

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
10 апрел 2007 йил 155 сонли
буйруғига 15- илова

БОЛАЛАРГА СТАЦИОНАР ЁРДАМ КЎРСАТИШ

БОЛАЛАР СТАЦИОНАРЛАРИНИНГ ВРАЧЛАРИ УЧУН КЎП
ТАРҚАЛГАН КАСАЛЛИКЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ БЎЙИЧА
ҚЎЛЛАНМА

Тошкент 2008

Асл нашр: Pocket book of Hospital care for children. Geneva, WHO, 2005.

Рус тилига таржима ва нашр қилиш ЖССТ штаб квартирасининг рухсати ва унинг Европадаги регионал бюроси саъйи ҳаракатлари билан амалга оширилди. Рус тилига таржима ва нашр ЖССТ штаб квартирасининг лутфан рухсати ва унинг Европадаги минтақавий бюроси саъйи ҳаракатлари билан амалга оширилди

© **Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, 2006 г.**

Барча ҳуқуқлар ҳимоя қилинган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг Европадаги минтақавий бюроси ўз нашрларини қисман ёки тўлиқ таржима ёки қайта босиш учун қилинган мурожаатларини бажонидил қондиради.

Қўлланма, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазири ўринбосари профессор Камиллов А.И, ЎзССВ бош мутахассислари ва Педиатрия илмий текшириш институтининг етакчи ходимлари томонидан Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг кўрсатмалари ва тавсиялари асосида ишлаб чиқилди.

Мухаррирлар: **Умарназарова З.Э.** – Республика педиатрия ИТИ
катта илмий ходим, т.ф.н.
Кобилова Д. – Фарғона вилоят болалар шифохонаси бош врач.

Ушбу қўлланма ОТБ иштирокидаги
«Аёллар ва болалар саломатлигини мустаҳкамлаш» лойиҳаси
маблағи ҳисобидан ўзбек тилига таржима қилинди ва чоп этилди.

МУНДАРИЖА

Болаларга стационар ёрдам кўрсатиш	1
Сўз боши	8
Қабул қилинган қисқартмалар	9
1-схема. Стационарда касал болаларни олиб бориш босқичлари: муҳим элементларни умумлаштириш	10
1 БОБ. БОЛАНИНГ АХВОЛИНИ ШОШИЛИНЧ БАҲОЛАШ ВА ШОШИЛИНЧ ДАВО ТАДБИРЛАРИ	11
Касал боланинг ҳолатини шошилиноч тарзда аниқлаш, унинг диагностикаси ва даволаш босқичлари	12
1.1. Ҳолатни тезлик билан баҳолаш, диагностика қилиш ва даволаш босқичларининг қисқача тафсилотлари	12
Ҳолатни баҳолаш, диагноз қўйиш ва даволаш босқичлари	12
2- схема. Барча мурожаат қилган болаларнинг ҳолатини шошилиноч баҳолаш.	14
3а- схема. Бир ёшгача бўлган болага ёт жисм аспирацияси вақтида ёрдам кўрсатиш	16
3б- схема. Бир ёшдан катта болага ёт жисм аспирацияси вақтида ёрдам бериш ..	17
4а- схема. Обструктив нафасли (ёки ҳозир нафас олиши тўхтаб қолган) боланинг ўпка вентиляциясини бўйиннинг ёки умуртқа поғонаси бўйин қисмининг шикастланишига гумон бўлмаган ҳолатда тиклаш	18
4б- схема. Обструктив нафасли (ёки ҳозир нафас олиши тўхтаб қолган) боланинг ўпка вентиляциясини бўйиннинг ёки умуртқа поғонаси бўйин қисмининг шикастланишига гумон бўлган ҳолатда тиклаш	19
5- схема. Оксигенотерапия	19
6- схема. Бехуш ҳолатдаги болани ётқизиш	20
7- схема. Шок ҳолатидаги, лекин озикланишнинг оғир бузилиши бўлмаган болага тезкорлик билан в/и суюқликни юбориш	21
8- схема. Шок ҳолатидаги, лекин озикланишнинг оғир бузилиши бўлган болага в/и суюқлигини юбориш	22
9- схема. Диазепам (ёки паральдегид)ни қўллаш	23
10-схема. Глюкозани в/и га юбориш	24
11- схема. Оғир сувсизланишда шошилиноч ёрдам кўрсатиш	25
1.2. Шошилиноч ва устивор белгиларни баҳолаш бўйича изоҳлар	26
1.3. Озикланишнинг оғир бузилиши бўлган болани шошилиноч даволаш бўйича эслатмалар	27
1.4. Шошилиноч ҳолатдаги болаларни текшириш услублари	28
1.4.1. Нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилиши ёки нафас олиш функцияларининг бошқа оғир бузилишлари билан келтирилган бола	28
1.4.2. Шок ҳолатида келтирилган бола	29
1.4.3. Хуши сустлашган, хушсиз ҳолатда ёки талвасалар билан келтирилган бола	30
1.5. Заҳарланишнинг энг кўп тарқалган турлари	32
1.5.1. Заҳарли моддалар ошқозонга тушганда ёрдам кўрсатиш тамойиллари .	32
1.5.2. Заҳарли моддалар тери ва кўзга тушганида ёрдам кўрсатиш тамойиллари	34
1.5.3. Заҳарли моддалардан нафас олганда ёрдам бериш тамойиллари	34
1.5.4. Заҳарли моддаларнинг маълум турлари	35
1.6. Илон чақиши	38
1.7. Чаён чақиши	40
1.8. Бошқа заҳарли жонзотларнинг тишлаши (чақиши)	40
1.9. Кўзиқоринлардан заҳарланиш	41
1.10. Ботулизм	42

2-БОБ. КАСАЛ БОЛАГА ДИАГНОСТИК ЁНДОШУВ	43
2.1. Анамнез йиғиш	43
2.2. Касал болага қараш ва клиник кузатишлар олиб бориш	44
2.3. Лаборатория текширувлари	44
2.4. Дифференциал диагноз	45
3-БОБ. ЙЎТАЛ ВА НАФАС ҚИЙИНЧИЛИГИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ҲОЛАТЛАР (Йўтал, бирлаштирувчи синдром сифатида кўрилади).....	45
3.1. Йўталаётган бола	45
3.2. Пневмония	46
3.2.1. Ўта оғир пневмония	50
3.2.2. Оғир пневмония	54
3.2.3. Пневмония (оғир бўлмаган).....	55
3.2.4. Экссудатив плеврит	56
3.3. Ўткир респиратор касаллик.....	56
3.4. Обструктив синдром	57
3.4.1. Бронхиолит	58
3.4.2. Астма	61
3.4.3. Шамоллашдаги астмоид нафас	64
3.5. Стридор билан кечадиган ҳолатлар.....	64
3.5.1. Сохта круп (псевдокруп, вирусли круп)	65
3.5.2. Дифтерия (бўғма)	66
3.6. Давомли йўтал билан кечадиган ҳолатлар	68
3.7. Кўк йўтал	70
3.8. Сил	73
3.9. Ёт жисм аспирацияси	75
3.10. Юрак етишмовчилиги	77
4-БОБ. ДИАРЕЯ	79
4.1. Диарея билан оғриган бола	79
4.2. Ўткир диарея	81
4.2.1. Оғир сувсизланиш	82
12-схема. Диареяни даволашнинг В режаси: Оғир сувсизланиш ҳолатида тез тиббий ёрдам кўрсатиш.	84
4.2.2. Ўртача сувсизланиш	85
13-схема. Диареяни даволашнинг Б режаси: ОРВ ёрдамида енги сувсизланишни даволаш	86
4.2.3. Сувсизланишсиз диарея.....	87
4.3. Чўзилувчан диарея	93
14-схема. Диареяни даволаш А режаси: диареяни уй шароитида даволаш	89
4.3.1. Чўзилувчан оғир диарея	94
4.4. Дизентерия	94
5-БОБ. ИСИТМА	97
5.1. Иситмалаётган бола	97
5.1.1. 7 кундан ортиқ давом этаётган иситма	100
5.2. Менингит	103
5.3. Қизамиқ	108
5.3.1. Оғир асоратли қизамиқ	108
5.4. Септицемия	112
5.5. Қорин тифи.....	113
5.6. Қулоқ инфекциялари	114

5.6.1. Мастоидит	115
5.6.2. Ўткир ўрта отит	114
5.6.3. Сурункали ўрта отит	115
5.7. Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси	116
5.8. Септик артрит ёки остеомиелит	117
5.9. Геморрагик иситма.....	119
5.9.1. Геморрагик иситманинг оғир кўриниши	119
6 БОБ. ОЗИҚЛАНИШНИНГ ОҒИР БУЗИЛИШИ	124
6.1. Озиқланишнинг оғир бузилишини диагнозлаш меъзонлари.....	124
6.2. Озиқланишнинг оғир бузилиши ҳолатидаги болани дастлабки баҳолаш....	125
6.3. Ёрдам кўрсатишни ташкиллаштириш.....	126
6.4. Умумий даволаш	126
6.4.1. Гипогликемия.....	127
6.4.2. Гипотермия	128
6.4.3. Сувсизланиш	129
6.4.4. Электролит мувозанатининг бузилиши	131
6.4.5. Инфекция.....	131
6.4.6. Микроэлементларнинг етишмаслиги.....	133
6.4.7. Тикловчи овқатлантириш	133
6.4.8. Ўсишдан ортда қолишнинг коррекцияси.	137
6.4.9. Сенсор стимуляция	137
6.4.10. 6 ойликгача бўлган гўдакларда озиқланишнинг бузилиши.....	138
6.5. Йўлдош касалликни даволаш	139
6.5.1. Кўзнинг шикастланиши.....	139
6.5.2. Оғир анемия	139
6.5.3. Чўзилувчан диарея	140
6.5.4. Сил.....	140
6.6. Касалхонадан чиқариш ва кейинги кузатувлар	140
6.7. Тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини баҳолаш	142
6.7.1. Ўлим ҳолатлари таҳлили (аудит)	142
6.7.2. Реабилитация даврида жисмоний ривожланиш параметрлари	142
7 БОБ. ОИВ-ИНФЕКЦИЯЛИ БОЛАЛАРДА ТАШҲИСЛАШ ВА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ ТАМОЙИЛЛАРИ	144
7.1. ОИВ-инфекцияси борлиги гумон қилинган ёки тасдиқланган бола	145
7.1.1. Клиник белгилари.....	145
7.1.2. Маслаҳатлар.....	146
7.1.3. ОИВ-инфекцияси бўйича маслаҳат беришга кўрсатмалар.....	147
7.1.4. Болаларда ОИВ-инфекциясини диагнозлаш	148
7.1.5. Болаларда ОИВ инфекцияси кечишининг клиник босқичлари	150
7.2. Антиретровирусли терапия (АРВТ).....	153
7.3. ОИВ-инфекцияли болаларда клиник ва лаборатория текширувлари.....	155
7.3.1. Иммунизация	155
7.3.2. Пневмоцистли пневмониянинг профилактикаси	157
7.4. Овқатлантириш.....	159
7.4.1. ОИВ нинг юқиши ва кўкрак сути билан овқатлантириш.....	159
7.5. Кейинги кузатувлар	161
7.5.1. Стационардан чиқариш	161
7.5.2. Юқори даражадаги муассасаларга йўллаш.....	161
7.5.3. Кейинги клиник кузатув.....	162
7.6. Паллиатив даволаш ва касалликнинг терминал босқичида ёрдам кўрсатиш ...	162

7.6.1. Оғриқ синдромни бартараф этиш	162
7.6.2. Анорексия, кўнгил айниш ва қусишда ёрдам кўрсатиш	163
7.6.3. Ётоқ яраларини даволаш ва уни профилактикаси	163
7.6.4. Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш	164
7.6.5. Нафас йўлларининг ўтувчанлигини таъминлаш	164
7.6.6. Психосоциал қўллаб қувватлаш	164
8 БОБ. КўП УЧРАЙДИГАН ХИРУРГИК МУАММОЛАР	165
8.1. Хирургик операциялар пайтидаги, унгача ва ундан кейинги тиббий тадбирлар	165
8.1.1. Операциядан олдинги тайёргарлик	165
8.1.2. Операция пайтида анестезиологик ёрдам	167
8.1.3. Операциядан кейинги парвариш	169
8.2. Чақалоқлик даври муаммолари	171
8.2.1. Юқори лаб ва танглайнинг ёриқлиги	172
8.2.2. Чақалоқлар ичак тутилиши	173
8.2.3. Қорин бўшлиғининг олдинги деворидаги нуқсонлар	174
8.2.4. Миеломенингоцеле	174
8.2.5. Туғма сон чиқиши	175
8.2.6. Ясси-вальгусли оёқ панжаси	175
8.3. Жароҳатлар	176
8.3.1. Куйиш	176
8.3.2. Жароҳатларда ёрдам кўрсатиш тамойиллари	180
8.3.3. Синишлар	181
8.3.4. Бош чаноғи-мия жароҳатлари	184
8.3.5. Кўкрак ва қориннинг жароҳатлари	184
8.4. Қорин бўшлиғидаги муаммолар	185
8.4.1. Қориндаги оғриқ	185
8.4.2. Ўткир аппендицит	186
8.4.3. Чақалоқликнинг кечроқ давридаги ичак ўтувчанлигининг тутилиши	186
8.4.4. Инвагинация	187
8.4.5. Киндик чурраси	188
8.4.6. Чот чурраси	188
8.4.7. Қисилган чурра	189
8.4.8. Тўғри ичакнинг тушиб қолиши	189
8.5. Хирургик операцияни талаб этадиган инфекциялар	190
8.5.1. Абсцесс	190
8.5.2. Остеомиелит	191
8.5.3. Септик артрит	192
8.5.4. Пиомиозит	193
9-БОБ. ҚўЛЛОВЧИ ПАРВАРИШ	194
9.1. Овқатлантириш	195
9.1.1. Кўкрак сути билан овқатлантиришни рағбатлантириш	195
9.1.2. Касал болаларни овқатлантириш	202
15- схема. Соғлом ва касал болани овқатлантириш бўйича тавсиялар	203
9.2. Сув ва электролитлар мувозанатини сақлаш	204
9.3. Иситмани даволаш	205
9.4. Оғриқни назорат қилиш	205
9.5. Анемияни даволаш	206
9.6. Қон компонентлари ва қон ўрнини босувчи эритмаларни қуйиш	207
9.6.1. Қон компонентларини сақлаш	207
9.6.2. Қон қуйиш билан боғлиқ муаммолар	208

