deformatsiya yo'q
- D. gemorragik tugunchalar
- E. uchuvchi og'riq

202. Og'ir anemiyaning diagnostik mezonlari

- A. gemoglobin 60 g/l dan past*
- B. gemoglobin 90 g/l
- C. gemoglobin 100 g/l
- D. gemoglobin 80 g/l
- E. gemoglobin 150 g /l

203. Oddiy o'tkir bronxitga xos o'zgarishlar:

- A. asimmetrik o'zgarishlar
- B. o'zgarishlar yo'q*
- C. qo'shimcha mushaklar ishtiroki
- D. emfizematoz ko'krak qafasi
- E. atelektaz

204. bronxiolitga xos o'zgarishlar:

- A. emfizematoz ko'krak qafasi*
- B. o'zgarishlar yo'q
- C. deformatsiya
- D. asimmetrik o'zgarishlar

E. to'sh suyagi tortilgan

205. retsidivlanuvchi bronxitga xos o'zgarishlar:

- A. o'choqli soyalar
- B. o'choqli va infiltrativ soyalar yo`q*
- C. infiltrativ soyalar
- D. diffuz o'zgarishlar
- E. o`pka atelektazi

206. Obstruktiv o`tkir bronxitga xos o'zgarishlar:

- A. quruq xushtaksimon xirillashlar*
- B. krepitatsiya
- C. quruq xirillashlar
- D. nam xirillashlar
- E. amforik nafas

207. Isitma sindromi bilan kechadi:

- A. biriktiruvchi to`qima aralash kasalligi*
- B. podagra
- C. enurez
- D. dizmetabolik nefropatiya
- E. xamma javoblar to'g`ri

208. Isitma sindromi bilan kechadi:

- A. anemiya
- B. pielonefrit*
- C. dizmetabolik nefropatiya
- D. seliakiya
- E. kvashiorkor

209. Isitma sindromi bilan kechadi(noto'g`risini belgilang):

- A. Kron kasalligi*
- B. pielonefrit
- C. Still sindromi
- D. revmatizm
- E. pnevmoniya

210. Isitma sindromi bilan kechadi:

- A. GBN
- B. OITS*
- C. asfiksiya
- D. Fe defitsit anemiya
- E. laktaza yetishmasligi

211. Oq isitmada qo`llaniladi:

- A. isitma tushiruvchilar, tomirlarni kengaytiruvchilar*
- B. tomirlarni toraytiruvchilar

- C. oksigenoterapiya
- D. antibiotikoterapiya
- E. siydik haydovchilar

212. Bolalarda talvasalarning sabablari:

- A. gipertermiya, gipokaltsiemiya*
- B. gipotermiya
- C. revmatizm, giperkaltsiemiya
- D. pnevmoniya
- E. anemiya, paratrofiya

213. Bolalarda talvasalarning sabablari:

- A. gipertermiya, neyroinfektsiya*
- B. giperkalsiemiya
- C. gipokaliemiya
- D. gipotermiya
- E. xamma javoblar to'g'ri

214. Gipoglikemik xolatga xarakterli:

- A. xushi yo`qoladi, gipotermiya, sovuq ter*
- B. taxipnoe
- C. taxikardiya
- D. gipertermiya
- E. shishlar

215. Febril talvasalarga xos:

- A. isitma fonida talvasalar, antipiretiklar samarasi bor, o'choqli simptomatika yo'q*
- B. antipiretiklar samara bermaydi
- C. o'choqli simptomatika
- D. giperkinezlar
- E. 2 soatdan ko'p davom etadi

216. BA rehabilitatsiyasiga tegishli:

- A. antigipertenziv dorilar
- B. nafas mashqlari, LFK, chiniqtirish*
- C. bronxospazmolitiklar
- D. bitsilinoprofilaktika
- E. antibiotiklar

217. Turg'un remissiya davrida BA rehabilitatsiyasiga tegishli:

- A. antigistamin preparatlar, nafas mashqlari, LFK*
- B. gormonlar
- C. bronxospazmolitiklar
- D. antibiotikoterapiya
- E. antigelmint dorilar

218. 1 yoshgacha bolalarda zotiljamda kuzatilmaydi:

- A. xansirash
- B. bronxial nafas, qorin og`rishi*
- C. nam xirillashlar
- D. tezlashgan nafas
- E. gipotoniya

219. Respirator allergozga xarakterli:

- A. retsidivlanuvchi kechishi, nafas organlarida doimiy o`zgarishlar*
- B. isitma
- C. antibakterial terapiya samarali
- D. rentgenogrammada pnevmofibroza
- E. hammasi to`g`ri

220. Oddiy bronxitga xos:

- A. yo`tal, kam miqdorda nam xirillashlar *
- B. gektik temperatura
- C. ekspirator xansirash
- D. perkutor tovush bo`g`iq
- E. krepitatsiya

221. Bronxiolitga xos:

- A. bronxial nafas
- B. perkutor tovush qisqargan
- C. perkutor tovush bo`g`iq
- D. ekspirator xansirash , ko`p miqdorda nam xirillashlar*
- E. inspirator xansirash

222.

226.

228.

