O’ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM FAN VA INNOVATSIYA VAZIRLIGI
O’ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG’LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT KIMYO UNIVERSITETI

PEDIATRIYA. NEONATOLOGIYA.

O‘quv qo‘llanma

5510100 – Davolash ishi bakalavriat ta’lim yo‘nalishlari uchun.

Toshkent – 2025

UO'K 616-053.2(075.8)
KBK 57.3ya73
N 79

Normatov, J.J. Pediatriya. Neonatologiya [Matn] : o‘quv qo‘llanma / J.J. Normatov .-Farg‘ona: Alpha Brand, 2025.- 332 b.

Tuzuvchi:

Normatov J.J. o’qituvchi

Taqrizchilar:

Xalmatova B.T. – Toshkent Kimyo universiteti professori. t.f.d.
Axmedova M.E. – TAFU “Pedagogika” kafedrasi professori. p.f.d.
Shermatov R.M. – FJSTI Pediatriya kafedrasi mudiri, t.f.n. dotsent.

Mazkur o‘quv qo‘llanmada tibbiy-pedagogik ta’limga asoslangan bolalarning yoshga oid anatomik-fiziologik xususiyatlari, bolalar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, asosiy klinik belgilari, tashxislash va qiyosiy taqqoslash turlari, zamonaviy davolash usullari, kasalliklarning profilaktikasi va reabilitatsiyasi qamrab olingan. O‘quv qo‘llanma pediatriya faniga oid bilimlar, bolaning o‘sish va rivojlanish davrlarini, bola hayotining har bir yosh bosqichlariga xos alohida morfologik, fiziologik va psixologik o‘zgarishlarini o‘rgatadi. O‘quv qo‘llanmada neonatologiya fanini o‘qitish– talabalarda sog‘lom va bemor chaqaloqlar va ularning ota-onasi bilan muloqot qilish kabi mavzular qamrab olingan. Bolalarni tekshirish, laborator tahlillarni yoshga oid o‘qiy olish, chaqaloqlik davrida uchrovchi kasalliklarni tashxislash, tez yordam ko‘rsatish, profilaktika choralarini belgilash bo‘yicha tibbiy bilim va ko‘nikmalarni rivojlantirishdan iborat.

Mazkur o‘quv qo‘llanma Oliy ta’lim, fan va innovatsiyalar vazirligining 2024 yil 27 dekabrdagi 485- sonli qarori bilan nashrga tavsiya etilgan.

ISBN 978-9910-8082-0-3

Normatov J.J. 2025
«ALPHA BRAND» nashriyoti, 2025

KIRISH.

Rivojlangan, tibbiyot tarmog‘ini va zamonaviy tibbiy ta’lim texnologiyalari taraqqiyotiga urg‘u bergan mamlakatlar tajribasi, tibbiy resurslar taqchilligi sharoitida innovatsion faoliyatni maksimal darajada faollashtirishga urinmoqdalar. Bu holda taraqqiyotning asosiy zaxirasi inson, inson sog’ligining potensial imkoniyatlarini aniqlash, tibbiy bilim, tibbiy kreativ qobiliyatini rivojlantirish, shaxsning tibbiy salohiyatini oshirish hisoblanadi. Har bir shaxsning va bo‘lajak mutaxassisning ijodiy salohiyati tibbiy ta'lim tizimida tibbiy-pedagogik jarayonning tashkil etilishi, bolalarni dabvolash va profilaktika muhitni yuzaga keltirish masalasiga borib taqaladi. Zamonaviy tibbiy ta'lim sohasi pedagogik tayorgarlik jarayonini samaradorligini oshirish, yangi avlod tibbiyotchilarini tayorlash, bo‘lajak shifokorlarda ijodiy, kreativ, innovatsion yondashuv jihatlarini yuqori darajada shakllantirishni talab etmoqda. Kasbiy va ijodiy faoliyatni faol o‘zlashtirish, uni samarali amalga oshirish nafaqat tibbiy ko‘nikma va malakalarni rivojlantirish va integrasiyalashuvini, kasbiy ishni bajarishning individual uslublari va usullarini ishlab chiqishni, balki kasbiy ijod metodologiyasini o‘zlashtirishni, ijodiy fikrlashni rivojlantirishni ham o‘z ichiga oladi. O‘quv qo‘llanma bir necha moduldan iborat bo‘lib, modullarning har birida kerakli nazariy ma'lumotlar, o‘quv qo‘llanma oxirida nazorat uchun savollar va mustaqil ish topshiriqlari berilgan. Umumiy amaliyot shifokori tayorlash nuqtai nazaridan bu fanning ahamiyati katta. Shu munosabat bilan ushbu o‘quv qo‘llanma birlamchi bo’g’inda sog’lom bolani o’sish va rivojlanishi, to’g’ri ovqatlantirish va keng tarqalgan bolalar kasalliklarini oldini olish, ularnni kechishi, davolashi va reabilitatsiya o‘tkazishni inobatga olib 4 ta fanni qamrab oladi (bolalar kasalliklari propedevtikasi, pediatriya, neonatologiya, ambulator - poliklinik pediatriya). Bolalarning yoshga oid anatomik-fiziologik xususiyatlari, bolalar kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi, asosiy klinik belgilari, tashxislash va qiyosiy taqqoslash turlari, zamonaviy davolash usullari, kasalliklarning profilaktikasi va reabilitatsiyasi qamrab olingan. O‘quv qo‘llanmada pediatriya fani asosida bolaning o’sish va rivojlanish davrlarini, bola hayotining har bir yosh bosqichlariga xos alohida morfologik, fiziologik va psixologik o’zgarishlarini o’rgatadi. O‘quv qo‘llanmada neonatologiya fanini o‘qitish talabalarda sog’lom va bemor chaqaloqlar va ularning ota-onasi bilan muloqot qilish, bolalarni tekshirish, laborator tahlillarini yoshga oid o’qiy olish, chaqaloqlik davrida uchrovchi kasalliklarni tashxislash, tez yordam ko’rsatish, profilaktika choralarini belgilash bo’yicha ko’nikmalarni shakllantirishdan iborat.

O‘quv qo‘llanmada chaqaloqlik davrida bolalardagi a’zo va tizimlarning anatomik-fiziologik xususiyatlari; chaqaloqlik davrida bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanish ko’rsatkichlari; chaqaloqlik davrida bolalarni ovqatlantirish tamoyillari; chaqaloqlik davrida ko’p uchraydigan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi,

klinikasi va qiyosiy tashxisoti haqida tasavvurga ega bo'lishi; chaqaloqlik davrida kasalliklarni davolash tamoyillarini; chaqaloqni jismoniy rivojlanish monitoringini o'tkazish; sog'lom bolalarni nevro-psixik holatini baholash; kasallik anamnezini yig'ish; bemorlarni klinik-laborator tekshirish ko'nikmalariga ega bo'lishi; kasalliklarning asosiy klinik, laborator va instrumental mezonlarini aniqlash; chaqaloqlik davrida ko'p uchraydigan kasalliklarning profilaktikasini bilishi va ulardan foydalana olishi; reabilitatsiya choralarini o'tkazish; aholi orasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilishga o'rgatadi. O'quv qo'llanmada bola organizmini anatomik-fiziologik xususiyatlari, rivojlanishi, bolalar organizmining asosiy jarohatlanish simptomlari va sindromlari, semiotikasi, yoshga oid ovqatlanish, tibbiyot xodimlari va bemorning qarindoshlari bilan muloqotni etik va deontologik asoslari qamrab olingan. Chaqaloqlik davrida uchraydigan kasalliklar to'g'risida tasavvurga ega bo'lishi; chaqaloqlik davrida ko'p uchraydigan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi va qiyosiy tashxisi, laborator ko'rsatkichlari, bolalar kasalliklarini davolash tamoyillari, kasalliklarni oldini olish yo'llarini, bemorlarni polikliniка sharoitida reabilitatsiyasi va dispanser kuzatuvi qoidalari haqida bilishi va ulardan foydalana olishi bolalarning jismoniy va psixomotor rivojlanish ko'rsatkichlarini aniqlash (bola vaznini va bo'yini o'lchash); yangi tug'ilgan chaqaloqni jismoniy rivojlanishi va yetukligini baholash; kasalliklarning asosiy klinik, laborator va instrumental mezonlarini aniqlash; chaqaloqlarda shartsiz reflekslarni aniqlash; ko'krak suti bilan to'g'ri emizish texnikasi; nazogastral zondlash texnikasi; yurak chegaralarini aniqlash; jigar chegaralarini aniqlash; gipertermiyada yordam ko'rsatish; yuqori nafas yo'llariga yot jism tushganda yordam ko'rsatish; anafilaktik shokda yordam ko'rsatish; aholi orasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish; laborator tekshiruvlar interpretatsiyasi (qon, siydik va axlat taxlillari) ni o'tkazish amaliy ko'nikmalariga ega bo'lishi haqida tibbiy pedagogik bilimlar, o'quv qo'llanmada o'z aksini topgan.

1-Mavzu: O'tkir revmatik isitma. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.

Revmatizmning tarqalishi. Hozirgi vaqtda kasallinishning susayganligi qayd qilingan va uning O'zbekistonda tarqalishi 1000 ta bolalar ichida 0,79 taga to'g'ri keladi. Maksimal kasallanish asosan 10-14 yoshlarga to'g'ri keladi.

Etiologiya va patogenezi. Infeksion faktorlar bilan bog'liq (A guruhiga mansub beta-gemolitik streptokokk yoki uning L formasi, virus-streptokokkli assotsiatsiya). Revmatik jarayonning shakllanishida streptokokkning antigen moddasi bilan yurak to'qimasi o'xshashligiga asoslangan immunologik

mexanizmlar muxim rol o‘ynaydi. Revmatizm bilan kasallanishda irsiy moyillik ham katta ahamiyatga ega (irsiylanishning multifaktorial tipi).

Patomorfologik nuqtai nazardan qaraganda revmatizmga biriktiruvchi to‘qima tuzilmalarining dezorganizatsiyasiga olib keluvchi sistemali vaskulit sifatida qarash mumkin. Ko‘pchilik mualliflar A guruhiga mansub betta-gemolitik streptokokkning revmatizmning etiologiyasida ahamiyati katta deb hisoblaydilar. Revmatizmning o‘tkazilgan streptokokkli infeksiyasidan so‘ng 2-3 haftadan keyin ko‘proq yuzaga kelishi, faol fazasidagi bemorlar qonida streptokokka nisbatan antitelalarning yuqori turda bo‘lishi, 60-75% bemorlar qonida streptokokkli antigen topilishi, bitsillin profilaktikasida kasallanish va qaytalanishning birdaniga susayishi streptokokkli nazariya to‘g‘riligini tasdiqlaydi. Revmatizmning qaytalanishi surunkali tonzilliti bor bo‘lgan bemorlarda, hatar guruhida: qarindoshlarida, naslda mavgjudligi hamda qonda B-xujayrali D8\17 markerning topilishi nisbatan 2,5 marta ko‘proq kuzatilada. Hozirgi vaqtda revmatizmning latent va surunkali shakllari streptokokkning ko‘p yillik bitsillin profilaktikasidan keyin aniqlangan, organ va to‘qimalarda persistirlovchi, fagotsitozga uchramaydigan va antibiotiklar ta’siriga chidamli qobiqsiz L - shakliga o‘tishi bilan tushuntiriladi. Anginani boshidan o‘tkazgan faqat 0,2-0,3% shaxslargina revmatizm bilan kasallanadi, ya’ni u streptokokk infeksiyasiga sezgir organizmlarda rivojlanadi. Kasallik asosan ota-ona va boshqa bolalari kasallangan oilalarda ko‘p uchraydi. Bu esa «oilaviy revmatizm» tushunchasi hosil bo‘lishiga olib keladi. Revmatizm streptokokka nisbatan genetik immun yetishmovchiligi bor shaxslarda rivojlanadi, ya’ni bu kasallik irsiy moyillikka ega, lekin shu bilan bir qatorda kasallik rivojlanishida tashqi muhit omillari ham muhim ro‘l o‘ynaydi.

Hozirgi vaqtgacha streptokokkning «revmatogen» shtamplari borligi to‘g‘risidagi masala taxlil qilinadi. Stellerman ko‘rsatishi bo‘yicha «revmatogen» shtammlarga liloproteinazasini yo‘qotgan (xiralashish omili) streptokokklar qiradi. U kardit, artrit, xoreya va revmatizmning boshqa ko‘rinishlari rivojlanishi turli «revmatogen» streptokokk shtammlariga bog‘liqligini aytib o‘tgan.

Bu nuqtai nazarga boshqa mualliflar revmatizm bilan kasallangan bemorlar tomog‘ida kasallikning faol fazasida 15-20 xil streptokokk serotipi aniqlanishini va ular klinik sog‘lom shaxslar, boshqa streptokokk infeksiyasi bemorlarda ham uchrashi haqidagi ma’lumotlarni qarshi qo‘yadilar.

Genetik markerlarni tekshirish shuni ko‘rsatadiki, revmatizm bilan kasallangan bemorlar ichida. A va B qon guruhli shaxslar ko‘pchilikni tashkil etadi. B guruh qoniga ega bo‘lgan, revmatizm bilan kasallangan bemorlarda antistreptolizin — O ning yuqori titri aniqlangan, bu esa bu guruh qoniga ega bo‘lgan shaxslarning streptokokka nisbatan yuqori sezuvchanligidan dalolat beradi. Streptokokk etiologik omil hisoblansada, u klassik infeksion patologiya nuqtai

nazaridan revmatizm qo‘zg‘atuvchisi emas. Immun gomeostazning buzilishi ham ahamiyatli emas, ya’ni revmatizm – bu klinik immun kasallik. Streptokokk organizmga o‘zining antigen xususiyatlariga ega bo‘lgan toksinlari (streptolizin O, DNK polimeraza, proteinaza, gialuronidaza, streptokinaza) bilan ta’sir qiladi, bunga javoban organizmda antitanalar (antistreptolizin – O, antistreptogialuronidaza va boshqalar) ishlab chiqariladi. Antigen xususiyatiga streptokokkning sitoplazma va membrana tuzilmalari ham ega bo‘lib, ularda ham antitanalar aniqlanadi.

Surunkali tonzillit bilan kasallangan, sensibillashgan bolalarda streptokokkli infeksiyaning qayta avj olishi organizmda ko‘p miqdorda immun komplekslar (streptokokk, antigen+antitana+komplement) to‘planishiga olib keladi. Ular qon tomir tizimida aylanib, mikrosirkulyator qon tomir devorlariga yopishadi va uning shikastlanishiga olib keladi. Bu esa antigen va oqsillarning biriktiruvchi to‘qimaga o‘tishini osonlashtirib, uning destruksiyasiga olib keladi (tezroq tipdagi allergik reaksiya). Revmatizm patogenezida allergiyaning ahamiyati qo‘zishning boshlang‘ich davriga, angina vaqtiga emas, balki undan 10-14 va ko‘proq kundan keyingi vaqtga to‘g‘ri keladi. Streptokokk antigenining tuzilishi bilan yurak biriktiruvchi to‘qimasi o‘xshashligi patalogik jarayon birinchi navbatda yurak qavatlarini qamrab olib, keyinchalik yuqori maxsus faollik va shikastlovchi ta’sirga ega bo‘lgan autoantigenlar hosil bo‘lishiga olib keladi. Bunga javoban vazifasi va ahamiyati to‘liq o‘rganilmagan autoantitanalar – AKA (antikardial antitanalar) ishlab chiqariladi. Ko‘pchilik mualliflar fikricha ular dastlab himoya vazifasini o‘taydi (tozalovchilar), lekin yuqori titrda shikastlovchi ta’sirga ega bo‘ladi. AKA tarkibi bo‘yicha turli xil: bittasi faqat yurak AGga sezgir boshqalar esa streptokokk membranasiga ham ta’sirchan. Yurak to‘qimasi AKA bilan bir qatorda antistreptokokk antitanani ham biriktiradi. Immunokompleks reaksiya yurakda surunkali yallig‘lanish jarayoniga olib keladi.

Revmatizmda gumoral immunitet bilan bir qatorda xujayraviy immunitet ham zararlanadi, ya’ni gumoral va xujayraviy immunitet orasida muvozanat buziladi. Bunda shikastlovchi ta’sirga ega bo‘lgan, o‘zida yurak qavatlariga nisbatan fiksatsiyalangan antitanalar saqlovchi sensibillashgan killer-limfotsitlar kloni hosil bo‘ladi (sust tipdagi allergik reaksiya), ya’ni birlamchi revmatizmda asosiy patogenetik omil streptokokkli infeksiya va TTAR. Birinchi revmatik atakani yallig‘lanishga qarshi doiralar bilan davolash yaxshi samara beradi. Surunkali revmatizmda sensibillashgan limfotsitlarning yurak to‘qimasi bilan ta’sirlashuvchi antikardial antitanalar, muhim ro‘l o‘ynab, bunda immunodepressiv davo maqsadga muvofiq.

A.I.Strukov biriktiruvchi to‘qima dezorganizatsiyasining 4 ta bosqichini farqlagan:

1.Mukoid bosqich .

2.Fibrinoid bosqich.

3.Granulematoz bosqich.

4.Chandiqlanish bosqichi.

Klinitsistlar uchun mukoid bosqichini ajratish muhim bo‘lib, bunda davolash qancha erta boshlansa, patologik jarayonni shuncha tez ortga qaytarish mumkin. Fibronoid bo‘kish bosqichida biriktiruvchi to‘qimaning chuqurroq destruksiyasi kuzatiladi. Davolash olib borilganda jarayonni orqaga qaytarish extimolligi kamroq. Ikkala bosqich revmatik jarayon borligidan dalolat beradi va morfologik jihatdan bola organizmiga ko‘proq xos bo‘lgan ekssudativ komponent sifatida namoyon bo‘ladi. Nospetsifik ekssudativ komponentning rivojlanish darajasi revmatizmning klinik o‘zgarishlari og‘irligi bilan bog‘liq (miokardit, xoreya, poliserozitlar). Ashoff-Talalayev granulyomalari yurak devori va klapani, endokardda, fibroz xalqada, perikardda, qon tomirlar devorida va boshqa a’zolar biriktiruvchi to‘qimasida uchraydi. Ular xujayraviy elementlar to‘plami bo‘lib, biriktiruvchi to‘qima dezorganizatsiyasi mahsulotlarini yo‘qotishga qaratilgan sustkor tipdagi xujayraviy immun reaksiyani belgilaydi, markazida proliferatsiyalanuvchi va gipertrofiyalangan gistiotsitlar saqlaydi. Bu granulyomada fiksatsiyalangan immun komplekslar topilishi bilan tasdiqlanadi (turga hoslik). Granulaning rivojlanish sikli 3-4 oy.

Revmatizm tasnifi. Revmatizm klinik ko‘rinishi polimorfdir. Revmatizm tashxisini to‘g‘ri qo‘yish uchun klassifikatsiya qabul qilingan. Kasallikning faol va nofaol fazalari farq qilinadi. Faol faza jarayonning faollik darajasi bilan tushuntiriladi. Nofaol faza haqida 6 oydan keyingina gapirish mumkin, chunki faollikning klinik va laborator belgilari yo‘qolgandan keyin ham morfologik o‘zgarishlar uzoq saqlanib qoladi.

Revmatik isitma klassifikatsiyasi (2003 yil) Rossiya revmatologlari Assotsiatsiyasi

Klinik variantlari	Klinik namoyon bo‘lishi		Natija	KAB Stadiya	
	Asosiy	Qo‘shimcha		KSV.	NUNA
Utkir revmatik isitma	Kardit Artrit Xoreya Xalkasi mon eritema	Istma Artralgiya Abdomin. sindrom Serozitlar	Tuzalish Surunkali revmatik kasallik Yurak kasalligi Poroksiz Porok bilan	0 1 11A 11B 111	0 1 11 111 1U
Qaytalama revmatik isitma					

KSV- N.D.Strajesko V.X.Vasilenko.

NUNA- Nyu-york kardiologlari assotsiatsiyasi.

FK-Funksional klass.

Klinik diagnozlar namunalari

1. Utkir revmatik isitma, Kardit (mitral valvulit), migratsiyalanuvchi poliartrit, KAB-1(FK -1).

2. Utkir revmatik isitma, Xoreya, KAB-0, (FK-0)

3. Qaytalama revmatik isitma, Xoreya, KAB-0, (FK-0)

4. Yurakning surunkali revmatik kasalligi. Mitral klapan qopqoqlarining yallig'lanishdan keyingi fibrozi. KAB-0 (FK-0)

5. Yurakning surunkali revmatik kasalligi, kombinirlangan mitral-aortal nuqson, KAB-II B (FK-III)/

Maksimal faollikdagi revmatizm (3-daraja) - kasallikning klinik va laborator ko'rinishlari aniq ifodalangan turidir.

1.Klinik sindrom: pankardit; o'tkir yoki o'tkir osti diffuz miokardit; yurak ishi yetishmovchiligi bilan kechuvchi o'tkir osti yoki surunkali revmokardit; o'tkir yoki o'tkir osti poliartrit, plevrit, revmatizm bilan birga nefrit, gepatit, granulyar toshmalar bilan birga keluvchi o'tkir osti yoki surunkali revmokardit; faollikka ega bo'lgan xoreya.

P.Rentgenologik tekshiruvlar yurak chegaralarining o'sib boruchi kattalanishishi va miokard qisqarish funksiyasining susayishi, faol antirevmatik terapiya ta'sirida orqaga qaytuvchi plevroperikardial o'zgarishlarni ko'rsatadi.

III.EKG: P-R intervalning uzayishi, ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi koronarit belgilari.FKG: tonlar o'zgarishi, shovqinlar, davolash ta'sirida orqaga rivojlanuvchi aksentlar.

IV-Qondagi o'zgarishlar: 8x10 10x10 oralig'idagi neytrofilli leykotsitoz. EChTning 20-30 mm/s gacha oshishi. S-refaol oqsil 1-3 musbat; alfa — 2 globulinlar 11.5-16% ni u-globulinlar 23-25%, seromukoid o,6 YeD dan, DFA 0,35-0,5 YeD dan yuqori.

U.Serologik testlar: streptokokk antitanalar titirlari, asosan antistreptolizin-O va antistreptogialuronidazaning normadan 1.5-2 marta oshishi.

VI-Kapilyar o'tkazuchanligining II darajagacha oshishi.

O'rta faollilikdagi revmatizm (2-daraja).

1.Klinik sindrom:

a) davolash bilan birga kelgan o'tkir osti revmokardit;

b) o'tkir osti poliartrit, fibrinoz plevrit, nefropatiya, revmatik xoreya, teri osti revmatik tugunchalar yoki xalqasimon eritema bilan birga keluvchi o'tkir osti yoki uzluksiz - retsidivlanuvchi revmokardit.

P.Rentgenologik tekshiruvlar natijalari: yurak kattalashuvi, (perikardial bitishmalar), antirevmatik terapiya natijasida orqaga qaytuvchi plevroperikardial bitishmalar.

III.EKG: P-R intervalning uzayishi, ritm va o‘tkazuvchanlikning buzilishi, koronarit belgilari. FKG: tonlar o‘zgarishi, shovqinlar, davolash ta’sirida orqaga qaytuvchi aksentlar.

1U.Qondagi o‘zgarishlar: $8x10^3$ - $YuxYu^3$ oralig‘idagi neytrofil leykotsitoz. EChTning 20-30 mm/s gacha oshishi. S-refaol oqsil 1-3 musbat, alfa-2-globulinlar 11,5-16% ni u-globulinlar taxminan 21-23% ni tashkil etadi, seromukoid 0,3-0,6 YeD, DFA-reaksiya 0,25-0,3 YeD oraliqlarida.

U.Serologik testlar: streptokokka qarshi antitana titrlari, asosan antistreptolizin - O va antistreptogialuronidazaning normadan 1,5-2 marta oshishi.

VI-Kapillyar o‘tkazuvchanligining II darajasigacha oshishi.

Kam faollikdagi revmatizm (1 daraja).

I-Klinik samarasi yomon kechuvchi, vaskulit, teri osti revmatik tugunchalar, xalqasimon eritema, turg‘un arteriyalar bilan birga kechuvchi cho‘zilgan yoki latent revmokardit.

P.Rentgen tekshiruv natijalari kasallikning klinik anatomik xarakteristikasiga binoan turlicha bo‘lib (birlamchi yoki qaytalama revmokardit, yurak nuqsoni bor yoki yo’q), antirevmatik terapiya ta’sirida aniq o‘zgarish kuzatiladi.

III.EKG va FKG kam ma’lumot beradi

1U.qondagi o‘zgarishlar noaniq, davolash jarayonidagi ularning o‘zgarishlari katta ahamiyatli, EChT biroz oshgan yoki me’yorda.

S-refaol oqsil bo‘lmaydi yoki ko‘p emas (1 musbat), alfa 2- u-globulinlar miqdori me’yorda yoki biroz ortgan, DFA - reaksiya ko‘rsatkichlari normaning yuqori chegarasida, seromukoid normal yoki pasaygan.

V. Serologik ko‘rsatkichlar normaning yuqori chegarasida yoki biroz oshgan. Ko‘rsatkichlarning davolash jarayonida va interkurrent infeksiyasidan tashqarida o‘zgarishi muhim ahamiyatga ega. Streptokokkli antitanalarning past titlarida immun refaollikning susayishi bilan bog‘liq bo‘lib, bemorning haqiqiy holatini aks ettirmaydi. Titlarning davriy oshishi hamda asta-sekin ko‘tarilishi (infitsirlanmasdan) revmatik jarayonning faolligi haqida qiyosiy tasdiqlovchi mezon bo‘lib xizmat qiladi.

VI. Kapillyarlar o‘tkazuvchanligi, boshqa sabablarni chiqarib tashlaganda, I-II darajasi oralig‘ida, kasallikning kechishi, uning boshlanishi va kechish xususiyatlarini hisobga olgan holda bemor refaolligiga bog‘liq.

O‘tkir – yorqin, keskin klinik ko‘rinishli, polisindromli, laborator ko‘rsatkichlar jarayonning yuqori faolligini bildiradi, kasallikning dinamikasi 2-3 oy davom etadi, yurak nuqsoni kam shakllanadi, bunday kechish ko‘prok revmatizmda uchraydi.

O‘tkir osti klinik simptomlar rivojlanishi asta-sekin, polisindromlik kamroq xos, kasallik davomiyligi 2-6 oy, ko‘pincha yurak nuqsoni shakllanadi. Antirevmatik terapiya samarasi kamroq ifodalangan.

Cho‘zilgan-sust-torpid kechish, kasallik 4-6 oy davom etadi, yaqqol xurujlarsiz, lekin remissiyasiz, bunda revmokardit kam yoki o‘rta faollikka ega bo‘lib, yurak nuqsoni davolanishga qaramasdan ko‘proq shakllanadi.

Uzliksiz – qaytalanuvchi juda og‘ir kechadi, ko‘pincha katta yoshdagi bolalarda uchraydi va polisindromik, yaqqol avj olish bilan xarakterlanib, davolash natijasida axvolining yomonlashuvi bilan to‘liqsiz remissiyaga o‘tadi. Yashirin-faol faza yo‘q, oldin ham bo‘lmagan, revmatik anamnezi yo‘q, yurak nuqsoni tezda aniqlanadi.

Revmatizmning tasxhis mezonlari. Revmatizmning tashxis mezonlari birinchi marta 1930-1938 yilarda bolalar revmatizmi ilmiy asoschisi A.A.Kisel tomonidan yaratilgan. Keyinchalik ular Jones tomonidan 1944 yilda qayta ishlangan. A.I. Nesterov ularni 2 ta punkt bilan to‘ldirdi. Asosiy (katta, spetsifik) va qo‘shimcha (kichik, nospetsifik) diagnostik mezonlar farq qilinadi.

Revmatizmning diagnostik mezonlari	
Asosiy:	Qo‘shimcha:
Kardit	Isitma
Poliartrit	Artralgiya
Xoreya	Leykotsitoz, EChT oshishi
Revmatik tugunchalar	EKG da P-Q uzayishi
Annulyar toshmalar	Serologik va bioximik ko‘rsatkichlar
O`tkazilgan strepkokkli kasallik bilan bog‘iqligi	Kapillyarlar o‘tkazuvchanligining oshishi
Antirevmatik terapiya samaradorligi	Charchash, qorin sohasida og‘riq, burundan qon ketish

Ko‘proq informativ turg‘un mezon-kardit, xoreya kamdan-kam poliartrit hisoblanadi.

Birlamchi revmatizm - ko‘pchilik mualliflar revmatizm diagnozi ikkita asosiy yoki bitta asosiy va ikkita qo‘shimcha mezonlar bo‘lganda to‘g‘ri deb hisoblaydilar. Klinik tajriba shuni ko‘rsatadiki, ko‘p hollarda xatto asosiy belgilar ham nisbiy diagnostik ahamiyat kasb etadi.

A. O‘tkir yoki o‘tkir osti kechish xos. Burun-tomchi infeksiyasidan so‘ng 2-3 haftadan keyin yoki busiz revmatizmning birinchi simptomlari paydo bo‘ladi. Bu bosqichni xabarchilar davri deb atash mumkin, boshlang‘ich ko‘rinishlariga tana haroratining birdaniga ko‘tarilishi, intoksikatsiya simptomlari, artralgiya yoki poliartrit kabilarni kiritish mumkin. Birlamchi revmatizm bilan kasallangan

bemorlarning ko‘p qismida bo‘g‘imlar o‘zgarishi kuzatiladi. Revmatik poliartritda, asosan, simmetrik yirik va o‘rta bo‘g‘imlar shikastlanadi. Shikastlanish uchuvchi, ko‘chuvchi xususiyatga ega bo‘lib, 1-7 haftalar ichida turli bo‘g‘imlarni egallaydi. Kamdan-kam bitta bo‘g‘im zararlanadi. Bo‘g‘imlar shishgan, konturlari silliqlashgan, faol va passiv harakatlar keskin chegaralangan, ustidagi teri qizargan, ushlaganda issiq, lekin davolash natijasida bo‘g‘im sindromi tezda yo‘qoladi, barcha o‘zgarishlar izsiz yo‘qoladi. Yuqori harorat 3-5 kun saqlanadi, bug‘imlar shikastlanishi bilan bir qatorda revmokardit belgilari aniqlanadi va asosiy o‘ringa chiqadi. Karditning birinchi simptomlari kechroq paydo bo‘lishi mumkin, ba’zan poliartrit susayishi fonida paydo bo‘ladi.

Revmokarditda yurakning barcha uch qavati jarayonga tortiladi va u yoki bu klinik simptomlarning ustunligiga qarab jarayonga ularning qaysi biri qo‘shilganligini qayd qilish mumkin. Klinik ko‘rinishlarning og‘irligi miokard zararlanishi bilan aniqlanadi.

Nesterev yaqqol, o‘rta va kam ifodalangan karditni tafovut qiladi. Yaqqol ifodalangan miokarditda bemor juda og‘ir holatda, rangparlik, xansirash, yurak sohasida og‘irlik, yurak tez urib ketishi kabilar kuzatiladi. Cho‘qqi turtkisi susaygan, yurak bo‘g‘iqlik chegaralari chapga siljigan, tonlar bo‘g‘iqlashgan. Ko‘pincha taxikardiya yoki bradikardiya aniqlanadi. Sistolik shovqin revmatik miokarditda turlicha bo‘lishi mumkin. Bu yumshoq, dag‘al bo‘lmagan shovqin eng kuchli 5-nuqtada va cho‘qqida eshitiladi, uzatilmaydi (shovqin disfunksiyasi, p apillyar mushak gipotoniyasi) yoki yurak asosida qon oqish tezligining o‘zgarishi, o‘pka arteriyasining bosimining, qon yopishqoqligining o‘zgarishi, uning hajmi oshishi bilan bog‘liq «zarb shovqini» eshitiladi. Bunday shovqinlar intesivligi vertikal holatda yoki jismoniy yuklamada o‘zgaradi. FKG da bu shovqinlar organizm shovqinlari bilan bog‘liq emasligi, o‘z shaklini va amplitudasini turli koordinatsiyada o‘zgarishi bilan farq qiladi. Shuni esda tutmoq kerakki, bolada revmatizm kasalligigacha yoki unga bog‘liq bo‘lmagan holda chapda 5-qovurg‘alar oralig‘ida jarangdor funksional shovqin yoki bo‘yin tomirlarida sistolik «shum volchka» eshitilishi mumkin.

B. Miokarditni tasdiqlash uchun instrumental tekshiruv ma’lumotlari katta yordam beradi. EKG da quyidagi o‘zgarishlar bo‘lishi mumkin:

1. Ritm faoliyatining taxikardiya va bradikardiya ko‘rinishida buzilishi, ritm boshqaruvchisi migratsiyasi, ab-disfunksiya, ular bilan bog‘langan.

2. ab o‘tkazuvchanlikning P-R uzayshi ko‘rinishda buzilishi. FKG da quyidagilar kuzatiladi :

a. Cho‘qqida ton amplitudasining uzayishi, bu miokard zararlanishi ham P-R uzayishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin;

b. III va IV tonlar amplitudasining oshishi;

v. Funksional va organik sistolik shovqin;

V. Revmokarditda klinik jihatdan kam hollarda yallig‘lanish jarayoniga perikard qo‘shiladi. Odatda u plevra shikastlinishi bilan kechadi (plevroperikardit). Klinik jihatdan yurak sohasida qattiq og‘riq, quruq va cho‘zilgan yo‘tal paydo bo‘ladi, bolalar majburiy oldinga o‘tirgan holatni egalashadi. Quruq fibrinoz perikarditda butun yurak sohasi yoki biror qismi bo‘ylab perikard ishqalanish shovqini eshitiladi (bu yurak tonlari bilan bog‘lanmagan). U doimiy bo‘lmasdan perikard bo‘shlig‘ida suyuqlik to‘planganda kuzatiladi.

1. Oldin aniqlangan yurak sohasida pulsatsiyani va perikard ishqalanish shovqining yo‘qolishi yoki kamayishi.

2. Yurakning tez kattalashuvi.

3. Yurak bo‘g‘iqligi absolyut va nisbiy chegaralarning yaqinlashuvi.

4. Rentgenda yurak soyasi trapetsiya shaklida konfiguratsiyasini o‘zgartiradi. Shu bilan bir vaqtda bemor ahvoli og‘irlashadi ortopnoe, bo‘yin venalari shishi yuzaga keladi. Qorinda og‘riq bo‘lishi mumkin, shishlar, jigar kattalashgan, zichlashgan, og‘riqli. Yurak va bo’g‘imlar zararlanishi bilan birga jarayonga MNS qo‘shiladi (xoreya, ensefalopatiya, meningoensefalit, neyrorevmatizm). Bolalarda ko‘proq xoreya uchraydi (sidengam xoreyasi). Xoreya revmatizm manifestatsiyasi bo‘lishi mumkin va har doim jarayonning faolligidan dalolat beradi, cho‘zilgan va o‘zgargan shakllari ham bo‘lishi mumkin. Xoreya bilan nerv tizimda total yetishmovchiligi bo‘lgan 5-10 yoshdagi bolalar, lekin ko‘pincha pubertat davridagi bolalar kasallanadi. Xoreyaga uzun yashirin davr xos. Bola g‘ayritabiy harakatlar qiladi; bo‘shashadi, xoitirasi, imlosi, yurish-turishi o‘zgaradi, yig‘loqi, qo‘zg‘aluvchan bo‘lib qoladi. Bemorni obyektiv tekshirilganda triada simptomlari xos:

-ixtiyorsiz, distal, cheksiz giperkinezlar;

-mushakli gipotoniya;

-koordinatsiya buzilishi;

Nevrologik statusda pay reflekslari uchraydi, asosan tizza refleksi ("+" Gerdon refleksi), Cherni simptomi (nafas organda qorin old devorining tushishi), Romberg holatida turg‘unsizlik, "ilviragan yelka" simptomi, Filatov ko‘zi va tili (bemor ko‘zini zich qisilgan holatida uzoq vaqt tutib turolmaydi, chiqarilgan tili tortishib turadi). Giperkinezlar hayajonlanganda kuchayadi va uyqu vaqtida to‘la yo‘qoladi. Simptomlar qaytar o‘zgarishlari 1,5 — 3 oy davomida yuzaga keladi. Xoreya retsidivlanadi va uning fonida ko‘pincha yurak nuqsoni shakllanadi.

Kam uchraydigan simptomlarga granulyar toshmalar va revmatik tugunchalar kiradi. Granulyar toshma dumaloq-oqish markazli pushti-qizil rangdagi dog‘ bo‘lib, asosan qorin, ko‘krak qafasining yon yuzalarida, yelka va son ichki yuzasida, bo‘ynida, yurakda joylashadi. Toshma ko‘pincha kasallik boshlanishida hosil

bo‘lib, uzoq saqlanmaydi. U boshqa patologik holatlar (sur. Tonzillit, ORVI) da ham uchraydi, shuning uchun diagnostik ahamiyati kam. Hozirgi vaqtda kamdan-kam holda avvallari kasallikning og‘ir kelgan turida aniqlagan revmatik tugunlarni ko‘rish mumkin. Tugunchalar bir necha kundan bir necha oygacha saqlanib qoluvchi, pay, aponevrozlar soxasida dumaloq, zich bittalab yoki ko‘plab joylashuvchi 2-8 mm og‘riqsiz hosilalardir.

Ba’zan revmatizm abdominal sindromdan boshlanadi. Shiddatli boshlanish, kuchli isitma, qorindagi og‘riqlar, qondagi yallig‘lanish xarakteridagi o‘zgarishlar bemorni xirurgik bo‘limga gospitalizatsiyasiga ko‘rsatma bo‘ladi. Abdominal sindrom o‘tkir boshlangan qorin parda serroz yallig‘lanishi va keyingi aspektik ekssudativ peritonit natijasi hisoblanadi.

Revmatizmda buyrak zararlanishi siydik sindromi: o‘rta darajadagi proteinuriya, leykotsituriya, kam holda eritrotsituriya bilan ifodalanadi.

Bu o‘zgarishlar xavfsizroq hisoblanadi.

G. Klinik belgilar bilan bir qatorda laborator ko‘rsatkichlarda ham xarakterli o‘zgarishlar kuzatiladi. Faol revmatik jarayonida E.Ch.T. 30 mm/s dan oshadi, lekin tezda gormonoterapiya fonida pasayadi. Qon tahlilida leykotsitar formula chapga siljiydi (tayoqcha yadroli neytorfillar miqdori oshadi). Leykotsitlar miqdori oshishi mumkin. Gemoglobin miqdori kamayadi va rang ko‘rsatkich kamayadi, siydikda eritrotsitlar ko‘rish maydonda 10-12 ta va kam hollarda 50-80 bo‘lishi mumkin (nefrit). Siydik bilan chiquvchi oqsil miqdori kam va revmatik infeksiya og‘irligiga bog‘liq, o‘rtacha leykotsituriya kuzatilishi mumkin. Qon immunobioximik taxlillarida: ASL-O, AKS, ASG (norma 250-500) titrlari, DFA reaksiya ko‘rsatkichlari (norma 0,210 YeD optik zichlik), seromukoid (norma 0,180 YeD gacha) ko‘rsatkichlarning oshishi, S-refaol oqsil topilishi (normada yo`q, fibrinogen normada 9,2 mkmmol/l gacha) miqdorning qonning fibrinolitik faolligi susayganda oshishi kuzatiladi. Oqsil fraksiyalari o‘zgarishi: faol globulinlar oshishi xos. Revmatizm diagnostikasida laborator ko‘rsatkichlar emas, klinika muhim ahamiyatga ega.

Qaytalanuvchi revmatizm. Revmatizm bilan kasallangan bemorlarning 25-50% da qayta hurujlar burun-xalqum infeksiyasidan so‘ng yoki paraallergik ta’sirotlar natijasida yuzaga keladi. Revmatizm qo‘zg‘ashi yana hosil bo‘lgan inotoksikatsiya belgilari, harorat oshishi, bo‘g‘im sindromlari tasdiqlashi mumkin. Xorey va boshqa sindromlar retsidivlanishi mumkin. Har qaysi yangi xurujdan keyin ekstrakardial ko‘rinishlar yaqqolligi susayadi, lekin ular baribir jarayon faolligidan dalolat beradi.

Qayta xuruj deb 10-12 oydan kam bo‘lmagan holda yuzaga kelgan xurujni aytish mumkin. Noto‘liq remissiya fonida dastlabki davrda jarayonning qo‘zishini revmatizmning o’zluksiz-retsidivlanuvchi turi deb hisoblash mumkin. Bolalarda

qayta xurujlar natijasida, yurak nuqsonlari shakllanadi. Agar nuqsonlar birinchi xurujdan keyin 14-18% bemorlarda aniqlansa, 2-chi xurujlardan keyin 100% bemorlarda aniqlanadi. Yurak nuqsonlari oddiy (bitta klapan alohida shikastlanishi), qo‘sh (bitta klapan stenozi va yetishmovchiligi) va kombinirlangan (2-3 ta klapan zararlanishi) bo‘ladi. Jarayonga qo‘shilish chastotasi bo‘yicha birinchi o‘rinda mitral klapan, ikkinchi o‘rinda aortal klapan, uchinchi o‘rinda uchtabaqali klapan turadi. Qaytalanuvchi revmokarditda kasallik og‘irligi faqatgina jarayon faolligiga emas, balki klapanlar deformatsiyasi yaqqolligiga ham bog‘liq.

Solishtirma tashxis. Revmatizmni qator yurak, bo‘g‘im, MNS kasalliklari bilan solishtirib ko‘rish zarur. Dekompensirlangan surunkali tonzillitni revmatizm bilan umumiy holsizlik, charchash, poliartrologik subfebrilitet kabilar yaqinlashtiradi, hamda bemorni tekshirganda taxikardiya, sistolik shovqin ekstrasistoliya aniqlanadi. Ba’zan kattalashmagan murtaklar (toksik-allergik) bola organizmiga toksik-allergik ta’sir ko‘rsatib, gipertoniya va yuqori immunobioximik ko‘rsatkichlar bilan kechadi. Tashxis qo‘yishda tonzilitning faqat avj olganda o‘zgarishlar yuzaga kelishi (yashirin oraliq vaqti yo‘q) yordam beradi, yurak organik zararlanish simptomlari bo‘lmaydi. Virusli miokardit revmatizmdan ORVI bilan bog‘liqligi, ekstrakrdial ko‘rinishlari yo‘qligi, kasallik erta (5-6 yoshgacha) boshlanishi bilan farq qiladi, miokardial yetishmovchilik asosiy o‘ringa chiqadi, laborator ko‘rsatkichlar normada bo‘lib, yurak klapanlari nuqsoni shakllanmaydi.

Bolalarda surunkali infeksiya o‘chog‘i, poliartralgiya yoki poliartrit bo‘lganda, funksional shovqin eshitilishi revmatizm giperdiagnostika sabablari bo‘lishi mumkin. Latent revmatizmda faollik belgilarisiz faqat yurak klapan nuqsoni bo‘lganda, yurak nuqsonlarining boshqa sabablarini eslash kerak. Mitral klapan yetishmovchiligi (MKYe) klapanlarning tug‘ma defekti, MK prolapsi, virusli va bakterial endokardit, xordalarning travmatik uzilishi, idiopatik gipertrofik subaortal stenoz bilan bog‘liq. Aortal klapan yetishmovchiligi (AKYe) miksomator degeneratsiya natijasida, tug‘ma klapan rivojlanmasligi, biriktiruvchi to‘qima kasalliklari to‘qima kasalliklari (Elerasa-Danlos, Marfon sindromlari), aorta qatlamli anevrizmasi, arterial gipertoniya natijasida yuzaga kelishi mumkin. Bo‘g‘im sindromida boshqa kasalliklar haqida eslash kerak. Bolalarda boldir sohasida og‘riq (o‘sish og‘irligi) VSB (vagotoniya) natijasida bo‘ladi; ko‘pincha ular kechasi yuzaga keladi, bo‘g‘imlar o‘zgarmaydi. Tashxis qo‘yishiga vegetativ holatni o‘rganish, vagotoniya, neografiya simptomlarini aniqlash yordam beradi.

Revmatoidli artrit revmatizmdan quyidagilar bilan farq qiladi: kasallik ko‘proq hayotning birinchi yillari (7 yoshgacha) boshlanadi; uzoq vaqt isitma ko‘tarilishi bilan kechadi, jarayonga qo‘l, oyoq panjasidagi, umurtqa pog‘onasidagi mayda bo’g‘imlar qo‘shiladi, bo‘g‘im sindromining davomiyligi bir necha haftagacha yoki oygacha, bo‘lib, bo‘g‘imlar deformatsiyasi, mushaklar atrofiyasi rivojlanishi bilan

davom etadi; bo‘g‘imlar rentgenogrammasida o‘zgarishlar (osteoporoz, ankiloz); ertalabki karaxtlik simptomi kuzatiladi.

Yurak uzoq vaqt jarayonga qo‘shilmaydi. Yallig‘lanishga qarshi terapiya kam samara beradi.

Osteomiyelit antibakterial terapiya qilishga qaramasdan yuqori harorat bilan kechuvchi, travma bilan bog‘liqligi, bitta bo‘g‘imning chegaralangan shikastlanishi, og‘riqni giperemiya va shishli joyda maksimal bo‘lishi, intoksikatsiya belgilari tez o‘sib borishi bilan xarakterlanadi.

Monoartritda, ayniqsa tos-son bo‘g‘imida silning asorati emasligini hisobga olish kerak.

Poliartrit leykozning birinchi ko‘rinishi bo‘lishi mumkin, bunda umumiy qon tahlilida o‘zgarishlar aniqlanmaydi.

Bo‘g‘im sindromi kardit belgilarisiz kechishi, periferik limfa tugunlari, jigar, taloq kattalashishi, anemiya leykozga shubha qilishga yordam beradi. Dignostika stretokokk infeksiyasiga bog‘liq bo‘lmagan, tana harorati oshmaydigan, intoksikatsiya belgilarisiz kechuvchi nevroz harakatlari (tiklar) bilan solishtirma tahlil o‘tkazish kerak. Umumiy holati o‘zgarmagan, proksimal giperkinezlar mavjud, lekin katta amplituda emas, mushakli gipotoniya yo`q. Kasallik oylab va yillab davom etadi, bolani o‘zini tutishida o‘zgarishlar MNS ning organik shikastlanishi belgilari ham bor.

Davolash. Bolalarda revmatizmni davolash erta, kompleks, bosqichli (statsionar, revmatik sanatoriy, dispanser uzoq davom etishi 3-4 oydan kam emas) davolash kerak.

A. 1-bosqich. Statsionar davo-kompleksli terapiyaning birinchi, asosiy bosqichlarini o‘z ichiga oladi.

1. Bolaga moslanuvchi davolovchi gimnastika mashg‘ulotlari bilan davolash - harakatlanuvchi rejimni ta’minlash (funksional reabilitatsiya)

2. Medikamentoz terapiya qo‘llash (patogenetik davo)

3. Surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish. Statsionarda o‘tkir revmatizm bilan kasallangan bemorlarni yakkalash maqsadga muvofik, chunki u streptokokk tashuvchisi hisoblanadi. Bo‘limda davolash-harakat rejim aniqlanadi. Yotoq rejimi 2-3 hafta yoki ko‘proqqa (kardit og’irligiga karab) belgilanadi. So‘ng bolani yarim yotoq rejimiga (xojatxonaga, stolga, muolajaga turishga ruxsat beriladi), keyinchalik shug’ullanuvchi rejimga o‘tkaziladi. Birinchi rejimdan ikkinchisiga o‘tkazishda klinik-laborator ko‘rsatkichlar nazoratga olib boriladi. Uzoq vaqt toza havoda yurish katta ahamiyatga ega. Ovqatlanishi to‘la, sifatli bo‘lishi kerak, gormonoterapiyada ovqat tarkibidagi K tuzlarini oshirish, osh tuzini kamaytirish maqsadga muvofiq.

Medikamentoz davo o‘z ichiga antimikrob, yallig‘lanishga qarshi va

immunodepressiv preparatlarni o‘z ichiga oladi. Revmatizm streptokokk tabiatli bo‘lgani uchun sutkasiga 600000 – 2 mln YeD m/o 2 hafta davomida penitsillin buyuriladi. Yallig‘lanishga qarshi, desensibillashtiruvchi, og‘riq qoldiruvchi, isitma tushiruvchi va yengil antikoagulyant xususiyatga ega bo‘lgan aspirin tavsiya etiladi. Dozasi 0,20 g. har bir yoshiga (tax. 3 g/sut) bo‘lib ovqatdan keyin 3-4 marta beriladi. 3-4 hafta davomida beriladi, keyin har bir yoshiga 0,15 g dan kamaytirib 2 hafta beriladi. Keyinchalik bemor 1,5 oy davomida 0,1 g har bir yoshiga qabul qiladi. Pirozonol qatori birikmalari (analgin, amidopirin) aspirin o‘rniga 0,15-0,2 g har bir yoshiga yoki birgalikda har bir preparatdan 0,1-0,15 g dozada har bir yoshiga sutkasiga beriladi.

Butadion aspiringa nisbatan yaqqolroq antirevmatik ta’sirga ega, lekin nojo‘ya ta’sirlari ko‘proq (qayd qilish, gematuriya), shuning uchun 2-3 haftalik qisqa kurslar buyuriladi. 5-7 yoshdagi bolalarga kuniga 3 mahal 0,05 g dan, 8-10 yoshdagilarga 4 mahal 0,05 dan, 11 yosh va undan kattalarga 3 mahal 0,1 g dozada beriladi.

Revmatizmni davolashda bir necha o‘n yillar davomida GKS qo‘llaniladi.

Revmatizm bilan kasallangan bolalar uchun gormonal preparatlar (milligramda) ning sutkalik dozalari

Preparatlar	7-yoshgacha	7-12 yosh	12-19 yosh
Prednizolon	10-12,5	12,5-15	15-20
Triamsinolon	8-10	10-12	12-16
Deksametazon	1,75	2-2,6	2,6-3,0

Nesterov kompleksli terapiyani taklif qiladi (GKS, aspirin), bu esa gormonlarni kichik dozada buyurishga imkon beradi (dorilarning sifatli sinergizmi). Hozirgi vaqtda prednizolonning o‘rtacha miqdori 0,7-0,8 mg/kg. sutkasiga, lekin 1 mg/kg kam bo‘lmagan miqdorlarda tavsiya etiladi. Prepartning to‘liq dozasi yaqqol klinik natija yuzaga chiqquncha 10-14 kun davomida beriladi. Preparatni bekor qilish asta-sekinlik bilan olib boriladi. Shuning uchun davolash kursi 2 oy davom etadi.

Gormonoterapiya vaqtida K+ preparatini kerakli dozada olish kerak. (yaxshisi panangin sutkasiga 3-6 tabletka) YaKNP (voltaren, indometatsin)ga ko‘rsatmalar — GKS terapiyaning uzluksiz retsidivlanuvchi yoki cho‘zilgan sust kechishida noeffektivligi va kam yoki o‘rtacha ifodalangan revmokardit.

Bolalarda revmatizmni davolashda qo‘llaniluvchi nosteroid

Preparatlar	Bola yoshi	Boshlang‘ich sutkalik doza	1kg massaga doza

Voltaren	3 yosh 6 yosh 11oy 7-12 yosh 12 yoshdan yuqori	75 75-100 100-100	2,8-3,5
Indometatsin	3 yosh 6 yosh11oy 7-12 yosh 12 yoshdan yuqori	50-75 75-100 100-125	2,5-3,0

preparatlar dozalari.

Indometatsin bir necha oy davomida sutkasiga 3-4 marta 4-3 mg/kg dan beriladi. Shuni esda tutmoq kerakki, YaKNP ni qo‘llaganda salitsilatlar va pirozolon unumlari preparatlari bekor qilinadi. Surunkali va cho‘ziluvchi kechishda xinolin qatori birikmalari delagil, plakvenil qo‘llaniladi. Ular immunodepressiv xususiyatga ega, ularning yallig‘lanishga qarshi effekti yaqqol emas. Ularning ta’sir effekti davolashdan 3-4 haftadan keyin yuzaga keladi, shuning uchun ularni bir necha oylab (2 yilgacha) gormonal preparatlar bilan birga qo‘llanadi. Immunodepressantlar (6-metiluratsiya, siklofosfan) boshqa hamma usullar noeffektivligida qo‘llaniladi.

Yurak glikozidlari klapan nuqsonli qaytalanuvchi revmatizmda ko‘proq qo‘llaniladi. Bunda qon aylanish yetishmovchiligi gormon va aspirin terapiya bilan bartaraf etiladi. Turg‘un dekompensatsiyada siydik haydovchi preparatlar qo‘llaniladi. Xoreyada antirevmatik davolash bilan birga brom, seduksen, prioksazin, preparatlari, elektrouyqu, o‘tli vannalar, B B_6 vitaminlar qo‘llaniladi. Kompleksli terapiyaning asosiy omillaridan biri surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilishdir (kariyes tishlar, gaymorit, tonzillit). Tonzill ektomiyani revmatizm qaytarilishini oldini olishdagi ahamiyati bitsillinoprofilaktika kiritilgandan keyin kamaydi. Tonzilektomiya streptokokkli faringit yuzaga kelish xavfini kamaytirmaydi, ko‘pincha streptokokkli infeksiya kechishini o‘zgartirmaydi, u hozirgi vaqtda faqat ba’zi ko‘rsatmalardagina qilinadi. (tonzillitning tez-tez va qat’iy retsidivlari, tonzillogen intoksikatsiya, konservativ terapiya samarasizligi va boshqalar). Tozillektomiya kasallik boshlanishidan 2-2,5 oydan kam bo‘lmagan vaqt o‘tganda, normal laborator ko‘rsatkichlar bo‘lganda qilish mumkin. Operatsiyadan 6-10 kun oldin parenteral antibiotiklar tavsiya etiladi, atsetisalitsil kislota, analgin yoki boshqa preparatlar bilan almashtiriladi. Revmatizm bilan kasallangan barcha bemorlarga uzoq vaqt askorbin kislota va vitaminlar (B guruh), desensibillovchi preparatlar (dimedrol, suprastin, tavegil va

boshka), nikotin kislota qabul qilish buyuriladi. Statsionarda revmatizm bilan kasallangan bemorlar 2 hafta yotishadi, keyinchalik davolash poliklinikada ambulator sharoitda davom ettiriladi.

B. 2-bosqich. Sanatoriyda davolash xurujdan 7-10 oy dan keyin olib boriladi. Sanator davo effektivligi bemorga shifoxonadan to‘g‘ridan- to‘g‘ri sanatoriyga yullanma berilganda yuqori bo‘ladi. Sanatoriy vazifasiga to‘liq remissiyaga erishish, yurak qon-tomir tizimining funksional holatini tiklash kiradi, bu esa davolash-sog‘lomlashtirish rejimi, davolovchi jismoniy tarbiya, chiniqtirish yordamida amalga oshiriladi. Lekin ularni katta ehtiyotkorlik bilan va individual ko‘rsatmalarni hisobga olgan holda qo‘llaniladi. Bolalarda antirevmatik terapiya surunkali infeksiya o‘choqlarini davolash davom ettiriladi.

V.3-bosqich. Dispanser nazorat. Sanatoriydan bola uchastka pediatri va kardiorevmatolog nazoratiga o‘tadi. Bola 2 marta tekshiriladi, boshqa mutaxassislarga yuboriladi, instrumental-laborator tekshiruvlar o‘tkaziladi.

Prognoz. U keyingi o‘n yil ichida streptokokkli infeksiyaga qarshi kurashishning samarali tadbirlari va patogenetik terapiyaning ta’siri munosabati bilan yaxshilanadi. Shiddatli ekssudativ ko‘rinishlar bilan kechuvchi revmatizmning og‘ir turlari kam uchramoqda. Letallik 11-12% dan 0,4-0,1 % gacha kamaydi. Bu esa og‘ir miokardit natijasida yuqori faollikda o‘tkir kechuvchi revmatizmda rivojlanuvchi yurak nuqsonlari natijasida yurak yetishmovchiligi bilan belgilanadi.

Qo‘sh va kombinirlangan yurak nuqsonlari kasallikning qaytar retsidivlar natijasida kuzatiladi. Birlamchi revmokardit 10-15% bemorlarda yurakda klapanli nuqsonlar paydo bo‘lishiga olib kelsa, qaytalanuvchi revmokardit 40% bemorlarda nuqsonlar paydo qiladi.

Profilaktika. Cho‘zilgan va uzluksiz retsidivlanuvchi revmatizmda yuragi zararlangan bemorlar kardiorevmatolog nazoratida turg‘un remissiya yuzaga chiqquncha bo‘lishadi, keyinchalik ular uchastka shifokori va kardiorevmatolog nazoratiga o‘tishadi. Dispanser tekshiruvda profilaktika o‘tkaziladi. Revmatizm profilaktikasi birlamchi va ikkilamchi bo‘ladi. Birlamchi profilaktika revmatizm yuzaga kelishini, ikkilamchi uning retsidivlanishini oldini oladi. Birlamchi o’z ichiga tabiiy immunitetni qaytarish tadbirlarini oladi (chiniqish, yuklama va dam olishning to’g‘ri almashtirishni, to‘la sifatli ovqatlanish, vitamin qabul qilish). Streptokokkli infeksiya bilan kurashish, otolaringologning tizimli ko‘rsatmalari bilan to‘g‘ri davolash, surunkali tonzillitni konservativ davolash, ko‘rsatma bo‘yicha tonzilektomiya qilishni taqozo qiladi. Ikkilamchi profilaktika - revmatizm retsidivini oldini olish, davomiy ta’sirga ega bo‘lgan pensillin preparatlari bitsillin – 3 va bitsillin — 5 qo‘llab amalga, oshiriladi, bundan oldin shifokor pensillinga bo‘lgan allergik reaksiyani aniqlashi kerak.

Bitsillinoprofilaktika mavsumiy va yil davomida bo‘ladi. Mavsumiy profilaktika burun-xalqum infeksiyasi va revmatizmning qayta xurujlari kuzda va bahorda o‘sishini hisobga oladi. Bitsillin-3-6 hafta davomida 7 kunda 1 marta qilinadi. Maktab yoshigacha bo‘lgan bolalarda 600 ming YeD dan, maktab yoshidagilarga 1200 ming YeD dan 0,1 har bir yoshga aspirin bilan birga beriladi. Mavsumiy profilaktika kamchiligi – kurslar oralig‘i burun-xalqum infeksiya kasalliklar soni oshishi, revmatizm retsidivlanishi hisoblanadi. Yil davomidagi profilaktika uchun bitsillin-5 qo‘llaniladi, bunda u 3-4 haftada 1 marta 780 ming YeD, maktab yoshdagi bolalarga 1500 ming YeD-4 hafta beriladi. Yurak nuqsoni shakllangan birlamchi revmokardit va cho‘zilgan -sust kechuvchi xoreyani o‘tkazgan bemorlarga, hamda qaytalanuvchi revmokardit bilan kasallangan bolalarga uzluksiz yil davomida profilaktika 5 yildan ko‘p o‘tkazilishi kerak

Nazorat savollari

1.Birlamchi revmatizm haqida fikr bildiring.

2.Revmatizm diagnozi. Klinik tajribaning asosiy belgilari diagnostikasi ahamiyatini izohlang.

3.Birlamchi revmatizm bilan kasallangan bemorlarning ko‘p qismida bo’g‘imlar qanday o‘zgarishi kuzatiladi.

4.Revmatik poliartritda asosan simmetrik qanday bo‘g‘imlar shikastlanadi.

5. Bug‘imlar shikastlanishi bilan bir qatorda revmokardit belgilari aniqlanadi nima uchun izohlang.

6. Karditning birinchi simptomlari kechroq paydo bo‘lishi mumkin, ba’zan poliartrit susayishi fonida paydo bo‘ladi, izohlab bering.

7.Revmokarditda yurak qanday aniqlanadi.

8.Miokarditni tasdiqlash uchun instrumental tekshiruv ma’lumotlari qanday yordam beradi.

9.Qorinda og‘riq bo‘lishi mumkin, shishlar, jigar kattalashgan, zichlashgan, og‘riq, yurak va bug‘imlar zararlanishini izohlang.

2–Mavzu: Yuvenil revmatoid artrit. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.

So'nggi o'n yilliklarda revmatik kasalliklar (RK) rivojlanishining sabablari va mexanizmlari haqidagi g'oyalarda sezilarli o'zgarishlar yuz berdi. Refaol artropatiya bilan og'rigan bemorlarning soni sezilarli darajada oshdi, bu haqiqatan ham balog'atga yetmagan revmatoid artritga o'tishga tahdid soladi. Klinik

revmatologiya va immunologiyaning ilmiy yutuqlari bolalarda turli tabiatdagi bo'g'im kasalliklarini tashxislash va davolashning yangi usullarini ishlab chiqish va joriy etish imkonini berdi.

Pediatrlar ko'pincha tanadagi tizimli buzilishlar bilan birgalikda bo'g'inlar va mushak-skelet tizimining kasalliklari bilan shug‘ullanishlari kerak. RKda yallig'lanishli me’zonlar degenerativ va metabolik o'zgarishlar bilan birga keladi.

Bolalarda turli xil osteo va xondropatiyalar ham tez-tez kuzatiladi, bu yallig'lanish kasalliklari kabi erta tashxis qo'yish va tegishli davolanishni talab qiladi. So'nggi o'n yillikda RB bo'lgan bolalarda osteopeniya va osteoporozning oldini olish va davolash muammosi ayniqsa dolzarb bo'lib qoldi. Bolalarda immunitet tizimi butun bolalik davrida rivojlanish, shakllanish va shakllanish holatida ekanligi aniqlandi. Shunga ko'ra, immunitet tizimining rivojlanishidagi tanqidiy davrlar (yangi tug'ilgan chaqaloqning yoshi, 3-6 oylik, qon ko'rsatkichlarining "ikkinchi krossoveri" davri, o'smirlik davri), zo'ravon sharoitlar (immunodiateslar) bilan namoyon bo'ladi. Harakatlar va kasalliklar immunopatologik reaksiyalarni qo'zg'atishi mumkin.

Ushbu masalalarni tushunish bilan bolalarda RK rivojlanishida autoimmun diatezning rolini baholash va profilaktika choralarini ishlab chiqish uchun haqiqiy imkoniyat paydo bo'ldi. Tayanch-harakat tizimining ishtiroki bilan yuzaga keladigan tizimli kasalliklar bilan bir qatorda, yallig'lanishli va yallig'lanishsiz bo'g'imlarning boshqa kasalliklari ham juda keng tarqalgan.

Bo'g'imlarning anatomik va funksional xususiyatlari.

Bo'g'im suyaklarning harakatchan birikmasi bo'lib, haftaga bilan qoplangan bo'g'imli suyak sirtlari, sinovial suyuqlikni o'z ichiga olgan bo'g'im bo'shlig'i va artikulyar kapsula mavjudligi bilan tavsiflanadi. Qo'shimchaning anatomik elementlari ligamentlar va haftaga tushadigan menisklardir. Ushbu turdagi bo'g'im diartroz yoki sinovial bo'g'im deb ataladi. Ularning vazifalari vosita va qo'llab-quvvatlashdir. Bo'g'imlarning yana bir turi - amfiartroz. Ularda artikulyar suyak yuzalari tolali haftaga bilan qoplangan, bo'g'im bo'shlig'i umurtqali tanalar orasidagi kabi yo'q yoki pubik bo'g'imdagi kabi tor bo'shliq bilan ifodalanadi. Ushbu bo'g'inlarda sinovial membrana va sinovial suyuqlik yo'q.

Amfiartrozlar (ular ham haftaga tushadigan bo'g'inlar) faol emas, asosan tananing bir qismining barqarorligini ta'minlaydigan funktsiyani bajaradi. Sinartroz - bu suyaklarning uzluksiz bog'lanishi. Bu skeletning qattiqligi va qo'llab-quvvatlanishini ta'minlaydigan sobit bo'g'inlardir.

Suyaklarning artikulyar yuzalarining shakliga ko'ra diartroz yetti turga bo'linadi:

1) tekis bo'g'inlar (masalan, karpal va tarsal), ulardagi harakatlar faqat bitta tekislikda bo‘lishi mumkin;

2) sharsimon bo'g'inlar (masalan, son va yelka). Ular barcha turdagi harakatlarning

ko'proq erkinligini ta'minlaydi (dumaloq harakatlar, fleksiyon va kengayish, o'g'irlashish va tortishish);
3) elliptik bo'g'inlar, bunda bo'g'inli uchlaridan biri ellips shaklida, ikkinchisi esa mos keladigan bo'shliq shaklida bo'ladi. Natijada, bu bo'g'inlardagi harakat doirasi cheklangan, ya'ni sferik bo'g'inlar bilan solishtirganda, ularda dumaloq harakatlar mumkin emas. Bu bo'g'inlar guruhiga metakarpofalangeal va radiokarpal bo'g'inlar kiradi;
4) qadah bo'g'inlari, bunda bir bo'g'im kopen shakli bo'yicha lasan (bobin) ga o'xshash shisha, ikkinchisi - botiq bo'g'im uchi - uning shakliga mos keladi. Ushbu bo'g'inlar guruhining vakillari qo'l va oyoqlarning interfalangeal bo'g'inlari bo'lib, ularda harakatlar faqat bitta tekislikda (fleksiyon va kengayish) bo‘lishi mumkin; tirsak qo'shimchasi ham blok shaklidagilarga tegishli.
5) aylanuvchi (g'ildirak shaklidagi bo'g'inlar) - misol sifatida atlasning oldingi yoyi va ko'ndalang ligamentdan hosil bo'lgan halqadan, shuningdek, odontoid jarayondan iborat median atlanto-aksial bo'g'inlar mavjud. Halqaga kiritilgan va atlas halqasi aylanadigan chechak vazifasini bajaradigan servikal umurtqaning IT. Tirsak qo'shimchasidagi radioulnar birikma ham bo'g'imlarning aylanadigan turiga tegishli bo'lishi kerak (radiusning boshi halqali ligamentda aylanadi);
6) egar bo'g'inlari - tipik vakili bosh barmog'ining karpometakarpal bo'g'imi; sagittal va frontal tekisliklarda dumaloq harakatlar mumkin;
7) kondilli bo'g'inlar (ularning juft kondillari bor - konveks va konkav); Kondilyar bo'g'imlarga tizza bo'g'imi misol bo'ladi.

Sinovial membrana integumentar, kollagen va elastik qatlamlardan tashkil topgan biriktiruvchi to'qimadir. To'g'ridan-to'g'ri artikulyar sirt bilan chegaradosh bo'lgan sinovial membrana sinoviositlarning uzluksiz qatlamidan hosil bo'ladi, ya'ni artikulyar haftaga tushmaydigan sinovial hujayralar. Sinoviositlar (ixtisoslashgan fibroblastlar) 1-3 qatlamda alohida joylarda joylashgan bo'lib, sinovial membrananing boshqa joylari asosiy modda (matritsa) va tolalardan iborat bo'lgan biriktiruvchi to'qimalarning hujayralararo moddasi bilan ifodalanadi. Hujayralararo bo'shliqda qon va limfa tomirlari, neon uchlari mavjud.

Morfologik tuzilishiga ko'ra sinoviositlarning ikki turi ajratiladi: A tipi va B tipi.

A tipidagi hujayralar makrofaglar funktsiyalarini bajaradi, ko'p sonli sitoplazmatik organellalarni o'z ichiga oladi. mexanik kuchlanish natijasida qo'shma bo'shliqda muqarrar va doimiy ravishda hosil bo'ladigan hujayra va to'qimalarning parchalanishi mahsulotlarini yo'q qilishni amalga oshiradigan B tipidagi hujayralar fibroblastlarga o'xshaydi va sezilarli endoplazmatik retikulumga ega. Sinovial membranada boshqa hujayralar ham mavjud bo'lib, gpost davrida semirib ketgan, bitta leykotsitlar, immunologik muhim vazifani bajaradigan detritga o'xshash

hujayralar mavjud. Sinovial membrana qo'shma bo'shliqni to'ldiradigan va haftaga ovqatlanishida muhim rol o'ynaydigan sinovial suyuqlik (modifikatsiyalangan plazma ultrafiltrat) ishlab chiqaradi. Sinovial suyuqlikning asosiy funktsiyalarini ajratish mumkin: metabolik, tayanch-harakat va trofik. Metabolik bo'g'im bo'shlig'i va tomirlar to'shagining mazmuni o'rtasidagi almashinuvdan, shuningdek, begona omillar va bir qator autoantigenlarni yo'q qilishdan iborat. Tayanch-harakat funktsiyasi bo'g'imlarning biologik moylanishini chiqarish bilan bog'liq. Artikulyar yuzalarning mukammal siljishini ta'minlaydi. Trofik funktsiya eng muhim energiya moddalarini haftaga tushadigan to'qimalarga tashishdir.

Sinovial membrana ichkariga kiradigan, yog` o'z ichiga olgan o'simtalar (burmalar) hosil qiladi. Trikotaj bilan ular kapsulaning qalinlashgan qismlari kabi suyaklar orasiga to'qiladi. Kapsulaning tolali tuzilmalarining (tendonlar, ligamentlar bilan) periosteum va suyakka zich biriktirilgan joyi entezis deb ataladi. Artikulyar haftaga gialin haftaga kiradi, unda qon va limfa tomirlari bo'lmaydi, innervatsiya yo'q. Haftaga qalinligi 1 dan 6-7 mm gacha o'zgarib turadigan bo'g'im turiga va undan keladigan funktsional yukga bog'liq. U ko'k rangga ega oq rangga ega. Bolalar va yoshlarda haftaga yuzasi silliq, yaltiroq, oson siqiladi, yoshi o'tgan sari haftaga qattiqlashadi, shaffofligi va elastikligini yo'qotadi, sarg'ish rangga ega bo'ladi. Xuddi shunday o'zgarishlar bo'g'imlarda patologik jarayonlarda rivojlanadi. Tayanch-harakat tizimiga muskullar va tendonlar kiradi.

Qo'shimchani kesib o'tadigan mushaklar uni normal harakatlanish bilan ta'minlaydi; bir yo'nalishda kuchli harakat esa antagonist mushaklarning bo'shashishi bilan boshqariladi. Mushaklarning muvozanatli o'zaro ta'siri bo'g'imdagi harakatni ham cheklaydi, ham kuchaytiradi. |

Tendonlar mushaklarni suyakka mahkam ushlab turadi. Ko'pgina tendonlarda, ayniqsa yuqori harakatlanish oralig'ida, bo'g'imlarning sinoviumiga o'xshash va oson sirpanish imkonini beruvchi g'iloflar mavjud. Har bir alohida sinovial bo'g'imning harakatchanligi va barqarorligi artikulyar yuzalarning shakliga, kapsulaning mustahkamligiga, bo'g'im orqali harakatlanadigan mushaklarga va atrofdagi tuzilmalarning mavjudligiga bog'liq.

Tayanch-harakat tizimi patologiyasi bo'lgan bemorni tekshirganda, tayanch-harakat tizimining buzilishining kelib chiqishi va lokalizatsiyasini aniqlaydigan bir qator atamalar qo'llaniladi.

Artralgiya - bo'g'imda paydo bo'ladigan og'riq, qoida tariqasida, bo'g'imda sezilarli o'zgarishlar bo'lmaydi.

Artrit / artropatiya obyektiv ravishda aniqlangan qo'shma o'zgarishdir.

Kondropatiya - bu turli xil kelib chiqadigan patologik jarayon bo'lib, asosan, haftaga tushadigan tuzilmalarda, uning yo'q qilinishiga va yo'qolishiga olib keladi.

Monoartrit - faqat bitta bo'g'imning artriti.

Oligoartrit - ikki-to'rt bo'g'imga ta'sir qiluvchi artrit
Poliartrit - bu to'rtdan ortiq bo'g'im yoki bo'g'imlar guruhiga ta'sir qiladigan artrit.
Sinovit - klinik ko'rinishlarga ko'ra sinovial qo'shimchaning aniq yallig'lanishi.
Kapsulit - qo'shma kapsulaning yallig'lanishi (kasalligi).
Tenosinovit - bu tendon qobig'ining yallig'lanishi.
Tendinit - bu tendonning yallig'lanishi.
Bursit - sinovial qopning yallig'lanishi.
Entezopatiya - tendonlar va ligamentlarning suyakka biriktirilishi sohasidagi yallig'lanish / shikastlanish.
Miopatiya - bu mushaklarning kasalligi / shikastlanishi.
Miozit - bu mushaklarning yallig'lanishi.
Subluksatsiya - artikulyar yuzalar aloqada bo'ladi, lekin ularning muvofiqligi buziladi.
Dislokatsiya - qo'shma aloqaning to'liq yo'qolishi.

Mushak-skelet tizimining lezyonlari belgilari juda xilma-xildir: og'riq, qattiqlik, shishish, bo'g'imlarning deformatsiyasi, yallig'lanish kasalliklarida tizimli jarayonning belgilari.

So'nggi o'n yillikda dunyoning barcha mamlakatlarida bolalarning yuqumli bo'lmagan kasalliklarga, shu jumladan revmatik kasalliklarga chalinish darajasi sezilarli darajada oshdi. RP ning ilmiy va amaliy tibbiyotdagi ahamiyati ularning umumiy aholi orasida tarqalishining o'sishi, nogironlikning tez rivojlanishi va erta tashxis qo'yishning qiyinchiliklari bilan belgilanadi. Ko'pgina mamlakatlardagi revmatologlar ushbu kasalliklar guruhi atrofida yuzaga kelgan vaziyatdan havotirda.

So'nggi 10-15 yil davomida RKlar hali ham bolalar revmatologik patologiyasi tarkibida muhim o'rin egallaydi. O'z vaqtida tan olinmagan og'ir shakllar tez-tez uchrab turdi. Birlashtiruvchi to'qimalarning diffuz kasalliklari va refaol artropatiyalar. bolalar va o'smirlarning 0,3% dan 0,5% gacha ta'sir qiladi, bemorlarning yarmidan ko'pida doimiy funktsional buzilishlar bilan birga keladi. Amalda, bolalikdagi SBST kattalarnikiga qaraganda ancha og'ir ekanligi isbotlangan, chunki visserit erta rivojlanadi, bu ko'p hollarda kasallikning noqulay natijasini va nogironlikning yuqori xavfini belgilaydi. Hozirgi vaqtda mahalliy diagnostika bazasi, jumladan, virusologik, bakteriologik va immunologik tadqiqot usullarining zamonaviy texnologiyalarini joriy etish dolzarb hisoblanadi.

Yuvenil artriti terminologiya va tasnifi

Bolalar revmatologiyasida uzoq vaqt davomida “balog'atga yetmagan revmatoid artrit” (YRA) atamasi bolalik davridagi deyarli barcha bo'g'imlarning surunkali yallig'lanish kasalliklarini birlashtirgan.

Kasallikning uzoq muddatli oqibatlarini, kursni, natijalarning noaniqligini

o'rganish bo'yicha to'plangan tajribaga ega bo'lgan holda, biz ushbu atama uchta atamani (va ularga mos keladigan uchta tasnifni) o'z ichiga olishini tan olishimiz mumkin. Shartlar va tasniflar, kichik istisnolardan tashqari, bir-biriga ekvivalentdir: ACR (Amerika revmatologiya kolleji) YRA tasnifi, EULAR (Yevropa antirevmatik ligasi) balog'atga etmagan surunkali artrit (JCA) va ILAR (Jahon revmatologik assotsiatsiyalar ligasi) yuvenil idiopatik artrit (YIA) tasnifi.

Barcha uchta tasnifning o'xshashligi kasallikning uchta asosiy klinik variantini ajratishda yotadi: tizimli, poliartikulyar va oligoartikulyar. Ushbu variantlarning har birining natijasi sezilarli darajada farq qiladi. Shuning uchun, printsipial jihatdan, ushbu atamalarning har birini ishlatish mumkin, garchi Belarus Respublikasida va Rossiyada "YURA" atamasi hali ham tez-tez qo'llaniladi. Shu bilan birga, shuni ta’kidlashni istardikki, klassik JRA odatda tizimli variant sifatida paydo bo'ladi, bu "Still kasalligi" kontseptsiyasi bilan bog'liq va bo'g'imlarning destruktsiyasi, aseptik nekroz va amiloidoz rivojlanishi bilan potentsial noqulay prognoz bilan tavsiflanadi. Kasallikning bu varianti kasallikning dastlabki bosqichlarida juda faol yallig'lanishga qarshi terapiyani talab qiladi. Artritning poliartikulyar, shuningdek, umumiy oligo-artikulyar varianti psoriatik artrit yoki balog'atga etmagan spondiloartrit kabi yallig'lanishli artropatiyalar va artritning boshqa nozologik shakllarini yanada rivojlanishini istisno qilmaydi.

Umuman olganda, YRA (asosan, bu revmatoid kasallik) eroziv-destruktiv progressiv artrit ko'rinishidagi ustun bo'g'imlarning shikastlanishi bilan SBTS ekanligi qabul qilinadi. Kasallik XIX-asrning o'rtalaridan beri ma'lum bo'lib, uni M.V. Kornil 1864 yilda. JRA bu kasallikni kattalardagi revmatoid artritdan ajratib turadigan juda o'ziga xos xususiyatlarga ega. Kasallikning asosiy sababi bolalik davridagi qo'shma sindromning ko'plab RDlarda rivojlanishining dastlabki bosqichlarida umumiy klinik va immunologik xususiyatlarga ega bo'lib, ko'pincha diagnostika xatolariga olib keladi. Bunga o'sib borayotgan bola tanasining fiziologik xususiyatlari va xususan, bolalik davrida ko'pincha immunodiatezlar namoyon bo'ladigan, rivojlanish, shakllanish va shakllanishning bir qator fiziologik bosqichlarini boshdan kechiradigan immunitet tizimi yordam beradi. - YRA ni o'rganish bo'yicha ko'p yillik tajriba bizga etiologiyasi va patogenetik mexanizmlaridan qat'i nazar, maqsadli organ sifatida artikulyar apparatlar tuzilmalarining shikastlanishi har doim ma'lum darajada mavjud bo'lgan kasalliklarning geterogen guruhi ekanligini hisobga olishga imkon beradi.

Tarqalishi bo'yicha YRA bo'g'imlarning yallig'lanish kasalliklari orasida birinchi o'rinda turadi, erta nogironlik rivojlanishiga aniq tendentsiyaga ega, ba'zi bolalarda (klassik YRA bilan) u hayotiy organlarning (yurak, ko'zlar, buyraklar, jigar va boshqalar) jarayonida. Bu YRA ni bolalar revmatologiyasining o'ta dolzarb kasalliklari toifasiga kiritadi.

YRA ning dunyoning turli mintaqalarida tarqalishi bir xil emas va aholi orasida 0,1 dan 0,8% gacha. Qizlar tez-tez kasal bo'lishadi.

Etiologiyasi va patogenezi

YRA ning asosiy etiologik omili bo'lgan yagona aphid aniqlanmagan, shuning uchun YRA polietiologik, ya'ni geterogen kasallik. YRA rivojlanishiga moyil bo'lgan omillarni va YRAni amalga oshirishga yordam beradigan omillarni (agar moyil bo'lganlar mavjud bo'lsa) ajrating.

YRA rivojlanishiga moyil bo'lgan omillarning ushbu pozitsiyalaridan organizmda doimiy bo'lganlar guruhiga kiruvchi bir qator viruslar ko'rib chiqiladi. Bular, asosan, DNK-p PI IK ni o'z ichiga olgan viruslar (onkornaviruslar, retroviruslar, parvaviruslar va boshqalar) bo'lib, ular xromosomalardagi genomik hududlarni almashtira oladilar, uzoq vaqt davomida faol bo'lmaydilar va faqat har qanday qo'zg'atuvchi omillar bilan boshlanganidan keyin mutagen funktsiyalarni bajaradilar. Ularning harakatlarining tashabbuskorlari immunitet mexanizmlarini zaiflashtiradigan tez-tez kasalliklar, gipotermiya, insolyatsiya, travma, noqulay ekologik omillar (radiatsiya ta'siri, og'ir metallar va boshqalar), surunkali stress bo'lishi mumkin.

Biz YRA bilan og'rigan bolalarda bir qator og'ir metallar va mikroelementlarning to'planish darajasini o'rgandik. Ularning 50 foizida xromning ko'payishi (ruxsat etilgan qiymatlardan 3-4 baravar yuqori) va JRA bilan og'rigan bemorlarning 85 foizida qon zardobida kadmiyning yuqori konsentratsiyasi borligi aniqlandi. YRA bilan og'rigan bolalarning qon zardobida xrom va kadmiyning ko'payishi darajasi, ularning tuproqda to'planish darajasi va bemorlarning yashash joyidagi suvda kontsentratsiyasi o'rtasida bog'liqlik aniqlandi. Bu fakt xrom va kadmiyning kasallikning rivojlanishi yoki zo'rayiganligida ishtirok etishini ko'rsatadi.

YRA genezisida sitomegalovirus va Ebshtein-Barr virusining roli aniqlandi. Bu viruslar aniq mutagen xususiyatga ega, immunokompetent moddalar uchun yuqori tropizmga ega. Ushbu viruslarning ta'sirini jadal o'rganish ularning tanadagi ko'plab immunologik o'zgarishlarning rivojlanishida ishtirok etishini isbotlaydi, bu esa bemorning individual xususiyatlari, shu jumladan HLA tizimida bir qator markerlarning mavjudligi bilan sharoit yaratadi. revmatik, onkologik va gematologik kasalliklarning rivojlanishi uchun. Hozirgi vaqtda artrotropik (HLA-B27 bilan bog'liqlik mavjud bo'lganda) epterokolitik va urogenital infeksiyalarga (salmonellyoz, shigelloz, yersinioz, xlamidiya, mikoplazmoz va boshqalar) alohida rol beriladi. YRA ning mumkin bo'lgan etiologik omili nuqtai nazaridan, qizilcha virusi ham ko'rib chiqiladi, u artikulyar tuzilmalarda tropiostaga ega bo'lib, sinovitning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Immunitetning "kichik" anomaliyalari mavjudligi ham muhokama qilinadi: IgA va lizotzimning selektiv yetishmovchiligi, fagotsitozning kamayishi, komplement C2 va C4

komponentlarining yetishmasligi va boshqalar.

Kasallikning HLA tizimining antigenlarini (B12, B27 B35, DR1, DR2, DR4, DR5, DW14, D)C2 va boshqalarni tashish bilan bog'lanishiga alohida rol beriladi.

Umuman olganda, YRA jinsga moyil bo'lgan kasallik sifatida tasniflanadi. Kasallikning rivojlanishini boshlaydigan omillarning geterogenligi JRA ning klinik polimorfizmini belgilaydi. JRA kursining har bir varianti o'z amalga oshirish mexanizmiga ega, bunda yuqumli omillar va immunogenetik holatning xususiyatlari rol o'ynaydi. Predispozitsiya qiluvchi fon biriktiruvchi to'qima displaziyasining kichik sindromlari bo'lishi mumkin.

YRA bilan kasallangan bemorlarni HLA tizimiga ko'ra fenotiplash kasallikning bir qator shakllarini turli antigenlarni tashishning ustun chastotasi bilan bog'lash imkonini berdi.

YRA ning eng og'ir shakllari jarayonda ichki organlarning ishtiroki bilan B35 bilan birgalikda DR lokusu antigenlarini tashish bilan bolalarda kuzatilishi aniqlandi. B12, B40 va B27 HLA lokuslarining mavjudligi ko'proq YRA ning asosan artikulyar shakllari bilan bog'liq va YRA ning seropozitiv variantlari HLA-DR1 mavjudligi bilan bog'liq.HLA-DR genetik aniqlashda ishtirok etadi deb hisoblash mumkin. JRA klinik polimorfizmi.

YRA bilan og'rigan bemorlar va ularning oila a'zolarida HI A uchun fenotipik xususiyatlarni o'rganish ushbu kasallikning asosiy va ikkilamchi prognozi uchun istiqbollarni ochadi. So'ralganlarning oilalarida JRA bilan og'rigan bir nechta bolalar yoki yaqin qarindoshlar kamdan-kam uchrasa ham, HLA gaplotiplarini o'rganish natijalari ushbu kasallikka tug'ma moyillikni taxmin qilish imkonini beradi. Ego, o'z navbatida, turmush tarzini (sport, qo'shimcha yuklamalar, ovqatlanish va boshqalar), qattiqlashuv, profilaktik emlashlar va boshqalarni tashkil etishga yondashuvlarda individuallashtirishni nazarda tutadi.

YRAning turli shakllari bo'lgan bolalarda HLA fenotipini aniqlashga oid adabiyot ma'lumotlari davolash strategiyasini tanlash imkoniyatini ko'rsatadi.

HLA-B8 va HLA-DR3 bilan bog'liq bo'lgan YRA bemorlarida oltin preparatlari bilan davolashda og'ir proteinuriya aniqlanadi va HLA-B35 bo'lgan bemorlarda kortikosteroid terapiyasining ta'siri yuqoriroq. HLA-DR3 va HLA-A3 gaplotiplari bo'lgan bemorlarda davolanishga qaramay, ko'pincha YRA tez progressiv kursga ega, HLA-B5, HLA-DR va 1ILA-JDR2 bo'lgan bemorlarda esa ko'pincha yaxshi prognoz va eroziv-destruktiv ketma-ketlikning sekin rivojlanishi kuzatiladi. Shunday qilib, JRA irsiy moyillikka ega bo'lgan multifaktorial kasallik bo'lib, uning genezisida immunogenetik omillar, doimiy virusli infeksiyalar, atrof-muhitning salbiy ta’siri va psixoemotsional stress rol o'ynaydi. Klinik polimorfizm kasallikning etiologik va patogenetik geterogenligi bilan belgilanadi.

Immunologik aspektlari.

YRA bilan og'rigan bemorlarda rivojlanadigan patologik jarayon ikki bosqichga ega. Ekssudativ fazaning rivojlanishi va namoyon bo'lishi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi va sinovial membrana hujayralarining shikastlanishiga asoslanadi. Bu hujayra membranalarining o'tkazuvchanligini oshirishga yordam beradi va plazma oqsillari va bir qator hujayrali elementlarning bo'g'imga kirib borishini oshiradi.

Ushbu qayta qurish natijasida surunkali yallig'lanish rivojlanadi (ikkinchi bosqich), bo'g'inlar va haftaga sinovial membranasi tuzilmalarida mononuklear infiltratsiya bilan namoyon bo'ladi.

YRA uchun xarakterli yallig'lanish jarayoni ko'p yillar davom etadi, u autoimmun yallig'lanish xarakteriga ega. JRA etiologiyasini o'rganayotganda, shakllarning klinik xilma-xilligi ortida, ehtimol, kasallikka moyil fenotipga ega bo'lgan bola organizmidagi immunitet "nuqsonlari" bilan bog'liq bo'lgan 4 KLA gaplotipining polimorfizmi yotishi ta'kidlandi. JRA ning barcha shakllarini birlashtiradi, bu holda asosiy maqsadli organ bo'g'im apparati tuzilmalari va birinchi navbatda sinovial membranadir.

Umuman olganda RB va xususan JRA ning paydo bo'lishi va rivojlanishida HLA tizimining antigenlarining ishtirok etish mexanizmi to'liq aniq emas. HLA ning ushbu kasalliklarga moyilligi bilan bog'liqligini tushuntirish uchun bir nechta farazlar muhokama qilinadi.

Molekulyar mimikriya gipotezasi ba'zi mikroorganizmlarning qobiq tuzilishining HLA bilan o'xshashligiga asoslanadi. shuning uchun ular inson tanasining immun tizimi tomonidan o'z vaqtida tan olinmaydi va yo'q qilinmaydi.

Retseptorlar gipotezasi HLA ba'zi patogen mikroorganizmlar uchun retseptorlar vazifasini bajarib, ularning patologik jarayon rivojlanadigan hujayra ichiga kirib borishini osonlashtirishi mumkinligini taxmin qiladi. Shuningdek, HLA ni infeksion agentlar, ayniqsa viruslar, masalan, virus genomini HLA geniga bevosita kiritish yoki RNK orqali o'zgartirishga imkon beruvchi gipoteza ham muhokama qilinadi. Bunday HLA organizmda begona sifatida tan olinadi va immun javob ularga qarshi rivojlanadi. So'nggi yillarda D yoki DR lokuslarida lokalizatsiya qilingan, 1ILA tizimi bilan muvozanatli aloqada bo'lgan immun javob geni (Ir-genlar) mavjudligi haqidagi gipoteza muhokama qilindi. Ir-genlar immun javobda makrofaglar va limfotsitlarning o'zaro ta'sirini nazorat qiladi, shuningdek, T-hujayralarning differentsiatsiyasi va funktsional faolligini tartibga soladi.

Har xil turdagi JRA bo'lgan bolalarda faol yallig'lanishda immunitet holatining xarakteristikasi immunitet tizimining deyarli barcha qismlarini (u yoki boshqa darajada) jalb qilishdir. To'g'ridan-to'g'ri artikulyar sindromga bog'liq bo'lgan immunopatologik reaksiyalarni shartli ravishda ajratib ko'rsatish mumkin, umumiy, ya'ni tizimli, revmatoid sindrom (artikulyar-visseral shakllar), faollik darajasi va

kasallikning rivojlanish imkoniyatlari. Bolalarda JRA kursining eng keng tarqalgan klinik shakllari va variantlarining immunologik belgilarini o'rganishga urinishlar mavjud.

Umuman olganda, YRA otoimmun kasallik bo'lib, klassik nuqtai nazardan fiziologik immun jarayonlarning tartibga solinishi buzilganida rivojlanadigan patologik holat sifatida tavsiflanadi, bu o'z to'qimalarining tarkibiy qismlariga qarshi hujayrali va gumoral immunitet reaksiyalarining paydo bo'lishiga olib keladi. Maqsadli organlarda strukturaviy va funktsional buzilishlarni keltirib chiqaradi. Autoimmun kasallik sifatida JRA ning muhim xususiyati o'z-o'zidan yorliqlarda, hujayralar ichida yoki inson tanasining hujayradan tashqari bo'shliqlarida mavjud bo'lgan antigenlarga qarshi qaratilgan otoantikorlarning ortiqcha ishlab chiqarilishidir. Avtoantikorlar keng doiradagi molekulalar - sitoplazma komponentlari, yadro, hujayra membranalari, qon zardobi oqsillari, gormonlar, fermentlar bilan reaksiyaga kirishishi mumkin. HLA, nuklein kislotalar, fosfolipidlar, steroidlar va boshqalar avtoantigen sifatida harakat qilishi mumkin.

Autoantikorlarning asosiy xossalari o'zaro reaksiyalar va qon oqimida antigen-antikor komplekslarini hosil qilishdir.

Antigen-antikor reaksiyalari komplement tizimining oqsillarini faollashishi bilan birga keladi, bu uning sinoviumdagi titrining pasayishi, qon tomir o'tkazuvchanligining oshishi va gidrolitik fermentlar, faol kislorod radikallari, araxidon kislotasi metabolitlari (yetkazib beruvchi)ning chiqishi bilan namoyon bo'ladi. prostaglandinlar). Immunoglobulinlar va revmatoid omil (RF) molekulalari asta-sekin to'planib, artikulyar haftaga sirt qatlamlarida to'planadi, bu sinovial membranada proliferatsiya jarayonlariga va pannus shakllanishiga yordam beradi.

Klassik YRAning tizimli (artikulyar-visseral) shakllari, klinik ko'rinishlari va morfologiyasiga ko'ra, tizimli vaskulit deb hisoblanadi. Poliserozit va organlarning shikastlanishi hodisalari bilan oqadi.

YRA bilan og'rigan bemorlarda tananing immunitet reaksiyasining deyarli barcha bosqichlarida xususiyatlar aniqlanadi. Ular kasallikning shakliga bog'liq. Umuman olganda, JRA patogenezida immunopatologik mexanizmlarning yetakchi roli isbotlangan deb hisoblanadi.

Yallig'lanishning o'tkir bosqichida, xususan, CRPda oqsillar mavjudligiga alohida qiziqish saqlanib qolmoqda. U JRA ning erta namoyon bo'lishining belgisi hisoblanadi va yuqori darajadagi IL-6 va bir qator lizosomal fermentlar bilan birgalikda kasallikning progressiv kursi va erta rivojlanishining prognostik omili (markeri) sifatida qaraladi. tizimli osteoporoz. YRA tashxisida alohida ro‘l bemorlarning qon zardobida va sinovial suyuqlikda RFni aniqlashga beriladi.

RF IgG yoki IgM sinfiga mansub immunoglobulindir. RF borligida kasallik seropozitiv hisoblanadi. JRA bilan og'rigan bolalarda kursning seronegativ

variantlari ko'proq kuzatiladi, ammo ularda "yashirin" RF (19-S-IgM) mavjudligi isbotlangan. Bu komplementga bog'liq gemolitik test bilan aniqlanadi.

Immunitet tizimining o'ziga xos axloqiy aloqasiga qiziqish darajasi jarayonning klinik faolligi bilan bog'liq bo'lib, u IgG va IgA ning giperproduksiyasi bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning kuchayishi davrida Ig (G2 va IgC3) subfraktsiyalari ko'payadi va yallig'lanish jarayonining susayishi davrida IgG3 va IgG4 konsentratsiyasi ko'proq oshadi.IgE.

Ko'zning shikastlanishi (uveit) bilan bog'liq oligoartritli bolalarda ko'pincha yadroga qarshi antikorlar (APA) mavjud. Ko'pincha hujayralar va biriktiruvchi to'qimalarning tarkibiy qismlariga (I va II turdagi kollagen, sinovial membrana ekstraktlari, haftaga, endoteliy) antikorlar aniqlanadi. Bu tizimli jarayonga ega bo'lgan bolalar uchun eng xosdir. Qonda plazma hujayralari (mutlaq va nisbiy) va B-hujayralari sonining ko'payishi, shuningdek, B- va T-hujayralari muvofiqlashtirishdagi nomutanosiblik va a- va b-interferonlarning past darajasi bo'lishi kerak. JRA bilan kasallangan bolalarning ko'pchiligiga xos xususiyat sifatida tan olinishi kerak. Ushbu buzilishlarning darajasi yallig'lanishning faolligi va zo'ravonligi bilan bog'liq.

Hujayra immunitetidagi o'zgarishlar odatda noaniq va ko'pincha boshqacha yo'naltiriladi. YRA bo'lgan bolalarda immunitet tizimining hujayrali reaksiyalarining tabiatini baholash ko'pincha qiyin. Ushbu o'zgarishlarning jarayonning faolligi bilan bog'liqligi har doim ham aniq kuzatilmaydi. JRA bilan og'rigan bolalarning ko'pchiligida T limfotsitlarining umumiy soni kamayadi, ammo jarayonning faolligi juda yuqori bo'lgan bemorlarda T hujayralari darajasi normal yoki hatto yuqori bo'lishi mumkin. Ushbu fonda faollashtirilgan T-limfotsitlarning subpopulyatsiyasi sezilarli darajada oshadi. Bu, ayniqsa, kasallikning tizimli variantlarida yaqqol namoyon bo'ladi. JRA ning oligoartikulyar variantlari uchun T sitotoksik hujayralar darajasining pasayishi xarakterlidir va T-yordamchilari soni (xususan, 2-toifa), ayniqsa kasallikning artikulyar-visseral shakllari bo'lgan bolalarda ko'payadi. JRA rivojlanishida limfotsitlarning supressor funktsiyasining buzilishi alohida ahamiyatga ega. Sitotoksik T hujayralari ishtirokining bevosita dalili bu hujayralarga ta'sir qiluvchi antikorlarning JRA faolligi yuqori bo'lgan bemorlarning qon zardobida aniqlanishi hisoblanadi. Kasallikning remissiya davrida limfotsitlarning funktsional holati tiklanadi. Shunday qilib, JRA bilan og'rigan bemorlarda hujayra immunitetining o'zgarishi geterogendir, bu kasallikning turli shakllari patogenezining polimorfizmini aks ettiradi. JRA ning tizimli shakllari immunoregulyatsiyaning buzilishi bilan tavsiflanadi, bu bostirish potentsialining pasayishi bilan emas, balki 2-toifa T-yordamchilar funktsiyasining faollashishi bilan bog'liq. Ehtimol, bu holatlarda T-hujayra nuqsonining genetik determinizmi mavjud. ularning funktsional qobiliyatsizligi bilan namoyon bo'ladi.

So'nggi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bolalarda, ayniqsa JRA ning tizimli shakllarida, effektor hujayralar, xususan, polimorfonukulyar leykotsitlar va mononuklear hujayralar migratsiya funktsiyalarining sezilarli darajada buzilishi mavjud. JRA bilan og'rigan bemorlarda ularning disfunktsiyasi asosan leykotsitlar xemotaksisi (leykotsitlarning yallig'lanish joyiga yo'naltirilgan ko'chishi) va xemokinez (komplementning C5 komponenti tomonidan rag'batlantirilgan migratsiya) faolligining pasayishi bilan namoyon bo'ladi. birlamchi (genetik) nuqson va immun yallig'lanish jarayoniga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, darhol uni jarayonning vaqtiga qaratadi.

Klinikasi va tasnifi

JRA ning klinik ko'rinishi ko'plab omillarga bog'liq - bolaning yoshi, irsiyat, jinsi, immunitet tizimining boshlang'ich holati, uning atrof-muhit sharoitlari, hayotning psixo-emotsional holatining xususiyatlari, bolalarga munosabat. bemor va yaqin qarindoshlari kasallik, tashxisning o'z vaqtida, terapiyaning yetarliligi.

Shuni ta'kidlash kerakki, 80% hollarda JRA ertami-kechmi nogironlikka olib keladigan qaytalanuvchi va progressiv kurs bilan og'ir surunkali kasallikdir.

Kasallikning asosiy klinik ko'rinishlari bo'g'imlarning shikastlanishi, ko'zning o'ziga xos shikastlanishi va umumiy revmatoid sindrom bo'lib, isitma, tipik revmatoid toshmalar, poliserozit va tizimli revmatoid vaskulit tufayli yuzaga keladigan ichki organlarning shikastlanishi bilan tavsiflanadi.

Artikular sindromi JRA ning amalda eng erta alomatidir. Ba'zan, artrit boshlanishidan oldin, bola artralgiya bilan bezovtalanadi, keyinchalik sinovitning rasmi rivojlanadi, ya'ni. sinoviumdagi yallig'lanish jarayoni. Shu munosabat bilan u shishiradi (shishadi), giperemik bo'ladi, ko'proq suyuqlik hosil qiladi, uning tarkibi oddiy suyuqlikdan sezilarli darajada farq qiladi. Suyuqlik past viskoziteye ega, yengil somon yoki loyqa sariq bo'lishi mumkin, sitozning kuchayishi, leykotsitlar, neytrofillar ustunlik qilishi mumkin, oqsil kamayadi lizosomal fermentlar Bu sizga erta tashxis qo'yish, yetarli davolanishni belgilash imkonini beradi.

Klinik jihatdan, o'tkir sinovit bosqichida, bola og'riyotgan og'riq va shish haqida tashvishlanadi, uning harakatchanligini cheklaydi va tana harorati odatda ko'tariladi.

Jarayon davom etar ekan, sinovial membrananing mikrovillous proliferatsiyasi pannus (granulyatsiya to'qimalarining to'planishi) shaklida sodir bo'ladi. U artikulyar sirtga tarqaladi va B haftaga kirib, unda distrofik va destruktiv o'zgarishlarni keltirib chiqaradi, bu hujayralilik va periartikulyar osteoporoz bilan rentgenologik jihatdan namoyon bo'lishi mumkin. Keyinchalik kapsulaning fibrozi va bo'g'imdagi tolali yopishishlar rivojlanadi. Suyaklarning epifizlari eroziyalanadi va yo'q qilinadi. Bu jarayon odatda, o'sib boradi va fibrozning yanada rivojlanishi qo'shilish konfiguratsiyasining o'zgarishiga, uning harakatchanligi va ankilozning

cheklanishiga olib keladi.

JRA uchun revmatoid tugunlarning mavjudligi xarakterlidir. Ular asosan tendon, bursalar bo'ylab tirsak, tizza va oyoq bo'g'imlarda lokalizatsiya qilinadi. Tugunlar odatda qattiq, harakatchan va palpatsiya paytida og'riqli. O'tkir jarayonning susayishi bilan ular yo'qoladi.

JRA bilan og'rigan bemorlarda ichki organlarning jarayonida ishtirok etish har doim aytadi kuchli immun yallig'lanishi haqida, ya'ni. yuqori klinik va immunologik faollik bilan kechadigan revmatoid tizimli vaskulitning umumiy ko'rinishlari haqida. Ko'pincha yurak-qon tomir tizimi ta'sir qiladi. Miokarditning klinik ko'rinishi odatda torpid kurs bilan rivojlanishi mumkin, ammo kamdan-kam hollarda yurak yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Jarayon endokard va perikardni o'z ichiga olishi mumkin, bu revmatizm bilan JRA ning differentsial tashxisini talab qiladi.

O'pka kamdan-kam hollarda jarayonda ishtirok etadi. Ko'pincha, bu pnevmonit va yoki past simptomli plevrit bilan namoyon bo'ladi, bu esa keyinchalik n plevra bitishmalarining shakllanishiga olib keladi.

Gepatosplenomegali ko'pincha JRA ning visseral va artikulyar-visseral variantlari bilan birga keladi. Splenomegali odatda kasallikning birinchi yillarida tez-tez aniqlanadi va umumiy yallig'lanish faolligi darajasi bilan bog'liq. Uzoq muddatli splenomegaliya (kasallik boshlanganidan keyin 1,5-2 yildan ortiq) bo'lsa, bu uning amiloid infiltratsiyasining belgisi sifatida qaralishi kerak.

Gepatomegaliya har doim bolalarda tizimli JRAning birinchi belgilaridan biri hisoblanadi. Jigar jarayonning faolligi pasayishi bilan parallel ravishda kamayadi. Tizimlilikning boshqa belgilari bo'lmasa, doimiy gepatomegaliya terapiyaning ta'sir qilish ehtimolini istisno qilishni va ba'zi hollarda asosiy tashxisni qayta ko'rib chiqishni talab qiladi.

Bolalarda JRAning eng noqulay variantlaridan biri, jarayonda buyraklarning ishtiroki ko'rib chiqiladi, chunki buyrakda diffuz GN (vaskulit) rivojlanadi, bu esa o'sib borishi bilan buyraklarning amiloidoziga olib keladi. Bu surunkali buyrak yetishmovchiligining rivojlanishiga tahdid soladigan doimiy proteinuriya bilan davom etadi. Ammo terapiya paytida buyrak tomirlarida vaskulitni doimiy gematuriya va proteinuriyadan ajratish kerak, chunki asosiy guruhdagi ko'plab dorilar nefrotoksiklikka ega. Bular HI7BII, metotreksat, oltin preparatlari, D-penitsilamin va boshqalarning ko'pchiligidir. Ko'pincha jarayonning rivojlanishi va suyak mineral zichligi tez yo'qolishi bilan umumiy osteoporoz rivojlanishi bilan kalsiy tuzlarining ajralishi ortib boradi. siydik, bu ham izolyatsiya qilingan gematuriya yoki uning siydik sindromining boshqa belgilari bilan kombinatsiyasi bilan birga keladi.

Og'ir va tabiatan to'liq aniq bo'lmagan jarayonda ko'rish organining ishtiroki

bilan YURL variantidir. Bolalardagi kasallikning o'ziga xos belgisi surunkali uveit bo'lib, u erta yoki maktabgacha yoshda tez-tez kasal bo'lib qolgan qizlarga xosdir. Ularda ko'pincha ijobiy DND mavjud. Ba'zi hollarda yallig'lanish jarayoni irisi va siliyer tanasiga tarqalishi mumkin, bu esa iridotsiklitning rivojlanishiga olib keladi. Jarayonning boshlanishi odatda asemptomatik bo'lib, faqat bir nechta bolalar yengil ko'z og'rig'i, qizarish, fotosensitivlikning kuchayishi va ko'rishning buzilishidan shikoyat qilishlari mumkin. Ko'pincha uveit artritdan bir necha yil oldin bo'lishi mumkin. Ikki tomonlama uveit ko'proq uchraydi. Uning rivojlanishi irisining linzaga yopishishiga va ko'rishning to'liq yo'qolishiga olib kelishi mumkin.

JRA bo'lgan bolalarda kech oftalmopatiya rivojlanishi mumkin, ular orasida tarmoqli shaklidagi keratopatiya, ikkilamchi katarakt va glaukoma mavjud.

Bolalardagi JRAning yuqoridagi barcha belgilari ma'lum darajada bir-biri bilan birlashtirilgan.

JRA tizimli shakli. Tizimli shakl JRAning barcha holatlarining 10-20% ni tashkil qiladi. Bu har qanday yoshda, biroz ko'proq 2-6 yoshli bolalarda kuzatiladi. Morfologik jihatdan bu poliserozit va og'ir organlarning shikastlanishi bo'lgan tizimli vaskulitdir. Boshlanishi o'tkir yoki subakut.

Ushbu shaklning klinik ko'rinishi febril yoki qizg'in isitma bo'lib, intervalgacha xarakterga ega, ertalab yoki erta tongda tana haroratining maksimal ko'tarilishi, ko'pincha titroq bilan birga keladi, haroratning pasayishi, terlash mumkin.

Revmatoid toshmalar, makula yoki makulopapular, qichishish bilan birga kelmaydi, yorqinligi va tarqalishida tana harorati bilan bog'liq va beqaror. qisqa vaqt ichida paydo bo'ladi va yo'qoladi, asosan bo'g'imlarda, jo'kada, tananing lateral yuzalarida, dumba va oyoq-qo'llarda lokalizatsiya qilinadi, u urtikar yoki hatto gemorragik bo'lishi mumkin. Shuningdek, terining giperesteziyasi, keng tarqalgan limfadenopatiya, gepatosplenomegali, mioperikardit kabi yurak shikastlanishi, pnevmonit va yoki plevropnevmonit shaklida o'pkaning shikastlanishi, havo yetishmasligi hissi va samarasiz yo'tal xarakterlidir. Ehtimol, qorin bo'shlig'ida prn ahmoq bola bilan seroz peritonit rivojlanishi. JRA ning tizimli shaklida ko'pincha vaskulit rivojlanadi. kaft yoki plantar kapillyarit, mahalliy angioedema, ko'pincha qo'llar sohasida, terining siyanotik rangi va pastki va yuqori ekstremitalarning distal qismlari. Ko'pincha kasallikning boshlanishida bir necha hafta (yoki kunlar) bolalar uchuvchan artralgiya haqida tashvishlanadilar, keyin (aniqroq) bir yoki bir nechta bo'g'imlarning barqaror sinoviti rivojlanadi. Ushbu shaklning klinik ko'rinishining artikulyar sindromsiz bitta epizodi mumkin, bu yetarli terapiya bilan to'liq qaytariladigan kursga ega va bola tuzalib ketadi.

Oligoartrit yoki kechiktirilgan artikulyar sindrom bilan tizimli variantda (kursning allergoseptik varianti) kasallikning tizimli belgilari ustunlik qiladi: isitma,

toshma, limfadenopatiya, gepatolienal sindrom, serozit. Birgalikda qo'shilish tizimli vaskulyit boshlanganidan bir necha oy yoki hatto yillar o'tgach rivojlanishi mumkin, odatda tizza va son bo'g'imlariga ta'sir qiladi.

Poliartrit bilan tizimli variant (Still varianti) ko'pincha jarayonda bir nechta bo'g'inlar guruhini jalb qilish bilan tez progressiv kursga ega. Adabiyotda JRA kursining bu varianti uni birinchi marta 1897 yilda tasvirlab bergan muallif sharafiga Still kasalligi deb ataladi. JRA kursining bu varianti bo'lgan bolalarda bo'g'imlarning doimiy kontrakturalari va ankilozlanishi juda tez rivojlanadi (2-4 yildan keyin). Tashxis odatda kasallikning klinik ko'rinishiga asoslanadi. Laboratoriya ko'rsatkichlari orasida neytrofil siljishi bilan leykotsitoz, ESRning keskin ortishi (50 mm/soat yoki undan ko'p), anemiya va trombotsitoz xarakterli limfositopeniyadir.

Bemorlarning 88 foizida MSK darajasi sezilarli darajada oshdi va komplement darajasi keskin kamaydi. Anti-IgG tipidagi CEClar ko'proq uchraydi, ammo IgG, IgM sinflarining kriopresipitatsiya qiluvchi antikorlari va anti-DNK antikorlarini o'z ichiga olgan CEClarni ham aniqlash mumkin. CECs qon tomir devoriga yotqizish qobiliyatiga ega, u yerda immun yallig'lanishni keltirib chiqaradi, bu esa gemostazning parietal-trombotsitlar va gemokoagulyatsiya aloqalarining buzilishiga olib keladi. Bu mikrosirkulyatsiyaning sezilarli buzilishiga olib keladi, DIC (makrofag faollashuv sindromi) rivojlanishiga tahdid soladi, bu kasallikning kechishini sezilarli darajada og'irlashtiradi va bu bemorlarni davolashni qiyinlashtiradi.

JRA, asosan artikulyar shakl

Maktabgacha yoshdagi bolalarda poliartrit. Bu asosan qizlarda kuzatiladi. Kichik va o'rta bo'g'inlar jarayonida ishtirok etish xarakterlidir, ko'pincha servikal umurtqa biriktiriladi. Kasallik tor pednoe, asta-sekin progressiv kursga ega. Mustahkamlik o'sishning kechikishi, progressiv vazn yo'qotishi, jigarning o'rtacha kattalashishi, limfa tugunlari, anemiyaning kuchayishi, subfebril holat, progressiv umumiy osteoporozning namoyon bo'lishida namoyon bo'ladi. Ushbu variant barqaror seronegativlik bilan tavsiflanadi.

Yosh bolalarda monoligoartrit. Uveit yoki keratopatiya tufayli ko'zning shikastlanishi bilan birlashtiriladi. Faqat qizlar kasal bo'lishadi. Artritning sust kursi va yaxshi prognozi bor. Uning faoliyati immunitetning o'zgarishi bilan bog'liq. Ko'zning shikastlanishi va artritning paydo bo'lish vaqti ko'pincha farq qiladi (ba'zida ikkinchi sindrom yillar o'tib rivojlanadi). Uzoq vaqt davomida bemorda izolyatsiyalangan uveit yoki faqat oligoartrit mavjud. JRA ning ushbu shakli HLA-DR5 ni aniqlash bilan tavsiflanadi. AI1A ni aniqlashning yuqori chastotasi va qondagi CPC ning sezilarli darajasi.

10 yoshdan oshgan qizlarda poliartrit. U tez rivojlanadi va erta nogironlikka

olib keladi. HLA-DR4 bilan bog'langan. JRA ning ushbu varianti, ammo artikulyar shikastlanish belgilari va kursning o'ziga xos xususiyatlari bilan, kattalardagi revmatoid artritning bolalar analogi sifatida qabul qilinadi. Ushbu bemorlarda ijobiy klassik RF (IgM-RF kompleksi) erta aniqlanadi.

Monooligoartrit asosan o'g'il bolalarda uchraydi. Katta bo'g'imlarning shikastlanishi xarakterlidir va ba'zi hollarda sakroilit bilan birgalikda. Odatda, 10 yoshdan oshgan kasal bolalar. JRA ning ushbu varianti HLA-B27 bilan bog'liq, shuning uchun u ko'pincha kattalarda tez-tez uchraydigan ankilozan spondilitning ehtimoliy boshlanishi deb hisoblanadi. Ko'pincha bolalarda bunday o'zgarish sodir bo'lmaydi va kasallikning kechishi butunlay qulay xususiyatga ega. Ehtimol, ego 1ILA-B27 ning geterogenligi bilan bog'liq.

Bemorlarning taxminan 80 foizida uchraydigan yuqorida tavsiflangan JRA ning eng tipik shakllari bilan bir qatorda kamroq aniq variantlar ham mavjud.

Turli yoshdagi bolalarning katta guruhi faqat monooligoartrit bilan ajralib turadi (HLA-B27 bilan bog'lanmagan). Uning kursi, qoida tariqasida, juda qulaydir, 3-5 yoshdan keyin bolalarning 50 foizi tuzalib ketadi yoki jarayonning aniq rivojlanishisiz juda kamdan-kam uchraydigan relapslar qayd etiladi, bu yillar o'tib tashxisni qayta ko'rib chiqishni talab qiladi.

Patogenetik heterojenlik, JRA ning klinik polimorfizmi, shuningdek, kasallikning tabiati va natijalari bo'yicha turli xil variantlari yangi tasnifning rivojlanishiga sabab bo'ldi. Uning birinchi versiyasi 1972 yilda taklif qilingan; E.I. Brewer, I.C. Bassu, I.T. Kessidi.

Hozirgi vaqtda klinik amaliyotda JRA/YUKHA/JIA (A.V.Dolgopolova. A.A.Yakovleva, L.A.) Isaeva) ning Sharqiy Yevropa ishchi tasnifiga ustunlik hali ham beriladi.

JRA klinik tasnifi

JRA ning klinik va anatomik xususiyatlari

1. Revmatoid artrit, artikulyar-visseral (tizimli) shakl (retikuloendotelial tizim, yurak, seroz membranalar, qon tomirlari, ko'zlar, siydik, asab va bronxopulmoner tizimlarning shikastlanishi bilan):

a) cheklangan visserit bilan;

b) Still sindromi;

v) allergik septik sindrom.

2. Revmatoid artrit, asosan artikulyar shaklda (ko'zning ta'siri bilan yoki bo'lmagan holda):

a) poliartrit;

b) oligoartrit;

c) monoartrit.

3. Revmatoid artrit bilan birgalikda:

a) revmatizm;

b) diffuz biriktiruvchi to'qima kasalliklari JRA ning immunologik xususiyatlari

RF testi ijobiy (seropozitiv), RF testi salbiy (seronegativ).

Kasallikning kechishi: tez o'sib boruvchi, sekin o'sib boruvchi, sezilarli progressiyasiz.

Faoliyat darajasi: yuqori (III daraja), o'rta (II daraja), past (I daraja) remissiya.

Rentgen bosqichi

I. bosqich: periartikulyar osteoporoz, bo'g'im bo'shlig'iga effo'ziya, periartikulyar to'qimalarning siqilish belgilari.

II. bosqich, bir xil o'zgarishlar fonida, bo'g'im bo'shlig'ining torayishi, bitta suyak usurasi

III. bosqich: keng tarqalgan osteoporoz, aniq osteoxondral destruktsiya, dislokatsiyalar, subluksatsiyalar, tizimli suyak displaziyasi.

IV. o'zgarish bosqichi I-III bosqich va ankiloz.

Bemorning funktsional qobiliyati

1. Saqlangan.

2. Tayanch-harakat apparati holati buzilgan:

a) o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyati saqlanib qoladi;

b) o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyati qisman yo'qoladi

v) o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyati sezilarli darajada yo'qoladi.

3. Buzilgan, lekin ko'z yoki ichki organlarning holati.

JRA rivojlanishining belgilari

Yangi bo'g'inlar jarayoniga jalb qilish.

Artritning yangi rentgenologik bosqichiga o'tish.

Tayanch-harakat tizimining progressiv funktsional buzilishlari.

Tez progressiv kurs kasallikning birinchi yilida yuqorida tavsiflangan jarayonning dinamikasi mavjudligi bilan tavsiflanadi. Agar bu belgilar kasallik boshlangan paytdan boshlab 1,5 yildan 3 yilgacha bo'lgan davrda mavjud bo'lsa, kurs asta-sekin progressiv deb ataladi. Va agar 3 yil davomida bemorda artritning rivojlanish belgilari bo'lmasa, kurs biroz progressiv deb hisoblanadi.

Tashxis va differentsial tashxis

JRA uchun diagnostika mezonlari

1. Klinik belgilari: 3 oydan ortiq davom etadigan bir bo'g'imning artriti, 2-3 oydan keyin paydo bo'ladigan ikkinchi bo'g'imning artriti. va keyinchalik, kichik bo'g'imlarning nosimmetrik shikastlanishi, tenosinovit yoki bursit, kontraktura, mushak atrofiyasi, ertalab qattiqlik, revmatoid ko'zning shikastlanishi, revmatoid tugunlar, revmatoid vaskulitning ko'rinishlari (serozit, kardit, pnevmonit, nefrit va boshqalar).

2. Retpgenologik belgilar: periartikulyar osteoporoz, epifizning suyak tuz ilishining kichik kistli qayta tuzilishi, bo'g'im bo'shlig'ining torayishi, suyak eroziyasi, bo'g'imlarning ankilozi, atlasning buzilishi yoki subluksatsiyasi bilan servikal umurtqa pog'onasining shikastlanishi.

3. Laboratoriya belgilari: musbat RF, sinovial suyuqlikda 5% dan ortiq hornotsitlar mavjudligi, sinovial membrananing ijobiy biopsiya ma'lumotlari (RF, o'ziga xos CEC, krioglobulinlar va boshqalar), T ning hamkorlikdagi nomutanosiblik belgilari. va B hujayralari, CRV kontsentratsiyasining ortishi, immunoglobulinlar, RF, ANA mavjudligi, DNKga antikorlar, streptokokklar, xlamidiyalar, mikoplazmalar, ichak bakteriyalari, toksoplazma, toksakara va boshqa yuqumli omillar. Serologik tadqiqotlar: gerpes simplex virusi, sitomegalovirus, Epstein-Barr viruslari, gepatit A, B va C, parvoviruslar, enteroviruslar va boshqalarga antikorlar Turli HLA gaplotiplarini (DR1, DR2, DR i, DK5, B27 B35, B12 va boshqalar) aniqlash.), shuningdek, bemorning yaqin qarindoshlarida HLA tizimining antijenlariga ko'ra otoimmun kasalliklarning rivojlanishiga moyillikning umumiy fenotiplari mavjudligi.

Artritning differentsial diagnostikasi. JRAni klinik ko'rinishida artikulyar sindrom mavjud bo'lgan revmatologik profil kasalliklaridan farqlash kerak. Bularga SLE, revmatizm, dermatomiyozit, balog'atga yetmagan skleroderma (tizimli skleroz) kiradi.

Bolalardagi JRA refaol artropatiyalar, osteoxondropatiya nomi bilan birlashtirilgan kasalliklar, psoriatik va podagra artropatiyalari, bo'g'imlarning sil kasalligi va tayanch-harakat tizimining shikastlanishi bo'lgan bir qator irsiy genetik sindromlar bilan ham ajralib turadi.

Tizimli qizil yuguruk. Agar SLE artikulyar sindromning yorqin klinik ko'rinishi va teri belgilarining yo'qligi bilan davom etsa, bu sezilarli differensial diagnostika qiyinchiliklarini keltirib chiqaradi. JRA uchun atipik bo'lgan teriga ("kapalak"), markaziy asab tizimiga va buyraklarga zarar etkazish belgilari kasallikning dastlabki bosqichida paydo bo'lishi, shuningdek, artritning eroziv bo'lmagan tabiati qanday holatda? Yordam bering. Differentsial diagnostika leykopeniya, trombotsitopeniya, komplement darajasining pastligi, SLE diagnostik mezonlari bo'lgan qonda DNK va LE hujayralariga antikorlarning mavjudligi bilan to'ldiriladi.

O'tkir revmatik isitma. ARF o'z yo'nalishini o'zgartirdi, ko'pincha uning birinchi belgisi artrit, ammo JRAdan farqli o'laroq, u eroziv bo'lmagan xarakterga ega va terapiya vaqtida tez qaytariladigan kursga ega. Revmatizmdagi artrit har doim streptokokk infeksiyasi, o'tkir (tonzillit, skarlatina) yoki virusli infeksiya fonida surunkali tonzillitning kuchayishi bilan birga keladi, anamnezda revmatizmning "oilaviy birikmasi" mavjudligi haqida ko'rsatmalar mavjud.

Nihoyat, allaqachon revmatizmning dastlabki bosqichlarida yurak shikastlanishi aniqlanadi tsa - miyokardit va / yoki endokardit. Ba'zi bolalarda revmatik xoreya bor. Qonda antistreptokokk antikorlarining yuqori darajasi (ASL-O, ASG va boshqalar) aniqlanadi, bu JRA bilan og'rigan bemorlarga xos emas.

Tizimli skleroz (SS) shaklida balog'atga etmagan skleroderma. Deyarli har doim bu jarayonda mushak-skelet tizimining ishtiroki bilan davom etadi. Differensial tashxisni o'tkazishda SSga xos bo'lgan vazospastik kasalliklarning mavjudligi, masalan, Reyno sindromi, ezofagit, teri sindromining indurativ-atrofik ko'rinishlari va SS uchun xarakterli bo'lgan umumiy progressiv tizimli obliteratsiya qiluvchi endarterit. differentsial diagnostika. Ma'lumki, SS, JRA kabi, klinik jihatdan polimorfik kasallik bo'lib, uning bir nechta mustaqil shakllarini aniqlash imkonini berdi. Ulardan ba'zilari, masalan, o'zaro bog'liqlik sindromi (xoch sindromi) rivojlanishning dastlabki bosqichlarida JRA bilan differensial tashxisni talab qiladi.

Refaol artropatiyalar - enterokolitik (yersinioz, salmonellyoz va boshqalar) yoki urogenital (xlamidiya, ureaplazmoz va boshqalar) infeksiyasidan keyin (yoki fonida) rivojlanadigan qo'shma kasalliklar. Bunday holda, sinovial suyuqlikdan artrit rivojlanishi holatida infeksion vosita ekilmaydi. Sinovial suyuqlikda xlamidiya, shigella, salmonella va boshqalar kabi yuqumli agent topilgan hollarda artrit yuqumli hisoblanadi (xlamidiya, salmonellalar va boshqalar). Ichak va genitouriya infeksiyalariga qarshi (yoki undan keyin) rivojlanadigan refaol artrit (artropatiyalar) HLA-B27 bilan bog'liqligi isbotlangan.

Adabiyotga ko'ra, bir qator bemorlarda post-yersinia artriti uzoq muddatli takroriy kursni oladi va klassik ankilozan spondilitga aylanishi mumkin.

Nazofarengeal infeksiyaga qarshi (yoki undan keyin) paydo bo'lgan artrit (artropatiyalar), ya'ni. ICD-10 ga ko'ra, bir vaqtlar yuqumli-allergik deb atalganlar, infeksiyadan keyingi hisoblanadi.

Pediatriyaning dolzarb muammosi xlamidiya keltirib chiqaradigan refaol artritdir: ular ko'pincha JRA (JXA) ga aylanadi va progressiv ravishda bo'g'imlarda eroziv-destruktiv o'zgarishlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Takliflar mavjud: yoki HLA-B27 mikroblar uchun retseptor bo'lib, bu infeksiyani umumlashtirishga olib keladi yoki bu antigen hujayrali immunitet reaksiyalarining boshlanishida bevosita ishtirok etadi, bu esa immunitetning yetarli emasligiga va mikroorganizmning barqarorligiga olib keladi. Reiter sindromi (Reiter kasalligi yoki uretrookulosinovial sindrom). U simptomlarning klassik triadasi bilan tavsiflanadi: uretrit, kon'yunktivit, artrit. Jarayon odatda yoz-kuz davrida noqulay sanitariya-epidemiologik vaziyatda bo'lgan o'lkalarda sodir bo'ladi. Klassik triadaning bir belgisi (uretrit yoki kon'yunktivit) bo'lmasa, "to'liq bo'lmagan Reiter sindromi" ni ajratib ko'rsatish noqonuniy hisoblanadi. Reiter sindromining

eng keng tarqalgan qo'zg'atuvchisi xlamidiyadir. Chlamydiae - hujayra ichidagi parazitizmga qodir bo'lgan va shilliq epiteliy uchun tropizmga ega bo'lgan gramm-manfiy bakteriyalar. O'g'il bolalar va yigitlar tez-tez kasal bo'lishadi. Xlamidiya infeksiyasi jinsiy yo'l bilan yuqadi va gonokokkka qaraganda, 5-7 marta tez-tez uchraydi. Uretrit infeksiyadan 7-20 kun o'tgach rivojlanadi va gonoreya kabi o'tkir emas. Dizurik hodisalar ko'pincha yo'q. Keyinchalik, pseudo-goutiy artropatiya qo'shiladi: shish, oyoqlarning bo'g'imlarida og'riq, bosh barmog'ining bo'g'imlarini o'z ichiga oladi. To'piqlardagi og'riqlar bilan tavsiflanadi (to'piqlarda kalkaneal tendon tendonit bursit).

Konyunktivit ham xlamidiya infeksiyasining o'zi natijasida, ham ushbu kasallikka xos bo'lgan immunopatologik reaksiyalar bilan bog'liq holda yuzaga keladi. Bir qator bemorlarda tashqi tomondan psoriatikga o'xshash teri shikastlanishi (tovon, kaftlar keratodermi) rivojlanishi mumkin, bu Reiter sindromini tashxislashni qiyinlashtiradi. Ehtimol, balanit, balanopostit, inguinal limfadenopatiya, pielonefrit ko'rinishi. IILA-B27 bemorlarning 80-90% da aniqlanadi, RF aniqlanmaydi. Reiter sindromi takrorlanishga moyil bo'lib, surunkali infeksiyaning davom etishini ko'rsatadi.

Ushbu kasallik diagnostikasida bemorning qon zardobida anamnez, klinik ko'rinish va xlamidiya antikorlarini (titer 1:32 va undan yuqori) aniqlashga katta ahamiyat beriladi.

Chlamydia trachomatis ekanligi aniqlandi.; - urogen refaol artrit uchun umumiy qabul qilingan va eng tez-tez qo'zg'atuvchi vosita va refaol artrit xlamidiya infeksiyasining 2% dan kam hollarda rivojlanadi.

Xlamidiyaning 19 ta serotipi ma'lum:

Ko'z kasalliklari (traxoma) - A, B. C dan serotiplar. Siydik-jinsiy yo'llarning shikastlanishlari - D. E, F. G, H, I, J, K serotiplari (siydik yo'llari, to'g'ri ichak, farenks va nafas olish yo'llarining silindrsimon epiteliysini, shuningdek, kon'yunktivani zararlaydigan genital shtammlar). Venerik limfogranuloma - L1-L3 serotiplari.

Xlamidiya infeksiyasining shakllari:

Hujayra ichidagi vegetativ retikulyar tanachalar - 1200 nm. Hujayradan tashqari, juda yuqumli, metabolik faol bo'lmagan, elementar jismlar - 200-300 nm. Xlamidiyaning L shakliga o'xshash shakliga aylanishi mumkin (40% gacha).

Xlamidiya artriti bilan bog'liq muammolar

1. Infeksiya va artritning klinik ko'rinishini o'chirish. Urogenital xlamidiya infeksiyasi, qoida tariqasida, Mayu-yoki asemptomatik tarzda davom etadi. Kasallikning manifest shakllari odatda bog'liq infeksiya mavjud bo'lganda o'sha kuzatuvlarda qayd etiladi.
2. Kasallikning o'zgargan klinik ko'rinishi: ko'pincha poliartrit (50%) va

oligoartrit (30%), kamroq spondiloartrit (10%), aralgiya (8%), monoartrit (5%) va axillodenit (5%).

3. Refaol artrit kursining turli xil variantlari:

- o'tkir (10-15%) 4 oygacha;
- cho'zilgan - 1 yilgacha;
- surunkali (infeksiyaning davom etishi) - 1 yildan ortiq;
- qaytalanuvchi (refaol artritning qaytalanishi).

4. Kechiktirilgan tashxis: 1 oygacha. - 13%; 1 oydan 6 oygacha - 30%; 6 oydan keyin - ellik%.

5. Seronegativlik. Xlamidiya qo'zg'atadigan artrit bilan og'rigan bemorlarning deyarli 40 foizida diagnostik titrlarda IgA, IgM va IgG antikorlari ishlab chiqarilmasligi, ammo xlamidiya barcha bemorlarda sitologik usul, immunofluoressensiya reaksiyasi va McCoy's ekish usuli bilan aniqlanadi.

6. Aralash infeksiya. Hozirgi bosqichda tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklarining o'ziga xos xususiyati aralash infeksiyalar (xlamidiya, ureaplazma, mikoplazma, Trichomonas - 30% gacha, herpes virusi - 25% gacha) turiga ko'ra oqim tendensiyasidir.

Xlamidiya qo'zg'atadigan artritda periferik bo'g'imlarning shikastlanishi variantlari: refaol artrit turiga va destruktsiyali artrit turiga ko'ra.

JRA/JXA ning taxminan 7-8 klinik belgilari (ayniqsa, o'smirlarda) tasvirlangan, bu artritning xlamidiya infeksiyasi bilan bog'liqligini ko'rsatadi.

1. Alohida bo'g'inlar ustidagi terining giperemiyasi bilan shish.
2. Qo'llarning bo'g'imlariga assimetrik shikastlanish
3. Bemorda entezit va talalgiya bor.
4. Uzoq muddatli subfebril holat (eng mumkin bo'lgan sabablar chiqarib tashlanadi).
5. Metotreksatni tayinlashda doimiy harorat reaksiyasi.
6. Artritning o'rtacha klinik belgilari bilan jarayonning yuqori laboratoriya faolligi (masalan, ESR 40-50 mm / soat; lekin yorqin o'tkir artrit / sinovit yo'q).
7. Progressiv destruktiv artrit (shu jumladan, 1V-V oyoq barmoqlari bo'g'imlaridagi o'zgarishlar), metotreksat bilan davolash va GCSni intraartikulyar yuborish usuli ta'sirisiz.

Agar JRA bemorida xlamidiya infeksiyasi tasdiqlansa, siyanoz xlamidiya infeksiyasi bilan bog'liq JRA (ishchi tasnifi pi) sifatida xabar qilinishi kerak. Chlamydial artritni davolashda muammolar. Asoratlanmagan xlamidiya infeksiyasini davolash odatda qiyin emas. Surunkali va takroriy shakllarning kechishi ko'pincha juda qiyin va qiyin ishdir. Afsuski, surunkali xlamidiya infeksiyasi bo'lgan bemorlarni davolashning yagona taktikasi yo'q. So'nggi yillarda xlamidiya infeksiyasi va artritning davom etayotgan antibakterial terapiyaga chidamliligi faol ravishda o'sib bormoqda. Qarshilikning moddiy substrati ikki

zanjirli DNKning yopiq halqalari bo'lgan mobil tuzilmalardir - ular plazmidlar deb ataladi.

Plazmidlar dastlab bir nechta antibiotiklarga yoki ularning butun guruhiga qarshi immunitetga ega. Aniqlanishicha, plazmid xromosomaga integratsiyalashishi va u bilan replikatsiyalanishi mumkin, buning natijasida bir qator antibiotiklarga chidamlilik haqidagi ma'lumotlar to'g'ridan-to'g'ri xlamidiya hujayrasining genetik apparatiga o’z otiladi va bunday xlamidiya bu antibiotiklarga befarq bo'lib qoladi.

Xlamidiya infeksiyasiga qarshi faol: tetratsiklinlar, makrolidlar, ftorxinolonlar va rifampitsin. Makrolidlar: roksitromitsin, klaritromitsin, azitromitsin, spiramitsin, midekamitsin, josamitsin. Spiramitsin va josamitsin yuqori xavfsizlik profiliga ega. Ular sitoxrom P450 tizimi bilan o'zaro ta'sir qilmaydi, qon oqsillari bilan minimal darajada bog'lanadi va ta'sirlangan to'qimalar va hujayralarda maksimal darajada to'planadi; ulardan foydalanish har qanday vaqtda homilador ayollarda ham xavfsizdir; fagotsitlar xemotaksisining kuchayishi bilan namoyon bo'ladigan immunomodulyatsion xususiyatga ega. Rifampitsin yoki spiramitsinni tomir ichiga va bo'g'im ichiga yuborish mumkin.

Antibiotiklarga chidamlilik shakllanishining oldini olish: takroriy davolash kurslari davomida dorilar guruhlarini o'zgartirish, antibiotiklarning oqilona kombinatsiyasi (makrolidlar - doksisiklin), yetarli, ammo uzoq muddatli antibiotik terapiyasini buyurish, bir xil antibiotiklar kombinatsiyasidan foydalangan holda jinsiy sheriklarni davolash.

Doimiy xlamidiya infeksiyasi - bu xlamidiyaning hujayra ichida "plazmid shakllari" ko'rinishida bo'lgan holat: ular bo'linmaydi, shuning uchun bakteriostatik antibiotiklar, angina va makrofaglar uchun mavjud emas, shuning uchun mikroorganizmni immunitet tizimi deyarli tanib bo'lmaydi. makroorganizm.

Xlamidiya infeksiyasining davom etishi sefalosporinlar, ayniqsa I-II avlod, b-laktam antibiotiklari, sulfanilamidlar, interferon-g ning past dozalari va asossiz qisqa kurslar va antibiotiklarning past dozalari bilan rivojlanishi mumkin. Shu bilan birga, energiyaga bog'liq parazitizm rivojlanadi.

Xlamidiya infeksiyasi bilan bog'liq JRA / JXA bilan og'rigan bemorlarga o'tkir namoyon bo'lish davrida immunomodulyatorlar buyurilmasligi kerak. Ba'zi bemorlarda surunkali xlamidiya infeksiyasining kuchayishi hatto viferon, sikloferon yoki xun takviyeleri tomonidan qo'zg'atilishi mumkin. Ushbu toifadagi bemorlarga o'rtacha dozalarda - kuniga 6-8 tabletkadan (kurs 3-4 oy) ferment terapiyasi kursi (vobenzim, mulsal, flogenzim) tavsiya etilishi mumkin. bilvosita immunomodulyatsion ta'sir ko'rsatadi.

Surunkali va doimiy xlamidiya infeksiyasi to'liq bartaraf etilgunga qadar bemorni refaol xlamidiya qo'zg'atadigan artritdan davolash mumkin emasligi aniqlandi. Psoriatik artrit (psoriatik artropatiya) ko'pincha toshbaqa kasalligining

teri ko'rinishlari bilan birlashtiriladi. Kasallik har qanday yoshda aniqlanishi mumkin. Psoriazning etiologiyasi va patogenezi to'liq o'rganilmagan. Psoriazning klinik ko'rinishlarining turli xil variantlariga irsiy moyillik haqiqati isbotlangan. Kasallikning HLA gistokompozitsiya antijenlari bilan bog'liqligi aniqlangan.

Psoriazning teri shakli bo'lgan bemorlarda HLA-B13 va HLA-B17 ustunlik qiladi va teri sindromi bo'lgan bemorlarda psoriatik artropatiya bilan birgalikda HLA gaplotiplari ko'proq uchraydi: B17, B27, B33, B40, DR4, DR7. Psoriatik qo'shma shikastlanishning klinik variantlarining polimorfizmi - uchuvchi artralgiyadan og'ir nogironlik artrozigacha - ularning etiopatogenetik heterojenligi bilan bog'liq.