9.6.3. Қон компонентларини қуйиш зарур бўлган ҳолатлар.....	208
9.6.4. Қон компонентларини қуйишни амалга ошириш	208
9.6.5. Трансфузиядан кейинги реакциялар	209
9.7. Оксигенотерапия	211
9.8. Ҳайинчоқлар ва Ҳайин терапияси.....	213
10-БОБ. БОЛАНИНГ ҲОЛАТИДАГИ ҲЗГАРИШЛАРНИ КУЗАТИШ	215
10.1. Кузатиш услуби	215
10.2. Беморни кузатиш картаси	211
10.3. Педиатрия ёрдами аудити	217
11-БОБ. МАСЛАҲАТ БЕРИШ ВА СТАЦИОНАРДАН ЧИҚАРИШ	217
11.1. Стационардан чиқариш муддатини белгилаш	217
11.2. Маслаҳат бериш	218
11.3. Овқатлантириш бўйича маслаҳат бериш	218
11.4. Ҳй шароитида даволаниш	219
11.5. Она соғлиғини баҳолаш	220
11.6. Эмлаш ҳолатини текшириш	220
11.7. Бирламчи бўғин тиббий ходими билан алоқа	223
11.8. Кейинги кузатув.....	223
1-илова. Даволаш-диагностика муолажалари	225
2-илова. Болалар шифохонасининг даволаш-диагностика асбоблари	261
3-илова. Дори воситаларининг дозаланиш ва тайинланиш схемалари.	261
4-илова. Дори воситалари рўйхати	237
5-илова. Болалар шифохонаси учун мўлжалланган асбоб ва анжомлар ўлчами	262
6-илова. Инфузияли эритмалар	263
7-илова. Овқатланиш ҳолатини баҳолаш	264
7.1-илова. «Вазн/ёш» кўрсаткичини аниқлаш	264
7.2-илова. «Вазн/тана узунлиги» кўрсаткичини аниқлаш.....	270
8-илова. Парентерал озикланиш	273

Суз боши

Ушбу қўлланма, маълум клиник соҳалар бўйича мутахассисларнинг аниқ маълумотлар муҳокамасига асосланган замонавий клиник тавсиялардан иборат бўлиб, биринчи босқичдаги стационарларда ёш болаларга ёрдам кўрсатиш учун маъсул бўлган врачларга тавсия этилади. Бу тавсиялар элементар лаборатория текширувлари ўтказиш ва асосий дори воситалари мавжуд бўлган касалхоналарда амбулатория ва стационар ёрдам кўрсатиш масалаларига бағишланган. Баъзи ҳолларда бу тавсиялар биринчи босқич сифатида чекланган сондаги болаларнинг стационар даволаш ишларини олиб борувчи йирик медик-санитар марказларида ҳам қўлланилиши мумкин. Ушбу тавсияларга кўра ҳар бир касалхона:

– безгак учун қон суртмасини олиш, гемоглобин ва гематокрит миқдорини аниқлаш, қондаги глюкозани аниқлаш, қон гуруҳлари ва уларнинг мос келишини аниқлаш, ОМС ва сийдикнинг асосий микроскопик таҳлилинини олиб бориш, янги туғилган чақалоқлардаги билирубинни аниқлаш, кўкрак қафасининг рентгенологик текшируви ва пульсоксиметрия қилиш каби асосий диагностик текширувларни амалга ошириш имконига эга бўлиши;

– оғир касал болаларни даволаш учун зарур бўлган асосий дори воситаларига эга бўлиши керак. Бу ўринда энг янги антибиотиклар ёки ўпканинг механик вентиляцияси каби қиммат даволаш усуллари назарда тутилмади.

Қўлланмада пневмония, диарея, озикланишнинг оғир бузилиши, менингит, қизамиқ ва улар билан бирга кечадиган ҳолатлар каби болалар ўлимининг асосий сабаблари бўладиган касалликлар бўйича олиб борилган кузатувларга алоҳида аҳамият берилган. Қўлланмада шунингдек ОИТВ инфекцияли болалар ва хирургик патологияси бўлган болаларни даволаш бўйича тавсиялар мавжуд. Тавсияларга асос бўлган тамойилларнинг батафсил тавсифларини ЖССТ ҳомийлиги остида чоп этилаётган техник шарҳлардан топиш мумкин. Булардан ташқари шу мавзу бўйича қўшимча маълумотларни ўз ичига олган ЖССТнинг илова тарзидаги қўлланмалари ҳам мавжуд. Улар, берилган тавсиялар учун асос бўлган патофизиологик ва ва бошқа жиҳатлардаги маълумотларни ўз ичига олиб, юқори босқичдаги талаба-медиклар ва тиббиёт ходимларига таълим беришда фойдаланиш учун мўлжалланган.

Ушбу қўлланма Халқаро Соғлиқни сақлаш ташкилотининг болалар ва ўсмирлар соғлигини мустаҳкамлаш Бўлими томонидан мувофиқлаштирилган халқаро саъйи ҳаракатларининг маҳсулидир.

Қабул қилинган қисқартмалар

АБ	артериал босим	ПЦП	пневоцистли пневмония
АКДС	адсорбцияланган кўкйўтал- дифтерия-столбняк зардоби	СЙИ	сийдик йўллари инфекцияси
АРВ	антиретровирус(воситалар)	СМК	сульфаметоксазол
АРВТ	антиретровирус терапияси	СО	стандарт оғиш
БКИУОБ	болалар касалликларини интегрирлашган усулида олиб бориш	СП	сульфадоксин-пириметамин
ГУС	гемолитикоуремик синдром	ТМР	триметоприм
ЖССТ	Жаҳон Соғликни Сақлаш Ташкилоти	ЦМВ	цитомегаловирус
ЖЙЮК	жинсий йўл билан юқадиган касалликлар	ХБ	халқаро бирлик
ИКД	иммунизациянинг кенгайтирилган дастури	ЮҚТ	юрак қисқаришлари тезлиги
ЛП	люмбал пункция	ХБ	ҳаракат бирлиги
ОИВ	одам иммунитет танқислиги вируси	ЎРВИ	ўткир респиратор вирусли инфекция
ОИТС	орттирилган иммунитет танқислиги синдроми	ФТОХ	хуш даражасини баҳолаш шкаласи: Фаоллик – фаол тетиклик ҳолатида, Товуш – товушга таъсирланади, Оғриқ – фақат оғриққа таъсирланади, Хушсиз
ОМС	орқа мия суюқлиги	Г6ФД	глюкоза 6- фосфатдегидрогеназа
ОПВ	орал полиомиелит вакцинаси	ReSoMal	озикланиш бузилганда қўлланиладиган регидратацион эритма
ОРВ	орал регидратацион восита		
ОРТ	орал регидратация терапияси		

1-СХЕМА.

Бошланғич, яъни, ал болаларни олиб бориш босқичлари:
таъриғи эъланиш ва зарур учумлаштириш

ШОШИЛИНЧ БАҲОЛАШ

- Шошилинч аломатлар мавжудлигини текшириш (мавжуд) → **ШОШИЛИНЧ ДАВОЛАШ**
стабил ҳолатгача
- ↓ (мавжуд эмас)
- Устивор белги ёки ҳолатлар борлигини текшириш
- ↓

АНАМНЕЗ ВА ТЕКШИРИШ

(жумладан эмланиш статуси, озикланиш ва овқатланиш ҳолатларини баҳолаш)

- Биринчи навбатда шошилинч ва устивор белгилар бўлган болаларни текшириш

Зарур бўлганда, **ЛАБОРАТОРИЯ ВА БОШҚА ТАҲЛИЛЛАР**

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

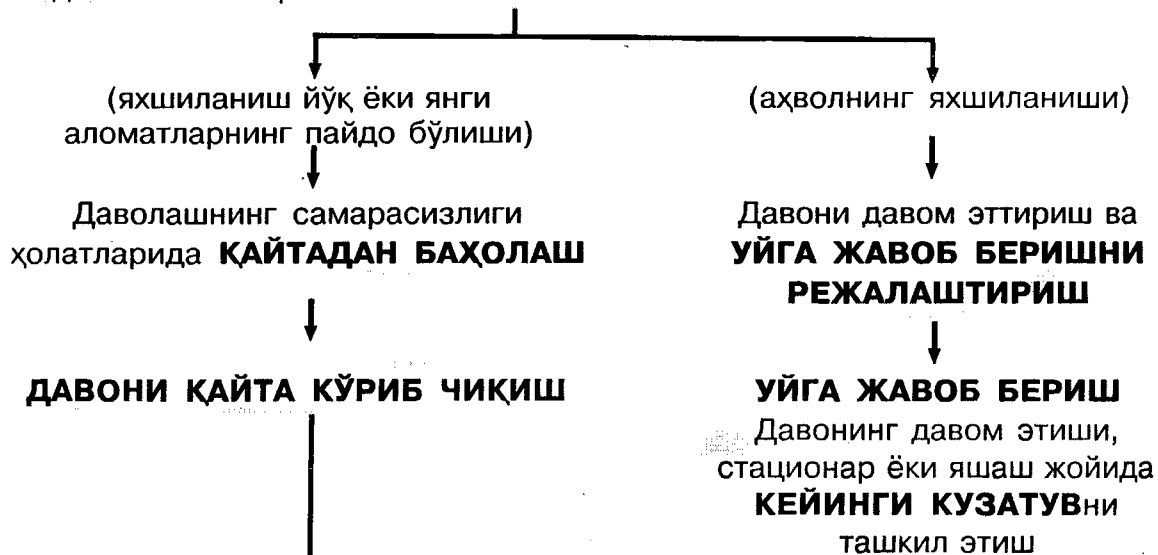
АСОСИЙ ДИАГНОЗ ВА ҚЎШИМЧА ДИАГНОЗЛАРНИ АНИҚЛАШ

СТАЦИОНАРДА ДАВОЛАШНИ
режалаштириш ва бошлаш
(қўлловчи терапия билан)

АМБУЛАТОРИЯДА ДАВОЛАШНИ
режалаштириш ва бошлаш
Агар зарур бўлса **КЕЙИНГИ**
КУЗАТУВни ташкил этиш

Белгиларни **КУЗАТИШ**

- тузалиш
- асорат
- давонинг самарасизлиги



1 БОБ

БОЛАНИНГ АХВОЛИНИ ШОШИЛИНЧ БАХОЛАШ ВА ШОШИЛИНЧ ДАВО ТАДБИРЛАРИ

1.1. Боланинг ҳолатини шошилинч аниқлаш босқичларининг қисқача тавсифи, даволаш ва диагностика-нинг шошилинч тадбирлари

Барча келаётган болаларни шошилинч баҳолаш

Кўкрак ёшидаги болага ёт жисм аспирациясида ёрдам кўрсатиш

1 ёшдан катта болага ёт жисм аспирациясида ёрдам кўрсатиш

Обструктив нафасли боланинг ўпка вентиляциясини бўйиннинг шикастланишига гумон бўлмаган ҳолатда тиклаш

Обструктив нафасли боланинг ўпка вентиляциясини бўйиннинг ёки умуртқа поғонаси бўйин қисмининг шикастланишига гумон бўлган ҳолатда тиклаш

Оксигенотерапияни ўтказиш

Ҳушсиз болани қандай ётқизиш керак

Шок ҳолатида, бироқ озиқланишнинг оғир етишмовчилиги бўлмаган болага в/и суюқлик қандай киритилади

Шок ҳолати билан бирга озиқланишнинг оғир етишмовчилиги бўлган болага

В/и суюқлик қандай юборилади

Диазепам (ёки паральдегид) ректал тарзда қандай киритилади

В/и глюкоза қандай юборилади

Оғир сувсизланишда шошилинч ёрдам кўрсатиш

1.2. Шошилинч ва устивор белгиларни баҳолаш буйича изоҳлар

1.3. Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болани шошилинч даволаш буйича изоҳлар

1.4. Шошилинч ҳолатдаги болаларни

текшириш услуби

1.5. Нафас йўллариининг ўтувчанлиги бузилган ёки нафас олиш фаолиятининг оғир бузилиши билан келтирилган бола

1.6. Шок ҳолатида келтирилган бола

1.7. Ҳуши сустлашган, ҳушсиз ҳолда ёки талвасалар билан келган бола

1.8. Заҳарланишнинг энг кўп тарқалган турлари

1.9. Ошқозонга заҳарли моддалар тушганда ёрдам кўрсатиш тамойиллари

1.10. Тери ёки кўзга заҳарли моддалар тушганда ёрдам кўрсатиш тамойиллари

1.11. Заҳарли моддалардан нафас олганда ёрдам кўрсатиш тамойиллари

1.12. Заҳарли моддаларнинг маълум бўлган турлари

Емирувчи кимёвий бирикмалар

Нефт маҳсулотлари

1.13. Фосфорорганик бирикмалар и карбонатлар

Парацетамол

Аспирин

Темир бирикмалари

Карбон оксиди

1.14. Илон чақиши

1.15. Чаён чақиши

1.16. Бошқа заҳарли ҳайвонларнинг тишлаши (чақиши)

1.17. Кўзиқоринлар билан заҳарланиш

1.18. Ботулизм

КАСАЛ БОЛАНИНГ ҲОЛАТИНИ ШОШИЛИНЧ ТАРЗДА АНИҚЛАШ, УНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ БОСҚИЧЛАРИ

Қабул бўлимида, боланинг ҳолатини шошилинч тарзда баҳолаш ишлари қуйидагиларни аниқлаш мақсадида олиб борилиши зарур:

- а) **шошилинч белгилар**, ҳаётий кўрсатмалар бўйича шошилинч тадбирларни режалаштириш учун;
- б) **устивор белгилар**, зарур даво-диагностика тадбирларни олиб бориш учун;
- в) **шошилинч бўлмаган** ҳоллар, унда шошилинч белгилар ҳам ва устивор белгилар ҳам йўқ.

Шошилинч белгиларга қуйидагилар киради:

- асфиксия
- оғир нафас етишмовчилиги
- марказий цианоз
- шок аломатлари (совуқ қўллар; капиллярлар 3 сониядан ортиқ вақтда тўлади, тез ва кучсиз пульс)
- кома
- талваса
- диарея билан оғриган боладаги оғир сувсизланиш белгилари, Хуши хиралашган лик, кўзларнинг киртайиши, тери бурмасининг жуда секин текисланиши – кўрсатилган белгиларнинг ҳеч булмаганда иккитаси

Шошилинч белгилари бўлган болалар ўлим ҳолатининг олдини олиш мақсадида шошилинч ёрдамга муҳтож бўладилар.

Устивор белгилар (пастга қаранг), беморда ўлим ҳолати хавфи борлигидан далолат беради. Бундай болаларни зудлик билан синчиклаб текшириш керак.

1.1. Ҳолатни тезлик билан баҳолаш, диагностика қилиш ва даволаш босқичларининг қисқача тафсилотлари

Ҳолатни баҳолаш, диагноз қўйиш ва даволаш жараёни схемаларда (№1-11) умумлаштирилган тарзда берилган.

Аввало шошилинч белгиларнинг мавжудлигини қуйидаги икки босқичга ажратиб текширинг

- 1-босқич. Агар, нафас ёки нафас олиш йўллариининг ўтувчанлиги билан боғлиқ муаммолар бўлса, зудлик билан нафас олиш функцияларини тиклаш мақсадида даволашни бошланг.
- 2-босқич. Тезлик билан болада қуйидаги бузилишлардан бирортаси мавжудлигини текширинг: шок, хушнинг бузилиши, талваса, оғир сувсизлик билан кечадиган диарея

ҲОЛАТНИ БАҲОЛАШ, ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ БОСҚИЧЛАРИ

Тинчланинг ва касбдошларингизни ёрдамга чақиринг, чунки касал болага бир вақтнинг ўзида бир қанча даволаш- диагностика ёрдамини олиб бориш зарур бўлиб қолиши мумкин. Тиббий ходим, аҳволни аниқроқ баҳолаш ва зарур даволаш усулини танлаб олиш мақсадида болани кўриқдан ўтказиш ишларини давом эттириши зарур. Шошилинч лаборатория текширувларини бажаринг (қондаги глюкоза миқдори, қоннинг умумий таҳлили, гемоглобин). Агар бола шок ҳолатда бўлса, унда ўткир анемия белгилари бўлса ёки қон кетаётган бўлса, қон намунасини қон гуруҳини ва биологик мосликни аниқлаш учун лабораторияга жўнатиш. Шошилинч даволаш – диагностика тадбирларини тугатгач, режали диагностика ва даволашга ўтинг.

