

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА ТАЪЛИМ  
ВАЗИРЛИГИ**

**Э.А. Шамансурова, Д.К. Ганиева, М.И. Шайхова, Д.И. Каримова,  
Ш.А. Абдуразакова, Н.Х. Исаханова**

**ОИЛАВИЙ ТИББИЁТДА ПЕДИАТРИЯ: ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР**

**Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим Вазирлиги  
томонидан ўқув қўлланма сифатида тавсия этилган**

**ТОШКЕНТ- 2026**

**ББК 67.3.12**

**М71**

**УДК 42(12+22)**

Тошкент давлат тиббиёт университети

Оилавий шифокорлик №1, жисмоний тарбия, фуқаролар муҳофазаси кафедраси

Муаллифлар:

Э.А. Шамансурова, Д.К. Ганиева, М.И. Шайхова, Д.И. Каримова,

Ш.А. Абдуразакова, Н.Х. Исаханова

Такризчилар:

Ахмедова Н.Р., ТДТУ, Госпитал педиатрия, халқ таъбири кафедраси, д.м.н., доценти.

Ахмедова Ф.М. Alfraganus университети, Ички касалликлар кафедраси, PhD катта ўқитувчиси Ахмедова Ф.М.

Ўқув қўлланма Педиатрия иши, Тиббий педагогика ва Даволаш иши йўналиши учун “Амбулатор поликлиника педиатрия” фани бўйича ўқув дастурининг талабларига мувофиқ тиббиёт ОТМ талабалари учун ёзилган.

Ўқув қўлланма Тошкент давлат тиббиёт университети Марказий услубий кенгашида кўриб чиқилди.

Баённома № " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ йил.

Ўқув қўлланма Тошкент давлат тиббиёт университети, Илмий кенгашида кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

Баённома № " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ йил.

## **ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ**

**АҚБ** - артериал қон босими

**АДС-М**-адсорбирланган дифтерия-қоқшол зардоби кучсизлантирилган

**АҚДС**- адсорбирланган кўк йўтал-дифтерия-қоқшол зардоби

**АЛТ** - аланинаминотрансфераза

**АСТ** - аспартатаминотрансфераза

**БЦЖ** - туберкулёзга қарши вакцина (қисқ. Bacille, de Calmette et de Guerin)

**ОЭЕ** - оқсил-энергетик етишмовчилиги

**ГКС** – глюкокортикостероидлар

**НЕ** - нафас етишмовчилиги

**ЎИБИ** - ўн икки бармоқли ичак

**МИТ**- меъда-ичак тракти

**КТ** - компьютер томографияси

**ЛОР** - оториноларинголог

**МРТ** - магнит-резонанс томографияси

**ҚАЕ** - қон айланиши етишмовчилиги

**АРР** – асаб-руҳий ривожланиши

**УҚТ**- умумий қон тахлили

**УПТ** – умумий пешоб тахлили

**ЎРВИ** – ўткир респиратор вирусли инфекцияси

**ТТЁ**- тез тиббий ёрдам

**МАТ** – марказий асаб тизими

**ЭЧТ** - эритроцитларнинг чўкиш тезлиги

**СРО** - С-реактив оқсил

**УТТ**- ультра товушли текширув

**ЖССТ** – Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

**ЖР**- жисмоний ривожланиш

**НС** - нафас сони

**ЮҚЧ** - юрак қисқариш частотаси

**ЭГДС** - эзофагогастродуоденоскопия

**ЭКГ** – электрокардиография

**ҚАЕ-ПБ** - Қон айланиш етишмовчилиги II Б босқичи

**ЭхоКГ** - эхокардиография

**ЭЭГ** – электроэнцефалография

**т/и** - томир ичига

**т/о** - тери остига

**м/о** - мушак орасига

## Аннотация

“Оилавий тиббиётда педиатрия: вазиятли масалалар” номли ўқув қўлланма тиббиёт олий таълим муассасалари талабалари, врач-интернлар, “Умумий врачлик амалиёти (оилавий тиббиёт)” мутахассислиги бўйича ординаторлар, шунингдек амалиётчи оилавий шифокорлар ва педиатрлар учун мўлжалланган. Нашр болаларга бирламчи тиббий-санитар ёрдам шароитида малакали тиббий ёрдам кўрсатиш учун зарур бўлган клиник фикрлаш ва амалий кўникмаларни шакллантиришга йўналтирилган.

Ўқув қўлланма амбулатор амалиётда учрайдиган реал ҳолатларни акс эттирувчи клиник вазиятли масалалар шаклида тузилган. Материал умумий амалиёт шифокори фаолияти нуқтаи назаридан педиатриянинг асосий бўлимларини қамраб олади: боланинг жисмоний ва асаб-рухий ривожланишини баҳолаш, янги туғилган чақалоқлар ва эрта ёшдаги болаларни олиб бориш хусусиятлари, болалик даврида кўп учрайдиган касалликларни диагностика ва даволаш, иммунопрофилактика, диспансер кузатуви, профилактика ҳамда оиланинг тиббий-ижтимоий қўллаб-қувватланиши масалалари.

Ҳар бир масала клиник ҳолат тавсифи, объектив кўрик ва кўшимча текширув усуллари маълумотлари, таҳлил учун саволлар, шунингдек замонавий клиник тавсияларга мувофиқ диагностик ва даволаш қарорларининг асосланган батафсил таҳлилини ўз ичига олади. Клиник фикрлаш алгоритмлари, дифференциал диагностика, бирламчи тиббий-санитар ёрдам босқичида беморни олиб бориш тактикаси ва фанлараро ҳамкорликка алоҳида эътибор қаратилган.

Ўқув қўлланма амалий кўникмаларни шакллантириш, клиник фикрлашни ривожлантириш ва амбулатор қабул шароитида асосланган қарорлар қабул қилишга кўмаклашади. Ўқув қўлланманинг амалий йўналтирилганлиги уни аудитория машғулотида, таълим олувчиларнинг мустақил тайёргарлигида, шунингдек умумий амалиёт шифокорининг кундалик фаолиятида қўллаш имконини беради. Қўлланма назарий билимларни мустаҳкамлаш, клиник интуицияни ривожлантириш, дифференциал диагностика кўникмаларини такомиллаштириш ҳамда оилавий тиббиёт шароитида болалар контингентини олиб боришда касбий масъулиятни шакллантиришга хизмат қилади.

## **МУНДАРИЖА**

Қисқартмалар рўйхати.....	
Аннотация .....	
Поликлиник педиатрия .....	
Шифохонагача бўлган босқичда шошилиш ёрдам.....	
Аллергология ва пульмонология.....	
Кардиология и ревматология.....	
Гастроэнтерология ва гепатология.....	
Нефрология.....	
Гематология.....	
Эндокринология.....	
Глоссарий.....	
Адабиётлар .....	

## 1.1. ПОЛИКЛИНИК ПЕДИАТРИЯ

### Вазиятли масала 1

**Ўғил бола, 5 кунлик.** Оила шифокори ҳамшира билан биргаликда янги туғилган чақалоқнинг бирламчи патронажини ўтказишди.

*Ҳаёт анамнези:* патологиясиз кечган 1-ҳомиладорликдан туғилган. Ота-онаси соғлом. Муддатига етиб туғилган, Апгар шкаласи бўйича 8-8 баллга баҳоланган. Туғилгандаги тана вазни - 3400 г, бўй узунлиги - 53 см. Туғруқдан кейин дастлабки 30 дақиқада кўкракка қўйилган. Туғилганда оёқ-қўлларнинг дистал соҳаларида цианоз аниқланган. Тери сариқлиги 3-кун пайдо бўлган, сариқликнинг кўпайиши кузатилмаган. Туғруқхонадан чиқишдаги тана вазни - 3200г.

*Объектив кўрувда:* аҳволи қониқарли. Кўкрак сути бериб боқилади. Териси тоза, бироз сарғимтир, склералари иктерик, цианоз йўқ. Киндик яраси курук, тоза. Катта лиқилдоғи 2,5×3,0 см, бўртиб чиқмаган. Физиологик рефлекслар чақирилади. Ўпкасида суст везикуляр нафас, нафас сони (НС) - дақиқасига 40 марта. Юрак тонлари аниқ, ритмик. Юрак қисқариш частотаси (ЮҚЧ) - дақиқасига 140 марта. Қорни юмшоқ, жигари +2 см қовурға ёйидан чиққан. Нажаси кунига 5 марта келади, сариқ, бўтқасимон. Пешоби кунига 20–25 марта келади, сийдиги оч сариқ рангда.



### Саволлар:

1. Саломатликни комплекс баҳолашнинг хулосасини шакллантиринг. Туғилганда оёқ-қўллардаги цианозни қандай тушунтириш мумкин?
2. “Соғлом янги туғилган чақалоқ” тушунчасига таъриф беринг.
3. Туғруқхонада қандай скрининг текширувлари ва эмлашлар ўтказилиши лозим?
4. Янги туғилган чақалоқнинг бирламчи патронажини ўтказишнинг муддати, мақсади, мазмуни ва тавсияларини айтинг.
5. Онага киндик ярасини парваришлаш учун қандай маслаҳатлар бериш зарур?
6. Педиатр участкасида 1 ойга диспансер кузатувнинг режасини тузинг

### Жавоблар:

1. Аъзо ва тизимларнинг функционал ҳолати бузилмаган. **Янги туғилган чақалоқ, мослашув даври: транзитор қон айланиши, физиологик сариқлик, физиологик тана вазнининг камайиши. Саломатлик гуруҳи I.** Туғилганда транзитор қон айланиши бўлган. Ўпка билан нафас олишнинг бошланиши фетал коммуникацияларнинг ёпилишига олиб келади: веноз

(аранциев) тармоқчаси туғилгандан кейин 10-15 дақиқадан сўнг; овал тешик - туғилгандан сўнг ёпилади; артериал (Боталлов) тармоқчасининг функционал ёпилиши кўпинча 8-хафталарда, унинг анатомик облитерацияси эса - бир неча ойдан кейин рўй беради; киндик артериялари 15с дан кейин қисқаради, 45с дан кейин эса улар функционал ёпилади; веноз (аранциев) тармоқча анатомик 3 хафтадан сўнг, функционал - 2-3 сут дан сўнг ёпилади. Шу сабаб болада оёқ-қўллар цианози, акроцианоз кузатилади.

2. Соғлом янги туғилган чақалоқ - ҳомиладорликнинг асоратсиз кечиши ва туғруқнинг Апгар шкаласи бўйича 8-10 баллга баҳоланган, тана вазни 2,6–4,0 кг, вазн-бўй коэффициенти 60-80 га тенг, мослашув даврининг меъёрида кечиши, дастлабки тана вазнининг максимал камайиши 6-8% дан ошмаган, табиий овқатлантиришда бўлган, амалда соғлом онадан туғилган бола.

3. Фенилкетонурия, туғма гипотиреоз, адреногенитал синдром, муковисцидоз ва галактоземияга неонатал скрининг ўтказилган; отоакустик эмиссия билан чақирилган регистрация усули билан эшитиш қобилиятининг пасайиши, карлик бўйича хавф омиллари аниқланади. Ҳаётининг дастлабки 12 соатида вирусли гепатит В га қарши 1-вакцинация, 3-7 кунда туберкулезга қарши эмлаш ўтказилади.

4. Янги туғилган чақалоқнинг бирламчи патронажи туғруқхонадан маълумотлар ўтказилгандан сўнг 1-суткада ўтказилади. Педиатр боланинг умумий аҳволи, неврологик статусини баҳолайди, туғруқхондан берилган кўчирмани таҳлил қилади, саломатлик гуруҳини аниқлайди, тавсиялар беради. Ҳамшира киндик ярасига ишлов беради, онани янги туғилган чақалоқни парваришлаш ва чўмилтириш қоидаларига ўргатади. Тавсиялар: болани кўкракка тўғри қўйиш, хонани ҳар куни нам латта билан тозалаш, шамоллатиш, ҳарорат тартибига амал қилиш, кийимларни сақлаш ва ювиш, лактацияни сақлаб қолиш қоидалари, онанинг овқатланиш тартиби, дастлабки чўмилиши ва сайр қилиш ва б.

5. Киндик яраси тўлиқ битгунича ҳамшира уни фақат шифокор кўрсатмаси бўйича парваришлайди. Ушбу ҳолатда, антисептик воситалардан фойдаланмаган ҳолда, киндик ярасининг табиий йўл билан битиши усулидан фойдаланиш лозим (киндик қолдиғини “қуруқ сақлаш”).

6. 1-ойда диспансер кузатуви: 1-ойда педиатр болани уйда 3-4 марта, сўнгра поликлиникада ойига 1 марта кўрикдан ўтказилади.

## **Вазиятли масала 2**

**Ўғил бола, 6 кунлик.** Участка педиатри янги туғилган чақалоқнинг бирламчи патронажини ўтказилади. *Ҳаёт анамнези:* 2-ҳомиладорликдан туғилган (1- ҳомиладорлик бола ташлаш билан яқунланган). Она 22 ёшда, талаба, бронхиал астмадан азият чекади. Ҳомиладорлик вақтида доимий равишда Тайлед, Вентолиндан фойдаланган, икки марта ўткир респиратор вирусли инфекция (ЎРВИ) билан оғриган. Ушбу ҳомиладорлик вақтида

квартирада таъмирлаш ишлари олиб борилган. Ота-она томонларидан қариндошларида турли атопик касалликлар бўлган. Кесарча кесиш усули билан муддатида туққан, Апгар шкаласи бўйича 6–8 баллга баҳоланган. Туғилиши билан дарҳол йиғлаган. Туғилгандаги тана вазни - 2600 г, бўй узунлиги - 50 см. Кўкракка 2-суткада берилган, эмиши суст, қусиш бўлган. Туғруқхонада эмлаш ўтказилмаган, она ёзма равишда бош тортган.

*Объектив кўрувда:* бола фаол, таянч, автоматик қадам ташлаш, эмаклаш, кидирув рефлекслари, Куссмаул, Бабинский рефлекслари чақирилади, мушаклар гипертонуси аниқланади. Бола табиий овқатлантиришда, тери ва шиллиқ қаватлари тоза. Киндиги тоза, қуруқ, Катта лиқилдоғи 3×3 см, бўртиб чиқмаган. Ўпкада сустлашган везикуляр нафас. Юрак тонлари аниқ, ритмик. Қорни юмшоқ, жигари +1,5 см қовурға ёйидан чиқиб туради, қора талок пайпасланмайди. Нажаси кунига 5 марта, сариқ рангда, бўтқасимон. Пешоби кунига 20 мартагача, оч сариқ рангда.

### **Саволлар:**

1. Саломатлик гуруҳини аниқлаш билан боланинг соғлиғини комплекс баҳоланг. Мавжуд хавф омиллари ва йўналишларини баҳоланг.
2. Диспансер кузатув режасини тузинг.
3. Болани овқатлантириш бўйича онага қандай маслаҳатлар бериш зарур?
4. Туғруқхонада эмлаш ўтказиш учун қарши кўрсатма бўлганми?
5. Ушбу болада профилактик эмлаш календари қандай бўлади?

### **Жавоблар:**

1. Биологик анамнез (1-ҳомиладорлик — бола тушиши, дори препаратларини қабул қилиш, уйни таъмирлаш, кесарча кесиш, Апгар бўйича 6–7 балл, дарҳол йиғламаган) оғир кечган; генеалогик анамнези оғир кечган. Аъзо ва тизимларнинг функционал ҳолати бузилмаган. **Янги туғилган чақалоқ, мослашув даври. Ҳомила ривожланишининг орқада қолиши, марказий асаб тизими (МАТ) перинатал шикастланишининг хавфи, аллергия касалликлар. Саломатлик гуруҳи ПБ.** Хавф омиллари: она бронхиал астмадан, қариндошлари атопик касалликлардан азият чекади. Хавф йўналишлари: конституция аномалияси, аллергия касалликлар.
2. 1-ойда диспансер кузатув: ОШ (педиатр) томонидан 1-ойда 4-5 марта, 1ойдан 12 ойгача – ойига 1 марта кўрув; 1ёш - 3 ёшгача - ҳар 3 ойда; 3ёш -5 ёшгача- ҳар 6 ойда; 1-ойда невролог, офтальмолог, хирург консультацияси; 1ойда - нейросонография, қорин бўшлиғи, юрак, тос-сон бўғими УТТ си.
3. Овқатлантириш бўйича маслаҳатлар: кўкрак сути билан эмизиб боқиш, она рационидан аллергия чақирувчи маҳсулотларни чеклаш. Эркин овқатлантириш.
4. Туғруқхонада туберкулез ва вирусли гепатитга қарши эмлаш учун қарши кўрсатма бўлмаган, она ўзбилармончилик билан эмлашдан бош тортган. Эмлашни (БЦЖ-М ва вирусли гепатит В га қарши) яқин кунларда поликлиникада ўтказиш лозим.

5. Кейинги эмлаш: 2-ойда - пента-1(АКДС-1,ВГВ-2,ХИБ.-1) ОПВ-1, Рота-1 (орал ротавирусли) ПНЕВМО-1

### **Вазиятли масала № 3**

**Қиз бола, 7 кунлик.** Оила шифокори бирламчи патронажни олиб бораяпти. *Ҳаёт анамнези:* онаси 26 ёшда, сурункали аднекситдан азият чекади. Бола, ҳомиладорликнинг охиригача токсикоз ва ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасида бола тушиши хавфи билан кечган. 3-ҳомиладорликдан (1- ва 2-ҳомиладорлик – тиббий аборт). Гестациянинг 32-ҳафтасида она ўткир пневмония билан оғриган (антибиотиклар, доривор ўсимликлар билан даволанди). 39-ҳафтада туққан, тана вазни - 3100 г, бўй узунлиги - 50 см, шилликни сўриб олгандан сўнг йиғлади, Апгар шкаласи бўйича 7–8 баллга баҳоланди. Холсизлик, адинамия, терининг мармарсимон рангпарлиги кузатилди. Ички аъзолар томонидан патология аниқланмади. Туғруқхонадан ҳаётининг 7-кунини 3000г вазн билан уйга жавоб берилди.

*Объектив кўрувда:* Аҳволи қониқарли. Кўкракни фаол эмади, кун давомида вақти-вақти билан қусади. Физиологик рефлекслар чакирилади, мушак дистонияси, ияк тремори кузатилади. Териси мармарсимон, киндик яраси, шиллик кавати куруқ, тоза. Ўпкада сустлашган везикуляр нафаси. Юрак тонлари аниқ, ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 120 марта. Қорни юмшоқ, жигари +2см қовурға ёйидан чиққан. Қора талоқ пайпасланмайди. Нажаси ва пешоби равон.

### **Саволлар:**

1. Саломатлик гуруҳини аниқлаш билан бола соғлиғини комплекс баҳоланг. Хавф йўналишини аниқланг.
2. Боланинг соғлиғига қандай хавф омиллари таъсир кўрсатиши мумкин?
3. Болани қайси тор мутахассислар кўрувидан ўтказиш лозим? Қандай қўшимча текширув усуллари тавсия этиш зарур? Профилактик эмлашлар ўтказиш мумкинми?
4. Боланинг тезда реабилитациясига эришиш учун онанинг эътиборини қайси жиҳатларга жамлаш лозим?
5. Болаларда марказий асаб тизими (МАТ) перинатал шикастланишининг оқибатларини санаб беринг.

### **Жавоблар:**

1. Неврологик статус томонидан оғишлар мавжуд. **Янги туғилган чақалоқ, мослашув даври. МАТ нинг перинатал шикастланиши? Ҳомиланинг она қорнида зарарланиши хавфи. Саломатлик гуруҳи ПБ.**
2. Антенатал даврдаги хавф омиллари: сурункали аднексит, 3-ҳомиладорлик ва 1-туғруқ (1- ва 2- ҳомиладорлик – тиббий аборт), ҳомиладорликнинг охиригача токсикоз ва ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасида бола тушиши хавфи, 32-ҳафтада ўткир пневмония; интранатал даврида: 39- ҳафтада туғруқ, бола

шилликни сўриб олинганидан сўнг йиғлаган, Апгар шкаласи бўйича 7–8 баллга баҳоланган - энгил асфиксия, холсизлик, адинамия, терининг мармарсимон рангпарлиги.

3. Невролог ва неонатолог томонидан кўруви. Қўшимча текширувлар: умумий қон тахлили (УҚТ), умумий пешоб тахлили (УПТ), нейросонография, кўрсатма бўйича электроэнцефалография, ҳомила ичи инфекцияларига текшириш (агар она ҳомиладорлик вақтида текширувдан ўтмаган бўлса). Профилактик эмлашлар Миллий календарда кўрсатилган муддатларда ўтказилади.

4. Кескин ҳаракатлар, баланд товушлар, ёрқин нурни чеклаш, болани ота-оналар билан “тери-тери”га контакти, етарлича кундузги ва тунги уйқу, боланинг кунига камида 2 соат очик ҳавода бўлиши билан тинч муҳит яратишда муҳофазаловчи тартибни ташкиллаштириш. Табиий овқатлантириш ва лактацияни сақлаб қолиш. Болани ўз вақтида ва албатта текширувдан ўтказиш, невролог кузатувида бўлиш. Ҳаётининг 2-ҳафтасидан бошлаб энгил массаж, кафт ва бармоқларни тактил-кинетик стимуляциясини бажариш. Алла айтиш, табиат товушлари, мумтоз мусиқаларни тинглаш. Ҳар куни 37,5–38,0 °С қулай ҳароратни танлаш билан чўмилтириш.

5. Болаларда МАТ перинатал шикастланишининг оқибатлари: минимал мия дисфункцияси, болалар церебрал параличи, гидроцефалия ва б.

#### **Вазиятли масала 4**

**Ўғил бола, 8 кунлик.** Участка педиатри бирламчи патронажни олиб бормоқда. *Ҳаёт анамнези:* I триместрда ЎРВИ фониди, 2-ярмида гестоз (қусиш, анорексия, АҚБ нинг 140/90 мм сим. уст. гача кўтарилиши) билан кечган 2-ҳомиладорликдан, шифохонада даволанган. Олдинги ҳомиладорлик бола тушиши билан якун топган. 1-туғруқ, муддатида тукқан, туғилгандаги тана вазни - 3200 г, бўй узунлиги - 50 см. Дарҳол йиғлаган, Апгар шкаласи бўйича 7–8 баллга баҳоланган. Кўкрак билан эмизиш учун эртаси куни берилган, эмиши фаол бўлган. Туғруқхонадан 6-куни қониқарли аҳволда уйга жавоб берилган. *Оила анамнези:* отаси ўсмирлик даврида вирусли гепатит билан оғриган, ҳозирда сурункали гепатит билан кузатувда; онасининг опасида - пиелонефрит, нефроптоз; ота томондан бувисида - подагра. *Объектив кўрувда:* аҳволи қониқарли; дисэмбриогенез стигмалар эътиборни тортади: қовоқлар птози, гипертелоризм, кулоқ супрасининг деформацияси, оёқларда II ва III ва IV ва V бармоқлар синдактилияси, киндик чурраси. Тери ва шиллик қаватлари тоза. Киндиги тоза, яхши битган. Ўпкада пуэрил нафас, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари аниқ, ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 120 марта. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигари қовурға ёйидан +2см га чиққан, қора талоқ пайпасланмайди. Нажаси кунига 3 марта, бўтқасимон. Пешоби равон.

### **Саволлар:**

1. Патронаж вақтида боланинг аҳволини баҳоланг, соғлиғини комплекс баҳолашни олиб боринг. Қандай патологиянинг ривожланиши таҳдид солади? Хавф омилларини санаб беринг.
2. Болани ҳар қанчада кўриқдан ўтказиш лозим?
3. Бола қандай мутахассислар маслаҳатига муҳтож?
4. Қўшимча текширув усуллари зарурми ва қайси муддатларда?
5. Болани диспансер кузатуви ва олиб бориш режасини тузинг.

### **Жавоблар:**

1. Аҳволи қониқарли. Соғлиғини комплекс баҳолаш: антенатал даврда биологик анамнези - ҳомиладорлик I триместрда ЎРВИ фониди, 2-ярмида гестоз билан кечган, шифохонада даволанган; Олдинги ҳомиладорлик бола тушиши билан яқун топган; интранатал даврда - енгил асфиксия: Аппар шкаласи бўйича 7–8 баллга баҳоланган (хавф омиллари); ижтимоий анамнези баҳоланмаган; генеалогик анамнез - ўртача индекси — 0,43, сийдик ажратиш тизими касалликлари ва моддалар алмашинуви бузилишининг ривожланиши хавфи. Жисмоний ривожланиши (ЖР): тана вазни - 3200 г (25–75 перц.), бўй узунлиги - 50 см (25–75 перц.). ЖР: бўйи ўрта, уйғун ривожланган. Асаб-руҳий ривожланиши (АРР) баҳоланмаган. Аъзо ва тизимларнинг функционал ҳолати бузилмаган, бироқ эмбриогенезнинг 5 стигмаси - оёқ бармоқларининг тўлиқ бўлмаган ва тўлиқ синдактилияси аниқланган. **Янги туғилган чақалоқ, мослашув даври, оёқ бармоқларининг синдактилияси. МАТ перинатал шикастланиши, ҳомилаичи инфекциясининг хавфи. Саломатлик гуруҳи ШБ.**
2. Врач-педиатр болани 1 ойлик бўлгунича ҳар 5 кунда 1 марта (жами 5-6 марта), сўнгра 6 ойликкача ойига 2 марта ва 1 ёшгача ҳар ойда кўриқдан ўтказди; невролог - 6 ойгача ҳар ойда, 1 ёшгача ҳар кварталда, 2 ёшда - 6 ойда 1 марта кўриқдан ўтказди. Бола уйда бўлим мудирини, невролог ва неонатолог кўригидан ўтиши лозим.
3. Хирург ва генетик маслаҳати қўшимча тавсия этилади.
4. 1 ойликкача нейросонография, кўрсатма бўйича электроэнцефалография, ҳомила ичи инфекциясига текшириш (агар она ҳомиладорлик вақтида текширувдан ўтмаган бўлса) ўтказилиши лозим. Қўшимча текширувлар шунингдек белгиланган муддатларда олиб борилади.
5. Белгиланган муддатларда текширув, қўшимча тарзда хирург ва генетик маслаҳати 1 ойгача бўлган даврда ўтказилади; календар бўйича профилактик эмлашлар олиб борилади: 2-ойда - пента-1(АКДС-1,ВГВ-2,ХИБ.-1) ОПВ-1, Рота-1 (орал ротавирусли) ПНЕВМО-1.

## Вазиятли масала 5

**10 кунлик ўғил бола** тана ҳароратининг 38,0°C гача кўтарилиши, безовталиқ, кўкракни эмишдан бош тортиши, танаси, оёқ-қўллари, терининг табиий бурмаларида тошма тошиши билан янги туғилган чақалоқлар патологияси бўлимига ётқизилди. *Анамнезидан* шу нарса маълум бўлдики, она рецидивланувчи фурункулездан азият чекади, 1- ҳомиладорликнинг 1-ярми ЎРВИ фонида кечган, муддатида туққан, туғруқда сувсизлик даври 20 соатни ташкил қилган. Апгар шкаласи бўйича 7-9 баллга баҳоланган. Туғилгандаги тана вазни - 3300 г, бўй узунлиги - 52 см. 7-куни бола тана ҳарорати кўтарилиши ва теридаги тошмалар сабаб туғруқхонадан янги туғилган чақалоқлар патологияси бўлимига ўтказилган.



*Объектив кўрувда:* аҳволи иситма ва интоксикация ҳисобига ўрта оғир. Бола холсиз, кўкракни яхши эммайди. Физиологик тана вазнини йўқотиши 8% ни ташкил қилди, ҳозирги вазни - 3200 г. Танаси, оёқ- қўллари, табиий бурмалари соҳасида диаметри 1-2см, оч-сарик суюқлик сақлаган, атрофи яллиғланиш билан ўралган - суст пуфакчалар. Пуфакчалар ёриб кўрилганда намланган эрозив юза аниқланади. Тана ҳарорати 38,7°C. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак чегаралари ўзгармаган, юрак тонлари аниқ, ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 156 марта. Қорни пайпаслаб кўрилганда юмшоқ, жигар қовурға ёйидан +2 см га чиққан.

Қора талоқ пайпасланмайди. Нажаси 5 маҳал, бўтқасимон, сарик рангда. Пешоби кунига 20–25 марта.

### Саволлар:

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Касалликнинг сабаби нима?
2. Текширув режасини тузинг. Даво тавсия этинг
3. Қандай асоратлар кузатилиши мумкин? Касалликнинг прогнози қандай?
4. Туғруқхона ва янги туғилган чақалоқлар бўлимида касалликнинг профилактикаси қандай олиб борилади?
5. Шифохонадан уйга жавоб берилгандан сўнг поликлиника шароитида бола қандай кузатувда бўлади?

### Жавоблар:

1. **Янги туғилган чақалоқлар пуфакли яраси (Пемфигус), оғир шакли.** Ташхис анамнез маълумотлари асосида қўйилган (онада - рецидивланувчи фурункулез, гестациянинг 1-ярмида ЎРВИ ўтказган, узок вақт сувсизликда қолган, интоксикацион синдром, характерли тери

элементлари). Касалликнинг сабаблари - инфекцион омил (онада рецидивланувчи фурункулез кўринишидаги бактериал инфекциянинг мавжудлиги, катта эҳтимол билан стафилококк бўлиши мумкин. Узоқ вақт сувсизликда қолиш экспозицияга олиб келган).

2. УҚТ ва УПТ, яллиғланиш ўткир фазасининг оқсилларини аниқлаш билан қоннинг биокимёвий текшируви, антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш билан пуфакчалар суюқлигининг бактериологик текшируви. Онани албатта кўриқдан ўтказиш, жумладан жинсий йўл билан юкувчи инфекцияларни инкор этиш ва даволаш. Неонатология шифохонаси шароитида давони олиб бориш. Антибактериал терапия (старт терапияси - ампициллин 0,1 м/о га кунига 3 маҳал, тана вазнига 100 мг/кг ҳисобидан), йирик пуфакчалар стерил игна билан тешилади, бриллиантли кўкнинг 1% ли эритмаси суртилади.

3. Кўп ҳолатларда прогнози ижобий, бироқ инфекциянинг тарқалиши билан сепсис ривожланиши мумкин.

4. Гигиеник тадбирларни (тери ва шиллик қаватларни гигиеник тозалаш, чўмилтириш) олиб бориш ва кўкрак сути билан боқиш тарқоқ йирингли-септик патологиянинг олдини олишда муҳим рол ўйнайди. Чақалоқни парвариш қилувчи шахсни ўз вақтида тиббий кўриқдан ўтказиш ва касаллик аниқланганда – касал бўлган даврига - ишдан четлатиш. Тиббий ходимдан бактерияни аниқлаш учун томоқ ва бурундан суртмалар олиш, улар аниқланган ҳолатда – даволаниш пайтида ишдан четлатиш. Ходим тиббий кўлқоплардан фойдаланиши; чақалоқ ётадиган палатани кварцлаш зарур. Чақалоқнинг кийимларини тез-тез: ифлосланганда кийимлари ва чойшабларни кунига камида 1 марта алмаштириш.

5. Саломатликнинг ПБ диспансер гуруҳи: — неонатолог ва (ёки) бўлим мудири билан бирга чақалоқнинг бирламчи ва динамикадаги патронажи (камида 6 марта). Дастлабки 3 ойда участка педиатри болани ойига 2 марта, сўнгра ҳар ойда кўриқдан ўтказиш, тана ҳарорати, иштаҳаси, эмоционал тонуси, фон ҳолати, тана вазнининг кўшилиши, ички аъзолар ва тизимларнинг ҳолатига эътиборни қаратади. УҚТ ва УПТ- стационардан чиққандан сўнг 1 ойдан кейин, сўнгра эса соғлом болаларнинг диспансеризациясига мувофиқ олиб борилади. Коррекцияловчи тадбирлар: тартибга амал қилиш, қўшимча овқатни ўз вақтида киритиш билан табиий овқатлантириш, анемия, рахит, гипотрофия профилактикасини ўтказиш, массаж, гимнастика, чиниқтириш. Соғайгандан сўнг 1 йилдан кейин ҳисобдан ўчирилади.

## **Вазиятли масала 6**

**Қиз бола, 10 кунлик.** Маҳаллий шифокор навбатдаги патронаж олиб бормоқда. Она боласининг безовталаниши, уйқусининг яхши эмаслиги,

эмизгандан сўнг 1-2 ч.қ. хажмида сут билан қусишига шикоят қилди. *Ҳаёт анамнези:* камқонлик фонида кечган 1-ҳомиладорликдан. Муддатида, бўйнида киндигига ўралиб, туғилган. Туғилгандаги тана вазни - 3200 г, бўй узунлиги - 52 см, Апгар шкаласи бўйича 6–8 баллга баҳоланган. Туғилгандан сўнг 6 соатдан кейин кўкракка қўйилган. Кўкракни фаол эмган. Тана вазнининг максимал йўқотилиши - 5%. Киндик қолдиғи 4-куни тушди. БЦЖ ва вирусли гепатит В га қарши эмлашни туғруқхонада олди; 6-куни уйга жавоб берилди. Кўкрак сути билан эмизиб боқилади. *Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғирлик даражасига яқин, безовта бўлиб йиғлайди. Позаси физиологик, чинқириши эмоционал, тери ва шиллик қаватлари пушти рангда, тоза. Киндик яраси қуруқ. Тери ости ёғ қавати яхши ривожланган, шишлар йўқ. Боши юмалоқ шаклда, катта лиқилдоғи 2,5×2,5 см, таранг. Бабинский ва Моро рефлекслари спонтан чақирилади, товонлар клонуси, Грефе синдроми +. Оёқ-қўлларда мушаклар гипертонуси. Ўпкада пуэрил нафас, НС - дақиқасига 40 марта. Юрак тонлари ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 136 марта. Қорни юмшоқ, жигар +2 см қовурға ёйидан чиққан, эластик, қора талоқ пайпасланмайди. Нажаси ҳар овқатлантиргандан сўнг 6-8 марта, сариқ рангда, бўтқасимон, пешоби кунига 15–16 марта, равон.

#### **Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Янги туғилган чақалоқнинг хавф гуруҳини, эмлаш бўйича хавф гуруҳини баҳоланг.
2. Даво тактикасини белгиланг. Медикаментоз давони тавсия этинг, рецепт ёзинг.
3. 1-йилида диспансеризация режасини тузинг.
4. Қўшимча текширувлар талаб этиладими?
5. Касалликнинг прогнози қандай?

#### **Жавоблар:**

1. **МАТ нинг перинатал шикастланиши, ўтқир даври, гипертензион синдром ташхиси** анамнез асосида қўйилган: ҳомиладорлик камқонлик фонида кечган, бўйин соҳасида киндигига ўралиб туғилган, Апгар шкаласи бўйича баҳоланганда енгил асфиксия кузатилган; гипертензион синдром мавжуд: бола жуда безовта, 2 ч.қ. хажмида сут билан қусган (нормада 1 ч.қ. гача), катта лиқилдоғи таранг, 2,5×2,5 см, Бабинский ва Моро рефлекслари спонтан чақирилади, товон клонуси, Грефе синдроми +. Ўтқир даври - туғилгандан бошлаб касаллик ривожланган, кўрув вақтида бола 10 кунлик. Она қорнида инфекциянинг ривожланиш хавфи гуруҳи. Саломатлик гуруҳи IIБ. Бу бола эмлаш бўйича хавф гуруҳига кирмайди, чунки фақат МАТ нинг зўрайиб боровчи касаллиги профилактик эмлаш учун қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади (масалан, гидроцефалия).
2. Тактика - номедикаментоз даво: очик ҳавода сайр қилиш, кун тартибини тўғри ташкиллаштириш. Кўкрак билан эмизиш. Уйда тинч шароитни, она билан боланинг “тери терига” контактини яратиш, ҳаётининг

2-хафтасидан бошлаб енгил уқалашни, кафт ва бармоқларнинг тактил-кинетик стимуляциясини бажариш, кескин сенсор таъсирланишини чеклаш (кескин ҳаракатлар, баланд товуш, ёрқин нур). Алла айтиш, табиат овози, мумтоз муסיқаларни тинглаш. 37,0-37,5°C ҳароратли сувда ҳар куни чўмилтириш, ҳаётининг 3-4-хафтасидан бошлаб сувда машқлар бажариш.



Везикулопустулез

*Медикаментоз даво:*

Рр.: Табл. Glycini 0,25

D.t.d. N 50

S.: Тил остига ½ табл. дан кунига 2 марта (уйқудан аввал 1 марта), курс 10 кун.

3. Врач-педиатр 1 ойликкача 4-5 марта чақалоқ патронажини ўтказди, улардан бирини невролог билан бирга олиб боради. 6 ойликкача педиатр ойига 2 марта, сўнгра – ойига 1 марта кўриқдан ўтказди, неврологнинг диспансер кузатувида бўлади. 2 ойлигида — травматолог-ортопед; 6 ойда - хирург кўригидан ўтади.

4. Қўшимча текширув усуларини ўтказиш лозим: бош мия УТТ си (нейросонография), электроэнцефалография.

5. Барча зарур тавсияларга амал қилинганда прогнози ижобий.

### **Вазиятли масала 7**

**Қиз бола, 12 кунлик.** Участка педиатри янги туғилган чақалоқнинг патронажини ўтказётган вақтда она бола бошининг соч қисми, юзи, танаси, кўл ва оёқларида тошмалар борлигига шикоят қилди. *Анамнезидан* маълум бўлдики, туғруқда узок вақт сувсизлик даври бўлган, туғруқдан сўнг 5-кунли мастит ривожланган, туғруқхонадан уйга жавоб бериш кўчирмасида болада инфекцион-яллиғланишли касалликнинг ривожланиш хавфи борлиги кўрсатилган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи қониқарли, тана вазни - 3200 г, бўй узунлиги - 50 см. Бошининг соч қисми, тери бурмалари, оёқ-кўлларида хира суюқлик билан тўлган, тарик дони ва майда нўхот ўлчамидаги бир нечта пустулалар, юз соҳасида везикулалар аниқланади. Тана ҳарорати 36,7 °С.

### **Саволлар:**

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Бола соғлиғини комплекс баҳоланг.
2. Оила шифокорининг (педиатр) тактикаси қандай бўлиши лозим?
3. Қандай қўшимча текширув усулларини ўтказиш зарур?
4. Терини тозалаш учун онага қандай тавсиялар бериш лозим?
5. Касалликнинг прогнози қандай? Касалликнинг олдини олиш чораларини айтинг.

## **Жавоблар:**

1. Везикулопустулез (юзаки стафилодермия?) тери элементларининг морфологик кўриниши асосида: тарик дони ва майда нўхот ўлчамидаги хира суюқлик билан тўлган юза жойлашган пустулалар, туғруқда узок сувсизлик даври фонида онада маститнинг (катта эҳтимол билан стафилококк этиологияли) бўлиши каби инфекцион омил билан чақирилган интоксикация белгиларининг йўқлиги, онтогенез оғир кечган. Жисмоний ривожланиши (ЖР): ўсиши ўртача, уйғун (тана вазни, бўй узунлиги, бўй узунлиги бўйича вазни - 25–75 перц.). Асаб-руҳий ривожланиши (АРР) баҳоланмаган. Резистентлиги пасайган. Аъзо ва тизимларнинг функционал ҳолати бузилмаган, бироқ терида йирингли-яллиғланишли элементлар аниқланган.

### **Ташхис: Везикулопустулез. Саломатлик гурухи ПБ.**

2. Янги туғилган чақалоқнинг неонатолог ва (ёки) бўлим мудури билан биргаликда бирламчи ва динамикадаги патронажи камида 5 марта ўтказилади. Биринчи 3 ойда бола ойига камида 2 марта кўрикдан ўтказилади. Коррекцияловчи тадбирлар: химоя тартибини ташкиллаштириш, кўкрак сути билан эмизиб боқиш ва лактацияни сақлаш, талабга кўра овқатлантириш. Онага теридаги элементларга ишлов бериш бўйича маслаҳатлар бериш ва болани динамикада кузатиш. Маҳаллий даво самара бермаганида ва интоксикация белгилари пайдо бўлганида тизимли антибактериал терапияни олиб бориш учун шифохонанинг янги туғилган чақалоқлар патологияси бўлимига ётқизиш.

3. Умумий қон тахлили (УҚТ), кўкрак сутининг бактериологик текширувини ўтказиш.

4. Тошма элементларига бриллиант кўкнинг 1% ли эритмасини суртиш.

5. Прогнози ижобий. Профилактикаси: санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш; чақалоқнинг кийимлари ва чойшабларини тез-тез: ифлосланганида дарҳол ва кунига камида 1 марта алмаштириш; қайнатилган сувда чўмилтириш.

## **Вазиятли масала 8**

**Ўғил бола, 15 кунлик.** Оила шифокорини уйга чақиритди. Бу пайтгача бола ҳеч қаерда кўрувдан ўтмаган, чунки туғруқхонадан чиққандан сўнг 4-куни дарҳол она бола билан қишлоққа бувисиникига кетган. 12-кунида бола вақти-вақти билан безовталана бошлади, тана ҳарорати субфебрил даражагача кўтарилди, киндикдан сероз ажралма чиқа бошлади. 3 кундан сўнг она шаҳарга қайтиб келди ва шифокорни уйга чақирди. Онанинг *шикоятлари*: тана ҳароратининг 38,8°C гача кўтарилиши, безовталиқ, киндик яраси атрофининг қизариши, тез-тез қусиши, кўкракни эмишдан бош тортиши. *Ҳаёт анамнези*: сурункали пиелонефритнинг зўрайиши фонида кечган 1-ҳомиладорликдан, 36 ҳафталикда туққан. Туғилгандаги тана вазни - 2500 г,

бўй узунлиги - 46 см. Апгар шкаласи бўйича 7-8 баллга баҳоланган. *Объектив кўрувда:* кучли ифодаланган интоксикация белгиларининг мавжудлиги сабаб аҳволи оғирга яқин. Тана ҳарорати 37,8 °С. Тери қоплами кулрангсимон, териси қуруқ, мушакларнинг умумий гипотонияси кузатилади. Киндик халқаси атрофида гиперемия ва инфильтрация аниқланади, киндик яраси босиб кўрилганда сероз-йирингли ажралма ажралади. НС - дақиқасига 56 марта. Ўпкада пуэрил нафас эшитилади. Юрак тонлари бироз бўғиқлашган, ЮҚЧ - дақиқасига 180 марта. Қорни бироз дамланган, жигари +3 см қовурға ёйидан чиққан, қора талоқ пайпасланмайди, нажаси кунига 4 маҳал, сарғиш рангда, суяқ консистенцияли, пешоби равон.



**Йирингли омфалит**

### **Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Оилавий шифокорнинг (педиатр) тактикасини белгиланг. Тизимли антибактериал терапияни ўтказиш талаб этиладими? Агар “ҳа” бўлса, қайси антибиотиклардан бошлаш зарур?
3. Киндик ярасини тозалаш учун тадбирларни айтинг.
4. Касалликнинг прогнози қандай?
5. Шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг поликлиникада қандай кузатувлар олиб борилади?

### **Жавоблар:**

1. **Йирингли омфалит. Сепсис?** Ташхис мавжуд маҳаллий ўзгаришлар асосида қўйилган: киндик халқаси атрофидаги гиперемия ва инфильтрация, киндик ярасидан сероз-йирингли ажралма келиши. Интоксикациянинг ифодаланган белгилари, иситма септик жараённинг ривожланишини инкор этмайди.
2. Болани шошилиш шифохонага ётқизиш зарур. Тизимли антибактериал терапия олиб борилади. Даво учун икки антибиотиклар комбинацияси танланади: ампициллин + аминогликозид ёки ҳимояланган аминопенициллинлар + аминогликозид. Масалан, ампициллин 250 мг (100 мг/кг) ва амикацин 60 мг (10 мг/кг) - 2 маҳал м/о га 7 кун давомида юборилади. Кейинги антибактериал терапия бактериологик текширув натижаларига боғлиқ.
3. Киндик ярасини ҳар куни тозалаш, антибактериал малҳам билан боғлам қўйиш - диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфеникол (Левомеколь).
4. Септик жараённинг ривожланишига шубҳа борлиги боис прогнози жиддий. Сепсиснинг ҳар хил турларидаги ўлим ҳолати 25 - 55% ни ташкил қилади.

5. Шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг саломатликнинг ПБ гуруҳида диспансер кузатув камида 1 йилни ташкил қилади. Динамикада патронажлар, бўлим мудирини кўрувини ўтказиш шарт. Дастлабки 3 ойда ОШ ойига 2 марта, сўнгра ҳар ойда кўриқдан ўтказилади, бунда тана ҳарорати, иштаҳаси, эмоционал тонуси, тана вазнининг кўшилиши, фон ҳолатлари, ички аъзолар ва тизимларнинг ҳолатига эътибор қаратади. УҚТ ва УПТ - стационардан уйга жавоб берилганидан сўнг 1 ойдан кейин текширилади, кейинчалик соғлом болалар диспансеризациясининг умумий режасига кўра олиб борилади. Коррекцияловчи тадбирлар: тартибга риоя қилиш, кўшимча овқатни ўз вақтида киритиш билан табиий овқатлантириш, камқонлик, рахит, гипотрофия профилактикаси, массаж, гимнастика, чиниқтириш. Вакцинация индивидуал календар бўйича олиб борилади.

### Вазиятли масала 9

**Ўғил бола, 1ой 15 кунлик.** Участка педиатри неонатология шифохонасидан



Кам вазн билан муддатидан аввал туғилган бола

уйга жавоб берилган муддатига етмай туғилган боланинг патронажини ўтказмоқда. *Ҳаёт анамнези:* 3-ҳомилдорликдан (1-си аборт, 2-си бола тушиши билан кечган), она 27 ёшда. 16-ва 20-ҳафтасида ҳомилдорликнинг узилиш хавфи бўлган, 2 марта ўРВИ билан оғриган. Гестациянинг 32-ҳафтасида кесарча кесиш йўли билан туққан, Апгар шкаласи бўйича 5-6 баллга

баҳоланган. Туғилгандаги тана вазни - 1800 г, бўй узунлиги - 43 см. Кўкрак сути билан эмизиб боқиш 2-куни бошланган, сушт эмган, қусиш бўлган, муддатига етмай туғилганлар учун сут аралашмасини олган. Неврологик симптоматиканинг мавжудлиги сабаб муддатига етмай туғилганлар бўлимига ўтказилган. Эмланмаган. *Объектив кўрувда:* аҳволи қониқарли, фаол. Бошини яхши ушлайди, товуш келган томонга диққат билан қулоқ солади, кулади. Оёқ-қўлларида мушаклар гипертонуси бор, пай рефлекслари юқори, физиологик рефлекслари пасайган. Сунъий овқатлантиришда. Тана вазни - 2400 г, бўй узунлиги - 46 см. Тери ва шиллиқ қаватлари тоза. Катта лиқилдоғи 3×3 см, бўртмаган. Ўпкада пуэрил нафас, НС - дақиқасига 38 марта. Юрак тонлари аниқ, ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 140 марта. Жигари юмшоқ, жигари +2 см қовурға ёйидан чиққан, қора талоқ пайпасланмайди. Нажаси кунига 5 марта, сариқ рангда, бўтқасимон. Пешоби кунига 20 мартагача, оч-сариқ рангда.

### Саволлар:

1. Бола саломатлигини баҳолашнинг хулосасини шакллантиринг.

2. Боланинг гестацион ёшига антропометрик кўрсаткичлар мос келадими? Боланинг физиологик параметрлари, АРР, неврологик статусини баҳоланг.
3. Муддатидан аввал туғилган болаларни парваришlashнинг қандай босқичлари маълум? Қачон шифохонадан уйга жавоб берилади? Муддатидан аввал туғилган бола поликлиникада қандай кузатувда бўлиши лозим? Болани парваришlash учун тиббий тавсиялар беринг.
4. Болани овқатлантириш бўйича онага қандай маслаҳатлар бериш зарур?
5. Бу бола қандай профилактик эмлашлар олиши зарур?

#### **Жавоблар:**

1. **Гестация муддатига мос кам вазн билан муддатидан аввал туғилган бола. МАТ нинг перинатал шикастланиши, ҳаракатларнинг бузилиши синдроми. Саломатлик гуруҳи IIБ.**

2. Антропометрик кўрсаткичлар гестация муддатига мос келади. ЖР: ўртача, уйғун (25–75 перц.). ЮҚЧ, НС, сийдик чиқариши ва нажаси - ёшига мос. Бола 2 ойликда бошини тута олиши лозим, эҳтимол, бўйин мушакларида гипертонуси мавжуд, ҳаракатланишида меъёрдан четга оғишлар мавжуд.

3. Муддатидан аввал туғилган болаларни парваришlash икки босқичда олиб борилади. Стационар шароитда парваришlash (туғруқхонадан ўтказилгандан сўнг) ва мустақил равишда эмиши, тана вазни – 2200-2500 г, касалликларнинг йўқлиги, гемоглобин (Hb) миқдорининг етарлича эканлиги билан бола аъзо ва тизимларининг барча функциялари стабиллашгандан сўнг иккинчи босқич - болалар поликлиникасига ўтказиш.

Муддатидан аввал туғилган болаларнинг бирламчи патронажи ОШ томонидан олиб борилади. Кейинчалик ОШ болани ҳафтасига 1-2 марта, дастлабки 3-4 ойлигида ва ва эпидемия даврида – фақат уйда кўриқдан ўтказилади; Парваришlash бўйича тавсиялар: кун тартибига амал қилиш – аёвчи тартиб, кейинги тартибга ўтиш 1-3 ойга чўзилиши мумкин; оптимал хона ҳарорати 20–22°C, кийимларини алмаштиришда, ювинтириш, чўмилтиришда ҳарорат 22–26°C бўлиши лозим; терисини яхшилаб парваришlash талаб этилади: гигиеник ванналар - ҳар куни, температураси 37,5–38,0°C бўлиши лозим; сайр қилишни ёз ойларида 2-3 ҳафталикдан бошлаш мумкин; куз ва баҳор ойларида-1,0–1,5 ойликда 10–15 дақиқадан 1,0–1,5 соатгача кунига 1-2 маҳал, қишда - 2 ойлигида ҳаво ҳарорати 10°C дан паст бўлмаганида ва шамол йўқлигида сайрга олиб чиқиш мумкин; массаж, даволовчи жисмоний тарбия боланинг ўсишига кўра мураккаблаштирилади.

4. Тана вазни кам муддатидан аввал туғилган болалар учун ўз онасининг сути энг яхши озуқа эканлиги ва кўкрак сути чақалоқларнинг озуқа эҳтиёжларини қоплашга мослашганлиги ва ўз онасининг кўкрак сути билан озиқланиши инфекция касалликларини камайтириши ва узоқ муддатли ижобий натижаларга олиб келиши ҳақида онага маслаҳат берилади.

Мустақил эма олмайдиган чақалоқлар учун муқобил, оғиз орқали (пиёла/воронка/қошиқ/оғизга тўғридан-тўғри соғиш) ёки ошқозон ичи зонд ёрдамида овқатлантириш тавсия этилади. Овқатлантириш қуйидагича амалга оширилади: ўз онасининг соғиб олинган сути; болалар сут аралашмаси: - 1500 грамм ва ундан ортиқ вазнли чақалоқлар учун стандарт сут аралашмаси; Дастлабки 6 ойда муддатидан аввал туғилган болалар учун тавсия этилган мослаштирилган сут аралашмасини қўллаш мумкин, кейинчалик вазни ортиб борган сари бошқа сут аралашмаларига ўтказилади. 1000 ХБ да Холекальциферол (витамин D, Аквадетрим) билан рахит профилактикасини олиб бориш шарт.

5. 2-ойда - пента-1(АКДС-1,ВГВ-2,ХИБ.-1) ОПВ-1, Рота-1 (орал ротавирусли) ПНЕВМО-1эмлашларни олиши лозим.

### Вазиятли масала 10



**Оқсил-энергетик  
етишмовчилиги  
бўлган бола**

**Ўғил бола, 2 ойлик.** Профилактик кўрикка келганида она боланинг безовталаниши, уйқуси яхши эмаслиги, тана вазни қўшилмаётганидан шикоят қилди. УҚТ ва УПТ текширилди. *Ҳаёт анамнези:* 1- ва 2-ярми гестоз билан кечган 1-ҳомиладорликдан муддатида туғилган. Туғилгандаги тана вазни - 2700 г, бўй узунлиги - 51 см. Туғилганидан бошлаб кўкрак сути билан эмизиб боқилади, ҳар кўкракни эмиб бўлганидан сўнг бола безовталанади, қичқириб йиғлайди, онаси қўшимча сув беради. 1 ойлигида ЎРВИ, ўткир ринофарингит билан оғриган, уйда даволанган. *Объектив кўрувда:* боланинг аҳволи қониқарли. Тана вазни - 3500 г, бўй узунлиги- 56 см. Териси рангпар, тоза, қуруқ. Шиллик

каватлари тоза. Тери ости ёғ қавати қорин соҳасида +1 см. Мушак тонуси бироз пасайган. НС - дақиқасига 35 марта. Ўпкада пуэрил нафас. Юрак тонлари ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 128 марта. Қорни юмшоқ, жигари +3 см қовурға ёйидан чиққан. Нажаси кунига 1 марта, кам миқдорда. Пешоби равон.

УҚТ: эритроцитлар -  $3,1 \times 10^{12}/л$ ; Нь - 100 г/л; ретикулоцитлар - 6%; лейкоцитлар -  $9,8 \times 10^9/л$ ; таёқчасимон ядроли нейтрофиллар - 1%; нейтрофиллар - 32%; лимфоцитлар - 60%; эозинофиллар - 1%; моноцитлар - 6%; Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) - 6 мм/соат. Умумий пешоб тахлили (УПТ)- ўзгаришсиз.

#### Саволлар:

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Перцентил диаграмма ва формула бўйича ЖР ни баҳоланг, УҚТ.
3. Овқатланишини коррекция қилинг.

4. Даво тавсия этинг.
5. Поликлиникада болани олиб бориш учун қандай тиббий тавсиялар зарур? Ҳаётининг 1 йилида ўтказиладиган профилактик эмлашлар режасини тузинг.

### **Жавоблар:**

1. **Асосий таъхис: Оксил-энергетик етишмовчилигининг (ОЭЕ) I даражаси (пренатал ва постнатал)** антропометрик маълумотлар асосида кўйилган. **Йўлдош таъхис: Танқисликдаги нормохром камқонликнинг I даражаси** - анемик синдромнинг мавжудлиги, камқонлик характери [ранг кўрсаткичи (РК) бўйича нормохром, ретикулоцитларнинг сони бўйича норморегенератор].

2. Туғилганда вазн-бўй коэффициенти 53 га тенг. ЖР: ўсиши ўртача (25–75 перц.), кескин уйғун бўлмаган, тан вазни танқислигининг II даражаси (3 перц. дан кам). Енгил даражадаги нормохром камқонлик, норморегенератор. Лейкоцитлар, лейкоцитар формула, тромбоцитлар ва ЭЧТ ёшига мос.

3. Онада гипогалактиянинг даражасини аниқлаш учун кун давомида уч марта бола вазнини ўлчаб назорат қилинади; лактацияни стимуляция қилиш ҳисобига она сути хажми оширилади, гипогалактия давоси тавсия этилади.

4. Кўкрак билан эмизишга руҳан тайёрланиш ва лактацияни қўллаб-қувватлаш бўйича оилада адекват шароитни яратиш. Кун тартибига, парҳезга амал қилиш, болани тез-тез кўкрак сути билан эмизиш. Фитотерапия (қичитки ўт, қора зира, шивит, сабзи, тоғрайхон, петрушка, фенхель, арпабодиён, бўймадорон дамламалари). Сут безларини уқалаш.

5. Табиий овқатлантиришни сақлаб қолиш ва қўллаб-қувватлаш билан ёшига кўра овқатлантириш (она кун тартиби ва овқатланиш тартибига риоя этиши лозим); 2 ойлигида невролог, травматолог-ортопед кўригидан ўтиш; УҚТ ва УПТ. Тана вазни меъёрлашгунга қадар 1 ойга тиббий чекловни сақлаш;

Ҳаётининг 1 йилида ўтказиладиган профилактик эмлашлар режаси:

2-ойлигида - пента-1(АҚДС-1,ВГВ-2,ХИБ.-1) ОПВ-1, Рота-1 (орал ротавирусли) ПНЕВМО-1

3-ойда - пента-2 (АҚДС-2,ВГВ-3,ХИБ.-2) ОПВ-2, Рота-2 (орал ротавирусли) ПНЕВМО-2

4-ойда - пента -3 (АҚДС-3,ВГВ-4,ХИБ.-3) ОПВ-3, ИПВ-1

9-ойда - ИПВ-2

12 ойда - ҚТҚ -1, ПНЕВМО-3.

### **Вазиятли масала 11**

**Қиз бола, 2 ой 25 кунлик.** Она боласи билан режадаги профилактик кўрувга келди. Сўнгги марта 1 ойлигида қабулда бўлган. Бола табиий овқатлантирилади. Онасининг сути кўп, бироқ у бир эмизишда иккала

кўкраги билан эмизади. Охирги 2 ҳафтада қизча безовта бўла бошлади, нажаси тез-тез кўпириб келди. *Ҳаёт анамнези:* 2-ярми токсикоз билан кечган 1-ҳомиладорликдан, 32-ҳафтасида бронхит билан оғриган. Муддатида туғилган, дарҳол йиғлаган, Апгар шкаласи бўйича 7-8 баллга баҳоланган. Туғилгандаги тана вазни - 3200 г, бўй узунлиги - 51 см. Туғруқхонадан 5-куни чиққан. Шу кунгача ҳеч қандай касаллик кузатилмаган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир; безовта, йиғлаяпти. Тана ҳарорати 36,8°C. Тана вазни - 5000 г, бўй узунлиги - 58 см. Бошини яхши тутати, чалқанча ётганида қорнига ўгирилишга ҳаракат қилади, ёрқин жисмларни кузатади. Моро, Бауэр, автоматик қадам ташлаш рефлекслари чақирилмайди; тоник бўйин ва ахтариш рефлекслари сўнган; ушлаб олиш ва товон рефлекслари аниқ чақирилади. Тери ва шиллиқ қаватлари тоза, физиологик тусда. Тери ости ёғ қавати қоринда +0,5 см, оёқ-қўлларида юпқалашган. Ўпкада пуэрил нафас. Юрак тонлари аниқ, ритмик. Қорни юмшоқ, бироз катталашган, жигари қовурға ёйидан +2 см чиққан. Нажаси 7 марта, бўтқасимон, оч сариқ рангда, кўпирувчан, нордон ҳидли. Пешоби равон.