Psoriatik artrit ko'pincha asta-sekin, ba'zan esa o'tkir, to'liq salomatlik davrida boshlanadi. Periferik bo'g'inlar shikastlanishining assimetriyasi xarakterlidir: barmoqlarning distal, proksimal interfalangeal bo'g'imlari, tizza bo'g'imlari, kamroq tez-tez metakarpofalangeal, elka bo'g'imlari. Asos sifatida, har qanday bo'g'im, shu jumladan temporomandibulyar qo'shma ta'sir qilishi mumkin. Ko'pincha artikulyar sindrom mono- yoki oligoartrit bilan ifodalanadi. Ba'zida u barmoqlarning fleksorlarining tendovaginiti, bo'g'imlarda yoqimsiz siqilishdan oldin bo'ladi. Bemorlar ertalab qo'shma og'riqlar va qattiqlikdan havotirda.

Bolalarda psoriatik artritning mustaqil shaklini ajrating - voyaga yetmaganlar. Qizlar tez-tez kasal bo'lib, kasallikning cho'qqisi balog'at yoshida - 10-12 yoshda kuzatiladi. Ko'pincha artrit toshbaqa kasalligining teri namoyon bo'lishidan oldin sodir bo'ladi. JRA ning differensial diagnostikasini o'tkazish. balog'atga yetmagan psoriatik artrit bilan, isitma, limfadenopatiya, gepatolienal sindrom, bo'g'imlarning shikastlanish simmetriyasi, RF mavjudligi va laboratoriya ko'rsatkichlarining yorqin yallig'lanish tabiati ikkinchisi uchun odatiy emasligini hisobga olish kerak. Psoriatik artritning kursi odatda qulaydir: 20-50% bolalarda barqaror remissiyaga erishiladi, sekin progressiv surunkali poliartrit 25-30% da qayd etiladi va jarayon 10-15% da erta nogironlikka olib keladi.

Voyaga yetmaganlarning ankilozan spondilit (enteziv artrit). Qizlar va o'g'il bolalarda bir xil darajada keng tarqalgan. Oligoablatsiya, koksit, engezit bilan tavsiflanadi. O'smirlar tez-tez kasal bo'lishadi. Bemorlarning 25-50 foizida uveit rivojlanishi mumkin. 75% da HLA B27 aniqlanadi. Har doim IF va ANA yo'qoladi. Sakroiliak bo'g'imlardagi og'riqlar, yallig'lanishli tabiatning umurtqa pog'onasidagi og'riqlar, og'riq sindromi, spondiloartropatiyalar yoki yallig'lanishli ichak kasalliklari bilan og'rigan oldingi uveitning oilaviy tarixi mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Bo'g'imlarning sil kasalligi. Bemorlarning 80% da surunkali monoartrit paydo bo'ladi. Kestirib, tizza bo'g'imlari asosan ta'sirlanadi. O'g'il bolalar va erkaklar ko'proq ta'sir qiladi. So'nggi yillarda bolalarda sil kasalligining chastotasi oshdi va

ko'pincha o'pkaning shikastlanishini chetlab o'tib, uning birinchi namoyon bo'lishi bo'g'imlar, umurtqa pog'onasi va buyraklardagi jarayondir. Sil kasalligining tabiati ham biroz o'zgardi, u o'tkir yallig'lanish xususiyatlarini oldi. Mushaklar-skelet tizimining shikastlanishi bilan yuzaga keladigan sil kasalligi jarayoni bir necha bosqichlardan o'tadi. Boshlang'ich, preartritik bosqich intervalgacha, ko'pincha harakat paytida, og'riyotgan og'riqlar bilan tavsiflanadi. Artrit bosqichiga o'tish bilan artikulyar tuzilmalarda o'tkir yallig'lanishning surati rivojlanadi: qattiq og'riq, shishish, harakatni cheklash, qo'shilishda effo'zyon. Effo'ziya va periartikulyar shish bo'g'imning konfiguratsiyasini keskin o'zgartiradi. Bemorning yurishi buziladi.

Kalcha qo'shimchasining mag'lubiyati bilan, agar jarayon ikki tomonlama yoki "qo'shni" bo'lsa - bir bo'g'imning mag'lubiyati bilan "o'rdak" ka aylanadi. Ushbu fonda dumba va sonlarning atrofiyasi tez rivojlanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, bolalarda umurtqa pog'onasining sil kasalligi (Pott kasalligi) ham rivojlanishi mumkin, bunda kazeoz osteit kabi asosiy o'ziga xos jarayon umurtqalar tanasida rivojlanadi: ularning tekislanishi asosan, old bo'limda shakllanadi. Umurtqalar lateral rentgenogrammada xanjar shaklida.

Sil kasalligi bilan og'rigan JRA ning differensial diagnostikasi ko'pincha sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Differensial diagnostika mezonlari oilada sil kasalligining mavjudligi, Mantu testining ijobiy natijasi, sinovial suyuqlikda tuberkulyoz mikobakteriyasining mavjudligi va salbiy RF bo'lishi mumkin. Tashxisni aniqlashtirish uchun bo'g'imlarning rentgenologik tekshiruvi (agar kerak bo'lsa, bo'g'imlarning KT) va sinovial membrana va haftaga biopsiyasi bilan artroskopik tekshiruv o'tkaziladi. Tuberkulyoz artritning preartritik bosqichida, normal suyak to'qimalarining fonida, suyak trabekulalari naqshining fokusli qayta tuzilishi aniqlanishi mumkin. Artrit bosqichida marginal suyak nuqsonlari aniqlanadi. Keyinchalik qo'shma bo'shliqning torayishi va suyakning subkondral tuzilmalarining korroziyalangan konturlari fonida sekvestr mavjudligi bilan cheklangan suyak bo'shlig'i topiladi.

Osteoxondropatiya. Bu uzoq davom etadigan va ko'pincha ijobiy natijaga ega bo'lgan bolalar va o'smirlardagi qo'shma kasalliklarning mustaqil guruhidir. Etiologiyasi kam ma'lum, ammo bu kasalliklarning rivojlanishi suyak va suyak iligining avaskulyar (aseptik) nekroziga asoslanganligi aniqlangan. Ko'pgina osteoxondropatiyalar uchun ularning irsiy tabiati isbotlangan (Schlagger kasalligi, Scheuermann kasalligi - May, Perthes kasalligi, Koehler kasalligi I va II). Qoida tariqasida, ushbu kasalliklar guruhi mezenximal stigmalarning yuqori darajasi bo'lgan bemorlarda aniqlanadi, bu esa biriktiruvchi to'qimalarning displastikligini ko'rsatadi, bu ko'pchilik osteoxondropatiyaning disontogenetik xususiyatini ta'kidlaydi.

Ba'zi hollarda JRA bo'lgan bolalarda monooligoartritning torpid kursi ushbu kasalliklar guruhi bilan ham differensial tashxisni talab qiladi. Osteoxondropatiya epifiz, apofiz, quvurli suyak, qisqa quvurli suyaklar yoki artikulyar suyak tuzilmalarining subkondral qatlamida patologik jarayonning lokalizatsiyasi bilan yuzaga kelishi mumkin.

Legg-Calve-Perthes kasalligi (femur boshi epifizining osteoxondropatiyasi). Bu bosh epifizining ossifikatsiya yadrosining subkondral nekrozi. Kasallik deyarli bir vaqtning o'zida (1909-1910) uchta muallif tomonidan tasvirlangan. Bu ko'plab sabablarga ko'ra yuzaga keladi, ular orasida eng muhimi irsiy moyillikdir. Bu bir qator metabolik, gormonal, biokimyoviy omillarning "nuqsonligi" da yotadi, deb taxmin qilinadi. Perthes kasalligi bilan og'rigan bolalarning qon zardobida ishqoriy fosfataza, kalsiy, noorganik fosfor miqdori yuqori bo'lganligi va siydikda glutamik kislota va prolinning ko'payishi haqida dalillar mavjud. Kasallik asosan, 5-12 yoshda sodir bo'ladi, qoida tariqasida, bitta, ko'pincha o'ng, son bo'g'imlari ta'sirlanadi. O'g'il bolalar qizlarga qaraganda, 5 marta tez-tez kasal bo'lishadi. Kasallikning birinchi belgilari og'riq va oqsoqlik, so'ngra son bo'g'imi qo'shilishida kontraktura belgilari: erta bo'lganlar - ichki va tashqi aylanish va o'g'irlashning cheklanishi, keyinroq - egilish va qo'shilishning cheklanishi. JRA bilan differensial tashxis o'tkazishda I ning ultratovush va rentgenologik belgilari alohida ahamiyatga ega, ya'ni. Perthes kasalligining boshlang'ich bosqichi, chunki uning natijasi o'z vaqtida tashxisga bog'liq.

Perthes kasalligining I bosqichi epifiz va suyak iligining gubka suyagi nekrozi bilan tavsiflanadi. Ushbu bosqich eng katta diagnostika qiyinchiliklarini keltirib chiqaradi. Kasallikning ushbu davridagi rentgenogrammada son bo'g'inini o'rab turgan yumshoq to'qimalar soyalarining kengayishi va siqilishi, sinovit tufayli son bo'g'imlari kapsulasi soyasining kengayishi aniqlanadi.

Shish bilan bog'liq holda, o'rta, kichik gluteal va iliopsoas mushaklari orasidagi mushaklararo bo'shliqlarning kengayishi hosil bo'ladi. Son bo'g'imlari va tos suyaklarining tegishli yarmi suyaklarining osteoporozi rivojlanadi, haftaga tushadigan epifiz plastinkasining qiyshayishi va notekisligi, epifizda femurning bosh va bo'yin epifizasining qo'shni yuzalarida marginal usuraning mavjudligi. zonasi. Epifizning sharsimon konturining tekislanishi va artikulyar balandligining oshishi aniqlanadi! bo'shliqlar (sinovit).

1-bosqichning oxirida femur bo'yinining paraepifiz zonasida buzilish o'choqlari paydo bo'lishi mumkin, ularning hududida bir muncha vaqt o'tgach kistalar hosil bo'ladi, bo'yin qisqaradi, kengayadi, bo'g'im amalda buziladi. Bu bosqich 4-6-8 oy davom etishi mumkin. Hozirgi vaqtda ushbu kasallikni davolash faqat jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi: u qanchalik erta amalga oshirilsa, natija shunchalik yaxshi bo'ladi.

Oyoqning navikulyar suyagi osteoxondropatiyasi (Koxler kasalligi I). 5-12 yoshli bolalarda, asosan, o'g'il bolalarda uchraydi. Jarayon ko'pincha ikki tomonlama. Deyarli to'satdan skafoidning gubka qismining aseptik nekrozi rivojlanadi, ammo integumental haftaga tuzilishi saqlanib qoladi. Bolada oyoqning orqa qismidagi og'riqlar haqida tashvishlanadi, ko'pincha og'riq kechasi kuchayadi. Oqsoqlik asta-sekin rivojlanadi, bolalar oyoqning tashqi chetiga suyanib, yurishadi. Navikulyar suyak darajasida shishish yallig'lanish belgilarisiz paydo bo'ladi. Jarayon 8-12 oy, ba'zan yillargacha davom etadi. Muhim diagnostika mezoni rentgen rasmidir: dastlabki bosqichda osteoporoz aniqlanadi, keyinchalik navikulyar suyakning ossifikatsiya yadrosining pasayishi kuzatiladi, ba'zida uning parchalanishi kuzatiladi. qo'shildi. Umuman olganda, kasallikning kechishi qulay bo'lib, bo'g'imning o'z vaqtida immobilizatsiyasi va tushirilishi bilan jarayon suyakning tuzilishi va shaklini tiklash bilan yakunlanadi.

Metatarsal suyaklar boshlarining osteoxondropatiyasi (Kehler II kasalligi). 10-20 yoshda, biroz ko'proq qizlar va ayollarda uchraydi. II va III metatarsal suyaklarning boshlari odatda ta'sirlanadi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi, II-III barmoqlar tagida og'riq bilan boshlanadi, yurish bilan kuchayadi. Bu sohada shish paydo bo'ladi. Bemorlar tovonda tayanch bilan yurishadi va shu bilan oldingi oyoqni tushiradilar. Ko'pincha, rivojlanayotgan limfa shishi tufayli oyoq Bilagi zo'r bo'g'im hududida shish paydo bo'lishi mumkin, bu keyinchalik deformatsiya qiluvchi artrozning shakllanishiga yordam beradi.

X-ray siqilish va metatarsal suyak boshining balandligining pasayishi bilan tavsiflanadi, u dog'li naqshga ega bo'lishi mumkin. Kasallikning oxirgi bosqichida suyak tuzilishini to'liq tiklash odatda kuzatilmaydi.

Shomil bilan yuqadigan borrelioz (Lyme kasalligi). Ushbu kasallik birinchi marta 1970-yillarda Laymda (AQSh) tasvirlangan bo'lib, o'rmonga sayohatdan keyin bolalarda artrit epidemiyasi qayd etilgan bo'lib, u bir nechta yirik bo'g'inlarda, asosan tizzalarda assimetrik shish va og'riqning qisqa muddatli takroriy hujumlari bilan tavsiflanadi. Qoida tariqasida, bu halqali migratsiya eritema va surunkali atrofik akrodermatit, ba'zida nevrologik kasalliklar (meningit, ensefalit, kranial nevrit, radikuloneurit, mielit) va shikastlanish shaklida terining shikastlanishi bilan namoyon bo'ladigan tizimli kasallikning belgilari bilan birlashtirildi. yurak-qon tomir tizimi (diffuz kardit yurakning o'tkazuvchanlik tizimining shikastlanishi, perikardit).

Borreliya Lyme kasalligining qo'zg'atuvchisi sifatida tan olingan. Borreliyaning o'ziga xos xususiyati bu kasallikning klinik va immunologik polimorfizmini belgilaydigan genotipik (8 genotip tavsiflangan) va fenotipik xilma-xilligidir. Qo'zg'atuvchining tashuvchilari deyarli barcha geografik hududlarda yashashi mumkin bo'lgan Shomillardir, garchi Borreliyaning ma'lum bir fenolipik

guruhi ustunlik qiladigan endemik o'choqlar mavjud. Lyme artriti Lyme kasalligi bo'lgan kattalarga qaraganda bolalarda ko'proq uchraydi. Hozirgi vaqtda borrelioz Belarusiyaning deyarli barcha hududlarida qayd etilgan.

JRA bilan differensial tashxis o'tkazishda ustuvorlikni bilish muhimdir. lyme artrit belgilari. Erta davrda umumiy yallig'lanish sindromi (isitma, titroq, eritema, bosh og'rig'i, terlash va boshqalar) tarkibiga kiruvchi artralgiyalar kuzatiladi. Bir necha kundan keyin (haftalar yoki hatto oylar) Katta yoki o'rta bo'g'imlarning, ko'pincha tizzalarning intervalgacha mono- va oligoartritining qisqa hujumi rivojlanadi. Artrit yaxshi xulqli kursga ega bo'lib, hujumlar orasidagi intervallarni bosqichma-bosqich o’z aytirish va hujumlar davomiyligini qisqartirish, so'ngra tiklanish bilan tavsiflanadi, ammo bu faqat asosiy kasallik uchun terapiya fonida. So'nggi yillarda surunkali eroziv-destruktiv sinovit artritning shakllanishi holatlari tez-tez qayd etilgan. Bu kasallikning dastlabki bosqichlarida allaqachon JRA bilan borrelios artritining differentsial tashxisini murakkablashtiradi. Amalda, bu uning tez rivojlanishini, eroziv-destruktiv artritning rivojlanishini va JRA (DOCA) ga aylanishini ko'rsatadi.

Borrelioz diagnostikasi anamnez (mahalla chaqishi), ushbu kasallikka xos bo'lgan klinik ko'rinishlar va mavjud biologik muhitni (qon, sinovial va miya omurilik suyuqligi) borreliyalarga antikorlar, ferment immunoassay, o'rganish natijalari asosida amalga oshiriladi. boshqalar ham ishlatiladi.

Borrelioz bilan ma'lum bir bemorda kasallikka sabab bo'lgan patogenlarning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash deyarli mumkin emas. Lyme kasalligining rivojlanish jarayonida va kursida har qanday bosqichda infeksiya belgisi mavjud va shuning uchun kasallikning barcha bosqichlarida antibiotiklar qo'llaniladi.

Boireliu burgdorferi II, III va IV avlod sefalosporinlari (sefuroksim, seftriakson, sefotaksim va boshqalar), tetratsiklinlar, makrolidlar va ba'zi yarim-siptik penitsillinlarga sezgir.

Boireliu burgdorferi penitsillin, oksatsillin, xloramprinkolga nisbatan kam sezgir.

Bonelia burgdorferi aminoglikozidlar, siprofloksatsik, rifampitsin, trimetoprim sulfametoksazolga chidamli.

Hozirgi vaqtda davolanish muddati bo'yicha konsensus yo'q. Har bir holatda patogenning turg'unligini samarali oldini olish uchun davolash individualdir.

Qo'shimchalarning umumiy gipermobillik sindromi. Bu o'tkazib yuborish oson bo'lgan sindromlardan biri, shu jumladan fibromiyali. Taxminan 10% odamlar gipermobillik tomon normal qo'shma harakatchanlik oralig'ida o'sishni boshdan kechirishadi. O'rtacha 10-15% bemorlarda gipermobillik patologik (masalan, Marfan sindromi, Elers-Danlos sindromi, akromegaliya va boshqalar). Umumiy gipermobillik uchun skrining nazorati o'zgartirilgan Byton reytingi bo'lishi mumkin,

bu uning tashxisini osonlashtiradi:
1. Kichkina barmoqni 90 ° yoki undan ko'proq kengaytirish (har bir tomondan bir nuqta).
2. Bosh barmog'ini bilagiga tegguncha yon va orqaga olib boring (lekin har tomondan bitta nuqta).
3. Tirsak bo'g'imining 10 ° ga giperekstantsiyasi (har bir tomondan bir nuqta).
4. Tizza bo'g'imini 10 ° yoki undan ortiq (lekin har tomondan bir nuqta) haddan tashqari cho'zish.
5. Tizlaringizni bukmasdan, kaftlaringiz bilan polga teging.
Maksimal ball soni - 9.
Gipermobillik diagnostikasi 6 yoki undan ko'p ball bilan belgilanadi.
Fibromiyaljiya. Bu juda keng tarqalgan sindrom quyidagi xususiyatlar bilan tavsiflanadi:
1. Yomon uyqu, uyg'onganda charchoq hissi.
2. Bezovtalik, uyquchanlik.
3. Achchiqlanish.
4. Analgetiklarni qabul qilishda kamaymaydigan ko'plab mintaqaviy og'riqlar, shu jumladan umurtqa pog'onasidagi og'riqlar.
5. Palpatsiyada ayrim nuqtalarning o‘ta sezuvchanligi (bo‘yin bo‘yni umurtqasining pastki qismi, supraspinat muskulining o‘rtasi, trapetsiya mushagi ustidagi mushak roligining og‘rig‘i, lateral epikondildan 1 sm distal nuqtada, bel umurtqasining pastki qismidagi og‘riq, yuqori gluteal mintaqa, medial yog’ tizza yostig'i). Fibromiyaliya birlamchi (ko'pincha o'rta yoshli ayollarda) va og'riqli artikulyar yoki miyalgik sindrom bilan kechadigan turli revmatik kasalliklar fonida ikkilamchi bo'lishi mumkin. Bemorlar chuqur tekshiruvdan o'tishlari kerak.

Zamonaviy davolash usullari

Terapiyaning maqsadlari: jarayonning yallig'lanish va immunitet faolligini bostirish, tizimli ko'rinishlarni va artikulyar sindromni bartaraf etish, bo'g'imlarning funktsional qobiliyatini saqlash, bo'g'imlarning buzilishining oldini olish yoki sekinlashtirish, bemorlarning nogironligi, remissiyaga erishish, yaxshilash, bemorlarning hayot sifati, terapiyaning nojo'ya ta'sirini minimallashtirish.
Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: tizimli ko'rinishlarning rivojlanishi (isitma, yurak, o'pkaning shikastlanishi) artikulyar sindromning og'ir kuchayishi, immunosupressiv dorilarni tanlash. Kuchlanishni ambulator davolashda samara yo‘qligi. Interkurrent infeksiyaning kirishi. Tashxisning to'g'riligiga shubhalarning mavjudligi. Artikulyar sindromning kuchayishi davrida reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish (ayniqsa, son bo'g'imlarining shikastlanishi bilan).

Dori-darmonsiz davolanish rejim, parhez, mashqlar terapiyasi, ortopedik tuzatishni o'z ichiga oladi. Kasallikning kuchayishi davrida bola vosita rejimi bilan

chegaralanadi. Shina qo'yish bilan bo'g'imlarni immobilizatsiya qilish kontrendikedir, chunki bu osteoporozni kuchaytiradi va ankiloz rivojlanishini tezlashtiradi. Ko'rsatilgan mashqlar terapiyasi.

Maxsus parhez yo'q. Oziqlanish ratsional, asosiy oziq moddalar tarkibi jihatidan muvozanatli, mikroelementlarga, xususan, kaltsiy, vitaminlarga boy, bolaning yoshiga mos bo'lishi kerak. Ortopedik tuzatish statik protezlardan foydalanishni o'z ichiga oladi, masalan, uzun bo'yli shinalar, tagliklar, yengil olinadigan qurilmalar. Immobilizatsiya vaqti-vaqti bilan bo'lishi kerak.

JRA farmakoterapiyasi bir nechta dorilar guruhini o'z ichiga oladi:

1) NSAIDlar;
2) GCS: tizimli, puls terapiyasi, bo'g'im ichiga yuborish uchun;
3) tomir ichiga immunoglobulinlar (IVIG);
4) sitostatik immunosupressantlar:
5) salazopreparatlar;
6) biologik vositalar.

Hozirgi vaqtda JRAda agressiv davolash taktikasi kasallikning eng boshida qo'llaniladi (2-3-4 dori yoki ularni qo'llash usuli, so'ngra bitta asosiy ta'minotchi preparatni bekor qilish). NSAIDlarning nojo'ya ta'siri va gepatotoksikligi haqidagi so'nggi ma'lumotlardan kelib chiqqan holda, bolalarga ularni uzoq vaqt davomida asosiy vosita sifatida buyurish tavsiya etilmaydi. Sitotoksik immunosupressantlarga, xususan, metotreksatga ustunlik beriladi. NSAIDlarni hech narsa bilan birlashtirmaslik kerak. Yuqori haroratlarda (masalan, JRA ning tizimli shakllari) naproksen yoki ibuprofen afzallik beriladi. Meloksikam va naproksenning samaradorligi bo'yicha juda o'xshash (faqat dozalarni hisobga olish kerak), bu juda muhim, chunki meloksikam 14 yoshdan keyin buyuriladi va naproksen yosh bolalarga buyuriladi.

Oligoartritda, ayniqsa, doimiy variantda, eng samarali usul GCSni intraartikulyar kiritish hisoblanadi. Nojo'ya ta'sirlar, hatto uzoq terapiya kurslarida ham deyarli kuzatilmaydi. Preparatni qo'shimchaning ultratovush nazorati ostida qo'llash mumkin. Kasallikning ushbu shakli bo'lgan bemorlarga asosiy terapiya sifatida PG1EP kerak emas (yoki og'riqni yo'qotish va yakuniy tashxis qo'yish uchun faqat 2-3 hafta davomida).

JRA ning kengaytirilgan (4 dan ortiq bo'g'inlar) poliartikulyar varianti bo'lgan bemorlar uchun NSAIDlar faqat alevlenme davrida buyuriladi, ya'ni. yallig'lanishning o'tkir bosqichini bostirish uchun, so'ngra - asosiy dori metotreksat va uni yon ta'siri tufayli NSAID bilan birlashtirmaslik kerak. Metotreksat dozalari - 10-12 mg / m2, lekin haftasiga maksimal 15 mg / m2 (afzal s/c yoki / m), kamida 2-3 yil.

Metotreksatning biologik vositalar bilan kombinatsiyasi juda istiqbolli.

JRA bo'lgan barcha bemorlar NSAIDlarni qo'llashda bir vaqtning o'zida proton pompasi ingibitorlari guruhidan dori-darmonlarni buyurishlari kerak.

NSAIDlar. NSAIDlar bilan monoterapiya 2-4 haftadan ko'p bo'lmagan muddatda amalga oshirilishi kerak, ya'ni. JRA ishonchli tashxis qo'yilgunga qadar, keyin metotreksat buyuriladi. Tanlangan COX-2 ingibitorlerini (nimesulid, meloksikam) qo'llash maqsadga muvofiqdir. 5 yoshdan oshgan bolalarga birinchi darajali dorilar sifatida diklofenak yoki naproksen buyuriladi. NSAIDlar makrofaglarni faollashtirish sindromining rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin, shuning uchun tizimli ko'rinishlarning kuchayishi paytida ularni ehtiyotkorlik bilan ishlatish kerak. JURA/YUKHA/JIA.

GKS. Kortikosteroidlarni og'iz orqali yuborish IVIG, immunosupressiv dorilar, kortikosteroidlarni intraartikulyar va tomir ichiga yuborish samarasizligi uchun ko'rsatiladi. JRA ning tizimli va ayniqsa artikulyar variantlari bo'lgan bemorlarni davolash uchun birinchi darajali dorilar sifatida og'iz orqali yuborish uchun kortikosteroidlardan foydalanish noto'g'ri. GCSni 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga (ayniqsa 3 yoshgacha), shuningdek, prepubertal yoshdagi bolalarga buyurish istalmagan. GCS o'sishning to'liq to'xtashiga va balog'at yoshidagi o'sish suratini bostirishga olib kelishi mumkin. GCS tayinlangan taqdirda, prednizolonning dozasi kuniga 0,2-0,5 mg / kg dan oshmasligi kerak, sutkalik doza esa - 15 mg. GCS ning maksimal dozasi remissiyaga erishilgandan keyin bir oydan oshmasligi kerak. Keyingi davolanish bilan GCS dozasi asta-sekin kamayadi (5-7 kun ichida 2,5 mg ga), ular butunlay bekor qilinmaguncha. Terapiyaning nojo'ya ta'sirisiz istalgan terapevtik ta'sirga tezda erishish uchun GCSni tomir ichiga va intraartikulyar yuborish usullaridan foydalanish mumkin. Kortikosteroidlarni davolashda osteoporozning oldini olish uchun kalsiy preparatlari (500-1000 mg) va D3 vitamini (400 IU) talab qilinadi.

Kortikosteroidlarni mahalliy davolash. Kortikosteroidlar bilan mahalliy terapiya bo'g'imlardagi yallig'lanish o'zgarishlarini tezda to'xtatadi va ularning funktsional faolligini saqlaydi. Ularning tizimli ta'siri tufayli kasallikning umumiy yallig'lanish faolligi va tizimli ko'rinishlarning faolligi pasayadi, teshilmagan bo'g'imlarda yallig'lanish o'zgarishlari to'xtatiladi. Intraartikulyar inyeksiya uchun uzoq muddatli kortikosteroidlar qo'llaniladi: metilprednizolon, betametazon. Odatda, bolaga tez va sekin ta'sir qiluvchi betametazonning kombinatsiyalangan shakli bo'lgan diprospanning intraartikulyar inyeksiyasi bilan davolash kursi buyuriladi. Artritning kuchayishi bilan 1 oylik interval bilan 2-3 inyeksiya. odatda yaxshi yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi.

Puls terapiyasi metilprednizolotm. Puls terapiyasi oldingi terapiyaga chidamli bemorlarda yallig'lanish jarayonining faolligini tezda bostiradi. Metilprednizolonning dozasi inyeksiya uchun 12,5-15 mg / kg ni tashkil qiladi

(kuniga 500 mg dan oshmasligi kerak), kurs ketma-ket 3 kun. Preparat geparinli 200 ml fiziologik eritmada (tana vazniga 50-75 BD/kg) tomchilab yuboriladi.

VVIG. JRA ning poliartikulyar va tizimli variantlarida IVIG har bir kursga (3-5 kun) 0,4-0,6 g/kg dozada 1 oy davomida oyiga 2 marta, so'ngra keyingi 3-6 oy davomida har oyda qo'llaniladi. JRA ning tizimli variantlarida IVIG qo'llash tizimli ko'rinishlarning remissiyasini keltirib chiqarishi, interkurrent infeksiyalarning faolligini bostirishi,

Tanlangan IgA yetishmovchiligida IVIG kontrendikedir. Immunosupressiv terapiya. Immunosupressiv terapiya differensial, uzoq muddatli va doimiy bo'lishi kerak. Metotreksatga ustunlik beriladi. Terapiya tashxisni tekshirgandan so'ng darhol boshlanishi va birinchi 3-4 oy davomida o'tkazilishi kerak. jarayonning faolligini bostiradigan dozada kasallik (12,5-15,0 mg / m2/hafta i/m). Keyinchalik metotreksatning parvarishlash dozasi saqlanadi (yoshga, tana vazniga va kasallikning faollik darajasiga qarab haftada 7,5-10,0-12,5 mg/m2). Agar bemor kamida 2 teg uchun klinik va laboratoriya remissiya holatida bo'lsa, preparatni qabul qilishni to'xtatishingiz mumkin. Ko'pgina bemorlarda immunosupressantlarni bekor qilish kasallikning kuchayishiga olib keladi. Metotreksat JRA artikulyar shakllarida eng samarali ekanligi ishonchli tarzda isbotlangan: u kasallikning faolligini pasaytiradi va RF serokonversiyasini keltirib chiqaradi. JRA ning tizimli variantlari bo'lgan bemorlarning ko'pchiligida metotreksat haftasiga 10-15 mg / mg dozada. tizimli ko'rinishlarning faolligiga amalda ta'sir qilmaydi.

Salazopreparatlar periferik artikulyar sindromning faolligini kamaytirish, entezopatiyani, umurtqa pog'onasining qattiqligini to'xtatish, laboratoriya faolligi ko'rsatkichlarini pasaytirish, artritning idopatik shakllarining kech oligoartikulyar va poliartikulyar variantlari bo'lgan bolalarda klinik va laboratoriya remissiyasini rivojlanishiga olib keladigan o'rtacha qobiliyatga ega. Klinik ta'sir davolashning 4-8 haftasida sodir bo'ladi. JRAni davolashda salazopreparatlar yaqinda deyarli qo'llanilmaydi.

Biologik vositalar monoklonal antikorlar (MAT) bo'lib, ular pediatriya amaliyotiga faol kiritiladi. Hozirgi vaqtda genetik jihatdan yaratilgan biologik preparatlar yallig'lanishli RDni davolashning ajralmas qismi hisoblanadi. Ular ilgari davolanmagan bemorlarda nogironlik to'g'risida qaror qabul qilish uchun remissiyaga erishishga yordam beradi. Ular orasida eng muhim guruh TNF-a ingibitorleri, artritda sinovial yallig'lanish va osteoklast vositachiligida suyaklarning yo'q qilinishining rivojlanishini belgilovchi sitokindir. Bular MATlar (infliximab, etanercept, adalimumab), ular TNF-a bilan bog'lanadi va uning biologik ta'sirini neytrallashtiradi. Inson immunoglobulinining fragmentlarida TNF-a inhibitori etanersept va kostimulyatsiya ingibitori abatasept borligi aniqlangan.

Romatologiyada ishlatiladigan biologik preparatlar, qoida tariqasida,

immunoglobulinlardir yoki ularning qismlarini o'z ichiga oladi. Protein molekulalari, jumladan, MATni o'z ichiga olgan immunoglobulinlar antigenik xususiyatlarga ega.

Barcha immunoglobulinlar singari, bu ishlab chiqilgan antikorlar ham antigen bog'lovchi domenlarni o'z ichiga olgan Fab fragmentlarini o'z ichiga oladi. Fc fragmenti, unda komplementni bog'lash joylari (SD komponenti) va fagotsitar hujayralarning Fc retseptorlari mavjud. Inson immun tizimi tashqaridan kiritilgan MATlarni antigenler sifatida qabul qiladi va dori uchun o'z antikorlarini shakllantirish bilan egoga javob beradi.

Kasallikning tizimli variantlari (allergo-septik sindrom) bo'lgan bolalarga kortikosteroidlar buyuriladi, odatda prednizolon kuniga 0,8-1,0 mg / kg dozada. Doza kasallikning klinik ko'rinishiga, bolaning umumiy holatiga va yoshiga bog'liq. Prednizolon bilan davolash muddati -2 3 hafta. keyin dozani parvarishlash darajasiga bosqichma-bosqich kamaytirish. Majburiy antibakterial terapiya, proton pompasi inhibitörleri, biologik va kaliy preparatlari. Prednizolon bilan davolashda kaliy darajasini tuzatish, qon bosimi ko'rsatkichlarini, qon ivish tizimining holatini va diurezni nazorat qilish kerak.

Agar birinchi 7-10 kun davomida yuqoridagi dozadan hech qanday ta'sir bo'lmasa, umumiy qabul qilingan usul bo'yicha metilprednozolon yoki deksazon bilan puls terapiyasi kursi (prednizolon bo'yicha doza) o'tkazilishi kerak: 3 kun davomida sutkalik dozada. 12,5-15,0 mg / kg tana vazniga metilredniolon vena ichiga 150-200 ml izotonik natriy xlorid eritmasida geparinni 75-100 U / kg tana vazniga dozada tayinlash. Odatda, JRA ning tizimli varianti bo'lgan bolalarda jarayonning yuqori faolligi aniqlanadi, bu muhim gematologik va immunologik ko'rsatkichlar (yuqori ESR, leykotsitoz, yuqori CEC darajasi, komplement darajasining pasayishi va boshqalar) bilan tasdiqlanadi. Shu munosabat bilan, prednizolon bilan impuls terapiyasi ekstrakorporeal sorbsiya usullari bilan, xususan plazmaferez bilan sinxronlashtirilishi mumkin, bu esa organizmdan CEC, yallig'lanish mahsulotlarini va turli metabolitlarni olib tashlashga imkon beradi va shu bilan bolaning umumiy holatini yaxshilaydi.

Puls terapiyasi va kasallikning o'tkir davrini yengillashtirgandan so'ng, prednizolon bilan asosiy terapiya (kuniga 0,5-0,8 mg / kg) davom ettiriladi, so'ngra dozani asta-sekin ushlab turish (kuniga 7,5-10 mg) yoki asta-sekin kamaytirish kerak. Giyohvand moddalarni to'liq bekor qilish.

Prednizolonni qo'llab-quvvatlovchi dog'larning davomiyligi individualdir (6 oydan 2 yilgacha), bu bolaning yoshiga, jarayonning faolligiga, Still kasalligining rivojlanish belgilarining mavjudligiga, sust revmatoid vaskulit immunosupressant metotreksat (bilan). foliy kislotasi bir vaqtning o'zida), birinchi navbatda jarayonning faolligini bostiradigan dozada, haftasiga 12,5-15 mg/m2. keyinchalik

dozani haftasiga 7,5-10 mg / m2 ga kamaytirish bilan, tersigen in / m, bu asosiy parvarishlash terapiyasi hisoblanadi. So'nggi yillarda siklosporin A ning bolalarda JRA kursiga o'zgartiruvchi ta'siri aniqlandi. Siklosporin A (sandimmun yoki sandimmun-neoral) kuniga 1,5-2,5 mg/kg dozada immunosupressiv xususiyatga ega ekanligi aniqlangan. Siklosporin A ni tayinlash uchun ko'rsatmalar bemorni erta nogironlikka olib keladigan artrit kursining tez rivojlanayotgan variantlari hisoblanadi.

JRA tez rivojlanishining belgilari sifatida nosimmetrik poliartikulyar bo'g'imlarning shikastlanishi, doimiy ravishda ko'tarilgan ESR va CRP darajalari (ayniqsa, IL-6 ning ortishi bilan birgalikda), ijobiy RF va yuqori IgG darajalari hisobga olinishi mumkin. Siklosporin A bilan davolashning optimal kursi 6-8 oy. keyin uning dozasining yarmiga o'tish. Qabul qilish muddati - 1,5-2 yil.

JRA bilan og'rigan bolalarni davolashda ko'p yillik tajriba shuni ko'rsatadiki, maksimal immunosupressiya ta'siri kasallikning dastlabki bosqichlarida amalga oshirilishi kerak, chunki rivojlanish sekin bo'lsa ham, ertami-kechmi bola organizmida qaytarilmas jarayonlarga olib keladi va 3 yoshdan keyin. 4 yoshda nogiron bolalar.

JRA bo'lgan bolalarni davolashda immunokorreksiya muhim ahamiyatga ega, ammo samarali dorilar hali topilmagan. 1 yil davomida kuniga 1 mg dozada mushak ichiga 10 kunlik kurslarda splepinni qo'llash, T-faolin muhokama qilinadi. So'nggi yillarda umumiy qabul qilingan usullar bo'yicha likopid, sikloferon, derinatdan foydalanish samaradorligi qayd etildi.

Terapiyaning boshqa usullaridan NRVP, ozokerit, kerosin, lidaza bilan elektroforezni o'z ichiga olgan bo'g'inlar, malhamlar, gellar uchun 15-25% dimeksid eritmasi bilan mahalliy ilovalar qo'llaniladi. Massaj, mashqlar terapiyasi, kasbiy terapiya muhim ahamiyatga ega. Umumiy osteoporozning oldini olish va davolashga alohida e'tibor berilishi kerak, bu barcha RDlarning, shu jumladan JRAning jiddiy asoratlari.

So'nggi yillarda bolalar revmatologiyasida ferment terapiyasi keng tarqaldi. Fermentlar "salomatlik katalizatorlari" deb ataladi. Wobenzym, phlogenzym, mulsal o'zlarini yaxshi isbotladilar. Ular revmatologik amaliyotda muvaffaqiyatli qo'llaniladi. JRA bo'lgan bolalarda ushbu dorilar (Vobenzimning samaradorligi yaxshiroq o'rganilgan) jarayonning faolligini bostiradigan asosiy terapiya fonida allaqachon davolash rejimiga bog'langan. Dozalar. Kuniga 4-6-8 tabletka (yoshga qarab), kurslarning davomiyligi individualdir (3-4-6 oy). Bu dorilar immunitet tizimini rag'batlantiradi, komplement tizimining faolligini pasaytiradi, monositlar-makrofaglarni faollashtiradi, ularning fagotsitar funktsiyasini oshiradi, fibrinolitik faollikni oshiradi, qon va mikrosirkulyatsiyaning reologik xususiyatlarini yaxshilaydi va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega.

Vobenzimning tarkibi inson organizmidagi metabolizmning fiziologik jarayonlarida ishtirok etadigan turli xil kelib chiqadigan fermentlar va preparatlar majmuasini o'z ichiga oladi. Vobenzim o'simlik (papain, bromelain) va hayvon preparatlari (tripsin, ximotripsin, amilaza, lipaz), shuningdek fermentativ bo'lmagan preparat-vitamin rutin birikmasidir.Ushbu guruhning ezinopreparatlari yaxshi muxosaba qilinadi, ularning fonida bemorning farovonligi va umumiy holati sezilarli darajada yaxshilanadi.

JRA bilan og'rigan bolalar uchun terapiyaning umumiy majmuasida bola uchun maqbul bo'lgan kunlik rejim, yetarli miqdorda oqsillar, yog'lar, minerallar, vitaminlar, lipotrop moddalar va tinchlantiruvchi to'liq muvozanatli ovqatlanish muhim rol o'ynaydi. oiladagi psixo-emotsional muhit. Voyaga yetmagan bolalarda romatoid artrit bilan og'rigan bolalarda surunkali yallig'lanish jarayoni natijasida, qoida tariqasida, artikulyar haftaga tuzilmalarida progressiv destruktsiya rivojlanadi, artikulyar kapsulaning fibrozi hosil bo'ladi, bu esa bo'g'imning ankilozlanishiga yordam beradi. Shu munosabat bilan, JRA bilan og'rigan bolalar uchun terapiya majmuasiga xondroprotektiv xususiyatlarga ega dori-darmonlarni o'z vaqtida kiritish muhimdir: xondroitin sulfat, struktum, teraflex va boshqalar. Ularga xondroitin sulfat kislota, ya'ni proteoglikanlarning asosiy komponenti bo'lib, ular kollagen tolalari bilan birgalikda haftaga matritsasini tashkil qiladi.

Kondroitin sulfat juda past toksiklikka ega, mutagen xususiyatga ega emas, bu uni JRAning ayniqsa og'ir holatlarida qo'llash imkonini beradi.

Xondroprotektorlarning terapevtik ta'siri organizmda bir necha usullar bilan amalga oshirilishi isbotlangan: tabiiy glikozaminoglikan bo'lib, ular yallig'lanish bilan kataboliz bo'lgan artikulyar haftaga yetishmayotgan xondroitin sulfatni to'g'ridan-to'g'ri almashtiradi, haftaga tushadigan matritsadagi parchalanish fermentlarini ingibit qiladi – metalloproteinazalarda, ayniqsa, leykotsit elastazasi, matritsa komponentlarini sintez qilish jarayonida haftaga chuqur qatlamlarida sog'lom xondrositlarning ishlashini rag'batlantiradi. Kondroprotektorlarni qabul qilish fonida sinovial membrana va sinovial suyuqlikning sinoviositlari va makrofaglari orqali yallig'lanish vositachilari va og'riq omillarining chiqarilishi kamayishi aniqlandi.

Ushbu guruhning ko'p tomonlama ta'siri natijasida preparator matritsaning mexanik va elastik fiziologik yaxlitligini tiklaydi, bu esa qo'shma harakatchanlikni yaxshilaydi. Umumiy osteoporozning oldini olish va davolashni o'z vaqtida buyurish juda muhimdir. Osteoporozda D vitamini faol metabolitlari (baliq yog'i ulanishi mumkin) va miakalsik (losos kalsitonin)ni burun spreyi shaklida o'z ichiga olgan kompleksni tayinlash samarali bo'ladi.

Davolash uzoq (4-6 oy) bo'lishi kerak. Kimyoviy tarkibiga ko'ra, qalqonsimon bezning C-hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan 32 aminokislotali peptid

gormoni kalsitonin 15 dan ortiq hayvon turlaridan ajratilgan. Ularning o'ziga xosligi aminokislotalarning gaplotipidagi farqlar bilan belgilanadi. Cho'chqa go'shti, inson va qizil ikra kalsitonini amaliy foydalanish uchun eng mos bo'lib chiqdi va ikkinchisi birinchi ikkitasiga qaraganda 20-30 baravar faolroq bo'lib chiqdi.

Kalsitoninning ta'sir qilish mexanizmlari kalsiy gomeostazini tartibga solishga, suyak rezorbsiyasini bostirishga, kollagen parchalanishini sekinlashtirishga, suyaklarga kalsiy va fosfor yetkazib berishni ko'paytirishga va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning faolligini bostirishga qaratilgan. Og'riqning pasayishi. Kundalik doza 200 IU / kun Preparat 14 yoshdan oshgan bolalar va kattalarda qo'llaniladi.

Yuvenil artriti bo'lgan bolalarni dispenzerlashtirish va reabititasiya.

Ambulatoriya sharoitida revmatologning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat: jarayonning faolligini bostiradigan terapiya ta'sirini mustahkamlash, klinik va immunologik remissiyani qo'llab-quvvatlash, bolaning funksional buzilishlarini reabilitatsiya qilish usullarini aniqlash va amalga oshirish.

Ushbu vazifalar JRA bilan og'rigan har bir bemor uchun individual ravishda tanlangan umumiy chora-tadbirlar majmuasini o'tkazishda hal qilinadi, chunki ular bolaning yoshiga, kasallikning shakli va davomiyligiga, tayanch-harakat tizimi kasalliklarining tabiatiga bog'liq.

1 yil davomida shifoxonadan chiqarilgandan so'ng, nazorat har 3 oyda, keyingi yillarda, agar remissiya barqaror bo'lsa, har 6 oyda bir marta amalga oshiriladi. (agar kerak bo'lsa, tez-tez).

Tibbiy nazoratga quyidagilar kiradi: pediatr, revmatolog, tegishli mutaxassislar (otorinolaringolog, oftalmolog, ortoped, stomatolog, nevropatolog, immunolog va boshqalar).

Laboratoriya nazorati jarayonning dinamikasini erta aniqlashni ta'minlaydi: umumiy qon ro'yxati, siydik, biokimyoviy qon testi va iloji bo'lsa, immunologik tadqiqot.

Revmatologning funksional vazifalari. Bolaning shikoyatlarini, ularning tabiatini, dinamikasini, tekshiruvdan oldingi davr uchun anamnezini baholang. Surunkali infeksiya o'choqlarining sanitariya holatini kuzatib boring (KBB a'zolari, tishlar). Qo'shimchalarning funksional holatini baholash (qattiqlik, og'riq, sinovit, yaxshilanish yoki rivojlanish belgilari). Artritning rentgenografik bosqichini aniqlang (yilda bir marta bo'g'imlarning rentgenogrammasi). Osteoporozning mavjudligi, tabiati va darajasini aniqlang (yiliga bir marta rentgen). Og'irlikning ortishi (6 oy davomida, 1 yil davomida) va tana massasining dinamikasini baholang, agar kerak bo'lsa, anemiya va yashirin temir tanqisligini tuzating. Asosiy terapiya samaradorligini baholang (ijobiy dinamika, uning yo'qligi, yomonlashuvi), bolaning ahvoli yomonlashishini kutmasdan, asosiy preparatni boshqasiga o'z vaqtida almashtirish to'g'risida qaror qabul qiling. Asosiy preparatning yetarli dozasini

tanlang (GCS, metotreksat, IVIG, MAT). Metabolizmni yaxshilash uchun dori-darmonlarni (B, C, A, E, D vitaminlari, baliq yog'i, ekionol va boshqalar), ferment terapiyasini (vobenzim, flogenzim, mulsal) davom ettiring yoki tezda buyuring. Osteoporozning oldini olish va o'z vaqtida davolash. Immunostimulyatsiya qiluvchi dori sifatida sikloferon (sxema bo'yicha), likopid buyurilishi mumkin; agar kerak bo'lsa, 1-2 oy davomida o'rtacha dozalarda angioprotektorlar va disaggregantlar (dipiridamol, mildronat, pentoksifilin va boshqalar) buyuriladi. Oligoartritning o'rtacha kuchayishi belgilari bilan, GCS ni intraartikulyar yuborish - diprospan (1 oylik interval bilan 2-3 inyeksiya). Antifibrotik ta'sir ko'rsatish uchun 3-4 oy davomida zaditen (ketotifen) bilan davolash kursini tavsiya qilish mumkin, chunki bu preparat biriktiruvchi to'qimada fibroz shakllanishiga to'sqinlik qiluvchi mast hujayra degranulyatsiyasini ingibit qilish qobiliyatiga ega. Mahalliy davolash (DMSO, malhamlar, gellar, lidaza bilan elektroforez), massaj, mashqlar bilan davolash, qattiqlashuv. Kurslarda lazer terapiyasini (lazer magnitoterapiyasini) tayinlang, faqat tashqi lazer nurlanishi ko'rsatiladi (SBSTni tibbiy reabilitatsiya qilish protokollari, shu jumladan Yu R A, 25-bobda keltirilgan).

JRA bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiya qilish uchun so'nggi yillarda fizioterapiya, massaj, mehnat terapiyasi, revmatik ortopediya bilan bir qatorda keng qo'llanila boshlandi. Konservativ va jarrohlik ortopediya mavjud.

Konservativ revmatik ortopediya JRAda artikulyar deformatsiyalar ortopediyasini ta'minlaydi. Statik arteziyalar (shinalar, tagliklar) va dinamik bo'lganlar yengil olinadigan qurilmalar ko'rinishida qo'llaniladi, ular bo'g'inni barqarorlashtirish qobiliyatini ta'minlaydi, buning uchun normal eksenel aylanishni yaratadi. Ortopediya uchun teflon, polistirol va poliuretan kabi plastmassa, polimer va termoplastik materiallar ishlatiladi. Ular immobilizatsiyaning o’z ulishini ta'minlashi muhimdir. Ular jismoniy tarbiya, kasbiy terapiya va boshqalar paytida olib tashlanishi mumkin. JRA bilan og'rigan bemorlarni konservativ ortopedik davolashda tizza bo'g'imlarining fleksion kontrakturalarini bartaraf etish muhim ahamiyatga ega. Buning uchun yuk bilan yotqizish, Bolqon ramkalari yordamida ishlov berish, gipsli gipslar bilan bosqichma-bosqich kiyinish qo'llaniladi.

Jarrohlik revmatik ortopediya faol artritning dastlabki bosqichlarida sinovektomiyani, keyinchalik esa tenotomiya, kapsulotomiyani o'z ichiga oladi. Bolalarda osteoplastik operatsiyalar hali ishlab chiqilmagan, chunki bu aralashuvlar har doim quvurli suyaklarning o'sish zonalariga zarar yetkazish xavfini tug'diradi. Artroskopiya usuli diagnostika maqsadida ham, minimal invaziv jarrohlik aralashuvi sifatida ham keng qo'llanilgan. JRA bo'lgan bolalarni kompleks davolashda psixoterapevtik yordam alohida ahamiyatga ega, chunki bu bemorlarning barchasida yuqori darajadagi shaxsiy va vaziyatli tashvish belgilari mavjud.

Bemorning va uning ota-onasining psixologik portretini yetarlicha baholagan holda, ularni kasallikning mohiyati va uni davolashning zamonaviy usullari bilan tanishtirish juda muhimdir. JRA, afsuski, hayot uchun kasallik bo'lib, shifokorning vazifasi bemorni u bilan yashashga o'rgatishdir. Bunday yondashuv shifokor va bemorning hamjihatligini mustahkamlaydi, natijada bu eng yaxshi samarani beradi. Axborotning yetishmasligi va shifokordan norozilik ba'zi bemorlar (va ularning qarindoshlari) muqobil tibbiyotda ekstrasianslardan, sehrgarlardan yordam so'rashi, kelib chiqishi shubhali turli "dorilar"dan, yopishqoq qo'shimchalardan foydalanishidan dalolat beradi. Asosiy terapiyani mustaqil ravishda bekor qilish, keyinchalik sog'lig'ining sezilarli darajada yomonlashishi bilan shifokorga qaytish. JRA bilan og'rigan bolalar uchun shifokor bilan ishonchli munosabatlar muhim ahamiyatga ega, chunki ularning ko'plari uchun davolanishning samaradorligi va psixo-emotsional holat bu bilan bog'liq. Bu amaliyot shifokorlari - revmatologlar, pediatrlar va terapevtlar orasida tibbiy psixologiya bo'yicha bilimlarni kengroq joriy etish zarurligini asoslaydi.

Bemor va uning ota-onasi kasallikning asosiy klinik belgilarini, kuchayishini qo'zg'atuvchi omillarni, shuningdek, qo'llaniladigan dorilarning nojo'ya ta'sirini bilishlari kerak. Shuningdek, bemorlarning o'zlari va ularning ota-onalari kundalik mashg'ulotlar va fizioterapiya mashqlari ko'nikmalariga o'rgatish kerak.

JRA bilan kasallangan bolalarni reabilitatsiya qilish protokollari bobda keltirilgan. JRA prognozi. Bolalarning 50 foizida JRA ning tizimli variantlari bilan prognoz juda qulay: bir necha oydan bir necha yilgacha davom etadigan remissiyaga erishish mumkin, uni simptomatik davolash va reabilitatsiya choralari bilan birgalikda tegishli asosiy terapiya bilan qo'llab-quvvatlash mumkin. Biroq, shunga qaramay, JRAning kuchayishi yillar davomida barqaror remissiyadan keyin rivojlanishi mumkin. Bemorlarning 1/3 qismida kasallikning doimiy qaytalanuvchi kursi qayd etilgan. Uzoq muddatli glyukokortikosteroid terapiyasini qabul qiladigan doimiy isitma, trombositozli bolalarda eng noqulay prognoz.

Bemorlarning 50 foizida og‘ir destruktiv artrit, 20 foizida amiloidoz balog‘at yoshida, 60 foizida esa tayanch-harakat apparatining og‘ir funksional yetishmovchiligi rivojlanadi. JRA ning poliartikulyar seronegativ varianti erta boshlangan bolalarda prognoz noqulay hisoblanadi. Seropozitiv poliartrit (kattalar revmatoid artritiga o'xshash) bilan og'rigan o'smirlar og'ir destruktiv artritning erta rivojlanishi xavfi yuqori bo'lib, bu tezda implantatsiyaga olib kelishi mumkin. Oligoartrit bilan og'rigan bemorlarning 30-40 foizida, ayniqsa erta yoki maktabgacha yoshda boshlangan, halokatli simmetrik poliartrit shakllanadi. Kech boshlangan bemorlarda kasallik ankilozan spondilitga aylanishi mumkin.

Xulosa qilib shuni ta'kidlash kerakki, bolalar va o'smirlardagi qo'shma kasalliklar nafaqat pediatrlar va terapevtlar, balki ko'plab tor mutaxassislar:

nevrologlar, oftalmologlar, endokrinologlar, ortopedlar, mashqlar terapiyasi shifokorlari uchun juda dolzarb muammodir. psixoterapevtlar va reabilitatsiya bo'yicha mutaxassislar. Erta tashxis qo'yish masalalari, o'z vaqtida va eng adekvat terapiya taktikasi, ayniqsa bo'g'imlarning yallig'lanish kasalliklarini bilish ko'p hollarda kasallikning barqarorlashuvi va remissiyasiga erishishga imkon beradi.

Nazorat savollari.

1.Bolalarda immunitet tizimi butun bolalik davrida qanday rivojlanadi.

2.Immunitet tizimining rivojlanishidagi tanqidiy davrlar (yangi tug'ilgan chaqaloqning yoshi, 3-6 oylik davrini izohlab bering.

3.Bolalarda RK rivojlanishida autoimmün diatezning rolini baholash va profilaktika choralarini ishlab chiqish uchunqanday imkoniyatlar bor izohlab bering.

4.Zamonaviy terapiya usullari haqida ma’lumot bering.

5.Ambulatoriya sharoitida revmatologning asosiy vazifalari nimadan iborat.

6.Klinik va immunologik remissiyani qo'llab-quvvatlash, bolaning funktsional buzilishlarini reabilitatsiya qilish usullarini izohlab bering.

7.JRA bilan og'rigan har bir bemor uchun individual ravishda tanlangan umumiy qanday chora-tadbirlar ishlab chiqilgan.

8. JRAning poliartikulyar seronegativ varianti erta boshlangan bolalarda qanday prognoz noqulay hisoblanadi.

9.Seropozitiv poliartrit (kattalar revmatoid artritiga o'xshash) bilan og'rigan o'smirlar og'ir destruktiv artritning erta rivojlanishi xavfi qanday holatda yuqori bo'lishi mumkin.

3-Mavzu: Surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.

Etiopatogenezi: Gastrit – oshqozon shilliq pardasining yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, oqibatda mazkur organ patologik o‘zgarishlarga uchraydi. Bu kasallik turli sabablarga ko‘ra paydo bo‘lishi mumkin va turli ko‘rinishda kechadi. Fan oshqozonning birlamchi gastriti tushunchasini ajratadi va u mustaqil patologiyaga ega. Ikkilamchi gastrit esa zaharlanish, infeksiya va boshqa noxush holatlar asnosida paydo bo‘ladi. Xelikobakterioz odatda, qorinda og‘riq bilan bilan boshlanadi va u taom iste’mol qilgandan keyin yoki ovqatlangunga qadar paydo bo‘ladi. Shuningdek, ko‘ngil aynishi, qabziyat, ichburug‘ va jig‘ildon qaynashi singari alomatlar bilan ham kechadi.

Kasallik kechish xaraketriga ko‘ra gastritning quyidagi turlari ajratiladi: O‘tkir gastrit. Shiddat bilan rivojlanadigan yallig‘lanish bo‘lib, organizm kasallik chaqiruvchiga to‘qnashganidan bir necha soat o‘tib alomatlari yuzaga chiqadi.

Aksariyat hollarda bunga ichak infeksiyalari va bakterial tipga taalluqli toksinlardan zaharlanish (masalan, aynigan, buzilgan yegulik tanavvul qilgandan keyin) sababli paydo bo‘ladi. Ba’zan o‘tkir gastritga dori vositalari, kimyoviy vositalar va oshqozon shilliq pardasini yallig‘lantiruvchi boshqa moddalar oqibatida ham yuzaga keladi. Bular sirasiga spirt, o‘yuvchi moddalar va kislotalar kiradi.

Surunkali gastrit. Bu xastalik bir qadar sokin kechsada, oshqozon faoliyatining patologiyasiga olib keladi va ba’zan oshqozon shilliq pardalarining butkul zararlanishi oqibatida batamom yemirilishiga (o‘lishiga) sabab bo‘ladi. O‘tkir gastrit surunkasiga aylanib ketishi mumkin: bunday paytlarda kasallik zo‘rayishi va qaytalanishi navbat bilan kechadi. Inson holatiga sezilarli darajada ta’sir o‘tkazmagani, boshqa favqulodda alomatlarsiz kechgani sababli, ba’zan kasallikni aniqlash oson bo‘lmaydi. Kasallik zo‘rayishiga noto‘g‘ri ovqatlanish, mahsulotlarga allergik reaksiya, modda almashinuvining cho’zilishi chekish va spirtli ichimliklar ichish kabilar sabab bo‘ladi.

Kasallikka chalingan organizmda qanday jarayonlar sodir bo‘ladi? Kasallik chaqiruvchi bakteriyalar (Helikobakter pilori/Helicobacter pylori) oshqozonda ko‘payib, bosqichma-bosqich oshqozon shilliq pardasini yemiradi. Javob reaksiyasi sifatida shilliq parda yemirilgan hujayralarni davolash maqsadida maxsus modda ajratadi. Oqibatda ichki ziddiyat vujudga kelib, og‘riq paydo bo‘ladi, ishtaha pasayib, jig‘ildon qaynaydi va gastritning boshqa alomatlari namoyon bo‘ladi. Gastrit paydo bo‘lishining endogen sabablari. Gastritga organizmda quyidagi omillar sabab bo‘lishi mumkin: oshqozon-ichak kasalliklariga genetik moyillik; duodenal refleks; immun tizimi darajasida hujayralar himoya funksiyasining kuchsizlanishi; gormonal buzilishlar; zararlangan organlardan xastalikning avtomatik ravishda qo‘shnilariga o‘tishi.

Duodenal refleks–o‘n ikki barmoqli ichakdan safroning oshqozonga noto‘g‘ri tushishidir. Oqibatda oshqozon devorlarining yallig‘lanishi sodir bo‘lib, oshqozon shirasi kimyoviy tarkibi o‘zgaradi. Dastlab mazkur patologiya oshqozon antral qismida sodir bo‘ladi va keyin organni butunlay zararlaydi. Hujayralar himoya funksiyasining kuchsizlanishi esa ularning normal faoliyati buzilganini ko‘rsatadi. Bular o‘z navbatida qator salbiy patologik jarayonlarga sabab bo‘lib, oshqozon shirasi rN-balansini o‘zgartiradi va uning devorlarini yallig‘laydi. Oqibatda ichki zaharlanish sodir bo‘lib, oshqozon o‘zi ishlab chiqargan shiraning sho‘rligiga salbiy reaksiya ko‘rsata boshlaydi. Gastrit klinik begilari. Gastritga oshqozonning turli qatlamlaridagi yemirilishlar sabab bo‘ladi. Aksariyat holatlarda, kasallik deyarli sezilmasligi mumkin, ammo bemor taom iste’mol qilganidan so‘ng qorinda og‘irlik, qo‘qqisdan sodir bo‘ladigan sanchiqlar, ko‘ngil aynishi, ishtahaning yo‘qolishi, vazn tushib ketishi va shunga o‘xshash salbiy holatlardan shikoyat qiladi. Gastrit rivojlanishining barchaga taalluqli, yagona alomatlari yo‘q: ular paydo bo‘lishi va

keyin yo‘qolishi, alomatlari va ularning qaytalanishi jarayoni kasallikning qay tarzda kechayotgani va qabul qilinayotgan dori vositalariga qarab o‘zgarib turadi.

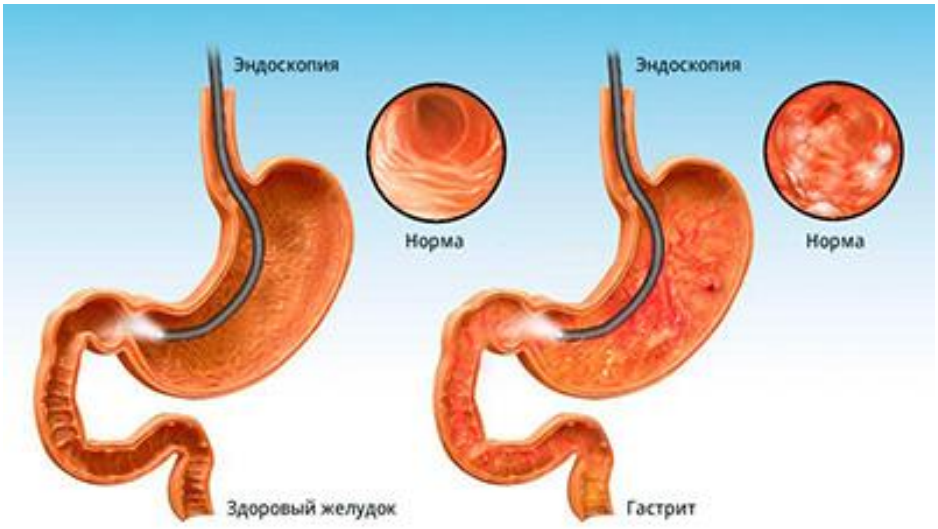
Kasallikning o‘tkir shaklida quyidagi alomatlar kuzatiladi: qorin sohasida og‘riq hissi: og‘riq to‘satdan paydo bo‘lib, o‘tib ketishi yoki aksincha, sezilar-sezilmas va davomiy bo‘lishi mumkin. Aksariyat holatlarda og‘riq ovqat tanavvul qilinganidan keyin paydo bo‘ladi: och qoringa taom yeyilsa va ovqatlanib bo‘lgandan keyin qorinda noxushlik yanada ortadi. Ko‘ngil aynishi (doimiy yoki takrorlanuvchi, odatda ovqat iste’mol qilgandan keyin paydo bo‘ladi); jig‘ildon qaynashi (qizilo‘ngachda achishtiruvchi og‘riqli noxush holat); kekirish (ovqatdan keyin yoki och qorinda ham; ba’zan og‘izda sho‘r hid hosil bo‘ladi); o‘xtin-o‘xtin qayt qilish (avvaliga organizm oshqozondagi yegulik va ichkilikni qabul qilmasdan kishi qayt qilib tashlaydi, keyinchalik qayt massasiga yashil yoki sarg‘imtir tusda shilliq modda aralashadi); ko‘p miqdorda so‘lak ajralishi (tanamiz ovqat hazm qilish jarayonining buzilishiga reaksiya bildiradi); ba’zan og‘iz bo‘shlig‘i quriydi (bu qayt qilish natijasida organizmning suvsizlanishdan darak beruvchi omil hisoblanadi); qabziyat yoki ichburug‘; umumiy darmonsizlik, bosh aylanishi, boshog‘rig‘i, kuchli terlash, daraja, qon bosimining pasayishi, yurakning tez urib qolishi (taxikardiya).

Surunkali Helikobakterioz normal, past yoki yuqori kislotaviylik bilan ham xarakterlanishi mumkin. Bular o‘z navbatida anatsid, giperatsid va gipoatsid gastrit deyiladi.

Kislotaviylik me’yorida yoki yuqori bo‘lsa, bemor og‘riq, jig‘ildon qaynashi va ovqatdan keyingi og‘irlikdan shikoyat qiladi. Aksariyat paytlarda defekatsiya muammolari uchraydi. Surunkali gastrida yuqori kislotaviylik shuningdek, kekirganda og‘izda sho‘r ta’m sezilishi, ko‘ngil aynishi, och qolganda oshqozonda og‘riq va tunda noxushlik singari alomatlar bilan kechishi ham mumkin. Aksincha, past kislotaviylik tilda noxush ta’m, ishtaha buzilishi, qorin quldirashi va ich buzilishi bilan namoyon bo‘ladi. Past kislotaviylik sababli kechuvchi surunkali Helikobakteriozni so‘lakning ko‘p miqdorda ajralishi, qorinda to‘lib ketgandek hissiyot, ovqatlanishga moyillikning yo‘qligi bois anemiya alomatlari bilan ham aniqlash mumkin. Kasallik bir necha yil davom etadigan bo‘lsa, kishi ozib ketib, doimiy behollikni his qiladi.

Gastritni tashxislash. Klinik tadqiqotlar (shifokor bemorning shikoyatlarini eshitadi, kasallik tarixini tuzib chiqadi, bemorni ko‘zdan kechiradi, dastlabki tashxis va bemorga ma’qul keladigan muolajalar rejasini belgilaydi Endoskopik tadqiqotlar biopsiya (organizmda Helikobacter Pilori bakteriyasi bor-yo‘qligi, oshqozon shilliq pardasining o‘ziga xos tuzilishi va shilliq pardasining saraton oldi moyilligi aniqlanadi). Biopsiya kamida 5 biomaterial asosida o‘tkaziladi (2 tasi antral bo‘lmasidan, 2 tasi asosiy bo‘lma va bittasi oshqozon burchagidan olinadi). Laborator tadqiqotlar (bemorning qoni, peshobi va axlati klinik tahlil qilinadi, qon

biokimyo tekshiruvi hamda axlatida yashirin qon mavjudligi tekshiriladi). Bu ham organizmda gastrit bakteriyasi bor-yo‘qligini aniqlash imkonini beradi.

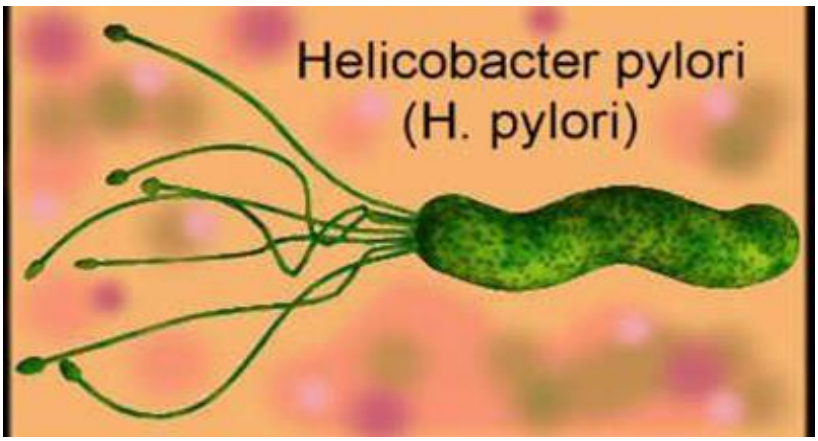


Surunkali gastrit bir necha bosqichda aniqlanadi:

Jigar, oshqozonosti bezi va o‘t pufagi UTT o‘tkaziladi (bular orqali shifokorlar ovqat hazm qilish tizimiga yo‘ldosh boshqa xastaliklarni ham aniqlaydi). Oshqozon ichki rN-metriya (bu muolaja oshqozon shirasi kislotaviyligini va ovqat hazm qilish tizimining kislotaviylikka bog‘liq xastaliklarini aniqlash uchun qo‘llanadi). Elektrogastroenterografiya (bu ovqat hazm qilish tizimi ishlash mexanizmi va duodenogastral reflyuksni aniqlash uchun qo‘llanadi). Ovqat hazm qilish tizimi yuqori bo‘lmalari manometriyasi (reflyuks-gastritni aniqlaydi). Bunday kasalligi bor bemorlarda 12 barmoqli ichak bosimi taxminan suv ustunining 200 mm.ni tashkil etadi. Sog‘lom kishilarda esa bu ko‘rsatkich 130 mm.dan oshmaydi. Gastritni qanday davolash kerak.

Gastrit mutaxassislari uni davolash uchun bir necha tipdagi preparatlarni tavsiya qiladi:

Detoksikatsiyalovchi dorilar (antidotlar)
Antatsidlar;
Dezinfeksiya uchun antiseptiklar;
Ichburug‘ga qarshi vositala;
Tetrasiklin tarkibli antibiotiklar;
Sorbentalar (Filtrum);
Allergiyaga qarshi vositalar (N2 podtip);
Ferment preparatlar («Mikrazim»).



Gastritga qarshi terapiyaning asosiy vazifasi – kasallik sabablarini bartaraf etish hamda uning rivojlanishini rag‘batlantiruvchi va og‘irlashtiruvchi omillarni bartaraf etishdir (masalan, noto‘g‘ri ovqatlanish, infeksion omillar va h.k.). Oshqozon shilliq pardasi tiklanish jarayonini faollashtirish ham muhim ahamiyatga ega. Bundan tashqari qator profilaktika choralari ham mavjud. Shunday qilib, kasallikka qarshi majmuaviy kurash dori-darmon muolajalari, to‘g‘ri ovqatlanish va gastrit xuruj qilganida qo‘llanadigan profilaktika choralarini o‘z ichiga oladi.

Gastritni davolash majmuaviy prinsipga ega bo‘lib, kasallik nima sababdan kelib chiqqanini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Odatda, shifokorlar antibiotiklar ularga parallel ravishda oshqozon shirasi kislotaviyligini pasaytiruvchi vositalar tavsiya qiladi. O‘zbilarmonlik bilan davolanish yaramaydi: terapiya kursi va miqdorini davolovchi shifokorgina belgilashi mumkin. Odatda, sog‘ayish jarayoni 7-14 kunni tashkil qiladi.

Yana bir bor ta’kidlamoqchimiz – kislotaviylik darajasini pasaytirish muolajaning muhim bosqichi hisoblanadi. Bu shilliq pardani himoyalash, noxush hislarni bartaraf etish, shuningdek, preparatlar umumiy ta’sirchanligini oshirishga ko‘maklashadi.

Nihoyat, gastrit terapiyasi vismut dori vositalarini qabul qilishni ham o‘z ichiga oladi. Ular shilliq pardaning ustki himoya qatlamini shakllantirishga yordam beradi va natijada shillik parda hujayralari oshqozon shirasining yuqori kislotaviyligi va bakteriyalarning salbiy ta’siridan bir muncha uzoq bo‘ladi.

Gastrit asoratlari

Umuman olganda, gastrit xavfli xastaliklar qatoriga qo‘shilmaydi (kasallikning flegmonoz turidan boshqa). Shunday bo‘lsada, gastrit oqibatida quyidagi xavfli holatlar yuzaga kelishi mumkin: oshqozonda ichki qon ketishi; oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralari; oshqozon saratoni.

Yuqoridagi o‘ta salbiy oqibatlardan tashqari, gastrit asosan ovqat hazm qilish jarayoniga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Kasallikka chalingan bemorlar oshqozondagi

og‘riq va jig‘ildon qaynashi singari noxush holatlardan cho‘chib, ovqatdan voz kechishga majbur bo‘ladi. Oqibatda kishi ozib ketishi, ba’zan esa organizm taomni qabul qilmasligi, kuchli qayt qilish va jig‘ildon qaynashi mumkin. Bulardan tashqari, gastrit avitaminoz va kamqonlik (anemiyaga) olib keladi.

Gastrit profilaktikasi.

Aslida, har bir inson umri davomida gastritga yo‘liqmaslik uchun zarur choralarni ko‘rishi lozim. Buning uchun esa, zararli odatlar - chekishdan voz kechish va spirtli ichimliklar iste’molini imkon qadar kamaytirish, foydali yeguliklar va mahsulotlarni tanavvul qilishi, me’yorida sport va jismoniy tarbiya bilan shug‘ullanishi, o‘zini turli stresslardan himoyalashi kerak.

Nazorat savollari.

1.Etiopatogenezi. Gastrit – oshqozon shilliq pardasining yallig‘lanish jarayoni qanday paydo bo‘ladi.

2. Oshqozonning birlamchi gastriti tushunchasini izohlang.

3.Ikkilamchi gastrit esa zaharlanish, infeksiya va boshqa noxush holatlar qanday paydo bo‘ladi.

4.Xelikobakterioz qanday holatda qorinda og‘riq bilan bilan boshlanadi va u taom iste’mol qilgandan keyin yoki ovqatlangunga qadar paydo bo‘ladi.

5.Ko‘ngil aynishi, qabziyat, ichburug‘ va jig‘ildon qaynashi singari alomatlar bilan kechadigan kassalik jarayonmini izohlang.

6.Gastritni turlarini izohlab bering.

7. Surunkali gastritni izohlab bering.

8.O‘tkir gastrit surunkasiga qanday holatda aylanib ketishi mumkin izohlab bering.

4-Mavzu: Yara kasalligi. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.

Etiopatogenezi. Yara kasalligi – oshqozon va 12 barmoqli ichakda yara hosil bo‘lishi bilan kechadigan surunkali qaytalovchi (retsidivli) kasallik. Tarqalishi. Yara kasalligi bolalar va o‘smirlarning 0,7-6,2%ida uchraydi. Kasallik hamma yoshlarda, eng ko‘p 8-12 yoshli o‘quvchilarda uchraydi va bolalardagi boshqa gastroenterologik kasalliklarning 5-7%ini tashkil etadi. Etiologiya va patogenez. Yara kasalligini keltirib chiqaruvchi omillar. Ularga quyidagilar kiradi: 1. Ovqatlanish tartibidagi buzilishlar, shoshilib ovqatlanish, quruq ovqatlr yeyish, ovqatlanishdagi miqdor va sifat buzilishlari (achchiq, ko‘p miqdordagi, issiq yoki sovuq ovqat va suyuqliklar, uzoq muddatli tanaffus bilan tartibsiz ovqatlanishlar). 2.Infeksiyaning surunkali o‘choqlari, intoksikatsiya va oshqozon-ichak yo‘li yoki boshqa a’zo va tizimlarning turli kasalliklari. 3. Nasliy moyillik 4. Ruhiy zo‘riqish. 5. Dori darmonlar ta’siri 6. Helikobakteri pilori ta’siri 7. Nojo‘ya odatlar.

Ba’zi dori vositalari, masalan, atsitilsalitsil kislotasi, analgin, sulfanilamidlar sistostatik va glyukokortikoidlar qabul qilinganda oshqozonning o‘tkir yarasi hosil bo‘lishi mumkin, lekin uning kechishi yara kasalligidan farqlanadi. Dori vositasini qabul qilish to‘xtatilsa, yara tezda tuzaladi. Yara kasalligining nasliy va allergik kelib chiqishi haqida ham taxminlar bor. So‘nggi yillarda yara kasalliklarining paydo bo‘lishida kampilobakterlarning roli haqida munozaralar olib borilyapti. Ushbu mikroorganizm oshqozon shilliq qavati epiteliysiga, ayniqsa, antral qismida (u yerda suyuqlik ishqoriy muhitga ega), adgeziya (ya’ni yopishish) xususiyatiga ega bo‘lib, u yerda oshqozon shilliq shirasining sekretsiyasini buzadi (balki uning tarkibini ham), shilliq qavat xususiy plastinkasi limfotsit va plazmatik hujayralar bilan infiltratsiyalanadi, natijada antral qismida yuzaki gastrit hosil bo‘ladi. Bunda kompilobakteriyaga xos 1S – antitanachalar ishlab chiqariladi. Organizmning javob reaksiyasi natijasida shilliq qavatga juda ko‘p limfotsit, neytrofil, plazmatsidlar migratsiya qilinadi va yallig‘lanish jarayoni kuchayadi, mikrotsirkulyatsiya va regeneratsiya jarayonlari buziladi. Shilliqdan iborat himoya qobig‘ining ishlab chiqarilishi yanada kamayib, oshqozon shirasining deyarli ochiq shiliq qavatga tajovuzi uchun sharoit yaratiladi, natijada nekroz va yara hosil bo‘ladi. Mikroorganizmning uzoq vaqt persistensiyasi yaraning qaytalanishi yoki xurujiga olib keladi. Yara kasalligining rivojlanishida bosh miya qobig‘i va qobiq osti tuzilmalarining fiziologik bog‘liqligining buzilishi, uzoq vaqt ruhiy zo‘riqishda (masalan, maktabdagi zo‘riqish, oila va maktabdagi nizolar) kortiko–visseral mexanizmlarning ishdan chiqishi ham muhim ahamiyatga ega. Destabillashtiruvchi faktorlar ta’sirida markaziy, parasimpatik va simpatik nerv tizimlari, gipotalamo–gipofizar tizimda, ayniqsa ularning yosh organizmda qayta tiklanish davridagi nozik vaqtida, adaptiv o‘zgarishlar buziladi. Adashgan nervning faollashishi natijasida gastrin hosil qiluvchi hujayralardan (s-hujayralardan) gastrin ajralishi va gistamin hosil qiluvchi hujayralardan (Yes1- hujayralardan) gistamin ajralishi kuchayadi. Natijada oshqozon sekretsiyasi va pepsin, oshqozon osti bezi fermentlarining hosil bo‘lishi ko‘payadi. Oshqozon sekretsiyasi, pepsin va oshqozon osti bezi fermentlarining kislota hosil qiluvchi va proteolitik faolligi ham ortadi, o‘t ajralishi kuchayadi. Bu jarayon yana gipotalamo–gipofizar tizim orqali somatotrop, tireotrop, adrenokortikotrop garmonlar ishtirokida ham kuchayadi. AKTG ajralishining kuchayishi buyrak usti bezlarida ko‘proq kortizol ishlab chiqarilishiga olib keladi, natijada kislota hosil bo‘lishi ortib, oshqozon shilliq qavatining reparativ xususiyati susayadi. Kuchli ta’sirlanish ta’sirida katexolaminlar ko‘proq ajraladi, natijada tomirlar tonusi o‘zgaradi, mikrosirkulyatsiya buziladi, oshqozon shilliq qavati gipoksiyasi, trofik buzilishlar hosil bo‘ladi. Mahalliy gormonal mexanizmlarning buzilishi ham ahamiyatga ega: oshqozonda kislota hosil bo‘lishini kamaytiruvchi gastrointestinal garmonlar (sekretik, pankreozimin, xoletsistokinin

va boshqalar) ishlab chiqarilishi kamayadi. Kislota va pepsin hosil bo‘lishiga nerv-gumoral ta’sirlarning pirovard natijasida oshqozon shilliq qavati asosiy va parietal hujayralarining gistamin retseptorlari qo‘zg‘aladi va neyrogumoral ta’sirlarning amalga oshishidagi asosiy hujayra ichidagi faktor - SAMF (ATFdan) ko‘payadi, fosforlanish fermentli jarayonlar, xlorid kislota va pepsinogen sintezi kuchayadi. Yuqori kislotalilik va proteolitik faollik xususiyatiga ega bo‘lgan oshqozon shirasining oshqozon yoki 12 barmoqli ichak shilliq qavati bilan uzoq vaqt aloqasi oshqozon-ichak yo‘li fiziologik jomlarining diskineziyasi, epigastral va intraduodenal bosim va rN ning ortishi natijasida shilliq qavat destruksiyasiga olib keladi (yoki uni kuchaytiradi). Bunda oshqozondan kelgan kislotali muhitga ega bo‘lgan ovqat qoldiqlari o‘z vaqtida oshqozon osti bezi sekreti va shilliq bilan ishqorlanmaydi, shilliq qavatning «himoya barer»i susayadi, (bu vazifani mutsin bajaradi, u xlorid kislotani bog‘laydi, pepsinni adsorbsiya qiladi pepsinli hazm qilishni to‘xtatadi). Ushbu o‘zgarishlar natijasida yara hosil bo‘ladi.

Klassifikatsiyasi

1. Joylashishi bo‘yicha:

Oshqozon: - mediogastral - piloroantral

12 barmoq ichak: - bulbar - postbulbar

Oshqozon va 12 barmoq ichak:

2. Klinik faza va endoskopik bosqich bo‘yicha:

Qo‘zg‘alish:

I – yangi yara

II – epitelizatsiya boshida

Qo‘zg‘alishning kamayishi:

III – yaraning bitishi

- chandiqsiz
- chandiqli
- yara deformatsiyasi

Remissiya:

3. Og‘irlik darajasi. Yengil O‘rtacha og‘irlikda Og‘ir

4. Asoratlanishi bo‘yicha

Qon ketish

Perfaratsiya (teshik hosil bo‘lish)

Penitratsiya

Stenoz (torayish)

Perevisserit

Klinikasi. Yara oshqozon tubi bilan tanasida joylashsa, oshqozon bezlarining funksional yetishmovchiligi kuzatiladi. Yara piloroduodenal qismda joylashsa, shilliq qavatning barcha maxsus funksiyalari kuchayadi. Bolalarda yaralar odatda,

12 barmoqli ichakda joylashadi (oshqozonga qaraganda 6-12 marta ko‘proq). Oshqozon yarasi 12 barmoq ichak yarasi bilan yoki eroziv duodenit bilan birga uchrashi mumkin. Kichik yoshdagi bolalarda kasallik atipik kechadi. Bola qanchalik kichik yoshda bo‘lsa, shikoyatlar shunchalik spetsifik bo‘lmaydi. Kattaroq yoshda belgilar kattalarnikiga o‘xshash, lekin sustroq bo‘ladi. Ko‘p hollarda xarakterli yara anamnezi bo‘lmaydi, chunki bolalar og‘riqni tez unitadilar, uni ajrata olmaydilar, uning joyini va sababini aniqlay olmaydilar. Ba’zan kasallik uzoq vaqt o‘t yo‘llari diskineziyasi, surunkali gastrit va h.z. deb hisoblanadi. Asosiy shikoyat - og‘riq. U bemorning yoshiga, induvidual xususiyatlari, asab va endokrin tizimining holati, yaraning anatomik xususiyatlari, gastroduodenal tizimdagi funksional buzilishlarning namoyon bo‘lish darajasiga bog‘liq. Boshida og‘riq noaniq bo‘ladi. Ba’zan u epigastrit, kindik sohasida joylashib, ba’zan esa butun qorin bo‘ylab tarqaladi. Keyinchalik og‘riq doimiy, kuchliroq, kechasi va och qoringa hosil bo‘ladi. Bolalarda dispeptik o‘zgarishlar (ko‘ngil aynish, qusish) kattalarga nisbatan kamroq uchraydi va sustroq namayon bo‘ladi. Jig‘ildon qaynash, qusish, kekirish va gipersalivatsiya yanada kamroq uchraydi. Kasallik qanchalik uzoq davom etsa, bunda dispeptik o‘zgarishlar ko‘proq kuzatiladi. Ko‘pchilik bolalarning ishtahasi bo‘lmaydi, lekin bemorning deyarli yarmida u sust bo‘ladi. Bunday holatda jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi mumkin (ozish). Yara kasalligi rivojlanishi bilan insonning ruhiy xotirjamligi zaiflashadi, og‘riqlar tufayli uyqu buziladi. Tez charchash, astenik holat kuzatiladi. Qabziyat yoki ich ketishi bo‘lishi mumkin. Gipergidroz, arterial gipotoniya dermografizmning o‘zgarishi, ba’zan bradikardiya kuzatilishi vegetativ asab tizimidagi o‘zgarishini, parasimpatik ta’sirning kuchayishini bildiradi. Til karash bo‘ladi, qorinni paypaslaganda piloroduodenal sohada og‘riq bo‘ladi. Bolalarda ko‘pincha yaraning joylashishidan qat’iy nazar, epigastrit, ba’zan o‘ng qovurg‘a osti sohasida ham og‘riq bo‘ladi. Mushak himoyasi belgisi bolalar va o‘smirlarda kamdan-kam, faqat kuchli og‘riqlarda kuzatiladi. Kasallikning xuruj davrida Mendelning musbat «bolg‘achali» simptomi aniqlanadi. Ba’zan VIII-XI ko‘krak umurtqalarining o’tkir o‘simtalari sohasida og‘riq (Oppenxovskiy simptomi) va III bel umurtqasi ko‘ndalang o‘simtalari sohasida og‘riq (Gerbet simptomi) kuzatiladi. Yaradan qon ketganda axlat yashirin qonga tekshirilganda musbat reaksiya bo‘ladi.

Tashxis. Yara kasalligi bilan kasallangan ko‘pchilik bolalarda oshqozonning sekretor faoliyati oshqozon shirasining ishlab chiqarilishi hajmi kislotaliligi, xlorid kislotaning debit–soati, pepsin faolligi faqat zo‘riqish vaqtida emas, balki nahorgi va bazal sekretsiyada ham ortishi kuzatiladi. Umumiy va erkin kislotalilik egri chiziqlari zinapoyali xarakterga ega. Katta yoshdagi, kasalligi uzoq davom etayotgan bolalarda sekretsiya va kislotalilik ko‘rsatkichlari yuqoriroq bo‘ladi. Kasallikning xuruj davrida nordon proteinaza, ayniqsa, rN ta’sir doirasi ancha keng

bo‘lgan va natijada pepsin faolligini uzoq vaqt saqlay oladigan miqdori ortadi.

Oshqozon shirasining normal yoki past kislotalilik holatlari kamroq uchraydi. Davolashdan so‘ng og‘riqlar yo‘qolganda, oshqozonning sekretor faoliyati normallashadi. Gipersekretsiya giperxlorgidriyadan avvalroq yo‘qoladi. Asoratsiz yara kasalligida ba’zi bemorlarda eritrotsitlar miqdori ortadi, ammo yashirin qon ketishida asta- sekin qon ketishdan (gemorragiyadan) keyingi kamqonlik, oshqozon rezeksiya qilingandan so‘ng esa ichki faktor ishlab chiqarilishining kamayishi natijasida V12-tanqisligi kamqonligi rivojlanishi mumkin. Leykotsitlar miqdori odatda me’yorida, ba’zi bolalarda leykopeniya kuzatiladi. Nisbatan neytrofilez, eozinofiliya, monotsitoz bo‘lishi mumkin. Bu o‘zgarishlar davolanishdan keyin yo‘qoladi. SOE (eritrotsitlarning cho‘kish tezligi EChT) me’yorida bo‘ladi, asoratlar (yara penentratsiyasi, malignizatsiyasi) rivojlanganda SOE ortadi. Yarali defektni aniqlash va yara kasalligini tasdiqlashda EGDS (ezofagogastroduodenoskopiya) yetakchi o‘rinni egallaydi. Endoskopiyani bajarishga imkon bo‘lmasa, bariy bilan rentgen tekshiruvi o‘tkaziladi («nisha», burmalar konvergensiyasi, a’zoning chandiqli deformatsiyasi aniqlanadi). Yuqoridagi bevosita belgilardan tashqari bir qator bilvosita rentgen belgilar ham bor: och qoringa gipersekretsiya, 12 barmoqli ichak boshchasi deformatsiyasi, uning ta’sirchanligini bariydan tez bo‘shash bildiradi, piloroduodenospazm, spastik peristaltika va boshqalar. Ko‘pincha yarani aniqlashga mushaklar qisqarishi, shilliq qavatning shishi, yarali defektda ovqat qoldiqlari, qon quyqasi, shilimshiqning borligi to‘sqinlik qiladi. Shuning uchun rentgen tekshiruvini tinch holatda, aeron, atropin, metatsin kabi dori vositalari ta’sirida, bemorning vertikal yoki gorizontal holatida o‘tkazish tavsiya etiladi. Ko‘pincha yara boshchaning orqa devorida joylashadi. Postbulbar (boshchadan tashqari) holat ham bo‘lishi mumkin - bulboduodenal o‘tish yoki undan distal sohada. Oshqozonda yara ko‘proq subkardial qismda, ba’zan tanasida, eng kam antral va pilorisdan oldingi qismda joylashadi. Qiyosiy tashxis.

Yara kasalligini surunkali gastrit va gastroduodenit bilan qiyoslash kerak. Yara kasalligida ko‘ngil aynishi va qusish ko‘proq uchraydi, og‘riq «och qoringa» bo‘ladi. Tashxisni aniqlashga endoskopiya va rentgen tekshiruvi yordam beradi.

Davolash. Bemor statsionar sharoitida yotoq tartibida 2-3 hafta davomida davolanishi kerak. Ovqat hazm qilish yo‘lining harakat faolligiga ijobiy ta’sir ko‘rsatadigan jismoniy tinchlik holatinigina emas (bunda oshqozon va 12 barmoqli ichak tonusi va motorikasi, oshqozon va 12 barmoqli ichak ichidagi bosim kamayadi, qon biln ta’minlanishi yaxshilanadi). Balki ruhiy xotirjamlikni ham ta’minlash kerak. Bularning hammasi og‘riqning kamayishi va yo‘qolishiga yordam beradi, reparativ jarayonlarni yaxshilaydi. Davolovchi ovqatlanish muhim ahamiyatga ega: kimyoviy va mexanik himoya qilish, termik ta’sirlarni yo‘qotish,

o‘sib boruvchi organizmning yoshiga mos ehtiyojlarni hisobga olgan holda yetarlicha koloriyaga, kerakli barcha ingrediyentlarga ega bo‘lgan oziq moddalarni iste’mol qilish. Tez- tez, kam miqdorda, qismlab ovqatlanish kerak.

Kasallik boshlanishida va xuruj davrida 1 haftacha Pevzner bo‘yicha 1A-parxez tavsiya etiladi: sut, maydalangan tvorog, chala pishirilgan tuxum, vegetarianlik sho‘rvalari, jele, kisel, sabzi sharbati, sariyog‘ va o‘simlik (kungaboqar, zaytun) yog‘i, baliqli sufle (go‘shtli mumkin emas), tuz kam miqdorda. Hozir sutga katta ahamiyat berilyapti, u kuniga bir necha marta iliq holda ichiladi. U yaxshi antatsidlik xususiyatiga ega (katta bufer sig‘imiga ega), shira ajratish xususiyati sust, tez xazm bo‘ladi, oqsil, kalsiy tuzlariga boy, oshqozonning qisqarish faoliyatini kamaytiradi. Gipoatsit holatlarda qatiqdan foydalangan ma’qulroq. Ushbu parxezga rioya qilinsa, oshqozonning sekretor va motor-evakuator faoliyati yengillashadi. Kuniga 5-6 martadan ko‘proq ovqatlanish kerak. Keyin 1-B parxeziga o‘tiladi. Bunda yuqoridagi mahsulotlarga qaynatilgan baliq, maydalangan qiymali go‘sht, quritilgan oq non (suxari), sutli yormali bo‘tqalar, maydalangan bo‘tqalar qo‘shiladi. Ovqatlanish soni kuniga 3 mahal. Bemor yarim yotiq holatga o‘tkaziladi. Parxez 1,5-2 hafta davom etadi. So‘ngra 1-V parxeziga o‘tkaziladi. Bunda bug‘da pishirilgan kotletlar, kartoshka va sabzavotli bo‘tqalar, yangi bo‘lmagan oq non qo‘shiladi. 1-1,5 hafta davot etadi. Bundan keyin 1-parxezga o‘tiladi.

Bunda yuqoridagilarga qaynatilgan yog‘siz go‘sht, tovuq go‘shti va baliq, yangi oq non, makaron, pishloqning o‘tkir bo‘lmagan turlari, shirin mevalar, kompot qo‘shiladi. Bu parxez 1 yil davom etadi. Keyinchalik parxezni kengaytirish mumkin, lekin yara kasalligi qaytarilmasligi uchun bemor o‘zini yaxshi his etsa ham, bir necha yil davomida achchiq taomlar, dudlangan, tuzlangan mahsulotlar, dag‘al kletchatkali yormalar iste’mol qilish mumkin emas.

Himoyalovchi parxezning uzoq vaqt qo‘llanilishi natijasida gipovitaminoz rivojlanishi mumkin. Shuning uchun vitaminlar (ayniqsa, S, A, V guruhi) qabul qilish kerak. Ayniqsa, «U» vitamini yaraga qarshi faktor hisoblanib, muhim ahamiyatga ega. «U» - metioninning faol shakli, shilliq qavat regeneratsiyasiga yordam beradi. «U» vitamini 1 tabletkadan (0,05g) har kuni 3-4 mahal ovqatdan so‘ng 30-40 kun davomida qabul qilinadi. Qon ketganda ovqat suyuq yoki pyure shaklida bo‘lishi kerak. Qaymoq, tuxum sarig‘i, sariyog‘, og‘ir hollarda sovutilgan qaymoq va sut (yoki mo‘zqaymoq) qo‘shiladi. Uyqu yetarlicha bo‘lishi kerak. Ruhiy taranglik, yuqori ta’sirchanlikda sedativ vositalar (valeriana) va trankvlizatorlar (elenium, trioksazin, seduksen) tavsiya etiladi.

Patogenetik davolashda antotsidlar katta ahamiyatga ega. Ular oshqozondagi xlorid kislotani neytrallab, uning shilliq qavatga qo‘zg‘atuvchi ta’sirini kamaytiradi, rNni normallashtiradi va natijada pepsinning faolligini kamaytiradi. Antatsid

sifatida natriy gidrokarbonat (soda) qo‘llaniladi. U oshqozonda NSl ni tez neytrallaydi, lekin uning ta’siri qisqa. Hosil bo‘ladigan karbonat angidrid oshqozonning kengayishiga olib kelishi mumkin, bu esa chuqur yaralarda juda xavfli. Bu preparat ichaklarda yaxshi so‘riladi va tez-tez qo‘llanilganda, ayniqsa buyrak faoliyati bo‘zilganda, alkalozni chaqirib, ishtahani susaytirishi, ko‘ngil aynishi, qusish, (talvasa)ga (qondagi ionlangan kalsiy miqdorining kamayishi natijasida) olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, natriy gidrokorbanat qabul qilingandan keyin oshqozon rN ining tez oshishi oshqozon antral qismidagi S-hujayralarning faollashishiga olib keladi, natijada NSl hosil bo‘lishini kuchaytiruvchi gastrin ajralishi ortadi. Bu antatsid ta’siri to‘xtagandan so‘ng giperxlorgidriya rivojlanishiga olib keladi («qaytarish sindromi»). Shuning uchun bu preparat bilan davolash, (ayniqa, uzoq muddat) maqsadga muvofiq emas. Tizimi z antatsidlardan magniy oksidi (kuydirilgan magneziya), alyuminiy gidroksid, kalsiy karbonat, almagel, fosfalyugel qo‘llaniladi. Ular oshqozondagi NSl ni neytrallab, pepsin faolligini susuaytiradi, reflyuks natijasida 12 barmoqli ichakdan oshqozonga tushgan o‘t kislotalarini bog‘laydi. Ular natriy gidrokorbanatga nisbatan sustroq so‘riladi, oshqozonda hosil bo‘ladigan magniy, kalsiy, alyuminiy xloridlari oshqozon osti bezi gidrokarbonatlari bilan bog‘lanib, ularning miqdorini kamaytiradi va alkalozning oldini oladi. Ular ovqat qabul qilingandan so‘ng 0,5 soatdan keyin qabul qilinadi. Burje aralashmasi (natriy sulfat - 2g, natriy fosfati – 4g, magniy oksidi – 1g, natriy gidrokarbonati – 8g, 1l suvda eritiladi) kuchli antatsid xususiyatiga ega. U har kuni 2 osh qoshiqdan 3 mahal ovqatdan 40 daqiqa-1soat keyin ichiladi. Almagel va almagel-A kabi preparatlar ham keng qo‘llaniladi. Ularning tarkibida gel shaklidagi magniy oksidi va sorbit bilan kombinatsiyadagi alyuminiy gidroksidi bor. Sorbit o‘t ajralishiga yordam beradi va bo‘shashtiruvchi xususiyatga ega. Gel es preparatning shilliq qavat sathida bir tekis tarqalishiga yordam beradi.

Almagel doimiy ishlab chiqariluvchi oshqozon shirasining NSl ini neytrallaydi, uning rN ini 4.0-6,0 gacha pasaytiradi va natijada pepsinning proteolitik faolligi kamayadi. Almagel-A tarkibidagi anestezin anesteziya tufayli og‘riqni kamaytiradi va shu bilan birga gastrin, natijada xlorid kislotaning ham sekretsiyasini kamaytiradi. Og‘riqlar bo‘lsa, 3-6-7 kunga almagel-A tavsiya etilib, keyin oddiy almagel (davolash kursi 3-6 hafta) yoki shu guruhdagi boshqa preparatlar qo‘llaniladi. Almagel-A va oddiy almagel bolalarga preparatning 1 ta maxsus qoshiqchasidan (katta yoshdgi bolalarga 2 ta) kuniga 4 mahal ovqatdan 1-2 soatdan so‘ng va albatta uyqudan avval beriladi. Dori qabul qilingandan keyin yotish va preparatning shilliq qavatida yaxshi tarqalishi uchun vaqti-vaqti bilan yonboshga o‘girilish tavsiya etiladi. Fosfalyugel ham xuddi shunga o‘xshash. Unda qo‘shimcha pektin va agar-agari geli bo‘lib, ular bakteriya, virus, toksik va gazlarni

bog‘lab, qabziyatning oldini oladi. Sulfatlangan polisaxaridlar pepsin faolligini kamaytiradi. U ayniqsa oshqozon shirasining yuqori pepsinogen faolligida samaralidir. U 0,5 stakan suvda eritilgan xaltachadan (yoshiga qarab) kuniga 2-3 mahal ovqatdan 1 soat keyin tavsiya etiladi, davolash kursi1-1,5 oy.

Yara kasalligining xuruj davrida ba’zan M-xolinolitiklar (antropin, platifillin, probaktrin, gastrozepin - yoshiga mos miqdorda) qo‘llaniladi. Ammo ular bugungi kunda 2-darajali ahamiyatga ega, chunki bunday monoterapiya yaraning bitishiga olib kelmaydi, ularning nojo‘ya ta’siri ko‘p, atropin (va unga o‘xshash preparatlar) faqat NSl ishlab chiqarilishini emas, balki oshqozon shilliq qavatidan bikarbonatlar ishlab chiqarilishini ham to‘xtatadi. Bugungi kunda N2-gistaminolitiklar – N2-gistamin retseptorlarining blokatorlari keng qo‘llanilmoqda. Ular NSl ishlab chiqarilishini M-xolinolitiklarga nisbatan samaraliroq to‘xtatadi. Simetidin (tagamet, belomet) - N2- gistaminalitiklarning I avlodi bir sutkada 20-40 mg miqdorda kuniga 3 mahal ovqat vaqtida yoki undan keyin va 4-6 hafta davomida 1 marta beriladi. 7 yoshgacha bolalarga qo‘llanilmaydi. Preparat oshqozon shirasi va NSl sekretsiyasini kamaytiradi, silliq mushaklarning qisqarishini kamaytiradi, og‘riq paydo bo‘lishining oldini oladi. Pepsin sekretsiyasiga kam ta’sir qiladi. Preparatlarning oylar davomida ishlatilishi nojo‘ya ta’sirlarga olib keladi, gonadotropinlar ishlab chiqarilishini kamaytiradi, o‘g‘il bolalarda jinsiy yetilishni kechiktiradi, profilaktik sintezni kuchaytiradi, dorilar ta’siridagi gepatit, nefrit, leykopeniya, agranulotsitoz, aplastik kamqonlik, MNSning funksional buzilishlariga olib kelishi mumkin. N2-gistaminolitiklarning II avlodi – ranitidin (zontak, ranisan), III avlodi – famotin va IV avlodi – nizatidinning samarali ekanligi haqida ma’lumotlar bor. Gistaminolitiklarni uzoq vaqt qo‘llash tavsiya etilmaydi, chunki bu HCl ishlab chiqaruvchi ECl hujayralarnig giperplaziyasiga olib keladi. N2 –blokatorlar to‘xtatilgandan keyin yara kasalligining qaytalanishi (retsidivi) ga bog‘liq bo‘lsa kerak.

Vismut preparatlarini: vikalin, vikair, roter, bisalay, qo‘llash maqsadga muvofiqdir. Ular 1,5–2 tabletkadan 2-3 mahal ovqatdan keyin 0,5 stakan iliq suv bilan ichiladi. Davolash kursi 1-1,5 oy. Vismut preparatlari xlor ionlarini bog‘lab, shiliq qavat va yara sathida himoya qavatini hosil –qiladi va yarani mexaniq, kimyoviy ta’sirlardan himoya qiladi. Shuningdek, ular adsorbent, yallig‘lanishga qarshi, bo‘shashtiruvchi xususiyatlarga ham ega. So‘nggi yillarda vismutning de-nol-kolloid subsitrati keng qo‘llanilmoqda. U monoterapiyada 6-8 hafta davomida 100% hollarda yaraning bitishiga olib kelmoqda. Boshqa davolash usullariga qaraganda bu preparat qo‘llanilganda retsidivlar kam. Bunda mayda eroziyalarda va yara sathida erimaydigan oqsil-vismut komplekslari (ya’ni himoya qobig‘i) hosil bo‘ladi va shilliq qavatning regeneratsiyasi kuchayadi. U antatsid ta’sirga ega emas. Oshqozon shirasining rNi ortganda preparatning ta’siri kamayadi, shuning uchun

uni antatsidlar bilan birga qo‘llash mumkin emas. Barcha vismut preparatlaridan faqat de-nolgina kampilobakterlarga nisbatan samaralidir.

Alyuminiy sulfati va sulfatlangan saxaroza tsitoprotektor preparat hisoblanadi. Sulfatlangan saxaroza shikastlangan shiliq qavat mushak tolalarining oqsillari bilan bog‘lanib, pepsin, xlorid kislota va o‘t kislotasi ta’siriga qarshi himoya qobig‘ini hosil qiladi; shiliq qavat himoya qobig‘ining yopishqoqligini oshiradi, natijada uning protektiv xussiyati ortadi. Bolalarda yara kasalligini kompleks davolashda shiliq qavat regeneratsiyasi jarayonini faollashtiruvchi vositalar («reperantlar») keng qo‘llanilmoqda. Ularga antipeptik faollikka ham ega bo‘lgan karbenoksolon (biogastron) kiradi. U pepsinogenning pepsinga aylanishini tormozlaydi, sekretor hujayralarda shiliq ishlab chiqarilishini kuchaytiradi, shiliq qavat hujayralari hayotini o‘zaytiradi, ularning eksfoliatsiyasini kamaytiradi, pilorik sfinkterning tonusini yashiradi, natijada duodenogastral reflyuks kamayadi (shuningdek, 12 barmoqli ichakdagi moddalarning – o‘t kislotalarning zararli ta’siri ham kamayadi).

Oshqozon-ichak yo‘li shiliq qavatiga tsitoprotektor ta’sir AMFning hujayra ichidagi miqdorining ortishida (natijada lizosomal fermentlarning ajralishi kamayadi), natriy transportining kuchayishida, Oshqozonda shiliq hosil bo‘lishining ortishida, 12 barmoqli ichakka bikarbonat transportining oshishida, shiliq qavatning qon bilan ta’minlanishining kuchayishida namoyon bo‘ladi. Bo‘larning hammasi Ye2 prostoglandin va prostosiklin faolligining ortishi natijasida sodir bo‘ladi, chunki karbenoqsilon ularning faolligini kamaytiradigan fermentlarni tormozlaydi. U shuningdek ulserogen ta’sirga ega bo‘lgan troboksan hosil bo‘lishini ham tormozlaydi. Karbenoqsilon birinchi haftada 100 mg dan 3 mahal ovqatdan 1 soat keyin, yara bitguncha (3-6 hafta) esa 30 mg dan 3 mahal beriladi. Likviriton - qizil miya ildizi ekstrakti – 1 ta tabletkadan 3 mahal ovqatdan 30-40 daqiqa oldin 3-4 hafta davomida beriladi. Gefarnil trofik va regeneratsiyalovchi ta’sirga ega. U 30 mg dan 3-4 mahal (kattalarga) yoki 30 mg dan har kuni mushak orasiga 3-4 hafta davomida tavsiya etiladi. Gastrofarm – aralash vosita bo‘lib, uning tarkibida quritilgan laktobatsillalar, ular faoliyatining biologik faol mahsulotlari, saxaroza bor.

Nazorat sabvollari.

1.Etiopatogenez nima u haqida haqida tushunchangizni izohlang.

2.Yara kasalligi – oshqozon va 12 barmoqli ichakda yara hosil bo‘lishi bilan kechadigan surunkali qaytalovchi (retsidivli) kasallik haqida ma’lumot bering.

3.Yara kasalligi bolalar va o‘smirlarning nechi foizida uchraydi.

4.Etiologiya va patogenez haqida ma’lumot bering.

5.Yara kasalligini keltirib chikaruvchi omillarni izohlab bering

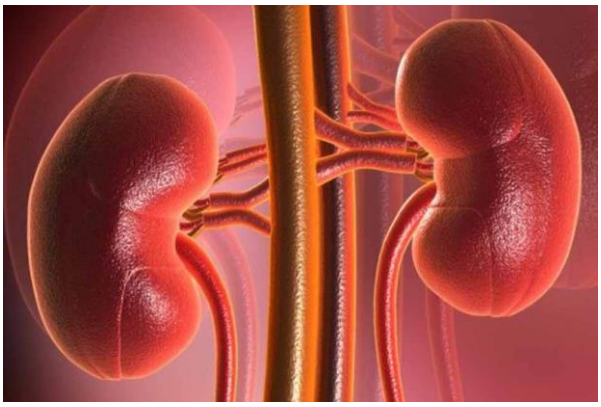
6.Patogenetik davolashda antotsidlar katta ahamiyatga ega.Shu haqida ma’lumot bering.

7. Oshqozonning kengayishiga olib kelishi mumkin bo’lgan omillarni izohlab bering.

8. Almagel, Vismut preparatlarini izohlab bering qanday holatda ishlatiladi.

5-Mavzu: Pielonefritlar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.

Pielonefrit — turli xil bakteriyalar tufayli rivojlanadigan buyrak infeksion kasalligidir. O’tkir va surunkali pielonefrit bilan og’rigan bemorlar urologik bemorlarning deyarli 2/3 qismini tashkil qiladi. Pielonefrit o’tkir yoki surunkali shaklda kechishi, bir yoki ikkala buyrakni zararlashi mumkin. Surunkali pielonefritda kasallikning alomatlarsiz yoki uncha sezilmaydigan belgilar bilan kechishi ko’p hollarda bemorlarni ushbu kasallika nisbatan befarq bo’lishiga olib keladi, ular kasallik jiddiyligini yetarlicha baholay olmaydilar va davolashga jiddiy yondashmaydilar. Pielonefritni tashxislash va uni davolash nefrolog shifokor tomonidan amalga oshiriladi. Pielonefrit o’z vaqtida davolanmasa, u buyrak yetishmovchiligi, karbunkul yoki buyrak abstsessi, sepsis va bakterial shok kabi jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin.Birlamchi piyelonefrit deyilganda - buyrak parenximasidagi mikrobli yallig’lanish jarayoni tushiniladi. Zamonaviy tekshirish usullarini qo’llagan taqdirda ham mikroorganizmlarni buyrakning tubulointerstitsial to’qimasida fiksatsiyalanishiga nima sharoit tug’dirayotganligining aniq bir sababini bilib bo’lmaydi. Ikkilamchi piyelonefrit - buyrak to’qimasidagi mikrobli yallig’lanish jarayoni. Bu holda yallig’lanishga jarayoniga sharoit yaratuvchi sababini aniqlash mumkin. Odatda obstruktiv va noobstruktiv piyelonefrit farq qilinadi. Ikkilamchi obstruktiv piyelonefrit - siydik yo’llari anomaliyalari, organiq(tug’ma, nasliy, orttirilgan) yoki funksional obstruktiv uropatiyalar bo’lganda shakllanadi. Ikkilamchi noobstruktiv piyelonefrit - modda almashinuvi buzilishlari, tug’ma yoki orttirilgan immunodefitsit xolatlar, endokrin siljishlar (doimiy yoki vaqtincha), siydik yo’llari epiteliysi fermentlarini maxalliy o’zgarishlari bilan bog’liq bo’lishi mumkin. Piyelonefritning



shakllanishida buyrak dizembriogeneziga muxim ahamiyat beriladi. **Pielonefrit etiologiyasi**. Ushbu kasallik har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin. Pielonefrit quyidagi davrlarda rivojlanadi: 7 yoshgacha bo'lgan bolalarda (pielonefrit uchrashi ehtimoli bolalarning anatomik tuzilishidagi xususiyatlari tufayli oshadi); 18-30 yosh orasidagi yosh ayollarda (pielonefrit jinsiy faoliyatning boshlanishi, homiladorlik va tug'ish bilan bog'liq); Keksa ekaklarda (prostata bezi adenomasi tufayli siydik chiqarish yo'llari obstruktsiyasida). Siydik normal oqimiga to'sqinlik qiluvchi har qanday organik yoki funktsional sabablar kasallik rivojlanish ehtimolini oshiradi. Pielonefrit ko'pincha siydik-tosh kasalligi bilan og'rigan bemorlarda paydo bo'ladi. Pielonefrit rivojlanishiga turtki bo'luvchi salbiy omillarga qandli diabet, immunitet buzilishlari, surunkali yallig'lanishli kasalliklar va tez-tez sovqotish kiradi. Ba'zi hollarda (odatda ayollarda) pielonefrit o'tkir sistitdan keyin rivojlanadi. Kasallikning alomatlarsiz kechishi surunkali pielonefritning kech tashxislanishiga sabab bo'ladi. Bemorlar buyrak funktsiyasi buzilib bo'lganidan keyin davolanishni boshlashadi. Kasallik ko'pincha siydik-tosh kasalligiga chalingan bemorlarda uchraydi, shuning uchun bunday bemorlarga hatto pielonefrit belgilari kuzatilmaganda ham maxsus terapiya kerak bo'ladi. Dizmetabolik ikkilamchi piyelonefrit - buyrak to'qimasidagi mikrobli yallig'lanish jarayonlarini bir necha variantlarini birlashtiruvchi tushuncha bo'lib, bakteriyalarni kirishi tubulopatiyalarda shavel, siydik kislotalarini metabolizmini buzilishi oqibatida ro'y beradi. Surunkali piyelonefrit - uzoq kechuvchi yallig'lanish jarayoni bo'lib, odatda siydik yo'llarini anatomik anomaliyalari yoki obstruksiyasi fonida, kosacha va jomchalarni deformatsiyasi va fibrozi bilan kuzatiladi. Ahamiyatga molik bakteriuriya- 1 ml siydikda 100 000 mikrob tanachalarini bo'lishi. Bolalarda piyelonefritni shakllanishiga olib keluvchi omillar: Urodinamikaning buzilishi: Qovuq-siydik yo'li reflyuksi Obstruktiv uropatiya Siydik pufagining neyrogen disfunksiyasi Mikroorganizmlarning patogen xususiyatlari: Ichak tayoqchasi (38%), oqsil tabiatli ipsimon kiprikchalarga ega bo'lib, uning yordamida siydik yo'llari uroteliysiga yopishadi va siljib yurish imkoniyatiga ega bo'ladi. Stafilakokk (8.9 %) Ko'proq bolalar hayotining birinchi yilida ajraladi. Stafilakokk shtammlari yuqori antigen faollikka ega. Stafilakokk kirgan joyida plazmani koagulyatsiyasiga, qon aylanishi sekinlashuviga, destruktiv o'zgarishlar fonida mikrosirkulyatsiyaning buzilishiga olib keladi. Stafilakokklarning yuzaki proteinlari fagotsitozni so'ndirish xususiyatiga ega. Bu esa siydikda mikrob assotsiatsiyalarini paydo bo'lishi va uzoq vaqt saqlanishiga sharoit yaratadi. Enterokokklar (12.9 %). Buyrak to'qimalariga nisbatan kuchli tropizm xususiyatiga ega. Bu infeksiya sust, uzoq davom etadigan, surunkali kechishi bilan xarakterlanadi.

17 % bemorlarda bakterial infeksiya qobiqsiz L – shaklda uchraydi. L –

transformatsiya antibakterial terapiya (ayniqsa past dozalarda yuborilganda va yuborishlar orasidagi interval katta bo'lganda) va himoya faktorlari (bakteriofaglar, lizotsim, komplement) ta'sirida vujudga keladi. L–shakllar o'zini: patogenlik xususiyati va antibiotiklarga nisbatan chidamliligini uzoq vaqt saqlab qoladi. Ular yana o'zlarining ilgargi bakterial xolatiga aylanib olish xususiyatiga ega, (sovuq, virusli infeksiyalar, stresslar ta'sirida) bo'lib, kasallikni qaytalanishiga moillik yaratadi;

Mikoplazmali infeksiya

Kandidalar

Xlamidiyalar

Viruslar (adenovirus, enterovirus, gerpes va paragripp viruslari). Ko'proq viruslar buyrak interstitsial to'qimasini o'zgarishlariga olib kelib, bakteriyalarni kirishini birmuncha yengillashtiradi.

Proteus –ureaza ishlab chiqarish xususiyatiga ega bo'lib, u siydikchilni parchalaydi, siydik Ph-muxitini 8.0 dan oshiradi, fosfatli toshlarni hosil bo'lishi, kanalchalar epiteliysini shikastlanish xavfini oshiradi.

Klebsiell-spetsifik antitelalarni ajratish xususiyatiga ega emas. Makroorganizm immun tizimi xolati: Makrofag va neytrofillar ishlab chiqaradigan omillar ta'sirida xujayra immunitetini pasayishi. Antitelalarni yetarli ishlab chiqarilmasligi. Modda almashinuv buzilishlari: Qandli diabet Giperuraturiya, giperoksaluriya, nefrokalsinoz. Siydik tosh kasalligi. Normal ich kelishini buzilishi. Buyrak to'qimasini shikastlanishiga olib keluvchi sabablar:

Mikroorganizm persistensiyasi

Makrofag va neytrofillar infiltratsiyasi bilan kechuvchi yallig'lanish jarayoni.

Qon tomirdagi o'zgarishlar- vazoqonstriksiya, ishemiya.

"steril" reflyuks

Bakteriya turlari bilan yallig'lanishni ushlanib turilishi (protoplastlar, L – shakllar).

Patogenezi yaqin kunlargacha piyelonefrit bakteriologik tekshirishlar nuqtai nazaridan qaralib kelingan. Kasallik patogenezini o'rganishda asosan buyrak to'qimasida mikroblarni fiksatsiyalanishiga sharoit yaratuvchi faktorlarga aham iyat berilgan. Eng avvalo siydik tizimining turli qismlarida (nefrondan to uretragacha) siydikni passajini buzilishiga olib keluvchi faktorlarga. Odatda buyrakka infeksiyaning kirish yo'llari gematogen, limfogen, yuqoriga ko'tariluvchi yoki urinogen bo'lishi mumkin. Infeksiyaning gematogen yo'l bilan tarqalishi yangi tug'ilgan bolalar va hayotining birinchi oylariga xosdir. Bolalar yoshiga yuqoriga ko'tariluvchi yo'l ko'proq xosdir. Qiz bolalarda bunga moillik yaratuvchi omil bo'lib uretra stenozi xisoblanadi. O'g'il bolalarda esa uretra klapanlari. Siydik pufagidan infeksiyani siydik yo'llariga va buyrak jomchalariga tarqalishiga qovuq-

siydik yo'li reflyuksi va siydik pufagini neyrogen disfunksiyasi olib keladi. Siydik yo'llarini o'zgarmagan xolatlarida mikroblarni qovuqdan siydik yo'liga o'tishi uchun uretrovezikal toraygan to'siqni yengib o'tishi kerak bo'ladi. Bu to'siq ko'proq tug'ma xarakterga ega bo'ladi. Lekin siydik pufagini neyrogen disfunksiyasi natijasi ham bo'lishi mumkin. Ba'zi xolatlarda to'siqning ikkilamchi yetishmasligi kuzatilishi mumkin. Bu esa uzoq davom etuvchi sistitning oqibati xisoblanadi. Faqatgina reflyuksni batamom davolash, operativ yo'l bilan bo'lsa ham infeksiyani siydik pufagidan jomchalarga va keyinchalik buyrak parenximasiga kirishini oldini olishi mumkin. Keyingi yillarda piyelonefritning patogenezini o'rganishda immun tizimga ham katta ahamiyat berilmoqda. Buyraklardagi mikrobli yallig'lanish jarayonlari makroorganizmning imunologik refaolligi va mikrob omillarining butun patologik jarayonda o'zaro ta'siri natijasida yo'z beradi. Piyelonefrit patogenezining asosiy bo'g'inlari; nasliy moillik (HLA V5 va V7), buyrak to'qimasining yetilmaganligi va o'ziga xos shakllanishini buzilishi, buyrak ichi qon va limfa aylanishini buzilishi, normal siydik chiqishini (oqimini) buzilishi, siydik yo'li mushaklarini diffuz yoki segmentar gipoplaziyasi, maxalliy va umumiy immuntizimini pasayishi, tubulointerstitsial o'zgarishlarga olib keluvchi omillar (kristalluriya, infeksiya, gomeostazning buzilishi, dori moddalarning ta'siri) bakterial allergiya.

Piyelonefrit tasnifi. Piyelonefrit shakli

Kasallik faoligi Buyraklar funksiyasi

O'tkir piyelonefrit Faollashgan bosqich Kasallikni orqaga qaytish davri.

To'liq klinik- laborator remissiya

Buyraklar funksiyasining saqlanishi Buyraklar funksiyasining buzilishi

Surunkali piyelonefrit

Faollashgan bosqich

Buyraklar funksiyasiningsaqlanishi

Birlamchi obstruktiv

Qisman klinik laborator remissiya

Buyraklar funksiyasining buzilishi

Ikkilamchi obstruktiv a) qaytalanuvchi v) latent kechuvchi

To'lik klinik- laborator remissiya

Surunkali buyrak yetishmovchiligi

Piyelonefritning klinik belgilari.

Intoksikatsiya yoki zaxarlanish (kataral belgilarsiz tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, holsizlik, ishtahaning pasayishi, ko'z tagida soyalar paydo bo'lishi). Qorinda yoki belda og'riq paydo bo'lishi, buyrak soxosini, siydik yo'llari nuqtalarini paypaslaganda, bel soxasiga yengil urib ko'rilganda og'riq paydo bo'lishi. Siydik ajralishning buzilishi (tez- tez yoki kam –kam siyshi, siyshining

turli fazalarida achishish, siydik to'ta olmasligi). Anoreksiya, tana vazning kam qo'shilishi, dispeptik buzilishlar (ko'ngil aynishi, qusish, ich kelishining buzilishi), chanqash. Teri qoplamlarini quruqligi va kulrangnamo-sarg'ish tusdaligi, teri turgori pastligi. O'tkir manifest kechuvida suv elektrolit, oqsil almashinuvi va boshqa almashinuvlar tez buziladi. MNS, yurak qon tomir, jigar, buyrak buzilishlarining belgilari kuzatiladi.

Kechishi: Piyelonefritning kechish variantlar

-O'tkir manifest boshlanishi

-Kasallik belgilarining asta-sekin paydo bo'lishi - latent kam simptomli kechishi.

Asoratlari.

- Apostemtoz nefrit - buyrak karbunqo'li -nefrolitiaz -buyraklarning ikkilamchi bujmayishi -nefrogen gipertenziya Etra yoshdagi bolalarda o'tkir piyelonefrit- asosan intoksikatsiya belgilari bilan kechadi tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, ishtahani pasayishi, ko'z tagida soyalar paydo bo'lishi, dispepsiya belgilari meningial simptomlari bilan. Katta yoshdagi bolalarda surunkali piyelonefrit -intoksikatsiya belgilari bilan kechadi (holsizlik, ishtahani pasayishi, ko'z tagida soyalar paydo bo'lishi subfebril temperatura). Qorinda yoki belda og'riq paydo bo'lishi, buyrak soxasida og'riq paydo bo'lishi. Siydik ajralishning buzilishi (tez- tez yoki kam –kam siyishi, siyishining turli fazalarida og'riq yoki achishish, siydik tuta olmasligi), anoreksiya, dispeptik buzilishlar (ko'ngil aynish, qusish, ich kelishining buzilishi), chanqash. Tashxis: Piyelonefritning tashxishlash mezonlari kasallik belgilari: Anamnez ma'lumotlari (dizuriya, pollakiuriya, yonbosh sohada og'riq va mushaklar taranglashishi, isitma lokal simptomlarsiz giperpirksiya xurujlari).

Buyraklani paypaslaganda og'riq sezilish.

Ammoniy xlorid bilan patologik sinama.

Osmotik konsentratsiya testi bo'yicha buyraklarning konsentratsiyalash xususiyatining buzilishi.

Chin bakteriuriya.

Patologik leykotsituriya.

Siydikning patologik cho'kmasi.

Rengenologik, ekskretor, retrograd urogrofiya, selektiv angiografiya va sistouretrografiya ma'lumotlar bo'yicha o'zgarishlar. Ikkinchi darajali mezonlari: - yuzning oqarishi va shishganligi anoreksiya, - dispeptik belgilar, - gematuriya - anemiya, - leykotsitoz, - AQB ning ko'tarilishi.

Tekshiruv rejasi:

klinik-laborator uslullar

klinik tekshiruv

jismoniy rivojlanishini baholash

AQB ni o'lchash. Qonning klinik tahlili-qonda leykotsitoz neytrofilez chapga siljish bilan, EChT oshgan. Siydikning klinik tahlili- leykotsituriya, ko'rish maydonida 10 tadan ko'p leykotsitlar. Siydik ekmasi –bakteriuriya, 1ml. siydikda 100 000 ortiq mikrob tanachalarining bo'lishi. Qonning biokimyoviy tahlili (S-refaol oqsilning, sial kislotaning oshishi, buyrak funksiyalarning pasayshida-siydikchil miqdorining oshishi). Zimnitskiy sinamasi –siydik ajralish ritmining buzilishi, siydikni konsentratsiyalash va suyultirish xususiyatini buzilishi bo'lishi mumkin. Tuzlarning sutkalik ajralishini tekshirish (oksalatlar, uratlar, kalsiy, fosfor). Maxsus tashxis usullari. -buyrak, siydik pufagi UTT.

Zarur hollarda sistouretrografiya, ekskretor urogrofiya.

Qiyosiy tashxis -Glomerulonefrit -buyraklar sili -tubulopatiyalar -interstitsial nefrit -siydik yo'llari infeksiyasi - sistit, vulvovaginit -balanopastit -o'tkir appenditsit.

Davolash. Piyelonefrit davolash buyrak infeksiyasini oldini olishga, organizm refaolligini oshirishga va ikkilamchi piyelonefritda urodinamikani tiklashga qaratilgan 1) davo-tartib, parhez. 2) AB-terapiya.

Faol fazasida piyelonefritni davolash statsionarda o'tkaziladi. Kasallik o'tkir fazasida ko'p suyuqlik ichiladi (maktab yoshdagi bolalarda umumiy suyuqlik jami 1.5-2.0 l. kuniga.) Parhez; Ekstrarenal belgilarda buyrak stoli tavsiya qilinadi. sutli va o'simlik mahsulotlaridan tashkil topadi, oqsil (1.5 g/kg gacha) va tuzlar (2-3 g/sut) chegaralangan. Ko'proq suyuqlik ichish buyuriladi 7 yoshgacha 500-700 ml, 7-10 yoshga 700-1000 ml, 10 yoshdan kattalarga 1.0-1.5 ml. Ekstrarenal belgilar yo'qolgandan keyin Pevzner bo'yicha № 5 stol buyuriladi. AB terapiya – kam nefrotoksik ta'siriga ega antibakterial dori- vositalaridan tayilanadi; Xozirgacha ham penitsillin qatoridagi antibiotiklar kam nefrotoksik xisoblanadi. Ampitsillin, Oksatsilin, karbenitsillin, metitsillin, ampioks (100- 200mg/kgv/m) Eritromitsin, oleandomitsin (20-50 mg/kg) Amoksiklav, Augmentin, Sefazolin, Sefuroksim, Sefamandol, Unazin, Aminoglikozidlar Gentamitsin, Amikatsin. AB-terapiya asosan bakterial jarayon faol bo'lgan holatda davolanish siydik mikroflorasi sezuvchanligini nazorati ostida 7- 14 kunga tayinlanadi. Ekstrarenal belgilar yo'qolgandan keyin AB tavolash uroseptiklar bilan davom ettiriladi, 10-14 kunga preparatni almashtirish bilan birga. Nalidikson kislota preparatlari Nevigramon, 5-Nok, negram, biseptol. Nitrofuran preparatlari uzoq yillar qo'llanilishiga qarmay effektivligini saqlab qolmoqda. Ular kanalchalarga sekretsiya yo'li bilan tushgani uchun interstitsial to'qima, limfa va siydikda yuqori konsentratsiya hosil qiladi. Furagin, Furadonin 5-7mg/kg sut.

Ushlab turuvchi davo sxemasi. O'z uluksiz davo kursi tugagandan keyin 3-6-9 oy mobaynida uroseptiklar bilan ushlab turuvchi davo o'tkaziladi har oyda 7-10

kun. oy sana uroseptik Yanvar 1-10 Biseptol Fevral 1-10 5-nok Mart 1-10 Furagin Aprel 1-7 Nevigramon may 1-7 Palin iyun 1-7 Gramurin.

Pielonefrit tasnifi, klinik belgilari.

O'tkir pielonefrit uchun kasallikning to'satdan namoyon bo'lishi va tana haroratining 39-40 °C gacha oshishi xosdir. Gipertermiya ko'p terlash, ishtahaning yo'qolishi, kuchli holsizlik, bosh og'rig'i, ba'zan ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga kechadi. Haroratning ko'tarilishi bilan bir vaqtda bel sohasida o'tmas og'riq (odatda bir tomonlama) paydo bo'ladi. Jismoniy ko'rikda bel sohasi bosib ko'rilganda og'riq namoyon bo'lishi kuzatiladi (Pasternatskiy alomatining ijobiyligi). O'tkir pielonefritning asoratlanmagan shakli siydik chiqarishdagi buzilishlarga olib kelmaydi. Siydik loyqa bo'ladi yoki qizg'ish tus oladi. Laborator siydik tahlilida bakteriuriya, biroz proteinuriya va mikrogematuriya aniqlanadi. Umumiy qon tahlili leykositoz va ECHT oshganini ko'rsatadi. Taxminan 30% hollarda qonning biokimyoviy tahlili natijasida azotli shlaklarning ortganligi aniqlanadi.

Surunkali pielonefrit ko'pincha davolanmagan o'tkir shakldagi kasallikning oqibatidir. Shuningdek bemor anamnezida o'tkir pielonefrit bo'lmay turib, birdan birlamchi surunkali pielonefrit rivojlanishi mumkin. Ba'zan surunkali pielonefrit siydik tahlillari natijasida tasodifan aniqlanadi. Surunkali pielonefrit bilan og'rigan bemorlar ko'pincha zaiflik, ishtahaning pasayishi, bosh og'rig'i va tez-tez siydik chiqarishdan shikoyat qiladi. Ba'zi bemorlarni sovuq, nam havoda kuchayadigan bel atrofidagi to'mtoq og'riq bezovta qiladi. Ikki tomonlama surunkali pielonefritning rivojlanib borishi bilan buyrak faoliyati buziladi, bu esa siydik solishtirma og'irligining ortishiga, gipertoniya va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Surunkali pielonefritning o'tkirlashganini ko'rsatuvchi belgilari o'tkir shakldagi kasallik klinik tasvirlari bilan mos. **Pielonefrit asoratlari**. Ikki tomonlama o'tkir pielonefrit o'tkir buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Eng og'ir asoratlarga sepsis va bakterial shokni misol qilsa bo'ladi. Ba'zi hollarda o'tkir pielonefrit paranefrit kabi asoratga olib kelishi mumkin. Shuningdek apostenomatoz pielonefrit (buyrakning po'st moddasida va yuzasida bir necha kichik yiringli pufakchalarning shakllanishi), buyrak karbunkuli (ko'pincha kichik yarachalarning birlashishi natijasida yuzaga keladi, yiring-yallig'lanishli, mekrotik va ishemik jarayonlarning mavjudligi bilan tavsiflanadi), buyrak abstsessi (buyrak parenximasining yemirilish) va buyrak kosachalarining nekrozi rivojlanishi mumkin. Buyrakda yiringli-destruktiv o'zgarishlar kuzatilganda buyrak jarrohligini amalga oshirish talab etiladi. Agar kasallik davolasnmasa, yiringli-destruktiv pielonefritning terminal bosqichi boshlanadi. Bunda pionefroz rivojlanadi, bunda buyrak butunlay yiringli yemirilishga duchor bo'ladi va siydik, yiring va to'qima parchalanishi natijasida qolgan moddalardan tashkil topgan bo'shliqli o'choqqa aylanadi.

Piyelonefrit tashxisi, qiyosiy tashxis

«O'tkir pielonefrit» tashxisini qo'yish odatda, aniq klinik belgilar mavjudligi sababli nefrolog uchun qiyinchilik tug'dirmaydi. Ko'pincha anamnezda surunkali kasalliklar yoki yaqinda o'tgan o'tkir yiringli jarayonlar mavjud bo'ladi. Klinik tasvir pieltonefrit uchun xos bo'lgan isitma va bel og'riqlari (ko'pincha bir tomonlama), og'riqli siyish va siydikning o'zgarishidan iborat. Siydik xira yoki qizg'ish tusli bo'ladi, o'ziga xos badbo'y hidi mavjud. Tashxisni laboratorik tasdiqlash uchun siydikda bakteriyalar va kichik miqdorda oqsil aniqlanishi xizmat qiladi. Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash uchun siydik namunasini bakteriyal ekish o'tkaziladi. O'tkir yallig'lanish mavjudligini umumiy qon tahlilida leykotsitoz va ECHTning oshganligi ko'rsatadi. Maxsus test to'plamlari yordamida yallig'lanishiga olib kelgan mikroflora aniqlanadi. Keng ko'lamli urografiya o'tkazilganda bir buyrakning hajmi kattalashgani seziladi. Ekskretor urografiya ortoproba o'tkazilganda buyrak harakatchanligining keskin cheklanganligini ko'rsatadi. Apostematozli pielonefritda zararlangan tomonda sekretor funktsiyasining kamayishi kuzatiladi (siydik yo'llarining soyasi kechikadi yoki kuzatilmaydi). Karbunkul yoki abstsessda ekskretor urogrammada buyrak konturida bo'rtishlar, jom va kosachalarida siqilish va deformatsiyalar aniqlanadi. Pyelonefritdagi tizimli o'zgarishlarning tashxisi buyraklarning ultratovush tekshiruvi yordamida amalga oshiriladi. Buyraklarning konsentratsiya qobiliyati Zimntskiy testi yordamida baholanadi. Buyrak-tosh kasalliklari va anatomik anomaliyalarni istisno qilish uchun buyraklar KT amalga oshiriladi.

Pyelonefritni davolash usullari

Asoratlanmagan o'tkir pielonefritlar shifoxona sharoitida urologiya bo'limida konservativ davolanadi. Antibakterial terapiya olib boriladi. Preparatlar siydikdagi bakteriyalarning sezgirligini hisobga olgan holda tanlanadi. Yallig'lanish jarayonlarini tezda bartaraf etish va pielonefritni yiringli-destruktiv shaklga o'tishiga yo'l qo'ymaslik uchun davolash eng samarali dori bilan boshlanadi. Dezintoksikatsiya terapiyasi, immunitetni mustahkamlash amalga oshiriladi. Isitma kzatilganda past oqsilli tarkibiga ega bo'lgan parhez buyuriladi, harorat me'yorga kelgach bemor o'zida ko'p suyuqlik saqlagan to'laqonli oziq-ovqat ratsioniga qaytadi. Ikkinchi darajali o'tkir pielonefritni davolashning birinchi bosqichida normal siydik chiqarishga to'sqinlik qiluvchi to'siqlar bartaraf etilishi kerak. Siydik chiqarish buzilgan hollarda antibakterial dori-darmonlarni tayinlash istalgan samarani bermaydi va jiddiy asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Surunkali pielonefritni davolash o'tkir shakldagi kasallikni davolash bilan bir xil tamoyillarga asoslanib amalga oshiriladi, lekin u ko'proq vaqt va mehnat talab qiladi. Surunkali pielonefritni davolash quyidagi terapevtik usullarini o'z ichiga oladi: Siydik chiqishiga to'sqinlik qiluvchi yoki buyrak qon aylanishining

buzilishiga olib kelgan sabablarni bartaraf etish; Antibakterial terapiya (davolash mikroorganizmlarning sezgirligini hisobga olgan holda belgilanadi); Umumiy immunitetni normallashtirish.

To'siqlar mavjud bo'lganda siydikning normal o'tishini tiklash kerak. Siydik chiqarish oqimini tiklash jarrohlik amaliyoti orqali oshiriladi (nefroptozda nefropeksiya, buyraklar va siydik yo'llari toshlarini olib tashlash, prostata bezi adenomasini olib tashlash va boshqalar). Ko'p hollarda siydik yo'lini to'sayotgan to'siqlarni bartaraf etish uzoq muddatli va ishonchli remissiyaga erishishga imkon beradi. Surunkali pielonefritni davolashda antibakterial preparatlar antibiotikogrammani hisobga olgan holda belgilanadi. Mikroorganizmlarning sezgirligi aniqlanguncha keng miqyosli ta'sir doirasiga ega antibakterial preparatlar qo'llaniladi. Surunkali pielonefritli bemorlar kamida bir yil davom etadigan uzoq muddatli tizimli davolanishni talab qiladi. Davolash o'z luksiz 6-8 hafta davom etadigan antibiotiklar bilan boshlanadi. Bu usul buyrakda yiringli jarayonlarni asoratlarsiz bartaraf qilish va chandiq to'qimalar hosil bo'lishini oldini olish imkonini beradi. Buyrak funktsiyasi buzilgan bo'lsa, nefrotoksik antibakterial dorilarning farmakokinetikasini doimiy nazorat qilish talab qilinadi. Agar kerak bo'lsa immunitetni mustahkamlash uchun immunostimulyator va immunomodulatorlardan foydalaniladi. Remissiyaga erishilgach, bemorga o'zgarishi bilan antibakterial terapiya kurslari beriladi.

Remissiya davrida surunkali pielonefritli bemorlarga sanatoriyalarda davolanish tavsiya etiladi. Terapiyaning majburiy davomiyligini esdan chiqarmaslik kerak. Shifoxonada boshlangan antibakterial davo ambulatoriya sharoitida davom ettirilishi kerak. Qo'shimcha davolash usuli sifatida fitoterapiya qo'llaniladi.

Nazorat savollari.

1.Pielonefrit etiologiyasi, patogenezi nima izohlab bering
2. Pielonefrit tasnifi, klinik belgilarini tavsiflang.
3.Pielonefrit tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis usulni izohlab bering.
4. Pielonefrit asoratlari haqida ma'lumot bering
5. Pielonefritni davosi va profilaktikasini izohlang.

6-Mavzu: Glomerulonefritlar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi. Profilaktikasi.

1. Glomerulonefrit (GN) — bu infeksion allergiya, noma'lum tabiatli kasallik bo'lib, uning asosida buyrakning koptokcha apparatini diffuz yoki

o‘choqli yiringsiz yallig‘lanishi yotadi, hamda buyrak va buyrakdan tashqari simptomlari bilan xarakterlanadi.

2.Terminologiyasi.

Glomerulonefrit, yoki immun glomerulopatiyalar, getogen kasalliklar guruhi bo‘lib, unga yallig‘lanishning immunologik klinik — morfologik belgilari xos. Bunda birinchi navbatda koptokcha apparati shikastlanadi.

Ko‘p hollarda «nefrit» termini GN ekvivalenti sifatida qo‘llaniladi. Aslida, nefronning turli qismida yallig‘lanishi bo‘lganda nefrit xaqida gapiriladi.