Агар шошилинч белгилар бўлмаса устивор белгиларнинг мавжудлигини текширинг:

- Ёши 2 ойгача
- Нафас олишнинг бузилиши
- Боланинг ҳарорати баланд
- Жароҳат ёки бошқа шошилинч хирургик ҳолатлари
- Бола шошилинч йўлланма билан бошқа тиббий муассасадан олиб келинди
- Озиқланишнинг бузилиши: ўта озгинликнинг яққол белгилари
- Оқариш (яққол)
- Оғриқ (кучли)
- Бола безовта, бетоқат, ёки унинг акси, хуши сустлашган
- Заҳарланиш (анамнезида)
- Куйишлар (анчагина)
- Иккала оёк тўпиқларининг шишиши

Бундай болалар зарур даво чораларини белгилаш учун тез текширувга муҳтождирлар (улар навбатда туришлари мумкин эмас). Устивор белгилари бўлган болани навбатнинг бошига ўтказинг. Агар болада жароҳат ёки бошқа хирургия муаммолари бўлса, иложи борича унга хирургик ёрдами берилишини таъминланг. Агар устивор белгилар мавжуд бўлмаса:

- шошилинч ёрдам зарур бўлмаган касал боланинг аҳволини умумий тартибда, навбат билан баҳоланг ва даволанг.

2- СХЕМА. Барча мурожаат қилган болаларнинг ҳолатини шошилиш баҳолаш

ШОШИЛИНЧ БЕЛГИЛАР

Агар бирор белги мавжуд бўлса, зарур даво тадбирларини ўтказинг, тажрибали ходимларни ёрдамга чақиринг, лаборатория текширувлари учун қон олинг.

БЕЛГИЛАР

Нафас йўллариининг ўтувчанлиги ва нафас функциясининг ҳолати

- нафас олишнинг обструктив бузилиши, асфиксия ёки
- марказий цианоз ёки
- оғир нафас етишмовчилиги

Хар қандай белгининг мавжудлиги

Қон айланиш ҳолати

Совуқ қўллар, ва:

- капиллярларнинг тўлиш вақти 3 сониядан ортиқ ва
- кучсиз ва тез пульс

Хар қандай белгининг мавжудлиги

Озигланишнинг оғир бузилиши бор-йўқлигини текширинг

ДАВОЛАШ

Умуртқа поғонасининг бўйин қисми шикастланганлигига гумон бўлса, бўйинни бурманг

Овқатланишнинг оғир бузилиши йўқлигини текширинг

Ёт жисм аспирациясида

- Бегона жисм аспирациясида биринчи ёрдам курсатинг (3-схема)

Ёт жисм аспирацияси бўлмаса

- Упка вентиляциясининг тикланг (4-схема)
- Кислород беринг (5-схема)
- Бола иссиқда эканлигига ишонч ҳосил қилинг

- Қон оқшини тўхтатинг (агар бўлса)

- Кислород беринг (5-схема)
- Боланинг иссиқда эканлигига ишонч ҳосил қилинг

Озигланишнинг оғир бузилиши бўлмаса:

- В/и юбориш учун система тайёрланг ва тезда суюқлик юборишни бошланг (7-схема).

Агар периферик в/и системасидан фойдаланиш имкони бўлмаса оддий система қўйинг.

Агар болада оғир озигланиш бузилиши бўлса:

Агар у карахт ёки хушсиз бўлса:

- В/и глюкоза юборинг (10-схема)
- В/и система қўйиб суюқлик беринг (8-схема)

Агар унинг хуши жойида ва карахт бўлмаса:

- Глюкозани оғиз ёки назогастрал зонд орқали юборинг
- Тезда тўлиқ кўрик ва даволашга ўтинг

2- СХЕМА. Барча мурожаат қилган болаларнинг ҳолатини шошилиш баҳолаш (давоми)

ШОШИЛИНЧ БЕЛГИЛАР

Агар бирор белги мавжуд бўлса, зарур даво тадбирларини ўтказинг, тажрибали ходимларни ёрдамга чақиринг, лаборатория текширувлари учун қон олинг (глюкоза, безгак учун суртма, Hb)

БЕЛГИЛАР

Кома/талваса

- кома ҳолати ёки
- талваса (текшириш вақтида)

Қар қандай белгининг мавжудлиги

ДАВОЛАШ

- Ўпка вентиляциясини тикланг (4- схема)
- Талваса чоғида ректал тарзда диазепам ёки паральдегид юборинг (9- схема)
- Хушсиз ҳолатдаги болани тўғри ётқизинг (агар бош ёки бўйиннинг шикастланишига гумон бўлса, аввал бўйиннинг ҳолатини тўғриланг) (6- схема)
- В/и глюкоза юборинг (10- схема)

Оғир сувсизланиш (диареяси бўлган болада)

- Хуши сустлашганлик
- Кузларнинг киртайиши
- Тери бурмаларининг жуда секин текисланиши

Қар қандай белгининг мавжудлиги

- Бола иссиқда эканлигига ишонч ҳосил қилинг

Агар болада озикланишнинг оғир бузилиши бўлмаса

- В/и системасини қўйинг ва суяқликни оқим билан 11- схема ва диареяни стационарда даволашнинг В режаси бўйича юборинг (13- схема)

Агар болада озикланишнинг оғир бузилиши бўлса:

Агар у хуши сустлашган ёки хушсиз бўлса:

- В/и системани ўрнатманг
- Тезда тўлиқ текширув ва даволашга ўтинг (1.3-бўлимга қаранг)

УСТИВОР БЕЛГИЛАР

Бу болаларга шошилиш тарзда зарур даво-диагностика тадбирлари ўтказиш керак

- ёши 2 ойгача.
- нафас олишнинг бузилиши
- жуда юқори ҳарорат
- жароҳат ёки бошқа шошилиш хирургик ҳолати
- бола бошқа тиббий муассасадан шошилиш йўлланма билан келди
- озикланишнинг оғир бузилиши, яққол кўзга ташланувчи ўта озғинликнинг белгилари

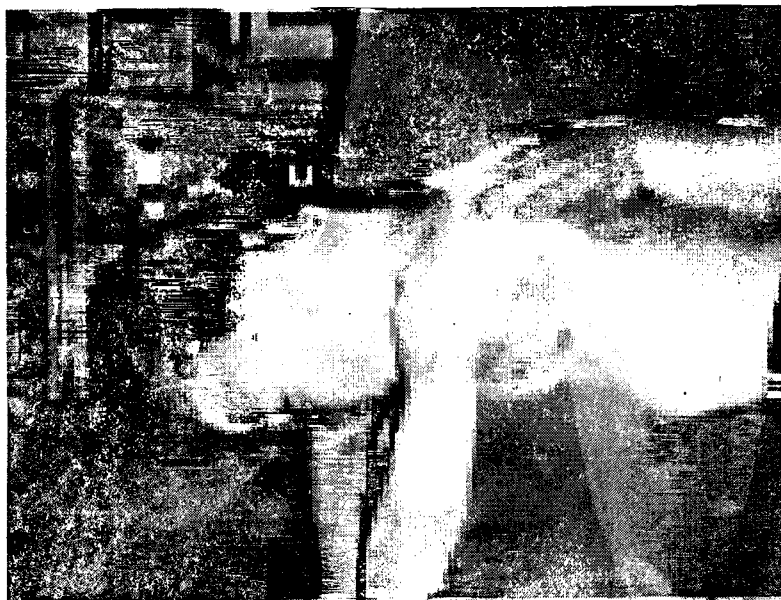
- оқариш (яккол)
- оғриқ (кучли)
- бола безовта, инжиқ ёки, бунинг тескариси, у хуши сустлашган
- заҳарланиш (анамнезда)
- куйишлар (анчагина)
- иккала оёқ панжаларидаги шиш

Эслатма: Агар болада жароҳат ёки бошқа хирургик ҳолати бўлса, хирургни чақиринг ва хирургия бўйича қўлланмаларга асосан ёрдам кўрсатинг.

ШОШИЛИНЧ БЎЛМАГАН ҲОЛАТЛАР

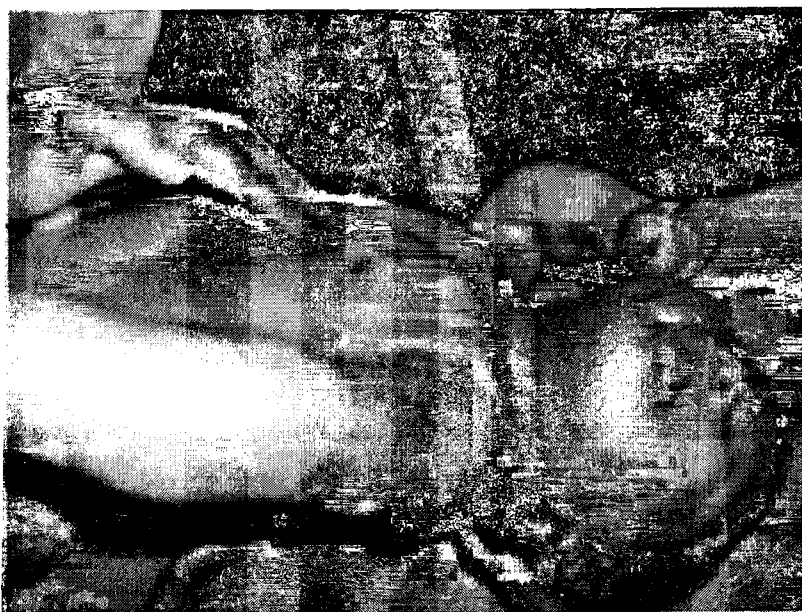
Кўрсатмалар бўйича текшириш ва даволаш

3а-СХЕМА. Бир ёшгача бўлган болага ёт жисм аспирацияси вақтида ёрдам кўрсатиш



Орқага секин уриш

- Боланинг юзини ерга қаратиб қўлингизга ёки тиззангизга ётқизинг
- Боланинг орқасига кафтнинг асоси билан 5 марта уринг
- Агар тўсиқ кетмаса, болани айлантинг, икки бармоғингизни боланинг кўкрак қафасига ўрта чизик бўйлаб кўкрак учидан бир бармоқ пастроққа қўйиб 5 марта туртганга ўхшатиб босинг (расмга қаранг)
- Агар тўсиқ сақланиб қолса, огиз бўшлиғида ёт жисм йўқлигини текширинг.
- Зарур бўлса ушбу муолажани навбат билан, орқасига секин уришдан бошлаб қайтаринг



Кўкрак қафасини турткисимон ҳаракатлар билан босиш



**Ёт жисмни
боланинг нафас
олиш йўлларида
чиқариш учун
униг орқасига
секин уриш**

- Ўтирган, тиззада ёки ётқизган ҳолда боланинг орқасига кафтниг асоси билан 5 марта секин уринг
- Агар тўсиқ йўқолмаса, болани орқасига туринг ва уни танасидан кучоқланг; битта қўлингизни мушт қилиб боланинг тўш суягидан пастроққа қўйинг; иккинчи қўлингизни муштингизни устига қўйиб боланинг қорнидан тепага қараб бирдан сиқинг (расмга қаранг); бу муолажани 5 марта қайтаринг (Геймлих усули).
- Агар тўсиқ кетмаса боланинг оғиз бўшлиғида ёт жисм борлигини текширинг.
- Зарур бўлса жараёни тартиб билан бошидан, орқага уришдан бошланг.



**Ёт жисмни каттароқ ёшдаги боланинг
нафас олиш йўлларида чиқаришнинг
Геймлих усули**

4а-СХЕМА. Обструктив нафасли(ёки ҳозир нафас олиши тўхтаб қолган) боланинг ўпка вентиляциясини бўйиннинг ёки умуртқа погонаси бўйин қисмининг шикастланишига гумон бўлмаган ҳолатда тиклаш

Ҳушидаги бола

1. Оғиз бўшлиғини кўздан кечиринг, ёт жисм бўлса, олиб ташланг.
2. Халқумдан шиллиқ ажралмаларни олиб ташланг.
3. Болани қулайроқ ҳолда ётқизинг.

Ҳушсиз бола

1. Бошни, расмда кўрсатилганидек юқорига кўтаринг.
2. Оғиз бўшлиғини текшириб, агар бўлса, ундаги бегона жисмларни олиб ташланг.
3. Халқумдаги шиллиқ ажралмаларни олиб ташланг.
4. Кўкрак қафасининг ҳаракатини кузатиш, нафас олиш товушларини эшитиш ва нафас олгандаги ҳавони сезиш орқали нафас йўларининг ўтувчанлигини текширинг.

Каттароқ ёшдаги боланинг нафас олиш йўларини очиш учун бошини орқага кўтариш

■ **ЁШ БОЛА**



Бошнинг, гўдак бола нафас йўларининг очилишига ёрдам берадиган, қулай ҳолати

■ **КАТТАРОҚ ЁШДАГИ БОЛА**

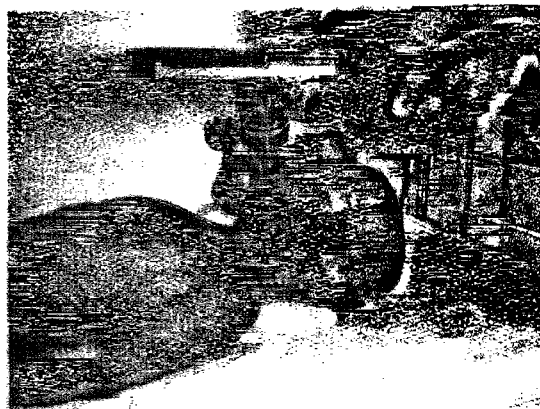


Нафаснинг борлигини кўриш, эшитиш ва хис этиш(ҳавонинг ҳаракати буйича) йўли билан аниқлаш

46- СХЕМА. Обструктив нафасли (ёки ҳозир нафас олиши тўхтаб қолган) боланинг ўпка вентиляциясини бўйиннинг ёки умуртқа поғонаси бўйин қисмининг шикастланишига гумон бўлган ҳолатда тиклаш

1. Бўйинни 6-схемада кўрсатилгандагидек тўғриланг
2. Оғиз бўшлиғини кўздан кечиринг, ёт жисмлар бўлса олиб ташланг
3. Халқумдаги шиллиқ ажралмаларни олиб ташланг
4. Кўкрак қафасининг ҳаракатларини кузатиш, нафас товушларига қулоқ солиш ва нафас олишдаги ҳаво ҳаракатини ҳис қилиш орқали нафас олиш йўллариининг ўтувчанлигини текширинг

Бошни орқага энгаштирмасдан пастки жағни олдинга тортинг. Бунинг учун IV ва V бармоқларингизни жағнинг бурчаги ортига қўйиб, уни юқорига қаратиб олдинга шундай силжитингки, у танага нисбатан 90° бурчакда турсин.