### **Саволлар:**

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Саломатлик гуруҳини аниқланг.
2. Жисмоний ривожланиши ва асаб-руҳий ривожланиши боланинг ёшига мосми?
3. Қандай текширувлар олиб бориш лозим?
4. Қайси мутахассислар кўрувидан ўтиши зарур?
5. Онага қандай тиббий ва педагогик тавсиялар бериш лозим?

### **Жавоблар:**

1. **Иккиламчи лактаза етишмовчилиги, енгил шакли.** Ташхислаш мезонлари - овқатлантириш қоидаларининг бузилиши – етарли лактация бўлганида бир вақтнинг ўзида иккала кўкраги билан эмизиш натижасида бола фақат сув ва лактозага бой бўлган “олд” кўкрак сутини эмган.

Натижада - нутритив етишмовчилик синдроми, нордон ҳидли, кўпирувчан нажас билан диспептик синдром лактаза етишмовчилиги ҳақида далолат беради. Онаси ҳомиладорликнинг 32 ҳафтасида бронхит билан оғригани, гестациянинг 2-ярмида токсикоз бўлганлигини ҳисобга олиб Саломатлик гуруҳи IIБ, ҳомила ичи инфекциясининг хавф гуруҳи белгиланди.

2. ЖР ёшига мос эмас: бўйи паст (3–10 перц.), тана вазни танқислигининг II даражаси (3–10 перц.), уйғун (10–25 перц.). АРР - III гуруҳ I даражаси.

3. УҚТ, нажас рН, копрология, парҳезли терапиядан самара бўлмаганида лактоза эгри чизиғи.

4. Педиатр, гастроэнтеролог, невролог кўруви.

5. Бир эмизишда болага фақат битта кўкракни тутиши, кўкрак сутини сақлаб қолиш. Лактаза препаратини тавсия этиш.

Рр.: Caps. Lactazae 0,15

D.t.d.N 50

S.: Кўкрак сути билан бирга ҳар овқатлантиришдан олдин ичириш: 1 капсула олдиндан 5-10 дақиқа давомида 100 мл соғилган кўкрак сутида эритиб берилади.

## Вазиятли масала 12

**Ўғил бола, 5 ойлик.** Профилактик кўрувда она боланинг безовталаниши, бошининг энса соҳасида сочининг тўкилиши ва терлашига (уйқудан турганидан сўнг ёстикнинг намланиб қолиши) шикоят қилди. *Ҳаёт анамнези:* патологиясиз кечган 1-ҳомиладорликдан, бўй узунлиги 53см, вазни 3600г билан ноябр ойида туғилди, Апгар шкаласи бўйича 8-10 баллга баҳоланган. 5-куни туғруқхонадан чиққан. Кўкрак сути билан эмизиб боқилади, олма шарбати ичади. 3 ойлигида қон тахлилида Э -  $3,8 \times 10^{12}/л$ , Нб - 108 г/л. аниқланган. 3,5 ойлигида ЎРВИ билан оғриган, уйда даволанган, 2 ҳафта бола чўмилтирилмаган ва сайрга чиқмаган. 4 ойлигида қабулга



Рахит. Энса соҳасида сочи тўкилган

келмаган.

Бўйи - 70 см, вазни - 8600 г. Бола қизиқиш билан атрофни кузатади, мулойим мурожаат қилганда кулади, ўйинчоқ таклиф қилганда қўлига олади, узоқ гу-гулайди, чалқанча ётганида қорнига ўгирилади.

*Объектив кўрувда:* аҳволи қониқарлига яқин. Териси рангпар, нам, тери ости ёғ қавати етарлича ривожланган, мушак гипотонияси аниқланади. Бошининг шакли қийшиқ, ўнг томонда яссиланган, энса соҳасида сочи тўкилган, катта

лиқилдоғи  $1,5 \times 1,5$  см, қирралари эгилувчан. Кўкрак қафаси ён томондан эзилган. Ўпкада пуэрил нафас, юрак тонлари аниқ, ритмик. Қорни бироз катталашган, гипотоник. Жигари +1,5 см га қовурға ёйидан чиққан. Нажаси ва пешоби равон.

### Саволлар:

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Ушбу ҳолатнинг ривожланишига сабаб нима?
2. Ташхисни аниқлаш учун қандай текширувлар ўтказиш лозим?
3. Кейинги эпикриз муддатига тавсияларни белгиланг.
4. Медикаментоз даво тавсия этинг.
5. Овқатланишини коррекция қилинг. 1 кунлик таомномани тузинг.

### Жавоблар:

1. **Асосий ташхис: витамин D-танқислиги, рахит II, ўткир кечиши, гуллаш даври, ўрта оғирликда** - остеомаляция синдроми асосида: бошнинг қийшиқлиги, лиқилдоқ қирралари ва бош суяги чокларининг эгилувчанлиги,

кўкрак қафаси ён томондан эзилган; мушак гипотонияси; вегетатив асаб тизими бузилишининг устунлик қилиши: безовталиқ, кўп терлаш, натижада тер терисини таъсирлайди, қичишади, энса соҳасида соч тўкилиши асосида кўйилган. **Йўлдош ташхис: танқислик камқонлигининг I даражаси** - тери рангпарлиги, қонда Hb нинг камайиши асосида кўйилган. Рахитнинг ривожланиши сабаблари: ноябр ойида туғилиши (витамин D ни қўллаш ҳақидаги мълумотлар мавжуд эмас), ўтказилган ЎРВИ, натижада кун тартибига риоя қилиш бузилган – чўмилтирмаган ва сайрга чиқмаган.

2. Кўшимча текширувлар: УҚТ ва УПТ, Са, Р, ишқорий фосфатаза (ИФ), темир комплексини аниқлаш.

3. сайр қилиш; ҳар куни чўмилтириш; табиий овқатлантиришни сақлаб қолган ва қўллаб-қувватлаган ҳолда ёшга кўра овқатлантириш, ёшига мос равишда кўшимча овқатни киритиш; қон ва пешоб тахлили. Профилактик эмлаш режаси: рахит ва камқонликнинг реконвалесценция давригача 1 ойга тиббий чеклаш, сўнгра календар бўйича эмлашни олиб бориш.

4. D3 витамини, таркибида темир сақлаган препарат билан медикаментоз давони олиб бориш.

Rp.: Sol. Colecalciferoli 10,0

D.S.: 4 ҳафта мобайнида ҳар куни 2000 ХБ, яъни 4 томчидан ичириш, сўнгра 2 йил давомида профилактик дозага 500 ХБ (1 томчи) ўтказиш. 3 ёшида 500 ХБ дан фақат қиш ойларида қабул қилиш.

Rp: Gtt. Ferrici hydrochloride polymaltosate 30,0

D.S.: Гемоглобин миқдори меъёрлашгунча 10 томчидан ичириш.

5. Овқатланишни коррекция қилиш: 5 ойлигида темирга бой бўлган бўтқалар, сабзавот ва мевалар пюреси киритилади, 6,5 ойлигида гемоглобин миқдорининг камайганлигини ҳисобга олиб, қиймаланган гўштни қўшиш мумкин.

### **Вазиятли масала 13**

**Қиз бола, 8 ойлик.** Профилактик кўрувда онаси боланинг рангпарлиги (5 ойлигидан кузатилган), холсизлиги, иштаҳасининг пастлигига шикоят қилди.

*Ҳаёт анамнези:* 2-ярмида камқонлик фонида гестоз билан кечган 2-хониладорликдан. Иккинчи муддатига бўлган туғруқ, туғилгандаги тана вазни- 2900 г, бўй узунлиги - 48 см. 3 ойлигидан сунъий овқатлантиришда, кўшимча овқатдан шарбатлар ва мева пюреси киритилган. *Объектив*

*кўрувда:* аҳволи ўрта оғирга яқин. Тана вазни - 7500 г, бўй узунлиги - 70 см.

Тери қоплами ва шиллиқ қаватлари рангпар. Тери ости ёғ қавати қоринда +1

см, мушак гипотонияси. Ўпкада пуэрил нафас. НС- дақиқасига 31 марта.

Юрак тонлари аниқ, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади, ЮҚЧ -

дақиқасига 120 марта. Жигари +3,0 см га қовурға ёйидан чиққан, қора талок

пайпасланмайди. Нажаси ва пешоби равон. УҚТ: эритроцит -  $3,8 \times 10^{12}/л$ ;

гемоглобин - 95 г/л; гематокрит - 32,3%; эритроцитларнинг ўртача хажми -64 fl; эритроцитда гемоглобиннинг ўртача миқдори -22 pg; эритроцитда гемоглобиннинг ўртача концентрацияси - 31 г/л; лейкоцит -  $7,3 \times 10^9$ /л; нейтрофил- 20%; лимфоцит- 76%; эозинофил- 3%; моноцит- 1%; ЭЧТ - 5 мм/с.УПТ: оч сариқ рангда; нисбий зичлиги - 1015; оксил - 0; лейкоцит-кўрув майдонида 10-15 та; эритроцит- кўрув майдонида 0–1та.

### **Саволлар:**

1. Саломатлик гуруҳини аниқлаш ва ташхисни асослаш билан соғлиғини комплекс баҳолашни олиб боринг.
2. Касалликнинг патогенези қандай? Қўшимча лаборатор текширувларни тавсия этинг.
3. Овқатланишни коррекциясини олиб боринг
4. Даво тавсия этинг, рецепт ёзинг.
5. Болани поликлиникада кузатиш бўйича тавсияларни айтинг.

### **Жавоблар:**

1. ЖР ўртача, уйғун [бўйи — 70 см (25–75 перц.), тана вазни - 7500 г (25–75 перц.); ёшга кўра вазни 25–75 перц.]. **Асаб-рухий ривожланиши I гуруҳ III даража. Резистентлиги юқори. Аъзо ва тизимларнинг функционал ҳолати бузилган. Саломатлик гуруҳи IIБ. Енгил даражадаги гипохром темир танқислиги камқонлиги астеник синдром** асосида: холсизлик, иштаҳанинг пастлиги; анемик синдром: юрак чўққисида систолик шовқин, қон тахлилидаги оғишлар: Э-  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Hgb - 95 г/л, РК - 0,75 гематокрит, эритроцитда Hgb нинг ўртача хажми, миқдори ва концентрацияси-гипохромия; ўртача ифодаланган мушак гипотонияси ва гепатомегалия асосида қўйилган.
2. Ҳомиладорликнинг 2-ярмида гестоз ва камқонлик - темир танқислигига асос бўлади. Сунъий овқатлантиришга ўтказиш билан ҳаётининг 1-йилида метаболик жараёнларнинг юқори даражадаги интенсивлиги ва қўшимча овқатни ўз вақтида киритмаслик темирнинг антенатал захирасининг тезда камайишига олиб келган. Қўшимча текширувлар: ретикулоцитлар, зардобдаги темир, қон зардобининг умумий темирни боғлаш қобилияти, ферритин, трансферрин билан тўйиниш коэффициенти; УПТ ни такрорлаш.
3. Секин-аста гўшт ва сабзавот пюреси, темирга бой тайёр бўтқаларни киритиш. Оксилларга бўлган талаб - 2,6 г/кг, ёғлар - 6,0 г/кг, углеводлар - 13 г/кг. Витамин D3 500 ХБ соат 1000 да.
4. *Медикаментоз даво:*  
Rp.: Gtt. Ferrici hydroxide polimaltasate - 30,0 in fias.  
D.S.: кунига 10 томчидан 6 ҳафта давомида, кейин 4 томчидан 3 ҳафта давомида.
5. Саломатлик гуруҳи IIБ да диспансер кузатув: ойига 2 марта педиатр кўруви, ҳар 6 ойда текшириш билан УҚТ баҳолаш - ойига 1 маҳал, 1 йил

давомида - 3 ойда 1 марта. Қизил қон кўрсаткичлари, зардобдаги темир, трансферрин билан тўйиниш коэффициенти, қон зардобининг умумий темирни боғлаш қобилияти, ферритин 1 йил давомида меъёрлашганда ҳисобдан ўчирилади, бироқ Hgb меъёрлашгандан сўнг яна 6 ой камқонлик бўйича хавф гуруҳида бўлиши лозим. Агар камқонлик ферротерапияга рефрактер бўлса гематолог маслаҳатига юборилади.

#### **Вазиятли масала 14**

Қиз бола, 8 ой 18 кун. Режадаги профилактик кўрув. *Ҳаёт анамнези:* 1-ҳомиладорликдан, биринчи туғруқ, меъёрида кечган. Туғилгандаги тана вазни - 3400 г, бўй узунлиги - 52 см. туғруқхонадан 5-куни чиққан. Кўкрак сути билан боқилади. Қўшимча овқат ўз вақтида киритилган. Календар бўйича эмланган. Касал бўлмаган. Бўйи - 72 см, тана вазни - 8500 г. Иккала қўлидан ушлаганда юради; ўйинчоқларини ўйнайди; ўз исмини билади, “қани” деган саволга ўйинчоқлар орасидан кераклисини топиб беради; пиёладан суюқликни ича олади. *Объектив кўрувда:* аҳволи қониқарли. Тери қоплами ва шиллиқ қаватлари тоза, физиологик тусда, тери ости ёғ қавати киндик соҳасида +2,5 см. катта лиқилдоғи 1,5×1,5 см, кирралари зичлашган. 4 та тиши чиққан. Ўпкада пуэрил нафас эшитилади, НС -дақиқасига 32 марта. Юрак тонлари ритмик, аниқ, ЮҚЧ - дақиқасига 120 марта. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигари қовурға ёйидан +1,5 см чиққан, қора талоқ пайпасланмайди. Нажаси кунига 2 маҳал, бўтқасимон, Пешоби равон.

#### **Саволлар:**

1. 9 ойда боланинг ривожланиш тарихида ёзувни шакллантиришнинг хусусиятларини айтинг (1, 3, 6 ва 12 ойда ҳам).
2. ЖР ни перцентил диаграммалари ва формуласи бўйича баҳоланг. АРР ни баҳоланг.
3. Саломатлик гуруҳини аниқлаш билан хулосани шакллантиринг.
4. Кейинги эпикриз муддатига тиббий тавсиялар ва вакцинация қандай бўлади?
5. Овқатланиш бўйича тавсияларни айтинг

#### **Жавоблар:**

1. Эпикриз муддатларида (1, 3, 6, 9, 12 ой) касаллик тарихида бола соғлиғи ҳолати комплекс баҳоланади (онтогенез, ЖР, АРР, резистентлиги, аъзо ва тизимларнинг функционал ҳолати, сурункали касалликлар ёки туғма нуқсонлар мавжудлиги баҳоланади). Шифокор боланинг саломатлик гуруҳи ҳақида хулоса чиқаради.
2. Бўйи - 72 см (75–90 перц.), тана вазни - 8500 г (25–75 перц.); ёшга кўра вазни- 25–75 перц. ЖР бўйича хулоса: бўйи ўртадан юқори, уйғун. АРР - I гуруҳ III даража.

3. Соғлом. Саломатлик гурухи I, чунки онтогенез, ЖР, АРР, резистентлиги ва аъзо ва тўқималарнинг функционал ҳолатида оғишлар йўқ.

4. 12 ойликда соғлом бола диспансеризацияси: невролог, хирург, стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог, психиатр кўруви; УҚТ, УПТ, ЭКГ. 12 ойда қизамиқ, қизилча ва эпидпаротитга эмлаш.

5. Гўштли таомни фрикаделькалар кўринишида бериш мумкин, бу боланинг рационини турли-туман қилади ва чайнаш кўникмаларининг шаклланишини стимуллади. Оқсилларга бўлган талаб - 2,6 г/кг, ёғлар - 6 г/кг, углеводлар - 13 г/кг. Витамин D3 500 ХБ соат 10°да.

### Вазиятли масала 15

Ўғил бола, 11 ойлик. Касаллик анамнези: ижтимоий кам таъминланган оиладан бўлган бола териси рангпарлиги, тана вазни танқислиги, холсизлиги сабаб маҳаллий шифокор-педиатр томонидан стационарга юборилган. *Ҳаёт*



*анамнези:* камқонлик фонида кечган 4-ҳомиладорликдан; она ҳисобга турмаган, оилада учта кичик фарзанди бор. Туғилгандаги тана вазни- 3500 г, бўй узунлиги - 51 см. 3 ойлигидан бошлаб сутли аралашма билан сунъий овқатлантиришда, 5 ойлигида гуручли бўтқа бера бошлаган. Мева шарбатлари ва сабзаёт ва гўштли пюре бермаган.

Рахит профилактикаси олиб борилмаган. *Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир. Тана вазни - 8600 г, бўй узунлиги - 71,5 см. териси рангпар, куруқ. Мушак гипотониси. Энсa соҳаси яссиланган, пешона дўнглари пайпасланади, найсимон суякларнинг эпифизлари қалинлашган. Кўкрак қафаси бочкасимон (“ён томондан эзилган”), қовурға тасбеҳлари, кўкрак кифози аниқланади, Гаррисон эгатчалари. Ўпкада пуэрил нафас, НС - дақиқасига 29 марта. Юрак чегаралари: юқори -II қовурға даражасида, ўнг - ўнг парастернал чизикдан бироз ичкарида, чап - ўрта ўмров чизигидан 2 см ташқарида. Юрак тонлари аниқ, юрак чўққисида систолик шовқин эшитилади. ЮҚЧ - дақиқасига 110 марта. Қорни катталашган, қорин мушаклари тармоқланган, киндик чурраси аниқланади. Жигари +4 см қовурға ёйидан чиққан, қора талоқ қирраси пайпасланади. Нажаси ва пешоби равон.

УҚТ: Э-  $3,1 \times 10^{12}/л$ ; Hgb - 82 г/л; лейкоцит-  $10 \times 10^9/л$ ; нейтروفил-25%; Т/я - 2%; лимфоцит- 63%; базофил-1%; эозинофил- 2%; моноцит- 7%; ЭЧТ - 22 мм/с.

**Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Қўшимча текшириш режасини тузинг. Биокимёвий текширувларда қандай ўзгаришларни кутиш мумкин?
3. Асосий ва йўлдош касалликларнинг патогенези қандай? Нима учун жигари ва қора талоқ катталашган?
4. Овқатланишни коррекцияси билан давони тавсия этинг.
5. Боланинг диспансер кузатуви ва олиб бориш режасини тузинг.

### **Жавоблар:**

1. **Асосий ташхис: витамин D-танқислиги, рахит II–III даражаси, рецидивланувчи кечиши, авж олган даври. Йўлдош ташхис: II даражали гипохром танқислик камқонлиги. ОЭЕ нинг I даражаси.** Рахит ташхиси остеоид гиперплазия синдромининг бирга келиши асосида қўйилган: пешона дўнглари ифодаланган, найсимон суяклар эпифизлари, қовурға тасбеҳлари қалинлашган; остеомаляция: энсанинг яссиланганлиги, кўкрак қафаси ён томондан “эзилган”, кўкрак кифози, Гаррисон эгатчаси; мушак гипотонияси: қорни катталашган, киндик чурраси; гепатоспленомегалия: жигари +4 см қовурға ёйидан чиққан, қора талоқ қирраси пайпасланади. Танқислик камқонлиги - астеник ва анемик синдромлар асоси: гипохромия (РК=0,79), ўрта оғирликда, микроцитоз, анизоцитоз. ОЭЕ: бўйи ўртадан паст (10–25 перц.), II даражали вазн танқислиги (3–10 перц.), уйғун (вазнинг бўйга нисбати - 10–25 перц.).
2. Қоннинг биокимёвий тахлили: умумий оқсил ва унинг фракциялари, Са, Р, И Ф, зардобдаги темир, қон зардобининг умумий темирни боғловчи қобиляти, трансферрин билан тўйиниш коэффициенти, ферритин. Пешоб ва нажас тахлили. Билак рентгенограммаси. ЭКГ. Қон зардобида паратгормон, кальцитонин, витамин D3 даражаси. Са (N=2,2–2,7 ммоль/л) Р нинг камайиши (N=1,5– 1,8 ммоль/л), ИФ (N= 400 ЕД/л) ва паратгормоннинг ошиши, кальцитониннинг пасайиши.
3. D3 витаминининг етишмаслиги эпителийда Са-боғловчи ва Са – ташувчи оқсилларининг ишлаб чиқарилишини стимуллаб, Са ва Р нинг фаоллашишига жавоб берувчи D3 нинг метаболити бўлган кальцитриол синтезининг пасайишига олиб келди. Бунинг оқибатида Са ва Р нинг ичакда сўрилиши ва буйракнинг каналчалар эпителийсида Са ва Р нинг реабсорбцияси пасаяди, бу, қўллаш нуқтаси суяк тўқимасининг резорбцияси ва суякларнинг деминерализациясига сабаб бўлувчи остеокластлар бўлган, паратгормоннинг фаоллашувига имкон яратувчи гипокальциемияга олиб келади. Рахитда Кребс циклининг бузилиши кокарбоксилазанинг етишмовчилиги ва ацетилхолиннинг ҳосил бўлишига олиб келади: нерв импульсининг ўтказувчанлиги бузилади, бу мушаклар гипотонияси, диафрагманинг бўшашишига олиб келади. Қон айланишининг нокардиал омилларининг бузилиши веноз оқимини қийинлаштиради, бу эса жигарда қоннинг димланиши ва унинг, жумладан қора талоқ ўлчамининг

катталашишига олиб келади. Моддалар алмашинуви барча турларининг бузилиши (оқсил, ёғ, углевод, витаминлар, темир) ОЭЕ, гипохром камқонликка олиб келади.

4. Очиқ ҳавода етарлича сайр қилиш: 2 соатдан кунига камида 2 марта, кундузи очиқ ҳавода ухлаш. Овқатланишни коррекция қилиш: секин-аста гўштли фарш, витамин, темир ва бошқа микроэлементлар билан бойитилган бўтқа, сабзавот шюresi ва б. ларни киритиш. Оқсилларга бўлган талаб -29,8 г/сут; ёғлар -56,6 г/сут; углеводлар -133,9 г/сут. Озуқанинг энергетик қиммати- 1133 ккал.

*Медикаментоз терапия:*

Rp.: Gtt. Ferrici hydroxide polimaltasate - 30,0 in fias.

D.S.: 8 ҳафта давомида кунига 10 томчидан, сўнгра 3 ҳафта давомида 4 томчидан ичириш.

Rp.: Sol. Colecalciferoli 10 ml

D.S.: 30 кун давомида 4 томчидан (2000 ХБ) кунига 1 марта, кейин дозани 1 томчигача (500 ХБ) камайтириш 2 йил давомида, ҳаётининг 3-йилида- 500 ХБ қиш ойларида ичириш.

Rp.: Tabl. Calcii gluconatis 0,5

D.t.d.N 20

S.: 3 ҳафта мобайнида кунига 1/3 таблеткадан овқатдан кейин ичириш.

Номедикаментоз терапия: медикаментоз терапия бошланганидан сўнг 2 ҳафтадан кейин: даволовчи жисмоний тарбия комплекси, массаж, бальнеодаволаш: тузли-қарағай ванналари ҳафтасига 2–3 марта 10 дақиқа давомида (10 л сувга 50–100 г туз, қарағай концентрати 10 л сувга 10 мл) N15–20.

5. Саломатлик гуруҳи ИБ да 3 ёшгача диспансер кузатуви: белгиланган муддатларда боланинг ёшига мувофиқ равишда педиатр кўруви; невролог, хирург, стоматолог, ЛОР, офтальмолог, кўрсатма бўйича - ортопед маслаҳати; Лаборатор текширувлар: УҚТ 1 йил давомида ҳар 3 ойда 1 марта, сўнгра йилига 2 марта; Сулкович синамаси ҳаётининг 1-йилида ҳар ойда, 2-йилида- ҳар кварталда ва 3-йилида -1 марта, қонда глюкозани аниқлаш, ЭКГ. Профилактик эмлашлар даво бошлангандан сўнг 2-3 ҳафтадан кейин олиб борилади.

## **Вазиятли масала 16**

**Ўғил бола, 2 ёш 3 ойлик.** Шикоятлари: куруқ йўтал, ҳансираш, тана ҳароратининг 38,6°C гача кўтарилиши; касаллик 2 кун аввал ўткир бошланди, бироқ 3-куни ҳансираш пайдо бўлганидан сўнг шифокорга мурожаат қилдилар. Ҳаёт анамнези: меъёрида кечган 1-ҳомиладорликдан, муддатида тукқан, туғилгандаги тана вазни - 3300 г, бўй узунлиги - 51 см. 1 ёш 7 ойлигида болалар боғчасига боришни бошлагандан сўнг йилига 5-6

марта ЎРВИ билан оғриган; ҳансираш биринчи марта кузатилди. Обьектив кўрувда: аҳволи ўрта оғир, тана ҳарорати 37,0°C. Териси рангпар, бурун-лаб учбурчагида цианоз. Бурундан нафас олиши қийинлашган, бурундан шиллиқли ажралма келади, томоқнинг орқа девори гиперемияланган. Нафас олишда ёрдамчи мушаклар иштирок этади. Ўпкада қутичасимон перкутор товуш эшитилади. Аускультацияда нафас чиқаришнинг узайиши билан тарқоқ қуруқ ва турли калибрдаги нам хириллашлар эшитилади. НС - дақиқасига 40 марта. Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 126 марта. Қорни юмшоқ, жигари +1,5 см қовурға ёйдан чиққан. Нажаси ва пешоби равон.

УҚТ: эритроцит-  $3,5 \times 10^{12}/л$ ; Hgb - 85 г/л; лейкоцит-  $4,9 \times 10^9/л$ ; тромбоцит-  $180 \times 10^{12}/л$ ; ретикулоцитлар — 6%; нейтрофил-48%; Т/я - 2%; лимфоцит- 38%; базофил- 1%; эозинофил- 3%; моноцит- 8%; ЭЧТ - 19 мм/с.

### **Саволлар:**

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Қандай қўшимча текширув усуллари зарур?
3. Давони тавсия этинг
4. Рецепт ёзинг.
5. Ҳаётининг 3-йилида диспансер кузатув режасини тузинг.

### **Жавоблар:**

1. **Асосий ташхис: ўткир обструктив бронхит, ДНІ–II.** Ташхис касалликнинг ривожланиши асосида қўйилган: 2 кундан бери касал, ҳансираш 3-куни пайдо бўлди, илгари кузатилмаган. Клиник маълумотлар асосида қуйидаги синдромлар аниқланди: умумий инфекцион-интоксикацион синдром: тана ҳароратининг 38,6°C гача кўтарилиши; тери рангпарлиги, аҳволи ўрта оғирликдаги; УҚТ да - ЭЧТ бироз ошган, лимфоцитоз билан лейкопения; катарал синдром: тез-тез қуруқ йўтал; бурнидан шиллиқли ажралма келиши, томоқнинг орқа девори гиперемияланган; бронх-обструктив синдром: бурун-лаб учбурчагида цианоз, тахипноэ (НС - дақиқасига 40 марта), нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши, узайган ҳуштаксимон нафас чиқариши, ўпкада қутичасимон перкутор товуш, аускультацияда тарқоқ қуруқ ҳуштаксимон ва нам хириллашларнинг эшитилиши; нафас етишмовчилиги синдроми (НЕ) I–II даражаси: экспиратор ҳансираш, тинч турганда тахипноэ. **Йўлдош ташхис: танқисликдаги гипохром камқонликнинг II даражаси** -анемик синдром асосида: гипохромия (РК=0,7), норморегенератор (ретикулоцитлар меъёрида), ўрта оғир даражаси (Э ва Hgb миқдори бўйича), микросфероцитоз, пойкилоцитоз, анизоцитоз.

2. Тўғри проекцияда кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенологик текшируви; сезгирликни аниқлаш билан имкони борича балғамнинг бактериологик экмаси; яширин бронхоспазмни аниқлаш учун тест ўтказиш; С-реактив оқсил, зардобдаги темир, трансферрин билан тўйинганлик

коэффициенти, қон зардобининг умумий темирни боғловчи қобилияти, қон зардобидаги ферритин, иммуноглобулин Е (IgE) миқдори, вирусологик текширув.

3.Тартиб: ўткир даврида ётоқ тартиби; стол № 15.

*Медикаментоз даво.*

4.Rp.: Aер. Ipratropii bromidi+Phenoteroli - 15 ml

D.S.: ҳансираш йўқолгунича спейсер орқали 1ингаляциядан кунига 3 марта.

Rp: Sir. Ambroxoli - 100,0

D.S.: 2,5 мл дан кунига 3 марта овқатдан кейин 2 ҳафта давомида.

Rp.: Sir. Fenspiridi - 150,0

D.S.: 1 ош қошиқдан кунига 2 марта овқатдан кейин, курс 10 кун.

Rp: Gtt. Ferrici hydroxide polymaltosate - 50 ml D.S.: кунига 15 томчидан 1,5 ой давомида

5. Саломатлик ПБ гуруҳида диспансер кузатуви. Педиатр - йилига 2 марта; хирург, ортопед, ЛОР, окулист, невропатолог, стоматолог, ортопед, болалар урологи-андрологи, психиатр - йилига 3 марта; УҚТ, УПТ, қонда глюкоза миқдорини текшириш. ЎРВИ профилактикаси учун Бронхо-Ваксом уч курсини ўтказиш лозим - 3 ҳафталик танаффус билан 1 капсуладан эрталаб №10. Камқонлик бўйича қисқа муддатли диспансеризация - УҚТ 2 ҳафтада 1 марта, сўнгра ойига 1 марта, темир комплекси; Қонда эритроцит ва Нв меъёрлашгандан сўнг темир сақлаган препаратларни ярим дозада 1 ой давомида тавсия этиш. Ҳар йили грипга қарши вакцинация олиш; агар жорий йилда полиомиелитга қарши вакцинация олмаган бўлса, соғайгандан сўнг 1 ойдан кейин эмлаш.

Оқсилларга бўлган талаб - 36–53 г/сут; ёғлар - 36–53 г/сут; углеводлар - 174–212 г/сут; озуканинг энергетик қиммати- 1200–1540 ккал. Витамин D3 500 ХБ.

### **Вазиятли масала 17**

**Ўғил бола, 2 ёш.** Тана ҳароратининг 37,3°C га кўтарилиши ва чап қулоғи атрофида шиш пайдо бўлгани сабаб шифокорни уйга чақиришди. Бола 9 кун аввал паротитга қарши эмланган, ундан 1 ой аввал эса ЎРВИ билан оғриган.

*Ҳаёт анамнези:* ҳаётининг 1-йилида атопик дерматитнинг симптомлари кузатилган. Индивидуал календар бўйича эмланган; АКДС, полиомиелит ва қизамиққа қарши эмлашни яхши қабул қилган. Обьектив кўрувда: аҳволи қониқарли. Териси тоза, томоғининг орқа девори бироз қизарган. Пайпаслаб кўрилганда лимфа тугунлари катталашмаган, чап томонда қулоқ атрофи сўлак беши шишган, устидаги тери бурмаси қалинлашган. Ички аъзолар ўзгаришсиз. Менингеал белгилар аниқланмайди. Нажаси ва пешоби равон.

**Саволлар:**

1. Ташхисни шакллантиринг. Санэпидстанцияга шошилинч хабар бериш керакми?
2. Оториноларинголог кўрувидан ўтиш зарурми? Болада аниқланган ўзгаришларни қиёслаш керак бўлган касалликларни санаб беринг.
3. Даво тавсия этинг, рецепт ёзинг.
4. Болага бошқа эмлашлар учун тиббий чеклов тайинланадими?
5. Эпидемик паротитга қарши эмлашда қандай асоратлар кузатилиши мумкин? Эпидемик паротитга қарши эмлашни қайси вакциналар билан бирга олиб бориш мумкин?

#### **Жавоблар:**

1. **Умумий ўзига хос суствакцинал реакция. Эпидемик паротитга қарши эмлашни юборишга маҳаллий суствакцинал реакция.** Шошилинч хабар бериш талаб этилмайди, чунки суствакцинал реакция суствакцинал даврнинг патологияси бўлиб ҳисобланмайди, суствакцинал реакция кузатилган болалар эса атрофдагилар учун юқумли эмас.
2. Шағ ости лимфаденити, кулоқ атрофи безининг носпецифик яллиғланиши, тармоқчаларнинг тошлар билан тўсилиб қолиши, дифтериянинг токсик шаклида бўйин клетчаткасининг шиши билан дифференциал ташхисни олиб бориш учун оториноларинголог кўруви зарур.
3. Уй шароитида болани олиб бориш: боланинг уйига фаол ташриф уюштириш, тартибга кўра тавсияларга амал қилиш. Овқатланиш миқдори - 5 (стол № 15), кундузги уйқу - 1, 2–3 соат давомида, тунгу уйқу- 10–11 соат.  
*Медикаментоз даво:*
4. Rp.: Tabl. Paracetamoli 0,2  
D.t.d. N 10  
S.: 1/2 таблеткадан ичириш, ҳарорати 38,5°C дан юқори бўлганида.  
Rp.: Tabl. Chloropyramini 0,025  
D.t.d. N 10  
S.: 1/4 таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан кейин 5 кун.
5. Ўткир касаллик бўлган ҳолатларда тиббий чеклов тайинланади. Вакцинация антигистамин препаратларни қабул қилиш фонида олиб борилади. Даволовчи-соғломлаштируви тадбирлар: тартибга риоя этиш, агар мактабгача муассасага борадиган бўлса 1 ойгача енгиллаштирилган жисмоний тарбия гуруҳига, кейин – асосий гуруҳга ўтказилади. Ёшига кўра овқатлантириш. Чиниқтириш (ҳаво ванналари, куёш нурида чиниқтириш), массаж, ҳар куни 3,5–4 соатдан сайрга чиқиш.
6. Аллергик реакциялар, асаб тизимининг шикастланиши, эмлаш билан боғлиқ касалликлар. Паротитга қарши вакцинани қизамиқ ва қизилча вакциналари билан бирга қўллаш мумкин.

## Вазиятли масала 18

**Қиз бола, 6 ёш,** тинимсиз қайт қилиши сабабли касалликнинг иккинчи кунида юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилди. *Касаллик анамнези:* 4 ёшлигидан бери вақти-вақти билан тинимсиз қайт қилади. Қусиш бирдан юзага келади, бир неча соатдан 2-3 кунгача давом этади, оғзидан ацетон ҳиди келади. Хуруж сабабини ёғли овқат қабул қилиши ёки оч қолиши билан боғлайдилар. Бола плацентар етишмовчилик фонида кечган 2-хониладорликдан. Иккинчи туғруқ, муддатида, мустақил кечган. Туғилгандаги тана вазни- 3100 г, бўй узунлиги- 52 см. Ҳаётининг 1-йилида кам вазнлик кузатилган, АРР меъеридан юқори бўлган.

Эрта гапира бошлади ва нуткида мураккаб фразалардан фойдаланарди, 3 ёшлигида мустақил ўқий олар эди, эшитган ҳикояларини эса яхши сақлаб қолар ва қайта гапириб бера оларди. Шу билан бирга қизча инжиқ, кўпинча ўжар бўлиб, катталар танбеҳига ноадекват жавоб қайтарар эди, тунги энурез, спастик қабзиятдан азият чекади. Онаси томонидан бувисида - подагра.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, холсиз. Кам овқатланиш ва астеник тана тузилишига эга. Териси ва шиллик қаватлари рангпар, куруқ, тўқималар тургори ва мушак тонуси пасайган. Оғзидан ацетон ҳиди келади. Ўпкасида везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари бўғиқлашган, ЮҚЧ - дақиқасига 110 марта. Қорни юмшоқ, пайпасланганда оғриқсиз, жигари +0,5 см қовурға ёйидан чиққан. Сутка давомида ахлати келмади.

УҚТ: эритроцит-  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; Нв - 128 г/л; лейкоцит-  $8,0 \times 10^9/л$ ; эозинофил- 2%; Т/я - 2%; нейтрофил- 46%; лимфоцит- 42%; моноцит- 8%; ЭЧТ - 8 мм/с.

УПТ: тиниқ, оч сариқ рангда; оксил, қанд - манфий; кетон таначалари - 10 ммоль/л; лейкоцит- 3 та кўрув майдонида.

ЭКГ: синусли тахикардия, ЮҚЧ- дақиқасига 112 марта.

Динамикада аҳволи тезда яхшиланди, ўткир ичак инфекцияси инкор этилганидан сўнг 3-куни уйга жавоб берилди.

### Саволлар:

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Прогнози қандай ва ушбу патологиянинг патогенетик моҳияти нимадан иборат?
2. Қандай қўшимча текширув усулларини ўтказиш зарур?
3. Лаборатор текширув маълумотларини баҳоланг.
4. Шошилиш ёрдам тадбирларини айтинг.
5. Поликлиника шароитида ушбу ҳолатнинг профилактикаси ва кузатуви нимадан иборат? Прогнози қандай?

### Жавоблар:

1. **Нерв-артритик диатез. Циклик ацетонемик қайт қилиш синдроми.** Ташхис ЖР нинг хусусиятлари (ўрта даражада орқада қолиши), АРР нинг жадал тезлашгани, неврастеник синдром, спастик синдром, шунингдек “оғзидан ацетон ҳидининг келиши” билан кечувчи қайт қилишнинг

стереотип эпизодлари асосида қўйилган. Прогнози ижобий. Кейинги ёш даврларида атеросклероз, гипертония касаллиги, подагра, моддалар алмашинувининг бузилиши сабаб артритлар, қандли диабет, семизлик, ўт-тош касаллиги ва сийдик-тош касаллигининг ривожланиши хавфи мавжуд. Шу боисдан пурин алмашинувининг аниқланган бузилишларини тузатиш алоҳида аҳамиятга эга.

2. Моддалар алмашинувининг асосий кўрсаткичлари, жумладан сийдик кислотаси, қонда қанд миқдори ва амилазани аниқлаш билан, қоннинг биокимёвий тахлили.

3. Қон тахлили кўрсаткичлари ёшга доир меъёрларга мос келади. УПТ - кетонурия.

4. Орал регидратация [эритмани ҳар 10–15 мин да 1–2 ч. қ. (ош қ.) (Регидрон), декстроза (Глюкоза) 5% ли, газсиз ишқорий минерал сув, компот,]. Орал регидратациядан ижобий самара бўлмаганида т/и га инфузион терапияни қўллаш - кунига 50–60 мл/кг (1/3 коллоид ва 2/3 кристаллоид эритмалар); 2% ли содали клизма (тозаловчи клизмадан сўнг); метоклопрамид (Церукал) - 0,5 мл м/о (ёшига 0,1 мл миқдорда, бироқ м/о га 1 мл дан кўп эмас).

5. Парҳез: Певзнер бўйича стол №6, кун тартибини меъёрлаштириш, седатив терапия, гепатопротекторларнинг ҳар кварталда 1 курсини ўтказиш (урсодезоксихолат кислотаси, эссенциал фосфолипидлар), метаболик терапия [левокарнитин (Элькар), ифодаланган урикемияда - аллопуринол ва сийдик кислотаси даражасини меъёрлаштирувчи бошқа препаратлар. Бола саломатлигининг II гуруҳида диспансер кузатувга муҳтож: педиатр ва тор мутахассислар кўруви, белгиланган муддатларда УҚТ, УПТ, бироқ кетон таначалари, уратурия, оксалатурия, шунингдек ЭхоКГ га назорат тахлиллари зарур.

## **Вазиятли масала 19**

**Қиз бола, 6 ёш.** Болалар боғчасида қизамикқа қарши ревакцинация ўтказилди. Эртаси куни – тана ҳарорати 37,5°C гача кўтарилди, йўтал ва бурун битиши кузатилди. Маҳаллий шифокор-педиатр ЎРВИ ташхисини қўйди ва симптоматик давони тавсия этди. 4–куни қизча боғчага чикди. Эмлашдан сўнг 12-куни яна тана ҳарорати 38,5°C гача кўтарилди, бурни битиб, йўтала бошлади, томоғида оғриқ ва қичимали тошма безовта қилди. *Объектив кўрувда:* Аҳволи ўрта оғир, ўрта даражадаги интоксикация симптомлари мавжуд. Юзи, танаси, оёқ-қўллари терисининг ўзгармаган фонида - қўшилган доғли-папулез тошмалар аниқланади. Вакцина юборилган жойда — диаметри 1см гача бўлган зичлашиш мавжуд. Конъюнктивада енгил гиперемия. Томоғининг орқа девори гиперемияланган, бодом безлари бўшашган, шишган, сариқ рангли караш билан қопланган.

Бўйин ва жағ ости лимфа тугунлари катталашган. Ўпка ва юрак томонидан патологиялар аниқланмади. Қорни юмшоқ, жигари +1 см қовурга ёйидан чиққан. Нажаси ва пешоби равон.

### **Саволлар:**

1. Ташхисни шакллантиринг. Санэпидстанцияга шошилиш хабар бериш керакми?
2. Қўшимча текширув олиб бориш керакми? Уйда қандай тактикани олиб бориш лозим?
3. Давони тавсия этинг, рецепт ёзинг.
4. Қандай даволаш-соғломлаштириш тадбирларини олиб бориш керак?
5. Қизамиққа қарши эмлашдан сўнг қандай асоратлар юзага келиши мумкин? Қизамиққа қарши эмлаш ўтказилганидан сўнг қанча муддатда бошқа вакциналарни юбориш мумкин?

### **Жавоблар:**

1. **Умумий специфик поствакцинал реакция. Қизамиққа қарши вакцинанинг юборилишига маҳаллий суст реакция.** Шошилиш хабар юбориш талаб этилмайди, чунки поствакцинал реакция поствакцинал даврнинг патологияси бўлиб ҳисобланмайди, поствакцинал реакция кузатилган болалар эса атрофдагилар учун зарарли эмас.

2. Педиатрнинг уйга фаол ташриф буюриши, даволаш ва тартиб бўйича тавсияларга амал қилиш. Қўшимча текширувлар ўтказилмайди.

3. Парҳез стол № 16; *Медикаментоз даво:*

Rp.: Tabl. Paracetamoli 0,2

D.t.d. N10

S: Тана ҳарорати 38,0°C дан юқори бўлганида 1 таблеткадан қабул қилиш.

Rp.: Sol. Xylometazolini 0,05% - 1 ml

D.S: 3 кун давомида ҳар бурун тешигига кунига 3 маҳал 1 томчидан томизиш.

Rp.: Sol. Miramistini 0,01% - 50 ml

D.S: 5 кун давомида томоққа 3 маҳал сепиш.

4. Овқатланиш тартибига риоя қилиш, 1 ой енгиллаштирилган жисмоний тарбия гуруҳига, кейин асосийга ўтказиш. Чиниктириш (ҳаво ванналари, куюш нурида чиниктириш), массаж, ҳар куни 3,5–4 соатдан сайрга чиқиш.

5. Аллергик реакциялар, МАТнинг шикастланиши (энцефалитлар, ўткирости склерозловчи панэнцефалит, мияча атаксияси, фебрил талваса). 1 ойдан сўнг қизилча ва эпидпаротитга қарши вакцинацияни ўтказиш мумкин.

### **Вазиятли масала 20**

**Ўғил бола, 12 ёш.** Шифокорни уйга чақиришди. 2 ҳафтадан бери бетоб, тана ҳароратининг 39°C гача кўтарилиши, катарал белгилар ифодаланган ЎРВИ билан оғриди, амбулатор шароитда даволанди, даво ижобий самара берди.

Кеча яна тана ҳарорати  $38,2^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилди, балғамнинг қийин ажралиши билан йўтал пайдо бўлди. *Объектив кўрувда:* аҳволи гипертермия ва интоксикация ҳисобига ўрта оғир. Болада озикланишнинг етишмовчилиги бор: тана вазни - 35 кг, бўйи 160 см. Иштаҳаси паст, суюқликларни яхши ичади. Териси рангпар, тери ости ёғ қавати тананинг барча қисмида деярли ривожланмаган. Периорбитал цианоз кузатилади. Шиллиқ қаватлари оч пушти рангда, тоза. Томоқнинг орқа девори пушти рангда, бодом безлари катталашмаган. Микрополиадения. Тана тузилиши – астеник.

Кўкрак қафаси тўғри шаклда, иккала ярми нафас олишда симметрик иштирок этади. Қовурға тасбеҳлари кўзга ташланади ва пайпасланади, перкуссияда – паравертебрал товушнинг тўмтоқлашиши кузатилади. НС - дақиқасига 18 марта. Дағал нафас, чап томонда курак бурчаги остида майда пуфакли нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бўғиқлашган, ЮҚЧ- дақиқасига 96 марта. Қорни юмшоқ, жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган. Ахлат келиши бузилмаган. Пешоби кўп ажралади.

### **Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. ЖР ни баҳоланг.
2. Бола шошилинич ёрдамга муҳтожми?
3. Даво тактикасини айтиб беринг, рецепт ёзинг. Қандай балғам кўчирувчи препаратлар сизга маълум?
4. Қўшимча текширув режаси қандай?
5. Болага кейинги диспансер кузатуви керакми? Қайси саломатлик гуруҳига киради? Тиббий тавсияларни санаб беринг.

### **Жавоблар:**

1. **Дастлабки асосий ташхис: Шифохонадан ташқари ўткир чап томонлама пневмония, ўрта оғир даражаси, НЕ<sub>0</sub>.** Ташхис қуйидаги синдромлар асосида қўйилган: токсикоз (тана ҳароратининг  $38,2^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, иштаҳасининг пасайиши, тери рангпарлиги, периорбитал цианоз); қуйи нафас йўллариининг локал шикастланиши (перкутор - паравертебрал соҳада товушнинг қисқарганлиги, аускультацияда дағал нафас, чап томонда курак бурчаги остида майда пуфакли нам хириллашлар); анамнез маълумотлари (2 ҳафтадан бетоб, тана ҳароратининг  $39,0^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, балғамнинг қийин ажралиши билан йўтал). Йўлдош ОЭЕ нинг III даражаси, бундан ташқари – ўтказилган рахитнинг қолдиқ ҳолатлари касалликнинг кечишини оғирлаштиради. ЖР бўйича хулоса: бўйи ўрта (25–75 перц.), III даражали тана вазнининг танқислиги ҳисобига кескин дисгармоник (3 перц. дан кам).

2. Иситмалашда шошилинич ёрдам - тана ҳарорати  $38,5\text{--}39,0^{\circ}\text{C}$  да - иситма туширувчи воситалар (парацетамол ёки ибупрофен).

3. Ётоқ режим №10, хонани шамоллатиш, касалликнинг 6-10 кунидан бошлаб сайрга чиқиш; парҳез одатдагидек ёки витаминларга бой бўлган

сутли- сабзавотли ва тузни чеклаш. 5–6 маҳал овқатлантириш, кўп суюқлик ичириш. Антибиотик билан даволаш биринчи ўринда туради:

Rp.: Tabl. Amoxicillini 0,2

D.t.d.N 20

S.: олдиндан сувда эритиб, 1 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатланиш вақтида ичириш, курс 10 кун.

Яллиғланишга қарши терапия:

Rp.: Sir. Fenspiridi - 150,0

D.S.: 1 ош қошиқдан кунига 2 маҳал овқатдан кейин, курс 10 кун.

Балғам кўчирувчи воситаларнинг таснифи: балғам кўчиришни стимулловчи ёки секретомотор воситалар: қизилмия илдизи, термопсис, бензоат натрий, эфир мойлари (эвкалипт, терпен) кўллаганда ошқозон шиллиқ қаватини таъсирлайди, бу ўз навбатида, узунчоқ миядаги йўтал ва қушиш марказларини таъсирлантиради; резорбтив таъсирга эга воситалар, бронхиал секретнинг суюқ қисми секрециясини кучайтиради, бу билан балғамни суюқлаштиради ва ажралишини енгиллаштиради: натрий йодид, калий йодид, аммоний хлорид, натрий гидрокарбонат; протеолитик ферментлар (трипсин, химотрипсин, химопсин, рибонуклеаза) гликопротеин комплексларда пептид алоқларни парчалайди, бу балғамнинг ёпишқоқлиги ва эластиклигини камайтиради; цистеин ҳосилалари (ацетилцистеин) шиллиқ гликопротеидларининг таркибига кирувчи оксиллар орасидаги дисульфид алоқаларни ажратади, бу тезда балғамнинг суюқлашишига олиб келади; мукорегуляторлар (бромгексин, амброксол) ўпка сурфактанти миқдорини оширади. Гликопротеидлар синтезини стимуллаш ҳисобига улар балғамнинг шиллиқли ва суюқ қисмининг миқдорини тенглаштиради.

Rp.: Tabl. Ambroxoli 0,03

D.t.d.N 20

S.: 1 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин ичиш, курс 10 кун.

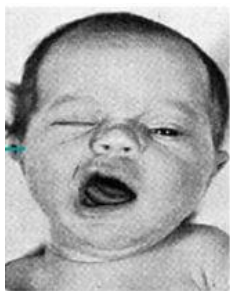
4. Кўкрак қафаси рентгенограммаси, УҚТ, УПТ, балғамнинг бактериологик экмаси.

5. Саломатликнинг II гуруҳида диспансер кузатув 3–6 ой давомида олиб борилади. Соғайгандан сўнг 2 ҳафтадан кейин педиатр қабулига боради, қайта УҚТ ўтказилади, кўкрак қафаси рентгенограммаси назорат қилинади. Кейинчалик УҚТ ни қайта текшириш билан 3 ойдан сўнг педиатр қабулига ташриф буюрилади. Қуйидагилар ўтказилиши шарт: кўкрак қафасини уқалаш, даволовчи жисмоний комплекс, нафас гимнастикаси, пробиотиклар, бактерия лизатларини тавсия этиш. 1 ойга жисмоний тарбия машғулотларидан озод этилади. ОЭЕ бўйича эндокринолога диспансер кузатувида бўлиши шарт.

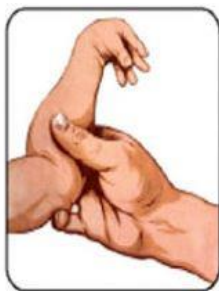
## 1.2. ШИФОХОНАГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ШОШИЛИНЧ ЁРДАМ

### Вазиятли масала 1

**Ўғил бола, 8 ойлик.** Она маҳаллий шифокор педиатр қабулида, шикоятлари йўқ. Бола кам таъминланган оилада туғилган (5 нафар фарзанди бор). Она болани сайрга кам олиб чиқади, нораціонал овқатлантиради (кефир, шарбатлар, сабзавот ва мева пюреларини мунтазам бермайди, гўшт пюре си рационга киритилмаган). Бир ҳафта аввал она болага D2 витаминини 500 ХБ/сут. дан бера бошлади. Объектив кўрувда: аҳволи қониқарли. Бола фаол. Тана вазни - 7500 г, бўйи - 67 см. Териси тоза, тери ости ёғ қавати пасайган. Бошнинг пешона ва тепа қисмлари бўртиб чиққан, катта лиқилдоғи 1,0×1,5 см, қирралари юмшаган. Мушаклар гипотонияси. Статистик функцияларнинг ривожланиши орқада қолган: эмакламайди, мустақил ўтира олмайди, каравотида тура олмайди. Нутқ, ҳиссиёт, кўникмаларнинг ривожланиши, қўл ҳаракатлари 8 ойликка мос келади. 6 та тиши чиққан. Кўкрак қафаси апертураси ёйилган, қовурға тасбеҳлари аниқланади. Ўпкада пуэрил нафас, НС - дақиқасига 32 марта. Юрак тонлари аниқ, ЮҚЧ - дақиқасига 110 марта.



Хвостек симптоми



Груссо феномени

Қорни юмшоқ, жигари +2,5 см қовурға ёйдан чиққан, эластик. Нажаси қунига 1 марта, ҳазм бўлмаган бўлакчалар билан келади. Пешоби қунига 10 марта. Кўрув вақтида бола безовталаниб йиғлайди. Тўсатдан баланд овозли нафас пайдо бўлди, бир неча сонияга нафас олиши тўхтади, боланинг ранги оқарди, ҳушини йўқотди, клоник талвасалар, “доя қўли”, “от оёғи” белгилари юзага келди. 1 дақиқа ичида талвасалар мустақил бартараф этилди, бола чуқур нафас олиб, ўзига келди, бир неча дақиқадан сўнг ухлаб қолди.

### Саволлар:

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Асаб-мушак гиперқўзғалувчанликнинг қандай белгилари сизга маълум?
2. Болага шошилиш ёрдам кўрсатиш керакми, қандай?
3. Танланган медикаментоз давони асослаш билан даво тактикасини айтиб беринг.
4. ЖР ва АРР ни баҳоланг. Қўшимча текширув режаси қандай?
5. Кейинги эпикриз муддатига тиббий тавсияларни санаб беринг. 1 кунлик рационал парҳезни тузинг.

### Жавоблар:

1. **Асосий ташхис: спазмофилия, манифест шакли. Йўлдош ташхис: рахит II, авж олган даври, рецидивланувчи кечиши.** Спазмофилия ташхиси ларингоспазм хуружи, 1 дақиқа давом этган клоник талвасалар

асосида кўйилган. Рахит - пешона ва бош тепа суяклари дўнгликларининг бўртиб чиққанлиги, қовурға тасбехлари (остеоид гиперплазия); катта лиқилдоқ кирраларининг юмшаганлиги, кўкрак қафаси апертурасининг ёйилганлиги (остеомалаяция); мушак гипотонияси, статик функциялар ривожланишининг орқада қолганлиги. Рахитга олиб келган салбий омиллар: нораціонал овқатлантириш ва кун тартибининг бузилиши. Асаб-мушак гиперқўзғалувчанликнинг белгилари: Хвостек юз феномени (юз нерви тарқалган соҳада, қулоқ олдида уриб кўрилганида оғиз, бурун, пастки, баъзида эса юқори қовоқ, соҳасида юз мушакларининг тўлқинли қисқариши пайдо бўлади); Труссо феномени (3 дақиқа давомида елкани эластик жгут билан эзилганида кўл бармоқларининг “доя кўли” кўринишида талвасали тортишиши юзага келади); Маслов симптоми (бола терисига енгил игна санчилганида нафас олиш актида нафас тўхтайдди); Люст феномени (n. fibularis superficialis соҳасида кичик болдир суяги бошчасининг пастига уриб кўрилганида оёқнинг тезда қисқариши ва ташқарига қайрилиши кузатилади).

2. Ларингоспазмда: мияда кўзғалишнинг доминант ўчоғи яратилади (бурнига пуфланади, қитиқланади, совуқ ҳаво келиши таъминланади, нашатир спирти ҳидлатилади, болани силкитиб кўрилади). Талвасада: 6 ойдан катта кўкрак ёшидаги болаларга диазепамнинг 0,5% ли эритмаси м/о га — суткасига 0,1-0,8 мг/кг, кальций глюконатнинг 10% ли эритмаси т/и га секин ёки томчилатиб юборилади (2-3дақиқа давомида), ёшига қараб, 1 мл дан 5 мл гача, натрий хлорнинг 10 мл эритмасида эритилади; кислород берилади.

Rp.: Sol. Diazepamі 0,5% — 2ml

D.t.d. N5 in amp.

S.: олдиндан 2мл физиологик эритмада эритиб 0,8 мл дан м/о га юборилади.

Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10% — 10 ml

D.t.d. N10 in amp.

S.: олдиндан 10 мл физиологик эритмада эритиб 5 мл дан т/и га секин юборилади.

3. Шифохонага ётқизиш лозим. Фақат мослаштирилган, ушбу ҳолатда яхшиси ачитилган сут аралашмалари билан овқатлантириш мақсадга мувофиқ, сигир сути берилмайди; сабзавотлардан тайёрланган кўшимча овқат миқдорини ошириш. Қонда калций миқдори меъёрлашгандан сўнг калций препаратлари ичишга буюрилади, талвасадан сўнг 1 ҳафтадан кейин - D витамини 4 томчидан (2000 ХБ) кунига 1 марта 30 кун давомида берилади, сўнгра 1 томчидан (500 ХБ) 1 йил давомида, ёз ойларида ташқари, берилади.

4. ЖР: бўйи ўртадан паст (3–10 перц.), тана вазни танқислигининг I даражаси (3–10 перц.), уйғун (25–75 перц.). АРР: боланинг эмаклай олмаслиги, мустақил ўтира олмаслиги, каравотида тура олмаслиги, нутқ, ҳиссиёт, кўникмалар, кўл ҳаракатларининг 8 ойликка мослигини ҳисобга

олиб, АРР нинг II–III гурухи. Қон зардобидида ионлашган калций (0,85 ммоль/л дан паст), қон зардобидида умумий калций (1,75 ммоль/л дан паст), КАМ (метаболик алкалоз), ИФ (600 бирл/л дан юқори), қон зардобидида фосфорни (1,5 ммоль/л дан паст) аниқлаш, найсимон суяклар дистал бўлимларининг рентгенографияси, Сулкович синамаси, ЭКГ.