Diffuz Glomerulonefrit — bu klinik termin, asosan glomerulalarning jarayonga birlamchi tartibi bilan kechuvchi, buyrak to‘qimasining ikki tomonlama yallig‘lanishi bilan ifodalaniladi. U koptokchalarning segmentar va faqat Birlamchi GN termini, GNning biriktiruvchi to‘qima sistemali kasalliklarni yoki surunkali infeksiyalar bilan bog‘lik bo‘lmagan xolda aloxida rivojlanishini anglatadi. Diffuz va birlamchi GNlar sinonimlari xisoblanadi. O‘tkir GN — streptokokkli kasalliklardan so‘ng rivojlanadi va siklik kechadi. Surunkali GN to‘lkinsimon cho‘zilgan latent kechuvchi GNning ekvivalenti xisoblanadi. Bunda jarayonning zo‘rayish xarakteriga ega ekanligi va buyrak to‘qimasida distrofik va sklerotik o‘zgarishlar bo‘lishini ko‘zda tutadi.

«Tez rivojlanuvchi» GN — kasallikning salbiy kechuvchi shakli bo‘lib, o‘tkir boshlanishi va xavfli kechadi va ko‘pincha bir necha oy ichida SBYe ga olib keladi. GNning gematurik shakli klinikaning ko‘rsatgichi bo‘yicha siydik sindromida, eritrotsitlarning bo‘lishi ko‘rsatib o‘tadi. Bu patologik guruhga Ud A —nefrolatil (Berje kasalligi) kiradi. GN gematurik shakli «niqobi» ostida har xil glomerulopatik, tubulointerstinal to‘qimalar va buyrak tomirlari kasalliklari yotadi.

GNning aralash shakli - morfologik asosi koptokchalarning sklerozlanishi bo‘lgan progradiyent xarakteri, yaqqol bo‘lgan renal va ekstarenal ko‘rinishlarda kechuvchi og‘ir kasallik. «Surunkali GN biroz yoki aloxida siydik sindromi bilan» tashxisda biopsiya natijalari bilan tasdiqlanishi shart. Tashxisda morfologik o‘zgarishlar tipi, kechish varianti, jarayon faolligi darajasi va buyraklar disfunksiyasi xarakterini ko‘rsatilishi kerak.

Z. Epidemiologiyasi. «O‘tkir GN» ning ba’zi simtomlarini taxlil qilgan Genatyuk (1980) ning ta’kidlashicha, oxirgi 20 yil ichida kasallik sekin asta, sezilarli darajada oshdi, (1953—1963 yillar 3,5 %; 1970—1975 yillarga kelib 20.8 foizga oshgan). Kasallikning shishlarsiz, gipertenziyasiz kechuvchi monosimptomli xili 3 marta oshgan. Albatta bu bolalarga nisbatan jamlashtiruvchi «Nefrit» terminidan foydalanish mumkin, biroq ularning bir qismida nefritga o‘xshashkasallik bo‘lishi mumkin deb o’ylash mumkin.

GN monifestatsiyasi va xatto rivojlanishning ko‘p darajasi shu regionda

ustunlik qilayotgan u yoki bu infeksiyaga bog‘lik. Xususan malriyadan so‘ng rivojlanuvchi nefrit Afrika kontinentining ko‘p mamlakatlariga xos, poststreptokokksli nefrit 7% Shuni esda tutish kerakki, poststreptokokkli nefrit antibakterial ta’sirlarga chidamli mikrob shakllari kelib chiqaqanligi bilan bog’liq bo‘lishi mumkin.

4. Etiologiyasi. O‘tkir glomerulonefrit (O‘GN) etiologiyasida quyidagilar farqlanadi:

1. Streptokokkli infeksiyaga (ko‘pincha bu beta—gemolitik streptokokkning A guruhi 1:2:4 tiplari). Angina, streptokokkli impetiga va boshqa kasalliklarni o‘tkazgandan so‘ng.

2. Stafillokogen

Z. Pnevmokokk

4. Viruslar: Sitomegaloviruslar, — viruslar (Yapon poletsiyasi yosh bolalarda O‘GN chaqiradi).

5. Malariya plazmodiylari, zaxm qo’zg‘atuvchisi.

b. Shuningdek O‘GN boshqa sabablar natijasida rivojlanish mumkin.

7. Emlashlar, dori vositalari.

8. Ilon va ari chakishlari.

9. Organizm sovuqda kolishi.

O‘GN nasliy tabiyatli bo‘lishi ham mumkin. Bu Alport sindromi va Gudpascher sindromi va Rudpasger sindromi.

4 —tip kollogenning turli variantli zanjirlari bor, ular o‘z navbatida db gacha 4 tip kollagen deb belgilanadi. Har bir zanjirni o‘z geni kodlaydi. Bu genlar juft holda 3 ta turli xromosomalarda joylashadi. 4 tip kollogenining 2 ta zanjiri bilan eng muxim klinik sindromlar bog‘lik: Alport, Gudpasger.

5. GN patogenezi (zamonaviy konepsiyalar). Hozirda O‘GN patogenezi KBN shikastlanishi xaqida avvalgi fikrlar yo‘q. Bunga depozitlar o‘tirishini tushintiruvchi ko‘plab nazariyalar mavjud, ammo biz koptokchalar shikastlanishini yetarli tushuntiruvchi ikkitasida to‘xtab o‘tamiz. Buyrak koptokchalarida yalliglanish reaksiyasi (epitelial va mezenximal xujayralar proliferatsiyasi, ekssudativ o‘zgarishlar) IX.lar ta’sirida rivojlanadi, bunda ikkilamchi patogenetik faktorlar sifatida ivituvchi sistema, komplement tizimi ishtirok etadi.

Nefrotogen streptokokklar patogenlik xususiyatini namoyon qiluvchi ma’lum ANG tutadi Bu ANG geparansulfat— proteoglikanlar hisobiga manfiy zaryadga ega bugan KBM bilan bog‘lanadi. Natijada strukturalar bir —biri bilan birikadi. Bu jarayon davomida biriktiruvchi to‘qima dezorganizatsiyasi ro‘y beradi. Fiksatsiyalangan ANG ga immunoglobulin G ishlab chiqaradi, lekin ba’zan immunoglobulin M, A ishlab chiqarishi mumkin. 3 yoshgacha bo‘lgan

bolalarda KBM tartibiga neonatal tipdagi PNG kiradi, qaysi KBM ning neokollagen strukturasi bilan bog‘langan. Bu ANG ga ANT hosil bo‘lmaydi yoki juda sekin hosil bo‘ladi. Gudpasker sindromini 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchramasligini pgu bilan tushyntirish mumkin.

Ikkinchi mexanizm. Bola organizmiga infeksiya tushadi. Tushgan ANGga nisbatan mos ravishda IgG2, IgG3, IgA hosil bo‘ladi. qonda aylanib yuruvchi IXlar hosil bo‘ladi. Lekin IgG makrofaglar (vazifasi IXlar eliminatsiyasi) retseptori bilan kam uxshashlikka ega, shuning uchun IX lar qonda o’z oqsirkulyatsiyalanadi. IX larni KMBga fiksatsiyasi ham zaryad hisobiga amalga oshishi mumkin. Ya’ni musbat zaryadlangan. r^x KMBga yopishadi. Natijada o‘ta sezuvchanlikning sekin turida KMBda immun yallig‘lanish rivojlanadi. Bu mexanizm o‘tkir va o‘tkir osti GN uchun xarakterli. Agar biriktiruvchi to‘qima ANG sifatida yuzaga chiqsa autoimmun yallig‘lanish rivojlanadi, ya’ni KBM autologik IXlarni tutadi Bunda o‘ta sezuvchanlikning sekin turi namoyon bo‘ladi. U GNning mezenxial shakli bilan ifodalanadi. Xususan immunokompleks mexanizmiga qorinda ko‘prok uchraydi. KBM shikoyatlarining gumoral reaksiyalar javobgar — katta ro’l komplement tizimiga qaratilgan. Buyrak koptokchalarining eng og‘ir shikastlanishi immunologik reaksiyalarining ikkinchi turida bo‘ladi.

Bg Komplement faolatsiyasi— ketma —ket komplementning ma’lum Nta komponenti hosil bo‘ladigan murakkab jarayon AG, AT va komplementdan iborat kompleks ta’sirida membranadan kationlar transporti keskin o‘zgaradi, kaliy xujayradan tashqariga chiqaradi va osmotik lizis kuzatiladi. Jarayonga buyrak to‘qimasini qo‘shilishida asosiy o‘rin komplementining SZ reaksiyasiga qaratilgan.

Komplement faolatsiyasining ikkita yuli mavjud: to‘g‘ri (mumtoz) va aylanma (alternativ) to‘g‘ri yo‘lda IgG va IgM sinfiga kiruvchi AT bilan AG o‘zaro munosabatda bo‘ladi va S1 — SZ orqali SE tomonga kaskad reaksiyalar ketadi. Aylana yo‘l bilan faolatsiyalanganda to‘g‘ridan — to‘g‘ri AG, AT reaksiyasi kuzatilmaydi. Bu xolda limfotsitlar, polisaxaridlar, membranoliz mahsulotlari, plazma oqsillari (properdin) bilan ta’sirlashadi va SZ, qolgan zanjirlar to‘g‘ridan — to‘g‘ri faollanadi. Komplementning aylanma yo‘l bilan faollangan GV, Berje kasalliklari rivojlanishda katta ro’l o‘ynashi xozirda isbotlangan. Qonda sirkulyatsiyalanadigan va kapillyarlar BM ga fiksatsiyalanadigan birinchi navbatda koptokchalar bazan membranaga BMga, immun xujayralar «to‘qimani shikastlashdan saqlash»ga qaratilgan sistemada ketma —ket o‘zgarishlar chaqiradi. Bular ichida muxim o‘rin gemostaz tizimiga qaratilgan. Bu sistema faollanishi lokal giperkoagulyatsiya ko‘rinishida bo‘ladi.

Koptokchalarga fiksatsiyalangan IX lar ta’sirida kapillyarlar endoteliysi

shikastlanadi, trombotsitlar va boshqa shaklli elementlar agregatsiyalanadi, kapillyar stazi kuzatiladi : Progressiya roja fibrinoliz –ivinets va depressiyasi, parakoagulyatsiya kuzatiladi va koptokcha kapsulasi bo‘shlig‘i yonida fibrin to‘planishiga sharoit yaratiladi, bu esa sklerotik shakllari rivojlanishiga sharoit yaratiladi va asos bo‘ladi. Shunga bog‘lik holda GN turli shakllarida turli xarakter va darajadagi DVS — sindrom rivojlanadi. GN da uchrovchi DVS sindrom ko‘rinishi bo‘lib xisoblanadi: koptokchada fibrin topilishi, plazmada, qonda va siydikda PDF va fibrinogen topilishi. Gemostaz buzilishida prostoglandin, kallikrenin — kinin tizimi ishtirok etadi.

6. Patologik anatomiyasi.

Jar topografiyasiga ko‘ra, intra va ekstrakapillyar xillari farqlanadi, yallig‘lanish xarakteriga ko‘ra—ekssudativ, proliferativ va aralash turlari mavjud, kechishiga ko‘ra:

1) o‘tkir; 2) o‘tkir osti; 3) surunkali

Yallig‘lanish jarayoni tarqalganligiga ko‘ra:

1) diffuz; 2) o‘choli.

O‘tkir 1 GN —dastlabki kunlari koptokchalar giperemiyasi ustunlik qiladi, keyinchalik endoteliy va ayniqsa mezenximal xujayralar leykotsitar infiltratsiyasi qo‘shiladi. Shuning uchun quyidagi fazalar farqlanadi:

1. Ekssudativ
2. Ekssudativ — proliferativ
3. Proliferativ

Ba’zan o‘tkir nekrotik GN ko‘rinishida uchrashi mumkin. Buyrak kattalashgan va shishgan. Piramidalar qoramtir va qizil rangda, po‘stloq kulrangsimon qo‘ng‘ir rangda, kesma yuzasida mayda qizil toshmalar ko‘rinadi. Bu o‘zgarishlar qaytar bo‘lishi yoki bir yilgacha saqlanishi va surunkali GN ga o‘tib ketishi ham mumkin.

O‘tkir osti GN—bu tez rivojlanuvchi, xavfli GN. Unga nefroteliy va podotsitlardagi ekstrakapillyar produktiv o‘zgarishlar xos bo‘lib, yarim oysimon hosilalar hosil qiladi. Katta qizil buyrak ko‘rinishida.

Surunkali GN — ikkita shaklida uchraydi:

1) mezangioproliferativ — nisbatn xavfsiz kechadi.

2) mezangiokapillyar glomerulonefrit — tez rivojlanadi va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

Buyrak ko‘rinishi: A) qattiq, rangpar, po‘stloqda sariq dog‘lar bilan. B) Fibroplastik — sideroz va gialinoz jarayonlari ustunlik qiladi. Bu jarayon diffuz yoki o‘choqli bo‘lishi mumkin.

O‘tkir GNni klinik kechishi, ko‘rinishlari va laborator ko‘rsatkichlarini

qisqacha xarakterlash mumkin emas.

O‘tkir GN, A guruhga kiruvchi betta gemolitik streptokokk chaqirgan, o‘tkazilgan faringitdan 7—14 kundan so‘ng yoki o‘tkazilgan terapiyadan 14 — 21 kundan so‘ng rivojlanadi, shuningdek o‘gkir GN o‘tkazilgan virusli infeksiyadan keyin ham rivojlanadi,ya’ni grippdan keyingi davrdir. Barcha bemorlarda (85 — 95%) O‘GN siklik ketishini ifodalovchi Erta davrdan iborat.

1. Boshlang‘ich davr.

2. Simptomlarii ortga rivojlanish davri.

Z. To‘liq klinika laborator remissiya davri.

10—15% hollarda O‘GN siklik kechmaydi (salbiy) va rivojlanish davomida surunkali shakliga transformatsiyalanish mumkin. (SGN) Shuningdek asorati tufayli letal xolatga olib kelishi ham mumkin. Masalan UBYe asorati tufayli aksariyat bemorlarda 4 — 6 hafta mobaynida yuzini shishganligi, teri koplamlari rang parligini va diurez 200 — 300 ml sutkasiga kamayganligi aniklanadi. Siydik rangi xira, ba’zan go‘sht yuvundisi rangida. AB biroz ko‘tarilgan (130 — 180—150—190 mn sim.ust.), ba’zan qorin va bel soxasida noma’lum og’riqlar, bosh og‘rig‘i va qusish kuzatiladi.

Keyingi 5 — 9 kun maboynida ko‘z tubi o‘zgarmagan xolda gipertenziya oshishi mumkin. Bu davrda gematuriya makrogematuriyaga yetishi mumkin. Proteinuriya 0,5 —3,5gsut yetadi, ba’zi bemorlarda unchaklik katta bo‘lmagan, qisqa muddatli (3 — 5 kun) leykotsituriya (10 — 20 ml sutkasiga) shuningdek eritrotsitar silindruriya kuzatiladi. Ko‘pincha anemiya, leykotsitoz, eozinofiliya bo‘ladi. Buyraklar funksiyasi buzilmagan yoki biroz buzilgan Renal funksiyalarni sezirali buzilganligini ifodalovchi UBYe dagi oliguriyadan farqli o’laroq, bu oliguriya siydik nisbiy zichligi yuqori bo‘ladi (1013 gacha). Koptokchalar kamroq pasaygan (50 — 60 mlmin endogen kreatinin klirensi bo‘yicha). Konsentratsiyalash va N+ionlari ekskretsiya — qilish cheklanishi mumkin, S6n1206 Maksimal reabsorbsiyalanadi. Zardobda mochevina miqdori oshib («o‘tkir davr» giperazotemisi), 3 — 5 kun mobaynida saqlanadi. Kasallik sikli kechganda 2 — 3 hafta oxiridan boshlab simtomlar orqaga qayta boshlaydi, gipertenziya va shish, gemoturiya, proteinuriya asta sekin kamayadi va yo‘qoladi. Aloxida sishggomlarni 6 oydan ko‘p vaqt saqlansa surunkali shakli xaqida gapirish mumkin.

O‘GN boshlangich davrida kuzatiladi :

1)O‘tkir nefrotik sindrom —shishlar, gipertenziya, gematuriya, proteinuriya 2g sut va undan ko‘p.

2) Aloxida siydik sindromi — gematuriya, shish va 1/gipertenziyasiz, proteinuriya.

3) Nefrotik sindrom — shishlar, proteinuriya 2,5g sutdan ko‘p,

giperlipidemiya. Boshlangich davrida gipertenziya fonida va o‘tkir (buyurak yetishmovchiligi kuzatilishi mumkin, shuningdek UBYe kabi kichik asoratlar ro`y berishi mumkin. RAMN akademigi Shanin ta’riflashicha nefrotik sindrom —bu organizm patologik xolati bo‘lib, siydik bilan o‘rtamolekulali oqsillarni yo‘qotish va uning qon plazmasida konsentratsiyasi kamayishiga qaratilgan gomeostaz tizimi ning reaksiyasi xisoblanadi.

Proteinuriya jarayonida organizm kichik va o‘rta o‘lchamli (5.5 nmg acha) oqsillar, eritropoetin, transport oqsillari. Bunga javoban jigarda lipoprotein ishlab chiqarishi funksiyasi oshadi. Jigar massasi kattalashgan. Bu yerda albumin va transferrin bilan bir qatorda ultrafioletga tushgan yirik oqsillar — apopipoprotein V, Ye fibrinogen hosil bo‘ladi.

Ularning qon zardobidagi miqdori oshadi, qon plazmasi tarkibida butunlay o‘zgargan, ONKO va OSMOtik bosim tushadi. Bu plazmani tomirdan tashqariga—interstitsiyga chiqishni ta’minlaydi. Shish hosil bo‘ladi. Xujayralararo suyuqlik hajmi oshadi, bu buyrakning nartiy uritik garmonga nisbatan arefaolligini, shuningdek parenximasidagi patologik o‘zgarishlar natijasida bo‘ladi. Laborator tekshirishlariki natijasiga ko‘ra, jigarda oqsil hosil bo‘lishi 4 marta oshadi. Shunga qaramasdan oqsil miqdori normaga nisbatan 25% ga tushib ketadi (xususan albumin). Ba’zi oqsillarni yo‘qotish jigarda ular sintezini intensivligini oshirish bilan to‘ldirib bo‘lmaganidek, nefrotik sindrom eritropoetin yetishmovchiligini, transferin yo‘qotishidan anemiya bilan kechadi —IgL yo‘qotilishi natijasida ortirilgan immunodefitsit holati yuzaga keladi. Shuningdek garmonlar tashuvchilari yetishmovchiligidan endokrinopatiyalar vujudga keladi. Albumin bilan bog‘langan estrogen va androgenlarni yo‘qotilishi natijasida klinik jihatdan sezilarsiz gipogonadizm rivojlanishi mumkin. Yana vitaminlar tashuvchi oqsillar ham yo‘qotiladi — raxit rivojlanadi (vitamin D yetishmovchiligi) siydik bilan kichikroq oqsillar (ivish ingibitorlari — antitrombin 111, S va S oqsillar) yo‘qotiladi — gipperkoagulyatsiya rivojlanadi. Buyrak venalari trombozi yuzaga kelishi mumkin. Jigarda lipoproteinlar ko‘p ishlab chiqarilishiga javoban qonda holesterin miqdori oshadi. O‘GN surunkali shaklga (5—15% hollarda) o‘tganda — **surunkal GN deyiladi.**

Surunkali glomerulonefritlar. Etiologiyasi Tasniflash. Klinik formalari, davrlari. Klinik sindromlar. Diagnostik mezonlar. Davosi, profilaktikasi.

Surunkali glomerulonefritlar (SGN) quyidagi kasalliklarda rivojlanadi.

1) Membranoproliferativ GN
2) Membronoz nefropatiya
3) Alport sindromi
4) Sistemali qizil yugurdak (SKYu)

5) Diffuz glomeruloskleroz
6) Gemarrogik vaskulit
7) Tez avj oluvchi GN
8) Berje kasaligi.

SGN ning 3 —ta shakli farqlanadi.

1) Nefropatik shakli—maktab bolalarda retsidivlovchi kechishga ega. Klinik jihatdan turli darajadagi shishlar, 2,5 g/sutd oshgan proteinuriya, disproteinemiya, giperlipidemiyalar bilan ifodalanadi. Morfologik koptokchalarda minimal o‘zgarishlar. Kam hollarda mezangioproliferativ va boshqa o‘zgarishlar. Buyrak funksiyasi saqlangan. Kortikosteroid tsitostatik preparatlardan foydalanish ijobiy natija beradi. Gematuriya va gipertenziya kuzatilmaydi.

2) Aralash shakli — asosan maktab yoshdagi bolalarda uchraydi. Klinik - nefrotik va gematurik sindromlarni qo‘shilishi bilan xarakterlanadi. Shunindek ularga gipertenziya qo‘shilishi ham mumkin. (Prognoz salbiy). Koptokchalar filtratsiyasi va buyrakning Konsentratsiya funksiyasi barvaqt buziladi buyrak bioptatida. bu shaklni avj olishi tanlangan davolash muddati va usullariga bog‘liq.

3) Gematurik shakli — gematuriya shaklida faqat siydik sindromi bilan namoyon bo‘ladi. Mikro va makrogematuriyaga bir ozgina proteinuriya (1 g sutkagacha) qo‘shilishi mumkin. Buyraklar I funksiyasi saqlangan, AB normal. Buyrak bioptatida uchraydigan xollarida diffuz MPGI, kanalchalar epiteliysi distrofik o‘zgarishlari, interstitsial to‘qima uchoqli sklerozi aniqlanadi. Lyuminissent mikroskopichda Ig G, M, komplement fibrinning oshishi kuzatiladi. 40 — 50% hollarda immunoglobulin A ning oldida yoki total og‘ishi kuzatiladi Ig G normal darajada bo‘lganda zardobda immunoglobulinlar oshadi. Bunday variantli GN, uni birinchi bo‘lib, tariflagan avtor nomi bilan Berje kasalligi deyiladi (yoki IgF —GN). Glyutenning antigen stimulyatsiyasi IgA giperpoduksiyasini inkor etmagan holda, kasallik rivojlanishi persisterlovchi virus infeksiyasi bilan bog‘liq deb tahlil qilinadi.

9.Tashxisi va solishtirma tashxisi.

UGN ni tashxisi yuqorida aytilgan infeksion (ko‘pincha streptokokkli) va neoinfeksion faktorlar ta’sir etgandan so‘ng to‘satdan boshlanishi, shuningdek asosiy simptomlarni qo‘shilib kelishi (shishlar, gipertenziyalar, siydik sindrom)ga ko‘ra qo‘yiladi. UGNni SGN farqlash lozim. SGN 1 yildan ortiq davom etadi, gipomerulyoadtning turli morfologik turlarida ekssudativ komponentlari sust rivojoangan ikkilamchi GNdan, buyraklar tutma displaziyasi natijasida rivojlangan GNdan, piyelonefritdan farqlash lozim. Aloxida siydik sindromi (gematuriya, uncha katta bo‘lmagan proteinuriya) buyraklar funksiyasining saqlanganligi, Ig A va Ig A saqlovchi SIK asosidagi Berje kasalligi glomerulyar

cho‘kmalar, aynan Ig A SGN ning gematurik shakliga tashxis kuyishda asos bo‘ladi. GNning ushbu shaklini gematuriya va proteinuriya, kanallar funksiyasini cheklanishi bilan namoyon bo‘lishi, almashinuv va boshqa tabiatli interstitsial nefritdan farqlash lozim.

GN ga shubxa qilinganda qanday **laborator tekshiruvlar** qilinadi:

Siydik taxlili:

Zardobda komponentni aniqlash (SZ va S4)

Zardobda streptokokkga qarshi antitelolarni aniqlash

Antinuklear omilni topish

Gepatit Vei markyorlarini topish

Antinuklear tsitoplazmatik antitelolar titrini aniqlash, O‘tkir diffuz Gnni buyrakni toksik shikastlanishidan, o‘tkir piyelonefritdan, DVS— sindromi yoki u bilan bog‘lik patologik xolat, — gemolitiko — uremik sindromdan, trombotik, trombotsitopenik purpuradan, SGN zo‘rayishlaridan, irsiy nefritdan differensiyalash lozim.

Bolalarda buyrakni toksik shikastlanishlari, o‘tkir infeksion kasalliklarda mikroorganizmning buyraklar tomir tizimiga toksikosklerotik ta’siri ostida rivojlanadi. Buyrakning toksik shikastlanishi kam ifodalangan siydik sindromi bilan namoyon bo‘ladi (siydiq oqsil izi, mikrogematurik, siydik cho‘kmasida yakka silindr va buyrak epiteliylari) qaysiki infeksion kasalliklar avjida topiladi, keyin yo‘qolib ketadi.

O‘GN ni birlamchi o‘tkir piyelonefritdan farqlash kerak. Lekiy oxirgisiga yaqqol umumiy intoksikatsiya, anoreksiya, ko’ngil aynash, qusish, tana vaznini yo‘qotish, chanqash, yaqqol namoyon bo‘lgan dizo‘riya, neytrofiluriya, bakteruriya xos. O‘GN uchun xarakterli: shish sindromi, arterial gipertenziya, gematuriya, oliguriya buyrakning-konsentratsiyalash funksiyasining buzilishi. Gemolitiko — uremik sindromlilari, oshqozon — ichak o‘tkir kasalliklari, bir qancha dorilar ichish natijasida kelib chiqadi. Kasallik erta yoshda boshlanadi (2—3yoshgacha). Gemolitik—uremik sindrom uchun o‘tkir rivojlanuvchi gemolitik anemiya, gemolitik sindrom bilan birga keluvchi trombotsitopeniya xarakterli. UBY kelib chiqishi mumkin. O‘tkir GN cho‘zilgan formasini surunkali GN —ning o‘tkirlashish davri bilan farqlash kerak. Bunda anamnezi chuqur tekshiriladi. Bundan oldin bemor buyrak kasallikларn bilan og‘riganligi, surunkali o‘choqlar bor yoki yo‘qligi aniklanadi.

Shuni aytib kerakki surunkali GN o‘tkirlashishidan biror infeksiya 2 — 4 kun o‘tgandan so‘ng boshlanadi. O‘tkir GNda boshlanish davri o‘zoqror (14—12 kun), agar o‘tkir GN anamnezida umumiy intoksikatsiya belgilari borligi, arterial gipertenziya, anemiya, disprotein— va gipoproteinuriya, buyrak kanali funksiyasi buzilishi, buyrakda ketayotgan jarayonlar bir yildan ortik davom

etayotgan bo‘lsa — bu surunkali GN ekanligidan dalolat beradi.

10. Davolash (etiotrop va patogenetik)

1. Rejim va elektrolit balansini saqlash
2. Antibakterial terapiya
3. Vitaminoterapiya
4. Gipotenziv terapiya
5. Diuretik moddalar
6. Patogenetik terapiya

6.1 Glyukokortikoidlar

6.2 Immunodepressiv moddalar

1. Rejim va elektrolit balansini aniqlash. O‘tkir GN da kasallik boshlanishidan 1,5 oy ichida yotoq rejim belgilanadi. Yarim yotoq rejimga — verandalarga chiqqanda ruxsat beriladi. Erkin kasalxona rejimida — bola sayir qilishi kerak, massaj va-diyeta belgilanadi. Buyrakka bog‘lik bo‘lmagan davri ekanligidan qat’iy nazar bunday bemorlarga allergiya chaqiruvchi mevalar, ko‘p tuz yeyishi, ekstraktli moddalar qat’iyan man qilinadi. Bunday bemorlarga meva va sabzavot mahsulotlarni, steroid terapiya o‘tkazish davrida esa quritilgan mevalar (K+tutuvchi) tavsiya etiladi. GN o‘tkir fazasi 2 — 3 faol darajasida kasallik o‘tkirlashganda xayvon oqsili, cheklangan tuzsiz ovqatlar beriladi. Shuni yodda tutish kerakki, tuzsiz diyetadagi oziq — ovqat tarkibida Na tytganligi (20 mmol Na) sababli giponatriyemiya kelib chiqmaydi.

Kaliyga boy mahsulotlar

Ovqat nomi	Miqdori	K+(mg)
Mayiz	23	751
Pishirilgan kartoshka	1 dona	503
Kakao	1 st	480

Gipokaliyemiya klinik va fiziologik oqibatlari qanday? Ion muvozanat buzilishi —gipokaliyemiya, bu mushak kuchsizlanishi, parezi, ichak o‘tkazuvchanligi buzilishi, zaporlar, ritm buzilishi, fibrilyatsiyaga olib keladi.

Kaliy eritmalarini yuborish maksimal tezligi konsentratsiyasi? K+ni korreksiya qilish uchun vd yuboriladi. Bunda K+ eritmada 40 mkvl (agar periferik venaga yuborilsa) miqdorda bo‘lishi kerak. Infuziya tezligi bunda 0.3 mkv/kg/s bo‘lishi kerak. Agar tez yuborilsa paresteziya va flebitga, yurak faoliyati to`xtashiga olib kelishi mumkin. Agar bolaning hayoti havf ostida bo‘lsa (ritm buzilishi, fibrilyatsiya) unda 1 mekv/kg/s gacha infuziya tezligini

oshirish mumkin. Giponatriyemiya klinik simptomlari? Korreksiya Natriyniig kamayishi giponatriyemiya deyiladi. Agar klinik simptomlari boshlansa, korreksiya qilinadi. U turlicha bo‘lishi mumkin: oshqozon — ichak buzilishidan tortib, to ruxiy status buzilishi, talvasa va ko’magacha bo‘lishi mumkin. Bu bemorlarga 3%gipertonik eritma yuboriladi. 1 ml eritma yuborganda Na konsentratsiyasi 1 mekv/l ga oshadi. 2 — 2

2. Antibakterial terapiya.

Poststreptokokk GNda faol antibakterial terapiya penitsillin va shu qatorga kiruvchi polusintetik preparatlar bilan kasallik boshlanishidan 1.5 oy ichida o‘tkaziladi.

Kasallik manifestatsiyasi boshlanishdan 1.5 — 2 oy infeksiya o‘choqlari paydo bo‘lsa, surunkali tonzillitda operativ sanatsiya o‘tkaziladi. Uzoq muddat steroid terapiya o‘tkazilishi antimikrob himoya ishlatishga sabab bo‘ladi. Ammo bu asoratlar ichida disbakterioz 1chi o‘rinda turadi. Bunda ichak mikroflorasini saklash uchun kolibakteriya, laktobakteriya, bifidumbakteriya, bifikol kabi preparatlar ichiriladi.

Antibakterial preparatlar ichida GNni davolash uchun nefrotik ta’sirga egalari (monomitsin, kanamitsin) **qo‘llanilmaydi**. Bolalarda penitsillin guruhidagi yarim sintetik ampitsillin, oksatsillin va b. Ta’sirchanlik doirasiga asoslanish. Bolada tonzilloektomiya operatsiyasini to‘g‘ri bajarish uchun operatsiya o‘z vaqtida belgilanishi va 10 kun davomida (operatsiyadan so‘ng) antibiotik va antigistamin preparatlari qo‘llanishi kerak. Z.Vitaminoterapiya Angioprotektiv ta’sir uchun vitamin S kam dozada beriladi. Vitamin A (retinol) biriktiruvchi to‘qima dezorganizatsiyasiga qarshilik qiladi. Vitamin D antiraxitik effekt beradi. V gruppa vitaminlari ham qo‘llaniladi.

4. Gipotenziv terapiya.

Gipotenziv moddalar 4 guruhga bo‘linadi.

1 — guruhga MNSni tinchlantiruvchi preparatlar: valeriana, pustirnik kiradi. Ular giperkortitsizm belgilari paydo bo‘lganda qo‘llaniladi.

2 — guruhga antiadrenergik moddalar: rauvolfin, gangliobloqatorlar kiradi.

Z — shu gruxga nitroprussin va apressin kiradi. Bu moddalar GNni davolashda xozirdan qo‘llanmydi.

GNni davolashda asosan 4 — guruh preparalari diuretiklar ko‘prok qo‘llaniladi. Xozirda gipotenziv moddalar: nifedipin, kalsiy kanallari bloqatorlari: kaptopril qo‘llanilmokda. o‘smirlarda arterial gipertenziyada qanday tekshirishlar o‘tkaziladi? Bunda buyrakning yashirin patologiyasini, xirurgik korreksiyaga olib keluvchi buzilishlarni aniklash uchun tekshiruv olib boriladi. Agar oilaviy anamnezida essensial gipertenziya bo‘lsa tekshiruvlar

natijasiz xisoblanadi.

Tekshiruv: siydik taxlili, kreatin, mochevinani aniqlash, buyraklar KZIsi, agar bolada diastolik bosim 120 mm.sim ust bo‘lgan gipertenziya bo‘lsa— angiografiya o‘tkaziladi.

5. Diuretiklar

Nefrotik xarakterdagi shishlarda gipotenziv moddalar, tuzsiz diyeta, yotoq rejimi qo‘llaniladi. Nefrotik va aralash genezli shishlarda diuretiklar qo‘llaniladi.Diuretiklar ta’sir mexanizmiga ko‘ra 3 turga bo‘linadi.

1 guruhga saluretik moddalar (dixlotiazid, furosemid, uregit, brinaldeks) kiradi. Dixlotiazid GNda shish bo‘lganda qo‘llaniladi. Furosemid— yaqqol yoki unchalik yaqqol bo‘lmagan nefrosklerotik o‘zgarishlarda qo‘llaniladi. Diuretik effekt 4 soat ichida 1—5 mg/kg bola og’irligi dozasida kuzatiladi. Gipotiaziddan farqli ravishda furosemid kam miqdorda K+uretik ta’sir ko‘rsatdi. Buyraklar funksiyasi birdaniga pasayishi — sklerotik jarayonlarda aloxida transport sistemalar buziladi va diuretik moddalarga nisbatan sezgirlik oshadi. 2 guruhga organizmda K+tutib turuvchi moddalar kiradi (aldakton va veropshiron). 3 guruhga tomirda osmatik bosimni o‘zgartiruvchi moddalar kiradi. Ularga mannit, reopoliglyukin kiradi. Osmotik diuretiklarga yana albumin, tuzsiz protein kiradi. Ular tomirga ko‘p miqdorda yuboriladi.

Tiazid guruhi diuretiklari furosemiddan nimasi bilan farq qiladi?

Dixlotiazid distal kanallarda va Genli qovuzlog’iga nisbatan ko‘p xolda Na, CI reabsorbsiyasini ingibitrlaydi. Ta’sir yuborilgandan so‘ng 1 — 2 soat ichida yuzaga siqib eng yuqori ta’siri 4 — 6 soat ichida yuzaga keladi. Ta’siri furosemidga nisbatan uzoqroq davom etadi. Tiazidlar shishlarda kamrok, lekin gipertenziyada effektivroq, giperkalsiuriyada proksimal buyrak kanalchalariga bog’liq atsidoz korreksiyada yaxshi naf beradi. Gipovolemiya va gipokaliyemiyani chaqiradi.

Furosemidning diuretik ta’siri nimaga asoslangan? Furosemid Genli kovo‘zlogining ko‘tariluvchi oyoqchasiga ta’sir ko‘rsatadi. Bu bilan Na, K, C1 ni bloklaydi. Bu bilan Sa va Mp resorbsiyasini susaytiradi. V/i yuborilganda 5 min dan so‘ng va eng yuqori ta’siri 2 soatdan so‘ng boshlanadi.

6. Patogenetik terapiya.

Asosiy rolni immunomodulin o‘ynaydi. Bunda ortiqcha antitelo hosil bo‘lishi 1 lamchi gipoimmun xolat fonida paydo bo‘ladi. Bu bilan birga yallig’lanish mediatori tormozlanishi, komplement, qonda proteazlar faolligi, trombotsitlar, kinin, limfokin, gistbmin, prostoglandinlar tormozlanishi ham bo‘ladi.

6.1 glyukokortikoidlar — mezenximial xujayralarga katabolik ta’siri tufayli GN ni davolashga keng qo‘llaniladi. Bu proliferativ —

sklerotik jarayonlar tormozlanishiga olib keladi. Bu asosan prednizolonni antikougulyantlar va antiagregantlar bilan birga qo‘llanganda ko‘prok namoyon bo‘ladi.

6.2 ta’sir mexanizmiga ko‘ra immunodepressiv moddalar bir necha guruhga bo‘linadi.

1 — guruh antimitotik moddalar (siklofosfan, xlorbutil)

2 — guruh antimetobolitlar (b — merkaptopurin, azatioprin)

3 —guruh fermentlar (asparaginaza).

4 —guruh alkaloidlar (vinblastin, vinkristin, kolxitsin).

5 —guruh antibiotiklar (xloramfenikol (levomitsetin), mitotsin aktinomitsin S va D).

Nefritlarni davolashda patogenetik zamonaviy mollalar ichida Antiagregant — dipiridamol (kurantil) ro’li katta. Bu modda trombotsitlar agregatsiyasini tormozlaydi, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydi, mayda tomirlar tarangligini, spazmini kamaytiradi. Prednizolonni xlorbutil va geparin bilan qushib qo’llash GNda tez diuretik ta’sir kerak bo‘lganda va buyrak to‘qimasini fibroblastik o‘zgarishlari bo‘lganda yaxshi yordam beradi. Shu maqsadda terapevtik moddalar kompleksiga 4 koomponentlar — kurantil ham qo’shiladi. Bu 4 komponentli terapiya ko‘p tarqalgan membranoproliferativ GN ni davolashda yaxshi naf beradi. Sitostatik o‘rinda bu hollarda ko‘pincha xlorbutin o‘rniga azatioprin 2 — 3 mgkg 1 sutkada dozasi qo‘llaniladi. Geparin 150 — 200 yedkg sut parenteral, kurantil 3 — 5mg/kg sut dozada qo‘llaniladi. Prednizolon dozasi 1ml/kg sutdan oshmaydi.

Terapiya davomiyligi

Glyukokortikosteroidlar GN da qarshi ko‘rsatma hisoblanadi. Bundan tashqari buyrak displaziyasini. GNning sklerotik variantlarida, gormonorezistentligi paydo bo‘lganda, gormonal terapiya asoratlarida (qaltirash, katarakta, steroid diabet, osteoparoz, OIS yara kasalligida, arterial, miya ichi gipertenziyalarida] infeksiyalarda qo‘llanilmaydi. GN ni davolashda indometatsin ham ishlatiladi. Bu preparat GN ning faolligi oshganda, buyrak dizembriogenez belgilari yo‘qolganda alohida yoki boshqa preparatlar bilan birga qo‘llaniladi.

11. Asorati.

Azotemiya — asosiy asoratlaridan biri. Bu buyrak yetishmovchiligi tufayli kelib chiqqan qonda azot va mochevina miqdori oshishi bilan xarakterlanadi. Mochevina ajratish tezligi istemol qilingan oqsil miqdoriga bog‘lik. Buyrak patologiyasida mochevina eskretsiyasi buzilib reobsorbsiyasi kuchayadi. Bu o‘z navbatida qonda mochevina ko‘payishiga olib keladi. Lekin boshqa patologik hollarda ham mochevina miqdori oshishi mumkin. Shuning uchun buyrakka

bog‘liq azotemiya ekanligini aniqlash uchun buyrakda kreatinin balansini aniqlash lozim. Kreatinin mushaklarda arginin va metionindan hosil bo‘ladi. Kreatin ma’lum miqdorda kreatininga aylanadi va mushakdan siydikka o‘tadi qonda kislota — ishqor muvozanati o‘zgaradi. Elektrolit balans buziladi. Anemiya yuzaga keladi. Bu sindrom bo‘lgan bola fizik rivojlanishdan orqada qoladi. Shish va gipertenziv sindrom kuchayadi.

12. Nechiporenko usulida peshob yig‘ish.

1 ml siydikda shaklli elementlar (eritrotsitlar, leykotsit, silindr) miqdorini aniqlash. Aniqlash yo‘li: tekshirish uchun ertalabki peshobni o‘rta porsiyasi olinadi, rN aniqlanadi, undan 10 ml olinib 3500 ob/min.da 3 minut davomida tsentrofuga apparatiga qo‘yiladi va hosil bo‘lgan cho‘kmadan 1 ml olinib, xisoblash kamerasiga qo‘yiladi, undagi shaklli elementalr xisoblanadi. Normada 1ml siydikda:

- leykotsitlar soni 2000-4000dan

-eritrotsitlar soni 1 mingdan

-silindrlar Goryayev kamerasida yo‘q yoki 1-4 dan oshishi kerak emas. Addisa-Kakovskiy usulida peshob yig‘ish. Sutkalik yig‘ilgan siydikda elementlar miqdorini aniqlash uchun foydalaniladi. Bemor, ertalab siydik pufagini bo‘shatadi, so‘ng 24 soat mobaynida peshobni bitta idishga yig‘adi. Idishda shaklli elementlarning buzilishini oldini olish uchun 5 tomchi formalin va 2-3 tomchi timol kristalli qo‘shiladi. Siydikni xolodilnikda saqlash maqsadga muvofiq. Siydik yig‘iladigan kun bemorga go‘shtli mahsulot va suyuqlik qabul qilishni chegaralash buyuriladi, shaklli elementlarni xisoblash uchun rNi va zichligini ushlash muxim, ishqoriy muxitda shaklli elementlar tez buziladi. Analiz uchun 10 ml olinib tsentrofuga apparatiga qo‘yiladi va hosil bo‘lgan cho‘kmadan 1 ml olinib, xisoblash kamerasiga solinadi, 12(1/5soat) minutda quyidagi formula asosida hisoblanadi:

Q- 12 minutda ajratilgan siydik hajmi.

V- tekshirish vaqtida yig‘ilgan siydik hajmi (ml)

t-siydik yig‘ish vaqti

5-1/5 soatda qayta sanalagn koyefitsiyentyu undagi leykotsit, eritrotsit miqdori hisoblanadi. Normada siydik bilan shaklli elementlar sutkalik ekskretsiyasi:

- eritrotsitlar soni 1 milliongacha,

- leykotsitlar soni 2 milliongacha

-silindrlar 20000 gacha

Umumiy peshob tahlili:

Peshobni bakteriyauriyaga tekshirish uchun yig‘ish. Peshobni steril og‘zi qattiq qopqoq bilan yopiladigan bankaga ertalabki peshobni o‘rta yoki oxirgi

porsiyasi yig‘iladi. Laboratoriyaga 2 soat mobaynida olib borilishi kerak. Termostatga qo‘yiladi. Javoblar 3-7 kunda keladi. Olingan natijalarda bakteriyalar bor yoki yo‘qligi va ularni antibiotikka sezgirligi aniqlanadi.

13. Shakllangan bilim va ko‘nikmalar.

Ushbu mavzu o‘rganilib, talaba quyidagilarni bilishi kerak.

1. GN etiologiyasi xaqida tushuncha.
2. GN patogenezi asosiy teoriyalari.
3. GN klinik kechishi va formalari.
4. Nefrotik sindrom paydo bo‘lish mexanizmi.
5. GN surunkali va o‘tkir turlarini etiotrop va patogenetik davolash usullari xaqida tushunchaga ega bo‘lishi kerak.

Nazorat savollari.

1.Glomerulonefrit (GN) — bu infeksion allergiya haqida to’liq tavsif berib izohlang.

2.Terminologiya haqida ma’lumot bering.

3.Glomerulonefrit, yoki immun glomerulopatiyalar, getogen kasalliklar guruhini izohlab bering.

4.Nefrit haqida ma’lumot bering.

5.Diffuz Glomerulonefrit bu klinik terminni izohlang.

6.«Tez rivojlanuvchi» GN — kasallikning salbiy kechuvchi shaklini izohlang.

7.«Surunkali GN yoki alohida siydik sindromi bilan» tashxisda biopsiya natijalarini izohlab bering.

8.Z. Epidemiologiyasi. «O‘tkir GN» ning ba’zi simtomlarini taxlil qilgan Genatyuk (1980) ning nazariy g’oyalarini tavsiflang.

9. Etiologiya. O‘tkir glomerulonefrit (O‘GN) etiologiyasida qanday farqlanadi.

7-Mavzu: Dizmetabolik nefropatiyalar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.

Buyraklarning asosiy ishchi tizimi – nefronlardir. Nefronlar orqali qon o‘tadi va undan so‘ng qonga o‘xshash suyuqlik kanalchalarga o‘tkaziladi. Har bir buyrakda 1,5 2 millionta nefron mavjud bo‘lib, sog‘lom odamda ular muntazam ishlab turadi. Hatto, zahirada ham bir necha million nefron mavjud. Nefronlar bir kecha-kundo’z da katta insonlarda 2- 2,5 litr suyuqlikni o‘zidan kanalchalar sari

chiqarib yuboradi. Suyuqlik kanalchalarga tushgach, qayta so‘rilish jarayoni kuzatiladi. Ana shu jarayonda kerakli moddalar organizmga so‘rilib, keraksizlari 1,5 2 litr peshob bo‘lib yig‘iladi. Peshob buyrak jomiga yig‘ilib naychalar orqali qovuqqa tushadi. O‘z navbatida esa qovuq peshobni tashqariga chiqarib tashlaydi. Mana shu jarayonda ishtirok etuvchi a’zolar umumiy urologik tizimga kiradi.

– Ma’lumki, bolalarda kasallikning ikki xil turi uchraydi, ya’ni: tug‘ma va orttirilgan kasalliklar. Tug‘ma kasalliklarning ikki foizigina naslga borib taqalishi mumkin. Qolgan qismi orttirilgan kasalliklardir. Tug‘ma urologik kasalliklar asosan onaning homiladorlik davrida paydo bo‘ladi. Homila paydo bo‘lgandan to uch oygacha bo‘lgan davrga nisbatan dastlabki homiladorlik deyilsa, ushbu davrda bo‘lajak onaga katta e’tibor qaratib, uni kuchli parvarishlash talab etiladi. Chunki, turli xil ruhiy zo‘riqish(stress)lar, jismoniy zo‘riqishlar, ma’naviy tazyiqlar avvalambor o‘ta sezgir bo‘lgan homilaga, jumladan, to‘ppa-to‘g‘ri uning buyrak tizimiga ta’sir qiladi. Natijada, buyrak koptokchalari yoki kanalchalarining qisman, butunlay ishlamasligi, bitta buyrakning mutlaqo bo‘lmasligi yoki buyraklarning meyordagidan ko‘proq (3 4 ta bo‘lishi), qovuqning oldingi devori bo‘lmaganligi sababli, oldinga chiqib qolishi kabi noxush holatlar yuzaga keladi. Buning oldini olish uchun homilador onani iloji boricha yuqorida ta’kidlab o‘tilgan ruhiy va jismoniy zo‘riqishlardan himoya qilish, dastlabki uch oy mobaynida nihoyatda asrash talab etiladi.

Irsiy va tug'ma nefropatiyalar:

1) buyraklar va siydik chiqarish organlari uzilishidagi anatomik anomaliyalar:

a) buyraklarning malformatsiyasi: miqdoriy (ageneziya, aplaziya, yordamchi buyraklar), pozitsion (distopiya, nefroptoz, aylanish), rasmiy (taqa shaklidagi s va l shaklidagi buyraklar);

b) siydik chiqarish kanallarining malformatsiyasi;

v) siydik pufagi va siydik chiqarish kanali tuzilishidagi anomaliyalar;

d) buyrak tomirlari, shu jumladan limfa tizimining tuzilishi va joylashishidagi anomaliyalar;

e) neyrogen siydik pufagi sindromi bilan siydik tizimining innervatsiyasining anomaliyalari;

2) buyraklar tuzilishining buzilishi:

a) kistalar bilan;

b) kistalarsiz;

3) irsiy nefrit (eshitish qobiliyatini yo'qotmasdan, eshitish qobiliyatini yo'qotish bilan);

4) tubopatiyalar;

5) kristalluriya bilan kechadigan dismetabolik nefropatiya (oksalaturiya, uraturiya);

6) xromosoma kasalliklarida nefro- va uropatiya;

7) amiloidoz;

8) embrion o'smalari.

Orttirilgan buyrak kasalliklariga esa buyrak koptokchalarining yallig‘lanishi (glomerulonefrit), buyrak kanalchalarining yallig‘lanishi (piyelonefrit) va qovuqning yallig‘lanishi (sistit), buyrak yoki qovuqda tuz va toshlarning paydo bo‘lishini keltirib o‘tishimiz mumkin. Hozirgi kunda yurtimiz aholisi o‘rtasida glomerulonefrit hamda buyrak-tosh kasalliklari ko‘proq uchramoqda.

– Farzandlarimiz bolaligidan qancha ko‘proq harakatda bo‘lsa, o‘rtoqlari bilan turli harakatli o‘yinlar o‘ynasa, ularda ushbu kasallikning paydo bo‘lish ehtimoli shunchalik kamayadi. Buning sababi bolalar harakatda bo‘lganda, uning tana a’zolari, jumladan, buyraklari ham faol bo‘ladi. Shu harakat natijasida buyrakda endigina paydo bo‘layotgan tuz va toshlar tushib ketadi. Yoki ko‘p harakat qilgani tufayli bola ko‘proq suv ichadi va o‘z-o‘zidan buyraklar tez-tez yuvib turilishi natijasida ularda tosh va tuzlarga o‘rin qolmaydi. Bu jarayonda ovqatlanish meyori hamda sport bilan shug‘ullanish bir maromda olib borilishi quvonarlidir. Sportning naqadar sog‘lom turmush tarziga bevosita aloqadorligini mana shu birgina misol orqali ham bilib olish mumkin.

Shu o‘rinda ta’kidlab o‘tish joizki, qishloqdagi bolalar harakatli o‘yinlarni o‘ynaganliklari, jismoniy mehnat bilan ko‘proq shug‘ullanganliklari bois shaharlik tengdoshlariga qaraganda, ularda buyrak-tosh kasalliklari kamroq uchramoqda.

Bolalarda buyrak va siydik yo'llari kasalliklari - alomatlar va davolash. Bolalarda buyrak kasalligining sabablari: tashxis va davolash

Boladagi buyrak kasalligining asosiy sabablari buyrak kasalligi bilan bog'liq noto'g'ri tashxis qo'yilgan yoki o'z vaqtida aniqlanmagan anomaliyadir.

Bolalardagi buyrak kasalligi ko'pincha aniq belgilar bilan birga kelmaydi, bu esa shifokorga tashrifni kechiktiradi va oxir-oqibat tananing umumiy holatini og'irlashtiradi. Bolalarda buyrak kasalligini faqat kasallik rivojlana boshlaganda va organlarning shikastlanish darajasi keng bo'lganda aniqlash mumkin.

Boladagi buyrak kasalligining asosiy sabablari noto'g'ri tashxis qo'yilgan yoki bu organlarning rivojlanishida o'z vaqtida aniqlanmagan anomaliyalar, yuqumli jarayonlar.

Bunday kasallanishlar buyrak kasalligining surunkali shakli bilan tugaydi. Agar patologiya kech aniqlangan bo'lsa, yo'q edi o'z vaqtida davolash, kasallikning kechishi murakkablashadi, u uzoq davom etadi va og'ir bo'ladi. Buyraklar doimiy ravishda ishlaydigan filtrlar bo'lib, tanani parchalanish mahsulotlaridan tozalaydi va shu bilan birga ba'zi gormonlar ishlab chiqaradi.

Ko'pincha buyraklar bilan bog'liq muammolar homilaning embrion rivojlanishi davrida yoki chaqaloq hayotining birinchi yilida boshlanadi. Agar tana

"pishib" ketsa, ular o'z-o'zidan ketishi mumkin. Bu ko'pincha hayotning birinchi yilida sodir bo'ladi.

Muammoning ildizi bo'lishi mumkin noto'g'ri joylashuv organ yoki g'ayritabiiy shakl, masalan, taqa. Agar kasallik boshlangan bo'lsa, u surunkali bo'lishi mumkin. Bunday kasalliklar tufayli yetti yoshgacha yoki balog'at (o'smirlik) davrida bolalarda aniqlanadi og'ir yuklar, tananing qayta tuzilishi va sekretor funksiyalarning dinamik ishi tufayli organga tushadi.

Bolalarda buyrak kasalligi paydo bo'lganda

Buyrak kasalligi tashqi va ichki omillarni keltirib chiqaradi. Ichki xavf-xatarlarga embriogenez davrida olingan tug'ma nuqsonlar yoki hayotning birinchi yillarida buyrak funktsiyasining buzilishi kiradi. Ko'pincha anomaliyalar genetik moyillik tufayli rivojlanadi.

Tashqi belgilarga onaning turmush tarzi, chekish va giyohvand moddalarni iste'mol qilish, homilaning intrauterin rivojlanishiga ta'sir qiluvchi jiddiy yuqumli kasalliklarni o'tkazish kiradi.

Bolalarda buyrak muammolari ko'pincha surunkali diabet bilan bog'liq. Kasalliklar suvni yetarli darajada iste'mol qilmaslik bilan qo'zg'atiladi. Bu foydali, chunki u organizmdan infeksiyalar va metabolik mahsulotlarni olib tashlaydi. Noto'g'ri ovqatlanish kasallik ham keltirib chiqaradi. Masalan, tuzni ortiqcha iste'mol qilish buyraklar uchun zararli. Immunitet funksiyalarining pasayishi infeksiyalarning rivojlanishiga olib keladi, uning asoratlari buyrak shikastlanishi bo'lishi mumkin, shuning uchun siz gipotermiyaning oldini olishingiz va bolani shaxsiy gigiyenaga o'rgatishingiz kerak.

Bolalarda buyrak kasalligining asosiy sabablari intrauterin rivojlanish anomaliyalari yoki tashqi omillarning ta'siri, masalan, bolani ko'targan onaning nosog'lom turmush tarzidir.

Kasallikning belgilari

Bolalardagi buyrak kasalligining belgilari patologiyaning keyingi bosqichlarida ko'proq namoyon bo'ladi. Bularga quyidagi ko'rinishlar kiradi:

kam siydik chiqishi (buyrak kolikasi bilan anuriya); yuqori bosim yoki harorat; bosh og'rig'i va lomber mintaqada og'riq; oyoq-qo'llarning yoki yo’z ning shishishi; quruq teri; gematuriya (pyelonefrit haqida gapirish mumkin); juda tez-tez va ko'p siyish (pollakiuriya); apatiya, farovonlikning umumiy yomonlashishi va ishtahaning uzoq davom etishi. Bolalardagi buyrak kasalligining bu belgilari juda jiddiy. Chaqaloq tibbiy yordamga muhtoj, kasallikni e'tiborsiz qoldirish muammolarni yanada kuchaytiradi va buyraklarni olib tashlashga olib kelishi mumkin.

Sabablari

Buyrak patologiyalari ikki toifaga bo'linadi: kongenital yoki tashqi omillar

tufayli orttirilgan.

Tug'ma patologiyalar:

multikistik;

gidronefroz;

buyraklar tuzilishidagi anomaliyalar;

megaureter.

Multikistoz bilan buyraklarning strukturaviy bo'linmalarida benign neoplazmalar paydo bo'ladi. Keraksiz hujayralar o'sishi tufayli organ o'z funksionalligini yo'qotadi. Agar jarayonni to'xtatib bo'lmasa, zararlangan organni olib tashlash uchun operatsiya qilish kerak.

Gidronefroz - siydik yo'llarining torligi, ularning siqilishi yoki mexanik bir-birining ustiga chiqishi tufayli tanadan siydik chiqarilmaydigan, ammo tos bo'shlig'ida turg'unlik holati. Buyrakning o'zi kattalashadi va chaqaloq, agar bunday nuqson erta aniqlansa, qon aylanishini tiklash uchun operatsiya qilinadi.

Buyrakning g'ayritabiiy tuzilishi, masalan, uning ikki baravar ko'payishi, tartibsiz shakli yoki dual ureter. Bunday og'ishlar tananing funksiyalariga juda salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Agar anomaliya xavfli bo'lsa, jarrohlik tuzatish ko'rsatiladi.

Polikistik buyraklar bilan to'qima o'zgartiriladi, hujayra tuzilmalari o'zgaradi. Buyrakning bo'shliqlari patologik suyuqlik bilan to'ldiriladi, organning ishi buziladi.

Megaureter - siydik yo'llarining haddan tashqari kengayishi. Unda siydik to'planadi, u turg'unlashadi va hatto tos suyagiga qaytadi, ya'ni u tanadan chiqarilmaydi. Megaureter ko'pincha, siydik yo'llari yoki asab tizimining rivojlanmaganligi natijasidir.

Olingan patologiyalar:

nefroptoz;

pielonefrit;

buyrak pelvisining shoxlanishi;

urolitiyoz kasalligi;

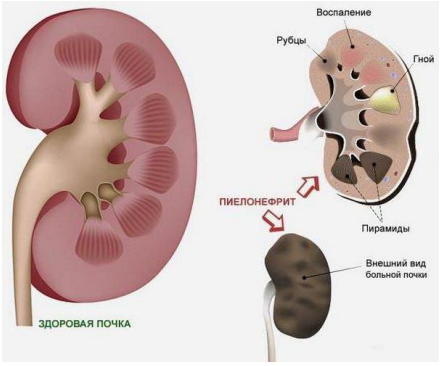
buyrak yetishmovchiligi;

glomerulonefrit;

kistik shakllanishlar.

Buyrak asosga yomon biriktirilgan va harakatchan bo'lgan patologiya nefroptozdir. Bunday holatda organ burishishi va joylashishini o'zgartirishi mumkin, bu esa undagi qon aylanishining yomonlashishiga olib keladi.

Har qanday og'ir, uzoq muddatli yallig'lanish pielonefritga olib kelishi mumkin. Ko'pincha, bu gipotermiya bilan bevosita bog'liq, lekin u ham ikkinchi darajali hodisaga aylanishi mumkin.



Buyrak tos suyagining shoxlanishi bolaning rivojlanishining individual xususiyati hisoblanadi. Ammo ko'pincha bu buyrak tuzilmalari va ularning tomirlarini shakllantirishda patologiyalar bilan bog'liq bo'lib, sog'liq uchun xavfli bo'lishi mumkin. Buyrak pelvisining shoxlanishi jiddiy tekshiruvni talab qiladi.

Mineral moddalar almashinuvini buz gan holda, siydik yo'llarida toshlar paydo bo'ladi. Bu hodisa tanadagi suyuqlik etishmasligi tufayli ham rivojlanishi mumkin. Ichimlik rejimining yetarli emasligi va ter bilan muntazam ravishda ko'p suyuqlik yo'qotilishi ushbu patologiya xavfini oshiradi.

Buyraklar yetishmovchiligi ko'plab halokatli oqibatlarga olib keladi, shu jumladan azotli chiqindilarning to'planishi.

Glomerulonefrit bilan buyraklar faoliyati ham buziladi. Kasallik ko'pincha streptokokk infeksiyasi, qizil olov yoki tonzillit bilan bog'liq va buyrak glomerulusining buzilishiga olib keladi - filtratsiya zonasi.

Kistik shakllanishlar xavflidir, chunki ular onkologik holatga aylanishi mumkin. Malignite buyrak yuzasini qoplaydigan epiteliyal hujayralarining giperfaol o'sishi bilan bog'liq.

Buyraklar turli funksiyalarga ega bo'lgan tananing muhim tuzilmalaridir. Hatto eng kichik og'ishlar yoki kichik kasalliklar bilan ham, bu organlar og'ir oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va buyrak kasalligi belgilari

1 yoshgacha bo'lgan bolalarda kasallik belgilarini sezish qiyin bo'lishi mumkin. Ammo anomaliya rivojlanishining oldini olish juda muhim, bu esa sog'lig'iga putur etkazishi va chaqaloqning rivojlanishini sekinlashtirishi mumkin. *Bunday alomatlarga e'tibor berish kerak: chaqaloqning qorni bir necha marta kattalashadi; o'g'il bolalarda siydikning chiqarilishi paytida zaif bosim bor (bu ba'zida fimozning mavjudligini ko'rsatadi - sunnat terisining torayishi); siydik sifatining aniq o'zgarishi - uning g'alati hidi yoki rangi. Katta yoshdagi bolalar uchun belgilar: haroratning asossiz ko'tarilishi; bola siyishni xohlamaydi yoki qila olmaydi, og'riqli; diareya; qorin va pastki orqa qismida og'riq; o'zini tuta olmaslik; kamdan-kam va asta-sekin "kichik tarzda" yuradi; terining sarg'ayishi.*

Ro'yxatda keltirilgan alomatlar bolani darhol shifokorga ko'rsatish kerakligini aniq aytadi.

Bolalarda buyrak kasalliklarini davolash metodologiyasi

Kasallikni aniqlagandan so'ng, hech qanday holatda o'z-o'zini davolash bilan shug'ullanmaslik kerak - faqat malakali mutaxassis vakolatli terapiyani tanlaydi. Ammo uni tayinlash uchun tahlillar natijalarini va barcha ekspertizalarning xulosalarini kutish kerak.

Tashxis qo'yish uchun quyidagi usullar buyuriladi:

siydikni klinik tahlil qilish;

klinik qon tekshiruvi.

Ultratovush tekshiruvi kasallikning sabablarini aniqlaydi. Bu tosh yoki qum granulalarini, intrauterin rivojlanish anomaliyalarini yoki patologiyani aniqlashga yordam beradi. Siydik, bakteriyalar, qon hujayralari va limfotsitlarni tekshirish orqali. Bu sizga kasallikning umumiy rasmini ko'rish va tabiat haqida xulosa chiqarish imkonini beradi patologik jarayonlar siydik tizimida. Klinik qon tekshiruvi yallig'lanish jarayonlari bor-yo'qligini, intoksikatsiya bor-yo'qligini va unga nima sabab bo'lganligini aniqlaydi.

Davolash antibakterial dorilarni, organizmdan metabolik qo'shimcha mahsulotlarni olib tashlash uchun diuretiklarni, qon bosimini pasaytiradigan dorilarni o'z ichiga oladi. Preparatning klassi patologiyaning sababiga bog'liq.

Samarali terapevtik dieta. Buyraklarning barcha patologiyalari uchun ko'rsatiladi. Diet buyrak patologiyasini murakkablashtiradigan moddalarni iste'mol qilish xavfini kamaytiradi. Tuz butunlay chiqarib tashlanadi, yaxshilanadi suv balansi. Diyet tanadagi elektrolitlar, mineral va kimyoviy metabolizmni normallashtirishga yordam beradi.

Og'ir patologiyalarni davolash uchun buyraklardan biri yoki organning bir qismi olib tashlangan operatsiya buyuriladi.

Bolaning normal holatidagi har qanday og'ishlar, hatto eng ko'p, birinchi qarashda, kichik va past xavfli kasalliklar, chaqaloqning ota-onasida dahshat va vahima qo'zg'atishi mumkin, bu ularni savol bilan azoblashga majbur qiladi:

chaqaloqqa qanday yordam berish mumkin? ? Keyinchalik murakkab va jiddiy kasalliklar haqida nima deyishimiz mumkin ichki organlar va har doim oddiy onani achchiq ko'z yoshlariga olib keladigan bolalardagi tizimlar va ota bu vaziyatdan chiqish yo'lini qizg'in tarzda izlashga, munosib ixtisoslashgan mutaxassislarni izlashga majbur bo'ladi.

Afsuski, so'nggi bir necha yil ichida rivojlanishida nuqsoni bo'lgan va ichki organlarning normal faoliyatiga ega bo'lgan bolalar soni sezilarli darajada oshdi. Noqulay ekologik vaziyat ham, ular uzoq vaqt yashashi mumkin bo'lgan uzoq muddatli stresslar ham o'zlarini his qilishadi. Zamonaviy ayollar bolani kutish va o'z sog'lig'iga mas'uliyatsiz bo'lgan potentsial onalar soni ortib bormoqda, bu esa har doim bolaning sog'lig'iga prognoz qilinadi.

Ichki a'zolari kasal bo'lgan bolalarning umumiy massasida ma'lum darajada buyrak kasalliklari bilan og'rigan bolalar darajasi juda yuqori. Shunday qilib, ba'zi ma'lumotlarga ko'ra, pediatrga tashrif buyurgan deyarli har oltinchi bola qandaydir nefrourologik urologiyadan aziyat chekadi. Va bunday ma'lumotlar qo'rqinchli bo'lishi mumkin emas, chunki buyraklar tananing "tozaligini" belgilovchi organlardan biri bo'lib, undan zaharli moddalar va parchalanish mahsulotlarini olib tashlash uchun mas'ul bo'lib, shunday tabiiy filtrdir.

Buyraklar juftlashgan organdir inson tanasi buyraklar qorin bo'shlig'ining orqa devorida, umurtqa pog'onasining ikki tomonida, bel umurtqalari darajasida joylashgan. Buyraklarning yotqizilishi hatto intrauterin rivojlanish bosqichida ham sodir bo'ladi va homila onaning qorin bo'shlig'ida o'sishi va rivojlanishi bilan buyraklar shakllanishda va yaxshilanishda davom etadi. Shu bilan birga, bola tug'ilganda, buyraklarning rivojlanishi hali tugallanmagan - buyraklarning filtrlash yuzasining o'lchami chaqaloq hayotining oltinchi oyining oxiriga kelib normal holatga yaqinlashadi.

Organizmda buyraklar metabolizmning yakuniy mahsulotlarini chiqarish uchun javobgardir, bundan tashqari, buyraklar ba'zi biologik faol moddalarni shakllantirishda ishtirok etadi. Buyrak funktsiyasi uzilgan taqdirda, mos ravishda butun organizmning normal faoliyati buziladi va ba'zi holatlar hatto hayot uchun xavfli deb hisoblanishi mumkin.

Umuman olganda, tibbiy amaliyotda bolalarda buyrak kasalligini tug'ma va irsiyga bo'lish odatiy holdir. Kongenital nefrologiyalar homilaning intrauterin rivojlanish bosqichida "shakllanadi" va u mavjud bo'lgan paytdan beri mavjud. Buyraklarning tug'ma patologiyalari homilaga teratogen ta'sir ko'rsatgan taqdirda, maydalangan ichki organlarning shakllanishi va rivojlanishi paytida, onaning qornida o'z hayotini endigina boshlayotgan bo'lsa, mumkin. Shunday qilib, tug'ma patologiyalar chekish va spirtli ichimliklar, giyohvand moddalarni qo'zg'atadi dorilar, onaning toksikligi, homiladorlik davrida radiatsiya. Bu borada

ayniqsa, xavfli homiladorlikning birinchi trimestri hisoblanadi: homilaning chiqarish tizimi homiladorlikning 3-haftasidan boshlab rivojlana boshlaydi. Va homilaga teratogen ta'sir qanchalik erta bo'lsa, qo'pol anomaliyalar xavfi shunchalik yuqori bo'ladi.

Bolalardagi buyrak patologiyalarining yana bir katta guruhi - bu irsiy buyrak kasalligi. Irsiy nefrologiyalar genlar va xromosomalardagi mutatsiyalar natijasidir, afsuski, ular o'zboshimchalik bilan, bevosita "ishtiroki"siz va ona va otadan mustaqil ravishda sodir bo'ladi.

Alohida-alohida, biz bolalarda orttirilgan buyrak kasalligi haqida gapirishimiz mumkin. Ular ko'proq chaqaloq infeksiyaga chalinganda, shuningdek ikkilamchi kasallik sifatida rivojlanadi, masalan, qachon qandli diabet, tizimli qizil yuguruk, gemorragik vaskulyit, sklerodermа va boshqalar.

Orasida buyrak kasalligi, ichida joylashgan bolalik, eng keng tarqalgani pielonefritdir. Bu yuqumli kasallik buyrak tos a'zolarining yallig'lanishi bo'lib, yallig'langan siydik pufagidan siydik yo'llari orqali va hatto qon orqali buyrakda infeksiya natijasida rivojlanishi mumkin. kariyes tish yoki ichaklarda, o'pkada, bachadonda va uning qo'shimchalarida yallig'lanishning lokalizatsiyasi.

Bolalarni va glomerulonefrit kabi yuqumli-allergik kasallikni - buyrak glomerulining yallig'lanishini ayamaydi. Bolalikda kamroq uchraydigan gidronefroz (u siydikning chiqishi buzilishi tufayli rivojlanadi, tos suyagi va kalikslarning sezilarli darajada kengayishi bilan tavsiflanadi); interstitsial nefrit(buyraklarning butun to'qimalarining yallig'lanishi); urolitiyoz (buyrak toshlarining shakllanishi).

Ammo, ehtimol, eng murakkab va jiddiy, hayot uchun xavfli nefrologik kasallik buyrak yetishmovchiligidir. Bunday holatda buyraklar qisman yoki to'liq o'z funksiyalarini bajarishni to'xtatadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda buyrak kasalligi

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda buyrak kasalliklari, boshqa barcha holatlarda

bo'lgani kabi, ikki guruhga bo'linadi - irsiy va tug'ma, shuningdek, orttirilgan kasalliklar. Tug'ma va irsiy buyraklarning polikistik kasalligi, gidronefroz, distopiya, buyrak displazi va agenezi, buyraklarning ikki baravar ko'payishi kiradi. Olingan kasalliklar guruhi ajralib turadi, ular siydik yo'llari infeksiyalari, buyrak tomirlarining trombozi natijasida rivojlangan kasalliklarni o'z ichiga oladi. Bunday kasalliklar qatoriga interstitsial nefrit, ishemik nefropatiya, pielonefrit va boshqalar kiradi. Alohida-alohida, shifokorlar nefrozning asorati va buyrak to'qimalarining chuqur ishemiyasining natijasi bo'lgan o'tkir buyrak yetishmovchiligini ajratadilar.

Bolalardagi buyrak kasalligi o'tkir va seziladigan og'riqlarsiz paydo bo'lishi mumkin va aniq og'riqli hislar bilan birga bo'lishi mumkin. Bu shunchaki tug'ilgan chaqaloqning og'rig'i haqida, hatto mavjud bo'lsa ham, u na onasiga, na shifokorga og'zaki gapira olmaydi. Shuning uchun, agar yangi tug'ilgan chaqaloqlarda buyrak kasalligi xavfi mavjud bo'lsa, siz ba'zi signal belgilariga e'tibor berishingiz kerak, masalan: chaqaloqning teri rangida - ba'zida ikterik rang buyrak patologiyalarining yagona belgisi bo'lishi mumkin emas; tana haroratida - to'satdan ko'tariladi va yuqori darajada qoladi qisqa vaqt harorat buyrak funktsiyasi buzilganligi belgisi bo'lishi mumkin; axlatda va bolaning umumiy holatida - buyraklar bilan bog'liq muammolar bo'shashgan tez-tez axlat va qayt qilish bilan taklif qilinishi mumkin; siydik chiqarishning tabiati bo'yicha - taxminan buyrak patologiyalari yangi tug'ilgan chaqaloqning hayotining birinchi kunlarida siyishni ko'rsatishi mumkin, kamdan-kam yoki tez-tez siyish, siyish paytida chaqaloqning tashvishi; chaqaloqning xulq-atvori bo'yicha - buyrak kasalligiga shubhalar bolada to'satdan konvulsiv tutilishlar, shuningdek meningit bilan yuzagakeladigan namoyon bo'lishi bilan paydo bo'lishi kerak.

Bolalardagi buyrak kasalligi: alomatlar

Ota-onalar, ayniqsa onalar, har doim o'zlarining sevimli farzandining holati va xatti-harakatlaridagi har qanday o'zgarishlarni alohida vahima bilan qabul qilishadi. Shu sababli, kuzatuvchi ota-onalar uchun buyrak funktsiyasining mumkin bo'lgan aniq muammolarini aniq signallar va alomatlar bilan aniqlash qiyin bo'lmaydi.

Xo'sh, mas'uliyatli ota-onalarni nima ogohlantirishi va alohida maslahat uchun mutaxassisga borishga sabab bo'lishi kerak? Buyraklarning mumkin bo'lgan patologiyalarini ko'rsatadigan alomatlar orasida mutaxassislar quyidagilarni ta'kidlaydilar: siydikning sifati va miqdorining o'zgarishi, shuningdek, siyish tabiatining o'zgarishi. Shunday qilib, yuqori ehtimollik bilan kichik usulda hojatxonaga borishning avvalgi odatiy "rejimi" dagi har qanday og'ishlar buyraklar bilan bog'liq muammolarni ko'rsatishi mumkin. Shunday qilib, bulutli siydik vaziyatga majburiy javob berishni talab qiladi va undan ham ko'proq, undagi qon aralashmalari paydo bo'ladi. Yomon alomat ham siydik chiqarishdagi o'zgarishlardir: agar bola tez-tez yoki aksincha, kamroq tez-tez hojatxonaga borishni so'ray boshlagan bo'lsa; siydik o'g'irlab ketish yoki tungi vaqtda hojatxonaga tez-tez borish; agar siyish jarayonining boshida o'tkir og'riq bo'lsa - bularning barchasi shifokor bilan rejadan tashqari maslahatlashuv uchun sabab bo'lishi kerak. zarur tekshiruvlar va tahlillar; lomber mintaqada va ehtimol pastki qorinda og'riqlar ham buyraklar bilan bog'liq muammolarni ko'rsatadi. Bundan tashqari, og'riq ham o'tkir, ham kuchli, ham tortuvchi bo'lishi mumkin; shishish - ko'rsatadigan yana bir belgi mumkin bo'lgan rivojlanish buyrak kasalliklari. Nefrit bilan suv-tuz balansi buziladi, bu bizning holatlarimizda yo’z ning shishishi paydo bo'lishiga olib keladi, ayniqsa uyg'onganidan keyin ertalab. Keyin, agar buyrak kasalligi yuzagakelsa, ko'z ostidagi "sumkalar" paydo bo'lishi mumkin; Buyrak kasalligining mumkin bo'lgan rivojlanishi haqida taklif va mumkin keskin ko'tarilish hech qanday sababsiz harorat va boshqa belgilar. Ayniqsa, harorat ko'tarilishi zaiflik, charchoq, bosh og'rig'i, titroq, ishtahani yo'qotish, bolaning injiqligi bilan birga bo'lsa; bolaning shishishi, qon bosimi ortishi, quruq og'iz va tashnalik ko'rinishini e'tiborsiz qoldirmaslikka ishonch hosil qiling.

E'tibor bering, ayrim buyrak kasalliklari bolada aniq alomatlarsiz, yashirin shaklda paydo bo'lishi mumkin. Biroq, balog'atga yetishishning tanqidiy davrlari buyraklar bilan bog'liq muammolarning alomatlarini ko'rsatishi deyarli aniq. Bunday davrlar orasida tug'ilishdan 3 yoshgacha, 4 yoshdan 8 yoshgacha bo'lgan rivojlanish bosqichlari, shuningdek, balog'atga yetish davri kiradi.

Bolalardagi buyrak kasalligi: davolash

Agar bolada buyrak kasalligining ehtimoliy rivojlanishini ko'rsatadigan biron bir alomat bo'lsa, iloji boricha tezroq shifokor bilan maslahatlashib, davolanish rejimini tanlash kerak. Mutaxassis tashxisni aniq belgilab qo'ygandan so'ng terapiyani boshlaydi - mumkin bo'lgan buyrak kasalliklari uchun zarur bo'lgan barcha tekshiruvlar va tahlillar natijalariga ko'ra.

Nefrologiyani aniqlash va uning murakkablik darajasini baholash uchun shifokor chaqaloqni tayinlaydi umumiy tahlil siydik va qon, shuningdek, ota-onasi bilan birga kichik bemorni yuboring ultra-tovushli tadqiqot. Olingan natijalar

asosida, shuningdek, ota-onalar va bolaning shikoyatlarini inobatga olgan holda, mutaxassis davolanish sxemasi va davomiyligi to'g'risida qaror qabul qiladi.

Buyrak kasalliklari mavjud bo'lganda muvaffaqiyatli terapiyaning kaliti uchta komponentni ko'rib chiqish va qo'llash bo'ladi: ma'lum bir holatda tayinlanganni to'g'ri tanlash. dorilar, maxsus parhezga rioya qilish va shifokorning barcha tavsiyalariga rioya qilish. Hech qanday holatda o'z-o'zidan davolamang va o'zingizning xohishingiz bilan bolaga dori-darmonlarni bermang! Axir, bu muqarrar ravishda vaziyatning yanada og'irlashishiga olib keladi va bolaning yanada zaiflashishi va hatto uning hayotiga tahdid soladigan kasallikning surunkali shaklga o'tishiga olib kelishi mumkin.

Bolada buyrak kasalligining yuqumli tabiati bo'lsa, antibiotiklar alternativasiz buyuriladi: antibiotik terapiyasidan foydalanmasdan qilishning iloji yo'q.

Bolalarda buyrak kasalliklarida keng qo'llaniladigan dorilar orasida Summamed, Ampitsillin, Amoksitsillin, Siprofloksatsin, Cifran mavjud. Shifokorga bir yoki boshqa tavsiya etilgan vositalarni qabul qilishning dozasi va chastotasini aniqlashni topshiring, u bolaning yoshini, kasallikning o'ziga xosligi va murakkabligini hisobga olgan holda sxemani ishlab chiqadi.

Ko'pincha, eng tez muvaffaqiyatga erishish uchun mutaxassislar antibiotiklarni davolashni o'simlik dori-darmonlari, gomeopatiya bilan birlashtiradi, ko'pincha uroseptiklar parallel ravishda buyuriladi. O'simlik qaynatmalari va to'lovlar buyraklarni tezroq va samaraliroq tozalashga yordam beradi va yumshoq regeneratsiya ta'siriga ega bo'ladi. Bundan tashqari, tanadan toksinlarni olib tashlash uchun ko'p miqdorda suv ichish va askorbin kislotasini olish tavsiya etiladi. Agar buyrak kasalligining rivojlanishi fonida mavjud bo'lsa yuqori harorat, antipiretiklar buyuriladi - Ibuprofen, Paratsetamol chaqaloqqa 38 daraja va undan yuqori harorat ko'tarilganda beriladi.

Terapiya davomiyligi kasallikning og'irligiga, kichik organizmning davolanishga moyilligiga va uning holatining rivojlanishiga bog'liq bo'ladi - ba'zida davolash natijalari 2-3 haftadan keyin ko'rinadi, ba'zan esa davolash ancha uzoq davom etadi, qisqa muddatli. kuchli moddalarni qabul qilishda o’z ilishlar. Antibiotik terapiyasini to'xtatish uchun signal bo'ladi ijobiy natijalar nazorat testlarini o'tkazdi: siydik va qon parametrlari normallashganda, davolanish to'xtatiladi. Ammo antibiotiklarni qabul qilish tugaganidan keyin ham, bir muncha vaqt bolaga probiyotiklarni qabul qilish tavsiya etiladi - tiklanish uchun. Normal mikroflora antibakterial preparatlar bilan davolashdan so'ng, xususan, ichak va umuman tana.

Bolalardagi buyrak kasalligi kamdan-kam hollarda emas, ular kattalar kabi kasal bo'lishadi va hatto undan ham ko'proq. Buning sababi, bolaning immuniteti kattalarnikiga qaraganda ancha zaifdir va organizm siydik tizimining

yallig'lanishidan ancha qattiqroq azoblanadi. Bolalarda buyrak kasalligini noto'g'ri yoki o'z vaqtida tashxislash bilan u surunkali holatga aylanishi mumkin, bu holda davolanish uzoq va qiyin bo'ladi.

Buyrak kasalliklarining sabablari

Bolalardagi buyrak kasalligi ta'sir qiladigan ko'plab infeksiyalardan kelib chiqadi bolalar tanasi o'tkir respirator kasallik, tonzillit yoki qizil olov kabi. Tananing banal hipotermiyasi buyraklarning buzilishiga olib kelishi mumkin.

Shuning uchun, agar bola biron bir yuqumli kasallik bilan kasallangan bo'lsa, davolanish jarayonida nefrolog - siydik tizimi bo'yicha mutaxassis bilan ham maslahatlashish kerak. Ba'zida buyrak yetishmovchiligiga irsiy moyillik aniqlanadi.

Buyrak kasalliklari nima ekanligini aniq bilish muhimdir, bu quyidagilar bo'lishi mumkin:

pielonefrit;

glomerulonefrit;

buyrak yetishmovchiligi;

buyrak saratoni.

Umuman olganda, xuddi shu kasalliklar kattalarda ham uchraydi, ular bolalarda bo'lgani kabi davom etadi. O'tkir va bor surunkali shakllar kasalliklar. Bolalar va kattalardagi buyrak kasalligi o'rtasidagi yagona farq semptomlardir. Bolaning tanasi kasallikka o'ziga xos tarzda munosabatda bo'ladi.

Buyrak kasalligining belgilari

Buyrak kasalligi quyidagi belgilarga ega:

1. Siydik bo'ladi rangi pushti Ushbu hodisa gematuriya deb ataladi. Bu CKD (surunkali buyrak kasalligi), odatda pielonefritning namoyonidir. Shu bilan birga, u urolitiyoz, yallig'lanish yoki hatto shikastlanishning alomati bo'lishi mumkin. Farzandingizni shifokorga olib borishdan oldin, unga bir kun oldin lavlagi yoki greyfurt berilganligini eslab qolishingiz kerak. Bu o'simliklarning sharbatlari ba'zan siydikni ochiq pushti rangga bo'yab qo'yadi.
2. Agar bolada isitma bo'lsa, unda bu, albatta, oqibatlar emas lavlagi sharbati, bu buyrak kasalligining eng ehtimol belgilari.
3. Yuqori qon bosimi ularning paydo bo'lganligini ko'rsatadi.
4. Siydik chiqarish tizimining kasalliklarida, ayniqsa surunkali buyrak kasalligi bo'lsa, ertalab bolalarda yo’z shishiradi, ba'zan esa qo'llar va oyoqlar. Kechqurun shish, qoida tariqasida, yo'qoladi. Darhaqiqat, tibbiy amaliyotda shish bolalarda buyrak yetishmovchiligining asosiy belgisi hisoblanadi.
5. Agar bolada siydik miqdori keskin oshgan bo'lsa, bu CRF () belgisidir. Ushbu hodisa pollakiuriya deb ataladi.

6. Agar chaqaloq, aksincha, kamroq "bir oz yuradigan" bo'lsa, bu anuriya - buyrak kolikasi yoki juda yorqin namoyon bo'lishi. Bunday holda, bolaga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish kerak.
7. Bolaning quruq rangpar terisi uning glomerulonefrit bilan kasallanganligini ko'rsatadi.
8. Buyrak kasalligi bilan bolaning umumiy farovonligi keskin yomonlashadi, apatiya paydo bo'ladi, tuyadi yo'qoladi.
9. Buyrak yetishmovchiligi ko'pincha lomber mintaqada og'riqni keltirib chiqaradi. Bosh ham og'riydi.

Chaqaloqlar ayniqsa ehtiyot bo'lishlari kerak, chunki ular qayerda og'riyotganini ayta olmaydi. Shuning uchun, agar chaqaloqning qorni shishgan bo'lsa yoki u doimo yig'lasa va siydik boshqa rangga aylangan va o'tkir rangga ega bo'lsa. yomon hid buni albatta shifokoringizga ko'rsatishingiz kerak.

Agar siz o'z vaqtida mutaxassisga murojaat qilsangiz, deyarli har qanday buyrak kasalligi to'liq davolanishi mumkin. Biroq, kasallik va bolaning e'tiborsizligi patologiyaning surunkali shaklini rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Ba'zi hollarda bu onkologik kasallikka aylanishi mumkin, davolash prognozi esa juda xafa bo'ladi.

Diagnostika choralari

Agar bir yoki bir nechta alomatlar paydo bo'lsa, darhol mutaxassis bilan bog'lanishingiz kerak. Kasallik diagnostikasi uchun siydik va qon testlari ma'lumotlari, shuningdek apparat usullari qo'llaniladi:

1. Buyraklarning ultratovush tekshiruvi.
2. Urografiya.
3. Lomberning kompyuter tomografiyasi.

Tashxis qanchalik aniq bo'lsa, davolanish qanchalik to'g'ri va tezroq bo'ladi, shuning uchun siz tor mutaxassis bilan bog'lanishingiz kerak: nefrolog yoki urolog.

Buyrak kasalliklarini davolash

Chunki buyraklar og'riydi turli sabablar, keyin har bir holatda davolanish individualdir. Bundan tashqari, barcha kasalliklarni davolash mumkin emas. konservativ usullar ba'zan faqat jarrohlik vaziyatni tuzatishi mumkin.

Bolalarda buyrak kasalliklarini tashxislash, davolash va oldini olish haqida video:

Shunday qilib, kasal bolaning tezroq tuzalib ketishi uchun davolash, qoida tariqasida, kompleks sifatida buyuriladi, ba'zida u an'anaviy tibbiyot usullarini ham o'z ichiga oladi:

1. Dori-darmonlarni davolash kursi odatda qon bosimini pasaytiradigan antigipertenziv dorilarni, antigistaminlarni va allergiyani bartaraf etishni o'z ichiga oladi. Shuningdek, diuretiklar - siyishni oshiradigan dorilar. Agar tanada infeksiya mavjud bo'lsa, u holda antibiotiklar kursi buyuriladi.

2. Davolash jarrohlik yo'li bilan O'tkir buyrak yetishmovchiligida, shuningdek, onkologiya tashxisi qo'yilgan hollarda qo'llaniladi.

3. An'anaviy tibbiyot dorivor o'simliklarning turli xil qaynatmalarini o'z ichiga oladi. Shuni tushunish kerakki, bunday damlamalarni ishlatishdan oldin shifokor bilan maslahatlashish kerak, bu holda o'z-o'zini davolash kutilmagan allergik reaksiyaga olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, bolalik davridagi buyrak yetishmovchiligi bo'lsa, davolash tarkibida bo'lmagan mahsulotlar bilan amalga oshiriladi etanol, bu ba'zan turli xil tentürlerde mavjud. Siydik chiqarish tizimi uchun eng foydali bo'lgan dulavratotu qaynatmalari, aspen qobig'i, qayin kurtaklari va atirgul ildizi.

Davolashdan keyin reabilitatsiya

Buyrak kasalligining belgilari chaqaloqni shoshilinch davolash kerakligini ko'rsatadi. U ixtisoslashgan davolanish uchun yuborilishi mumkin reabilitatsiya markazi. Qayerda chaqaloq o'tib ketadi buyrak faoliyatini yaxshilash va umumiy salomatlikni mustahkamlashga qaratilgan tadbirlar kursi. Bularga quyidagilar kiradi:

1. Davolovchi gimnastika.
2. Sport yurish.
3. Orqa va tos suyagi massaji.
4. Buyraklarni infraqizil nurlar bilan nurlantirish.
5. UHF terapiyasini qo'llash.
6. Parafin bilan o'rash.

Ushbu protseduralar qon aylanishini yaxshilaydi va natijada buyraklarga kislorod va foydali moddalarni etkazib beradi, bu ularning holatiga foydali ta'sir ko'rsatadi.

Buyrak kasalligining oldini olish

Bolaning hayoti davomida va ayniqsa uning birinchi yillarida buyraklar bilan bog'liq muammolarni oldini olish uchun buyrak kasalliklarining oldini olish bo'yicha bir nechta qoidalarga rioya qilish kerak. Avvalo, bolaning ovqatlanishini qayta ko'rib chiqish kerak, ko'p narsa ovqatlanish sifatiga bog'liq.

Misol uchun, qizarib pishgan, yog'li, achchiq va dudlangan ovqatlar bolaning buyraklariga haddan tashqari yuk hosil qiladi va ular asta-sekin ishlamay boshlaydi. Ammo kaltsiyga boy sut mahsulotlari va yangi sharbatlar, vitaminlar bilan to'ldirilgan, aksincha, nafaqat buyraklarning o'zini, balki butun kichik organizmni mustahkamlaydi.

Bolaning ratsionida tolalar yetarli bo'lishi kerak, ya'ni u turli xil don va yangi mevalarni iste'mol qilishi kerak. Ko'pincha siz unga bodring va qovoq berishingiz kerak, bu ajoyib tabiiy diuretiklar.

Ikkinchidan, bolaning haddan tashqari sovib ketmasligini diqqat bilan kuzatib

borishingiz kerak. Albatta, jahl qilish kerak, lekin u faqat maxsus usul bo'yicha, asta-sekin va mutaxassisning nazorati ostida amalga oshirilishi kerak.

Yuqumli kasalliklarni boshlay olmaysiz.

Agar antibiotiklar kursi buyurilgan bo'lsa, ularni shifokor buyurgancha qabul qilish kerak. Ba'zi hollarda ota-onalar kasallik belgilari yo'qolishi bilanoq dori-darmonlarni berishni to'xtatadilar. Bu to'g'ri emas! Kasallikni butunlay yo'q qilish uchun qabul qilish kursi oxirigacha bajarilishi kerak.

Xo'sh, oxirgi. Buyrak yetishmovchiligining dastlabki belgilarida siz darhol shifokor bilan maslahatlashingiz kerak. Va ideal holda, kasallik o'zini namoyon qilguncha kutmaslik kerak, lekin muntazam ravishda, har olti oyda bir marta, bola bilan tibbiy ko'rikdan o'tish kerak.

Bu kasallikni maksimal darajada ushlab turishga yordam beradi erta bosqichlar va davolash oson. Farzandingizga ehtiyot bo'lish, unga g'amxo'rlik qilish kerak, keyin kasalliklar uni chetlab o'tadi.

Farzandlarimiz hayotimizdagi eng qimmatli narsadir. Va, albatta, barcha ota-onalar farzandining sog'lig'i masalasiga juda sezgir. Kichkina noqulaylik ona va dadani juda xafa qiladi. Biroq, barcha bolalar, istisnosiz, sovuqdan azob chekishadi va bu haqda hech narsa qilish mumkin emas.

Biroq, afsuski, o'tkir nafas olish kasalliklari hayot yo'lida chaqaloqni kutishi mumkin bo'lgan kamroq yomonliklardan biridir. Bolada juda ko'p boshqa kasalliklar mavjud. Buyrak kasalligi esa ulardan biri. Bu quyida muhokama qilinadigan buyraklar va siydik yo'llarining kasalliklari haqida.

Buyraklar nima?

Buyraklar inson siydik tizimining eng muhim organidir. Buyraklar o'ziga xos filtr bo'lib, uning yordamida inson tanasi barcha zararli va oddiygina keraksiz moddalarni tanadan olib tashlaydi. Tananing ishlashi uchun tananing ichki muhitining optimal muvozanatini saqlash juda muhimdir. Faqat to'g'ri muvozanat bilan metabolizm va yangi qon hujayralari - eritrotsitlar shakllanishi jarayonini to'g'ri davom ettirish mumkin.

Buyraklarning yotqizilishi va rivojlanishi bolaning intrauterin rivojlanishi davrida boshlanadi. Biroq, chaqaloq tug'ilganda, uning buyraklarining rivojlanishi hali to'liq tugamagan. Yangi tug'ilgan chaqaloqdagi buyraklarning filtrlash yuzasining o'lchami bo'lishi kerak bo'lganidan besh baravar kichikdir. Faqat bolaning hayotining oltinchi oyining oxiriga kelib, sirtning kattaligi normal holatga yaqinlashadi.

Intrauterin rivojlanish davrida buyraklar to'laqonli chiqarish organi sifatida hali ishlamaydi. Bolaning tanasidan barcha keraksiz moddalar yo'ldoshning yordami bilan chiqariladi. Biroq, shunga qaramay, buyrak pelvisida to'planmagan ko'p miqdorda siydik, buning natijasida, hatto chaqaloq tug'ilishidan

oldin, u kengayadi. Siz bu haqda tashvishlanmasligingiz kerak, chunki bu mutlaqo normal fiziologik hodisa e.Buyrak tos bo'shlig'ining kengayishi taxminan bir yarim yil ichida yo'qoladi.

Siydik chiqarish tizimi qanday ishlaydi

Buyraklar va siydik yo'llari kasalliklari haqida gapirishni boshlashdan oldin, ularning qanday ishlashini eslatib o'tish kerak. Buyrakning o'zi kosa va tos suyagidan iborat bo'lib, unda siydik hosil bo'ladi. Olingan siydik siydik yo'llari orqali siydik pufagiga, u erdan esa siydik yo'li orqali o'tadi (siydik chiqarish kanali) inson tanasidan chiqariladi.

Quviqni to'ldirish asta-sekin sodir bo'ladi, shuning uchun siydik chiqarish istagi odamda faqat siydik pufagi yarmidan ko'p bo'lganda paydo bo'ladi. Xuddi shu holatda, agar bu jarayonning asabiy regulyatsiyasi buzilgan bo'lsa, siydik yo'llarining barcha turdagi disfunktsiyalari paydo bo'ladi.

Ko'pincha buyrak kasalligi va siydik tizimining normal ishlashini buzilishi bolaning rivojlanishining muhim daqiqalarida sodir bo'ladi. Bu davrlarga quyidagilar kiradi: Bolaning tug'ilishidan uch yoshgacha bo'lgan davr. Bu davr siydik yo'llarining turli xil buzilishlariga nisbatan eng xavfli hisoblanadi. Aynan shu davrda bolaning tanasi nihoyat onaning tanasidan tashqarida hayotga moslashadi. Bundan tashqari, aynan shu davrda siydik tizimining tuzilishi va faoliyatining barcha mavjud konjenital buzilishlari paydo bo'ladi. Besh yildan etti yilgacha bo'lgan muddat. Ayni paytda bolaning tanasida bir qator yoshga bog'liq o'zgarishlar ro'y beradi, shuning uchun siydik tizimi, boshqalar kabi, eng zaif hisoblanadi. O'smirlik (14 yoshdan 18 yoshgacha). O'smirlik davrida ortib borayotgan xavf siydik tizimining normal faoliyatining buzilishi ikki omil bilan izohlanadi: tez o'sish va o'zgarish gormonal fon bola.

Ota-onasi pielonefrit yoki kasalliklardan aziyat chekadigan bolalarda siydik yo'llari kasalliklarini rivojlanish xavfi yuqori. endokrin tizimi. Bunday bolalarning sog'lig'iga, onasi va dadasi birinchi tashvishli qo'ng'iroqlarni o'tkazib yubormaslik uchun juda ehtiyot bo'lishlari kerak. Axir, davolanish qanchalik erta boshlangan bo'lsa, shunchalik muvaffaqiyatli bo'ladi.

Buyraklar va siydik yo'llari kasalliklarining turlari

Bugungi kunda zamonaviy tibbiyot 30 dan ortiq ma'lum turli kasalliklar buyraklar va siydik yo'llari. Ushbu maqola faqat ulardan eng keng tarqalgani haqida gapiradi, masalan:

Siydik chiqarishning buzilishi

Agar bola siydik pufagida siydikni ushlab turolmasa va siydik chiqarish istagini his qilmasa, biz siydik o'g'irlab ketish kabi buzilish haqida gapirishimiz mumkin. Bunday buzilish bolaning o'zi uchun ham, uning onasi uchun ham juda ko'p muammolarni keltirib chiqaradi. Ammo shuni yodda tutish kerakki, bola bir

yoki ikki yoshdan oldin siydik chiqarishni nazorat qila oladi. Ungacha "siydik o'g'irlab ketish" tashxisi qo'yilmaydi.

Siydik chiqarishning buzilishi

Siydik chiqarishning buzilishi, oldingi buzilish bilan undosh nomga ega bo'lsa-da, tabiatan undan farq qiladi. Bolada siydik chiqarish istagi paydo bo'ladi, lekin siydikni ushlab turolmaydi va hojatxonaga yugurishga vaqt topolmaydi.

Enurez

Enurez kechasi yotoqda namlanish deb ataladi. Kundo’z i bola siyishini to'liq nazorat qiladi, ammo ertalab u nam yotoqda uyg'onadi. Bundan tashqari, to'g'ri davolashsiz bunday buzilish bolada butun hayoti davomida saqlanib qolishi mumkin.

Buyrak pelvisining patologik kengayishi

Yuqorida allaqachon aytib o'tilganki, yosh bolalar buyraklarning tos suyagining fiziologik kengayishi bilan ajralib turadi, bu esa bir yoshli tasvir bilan o'z-o'zidan yo'qoladi. Shu bilan birga, buyrak pelvisining patologik kengayishi ham mavjud. Bunga sabab bo'lishi mumkin bo'lgan juda ko'p sabablar mavjud. Bunday sabablar reflyuks bo'lishi mumkin, bu esa siydikni siydik yo'llaridan buyrakka qaytarilishiga olib keladi va buyraklarning qon tomir anomaliyalari, buyrak to'qimalarida patologik o'zgarishlarga olib keladi.

Hayotning birinchi oyida barcha yosh bolalar buyraklarni ultratovush tekshiruvidan o'tkazishlari kerak. Agar chaqaloqda buyrak tos bo'shlig'ining fiziologik kengayishi aniqlangan bo'lsa, kelajakda bolaning sog'lig'ini muntazam ravishda kuzatib borish kerak. Nazorat ultratovush tekshiruvlari har uch oyda bir marta o'tkazilishi kerak. Bunday taktikalar barcha huquqbo’z arliklarni o'z vaqtida aniqlash va bolaning ahvoli yomonlashishiga yo'l qo'ymaslikka qaratilgan zarur choralarni o'z vaqtida ko'rish imkonini beradi.

Siydik chiqarish yo'llarining infeksiyalari

Siydik chiqarish yo'llari infeksiyalari bolalarda eng ko'p uchraydigan buyrak kasalligidir. Qoida tariqasida, har uchinchi bola hayotida kamida bir marta ulardan aziyat chekadi. Ushbu kasallik paydo bo'lish chastotasi bo'yicha o'tkir respiratorli infeksiyalardan keyin ikkinchi o'rinda turadi.

Bunday infeksiyalarning bir necha turlari mavjud:

1. Piyelonefrit. Buyrak to'qimalariga ta'sir qiluvchi yallig'lanish jarayoni.
2. Sistit. Quviq to'qimalariga ta'sir qiluvchi yallig'lanish jarayoni.
3. Uretrit. Uretraning shilliq qavatiga ta'sir qiluvchi yallig'lanish jarayoni.
4. Siydik chiqarish yo'llarida patogen bakteriyalarning asemptomatik mavjudligi.

Bakteriyalar siydik tizimiga ko'tarilish yo'li orqali kiradi. Birinchidan, bakteriyalar perineum va jinsiy a'zolarga kiradi, keyin ular siydik pufagiga va u erdan buyraklarga ko'tariladi. Aytgancha, qizlar o'g'il bolalarga qaraganda siydik

tizimining yuqumli kasalliklariga ko'proq duchor bo'lishadi. Bu qizlarning jinsiy a'zolari tuzilishining fiziologik xususiyatlari tufayli sodir bo'ladi. Ularning uretrasi kengroq va qisqaroq bo'lib, bu bakteriyalarning kirib borishini ancha osonlashtiradi. Aynan shuning uchun qizning shaxsiy gigienasi masalasi ko'proq e'tibor talab qiladi - patogen bakteriyalarni olib kelmaslik uchun qizchani to'g'ri yuvish juda muhim: old tomondan orqaga. Anus chaqaloqning jinsiy a'zolarida. U katta bo'lgandan keyin onasi uni o'zi buni qanday qilishni o'rgatishi kerak.

Buyrak yetishmovchiligi. Agar bola buyrak yetishmovchiligidan aziyat cheksa, uning buyraklari kasallikning og'irligiga qarab, o'z funktsiyalarini qisman yoki to'liq bajarishni to'xtatishi mumkin. Buyrak faoliyatining to'liq to'xtashi o'tkir buyrak yetishmovchiligiga olib keladi - bu bolaning hayotiga xavf tug'diradigan va darhol tibbiy yordamni talab qiladigan holat.

Bolaning tanasida buyrak yetishmovchiligi bilan elektrolitlar muvozanati paydo bo'ladi va qonda siydik kislotasi sezilarli darajada to'planadi.

Shifokorlar buyrak yetishmovchiligining ikki shaklini ajratib ko'rsatishadi: surunkali va o'tkir. Surunkali buyrak yetishmovchiligi odatda pielonefrit, diabetes mellitus yoki buyrak va siydik yo'llarining konjenital anomaliyalari kabi ba'zi surunkali kasalliklarning bevosita natijasidir.

O'tkir buyrak yetishmovchiligi deyarli har doim buyrakning toksik moddalar yoki katta dozadagi dori vositalarining ta'siri natijasida yuzaga keladi.

Nefroptoz

Shifokorlar nefroptozni buyrak tuzilishining bunday buzilishi deb atashadi, bunda u ma'lum bir holatda o'rnatilmaydi, lekin harakatchan. Odamlarda bu kasallik, shuningdek, harakatlanuvchi buyrak, aylanib yuruvchi buyrak yoki buyrakni yo'qotish kabi nomlarga ega.

Agar harakatlanuvchi buyrak pastga tushsa, uning o'z o'qi atrofida aylanish xavfi katta. Ushbu burilish tufayli tomirlar cho'ziladi va egiladi. Bunday hodisa juda xavflidir, chunki buyrakda qon aylanishining buzilishi mavjud. Ayol fiziologiyasining xususiyatlari qizni ko'proq moyil qiladi bu kasallik o'g'il bolalarga qaraganda.

Siydikdagi tuz miqdorining oshishi

Agar bolada buzilish bo'lsa normal almashinuv moddalar, juda tez-tez siydikda, siydikda tuz kristallari soni ortadi. Eng keng tarqalgan fosfatlar, uratlar va oksalatlar. Metabolik kasalliklarga qo'shimcha ravishda, qo'zg'atuvchi omil tarkibi ortdi siydikdagi tuzlar, bolaning ovqatlanishi to'g'ri muvozanatli bo'lmasligi mumkin, bunda buyraklar tuzlarni eritishga vaqtlari yo'q.

Siydikdagi uratlarning ko'payishi purin asoslari bilan to'yingan chaqaloqning dietasidan kelib chiqadi. Bu mahsulotlarga sakatat, jigar, bulyon, cho'chqa go'shti, yog'li baliq, sardalya, pomidor, kuchli choy, kislotali mineral suvlar kiradi.

Qoida tariqasida, bunday hollarda bolalarda siydikdagi o'zgarishlar vaqtinchalik. Bolaning ovqatlanishini o'z vaqtida sozlash bilan siydik tarkibi juda tez normal holatga qaytadi. Biroq, buni hech qachon e'tiborsiz qoldirmaslik kerak bu muammo, buni ahamiyatsiz narsa deb hisoblagan holda. Agar ota-onalar o'z farzandlarining dietasini zudlik bilan qayta ko'rib chiqmasalar, buyraklarda ham, siydik pufagida ham qum va hatto toshlar paydo bo'lishi xavfi yuqori. Urolitiyoz uzoq va murakkab davolanishni talab qiladigan juda jiddiy va juda yoqimsiz kasallikdir.

Bolalarda buyrak va siydik yo'llari kasalliklarining belgilari

Qoida tariqasida, diqqatli ota-onalar uchun bolada buyrak kasalligini payqash qiyin emas. Barcha kasalliklar ma'lum bir qator belgilarga ega:

Lomber mintaqada og'riq. Bundan tashqari, og'riq ham o'tkir, ham tortuvchi bo'lishi mumkin.

Siydik rangini, uning loyqaligini va qonning ko'rinishini o'zgartirish.

Yo’z ning shishishi ko'rinishi, ayniqsa, ertalab, bolani uyg'otgandan keyin.

Ko'z ostidagi "sumkalar" deb ataladigan ko'rinish.

Zaiflik hissi, bolaning tez charchashi.

Og'izda quruqlik hissi, doimiy chanqoqlik hissi.

Biroq, ba'zida ba'zi buyrak kasalliklari yashirin shaklda, standart belgilarsiz paydo bo'ladi. Shuning uchun ota-onalar bolaning farovonligidagi har qanday o'zgarishlarga e'tibor berishlari kerak.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda siydik tizimi kasalliklarining belgilari:

Kichkina bola ota-onalarga lomber mintaqadagi yoqimsiz va og'riqli his-tuyg'ular va siyish paytida noqulaylik haqida shikoyat qila olmaydi. Shuning uchun, kırıntıların ota-onalari ayniqsa ehtiyot bo'lishlari kerak.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda buyrak kasalligining belgilari:

Siydikning rangi va hidining o'zgarishi.

Bolaning qorin hajmini oshirish.

O'g'il bolada siyish paytida siydik oqimining bosimining zaiflashishi tashvishga sabab bo'lishi kerak. Aytgancha, agar bolada fimoz bo'lsa, bu sodir bo'lishi mumkin.

Bir yoshdan oshgan bolalarda buyrak kasalligining belgilari:

-Katta yoshdagi bolalarning ota-onalari, taxminan bir yoshdan keyin, agar bolada quyidagi alomatlar bo'lsa, tashvishlanishlari kerak:

-Bola qorinning pastki qismida yoki lomber mintaqada og'riqdan shikoyat qiladi.

-Siydik chiqarish paytida o'tkir og'riq - bola qozonga borib, yig'lashdan qo'rqishi mumkin.

-Sezilarli o'sish yoki aksincha, juda kam siyish.

-Bola kichik qismlarda siydik chiqaradi, bu ilgari hech qachon sezilmagan.

- Siydik chiqarish yoki o'g'irlab ketish.

-Hech qanday sababsiz tana haroratining ko'tarilishi.

Hech qanday holatda bolalardagi har qanday buyrak kasalligini e'tiborsiz qoldirmaslik kerak, chunki bolaning sog'lig'i uchun oqibatlari eng oldindan aytib bo'lmaydigan bo'lishi mumkin. Masalan, buyraklarning konjenital patologiyalari yoki siydik yo'llarining surunkali kasalliklari bolaning jismoniy rivojlanishida sezilarli kechikishga olib kelishi mumkin.

Bundan tashqari, turli kasalliklarning surunkali shakllari o'tkir buyrak yetishmovchiligi kabi dahshatli hodisaga olib kelishi mumkin. Bu kasallik nafaqat sog'likka, balki maydalanganlarning hayotiga ham xavf tug'dirishi mumkin.

Siydik chiqarish tizimi kasalliklarini davolash

Farzandlarida yuqoridagi alomatlardan birini topib olgan ota-onalar imkon qadar tezroq pediatrik urolog yoki u bo'lmaganda pediatrdan yordam so'rashlari kerak. Hech qanday holatda buvilar yoki qiz do'stlarining maslahati bilan davolanishni o'zingiz boshlashingiz mumkin emas.

Ba'zi hollarda, bunday o'z-o'zini davolash yaxshilanishga olib kelishi mumkin, ammo vaqtinchalik, chunki kasallik butunlay yo'qolmaydi, balki faqat chuqurroq suriladi. Va ba'zi hollarda o'z-o'zini davolash juda jiddiy asoratlarni keltirib chiqarishi va hatto bolaning hayotiga xavf tug'dirishi mumkin.

Har qanday davolanishni tayinlashdan oldin shifokor kasallikning to'liq rasmini tuzish va to'g'ri tashxis qo'yish uchun zarur bo'lgan bir qator tadqiqotlarni belgilaydi. Qoida tariqasida, bola quyidagi tadqiqotlardan o'tadi:

Umumiy siydik tahlili

Bu siydikda tuzlarning cho'kindi, qon zarralari, eritrotsitlar mavjudligini aniqlash imkonini beradi. Siydikni laboratoriya tekshiruvi natijalariga ega bo'lgan shifokor bu haqda tasavvurga ega bo'ladi. Kasal bolaning siydik tizimida nima sodir bo'ladi. Siydik natijalari to'g'ri bo'lishi va buzilmasligi uchun siydikni to'g'ri yig'ish kerak. Farzandingizni yaxshilab yuvib tashlang va siydikni mukammal toza idishda to'plang. Agar biz o'smir qiz haqida gapiradigan bo'lsak, hayz paytida siydik testini o'tkazmaslik kerak.

Umumiy qon tahlili

Umumiy qon tekshiruvi bolaning tanasida yallig'lanish jarayonlari va umumiy intoksikatsiya belgilari mavjudligini aniqlaydi.

Buyraklarning ultratovush tekshiruvi

Ultratovush tekshiruvi aniqlanadi konjenital anomaliyalar siydik tizimi organlarining tuzilmalari patologik o'zgarish yoki qum va toshlarning mavjudligi.

Ota-onalar va bolaning shikoyatlari va tadqiqotlar natijalariga ko'ra, shifokor tashxis qo'yadi va bolangizga mos keladigan davolanish rejimini belgilaydi.

Kasallikdan muvaffaqiyatli xalos bo'lish uchun ota-onalar shifokorning barcha ko'rsatmalariga qat'iy rioya qilishlari va uning barcha tayinlashlarini bajarishlari kerak. Sog 'bo'ling!

II. Buyraklar va siydik chiqarish organlarining orttirilgan kasalliklari:

1) glomerulonefrit;

2) intersitsial nefrit;

3) pielonefrit;

4) siydik yo'llari infeksiyasi;

5) buyrak o'smalari;

6) buyraklar va siydik chiqarish organlarining shikastlanishi;

7) urolitiyoz;

8) bilan ikkilamchi buyrak kasalligi o'tkir infeksiyalar, diabetes mellitus, kuyish kasalligi.

2. Piyelonefrit

Pielonefrit - bu buyrak parenximasiga ta'sir qiluvchi, asosan interstitsial to'qimalarga zarar etkazadigan o'ziga xos bo'lmagan buyrak kasalligi. Sabablari: infeksiya, urodinamikaning buzilishi, immunitetning buzilishi.

Etiologiya. Ko'pincha pielonefrit Escherichia coli, Enterococcus, Proteus, Staphylococcus, Streptococcus sabab bo'ladi. Ba'zi bemorlarda o'tkir pielonefrit va bemorlarning 2/3 qismida surunkali pielonefrit mikroflora aralashtiriladi. Davolash jarayonida mikroflora va uning antibiotiklarga sezuvchanligi o'zgaradi, bu yetarli uroantiseptiklarni aniqlash uchun takroriy siydik madaniyatini talab qiladi.

Patogenez. Pielonefritning rivojlanishi ko'p jihatdan makroorganizmning umumiy holatiga bog'liq bo'lib, uning immunobiologik refaolligini pasaytiradi. Infeksion buyrak, tos bo'shlig'iga, so'ngra uning kosalariga gematogen yoki limfogen yo'l bilan, siydik yo'llarining pastki qismidan siydik yo'llarining devori bo'ylab, uning lumeni bo'ylab - retrograd reflyukslar mavjud bo'lganda kiradi. Piyelonefritning rivojlanishida siydikning turg'unligi, buyrakdan venoz va limfa oqimining buzilishi alohida ahamiyatga ega. Kurs davomida o'tkir va surunkali pielonefrit ajratiladi; davri bo'yicha: kuchayishi davri, qisman remissiya davri, to'liq klinik va laboratoriya remissiya davri.

Klinika. Kasallik o'tkir boshlanadi, tana haroratining 40 ° C gacha ko'tarilishi, titroq, terlash, terining va shilliq pardalarning rangsizlanishi, bel sohasida og'riq, kostovertebral burchakda o'tkir og'riq, umumiy buzuqlik, tashnalik, dizuriya yoki pollakiuriya, og'riqli siyish. Qo'shilish bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish tez o'sib borayotgan intoksikatsiyani ko'rsatadi. Alomat Pasternatskiy, qoida tariqasida, ijobiydir. Ikki tomonlama o'tkir pielonefrit bilan ko'pincha buyrak yetishmovchiligi belgilari mavjud. O'tkir pielonefrit paranefrit, buyrak papillasining nekrozi bilan murakkablashishi mumkin.

Diagnostika yaqinda bo'lgan o'tkir yiringli jarayonni yoki surunkali kasalliklar mavjudligini, klinik va laboratoriya ma'lumotlarini ko'rsatadigan anamnez asosida qo'ying. Qon testida neytrofil leykotsitoz, anemiya, aneozinofiliya va ESRning oshishi qayd etilgan. Siydikni tahlil qilishda - leykotsituriya, o'rtacha proteinuriya bilan piuriya va gematuriya. Zimnitskiy testida - kun davomida siydik zichligining pasayishi. Nechiporenko bo'yicha namunada - leykotsitoz. Qonning biokimyoviy tadqiqotida - sialik kislotalar, kreatinin, karbamid miqdori ortishi, C-refaol oqsilning ko'rinishi. Tekshiruv rentgenogrammasida buyraklardan birining hajmining oshishi aniqlanadi, ekskretor urografiya bilan - nafas olish paytida zararlangan buyrakning harakatchanligini keskin cheklash, siydik yo'llarining yon tomonida soyaning yo'qligi yoki keyinchalik paydo bo'lishi. lezyon. buyraklarning ultratovush tekshiruvini, pelvikalitsial tizimdagi o'zgarishlarni aniqlash uchun ekskretor pyelografiyani tayinlang. Void uretrografiyasi anatomik va funktsional xususiyatlarni, reflyuks mavjudligini aniqlaydi.

Davolash. Davolash maqsadlari: buyrak to'qimalarida va siydik yo'llarida mikrobial-yallig'lanish jarayonini yo'q qilish va kamaytirish; metabolik kasalliklar va buyraklarning funktsional holatini normallashtirish; regenerativ jarayonlarni rag'batlantirish; interstitsial to'qimalarda sklerotik jarayonlarning kamayishi. O'tkir davrda 7a-sonli jadval buyuriladi, kuniga 2 litrgacha suyuqlik iste'mol qilinadi. Ratsional ovqatlanish kanalchalarning transport tizimlariga yukni kamaytirish va metabolik kasalliklarni tuzatish uchun buyuriladi. Keyin parhez kengaytirilib, undagi oqsillar va yog'larning tarkibini oshiradi. Ular umumiy va motorli rejimni to'g'ri tashkil etishni amalga oshiradilar, bu esa buyraklardagi funktsional yukni kamaytirishni va metabolik mahsulotlarni tanadan olib tashlashni yaxshilashni ta'minlaydi. Kasallikning boshlanishi va rivojlanishiga hissa qo'shadigan infeksiya o'choqlarining erta sanitariyasi amalga oshiriladi. Buyrak to'qimalarida siydik, qon va limfa aylanishini tiklash. Mahalliy qon aylanishini yaxshilash, og'riqni kamaytirish uchun termal muolajalar buyuriladi (isitish kompresslari, isitish yostiqlari, lomber mintaqaning diatermiyasi). Agar og'riq susaymasa, antispazmodiklar qo'llaniladi. Antibakterial terapiya nalidiksik kislota (nevigramon, qora) bilan amalga oshiriladi, davolash kursi kamida 7 kun davom etishi kerak (kuniga 4 marta 0,5-1 g), nitroksolin (5-NOC), 0,1-0,2 g da buyuriladi. 2-3 hafta davomida kuniga 4 marta, nitrofuran hosilalari (furadonin 0,15 g dan kuniga 3-4 marta, davolash kursi 5-8 kun). Ushbu dorilarni qo'llash muqobil bo'lishi kerak. Nalidiksik kislota va nitrofuran hosilalarini bir vaqtning o'zida buyurish mumkin emas, chunki bu antibakterial ta'sirni susaytiradi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar bilan samarali kombinatsiyalangan davolash. Antibiotiklarni tanlash mikrofloraning ularga nisbatan sezgirligiga qarab amalga oshiriladi. Penitsillinlar guruhining preparatlari buyuriladi (ampitsillin, aminoglikozid preparatlari,

sulfanilamidlar). uzoq muddatli), fitoterapiya. Semptomatik va almashtirish terapiyasi buyrak yetishmovchiligi belgilari rivojlanishi bilan.

3. Surunkali pielonefrit

Surunkali pielonefrit davolanmagan o'tkir pielonefritning natijasi bo'lishi mumkin, ya'ni kasallikning boshlanishidan boshlab o'tkir hodisalarsiz davom etishi mumkin.

Klinika. Bir tomonlama surunkali pielonefrit ta'sirlangan buyrak tomonida lomber mintaqada zerikarli doimiy og'riqlar bilan namoyon bo'ladi. Ko'pgina bemorlarda dizurik hodisalar yo'q.

Diagnostika anamnez, klinik va laboratoriya ma'lumotlari asosida qo'ying. Qon testida neytrofil leykotsitoz qayd etiladi. Siydik cho'kindisida siydikni tahlil qilishda siydikning boshqa shakllangan elementlariga nisbatan leykotsitlarning ustunligi aniqlanadi. Siydikning nisbiy zichligi normal bo'lib qoladi, kasallikning belgilaridan biri bakteriuriyadir. Agar 1 ml siydikdagi bakteriyalar soni 100 000 dan oshsa, u holda ularning antibiotiklar va kimyoterapiya preparatlariga sezgirligini aniqlash kerak. Arterial gipertenziya surunkali pielonefritning tez-tez namoyon bo'lishi, ayniqsa ikki tomonlama jarayondir. Buyraklarning funktsional holati xromosistoskopiya, ekskretor urografiya va tozalash usullari yordamida tekshiriladi.

Surunkali pielonefritda buyraklarning kontsentratsiya qobiliyati erta buziladi, azotni chiqarish funktsiyasi uzoq yillar davom etadi. Info’z ion urografiya bilan birinchi navbatda buyraklarning kontsentratsiya qobiliyatining pasayishi, radiopak moddaning kechiktirilishi, mahalliy spazmlar va chashka va tos bo'shlig'ining deformatsiyasi aniqlanadi. Keyinchalik spastik faza atoniya bilan almashtiriladi, kosa va tos suyaklari kengayadi.

Differensial diagnostika surunkali glomerulonefrit bilan siydik sindromining tabiati (gematuriyadan leykotsituriyaning ustunligi, faol leykotsitlar mavjudligi, pielonefritda sezilarli bakteriuriya) va ekskretor urografiya ma'lumotlari katta ahamiyatga ega. Nefrotik sindrom glomerulonefrit mavjudligini ko'rsatadi. Arterial gipertenziya bo'lsa, pyelonefrit, gipertenziya va renovaskulyar gipertenziya o'rtasida differentsial diagnostika o'tkaziladi.

Davolash uzoq vaqt davomida amalga oshirilishi kerak. Davolash nitrofuranlar (furadonin, furadantin va boshqalar), 5-NOC, nalidiksik kislota (negram, nevigramon), sulfanilamidlar (urosulfan, atazol va boshqalar), ularni navbatma-navbat tayinlash bilan boshlanishi kerak. Shu bilan birga, kızılcık ekstrakti bilan davolash tavsiya etiladi.

Ushbu dorilarning samarasizligi bilan kasallikning kuchayishi, keng spektrli antibiotiklar qo'llaniladi. Antibiotikni har safar tayinlashdan oldin mikrofloraning unga nisbatan sezgirligini aniqlash kerak.

4. Glomerulonefrit

Glomerulonefrit - glomerulyar tomirlarning asosiy zararlanishi bilan kechadigan immunoallergik kasallik - takroriy kuchayishi va remissiyasi bilan o'tkir yoki surunkali jarayon sifatida davom etadi. Glomerulonefritning turlari:

1) nefritik - gematuriya, proteinuriya, gipertenziya, oliguriya, silindruriya, leykotsituriya, gipovolemiya, gipokomplementemiya, ensefalopatiya bilan namoyon bo'ladi;

2) nefrotik - yuqori proteinuriya, shish, gipoproteinemiya, ehtimol arterial gipertenziya, eritrotsituriya, azotemiya;

3) aralash - aniq nefrotik sindrom, sezilarli gematuriya, gipertenziya;

4) gematurik - siydik sindromida gematuriya ustunlik qiladi;

5) bir oz ifodalangan ekstrarenal simptomlar bilan namoyon bo'lgan izolyatsiya qilingan siydik sindromi.

5. O'tkir glomerulonefrit

O'tkir glomerulonefrit buyrakning kasallik yuqumli-allergik kasalligi bo'lib, u yuqumli kasallikdan (odatda streptokokk etiologiyasi) 1-3 hafta o'tgach rivojlanadi. O'tkir glomerulonefrit har qanday yoshda rivojlanishi mumkin, ammo bemorlarning ko'pchiligi 40 yoshgacha.

Komplement bilan o'zaro ta'sir qiluvchi antigen-antikor komplekslari kapillyarlarning bazal membranasi yuzasida, asosan, glomerullarda to'planadi.

Klinika. Bolalarda glomerulonefritning klinik ko'rinishlari:

1) buyrakdan tashqari:

a) neyrovegetativ sindrom (darmonsizlik, anoreksiya, letargiya, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning yomonlashishi, bosh og'rig'i);

b) yurak-qon tomir sindromi (gipertenziya, yurak tovushlarining bo'g'ilishi, yurak tovushlarining shovqinlari va aksentlari, jigarning kattalashishi);

v) pastozlik, cheklangan yoki umumiy shish bilan namoyon bo'ladigan shish sindromi;

2) buyrak belgilari:

a) siydik sindromi (oliguriya, proteinuriya, gematuriya, silindruriya, vaqtinchalik limfotsitar-mononukulyar leykotsituriya);

b) og'riq sindromi. Lomber mintaqadagi og'riqlar yoki ajratilmagan qorin og'rig'i bilan namoyon bo'ladi;

v) buyrak yetishmovchiligi sindromi (azotemiya uchta asosiy simptom bilan namoyon bo'ladi - shish, gipertonik va siydik).

Diagnostika. Siydikda oqsil va eritrotsitlar topiladi. Siydikdagi protein miqdori odatda 1 dan 10 g / l gacha, lekin ko'pincha 20 g / l yoki undan ko'pga etadi. Yengil proteinuriya kasallikning boshidanoq bo'lishi mumkin va ba'zi davrlarda u yo'q bo'lishi mumkin. O'tkir nefrit bilan og'rigan bemorlarning siydigida oz

miqdordagi protein uzoq vaqt davomida kuzatiladi va kasallik boshlanganidan 3-6, ba'zi hollarda hatto 9-12 oydan keyin yo'qoladi. Gematuriya o'tkir gpomerulonefritning majburiy belgisidir. Makrogematuriya va mikrogematuriya mavjud, ba'zida qizil qon hujayralari soni ko'rish sohasida 10-15 dan oshmasligi mumkin. Silindruriya gpomerulonefritning majburiy belgisi emas. Leykotsituriya ahamiyatsiz, lekin ba'zida ko'rish sohasida 20-30 va undan ko'p leykotsitlar topiladi. Shu bilan birga, eritrotsitlarning leykotsitlarga nisbatan miqdoriy ustunligi doimo qayd etiladi, bu Addis-Kakovskiy va Nechiporenko usullari yordamida siydik cho'kmasining hosil bo'lgan elementlarini hisoblashda yaxshiroq aniqlanadi. Oliguriya (kuniga 400 - 700 ml siydik) o'tkir nefritning birinchi belgisidir. Qon testida gemoglobin miqdori va eritrotsitlar soni kamayadi, ESR ning oshishi aniqlanadi va yengil leykotsitoz mavjud. Reberg, McClure - Aldrich testini o'tkazing. Proksimal konvolyutsiyali tubulalarning funktsiyasini tekshiring, buyuring ekskretor urografiya, buyraklarning ultratovush tekshiruvi, radioizotop renografiyasi.

O'tkir glomerulonefritning ikki shakli mavjud. **Siklik shakl** shiddat bilan boshlanadi. Shish, nafas qisilishi, bosh og'rig'i, lomber mintaqada og'riq paydo bo'ladi, siydik miqdori kamayadi. Siydik tahlili ko'p miqdorda proteinuriya va gematuriyani ko'rsatadi. BP ko'tariladi. Shish 2-3 hafta davom etadi, kasallik davrida sinish paydo bo'ladi: poliuriya rivojlanadi va qon bosimi pasayadi. Tiklanish davri gipostenuriya bilan kechishi mumkin. Biroq, ko'pincha bemorlarning sog'lig'i yaxshi bo'lsa va mehnat qobiliyati deyarli to'liq tiklanganda, uzoq vaqt, oylar davomida yengil proteinuriya (0,03 - 0,1 g / l) va qoldiq gematuriya kuzatilishi mumkin. **yashirin shakl** kamdan-kam uchraydi va uning tashxisi katta ahamiyatga ega, chunki ko'pincha bu shakl bilan kasallik surunkali holga keladi. Glomerulonefritning bu shakli hech qanday aniq sub'ektiv alomatlarsiz asta-sekin boshlanishi bilan tavsiflanadi va faqat yengil nafas qisilishi yoki oyoqlarda shishish bilan namoyon bo'ladi. Bunday hollarda glomerulonefritni faqat siydikni tizimli o'rganish bilan aniqlash mumkin. Kasallikning yashirin shaklidagi nisbatan faol davrning davomiyligi sezilarli bo'lishi mumkin (2-6 oy yoki undan ko'p).

Differensial diagnostika. O'tkir glomerulonefrit va surunkali glomerulonefritning kuchayishi o'rtasida o'tkaziladi. Bu erda yuqumli kasallikning boshlanishidan boshlab davrga aniqlik kiritish muhimdir o'tkir namoyon bo'lishi nefrit. O'tkir holatlarda bu muddat 1-3 hafta, surunkali jarayonning kuchayishi bilan bir necha kun (1-2 kun) bo'ladi. Siydik sindromi zo'ravonlik darajasida bir xil bo'lishi mumkin, ammo siydikning nisbiy zichligining doimiy pasayishi (1,015 dan past) va buyraklarning filtrlash funksiyasining pasayishi surunkali jarayonning kuchayishi uchun ko'proq xarakterlidir.

Davolash. Kasalxonada kasalxonaga yotqizish, yotoqda dam olish va parhez

belgilanadi. Oziq-ovqat tarkibidagi tuzni keskin cheklash (kuniga 1,5-2 g dan ko'p bo'lmagan) o'z-o'zidan suvning ko'payishiga va shish va gipertenziv sindromlarning yo'q qilinishiga olib kelishi mumkin. Kelajakda ular tarvuz, qovoq, apelsin, kartoshka beradi, ular deyarli butunlay natriysiz dietani ta'minlaydi. Suyuqliklarni kuniga 600 - 1000 ml gacha iste'mol qilish mumkin. Proteinni iste'mol qilishni uzoq muddatli cheklash yetarli darajada asoslanmagan, chunki azotli chiqindilarning saqlanishi, qoida tariqasida, kuzatilmaydi va ba'zida proteinli oziqlanish ta'sirida qon bosimining taxminiy oshishi isbotlanmagan. Proteinli mahsulotlardan, shuningdek, tvorogni ishlatish yaxshiroqdir tuxum oq. Yog'lar kuniga 50 - 80 g miqdorida ruxsat etiladi. Kundalik kaloriyalarni ta'minlash uchun uglevodlar qo'shiladi. Glomerunit va mavjud infeksiya o'rtasida aniq bog'liqlik mavjud bo'lganda, masalan, antibakterial terapiya ko'rsatiladi. surunkali tonzillit. Surunkali tonzillitda tonzillektomiya kasallikning o'tkir belgilari yo'qolganidan keyin 2-3 oy o'tgach ko'rsatiladi. Ukol gormonlar - prednizon, deksametazondan foydalanish kasallikning boshlanishidan 3-4 hafta oldin, umumiy simptomlar (xususan, arterial gipertenziya) kamroq aniqlanganda mumkin. Kortikosteroid gormonlar, shuningdek, o'tkir glomerulonefritning nefrotik shakli yoki uzoq muddatli kursi uchun ham ko'rsatiladi. Kortikosteroid terapiyasi ham shish, ham siydik sindromiga ta'sir qiladi. O'rtacha arterial gipertenziya kortikosteroidlarni qo'llashga qarshi ko'rsatma emas. Vitamin terapiyasi.

Prognoz. To'liq tiklanish.

Oldini olish. Bu o'tkir yuqumli kasalliklarning oldini olish va erta intensiv davolash, o'choqli infeksiyani, ayniqsa bodomsimon bezlarda yo'q qilish bilan bog'liq. Profilaktik qiymat Bundan tashqari, tananing o'tkir hipotermiyasi haqida ogohlantirish mavjud.

6. Subakut diffuz glomerulonefrit

Subakut diffuz glomerulonefrit malign kursga ega.

Klinika. Kasallikning tez boshlanishi shish, kuchli albuminuriya (10-30 g/l gacha), shuningdek, aniq gipoproteinemiya (45-35 g/l) va giperkolesterolemiya (6-10 g/l gacha), ya'ni lipoid-nefrotik sindromning belgilari. Oliguriya bilan bir vaqtda gematuriya kuzatiladi. Siydikni tahlil qilishda nisbiy zichlik faqat boshida yuqori, keyin esa past bo'ladi. Buyraklarning filtrlash funktsiyasi asta-sekin pasayadi. Kasallikning birinchi haftalaridan boshlab azotemiya kuchayishi mumkin, bu esa uremiya rivojlanishiga olib keladi. Nefritning bu shaklidagi arterial gipertenziya juda yuqori bo'lib, fundusdagi jiddiy o'zgarishlar (to'r pardaga qon ketishlar, disk shishi) bilan birga keladi. optik nervlar, ekssudativ oq retinal dog'lar shakllanishi).

Tashxis. Buyrak yetishmovchiligi, og'ir arterial gipertenziya, ko'pincha malign turdagi tez rivojlanishi hisobga olingan holda belgilanadi. Subakut glomerulonefrit shish-yallig'lanish va lipoid-nefrotik sindromlarning yuqori

zo'ravonligidan dalolat beradi.

Davolash. Glomerulonefritning ushbu shakli uchun steroid gormonlar bilan davolash unchalik samarali emas va ba'zi hollarda yuqori va progressiv arterial gipertenziya (BP 200/140 mm Hg dan yuqori) tufayli ko'rsatilmaydi. So'nggi paytlarda qonning morfologik tarkibini diqqat bilan kuzatib borish bilan immunosupressantlardan foydalanish tavsiya etiladi. Immunosupressantlar bilan davolash pastroq dozalarda (kuniga 25-30 mg) buyuriladigan kortikosteroid gormonlar bilan birgalikda samaraliroq bo'ladi. Bu kombinatsiya nafaqat davolash samaradorligiga hissa qo'shadi, balki kortikosteroidlar va immunosupressantlar (xususan, og'ir leykopeniya) asoratlari xavfini kamaytiradi.

Shish va arterial gipertenziya bilan kurashish uchun antigipertenziv dorilar, gipotiazid (50-100 mg / kun) va boshqalar qo'llaniladi.Yurak yetishmovchiligi belgilari bo'lsa, diuretiklar va digitalis preparatlari buyuriladi.

7. Surunkali diffuz glomerulonefrit

Surunkali diffuz glomerulonefrit uzoq muddatli (kamida bir yil) immunologik ikki tomonlama buyrak kasalligi bo'lib, unda siydikdagi o'zgarishlar sezilarli dinamikasiz bir yildan ortiq davom etadi yoki shish va gipertenziya 3-5 oydan ko'proq vaqt davomida kuzatiladi. Bu kasallik (ba'zan ko'p yillar o'tgach) buyraklarning qisqarishi va surunkali buyrak yetishmovchiligidan bemorlarning o'limi bilan tugaydi. Surunkali glomerulonefrit oldingi o'tkir xurujlarsiz ham o'tkir glomerulonefritning natijasi, ham birlamchi surunkali bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi, patogenezi. O'tkir glomerulonefritga qarang.

Klinika. O'tkir glomerulonefritda bo'lgani kabi: shish, arterial gipertenziya, siydik sindromi va buyrak funktsiyasining buzilishi. Surunkali glomerulonefritda ikki bosqich ajratiladi:

1) buyrak kompensatsiyasi, ya'ni buyraklarning azotni yetarli darajada chiqarib yuborish funktsiyasi (bu bosqich aniq siydik sindromi bilan kechishi mumkin, lekin ba'zida u uzoq vaqt yashirin bo'lib, faqat yengil albuminuriya yoki gematuriya bilan namoyon bo'ladi);

2) buyraklarning azot chiqarish funktsiyasining yetishmovchiligi bilan tavsiflangan buyrak dekompensatsiyasi (siydik chiqarish belgilari kamroq ahamiyatli bo'lishi mumkin; yuqori arterial gipertenziya mavjud, shish ko'pincha o'rtacha darajada; bu bosqichda gipoizostenuriya va poliuriya ifodalanadi, bu esa azotemicheskiy uremiya rivojlanishi bilan yakunlanadi).

Surunkali glomerulonefritning quyidagi klinik shakllari ajratiladi.

1. **Nefrotik shakl** birlamchi nefrotik sindromning eng keng tarqalgan shaklidir. Bu shakl, sof lipoid nefrozdan farqli o'laroq, nefrotik sindromning yallig'lanishli buyrak shikastlanishi belgilari bilan kombinatsiyasi bilan tavsiflanadi. Kasallikning klinik ko'rinishi uzoq vaqt davomida nefrotik sindrom

bilan aniqlanishi mumkin va faqat keyinchalik glomerulonefritning rivojlanishi buyraklar va arterial gipertenziyaning azot chiqarish funktsiyasining buzilishi bilan sodir bo'ladi.

2. **gipertonik shakl.** Alomatlar orasida arterial gipertenziya ustunlik qiladi, siydik sindromi esa juda aniq emas. Ba'zida surunkali glomerulonefrit glomerulonefritning birinchi zo'ravon xurujidan keyin gipertonik turga ko'ra rivojlanadi, lekin ko'pincha o'tkir glomerulonefritning yashirin shakli natijasidir. BP 180/100 - 200/120 mm Hg ga etadi. Art. va turli omillar ta'sirida kun davomida katta tebranishlarga duch kelishi mumkin. Yurak chap qorinchasi gipertrofiyasi buzilgan, aorta ustidagi II ton aksenti eshitiladi. Gipertenziya malign bo'lib qolmaydi, qon bosimi, ayniqsa diastolik, etib bormaydi yuqori darajalar. Neyroretinit shaklida fundusda o'zgarishlar mavjud.

3. **aralash shakl.** Ushbu shakl bilan bir vaqtning o'zida nefrotik va gipertonik sindromlar mavjud.

4. **yashirin shakl.** Bu juda keng tarqalgan shakl; odatda faqat yengil siydik sindromi namoyon bo'ladi, arterial gipertenziya va shishlarsiz. U juda uzoq davom etishi mumkin (10-20 yil va undan ko'p), keyinchalik uremiya rivojlanishiga olib keladi. Gematurik shaklni ham ajratib ko'rsatish kerak, chunki ba'zi hollarda surunkali glomerulonefrit sezilarli proteinuriya va umumiy simptomlarsiz (gipertoniya, shish) gematuriya bilan namoyon bo'lishi mumkin. Surunkali glomerulonefritning barcha shakllari vaqti-vaqti bilan diffuz glomerulonefritning birinchi o'tkir xuruji rasmiga o'xshash yoki butunlay takrorlanishi mumkin. Ko'pincha, alevlenme ko’z va bahorda kuzatiladi va tirnash xususiyati beruvchi, ko'pincha streptokokk infeksiyasi ta'siridan 1-2 kun o'tgach sodir bo'ladi. Har qanday kursda surunkali diffuz glomerulonefrit oxirgi bosqichga o'tadi - ikkilamchi ajinli buyrak.

Tashxis. O'tkir glomerulonefrit tarixi asosida tashkil etilgan va klinik rasm. Biroq, yashirin shaklda, shuningdek, kasallikning gipertonik va gematurik shakllari bilan uni tanib olish qiyin bo'lishi mumkin. Agar anamnezda o'tkir glomerulonefritning o'ziga xos belgilari bo'lmasa, o'rtacha og'ir siydik sindromi bilan ko'plab bir tomonlama yoki ikki tomonlama buyrak kasalliklaridan biri bilan differentsial tashxis qo'yiladi.