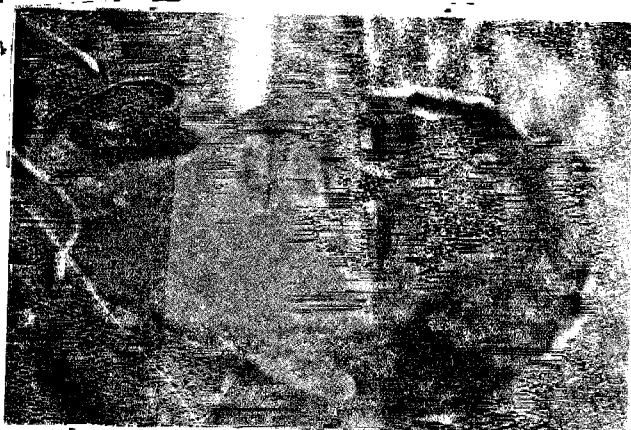


Бола юқоридаги муолажалардан сўнг ҳам нафас олмайётган бўлса, нафас ниқоби (респиратор) ёрдамида вентиляция қилинг

5- СХЕМА. Оксигенотерапия

Назал вилка ёки назал катетер орқали кислород беринг.

- Назал айри (вилка)
- Назал айри (вилка)ни бурун катакларига киритиб лента билан ёпиштиринг



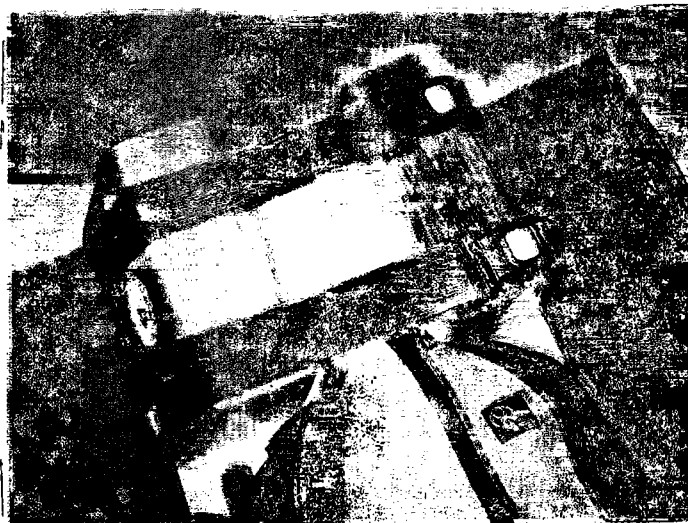
- **Бурун катетери**
- 8-ўлчамли найчадан фойдаланинг (Шарьер шкаласи бўйича)
- Катетер ёрдамида бурун катагининг охири билан қошнинг ички чегараси оралиғини ўлчанг
- Катетерни шу чуқурликка киритинг
- Ёпишқоқ лента билан ёпиштиринг

Зудлик билан 1-2 л/дақ. тезликда кислород беришни бошланг

6- СХЕМА. Бехуш ҳолатдаги болани ётқизиш

- Бўйин умуртқасини шикастланишига гумон бўлмаса:
 - Аспирация хавфини камайтириш учун болани ёни билан ётқизинг.
 - Бўйин салгина чўзилган бўлиши керак, бир қўлини юзи тагига қўйиб шу ҳолатни сақланг.
 - Тана мувозанатини сақлаш учун оёқни букиб қўйинг.

- Бўйин умуртқасини шикастланишига гумон бўлмаса:
 - Боланинг бўйнини юқорига қараб ётган ҳолатида маҳкамланг.
 - Шу ҳолатни сақлаш учун боланинг пешонаси ва иягини ёпишқоқ лента ёрдамида қаттиқ досканинг четларига ёпиштиринг.
 - Боланинг бўйни қимирламасин. Бунинг учун мавжуд бўлган нарсалардан (масалан, паралон парчалари) фойдаланинг.
 - Агар бола қусса, уни ёни билан ётқизинг, бироқ бунда унинг боши танаси билан бир чизикда бўлсин.



7- СХЕМА. Шок ҳолатидаги, лекин озикланишнинг оғир бузилиши бўлмаган болага тезкорлик билан в/и суюқликни юбориш

- Агар болада оғир озгинлик бўлса, суюқлик миқдори ва уни юбориш тезлиги бошқача бўлиши керак, шунинг учун ҳам болада озикланишнинг оғир бузилиши йўқлигини текшириб кўринг.
- В/и системасини ўрнатинг ва тезкор лаборатория текширувлари учун 20 мл миқдорда қон олинг.
- Рингер лактати ёки физиологик суюқликни юборишни бошланг ва суюқлик венага тушаётганлигига ишонч ҳосил қилинг.
- Иложи борича тезроқ, оқим билан система орқали 20 мл/кг ҳисобидан суюқлик ҳажми юборинг.

Ёш/вазн	Рингер эритмаси (20 мл/кг) физиологик эритмаси
---------	--

2 ой. (<4 кг)	75 мл
2 - <4 ой. (4 - <6 кг)	100 мл
4 - <12 ой. (6 - <10 кг)	150 мл
1 - <3 ёш (10 - <14 кг)	250 мл
3 - <5 ёш (14 - 19 кг)	350 мл

Зарур миқдордаги эритма юборилгач, боланинг аҳволини баҳоланг

1-қуйишдан сўнг аҳволни баҳоланг:

Агар ижобий ўзгариш бўлмаса, иложи борича тезроқ яна 20 мл/кг ҳисобидан суюқлик қуйинг.

2-қуйишдан сўнг аҳволни баҳоланг:

Агар яхшиланиш бўлмаса, иложи борича тезроқ яна 20 мл/кг ҳисобидан суюқлик қуйинг.

3-қуйишдан сўнг аҳволни баҳоланг:

Агар яхшиланиш бўлмаса, 30 дақиқа давомида 20 мл/кг ҳисобидан қон препаратлари қуйинг (агар шок ҳолати оғир сувсизланиш билан боғлиқ бўлса, гемотрансфузия ўрнига Рингер лактати эритмаси ёки физиологик эритма қуйишни такрорланг).

3-4-қуйишдан сўнг аҳволни

Агар яхшиланиш бўлмаса, аниқ касалликларни баҳоланг даволаш борасидаги тавсиялардан фойдаланинг. Бу вақтга келиб сизда дастлабки диагноз бўлиши керак.

Бу босқичлардан бирортаси давомида яхшиланиш бўлса (пульснинг секинлашиши, капиллярларнинг тезроқ тўлиши) 11- схема бўйича қилинадиган тadbирларга ўтинг.

8- СХЕМА. Шок ҳолатидаги, лекин озикланишнинг оғир бузилиши бўлган болага в/и суюқлигини юбориш

Бу давони фақат, болада шок белгилари бўлиб у **хуши сустлашган** ёки у **хушини йўқотган** ҳоллардагина олиб боринг.

- В/и системасини ўрнатинг (ва тезкор лаборатория текширувлари учун қон олинг).
- Зарур суюқликнинг тахминий миқдорини ҳисоблаш учун болани тортиб кўринг (ёки боланинг вазнини тортмасдан, чамалаб ўлчанг)
- В/и системасини ўрнатинг шошилиш лаборатория анализи учун 20 мл миқдорда қон олинг
- 1 соат ичида в/и га 15 мл/кг суюқлик юборинг. Қуйидаги эритмаларнинг биридан фойдаланинг (зарурлиги ва мавжудлигига қараб):
 - рингер лактати эритмаси 5% глюкоза билан (декстроза билан); (1:1)
 - физиологик эритма 5% глюкоза билан (декстроза билан); (1:1)
 - ярим концентрацияли Дарроу эритмаси 5% глюкоза билан (декстроза билан); (1:1)
 - юқорида саналган воситалар бўлмаса – Рингер лактати эритмаси.

Тана вазни	В/и га қуйиладиган суюқлик миқдори (15 мл/кг) ни 1 соат ичида қуйинг	Тана вазни	В/и га қуйиладиган суюқлик миқдори (15 мл/кг) ни 1 соат ичида қуйинг
4 кг	60 мл	12 кг	180 мл
6 кг	90 мл	14 кг	210 мл
8 кг	120 мл	16 кг	240 мл
10 кг	150 мл	18 кг	270 мл

- Нафас олиш тезлиги ва пульсни бошлашдан олдин сананг ва ҳар 5-10 дақиқада текшириб туринг. Агар яхшиланиш белгилари бўлса (пульс ва нафас олиш тезлиги пасаймоқда):
 - 1 соат ичида в/и га 15 мл/кг қуйишни қайтаринг;
 - овқатланиш бузилишида қўлланадиган регидратацион эритма – ReSoMal воситаси билан 10 мл/кг/ч дозада 10 кун давомида оғиз орқали ёки назогастрал тарзда регидратация қилишга ўтинг;
 - F-75 қоришмаси билан овқатлантиришни қайтадан бошланг.
- Агар боланинг аҳволи биринчи 15 мл/кг в/и қуйишдан сўнг яхшиланмаса, септик шок ривожланишини тахмин қилиш зарур:*
- в/и га қўлловчи суюқлик юборинг (4 мл/кг/ч);
 - F-75 аралашмаси билан овқатлантиришни қайтадан бошланг;
 - антибиотиклар билан даволашни бошланг.

Агар боланинг аҳволи в/и регидратация вақтида ёмонлашса (нафас олиш тезлиги 1 дақиқада 5 нафас олишгача ёки пульс уриши 1 дақиқада 15 мартага кўпайса), қуйишни тўхтатинг, чунки организмга кейинги суюқлик кириши боланинг аҳволини ёмонлаштириши мумкин.

9- СХЕМА. Диазепам (ёки паральдегид)ни қўллаш

- Дозани ампуладан туберкулин (1 мл) шприцга олинг. Имкон бўлса дозани боланинг тана вазнидан келиб чиқиб белгиланг. Кейин нинани чиқариб олинг.
- Шприцни тўғри ичакка 4 см дан 5 см гача чуқурликка киритиб эритмани юборинг.
- Думбаларни бирлаштирган ҳолда бир неча дақиқа давомида ушлаб туринг.

Ёш/вазн	Диазепам, ректал тарзда 10 мг/2мл лик эритма	Паральдегид, ректал тарзда
	Доза 0,1 мл/кг	Доза 0,1 мл/кг
2 ҳафтадан 2 ойгача (<4 кг)*	0,3 мл (1,5 мг)	1,0 мл
2-<4ойлик (4 - <6 кг)	0,5 мл (2,5 мг)	1,6 мл
4- <12 ойлик (6 - <10 кг)	1,0 мл (5 мг)	2,4 мл
1 - <3 ёш (10 - <14 кг)	1,25 мл (6,25 мг)	4 мл
3 - <5 ёш (14-19 кг)	1,5 мл (7,5 мг)	5 мл

Агар 10 дақиқадан кейин ҳам талваса тўхтамас, диазепамнинг иккинчи дозасини ректал тарзда юборинг ёки в/и системаси бўлса вена орқали (0,05 мл/кг = 0,25 мг/кг) юборинг.

Агар яна 10 дақиқадан сўнг ҳам талваса тўхтамас, диазепамнинг учинчи дозасини беринг ёки паральдегидни ректал тарзда юборинг (ёки фенобарбиталнинг 15 мг/кг дозасини в/и га ёки м/и га юборинг).

Кучли иситмада:

- Иситмани тушириш учун, боланинг баданини юмшоқ мато ёрдамида уй ҳароратидаги сув билан намланг.
- Талваса тўхтамагунича оғиз орқали дорилар берманг (аспирация хавфи).

* 2-ҳафталик чақалоқларда талвасаларни назорат қилиш учун 20 мг/кг дозада фенобарбиталдан (200 мг/мл суюқликда) фойдаланинг.

Тана вазни 2 кг бўлганида бошланғич доза 0,2 мл, агар талвасалар давом этаверса -30 дақиқадан сўнг, яна 0,1 мл беринг.

Тана вазни 3 кг бўлганида бошланғич доза 0,3 мл, агар талвасалар давом этаверса -30 дақиқадан сўнг, яна 0,15 мл беринг.

10 СХЕМА. Глюкозани в/и га юбориш

- В/и га киритиш учун тузилмани ўрнатинг (ва тезкор текширув учун қон олинг).
- Қондаги глюкоза миқдорини текширинг. Агар глюкоза миқдори яхши вазнли болада < 2,5 ммоль/л (45 мг/дл) дан кам ёки озикланишнинг оғир бузилиши бўлган болада < 3 ммоль/л (54 мг/дл) дан кам бўлса, ёки глюкозанинг тезкор таҳлилини ўтказиш имкони бўлмаса:
- В/и га 10% глюкоза эритмасидан 5 мл/кг ҳисобидан оқим билан юборинг.

Ёш/вазн	10%лик глюкоза эритмасининг дозасини болжс дозасидек (5 мл/кг) юборинг
2 ойгача (<4 кг)	15 мл
2-<4 ойлик (4-<6 кг)	25 мл
4-<12 ойлик (6-<10 кг)	40 мл
1-<3 ёшлик (10-<14 кг)	60 мл
3-<5 ёшлик (14-<19 кг)	80 мл

- В/ига юборилганидан 30 дақиқа ўтгач қондаги глюкоза миқдорини қайтадан текширинг. Агар у ҳалиям паст бўлса, яна 10% глюкоза эритмасини 5 мл/кг ҳисобидан киритинг.
- Бола ҳушига келгач уни тезда овқатлантиринг.
Агар у аспирация ҳарфисиз ея олмаса қуйидагиларни юборинг:
 - сут ёки шакарли эритмани назогастрал най орқали; шакарли эритмани тайёрлаш учун 4 чой қошиғидаги шакарни (20 г) 200 мл тоза сувда эритинг; ёки
 - в/и га 5-10% глюкозали суюқлик (декстрозлар).

Изоҳ: Глюкозани аниқлашда тезкор тест-чизикдан фойдаланганда қутидаги кўрсатмаларга риоя қилинг. Одатда тест-чизиклар асил ўрамда, 2-3 °С ҳароратда, тўғри тушадиган қуёш нури ва юқори намликдан ҳимоя қилинган ҳолда сақланиши керак. Тезкор таҳлил ўтказган вақтда қон томчиси тест чизигига қўйилади (реагентнинг бутун майдонини қопланг). 60 сониядан сўнг қонни совуқ сув томчилари билан эҳтиёткорлик билан ювилади, ранги эса визуал тарзда флакондаги шкала билан солиштирилади ёки махсус ҳисобловчи ускуна ёрдамида баҳоланади (услубнинг тафсилотлари ишлаб чиқариладиган тезкор-тестнинг кўринишларига қараб фарқланади).