5. Овқатланиш сони - 5маҳал; физкультура комплекси №4 (қўлларни чалиштириш, қўлларни букиш ва ёйиш; оёқларни букиш ва ёйиш; қоринда ўнг томонга ўгирилиш; қорин ва орқасини массаж қилиш; эмаклашн стимуллаш; халқаларни ушлаган ҳолда ўтириш; қўллар билан 2-6 мартагача айланма ҳаракатларни бажариш; узатилган оёқларни 4-6 марта кўтариш; таранг букилиш; қоринда ётган ҳолатдан танани кўтариш). 12 ойликда диспансер кузатуви: мутахассислар кўруви (невролог, хирург, стоматолог, офтальмолог, ЛОР, психиатр); УҚТ, УПТ, қонда глюкоза миқдорини аниқлаш, ЭКГ. 12 ойда вакцинация- қизамиқ, қизилча, паротитга қарши эмлаш. Овқатланиши: Эҳтиёж: оқсиллар - 24,65 г/сут, ёғлар - 46,75 г/ сут, углеводлар - 110,5 г/сут. D витамини 2000 ХБ (4 томчи) 10<sup>оо</sup> да.

## **Вазиятли масала 2**

**Қиз бола, 1 ёш 9 ойлик.** Тана ҳароратининг 39,0<sup>о</sup>С гача кўтарилиши, бир марта қайт қилиши, овқатдан бош тортгани учун маҳалла шифокорини уйга чақиринди; бола кеча эрталаб АКДС ревакцинациясини олган. Кечаси тана ҳарорати 38,8<sup>о</sup>С гача кўтарилган, парацетамол бергандан сўнг иситмаси 37,2<sup>о</sup>С гача тушган. Тунда иситмаси яна 38,5<sup>о</sup>С гача кўтарилди, парацетамол берганидан кейин иситмаси тушмади. Литик самара Цефекон қўллаганидан кейин юзага келди, бироқ эрталаб тана ҳарорати яна 39,0<sup>о</sup>С гача кўтарилди.

*Ҳаёт анамнези:* МАТ нинг перинатал шикастланиши, бошичи гипертензияси билан невропатолог кузатувида бўлган, даво ижобий самара берган, 1 ёшида ҳисобдан ўчирилган. Ҳаётининг 1 йилида вазн кўшилиши паст бўлган. Профилактик эмлашлар аёвчи усул билан олиб борилган (АКДС ва полиомиелитга қарши вакцинация алоҳида олиб борилган), реакциялар кузатилмаган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи гипертермия ҳисобига оғир; холсиз, иштаҳаси пасайган, суюқликни кам ичади. Бўйи - 83 см, тана вазни - 11 кг. Тери ва шиллиқ қаватлари рангпар, қуруқ, оёқ-қўллари совуқ, тошмалар йўқ. Тери ости ёғ қавати қорни, кўкраги соҳасида пасайган, тургори суст. Томоғининг орқа девори пушти рангда. Боши юмалоқ шаклда, катта ликилдоғи ёпилган. Менингеал симптомлари манфий, ўчоқли симптоматика йўқ. Ўпкада пуэрил нафас, НС - дақиқасига 34 марта, юрак тонлари ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 150 марта, аниқ. Қорни юмшоқ, жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган. Охирги суткада сийиши камайган. Нажаси кун давомида келмади.

**Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Болага шошилиш ёрдам кўрсатиш керакми? ва қандай? Танланган медикаментоз терапияни асослаш билан даво тактикасини айтинг.
3. Қиёсий ташхислашни олиб боринг. Қандай поствакцинал асоратлар маълум?
4. ЖР ни баҳоланг. Текширув режаси қандай?
5. Вақтинча меҳнатга лаёқатсизлик экспертизаси масаласини ҳал қилинг.

### **Жавоблар:**

1. **Дастлабки ташхис: умумий инфекцион-токсик синдром асосида АКДС га поствакцинал реакция, оқ иситма** ташхиси қўйилди: тана ҳароратининг  $39^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, бола холсиз, тери ва шиллиқ қаватлари рангпар, қуруқлашган, оёқ-қўллари совуқ, тошмалар йўқ; юқори диспепсия: бир марта қайт қилиши; анамнез маълумотлари: бир кун олдин бола АКДС ревакцинациясини олган; ҳаётининг 1-йилида МАТ нинг перинатал шикастланиши, бошичи гипертензияси билан ҳисобда турган. Одатда поствакцинал реакция инъекция юборилганидан кейин биринчи соат ёки кунда намоён бўлади.

2. Болани иситиш, илиқ суюқлик ичириш, парацетамол (10 мг/кг); самара бермаса 20 дақиқадан сўнг литик аралашма юбориш тавсия этилади:

Rp: Sol. Metamizole Natrii 50% - 0,2 ml

Sol. Papaverini hydrochloride 2% - 0,2 ml Sol. Chlorpiramini 2% - 0,2 ml

D.S.: битта шприцда м/о га бир марта юбориш.

20-40 дақиқа ичида самарани кутамиз, агар ҳарорат пасаймаса, такроран куйидаги аралашмани юборамиз:

Rp: Sol. Metamizole Natrii 50% - 0,2 ml

Sol. Papaverini hydrochloride 2% - 0,2 ml Sol. Pipolpheni 2,5% - 0,5 ml

D.S.: битта шприцда м/о га бир марта юбориш.

Даво тактикаси: Овқатланиш сони - 5 маҳал, тана ҳарорати меъёрлашганидан сўнг ҳар кун сайрга олиб чиқиш. Ёшга кўра овқатлантириш. Симптоматик терапиядан ташқари бошқа даво талаб этилмайди.

3. Эмлаш патологиясидан ўткир ичак инфекцияси диарея ва кўп марта қусиш билан фарқланади. Нейротоксикоз ўткир бошланади, бемор безовталанади, кўзгалувчан, кейин эс-ҳушини йўқотади, бу коматоз ҳолатга ўтиши мумкин. Касалликнинг бошланиши қусиш билан кечиши мумкин, кўпинча бўйин мушаклари таранглиги, мусбат менингеал белгилар кузатилади.

Интеркуррент энтеровирусли инфекция (ЕСНО, Коксаки) тана ҳароратининг  $39,0-40,0^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, бош оғриғи, кўз қовоқларида оғриқ, қусиш, бош айланиши, уйқунинг бузилиши, герпетик ангина, экзантема, менингеал қобиқ ва меъда-ичак трактининг (МИТ) шикастланиши симптомлари иштирокида ўткир кечиши билан характерланади. Касаллик баҳор-ёз (“ёзги грипп”) мавсумларида кузатилади ва нафақат ҳаво-томчи, балки фекал-орал

йўл билан тарқалиши мумкин. Поствакцинал асоратлар маҳаллий (инъекция жойида абсцесс, йирингли лимфаденит, келоид чандиқ ва б.) ёки умумий (анафилактик шок, БЦЖ-инфекцияси, энцефалит, менингит, сепсис, вакцинага боғлиқ полиомиелит ва б.). бўлиши мумкин. Умумий реакциялар тана ҳароратининг бироз кўтарилиши, енгил холсизлик билан ифодаланади. Вакцина тери остига юборилганида оғриқ, кам ҳолатларда - инъекция жойида шиш пайдо бўлади (маҳаллий реакция). Эмлашдан кейинги ҳам умумий ва ҳамда маҳаллий реакция енгил кечади ва 3 кунгача давом этади. Оғир умумий интоксикация, шиш, инъекция жойида йиринглаш поствакцинал асорат каби баҳоланади. Профилактик вакцинациядан кейин саломатликнинг турғун ёки оғир бузилиши кузатилиши мумкин.

4. Бўй узунлиги - 83 см (25–75 перц.); тана вазни - 11 кг (25–75 перц.), Хулоса: бўйи ўрта, ЖР уйғун. Педиатр кузатувида бўлиши лозим, невролог, иммунолог консултацияси зарур ва кўрсатма бўйича - эхоэнцефалография.

5. Онага 10 кунга касаллик варақаси берилади.

### **Вазиятли масала 3**

**2 ёшли қизча**, ўткир ларинготрахеит, ҳиқилдоқ стенозининг I даражаси билан 7 кун давомида стационар даволанишда бўлди. Аҳволи яхшилангач ва стеноз бартараф этилганлиги боис уйга жавоб берилди. Эртаси куни кечаси тана ҳарорати 37,8°C гача кўтарилди. Онаси 1 ч.қ. парацетамол берди, бироқ ҳарорати пасаймади. Қайта парацетамол берганидан сўнг иситмаси тушди.

Эрталаб яна тана ҳарорати 38,0°C гача кўтарилди. Бола безовта, овқат ейишдан бош тортади, кўп йиғлайди. Маҳаллий шифокорни уйга чақиришди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида - афталар. Иситма туширувчи препаратлар ва стоматитни маҳаллий давоси тавсия этилди. Бир ҳафта давомида бола 38,0–38,5°C гача иситмалашда давом этди, суюқликлар ҳам ичмай қўйди.

Педиатр томонидан қайта объектив кўрувда: аҳволи гипертермия ҳисобига ўрта оғир-37,8°C. Рангпар, кўзларини таги кўкарган. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватида - афталар, бодом безларида - йирингли карашлар. Жағ ости, орқа бўйин лимфа тугунлари катталашган, 1,0×1,5 см. Бўйи - 84 см, тана вазни - 12 кг. Ўпкада пуэрил нафас, НС - дақиқасига 30 марта. Юрак тонлари ритмик, юрак чўққисида функционал систолик шовқин эшитилади, ЮКЧ - дақиқасига 120 марта. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигари қовурға равоғи бўйлаб жойлашган. Нажаси кунига 1 марта, шаклланган, ҳазм бўлмаган бўлакчалар билан. Пешоби камайган.

УҚТ: эритроцит-  $3,8 \times 10^{12}/л$ ; Нв - 110 г/л; лейкоцит-  $3,9 \times 10^9/л$ ; эозинофил- 1%; Т/я - 2%; нейтрофил- 8%; лимфоцит- 71%; моноцит- 8%; ЭЧТ- 35 мм/с.

### **Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.

2. Болага шошилишч ёрдам кўрсатиш керакми ва қандай? Танланган медикаментоз терапияни асослаш билан даво тактикасини айтинг, рецепт ёзинг.

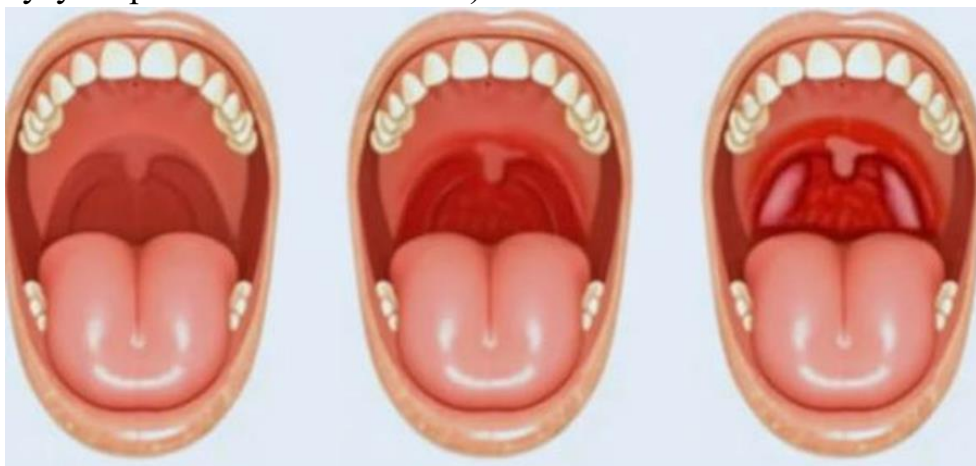
3. Қиёсий ташхислашни олиб боринг.

4. ЖР, физиологик параметрлар, УҚТ ни баҳоланг. Кейинги қўшимча текширув режаси қандай бўлиши керак?

5. Боланинг диспансер кузатуви режасини айтинг. Қайси саломатлик гуруҳига киради? Вакцинацияни олиб бориш тактикаси қандай бўлади?

### **Жавоблар:**

1. **Дастлабки асосий ташхис: ўткир тонзиллофарингит, ўрта оғир даражаси. Йўлдош ташхис: афтоз стоматит.** Ангина ташхиси қуйидаги клиник маълумотлар асосида қўйилган: умумий инфекцион-токсик синдром, тонзиллит синдромининг ўткир ривожланиши - томоқда оғриқ, бодом безларида йирингли қараш, лимфаденопатиялар (жағ ости, орқа бўйин лимфа тугунларининг катталаниши).



**Норма**

**Фарингит**

**Тонзиллит**

2. Орал регидратация: дастлабки 6 соатда 50 мл/кг (600 мл) ҳажмида, ҳар 10 дақиқада 1 ош қ. дан, кейин 80 мл/кг (960 мл/сут), қолган 18 соатда температура ва диурезнинг ўзгариши ҳисобга олинади. Тана ҳарорати 38,5°C дан юқори бўлганида иситмани туширувчи терапия ўтказилади. Иситмалаш даврида ётоқ режим; С ва В витаминларига бой бўлган механик ва термик аёвчи парҳез, кўп суюқлик ичиш. Медикаментоз антибактериал, яллиғланишга қарши, маҳаллий терапия.

Рр.: Susp. Амохисиллин 100 мл

D.S.: 1 ч. қ.дан кунига 3 маҳал 5 кун давомида (50 мг/кг ҳисобидан).

3. Дифференциал диагностикани тонзиллофарингитнинг ҳар хил турлари билан олиб борилади. Симановский-Венсан ангиносининг сабаби - *Fusobacterium fusiformis* ва *Spirocheta buccalis* симбиози бўлиб, кам ҳолатларда иммунтанқислик ва гиповитаминоз ҳолатларида учрайди. Бодом безларининг бир томонлама шикастланиши кузатилади, оғиз-томоқдаги

ифодаланган ўзгаришлар беморнинг қониқарли ҳолатига мос келмайди. Аденовирусли инфекцияда учрайдиган тонзиллит интоксикациянинг ўрта ифодаланган симптомлари, экссудатив компонентли катарал ҳолатлар (тумов, йўтал, конъюнктивит) билан характерланади; 2–3-кунида - бодом безларида фибриноз-пленкали қараш билан қопланади; гепатоспленомегалия, диарея бўлиши мумкин. Герпетик ангина (Коксаки А вируси, кам ҳолатларда - Коксаки В ва ЕСНО) кучли интоксикация, танглай ёйлари, тилча, юмшоқ ва қаттиқ танглайда бир қанча везикулалар (диаметри 1–2 мм) бўлиши билан характерланади. Ёрилгандан сўнг қул ранг-оқ қарашли эрозиялар ҳосил бўлади. Инфекцион моноклеоз герпес-вируслар билан чақирилади [одам герпеси вируси (ОГВ) 4-тури -Эпштейн–Барр вируси, ОГВ 5-тури - цитомегаловирус, ОГВ 6-тури]. Ангина синдроми бодомча ва бурун-халқум безларининг шикастланишини (бурун битиши, хириллаб нафас олиши, димоғи билан гапириш) ўз ичига олади. Касалликнинг биринчи кундан бошлаб лимфа тугунларининг, асосан бўйин соҳасида, тизимли катталаниши, гепатоспленомегалия, лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипик моноклеарлар. Замбуруғли ангина (эрта ёшдаги болаларда *Candida albicans* ва *Leptotrix buccalis* - катта ёшдаги болаларда) антибиотиклар ва глюкокортикостероидлар (ГКС) билан узоқ даволангандан сўнг юзага келади. Оғиз-томоқда инфекцион-токсик синдром ва ўткир яллиғланиш белгилари кузатилмайди; фарингоскопияда бодом безлари, лунж шиллиқ қавати ва тилда оқ ёки оқ-сарик рангдаги қарашлар аниқланади, осон олинади; микроскопияда замбуруғ мицелиялари кўринади.

4. ЖР: бўйи ўрта, уйғун. НС ва ЮҚЧ сининг ошганлиги юқори тана ҳароратига мос келади. УҚТ да қизил қон кўрсаткичлари пастки чегарада, лейкопения, нисбий лимфоцитоз, ЭЧТ нинг ифодаланган тезлашиши. Қўшимча текширувлар: стрептотест, шикастланган ўчоқдан (оғиз-томоқ) олинган материалнинг бактериологик экмаси, антистрептолизин-0 титрининг ошишини аниқлаш, ЭКГ, УПТ.

5. Ўтказилган ангинадан сўнг диспансер кузатув - 1 ой. 7–10 кундан кейин клиник текширув, УҚТ ва УПТ ўтказилади, кўрсатма бўйича - ЭКГ. 3 ҳафтадан кейин қайта кўрикдан ўтказилади. Кўрсатма бўйича ревматолог, нефролог кузатувида бўлади.

#### **Вазиятли масала 4**

**Ўғил бола, 2 ёш.** Кучли йўтал, тана ҳароратининг 37,8°C га кўтарилиши, нафас қийинлашгани сабаб маҳаллий шифокорни уйга чақиришди. Касаллик анамнези: касаллик кучли акилловчи йўтал, тана ҳароратининг 38,8°C га кўтарилиши билан тунда ўткир бошланди. Онаси парацетамол берди, эрталабга яқин аҳволи оғирлашди, нафас олиши қийинлашиб, безовталанди. *Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, бола безовта, инжиқ. Териси тоза,

рангпар, периорал цианоз кузатилади. Томоқ ёйлари ва орқа девори гиперемияланган, ва донадор. Бурундан сероз ажралма ажралади. Шовқинли нафас олиш, ёрдамчи мушакларнинг иштироки билан инспиратор характерли хансираш эшитилади. Перкуссияда - қутичасимон ўпка товуши эшитилади, НС - дақиқасига 32 марта. Ўпкада дағал нафас, хириллашлар йўқ. Юрак тонлари ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 120 марта. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, паренхиматоз аъзолар катталашмаган. Нажаси кунига 1 марта, патологик аралашмаларсиз. Пешоби равон.

### Саволлар:

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Болага шошилинич ёрдам кўрсатиш керакми?
2. Қўшимча текширув режаси қандай?
3. Бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислашни ўтказинг.
4. Даволашнинг асосий тамойилларини айтинг.
5. Кейинги кузатув режасини айтинг. Овқатланиш ва тартиб бўйича тиббий тавсияларни айтинг.



Соғлом овоз бойламлари



Яллигланган овозбойламлари

### Жавоблар:

1. Ўткир стенозланувчи ларинготрахеитнинг I–II даражаси, НЕ. Ташхис куйидагилар асосида кўйилган: умумий инфекцион-токсик синдром: тана ҳароратининг  $38,8^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши; круп синдром: касаллик ўткир бошланди,

тунда акилловчи йўтал пайдо бўлди, нафас қийинлашди; кўрувда бола безовта, тери қоплами рангпар, периорал цианоз, ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши, нафас олишнинг қийинлашиши билан инспиратор характерга эга хансираш; НЕ нинг I даражаси - тахикардия, тахипноэ, тинч ҳолатда периорбитал цианоз. Шошилинич ёрдам: очиқ ҳаво келишини таъминлаш; кўп суюқлик ичириш (боржоми, морс, ширин бўлмаган чой); чалғитувчи терапия; илиқ пар ингаляцияси, бурунга томирни торайтирувчи томчи томизиш. Шошилинич госпитализация.

2. УҚТ, УПТ; *Corynebacterium diphtheriae* га (Леффлер бациллалари) бактериологик экма; парагрипп, респиратор-синцитиал инфекцияга текшириш.

3. Дифтерия (чин) крупи учун секин-аста, босқичма-босқич ривожланиши характерли, асосан эмланмаган болаларда кузатилади. Дастлаб интоксикация фонида овоз бўғилиши, йўтал пайдо бўлади, кейинчалик йўтал “акилловчи” характерга эга бўлади. Стенозланиш босқичида хиқилдоқ стенозининг оғирлик даражаси ва НЕ нинг клиникаси секин-аста ортади. Овози кескин

бўғилади, йўтал баландлиги пасаяди (хатто овозсиз ҳолатга келади). Чин крупдан фарқли ўлароқ, вирусли стенозларда тўлиқ афония ҳеч қачон кузатилмайди. Эпиглоттит - асосан гемофилнос этиологияли бойламусти тузилмаларининг ўткир яллиғланиши бўлиб, юқори нафас йўллариининг ифодаланган симптомлари билан кечади. Тезда, бир неча соатлар ичида, ифодаланган дисфагия (бола хатто сўлагини ҳам ютишга қийналади) фониди нафас йўллари стенозининг симптомлари зўраяди, гипертермия, тахикардия, безовталиқ ёки эс-хушнинг бузилиши билан зўрайиб борувчи интоксикация ушбу ҳолат ҳақида далолат беради. Овознинг ўзгариши кузатилмайди, йўтал хос эмас. Томоқ орқа деворининг кўрувида - тил илдизида тўқ-қизил инфильтрация, хиқилдоқусти қопқоғи катталашган, тўқ қизил рангда. Ёт жисм аспирацияси (хиқилдоқ, трахеяда) ҳам стридороз нафас ва хуружсимон йўталнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Бироқ симптомлар, кундуз куни, буткул соғлом бўлган вақтида, ўйин ўйнаётган ёки овқатланаётган пайтда, тўсатдан ривожланади. Ларингоспазмда хуружлар кун давомида бир неча марта такрорланади, айниқса баҳор ойларида, рахит белгилари ва асаб-мушак қўзғалувчанлигининг бошқа кўринишлари юқори бўлган, 6 ойдан 24 ойгача бўлган болаларда кузатилади. Овози ўзгармаган, йўтал йўқ, нафас олишнинг қийинлиги ва нафас чиқаришда “хўроз қичқириғи” кузатилади.

4. Этиотроп терапия вирусга қарши таъсир кўрсатишни ўз ичига олади (вирусга қарши препаратлар), носпецифик ҳимоя омилларидан фойдаланиш (интерферонлар). Патогенетик терапия патофизиологик силжишлар ва юқори нафас йўллари обструкциясининг клиник кўринишларини шакллантирувчи асосий механизмларни бостиришга йўналтирилган. Шиш компонентини бартараф этиш учун кортикостероидлар, антигистамин препаратлар, диуретиклардан фойдаланилади.

5. 4 маҳал овқатлантириш. Овқатланиш частотасига боғлиқ равишда озуқа энергетик қимматининг тақсимланиши: нонушта - 25%, тушлик - 35–40%, тушликдан кейинги овқат - 10%, кечки овқат - 25%. Асосий ингредиентларга бўлган талаб: оксил - 53 г/сут, ёғлар - 53 г/сут, углеводлар - 212 г/сут, калория - 1500 ккал/сут. Кейинги кузатув режаси - УҚТ ни назорат қилиш билан 1 ой диспансер кузатувини олиб бориш.

## **Вазиятли масала 5**

**Ўғил бола, 6 ёш.** Соат 11.30 да АДС (адсорбирланган дифтерия-қоқшол зардоби) эмлаши ўтказилганидан сўнг болада бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши, қоринда оғриқ, экзантема пайдо бўлганлиги сабабли соат 12 да тез тиббий ёрдам (ТТЁ) ни уйга чақиришди. Аллергологик анамнези нотинч: боланинг онаси ва бувиси бронхиал астмадан азият чекади, отасида - экзема. Объектив кўрувда: ахволи НЕ симптомларининг ўртача ифодаланган симптомлари, тана ҳароратининг 38,3°С гача кўтарилиши ҳисобига ўрта

оғир. Бола кўзгалувчан, кўрувга негатив реакция қайтаради. Териси рангпар, бурун-лаб учбурчагида - цианоз. Қорни, орқаси, қўл ва оёқларида йирик доғли тошмалар бор, қорин соҳасида доғлар бир-бирига қўшилиб кетган. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати тоза, пуштир рангда. Бурундан эркин нафас олади. НС - дақиқасига 58 марта, нафас чиқариши қийинлашган. Перкуссияда - қутичасимон товуш билан аниқ ўпка товуши эшитилади. Ўпкада дағал нафас, икки томонда бир-икки қуруқ хирриллашлар эшитилади. Перкутор юрак чегаралари ёшга нисбатан меъёрда. Аускультацияда юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик. АҚБ 50/20 мм сим.уст. Қорни юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Нажаси келмаган. Пешоби равон.

### **Саволлар:**

1. Ташхис қўйинг.
2. Ушбу патологик ҳолатнинг ривожланиши асосида нима ётади? Кўпинча қандай моддалар аллергик реакцияларнинг ривожланишини чақиради?
3. Шифохонагача бўлган босқичда шошилиш ёрдам кўрсатинг. Болани шифохонага ётқизиш керакми?
4. Ушбу патологик ҳолат нима учун юзага келади?
5. Ушбу ҳолатда қандай асоратлар юзага келиши мумкин?

### **Жавоблар:**

1. **АДС вакцинасининг юборилишига ривожланган анафилактик шок.**
2. Организмга аллерген юборилганида аллергик реакциянинг тезда бошланадиган тури. Анафилактик шок кўпинча дори препаратларининг юборилишига жавобан ривожланади (пенициллин, сульфаниламидлар), рентгенконтраст моддалар, зардоб, вакциналар ва ш.ў., ҳашаротлар чақиши.
3. Бола оёқларини баландлатиб горизонтал ҳолатда ётқизилади; тоза ҳаво келиши таъминланади; кислородотерапияси. Бир вақтнинг ўзида м/о га: эпинефриннинг (Адреналин) 0,1% ли эритмаси - 0,1–0,5 мл; преднизолоннинг 3% ли эритмаси— 5 мг/кг (100 мг); антигистамин препарат -хлоропирамин (Супрастин) 2% ли эритмаси 0,1–0,15 мл/ёшига (0,6 мл) юборилади. Кучли седатив ва гипотензив самара бериши туфайли прометазин қўлланилмайди. Зарур бўлганида т/и га қуйидагилар юборилади: эпинефриннинг 0,1% ли эритмаси натрий хлорининг 0,9% ли эритмасида ёшига 0,05–0,1 мл/ г дозада (0,6 мл); ГКС: преднизолон - 2–4 мг/кг (40 мг), ёки гидрокортизон - 4–8 мг/кг (80 мг), ёки дексаметазоннинг 0,4% ли эритмаси — 0,3–0,6 мг/кг (6 мг). Гипотензияда альфа-адреномиметик - мидодрин 7 томчидан 2 маҳал кунига ичиш. Шошилиш даво тадбирлари комплекси ўтказилганидан сўнг реанимация бўлимига ётқизилади.
4. Томирлар ўтказувчанлигининг ошганлиги сабабли.
5. Хиқилдоқ, ўпка ва бош мия шишининг ривожланиши, коллапс, ичак ва бронхлар силлиқ мушакларининг спазми, периферик қон томирларининг

кенгайиши, АҚБ нинг пасайиши натижасида мияда ва коронар қон айланишининг бузилиши.



**Атопик дерматит**

### **Вазиятли масала 6**

**Ўғил бола, 10ёш.** Маҳаллий шифокорни уйга чақиришди. *Шикоятлари:* йўтал, нафас қийинлиги, иштаҳанинг пасайиши. Кечадан бери касал. Бўёқ ҳиди анқиб турган, таъмирлаш ишлари олиб борилаётган бувисининг уйига ташриф буюрганидан сўнг болада хуружсимон йўтал пайдо бўлди. *Ҳаёт анамнези:* ҳаётининг 1-йилида, диффуз нейродермитга ўтган, экссудатив-катарал диатезнинг кучли ифодаланиши кузатилган. Насли нотинч - онасида ювиш куқунларига контакт дерматит, метамизол натрийга (Анальгин) аллергияси бор. *Объектив кўрувда:* аҳволи НЕ ҳисобига ўрта оғир. Териси ва шиллиқ қаватлари пушти рангда, периорбитал цианоз, тизза орқаси чуқурлигида - лихенификациялар. Жағости, бўйин лимфа тугунлари 1×1 см, ҳаракатчан, оғриқсиз. Тишлари кариесланган. Бурун орқали нафас олиши қийинлашган. Кўкрак қафаси бочкасимон, экспиратор ҳансираш: НС - дақиқасига 28 марта, нафас чиқариш қийинлашган, ортопноэ. Перкуссияда - иккала ўпка майдонида қутичасимон товуш эшитилади. Нафас чиқаришнинг узайиши билан дағал нафас, тарқоқ куруқ хириллашлар эшитилади. Юрак фаолияти стабил, ЮҚЧ - дақиқасига 96 марта, АҚБ - 110/70 мм сим.уст. Қорни юмшоқ, жигари +0,5 см қовурға ёйидан чиққан. Нажаси ва пешоби равон.

### **Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Қиёсий ташхислашни ўтказинг.
2. Қўшимча текширув режаси қандай бўлади?
3. Болага шошилинич ёрдам кўрсатиш керакми? Даво тактикасини айтинг, рецепт ёзинг.
4. Номедикаментоз даво усуллари билан тиббий тавсияларни санаб беринг.
5. Қайси тор мутахассислар маслаҳати зарур? Кейинги кузатув режасини тузинг.

### **Жавоблар:**

1. **Асосий ташхис: персистирланувчи бронхиал астма, атопик генезли, ўрта оғир даражаси, хуруж даври, НЕ<sub>1</sub>. Йўлдош ташхис: атопик дерматит, чекланган, болалар шакли, тўлиқ бўлмаган ремиссия даври.** Асосий ташхис қуйидагилар асосида қўйилган: бронхиал обструкция синдроми: шикоятлари - аллергия билан контактда бўлгандан сўнг нафас қийинлиги, хуружсимон йўтал; объектив кўрувда - экспиратор ҳансираш,

НС - дақиқасига 28 марта (меъёрда дақиқасига 20–22 марта), қовурғалар оралиғининг тортилиши, кўкрак қафаси бочкасимон шаклга эга, мажбурий ҳолат (ортопноэ), перкуссияда - иккала ўпка майдонида қутичасимон товуш, Нафас чиқаришнинг узайиши билан дағал нафас, тарқоқ қуруқ хириллашлар. Атопик синдром: ҳаётининг 1-йилида, диффуз нейродермитга ўтган, экссудатив-катарал диатез; Насли нотинч - онасида контакт дерматит; объектив маълумотлар - тизза орқаси чуқурлигида – лихенификациялар. ЎРВИ да бронх-обструктив синдром кўпинча 1 ёшдан кичик болалар учун хос; аллерген билан контактда бўлиш ва симптомларнинг пайдо бўлиши орасида ўзаро алоқа мавжуд эмас; ЎРВИ нинг 3-куни ва ундан кейин касалликнинг пайдо бўлиши; аллергик касалликлар бўйича анамнези тинч. Обструктив бронхитда аллергологик анамнези нотинч бўлиши мумкин, бироқ интоксикацион синдром характерли, қонда IgE, эозинофилиялар миқдори ошмаган. Пневмонияда инфекцион-интоксикацион синдром кучли ифодаланган, НЕ белгилари аралаш турдаги ҳансираш билан, ўпкада локал симптоматика, УҚТ да яллиғланиш белгилари мавжуд.

2. УҚТ, УПТ, копрология, жумладан гижжа тухумларига текшириш билан; IgE, умумий оқсил, оқсил фракциялари, серомукоид, гаптоглобин, фибрин, С-реактив оқсилни аниқлаш; балғам тахлили, Шарко-Лейден кристаллари, Куршман спирали, атипик хужайралар, Кох бациллеси; ўпка рентгенографияси; спирография, пневмотахография, пикфлоуметрия. Ремиссия даврида эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС), кўрсатма бўйича - гастроэзофагеал рефлюкс касаллигига шубҳа туғдирувчи клиниканинг мавжудлигида; ЭКГ. Хуруждан ташқари даврда аллергенлар билан синама ўтказиш, кўрсатма бўйича - провокацион синамалар ва б.

3. Чалғитувчи муолажаларни ўтказиш, тоза ҳаво келишини таъминлаш; қисқа таъсирга эга селектив  $\beta_2$ -агонистларни тавсия этиш.

Rp.: Sol. Ipratropium bromidi+Fenoteroli 15,0 in fiac

D.S: Небулайзер орқали 1 ингаляцион дозадан 1 мл+2 мл физиологик эритма бир маротаба.

Самара бўлмаганида - ингаляцион ГКС ёки тизимли ГКС.

Rp.: Sol. Budesonidi 15,0 in fiac.

D.S: Небулайзер орқали 1 ингаляцион дозадан 1 мл+2 мл физиологик эритма бир маротаба..

Rp.: Sol. Prednisoloni 3% — 1,0 (30 mg)

D.S: 1,5 мл дан (2 мг/кг) м/о га бир маротаба.

4. Стол № 5 - гипоаллергенли; оқсилларга бўлган эҳтиёж - 70 г/сут, ёғлар - 70 г/сут, углеводлар - 250 г/сут. Касалликнинг ремиссия давридаги номедикаментоз усуллар. Даволовчи жисмоний комплекс (бўйин, елка, кўкрак қафаси, энса мушакларини бўшаштириш машқлари, диафрагма ишини яхшилаш, йўтални енгиллаштириш, тўғри нафас олишга ўргатиш); кўкрак қафасини вибрацион массаж қилиш; чиниқтириш; игна билан

рефлексотерапия. Санатор-курорт даволаш. Аллергенспецифик терапияни ўтказиш тавсия этилади.

5. Мутахассислар консултацияси: аллерголог, иммунолог, пульмонолог; ЛОР, стоматолог - йилига 2 марта. Педиатр кўруви - 3 ойда 1 марта, ремиссия даврида - 6 ойда 1 марта. Саломатлик гуруҳи - IV, сўнгра ремиссия даврида III гуруҳга ўтказилади. IV гуруҳда педиатр болани кварталда 1 марта кўриқдан ўтказди, III да - 6 ойда 1 марта. УҚТ, УПТ - кварталда 1 марта, нажасни гижжа тухумларига - йилига 2 марта. Спирография - йилига 2 марта, кўкрак қафаси аъзолари ва бурун бўшлиқлари рентгенографияси кўрсатма бўйича, ЭКГ - йилига 1 марта. IgE даражасини аниқлаш - йилига 1 марта.

### **Вазиятли масала 7**

**Ўғил бола, 12 ёш.** Шифокорни уйга чақиришди. 2 ҳафтадан бери касал, тана ҳароратининг  $39,0^{\circ}\text{C}$  га кўтарилиши, катарал белгилар кучли ифодаланган ЎРВИ билан оғриди, ижобий самара билан амбулатор даволанди. Кеча кечкурун яна тана ҳарорати  $38,2^{\circ}\text{C}$  га кўтарилди, яна балғамнинг қийин ажралиши билан йўтал пайдо бўлди. *Объектив кўрувда:* гипертермия ва интоксикация ҳисобига аҳволи ўрта оғир. Иштаҳаси пасайган, суюқликларни яхши ичади. Териси рангпар, периорал цианоз аниқланади, оёқ-қўллари совуқ. Шиллиқ қаватлари пушти рангда, тоза. Томоғининг орқа девори бироз гиперемияланган. Микрополиадения. НС - дақиқасига 18 марта. Кўкрак қафаси тўғри шаклга эга, иккала ярми нафас актида симметрик иштирок этади, перкуссияда - ўнг томонда паравертебрал товушнинг тўмтоқлаши. Ўпкада дағал нафас, ўнг томонда курак бурчаги остида нафас сустлашган, шу жойнинг ўзида майда пуфакли хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бўғиқлашган, ЮҚЧ - дақиқасига 96 марта. Қорни юмшоқ, жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган. Нажаси равон, кўп миқдорда пешоб ажралади.

Болага зудлик билан кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммаси бажарилди.

#### **Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислашни олиб боринг.
2. Болага шошилиш ёрдам кўрсатиш керакми? Шифохонага ётқизиш учун қандай кўрсатмалар мавжуд?
3. Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммасини баҳоланг.
4. Антибактериал терапиянинг тактикасини аниқланг.
5. Болани кейинги кузатув режасининг айтинг.

#### **Жавоблар:**

1. **Ўткир шифохонадан ташқари ўнг томонлама полисегментар пневмония, ўрта оғир даражаси. NE<sub>0-1</sub>. Оқ иситма.** Асосий клиник

синдромлар: интоксикацион, НЕ, гипертермик, перкуссия ва аускультацияда аниқланган ўпка тўқимаси шикастланишининг локал физикал симптоматикаси. ЎРВИ, ўткир бронхит, туберкулез билан дифференциация қилинади. ЎРВИ да ҳар доим ҳам тез-тез йўталиш бўлавермайди, пневмонияда нам йўтал (кам ҳолларда куруқ йўтал), шунингдек перкуссия ва аускультацияда аниқланувчи ўпкадаги локал ўзгаришлар, доимо кузатилади, бу пневмония ҳақида далолат беради. Бронхит учун иккала ўпкада бир хилда эшитилувчи куруқ ва турли калибрдаги нам хириллашлар хос. Ушбу ҳолатда хириллашлар ўпканинг маълум соҳасида жойлашган, бундан ташқари, хириллашлар кўп бўлган зонада перкутор товушнинг тўмтоқлашиши аниқланади. Туберкулез деярли симптомсиз бошланса (чарчаш, холсизлик, йўталиш, терлаш), пневмония учун эт увушиши, тана ҳароратининг  $38,5^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши хос. Рентгенологик текширувда туберкулезда ўпканинг шикастланиши, кўпинча юқори қисмида, аниқ, юмалоқ полиморф ўчоқлар кўринишида бўлади. Қон таҳлилида пневмонияда ифодаланган лейкоцитоз, туберкулезда эса - лимфопения ва ўрта даражадаги лейкоцитоз аниқланади. Балғамнинг микробиологик текширувида туберкулез микобактериялари аниқланади.

2. Оқ иситмада: ўринга ётқизиш, иссиқ ўраб қўйиш, иссиқ ичимлик, 10–15 мг/кг ҳисобидан иссиқ туширувчи препаратлар бериш.

Rp.: Tabl. Ibuprofeni 0,2

D.t.d. N10

S. t  $>38,5^{\circ}\text{C}$  бўлганида 1 таблеткадан ичириш, кунига 3 мартагача.

20 дақиқа давомида иситмаси тушмаса, литик аралашма юбориш талаб этилади:

Rp: Sol. Metamizole Natrii 50% - 1 ml

Sol. Papaverini hydrochloride 2% - 2 ml Sol. Chloropiramiini 2% - 1 ml

D.S. M/o га бир шприцда юбориш.

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатма - асоратларнинг ривожланиши: пневмониянинг деструктив шакллари, плевра эмпиемаси, НЕ II даражасининг ривожланиши, электролитларнинг бузилиши, хушдан кетиш, менингит ва б., шунингдек амбулатор даволанишнинг имкони бўлмаганда.

3. Ўнг ўпка пастки бўлагида ўчоқли инфилтратив соя, синуслар бўш.

4. Пневмококк билан чақирилган пневмониянинг характерли клиник кўриниши (кўпинча аниқланадиган кўзгатувчи), шунинг учун аминопенициллин (амоксициллин), ҳимояланган пенициллинлар (ампициллин+сульбактам ёки амоксициллин+клавулан кислота) танлов антибиотиклари бўлиб ҳисобланади, клиник самарага эришилмаса 2-3 кундан кейин-3-авлод цефалоспоринлари (цефтриаксон) тавсия этилади. Амбулатор-поликlinik шароитда даволашда дори воситасини - per os қўллаган афзал. Антибиотикотерапиянинг давомийлиги - тана ҳарорати меъёрлашгандан

сўнг 3 кун (жами 5–7 кун). Пневмонияда ўртача 3-4 хафтада рўй берадиган клиник соғайишга нисбатан, рентгенологик соғайиш секинроқ кечади.

5. Соғайгандан сўнг 3 ой давомида педиатр томонидан диспансер кузатувида бўлади, кўрсатма бўйича - пульмонолог, УҚТ ва ўпка рентгенограммаси назорати олиб борилади.

## **Вазиятли масала 8**

**Қиз бола, 14 ёш**, математика фанидан назорат иши бўлаётган вақтида бирдан ранги оқариб, хушидан кетди; клоник характерга эга талвасалар кузатилди. 2–3 дақиқадан сўнг ўзига келди, ва у номаълум таблеткани қабул қилди. Унинг мактаб сумкаси ичидаги нарсалари орасидан изоприналин таблеткаси топилди. Ўқитувчисининг сўзларидан, қизча қандайдир юрак касаллигидан азият чекади, диспансер ҳисобида туради, жисмоний тарбия машғулотида озод этилган.

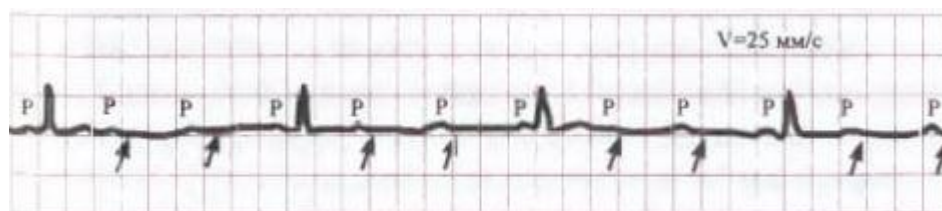
ТТЁ реанимация бригадасининг етиб келгунига қадар яна хушини йўқотди. *Объектив кўрувда:* аҳволи оғир, териси рангпар, цианотик тус олган. Шиллиқ қаватлари тоза, рангпар, НС - дақиқасига 30 марта. Ўпкада везикуляр нафас эшитилади. Юрак чегаралари ўзгармаган. Юрак тонлари ритмик, бўғиқлашган. АҚБ - 70/40 мм сим.уст. Пульси ритмик, частотаси дақиқасига 40 марта. Реанимация бригадасининг шифокори бир каналли ЭКГ ни олди.

### **Саволлар:**

1. Ташхисни шакллантиринг, ташхислаш мезонларини айтинг.
2. ТТЁ бригадасининг шошилинич тадбирини санаб беринг.
3. Болани олиб боришда кейинги тактика қандай бўлади? Транспортировка қандай шароитда амалга оширилади?
4. Хуруждан ташқари даврда болага қандай тавсиялар бериш зарур? Прогнози қандай? Шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг қандай тавсиялар берилади?
5. Ушбу ҳолатдаги қизчада юрак-қон томир тизими ҳолатини характерланг. ЮҚЧ қайси даражага етганида қизчанинг хуши тикланади?

### **Жавоблар:**

1. **Атрио-вентрикуляр блокаданинг III даражаси. Адамс– Морганьи– Стокс синдроми.** Ташхислаш мезонлари: брадикардия (ЮҚЧ - дақиқасига 40 марта), клоник талваса билан қисқа муддатли хушдан кетиш (2–3 мин), ЭКГ даги хос ўзгаришлар (бўлмача ва қоринча ритмларининг бир-биридан тўлиқ алоҳида эканлиги; Р–Р ва R–R интерваллари доимий, бироқ Р–Р га нисбатан R–R кўп; қоринчалар қисқариши сонининг (QRS комплекслари) дақиқасига 40 мартагача пасайиши; қоринчалар комплекслари QRS кенгайган ва деформацияланган).



АВ блокада III даража. Тулиқ АВ блокада.

2. ТТЁ бригадасининг шошилич тадбирлари: юракни билвосита массаж қилиш; т/и га атропин эритмасини юбориш (Атропин сульфат).

Рр.: Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 1,0 D.t.d.N10

S. Т/и га 0,5 мл юбориш.

3. Замбилда оёқ томони 40–50° га баландлатиб ётқизилган ҳолда ихтисослаштирилган кардиология бўлимига транспортировка қилинади.

4. Хуруждан ташқари даврда ритм бошқаруви имплантини қўйиш. Прогнози ўқиш ва меҳнат қилиш учун салбий ва ҳаёт учун нисбатан ижобий. Шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг: кардиолог ва маҳаллий педиатр томонидан диспансер кузатув олиб борилади; 10 кунлик даволовчи жисмоний комплекс курси, жисмоний тарбия машғулотида озод этилади; кардиолог маслаҳатидан сўнг антиаритмик препаратлар қабул қилиш.

5. Юрак қисқариши самарали фаолиятининг тўхташи ёки кескин секинлашиши. Бўлмача тугунининг фаолиги сақланган ҳолда қоринчалар асистолияси. Атрио-вентрикуляр блокадаси III даражасининг дистал (трифасцикуляр) шаклида қоринчалар эктопик ритмининг манбаси Гис тутами оёқчаларининг шохчаларидан бирида жойлашган. ЮҚЧ дақиқасига 40 мартадан кўп бўлганида эс-хуши тикланиши мумкин.

### Вазиятли масала 9

**Ўғил бола, 12 ёш.** ЎРВИ нинг ўрта даражаси билан оғриган болада бармоғидан қон олиш вақтида холсизлик, бош айланиши, кўнгил айланиши, кулоқларининг шанғиллаши, бирдан рангининг оқариб кетиши кузатилди. Бола хушини йўқотди. *Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир. Кўз қорачиғи кенгайган, ёруғликка реакцияси пасайган. Тери қоплами мармарсимон рангпар, совуқ тер билан қопланган. Пульси сустлашган (ипсимон), дақиқасига 50 марта, АҚБ кескин пасайган - 60/30 мм сим.уст. Нафас олиши юзаки, тезлашган- дақиқасига 20 марта. Ўпка аускультациясида - везикуляр нафас, хириллашар йўқ, юрак тонлари бўғиклашган, брадикардия. Қорни пайпаслаб кўрилганида юмшоқ, оғриқсиз. Нажаси ва пешоби келмаган.

### Саволлар:

1. Ташхис қўйинг
2. Ушбу ҳолатнинг ривожланиши асосида нима ётади?
3. Шошилич ёрдам кўрсатинг. Ётқизганда болани бошини пастга тушириш усулини нима билан тушунтириш мумкин?

4. Болани шифохонага ётқизиш керакми?
5. Болада ушбу шошилиш ҳолатнинг юзага келиши сабаблари қандай?

**Жавоблар:**

1. **Ўткир қон томир етишмовчилиги. Коллапс.**

2. Ушбу ҳолатнинг ривожланиши асосида ўткир қон томир етишмовчилиги, қон томири тонусининг кескин пасайиши, циркуляциядаги қон ҳажмининг камайиши, мия гипоксияси, организмнинг ҳаёт учун муҳим функцияларининг бостирилиши ётади.

3. Бола, бош томонини пастлатиб, оёқларини баландлатиб, горизонтал ҳолатда ётқизилади; эркин нафас олиши (сиқиб турган тугмачалари ечиб қўйилади) ва тоза ҳаво келиши таъминланади; болани иситиш учун ўраб қўйилади; юзи совуқ сув билан артилади; новшадил спирти хидлатилади; хушдан кетиш узоқ давом этганида т/о га никетамид 0,1 мл/ёшига (1,2 мл) ёки 10% ли кофеин эритмаси 0,1 мл/ёшига (1,2 мл) юборилади; м/о га - ГКС -преднизолон 10 мг/кг (тана вазни 38 кг да- 380 мг). Бошга қон келишини ошириш мақсадида бош томони пастлатиб ётқизилади.

4. Оғир клиник кўринишлари билан хушдан кетиш узоқ давом этганида бола шифохонага ётқизилади. Транспортировка горизонтал ҳолатда амалга оширилади.

5. Ўткир инфекцион касалликлар (ЎРВИ, грипп, бронхит, пневмония, ўткир ичак инфекцияси, тонзиллофарингит ва б.), гипотензив воситалар дозасининг оширилиши, ўткир қон йўқотиш, оғир жароҳат, ўткир буйрақусти етишмовчилиги, вегетатив дисфункция синдроми.



### **Вазиятли масала 10**

**Ўғил бола, 12ёш,** маҳаллий шифокор қабулига келди. *Шикоятлари* эпигастрал соҳада оғрик, “кофе қуйқаси” билан қусиш, шундан кейин оғрик пасайди, бироқ холсизлик, юракнинг тез уриши, бош айланиши, қулоқ шанғиллаши пайдо бўлди. 1 йилдан бери касал. Эпигастрия соҳасида оч қоринга ёки овқатдан кейин 1,5–2,0 соатдан сўнг ва тунда пайдо бўлувчи хуружсимон оғриқлар безовта қилди. Овқат қабул қилгандан сўнг енгилик ҳис қилар эди. Шунингдек нордон кекириш ҳам кузатилган. Илгари тиббий ёрдамга мурожаат қилмаган, текширувдан ўтмаган. *Оила анамнези:* боланинг отаси ва онаси томонидан бобосида ошқозон яра касаллиги бор. *Объектив кўрувда:* аҳволи оғирга яқин. Кўрувда териси рангпар, тери ости ёғ қавати клетчаткаси суст ривожланган. Пульси суст (ипсимон), АҚБ - 90/50 мм сим.уст. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик,

ЮҚЧ - дақиқасига 110 марта. Қорни пайпаслаб кўрилганида мушакларнинг таранглашгани ва эпигастрия соҳасида оғриқ ва мусбат Мендел симптоми аниқланади. Жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган, қора талоғи пайпасланмайди. Эрталаб қорамойсимон нажас келди. Пешоби равон.



#### **Саволлар:**

1. Ташхис қўйинг. Асослаб беринг.
2. Шифохонагача бўлган босқичда шошилинич ёрдам кўрсатинг. Болани шифохонага ётқизиш керакми? Агар “ҳа” бўлса, шифохонани нимага асослаб танланади?
3. Ташхисни тасдиқлаш учун қўшимча текширув усулларининг режасини тузинг. ЭГДС қандай аҳамиятга эга?
4. Қайси патология билан дифференциал ташхислаш олиб борилади?
5. Ушбу касалликда диспансер кузатув талаб этиладими?

#### **Жавоблар:**

1. **Яра касаллигининг асорати. Ошқозондан қон кетиши.** Ташхис беморнинг шикоятлари ва объектив кўрув асосида қўйилган: “кофе қуйқаси” билан қусиш, бош айланиши, холсизлик, терисининг рангпарлиги, тахикардия, АҚБ нинг пасайиши, эпигастрал соҳада оғриқ ва мушакларнинг таранглашганлиги, қорамойсимон нажас; касаллик анамнези ва яра касаллиги бўйича оилавий анамнезнинг нотинчлиги.
2. Уч тамойилга қатъий амал қилиш зарур: совуқ қўйиш, оч қолиш ва тинч ҳолат. Бемор ётқизилади, овоз чиқармасдан тинч ётиш, ошқозон соҳасига совуқ нарса қўйилади (эпигастрия соҳасига муз солинган халта қўйилади), ичишга муз бўлаги берилади, т/о га 0,7 мл никетамид юборилади (болаларга ёшига кўра 0,1–0,75 мл); АҚБ назорат қилинади. Шошилинич ТТЁ нинг реанимация бригадаси чақирилади. Шошилинич шифохонага ётқизилади; транспортировка фақат замбилда амалга оширилади; т/и га гемостатик терапия ўтказилади. Кам қон кетиши бўлганида болалар соматик стационарга (хирург консультацияси билан); кўп миқдорда ва доимий қон кетиши бўлганида-хирургия бўлимига; ушбу вазиятда - реанимация бўлимига ётқизилади. Шошилинич ЭГДС ўтказилади.
3. УҚТ ва УПТ; ЭГДС - яра нуқсонининг характери, қон кетиш манбасини аниқлаш учун; Грегерсен усули билан нажасда яширин қонни аниқлаш; секретор функцияни аниқлаш учун ошқозоничи рН-метрияси. Яра касаллигининг симптомсиз бошланиши ва кўпинча, беморимизда кузатилганидек, асоратлари билан намоён бўлганлиги сабаб ЭГДС касалликни ташхислашда асосий бўлиб ҳисобланади. ЭГДС қон кетиши манбасининг жойлашуви ва эндоскопик гемостази ўтказиш учун олиб борилади. Асоратлари орасида қуйидагилар қайд этилади: қон кетиши,

перфорация, пенетрация, ошқозон пилорик қисмининг стенози, перивисцерит (чандиқли жараён).

4. Эрозив гастрит, портал гипертензия синдроми, ичак ёриқлари, ўткир стресс фонидида ривожланувчи ўткир жаралар, куйишлар (Курлинг яраси), жароҳатлар (Кушинг яраси), инфекциялар (цитомегаловирусли, герпес ва б.) ёки дори препаратларини қабул қилиш (ностероид яллиғланишга қарши воситалар ва б.).

5. Болага шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг реабилитациянинг учинчи босқичи - поликлиникада кетма-кет саломатликнинг V, IV, III гуруҳларида гастроэнтеролог ва педиатрнинг диспансер кузатувида бўлиш. Унинг мақсади - касалликнинг зўрайишига йўл қўймаслик. Рецидивга қарши даво йилига 2-3 марта мактаб таътиллари вақтида амалга оширилади. Муҳофазаловчи тартиб ўрнатилади, 1 ой давомида М.И. Певзнер бўйича стол №1, сўнгра стол №15 га ўтилади, кўрсатмага кўра эрадикацион терапия олиб борилади ва протон помпа ингибиторлари, витаминли ва антацид препаратлар, зарур бўлганида, физиотерапевтив даво тавсия этилади. Касаллик зўрайганидан сўнг 3 ойдан кейин - санатор-курорт давога юборилади.

### **Вазиятли масала 11**

**Ўғил бола, 4 ёш.** Онаси сўзларидан, бола хонада бир ўзи ўйнаётган эди, бувиси ичадиган таблеткаларнинг (фенобарбитал) бир нечтасини еб қўйган. Бу оила болалар поликлиникаси қаршисидаги уйда истиқомат қилганлиги учун, она дарҳол бола билан шифокор қабулига чиқди. Захарланишдан тахминан 20 дақиқа ўтди. Она боланинг бир марта қайт қилганлиги, аҳволи ва хулқининг ўзгарганлигига шикоят қилди. Она ўзи билан дориларни олиб келган. *Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, бола холсиз, тормозланган, уйқучан, нафаси чуқур секинлашган. ЮҚЧ ва АҚБ меъёрда, пай рефлекслари ва кучли таъсирловчи воситаларга реакцияси сақланган. Аускультацияда ўпкада пуэрил нафас. Юрак тонлари қониқарли, ритмик. Қорни пайпаслаб кўрилганида юмшоқ, оғриқсиз, Нажаси ва пешоби равон.

#### **Саволлар:**

1. Ташхис қўйинг.
2. Шифохонагача бўлган босқичда болага шошилиш ёрдам кўрсатиш керакми? Шошилиш ёрдам нимадан иборат?
3. Специфик (антидот) терапия ўз ичига нимани олади? Шифохонага ётқизиш керакми?
4. Фенобарбитал препаратларнинг қайси гуруҳига киради ?
5. Оғир ҳолатларда нима қўлланилади?

#### **Жавоблар:**

1. **Дори препарати (фенобарбитал) билан ўткир захарланиш**

2. Шифохонагача бўлган боскичда болага шошинч ёрдам кўрсатиш керак. Сув тоза бўлгунича ошқозонини ювиш. Хона ҳароратидаги сувдан фойдаланиш (500 мл гача) билан ошқозон таркибининг ичакларга ўтишини бартараф этиш ва қусиқ массалари билан аспирацияни олдини олиш учун муолажа чап ён бошида ётган ҳолатда бажарилади. Суяқлик билан тўлдириш вақтида воронкани ошқозон даражасидан пастга туширилади, сўнгра эса шу даражадан юқорига кўтарилади, сувни ошқозонга юборгандан сўнг яна тезда пастга туширилади, ювинди сувлар оқиб чиқади; сув тоза бўлгунича муолажа олиб борилади. Муолажа ошқозонга зонд орқали энтеросорбент - 0,2 г/кг (3,5г) дозада фаоллашган кўмир ва тузли сурғи воситаси - 25% ли магний сульфат эритмасини (10г) юбориш билан яқунланади; кейин энтеросорбция - Энтеросгел ярим стакан сувда эритиб 1 ч. қ. дан 2 маҳал.



**Ошқозонни ювиш**

3. 0,5% ли бемеGRID антидоти ёшига 1,0–2,0 мл дан т/и га секин ёки томчилатиб юбориш; Кордиамин ёшига 0,1 мл дан тери остига юбориш. Шифохонанинг ихтисослаштирилган бўлимига ётқизилади.

4. Фенобарбитал барбитурат кислотасининг ҳосилалари, эпилепсияга қарши ва ухлатадиган воситалар фармгуруҳига киради. Юқори дозаларда АҚБ ни туширади, олигурия ёки анурия ривожланиши мумкин, ошқозон-ичак тракти силлиқ мушакларининг тонусини пасайтиради.

5. Гемосорбция, гемодиализ; нафас бузилганида - ўпканинг сунъий вентиляцияси ўтказилади.

## **Вазиятли масала 12**

**Қиз бола, 4 ёш.** Болалар боғчасига ТТЁ бригадаси чақирилди. Соппа-соғ бўлган болада тушлик вақтида тўсатдан йўтал, ҳансираш, безовталиқ пайдо бўлди. Анамнездан маълумки, бола ҳеч қандай бронх-ўпка касалликларидан азият чекмайди. *Объектив кўрувда:* боланинг ҳуши ўзида, нафас олиши кескин қийинлашган. Ўпкада перкутор товуш ўзгармаган. Аускультацияда везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари аниқ, ритмик. ЮҚЧ - дақиқасига 100 марта, АҚБ - 95/55 мм сим. уст. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган. Кўрув вақтида қизчанинг аҳволи кескин ёмонлашди, нафаси узук-узук, талвасали бўлиб, тезда цианоз ортиб борди.

### **Саволлар:**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг.
2. Ёшини ҳисобга олган ҳолда қандай шошинч тадбирлардан фойдаланилади?
3. Шошинч тадбирлар тактикаси, транспортировка шартлари қандай? Прогнози қанақа?

4. Шифохонагача бўлган босқичда кўрсатиладиган шошилич ёрдамда қандай хатоликлар кузатилиши мумкин?

5. Қандай ёт жисмлар ҳаёт учун энг кўп хавф туғдиради?