Differensial diagnostika. Surunkali glomerulonefritning gipertenziv va aralash shakllarini gipertenziya bilan farqlashda arterial gipertenziya paydo bo'lishi bilan bog'liq holda siydik sindromining paydo bo'lish vaqtini aniqlash muhimdir. Surunkali glomerulonefritda siydik sindromi arterial gipertenziyadan ancha oldin bo'ladi yoki u bilan bir vaqtda paydo bo'ladi. Surunkali glomerulonefrit yurak gipertrofiyasining kamroq zo'ravonligi, past moyilligi bilan tavsiflanadi. gipertenziv inqirozlar (eklampsi bilan yuzaga keladigan kuchayishlar

bundan mustasno) va aterosklerozning, shu jumladan koronar arteriyalarning kamdan-kam yoki kamroq intensiv rivojlanishi.

Surunkali pielonefrit bilan differentsial tashxis qo'yishda surunkali glomerulonefritning mavjudligi foydasiga siydik cho'kindisida eritrotsitlarning leykotsitlardan ustunligi, Sternheimer - Mapbin bo'yicha bo'yalganida faol va rangpar leykotsitlarning yo'qligi, bir xil o'lcham va shaklda namoyon bo'ladi. ikkita buyrak va rentgen tekshiruvi bilan aniqlanadigan tos suyagi va kalikslarning normal tuzilishi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik shaklini farqlash kerak lipoid nefroz, amiloidoz va diabetik glomeruloskleroz. Buyraklar amiloidozining differentsial diagnostikasida organizmda o'choqlarning mavjudligi muhim ahamiyatga ega surunkali infeksiya va boshqa lokalizatsiyaning amiloid degeneratsiyasi.

Davolash. Infeksion o'choqlarini yo'q qilish kerak (bodomsimon bezlarni olib tashlash, og'iz bo'shlig'ini sanitariya qilish va boshqalar). Uzoq muddatli ovqatlanish cheklovlari (tuz va oqsil). Kasal surunkali nefrit sovutishdan qochish kerak, ayniqsa nam sovuq, quruq va issiq iqlimga ta'sir qilish tavsiya etiladi. Qoniqarli umumiy holatda va asoratlar bo'lmasa, u ko'rsatiladi Spa davolash. To'shakda dam olish faqat sezilarli shish yoki yurak yetishmovchiligi, uremiya bilan rivojlanishi davrida kerak. Surunkali glomerulonefrit bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun kasallikning shakllari va bosqichiga qarab belgilanadigan parhez katta ahamiyatga ega. Nefrotik va aralash shakllarda (shishlar mavjud), natriy xloridni oziq-ovqat bilan birga qabul qilish kuniga 1,5 - 2,5 g dan oshmasligi kerak va ovqatni tuzlashni to'xtatish kerak. Buyraklarning yetarli darajada ekskretor funksiyasi (shishi yo'q) bilan oziq-ovqat tarkibida azot balansini normallashtiradigan va oqsil yo'qotilishini qoplaydigan to'liq fosfor o'z ichiga olgan aminokislotalarga boy bo'lgan yetarli miqdorda hayvon oqsili bo'lishi kerak. Gipertenziv shaklda, dietada oqsillar va uglevodlarning normal miqdori bilan kuniga 3-4 g natriy xloridni iste'mol qilishni o'rtacha darajada cheklash tavsiya etiladi. Kasallikning yashirin shakli bemorlarning ratsionida katta cheklovlarni talab qilmaydi, u to'liq, xilma-xil va vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Surunkali glomerulonefritning boshqa shakllari uchun ratsionga vitaminlar (C, kompleks B, A) kiritilishi kerak. Ushbu kasallikdagi patogenetik terapiyaning asosi kortikosteroid preparatlarini tayinlashdir. Davolash kursi uchun 1500 - 2000 mg prednizon ishlatiladi, keyin dozasi asta-sekin kamayadi. Kasallikning kuchayishi yoki qo'llab-quvvatlovchi kichik kurslar uchun takroriy davolash kurslarini o'tkazish tavsiya etiladi. Kortikosteroid gormonlarini qabul qilish fonida yashirin infeksiya o'choqlarining kuchayishi mumkin, shuning uchun antibiotiklar bir vaqtning o'zida yoki infeksiya o'choqlari olib tashlanganidan keyin (masalan, tonzillektomiya) buyuriladi. Surunkali glomerulonefritda kortikosteroidlarni

tayinlashga qarshi ko'rsatma progressiv azotemiya hisoblanadi.

O'rtacha arterial gipertenziya (BP 180/110 mm Hg) bilan davolashga antigipertenziv dorilar qo'shiladi. Yuqori arterial gipertenziya bilan qon bosimining dastlabki pasayishi talab qilinadi. Kortikosteroid terapiyasiga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa yoki u samarasiz bo'lsa, gormonal bo'lmagan immunosupressantlardan foydalanish tavsiya etiladi. Bular 4-aminokinolin seriyasining dorilari - chingamin (delagil, rezokin, xlorokin), gidroksiklorokin (plaquenil). Surunkali glomerulonefritning aralash shakli (shish va og'ir gipertenziv sindromlar) bilan natriuretiklarni qo'llash ko'rsatiladi, chunki ular diuretik va gipotenziv ta'sirga ega. Gipotiazid 50-100 mg dan kuniga 2 marta, lasix kuniga 40-120 mg, etakrin kislotasi (uregit) kuniga 150-200 mg buyuriladi. Saluretiklar eng yaxshi aldosteron antagonisti aldakton (veroshpiron) bilan birlashtiriladi - kuniga 4 marta 50 mg, bu natriyning chiqarilishini oshiradi va kaliyning chiqarilishini kamaytiradi. Diuretik ta'sir siydikda kaliyning chiqarilishi bilan birga keladi, bu esa rivojlanishi bilan gipokalemiyaga olib keladi. umumiy zaiflik, yurakning zaifligi va kontraktiliyasining buzilishi. Shuning uchun, bir vaqtning o'zida kaliy xlorid eritmasini tayinlang.

Surunkali glomerulonefritning gipertenziv shaklini davolashda antigipertenziv dorilar qo'llaniladi. gipertoniya(rezerpin, adelfan). Shu bilan birga, qon bosimining keskin o'zgarishi va uning ortostatik pasayishiga yo'l qo'ymaslik kerak, bu esa buyrak qon oqimini va buyraklarning filtrlash funksiyasini yomonlashtirishi mumkin.

Nazorat savollari.

1.Buyrak yetishmovchiligini tavsiflang.

2.Agar bola buyrak yetishmovchiligidan aziyat cheksa, uning buyraklari kasallikning og'irligiga qarab, …….izohlang.

3.Nefroptoz nima izohlab bering.

4.Siydikdagi tuz miqdorining oshishi nimaga bog’liq izohlab bering.

5.Metabolik kasalliklarga qo'shimcha ravishda, qo'zg'atuvchi omil tarkibi ortdi siydikdagi tuzlar, bolaning ovqatlanishi to'g'ri muvozanatli bo'lmasligi mumkin, bunda nima qilish kerak.Izohlab bering.

6.Bolalarda buyrak va siydik yo'llari kasalliklarining belgilarini tavsiflab bering.

7.Bolada buyrak kasalligini qanday payqash mumkin. Izohlab bering.

8.Buyrak kasalliklari yashirin shaklni izohlab bering, qanday ro’y beradi.

8-Mavzu: Perinatal va neonatal davr muammolari. Ko‘krak suti bilan oziqlantirish (JSST dasturi). Chaqaloqlarda uchraydigan kasalliklarni diagnostikasi, dispanserizatsiya va profilaktikasi

Chaqaloqlik davrining xususiyatlari, chegaradosh holatlar. Effektiv perinatal parvarishlash. (EPU). Tirik tug'ilganlik ko`rsatkichlari. Neonatal ulimning oldini olish.

Chaqaloqlik davri bola kindigini kesgandan keyin boshlanib tug‘ilganidan to 28 kunligigacha davom etadi. Vaqtida tug‘ilgan chaqaloqlar tana massasi o‘rtacha 2700 dan 4000 gr gacha, bo‘yi 45 sm gacha bo‘ladi. Sog‘lom chaqaloqlarda simmetrik yo'z tuzilishi va taktil qitiqlashlarga yuz ifodasini o‘zgarishi bilan belgilanadi. Bola fleksor holatda bo‘lib bukuvchi mushaklarning fiziologik tonusi yuqori bo‘ladi. Nisbiy boshning kattaligi (kalla qutisi yuz dan katta) normal tug‘ilgan chaqaloqning boshining aylanasi 34-36 sm, ko‘krak aylanasi 1sm kichik bo‘ladi. Katta liqildoq 3x3 sm. Sog‘lom chaqaloqning terisi yumshoq, elastik, toza bo‘ladi. Tug‘ilganda teri tvarogsimon massa bilan qoplangan (vernix caseosa). Yelka va bel terisida yumshoq soch lanugo bilan qoplangan. Ko‘krak qafasi bochkasimon simmetrik, pastga qarab kengayib boradi. Yurak cho‘qqisi turtkisi 4-qovurg‘a orasidan 1-2 sm chapda o‘rta o‘mrov chizig‘idan. Yurak tonlari aniq, baland, tiniq eshitiladi. YuUS tinch holatda 110-140 ta min. YuUS 100 ta dan kam bo‘lsak bradikardiya, 160 dan ko‘p bo‘lsa taxikardiya. Chaqaloqning nafasi pueril (kuchaygan vezikulyar nafas fonida davomiy va baland, past.). Nafas soni 1 min. da 40 - 55 ta, 60 dan yukori bulsa taxipnoe 30 dan kam bo‘lsa bradipnoe. Chaqaloqlarping qorni yumshoq, yumaloq, nafas aktida faol harakatlanadi. Jigar qovurg'a yoyi ostidan 2 sm chiqib turadi. Sog'lom tug'ilgan o'g'il bolada tuxum moyakka tushgan, qizlarda katga lablar kichik labini ko'plab yopib turadi. Chanoq — son bo'g'imi gorizontal holatda, oyoqlari to'g'ri bo`ladi. Bola yorug‘ dunyoga kelgach, uning hayot sharoiti butunlay o'zgaradi, ya'ni u shu zaxoti umuman boshqa bo'lgan past harorat (bachadon ichiga nisbatan) ko'ruv, tovush va boshqa qo'zg‘atuvchilar bo'lgan muhitga tushib qoladi. Bola yangi nafas tipiga, oziq moddalarni o'zlashtirish usuliga moslashishi, bu esa organizm boshqa a'zolarida ham o'zgarishlar bilan kuzatiladi.

Tug'ruqqa, ya'ni hayot sharoitiga moslashish jarayonini aks ettiruvchi holatlar, reaksiyalar chaqaloqning to'yish (chegara, tranzitor yoki fiziologik) holati deb nomlanadi. Bu holatning chegaraviy deb atalishi nafaqat ular ikki hayot chegarasi (homila ichi va tashqi) davrida yuzaga kelishi, balki yangi tug'ilgan chaqaloq uchun fiziologik bo‘lgan holat ma'lum bir sharoitda (tug‘ruqdan keyingi tashqi muhitning noxush sharoiti, parvarishdagi yetishmovchiliklar) patologik holatga o'tishi mumkinligidadir.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda chegara holatiga kiradi:

«Xozirgina tug‘ilgan bola» sindromi tug‘ruq jarayonida bola organizmiga ko‘p miqdorda garmonlar ajralishi hamda tashqi va ichki qo‘zg‘atuvchilarning ko‘pligi bilan bog'lik. Bola tug‘ilishi bilan chuqur nafas oladi, baland ovozda

yig’laydi va bukilgan holatni egallaydi.Tug‘ruqdan keyingi 5-10 minut davomida u faol bo‘ladi, so‘rg‘ichni qidiradi va ko‘krakka berilsa shiddat bilan emadi. Bir qancha vaqtdan so‘ng bola tinchlanadi va uxlab qoladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning deyarli hammasida hayotining 1-haftasida terisida o‘zgarishlar aniqlanadi:

Oddiy eritema —Terining qizarishi, hayotining 2-kunida yaqqol ifodalanib, 1-haftasini oxirida to‘liq yo’qoladi.

Toksik eritema — markazida sarg‘ish-kulrang zichlashish bilan dog‘simon toshma bo‘lib, oyoq-qo‘l bo‘g‘imlarining yozuvchi yuzalarida va ko‘krakda joylashadi. Shu bilan birga bola o‘zini yaxshi his qiladi, tana harorati me’yoriy. 1–3kun davomida yangi toshmalar paydo bulishi mumkin, 2–3 kundan keyin toshmalar yo’qoladi. Odatda davolash talab etilmaydi, lekin kuchli toksik eritemalarda qo‘shimchacha suyuqlik ichirish tavsiya etiladi, ba’zida antigistaminlar(allergiyaga qarshi vositalar) buyuriladi.

Teri qatlamining kepaklanishi — hayotining 3-5 kuni yuzaga keladi, ko‘pincha qorinda va ko‘krakda bo‘ladi. Keskin kepaklanish ayniqsa muddatdan o’tib ketgan bolalarda kuzatiladi. Davolash talab etilmaydi, lekin kepaklangan sohalarga yuvintirilgandan so‘ng bolalar kremini surtish mumkin.

Dastlabki tana massasining tranzitor kamayishi. Hayotining dastlabki kunlarida ochlik (sut va suv tanqisligi) natijasida yuzaga keladi. Tug‘ilgandagi tana vaznidan qat’iy nazar hayotining birinchi kunlarida tana vaznning kamayishi kuzatiladi. Dastlabki tana massasining maksimal kamayishi (TMMK) odatda 3—4, ba’zida 5-7 kun kuzatiladi. Sog’lom tug‘ilgan chaqaloqlarda TMMK odatda 6-8 % dan oshmaydi. TMMK yuqori ko’rsatkichlariga olib keluvchi omillar —bu, muddatiga yetmay tug’ilish, katta tana vazni bilan tug’ilish, yuqori harorat va xona (kyuvez) havosi namligining yetarlicha bo’lmasligi va boshqalar. Dastlabki, tana massasining kamayishi patogenezi suvsizlanish (suvning nafas va teri orqali yo’qotilishi) bilan bog’liq. Tug‘ruqda tranzitor kamaygan tana massasi 60— 70% chaqaloqlarda odatda hayotining 6-7 kunlariga kelib tiklansa, 75—85% chaqaloqlarda 10-kuniga va qolgan sog’lom bolalarning hammasida hayotining 2-haftasiga kelib to‘liq tiklanadi. 3-4 daraja muddatidan oldin tug‘ilgan chaqaloqlar, tug‘ilganda yirik va tana vazni katta bo‘lgan bolalar va kasal bolalarda yo’qotilgan dastlabki tana massasi sekin tiklanadi.

Maqsadga yo’naltirilgan parvarish: optimal issiq rejim, gipogalaktiyani o’z vaqtida aniqlash va ratsional taktika, erta ko‘krakka berish—TMMK erta tiklanishiga olib keluvchi asosiy omil.

Tranzitor giperbilirubinemiya. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning hammasida hayotining 1-kunida rivojlanadi, lekin sariqlik 60—70 % hollardagina kuzatiladi. Kindik qoni zardobida bilirubin konsentratsiyasining me’yoriy ko`rsatkichi 26—34

mkmol/l. Deyarli hamma chaqaloqlarda hayotining 1-kunida qon zardobidagi bilirubin konsentratsiyasi 1,7—2,6 mkmol/ l/soat tezlik bilan oshib boradi, 3-4-kunga kelib 103—137 mkmol/l ga yetadi. Bu holat hayotining 7—10 kuniga kelib o'tib ketadi. Tranzitor sariqlikda bilirubin miqdori uning bog'lanmagan fraksiyasi — bog'lanmagan bilirubin (bog'lanmagan bilirubin) hisobiga oshadi. Terining sarg'ayishi hayotining 2—3 kunida, qachonki bog'lanmagan bilirubin konsentratsiyasi muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda 51—60 mkmol/l, muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarda — 85—103 mkmol/l ga yetganda paydo bo'ladi.

Chaqaloqlarda tranzitor sariqlik patogenezi quyidagi omillarga bog'lik:

1. Bilirubin hosil bo'lishining oshishi: a) fetal gemoglobinni tutgan eritrotsitlar hayotining qiskarishi; b) noeffektiv eritropoez; v) gemm noeritrotsitar va bog'lanmagan bilirubin (mioglobin, jigar tsitoxromi va b.) dan almashinuv katabalik fazasida bilirubin hosil bo'lishining kuchayishi.

2. Jigar funksional xususiyatining pasayishi:

a) gepatotsitlar tomonidan bog'lanmagan bilirubinni ushlab qolishni pasayishi;

b) ona garmonini so'nishi sababli uridindifosfoglyukozodegidrogenaza va glyukuroniltransferaza faolligini pastligi hisobiga balirubinni glyukuronirlanishini pasayishi;

v) gepatotsitlardan bilirubin ekskretsiyasini pasayishi.

3. bog'lanmagan bilirubin ni ichakdan ko'p miqdorda konga tushishi :

a) Ichak devorida betta-glyukuronidaza faolligining yukoriligi;

b) Ichakdan qonning bir kismi venoz aransiyev yuli orqali jigarni chetlab pastki kovak venaga tushishi, bunda bilirubinni gepatoenterogen tasirqo'lyatsiyasi buziladi;

v) Ichaklar sterilligi v aut pegmentlari reduksiyasining kuchsizligi.

Buyrak funksiyalarining tranzitor xususiyatlari.

Erta neonatal oligouriya — deyarli hamma chaqaloqlarning hayotining dastlabki 3 kunligida kuzatiladi. Bola hayotining dastlabki dastlabki kunlaridagi ochlik, nafas bilan ko'p miqdorda suyuqlik — 1 ml/kg/soat atrofida yukotishi fiziologik fon uchun — oliguriya hayotining dastlabki kunlarida o'ta muhim kompensator-moslashuv reaksiyasi hisoblanadi.

Albuminuriya (proteinuriyani aniqrok aytganda) ham barcha chaqaloqlar hayotining dastlabki kunlarida qovuzloq va naycha epiteliylari o'tkazuvchanligining oshishi hisobiga kuzatiladi.

Siydik kislotali infarkt — 25 % muddatiga yetib tug'ilgan, 15 % muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar buyraklari yig'uv naylari bo'shlig'ida siydik kislotani kristall ko'rinishida cho'kishi. Infark siydigi sarg'ish rangda, xira, yo'rgagida rangiga mos dog' qoldiradi va hayotining 1-haftasida kuzatiladi.

5. Ichak tranzitor disbakteriozi —o'tib ketuvchi holat bo'lib, hamma chaqaloqlarda kuzatiladi. Onani suti bifidofloralarni tashuvchisi bo'lib, patogen floralarni siqib chiqishi yoki ular miqdorining kamayishiga olib keladi. Chaqaloqlik davrining o'rtasida bola ichagida bifidum bakteriyalar ustunlik qiladi.

6. Jinsiy kriz (gormonal kriz, sinkainogenez, miniaturada jinsiy yetilish va b.) quyidagi holatlarni o'z ichiga oladi:

Sut bezi dag'allashuvi (fiziologik mastopatiya) odatda hayotining 3—4-kuni boshlanadi, keyinchalik bez o'lchami kattalashadi, hayotining 7—8-kuni (ba'zida 5—6-kuni yoki 10-kuni)ga kelib, maksimum darajaga yetadi. Dag'allashuv bosqichi sekin asta kamayadi;

Deskvamativ vulvovaginit — jinsiy yoriqdan oqish-kulrang shilliqli ajralmaning kelishi, 60—70 % kiz bolalarda dastlabki 3 kunligida kuzatiladi va sekin-asta yo'qoladi;

Qindan qon kelishi (metrorragiya) odatda hayotining 5—8 kuni kuzatiladi. 5—10 % kizlarda uchraydi, davomiyligi 1—3 kun, hajmi 0,5—1,0 ml.

Milia — teri satxidan ko'tarilib turuvchi, o'lchami 2 mmgacha bo'lgan oqish-sarg'ish tugunchalar bo'lib, ko'pincha burun qanotlarida va ustida, peshona sohasida, engakda, ba'zida butun tanada joylashadi. Bu ko'p sekret bilan chiqaruv yo'llari bekilib qolgan yog' bezlaridir..

Moyak pardalari istiskosi (gidrotsele) — 5–10% o'g'il bolalarda uchraydi, chaqaloqlik davrida hech bir davosiz o'tib ketadi.

7. Issilqik balansini tranzitor buzilishi. Chaqaloqlarda termoregulyatsiya jarayonining yetilmaganligi, atrof-muhit haroratining oshishi yoki pasayishi, bola imkoniyatlarining noadekvat moslashuvi natijasida yuzaga keladi:

Tranzitor gipotermiya — tana haroratining pasayishi. Tug'ruqda bolani o'rab turgan muhit harorati 12—15 °S ga pasayadi. Bolani sovuqotishini oldini olish uchun tug'ilishi bilan isitilgan steril yo'rgakka o'raladi va ehtiyotkorlik bilan shu yo'rgak bilan quritiladi, teri bilan homila oldi suvining bug'lanishida issiqlik yo'qotilishini kamaytirish uchun turli issiqlik va bog'lanmagan bilirubin ostida isitilgan stolga yotqiziladi. Tug'ruq zalida havo harorati 24—25 °S dan past bo'lmagan holda ushlab turiladi.

Tranzitor gipertermiya hayotining 3-5 kuni paydo bo'ladi va uning chastotasi 0,3—0,5%ni tashkil qiladi. Tana harorati 38,5°—39,5 °S va undan balandga oshishi mumkin. Bola notinch, chanqoqlik bilan suv ichadi, shilliq qavatlarida quruqlanish, shuningdek, suvsizlanishning boshqa belgilari ham kuzatiladi. Tranzitor gipertermiyada terapevtik taktika fizik sovuq o'tishni, qo'shimchacha miqdorda suyuqlik buyurishni va ba'zi holatlarda analgetiklarni yuborishni o'z ichiga oladi.

Shunday holatda biz chaqaloqlik davrida kuzatiladigan asosiy holatlarni sanab o'tdik. Aslida esa ular nisbatan ko'proqdir. Shuni ta'kidlash kerakki, har bir

chaqaloqda ham homila chegaradosh holatlari rivojlanavermaydi, ulardan ko‘pchiligi—laborator fenomenlardir (tranzitor giperammoniyemiya), lekin shu bilan birga ularni bilish kerak, chunki ular boshqa bir alohida patologik jarayonni rivojlantirishi mumkin.

Tabiiy ovqatlantirish – bu ko‘krak yoshidagi bolalarni ona suti bilan boqish va 6 oydan boshlab ratsionga qo‘shimcha ovqatlar kiritishdir.

Ko‘krak suti bilan boqish, miqdori va sifati bo‘yicha eng qulay oziqa bo‘lib, bolaning oqsil, yog‘lar, uglevodlarga vitaminlarga, minerallarga bo‘lgan extiyojlarini to‘liq qoplaydi Ona sutida mayda dispers oqsillar ko‘p, sigir sutida esa dag‘al dispers oqsillar kazein) ko‘proqdir, oqsil miqdori sigir sutida ko‘pdir. Ko‘krak sutida bir necha barobar ko‘p to‘yinmagan yog‘li kislotalar bor bo‘lib, yog‘larni bola oshqozonida parchalanishi ko‘krak suti lipazasi ta’siri ostida boshlanadi. Ko‘krak suti uglevodlari ko‘proq b-laktozadan tarkib topgan bo‘lsa, sigir suti uglevodlari a-laktozadan tarkib topgan. Ko‘krak suti laktozasi bifidobakteriyalar o‘sishini stimullaydi.

Ko‘krak suti fermentlarga boy: amilaza (100 marta ko‘p), tripsin, lipaza (15 marta) ko‘p. Bu o‘z navbatida fermentlarni vaqtinchalik faolligi sustligini o‘rnini bosadi va o‘zlashtirilishni ta’minlaydi. Ko‘krak sutida mikroelementlar fermentlar, vitaminlar, miqdori optimal bo‘lib, bolaning ehtiyojlariga mosdir. Ko‘krak suti immunoglobulinlarga boy bo‘lib (A,G), spetsifik va nospetsifik rezistentlik faktorlarini o‘z ichiga olgan. Ona va bola orasida psixologik aloqa shakllanadi, ota-onalik hissiyotlari rivojlanadi.

Gipogalaktiya sabablari. Kech va kam ko‘krak berish, KSB reglamentlash laktatsiya jarayonini nazoratiga tehnik yondoshish, betartiblik, shoshma-shosharlik. Laktatsiyani sustligida tez-tez ovqatlantirish tavsiya etiladi(har 2-2,5 soatda tungi intervalsiz. Onada bolasi uchun yetarli miqdorda sut paydo bo‘ladi, laktotazni oldini olib va laktatsiyani stimullash uchun ikkala ko‘krakni berish lozim. KSBda suv bermasa ham bo‘ladi,chunki ona suti 80% suvdan tarkib topgan va shu sabab chanqovni qondiradi. Emizikli ayolni kun tartibi buzilishi (ortiqcha jismoniy va ruhiy yuklamalar, uyquni kamligi ovqatlanish tartibi buzilishi, kasalliklar, yoshi) laktatsiyani kamaytiradi. Ko‘krak suti bilan bolalarni kamroq yeyishi katta va juda yosh onalar boqishadi. Katta yoshliklarda bunga biologik sabablar bo‘lsa, yoshlarda sotsial va psixologik sabablardir(oilani rejalashni yo’qligi, tasodifiy urug‘lanish, KSBga hohish va intilishni yo‘qligi) Ovqatlantirish texnikasini noto‘g‘riligi**.**

Ona sutini hosil bo‘lishini va ajralishini ko‘paytiruvchi faktorlar

O‘z bolasini ko‘krak suti bilan boqa olishiga ishontirish, onaning betinch holatini bartaraf etish, ona o‘tirib, sutini sog‘ishga urinib ko‘rishi lozim. Ona sutini sog‘ishdan oldin bolani ona qorniga yotqizish maqsadga muvofiq. Issiq sut va choy ichish, ko‘kraklarni issiqda tutish, ko‘krak uchini chimchilash, uqalash. Umurtqalar

atroflarini massaj qilish. Ko‘krak bezi massaji, ovqatlantirishdan oldin(harakatlar bezning tanasidan surg‘ichiga qarab bajariladi). Nikotin kislotasi,vitamin Ye, UFO, UVCh, ultrazvuk, fitoterapiya

Ko‘krak suti bilan oziqlantirish

Bolaning jismoniy va asab-ruxiy tizimi ning rivojlanishida uni o‘rab turgan tashki muhitni to‘g‘ri tashkil qilishdan tashqari, u tug‘ilgan birinchi kundan boshlab mukammal ovqatlantirish tartibini ham tashkil qilish lozim. Bolani fiziologik ehtiyojlarini to‘la qondirgan ovqat, uni garmonik o‘sishini, immunitet hosil bo‘lishini va tashqi muhitning har xil nomaqul sharoitlariga chidamliligini ham oshiradi. Shuning uchun bu mavzuga, bo‘lajak shifokorlar alohida e’tibor berishi va chuqur bilimga ega bo‘lishlari kerak.

Shikoyatlari (onadan yig‘iladi) – bezovtalik, emayotgan paytida uxlab qolishi, to‘sishni yoki ko‘krak sutining xiqichoq bilan qaytarishi. Ona hayoti tarixi (anamnezi) - sotsial xolati, umumiy madaniyati. Iqtisodiy hayoti sharoitlari. Jinsiy kasalliklar. Sog‘likka ziyon yetkazuvchi (ichish, chekish, narkotiklar iste’mol qilishi va x.k.o.) odatlari.

Salomatlikka ta’sir qiluvchi ishlab chiqarish muassasalarida xizmat qilish. Oilaning iqtisodi homilador ayolning shu homila paytida ovqat va kun tartibi, qabul qilingan har xil dori darmonlar, kechirgan kasalliklari. Bola hayoti tarixi (anamnezi) onasidan yig‘iladi. Tug‘ilish jarayoni (o’z okligi, doyalik qo‘llanmalar, asorati), tug‘ilgandagi og‘irligi, bo‘yi, qachon ko‘krak berilganligi, necha soatdan keyin emganligi, chaqaloqning chilla paytida kasalliklari (chaqaloq va ona qonining gruppa va rezus faktori mos kelish-kelmasligi, yiringli kasalliklar va x.k.o.) qachon va qanday og‘irlikda tug‘ruqxonadan chiqqanligi. Bolaning jismoniy o‘sishi-og‘irligi va bo‘yi, ovqatlantirish (emizish) tartibi, vaqti, emish faolligi, bir yoki ikkala ko‘krakdan boqish, emib bo‘lgandan keyin ko‘krakda sut qolish-qolmasligi, qanday sharbatlarni qachondan bera boshladi, ularning miqdori va bola qanday qabul qilganligi, qaysi oydan va qancha miqdorda vitamin "D" berila boshlandi. Obyektiv tekshiruv. Bola og‘irligi va bo‘yining uning yoshiga monandligi (xisoblov formulalarini qo‘llab topiladi). Ovqat hazm qilish a’zolaridagi har xil tug‘ma anotomik o‘zgarishlar (kuyonchik, mikroglossiya, kattik tanglayni bitmay qolishi "bo‘ri tanglay", Robin-Per sindromi, pilorostenoz), asab-ruhiy o‘sishi (emish faolligi, uyqusining davriyligi, ham da o’z oqligi), teri rangi (och qizg‘ish, rangpar), elastikligi (saqlangan yoki past), mushaklar tonusi (saqlangan yoki past).

6. Kontrol (nazorat) o‘lchovlar.

7. Go‘dakning ovqat tarkibiy qismlarga va kalloriyaga bo‘lgan ehtiyojini hisobga olgan holda ovqat miqdorini aniqlash, kerak bo‘lsa qo‘shimcha ovqatlar kiritish.

8. Ovqatlantirish varaqasi (ko‘krakdan boqish kundaligi) - bunda sutkada bola

emayotgan sut miqdorini yetarli - ekanligi obyektiv baholab, yetishmayotgan oqsil, yog', uglevod va kalloriyasi aniqlanishi, ularni korreksiyasi, kiritilgan qo‘shimcha ovqatlar aniq ko‘rsatilishi shart.

Tabiiy ovqatlantirish

Bolani sog‘lom o‘sishi va rivojlanishdagi muhim omillardan biri bu sifat va miqdor jihatidan to‘laqonli ovqatlantirishdir. Sifat va miqdor jihatidan to‘g‘ri ovqatlantirish go‘dakning gormonik o‘sishi va rivojlanishi, tashqi muhitning o‘zgarib boruvchi faktorlariga moslashuvi hamda yuqori immunologik rezistentligining asosiy garovi.

Bolaga beriladigan ovqat tarkibi o‘zining sifati va miqdoriga nisbatan, go‘dak oshqozon-ichak tizimi adaptatsion xususiyatlariga, hamda modda almashinuvi jarayoni darajasiga mos bo‘lishi kerak. Bunday ovqatlantirish A.A. Pokrovskiy tomonidan muvofiq ovqatlantirish konsepsiyasi sifatida talqin qilingan.

Bu konsepsiyaga binoan bola organizmi hayoti faoliyatini nafaqat unga yetarli miqdordagi energiya va oqsil kiritish yo‘li bilan, balki ovqat tarkibida kiritiladigan ko‘p sonli barcha almashtirib bo‘lmaydigan faktorlarning miqdori va ularning o‘zaro miqdor nisbatlarini muvozanatli kiritish hisobiga to‘g‘ri tashkil qilish mumkin, chunki bu faktorlarning miqdori, sifati va o‘zaro nisbati organizmda alohida spetsifik rol o’ynaydi. Ayni paytda kiritilayotgan ovqat sifati va miqdori bola organizmi fuksional va biokimyoviy xususiyatlariga ham mos bo‘lishi shart. Boshqacha qilib aytganda muvofiq ovqatlantirishning asosiy tartibi bu ovqatning kimyoviy tarkibi bola organizmidagi fermentlar konstellyatsiyasiga mos bo‘lishi kerak. Ilk yoshdagi bolalar organizmi fiziologik, morfologik, biokimyoviy xususiyatlariga to‘la mos keladigan ozuqa bu ona sutidir.

Sut bezlarining shakllanish bosqichlari.

Ko‘krak bezlari dastlab homilaning 6 haftalik davrida 4-6 qator hujayralardan tashqari topgan ektodermal bo‘rtiq sifatida shakllanadi. homiladorlikning 15 haftasiga kelib mezenximani qamrab oluvchi xujayralar 15-20 epitelial yo‘lakchalarni hosil qilib bo‘linadi. Kelgusida bu yo‘lakchalardan sut bezlari fermentlari hosil bo‘ladi. Shu davrda bezlarning qon tomirlari va aloxida apokrin " (Montgomeri) bezlari turkumi ham shakllanadi. Homilaning 8 oyligida esa sut bezlarining bosh chikaruv yo‘llari paydo bo‘ladi. Shunday qilib homila tug‘ilganda 1 sut bezlarining faqat bosh chiqaruv kanali shakllanadi xolos. Neonatal davrdagi jinsiy kriz (gormonal) hisobiga bo‘ladigan o‘zgarishlarni nazarga olmaganda ko‘krak bezlari jinsiy rivojlanish davriga qadar o‘sishdan to‘xtaydi. Qiz bolalar -10-12 yoshga kelib, ularda gonadotrop gormonning ajralishi follik ulalar shakllanishi va natijada follik ulalardan esterogenlar ajralib, ular o’z navbatida sut bezlarini o‘sishini, ham da sut yo‘llari shakllanishini stimullaydi. Bu davrda ya’ni 12-13 yoshga kelib so‘rg‘ich atrofi aylanasi ham kattalashadi. Demak, pubertat davrining

dastlabki 2-3 yilida sut bezlarining shakllanishi asosan esgerogen gormoni ta’siri ostida kechsa, ularning qiz bolalar o‘smirlik davridagi shakllanish darajasiga esa shu jumladan so‘rg‘ich oldi pigmentatsiyasi darajasi ham esterogen va progesteron gormonlarining birgalikdagi ta’siri ostida yetadi. Lekin faqat homiladorlik davridagina ko‘krak bezlari sut sintez qilish darajasiga qadar to’liq shakllanadi. Hozirgi paytda laktatsiya jarayonining 4 bosqichi farq qilinadi, ya’ni: (Mammogenez)

1. Laktogenez (sutni sekretsiya qilish davri).
2. Galaktopoez (sekretsiya qilingan sutni yigilish davri)
3. Sut bezlarining avtomatik (o’z -o’z idan) tarzda faoliyat ko‘rsatish boskichi.

Bu boskichlarning to‘liq tavsifi tibbiy adabiyotlarda keng yoritilganligi ufayli ushbu qo‘llanmaga biz ularni kiritishni lozim topmadik. Lekin bu bosqichlardagi ayrim muhim jarayonlarga quyida to‘xtab o‘tamiz.

Sut bezlari xujayralarida sutning hosil bo‘lishi

Laktatsiya jarayonining to‘la shakllangan davridan boshlab, sut, emizilayotan bola extiyojiga mos ravishda doimo ajralib turadi. Sut. epitelial xujayralarda hosil bo‘lib sut bezi alveolalari, sut yo‘llarida yig’iladi va bola emishi bilan ajrala boshlaydi. Bu jarayonining sut hosil bo‘lishi va ajralishidagi o’rni nihoyatda katta. Emish jarayonida neyroendokrin refleks hosil bo‘lib, buning natijasida surg’ichdan gipotalamusga afferent impulsatsiya jo’natiladi. Natijada gipotalamusning paraventriqo‘lyar, suprooptik yadrolaridagi magnotsellyulyar neyronlari ko’zg’alib, uning aksonlari orqali qo’zg’alish potensiali gipofizning orqali tarqaladi va oksitotsin gormonini ajralishiga olio keladi. Bu gormon o’t yo‘llariga qon orqali tushib mayda sut yo‘llari, alveolalar atrofidagi miochitelial xujayralarining kiskarishini, hamda shuni hisobiga sutning alveolalardan sut yo‘liga chikishini ta’minlaydi. Yuqorida keltirrpgan sutni alveolalardan (o’t yo‘llariga oqib chiqishi faqatgina neyroendokrin yo‘l bilan kechishini nazardan chetda qoldirmaslik va bunda emish jarayonining eng muxim omil ekanligini doimo esda tutish lozim. Chunki, sut bezi alveolalardan sutni sut yo‘llariga kelib tutilishini buzilishi doimo sekretsiya qilinayotgan sut miqdorini kamayishiga olib keladi.

Sut tarkibiy kismlarining, ya’ni komponentlarini sekretsiya qilishining bir necha yo‘llari farq qilinadi:

Birinchisi: sutni suvli kismi tarkibiga kiruvchi asosiy komponentlarini shu jumladan kazein, laktoalbumin, laktoza, kalsiy, fosfatlar, tsitratlar va x.k. hosil bo‘lishiga olib keladi. Bu usul bilan sut komponentlarini, ya’ni oqsilni hosil bo‘lishi endoplazmatik retiqo‘lumdan boshlanib, mayda veziqulalar sifatida Goldji apparatiga o‘tkaziladi, Goldji apparatida oqsilga fosfat guruhlarini biriktirish, qo‘shimcha glikolizlanish va x.k. kabi ishlov berilib, sekin asta uning, ya’ni Goldji apparatining tashqi kavatiga o‘tkaziladi, natijada bu yerda kazein mitsellalari hosil

bo‘ladi. Kazeinning fosforlangan molekulalari kalsiy tuzlari bilan birikib, birgalikda tarkibida katta miqdordagi kalsiy va fosfor tutuvchi bir necha ming oqsil molekulalaridan iborat yirik agregatlarni hosil qiladi. Goldji apparatidagi bu birikmalar sekreter vezikulalar sifatida birikadi va ekzotsitoz yo‘li bilan alveolalarga sekretsiya qilinadi. Laktoza ham Goldji apparatida hosil bo‘ladi. Bu uglevod yetarli miqdordagi suyuqlik tarkibida bo‘lganligi uchun ham, ona suti plazmaga nisbatan izotonik xisoblanadi. Buning hisobiga ona suti tarkibi (90% suvdan iborat) bolani suyuqlikka bo‘lgan talabini to‘la qondiradi, xatto issik geografik sharoitli mamlakatlarda ham.

Sut tarkibidagi yog‘ning 80% plazma triglitseridlaridan hosil bo‘ladi (ona sutida nixoyatda kam miqdorda yog bo‘lsa bundan mustasno). Triglitseridlar gidrolizlanib yog‘ kislotalari va glitserin shaklida sut bezlari tomonidan ushlab qolinadi. Bu substratlar yangitdan sut bezidagi xujayrada sintezlangan yog’ kislo-talari va glitserin bilan sutning yog’li globo‘lalarini hosil qilib, xujayraning sut yo‘liga qaragan qutbiga yakinlashib boradi va membranaga yetgandan so‘ng sut yo‘liga, hamma tomonidan plazmatik membrana bilan qoplangan ajralma sifatida so’rib chiqariladi. (2-yo‘l). Bu yog’ koponentini o‘rab turuvchi membrananing ahamiyati yog’ni bir-biri bilan yopishib nihoyatda yirik yog‘ globulinlari hosil bo‘lishini oldini olishi hamda bolani yetarli miqdordagi fosfolipidlar bilan ta’minlashdan iborat.

To‘la shakllangan laktatsiya jarayonida ona suti tarkibidagi natriy, kaliy, xlorid miqdori nihoyatda past konsentratsiyada (20 mM) aniqlanadi. Bu tuzlar ham glyukoza yoki boshqa oz sonli past molekulali metabolitlar singari sut bezi xujayrasiapikal membranasidan erkin o‘tadi (3-yo‘l).

Qon plazmasi yoki sut bezlari interstitsial suyuqligidan hosil bo‘luvchi komponentlari, shu jumladan immunoglobulinlar xujayra yuzasidan maxsus mexanizmlar ta’siri ostida ajraladi. Bu xol immunoglobulinlarni ajralishida qo’yidagicha kuzatiladi, ya’ni sut bezi xujayralarida hosil bo‘ladigan maxsus faktor (retseptor) xujayra bazal membranasiga yakinlashadi va u sut tarkibiga kiruvchi asosiy immunoglobulin bilan bog‘langandan so‘ng xujayra tomonidan endotsitoz qilinadi va membrana bilan bog‘langan vezikula ko’rinishida apikal membrana tomon transport qilinadi, bu yerda sut yo‘liga ajratiladi. Ajratilish davrida retseptorning bir qismi membrana bilan bog‘langan komponentdai ajralib birgalikda sekretsiya qilinadi. Retseptorning bu qismi sekreter komponent nomi bilan atalib, u immunoglobulinni bola oshkozon-ichak tizimida degradatsiya (parchalanishdan) qilinishdan asraydi.

Shunday qilib, laktatsiyaning to‘la shakllangan davrida sut komponentlarini hosil bo‘lishi - bu transsellyulyar jarayonidir, yoki boshkacha qilib aytganda sut tarkibiy kismlarini hosil bo‘lishida ishtirok etuvchi plazma, interstitsial suyuqlik

komponentlari sutga o‘tishdan avval albatta sut bezl alveolyar xujayralariga kirishi, kerak bo‘lsa unda kimyoviy qayta ishlov berilib keyingina) sut suyuqligiga o‘tkaziladi. Xujayralararo kontaktlar ham berk, faqatgina bu kontaktlar orasidan ayrim qon donachalarigina o’ta olishi mumkin xolos. Lekin sut bezining yallig’lanishida shu jumladan homiladorlik, hamda sut hosil bo‘lishni involyutsiya davrlarida bu kontaktlar ochiladi, natijada plazma komponentlari sut yo‘llariga paratsellyular yo‘l bilan o‘tishi kuzatiladi. Buning natijasida sut bezi sekreti tarkibidagi natrny va xlor miqdori ortib 25 mMdan 140 mMga yetadi, sutning asosiy komponentlari miqdori esa, ya’ni laktoza va x.k. bir necha marta pasayadi. shu jumladan sutning miqdori ham.

Yuqorida sut bezining shakllanish bosqichlari zikr qilingan edi. Bu bosqichlar qisqacha quyidagicha kechadi. Homiladorlik paytida sut bezlari sut hosil qiluvchi a’zo sifatida to’liq shakllanadi. Lekin hosil bo‘lgan sekret miqdori nihoyatda kam. Buning sababi ona qornidagi esterogen va progesteron kabi jinsiy gormonlar konsentratsiyasining yuqoriligi bilan tushuntiriladi. Bu holat homila tug‘ilgandagi keyingi dastlabki vaqtdagi o‘g‘iz sutini sekretsiyasi davrida ham kuzatiladi. Ayni paytda bu o‘g‘iz suti miqdori kam bo‘lishiga qaramasdan uning tarkibi himoya faktorlariga, ya’ni laktoferrin, immunoglobulinlarga va h.k. nihoyatda boy.

Sut bezlari xujayralarining gormonlar bilan ingibitsiyalanishi dastlabki 3-5 kun ichida progesteron va esterogen ona qon plazmasidagi konsentratsiyasini kamayishi hisobiga susayadi, natijada sekin asta sekret (sut) miqdori ortib boradi. ya’ni homila tug‘ilgandan keyingi to’rtinchi kuni o’rtacha 550 ml/sutkani tashkil qiladi. Dastlabki 4-5 oy ichida umumiy sutkalik sut miqdori 800 ml dan kam bo‘lmasligi kuzatilgan

Sut bezlari sekretning tarkibiy qismlarini o‘zgarishi ham dastlabki

haftadan boshlanadi. Bunda sekret tarkibidagi natriy miqdori urtacha ko‘rsatkich 50 mM dan 4-kunga kelib 20 mMgacha kamayadi. Bu esa Nevil va boshkalar fikricha sut komponentlarining hosil bo‘lishida transsellyulyar yo‘lining ortib borishi, ya’ni sut bezi xujayralar kontaktlarining (oraliq bo‘shliqlarning) yopilganligi to‘g‘risida dalolat beradi, natijada birinchi oyning oxirida bu ko‘rsatkich, ya’ni natriy miqdori 5 mmgacha kamayadi. Ayni paytda sut tarkibidagi laktoza miqdori agar homila tug‘ilgan kunida 60 mM teng bo‘lsa, 30 kundan keyin esa 200 mMgacha ortadi.

Ona suti tarkibidagi oqsillarni ayniqsa, himoya funksiyasini shakllanishida ishtirok etuvchi immunoglobulinlar, laktoferrin konsentratsiyasi sekret miqdori ertishi bilan kamayib boradi. Lekin ularning umumiy sutkalik miqdori laktatsiya karayonning barcha davrlarida deyarli bir xilda qolishi kuzatiladi, ya’ni laktatsiyaning dastlabki davrida sut miqdori kam, ammo immunoglobulinlarga boy, kelgusida esa sut miqdori ortishi bilan ularning sut o‘lchov birligidagi qiymati

kamayadi. Bundan shunday xulosa qilish mumkinki, bola har kuni ona suti bilan oladigan himoya faktorlarining umumiy miqdori laktatsiyaning barcha davrlarida deyarli bir xil.

Bizning fikrimizcha laktatsiya jarayonning eng muxim bosqichi bu sut bezlarining avtomatizmidir. Bundan oldingi bosqichlar tibbiy adabiyotlarda mukammal yoritilganligini hisobga olib biz faqat 4-bosqichga mukammalroq to`xtalib o‘tishni lozim deb topdik. Chunki mana shu bosqichni shakllanishi bolani kelgusida to‘laqonli ona suti bilan ta’minlashda alohida o’rin tutadi.

Bu bosqichda agar sut bezlaridagi sekret bir necha kun davomida so’rib olinmasa, sut hosil bo‘lishi intensivligi susayib boradi va to’xtaydi. Sekretning tarkibi ham shu bilan birga o‘zgarib boradi, ya’ni og‘iz suti tarkibiga yaqinlashib boradi (Kulski J.K., Hartmann P.E., 1981). Bo‘lar sut tarkibidagi natriy va xlor miqdorini ortib borishini eng intensiv vaqtini ko‘krakdan emizish to‘xtatilgandan 3-4 kun o‘tgandan keyin kuzatishgan. Demak, bu bosqichda laktatsiyaning yetarli kechishining asosiy omili bu ko‘krakdan emizishdir. Haqiqatdan ham ona organizmi tomonidan laktatsiyaga tasir qiluvchi faktorlar, ya’ni ovqat tarkibi, yoshi, tana tuzilishi, homiladorlik soni va x.k. kabilarni sut hosil bo‘lishida ikkilamchi o’rin tutishi kuzatilgan (Prentis A.M. va boshkalar, 1986).

Sut sekretsiyasini regulyatsiyasida ikki mexanizm farq qilinadi. Ulardan birinchisi bu gormonal regulyatsiya, ya’ni prolaktin bilan ikkinchisi esa sut tarkibida sekretsiya qilinuvchi sut miqdorini kamaytiruvchi oqsil ingibitordir.

Bolaning ko‘krakning emishi ona organizmida prolaktin gormonini hosil qilishdagi, asosiy faktordir. Buning natijasida sut sekretsiyasi miqdori ortadi. Ayni paytda bu prolaktin hisobiga hosil bo‘lgan sut miqdori bolaning kundalik o’sib boruvchi talabiga teng maxfiylik miqdorini yetkazib bera oladigan nozik mexanizmmi? - degan savol tug‘ilishi muqarrar. Ma’lum bo‘lishicha ona organizmidagi prolaktin miqdori sutka davomida o‘zgarib turadi. Bundan tashqari faqat ko‘krakdan bolasini boqayotgan onalar qonidagi prolaktin konsentratsiyasi nihoyatda o‘zgaruvchan. Zunn P.G. va boshqalar fikricha ona qonida prolaktin faolligi uning ovqatlanish statusi bilan bogliq. Bu avtorlar yuqoridagi dalillardan shuni taxmin qiladiki, ovqatlanishi urtachadan past onalarda prolaktinni hosil bo‘lishini stimulyatsiya qiluvchi asosiy omil emizish.

Hozirgi paytdagi ma’lumotlarda ona suti tarkibidagi oqsil faktorning (ingibitor) sekret miqdoriga tormozlovchi ta’siri keng talkin qilinayapti. Ammo bu faktor xanuzgacha toza holda ajratib olinmagan. Bu faktorning xakikatan ham ona suti tarkibida ajralishini, hamda bola emib bo‘lgandan keyin sut bezi alveolalarida qolayotgan sutda ham bo‘lishini va aksincha to’liq emganda bo‘lmasligi hisobiga sut miqdorini kamayishi yoki ortishini nazarda tutilsa, sekret miqdorini regulyatsiya qiluvchi asosiy omil bu bolani ko‘krakdan emizish ekanligini tushunish qiyin emas.

Demak, xulosa qilish mumkinki, tabiiy ovqatlantirilayotgan sog‘lom bolani kundalik ozuqaga bo‘lgan talabiga mos nisbatdagi sut miqdorini faqatgina uning o’zi belgilaydi, agarda bola ona ko‘kragidan to‘g‘ri oziqlantirilsa va u sog‘lom bo‘lsa laktatsiya jarayonini yaxshilash, demak bu sut bezlarini regulyar sut-dan ozod bo‘lib turishidir. Shuning uchun ham bemor va chala tug‘ilgan chaqaloqlarnis kelgusida to’liq ona suti bilan boqish uchun, ona ko‘kragidagi sut regulyar sog’ib olib turilishi kerak.

Ona sutining kimyoviy tarkibi va uning biologik ahamiyati.

Ona suti bola uchun muhim ozuqa omilidir. Ko‘krak suti tarkibidagi komponentlar miqdori va ularning o‘zaro nisbati shunday tizimdaki, bu tizim intensiv o’sib, rivojlanishib borayotgan bolaning talabini to‘la qondira oladi. Tabiiy ovqatlantirilayotgan bolaning gormonik rivojlanishi, hamda uning organizmi immun donachalarining yetarli miqdorda ishlab chiqarishga qodir bo‘lmagan dastlabki oylarda, go‘dakni yuqumli kasalliklardan asrashda asosiy o’rin egallaydi. Faqat ona suti bilan boqilayotgan ko‘krak yoshidagi bolalarning sun’iy, aralash ovqatlantirilayotgan bolalarga nisbatan 2,5 marta kamroq kasallanishi, oshkozon-ichak tizimi kasalliklari bilan esa 25 barobar kam kasallanishi bunga aniq dalildir. Bundan tashqari ona bilan bolaning doimiy jismoniy yangi tug‘ilgan chaqaloqda doimiy himoya, iliqlik tuyg’usini, onada esa onalik mehrini uygonishiga bu esa kelgusida bolani sotsial muhitga, onani esa xomiladorlik davrini homila tug‘ilgandan keyingi davrga moslanishini yengillashtiradi.

Chaqaloq tug‘ilgandan keyin dastlabki 3-4 kun ichida ona ko‘kragidan o‘g‘iz sutini, 6-7 kundan boshlab esa yetuk ona sutini oladi. O‘g‘iz suti yetuk ona sutiga nisbatan quyuqrok och sariq rangdagi suyuqlikdir. Yetuk ona sutiga nisbatan o‘g‘iz suti o’z tarkibida yangi tug‘ilgan chaqaloq qon plazmasi tarkibidagi oqsilga yakin ko‘p mivdordagi oqsilni tutadi. O‘g‘iz suti tarkibida oqsilning albumin, globulin fraksiyalari kazein fraksiyasidan ko‘p bo‘lsa, bu holat yetuk ona sutida deyarli tenglashadi.

Sut	Oqsilning umumiy miqdori	Kazein	Laktaalbumin va globulin	Yog	Laktoza
O‘g‘iz suti, Molozivo	5,6	2.0	3.5	3,2	5,7
O‘tkinchi sut	1,6	0,9	0.8	3,7	6,8
Yetuk ko‘krak suti	1,2	0,6	0,6	3.5	6,5

1-tablitsa. Og‘iz suti va yetuk ona sutnning kimyoviy tarkibi (%).

Og‘iz suti tarkibidagi yog’ning tarkibiy qismi bola tanasilagi yog’ to’qimasi tarkibiga mos. Mikroskop ostida yog’ donachalari bilan bir qatorda " og‘iz suti donachalari" deb nomlanuvchi donachalar ham aniqlanadi. Bu donachalar asosan leykotsitlardan nborat bo‘lib, aniqlanishicha ularning ko‘p qismi funksional faol limfotsitlardan iborat. Dastlabki kundagi og‘iz sutining energetik qiymati 1500 kkall teng bo‘lsa, u 7-8 kunga kelib 600-700 kkal/l gacha pasayadi. Yuqorida keltirilgan dalillardan ko’rinadiki, yangi tug’ilgan chaqaloq uchun eng muxim ovqat bu og’iz suti, chunki u kam miqdorda bola organizmiga tushishiga qaramay, bolani barcha ozuqa asosiy komponentlariga, energiyaga bo‘lgan talabini qondira oladi. Og‘iz suti bilan boqish davri yangi tug‘ilgan chaqaloq uchun nafaqat trofogen (energiya va plastik materiallar manbai) balki immunologik ahamiyatiga ham ega. Og‘iz suti bilan chaqaloq immunoglobulin va shunga o’xshash bir qator himoya faktorlarini ham oladi. Bola organizmining himoyasida Jg aahamiyati nihoyatda katta. Jg A bola organizmi shilliq qavatlariga (ayniqsa oshqozon-ichak tizimidagi) adsorbsiya qilinishi hisobiga, bu shilliq qavatlarga mikroblarni yopishishini oldini olib, bola organizmiga antigen omillarnn kirishini susaytirib, neytrofillar xemataksisiga tusqinlik qiladi. Bu immunoglobulin yuqorida aytilganidek, oshqozon ichak tizimidagi fermentlar faolligiga chidamli va o’z xususiyatlarini ular ta’siri ostida o‘zgartirmaydi (5a-tablitsaga karang).

Og‘iz suti tarkibida leykotsitlar-limfotsitlar ham aniqlanadi. Bular asosan T va V limfotsitlardan iborat bo‘lib, ularning funksiyasi xujayra immuniteti bola organizmida shakllanishida ishtirok etadi deb taxmin qilinadi. Shu jumladan og’iz sutida makrofaglar va neytrofillar ham bo‘lishi aniqlangan. Bu himoyada ishtirok etuvchi xujayralar ham o’z fiziologik xususiyatlarini bola organizmida saqlab qolishi, hamda ularning mikroblari fagatsitozi jaryonida ishtirok etishi kuzatilgan.

Og‘iz suti tarkibidagi yetuk sutdagiga nisbatan vitamin A va karotin miqdori 2-10, askorbin kislotasi 2-3 barobar ko‘pligi, shu jumladan vitamin V_{12} va E ham, tuzlar esa 1,5 barobar ortiq.

Yuqoridagi keltirilgan dalillardai xulosa qilish mumkinki, ogiz suti bilan ovqatlantirishni yangi tug‘ilgan chaqaloqning dastlabki kunlardagi tashki muxit sharoitlariga moslashuvi jarayonidagi urni nixoyatda katta va bu mahsulotni boshka hech bir hayvon yoki sun’iy mahsulotlar bilan almashtirish mumkin emas

Yetuk ona suti tarkibidagi oqsil, yog, uglevod, mineral moddalar, vitaminlar miqdori optimal nisbatdadir. Yetuk ona suti o’zining kimyoviy tarkibiga nisbatan boshka sutlar, ya’ni xayvonlar sutidan tubdan farq qiladi.

Ona suti tarkibidagi oqsil miqdori sigir suti tarkibidagi oqsildan 2,5 barobar kam, uglevodlari esa 1,5 marta ko‘p bo‘lsa, tuzlar miqdori esa 3.5 marta kamdir.

Ona suti tarkibidagi karbon suvlar, sigir suti tarkibidagi karbon suvlardan

nafaqat miqdori balki sifati bilan ham farq qiladi. Ona suti tarkibidagi β-laktozaning ingichka ichakda α-laktozaga nisbatan surilishi sekinrok bo‘lganligi uchun ham u yo’g’on ichakkacha yetib boradi. Bu xolning bir tomonidan ichak ximusi osmolyar bosimini ingichka ichakning barcha qismida bir xilda saqlab turishidagi urni katta, ikkinchi tomondan esa u yug’on ichakkacha yetib borib u yerda ichaklar saprofit mikroflorasini shakllantiradi va ichaklardan rN muxitini (rN=5,0-5,8) optimal me’yorda ushlab turadi.

Ichak mikroflorasini shakllanishida esa ona suti karbon suvlari tarkibiga kiruvchi poli va olpgo aminokaidlar o’rni kattadir, ya’ni anikrogi beta-galaktozid fruktozani. Shuning uchun ham bu modda ona suti tarkibidagi "bifidus faktor" deb ataladi, chunki boshqa poli va oligo aminosaxarid komponentlari (ular 14 dan ortiqlik) bunday xususiyatga ega emas. Shuni ta’kidlab o‘tish kerakki, hozirgi paytda aniklanishicha laktuloza uglevodining ham o’z xususiyatlari bilan bettagalaktozid fruktozaga yaqinligi tufayli uni sun’iy sut mahsulotlarini tayyorlashda ishlatilyapti.

Betta-laktoza ichakda V guruhiga oid vitaminlarni sintezlanishini kuchaytiradi, neytral yog’larni kamaytiradi va nixoyat letsetin miqdorini ortishini taminlaydi.

Ona suti tarkibidagi oqsil miqdori sigir sutidagi oqsilga nisbatan 2-*1.5* barobar kam, lekin bu oqsilpar sifati bilan biri ikkinchnsidan tubdan farq siladi (2-tablitsaga karang). Ona suti tarkibidagi albumin-globulin fraksyalarining kazeinga nisbati 1,5:1 atrofida bo‘lsa, bu ko‘rsatkich sigir sutida 1:4 a teng. Ona sutida mayda disperslanuvchi oqsil fraksiyalarining ko‘pligi, uni mayda bo‘lakchalariga bo‘linadi, bu esa o’z navbatida ona suti tarkibidagi oqsilning oson parchalanishini va so’rilishini ta’minlaydi.

Ona suti oqsilining biologik qiymati sigir suti oqsiliga nisbatan balandligi, uning tarkibidagi aminokislotalar soni va miqdori bilan aniqlanadi Go‘dak yoshdagi bolalar organizmida gistidin sintez qilinmaydi va shuning uchun ulardagi organizmda sintez qilinmaydigan aminokislotalar soni kattalardagi kabi 8 ta emas, balki 9 tadir (8+ gistidin). Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar organizmida dastlabki haftalarda sistin ham sintez qilinmaydi. Quyida keltirilgan tablitsadan (2- tablitsa) korinib turibdiki, barcha sutlar turida kerak bo‘lgan aminokislotalar mavjud, lekin ona sutidagi aminokislotalar soni hayvon sutiga nisbatan deyarli 3 marta kam bo‘lishiga qaramay, bu aminokislotalar nisbatlari bir yoshgacha bo‘lgan bolalar talabiga mos. Shuning uchun ham tabiiy ovqatlantirilayotgan bolalarning aminokislotalarga talabi sun’iy boqiladigan bolalar talabiga nisbatan kam.

Shuni ham ta’kidlab o‘tish kerakki, ona sutidagi oqsiliing 1/3 qismi parchalanmasdan oshqozon shilliq qavatidan bola organizmiga so’riladi. Bu oqsilning bola qonidagi oqsil bilan deyarli bir xil tizimga ega bo‘lishi, bolada

aldergologik kasalliklarni chaqirmaydi.

Ona suti tarkibidagi immunoglobulinlar va yana bir qator faktorlar borki, bu faktorlar bolani yuqumli infeksion kasalliklarga chalinishini oldiga oladi. Hozirgi paytda ma'lumki, ona organizmida infeksion antigen bilan oshqozon ichak tizimi deyiladi, nafas yo'llarida, terida va x.k. kontaktda bo'lgan limfotsitlar sut bezlari alzeolalariga kirishi va buning natijasida hosil bo'lgan Immun donachalarini, shu jumladan limfotsitlarni ham sut orqali bola organizga o'tishi, undagi immunitet jarayonini, sun'iy ovqatlantirilayotgan bolalarga nisbatan yetuk ekanligini bildiradi. Sut bilan bola oshqozon ichak tizimi tushgan faol leykotsit va limfotsitlar ham o'z himoya funkiiyasini davom qilish xususiyatini saklab qoladi.

Ona suti tarkibidagi fermentativ faoliyatni bajaruvchi oqsillarining ham biologik ahamiyati nihoyatda katta. Ko'krak sutida asparagin, alanin aminotraisferazalar, degidrogenazalar va katapaza faolligi nihoyatda baland. Oqsilni parchalovchi gidropitik fermentlarining ahamiyati esa nihoyatda katta, chunki bola oshqozon va ichak tizimidagi bu fermentlar faolligi past, ayniqsa hayotining dastlabki oylarida ayni paytda ko'krak sutidagi pepsinogen, tripsin, antitripsin faolligi ayniqsa og'iz sutida va laktatsiyaning dastlabki oylarida baland bo'lishi kuzatilgan. Bundan kurinadiki, bola dastlabki oylarigi oshkozon ichak tizimidagi fermentativ yetivmovchiliklar ona suti tarkibidagi fermentlar hisobiga to'ldiriladi, ya'ni ona suti oqsili autopitik yo'l bilan ham parchalanadi. Ona suti tarkibida 19 dan ortiq fermentlar aniqlangan. Bu Fermentlar agar ona sutiga termik ishlov berilsa parchalanadi. Ularning ayrimlarini fiziologik ro'li quyida keltiriladi (5a-tablitsaga qarang).

Ona suti va sigir suti tarkibidagi yog'lar miqdori deyarli teng. Lekin ona ko'krak sutida to'yinmagan essensial yog' kislotalarining (linol, linopen, araxidon) miqdori sigir sutidagiga nisbatai yuqori (5-tablitsa).

Ona va sigir sutidagi yog kislotalarining miqdori (%).

Kislotalar	Ona suti	Sigir suti
Essensial	11,0	2,0
Tuyinmagan yog'lar	51,8	40,9
Tuyingan yog'lar	37,2	57,1

Ona suti tarkibidagi to'yinmagan yog' kislotalari biologik ahamiyati shundaki, ular xujayra membranasining, mitoxondriyalar, nervlar miyelin kobigi va q'shuvchi to'qima kabilar struktura tarkibiga kirib, bola organizmini o'sishida, oksidlanish-qaytarilish jarayonida, xolesterin almashinuvida, qon tomir devorlari o'tkazuvchanligiga, bola organizmini yuqumli kasalliklarga chidamligini oshirishdagi ahamiyati nixoyatda katta. To'yinmagan essensial yog' kislotalari

yetishmovchiligida bola jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi, terisi kuriydi, xolesterin va xolin almashinuvi buzilib va bolada ekzema bilan og'rishga moyilik tug'iladi (5a-tablitsaga ham qarang).

Ona suti yog'ining kimmatli sifati yana shundaki, uning tarkibida fosfolipidlar miqdori ortiq va oshkozon ichak tizimi shilliq qavatini kitiklash xususiyatiga ega bo'lgan to'yinmagan yog' kislotalari (kapron, kapril, koprion va boshkalar) miqdorini kamligidir. Sigir sutida esa bu yog' kislotalar miqdori ancha baland (11,7%).

Ona sutidagi yog' sigir sutidagi yog'dan yana o'zining oson parchalanish, surilishi, o'zlashtirilishi kabi xususiyatlari bilan ham farq qiladi. Bu ona sutidagi yog' kislotalarining qisqa uglerod zanjiriga ega bo'lganligi, hamda bu sutning tarkibida lipaza fermentining mavjudligi bilan tushuntiriladi. Bundan tashqari essensial yog' kislotalari ichaklardan oqsilni surilishiga ham ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Ona suti tarkibidagi bu yog' kislotalari (tuyinmagan) MNS tormozlanish jarayonini, araxidon kislotasi esa uni faoliyatini shakllanishida aloxida o'rin tutadi

Ona suti tarkibidagi fosfatidlar, sigir sutidagi fosfatidlar miqdoriga nisbatan laktatsiya jarayonining barcha bosqichlarida bir necha barobar katta. Bu fosfatidlarning biologik ahamiyati shundaki, ular oshqozondan ichakka ovqat massasini bir meyorda evakuatsiya qilinishini, erta va yetarli miqdordagi sushi ajrlishini, yog'ning ichakning proksimal yuqori qismida intensiv surilishin ta'minlaydi.

Ona sutidagi yog' bilan bola organizmiga uning talabini to'la qondiradigan miqdorda yog'da eruvchi vitaminlar tushadi. Shuning uchun ham ayni paytda tabbiy ovqatlantirilayotgan bolalarda raxitni oldini olish uchun beriladigai vitamin D ning profilaktik dozalarini (agar bolaning onasi haftada eng kami 2 soat-dan ortiq insolyatsiya olsa) berish tavsiya etilmaydi. Agar onaning quyosh nuri ostida bo'lishini haftalik muddati 2 soatdan kam bo'lsa 200-300 xalqaro ta'sir birligida vitamin D tavsiya etiladi.

Bolaning vitamin A ga bo'lgan talabini ham toki u 1 -2 yoshga to'lgunga qadar ona suti yetarli miqdorda qondira olishi aniqlangan, ayniqsa dastlabki 4-6 oylar ichida, bunda faqat ona kundalik ratsioni to'g'ri tashkil qilinishi darkor (vitamin A, karotin tutuvchi ozuqalarning yetarli miqdorda bo'lishi). Agar bu ozuqa mahsulotlarni ona ratsioniga kiritishni iloji bo'lmasa, onaga vitamin A ni sof holda kiritish ham tavsiya etilishi mumkin (V. Newman, 1993), ya'ni onaning kundalik mahsulotlari bilan oladigan vitamin A miqdori 660 ER/kuniga (III dunyo mamlakatidagi emizikli ayollar uchun) dan 1540 ER/kun gacha (boy davlatlar ayollari uchun) tavsiya qilinadi. Bolalar uchun esa bu ko'rsatkichning eng quyi chegarasi (VOZ/FAO bo'yicha) 180 ER/kuniga belgilangan. Lekin bola organizmida vitamin A ning yetarli miqdordagi zaxirasini shakllanishi uchuy

hayotining birinchi yoshida kuniga 350 I dan 370 ER/kungacha, 2-3 yoshida 400 ER/kun olish tavsiya etiladi. O'sib kelayotgan bolalarning dastlabki 13-24 oylari uchun esa bu ko'rsatkich kuniga 140 I ER/yoki 160 ER+korotin belgilaigan (V. Newman, 1993).

Yuqorida keltirilgan 1-tablitsadan ma'lumki mineral moddalarning I miqdori sigir sutida ko'prok. Lekin ona suti tarkibidagi minerallar miqdori va sifati bola organizmi o'sish talablariga to'la mos. Alohida minerallar o'rtasidagi nisbatlar optimal, ya'ni oshqozon ichak tizimidan so'rilishiga moyilligi yuqori va shuning uchun ham ular sigir sutidagi mineral moddalarga nisbatan osonroq suriladi. Masalan, ona sutidagi SaR tuzlari nisbati bolaning qon plazmasidagi nisbatiga ya'ni 2 : 1 ga teng bo'lsa - bu ko'rsatkich sigir sutida 1,3 : 1. Ona suti tarkibida temir. mis, rux kabi mikroelementlar miqdori esa sigir sutidagiga nisbatan ko'proq.

Chala tug'ilgan chaqaloqlar onasi sutining xususiyatlari.

Keyingi o'n yillikdagi tibbiy adabiyotlarda talqin qilinayotgan chala tug'ilgan bolalarni ovqatlantirishda yetuk tug'ilgan chaqaloq onasining suti bilan emas, balki chala tug'ilgan chaqaloq onasi o'z suti bilan boqish effektivligi yuqori ekanligi aniqlangan.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarning onasini suti bilan, vaqtida tug'ilgan chaqaloq ona suti komponentlari o'rtasidagi farq keltirilgan.

Yuqorida keltirilgan usul bilan boqilgan bolalar jismoniy rivojlaishi ancha intensiv ekanligi aniqlangan, ya'ni Gross S.I bo'yicha chala tug'ilgan chaqloq onasining suti bilan boqilgan, bu chaqaloqlar (27-33 haftalik) tug'ilgandagi massasini 11,4yo0,8 kunda tiklangan bo'lsa, vaqtida tug'ilgan chaqaloq onasining suti bilan boqilgan chala chaqaloqlar esa, dastlabki massasini 18,8yo1,7 kunda tiklaganlar.

Emizikli onalar kun tartibini va ovqatlantirishni tashkil qilish. Ona ovqatining ko'krak suti miqdori va sifatiga ta'siri.

Ma'lumki, ko'krak sutining tartibi, uning miqdori, laktatsiya jarayonining davomiyligi ko'p hollarda onaning ovqati va kun tartibiga boglik. Shuni qayt qilish lozimki, sutkaning ma'lum vaqtlarida hosil bo'ladigan sut miqdori bir xil bo'lmay, uning miqdori bola talabiga qarab o'zgarib borishi, ya'ni bola qancha sut emsa, kelgusi emishda shuncha miqdorda sut hosil bo'lishi aniqlangan. Onaning kundalik ovqat ratsioni tartibini sut miqdoriga, tarkibiga ta'siri esa yaxshi ovqatlanadigan onalar guruhida ularning suti miqdori va tarkibi o'rtasida bog'liqlik yo'qligi, lekin yomon ovqatlanadigan (ovqat sifati past va kam miqdordagi) onalar suti ayrim o'zaro bog'liqliklar borligi aniqlangan. Bunga ona ratsioni tarkibidagi oqsilning sutkalik sut miqdoriga ta'sir qilishi dalil bo'la oladi. Keragidan ortiq istemol qilinadigan suyuqlik esa sut miqdoriga ta'sir qilmaydi. Laktatsiya davrida onaning energiyaga bo'lgan talabi onaning jismoniy aktivlik darajasnga bog'liq.

Emizikli onalarning to‘la qonli ovqatlanishini ona va bola uchun ularni so‘rab istemol qiladigan tarkibida yetarli ozuqa ingrediyentlarni tutuvchi mahsulotlaridan tanlab olib turish ko‘proq hollarda tavsiya etiladi.

Hamma hollarda quyidagi tartiblarga rioya qilgan ma’qulroq.

A. Kunda eng kamida 3 marta ovqatlanish

B. Har doim bolani emizayotganda sut yoki sharbatlarni iste’mol qilish.

V.Har bir ovqatlanishda eng kamida 1 porsiya sutli mahsulotlar va qo’yidagi mahsulotlardan 2 porsiyadan istemol qilgan ma’qul:

1. Oqsilli mahsulotlar.

2. Non, butka va dukkakli donlardan tayerlangan taomlar

3. Meva va sabzavotlar

Ayniqsa onaning ko’zi yorilgandan so‘ng ishtaxasi past bo‘lsa (ayniqsa dastlabki 2 haftada), bunda yuqori energetik qiymatga ega bo‘lgan mahsulotlarni, ya’ni sutli kokteyl, pishloq, yong’oq, quruq mevalar va pistalarni kiritilgani ma’qulroq.

Ayrim hollarda emizikli onalar kundalik ratsionni kengaytirish hisobiga (ayrim hollarda kam harakat evaziga) ularning massa ko‘rsatkichlari ortib ketishidan shikoyat qiladi. Bunday hollarda quyidagi tadbirlarni taklif qilish mumkin.

Oqsil tutuvchi mahsulotlarni qoplash uchun:

Baliq va parranda gushti boshqa gushtlardan afzal va ularni istemol qilmasdan avval albatta terisini olib tashlash. Barcha qovurilgan ovqatlardan voz kechish (ayniqsa balik, parranda gushti kotletalari va x.k.) Faqat yog’siz go’shtlarni istemol qilish. Ozuqa mahsulotlarini faqat qaynatib yoki dimlab pishirish (qovurmaslik). Tarkibida ko‘p miqdorda yog’ tutuvchi va qayta ishlov berilgan go’sht mahsulotlarni (kolbasa, sosiska, tushenka) istemol qilmaslik. Kundalik ratsionidagi yeryong’oq, yeryong’oq yog’i, yong’oq va pistalarni miqdorini cheklash.

Sut maxulotlaridan:

Tarkibidan yog’i olingan yoki yog’i kam sut istemol qilish

Yog’sizlantirilgan sutdan tayyorlangan pishloq

Kundalik ratsionda shirin sut mahsulotlari - mevali yogurt, shokolad, sut, muzqaymoq, puding kabilarni kamaytirish.

Non, krupa, va don mahsulotlaridan:

Faqat dondan tayyorlangan non va krupalar shirin non mahsulotlarini kamaytirish;

Yog` qo’shilgan mahsulotlarni kamaytirish (krekerlar, shirinliklar, shakolad va x.k.).

Meva va sabzavotlar:

Sharbatidan ko`ra mevasini iste’mol qilish ma’qulroq.

Qand qo’shilgan meva sharbatlarini kamaytirish.

Yog’ yoki margarin qo’shilgan meva va sabzavotlarni kamaytirish.

Qovurilgan sabzavotlarni iste’mol qilmaslik (masalan kartoshka). Yog’ va shirinliklar:

Saryog’ va margarinni istemol qilishni kamaytirish

Qovurilgan gazzaklarni kamaytirish.

Shirinliklarni cheklash

Tarkibida qand tutuvchi gazlangan suv va ichimliklarni kamaytirish.

Tabiiyki tug‘ilgandan so‘ng onaning tana og‘irligi kamayadi. Agar onaning tana og‘irligi homila tug‘ilgandan keyingi dastlabki hafta ichida 8 kg dan ko‘prokka yoki birinchi oyda 9 kg dan ko‘proqqa, hamda bir oydan keyingi oylarda 2 kg oydan ko‘proqqa kamayib borsa, bunday hollar patologik hisoblanish lozim.

Shuning uchun ham homila tug‘ilgandan keyingi haftalarda ona tana og‘irligi o’tacha har haftada agar 0,5-1 kg ga pasaysa, bu xol meyor hisoblanadi va ona homiladorchilikkacha bo‘lgan dastlabki massasiga bir necha oydan so‘ng qaytadi. Lekin bu davrda tana og‘irligini ilgarigi ko‘rsatkichiga tez qaytarish uchun maxsus parxez taomlar istemol qilish tavsiya etilmaydi, chunki bu nafaqat ko‘krak suti tarkibi miqdoriga, ayni paytda emizikli ona sog’lig’iga ham salbiy ta’sir ko‘rsatadi.

Ovqatlanishdan taqashri onaning sutkadagi kun tartibi ham laktatsiya effektivligiga oz ta’sirini ko‘rsatadi. Shuning uchun ona vaqtida dam olishi, uxlashi, uyda toza havoda bo‘lishi, shu jumladan yengil jismoniy mehnat bilan shug’ullanishi tavsiya etiladi. Laktatsiyaning davomiyligiga ko‘p hollarda ona ruxiy-asab tizimi holati, emizikli ona yashayotgan atrof muhitdagi. ayniqsa oiladagi salbiy faktorlar ta’siri katta. Shuning uchun ham emizikli ona va bola atrofida ijobiy ruxiy ekologik muxit yaratish lozim.

Ma’lumki, sut bezi xujayralari moddalarni tanlab o‘tkazuvchi xususiyatiga ega. Ayrim moddalar esa yuqorida aytilganidek, transsellyulyar yoki paratsellyulyar yo‘l bilan yoki to‘g‘ridan-to‘g‘ri sut yo‘llariga tushishi mumkin. Bu hol ayniqsa onaning qo‘llansa hid beruvchi mahsulotlarni (piyoz, sarimsok va x.k.) istemol qilish natijasida ko‘krak sutidan qo‘llansa hid chiqishi kabi, hamda ayrim dori moddalarini konsentratsiyasini qondagiga nisbatan bir necha barobar yuqori bo‘lishi bilan kuzatiladi. Natijada, bu oxirgi zikr etilgan sharoit bolaning sog’lig’iga zarar yetkazishi mumkin.

Bu holatni ona quyidagi dorilarni istemol qilganda kuzatish mumkin. Bu dori moddalarni sanab o’tmasdan avval, umuman dori moddalarning ta’siriga qarab ularni 4 guruhga shartli bo‘lish mumkin, ya’ni:

1. Emizikli onalarga qatiyan man qilingan yoki bu dorilarni ona iste’mol qilganda ko‘krakdan boqmaslik.

2. Potensial xavfli - bu dori-darmonlar nihoyatda ehtiyotkorlik bilan tayin

qilinishi kerak.

3. Davolovchi dozalari bo‘yicha qo‘llanilgandagiga nisbatan xavfsiz.

4. Davolovchi dozalari xavfsiz, oxirgi ikki holda ham barcha extiyot choralariga rioya qilish, boladagi o‘zgarishlarni nazardan kochirmaslik kerak, ayniqsa bolada allergologik anamnez, asoratli bo‘lsa va x.k.

Birinchi guruhga quyidagilar kiradi:

Amantadin-X xavfli usmalarga qarshi ishlatiladigan dorilar, amiadoron, urom, kokain, xloramfenikop-XX, dipiron, optin (tilla) tutuvchi dorilar, yod maxalliy ishlatilganda ham, yod tutuvchi kontrast moddalar ular ishlatilgan davrda ko‘krakdan boqmasdan turish, indaidion, antikoagulyantlar (masalan, ferindion), metronidazol-XX, radiofaol moddalar (ishlatilsa ko‘krakda boqmaslik), katta dozadagi salitsilatlar

2. Ikkinchi guruhga kiruvchi moddalar.

Atsebutamol, katta dozadagi spirtli ichimliklar, atenolol, antigistaminar va shishlarga qarshi ishlatiladigan dorilar-X, ko‘pchilik benzodiazeninlar, lortalidon-X, tsimetidin, xliidamitsin, klonidin-X, esterogen tuguvchi homilani oldini oluvchi dorilar-X doksepin, ergotamin, etosuksemid, flyuoksetin, litin. metimazol, nadol, narkotiklar, nikotin chekish-X, nitrofurontogen, fenobarbital, xinolon qatoriga kiruvchi bakteriotsid moddalari (masalan: tsiprofloxsain), rezerpin, sulfanilamidlar (ayniqsa ta’siri o’z ok etuvchi), tiazid diuretikar-X.

3. Uchinchi guruhga esa aminoglikozid qatoriga kiruvchi antibiotiklar. aniatsid moddalar, antixolinergik dorilar, shaytonlashda ishlatiladigan moddalar etosuksimid va fenobarbitaldan tashqari), antigistaminlar: azotioprin, barbiuratlar, butirofenonlar (masalan: galoperidol), og’iz orqali yuboriladigan shishga qarshi dorilar-X, ergonovin-X. metaklopromid (10-14kun), yallig’lanishga qarshi ishlatiladigan steroidlanmagan dorilar, proniltiouratsil, fenotnazinar, xinidin, salitsilatlarni vaqti-vaqti bilan qabul qilish, spironolakton, ulfizoksazol, tetrasiklinlar, tiazidli diuretiklar, trisiklik antidepresantlar (doksepindan tashkari), verapamil

4. Nixoyat turtinchi guruhga adetominofen, antiatsid moddalar. kofein tsefalosporinlar, progestin tutuvchi qontratseptiv moddalar, digoksin, eritromitsin, geparin, insulin, labetalol. ichni yumshatuvchi (ksillium, dokuzat), lidokain, magniy sulfat, metildofa, metilergonovin (qisqa kurslari), metoprolol, penilllinpar, propranolop, teofillin. tireoid gormonlarni o’rnini bosuvchi dorilar, vaksinalar, vankomitsin va varferin kiradi.

Eslatma:

S-belgisi ostida keltirilgan dorilar laktaiiyani susaytirishi ham mumkin. XX-elgisi ostidagi dorilar agar bola suniy sut bilan so’rg’ich yordamida boqilsa nixoyatda xavfli, extiyot choralarini saqlab ko‘krakdan boqish mumkin. Manbaa: 1

Farmatsevtika doktori F.O. Anderson bo‘yicha keltirildi. San-Diyego Universiteta meditsina tadqiqotlari markazi, 1992 i.

Shunday qilib, sutkadagi ko‘krak suti miqdori ko‘p hollarda onaning somatik xolati ovqatlanishidan tashqari, uning kun tartibini tuzilishiga, oiladagi emizikli ona atrofida tashkil qilingan ijtimoiy-ruxiy muxitga, bundan tashqari boshqa oila a’zolarining ham bolani ko‘krakdan boqish naqadar muximligini bilishi kabi, hamda ularning tibbiy madaniyati (onaning ham) ta’siri nixoyatda katta. Shuning uchun emizikli bolalar va onalarga ham kundalik varaqa tutilgani va varaqada bola va onadagi barcha o‘zgarishlar doimo birgalikda kiritilib borishi kerak. Bu varaqalar o’rnida WELLSTART INTERNATIONAL taklif qilgan kundaliklarni keltiramiz (ayrim bizning qo‘shimchalar bilan).

Ko‘krak suti bilan oziqlantirish (JSST) dasturi. Bolalarni ovqatlantirish

Yangi tug‘ilgan chaqaloqni ko‘krakdan boqish. Yangi tug‘ilgan sog‘lom chaqaloqni ko‘krakdan boqishni u tugulgandan so‘ng dastlabki 30 minut ichida boshlagan ma’qul. Barcha sut emizuvchi hayvonlarning yangi tug‘ilgan bolalari singari yangi tug‘ilgan chaqaloqlardan ham dastlabki 2-2,5 soat ichida shunga o‘xshash deyarli bir xil harakatlarni kuzatish mumkin. Bu harakatlarda asosan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda (shu jumladan boshqa sut emizuvchilarda ham) tug‘ma ovqat qidiruv programmasi elementlarini, ya’ni ona ko‘krak bezi surgichini axtarib topishda, og’iz va qo‘lchalarining bir-biriga mos harakatlarini va ko‘krak bezi surgichini topgandan so‘ng uyga maxkam surib yopishib olishini va uyquga ketgunga qadar to’yib emishini kuzatish mumkin.

A.M. Widstrom fikricha yuqorida keltirilgan holatlarni yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda dastlabki 120 - 150 minut ichida kuzatish mumkin. Shuning uchun ham yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda artib, quritib ona qorniga yalong‘och holda yotqizish va boqish tavsiya etiladi, bu esa bir tomondan bola bilan ona o‘rtasidagi jismoniy kontaktni erta shakllanishiga olib kelsa, ikkinchi tomondan esa ona umumiy axvolini tezrok tiklanishiga, hamda eng muximi onada "onalik mexrini" erta shakllanishiga, bu esa bolani tug‘ilgan davrdan boshlab bolani o’z ovaqt davomida yetarli miqdordagi ona suti bilan boqishga muxim dalil bo‘ladi. Erta ko‘krakdan boqish muxim tomoni bola emishi natijasida ona organizmida prolaktin va oksitotsin gormonlari miqdori ortadi. Bu gormonlar o’z navbatida. bir tomondan sut hosil bo‘lishi va ajralishini kuchaytirsa, ikkinchi muxim tomoni shundaki oksitotsin bachadon sillik mushaklarini ham kisqartirib, natijada bachadondan qon ketishini oldini oladi va uning chaqaloq tug‘ilgandan keynigi involyutsiya vaqtini tezlashtiradi. Ayni paytda ona bilan bola o‘rtasidagi teri orqali, teri orqali va x.k. bo‘lgan qontaktlarni kelgusida ham saqlanib qolishi, onada bola parvarishiga oid qoidalarni tezrok o‘zlashtirib olishga va tug‘ruqxonadan chiqqandan so‘ng bolani to‘g‘ri parvarishlashiga muxim omil bo‘ladi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqni dastlabki 20-30 minut ichida ko‘krakdan boqish barcha tug‘ruqxonalarda ham tabiiy bir hol sifatida qabul qilinishi shart deb o’ylaymiz. Tug‘ilgandan keynigi vaqtda esa ma’lum bir soatlarda boqish bolani ozuqa mahsulotlariga bo‘lgan talabini qondirish uchun emas, balki bu ko‘proq tug‘ruqxonadagi tibbiyot xodimlari manfaati ko’zlanib yo‘lga. Shuning uchun ham bolani ko‘krakdan emizish vaqti, intervali va x.k. ma’lum bir tartib ostiga olinmagani, ya’ni bolani o’zi emish vaqtini, sut miqdorini belgilagani ma’qulroq.

Onaning ko‘kragidagi sut miqdoridan qatiy nazar, agar bolada ochlik bilan bog’lik bezovtalik paydo bo‘lsa, uni albatga ko‘krakdan boqish shart. Chunki, tez-tez emish hisobiga propaktin, oksitotsin gormonlarining qondentradiyasini ortishiga, hamda sut bezi alveolalarini sutdan to’liq bo’shashini hisobiga qoldiq sut miqdorini kamayishi, natijada bu qoldiq sut tarkibida aniqlanadigan laktatsiyani ingibitsiyalovchi oqsil faktorining konsentratsiyasini kam bo‘lishi hisobiga kelgusi boqishlaridagi sut miqdori ortib boradi.

Pediatrlar orasida ona va bolaning chaqaloq tug‘ilgan davrdan birga bo‘lishi, ularning teri kontaktni hisobiga neonatal infeksiya tarqalishi ortadi degan tushuncha ham yo’q emas. Vaxolanki, ona-bola xonasidagi mikroblar peysaji berk, yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘limidagi mikroblar peysajidan kamroq. Ayni paytda sog‘lom ona organizmida asosan saprofit mikroblar turkumi ko‘proq, ikkinchi tomondan esa mana shu mikroblarga qarshi ona qoni zardobida, sutida ham antitelolar mavjud.

Bundan ko‘rinadiki ona va bolaning chaqaloq tug‘ilgandan boshlab birga bo‘lishi, yangi tug‘ilgan chaqaloq terisida, oshkozon-ichak tizimida, teri koplamida saprofit mikroblar kolonniyalarini shakllanishi uchun ham ahamiyatlidir.

Sog‘lom chaqaloqqa ona sutidan bo‘lak hech narsa (suv, utlar damlamalari, energetik komponentpar va x.k.) bermaslik kerak. Chunki ona suti bolani dastlabki kunlardai, toki u 4-6 oy bo‘lgunga qadar suyuqlik bilan va boshqa barcha ozuqa ingridnentlari bilan to’liq ta’minlaydi. Suyuqliklarni berilishi esa "yolg’on to’qlik" hissini paydo bo‘lishiga va natijada bu esa o’z navbatida hosil bo‘layotgai sut miqdorini kamayishiga olib kepadi. Bola ko‘krakni emish jarayonining avvaldagi sut tarkibida suyuqlik va laktoza miqdori ortiq bo‘lsa, oxirida esa yog’ miqdori ko‘p bo‘ladi. Shuning uchun ham onalarni har bir ko‘krak bezini sutdan tug’a boshla-ganiga qadar bolani emizish kerakligiga o’rgatish lozim. Naxordagi sut miqdori va sifatini kunning ikkinchi yarmidagi sutdan farq qiladi. Agar naxorda sut miqdori ko‘p bo‘lsa kunning ikkinchi yarmida esa kam, lekin uning tarkibidagi oziqlantiruvchi moddalar konsentratsiyasi baland bo‘lishi kuzatilgan

Tabiy ovqatlantirilayotgan bolalar sutka davomida 6-10 marta, hatto dastlabki vaqtlarda 12 martagacha emishi mumkin.

Bola emish vaqtining dastlabki 2 - 3 minutida bir martalik olishi kerak bo‘lgan

sutning deyarli 50 % ni. 4-5 minutida esa 80 - 90% teng miqdordagi sutni surib oladi. Shuning uchuy bolani ko‘krakdan emishni 15-20 minutdan ortiq vaqt ushlab turilishi uchun asos yo’q. Har bir boqishda ikkala ko’krakdan boqish, laktatsiya jarayoniga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi, chunki ikkala ko‘krakda ham hosil bo‘layotgai sut miqdori bir xil ulardan birontasining tuda boshlamasligi kelgusida sut miyorini kamayishiga olib keladi.

Bolani ko‘krakdan uzoq emib turishiga asosiy sabab bu bolaga ko‘krak so’rg’ichini noqulay yoki butunlay noto‘g‘i berish ham bo‘lishi mumkin. Bu esa bolani to’ymasdan uzoq emishga, natijada sut bezi surg‘ichlarini shikastlanishiga olib keladi. Shuning uchun ham homiladorlikning oxirgi haftalarida yoki homila tug‘ilgandan so‘ng emizikli onalarga bolani ko‘krakdan to‘g‘ri boqish usulini o‘rgatib borish kerak.

Bola ko‘krakni emayotganda uning faqat so‘rgich soxasi emas, balki so‘rg‘ich uchidan 2,5 - 5 sm atrofidagi masofani fiksatsiya qilsagina sutni sut sinuslardan yo‘llariga to‘liq tushishini ta’minlandi. Bunda ko‘krak bezini bola emayotganda ona barmoqlari orasida ushlab turishi shart emas, ushlab turish esa sut yo‘lidan sutni evakuatsiyasiga to‘sqinlik qilishi, natijada sut bezlari u yoki bo‘lagini patologik qattiqlashishiga olib kelishi kuzatilgan

Sut bezlarida bola to‘yib emgandan keyin qolayotgan sutni sog‘ib tashlash tavsiya etilmaydi. Faqatgina onalarga sut bezlaridagi bosimni ortishini oldini olish tavsiya etilgani ma’qulroq, bunga esa bolani emizish yo‘li bilan va siynabandlar hamda tor kiyim kiymaslik yo‘li bilan erishiladi.

Ko‘krak bezidan sutni turib qolish esa, qachonki bolaning quvvati kamligi, kasalligi tufayli oxirgacha emaolmasa, hamda sut bezi yo‘llarida sut dimlanib qolsa, yoki sut hosil bo‘lishini stimulyatsiya qilish maqsadlaridagina o‘tkaziladi. Ko‘krak bezidagi sutni sog‘ishni qo‘l bilan yoki maxsus sut sog’ib oluvchi moslamalar bilan o‘tkaziladi. Qo‘l bilan sog‘ib olish sut bezi surg‘ichlarinn shikastlanishini oldini olishda ikkinchi usullari afzalroq.

Ona bolani ko‘krakni emizib bo‘lgandan keyni sut bezi surg‘ichlariga u yoki u malhamlar surish tavsiya etilmaydi. Aksincha bolani emizib bo‘lgandan so‘ng 1 - 2 tomchi sutni sog‘ib, surg‘ichga so’rib, uni quriguncha ushlab turish va undan so‘ng toza yumshoq (doka) material qo‘yish tavsiya etiladi. So’rg‘ichlarni hech qachon emizikli ona terini qurituvchi moddalar bilan (sovun, spirt va x.k.) yuvmasligi, artmasligi kerak, bu surgichlarni yedirilishiga olib keladi. Ko‘krak bezi sohasidagi ona kiyimlari metall yoki boshqa ko‘krak beziga botuvchi elementlari tutmasligi kerak.

Bolani esa ko‘krakdagi emizib bo‘lgandan so‘ng, sut bilan yutib yuborgan havoni chikaqib yuborish uchun uni vertikal holda bir necha daqiqa ushlab turgan ma’qulroq. Ayrim hollarda bu muolajani emizish davrida bir necha marta qaytarish

mumkin va bundan keyingina chaqaloqni uning yonboshiga yoki qorniga yotqizib qo'yiladi (qaytarib chiqarilgan sutni yoki bola qusganda aspiratsiyani oldini olish maqsadida).

Quyidagi bolani faqat ko'krakdan boqishni to'g'ri tashkil qilish JSST va (YUNISYEF 1989) tomonidan taklif etilgan 10 ta asosiy qoidani keltiramiz.

JSST/ YUNISYEF taklif etgan tabiy ovqatlantirishnnng 10 eng muxim prinsiplari.

1. Tabiiy ovqatlantirishning barcha qoidalariga rioya qilish va bu qoidalarni ham ma tibbiyot xodimlari diqqatiga yetkazish.

2. Barcha tibbiyot xodimlarini tabiiy ovqatlantirish qoidalari bilan tanishtirish va ularni o'z faoliyatida qo'llash uchun amaliy o'rgatish.

3. Barcha homilador ayollarni ko'krakdan boqish afzalliklari bilan tanishtirish.

4. Ko'zi yorgan barcha onalarga chaqaloq tug'ilgandan keyingi yarim soat vaqt ichida bolani ona ko'kragidan boqishga yordamlashish.

5. Barcha onalarni ko'krakdan to'g'ri boqish texnikasini va laktatsiya jarayonini uzoq saqlab qolish usullarini o'rgatish, xatto ona va bola alohida bo'lgan hollarda ham.

6. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga ona sutidan bo'lak xech qanday ovqat yoki suyuqlik bo'lmaslik. Bundan. Tibbiy sabablarga ko'ra kiritiladigan mahsulotlar mustasno.

7. Ona va bolani sutka davomida birga bo'lishini ta'minlash.

8. Ona suti bilan boqilayotgan barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlarni ona ko'kragini immitatsiya qiluvchi yoki tinchlantiruvchi sun'iy mahsulotlarni bermaslik.

9. Bolani ona ko'kragidan, uning talabiga mos boqish, ya'ni ko'kradan boqilayotganda boqishlar o'rtasidagi interval, boqish soni va sut miqdorini bolaninig o'zi belgilaydi.

10. Ko'krakdan boqishni targ'ib qiluvchi guruhlarni tashkil qilshini keng yo'lga qo'yish va bu guruhlarga homilador ayollarni, ko'krakdan boqayotgan onalarni yo'llash.

Nazorat savollari.

1.Chaqaloqlik davrining xususiyatlari, chegaradosh holatlarni izohlang.

2. Effektiv perinatal parvarishlashni tavsiflab bering.

3.Ko'krak suti bilan oziqlantirish (JSST) dasturi haqida fikr bildiring.

4.Bolalarni to'g'ri ovqatlantirish usulini izohlab bering.

5.Emizikli onalar kun tartibini va ovqatlantirishni tashkil qilish usulini izohlang.

6.Ona ovqatining ko'krak suti miqdori va sifatiga ta'siri qanday.

7.Chala tug'ilgan chaqaloqlar onasi sutining xususiyatlarini izohlang.

8.Ona sutining kimyoviy tarkibi va uning biologik ahamiyatini izohlang.
9.Sut bezlari xujayralarida sutning hosil bo‘lishi haqida Sizning fikringiz.

1- AMALIY MASHG’ULOT.

Yuvenil revmatoid artrit. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga Yuvenil revmatoid artrit tushuntirish va kasallikning tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. Yuvenil revmatoid artrit bilan og’rigan bemorlarni muxokama qilish.
2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.
3. Yuvenil revmatoid artrit qiyosiy tashxisini namoyish qilish.
4. Yuvenil revmatoid artrit davolash usullarini tanlash.
5. Sog‘lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1. Qon aylanish tizimining AFX bilish.
2. Yuvenil revmatoid artrit etio-patogenezi.
3 Yuvenil revmatoid artrit diagnostik mezonlari.
4. Yuvenil revmatoid artrit davolash va profilaktika prinsiplari.
6.Kardiorevmatolog maslaxatiga ko‘rsatma.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.
2.Ushbu kasallik bo‘yicha klinik, laborator, EKG natijasini baxolash.
3.Qon aylanish tizimi kasalliklarini xolisona ko‘ruvdan o‘tkazish.
4.Ushbu kasalliklarda ko‘krak qafasi palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya o‘tkaza bilish.
5. Yuvenil revmatoid artrit klinik ko‘rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.
6. Yuvenil revmatoid artrit bilan og’rigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

Etiologiyasi va patogenezi - YRAning asosiy etiologik omili bo'lgan yagona tahdid aniqlanmagan, shuning uchun YRA polietiologik, ya'ni. heterojen kasallik. YRA rivojlanishiga moyil bo'lgan omillarni va YRAni amalga oshirishga yordam beradigan omillarni (agar moyil bo'lganlar mavjud bo'lsa) ajrating.

YRA rivojlanishiga moyil bo'lgan omillarning ushbu pozitsiyalaridan organizmda doimiy bo'lganlar guruhiga kiruvchi bir qator viruslar ko'rib chiqiladi. Bular, asosan, DNK-p PI IK ni o'z ichiga olgan viruslar (onkornaviruslar, retroviruslar, parvaviruslar va boshqalar) bo'lib, ular xromosomalardagi genomik

hududlarni almashtira oladilar, uzoq vaqt davomida faol bo'lmaydilar va faqat har qanday qo'zg'atuvchi omillar bilan boshlanganidan keyin mutagen funktsiyalarni bajaradilar. Ularning harakatlarining tashabbuskorlari immunitet mexanizmlarini zaiflashtiradigan tez-tez kasalliklar, gipotermiya, insolyatsiya, travma, noqulay ekologik omillar (radiatsiya ta'siri, og'ir metallar va boshqalar), surunkali stress bo'lishi mumkin. YRA genezisida sitomegalovirus va Ebshtein-Barr virusining roli aniqlandi. Bu viruslar aniq mutagen xususiyatga ega, immunokompetent moddalar uchun yuqori tropizmga ega. Ushbu viruslarning ta’sirini jadal o'rganish ularning tanadagi ko’plab immunologik o'zgarishlarning rivojlanishida ishtirok etishini isbotlaydi, bu esa bemorning individual xususiyatlari, shu jumladan HLA tizimida bir qator markerlarning mavjudligi bilan sharoit yaratadi. revmatik, onkologik va gematologik kasalliklarning rivojlanishi uchun. Hozirgi vaqtda artrotropik (HLA-B27 bilan bog'liqlik mavjud bo'lganda) epterokolitik va urogenital infeksiyalarga (salmonellyoz, shigelloz, yersinioz, xlamidiya, mikoplazmoz va boshqalar) alohida ro’l beriladi. YRA ning mumkin bo'lgan etiologik omili nuqtai nazaridan, qizilcha virusi ham ko'rib chiqiladi, u artikulyar tuzilmalarda tropiostaga ega bo'lib, sinovitning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Immunitetning "kichik" anomaliyalari mavjudligi ham muhokama qilinadi: IgA va lizozimning selektiv yetishmovchiligi, fagotsitozning kamayishi, komplement C2 va C4 komponentlarining yetishmasligi va boshqalar.

Kasallikning HLA tizimining antijenlarini (B12, B27 B35, DR1, DR2, DR4, DR5, DW14, D)C2 va boshqalarni tashish bilan bog'lanishiga alohida ro’l beriladi. Umuman olganda, YRA jinsga moyil bo'lgan kasallik sifatida tasniflanadi. Kasallikning rivojlanishini boshlaydigan omillarning heterojenligi JRA ning klinik polimorfizmini belgilaydi. JRA kursining har bir varianti o'z amalga oshirish mexanizmiga ega, bunda yuqumli omillar va immunogenetik holatning xususiyatlari rol o'ynaydi. Predispozitsiya qiluvchi fon biriktiruvchi to'qima displaziyasining kichik sindromlari bo'lishi mumkin.

YRA bilan kasallangan bemorlarni HLA tizimiga ko'ra fenotiplash kasallikning bir qator shakllarini turli antigenlarni tashishning ustun chastotasi bilan bog'lash imkonini berdi.

YRA bilan og'rigan bemorlar va ularning oila a'zolarida HI A uchun fenotipik xususiyatlarni o'rganish ushbu kasallikning asosiy va ikkilamchi prognozi uchun istiqbollarni ochadi. So'ralganlarning oilalarida JRA bilan og'rigan bir nechta bolalar yoki yaqin qarindoshlar kamdan-kam uchrasa ham, HLA gaplotiplarini o'rganish natijalari ushbu kasallikka tug'ma moyillikni taxmin qilish imkonini beradi. Ego, o'z navbatida, turmush tarzini (sport, qo'shimcha yuklamalar, ovqatlanish va boshqalar), qattiqlashuv, profilaktik emlashlar va boshqalarni tashkil etishga yondashuvlarda individuallashtirishni nazarda tutadi.

Shunday qilib, JRA irsiy moyillikka ega bo'lgan multifaktorial kasallik bo'lib, uning genezisida immunogenetik omillar, doimiy virusli infeksiyalar, atrof-muhitning salbiy ta'siri va psixoemotsional stress rol o'ynaydi. Klinik polimorfizm kasallikning etiologik va patogenetik hotirjamligi bilan belgilanadi.

Klinikasi va tasnifi. JRA ning klinik ko'rinishi ko'plab omillarga bog'liq - bolaning yoshi, irsiyat, jinsi, immunitet tizimining boshlang'ich holati, uning atrof-muhit sharoitlari, hayotning psixo-emotsional holatining xususiyatlari, bolalarga munosabat. bemor va yaqin qarindoshlari kasallik, tashxisning o'z vaqtida, terapiyaning yetarliligi.

Shuni ta'kidlash kerakki, 80% hollarda JRA ertami-kechmi nogironlikka olib keladigan qaytalanuvchi va progressiv kurs bilan og'ir surunkali kasallikdir. Kasallikning asosiy klinik ko'rinishlari bo'g'imlarning shikastlanishi, ko'zning o'ziga xos shikastlanishi va umumiy revmatoid sindrom bo'lib, isitma, tipik revmatoid toshmalar, poliserozit va tizimli revmatoid vaskulit tufayli yuzagakeladigan ichki organlarning shikastlanishi bilan tavsiflanadi.

Artikular sindromi JRAning amalda eng erta alomatidir. Ba’zan, artrit boshlanishidan oldin, bola artralgiya bilan bezovtalanadi, keyinchalik sinovitning rasmi rivojlanadi, ya'ni. sinoviumdagi yallig'lanish jarayoni. Shu munosabat bilan u shishiradi (shishadi), giperemik bo'ladi, ko'proq suyuqlik hosil qiladi, uning tarkibi oddiy suyuqlikdan sezilarli darajada farq qiladi. Suyuqlik past viskoziteye ega, yengil somon yoki loyqa sariq bo'lishi mumkin, sitozning kuchayishi, leykotsitlar, neytrofillar ustunlik qilishi mumkin, oqsil kamayadi lizosomal fermentlar Bu sizga erta tashxis qo'yish, yetarli davolanishni belgilash imkonini beradi.

Klinik jihatdan, o'tkir sinovit bosqichida, bola og'riyotgan og'riq va shish haqida tashvishlanadi, uning harakatchanligini cheklaydi va tana harorati odatda ko'tariladi. Jarayon davom etar ekan, sinovial membrananing mikrovillous proliferatsiyasi pannus (granulyatsiya to'qimalarining to'planishi) shaklida sodir bo'ladi. U artikulyar sirtga tarqaladi va B haftaga kirib, unda distrofik va destruktiv o'zgarishlarni keltirib chiqaradi, bu hujayralilik va periartikulyar osteoporoz bilan rentgenologik jihatdan namoyon bo'lishi mumkin. Keyinchalik kapsulaning fibrozi va bo'g'imdagi tolali yopishishlar rivojlanadi. Suyaklarning epifizlari eroziyalanadi va yo'q qilinadi. Bu jarayon odatda o'sib boradi va fibrozning yanada rivojlanishi qo'shilish konfiguratsiyasining o'zgarishiga, uning harakatchanligi va ankilozning cheklanishiga olib keladi.

JRA uchun revmatoid tugunlarning mavjudligi xarakterlidir. Ular asosan tendon, bursalar bo'ylab tirsak, tizza va oyoq bo'g'imlarda lokalizatsiya qilinadi. Tugunlar odatda qattiq, harakatchan va palpatsiya paytida og'riqli. O'tkir jarayonning susayishi bilan ular yo'qoladi.

JRA bilan og'rigan bemorlarda ichki organlarning jarayonida ishtirok etish har

doim aytadi kuchli immun yallig'lanishi haqida, ya'ni. yuqori klinik va immunologik faollik bilan kechadigan revmatoid tizimli vaskulitning umumiy ko'rinishlari haqida. Ko'pincha yurak-qon tomir tizimi ta'sir qiladi. Miyokarditning klinik ko'rinishi odatda torpid kurs bilan rivojlanishi mumkin, ammo kamdan-kam hollarda yurak yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Jarayon endokard va perikardni o'z ichiga olishi mumkin, bu revmatizm bilan JRA ning differentsial tashxisini talab qiladi.

O'pka kamdan-kam hollarda jarayonda ishtirok etadi. Ko'pincha, bu pnevmonit yoki past simptomli plevrit bilan namoyon bo'ladi, bu esa keyinchalik n plevra bitishmalarining shakllanishiga olib keladi.

Gepatosplenomegali ko'pincha JRA ning visseral va artikulyar-visseral variantlari bilan birga keladi. Splenomegali odatda kasallikning birinchi yillarida tez-tez aniqlanadi va umumiy yallig'lanish faolligi darajasi bilan bog'liq. Uzoq muddatli splenomegaliya (kasallik boshlanganidan keyin 1,5-2 yildan ortiq) bo'lsa, bu uning amiloid infiltratsiyasining belgisi sifatida qaralishi kerak.

Gepatomegali har doim bolalarda tizimli JRAning birinchi belgilaridan biri hisoblanadi. Jigar jarayonning faolligi pasayishi bilan parallel ravishda kamayadi. Tizimlilikning boshqa belgilari bo'lmasa, doimiy gepatomegaliya terapiyaning ta'sir qilish ehtimolini istisno qilishni va ba'zi hollarda asosiy tashxisni qayta ko'rib chiqishni talab qiladi.

Og'ir va tabiatan to'liq aniq bo'lmagan jarayonda ko'rish organining ishtiroki bilan YURL variantidir. Bolalardagi kasallikning o'ziga xos belgisi surunkali uveit bo'lib, u erta yoki maktabgacha yoshda tez-tez kasal bo'lib qolgan qizlarga xosdir. Ularda ko'pincha ijobiy DND mavjud. Ba'zi hollarda yallig'lanish jarayoni ìrsíy va siliyer tanasiga tarqalishi mumkin, bu esa iridotsiklitning rivojlanishiga olib keladi. Jarayonning boshlanishi odatda asemptomatik bo'lib, faqat bir nechta bolalar yengil ko'z og'rig'i, qizarish, fotosensitivlikning kuchayishi va ko'rishning buzilishidan shikoyat qilishlari mumkin. Ko'pincha uveit artritdan bir necha yil oldin bo'lishi mumkin. Ikki tomonlama uveit ko'proq uchraydi. Uning rivojlanishi ìrísíning linzaga yopishishiga va ko'rishning to'liq yo'qolishiga olib kelishi mumkin.

JRA bo'lgan bolalarda kech oftalmopatiya rivojlanishi mumkin, ular orasida tarmoqli shaklidagi keratopatiya, ikkilamchi katarakt va glaukoma mavjud.

Bolalardagi JRAning yuqoridagi barcha belgilari ma'lum darajada bir-biri bilan birlashtirilgan.

JRA tizimli shakli. Tizimli shakl JRAning barcha holatlarining 10-20% ni tashkil qiladi. Bu har qanday yoshda, biroz ko'proq 2-6 yoshli bolalarda kuzatiladi. Morfologik jihatdan bu poliserozit va og'ir organlarning shikastlanishi bo'lgan tizimli vaskulyitdir. Boshlanishi o'tkir yoki subakut.

Ushbu shaklning klinik ko'rinishi febril yoki qizg'in isitma bo'lib,

intervalgacha xarakterga ega, ertalab yoki erta tongda tana haroratining maksimal ko'tarilishi, ko'pincha titroq bilan birga keladi, haroratning pasayishi, terlash mumkin.

Revmatoid toshmalar, makula yoki makulopapular, qichishish bilan birga kelmaydi, yorqinligi va tarqalishida tana harorati bilan bog'liq va beqaror. qisqa vaqt ichida paydo bo'ladi va yo'qoladi, asosan bo'g'imlarda, jo'kada, tananing lateral yuzalarida, dumba va oyoq-qo'llarda lokalizatsiya qilinadi, u o'rtiker yoki hatto gemorragik bo'lishi mumkin. Shuningdek, terining giperesteziyasi, keng tarqalgan limfadenopatiya, gepatosplenomegali, mioperikardit kabi yurak shikastlanishi, pnevmonit va yoki plevropnevmonit shaklida o'pkaning shikastlanishi, havo etishmasligi hissi va samarasiz yo'tal xarakterlidir. Ehtimol, qorin bo'shlig'ida prn ahmoq bola bilan seroz peritonit rivojlanishi. JRA ning tizimli shaklida ko'pincha vaskulit rivojlanadi. kaft va / yoki plantar kapillyarit, mahalliy angioedema, ko'pincha qo'llar sohasida, terining siyanotik rangi va ebrusi va pastki va yuqori ekstremitalarning distal qismlari. Ko'pincha kasallikning boshlanishida bir necha hafta (yoki kunlar) bolalar uchuvchan artralgiya haqida tashvishlanadilar, keyin (aniqroq) bir yoki bir nechta bo'g'imlarning barqaror sinoviti rivojlanadi. Ushbu shaklning klinik ko'rinishining artikulyar sindromsiz bitta epizodi mumkin, bu yetarli terapiya bilan to'liq qaytariladigan kursga ega va bola tuzalib ketadi.

Oligoartrit yoki kechiktirilgan artikulyar sindrom bilan tizimli variantda (kursning allergoseptik varianti) kasallikning tizimli belgilari ustunlik qiladi: isitma, toshma, limfadenopatiya, gepatolienal sindrom, serozit. Birgalikda qo'shilish tizimli vaskulyit boshlanganidan bir necha oy yoki hatto yillar o'tgach rivojlanishi mumkin, odatda tizza va son bo'g'imlariga ta'sir qiladi.

Poliartrit bilan tizimli variant (Still varianti) ko'pincha jarayonda bir nechta bo'g'inlar guruhini jalb qilish bilan tez progressiv kursga ega. Adabiyotda JRA kursining bu varianti uni birinchi marta 1897 yilda tasvirlab bergan muallif sharafiga Still kasalligi deb ataladi. JRA kursining bu varianti bo'lgan bolalarda bo'g'imlarning doimiy kontrakturalari va ankilozlanishi juda tez rivojlanadi (2-4 yildan keyin). Tashxis odatda kasallikning klinik ko'rinishiga asoslanadi. Laboratoriya ko'rsatkichlari orasida neytrofil siljishi bilan leykotsitoz, ESRning keskin ortishi (50 mm / soat yoki undan ko'p), anemiya va trombotsitoz xarakterlidir. limfotsitopeniya.

JRA, asosan artikulyar shakl maktabgacha yoshdagi bolalarda poliartrit. Bu asosan qizlarda kuzatiladi. Kichik va o'rta bo'g'inlar jarayonida ishtirok etish xarakterlidir, ko'pincha servikal o'murtqa biriktiriladi. Kasallik torpednoe, asta-sekin progressiv kursga ega. Mustahkamlik o'sishning kechikishi, progressiv vazn yo'qotishi, jigarning o'rtacha kattalashishi, limfa tugunlari, anemiyaning kuchayishi, subfebril holat, progressiv umumiy osteoporozning namoyon bo'lishida namoyon

bo'ladi. Ushbu variant barqaror seronegativlik bilan tavsiflanadi.

Yosh bolalarda monoligoartrit. Uveit yoki keratopatiya tufayli ko'zning shikastlanishi bilan birlashtiriladi. Faqat qizlar kasal bo'lishadi. Artritning sust kursi va yaxshi prognozi bor. Uning faoliyati immunitetning o'zgarishi bilan bog'liq. Ko'zning shikastlanishi va artritning paydo bo'lish vaqti ko'pincha farq qiladi (ba'zida ikkinchi sindrom yillar o'tib rivojlanadi). Uzoq vaqt davomida bemorda izolyatsiyalangan uveit yoki faqat oligoartrit mavjud. JRA ning ushbu shakli HLA-DR5 ni aniqlash bilan tavsiflanadi. AI1A ni aniqlashning yuqori chastotasi va qondagi CPC ning sezilarli darajasi.

10 yoshdan oshgan qizlarda poliartrit. U tez rivojlanadi va erta nogironlikka olib keladi. HLA-DR4 bilan bog'langan. JRA ning ushbu varianti, ammo artikulyar shikastlanish belgilari va kursning o'ziga xos xususiyatlari bilan, kattalardagi revmatoid artritning bolalar analogi sifatida qabul qilinadi. Ushbu bemorlarda ijobiy klassik RF (IgM-RF kompleksi) erta aniqlanadi.

Monooligoartrit asosan o'g'il bolalarda uchraydi. Katta bo'g'imlarning shikastlanishi xarakterlidir va ba'zi hollarda sakroiliit bilan birgalikda. Odatda 10 yoshdan oshgan kasal bolalar. JRA ning ushbu varianti HLA-B27 bilan bog'liq, shuning uchun u ko'pincha kattalarda tez-tez uchraydigan ankilozan spondilitning ehtimoliy boshlanishi deb hisoblanadi. Ko'pincha bolalarda bunday o'zgarish sodir bo'lmaydi va kasallikning kechishi butunlay qulay xususiyatga ega. Ehtimol, ego 1ILA-B27 ning heterojenligi bilan bog'liq.

Bemorlarning taxminan 80 foizida uchraydigan yuqorida tavsiflangan JRA ning eng tipik shakllari bilan bir qatorda kamroq aniq variantlar ham mavjud.

Turli yoshdagi bolalarning katta guruhi faqat monooligoartrit bilan ajralib turadi (HLA-B27 bilan bog'lanmagan). Uning kursi, qoida tariqasida, juda qulaydir, 3-5 yoshdan keyin bolalarning 50 foizi tuzalib ketadi yoki jarayonning aniq rivojlanishisiz juda kamdan-kam uchraydigan relapslar qayd etiladi, bu yillar o'tib tashxisni qayta ko'rib chiqishni talab qiladi.

Patogenetik heterojenlik, JRA ning klinik polimorfizmi, shuningdek, kasallikning tabiati va natijalari bo'yicha turli xil variantlari yangi tasnifning rivojlanishiga sabab bo'ldi. Uning birinchi versiyasi 1972 yilda taklif qilingan; E.I. Brewer, I.C. Bassu, I.T. Kessidi.

Hozirgi vaqtda klinik amaliyotda JRA/YUKHA/JIA (A.V.Dolgopolova. A.A.Yakovleva, L.A.) Isaeva)ning Sharqiy Yevropa ishchi tasnifiga ustunlik hali ham beriladi.

JRA klinik tasnifi

JRA ning klinik va anatomik xususiyatlari

1. Revmatoid artrit, artikulyar-visseral (tizimli) shakl (retikuloendotelial tizim, yurak, seroz membranalar, qon tomirlari, ko'zlar, siydik, asab va bronxopulmoner

tizimlarning shikastlanishi bilan):

a) cheklangan visserit bilan;

b) Still sindromi;

v) allergik septik sindrom.

2. Revmatoid artrit, asosan artikulyar shaklda (ko'zning ta'siri bilan yoki bo'lmagan holda):

a) poliartrit;

b) oligoartrit;

c) monoartrit.

3. Revmatoid artrit bilan birgalikda:

a) revmatizm;

b) diffuz biriktiruvchi to'qima kasalliklari JRA ning immunologik xususiyatlari

RF testi ijobiy (seropozitiv), RF testi salbiy (seronegativ).

Kasallikning kechishi: tez o'sib boruvchi, sekin o'sib boruvchi, sezilarli progressiyasiz.

Faoliyat darajasi: yuqori (III daraja), o'rta (II daraja), past (I daraja) remissiya.

Rentgen bosqichi

I bosqich: periartikulyar osteoporoz, bo'g'im bo'shlig'iga effo'ziya, periartikulyar to'qimalarning siqilish belgilari.

II. bosqich, bir xil o'zgarishlar fonida, bo'g'im bo'shlig'ining torayishi, bitta suyak usurasi

III. bosqich: keng tarqalgan osteoporoz, aniq osteoxondral destruktsiya, dislokatsiyalar, subluksatsiyalar, tizimli suyak displaziyasi.

IV. o'zgarish bosqichi I-III bosqich va ankiloz.

Bemorning funktsional qobiliyati

1. Saqlangan.

2. Tayanch-harakat apparati holati buzilgan:

a) o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyati saqlanib qoladi;

b) o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyati qisman yo'qoladi

v) o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish qobiliyati sezilarli darajada yo'qoladi.

3. Buzilgan, lekin ko'z yoki ichki organlarning holati.

JRA rivojlanishining belgilari

• Yangi bo'g'inlar jarayoniga jalb qilish.

• Artritning yangi rentgenologik bosqichiga o'tish.

• Tayanch-harakat tizimining progressiv funktsional buzilishlari.

Tez progressiv kurs kasallikning birinchi yilida yuqorida tavsiflangan jarayonning dinamikasi mavjudligi bilan tavsiflanadi. Agar bu belgilar kasallik boshlangan paytdan boshlab 1,5 yildan 3 yilgacha bo'lgan davrda mavjud bo'lsa,

kurs asta-sekin progressiv deb ataladi. Va agar 3 yil davomida bemorda artritning rivojlanish belgilari bo'lmasa, kurs biroz progressiv deb hisoblanadi.

Tashxis va differentsial tashxis JRA uchun diagnostika mezonlari

1. Klinik belgilari: 3 oydan ortiq davom etadigan bir bo'g'imning artriti, 2-3 oydan keyin paydo bo'ladigan ikkinchi bo'g'imning artriti. va keyinchalik, kichik bo'g'imlarning nosimmetrik shikastlanishi, tenosinovit yoki bursit, kontraktura, mushak atrofiyasi, ertalab qattiqlik, revmatoid ko'zning shikastlanishi, revmatoid tugunlar, revmatoid vaskulitning ko'rinishlari (serozit, kardit, pnevmonit, nefrit va boshqalar).

2. Retpgenologik belgilar: periartikulyar osteoporoz, epifizning suyak tuzilishining kichik kistli qayta tuzilishi, bo'g'im bo'shlig'ining torayishi, suyak eroziyasi, bo'g'imlarning ankilozi, atlasning buzilishi yoki subluksatsiyasi bilan servikal umurtqa pog'onasining shikastlanishi.

3. Laboratoriya belgilari: musbat RF, sinovial suyuqlikda 5% dan ortiq hornotsitlar mavjudligi, sinovial membrananing ijobiy biopsiya ma'lumotlari (RF, o'ziga xos CEC, krioglobulinlar va boshqalar), T ning hamkorlikdagi nomutanosiblik belgilari. va B hujayralari, CRV kontsentratsiyasining ortishi, immunoglobulinlar, RF, ANA mavjudligi, DNKga antikorlar, streptokokklar, xlamidiyalar, mikoplazmalar, ichak bakteriyalari, toksoplazma, toksakara va boshqa yuqumli omillar. Serologik tadqiqotlar: gerpes simplex virusi, sitomegalovirus, Epstein-Barr viruslari, gepatit A, B va C, parvoviruslar, enteroviruslar va boshqalarga antikorlar Turli HLA gaplotiplarini (DR1, DR2, DR i, DK5, B27 B35, B12 va boshqalar) aniqlash.), shuningdek, bemorning yaqin qarindoshlarida HLA tizimining antijenlariga ko'ra otoimmün kasalliklarning rivojlanishiga moyillikning umumiy fenotiplari mavjudligi.

Artritning differentsial diagnostikasi. JRAni klinik ko'rinishida artikulyar sindrom mavjud bo'lgan revmatologik profil kasalliklaridan farqlash kerak. Bularga SLE, revmatizm, dermatomiyozit, balog'atga yetmagan skleroderma (tizimli skleroz) kiradi.

Bolalardagi JRA refaol artropatiyalar, osteoxondropatiya nomi bilan birlashtirilgan kasalliklar, psoriatik va podagra artropatiyalari, bo'g'imlarning sil kasalligi va tayanch-harakat tizimining shikastlanishi bo'lgan bir qator irsiy genetik sindromlar bilan ham ajralib turadi.

Tizimli qizil yuguruk. Agar SLE artikulyar sindromning yorqin klinik ko'rinishi va teri belgilarining yo'qligi bilan davom etsa, bu sezilarli differentsial diagnostika qiyinchiliklarini keltirib chiqaradi. JRA uchun atipik bo'lgan teriga ("kapalak"), markaziy asab tizimiga va buyraklarga zarar etkazish belgilari kasallikning dastlabki bosqichida paydo bo'lishi, shuningdek, artritning eroziv bo'lmagan tabiati qanday holatda? Yordam bering. Differentsial diagnostika

leykopeniya, trombotsitopeniya, komplement darajasining pastligi, SLE diagnostik mezonlari bo'lgan qonda DNK va LE hujayralariga antikorlarning mavjudligi bilan to'ldiriladi.

O'tkir revmatik isitma. ARF o'z yo'nalishini o'zgartirdi, ko'pincha uning birinchi belgisi artrit, ammo JRAdan farqli o'laroq, u eroziv bo'lmagan xarakterga ega va terapiya vaqtida tez qaytariladigan kursga ega. Revmatizmdagi artrit har doim streptokokk infeksiyasi, o'tkir (tonzillit, skarlatina) yoki virusli infeksiya fonida surunkali tonzillitning kuchayishi bilan birga keladi, anamnezda revmatizmning "oilaviy birikmasi" mavjudligi haqida ko'rsatmalar mavjud, nihoyat, allaqachon revmatizmning dastlabki bosqichlarida yurak shikastlanishi aniqlanadi tsa - miyokardit va / yoki endokardit. Ba'zi bolalarda revmatik xoreya bor. Qonda antistreptokokk antikorlarining yuqori darajasi (ASL-O, ASG va boshqalar) aniqlanadi, bu JRA bilan og'rigan bemorlarga xos emas.

Tizimli skleroz (SS) shaklida balog'atga etmagan skleroderma. Deyarli har doim bu jarayonda mushak-skelet tizimining ishtiroki bilan davom etadi. Differentsial tashxisni o'tkazishda SSga xos bo'lgan vazospastik kasalliklarning mavjudligi, masalan, Reyno sindromi, ezofagit, teri sindromining indurativ-atrofik ko'rinishlari va SS uchun xarakterli bo'lgan umumiy progressiv tizimli obliteratsiya qiluvchi endarterit. differentsial diagnostika. Ma'lumki, SS, JRA kabi, klinik jihatdan polimorfik kasallik bo'lib, uning bir nechta mustaqil shakllarini aniqlash imkonini berdi. Ulardan ba'zilari, masalan, o'zaro bog'liqlik sindromi (xoch sindromi) rivojlanishning dastlabki bosqichlarida JRA bilan differentsial tashxisni talab qiladi.

Refaol artropatiyalar - enterokolitik (yersinioz, salmonellyoz va boshqalar) yoki urogenital (xlamidiya, ureaplazmoz va boshqalar) infeksiyasidan keyin (yoki fonida) rivojlanadigan qo'shma kasalliklar. Bunday holda, sinovial suyuqlikdan artrit rivojlanishi holatida infeksion vosita ekilmaydi. Sinovial suyuqlikda xlamidiya, shigella, salmonella va boshqalar kabi yuqumli agent topilgan hollarda artrit yuqumli hisoblanadi (xlamidiya, salmonellalar va boshqalar). Ichak va genitouriya infeksiyalariga qarshi (yoki undan keyin) rivojlanadigan refaol artrit (artropatiyalar) HLA-B27 bilan bog'liqligi isbotlangan.

Adabiyotga ko'ra, bir qator bemorlarda post-yersinia artriti uzoq muddatli takroriy kursni oladi va klassik ankilozan spondilitga aylanishi mumkin.

Nazofarengeal infeksiyaga qarshi (yoki undan keyin) paydo bo'lgan artrit (artropatiyalar), ya'ni. ICD-10 ga ko'ra, bir vaqtlar yuqumli-allergik deb atalganlar, infeksiyadan keyingi hisoblanadi.

Pediatriyaning dolzarb muammosi xlamidiya keltirib chiqaradigan refaol artritdir: ular ko'pincha JRA (JXA) ga aylanadi va progressiv ravishda bo'g'imlarda eroziv-destruktiv o'zgarishlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Takliflar mavjud: yoki HLA-B27 mikroblar uchun retseptor bo'lib, bu infeksiyani umumlashtirishga olib keladi yoki bu antijen hujayrali immunitet reaksiyalarining boshlanishida bevosita ishtirok etadi, bu esa immunitetning yetarli emasligiga va mikroorganizmning barqarorligiga olib keladi.

Reiter sindromi (Reiter kasalligi yoki uretrookulosinovial sindrom). U simptomlarning klassik triadasi bilan tavsiflanadi: uretrit, kon'yunktivit, artrit. Jarayon odatda yoz-ko'z davrida noqulay sanitariya-epidemiologik vaziyatda bo'lgan jo'kalarda sodir bo'ladi. Klassik triadaning bir belgisi (uretrit yoki kon'yunktivit) bo'lmasa, "to'liq bo'lmagan Reiter sindromi" ni ajratib ko'rsatish noqonuniy hisoblanadi.

Reiter sindromining eng keng tarqalgan qo'zg'atuvchisi xlamidiyadir. Chlamydiae - hujayra ichidagi parazitizmga qodir bo'lgan va shilliq epiteliy uchun tropizmga ega bo'lgan gramm-manfiy bakteriyalar. O'g'il bolalar va yigitlar tez-tez kasal bo'lishadi. Xlamidiya infeksiyasi jinsiy yo'l bilan yuqadi va gonokokkka qaraganda 5-7 marta tez-tez uchraydi.

Uretrit infeksiyadan 7-20 kun o'tgach rivojlanadi va gonoreya kabi o'tkir emas. Dizurik hodisalar ko'pincha yo'q. Keyinchalik, pseudo-gouty artropatiya qo'shiladi: shish, oyoqlarning bo'g'imlarida og'riq, bosh barmog'ining bo'g'imlarini o'z ichiga oladi. To'piqlardagi og'riqlar bilan tavsiflanadi (to'piqlarda kalcaneal tendon tendonit bursit).

Konyunktivit ham xlamidiya infeksiyasining o'zi natijasida, ham ushbu kasallikka xos bo'lgan immunopatologik reaksiyalar bilan bog'liq holda yuza gakeladi. Bir qator bemorlarda tashqi tomondan psoriatikga o'xshash teri shikastlanishi (tovon, kaftlar keratodermi) rivojlanishi mumkin, bu Reiter sindromini tashxislashni qiyinlashtiradi. Ehtimol, balanit, balanopostit, inguinal limfadenopatiya, pielonefrit ko'rinishi. IILA-B27 bemorlarning 80-90% da aniqlanadi, RF aniqlanmaydi. Reiter sindromi takrorlanishga moyil bo'lib, surunkali infeksiyaning davom etishini ko'rsatadi.

Ushbu kasallik diagnostikasida bemorning qon zardobida anamnez, klinik ko'rinish va xlamidiya antikorlarini (titer 1:32 va undan yuqori) aniqlashga katta ahamiyat beriladi.

Chlamydia trachomatis ekanligi aniqlandi.; - urogen refaol artrit uchun umumiy qabul qilingan va eng tez-tez qo'zg'atuvchi vosita va refaol artrit xlamidiya infeksiyasining 2% dan kam hollarda rivojlanadi.

6. Aralash infeksiya. Hozirgi bosqichda tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklarining o'ziga xos xususiyati aralash infeksiyalar (xlamidiya, ureaplazma, mikoplazma, Trichomonas - 30% gacha, herpes virusi - 25% gacha) turiga ko'ra oqim tendentsiyasidir.

Xlamidiya qo'zg'atadigan artritda periferik bo'g'imlarning shikastlanishi

variantlari: refaol artrit turiga va destruktsiyali artrit turiga ko'ra.

JRA/JXA ning taxminan 7-8 klinik belgilari (ayniqsa, o'smirlarda) tasvirlangan, bu artritning xlamidiya infeksiyasi bilan bog'liqligini ko'rsatadi.

1. Alohida bo'g'inlar ustidagi terining giperemiyasi bilan shish.

2. Qo'llarning bo'g'imlariga assimetrik shikastlanish va / yoki nola.

3. Bemorda entezit va talalgiya bor.

4. Uzoq muddatli subfebril holat (eng mumkin bo'lgan sabablar chiqarib tashlanadi).

5. Metotreksatni tayinlashda doimiy harorat reaksiyasi.

6. Artritning o'rtacha klinik belgilari bilan jarayonning yuqori laboratoriya faolligi (masalan, ESR 40-50 mm / soat; lekin yorqin o'tkir artrit / sinovit yo'q).

7. Progressiv destruktiv artrit (shu jumladan, 1V-V oyoq barmoqlari bo'g'imlaridagi o'zgarishlar), metotreksat bilan davolash va GCSni intraartikulyar yuborish usuli ta'sirisiz.

Agar JRA bemorida xlamidiya infeksiyasi tasdiqlansa, siyanoz xlamidiya infeksiyasi bilan bog'liq JRA (ishchi tasnifi pi) sifatida xabar qilinishi kerak.

Chlamydial artritni davolashda muammolar. Asoratlanmagan xlamidiya infeksiyasini davolash odatda qiyin emas. Surunkali va takroriy shakllarning kechishi ko'pincha juda qiyin va qiyin ishdir. Afsuski, surunkali xlamidiya infeksiyasi bo'lgan bemorlarni davolashning yagona taktikasi yo'q. So'nggi yillarda xlamidiya infeksiyasi va artritning davom etayotgan antibakterial terapiyaga chidamliligi faol ravishda o'sib bormoqda. Qarshilikning moddiy substrati ikki zanjirli DNKning yopiq halqalari bo'lgan mobil tuzilmalardir - ular plazmidlar deb ataladi.

Plazmidlar dastlab bir nechta antibiotiklarga yoki ularning butun guruhiga qarshi immunitetga ega. Aniqlanishicha, plazmid xromosomaga integratsiyalashishi va u bilan replikatsiyalanishi mumkin, buning natijasida bir qator antibiotiklarga chidamlilik haqidagi ma'lumotlar to'g'ridan-to'g'ri xlamidiya hujayrasining genetik apparatiga o’z atiladi va bunday xlamidiya bu antibiotiklarga befarq bo'lib qoladi.

Antibiotiklarga chidamlilik shakllanishining oldini olish: takroriy davolash kurslari davomida dorilar guruhlarini o'zgartirish, antibiotiklarning oqilona kombinatsiyasi (makrolidlar - doksisiklin), yetarli, ammo uzoq muddatli antibiotik terapiyasini buyurish, bir xil antibiotiklar kombinatsiyasidan foydalangan holda jinsiy sheriklarni davolash.

Doimiy xlamidiya infeksiyasi - bu xlamidiyaning hujayra ichida "plazmid shakllari" ko'rinishida bo'lgan holat: ular bo'linmaydi, shuning uchun bakteriostatik antibiotiklar, angina va makrofaglar uchun mavjud emas, shuning uchun mikroorganizmni immunitet tizimi deyarli tanib bo'lmaydi. makroorganizm.

Xlamidiya infeksiyasining davom etishi sefalosporinlar, ayniqsa I-II avlod, b-

laktam antibiotiklari, sulfanilamidlar, interferon-g ning past dozalari va asossiz qisqa kurslar va antibiotiklarning past dozalari bilan rivojlanishi mumkin. Shu bilan birga, energiyaga bog'liq parazitizm rivojlanadi.

Surunkali va doimiy xlamidiya infeksiyasi to'liq bartaraf etilgunga qadar bemorni refaol xlamidiya qo'zg'atadigan artritdan davolash mumkin emasligi aniqlandi.

Psoriatik artrit (psoriatik artropatiya) ko'pincha toshbaqa kasalligining teri ko'rinishlari bilan birlashtiriladi. Kasallik har qanday yoshda aniqlanishi mumkin. Psoriazning etiologiyasi va patogenezi to'liq o'rganilmagan. Psoriazning klinik ko'rinishlarining turli xil variantlariga irsiy moyillik haqiqati isbotlangan. Kasallikning HLA gistokompozitsiya antijenlari bilan bog'liqligi aniqlangan.

Bolalarda psoriatik artritning mustaqil shaklini ajrating - voyaga etmaganlar. Qizlar tez-tez kasal bo'lib, kasallikning cho'qqisi balog'at yoshida - 10-12 yoshda kuzatiladi. Ko'pincha artrit toshbaqa kasalligining teri namoyon bo'lishidan oldin sodir bo'ladi. JRA ning differentsial diagnostikasini o'tkazish. balog'atga etmagan psoriatik artrit bilan, isitma, limfadenopatiya, gepatolienal sindrom, bo'g'imlarning shikastlanish simmetriyasi, RF mavjudligi va laboratoriya ko'rsatkichlarining yorqin yallig'lanish tabiati ikkinchisi uchun odatiy emasligini hisobga olish kerak. Psoriatik artritning kursi odatda qulaydir: 20-50% bolalarda barqaror remissiyaga erishiladi, sekin progressiv surunkali poliartrit 25-30% da qayd etiladi va jarayon 10-15% da erta nogironlikka olib keladi.

Voyaga etmaganlarning ankilozan spondilit (enteziv artrit). Qizlar va o'g'il bolalarda bir xil darajada keng tarqalgan. Oligoablatsiya, koksit, engezit bilan tavsiflanadi. O'smirlar tez-tez kasal bo'lishadi. Bemorlarning 25-50 foizida uveit rivojlanishi mumkin. 75% da HLA B27 aniqlanadi. Har doim IF va ANA yo'qoladi. Sakroiliak bo'g'imlardagi og'riqlar, yallig'lanishli tabiatning umurtqa pog'onasidagi og'riqlar, og'riq sindromi, spondiloartropatiyalar yoki yallig'lanishli ichak kasalliklari bilan og'rigan oldingi uveitning oilaviy tarixi mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Bo'g'imlarning sil kasalligi. Bemorlarning 80% da surunkali monoartrit paydo bo'ladi. Kestirib, tizza bo'g'imlari asosan ta'sirlanadi. O'g'il bolalar va erkaklar ko'proq ta'sir qiladi. So'nggi yillarda bolalarda sil kasalligining chastotasi oshdi va ko'pincha o'pkaning shikastlanishini chetlab o'tib, uning birinchi namoyon bo'lishi bo'g'imlar, umurtqa pog'onasi va buyraklardagi jarayondir. Sil kasalligining tabiati ham biroz o'zgardi, u o'tkir yallig'lanish xususiyatlarini oldi.

Mushaklar-skelet tizimining shikastlanishi bilan yuzaga keladigan sil kasalligi jarayoni bir necha bosqichlardan o'tadi. Boshlang'ich, preartritik bosqich intervalgacha, ko'pincha harakat paytida, og'riyotgan og'riqlar bilan tavsiflanadi. Artrit bosqichiga o'tish bilan artikulyar tuzilmalarda o'tkir yallig'lanishning surati

rivojlanadi: qattiq og'riq, shishish, harakatni cheklash, qo'shilishda efüzyon. Effo’ziya va periartikulyar shish bo'g'imning konfiguratsiyasini keskin o'zgartiradi. Bemorning yurishi buziladi.

Kalça qo'shimchasining mag'lubiyati bilan, agar jarayon ikki tomonlama yoki "qo'shni" bo'lsa - bir bo'g'imning mag'lubiyati bilan "o'rdak" ga aylanadi. Ushbu fonda dumba va sonlarning atrofiyasi tez rivojlanadi. Shuni ta'kidlash kerakki, bolalarda umurtqa pog'onasining sil kasalligi (Pott kasalligi) ham rivojlanishi mumkin, bunda kazeoz osteit kabi asosiy o'ziga xos jarayon umurtqalar tanasida rivojlanadi: ularning tekislanishi asosan old bo'limda shakllanadi. Umurtqalar lateral rentgenogrammada xanjar shaklida.