11- СХЕМА. Оғир сувсизланишда шошилишч ёрдам кўрсатиш

Оғир сувсизланиши бўлган, лекин шок ҳолатида бўлмаган болаларга нисбатан диареяни даволашнинг В режасига қаранг.

Агар бола шок ҳолатида бўлса, аввал 7 ва 8- схемаларда баён қилинган кўрсатмаларга риоя қилинг. Боланинг пульси секинлашиб капиллярларнинг тўлиши тезлашгандагина берилган схемага ўтинг.

- Рингер лактат эритмасидан 70 мл/кг, ёки агар у бўлмаса, физиологик эритма (боланинг ёши <12 ой бўлса. – 5 соат давомида, боланинг ёши 12 ойдан катта, 5 ёшгача бўлса. - 2,5 соат давомида) беринг.

Тана вазни	В/и киритиладиган суюқликнинг умумий миқдори (1 соатдаги миқдор)	
	Ёш <12 ойлик 5 соат давомида берилсин	Ёш 12 ойдан 5 ёшгача 2,5 соат давомида берилсин
<4 кг	200 мл (40 мл/с)	-
4-6 кг	350 мл (70 мл/с)	-
6-10 кг	550 мл (110 мл/с)	550 мл (220 мл/с)
10-14 кг	850 мл (170 мл/с)	850 мл (340 мл/с)
14-19 кг	-	1200 мл (480 мл/с)

Боланинг аҳволини ҳар 1-2 соатда текшириб туринг. Агар гидратация ҳолати яхшиланмаса, в/и га қўйиладиган томчилар тезлигини оширинг.

Бола ича олганидан бошлаб ОРТ эритмасини ҳам беринг (5 мг/кг/с атрофида); Эмизикли болаларда бу одатда 3-4 соатдан сўнг, каттароқ ёшдаги болаларда эса 1-2 соатдан сўнг бошланади.

Тана вазни	Киритиладиган ОРТ суюқлигининг ҳажми (ҳар соатда)
<4 кг	15 мл
4-6 кг	25 мл
6-10 кг	40 мл
10-14 кг	60 мл
14-19 кг	85 мл

Бир ёшгача бўлган боланинг аҳволини 6 соатдан сўнг, каттароқ ёшдагисини эса 3 соатдан сўнг яна қайтадан баҳоланг. Сувсизланиш даражасини аниқланг. Кейин эса давони давом эттириш учун мос режа (А, Б, ёки В) танланг.

Агар имкони бўлса, боланинг аҳволидан регидратация ўтказилганидан сўнг онасининг ўзи болага ОРВ эритмасини бериб гидратация қила олишига. ишонч ҳосил қилиш, учун камида 6 соат вақт ўтгач хабар олинг.

1.2. Шошинч ва устивор белгиларни баҳолаш бўйича изоҳлар

■ Нафас олиш йўлларининг ўтувчанлиги ва нафас олиш функцияси ҳолатини қандай баҳоланади?

Боланинг нафас олиши қийинлашганми? Нафас олишни қийинлаштирувчи тўсиқлар борлигини кўришиб турган белгилар бўйича ва эшитиб туриб аниқланг.

Огир нафас етишмовчилиги йўқми? Нафас олиш яққол қийинлашган, унда кушимча мушаклар ҳам иштирок этяпти (бола бошини чайқаётгандек), бола тез нафас оляпти, тез чарчаяпти. Нафас олиш қийинлиги оқибатида бола овқат ея олмаяпти.

Умумий цианоз борми? Тил ва оғиз бўшлигининг шиллиқ пардаси кўкимтир ёки тўқ бинафша рангга кирапти.

■ Қон айланишнинг аҳволини қандай баҳолаш мумкин (шокни диагностика қилиш мақсадида)

Боланинг панжалари совуқ эканлигини текширинг. Агар шундай бўлса, унда:

Капиллярларнинг тўлиш вақти 3 сониядан кўпайиб кетмаяптими? Бунинг учун қўл ёки оёқнинг бош бармоғи тирноғини 3 сония давомида оқаргунча босиб туринг. Улар сиз кўлингизни қўйиб юборган вақтдан яна қизаргунча қанча вақт ўтганлигини текширинг.

Агар капиллярларнинг тўлишига 3 сониядан кўп вақт кетса, пульсни текширинг (тўлиш вақти ва тезлиги). Агар билак артериясида пульс яққол бўлса ва тезлашмаган бўлса, бу бола шок ҳолатида эмаслигини билдиради. Агар сиз боланинг билак артериясидаги пульсни текшира олмасангиз (1 ёшдан кичик бўлганда), унинг елка артериясидаги пульсини текширинг ёки агар чақалоқ ётган бўлса, сон артериясининг пульсини текширинг. Агар каттароқ ёшдаги боланинг нур артериясининг пульсини текшира олмасангиз, уйқу артериясидаги пульсни текшириб кўринг. Агар хона жуда совуқ бўлса, пульсни баҳолаш, шокни диагнозлашда биринчи ўринли аҳамиятга эга бўлади.

■ Талвасалар, кома ҳолати ёки хуш бузилишининг бошқа ҳоллари йўқлигини аниқланг.

Бола кома ҳолатидами? Хуш даражасини берилган шкала бўйича баҳоланг:

фаол тетикликда (Ф)

товушга таъсирланади (Т)

фақат оғриққа таъсирланади (О)

хушсиз (Х)

Агар бола фаол бўлмаса, у билан гаплашиб, қўлларидан тортиб, унинг диққатини тортишга уриниб кўринг.

Агар бола фаол бўлмаса, лекин овозга таъсирланса, бундай ҳолат **Хуши сустлашган** лик (сомнолентлик) деб белгиланади. Товушли кўзғатувчиларига таъсирланмаса, онадан, болада аввал ҳам ғалати уйқусираш ёки уни ўйғотиш қийин бўлган ҳолатлар бўлган ёки бўлмаганлигини сўранг. Боланинг оғриққа таъсирланишини текширинг.

Агар таъсирланиш бўлмаса, демак бола кома ҳолатида (хушсиз) ва шошинч даволашга муҳтож.

Болада талвасалар борми? Хуши бузилган болада талвасали, стереотипли ҳаракатлар кузатиляптими?

■ **Диареяси бўлган боланинг ҳолатини, бўлиши мумкин бўлган, оғир сувсизланишга баҳоланг.**

Кўзларнинг киртайиши. Онадан боланинг кўзлари доимгидан кўра *киртайганроқ* кўринаётгани ёки йўқлигини сўранг.

Тери бурмасининг жуда секин текисланиши (2 с. дан ортиқ). Қорин терисини, киндик билан тананинг ён тарафи юзасидан чимчилаб, 1 сония тутиб туриб, кейин қўйиб юборинг ва кузатинг.

■ **Устивор белгиларни баҳоланг**

Шошилич белгиларни баҳолаётганингизда, сиз, балки, баъзи устивор белгиларни ҳам пайқарсиз:

Нафас олишнинг бузилиши борми (оғир бўлмаган)?

Бола ҳуши сустлашганми ёки аксинча, безовта ва инжиқми?

Охирги саволга сиз юкорида боланинг ҳолатини кома ҳолатига гумон қилиб текширганингизда жавоб бердингиз.

Бошқа устивор белгиларни ҳам белгиланг.

1.3. Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болани шошилич даволаш бўйича эслатмалар

Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган барча болаларни саралашда улар, *устивор белгилари* бўлган болалар сифатида тафовут қилинади, бу эса ўз навбатида уларга биринчи навбатда даво-диагностика ёрдами кўрсатилиши зарурлигини англатади.

Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болаларнинг бир қисми **шошилич белгилари** бўлганлар гуруҳига киради.

- *Нафас олишнинг бузилиши* ёки *кома/талвасалар* билан боғлиқ белгилари бўлган болаларга зарур шошилич ёрдам кўрсатилиши керак.
- *Оғир сувсизланиш* белгилари бўлган, лекин шок бўлмаганларга в/и суюқликлари билан регидратация қилиш мумкин эмас, чунки жуда озгин болаларда оғир сувсизланишни аниқлаш қийин ва бундай диагнозлар кўпинча нотўғри бўлиб чиқади. Бундай болаларга в/и суюқликлари бериш, организмнинг суюқликлар билан тўйиниб кетиши ва ўткир юрак етишмовчилигидан ўлимга олиб келиши хавфини кучайтиради. Шунинг учун ҳам бундай болаларда регидратацияни оғиз орқали, озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болалар учун махсус регидратация эритмасидан (ReSoMal) фойдаланиб, олиб бориш зарур.
- Агар шок белгилари мавжуд бўлса, бошқа шошилич белгиларнинг борлигини ҳам текшириш керак (*ҳуши сустлашганлик ёки ҳушнинг йўқлиги*). Бу текшириш шунинг учун ҳам зарурки, озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болаларда шокнинг ўзи бўлмаса ҳам унинг типик белгилари мавжуд бўлиши мумкин.
- Агар бола *ҳуши сустлашган* ёки ҳушсиз бўлса, уни иссиқда тутинг ва в/ига 10% глюкозани 5 мл/кг хисобидан (10- схема), ундан сўнг в/и суюқликларидан юборинг (8- схема ва пастдаги эслатма).
- Агар бола фаол бўлса, уни иссиқда тутинг ва 10% глюкоза эритмасини 10 мл/кг хисобидан оғиз орқали ёки назогастрал най орқали беринг, сўнгра тезлик билан тўлиқ текширув ва даволашни олиб боринг.

Эслатма: в/ига суюқликлар юборишда, заифлашган болаларда шокка қарши тадбирлар олиб бориш ўзига хос хусусиятларга эгаллигини ёдингиздан чиқарманг; уларда кўпинча сувсизланиш оқибатидаги шок билан бир қаторда, септик шок ҳам учрайди, уларни фақатгина клиник мезонлар ёрдамида бир биридан ажратиш мушкул. Сувсизланган болаларда в/ига суюқлик юбориш яхши таъсир кўрсатади (нафас олиш ва пульс тезлиги камаяди, капилляр тўлишиш вақти қисқаради). Септик шок вақтида дегидратация бўлмаса в/ига юборилаётган суюқликлардан ижобий самара бўлмайди.

Юборилаётган суюқликнинг миқдори боланинг реакциясига қараб ўзгартирилиши керак. Гипергидратация содир бўлишининг олдини олинг. Яхшиланиш бўлаётганлигини билиш учун бошида ва ҳар 5-10 дақиқада пульс ва нафас олиш тезлигини аниқланг. Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлганда в/ига суюқликларининг махсус турлари қўлланишини унутманг ва улар анча секинрок юборилади.

Гипогликемия, гипотермия, оғир инфекция, оғир анемия ва кўзларнинг кўр бўлиб қолиш хавфи каби жиддий бузилишларни тўхтатиш учун озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган барча болаларни шошилиш тарзда текшириш ва даволаш керак. Шифохонага келаётган вақтда бундай бузилишлар содир бўлмаган бўлсада, уларнинг олдини олиш учун шошилиш чоралар кўриш зарур.

1.4. Шошилиш ҳолатдаги болаларни текшириш услублари

Қуйида келтирилган матн, шошилиш даволаш ўтказилган ҳолатлар бўйича кейинги диагноزلашга ёндошув, ҳамда дифференциал диагноз тўғрисида тушунча беради. Болага шошилиш ёрдам кўрсатилиб, унинг ҳолати барқарорлашгач, махсус даволаш ўтказиш учун муаммонинг асл сабабини аниқланг. Келтирилган рўйхат ва жадваллар дифференциал диагностика олиб бориш учун маълум йўналиш беради; батафсил маълумотлар алоҳида бобларда келтирилган.

1.4.1. Нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилиши ёки нафас олиш функцияларининг бошқа оғир бузилишлари билан келтирилган бола

Анамнез:

- Аломатларнинг пайдо бўлиши: аста-секин ривожланган ёки тўсатдан пайдо бўлган
- Анамнездаги шундай кўринишлар
- Юқори нафас олиш йўллари инфекцияси
- Йўтал - давомийлиги, кунларда
- Анамнезда нафас олиш йўлларига ёт жисм тушиб қолиш ҳоллари
- Бузилишлар туғилгандан бери кузатилади ёки орттирилган характерга эга
- Иммунизация - АКДС, қизамиқ
- ОИВнинг юкканлиги
- Астма бўйича оилавий анамнез

Физикал текширув

- Йўтал - йўталнинг характери
- Цианоз
- Нафаснинг бузилиши,
- Хириллаб нафас олиш
- Стридор, нафас олишдаги шовқинли товушлар
- Бурун катаklarининг кенгайиши
- Бўйиннинг шишиши
- Крепитация, намли хириллашлар
- Экспираторли ҳуштаксимон хириллашлар (астмоид нафас)
 - тарқалган
 - маҳаллийлашган
- аускультацияда сушт нафас
 - тарқалган
 - маҳаллийлашган

1.4.2. Шок ҳолатида келтирилган бола

Анамнез

- Ўткир ва тўсатдан ривожланиш
- Шикастланиш
- Қон кетиши
- Анамнезда, юракнинг туғма ёки ревматик нуқсони
- Диарея
- Анамнезда, ҳар қандай иситмали касалликнинг мавжудлиги
- Тана ҳароратининг кўтарилиши
- Ўзи овқатлана олади

Физикал текширув

- Хуш
- Ташқи қон кетиши
- Бўйин веналари
- Жигарнинг ўлчами
- Петехиялар
- Пурпура

1-жадвал. Нафас олиш йўллари ўтувчанлигининг бузилиши ёки нафас олиш функциясининг бошқа оғир бузилишлари билан келган боланинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Симптомлари
Пневмония	Тезлашган нафас ва иситма билан кечадиган йўтал Бир неча кун ичида аҳволнинг ёмонлашуви билан ривожланиши. Ўпка аускультациясида крепитация
Бронхиал астма	Анамнезда бронхоспазмнинг қайталаниши Нафас чиқаришнинг чўзилиши Астмоид ёки суст нафас Бронхолитикларнинг ижобий таъсири
Ёт жисм аспирацияси	Нафас йўллари обструкциясининг ўткир ривожланиши Стридор ёки нафас етишмовчилигининг тўсатдан ривожланиши Нафаснинг маҳаллий сусллашиши ёки шовқинли нафас олиш
Халқум орти абсцесси	Бир неча кун ичида аҳволнинг ёмонлашуви билан ривожланиши. Ютина олмаслик Юқори иситма
Сохта круп (псевдокруп)	Хурувчи йўтал Товушнинг бўғилиши Юқори нафас йўллариининг инфекцияси фонида ривожланади
Дифтерия (ҳақиқий круп)	Лимфа безларининг катталашуви натижасида бўйиннинг шишиши/хўкиз бўйни Кул рангдаги халқум фасоди (пардаси) Гиперсаливация АКДС Вакцинацияси ўтказилмаган

2-жадвал. Шок ҳолатида келтирилган боланинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Симптомлари
Геморрагик шок	Анамнезда жароҳат Ташқи қон кетиши
Кардиоген шок	Анамнезда юрак патологияси Бўйин веналарининг шишиши, жигарнинг катталашуви
Септик шок	Анамнезда иситмали касаллик Касал жуда оғир аҳволда
Оғир дегидратация оқибатидаги шок	Анамнезда тухтамасдан ич кетиши

1.4.3. Хуши сустлашган, хушсиз ҳолатда ёки талвасалар билан келтирилган бола

Анамнез

Анамнезда қуйидагиларнинг борлигини аниқланг:

- иситма
- бошнинг жароҳатланиши
- дори дозаларининг ошиб кетиши ёки заҳарланишнинг бошқа тури
- талваса: қанча вақт давом этади? Анамнезда иситма вақтида талвасалар содир бўлганми? Эпилепсиячи?