**Жавоблар:**

1. **Юқори нафас йўлларида ёт жисм**

2. 1 ёшгача бўлган болаларда: чап қўлнинг билагига юзини пастга қаратиб, қорнига ётқизилади, ўнг қўл кафтининг чеккаси билан кураклари орасига 5 марта зарба берилади. Оғиз бўшлиғида ёт жисм борлиги текширилади ва улар олиб ташланади. Агар биринчи вариант самара бермаса, бола тиззага юзини пастга қаратиб жойлаштирилади, тўшнинг пастки учинчи қисми даражасида кўкрак қафасига 5 марта тўртки берилади ва оғиздан ёт жисм чиқариб олинади. Агар обструкция бартароф этилмаса, бошини орқага ташлаш йўли билан нафас йўллари очишга ҳаракат қилиб кўриш ва ўпканинг сунъий вентиляциясини ўтказиш лозим.

1 ёшдан катта болаларда Геймлих усулидан фойдаланилади: турган ёки ўтирган боланинг орқасида туриб, қўллар билан бел айланасида ушлаб



**Геймлих усули**

олинади, киндик ва ханжарсимон ўсиқ орасида қоринга босим ўтказилади ва бир нечта кескин ҳаракатлар билан юқорига қарата 3с интервали билан тўртки берилади. Агар бемор ҳушсиз бўлса, бола чалқанча ётганида ўрта чизикдан ичкарига ва 45° остида юқорига қарата (диафрагма томон) қоринга қўл билан кескин босим ўтказилади. Оғиз бўшлиғи текширилади, ёт жисм олиб ташланади.

3. Оғиз бўшлиғи ва оғиз-томоқ кўрувидан сўнг Геймлих усули ёрдамида ёт жисм олиб ташланади.

Самара бўлмаганида - коникотомия. Кислород ингаляцияси. Т/и га препаратлар юбориш учун вена қон томири катетеризацияси. Ёт жисмни олиб ташлаш билан бронхоскопия ўтказиш учун оториноларингология бўлими ёки реанимация бўлимига ётқизилади. Ўтирган ҳолатда транспортировкани амалга ошириш қатъий талаб этилади! Ўз вақтида ташхислаш ва ёт жисмни олиб ташлаш билан шошилич ёрдам кўрсатишда прогнози ижобий.

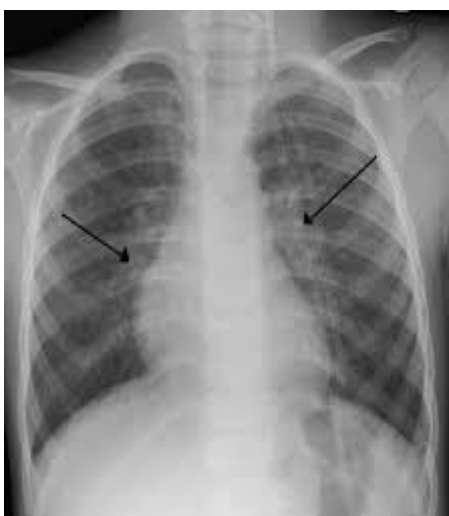
4. Шифокорлар томонидан нафас йўлларида инфекция касалликлари деб хато ташхисланиши, ёт жисм жуда кеч аниқланади.

5. Томоқдан трахея бифуркацияси даражасигача жойлашган ва унинг тўлиқ обтурацияланишига олиб келувчи ёт жисмлар ҳаёт учун энг кўп хавф туғдиради. Агар шошилич ёрдам кўрсатилмаса, 5-10 дақиқа ичида клиник ўлим юзага келади. Шунингдек нафас йўллари қисман обтурацияловчи ва клапанли механизмни келтириб чиқарувчи ёт жисмлар ҳам ҳаёт учун хавфли, бу кўкрак ичида босимнинг ошиши ва нафас ва қон айланишининг бузилишига олиб келиши мумкин. Бундай ҳолатларда клапаннинг

жойлашишига қараб клиник ўлим 20 дақиқадан то бир неча соат ичида рўй бериши мумкин. Баллотирацияланувчи ёт жисмлар силжиганида ларингоспазмнинг ривожланишига олиб келиши мумкин, бу шошилиш ёрдам кўрсатиш вақтида ҳам, бундай ёт жисм овоз тирқиши бойламларига пастдан текканида, рўй бериши мумкин. Турғун ларингоспазм ҳолатида, агар ёрдам кўрсатилмаса, клиник ўлим 5-10 дақиқадан сўнг юзага келиши мумкин. Фибрилляция ва асфиксия, мия шиши бўлиши мумкин. Бошқа асоратлар: пневмония, бош мия қобиғи шикастланишининг қолдиқ ҳолатлари.

## 2.1. АЛЛЕРГОЛОГИЯ ВА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

### Вазиятли масала 1.



#### Кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммаси

**Қиз бола, 5 ойлик.** Ота-онаси қизчанинг “оғир нафас олиши”, тана ҳароратининг  $38,6^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, безовталаниши, иштаҳасининг ёмонлиги каби шикаятлари билан касалликнинг 3-куни маҳаллий шифокорни уйга чақиришди.

*Касаллик анамнези:* онаси 2 кун аввал аксираётган ва йўталаётган 3,5 ёшли фарзанди билан қўшниси кирганини айтди, кеча эса автомобилда узокдаги қариндошиникига бориб келишганлигини айтди. Касаллик тана Ҳаёт анамнези: қизчани ривожланиши ёшига мос кечган. 1-ҳомиладорликдан, муддатида туғилди. Туғилгандаги тана вазни - 3200 г, бўй узунлиги - 50 см. Дарҳол йиғлаган, кўкракка

1-кун қўйилган, туғруқхонадан 6-куни чиққан. Онасида гипогалактия бўлганлиги сабабли 1 ойлигидан бери мослаштирилган аралашмани ичади, 1,5 ойлигидан бери сунъий овқатлантиришда. Календар бўйича эмланган. 3 ойлигида биров иситмаси кўтарилиши, тумов билан кечган ЎРВИ билан оғриган.

*Оила анамнези:* онасида - озик-овқатга ва дорига аллергияси бор, отаси соғлом. Ётоқхонада яшашади, хонаси 18 кв.м; отаси чекади.

*Объектив кўрувда:* аҳволи оғир, тана ҳарорати  $38,6^{\circ}\text{C}$ . териси тоза, оч пушти рангда, бурун-лаб учбурчагида цианоз. Кўкрак қафасининг ичга тортилиши, бурун қанотларининг кенгайиши кузатилади. НС - дақиқасига 66 марта. Перкуссияда - ўпкада қутичасимон ўпка товуши; аускультацияда - крепитация, нафас олишда ва нафас чиқаришнинг бошида кўп майда пуфакли ва крепитацияланувчи хириллашлар эшитилади. Юрак чегаралари ёшига мос. Юрак тонлари бўғиқлашган, ЮҚЧ - дақиқасига 140 марта. Қорни биров дамланган, оғриксиз. Жигари

+2 см қовурға ёйидан чиққан, эластик. Нажаси 2 марта келган, бўтқасимон, сариқ рангда, патологик аралашмаларсиз. Пешоби равон, бироқ нисбатан камайган.

*умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $4,3 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 118 г/л; лейкоцитлар -  $4,2 \times 10^9/л$ ; Таёқча ядроли нейтрофиллар - 1%, сегмент ядроли нейтрофил - 30%, эозинофил - 3%, лимфоцит - 58%, моноцит - 8%, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги - 20 мм/с.

*Умумий пешоб тахлили* - ўзгаришсиз.

## Саволлар

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Болаларда ушбу касалликни кўпинча қайси кўзғатувчи чақиради?
2. Қайси касалликлар билан дифференциал ташхислашни олиб бориш зарур?
3. Маҳаллий шифокорнинг тактикаси қандай? Қандай шошилинич ҳолат мавжуд? Даво тавсия этинг.
4. Бу болада касалликнинг қандай хавф омиллари мавжуд?
5. УҚТ ва кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммасини баҳоланг.

## Жавоблар:

1. **Ўткир бронхиолит, оғир шакли, НЕ-II** ташхиси қуйидагилар асосида қўйилган- шикоятлари: нафас қийинлиги, безовталиқ, тана ҳароратининг  $38,6^{\circ}C$  гача кўтарилиши, иштаҳасининг пастлиги.

*Касаллик анамнези:* қўшнисининг бемор боласи билан мулоқотда бўлганидан сўнг касал бўлган, автомобилда узокдаги қариндошиникига бориб келишганидан сўнг тана ҳароратининг  $38,6^{\circ}C$  гача кўтарилиши билан касаллик ўткир бошланган, эртаси куни аҳволи оғирлашган, пароксизмал йўтал, нафас қийинлиги билан ҳансираш пайдо бўлган.

*Ҳаёт анамнези:* енгил ЎРВИ билан оғриган, онасида озик-овқатга ва дорига аллергияси бор, яшаш шароитлари қониқарсиз (ётоқхонада яшашади).

*Объектив кўрув маълумотлари:* умумий аҳволи оғир, гипертермия, бурун-лаб учбурчагида цианоз, кўкрак қафасининг ичга тортилиши, бурун қанотларининг кенгайиши, НС - дақиқасига 66 марта. Перкуссияда - ўпкада қутчасимон ўпка товуши; аускультацияда - оғиз крепитацияси, нафас олишда ва нафас чиқаришнинг бошида кўп майда пуфакли ва крепитацияланувчи хириллашлар; (инспиратор ҳансираш белгилари), юрак тонлари бироз бўғиқлашган, тахикардия.

Респиратор-синтициал вирус, аденовирус, грипп ва парагрипп кўзғатувчилари.

2. Шифохонадан ташқари пневмония, обструктив бронхит ва бронхиал астма. Биринчи ташхисга қарши рентгенограммада ўчоқли ва

инфильтратив сояларнинг йўқлиги далолат беради. Обструктив бронхит учун дистанцион хириллашлар, ўпка майдони бўйлаб хуштаксимон тарқоқ хириллашлар хос; анамнезида, онаси томонидан аллергияга мойиллик бўлсада, такрорланувчи бронх-обструкция эпизодлари ва қандайдир аллергенларни кўтара олмасликнинг йўқлиги бронхиал астмага қарши далолат беради.

3. Болани шошилишчи шифохонага ётқизиш, чунки ушбу ҳолатда НЕ-II даражасининг мавжудлиги сабаб шошилишчи терапияни ўтказиш зарур. НЕ-II даражаси боланинг оғир аҳволи, бурун-лаб учбурчагида цианоз, кўкрак қафасининг ичга тортилиши, тахипноэ ва тахикардия белгилари асосида қўйилган. Қўйидагиларни ўтказиш зарур: юқори нафас йўллари санацияси; оксигенотерапия; небулайзер орқали бронхолитик ингаляцияси (натрий хлорнинг 2 мл эритмасида 1 кг/тана вазнига 1 томчидан Беродуал эритмаси); дезинтоксикация ва кислота-ишқор ҳолатини меъёрлаштириш мақсадида инфузион терапия. Бола интенсив терапия бўлимига ётқизилади. Гипоаллерген мослаштирилган сутли аралашма билан озиқлантирилади, керагидан 1-2 мартага овқатлантириш сони кўпайтирилади ва аҳволининг оғирлигига кўра ҳар бир овқат хажми кўпайтирилади.

4. Оила яшаш шароитининг ноқулайлиги (ётоқхона), отасининг чекиши, аллергик анамнезининг нотинчлиги ва касал болалар билан тез-тез мулоқотда бўлиши мумкинлиги резистентлигининг пасайишига олиб келган, ўткир касалликлар индекси = 0,4.

5. УҚТ да: ЭЧТ нинг ошиши ва лейкопения, бу этиологияси вирусли бўлган касаллик учун характерли. Кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммасида: ўпка майдонининг тиниқлиги, айниқса периферияда, ошган, диафрагманинг паст туриши.

## **Вазиятли масала 2**

**Ўғил бола, 8 ойлик.** Боланинг онаси теридаги жараённинг зўрайганлиги боис аллерголог-иммунологга мурожаат этди: юзи, танасига тошма тошганлиги, қичишиши, безовталаниши, уйқуси ва иштаҳасининг бузилганлигига шикоят қилди.

*Касаллик анамнези:* бола, сунъий овқатлантиришга ўтказилганидан бошлаб, 1 ойлигидан бери касал. Дастлабки тошмалар юзида, думба соҳасида пайдо бўлди; гипоаллерген аралашма берилганидан сўнг аҳволи яхшиланди, бир ой олдин творог берганидан сўнг касаллик яна зўрайди.

*Ҳаёт анамнези:* болани ривожланиши ёшига мос кечган, 1-ҳомиладорликдан, муддатида туғилган, туғилгандаги тана вазни 3200 г, бўйи 53 см. 2 ойлигида ЎРВИ билан оғриган, 5 кун давомида антибиотик ичган. Аллергик касалликлар бўйича наслий анамнездан: онаси томонидан бобосида -

бронхиал астма, отаси томонидан бувисида - қандли диабет. Яшаш шароитлари қониқарли, квартирада ҳайвонлар йўқ.

*Объектив кўрувда:* умумий аҳволи ўрта оғир, эс-хуши ўзида, бола безовта. Тана вазни - 8800 г, бўйи - 69 см. Танаси тўғри тузилган, юзи, бўйни, думбаси, чов соҳаси, болдирларининг ташқи юзаси гиперемияланган, кўпроқ яноқларида намланиш бўлган, папула-везикула тошмалари билан қопланган, каткалоқлар, кипикланиш, қашиб тирналган жойлари мавжуд. Томоғининг



орқа девори пушти рангда, тоза. Жағости лимфа тугунлари пайпасланганда, оғриқсиз, ҳаракатчан, 4×5 мм. Ўпкада аниқ перкутор товуш эшитилади, нафаси пуэрил, НС - дақиқасига 36 марта. Юрак нисбий тўмтоқлигининг чегаралари ёшига мос, юрак тонлари аниқ, ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 118 марта. Қорни юмшоқ, жигари +2,0 см қовурға ёйидан пастда жойлашган. Қора талоғи пайпасланмайди. Нажаси ва пешоби равон.

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $3,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 122 г/л; ранг кўрсаткичи - 0,86 г/л; лейкоцитлар -  $8,2 \times 10^9/л$ ; Таёқча ядроли нейтрофиллар - 2%; сегмент ядроли нейтрофил -

### **Атопик дерматит**

19%; эозинофил - 8%; лимфоцитлар - 61%; моноцит - 10%; ЭЧТ - 9 мм/с.

*Умумий пешоб тахлили:* нисбий зичлиги - 1018; эпителиал хужайралар - кўрув майдонида 5–7 та; лейкоцит - кўрув майдонида 2–5 та; эритроцитлар - кўрув майдонида 0–1–0 та.

### **Саволлар**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Бу болада касаллик сабаблари ва ривожланиш механизми қандай?
3. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислашни олиб бориш лозим?
4. Сиз қайси тадбирларни бирламчи ва шошилинич деб ҳисоблаган бўлар эдингиз? Асоратлари ва прогнози қандай?
5. УҚТ ва УПТ ни баҳоланг. Ташхислашнинг қайси қўшимча усулларини тавсия этасиз ?

### **Жавоблар**

1. Атопик дерматит, гўдакларда учрайдиган тарқоқ шакли, ўткир фазаси, зўрайиш даври қуйидагилар асосида қўйилган:

*Шикоятлари:* юзи, танаси терисига тошмалар тошиши, қичишиши, безовталик, уйқуси ва иштаҳасининг бузилиши;

*Касаллик анамнези:* бола, сунъий овқатлантиришга ўтказилганидан бошлаб, 1 ойлигидан бери касал, гипоаллерген аралашма берилганидан сўнг

аҳволининг яхшиланиши, творог берганидан сўнг касалликнинг яна зўрайиши кузатилди;

*Ҳаёт анамнези:* 2 ойлигида ЎРВИ билан оғриган, 5 кун давомида антибиотик ичган; аллергия касалликлар бўйича онаси томонидан наслий мойнлик бор. *Объектив кўрув маълумотлари* - аҳволи ўрта оғир, аллергия генезга эга қичишиш билан характерли экзантема боис безовта.

2. Сигир сути оксилага бўлган аллергия касаллик сабаби бўлиб ҳисобланади, сигир сути асосида кўкрак сути ўрнини босувчи сунъий аралашмаларни қабул қилиш бу ҳақида далолат беради, оксилнинг қисман гидролизи асосида гипоаллерген аралашманинг фонида аҳволининг яхшиланиши ва творог киритилганидан сўнг қайта зўрайиши. ЎРВИ билан касалланиш антибиотикотерапия хавф омили бўлиши мумкин. Болада, сигир сути оксилнинг антигенига аллергия реакциянинг реактин тури билан чақирилган, наслий мойиллик билан атопик касаллик.

3. Кўтир, микробли экзема, бирламчи иммунтанқислик ҳолати. Эпидемиологик жиҳатдан ва анамнезида ушбу касалликларнинг сабаб омиллари, мос равишда иммунтанқислик бўйича ирсиятнинг йўқлиги бу касалликларга қарши маълумотларни кўрсатади.

4. Гипоаллерген парҳез тавсия этиш ва озиқ-овқат кундалигини тутиш зарур. Болалар косметикаси, намлантирувчи ва юмшатувчи воситалар, шунингдек асосида топик ГКС бўлган даволовчи кремлардан (гидрокортизон, метилпреднизолон ацепонат, мометазон) фойдаланиш билан ҳар куни 5 кун давомида терини парваришлаш, сўнгра ташқи кўллаш учун асосида пимекролимус бўлган воситага ўтиш. Дори воситаларидан: антигистамин препаратлар (диметинден малеат томчида 0,1 мг/кг 20 мл флаконда, 14 кун давомида 10 томчидан × 3 маҳал кунига); ичак микробиотини коррекция қилиш; витаминотерапияси (В, D, С, А гуруҳлари). Эрта ёшдаги болаларда атопик дерматит пиодермия, терининг вирусли шикастланиши билан асоратланиши мумкин, шунингдек, аллергия патологиянинг респиратор шаклига ўтиши билан, “атопик марш” нинг бошланиши бўлиб хизмат қилиши мумкин.

5. УҚТ да - эозинофилия; УПТ да - эпителийнинг ўртача ошиши, ушбу ташхисда кузатилади. Умумий ва махсус IgE даражаси, шунингдек, бирламчи иммун танқислик ҳолатини инкор этиш учун иммун статусини текшириш лозим.

### Вазиятли масала 3.

**Ўғил бола, 5 ёш.** Бир ҳафтадан бери бурни битган, тумов безовта қилади. *Касаллик анамнези:* охириги 2 йилдан бери касал, оториноларинголог кўрувида бўлиб туради, ўткир риносинусит билан оғриган, II даражадаги аденоидлар мавжуд. Онасини сўзларидан, боланинг бурни доимо битиб юради, ухлаганида оғиз орқали нафас олади. Охириги зўрайиш бувисиникига қишлоққа бориб келганидан сўнг юзага келди. Бурнини ювдирган, физиотерапевтик даво олган, вақти-вақти билан бурнига оксиметазолин (Називин) томизиб туради, бироқ самара бермаган. Текширувдан ўтиш тавсия этилган, бироқ онанинг яна бир гўдак фарзанди бор ва шифокорга олиб боришга ҳеч ҳам вақти бўлмаган. Аллергик касалликлар бўйича наслий моинлик бор: онасида атопик дерматит, бола ҳаётининг 1-йилида - экссудатив-катарал диатез намоён бўлган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, бурундан нафас олиш қийинлашганлиги сабабли ўзини ёмон ҳис қиляпти, тана ҳарорати  $36,6^{\circ}\text{C}$ . Жағ ости лимфа тугунлари катталашган, эластик, оғриқсиз. Териси оч пушти рангда, тоза. Тана вазни - 23 кг, бўйи - 110 см. Томоғининг орқа девори ялтироқ, рангпар, бодом безлари II даражали гипертрофияланган. Бурундан шиллиқли ажралма келади. Кўкрак кафаси цилиндрик шаклда, НС - дақиқасига 25 марта. Ўпкада аниқ перкутор товуш, везикуляр нафас эшитилади. Юрак нисбий тўмтоқлиги чегаралари ёшига мос, юрак тонлари аниқ, ритмик.



**Риноскопия**

ЮҚЧ - дақиқасига 100 марта. Қорни юмшоқ, пайпаслаганда оғриқсиз, жигари - қовурға ёйининг пастки қирраси бўйлаб жойлашган. Қора талоғи пайпасланмайди. Нажаси ва пешоби равон.

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$ ; гемоглобин - 128 г/л; ранг кўрсаткичи - 0,9 г/л; лейкоцитлар -  $6,2 \times 10^9/\text{л}$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 2%; сегмент ядроли нейтрофил - 22%; эозинофил - 8%; лимфоцит - 59%; моноцит - 9%; ЭЧТ - 6 мм/с. *Умумий пешоб тахлили* - ўзгаришсиз.

Текширув вақтида одатда аллергия ринитнинг характерли белгилари (риноскопия): Шиллиқ қаватнинг шишиши: у шишиб кетади, бу эса нафас олишни қийинлаштиради.

*Ранг:* шиллиқ қават кўпинча юқумли ринитда ёрқин қизил рангдан фарқли ўлароқ, рангпар, сиянотик ёки кулранг кўринади. *Бурундан ажралмалар:* одатда кўп миқдорда тиниқ, сувли.

## Саволлар

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Ушбу касалликнинг прогнози қандай?
2. Болада бурун битиши ривожланишининг механизми қандай?
3. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислашни олиб бориш лозим?
4. Сиз қайси тадбирларни бирламчи ва шошилишч деб ҳисоблаган бўлардингиз?
5. ЖР, УҚТ, бурун қўшимча бўшлиқларининг рентгенограммасини баҳоланг.

## Жавоблар

1. Асосий ташхис: **аллергик персистирланувчи ринит, оғир даражаси, зўрайиш даври**. Йўлдош ташхис: аденоидлар II даражаси, бодом безлари гипертрофиясининг II даражаси.

Асосий ташхис қуйидагилар асосида қўйилган - шикоятлари: бурун битиши, тумов.

*Касаллик анамнези:* охирги 2 йилдан бери касал, ЛОР назоратида бўлиб туради, ўткир риносинусит билан оғриган, II даражадаги аденоидлар мавжуд, боланинг бурни доимо битиб юради, ухлаганида оғиз орқали нафас олади. Охирги зўрайиш бувисиникига қишлоққа бориб келганидан сўнг юзага келган. ЎРВИ да тавсия этилган даво самара бермаган. Аллергик касалликлар бўйича наслий моинлик бор: онасида атопик дерматит, бола ҳаётининг 1-йилида - экссудатив-катарал диатез намоён бўлган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, бурундан нафас олиш қийинлашганлиги сабабли ўзини ёмон ҳис қиляпти, тана ҳарорати 36,6°C. Жағ ости лимфа тугунлари катталашган, эластик, оғриқсиз, Томоғининг орқа девори ялтироқ, рангпар, бодом безлари II даражали гипертрофияланган. Бурундан шиллиқли ажралма келади, бурни битган; ички аъзолар томонидан патология аниқланмади. Шундай қилиб, аллергия генезли юқори нафас йўллари ва ЛОР-аъзоларининг шикастланиши синдромини ажратиш мумкин. Ўз вақтида аллергиялогик терапия олиб борилганида прогнози ижобий.

2. Бурун битишининг механизми, эҳтимол, маиший аллергиялар таъсири остида (чунки бувисиникига меҳмонга борганда касаллик зўрайган) аллергия яллиғланиш натижасида юзага келган бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг шиши ва аденоид вегетацияларнинг шиши билан боғлиқ. Болада онаси томонидан атопик наслий мойиллиги бор.

3. Дифференциал ташхислашни ЎРВИ билан олиб бориш зарур, бироқ ушбу ҳолатда интоксикацион ва гипертермик синдром, шунингдек томоғида инфекция яллиғланишга хос бўлган ўзгаришлар йўқ; ўткир риносинусит билан, бурун ажралмасининг характери, тана ҳароратининг меъёрида бўлиши, интоксикациянинг йўқлиги унга қарши далолат беради; ангина

билан- гипертермия, томоқда оғриқ ва бодом безларида караш билан кечади, булар эса болада кузатилмади.

4. Гипоаллерген муҳит ва парҳезни ташкиллаштириш; шиллиқ қаватдан аллергияларни ювиб ташлаш учун бурунни термал сув билан ювиш; топик ГКС ларни эндоназал тавсия этиш (мометазон (Мометазонафуоат) 2 ой давомида кечасига ҳар бурун йўлига 50 мкг 1 мартадан сепиш); янги авлод антигистамин препаратлари (Эриус 5 мг, 1,25 мг ×1 маҳал). Ремиссияга эришилгач аллергиялогик текширув ва аллергияспецифик терапия учун аллергиялог-иммунологга юбориш.

5. Жисмоний ривожланиш: бўйи ўрта (25–75 перц.), ортиқча тана вазнининг I даражаси (90–97 перц.), дисгармоник. Тана вазни индекси - 23, семизлик ривожланишининг хавфи бор. УҚТ да - эозинофилия 8% гача. Бурун кўшимча бўшлиқларининг рентгенограммасида – юқори жағ бўшлиқлари пневматизациясининг пасайиши, бурун тўсиқларининг қийшиқлиги. бурмаларидаги ўзгаришлар 3 ойлигида, болани сунъий овқатлантиришга ўтказганида, пайдо бўлди. Кейинчалик сигир сути, апельсинни истеъмол қилганида.

#### **Вазиятли масала 4**

**Ўғил бола, 5 ёш,** тошма тошиши, лабларининг шишгани, тилининг ачишишига шикоятлари билан ТТЁ машинасида шифохонага олиб келинди. Бола қовурилган балиқ истеъмол қилганидан сўнг касал бўлди: ярим соатдан кейин қичишиш ва лабларида шиш пайдо бўлди, тили ачиша бошлади, сўнгра юзига эшакеми типидеги тошма тошди, қорни оғриди ва ичи кетди. *Касаллик анамнези:* дастлаб яноғи, думбаси, терисининг табиий теридаги ўзгаришлар тарқоқ бўлиб, катта юзани эгаллади. Гипоаллерген парҳезни сақлаганда териси тозаланди. Илгари бола балиқ истеъмол қилган, реакциялар кузатилмаган. Аллергия бўйича наслий моинлик бор: боланинг онасида ёшлигидан атопик дерматит мавжуд.

*Объектив кўрувда:* умумий аҳволи ўрта оғир, ўзини яхши ҳис қилмаяпти, тана ҳарорати 37,2°C. Боланинг тана териси, оёқ-қўллари қуруқ, бинафша рангли қичима уртикар тошма билан қопланган; кўзга ташланувчи шиллиқ қаватлари тоза, тили “географик”. НС - дақиқасига 24 марта. Ўпкасида везикуляр нафас. Юрак тонлари аниқ, ритмик. ЮҚЧ - дақиқасига 98 марта. Қорни юмшоқ, йўғон ичак бўйлаб ғўлдираш эшитилади, жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган. Нажаси суюқ, шиллиқ аралашган. Пешоби равон.



**Болада эшакеми**



**Шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг 1ойдан кейин озуқа аллергенлари билан ўтказилган теридаги прик-тест**

Умумий қон тахлили: эритроцитлар -  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 112 г/л; лейкоцитлар -  $7,0 \times 10^{12}/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 5%; сегмент ядроли нейтрофил - 34%; эозинофил - 12%; лимфоцит - 45%; моноцит - 4%; ЭЧТ — 6 мм/с. Умумий пешоб тахлили - ўзгаришсиз.

Сигир сути оқили ва балиқга махсус IgE даражаси юқори натижани кўрсатди. Радиоаллергосорбент тести: қон зардобидаги IgE даражаси - 910 бирл/л (меъёрда -100 бирл/л гача).

### **Саволлар:**

- 1.Аниқланган симптомлар ва синдромлар асосида ташхисни шакллантиринг.
- 2.Лаборатор ва қўшимча текширув усулларининг натижаларини баҳоланг.
- 3.Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислашни олиб бориш зарур?
- 4.Қайси тадбирларни сиз бирламчи ва шошилич деб ҳисоблаган бўлар эдингиз? Қандай асосратлар ривожланиши мумкин?
- 5.Поликлиникада боланинг кузатув режаси қандай?

### **Жавоблар:**

**1.Озиқ-овқат этиологияли ўткир эшакеми (балиқга аллергия)** ташхиси куйидагилар асосида қўйилган – *шикоятлари*: тошма тошиши, лабларининг шишиши, тилининг ачишиши; касаллик анамнези: бола қовурилган балиқ истеъмол қилганидан сўнг касал бўлди, ярим соатдан кейин қичишиш ва лабларида шиш пайдо бўлди, тили ачиша бошлади, сўнгра юзига эшакеми типидagi тошма тошди, қорни оғриди ва ичи кетди. *Ҳаёт анамнези*: дастлаб яноқлари, думбаси, тери бурмаларининг қизариши болани 3 ойлигида сунъий овқатлантиришга ўтказилганида пайдо бўлди; сигир сути, апельсин истеъмол қилганидан сўнг ўзгаришлар тарқоқ бўлди, терининг катта юзасини эгаллади,

гипоаллерген парҳез фонида эса териси тозаланди; аллергия бўйича насли нотинч - онасида болалигидан атопик дерматит; кўрувда: тана ҳарорати - 37,2 °С, аҳволи ўрта оғир, ўзини ёмон ҳис қилапти, терис курук, тана териси, оёқ-қўллари курук, бинафша рангли қичима уртикар тошма билан қопланган; кўзга ташланувчи шиллиқ қаватлари тоза, тили “географик”, Қорни юмшоқ, йўғон ичак бўйлаб ғўлдираш эшитилади, жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган. Нажаси суюқ, шиллиқ аралашган.

2.Қон тахлилида эозинофилия 12% гача; балиқ ва сигир сути аллергиянига антитана титрининг ошиши билан IgE даражаси юқори. Озуқа аллергиялари билан прик усули ёрдамида тери аллергиятести натижаси мусбат.

3.Қизамиқ, қизилча, сувчечак билан қиёсий ташхислаш олиб борилади, карантин ёки болалар инфекцияси билан оғриган беморлар билан мулоқотнинг, гипертермиянинг йўқлиги уларга қарши далолат беради. Респиратор симптомлар, доғли-папулез тошманинг босқичма-босқич тошиши, касалликнинг дастлабки кунларида Филатов-Коплик доғининг бўлиши қизамиқ учун патогномоник симптомлар бўлиб ҳисобланади; қизилчада энса лимфа тугунлари катталашади ва тошма уртикар характерга эга эмас; сувчечакда тошма, кейинчалик кўнғир пўстлоқчалар пайдо бўлиши билан, киндиксимон ботиқли пуфакчалар кўринишида бўлади.

4.Болани шифохонага ётқизиш. Ҳимояловчи тартибга риоя этиш (бола учун ёқимсиз бўлган муолажаларни чеклаш ёки эҳтиёткорлик билан бажариш). Гипоаллерген муҳитни яратиш ва гипоаллерген парҳезга амал қилиш; касалликнинг этиологияси озиқ-овқатга боғлиқ бўлганлиги сабабли сорбентлар (диоксид коллоидли кремний (Полисорб МП) эрталаб ва кечқурун оч қоринга 50мл қайнатилган сувда 1 г дан) тавсия этилади; антигистамин - хлоропирамин м/о га 0,5 мл × кунига 2 маҳал. Тошмалар кўпайганида, улар бирлашганида - преднизолон м/о га ёки т/и га боланинг тана вазнига 1–3 мг/кг дозада юборилади; қичишишни баргараф этиш ва шишн камайтириш учун гел кўринишида ташқи қўллаш учун диметинден қўлланилади. Ҳақилдоқнинг шиши ривожланиши мумкин, шунинг учун бола шифохонада шифокор назорати остида бўлиши лозим.

5.Шифохонадан уйга жавоб берилганида аллергиялогик текширув учун аллергиялог-иммунолог маслаҳатига юборилиши, III диспансер гуруҳида кузатувда бўлиши лозим.

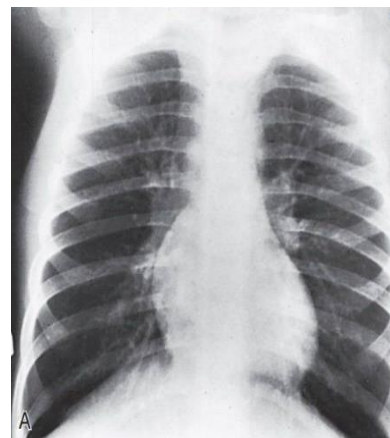
## **Вазиятли масала 5**

**Ўғил бола, 6 ёш**, қайин куртаклари дамламаси билан ингаляция қилингандан кейин тўсатдан хуштаксимон нафас хуружининг юзага келиши, кўзининг ёшланиши, бурун битишига *шикоятлари* билан ТТЁ машинасида болалар

шифохонасига олиб келинди. Икки кун аввал бола йўталиб юрган эди, ва онаси уни мустақил даволай бошлади, шифокорга мурожаат этмади.

*Ҳаёт анамнези:* бола меъёрида кечган 2-ҳомиладорлик, кесарча кесиш усулида олиб борилган 2-муддатидаги туғруқдан. Туғилгандаги тана вазни - 3100 г, бўйи - 54 см. Кўкракка 3 соатдан кейин кўйилган, суст эмган. Туғруқхонада БЦЖ билан эмланган; гепатитга қарши эмлашдан она бош тортган. Чақалоқлик даври яхши кечган, 10 ойликкача кўкрак сути билан эмизиб боқилган. Яшаш шароитлари қониқарли, уйда мушук боқишади. Отаси чекади, онаси сўзларидан, балконда. Бола тез-тез ЎРВИ ўтказди, сувчечак билан оғриган, охирги 2 йилда баҳорда юқори ҳароратсиз чўзилувчан кечиши билан ЎРВИ ва бронхит бўлган. Текширувдан ўтмаган. Бир йилдан бери олма еганидан сўнг томоғида қичишиш ва лабларининг шиши юзага келади. *Насли:* онаси томонидан гипертония касаллиги бор, отасида қишлоқда пичан ўрими пайтида бурни оқади ва кўзи қизаради, текширувдан ўтмаган, даволанмаган, чунки шаҳарга қайтгач белгилар йўқолади; отаси томонидан бувисида - қоринда оғриқ ва эшакеми кўринишидаги гул асалига реакция кузатилади; катта акасида ўз-ўзидан йўқолган 1 ёшгача экссудатив-катарал диатез бўлган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, ўзини ёмон ҳис қилапти, саволларга ҳоҳламай жавоб беради. Менингеал белгилар йўқ. Тана вазни - 20 кг, бўйи - 118 см. Бурни битган, қовоқлари шишган, конъюнктиваси гиперемияланган, шовқинли, хуштаксимон нафас олади, нафас чиқариши узайган. НС - дақиқасига 28 марта. Кўкрак қафаси цилиндрик шаклда, ёрдамчи мушакларнинг иштирокида аралаш нафас олади. Перкуссияда қутчасимон ўпка товуши эшитилади, товуши тўмтоқлашмаган. Аускультацияда нафас чиқарилишининг узайиши билан, дағал нафас, тарқоқ хуштаксимон хириллашлар эшитилади. Юрак чегаралари ёшига мос. Юрак тонлари Ритмик, аниқ, ЮҚЧ - дақиқасига 90 марта. Тили нам, карашланмаган. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигари ва қора талоғи катталашмаган. Нажаси ва пешоби равон.



**Бронхиал астмада  
кўкрак қафаси рентгени**

*Умумий қон таҳлили:* эритроцитлар -  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 139 г/л; Ранг кўрсаткичи - 0,9 г/л; лейкоцитлар -  $8,6 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 3%; сегмент ядроли нейтрофил - 56%; эозинофил - 9%; лимфоцит - 26%; моноцит - 8%; ЭЧТ - 9 мм/с.

*Умумий пешоб таҳлили:* сариқ, тиниқ, оқсил - манфий.; лейкоцит - кўрув майдонида 2-3-1; эпителиал хужайралар - кўрув майдонида 4-5-2; эритроцит - 0.

*Қоннинг биокимёвий таҳлили:* умумий оқсил — 68 г/л; умумий билирубин — 18,5 мкмоль/л; АЛТ - 22 бирл/л; АСТ - 18 бирл/л; тимол синамаси - 3 бирл

## **Саволлар:**

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Касалликнинг сабаби нима? Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислашни олиб бориш лозим?
3. Даво тавсия этинг.
4. ЖР, текширув хажмини баҳоланг ва лаборатор ва инструментал текширув натижаларини таҳлил қилинг.
5. Қайси мутахассислар маслаҳати ва қайси текширув ўтказилиши лозим?

## **Жавоб**

1. **Поллиноз. Бронхиал астма, атопик шакли, интермиттирловчи, зўрайиши, чанг билан боғлиқ этиологияси, НЕІ. Аллергик интермиттирловчи ринит, ўрта оғир даражаси, зўрайиши. Аллергик конъюнктивит.** Асосий ташхис қуйидагилар асосида қўйилган: *шикоятлари* қайин куртаклари дамламаси билан ингаляция қилингандан кейин хуштаксимон хириллаш, кўзнинг ёшланиши, бурун битиши; касаллик анамнези - 2 кундан бери касал, мустақил даволанган, шифокорга мурожаат қилмаган; ҳаёт анамнези - отаси томонидан аллергия анамнези нотинч; катта акасида экссудатив-катарал диатез бўлган. Объектив кўрувда — аҳволи ўрта оғир, ўзини яхши ҳис қилмаган, бурни битган, қовоқлари шишган, конъюнктиваси гиперемияланган. Экспиратор ҳансираш белгилари: тахипноэ, шовқинли хуштаксимон нафас, нафас чиқариши узайган. Кўкрак қафаси цилиндрик шаклда, ёрдамчи мушакларнинг иштирокида аралаш нафас; перкуссияда қутчасимон ўпка товуши эшитилади, товуши тўмтоқлашмаган. Аускультацияда нафас чиқарилишининг узайиши билан, дағал нафас, тарқоқ хуштаксимон хириллашлар. УҚТ натижалари - эозинофилия 9% гача ва кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси - бронхит белгилари.

2. Шикоятлари, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези, аллергологик анамнез ва клиник-лаборатор маълумотлар бўйича болада чангга аллергияси бор (қайин чанги), охириги 2 йилдан бери баҳор ойида намоён бўлади. Бундан ташқари, олма истеъмол қилганидан кейин томоғида қичишиш ва лабларининг шишиши кузатилади. Ушбу ҳолатда болада йўтални даволаш учун онаси қўллаган қайин куртаклари дамламаси билан ингаляция триггер бўлиб хизмат қилди. Қиёсий ташхислаш грипп, ўткир обструктив бронхит, бронхларда ёт жисм билан олиб борилади. Гипертермик ва интоксикацион синдромлар, шунингдек эпидемиологик вазият ва ЎРВИ (грипп) билан касалланишнинг қўпайиши бўйича маълумотларнинг йўқлиги биринчи ташхисга қарши далолат беради; “ўткир обструктив бронхит” ташхиси учун эса - гипертермия, қон таҳлилида яллиғланиш белгилари йўқ. Бронхларда ёт жисм учун касалликнинг, кўпинча ўйнаб ўтирган ёки овқатланаётган вақтида тўсатдан бошланиши характерли, ушбу ҳолатда, хуштаксимон нафас

хуружининг юзага келгунига қадар, бола ринит ва конъюнктивит белгилари билан бирга 2 кундан бери йўталаётган эди.

3. Болани шифохонага ётқизиш зарур, ҳимояловчи тартибга риоя этиш (бола учун ёқимсиз бўлган муолажаларни чеклаш ёки эҳтиёткорлик билан бажариш). Аллергенлар билан контактни инкор этиш (қайин куртаклари билан ингаляцияни бекор қилиш), табиий гистамин либераторлар (какао, кофе, шоколад, цитрусли мевалар ва б.) ва аллергияга олиб келиши мумкин бўлган маҳсулотларни (қайин шарбати, ёнғоқ, фиточойлар ва б.) инкор қилиш билан гипоаллерген парҳезни тавсия этиш. Дори препаратлари: янги авлод антигистамин препаратлари Эриус 5 мл дозада × кунига 1 маҳал; бронхоспазмни бартараф этиш учун небулайзер орқали натрий хлорнинг 1,0–1,5 мл эритмасида 15 томчидан Беродуал эритмаси ингаляцияси. Симптоматик терапия: 0,1% ли дексаметазон эритмасини кунига 1–2 маҳал кўзига томизиш; бурун шиллиқ қаватини тозалаш учун бурун бўшлиғини натрий хлор эритмаси билан ювиш.

4. ЖР ни баҳолаш бўйича хулоса: бўйи ўрта (25–75 перц.), тана вазни танқислигининг I даражаси (10–25 перц.), гармоник (25–75 перц.). УҚТ да - эозинофилия 9% гача; УПТ ва қон биохимияси ўзгаришсиз; кўкрак қафаси рентгенограммасида - ўпка суратининг кучайганлиги, ўпка илдизи соясининг кенгайганлиги, ўпкада инфилтратив ва ўчоқли соялар йўқ.

5. ЛОР ва офтальмолог кўруви зарур, шифохонадан чиққандан сўнг - аллерголог-иммунолог назоратида бўлиш. Лаборатор усуллардан - қонда IgE умумий миқдорини текшириш.

## **Вазиятли масала 6**

**Қиз бола, 10 ёш,** кўп эски пар ёстиклар, юмшоқ мебеллари бўлган дала ҳовлига бориб келганидан сўнг хуружсимон йўтал, хуштаксимон нафас, хансираш каби *шикоятлари* билан шифохонага келди. Йўтал хуружи тунда уйку вақтида юзага келди. Онаси сальбутамол препарати билан ингаляция қилди, шундан сўнг аҳволи яхшиланди, бироқ йўтал тўлиқ бартараф этилмади. Оила шаҳарга жўнаб кетди, шифохонанинг қабул бўлимига мурожаат этдилар.

*Касаллик анамнези:* онасининг сўзларидан, бола боғчага борганидан сўнг (2 ёш 3 ойлигида) (йилига 6–8 марта) субфебрил ҳарорат, йўтал, бироз хансираш, қуруқ ва нам хириллашлар билан кечган тез-тез ЎРВИ билан оғриди. Рентгенографияда “пневмония” ташхиси тасдиқланмади. 3 ёшида навбатдаги ЎРВИ да нафас сиқиши хуружи юзага келди, шифохонада сальбутамол ингаляциясидан сўнг бартараф этилди. Кейинчалик хуружлар ҳар 3–4 ойда 1 марта такрорланди, ЎРВИ ёки шоколад, цитрусли меваларни истеъмол қилгани билан боғлиқ бўлган, баъзида эса сабабсиз юзага келган. Кейинчалик қизча аллерголог- иммунолог текширувидан ўтган, Уй чанги,

кўён юнгига аллергия аниқланган. Вақти-вақти билан даволанган, бироқ мунтазам эмас.



Дозаланган аэрозолли ингаляторни қўллаш



Пикфлоуметрия

*Ҳаёт анамнези:* бола ривожланиши ёшига мос кечган. 1-ҳомиладорлик, 1-муддатидаги туғруқдан. Туғилгандаги тана вазни - 3250 г, бўй узунлиги - 50 см. Чақалоқлик даври яхши кечган. 4 ойлигида сунъий овқатлантиришга ўтказилган; 5 ойлигидан бери атопик дерматитдан азият чекади.

2 ёшгача яхши ўсиб ривожланган. *Насли:* отасида ва отаси томонидан бобосида - бронхиал астма, онасида - экзема.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, ҳолати фаол, саволларга истамай жавоб беради. Хуружсимон йўтал безовта қилади. Тана ҳарорати 37,0°C. Танаси тўғри тузилган, овқатланиши қониқарли. Томоқ орқа деворининг шиллик қавати бироз гиперемияланган, карашлар йўқ. НС - дақиқасига 36 марта. Кўкрак қафаси бочкасимон, дамланган, елкалари бирмунча кўтарилган, ўпкада қутичасимон перкутор товуш, аускультацияда хуштаксимон нафас, нафас чиқариши узайган, иккала томонда хуштаксимон қуруқ ва бир-икки йирик пуфакли нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бироз бўғиқлашган, ЮҚЧ - дақиқасига 108 марта. Тил илдизи оқ караш билан қопланган. Қорни юмалоқ, нафас актида иштирок этади, пайпаслаб кўрилганда оғриқсиз, жигари +1 см ўнг қовурға ёйидан пастга чиққан, қора талоғи - чап қовурға ёйининг қирраси бўйлаб жойлашган. Нажаси ва пешоби раван.

*Умумий қон таҳлили:* эритроцитлар -  $3,8 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 128 г/л; Ранг кўрсаткичи - 0,93 г/л; лейкоцитлар -  $7,2 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 2%; сегмент ядроли нейтрофил - 58%; эозинофил - 6%; лимфоцит - 24%; моноцит - 8%; ЭЧТ - 8 мм/с.

*Умумий пешоб таҳлили:* оч сариқ рангда, тиниқ; нисбий зичлиги - 1018; лейкоцит - кўрув майдонида 2–3 ; эпителиал хужайралар - кўрув майдонида 3; эритроцит - йўқ.

### Саволлар

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.

2. Бу болада обструктив синдром ривожланишининг механизми қандай?
3. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислашни олиб бориш лозим?
4. Лаборатор-инструментал кўрсаткичларни баҳоланг.
5. Қайси тадбирларни бирламчи ва шошилишч деб ҳисоблаган бўлар эдингиз? Базис давони тавсия этинг.

### **Жавоб**

1. **Бронхиал астма, атопик шакли, персистирланувчи енгил кечиши, хуруж даври, ўрта оғир кечиши, НЕП. Поливалент аллергия (маиший, эпидермал).** Ташхис куйидагилар асосида қўйилган: дала ҳовлига бориб келганидан сўнг хуружсимон йўтал, хуштаксимон нафас, ҳансираш каби шикоятлари; касаллик ва ҳаёт анамнези - боғчага борганидан сўнг қизча бронх обструкцияси белгилари билан тез-тез ЎРВИ билан оғриди, 3 ёшида нафас сиқиши хуружи юзага келди, аллергологик анамнези отаси ва онаси томонидан нотинч, болада эса 5 ойлигида атопик дерматит ташхиси қўйилган, текширувдан сўнг маиший аллергенларга аллергия аниқланган. *Объектив кўрувда* - хуружсимон йўтал, экспиратор ҳансираш белгилари: тахипноэ, кўкрак қафаси бочкасимон, ўпкада қутичасимон перкутор товуш, аускультацияда хуштаксимон нафас, нафас чиқариши узайган, иккала томонда хуштаксимон куруқ ва бир-икки йирик пуфақли нам хириллашлар эшитилади. Юрак тонлари бироз бўғиқлашган, тахикардия.

2. Дала ҳовлида маиший аллерген билан мулоқот обструктив синдромнинг бошланишига сабаб бўлган, аллерголог-иммунолог текширувидан ўтганида қизчада аллергия исботланган. Механизми аллергик реакцияларнинг реактин тури билан боғлиқ, натижада бронхоспазм, шиллиқ қаватнинг шиши ва шиллиқ гиперсекрецияси ривожланган, бу бронхиал дарахтнинг обструкциясига олиб келган.

3. Сурункали бронхит учун кўпинча эрталабки соатларда йирингли балғам ажралиши билан йўтал характерли, ушбу ҳолатда аниқланувчи кўкрак қафасининг бочкасимон бўлиши хос эмас. Ўткир обструктив бронхитга боланинг ёши, анамнез маълумотлари, гипертермия ва УҚТ да ўткир яллиғланиш белгиларининг йўқлиги қарши далолат беради. Муковисцидозда бронх-обструктив синдром кузатилиши мумкин, бироқ беморда анамнез атопик, қариндошларида сурункали наслий касалликлар борлиги ҳақидаги маълумотлар мавжуд эмас, клиник жиҳатидан ОИТ шикастланишининг симптомлари йўқ ва бронхолитик терапиянинг самарадорлиги ҳақида маълумотлар бор, бу астмада кузатиладиган ортга қайтувчи бронхоспазм учун характерли.

4. УҚТ да 6% гача эозинофилия аниқланган, УПТ да патология йўқ; спирографияда - обструктив типдаги “оқим-хажм” графиги пасайган. Кўкрак қафаси рентгенограммасида - ўпка сурати кучайган, ўпка илдизи

сояси кенгайган, ўчоқли-инфильтратив соялар йўқлигида ўпканинг шаффофлиги ошган.

5.I. Қабул бўлимида - кислород терапияси ва зудлик билан небулайзер орқали 1мл натрий хлор эритмасида 2мг сальбутамол эритмасининг ингаляцияси, 20 дақиқадан сўнг боланинг аҳволи баҳоланади ва зарур



бўлганида бронхолитик ингаляцияси 3 мартага такрорланади.

II.Бола интенсив терапия бўлимига ётқизилади ва бошланган терапия давом эттирилади.

III.Агар сальбутамолнинг 1-2 ингаляциясидан сўнг боланинг аҳволи яхшиланмаса, 500 мкг дозада будесонид суспензияда қўшилади.

IV.Боланинг умумий ҳолати ва ўпканинг физикал кўриниши динамикада ҳар 20 дақиқада баҳоланади

**кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммаси** ва кейинги терапия хажми аниқланади; юқоридаги терапия самара бермаса ўртача 60мг т/и ёки м/о га преднизолон кўринишидаги тизимли ГКС тавсия этилади; 2,4% ли аминофиллин эритмаси 10 мл гача натрий хлорнинг 50 мл эритмасида т/и га томчилатиб юборилади; инфузион терапия гомеостазни меъёрлаштириш учун.

V.Облигат аллергенларни (цитрусли, дудланган, шарбатлар, консервалар, шоколад, какао, пишлоқларнинг баъзи навлари ва б.) инкор этиш билан гипоаллерген муҳит ва овқатлантириш яратилади. Хуруж бартараф этилганидан сўнг бола бўлимга ўтказилади ва ингаляцион ГКС билан базис яллиғланишга қарши даво тавсия этилади (дозаланган ингаляцион терапия шаклида будесонид 200 мкг дан 12 соатлик интервал билан кунига 2 маҳал, даво курси — 3 ойгача). Сальбутамол фақат эҳтиёж бўлганида қўлланилади (бронхообструкция синдромида).

## **Вазиятли масала 7.**

**Ўғил бола, 11 ёш,** шифохонанинг қабул бўлимига тана ҳароратининг кўтарилиши, қоринда оғриқ, қуруқ йўтал, йўталганида ўнг томонда кўкрак соҳасида оғриқ, иштаҳасининг йўқлиги, холсизликка шикоят қилиб келди. Бола 5 кундан бери бетоб, тана ҳарорати кўтарилди, тумов ва йўтал пайдо бўлди. Оилада отаси ЎРВИ билан оғриган эди. Касал бўлишидан аввал бола кўчада кўп вақт сайр қилган, оёқлари ҳўл бўлган эди.

*Анамнези:* бола меъёрида кечган 1-ҳомиладорликдан туғилган, туғилгандаги тана вазни 3100 г, бўйи 54 см. 6 ойгача кўкрак сути билан эмизиб боқилган, ёшига мос ўсиб ривожланган. Отит, сувчечак, йилига 2-3 марта ЎРВИ билан оғриган. Ёшига мос эмланган. Аллергик реакциялар кузатилмаган.

*Объектив кўрувда:* умумий аҳволи оғир. Тана ҳарорати 39,5°C. Холсиз, адинамик, курук, чуқур йўтал бор. Нафасда ёрдамчи мушаклар иштирок этади, НС - дақиқасига 44 марта. Перкуссияда ўпкада ўнг томонда курак бурчаги остида ва аксилляр чизик бўйлаб тўмтоқлашган. Дағал нафас, тўмтоқлашган соҳада суст нафас эшитилади, ўрта аксилляр чизик бўйлаб ўтказилмайди. Юрак тонлари ритмик, тезлашган, бўғиқлашган, ЮҚЧ - дақиқасига 120 марта. Қорни юмшоқ, ўнг қовурға ости ва эпигастрияда бироз оғриқли. Жигари +1,0 см, эластик. Қора талоқ - чап томонда қовурға ёйи бўйлаб жойлашган, оғриқсиз. Кўрув вақтида нажаси келмади. Пешоби камайган, сариқ рангда.

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $4,3 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 112 г/л; лейкоцитлар -  $25,0 \times 10^9$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 8%; сегмент ядроли нейтрофил - 62%; эозинофил - 3%; лимфоцит - 23%; моноцит - 4%; ЭЧТ - 45 мм/с.

*Умумий пешоб тахлили:* нисбий зичлиги - 1018; оқсил - 0,066%; лейкоцит - кўрув майдонида 2–3; эритроцитлар – йўқ

## **Саволлар**

1. Клиник ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Қон, пешоб тахлили ва кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммасини баҳоланг.
3. Болада абдоминал синдром ривожланишининг механизми қандай?
4. Текширувда қайси тадбирларни бирламчи ва шошилинич деб ҳисоблаган бўлардингиз? Даво тадбирларининг тактикаси қандай?
5. Антибактериал терапияни танлаш тактикасини асослаб беринг.

## **Жавоб**

**1. Шифохонадан ташқари пастки бўлакли ўнг томонлама пневмония, оғир даражаси, ўткир кечиши, ўнг томонлама плеврит билан асоратланган, НЕП.** Ташхис қўйидагилар асосида қўйилган: шикоятлари: тана ҳароратининг кўтарилиши, қоринда оғриқ, курук йўтал, йўталганида ўнг томонда кўкрак соҳасида оғриқ, иштаҳасининг йўқлиги, холсизлик; касаллик анамнези: бола 5 кун аввал сайрга чиқиб совуқ қотгани ва ЎРВИ билан оғриган отаси билан контактда бўлганидан сўнг касал бўлди, тана ҳарорати кўтарилди, тумов ва йўтал пайдо бўлди; ҳаёт анамнези: кўп касалланиши билан фарқ қилмаган, ёшига мос ўсиб ривожланган, Отит, сувчечак, йилига 2-3 марта ЎРВИ билан оғриган, бу сурункали касалликни инкор этиб, ўткир касаллик ҳақида далолат беради; объектив кўрувда - умумий аҳволи оғир. Шундай қилиб, қўйидаги синдромлар мавжуд: гипертермик (тана ҳарорати 39,5°C); интоксикацион (холсизлик, адинамия, иштаҳасининг пастлиги); респиратор (курук, чуқур йўтал, йўталганида кўкрак қафасида оғриқ, перкуссияда ўпкада ўнг томонда курак бурчаги остида ва аксилляр чизик

бўйлаб тўмтоқлашган. Дағал нафас, тўмтоқлашган соҳада суст нафас эшитилади, ўрта аксилляр чизик бўйлаб ўтказилмайди); абдоминал (ўнг қовурға ости ва эпигастрияда бироз оғриқли) ва HE синдроми (нафасда ёрдамчи мушаклар иштирок этиши, тахипноэ - дақиқасига 44 марта, тахикардия - дақиқасига 120 марта, юрак тонлари бўғиқлашган). Ташхис кўшимча текширув усуллари билан тасдиқланган.

2. УҚТ да - лейкоцитар формуланинг чапга силжиши билан лейкоцитоз, ЭЧТ нинг тезлашиши инфекциян яллиғланиш жараёни ҳақида далолат беради. Нgb нинг камайиши жараённинг чўзилувчан кечишига сабаб бўлиши мумкин, шунинг учун динамикада ушбу кўрсаткични назорат қилиш зарур.

УПТ да - бироз протеинурия. Кўкрак қафаси аъзоларининг тўғри проекциядаги рентгенограммасида ўпка илдизининг деформацияланиши ва кенгайиши, пастки бўлаги соҳасида ўнг томонда ўчоқли, бириккан инфилтратив соя, синуслар ўнг томонда кузатилмайди, бу асосий ташхис ва унинг асоратларини тасдиқлайди.

3. Болаларда пневмонияда абдоминал синдром асосан яллиғланиш ўпканинг пастки бўлагиди жойлашганида, шунингдек таъсирланган ички аъздан вегетатив нерв йўллари, кейин эса вегетатив тугунлар, орқа мия ва худди шундай пастга қараган ёй бўйлаб, таъсирланиш акс этадиган ва ривожланадиган бошқа ички аъзога висцеро-висцерал рефлекслар ҳисобига плевра шикастланганида, ривожланди.

4. Плевра бўшлиғига суюқлик тўпланганини текшириш учун кўкрак қафаси аъзоларининг УТТ ни ўтказиш, хирург консультацияси ва плеврал пункция заруратини аниқлаш учун ўнг томонлама ён проекцияда ўпка рентгенограммаси. Даво тадбирлари: болани интенсив терапия бўлимига ётқизиш; аёвчи, енгил ўзлаштириладиган, витаминли парҳез; оксигенотерапия; антибиотикотерапия; дезинтоксикацион, симптоматик терапия.

5. Антибактериал терапияни танлаш тактикаси пневмониянинг характерини аниқлаш билан боғлиқ. Ушбу ҳолатда болада шифохонадан ташқари пневмония ва пневмококкли инфекциянинг этиологик роли тахмин қилинади. Касалликнинг оғирлигини ҳисобга олиб, парентерал қўллаш учун суткасига 50 мг/кг ҳисобидан амоксициллинни танлаш лозим; шунингдек II–IV авлод цефалоспоринларини парентерал қўллаш альтернатив гуруҳ бўлиб ҳисобланади.