Sil kasalligi bilan og'rigan JRA ning differentsial diagnostikasi ko'pincha sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.Differensial diagnostika mezonlari oilada sil kasalligining mavjudligi, Mantu testining ijobiy natijasi, sinovial suyuqlikda tuberkulyoz mikobakteriyasining mavjudligi va salbiy RF bo'lishi mumkin. Tashxisni aniqlashtirish uchun bo'g'imlarning rentgenologik tekshiruvi (agar kerak bo'lsa, bo'g'imlarning KT) va sinovial membrana va haftaga biopsiyasi bilan artroskopik tekshiruv o'tkaziladi. Tuberkulyoz artritning preartritik bosqichida, normal suyak to'qimalarining fonida, suyak trabekulalari naqshining fokusli qayta tuzilishi aniqlanishi mumkin. Artrit bosqichida marginal suyak nuqsonlari aniqlanadi. Keyinchalik qo'shma bo'shliqning torayishi va suyakning subkondral tuzilmalarining korroziyalangan konturlari fonida sekvestr mavjudligi bilan cheklangan suyak bo'shlig'i topiladi.

Osteoxondropatiya. Bu uzoq davom etadigan va ko'pincha ijobiy natijaga ega bo'lgan bolalar va o'smirlardagi qo'shma kasalliklarning mustaqil guruhidir. Etiologiyasi kam ma'lum, ammo bu kasalliklarning rivojlanishi suyak va suyak iligining avaskulyar (aseptik) nekroziga asoslanganligi aniqlangan. Ko'pgina osteoxondropatiyalar uchun ularning irsiy tabiati isbotlangan (Schlagger kasalligi, Scheuermann kasalligi - May, Perthes kasalligi, Koehler kasalligi I va II). Qoida tariqasida, ushbu kasalliklar guruhi mezenximal stigmalarning yuqori darajasi bo'lgan bemorlarda aniqlanadi, bu esa biriktiruvchi to'qimalarning displastikligini ko'rsatadi, bu ko'pchilik osteoxondropatiyaning disontogenetik xususiyatini ta'kidlaydi.

Ba'zi hollarda JRA bo'lgan bolalarda monooligoartritning torpid kursi ushbu kasalliklar guruhi bilan ham differentsial tashxisni talab qiladi.

Osteoxondropatiya epifiz, apofiz, quvurli suyak, qisqa quvurli suyaklar yoki artikulyar suyak tuzilmalarining subkondral qatlamida patologik jarayonning lokalizatsiyasi bilan yuzagakelishi mumkin.

Legg-Calve-Perthes kasalligi (femur boshi epifizining osteoxondropatiyasi). Bu bosh epifizining ossifikatsiya yadrosining subkondral nekrozi. Perthes kasalligi

bilan og'rigan bolalarning qon zardobida ishqoriy fosfataza, kaltsiy, noorganik fosfor miqdori yuqori bo'lganligi va siydikda glutamik kislota va prolinning ko'payishi haqida dalillar mavjud. Kasallik asosan 5-12 yoshda sodir bo'ladi, qoida tariqasida, bitta, ko'pincha o'ng, son bo'g'imlari ta'sirlanadi. O'g'il bolalar qizlarga qaraganda 5 marta tez-tez kasal bo'lishadi. Kasallikning birinchi belgilari og'riq va oqsoqlik, so'ngra son bo'g'imi qo'shilishida kontraktura belgilari: erta bo'lganlar - ichki va tashqi aylanish va o'g'irlashning cheklanishi, keyinroq - egilish va qo'shilishning cheklanishi. JRA bilan differentsial tashxis o'tkazishda I ning ultratovush va rentgenologik belgilari alohida ahamiyatga ega, ya'ni. Perthes kasalligining boshlang'ich bosqichi, chunki uning natijasi o'z vaqtida tashxisga bog'liq.

Perthes kasalligining I bosqichi epifiz va suyak iligining gubka suyagi nekrozi bilan tavsiflanadi. Ushbu bosqich eng katta diagnostika qiyinchiliklarini keltirib chiqaradi. Kasallikning ushbu davridagi rentgenogrammada son bo'g'inini o'rab turgan yumshoq to'qimalar soyalarining kengayishi va siqilishi, sinovit tufayli son bo'g'imlari kapsulasi soyasining kengayishi aniqlanadi.

Shish bilan bog'liq holda, o'rta, kichik gluteal va iliopsoas mushaklari orasidagi mushaklararo bo'shliqlarning kengayishi hosil bo'ladi. Son bo'g'imlari va tos suyaklarining tegishli yarmi suyaklarining osteoporozi rivojlanadi, haftaga tushadigan epifiz plastinkasining qiyshayishi va notekisligi, epifizda femurning bosh va bo'yin epifizasining qo'shni yuzalarida marginal usuraning mavjudligi. zonasi. Epifizning sharsimon konturining tekislanishi va artikulyar balandligining oshishi aniqlanadi! bo'shliqlar (sinovit).

1-bosqichning oxirida femur bo'yinining paraepifiz zonasida buzilish o'choqlari paydo bo'lishi mumkin, ularning hududida bir muncha vaqt o'tgach kistalar hosil bo'ladi, bo'yin qisqaradi, kengayadi, bo'g'im amalda buziladi. Bu bosqich 4-6-8 oy davom etishi mumkin. Hozirgi vaqtda ushbu kasallikni davolash faqat jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi: u qanchalik erta amalga oshirilsa, natija shunchalik yaxshi bo'ladi.

Oyoqning navikulyar suyagi osteoxondropatiyasi (Kohler kasalligi I). 5-12 yoshli bolalarda, asosan, o'g'il bolalarda uchraydi. Jarayon ko'pincha ikki tomonlama. Deyarli to'satdan skafoidning gubka qismining aseptik nekrozi rivojlanadi, ammo integumental haftaga tuzilishi saqlanib qoladi. Bolada oyoqning orqa qismidagi og'riqlar haqida tashvishlanadi, ko'pincha og'riq kechasi kuchayadi. Oqsoqlik asta-sekin rivojlanadi, bolalar oyoqning tashqi chetiga suyanib, yurishadi. Navikulyar suyak darajasida shishish yallig'lanish belgilarisiz paydo bo'ladi. Jarayon 8-12 oy, ba'zan yillargacha davom etadi. Muhim diagnostika mezoni rentgen rasmidir: dastlabki bosqichda osteoporoz aniqlanadi, keyinchalik navikulyar suyakning ossifikatsiya yadrosining pasayishi kuzatiladi, ba'zida uning

parchalanishi kuzatiladi. qo'shildi. Umuman olganda, kasallikning kechishi qulay bo'lib, bo'g'imning o'z vaqtida immobilizatsiyasi va tushirilishi bilan jarayon suyakning tuzilishi va shaklini tiklash bilan yakunlanadi.

Metatarsal suyaklar boshlarining osteoxondropatiyasi (Kehler II kasalligi). 10-20 yoshda, biroz ko'proq qizlar va ayollarda uchraydi. II va III metatarsal suyaklarning boshlari odatda ta'sirlanadi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi, II-III barmoqlar tagida og'riq bilan boshlanadi, yurish bilan kuchayadi. Bu sohada shish va shish paydo bo'ladi. Bemorlar tovonda tayanch bilan yurishadi va shu bilan oldingi oyoqni tushiradilar. Ko'pincha, rivojlanayotgan limfa shishi tufayli oyoq Bilagi zo'r bo'g'im hududida shish paydo bo'lishi mumkin, bu keyinchalik deformatsiya qiluvchi artrozning shakllanishiga yordam beradi.

X-ray siqilish va metatarsal suyak boshining balandligining pasayishi bilan tavsiflanadi, u dog'li naqshga ega bo'lishi mumkin. Kasallikning oxirgi bosqichida suyak tuzilishini to'liq tiklash odatda kuzatilmaydi.

Shomil bilan yuqadigan borrelioz (Lyme kasalligi). Ushbu kasallik birinchi marta 1970-yillarda Laymda (AQSh) tasvirlangan bo'lib, o'rmonga sayohatdan keyin bolalarda artrit epidemiyasi qayd etilgan bo'lib, u bir nechta yirik bo'g'inlarda, asosan tizzalarda assimetrik shish va og'riqning qisqa muddatli takroriy hujumlari bilan tavsiflanadi. Qoida tariqasida, bu halqali migratsiya eritema va surunkali atrofik akrodermatit, ba'zida nevrologik kasalliklar (meningit, ensefalit, kranial nevrit, radikuloneurit, mielit) va shikastlanish shaklida terining shikastlanishi bilan namoyon bo'ladigan tizimli kasallikning belgilari bilan birlashtirildi. yurak-qon tomir tizimi (diffuz kardit, yurakning o'tkazuvchanlik tizimining shikastlanishi, perikardit).

JRA bilan differentsial tashxis o'tkazishda ustuvorlikni bilish muhimdir. lyme artrit belgilari. Erta davrda umumiy yallig'lanish sindromi (isitma, titroq, eritema, bosh og'rig'i, terlash va boshqalar) tarkibiga kiruvchi artralgiyalar kuzatiladi. Bir necha kundan keyin (haftalar yoki hatto oylar!) Katta yoki o'rta bo'g'imlarning, ko'pincha tizzalarning intervalgacha mono- va oligoartritining qisqa hujumi rivojlanadi. Artrit yaxshi xulqli kursga ega bo'lib, hujumlar orasidagi intervallarni bosqichma-bosqich o’z aytirish va hujumlar davomiyligini qisqartirish, so'ngra tiklanish bilan tavsiflanadi, ammo bu faqat asosiy kasallik uchun terapiya fonida. So'nggi yillarda surunkali eroziv-destruktiv sinovit artritning shakllanishi holatlari tez-tez qayd etilgan. Bu kasallikning dastlabki bosqichlarida allaqachon JRA bilan borrelios artritining differentsial tashxisini murakkablashtiradi. Amalda, bu uning tez rivojlanishini, eroziv-destruktiv artritning rivojlanishini va JRA (DOCA) ga aylanishini ko'rsatadi.

Qo'shimchalarning umumiy gipermobillik sindromi. Bu o'tkazib yuborish oson bo'lgan sindromlardan biri, shu jumladan fibromiyalji. Taxminan 10% odamlar

gipermobillik tomon normal qo'shma harakatchanlik oralig'ida o'sishni boshdan kechirishadi. O'rtacha 10-15% bemorlarda gipermobillik patologik (masalan, Marfan sindromi, Elers-Danlos sindromi, akromegaliya va boshqalar). Umumiy gipermobillik uchun skrining nazorati o'zgartirilgan Byton reytingi bo'lishi mumkin, bu uning tashxisini osonlashtiradi:

1. Kichkina barmoqni 90 ° yoki undan ko'proq kengaytirish (har bir tomondan bir nuqta).

2. Bosh barmog'ini bilagiga teggunchа yon va orqaga olib boring (lekin har tomondan bitta nuqta).

3. Tirsak bo'g'imining 10 ° ga giperekstantsiyasi (har bir tomondan bir nuqta).

4. Tizza bo'g'imini 10 ° yoki undan ortiq (lekin har tomondan bir nuqta) haddan tashqari cho'zish.

5. Tizlaringizni bukmasdan, kaftlaringiz bilan polga teging.

Maksimal ball soni - 9.

Gipermobillik diagnostikasi 6 yoki undan ko'p ball bilan belgilanadi.

Fibromiyaljiya. Bu juda keng tarqalgan sindrom quyidagi xususiyatlar bilan tavsiflanadi:

1. Yomon uyqu, uyg'onganda charchoq hissi.

2. Bezovtalik, uyquchanlik.

3. Achchiqlanish.

4. Analjeziklarni qabul qilishda kamaymaydigan ko'plab mintaqaviy og'riqlar, shu jumladan umurtqa pog'onasidagi og'riqlar.

5. Palpatsiyada ayrim nuqtalarning o‘ta sezuvchanligi (bo‘yin bo‘yni umurtqasining pastki qismi, supraspinat muskulining o‘rtasi, trapetsiya mushagi ustidagi mushak rolikining og‘rig‘i, lateral epikondildan 1 sm distal nuqtada, bel umurtqasining pastki qismidagi og‘riq, yuqori gluteal mintaqa, medial yog’ tizza yostig'i). Fibromiyaljiya birlamchi (ko'pincha o'rta yoshli ayollarda) va og'riqli artikulyar yoki miyaljik sindrom bilan kechadigan turli revmatik kasalliklar fonida ikkilamchi bo'lishi mumkin. Bemorlar chuqur tekshiruvdan o'tishlari kerak.

Davolash usullari Terapiyaning maqsadlari: jarayonning yallig'lanish va immunitet faolligini bostirish, tizimli ko'rinishlarni va artikulyar sindromni bartaraf etish, bo'g'imlarning funktsional qobiliyatini saqlash, bo'g'imlarning buzilishining oldini olish yoki sekinlashtirish, bemorlarning nogironligi, remissiyaga erishish, yaxshilash. bemorlarning hayot sifati, terapiyaning nojo'ya ta'sirini minimallashtirish.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

Tizimli ko'rinishlarning rivojlanishi (isitma, yurak, o'pkaning shikastlanishi).

Artikulyar sindromning og'ir kuchayishi,

Immunosupressiv dorilarni tanlash.

Kuchlanishni ambulator davolashda samara yo‘qligi,

Interkurrent infeksiyaning kirishi.

Tashxisning to'g'riligiga shubhalarning mavjudligi.

Artikulyar sindromning kuchayishi davrida reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish (ayniqsa, son bo'g'imlarining shikastlanishi bilan).

Dori-darmonsiz davolanish rejim, parhez, mashqlar terapiyasi, ortopedik tuzatishni o'z ichiga oladi.

Kasallikning kuchayishi davrida bola vosita rejimi bilan chegaralanadi. Shina qo'yish bilan bo'g'imlarni immobilizatsiya qilish kontrendikedir, chunki bu osteoporozni kuchaytiradi va ankiloz rivojlanishini tezlashtiradi. Ko'rsatilgan mashqlar terapiyasi.

Maxsus parhez yo'q. Oziqlanish ratsional, asosiy oziq moddalar tarkibi jihatidan muvozanatli, mikroelementlarga, xususan, kaltsiy, vitaminlarga boy, bolaning yoshiga mos bo'lishi kerak. Ortopedik tuzatish statik protezlardan foydalanishni o'z ichiga oladi, masalan, uzun bo'yli shinalar, tagliklar, yengil olinadigan qurilmalar. Immobilizatsiya vaqti-vaqti bilan bo'lishi kerak.

JRA farmakoterapiyasi bir nechta dorilar guruhini o'z ichiga oladi:

1) NSAIDlar;

2) GCS: tizimli, puls terapiyasi, bo'g'im ichiga yuborish uchun;

3) tomir ichiga immunoglobulinlar (IVIG);

4) sitostatik immunosupressantlar:

5) salazopreparatlar;

6) biologik vositalar.

Hozirgi vaqtda JRAda agressiv davolash taktikasi kasallikning eng boshida qo'llaniladi (2-3-4 dori yoki ularni qo'llash usuli, so'ngra bitta asosiy ta'minotchi preparatni bekor qilish). NSAIDlarning nojo'ya ta'siri va gepatotoksikligi haqidagi so'nggi ma'lumotlardan kelib chiqqan holda, bolalarga ularni uzoq vaqt davomida asosiy vosita sifatida buyurish tavsiya etilmaydi. Sitotoksik immunosupressantlarga, xususan, metotreksatga ustunlik beriladi. NSAIDlarni hech narsa bilan birlashtirmaslik kerak. Yuqori haroratlarda (masalan, JRA ning tizimli shakllari) naproksen va / yoki ibuprofen afzallik beriladi. Meloksikam va naproksenning samaradorligi bo'yicha juda o'xshash (faqat dozalarni hisobga olish kerak), bu juda muhim, chunki meloksikam 14 yoshdan keyin buyuriladi va naproksen yosh bolalarga buyuriladi.

Oligoartritda, ayniqsa, doimiy variantda, eng samarali usul GCSni intraartikulyar kiritish hisoblanadi. Nojo'ya ta'sirlar, hatto uzoq terapiya kurslarida ham deyarli kuzatilmaydi. Preparatni qo'shimchaning ultratovush nazorati ostida qo'llash mumkin. Kasallikning ushbu shakli bo'lgan bemorlarga asosiy terapiya sifatida PG1EP kerak emas (yoki og'riqni yo'qotish va yakuniy tashxis qo'yish

uchun faqat 2-3 hafta davomida).

JRA ning kengaytirilgan (4 dan ortiq bo'g'inlar) poliartikulyar varianti bo'lgan bemorlar uchun NSAIDlar faqat alevlenme davrida buyuriladi, ya'ni, yallig'lanishning o'tkir bosqichini bostirish uchun, so'ngra - asosiy dori metotreksat va uni yon ta'siri tufayli NSAID bilan birlashtirmaslik kerak. Metotreksat dozalari - 10-12 mg / m2, lekin haftasiga maksimal 15 mg / m2 (afzal s / c yoki / m), kamida 2-3 yil.

Metotreksatning biologik vositalar bilan kombinatsiyasi juda istiqbolli.

JRA bo'lgan barcha bemorlar NSAIDlarni qo'llashda bir vaqtning o'zida proton pompasi inhibitörleri guruhidan dori-darmonlarni buyurishlari kerak.

NSAIDlar, NSAIDlar bilan monoterapiya 2-4 haftadan ko'p bo'lmagan muddatda amalga oshirilishi kerak, ya'ni. JRA ishonchli tashxis qo'yilgunga qadar, keyin metotreksat buyuriladi. Tanlangan COX-2 inhibitörlerini (nimesulid, meloksikam) qo'llash maqsadga muvofiqdir. 5 yoshdan oshgan bolalarga birinchi darajali dorilar sifatida diklofenak yoki naproksen buyuriladi. NSAIDlar makrofaglarni faollashtirish sindromining rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin, shuning uchun tizimli ko'rinishlarning kuchayishi paytida ularni ehtiyotkorlik bilan ishlatish kerak. JURA/YUKHA/JIA.

GKS. Kortikosteroidlarni og'iz orqali yuborish IVIG, immunosupressiv dorilar, kortikosteroidlarni intraartikulyar va tomir ichiga yuborish samarasizligi uchun ko'rsatiladi. JRA ning tizimli va ayniqsa artikulyar variantlari bo'lgan bemorlarni davolash uchun birinchi darajali dorilar sifatida og'iz orqali yuborish uchun kortikosteroidlardan foydalanish noto'g'ri. GCSni 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga (ayniqsa 3 yoshgacha), shuningdek, prepubertal yoshdagi bolalarga buyurish istalmagan. GCS o'sishning to'liq to'xtashiga va balog'at yoshidagi o'sish sur'atini bostirishga olib kelishi mumkin. GCS tayinlangan taqdirda, prednizolonning dozasi kuniga 0,2-0,5 mg / kg dan oshmasligi kerak, sutkalik doza esa - 15 mg. GCS ning maksimal dozasi remissiyaga erishilgandan keyin bir oydan oshmasligi kerak. Keyingi davolanish bilan GCS dozasi asta-sekin kamayadi (5-7 kun ichida 2,5 mg ga), ular butunlay bekor qilinmaguncha. Terapiyaning nojo'ya ta'sirisiz istalgan terapevtik ta'sirga tezda erishish uchun GCSni tomir ichiga va intraartikulyar yuborish usullaridan foydalanish mumkin. Kortikosteroidlarni davolashda osteoporozning oldini olish uchun kaltsiy preparatlari (500-1000 mg) va D3 vitamini (400 IU) talab qilinadi.

Kortikosteroidlarni mahalliy davolash. Kortikosteroidlar bilan mahalliy terapiya bo'g'imlardagi yallig'lanish o'zgarishlarini tezda to'xtatadi va ularning funktsional faolligini saqlaydi. Ularning tizimli ta'siri tufayli kasallikning umumiy yallig'lanish faolligi va tizimli ko'rinishlarning faolligi pasayadi, teshilmagan bo'g'imlarda yallig'lanish o'zgarishlari to'xtatiladi. Intraartikulyar in'ektsiya uchun

uzoq muddatli kortikosteroidlar qo'llaniladi: metilprednizolon, betametazon. Odatda, bolaga tez va sekin ta'sir qiluvchi betametazonning kombinatsiyalangan shakli bo'lgan diprospanning intraartikulyar in'ektsiyasi bilan davolash kursi buyuriladi. Artritning kuchayishi bilan 1 oylik interval bilan 2-3 in'ektsiya. odatda yaxshi yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadi.

Puls terapiyasi metilprednizolotm. Pulse terapiyasi oldingi terapiyaga chidamli bemorlarda yallig'lanish jarayonining faolligini tezda bostiradi. Metilprednizolonning dozasi in'ektsiya uchun 12,5-15 mg / kg ni tashkil qiladi (kuniga 500 mg dan oshmasligi kerak), kurs ketma-ket 3 kun. Preparat geparinli 200 ml fiziologik eritmada (tana vazniga 50-75 BD/kg) tomchilab yuboriladi.

VVIG. JRA ning poliartikulyar va tizimli variantlarida IVIG har bir kursga (3-5 kun) 0,4-0,6 g/kg dozada 1 oy davomida oyiga 2 marta, so'ngra keyingi 3-6 oy davomida har oyda qo'llaniladi. JRA ning tizimli variantlarida IVIG qo'llash tizimli ko'rinishlarning remissiyasini keltirib chiqarishi, interkurrent infeksiyalarning faolligini bostirishi,

Tanlangan IgA yetishmovchiligida IVIG kontrendikedir. Immunosupressiv terapiya. Immunosupressiv terapiya differentsial, uzoq muddatli va doimiy bo'lishi kerak. Metotreksatga ustunlik beriladi. Terapiya tashxisni tekshirgandan so'ng darhol boshlanishi va birinchi 3-4 oy davomida o'tkazilishi kerak. jarayonning faolligini bostiradigan dozada kasallik (12,5-15,0 mg / m2 / hafta i / m). Keyinchalik metotreksatning parvarishlash dozasi saqlanadi (yoshga, tana vazniga va kasallikning faollik darajasiga qarab haftada 7,5-10,0-12,5 mg / m2). Agar bemor kamida 2 teg uchun klinik va laboratoriya remissiya holatida bo'lsa, preparatni qabul qilishni to'xtatishingiz mumkin. Ko'pgina bemorlarda immunosupressantlarni bekor qilish kasallikning kuchayishiga olib keladi. Metotreksat JRA artikulyar shakllarida eng samarali ekanligi ishonchli tarzda isbotlangan: u kasallikning faolligini pasaytiradi va RF serokonversiyasini keltirib chiqaradi. JRA ning tizimli variantlari bo'lgan bemorlarning ko'pchiligida metotreksat haftasiga 10-15 mg / mg dozada. tizimli ko'rinishlarning faolligiga amalda ta'sir qilmaydi.

Salazopreparatlar periferik artikulyar sindromning faolligini kamaytirish, entezopatiyani, umurtqa pog'onasining qattiqligini to'xtatish, laboratoriya faolligi ko'rsatkichlarini pasaytirish, artritning idyopatik shakllarining kech oligoartikulyar va poliartikulyar variantlari bo'lgan bolalarda klinik va laboratoriya remissiyasini rivojlanishiga olib keladigan o'rtacha qobiliyatga ega. Klinik ta'sir davolashning 4-8 haftasida sodir bo'ladi. JRAni davolashda salazopreparatlar yaqinda deyarli qo'llanilmaydi.

Biologik vositalar monoklonal antikorlar (MAT) bo'lib, ular pediatriya amaliyotiga faol kiritiladi. Hozirgi vaqtda genetik jihatdan yaratilgan biologik preparatlar yallig'lanishli RDni davolashning ajralmas qismi hisoblanadi. Ular ilgari

davolanmagan bemorlarda nogironlik to'g'risida qaror qabul qilish uchun remissiyaga erishishga yordam beradi. Ular orasida eng muhim guruh TNF-a inhibitörleri, artritda sinovial yallig'lanish va osteoklast vositachiligida suyaklarning yo'q qilinishining rivojlanishini belgilovchi sitokindir. Bular MATlar (infliximab, etanercept, adalimumab), ular TNF-a bilan bog'lanadi va uning biologik ta'sirini neytrallashtiradi. Inson immunoglobulinining fragmentlarida TNF-a inhibitori etanersept va kostimulyatsiya inhibitori abatasept borligi aniqlangan.

Romatologiyada ishlatiladigan biologik preparatlar, qoida tariqasida, immunoglobulinlardir yoki ularning qismlarini o'z ichiga oladi. Protein molekulalari, jumladan, MATni o'z ichiga olgan immunoglobulinlar antigenik xususiyatlarga ega.

Barcha immunoglobulinlar singari, bu ishlab chiqilgan antikorlar ham antigen bog'lovchi domenlarni o'z ichiga olgan Fab fragmentlarini o'z ichiga oladi. Fc fragmenti, unda komplementni bog'lash joylari (SD komponenti) va fagotsitar hujayralarning Fc retseptorlari mavjud. Inson immun tizimi tashqaridan kiritilgan MATlarni antijenler sifatida qabul qiladi va dori uchun o'z antikorlarini shakllantirish bilan birga javob beradi.

Kasallikning tizimli variantlari (allergo-septik sindrom) bo'lgan bolalarga kortikosteroidlar buyuriladi, odatda prednizolon kuniga 0,8-1,0 mg / kg dozada. Doza kasallikning klinik ko'rinishiga, bolaning umumiy holatiga va yoshiga bog'liq. Prednizolon bilan davolash muddati - 2 3 hafta. keyin dozani parvarishlash darajasiga bosqichma-bosqich kamaytirish. Majburiy antibakterial terapiya, proton pompasi inhibitörleri, biologik va kaliy preparatlari.

Prednizolon bilan davolashda kaliy darajasini tuzatish, qon bosimi ko'rsatkichlarini, qon ivish tizimining holatini va diurezni nazorat qilish kerak.

Agar birinchi 7-10 kun davomida yuqoridagi dozadan hech qanday ta'sir bo'lmasa, umumiy qabul qilingan usul bo'yicha metilprednzolon yoki deksazon bilan puls terapiyasi kursi (prednizolon bo'yicha doza) o'tkazilishi kerak: 3 kun davomida sutkalik dozada. 12,5-15,0 mg / kg tana vazniga metilredniolon vena ichiga 150-200 ml izotonik natriy xlorid eritmasida geparinni 75-100 U / kg tana vazniga dozada tayinlash. Odatda, JRA ning tizimli varianti bo'lgan bolalarda jarayonning yuqori faolligi aniqlanadi, bu muhim gematologik va immunologik ko'rsatkichlar (yuqori ESR, leykotsitoz, yuqori CEC darajasi, komplement darajasining pasayishi va boshqalar) bilan tasdiqlanadi. Shu munosabat bilan, prednizolon bilan impuls terapiyasi ekstrakorporeal sorbsiya usullari bilan, xususan plazmaferez bilan sinxronlashtirilishi mumkin, bu esa organizmdan CEC, yallig'lanish mahsulotlarini va turli metabolitlarni olib tashlashga imkon beradi va shu bilan bolaning umumiy holatini yaxshilaydi.

Puls terapiyasi va kasallikning o'tkir davrini yengillashtirgandan so'ng,

prednizolon bilan asosiy terapiya (kuniga 0,5-0,8 mg / kg) davom ettiriladi, so'ngra dozani asta-sekin ushlab turish (kuniga 7,5-10 mg) yoki asta-sekin kamaytirish kerak. giyohvand moddalarni to'liq bekor qilish.

Prednizolonni qo'llab-quvvatlovchi dog'larning davomiyligi individualdir (6 oydan 2 yilgacha), bu bolaning yoshiga, jarayonning faolligiga, Still kasalligining rivojlanish belgilarining mavjudligiga, sust revmatoid vaskulit immunosupressant metotreksat (bilan). foliy kislotasi bir vaqtning o'zida), birinchi navbatda jarayonning faolligini bostiradigan dozada, haftasiga 12,5-15 mg / m2. keyinchalik dozani haftasiga 7,5-10 mg / m2 ga kamaytirish bilan, tercihen in / m, bu asosiy parvarishlash terapiyasi hisoblanadi.

So'nggi yillarda siklosporin A ning bolalarda JRA kursiga o'zgartiruvchi ta'siri aniqlandi. Siklosporin A (sandimmun yoki sandimmun-neoral) kuniga 1,5-2,5 mg/kg dozada immunosupressiv xususiyatga ega ekanligi aniqlangan. Siklosporin A ni tayinlash uchun ko'rsatmalar bemorni erta nogironlikka olib keladigan artrit kursining tez rivojlanayotgan variantlari hisoblanadi.

JRA tez rivojlanishining belgilari sifatida nosimmetrik poliartikulyar bo'g'imlarning shikastlanishi, doimiy ravishda ko'tarilgan ESR va CRP darajalari (ayniqsa, IL-6 ning ortishi bilan birgalikda), ijobiy RF va yuqori IgG darajalari hisobga olinishi mumkin. Siklosporin A bilan davolashning optimal kursi 6-8 oy. keyin uning dozasining yarmiga o'tish. Qabul qilish muddati - 1,5-2 yil.

JRA bilan og'rigan bolalarni davolashda ko'p yillik tajriba shuni ko'rsatadiki, maksimal immunosupressiya ta'siri kasallikning dastlabki bosqichlarida amalga oshirilishi kerak, chunki rivojlanish sekin bo'lsa ham, ertami-kechmi bola organizmida qaytarilmas jarayonlarga olib keladi va 3 yoshdan keyin. -4 yoshda nogiron bolalar.

JRA bo'lgan bolalarni davolashda immunokorrektsiya muhim ahamiyatga ega, ammo samarali dorilar hali topilmagan. 1 yil davomida kuniga 1 mg dozada mushak ichiga 10 kunlik kurslarda splepinni qo'llash, T-faolin muhokama qilinadi. So'nggi yillarda umumiy qabul qilingan usullar bo'yicha likopid, sikloferon, derinatdan foydalanish samaradorligi qayd etildi.

Terapiyaning boshqa usullaridan NRVP, ozokerit, kerosin, lidaza bilan elektroforezni o'z ichiga olgan bo'g'inlar, malhamlar, jellar uchun 15-25% dimeksid eritmasi bilan mahalliy ilovalar qo'llaniladi. Massaj, mashqlar terapiyasi, kasbiy terapiya muhim ahamiyatga ega. Umumiy osteoporozning oldini olish va davolashga alohida e'tibor berilishi kerak, bu barcha RDlarning, shu jumladan JRAning jiddiy asoratlari.

So'nggi yillarda bolalar revmatologiyasida ferment terapiyasi keng tarqaldi. Fermentlar "salomatlik katalizatorlari" deb ataladi. Wobenzym, phlogenzym, mulsal o'zlarini yaxshi isbotladilar. Ular revmatologik amaliyotda muvaffaqiyatli

qo'llaniladi. JRA bo'lgan bolalarda ushbu dorilar (Vobenzimning samaradorligi yaxshiroq o'rganilgan) jarayonning faolligini bostiradigan asosiy terapiya fonida allaqachon davolash rejimiga bog'langan. Dozalar. Kuniga 4-6-8 tabletka (yoshga qarab), kurslarning davomiyligi individualdir (3-4-6 oy). Bu dorilar immunitet tizimini rag'batlantiradi, komplement tizimining faolligini pasaytiradi, monositlar - makrofaglarni faollashtiradi, ularning fagotsitar funktsiyasini oshiradi, fibrinolitik faollikni oshiradi, qon va mikrosirkulyatsiyaning reologik xususiyatlarini yaxshilaydi va yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega.

Vobenzimning tarkibi inson organizmidagi metabolizmning fiziologik jarayonlarida ishtirok etadigan turli xil kelib chiqadigan fermentlar va preparatlar majmuasini o'z ichiga oladi. Vobenzim o'simlik (papain, bromelain) va hayvon preparatlari (tripsin, ximotripsin, amilaza, lipaz), shuningdek fermentativ bo'lmagan preparat - vitamin rutin birikmasidir. Ushbu guruhning eyzimopreparlari yaxshi muhosaba qilinadi, ularning fonida bemorning farovonligi va umumiy holati sezilarli darajada yaxshilanadi.

JRA bilan og'rigan bolalar uchun terapiyaning umumiy majmuasida bola uchun maqbul bo'lgan kunlik rejim, yetarli miqdorda oqsillar, yog'lar, minerallar, vitaminlar, lipotrop moddalar va tinchlantiruvchi to'liq muvozanatli ovqatlanish muhim rol o'ynaydi. oiladagi psixo-emotsional muhit.

Voyaga etmagan bolalarda romatoid artrit bilan og'rigan bolalarda surunkali yallig'lanish jarayoni natijasida, qoida tariqasida, artikulyar haftaga tuzilmalarida progressiv destruktsiya rivojlanadi, artikulyar kapsulaning fibrozi hosil bo'ladi, bu esa bo'g'imning ankilozlanishiga yordam beradi. Shu munosabat bilan, JRA bilan og'rigan bolalar uchun terapiya majmuasiga xondroprotektiv xususiyatlarga ega dori-darmonlarni o'z vaqtida kiritish muhimdir: xondroitin sulfat, structum, teraflex va boshqalar Ularga xondroitin sulfat kislota, ya'ni. proteoglikanlarning asosiy komponenti bo'lib, ular kollagen tolalari bilan birgalikda haftaga matritsasini tashkil qiladi.

Kondroitin sulfat juda past toksiklikka ega, mutagen xususiyatga ega emas, bu uni JRAning ayniqsa og'ir holatlarida qo'llash imkonini beradi.

Xondroprotektorlarning terapevtik ta'siri organizmda bir necha usullar bilan amalga oshirilishi isbotlangan: tabiiy glikozaminoglikan bo'lib, ular yallig'lanish bilan katabolize bo'lgan artikulyar haftaga etishmayotgan xondroitin sulfatni to'g'ridan-to'g'ri almashtiradi, haftaga tushadigan matritsadagi parchalanish fermentlarini inhibe qiladi - metalloproteinazalarda. ayniqsa, leykotsit elastazasi, matritsa komponentlarini sintez qilish jarayonida haftaga chuqur qatlamlarida sog'lom xondrositlarning ishlashini rag'batlantiradi. Kondroprotektorlarni qabul qilish fonida sinovial membrana va sinovial suyuqlikning sinoviositlari va makrofaglari orqali yallig'lanish vositachilari va og'riq omillarining chiqarilishi

kamayishi aniqlandi.

Ushbu guruhning ko'p tomonlama ta'siri natijasida preparator matritsaning mexanik va elastik fiziologik yaxlitligini tiklaydi, bu esa qo'shma harakatchanlikni yaxshilaydi. Umumiy osteoporozning oldini olish va davolashni o'z vaqtida buyurish juda muhimdir. Osteoporozda D vitamini faol metabolitlari (baliq yog'i ulanishi mumkin) va miakalsik (losos kalsitonin) ni burun spreyi shaklida o'z ichiga olgan kompleksni tayinlash samarali bo'ladi.

Davolash uzoq (4-6 oy) bo'lishi kerak. Kimyoviy tarkibiga ko'ra, qalqonsimon bezning C-hujayralari tomonidan ishlab chiqarilgan 32 aminokislotali peptid gormoni kalsitonin 15 dan ortiq hayvon turlaridan ajratilgan. Ularning o'ziga xosligi aminokislotalarning gaplotipidagi farqlar bilan belgilanadi. Cho'chqa go'shti, inson va qizil ikra kalsitonini amaliy foydalanish uchun eng mos bo'lib chiqdi va ikkinchisi birinchi ikkitasiga qaraganda 20-30 baravar faolroq bo'lib chiqdi.

Kaltsitoninning ta'sir qilish mexanizmlari kaltsiy gomeostazini tartibga solishga, suyak rezorbsiyasini bostirishga, kollagen parchalanishini sekinlashtirishga, suyaklarga kaltsiy va fosfor etkazib berishni ko'paytirishga va yallig'lanishga qarshi sitokinlarning faolligini bostirishga qaratilgan. og'riqning pasayishi. Kundalik doz 200 IU / kun Preparat 14 yoshdan oshgan bolalar va kattalarda qo'llaniladi.

YRAda bolalarni dispanserlashtirish va reabititasiya.

Ambulatoriya sharoitida revmatologning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat: jarayonning faolligini bostiradigan terapiya ta'sirini mustahkamlash, klinik va immunologik remissiyani qo'llab-quvvatlash, bolaning funktsional buzilishlarini reabilitatsiya qilish usullarini aniqlash va amalga oshirish.

Ushbu vazifalar JRA bilan og'rigan har bir bemor uchun individual ravishda tanlangan umumiy chora-tadbirlar majmuasini o'tkazishda hal qilinadi, chunki ular bolaning yoshiga, kasallikning shakli va davomiyligiga, tayanch-harakat tizimi kasalliklarining tabiatiga bog'liq.

1 yil davomida shifoxonadan chiqarilgandan so'ng, nazorat har 3 oyda, keyingi yillarda, agar remissiya barqaror bo'lsa, har 6 oyda bir marta amalga oshiriladi. (agar kerak bo'lsa, tez-tez).

Tibbiy nazoratga quyidagilar kiradi: pediatr, revmatolog, tegishli mutaxassislar (otorinolaringolog, oftalmolog, ortoped, stomatolog, nevropatolog, immunolog va boshqalar).

Laboratoriya nazorati jarayonning dinamikasini erta aniqlashni ta'minlaydi: umumiy qon ro'yxati, siydik, biokimyoviy qon testi va iloji bo'lsa, immunologik tadqiqot.

Revmatologning funktsional vazifalari. Bolaning shikoyatlarini, ularning tabiatini, dinamikasini, tekshiruvdan oldingi davr uchun anamnezini baholang.

Surunkali infeksiya o'choqlarining sanitariya holatini kuzatib boring (KBB a'zolari, tishlar). Qo'shimchalarning funktsional holatini baholash (qattiqlik, og'riq, sinovit, yaxshilanish yoki rivojlanish belgilari). Artritning rentgenografik bosqichini aniqlang (yilda bir marta bo'g'imlarning rentgenogrammasi). Osteoporozning mavjudligi, tabiati va darajasini aniqlang (yiliga bir marta rentgen). Og'irlikning ortishi (6 oy davomida, 1 yil davomida) va tana massasining dinamikasini baholang, agar kerak bo'lsa, anemiya va yashirin temir tanqisligini tuzating. Asosiy terapiya samaradorligini baholang (ijobiy dinamika, uning yo'qligi, yomonlashuvi), bolaning ahvoli yomonlashishini kutmasdan, asosiy preparatni boshqasiga o'z vaqtida almashtirish to'g'risida qaror qabul qiling. Asosiy preparatning yetarli dozasini tanlang (GCS, metotreksat, IVIG, MAT). Metabolizmni yaxshilash uchun dori-darmonlarni (B, C, A, E, D vitaminlari, baliq yog'i, eikonol va boshqalar), ferment terapiyasini (vobenzim, flogenzim, mulsal) davom ettiring yoki tezda buyuring. Osteoporozning oldini olish va o'z vaqtida davolash. Immunostimulyatsiya qiluvchi dori sifatida sikloferon (sxema bo'yicha), likopid buyurilishi mumkin; agar kerak bo'lsa, 1-2 oy davomida o'rtacha dozalarda angioprotektorlar va disaggregantlar (dipiridamol, mildronat, pentoksifilin va boshqalar) buyuriladi. Oligoartritning o'rtacha kuchayishi belgilari bilan, GCS ni intraartikulyar yuborish - diprospan (1 oylik interval bilan 2-3 in'ektsiya). Antifibrotik ta'sir ko'rsatish uchun 3-4 oy davomida zaditen (ketotifen) bilan davolash kursini tavsiya qilish mumkin, chunki bu preparat biriktiruvchi to'qimada fibroz shakllanishiga to'sqinlik qiluvchi mast hujayra degranulyatsiyasini inhibe qilish qobiliyatiga ega. Mahalliy davolash (DMSO, malhamlar, jellar, lidaza bilan elektroforez), massaj, mashqlar bilan davolash, qattiqlashuv. Kasbiy terapiyani tavsiya eting (haykaltaroshlik, tikuvchilik, rasm chizish va boshqalar). Kurslarda lazer terapiyasini (lazer magnitoterapiyasini) tayinlang, faqat tashqi lazer nurlanishi ko'rsatiladi (SBSTni tibbiy reabilitatsiya qilish protokollari, shu jumladan Yu R A, 25-bobda keltirilgan).

JRA bilan og'rigan bemorlarni reabilitatsiya qilish uchun so'nggi yillarda fizioterapiya, massaj, mehnat terapiyasi, revmatik ortopediya bilan bir qatorda keng qo'llanila boshlandi. Konservativ va jarrohlik ortopediya mavjud (tibbiy reabilitatsiya protokollari 25-bobda keltirilgan).

Konservativ revmatik ortopediya JRAda artikulyar deformatsiyalar ortopediyasini ta'minlaydi. Statik arteziyalar (shinalar, shinalar, tagliklar) va dinamik bo'lganlar yengil olinadigan qurilmalar ko'rinishida qo'llaniladi, ular bo'g'inni barqarorlashtirish qobiliyatini ta'minlaydi, buning uchun normal eksenel aylanishni yaratadi. Ortopediya uchun teflon, polistirol va poliuretan kabi plastmassa, polimer va termoplastik materiallar ishlatiladi. Ular immobilizatsiyaning o’z ilishini ta'minlashi muhimdir. Ular jismoniy tarbiya, kasbiy terapiya va boshqalar paytida olib tashlanishi mumkin. JRA bilan og'rigan

bemorlarni konservativ ortopedik davolashda tizza bo'g'imlarining fleksiyon kontrakturalarini bartaraf etish muhim ahamiyatga ega. Buning uchun yuk bilan yotqizish, Bolqon ramkalari yordamida ishlov berish, gipsli gipslar bilan bosqichma-bosqich kiyinish qo'llaniladi.

Jarrohlik revmatik ortopediya faol artritning dastlabki bosqichlarida sinovektomiyani, keyinchalik esa tenotomiya, kapsulotomiyani o'z ichiga oladi. Bolalarda osteoplastik operatsiyalar hali ishlab chiqilmagan, chunki bu aralashuvlar har doim quvurli suyaklarning o'sish zonalariga zarar etkazish xavfini tug'diradi. Artroskopiya usuli diagnostika maqsadida ham, minimal invaziv jarrohlik aralashuvi sifatida ham keng qo'llanilgan. JRA bo'lgan bolalarni kompleks davolashda psixoterapevtik yordam alohida ahamiyatga ega, chunki bu bemorlarning barchasida yuqori darajadagi shaxsiy va vaziyatli tashvish belgilari mavjud.

Bemorning va uning ota-onasining psixologik portretini yetarlicha baholagan holda, ularni kasallikning mohiyati va uni davolashning zamonaviy usullari bilan tanishtirish juda muhimdir. JRA, afsuski, hayot uchun kasallik bo'lib, shifokorning vazifasi bemorni u bilan yashashga o'rgatishdir. Bunday yondashuv shifokor va bemorning hamjihatligini mustahkamlaydi, natijada bu eng yaxshi samarani beradi. Axborotning etishmasligi va shifokordan norozilik ba'zi bemorlar (va ularning qarindoshlari) muqobil tibbiyotda ekstrasenslardan, sehrgarlardan yordam so'rashi, kelib chiqishi shubhali turli "dorilar" dan, yopishqoq qo'shimchalardan foydalanishidan dalolat beradi. asosiy terapiyani mustaqil ravishda bekor qilish, keyinchalik sog'lig'ining sezilarli darajada yomonlashishi bilan shifokorga qaytish. JRA bilan og'rigan bolalar uchun shifokor bilan ishonchli munosabatlar muhim ahamiyatga ega, chunki ularning ko'plari uchun davolanishning samaradorligi va psixo-emotsional holat bu bilan bog'liq. Bu amaliyot shifokorlari - revmatologlar, pediatrlar va terapevtlar orasida tibbiy psixologiya bo'yicha bilimlarni kengroq joriy etish zarurligini asoslaydi.

Bemor va uning ota-onasi kasallikning asosiy klinik belgilarini, kuchayishini qo'zg'atuvchi omillarni, shuningdek, qo'llaniladigan dorilarning nojo'ya ta'sirini bilishlari kerak. Shuningdek, bemorlarning o'zlari va ularning ota-onalari kundalik mashg'ulotlar va fizioterapiya mashqlari ko'nikmalariga o'rgatish kerak.

JRA prognozi. Bolalarning 50 foizida JRA ning tizimli variantlari bilan prognoz juda qulay: bir necha oydan bir necha yilgacha davom etadigan remissiyaga erishish mumkin, uni simptomatik davolash va reabilitatsiya choralari bilan birgalikda tegishli asosiy terapiya bilan qo'llab-quvvatlash mumkin. Biroq, shunga qaramay, JRAning kuchayishi yillar davomida barqaror remissiyadan keyin rivojlanishi mumkin. Bemorlarning 1/3 qismida kasallikning doimiy qaytalanuvchi kursi qayd etilgan. Uzoq muddatli glyukokortikosteroid terapiyasini qabul qiladigan

doimiy isitma, trombotsitozli bolalarda eng noqulay prognoz.

Bemorlarning 50 foizida og‘ir destruktiv artrit, 20 foizida amiloidoz balog‘at yoshida, 60 foizida esa tayanch-harakat apparatining og‘ir funksional yetishmovchiligi rivojlanadi. JRA ning poliartikulyar seronegativ varianti erta boshlangan bolalarda prognoz noqulay hisoblanadi. Oligoartrit bilan og'rigan bemorlarning 30-40 foizida, ayniqsa erta yoki maktabgacha yoshda boshlangan, halokatli simmetrik poliartrit shakllanadi. Kech boshlangan bemorlarda kasallik ankilozan spondilitga aylanishi mumkin.

Xulosa qilib shuni ta'kidlash kerakki, bolalar va o'smirlardagi qo'shma kasalliklar nafaqat pediatrlar va terapevtlar, balki ko'plab tor mutaxassislar: nevrologlar, oftalmologlar, endokrinologlar, ortopedlar, mashqlar terapiyasi shifokorlari uchun juda dolzarb muammodir. psixoterapevtlar va reabilitatsiya bo'yicha mutaxassislar.

Erta tashxis qo'yish masalalari, o'z vaqtida va eng adekvat terapiya taktikasi, ayniqsa bo'g'imlarning yallig'lanish kasalliklarini bilish ko'p hollarda kasallikning barqarorlashuvi va remissiyasiga erishishga imkon beradi.

2- AMALIY MASHG’ULOT.

Surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga Surunkali gastrit va gastroduodenitlarni tushuntirish va kasallikning tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar bilan ogrigan bemorlarni muxokama qilish.
2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.
3. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar qiyosiy tashxisini namoyish qilish.
4. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar davolash usullarini tanlash.
5. Sog‘lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1. Oshqozon ichak s-sining AFX bilish.
2. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar etio-patogenezi.
3 Surunkali gastrit va gastroduodenitlar diagnostik mezonlari.
4. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar davolash va profilaktika prinsiplari.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.
2.Ushbu kasallik bo‘yicha klinik, laborator, FGDS natijasini baxolash.
3. Oshqozon ichak s-sining tizimi kasalliklarini xolisona ko‘ruvdan o‘tkazish.
4.Ushbu kasalliklarda palpatsiya,perkussiya va auskultatsiya o‘tkaza bilish.

5. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar klinik ko‘rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.
6. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar bilan ogrigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

Etiopatogenezi: Gastrit – oshqozon shilliq pardasining yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, oqibatda mazkur organ patologik o‘zgarishlarga uchraydi. Bu kasallik turli sabablarga ko‘ra paydo bo‘lishi mumkin va turli ko‘rinishda kechadi. Fan oshqozonning birlamchi gastriti tushunchasini ajratadi va u mustaqil patologiyaga ega. Ikkilamchi gastrit esa zaharlanish, infeksiya va boshqa noxush holatlar asnosida paydo bo‘ladi. Xelikobakterioz odatda, qorinda og‘riq bilan bilan boshlanadi va u taom iste’mol qilgandan keyin yoki ovqatlangunga qadar paydo bo‘ladi. Shuningdek, ko‘ngil aynishi, qabziyat, ichburug‘ va jig‘ildon qaynashi singari alomatlar bilan ham kechadi. Gastrit turlari

Surunkali gastrit. Bu xastalik bir qadar sokin kechsada, oshqozon faoliyatining patologiyasiga olib keladi va ba’zan oshqozon shilliq pardalarining butkul zararlanishi oqibatida batamom yemirilishiga (o‘lishiga) sabab bo‘ladi. O‘tkir gastrit surunkasiga aylanib ketishi mumkin: bunday paytlarda kasallik zo‘rayishi va qaytalanishi navbat bilan kechadi. Inson holatiga sezilarli darajada ta’sir o‘tkazmagani, boshqa favqulodda alomatlarsiz kechgani sababli, ba’zan kasallikni aniqlash oson bo‘lmaydi. Kasallik zo‘rayishiga noto‘g‘ri ovqatlanish, mahsulotlarga allergik reaksiya, modda almashinuvining buzilishi chekish va spirtli ichimliklar ichish kabilar sabab bo‘ladi.

Kasallikka chalingan organizmda qanday jarayonlar sodir bo‘ladi? Kasallik chaqiruvchi bakteriyalar (Xelikobakter pilori/Helicobacter pylori) oshqozonda ko‘payib, bosqichma-bosqich oshqozon shilliq pardasini yemiradi. Javob reaksiyasi sifatida shilliq parda yemirilgan hujayralarni davolash maqsadida maxsus modda ajratadi. Oqibatda ichki ziddiyat vujudga kelib, og‘riq paydo bo‘ladi, ishtaha pasayib, jig‘ildon qaynaydi va gastritning boshqa alomatlari namoyon bo‘ladi.

Gastrit paydo bo‘lishining endogen sabablari

Gastritga organizmda quyidagi omillar sabab bo‘lishi mumkin:

-oshqozon-ichak kasalliklariga genetik moyillik;

-duodenal refleks;

immun tizimi darajasida hujayralar himoya funksiyasining kuchsizlanishi;

-gormonal buzilishlar;

-zararlangan organlardan xastalikning avtomatik ravishda qo‘shnilariga o‘tishi.

Duodenal refleks – o‘n ikki barmoqli ichakdan safroning oshqozonga noto‘g‘ri tushishidir. Oqibatda oshqozon devorlarining yallig‘lanishi sodir bo‘lib, oshqozon shirasi kimyoviy tarkibi o‘zgaradi. Dastlab mazkur patologiya oshqozon antral qismida sodir bo‘ladi va keyin organni butunlay zararlaydi.

Hujayralar himoya funksiyasining kuchsizlanishi esa ularning normal faoliyati buzilganini ko‘rsatadi. Bular o‘z navbatida qator salbiy patologik jarayonlarga sabab bo‘lib, oshqozon shirasi rN-balansini o‘zgartiradi va uning devorlarini yallig‘laydi. Oqibatda ichki zaharlanish sodir bo‘lib, oshqozon o‘zi ishlab chiqargan shiraning sho‘rligiga salbiy reaksiya ko‘rsata boshlaydi.

Gastrit klinik begilari. Gastritga oshqozonning turli qatlamlaridagi yemirilishlar sabab bo‘ladi. Aksariyat holatlarda, kasallik deyarli sezilmasligi mumkin, ammo bemor taom iste’mol qilganidan so‘ng qorinda og‘irlik, qo‘qqisdan sodir bo‘ladigan sanchiqlar, ko‘ngil aynishi, ishtahaning yo‘qolishi, vazn tushib ketishi va shunga o‘xshash salbiy holatlardan shikoyat qiladi. Gastrit rivojlanishining barchaga taalluqli, yagona alomatlari yo‘q: ular paydo bo‘lishi va keyin yo‘qolishi, alomatlari va ularning qaytalanishi jarayoni kasallikning qay tarzda kechayotgani va qabul qilinayotgan dori vositalariga qarab o‘zgarib turadi.

Kasallikning o‘tkir shaklida quyidagi alomatlar kuzatiladi :

-qorin sohasida og‘riq hissi: og‘riq to‘satdan paydo bo‘lib, o‘tib ketishi yoki aksincha, sezilar-sezilmas va davomiy bo‘lishi mumkin. Aksariyat holatlarda og‘riq ovqat tanavvul qilinganidan keyin paydo bo‘ladi: och qoringa taom yeyilsa va ovqatlanib bo‘lgandan keyin qorinda noxushlik yanada ortadi.

-ko‘ngil aynishi (doimiy yoki takrorlanuvchi, odatda ovqat iste’mol qilgandan keyin paydo bo‘ladi);

-jig‘ildon qaynashi (qizio‘ngachda achishtiruvchi og‘riqli noxush holat);

-kekirish (ovqatdan keyin yoki och qorinda ham; ba’zan og‘izda sho‘r hid hosil bo‘ladi);

-o‘xtin-o‘xtin qayt qilish (avvaliga organizm oshqozondagi yegulik va ichkilikni qabul qilmasdan kishi qayt qilib tashlaydi, keyinchalik qayt massasiga yashil yoki sarg‘imtir tusda shilliq modda aralashadi);

-ko‘p miqdorda so‘lak ajralishi (tanamiz ovqat hazm qilish jarayonining buzilishiga reaksiya biliradi); ba’zan og‘iz bo‘shlig‘i quriydi (bu qayt qilish natijasida organizmning suvsizlanishdan darak beruvchi omil hisoblanadi);

-qabziyat yoki ichburug‘;

-umumiy darmonsizlik, bosh aylanishi, boshog‘rig‘i, kuchli terlash, varaja, qon bosimining pasayishi, yurakning tez urib qolishi (taxikardiya).

Surunkali Xelikobakterioz normal, past yoki yuqori kislotaviylik bilan ham xarakterlanishi mumkin. Bular o‘z navbatida anatsid, giperatsid va gipoatsid gastrit deyiladi.

Kislotaviylik me’yorida yoki yuqori bo‘lsa, bemor og‘riq, jig‘ildon qaynashi va ovqatdan keyingi og‘irlikdan shikoyat qiladi. Aksariyat paytlarda defekatsiya muammolari uchraydi.

Surunkali gastrida yuqori kislotaviylik shuningdek, kekirganda og‘izda sho‘r

ta’m sezilishi, ko‘ngil aynishi, och qolganda oshqozonda og‘riq va tunda noxushlik singari alomatlar bilan kechishi ham mumkin.

Aksincha, past kislotaviylik tilda noxush ta’m, ishtaha buzilishi, qorin quldirashi va ich buzilishi bilan namoyon bo‘ladi.

Past kislotaviylik sababli kechuvchi surunkali Xelikobakteriozni so‘lakning ko‘p miqdorda ajralishi, qorinda to‘lib ketgandek hissiyot, ovqatlanishga moyillikning yo‘qligi bois anemiya alomatlari bilan ham aniqlash mumkin. Kasallik bir necha yil davom etadigan bo‘lsa, kishi ozib ketib, doimiy behollikni his qiladi.

Gastritni tashxislash

Surunkali gastrit bir necha bosqichda aniqlanadi:

Klinik tadqiqotlar (shifokor bemorning shikoyatlarini eshitadi, kasallik tarixini tuzib chiqadi, bemorni ko‘zdan kechiradi, dastlabki tashxis va bemorga ma’qul keladigan muolajalar rejasini belgilaydi

Endoskopik tadqiqotlar + biopsiya (organizmda Xelikobakter Pilori bakteriyasi bor-yo‘qligi, oshqozon shilliq pardasining o‘ziga xos tuzilishi va shilliq pardasining saratonoldi moyilligi aniqlanadi). Biopsiya kamida 5 biomaterial asosida o‘tkaziladi (2 tasi antral bo‘lmasidan, 2 tasi asosiy bo‘lma va bittasi oshqozon burchagidan olinadi).

Laborator tadqiqotlar (bemorning qoni, peshobi va axlati klinik tahlil qilinadi, qon biokimyo tekshiruvi hamda axlatida yashirin qon majudligi tekshiriladi). Bu ham organizmda gastrit bakteriyasi bor-yo‘qligini aniqlash imkonini beradi.

Jigar, oshqozonosti bezi va o‘t pufagi UTT o‘tkaziladi (bular orqali shifokorlar ovqat hazm qilish tizimiga yo‘ldosh boshqa xastaliklarni ham aniqlaydi).

Oshqozon ichki rN-metriya (bu muolaja oshqozon shirasi kilotaviyligini va ovqat hazm qilish tizimining kislotaviylikka bog‘liq xastaliklarini aniqlash uchun qo‘llanadi).

Elektrogastroenterografiya (bu ovqat hazm qilish tizimi ishlash mexanizmi va duodenogastral reflyuksni aniqlash uchun qo‘llanadi).

Ovqat hazm qilish tizimi yuqori bo‘lmalari manometriyasi (reflyuks-gastritni aniqlaydi). Bunday kasalligi bor bemorlarda 12 barmoqli ichak bosimi taxminan suv ustunining 200 mm.ni tashkil etadi. Sog‘lom kishilarda esa bu ko‘rsatkich 130 mm.dan oshmaydi.

Gastrit mutaxassislari uni davolash uchun bir necha tipdagi preparatlarni tavsiya qiladi:

Detoksikatsiyalovchi dorilar (antidotlar)

Antatsidlar;

Dezinfeksiya uchun antiseptiklar;

Ichburug‘ga qarshi vositala;

Tetrasiklin tarkibli antibiotiklar;

Sorbentalar (Filtrum);
Allergiyaga qarshi vositalar (N2 podtip);
Ferment preparatlar («Mikrazim»).

Gastritga qarshi terapiyaning asosiy vazifasi – kasallik sabablarini bartaraf etish hamda uning rivojlanishini rag‘batlantiruvchi va og‘irlashtiruvchi omillarni bartaraf etishdir (masalan, noto‘g‘ri ovqatlanish, infeksion omillar va h.k.). Oshqozon shilliq pardasi tiklanish jarayonini faollashtirish ham muhim ahamiyatga ega. Bundan tashqari qator proiflaktika choralari ham mavjud. Shunday qilib, kasallikka qarshi majmuaviy kurash dori-darmon muolajalari, to‘g‘ri ovqatlanish va gastrit xuruj qilganida qo‘llanadigan profilaktika choralarini o‘z ichiga oladi.

Gastritni davolash majuaviy prinsipga ega bo‘lib, kasallik nima sababdan kelib chiqqanini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Odatda, shifokorlar antibiotiklar ularga parallel ravishda oshqozon shirasi kislotaviyligini pasaytiruvchi vositalar tavsiya qiladi. O‘zbilarmonlik bilan davolanish yaramaydi: terapiya kursi va miqdorini davolovschi shifokorgina belgilashi mumkin. Odatda, sog‘ayish jarayoni 7-14 kunni tashkil qiladi.

Yana bir bor ta’kidlamoqchimiz – kislotaviylik darajasini pasaytirish muolajaning muhim bosqichi hisoblanadi. Bu shilliq pardani himoyalash, noxush hislarni bartaraf etish, shuningdek, preparatlar umumiy ta’sirchanligini oshirishga ko‘maklashadi.

Nihoyat, gastrit terapiyasi vismut dori vositalarini qabul qilishni ham o‘z ichiga oladi. Ular shilliq pardaning ustki himoya qatlamini shakllantirishga yordam beradi va natijada shillik parda hujayralari oshqozon shirasining yuqori kislotaviyligi va bakteriyalarning salbiy ta’siridan bir muncha uzoq bo‘ladi.

Gastrit asoratlari. Umuman olganda, gastrit xavfli xastaliklar qatoriga qo‘shilmaydi (kasallikning flegmonoz turidan boshqa). Shunday bo‘lsada, gastrit oqibatida quyidagi xavfli holatlar yuzagakelishi mumkin:

oshqozonda ichki qon ketishi;
oshqozon va 12 barmoqli ichak yaralari;
oshqozon saratoni.

Yuqordagi o‘ta salbiy oqibatlardan tashqari, gastrit asosan ovqat hazm qilish jarayoniga salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Kasallikka chalingan bemorlar oshqozondagi og‘riq va jig‘ildon qaynashi singari noxush holatlardan cho‘chib, ovqatdan voz kechishga majbur bo‘ladi. Oqibatda kishi ozib ketishi, ba’zan esa organizm taomni qabul qilmasligi, kuchli qayt qilish va jig‘ildon qaynashi mumkin. Bulardan tashqari, gastrit avitaminoz va kamqonlik (anemiyaga) olib keladi.

Gastrit profilaktikasi

Aslida, har bir inson umri davomida gastritga yo‘liqmaslik uchun zarur choralarni ko‘rishi lozim. Buning uchun esa, zararli odatlar - chekishdan qoz

kechish va spirtli ichimliklar iste'molini imkon qadar kamaytirish, foydali yeguliklar va mahsulotlarni tanavul qilishi, me'yorida sport va jismoniy tarbiya bilan shug'ullanishi, o'zini turli stresslardan himoyalashi kerak.

3 -AMALIY MASHG'ULOT.

Yara kasalligi. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.

Amaliy mashg'ulotning maqsadi.

Talabalarga Surunkali gastrit va gastroduodenitlarni tushuntirish va kasallikning tekshirish usullari haqida ma'lumot berish.

Amaliy mashg'ulotning vazifalari.

1. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar bilan ogrigan bemorlarni muxokama qilish.
2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.
3. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar qiyosiy tashxisini namoyish qilish.
4. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar davolash usullarini tanlash.
5. Sog'lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1. Oshqozon ichak s-sining AFX bilish.
2. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar etio-patogenezi.
3 Surunkali gastrit va gastroduodenitlar diagnostik mezonlari.
4. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar davolash va profilaktika prinsiplari.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to'g'ri yig'ish.
2.Ushbu kasallik bo'yicha klinik, laborator, FGDS natijasini baxolash.
3. Oshqozon ichak s-sining tizimi kasalliklarini xolisona ko'ruvdan o'tkazish.
4.Ushbu kasalliklarda palpatsiya,perkussiya va auskultatsiya o'tkaza bilish.
5. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar klinik ko'rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.
6. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar bilan ogrigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

Etiopatogenezi. Yara kasalligi – oshqozon va 12 barmoqli ichakda yara hosil bo'lishi bilan kechadigan surunkali qaytalovchi (retsidivli) kasallik. Tarqalishi. Yara kasalligi bolalar va o'smirlarning 0,7-6,2% ida uchraydi. Kasallik hamma yoshlarda, eng ko'p 8-12 yoshli o'quvchilarda uchraydi va bolalardagi boshqa gastroenterologik kasalliklarning 5-7% ini tashkil etadi. Etiologiya va patogenez. Yara kasalligini keltirib chikaruvchi omillar. Ularga quyidagilar kiradi: 1. Ovqatlanish tartibidagi buzilishlar, shoshilib ovqatlanish, quruq ovqatlr yeyish, ovqatlanishdagi miqdor va sifat buzilishlari (achchiq, ko'p miqdordagi, issiq yoki sovuq ovqat va suyuqliklar, uzoq muddatli tanaffus bilan tartibsiz ovqatlanishlar).

2. Infeksiyaning surunkali o‘choqlari, intoksikatsiya va oshqozon-ichak yo‘li yoki boshqa a’zo va tizimlarning turli kasalliklari. 3. Nasliy moyillik 4. Ruxiy zo‘riqish. 5. Dori darmonlar ta’siri 6. Xelikobakteri pilori ta’siri 7. Nojo‘ya odatlar.

Ba’zi dori vositalari, masalan, atsitilsalitsil kislotasi, analgin, sulfanilamidlar sistostatik va glyukokortikoidlar qabul qilinganda oshqozonning o‘tkir yarasi hosil bo‘lishi mumkin, lekin uning kechishi yara kasalligidan farqlanadi. Dori vositasini qabul qilish to‘xtatilsa, yara tezda tuzaladi. Yara kasalligining nasliy va allergik kelib chiqishi haqida ham taxminlar bor. So‘nggi yillarda yara kasalliklarining paydo bo‘lishida kampilobakterlarning roli haqida munozaralar olib borilyapti. Ushbu mikroorganizm oshqozon shilliq qavati epiteliysiga, ayniqsa, antral qismida (u yerda suyuqlik ishqoriy muhitga ega), adgeziya (ya’ni yopishish) xususiyatiga ega bo‘lib, u yerda oshqozon shilliq shirasining sekretsiyasini bo‘zadi (balki uning tarkibini ham), shilliq qavat xususiy plastinkasi limfotsit va plazmatik hujayralar bilan infiltratsiyalanadi, natijada antral qismida yuzaki gastrit hosil bo‘ladi. Bunda kompilobakteriyaga xos 1S – antitanachalar ishlab chiqariladi. Organizmning javob reaksiyasi natijasida shilliq qavatga juda ko‘p limfotsit, neytrofil, plazmatsidlar migratsiya qilinadi va yallig‘lanish jarayoni kuchayadi, mikrotsirqo‘lyatsiya va regeneratsiya jarayonlari buziladi. Shilliqdan iborat himoya qobig‘ining ishlab chiqarilishi yanada kamayib, oshqozon shirasining deyarli ochiq shiliq qavatga tajovo’z i uchun sharoit yaratiladi, natijada nekroz va yara hosil bo‘ladi.

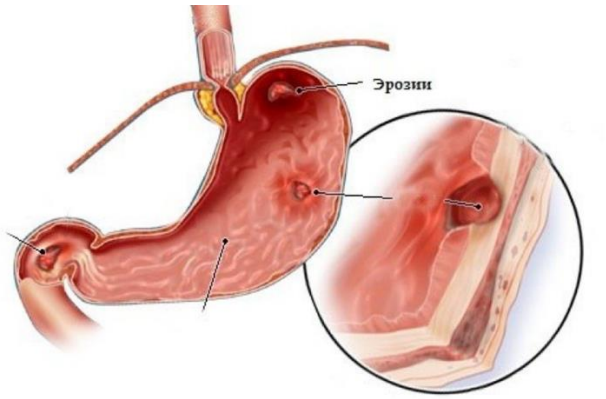
Mikroorganizmning uzoq vaqt persistensiyasi yaraning qaytalanishi yoki xurujiga olib keladi. Yara kasalligining rivojlanishida bosh miya qobig‘i va qobiq osti tuzilmalarining fiziologik bog‘liqligining buzilishi, uzoq vaqt ruhiy zo‘riqishda (masalan, maktabdagi zo‘riqish, oila va maktabdagi nizolar) kortiko–visseral mexanizmlarning ishdan chiqishi ham muhim ahamiyatga ega. Destabillashtiruvchi faktorlar ta’sirida markaziy, parasimpatik va simpatik nerv tizimlari, gipotalamo–gipofizar tizimda, ayniqsa ularning yosh organizmda qayta tiklanish davridagi nozik vaqtida, adaptiv o‘zgarishlar bo‘ziladi. Adashgan nervning faollashishi natijasida gastrin hosil qiluvchi hujayralardan (s-hujayralardan) gastrin ajralishi va gistamin hosil qiluvchi hujayralardan (Yes1- hujayralardan) gistamin ajralishi kuchayadi. Natijada oshqozon sekretsiyasi va pepsin, oshqozon osti bezi fermentlarining hosil bo‘lishi ko‘payadi. Oshqozon sekretsiyasi, pepsin va oshqozon osti bezi fermentlarining kislota hosil qiluvchi va proteolitik faolligi ham ortadi, o‘t ajralishi kuchayadi. Bu jarayon yana gipotalamo–gipofizar tizim orqali somatotrop, tireotrop, adrenokortikotrop garmonlar ishtirokida ham kuchayadi.

Yuqori kislotalilik va proteolitik faollik xususiyatiga ega bo‘lgan oshqozon shirasining oshqozon yoki 12 barmoqli ichak shilliq qavati bilan uzoq vaqt aloqasi oshqozon-ichak yo‘li fiziologik jomlarining diskineziyasi, epigastral va intraduodenal bosim va rN ning ortishi natijasida shilliq qavat destruksiyasiga olib

keladi (yoki uni kuchaytiradi). Bunda oshqozondan kelgan kislotali muhitga ega bo‘lgan ovqat qoldiqlari o‘z vaqtida oshqozon osti bezi sekreti va shilliq bilan ishqorlanmaydi, shilliq qavatning «himoya barer»i susayadi, (bu vazifani mutsin bajaradi, u xlorid kislotani bog‘laydi, pepsinni adsorbsiya qiladi pepsinli hazm qilishni to‘xtatadi). Ushbu o‘zgarishlar natijasida yara hosil bo‘ladi.

Klinikasi. Yara oshqozon tubi bilan tanasida joylashsa, oshqozon bezlarining funksional yetishmovchiligi kuzatiladi. Yara piloroduodenal qismda joylashsa, shilliq qavatning barcha maxsus funksiyalari kuchayadi. Bolalarda yaralar odatda 12 barmoqli ichakda joylashadi (oshqozonga qaraganda 6-12 marta ko‘proq). Oshqozon yarasi 12 barmoq ichak yarasi bilan yoki eroziv duodenit bilan birga uchrashi mumkin. Kichik yoshdagi bolalarda kasallik atipik kechadi. Bola qanchalik kichik yoshda bo‘lsa, shikoyatlar shunchalik spetsifik bo‘lmaydi. Kattaroq yoshda belgilar kattalarnikiga o‘xshash, lekin sustroq bo‘ladi.

Ko‘p hollarda xarakterli yara anamnezi bo‘lmaydi, chunki bolalar og‘riqni tez unitadilar, uni ajrata olmaydilar, uning joyini va sababini aniqlay olmaydilar. Ba’zan kasallik uzoq vaqt o‘t yo‘llari diskineziyasi, surunkali gastrit va h.z. deb hisoblanadi.



Asosiy shikoyat - og‘riq. U bemorning yoshiga, induvidual xususiyatlari, asab va endokrin tizimining holati, yaraning anatomik xususiyatlari, gastroduodenal tizimdagi funksionl buzilishlarning namoyon bo‘lish darajasiga bog‘liq. Boshida og‘riq noaniq bo‘ladi. Ba’zan u epigastrit, kindik sohasida joylashib, ba’zan esa butun qorin bo‘ylab tarqaladi. Keyinchalik og‘riq doimiy, kuchliroq, kechasi va och qoringa hosil bo‘ladi. Bolalarda dispeptik o‘zgarishlar (ko‘ngil aynish, qusish) kattalarga nisbatan kamroq uchraydi va sustroq namayon bo‘ladi. Jig‘ildon qaynash, qusish, kekirish va gipersalivatsiya yanada kamroq uchraydi. Kasallik qanchalik uzoq davom etsa, bunda dispeptik o‘zgarishlar ko‘proq kuzatiladi. Ko‘pchilik bolalarning ishtahasi bo‘lmaydi, lekin bemorning deyarli yarmida u sust bo‘ladi. Bunday holatda jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi mumkin (ozish). Yara kasalligi rivojlanishi bilan insonning ruhiy xotirjamligi zaiflashadi, og‘riqlar tufayli uyqu buziladi. Tez charchash, astenik holat kuzatiladi. Qabziyat yoki ich ketishi

bo‘lishi mumkin. Gipergidroz, arterial gipotoniya dermografizmning o‘zgarishi, ba’zan bradikardiya kuzatilishi vegetativ asab tizimidagi o‘zgarishni, parasimpatik ta’sirning kuchayishini bildiradi. Til karash bo‘ladi, qorinni paypaslaganda piloroduodenal sohada og‘riq bo‘ladi. Bolalarda ko‘pincha yaraning joylashishidan qat’iy nazar, epigastrit, ba’zan o‘ng qovurg‘a osti sohasida ham og‘riq bo‘ladi. Mushak himoyasi belgisi bolalar va o‘smirlarda kamdan-kam, faqat kuchli og‘riqlarda kuzatiladi. Kasallikning xuruj davrida Mendelning musbat «bolg‘achali» simptomi aniqlanadi. Ba’zan VIII-XI ko‘krak umurtqalarining uchkir o‘simtalari sohasida og‘riq (Oppenxovskiy simptomi) va III bel umurtqasi ko‘ndalang o‘simtalari sohasida og‘riq (Gerbet simptomi) kuzatiladi. Yaradan qon ketganda axlat yashirin qonga tekshirilganda musbat reaksiya bo‘ladi. Tashxis. Yara kasalligi bilan kasallangan ko‘pchilik bolalarda oshqozonning sekretor faoliyati oshqozon shirasining ishlab chiqarilishi hajmi kislotaliligi, xlorid kislotaning debit–soati, pepsin faolligi faqat zo‘riqish vaqtida emas, balki nahorgi va bazal sekretsiyada ham ortishi kuzatiladi. Umumiy va erkin kislotalilik egri chiziqlari zinapoyali xarakterga ega. Katta yoshdagi, kasalligi uzoq davom etayotgan bolalarda sekretsiya va kislotalilik ko‘rsatkichlari yuqoriroq bo‘ladi. Kasallikning xuruj davrida nordon proteinaza, ayniqsa rN ta’sir doirasi ancha keng bo‘lgan va natijada pepsin faolligini uzoq vaqt saqlay oladigan miqdori ortadi.

Oshqozon shirasining normal yoki past kislotalilik holatlari kamroq uchraydi. Davolashdan so‘ng og‘riqlar yo‘qolganda oshqozonning sekretor faoliyati normallashadi. Gipersekretsiya giperxlorgidriyadan avvalroq yo‘qoladi. Asoratsiz yara kasalligida ba’zi bemorlarda eritrotsitlar miqdori ortadi, ammo yashirin qon ketishida asta- sekin qon ketishdan (gemorragiyadan) keyingi kamqonlik, oshqozon rezeksiya qilingandan so‘ng esa ichki faktor ishlab chiqarilishining kamayishi natijasida V12-tanqisligi kamqonligi rivojlanishi mumkin. Leykotsitlar miqdori odatda me’yorida, ba’zi bolalarda leykopeniya kuzatiladi. Nisbatan neytrofilez, eozinofiliya, monotsitoz bo‘lishi mumkin. Bu o‘zgarishlar davolanishdan keyin yo‘qoladi. SOE (eritrotsitlarning cho‘kish tezligi EChT) me’yorida bo‘ladi, asoratlar (yara penentratsiyasi, malignizatsiyasi) rivojlanganda SOE ortadi. Yarali defektni aniqlash va yara kasalligini tasdiqlashda EGDS (ezofagogastroduodenoskopiya) yetakchi o‘rinni egallaydi. Endoskopiyani bajarishga imqon bo‘lmasa, bariy bilan rentgen tekshiruvi o‘tkaziladi («nisha», burmalar konvergensiyasi, a’zoning chandiqli deformatsiyasi aniqlanadi). Yuqoridagi bevosita belgilardan tashqari bir qator bilvosita rentgen belgilar ham bor: och qoringa gipersekretsiya, 12 barmoqli ichak boshchasi deformatsiyasi, uning ta’sirchanligini bariydan tez bo‘shash bildiradi, piloroduodenospazm, spastik peristaltika va boshqalar. Ko‘pincha yarani aniqlashga mushaklar qisqarishi, shilliq qavatning shishi, yarali defektda ovqat qoldiqlari, qon quyqasi, shilimshiqning

borligi to‘sqinlik qiladi. Shuning uchun rentgen tekshiruvini tinch holatda, aeron, atropin, metatsin kabi dori vositalari ta’sirida, bemorning vertikal yoki gorizontal holatida o‘tkazish tavsiya etiladi. Ko‘pincha yara boshchaning orqa devorida joylashadi. Postbulbar (boshchadan tashqari) holat ham bo‘lishi mumkin - bulboduodenal o‘tish yoki undan distal sohada. Oshqozonda yara ko‘proq subkardial qismda, ba’zan tanasida, eng kam antral va pilorisdan oldingi qismda joylashadi. Qiyosiy tashxis.

Yara kasalligini surunkali gastrit va gastroduodenit bilan qiyoslash kerak. Yara kasalligida ko‘ngil aynishi va qusish ko‘proq uchraydi, og‘riq «och qoringa» bo‘ladi. Tashxisni aniqlashga endoskopiya va rentgen tekshiruvi yordam beradi.

Davolash. Bemor statsionar sharoitida yotoq tartibida 2-3 hafta davomida davolanishi kerak. Ovqat hazm qilish yo‘lining harakat faolligiga ijobiy ta’sir ko‘rsatadigan jismoniy tinchlik holatinigina emas (bunda oshqozon va 12 barmoqli ichak tonusi va motorikasi, oshqozon va 12 barmoqli ichak ichidagi bosim kamayadi, qon biln ta’minlanishi yaxshilanadi). Balki ruhiy xotirjamlikni ham ta’minlash kerak. Bularning hammasi og‘riqning kamayishi va yo‘qolishiga yordam beradi, reparativ jarayonlarni yaxshilaydi. Davolovchi ovqatlanish muhim ahamiyatga ega: kimyoviy va mexanik himoya qilish, termik ta’sirlarni yo‘qotish, o‘sib boruvchi organizmning yoshiga mos ehtiyojlarni hisobga olgan holda yetarlicha koloriyaga, kerakli barcha ingrediyentlarga ega bo‘lgan oziq moddalarni iste’mol qilish. Tez- tez, kam miqdorda, qismlab ovqatlanish kerak. Kasallik boshlanishida va xuruj davrida 1 haftacha Pevzner bo‘yicha 1A-parxez tavsiya etiladi: sut, maydalangan tvorog, chala pishirilgan tuxum, vegetarianlik sho‘rvalari, jele, kisel, sabzi sharbati, sariyog‘ va o‘simlik (kungaboqar, zaytun) yog‘i, baliqli sufle (go‘shtli mumkin emas), tuz kam miqdorda. Hozir sutga katta ahamiyat berilyapti, u kuniga bir necha marta iliq holda ichiladi. U yaxshi antatsidlik xususiyatiga ega (katta bufer sig‘imiga ega), shira ajratish xususiyati sust, tez xazm bo‘ladi, oqsil, kalsiy tuzlariga boy, oshqozonning qisqarish faoliyatini kamaytiradi. Gipoatsit holatlarda qatiqdan foydalangan ma’qulroq. Ushbu parxezga rioya qilinsa, oshqozonning sekretor va motor-evakuator faoliyati yengillashadi. Kuniga 5-6 martadan ko‘proq ovqatlanish kerak. Keyin 1-B parxeziga o‘tiladi. Bunda yuqoridagi mahsulotlarga qaynatilgan baliq, maydalangan qiymali go‘sht, quritilgan oq non (suxari), sutli yormali bo‘tqalar, maydalangan bo‘tqalar qo‘shiladi. Ovqatlanish soni kuniga 3 mahal. Bemor yarim yotiq holatga o‘tkaziladi. Parxez 1,5-2 hafta davom etadi. So‘ngra 1-V parxeziga o‘tkaziladi. Bunda bug‘da pishirilgan kotletlar, kartoshka va sabzavotli bo‘tqalar, yangi bo‘lmagan oq non qo‘shiladi. 1-1,5 hafta davot etadi. Bundan keyin 1-parxezga o‘tiladi.

Bunda yuqoridagilarga qaynatilgan yog‘siz go‘sht, tovuq go‘shti va baliq, yangi oq non, makaron, pishloqning o‘tkir bo‘lmagan turlari, shirin mevalar,

kompot qo‘shiladi. Bu parxez 1 yil davom etadi. Keyinchalik parxezni kengaytirish mumkin, lekin yara kasalligi qaytarilmasligi uchun bemor o‘zini yaxshi his etsa ham, bir necha yil davomida achchiq taomlar, dudlangan, tuzlangan mahsulotlar, dag‘al kletchatkali yormalar iste’mol qilish mumkin emas. Himoyalovchi parxezning uzoq vaqt qo‘llanilishi natijasida gipovitaminoz rivojlanishi mumkin. Shuning uchun vitaminlar (ayniqsa, S, A, V guruhi) qabul qilish kerak. Ayniqsa, «U» vitamini yaraga qarshi faktor hisoblanib, muhim ahamiyatga ega. «U» - metioninning faol shakli, shilliq qavat regeneratsiyasiga yordam beradi. «U» vitamini 1 tabletkadan (0,05g) har kuni 3-4 mahal ovqatdan so‘ng 30-40 kun davomida qabul qilinadi. Qon ketganda ovqat suyuq yoki pyure shaklida bo‘lishi kerak. Qaymoq, tuxum sarig‘i, sariyog‘, og‘ir hollarda sovutilgan qaymoq va sut (yoki mo‘zqaymoq) qo‘shiladi. Uyqu yetarlicha bo‘lishi kerak. Ruhiy taranglik, yuqori ta’sirchanlikda sedativ vositalar (valeriana) va trankvlizatorlar (elenium, trioksazin, seduksen) tavsiya etiladi. Patogenetik davolashda antotsidlar katta ahamiyatga ega. Ular oshqozondagi xlorid kislotani neytrallab, uning shilliq qavatga qo‘zg‘atuvchi ta’sirini kamaytiradi, rNni normallashtiradi va natijada pepsinning faolligini kamaytiradi. Antatsid sifatida natriy gidrokarbonat (soda) qo‘llaniladi. U oshqozonda NSl ni tez neytrallaydi, lekin uning ta’siri qisqa. Hosil bo‘ladigan karbonat angidrid oshqozonning kengayishiga olib kelishi mumkin, bu esa chuqur yaralarda juda xavfli. Bu preparat ichaklarda yaxshi so‘riladi va tez-tez qo‘llanilganda, ayniqsa buyrak faoliyati bo‘zilganda, alkalozni chaqirib, ishtahani susaytirishi, ko‘ngil aynishi, qusish, (talvasa)ga (qondagi ionlangan kalsiy miqdorining kamayishi natijasida) olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, natriy gidrokorbanat qabul qilingandan keyin oshqozon rN ining tez oshishi oshqozon antral qismidagi S- hujayralarning faollashishiga olib keladi, natijada NSl hosil bo‘lishini kuchaytiruvchi gastrin ajralishi ortadi. Bu antatsid ta’siri to‘xtagandan so‘ng giperxlorgidriya rivojlanishiga olib keladi («qaytarish sindromi»). Shuning uchun bu preparat bilan davolash, (ayniqa, uzoq muddat) maqsadga muvofiq emas. Tizimi z antatsidlardan magniy oksidi (kuydirilgan magneziya), alyuminiy gidroksid, kalsiy karbonat, almagel, fosfalyugel qo‘llaniladi. Ular oshqozondagi NSl ni neytrallab, pepsin faolligini susuaytiradi, reflyuks natijasida 12 barmoqli ichakdan oshqozonga tushgan o‘t kislotalarini bog‘laydi. Ular natriy gidrokorbanatga nisbatan sustroq so‘riladi, oshqozonda hosil bo‘ladigan magniy, kalsiy, alyuminiy xloridlari oshqozon osti bezi gidrokarbonatlari bilan bog‘lanib, ularning miqdorini kamaytiradi va alkalozning oldini oladi. Ular ovqat qabul qilingandan so‘ng 0,5 soatdan keyin qabul qilinadi. Burje aralashmasi (natriy sulfat - 2g, natriy fosfati – 4g, magniy oksidi – 1g, natriy gidrokarbonati – 8g, 1l suvda eritiladi) kuchli antatsid xususiyatiga ega. U har kuni 2 osh qoshiqdan 3 mahal ovqatdan 40 daqiqa-1soat keyin ichiladi. Almagel va almagel-A kabi preparatlar

ham keng qo‘llaniladi. Ularning tarkibida gel shaklidagi magniy oksidi va sorbit bilan kombinatsiyadagi alyuminiy gidroksidi bor. Sorbit o‘t ajralishiga yordam beradi va bo‘shashtiruvchi xususiyatga ega. Gel es preparatning shilliq qavat sathida bir tekis tarqalishiga yordam beradi. Almagel doimiy ishlab chiqariluvchi oshqozon shirasining NSl ini neytrallaydi, uning rN ini 4.0-6,0 gacha pasaytiradi va natijada pepsinning proteolitik faolligi kamayadi. Almagel-A tarkibidagi anestezin anesteziya tufayli og‘riqni kamaytiradi va shu bilan birga gastrin, natijada xlorid kislotaning ham sekretsiyasini kamaytiradi. Og‘riqlar bo‘lsa, 3-6-7 kunga almagel-A tavsiya etilib, keyin oddiy almagel (davolash kursi 3-6 hafta) yoki shu guruhdagi boshqa preparatlar qo‘llaniladi. Almagel-A va oddiy almagel bolalarga preparatning 1 ta maxsus qoshiqchasidan (katta yoshdgi bolalarga 2 ta) kuniga 4 mahal ovqatdan 1-2 soatdan so‘ng va albatta uyqudan avval beriladi. Dori qabul qilingandan keyin yotish va preparatning shilliq qavatida yaxshi tarqalishi uchun vaqti-vaqti bilan yonboshga o‘girilish tavsiya etiladi. Fosfalyugel ham xuddi shunga o‘xshash. Unda qo‘shimcha pektin va agar-agari geli bo‘lib, ular bakteriya, virus, toksik va gazlarni bog‘lab, qabziyatning oldini oladi. Sulfatlangan polisaxaridlar pepsin faolligini kamaytiradi. U ayniqsa oshqozon shirasining yuqori pepsinogen faolligida samaralidir. U 0,5 stakan suvda eritilgan xaltachadan (yoshiga qarab) kuniga 2-3 mahal ovqatdan 1 soat keyin tavsiya etiladi, davolash kursi – 1-1,5 oy. Yara kasalligining xuruj davrida ba’zan M-xolinolitiklar (antropin, platifillin, probaktrin, gastrozepin - yoshiga mos miqdorda) qo‘llaniladi. Ammo ular bugungi kunda 2-darajali ahamiyatga ega, chunki bunday monoterapiya yaraning bitishiga olib kelmaydi, ularning nojo‘ya ta’siri ko‘p, atropin (va unga o‘xshash preparatlar) faqat NSl ishlab chiqarilishini emas, balki oshqozon shilliq qavatidan bikarbonatlar ishlab chiqarilishini ham to‘xtatadi. Bugungi kunda N2-gistaminolitiklar – N2-gistamin retseptorlarining blokatorlari keng qo‘llanilmoqda. Ular NSl ishlab chiqarilishini M-xolinolitiklarga nisbatan samaraliroq to‘xtatadi. Simetidin (tagamet, belomet) - N2- gistaminalitiklarning I avlodi bir sutkada 20-40 mg miqdorda kuniga 3 mahal ovqat vaqtida yoki undan keyin va 4-6 hafta davomida 1 marta beriladi. 7 yoshgacha bolalarga qo‘llanilmaydi.

Preparat oshqozon shirasi va NSl sekretsiyasini kamaytiradi, silliq mushaklarning qisqarishini kamaytiradi, og‘riq paydo bo‘lishining oldini oladi. Pepsin sekretsiyasiga kam ta’sir qiladi.

Preparatlarning oylar davomida ishlatilishi nojo‘ya ta’sirlarga olib keladi, gonadotropinlar ishlab chiqarilishini kamaytiradi, o‘g‘il bolalarda jinsiy yetilishni kechiktiradi, profilaktik sintezni kuchaytiradi, dorilar ta’siridagi gepatit, nefrit, leykopeniya, agranulotsitoz, aplastik kamqonlik, MNSning funksional buzilishlariga olib kelishi mumkin. N2-gistaminolitiklarning II avlodi – ranitidin (zontak, ranisan), III avlodi – famotin va IV avlodi – nizatidinning samarali ekanligi

haqida ma’lumotlar bor.

Gistaminolitiklarni uzoq vaqt qo‘llash tavsiya etilmaydi, chunki bu HCl ishlab chiqaruvchi ECl hujayralarnig giperplaziyasiga olib keladi. N2 –blokatorlar to‘xtatilgandan keyin yara kasalligining qaytalanishi (retsidivi) ga bog‘liq bo‘lsa kerak. Vismut preparatlarini: vikalin, vikair, roter, bisalay, qo‘llash maqsadga muvofiqdir.

Ular 1,5–2 tabletkadan 2-3 mahal ovqatdan keyin 0,5 stakan iliq suv bilan ichiladi. Davolash kursi 1-1,5 oy. Vismut preparatlari xlor ionlarini bog‘lab, shiliq qavat va yara sathida himoya qavatini hosil –qiladi va yarani mexanik, kimyoviy ta’sirlardan himoya qiladi. Shuningdek, ular adsorbent, yallig‘lanishga qarshi, bo‘shashtiruvchi xususiyatlarga ham ega. So‘nggi yillarda vismutning de-nol-kolloid subsitrati keng qo‘llanilmoqda.

U monoterapiyada 6-8 hafta davomida 100% hollarda yaraning bitishiga olib kelmoqda. Boshqa davolash usullariga qaraganda bu preparat qo‘llanilganda retsidivlar kam. Bunda mayda eroziyalarda va yara sathida erimaydigan oqsil-vismut komplekslari (ya’ni himoya qobig‘i) hosil bo‘ladi va shilliq qavatning regeneratsiyasi kuchayadi. U antatsid ta’sirga ega emas.

Oshqozon shirasining rNi ortganda preparatning ta’siri kamayadi, shuning uchun uni antatsidlar bilan birga qo‘llash mumkin emas. Barcha vismut preparatlaridan faqat de-nolgina kampilobakterlarga nisbatan samaralidir.

Alyuminiy sulfati va sulfatlangan saxaroza tsitoprotektor preparat xisoblanadi. Sulfatlangan saxaroza shikastlangan shiliq qavat mushak tolalarining oqsillari bilan bog‘lanib, pepsin, xlorid kislota va o‘t kislotasi ta’siriga qarshi himoya qobig‘ini hosil qiladi; shiliq qavat himoya qobig‘ining yopishqoqligini oshiradi, natijada uning protektiv xussiyati ortadi. Bolalarda yara kasalligini kompleks davolashda shiliq qavat regeneratsiyasi jarayonini faollashtiruvchi vositalar («reperantlar») keng qo‘llanilmoqda.

Ularga antipeptik faollikka ham ega bo‘lgan karbenoksolon (biogastron) kiradi. U pepsinogenning pepsinga aylanishini tormozlaydi, sekretor hujayralarda shiliq ishlab chiqarilishini kuchaytiradi, shiliq qavat hujayralari hayotini o‘zaytiradi, ularning eksfoliatsiyasini kamaytiradi, pilorik sfinkterning tonusini yashiradi, natijada duodenogastral reflyuks kamayadi (shuningdek, 12 barmoqli ichakdagi moddalarning – o‘t kislotalarning zararli ta’siri ham kamayadi).

Oshqozon-ichak yo‘li shiliq qavatiga tsitoprotektor ta’sir AMFning hujayra ichidagi miqdorining ortishida (natijada lizosomal fermentlarning ajralishi kamayadi), natriy transportining kuchayishida, Oshqozonda shiliq hosil bo‘lishining ortishida, 12 barmoqli ichakka bikarbonat transportining oshishida, shiliq qavatning qon bilan ta’minlanishining kuchayishida namoyon bo‘ladi.

Bo‘larning hammasi Ye2 prostoglandin va prostosiklin faolligining ortishi

natijasida sodir bo‘ladi, chunki karbenoqsilon ularning faolligini kamaytiradigan fermentlarni tormozlaydi.

U shuningdek ulserogen ta’sirga ega bo‘lgan troboksan hosil bo‘lishini ham tormozlaydi. Karbenoqsilon birinchi haftada 100 mg dan 3 mahal ovqatdan 1 soat keyin, yara bitguncha (3-6 hafta) esa 30 mg dan 3 mahal beriladi. Likviriton - qizil miya ildizi ekstrakti – 1 ta tabletkadan 3 mahal ovqatdan 30-40 daqiqa oldin 3-4 hafta davomida beriladi.

Gefarnil trofik va regeneratsiyalovchi ta’sirga ega. U 30 mg dan 3-4 mahal (kattalarga) yoki 30 mg dan har kuni mushak orasiga 3-4 hafta davomida tavsiya etiladi. Gastrofarm – aralash vosita bo‘lib, uning tarkibida quritilgan laktobatsillalar, ular faoliyatining biologik faol mahsulotlari, saxaroza bor.

4 AMALIY MASHG’ULOT.

Surunkali gepatitlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga Surunkali gepatitlar tushuntirish va kasallikning tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. Surunkali gepatitlar bilan ogrigan bemorlarni muxokama qilish.
2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.
3. Surunkali gepatitlar qiyosiy tashxisini namoyish qilish.
4. Surunkali gepatitlar davolash usullarini tanlash.
5. Sog‘lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1. Jigar, o’t pufagi va o’t yo’llari s-sining AFX bilish.
2. Surunkali gepatitlar etio-patogenezi.
3 Surunkali gepatitlar diagnostik mezonlari.
4. Surunkali gepatitlar davolash va profilaktika prinsiplari.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.
2.Ushbu kasallik bo‘yicha klinik, laborator, FGDS natijasini baxolash.
3. Jigar, o’t pufagi va o’t yo’llari s-sining tizimi kasalliklarini xolisona ko‘ruvdan o‘tkazish.
4.Ushbu kasalliklarda palpatsiya,perkussiya va auskultatsiya o‘tkaza bilish.
5. Surunkali gepatitlar klinik ko‘rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.
6. Surunkali gepatitlar bilan ogrigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

Surunkali gepatit (CH) - 6 oy yoki undan ko'proq davom etadigan

yallig'lanishli jigar kasalligi. Tarqalishi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda 2 milliardga yaqin odam gepatit B virusi bilan kasallangan, ulardan 400 milliondan ortig'i ushbu infeksiyaning surunkali tashuvchisi, shu jumladan 5 millionga yaqini Rossiyada yashaydi. Chet ellik mualliflarning fikriga ko'ra, surunkali infeksiyani tashuvchilarning uchdan bir qismi perinatal infeksiyaga chalingan. Turli hududlarda sog'lom yuklarni taqsimlash bir xil emas. Moskva, Sankt-Peterburg, Nijniy Novgorodda 1,5% gacha, Sharqiy Sibirda esa 10-15% aholi (Uchaikin V.F., 1997). Turli mualliflarning fikriga ko'ra, surunkali tashishdan og'ir jigar kasalligiga o'tish xavfi 10 dan 25% gacha. Dunyo bo'ylab har yili 1 milliondan ortiq odam gepatit B bilan bog'liq kasalliklardan vafot etadi. Dunyoda gepatit C virusining 500 millionga yaqin tashuvchisi mavjud bo'lib, ularning 65-75 foizida surunkali gepatit S rivojlanadi, surunkali gepatit C bilan og'rigan bemorlarning 10-20 foizida jigar sirrozi, 15 foizida gepatit mavjud.

Etiologiya Ko'pincha surunkali gepatitli bolalarda gepatit C virusi - HCV (30-50%), kamroq - gepatit B virusi - HBV (15-20%), qoida tariqasida, Δ-virus (gepatit D-) bilan bir vaqtda aniqlanadi. HDV virusi), kamroq tez-tez gepatit F, G viruslari va juda kamdan-kam hollarda - sitomegali, gerpes, qizilcha viruslari, enteroviruslar, Epstein-Barr virusi. HBV DNK virusi, qolganlari RNK. HDV HBV sirt antijeni HBsAg bilan o'ralgan dumaloq gibrid zarrachadir. HCV, HDV, HFV, HGV - faqat parenteral yo'l bilan o’z atiladi, ya'ni. qon va uning tarkibiy qismlarini quyishda, ifloslangan ignalar, shpritslar bilan in'ektsiya qilishda. HBV parenteral, maishiy (masalan, tupurik orqali) va jinsiy (shuning uchun onaning tug'ilish kanali ifloslanganida perinatal) yo'l bilan yuqadi. Shunday qilib, CG asosan parenteral yuqadigan viruslardan kelib chiqadi. V.F.Uchaykin boshchiligidagi klinikaning ma'lumotlariga ko'ra, CG B bo'lgan bolalarda infeksiya ko'p hollarda (63,7%) parenteral aralashuvlar paytida, ko'pincha uy sharoitida (24,5%) va kamroq (9,3%) - qon quyish orqali sodir bo'lgan.

HAV va HEV fekal-og'iz va suv-oziq-ovqat yo'li bilan yuqadi, ammo ular surunkali gepatitga olib kelmaydi. HBV va HCV jigar sirrozi va gepatokarsinoma uchun xavf omillari hisoblanadi. Gepatokarsinomalar (hatto kattalarda ham) perinatal infeksiyaning natijasidir, deb ishoniladi. HBsAg tashuvchisi onada bolani yuqtirish xavfi 5-10% dan oshmaydi, HBeAg tashuvchisida esa 40-75% ni tashkil qiladi. Agar ona homiladorlikning oxirgi trimestrida o'tkir gepatit B bilan kasallangan bo'lsa, onaning kasalligining og'irligi va tabiatiga qarab, bolani yuqtirish xavfi 50-75-90% ni tashkil qiladi.

Bolalarda surunkali gepatit rivojlanishining sababi (tetiklashuvchi omil), kattalardagi kabi, izoniazid, sulfanilamidlar, valpik kislota va karbamazepin preparatlari, fenitoin (difenin), androgenik gormonlar, metildopa, asetomifen (paratsetamol) bilan davolash paytida preparatning shikastlanishi bo'lishi mumkin,

salitsilatlar, hidralazin, nitrofuranlar, sitostatiklar. Albatta, irsiy moyillik muhim ahamiyatga ega, garchi uni har doim ham isbotlab bo'lmaydi.

Patogenez CG ning rivojlanishi virusning turg'unligi, uni jigardan yo'q qilish qobiliyatining yetarli emasligi bilan bog'liq. Gepatotsitlarda interferon sintezining yo'qligi, immunitetning T-bo'g'ini, makrofaglar bo'g'ini, ham immun reaksiyalariga, ham metabolizmga, to'qimalarning antigenik tarkibiga irsiy moyillik tufayli muhim ahamiyatga ega. Agar kattalarda HBV sabab bo'lgan o'tkir gepatitning taxminan 5% surunkali gepatit bilan tugasa, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va hayotning birinchi yilida o'tkir gepatit B bilan kasallangan bolalarda - 90%.

Shu bilan birga, faol KG bo'lgan ba'zi bemorlarda immunoglobulinlar G ning giperproduksiyasi, silliq mushaklarga, terining bazal membranasiga, jigar mitoxondriyalariga, antinuklear antikorlarga otoantikorlar bilan immunopatologik, autoimmun reaksiyalar aniqlanadi. CG ning ushbu varianti lupoid (autoimmun) CG deb ataladi, patogenezda biriktiruvchi to'qimalarning diffuz kasalliklari - kollagenozlarga yaqinlashadi. Ushbu bemorlarning atigi 10-20 foizida HBsAg topiladi, lekin ko'pincha T-tizimining turli subpopulyatsiyalarining nomutanosibligi mavjud.

A. G. Raxmanova va boshqalar. (1997) otoimmun gepatitni ko'rsatilgan yoki aniqlanmagan etiologiyaning virusli CG guruhiga kiritish kerak deb hisoblaydi.

Jigarda kasallikning rivojlanishi bilan quyidagilar mavjud:

1. gepatotsitlarning nobud bo'lishi, mezenximadagi yallig'lanish va immunopatologik o'zgarishlar bilan kechadigan parenximaning progressiv destruktsiyasi;

2. qonni to'ldirish va mikrosirkulyatsiya buzilishining pasayishi;

3. infeksiya bilan zarar ko'rmagan gepatotsitlar funktsiyasining buzilishi;

4. xolestaz. Virusli infeksiya ta'sirida rivojlanadigan jigar arteriyasi nerv pleksuslarining keyingi fibrozi bilan nevritlar gepatit viruslarining surunkaliligida birlamchi bo'lishi mumkin (V.G. Akopyan).

Tasniflash. Butunjahon gepatologlar kongressining tavsiyasiga ko'ra (1994 yil oktyabr, Los-Anjeles) quyidagilar mavjud:

CG shakllari:

1. surunkali virusli gepatit, uni keltirib chiqargan virus (B, delta, C, G, F) yoki virus aniqlanmaganligi qayd etilgan;

2. autoimmun gepatit;

3. surunkali toksik yoki dori-darmonli gepatit.

Faoliyat HG:

a) minimal (normal darajadan oshib ketish • ALT 3 martagacha);

b) o'rtacha (qon zardobidagi alt faollik 10 barobar yuqori bo'lishi kerak);

v) og'ir (ALT darajasi me'yordan 10 martadan ortiq);

d) faol bo'lmagan gepatit.

Faoliyat darajasini baholash, birinchi navbatda, morfologik o'zgarishlarning og'irligini aniqlashga asoslanadi:

a) ko'prikli nekroz mavjudligi bilan periportal nekroz;

b) lobulyar degeneratsiya;

v) portal yo'llarida yallig'lanish.

Minimal faollik darajasi bilan periportal bosqichli nekroz periportal zona bilan chegaralanadi, portal yo'llarining faqat bir qismi ta'sirlanadi, o'rtacha faollikda, barcha portal yo'llari ishtirok etadi, aniq faollik bilan, nekroz lobulalarga kirib boradi, birlashuvchi ko'prik nekrozi. yuzagakeladi.

HCG bosqichlari:

1. yengil periportal fibroz,

2. o'rtacha, portoportal septalar bilan fibroz;

3. aniq fibroz, portotsentral parda bilan;

4. lobulyar strukturaning buzilishi;

5. jigar sirrozining shakllanishi.

Virusning rivojlanish bosqichlari (virusli surunkali gepatit bilan):

a) replikatsiya

b) integratsiya.

Klinik rasm

Minimal va o'rtacha faollikdagi surunkali gepatit bilan pashsha maktabdan keyin charchoqdan shikoyat qiladi, kechqurun zaiflik, letargiya, asabiylashish, yomon uyqu, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, yog'li ovqatlardan nafratlanish, ich qotishi tendentsiyasi bilan barqaror bo'lmagan axlat, qorin og'rig'i, og'izdan yoqimsiz hid. Qorin bo'shlig'idagi og'riqlar (odatda o'ng hipokondriyumda) ovqatdan, jismoniy faoliyatdan keyin paydo bo'ladi.

Tekshiruvda kattalashgan, biroz zich jigar, ba'zi bolalarda - kattalashgan taloq, kamroq tez-tez - vaqtinchalik sariqlik, teriga qon quyilishi, teri va shilliq pardalarning rangsizligi, subfebril holat, vazn yo'qotishi, telangiektaziya, jigar kaftlari (tenar va hipotenar giperemiya). Ko'pgina bemorlarda sezgirlik jigar chetini palpatsiya qilishda, shuningdek oshqozon osti bezi proektsiyasidagi bosimda (Mayo-Robson nuqtasi) aniqlanadi.

Qonda giperenzimemiya aniqlanadi (ko'pincha ALT, AST faolligining oshishi), kamroq - o'rtacha giperbilirubinemiya va jigar disfunktsiyasining boshqa belgilari. Sekin alevlenme oylar va yillar davom etishi mumkin. Shu bilan birga, bir qator bolalarda shikoyatlar yo'q (malosimptomatik variant) va kasallik faqat gepatomegaliya, o'rtacha taloq va jigar giperenzimemiyasida namoyon bo'ladi.

Astenovegetativ sindrom belgilari (charchoq, bezovtalik, zaiflik, uyqu buzilishi, bosh og'rig'i, terlash, past darajadagi isitma, ishtahaning pasayishi, arterial

gipotenziya), dispeptik hodisalar (ko'ngil aynishi, qichishish) bilan og'ir faol surunkali gepatitda: qusish, beqaror najas) xarakterlidir, qorin og'rig'i (ko'pincha o'ng hipokondriyumda) va kichik jigar yetishmovchiligi belgilari (uyquchanlik yoki uyqusizlik, vaqtinchalik sariqlik, gemorragik sindrom, qo'l tremori, qon tomir dog'lari va anjiyomalar, teridagi yoqut nuqtalari: jigar palmalari, anemiya, miyokardiyopatiya). Jigar kattalashgan, uning chetini palpatsiya qilish og'riqli, o'rtacha taloq bo'lishi mumkin. Qonda aniq disproteinemiya, gipergammaglobulinemiya, transaminazalar, glutamat dehidrogenaza va boshqa jigar fermentlari faolligining sezilarli darajada oshishi, pigment hosil qiluvchi, uglevod va boshqa jigar funktsiyalarining buzilishi belgilari aniqlanadi. Remissiya davrida jarayon faolligining klinik va laboratoriya belgilari yo'qolmaydi.

Surunkali gepatitda xolestaz bolalarda kam uchraydi. Asosiy klinik belgilar sariqlik va qichishish bo'lib, ba'zida sariqlikdan oldin paydo bo'ladi. Biz konjenital gepatit bilan og'rigan bemorni sariqlik boshlanishidan bir necha yil oldin qichishishni kuzatdik. Qichishish qondagi safro kislotalari darajasining oshishi natijasida yuzagakeladi. Xususan, bizning bemorimizda ularning qondagi konsentratsiyasi odatdagidan 5 baravar yuqori bo'lgan. Uning jismoniy rivojlanishida kechikish, iflos kulrang teri, o'rtacha gepatomegaliya bor edi.

Bemorlarda sariqlik davriy bo'lishi mumkin. Bolalarda xolestatik gepatit deyarli muqarrar ravishda jigarning biliar siroziga aylanadi.

Bolalarda giyohvand moddalar tufayli jigar shikastlanishi kattalarnikiga qaraganda kamroq rivojlanadi. Polifarmakoterapiya bilan dori-darmonli shikastlanish xavfi ortadi. Dori-darmonli gepatopatiyaning ikki guruhi mavjud:

1. bashorat qilinadigan (yuqori dozalarda gepatotoksik ta'sir ko'rsatishi ma'lum bo'lgan dorilar),

2. idiopatik (ixtiyoriy).

Dozaga bog'liq jigar shikastlanishiga olib keladigan birinchi dorilar guruhiga tana vazniga 140 mg / kg dozada qabul qilinganda atsetamifen (paratsetamol), metotreksat, 6-merkaptopurin, valpik kislota va boshqalar kiradi, ular to'g'ridan-to'g'ri zarar yetkazuvchi ta'sir ko'rsatadi. jigar (gepatotsitlar membranalarining shikastlanishi, oqsillarning denaturatsiyasi, refaol metabolitlarning shakllanishi va boshqalar).

Ikkinchi guruh dori-darmonlari dozaga bog'liq emas va jigar shikastlanishi faqat to'qimalar bilan murakkab antigen hosil qiluvchi g'ayrioddiy metabolitlarni rivojlantiradigan ba'zi odamlarda uchraydi.

makromolekulalar, keyinchalik immunopatologik reaksiya, ko'pincha yuqori sezuvchanlikning jigardan tashqari ko'rinishlari bilan: isitma, teri toshmasi, artralgiya va boshqalar.

An'anaviy ravishda toksik gepatopatiyaning uchta guruhi ajratiladi:

1. jigarning funktsional buzilishlari (vaqtinchalik giperbilirubinemiya, transaminazalarning faolligi oshishi va boshqalar);

2. virusli gepatitga o'xshash o'zgarishlar (gepatotsitlar sitolizi, kolestaz belgilari mavjud);

3. granulomatoz gepatit va intrahepatik qon aylanishining buzilishi.

Gepatitga o'xshash reaksiyalar bilan qorin og'rig'i, isitma, jigar kengayishi, sariqlik, qorong'u siydik, transaminaza faolligining oshishi (normaga nisbatan 2-5 marta) va sarum gamma-globulin darajasi qayd etiladi. Sitolizning ustunligi bilan jigar shikastlanishiga olib keladigan dorilarga ba'zi antibiotiklar (tetratsiklin, rifampitsin, meronem, oksatsillin, ampitsillin, karbenitsillin), diuretiklar (tiazidlar, furosemid, etakrin kislotasi), umumiy anesteziklar (halotan, salotin, parametatsin, natriy valproat, sitostatiklar (azatioprin, leykeran, metotresat, 6-merkaptopurin), silga qarshi dorilar (PASK, izoniazid) va boshqalar kolestaz hukmronligi bilan gepatotoksik ta'sir antibakterial (eritromitsin, nitrofuranlar), meprofuranlar, dorivor preparatlar sabab bo'lishi mumkin. (robol bo'lmagan, dianabol, metiltestosteron). Bunday bolalarda qichishish, zaiflik, dispeptik kasalliklar, gepatomegaliya, sariqlik rivojlanishi mumkin. Bolalarda gepatitga o'xshash lezyonlar (toksik gepatopatiya) zaharlanish (xususan, rangpar grebe, insektitsidlar), irsiy metabolik anomaliyalar (fruktozemiya, tirozinoz, galaktozemiya va boshqalar) bilan bo'lishi mumkin. Ba'zida bolalarda giyohvand moddalarga turli darajadagi toksik-allergik reaksiyalar, og'ir toksikodermagacha (Stivens-Jonson, Lyell sindromlari) mavjud. Sulfanilamidlar, penitsillinlar, halotan bilan behushlik bilan davolashda bolalar juda kamdan-kam hollarda intrahepatik xolestaz, isitma, gepatosplenomegaliya bilan tavsiflangan granulomatoz gepatit shaklida jigar shikastlanishi rivojlanadi. Granulomatoz gepatit mikoz, sil kasalligining namoyon bo'lishi mumkin. Jigarning ultratovush tekshiruviga ko'ra shubha qilingan bo'lsa-da, gepatobilissintigrafiya, jigar biopsiyasi tashxisi qo'yiladi.

Diagnostika CG bemorni keng qamrovli tekshirish asosida tashxis qo'yish kerak:

1. biokimyoviy,
2. virusologik,
3. immunologik,
4. morfologik,
5. portal gemodinamikasi holatini baholash.

Qon zardobidagi fermentlarning faolligi gepatotsitlar sitoplazmatik membranasining yaxlitligini (AST, ALT, fruktoza mono- va fruktoza difosfat aldolaz faolligining oshishi va boshqalar) va ularning mitoxondriyalarining (glutamatdehidrogenaza faolligining oshishi,) buzilishini ko'rsatishi mumkin. yoki lizosomalarning shikastlanishi (ribonukleaza, leysin aminopeptidaza, katepsinlar),

shuningdek, sekretor (xolinesteraza faolligining pasayishi) yoki jigarning ekskretor funktsiyasi (ishqoriy fosfataza faolligi oshishi) nuqsonini ko'rsatadi. Mitoxondriyal va lizosomal fermentlarning faolligi oshishi jigar shikastlanishining og'irligi bilan bog'liq.

Surunkali gepatitda pigment almashinuvi quyidagi sabablarga ko'ra buzilishi mumkin:

1. bilirubinni konjugatsiya qilish va chiqarish jarayonlarining buzilishi (sariqlikning parenximal komponenti),

2. o't yo'llarining obstruktsiyasi (sariqlikning mexanik komponenti),

3. qizil qon tanachalarining yo'q qilinishi (sariqlikning gemolitik komponenti).

DHB darajasining oshishi CG ning kuchayishi uchun xarakterlidir, garchi gemolitik anemiya borligi bilan og'ir otoimmün kasalliklarda, qondan gepatotsitlar tomonidan bilirubinni qabul qilishning pasayishi, NP ning ko'payishi ham qayd etilishi mumkin. Parenximal sariqlik uchun bilirubinuriya ham xosdir, bu siydikning quyuq jigarrang rangi va siydikning safro pigmentlariga ijobiy reaksiyasi bilan ko'rsatiladi. Sariqlikning kuchayishi va teskari rivojlanishi bilan urobilinuriya kuchayishi mumkin. Sariqlikning gemolitik komponenti bilan bilvosita giperbilirubinemiya bilan birga retikulotsitoz, karboksigemoglobin darajasining oshishi va sarumda haptoglobinning past darajasi mavjud.

Jigarning oqsil sintez qilish funktsiyasining pasayishi gipoalbuminemiya, protrombin kontsentratsiyasining pasayishi va K vitamini (VII, IX, X), shuningdek I, V omillar, transferrin, seruloplazmin, haptoglobin va boshqalar. Jigardagi yallig'lanish jarayoni, uning retikulohistiositik tizimining faollashishi a2-, b- va g-globulinlar darajasining oshishi bilan disproteinemiyaga olib keladi, cho'kindi namunalarining patologik qiymatlari.

Surunkali gepatitda lipidlar almashinuvi ham buzilishi mumkin, bu qon zardobidagi fosfolipidlar miqdorining ko'payishi, xolesterin darajasining pasayishi va ayniqsa uning efir bilan bog'langan fraktsiyasi bilan tasdiqlanadi. Xolestatik sariqlik giperlipidemiya va giperkolesterolemiya bilan kechadi.

Jigarning uglevod almashinuvidagi tartibga solish funktsiyasining yetishmovchiligini aniqlash uchun Bauer testini o'tkazish yaxshidir: galaktoza yuklangandan so'ng (1 kg tana vazniga 0,5 g), siydikda galaktoza 12 marta chiqariladi. soat 8% dan oshmaydi va surunkali gepatit bilan og'rigan bemorlarda bu ko'proq ahamiyatga ega, chunki galaktozadan foydalanish buziladi.

Jigarning ekskretor funktsiyasining buzilishi bromsulfalein testi bilan eng aniq tashxis qilinadi. Sog'lom bolalarda bromsulfaleinni 5 mg / kg dozada tomir ichiga yuborilgandan so'ng, 0-6% bo'yoq venoz qonda 45 daqiqadan so'ng qoladi (3 daqiqadan keyingi konsentratsiyaga nisbatan). Surunkali gepatit bilan bo'yoqning 10-20% dan ko'prog'i qoladi. Jigarning so'rilish va chiqarish funktsiyasining

buzilishi radiofaol Bengal pushti azobilirubin S yuki bilan sinov orqali ham baholanadi (43-rasmga qarang).

Jigar holatini morfologik baholash ultratovushli ekografiya yoki radiofaol izotoplar bilan skanerlash, kompyuter tomografiyasi, laparoskopiyani tekshirishning zararsiz usuli yordamida amalga oshirilishi mumkin. Ushbu usullar yordamida diffuz jigar shikastlanishi aniqlanganda, ponksiyon jigar biopsiyasi ko'rsatiladi. Jigarning gistologik tekshiruvi o'rtacha faollikdagi surunkali gepatitning arxitektonikasini, jigar hujayralarida mo"tadil distrofik o'zgarishlarni (qoida tariqasida, gidropik degeneratsiya, gepatotsitlarning pufaklanishi), cheklangan limfogistiyositik infiltratsiyani va o'rtacha o'choqliligini aniqlaydi. portal maydonlarining fibrozi. Jiddiy faollik bilan kechadigan surunkali gepatitda jigarning sezilarli darajada jiddiy shikastlanishi: parenximada ko'prik nekroziga qadar keng tarqalgan destruktiv-nekrotik o'zgarishlar, jigar bo'laklari tuzilishining buzilishi, jigar bo'laklariga cho'zilgan periportal maydonlarning limfoid infiltratsiyasi; biriktiruvchi to'qima iplaridan intralobular septalar hosil bo'lib, portal yo'llarining konvergentsiyasiga olib keladi. Biroq, parenximaning nodal qayta tuzilishi yo'q.

Lipoid gepatitda zararlangan jigarning gistologik ko'rinishi portal maydonlarining plazma hujayralari va limfotsitlar bilan aniq infiltratsiyasi, jigar lobulasi arxitektonikasining buzilishi bilan diffuz fibroz, jigarning postnekrotik sirroziga yaqinligi bilan tavsiflanadi.

CG ning virusologik tadqiqotlari bemorning qonida HBsAg, HBcAg, HBeAg va ularga antikorlarni aniqlashga qaratilgan.

HBV DNK, shuningdek HCV, HDV, HEV RNK qonda yoki jigar biopsiyasida polimeraza zanjiri reaksiyasi (PCR) va viruslarning antijenlari (Ag), shuningdek ularga antikorlar (antikor - Ab) yordamida aniqlanadi. (IgG, IgM) - ferment immunoassay (ELISA). HBsAg gepatit B virusining sirt antijenidir, HBeAg bu virusning yadro nukleoproteinining antijenidir, HBeAg HBeAg dan ajratiladi va qonda virus replikatsiyasining belgisi sifatida topiladi. OGV bilan HBsAg va HBeAg bemorning qonida inkubatsiya davrining o'rtasida aniqlanadi va OGVning ikterik davrining birinchi oyida qondan yo'qoladi (HBeAg HBs Ag dan 1-2 hafta oldin yo'qoladi). Ikterik davr boshlanganidan 2 oy o'tgach HBsAg ning aniqlanishi, qoida tariqasida, surunkali HBV virusini tashish bosqichining boshlanishidan dalolat beradi. OGV ning eng ishonchli belgisi HBc-IgM bo'lib, o'tkir gepatitli bemorlarda anti-HBc-IgM yo'qligi kasallikning HB-virusli etiologiyasini ishonchli tarzda istisno qiladi. Anti-HBc-IgG bemorda umrining oxirigacha saqlanib qoladi.

Virusning rivojlanish bosqichini baholash uchun qo'shimcha ma'lumotlar 86, 87-jadvallarda keltirilgan (Grigoryev P. Ya., Yakovenko E. P., 1997 yilga ko'ra).

Immunologik tadqiqotlar - bemorning immunitet holatini baholash va

mitoxondriyalarga va jigar hujayralarining boshqa antijenlariga, terining bazal membranasiga, DNKga, silliq mushaklarga antikorlarni izlash. Bemorda surunkali gepatit bilan A va G immunoglobulinlari darajasi odatda qonda keskin ko'tarilmaydi, ammo surunkali gepatitning aniq faolligi bilan IgG darajasi juda yuqori. T-limfotsitlar-bostiruvchilar soni HBsAg bilan CGda normal bo'ladi, lekin autoimmun variantda kamayadi, T-yordamchilarining faolligi esa dastlabki ikkitasida kamayadi. Uzoq muddatli HBeAgemia gepatom uchun xavf omilidir.

A.G.Rahmanova va boshqalar. (1997) otoimmün sindromli surunkali virusli gepatitning og'irligini baholash uchun quyidagi mezonlarni taklif qiladi

Autoimmunn sindromi bilan kechadigan SG og‘irlik darajasi (asosiy simptomokompleks)

Og‘irlik darajasi	Asteno-vegetativ sindrom	Artralgiyalar	Jigardan tashkari o‘zgvrishlar	AlT faolligi	Silliq muskullarga Antite	Gepatotsitlarga qarshi Antitelo	Albumino–globulinovыy koeffitsiyenti (3,0 dan
I	+	yo	+	normadan 2 marta.	+	+	2,5
II	++	++	++	normadan 3–5	++	++	2,4–2,0
III	+++	+++	+++	normadan 5 marta	+++	+++	2, 0 dan past

Differensial diagnostika CG birinchi navbatdagi o'tkir gepatitning (OHA) qoldiq ta'siridan farqlanadi.

Asoratlanmagan AHA dan tiklanish 12-16 hafta ichida sodir bo'ladi, shuning uchun gepatitlanganidan keyin xavf bilan bolalarning ko'pchiligini to'liq sog'lom deb topgan mumkin emas, chunki ularda nonormal laboratoriya ma'lumotlar kasali ahivoli umumiil. Bolalar umumiylik va charchoq, bosh og'rig'i, ba'zan qo'shma og'riqlar, ishtahaning zaif holati, ko'ngil aynishi, qusish, o'ng hipokondriyumda og'riq, beqaror axlatdan shikoyat qiladilar. Ob'ektiv rejalashtirish bilanda jigarning o'rtacha hajmi, vaqti-vaqti bilan teri va sklerning sarg'ayishi; jigarning funktsyonal holatining yengil aniq tashqi har doim. Ba'zi bolalarda klinik ko'rinishda asteno-dispeptik sindrom ustunlik qiladi, boshqalarida - sariqlik hodisalari, bir qator bemorlarda - faqat kattalashgan jigar, va jigar kattalashgan bolalar shikoyat qilmasligi mumkin va juda yaxshi funktsyonal holat. laboratoriya tadqiqotlari. Bunday ular jigarda fokal fibrozning rivojlanishi tufayli anatomik zarar bilan davolash haqida gapirishadi. OHA dan keyin funktsyonal giperbilirubinemiya orqali umumiy holatini va funktsyonal jigarlarini bo’z masdan bir necha oy (ba'zan hatto yillar) davom etishi mumkin. OHA mumkin gepatit va jigar sirroziga

aylanmaydi. Agar clinic va epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, epidemik gepatit tashxisi shubhasiz bo'lsa va bemorda o'tkir davrdan keyin, hatto bir yildan keyin ham yuqoridagi natijalar bo'lsa, lekin HBsAg, HBcAg, HBeAgH (yoboki') antikorlari' lmasa. ularga, keyin OHA ning qoldiq ta'sirini tashxis qilish kerak.

Surunkali gepatitni jigar sirrozidan faqat morf tadqiqoti (ultratovush tadqiqoti, kompyuter tomografiyasi, radioizotop tekshiruvi, biopsiya) bilan klinik va laboratoriya ma'lumotlarini dinamikasini tahlil qilish mumkin.

CG kasalligi, irsiy pigmentli gepatozlar va jigarning kasalliklari bilan farqlanadi (pastga qarang).

Prognoz HCG ning natijasi uning shakliga bog'liq. CG ning mo"tadil faolligi bilan jarayonning reparativ dinamikasi bilan rivojlanishi va tiklanishi tez-tez kuchayish. Kasallikning kasallikning morfologik belgilarisiz davriy alevlenmeler bo'lishi mumkin. Surunkali gepatitning eng xavfli sirrozga o'tish va jigarning rivojlanishi bilan rivojlanish kuzatilmoqda. Bunday energiya faollikda yuqori bo'lgan C (50% haroratda) tez-tez chiqadi. Oldini olish JSST tavsiyalariga ko'ra, gepatit B ga qarshi faol immunizatsiya infeksiyani rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan shaxslarga berilishi kerak:

- OHV yoki HBsAg tashuvchisi bo'lgan onalarning yangi tug'ilgan chaqaloqlari (vaqtsina tug'ilgandan keyin birinchi 12 soat ichida gepatit B ga qarshi spesifik immunoglobulin bilan kiritiladi);
- gemodializ va gematologiya bo'limlarining tibbiyot xodimlari, shuningdek, ishlab chiqarish amaliyoti boshlanishidan oldin bemorlar, tibbiyot institutlari talabalari va o'rta tibbiyot ta'lim muassasalarining qonlari bilan bevosita aloqada bo'lgan shaxslar;
- surunkali gepatit yoki HBsAg tashuvchisi bo'lgan bemorning oila a'zolari;
- aholi orasida HBsAg tashilishi yuqori (8-15% va undan ortiq) bo'lgan hududlarda yashovchi shaxslar;
- epidemiologik noqulay hududlarga ketayotgan turistlar;
- behayo jinsiy hayotni boshlagan o'smirlar; gemodializ bo‘limlari bemorlari;
- qon quyish yoki qon mahsulotlarini qabul qiluvchi qon kasalliklari bo'lgan bemorlar;
- giyohvand moddalarni tomir ichiga yuboradigan giyohvandlar;
- barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar, agar HBsAg tashuvchilar soni 2% dan oshsa;
- OHV bilan kasallangan bemor bilan aloqa qilish, agar ular ilgari HBV ga qarshi emlanmagan bo'lsa yoki ular azoblanmagan bo'lsa.
- OGV (vaqtsina gepatit B ga qarshi maxsus immunoglobulin bilan birgalikda qo'llaniladi).

Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash va tibbiyot sanoati vazirligining 1997 yil 18 dekabrdagi 375-son buyrug'i bilan emlash taqvimiga gepatit B ga qarshi

profilaktik emlash kiritildi.

Rossiyada 4 turdagi vaqtsinalar foydalanish uchun tasdiqlangan: Combiotech LTD kompaniyasining mahalliy rekombinant gepatit B vaqtsinasi va 3 ta tijorat xorijiy vaqtsina: Merck Sharp va Dow kompaniyasidan HBVax II, Smit Klein Beechamdan Engerix-B, Respublikada ishlab chiqarilgan Pec-HBsAg. Kuba. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga 10 mkg (0,5 ml) vaqtsinalardan biri yuboriladi: Combiotech LTD, Engerix-B, Res-HB Ag yoki 2,5 mkg (0,25 ml) HBVax II vaqtsinasi. Oxirgi vaqtsinaning dozasi HBsAg tashuvchi onalardan tug'ilgan bolalarni emlashda 0,5 mkg (0,5 ml) gacha oshiriladi (shu bilan birga, gepatit B ga qarshi 0,5 ml o'ziga xos immunoglobulin boshqa joyga yuboriladi). Birinchi uchta vaqtsinani qo'llashda 10 yoshdan oshgan bolalar va kattalarga 20 mkg (1,0 ml) dozasi, HBV ax II vaqtsinasini qo'llashda esa 11-19 yoshli bolalarga 5 mkg (0,5) dozasi beriladi. ml), 20 yoshdan oshgan shaxslar - 10 mkg (1,0 ml).

Gepatit B ga qarshi birinchi emlash sog'lom ota-onadan tug'ilgan sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun BCG emlashdan oldin bolaning hayotining birinchi 24 soatida, ikkinchisi bir oydan keyin va uchinchisi DTP emlash bilan hayotning 6 oyligida amalga oshiriladi. Yana bir bor ta'kidlaymizki, HBsAg ni tashuvchi onalardan yangi tug'ilgan chaqaloqlarga birinchi emlash hayotning dastlabki 12 soatida o'ziga xos immunoglobulin bilan, keyin esa 1,6 va 12 oylarda emlashsiz amalga oshiriladi. AQShda vaksina uch marta qo'llaniladi. A, C, D, E, G, F gepatitlariga qarshi emlashlar yaratilmagan.

5 AMALIY MASHG’ULOT.

Bolalarda o’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga bolalarda o’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari tushuntirish va kasallikning tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. O’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari bilan og’rigan bemorlarni muxokama qilish.
2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.
3. O’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari qiyosiy tashxisini namoyish qilish.
4. O’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari davolash usullarini tanlash.
5. Sog‘lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1. Oshqozon ichak s-sining AFX bilish.
2. O’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari etio-patogenezi.
3. O’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari diagnostik mezonlari.

4. O’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari davolash va profilaktika prinsiplari.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.

2.Ushbu kasallik bo‘yicha klinik, laborator, FGDS natijasini baxolash.

3. Oshqozon ichak s-sining tizimi kasalliklarini xolisona qo‘rquvdan o‘tkazish.

4.Ushbu kasalliklarda palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya o‘tkaza bilish.

5. O’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari klinik ko‘rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.

6. O’t pufagi va o’t yo’llari kasalliklari itlar bilan ogrigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

Bolalarda o't pufagining o'tkir yallig'lanishi kam uchraydi. O'g'il bolalar qizlarga qaraganda 2 marta tez-tez kasal bo'lishadi.

Etiologiyasi Patogenezi

Mikroblarning qo'zg'atuvchisi - ichak tayoqchasi, stafilokokklar va streptokokklar, kamroq anaerob flora, tif tayoqchasi.

INFEKSION o't pufagiga gematogen, limfogen yoki ko'tarilgan enterogen yo'l bilan kiradi. O'tkir xoletsistitning paydo bo'lishi uchun eng muhim predispozitsiya qiluvchi shart - bu o't pufagida o'tning turg'unligi bo'lib, bu bemorlarning 60-65 foizida rivojlanish anomaliyalari bilan bog'liq.

Tasniflash

Tasniflash bolalarda o'tkir xoletsistitning kataral, flegmonoz va gangrenoz (bo’z g'unchi) shakllarini ajratishni nazarda tutadi. O'tkir kataral yallig'lanish natijasida o't pufagining tushishi va flegmonoz - gangrena, empiema bo'lishi mumkin.

Klinikasi

Odatiy boshlanishi bilan, to'satdan, to'liq sog'lig'i holatida, ko'pincha kechasi, bola febril haroratga ko'tariladi va qorinning o'ng tomonida, ba'zan esa butun qorin bo'shlig'ida kramp og'rig'i paydo bo'ladi. Og'riq hujumi bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etishi mumkin. Bolalarda orqa, o'ng yelka, bo'yinbog', yelka pichoqlari va oyoq-qo'llardagi og'riqlarning nurlanishi kam uchraydi. Bemorlarning yarmida qusish va ko'ngil aynishi kuzatiladi. O'ng tarafdagi holatda og'riq kuchayadi. Intoksikatsiya hodisalari ko'pincha aniq ifodalanadi: teri oqargan, nam, lablar va og'izning shilliq pardalari quruq, til qoplangan, bosh og'rig'i, ishtahaning yetishmasligi, axlatni ushlab turish, taxikardiya, ba'zi bemorlarda epileptiform tutilishlar, konvulsiyalar, hushidan ketish, meningeal simptomlar.

O'tkir xoletsistitda sariqlik holatlarning yarmida sodir bo'ladi. Bemorlarning 1/3 qismida o't pufagida sezilarli yallig'lanish o'zgarishlariga qaramasdan, tana harorati normaldir.

Qorin bo'shlig'ini tekshirganda, nafas olish paytida yuqori bo'limlarning biroz shishishi, orqada qolishi kuzatiladi. Palpatsiya paytida qorin old devori mushaklarining qattiqligi o'ngda, ko'proq yuqori bo'limlarda va gipoxondriyumda aniqlanadi. Ba'zida og'riqning lokalizatsiyasi unchalik odatiy bo'lmasligi mumkin.

Qoida tariqasida, Mendel, Ortner, Merfi, Keraning ijobiy belgilari. Ko'pincha Shchetkinning ijobiy belgisi - Blumberg.

O'tkir xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda qonni tahlil qilishda neytrofiliya bilan leykotsitoz, ESR ortishi aniqlanadi. Bemorlarning 30 foizida siydikda mikrogematuriya va mikroalbuminuriya (infeksion buyrak deb ataladigan narsa) ko'rinishida vaqtinchalik o'zgarishlar mavjud.

Differensial diagnostika

Kasallikning boshlanishida o'tkir xoletsistitni appenditsit, epidemik gepatit, o'ng tomonlama krupoz pnevmoniya, o'tkir gastrit, pielonefrit, Shenlein-Genoch kasalligining qorin shakli, surunkali xoletsistitning kuchayishi bilan farqlash kerak.

Kechishi

Bolalardagi o'tkir xoletsistitning kursi odatda benigndir. Isitma va og'riqli hujumlar bir necha kun davom etadi va keyin asta-sekin yo'qoladi. Konservativ terapiya juda yetarli va jarrohlik aralashuv juda kam uchraydi - faqat yiringli, flegmonoz yoki gangrenoz xoletsistitga shubha qilingan taqdirda, o't pufagi devorining yorilishi. Bolalardagi o'tkir xoletsistit kursining nisbatan yaxshi sifati, shuningdek, aksariyat hollarda uning hisobsiz ekanligi bilan bog'liq.

Faqat 30% bolalarda o'tkir xoletsistit to'liq davolanadi. Ko'p hollarda o'tkir xoletsistit surunkali xoletsistitning boshlanishi hisoblanadi.

Davolash

Kasallik boshlanganda yotoqda dam olish, ochlik, ko'p ichish (shakar qo'shilgan choy, mineral suv, stol № 5 buyuriladi), dam olish, antibiotiklar (ampioks, sefuroksin, sefamezin va boshqalar), spazmolitik (atropin, metatsin, platifillin)) va og'riq qoldiruvchi dorilar (baralgin, promedol va boshqalar), infoʼz ion terapiya, antienzimatik dorilar (kontrykal va boshqalar). Bemorni pediatr va pediatrik jarroh birgalikda kuzatadilar.

O't pufagi va o't yo'llarida surunkali yallig'lanish har doim ikkinchi darajali bo'lib, disxoliya va diskineziya, o't yo'llarining konjenital anomaliyalari fonida rivojlanadi.

Etiologiya

O't pufagi, o't yo'llari devorining yallig'lanishi ham yuqumli, ham yuqumli bo'lmagan bo'lishi mumkin. O't pufagidagi yuqumli jarayon odatda bakterial, kamdan-kam hollarda virusli.

Bakteriyalardan patogenlar ko'pincha avtofloraning vakillari - E. coli, stafilokokklar, enterokokklar, Proteus; kamroq tez-tez - tif va paratif, dizenteriya

tayoqchalari, bu bir qator bemorlarda ushbu infeksiyalarning notekis, uzoq davom etishini belgilaydi. Chaqaloqlarda xoletsistit sepsisning namoyon bo'lishi yoki natijasi bo'lishi mumkin. Epidemik gepatit viruslari (kamdan-kam hollarda adenoviruslar va enteroviruslar) bakteriyalar ishtirokisiz o't yo'llarining devorida yallig'lanish jarayonini keltirib chiqarishi mumkin.

O't yo'llarida yuqumli bo'lmagan yallig'lanish jarayoni gipotonik diskineziyada o'n ikki barmoqli-biliar reflyuks tufayli me'da va oshqozon osti bezi shiralarining reflyuksiyasi, parazitlar (jigar va ichak tutqichlari va boshqalar), atonik diatezda allergik reaksiyalar natijasida yuzagakelishi mumkin.

Patogenez

Surunkali xoletsistitning kalkulyoz va hisobsiz shakllari mavjud. Bolalikda hisobsiz shakllar ustunlik qiladi. Bolalardagi xoletsistit bilan o't yo'llarining bo'limlaridan biri kamdan-kam hollarda ta'sirlanadi (40-rasm). Odatda jarayon huni-servikal-kanal zonasida boshlanadi, ya'ni. servikal xoletsistit paydo bo'ladi, ammo keyinchalik yallig'lanish o'zgarishlari ham o't yo'llarida, ham o't pufagi devorida (xoletsistoxolangit) va ko'pincha intrahepatik yo'llarda topiladi.

Xoletsistitning rivojlanishi uchun predispozitsiya qiluvchi omillar safro yo'llarining anomaliyalari (41-rasm), disxoliya, disbakteriozdir. Xoletsistit bilan og'rigan bemorlarda safro tarkibining buzilishi, agar sog'lom odamlarning safrosida mikroblar va lyumdiyalar o'lsa va leykotsitlar nobud bo'lsa, bemorlarning safrosida bu sodir bo'lmaydi yoki jarayon sezilarli darajada sekinlashadi. pastga. Jigarning infeksion shikastlanishlari (epidemik gepatit, yuqumli mononuklyoz va jigarning boshqa virusli shikastlanishlari), ovqat hazm qilish va metabolik kasalliklar (semizlik, qandli diabet va boshqalar) disxoliyaga olib keladi. Xoletsistit patogenezida diskineziyalarning eng muhim roli allaqachon yuqorida ta'kidlangan. Xoletsistitning rivojlanishi, ayniqsa, gipotonik diskinezi va bir vaqtning o'zida disbakterioz, ich qotishi va surunkali infeksiya o'choqlari bo'lgan bemorlarga xosdir.

O't yo'llarining yallig'lanish kasalliklarida ovqat hazm qilish organlarining anatomik va funktsional yaqinligi tufayli boshqa organlarning funktsional holati ham tez buziladi.

Ko'pincha va erta patologik jarayonda oshqozon, oshqozon osti bezi, jigar, kamroq tez-tez kelajakda va yurak-qon tomir tizimi; metabolik kasalliklar kuzatiladi (birinchi navbatda yog'da eriydigan vitaminlar almashinuvi). Demak, yovu z doiralarni yaratish imkoniyati: o't yo'llarining yallig'lanish va funktsional shikastlanishlari duodenit, gastrit, disbakteriozga yordam beradi va ular o'z navbatida diskineziyani qo'llab-quvvatlaydi. Shu bilan birga, ma'lum bir bemorga nima asosiy va nima ikkilamchi ekanligini aniqlash har doim ham oson emas.