Агар боланинг ёши 1 ҳафтадан кичик бўлса, қуйидаги ҳолатлар эҳтимолини кўриб чиқиш керак:

- туғилишдаги асфиксиялар
- туғрук жароҳатлари

Физикал текширув

Умумий кўрик

- тери, склеранинг сариқлиги
- кафтларнинг яққол оклиги
- периферик шишлар
- хуш даражаси
- петехиал тошмалар

Бош/бўйин

- энса мушакларининг ригидлиги
- жароҳат белгилари
- қорачиқларнинг ўлчами ва уларнинг ёруғликка реакцияси
- лиқилдоқнинг таранглашиши ёки шишиши
- тананинг нотўғри ҳолати

Кўшимча текширувлар

Агар менингитга гумон бўлса ва болада бош чаноғи босимининг кўтарилиш белгилари (кўз қорачиқларининг ҳар хиллиги, ригидлик ҳолати, қўл ва оёқлар ёки тана мушакларининг фалажи, нотекис нафас олиш) бўлмаса, люмбал пункция қилинг.

Агар ҳудуд безгак бўйича нохуш бўлса, қон суртмасини тайёрланг.

Агар бола ҳушсиз бўлса, қондаги глюкоза миқдорини текширинг. Артериал босимни текширинг (мос ўлчамдаги педиатрия манжети ёрдамида) ва сийдик тахлилини бажаринг.

Бола беҳуш бўлган вақтнинг давомийлиги ва АГВО шкаласи бўйича баллни аниқлаш муҳимдир. Бу шкала бўйича ҳуш даражасини баҳолашни доимий тарзда ўтказиб туриш керак.

1 ҳафталикдан кичик чақалоқларда, туғилиш билан ҳушни йўқотиш вақти орасидаги вақтни белгилаб қўйинг.

3-жадвал. Ҳуши сустлашган, ҳушсиз ёки талвасалар билан келган боланинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Симптомлари
Менингит	Кучайган қўзғолиш Энса мушакларининг ригидлиги ёки/ва лиқилдоқнинг бўртиши Петехиал тошма (фақат менингококкли менингитда)
Фебрил талвасалар (ҳушнинг йўқолиши оқибати бўлмаса керак)	Аввалги, иситма ҳолатидаги кам давом этадиган талвасалар даври Иситма билан боғлиқ Ёши 6 ойдан 5 ёшгача Қон суртмаси нормал ҳолатда
Гипогликемия (доим сабабини қидиринг)	Қондаги глюкоза миқдори паст; глюкоза билан даволашга таъсирланади
Бошнинг шикастланиши	Бошнинг шикастланишини кўрсатадиган объектив белгилар ёки анамнестик кўрсаткичлар
Заҳарланиш	Организмга заҳарли моддалар тушиши ёки дориларни передозировка қилинганини кўрсатувчи анамнестик кўрсаткичлар
Шок (Ҳуши сустлашганлик ёки ҳушни йўқотишга олиб келади бироқ талвасаларга олиб келмайди)	Микроциркуляциянинг бузилишлари Тез, лекин кучсиз пульс
Уткир гломерулонефрит энцефалопатия билан	Кўтарилган артериал босим Периферик шишлар, айниқса юз соҳасида Сийдикда қон Олигурия ёки анурия
Диабетик кетоацидоз	Қон таркибида қанд миқдорининг ошиши Анамнезда полидипсия ва полиурия Ацидоз (чуқур, қийин) нафас олиш

* Менингитнинг дифференциал диагностикасида, мумкин бўлган энцефалит, бош мия абсцесси ёки сил менингитининг ҳолатларини инобатга олиш зарур.

* Бош чаноғининг юқори қон босими белгилари мавжуд бўлганида люмбал пункция қилиш мумкин эмас. Бевосита кўрикда ОМС хиралашган бўлиб кўринса пункция натижалари ижобий

ҳисобланади. Бундай ҳолатларда ОМС цитологик текширув қилинганда лейкоцитлар ошган бўлади (1 мкл да >100 полиморф-ядроли лейкоцитлар). Агар шароит бўлса, лейкоцитларнинг ҳисобини олиш керак. Ёки бўлмаса, кўз билан ОМС нинг хиралигини аниқлашнинг ўзи етарли бўлади. Зарур шароитлар мавжуд бўлганида ОМСда глюкоза миқдори кам бўлса (<1,5 ммоль/л), Грам бўйича микроорганизмлар бўялганида оқсиллар миқдори юқори (>0,4 г/л) бўлса, ёки улар экилганда ўсса диагноз тасдиқланади.

- * Жуда озгин болаларда қондаги глюкоза миқдори <2,5 ммоль/л (<45 мг/дл), ёки <3,0 моль/л (<54 мг/дл) бўлганда пасайган ҳисобланади.

1.5. Заҳарланишнинг энг кўп тарқалган турлари

Соғ бўлган боланинг ҳар қандай ноаниқ касаллигида заҳарланишга гумон қилиниши керак. Заҳарланишда ёрдам кўрсатиш бўйича маҳаллий мутахассислар билан маслаҳатлашиб кўринг. Куйида, заҳарланишнинг энг кўп тарқалган кўринишларидан бирида қанча ёрдам кўрсатиш тамойиллари келтирилган. Халқ табobati воситалари ҳам заҳарланиш сабаби бўлиши мумкинлигини ёдда тутинг.

Диагноз кўйиш

Боланинг ўзи ёки унинг ота-онасининг маълумотлари, клиник текширишлар ва зарур бўлса қўшимча текширишлар натижаси асосида кўйилади.

- Заҳарли модданинг қанча миқдори организмга тушгани, бу ҳодисанинг қачон содир бўлган каби барча тегишли бўлган маълумотларни аниқлаштиринг.

Заҳарли модданинг табиатини аниқроқ билиш учун у жойлашган идишни кўздан кечириш ҳам фойдали бўлади. Бошқа болаларнинг ҳам заҳарланган бўлиши мумкин ёки йўқлигини текширинг. Заҳарланиш аломатлари заҳарнинг характериға боғлиқ бўлиб, улар хилма хил бўлиши мумкин.

- Оғиз ёки унинг атрофида емирувчи моддалар таъсирида кузатиладиган куйиш, ҳамда стридор (халқум куйиши) белгилари йўқлигини текширинг.
- Темир моддалари, пестицидлар, парацетамол ёки аспири, наркотик анальгетиклар, антидепрессантлар билан заҳарланишда, боланинг ўзини ўзи заҳарлашида, ҳамда уни бошқа бола ёки катта киши томонидан заҳарланиши гумон қилинган барча ҳолларда бемор шифохонаға ётқизилиши керак.
- Емирувчи моддалар ёки нефт маҳсулотлари билан заҳарланган болаларни фақат 6 соат кузатишдан сўнгина уйга жўнатиш мумкин. Емирувчи моддалар қизил-ўнгачнинг тез аниқлаб бўлмайдиган куйишларига сабаб бўлиши мумкин, улар билан нафас олиш эса бир неча соатлардан сўнг ўпка шишининг ривожланишиға сабаб бўлади.

1.5.1. Заҳарли моддалар ошқозонға тушганда ёрдам кўрсатиш тамойиллари

Заҳарни ошқозондан чиқариш зарур, бироқ заҳарли модданинг таъсирида ошқозон эвакуациясининг секинлашиши ёки бемор чуқур комада бўлган ҳолларидан ташқари ҳолларда, заҳарланишдан сўнг бир соат вақт ўтгач бу муолажанинг самараси кам бўлади. Бундай уриниш учун қарор қабул қилишдан аввал ҳар бир ҳолатни инобатға олиш ва мумкин бўлган ҳавфлар билан муваффақиятлар мутаносиблигини ўйлаб кўриш керак. Заҳарни ошқозондан чиқариб ташлаш унинг бутунлай чиқиб кетишини кафолатламайди, шунинг учун ҳам бола ҳалиям хавф остида бўлади. Ошқозондан олиб ташлаш мумкин бўлмаган ҳолатлар куйидагилардир:

- ҳушсиз ётган боланинг ҳимояланмаган нафас олиш йўллари (интубациянинг йўқлиги);

- ошқозонга емирувчи моддалар ёки нефт маҳсулотлари тушганда оғир интоксикация хавфи бўлмаса.
- Болада шошилиш белгилар ва гипогликемиянинг мавжудлигини текширинг.
- Заҳарланиш нимадан келиб чиққанини аниқланг ва иложи борича тезроқ заҳарли моддани чиқариб ташланг ёки сўриб ташланг. Агар даволаш анча эрта, боланинг организмига заҳар тушишидан кейинги 1 соат ичида олиб борилса самараси жуда яхши бўлади.
- Агар бола керосин, бензин ёки бошқа нефт маҳсулотларини ичиб қўйса (кўпчилик пестицидлар бензин асосидаги эритувчилар таркибига киришини ёдда тутинг) ёки боланинг оғзи ва халқуми куйган бўлса (масалан, оқартирувчи модда, сантехникани тозалаш воситаси ёки аккумулятор кислотасини ичиш натижасида), уни қустирмасдан оғиз орқали сув беринг.
- Ҳеч қачон қустириниш мақсадида туздан фойдаланманг, бу ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин.
- Агар боланинг ошқозонига бошқа заҳарли моддалар тушган бўлса: активлаштирилган кўмир беринг, агар бор бўлса, лекин қустирманг; уни оғиз орқали ёки қуйида келтирилган жадвалдагидек назогастрал зонд орқали юборинг. Агар назогастрал зонд қўлланилса, уни ошқозонга етиб борганлигини яхшилаб текширинг.

4-жадвал. Активлаштирилган кўмирнинг бир дозали миқдори

1 ёшгача бўлган болалар:	1 г/кг
1 дан 12 ойгача бўлган болалар:	25 дан 50 г гача
Ўсмирлар ва катталар:	25 дан 100 г гача

- Активлаштирилган кўмирни 8-10 марта кўпроқ сув билан аралаштиринг, масалан, 5 г кўмир 40 мл сувда.
- Имкониёт бўлса, аралашманинг ҳаммасини бирданига ичиринг; агар бола активлаштирилган кўмирни кўтара олмаса, унинг дозасини бўлиш мумкин.
- Агар активлаштирилган кўмир бўлмаса, томоқнинг орқа деворини шпатель ёки қошиқ дастаси билан қитиқлаш йўли билан қустиринг, фақат бола ҳушида бўлса; агар бу таъсир қилмаса, қустирувчи восита беринг, масалан болалар ипекакуана воситаси (6 ойдан 2 ёшгача – 10 мл, 2 ёшдан катта бўлса – 15 мл); агар бу ҳам самара бермаса, томоқни қитиқлашни яна такрорланг. *Эслатма:* ипекакуана, кўп марта қустириниш уйқусираш ва ҳуши сустлашганликка сабаб бўлиши мумкин, бу эса ўз навбатида заҳарланиш диагностикасини қийинлаштиради.

Ошқозонни ювиш

Бу муолажани фақат даволаш муассасаси шароитида, ходимларнинг зарур кўникмаси бўлса, заҳарнинг ошқозонга тушганидан бир неча соатдан кўп вақт ўтмаган бўлса ва боланинг ҳаёти учун хавф бўлса ёки сўз емирувчи моддалар ёки нефт маҳсулотлари тўғрисида бормасагина бажариш мумкин.

Болада қусиш пайдо бўлиб қолганида керак бўладиган электр сўргичнинг борлигини текширинг. Болани чап ёнига ётқизиб бошини пастга эгинг. Зондни киритиш учун зарур бўлган узунликни аниқлаб олинг. Шарьер шкаласи бўйича 24-28 ўлчамли зондни оғиз бўшлиғи орқали ошқозонга юборинг (бундан кичикроқ ўлчамли назогастрал

зонддан фойдаланиш тавсия этилмайди, чунки улар орқали қаттиқ моддалар, масалан таблеткалар ўтмай қолиши мумкин). Найча ошқозоннинг ичига тушганлигига ишонч ҳосил қилинг. 10 мл/кг миқдорда (0,9%) фоизлик тузли эритма билан ошқозонни ювинг. Ювгандан сўнг чиқаётган суюқлик миқдори киритилган суюқлик миқдорига мос келиши керак. Ювишни, чиқаётган суюқликда қаттиқ моддалар юқолгунча давом эттириш керак.

Мумкин бўлган аспирация хавфини камайтириш учун трахеянинг интубацияси зарур бўлиши мумкинлигини эсда тутиш зарур.

- Мумкин бўлган ҳолларда махсус антидот беринг
- Умумий ёрдам кўрсатинг
- Заҳарли модданинг турига қараб 4 соатдан 24 соатгача вақт мобайнида болани кузатинг
- Агар бола ҳушида бўлса – уни хавфсиз “стабил” ҳолатда ётқизиб қўйинг (6-схема).
- Агар бола ҳушига келмаса ёки ҳуш даражаси ёмонлаша бошласа, оғиз ёки халқум куйган бўлса, оғир нафас олиш бузилиши бўлса, агар бола кўкарган бўлса ёки унда юрак етишмовчилиги белгилари бўлса болани кейинги даражадаги стационарга хавфсиз тарзда ўтказиш имкониятини кўриб чиқинг

1.5.2. Заҳарли моддалар тери ва кўзга тушганида ёрдам кўрсатиш тамойиллари

Заҳарли моддаларни теридан олиб ташлаш

- Болани бутунлай ечинтиринг ва тананинг заҳарли модда теккан барча юзасини илиқ сув билан яхшилаб ювинг. Ёғлик моддаларни кеткизишда совундан фойдаланинг. Қайта заҳарланишнинг олдини олиш мақсадида, ёрдам кўрсатаётган тиббий ходимлар қўлқоп ва фартуклардан фойдаланишлари зарур. Кейинчалик зарарсизлантириш ва заҳарни йўқотиш мақсадларида боланинг кийим ва шахсий буюмларини хавсизлик чораларини кўрган ҳолда рангсиз ёпик полиэтилен пакетга солиш керак.

Заҳарли моддаларни кўздан олиб ташлаш

- Кўзни тоза оқар сув ёки физиологик эритма билан, бошқа кўзга ювилган сувни теккизмаслик чораларини кўрган ҳолда 10-15 дақиқа мобайнида ювинг. Муолажани осонлаштириш учун оғриқ қолдирувчи кўз томчиларидан ҳам фойдаланиш мумкин. Кўз қовоғини қайириб уларни яхшилаб ювинг. Кислота ёки ишқор кўзга тушганда уни яхшилаб ювиб ташланг. Шиллиқ парда ёки мугуз парданинг жиддий зарарланиши бўлса, болани зудлик билан офтальмолог кўриқдан ўтказиши керак.