## **Вазиятли масала 8**

**Ўғил бола, 17 ёш, бўшашиш, холсизлик, тери танаси бўйлаб тошма тошиши, кичишиши, кўз склерасига қон қуйилиши, кўздан йиринг ажралиши, тана**

хароратининг  $38,5^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши каби шикоятлар билан болалар шифохонасига келди. Онаси сўзларидан бола 3 кун аввал касал бўлган. Тошма тошганлиги сабабли маҳаллий шифокорга мурожаат этганлар, хлоропирамин (Супрастин) ичишга тавсия этилди, бироқ тошма танаси бўйлаб тарқалиб кетди, ранги тўқ қизил тусга кирди, ўнг яноғи, орқасида пуфакчалар пайдо бўлди, склерасига қон қуйилди, кўзларидан йиринг кела бошлади. Бундан аввал Болалар церебрал параличи, ўнг томонлама гемипарез. Мияча кистаси. Эмоционал-иродавий бузилишлар, рухий ривожланишининг орқада қолиши. Компенсация босқичидаги гидроцефал синдром. Симптоматик эпилепсия? ташхиси билан кундузги шифохонада даволанаётган эди. Карбамазепин препаратини (Финлепсин) қўллашни бошлаган. Аҳволи оғирлашгани ва тошмаларнинг тарқалиб кетганлиги сабабли ТТЁ билан шифохонага олиб келинди. Қабул бўлимида инфекционист кўрикдан ўтказди, инфекция патология аниқланмади. Бола реаниматолог - анестезиолог кўригидан ўтди ва аҳволи оғир бўлганлиги сабабли реанимация ва интенсив терапия бўлимига ётқизилди.

*Ҳаёт анамнези:* болани ривожланиши ёшига мос кечган. 1-ҳомиладорликдан, кесарча кесиш усули билан муддатида туғилган. Туғилгандан сўнг МАТ(марказий асаб тизими) нинг гипоксик шикастланиши, МАТ(марказий асаб тизими) ривожланиш нуқсони ташхиси билан даволанган. Невролог назоратида туради. Болада илгари аллергия реакциялар кузатилмаган. Аллергия касалликлар бўйича наслида отаси томонидан моинлик бор (аммасида поллиноз).



### **Лайелл синдроми**

*Объектив кўрувда:* боланинг умумий аҳволи оғир. Эс-хуши ўзида, мурожаат қилганда мулоқотга киришади, саволларга адекват жавоб қайтаради. Ҳолати пассив. Менингеал белгилар манфий. Тана тузилиши: танаси ёшига мос, оёқ-қўллари болалар церебрал параличи сабабли ўзгарган (мушаклар атрофияси, қийшайиш, гемипарез). Бутун танаси гиперемияланган, йирик доғли-папулез ва везикулез тошмалар билан қопланган, жойларда тошмалар қўшилган, тўқ қизил рангда, Никольский симптоми мусбат (эпидермис босиб кўрилганида

осон кўчади ва ўрнида яра ҳосил бўлади). Соғайиб бориши динамикасида кўкраги соҳасида терисининг пўст ташлаши пайдо бўлди. Ўнг яноғида сероз суюқлик билан тўлган пуфак кузатилади. Склераси инъекцияланган, субконъюнктивал қон қуйилиши аниқланади. Лабларида - қобиқ билан қопланган, везикулез тошма аниқланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати лабларнинг ички юзасида - пуфакчалар. Томоқнинг орқа девори бироз гиперемияланган, карашланмаган. Тери ости ёғ қавати танасида етарлича ривожланган, сон ва елка соҳаларида, кўпроқ ўнг томонда пасайган. Тўқималар турғори бироз пасайган. Пастозлиги йўқ. Актив ва пассив ҳаракатлар тизза, елка ва тирсак бўғимларида чекланган. Жағости лимф тугунлари пайпасланади, 5×7 мм, пайпаслаб кўрилганида бироз сезгир, атрофдаги клетчатка билан қўшилиб кетмаган, ҳаракатчан. Бурун орқали эркин нафас олади, ажралмалар йўқ. НС - дақиқасига 20 марта. Ҳансираш, йўтал йўқ. Перкуссияда ўпкада аниқ перкутор товуш. Аускультацияда дағал нафас, хириллашлар йўқ. Юрак чегаралари кенгаймаган. Юрак тонлари ритмик, бўғиқлашган, шовқинлар йўқ. ЮҚЧ - дақиқасига 78 марта. АҚБ 105/60 мм сим.уст. Тили пушти рангда, нам. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган, қора талоғи пайпасланмайди. Нажаси шаклланган, кунига 1 март. Пешоби равон.

шифоҳонага келганида *Умумий қон таҳлили*: эритроцитлар -  $4,64 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 126 г/л; лейкоцитлар -  $7,2 \times 10^9/л$ ; эозинофил - 7%; таёқча ядроли нейтрофиллар - 7%; сегмент ядроли нейтрофил - 50%; лимфоцит - 22%; моноцит - 14%; тромбоцит -  $282 \times 10^9/л$ ; ЭЧТ — 25 мм/с.

*Касалликнинг 16-куни*: эритроцит -  $4,95 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 140 г/л; лейкоцит -  $10,7 \times 10^9/л$ ; тромбоцит -  $363 \times 10^9/л$ ; ЭЧТ - 8 мм/с.

*Умумий пешоб таҳлили*: шифоҳонага келганида: нисбий зичлиги - 1025; оқсил — манфий, реакцияси нейтрал; лейкоцит - кўрув майдонида – 25 та; эритроцит - манфий. 16- куни: нисбий зичлиги - 1023; оқсил - манфий, реакцияси нордон; лейкоцит - кўрув майдонида 3–5 та.

*Қоннинг биокимёвий таҳлили*: умумий оқсил - 65 г/л; альбуминлар - 45,7 г/л; умумий билирубин - 18,8 мкмоль/л; тўғри (боғланган) билирубин - 6 мкмоль/л; АЛТ - 68 бирл/л; АСТ - 45 бирл/л; креатинин - 72,1 мкмоль/л; мочевина - 5,0 ммоль/л; глюкоза - 5,3 ммоль/л; амилаза - 135 бирл/л; холестерин - 4,7 ммоль/л; К - 4,3 ммоль/л; Na - 143,7 ммоль/л; Са - 1,107 ммоль/л.

ЭКГ: синусли брадиаритмия; ЮҚЧ - дақиқасига 59–62 марта; юракнинг электрик ўқи нормал.

Қорин бўшлиғи аъзолари УТТ си: жигар структураси бир хилда эмас, гиперэхоген соҳалари бор, қирраси текис, ўнг бўлагининг олд-орқа ўлчами - 11,5 см; чап бўлагининг олд-орқа ўлчами - 6 см; ўт пуфаги - ичида осилмалар билан тонуси пасайган, бўйин соҳасида букилган. Ошқозонности безининг структураси бир хилда, эхогенлиги ўрта.

Бола реаниматолог- анестезиолог, окулист, невролог мутахассислари томонидан кўрувдан ўтказилди.

### Саволлар

1. Клиник ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Касалликнинг тахминий этиологияси қандай? Болада тери синдроми ривожланишининг механизми қандай?
3. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислаш олиб борилади? Ушбу касалликда қандай асоратлар юзага келиши мумкин?
4. Даволаш бўйича қайси тадбирларни зарур деб ҳисоблайсиз?
5. УҚТ, қоннинг биокимёвий тахлили, инструментал усулларнинг натижаларини баҳоланг. Сиз қайси текширув усуллари ва мутахассисларнинг маслаҳатини яна тавсия қилган бўлардингиз?

### Жавоб

1. Асосий ташхис: **токсик эпидермал некролиз (Лайелл синдроми).** **Йўлдош ташхислар:** **субконъюнктивал қон қуйилиши. Ўткир конъюнктивит. Юза кератит. МАТ(марказий асаб тизими) ривожланишининг туғма нуқсони. Болалар церебрал параличи. Эмоционал-иродавий бузилишлар, рухий ривожланишининг орқада қолиши. Гидроцефал синдром, компенсация босқичи. Симптоматик эпилепсия?** Билиар трактнинг дисфункцияси. Лайелл синдроми куйидагилар асосида қўйилган: шикоятлари: бўшашиш, холсизлик, тери танаси бўйлаб тошма тошиши, қичишиши, кўз склерасига қон қуйилиши, кўздан йиринг ажралиши, тана ҳароратининг  $38,5^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши. *Касаллик анамнезида* шифохонага келгунигача 3 кун аввал Финлепсин препаратини қабул қилганлиги билан боғлиқлик мавжуд: тана ҳарорати кўтарилди, кўзлари қизарди, бўйни ва орқасига тўқ қизил рангдаги тошма, пуфаклар тошди, кўз склерасига қон қуйилиши, кўздан йиринг оқиши кузатилди. Туғилганидан болалар церебрал параличи билан оғриганлиги боис илк бор Финлепсин тавсия этилган. Аллергик касалликлар бўйича наслий моинлик бор.

*Объектив кўрувда* - аҳволи оғир, йирик доғли-папулез ва везикулез экзантема; терининг пўст ташлаган ўчоқлари, сероз суюқлик сақлаган пуфаклар, склераси инъекцияланган, субконъюнктивал қон қуйилиши, лаблари қобиқ билан қопланган, везикулез тошма, оғиз бўшлиғи шиллиғида пуфаклар.

2. Катта эҳтимол билан касаллик Финлепсин препаратини қабул қилиш билан боғлиқ, чунки кам учрайдиган ножўя таъсирлари орасида токсик эпидермал некролиз ривожланиши мумкин. Касаллик механизмининг асосида қон зардобида циркуляция қилувчи иммун комплексларнинг пайдо бўлиши, кератиноцитларнинг жалб қилиниши (дори препарати, тери хужайралари

оқсилга фиксацияланиб, гаптен вазифасини бажаради), эпидермиснинг базал мембранаси ва дерманинг юқори қисми бўйлаб (аллергик реакциянинг III тури) IgM ва комплементнинг C3 компонентининг тўпланишида антиген-антитана реакциясининг ривожланиши билан турли даражада намоён бўлувчи токсик-аллергик реакция ётади.

3. Юқумли касаллик билан оғриган беморлар билан мулоқотнинг йўқлиги, касалликнинг Финлепсин препаратини қабул қилиш билан боғлиқлиги ва мусбат Никольский симптоми билан эпидермолизнинг ривожланиши сувчечак, қизамиқ ва қизилчага қарши далолат беради. Бу беморда кўз томонидан кўрув ўткирлигининг пасайиши, терининг бактериал инфекцияси, пневмония, ичак микробиотининг бузилиши, юрак-қон томир тизими, буйрақларнинг шикастланиши каби асоратлар бўлиши мумкин.

4. Болани шошилиш равишда шифохонанинг реанимация ва анестезиология бўлимига ётқизиш; қатъий хавфсизлик тартибини ўрнатиш ва уни “қуйган” бемор каби олиб бориш; Финлепсин препаратини бекор қилиш. Гипоаллерген, суюқ ва ярим суюқ парҳез тайинлаш, найча орқали овқатлантириш. Медикаментоз терапия: ГКС суткасига 5–10 мг/кг преднизолон ҳисобидан секин ёки томчилатиб юбориш; дезинтоксикация, оксил, сарф бўлган энергия даражасини тўлдириш, сув-электролит балансини тузатиш, оксил, электролитлар, қон зардоби биокимёвий кўрсаткичлари даражаси, пешоб ва қон тахлили натижаларини назорат қилиш билан диссеминацияланган қон томиричи қуюқлашиши билан курашиш мақсадида инфузион терапия. Пенициллин қаторидаги антибиотикларни инкор қилиш билан антибактериальная терапия; антигистамин препаратлари (Супрастин, клемастин (Тавегил) ва б.); симптоматик терапия (иситма туширувчи, оғрик қолдирувчи, дезагрегантлар, седатив). Тери ва шиллиқ қаватни парваришлаш: водород пероксиди (Водород пероксиди), мази без антибиотикларсиз гормонал малҳамлар, наъматак мойи ва б., кўзлар ва оғиз бўшлиғини тозалаш.

5. УҚТ да шифохонага келганида лейкоцитар формуланинг нисбий чапга силжиши, тромбоцитоз билан ЭЧТ нинг ошганлиги, лейкоцитоз ва секин-аста лейкоформула ва ЭЧТ нинг меъёрлашиши кузатилган. УПТ да биринчи куни - лейкоцитурия. Қоннинг биокимёвий тахлилида - цитолит синдроми - жигар ферментларининг ошиши аниқланган.

Қорин бўшлиғи аъзолари УТТ да - ўт пуфаги дискинезияси белгилари, жигарнинг токсик шикастланиши. ЭКГ да - брадиаритмия. Қўшимча тарзда аллерголог-иммунолог шифокорининг кўруви ва иммунологик текширувни (циркуляциядаги иммун комплекс, умумий ва специфик IgE миқдори, комплимент ва б.) олиб бориш зарур.

Никольский симптоми мусбат (эпидермис босиб кўрилганида осон кўчади ва ўрнида яра ҳосил бўлади). Соғайиб бориши динамикасида кўкраги

соҳасида терисининг пўст ташлаши пайдо бўлди. Ўнг яноғида сероз суюқлик билан тўлган пуфак кузатилади. Склераси инъекцияланган, субконъюнктивал қон қуйилиши аниқланади. Лабларида - қобик билан қопланган, везикулез тошма аниқланади. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати лабларнинг ички юзасида - пуфакчалар.

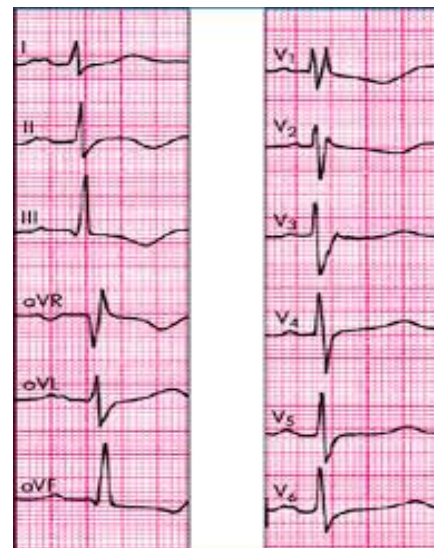
## 2.2. КАРДИОЛОГИЯ И РЕВМАТОЛОГИЯ

### Вазиятли масала 1.

**Қиз бола, 2 ёш**, иштаҳасининг пастлиги, тинч ҳолатда нафасининг бузилиши каби шикоятлари билан шифохонага олиб келинди.

*Ҳаёт анамнези:* боланинг онаси асоциал ҳаёт кечиради, отаси ҳақида маълумотлар йўқ. Ҳомиладорлик вақтида аёллар маслаҳатхонасига ташриф буюрмаган. Туғилганидан бери болада тери ва шиллик қаватларининг диффуз цианози кузатилган. Туғруқхонада туғма юрак нуқсонига шубҳа қилинган, бола кардиохирургия бўлимига ўтказилган ва 6 кунлигида жаррохлик амалиёти (ёпиқ атриосептостомия бажарилган) ўтказилган. Она боладан воз кечган, ва у Болалар уйига ўтказилган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи оғир, тери ва шиллик қаватлари бироз цианотик, кўпроқ акроцианоз ифодаланган, бармоқлари “ноғора таёқчалари”, тирноқлари - “соат ойнаси” кўринишида, кўкрак кафаси деформацияси(юрак букри). НС - дақиқасига 40 марта. Ўпкада везикуляр нафас.



Электрокардиограмма

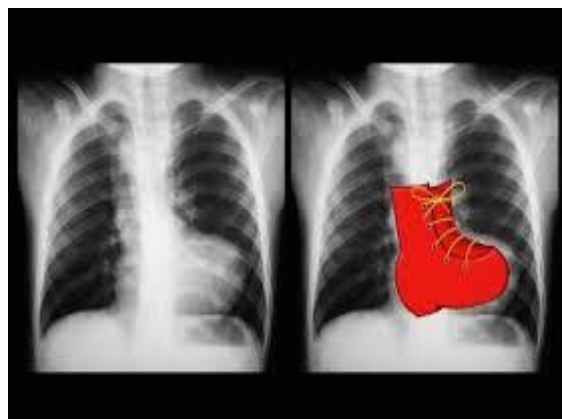
Юрак чегаралари: ўнг - ўнг парастернал чизикдан 1,0 см ўнгга, юқори - II қовурға, чап - чап аксилляр чизик бўйлаб жойлашган. Юрак тонлари ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 160 марта, III қовурғалар орасида тўшнинг чап қирраси бўйлаб ўрта интенсивликдаги систолик шовқин, тўшнинг чап томонида II қовурғалар орасида иккинчи тон акценти эшитилади.

Қорни юмшоқ, жигари +3 см қовурға ёйидан чиққан, қора талоғи пайпасланмайди. Сийиши камайган.

Умумий қон таҳлили: эритроцитлар -  $4,9 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 148 г/л; лейкоцитлар -  $6,3 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 4%; сегмент ядроли нейтрофил - 21%; эозинофил - 1%; лимфоцит - 70%; моноцит - 4%; ЭЧТ - 3 мм/с.



**Цианоз**



**Кўкрак бўшлиғи аъзолари  
рентгенографияси**

*Умумий пешоб тахлили:* оч сариқ рангда, нисбий зичлиги - 1014; оқсил - йўқ; глюкоза - йўқ; эпителиал ҳужайралар - кўрув майдонида 0–1; лейкоцит - кўрув майдонида 0–1; эритроцит - йўқ; шиллик +.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 69 г/л; мочеви-на - 5,1 ммоль/л; холестерин - 3,3 ммоль/л; К - 4,8 ммоль/л; Na - 143 ммоль/л; Са - 1,8 ммоль/л; P - 1,5 ммоль/л; АЛТ - 23 бирл/л; АСТ - 19 бирл/л; серумоид - 0,180. Пульсоксиметрия - 28%.

Периферик қоннинг газ таркибини, кислороднинг парциал босимини текшириш - 18 мм сим.уст.

ЭКГ: юқори RIII; чуқур SI. Гисс тутами ўнг оёқчасининг тўлиқ бўлмаган блокадаси. Юрак электр ўқининг чапга оғиши, V4 да ўтувчи зона.

### **Саволлар**

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. “Ноғора таёқчалари”, “соат ойнаси” симптомлари пайдо бўлишини қандай тушунтириш мумкин?
3. Кўшимча текширув, ЭКГ ва кўкрак бўшлиғи аъзолари рент- генографияси натижаларини баҳоланг.
4. Умуман ва хусусан ушбу болада туғма юрак нуқсони шаклланишини аниқлаб берувчи нохуш омилларни айтинг.
5. Туғма юрак нуқсонининг кўк турида қандай асоратлар кўп учрайди? Ушбу патологияси бўлган болаларга юрак гликозидларини тавсия этиш керакми?

### **Жавоб**

1. **Туғма юрак нуқсони (магистрал томирлар транспозицияси; анамнезида Рашкинд операцияси), нисбий компенсация даври, ҚАЕШБ.** Ташхис қуйидагилар асосида қўйилган: бола туғилганида аниқланган гемодинамика бузилишининг белгилари (тотал цианоз, тахикардия, тахипноэ); сурункали гипоксемия белгилари (“ноғора таёқчалари”, “соат ойнаси” симптомлари); объектив маълумотлар: ҚАЕ белгиларининг эрта пайдо бўлиши, кўзга ташланувчи тери ва шиллик қаватлар цианози,

акроцианоз, юрак букри кўринишидаги кўкрак қафасининг деформацияси, юракдаги органик систолик шовқин, ўпка артериясида 2-тон акценти; кўшимча текширув маълумотлари: қоннинг қуюқлашиши белгилар, кислороднинг паст парциал босими, ЭКГ да юрак қоринчалари гипертрофияси ва рентгенологик хос кўрниш (юрак сояси тухум кўринишида, томирлар тутами тор, ўпка сурати кучайган, кардио-торакал индекс - 60%) - магистрал томирлар транспозициясининг анатомик вариантыни ташхислашга имкон беради. Қон айланиши етишмовчилиги IIБ - тинч ҳолатдаги тахикардия ва тахипноэ, жигарнинг катталашиши ва олигоурия асосида қўйилган.

2. Ушбу кўк турдаги туғма юрак нуқсони гипоксемия ва тўқималар гипоксияси билан кечади. Оёқ-қўлларнинг дистал бўлимларида қон айланишининг бузилиши аҳамиятга эга, бу бармоқ фалангалари фиброз дисплазиясининг ривожланишига олиб келади. Бунда остеоид гиперплазия компенсатор ҳолат бўлиб ҳисобланади, ва бу охириги фалангалар ва тирноқларнинг шаклини ўзгартиради.

3. УҚТ да - қоннинг қуюқлашиши белгилари (RBC ва Hgb миқдори ошган, ЭҚТ пасайган), УПТ - ўзгаришсиз. Қоннинг биокимёвий таҳлилида - аҳамиятсиз гипокальциемия. ЭКГ - ўнг қоринча гипертрофияси. Пульсоксиметрия ва кислороднинг парциал босими пасайган - гипоксемия белгилари. Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси: кардиомегалия - олд-орқа проекцияда томирлар тутамининг торайиши билан ён бошда ётган ва ён проекцияда кенгайиши билан юрак сояси тухум шаклида, қоринчалар ўлчами катталашган, аортанинг чапга силжиши; кичик қон айланиши доирасининг гиперволемияси - ўпка суратининг кучайиши, кардио-торакал индекс - 60%.

4. Туғма юрак нуқсонининг ривожланишига олиб келувчи нохуш омиллар: ирсияти нотинч, ҳомилаичи инфекцияси, токсик моддалар таъсири (алкоголь, оғир металллар). Боланинг онаси асоциал ҳаёт тарзини кечиради, бинобарин, алкоголь истеъмол қилиш нохуш омил бўлиб ҳисобланган.

5. Юрак етишмовчилиги, бактериал эндокардит, ҳансираш-цианотик хуружлар, тромбоэмболик синдром. Юрак гликозидлари ушбу туғма юрак нуқсонида қўлланилмайди.

## **Вазиятли масала 2.**

**Ўғил бола, 2 ёш 2 ойлик**, иштаҳасининг пасайиши, холсизлик, тез-тез нафас олиши, нам йўталга шикоятлари билан бўлимга келди.

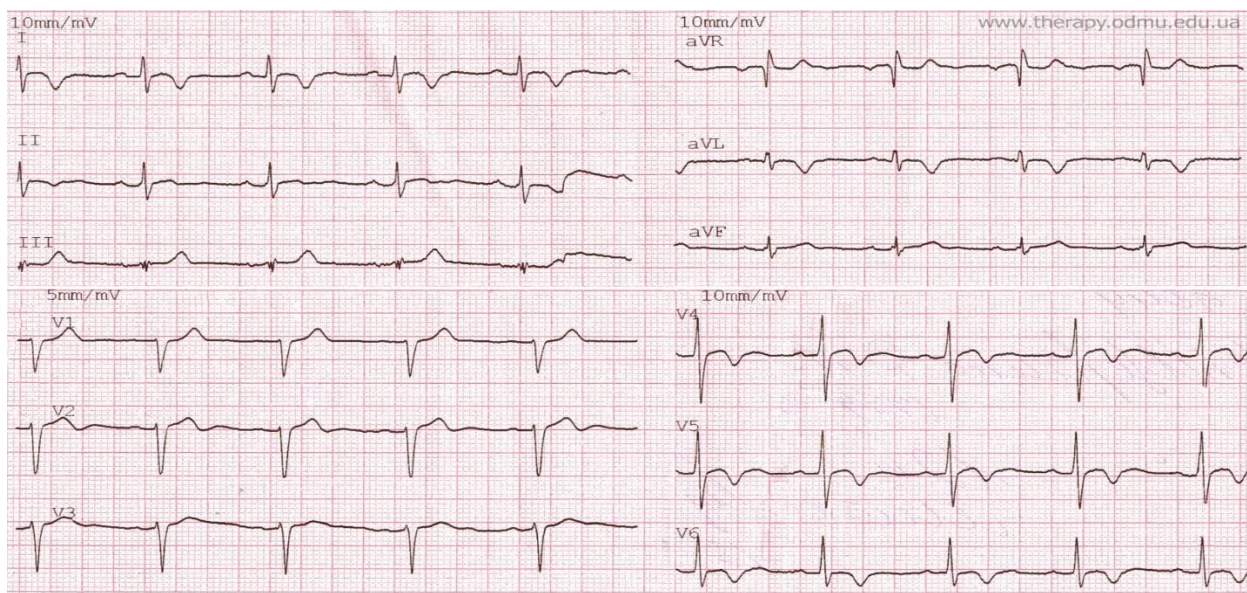
*Ҳаёт анамнези:* бола 1 ёшгача ёшига мос равишда ўсиб ривожланди, жисмоний ва АРР(асаб-руҳий ривожланиши) бўйича тенгдошларидан орқада қолмади. Касал бўлмаган. Рахит профилактикаси тавсияларга мувофиқ олиб

борилган. 1 ой олдин катарал белгилар, қоринда оғриқ ва нажасининг суяқ келиши билан ЎРВИ ўтказди. Тана ҳарорати 38,0°С гача кўтарилди. Бир ҳафта давомида уйда даволанди. Соғайгандан сўнг 3 ҳафтадан кейин ота-онаси ўйин вақтида жисмоний юкламада тез чарчаб қолаётгани, ҳансираш пайдо бўлганлиги, терисининг оқарганини пайқашди. Аҳволи секин-аста оғирлаша борди: тунда нам йўтал безовта қилди, иштаҳаси бузилди. Тана ҳарорати кўтарилмади. Оилавий шифокор камқонликка текширувдан ўтиш учун стационарга юборди.

*Объектив кўрувда:* аҳволи оғир, фаол эмас. Тана вазни - 10 кг, бўйи - 78 см. Териси, шиллик қавати - рангпар, цианотик тусда. НС - дақиқасига 40 марта. Ўпкада сустлашган нафас фонида пастки бўлимларида бир-икки нам хириллашлар эшитилади. Юрак соҳаси пайпаслаб кўрилганида чўкки турткиси ёйилган, майдони 6 см<sup>2</sup>. Перкуссияда нисбий юрак чегаралари: ўнг - тўшнинг ўнг қирраси бўйлаб, чап - олд қўлтиқ чизиги бўйлаб, юқори - II қовурғалар ораси. Аускультацияда: ЮҚЧ - дақиқасига 140 марта, юрак тонлари, кўпроқ чўккисиди I тон бўғиқлашган, шу ернинг ўзида систоланинг 1/3 ни эгаллаган енгил систолик шовқин эшитилади. Қорни юмшоқ, жигари +3 см қовурға ёйининг қиррасидан чиққан. Нажаси ва пешоби равон.

*Умумий қон таҳлили:* эритроцитлар -  $4,1 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 110 г/л; лейкоцитлар -  $7,5 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 2%; сегмент ядроли нейтрофил - 56%; лимфоцит - 40%; моноцит - 2%; ЭЧТ - 18 мм/с.

ЭКГ: синусли тахикардия дақиқасига 136 марта,  $\alpha$  бурчаги 5° ташкил қилади. Чап бўлмача ва чап қоринчанинг зўриқиши белгилари. I, II, aVL, V1–V6 тармоқларда Т тишча манфий, RV5=RV6.



**Миокардитдаги ЭКГ**

Тўғри проекцияда кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси: илдизолди соҳаларида ўпка сурати кучайган.

Кардио-торакал индекс - 60%.

ЭхоКГ: чап қоринча ва чап бўлмача бўшлиғи катталашган, чиқариш фракцияси - 40%.

### **Саволлар**

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Текширув натижаларини баҳоланг. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай текширувлар зарур?
3. Касалликнинг сабаби қандай? Дифференциал диагностикани олиб бориш керак бўлган касалликларни санаб беринг.
4. ЭКГ даги бузилишларни қандай тушунтириш мумкин?
5. Даво режасини тузинг.

### **Жавоб**

1. **Ўткир носпецифик миокардит. ҚАЕ-ПБ**(Қон айланиш етишмовчилиги II Б босқичи) қуйидагилар асосида қўйилган- анамнез маълумотлари: диарея синдроми билан ЎРВИ ўтказгандан сўнг болада ин оксикация белгилари пайдо бўлди (холсизлик, тери рангпарлиги, иштаҳасининг пасайиши); объектив кўрувда миокарднинг шикастланганлиги белгилари аниқланди: цианоз, юрак ўлчами катталашган, чўкки турткиси ёйилган, тонлари бўғиқлашган, функционал систолик шовқин инструментал текширув маълумотлари билан тасдиқланган (ЭКГ да юрак чап бўлимининг зўриқиши, ЭхоКГ ва кўкрак қафаси рентгенограммасида юрак мушакларининг шикастланиши белгилари). УҚТ маълумотлари бўйича - юрак мушаклари шикастланишининг яллиғланишли характери. Қон айланиши етишмовчилигининг ПБ белгилари тинч ҳолатда тахикардия ва тахипноэ, димланган ўпка белгилари (йўтал ва нам симметрик хириллашлар), гепатомегалия (ўнг ва чап қоринча етишмовчилиги) билан тасдиқланади.

2. УҚТ да - яллиғланиш реакцияси белгилари (нейтрофилез, ЭЧТ нинг ошганлиги), ЭКГ да - миокарднинг қисқарувчанлик қобилиятининг бузилиши (тишлар вольтажининг пастлиги ва юрак чап қисмларининг зўриқиши), тўғри проекциядаги рентгенограммада - кардиомегалия ва ўпка артерияси тизимида гиперволемия белгилари. Текширув режаси: қоннинг биокимёвий тахлили: протеинограмма, қон электролитлари, С-реактив оқсил, тропонин миқдори; энтеровирусларга (Коксаки ва Enteric citopathogenic human orphan - ЕСНО) антитаначалар титрини аниқлаш учун қоннинг серологик текшируви.

3. Юрак мушаклари хужайраларига нисбатан тропизмга эга бўлган энтеровируслар бўлиши мумкин. Бошқа этиологияли миокардитлар, туғма юрак нуксонлари, кардиомиопатиялар билан дифференциацияланади.

4. Тишчалар вольтажининг пастлиги бевосита кардиомиоцитларнинг шикастланиши ва уларнинг импульсларни генерация қила олмаслиги билан чақирилган. Юрак чап бўлимларининг зўриқиши асосан чап бўлимларининг шикастланиши ва қисқариш қобилятининг пасайиши билан боғлиқ.

5. Яллиғланишга қарши терапия - преднизолон 1 мг/кг дозасини секин-аста камайтириш билан 7-10 кун давомида (1 таблетка 5 мг эрталаб соат 8 да ва кундузи соат 12 да 1 таблетка). Қон айланиши етишмовчилигини даволаш: 3 кун давомида дигоксин 0,00025 × кунига 3 маҳал, сўнгра қўллаб-қувватловчи терапия тўйиниш дозасининг 1/5: 0,00005 × кунига 3 маҳал 3 кун давомида ва кейин 0,00005 × кунига 2 маҳал; фуросемид 0,02 × кунига 1 маҳал 3 кун; калий ва магний аспарагинат (Панангин) 0,5 - 1/4 таблеткадан × кунига 3 маҳал.

### Вазиятли масала 3.

**Ўғил бола, 3 ёш,** ўнг тизза бўғимида оғриқ ва ҳаракатининг бузилишига шикоят билан шифохонага ётқизилди.

*Анамнези:* бола бир ой олдин ротавирусли инфекцияни ўтказди, бир ҳафта давомида амбулатор даволанди. Тўлиқ соғайиб болалар боғчасига чиқди. Бола, тез-тез касалланувчи сифатида, маҳаллий шифокор кўрувида бўлиб туради; онаси томонидан насли нотинч (бувиси юракнинг сурункали ревматик касаллигидан азият чекади, орттирилган юрак нуқсони бор). *Объектив кўрувда:* боланинг аҳволи қониқарли, ортиқча вазнга эга. Тана ҳарорати 37,3°C. Тана вазни - 15 кг, бўйи - 86 см.



**Тизза бўғимининг реактив моноартрити**

**Рентген**

Юрганда ўнг томонга оқсоқланади. Ўнг тизза бўғимида маҳаллий ҳарорат кўтарилган, хажми катталашган, ҳаракати чекланган. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак чегаралари: ўнг томонда - тўшнинг ўнг қирраси бўйлаб, юқори - III қовурға, чап - чап ўрта ўмров чизиғи бўйлаб жойлашган. Юрак тонлари

ритмик, аниқ, шовқинлар йўқ, ЮҚЧ - дақиқасига 110 марта. Қорни юмшоқ, жигари қовурға ёйи бўйлаб, қора талоғи пайпасланмайди. Нажаси ва пешоби равон.

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $4,0 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 119 г/л; лейкоцитлар -  $12,0 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 4%; сегмент ядроли нейтрофил - 62%; эозинофил - 2%; лимфоцит - 26%; моноцит - 6%; ЭЧТ - 25 мм/с.

*Умумий пешоб тахлили:* нисбий зичлиги - 1010; оқсил - манфий; лейкоцит -- кўрув майдонида 1–3 та; эритроцит - йўқ.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 83 г/л; альбуминлар - 48%; глобулинлар:  $\alpha_1$  - 5%;  $\alpha_2$  - 12%;  $\beta$  - 12%;  $\gamma$  - 16%; серомукоид - 0,8.

Ўнг тизза бўғими УТТ си: бўғим тирқишининг кенгайган, синовиал қобик қалинлашган.

## Саволлар

1. Биринчи навбатда қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?
2. Қўшимча текширув усуллари натижаларини баҳоланг. Беморга яна қандай текширувларни ўтказиш лозим?
3. Қиёсий ташхислаш олиб бориладиган касалликларни санаб беринг.
4. Ушбу касалликда қайси мутахассисларнинг маслаҳати зарур?
5. Ушбу касалликни даволашнинг тамойиллари қандай? Касалликнинг прогнози қандай ва у нима билан аниқланади?

## Жавоб

1. **Ўнг тизза бўғимининг реактив моноартрити, ўткир кечиши.** Ташхис қўйидагилар асосида қўйилган - *шикоятлари:* тизза бўғимида оғриқ, оқсоқланиш. Касаллик тарихи (бўғим шикастланишининг ўРВИ билан боғлиқлиги, ўткир инфекция ва бўғимнинг шикастланиши орасидаги интервал 3 ҳафтани ташкил қилади), объектив текширув маълумотлари (ўнг тизза бўғими шишган, терисининг ҳарорати ошган, периартикуляр тўқима шишган, функцияси бузилган), параклиник текширув маълумотлари.

2. УҚТ: нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши. Қоннинг биокимёвий тахлили: яллиғланиш ўткир фазаси оқсилнинг ошиши (серомукоид). Бўғимлар УТТ си: синовиал қобикнинг яллиғланиш (қалинлашиши) белгилари, бўғим тирқишининг кенгайиши. Зарур текширувлар: триггер омил сифатида ичак гуруҳига серологик текширув; тизза бўғимлари рентгенографияси; БЦЖ ва туберкулин диагностикасига эмлаш бўйича анамнезни аниқлаштириш.

3. Ювенил ревматоид артрит дебюти, туберкулез артрит.

4. Окулист консултацияси.

5. Ўткир даврида шикастланган бўғимни тинч ҳолатда сақлаш; ибупрофен суспензияда 100 мг/5 мл тана вазнига 30 мг ичишга қабул қилиш (кунига 450 мг х 2 маҳал овқатдан кейин); ўнг тизза бўғими соҳасига диметилсульфоксид (Димексид) билан маҳаллий аппликация (1:1 суюлтирилган). Ўз вақтида ташхислаш ва даволашда прогнози ижобий.

#### **Вазиятли масала 4.**

**Ўғил бола, 5 ёш,** кучли чарчоқ, фебрил ҳарорат, терисига тошма тошиши *шикоятлари* билан шифохонага ётқизилди.

*Касаллик анамнези:* 1 ҳафтадан бери касал. Касаллик тана ҳароратининг 38,0–39,0°C гача кўтарилиши билан бошланди. Маҳаллий шифокор антибиотик тавсия қилди, даволанишнинг 3-кунда танаси ва юзида доғли тошма пайдо бўлди. Ҳарорати пасаймади, ҳолати аллергик реакция каби баҳоланди, антигистамин препаратлар тавсия этилди. Бола иситмалашда давом этди. Ота-онаси ТТЁ бригадасини чақиритди, ва бола шифохонага ётқизилди.

*Ҳаёт анамнези:* ҳозирги вақтгача бола яхши ўсиб ривожланган, ЎРВИ билан кам оғриган. Юрак-қон томир патологияси (онаси томонидан бувисида юрак ишемик касаллиги) ва аллергик патология (отасида нейродермит) бўйича наслий моинлик бор.

*Объектив кўрувда:* гипертермик синдром ҳисобига аҳволи оғир, температураси 39,4°C; бола холсиз. Гавда тузилиши тўғри тузилган. Юзи гиперемияланган, склера қон томирлари инъекцияланган. Шиллиқ қаватлари куруқлашган, лаблари ёрқин, ёрилган, оғиз-томоғи гиперемияланган. Кафтлари ва товонлари қизарган, қўл ва оёқ панжалари шишган, танасида полиморф тошма. Бўйин лимф тугунлари катталашган. НС - дақиқасига 36 марта. Ўпкада аниқ перкутор товуш, везикуляр нафас эшитилади. Юракнинг ўнг ва юқори чегаралари ёш параметрларига мос келади, чап чегараси ўрта ўмров чизигидан 1см чапга силжиган. Юрак тонлари бўғиқлашган, юрак фаолияти ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 118 марта. Қорни юмшоқ, жигари +2 см коворға ёйидан чиққан. Нажаси ва пешоби равон.

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $3,9 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 102 г/л; лейкоцитлар -  $22,0 \times 10^9/л$ ; ёш нейтрофил - 3%; таёкча ядроли нейтрофиллар - 6%; сегмент ядроли нейтрофил - 64%; эозинофил - 2%; лимфоцит - 20%; моноцит - 5%; тромбоцит -  $460 \times 10^9/л$ , ЭЧТ - 48 мм/с.

*Умумий пешоб тахлили:* нисбий зичлиги - 1012; оқсил — 0,33 г/л; лейкоцит - кўрув майдонида 3–4

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 80 г/л; альбуминлар - 46%; глобулинлар:  $\alpha_1$  - 3%,  $\alpha_2$  - 8%,  $\beta$  - 15%,  $\gamma$  - 28%; серомукоид - 1,2; АЛТ - 94 бирл/л; АСТ - 42 бирл/л.

ЭКГ: синусли тахикардия, коронар қон оқимининг бузилиши (чўққи-ён инфаркт?).

ЭхоКГ: юрак дилатацияси, чиқариш фракциясининг пасайиши - 45%.

### **Саволлар**

1. Ташхисни шакллантиринг ва асосланг.
2. Қиёсий ташхислаш олиб бориладиган касалликларни санаб беринг.
3. ЭКГ натижаларини қандай морфологик ўзгаришлар билан тушунтириш мумкин?
4. Юракдаги ўзгаришларни тасдиқлаш учун қайси усулни қўллаш мумкин; қандай ўзгаришлар аниқланади?
5. Ушбу касалликдаги терапиянинг тамойиллари. Прогнози қандай?

### **Жавоб**

1. **Кавасаки касаллиги, ўткир босқич.** Ташхис қуйидагилар асосида қўйилган - шикоятлари: иситмалаш, терисидаги тошма; объектив маълумотлар (юзининг гиперемияси, склера қон томирларининг инъекцияланганлиги, шиллиқ қаватларнинг қуруқлашган, лаблари ёрилган, қафт ва товонлари қизарган, қўл ва оёқ панжалари шишган, танасида полиморф тошма; ми- крополиадения; юрак шикастланиши белгилари: чап чегарасининг силжиши, тахикардия); инструментал текширув маълумотлари (ЭКГ да коронар қон оқимининг бузилиши белгилари, ЭхоКГ да қоринчалар дилатацияси ва чиқариш фракциясининг пасайиши); лаборатор маълумотлар (нейтрофилли лейкоцитоз, тромбоцитоз, ЭЧТ тезлашган, яллиғланиш ўткир фазаси оқсили ва АЛТ даражасининг ошиши).

2. Болалар инфекцияси (скарлатина, қизамиқ), менингококкцемия, вирусли инфекциялар, стафилококкли токсикодермия, псевдотуберкулез, сепсис, тугунли полиартериит. Йўлдош белгилар: стерил пиурия, артритлар ёки артралгиялар, асептик менингит, юрак етишмовчилиги билан кардитлар, перикардитлар ёки аритмиялар, обструктив ёки обструктив бўлмаган сариклик билан ўт қопада суяқликнинг йиғилиши.

3. Коронар артериялар аневризми ва уларнинг тромбози оқибатида миокард инфарктининг ривожланиши.

4. Коронароангиография: коронар артериялар аневризми, уларнинг торайиши.

5. Ацетилсалицил кислотаси ва иммуноглобулинни т/и га юбориш билан бирга олиб бориш. Ўз вақтида ташхислаш ва эрта давони олиб боришда прогнози ижобий. Ўлим 0,5–1,0% ни ташкил қилади, касаллик бошлангандан сўнг 3-4 ҳафтадан кейин тўсатдан юзага келиши мумкин, коронар артериянинг ёрилиши ёки миокард инфаркти бевосита сабаби бўлиб ҳисобланади.

### **Вазиятли масала 5.**

**Қиз бола, 9 ёш, 3 ҳафта аввал панариций сабаб жаррохлик амалиёти ўтказилганидан сўнг куннинг иккинчи ярмида тана ҳароратининг 37,5°C гача кўтарилиши, холсизлик ва чарчаш, иштаҳасининг йўқлиги каби шикоятлари билан шифохонага келди. Ота-онаси шифокорга мурожаат этишмади, мустақил равишда парацетамол билан даволашди. Бироқ иситмаси пасаймади, холсизлиги кучайиб, ўзини ёмон ҳис қилганлиги боис шифохонага ётқизилди.**

*Ҳаёт анамнези:* болани ривожланиши ёшига мос кечган. 1-ҳомиладорликдан, муддатида туғилган, жисмоний ва психомотор ривожланишда орқада қолмаган. 1 ойлигида юрагида систолик шовқин эшитилган. Текширувдан сўнг икки тавақали аортал клапан ташхисланган. Боланинг аҳволи яхши бўлган, юрак етишмовчилиги белгилари кузатилмаган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, жуда рангпар, холсиз. Тана вазни — 28 кг. Тинч ҳолатда нафаснинг дақиқасига 28 мартагача тезлашиши кузатилади. Ўпкада везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Юрак соҳаси кўрувда ўзгаришсиз. Пальпацияда чўкки турткиси ёйилган ва кучайган, чап ўрта ўмров чизиғидан 2см ташқарига IV–V қовурғалар орасида жойлашган. Ўнг томонда II қовурғалар орасида диастолик титраш аниқланади. Юрак чегаралари перкуссияда: ўнг - тўшнинг ўнг қирраси бўйлаб, юқори - II қовурғалар ораси, чап - ўрта ўмров чизиғидан 2см ташқарида. Аускультацияда: тўшдан ўнгда II қовурғалар орасида ва чап қирраси бўйлаб давомий шовқин эшитилади. ЮҚЧ —дақиқасига 100 марта. АҚБ - 115/60 мм сим.уст. Қорни юмшоқ, жигари +1,5 см қовурға ёйидан чиққан, эластик.

*Умумий қон таҳлили:* эритроцитлар -  $4,1 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 105 г/л; лейкоцитлар -  $12,0 \times 10^9/л$ ; таёкча ядроли нейтрофиллар - 7%; сегмент ядроли нейтрофил - 67%; эозинофил - 3%; лифоцит - 20%; моноцит - 3%; ЭЧТ - 42 мм/с.

*Умий пешоб таҳлили:* нисбий зичлиги - 1018; оқсил - 0,132 г/л; лейкоцит - кўрув майдонида 2–3 та; эритроцит - йўқ.

ЭКГ: синусли тахикардия, юракнинг электрик ўқи нормал жойлашган, чап коринчанинг зўриқиш белгилари.

## Саволлар

1. Дастлабки таъхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Ушбу касалликнинг асосий, шу жумладан беморда кўрсатилмаган, клиник синдромларини айтинг.
3. Ушбу касалликнинг ривожланишига қайси омиллар сабаб бўлган, касалликнинг ривожланишига нима сабаб бўлган?
4. Яна қандай текширувлар ўтказиш зарур? Кутилаётган эхокардиографик натижалар.
5. Беморни даволаш режасини тузинг.

## Жавоб

1. **Инфекцион эндокардит (аортал клапан етишмовчилиги), бирламчи, фаол фазаси, инфекцион-токсик босқич, ҚАЕПА** анамнези (бактериал инфекция ўчоғи - панариция бўйича жаррохлик амалиёти), клиник маълумотлар (эндокарднинг шикастланиши билан иситма, интоксикация, кардиоваскуляр синдромлар) асосида қўйилган. Аортал клапаннинг шикастланиши унинг туғма аномалияси борлигини тасдиқлайди (икки тавақали клапан), пальпацияда чўққи турткиси ёйилган, диастолик титраш симптоми, аускультацияда аортал клапан устида диастолик шовқин, пульс босими 75 мм сим.уст. гача ошган, чап қоринчанинг зўриқиш белгилари. Қон айланиши етишмовчилигининг IIА даражаси тинч ҳолатда тахипноэ ва тахикардия, шиш синдроми белгиларисиз жигарнинг бироз катталашганлиги билан аниқланади.
2. Инфекцион-токсик, кардиоваскуляр, тромбоемболик, нефротик, гепатолиенал синдромлар.
3. Аортал клапан ривожланишининг туғма аномалиялари (икки тавақали аорта клапани). Касалликнинг ривожланиши сабаби - бактериал инфекция (анамнезида панариций).
4. Эхокардиография, қоннинг биокимёвий тахлили, қонни гемокультурага текшириш, диурез назорати. Кутилаётган эхокардиографик натижалар: аорта клапани тавақаларида вегетацияларнинг бўлиши ёки супра- ва субвальвуляр абсцесслар.
5. Флоранинг антибиотикларга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда базис антибактериал терапия - 6–8 ҳафта давомида, парентерал юборилади [старт терапия: амоксициллин 1,0 т/и га кунига 3 маҳал 8 соат интервал билан; гентамицин 0,03 м/о га × кунига 2 маҳал 12 соат интервал билан. Юрак етишмовчилигини даволаш: дигоксин кунига - 0,05 мг/кг - тўйиниш дозаси 3

кун давомида: 0,0005 × кунига 3 маҳал, сўнгра қўллаб-қувватловчи 0,00015 × кунига 2 маҳал; фуросемид 0,06 × кунига 1 марта 3 кун, кейин диурезга кўра; преднизолон кунига 5 мг/кг (5 мл) м/о га].

### Вазиятли масала 6.

**Қиз бола, 10 ёш**, комплекс терапияни олиб бориш учун бармоқ, тирсак бўғимларида эрталабки карахтлиқ, оқсоқланишга шикоятлари билан қайта бўлимга ётқизилди.

Анамнезидан: касаллик 5 ёшлигида бошланди, ЎРВИ ўтказганидан сўнг қизча тизза бўғимларида оғриқ ва оқсоқланишга шикоят қилди. Бўғимларининг катталашгани, ушлаб кўрилганида иссиқ, ҳаракатнинг чегаралангани аниқланган. Кейинчалик бошқа бўғимларда ҳам патологик жараён кузатилди.



Беморнинг фалангалараро бўғимлари



Қўллар рентгенограммаси

Деярли доимо бола нимесулид ва диклофенак қабул қилган, ушбу фонда давомийлиги 10-12 ойгача бўлган ремиссия даври бўлган, *бирокъ касаллик секин-аста зўрайиб борди.*

Зўрайиш даврида бемор эрталабки карахтлиқка шикоят қилган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи оғир, фалангалараро, билак-кафт, тирск бўғимларида дефигурация ва шиш, ўнг тос-сон бўғимида ҳаракатнинг чекланганлиги аниқланади. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак чегаралари: ўнг - тўшнинг ўнг қирраси бўйлаб, юқори - III қовурға, чап - чап ўрта ўмров чизиғидан 1 см ичкарида жойлашган. Юрак тонлари ритмик, аниқ, шовқинлар йўқ. Қорни юмшоқ, оғриқсиз; жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган, Нажаси ва пешоби равон.

Умумий қон тахлили: эритроцитлар -  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 110 г/л; лейкоцитлар -  $15,0 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 4%; сегмент ядроли нейтрофил - 44%; эозинофил - 2%; лимфоцит - 47%; моноцит - 3%; ЭЧТ - 46 мм/с.

Умумий пешоб тахлили: нисбий зичлиги - 1014; оқсил - 0,06‰; лейкоцит - кўрув майдонида 2–3 та; эритроцитлар - йўқ.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил —83 г/л; альбуминлар - 48%; глобулинлар:  $\alpha_1$  - 11%;  $\alpha_2$  - 10%;  $\beta$  — 5%;  $\gamma$  - 26%; серомукоид -0,8; АЛТ - 32 Бирл/л; АСТ - 25 Бирл/л; мочевина - 4,5 ммоль/л.

Окулист маслаҳати: эписклерит белгилари.

*Қўллар рентгенографияси:* эпифизар остеопороз, бўғимлар тирқишининг торайиши.

### **Саволлар**

- 1.Мавжуд таснифга мувофиқ ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
- 2.Қўшимча текширув режаси.
- 3.Қиёсий ташхислаш олиб бориладиган касалликларни санаб беринг.
- 4.Ушбу касалликда кўзнинг шикастланиши белгиларини айтинг. Эписклерит нима?
- 5.Ушбу касалликнинг базис терапияси нимадан иборат? Касалликнинг дебютида ГКС терапияси мақсадга мувофиқми? Ҳаётий прогнозни нима аниқлаб беради?

### **Жавоб**

- 1.**Ювенил ревматоид артрит, кўзнинг шикастланиши билан полиартритик варианты, узлуксиз рецидивланувчи кечиши.** Функционал етишмовчиликнинг III даражаси. Рентгенологик ўзгаришларнинг III даражаси. Ташхис қуйидагилар асосида қўйилган: шикоятлари (йирик ва майда бўғимларда оғриқ,эрталабки қарахтлиқ, оқсоқланиш); касаллик тарихи (касаллик бошланганига 3 ойдан кўп вақт бўлган); объектив маълумотлар (яллиғланиш белгилари билан майда ва йирик бўғимларнинг деформацияси, функциясининг бузилиши); параклиник маълумотлар (нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши, серомукоид даражасининг ошиши, рентгенографияда суяқлар остеопорозининг белгилари ва бўғимлар тирқишининг торайиши); эписклерит белгиси аниқланган окулист кўрувининг маълумотлари.
- 2.Ревматоид фактор, антинуклеар факторни аниқлаш; Ички аъзолар УТТ си.
- 3.Реактив артрит, ревматик артрит.
- 4.Эписклерит, иридоциклит, шох парданинг тасмасимон дегенерацияси, катаракта. Эписклерит - бу, эписклера деб номланувчи, склера ва конъюнктива орасидаги бириктирувчи тўқиманинг яллиғланиши бўлиб, ташқи томондан конъюнктивитни эслатади.
- 5.Цитостатик препаратлар (метотрексат), биологик ген-инженерия препаратларини тавсия этиш. ГКС тавсия этиш мақсадга мувофиқ эмас. Касалликнинг шакли (серопозитив ёки серонегатив), бошқа бўғимларнинг

шикастланганлик даражаси, кўрув аъзосининг шикастланиши ҳаётий прогнозни аниқлаб беради.

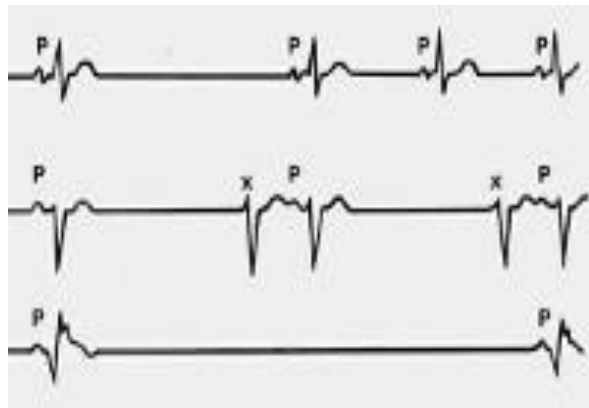
### Вазиятли масала 7.

**Қиз бола, 10 ёш,** юз, қўл мушакларининг тортилишига шикоятлари билан поликлиника неврологининг йўлланмасига кўра шифохонага келди.

*Касаллик анамнези:* 2 ой аввал скарлатина ўтказган, ципрофлоксацин билан антибактериал терапияни олган. Касалликнинг 22-кунда қон ва пешоб тахлилининг меъёрлашиши билан уйга жавоб берилган. Мактабга борганида ўқитувчилари бола ёзувининг ўзгаргани, безовталаниши, сержаҳл бўлиши, фанларни ўзлаштириши пасайганлигини пайқашди. Сўнгра болада юз мушакларининг тортилиши, кийиниши ва овқатланганида ҳаракатларининг ноаниқ бўлиши пайдо бўлди. Кечаси катарал белгиларсиз тана ҳарорати 37,4°C гача кўтарилди. Педиатрга мурожаат қилишди, қон тахлилида ўзгаришлар аниқланмади. Бола невролог маслаҳатига юборилди, у седатив терапияни тавсия этди. Давонинг олиб борилишига қарамай, неврологик ўзгаришлар ортиб борди: юз мимик мушакларининг беўхшов ҳаракатлари кучайди, мустақил кийина олмади, баъзида овқатланишига ёрдам керак бўлди, шу боисдан бола шифохонага ётқизилди. *Насли:* онаси томонидан бувиси орттирилган юрак нуқсонидан азият чекади.



Кичик хорей



Электрокардиограмма

*Объектив кўрувда:* аҳволи оғирга яқин. Тана вазни - 40 кг. Бўйи - 155 см. Бола йиғлоқи, таъсирчан, тез чарчаб қолади, нутқи узук-юлуқ, координацион синамаларни аниқ бажара олмайди, мушаклар гипотонияси, юзини буриштириши кузатилади. НС - дақиқасига 18 марта. Ўпкада везикуляр нафаси, хириллашлар йўқ. Юрак соҳаси визуал ўзгармаган. Юрак чегаралари: ўнг - тўшнинг ўнг қирраси бўйлаб, юқори - III қовурға, чап - ўрта ўмров чизиғидан 1 см ичкарида жойлашган. Юрак тонлари бироз бўғиқлашган, экстракардиал кўринишларсиз юрак чўққисида қисқа дағал бўлмаган

систолик шовқин эшитилади. Қорни юмшоқ, чуқур пайпасланади, жигари ва қора талоғи катталашмаган. Нажаси ва пешоби равон.

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 120 г/л; лейкоцитлар -  $8,5 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 2%; сегмент ядроли нейтрофил - 68%; эозинофил - 2%; лимфоцит - 26%; моноцит - 2%; ЭЧТ - 22 мм/с.

*Умумий пешоб тахлили:* нисбий зичлиги - 1018; оқсил—манфий; лейкоцит кўрув майдонида 2–3 та; эритроцит - йўқ.

*Қон биохимияси:* умумий оқсил - 70 г/л; альбуминлар - 40%; глобулинлар - 60%;  $\alpha_1$  - 4%;  $\alpha_2$  - 8%;  $\beta$  - 12%;  $\gamma$  - 21%; серомукоид - 0,460. Антистрептолизин-0 - 650 Бирл.

ЭКГ: ритм синусли; ЮҚЧ - дақиқасига 80 марта; электрик ўқи вертикал жойлашган. Гис тутамлари ўнг оёқчасининг тўлиқ бўлмаган блокадаси.

ЭхоКГ: бўшлиқлари кенгаймаган, юрак камераларининг қалинлиги ёшига мос. Клапанлар ўзгармаган. Чиқариш фракцияси - 65%. Чап қоринча бўшлиғида қўшимча трабекула кўзга ташланади.

## Саволлар

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Қўшимча текширув усуллари натижаларини баҳоланг. Ташхисни тасдиқлаш ва юракдаги ўзгаришлар характерини аниқлаш учун яна қандай текширувлар олиб бориш лозим?
3. Қиёсий ташхислаш олиб бориладиган касалликларни санаб беринг.
4. Ушбу касалликнинг ташхис мезонларини айтинг.
5. Даволаш режасини тузинг. Агар кортикостероид даво тавсия этилган бўлса, унда қандай мақсад кўзланган?

## Жавоб

**1. Ўткир ревматик иситма, кичик хорая, фаолликнинг II даражаси. Юрак ривожланишининг кичик аномалияси (чап қоринча қўшимча трабекуласи).** Ташхис катта мезон (хорая), иккита кичик мезон (иситма ва юқори даражадаги серомукоид) ва стрептококкли инфекция (антистрептолизин-0 титрининг ошиши) асосида қўйилган. Фаолликнинг II даражаси УҚТ да ўртача ифодаланган яллиғланишли ва яллиғланишнинг ўткир фазаси оқсилларининг ўзгаришлари асосида.

Юрак ривожланишининг кичик аномалияси эхокардиографик топилма бўлиб ҳисобланади, юракдаги функционал систолик шовқин каби клиник белгига эга. Наслининг нотинчлиги қўшимча омил бўлиб ҳисобланади.

2. УҚТ: яллиғланиш реакциясининг белгилари (нейтрофилез, ЭЧТ нинг ошиши). Қон биохимияси:  $\gamma$ -глобулинлар даражасининг ошиши ҳисобига диспротеинемия, яллиғланиш ўткир фазаси оқсиллари даражасининг ошиши (серомукоид), стрептококка қарши антитаначалар титрининг ошиши. ЭКГ ва ЭхоКГ ўзгаришсиз. Миокард шикастланишининг маркерларини аниқлаш (тропонин даражаси), уч проекцияда юрак рентгенографияси.

3. Нохуш ҳаракатлар неврози билан (температура реакцияси, интоксикациянинг борлиги ва седатив терапиядан самара йўқлиги асосида инкор этилади); PANDAS синдроми (Бу ҳолат бола «А» гуруҳидаги стрептококк (масалан, ангина ёки скарлатина кўзгатувчиси) билан касалланганидан сўнг, тўсатдан пайдо бўладиган рухий ва асаб тизимидаги ўзгаришлардир., (инкор этиш мураккаб, чунки асаб тизимининг шикастланиши ҳам стрептококкли инфекция билан боғлиқ, тикоз гиперкинезлар кўринишидаги клиник симптоматика ҳам у ва ҳам бу патология учун хос). Антистрептолизин-0 титрининг жуда юқори бўлиши ва динамикада секин пасайиши, яллиғланиш ўткир фазаси оқсилларининг юқори даражада бўлиши ва ревматизм бўйича наслининг нотинчлиги ревматик жараён фойдасига далолат беради.