O't pufagiga infeksiya yo'li ichak bo'shlig'idan xoledox kanali orqali

ko'tarilishi yoki limfogen (ko'pincha ichakdan) yoki gematogen (og'iz bo'shlig'i, nazofarenks, o'pka, buyraklar va boshqa organlardan) bo'lishi mumkin. O't pufagidan ichakka tushgan mikroblar keyinchalik jigarga darvoza venasi orqali, u yerdan esa o't yo'llariga qayta kirishi mumkin. O't pufagidan mikroblar limfogen yo'l orqali oshqozon osti beziga, so'ngra darvoza venasi orqali yana jigarga kiradi.

Agar morfologik o'zgarishlar faqat shilliq qavatga tegishli bo'lsa va jarayon faqat kataral xarakterga ega bo'lsa, u holda o't pufagining funktsiyasi uzoq vaqt saqlanib qoladi. Jarayon o't pufagining butun devoriga tarqalib ketganda, u qalinlashadi, sklerotik bo'ladi, perixoletsistit, bitishmalar rivojlanadi, bu uning funktsiyasining buzilishiga olib keladi, shilliq-epitelial tiqinlar, toshlar paydo bo'lishiga yordam beradi. O't pufagining funktsional va yallig'lanish kasalliklari allergik dermatoz, bronxial astmaning surunkali, takroriy kursini saqlashga yordam berishi aniqlandi. Surunkali xoletsistitli kattalarda leykopeniyaga moyillik xosdir.

Klinik kechishi

Xoletsistitning eng keng tarqalgan belgisi qorin og'rig'i. Og'riqlar og'riqli, bosilgan, zerikarli, sovuq, yog'li, qizarib pishgan ovqatlar, achchiq ovqatlar, gazlangan ichimliklar iste'mol qilingandan keyin 20-30 minutdan keyin kuchayadi. Og'riq ovqatni iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lmasligi mumkin, lekin jismoniy ortiqcha ish, asabiy taranglik yoki hech qanday sababsiz paydo bo'lishi mumkin. Vaqti-vaqti bilan og'riqlar paroksismal xususiyatga ega bo'lib, keyin ular pichoqlash, kesish yoki yirtib tashlash va yarim soatdan bir necha soatgacha davom etadi. Og'riqning lokalizatsiyasi boshqacha: bemorlarning 50% da - o'ng hipokondriyumda, 30% da - epigastriumda va ayrim bemorlarda - o'ziga xos lokalizatsiyasiz. Og'riq odatda boshlanganidan keyin 2-3 soat o'tgach yo'qoladi.

Shikoyatlar orasida eng ko'p uchraydiganlari: zaiflik, charchoq, asabiylashish, bosh og'rig'i, subfebril harorat (bemorlarning 1/4 qismida), terlash, ko'ngil aynishi, og'izda achchiqlik,

ishtahaning pasayishi, kamroq tez-tez - qusish, qichishish, ich qotishi yoki beqaror axlat, dermatit.

Ob'ektiv tekshiruv bemorlarning ko'pchiligida e'tiborni tortadi, jigarning o'rtacha kattalashishi, terining rangi oqargan va intoksikatsiya belgilari, yurak-qon tomir tizimidagi taxikardiya va bradikardiya ko'rinishidagi o'zgarishlar, pulsning labilligi, yurakning funktsional shovqini va ko'pincha qon bosimining pasayishi.

Shunday qilib, surunkali xoletsistitga quyidagilar xosdir: o'ng-subkostal og'riq sindromi, shuningdek dispeptik yallig'lanish-intoksikatsiya, astenovegetativ, xolestatik sindromlar.

Bolalarda xoletsistitning ob'ektiv belgilaridan quyidagilar ko'pincha topiladi: o'ng gipoxondriyadagi mushaklarning qarshiligi, Kera simptomi (o't pufagining og'rig'i, nafas olish paytida kuchaygan), Ortner simptomi (qiyshiq zarba bilan

og'riq). o'ng gipoxondriyaga), Merfi simptomi (o'ng hipokondriyumda chuqur palpatsiya bilan ilhomlanganda o'tkir og'riq, bemor ba'zan hatto ilhomni to'xtatadi - nafas olishning to'xtatilgan alomati), Grekov-Ortner simptomi (bo'ylab teginish paytida o't pufagi hududida og'riq paydo bo'lishi). o'ng tomonda qovurg'a yoyi), Lepin simptomi (o't pufagi sohasida egilgan barmoqlar bilan bosganda og'riq), Mendel simptomi (nafas olayotganda qorin devoriga teginishda og'riq), Chauffard uchburchagida palpatsiya paytida og'riq. Kamdan-kam hollarda o'ng tomonda ijobiy frenikus belgilari (Georgievskiy-Musset simptomi), o'ng skapula burchagida og'riq (Xaritonov simptomi), xiphoid jarayonning negizida (Voskresenskiy simptomi) mavjud.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan ko'plab bemorlarda surunkali infeksiya va intoksikatsiya o'choqlari mavjud bo'lib, ularni diqqat bilan izlash kerak: surunkali tonzillit, adenoidlar, tish karieslari, gelmintik invaziyalar, sil infeksiyasi yoki sil kasalligi bilan zaharlanish. Xoletsistitning klinik ko'rinishida ichak giardiasi bilan va bo'lmagan holda fundamental farqlar yo'q.

O't yo'llarida yallig'lanish jarayonining ustunligi bilan og'riq va dispeptik sindromlar ayniqsa aniq bo'ladi, jigar kengayadi va zich bo'ladi. Qorin bo'shlig'idagi og'riqlar ko'pincha kindik atrofida lokalize qilinadi, o'ng elkaga, elka pichog'iga tarqaladi. Mumkin (bemorlarning taxminan 10%) intervalgacha sariqlik, qichishish - jigar kanalining stenozi (Mirizzi sindromi), obstruktiv xolangit (Ano-Ressle sindromi) oqibati.

Murakkabliklar. Kattalardagi surunkali xoletsistitning asosiy asoratlari:

- o't pufagidagi yiringli-destruktiv o'zgarishlar (empiema, teshilish, peritonitning rivojlanishiga va safro oqmalarining shakllanishiga olib keladi); bolalarda bu asoratlar deyarli yuzagakelmaydi;

- o't pufagining yopishqoqligi va deformatsiyasining shakllanishiga hissa qo'shadigan perixoletsistit, bu, qoida tariqasida, uning funktsiyalarining buzilishiga olib keladi;

- boshqa yaqin organlarning patologik jarayoniga jalb qilish (xolangit, gepatit, pankreatit, papillit);

- vissero-visseral reflekslar turining o’z oqdagi organlarga refleks ta'siri (refleks angina pektorisi, yo'g'on ichakning gipermotor diskinezi va boshqalar);

- xolelitiyoz.

Bolalarda oxirgi uch guruh asoratlari kam uchraydi. Shu bilan birga, xoletsistitning surunkali kursida oshqozon deyarli har doim bir darajada yoki boshqa darajada ta'sir qiladi. Agar xoletsistit boshlanishining dastlabki yillarida birga keladigan gastrit ko'pincha giperatsid bo'lsa, uning uzoq davom etishi bilan ular gipasid xarakterga ega bo'ladi. 3 yildan ortiq xoletsistit bilan og'rigan bolalarning ko'pchiligida gastrobiopsiya o'tkazilganda, gastritning morfologik

hodisalarini toping.

Xoletsistit bilan duodenit ham paydo bo'lishi mumkin.

Xoletsistitning uzoq muddatli kursi bilan o't pufagining o'zgargan devori ichak bilan birlashishi mumkin, xususan, yo'g'on ichakning o'ng egilishi (Verbraik sindromi), bu og'riqning kuchayishi va uning intensivligi bilan birga keladi. bemor gorizontal holatda bo'lganida kechasi og'riqni kamaytirish.

Surunkali xoletsistit bilan og'rigan bolalarning 40-50 foizida oshqozon osti bezining ekzokrin funktsiyasi dispankreatizm turiga ko'ra buziladi, chunki umumiy o't yo'li oshqozon osti bezi orqali o'tadi.

Surunkali xoletsistitda jigarda funktsional o'zgarishlar juda tez-tez uchraydi. Antitoksik, oqsil-sintetik, shu jumladan jigarning protrombin hosil qiluvchi funktsiyasi, pigment, uglevod va yog 'almashinuvi buzilishi mumkin. Xoletsistit va xolangit ham jigarda yallig'lanish o'zgarishlariga olib kelishi mumkin - gepatit. Biroq, bular o'choqli va kamroq tarqalgan diffuz interstitsial gepatit bo'lib, o't yo'llarida yallig'lanish jarayoni susayganda, rivojlanishning teskari tendentsiyasi aniq bo'ladi. Xoletsistit bilan og'rigan bolalarda jigar qon oqimi kamayadi, bu jigar faoliyatining buzilishining asosiy sabablaridan biridir.

O't yo'llarining patologiyasi bo'lgan bemorlarda ko'pincha dermatit (atopik va patogenetik jihatdan allergik bo'lmagan) paydo bo'ladi. Albatta, ushbu patologiyaning paydo bo'lishi uchun o't yo'llari patologiyasi boshlanishidan oldin irsiy moyillik, fon atopik diatez juda muhimdir, ammo bu erda patogenetik munosabatlar murakkab va klinik tajriba shuni ko'rsatadiki, ko'pincha davolash faqat buyrak funktsiyasini normallashtirishga qaratilgan. gepatobiliar tizim ko'p oylarda ijobiy siljishni amalga oshiradi. Atonik dermatorespirator kasalliklarga chalingan ayrim bemorlarni muvaffaqiyatsiz davolash.

Nazogastral zondlash texnikasini

1. Bolalarni nazogastral texnikasini o’tkazish uchun tayyorlanadi.

2. Duodenal suyuqlik ichak shirasi, o‘t, me’daosti bezi shirasi, pilorus orqali o‘n ikki barmoqli ichakka o‘tgan me’da shirasi va oz miqdordagi shilliqdan iborat.

3. Ba’zi kasalliklarda duodenal suyuqlikka qon, yiring, shilliq, normal tarkibidagi o‘t va me’daosti bezi shirasi va h.k. aralashgan bo‘ladi. O‘n ikki barmoqli ichak suyuqligini tekshirish muhim diagnostik ahamiyatga ega. Uni olish uchun duodenal zonddan foydalaniladi, bu zond 1,5 m uzunlikdagi ingichka rezina naychadan iborat, uning oxirida metall oliva bo‘ladi. Olivadagi teshik orqali suyuqlik osonlik bilan zond ichiga kira oladi. Oliva qayerda joylashganligini bilish uchun zondda uchta belgi bor. Ularning birin- chisi olivadan 40 sm narida bo‘lib, u kurak tishlardan me’da kardiasigacha bo‘lgan masofani ko‘rsatadi, ikkinchisi 56 sm narida, ya’ni kurak tishlaridan pilorusgacha, uchinchisi 70 sm narida, ya’ni kurak tishlaridan fater so‘rg‘ichigacha bo‘lgan yerni ko‘rsatadi. Bu naycha o‘n ikki

barmoqli ichakka nahorga kiritiladi. Kiritishdan avval zondni qaynatish va ho‘llash kerak.

4. Duodenal zondni kiritish texnikasi quyidagicha: bemorni o‘tqazib qo‘yib oliva yuttiriladi, so‘ng yutish harakatlari bilan zond birinchi belgigacha kiritiladi, shundan so‘ng bemorni yoshboshlatib yotqizgan holda uning chanog‘i tagiga yostiq qo‘yiladi va ikkinchi, keyin uchinchi belgigacha yutish tavsiya qilinadi. Shu holatda bemor 45—60 minut bo‘lishi kerak.

5. Ma’lum vaqt ichida oliva me’da peristaltikasi natijasida o‘n ikki barmoqli ichakka o‘tadi. Bemor kushetkada yonboshi ko‘tarilib yotgani uchun (yostiq qo‘yilgani tufayli) me’da va o‘n ikki barmoqli ichakdagi suyuqliklar zond orqali probirkaga oqib tusha boshlaydi. Agar zond hali me’dada bo‘lsa, oqib chiqqan suyuqlik nordon reaksiyaga ega bo‘ladi, buni lakmus qog‘ozi yordamida aniqlash mumkin (ko‘k qog‘oz suyuqlikka tekkizilishi bilan qizaradi). Agar zond o‘n ikki barmoqli ichakka o‘tgan bo‘lsa, unda tiniq, sariq- tillarangli, ishqoriy reaksiyadagi cho‘ziluvchan suyuqlik chiqa boshlaydi (bu suyuqlikni ko‘k lakmus qog‘oziga tekkizilsa, u qizarmaydi, lekin qizil lakmus qog‘oz ko‘karib ketadi). Bu birinchi porsiya o‘n ikki barmoqli ichakdan chiqqan bo‘lib, A porsiyasi deb ataladi. Agar o‘t pufagidagi suyuqlik tekshirilmoqchi bo‘lsa, ichakka 20—30 ml iliq 30 % li magneziy sulfat eritmasi yoki ilitilgan 100 ml provan moyi yoki 30 ml 5—10 % li pepton eritmasi yuboriladi. Oradan 15—20 minut o‘tgach, o‘t pufagining reflektor qisqarishi va Oddi sfinkterining ochilishi oqibatida pufakdagi o‘t chiqa boshlaydi va u B porsiya deb ataladi. U A por- siyasiga qaraganda ancha to‘q va quyuq bo‘lib, o‘zida ko‘p miqdorda o‘t pigmentlarini tutadi. Bunday o‘t 30—40 ml ajraladi. Oradan bir qancha vaqt o‘tgach, ancha tiniq o‘t porsiyasi ajrala boshlaydi, lekin u A porsiyasiga nisbatan to‘qroq bo‘ladi. Bu jigardan ajralayotgan o‘t bo‘lib, jigar yo‘llaridan chiqadi va C porsiyasi deb ataladi. Shundan so‘ng zond ohistalik bilan chiqarib olinadi.

6. O‘n ikki barmoqli ichakdan olingan suyuqlikning avval rangi, hidi, reaksiyasi, fermentlari, oqsil moddalari, pigmentlari, o‘t kislotalari aniqlanib tekshiriladi. Uch porsiyani ham mikroskopda tekshirish kerak.

7. B porsiyasida ko‘p miqdorda shilliq va leykotsitlarning bo‘lishi o‘t pufagi yallig‘langanini ko‘rsatadi: shu elementlarning C porsiyasida bo‘lishi o‘t yo‘llarida yallig‘lanish jarayoni borligidan dalolat beradi. Leykotsitlar va shilliqdan tashqari olingan porsiyalarda eritrotsitlar, epiteliy hujayralari, xolesterin kristallari, lyambliyalar va turli bakteriyalarni topish mumkin.

6- AMALIY MASHG’ULOT.

Pielonefritlar. Etiopatogenezi, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis va davolash usullari, profilaktika choralari.

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga Pielonefritlar tushuntirish va kasallikning tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. Pielonefritlar bilan ogrigan bemorlarni muxokama qilish.
2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.
3. Pielonefritlar qiyosiy tashxisini namoyish qilish.
4. Pielonefritlar davolash usullarini tanlash.
5. Sog‘lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzish.

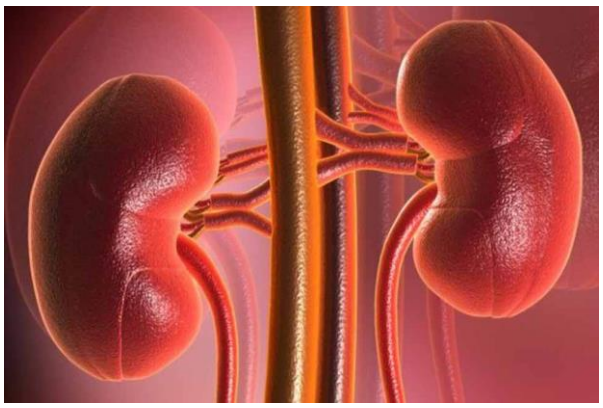
Talaba bilishi kerak.

1. Siydik ishlab chiqarish s-sining AFX bilish.
2. Pielonefritlar etio-patogenezi.
3 Pielonefritlar diagnostik mezonlari.
4. Pielonefritlar davolash va profilaktika prinsiplari.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.
2.Ushbu kasallik bo‘yicha klinik, laborator, FGDS natijasini baxolash.
3. Buyrak s-sining tizimi kasalliklarini xolisona ko‘ruvdan o‘tkazish.
4.Ushbu kasalliklarda palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya o‘tkaza bilish.
5. Pielonefritlar klinik ko‘rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.
6. Pielonefritlar bilan ogrigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

Pielonefrit — turli xil bakteriyalar tufayli rivojlanadigan buyrak infeksion kasalligidir. O’tkir va surunkali pielonefrit bilan og’rigan bemorlar urologik bemorlarning deyarli 2/3 qismini tashkil qiladi. Pielonefrit o’tkir yoki surunkali shaklda kechishi, bir yoki ikkala buyrakni zararlashi mumkin. Surunkali pielonefritda kasallikning alomatlarsiz yoki uncha sezilmaydigan belgilar bilan kechishi ko’p hollarda bemorlarni ushbu kasallika nisbatan befarq bo’lishiga olib keladi, ular kasallik jiddiyligini yetarlicha baholay olmaydilar va davolashga jiddiy yondashmaydilar. Pielonefritni tashxislash va uni davolash nefrolog shifokor tomonidan amalga oshiriladi. Pielonefrit o’z vaqtida davolanmasa, u buyrak yetishmovchiligi, karbunkul yoki buyrak abstsessi, sepsis va bakterial shok kabi jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin.



1 Pielonefrit sabablari
2 Pielonefrit alomatlari
3 Pielonefrit asoratlari
4 Pielonefrit tashxisi
5 Pielonefritni davolash

Pielonefrit sabablari

Ushbu kasallik har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin. Pielonefrit quyidagi davrlarda rivojlanadi: 7 yoshgacha bo'lgan bolalarda (pielonefrit uchrashi ehtimoli bolalarning anatomik tuzilishidagi xususiyatlari tufayli oshadi);18-30 yosh orasidagi yosh ayollarda (pielonefrit jinsiy faoliyatning boshlanishi, homiladorlik va tug'ish bilan bog'liq); Keksa ekaklarda (prostata bezi adenomasi tufayli siydik chiqarish yo'llari obstruktsiyasida). Siydik normal oqimiga to'sqinlik qiluvchi har qanday organik yoki funktsional sabablar kasallik rivojlanish ehtimolini oshiradi. Pielonefrit ko'pincha siydik-tosh kasalligi bilan og'rigan bemorlarda paydo bo'ladi. Pielonefrit rivojlanishiga turtki bo'luvchi salbiy omillarga qandli diabet, immunitet buzilishlari, surunkali yallig'lanishli kasalliklar va tez-tez sovqotish kiradi. Ba'zi hollarda (odatda ayollarda) pielonefrit o'tkir sistitdan keyin rivojlanadi. Kasallikning alomatlarsiz kechishi surunkali pielonefritning kech tashxislanishiga sabab bo'ladi. Bemorlar buyrak funktsiyasi buzilib bo'lganidan keyin davolanishni boshlashadi. Kasallik ko'pincha siydik-tosh kasalligiga chalingan bemorlarda uchraydi, shuning uchun bunday bemorlarga hatto pielonefrit belgilari kuzatilmaganda ham maxsus terapiya kerak bo'ladi.

Pielonefrit alomatlari

O'tkir pielonefrit uchun kasallikning to'satdan namoyon bo'lishi va tana haroratining 39-40 °C gacha oshishi xosdir. Gipertermiya ko'p terlash, ishtahaning yo'qolishi, kuchli holsizlik, bosh og'rig'i, ba'zan ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga kechadi. Haroratning ko'tarilishi bilan bir vaqtda bel sohasida o'tmas og'riq (odatda bir tomonlama) paydo bo'ladi. Jismoniy ko'rikda bel sohasi bosib

ko’rilganda og’riq namoyon bo’lishi kuzatiladi (Pasternatskiy alomatining ijobiyligi). O’tkir pielonefritning asoratlanmagan shakli siydik chiqarishdagi buzilishlarga olib kelmaydi. Siydik loyqa bo’ladi yoki qizg’ish tus oladi. Laborator siydik tahlilida bakteriuriya, biroz proteinuriya va mikrogematuriya aniqlanadi. Umumiy qon tahlili leykositoz va ECHT oshganini ko’rsatadi. Taxminan 30% hollarda qonning biokimyoviy tahlili natijasida azotli shlaklarning ortganligi aniqlanadi. Surunkali pielonefrit ko’pincha davolanmagan o’tkir shakldagi kasallikning oqibatidir. Shuningdek bemor anamnezida o’tkir pielonefrit bo’lmay turib, birdan birlamchi surunkali pielonefrit rivojlanishi mumkin. Ba’zan surunkali pielonefrit siydik tahlillari natijasida tasodifan aniqlanadi. Surunkali pielonefrit bilan og’rigan bemorlar ko’pincha zaiflik, ishtahaning pasayishi, bosh og’rig’i va tez-tez siydik chiqarishdan shikoyat qiladi. Ba’zi bemorlarni sovuq, nam havoda kuchayadigan bel atrofidagi to’mtoq og’riq bezovta qiladi. Ikki tomonlama surunkali pielonefritning rivojlanib borishi bilan buyrak faoliyati buziladi, bu esa siydik solishtirma og’irligining ortishiga, gipertoniya va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Surunkali pielonefritning o’tkirlashganini ko’rsatuvchi belgilari o’tkir shakldagi kasallik klinik tasvirlari bilan mos. **Pielonefrit asoratlar.** Ikki tomonlama o’tkir pielonefrit o’tkir buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Eng og’ir asoratlarga sepsis va bakterial shokni misol qilsa bo’ladi. Ba’zi hollarda o’tkir pielonefrit paranefrit kabi asoratga olib kelishi mumkin. Shuningdek apostenomatoz pielonefrit (buyrakning po’st moddasida va yuzasida bir necha kichik yiringli pufakchalarning shakllanishi), buyrak karbunkuli (ko’pincha kichik yarachalarning birlashishi natijasida yuzagakeladi, yiring-yallig’lanishli, mekrotik va ishemik jarayonlarning mavjudligi bilan tavsiflanadi), buyrak abstsessi (buyrak parenximasining yemirilish) va buyrak kosachalarining nekrozi rivojlanishi mumkin. Buyrakda yiringli-destruktiv o’zgarishlar kuzatilganda buyrak jarrohligini amalga oshirish talab etiladi. Agar kasallik davolasnmasa, yiringli-destruktiv pielonefritning terminal bosqichi boshlanadi. Bunda pionefroz rivojlanadi, bunda buyrak butunlay yiringli yemirilishga duchor bo’ladi va siydik, yiring va to’qima parchalanishi natijasida qolgan moddalardan tashkil topgan bo’shliqli o’choqqa aylanadi.

Pielonefrit tashxisi

«O’tkir pielonefrit» tashxisini qo’yish odatda aniq klinik belgilar mavjudligi sababli nefrolog uchun qiyinchilik tug’dirmaydi. Ko’pincha anamnezda surunkali kasalliklar yoki yaqinda o’tgan o’tkir yiringli jarayonlar mavjud bo’ladi. Klinik tasvir pieltonefrit uchun xos bo’lgan isitma va bel og’riqlari (ko’pincha bir

tomonlama), og'riqli siyish va siydikning o'zgarishidan iborat. Siydik xira yoki qizg'ish tusli bo'ladi, o'ziga xos badbo'y hidi mavjud. Tashxisni laboratorik tasdiqlash uchun siydikda bakteriyalar va kichik miqdorda oqsil aniqlanishi xizmat qiladi. Kasallik qo'zg'atuvchisini aniqlash uchun siydik namunasini bakteriyal ekish o'tkaziladi. O'tkir yallig'lanish mavjudligini umumiy qon tahlilida leykotsitoz va ECHTning oshganligi ko'rsatadi. Maxsus test to'plamlari yordamida yallig'lanishiga olib kelgan mikroflora aniqlanadi. Keng ko'lamli urografiya o'tkazilganda bir buyrakning hajmi kattalashgani seziladi. Ekskretor urografiya ortoproba o'tkazilganda buyrak harakatchanligining keskin cheklanganligini ko'rsatadi. Apostematozli pielonefritda zararlangan tomonda sekretor funktsiyasining kamayishi kuzatiladi (siydik yo'llarining soyasi kechikadi yoki kuzatilmaydi). Karbunkul yoki abstsessda ekskretor urogrammada buyrak konturida bo'rtishlar, jom va kosachalarida siqilish va deformatsiyalar aniqlanadi.Pyelonefritdagi tizimli o'zgarishlarning tashxisi buyraklarning ultratovush tekshiruvi yordamida amalga oshiriladi. Buyraklarning konsentratsiya qobiliyati Zimntskiy testi yordamida baholanadi. Buyrak-tosh kasalliklari va anatomik anomaliyalarni istisno qilish uchun buyraklar KT amalga oshiriladi. **Pielonefritni davolash.** Asoratlanmagan o'tkir pielonefritlar shifoxona sharoitida urologiya bo'limida konservativ davolanadi. Antibakterial terapiya olib boriladi. Preparatlar siydikdagi bakteriyalarning sezgirligini hisobga olgan holda tanlanadi. Yallig'lanish jarayonlarini tezda bartaraf etish va pielonefritni yiringli-destruktiv shaklga o'tishiga yo'l qo'ymaslik uchun davolash eng samarali dori bilan boshlanadi. Dezintoksikatsiya terapiyasi, immunitetni mustahkamlash amalga oshiriladi. Isitma kuzatilganda past oqsilli tarkibiga ega bo'lgan parhez buyuriladi, harorat me'yorga kelgach bemor o'zida ko'p suyuqlik saqlagan to'laqonli oziq-ovqat ratsioniga qaytadi. Ikkinchi darajali o'tkir pielonefritni davolashning birinchi bosqichida normal siydik chiqarishga to'sqinlik qiluvchi to'siqlar bartaraf etilishi kerak. Siydik chiqarish buzilgan hollarda antibakterial dori-darmonlarni tayinlash istalgan samarani bermaydi va jiddiy asoratlarni rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Surunkali pielonefritni davolash o'tkir shakldagi kasallikni davolash bilan bir xil tamoyillarga asoslanib amalga oshiriladi, lekin u ko'proq vaqt va mehnat talab qiladi. Surunkali pielonefritni davolash quyidagi terapevtik usullarini o'z ichiga oladi: Siydik chiqishiga to'sqinlik qiluvchi yoki buyrak qon aylanishining buzilishiga olib kelgan sabablarni bartaraf etish; Antibakterial terapiya (davolash mikroorganizmlarning sezgirligini hisobga olgan holda belgilanadi); Umumiy immunitetni normallashtirish. To'siqlar mavjud bo'lganda siydikning normal o'tishini tiklash kerak. Siydik chiqarish oqimini tiklash jarrohlik amaliyoti orqali oshiriladi (nefroptozda nefropeksiya, buyraklar va siydik yo'llari toshlarini olib tashlash, prostata bezi adenomasini olib tashlash va boshqalar). Ko'p hollarda siydik

yo’lini to’sayotgan to’siqlarni bartaraf etish uzoq muddatli va ishonchli remissiyaga erishishga imkon beradi. Surunkali pielonefritni davolashda antibakterial preparatlar antibiotikogrammani hisobga olgan holda belgilanadi. Mikroorganizmlarning sezgirligi aniqlanguncha keng miqyosli ta’sir doirasiga ega antibakterial preparatlar qo’llaniladi. Surunkali pielonefritli bemorlar kamida bir yil davom etadigan uzoq muddatli tizimli davolanishni talab qiladi. Davolash uzluksiz 6-8 hafta davom etadigan antibiotiklar bilan boshlanadi. Bu usul buyrakda yiringli jarayonlarni asoratlarsiz bartaraf qilish va chandiq to’qimalar hosil bo’lishini oldini olish imkonini beradi. Buyrak funktsiyasi buzilgan bo’lsa, nefrotoksik antibakterial dorilarning farmakokinetikasini doimiy nazorat qilish talab qilinadi. Agar kerak bo’lsa immunitetni mustahkamlash uchun immunostimulyator va immunomodulatorlardan foydalaniladi. Remissiyaga erishilgach, bemorga o’z ilishlar bilan antibakterial terapiya kurslari beriladi. Remissiya davrida surunkali pielonefritli bemorlarga sanatoriyalarda davolanish tavsiya etiladi. Terapiyaning majburiy davomiyligini esdan chiqarmaslik kerak. Shifoxonada boshlangan antibakterial davo ambulatoriya sharoitida davom ettirilishi kerak. Qo’shimcha davolash usuli sifatida fitoterapiya qo’llaniladi. **Zimnitskiy sinamasi nima.** Cho'kishni (tozalashni) o'rganishga asoslangan diagnostika usuli an'anaviy ravishda yanada ishonchli va ishonchli deb hisoblanadi. Tozalash yoki tozalash koeffitsienti ma'lum bir vaqt ichida ma'lum bir moddaning buyraklari tomonidan tozalanishi mumkin bo'lgan qon plazmasining hajmi (ml) sifatida belgilanadi. Bu to'g'ridan-to'g'ri bir nechta omillarga bog'liq: bemorning yoshi, buyraklardagi kontsentratsiya funktsiyasi va filtrlash jarayonida ishtirok etadigan o'ziga xos modda. Rasmiylashtirishning to'rtta asosiy turi mavjud: **Filtratsion.** Bu bir daqiqada glomerular filtratsiya yordamida so'rilmaydigan moddalardan to'liq tozalangan plazma hajmidir. Bu kreatininning tozalash koeffitsienti, shuning uchun ko'pincha buyraklardagi glomerulyar filtr orqali filtratsiya miqdorini o'lchash uchun foydalaniladi. **Chiqarish.** Moddaning filtratsiya yoki ekskretsiya bilan to'liq chiqarilishi (ya'ni, moddalar glomerulyar filtratsiyadan o'tmasa, ammo perikanal kapillyarlarning qonidan naycha bo'shlig'iga kirsa). Buyrak orqali o'tgan plazma miqdorini o'lchash uchun dioderast - maxsus modda ishlatiladi, chunki u maqsadlarga javob beradigan uning tozalash koeffitsienti. **Reabsorbtsiya.** Filtrlangan moddalar buyrak kanallarida to'liq rezorbsiya qilinib, glomerular filtratsiya orqali chiqariladi. O'lchash uchun nol tozalash koeffitsienti bo'lgan moddalar qo'llaniladi (masalan, glyukoza yoki oqsil), chunki qonda yuqori konsentratsiya bo'lganida ular naychalarning reabsorbtsiya funktsiyasini baholashga yordam beradi. **Aralash.** Agar filtrlovchi modda siydikchil singari qisman reabsorbtsiyaga qodir bo'lsa, unda tozalash jarayoni aralashtiriladi. Bir moddaning tozalash omili bu moddaning siydikdagi va plazmadagi bir daqiqadagi

farqidir. Koeffitsientni hisoblash uchun (tozalash) quyidagi formula qo'llaniladi: C = (U x V): P, bu erda S - klirens (ml / min), U - siydikdagi moddaning konsentratsiyasi (mg / ml), V - minutli diurez (ml / min), P - bu moddaning konsentratsiyasi. plazma (mg / ml). Ko'pincha kreatinin va karbamid buyrak patologiyalarini differentsial tashxislashda va naychalar va glomerulalarning ishlashini baholashda ishlatiladi. Agar qonda kreatinin va siydikchil konsentratsiyasi mavjud buyrak yetishmovchiligi bilan ko'tarilsa, bu buyrak yetishmovchiligi rivojlana boshlaganining xarakterli belgisidir. Ammo kreatinin kontsentratsiyasi karbamidga qaraganda ancha oldinroq ko'payadi va shuning uchun uni tashxislashda qo'llash eng aniq ko'rsatkich hisoblanadi.

Tahlilning asosiy maqsadi

Zimnitskiy usuliga ko'ra siydik sinovi buyraklardagi yallig'lanish jarayoniga shubha tug'ilganda amalga oshiriladi.Laboratoriya tadqiqotining ushbu usuli siydikda erigan moddalarning miqdorini aniqlashga, ya'ni buyraklardagi kontsentratsiya funktsiyasini baholashga imkon beradi. Odatda, tanaga juda oz miqdordagi suyuqlik kirganda, siydik qoldiq metabolik mahsulotlar bilan to'ldiriladi: ammiak, oqsil va boshqalar. Shunday qilib, tana suyuqlikni "tejashga" va barcha ichki organlarning normal ishlashi uchun zarur bo'lgan suv muvozanatini saqlashga harakat qiladi. Aksincha, agar suv tanaga ortiqcha miqdorda kirsa, buyraklar zaif konsentratsiyalangan siydik chiqaradi. Buyraklar kontsentratsiyasi funktsiyasi umumiy gemodinamikaga, buyraklardagi qon aylanishiga, nefronlarning normal ishlashiga va boshqa ba'zi omillarga bog'liq. Umumiy siydik tahlilining barcha afzalliklariga qaramay, u faqat ma'lum bir vaqtdagi buyraklar holati to'g'risida tushuncha beradi va turli omillar ta'sirida ularning ishidagi o'zgarishlarni aks ettirmaydi. Ushbu etishmovchilikni qoplash uchun olimlar siydikni o'rganishning boshqa usullarini ishlab chiqdilar, ular bu tananing ishlashi haqida kengroq ma'lumot beradi. Ushbu usullardan biri Zimnitskiy usuliga ko'ra siydikni tahlil qilish. Ushbu tahlil kun davomida buyrakning ekskretsiya va kontsentratsion funktsiyasini sinchkovlik bilan o'rganishga imkon beradi - an'anaviy umumiy o'rganishdan foydalanib, chiqaradigan a'zolarning ishlash ko'rsatkichlarini o'rganish deyarli mumkin emas. Garchi ushbu tahlilni bajarish murakkabroq bo'lsa va odamga muayyan noqulayliklar tug'dirsa ham, uning yordami bilan olingan ma'lumotlar buyrakning turli kasalliklarini tashxislashga bebaho hissa qo'shadi.

Zimnitskiy usuli bo'yicha siydikni tekshirish juda ehtiyotkorlik bilan tayyorgarlikni talab qiladi. Tadqiqotdan bir kun oldin sakkizta idish tayyorlanadi. Odatda ularning har birida shaxsning ismi va familiyasi, tahlil qilingan sana va siyish vaqti - 9:00, 12:00, 15:00, 18:00, 21:00, 00:00, 03:00, 6:00 yoziladi. Kundalik tayyorlanadi, unda iste'mol qilingan suyuqlik miqdori ko'rsatiladi. Buyraklar faoliyatiga bevosita yoki

bilvosita ta'sir ko'rsatadigan har qanday dori-darmonlarni qabul qilish bilan bir kundan kechiktirilmaydi. Buning uchun odam davolovchi shifokorni o'zi qabul qilgan barcha dorilar to'g'risida xabardor qilishi kerak. Bunday holatda ularni bekor qilish zarurligi to'g'risida qaror mutaxassis tomonidan qabul qilinadi. Darhol mashg'ulot kunida mavzu ertalab soat oltida qovuqni bo'shatishi kerak. Ushbu barcha manipulyatsiyalar va tayyorgarliklardan so'ng siz tahlil qilish uchun material to'plashni boshlashingiz mumkin. Ushbu diagnostika usulining mohiyati shundaki, odam soat to'qqizdan boshlab barcha siydikni tayyorlangan idishlarga to'playdi. Birinchi qism "9:00" ni ko'rsatadigan bankada to'plangan. Keyingi siyish kunning ikkinchi yarmida va hokazo. Kichkina ehtiyojni idishda yoki boshqa vaqtda qilmaslik taqiqlanadi - faqat har uch soatda. Belgilangan vaqtda siydik to'plashning iloji bo'lmaganligi sababli, idish bo'sh qoladi, keyingi siyish yana uch soatdan keyin keyingi idishda o'tkazilishi kerak. Shu bilan birga, bir kishi yoki tayinlangan tibbiy mutaxassis qabul qilingan suyuqlikni hisobga olishlari kerak. Birinchi kurslarda, ba'zi meva va sabzavotlarda yuqori suv tarkibini hisobga olish muhimdir. Olingan raqamlar tayyorlangan kundalikka kiritiladi. Oxirgi siydik to'planganidan so'ng (ertasi kuni ertalab soat oltida), barcha sakkizta idishlar laboratoriyaga tekshirish uchun etkazilgan.

Tahlil natijalarini shifrlash

Zimnitskiyning fikriga ko'ra siydikni tahlil qilish boshqacha, chunki ushbu tadqiqot natijalari aniq raqamlar emas, balki ularning bir-biriga nisbati juda muhimdir. Ular buyraklarning kontsentratsiyasi va ekskretor funktsiyasini aks ettiradi. Sog'lom odamda ushbu organlarning ishi kun davomida ma'lum bir tebranishlarni boshdan kechiradi, bu siydikning xususiyatlariga ta'sir qiladi. Turli xil qoidabo’z arliklar uchun ushbu tebranishlar o'zgarishi yoki silliqlashi mumkin, bu ushbu tahlil doirasida aniq ko'rinadi. Zimnitskiy usuliga ko'ra tahlil ko'rsatkichlarining qisqacha tavsifi Kundalik diurez - bu kuniga chiqarilgan siydik miqdori. Ushbu tadqiqot doirasida barcha sakkiz porsiyadagi suyuqlik hajmini oddiy qo'shilishi bilan aniqlanadi.

Diurezning olingan suyuqlik miqdoriga nisbati - bu mezon siydikning kunlik hajmini kundalik ma'lumotlari bilan taqqoslash orqali aniqlanadi, bu tadqiqot davomida inson kuniga qancha suyuqlik ichganligini ko'rsatdi. Odatda, siydik chiqarish miqdori tanadagi suv miqdoridan bir oz kamroq - 75-80%. Suyuqlikning qolgan qismi terlash, nafas olish va boshqa mexanizmlar orqali tanani tark etadi.

Ko'rsatkich	Norm
Kundalik diurez	1200 - 1700 ml

Diurez hajmining olingan suyuqlik miqdoriga nisbati	75 – 80%
Kecha va kunduzgi diurezning nisbati	1: 3
Bitta siyish hajmi	60 - 250 ml
Siydikning zichligi (o'ziga xos tortishish kuchi)	1,010 – 1,025
Turli xil qismlarda siydikning o'ziga xos tortishish darajasidagi maksimal farq	0,010 dan kam emas
Bir siyish hajmi o'rtasidagi maksimal farq	100 ml dan kam emas

Kecha va kunduzgi diurezning nisbati - bu kabi ko'rsatkichlarni aniqlash uchun material to'plash uchun idishlarda siyish vaqtini hisobga olish muhimdir. Odatda, buyraklar kun davomida qorong'ilikka qaraganda ancha faol ishlaydi, shuning uchun sog'lom odamda kunduzgi siydik chiqarish miqdori kechadan uch baravar ko'p. Buyrak funktsional holatining buzilishida bu nisbat bajarilmasligi mumkin. Odatda bitta siyishning hajmi taxminan 60-250 ml ni tashkil qiladi. Ushbu indikatorning boshqa qiymatlari ekskretsiya organlarining beqaror ishlashini ko'rsatadi. Siyish hajmi o'rtasidagi maksimal farq - kun davomida bir vaqtning o'zida chiqariladigan siydik miqdori o'zgarishi kerak. Bundan tashqari, kun davomida hajmning eng katta va eng kichik qiymatlari orasidagi farq kamida 100 ml bo'lishi kerak. Siydikning zichligi (o'ziga xos tortishish darajasi) buyraklarning siydikda turli xil tuzlar va metabolik mahsulotlarni to'plash qobiliyatini tavsiflovchi Zimnitskiy tahlilining muhim ko'rsatkichlaridan biridir - bu ajralib chiqadigan organlarning kontsentratsion funktsiyasining mohiyati. Ushbu mezon uchun normal ko'rsatkichlar 1.010 - 1.025 g / ml raqamlardir. Turli xil qismlarda maksimal zichlik farqi - siydik hajmi, uning o'ziga xos tortishish darajasi ham o'zgarishi kerak. Ushbu farqning minimal qiymati 0,010 g / ml ni tashkil qiladi. Qoida tariqasida, sog'lom odamda tunda chiqariladigan siydik (21:00 dan 3:00 gacha) ko'proq konsentratsiyalangan bo'ladi. Zimnitskiyning fikriga ko'ra siydikni tahlil qilishning aniq murakkabligiga qaramay, bu buyraklarning funktsional holatini o'rganish uchun eng aniq va shu bilan birga minimal invaziv usul. Shuning uchun u o'n yillar davomida o'z dolzarbligini yo'qotmadi va ko'plab mamlakatlar mutaxassislari bilan xizmatda bo'lib kelmoqda.

7- AMALIY MASHG’ULOT.

O’tkir infeksion glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga O’tkir infeksion glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari va kasallikning tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. O’tkir infeksion glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.

Og’rigan bemorlarni muxokama qilish.

2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.

3. O’tkir infeksion glomerulonefritlar qiyosiy tashxisini namoyish qilish.

4. O’tkir infeksion glomerulonefritlar davolash usullarini tanlash.

5. Sog‘lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1.Buyrak tizimining AFX bilish.

2. Otkir infeksion glomerulonefritlar etio-patogenezi.

3 Otkir infeksion glomerulonefritlar diagnostik mezonlari.

4. Otkir infeksion glomerulonefritlar davolash va profilaktika prinsiplari.

6. Nefrolog maslaxatiga ko‘rsatma.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.

2.Ushbu kasallik bo‘yicha qon, siydikning klinik, biohximik, kreatinin, mochevina, laborator, Zimniskiy, Addis Kakovskiy, Nechiporenko, UTT, Ekskritor urografiya, MSKT, EKG, natijasini baxolash.

3. Buyrak tizimining kasalliklarini xolisona ko‘ruvdan o‘tkazish.

4.Ushbu kasalliklarda ko‘krak qafasi palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya o‘tkaza bilish.

5. Buyrak tizimining klinik ko‘rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.

6. Buyrak tizimining bilan ogrigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

1. Glomerulonefrit (GN) — bu infeksion allergiya, no’malum tabiatli kasallik bo‘lib, uning asosida buyrakning koptokcha ! apparatini diffuz yoki o‘choqli yiringsiz yallig‘lanishi yotadi, hamda buyrak va buyrakdan tashqari simptomlari bilan xarakterlanadi.

2.Terminologiyasi.

Glomerulonefrit, yoki immun glomerulopatiyalar, getogen kasalliklar guruhi bo‘lib, unga yallig‘lanishning immunologik klinik — morfologik belgilari xos. Bunda birinchi navbatda koptokcha apparati shikastlanadi.

Ko‘p hollarda «nefrit» termini GN ekvivalenti sifatida qo‘llaniladi. Aslida,

nefronning turli qismida yallig‘lanishi bo‘lganda nefrit xaqida gapiriladi.

Diffuz Glomerulonefrit — bu klinik termin, asosan glomerulalarning jarayonga birlamchi tartibi bilan kechuvchi, buyrak to‘qimasining ikki tomonlama yallig‘lanishi bilan ifodalaniladi. U koptokchalarning segmentar va faqat Birlamchi GN termini, GNning biriktiruvchi to‘qima sistemali kasalliklarni yoki surunkali infeksiyalar bilan bog‘lik bo‘lmagan xolda aloxida rivojlanishini anglatadi. Diffuz va birlamchi GNlar sinonimlari xisoblanadi. O‘tkir GN — streptokokkli kasalliklardan so‘ng rivojlanadi va siklik kechadi. Surunkali GN to‘lqinsimon cho‘zilgan latent kechuvchi GNning ekvivalenti xisoblanadi. Bunda jarayonning zo‘rayish xarakteriga ega ekanligi va buyrak to‘qimasida distrofik va sklerotik o‘zgarishlar bo‘lishini ko‘zda tutadi.

«Tez rivojlanuvchi» GN — kasallikning salbiy kechuvchi shakli bo‘lib, o‘tkir boshlanishi va xavfli kechadi va ko‘pincha bir necha oy ichida SBYe ga olib keladi. GNning gematurik shakli klinikaning ko‘rsatgichi bo‘yicha siydik sindromida, eritrotsitlarning bo‘lishi ko‘rsatib o‘tadi. Bu patologik guruhga Ud A —nefrolatil (Berje kasalligi) kiradi. GN gematurik shakli «niqobi» ostida har xil glomerulopatik, tubulointerstinal to‘qimalar va buyrak tomirlari kasalliklari yotadi.

GNning aralash shakli - morfologik asosi koptokchalarning sklerozlanishi bo‘lgan progradiyent xarakteri, yaqqol bo‘lgan renal va ekstarenal ko‘rinishlarda kechuvchi og‘ir kasallik. «Surunkali GN biroz yoki aloxida siydik sindromi bilan» tashxisda biopsiya natijalari bilan tasdiqlanishi shart. Tashxisda morfologik o‘zgarishlar tipi, kechish varianti, jarayon faolligi darajasi va buyraklar disfunksiyasi xarakterini ko‘rsatilishi kerak.

Z. Epidemiologiyasi. «O‘tkir GN» ning ba’zi simtomlarini taxlil qilgan Genatyuk (1980) ning ta’kidlashicha, oxirgi 20 yil ichida kasallik sekin asta, sezilarli darajada oshdi, (1953—1963 yillar 3,5 %; 1970—1975 yillarga kelib 20.8 foizga oshgan). Kasallikning shishlarsiz, gipertenziyasiz kechuvchi monosimptomli xili 3 marta oshgan. Albatta bu bolalarga nisbatan jamlashtiruvchi «Nefrit» terminidan foydalanish mumkin, biroq ularning bir qismida nefritga o‘xshashkasallik bo‘lishi mumkin deb o’ylash mumkin.

GN monifestatsiyasi va xatto rivojlanishning ko‘p darajasi shu regionda ustunlik qilayotgan u yoki bu infeksiyaga bog‘lik. Xususan malriyadan so‘ng rivojlanuvchi nefrit Afrika kontinentining ko‘p mamlakatlariga xos, poststreptokokksli nefrit 7% Shuni esda tutish kerakki, poststreptokokkli nefrit antibakterial ta’sirlarga chidamli mikrob shakllari kelib chiqganligi bilan bog’liq bo‘lishi mumkin.

4. Etiologiyasi. O‘tkir glomerulonefrit (O‘GN) etiologiyasida quyidagilar farqlanadi:

1. Streptokokkli infeksiyaga (ko‘pincha bu beta—gemolitik streptokokkning

A guruhi 1:2:4 tiplari). Angina, streptokokkli impetiga va boshqa kasalliklarni o‘tkazgandan so‘ng.

2. Stafillokogen

Z. Pnevmokokk

4. Viruslar: Sitomegaloviruslar, — viruslar (Yapon poletsiyasi yosh bolalarda O‘GN chaqiradi).

5. Malariya plazmodiylari, zaxm qo’zg‘atuvchisi.

b. Shuningdek O‘GN boshqa sabablar natijasida rivojlanish mumkin.

7. Emlashlar, dori vositalari.

8. Ilon va ari chakishlari.

9. Organizm sovuqda qolishi.

O‘GN nasliy tabiyatli bo‘lishi ham mumkin. Bu Alport sindromi va Gudpascher sindromi va Rudpasger sindromi.

4 —tip kollogenning turli variantli zanjirlari bor, ular o‘z navbatida db gacha 4 tip kollagen deb belgilanadi. Har bir zanjirni o‘z geni kodlaydi. Bu genlar juft holda 3 ta turli xromosomalarda joylashadi. 4 tip kollogenining 2 ta zanjiri bilan eng muxim klinik sindromlar bog‘lik: Alport, Gudpasger.

6. Patologik anatomiyasi.

Jar topografiyasiga ko‘ra, intra va ekstrakapillyar xillari farqlanadi, yallig‘lanish xarakteriga ko‘ra—ekssudativ, proliferativ va aralash turlari mavjud, kechishiga ko‘ra:

1) o‘tkir; 2) o‘tkir osti; 3) surunkali

Yallig‘lanish jarayoni tarkalganligiga ko‘ra:

1) diffuz; 2) o‘choqli.

O‘tkir 1 GN —dastlabki kunlari koptokchalar giperemiyasi ustunlik qiladi, keyinchalik endoteliy va ayniqsa mezenximal xujayralar leykotsitar infiltratsiyasi qo‘shiladi. Shuning uchun quyidagi fazalar farqlanadi:

1. Ekssudativ
2. Ekssudativ — proliferativ
3. Proliferativ

Ba’zan o‘tkir nekrotik GN ko‘rinishida uchrashi mumkin. Buyrak kattalashgan va shishgan. Piramidalar qoramtir va qizil rangda, po‘stloq kulrangsimon qo‘ng‘ir rangda, kesma yuzasida mayda qizil toshmalar ko‘rinadi. Bu o‘zgarishlar qaytar bo‘lishi yoki bir yilgacha saqlanishi va surunkali GN ga o‘tib ketishi ham mumkin.

O‘tkir osti GN—bu tez rivojlanuvchi, xavfli GN. Unga nefroteliy va podotsitlardagi ekstrakapillyar produktiv o‘zgarishlar xos bo‘lib, yarim oysimon hosil alar hosil qiladi. Katta qizil buyrak ko‘rinishida.

8- AMALIY MASHG’ULOT.

Surunkali glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga Surunkali glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari va kasallikning tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. Surunkali glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.

Og’rigan bemorlarni muxokama qilish.

2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.

3. Surunkali glomerulonefritlar qiyosiy tashxisini namoyish qilish.

4. Surunkali glomerulonefritlar davolash usullarini tanlash.

5. Sog‘lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1.Buyrak tizimining AFX bilish.

2. Surunkali glomerulonefritlar etio-patogenezi.

3 Surunkali glomerulonefritlar diagnostik mezonlari.

4. Surunkali glomerulonefritlar davolash va profilaktika prinsiplari.

6.Nefrolog maslaxatiga ko‘rsatma.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.

2.Ushbu kasallik bo‘yicha qon, siydikning klinik, biohximik, kreatinin, mochevina, laborator, Zimniskiy, Addis Kakovskiy, Nechiporenko, UTT, Ekskritor urografiya, MSKT, EKG, natijasini baxolash.

3. Buyrak tizimining kasalliklarini xolisona ko‘ruvdan o‘tkazish.

4.Ushbu kasalliklarda ko‘krak qafasi palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya o‘tkaza bilish.

5. Buyrak tizimining klinik ko‘rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.

6. Buyrak tizimining bilan ogrigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

Surunkali GN — ikkita shaklida uchraydi:

1) mezangioproliferativ — nisbatn xavfsiz kechadi.

2) mezangiokapillyar glomerulonefrit — tez rivojlanadi va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi.

Buyrak ko‘rinishi: A) qattiq, rangpar, po‘stloqda sariq dog‘lar bilan. B) Fibroplastik — sideroz va gialinoz jarayonlari ustunlik qiladi. Bu jarayon diffuz yoki o‘choqli bo‘lishi mumkin.

O‘tkir GNni klinik kechishi, ko‘rinishlari va laborator ko‘rsatkichlarini

qisqacha xarakterlash mumkin emas.

O‘tkir GN, A guruhga kiruvchi betta gemolitik streptokokk chaqirgan, o‘tkazilgan faringitdan 7—14 kundan so‘ng yoki o‘tkazilgan terapiyadan 14 — 21 kundan so‘ng rivojlanadi, shuningdek o‘tkir GN o‘tkazilgan virusli infeksiyadan keyin ham rivojlanadi, ya’ni grippdan keyingi davrdir. Barcha bemorlarda (85 — 95%) O‘GN siklik ketishini ifodalovchi Erta davrdan iborat.

1. Boshlang‘ich davr.

2. Simptomlarii ortga rivojlanish davri.

Z. To‘liq klinika laborator remissiya davri.

10—15% hollarda O‘GN siklik kechmaydi (salbiy) va rivojlanish davomida surunkali shakliga transformatsiyalanish mumkin. (SGN) Shuningdek asorati tufayli letal xolatga olib kelishi ham mumkin. Masalan UBYe asorati tufayli aksariyat bemorlarda 4 — 6 hafta mobaynida yuzini shishganligi, teri qoplamlari rang parligini va diurez 200 — 300 ml sutkasiga kamayganligi aniqlanadi. Siydik rangi xira, ba’zan go‘sht yuvundisi rangida. AB biroz ko‘tarilgan (130 — 180—150—190 mn sim.ust.), ba’zan qorin va bel soxasida noma’lum og’riqlar, bosh og‘rig‘i va qusish kuzatiladi.

Keyingi 5 — 9 kun maboynida ko‘z tubi o‘zgarmagan xolda gipertenziya oshishi mumkin. Bu davrda gematuriya makrogematuriyaga yetishi mumkin. Proteinuriya 0,5 —3,5g sut yetadi, ba’zi bemorlarda unchaklik katta bo‘lmagan, qisqa muddatli (3 — 5 kun) leykotsituriya (10 — 20 ml sutkasiga) shuningdek eritrotsitar silindruriya kuzatiladi. Ko‘pincha anemiya, leykotsitoz, eozinofiliya bo‘ladi. Buyraklar funksiyasi buzilmagan yoki biroz buzilgan Renal funksiyalarni sezirali buzilganligini ifodalovchi UBYe dagi oliguriyadan farqli o’laroq, bu oliguriya siydik nisbiy zichligi yuqori bo‘ladi (1013 gacha). Koptokchalar kamroq pasaygan (50 — 60 mlmin endogen kreatinin klirensi bo‘yicha). konsentratsiyalash va N+ionlari ekskretsiya — qilish cheklanishi mumkin, S6n1206 Maksimal reabsorbsiyalanadi. Zardobda mochevina miqdori oshib («o‘tkir davr» giperazotemisi), 3 — 5 kun mobaynida saqlanadi. Kasallik sikli kechganda 2 — 3 hafta oxiridan boshlab simtomlar orqaga qayta boshlaydi, gipertenziya va shish, gem0turiya, proteinuriya asta sekin kamayadi va yo‘qoladi. Aloxida sishggomlarni 6 oydan ko‘p vaqt saqlansa surunkali shakli xaqida gapirish mumkin.

O‘GN boshlangich davrida kuzatiladi :

1) O‘tkir nefrotik sindrom —shishlar, gipertenziya, gematuriya, proteinuriya 2g sut va undan ko‘p.

2) Aloxida siydik sindromi — gematuriya, shish va 1/gipertenziyasiz, proteinuriya.

3) Nefrotik sindrom — shishlar, proteinuriya 2,5g sutdan ko‘p, giperlipidemiya. Boshlang’ich davrida gipertenziya fonida va o‘tkir (buy rak

yetishmovchiligi kuzatilishi mumkin, shuningdek UBYe kabi kichik asoratlar ro`y berishi mumkin. RAMN akademigi Shanin ta'riflashicha nefrotik sindrom —bu organizm patologik xolati bo‘lib, siydik bilan o‘rtamolekulali oqsillarni yo‘qotish va uning qon plazmasida konsentratsiyasi kamayishiga qaratilgan gomeostaz tizimi ning reaksiyasi xisoblanadi.

Proteinuriya jarayonida organizm kichik va o‘rta o‘lchamli (5.5 nmg acha) oqsillar, eritropoetin, transport oqsillari. Bunga javoban jigarda lipoprotein ishlab chiqarishi funksiyasi oshadi. Jigar massasi kattalashgan. Bu yerda albumin va transferrin bilan bir qatorda ultrafioletga tushgan yirik oqsillar — apopipoprotein V, Ye fibrinogen hosil bo‘ladi.

9- AMALIY MASHG'ULOT.

Otkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga o‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi etiopatogenezi, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari va kasallikning tekshirish usullari haqida ma'lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. O‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.

Og'rigan bemorlarni muxokama qilish.

2. Kasallikning tekshirish usullarini muxokama qilish.
3. O‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi qiyosiy tashxisini namoyish qilish.
4. O‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi davolash usullarini tanlash.
5. Sog‘lomlashtirish tadbirlar rejasini tuzis

Talaba bilishi kerak.

1.Buyrak tizimining AFX bilish.
2. O‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi etio-patogenezi.
3 O‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi diagnostik mezonlari.
4. O‘SBYgi davolash va profilaktika prinsiplari.
6. Nefrolog maslaxatiga ko‘rsatma.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.
2.Ushbu kasallik bo‘yicha laborator tekshiruvini qon, siydikning klinik, biohximik analizlari, Kreatinin, mochevina, Zimniskiy, Addis Kakovskiy, Nechiporenko, UTT, Ekskritor urografiya, MSKT, EKG, natijasini baxolash.
3. Buyrak tizimining kasalliklarini xolisona ko‘ruvdan o‘tkazish.

4.Ushbu kasalliklarda ko‘krak qafasi palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya o‘tkaza bilish.

5. Buyrak tizimining klinik ko‘rinishiga qarab davolash muolajalarini buyurish.

6. Buyrak tizimining bilan og’rigan bemorlarni dispanserizatsiya va reabilitatsiya rejasini tuzish.

O’tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. Buyrak yetishmovchiligi - buyraklar tomonidan organizm ichki muhitining doimiyligini saqlash xususiyatini to’liq yoki qisman yo`qotishi bilan kechadigan patologik holat. Natijada organizmda suv va tuz miqdori, hamda ularning taqsimlanishi buziladi, kislotalar va modda almashinuvining azo’tli mahsulo’tlari organizmda ushlanib qoladi. Arterial gipertenziya, kamqonlik, qon ketishlar, vitamin D yetishmovchiligi uchun sharoit yaratiladi, gormonal regulyasiya o’zgaradi (bolalarda boy osishi, jinsiy rivojlanish sekinlashadi). Buyrak funksiyasining 70% va undan ko’proq turg’un buzilishi uremiyaga, ya'ni modda almashinuvining ikkilamchi buzilishi va progressirlanuvchi umumiy distrofiya bilan kechuvchi organizmning o'z-o'zini zaharlashiga olib keladi.

O’tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi farqlanadi. O’tkir buyrak yetishmovchiligi (OBE) shiddatli boshlanishi, nisbatan qisqa davriy kechishi va, aksar to’liq orqaga qaytishi bilan kechadi. Og’ir buyrak yetishmovchiligi qaytmas bo’lishi mumkin va bunda u surunkali shakliga o’tadi. Surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBE), odatda sekin-asta boshlanadi va progressirlanuvchi xususiyatga ega; SBE ning oxirgi bosqichlarida bemor hayo’tini saqlash uchun qonni tozalash uslublari qo'llaniladi yoki buyrak transplantasiyasi amalga oshiriladi. O’tkir buyrak yetishmovchiligining eng ko’p sababalaridan biri shok, qonning tomir ichi ivishining patologik tezlashuvi (masalan, homila atrofi suvlarining qonga tushishi, mushaklar shikastlanishlarida mushaklar parchalanishi mahsulotlarining qonga tushishi va boshq) hisoblanadi. Buyrak funksiyasi buzilishiga organizmning og’ir suvsizlanishi va tuzlarni yo’qotishi, simob yo‘ki tort xlorli uglerod bilan zaharlanishi, oksidlangan tetrasiklin qabul qilish, gentamisin yo’ki indometasin dozasining oshib ketishiga olib kelishi mumkin. Ba'zi xollarda o’tkir buyrak yetishmovchiligi o’tkir immun (glomerulonefrit) yoki infeksion (pielonefrit) tabiatli yallig’anish, buyrak arteriyasi tiqilishi yoki siydik yo’llari o’tkazuvchanligi buzilishi bilan bog’liq bo’ladi. O’tkir buyrak yetishmovchiligi buyrakning qon bilan ta'minlanishi buzilganida, nefro’toksik zaharlar ta'sirida buyrak hujayralari shikastlanishi yo’ki siydik o’tishiga tosqinlik mavjud bo’lgan yuzaga chiqadi. O’tkir buyrak yetishmovchiligining shok holatida rivojlanishi buyrak qon aylanishining pasayishi, qonning reologik hossalari o’zgarishi bilan bog’liq, bu kuchli shishga va buyrakning naychalari va mayda qon tomirlari siqilishi bilan kechuvchi shikastlanishiga olib keladi. Bunda buyrak kalavalarining bir qismi qaytmas

ravishda oladi. Siydik hosil bo'lishiga buziladi, nisbiy poluriya boshlanadi, og'ir xollarda esa - oliguriya va anuriya. Nefrotoksik zaharlar ta'siri ostida hujayralar nobud bo'lishiga va naychalar funksiyasi buzilishi bilan tugaydigan buyrak hujayralari membranalari shikastlanishi sodir bo'ladi. Amalda barcha qo'llarda buyrak funksiyasining o'tkir buzilishi uremiya rivojlanishi bilan kechadi. Bir necha kun ichida hayot uchun xavfli modda almashinuvi buzilishi, birinchi navbatda osmo'tik erkin suv (suvli zaharlanish), kaliy, uchuvchan bo'lmagan kislo'talar (asidoz) bilan to'yinish paydo bo'ladi. Azo'temiya, odatda ancha kech yuzaga chiqadi va koma sababi bo'lishiga mumkin.
Funksional va organik o'tkir buyrak yetishmovchiligi farqlanadi. Funksional o'tkir buyrak yetishmovchiligi og'ir isitmada, insultda, neyroxirurgik operasiyalardan keyin normal ishlayotgan buyraklar tomonidan organizmni tozalash imqoniyatidan ustun keluvchi shlaklar hosil bo'lishiga va almashinuvining haddan tashhari tezlashishi oqibatida rivojlanadi. Yetarlicha miqdordagi siydik ajratiladi, u yuqori zichlikka ega, ammo qonda mochevina konsentrasiyasi oshadi. Bemorlarda yomon ishtaha, og'izdagi quruqlilik, ko'ngil aynishi, uyquchanlik qayd qilinadi. Funksional o'tkir buyrak yetishmovchiligi hayo't uchun xavfli emas va buzilgan modda almashinuvini davolashni taqoza etadi (glyukozaning 40% eritmasini kuniga 600-800 ml yuborish,). Organik o'tkir buyrak yetishmovchiligi buyrak parenximasi zarralanishi bilan bog'liq. U yengil shaklda kechishi mumkin, lekin yetarlicha katta diurez bilan, ammo qonning buyraklar tomonidan yaxshi tozalanmasligi uremiya uchun tipik shikoyatlar: ko'ngil aynishi, hansirash paydo bo'lishigaa olib keladi. Suv toplanishida va tana vazning ortishida o'pkalarda nam xirillashlar, arterial gipertenziya, yurak urishi aniqlanadi. Og'ir holatlarda intoksikasiya belgilari erta boshlanadi - chanqash, og'izdagi quruqlilik va achishish, turg'un hansirash, hushini yo'qotish, harakatli no'tinchsizlilik, xushini yo'qotish bilan mushaklarning xurujli tortishishi, qon tekshirilganda ifodalangan uremiya belgilari aniqlanadi: mochevina konsentrasiyasi 100-150 mmol/l gacha ko'tarilgan, kreatinniki 1800-2000 mkmol/l gacha. Ko'pincha xavfli giperlikemiya - 7,5-9 mekv/l - aniqlanadi. Anuriyadan keyin diurezning tiklanish davri boshlanadi: bir necha kun ichida ajralib chiqarilayotgan siydik miqdori 4-10 l va undan ko'proq bo'ladi. Bunda ko'pincha organizm suvsizlanishi belgilari paydo bo'ladi: arterail bosim pasayadi, tana harorati ko'tariladi. qonda azotli shlaklar miqdori sekin-asta me'yorlashadi, lekin to'liq sog'ayish faqat 3-6 oydan keyin sodir bo'ladi. Keng buyrak infarklari hosil bo'lishi bilan birga kechgan og'ir o'tkir buyrak yetishmovchiligidan so'ng dag'al chandiqli va sklero'tik o'zgarishlar qoladi. Agar og'ir asosiy kasallik mavjud bemorda har kuni diurezni nazorat qilish va azo'temiya darajasini aniqlash amalga oshirilsa o'tkir buyrak yetishmovchiligini tashxislash kamdan-kam xollarda qiyinchilik tug'diradi. Buyrak yetishmovchiligining sababini aniqlash esa

mushkulroq. O’tkir buyrak yetishmovchiligini o’tkir siydik tutilishi va siydik pufagining qorinparda ichida yorilishi bilan differensial tashxis qilish ahamiyatga ega.

Davolash stasionarda olib boriladi. Bjshlang’ich stadiyalarda davolash buyrak yetshmovchiligini keltirib chihargan sabablarni davolashga haratilgan. Gemosirkulyasiya buzilishida, shokda shokga qarshi terapiya o’tkaziladi, o’tkir zaharlanishlarda - zaharni organizmdan chiqarib tashlashga qaratilgan tadbirlar (oshqozonni yuvish, gemodializ, gemofiltrasiya, gemosorbsiya, plazmaferez) bajariladi. Oliguriyaning boshlang’ich davrida diurez stimulyasiyasi amalga oshriladi. Agar uremiya kuchaysa bemor gemodializ bo’limiga yuborilishi kerak, u yerda sun'iy buyrak qo’llanilishi mumkin. Bashorati o’tkir buyrak yetishmovchiligi sababi va buyrak strukturalaridagi o’zgarishlarga bog’liq. Ko’pchilik qo’llarda o’tkazilgan o’tkir buyrak yetishmovchiligidan keyin sog’ayish boshlanadi.

Surunkali buyrak yetishmovchiligi ko’pincha surunkali glomerulonefrit va pielonefrit, modda almashinuvi kasalliklari, shu jumladan qandli diabet, amiloidoz, shuningdek podagra va boshq. bilan bog’liq. Surunkali buyrak yetishmovchiligi ko’pincha tizimli qizil boricha, revmatoid artrit, trombositopenik purpura, qonning boshqa kasalliklarida, asosan mielom kasalligida rivojlanadi. Ba'zi holatlarda surunkali buyrak yetishmovchiligi tug’ma kasalliklar (buyrak polikistozi va gipoplaziyasi) bilan, irsiy nefrit, ionlantiruvchi nurlanish ta'siri, qo’rg’oshin bilan zaharlanish, alkogol surrogatlari, analgetiklar, oltin va platina dorilari, antibio’tiklarni qo’llash bilan bog’liq. Surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanishini funsiyasi yo’qotilmagan nefronlar sonining progressiv kamayishi, saqlangan nefronlarning oshib boruvchi yuklamasi va keiynchalik atrofiyasi bilan bog’lashadi. Bunda suv-tuz almashinuvi va kislota-ishqor barqarorligi izdan chiqishi ortib boradi, azotli shlaklar to’planishi ancha ortadi, bu uremiya simptomlari namoyon bo’lishigaa sharoit yaratadi. Asosiy kasallikga bog’liq ravishda surunkali buyrak yetishmovchiligida suv va tuz ushlanib qolishiga moyillik, aretrial gipertenziya, yo’ki, aksincha, suv va tuz yo`qotilishiga moyillik va arterial bosim pasayishi ustun kelishi mumkin. Buyrak funksiyasining 10-15% saqlanganda uremiya rivojlanishini maxsus parhez yo’rdamida saqlab turish mumkin. Funksiyaning 10% dan kami saqlanganda, hatto parhezning eng qat'iy tartibi belgilangan bo’lsa ham uremiya simptomlari progresslanishi mumkin, qonni ekstrakorporal tozalashga zaruriyat tug’iladi.

Morfologik o'zgarishlar surunkali buyrak yetishmovchiligining barcha turlarida nefroskleroz bilan xususiyatlanadi, u asosiy kasallikga nisbatan qator spesifik belgilariga ega. Masalan, glomerulonefritning oxirgi bosqichlarida kalavalarning chandiqli o’zgarishi kuzatiladi, bu buyraklar vazni va o’lchamlari

o’zgarishiga olib keladi. Pielonefritda buyrak parenximasida o’choqli zichlashishlar, chandiqli kapsula bilan oralgan yiringli bo’shliqlar, ko’sacha va jom shilliq qavatida chandiq va yaralar, buyrak so’rg’ichlarining nekrozi kuzatiladi. Buyrak yetishmovchiligi bilan bog’langan birinchi sezgi kech paydo bo’lishiga mumkin, ya'ni ifodalangan uremik o’zgarishlar sodir bo’lganda. Erta shikoyatlar umumiy xususiyatga ega (masalan, holsizik, tez charchashlik, og’izdagi quruqlik, pasayishi, ishtaha kamayishi, chanqash ba'zida, tez-tez siyish). Bemor ko’zdan kechirilganda yuz shishiganligi, teri rangparligi, nafas chiqarishda havoning mochevina hidiga o’xshashi diqqatni tortadi. Ko’pincha boldir mushaklarida tortishishlar, suyaklardagi og’riqlar, uyqu buzilishi qayd qilinadi. Azo’temiyaning bora-bora ortishi natijasida go’shtli ovqatlarga ijirg’anish, ko’ngil aynishi va och qoringa chusish, bosh og’rishi, tinch holatda hansirash, yuqori arterial bosim paydo bo’ladi. Ayo’llarda hayz sikli buzilishlari erta paydo bo’ladi, bachadon qon ketishlari mumkin, erkaklarda impotensiya rivojlanadi. Surunkali buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichiga kelib diurez ko’pchilik holatlarda kamayadi, ovqatlanishning turg’un jodal chiqishi yuzaga keladi - bemorlar katastrofik ravishda ozishadi, bunda ko’pincha katta shishlar shakllanadi. Surunkali buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichiga o’tganida perikardit vujudga keladi. Bunda tosh ortida va epigastral sohada og’irlik hissi, og’riq seziladi, bemorlar tushakda majburiy holatni egallashadi, o’tirgan yo’ki biroz engashgan holatda yoki chap yonboshida yuzi bilan pastga yotgan holda. Ahvoli yomonlashgan sari qushini yo’qotish bilan birga tirishish xurujlari, kuchayib boruvchi uyquchanlik, harakat bezovtalanishi, alahlash, koma kuzatiladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligini davolashning asosiy tamoyili qonni buyrak tomonidan tozalanishi kamayganligi holatiga bemor hayot tarzini va ovqatlanish tartibini moslashtirishdan iborat. Buning uchun qabul qilinayotgan oqsil miqdori asta-sekin kamaytiriladi, kislotalar, kaliy, va ko’rsatmalar bo’yicha natriy qabul qilish pasaytiriladi. Oqsil parchalanishi sekinlashtiruvchi dori vositalari qo’llaniladi, masalan anabolik steroidlar. Ovqatning umumiy kaloriyaligi ko’paytiraladi. Suv va tuzni yo’qotishga moyillik bo’lganda ularni ko’p miqdorda qabul qilish tavsiya qilinadi. Terminal bosqichda qonni tozalash uslublari (gemodializ, gemofiltrasiya, peritoneal dializ) va buyraklar transplantasiyasi qo’llaniladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligi terminal bosqichida davolash tadbirlari olib borilmasa tezda o’lim bilan tugashi sodir bo’ladi.

Buyrak yetishmovchiligining bolalardagi xususiyatlari. Bolalardagi buyrak yetishmovchiligining asosiy sabablari operasiyadan keyingi shok (asosan chaqaloqlarda), qusish bilan kechuvchi kasallik, ich ketishi, suvsizlanish, o’tkir infeksiyalar, sepsis, o’tkir gemoliz, anafilaktik reaksiyalar, nefro’toksik zaharlar bilan zaharlanish, buyraklarning tug’ma zararlanishi, buyrak venalari trombozi,

og’ir kasalliklarda suyuqlik va elektrolitlarning haddan tashqari ko’p kiritilishi hisoblanadi. Tug’ilganidan keyin o’tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi buyraklarning postloq nekrozi bilan bog’liq bo’lishiga mumkin. Konservativ davolash bola yoshi va uning tana vaznini hisobga olgan holda olib boriladi, info’zion terapiya dori vositalarini kiritishning qat'iy ketma-ketligi saqlangan holda (avval geparin, keyin eufillin, glyukokortikoidlar, glyukoza insulin bilan, xlorid natriyning izo’tonik eritmasi, kokarboqsilaza, yurak vositalari) amalga oshiriladi. Giperkaliemiyada - kalsiy glyukonati, anabo’lik gormonlar (glomerulonefrit yoqligida); asidozda - natriy gidrokarbonati; alkalozda - glyukokortikoidlar, geparin, veroshpiron (giperkaliemiya bo’lmaganida).

O’tkir buyrak yetishmovchiligida bolalarda, asosan hayotining birinchi ikki kunligida bashorat juda ham jiddiy. Profilaktikasi tug'ma va irsiy buyrak kasalliklarni erta tashxislashdan iborat. Bunday bemorlarni turli stress holatlaridan asrash kerak, ularga emlashlar mumkin emas; zarurat bo’lganda infeksion kasalliklarni faol davolash zarur.

Surunkali buyrak yetishmovchiligi erta bolalik yoshida juda ham kam ho’llarda tipik kechadi. Surunkali buyrak yetishmovchiligi uzoq vaqt kompenasasiyalangan bo’ladi. Ammo tana vazni ortishi bilan dekompensasiya darajasi ham ortadi. Interkurrent kasalliklar, asosan infeksion, terminal bosqichning erta kelishiga imkon yaratadi. Maxsus ko’rsatmalar asosida buyrak ko’chirishi amalga oshiriladi.

10- AMALIY MASHG’ULOT.

Chaqaloqlik davri fiziologiyasi. Moslashuv jarayonini aks ettiruvchi xolatlar (chegara, tranzitor yoki fiziologik xolatlar).

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga chaqaloqlik davri fiziologiyasi, moslashuv jarayonini aks ettiruvchi xolatlar (chegara, tranzitor yoki fiziologik xolatlar) haqida ma’lumot berish va tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. Chaqaloqlik davri fiziologiyasi, moslashuv jarayonini aks ettiruvchi xolatlar (chegara, tranzitor yoki fiziologik xolatlar) haqida ma’lumot berish va tekshirish usullari haqida ma’lumot berish, muxokama qilish.
2. Chaqaloqlik davrida tekshirish usullarini muxokama qilish.
3. Chaqaloqlik davrida tranzitor xolatlarni tashxisini namoyish qilish.
4. Chaqaloqlarni nazorati tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1. Chaqaloqlik davri fiziologiyasi AFX bilish.
2. Tranzitor xolatlarni baholash (fiziologik sariqlik, tana vaznini tushishi, siydik nordon diatezi, jinsiy kriz va b.)
3. Chaqaloqlarda tug‘ma shartsiz reflekslar.
4. APGAR shkalasi bo‘yicha baholashni bilish diagnostik mezonlari.
6. Neonatolog maslaxatiga ko‘rsatma.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.
2.Ushbu holatlar bo‘yicha laborator tekshiruvini qon, siydik, ahlatning klinik, biohximik ALT, AST analizlari, natijasini baxolash.
3. Chaqaloqni antropometriyasi, ko‘ruvdan o‘tkazish.
4.Tug‘ma reflekslarni aniqlash

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda chegara holatiga kiradi:

1. «Hozirgina tug‘ilgan bola» sindromi tug‘ruq jarayonida bola organizmiga ko‘p miqdorda garmonlar ajralishi hamda tashqi va ichki qo‘zg‘atuvchilarning ko‘pligi bilan bog’lik. Bola tug‘ilishi bilan chuqur nafas oladi, baland ovozda yig’laydi va bukilgan holatni egallaydi.Tug‘ruqdan keyingi 5-10 minut davomida u faol bo‘ladi, so‘rg‘ichni qidiradi va ko‘krakka berilsa shiddat bilan emadi. Bir qancha vaqtdan so‘ng bola tinchlanadi va uxlab qoladi.

2. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning deyarli hammasida hayotining 1-haftasida terisida o‘zgarishlar aniqlanadi:

Oddiy eritema —Terining qizarishi, hayotining 2-kunida yaqqol ifodalanib, 1-haftasini oxirida to‘liq yo’qoladi.

Toksik eritema — markazida sarg‘ish-kulirang zichlashish bilan dog‘simon toshma bo‘lib, oyoq-qo‘l bo‘g‘imlarining yozuvchi yuzalarida va ko‘krakda joylashadi. Shu bilan birga bola o‘zini yaxshi xis qiladi, tana harorati me’yoriy. 1–3kun davomida yangi toshmalar paydo bulishi mumkin, 2–3kundan keyin toshmalar yuqoladi. Odatda davolash talab etilmaydi, lekin kuchli toksik eritemalarda qo‘shimcha suyuqlik ichirish tavsiya etiladi, ba’zida antigistaminlar (allergiyaga karshi vositalar) buyuriladi.

Teri qatlamining kepaklanishi — hayotining 3-5kuni yuzagakeladi, ko‘pincha qorinda va ko‘krakda bo‘ladi. Keskin kepaklanish ayniqsa mudatdan utib ketgan bolalarda kuzatiladi. Davolash talab etilmaydi, lekin kepaklangan soxalarga yuvintirilgandan so‘ng bolalar kremini surtish mumkin.

2. Dastlabki tana massasining tranzitor kamayishi. Hayotining dastlabki kunlarida ochlik (sutva suv tanqisligi) natijasida yuzaga keladi. Tug‘ilgandagi tana vaznidan qat’iy nazar hayotining birinchi kunlarida tana vaznining kamayishi kuzatiladi. Dastlabki tana massasining maksimal kamayishi (TMMK) odatda 3—4, ba’zida 5-y kun kuzatiladi. Sog’lom

tug‘ilgan chaqaloqlarda TMMK odatda 6-8 %dan oshmaydi. TMMK yuqori ko`rsatkichlariga olib keluvchi omillar —bu, muddatiga yetmay tug’ilish, katta tana vazni bilan tug’ilish, yuqori harorat va xona (kyuvez) havosi namligining yetarlicha bo’lmasligi va b. Dastlabki tana massasining kamayishi patogenezi suvsizlanish (suvning nafas va teri orqali yo`qotilishi) bilan bog’liq. Tug‘ruqda tranzitor kamaygan tana massasi 60— 70 % chaqaloqlarda odatda hayotining 6-7 kunlariga kelib tiklansa, 75—85 % chaqaloqlarda 10-kuniga va qolgan sog’lom bolalarning hammasida hayotining 2-haftasiga kelib to‘liq tiklanadi. 3-4 daraja muddatidan oldin tug‘ilgan chaqaloqlar, tug‘ilganda yirik va tana vazni katta bo‘lgan bolalar va kasal bolalarda yo’qotilgan dastlabki tana massasi sekin tiklanadi.

Maqsadga yo‘naltirilgan parvarish: optimal issiq rejim, gipogalaktiyani o‘z vaqtida aniqlash va ratsional taktika, erta ko‘krakka berish—TMMK erta tiklanishiga olib keluvchi asosiy omil.

4. Tranzitor giperbilirubinemiya. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning hammasida hayotining 1-kunida rivojlanadi, lekin sariklik 60—70 % hollarda gina kuzatiladi. Kindik qoni zardobida bilirubin konsentratsiyasining me’yoriy ko`rsatkichi 26—34 mkmol/l. Deyarli hamma chaqaloqlarda hayotining 1-kunida qon zardobidagi bilirubin konsentratsiyasi 1,7—2,6 mkmol/ l/soat tezlik bilan oshib boradi, 3-4-kunga kelib 103—137 mkmol/l ga yetadi. Bu holat hayotining 7—10kuniga kelib utib ketadi. Tranzitor sariqlikda bilirubin miqdori uning bog’lanmagan fraksiyasi — bog’lanmagan bilirubina (bog‘lanmagan bilirubin) hisobiga oshadi. Terining sarg‘ayishi hayotining 2—3kunida, qachonki bog‘lanmagan bilirubin konsentratsiyasi muddatida tug‘ilgan chaqaloqlarda 51—60 mkmol/l, mudatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarda — 85—103 mkmol/l ga yetganda paydo bo‘ladi.

11- AMALIY MASHG’ULOT.

Chaqaloqlarni ko‘krak suti bilan ovqatlantirish (JSST) tamoyillari. Ko‘krak sutining afzalliklari.

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga Chaqaloqlarni ko‘krak suti bilan ovqatlantirish tamoyillari, ko‘krak sutining afzalliklari haqida ma’lumot berish va tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. Chaqaloqlarni ko‘krak suti bilan ovqatlantirish tamoyillari, ko‘krak sutining afzalliklari haqida ma’lumot berish va tekshirish usullari haqida ma’lumot berish muxokama qilish.

2. Chaqaloqlarni ko‘krak suti bilan ovqatlantirish tamoyillari, ko‘krak sutining afzalliklari (JSST) haqida usullarini muxokama qilish.

Sog‘lom tug‘ilgan chaqaloq

3. Onada laktatsiyani erta rivojlantirish, bola va onaning ruxiy bog‘lanishi.

4. Onani emizishga umuman ruxsat etilmaydigan ko‘rsatmalar.

Talaba bilishi kerak.

1. Sut bezlarining shakllanish bosqichlari

2. Og‘iz suti, ona suti tarkibini.

3. Chaqaloqlarni ko‘krak suti bilan ovqatlantirish tamoyillari, ko‘krak sutining afzalliklarini.

4.Onani emizishga absolyut va nisbiy moneliklarda.

5. Gipogalaktiya sabablari.

Talaba bajarishi kerak.

1. Og‘iz sutini, ona suti miqdorin aniqlash.

2. Chaqaloqlarni ko‘krak suti bilan ovqatlantirish texnikasi.

3. Go‘dakka ko‘krakni qanday qilib to‘g‘ri berish kerakligini o‘rgatish

Ko‘krak suti bilan oziqlantirish (JSST) dasturi. Bolalarni ovqatlantirish

Yangi tug‘ilgan chaqaloqni ko‘krakdan boqish. Yangi tug‘ilgan sog‘lom chaqaloqni ko‘krakdan boqishni u tug’ulgandan so‘ng dastlabki 30 minut ichida boshlagan ma’qul. Barcha sut emizuvchi xayvonlarning yangi tug‘ilgan bolalari singari yangi tug‘ilgan chaqaloqlardan ham dastlabki 2-2,5 soat ichida shunga o‘xshash deyarli bir xil harakatlarni kuzatish mumkin. Bu harakatlarda asosan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda (shu jumladan boshqa sut emizuvchilarda ham) tug‘ma ovqat kidiruv programmasi elementlarini, ya’ni ona ko‘krak bezi surg’ichini axtarib topishda, ogiz va qo‘lchalarining bir-biriga mos harakatlarini va ko‘krak bezi surg’ichini topgandan so‘ng uyga maxkam surib yopishib olishini va uyquga ketgunga qadar to’yib emishini kuzatish mumkin.

A.M. Widstrom fikricha yuqorida keltirilgan xolatlarni yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda dastlabki 120 - 150 minut ichida kuzatish mumkin. Shuning uchun ham yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda artib, quritib ona qorniga yalong‘och xolda yotqizish va boqish tavsiya etiladi, bu esa bir tomondan bola bilan ona o‘rtasidagi jismoniy kontaktni erta shakllanishiga olib kelsa, ikkinchi tomondan esa ona umumiy axvolini tezrok tiklanishiga, ham da eng muximi onada "onalik mexrini" erta shakllanishiga, bu esa bolani tug‘ilgan davrdan boshlab bolani o’z ok vaqt davomida yetarli miqdordagi ona suti bilan boqishga muxim dalil bo‘ladi. Erta ko‘krakdan boqish muxim tomoni bola emishi natijasida ona organizmida prolaktin va oksitotsin gormonlari miqdori ortadi. Bu gormonlar o’z navbatida. bir tomondan sut hosil bo‘lishi va ajralishini kuchaytirsa, ikkinchi muxim tomoni shundaki oksitotsin bachadon silliq mushaklarini ham qisqartirib, natijada bachadondan qon

ketishini oldini oladi va uning chaqaloq tug‘ilgandan keynigi involyutsiya vaqtini tezlashtiradi. Ayni paytda ona bilan bola o‘rtasidagi teri orqali, teri orqali va x.k. bo‘lgan kontaktlarni kelgusida ham saqlanib qolishi, onada bola parvarishiga oid qoidalarni tezrok o‘zlashtirib olishga va tug‘ruqxonadan chiqqandan so‘ng bolani to‘g‘ri parvarishlashiga muxim omil bo‘ladi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqni dastlabki 20-30 minut ichida ko‘krakdan boqish barcha tug‘ruqxonalarda ham tabiiy bir hol sifatida qabul qilinishi shart deb o‘ylaymiz. Tug‘ilgandan keyingi vaqtda esa ma’lum bir soatlarda boqish bolani ozuqa mahsulotlariga bo‘lgan talabini qondirish uchun emas, balki bu ko‘proq tug‘ruqxonadagi meditsina xodimlari manfaati ko’zlanib qo‘yilgan tadbirdir. Shuning uchun ham bolani ko‘krakdan emizish vaqti, intervali va h.k. ma’lum bir tartib ostiga olinmagani, ya’ni bolani o’zi emish vaqtini, sut miqdorini belgilagani ma’qulroq.

Onaning ko‘kragidagi sut miqdoridan qat’iy nazar, agar bolada ochlik bilan bog‘liq bezovtalik paydo bo‘lsa, uni albatta ko‘krakdan boqish shart. Chunki, tez-tez emish hisobiga propaktin, oksitotsin gormonlarining konsentratsiyasini ortishiga, hamda sut bezi alveolalarini sutdan to‘liq bo‘shashini hisobga oldik SUT miqdorini kamayishi, natijada bu qoldiq sut tarkibida aniqlanadigan laktatsiyani ingibitsiyalovchi oqsil faktorining konsentratsiyasini kam bo‘lishi hisobiga kelgusi boqishlardagi sut miqdori ortib boradi.

Pediatrlar orasida ona va bolaning chaqaloq tug‘ilgan davrdan birga bo‘lishi, ularning teri kontaktni hisobiga neonatal infeksiya tarqalishi ortadi degan tushuncha ham yo`q emas. Vaxolanki, ona-bola xonasidagi mikroblar peysaji berk, yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘limidagi mikroblar peysajidan kamrok. Ayni paytda sog‘lom ona organizmida asosan saprofit mikroblar turkumi ko‘prok, ikkinchi tomondan esa mana shu mikroblarga qarshi ona qoni zardobida va demak, sutida ham antitelolar mavjud.

Bundan ko‘rinadiki ona va bolaning chaqaloq tug‘ilgandan boshlab birga bo‘lishi, yangi tug‘ilgan chaqaloq terisida, oshkozon-ichak tizimida, teri qoplamida saprofit mikroblar kolonniyalarini shakllanishi uchun ham katta ahamiyatlidir.

Sog‘lom chaqaloqda ona sutidan bo‘lak xech narsa (suv, utlar damlamalari, energetik komponentpar va x.k.) bermaslik kerak. Chunki ona suti bolani dastlabki kunlardai, toki u 4-6 oy bo‘lgunga qadar suyuqlik bilan va boshka barcha ozuqa ingridnentlari bilan to’liq ta’minlaydi. Suyuqliklarni berilishi esa "yolg’on to’qlik" xissini paydo bo‘lishiga va natijada bu esa o’z navbatida hosil bo‘layotgan sut miqdorini kamayishiga olib keladi. Bola ko‘krakni emish jarayonining avvaldagi sut tarkibida suyuqlik va laktoza miqdori ortiq bo‘lsa, oxirida esa yog’ miqdori ko‘p bo‘ladn. Shuning uchun ham onalarni har bir ko‘krak bezini sutdan to’la boshla-gunga qadar bolani emizish kerakligiga o’rgatish lozim. Naxordagi sut miqdori va

sifatn kunning ikkinchi yarmidagi sutdan farq qiladi. Agar naxorda sut miqdori ko‘p bo‘lsa kunning ikkinchi yarmida esa kam, lekin uning tarkibidagi oziqlantiruvchi moddalar konsentratsiyasi baland bo‘lishi kuzatilgan

Tabiy ovqatlantirilayotgan bolalar sutka davomida 6-10 marta, xatto dastlabki vaqtlarda 12 martagacha emishi mumkin.

Bola emish vaqtining dastlabki 2 - 3 minutida bir martalik olishi kerak bo‘lgan sutning deyarli 50 % ni. 4-5 minutida esa 80 - 90% teng miqdordagi sutni surib oladi. Shuning uchuy bolani ko‘krakdan emishni 15-20 minutdan ortiq vaqt ushlab turilishi uchun asos yo`q. Har bir boqishda ikkala kurakdan boqish, laktatsiya jarayoniga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi, chunki ikkala ko‘krakda ham hosil bo‘layotgai sut miqdori bir xil ulardan birontasining to’la bo’shamasligi kelgusida sut myuyaorini kamayishiga olib keladi.

Bolani ko‘krakdan uzoq emib turishiga asosiy sabab bu bolaga ko‘krak sur-g’ichini noqulay yoki butunlay noto‘g‘i berish ham bo‘lishi mumkin. Bu esa bolani to’ymasdan uzoq emishga, natijada sut bezi surg‘ichlarini shikastlanishiga olib keladi. Shuning uchun ham homiladorlikning oxirgi haftalarida yoki homila tug‘ilgandan so‘ng emizikli onalarga bolani ko‘krakdan to‘g‘ri boqish usulini o‘rgatib borish kerak.

Bola ko‘krakni emayotganda uning faqat so‘rg`ich soxasi emas, balki so‘rg‘ich uchidan 2,5 - 5 sm atrofidagi masofani fiksatsiya qilsagina sutni sut sinuslardan yo‘llariga to‘liq tushishini ta’minlandi. Bunda ko‘krak bezini bola emayotganda ona barmoqlari orasida ushlab turishi shart emas, ushlab turish esa sut yo‘lidan sutni evakuatsiyasiga to‘sqinlik qilishi, natijada sut bezlari u yoki bo‘lagini patologik qattiqlashishiga olib kelishi kuzatilgan

Sut bezlarida bola to‘yib emgandan keyin qolayotgan sutni sog‘ib tashlash tavsiya etilmaydi. Faqatgina onalarga sut bezlaridagi bosimni ortishini oldini olish tavsiya etilgani ma’qulrok, bunga esa bolani emizish yo‘li bilan va siynabandlar hamda tor kiyim kiymaslik yo‘li bilan erishiladi.

Ko‘krak bezidan sutni turib qolish esa, qachonki bolaning quvvati kamligi, kasalligi tufayli oxirgacha ema olmasa, ham da sut bezi yo‘llarida sut dimlanib qolsa, yoki sut hosil bo‘lishini stimu qo‘l bilan yoki maxsus sut sog’ib oluvchi moslamalar bilan o‘tkaziladi. Qo‘l bilan sog‘ib olish sut bezi surg‘ichlarinn shikastlanishini oldini olishda ikkinchi usullari afzalrok.

Ona bolani ko‘krakdni emizib bo‘lgandan keyni sut bezi surg‘ichlariga u yoki bu malhamlar surish tavsiya etilmaydi. Aksincha bolani emizib bo‘lgandan so‘ng 1 - 2 tomchi sutni sog‘ib, surg‘ichga surib, uni quriguncha ushlab turish va undan so‘ng toza yumshoq (doka) material qo‘yish tavsiya etiladi. Surg‘ichlarni xech qachon emizikli ona terini qurituvchi moddalar bilan (sovun, spirt va x.k.) yuvmasligi, artmasligi kerak, bu surg’ichlarni yemirilishiga olib keladi. Ko‘krak

bezi soxasidagi ona kiyimlari metall yoki boshka ko‘krak beziga botuvchy elementlari tutmasligi kerak.

Bolani esa ko‘krakdai emizib bo‘lgandai so‘ng, sut bilai yutib yuborgan havoni chikarib yuborish uchun uni vertikal xolda bir necha daqiqa ushlab turgan ma’qulroq. Ayrim hollarda bu muolajani emizish davrida bir necha marta qaytarish mumkin va bundan keyingina chaqaloqni uning yonboshiga yoki qorniga yotkazib qo‘yiladi (qaytarib chikarilgan sutni yoki bola qusganda aspiratsiyani oldini olish maksadida).

Qo’yidagi bolani faqat ko‘krakdan boqishni to‘g‘ri tashkil qilish VOZ (YuNISYeF 1989) tomonidan taklif etilgan 10 ta asosiy qoidani keltiramiz.

VOZ / YuNISYeF taklif etgan tabniy ovqatlantirishnnng 10 eng muxim prinsiplari.

1. Tabiiy ovqatlantirishning barcha qoidalariga rioya qilish va bu qoidalarni hamma meditsina xodimlari diqqatiga yetkazish.
2. Barcha meditsina xodimlarini tabiiy ovqatlantirish qoidalari bilan tanishtirish va ularni o’z faoliyatida qo‘llash uchun amaliy o‘rgatish.
3. Barcha homilador ayollarni ko‘krakdan boqish afzalliklari bilan tanishtirish.
4. Ko‘zi yorgan barcha onalarga chaqaloq tug‘ilgandan keyingi yarim soat vaqt ichida bolani ona ko‘kragidan boqishga yordamlashish.
5. Barcha onalarni ko‘krakdan to‘g‘ri boqish texnikasini va laktatsiya jarayonini uzoq saqlab qolish usullarini o‘rgatish, xatto ona va bola aloxida bo‘lgan hollarda ham.
6. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga ona sutidan bo‘lak xech qanday ovqat yoki suyoklik bo‘lmaslik. Bundan. Tibbiy sabablarga ko‘ra kiritiladigan mahsulotlar mustasno.
7. Ona va bolani sutka davomida birga bo‘lishini ta’minlash.
8. Ona suti bilan boqilayotgan barcha yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni ona ko‘kragini immitatsiya qiluvchi yoxi tinchlantiruvchi sun’iy mahsulotlarni bermaslik.
9. Bolani ona ko‘kragidan, uning talabiga mos boqish, ya’ni ko‘kradan boqilayotganda boqishlar urtasidagi interval, boqish soni va sut miqdorini bolaninig o`zi belgilaydi.
10. Ko‘krakdan boqishni targ‘ib qiluvchi guruhlarni tashkil qilishini keng yo‘lga qo‘yish va bu guruhlarga homilador ayollarni, ko‘krakdan boqayotgan onalarni yo‘llash.

12- AMALIY MASHG’ULOT.

Kam tana vazni bilan tug‘ilgan chaqaloq. Muddatidan oldin tug‘ilishning sabablari, morfologik va funksional belgilari.

Amaliy mashg‘ulotning maqsadi.

Talabalarga chaqaloqlik davri patologiyasini haqida ma’lumot berish, muddatidan oldin tug‘ilishning sabablari, morfologik va funksional belgilari. va tekshirish usullari haqida ma’lumot berish.

Kuvez chala tug‘ilgan yoki og‘ir xolatdagi tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish uchun mo‘ljallangan inkubator. Kuvez plessiglass oyna bilan qoplangan bo‘lib, unda chaqaloqni doimiy kuzatib turish imkoniyatini beradi. Kuvez ichida harorat, namlik va kislorod bilan boyitilgan havo bir meyorda ushlab turiladi. Kuvezda asosan III va IV darajali chala tug‘ilgan chaqaloqlar, va og‘ir axvoldagi chaqaloqlar (miya shikastlanishlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlar va x.k.) parvarish qilinadi. Chaqaloq hayotining 1 kunlarida kuvezning harorati 34-35^0 va namligi 90% ni tashkil qilinishi kerak. Keyingi kunlarda harorat va namlikni asta sekin pasaytirib boriladi. Og‘ir darajadagi chala tug‘ilgan chaqaloqlarga barcha muolajalar kuvezni o‘zida o‘tkaziladi.

Amaliy mashg‘ulotning vazifalari.

1. Talabalarga chaqaloqlik davri patologiyasini haqida ma’lumot berish, chala tug‘ilgan chaqaloqlar belgilari, va tekshirish usullari haqida ma’lumot berish, muxokama qilish.
2. Talabalarga chaqaloqlik davri patologiyasini, Muddatidan oldin tug‘ilishning sabablari, morfologik va funksional belgilari muxokama qilish.
3. Chaqaloqlik davrida patologik xolatlarni tashxisini namoyish qilish.
4. Chaqaloqlarni nazorati tadbirlar rejasini tuzish.

Talaba bilishi kerak.

1. Chaqaloqlik davri fiziologiyasi AFX bilish.
2. Tranzitor xolatlarni baholash (fiziologik sariqlik, tana vaznini tushishi, siydik nordon diatezi, jinsiy kriz va b.)
3. Chaqaloqlarda tug‘ma shartsiz reflekslar.
4. APGAR shkalasi bo‘yicha baholashni bilish diagnostik mezonlari.
6. Neonatolog maslaxatiga ko‘rsatma.

Talaba bajarishi kerak.

1.Anamnez va kasal shikoyatini to‘g‘ri yig‘ish.
2.Ushbu holatlar bo‘yicha laborator tekshiruvini qon, siydik, ahlatning klinik, biohximik ALT, AST analizlari, natijasini baxolash.
3. Chaqaloqni antropometriyasi, ko‘ruvdan o‘tkazish.
4.Tug‘ma reflekslarni aniqlash

Chala tug‘ilgan chaqaloqlar belgilari:

Yangihayot sharoitiga moslashuv jarayonini aks ettiruvchi xolatlar chegara,tranzitor yoki fiziologik xolatlar deb nomlanadi.Ularning asosiylari - yangi tug‘ilgan bola sindromi, oddiy eritema, tana vaznini fiziologik kamayishi, fiziologik sariqlik xolati, kindik yarasini parvarishlash, jinsiy kriz, issiqlik balansini tranzitor

buzilishi (fiziologik gipo- va gipertermiya), buyrak siydik kislotali infarkti, va x.k. Bolalar fiziologik reflekslarini tekshirish va baxolash (so‘rish, qidirish, xartum, og‘iz-kaft refleksi, ushlash, emaklash, himoya, avtomatik yurish, tayanch, Moro, Galant reflekslari va boshqalar.

Chala tug‘ilgan chaqaloqni aniqlash. Gestatsiya yoshi. Chala tug‘ilishning sabablari onaning salomatligiga bog‘liqliq kasalliklar-o‘tkir yuqumli kasalliklar, jinsiy kasalliklar, homiladorlik asoratlari, surunkali somatik kasalliklar, kasbiy ziyon zaxmatlar, chekish, narkomaniya, alkogolizm, ovqatlanishdagi kamchiliklar. Ijtimoiy -sotsial sabablar- uy sharoitlari, ayollar bilimi darajasi, tibbiy xizmat sifati. Biologik faktorlar onaning va otasining yoshi. Bola tomonidan – nasliy va genetik faktorlar

yoki homila ichi infeksiyalari. Kam vaznli go’daklar 3 guruhi: kam vaznli, juda kam vaznli, ekstremal kam vaznli. Chala tug‘ilgan bolalarni morfologik va funksional belgilari. Morfologik belgilar –bu tana tuzilishi noproporsional, terisi lanugo bilan qoplangan, tirnoqlari barmoq uchiga yetmagan, tog‘ay to‘qimalari yetarli rivojlanmagan, qiz bolalarda jinsiy yoriq ochilib turishi, o‘g‘il bolalarda esa moyaklar yorg‘oqqa tushmagan va x.k. Funksional belgilardan gipotoniya, fiziologik reflekslar sustligi, nafas olish yuzakiligi, apnoye xolatlari rivojlanishi, taxikardiya, gipotermiya va boshqalar. Bolalarda shkalasi bo`yicha baholash. Chala tug‘ilgan bolalarda issiqlik rejimi va issiqliq zanjiri. Chala tug‘ilgan bolani parvarishlash va davolash 2 bosqichi. Oziqlantirish muammolari. Poliklinikada chala tug‘ilgan bolalarni dispanser nazorati. Vaksinatsiya. Chiniqtirish usullari.

38 haftaga yetmay tug‘ilgan, 2500 gr dan kam, bo‘y uzunligi 45 sm dan kam bo‘lib tug‘ilgan chaqaloqlarga aytiladi. Pastki chegarasi 1000 gr. va bo‘yi 35 sm bo‘lishi belgilangan. Qolganlari yetilmagan homila deb aytiladi. Chala tug‘ilishning 4 ta darajasi bor.

Qolganlari yetilmagan homila deb aytiladi. Chala tug‘ilishning 4 ta darajasi bor. Massasiga qarab 1- 2000; 2-1500; 3- 1000; 4- 1000 dan kam.

Haftasiga qarab: 1- 37 hafta; 2- 34 hafta; 3- 31 hafta; 4-29 haftadan kam.

1-KLINIK O’QUV AMALIYOTI.

Pasternatskiy simptomi

Pasternatskiyning alomati - siydikdagi qizil qon tanachalarining paydo bo'lishi yoki ko'payishi bilan lomber mintaqada urish paytida og'riqning kombinatsiyasi. Texnika: bemor tik turadi yoki o'tiradi. Shifokor kaftini kostovertebral burchak maydoniga (buyraklarning proyeksiya zonasi) qo'yadi va kaftning cheti yoki ikkinchi qo'lning mushti bilan uradi. Shundan so'ng bemor siydik testini beradi. Pasternatskiyning ijobiy alomati bilan bemor lomber mintaqani urish paytida og'riqni his qiladi va siydik sinovida qon mavjud.

Bosish belgisi

Effleurajning alomati bel mintaqasida musht yoki kaft bilan yengil urish bilan og'riq paydo bo'lishidir. Shifokor o'ng va chap tomonda navbatma-navbat buyraklarning proektsiyalash sohasida (kostovertebral burchak) joylashgan kaft yoki mushtning cheti bilan urishni amalga oshiradi. Ba'zan ular shunchaki kaftning chetini lomber mintaqaga urishadi. Agar bunday teginish bemorda og'riq keltirsa, alomat ijobiy hisoblanadi.

Siydik chiqarish buzilishi yoki lomber mintaqadagi og'riqlardan shikoyat qilmaydigan bemorni muntazam umumiy ko'rikdan o'tkazishda, haqiqiy Pasternatskiy simptomini tekshirish tavsiya etilmaydi (bosishdan oldin va keyin siydik tahlili bilan). Agar buyrak kasalligini taxmin qilish uchun hech qanday sabab bo'lmasa, shifokor tekshiruvga teginish alomati bilan cheklanadi. Shunday qilib, aksariyat hollarda

Bemorning umumiy tekshiruvi tavsifida "Pasternatskiyning salbiy alomati" ni eslatish faqat lomber mintaqaga teginish paytida og'riqning yo'qligi haqida gapiradi. Shunga qaramay, bu ibora tibbiy jargonda mustahkam o'rnashgan va o'jarlik bilan bir voqea tarixidan ikkinchisiga aniq bo'lmagan "Pasternatskiy simptomi" nomi shaklida o'tadi.

Shunday qilib, vazifa o'zgardi - asl ruscha matnning ma'nosini to'g'ri yetkazish uchun "Pasternatskiy simptomi" ni tarjima qilish o'rniga, bizga "tegish simptomi" ning inglizcha versiyasi kerak.

Biz ingliz tiliga "bosish alomati" deb tarjima qilamiz

Merfining perkussiya testi Ingliz tibbiyot adabiyotida yuqoridagi teginish alomati bir nechta nomlar ostida namoyon bo'ladi: Merfining zarbasi belgisi, Merfining zarbasi, Merfining perkussiya testi, kostovertebral burchakning nozikligi, CVA nozikligi, CVAT.

Ushbu texnikani bajarish texnikasining ko'plab tavsiflari bu aniq teginish alomati ekanligini tasdiqlaydi:

Muhim! Merfi belgisi bilan adashtirmaslik kerak. Bu butunlay boshqacha alomat bo'lib, u buyraklar bilan hech qanday aloqasi yo'q va o't pufagiga ishora qiladi.

Inglizcha nomlar uchun yuqoridagi variantlardan teginish alomati uchun kostovertebral burchakning nozikligi (CVAT) haqida to'xtash yaxshiroqdir. Bir tomondan, bu variant eng ko'p qo'llaniladi. Boshqa tomondan, u simptomni juda aniq tasvirlab beradi va noto'g'ri tushunish ehtimolini kamaytiradi. Bosishning alomati salbiy. Kostovertebral burchakning sezuvchanligi aniqlanmadi.

Tekshiruvda qorin o'ng pastki qaraganda palpatsiyada og'riqli, Shchetkin-Blumberg simptomi manfiy, qorin devori mushaklarida taranglik yo'q, urish simptomi salbiy. Tekshiruvda bemorda o'ng pastki kvadrantda rebound yoki

himoyasiz palpatsiya sezuvchanligi va CVA sezuvchanligi yo'q. Effleurage alomati har ikki tomonda ham zaif ijobiydir. Yengil ikki tomonlama kostovertebral burchak sezuvchanligi mavjud.

Tekshiruvda o'ng tarafdagi bel qismini urganda ozgina og'riq bor. Jismoniy tekshiruvda kostovertebral burchakning perkussiyaga nisbatan yengil sezuvchanligi aniqlanadi.

O'ngda effleuragening ijobiy belgisi.

Parhez taomlar. Pevznerning parhez (davolovchi) stollar nomenklaturasi (V.A.Tutelyan, M.A.Samsonovning o‘zgartirishlari bilan)

Parhez (davolovchi) ovqatlanish o’tkir yoki surunkali kasalliklari bor (tuzalish, shuningdek, zo’raygan davrdagi) insonlar uchun tashkil etiladi. Parhez ovqatlanishi (sinonimi – “diyetoterapiya”) shifokor nazorati ostida statsionarlarda, sanatoriylarda, profilaktoriylarda, shuningdek, parhez oshxonalarida amalga oshiriladi.

Parhez ovqatlanishi quyidagi belgilar va o’ziga xosliklarga ajratiladi: bemor odam ovqatlanishining maqsadi nafaqat umumiy ovqat statusini qo’llab-quvvatlab turishgina emas, balki parhez muolajasi (diyetoterapiya)ni ham amalga oshirishdi; parhez ovqatlanishi kasallikning klinik manzarasi, patologik jarayonlarning xarakteri va rivojlanish turiga ta’sir qilishi mumkin parhez ovqatlanishi nafaqat boshqa terapevtik usullarning samarasini oshiribgina qolmay, balki surunkali kasalliklarning qo’zishi (retsidiv) va zo’rayishi sonini, shuningdek, o’tkir patologiyadan surunkali tusga o’tishini kamaytiradi (profilaktika vazifasini bajaradi);

ba’zi kasalliklar (temirtanqis anemiya, fenilketonuriya, tseliakiya)da parhez ovqatlanishi yagona (yoki yetakchi) terapevtik omil bo’lishi mumkin.

Zamonaviy parhez ovqatlanishi – bu kasallikning patogenezi, klinik manzarasi va rivojlanish dinamikasini hisobga oluvchi tabaqalangan parhez muolajasi (diyetoterapiya)dir. Metabolik parhez muolajasi (diyetoterapiya) parhez kimyoviy tarkibining u buyrak kasallik turiga xos bo’lgan almashinuv va morfofunksional buzilishlarning darajasi va xarakteriga moslashishini ta’minlaydi. 7-a Surunkali buyrak yetishmovchiligi, buyraklar azot ajratuvchi funksiyasi buzilishining keskin ifodalanganligi. 7-b Surunkali buyrak yetishmovchiligi, buyraklar azot ajratuvchi funksiyasi buzilishining o‘rtacha ifodalanganligi. 7- v Nefrotik sindrom. 7-g Terminal buyrak yetishmovchilig. 7- O‘tkir diffuz glomerulonefrit, piyelonefrit va buyrakning boshqa kasalliklari.

Tanadagi shishlarni aniqlash usullari. Yashirin shishlar.

Shishishning eng keng tarqalgan sababi, ayniqsa ertalab, kechasi ortiqcha miqdorda suv va tuzdir. Agar ular kamdan-kam hollarda paydo bo’lsa, vahima uchun hech qanday sabab yo’q. Ammo tez-tez bo’lsa, shoshilinch choralar ko’rish

vaqti keldi!

Shish jiddiy kasalliklarning alomati bo'lishi mumkin. Ular orasida:

2. Buyrak kasalligi

Agar buyraklar yahshi ishlamasa, u holda suv va tuz tanadan o'z vaqtida chiqarilmaydi, bu shish paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. E'tibor bering, shishish qondagi oqsil miqdorining keskin pasayishiga olib keladigan boshqa buyrak kasalliklarining alomati bo'lishi mumkin. Bunday kasalliklarda oqsil siydik bilan chiqariladi va shish paydo bo'lishiga olib keladi.

Alomatlar: Bunday shish ertalab paydo bo'ladi. Qoida tariqasida, yuzida agar shishgan ko'z qovoqlari va ko'z ostidagi sumkalar bilan uyg'onsangiz, sizning buyraklaringiz aybdor. Kechqurun shishish odatda kamayadi yoki yo'qoladi.

Sizning harakatlaringiz: Siz litrli diuretik choy ichishingiz shart emas, ular suv bilan birga tanadan qimmatli mikro va makro elementlarni yuvadi. Urololgga boring va hech qanday holatda o'z-o'zidan davolamang.

2. Yurak kasalligi

Yurak yetishmovchiligi shish paydo bo'lishining yana bir muhim sababidir. Dvigatelimiz qonni pompalay olmasa, u oyoqlarda to'planadi va natijada shish paydo bo'ladi.

Alomatlar: yurak shishi kechqurun sezilishi mumkin, ertalab esa ular yo'qoladi. Siz ularni oyoqlarda ko'rishingiz mumkin. Ko'pincha ko'krak qafasidagi og'riq yoki noqulaylik, zaiflik bilan birga keladi.

Maqolaning mazmuniNima qilish kerak: Hech qanday holatda yurak shishidan o'zingiz qutula olmaysiz. Kardiologga boring. U yurakni tartibga soluvchi davolanishni buyuradi.

3. Varikoz tomirlari

Har kuni siz oyoqlaringizni kuchli yukga duchor qilasiz, doimiy ravishda o'tirasiz yoki tik turasiz yoki siz "oyoq" holatida o'tirish odatiga egasiz – bularning barchasi oyoqlarning shishishiga olib keladi, chunki bu qon aylanishini buzadi. Ayollar bu kasallikdan ko'proq aziyat chekishadi.

Alomatlar: Kechqurun, bir kunlik ishdan so'ng, siz oyoq-qo'llaringizdagi paypoqning elastik tasmasidan izni sezasiz. Sizga kun ohirigacha oyoqning kattaligi oshib borayotgandek tuyuladi va ertalabki poyabzal allaqachon kichkina – bularning barchasi venoz shish. Bundan tashqari, kechqurun oyoqlar og'riyapti va shovqin qiladi

Maqolaning mazmuni nima qilish kerak: Oyoqlaringizdagi qon aylanishini yakhshilash uchun kompressor paypoqlarini sotib oling va ularni har kuni kiying. Bunday tibbiy kiyimlarni to'g'ri tanlash uchun siz phlebolog bilan maslahatlashingiz kerak. Bundan tashqari, siz varikoz tomirlarining alomatlarini kamaytiradigan dorivor malhamlarni sotib olishingiz mumkin.

4. Gormonal buzilishlar

Ayol gormonal yetishmovchiligi – ko’pincha shish paydo bo’lishiga olib keladi. Bu yerda qalqonsimon bez asosiy rol o’ynaydi, u noto’g’ri ishlaganda, zarur gormonlar juda kam bo’lib qoladi va ular tanadagi suvning tranzitiga dosh bera olmaydi. Suv saqlanib qoladi, shish paydo bo’ladi, keyin qonda to’plangan moddalar suvni ushlab turadi.

Alomatlar: Bunday gormonal shishning dislokasiyasi ko’pincha oyoqlardir. Ular teginish uchun zich: agar siz bossangiz, barmoq izi qolmaydi. SHishishdan tashqari, boshqa alomatlar paydo bo’ladi – tez o’sib borayotgan qo’shimcha funt, ich qotishi, kamdan-kam puls, uyquchanlik kuchaygan.

Sizning harakatlaringiz: endokrinologsiz kurasholmaysiz: gormonlar nozik masala. Shuning uchun, hech qanday holatda o’zingiz dori-darmonlarni qabul qilmang.

5. Allergiya

Maqolaning mazmuni Allergiya ko’pincha shish paydo bo’lishiga olib keladi. Agar sizda ari yoki ari chaqishi uchun allergiyangiz bo’lsa, chaqish joyida juda katta o’simtaga o’hshash shish paydo bo’lishi mumkin. Oziq-ovqat allergiyasi bilan og’rigan bemorlarda gırtlakning shishishi mumkin. Agar siz alergegik mahsulotni istemol qilgan bo’lsangiz va tomoq qichishi va shishganligini his qilsangiz, darhol tez yordam chaqiring, chunki bu juda havflidir, siz bunday shishishdan bo’g’ilib qolishingiz mumkin.

Alomatlar: tishlash joyida qizarish, qichishish va shishish. Allergiya bilan Quinkke shishi ko’pincha paydo bo’ladi, unda lablar, til, gırtlak va bodomsimon bezlar shishiradi.

Sizning harakatlaringiz: yengil shishish bilan antigistaminlar (planshetlar va malhamlar) yordam beradi. Hech qanday yaszzzzzazaqaqqecfsahshilanish sezmadingizmi? Allergist bilan maslahatlashing. Agar angioedemadan shubha qilsangiz, darhol tez yordam chaqiring. U kelguncha, shishgan joyga sovuq qo’llang va antigistamin oling.

Tana to'qimalarida ortiqcha suyuqlik tufayli shish paydo bo'lishi. Ular ko'pincha to'piqlarda, oyoqlarda, qo'llarda va qo'llarda paydo bo'ladi. Shish homiladorlik yoki shikastlanish kabi vaqtinchalik holatda rivojlanishi mumkin. Ammo ular yurak, jigar yoki buyrak kasalliklarining yon ta'siri sifatida ham paydo bo'ladi. Ular, shuningdek, dori-darmonlarni davolashning yon ta'siri bo'lishi mumkin. Shish periferik bo'lishi mumkin - ya'ni. to'piqlarda, oyoqlarda, qo'llarda va qo'llarda - yoki u markaziy ichki organlarda, masalan, o'pkada paydo bo'lishi mumkin.

1-usul Periferik shishlarni aniqlang

1.

Oddiy simptomlarni tekshiring. Periferik shishlar to'piqlar, oyoqlar, qo'llar va qo'llarning shishishi bilan tavsiflanadi. Shishish teringizni cho'zishi yoki uni porlashi mumkin. Agar siz shishgan joyni bir barmog'ingiz bilan bossangiz va chuqurlik (yoki buk) bir muncha vaqt ko'rinadigan bo'lsa, sizda o'chirilmaydigan shish bor. Bu shish ko'pincha uzoq vaqt o'tirgan holatdan keyin paydo bo'ladi.

Periferik shish uchun xavf omillarini baholang. Yengil yoki o'rtacha darajadagi periferik shish turli sabablarga ko'ra yuzaga keladi, masalan: Jismoniy mashqlar yoki mashg'ulotlarsiz uzoq vaqt o'tiring Juda sho'r ovqatni iste'mol qilish. Gormonlar darajasidagi o'zgarishlar (shu jumladan hayzdan oldingi meteorizm va estrogen darajasidagi o'zgarishlar) homiladorlik. Limfa tizimi va limfa tugunlarining operatsiyadan keyingi shikastlanishidan aziyat chekadi (odatda ko'krak bezi saratonini olib tashlash uchun operatsiyadan keyin). Ba'zi dori-darmonlarni, shu jumladan steroidlarni, qon bosimini pasaytiradigan dorilarni va diabetga chalinganlar uchun dori-darmonlarni, shuningdek, steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni qabul qilish.

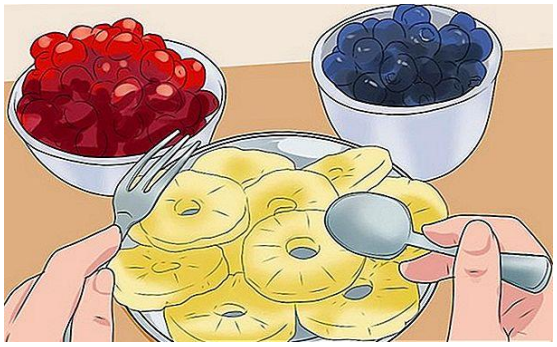
Tetiklantiruvchi tibbiy sabablarni biling. Yuqoridagi xavf omillariga qo'shimcha ravishda, shish turli tizimli kasalliklar tufayli yuzagakelishi mumkin. Tibbiy ko'rikdan o'ting va quyidagilarni tekshiring: Yurak yetishmovchiligi. Jigar kasalligi. Buyrak kasalligi yoki nefrotik sindrom (albumin darajasi past bo'lgan buyrak kasalligi. Albumin qondagi muhim oqsildir); Surunkali venoz etishmovchilik, masalan, varikoz tomirlari, samarali qon aylanishini oldini oladi. Limfa yetishmovchiligi yoki shikastlanishi (kimyoterapiya, jarrohlik yoki boshqa

shikastlanishlar natijasida kelib chiqqan).

2-usul Ratsion va turmush tarzini o'zgartiring

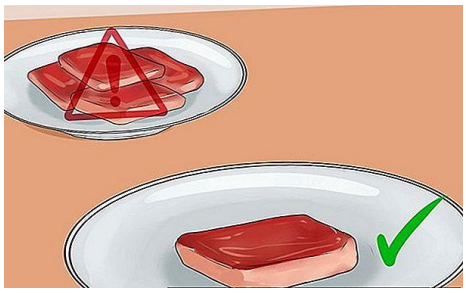
Tuzni iste'mol qilishni kamaytiring. Qondagi ortiqcha tuz to'qimalarda suvni saqlaydi. Shuning uchun, tuz iste'moli kamaytirilganda shish kamayishi mumkin. Siz dietolog yoki diyetisyen bilan maslahatlashingiz mumkin, ular sizning tuzingiz kam bo'lgan dietangizni birlashtirishga yordam beradi. Biroq, bir nechta umumiy maslahatlar bilan siz tuz iste'molini ham kamaytirishingiz mumkin. Ovqatni tuz bilan ta’tib ko'rmang. Kamroq tuzli ta'mga ko'nikish uchun biroz vaqt kerak bo'lishi mumkin, ammo siz taomning ta'mini aniqroq his qilayotganingizni sezasiz. Bundan tashqari, ta'mni biroz o'zgartirish uchun idishlarni arpabodiyon, kori, qalampir, zira yoki kekik kabi o'tlar bilan ziravor qilib ko'rishingiz mumkin. Qayta ishlangan ovqatlarni iste'mol qilishni cheklang. Bunga supermarketda xarid qilishingiz mumkin bo'lgan barcha konservalangan, muzlatilgan yoki uzoq qadoqlangan ovqatlar (shu jumladan konservalangan sho'rva) kiradi. O'zingiz pishirgan taomlarni to'liq iste'mol qiling. Ovqatni o'zingiz tayyorlasangiz, unda tuz yo'qligiga ishonch hosil qilishingiz mumkin. Yaxshi yondashuv supermarketlarda xarid qilish va markazdagi "savdo orollari" dan qochishdir. Go'sht, baliq, sut mahsulotlari va qadoqlangan oziq-ovqat (yasmiq, loviya, butun don va yong'oq kabi) kabi barcha mahsulotlar odatda u yerda taklif etiladi. Supermarketingizdagi "organik bo'lim" ga tashrif buyuring. Ba'zan u erda butun organik mahsulotlarni topishingiz mumkin. Qayta ishlangan ovqatlardagi yorliqni o'qing va natriy tarkibini tekshiring.

1.



Sizning dietangizdagi ozuqaviy muvozanatni yaxshilang. Turli xil meva va sabzavotlarni iste'mol qilish sizning dietangizda yaxshi ovqatlanish muvozanatini saqlashning eng yaxshi usuli hisoblanadi. Bu oziq-ovqatlar tabiiy ravishda kam tuz ga ega va sog'lom oziq moddalar manbai hisoblanadi. Qushqo'nmas, maydanoz, lavlagi, uzum, yashil loviya, yashil bargli sabzavotlar, qovoq, ananas, piyoz, piyoz va sarimsoq kabi turli xil meva va sabzavotlarni sotib oling. Chuqur yashil rangga ega bo'lgan sabzavotlar ko'pincha eng yuqori ozuqaviy qiymatga ega. Ko'k, gilos, malina, pomidor, qovoq yoki qalampir kabi ko'plab antioksidantlar bilan oziq-ovqatlarni iste'mol qilish shish uchun yaxshi bo'lishi mumkin.

2.



Go'shtni iste'mol qilishni cheklang. Siz go'sht iste'molini cheklashingiz kerak. Go'shtning ba'zi turlari (masalan, dudlangan go'sht, sovuq go'sht va qizil go'sht) natriyning yuqori qismini o'z ichiga oladi. Bundan tashqari, yog'ni ortiqcha iste'mol qilish jigar, o't pufagi va ovqat hazm qilish funktsiyalariga to'sqinlik qilishi mumkin va shuning uchun shish uchun salbiy oqibatlarga olib keladi.

Ko'p suv iching. Agar siz suv saqlasangiz, ko'proq suv ichish mantiqsiz bo'lib tuyulishi mumkin. Biroq, bu tizimni tozalashning eng yaxshi usuli. Kuniga olti-sakkiz stakan (250 ml) suv iching. Agar shifokor diuretik (suv tabletkalari) buyurgan bo'lsa, siz uchun mos suv iste'molini muhokama qiling.

3.

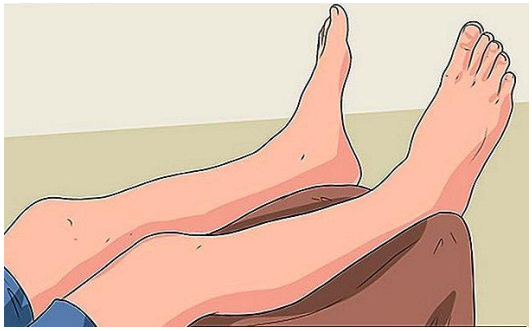
Spirtli ichimliklar, kofein va tamakidan saqlaning. Ushbu mahsulotlar ichki shishishni kuchaytirishi va umumiy sog'lig'ingizni yomonlashtirishi mumkin. Spirtli ichimliklar va kofein sizni quritishi mumkin. Agar siz ushbu hashamatli taomlarni

iste'mol qilsangiz, salbiy ta'sirlarni bartaraf etish uchun qo'shimcha suv iching.

4.

To'g'ri va yetarli darajada mashq qiling. Ma'lumki, agar siz yetarli darajada harakat qilmasangiz, shish paydo bo'lishi mumkin. Ko'p odamlar shish ham juda ko'p jismoniy mashqlar natijasi bo'lishi mumkinligini bilishmaydi. Muayyan vaziyatingizda mashqlarning to'g'ri miqdori (va to'g'ri turi) haqida shifokoringiz bilan gaplashish muhimdir. Agar siz izchil mashg'ulotlarga o'rganmagan bo'lsangiz, asta-sekin mashq qilishni boshlang. Agar siz jarrohlik yoki kasallikdan tuzalib ketgan bo'lsangiz, ehtiyot bo'ling va faoliyatingizni davom ettirish uchun o'rtacha jismoniy mashqlar rejasini ishlab chiqish uchun shifokor yoki fizioterapevt bilan ishlang.

Haddan tashqari o'tirishdan saqlaning. Shishning eng kuchli tetiklari ko'pincha juda ko'p o'tirish vaqti va jismoniy mashqlar etishmasligidir. Yurish oyoq mushaklarini cho'zadi va qisqartiradi, tomirlaringizni massaj qiladi yoki rag'batlantiradi va qonni yurak va o'pkangizga qaytaradi. Agar o'tirish muddati juda uzoq bo'lsa, qon sizning ekstremitalarda to'planadi.

5. 

Uzoq vaqt davomida o'tirganda yoki dam olayotganda oyoqlaringizni yuqoriga qo'ying. Agar harakatsiz holatda uzoq vaqt turishdan qochib bo'lmaydigan bo'lsa, qon to'planmasligi uchun oyoqlaringizni ko'tarib ko'ring. Oyog'ingizni stolga, taburetga yoki stulga qo'ying. Bundan tashqari, bir nechta yostiqlarni to'plashingiz va oyoqlaringizni ularga qulay tarzda qo'yishingiz mumkin.

6.

Har soatda bir marta turing va oldinga va orqaga yuring. Agar siz o'tirishga ko'p vaqt sarflashingiz kerak bo'lsa, har soatda besh daqiqalik tanaffusni rejalashtiring va sayrga chiqing. Bu sizning shishishni yaxshilashga yordam beradi. Xonani aylanib chiqing, oshxonada suv idishini to'ldiring yoki blok atrofida yuring. Sizning shishingizdan tashqari, u bilan kayfiyatingizni ham yaxshilashingiz mumkin. Ko'p odamlar shishishi kechalari yomonroq deb o'ylashadi. Agar siz uzoq ish kunidan keyin divanda dam olsangiz, siz hali ham ozgina harakat qilishingiz va har soat yoki har soatda turishingiz va aylanib chiqishingiz mumkin.

Qo'llaringizni ko'taring. Agar periferik shish bilak yoki qo'lingizda bo'lsa, har 30-60 daqiqada qo'llaringizni va qo'llaringizni havoga cho'zishga harakat qiling. Gravitatsiya sizning ekstremitalaringizdan suyuqlikni to'kib tashlashga yordam beradi.

- Bundan tashqari, qo'llaringizni boshingizga ko'tarib silkitish sizni tinchlantirishi mumkin.

7.

Siqish paypoqlarini kiying. Kompressiv paypoqlar yoki tayanch paypoqlar - bu tor, elastik paypoqlar pastki oyoq va to'piqda bir tekis bosim hosil qiladi va suyuqlikning to'planishiga yo'l qo'ymaydi. Siz ularni dorixonalarda va ba'zi dorixonalarda sotib olishingiz mumkin. Ko'p odamlar qo'llab-quvvatlovchi paypoqlarni kiyish qiyin, chunki ular juda qattiq. Eng yaxshi usul - paypoqning oxirida to'piqgacha siljitishdir. Keyin paypoqni oyog'ingizga torting va qolgan paypoqni to'piq va buzoq ustiga aylantiring. Ko'pgina shifokorlar yoki

fizioterapevtlar jismoniy mashqlar paytida himoya kiyim kiyishni tavsiya qiladilar. Shifokoringizdan uning fikrini so'rang. Ba'zi qo'llab-quvvatlovchi kiyimlar tanangizga moslashtirilishi kerak. Misol uchun, ba'zi ayollar ko'krak jarrohligidan so'ng qo'llari uchun maxsus kompressorli kiyimlarga ega. Vaqti-vaqti bilan bosim ostida bo'lgan havo pompasi bilan siqish kiyimlari ham mos kelishi mumkin.

3-usul Muqobil, tabiiy yondashuvlar

1.

Doktoringiz bilan gaplashing. Tabiiy vositalar ko'pincha juda xavfsizdir, ammo tabiiy vositalarni boshlashdan oldin har doim shifokor bilan maslahatlashing kerak.

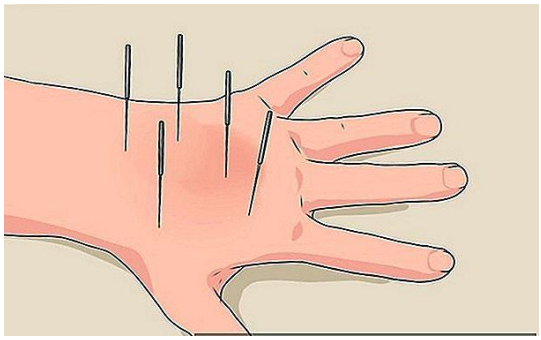
2.

Drenajli choy iching. Bu choylar diuretik sifatida ishlaydi. Ular ishlab chiqarilgan siydik miqdorini oshiradi va ortiqcha suyuqlikni tanadan olib tashlaydi. Ba'zi o'simliklarga allergik reaksiyalardan xabardor bo'ling va ushbu choylar va siz qabul qilayotgan boshqa dorilar o'rtasidagi o'zaro ta'sir haqida shifokor yoki farmatsevt bilan maslahatlashing. Kuniga uch-to'rt stakan choy iching. Ta'mni yaxshilash uchun asal, steviya yoki limon qo'shing. **Dandelion barglari choyi**: Siz haqiqatan ham karahindiba ildizini emas, balki karahindiba barglarini ichganingizga ishonch hosil qiling, chunki u shish uchun juda foydali emas. **Kardamom choyi**: Bir choy qoshiq urug'lar yoki quritilgan o'tlar va bir stakan iliq suvdan o'zingizning choyingizni tayyorlang. **Moychechak choyi**: Bu choy dam olishga va uxlab qolishingizga ham yordam beradi. **Hindibo choyi**: Bu qahva uchun yaxshi o'rinbosar. **Arpabodiyon choyi**: Bir choy qoshiq arpabodiyon urug'i yoki barglari va bir stakan qaynoq suvdan o'zingiz choy tayyorlang. Arpabodiyon ham hazmsizlikka yordam beradi va ruhni yangilaydi. **Petrushka choyi**: Bu choy siydik

haydovchi va ovqat hazm qilishda yordam beradi. **Qichitqi o'ti choyi**: Bu choy siydik haydovchi bo'lib, vitamin va minerallarni ham beradi.

3.

Antioksidantlarni qabul qiling. Antioksidantlar sizni bilvosita shishdan himoya qilishi mumkin, chunki ular tomirlarni kuchaytiradi. Antioksidantlarga boy oziq-ovqatlarni iste'mol qilishdan tashqari, o’z um yadrosi ekstrakti (kuniga ikki marta 360 mg) yoki ko'k (kuniga uch marta 80 mg) kabi qo'shimchalarni olishga harakat qilishingiz mumkin.

4. 

Akupunktur bilan davolang. Akupunktur an'anaviy xitoy tabobatidan kelib chiqqan yondashuvdir. Ignalilar tanaga ma'lum nuqtalarda kiritiladi. An'anaviy xitoy tabobati tananing muvozanatini tiklashga harakat qiladi va shishishni muvozanatning belgisi sifatida ko'radi. Shishning akupunkturi tanadagi barcha suyuqliklar to'g'ri oqishi uchun muvozanatni tiklashga harakat qiladi. Siz tan olingan TCM terapevtlari va akupunkturistlar ro'yxatini bu yerda topishingiz mumkin.

5.

Massaj bilan terapiya qiling. Massajlar qon aylanishini rag'batlantirishi va suyuqliklarni to'qimalardan qon oqimiga va limfa tizimiga jismoniy yo'naltirishi mumkin. Limfatik drenaj (MLD) yoki limfatik drenaj terapiyasi (LDT) deb ham ataladigan limfa shishi massaji tananing limfa tizimini rag'batlantiradigan va immunitet funktsiyalarini qo'llab-quvvatlaydigan massaj shaklidir. Shifokoringiz MLD / LDT bo'yicha ixtisoslashgan terapevtni tavsiya qilishi mumkin. Shuningdek, siz fizioterapiya assotsiatsiyasi orqali taniqli massaj terapevtini topishingiz va to'g'ridan-to'g'ri "limfa drenajini" qidirishingiz mumkin.

O'zingizni gidromassaj bilan davolang. Naturopatlar tez-tez limfa oqimini rag'batlantirish uchun "suv massaji" ni tavsiya qiladilar, bu esa qisqarish va kengayish orqali shishni kamaytirishi mumkin. Suyuqlik yuragingizga va ekstremitalaringizdan tashqariga yo'naltiriladi. Ushbu massajni uyda dush boshi bilan bajarishingiz mumkin (uni qo'lingizda ushlab turishingiz mumkin). Oyoqlaringizni sovuq suv bilan yuvishni boshlang. Avval bir oyog'ingizni, keyin ikkinchi oyog'ingizni dush bilan yuving. Keyin buzadigan amallar boshini ikkala tomondan oyoqlaringizdan oyoqlaringizga yurakka qarab harakatlantiring. Keyin qo'llaringizni birin-ketin sovuq suv bilan yuving. Qo'lingizni yaxshilab yuvib bo'lgach, suv oqimini bir qo'lingiz bilan yuragingizga ko'taring. Keyin boshqa qo'lni dush qiling. Suvni issiqqa o'zgartiring. (O'zingizni yondirmasdan iloji boricha issiq bo'lishi kerak). Jarayonni ikkala oyoq va oyoqlarda iliq suv bilan takrorlang. Keyin qo'llaringizni va qo'llaringizni iliq suv bilan yuving. Suv haroratini yana sovuqqa o'zgartiring va tugatish uchun butun jarayonni yana takrorlang.

6.

Limfa cho'tkasi bilan davolashni sinab ko'ring. U "quruq cho'tka" sifatida ham tanilgan va an'anaviy xitoy tibbiyotining yana bir usuli. Ushbu usulni uyda uzoq muddatli yumshoq cho'tka yoki yumshoq paxta sochiq bilan sinab ko'rishingiz mumkin. Ushbu usulni qo'llashdan oldin teringiz va cho'tkasi (yoki sochiq) butunlay quruq bo'lishi kerak. Barcha cho'tka zarbalari yurakka uzoq, quruq harakatlarda bajarilishi kerak. Dumaloq yoki ishqalanish harakatlari bilan ishlamang. Qo'llaringizni yelkangizga qo'llaringiz ustiga cho'tkasi bilan cho'tkalang. Orqa tomonni umurtqa pog'onasidan yelkalaringizga surting. Soch chizig'idan yelkalargacha bo'yin ustiga cho'tkasi. Ko'krakni bo'yningizga surting. Kindikdan ko'krak qafasining o'rtasiga cho'tkasi. Ko'krak atrofini bilagiga surting. Oyoqlaringizdan boshlab, oyoqlaringizni cho'tka bilan tarang. Keyin ikkala tomondan to'pig'ingizdan tizzagacha oldinga va orqaga cho'tkalang. Keyin ikkala tomonning tizzasidan oldinga va orqaga cho'tkasi. Cho'tkasi cho'tkadan kindikgacha. Limfa cho'tkasi bilan davolash taxminan besh daqiqa davom etishi kerak. Keyin sovuq nishab bilan yopadigan issiq hammom yoki dush oling. Siz kuniga bir yoki ikki marta limfa cho'tkasi bilan davolanishingiz mumkin.

4-usul Ichki shishlarni davolash

Semptomlarga e'tibor bering. Ichki shish oshqozonda shish (astsit) bilan tan olinishi mumkin. O'pka shishi nafas qisilishi, nafas qisilishi yoki ko'krak og'rig'iga sabab bo'ladi. **Tibbiy muolaja oling.** Ichki shish - bu juda jiddiy kasallik. Effektlarni uyda davolashga urinmaslik kerak. Shifokoringizdan davolang va uning ko'rsatmalariga amal qiling.

Yangi tug‘ilgan chaqaloq gestatsiya muddatini aniqlash va yetukligini Bollard shkalasi bo‘yicha baxolash.