229. Yurak tug`ma nuqsoni radikal korreksiyasidan keyin endokardit rivojlanishi belgilari:

- A. uzoq subfebrilitet, Yurakda yangi auskultativ fenomenlar paydo bo`lishi*
- B. petexial toshma
- C. burun qonashi
- D. gemorragiya
- E. og`riq paydo bo`lishi

230. O`pkada dimlanish bilan kechadi:

- A. Fallo kasalligi
- B. o`pka arteriyasi stenozi
- C. Botallov yo`li nuqsoni*
- D. aorta koarktatsiyasi
- E. aorta dekstrapozitsiya

231. O`pkaga kam qon borishi bilan kechmaydi:

- A. tetrada Fallo
- B. aorta koartatsiyasi *
- C. triada Fallo
- D. o`pka arteriyasi stenozi
- E. hammasi to`g`ri

232. Qaysi Yurak nuqsonlarida bola jismoniy tarbiyadan ozod etilmaydi:

- A. gemodinamika buzilishi bo`lmasa*
- B. o`pka arteriyasi stenozi
- C. kichik qorinchalar tusrig` nuqsoni
- D. DMPP
- E. Fallo tetradas

233. Yurak yetishmovchiligi belgilari:

- A. taxikardiya
- B. xansirash, rangparlik, shishlar*
- C. OTSK oshishi
- D. AB oshishi
- E. uyqu buzilishi

234. Funktsional shovqinlarga xos:

- A. endokard anatomik strukturasi buzilishi tufayli emas*
- B. endokard anatomik strukturasi buzilishi tufayli
- C. Yurakdan tashqarida eshitiladi
- D. diastolik xarakterli
- E. dag`al

235. Funktsional shovqinlarga xos:

- A. musiqaviy, nozik*
- B. tomirlar ustida eshitiladi
- C. Yurakdan tashqarida eshitiladi
- D. diastolik xarakterli
- E. dag`al

236. Organik shovqin belgilari:

- A. qisqa
- B. zo`riqishda kamayadi
- C. dag`al, tonlar bilan bog`liq *
- D. nozik
- E. xolat o`zgarganda yo`qoladi

237. Yurak nuqsoni bo`lmasida revmatizmning ikkilamchi profilaktikasi:

- A. surunkal o`choqlar sanatsiyasi, 3 yil dispanser kuzatuv, mavsumiy bitsilinoprofilaktika*
- B. bitsilinoprofilaktika o`tkazilmaydi
- C. bitsilinoprofilaktika yil davomida

- D. dispanser kuzatuv 5 yil
- E. surunkali o'choqlar sanatsiyasi, 5 yil dispanser kuzatuv

238. «Baraban tayoqchalari» qaysi kasallikka xos

- A. spondiloartrit
- B. Fallo tetradasi*
- C. revmatoid artrit
- D. Bexterev kasalligi
- E. osteoxondroz

239. O't tosh kasalligini keltirib chiqaruvchi omillar:

- A. gastrit
- B. ozg`inlik
- C. sun`iy ovqatlantirish (sigir suti), semizlik*
- D. anemiya
- E. oqsil defitsiti

240. Still sindromi qaysi kasallikda kuzatiladi

- A. Revmatoid artrit*
- B. spondiloartrit
- C. revmatik isitma
- D. Bexterev kasalligi
- E. osteoxondroz

Asosiy adabiyotlar

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

Qo'shimcha adabiyotlar:

16. Belyaeva L.M. Detskaya kardiologiya i nefrologiya – prakticheskoe rukovodstvo -Moskva., GEOTAR, 2011 g
17. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O'quv qo'llanma. UzRSSV/YUNISEF, 2003
18. Bolalarga statsionar yordam kursatish. Metodik kullanma.(UzSSV №225 buyrugi, 2013)
19. Ignatova M.S. Detskaya nefrologiya – rukovodstvo dlya vrachey – Moskva, GEOTAR, 2011 g

20. Kildiyarova R.R. Laboratornye i funkcionlnye metody issledovaniya v praktike pediatrii – uchebno-metodicheskoe posobie, -Moskva., GEOTAR., 2012 g
21. Ko‘krak suti bilan boqish. O‘quv qo‘llanma. O‘zRSSV/YUNISEF, 2013.
22. SHabalov N.P. Detskie bolezni. – Uchebnik, Moskva., GEOTAR.,. 2010.
23. Baranov A.A. Detskie bolezni. - Uchebnik. - Moskva, GEOTAR, 2009 g
24. Geppe N.A., Podchernyaeva N.S. Propedevtika detskix bolezney – Uchebnik. – Moskva, GEOTAR, 2008 g
25. Vasilevskiy I.V. Differensialnaya diagnostika i terapiya kashlya u detey i podrostkov. – uchebno-metodicheskoe posobie – Minsk. BelMAPO, 2006 g
26. Xalmatova B.T., Bobomuratov T.A. Pediatriyada sindromal diagnostika. – o‘quv qo‘llanma, Toshkent, TTA bosmaxonasi, 2010 y
27. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 editions. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton, Joseph St. Geme., Elsevier, 2016.
28. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz, MD., - 1998, USA
29. A therapist’s guide to pediatric assessment, - Linda King-Thomas, Bonnie J. Hacker, 1987, USA
30. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

Internet saytlar:

5. www.tma.uz
6. www.zyonet.uz
7. www.info@minzdrav.uz
8. www.info@tma.uz