4. *Катта мезонлар*: кардит, артрит, хорей, ануляр тошма, ревматик тугунлар; *кичик мезонлар*: иситма, артралгия, яллиғланишнинг лаборатор белгилари, ЭКГ да P-Q интервалининг узайиши; стрептококкли инфекция белгилари.

5. Ётоқ режими, стол № 5, антибактериал терапия [пенициллин м/о га 100 Бирл/кг суткасига - бензилпенициллин (Бензилпенициллин натрийли тузи) 4 млн Бирл 4 маҳал 10 кун давомида, сўнгра пролонгирланган препаратларга ўтилади - бензатин бензилпенициллин 1,2 млн Бирл × 4 ҳафтада 1 маҳал], преднизолон 5 мг дан (1 таблетка) кунига 4 марта 7 кун, кейин 2,5 мг дан ҳафтасига бекор қилиб борилади ва ностероид яллиғланишга қарши воситаларга ўтилади - диклофенак (Ортофен) 0,04 × 2 маҳал кунига лаборатор кўрсаткичлар меъёрлашгунга қадар; седатив препаратлар (аминофенил мойли кислотаси (Ноофен, Фенибут) 0,25 × кунига 3 маҳал 1,0–1,5 ой). Кичик хорейда яллиғланишга қарши мақсадда ГКС ни тавсия этиш шарт ҳисобланади.

### **Вазиятли масала 8.**

**Ўғил бола, 15 ёш,** субфебрилитет, жисмоний юкламада тез чарчаш, хансираш, бўғимларда кўчиб юрувчи оғриққа шикоятлари билан шифохонгага ётқизилди. Уч ҳафта аввал лакунар ангина бўйича амбулатор даволанди. Сумамед препарати ва тана ҳарорати юқори бўлганида парацетамол тавсия этилди. 3 кундан кейин ҳарорати меъёрлашди, томоқда оғриқ йўқолди, даволаниш тўхтатилди. 7-куни мактабга борди.

*Ҳаёт аамнези:* шу кунгача бола ёшига мос ўсиб ривожланган, йилига 2-3 марта енгил ЎРВИ билан оғриган.

*Объектив кўрувда:* келганида ахволи ўрта оғир. Танаси тўғри тузилган, овқатланиши қониқарли. Тана вазни - 40 кг, бўйи - 155 см. Тери қоплами рангпар. Тизза ва тирсак бўғимларининг юмшоқ тўқималари шишган, териси ушлаб кўрилганида иссиқ, гиперемия йўқ, пассив ҳаракатлар оғриқли. Ўпкада аниқ перкутор товуш, везикуляр нафас эшитилади.

Тинч ҳолатда НС - дақиқасига 20 марта, юкламада - дақиқасига 32 марта. Юракнинг нисбий чегаралари: ўнг - тўшнинг ўнг қирраси бўйлаб, юқори - III қовурға, чап - чап ўрта ўмров чизиғи бўйлаб жойлашган. Юрак тонлари бирмунча бўғиқлашган, ритмик, V нуктада эсувчи систолик шовқин эшитилади, кўлтиқости соҳасига узатилади. Ўнг томонга нисбатан, чап томонда II қовурғалар орасида 2- тон янада аниқ эшитилади, ЮҚЧ - дақиқасига 100 марта. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигар ва қора талоғи катталашмаган. Нажаси ва пешоби равон.



**Кўкрак қафаси рентгенограммаси**



**Халқасимон эритема**

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 118 г/л; лейкоцитлар -  $10,0 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 6%; сегмент ядроли нейтрофил - 62%; эозинофил - 2%; лимфоцит - 24%; моноцит - 6%; тромбоцит -  $230 \times 10^9/л$ ; ЭЧТ - 32 мм/с.

*Умумий пешоб тахлили:* нисбий зичлиги - 1018; оқсил - манфий.; лейкоцитлар - кўрув майдонида 3–4 та.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 80 г/л; альбуминлар - 46%; глобулинлар:  $\alpha_1$  - 5%;  $\alpha_2$  - 10%;  $\beta$  - 15%;  $\gamma$  - 20%; серомукоид - 0,8; антистрептолизин-0 - 1100 Бирл.

ЭКГ: ритм синусли; ЮҚЧ - дақиқасига 96 марта; юракнинг электрик ўқи чапга оғган. Тишчалар вольтажи пасайган.

ЭхоКГ: юрак бўшлиқлари катталашмаган. Митрал клапан тавақчалари калинлашган, 3 даражали регургитация. Чикариш фракцияси - 65%.

## Саволлар

1. Мавжуд замонавий таснифга мувофиқ ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Қиёсий ташхислаш олиб бориладиган касалликни санаб беринг.
3. Қўшимча текширув усулларига баҳо беринг. Юрак рентгенограммасини таърифланг.
4. Нима этиологик омил бўлиб ҳисобланади ва ушбу касаллик патогенезининг моҳияти нимада?
5. Даво тавсия этинг. Касалликнинг олдини олиш тамойилларини айтинг.

## Жавоб

1. **Ўткир ревматик иситма, II даражали фаоллик; кардит (митрал клапани миокардит ва эндокардити), полиартрит; ҚАЕI.** Ташхис икки катта (кардит, полиартрит) ва икки кичик (иситма, яллиғланиш ўткир фазаси оксилларининг мавжудлиги, ўтказилган стрептококкли инфекция белгилари (анамнезида ангина ва антистрептолизин-0 нинг юқори титри)) мезонлар асосида қўйилган. Юракнинг шикастланиши митрал клапан миокардити (ҚАЕ нинг белгилари: жисмоний юкламада тахикардия ва ҳансираш, юрак ўлчамларининг катталаниши, ЭКГ да тишлар вольтажининг пасайиши) ва эндокардити билан (қўлтиқости соҳасига узатилиши билан V нуқтада эсувчи систолик шовқин, ўпка артериясида 2 тон акценти. ЭКГ да чап бўлмачанинг зўриқиши; ЭхоКГ да митрал клапанда регургитация) билан намоён бўлган.
2. Инфекцион эндокардит, бошқа этиологияли миокардитлар.
3. УҚТ да яллиғланиш реакцияларининг белгилари аниқланган (нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши); қоннинг биокимёвий тахлили - яллиғланиш (повышение уровня серомукоид даражасининг ошиши) ва ўтказилган стрептококкли инфекция (антистрептолизин-0 нинг юқори титри); ЭКГ - миокарднинг шикастланиши (тахикардия ва стишчалар вольтажининг пасайиши) ва чап бўлмачанинг зўрайиши; ЭхоКГ да - митрал клапаннинг яллиғланишли шикастланиши (митрал клапаннинг етишмовчилиги); юрак рентгенограммасида - чап қоринча соясининг чапга оғиши ва чап қоринча соясининг катталаниши.
4. А гуруҳидаги β-гемолитик стрептококк ўткир ревматик иситманинг сабабчиси бўлиб ҳисобланади. Организмнинг ўз тўқималарига аутоантитаналарни ҳосил қилиш механизмини амалга оширишга имкон берувчи стрептококкда ўзаро таъсир кўрсатувчи антигенларнинг бўлиши -

молекуляр мимикрия феномени патогенетик аҳамиятга эга бўлиб ҳисобланади.

5. Ётоқ режими, стол №5, антибактериал терапия [пенициллин м/о га кунига 100 Бирл/кг - бензилпенициллин (Бензилпенициллин натрий тузи) 4 млн Бирл 4 маҳал юбориш 10 кун давомида, сўнгра пролонгирланган препаратларга ўтилади - бензатин бензилпенициллин 1,2 млн Бирл × 4 ҳафтада 1 маҳал], преднизолон 5 мг дан (1 таблетка) кунига 4 марта 7 кун, кейин ҳафтасига 2,5 мг дан бекор қилиб борилади ва ностероид яллиғланишга қарши воситаларга ўтилади - диклофенак (Ортофен) 0,04 × 2 маҳал кунига лаборатор кўрсаткичлар меъёрлашгунга қадар; диурезнинг характериға кўра сийдик ҳайдовчи препаратлар.

*Бирламчи профилактика* - ўткир стрептококкли инфекцияни рационал даволаш ва соғлом турмуш тарзини шакллантириш.

*Иккиламчи профилактика* - йил давомида бициллинопрофилактика ва мавсумий медикаментоз терапия.

*Учламчи профилактика* - инфекцион эндокардит профилактикаси ва юрак етишмовчилигини коррекция қилиш.

## 2.3. ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ ВА ГЕПАТОЛОГИЯ

### Вазиятли масала 1.

**Қиз бола, 2 ойлик.** *Шикоятлари:* тери сариклигининг сақланиб қолиши, нажаси рангининг ўзгариши (рангсиз), иштаҳасининг пасайиши, тез-тез қайт қилиши, вазн кўшилмаслиги.

*Ҳаёт анамнези:* 36 ҳафталикда, муддатига етмай туғилган. Туғилгандаги тана вазни - 2300 г, бўй узунлиги - 44 см. Боланинг онасида ҳомиладорликнинг 2 ойида тромбоцитопения аниқланган, гематолог тавсиясига кўра 2 ой давомида преднизолон олган. Туғилганидан сўнг 2-кунда болада зўрайиб бориши билан сариклик аниқланди, ахлати (рангсиз) ва пешобининг (тўқ) ранги ўзгарди.

*Объектив кўрувда:* ахволи ўрта оғир, бола холсиз. Вазни - 3200 г, бўй узунлиги - 53 см. Тери қоплами ва шиллик қаватлари тўқ сарик рангда. Ўпка ва юраги томонидан патологик ўзгаришлар аниқланмади. Қорни бироз катталашган. Жигари+4 см қовурға равоғидан чиққан, ўрта зичликда, қора талоғи +2 см. Нажаси регуляр, кунига 1–2 марта, рангсиз. Диурез бузилмаган, пешоби тўқ рангда, памперси сарғиш-жигар рангга бўялади.

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 105 г/л; лейкоцитлар -  $7,3 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 3%; сегмент ядроли нейтрофил - 24%; эозинофил - 2%; лимфоцит - 63%; моноцит - 8%; ЭЧТ - 5 мм/ч.

*Умумий пешоб тахлили:* ранги тўқ (қора чой, кока-кола ранги), тиник, нисбий зичлиги - 1015; реакцияси нордон; оксил, қанд, ацетон, уробилин,



**2 ойлик қиз бола**

уробилиноген - мнфий; билирубин мусбат; лейкоцит - кўрув майдонида 1-2 та.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 58 г/л; АЛТ - 128 Бирл/л; АСТ - 156 Бирл/л; амилаза - 38 Бирл/л; билирубин умумий - 212 мкмоль/л; боғланмаган - 34 мкмоль/л; ИФ - 644 Бирл/л; гамма-глутамилтрансфераза - 210 (78 гача).

УТТ: жигар ўлчами катталашган, паренхимаси бир хилда эмас, томирлар сурати кучайган, портал веналар диаметри катталашмаган. Ўт қопи қийинчилик билан аниқланади, ўлчами кичрайган.

Ошқозонности беги контурлари текис, томирлар сурати кучайган, катталашмаган.

### **Саволлар**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Касалликнинг этиологияси ва патогенези қандай? Мальабсорбция синдромининг патогенези қандай?
3. Қандай қўшимча текширув усулларини ўтказиш зарур?
4. Дифференциал диагностикани ўтказинг.
5. Беморнинг овқатланиши бўйича тавсиялар беринг. Болага даво тавсия этинг.

### **Жавоб**

1. Асосий ташхис: **Ўт чиқариш йўллариининг туғма патологияси: ўт чиқариш йўллариининг атрезияси, ўт қопи гипоплазияси. Гепатит. Йўлдош ташхислар: нормохром камқонликнинг I даражаси. ОЭЕ I даражаси. Ўт чиқариш йўллариининг атрезияси** ташхиси қуйидагилар асосида қўйилган - туғилганидан бошлаб зўрайиб бориши билан сариқлик синдромининг пайдо бўлиши, жигар ва қора талоқ ўлчамларининг катталаниши ва структурасининг ўзгариши билан гепатолиенал синдром, ахлати (оқарган) ва пешоби рангининг (тўқ ранг) ўзгариши; қоннинг биокимёвий тахлилида боғланган фракцияси ҳисобига умумий билирубиннинг ошиши (сариқликнинг сабаби сифатида гемолизни инкор этади), ИФ даражаси ва гамма-глутамилтрансферазанинги ошиши, бу жигаричи холестази ҳақида далолат беради, УТТ натижалари бўйича - эхогенлигининг ўзгариши ва томирлар суратининг кучайиши билан жигар ва қора талоқ ўлчамлари катталашган, ўт қопи ўлчамлари аҳамиятли даражада кичрайган. Ўт қопи ўлчамларининг кичрайганлигини эътиборга олган ҳолда холестазининг жигардан ташқари сабаби инкор этилади, бу жигардан ташқари ўт йўллари ривожланишининг бузилиши билан чақирилган бўлиши мумкин. Гепатит цитолиз синдромини ҳисобга олиб қўйилган - АЛТ, АСТ - 3

меъёрдан ортиқ ошган. Анемия - УҚТ натижалари асосида (Hgb ва RBC даражасининг пасайиши). Бола вазнининг танқислиги 11% н ташкил қилди, бу ОЭЕ нинг I даражасига тўғри келади (вазни бўлиши лозим - 3600 г: 1 ойда 600 г қўшилиши лозим, 2 ойда - 800 г). Камқонлик ва ОЭЕ нинг ривожланиши ичакда ўт кислоталарининг танқислиги, ошқозонности беги липазаси фаоллигининг пасайиши, ичак моторикасининг бузилиши натижасида мальабсорбция синдроми билан чақирилган.

2. Ўт чиқариш йўллариининг атрезияси - ҳомиладорликнинг I триместрида (эмбриогенез даврида) нохуш омилларнинг таъсири остида ўт чиқариш йўллари туғма аномалияларининг кам учрайдиган шакли. Онда, эҳтимол аутоиммун табиатга эга бўлган, тромбоцитопеник пурпуранинг ривожланиши, ва ГКС билан даволаниш бундай омиллар бўлиб хизмат қилади. Мальабсорбция синдроми ичакда ўтнинг етишмовчилиги ва ёғлар сўрилишининг бузилиши (ўт танқислиги синдроми) билан боғланган. Бу стеаторея, ёғда эрувчи витаминларнинг танқислиги, тана вазнининг камайишига олиб келади.

3. Альбумин, фибриноген (жигарнинг оқсилни синтез қилиш функциясини баҳолаш), протромбинли индексини аниқлаш, ПВ (ёғда эрувчи К витамини сўрилишининг бузилиши оқибатида пасайиши хос). Тс99 билан сцинтиграфия - жигарнинг ютиш ва тўплаш функцияси қониқарли бўлганида радиоизотоп модданинг ичакка тушмаслиги аниқланади. Магнит-резонанс томографияси (МРТ) - жигаричи ва жигардан ташқарида ўт чиқарувчи йўллариининг ҳолатини баҳолаш, ўт қолидаги ўзгаришларнинг характерини аниқлаш ва ўт йўллари атрезиясининг ўзгаришларига аниқлик киритиш учун. Жигар биопсияси (дуктулаларнинг перипортал пролиферацияси, жигаричи йўлларида ўтли тромблар аниқланади). Гепатитларни истисно қилиш учун Эпштейн–Барр, цитомегаловирус, герпес-вирус, В, С гепатити вируслари, парвови-рус В19, токсоплазма вирусларига антитаналарни (IgG, IgM) аниқлаш билан серологик текширув ўтказиш.

4. Жигаричи холестази билан кечувчи касалликлар билан қиёсий ташхислаш олиб борилади: Алажилля касаллиги - бошқа аъзоларнинг (юрак, кўз) аномалиялари билан бирга жигаричи йўллариининг туғма гипоплазияси; зўрайиб борувчи оилавий интрагепатик холестаз синдроми (Байлер касаллиги ва синдроми); жигарнинг метаболит касаллиги (пероксисомал функциянинг бузилиши-Зеллвегер касаллиги, аминокислоталар метаболизмининг бузилиши - тирозинемия, липидлар метаболизмининг бузилиши – Нимана - Пик касаллиги, С тури, углеводлар метаболизмининг бузилиши (галактоземия, фруктоземия, гликоген тўпланишининг бузилиши, IV тури); В, С гепатити вируслари, Эпштейн–Барр вируси, цитомегаловируслар, герпес-вируслар (герпес 6 тури), парвовируслар В19, токсоплазма билан чақирилган инфекцион гепатитлар; аутоиммун гепатитлар.

5. Ёғли компоненти 50–75% ўрта занжирли ёғ кислоталаридан иборат бўлган ва жигарнинг бевосита портал тизимига сўриладиган аралашмалар: “Хумана ЛП+СЦТ”, “Нутрилон Пепти Гастро” ва б. аралашмалар. Даволашнинг асосий усули - 2-3 ойлигида жаррохлик амалиёти ўтказиш, чунки кечиктирилган аралашув жигардаги ортга қайтмас ўзгаришлар сабабли самарали бўлмайди. Кўпинча Касаи бўйича операция қўлланилади – жигар дарвозаси ва ингичка ичак орасига анастомоз қўйилади. Жигар етишмовчилиги зўрайиб борганда - жигарни кўчириб ўтказиш амалга оширилади. Қўллаб-қувватловчи терапия - урсодезоксихолат кислотаси препаратлари кунига 20 мг/кг ҳисобидан 2 маҳал узоқ вақт қўлланилади (урсодезоксихолат кислотаси гепатоцит мембранасига ўрнашади, ўт кислотаси тузларининг шикастловчи таъсиридан ҳимоя қилиб, унинг структурасини стабиллаштиради). Ўрнини босувчи терапия мақсадида — ёғда эрийдиган витаминлар - D витамини 3000 Бирл кунига 1 маҳал, ретинол (витамин А) 5000 Бирл кунига 1 маҳал, К витамини кунига 1 мг/кг × 1-2 ҳафтада 1 маҳал, Е витамини кунига 25 МЕ/кг × 1-2 ҳафтада 1 маҳал, кальций кунига 50 мг/кг × 1 маҳал, фосфор кунига 25 мг/кг × 1 маҳал, цинк кунига 1 мг/кг × 1 маҳал. Мини таблеткалар кўринишидаги панкреатик ферментлар суткасига 1000 Бирл/кг ҳисобидан (3000 Бирл/сут: панкреатиннинг 2 мини-таблеткаси (Пангрола 10000) 3 марта), пробиотиклар (Бифиформ бэби, Линекс болалар учун ва ш.ў.) тавсия этилади.

## **Вазиятли масала 2.**

**Ўғил бола, 2 ёш, шикоятлари:** ахлатининг суюқ, шиллик, қон аралаш кунига 5-6 марта келиши, дефекациядан олдин қоринда оғриқ бўлиши, иштаҳасининг пасайиши, озиб кетиши, субфебрил ҳарорат. 6 ойдан бери ахлати суюқ, тез-тез келади, охириги 2 ойда ахлатига қон, кам ҳолатларда қон куйқаси аралашди, охириги 3 ҳафта ичида эса ахлатида қон доимий равишда кузатилди. Амбулатор шароитда антибиотиклар, бактериофаглар билан олиб борилган даво самара бермади.

**Ҳаёт анамнези:** муддатига етиб туғилган, 6 ойгача кўкрак сути билан эмизиб боқилган. 6 ойлигидан бошлаб - атопик дерматит, сабзи, цитрус мевалар, сигир сутига озуқа аллергияси намоён бўла бошлади. Онаси 27 ёшда, соғлом, отаси 32 ёшда, соғлом. Онаси томонидан бувисида сурункали колит, лактаза етишмовчилиги.

**Объектив кўрувда:** аҳволи оғирга яқин. Бўйи - 85 см, вазни - 11,5 кг. Териси ва шиллик қаватлари рангпар, юзи ва болдирининг терисида гиперемия, қашиб тирналган жойлари бор. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари аниқ, Боткин нуқтасида юмшоқ, систолик шовқин эшитилади, ЮҚЧ - дақиқасига 116 марта. Қорни димланган, пайпаслаб кўрилганида чамбар ичак оғриқли, сигма спазмланган. Жигари +1,5 см қовурға ёйининг қиррасида жойлашган, Мерфи, Кера симптомлари мусбат. Диурез равон.

*Умумий қон тахлили:* эритроцитлар -  $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$ ; гемоглобин - 96 г/л; ранг кўрсаткичи - 0,8; ретикулоцитлар - 18%; лейкоцитлар -  $12,0 \times 10^9/\text{л}$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 7%; сегмент ядроли нейтрофил - 43%; эозинофил - 5%; лимфоцит - 36%; моноцит - 9%; тромбоцит -  $330 \times 10^9/\text{л}$ ; ЭЧТ - 18 мм/с.

*Умумий пешоб тахлили:* оч сарик рангда, тиник; рН - 5,5; нисбий зичлиги - 1018; оксил - йўқ; қанд - йўқ; лейкоцит - кўрув майдонида 2–3 та; лейкоцитлар - йўқ.

*Копрограмма:* ярим суюқ консистенцияли, жигар рангда, хазм бўлмаган мушак толалари ++; нейтрал ёғ -; ёғ кислоталари ++; хужайрадан ташқари крахмал ++; лейкоцит - кўрув майдонида 12–15–30; лейкоцитлар - кўрув майдонида 30–40–50; шиллик ++++. Грегерсон реакцияси кескин мусбат.



**Колоноскопия**



**Географик тил**

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оксил - 68 г/л; альбуминлар - 53%; глобулинлар:  $\alpha_1$  - 6%;  $\alpha_2$  - 14%;  $\beta$  - 13%;  $\gamma$  - 14%; АЛТ - 40 Бирл/л; АСТ - 36 Бирл/л; ИФ - 162 Бирл/л (меъёрда 70–140); амилаза - 45 Бирл/л (меъёрда 0–120); тимол синамаси - 3 Бирл; умумий билирубин - 13; боғланган - 2,2 мкмоль/л; зардобдаги темир - 7 мкмоль/л; қон зардобининг умумий темирни боғлаш қобилияти - 79 мкмоль/л; С-реактив оксил (++)

*Колоноскопия:* ёнбош ичакнинг шиллик қавати оч пушти рангда, ўчоқли гиперемияланган, шишган, қон томирларининг сурати суркалган, қон қуюлишлар, юқорига йўналган ва кўндаланг ичакнинг деворларида 0,6 см гача чизикли яралар мавжуд. Контактли қон оқишлар ифодаланган. Сигмасион ва тўғри ичакнинг шиллик қавати рангпар, ўчоқли гиперемияланган, контактли қон оқишлар ифодаланган. Биопсия бажарилган.

## **Саволлар**

1. Клиник ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Касалликнинг клиник ва лаборатор мезонларини кўрсатинг.

3. Қон тахлили ва копрограммада қандай ўзгаришлар мавжуд, ЖР ни баҳоланг.

4. Қандай қўшимча текширувларни ўтказиш зарур?

5. Парҳез бўйича тавсиялар беринг. Давонинг асосий тамойилларини асослаб беринг.

### **Жавоб**

1. Асосий ташхис: **Крон касаллиги, А1а (10 ёшгача) L2 (локализацияси - колит), В1 (стенозланмаган шакли), ўрта оғир даражаси (фаоллик индекси PUSAI 22,5), ўткирости кечиши. Темир танқислиги камқонлигининг I даражаси. Йўлдош ташхислар: атопик дерматит, гўдақлар шакли, чекланган, енгил шакли, тўлиқ бўлмаган ремиссия даври. Сигир сути, цитрус мевалар, сабзига озуқа аллергияси. Билиар тракт дисфункцияси (ўт қоши дискинезияси?).** Крон касаллиги - 6 ой давомида болани безовта қилган қон билан сурункали диарея, оғриқ синдроми (дефекациядан олдин юзага келувчи қоринда оғриқ), интоксикация синдроми (иштаханинг пасайиши, озиб кетиши, субфебрил ҳарорат), олиб борилган антибактериал терапиядан самаранинг йўқлиги асосида қўйилган. Лейкоцитоз, нейтрофилез, С-реактив оқсил,  $\alpha 2$ -глобулинлар даражасининг ошиши, копрологик колитик синдромнинг (ахлатида RBC, Л, шиллик) мавжудлиги билан текширув маълумотлари касалликнинг ўртача ифодаланган фаоллиги ҳақида далолат беради. Колоноскопия натижалари - йўғон ичакнинг яллиғланиши максимал даражада проксимал бўлимларида ифодаланган (ёнбош, юқорига йўналган ва кўндаланг-чамбар бўлимлари), шиллик қаватнинг гиперемияси фонида кўпроқ Крон касаллиги учун хос бўлган чизикли яралар. Якуний ташхис биопсия натижалари олинганидан сўнг тасдиқланади. Темир танқислиги камқонлиги - ичак яллиғланиш касалликларининг кенг тарқалган ичакдан ташқари кўриниши. Атопик дерматит - тегишли қўшимча овқатлар киритилганидан кейин терида тошмаларнинг пайдо бўлиши. Ташхисни тасдиқлаш учун тахмин қилинаётган аллергенларга умумий ва специфик IgE даражаларини аниқлаш зарур. Билиар тракт дисфункцияси - Мэрфи, Кера симптомлари мусбат, ИФ кўрсаткичлари биров ошган. Ташхисни тасдиқлаш учун ўт қопининг функционал фаоллигини баҳолаш билан УТТ талаб этилади.

2. Клиник мезонлари: қоринда оғриқ, нажасининг частотаси ва консистенцияси, фаоллиги, тана вазнининг камайиши, ўсишдан орқада қолиши, қорни пайпасланганда оғриқнинг аниқланиши, параректал ва ичакдан ташқари белгиларнинг мавжудлиги. Лаборатор: ЭЧТ нинг ошиши,  $\alpha 2$ -глобулинларнинг ошиши билан диспротеинемия, С-реактив оқсилнинг ошиши.

3. УҚТ да: лейкоцитоз -  $12 \times 10^9$ /л гача; нейтрофилез (меъёрда ҳаётининг 5-кунидан бошлаб 4 ёшгача бўлган болаларда лимфоцитоз кузатилади) чапга силжиши билан, ЭЧТ нинг ошиши; қоннинг биокимёвий тахлилида:  $\alpha 2$ -глобулинларнинг ортиши, С-реактив оқсилнинг ошиши. Копрограммада: макроскопик (ахлати ярим суюқ консистенцияли, қизил доғлар билан) ва микроскопик ўзгаришлар, колит учун хос, - копрологик колитик синдром (шиллик, WBC ва RBC нинг ошиши), стеатореянинг 3-тури, яширин қонга мусбат реакция. ЖР: бўйи - 85 см (25– 75%), вазни - 11,5 кг (10–25%). ЖР бўйича хулоса: бўйи ўрта, тана вазни танқислигининг I даражаси, уйғун.

4. Специфик иммунологик маркерлар: Крон касаллиги учун хос бўлган ASCA (*Saccharomyces cerevisiae* га антитаналар), ва ярали колит учун хос бўлган ANCA (антинейтрофил цитоплазматик антитаналар). Фекал кальпротектин ва лактоферрин [кальпротектин ичак шиллик қаватида мавжуд нейтрофиллар даражасини акс эттиради ва ичак яллиғланиш касалликларида 4 баравардан кўпга ошади (меъёри 50 мг/г); лактоферрин - нейтрофиллар оқсили, даражасининг ошиши яллиғланишнинг ифодаланганлиги билан боғлиқ]. ЭГДС, чунки ошқозон-ичак трактининг юқори қисмлари патологик жараёнга жалб қилиниши мумкин. Видеокапсулалар эндоскопия - ингичка ичак ҳолатини баҳолаш учун. Рентгенологик текширув (барий пассажи, ирригоскопия) - жараённинг давомийлигини белгилайди, стриктура, тешиқларни ташхислайди. МРТ - эрта босқичларида фиброзни аниқлайди ва ичак стенози ривожланишини прогнозлайди, ичак деворининг қалинлашгани, ичакнинг торайиши ва кенгайиши, тешиқлар, абсцесслар бўлгани, лимфа тугунларнинг катталашганини тасвирлайди. Жигар, ўт қоқи, ошқозонности безининг УТТ си - ушбу аъзоларнинг ҳолатини баҳолаш учун. Окулист маслаҳати - кўрув аъзоси томонидан ичакдан ташқари белгиларни истисно қилиш учун.

5.М.И. Певзнер бўйича №5 стол, бироқ беморнинг тана вазнининг пасайишига шикоятини инобатга олиб, суткалик калораж ва оқсил истеъмолини 120–130% га ошириш зарур. Дағал клетчатка, экстрактив моддалар, қийин эрувчи ёғлар сақламаган, енгил ўзлаштирилувчи озуқа. Сигир сути оқсилга тасдиқланган аллергияда - рациондан сигир сути ва сут маҳсулотлари, шунингдек болада аллергия келтириб чиқарадиган маҳсулотларни истисно қилиш. Босқичма-босқич яллиғланишга қарши терапия: 5-аминосалицилат кислотаси ва ГКС препаратларини қўллаш. Месалазин - ўрта дозада кунига 50 мг/кг, бироқ 4 г/сут дан кўп эмас. Преднизолон - суткасига 1,0–1,5 мг/кг ҳисобидан куннинг 1-ярмида (буйракусти ишининг суткалик ритмини ҳисобга олган); тўлиқ доза 2 ҳафтага тавсия этилади, сўнгра ҳафтасига 10 мг дан камайтириб борилади, қувватловчи доза (5 мг) - 3 ойгача. Иммуносупрессив терапия - гормонга резистентликда, гормонга қарамликда, узлуксиз кечиши ва тез-тез

кайталанишида: азатиоприн - 2,0–2,5 мг/кг, метотрексат - 2,5 мг. Биологик терапия ( $\alpha$  ўсимта некрози омилига антитаналар): инфликсимаб ва адалимумаб. Антимикроб терапия - метронидазол кунига 15 мг/кг 10 кунга. Темир препаратлари ичишга. Полимальтозат темир (III) гидроксиди (Мальтофер), темир сульфат + серин (Активферрин) энтерал қабул қилиш самара бермаганида, улар парентерал [темир (III) гидроксиди сахарозали комплекси] тавсия этилади. Кўрсатмага кўра - эритропоэтин.

### **Вазиятли масала 3.**

**Қиз бола, 7 ёш.** Чарчаш, йиғлоқилик, асабийлашиш, иштаҳасининг пасайиши, тана вазнининг камайиши кузатилади (охирги 2 йил ичида 1кг кўшилди), баъзида патологик аралашмаларсиз ичи суяқ келади, қорни дамланади, терисига қичима уртикар тошмалар тошади. 2 йилдан бери бетоб. Тўлиқ кўрикдан ўтмаган.

*Ҳаёт анамнези:* бола 3-ҳомиладорликдан, 2-муддатидаги туғруқдан, туғилгандаги тана вазни - 3700 г, бўй узунлиги - 52 см. 1 ёшгача табиий овқатлантиришда бўлган. ЖР 5 ёшгача меъёрида кечган; 4,5 ёшидан бошлаб болалар боғчасига борган, қўлларини ҳар доим ҳам ювмайди, уйида мушук боқади. Ўтказган касалликлари: ЎРВИ (йилига 5–7 марта), аденоидит, сурункали тонзиллит, шифохонадан ташқари пневмония. 5 ёшидан - рецидивланувчи эшакеми.

*Объектив кўрувда:* умумий аҳволи қониқарли, тана ҳарорати 36,5°C. Вазни - 21 кг, бўйи - 128 см. Бола озғин. Терисиди: яноқлари қизарган, кўз ости териси кўқарган, қоғоғининг четлари яллиғланган. Қўл, оёқларида, қорнининг ёнбошида “ғоз териси” кузатилади.



**Лямблиоздаги тошма**



**Қизча мушукчаси билан**

Кафти ва товонлари териси қуруқ, бармоқ учлари териси пўст ташлаган. Лимфа тугунлари катталашмаган. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари аниқ, ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 92 марта. Тили оқ караш билан қопланган,

чуқур бурмаларга эга. Қорни юза пайпаслаб кўрилганида оғриқсиз, киндигидан қовуқ соҳасигача гиперпигментация чизиғи кузатилади. Чуқур пайпасланганда - ичак йўллари бўйлаб ғўлдираш аниқланади. Жигари, қора талоғи катталашмаган. Билиар симптомлар манфий. Нажаси ўзгарувчан, диурез раван.

Умумий қон тахлили: эритроцитлар -  $4,1 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 120 г/л; лейкоцитлар -  $7,0 \times 10^9/л$ ; сегмент ядроли нейтрофил - 54%; эозинофил - 11%; лимфоцит - 30%; моноцит - 6%; ЭЧТ - 7 мм/с.

УПТ: оч сариқ рангда; нисбий зичлиги - 1022; оқсил - 0; лейкоцит - кўрув майдонида 3–4 та; эритроцитлар - кўрув майдонида 0–1 та.

*Нажаснинг бактериологик тахлили* - патоген микрофлора аниқланмаган.

Гельминт антитаналарига иммунофермент тахлил (аскаридоз, токсокароз, эхинококкоз, трихоцефалез) - аниқланмаган.

### **Саволлар**

1. Дастлабки ташхиснинг қўйинг ва асослаб беринг.
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай диагностика усулларини ўтказиш лозим?
3. Касаллик ривожланишининг қандай хавф омиллари мавжуд?
4. Беморга даво тавсия этинг.
5. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислашни олиб бориш лозим?
6. Ушбу патологияда диспансеризация қандай олиб борилади?

### **Жавоб**

1. **Протозойли инвазия (лямблиоз?), сурункали кечиши, субкли- ник, аралаш варианты (интестинал ва интоксикацион- аллергик), ўрта оғир даражаси, асорати - ОЭЕ.** Қўйидагилар асосида қўйилган – анамнез маълумотлари (болалар боғчасига боргандан кейин, 2 йилдан бери касал, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмайди, касалликнинг рецидивланувчи кечиши); клиник белгилари: интоксикация синдроми (чарчаш, йиғлоқилик, асабийлашиш, иштаҳасининг пасайиши, тана вазнининг камайиши), ОИТ нинг шикастланиши (тили қарашланган, ёрилган, баъзида ичи суюқ келади ва қорни дамланади); аллергик синдром (рецидивланувчи эшакеми); дерматодиагностика (ёноқлари гиперемияланган, “ғоз териси”, кафти, товонлари қуруқлашган, киндигидан қовуқ соҳасигача гиперпигментация чизиғи); УҚТ да эозинофилия. ОЭЕ - бола озғин, охириги 2 йил ичида тана вазни кам қўшилди, антропометрия (ЖР: бўйи ўрта - 25–75 перц., тана вазни танқислигининг II даражаси - 10–25 перц., дисгармоник).

2. Лямблия цисталарига нажасни уч марта текшириш; иммунофермент тахлил ёрдамида нажасда лямблия антигенларини аниқлаш; полимераз занжирли реакция усули билан қонда лямблияга копрофилтрат, лямблиялар

антитаналарига IgG ва IgM ташхислаш, копрограмма, овқат ҳазм қилиш аъзолари УТТ си.

3. Болалар боғчасига бориши, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик (қўлларини кам ювиши), организм резистентлигининг пасайиши (сурункали инфекция ўчоқларининг мавжудлиги, тез-тез ЎРВИ билан касалланиши, анамнезида пневмония), 2 йил мобайнида тўлиқ кўриқдан ўтмаганлиги.

4. Диетотерапия: оқсил маҳсулотлари улушини ошириш билан боланинг овқатланишини тўғри ташкиллаштириш, осон ҳазм бўладиган углеводларни камайтириш. Уйдаги мушукчага дегельминтизациянинг бир неча курсини ўтказиш. Босқичма-босқич медикаментоз даवони олиб бориш.

I босқич - тайёрлов - 10–14 кун ўт хайдовчи препаратларни тавсия этиш, масалан, артишок барглари экстракти (Хофитол).

Rp.: Tabl. Sycarae scomuli foliae extracti 0,2

D.t.d.N. 60

S.: 1 таблеткадан 3 маҳал овқатдан олдин, курси 2 ҳафта.

Келиб чиқиши табиий энтеросорбент- гидролизли лигнин (Фильтрум-Сти):

Rp.: Tabl. Ligninihydrolysed 0,4

D.t.d.N. 60

S.: 1 таблеткадан 3 маҳал овқатдан 1 соат олдин, курси 7 кун.

II босқич - антипаразитар - 10–14 кун интервал билан антипаразитар препаратларнинг 2–3 курси, нифурателдан бошланади (Макмирор) 10 мг/кг/сут дозада (210 мг):

Rp.: Tabl. Nifurateli 0,2

D.t.d.N. 20

S.: 1/2 таблеткадан 3 маҳал овқатдан 1 соат олдин, курси 7 кун.

Бу босқич антигистамин препаратлар фонида олиб борилади:

Rp.: Sir. Desloratadini 0,0005/ml - 100 ml in flac.

D.S.: овқат қабул қилишдан қатъий назар 2,5 мг кунига 1 маҳал, курси 2 ҳафта.

III босқич - яқунловчи, ферментлар, пробиотиклар, поливитаминларни ўз ичига олади.

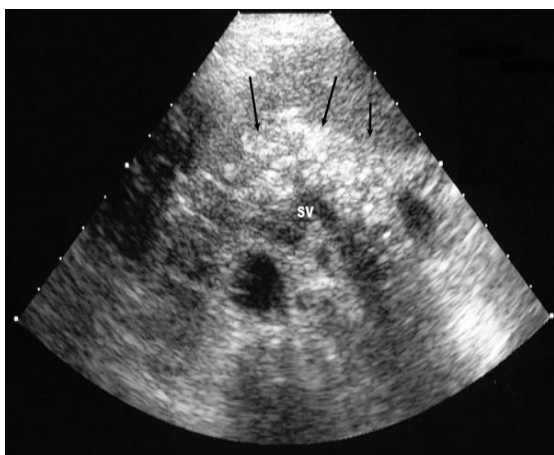
5. Саломатликнинг II гуруҳида уч марта паразитологик текширув билан 6 ойгача қисқа муддатли диспансеризация.

#### **Вазиятли масала 4.**

Ўғил бола, 9 ёш, киндик атрофи ва чап қовурға остида белбоғсимон характерга эга, кўп марта қусиш билан кечувчи оғриқ хуружларининг такрорланишига *шикоятлари* билан шифохонага келди. Нажаси ўзгарган,

суяқ ва кўп миқдорда. Касаллик анамнези: қориндаги оғриқ 1,5 йилдан бери безовта қилади. Хуружлар кўп овқат егандан пайдо бўлади.

*Ҳаёт анамнези:* бола муддатига етиб туғилган; 8 ойгача табиий овқатлантиришда бўлган, эрта анамнези тинч кечган, эмлашларни ўз вақтида олган. Бувисида (онаси томонидан) холецистопанкреатит, қандли диабет. *Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир. Бўйи - 136 см, вазни - 26 кг. Териси рангпар, тери ости ёғ қавати яхши ривожланмаган. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари аниқ, ЮҚЧ - дақиқасига 92 марта. АҚБ 100/60 мм сим.уст. Қорни дамланган, чуқур пайпаслаб кўрилганда эпигастрия, Дежарден, Мейо-Робсон нуқталарида оғриқли. Жигари - коворға ёйи бўйлаб жойлашган, ўт пуфаги бироз мусбат. Диурез равон.



**Ультратовушли текширув:  
сурункалий панкреатит**



**9 ёшли бола**

Умумий қон тахлили: эритроцитлар -  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 124 г/л; лейкоцитлар -  $6,6 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 4%; сегмент ядроли нейтрофил - 51%; эозинофиллар - 3%; лимфоцит - 36%; моноцитлар - 6%; ЭЧТ - 12 мм/с.

Умумий пешоб тахлили - ўзгаришсиз. Диастазага пешоб тахлили - 128 Бирл (меъёрда - 32–64).

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 78 г/л; альбуминлар — 52%; глобулинлар:  $\alpha_1$  - 5%;  $\alpha_2$  - 14%;  $\beta$  - 13%;  $\gamma$  - 16%; ИФ - 120 Бирл/л (меъёрда - 70–140); амилаза - 150 Бирл (меъёрда - 10–120); умумий билирубин - 16 мкмоль/л; боғланган - 3 мкмоль/л.

УТТ: жигар катталашмаган, гомоген, эхогенлиги одатдагидек, жигар томирлари кенгаймаган; ўт пуфаги -  $58 \times 35$  мм (меъёрда -  $50 \times 30$  мм), бўйин соҳасида букилган, деворлари қалинлашмаган, ичидагиси гомоген. Ошқозонности беши: бошчаси - 22 мм (меъёрда - 16), танаси - 18 мм (меъёрда - 14); думи 22 мм (меъёрда - 18), гиперэхоген соҳалари бор.

## **Саволлар**

1. Клиник ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.

2. Қандай қўшимча текширув усуллари ўтказиш лозим?
3. ЖР, УҚТ, УПТ, қон биохимияси, ошқозонности беги микропрепарати натижаларини баҳоланг.
4. Овқатланиши, медикаментоз терапия бўйича тавсиялар беринг.
5. Болани кейинги кузатуви ва реабилитацияси қандай бўлиши лозим?

### **Жавоб**

1. Асосий ташхис: **сурункали панкреатит, рецидивланувчи кечиши, ўрта оғир даражаси, зўрайиш даври, панкреатик етишмовчилиги. Йўлдош ташхислар: сурункали гастрит, зўрайиш даври. Ўт қопининг бўйин соҳасида букилиши, гипокинетик тури бўйича ўт қопининг дискинезияси. Сурункали панкреатит** қуйидаги шикоятлари асосида қўйилган: қориннинг юқори қисмида белбоғсимон характерга эга рецидивланувчи оғриқ синдроми, диспепсия белгилари - кўп маротаба қусиш ва ичак диспепсиялари - кўп миқдорда бўтқасимон ахлат келиши; анамнез маълумотлари - касаллик давомийлиги - 1,5 йил, объектив қўрувда: қорин дамлиги, Дежарден, Мейо-Робсон нуқталарида оғриқ; лаборатор қўрсаткичлардаги ўзгаришлар: қонда амилаза даражасининг ва пешобда диастаза даражасининг ошиши; ошқозонности беги ўлчамлари ва структурасининг ўзгаришлари билан УТТ маълумотлари. Ошқозонности беги структурасининг турғун ўзгаришлари ва панкреатик етишмовчиликнинг белгилари (кўп миқдордаги бўтқасимон ахлат) касалликнинг сурункали характерини билдиради. Ўт қопининг бўйин соҳасида букилиши, гипокинетик дискинезия - (+) ўт қопи симптомлари, УТТ ўзгаришлари бўйича.

2. Эзокрин панкреатик етишмовчиликнинг белгиларини аниқлаш учун нажас тахлили: стеаторея I тури (нейтрал ёғ), креаторея (чизиксиз мушак толалари), амилорея; анализ қала на эластазининг I турига ахлат тахлили (200 мкг Бирл/г дан пасайиши); эндокрин панкреатик етишмовчиликни истисно қилиш учун қонда қанд миқдори; компьютер томографияси (КТ) - ошқозонности беги паренхимаси (зичлашганлиги), панкреатик каналлар (кенгайиши, норегулярлиги) ҳолатини баҳолаш; МРТ ва магнит-резонанс холангиопанкреатография; ЭГДС - ошқозон, ЎИБИ, қатта дуоденал сўрғич шиллиғининг ҳолатини баҳолаш; эндоскопик УТТ - фиброз соҳалари, ошқозонности беги каналларининг кенгайишини аниқлаш; ретроград холецистопанкреатография - гепато-билиар соҳанинг аномалияларини истисно қилиш учун.

3. ЖР: бўйи ўрта (25–75%), тана вазни танқислигининг I даражаси (10–25%), уйғун. УҚТ ўзгаришсиз, пешоб тахлилида - диастаза ошган, қоннинг биокимёвий тахлилида - амилаза ошган, альфа-2-глобулинемия. Ошқозонности беги микропрепаратининг натижалари: стромада ўрта

даржадаги аралаш-хужайрали инфильтрация ва тўсиқлар бўйлаб бириктирувчи тўкима ўсган (строма фибрози).

4.3ўрайиш даврида - М.И. Певзнер бўйича стол № 5П, 1,5 ойгача: оксилнинг физиологик миқдори тайинланади, ёғни (55–70 г/сут) ва углеводларни (250–300 г/сут) бироз чекланади. Кейинчалик тез-тез ва кам-камдан овқатланиш тамойилига ўтказилади, рацион ёшга доир меъёрдан 25% дан юқорига оксиллар билан бойитилади, ферментотерапия фонида ёғлар ва углеводларнинг физиологик миқдори тайинланади. Қуйидагилар ман этилади: кучли вегетариан сардаклари, гўшт, балиқ бульонлари, гўшт, балиқнинг ёғли навлари, қовурилган, дудланган маҳсулотлар, дағал клетчатка, ўткир газаклар, зираворлар, консервалар, колбасалар, янги пишган нон, музқаймоқ, совуқ ва газланган ичимликлар, шоколад. Антисекретор препаратлар: протон помпа ингибиторлари - эзомепразол, рабепразол. Прокинетикилар - домперидон таблеткаси 10 мг дан, тана вазни 26 кг бўлганида 2,5 мг/кг 6,5 мг кунига, 1/3 табл.×кунига 2 маҳал овқатдан 15–20 мин олдин 3 ҳафта мобайнида.

Спазмолитикилар - гиосцин бутилбромид (Бускопан), дротаверин (Но-шпа) оғриқ бўлганида. Фермент препаратлари панкреатик етишмовчиликнинг коррекцияси учун ўрин босувчи даво мақсадида: мини-микросфералар [панкреатин (Креон10000, 25000)] ёки мини-таблеткалар кўринишида [панкреатин (Пангрол10 000)] бир қабулга 1000 Бирл/кг дозада Ёғда эрувчан витаминлар: D - 3000–5000 Бирл кунига 1 марта; А - 5000–10 000 Бирл кунига 1 марта; Е - 25 МЕ/ кг/ сут 2 ҳафтада 1 марта; К - 1 мг/кг (10 мг/кунгача), per os ёки м/о га 1–2 ҳафтада 1 марта. Пробиотикилар ичак микробиотини коррекция қилиш мақсадида.

5.Амбулатор-поликлиника шароитида диспансер ҳисобининг IV гуруҳи: ҳар кварталда педиатр, гастроэнтеролог кўруви, қон ва пешобда амилазани назорат қилиш, копрограмма, УҚТ, қоннинг биокимёвий тахлилини баҳолаш, фекал эластаза-1, қонда глюкозани аниқлаш, глюкоза-толерантлиги тести, жигар, ошқозонности беши, ўт қопи УТТ си. Панкреатик ферментлар ва ёғда эрувчан витаминлар дозасини коррекцияси билан ўрин босувчи терапияни давом эттириш, физиодаволаш, жисмоний тарбия машғулотларидан озод қилиш; шифохонадан чиққандан сўнг 3 ойдан кейин - санатор-курорт даво. Кузатув давомийлиги - катталар поликлиникасига ўтказгунга қадар.

### **Вазиятли масала 5.**

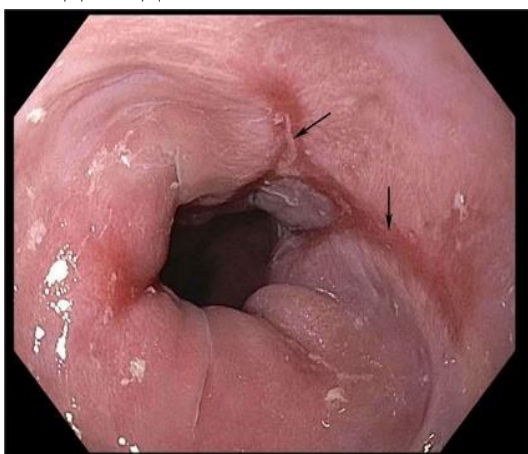
**Ўғил бола, 10 ёш,** овқат егандан сўнг эпигастрияда оғриқ, жиғилдон қайнаши, кекириш, кўнгил айнашига шикоятлари билан гастроэнтерология бўлимига ётқизилди.

*Касаллик анамнези:* қоринда оғриқ 2 йилдан бери безовта қилади, бироқ текширувдан ўтмаган ва даво олиб борилмаган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, териси оч пушти рангда, периорбитал цианоз. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлар ритмик, аниқ. Қорни дамланган, юза ва чуқур пайпасланганда эпигастрияда оғриқ, Мендел симптоми (+) аниқланди. Жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган, қирраси эластик, оғриқсиз. Нажаси регуляр, кунига 1 марта. Диурез равон.

Умумий қон тахлили: эритроцитлар -  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 132 г/л; лейкоцитлар -  $7,3 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 3%; сегмент ядроли нейтрофил - 47%; эозинофил - 4%; лимфоцит - 38%; моноцит - 8%; ЭЧТ - 5 мм/с.

Умумий пешоб тахлили: оч сариқ рангда, тиниқ; нисбий зичлиги - 1015; реакцияси нордон; оксил (-); қанд (-); ацетон (-); лейкоцитлар - кўрув майдонида 1–2 та.



**ЭГДС: қизилўнгач шиллик қавати**

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оксил - 75 г/л; АЛТ - 32 Бирл/л; АСТ - 38 Бирл/л; амилаза - 38 Бирл/л (меъёрда - 10–120); умумий билирубин - 18 мкмоль/л. ЭГДС: қизилўнгачнинг куйи учинчи қисми гиперемияланган, 4 с даражасида чизиқли эрозия аниқланади, кардия тўлиқ ёпилмайди. Ошқозон антрал бўлимида уяли гиперемияланган, шишган, шиллик

тўпланган, ўн икки бармоқли ичак пиёзчаси ва постбульбар бўлимлари ўзгармаган. *Helicobacter pylori* га антрал

бўлими шиллик қавати биопсиясининг икки фрагменти олинган.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ си: жигар - контурлари текис, паренхимаси гомоген, кучаймаган, томирлар тўри кенгаймаган, портал вена ўзгармаган. Ўт қопи ноксимон шаклда,  $65 \times 38$  мм (меъёрда -  $50 \times 30$  мм) бўйин соҳасида букилган, таркиби гетероген. Ошқозонности беши контурлари текис, экзогенлиги одатдагидек, катталашмаган.

### **Саволлар**

1. Клиник ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Касалликнинг этиологияси ва патогенези қанақа?
3. Ушбу беморда ташхислаш алгоритмини тавсирланг.
4. Парҳез, режим, медикаментоз препаратлар билан беморга даво тавсия этинг.
5. Пилорик хеликобактернинг экспресс-диагностикаси нимага асосланган? Хеликобактерли инфекциянинг эрадикацион терапияси деганда нимани тушунасиз?

## Жавоб

1. Асосий ташхис: гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, рефлюкс-эзофагитнинг IIВ даражаси, ўрта оғирликда. Йўлдош ташхислар: сурункали антрал гастрит, зўрайиш даври. Кардия етишмовчилиги. Гипокинетик тури бўйича ўт қопи дискинезияси, билиар сладж, ўт қопининг юқори учинчи қисмида букилиши. Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги 2 йилдан бери овқат егандан сўнг жиғилдон қайнашига шикоятлари; ЭГДС маълумотлари - бирикки эрозиялар билан қизилўнгач дистал бўлимида гиперемия, кардиянинг етарлича ёпилмаслиги асосида кўйилган. Сурункали гастрит - оғрик синдроми, ЭГДС маълумотлари асосида. Ўт қопи дискинезияси гипокинетик тури бўйича, билиар сладж -УТТ маълумотлари бўйича ўт қопининг бўйин соҳасида букилиши - кўпинча эвакуатор функциянинг бузилиши билан кечади, ўт қоп ўлчами катталашган, таркиби гетероген.

2. Гастроэзофагеал рефлюкс касаллигининг ривожланиши қуйи қизилўнгач сфинктерининг бўшаши вақтининг узайиши ва ошқозон таркибининг қизилўнгачга отилиши билан боғланган. Қизилўнгач шиллик қаватининг шикастланиши агрессия омиллари ва химоя омиллари орасидаги номуаносиблик туфайли юзага келади. Агрессив омилларга хлорид кислотаси, ўт кислотаси, лизолецитин, панкреатик ферментлар (дуоденогастрал рефлюксда) киради. Протектив омиллар - физиологик анти- рефлюкс механизмлар, қизилўнгач шиллик қавати резистентлиги, қизилўнгач клиренси (ошқозон таркибининг ўз вақтида эвакуацияси).

3. Қуйидаги текширув усуллари ўтказиш шарт ҳисобланади: қизилўнгач ва ошқозоннинг суткалик рН-мониторинги (рефлюкснинг ифодаланганлик даражасини аниқлаш, провокацион моментларни аниқлаш ва адекват терапияни танлаш); қизилўнгач шиллик қавати биоптатининг гистологик текшируви (камида икки марта); ОИТ юқори бўлимларининг контраст рентгеноскопияси - диафрагма қизилўнгач тешигининг чуррасига шубҳа қилинганда. Кўрсатма бўйича тавсия этиладиган қўшимча усуллар: интраэзофагеал импедансометрия (гастроэзофагеал рефлюкснинг исталган вариантини ташхислаш, қизилўнгач клиренси ҳолати ва қизилўнгачнинг моторикаси бузилишининг ифодаланганлигини баҳолаш), қизилўнгач УТТ си, ташқи нафас функциясини аниқлаш, ЭКГ, қизилўнгач манометрияси ва ш.ў. Кардиолог, пульмонолог, ЛОР-шифокори, стоматолог, ортопед маслаҳати.

4. Овқат рационидан ёғ миқдори камайтиради (қаймоқ, сариёғ, ёғли балиқ, чўчка ёғи, ғоз, ўрдак, қўй ёғи, тортлар), чунки ёғлар қизилўнгач пастки сфинктери тонусининг пасайишига олиб келади; оқсил миқдорини ошириш қизилўнгач пастки сфинктери ишини яхшилади; овқат хажми камайтиради (рефлюкслар сонини камайтиради); таъсирловчи маҳсулотлардан воз кечилади (цитруслилар шарбати, томатлар, кофе, чой,

шоколад, ялпиз, пиёз, саримсоқпиёз, алкоголь ва б.), булар қизилўнғач шиллиқ қаватига тўғридан – тўғри шикастловчи таъсир кўрсатади. Ҳаёт тарзини ўзгартириш бўйича тавсиялар: каравотининг бош томони камида 15 см га кўтариб қўйилади (қизилўнғачнинг килоталаниши давомийлигини камайтиради), ётишдан олдин овқатланмаслик, сиқиб турувчи кийимлар, тор белбоғлар киймаслик, эгилиш ва танани буккан ҳолатда узоқ вақт қолмаслик (қорин бўшлиғи босими ва гастрозофагеал рефлюкс частотаси пасаяди). Антисекретор препаратлар - протон помпа ингибиторлари: эзомепразол (Нексиум), рабепразол (Париет). Протон помпа ингибиторларининг дозасини ҳисоблаш боланинг тана вазнига боғлиқ: тана вазни 10 кг дан ортиқ бўлса, бироқ 20 кг дан кам бўлганида - 10 мг дан × кунига 1 маҳал, тана вазни 20 кг ва ундан ортиқ бўлганида - 10 мг дан × кунига 2 маҳал ёки 20 мг × кунига 1 маҳал. Масалан, рабепразол 10 мг/сут бир мартаба - 3 ҳафта. Прокинетиклар - домперидон (Мотилиум) тана вазни 35 кг дан кўп бўлганида - 10 мг дан кунига 3–4 маҳал, овқатдан 15–20 мин олдин 3 ҳафта. Альгинатлар (Гевискон) 5,0 мг дан кунига 3 маҳал овқатдан кейин 3 ҳафта. Хеликобактер инфекцияси аниқланганида эрадикационной терапия тавсия этилади.

5.Пилорик хеликобактериози экспресс диагностикаси *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) нинг (бошқа микроблар билан таққослаганда) кўп миқдорда, аммиакни сийдикчил ва карбонат ангидридга парчалаши ва аниқланиши билан, уреаза ферментини ажратиши хоссасига асосланган. Хеликобактер инфекциясининг эрадикацияси - битиши учун қулай шароитни таъминлаш мақсадида ошқозон шиллиқ қаватида *H.pylori* ни бутунлай йўқ қилишга йўналтирилган терапиянинг стандарт схемасини қўллаш.

### **Вазиятли масала 6.**

**Қиз бола, 11ёш,** эрталаб оч қоринга ёки тунда эпигастрия соҳасида пайдо бўлувчи оғриқ, нордон кекиришга шикоятлари билан гастроэнтерология бўлимига келди, овқат қабул қилганидан сўнг оғриқ безовта қилмайди. *Касаллик анамнези:* қориндаги оғриқ 1 йилдан бери безовта қилади. Қизчанинг онаси ўникки бармоқлий ичак яра касаллигидан азият чекади, отасида - гастрит. Акушерлик ва эрта анамнези патологиясиз. Ҳафтасига 6 кун маҳсус мактабга боради, ҳафтасига 3 марта хореография билан шуғулланади.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир. Бўйи - 148 см, вазни - 34 кг. Териси оч пушти рангда, тоза. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари ритмик, аниқ. Қорни юза ва чуқур пайпасланганида эпигастрия ва пилородуоденал соҳада мушаклар дефанси ва оғриқ аниқланади, Мендел синдроми мусбат, Мейо-Робсон нуктасида оғрикли. Жигари катталашмаган. Нажаси ва пешоби равон. Умумий қон тахлили: эритроцитлар -  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 128 г/л; лейкоцитлар -  $7,3 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 3%; сегмент ядроли нейтрофил - 51%; EOS - 3%; лимфоцит - 36%; моноцит - 7%; ЭЧТ - 5 мм/с.