Chaqaloqlar gestatsion yoshini morfologik kriteriylarlar yigindisiga ko’ra baxolash (Bollard Dj., Dubovich va b. 1979y)

Belgilari	Ballar					
	0	1	2	3	4	5
Terisi	Jelati-noz Qizil, tiniq	Tekis, Pushti rangda, Venalar ko‘rinadi	Yuzaki Teri tashlash va/yoki biroz venalar ko’rinadi	Egatsimon, tirishlar kam, venalar ko‘rinadi	Pergamentsimon-Chuqur egatlar bor, tomirlar ko‘rinmaydi	Yetuk, burmali

Lanugo	yo‘q	Ko‘p miqdorda	kamrok	Tuksiz qismlar	Ko‘p qismi tuksiz	
Burmalar oyoqda (stopa)	yo‘q	Aniq bo‘lmagan qizil chiziklar	Burmalar faqat oyoqning oldingi qismida	Burmalar oyoqning 2/3 qismida	Burmalar Oyoqning ham ma qismida	
Ko‘krak Bezlar	Arang seziladi	yassi, So‘rg’ich atrofidagi aylana yo‘q	To‘qima seziladi So‘rgich atrofi aylanasi 1-2 mm	So‘rgich ko‘tarilgan, Surg’ich atrofiiy aylanasi 3-4 mm	Ko‘krak bezi Atrofii to‘qima anik sezilar li, so‘rgich atrofi aylanasi 5-10 mm	
Quloq	Quloq suprasi yassi. Egilganda bukilgan xolicha qoladi	Quloq suprasi yengil bo‘rtgan yumshok. bukilganda sekin to‘gri	Quloq sup-rasi yaxshi bo‘rtgan, yumshoq, bukilganda oson to‘gri-lanadi	Zich va shakl-langan, bukilganda tezda to‘g‘rilanadi	Zich tog’ay, qulog’i qattiq	
Genita-liyalar (o’gil bola)	yorg‘oq bo‘sh, burmalari yo‘q		Tuxumlari tushayotgan xolatda, yorg‘oqda burmalar bor	Tuxumlar Tushgan, yorg‘oqda burmalari yaxshi rivoj-	Tuxumlar «osilgan», yorg‘okda burma lar chuqur	
Genita-liy (qizlarda	Klitor va kichik jin siy lablar bo‘rtib chiqqan		Katta va kichik jinsiy lablar bir biriga teng	Katta jin siy lablar kichik jin ni yopgan	Klitor va kichik jinsiy lablar to‘liq katta jinsiy lablar bilan	

Izox. 1. Agar kriteriylardan biri ikkita ko‘rsatkich bilan baxolansa, ko‘prok to‘g‘ri kelgani xisobga olinadi. 2. 32 haftadan so‘ng o‘g‘il bolalarda tuxum yorg‘okda joylashgan bo‘ladi, qizlarda esa katta jinsiy lablar kichik jinsiy lablar bilan bir xil o‘lchamda yoki ulardan kattaroq bo‘ladi.

Yuqoridagi rasmda ko‘rsatilganga ko‘ra bolaning nevrologik simptomlarini tekshiramiz.

Chaqaloq pozasi (poza mladensa) - kuzatuv bola tinch xolatda bola chalqancha yotganda olib boriladi. Bolaning qanday xolatda yotganliga e’tibor berib baxolanadi.

Kvadrat oyna (kvadratnoye okno)- shifokor chakaloqni kaftini bilagi yo‘nalishida ichkariga bukadi. Bosh va ko‘rsatkich barmog‘i orasida ezadi. Maksimal bukishga erishiladi. Bilakni ichki yuzasi va bosh barmog‘i orasi ko‘riladi.

Qo‘lning javob reaksiyasi - Shifokor bolani qo‘lini tirsak bilan bukkan xolatda 5 sekund ushlab turadi va bolani qo‘lini qo‘yib yuboradi. Agar bola qo‘lini yana bukib olsa, simptom musbat xisoblanadi.

Tizza osti burchagi (podkolennыy ugol) - chalqancha yotgan bolani shifokor chap qo‘lining ko‘rsatkich barmogi bilan sonini tizza-ko‘krak xolatida ushlab turadi, shu bilan bir vaqtda bosh barmogi chaqaloqning tizzasini ushlab turadi, so‘ng sekin asta shifokorning o‘ng qo‘l ko‘rsatkich barmogi bilan yengil bosgan xolda oyog’i boldir-tovon bo‘g‘imining orqa yuzasiga yoziladi, shundan so‘ng tizza osti burchagi o‘lchanadi.

Sharf simptomi (simptom sharfa) - Yotgan chaqaloqni shifokor kaftini olib qarama-qarshi tomonga, bo‘yindan orqaga, iloji boricha uzoqqa olib boriladi.

0 ball - tirsak qarama-qarshi qo‘ltik osti liniyasigacha boradi.

1 ball - o‘rta liniya orasida va qarama-qarshi qo‘ltik osti liniyasigacha boradi.

2 ball - tirsak o‘rta liniyagacha bormaydi.

3 ball - tirsak o‘rta liniyaga yetib boradi.

4 ball - o‘rta liniyaga yetib bormaydi.

Oyoq panjasini quloqqa yetkazish (prityagivaniye pyatki k uxu)- chalqancha yotgan chaqaloqning oyoq panjasini boshiga qadar kuch ishlatmagan xolda olib boriladi. Oyoq kafti bilan bolaning boshi orasidagi masofa belgilanadi.

Tablitsa **Gestatsion yoshni baxolashda morfologik va nerv-mushak yetuklik ballar summasi**

Ballar summasi	Gestatsion yosh, hafta	Ballar summasi (tabl. + ris.)	Gestatsion yosh, Haftalar.
5	26	30	36
10	28	35	38

15	30	40	40
20	32	45	42
25	34	50	44

Izox: morfologik va nerv- mushak yetuklik ko‘rsatkichlariga ko‘ra ballar qo‘yiladi va hammasi qo‘shib summasiga ko‘ra yuqoridagi jadval orqali bolaning gestatsion yoshi topiladi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloq gestatsiya muddatini aniqlash uchun ayolning so‘ngi xayzining birinchi kunidan boshlab tug‘ilgunga qadar kalendar yordamida necha hafta o‘tganligini xisoblab chiqiladi. Yetuk tug‘ilgan chaqaloqda bu muddat 38-41 haftani yani 259-293 kunni tashkil qilishi kerak. 38 haftaga yetmay tug‘ilgan chaqaloq chala tug‘ilgan chaqaloq deb aytiladi, 42 va undan ortiq hafta muddatida tug‘ilgan bo‘lsa “muddatidan o‘tgan homiladorlik” (perenoshennost) deb ataladi.

Chaqaloqning yetukligini morfofunksional belgilarga asoslanib ham baxolanadi. VOZ bo‘yicha gestatsion yoshni quydagi tablitsa yordamida aniqlashimiz mumkin. Rost (bo‘yi) x 4 : 5. Masalan: Bola bo‘yi 50sm., 50x4:5= 200:5=40 hafta; Bo‘yi - 36 sm, 36x4:5=144: 5= 28 hafta.

Yetuk tug‘ilgan chaqaloq tana massasi ko‘pincha 2700 grammdan 4000 grammgacha bo‘ladi. Bo’yi 47-54sm bo‘lishi kerak. Yetilgan chaqaloq teri osti yog’ qavati yaxshi rivojlangan. Terisi elastik, pushti rangda, tuklar bilan siyrak qoplangan, boshdagi sochini uzunligi 2 sm ga yetadi. Quloq suprasi tarang, tirnoqlari zich, barmoqlarni to‘lik qoplaydi. Kindigi xanjarsimon o‘sik va quvuq chizig’i bo‘ylab markazda joylashgan bo‘lishi kerak. O‘gil bolalarda tuxumlari yorgoqqa tushgan. Qiz bolalarda kichik jinsiy lablar katta jinsiy lablar bilan yopilgan. Yig‘isi qattiq, mushak tonusi, harakatlari yetarli kuchga ega, so‘rish va yutish reflekslari yaxshi rivojlangan. Reflektor faolligi yaxshi, fiziologik reflekslar yaxshi chaqiriladi.

Chaqaloq tana vaznini tortish uchun xozirgi vaqtda asosan maxsus chaqaloqlarni tortish uchun muljallangan elektron tarozilardan foydalanamiz. Xona harorati 24-26^0 bo‘lishi kerak. 1% xloramin yeki 3% perekis vodorod eritmasi bilan avvaldan artib qo‘yilgan taroziga steril yo‘rgak solinadi va chaqaloq yalang’och tortiladi.

Chaqaloqning bo‘yini maxsus gorizontal rostomer yordamida o‘lchaymiz. Rostomerga steril yo‘rgak solib bolani yotkizamiz, bunda boshining teppa qismi rostomerning siljimaydigan taxtasiga tegib turishi kerak, ko‘zining cheti quloq teshigi soxasida bo‘lishi kerak. Asta sekinlik bilan tizzalarini yozib tovon tomoniga rostomerni jildiradigan plankasini keltiramiz va ko‘rsatkichlarni belgilaymiz.

Chaqaloqning bosh va ko‘krak aylanasini o‘lchash uchun kleyenkali santimetr lentadan foydalanamiz. Bosh aylanasini o‘lchash uchun lentanining bir uchini qoshning tepa qismiga qo‘yadi, va lentani quloq ustidan, ensa soxaning eng chiqqan soxasida, ikkinchi qulok ustidan, qosh ustidan o‘tkazib birinchi uchi bilan birlashtiradi.

Ko‘krak qafasini o‘lchash uchun santimetr lenta oldida ko‘krak nuqtalari, orqa tomondan esa kurakning pastki uchi ostidan o‘tkaziladi.

Barcha antropometrik o‘lchamlar chaqaloq kartasiga belgilanadi.

Ko‘krak suti bilan to‘g‘ri emizish texnikasi

Sog‘lom tug‘ilgan chaqaloq tug‘ilgan zaxotiyoq emish harakatlarini qila boshlaydi yani ko‘krakni istaydi. Shuning uchun xozirgi davrda onada laktatsiyani erta rivojlantirish, bola va onaning ruxiy bog‘lanish maqsadida bola tug‘ilgan zaxotiyok onaga emizishga beradi. Buning uchun chaqaloq tug‘ilishi bilan kindik o‘qiga kiskich (zajim) qo‘yilgach bolani yo‘rgakka o‘rab ona qorniga yotkiziladi (Kenguru usuli). Chaqaloq asta sekin emaklagandek ko‘krakni topib ema boshlaydi. Ko‘krak nuqtasining reflektor ko‘zg’olishi prolaktin va oksitotsin ishlab chiqarishni stimullaydi. Bu esa o‘z navbatida yo‘ldoshni barvaqt ko‘chishiga, laktatsiya stimullashiga olib keladi.

Onaga bolani qanday to‘g‘ri ushlash kerakligini ko‘rsating:

- bolaning boshi to‘g‘ri tutilgan yoki salqina orqaga engashgan va tanasi to‘g‘rilangan
- Bolaning tanasi va yuzi ko‘krakka qaratilgan, burni ko‘krak uchlari damida turadi
- Bolaning tanasi ona tanasiga yaqinlashtirilgan
- Ona bolaning faqat yelkasi va bo‘ynini emas, butun tanasini tutib turadi.

Go‘dakka ko‘krakni qanday qilib to‘g‘ri berish kerakligini onaga ko‘rsating. Buning uchun:

- bolaning lablariga ko‘krak uchini tekkizing
- bola og‘zini ochishini kuting

- bolani tezda ko‘krakka yaqinlashtiring

Quyidagilarga e’tibor qiling:

- bolaning og‘zi katta ochiq bo‘lishi kerak
- pastki lab tashqariga qayrilgan
- bola faqat ko‘krak so‘rg‘ichini emas, balki areolani ham og‘ziga olishi kerak

Onani emizishga umuman ruxsat etilmaydigan ko‘rsatmalar:

1. Bola tomonidan:

- miyada qon aylanishning o‘tkir og‘ir buzilishlari
- rezus va qon guruhi to‘gri kelmaganda, gemolitik kasallik
- chala tug‘ilganlikning III-IV darajasi (so‘rish va yutish reflekslari yo‘k)
- og‘ir disstres sindromi (nafas yetishmovchiligi),

2. Ona tomondan ruxsat etilmaydigan xolatlar:

- OITS
- Organlarning faoliyatlarining o‘tkir og‘ir yetishmovchiligi
- buyrak yetishmovchiligi bilan kechayotgan buyrak kasalliklari
- yurak yetishmovchiligi bilan kechayotgan tug’ma yurak paroklari, karditlar
- qon tizimi og‘ir kasalliklari
- yomon sifatli o‘smalar
- o‘tkir ruxiy kasalliklar.
- sil kasalligi faol formalarini (dastlabki 1 -2 oyida)
- sifilis va ayrim venerik kasalliklar
- toshmali va qaytalama tiflar, chin chechak.

Onani emizishga absolyut va nisbiy moneliklarda chaqaloqlar sun’iy ovqatlantiriladi. Bunda chaqaloq alternativ usullarda - qoshik yordamida yoki pipetka bilan ovqatlantiriladi, yoki zond bilan ovqatlantirish mumkin.

Chaqaloqlarni qoshiqda yoki voronkosimon tomizgich (pipetka) bilan ovqatlantirish mumkin. Buning uchun bolaga belgilangan miqdordagi sut yoki boshqa ovqat mahsulotni qoshiq yoki voronkasimon tomizgich yordamida asta sekinlik bilan ogziga quyib qo‘yiladi. Chaqaloqni havo yutishini (aerofagiya) oldini olish uchun emizayotganda sut so‘rgichni to‘ldirib turishi kerak. Emizib bo‘lgach bolani biroz ko‘tarib turish kerak yoki bezovta qilmay yonboshga yotkazish kerak (qayt qilib yubormasligi uchun).

Og‘ir axvolda tug‘ilgan yoki og‘ir darajalardagi chala tug‘ilgan chaqaloqlarni zond yordamida ovqatlantiriladi. Bola onasini emmaganda sun’iy aralashmalar va donor sutidan foydalaniladi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni ovqatlantirish

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni yetuklik darajasiga ko‘ra qoshik yordamida yoki zond bilan yoki pipetka bilan ovqatlantirish mumkin. Og‘ir darajalardagi chala tug‘ilgan chaqaloqlarni zond yordamida ovqatlantiriladi.

Muddatiga yetib tug‘ilgan chaqaloqlarga zarur bo‘lgan ovqat hajmini xisoblash

Muddatiga yetib tug‘ilgan chaqaloqlarga zarur bo‘lgan ovqat hajmini xisoblash uchun maxsus usullardan foydalanamiz.

7 kungacha bo`lgan chaqaloqlarga kerak bo‘lgan ovqat miqdorini xisoblash uchun quyidagi usuldan foydalanamiz.

Muddatida tug‘ilgan chaqaloqlarga ko‘krak sutining hajmi va vena ichiga yuboriladigan suyuqlik tezligi va ko‘krak sutining hajmi

	Hayot kunlari						
	1	2	3	4	5	6	7
Har 3 soatdagi ovqatlanish hajmi (ml⁄kg og’irligiga) 8 maxal	60	80	100	120	140	150	160

Masalan: chaqaloq 4 kunlik, tana og’irligi 3.4 kg. 120x3.4= 408 ml. (1 kunlik sut mikdori). Har emganda 408:8=51 ml 1 martada emishi kerak

Keyingi kunlardan boshlab hajmiy usulga o’tiladi. 8 kunlikdan 6 haftagacha - tana vaznini 1/5 qismini tashkil qiladi: 6 haftadan - 4 oygacha - 1/6 qismini 4-6 oygacha - 1/7 qismini tashkil qiladi. Masalan: 15 kunlik chaqaloq, tana og‘irligi - 3500gr. 1 kunlik sut miqdori: = 3500 : 5 = 700 ml. har emganda 700 : 7 = 100 ml 1 martada emishi kerak

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarga zarur bo‘lgan ovqat hajmini hisoblash.

Chala tug‘ilgan chaqaloqqa zarur bo‘lgan ovqatning sutkalik hajmi VOZ taklif etgan tablitsalardan foydalaniladi:

Tana vazni 1.25 kg dan kam bo‘lgan chaqaloqlarning vena ichiga yuboriladigan suyuqlik tezligi va ko’krak sutining hajmi

	Hayot kunlari						
	1	2	3	4	5	6	7
v/i ga yuboriladigan suyuqlik tezligi (ml/s yoki mikrotomchi/min)	4	4	3	3	2	2	0
Har 2 soatdagi ovqatlanish hajmi (ml⁄ovqatlantirish) 8-10 maxal	0	0	3	5	8	11	15

Tana vazni 1.25-1.49 kg bo‘lgan chaqaloqlarning vena

ichiga yuboriladigan suyuqlik tezligi va ko’krak sutining hajmi

	Hayot kunlari						
	1	2	3	4	5	6	7
v/i ga yuboriladigan suyuqlik tezligi (ml/s yoki mikrotomchi/min)	3	3	3	2	2	0	0
Har 2 soatdagi ovqatlanish hajmi (ml⁄ovqatlantirish) 8-10 maxal	0	6	9	16	20	28	30

Tana vazni 1.5-1.749 kg bo‘lgan chaqaloqlarning vena ichiga yuboriladigan suyuqlik tezligi va ko’krak sutining hajmi

	Hayot kunlari						
	1	2	3	4	5	6	7
v/i ga yuboriladigan suyuqlik tezligi (ml/s yoki mikrotomchi/min)	4	4	3	2	2	0	0
Har 2 soatdagi ovqatlanish hajmi (ml⁄ovqatlantirish) 8-10 maxal	0	6	13	20	24	33	35

Tana vazni 1.75-2.5 kg bo‘lgan chaqaloqlarning vena ichiga yuboriladigan suyuqlik tezligi va ko’krak sutining hajmi

	Hayot kunlari						
	1	2	3	4	5	6	7
v/i ga yuboriladigan suyuqlik tezligi (ml/s yoki mikrotomchi/min)	5	4	3	2	0	0	0
Har 2 soatdagi ovqatlanish hajmi (ml⁄ovqatlantirish) 8 maxal	0	6	14	22	30	35	38

Masalan: chaqaloq 4 kunlik, tana og’irligi 1,8 kg. Jadval yordamida kerakli bo‘lgan ovqat hajmini topamiz. Har 2 soatda beriladigan ko‘krak suti 22 ml. 22 ml x 8 = 176 ml

Suyuqlik xisobi - 5 x 24 = 48 ml

Bola tavsiya etilgan sut miqdorini qabul qilayotgan bo‘lsa, suyuqlik yetishmovchiligi 48 ml ni tashkil etadi. Tavsiya etilgan sut miqdoridan kam qabul qilayotgan bo‘lsa, qolgan miqdorini suyuqlik shaklida berishimiz kerak.

8 kunlikdan boshlab kaloriya usulida aniqlanadi – 10 kkal x n x TV

Masalan: 10 kunlik chala tug‘ilgan bola. TV - 1800 gr.
1 kunda ichishi kerak sut miqdori 10 kkal x 1,8 x 10 = 180 kkal kerak.
100 ml ona sutida 70 kkal bo‘lsa,
X - 180 kkal X = 100 x 180 : 70 = 255 ml.
255 ml 8 martaga bo‘lsak 1 martalik sut hajmi 32 ml ni tashkil qiladi

Chala tug‘ilgan chaqaloqlarni zond orqali ovqatlantirish

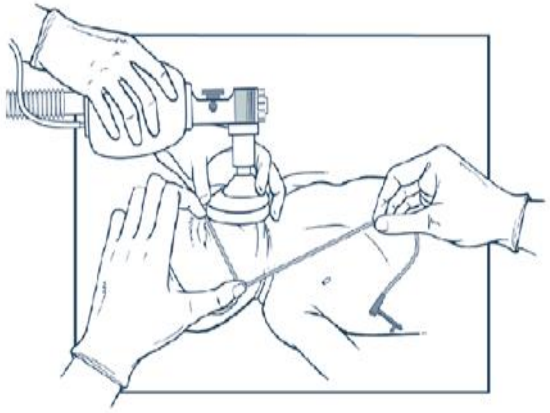
Chaqaloqlarni to‘g‘ri parvarishda ularni to‘g‘ri ovqatlantirish ham muxim ahamiyatga ega. Ayniqsa chala tug‘ilgan chaqaloqlarni zond orqali ovqatlantirish kerak. Zond orqali asosan 1500gdan kam tug‘ilgan chaqaloqlar, MNS shikastlanishi bilan, og‘ir asfiksiyada va boshka og‘ir xolatlarda tug‘ilgan chaqaloqlar ovqatlantiriladi.

Ko‘rsatmalar: Chaqaloqda emish refleksi yo‘q bo‘lsa, chala tug‘ilgan chaqaloqlar, MNS shikastlanishi bilan, og‘ir asfiksiyada, tug’ma anomaliyalarda va boshqa og‘ir xolatlarda tug‘ilgan chaqaloqlar.

Jixozlar: me’da zondlari (har xil o‘lchamli maxsus plastik zondlari), shpritslar – 2-3 ta (10,0-20,0 ml), steril perchatkalar, lotok, leykoplastir, sterillangan ona suti. Muolaja ham shira yoki shifokor tomonidan bajarilishi mumkin.

Bemor xolati: chaqaloqlar yotgan xolda.

Bajarilishi: Kiritilishi lozim zond uzunligi aniqlanadi – zond uzunligi burun ustidan qo‘loq suprasigacha, undan epigastral soxasigacha o‘lchanadi va zondga belgilanadi (quyidagi rasmga qaralsin).



1. Chaqaloqka belgilangandan biroz ko‘prok sut miqdori tayorlanadi. Buning uchun sog‘ilgan ona sutini steril shishaga quyiladi.

2. Zond uchini vazelin yoki usimlik moyi bilan yog‘lanadi. So‘ng og‘iz orqali yoki burun teshigi orqali asta sekin zond kiritiladi. Zondni oshqozonga to‘g‘ri tushgan yoki tushmaganligini bilish uchun zondni erkin uchini stakandagi suvga solib qo‘yiladi. Agar zond traxeyaga o‘tib ketsa suvdagi uchidan havo pufakchalari chiqa boshlaydi. Bunday xolatda zondni tez qaytarib tortib olinadi.

3. Zond oshqozonga tushganligini bilish uchun erkin uchiga shpritsni ulab oshqozon suyuqligi sekin tortib ko‘riladi, tiniq suyuqlik bo‘lsa, mo’ljallangan sut miqdori yuboriladi (sut o‘zi oqib tushishi kerak).

4. Agar oshqozonda sut qoldiqlari mavjud bo‘lsa shprits yordamida so‘rib tortiladi va fiziologik eritmada toza suv chiqquncha yuviladi. Shundan so‘ng sut yuboriladi.

5. Zondni uchi ezilgan xolda astalik bilan sug’urib olinadi (bola qayt qilib yubormaslik uchun). Ayrim hollarda zond 1 sutkaga qoldirib qo‘yish mumkin.

6. Bola axvoli yaxshilangandan so‘ng, faol emish, yutish reflekslari paydo bo‘lgandan so‘ng bolani so‘rgich orqali emizishga o‘tkaziladi.

Egizak chaqaloqlarni ovqatlantirish.

Egizak chaqaloqlarni emizishda quydagi qoidalarga amal qilish kerak:

- egizaklarning bezovta bo‘layotganini birinchi bo‘lib emizish kerak;
- chaqaloqlar ortiqcha bezovta bo‘lmaganda birinchi bo‘lib kichik vazndagi yoki bo‘shashkanrok bolani emizish kerak.
- har bir chaqaloqga aloxida ko‘krak berish;
- emizib bo‘lgan chaqaloqlarga qo‘shimcha sog’ilgan ona sutini qoshiq yordamida berish kerak;
- buning uchun har emizgandan so‘ng kantrol og‘irlikni aniqlash kerak;
- ona suti yetarli bo‘lmasa pediatr maslaxati bilan qo‘shimcha ovqat sifatida moslashtirilgan suniy aralashmalar berish mumkin

har bir emizgada kantrol og‘irlikni aniqlash kerak;

Chaqaloq og‘irligini aniqlab boorish.

Kantrol og‘irlikni aniqlash usuli chaqaloqni qancha sut emayotganligini aniqlash maqsadida o‘tkaziladi. Buning uchun bolani emizishdan avval va emizib bo‘lgan dan so‘ng tortiladi. Ikkala ko‘rsatkich ning orasidagi tafovut bolaning emgan sut miqdorini ko‘rsatadi. Bu usulni o‘tkazishda quydagi qoidalarga amal qilishimiz kerak

1. kantrol og‘irlikni aniqlash usuli kunning har xil vaqtlarida (ertalab, tushda, kechqurun) bir necha marotaba (3-4 marta) o‘tkazish lozim;

2. kantrol tortish vaqtida (mexanik tarozilar ishlatilganda) taroziga tegmaslik, yani ishlatmay turish lozim;

3. kantrol og‘irlikni aniqlashni avvalgi ovqatlantirilgandan kamida 2 soat o’tgach o‘tkazish shart;

4. kantrol og‘irlikni aniqlash mobaynida ona bolani 20-25 minut, bola faol emsa – 15-20 minut, sust emsa – 25-30 minut emizishi kerak;

5. kantrol og‘irlikni o‘tkazish davrida bolani kiyim yoki yo‘rgagi almashtirilmaydi (ichi kelsa yoki siysa).

6-mavzu. Fiziologik shartsiz reflekslar tekshirish texnikasi.

Bolaning funksional yetukligini baxolash uchun fiziologik shartsiz reflekslar tekshiriladi. Shartsiz reflekslar turlari juda ko‘p, lekin asosiylari quyidagi lardir:

1) so‘rish refleksi - bolaning ogziga so‘rgichni solganda bola darxol ema boshlaydi;

2) izlash refleksi (Kusmaul) - og‘iz burchagi soxasida teri silanganda bola boshini o‘sha tarafga buradi;

3) xartumcha refleksi - lablariga qo‘l tekizganda bola lablarini cho‘zadi;

4) kaft-og‘iz refleksi (Babkin) - kaftning tenor soxasiga ezganda bola ogzini ochadi, boshi engashtiradi, yelka va bilagini bukadi;

5) tepa ushlash refleksi (Robinson) - bolaning kaftiga ko‘rsatkich barmoqni berganda bola uni maxkam ushlab oladi, xatto bolani biroz

ko‘tarish mumkin;

6) pastki ushlash refleksi (Verkom) - 2-3 barmoq soxasidagi tovon

yostiqchasiga ezganda barmoqlar bukiladi;

7) Babinskiy refleksi – tovonni qitiqlaganda katta barmoq tepaga, qolgan barmoqlar pastga bukiladi (yoki yelpigichsimon yoyiladi);

8) Moro refleksi – 2 fazadan iborat: 1 - fazada bola ko‘llarini tashqi tomonga yozib, kaftlarini ochadi; 2 - fazada qo‘llarini qayta ko‘krak qafasiga yig’ib oladi; bu refleksni 3 xil ko‘zgatuvchi bilan chaqirish mumkin: yo‘rgak stoliga bexosdan qattiq urganda, qo‘llaridan tortib qo‘yib yuborganda, bolani tepaga ko‘tarib pastga tushirganda ushbu refleks chaqiriladi;

9) himoya refleksi – bolani dum tushirib yotqizilganda nafas olish qiyinlashganligidan boshini biroz ko‘taradi yoki yonboshga burib oladi;

10) Emaklash refleksi (Bauer) - bolani qorniga yotkizib, oyoqlariga kaft qo‘yilsa bola tepinib emaklashga harakat qiladi;

11) Tayanch va avtomatik yurish refleksi – bolani qo‘ltiqlaridan ushlab bostirganda bola oyoqlari bilan tik turib yurib ketadi.

12) Peres refleksi – chaqaloq qorniga yotkizilib, paravertebral soxada ko‘rsatkich barmoq bilan tepadan pastga yo‘naltirganda chaqaloq qarshi tomonga yoysimon yg’iladi.

13) Galant refleksi - chaqaloq qorniga yotkizilib, umurtka pog‘onasining o‘tkir o‘simtalar bo‘ylab ko‘rsatkich barmoq bilan pastdan tepaga yo‘naltirganda chaqaloq oldinga yoysimon egiladi(opistotonus xolat

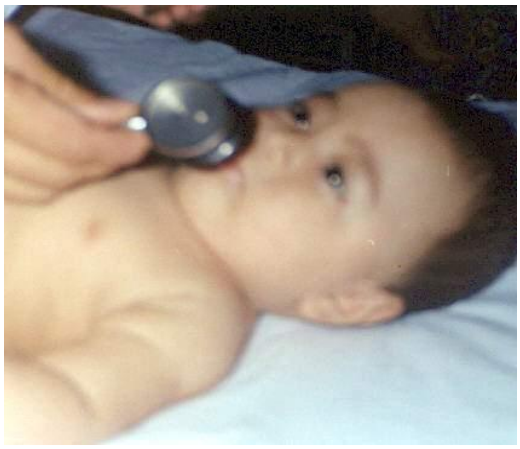
Chaqaloqlarda nafas sonini aniqlash

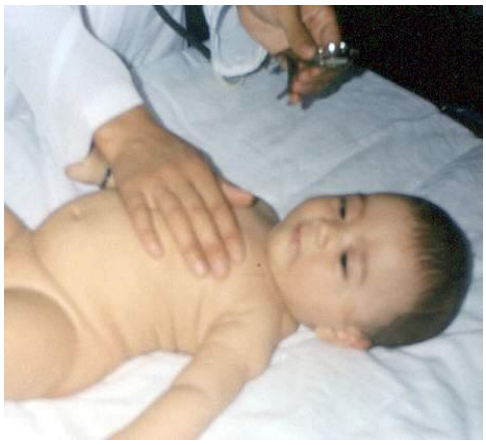
Nafas sonini chaqaloqlarda asosan uxlayotgan xolatda, stetoskopni burun oldiga qo‘yib yoki ko‘krak qafasiga qo‘lini qo‘yib sanaladi. Bu usul bilan ba’zida bronxdagi xirillashlarni ham eshitish mumkin. Nafas sonini to‘liq 1 minutda

xisoblash lozim, ayrim hollarda birozdan so‘ng yana bir bor xisoblash mumkin. Chunki chaqaloqlarda normada ham nafas olishi noritmik bo‘lishi mumkin.

Chaqaloqlarda nafas soni normada 1 daqiqada - 30-60; bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda - 30-35 ta, 5-6 yoshda - 20 - 25 ta, 10 yoshda – 18 - 20 ta.

Nafas chastotasi va puls nisbatini aniqlash turli nafas tizimi kasalliklarida katta aham iyatga ega. Normada bola hayotini birinchi yilida bu nisbat 3-3,5:1 ta, katta yoshdagi bolalarda esa 4:1 bo‘ladi.





Pnevmoniyada esa bu nisbat 1:2 ni tashkil qiladi. Patologik xolatlarda nafas ritmi tezlashadi - taxipnoye, yoki sekinlashishi - bradipnoye kuzatiladi.

Chaqaloqlarni kuvezda parvarish qilish.

Kuvez chala tug‘ilgan yoki og‘ir xolatdagi tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish uchun mo‘ljallangan inkubator. Kuvez plessiglass oyna bilan qoplangan bo‘lib, unda chaqaloqni doimiy kuzatib turish imkoniyatini beradi. Kuvez ichida harorat, namlik va kislorod bilan boyitilgan havo bir me’yorda ushlab turiladi. Kuvezda asosan III va IV darajali chala tug‘ilgan chaqaloqlar, va og‘ir axvoldagi chaqaloqlar (miya shikastlanishlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlar va x.k.) parvarish qilinadi. Chaqaloq hayotining 1 kunlarida kuvezning harorati 34-35^0 va namligi 90% ni tashkil qilinishi kerak. Keyingi kunlarda harorat va namlikni asta sekin pasaytirib boriladi. Og‘ir darajadagi chala tug‘ilgan chaqaloqlarga barcha muolajalar kuvezni o‘zida o‘tkaziladi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni emlash.

Chaqaloqlarga birinchi sutkada VGV qarshi vaksinatsiya qilinadi. VGV qarshi vaksinasi chaqaloq sonining yuqori qismiga mushak orasiga 0,5 ml vaksina qilinadi.

BSJ vaksinatsiyasi chaqaloq hayotining 3-5 kunlari, maxsus tayyorgarlik kursini o‘tagan ham shira tomonidan bajariladi. BSJ quruq vaksina - oq kukundan iborat bo‘lib uni 2 ml natriy xlor eritmasi bilan eritiladi va bolaga 0,1 ml eritma chap

yelkaning yuqori qismiga tuberqulin shpritsi bilan teri ichiga qilinadi. Ya'ni bola 1 mg vaksina qabul qiladi. 1 ampulada 20 doza bo‘ladi. Agar eritma oshib qolsa uni qaynatgan xolatda yoki dezinfeksiyalovchi moddalar yordamida yo‘qotiladi.

BSJ vaksinasi bilan birga poliomiyelit vaksinasi (OPV – oral poliomiyelit vaksina) ham qilinadi – og‘izga 2 tomchi tomiziladi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar. APGAR SHKALASI boyicha baxo berish

Chaqaloqlar tug‘ilgandan so‘ng akusher-ginekolog va pediatr-neonatolog chaqaloq xolatini quyida ko`rsatilgan Apgar jadvaliga kura beshta klinik belgi bilan baxolaydi.

Apgar shkalasi

Simptomlar	Ballar bilan baxolash		
	0	1	2
1. Yurak urishi tezligi	Yo‘q	100 dan kam	100 dan ortiq
2. Nafas olishi	Yo‘q	Bradipnoe, noritmik (chinqirig'i sust)	Normada chinqi-rig'i kuchli
3. Muskul tonusi	Qo‘l-oyoqlari shalviragan	Qo‘l-oyoqlari sal bukilgan xolda	Faol harakatlar mavjud
4.Reflektor qo'z g'aluvchanlik	Javob yo‘q	Sust namoyon bo‘ladi (yo'z i bujmaygan)	Yo`tal, aksirish, yig'lash
5.Teri rangi	Keng tarqalgan ko'karish yoki oqarish	Tana rangi pushti, qo‘l-oyoqlar ko'kargan	Tana va qo‘l-oyoqlari pushti.

Bola hayotining 1- va 5- minutlarida 6 - 7 ball – yengil asfiksiya;
1 minutda 4-6 ball, 5-chi minutda 8 - 10 ball – o‘rtacha og‘irlikda asfiksiya;
1 – minutda 4 ball va 5-chi minutda 7 balldan kam bo‘lsa, og‘ir asfiksiya deb hisoblanadi.

Asfiksiya xolatida tug‘ilgan chaqaloqlarga o‘tkaziladigan reanimatsion chora-tadbirlarning samarasi ularning boshlangan muddati bilan belgilanib, qancha erta boshlansa shuncha yaxshi bo‘ladi. Chaqaloqda mustaqil nafas faoliyatini tiklash asfiksiya xolatidan chiqarishning asosiy vazifasi bo‘lib xisoblanadi.

Yuqori nafas yo‘llarini shilliqdan tozalash asfiksiyaga qarshi kurashdagi dastlabki va eng muxim tadbirlardan biri bo‘lib xisoblanadi. Bola boshi bilan kelgan paytda uning ko‘krak qafasi tug’iish yo‘llarining eng tor soxasida bo‘ladi va uning qisilishi natijasida nafas yo‘llariga ketib qolgan massa yuqori nafas yo‘llariga qaytib keladi va olib tashlash ancha osonlashadi.

Burun va og‘iz bo‘shlig’i doka salfetka bilan tozalanadi yoki yarim qattiq rezina balonchig’i bilan so‘rib tashlanadi, yoki kateter yordamida shprits orqali surib tashlash mumkin. Bola tug‘ilganidan keyin elektrootsos yordamida yuqori nafas yo‘llari yana bir marta diqqat bilan tozalanadi va bola IVL apparatiga ulanadi. Agar yuqori nafas yo‘llaridagi shilliq quyuq va yopishqoq bo‘lsa, kateter orqali natriy gidrokarbonat eritmasida yuvib yuboriladi. Traxeya va bronxlardagi shilliq esa, IVL uchun o‘tkazilgan intubatsiya paytida olib tashlanadi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda «A-V-S-D» reanimasiya asoalari

AVSD - reanimatsiya prinsipi asfiksiyada tug‘ilgan chaqaloqlarda qo‘llaniladi.

A- airway – nafas yo‘llarini tozalash va havo o‘tkazuvchanligini ta’minlashdan iborat.

V – breath – nafas ya’ni ventilyatsiyani ta’minlash (sun’iy (IVL) yoki yordamchi (VVL) usulida)

S – cardial. Circulation – yurak faoliyatini tiklash yoki saqlash va gemodinamikani yaxshilash.

D – drags –medikamentы – dorivor moddalar qo‘llash

1.Chaqaloqqa birlamchi yordam ko‘rsatishning asosiy prinsiplari:

1.reanimatsion yordamni planli o‘tkazish

- xodimlarni tayyor turishi
- joy va narsalarni tayyorlash
- medikamentlarni tayyorlash.

2.Chaqaloqqa kerakli temperatura sharoitini yaratish

3.Apgar baxosini qo‘ymay turib chaqaloqqa birinchi yordam ko‘rsatish

4.AVSD- reanimatsiyani “qadamma qadam” o‘tkazish va har bir qadamni baxolash

- muolajalarni o‘tkazayotganda aseptikaga rioya qilish
- nevrologik tomonga ahamiyat berish
- medikamentoz terapiyani minimallashtirish
- muhim ko`rsatma bo‘lganda infuzion terapiyaga astalik bilan yondoshish
- iloji boricha ertaroq enteral ovqatlanishni ta’minlash
- postasfiksik sindrom davrida monitor kuzatuvni tashkil qilish.

A (1)- etap reanimatsiya – tug‘ruq yo‘llaridan boshi ko‘rinishi bilan kateter yordamida agar homila oldi suvlari iflos bo‘lsa, og‘iz bo‘shlig’ini tozalash lozim, agar homila oldi suvlari toza bo‘lsa salfetka yordamida tozalanadi. Kindikni 1 – 1,5

minutdan so‘ng kesish tavsiya etiladi. 1-etap 20-25sek davom etib, uni oxirida nafasni baxolash kerak bo‘ladi. Adekvat nafas tiklangandan so‘ng, yurak urishi soni aniqlanadi va u 100 dan ortiq bo‘lishi kerak, teri qoplamlari pushti rangda bo‘ladigan bo‘lsa reanimatsion tadbirlarni to‘xtatib kuzatish kerak bo‘ladi. Shu bilan birga tug‘ruq zalida asfiksiya yoki kardiorespirator sindrom bilan tug‘ilgan chaqaloqlarga vitamin K qilinadi. Agar bola tug‘ilgandan so‘ng nafas olmaydigan bo‘lsa, yurak urishi 100 dan kam, teri qoplamlari meqoniy bilan qoplangan bo‘lsa, nafas yo‘llari va traxeya tozalanadi. Bunday bolalar tug‘ilishi bilan intubatsiya qilinadi va IVL yoki VVL ga olinadi. Intubatsiyani albatta kindik bog’langandan so‘ng, bola reanimatsion stolga olingandan so‘ng o‘tkaziladi.

V – etapni vazifasi tashki nafasni tiklashdan iborat, o‘pka ventilyatsiyasini tiklash, gipoksemiyani bartaraf etish, mustaqil nafas bo‘lmaganda o‘tkaziladi. O‘pka ventilyatsiyasi maska yordamida o‘tkaziladi. Optimal kislorod-havo oqimi 5-8 ml/min. tashkil qiladi. Ko‘krak qafasini ekskursiyasi alveolalar ventilyatsiyasini bildiradi. O‘pkada ventilyatsiya kuzatilmasa intubatsiya qilinadi. **S –** etap gemodinamik va metobolik buzilishlarni bartaraf qilishdan iborat. Agar yurak urish soni 60 dan kam bo‘lsa 100% kislorod maska orqali berilib, yurak massaj qilinadi. Agar 30 sek. davomida natija bo‘lmasa intubatsiya qilinib IVL apparatiga ulanadi. To‘g‘ridan-to‘g‘ri massaj qilishda to‘shning 1/3 qismi ikkala barmoq bilan eziladi 3:1 nisbatda 90 sek davomida. Xanjarsimon o‘siqni ustida emas, chunki jigar yorilishi mumkin. Mustakil yurak urishi 80 dan ortik bo‘lsa massaj to‘xtatiladi. D– Agar 30 sek davomida natija bo‘lmasa yurak faoliyatini tiklash uchun 0,01% adrenalin 0,1ml/kg (0,01-0,03mg/kg) endotroxeal yoki t/i yuboriladi. Adrenalin teng miqdorda fiziologik eritmada eritilib so‘ngra junatiladi, yuborishni 5 minutdan so‘ng qaytarish mumkin 3 martagacha. IVL va massaj davom ettiriladi. Adrenalin beta adrenomimetik bo‘lib, tomirlar vazokonstriksiyasi hisobiga miya va yurakning qon bilan ta’minlanishini, yurak faoliyatini yaxshilaydi. Soda – bikarbonat natriya, atsidozni bartaraf etish maqsadida, 4% li eritma – 1,0-2,0 ml/kg vena ichiga yuboriladi.

Fiziologik yoki Ringer eritmasi – gipovolemiyani bartaraf qilish uchun 10ml/ kg ga vena ichiga yuboriladi.

Nalokson – narkotik analgetiklar antagonistq bo‘lib, nafas markazini qitiqlaydi. Ampulada 1,0 mlda 1,0 mg – 0,1 mg/kg yani 0,1 ml/kg v/ichiga, mushak orasiga, endotraxealno yoki teri ostiga qilish mumkin.

Kindik venasi kateterizatsiyasi chaqaloqka, vena ichiga ineksiya qilish imkoniyati bo‘lmaganda, zudlik bilan vena ichiga suyuqlik yuborish zaruriyati tug‘ilganda o‘tkaziladi. Bunday zaruriyat chaqaloqka reanimatsion yordam ko`rsatish zaruriyati tug‘ilganda - asfiksiyaning og‘ir darajasi, miya shikastlanishlari, chaqaloqlar gemolitik kasalligida qon almashtirish usuli bilan qon

quyish kerak bo‘lgan da va boshqa og‘ir xolatlarda, qachonki davomli infuzion terapiya o‘tkazish kerak bo‘lganda.

Kerakli jixozlar: steril perchatkalar, 1 martalik kindik polivinil kateteri №3,5-5 F, bir martalik shpritslar (5,0 va 10,0 ml) va kapelnitsa, paxta shariklari, steril salfetkalar, lezviye, kindikni bog’lash uchun steril ipak ip, leykoplastir.

Texnika. Kindik cho‘ltogi va atrof teri 70% li etil spirtida ishlov berib kindik cho‘ltogini 1 – 2 sm qoldirib lezviya bilan to‘g‘ri kesib olinadi. Kindik qoldig’ida 3 ta tomir ko‘rinadi – bosh tomonda kattaroq bo‘lgan tomir va ochiq turgan xolda, rangi och tusda – bu kindik venasi. Pastroqda ikkita kichikroq, berk turgan xolda (spazmga uchragan) – bu ikkita kindik arteriyalari. Kateter suyuqlik bilan to‘ldirgan xolda bir uchiga berk shprits ulangan bo‘lishi kerak (xafo emboliyasini oldini olish maqsadida). Pinset yordamida kindik venasini ochib asta sekinlik bilan kateterni bosh tarafga va unga qaratgan xolda kirgizamiz. Kateter oxista kuch ishlatilmagan xolda kirgiziladi. Vaqti-vaqti bilan shpritsni tortib turamiz. Shpritsga qon chiqa boshlaganda – bu taxminan 5-7 sm kirgazilganda, kateterni kirgizishni to‘xtatamiz. So‘ng kateterni siljib ketmasligi va qon ketishni oldini olish maqsadida kindik qoldig’ida steril ipak ip bilan bog’lab qo‘yamiz. Kateterni uchi qorinning devoriga leykoplastir yordamida maxkamlab (fiksatsiya) qo‘yiladi. Manipulyatsiyalar bajarib bo‘lgandan so‘ng kateter uchi rezina kalpachok yordamida berkitiladi. Kateterni doim kuzatib turish kerash, kindik atrofi qizarib, shishib qolsa kateterni chiqarib olish lozim. Barcha muolajalar chaqaloq rivojlanish kartasiga belgilab qo‘yiladi.

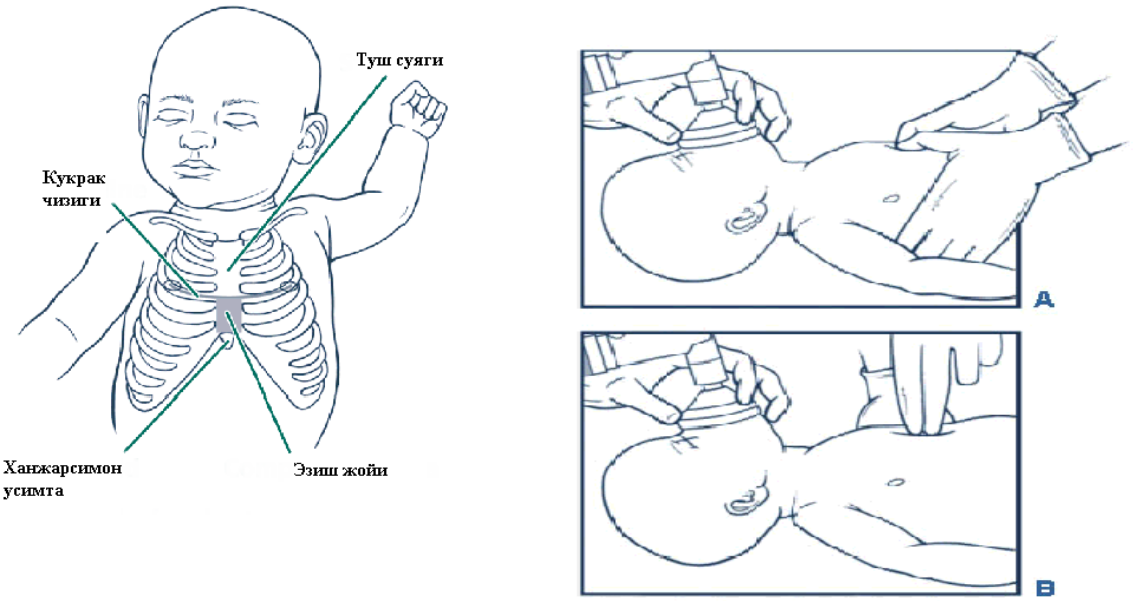
Yurakning bilvosita massaji va sun’iy nafas texnikasi.

Maqsad: Yurakning bilvosita massaji va sun’iy nafas yurak urishi va nafas olishi to‘xtab qolganda (chaqaloqlar asfiksiyasida, neyrotoksikoz xolatlarida va boshka reanimatsion xolatlarda) yurak va nafas faoliyatini tezkor tiklash maqsadida o‘tkaziladi.

Bajarilishi: Bolani qattik joyga yoki qattik matrasga yotkiziladi. Muolaja yordamchi shifokor yoki ham shira bilan birgalikda bajariladi, biri yurakni massaj qiladi, ikkinchisi sun’iy nafas beradi. Katta yoshdagi bolalarda ko‘krak qafasini pastki 1/3 qismiga o‘rta chiziq bo‘ylab qo‘lni qo’yib masajj qilinadi.

Rasm 3. Yurakning bilvosita massaj nuqtasi va qilish usullari.

kafti bilan qo‘yiladi. Ikkinchi qo‘l kafti esa birinchi qo‘lni kafti ustiga



ko‘yiladi. Sung ritmik ravishda ko‘krak kafasining yurak soxasi 4-5 sm chuqurlikda eziladi. Massaj 1 daqiqada 70-90 marta bajarilishi kerak. Qovurg’alar sinmasligi uchun ko‘krak qafasini yonboshini, xanjarsimon o‘sig’ini ezib bo‘lmaydi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda yurak massaji ko‘rsatkich va o‘rta barmoqlar bilan ezish orqali amalga oshiriladi. Ezish ko‘krak qafasini xanjarsimon o’simtaning yuqori chekkasi soxasida ritmik ravishda 1,5-2 sm chuqurlikda **1** daqiqada 100-120 marta o‘tkaziladi.

Yana bir usulda ko‘krak qafasi kaft orasiga olinib - 2-5 barmoqlar ko‘krak qafasi tagida joylashadi va bosh barmoq bilan yurak soxasi eziladi. Yurakning bilvosita massaji sun’iy nafas berish bilan birgalikda amalga oshiriladi. Ikkinchi shifokor har 4 yurak ezishiga bitta nafas beradi (“og‘iz-og‘iz” ga, “og‘iz-burunga”, Ambu kopchasi, kislorod yostikchasidan yoki boshka usulda).

Chaqaloqqa suniy nafas berish “og‘iz-og‘iz” ga, “og‘iz-burunga”, Ambu kopchasi, kislorod yostikqchasidan yoki boshka usulda amalga oshiriladi. Yengil asfiksiyalarda chaqaloq tug‘ilgan zaxoti dumba soxasiga urib yuborish, yoki yuziga suv sepib yuborilsa chaqaloq nafas olib yuborib nafasi meyerlashadi. Ayrim hollarda “og‘iz-og‘iz” ga, “og‘iz-burunga” usulida puflab yuborilsa yaxshi natija berishi mumkin. Agar chaqaloq nafas olish soni 1 min da 20 tadan kam bo‘lsa, yoki nafas olmasa, yoki perioral va umumiy tsianoz kuzatilsa, to‘sh suyagining ichiga tortilishi, nafas olishda granting (yani xirillab nafas olish) kuzatilsa chaqaloqqa suniy nafas berish muolajasi Ambu qopchasi, kislorod yostikchasidan yoki boshqa o‘tkaziladi. Buning uchun chaqaloqni yurgakka o‘rab isitiladigan stol ustiga chalqancha yotkiziladi. Nafas yo‘llarini ochish uchun boshini biroz orqaga qilib,

yelkasini tagiga yumshoq yostiqcha qo‘yiladi (shunday xolatda nafas olish yo‘llari ochiladi). Og‘iz bo‘shligida shilliq bo‘lsa uni balonchik yordamida so‘rib tashlanadi, so‘ng burundan ham so‘rib tashlanadi. Og‘iz va burunni berkitgan xolda respirator maska o‘rnatiladi (muddatida tug‘ilgan chaqaloqlar uchun 1-chi o‘lchamda, chala tug‘ilgan chaqaloqlar uchun O-o‘lchamda). Respitator maska burun-og‘iz uchburchagini maxkam berkitib turishi lozim. Va shundan so‘ng qopcha eziladi. Kopchani ezganda qo‘lingizga yetarli qarshilik bo‘lsa, biling-ki davleniye yetarli. Minutda 40 marta ezish kerak. Shu davrda ko‘krak qafasi ekskursiyasini kuzatib boramiz. Suniy nafas to‘g‘ri olib borilganda ko‘krak qafasi ekskursiyasi kuzatiladi. Bir necha daqiqadan so‘ng to‘xtatib kuzatamiz. Chaqaloq mustaqil nafas olishni boshlasa suniy nafas berishni to‘xtatish mumkin. Agar nafas tiklanmasa suniy nafas muolajasini davom ettiramiz. Og‘ir hollarda suniy nafas traxeya intubatsiyasini o‘tkazib suniy nafas ventilyatsiyasi apparatiga ulanadi.

Qon guruhini va rezus omilini aniqlash.

Qon guruhini aniqlash uchun standart zardoblardan foydalanamiz.

Qon guruhini aniqlash usuli vujudga keladigan eritrotsitlar agglyutinatsiyasini aniqlashga asoslangan, bunda tekshirilayotgan qon eritrotsitlari standart zardobdagi antitelolar bilan agglyutinatsiya hosil qiladi.

Qon gruppasini aniqlash uchun maxsus likopchalar (tarelkalar), 2 seriyali standart zardoblar kerak.

Qon gruppasini aniqlashda chapdan o‘ngga likopga ikki seriyali O (I), A (II) va V (III) zardoblar tomiziladi. Shunday qilib tekshirilayotgan likopchada 6 tomchi paydo bo‘ladi va uning yoniga 0,05 ml keladigan (1 tomchi) tekshirilayotgan qon tomchisi tomiziladi. Qon tomchisini olish uchun tekshiriluvchi barmog’idan bir marta ishlatiladigan igna (lanset) bilan teshiladi va zardoblar oldiga tomiziladi. So‘ng shisha tayokqcha bilan har bir tomchini zardob bilan aloxida aralashtiradi. Tekshirilayotgan qon miqdori va standart zardobning hajmi 1:10 ga teng kelishi kerak. Likobchani qo‘lga olib, 5 min davomida qon bilan zardob yaxshi aralishishi uchun asta sekin chayqatib turiladi. So‘ng reaksiya natijasi xisobga olinadi. Agglyutinatsiya hosil bo‘lishi bilan (3–4 min o‘tgach) aralashmaga 0,05 ml xajmda natriy xloridning izotonik eritmasi tomiziladi. Qon gruppasini aniqlashda quyidagi variantlar bo‘lishi mumkin.

a) standart zardobning uchala gruppasida ham eritrotsitlar agglyutinatsiyaga uchramasa, demak, eritrotsitlar A va V agglyutinogenlar saqlamaydi va tekshirilayotgan qon 0 (I) gruppaga xosdir.

b) 0 (I) va V (III) gruppalarining standart zardoblari eritrotsitlarni g’uj bo‘lib yig’ilishi, ammo A (II) zardobi bilan agglyutinatsiya hosil kilmasa, demak bu tekshirilayotgan qonda A agglyutinogeni borligini bildiradi, ya’ni qon A (II) gruppaga mansub ekan.

v) 0 (I) va A (II) gruppalarining standart zardoblari agglyutinatsiyaga uchrasa, V (III) zardobi bilan bu reaksiya kuzatilmasa, demak tekshiriladigan qonda V agglyutinogeni bor – qon gruppasi V (III) ekan.

g) Standart zardoblarning uchalasida ham agglyutinatsiya sodir bo‘lsa, demak tekshirilayotgan qon A va V agglyutinogenni o‘z ichiga oladi va bu gruppa to‘rtinchi AV (IV) qon gruppasiga mansubdir. Ammo aniq xulosaga kelish uchun bu qon gruppasini to‘rtinchi AV (IV) standart zardobi bilan qayta tekshirish kerak.

Qonning rezus omili aniqlashning bir necha usullari mavjud. Amaliyotda asosan quydagicha aniqlanadi. Qon rezusi aniqlash uchun maxsus antirezus zardob bo‘lishi kerak. Buning uchun steril probirka devoriga tekshiralayotgan qonning 2 tomchisi quyiladi va shunga 2 tomchi antirezus zardob qo‘shiladi. Probirka asta sekin chayqatiladi. 3-4 minutdan so‘ng 2-3 ml fiziologik eritma sekin quyiladi va natija yoruqqa qarab kuzatiladi. Probirkadagi suyuqlikda eritrotsitlar agglyutinatsiyasi kuzatilsa – qon rezus musbat deb xisoblanadi. Fiziologik eritma qo‘shilgandan so‘ng probirkadagi suyuqlik pushti rangga kirib, agglyutinatsiya kuzatilmasa bu qon rezus manfiy deb xisoblanadi. Agglyutinatsiyani yaqqolrok tekshirish uchun bu muolajani ikkita seriyali zardob bilan tekshirish kerak.

Qonni almashlab quyish texnikasi

Qonni almashlab quyish (zamennoye perelivaniye krovi) muolajasi chaqaloqlar gemolitik kasalligi bilan tug‘ilgan chaqaloqlarga o‘tkaziladi.

Maqsad: Organizmdan ortiqcha bilirubinni chiqarish, bilirubin ensefalopatiyani oldini olish. Sensibillashgan eritrotsitlar va antitelolarni chiqarish, gemodinamika va oksigenatsiyani yaxshilash uchun.

Muolajaga ko`rsatmalar:

1. Kindik qonida bilirubin miqdori 80-85 mkmol/l dan yuqori;
2. Umumiy giperbilurubinemiya 342 mkmol/l dan yuqori (asosan bog’lanmagan bilirubin hisobiga);
3. Bilirubinni soat sayin o‘sishi 8,5 mmol/l/soat dan yuqori (norma = 2-3 mmol/l/soat);
4. ChGK og‘ir anemik shakli – Nv chaqaloq hayotining birinchi sutkasida <100 g/l kam bo‘lsa.
5. Homiladorlik anamnezi (anamnezda avvalgi bolalarda ChGK, bola tashlash, o‘lik tug‘ilish, chala tug‘ilish, gipoksiya, atsidoz va x.k.);

Qonni almashlab quyish uchun kerak bo‘lgan jixozlar: steril perchatkalar, kindik kateteri, pinsetlar – 2, 5,0 va 10,0 ml li shpritslar - 5 tadan, donor qoni chaqaloq guruhi bilan bir guruh bo‘lgan rezus-manfiy – 150-200 ml/kg og‘irligiga (qon miqdori OSK ning 2 hajmi yani 80ml/kg x 2 muddatida tugilgan chaqaloqlarga 90ml/kg x 2 – chala tug‘ilgan chaqaloqlarga, tayyorlanganligiga 3 kundan ortik bo’lmagan bo‘lishi kerak, qon 30^0 gacha isitilgan bo‘lishi kerak), yangi muzlatilgan

plazma, lotok, doka tamponlar, dorilardan – fiziologik eritma, kalsiy glyuqonat 10%-5,0, shoqqa qarshi va reanimatsion choralar -adrenalin 0,01%-1,0, prednizolon 3%-1,0, ampitsillin 0,5, dimedrol 1%-1,0, kordiamin, kislorod. Ham shira shpritslarga qon va plazma olib tayyorlab qo‘yishi kerak - 2:1 qilib – 2 ta shpritsga qon va 1 ta shpritsga plazma, muddatida tugilgan chaqaloqlarga – 20 mldan, chala tugilgan chaqaloqlarga – 10 mldan.

Bu muolajani o‘tkazishda uchun 2 ta shifokor va 1-2 ta ham shira katnashadi. Texnikasi: Qon almashlab kuyish muolajasi sanitariya-gigiyenik koidalarga kat’iyan rioya kilgan xolda bajarilishi kerak. Kindik venasini kateterizatsiya kilib kateter 5-7sm kiritiladi, ligatura bilan kindik o‘qiga boglanadi. Avval shpritsga 2-3 ml qon olib laboratoriyaga jo‘natiladi – umumiy bilirubin, glyukozы, Hb, Ht, eritrotsitlar miqdorini aniqlash uchun. So‘ng shpritsga 4,0-5,0 ml fiziologik eritma olib kindik kateteridan asta-sekinlik bilan junatiladi, jo‘natib bo‘lgach shu shpritsga juda sekinlik bilan chaqaloq kindik qoni tortiladi. Boshka 10,0 ml shpritsga donor qoni olinib, birinchi shpritsni chikarib shpritsdagi qonni asta sekinlik bilan yuboriladi, jo‘natish tezligi 2-3 ml 1 minutda. Shu tarzda 100 ml qon yuborguncha o‘tkaziladi. Har 100ml qon quyilgandan so‘ng 1ml 10% kalsiy glyuqonat yuboriladi. Muolaja oxirida yana 2-3 ml qon laboratoriya taxlili uchun – umumiy bilirubin, glyukozы, Hb, Ht, Sa miqdorini aniqlash uchun olinadi va 30 ml qon yuboriladi. So‘ng 1ml 10% kalsiy glyukonat, 100-150mg/kg ampitsillin, prednizolon 3% - 1 mg/kg og‘irligiga (0,1-0,15 ml), va m/o 1% - 0,5 ml dimedrol yuboriladi. Muolaja davomiyligi 2,5-3,0 soat davom etadi. Muolajadan so‘ng chaqaloqni asoratlarni oldini olish uchun nazorat kilib turish lozim – nafas va yurak urishi soni, tana temperaturasi, teri rangi, arterial bosim. muolaja samarasini kuzatib borish uchun 8 soatdan so‘ng qondagi bilirubin miqdori, glyukoza, umumiy qon taxlili – 12 soatdan so‘ng.

Fototerapiya

Fototerapiya (FT) - chaqaloqlar sargaymalarida bilirubin miqdorini kamaytiruchi eng samarali usul bo‘lib xisoblanadi.

FT muolajasini o‘tkazganda, havo rang nur ta’sirida teri qatlamining 2 mm ostida erkin (bog‘lanmagan) bilirubin notoksik, suvda eruvchi shaklga aylanib, qondan ichaklar va buyraklar orqali chiqib ketadi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar qonida bog‘lanmagan bilirubin miqdorini oshib ketishi yadrolik sariklik rivojlanishiga xavf soladi.

Maqsad: Qondagi bog‘lanmagan bilirubin miqdorini kamaytirish.

Fototerapiya o‘tkazishga ko‘rsatmalar: Tablitsa asosida:

Chaqaloq yoshiga ko‘ra qondagi umumiy bilirubin konsentratsiyasi (mkmol/l)

Yoshi	Fototerapiya	
	Muddatida tug‘ilgan	Xavf omili bo‘lganda*
1-chi kun	Har qanday ifodalangan sariqlik	
2-chi kun	260	220
3-chi kun	310	270
4-chi kun va keyin	340	290

*Xavf omillar: chala tug‘ilish, Sepsis, gipoksiya, atsidoz, gipoproteinemiya.

Kerakli jixozlar:

Ko‘k maxsus lampa (to‘lkin uzunligi 425-470 nm) yoki lyuminissent lampa (to‘lkin uzunligi 550- 600 nm). Lyuminissent lampalarning effektivligi pastligini xisobga oliиц kerak;

Maxsus ko‘zoynak;

Inkubator (kyuvez), yoki isitiladigan stol yoki krovatka;

Fototerapiya rejimlari:

O’z luksiz FT **-** kun davomida o‘tkaziladi, ovqatlantirishga va boshqa muolajalarga tanafus qilinadi. Sariqlik kuchli ifodalanganda ko‘llanadi.

O’z lukli FT **-** intervallar bilan o‘tkaziladi.

Texnikasi:

Fototerapiya kuvezda o‘tkazilishi maksadga muvofik.

Chaqaloq yalangoch yotkiziladi;

Chaqaloqning ko‘zlariga ko‘zoynak taqiladi va jinsiy a’zolari yopiladi.

Lampa chaqaloq tepasiga 30 - 50 sm masofada o‘rnatiladi;

Bolaning xolati har 2-4 soatda o‘zgartirib turiladi;

Har 1-2 soatda tana harorati o‘lchanadi. Agar elektron datchik bo‘lsa, tana harorati o’z luksiz o‘lchanadi.

Chaqaloq vazni kuniga 2 marta o‘lchanadi;

FT asoratlari:

Suvsizlanish rivojlanishi;

Gipertermiya;

Ich kelishini o‘zgarishi va axlat o‘zgarishi;

Ko‘zlarni zararlanishi;

Terida tranzitor toshma paydo bo‘lishi;

Uyquchanlik;

«Bronza bola» sindromi (qonda mis fotodestruksiyasi mahsulotlarining ortishi va terida to‘planishi hisobiga);

Trombotsitopeniya.

Nafas buzilish sindromini baholashda Silvermana – Andersen jadvalidan foydalanamiz. Bunda chaqaloqning xolati 5 ta ko‘rsatkich bo‘yicha baxolanadi, har biri 0, 1, 2 ball bilan baxolanadi

Silvermana – Andersen jadvali (shkalasi)

0 ball	1 ball	2 ball
Ko‘krak qafasining yuqori qismi (bola orkasi bilan yotganda) va qorinning oldingi devori nafas aktida sinxron ishtirok etmokda	Nafas olganda ko‘krak qafasining yuqori qismi va qorinning oldingi devori nafas aktida ishtirokining sinxronli-gini buzilishi, yoki qorin devori kutarilganda ko‘krak qafasining yuqori qismi pasayishi	Nafas olganda qorin devori ko‘tarilganda ko‘krak qafasining yuqori qismi pasayadi (xalunchalak simptomi)
Nafas olganda kovurgalar oraligi tortilmaydi	Nafas olganda kovurgalar oraligining yengil tortilishi kuzatiladi	Nafas olganda kovurga-lar oraligining yakkol tortilishi kuzatiladi
Nafas olganda xanjarsimon o‘simta tortilmaydi	Nafas olganda xanjar-simon o‘simtaning yengil tortilishi kuzatiladi	Nafas olganda xanjar-simon o‘simtaning yakkol tortilishi kuzatiladi
Nafas olganda iyak ishtiroki kuzatilmaydi	Nafas olganda iyak pastga tushgan, ogzi berk	Nafas olganda iyak ishtiroki yakkol kuzatiladi ogzi ochik (salomlashish simptomi)
Nafas olganda shovkinlar eshitilmaydi	Nafas olishda shovkinlar auskultatsiyada eshitiladi	Nafas olganda ekspirator shovkinlar masofada fonendoskopsiz eshitilad

Silverman jadvali bilan chaqaloqka 0-3 ball berilsa nafasa buzilish sindromining (NBS) I darajasi, 4 – 7 ball ko‘yilsa NBS ning II darajasi, 8 – 10 ball bilan baxolansa NBS III (og‘ir) darajasi qo‘yiladi.

Kliments “Ko‘pik testi”

“Ko‘pik testi” - buning uchun homila oldi suvi yoki tug‘ilgandan so‘ng birinchi soatlarda oshqozondan kateter yordamida suyuqlik olinadi. So‘ng homila oldi suvidan yoki oshqozon suyuqligidan 0,5ml olib + 0,5ml 95% etanol spirti probirkaga aralashtiriladi, shisha probirka 15 sek. davomida chayqaladi va baxolanadi. Agar suyuqlik yuzasida ko‘pikchalardan xalqa hosil bo‘lsa test “musbat” xisoblanadi, agar

pufakchalar hosil bo‘lmasa test “manfiy”. Test musbat bo‘lganda NBS - 4%, manfiy bo‘lsa - 60% hollarda rivojlanishi mumkin.

Chaqaloqlar tana haroratini o‘lchash texnikasi

Tana temperaturasi Selsiy shkalasida graduirlangan tibbiy maksimal termometrda, shuningdek elektrotermograflar yordamida o‘lchanadi. Tana t sini o‘lchashda tibbiy termometr 10 minutga qo‘ltik osti chuqurchasiga joylashtiriladi, ba’zida tanaga paralel xolda. Termometr tanaga zich yopishib turishi kerak. Chaqaloqlar tana haroratini o‘lchaganda qo‘llari maxkam ushlab turiladi.

Tana temperaturasi og‘iz bo‘shligida ham o‘lchanadi. Bu xolda aloxida termometr og‘iz bo‘shligida 5-10 minut ushlab turiladi.

Tana temperaturasi to‘g‘ri ichak orqali ham o‘lchanishi mumkin. Bu xolda termometr uchiga vazelin surtib 5-10 minutga to‘g‘ri ichakka kirgiziladi va bola yonboshlatib yotkiziladi. To‘g‘ri ichak t rasi qo‘ltik osti temperaturasidan yuqori bo‘ladi. To‘g‘ri ichakda o‘lchagan termometr aloxida turishi kerak. Harorat 2 marta, ertalab soat 7-8 da kechkurun 16-17 da o‘lchanadi. Bu ko‘rsatkichlar harorat varakasiga belgilanadi. Normada tana temperaturasi 36,6 S dan 37 S gacha bo‘ladi.

APT testi

Chin va yolgon melenaning kiyosiy tashxisot kilishda Apt sinamasi o‘tkaziladi. Buning uchun qon aralashgan qusuq moddasini yeki axlatni suv bilan aralashtiriladi va tsentrifuga qilinadi. Eritmaning yuqori qismidan 5 ml olinib 1 ml 1% okis natriyning gidrati qo‘shiladi. Agar eritma sarik — jigarrang tusga kirsa - bu gemoglobin A (onasining eritrotsitlari), yani yolg‘on melena yeki qon yutish sindromi bo‘ladi.

Agar eritmaning rangi pushti rangda kolsa - bu gemoglobin F (bolaning eritrotsitlari), yani melenaning chin turidan dalolat beradi.

Dezo bog‘lamini qo‘yish.

Dezo bog’lami asosan umrov suyagi singanda qo‘llaniladi. Shikastlangan qo‘lni fiziologik xolatda tutgan xolda, qo‘ltikka paxtalik gardish (valik- bolishcha) qo‘yiladi va tirsak bo‘gimi to‘g‘ri burchak hosil qilgan xolda buqiladi, ko‘krakka tekkuncha keltiriladi va shu xolatda ko‘krak qafasiga bintlash yo‘li bilan maxkamlanadi. Birinchi bintlashda bint sog‘ tomondan shikastlangan soxa tomonga tsirqulyar yo‘l bilan yelkani ko‘krak qafasiga fiksatsiya qilinadi. Ikkinchi bog‘lam sog‘ qo‘ltikdan bemor qo‘l, yelkasi ustiga bintni yo‘naltirilib, yelka ustidan orqaga va pastga tushiriladi. Uchinchi yo‘naltirishda bint bog‘lami tirsak bo‘gimini aylanib o‘tib, bilakni ushlab turiladi, so‘ngra qiyshiq yunalishda yuqoriga sog‘ tomonning qo‘ltigiga o‘tkaziladi. Undan ko‘krak qafasining orqasiga boglam yuritiladi. To‘rtinchi yo‘l shikastlangan yelka usti satxidan tirsak bo‘gimiga o‘tkaziladi. U bilakning yuqori qismidan aylanib, ko‘krak qafasining orqa tomoniga utadi va sg‘g

tomonining qo‘ltigidan boglam chikadi. Aytib o‘tilgan to‘rt bint yo‘nalishi takroran bir necha marta shikastlangan qo‘l yaxshi qotirilguncha yuritiladi.

“Shans yoqasi” bog‘lamini qo‘yish texnikasi

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda orqa miya tug‘ruq jaroxatlariga tug‘ruq cho‘zilib ketgan hollarda akusherlik yordam ko‘rsatishda, homila yelkasi yoki dumbasi bilan tug‘ilganda, yoki noto‘g‘ri kelishlarida bolani tortib tug‘dirgan hollarda rivojlanishi mumkin. Bunday xolda tug‘ilgan chaqaloqlarda turli klinik simptomlarni kuzatishimiz mumkin: og‘riq sindromi – chaqaloqni qo‘lga olganda yoki yo‘rgaklaganda bola bezovta bo‘lib yiglaydi. Bundan tashkari bolada mushak gipotoniyasi, gipodinamiya, gipo- arefleksiya, pay reflekslari sust chaqiriladi yoki so‘ngan, parez va paralichlar, aritmik nafas, xolatini o’z gartirganda xansirash, ko‘karish xurujlari, paradoksal nafas va shu kabi nevrologik simptomlar aniqlanishi mumkin.

Bunday chaqaloqlarga birinchi yordam sifatida bosh va buyin umurtqa pogonasi soxasini immobilizatsiya qilish kerak. Buning uchun umurtqa pogonasining bo‘yin qismiga paxta-dokali “Shans yoka”sini qo‘yish tavsiya etiladi. Buning uchun chaqaloq bo‘yniga dokaga o‘ralgan paxtadan yoka qo‘yiladi (bola bo‘ynini qimirlatmasligi uchun). Va shu yoka bilan chaqaloqni boshi yelka soxalari bilan katta yo‘rgakka o‘raladi.

Chaqaloqlarga dori moddalarni yuborish yo‘llari

Yangi tug‘ilgan chaqaloqka dori moddalar mushak orasiga, yelkaning yuqori qismiga va dumba soxasini tashki yuqori 1/4 qismiga terisi 70%li etil spirti bilan ishlov berilib yuboriladi. Manipulyatsiyadan so‘ng shu soxaga etil spirtli paxtali sharik qo‘yiladi. Bu dori moddalarni parenteral yuborish usuliga kiradi. Yetilgan chaqaloqlarga dori moddalar enteral yani rer os (og‘iz orqali) ham yuboriladi dori moddalar tabletka xolida bo‘lsa ona suti yerdamida suyultiriladi.

Dori moddalarni davolovchi klizma bilan rer rectum yoki shamcha (svecha) shaklidagi dorilarni yuborish mumkin. Bunda chaqaloq chap yonboshga yotkizilib oyoqlari chanok son bo‘gimi soxasida buklanadi chap qo‘l bilan dumbalar biroz ochiladi ung qo‘l bilan svecha anal teshikka kiritiladi Dumbalar 1/2-1min.bir-birigayopishtirilib turiladi.

Dori moddalarni ingalyatsiya xolatida yuborish.

Bugli ingalyatsiya uchun oddiy ingalyator kerak bo‘ladi unda suv uchun temir bachok u spirtovka yoki isitish uchun elektr spiral urnatiladi. Bug yo‘lida dori preparatli stakanchik joylashtiriladi. Bug t si $50\text{-}60^0$ ni tashkil qiladi.

Surtish: Teriga dori moddalarni yuborishdan oldin agar zararlangan teri soxasida tuk, soch bo‘lsa ular olinadi. Protsedurani boshlashdan oldin qo‘llar yaxshilab yuviladi. Dori moddani 1 qismi zararlangan teri soxasiga siqiladi yoki qo‘yiladi va qo‘l bilan teri yuzasiga bir xilda surtiladi.

Vitamin K yuborish texnikasi.

Barcha chaqaloqlarga tug‘ilgandan keyin birinchi soatlarda gemorragik kasallikni oldini olish uchun vitamin K qilinadi. Buning uchun vitamin 1 mg (yoki vikasol 1 mg/kg) mushak orasiga qilinadi.

Mushak orasiga qilinadigan ineksiyalar sonning oldingi yuqori qismiga yoki dumbaning yuqori tashki 1-4 qismiga qilinadi.

Bajarilishi. 1.Qo‘lingizni yuving

2. 1,0 ml li shpritsga vikasol 0,3-0,4 ml tortib oling.

3. In’eksiya qilinadigan joyni spirt bilan yaxshilab arting.

4. Shpritsni teriga perpendiqulyar ravishda ushlab, mushakka ignaning 2/3 qismini kiriting, dori vositasini yuboring.

5. In’eksiya kilingan joyni tampon bilan ushlab, ignani chikaring.

Fototerapiya

Fototerapiya (FT) - chaqaloqlar sargaymalarida bilirubin miqdorini kamaytiruchi eng samarali usul bo‘lib xisoblanadi.

FT muolajasini o‘tkazganda, havo rang nur ta’sirida teri qatlamining 2 mm ostida erkin (bog‘lanmagan) bilirubin notoksik, suvda eruvchi shaklga aylanib, qondan ichaklar va buyraklar orqali chiqib ketadi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar qonida bog‘lanmagan bilirubin miqdorini oshib ketishi yadrolik sariklik rivojlanishiga xavf soladi.

Maqsad: Qondagi bog‘lanmagan bilirubin miqdorini kamaytirish.

Fototerapiya o‘tkazishga ko‘rsatmalar: Tablitsa asosida:

Chaqaloq yoshiga ko‘ra qondagi umumiy bilirubin konsentratsiyasi (mkmol/l)

Yoshi	Fototerapiya	
	Muddatida tug‘ilgan	Xavf omili bo‘lganda*
1-chi kun	Har qanday ifodalangan sariklik	
2-chi kun	260	220
3-chi kun	310	270
4-chi kun va keyin	340	290

*Xavf omillar: chala tug‘ilish, Sepsis, gipoksiya, atsidoz, gipoproteinemiya.

Kerakli jixozlar:

Ko‘k maxsus lampa (to‘lkin uzunligi 425-470 nm) yoki lyuminissent lampa (to‘lkin uzunligi 550- 600 nm). Lyuminissent lampalarning effektivligi pastligini xisobga oliщ kerak;

Maxsus ko‘zoynak;

Inkubator (kyuvez), yoki isitiladigan stol yoki krovatka;

Fototerapiya rejimlari:

O’z luksiz FT - kun davomida o‘tkaziladi, ovqatlantirishga va boshqa muolajalarga

tanafus qilinadi. Sariqlik kuchli ifodalanganda ko‘llanadi.
O’z lukli FT - intervallar bilan o‘tkaziladi.
Texnikasi: Fototerapiya kuvezda o‘tkazilishi maksadga muvofik.
Chaqaloq yalangoch yotkiziladi;
Chaqaloqning ko‘zlariga ko‘zoynak taqiladi va jinsiy a’zolari yopiladi.
Lampa chaqaloq tepasiga 30 - 50 sm masofada o‘rnatiladi;
Bolaning xolati har 2-4 soatda o‘zgartirib turiladi;
Har 1-2 soatda tana harorati o‘lchanadi. Agar elektron datchik bo‘lsa, tana harorati o’z luksiz o‘lchanadi.
Chaqaloq vazni kuniga 2 marta o‘lchanadi;
FT asoratlari: Suvsizlanish rivojlanishi; Gipertermiya; Uyquchanlik;
Ich kelishini o‘zgarishi va axlat o‘zgarishi; Ko‘zlarni zararlanishi;
Terida tranzitor toshma paydo bo‘lishi;
«Bronza bola» sindromi (qonda mis fotodestruksiyasi mahsulotlarining ortishi va terida to‘planishi hisobiga);
Trombotsitopeniya.

Umumiy qon, siydik najas taxlili iterpritatsiyasi

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda najas taxlili birinchi kunlari fizioligik dispepsiya xolati kuzatiladi. Hayotining 1-3 kunlari meqoniy kuzatiladi. Bunda chaqaloq najasi ko‘yikroq, cho‘ziluvchan, biroz shilimshiq, jigarrang-ko‘qimtir tusda bo‘ladi. Keyingi 1-2-3 kunda chaqaloq najasi ko‘proq keladi (1 kunda 4-5-6 maxal) va suyuq kashasimon, shilimshiq bilan, burda-burda, rangi sargimtir, ko‘kimtir, xatto oqish rangda ham bo‘lishi mumkin. Mikroskopiyada shilliq, leykotsitlar – 30 tagacha ko‘rish maydonida, yog kislotalari aniqlanishi mumkin. 5-6 kundan boshlab chaqaloqning najasi kuniga 3-4 marta, kashasimon sariq rangda, aralashmalar (shilimshiq, burda-burda) aniqlanmaydi va mikroskopiyada patologik aralashmalar bo‘lmaydi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni ommaviy tekshirish (neonatal skrining) yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda eng ko‘p uchraydigan tug‘ma va irsiy kasalliklarni aniqlashning eng samarali usullaridan biridir.

Kasalliklarni erta aniqlash va ularni o‘z vaqtida davolash, nogironlikka olib keladigan kasalliklarning og‘ir ko‘rinishlarini (fenilketonuriya, mukovistsidoz, konjenital hipotiroidizm, adrenogenital sindrom, galaktozemiya) rivojlanishini to‘xtatish imkonini beradi

Umumiy peshob tahlili:

Peshobni bakteriyauriyaga tekshirish uchun yig‘ish. Peshobni steril og‘zi qattiq qopqoq bilan yopiladigan bankaga ertalabki peshobni o‘rta yoki oxirgi porsiyasi yig‘iladi. Laboratoriyaga 2 soat mobaynida olib borilishi kerak. Termostatga qo‘yiladi. Javoblar 3-7 kunda keladi. Olingan natijalarda bakteriyalar

bor yoki yo‘qligi va ularni antibiotikka sezgirligi aniqlanadi.

Peshob klinik taxlili

Peshob (urina) — tarkibida organizmdagi moddalar almashinuvining oxirgi mahsulotlarini ajratuvchi, biologik suyuqlik. Peshob buyrak koptokchalarida qon plazmasining filtratsiyasidan va plazmadagi ko‘plab erigan moddalarning, kanalchalarda suvning qayta qo‘rilishidan hosil bo‘ladi.

Peshobning fizik xususiyatlari

Oddiy, aralash ovqatlanishdagi, bolalarda, peshobning sutkalik miqdori – sutkalik diurez(diuresis) 500 - 1000 ml atrofida tebranib turadi. Sutkalik diurezni aniqlash uchun, sutka davomida qabul qilinayotgan suyuqlik miqdori va peshob miqdori taqqoslanadi. Normada qabul qilinayotgan suyuqlik hajmidan 60-80%i chiqariladi.

Poliuriya (polyuria) — sutkalik siydik miqdorining ortishi (sutkada 2000 mldan ortiq). Fiziologik:

ko‘p suyuqlik qabul qilish, nerv qo‘zg‘alishlari.

Patologiyada quyidagi xolatlarda kuzatiladi: shishlar,transsudat,ekssudatlar tarqaganda; surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBYe); o‘tkir buyrak yetishmovchiligi tuzalayotganida (O‘BYe). O‘BYe ning poliurik bosqichida; qandsiz diabetda (4–6 l va undan ko‘p), gipofizning kanalchalardagi reabsorbsiyani rag‘batlantiruvchi antidiuretik gormoni ta’siri kamayadi. Osmotik poliuriyada, birlamchi siydikdagi yuqori osmotik bosim, kanalchalarda suvning reabsorbsiyasiga to‘sqinlik qiladi (qandli diabet, natriy tuzlari, aminokislotalar, glyukoza, mochevina, mannitol ta’sirida); amiloidoz, sarkoidoz, miyelom kasalligida (SBYe ga olib keluvchi, nefropatiya rivojlanganda); ba’zi dori preparatlari ta’sirida (diuretik, kofein, angishvona preparatlari, etanol, atsetilsalitsil kislota, litiy, gipoglikemik preparatlar).

Oliguriya (oliguria) — peshobning sutkalik miqdorining kamayishi (sutkada 500 ml dan kam).

Fiziologik: suyuqlik rejimini cheklash; issiq havoda yoki jismoniy zo‘riqishda ter orqali suyuqlik ajralishining ortishi. Patologiyada oliguriya kuzatiladi: yurak dekompensatsiyasida; buyrakdan tashqari yo‘llar bilan suyuqlik yo‘qotilganda (temperatur reaksiyalarda ter bilan, profo’z ich ketishlar, kuyish, qusish,qon ketish); shok, kollapsda; buyraklar shikastlanishida: O‘tkir nefritda (sutkalik diurez 200–300 ml gacha kamayishi mumkin), nefrotik sindrom shish fazasida, O‘BYe da (gemolitik, toksik buyrak va x.k); nefrotoksik moddalar ta’siri (qo‘rg‘oshin, margimush, vismut, etilenglikol).

Anuriya (anuria) — siydik ajralishining butunlay to‘xtashi (sutkada 200 ml dan kam): o‘tkir buyrak yetishmovchiligining erta, asosiy klinik belgisi.

Quyidagi hollarda ham kuzatilishi mumkin: nefritning o‘tkir shakllari; yurak

yetishmovchiligining terminal bosqichida; o‘tkir qon yo‘qotishda; to‘xtamasdan qayd qilish; siydik yo‘llariga tosh tiqilganda, siydik yo‘llari o‘smalar bilan bosilganda (bachadon, siydik pufagi saratoni).

Ishuriya (ischuria) — erkin siydik ajratolmaslan, siydik pufagida peshobning ushlab qolinishi.

Kuzatiladi; predstatel jeleza kasalliklari (adenoma, rak); prostatit; paraproktit; MNS ning qator funksional va organik zararlanishlari; qorin bo‘shlig‘idagi va kichik chanoqdagi ba’zi o‘tkir xirurgik xolatlar, skelet mushaklari shikastlanishlarida siydik pufagining nerv-mushak apparatining zararlanishi;

Nikturiya (nycturia)— kechki diurezni kundo’z gidan ko‘payishi: turli xil buyrak kasalliklarining simptomlaridan biri xisoblanadi; predstatel jeleza gipertrofiyasi; qandsiz diabetda kuzatiladi.

Pollakiuriya (pollakiuria) — tez-tez siyish — ko‘p suyuqlik qabul qilinganda, siydik ajratish a’zolarida yallig‘lanish jarayonlarida kuzatiladi.

Olakiuriya (olakiuria) — kam siyish — cheklangan miqdorda suyuqlik qabul qilinganda va nerv-reflektor o‘zgarishlarda kuzatiladi.

Dizuriya (dysuria) — peshob ajratish buzilishi— yuqoridagi buzilishlarni (siydik hajmining, chastotasining o‘zgarishi) umumlashtiruvchi, og‘riqlar bilan kechuvchi simtomokompleks.Turli siydik yo‘llari, jinsiy yo‘ddar yallig‘lanish kasalliklarida: sistit, uretrit, piyelonefrit, buyraklar sili.

Stranguriya (stranguria) — og‘riqli siyish.

Siydikning nisbiy zichligi 1,018–1,026 (ertalabki siydikda)

Sog‘lom odamda peshobning maksimal osmotik konsentratsiyasi 910 mosm/l gacha yetishi mumkin (maksimal nisbiy zichlik 1,025–1,026).

Peshobning nisbiy zichligini aniqlash katta klinik aham iyatga molik, chunki unda erigan moddalar konsentratsiyasi xaqida ma’lumot beradi (mochevina, siydik kislotasi, kreatinin, turli tuzlar) va buyraklarning konsentratsion va eritish vazifasini namoyon qiladi. Buyraklarning konsentratsion qobiliyatini aniqlashning yanada aniqroq usuli krioskopiya usuli xisoblanadi (mo’z lash nuqtasi bo‘yicha aniqlash). Tekshiruvni siandart suvli rejim (Zimnitskiy sinamasi), yoki quruq sharoitda (Folgard sinamasi) o‘tkazish kerak.

Giperstenuriya (hypersthenuria) — nisbiy zichlik 1,026 dan ortishi (siydik osmotik konsentratsiyasi 910 mosm/l dan yuqori, ko‘pincha 1200 mosm/l gacha ortgan) quymdagi xolatlarda kuzatiladi: shishlar ko‘payishi (o‘tkir glomerulonefrit, yurak yetishmovchiligida dimlangan buyrak va x.k); nefrotik sindromda (peshobda oqsil miqdori ortishi hisobiga — 0,33 g/l oqsil, peshob nisiy zichligini 0,001 ga oshiradi); qandli diabetda (qandli diabetning massiv glyukozuriya bilan yaqqol namoyon bo‘lishida nisbiy zichlik 1,040–1,050ga teng bo‘lishi mumkin); mannitol yoki dekstran, rentgenkontrast moddalar yuborilganda; homiladorlar toksikozida.

Gipostenuriya (hyposthenuria) –nisbiy zichlik 1,018 dan kam: buyrak kanalchalarining o‘tkir zararlanishi; qandsiz diabet; surunkali buyrak yetishmovchiligi; yomon sifatli gipertenziya.

Izostenuriya (isosthenuria) — peshob va qon plazmasi osmotik bosimi teng bo‘lgan xolat (nisbiy zichlik 1,010–1,011, peshob osmotik konsentratsiyasi 280–320 mosm/ldan oshmaydi), — buyraklar konsentratsion funksiyasi butunlay yo‘qolganidan dalolat beradi.

Siydikning nisbiy zichligini aniqlash

Siydik nisbiy zichligi urometr yordamida o‘lchanadi (1,000 - 1,050 shkalali areometr;):

Normada peshob rangi uning konsentratsiyasiga bog‘liq va och-sariqdan yantar-sariqqacha tebranib turadi. Normal peshobning bo‘yalishi uning tarkibidagi uroxrom A va V, urobilinoidlar, uroetrin va boshqa qon pigmentlaridan hosil bo‘luvchi moddalarga bog‘liq.

Peshob rangi ba’zi dori preparatlari va oziq-ovqat mahsulotlari (qizicha, sabzi va x.k.) qabul qilganda ham o‘zgarishi mumkin.

Ba’zan peshob rangi normal bo‘lsada, cho‘kmalar tarkibidagi tuzlar, shaklli elementlar, shilliqqa qarab turli xil rangga bo‘yalishi mumkin.

Peshob rangini aniqlash

Peshob rangi o‘tuvchan yorug‘likda, silindrni ko‘zgacha ko‘tarib aniqlaniladi.

Tiniqligi

Normal peshob tiniq bo‘lishi kerak. Xiralashishiga tuzlar, xujayra elementlari, shilliq, yog‘, bakteriyalar sabab bo‘lishi mumkin. Peshobda ba’zi bir tekshiruvlarni o‘tkazish uchun (masalan, oqsil, glyukozani tekshirish), xiraligini yo‘qotish kerak.

Peshob xidi

Peshob keskin bo‘lmagan, spetsifik xidga ega. Peshobga bakteriyalar havoda (turib qolganda) va siydik yo‘llarida o‘tirib qolsa (og‘ir sistitlar, yemirilayotgan o‘smalar) ammiakli xid paydo bo‘ladi. Peshobda keton tanalari bo‘lsa o‘ziga xos xidni oladi (mevali), chirayotgan olmalarning xidini eslatadi.

Kimyoviy tekshirish

Peshob reaksiyasi neytral yoki kuchsiz kislotali (rN 5,0–7,0)

Peshobning nordon reksiyasi kuzatiladi (rN < 5,0):

fiziologik xolatlarda (ko‘p go‘shtli mahsulot iste’mol qilganda); respirator va metabolik atsidozda (diabetik koma, yurak yetishmovchiligi, O‘BYe); o‘tkir nefritda; podagrada; buyrak silida; gipokaliyemiyada (ionli muvozanatni saqlash uchun, N+ ionlarining sekretsiyasi ortadi); askorbin kislotasi, kortikotropin, ammoniy xlorid ta’sirida

***Peshobning ishqoriy reaksyasi kuzatiladi (rN > 7,0)*:**

Aniqlash usullari

Peshob reaksiyasini indikator qog‘oz yordamida aniqlash
rN 5,0–8,0 intervalini o‘lchay oladigan, turli xil indikator qog‘ozni qo‘llash mumkin(universal indikator, nitrazin sarig‘i, Biofan-3,Albufan, Tetrafan).
Peshob reaksiyasini yangi ajratilgan peshobda, siygan zaxoti aniqlaniladi, chunki turib qolsa ishqoriylashadi.
Proteinuriya (proteinuria) — peshobdagi oqsilni, sifatiy usulrar yordamida aniqlasa bo‘ladigan konsentratsiyada paydo bo‘lishi: fiziologik (jismoniy, emotsional zo‘riqish, sovuqdan, intoksikatsion, ortostatik); koptokchali (glomerulonefrit, gipertoniya kasalligi, infeksion va allergik faktorlar ta’sirida, yurak yetishmovchiligi dekompensatsiyasi); kanalchali (amiloidoz,o‘tkir kanal nekrozi, interstitsial nefrit, Fankoni sindromi); prerenal (miyelomkasalligi, mushak to‘qimasi nekrozi, eritrotsitlar gemolizi); postrenal (sistit, uretritlarda).

2-KLINIK O’QUV AMALIYOTI.
Bolalar elektrokardiogramma (ekg) texnikasi

Orqaga o'rtalarida 19-asrda, shifokorlar chetga aniqlash va bemorning yurak faoliyati dahshatli oqibatlarini oldini olish uchun ish vaqti ta'qib qilish uchun qanday haqida o'ylab boshladi. Allaqachon o'sha paytda, shifokorlar yurak mushagining qurishi uchraydigan deb topildi elektr hodisalar, va birinchi kuzatuvlar va hayvon tadqiqotlar amalga oshirish boshlandi. Evropa olimlari kuzatish uchun maxsus birlik yoki noyob texnikasi yaratish ustida ish boshladi yurak ishini, va nihoyat dunyoda birinchi EKG tashkil etildi. Zamonaviy dunyoda, u ham qisqartirilgan EKG, deyiladi deb atalmish elektrokardiyogramda ishlab chiqaradi, bu noyob va rivojlangan qurilma, foydalanish, shunday qilib, barcha bu safar, ilm-fan, hali tura olmaydi. Bu yozuv texnikasi biocurrents yurak va maqolada muhokama qilinadi. **Elektrokardiogramma** (elektro., kardio... va gramma) (EKG) — yurak muskuli ishlayotganda hosil bo‘lgan elektr impulslari yozib olingan egri chiziq. E. elektrokardiograf yordamida qog‘ozga yoki fotoplyonkaga tushiriladi.

Elektrokardiografiya - bu qisqarishi, ko'zg'alishi hisobiga yurak muskularida hosil bo'lgan elektrik holatni (biotokni) qayd qilishga asoslangan. Elektroqardiogramma - bu yurak muskullari qo'zg'alishida hosil bo'lgan biotoklar grafikasidir. Ularning hosil bo'lishi ishlayotgan yurakda kechadigan doimiy va murakkab fizik va ximik jarayon bilan bog'liq bo'ladi. Elektrokardiogrammani yozib olish uslubi: odatda 12 nuqtadan yozib olinadi: - 6-tasi qo'l va oyoq, - 6 tasi

ko'krakdan.

- 6 ta qo'l va oyoqdan yozib olingan 3 ta klassik yoki standart (ikki polyusli);
- 3 ta bir polyusli (kuchaytirilgan) tarmoqlari mavjud.

Butun gavdaga tarqaluvchi yurak toklari (harakat toklari) EKG si gavdaning turli qismlari (ko‘krak qafasi, qo‘l va oyoqlar)ga o‘rnatilgan va elektrokardiografga ulangan elektrodlar bilan yozib olinadi.

EKG ni yozib olish uchun elektrodlarni o'ng va chap qo'lga va chap oyoqqa bog'lanadi. Bunda o'ng qo'lga har doim qizil rangli elektrod biriktiriladi, chap qo'lga esa sariq rangli elektrod, chap oyoqqa esa yashil rangli elektrod biriktiriladi. Elektr toqi yo'nalishini o'zgartiradigan kalitni burash orqali har bir bog'lanish bilan aloqa (kontakt) o'rnatiladi.

I-chi bog'lanishda o'ng va chap qo'lga qo'yilgan elektroddan yoziladi.

II-chi standart bog'lanish o'ng qo'l va chap oyoqdagi,

III standart bog'lanish da chap qo'l va chap oyoqqa qo'yilgan elektrodlardan yoziladi. Oyoq qo'llardan o'tgan kuchaytirilgan bog'lanishda AVR (kuchaytirilgan o'ng qo'ldan o'tgan bog'lanish) AVL(kuchaytirilgan chap qo'ldan o'tgan bog'lanish) AVF (kuchaytirilgan chap oyoqdan o'tgan bog'lanish) o'ziga mos bog'lanishli kontaktlardan yozib olinadi.

Ko'krak bog'lanishlaridan yozib olishda faol elektrod ko'krak qafasi yuzasini ma‘lum bir nuqtalariga qo'yiladi:

- V1 - 4 qovurg'a oralig'i to'sh suyagining o'ng tomonida
- V2 - 4 qovurg'a oralig'i to'sh suyagining chap tomonida
- V3 - 2 va 3 pozitsiyaning o'rtasida
- V4 - 5 qovurg'a oralig'i chap o'rtaumrov suyagi chizig'ida
- V5 -5 qovurg'a oralig'i chap qo'ltiq oldingi chizig'ida
- V6 - 5 qovurg'a oralig'i chap qo'ltiq o'rta chizig'ida

Normadagi EKG da 5 ta tishdan iborat bo'lib, bulardan uchtasi (PRT) izoelektrik chizig'idan yuqoriga qaragan, ikkitish (QS) pastga qaragan bo'ladi. EKG ni analizi ko'pincha kasallikning klinik belgilari kasallik tarixi bilan tanishgandan so'ng quyidagi sxemada olib boriladi.

Odatda EKGda 5 ta tish ko'rinadi: P,Q,R,S,T

1. Ritmini manbai aniqlanadi g' sinus tugunidan (nomotrop ritm) yoki undan pastda joylashgan avtomatizm manbai (geterotrop ritm) va uning harakteri to'g'ri va noto'g'riligi aniqlanadi.
2. R-R oralig'i bo'yicha yurak qisqarishlar soni, qisqarishini takrorlanish tezligi aniqlanadi.
3. Yuraknin gelektrik yo'nalishiva elektri kpozitsiyasi aniqlanadi.
4. RQ, QRS va QT oralig'ining uzunligi aniqlanadi.

5. Har-xil bog'lanishlardagi EKG tishlari va oraliqlariga baho beriladi. EKG korsatkichlari bolaning yoshiga qarab o’zgarib boradi.

P-Tish

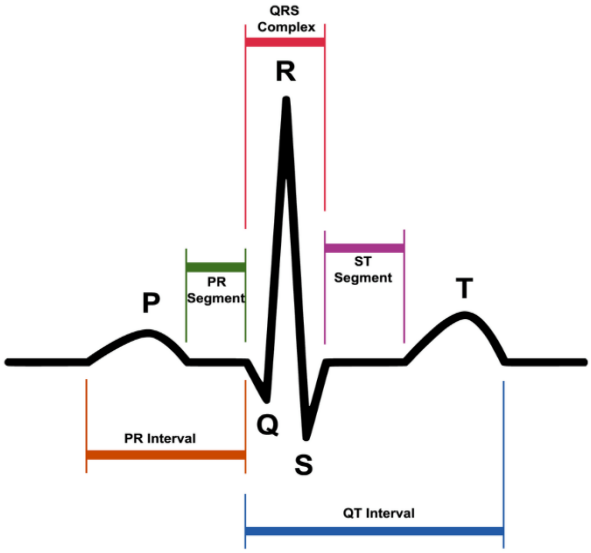
I, II, aVF, V2-V6 tarmoqlarda doim musbat

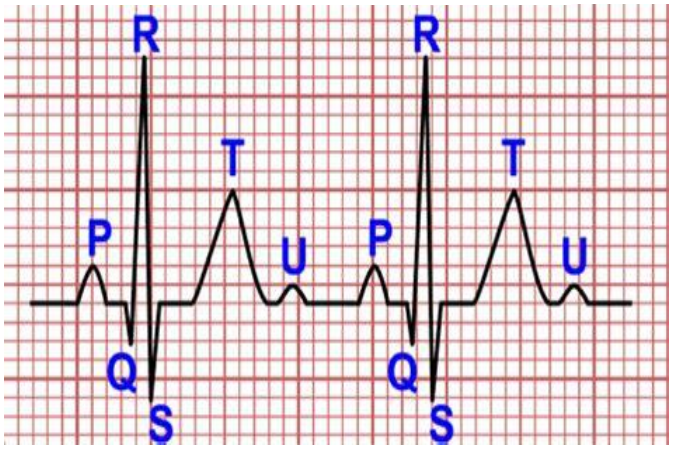
III, aVL, V1 tarmoqlarda musbat, ikki fazali, III va aVL da bo‘lsa manfiy bo‘lishi ham mumkin

aVR tarmoqda doim manfiy

Davomiyligi 0,1 s dan oshmaydi, amplitudasi – 1,5-2,5 mm

P-Q interval – 0,12-0,2 s





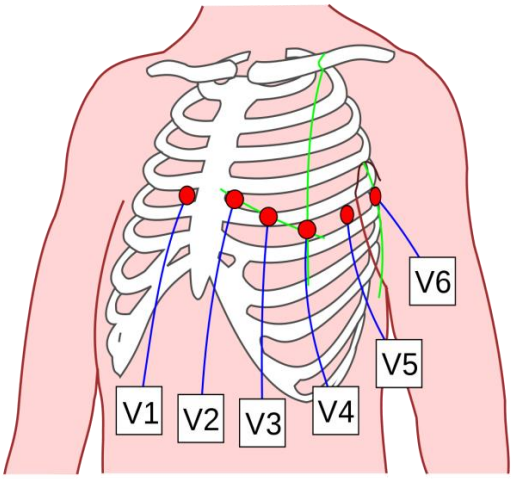
Q-tish

V1-V3 da R tishning 1/6 qismidan oshmaydi.

aVR dan boshqa barcha tarmoqlarda amplitudasi R tishning ¼ qismidan oshmaydi, davomiyligi – 0,03 s

aVRda normada chuqur va keng Q tish yozilishi mumkin, hattoki QS kompleks

ham



R-tishi yurak bo’lmacha muskullarining qo’zg’alishini ko’rsatadi. R tishi musbat yarimoy chizig’i shaklida bo’lib, birinchi yarmi o’ng bo’lmacha, ikkinchi yarmi esa chap bo’lmacha qo’zg’alishini ifodalaydi. R-tishchaning eng yuqori amplitudasi II bog’lanishda bo’ladi.

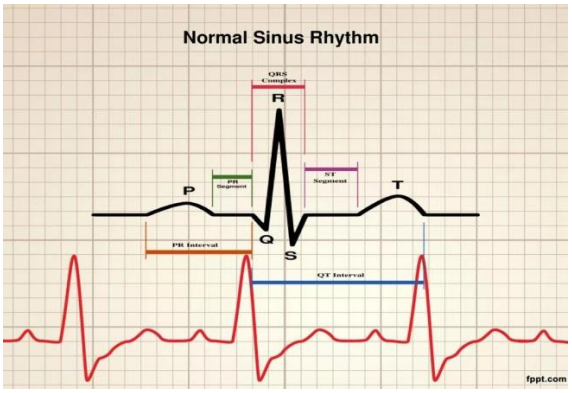
Barcha tarmoqlarda yoziladi. aVRda yaxshi ko`rinmasligi yoki umuman yo`qolishi mumkin

Ko‘krak tarmoqlarida V1 dan V4 gacha amplitudasi ortib boradi, keyin kamayib boradi.

RV1,V2 qo‘zg‘alishning qorinchalararo to‘siq va o‘ng qorincha bo‘ylab tarqalayotganini ko‘rsatadi. RV4,V5,V6 qo‘zg‘alishning chap qorincha va qisman o‘ng qorincha bo‘ylab tarqalayotganini ko‘rsatadi.

Amplitudasi standart va kuchaytirilgan tarmoqlarda 20, ko‘krak tarmoqlarida 25 mm gacha.

aVR va V1 da 3-4 mm bo‘ladi.

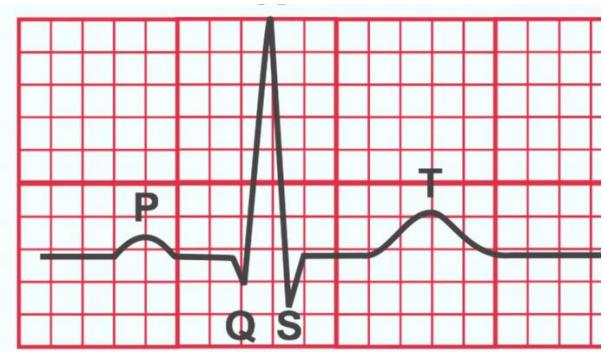


S tish

Amplitudasi turli tarmoqlarda katta farq qiladi, lekin 20 mm dan oshmaydi.

V1 dan V4 gacha amplitudasi pasayib boradi, V5,6 da yo‘qolishi ham mumkin.

QRS 0,1 s dan oshmaydi.



T tish

RS-T segment standart va kuchaytirilgan tarmoqlarda izoliniyada joylashgan (yo0,5 mm)

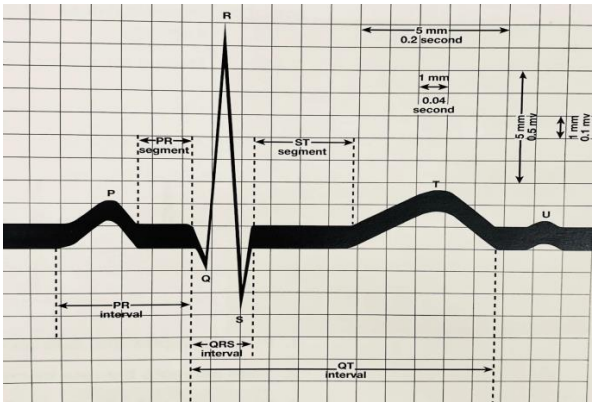
V1-V3 izoliniyadan ko‘tarilishi mumkin (<2 mm), V4,5,6da bo‘lsa pasayishi mumkin (<0,5 mm)

T tish I, II, aVF, V2-V6 da doim musbat

III, aVL va V1 da musbat, ikki fazali yoki manfiy bo‘lishi mumkin. aVRda doim manfiy.

Amplitudasi standart va kuchaytirilgan tarmoqlarda 5-6 mm gacha, ko‘krak tarmoqlarida 15-17 mm gacha bo‘lishi mumkin.

Davomiyligi 0,16-0,24 s.



Normada R – tishcha hamma standart va kuchaytirilgan o’z atmalarda qayd qilinib, faqat AVR tarmoqda past amplitudaga yoki bo‘lmasligi mumkin.

Ko‘krak o’z atmalarda normada R – tishcha V1 o’z atmadan V4 o’z atmaga ortib boradi. V5 va V6 o’z atmalarda biroz pasayyadi. Ba’zan V1 o’z atmada R – tishcha kuzatilmasligi mumkin.

Normada IOB V1, V2 ko‘krak o’z atmalarda 0.03 sek.dan, V5, V6 ko‘krak o’z atmalarda 0.05 sek.dan oshmasligi kerak.

S – tishcha doim manfiy bo‘ladi. Chap va o‘ng qorinchalar to‘siqning bazal qismi qo‘zg‘alishini aks etiradi. Eng kuchli S – tishcha II va AVF tarmoq o’z atmalarda ro‘yhatga olinadi. S – tishcha standart tarmoqlarda ro‘yhatga olinmasligi ham

mumkin. AVR tarmoqda chuqur va manfiy S – tishcha (yoki QS) bo‘ladi. Ko‘krak o’z atmalarda S – tishcha normada V1 o’z atmadan V4 o’z atmaga kamayib borib, V5 va V6 o’z atmalarda pasayyadi yoki bo‘lmasligi mumkin. Eng chuqur S – tishcha V1 – V2 o’z atmalarda kuzatiladi. V3 ko‘krak o’z atmada ko‘pincha S – tishchaning chuqurligi R – tishchaning balandligiga teng bo‘lib, ushbu oraliq ”o‘tish zonasi” nomini olgan. S – tishchaning chuqurligi yoki amplitudasi 20 mm.dan, davomiyligi 0.06 – 0.07 sek. dan ortmasligi kerak.

Nazogastral, duodenal zondlash texnikasini

Duodenal suyuqlik ichak shirasi, o‘t, me’daosti bezi shirasi, pilorus orqali o‘n ikki barmoqli ichakka o‘tgan me’da shirasi va oz miqdordagi shilliqdan iborat.

Ba’zi kasalliklarda duodenal suyuqlikka qon, yiring, shilliq, normal tarkibidagi o‘t va me’daosti bezi shirasi va h.k. aralashgan bo‘ladi. O‘n ikki barmoqli ichak suyuqligini tekshirish muhim diagnostik ahamiyatga ega. Uni olish uchun duodenal zonddan foydalaniladi, bu zond 1,5 m uzunlikdagi ingichka rezina naychadan iborat, uning oxirida metall oliva bo‘ladi. Olivadagi teshik orqali suyuqlik osonlik bilan zond ichiga kira oladi. Oliva qayerda joylashganligini bilish uchun zondda uchta belgi bor. Ularning birin- chisi olivadan 40 sm narida bo‘lib, u kurak tishlardan me’da kardiasigacha bo‘lgan masofani ko‘rsatadi, ikkinchisi 56 sm narida, ya’ni kurak tishlaridan pilorusgacha, uchinchisi 70 sm narida, ya’ni kurak tishlaridan fater so‘rg‘ichigacha bo‘lgan yerni ko‘rsatadi. Bu naycha o‘n ikki barmoqli ichakka nahorga kiritiladi. Kiritishdan avval zondni qaynatish va ho‘llash kerak.

Duodenal zondni kiritish texnikasi quyidagicha: bemorni o‘tqazib qo‘yib oliva yuttiriladi, so‘ng yutish harakatlari bilan zond birinchi belgigacha kiritiladi, shundan so‘ng bemorni yonboshlatib yotqizgan holda uning chanog‘i tagiga yostiq qo‘yiladi va ikkinchi, keyin uchinchi belgigacha yutish tavsiya qilinadi. Shu holatda bemor 45—60 minut bo‘lishi kerak.

Ma’lum vaqt ichida oliva me’da peristaltikasi natijasida o‘n ikki barmoqli ichakka o‘tadi. Bemor kushetkada yonboshi ko‘tarilib yotgani uchun (yostiq qo‘yilgani tufayli) me’da va o‘n ikki barmoqli ichakdagi suyuqliklar zond orqali probirkaga oqib tusha boshlaydi. Agar zond hali me’dada bo‘lsa, oqib chiqqan suyuqlik nordon reaksiyaga ega bo‘ladi, buni lakmus qog‘ozi yordamida aniqlash mumkin (ko‘k qog‘oz suyuqlikka tekkizilishi bilan qizaradi). Agar zond o‘n ikki barmoqli ichakka o‘tgan bo‘lsa, unda tiniq, sariq- tillarangli, ishqoriy reaksiyadagi cho‘ziluvchan suyuqlik chiqa boshlaydi (bu suyuqlikni ko‘k lakmus qog‘oziga tekkizilsa, u qizarmaydi, lekin qizil lakmus qog‘oz ko‘karib ketadi). Bu birinchi porsiya o‘n ikki barmoqli ichakdan chiqqan bo‘lib, A porsiyasi deb ataladi. Agar o‘t pufagidagi suyuqlik tekshirilmoqchi bo‘lsa, ichakka 20—30 ml iliq 30 % li magneziy sulfat eritmasi yoki ilitilgan 100 ml provan moyi yoki 30 ml 5—10 % li

pepton eritmasi yuboriladi. Oradan 15—20 minut o‘tgach, o‘t pufagining reflektor qisqarishi va Oddi sfinkterining ochilishi oqibatida pufakdagi o‘t chiqa boshlaydi va u B porsiya deb ataladi. U A por- siyasiga qaraganda ancha to‘q va quyuq bo‘lib, o‘zida ko‘p miqdorda o‘t pigmentlarini tutadi. Bunday o‘t 30—40 ml ajraladi. Oradan bir qancha vaqt o‘tgach, ancha tiniq o‘t porsiyasi ajrala boshlaydi, lekin u A porsiyasiga nisbatan to‘qroq bo‘ladi. Bu jigardan ajralayotgan o‘t bo‘lib, jigar yo‘llaridan chiqadi va C porsiyasi deb ataladi. Shundan so‘ng zond ohistalik bilan chiqarib olinadi.

O‘n ikki barmoqli ichakdan olingan suyuqlikning avval rangi, hidi, reaksiyasi, fermentlari, oqsil moddalari, pigmentlari, o‘t kislotalari aniqlanib tekshiriladi. Uch porsiyani ham mikroskopda tekshirish kerak.

B porsiyasida ko‘p miqdorda shilliq va leykotsitlarning bo‘lishi o‘t pufagi yallig‘langanini ko‘rsatadi: shu elementlarning C porsiyasida bo‘lishi o‘t yo‘llarida yallig‘lanish jarayoni borligidan dalolat beradi. Leykotsitlar va shilliqdan tashqari olingan porsiyalarda eritrotsitlar, epiteliy hujayralari, xolesterin kristallari, lyambliyalar va turli bakteriyalarni topish mumkin.

Fibrogastroduodenoskopiya FEGDS

Fibrogastroduodenoskopiya (FGS) - qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakni ichki tekshirishning eng keng tarqalgan usuli. Ushbu usul keng tarqalishdan tashqari, gastrit va oshqozon yarasini o'z vaqtida tashxislash va davolashda eng samarali hisoblanadi.

Yarali defektni aniqlash va yara kasalligini tasdiqlashda EGDS (ezofagogastroduodenoskopiya) yetakchi o’rinni egallaydi. Endoskopiyani bajarishga imkon bo’lmasa, bariy bilan rentgen tekshiruvi o’tkaziladi («nisha», burmalar konvergensiyasi, a’zoning chandiqli deformatsiyasi aniqlanadi). Yuqoridagi bevosita belgilardan tashqari bir qator bilvosita rentgen belgilar ham bor: och qoringa gipersekretsiya, 12 barmoqli ichak boshchasi deformatsiyasi, uning ta’sirchanligini bariydan tez bo’shash bildiradi, piloroduodenospazm, spastik peristaltika va boshqalar.

Ko’pincha yarani aniqlashga mushaklar qisqarishi, shilliq qavatning shishi, yarali defektda ovqat qoldiqlari, qon quyqasi, shilimshiqning borligi to’sqinlik qiladi. Shuning uchun rentgen tekshiruvini tinch holatda, aeron, atropin, metatsin kabi dori vositalari ta’sirida, bemorning vertikal yoki gorizontal holatida o’tkazish tavsiya etiladi. Ko’pincha yara boshchaning orqa devorida joylashadi. Postbulbar (boshchadan tashqari) holat ham bo’lishi mumkin - bulboduodenal o’tish yoki undan distal sohada. Oshqozonda yara ko’proq subkardial qismda, ba’zan tanasida, eng kam antral va pilorisdan oldingi qismda joylashadi.

Oshqozonni endoskopik tekshirish: usul va ko'rsatmalar

FGS protsedurasi juda oddiy. Bemor kamera yordamida maxsus "prob" ni yutadi va shifokor ovqat hazm qilish tizimining sirtini vizual tekshiruvdan o'tkazadi. Bundan tashqari, tahlil qilish uchun ichki organdan to'qimalarni olish mumkin.

Fibrogastroduodenoskopiya uchun ko'rsatmalar:

Ovqat hazm qilish buzilishining belgilari: qusish, ko'ngil aynishi, diareya, ich qotishi, qon ketishi,

Jarrohlik davolash usullari: oshqozon yarasini mahalliy davolash, qizilo'ngachning kengayishi (bugenaj), (jarrohlik bo'lmagan kengayish), poliplarni olib tashlash,

Konservativ test natijalariga ko'ra kasallikka shubha qilish;

Davolashning oraliq va yakuniy natijalarini baholash,

Operatsiyadan oldin skrining.

Agar dalillar bo'lsa, davolovchi shifokor tekshiruv vaqtini tayinlaydi. Undan oldin siz biroz tayyorgarlik ko'rishingiz kerak - oshqozonning endoskopiyasi muayyan sharoitlarda amalga oshiriladi. Bemorning qizilo'ngachiga "zond" ni to'g'ridan-to'g'ri kiritishdan oldin, shifokor bemorni protseduraning boshida, uning davomida va undan keyingi harakatlar to'g'risida gapirib beradi. Ushbu tavsiyalarga rioya qilish va noqulayliklarni eng asosiysi minimal bo'ladi.

Tayyorlashda umumiy tavsiyalar:

Jarayon bo'sh qoringa qilinadi - protseduradan kamida 8 soat oldin ovqat, ichimlik va ichimliklar chiqarib tashlanishi kerak;

Tekshiruvdan bir kun oldin va tekshiruv kunidan bir kun oldin alkogol va tamaki ichmang;

Yurak va nafas olish kasalliklarida boshqa mutaxassislik shifokorlari bilan maslahatlashing. Qonni yupqalashtiruvchi dorilarning dozasini vaqtincha to'xtating

yoki kamaytiring (shifokoringiz bilan maslahatlashganidan keyin).

Oshqozonni tekshirish natijalari. Oshqozonni endoskopik tekshirish eng aniq va ob'ektiv ekanligi eksperimental ravishda isbotlangan. Tekshiruv natijalari bo'yicha protsedura davomida aniqlangan barcha anomaliyalar va patologiyalarning batafsil stsenariysi beriladi. Ba'zi endoskopik xonalarda tadqiqotning HD yozuvi mavjud. Ob'ektiv ma'lumotlarni olish sizga to'g'ri davolanish rejasini tuzishga imkon beradi.

Oshqozon endoskopiyasi nima

Oshqozonni endoskopik tekshirish maxsus qurilma - endoskop yordamida amalga oshiriladi. Zamonaviy qurilmalar nisbatan nozik bükülebilir naycha shaklida bo'lib, unda raqamli videokamera, yorug'lik manbai va havo ta'minoti moslamasi joylashgan.

Agar kerak bo'lsa, endoskopga biopsiya forsepslari yoki oddiy jarrohlik aralashuv vositalarini ulash mumkin:

qon ketayotgan tomirni ivish uchun,

polipni olib tashlash uchun.

Raqamli videokameradan olingan tasvir real vaqt rejimida monitor ekraniga uz atiladi, shuning uchun oshqozonning deyarli barcha qismlarining shilliq qavatini batafsil o'rganish va undagi patologik o'zgarishlarni ko'rish mumkin:

eroziya

oshqozon yarasi

poliplar

o'smalar

qon tomirlari

ichki yuzaning atrofiyasi yoki gipertrofiyasi belgilari.

Endoskoplarning oddiy modellarida shifokor shilliq qavatni maxsus ko'zoynak orqali tekshiradi, agar kerak bo'lsa, rasmni kattalashtiradi.

Oshqozonga qo'shimcha ravishda, FGDS paytida shifokor qizilo'ngach va o'n ikki barmoqli ichakning (o'n ikki barmoqli ichak) ichki yuzalarining holatini tekshiradi.

Jarayon uchun ko'rsatmalar

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning endoskopiyasi quyidagi holatlarda buyuriladi: gastrit yoki oshqozon-ichak traktining boshqa kasalliklarida shubha qilingan taqdirda shifokorga birinchi tashrif buyurganingizda tashxis qo'yish uchun oshqozon yarasi, o'n ikki barmoqli ichak va boshqa organlarning kasalliklarida profilaktik ko'riklar paytida dinamikani davolash va kuzatishni boshqarish sifatida, biopsiya olish uchun.

FGDS ham amalga oshiriladi:

sternumda og'riqlar bo'lgan holatlarda, chunki ular yurakka o'xshab ketishi mumkin, oshqozon yarasi yoki gastrit bilan, noma'lum kelib chiqqan anemiya bilan. Tibbiy endoskopiya oshqozon poliplarini olib tashlash, qon ketadigan tomirni koagulyatsiya qilish, begona jismlarni olib tashlash va oshqozonning torayishi (stenozi) holatida balon dilatatsiyasini o'tkazish uchun buyuriladi.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar

miokard infarktining o'tkir davri,

o'tkir miya qon tomirlari avariyasi,

koma, agonal sharoitlar,

dekompensatsiya bosqichida bronx-o'pka va yurak-qon tomir kasalliklari,

texnik jihatdan o'xshash protseduraga xalaqit beradigan anatomik va topografik o'zgarishlar bo'lsa - masalan, qizilo'ngachning aniq tsikratik torayishi.

Nisbiy kontrendikatsiyalar mavjud bo'lsa, FGDS kasallikni tuzatish va vaziyatni barqarorlashtirishdan keyin mumkin. Bularga quyidagilar kiradi:

yuqori qon bosimi

torakal aorta anevrizmasi,

nazofarenksning yallig'lanish kasalliklari,

ruhiy kasalliklar va boshqalar.

Endoskopiya qanday amalga oshiriladi?

Qusish refleksini bostirish uchun bemor og'iz bo'shlig'i va farenks bilan mahalliy og'riqsizlantiruvchi, ko'pincha lidokain bilan sug'oriladi, shundan so'ng og'izga maxsus tiqin moslamasi qo'yiladi, bu esa operatsiya paytida tishlarning siqilib qolishiga yo'l qo'ymaydi. Oshqozonning endoskopiyasi supin holatida amalga oshiriladi. Shifokor probning uchini tilga qo'yadi va bemorni yutishni so'raydi va shu bilan uni qizilo'ngachga chuqurroq suradi.

Qoida tariqasida og'riq paydo bo'lmaydi, ammo noqulaylik mavjud. Quvurni qizilo'ngach orqali o'tkazganda, begona jism hissi, havo yetishmasligi va ko'z yoshlari o'z-o'zidan oqishi mumkin. Ammo bularning barchasiga toqat qilish oson: shunchaki tashvishlanmang, vahima qo'ymang, faqat buruningiz bilan nafas olishga harakat qiling. Ko'pincha protsedura davomida tupuriqning ko'payishi qayd etiladi.

Shilliq qavatni yaxshilab tekshirish uchun endoskop orqali oshqozon bo'shlig'iga havo yuboriladi, buning natijasida organ ichkaridan singib ketadi. Endoskopiya yordamida siz oshqozon biopsiyasini bajarishingiz mumkin, shilliq qavat bo'laklari maxsus cımbızla bilan tishlangandan so'ng, gistologik tekshiruv uchun laboratoriyaga yuboriladi.

Qoida tariqasida odatdagi diagnostik endoskopiya taxminan 5-7 daqiqa davom etadi. Undan keyin biroz vaqt achchiq ta'mi va og'iz bo'shlig'ida noqulaylik hissi, tomoq og'rig'i, gastroskopiya paytida kiritilgan havo tufayli shishish hissi mavjud.

Ko'pgina bemorlarning ta'kidlashicha, charchoqning kuchayishi va diqqat markazining pasayishi - bu FGDSga tayyorgarlik jarayonida ishlatiladigan tinchlantiruvchi dorilar ta'sir qilishi mumkin.

An'anaviy gastroskopiya bo'yicha so'rov yaqin kelajakda tayyor bo'ladi. Ta'rifda shifokor quyidagi fikrlarni aks ettiradi:

organlarning shilliq qavatining holati (qizilo'ngach, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak),

oshqozon tarkibi (xarakteri, tashqi ko'rinishi),

kamchiliklarning mavjudligi yoki yo'qligi,

organlarning motor faolligi,

fokal lezyonlar, o'smalar.

FGDS natijalarini olgandan so'ng, bemor tegishli davolanishni yoki qo'shimcha tekshiruvni tayinlaydigan mutaxassisga yuboriladi.

Asoratlar

Zamonaviy endoskoplardan foydalanganda, FGDS holatida asoratlar juda kam uchraydi. Ulardan eng jiddiylari: Oshqozon teshilishi (asosan, keksa bemorlarda kuzatiladi) juda kam uchraydi. Qattiq qon ketish. Gastroskopiyadan so'ng kichik qon ketish biopsiya yoki polipni olib tashlash paytida mumkin bo'lib, o'z-o'zidan o'tib ketadi. Ammo uzoq davom etadigan va kuchli qon ketish har doim shifokor ko'rigidan o'tishni talab qiladi. Oshqozon tarkibidagi o'pkaga aspiratsiya. Bu holat bemorni noto'g'ri tayyorgarlik ko'rish paytida, u och qoringa emas, balki protseduraga kelganda ro'y beradi. Gastroskopiyadan bir necha soat oldin oziq-ovqat va suyuqlik iste'mol qilishdan to'liq bosh tortish holatlarida xavf kamayadi.

Quyidagi asoratlar paydo bo'lganda, darhol shifokorni ko'rishingiz kerak:

1. Qorindagi kuchli og'riqlar.
2. Qorin teginish qiyinlashadi, kuchli shishishi qayd etilgan.
3. Teri ostida siqilish hissi.
4. Tomoq og'rig'i, yutish qiyinligi.
5. Qusayotgan qon.

Laboratoriya qon tekshirish talqini (AsT, AlT, bilirubin)

Qon zardobidagi fermentlar faolligi (**AsT, AlT,** fruktozomono- va fruktozodifosfataldolazalar va boshq. faolligining oshishi) gepatotsitlarning tsitoplazmatik membranasi va ularning mitoxondriyalari (glo’tamatdegidrogenaza, urokinaza faolliklarining oshishi) butunligi buzilganligidan, lizosomalarning zararlanishidan (ribonukleaza, leysinaminopeptidaza, katepsinlar) dalolat berishi mumkin. Shuningdek, bu jigarning sekretor (xolinesteraza faolligining pasayishi) yoki ekskretor (ishqoriy fosfataza faolligining oshishi) faoliyati nuqsonidan dalolat beradi. Mitoxondrial va lizosomal fermentlar faolligining oshish darajasi jigarning

zararlanish darajasiga bog'liq. SG da pigment almashinuvi quyidagilar oqibatida buzilishi mumkin: o bilirubinni kon'yugatsiyalash va ajratish jarayonining buzilishi (sariqlikning parenximatoz tarkibiy qismi); o o't yo'llari obturatsiyasi (sariqlikning mexanik tarkiby qismi); o eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi (sariqlikning gemolitik tarkibiy qismi). SG ning avj olishi uchun DGB miqdorining oshishi xos, lekin gemolitik anemiya, qondagi **bilirubinn**i ushlab olishning kamayishi bilan kechuvchi ifodalangan autoimmun buzilishlarda NB miqdorining oshishi kuzatilishi ham mumkin. Shuningdek, parenximatoz sariqlik uchun bilirubinuriya xos. Buni peshobning to'q qo'ng'ir rangga kirishi va peshobda o't pigmentlarining aniqlanishidan ham ko'rish mumkin. Sariqlikning o'sib borishi va orqaga qaytishida yuqori urobilinuriya bo'lishi mumkin. Sariqlikning gemolitik tarkibiy qismida bilvosita giperbilirubinemiya bilan birgalikda retiqo'lotsitoz, qon zardobida karboksigemoglobin miqdorining oshishi va gaptoglobinning past miqdori mavjud bo'ladi. Jigarning oqsil hosil qiluvchi vazifasining pasayishini gipoalbuminemiya, protrombin va K vitamini bilan bog'liq qon ivishi omillari (VII, IX, X, hamda I, V), transferrin, tseruloplazmin, gaptoglobin va boshq. miqdorining kamayishi bo'yicha aniqlash mumkin. Jigardagi yallig'lanish jarayoni, undagi retiqo'logistiotsitar tizimining faolllashuvi □2-, □- va □- globulinlar miqdorining oshishi bilan disproteinemiyaga, cho'kmali sinamalarning patologik ko'rsatkichlariga olib keladi. SG da yog'lar almashinuvi ham buzilishi mumkin. Bu haqida qon zardobida fosfolipidlar miqdorining oshishi, xolesterin (ayniqsa uning efir bilan bog'langan qismi) miqdorining kamayishi dalolat beradi. Xolestatik sariqliklar giperlipidemiya va giperxolesterinemiya bilan birga kechadi. Karbonsuvlar almashinuvidagi jigarning boshqaruvchi faoliyatining yetishmovchiligini aniqlash uchun eng yaxshisi Bauer sinamasini o'tkazish kerak. U quyidagicha o'tkaziladi: galaktoza (1 kg tana vazniga 0,5 g per os) bilan yuklanishdan keyin 12 soat ichida galaktozaning peshob bilan ajralishi 8% dan oshmaydi, surunkali gepatit bilan kasallangan bemorlarda bu ko'rsatkich ancha oshadi, chunki ularda galaktozaning chiqarilishi bo'ziladi. Jigar holatining morfologik baholanishi bezarar ultratovushli exografiya tekshiruv usuli yoki radiofaol izotoplar bilan skanirlash, kompyuterli tomografiya, YaMR, laparoskopiya yordamida o'tkazilishi mumkin. Ushbu usullar yordamida jigarning diffuz zararlanishi aniqlanganda jigarning punksion biopsiyasini o'tkazish kerak. O'rta miyona faollikdagi SG da jigarning gistologik tekshiruvida jigar bo'lakchasi arxitektonikasining saqlanganligi, jigar hujayralarida o'rta miyona ifodalangan distrofik o'zgarishlar (odatda, gidropik degeneratsiya, ballonirlanuvchi gepatotsitlar), chegaralangan limfogistiotsitlar infiltratsiya va portal maydonlarning o'rta miyona ifodalangan o'choqli fibrozini aniqlash mumkin. Ifodalangan faollikdagi SG da jigarning zararlanishi ancha og'irroq bo'ladi, ya'ni chegaradosh

plastinka butunligining buzilishi, ko'priksimon nekrozlargacha yetadigan parenximada keng destruktiv- nekrotik o'zgarishlar, jigar bo'lakchalari tuzilishining buzilishi, jigar bo'lakchalari ichiga tarqaladigan periportal maydonlarning limfoid infiltratsiyasi kuzatiladi; periportal yo'llarning yaqinlashuviga olib keluvchi biriktiruvchi to'qimadan tashkil topgan intralobulyar to'siqlar hosil bo'ladi. Shu bilan birgalikda, parenximaning tugunli qayta o'zgarishi aniqlanmaydi. Lyupoidli gepatitda zararlangan jigarning gistologik ko'rinishi uchun periportal maydonlarning plazmatik hujayralar va limfotsitlar bilan ifodalangan infiltratsiya, jigarning postnekrotik tsirroziga yaqin jigar bo'lakchasi arxitektonikasining buzilishi bilan diffuz fibroz xos. SG dagi virusologik tekshiruvlar bemor qonida HVsAg, HVcAg, HVeAg lar va ularga qarshi antitanachalarni aniqlashga qaratilgan. Immunologik tadqiqotlar – bemorning immun holatini baholash, jigar hujayralari mitoxondriyalari va boshqa antigenlariga, terining bazal membranasiga, DNK ga, silliq mushaklarga qarshi antitanachalarni izlashni taqozo etadi. SG da bemor qonida A va G immunoglobulinlar miqdori odatda birmuncha oshadi, lekin SG ning ifodalangan faolligida IgG ning miqdori juda baland bo'ladi. HVsAg bilan SG da T-limfotsitlar-supressorlar miqdori me'yoriy bo'lsa, autoimmun variantda kamayadi. Davomli HVeAg-emiya gepatoz rivojlanishining xavf omili xisoblanadi. Qiyosiy tashxisoti. SG ni avvalam bor o'tkir gepatit A (O'GA) ning qoldiq belgilaridan farqlash lozim. Asoratlanmagan O'GA da bemorning sog'ayishi, odatda, 12-16 haftadan keyin ro'y beradi, shuning uchun o'tkazilgan gepatitdan keyin shifoxonadan chiqarilayotgan aksariyat bolalarni to'liq sog'aygan deb bo'lmaydi, chunki ularda yoki laborator ma'lumotlarda og'ishlar, yoki umumiy ahvolida buzilishlar mavjud bo'ladi. Bolalar umumiy holsizlik va tez toliqish, bosh og'rishi, ba'zan bo'g'inlarning og'rishi, pasaygan ishtaha, ko'ngil aynishi, qusish, o'ng qovurg'alar osti sohadagi og'riqlar, barqaror bo'lmagan ich kelishiga shikoyat qilishadi. Ob'ektiv tekshiruvda jigarning o'rta miyona kattalashuvi, ba'zan teri va skleraning sariqligi va barcha bemorlarda jigar funksional holatining ifodalangan buzilishi aniqlanadi. Ayrim bolalarda kasallik klinikasida astenodispeptik sindrom ustun tursa, ba'zilarda – sariqlik belgilari, yana birlarida – faqat jigarning kattalashuvi aniqlanadi. Jigarning kattalashuvi kuzatilgan bemorlar hech qanday shikoyatlar bildirmasligi mumkin, laborator tekshiruvda esa jigarning anchagina yaxshi funksional holati aniqlanadi. Bunday hollarda jigarda o'choqli fibroz rivojlanishi natijasida anatomik nuqson bilan sog'ayish ro'y berganligi ta'kidlanadi. O'tkazilgan O'GA keyingi funksional giperbilirubinemiya bolaning umumiy ahvoli va jigarning funksional sinamalari buzilmasdan bir necha oy (ba'zan bir necha yil ham) saqlanishi mumkin. O'GA SG va jigar sirroziga o'tmaydi. Agar epidemik gepatit tashxisi klinik-epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra shubhasiz bo'lsa va kasallikning o'tkir davri tugashidan keyin

1 yil o’tsa ham yuqorida keltirilgan belgilar kuzatilib, HVsAg, HVcAg, HVeAg va (yoki) ularga qarshi antitanachalar aniqlanmasa, unda O’GA ning qoldiq belgilarini tashxislash lozim. SG ni jigar sirrozidan faqat klinik-laborator ma’lumotlar dinamikasining tahlili bilan morfologik tekshiruvlarni (ultratovushli skanirlash, kompyuterli tomografiya, radioizotop skanirlash, biopsiya) qo’llab farqlash mumkin. SG ni irsiy pigment gepatozlari va jigarning almashinuv kasalliklari bilan qiyoslash kerak. Bashorati. SG oqibati uning shakli va faolligi, interferon preparatlari bilan davolashning o’z vaqtida o’tkazilishiga bog’liq. SG ning o’rta miyona faolligida ko’pincha – reparativ dinamika va kelgusi sog’ayish bilan jarayonning barqarorlashuvi kuzatiladi. Ba’zida kasallikning morfologik zo’rayishi belgilarisiz davriy avj olishlari kuzatilishlari mumkin. SG ning eng noxush oqibatlaridan biri – bu jarayonning sirrozga o’tishi va jigar yetishmovchiligi rivojlanishi bilan kasallikning zo’rayishidir. Kasallikning bunday oqibati yuqori faollikda kechuvchi SG da (50% hollarda) ko’pincha uchraydi. Profilaktikasi. BSST tavsiyalariga ko’ra, V gepatitga qarshi faol emlanish infeksiya rivojlanish xavfi yuqori bo’lgan shaxslarda o’tkazilishi kerak. Ular quyidagilardir:

O’GV bilan kasallangan yoki HVsAg tashuvchisi bo’lgan onalardan tug’ilgan chaqaloqlar (vaksina bola tug’ilishidan keyin birinchi 12 soatda gepatit V ga qarshi spetsifik immunoglobulin bilan birga);

gemodializ va gematologik bo’limlarda ishlovchi tibbiy xodimlar, hamda bemorlar qoni bilan bevosita muloqot

qiluvchi shaxslar, tibbiyot oliy va o’rta maxsus o’quv yurtlari talabalari ishlab chiqarish amaliyoti boshlanishidan oldin;

SG bilan kasallangan bemorning HVsAg tashuvchisining oila a’zolari; aholi o’rtasida HVsAg tashuvchanlik yuqori (8-15% va undan oshiqroq) bo’lgan hududlarda yashovchi shaxslar;

epidemiologik noxush joylarga sayohat qilmoqchi sayyohlar;

palapartish jinsiy hayotni boshlagan o’smirlar;

gemodializ bo’limi bemorlari;

gemotransfu’ziyalar yoki qon preparatlarini qabul qiluvchi qon kasalliklariga chalingan bemorlar;

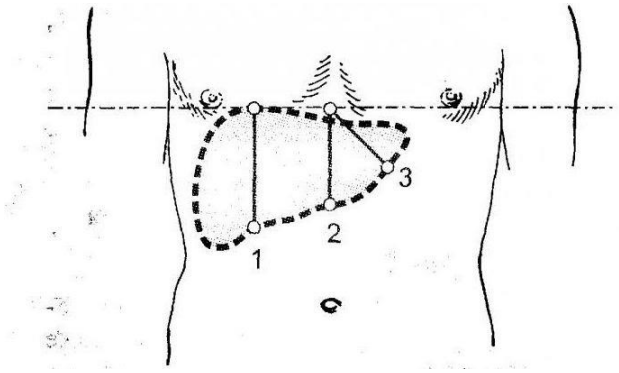
preparatlarni vena ichiga kiritayotgan giyohvandlar;

HVsAg tashuvchilarining soni 2% dan oshsa, barcha yangi tug’ilgan chaqaloqlar;

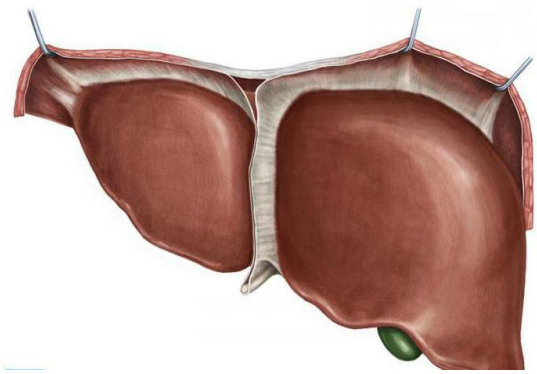
O’GV bilan kasallangan bemor bilan muloqotda bo’luvchi shaxslar, agar ular ilgari VG ga qarshi emlanmagan bo’lsa yoki O’GV ni o’tkazmagan bo’lsa (vaksina gepatit V ga qarshi spetsifik immunoglobulin bilan birga kiritiladi).