1.5.3. Заҳарли моддалардан нафас олганда ёрдам бериш тамойиллари

- Болани заҳарли моддалар таъсиридаги ҳудуддан олиб чиқинг
- Зарур бўлса кислород беринг

Кўзғатувчи газлардан нафас олиш юқори нафас йўллариининг шишишига ва уларнинг ўтувчанлигини бузилишига, бронхоспазмга ва кейинчалик пневмонитнинг ривожланишига олиб келади. Интубация, бронхолитик воситалар ва ўпканинг ёрдамчи вентиляцияси талаб этилиши мумкин.

1.5.4. Заҳарли моддаларнинг маълум турлари

Ўювчи кимёвий бирикмалар

Мисоллар – натрий гидроксиди ўювчи натрий, калий гидроксиди, кислоталар, оқартирувчилар ёки дезинфекция воситалари

- Ўювчи моддалар ичиб қўйилган ҳолларда, касални қустирманг ва активлаштирилган кўмирдан фойдаланманг, бу оғиз бўшлиғи деворлари, халқум, нафас олиш йўллари, қизилўнгач ва ошқозоннинг кейинги зарарланишига олиб келади.
- Ўювчи модданинг йиғилишини камайтириш учун иложи борича тезроқ сут ёки сув ичириг.
- Шундан сўнг болага овқат едирманг ва суюқлик ичирманг, зудлик билан қизилўнгач деворларининг зарарланиш даражасини аниқлаш учун текширув олиб бориш.

Нефт маҳсулотлари

Мисоллар – керосин, скипидар, бензин

- Қустирманг ва активлаштирилган кўмир қўлланманг. Нафас олиш, ўпканинг шишиши ва липоид Пневмония оқибатида гипоксемия билан кечадиган нафас олиш етишмовчилигига сабаб бўлиши мумкин. Ошқозонга тушиши энцефалопатиянинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.
- Нафас олиш қийин бўлганида кислород терапиясини қўлланг

Фосфорорганик бирикмалар ва карбаматлар

Мисоллар: фосфорорганиклар – малатион, паратион, ТЭПФ (тетраэтилпирофосфат), мевинфос (фосдрин); карбаматлар – метиокарб, карбарил

Бу моддалар организмга тери орқали кириши, ошқозон ёки нафас олиш йўлларига тушиши мумкин.

Болада қусиш, диарея, кўришнинг бузилиши, умумий кучсизланиш ривожланиши мумкин. Ҳаддан ташқари парасимпатик қўзғалиш аломатлари, сўлак ва кўз ёшнинг оқиши, терлаш, пульснинг секинлашуви, қорачиқларнинг кичрайиши, талвасалар, мушакларнинг кучсизлашиши ва учишлари, кейин фалаж ва бехосдан сийиб қўйиш, ўпка шишлари, нафас сиқилиш кузатилади.

Қуйидаги даволаш тадбирлари тавсия этилади:

- Заҳарли модда кўз ёки терига тушган бўлса - яхшилаб ювиш.
- Ошқозонга тушган бўлса – активлаштирилган кўмир беринг (заҳарланишдан кейин 1 соат ичида).
- Қустирманг, чунки, кўпчилик пестицидлар, таркибида бензин бўлган эритувчиларда мавжуд бўлади.
- Оғиз орқали заҳарланишнинг оғир, активлаштирилган кўмир бериш иложи бўлмаган ҳолларида ошқозон ичидаги моддаларни эҳтиёткорлик билан назогастрал зонд орқали сўриб олиш мумкин (нафас олиш йўллари тасодифий аспирациядан ҳимоя қилинган бўлиши керак).
- Агар болада ҳаддан ташқари парасимпатик қўзғалиш аломатлари бўлса, (юқорига қаранг), 15-50 мкг/кг (0,015-0,05 мг/кг) дозадаги атропинни м/и га ёки 15 дақиқа давомида в/ига юборинг. Асосий мақсад - бронхиал секрецияни камайтириш, лекин шу билан бирга атропиннинг заҳарли таъсиридан қочишдир. Кўкрак қафасини аускультация қилиш орқали бронхиал секреция миқдорини текшириб туриш, мунтазам равишда нафас олиш ва юрак уриши тезлигини текшириш, хуш ҳолатини АГВО шкаласи бўйича баҳоланг. Атропин дозасини ҳар 15 дақиқада ортиқча бронхиал секрециянинг белгилари йўқолгунча ва пульс ва нафас

олишнинг нормаллашувига чаканлик керак.

- Агар имконият бўлса, атропин қўллаганда, пульсоксиметрия йўли билан гипоксемияни текшириб туриш, чунки, гипоксия шароитида атропин коринчаларнинг аритмиясига сабаб бўлиши мумкин. Агар қоннинг кислород билан тўйиниш даражаси 90% дан кам бўлса кислород беринг.
- Мушаклар бўшашишида 15мл сувда эритилган пралидоксимни (ацетилхолинэстераз реактиватори) 25-50 мг/кг дозада 30 дақиқа давомида в/ичига томчилаб қуйинг. Бу дозани киритишни 1 ёки 2 марта такрорлаш ёки бўлмаса курсатмаларга қараб 10 дан 20 мг/кг/соатгача дозаларини вена ичига қуйишга ўтиш мумкин.

Парацетамол

- Агар препарат ошқозон-ичак трактига тушганидан 1 соат ўтмаган бўлса, активлаштирилган кўмир беринг, агар бор бўлса ёки қустиринг, оғиз орқали антидот бериш мумкин бўлган ўоллардан ташқари (қуйига қаранг).
- Жигарнинг зарарланишини олдини олиш учун антидот киритиш зарурлигини ҳал қилинг. Қўлланиш ҳолатлари: организмга кирган парацетамол миқдори - 150 мг/кг ёки кўпроқ, ёки қондаги парацетамолнинг заҳарли концентрацияси 4 соатдан кейин ҳам мавжуд бўлса, агар лаборатория назорати учун имкон бўлса. Антидот, асосан ўзлари билган ҳолда парацетамолни истеъмол қилган ёки ота-оналари хато қилиб кўп миқдорда дори бериб қўйган катта ёшдаги болаларга керак бўлади.
- Парацетамолнинг ошқозонга тушганига ҳали 8 соат бўлмаган бўлса, метионин беринг ёки томир ичига ацетилцистеин юборинг. Метионинни бола ҳушида бўлган ва қусмаган ҳолатида қўллаш мумкин (<6 ёш: 1г. ҳар 4 соатда в 4 марта; 6 ёш ва ундан катта: 2,5 г ҳар 4 соатда 4 марта).
- Парацетамол қабул қилингандан 8 соатдан кўп вақт ўтган бўлса, ёки бола дориларни оғзи орқали қабул қила олмаса, томир ичига ацетилцистеин юборинг. Стандарт схемаларда келтирилган суюқликлар миқдори кичик болалар учун кўплик қилишини эсда тутинг.

Тана вазни 20 кг гача бўлган болаларга бошланғич 150 мг/кг лик дозасини 3 мл/кг 5% лик глюкоза эритмасида 15 дақиқа ичида юборинг, кейин 50 мг/кг лик дозасини 7 мл/кг 5% лик глюкоза эритмасида 4 соат ичида, ундан сўнг эса 100 мг/кг лик дозасини 14 мл/кг 5% лик глюкоза эритмасида 16 соат ичида вена ичига томчилаб юборинг Гавдаси каттароқ болалар учун глюкоза миқдорини кўпайтириш мумкин.

Аспирин ва бошқа салицилатлар

Заҳарланишнинг бу кўриниши кичик ёшдаги болалар учун хавфли, чунки уларда кейинчалик МНТнинг оғир токсик зарарланишига олиб келадиган ацидоз тез ривожланиши мумкин. Салицилатлар билан заҳарланган беморни тўғри даволаш анча қийин бўлади.

- Салицилатлар билан заҳарланишнинг типик белгилари: ацидотик нафас олиш (Куссмауля туридаги), қусиш, субъектив тарзда - қулоқ жаранглаши.
- Бўлса, активлаштирилган кўмир беринг. Салицилатлар таблеткалари ошқозон ичида қаттиқ массаларни шакллантиришга мойил бўлиб, бу ҳол ўз навбатида сўрилишнинг секинлашувига олиб келишини ёдда тутинг, шунинг учун ҳам активлаштирилган кўмирнинг бир неча дозасини бериб кўрилса зарар бўлмайди. Агар активлаштирилган кўмир бўлмаса, истеъмол қилинган доза жуда заҳарли бўлса, ошқозонни ювинг ёки юқорида келтирилган усул ёрдамида қустиринг.
- Ацидозни тўхтатиш ва сийдикдаги рН миқдорини 7.5 с гача ошириш учун

(салицилатларнинг ажралишини тезлаштириш учун) 4 соат ичида 1 ммоль/кг дозада гидрокарбонат натрий эритмасини в/ига юборинг. Қўшимча тарзда калий беринг. Ҳар куни сийдик рН ини текширинг.

- Болада сувсизланиш аломатлари бўлмаса в/и суюқликларини минимал, қўлловчи миқдорда қуйинг, бу ҳолда, бундан ташқари керакли регидратация ҳам ўтказинг (5-бобга қаранг).
- Ҳар 6 соатда қондаги глюкоза миқдорини текширинг, зарур бўлса унга ўзгартириш киритинг.
- К витаминини м/ига ёки в/ига 10 мг дозада юборинг

Темир бирикмалари

- Темир билан заҳарланишнинг аломатлари мавжудлигини текширинг: кўнгил айниши, қусиш, қориндаги оғриқлар ва ич кетиши. Қусиқ ва аҳлат массалари кўпинча кул ранг ёки қора рангда бўлади. Оғир ҳолларда ошқозон-ичакдан қон кетиши, артериал гипотония, уйқучанлик, талвасалар ва метаболик ацидоз пайдо бўлиши мумкин. Ошқозон-ичак аломатлари одатда биринчи 6 соатларда пайдо бўлади, шу вақт ичида аломатлар пайдо бўлмаган бола антидотлар билан даволашга муҳтож бўлмаслиги ҳам мумкин.
- Активлаштирилган кўмир, темир тузларини боғламайди, шунинг учун агар темирнинг потенциал заҳарли миқдори ошқозонга тушган бўлса ошқозонни ювиш зарурати устида ўйлаб кўриш керак.
- Антидотларни қўллаш ёки қўлламасликни ҳал қилинг. Давонинг бу тури ноҳўя ҳолатлар билан боғлиқ бўлганлиги учун уни фақат заҳарланишнинг клиник кўринишлари бўлгандагина тайинлаш мумкин (юқорига қаранг).
- Агар сиз антидот терапиясини олиб боришга қарор қилсангиз, дефероксаминни (50 мг/кг, максимал дозаси - 1 г), чуқур м/и инъекцияси йўли билан юборинг. Дозани ҳар 12 соатда такрорланг; агар боланинг ҳолати жуда оғир бўлса, дори моддасини 15 мг/кг/с дозада томчилаб вена орқали максимал - 80 мг/кг дозагача етказиб 24 соат ичида қуйинг.

Карбон оксиди (ис гази)

- Гипоксия белгилари йўқолгунча карбон оксидининг чиқишини тезлатиш учун тоза кислород беринг (боланинг тери қопламалари пуштиранг бўлганида ҳам гипоксия мавжуд бўлиши мумкинлигини ёдда тутинг.
- Пульсоксиметрия ўтказинг, бироқ бунда ускуна кўпайтирилган кўрсаткичлар бериши мумкинлигини ёдда тутинг. Агар иккилансангиз, гипоксемиянинг клиник аломатлари бор ёки йўқлигига қараб иш қилинг.

Заҳарланишнинг олдини олиш

- Ота-оналарга дори ва заҳарли моддаларни керакли контейнерларда болалар қўли етмайдиган жойларда сақлаш зарурлигини тушунтиринг.
- Ота-оналарга яна заҳарланиш содир бўлганда қандай қилиб биринчи ёрдам кўрсатишни тушунтиринг:
 - керосин, бензин ёки бензинли моддалар билан заҳарланган боланинг оғзи ва халқуми куйган бўлса ёки хуши сустлашган бўлса уни қустирмаслик керак.
 - бошқа барча ҳолларда – халқумнинг орқа деворини қитиқлаш йўли билан қустиринг зарур.

- заҳар ҳақида имкони борича кўпроқ маълумотлар(модда сақланган идиш, этикеткалари, намуна) олиб тезда болани шифохонага олиб бориш зарур.

1.6. Илон чақиши

- Ҳар қандай кучли оғриқ ёки оёқ-қўлларнинг шишиши, геморрагик кўринишлар ёки неврологик бузилишларнинг пайдо бўлиши билан бирга кечадиган, аҳволнинг маълум сабабларсиз оғирлашиши бўлганида илон чақишини тахмин қилиш керак.

Илон заҳари билан заҳарланиш диагнози

- Умумий белгилар шок, қусиш ва бош оғриғини ўз ичига олади. Чақилган жойни текширинг: некроз, қон кетиш ёки атрофдаги лимфатик тугунларнинг оғриқли катталашуви йўқми.
- Ўзига хос аломатлар заҳар ва унинг таъсирига боғлиқ бўлади. Уларга қуйидагилар киради:
 - шок;
 - аста-секинлик билан қўл-оёқлар бўйлаб юқорига ёйилиши мумкин бўлган маҳаллий шиш;
 - геморрагик кўринишлар – милк, яралар ёки микрожароҳатлардан қон кетиши;
 - ички қон кетишлар, асосан бош чаноғидаги;
 - нейротоксикоз белгилари: нафас олишнинг қийинлашуви ёки фалажланиши, птоз, бульбар фалаж (гапириш ёки ютиниш вақтидаги қийинчиликлар), қўл-оёқ мушакларининг кучсизлиги;
 - мушак тўқималарининг парчаланиши: мушак оғриқлари, сийдикнинг қора рангга бўялиши.
- Гемоглобин миқдорини текширинг (имконият бўлса қоннинг ивиш кўрсаткичларини аниқланг.

Даволаш

Биринчи ёрдам

- Ҳаракатланишни камайтириш ва заҳарнинг сўрилиш тезлигини пасайтириш учун қўл ёки оёққа шина қўйинг. Агар заҳари нейротоксик таъсирга эга бўлган илон чакканлиги гумон қилинса, жароҳатланган кул ёки оёкнинг бармоқларидан, чақиш жойидан проксимал соҳасигача кисиб боғланг.
- Ярани ювинг.
- Агар юқорида келтирилган клиник белгилардан бирортаси бўлса, болани иложи борича тезроқ антидоти бор бўлган шифохонага олиб боринг. Ўлдирилган илонни ҳам (агар бўлса) бола билан бирга шифохонага олиб боринг.
- Ярани кесиш ёки унга жгут қўйиш ярамайди.