Умумий пешоб тахлили: оч сарик, тиник; нисбий зичлиги - 1015; реакцияси нордон; оксил (-); канд (-); лейкоцитлар - кўрув майдонида 2–3 та; ацетон (-); *Қоннинг биокимёвий тахлили*: умумий оксил - 75 г/л; АЛТ - 32 Бирл/л; АСТ - 38 Бирл/л; ИФ - 140 Бирл/л (меъёрда - 70–140); амилаза - 100 Бирл/л; тимол синамаси - 3 Бирл; билирубин умумий - 18 мкмоль/л.

ЭГДС: қизилўнғач шиллиқ қавати гиперемияланган, кардия тўлик ёпилмайди. Ошқозонда хира шиллиқ, шиллиқ қаватида ўчоқли гиперемия, антрум деворларида кўп сонли турли калибрдаги бўртган бурмалар. Ўникки бармоқлий ичак пиёзчаси ўчоқли гиперемияланган, шишган, орқа деворида - атрофи гиперемияланган 0,8×0,6 см ўлчамли юмалоқ шаклдаги ярали нуқсон, туби фибрин билан қопланган.



**ЭГДСда яра касаллиги**

*Қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ си*: жигар контурлари текис, паренхимаси гомоген, эхогенлиги кучаймаган, томирлар тўри кенгаймаган, портал вена ўзгармаган. Ўт қопи ноксимон шаклда 65×38 мм (меъёрда - 50×30) туб соҳасида букилган. Ошқозонности беzi: бошчаси - 21 мм (меъёрда - 18), танаси - 15 мм (меъёрда - 15), думи - 22 мм (меъёрда - 18), бошчаси ва думининг эхогенлиги пасайган.

*Ошқозон ацидометрияси*: тана рН - 2,4; антрумда - 4,2; 0,008 мг/кг дозада гистаминнинг 0,1% ли эритмаси билан

стимуляция қилингандан сўнг 30 дақиқадан кейин тана рН - 1,4; антрумда - 1,8. *H.pylori* га нафас уреаза тести (+). *H.pylori* инфекциясига биопсия тести (+).

### Саволлар

1. Клиник ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Касалликнинг этиологияси ва патогенези қанақа?
3. Хеликобактериознинг эндоскопик белгиларини кўрсатинг, УТТ, ЖР, УҚТ, УПТ, қон биохимиясини баҳоланг.
4. Ушбу беморни даволаш тамойилларини тасвирланг.
5. Болани кейинги кузатуви ва реабилитацияси қандай бўлиши лозим?

### Жавоб

1. Асосий ташхис: ўн икки бармоқлий ичак пиёзчасининг яра касаллиги, илк марта аниқланган, зўрайиш босқичи (янги яра), хеликобактерли инфекция билан ассоциацияланган. Йўлдош ташхислар: сурункали антрал гастрит, зўрайиш даври. Кардия етишмовчилиги, эзофагит билан гастрозофагеал рефлюкс (IА). Ўт қопининг тана қисмида букилиши,

**билиар ва панкреатик турлари бўйича Одди сфинктерининг дисфункцияси.** ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ташхиси қуйидагилар асосида қўйилган - оилавий анамнез маълумотлари (онасида ўИБИ ЯК, отасида сурункали гастрит, бу хеликобактерли инфекциянинг оилада персистенцияланишини кўрсатади, қизчанинг зарарланиш хавфини оширади), боланинг Мойнингановский ритмига хос бўлган қориндаги оғриққа шикоятлари (оч қолиш - оғриқ - тўйиниш - оғриқнинг камайиши), оғриқнинг жойлашиши - пилородуоденал соҳа, бирмунча мушаклар дефансининг мавжудлиги ва Мендел симптоми (+), бу шиллиқ қаватнинг чуқур локал шикастланиши ҳақида далолат беради. ўИБИ ЯК ЭГДС маълумотлари билан тасдиқланади (ўИБИ пиёзчаси ўчоқли гиперемияланган, шишган, орқа деворида - атрофи гиперемияланган 0,8×0,6 см ўлчамли юмалоқ шаклдаги ярали нуқсон), Н.pylori га мусбат натижалар. Сурункали гастрит - оғриқ синдроми ЭГДС маълумотлари, ошқозоннинг кислота ҳосил қилиш функциясининг ошганлиги асосида қўйилган. Кардия етишмовчилиги ва эзофагит билан гастроэзофагеал рефлюкс(IA) - ЭГДС маълумотлари бўйича. ўт қопининг тана қисмида букилиши, билиар ва панкреатик тури бўйича Одди сфинктерининг дисфункцияси - қонда амилаза кўрсаткичлари меърида бўлганида Мейо-Робсон нуқтасида оғриқнинг бўлиши, ўт қопи ва ошқозон ости безининг УТТ маълумотлари бўйича.

2. ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги - полиэтиологик тизимли касаллик бўлиб, организмнинг регуляция қилувчи тизимининг бузилиши билан чақирилган ва наслий детерминантга эга, дуоденал соҳа шиллиқ қаватининг агрессив ва ҳимоя омиллари орасида дисбаланс оқибатида ярали нуқсон ривожланади (Shey тарозиси). Агрессив омилларга қуйидагилар киради: кислота-пептик омил, Н.pylori инфекцияси, гастродуоденал моториканинг бузилиши, ўт кислотасининг детергент таъсири, дори препаратлари (ностероид яллиғланишга қарши воситалар). Ҳимоя омиллари: шиллиқли гел, етарлича қон билан таъминланиши, бикарбонат ионларнинг ишлаб чиқарилиши ва шикастланган шиллиқ қаватнинг фаол регенерацияси. “Агрессив омиллар”, авваломбор ацидопептик ва инфекцион омиллар, ҳал қилувчи рол ўйнайди, бу терапиянинг асосий йўналишини белгилайди.

3.Хеликобактериознинг эндоскопик белгилари: ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватида ярали нуқсоннинг борлиги, ошқозон антрал бўлимида кўп сонли турли калибрдаги бўртган бурмалар, гиперемия, ошқозонда хира шиллиқ тўпланиши, ошқозон антрал бўлими ва танасининг шиши ва бурмаларнинг қалинлашиши. Дифференциал ташхислаш ва ташхисни тасдиқлаш учун УТТ усули самарали: ошқозонности беши ўлчамининг ўзгариши ва бошчаси ва думи эхоструктурасининг ўзгариши билан ўт қопи туби соҳасида букилиш ва ўлчамининг катталашиши унинг қисқарувчанлик

кобилиятининг пасайганлигини билдиради. ЖР: бўйи ўрта (25–75%), тана вазни танқислигининг I даражаси (10–25%), гармоник. УҚТ, УПТ - ўзгаришсиз, қон биохимиясида - ишқорий фосфатаза ва билирубиннинг меъёрлари юқори чегарада.

4. Стационар шароитда палата режими, парҳез столи кимёвий, термик ва механик жиҳатдан аёвчи тамойилларни инобатга олиб тавсия этилади, секин-аста М.И. Певзнер бўйича стол Ia, Ib, 1 тавсия этилади. Эрадикацион даво биринчи марта тавсия этилганлиги боис, протон помпа ингибиторлари ва иккита антибактериал препаратни ўз ичига олган терапиянинг стандарт схемаси тавсия этилади, Протон помпа ингибиторларидан эзомепразол (Нексиум) таблеткаси 1,5 ой давомида қўлланилади. Тана вазни 34 кг бўлган бемор учун - 10 мг дан × кунига 2 маҳал ёки 20 мг × кунига 1 маҳал. Антибактериал препарат сифатида - амоксициллин и кларитромицин ёшга доир дозаларда 10 кун. Зарурарт бўлганида 2 ҳафтага антацид препаратлар тавсия этилади. Эрадикацион терапияни кучайтириш ва антибиотикларни қабул қилишда юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни бартараф этиш мақсадида пробиотиклар буюрилади: Энтерол, РиоФлора ва ш.ў. - 2 ҳафтага. Кардия етишмовчилиги ва эзофагит билан гастроэзофагеал рефлюкс, шунингдек ўт қопи мотор функциясининг камайиши белгиларини эътиборга олган ҳолда - Прокинетик (домперидон) таблеткаси 10 мг ли, тана вазни 34 кг бўлганида 0,25 мг/кг ҳисобидан кунига 8,5 мг дан 3 маҳал: 3 мг (1/3 табл.) дан × кунига 3 маҳал овқатланишдан 15–20 мин олдин 3 ҳафта давомида. Кшрсатма бўйича - вегетотроп препаратлар.

5. Шифохонадан уйга жавоб берилганида диспансеризация ва реабилитация амбулатор-поликlinik шароитда олиб борилади: ҳисобнинг IV гуруҳи, дастлаб ҳар ойда, кейинчалик ҳар кварталда педиатр, гастроэнтеролог томонидан кўрув, ЭГДС назорати, витаминотерапия, физиодаволаш, жисмоний тарбия машқларидан озод этиш, даволовчи жисмоний комплекс, сўнгра махсус А гуруҳига ва 1 йилдан кейин жисмоний тарбиянинг тайёрлов гуруҳига ўтказилади. Кейинчалик бола III гуруҳда йилига 2-3 марта педиатр, гастроэнтеролог кузатувида бўлади, йилига 1 марта ЭГДС назорати, баҳор-куз-қиш ойларида рецидивга қарши терапия, витаминотерапия ўтказилади. Шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг 3 ойдан кейин санатор-курорт давога юборилади. Касаллик рецидивланиши кузатилмаганида– 5 йилдан кейин ҳисобдан ўчирилади.

## **Вазиятли масала 7.**

**Ўғил бола, 17 ёш**, ҳушсиз ҳолатда қабул бўлимига келтирилди.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўта оғир, кўрувга реакцияси йўқ. Нафас олиши шовқинли, оғзидан “хом жигар” ҳиди келади, Бемор озғин, «кўз олмалари сузилган», тери ва склерасида сариклик, терисида қичима излари бор,

кафтлари қизарган. Юзи, кўкраги ва елкаларида томирли юлдузчалар, телеангиоэктазиялар мавжуд. Елкаси, қорнининг терисида 4–5 см ўлчамдаги жигарранг геморрагиялар аниқланади. Тили оқ караш билан қопланган. НС - дақиқасига 25 марта. Ўпкада нафаси сустлашган, пульси ипсимон, дақиқасига 100 марта. Юрак тонлари ритмик, тахикардия. Қорни катталашган, киндиги бўртиб чиққан, нафасда сушт иштирок этади. Қорнида тери ости веналарининг тўри кенгайган. Перкуссияда қорин бўшлиғида ўртача миқдордаги эркин суюқлик аниқланади. Жигари +3 см қовурға ёйидан чиққан, зичлашган. Қора талоғи пайпасланади +4 см, зичлашган. Ичак перистальтикаси жуда сушт. Кўрув вақтида нажаси ва пешоби келмади.



**Қон томирларининг жигардан ташқари Кўриниши - телеангиоэктазиялар**



**Жигар циррозида қизил қўл кафти**

Умумий қон тахлили: эритроцитлар -  $2,8 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин - 78 г/л; эритроцитларнинг ўртача ҳажми - 68 фл; битта эритроцит ичидаги гемоглобиннинг ўртача миқдори - 18 пг; Эритроцитлар массасидаги гемоглобиннинг ўртача концентрацияси - 27 г/л; Эритроцитларнинг ўлчамлари бўйича бир-биридан фарқ қилиш даражаси (анизоцитоз) - 8; тромбоцитлар -  $110 \times 10^9/л$ ; лейкоцитлар -  $4,1 \times 10^9/л$ ; таёқча ядроли нейтрофиллар - 3%; сегмент ядроли нейтрофил - 24%; эозинофил - 2%; лимфоцит - 63%; моноцит - 8%; ЭЧТ - 5 мм/с.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 58 г/л; АЛТ - 84 Бирл/л; АСТ - 96 Бирл /л; амилаза - 38 Бирл /л; билирубин: умумий - 86 мкмоль/л, боғланмаган -44 мкмоль/л; ИФ - 440 Бирл /л.

### **Саволлар**

1. Клиник синдромларни ажратиш билан дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Ушбу ҳолатнинг ривожланиши сабабларини айтинг.
3. Қоннинг биокимёвий тахлилинини баҳоланг. Беморга қандай қўшимча текширув усуллари олиб бориш лозим?

4. Беморга даво тавсия этинг.

5. Қандай асоратлар кузатилиши мумкин?

### **Жавоб**

**1. Ноаниқ этиологияли жигар циррози, сурункали жигар етишмовчилиги, терминал босқич. Жигар энцефалопатияси, IV босқич (жигар комаси). Портал гипертензия. Асцит. Гиперспленизм синдроми. Танқислик камқонлигининг II даражаси. ОЭЕ. Жигар циррози, жигар етишмовчилиги** ташхиси куйидагилар асосида қўйилган: ҳолатининг оғирлик даражасини акс эттирувчи кома ривожланиши билан психоневрологик бузилишлар (хушсиз, кўрувга реакцияси йўқ, оғзидан “жигар” хиди келиши), жигар-хужайравий етишмовчилигининг кўринишлари билан сурункали жигар патологиясининг белгилари (терисида томирли юлдузчалар, сариқлик, геморрагик синдром, асцит, ОЭЕ белгилари), портал гипертензия (қора талокнинг катталаниши, асцит белгилари, “Медуза боши” нинг шаклланиши билан қоринда тери ости вена томирларининг кенгайиши). Жигар комаси - ҳушининг йўқотилиши, кўрувга реакциясининг йўқлиги, рефлекслар чақирилмайди, Куссмаул шовқинли нафас. Гиперспленизм белгилари: қора талокнинг катталаниши, панцитопения синдроми (эритроцит, гемоглобин, лейкоцит ва тромбоцит даражасининг пасайиши). Синдромлар: гепатоцитлар етишмовчилиги - мальабсорбция синдроми ва моддалар алмашинуви жараёнининг бузилиши, сариқлик, метилмеркаптан ажралиши натижасида жигар ҳидининг келиши (fetus hepaticus), “жигар белгилари”- телеангиоэктазия ва пальмар эритема, озикланишнинг бузилиши синдроми билан характерланади; портал гипертензия (жигаричи қон айланишининг бузилиши ва кейинчалик портокавал анастомозлар орқали қоннинг компенсатор шунтланиши – қизилўнғачнинг пастки учинчи қисми ва ошқозоннинг кардиал қисми, олд қорин деворида киндик соҳасида - “Медуза боши”, геморроидал веналар тизими) билан портал венада қоннинг димланиши оқибатида); геморрагик (жигар томонидан синтезланишининг пасайиши оқибатида коагуляция гемостаз омиллари - I, II, V, VII, IX, X ва б. ларнинг танқислиги, К витамини абсорбциясининг пасайиши ва фибринолитик тизимининг фаоллиги ошишининг натижаси (плазмин активаторларининг жигар томонидан етарлича ингибирланмаслиги) сифатида); жигар энцефалопатияси (гепатоцеребрал синдром) - интеллект, онг, рефлекс фаолияти ва ҳаёт учун муҳим аъзолар функцияларининг бузилиши.

**2. Жигар комаси, биринчидан, аммиакнинг токсик таъсири билан чақирилган.** Унинг асосий миқдори қонга ошқозон-ичак трактидан тушади (озуқа оксиллари, аминокислоталар ва қондан сийдикчил ичакда аммиакнинг манбаи бўлиб хизмат қилади, аммиакнинг ажралиши эса ичак

микрофлорасининг ферментлари ва ичак девори ёрдамида рўй беради). Жигар етишмовчилигида нейронларнинг энергетик очлигининг ривожланиши билан қонда ва орқа мия суюқлигида аммиак даражасининг ошиши кузатилади. Иккинчидан, занжирларининг шохланиши билан (валин, лейцин, изолейцин, энергия манбаси сифатида фойдаланилади) аминокислоталар концентрациясининг пасайиши оқибатида ёлғон трансмиттерларнинг ҳосил бўлиши ва ароматик аминокислоталар даражасининг (фенилаланин, тирозин, триптофан) ошиши. Улар учун ягона транспорт тизими мавжуд бўлиб, натижада бош мияга ортиқча миқдорда ароматик аминокислоталар келиб тушади. Оқибатда, нормал медиаторлар - допамин (Дофамин), норэпинефрин (Норадреналин) синтези пасаяди, ёлғон нейротрансмиттерлар - октопамин, β-фенилэтиламин синтези ошади. Учинчидан, гамма-аминобутирик кислотаси эргик ўтказувчанлигининг кучайиши билан, чунки нейронларга ингибирловчи таъсир кўрсатувчи мия тўқималарида унинг тўпланиши билан жигарда гамма-аминобутирик кислотасининг клиренси бузилади. Шунингдек интоксикация, электролитлар (гипокалиемия, гипернатриемия), кислота-асос ҳолатининг бузилиши, гемодинамик бузилишлар аҳамиятга эга.

3. Умумий оқсилнинг пасайиши - жигар-хужайравий етишмовчиликнинг белгиси, аминотрансферазалар - АЛТ, АСТ нинг ўртача ошиши (цитоллиз белгилари); билирубин (ҳам боғланган, ва ҳамда боғланмаган фракциялари) ва ИФ фаоллигининг ошиши (холестаза белгилари). Қўшимча тарзда куйидагилар талаб этилади: оқсиллар алмашинуви кўрсаткичларини баҳолаш (альбуминлар - даражаси 2 баравардан кўпга пасаяди; сифатли ўзгарган глобулинлар - парапротеин, макроглобулин, криоглобулин синтези ҳисобига диспротеинемия); протромбин вақтини аниқлаш (қон ивиши омиллари - протромбин, проконвертин, акцелирин ва Стюарт-Прауэр омилли суммар фаоллигини характерловчи кўрсаткич), коагулограмма; глюкоза назорати - гипогликемия ривожланиши билан кўрсаткичларнинг пасайиши хос; вирусли гепатитлар - В, С, Е, цитомегаловирус, оддий герпес вируси маркерларини, жигарнинг сурункали касалликлари ривожланишининг сабаби сифатида вирусли гепатитларни истисно қилиш учун сув-электролит балансини аниқлаш; фиброскан - жигар фибрози даражасини аниқлашнинг ноинвазив усули; жигар УТТ си аъзонинг умумий ҳолатини баҳолашга имкон беради; МРТ - жигар ва қўшни аъзолар тўқималарининг тузилишида бузилишлар ёки ўзгаришларни аниқлаш учун; ЭГДС - қизилўнғач ва ошқозоннинг юқори учинчи қисмида вена томирларининг варикоз кенгайиши даражаси, ошқозон ҳолатини аниқлаш; электроэнцефалография - мия электрик фаоллиги ҳолатини баҳолаш; жигар биопсияси.

4. Ҳаёт учун муҳим аъзолар функцияси, глюкоза даражасининг мониторингини олиб бориш билан интенсив терапия бўлимида (палатада) даволаш. Инфузион терапия - юбориш учун суюқлик миқдори ёшга кўра эҳтиёжи бўйича 60–70% ни, 2/3 ҳажмида - 5–10% декстроза эритмаси,

қолган хажми - плазма ўрнини босувчилар, тузли эритмалар [натрий хлорнинг изотоник эритмаси, Рингер эритмаси, декстран (Реополиглюкин)] ташкил қилади. ГКС - суткасига 5–10 мг/кг, тенг дозада 3–4 с орада т/и га юборилади, антибиотикотерапия (цефалоспоринлар). Гипокалиемида - т/и га томчилатиб калий хлорнинг 7,5% ли эритмаси суткасига 2 ммоль/кг дозада (1 мл 7,5% эритмаси 1 ммоль/л калийни сақлаган). Посиндром терапия: шиш синдромида - 1% ли фуросемид эритмаси (Лазикс) суткасига 1–3 мг/кг, маннитолнинг 30% ли эритмаси 1–3 г/кг м/о га ёки т/и га юбориш. Геморрагик синдромда - суткасига 10,0/кг дозада янги музлатилган плазма т/и га томчилатиб, 1% ли менадион натрий бисульфит (Викасол) эритмаси суткасига 1 мг/кг дозада м/о га юборилади. Самара етарлича бўлмаганида қон ивитиш омиллари қўлланилади (Фейба ТИМ-4 қон ивитиш иммун омиллари II, VII, IX, X - 75– 100 ХБ/кг). Даво самара бермаганида - гемосорбция, плазмаферез олиб борилади, жигарни кўчириб ўтказиш масаласи ҳал қилинади.

5. Асоратлари: қизилўнғачнинг варикоз кенгайган қон веналаридан қон кетиши, септик ҳолат, бош мия шиши, буйрак ва нафас етишмовчилиги .

## НЕФРОЛОГИЯ

### Вазиятли масала № 1

**Ўғил бола, 1 ёш 8 ойлик**, холсизлик, қусиш, сийдик ажралишининг камайишига шикоятлари билан нефрология бўлимига ётқизилди.

*Касаллик анамнези:* бир ҳафта аввал боланинг тана ҳарорати 39,0°С гача



кўтарилди; маҳаллий шифокор келгунига қадар болага икки марта ацетилсалицил кислотасини беришди. 1 кундан кейин ҳарорати тушди, ичи кунига 3 марта бўтқасимон келди. Ичишга ампициллин тавсия этилди. 2 кун аввал боланинг холсиз экани ва ранги оқариб кетганини пайқашди. Бир кун аввал кўп маротаба қусди, сийиши тўхтади. ТТЁ магшинасида ўткир буйрак

етишмовчилиги ташхиси билан шифохонага келтирилди.

*Объектив кўрувда:* боланинг аҳволи интоксикация ҳисобига ўта оғир; бола холсиз, ҳуши ўзида, кўрувга деярли реакция қайтармайди. Тери қоплами жуда рангпар, мумсимон тусда, бироз сарғимтир, оёқлари ва танасида бир нечта майда янги пайдо бўлган кўкаришлар бор. Склералари иктерик. Периферик лимфа тугунлари майда, ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқсиз. НС - дақиқасига 30 марта. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари ритмик, юрак

чўққисида систолик шовқин эшитилади. ЮҚЧ - дақиқасига 128 марта. АҚБ 126/80 мм сим. уст. Жигари+3 см қовурға ёйидан чиққан, қора талоғининг кирраси пайпасланади. Кўрув вақтида 30 мл қизғиш пешоби келди. Нажаси тўқ рангда, бўтқасимон.

*УҚТ:* эритроцит- $1,4 \times 10^{12}/л$ ; Hgb- 38 г/л; гематокрит - 32,3%; эритроцитнинг ўртача хажми - 63 fl; - эритроцитларнинг хажми бўйича тарқалиш кенглиги - 6; эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача миқдори - 27 pg; эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача концентрацияси - 31 г/л; лейкоцитлар -  $11,0 \times 10^9/л$ ; тромбоцитлар- $65 \times 10^9/л$ ; промиелоцитлар - 2%; миелоцитлар - 1%; ёш нейтрофиллар -3%; Т/я -7%; сегмент ядроли нейтрофил - 63%; эозинофил — 1%; лимфоцит - 18%; моноцит - 5%; ЭЧТ - 42 мм/с; ретикулоцитлар - 15%.

*УПТ:* ранги - қизғиш; нисбий зичлиги - пешоби кам; оқсил - 1,165%; глюкоза - йўқ; уробилиноген ++; эпителиал ҳужайралар - кўп эмас; лейкоцитлар - кўрув майдонида 10–15 та; эритроцитлар - жуда кўп, мумсимон цилиндрлар - 1–2 кўрув майдонида ва гиалинли- кўрув майдонида 3–4 та.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 61 г/л; билирубин: боғланмаган - 30 мкмоль/л, боғланган - 15 мкмоль/л; мочевина - 56 ммоль/л; креатинин - 526 ммоль/л; холестерин - 3,6 ммоль/л; К - 6,5 ммоль/л; Na - 145 ммоль/л; эркин гемоглобин - 0,3 ммоль/л; АСТ - 25 Бирл/л; АЛТ - 35 Бирл/л.

### **Саволлар**

1. Дастлабки ташхисни қўйинг. Ушбу касалликнинг таснифи қандай?
2. Тахминингизни қайси клиник симптомлар ва лаборатор текширувлар тасдиқлайди?
3. Қиёсий ташхислашни олиб боринг.
4. Геморрагик синдромнинг юзага келиши механизмини тушунтиринг. Калавачалар фильтрациясининг бузилишини қайси лаборатор кўрсаткичлар характерлайди?
5. Беморга қандай шошинч тадбирлар олиб бориш талаб этилади?

### **Жавоб**

1. **Гемолитик-уремик синдром.** Буйрақларнинг ўткир шикастланиши IV-V даражаси, ўткир буйрак етишмовчилиги, олигоанурия даражаси. Шунингдек Рея синдроми, ўткир буйрак етишмовчилиги ҳақида ҳам ўйлаш мумкин. Гемолитик-уремик ҳолатнинг икки шакли ажратилади: енгил ва оғир. Ануриянинг бўлиши оғир шаклининг мезони бўлиб ҳисобланади. Ҳар бир шакли А ва Б турига бўлинади. Артериал гипертензия ва талваса синдроми

кўринишидаги асоратлар турнинг мезони бўлиб ҳисобланади. Синдром асосида тромборезистентликнинг йўқотилиши, микроциркулятор оқимда, асосан буйракларда, тромбларнинг ҳосил бўлиши, кўп сонли тромблар билан контактда бўлиши натижасида эритроцитларнинг механик шикастланиши билан тромбоцитларнинг активациясига олиб келувчи тромботик микроангиопатия ётади.

2. Касалликнинг инфекцион омил билан боғлиқлиги, симптомлар триадасининг мавжудлиги: *ўткир буйрак етишимовчилиги, гемолитик камқонлик* (нормохром гиперрегенератор анемиянинг оғир даражаси) ва тромбоцитопения, шунингдек УПТ да ифодаланган ўзгаришлар гиперазотемиялар (мочевина, креатининнинг аҳамиятли даражада ошиши), боғланмаган фракцияси ҳисобига гипербилирубинемиялар, эркин гемоглобиннинг аниқланиши, гиперкалиемиялар инфекцион генезга эга гемолитик-уремик синдромни ташхислашга имкон беради.

3. Тромботик микроангиопатиялар жой олган барча касалликлар билан қиёсий ташхислаш олиб борилади. Рея синдромига ўхшашлиги анамнез маълумотлари (эрта ёшдаги болада ўткир инфекцион касалликда ацетилсалицилат кислотасини қабул қилиш), буйраклар шикастланишининг клиник маълумотларига (олигоурия, артериал гипертензия, азотемия, гиперкалиемия) асосланган. Бироқ Рея синдроми учун хос бўлган асаб тизими ва жигар шикастланиши белгиларининг йўқлиги ушбу касалликни истисно қилишга имкон беради.

4. *Геморрагик синдромнинг механизми* ривожланаётган тромбоцитопения билан чақирилган. Тромбоцитопения томиричи гемолизи фонида қон томирлари эндотелиал функциясининг бузилиши билан боғлиқ тромбоцитлар яримпарчаланиши вақтининг камайиши билан чақирилган.

*Калавачалар фильтрациясининг бузилишини* куйидаги лаборатор кўрсаткичлар характерлайди: мочевина ва креатинин даражасининг (азотемия) ошиши, калий даражасининг ошиши. Эндоген креатинин даражаси бўйича калавачалар фильтрациясининг тезлигини аниқлаш (Реберг синамаси) билан лаборатор текширув усулларини қўллаш лозим.

5. Гемопроцессорда қонни буйракдан ташқарида тозалашнинг эфферент усули билан бир вақтда янги музлатилган плазма – плазма инфузияси, плазмаферез ёки плазма алмашинуви билан ҳар куни плазматерапия ўтказиш бирламчи шошилиш ёрдамнинг асосий усули бўлиб ҳисобланади. Узлуксиз вена-веноз гемодиализ тартибидаги мультифилтрат кейинчалик узлуксиз вена-веноз гемодиализ тартибидаги доимий ўрин босувчи буйрак терапиясига ўтказилади. Антибактериал, дезагрегант, антикоагулянт, гипотензив терапия тавсия этилади.

## Вазиятли масала № 2



**Ўғил бола, 3 ёш.** Касаллик ўткир бошланди, тана ҳарорати  $37,5^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилди, тумов ва томоғида оғриқ безовта қилди. Уй дорихонасида мавжуд бўлган цефиксим таблеткасини қабул қилди. 3 кундан сўнг ҳарорати меъёрлашди, бироқ қовоқларида шиш пайдо бўлди. ЎРВИ, Квинке шиши ташхиси билан шифохонага йўлланма берилди. *Келганида* юзи, оёқларида - шиш (пастозлик). Гипосенсибилизацияловчи терапия

этилган. *Касаллик анамнези:* 1 ёшлигидан бошлаб бола терисида озиқ-овқат ва дориларга (бензатин бензилпенициллинга) аллергиянинг белгилари кузатилган. 2 ёшидан болалар боғчасига боради, йилига 5 мартагача ЎРВИ билан оғрийди, энтеробиоз аниқланган. Касал бўлишидан 1 ой аввал атопик дерматитнинг зўрайиши фонида А гепати билан оғриган бемор билан контакти бўйича иммуноглобулин м/о га юборилган. Кейинги кунлар давомида шишлар тарқалиб кетди, пешоб ажралиши кунига 3 мартагача камайди, қорнида интенсив, хуружсимон оғриқлар, кўнгил айнаши, қусиши пайдо бўлди. *Объектив кўрувда:* умумий аҳволи оғир; шиш синдроми ифодаланган. Териси рангпар, сон, болдир, қорин соҳаларида миграцияловчи эритема аниқланади. Тана вазни - 15 кг, бўйи - 95 см. Ўпкасида везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқлашган, ЮҚЧ- дақиқасига 130 марта, АҚБ 95/65 мм сим. уст. Қорни катталашган, асцит, киндик халқаси кенгайган, жигари +4 см қовурға ёйидан чиққан. Бир сутка давомидаги пешоб миқдори- 100 мл, ранги тиник, кўпирувчан. Қонда креатинин - 0,26 ммоль/л (260 мкмоль/л).

### Саволлар

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширувлар ўтказиш зарур?
3. Касаллик патогенези ва асосий симптомларнинг пайдо бўлишини тушунтириб беринг.
4. Бемор болани даволаш терапиясининг тамойиллари қандай? Шошилишч ёрдамни тавсия этинг. Қоринда оғриқ пайдо бўлиши сабаб болага шошилишч жаррохлик манипуляциясини ўтказиш керакми? медикаментоз терапияни танлашни асослаш билан кейинги даво тактикасини айтинг.
5. Ушбу касалликнинг прогнози қандай? Диспансер кузатуви талаб этиладими?

### Жавоб

1. *Асосий таъхис:* ўткир гломерулонефрит, нефротик синдром тўлик, оғир шакли. Нефротик (гиповолемик) кризнинг II–III даражаси. Асоратлари - ўткир даврнинг буйрак етишмовчилиги. Таъхис куйидаги белгилар асосида қўйилган: аллергологик анамнез, массив шишлар (асцит), протеинурия, олигоанурия, азотемия, гиповолемик шок симптомлари (кўнгил айнаши, қусиши) нефротик кризда. УҚТ,

2. УПТ, умуй оқсил ва оқсил фракциялари, липидограмма, қонда калий, қон плазмасида креатининни қайта текшириш.

3. Иммунопатологик жараёнлар ва прояллийганишли цитокинларнинг бевосита самараси буйраклар калавачали структураларининг оқсил учун юқори ўтказувчанлигини яратади, бу гипоальбуминемия натижаси сифатида коллоид-осмотик босимнинг пасайишига, натрийнинг ушланиб қолиши, сувнинг хужайрадан ташқарида тўпланиши, қон плазмаси хажмининг камайиши, нефротик синдром, олигуриянинг ривожланишига олиб келади (сутка давомида 180 мл дан ортиқ ёки соатига 0,5 мл/кг дан ортиқ пешоб ажралиши лозим). Ичак (мейснеров ва ауэрбахов нерв чигаллари) ва қоринпарда бой бўлган нерв охирларига кескин гиповолемия, кининлар ва калий ва водород ионлари таъсирига жавобан қон айланиши марказлашувининг кўриниши сифатида ичак қон томирларининг спазми абдоминал оғриқ синдроми ривожланишининг патогенетик механизми бўлиб хизмат қилади. Клиник жиҳатдан ифодаланган шиш ва оғриқ синдроми фониде кўнгил айнаши ва қусиш юзага келади. Эритеманинг пайдо бўлиши, қон томирларининг кенгайиши ва улар ўтказувчанлигининг ошиши, экстравазатларнинг пайдо бўлишига олиб келувчи, кининларнинг экстравазал ҳосил бўлиши билан тушунтирилади.

4. *Даволаш принциплари:* циркуляциядаги қон хажмини шошилинич тиклаш, нафас ва метаболик бузилишларни коррекция қилиш, юракнинг адекват иши ва тўқималар перфузиясини тиклаш, гемокоагуляция бузилишларини бартараф қилиш, буйрак функцияларини тиклаш. *Шошилинич терапияни кўрсатиш тартиби:*

I. Инфузияни бошлашдан аввал т/и га 1-2 мл преднизолон (2 мг/кг, 1 мл да 25 мг) юборилади, сўнгра тезда т/и га томчилатиб 150 мл декстран (Реополиглюкина) (10–15 мл/кг), 200 мл 10% ли одам альбумини қуйилади (10–15 мл/кг); инфузия охирида - т/ига 4,5 мл 1% ли фуросемид эритмаси (Лазикс) (3–10 мг/кг, 1 мл да 10 мг) юборилади.

II. Инфузион терапия физиологик ва патологик йўқотишлар бўйича ҳар 6 с да ҳисобланади, бироқ ҳисоблаб чиқилган хажмидан т/и га суёқликнинг 1/3 хажмигача юборилади (қолганлари ичишга буюрилади), нисбати 10% ли декстроза: коллоидлар 2–3:1 га тенг.

III.Тромботик асоратларнинг профилактикаси учун - гепарин натрий. Кўпинча диссеминацияланган томир ичида ивиши босқичига эга - гиперкоагуляция, шунинг учун унинг дозаси - суткасига 150 Бирл/кг, т/и га кун давомида тенг миқдорда инфузومات билан ёки бир вақтнинг ўзида ҳар 4 соатда тенг дозада юборилади. Музлатилган плазманинг 1-2 инфузияси талаб этилади. Перорал - дипиридамол (Курантил) суткасига 3–5 мг/кг 4 марта қабул.

IV.Гиповолемияда - допамин (2–5 мкг/кг).

V.Кескин гипотонияда преднизолон т/и инфузиясига минерал кортикоид фаоллик билан гидрокортисон ГКС қўшилади, бунда допамин дозаси дақиқасига 10 мкг/кг гача оширилади.

VI.Тавсия этилган терапиядан самара бўлмаганида - гемодиализ.

VII.Антибактериал терапия (химояланган аминопени-циллинлар). Электролитлар, мочевина, креатинин, УҚТ ва УПТ ҳар куни, кислота-асосли ҳолат кунига 3-4 марта, ректал температура кунига 2 марта, АҚБ, ЮҚЧ ва диурез ҳар соатда, коагулограмма кунига 2 марта, қоннинг ивиш вақти ҳар гепарин натрий юборишдан аввал назорат қилинади.

*Бемор хирургик манипуляцияларга муҳтож эмас, чунки қориндаги оғриқ - бу гиповолемик шокнинг кўриниши. Кейинги даво тактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади: ҳаракатланиш тартиби фақат ифодаланган шишларда чекланади, кейинчалик фаол ҳаракат тартибига ўтилади, бу тромб ҳосил бўлиши хавфини камайтиради. Тузсиз, гипоаллерген стол № 7а. Суяқлик диурезни ҳисобга олиб, диуретик воситалар кўрсатма бўйича қабул қилинади. Яллиғланишга қарши, иммунодепрессив мақсадда преднизолон - 30 мг (суткасига 2 мг/кг) куннинг биринчи ярмида 4-6 ҳафталик курси билан. Тромб ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадида антикоагулянт-дезагрегацион терапия: дипиридамол - 0,025 per os кунига 3 маҳал (суткасига 5 мг/кг); гепарин натрий 3000 Бирл т/о га × кунига 4 маҳал (суткасига 200 Бирл/кг).*

5.Даво ўз вақтида олиб борилганида прогнози ижобий. 1-йилда бола диспансер ҳисобининг V гуруҳида педиатр ва нефролог томонидан ҳар ойда кузатувда бўлади; кейин 2-3-йилида IV гуруҳда - ҳар кварталда 1 марта ва 5 йилгача III гуруҳда - йилига икки марта. Текширувда АҚБ ўлчанади, пешоб тахлили бажарилади. Қон тахлили, гижжа тухумларига нажас тахлили, Зимницкий бўйича пешоб тахлили - 3 ойда 1 марта; мочевина, креатинина, холестерин, протеинограмма ва б. миқдори, буйрақлар УТТ си, ЭКГ - йилига 2 марта. Рецидивга қарши даво: режим, диета, фитотерапия, сурункали инфекция ўчоқларининг санацияси, дори препаратлари - кўрсатма бўйича. Маҳаллий санаторияларда санатор-курорт давои олиб бориш мақсадга

мувофиқ. Болалар жисмоний тарбия машғулотларидан 1 йилгача озод этилади, сўнгра махсус А гурухи ва доимий тайёрлов гурухига ўтказилади. Буйрак функцияларининг турғун ифодаланган бузилишида 6 ойдан 2 йилгача ногиронлик тайинланади.

### **Вазиятли масала № 3**

**Қиз бола, 10 ёш,** бел соҳасида тез-тез, узоқ давом этувчи, ўрта интенсивликдаги оғриқ, тез-тез оғриқли сийиши, хира пешобнинг ажралишига *шикоятлари* билан марказий туман шифохонасига келди. *Касаллик анамнези:* бел соҳасида оғриқ дастлаб 4 йил аввал пайдо бўлди, юқори ҳарорат, эт увушиши, дизурия ҳолатлари билан кечди. Бир ҳафта мобайнида маҳаллий шифокорнинг тавсиясига кўра қизча фуразидин қабул қилди, шундан сўнг барча белгилари йўқолди. Текширувдан ўтмаган. Кейинчалик вақти-вақти билан ЎРВИ фонида белдаги оғриқлар билан бирга тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилди. Охириги марта ахволининг ёмонлашишини онаси қизчанинг совқотиши билан боғлайди.

*Объектив кўрувда:* умумий аҳволи ўрта оғирга яқин, ўзини ёмон ҳис қиляпти. Тана ҳарорати 37,8°C. Териси тоза, рангпар. ЖР: тана вазни - 29 кг, бўйи - 135 см. НС - дақиқасига 20 марта. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак чегаралари ўзгаришсиз, тонлари ритмик, аниқ, ЮҚЧ- дақиқасига 72 марта. АҚБ 110/75 мм сим.уст. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигари қовурға ёйи бўйлаб жойлашган. Пастернацкий симптоми манфий. Сийдик чиқариш миқдори-кунига 10-15 марта, пешоби хира. Нажаси равон.

*УҚТ:* эритроцит -  $4,0 \times 10^{12}/л$ ; Hgb - 120 г/л; лейкоцитлар -  $10,0 \times 10^{12}/л$ ; Т/я - 10%; сегмент ядроли нейтрофил - 64%; эозинофил - 4%; лимфоцит - 22%; моноцит - 4%; ЭЧТ - 40 мм/с.

*УПТ:* нисбий зичлиги - 1005; оқсил - 0,33 г/л; лейкоцитлар - кўрув майдонида 40 тагача; эритроцитлар - кўрув майдонида 3-4 та; гиалинли цилиндрлар - кўрув майдонида 2 тагача, бактериялар - 1+.

Пешобида *Staphylococcus epidermalis* аниқланган, пешобнинг 1 мл да микроб сони 105 КОЕ, амоксициллин, гентамицинга сезгир.

Қонда креатинин - 80 мкмоль/л; умумий оқсил - 62,5 г/л.

### **Саволлар**

1. Ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. ЖР, физиологик параметрлари, УҚТ, УПТ ни баҳоланг. Зарур текширувларни тавсия этинг. Гинеколог маслаҳати керакми?
3. Қандай рентген-урологик текширув ўтказиш лозим ва қачон?

4. Даво тавсия этинг.

5. Шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг кузатув режасини тузинг.

### **Жавоб**

**Сурункали пиелонефрит (иккиламчи?), рецидивланувчи кечиши, фаол фазаси, фаолликнинг II даражаси, буйраклар функцияси сақланган.** Ташхис касалликнинг тизимли белгиларининг мавжудлиги асосида қўйилган: иситма, эт увушиши, интоксикацион синдром; УҚТ да яллиғланишли ўзгаришлар; дизурик бузилишлари (тез-тез оғриқли сийиши); оғриқ синдроми (буйраклар проекцияси соҳасида оғриқ); сийдик синдроми. 4 йил давомида вақти-вақти билан юзага келувчи симптомларнинг бўлиши сурункали пиелонефрит, рецидивланувчи кечиши ҳақида далолат беради.

1. ЖР: бўйи ўртадан пастроқ (10-25 перц.), тана вазни танқислигининг II даражаси (3-10 перц.), гармоник (25-75 перц.). НС, ЮҚЧ, АҚБ ёшига мос. УҚТ да: лейкоцитоз, нейтрофилли чапга силжиш, ЭЧТ нинг ошиши; сийдик тахлилида: хира, лейкоцитурия (кўрув майдонида 40 тагача), аҳамиятли бактериурия (1 мл пешобда 10<sup>5</sup>КОЕ), нисбий зичлигининг пасайиши (1005).

2. Қўшимча текширувлар: фаол лейкоцитлар билан уроцитограмма, УПТ, мочевина, креатинин, калий, натрий, ўткир фаза оқсиллари, Зимницкий синамаси, оксалатлар ва сийдик кислотаси тузларининг суткалик экскрецияси, буйраклар (ётган ва турган ҳолатда) ва сийдик қопи (микциядан олдин ва кейин) УТТ сени такрорлаш. Вульвовагинит эҳтимоли юқори бўлганлиги сабабли гинеколог маслаҳати зарур.

3. Сийдик тизимида яллиғланиш жараёнининг ремиссия даврида микцион цистография ва экскреторная урография.

4. Ётоқ тартиби, кейинчалик ярим ётоқ ва умумий. Диетотерапия: фаол фазасида нордон ва ишқорий маҳсулотларни қабул қилишнинг “пульсациялаш” усули, оқсил ва экстрактив моддаларни ўзида ортиқча сақлаган маҳсулотларни чеклаш; кўп суюқлик ичиш: “мунтазам сийдик чиқариш” (2-3 соат орасида) ва дефекация тартибига амал қилиш билан сув, табиий морслар, аччиқ бўлмаган чой, компотлар, минерал сувлар кўринишида ёш эҳтиёжидан 50% кўпроқ. Дисметаболик бузилишларда - тегишли парҳез. Антибактериал терапия: химояланган пенициллинлар (амоксициллин + клавулан кислотаси) суткасига 50 минг/кг 10–14 кун ичиш. Дори препаратлари: дисбиоз, иккиламчи митохондриял дисфункция (антиоксидантлар, Димефосфон ва б.) ва иммун етишмовчилигининг коррекцияси [Лизоцим, интерферон альфа-2b (Виферон) ва б.].

5. Шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг сийдик йўллари инфекциясининг рецидивланувчи кечишида амбулатор шароитда дастлаб IV

гурухда педиатр ва нефролог кузатувида бўлади, кейинчалик 5 йилдан ортик ремиссияда бола диспансер ҳисобининг III гурухига ўтказилади. М.И. Певзнер бўйича стол №5, кўп суюқлик ичиш, нордон ва ишқорий маҳсулотларни “пульсациялаш” усули билан қўллаш. Вакцинация зўрайишдан сўнг 1 ойдан кейин индивидуал календар бўйича олиб борилади.

Жисмоний тарбия машғулоти дастлаб махсус А гурухида, кейинчалик тайёрлов гурухида олиб борилади, гурух нефролог томонидан коррекцияланади (рентгеноурологик текширувда аниқланган патологияга боғлиқ ҳолда). *Бирламчи профилактикаси* - соғлом турмуш тарзини шакллантириш бўйича умумий чора-тадбирларни олиб бориш. *Иккиламчи профилактикаси* - инфекциянинг сурункали ўчоқларини санация қилиш, сийдик-таносил ва оралик аъзолари ҳолатини назорат қилиш, гигиенага амал қилиш, қабзиятнинг профилактикаси. Вульвовагинит бўлган қизчаларга алоҳида эътибор қаратилади. Учламчи профилактика доимий равишда кечасига ангиотензин айлантурувчи фермент ингибиторлари препаратлари билан ренопротектив терапияни олиб боришдан иборат; жараённинг рецидивланиши ва нефросклерознинг зўрайиши хавфини камайтириш учун 6 ойдан 2 йилгача кечасига 1 маҳал нитрофурантоин (1 мг/кг) ёки котримоксазол (2 мг/кг триметоприм, 10 мг/кг сульфаметоксазол) тавсия этиш.

#### **Вазиятли масала № 4**

**Қиз бола, 13 ёш**, участка педиатрининг диспансер қабулига келди. *Касаллик анамнези*: 3 ёшида ўнг томонлама фаол-пассив сийдик чиқариш канали рефлюксининг IV даражаси бўйича жаррохлик амалиёти ўтказилган. Мунтазам равишда нефролог ва уролог кузатувида бўлиб туради. Охириги йилларда вақти-вақти билан АҚБ нинг 140-150/70-90 мм сим.уст. гача кўтарилиши, бош оғриғи, чарчаш кузатилмоқда. Сийдик тахлилида гипостенурия. Буйраклар УТТ сида - ёшга доир меъёрга нисбатан ўнг буйрак ўлчамининг кичрайган, қобиғи юпқалашган.

*Объектив кўрувда*: аҳволи ўрта оғир. Танаси тўғри тузилган, озғин. ЖР: вазни - 36 кг, бўйи - 130 см. АҚБ иккала қўлида - 150/90 мм сим.уст. Териси ва шиллик қавати тоза, кўз остилари кўкарган. Тери ости ёғ қавати суст ривожланган, шишлар йўқ. НС - дақиқасига 16 марта. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 82 марта. Қорни юмшоқ, пайпасланганда оғриқсиз, жигари -қовурға ёйи қиррасида. “Тукиллатиш” симптоми ўнг томонда мусбат, буйраклар пайпасланмайди. Сийиши кўп миқдорда, диурез - 1400 мл (1200 мл ичган), нажаси 1 маҳал патологик аралашмаларсиз.

*УПТ*: хира, сариқ рангда; нисбий зичлиги - 1010; лейкоцитлар-кўрув майдонида 10-15 та; бактериялар +.

## Саволлар

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Кейинги кўшимча текширув режаси қандай бўлади?
3. ЖР, АҚБ ва бошқа физиологик параметрларни баҳоланг.
4. Болани олиб бориш тактикасини айтинг. Танланган медикаментоз терапияни асослаб беринг, рецепт ёзинг.
5. Боланинг диспансер кузатуви режасини айтинг. Вакцинацияни олиб бориш тактикаси.

## Жавоб

**1. Рефлюкс-нефропатия. Сурункали иккиламчи пиелонефрит, фаол фазаси, фаолликнинг I–II даражаси, буйраклар функциясининг бузилиши, тубуляр тури. Сурункали буйрак касаллиги, I–II даражаси.**

Дастлабки ташхис анамнези (3 ёшида ўнг томонлама фаол-пассив сийдик чиқариш канали рефлюксининг IV даражаси бўйича жаррохлик амалиёти ўтказилган; ўнг буйрак ўлчамлари кичрайган; вақти-вақти билан АҚБ 150/90 мм сим.уст. гача кўтарилган) ва ажратилган синдромлар: умумий инфекцион-токсик (холсизлик, тез чарчаш); сийдик (пешоби хира, нисбий зичлиги - 1010, протеин- лейкоцит- ва бактериурия, гипостенурия), ўртача оғрик (Пастернацкий симптоми ўнг томонда +), гипертензион синдром асосида кўйилган.

2. УҚТ, қоннинг биокимёвий тахлили (Шварц формуласи бўйича калавачалар фильтрацияси тезлигини ҳисоблаш билан креатинин, мочевина); УПТ, пешоб экмаси (бактериурия ва антибиотикограмма даражаси), пешобдаги суткалик оқсил, Зимницкий синамаси, диурез назорати, спонтан сийиш ритми ва хажми, АҚБ ни сутка давомида ўлчаш, буйрак УТТ си ва доплерографияси, микциядан аввал ва кейин сийдик қопи УТТ си.

3. Тана вазни - 36 кг 13 ёшда 3–10 перц. га мос келади, бўйи - 130 см -3 перц. дан кам, ёшга нисбатан вазни- 97 перц. дан ортиқ. ЖР бўйича хулоса: бўйи жуда паст, тана вазни танқислигининг II даражаси, ЖР кескин дисгармоник. НС ва ЮҚЧ ёшга доир меъёрига мос келади. АҚБ ни баҳолаш = 150/90 мм сим.уст. - 95 перц. дан ортиқ - артериал гипертензия.

4. Реберг синамаси, микцион цистоуретрография (сийдик тизимида яллиғланиш жараёни сусайганида), экскретор урография, буйракларнинг радиоизотоп текширувини ўтказиш учун ихтисослаштирилган нефрология бўлимига ётқизилади. Ўтқир даврида, 5-7 кун, 5–7 дней, ярим ётоқ режими. Диетотерапия: фаол фазасида нордон ва ишқорий маҳсулотларни қабул

килишнинг “пульсациялаш” усули, оксил ва экстрактив моддаларни ўзида ортиқча сақлаган маҳсулотларни чеклаш; кўп суюқлик ичиш: “мунтазам сийдик чиқариш” (2-3 соат орасида) ва дефекация тартибига амал қилиш билан сув, табиий морслар, аччиқ бўлмаган чой, компотлар, минерал сувлар кўринишида ёш эҳтиёжидан 50% кўпроқ. М.И. Певзнер бўйича Стол № 5: оксиллар - 90, ёғлар - 90, углеводлар - 300 г/сут, 2350 ккал/ сут, тузни суткасига 3–4 г гача чеклаш (гипертензия). Антибактериал (қатъий сезгирлиги бўйича) терапия, патогенетик: антиоксидантлар (Е ва С витаминлар), иккиламчи митохондриял дисфункциянинг коррекцияси [Янтавит, митамин, карнитин, тиоктат кислотаси (Липоат кислотаси) ва б.], нефропротекторлар [эналаприл (Энап)]. *Микробга қарши терапия* камида 4 ҳафта давомида препаратни ҳар 7-10 кунда алмаштириб олиб борилади. “Ҳимояланган” пенициллин препаратлари (амоксициллин + клавуланат кислотаси), 2-3 авлод цефалоспоринлари танланади. Уросептик воситалар: фуразидин (Фурамаг), нитрофурантоин, ко-тримоксазол (Бактрим), налидикс кислотаси (Неграм), оксолин кислотаси (Грамурин), нитроксилин. Цефалоспоринлар:

*Rp: Pulv. Cefuroximi 1,5*

*D.t.d. N 10 infiac*

*S.: 3,6 г 4 қабул қилишга бўлинади м/о га, (100 мг/кг), курси 10 кун.*

Налидикс кислотаси препаратлари:

*Rp: Caps. Nevigramoni 0,5*

*D.t.d. N 10*

*S.: 1/2 капсуладан суткасига 3 маҳал (60 мг/кг ичишга), курси 10 кун.*

Нитрофуранлар:

*Rp: Tabl. Furazidini 0,05*

*D.t.d. N 30*

*S.: 1 таблеткадан (5 мг/кг) 3 маҳал ичишга, курси 7 кун.*

5. *Диспансер кузатуви*: шифохонадан уйга жавоб берилганидан сўнг диспансер ҳисобининг IV гуруҳида туради: 2 ҳафтада 1 марта педиатр кўруви; нефролог - ойига 1 марта, кейин 3-6 ойда 1 марта. 18 ёшгача кузатув давомийлиги - йилига 1–2 марта. Лаборатория текширувлари: УПТ - интеркуррент касалликларда ойига 1 марта; қоннинг биокимёвий тахлили (креатинин, калавачалар фильтрацияси тезлигини ҳисоблаш, умумий оксил ва фракциялари), пешобдаги суткалик оксил - 3-6 ойда 1 марта; буйрақлар УТТ си ва доплерографияси - ҳар ярим йилда 1 марта; Зимницкий синамаси

3 ойда 1 марта, диурез назорати, АҚБ доимий, АҚБ нинг циркад ритмини аниқлаш учун АҚБ нинг суткалик мониторинги.

*Иккиламчи профилактика* инфекциянинг сурункали ўчоқларини санация қилиш, сийдик-таносил ва оралик аъзолари ҳолатини назорат қилиш, остини тўғри ювиш, қабзиятни олдини олиш.

*Учламчи профилактика* доимий равишда кечасига ангиотензин айлантурувчи фермент ингибиторлари препаратлари билан ренопротектив терапияни олиб боришдан иборат; жараённинг рецидивланиши ва нефросклерознинг зўрайиши хавфини камайтириш учун 6 ойдан 2 йилгача кечасига 1 маҳал нитрофурантоин (1 мг/кг) ёки ко-тримоксазол (2 мг/кг триметоприм, 10 мг/кг сульфаметоксазол) тавсия этишдан иборат. Бемор кўп сууюқлик ичиши билан №5 парҳезда қолади, нордон ва ишқорий маҳсулотларни қабул қилишнинг “пульсациялаш” усулини қўллаш, дисбиоз, иккиламчи митохондриал дисфункцияси (антиоксидантлар, Димефосфон ва б.) ва иммун етишмовчиликни коррекция қилиш усуллари [Лизоцим, интерферон альфа-2b



(Виферон) ва б.]. Ҳар ойда 2 ҳафтадан яллиғланишга қарши самарага эга: далачай (Hypericum), мойчечак, оққалдирмоқ (Folia Farfarae); пешоб ҳайдовчи таъсирга эга: брусника, толокнянка барглари, қайин куртаклари, кичитқи ўти; регенерацияни яхшиловчи: буйрак чойи, ялпиз, қизилмия илдизи билан фитотерапиядан фойдаланиш мумкин. Физиотерапевтик даволаш-нитрофурантоиннинг 1% ли эритмаси билан

электрофорез. Вакцинация ёшга кўра олиб борилади:

## **Вазиятли масала № 5**

**Қиз бола, 15 ёш**, бел соҳасида хуружсимон оғриқ, сийиш пайтида оғриққа *шикоятлари* билан шифокор қабулига келди.

*Касаллик анамнези:* 5 йилдан бери дисметаболик нефропатиядан азият чекади; стационарда текширувдан ўтган, оксалат-кальцийли кристаллурия аниқланган. Тавсия этилган парҳезга тўлиқ амал қилмаган, терапияси мунтазам равишда олиб борилмаган.

Онаси семизликнинг II даражаси, сурункали пиелонефритдан азият чекади, онас томонидан бувисида - ўт-тош касаллиги, гипертония касаллиги бор.

*Объектив кўрувда:* умумий аҳволи ўрта оғир, безовта, кўзгалувчан, қулай позани ахтаради. Териси рангпар, юзи бироз шишган. Бодом безлари II даражали катталашган, томоғининг орқа девори пушти рангда. Тишлари кариесланган. НС - дақиқасига 18 марта. Ўпкасида везикуляр нафас. Юрак фаолияти қониқарли, ЮҚЧ - дақиқасига 100 марта, юрак тонлари аниқ, ритмик. АҚБ - 125/70 мм сим.уст. Қорни юмшоқ, жигари - қовурға ёйи бўйлаб, қора талоҳи ва буйраги пайпасланмайди. Бел соҳасида ифодаланган оғриқ, “тукиллантиш” симптоми иккала томонда **Дисметаболик нефропатия** кескин мусбат. Пешоби хиралашган, сариқ рангда. Нажаси регуляр, шаклланган.

### **Саволлар**

1. Дастлабки ташхисни шакллантинг ва асослаб беринг.
2. Қўшимча текширув режаси қандай?
3. Қайси мутахассислар маслаҳати зарур?
4. Болани олиб бориш тактикаси қандай? Танланган медикаментоз давони асослаб беринг.
5. Диспансер кузатувини олиб бориш керакми? Кейинги кузатув режасини айтинг. Прогнози қандай?

### **Жавоб**

**1. Дисметаболик нефропатия, оксалат-кальцийли кристаллурия, декомпенсация фазаси. Сийдик-тош касаллиги, буйрак коликаси.** Ўткир цистит. Ташхис аниқланган синдромлар асосида қўйилган: оғриқ синдроми (бел соҳасида хуружсимон оғриқ, сийиш пайтида оғриқ, безовта, кўзгалувчан, қулай позани ахтаради; бел соҳасида ифодаланган оғриқ, “тукиллантиш” симптоми кескин мусбат); дизурик синдром (сийиш вақтида оғриқ); шиш синдроми (эхтимол сийдик йўллариининг тош билан обструкцияси оқибатида уродинамиканинг бузилиши натижасида юзининг шишиши); сийдик синдроми (пешоби хира), шунингдек анамнез маълумотлари: бола 5 йилдан бери дисметаболик нефропатиядан азият чекади, стационарда оксалат-кальцийли кристаллурия аниқланган; парҳезга тўлиқ амал қилмаган, терапияси мунтазам равишда олиб борилмаган.

2. Қон ва пешоб тахлили, Нечипоренко, Зимницкий бўйича пешоб тахлили, буйрак, сийдик қопи, қорин бўшлиғи аъзолари УТТ си, экскретор урография, урочитограмма, қоннинг биокимёвий тахлили (қолдиқ азот, мочевина, креатинин, сийдик кислотаси, кальций, фосфор, аммиак, ИФ).