Jigar chegaralarini aniqlash.

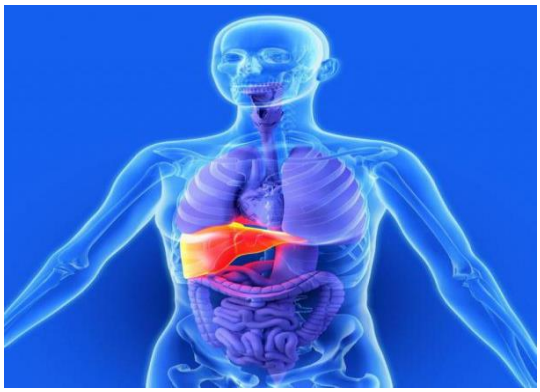
Jigar chegarasini Kurlov usulida aniqlash. Ta'riflangan usul jigarni palpatsiya (barmoq) bilan tekshirishni o'z ichiga oladi, bu ham jigar xiralikni baholash deb ataladi. Dastlab, organni lokalizatsiya qilishning butun maydoni karni aniqlaganda, jigar xiraliklarining pastki va yuqori chegarasining ikki nuqtasi o'rtasidagi masofa aniqlanadi. To'g'ri vertikal chiziqlardan foydalaning. M.G.ning o'lchamlari Kurlov: chap tomondagi archda - 5 dan 9 sm gacha; o'ngda median-klavikulyar liniyada - 7 sm dan 11 sm gacha; oldingi o'rta chiziq bo'ylab - 6 dan 10 sm gacha.



JIGAR FUNKTSIYASI. Metabolik (mineral va vitaminlar, gormonlar, aminokislotalar, lipidlar, oqsillar, uglevodlarni nazorat qilish), o'tkaziladi (organizmdagi BZHU, vitaminlar, minerallar, gormonlar yig'ilib).Sekretor (safro ishlab chiqarish). Detoksikatsiya (- djigar makrofaglar tufayli tabiy djigar Filtrlar uchun amalga oshiriladi). (Glukuronik kislota va sulfat zaharli moddalar indol, tiramin,) excretory. Gomeostatistik (organizm anjiyogenik va metabolik gemostaz nazorat jalb jigar).



Jigar o'lchash uchun ma'lum qoidalarga rioya qilish kerak: Chalqancha yotgan xolda, boshi bilan bir oz ko'tarilgan, va oyoqlari tizzasida sal buklangan, qorin mushaklarini bo’sh. Shifokor o'ng qo'li o'ng qovurg'a sohasida bemorning qorin uch yildan besh santimetr quyida, jigar ilgari belgilangan to'rt barmoq ortida joylashtirilgan bo'lishi kerak



lekin barmoqlari bir necha santimetr yuqoriga ko'chiradi. o'ng qo'l jinsi yoyi xatoliklar yoki tekshirish jigar chetiga qadar emas , oliy va oliy harakat, bu erkalash ishlab chiqarish.

Natijalarini talqini (normal)

Qanday natijalari jigar paypaslashi ko'rsatish kerak?. Odatda, bemorlar tana pastki tomonining 88% o'ng o'rta-o'mrovga oid chiziqqa muvofiq, jinsi kamar atrofida joylashgan. Sog'lom inson tanasida keskin chekka yoki oz yumaloq. Bu silliq paypaslashi da yumshoq, beozor, oson podvorachivaetsja hisoblanadi. Uning yuzasi bilan baholash, harakatlar jigar o'qishni toymasin, itarib (buyraksimon, silliq silliq), to'qimalarining (zich, yumshoq), mavjudligi / og'riq yo'qligi. Yumshoqroq, tekis, silliq sirti chekkasi yumaloq.

Laborator tekshiruvlar interpretatsiyasi (umumiy qon, siydik va axlat taxlillari) ni o‘tkazish.

Umumiy qon tahlili - normal ko‘rsatkichlari, ko‘rsatkichlarning normadan oshishi va pasayish sabablari.

Umumiy qon tahlili normal ko‘rsatkichlar: Eritrotsitlar. Trombotsitlar Leykotsitlar. Bazofillar. Eozinofillar. Neytrofillar. Monotsitlar. Granulotsitlar Qonning rang ko‘rsatkichi. Gemoglobin. Gematokrit ko‘rsatkichi. ECHT – eritrotsitlar cho‘kish tezligi.

Umumiy qon analizi – laborator diagnostikalari ichida eng ko‘p tarqalgan turi. Hozirgi kunda umumiy qon analizi uchun qon topshirmagan inson bo‘lmasa kerak. Chunki bu tekshiruv kasallik vaqtida emas, shunchaki ishga kirish uchun, bog‘cha, maktab va harbiy xizmatga ketishdan oldin o‘tkaziladi.

Umumiy qon analizi o‘z ichiga: gemoglobin miqdori, leykotsitlar soni va leykotsitar formulani, eritrotsitlar umumiy soni, trombotsitlar soni, eritrotsitlar cho‘kish tezligi (ECHT) va boshqa ko‘rsatkichlarni oladi.

To‘g‘ri aniqlanga umumiy qon tahlili orqali insonda kechayotgan kasallik belgilari, ichki kasalliklar va qonda bo‘ladigan o‘zgarishlarni ko‘rsatib beradi va davo choralarini tanlashga katta yordam beradi. Umumiy qon analizi ichiga quyidagi ko‘rsatkichlar kiradi:

Gemoglobin va gematokrit ko‘rsatkich;

Eritrotsitlar cho‘kish tezligi (ECHT, rus tilida SOE);

Rang ko‘rsatkich;

Qonning hujayraviy elementlari miqdori: eritrotsitlar – qizil qon tanachalari, gemoglobin pigementi miqdori, qonga beradi.

Oq qon tanachalari – leykotsitlar, ular rangsiz bo‘lganligi sababli shunday nomlanadi va ularning bir necha turlari bor (neytrofillar, eozinofillar, bazofillar, limfotsitlar, monotsitlar); Ko‘rinib turibdiki, qonning umumiy analizi organizmdagi qon bilan bog‘liq bo‘lgan har qanday jarayonlarni ko‘rsatib beradi. Analizni to‘g‘ri bajarish uchun deyarli hech qanday ko‘rsatmalar yo‘q, shunchaki quyidagilarga amal qilinsa bo‘lgani:

Qon analizini tongda o‘tkazgan yaxshiroq. Tekshirilayotgan inson kamida 4 soat ichida ovqatlanmasligi kerak; Qon olish uchun kerak bo‘ladigan jihozlar – skarfikator, paxta, spirt; Qon analizi uchun nomsiz barmoq kapillyarlaridan qon olinadi, ba’zida shifokor ko‘rsatmasiga binoan venadan ham qon olinadi. Analiz natijalari olingandan keyin uning tahlili o‘tkaziladi. Maxsus gemotologik analizatorlar yordamida qonning 24 ga yaqin ko‘rsatkichlari haqida ma’lumot olsa bo‘ladi

Tahlillar	Ayollar	Erkaklar
Gemoglobin	120-140 g/l	130-160 g/l
Gematokrit ko‘rsatkich	34,3-46,6%	34,3-46,6%
Trombotsitlar	180-360 × 10*9	180-360 × 10*9

Eritrotsitlar	3,7-4,7 × 10*12	4-5,1 × 10*12
Leykotsitlar	4-9 × 10*9	4-9 × 10*9

Ular qonni qisqa muddat ichida tekshirib, natijalarni tayyor holda chiqazib beradi.

Umumiy qon tahlili normal ko‘rsatkichlari quyida qon analizining normal ko‘rsatkichlari haqida ma’lumot berilgan, ular tekshiruv o‘tkazilgan laboratoriyaga qarab o‘zgarib turishi mumkin.

ECHT	2-15 mm/soat	1-10 mm/soat
Rang indeksi	0.85-1.15	0.85-1.15
Retikulotsitlar	0,2-1,2%	0,2-1,2%
Trombotsit	0.1-0.5%	0.1-0.5%
Eozinofillar	0-5%	0-5%
Bazofillar	0-1%	0-1%
Limfotsitlar	18-40%	18-40%
Monotsitlar	2-9%	2-9%
Tayoqcha yadroli granulotsitlar (Neytrofillar)	1-6%	1-6%
Segment yadroli granulotsitlar (Neytrofil)	47-72%	47-72%

Eritrotsitlar qonning shaklli elementi. Ular gemoglobin saqlaydi va gemoglobinning miqdori har bir eritrotsitda bir xil miqdorda bo‘ladi. Eritrotsitlar organizmda kislorod va karbonat angidrit gazini tashish vazifasini bajaradi.

Eritrotsitlarning yashash muddati o‘rtacha 120 kun. Ular suyak ko‘migida hosil bo‘lib, jigarda parchalanadi.

Trombotsitlar

Qonning shaklli elementi. Gemostaz (qon ivishi) jarayonida ishtirok etadi. Trombotsitlar suyak ko‘migida, megakariotsitlardan hosil bo‘ladi.

Trombotsitlar miqdori oshishi (trombositoz)

Qon ketishlarida;

Trombotsitlar miqdori kamayishi (trombositopeniya)

Trombotsitlar hosil bo‘lishi kamayishida;

DVS – sindromi;

Trombotsitlar parchalanishi oshishi;

Gemolitik-uremik sindrom;

Splenomegaliya;

Autoimmun kasalliklar.

Trombotsitlarning asosiy vazifasi qonning ivishini ta’minlab berishdir. Trombotsitlar tarkibida qonning ivishida ishtirok etadigan komponentlar bor, ular qon tomirlar shikastlanganda ajralib chiqadi. Buning natijasida qon tomirlarda tromb hosil bo‘ladi va qon oqishi to‘xtaydi.

Leykotsitlar-Oq qon tanachalari. Qizil suyak iligida hosil bo‘ladi. Leykotsitlarning vazifasi organizmni begona moddalar va mikroblardan himoya qilish, boshqacha qilib aytganda – ular immunitetdir.

Leykotsitlar miqdori oshishi

Bazofillar-Ular to‘qimalarga chiqishi bilan semiz hujayralarga aylanadi va gistamin ajralib chiqishiga javobgar bo‘ladi.

Bazofillar immunologik yallig‘lanish reaksiyalarining sekin kechish tipida ishtirok etadi. To‘qimalarda yallig‘lanish keltirib chiqaruvchi moddalarni saqlaydi.

Eozinofillar - Allergiya jarayonlariga javob beruvchi hujayralar. Normada ular 0 dan 5 % gacha. Uning miqdori oshishi organizmda allergik yallig‘lanish kechayotganidan dalolat beradi. Eng muhim jihati eozinofillar miqdori gijjalar (gelmintlar) invaziyasida ham yuqori ko‘rsatkichlarda bo‘ladi! Ko‘pincha bunday holat yosh bolalarda kuzatiladi.

Neytrofillar: Bir necha guruhlarga bo‘linadi– yosh neytrofillar, tayoqcha yadroli va segment yadroli. Neytrofillar antibakterial immunitetni ta’minlab beradi, ularning turli xil ko‘rinishlarda bo‘lishi, bir xil hujayralarning har xil yoshda bo‘lishi bilan tushuntiriladi. Neytrofillar ko‘rsatkichi orqali yallig‘lanish jarayonining og‘irlik darajasi va kechishi haqida ma’lumot olsa bo‘ladi.

Neytrofillar miqdorining oshishi infeksion kasalliklar, ayniqsa bakteriya sababli kelib chiquvchi kasalliklar, travmalar, miokarda infarki, yomon sifatli o‘smalarda kuzatiladi. Jiddiy kasalliklarda asosan tayoqcha yadroli neytrofillar miqdori oshadi – ya’ni chap tomonga siljiydi. Yiringli jarayonlarda va sepsis holatida qonda yosh neytrofillar paydo bo‘ladi – promiyelotsitlar va miyelotsitlar, ular normada qonda uchramaydi.

Monotsitlar: Bu moddalar leykotsitlarning makrofag ko‘rinishidagi turidir, ya’ni ular mikrob va o‘lgan hujayralarni “yutadi”. Normada ular– 0,1 dan 0,7×10*9 ta/l da bo‘ladi.

Granulotsitlar Granulotsitlar immun tizimini faollashtiruvchi leykotsit turi hisoblanadi. Ular infeksiya va allergik yallig‘lanishlarga qarshi kurashishda ishtirok etadi. Inson uchun norma – 1,2 dan 6,8×10*9 ta/l. Granulotsitlar miqdori yallig‘lanish jarayonlarida oshadi, qizil yugurik va aplastik anemiyada kamayadi.

Qonning rang ko‘rsatkichi-Eritrotsitlar tarkibidagi gemoglobin ko‘rsatkichini aniqlab beradi.

Anemiyaning turli ko‘rinishlarini differensiya qilish uchun tekshiriladi: normoxrom (eritrotsitlarda normal gemoglobin miqdori), giperxrom (gemoglobin miqdori oshishi), gipoxrom (kam miqdordagi gemoglobin). Umumiy qon analizida rang ko‘rsatkichi normada: 0,85-1,1 bo‘ladi.

Gemoglobin - Gemoglobin konsentratsiyasi oshishi – eritremiyada (eritrotsitlar soni kamayishida), eritrositozlarda (eritrotsitlar miqdori oshishida), qonning quyuqlashishida – organizmning ko‘p suyuqlik yo‘qotishi sababli. Bundan tashqari, gemoglobin miqdori yurak-qon tomir dekompensatsiya holatlarida ham kuzatiladi.

Gemoglobin miqdori kamayishi qon yo‘qotishlarida, anemiyaning turli ko‘rinishlarida. **Gematokrit ko‘rsatkichi-**Gematokrit ko‘rsatkichi – umumiy qon hajmining, uning tarkibidagi eritrotsitlar miqdoriga foiz nisbatini ko‘rsatatdi. Bu ko‘rsatkich foizlarda belgilanadi. Gematokrit ko‘rsatkich normada: erkakl – 40-48 %, ayo 36-42 %.

ECHT – eritrotsitlar cho‘kish tezligi-Eritrotsitlar cho‘kish tezligi – qon analizida qonning ikki qismga ajralish tezligini ko‘rsatadi, ya’ni plazma (yuqorigi) va shaklli elementlar (pastki). Bu ko‘rsatkich eritrotsitlar, globulinlar va fibrinogenlar miqdoriga bog‘liq. Bu qizil qon tanachalari qancha ko‘p bo‘lsa, ular shuncha sekin cho‘kadi degan ma’noni anglatadi. Globulin va fibrinogen miqdori oshishi esa eritrotsitlar cho‘kish tezligini tezlashtiradi. Umumiy qon analizida ECHT oshishi. O‘tkir va surunkali infeksion, yallig‘lanish kasalliklar (pnevmoniya, revmatizm, sifilis, sil, sepsis); Yurak zararlanishlari (miokard infarktida – yurak mushaklari zararlanishi hisobiga, yallig‘lanish jarayoni ketib, o‘tkir davrida oqsillar sintezi, ya’ni fibrinogen miqdori oshadi); Jigar kasalliklari (gepatitlar), oshqozon osti bezi kasalliklari (destruktiv pankreatit), ichak kasalliklari (Kron kasalligi, yarali kolit), buyrak kasalliklari (nefrotik sindrom);

Gemotologik belgilar (anemiya, limfogranulematoz, meloma); Endokrin kasalliklar (qandli diabet, tireotoksikoz); A’zo va to‘qimalarning

jarohatlanishlarida (jarrohlik amaliyotlarida, suyak sinishlarida) – har qanday shikastlanishlar eritrotsitlar agregatsiyasini oshirib yuboradi;

Intoksikatsiya holatalarida;

Margimush va mishyak bilan zaharlaganda;

Yomon sifatli o‘smalar.

ECHT ning normadan pastligi

Mexanik sariqlik – ko‘p miqdorda o‘t kislotalarining qonga ajralishi;

Bilirubin miqdorining oshishi (giperbilirubinemiya);

Eritremiya va refaol eritrositoz;

O‘roqsimon anemiyada;

Qon aylanishi tizimida yetishmovchiligida;

Fibrinogen miqdorining kamayishida (gipofibrinogenemiya).

ECHT biror bir kasallikning aniq belgisi emas, u kasallikning kechish jarayonini ko‘rsatib beradi.

Umumiy peshob tahlili: Peshobni bakteriyauriyaga tekshirish uchun yig‘ish. Peshobni steril og‘zi qattiq qopqoq bilan yopiladigan bankaga ertalabki peshobni o‘rta yoki oxirgi porsiyasi yig‘iladi. Laboratoriyaga 2 soat mobaynida olib borilishi kerak. Termostatga qo‘yiladi. Javoblar 3-7 kunda keladi. Olingan natijalarda bakteriyalar bor yoki yo‘qligi va ularni antibiotikka sezgirligi aniqlanadi.

Najas tahlilini o’tkazish

Laboratoriyaga tahlil qilish uchun har bir kishi kamida bir marta najasni olishi kerak edi. Har xil najasli tadqiqotlar oshqozon-ichak traktidagi yallig'lanish va infeksiyani aniqlashi, muhim organlarning ishlashini tekshirish, patologiyalarni aniqlash, patogen mikroorganizmlar va boshqa parazitlarning mavjudligini aniqlashi mumkin.

Kerakli materiallar: Najas testiga qanday tayyorgarlik ko'rish kerak? Ushbu protsedurada murakkab narsa yo'q. Najasni qanday tahlil qilish kerakligi ko'pchiligimizga ma'lum.

Buning uchun sizga kerak bo'ladi:

quruq quruq idishni tozalang

spatula (tayoq).

Najasni to'plash uchun shisha yoki plastik idish (albatta qopqoq bilan) mos keladi. Siz dorixonada maxsus steril idishni sotib olishingiz mumkin. Materialni yig'ish uchun spatula uning qopqog'iga o'rnatiladi, bu juda qulay. Laboratoriya sinovlari uchun odatda 10-15 ml najas kifoya qiladi, ular taxminan bir yoki ikki choy qoshiq.

Muhim fikrlar Tahlilga qanday tayyorgarlik ko'rish va material to'plash kerak? Ushbu ko'rsatmalarga amal qiling:

1. Najas yangi bo'lishi kerak.

2. Namunada boshqa moddalarga yo'l qo'yilmaydi.
3. Axlat berishdan oldin haddan tashqari ovqatlanmang.
4. Tahlil qilishdan oldin dorilarni qabul qilishni to'xtating.

Klinik tahlil mohiyati

Najas - bu oziq-ovqatning parchalanishi, uning tarkibiy qismlarining keyinchalik so'rilishi, shuningdek, ichaklardan chiqarilishiga qaratilgan murakkab biokimyoviy reaksiyalar natijasida hosil bo'lgan yakuniy mahsulot. Najasni baholash (najas, najas, ichak harakatlari, najas), ya'ni yo'g'on ichakning sarf qilingan tarkibi oshqozon-ichak trakti disfunktsiyasini aniqlash uchun katta diagnostik ahamiyatga ega.

Bundan tashqari, ushbu protsedurasiz ovqat hazm qilish organlarini davolashni nazorat qilish mumkin emas. Najasni o'rganish oshqozonning kislota hosil qiluvchi va fermentativ disfunktsiyasini, oshqozon osti bezi, jigar tomonidan fermentlarni ishlab chiqarish buzilishini aniqlashga imkon beradi.

Bundan tashqari, protsedura davomida oshqozon tarkibini ichaklarga tez evakuatsiya qilish, o'n ikki barmoqli ichak va ingichka ichakda so'rilish patologiyasi, yallig'lanish jarayonlari, disbiyoz, shuningdek kolit - spastik va allergik mavjudligini aniqlash mumkin. Najasning rangi birinchi navbatda sterkobilinning pigmentiga bog'liq.

Ularning soyasidagi o'zgarish ma'lum bir patologiyaning mavjudligini ko'rsatadigan bitta va diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan namoyonlarni anglatadi. Masalan, obstruktiv sariqlik bilan, safro ichaklarga tushishni to'xtatganda, najas rangsiz bo'lib qoladi. Qora turg'un najas (melena) qon ketishining aniq belgisidir, uning lokalizatsiyasi oshqozon-ichak traktining yuqori qismida joylashgan.

Najas katta ichakdan qon ketganda qizil rangga ega bo'lib, ular tarkibiga o'zgarishsiz qon qo'shilishi natijasida kelib chiqadi. Shuningdek, najasda siz yiring, shilimshiq, gelmintlar (qurtlar), ularning tuxumlari, kistalari va oddiy mikroorganizmlarni topishingiz mumkin. Namunani mikroskopik tekshiruvi asosiy tarkibiy qismlarni aniqlaydi: mushak tolalari, o'simlik tolasi, yog' kislotalari va ularning tuzlari, ichak epitelial hujayralari, neytral yog', oq qon tanachalari, qizil qon tanachalari. Bundan tashqari, najas saraton hujayralarini o'z ichiga olishi mumkin.

Najasdagi neytral yog'ni (starea) aniqlash oshqozon osti bezi lipolitik funktsiyasining yetishmasligidan dalolat beradi, neytral yog’ va yog' kislotalari safro sekretsiyasi bilan bog'liq muammolar bilan birga keladi. Najasdagi leykotsitlar sonining ko'payishi yo'g'on ichakda yallig'lanish jarayonining rivojlanishini ko'rsatadi (ülseratif kolit, dizenteriya).

Ichak harakatini o'rganishning barcha usullari uchta asosiy sinov turiga bo'linadi - bu klinik (umumiy), biokimyoviy va bakteriologik. Klinikaga

koproskopiya (najasni umumiy tahlil qilish), gelmint tuxumlari, enterobioz va protozoyani tahlil qilish kiradi. Biokimyoviy - okklyuziv qonni tahlil qilish, va bakteriologik usulda ichak guruhi (mikroflorasi) va patogen bakteriyalar o'rganiladi.

Ushbu tashxis juda informatsiondir, chunki u najasni umumiy tahlilini, najasning barcha fizik xususiyatlarini: miqdori, tutarlılığı, shakli, hidi va makroskopik ko'rinadigan iflosliklar ham o'rganiladi. Bir kunda chiqariladigan ichak harakatlari soni iste'mol qilingan ovqatning hajmi va tarkibiga bevosita bog'liq va juda katta chegaralarda o'zgarishi mumkin. Oddiy diet bilan kunlik najas miqdori taxminan 120-200 g ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, u oziq-ovqat tarkibidagi hayvonlar oqsilining ustunligi bilan kamayadi va sabzavot va mevalarga boy parhez bilan ko'payadi. Ichak harakatining kunlik hajmining ko'payishi (polifektsiya) oshqozon-ichak traktining funktsional patologiyalari, safro sekretsiyasi (ochiliya) funktsiyasining patologik o'zgarishi, so'rilish, oshqozon osti bezi kasalliklari, enterit. Ichak peristaltikasining kuchayishi, suyuqlik yutilish sifatining pasayishi, yallig'lanish xususiyatiga ega ichakning shilliq qavati va ekssudat sekretsiyasi bilan birga, najas loyqa, suyuq bo'lib qoladi, ya'ni shaklini yo'qotadi. Suvning ko'p singishi natijasida hosil bo'lgan muntazam ich qotishi bilan ular "qo'y najasi" deb ataladigan zichlik va sharsimon shaklga ega bo'ladilar.

To'g'ri ichakning torayishi yoki spazm torayishi kabi patologiyalarda lenta va qalam shaklida ichak harakatining nostandart shakllari tez-tez qayd etiladi. Najasning rangi mesobilifustsin va sterkobilin fermentlarining mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, ular ichak mikroflorasi ta'sirida safro bilirubinidan hosil bo'ladi va jigarrangning turli xil soyalarida dog ' qoldiradi.

Bolada najasni tahlil qilish uchun qanday qabul qilish kerak

Kattalardagi najasni to'plash bolalarga, ayniqsa go'daklarga qaraganda ancha oson. Ko'p onalar najasni qanday tahlil qilish kerakligi bilan qiynalishadi. Bolani choyshabga yoki toza, dazmollangan taglikka qo'yish kerak. Uning ichak harakatini rag'batlantirish uchun unga oshqozon massajini bering.

Agar chaqaloq ich qotishi bo'lsa, ichak harakatiga erishish mumkin. Agar bolada bo'sh najas bo'lsa, uni qayta ishlatiladigan taglikdan najasni to'plash osonroq bo'ladi. Moyin choyshabni bolaning ostiga qo'ying va kuting. Bolaga najasni qanday tahlil qilish kerakligini pediatr yoki hamshira bilan tekshirish mumkin.

Katta yoshli bolalarda materialni olish osonroq. Buning uchun idish mos keladi. Uni sovun va suv bilan tozalash kerak. Dezinfeksiyalash uchun agressiv yuvish vositalarini ishlatmang.

Inklyuziv qon tahlili uchun najas

Oshqozon-ichak traktining organlarida yashirin qon ketishini aniqlash uchun bunday tahlil buyuriladi.

Qonning mavjudligi najasdagi gemoglobinning miqdori bilan belgilanadi. Najas tahlilini to'plashdan oldin, uch kun davomida go'sht va baliq idishlari, shuningdek ko'p miqdordagi temir o'z ichiga olgan mahsulotlar menyudan chiqarib tashlanadi: olma, ismaloq, qo'ng'iroq qalampiri va boshqalar. Sinovdan oldin klizma va dori-darmonlarni qabul qilish mumkin emas. Ular qonni qisqa muddat ichida tekshirib, natijalarni tayyor holda chiqazib beradi.

Umumiy qon tahlili normal koʻrsatkichlari quyida qon analizining normal koʻrsatkichlari haqida maʼlumot berilgan, ular tekshiruv oʻtkazilgan laboratoriyaga qarab oʻzgarib turishi mumkin.

Koprolitlar - to'q jigarrang soyaning shakllanishi - tuz tabiatidagi qatlamli mineral hosilalar (ko'pincha fosfatlar), erimaydigan dorilar, organik yadro, ochilmagan oziq-ovqat zarralari va boshqalardan iborat. Najasning hidi odatda yoqimsiz, aksincha zaif va indol, skatol, orto- va parakreazol, shuningdek fenol mavjudligi sababli paydo bo'ladi.

Najasni qurt tuxumida qanday to'plash mumkin

Ehtimol, ushbu turdagi tadqiqotlar eng keng tarqalgan. Ko'pchilik qurt tuxumlari uchun najas testini qanday o'tkazishni bilishadi. Buning uchun material toza, quruq idishda qopqoq bilan yig'ilishi kerak. Najasni kerakli miqdordan ikki baravar ko'p oling. Tahlil qilish uchun materiallar eng yaxshi saytlardan yig'iladi. Najasni berishdan oldin, laksatiflardan foydalanishni istisno qiling. Laboratoriyaga etkazib berilgunga qadar material qisqa vaqt davomida muzlatgichda saqlanishi mumkin.

Ichak infeksiyalari uchun najasni tahlil qilish

Oshqozon-ichak traktidagi turli xil infeksiyalarni aniqlash uchun axlatni tahlil qilish uchun idish buyuriladi. Qanday qilib olish kerak, siz shifokorga tushuntirishingiz kerak. Bunday tadqiqot sizga kasallikning qo'zg'atuvchisini aniqlash, turli patogen bakteriyalar va bakteriyalarni aniqlash imkonini beradi.

Axlat namunasi steril idishni talab qiladi, chunki atrof-muhitdan olingan mikroorganizmlar tahlil natijalariga ta'sir qilishi mumkin. Materialni to'plashdan oldin antibiotiklarni qabul qilish taqiqlanadi.

Koprologiya uchun najasni yig'ish

Koprologik tadqiqotlar ovqat hazm qilish tizimini tekshirish va ovqat hazm qilish jarayonida yuzaga keladigan metabolizmni baholashga imkon beradi. Ushbu tahlil uchun materialni turli saytlardan to'plash kerak. Agar najasda shilliq, tolalar, geterogen qismlar bo'lsa, ularni tahlil qilish uchun olib boring. Qolganlari uchun material to'plashning umumiy qoidalariga rioya qiling.

Disbiyozni tahlili

Ushbu tahlil ichak mikroflorasini aniqlash uchun kerak. Bunday tadqiqot uchun najas yangi bo'lishi kerak, chunki ba'zi mikroorganizmlar uni saqlash paytida nobud bo'lishi mumkin. Materiallardan namuna olish faqat dorixonada sotib olinishi mumkin bo'lgan steril idishda amalga oshiriladi. Ba'zi laboratoriyalarda bunday quvvat chiqariladi. Agar siz materialni yig'ishda asosiy talablarga rioya qilsangiz, disbioz uchun najasni tahlil qilish juda oson. Ratsionga rioya qiling, dori-darmonlarni, ayniqsa antibiotiklarni cheklang.

Hidning zaiflashishi ochliq va ich qotishi, shuningdek sut va sabzavotli dietada kuzatiladi. Fermentativ dispepsiya bilan najas kislotali hidga ega. Tekshiruv shakllarida axlat hidi aniq va aniq me'yordan farq qilgandagina ko'rsatiladi.

Najasdagi makroskopik aralashmalar shilliq, yiring, qon, ovqatning hazm bo'lmaydigan zarralari, parazitlar, kaltsiy shaklida bo'lishi mumkin. Sog'lom odamda oshqozon osti bezi (oshqozon osti bezi) oshqozon-ichak trakti tomonidan yomon hazm qilinadigan ovqatni (litoreya) aniqlamasligi kerak, ammo bunday patologiya tez-tez uchrab turadi.

Nechiporenko, Zimnitskiy, Addis-Kakovskiy sinamalarini o‘tkazish.

Nechiporenko usulida peshob yig‘ish.

1 ml siydikda shaklli elementlar (eritrotsitlar, leykotsit, silindr) miqdorini aniqlash. Aniqlash yo‘li: tekshirish uchun ertalabki peshobni o‘rta porsiyasi olinadi, rN aniqlanadi, undan 10 ml olinib 3500 ob/min.da 3 minut davomida tsentrofuga apparatiga qo‘yiladi va hosil bo‘lgan cho‘kmadan 1 ml olinib, xisoblash kamerasiga qo‘yiladi, undagi shaklli elementalr xisoblanadi. Normada 1ml siydikda:

- leykotsitlar soni 2000-4000dan

-eritrotsitlar soni 1 mingdan

-silindrlar Goryayev kamerasida yo‘q yoki 1-4 dan oshishi kerak emas.

Addisa-Kakovskiy usulida peshob yig‘ish.

Sutkalik yig‘ilgan siydikda elementlar miqdorini aniqlash uchun foydalaniladi. Bemor, ertalab siydik pufagini bo‘shatadi, so‘ng 24 soat mobaynida peshobni bitta idishga yig‘adi. Idishda shaklli elementlarning buzilishini oldini olish uchun 5 tomchi formalin va 2-3 tomchi timol kristalli qo‘shiladi. Siydikni xolodilnikda saqlash maqsadga muvofiq. Siydik yig‘iladigan kun bemorga go‘shtli mahsulot va

suyuqlik qabul qilishni chegaralash buyuriladi, shaklli elementlarni xisoblash uchun R ni va zichligini ushlash muxim, ishqoriy muxitda shaklli elementlar tez buziladi. Analiz uchun 10 ml olinib tsentrofuga apparatiga qo‘yiladi va hosil bo‘lgan cho‘kmadan 1 ml olinib, xisoblash kamerasiga solinadi, 12(1/5soat) minutda quyidagi formula asosida hisoblanadi:

Q- 12 minutda ajratilgan siydik hajmi.

V- tekshirish vaqtida yig‘ilgan siydik hajmi (ml)

t-siydik yig‘ish vaqti

5-1/5 soatda qayta sanalagn koefitsientyu undagi leykotsit, eritrotsit miqdori hisoblanadi. Normada siydik bilan shaklli elementlar sutkalik ekskretsiyasi:

- eritrotsitlar soni 1 milliongacha,
- leykotsitlar soni 2 milliongacha
-silindrlar 20000 gacha

Zimnitskiy uchun siydik to'plash algoritmi

Har qanday tibbiy tahlilda xato mavjud. Bundan tashqari, normal sog'lik bo'lsa ham, siydikda organik va mineral birikmalar konsentratsiyasining o'zgarishi kuzatiladi. Shuning uchun, eng ishonchli natijalarni olish uchun, namunani olishdan 1 kun oldin, chiqarib yuborilgan suyuqlikning jismoniy xususiyatlariga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan diuretiklarni chiqarib tashlash kerak.

Siydik yig'ish algoritmi

Bemorga tashnalikni oshiradigan (sho'r va achchiq) ovqatlarni iste'mol qilish taqiqlanadi, garchi siz odatdagi ichimlik rejimini (kuniga 1,5-2 litr) o'zgartirmasligingiz kerak.

Zimnitskiy usuliga ko'ra siydik tahlilini qanday to'plash kerak? Avvalo, 8 ta idish tayyorlanadi. Dorixonada maxsus idishlarni sotib olish mumkin, ammo 0,5 l gacha bo'lgan oddiy shisha idishlar ham mos keladi. Laboratoriyada tartibsizliklar yuzaga kelmasligi uchun ular raqamlangan va imzolangan. Siydik ushbu algoritm bo'yicha yig'iladi:

Namuna olish algoritmi quyidagicha:

09:00 dan 12:00 gacha - birinchi qism,
soat 12:00 dan 15:00 gacha - ikkinchi qism,
15:00 dan 18:00 gacha - uchinchi qism,
18:00 dan 21:00 gacha - to'rtinchi qism,
21:00 dan 24:00 gacha - beshinchi qism,
24:00 dan 03:00 gacha - oltinchi xizmat,
soat 03:00 dan 06:00 gacha - yettinchi qism,
soat 06:00 dan 09:00 gacha - xizmatning sakkizinchi qismi.

Shuni yodda tutish kerakki, agar biron bir vaqt oralig'ida bemor siyishni talab qilsa, siz barcha suyuqlikni to'plashingiz kerak, siz hech narsa quyolmaysiz. Agar

ushbu davrda siydikni yig'ish imkoniyati to'lgan bo'lsa, siz yig'ish uchun qo'shimcha banka olib borishingiz kerak va algoritmga muvofiq uni yig'ish vaqtini ko'rsatishni unutmang.

Hammasi bo'lib, siz 9, 12, 15, 18, 21, 24, 3 va 6 soat davomida to'plangan 8 ta siydik idishini olasiz. Agar bemorda shoshilinch choralar ko'rilmasa, idish shunchaki bo'sh qoladi. Biroq, u tashlanmaydi, balki to'ldirilgan idishlar bilan birgalikda tadqiqot uchun laboratoriyaga yetkaziladi. Mutaxassislar zaruriy tahlillarni amalga oshiradilar va ma'lumotlarni o'rtacha standartlarga muvofiq shifrlaydilar.

Zimnitskiy usuliga ko'ra siydikni tahlil qilish normalari

Siydik zichligi 1,013-1,025 orasida o'zgarib turadi. Bu shuni anglatadiki, ba'zi bankalarda ko'rsatkichlar yuqori bo'ladi, boshqalarida - pastroq. Umuman olganda, quyidagi natijalar normal deb hisoblanadi: 2-3 sutkalik siydik hajmi 2 l dan oshmaydi, idishda zichligi 1020 dan kam emas, kunlik xizmat ko'rsatish tungi xizmatlarga qaraganda 3-5 baravar ko'p, chiqish suyuqligi 60-80% iste'mol qilinadi, yetishmayotgan ko'rsatkichlar 1035 dan yuqori.

Zimnitskiyning so'zlariga ko'ra siydik tahlilini o'tkazishda, natijalarning dekodlanishi ko'p jihatdan devor qoidalariga rioya qilinishiga bog'liq bo'ladi. Agar bemor juda ko'p suv ichsa, u normadan yuqori chiqadi. Ammo suyuqlik olishning yetishmasligi ham tadqiqotda xatolarga olib keladi. Shuning uchun, namunani olish kunida, protsedurani takrorlamaslik uchun, vazifani diqqat bilan jamlash kerak. Agar bemor bir necha yil davomida buyrak yetishmovchiligidan azob chekayotgan bo'lsa, u holda chiqaradigan organlar o'z funktsiyalarini normal darajada bajarish qobiliyatini yo'qotadilar.

Hamroh bo'lgan alomatlar ko'pincha sog'lig'ining umumiy yomonlashishi va doimiy chanqoqlik hissi bo'lib, bu suyuqlikning ko'payishiga va natijada siydikning past zichligiga va katta miqdorda kunlik chiqishga olib keladi.

Buyrak yallig'lanishi

Buyraklarning ikki tomonlama yoki bir tomonlama yallig'lanishi, davom etayotgan patologik giperplaziya tufayli organlarning ishlashini pasaytiradi. Lomber mintaqada og'riq va isitma bilan birga keladi, shuning uchun Zimnitskiyning so'zlariga ko'ra (aniq tashxisni tasdiqlash uchun) test o'tkaziladi. Qo'shimcha biokimyoviy tahlil oqsil kontsentratsiyasining ortganligini ko'rsatadi, bu ham filtrlash jarayonining buzilishini ko'rsatadi.

Zimnitskiyning so'zlariga ko'ra qanday funktsional sinov ko'rsatiladi

Buyrakning asosiy vazifasi tanadan keraksiz toksinlarni - metabolik chiqindilarni, zaharlarni, begona elementlarni olib tashlashdir. Ikkilamchi siydik qon filtratsiyasi natijasida hosil bo'ladi, bu yerda oqsil parchalanadigan mahsulotlar - azotli birikmalar suv bilan birlashadi. Va foydali moddalar - minerallar, oqsil va

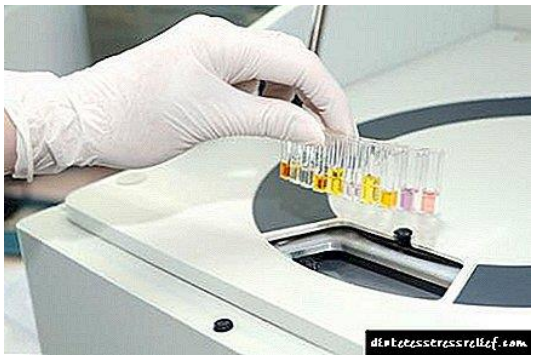
glyukoza qonga qaytadi. Siydikdagi azotli birikmalarning konsentratsiyasi buyraklar o'z vazifalarini qanchalik yaxshi bajarayotganligini ko'rsatadi.

Konsentratsiya indeksi nisbiy zichlik deb ataladi, Zimnitskiy usuliga ko'ra namunalarni tahlil qilganda hisoblab chiqiladi.

Yakuniy siydik hosil bo'lishi buyrak glomeruli, naychalar va interstitsial to'qimalarda sodir bo'ladi. Zimnitskiy usuliga ko'ra namunalar ularning funktsional hayotiyligini nazorat qilish va patologiyani o'z vaqtida aniqlash imkonini beradi. Zimnitskiy testi buyrak faoliyatidagi og'ishlarni tashxislash uchun mo'ljallangan. Siydikda odatda bo'lmasligi kerak bo'lgan organik moddalar (glyukoza, epiteliya, bakteriyalar, oqsil) mavjudligi buyrak kasalliklaridan tashqari, bemorga boshqa organlarning patologiyalaridan shubha qilish imkonini beradi. Namuna uchun siydik kun davomida yig'iladi. Bu vaqt ichida chiqarilgan suyuqlik miqdori, uning zichligi va kunduzi taqsimlanishi (kunduzgi va tungi diurez) tahlil qilinadi.

Foydali ma'lumotlar

Diuretik ta'sir ko'rsatadigan dori-darmonlarni qabul qilmang, shuningdek tabiiy diuretiklar bo'lgan mahsulotlarni iste'mol qilish tavsiya etilmaydi. Qolganlari uchun kun davomida odatdagi ovqatlanish va ichimlik rejimiga rioya qilish kerak. Zimnitskiy usuliga ko'ra siydikni tahlil qilish tananing holati va uning tarkibidagi muayyan muvozanatni saqlash haqida tasavvur beradi. Oddiy qiymatlardan yuqoriga va pastga qarab og'ish ba'zi tashxis qo'yish yoki qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish uchun asos bo'ladi.



Qachon o'qish rejalashtirilgan

Zimnitskiy siydik sinovi quyidagi holatlarda bolalar uchun buyuriladi:

buyrakda yallig'lanish jarayoni shubhali bo'lsa,
buyrak yetishmovchiligining oldini olish (yoki tasdiqlash),
bemorning yuqori qon bosimi haqida doimiy shikoyatlari bilan,
agar piyelonefrit yoki glomerulonefrit tarixi bo'lsa,
shubhali diabet insipidus bilan.

Namuna homilador ayollarga og'ir shish va oqsil almashinuvi buzilgan hollarda buyuriladi. Rejalashtirilgan usulda hayz paytida ayollar siydikni yig'masligi kerak. Shoshilinch holatlarda uni to'plash uchun kateter ishlatiladi. Sinovga qarshi boshqa

hech qanday kontrendikatsiyalar yo'q.

Zimnitskiy sinovi siydikda erigan moddalar darajasini aniqlashga qaratilgan. Siydikning zichligi kuniga bir necha marta o'zgarib turadi, rangi, hidi, hajmi, chiqarish chastotasi ham o'zgarishi kerak. Shuningdek, Zimnitskiy usuliga ko'ra tahlil siydikdagi zichlikning o'zgarishini ko'rsatishi mumkin, bu sizga moddalarning konsentratsiyasi darajasini aniqlashga imkon beradi. Siydikning normal zichligi 1012-1035 g / l ni tashkil qiladi. Agar tadqiqot ushbu ko'rsatkichlardan yuqori natijani ko'rsatsa, demak bu ko'rsatkich organik moddalarning ko'payganligini anglatadi, agar ko'rsatkichlar past bo'lsa, unda ular konsentratsiyaning pasayganligini bildiradi.

Siydik tarkibidagi ko'p miqdorda siydik kislotasi va karbamid, shuningdek tuzlar va boshqa organik birikmalar mavjud. Agar siydikda oqsil, glyukoza va sog'lom organizm tomonidan chiqarilmagan boshqa moddalar bo'lsa, shifokor buyraklar va boshqa organlar bilan bog'liq muammolarni hal qilishi mumkin.

Tahlil qilish uchun qanday kasalliklarda buyuriladi?

Zimnitskiy testi buyrak yetishmovchiligi uchun ko'rsatiladi, uning birinchi alomatlaridan biri siydik chiqarish bilan bog'liq muammolardir.Agar siz bunday kasalliklarning rivojlanishiga shubha qilsangiz, ushbu turdagi tahlil shifokor tomonidan belgilanadi: piyelonefrit yoki surunkali glomerulonefrit, buyraklardagi yallig'lanish jarayoni. Ko'pincha, homiladorlik paytida ayollarga, agar ular toksikoz, gestoz, buyrak kasalligi yoki kuchli shishish bilan og'riydigan bo'lsa, tadqiqot buyuriladi. Ba'zida qon aylanish tizimini, yurak mushagining ishini baholash uchun Zimnitskiyning fikriga ko'ra test o'tkazish kerak. Bolalardagi siydikning miqdori 10 birlikka o'zgarishi kerak, masalan, 1017-1027 va boshqalar. Ushbu videoda Zimnitskiy usuliga ko'ra siydikni tahlil qilish, tadqiqotning normal ko'rsatkichlari va siydik zichligining o'zgarishi sabablari, shuningdek o'rganish algoritmi, Zimnitskiy usuliga ko'ra siydik tahlilini tayinlash uchun ko'rsatmalar va tayyorgarlik xususiyatlari haqida so'z boradi.

Zimnitskiy usuliga ko'ra tahlil qilish uchun siydikni qanday yig'ish, bir qator oddiy qoidalarga rioya qilish kerak

1. Bir kun davomida siz diuretiklardan voz kechishingiz kerak. Tahlil qilish uchun sizga siydik uchun 250 ml hajmdagi 8 ta steril idish kerak bo'ladi, yana 2-3 qo'shimcha banka sotib olish yaxshiroqdir.
2. To'plamning davomiyligi bir kun. Siz ortiqcha suyuqlikni hojatxonaga to'kib tashlamasdan, balki qo'shimcha kavanozdan foydalanib, barcha suyuqlikni to'plashingiz kerak.
3. Barcha konteynerlarda seriya raqamini, familiyasini va ismi-sharifini, idishda siydik to'plash vaqtini yozishingiz kerak.

4. Daftarda mast bo'lgan suyuqlik va suv miqdori yuqori bo'lgan ovqat miqdori qayd etilgan.

5. Tahlil kunida, erta tongda, siydik pufagi bo'sh bo'lishi kerak: bu qism quyiladi, kerak bo'lmaydi. Keyin, ushbu kunning ertalabki 9-dan ertasi kuni ertalab soat 9-gacha, barcha suyuqlik idishda to'planadi. Har 3 soatda bir marta siyish tavsiya etiladi.

6. Oxirgi qism yig'ilganda, bankalar laboratoriyaga yetkazilishi kerak, chunki namunalar uzoq vaqt saqlanishi mumkin emas.

Tahlil qilish uchun materiallarni tayyorlash va to'plash

Zimnitskiy usuliga ko'ra namunalar uchun siydik to'plash algoritmi bolalar va kattalar uchun bir xil. Homilador ayollar quyidagi qoidalarga rioya qilishlari kerak: siydikni ranglantiradigan va uning hidini o'zgartiradigan sabzavotlarni (lavlagi, horseradish sabzi, piyoz, sarimsoq) iste'mol qilmang, tavsiya etilgan ichimlik rejimini buzmang diuretiklarni qabul qilmang.

Kun davomida siydik ma'lum soatlarda 8 ta alohida idishda yig'iladi. Faqatgina hollarda, 1-2 ta zaxira tayyorlanishi kerak. Ertalabki soat 6 da xizmat qilish ertalab hojatxonaga qo'shiladi. Keyin, soat 9.00 dan boshlab, uch soatlik interval bilan namunalar bankalarda yig'iladi. Oxirgi tank ertasi kuni ertalab soat 6.00da to'ldiriladi.

Siydikni yig'ish har uch soatda amalga oshiriladi.

Har bir bankka imzolanadi - unda ism, familiya va yig'ish vaqti qo'yiladi. Agar bu vaqtda siyishga hojat bo'lmasa, bo'sh idish laboratoriyaga topshiriladi (vaqtni ham ko'rsatadi).

Tahlilning asosiy maqsadi

Zimnitskiy sinovini o'tkazish shifokorga kuniga ajratilgan suyuqlikning o'ziga xos og'irligi va hajmini baholashi kerak bo'lgan hollarda tavsiya etiladi.Bu surunkali buyrak yetishmovchiligini (CRF) to'xtatib turish, surunkali piyelonefrit yoki glomerulonefritning kuchayishini nazorat qilish, gipertenziya yoki diabet tashxisini sinovning asosiy sharti bo'lishi mumkin. Shuningdek, Zimnitskiyning ta'kidlashicha siydik tahlilini umumiy tahlil natijalari ma'lumotga ega bo'lmaganda olish kerak. Sinov har qanday yoshdagi bemorlarga, bolalarga va homiladorlik paytida mos keladi.

Tahlil to'plashga tayyorgarlik

Zimnitskiy usuliga ko'ra siydikni tahlil qilish natijalarining aniqligi va tarkibiga ba'zi dorilar va oziq-ovqat ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun siydik to'planishidan kamida bir kun oldin bir qator oddiy qoidalarga rioya qilish kerak:

Ichish va ovqatlanish normal bo'lishi kerak. Kun davomida kundalik ish yuritiladi, unda qabul qilingan suyuqlik miqdori qayd etiladi. Har bir narsa hisobga olinadi - suv, choy, qahva, sharbatlar, suvli mevalar, sho'rvalar va boshqalar. Yozuvlar

biologik material bilan birgalikda laboratoriya yordamchisiga topshiriladi.

Yig'ilgan siydikning mahkam yopilgan bankalarini muzlatgichda saqlash kerak. Materiallarni to'plash uchun dorixona idishlari yoki steril shisha idishlar ishlatilishi mumkin. Plastik idishlardan foydalanmang.

Normadan chetga chiqish bemorni tekshirishni davom ettirishga asos bo'ladi.

Odatda, ertalabki siydik kechki siydikdan ko'ra ko'proq konsentratsiyalangan. Kun davomida mast bo'lgan suyuqlik bilan suyultiriladi. Umuman olganda, tanadagi suyuqlik turli xil rang va hidga ega bo'lishi mumkin. Fiziologik zichlik normasi 1001 dan 1040 g / l gacha bo'lishi mumkin. Oddiy ichish rejimida bu 1012-1025.

Zimnitskiy usuliga ko'ra namuna darajasi

1. Kunlik siydikning umumiy hajmi 1500-2000 ml ni tashkil qiladi.
2. Suyuqlik va siydik chiqarish nisbati 65-80% ni tashkil qiladi.
3. Kun davomida chiqariladigan siydik miqdori - 2/3, kechasi - 1/3
4. Siydik zichligi 1020 g / l dan yuqori bo'lgan bir yoki bir nechta bankadan
5. Barcha idishlarda siydik zichligi 1035 g / l dan kam

Siydikning kam zichligi (gipostenuriya).

Agar barcha idishlarda siydik zichligi 1012 g / l dan past bo'lsa, bu holat gipostenuriya deb ataladi.

Jadval: Zimnitskiy normal namunaviy qiymatlari

Ko'rsatkich	Parametrlar
Umumiy kunlik diurez	1,5-2 litr (bolalarda - 1-1,5 litr)
Siydik hajmi va suyuqlik olish nisbati	siydik siz ichadigan suyuqlikning 65-80% bo'lishi kerak
Har kuni siydik chiqarishdan kunlik siydik chiqishi	2/3
Kundalik siydik chiqarishdan tungi siydik chiqishi	1/3
Bir yoki bir nechta idishdagi siydikning nisbiy zichligi	1020 g / l dan yuqori
Barcha idishlarda siydikning nisbiy zichligi	1035 l dan kam

Kundalik siydik zichligining pasayishi quyidagi patologiyalar bilan kuzatilishi mumkin: Buyrak yetishmovchiligining rivojlangan bosqichlari (surunkali buyrak amiloidozi, glomerulonefrit, pielonefrit, gidronefrozda). Piyelonefritning kuchayishi bilan. Yurak yetishmovchiligi bilan (3-4 daraja)

Qandli diabet insipidus

Siydikning yuqori zichligi (giperstenuriya)

Agar idishlardan birida siydik zichligi 1035 g / l dan oshsa, siydikning yuqori zichligi aniqlanadi. Bunday holat giperstenuriya deb ataladi. Siydik zichligining ortishi quyidagi patologiyalar bilan kuzatilishi mumkin:

Qandli diabet. Qizil qon hujayralarining parchalanishi (o'roq hujayrali anemiya, gemoliz, qon quyish). Homiladorlik toksikozi. O'tkir glomerulonefrit yoki surunkali glomerulonefrit.

Kundalik siydik hajmining oshishi (poliuriya) siydik miqdori 1500-2000 litrdan oshadi yoki kun davomida iste'mol qilingan suyuqlikning 80% dan ortig'i. Siydik chiqaradigan siydik miqdorining ko'payishi poliuriya deb ataladi va quyidagi kasalliklarni ko'rsatishi mumkin: Siydikni to'plash jarayonida barcha idishlarni tahlil qilish uchun vaqt oralig'ini aniq ko'rsatgan holda imzolash kerak, shuningdek bemorning ismini ko'rsatish kerak. Ushbu turdagi tadqiqot nafaqat ma'lumotni, balki intizomni ham talab qiladi, shuning uchun mutaxassislar siydik to'plangan kun davomida o'z uyingizni yoki tibbiy muassasangizni tark etishni tavsiya etmaydi. Shuningdek, natijalarning buzilishining oldini olish uchun ichimlik va motorli rejimlarni o'zgartirmang. Birgalikda bu omillar so'rovni yaxshiroq o'tkazishga yordam beradi.

Bolalar uchun siydik to'plash algoritmi

Bolalarga testdan oldin har safar bolaning jinsiy a'zolarini yaxshilab yuvib tashlashingiz va testni faqat toza bankalarda olib borishingiz kerak, agar u dorixonada sotib olingan maxsus idish bo'lsa yaxshi bo'ladi. Bolalar uchun zimnitskiy siydik to'plash algoritmi kattalarnikiga o'xshaydi.Ota-onalar sinovdan o'tgan vaqtni qat'iy ravishda kuzatib borishlari kerakligining yagona sababi, bola hech qanday holatda ko'p suyuqlik iste'mol qilmasligi va chanqovni keltirib chiqaradigan ovqatni iste'mol qilmasligini ta'minlashdir.

Bemorning namunasi laboratoriyaga kelgan zahoti mutaxassislar darhol tegishli testlarni o'tkazishni boshlashadi. Siydikda nisbiy zichlik, hajm va o'ziga xos tortish kabi ko'rsatkichlar birinchi navbatda aniqlanadi. Ushbu tadqiqotlar har bir xizmat uchun alohida amalga oshiriladi.

Ushbu o'lchovlar quyidagicha amalga oshiriladi. Siydikning hajmini aniqlash uchun tugallangan silindr ishlatiladi, uning har bir qismidagi hajm aniqlanadi. Bundan tashqari, hajmni hisoblab chiqqandan so'ng, mutaxassis kunlik, kecha va kunlik hajmlarni hisoblab chiqadi. Tahlil siydikning har bir qismi uchun alohida-alohida amalga oshiriladi. Zichlikni aniqlash uchun ixtisoslashtirilgan gidrometr-urometr ishlatiladi. Barcha kerakli tadqiqotlar o'tkazilgandan so'ng, ma'lumotlar maxsus shaklga kiritiladi yoki bemor yoki shifokorning qo'liga beriladi. Zimnitskiy sinovini o'tkazish shifokorga kuniga ajratilgan suyuqlikning o'ziga xos og'irligi va hajmini

baholashi kerak bo'lgan hollarda tavsiya etiladi. Bu surunkali buyrak yetishmovchiligini (CRF) to'xtatib turish, surunkali piyelonefrit yoki glomerulonefritning kuchayishini nazorat qilish, gipertenziya yoki diabet tashxisini sinovning asosiy sharti bo'lishi mumkin. Shuningdek, Zimnitskiyning ta'kidlashicha siydik tahlilini umumiy tahlil natijalari ma'lumotga ega bo'lmaganda olish kerak. Sinov har qanday yoshdagi bemorlarga, bolalarga va homiladorlik paytida mos keladi.

Tahlil to'plashga tayyorgarlik

Zimnitskiy usuliga ko'ra siydikni tahlil qilish natijalarining aniqligi va tarkibiga ba'zi dorilar va oziq-ovqat ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun siydik to'planishidan kamida bir kun oldin bir qator oddiy qoidalarga rioya qilish kerak:

1. O'simlik yoki dorivor kelib chiqish diuretikasini olishdan saqlanish,
2. Bemorning odatdagi ovqatlanishiga va parheziga rioya qiling (faqat chanqovni keltirib chiqaradigan baharatlı va sho'r ovqatlardan foydalanishni cheklash va siydikni to'kadigan ovqatlar - lavlagi va boshqalar),
3. Ortiqcha ichishdan saqlaning.

Agar ushbu tavsiyalar e'tiborsiz qolsa va yig'ish texnikasi buzilgan bo'lsa, siydik miqdori ko'payishi mumkin va natijada uning zichligi pasayadi. Bunday tahlil natijasi me'yordan noto'g'ri og'adi.

Zimnitskiy usuliga ko'ra siydikni tahlil qilish nimani ko'rsatmoqda?

Siydik chiqarish organining ishlashini baholash 2 ko'rsatkich bo'yicha - siydik zichligi va uning hajmiga ko'ra amalga oshiriladi. Natijalarning talqini quyidagicha. Sog'lom odam uchun norma: suyuqlikning kunlik hajmi - bir yarim litrdan 2 litrgacha. Iste'mol qilingan va tanadan chiqarilgan suyuqlik ulushi 65 dan 80% gacha. Siydikning zichlik koeffitsienti 1,013 dan 1,025 gacha, bu buyraklar asosiy - metabolik funktsiyani qanchalik yaxshi bajarishini ko'rsatadi. Kundalik siydik miqdorining 2/3 qismi kun davomida, tunda esa 1/3 ajratilishi kerak. Tanlangan mahsulotning qismlari hajmi va zichligi bo'yicha taxminan teng bo'lishi kerak va turli xil suyuqliklardan foydalanish ichak harakatining tezligini va hajmini oshirishi kerak.

Bolalarda norma biroz farq qiladi - har bir idishdagi siydik miqdori boshqacha bo'lishi kerak va bu holda zichlik 10 ballga o'zgaradi. Homilador ayol uchun qadriyatlar yuqorida keltirilgan asosiy ko'rsatkichlardan farq qilmaydi. Jarayonga tayyorgarlik ko'rish bo'yicha tavsiyalarga rioya qilinishini esdan chiqarmaslik kerak, aks holda tahlilni qayta ko'rib chiqishga to'g'ri keladi - haddan tashqari ko'p ichish, o'rganilgan 2 ko'rsatkich uchun noto'g'ri ma'lumotni ko'rsatadi.

Normadan chetga chiqish: ko'rsatkichlar va sabablar

Zimnitskiy usuliga ko'ra tahlil siydikda 5 ta asosiy patologik o'zgarishlarni ko'rsatadi, ularning har biri tanadagi biron bir anormallikni ko'rsatadi:

chiqarilayotgan suyuqlikning ortiqcha miqdori (poliuriya), siydik hajmining pasayishi (oliguriya), siydikning yuqori zichligi (giperstenuriya), past zichlik (gipostenuriya) shuningdek, tunda ichak harakatining tez-tez bajarilishi (nokturiya).

Birinchi qadam: tanani tayyorlash

Suyuqlik va diuretiklarni ortiqcha iste'mol qilish diagnostika natijasini buzishi mumkin. Tarvuz, qovun va uzum kabi mahsulotlar dietani qabul qilishdan kamida bir kun oldin chiqarib tashlanishi kerak.

Ikkinchi qadam: idishni tayyorlash

Zimnitskiy usuliga ko'ra siydik to'plash algoritmini tavsiflovchi keyingi paragraf maxsus steril idishlar tayyorlashni o'z ichiga oladi. Albatta, siz o'zingizning oziq-ovqat idishlaringizdan foydalanishingiz mumkin. Biroq, bu holda, ular yaxshilab sterilizatsiya qilinishi kerak.

Uchinchi qadam: hojatxonaga borishni rejalashtirish

Zimnitskiy siydikni yig'ish algoritmi tomonidan xabar qilingan keyingi paragraf vaqt oralig'i ro'yxatini tuzish zarurligi haqida gapiradi. Shunday qilib, bemor kun davomida siydik pufagini 8 marta bo'shatishi kerak. Eng mos vaqt - 9, 12, 15, 18, 21, 00, 3 va 6 soat. Biroq, siz uchun qulay bo'lgan jadvalni tanlashingiz mumkin. Hojatxonaga sayohatlar orasidagi vaqt kamida uch soatdan oshmasligi kerakligini unutmang.

To'rtinchi qadam: yaxshi gigiena

Zimnitskiy (algoritm) bo'yicha siydikni to'plash texnikasi gigiena protseduralarini oldindan o'tkazishni o'z ichiga oladi. Faqat bu holda natija to'g'ri bo'ladi. Agar ushbu element e'tiborga olinmasa, unda begona moddalar va bakteriyalar aniqlanishi mumkin. Bu ishning yomon natijasini beradi.

Siydik chiqarishdan oldin qo'lingizni sovun bilan yuvganingizga ishonch hosil qiling.

Beshinchi qadam: siydik to'plash

Gigiena protseduralaridan so'ng siz material to'plashni boshlashingiz kerak. Tayyorlangan idishda muayyan soatlarda siydikning barcha qismini to'plang. Shundan so'ng, idishdagi vaqtni ko'rsatib, imzolanishi kerak.

Ba'zi bemorlar bitta to'plam idishini ishlatishadi. Shundan so'ng, undan tayyorlangan idishlar ustiga material quyiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, buni amalga oshirish mumkin emas. Keyin konteynerni qopqoq bilan mahkam torting. Yig'ilgan suyuqlikni ochish va ortiqcha to'ldirish qat'iyan taqiqlanadi.

Oltinchi qadam: materialni saqlash va laboratoriyaga yetkazish usuli

Birinchi idish to'lgandan keyin uni muzlatish kerak. Sinov materialini xona haroratida yoki muzlatgichda saqlash taqiqlanadi. Atrof muhitning eng maqbul darajasi 2 dan 10 gacha. Agar u iliq bo'lsa, siydikda mikroorganizmlar rivojlana boshlaydi. Bunday holda, noto'g'ri bakteriuriya tashxisi qo'yilishi mumkin.

Materialni oxirgi suyuqlik qabul qilingan kuni ertalab laboratoriyaga yetkazish kerak. Bunday holda, barcha idishlar mahkam yopilganligini va imzolanishini ta'minlash kerak. Agar biron bir kosadan suyuqlik yo'qolsa, siz albatta laboratoriya yordamchisiga xabar berishingiz kerak. Aks holda, natija buzilishi mumkin, chunki o'rganilayotgan materialning zichligi o'zgaradi.

Zimnitskiy usuliga ko'ra namuna darajasi

1. Kunlik siydikning umumiy hajmi 1500-2000 ml ni tashkil qiladi.
2. Suyuqlik va siydik chiqarish nisbati 65-80% ni tashkil qiladi.
3. Kun davomida chiqariladigan siydik miqdori - 2/3, kechasi - 1/3
4. Siydik zichligi 1020 g / l dan yuqori bo'lgan bir yoki bir nechta bankadan
5. Barcha idishlarda siydik zichligi 1035 g / l dan kam

Anafilaktik shokda yordam ko‘rsatish

Anafilaktik shok — bu tezkor tipdagi anafilaktik reaksiyaning eng og‘ir va eng mudxish asoratlaridan biri xisoblanadi. U organizmga har xil yo’llar bilan oqsil va nooqsil tabiatli antigenlarning tushishi orqali ro‘y beradi. Anafilaktik reaksiya organizmga dori preparatlari, jumladan antibiotiklar, diagnostika preparatlari kiritilganda, xashoratlar chaqishi okibatida, kam hollarda esa ozik-ovqat mahsulotlaridan so’ng ham rivojlanishi mumkin.

Anafilaktik shok rivojlanishi vaqti va chastotasiga allergenning organizmga tushish yo’llari muxim xisoblanadi. Allergen organizmga parenteral yo’l bilan tushganda anafilaktik shok birmuncha ko’prok va tezrok rivojlanadi. Eng og‘iri viga yuborilganda kelib chikadi. Parenteral yo’l orqali allergen organizmga tushganda anafilaktik shok bir necha soniyadan bir necha soatlar ichida rivojlanadi. Boshqa yo’llar (rektal, teri orqali) kirganda shok kechrok, 1-3 soatdan so’ng rivojlanishi mumkin.

Patofiziologiyasi.

Patogenezi asosida reagin mexanizmi yotadi. Organizmga tushgan allergenga javoban reaginlar – immunoglobulin E (IgE) hosil bo`ladi. Ular semiz xujayra va bazofillarga o’tiradi va sensibilizatsiya – allergenga nisbatan organizmda sezgirlikni oshiradi. Xuddi shu allergen organizmga qayta tushganda hosil bo‘lgan reaginlar bilan birikadi. Natijada semiz xujayra va bazofillardan biologik faol moddalar, yallig‘lanish mediatorlarining (gistamin, serotonin, bradikinin, prostoglandin, interleykin va x.k) ajralishi kuzatiladi. Biologik faol moddalar qon tomirlari devorlarini zararlaydi, shish paydo bo`ladi, bronxlar sillik mushaklari spazmini chakqiradi va AKB keskin tushib ketadi. Gistamin tomir devori mushaklariga ta’sir qiladi va natijada ularning tonusi tushib ketadi. Teriga ta’siri – bemorlarda «eshakemi» (krapivnitsa) toshishi bilan namoyon bo`ladi. Ba’zi xolatlarda suyuklik alveola bo’shlig‘iga chiqib o`pka shishi rivojlanishi mumkin. Nafas olishning qiyinlashuvi quyidagi 3 ta sabablar oqibatida rivojlanadi: shillik qavatlardan sekret

ajralishining kuchayishi, yuqori nafas yo'llaridagi maxalliy shish va bronxlar silliq mushaklari tonusining ortishi. O'z ok asfiksiya yurak ritmi buzilishlariga olib keladi. Anafilaktik shokda o'lim sababi bo'lib quyidagi lar hisoblanadi: Mikrotsirkulyasiyaning buzilishi, mayda tomirlar paralichi, staz va tormbozi oqibatidagi o'tkir yurak qon tomir yetishmovchiligi; Kvinke shishi oqibatidagi asfiksiya; Hayotiy muhim a'zolar- yurak va bosh miya tomirlari trombozi; Hayotiy muhim a'zolar – bosh miya, buyrak usti beziga qon quyulish. Anafilaktik shok patogenezining asosiy zvenolari – umumiy periferik tomir qarshiligining (OPSS) va DZLK ning kamayishi, norma yoki past yurak zarb hajmi natijasidagi to'qimalar oksigenatsiyasining buzilishi hisoblanadi. Simptomlari va diagnostikasi.

Simptomlari: Teriga toshmalar toshishi, toshmalarning butun badanga tarqalishi; Burun bitishi, aksirish, burun okishi; Nafas olishning qiyinlashuvi, quruq yo`tal, xushtaksimon nafas; Teri, lab va tirnoklarning sianozi; Bosh aylanishi, ongning xiralashuvi. Bezovtalanish, nutqning buzilishi. Taxikardiya, gipotoniya. Ko`ngil aynish, qayt qilish, diareya. Qorindagi og'riqlar. Anafilaktik shokning rivojlanishi va kechishi bo`yicha 3 ta shakli farqlanadi:

Shakli – yashin tezligidagi (kollaptoid). Shok dastlabki 10 minut ichida rivojlanadi.

Shakli – zudlik bilan rivojlanuvchi. Shokkacha bo'lgan davr 30-40 minutni tashkil etadi. Darakchilari va a'zolardagi o`zgarishlar bo`ladi.

Shakli – sekinlik bilan rivojlanuvchi. Shokkacha bo'lgan davr bir necha soatgacha bo`lishi mumkin.

Simptomokomplekslari:

Klinik ko`rinishi bo`yicha shokning bir necha variantlari farqlanadi:

1 variant – teri shakli. Terining intensiv kechishi, qizarishi, har xil shakldagi eshakyemi (krapivnitsa) toshishi, ba'zan toshmalarining bir biri bilan qo`shilishi, angionevrotik Kvinke shishi paydo bo`lishi bilan namoyon bo`ladi. Teridagi o'zgarishlar reaksiyadan so`ng 30-40 minutdan keyin kelib chiqadi. Arterial gipotenziya urtikar toshmalarni keyinchalik rivojlanishini to`xtatadi. AKB normallashgandan so`ng toshmalar yana paydo bo`lishi mumkin. Og'ir shok rivojlanganda teri ko`rinishlari bo`lmasligi mumkin.

2 variant – serebral shakli. Birinchi o'rinda bosh og'riqlari, amavro'z, ko'ngil aynishi, giperesteziya, paresteziya, xushdan ketish, har xil tutqanoqlar, beixtiyor siyish va defekatsiya kuzatilishi mumkin. Bu ko`rinish epilepsiyani eslatadi. Differensial diagnostiksi juda qiyin bo`ladi. Agar adrenalin va boshqa anafilaksiyaga qarshi davo o`tkazilganda yuqoridagi ko`rinishlar bartaraf etilsa, anafilaktik shok diagnozi qo'yiladi.

3 variant – astmoid shakli. Nafas tizimida – bo'g'ilish ko`rinishida namoyon bo`ladi. Til, xiqildoq va traxeya shishi oqibatida yuqori nafas yo`llari

o`tkazuvchanligining buzilishi – asfiksiya rivojlanadi. Ba’zi hollarda o`rta va pastki nafas yo`llari o`tkazuvchanligining buzilishi – astmoid turdagi (anafilaksik bronxial astma) nafas buzilishlari kuzatiladi. Bu turdagi anafilaktik shok bronxial astma bilan og‘rigan bemorlarda kuzatiladi.

4 variant – kardiogen yoki koronar shakli. Bu turdagi shokda yurak qon-tomir tizimi buzilishlari bilan kechadi. YUrak soxasidagi siquvchi og‘riklar, taxikardiya, ritm buzilishlari bilan kechadi.

5 variant – abdominal shakli. Qorinda shish, epigastral soxada og‘riq, diskofort bilan boshlanadi. Ba’zan og‘riqlar o’tkir qorin simptomlari ko’rinishida bo’lishi mumkin. Ko`ngil aynish, qayt qilish ham kuzatiladi.

6 variant – gemorragik yoki gemolitik shakli. Kam uchraydigan variant xisoblanadi.

Ba’zi hollarda, asosan shokdan chiqish xolatlarida kuchli qaltirash, tana temperaturasining ko`tarilishi, keskin umumiy xolsizlik, bushashish, xansirash va yurak soxasida og‘riqlar kuzatiladi.

Laborator va instrumental tekshirishlar.

Anafilaktik shok diagnozi laborator ko`rsatkichlarga qaralmasdan to`g‘ridan-to`g‘ri klinik belgilar asosida quyiladi. Maxsus laborator testlardan biri – qondagi o’zak xujayralarda triptaza darajasining oshishi xisoblanadi. Anafilaktik reaksiyalar vaqtida o’zak xujayralar triptaza moddasini ko`p miqdorda ishlab chiqaradi.

Bemorlar albatta monitoring nazoratiga olinadi. Bunda yurak ishi, qondagi gazlar miqdori, pulsoksimetriya tekshirib boriladi.

Davolash.

Qabul bo`limida shifokorning birlamchi vazifalari.

Organizmga allergen tushishini to`xtatish.

Bemorni tekis joyga yotqizish, sof havo kelishini ta’minlash, kislorod berish, tilni tushib ketishini, aspiratsiyani oldini olish.

Yuqori nafas yo`llari o`tkazuvchanligini ta’minlash. Lozim bo‘lganda traxeyani intubatsiya qilish va SUV o`tkazish va 100% kislorod berish. Agar adrenalindan so`ng xiqildok shishi qaytmasa, traxeyani intubatsiya qilishning iloji bo`lmaganda nafas yo`larini xirurgik usulda tiklash (konikotomiya) usuli qo`llaniladi. SHuningdek monitoring, oksigenoterpapiya va tomir fnksiyasi ham bir vaqtning o’zida o`tkazilishi shart.

Adrenalin yuborish. Teri orasiga, vena ichiga va ingalyasiya yo’li bilan yuborish mumkin. Adrenalin qachonki shok diagnozi tasdiklangandagina yuboriladi. Shokkacha bo‘lgan xolatlarda (anafilaktoid reaksiyalar) antigistamin dori vositalarinig o’zi kifoya qiladi. Adrenalin yuborilishiga absolyut qarshi ko`rsatmalar yo`q. Agar bemorlar β-blokatorlar qabul qilayotgan bo’lsa adrenalinga sezgirlik pasaygan bo’lishi mumkin.

Glyukokortikosteroidlarni qo’llash – tomir o’tkazuvchanligini pasaytirish, membrana stabillovchi, antigistamin, simpatomimetik ta’sirlari tufayli qo’llash maqsadga muvofik hisoblanadi. Pulsterapiya (prednizalon 1000 mg gacha) o`tkaziladi.

Allargenni organizmga tushishini to`xtatish (in’eksiya yoki xashorat chakkan joydan yuqoriga jgut qo’yish, agar enterval yo’li bilan tushgan bo’lsa oshqozonni zondlash va yuvish);

Allergen kirgan joy atrofiga adrenalin eritmasidan in’eksiyalar qilish;

v\i ga prednizalon eritmasini yuborish muhim ahamiyatga ega.

MUSTAQIL TA’LIM VA MUSTAQIL ISHLAR

Mustaqil ta’lim uchun tavsiya etiladigan mavzular:

1. Sog‘lom va tez-tez kasallanuvchi bolalarni chiniqtirish usullari
2. Tez-tez kasallanuvchi bolalar (ChBD)
3. Bolalarda disbakterioz kechish xususiyatlari.
4. Pilorospazm va pilorostenoz
5. Bolalarda surunkali infeksiya o‘choqlari
6. O‘t yo‘llari diskineziyasi
7. Gipo va avitaminozlar
8. Enurez, siydik chiqarish yo‘llari neyrogen disfunksiyasi
9. Raxitsimon kasalliklar
10. Dismetabolik nefropatiyalar
11. Gijja invaziyasi
12. Gipo va aplastik anemiya
13. Ichakni qitiqlash sindromi
14. Giperfaol bola sindromi
15. Dizembriogenez stigmalari
16. Siydik ajratish tizimining nuqsonlari
17. Atipik pnevmoniyalar
18. Refaol artritlar
19. Kartagener sindromi
20. Rey sindromi
21. Tizimli qizilcha
22. Dermatomiozitlar
23. Tizimli sklerodermiya
24. Gastroezofagal refleks.
25. Mitral klapan prolapsi.

26. Surunkali enterokolit
27. Jigar sirrozi
28. Surunkali gepatitlar
29. Tug‘ma nefritlar
30. Respirator allergoz
31. O‘RI
32. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi
33. Kron kasalligi
34. Vegeto- tomir distoniyasi
35. Shifokorning tibbiy etika va deontologiyasi.
36. Bemor bola psixologiyasi.
37. Bolalarda tanqislik xolatlar.
38. Bolalarda uzoq muddatli subfebrilitetlar.
39. Bolalarda maxalliy belgilar bo’lmaganda isitmalash.
40. Yo‘talga qarshi dori vositalar, ta’sir qilish mexanizmi.
41. O‘pka funksiyasini tekshirish.
42. O‘zbekistonda «Astma-maktabi».
43. Bolalarda gospital (kasalxona ichi) va atipik zotiljamlar.
44. Ko‘krak qafasida og‘riq.
45. Layella sindromi.
46. Bolalarda gelmintozlar.
47. Bolalarda ich qotishi.
48. Bolalarda buyrakning tug‘ma va orttirilgan kasalliklari.
49. Bolalarda tizimli vaskulitlar.
50. DVS-sindrom.
51. Issiqlik va quyosh nuri ta’siri.
52. Nr (xelikobakter pilori) va uning sog‘lom organizmga ta’siri.
53. Bolalarda aritmiyalar.
54. Bolalarda bosh og‘rig‘i.
55. Chala tug‘ilgan bola
56. Kindik kasalliklari
57. Tish yorib chiqish sindromi
58. Bolalarda uzoq vaqt davom etgan yo‘tal
59. Bola salomatligini nazorat qilish maqsadida skrining tekshiruv
60. Bolani chiniqtirish usullari
61. Chaqaloq va go‘dak bola va 5 yoshgacha bo‘lgan bolani parvarishlash
62. Ichak ta’sirlanish sindromi
63. Bolalarda qayt qilish sindromi
64. Bolalarda to‘satdan o‘lim sindromi.

65. Bolalarda ich qotish sindromi
66. Bolalarda burun qonashi sindromi.
67. Bolalarda jinsiy rivojlanishni susayishi
68. Qaytalovchi infeksiya va immunodefitsit xolat
69. Bo‘ksa bo‘g‘in tug‘ma chiqishi
70. Bolalarda o‘sishni buzilishi
71. Bolalarda qorinda og‘rik sindromini tekshiruvlari
72. Bolalarda bosh og‘rig‘i
73. Bolalarda teri qichishish
74. O‘smirda suiqasdlik
75. O‘smir qizlar muommolari
76. O‘smir o’gil bolalar muommolari
77. O‘smirda arterial gipertoniya
78. Oila va o‘smir
79. O‘smir va shifokor
80. Bolalarda SPID, VICh- infeksiya
81. Neonatolog ishida etika va deontologiya.
82. Diabetik fetopatiya.
83. Yangi tug‘ilgan chaqaloqda alkogol sindromi. Narkomanlar bolalari.
84. Chaqaloqda gemorragik kasallik.
85. Chaqaloqda qusish sindromi.
86. Neonatologiyada yatrogeniya.
87. Chaqaloqlarda to‘satdan o‘lim sindromi.
88. Chaqaloqlarda infuzion terapiya va parenteral oziqlantirish.
89. Chaqaloqlarda kandidozlar.
90. Chaqaloqlarni davolashda antibiotiko- va vitaminoterapiya

I-Test. Nazorat savollari

Yuvenil revmatoid artrit

4 yoshli bolaning anamnezda tana haroratining 39-40° C gacha ko’tarilgani, uch oy davom o’ng tizza sohasida mahalliy isitmasining ko’tarilishi, ertalab boshlangan og’riq va harakat chegaralanishining bir ikki soatdan so’ng o’tib ketishi, ko’zining yoshlanishi, achishishidan shikoyat qidi.

Tashxis nima?

1. Yuvenil revmatoid artrit +
2. Revmatizm
3. Toksik sinovit
4. Septik artrit

2. 7 yoshli bolaning ota-onasi qabul bo'limiga murojaat qilgan. Uch oydan buyon

ularning bolasi o'ng tizza bo'g'imidagi va to'piq bo'g'imlarining og'rig'idan shishishi, bo'g'im sohasida aziyat chekmoqda va umurtqa pog'onasining bo'yin qismida og'riq borligi aniqlandi. Yaqinda onasi o'ng oyog'ining cheklangan harakatini va bolada ertalabki uvushishni payqadi, u kechqurun yo'qoladi. **Bolada qaysi kasallik belgilari namoyon bo'lmoqda?**

1.Revmatizm

2.Tizza osteomieliti

3. Refaol artrit

4.Yuvenil revmatoid artrit +

5.Travmatik artrit

3. 10 yoshli bola klinikaga yotqizilgan va klinik tekshiruv asosida dastlabki tashxis qo'yilgan: **Yuvenil surunkali revmatoid artrit. Ushbu kasallik tashxisi uchun qaysi ertangi alomatlar eng muhim?**

1. Katta va mayda bo'g'imlarga zararlanishi

2. Bo'g'im zonal giperemiyasi

3. Ertalabki tovon va barmoq bo'g'imlarda uvushish (taranglik), bo'g'm funksiyasining buzilishi +

4. Yurak hajmining oshish

4. Balog'at yoshiga bolalarda Yuvenil revmatoid artritning Still sindromiga shubha qilish mumkin, agar:

1. tizza, tovon, qo'l barmoq bo'g'inlarda, og'riq va shish, baland gektik isitma, teri yuzasida polimorf toshma, limfa tugunlarining, jigar, taloqning kattalashuvi, miokardit, glomerulonefrit +

2. bitta, chap tizza bo'ginida ogriq, bo'g'im zonal giperemiyasi,

3. qorin og'riqi, allergik toshma, yurak chegaralarini kengaytirish

4. yurak chegaralarini kengaytirish

5. **Bolalarda Yuvenil revmatoid artritning artikulyar-visseral shaklining (JRA) allergik-septik varianti** bilan yurak shikastlanishida tez-tez namoyon bo'ladi:

1. endokardit +

2. miokardit

3. perikardit

4. pankardit

6. Surunkali Yuvenil revmatoid artrit tashxisining kriteriyalari:

1. uch oydan ortiq kechayotgan artrit, uch oydan keyin yallig'lanishga boshqa bo'g'im qo'shilishi, mayda bo'g'imlarnini simmetrik yallig'lanishi, bo'g'im ichida suyuqlik paydo bo'lishi, bo'g'im kontrakturasi, tendosinovit yoki bursit, mushak regionar atrofiyasi, ertalabki taranglik. +

2. bir oydan ortiq kechayotgan artrit, mayda bo'g'imlarnini nosimmetrik

yallig'lanishi, bo'g'im ichida suyuqlik paydo bo'lishi, bo'g'im kontrakturasi, tendosinovit yoki bursit, mushak regionar atrofiyasi.
3. kasallikning o'tkir boshlanishi, mayda bo'g'imlarnini simmetrik yallig'lanishi, bo'g'im ichida suyuqlik paydo bo'lishi, bo'g'im kontrakturasi.
4. kasallikning boshlanishini bir yil davomida aniqlab bo'lmaydi, mayda bo'g'imlarnini simmetrik yallig'lanishidan boshlanadi, bo'g'im kontrakturasi yuzaga keladi.

Surunkali gastrit, Yara kasalligi

1. HP infeksiyasini tashxisini qo'yish uchun qo'llanilmaydi:
1. me'da shilliq qavatining biopsiyasi bilan ureaza tekshiruvi
2. ureaz nafas olish testi
3. serologik diagnostika
4. biokimyoviy qon tekshiruvi +

2. Surunkali gastritda abdominal og'riq:

1. kechasi yuzaga keladi
2. kech shomda yuzaga keladi
3. kech va kechasi yuzaga keladi
4. ertalab yuzaga keladi +

3. Surunkali gastroduodenitda qorin og'rig'i:

1.ertalab yuzaga keladi
2.kech shomda yuzaga keladi
3.kechasi shomda yuzaga keladi
4.erta va kech yuzaga keladi +

4. Helicobacter Pilorik bilan assotsirlangan gastritni davolashda qaysi sxema qo'llaniladi:

1. PPI + de-nol + antibiotik + trichopol +
2. antatsid + de-nol + trichopol
3. PPI + antasidlar + de-nol
4. venter + trichpolum + antibiotic

5. Helicobacter Pilorik infeksiyasi bilan bolani davolashda quyidagi chora - tadbirlarni amalga oshirish tavsiya etilmaydi:
1. Pilorik Helicobacterga yaqin qarindoshlarni tekshirish.
2. Helicobacter pilorik bilan kasallangan qarindoshlarini davolash
3. bolalarni izolyatsiya qilish +
4. oiladagi sanitariya - epidemiologiya choralari.

6. HP Qaysi dori vositasiga tez rezistentlik rivojlanadi:

1. de nol
2. amoksitsillin

3. furazolidon
4. Trichopol +

7. Gastroduodenitdagi og'riqning xarakterli joylashuvini ko'rsating:

1. epigastrium
2. o'ng hipokondriyum
3. kindik yaqinida
4. piloroduodenal zona +

8. Oshqozon ichak kasalliklarida tekshiruvlarning eng informativ usuli:

1. Ultratovush
2. Intraventrikulyar pH metri
3. Oshqozon rentgenogrammasi
4. Oshqozon endoskopiyasi (FGDS) +

9. Oshqozon yarasi uchun etiologik davolash usulini tanlang:

1. Antibiotiklar +
2. Ranitidin
3. Omeprazol
4. Almagel

10. Oshqozon yarasi kasalligining qanday patogenetik omillari "agressiv" deb tasniflanadi?

1. xlorid kislotasi ishlab chiqarishning oshishi +
2. gipergastrinemiya
3. somatostatinning ko'payishi,
4. glikozaminoglikanlar va glikoproteinlar yetishmasligi

11. Piloroduodenal soxasidagi kech, tungi, "och" og'riqlar quyidagilar uchun xarakterlidir:

1. Oshqozon yarasi
2. O'n ikki barmoqli ichak yarasi +
3. Surunkali gastritning kuchayishi
4. Surunkali gepatit

12. Oshqozon yarasi kasalligini davolash uchun protonli nasos blokatorlarini tanlang:

1. Kvamatel
2. Gastrocepin
3. Omeprazol +
4. De nol

Surunkali gepatitlar

1. Gepatit B uchun xos bo'lgan infeksiya yuqish yo'llarini tanlang:

1. Enteral
2. Parenteral+

3. Havo orqali
4. Najas-og'iz

2. 17 yoshli bemor uzoq vaqtdan beri umumiy holsizlik, o'ng qovurga ostidagi sohada og'irlik, og'izda takroriy achchiqlanish va ko'ngil aynishi, ko'proq ertalab shikoyatlari bilan shifokorga murojaat qildi. Tekshiruvda: sklera subikterik. Qon testlarida: albumin - 35 g / L, umumiy bilirubin - 47 mkmol / L, AST - 75 U / L, ALT - 98 U / L. Virusli gepatit belgilari: HBsAg - musbat, Anti -HBc Ig G - musbat, Anti -HBc Ig M - manfiy, Anti -HBe - musbat, HCVga qarshi - manfiy. **Bemorning tashxisini quyidagicha shakllantirish mumkin.**

1. O'tkir virusli gepatit B
2. Surunkali virusli gepatit B +
3. Surunkali virusli gepatit C
4. Jigar sirrozi

3. "Surunkali gepatit" tashxisida kasallik davomiyligi:

1. Klinik yoki laborator belgilari aniqlangan holda bir oydan ortiq
2. Klinik yoki laborator belgilari aniqlangan holda uch oydan ortiq
3. Klinik yoki laborator belgilari aniqlangan holda olti oydan ortiq +
4. Klinik yoki laborator belgilari aniqlangan holda 1 yildan ortiq

4. Surunkali xoletsistit uchun xarakterli emas:

1. Moynigam tipdagi og'riqlari +
2. o't pufagi devorlarining qalinlashishi, ultratovush tekshiruvida safro zichligi oshishi
3. safroning ko'p ajratilishi
4. umumiy qon tahlilida yallig'lanishli o'zgarishlar mavjudligi.

5. Surunkali xoletsistitda infeksiyani eng ko'p zararlash yo'li:

1. gematogen
2. ko'tariluvchi +
3. limfogen
4. aloqa

6. Oddi sfinkteridagi og'riq va spazmni yo'qotish uchun qo'llanilmaydi:

1. Analgin,
2. Atropin
3. Noshpa, dyuspatalin
4. Dimedrol +

Piyelonefritlar

1. Piyelonefritning eng ko'p uchraydigan qo'zg'atuvchisi?

1. stafilokokklar
2. streptokokklar
3. Escherichia coli +

4. Mikoplazma

2. Qaysi laboratoriya parametrlari pielonefrit uchun xos emas?

1. 1 g / l gacha proteinuriya
2. leykotsituriya
3. eritrotsituriya
4. bakteriuriya

Holatiy masalalar. Gastritlar

1.Masala.

10 yoshli bola. Qoniqarli sharoitda o‘sib ungan. Keyingi vaqtlarda bosh og‘rig‘idan, bo‘shashishdan,tez charchashdan,bosh aylanishdan,ishtaxa kamayishidan shikoyat qiladi. Qorin soxasidagi og‘riqdan, ko‘ngil aynishdan ayniqsa ovqat yegandan keyin pado bo‘ladi. Og‘riq burab oluvchi, ba’zan kuchli bo‘ladi. Qorin soxasi paypaslanganda epigastral soxada og‘riq bilinadi. 1. Sizning tashxisingiz? 2. Gastritning ushbu shaklida oshqozon sekretor faoliyati qanday o‘zgaradi? 3. Ushbu kasallikda qanday tibbiy preparatlar zarur?

2.Masala.

12 yoshli bola. Anamnez ma’lumotlariga ko‘ra 3 yildan buyon oshqozon xastaligi bilan og‘riydi. Bir necha marta yashash joyidagi bolalar kasalxonasi gastroenterologiya bo‘limida yotib davolangan. Surunkali gastrit tashxisi qo‘yilgan. Keyingi vaqtlarda bo‘shashishdan, oshqozon soxasida kuchsiz og‘riqdan, ishtaxa kamligidan, ozib ketishdan, ko‘pincha ko‘p ovqat yegandan keyin ich buzilishdan shikoyat qiladi. Ko‘ruv davrida: Teri va shilliq qavatla rangparligi, paypaslaganda: epigastral soxada og‘riqdan shikoyat qiladi.

1. Sizning tashxisingiz?
2. Gastritning ushbu shaklida oshqozon sekretor faoliyati qanday o‘zgaradi.
3. Ushbu kasallikda qanday tibbiy preparatlar tavsiya etiladi?
4. Oshqozon shirasini stimullaydigan moddalar (plantaglyutsid, podorojnik shirasi) 3-4 hafta mobaynida ovqatdan oldin beriladi. O‘rindosh terapiv (abomin, atsidin-pepsin, betazid, festal, panzinorm, mezim-forte)

Antixelikobakterioz terapiya. BlokatorыN+K+ATFazы omeprazol, anseprazol, pantoprazol) odnokratno nanoch. Antibiotik (amoksitsillin, klaritromitsin ili sumamed) Kurs davomiyligi 2 haftani tashkil etadi.

3.Masala.

10 yoshli bola. Qorin soxasida og‘riqdan, ich buzilishdan, o‘ta bo‘shashishdan, ishtaxa kamayishidan, ozib ketishdan, ichi qora kelishdan, qon qusishdan shikoyat qiladi. Ko‘ruv davrida teri va shilliq qavatlari rangparligi ko‘zga tashlanadi.

1.Sizning tashxisingiz?

2.Qanday qo‘shimcha tekshirish usullari o‘tkazish zarur?
3.Gastrofibroskopi va Gregersen sinamalaridan qanday natija kutiladi?

4. Masala.

13 yoshli bola. Bolalar kasalxonasi gastroenterologiya bo‘limidan uyga javob berilgan. Qo‘yilgan tashxis: Surunkali tarqalgan gastrit. Davolash to‘la kursini shifoxonada qabul qilgan. Klinika-laboratoriya ko‘rsatkichlari me’yorlashgan. Ko‘ruv davrida shikoyati yo‘q. Bolaga qanday tadbirlar qo‘llanilishi lozim?

5.Masala.

9 yoshli bola.Tez charchashdan, ta’sirchanlikdan, ko‘p terlashdan shikoyat qiladi. Bemor burovchi og‘riqdan, naxorda va ovqatlangandan keyin 1,5-2 soatdan keyin og‘riq, tungi og‘riq, tungi kechki og‘riqdan shikoyat qiladi. Ovqat yegandan keyin og‘riqlar o‘tib ketadi, kekirish, jig‘ildon qaynash, yengillik keltiradigan qusishdan shikoyat qiladi. Ishtaxa yaxshi. Paypaslaganda oshqozonni epigstral va piloroduodenal soxasida og‘riqdan shikoyat qiladi.
1.Sizning tashxisingiz?
2.Qanday instumental tekshirish zarur?.
3.Gastrofibroskopiyada qanday natijalar kutiladi?
4.Gastritning ushbu shaklida oshqozon sekretor faoliyati qanday o‘zgaradi?
5.Antixelikobakterioz terapiya qanday o‘tkaziladi?

6.Masala.

9 yoshli bola. Epigastral soxada va kindik soxasida ovqatdan keyin og‘riqdan shikoyat qiladi. Asosan ko‘p miqdorda va yog‘li ovqat istemol qilgandan keyin. Og‘riq 1-1,5 soatdan keyin o‘z-o‘zidan o‘tib ketadi Qorin soxasida og‘irlik, tuzalib ketish xissi, tezda to‘yib qolish, ishtaxani kamayishi yoki ovqat tanlab yeyish,kekirish,ko‘ngil aynish, yengillik keltiruvchi qusishdan shikoyat qiladi. Qorin soxasi paypaslanganda epigastral soxada va kindik soxasida ozroq og‘riq bilinadi.
1.Sizning tashxisingiz?
2.Qanday instumental tekshirish lozim?
3.Gastrofibroskopiyada qanday o‘zgarishlar kutiladi?
4.Gastritning ushbu shaklida oshqozon sekretor faoliyati qanday o‘zgaradi?
5.Qanday tibbiy dori-darmonlar tavsiya etiladi?

7-Muammoli masala

6-yoshli bemor qizcha, Statsionarga chap tizza bo’g’inida og’riq, harakatning buzilishi, chap tizza va tovon boldir bo’g’inida shish shikoyati bilan murojaat qildi. Anamnezda 2 hafta ilgari o’tkir respirator infeksiyani ko’z og’rig’i bilan boshidan kechirgan. Bugun ertalab turganda chap oyog’iga bosa olmaslikka shikoyat qilgan. Bemor ko’zdan kechirilganda, o’rta og’ir, chap oyog’ini ehtiyot

qilayotganini, oqsoqlanib yurishi aniqlndi. Terisi fiziologik rangda, bo'yin oldi va orqa limfa tugunlari nisbatan kattalashgan, o'pkada vezikular nafas, hriplar yo'q. Yurak tonlari ritmik, shovqinlar yo'q. Puls 1 min. 92 marta. Qorin palpasiyada yumshoq, og'riqsiz, jigar va taloq kattalashmagan. Chap tizza bo'g'in kattalashgan, bo'g'inda shish, og'riq, mahalliy temperature oshgan. Chap tizza va tovon boldir bo'g'inida harakat chegaralangan.

Umumiy qon tahlili: Nv — 118 g/l, Leykosit.— 10,0x109 /l, eoz. — 2%, tayoq/yad — 4%, s — 42%, lim. — 49%, m — 3%, ECHT — 20 mm/soat. Umumiy siydik tahlili: solishtirma og'irligi — 1018, oqsil, glukoza— yo'q, Leykosit.— 1–3, eritrosit.— yo'q. Qonning bioximik tahlili: umumiy oqsil — 78 g/l, umumiy bilirubin — 20,0 mkmol/l, bog'langan bilirubin— 18,0 — yo'q ALT — 32 Bir/l, AST — 30 Bir/l, mochevina— 4,5 Bir/l.

Topshiriq: 1. Tashxisingiz? 2. Qiyosiy tashxisingiz ? 3. Davo muolajalarini belgilang?

8-Muammoli masala

11-yoshli bemor qizcha, bir, yil davomida kasal, shikoyati: och qolganda epigaster sohasida ogriq', bu o'g'riqlar ertalab och qoringa paydo bo'lib, ovqat yegandan 1,5-2 soatdan keyin, kechasi o'tib ketadi. Nordon kekirish, jig'ildon qaynashi bezovta qiladi.

Birinchi marta shifokorga 1 hafta burun murojaat qilgan. EGDS muolajasi o'tkazilgan. Otasida—gastrit, ona tomonidan buvisida 12 barmoq ichak yara kasalligi aniqlangan. Maktabda haftada 6 kunlik o'qishda, haftada 3 kun xoreografiya bilan shug'ullanadi. Ob'yektiv: vazni 34 kg, bo'yi 148 sm, terisi och -pushti, toza. Qorin: Mendel sindromi epigaster sohasida musbat. Epigaster sohasida yuzaki va chuqur paypaslaganda yengil mushak defansi va og'riq, ham da Dejarden va Mey-Robson nuqtasida og'riq aniqlandi. Jigar kattalashmagan, og'riqsiz, boshqa organlarda patologik holat aniqlanmadi.

Umumiy qon tahlili: Nv — 128 g/l, eritrositlar 4,2x1012/l, Leykosit.— 7,20x109 /l, eoz. — 3%, tayoq/yad — 3%, s/yad — 51%, lim. — 36%, mon — 7%, ECHT — 6 mm/soat. Umumiy siydik tahlili: somon rang, solishtirma og'irligi — 1017, pH-6,0; oqsil, glukoza— yo'q, epiteliy -1-2, Leykosit.— 1–3, eritrosit.— yo'q. Qonning bioximik tahlili: umumiy oqsil — 78 g/l, umumiy bilirubin — 20,0 mkmol/l, bog'langan bilirubin— 18,0 — yo'q ALT — 32 Bir/l, AST — 30 Bir/l, mochevina— 4,5 Bir/l.

Ezofagogastroduodenoskopiya: qizil o'ngach shilliq qavati pushti, cardial qismi yopilmoqda, oshqozonda loyqa shilimshiq ko'piksimon suyuqlik, o'choqli giperemiya, antrum devorida turli o'lchamli shishchalar. Duodenum boshchasi shilliq qavatida o'choqli giperemiya, shishgan, orqa devorida 0,8x0,6 sm.li atrofi giperemiyali, tagi fibrin bilan qoplangan yara ko'rinmoqda. Biopsiya HP-

infeksiyasiga — (de-nol) testi (++).
Topshiriq: 1. Klinik tashxisingiz? 3. Davo muolajalari sxemasini belgilang?

9-Muammoli masala

13-yoshli bemor qizcha, shikoyati: ohirgi hafta ichida umumiy holsizlik, tez charchab qolish ohirgi 2 kun ichida uyquchanglik, bosh aylanishi, ikki marta qisqa vaqtga xushdan ketish, bir hafta ichida axlati qora rangda. 2 yildan beri qorinning epigaster sohasida vaqti-vaqti bilan og'riq ertalab och qoringa paydo bo'ladi, ovqat yegandan keyin, o'tib ketadi, kekirish ba'zan jig'ildon qaynashi bor. Ogriq sindromi bir yilda 3-4 marta, 2-3 hafta bo'lib o'tib ketadi. Shifokorga uchramagan. O'quvchi, 3 kun basketbolga qatnaydi. Kun tartibiga va ovqat tartibiga rioya qilmaydi. Otasi—12 barmoq ichak yara kasalligidan davolangan. Ob'yekiv: vazni 40 kg, bo'yi 151 sm, terisi va shilliq qavati rangpar, qizcha lanj, bo'shashgan. Yurak urish — 116/min, AD — 85/50 mm sim. ust. Qorin yumshoq, kuchli bo'lmagan og'riq ham da Dejarden va Mey-Robson simptomi musbat.
Umumiy qon tahlili: Nv — 72 g/l, eritrositlar 2,8x1012/l, anizositoz, poykilositoz, GEMATOKRIT -29%, R/K—0,77; Leykosit.— 8,70x109 /l, eoz. — 2%, tayoq/yad — 6%, s/yad — 51%, lim. — 34%, mon — 7%, Trombositlar -390x109*k ECHT — 12 mm/soat. Cuxarev bo'yicha qon ivishi vaqti boshi 1 min, tugashi 2,5 min. Umumiy siydik tahlili: somon rang, solishtirma og'irligi — 1024, pH-6,0; oqsil, glukoza— yo'q, epiteliy -1-2, Leykosit.— 1–3, eritrosit. — yo'q. Koprologik tekshiruv: Gregerson reaksiyasi (+++)

Ezofagogastroduodenoskopiya: qizilongach shilliq qavati pushti, cardial qismi yopilmoqda, oshqozonda o'choqli giperemiya, antrum devorida turli o'lchamli shishchalar. Duodenum boshchasi shilliq qavatida o'choqli giperemiya, shishgan. Oldi devorida 0,5 sm li chiziqli chandiq, orqa devorida 1,5x1,7 sm.li atrofi giperemiyali, qizargan do'nglik b-n chegaralangan, chuqur, tagi fibrin bilan qoplangan yara ko'rinmoqda. Biopsiya HP-infeksiyasiga — (de-nol) testi (++).

10-Muammoli masala

9 yosh bola tez-tez ORVI va angina bilan og'rigan. 3 haftadan keyin qovoqlarida, yuzida shish paydo bo'lgan, keyin shish pastga tarqalgan. Peshob kamaygan, A/D – 120/80mm.sim. o'st. Kon bioximiyasi: oqsil-40gr/l, albo'min-33%, xolestirin – 8,8mmol/l. peshob taxlili: oqsil-6,6%, leykotsitlar-5-6, eritrotsitlar 3-4 ko'rinish maydonida.
1.tashxis qo'ying.
2.shifokor taktikasi.

11-Muammoli masala

5 yoshli bola shikoyatlari: onasining so'zi bo'yicha yuzi, qo'llari shishgan. Shish 2-kun oldin boshlandi, oldin qovoqlari keyin yuzlari shishdi.

Anamnezdan: bola yoshiga mos rivojlangan.
Kuruvda: axvoli qoniqarli, ichki a’zolar bo’yicha sezilarli o’zgarishlar yo’q.
1.tashxis qo’ying.
2.Shifokor taktikasi.

12-Muammoli masala

Bola 5 yoshli, 3-kundan beri kasal. SHikoyatlari: bola tez-tez og’riq bilan siyishi, siyish jarayoni og’rik bilan kechadi, hamda kam-kamdan siyadi. Analizlar: peshobda oqsil –0,099%, leykotsitlar 10-12, eritrotsitlar 20-22 ko’rish maydonida, umumiy qon va qon bioximiyasida o’zgarish kuzatilmaydi.
1.tashxis 2.shifokor taktikasi.

13-Muammoli masala

9 yoshli kiz. Shikoyati: tana xaraorati ko’tarilishi 39 S, belda kindik atrofidagi og’rigan. Anamnezidan: 2 yildan beri pielonefrit bilan davolanib kelgan. Peshob taxlili: oqsil 0,33%, ley- 25-30, erit 3-4 ko’ruv maydonida, solishtirma og’irligi 1015. Pasternatsskiy simtomi musbat.
1.tashxis quying.
2.shifokor taktikasi.

14-Muammoli masala

5 yoshli bola maxalla shifokoriga ishtaxasi pastligi, xolsizlikdan, qorindagi og’riq, tez-tez siyishga shikoyat bilan olib kelindi. ko’ruvda: bola rangpar, tana harorati 37,6S, peshob analizi: oqsil 0,066%, ley 8-12, erit 5-6, ko’ruv maydonida, oksalat tuzlari +++.
1.tashxis qo’ying.
2.shifokor taktikasi.

15-Muammoli masala

Bola 9 yosh. 5 yoshligida surunkali tonzilit bilan davolangan. SHifokorga murojat qilishdan 1 oy oldin angina bo’lgan 2-3 haftadan keyin, onasi ertalab yuzida shish paydo bo’lganini payqagan. Keyinchalik shishlar ko’paygan. Peshob taxlilida: oqsil -1,05%,
mikrogematuriya 10-15 ko’rish maydonida, gialinli tsilindrlar 5-6 ko’rish maydonida.
1.tashxis qo’ying.
2.shifokor taktikasi.

Javoblar

1- Javob: 1.Surunkali antral gastrit. 2.Bazal va stimullangan sekretda kislotalik ortgan. 3. Spazmolitiklar (papaverin, noshpa, tserukal). 2.Antatsidlar. (natriya gidrokarbonat, okis magniya, vikalin, almagel) 4.Antixelikobakteroz terapiya. Blokatorы N+K+ATFazы (omeprazol, lanseprazol, pantoprazol) 1marta

kechqurun ichiladi. Antibiotik (amoksitsillin, klaritromitsin yoki sumamed) Davolanish kursi 2 hafta.

2 - Javob 1.Surunkali tarqalgan gastrit.
2.Oshqozon sekretor faoliyati oshqozon hamma porsiyalarida pasaygan. Oshqozon shirasi proteolitik faolligi pasaygan. Pepsinni oshqozon shirasida va oshqozon shilliq qavatida va siydikdagi miqdori meyorida.

3 - Javob:1.Surunkali erroziv gastrit,gemorragik variant.
2.Gastrofibroskopiya, Reaksiya Gregersena..
3.Gastrofibroskopiya natijasi: oshqozon antral bo‘limida va oshqozon tanasida va subkardial bo‘limida ko‘pgina erroziyalar mavjud.
Reaksiya Gregersena: Ijobiy.

4 - Javob:1.Qaytalanishga qarshi tadbirlar (baxor va kuzda) 3-4 hafta davomida.
2.To‘g‘ri kun tartibi va ovqatlanish.
3.Remissiya davrida sanator-kurort davolash.
4.Davolash kursi o‘rtasida tibbiy dori darmonlardan giyoxlar damlamasi Moychechak, shipovnik, ukrop urug‘i, zveroboy, pustirnik, valeriana ildizlari damlamasi tavsiya etiladi

5 - Javob:1.Yarasimon surunkali gastrit.
2.Gastrofibroskopiya.
3.Endoskopiya: Yuzaki, giperplastik, eroziv, kuchli shish, giperemiya.
4.Oshqozon sekretor faoliyati meyorida yoki ortgan.
5.N+K+ATFaza blokatorlari (omeprazol, lanseprazol, pantoprazol) kechqurun 1 marta ichiladi. Davolash kursi 2 hafta.. Antibiotik (amoksitsillin, klaritromitsin yokisumamed)
6 - Javob.1.Gastritsimon surunkali gastrit.
2. Gastrofibroskopiya.
3. Oshqozon shiliq qavatida atrofik o‘zgarish, ozroq yalig‘lanish.
4. Oshqozon sekretor faoliyati meyorida yoki kamaygan.
5. Oshqozon bezlarini stimullaydigan (plantaglyutsid, sok podorojnika) 3-4 hafta davomida ovqatdan oldinnedeli o‘rindosh davolovchi (abomin, atsidin-pepsin, betazid, festal, panzinorm, mezim-forte) Antixelikobakterioz-terapiya. N+K+ATFaza blokatorlaridan (omeprazol, lanseprazol, pantoprazol) kechqurun 1 marta ichilali.
Antibiotik (amoksitsillin, klaritromitsin ili sumamed) Kurs davomiyligi 2 hafta tashkil etadi.

7- masala javobi: 1.Yuvenil ideopatik artrit, poliarticular turi, faol davri, rentgenologik II davri, 1–2 darajali funksional yetishmovchilik.
2. Tekshiruv: kengaytirilgan immunnogramma, S- refaol oqsil.
Protein, revmatoid factor, B-27 antigen, PSR/IFA TORCH uchun, bo'g'milari O'Z Isi, bo'g'inlar EKG, ExoEKG; ureaza testi.
3. Gematolog, bolalar xirurgi, oculist konsultatsiyasi
4. Kasallikning progressiyalanuvchi kechishiga qarab, basis terapiya buyuriladi: metotreksat — 15 mg/m² haftasiga 1 marta m/o yoki t/o, analizlarni inobatga olgan holda korreksion terapiya, YQV.
5. Surunkali infeksiylar o'choqlaini sanasiyasi

8- masala javobi: 1.12 barmoq ichak yara kasalligi, yangi tara— bosqichi, Nr+. Duodenogastral refluks. Gastrit,
2.Kasalhonaga yotqizish, Stol № 1A (yara) — 1 hafta; keyin № 1B — 1–2 hafta; keyin № 5 stol.
3.Kvadroterapiya amoksasillin (yoki klaritromisin), metronidazol, de-nol –120 mg bir kunda/4 marta, omeprazole 10 mg — 2 bir kunda/2 marta 10–14 kun. Motilium, probiotiklar (lineks, asipol, bifidumbakterin i dr.), KVCh-terapiya.

9- masala javobi: 1.Tashxis: 12 barmoq ichak yara kasalligi, yaradan ichki qon ketish asorati bilan. Nr+. Duodenogastral refluks. Antrl Gastrit,
2.Kasalhonaga yotqizish, Stol № 1A (yara) — 1 hafta; keyin № 1B — 1–2 hafta; keyin № 5 stol.
3.Kvadroterapiya amoksasillin (yoki klaritromisin), metronidazol, De-nol –120 mg bir kunda/4 marta, omeprazole 10 mg — 2 bir kunda/2 marta 10–14 kun. Motilium, probiotiklar (lineks, asipol, bifidumbakterin i dr.), KVCh-terapiyab.
4.Anemiyada Maltofer — 5 mg/kg.
5.Sportni basketbolni to'xtatish. Kun tartibiga va ovqat tartibiga rioya qilish.
6. Qayta Ezofagogastroduodenoskopiya, O'Z I, Umumiy qon tahlili 1,5-2 oydan keyin.
7. Resedivga qarshi bahor, qish, ko'z da davolash, profilaktika olib borish.

10- masala javobi: O'tkir glomero'lonefrit, stol №7, antigistamin davo, plazma, siydik haydovchi muolaja.
11- masala javobi: O'tkir glomero'lonefrit, O'ZI, qonni bioximik taxlili, peshob taxlili.
12- masala javobi: Sistit, umumiy gigiena, antibiotiklar.
13- masala javobi: Surunkali pielonefrit, peshob, qonni bioximik taxlili, O'ZI.

14- masala javobi: Buyrak tosh kasalligi, gospitalizatsiya.
15- masala javobi: O’tkir glomero’lonefrit, O’ZI, qonni bioximik tahlili.

II.TEST. Nazorat savollari.

1.O‘tkir glomerulonefritda infeksiyani faolllashishiga tegishli emas.

1. Sovuq qotish.
2. Respirator virusnaya infeksiya.
3. Surunkali tonzillit.
4. Teri nefritogen streptokokka A. tashuvchisi
5. Borde – Jangu tayokchasi tashuvchisi. +

2. O‘tkir glomerulonefrit ekstra -renal simptomiga tegishli emas?

1. Bexollik..
2. Ishtaxa kamayishi..
3. Bushashish..
4. Ko‘ngil aynish..
5. Gematuriya.. +

3.O‘tkir glomerulonefrit renal simptomiga tegishli emas?

1.Oligouriya.
2.Gematuriya.
3.Bel soxasida ogrik..
4.Proteinuriya.
5.Qusish.. +

4.O‘tkir glomerulonefrit siydik sindromiga tegishli emas?

1.Oligouriya.
2.Proteinuriya.
3.Gematuriya.
4.Silindruriya.
5.Shishlar.. +

5.Eritrotsitar silindrlar mavjudligi?

1.Nefrit belgisi.. +
2.Siydik infeksiyasi belgisi..
3.Siydik tosh kasaligi belgisi..
4.Sistit belgisi.
5.Piyelonefrit belgisi.

6.O‘tkir glomerulonefritda gipertoniyaga sabab bulaolmaydi.?

1.Giperreninemiya.
2.Gipergidremiya.
3.Gipernatriyemiya

4.Giperkaliyemiya.

5.Giperkalsiyemiya. +

7.O‘tkir glomerulonefritda intoksikatsiya belgilari bo’la olmaydi?

1.Bosh og’rig’i.

2.Ko’ngil aynish..

3.Pay reflekslarini ortishi..

4.Uyqusizlik..

5.Eyforiya. +

8.O‘tkir glomerulonefritda yurak qon tomir tizimi faoliyatini buzilishiga tegishli emas?

1.Kardiomegaliya.

2.Sistolik shovkin.

3.Yurak tonlari bug’iqligi.

4.Bradikardiya.

5.Yurak chegarasi qisqarishi.. +

9.O‘tkir glomerulonefrit asoratiga tegishli emas?

1.Anuriya.

2.O‘tkir buyrak yetishmovchiligi..

3.Eklampsiya.

4.Yurak yetishmovchiligi..

5.Qon tomir yetishmovchiligi.. +

10.O‘tkir glomerulonefritda qiyosiy tashxisi o`tkazilmaydi?

1.Sistemali qizil yugurik..

2.Revmatik kasallik.

3.Kapillyarotoksikoz.

4.Virus infeksiyasi persistensiyasi. (gepatit V, tsitomegaliya, yuqumchil Mononukleoz)

5.Megalloblast anemiya. +

HOLATIY MASALALAR

1. Masala. 10 yoshli bola. 3 hafta avval folikulyar angina kechirgan. Ambulatoriya usulida davolangan. Ko‘ruv davrida yuz soxasida, tizzada, ishinkirash, teri va shillik qavatlar rangparligi ko‘zga tashlanadi. Arterial bosim 130/90. Yurak nisbiy bo‘g‘iqligi chegarasi kengaygan. Yurak tonlari bo‘g‘iq, cho‘qki turkisida sistolik shovqin eshitiladi.

Umumiy kon taxlilida: albuminuriya 1 g%o gacha, siydik cho‘kmasida yangi va uringan eritrotsitlar.

Umumiy qon taxlilida: Gematokrit kamaygan, EChT-30-40 mm/s. Leykotsitoz va neytrofillez.

1. Sizning tashxisingiz? 2. Ushbu xolatda yana qanday tekshirish usullari lozim? 3.Ushbu xolatda qanday preparat yuborish taqiqlanadi?

Javob:

1.O‘tkir diffuz glomerulonefrit, nefritik sindrom bilan.

2.O’Z I, Ekskretor urografiya, Zimnitskiy, Addisa-Kakovskiy, Nechiporenko sinamasi.

3. Kortikosteroidlar taqiqlanadi.

2. Masala. 12 yoshli bemor. Angina kechirgandan keyin bemorda tarqalgan shish, ertalab kuchlirok, yuzida, qovok soxasida, tupikni ichki yuzasida ko’proq bilinadi. Diurez kamaygan.

Umumiy siydik taxlilida: Proteinuriya 2,5-3g/s, eritrotsitlar 7-8 ko’ruv maydonida, silindruriya (gialinli va donador). Qonning bioximik tekshiruvida: gipoproteinemiya, disproteinemiya, xolesterin 8,0mmol/l gacha lipidlar 8g/l gacha ortgan.

1. Sizning tashxisingiz? 2. Ushbu xolda qanday qo‘shimcha tekshiruv zarur. 3. Qanday tartib va parxez ushbu xolatda zarur?

Javoblar: 1. O‘tkir diffuz glomerulonefrit, nefrotik sindrom bilan. 2. Siydikni Zimnitskiy taxlili, O’Z I, Ekskretor urografiya, Addissa-Kakovskiy sinamasi, Nechiporenko sinamasi. 3. Tartib № 1. Stol Pevzner bo`yicha: №7.

3. Masala. 7 yoshli bola. Shikoyati axvoli qoniqarli. Kayfiyati yaxshi. Tanasida shish bilinmaydi. Arterial bosim meyorida. Ichki organlarda chetlanish bilinmaydi. Bola maktabga joylashtiralayapti. Umumiy siydik taxlili: Nisbiy zichlik: 1,030,proteinuriya -2,5g/s, gematuriya, gialinli, eritrotsitar va donador silindrlar.

1. Sizning tashxisingiz? 2. Shifokor ushbu xolatdagi taktikasi? 3. Qanday qo‘shimcha davo tadbirlari zarur.

Javoblar: 1.O‘tkir glomerulonefrit, chegaralangan siydik sindromi. 2.Bemorni bolalar kasalxonasi nefrologiya bo’limiga yotkizish, tekshirish va davolash.

3.Addissa-Kakovskiy, Zimnitskiy, Nechiporenko, O’Z I, Ekskretor urografiya.

4. Masala. 13 yoshli bola. 6 oy muqaddam o‘tkir glomerulonefrit kechirgan. Bolalar kasalxonasi nefrologiya bo’limida 28 kun yotib davolangan.

Ko‘ruv davrida umumiy axvoli yomon, bolalar kasalxonasi nefrologiya bo‘limiga yotkizildi. Bola bexol, bosh og‘rig’idan, harorat ko‘tarilishdan shikoyat qiladi. Tana harorati 39,0 daraja. Teri rangi rangpar. Arterial bosim 140/95 gipotenziv preparatlar bilan meyorlashmayapti. Nefrotik sindrom rivojlandi. Proteinuriya 15-25g/s, turg’un gematuriya. Qonni bioximiyaviy taxlili: Azotemiya, giyerkreatininemiya, giperxolesterinemiya, gipoproteinemiya,

Umumiy qon taxlili: Normoxrom anemiya.

1.Sizning tashxisingiz? 2. Shifokor ushbu xolatdagi taktikasi?

Javoblar: 1.O‘tkir osti yomon sifatli glomerulonefrit. 2.Bolalar kasalxonasi nefrologiya bo‘limiga yotkizish.

5. Masala. 14 yoshli bola. 2 oy muqaddam o’tkir glomerulonefrit kechirgan. Bemorda surunkali tonzillit va tishlar kariyesi mavjud. Ushbu kasallik bo`yicha nomuntazam davolangan. Kuo’ruv davrida bemor bexol, kuchsizlangan, ishtaxa kamaygan. Davriy ravishda kovok soxasida, oyoqlarda, tanasida shishlar bilinadi. Teri rangi oqish, quruq, yupqalashgan. Arterial bosim meyoriy ko`rsatkichda. Jigar va taloq kattalashgan. Kunlik siydik miqdori kamaygan. Kuchli proteinuriya 10g/s va undan yuqori. Azot qoldig`i, xolesterin, mochevina, kreatinin meyoriy ko‘rsatkichda.

1.Sizning tashxisingiz?

2. Shifokor ushbu holatdagi taktikasi?

3. Qanday qo’shimcha davo tadbirlari lozim.

Javoblar:1. Surunkali glomerulonefrit, nefrotik sindrom bilan. 2.Bemorni bolalar kasalxonasi nefrologiya bo‘limiga yotkizish. 3.O’Z I, Ekskretor urografiya, Siydikni Zimnitskiy, Addisa-Kakovskiy, Nechiporenko bo`yicha taxlili.

6. Masala. 15 yoshli bola.3 yil muqaddam o‘tkir diffuz glomerulonefrit kechirgan. Bemorda surunkali xonzilit mavjud. Birinchi o’rinda bemorda kuchli va turg’un gematuriya, yuz va qovoq soxasida shish bilinadi.

Siydik cho‘kmasi tekshirilganda eritrotsitdan tashqari leykotsit, gialinli va donador tslindrlar va siydikda 1g/s gacha, Azot qoldig’i, mochevina, kreatinin, meyoriy ko`rsatkichda.

1.Sizning tashxisingiz? 2. Shifokor ushbu xolatdagi taktikasi.

Javoblar: 1. Surunkali glomerulonefrit, gematurik shakli. 2.Bolalar kasalxonasi nefrologiya bo‘limiga yotqizish.

7. Masala.

10 yoshli bola. 3 hafta avval folikulyar angina kechirgan. Ambulatoriya usulida davolangan. Ko‘ruv davrida yuz soxasida, tizzada, ishinkirash, teri va shillik qavatlar rangparligi ko‘zga tashlanadi. Arterial bosim 130/90. Yurak nisbiy bo‘g‘iqligi chegarasi kengaygan. Yurak tonlari bo‘g‘iq, cho‘qqi to’g’risida sistolik shovqin eshitiladi.

Umumiy kon taxlilida: albuminuriya 1 g%o gacha, siydik cho‘kmasida yangi va uringan eritrotsitlar.

Umumiy qon taxlilida: Gematokrit kamaygan, EChT-30-40 mm/s. Leykotsitoz va neytrofillez.

1. Sizning tashxisingiz? 2. Ushbu xolatda yana qanday tekshirish usullari

lozim? 3.O‘shbu xolatda qanday preparat yuborish taqiqlanadi?

8. Masala.

12 yoshli bemor. Angina kechirgandan keyin bemorda tarqalgan shish, ertalab kuchlirok, yuzida, qovoq soxasida, tupikni ichki yuzasida ko’prok bilinadi. Diurez kamaygan.

Umumiy siydik taxlilida: Proteinuriya 2,5-3g/s, eritrotsitlar 7-8 kuruv maydonida, silindruriya (gialinli va donador). Qonning bioximik tekshiruvida: gipoproteinemiya, disproteinemiya, xolesterin 8,0mmol/l gacha lipidlar 8g/l gacha ortgan.

9. Sizning tashxisingiz? 2. Ushbu xolda qanday qo‘shimcha tekshiruv zarur. 3. Qanday tartib va parxez ushbu xolatda zarur?

9. Masala.

7 yoshli bola. Shikoyati axvoli qoniqarli. Kayfiyati yaxshi. Tanasida shish bilinmaydi. Arterial bosim meyorida. Ichki organlarda chetlanish bilinmaydi. Bola maktabga joylashtiralayapti. Umumiy siydik taxlili: Nisbiy zichlik: 1,030,proteinuriya -2,5g/s, gematuriya, gialinli, eritrotsitar va donador silindrlar.

1. Sizning tashxisingiz?

2. Shifokor ushbu xolatdagi taktikasi?

3. Qanday qo‘shimcha davo tadbirlari zarur.

10. Masala.

13 yoshli bola. 6 oy muqaddam o‘tkir glomerulonefrit kechirgan. Bolalar kasalxonasi nefrologiya bo’limida 28 kun yotib davolangan.

Ko‘ruv davrida umumiy axvoli yomon, bolalar kasalxonasi nefrologiya bo‘limiga yotkizildi. Bola bexol, bosh og‘rigidan, harorat ko‘tarilishdan shikoyat qiladi. Tana harorati 39,0 daraja. Teri rangi rangpar. Arterial bosim 140/95 gipotenziv preparatlar bilan meyorlashmayapti. Nefrotik sindrom rivojlandi. Proteinuriya 15-25g/s, turg’un gematuriya. Qonni bioximiyaviy taxlili: Azotemiya, giyerkreatininemiya, giperxolesterinemiya, gipoproteinemiya,

Umumiy qon taxlili: Normoxrom anemiya.

1.Sizning tashxisingiz?

2. Shifokor ushbu xolatdagi taktikasi?

11. Masala.

14 yoshli bola. 2 oy mukaddam o’ tkir glomerulonefrit kechirgan. Bemorda surunkali tonzillit va tishlar kariyesi mavjud. Ushbu kasallik bo`yicha nomuntazam davolangan. Ko’ruv davrida bemor bexol, kuchsizlangan, ishtaxa kamaygan. Davriy ravishda qovok soxasida, oyoqlarda, tanasida shishlar bilinadi. Teri rangi okish, quruk, yupqalashgan. Arterial bosim me’yoriy ko`rsatkichda. Jigar va taloq kattalashgan. Kunlik siydik miqdori kamaygan. Kuchli proteinuriya 10g/s va undan yuqori. Azot qoldig`i, xolesterin, mochevina,

kreatinin meyoriy ko‘rsatkichda.

1.Sizning tashxisingiz?

2. Shifokor ushbu xolatdagi taktikasi?

3. Qanday qo’shimcha davo tadbirlari lozim.

Javoblar:1. Surunkali glomerulonefrit, nefrotik sindrom bilan. 2.Bemorni bolalar kasalxonasi nefrologiya bo‘limiga yotqizish. 3.O’Z I, Ekskretor urografiya, Siydikni Zimnitskiy, Addisa-Kakovskiy, Nechiporenko bo`yicha tahlili

12. Masala.

15 yoshli bola 3 yil muqaddam o‘tkir diffuz glomerulonefrit kechirgan. Bemorda surunkali tonzilit mavjud. Birinchi o`rinda bemorda kuchli va turg`un gematuriya, yuz va qovoq soxasida shish bilinadi.

Siydik cho‘kmasi tekshirilganda eritrotsitdan tashqari leykotsit, gialinli va donador tslindrlar va siydikda 1g/s gacha, Azot qoldigii, mochevina, kreatinin, meyoriy ko`rsatkichda.

1.Sizning tashxisingiz?

2. Shifokor ushbu xolatdagi taktikasi.

Javoblar: 1.Surunkali glomerulonefrit, gematurik shakli. 2.Bolalar kasalxonasi nefrologiya bo‘limiga yotqizish.

GLOSSARIY

1. **Revmatoid artrit** – biriktiruvchi to`qimani surunkali tizimli yallig`lanishi
2. **Artrit**- bo`g`imlar yallig`lanishi
3. **Destruksiya-**(lot.destructio-parchalanish)-makromolekulalardagi bog`imlarni uzulishi
4. **Poliartrit** – ko`p bo`g`imlarni yallig`lanishi
5. **Eritema**- terining malum bir qismlarini qizarishi
6. **Amiloidoz**-oraliq to`qimalarda amiloidni to`planishi
7. **Adaptatsiya –** moslashish
8. **Skleroz** – to`qimalarni zichlashishi
9. **Streptolizin-** streptokkokning toksik fermenti.
10. **Sinovit**- sinovial membranalar yallig`lanishi
11. **Osteoporoz**- skeletni progressivlanuvchi metabolitik kasalligi
12. **Osteoartroz**-mexanik va tart harekterdagi og`riqlar, bo`g`imlar qisrlashi
13. **Kardit**- yurak devorlarini yallig`lanishi
14. **Plevrit** – plevra qavatini yallig`lanishi
15. **Tolerantlik**-organizm immun tizimi ning antigenga nisbatan befarqligi, o’ziniki deb qabul qilishi, unga nisbatan antitelolar ishlab chiqarmasligi.

16. **Artroz**- bo`g`imning distrofik surunkali kasalligi
17. **Deformatsiya** – tashqi kuch tasirida jismdi shaklini buzilishi
18. **Perforatsiya –** oshqozon yoki 12 barmoqli ichak yarasining asorati sifatita teshilib qolishi.
19. **Ekssudat**- yallig`lanish tufayli mayda venalar va kapilyarlar atrofiga sizib chiqqan suyuqlik
20. **Penetrasiya–** oshqozon yoki 12 barmoqli ichak yarasining asorati sifatita qo'shni organlar (oshqozon osti bezi, o't qopi, o't yo'li, yo'g'on ichak v.b.)ga ochilib qolishi.
21. **Stenoz –** torayish, qisilish
22. **Eroziya**- shilliq qavatlarni yoki epitelial qavatlarni shilinishi va yaralanishi
23. **Gipertermiya**-organizmni qizishi, isishi
24. **Agregatsiya**- elementlarni bitta o`ramga birikishi
25. **Ateroskleroz**- bu qon tomir devorida xolesterinni blyashka shaklida to`planishi
26. **Peritonit –** qorin yog' qatlamining o'tkir yallig'lanishi
27. **Stress –** ruxiy zo'riqish
28. **Shok –** (franso'z cha so'z-zarba) odam hayotiga xavf soluvchi holat, haddan tashqari kuchli ta'sirot natijasida nerv, endokrin, qon aylanish, faoliyatinig, modda almashinuvi buzilisi, qattiq shikastlanish, kuyish, qon ketishi, dorinig nojo'ya ta'siri va b. oqibatida yuzaga keladi
29. **Pernisioz anemiya –** (lot. Pernisioz-havfli) B_{12} -defisit, Megaloblast kamqonlik turi.
30. **Biliar refluks gastrit –** o't suyuqligining o'n ikki barmoqli ichakdan oshqozonga o'tishi.
31. **Granulematoz ileit-**oshqozon ichak tizimining nospesifik, autoimmune surunkali yallig'lanishi yoki Kron kasalligi.
32. **Distrofiya** – bu oziqlanishni buzilishi oqibatida ya'ni modda almashinuvining metabolizmning izdan chiqishi oqibatida organ, tuqima va xujayralarda paydo bo'lgan morfologik o'zarishlar.
33. **Dekompozitsiya**–xujayralar, xujayralararo moddaning ultratuzulishlarining buzilishi.
34. **Transformatsiya**–bu bir turdagi moddadan boshqa turdagi moddaning sintezlanishi.
35. **Infiltratsiya** – moddalar almq shimilishi.
36. **Disproteinoz** – oqsil distrofiyasi.
37. **Lipidoz** – yog' distrofiyasi.
38. **Giperkeratoz** – muguzlanishning kuchayib ketishi.
39. **Leykoplakiya**–yassi muguzlanmaydigan epiteliyda (*shillik kavatlar epiteliysida*) muguzlanishning paydo bo'lishi. Bu predrak deb ataladi.

40. **Ixtioz** – agar yangi tugilgan chaqaloq terisida ko’p miqdorda keratin paydo bulib tug’ilsa teri baliq tangasiga o’xshab qoladi.
41. **Gistion** – kapilyarning ichki devoridan to’qima xujayrasining tashkqi devorigacha bo‘lgan chegaraga aytiladi.
42. **Mukoid bukish** – stroma tomir distrofiyasining boshlang’ich bosqichi bo’lib bunda biriktiruvchi to’qimada glikozaminoglikanlar miqdori oshib ketadi.
43. **Fibrinoid bukish** – biriktiruvchi to’qimaning tolali oqsillari, ularning orasiga qondan albumin, globulin oqsillari shimiladi. Ular GE bilan bulyalganda fibringa o’xshash bo’yaladi. –oid o’xshash degan ma’noni bildiradi.
44. **Gialinoz** – bu biriktiruvchi tukimada gialin tog’ayiga o’xshash moda hosil bo’lishi bilan xarakterlanadi.
45. **Amilaidoz** – amiloid moddasining biriktiruvchi tukimada hosil bo’lishi.
46. **Metaxromaziya** – bo’yalishning o’zgarishi.
47. **Lipogialin** – bu tomirli gialinning bir turi bo’lib tarkibida lipidlar va β-lipoproteidlar tutadi.
48. **APUD-amiloid** – APUD sistema xujayralarida sintezlanadigan amiloiddir.
49. **Lipamatoz** – bu yog’ kletchatkasining maxalliy to’planishi.
50. **Ateroskleroz** – «*athere*» butkasimon massa, *sclerosis* – zichlashish. Qon tomir intimasida yog’ va oqsilli detrit (to’qima qoldig’) hosil bo`ladi va biriktiruvchi to’qima o’sadi (chandiqlanadi).
51. **Xromaprotoid** – murakkab pigmentli oqsil. Mn: gemoglobin Hb, mioglobin Mb.
52. **Gemoliz** – eritrotsitlarning parchalanishi.
53. **Eritrofagiya** – bu eritrotsitlarni fagotsitoz qilinishi.
54. **Ferritin** – bu Fe li oqsil bulib, o’zida 23% Fe tutadi.
55. **Gemosidirin**–bu gemni parchalanishidan hosil bo‘lgan ferritinning polimeridir.
56. **Bilirubin** – ut pigmenti. U biliverdindan hosil bo`ladi. Biliverdin gemdan hosil bo`ladi.
57. **Gematoidin** – Fe tutmaydigan pigment. Bu gemoglobin xujayra ichida parchalanganda hosil bo’ladi.
58. **Gematin** – gemning oksidlangan shakli. Oksigemoglobinni gidrolizlanishidan hosil bo`ladi.
59. **Appoferritin** – bu temir bog’lovchi oqsildir.
60. **Anabolizm** – xujayra tuzulishlarining sintezlanishi.
61. **Katabolizm** – xujayra tuzulishlarining parchalanishi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Belyayeva L.M. Detskaya kardiologiya i nefrologiya – prakticheskoye rukovodstvo –M.: Geotar. 2011 g
2. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O‘quv qo‘llanma. O’z RSSV/YUNISYEF, 2003
3. Bolalarga statsionar yordam ko`rsatish. Metodik qo’llanma.(O’z SSV №225 buyrug’i. 2013)
4. Ignatova M.S. Detskaya nefrologiya – rukovodstvo dlya shifokorey – M.: Geotar. 2011 g
5. Kildiyarova R.R.Laboratornie i funksionlnie metodi issledovaniya v praktike pediatrii –uchebno-metodicheskoye posobiye. –M.: Geotar., 2012
6. Ko‘krak suti bilan boqish. O‘quv qo‘llanma. O‘zRSSV/YUNISYEF. 2013.
7. Shabalov N.P. Detskiye bolezni. – Uchebnik. M.: Geotar. 2010.
8. Baranov A.A. Detskiye bolezni. - Uchebnik. – M.: Geotar. 2009 g
9. Geppe N.A., Podchernyayeva N.S. Propedevtika detskix bolezney – Uchebnik. – M.: Geotar, 2008 g
10. Vasilevskiy I.V. Differensialnaya diagnostika i terapiya kashlya u detey i podrostkov. – uchebno-metodicheskoye posobiye – Minsk.: BelMAPO, 2006
11. Xalmatova B.T., Bobomuratov T.A. Pediatriyada sindromal diagnostika. – o‘quv qo‘llanma. T.: TTA bosmaxonasi. 2010 y
12. Daminov T.O., Xalmatova B.T., Boboyeva O’.R. Bolalar kasalliklari. O‘quv qo‘llanma. - T.: Tafakkur Bo’stoni. 2013 y.
13. Daminov T.O., Xalmatova B.T, Boboyeva U.R. Detskiye bolezni. Uchebnik. – T.: Tafakkur Bo’stoni. 2013 g.
14. Shabalov N.P. Neonatologiya. Uchebnik. – Moskva. Meditsina. 1988.
15. Nelson Textbook of Pediatrics, 20 editions. Robert M. Kliegman, Bonita Stanton. Joseph St. Geme., Elsevier. 2016.
16. The five Minute child Health Advisor/ - M. William Schwartz. MD., - 1998, USA
17. A therapist’s guide to pediatric assessment - Linda King-Thomas. Bonnie J. Hacker. 1987, USA
18. Pediatrics, - Margaret C. Heagarty., William J. Moss, -1997, USA

Internet saytlar:

1. www.tma.o’z
2. www.zyonet.o’z
3. www. info@ minzdrav.o’z
4. www.info@tma.o’z

№	Mundarija	Beti
1	**KIRISH**	3
	Ma’ruza mavzulari	
2	O‘tkir revmatik istima. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	4
3	Yuvenil revmatoid artrit. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	19
4	Surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis.	56
5	Yara kasalligi. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	61
6	Pielonefritlar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	70
7	Glomerulonefritlar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	79
8	Dizmetabolik nefropatiyalar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	92
9	Perinatal va neonatal davr muammolari. Ko‘krak suti bilan oziqlantirish (JSST dasturi). Chaqaloqlarda uchraydigan kasalliklarni diagnostikasi, dispanserizatsiya va profilaktikasi	123
	O’quv amaliyoti	
10	1-Mavzu. Yuvenil revmatoid artrit. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	147
11	2-Mavzu. Surunkali gastrit va gastroduodenitlar. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	172
12	3-Mavzu. Yara kasalligi. Etiopatogenezi, tasnifi, klinik belgilari, tashxisot mezonlari, qiyosiy tashxis. Davosi, profilaktikasi.	177
13	4-Mavzu.Surunkali gepatitlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari	185
14	5-Mavzu. O‘t pufagi va o‘t yo‘llari kasalliklari. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari	195
15	6-Mavzu. Pielonefritlar. Etiopatogenezi, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis va davolash usullari, profilaktika choralari	203

16	7-Mavzu. O’tkir infeksion glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.	211
17	8-Mavzu. Surunkali glomerulonefritlar. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.	214
18	9-Mavzu. O’tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi. Etiopatogenez, tasnifi, tashxislash, qiyosiy tashxis, davolash usullari, profilaktika choralari.	216
19	10-Mavzu. Chaqaloqlik davri fiziologiyasi. Moslashuv jarayonini aks ettiruvchi xolatlar (chegara, tranzitor yoki fiziologik xolatlar).	221
20	11-Mavzu. Chaqaloqlarni ko‘krak suti bilan ovqatlantirish tamoyillari. Ko‘krak sutining afzalliklari	223
21	12-Mavzu. Kam tana vazni bilan tug‘ilgan chaqaloq. Muddatidan oldin tug‘ilishning sabablari, morfologik va funksional belgilari.	228
22	**I-Klinik o’quv amaliyoti**	229
23	**II-Klinik o’quv amaliyoti**	271
24	**Mustaqil ta’lim va mustqail ishlar**	308
25.	**I-TEST. Nazorat savollari, muammoli masalalar**	310
26	**II-TEST. Nazorat savollari, muammoli masalalar**	332
27	**Glossariy**	327
28	**Foydalanilgan adabiyotlar**	330

PEDIATRIYA. NEONATOLOGIYA.

O‘quv qo‘llanma

Muharrir: M.Muqimov
Texnik muharrir: A.Ayubjonov
Sahifalovchi: Z.Karimova
Dizayner: B.Oripov

«ALPHA BRAND» nashriyoti
Tasdiqnoma raqami: № 062491
150100. Farg‘ona shahri,
Ulug‘vor ko‘chasi, 70-uy

Bosishga 02.06.2025 ruxsat etildi
Bichimi 70x100 1/16, Ofset qog‘ozi
Nashriyot bosma tabog‘i: 18,36.
Shartli bosma tabog‘i: 13,23
Adadi: 1000 nusxa.
Bosmaxona manzili:
«**ALPHA BRAND**» MCHJ da chop etildi.
O‘zbekiston Respublikasi, Farg‘ona shahri, Ulug‘vor ko‘chasi 70-uy

Bog‘lanish uchun:
+99855500-38-88

«**ALPHA BRAND**» MCHJ korxonasining buyurtmasi asosida tayyorlandi.
Copyright 2025 ©«**ALPHA BRAND**» MCHJ. Barcha xuquqlar himoyalangan.

SHARHLAR UCHUN

SHARHLAR UCHUN

SHARHLAR UCHUN