3. Мутахассислар маслаҳати: уролог, чунки буйрак коликаси хуружи шошилинич ёрдам ва урология бўлимига ётқизишни талаб этади; нефролог

(дисметаболик нефропатия давоси ноадекват олиб борилганида прогрессив кечади ва эрта нефролитиаз ва сурункали буйрак етишмовчилигига олиб келади; стоматолог (санацияни талаб қилувчи кариоз тишларнинг мавжудлиги); ЛОР (бодом безлари II даражали катталашган).

4. Шифохонагача бўлган босқичда оғриқ синдромини бартараф этиш:

*Rp: Sol. Methamizoli natrii 50% -2,0 ml*

*D.t.d. N10 in amp.*

*S: Ампулани 10 мл физиологик эритмада эритиб т/и га юборилади.*

*Rp: Sol. Papaverini hydrochloridi -2% - 2,0 ml*

*D.t.d. N10 in amp.*

*S: Ампулани 10 мл физиологик эритмада эритиб т/и га юборилади.*

Шошилинич нефрология бўлимига ётқизиш. Ётоқ режими. Оғриқ синдромини поликлиника босқичида бартараф этиш самара бермаганида - *бачадон юмалоқ бойламнинг новокаинли блокадаси*. М.И. Певзнер бўйича стол № 6: кўп суюқлик ичиш; ман этилади: шовул, петрушка, кинза, сельдерей, салат, шпинат, гўшт бульони, балиқ шўрва, кўзқорин, какао, шоколад, аччиқ чой, кизил смородина, наъматак дамламаси; тавсия этилади: карам-картошкали парҳез ҳар ойда 2-3 ҳафта, вегетерианча шўрва қайнатилган гўшт, гуруч, сметана билан, асал, мевалар (нок, олма, ўрик), шарбатлар, компотлар. *Медикаментоз препаратлар*: тузлар реабсорбцияси ингибиторлари - этидрон кислотасининг 2% ли эритмаси (Ксидифон), пиридоксин (В6 витамини), магний препаратлари), интермедиар алмшинувининг активатори-тиамин (В1 витамини), антиоксидант - Е витамини. Антибактериал терапия - амоксициллин + клавулан кислотаси ичишга 7 кун. Сийдик-тош касаллигида *дистанцион зарб-тўлқинли литотрипсияни* тавсия этиш ноинвазив ва хавфсиз усул бўлиб ҳисобланади. Асоси - махсус генератор ёрдамида зарб тўлқинлари ҳосил бўлади ва ушбу тўлқинлар тошда фокусланади, бу унинг парчаланишига олиб келади.

5. Бола IV гуруҳ кузатувида бўлади, кейинчалик III гуруҳга ўтказилади. Текширув хажми: УПТ - ҳар ойда, Зимницкий синамаси, тузларнинг суткалик экскрецияси ва қонда ушбу кўрсаткичларнинг даражасини аниқлаш, пешобнинг антикристалл ҳосил қилувчи қобиляти, липидларнинг пероксидли кўрсаткичларини текшириш, буйрақлар УТТ си - йилига 1 марта; биокимёвий текширувлар: аммиак, суткалик пешобнинг титрланувчи кислоталари, фосфолипаза, ИФ, креатинкиназанинг фаолиги - йилига 2 марта; пешоб билан оксалатларнинг суткалик экскрецияси, қонда ва пешобда

фосфор, пешоб билан кальций, аммиак, титрланувчи кислоталар, калий, натрий, сийдик кислотасининг экскрецияси - йилига 2 марта.

*Профориентация:* жисмоний ва асаб-рухий зўриқиш мумкин эмас, нохуш метео- ва микроиклим омиллари, вибрация, овқатланиш тартибига риоя этмаслик, токсик моддалар, бўёқлар, юқори аллерген моддалар билан ишлаш. Бальнеотерапия тавсия этилади. Болаларда дисметаболик нефропатия ва сийдик-тош касаллигида парҳез ва дори терапиясига амал қилинганда *прогнози ижобий*. Маржонсимон, кўп сонли ва икки томонлама фосфат тошлари бўлганида касаллик нохуш кечади.

### **Вазиятли масала № 6**

**Қиз бола, 6 ёш**, пешобидаги патологик ўзгаришлар сабаб текширувдан ўтиш учун шифохонага ётқизилди. Бола ҳомиладорликнинг эрта муддатларида узилиши хавфи ва лейкоцитурия (анамнезида сурункали пиелонефрит) билан кечган 1- ҳомиладорликдан. Тана вазни 3500 г, бўй узунлиги 52 см билан муддатида туғилди. Ҳаётининг дастлабки 2 йили давомида перинатал энцефалопатия, гипертензион-гидроцефал синдроми ташхиси билан невролог кузатувида бўлган. 6 ойгача табиий овқатлантиришда бўлган. 3 ёшгача уйда тарбияланган, ЎРВИ нинг енгил шакли билан бир-икки марта оғриган. Боғчага боргандан сўнг тез-тез шамоллаган (йилига 5-6 марта).

Шу пайтлардан бошлаб вақти-вақти билан кундузи тез-тез сийиш, кундузи ва тунда сийдик тута олмаслик эпизодлари безовта қилган. Баъзида сийиш вақтида қорин пастида оғриқлар бўлган. Бунда дизурия эпизодлари ҳар доим тана ҳароратининг 37,5°C гача кўтарилиши, умумий ҳолатининг бироз ўзгариши билан кечган. 4 ва 5 ёшида вульвовагинит бўйича даволанган. Амбулатор шароитда УПТ да, оксил ва эритроцитлар йўқлигида, вақти-вақти билан кўрув майдонида 40-50 тагача лейкоцитлар аниқланган.

Кўрсатиб ўтилган симптомлар бўйича текширувдан ўтмаган, ота-онаси уйдаги бор воситалар билан даволаган (илиқ ванналар, толокнянка дамламаси).

*Объектив кўрувда:* боланинг аҳволи ўрта оғир. Танаси тўғри тузилган, озғин. ЖР: вазни - 17 кг, бўйи - 100 см. АҚБ 100/50 мм сим.уст. иккала қўлида. Териси ва шиллиқ қаватлари тоза, кўз остилари кўкимтир. Тери ости ёғ қавати сусти ривожланган, шишлар йўқ. Ўпкада везикуляр нафас, НС - дақиқасига 22 марта. Юрак тонлари ритмик, ЮҚЧ - дақиқасига 86 марта. Қорни юмшоқ, пайпаслаганда оғриқсиз. “Тукиллатиш” симптоми иккала томонда манфий, буйрақлар пайпасланмайди. Сийиши етарлича, диурез - тахминан 1000 мл, нажаси 1 марта патологик аралашмаларсиз. Оралиқ соҳаси кўрувида жинсий лаблар гиперемияси, оқ-сарғиш ажралмалар аниқланди.

## Саволлар

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг.
2. Биринчи навбатда ўтказилиши керак бўлган лаборатор ва инструментал текширувларни айтинг ва қайсиларни режалаштириш лозим? Турли ёшдаги болаларда пешобда бактерияларнинг тарқалганлиги меъёрларини айтинг.
3. Микцион цистоуретрографияни тавсия этишга бўлган замонавий ёндошув ҳақида гапиринг.
4. Ушбу касалликнинг сабаби бўлиб ҳисобланган уропатогенни айтинг. Болада касалликнинг ривожланишига олиб келувчи омилларни санаб беринг.
5. Давони тавсия этинг.

## Жавоб

**1. Сийдик йўллари инфекцияси, сурункали цистит, сурункали вульвовагинит.** Сийдик қопи-сийдик йўли рефлюкси? Сийдик қопининг нейроген дисфункцияси. Сийдик тизими ривожланишининг туғма нуқсони?

2. УПТ, УҚТ, пешоб экмаси (бактериурия даражаси ва антибиотикограмма), микциядан олдин ва кейин буйрак ва сийдик қопи УТТ си, микцион цистоуретрография, қоннинг биокимёвий тахлили (Шварц формуласи бўйича калавачалар фильтрацияси тезлигини ҳисоблаш билан креатинин, мочевино даражаси). *Режалаштириш:* урофлоуметрия, цистометрия, с микробларнинг аутоштаммлари билан пассив гемагглютинация реакцияси ёки умумий энтеробактериал антиген кўрсаткичлари, антитаналар билан қопланган бактериялар (БПА-тест), β2-микропротеинурия даражасига пешобни текшириш, Зимницкий синамаси. Инструментал текширув усуллари: экскретор урография, МРТ. Болалар гинекологи, ЛОР шифокори маслаҳати зарур. *Пешобда бактерияларнинг тарқалганлиги меъёрлари:* эркин сийиш билан “ўрта” оқимдан стерил идишга олинган 1мл пешобда бактериурия микроорганизмларнинг колона ҳосил қилувчи бирлиги 10<sup>5</sup>дан юқори; катетер ёрдамида йиғилган 1мл пешобда 10<sup>4</sup> (10 000) ва ундан ортиқ микроб таначалари; 1мл пешобда сийдик қопини қовуқусти пункциясида олинган ҳар қандай миқдордаги колонияси; 1 мл пешобда 50 000 микроб таначалари- 1 ёшгача бўлган болалар учун. *E. coli*, 10 000 микроб таначалари/мл *Proteus vulgaris*.

3. Микцион цистоуретрография касаллик эпизодидан сўнг 2 ойдан кейин 2 ёшгача бўлган барча болаларга ўтказилади. Бундай қаттиқ ёндошув зарурати эрта ёшдаги болаларда сийдик тизими инфекцияси билан сийдик қопи-сийдик йўли рефлюксининг юқори частотада учраши билан боғлиқ. Агар

буйраклар УТТ сида йиғувчи тизимининг дилатацияси аниқланса, у 2 ёшдан катта болаларга ўтказилади; катта ёшдаги болаларга - УТТ маълумотларидан катъий назар, бироқ сийдик йўллариининг рецидивланувчи инфекцияси, шунингдек буйраклар йиғувчи тизимининг иккиланиши, энурез бўлса (хатто дилатация белгилари бўлмаса ҳам). Агар касаллик эпизодлари 6 ой давомида 2 тадан кўп ва йил давомида 3 мартадан кўп кузатилса, рецидивланувчи кечиши каби қаралади.

4. Узоқ вақт кузатувлар давомида Enterobacteriaceae оиласига мансуб бактерияларнинг сийдик тизимида микробли-яллиғланишли жараённинг ишонарли етакчи роли аниқланган, бунда 60–80% ҳолатлар *E. Coli* улушига тегишли, кам ҳолатларда протей, стафилококк, энтерококк, кўк йирингли таёқча ва уларнинг турли ассоциацияси аниқланади. *Касалликка олиб келувчи омиллар*: наслий анамнези (онасида ҳомиладорлик вақтида пиелонефритнинг зўрайиши), ҳомиладорликнинг патологик кечиши; бола тез-тез касалланадиган болалар гуруҳига киради.

5. Умумий тартиб. Диетотерапия: нордон ва ишқорий маҳсулотларни қабул қилишнинг “пульсациялаш” усули, оқсил ва экстрактив моддаларни ўзида ортиқча сақлаган маҳсулотларни чеклаш; кўп суюқлик ичиш: “мунтазам сийдик чиқариш” (2-3 соат орасида) ва дефекация тартибига амал қилиш билан сув, табиий морслар, аччиқ бўлмаган чой, компотлар, минерал сувлар кўринишида ёш эҳтиёжидан 50% кўпроқ. Антибактериал терапия қон ва пешоб таҳлиллари олингунга қадар тавсия этилмайди. Оралиқ гигиенаси. аччиқ бўлмаган чой, компотлар, минерал сувлар кўринишида ёш эҳтиёжидан 50% кўпроқ. Антибактериал терапия қон ва пешоб таҳлиллари олингунга қадар тавсия этилмайди. Оралиқ гигиенаси.

## ГЕМАТОЛОГИЯ

### Вазиятли масала №1

**Қиз бола, 9 ойлик**, тана вазнининг етарлича қўшилмаётганлиги, терисининг рангпарлиги, иштаҳасининг пастлиги, безовталаниши, субфебрил ҳарорат, диарея ва қусиши сабаб шифохонага ётқизилди.

*Касаллик анамнези*: терисининг рангпарлиги ҳаётининг 3 ойида пайдо бўлди, бироқ она боласи билан поликлиникага мунтазам ташриф буюрмади, умумий таҳлилга қон топширмади. Касалхонага ётқизишдан 2 ой олдин (ўтказилган инфекциядан сўнг) аҳволи оғирлашди, рангпарлиги, холсизлиги кучайди, иштаҳаси пасайди, субфебрил ҳарорат ва терисида петехиал тошма аниқланди. Ҳаёт анамнези: бола 2-ҳомиладорликдан, тана вазни 1400г, бўй узунлиги 41см билан муддатидан олдин туғилган. Онасида ҳомиладорлик вақтида қон зардобиде фолат кислотаси концентрациясининг пасайиши кузатилган. Бола 1 ойлигидан бошлаб сунъий овқатлантиришда бўлган,

рационда сабзавот ва меваларнинг миқдори етарлича бўлмаган, асосан эчки сути ва бўтқалар билан боққан. Психомотор ривожланишида тенгдошларидан орқада қолган. 4 марта ўРВИ билан оғриган.

*Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир, бола холсиз. Тана вазни - 5800 г, бўй узунлиги - 59 см. Тери қоплами ва шиллиқ қаватлари рангпар. Тили ўлчами бир мунча катталашган, структураси юмшоқ, қизил рангда. Юмшоқ тўқималар тургори пасайган, мушаклар гипотонияси аниқланади. Ўпкада пуэрил нафас. Юрак тонлари ритмик, юрак чўққисида нозик систолик шовқин эшитилади. Қорни юмшоқ, жигари +3 см, қора талоғи +1 см қовурға ёйидан чиққан. Пешоби равон.

*УҚТ:* эритроцитлар -  $2,95 \times 10^{12}/л$ ; Hgb - 100 г/л; гематокрит - 39%; эритроцитнинг ўртача хажми - 99 fl; эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача миқдори - 38 pg; эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача концентрацияси - 38 г/л; эритроцитларнинг хажми бўйича тарқалиш кенглиги - 15,5; лейкоцитлар -  $4,5 \times 10^9/л$ ; тромбоцитлар -  $100 \times 10^9/л$ ; эозинофил - 4%; Т/я - 2%; сегмент ядроли нейтрофил - 32%; лимфоцит - 50%; моноцит - 12%; ретикулоцитлар - 4%; ЭЧТ - 15 мм/с; нейтрофилларнинг базофил донадорлиги, Жолли таначаси, Кебот халқаси.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* зардобли темир - 16,1 мкмоль/л; фолат кислотаси - 2,5 нг/мл (меъёри - 3дан 25 нг/мл гача). Эритроцитларда фолат кислотаси концентрацияси - 60 нг/мл (меъёри - 100 дан 425 нг/мл гача).

*Миелограмма:* мегалобластлар - 50%, гигант метамиелоцитлар.

## **Саволлар**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. Қоннинг лаборатор ва биокимёвий кўрсаткичларини баҳоланг.
3. Касалликнинг этиологияси ва патогенезини айтинг. Таснифга мувофиқ ушбу патологик ҳолат (юзага келиши механизми бўйича) нимага киради?
4. Фолат кислотанинг кўп йўқотилиши қачон юзага келиши мумкин? Фолат кислота сўрилишининг бузилиши нима билан боғлиқ?
5. Давони тавсия этинг.

## **Жавоб**

1. **Фолат танқислиги камқонлигининг ўрта оғир даражаси** кўйидагилар асосида қўйилган: *анамнези* (онасида ҳомиладорлик вақтида қонда фолат кислотаси миқдорининг пасайганлиги, бола муддатидан аввал туғилган, эчки сути билан эрта сунъий овқатлантиришда бўлган, рационда сабзавот ва мевалар миқдори етарлича бўлмаган; касалликнинг секин-аста

ривожланиши, ўтказилган инфекциядан кейинги манифестацияси); *шикоятлари* (тана вазнининг етарлича кўшилмаганлиги, терисининг рангпарлиги, иштаҳасининг пастлиги, безовталаниши, субфебрил ҳарорат, диарея ва қусиши); клиникаси (характерли симптомлар: териси ва шиллиқ қаватлари рангпар, иштаҳаси паст, тана вазнининг ортиши секинлашган, безовталиги, субфебрил температура, қон кетишининг кучайиши симптомлари, диарея, қусиш, жигари ва қора талоқнинг катталаниши, юрак чегаралари кенгайган, систолик шовқин, 1- тон бўғиқлашган, хавф омиллари - бола муддатидан аввал туғилган, ўтказилган инфекциялар. Қон зардоби ва эритроцитларда фолат кислотаси концентрациясининг пасайганлиги, УҚТ даги ўзгаришлар ва миелограмма маълумотлари ташхисни тасдиқлайди.



2. УҚТ да эритроцитлар ва Hgb нинг пасайиши, 1,1га тенг ранг кўрсаткичи бўйича гиперхромия, шунингдек эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача миқдори, эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача концентрацияси, эритроцитнинг ўртача хажми ошиши бўйича гиперхром макроцитар гипорегенератор камқонликнинг II даражаси; эритроцитнинг ўртача хажми ва эритроцитларнинг хажми бўйича тарқалиш кенглиги бўйича макроцитоз; нейтрофилларнинг базофилли донадорлиги, Жолли таначаси (ядроларнинг тўқ сиёҳ рангли қолдиқлари), Кебот халқаларининг (эритроцитлар да оч пушти рангли киритмалар) мвжудлиги; ретикулоцит-, тромбоцит- ва лейкопениялар. Зардобли темир миқдори меъёрда. *Миелограммада* - мегалобластли эритропоэз ва муҳим диагностик белги -гигант метамиелоцитлар.

3. Болаларда фолат кислотаси танқислиги унинг организмга етарлича тушмаслиги, сўрилишининг бузилиши ёки унга бўлган эҳтиёжнинг ортиши билан чақирилган. Инфекциялар, мальабсорбция синдроми, муддатидан аввал туғилиш ва б.лар фолат танқислиги камқонлиги юзага келишининг хавф омиллари бўлиб ҳисобланади. Фолат кислотаси организмда ҳосил бўлмайди, ичакда парчаланувчи конъюгирланган полиглутаматлар кўринишида овқат (сабзавот ва мевалар) билан организмга тушади. Фолат кислотасининг оз миқдори ичак микрофлораси билан синтезланади. Фолат танқислиги камқонлиги фолат кислотасининг танқислиги ёки эритропоэз жараёнида утилизациясининг бузилиши оқибатида юзага келади. Ушбу анемия танқислик камқонлигига (B12 витамини танқислиги, фолат танқислиги, темир танқислиги, оксил танқислиги ва б.) киради. B12

витамини танқислигининг камқонлиги билан бирга фолат танқислиги камқонлиги мегалобласт анемиялар гуруҳига киради.

4. Фолат кислотасининг кўп миқдорда йўқотилиши гемолитик анемия, хавфли ўсмалар, лейкозлар, туберкулез, ювенил ревматоид артрит ва ш.ў. да юзага келади. Фолат кислотаси сўрилишининг бузилиши турли этиологияга эга мальабсорбция синдроми (диарея, целиакия, инфекциялар ва б.) билан боғлиқ бўлиши мумкин.

5. Фолат кислотаси танқислигининг сабабларини бартараф этиш - шарбатлар, сабзавот ва мева пюреларини ўз вақтида киритиш билан рационал овқатлантириш, фолат кислотаси - перорал тавсия этиш, бошланғич дозаси- 1 мг/сут 2 маҳал, қўллаб-қувватловчи дозаси - 0,3 мг/сут, курси - периферик қон ва суяк кўмиги кўрсаткичлари меъёрлашгунга қадар 20–30 гача, цианкобаламин (Витамин В12) 5 мкг/кг (45 мкг) м/о га кун ора, курси 10 та инъекция, аскорбин кислотаси (Витамин С) 0,05 г × кунига 2 маҳал, курси - 2 ҳафта.

## Вазиятли масала № 2

**Қиз бола, 3 ёш**, холсизлик, овқатланишдан бош тортиши, тана ҳароратининг фебрил даражагача кўтарилиши, оёқларда оғриққа шикоятлари билан клиникага ётқизилди. Касаллик анамнези: охириги 3 ойдан бери бола тез чарчаб қолаяпти, иштаҳаси пасайди. Икки ҳафта олдин ота-онаси қизчанинг рангпар бўлгани, оёқларида оғриқ сабаб юрмай кўйганини пайқашди. Бир ҳафта олдин тана ҳарорати 39,3°C гача кўтарилди, терисида кўкаришлар пайдо бўла бошлади. Маҳаллий шифокорга мурожаат этишди, қон тахлили бажарилди, анемия ва  $40,0 \times 10^9/\text{л}$  гача лейкоцитозаниқланди, қон касаллигига шубҳа билан шифохонага ётқизилди. *Объектив кўрувда:* аҳволи оғир, интоксикация симптомлари кескин **Ўткир лимфобласт лейкоз**

ифодаланган, тегинганда бола безовталаниб йиғлайди. Тери қоплами ва шиллик қаватлари рангпар, оёқ-қўлларида кўп сонли экхимозлар. НС дақиқасига 26 марта.

Ўпкасида везикуляр нафас, пастки бўлақларида сустлашган, хириллашлар эшитилмайди. Юрак тонлари аниқ, ритмик. ЮҚЧ -дақиқасига 110 марта. Қорни юмшоқ, пайпаслаб кўрилганида оғриқсиз, жигари +4,0 см, қора талоғи +1,5 см қовурға ёйидан пастда. Суяклари бўйлаб перкуссия оғриқли. Нажаси кунора келади, диурез равон.



УҚТ: эритроцитлар -  $3,2 \times 10^{12}/л$ ; Hgb - 86 г/л; гематокрит - 35,3%; эритроцитнинг ўртача хажми - 78 фл; эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача миқдори - 26 пг; - эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача концентрацияси - 32 г/л; эритроцитларнинг хажми бўйича тарқалиш кенглиги - 11,5; тромбоцитлар  $35 \times 10^9/л$ ; лейкоцитлар -  $46 \times 10^9/л$ ; бластлар - 46%; сегмент ядроли нейтрофил - 8%; лимфоцит - 44%; эозинофил - 1%; моноцит - 1%; ретикулоцитлар - 1%; ЭЧТ - 64 мм/с.

УПТ - ўзгаришсиз.

Миелограмма: суяк кўмиги гиперплазияланган, бластлар - 96%; лимфоцитар ўсиш - 3%; эритроид ўсиш - 1%; мегакариоцитлар аниқланмади.

Суяк кўмигининг цитокимёвий текшируви: носпецифик эстеразага реакция ва ШИК-реакция (гликоген) мусбат.

### Саволлар

1. Асосий синдромларни ажратиб кўрсатинг ва дастлабки ташхисни кўйинг.
2. УҚТ маълумотларини баҳоланг. Лейкемик емирилиш нима? Қандай текширув усуллари ўтказиш зарур?
3. Ушбу касалликни даволашнинг асосий тамойилларини айтинг.
4. Ушбу касаллик учун қандай цитохимик реакциялар хос?
5. Дифференциал диагностикаси қайси касалликлар билан олиб борилади? Прогнози қандай?

### Жавоб

1. Қуйидагилар асосий синдромлар бўлиб ҳисобланади: интоксикация синдроми, гепатоспленомегалия, геморрагик ва анемик синдромлар, тромбоцитопения, гиперлейкоцитоз, миелоцитлар ва метамиелоцитлар йўқлигида бласт хужайраларнинг бўлиши, ретикулоцитопения. Дастлабки ташхис: ўткир лейкоз.
2. Нормохром анемиянинг (эритропения ва ранг кўрсаткичи меъёрида ва эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача концентрацияси, эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача миқдори, эритроцитнинг ўртача хажми, эритроцитларнинг хажми бўйича тарқалиш кенглиги қуйи чегараларда бўлганида) ўрта оғир даражаси, гипорегенератор (ретикулоцитларнинг пасайиши), тромбоцитопения, промиелобластларгача чапга силжиши билан гиперлейкоцитоз, нейтрофиллар етилган шаклларининг йўқлиги, ЭЧТ нинг аҳамиятли ошиши.

Лейкемик емирилиш - лейкоцитар формулада бласт шакллари устунлик қилади ва лимфоцитар қаторнинг оралиқ шакллари йўқ. Қуйидаги текширув

усулларини олиб бориш зарур: суяк кўмиги ҳужайраларининг иммунологик текшируви, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, жигар ва қора талок УТТ си, қоннинг биокимёвий текшируви, жигар ва буйрақлар функциясини текшириш.

3. Даво *полихимиотерапияни* олиб боришдан иборат, унинг протоколи маълум вақт оралиғига аниқ ва батафсил диагностик ва терапевтик чоратадбирларнинг ҳажми ва муддатини аниқлаб беради. Болаларни химиопрепаратлар билан даволашнинг замонавий дастури қуйидаги босқичларни ўз ичига олади: 1) ремиссия индукцияси; 2) ремиссия консолидацияси (мустаҳкамлаш); 3) қўллаб-қувватловчи терапия.

Лейкоз ва фойдаланилаётган химиотерапия организмнинг турли инфекцияларга қаршилик кўрсатишини кескин пасайтириши сабабли, беморларга даволаш вақтида инфекция асоратларни олдини олиш учун самарали антибактериал ва замбуруғга қарши терапия олиб бориш зарур. Ремиссияга эришилгандан сўнг даволаш пайтида қариндошлари ёки бевосита донордан суяк кўмиги трансплантациясини қўллаш мумкин.

4. Миелопероксидаза ва суданга реакцияси манфий, носпецифик эстераза ва ШИК-реакциясига гликоген) мусбат бўлганлиги боис аниқ ташхис: **ўткир лейкоз, лимфобластли варианты.**

5. Дифференциал диагностикаси ўткир миелобластли лейкоз, лейкомоид реакция, апластик анемия, инфекция мононуклеоз билан олиб борилади.

*Прогнози:* даво олиб борилмаганида лейкоз, шартсиз, бир неча ой, ҳатто ҳафта мобайнида, ўлимга олиб келувчи касаллик бўлиб ҳисобланади. Даволашнинг замонавий протоклларида фойдаланишда 60–85% атрофида болаларни даволаб тузатиш, яъни касалликни 5 йил ва ундан ортиқ вақт қайталанмаслигини таъминлаш мумкин.

### **Вазиятли масала № 3**

**12 ёшли қиз бола** асосан оёқларида тошма тошганлиги, тизза ва болдир-товон бўғимларининг оғриши ва шишганлиги, қоринда оғриққа шикоятлари билан шифохонага келди.

*Касаллик анамнези:* касаллик ўтказилган лакунар ангинадан сўнг 3 ҳафтадан кейин бошланди. Обьектив кўрувда: ахволи ўрта оғир, думбаси, оёқларида геморрагик тошмалар (петехиялардан пурпураларгача) аниқланади, тўқ қизил рангли макулез тошмали соҳалари бор, босиб кўрилганида йўқолмайди, тошма оёқларида симметрик жойлашган; тизза ва болдир-товон бўғимлари оғриқли ва шишган. Тана вазни - 35 кг, бўйи - 148 см. НС - дақиқасига 20 марта. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари аниқ, ритмик, юрак чегаралари нормада. ЮҚЧ- дақиқасига 80 марта. Қорни юмшоқ, пайпасланганда

огриқсиз, жигари - қовурға ёйи бўйлаб, қора талок пайпасланмайди. Пастернацкий симптоми манфий.

Нажаси патологик ўзгаришларсиз, Пешоби равон.  
УҚТ: эритроцитлар -  $3,7 \times 10^{12}/л$ ; Hgb - 130 г/л; гематокрит - 32,3%; эритроцитнинг ўртача хажми — 64 fl; эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача миқдори - 22 pg; эритроцитдаги гемоглобиннинг ўртача концентрацияси - 31 г/л; лейкоцитлар -  $10,4 \times 10^9/л$ ; тромбоцитлар -  $380 \times 10^9/л$ ; эозинофил - 3%; Т/я - 8%; сегмент ядроли нейтрофил - 67%; лимфоцит - 16%; моноцит - 6%; ЭЧТ - 28 мм/с.

### Геморрагик васкулит

УПТ: ранги - сариқ; нисбий зичлиги - 1020; оксил, эритроцитлар йўқ; лейкоцитлар - кўрув майдонида 1–2та; эпителиал хужайралар - кўрув майдонида 3–4 та. *Гемостаз тизими кўрсаткичлари:* тромбоцитлар -  $380 \times 10^9/л$ ; қисман фаоллашган тромбопластин вақти - 21 с (нормада - 35–55 с); протромбин вақти - 12 с (нормада - 14–17 с); фибриноген - 5,0 г/л (1,7–4,0 г/л); орто-фенантролин тести мусбат.

### Саволлар

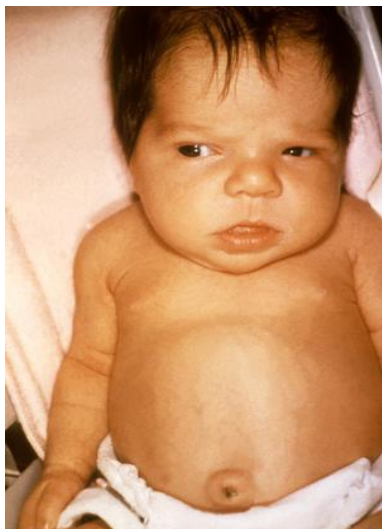
1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг.
2. УҚТ ва УПТ ни баҳоланг. Қоннинг биокимёвий натижаларини баҳоланг. Яна қандай қўшимча текширув усулларини олиб бориш зарур?
3. Қиёсий ташхислаш олиб бориладиган касалликларни санаб беринг.
4. Даво тавсия этинг.
5. Касалликнинг прогнози қандай?



### Жавоб

**1. Геморрагик васкулит, аралаш шакли (тери-бўғим-абдоминал), фаоллиги II, ўткир кечиши.** Ташхис анамнез маълумотлари - ўтказилган лакунар ангина; қон кетишининг васкулит-пурпурали тури билан тери геморрагик синдроми; бўғим ва абдоминал синдроми асосида қўйилган; яллиғланишнинг лаборатор белгилари (ЭЧТ, фибриноген даражасининг ошиши, аҳамиятсиз лейкоцитоз) ва гиперкоагуляция белгилари (қисман фаоллашган тромбопластин вақти, протромбин вақтининг қисқариши, қонда эрувчан фибрин-мономер комплекси даражасининг ошиши) билан тасдиқланган.

2. УҚТ да: ўрта эритропения, нейтрофилли лейкоцитоз, тромбоцитоз ва ЭЧТ нинг ошиши. УПТ да патология йўқ, бироқ кўпинча буйракда патологик жараён кузатилиши боис назоратга олинади. *Қоннинг биокимёвий тахлилида:* гиперкоагуляция (қисман фаоллашган тромбопластин вақти, протромбин вақтининг қисқариши, қонда эрувчан фибрин-мономер комплекси даражасининг ошиши) ва яллиғланиш (фибриноген даражасининг ошиши) белгилари.



*Қўшимча текширув усуллари:* УПТ, протеинограмма, коагулограмма, иммунограмма (циркуляциядаги иммун комплекслар, IgA, IgM, IgG), яширин қонга нажасни текшириш, функционал буйрак синамалари (Реберг–Тареев, Зимницкий), бўғимлар УТТ си, коагулограмма.

3. Менингококкцемия ва геморрагик синдром билан кечувчи касалликлар (тромбоцитопеник пурпура, иккиламчи тромбоцитопения, ўткир лейкоз, гемофилия).

4. Болани шифохонага ётқизиш; химояловчи тартибга амал қилиш (бола учун нохуш бўлган муолажаларни чеклаш ёки ниҳоятда эҳтиёткорлик билан бажариш). Дипиридамол (Курантил) 0,05× кунига 3 маҳал; дезагрегант - пентоксифиллин (Трентал). Буйракларнинг жалб бўлишини ҳисобга олиб - преднизолон суткасига 0,5–1,0 мг/кг (15 мг эрталаб соат 6 да, 10 мг соат 10 да ва 5 мг соат 14 да). Гепарин натрий суткасига 200 Бирл/кг 1500 Бирлдан кунига 4 маҳал 4–8 ҳафта коагулограмма назорати остида.

5. Прогнози нисбатан ижобий. Буйракларнинг шикастланиши прогнозини оғирлаштиради, бу кўпинча сурункали гломерулонефритнинг шаклланиши ва ногиронликка олиб келади.

## ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

### Вазиятли масала № 1

**1 ёш 8 ойлик, қиз бола.** Ота-онаси қизчасининг психомотор ривожланишдан орқа қолаётганлигига *шикоят* қилиб келдилар. Ҳаёт анамнези: бола 2-ҳомиладорлик, 2- мuddатидаги туғруқдан. Биринчи ҳомиладорликдан соғлом бола туғилган. 2-ҳомиладорлик вақтида онада қалқонсимон безнинг III даражали эутиреоид катталашиши кузатилган, тиреоид гормонлар билан даво олмаган. Туғилгандаги тана вазни - 3800 г, бўйи - 52 см. Туғруқхонадан

12-куни жавоб берилган. Чақалоқлик даврида сариқлик узоқ вақт кузатилган, киндик яраси секин битган, эмиши суст бўлган. Ҳаётининг 1-йилида қабзиятга мойиллик бўлган, вазни кам қўшилган, ҳаракат фаоллиги паст бўлган, суст эмган. Бошини 6 ойда ушлай бошлаган, 10 ойлигида ўтирган, юрмайди. *Объектив кўрувда:* аҳволи ўрта оғир. Териси рангпар, куруқ, тургори пасайган, мушак гипотонияси, сочлари сийрак ўсган, куруқ, тирноқлари синувчан. Катта лиқилдоғи ёпилмаган. Ўпкада везикуляр нафас. Юрак тонлари бўғиқлашган. “Қурбақа” қорин, қорин тўғри мушаклари тарқоқ. Жигари ва қора талоғи катталашмаган. Нажаси кунора келади, пешоби равон. *УҚТ:* эритроцитлар -  $3,7 \times 10^{12}/л$ ; Hgb -91 г/л; РК - 0,8; ретикулоцитлар -18%; лейкоцитлар -  $12,0 \times 10^9/л$ ; Т/я - 7%; сегмент ядроли нейтрофил - 43%; эозинофи- 5%; лимфоцит - 36%; моноцит - 9%; ЭЧТ- 18 мм/с; ромбоцитлар -  $330 \times 10^9/л$ ; *УПТ* - ўзгаришсиз. *Қоннинг биокимёвий тахлили:* умумий оқсил - 60,2 г/л; глю- коза - 4,2 ммоль/л; мочевина - 6,0 ммоль/л; натрий - 132,0 ммоль/л; калий - 5 ммоль/л; холестерин - 8,4 ммоль/л; билирубин умумий - 7,5 мкмоль/л.

### Саволлар

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Боланинг психомотор ривожланишининг прогнози қандай?
2. Қон тахлилини баҳоланг. Қандай қўшимча текширув усуллари олиб бориш зарур?
3. Бола туғилганидан кейин нечанчи кунда касаллик скрининги ўтказилади?
4. Камқонликнинг ривожланиши нима билан чақирилган? Камқонликда даволаш тактикаси қандай?

### Жавоб

**1. Бирламчи гипотиреоз. Нормохром анемиянинг I даражаси.** Ташхис анамнез маълумотлари: онасида қалқонсимон безнинг III даражали катталашishi, даволанмаган; касаллик анамнези: туғилганидан бошлаб чўзилувчан сариқлик, киндик ярасининг секин битиши кўринишидаги ўзгаришлар, гипотония белгилари (эмиши суст) асосида тахмин қилинди. Кейинчалик психомотор ривожланишдан орқада қолиш кузатилди: бошини 6 ойликдан тута олди, 10 ойлигида ўтиришни бошлади, 1 ёш 8 ойлигида бола юра олмайди. Мушак тонусининг пасайиши белгилари сақланган - қабзиятга мойиллик, ҳаракат фаоллигининг пасайиши (қорин мушаклари тонусининг пасайиши, мушак гипотонияси). Гипотиреознинг бошқа кўринишларига териси томонидан ўзгаришлар (териси қуруқлашган, тирноқлари синувчан), кардиопатия белгилари (юрак тонларининг бўғиқлашган), катта лиқилдоғининг ёпилмаганлиги киради. Даволаниш бошлангандан боланинг

ёши ва боланинг психомотор ва интеллектуал ривожланиши ўртасида тўғридан-тўғри ўзаро боғлиқлик ўрнатилган. Агар даволаш бола ҳаётининг 2 ҳафтасидан бошлаб олиб борилса ўрин босувчи терапиядан тўлиқ самарага эришишни кутиш мумкин.

2. УҚТ да нормохром анемиянинг I даражаси, қоннинг биокимёвий тахлилида - гиперхолестеринемия аниқланган. Қўшимча текширувлар: эркин тироксин ва тиреотроп гормонни аниқлаш (гипотиреоз учун эркин тироксиннинг пасайиши ва тиреотроп гормоннинг кўпайиши хос); тиреоблокловчи антитаналарни аниқлаш; қалқонсимон без УТТ си (аъзонинг аплазиясини аниқлаш учун), 123I билан сцинтиграфия (унинг эктопиясини аниқлаш учун); суяк ёшини аниқлаш -гипотиреоид ҳолатнинг давомийлигини аниқлаш учун; ЭКГ, ЭхоКГ - юрак-қон томир тизимининг ҳолатини баҳолаш учун; электроэнцефалография - бош мия биоэлектрик фаоллигини баҳолаш учун. Невропатолог, кардиолог, эндокринолог маслаҳати.

3. Барча болаларда туғма гипотиреозга скрининг туғруқхонада ўтказилади (муддатига етиб туғилган болалар - ҳаётининг 4–5- кунда, муддатидан аввал туғилган болаларда - 10–14-кунда). Тиреотроп гормон даражасини аниқлаш учун 6-8 томчи қон (кўпинча товонидан олинади) махсус филтёр қоғозига томизилади. Бирламчи гипотиреоз учун трийодтиронин, тироксин, қалқонсимон без гормонларининг пасайиши ва тиреотроп гормон даражасининг ошиши хос. Тиреотроп гормоннинг концентрацияси 20 мБирл/л дан кам бўлса меъёр ҳисобланади, 20 мБирл/л дан кўп бўлса қайта текширув олиб бориш зарур, 50 мБирл/л дан юқори кўрсаткич туғма гипотиреозни шубҳа қилишга имкон беради.

4. Камқонликнинг ривожланиши асосий касаллик билан боғлиқ, чунки гипотиреозда организмнинг метаболик фаоллигининг пасайиши натижасида эритропоезнинг бостирилиши кузатилади. Анемия билан оғриган болани даволашнинг асосий усули - бу асосий касалликни даволашдир. Темир танқислиги ҳолати кузатилса темир препаратлари тавсия этилади.

5. Қалқонсимон без гормонлари билан ўрин босувчи терапияни олиб бориш - левотироксин натрий. Препаратнинг бошланғич дозаси суткасига 12,5 - 50 мкг/сут ёки 10–15 мг/кг ташкил қилади. Минимал дозадан бошланади, препарат эрталаб овқатдан 30 дақиқа олдин берилади. Клиник кўринишлари (пульс частотаси, нажаси, МАТ ҳолати) ва лаборатор кўрсаткичларига (қонда тироксин ва тиреотроп гормонининг даражаси) кўра ҳар 7-10 кунда дозаси коррекцияланади. Дозани ошириб юбориш белгилари (тахикардия, безовталиқ, терлаш) пайдо бўлганида препарат дозаси ярмигача камайтирилади. Шунингдек витаминлар, глутамин кислотаси, ноотроплар [церебролизин, пиритинол (Энцефабол), пирацетам (Ноотропил), пантогам], массаж, гимнастика тавсия этилади. Болалар педиатр, эндокринолог назорати

остида бўладилар. Терапиянинг клиник самарадорлиги, адекватлигидан ташқари беморларда тиреотроп гормон, трийодтиронин, тироксин кўрсаткичлари назорат қилинади. Терапия бошланганидан сўнг 2-3 ҳафта ва 1,5–2,0 ойдан кейин тиреоид статуси баҳоланади. Кейинчалик 1 ёшгача тиреотроп гормон ва тироксин назорати ҳар 3 ой да олиб борилади.

## **Вазиятли масала № 2**

**5 ёшли ўғил бола.** *Шикоятлари:* грипп билан касалланиш фонида кўнгил айнаши, қайта-қайта қусиши, қорнда оғриқ, оғзидан мева хиди келиши, уйқучанлик. Бола нефропатия билан кечган 2-ҳомиладорлик, 2-муддатидаги туғруқдан. Туғилгандаги тана вазни 4000 г, бўйи - 52 см. Касаллик анамнези: бола тез-тез ЎРВИ билан оғрийди. Охирги 1,5 ой ичида ўтказилган стрессдан кейин холсизлик, бўшашиш кузатилди. Бола озиб кетди, кўп суюқлик ичиши ва кўп сийиши кузатилди. Навбатдаги ЎРВИ фонида юқорида қайд этилган белгилар пайдо бўлди. Бола хушсиз, оғир аҳволда интенсив терапия бўлимига ётқизилди. Нафас олиши шовқинли (Куссмаул тури). Тери ва ахиллов рефлекслари пасайган. Териси қуруқ, тўқималар тургори ва кўз олмаси тонуси пасайган, ёноғ ва чакка ёйлари териси гиперемияланган. Тили оқ караш билан қопланган. Оғзидан ацетон хиди келади. Нафаси пуэрил. Пульси тезлашган, дақиқасига 140 мартагача, АҚБ 75/40 мм сим.уст. юрак тонлари бўғиқлашган, тахикардия. Қорни пайпасланганда таранглашган. Сийиши кўп миқдорда.

*УҚТ:* эритроцитлар -  $4,1 \times 10^{12}/л$ ; Hgb - 135 г/л; лейкоцитлар -  $8,5 \times 10^9/л$ ; Т/я - 4%; сегмент ядроли нейтрофил - 50%; эозинофил - 1%; лимфоцит - 35%; моноцит - 10%; ЭЧТ - 10 мм/с.

*УПТ* - ранги сариқ, бироз хиралашган; нисбий зичлиги - 1035; реакцияси - нордон; оқсил - йўқ; қанд +++; ацетон +++.

*Қоннинг биокимёвий тахлили:* глюкоза - 28,0 ммоль/л; натрий - 132,0 ммоль/л; калий - 5,0 ммоль/л; умумий оқсил - 70,0 г/л; холестерин - 5,0 ммоль/л. рН кислота-асос ҳолати - 7,1; рО<sub>2</sub> - 92 мм сим.у

## **Саволлар**

1. Дастлабки ташхисни шакллантиринг ва асослаб беринг. Ушбу ҳолатнинг ривожланишига нима сабаб бўлди?
2. Лабораор кўрсаткичларни баҳоланг.
3. Ушбу ҳолат ривожланишининг патогенетик механизми қандай? Ушбу касаллик бўйича хавф гуруҳига кирадими?
4. Ташхис қўйиш учун қандай текширув усулларини бажариш зарур?

5. Даво тавсия этинг.

## Жавоб

**1. Қандли диабетнинг 1-тури, илк аниқланган, декомпенсация босқичи, кетоацидоз** касалликнинг анамнези: касаллик ўткир бошланди (1,5 ой ичида), холсизлик, бўшашиш шикоятлари пайдо бўлди, инсипидар синдроми белгилари пайдо бўлди (полидипсия, полиурия, полифагия, тана вазнининг камайиши), кетоацидоз ривожланиши билан аҳволи прогрессив ёмонлашди- вирусли инфекция фониди қусиш, қоринда оғриқ, оғзидан мева ҳиди келиши, уйқучанлик пайдо бўлди; лаборатор текширув натижалари - қонда глюкоза миқдорининг 28,0 ммоль/л гача ошиши, УПТ да глюкозурия ва ацетон, кислота-асосли ҳолатнинг ацидоз томонига силжиши асосида қўйилган. Қандли диабет 1-тури ривожланишининг сабаби, тез-тез ЎРВИ, стресс ҳолатлари билан чақирилган, ошқозонности безидаги аутоиммун жараён ҳисобланади.

2. Лаборатор кўрсаткичларни баҳолашда қонда глюкоза миқдорининг аҳамиятли ошиши - 28 ммоль/л (нормада 3,3–5,5 ммоль/л), мос равишда, қанднинг пешоб билан ажралиши - глюкозурия эътиборни жалб қилади ва пешобда кетон таначалари аниқланади. Кислота-асосли ҳолатни баҳолашда рН нинг пасайиши ва қонда СО<sub>2</sub> нинг ошиши кузатилади, бу метабolik ацидоз ҳақида далолат беради.

3. Ошқозонности беzi β-хужайраларининг деструкцияси ва инсулин ишлаб чиқарилмаслиги патогенетик ўзгаришлар ривожланишининг асосида ётади. Натижада организм тўқималари билан глюкозанинг утилизация қилиниши бузилади. Дегидратация ва компенсатор полидипсиянинг ривожланиши билан гипергликемия, глюкозурия (ортиқча фильтрация қилиниши ва глюкоза реабсорбциясининг пасайиши оқибатида), полиурия (глюкозанинг осмотик фаоллиги оқибатида) кузатилади. Бундан ташқари, глюкоза утилизациясининг бузилиши оқибатида, липолиз, гликогенолиз ва глюконеогенезнинг кучайиши туфайли жигар томонидан глюкозанинг ортиқча ҳосил бўлиши билан, тўқималарнинг энергетик очлиги кузатилади. Бу ёғ депосининг камайиши, озиб кетиш билан оксилнинг кучли парчаланиши, иштаҳанинг компенсатор кучайиши ва полифагия билан холсизликнинг ривожланишига олиб келади. Энергетик субстрат сифатида ёғларнинг оксидланиши оқибатида кетон таначалари даражаси ошади, кетоз юзага келади, бу кетоацидоз ривожланишига олиб келади. Ушбу фонда ривожланувчи глюконеогенезнинг компенсатор жараёни глюкоза даражасининг янада ошишига олиб келади. Ошқозонности беziда аутоиммун жараённинг инициациясида вирусли инфекциянинг ролини инобатга олиб, шундай хулосага келиш мумкинки, вирусли инфекцияларнинг тез-тез

кайталаниши ва стрессли ҳолатлар қандли диабет ривожланишининг триггер омиллари бўлиб ҳисобланди.

4. Қон плазмасида инсулин, гликирланган гемоглобин даражаси, С-пептидни аниқлаш, липидлар алмашинувининг бузилишини баҳолаш (холестерин, триглицеридлар, паст ва юқори зичликдаги липопротеинлар), микроальбуминурияга пешоб тахлили, HLA-антигенини аниқлаш (human leucocytic antigen), инсулин ва ошқозонности беши оролча аппаратиға антитаналарни аниқлаш.

Эндокринолог, офтальмолог, диетолог, психолог кўруви.

5. *Кетоацидозда терапиянинг йўналиши* куйидагиларни ўз ичига олади: регидратация, кетоацидоз ва гипергликемияни бартараф этиш учун инсулин юбориш, электролитли бузилишлар ва кислота-ишқорли мувозанатни тиклаш. Регидратация - 1 соат давомида - 0,9% ли натрий хлор эритмси 10–15 мл/кг ҳисобидан (бирок 500 мл/с дан кўп эмас). Кейинги 24 соатда - эритмалар 50–150 мл/кг миқдорида (дастлабки 6 соатда - 50%, кейинги 6 соатда - 25%, қолган 12 соатда - 25%). Гликемия 14 ммоль/л дан пасайганда юборилаётган эритмалар таркибига осмолярликни ушлаб туриш учун 5% ли декстроза эритмаси қўшилади, чунки унинг бирдан пасайиши мия шишига сабаб бўлиши мумкин. М.И. Певзнер бўйича стол № 9. *Инсулинотерапия* қисқа таъсирга эга инсулинлар билан олиб борилади. Инсулиннинг бошланғич дозаси - тана вазнига 0,1 Бирл/кг. Терапия фонида гликемия дозасининг пасайиши соатига 4–5 ммоль ни ташкил қилиши лозим, агар бу ҳол кузатилмаса, инсулин дозаси 50% гача, гликемия орти борганида эса— 50–100% га оширилади. Сув-электролит балансини тиклаш - калий танқислигини тўлдириш (коррекция одатда инфузион терапия бошланган сўнг 2 соатдан кейин олиб борилади). Қоидага кўра, натрий хлорнинг ҳар 1л эритмасига 40 ммоль калий хлорид қўшилади. Кейинги даво учун эрувчан инсулин (одам ген- инженерли) (Актрапид, Протафан), ультра қисқа таъсирга эга одам инсулини аналоғи [инсулин аспарт (НовоРапид), лизпро инсулини (Хумалог)], узок таъсирга эга [инсулин гларгин (Лантус), детемир инсулини (Левемир)] билан ўрин босувчи терапия қўлланилади. Бола кетоацидоз ҳолатидан чиқарилганидан кейин базис-болүсли инсулинотерапия - асосий овқат қабул қилишдан олдин қисқа таъсирга эга инсулин инъекцияси ва ўрта давомийликдаги таъсирга эга инсулин инъекцияси кунига 1-2 марта ўтказилади. Инсулиннинг суткалик дозаси касалликнинг 1-йилида суткасига 0,3–0,5 Бирл/кг, касалликнинг 2-йилдан бошлаб - суткасига 0,7–0,8 Бирл/кг ни ташкил қилади, пубертат даврида - суткасига 1 Бирл/кг ни ташкил қилади. Бунда базал инсулин миқдори (ўрта давом этувчи ва узок давом этувчи таъсирга эга) суткалик дозанинг 60% (2/3), қисқа таъсирга эга инсулин миқдори 30–30% (1/3) ни ташкил қилади. *Ёрдамчи терапия*

сифатида қон томири тизими томонидан асоратлар бўлганида метаболик препарат — тиоктат кислотаси, ангиотензин- айлантирувчи фермент ингибитори —эналаприл (Эналаприл-Акри), периндоприлдан фойдаланила

## ГЛОССАРИЙ

**Анемия (anemia)** – бир вақтнинг ўзида эритроцитлар сони ва Ht кўрсаткичининг пасайишида, қон хажми бирлигида Hb миқдорининг пасайиши билан характерланадиган ҳолат.

**Анафилактик шок** – организмда тез ва хавфли аллергия реакция, томирлар олиб кетувчанлиги ошиши, нафас олиш қийинлашиши, юрак фаолиятининг пасайиши билан намоён бўлади.

**Апгар шкаласи** – янги туғилган чақалоқнинг туғилгандан кейинги ҳолатини 1 ва 5-дақиқада баҳолаш мезони.

**Асфиксия** - кислород етишмовчилиги билан кечувчи ҳолат.

**Акроцианоз** - қўл-оёқ панжаларида кўкариш (периферик цианоз).

**Бирламчи патронаж** - янги туғилган чақалоқни туғруқхонадан чиққанидан сўнг уй шароитида биринчи тиббий кўриқдан ўтказиш.

**Вақтидан илгари туғруқ** – ҳомиладорликнинг 22- ҳафтасидан тўлиқ 37- ҳафтасигача бўлган туғруқ.

**Вақтидаги туғруқ** – ҳомиладорликнинг тўлиқ 37- ҳафтасидан тўлиқ 42- ҳафтасигача бўлган туғруқ

**Везикула** - ичи суюқлик билан тўлган майда пуфакча.

**Везикулопустулёз** - янги туғилганларда юзаки йирингли тери касаллиги

**Гестация** - ҳомиланинг она қорнида ривожланиш даври.

**Гипертонус** - мушак тонусининг ошиши.

**Гипотиреоз (туғма)** - қалқонсимон без гормонлари етишмовчилиги

**Гипертензион синдром** - бош мия ичи босимининг ошиши билан кечувчи ҳолат.

**Гипертонус** - мушак тонусининг ошиши.

**Гипотония** - мушак тонусининг пасайиши.

**Гипогалактия** - она сути кам ишлаб чиқарилиши

**Диатез (нерв-артритик)** - моддалар алмашинуви ва асаб тизими хусусиятлари билан боғлиқ конституцион ҳолат.

**Диспансер кузатув** - болани белгиланган муддатларда режали тиббий назоратдан ўтказиш.

**Дисэмбриогенез стигмалари** - ҳомила ривожланишидаги кичик туғма нуқсонлар белгиси

**Дисметаболик нефропатия** – метаболик бузилишлар (масалан, қанд диабет, гиперлипидемия) натижасида буйрак функциясининг пасайиши.

**Жисмоний ривожланиш (ЖР)** - боланинг бўйи, вазни ва бошқа антропометрик кўрсаткичлари.

**Кичик вазли болалар** – тана вазни 2500 граммдан кам

**Конституция аномалияси** - организмнинг ирсий хусусиятлари билан боғлиқ ривожланиш хослиги.

**Неонатал давр (чақалоқлик даври)** – туғилгандан 28 кунгача бўлган давр

**Неонатал скрининг** - янги туғилганларда айрим ирсий касалликларни оммавий текшириш.

**Обструкция синдроми** – ўпка ва бронхларда ҳаво оқими тўсиқланган ҳолат, бронхиал астма ва бронхитда учрайди.

**ОЭЕ (оқсил-энергетик етишмовчилик)** - озуқа таркибида оқсил ва энергия етишмаслиги.

**Пароксизмал йўтал** – қисқа ва кучли йўтал ҳужумлари

**Перинатал давр** – ҳомила ҳаётининг 22 – ҳафтасидан бошлаб, туғилгандан сўнг 7-кунгача бўлган давр.

**Перцентаиль (перц.)** - жисмоний ривожланишни баҳолаш статистик кўрсаткичи.

**Пентавакцина (АКДС, ВГВ, ХИБ)** - кўп компонентли эмлаш препарати.

**Пневмония** - ўпканинг яллиғланиши.

**Профилактика** - бу касалликларнинг олдини олиш ва хавф омилларини бартараф этишга қаратилган тиббий, санитар-техник, гигиеник, педагогик ва ижтимоий-иқтисодий тадбирлар мажмуи

**Рефлекслар (физиологик)** - янги туғилган чақалоқларда табиий кузатиладиган автоматик жавоб реакциялари (қидирув, эмаклаш, Бабинский ва б.).

**Рота-вакцина** - ротавирус инфекциясига қарши эмлаш

**Саломатлик гуруҳи (I, II)** - бола соғлиғини комплекс баҳолаш натижаси.

**Синдактилия** - бармоқларнинг туғма битишиб қолиши.

**Скрининг** - касалликни эрта аниқлаш учун оммавий текширув.

**Соғлом турмуш тарзи (СТТ)** - бу хулқ-атвор хавф омилларини назорат қилиш орқали саломатликни сақлайдиган, мустаҳкамлайдиган ва юқумли бўлмаган касалликлар (ЮБК) хавфини камайтирувчи одамнинг турмуш тарзи

**Соғлом янги туғилган чақалоқ** – бу туғилгандан сўнг ҳеч қандай тиббий ёрдамга муҳтож бўлмаган ва ўзининг яшаш фаолиятини яхши сақлаб қолган чақалоқдир

**Скрининг** - бу касаллик ҳолатларини эрта аниқлаш мақсадида клиник белгиларсиз шахслар гуруҳларини бирламчи текшириш тизими

**Тана вазни индекси** – бу одамнинг вазни ва бўйи ўртасидаги мосликни аниқловчи ҳисоблаш кўрсаткичи

**Телеангиоэктазиялар** – терининг кичик қон томирлари кенгайиши ва кўринмас тарзда ёки қизил нуқталар сифатида намоён бўлиши.

**Транзитор қон айланиши** - туғилгандан кейин қон айланиш тизимининг ўтиш даври.

**Транзитор ҳолат** - вақтинчалик, ўтиш даврига хос ҳолат.

**Токсикоз** - ҳомиладорликдаги патологик ҳолат (кўнгил айланиши, қусиш ва б.).

**Трансферрин** - темирни ташувчи оқсил.

**Трансферрин билан тўйиниш коэффиценти** - қонда темир билан боғланган трансферрин миқдорини кўрсатади.

**Хавф омиллари** - бу инсон саломатлигига салбий таъсир кўрсатадиган ва касалликларнинг пайдо бўлиши ва ривожланиши учун қулай муҳит яратадиган (ташқи ёки ички) ҳолатлар

**ЎРВИ** - ўткир респиратор вирусли инфекция.

**Ҳомила ичи инфекцияси** - ҳомиладорлик вақтида болага юққан инфекция.

**Ҳомила ривожланишининг орқада қолиши** - гестацион ёшга нисбатан ўсиш кечикиши.

## Адабиётлар

1. Детские болезни: учебник / под ред. Р.Р. Кильдияровой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Болаларда шошилиш ҳолатлар / Абдуллаев Х.А.— Тошкент: Янги аср авлоди, 2020. — 224 б.
3. Оилавий тиббиёт бўйича миллий клиник протоколлар / Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги. — Тошкент, 2022. — 350 б.
4. Болаларда профилактика ва диспансер кузатув бўйича услубий қўлланма / Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги. — Тошкент, 2021.
5. Вакцинация бўйича миллий эмлаш таквими ва амалий тавсиялар / Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги.— Тошкент, 2023.
6. Педиатрия / Исмоилов А.А., Турсунов Б.Б. — Тошкент: Тиббиёт, 2019.
7. Болалар касалликлари / Каримова Д.Р. Болалар касалликлари. — Тошкент: Ўқитувчи, 2018. — 512 б.
8. Гусейнова С.Н. Современные подходы к лечению бронхиальной астмы у детей. — М.: Медицина, 2020. — 220 с.
9. Казакова Т.И. Реабилитация и профилактика бронхиальной астмы в детском возрасте // *Педиатрия*. — 2021. — №3. — С. 45–52.