Стационар шароитида ёрдам кўрсатиш

Шокка қарши тадбирлар ва нафас олишни тиклаш

- Шок ривожланган тақдирда, зарур муолажаларни бажаринг.
- Нафас олиш мушакларининг фалажи бир неча кун давом этиши мумкин. Бу, ўпкаларнинг интубацияси ва аппаратлар ёрдамидаги вентиляцияси ёки бўлмаса ходимлар/ёки қариндошлар томонидан навбат билан ниқоб (ёки эндотрахеал найча) ва нафас олиш халтачаси ёрдамида, мустақил нафас олиш тиклангунича ёрдамчи вентиляция қилишнинг заруратини туғдиради. Эндотрахеал найчани обдон мустаҳкамлашга эътибор бериш муҳимдир. Электив трахеостомия ўтказиш, муқобил усул бўлиши мумкин.

Антидотлар

- Агар тизимли ёки оғир маҳаллий бузилишлар (шиш, оёқ ёки қўлнинг ярмидан кўпрогини эгаллаган ёки яққол некротик ўзгаришлар) бўлса, имкон борича жароҳатланувчига антидот бериш керак.
- Аллергик реакциялар ривожланган ҳолларда, муцдак ичига киритиш учун адреналин ва вена ичига киритиш учун хлорфенирамин тайёрланг (куйига қаранг).
- Агар илоннинг тури маълум бўлса, моновалентли антидот беринг. Агар маълум бўлмаса, поливалентли антидотдан фойдаланинг. Зиддизаҳарни киритиш учун тайёрлаш кўрсатмаларига риоя қилинг. болалар учун дозалар катталарники билан бир хил бўлади.
- Антидотни 2-3 марта 0,9 фоизлик тузли эритмада эритиб вена ичига 1 соат ичида юборинг. Аввал антидотни секин юборинг ва анафилаксия ёки бошқа жиддий ножўя реакциялар пайдо бўлишини диққат билан кузатинг.
- Агар қичиш, уртикар тошма, безовталаниш, иситма, йўтал ёки қийинлашган нафас олиш пайдо бўлса, антидот юборишни тўхтатинг ва тери остига 0,01 мл/кг 1:1000 р-р ёки 0,1 мл/кг 1:10 000 р-р дозада адреналин, ҳамда 250 мкг/кг дозада тери остига, мушак ичига ёки вена ичига хлорфенирамин юборинг. Боланинг ҳолати барқарорлашгач антидотни секин киритишни қайтадан бошланг.
- Агар 1-2 соатдан сўнг болада геморрагик кўринишлар давом этса ёки нейротоксик ёки юрак-қон томири аломатлари чуқурлашса, антидотнинг қўшимча дозасини киритиш керак. Гемокогуляция бузилишининг давом этаётган белгилари 6 соатдан кейин ҳам йўқолмаганда ҳам шу муолажани бажариш керак.

Қоидага кўра, антидот қўлланилганида, қон қуйиш талаб этилмайди. Фақатгина жигар, ивишнинг зарур омилларини ишлаб чиқарсагина гемокоагуляция нормага қайтади. антидот таъсири остида неврологик аломатларнинг нормаллашуви жараёни ҳар хир тарзда кечади ва заҳарнинг турига боғлиқ бўлади.

- Агар антидот қуйишга реакция бўлмаса, уни такрорлаш керак.
- Илонларни баъзи турларининг чақиши туфайли пайдо бўлган неврологик бузилишларда, ацетилхолин эстеразаларнинг (АХЭ) ингибиторларини қўллаш, яхши самара беради (тафсилотларни, педиатрия бўйича стандарт қўлланмалардан қаранг).

Бошқа даво тадбирлари**Хирург маслаҳати**

Қўл-оёқларнинг кучли шиши, пульс бўлмаган, ўткир оғриқ ёки маҳаллий некроз мавжуд бўлган ҳолларда болани хирургга кўрсатишга ҳаракат қилинг.

Хирургик ёрдам қуйидагиларни ўз ичига олиши мумкин:

- ярадаги ўлик тўқималарни олиб ташлаш;
- зарур бўлса, қўл ёки оёқнинг юмшоқ тўқималарини ички эзилишини камайтириш учун фасцияларини кесиш;
- кенг кўламли некрозларда – терини қайта ўтқазиш;
- ютинишда қатнашадиган мушаклар фалажида, трахеостомия (ёки эндотрахеал интубация).

Қўлловчи парвариш

- Кунлик талабга қараб, ичишга суюқлик беринг ёки назогастрал зонд орқали юборинг Организмга киритилаётган ва ундан чиқаётган суюқликларни аниқ қайд қилиб боринг.
- Керакли оғриқ қолдирувчи воситалар беринг.

- Агар шиш бўлса оёқни кўтарилган ҳолатда ушланг.
- Қоқшолга қарши анатоксин қилинг.
- Фақат, чақиш жойидаги тўқималарда некроз бўлган ҳоллардагина антибиотиклар билан даволаш талаб этилади.
- Мушак орасига инъекция қилманг.
- Шифохонага келтирилган болани синчиклаб текширинг, кейинчалик, ҳеч бўлмаганда биринчи кунлар давомида ҳар соатда кўздан кечиринг, чунки заҳарланиш натижасида касалнинг аҳволи тўсатдан ёмонлашиб қолиши мумкин.

1.7. Чаён чақиши

Чаён чаққанидан сўнг бир неча кун давомида ўткир оғриқ бўлиши мумкин. Заҳарнинг тизимли таъсири катталардан кўра болаларда кўпроқ тарқалган бўлади.

Заҳарланиш диагнози

Заҳарланишнинг клиник ҳолати, заҳарнинг вегетатив нерв тизимига таъсири билан шартланиб бир неча дақиқалар ичида ривожланиши мумкин. У қуйидаги бузилишларни ўз ичига олади:

- шок;
- АБнинг кўтарилиши ёки тушиши;
- тезлашган ва/ёки нотекис пульс;
- кўнгил айниши, қусиш, қорин оғриғи;
- нафас қисилиши (юрак етишмовчилиги натижасида) ёки ўткир нафас етишмовчилиги;
- мушак учишлари ва спазмлар.

Даволаш

Биринчи ёрдам

- Болани иложи борича тезроқ шифохонага олиб бориш.

Стационар шароитида ёрдам

Антидот

- Агар оғир заҳарланиш аломатлари бўлса, имкони борича ўзига хос антидот беринг (услуби – юқорига қаранг, илон чаққанда антидотларнинг қўлланилиши).

Бошқа даволаш тадбирлари

- Юрак етишмовчилиги аломатлари мавжуд бўлса керакли даво ишлари олиб боринг
- Ўпка шишлари ривожланишида празозин қўллаш мумкин.

Қўлловчи парвариш

- Аҳволнинг оғирлигига қараб, ичгани парацетамол ёки ичгани ёки м/и га морфин тайинланг. Аломатлар жуда яққол кўринганда, чақиш жойини 1% лигнокаин (адреналинсиз) эритмаси билан инфльтрация қилинг.

1.8. Бошқа заҳарли хашаротларнинг тишлаши (чақиши)

Ёрдам беришнинг юқорида келтирилган қоидаларга риоя қилинг. Маҳаллий ёки ҳар қандай умумий бузилишлар мавжуд бўлганда, агар бор бўлса, антидот беринг.

- Заҳарли ўргимчакларнинг чақиши оғритиши мумкин, лекин улар камдан кам ҳолларда тизимли заҳарланишга олиб келади. Қорақурт (қора бева, *Latradectus lugubris*) каби баъзи турлар учун антидот мавжуд. Ўргимчаклар ҳужум қилганда қўлланиладиган антидотнинг дозалари организмга тушган заҳарнинг миқдорига қараб белгиланади. Кўплаб чақишлар (тишлашлар) мавжуд бўлган, оғир бузилишлар бўлган ва ёрдамга кеч мурожаат қилинган ҳолларда антидотнинг кўпроқ дозаси зарур бўлади.

1.9. Ҳайвонлар (итлар ва мушуклар) тишлаши

Клиникаси

Тишланган ёки чақилган яралар, шилинишлар, тирналган жойлар, яраларнинг четлари йиртилган кўринишида бўлади.

Ёрдам чоралари

- ярага ўлик тўқималарни олиб ташлаш борасидаги биринчи хирургик ёрдам бериш.
- агар тишлашдан 12 соатдан ортиқ вақт ўтмаган бўлса, ярани тикиш мумкин;
- панжа суяглари синганда шиналар қўйиш керак;
- 3 кун давомида 50 мг/кг дан суткада 4 марта пенициллин, ёки бошқа антибиотиклар (суткада 3 марта 40 мг/кг дан амоксициллин ёки 20-40 мг/кг дан амоксициллин- калий клавуланати ичилади);
- инфекциянинг биринчи белгилари пайдо бўлганда – антибиотиклар цефтриаксон ёки эритромицин ичирилади;
- болани антирабик вакцина билан эмланганлигини текширинг;
- қутуришнинг олдини олиш мақсадида антирабик зардоб билан даволаш учун - болани Пастер марказига жўнатиш;
- қоқшолга қарши анатоксин киритиш (агар иммунизация қилинган касал бўлса, охириги вакцинациядан 5 йил ўтган бўлса);
- бирламчи иммунизация тўлиқ бўлмаган бўлса, қоқшолга қарши инсон иммуноглобулини киритилади.

Асоратлар

- септик артрит
- остеомиелит
- сепсис
- қутуриш
- қоқшол
- газли гангрена
- чандиқлар ва тўқималарнинг ўзгариши (катта зарарланишларда)

1.10. Кўзиқоринлардан заҳарланиш

- Кўзиқоринлардан заҳарланиш, инсон учун заҳарли бўлган кўзиқоринларни истеъмол қилишидан келиб чиқади.
- Бўзарган қурбақа салласи ва *Amanita* туридаги (сморчоклар, говорушкалар) ва бошқа кўзиқоринлар кўпинча заҳарланишга сабаб бўлади. Заҳарли кўзиқоринларда, организмга тушганда гастроэнтерит, буйрак ва жигар некрози, сув-электродит мувозанати ва хўжайра мембраналари ўтказувчанлигини ошиши ва бузилишига сабаб бўладиган токсик моддалар мавжуд бўлади. Термик ишлов бериш токсинларни парчаламайди.

Клиникаси

- 1-босқич – умумий беҳоллик, кўнгил айниши, қусиш, қорин оғриғи, диарея, баъзан қонли. Болаларда заҳарланиш талвасалар, нафас олишнинг бузилиши, жағларнинг тортишиши билан бошланади.
- 2-босқич – латентлик даври 2 кундан 4 кунгача
- 3-босқич – кейинги коагулопатия, сариқ касаллиги, анурия, талвасалар, юрак етишмовчилиги ва хушнинг бузилиши билан кечадиган ўткир буйрак ва жигар етишмовчилиги клиникаси

Ёрдам чоралари

- токсикологик марказга олиб бориш
- шошилишч экстракорпорал детоксикация
- ошқозонни ювиш, қусишга қарши воситалар, тузли сурғилар
- инфузияли терапия, тезлаштирилган диурез
- липа кислотаси 200-300 мг/кг бир суткада в/и
- жигар ва буйрак етишмовчилигини даволаш

Оқибати

- 40-90% фоиз ҳолларда ўлимга олиб келади. Ўз вақтида зарур даволаш олиб борилганда – тузалиш, ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса – 50% фоиз касалларда касалликнинг 5-8 кунда ўлим ҳолати.

1.11. Ботулизм**Анамнез**

Термик ишлов берилмаган маҳсулотлар, уй шароитида консервация қилинган маҳсулотларни истеъмол қилиш натижасида пайдо бўлади.

Клиникаси

- Продромал давр – беҳоллик, кучсизлик, тана ҳароратининг кўтарилишида узактиладиган умумий интоксикация
- Гастроэнтерит синдроми – қайталаб қусиш, оғиз қуруқлиги, қорин оғриши, кўп бўлмаган, аралашмаларсиз суюқ нажас
- Тарқалган неврологик кўринишлар даври. Бош мия нервларининг кетма-кетлик билан пастга тушувчи парез ва параличларнинг ривожланиши (сезги бузилишлари ботулизмга хос эмас):
 - бульбар парез ёки фалаж аломатлари – дизартрия, дисфония, дисфагия, диплопия
 - птоз, кўз қорачиқларининг яққол кенгайиши ва анизокория, нистагм, офтальмоплегия, тил ости асаб толасининг зарарланиши, юмшоқ танглай ва ҳиқилдок усти парези
 - мушаклар гипотонияси ривожланиши билан кечадиган симметрик ва пастга тушувчи парезлар ва параличлар, нафас мушакларининг прогрессиив шикастланиши (нафас етишмовчилигини ҳис қилиш, кўкрак қафасининг сиқилиши, тезлашган юзаки нафас).
 - гипоксия натижасида нафас олишнинг тўхтаб қолишигача давом этадиган кучаювчи цианоз.
- Симпатик асаб тизими тонусининг устунлиги билан кечадиган вегетатив дисфункция (тери ва шиллиқ пардаларнинг қуриши, терининг бўзариши, АБ кўтарилишига мойиллик).

Ёрдам чоралари

- Ботулизм гумон қилинган касаллар мажбурий тарзда шифохонага ётқизилишлари шарт
- Тезлик билан ошқозонни ювиш ва кучли тозаловчи клизмалар ёрдамида ичакларни тозалаш
- Гетерологик ботулинга қарши зардобни в/и юбориш. Кўзғатувчининг типи аниқланмаган бўлса, зардобнинг 3 типи юборилади: А ва Е 10.000 МЕ дан ва В 5.000 МЕ дозада. Токсиннинг тури аниқланган бўлса, фақат айнан ўша турга хос бўлган зардоб бир марта юборилади (1-3 суткаларда қўлланилганда самара яққолроқ кўринади). 2 ёшгача бўлган болаларга умумий бир марталик ва курс дозаси 2 марта камайтиради.
- Касалликнинг биринчи кунларидан бошлаб 7-10 кун давомида антибиотиклар терапиясини олиб бориш
- Танланадиган восита – левомецетин сукцинати, болалар учун суткасига – 50-80 мг/кг.
- Дезинтоксикация терапияси, тезлаштирилган диурез
- Касалликнинг оғир кўринишларида – глюкокортикоидлар парентерал равишда, масалан, преднизалон 3 мг/кг дан,
- Нафас олиш мушакларининг фалажи белгиларида – ўпканинг сунъий вентилизациясини (ЎСВ) олиб бориш мақсадида шошилишч интубация, давомли ЎСВ ҳолларида трахеостомия қилинади.

Асоратлар

- Аспирацияли Пневмония
- Миокардит
- Миозит
- Зардоб касаллиги

2 БОБ**КАСАЛ БОЛАГА ДИАГНОСТИК ЁНДОШУВ**

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 2.1. Анамнез йиғиш | 2.3. Лаборатория текширишлари |
| 2.2. Бемор болага қараш | 2.4. Дифференциал диагноз |

2.1. Анамнез йиғиш

Одатда сўровнинг бошида асосий шикоятлар аниқлаб олинади:

Сиз бола билан нега шифохонага келдингиз?

Ундан сўнг касаллик анамнези йиғилади. Анамнез йиғиш жараёнида боланинг ривожланиш тарихи, оила тўғрисидаги маълумотлар, хусусан унинг ижтимоий-иқтисодий ҳолати ва боланинг яшаш шароитига эътибор берилади. Охирги маълумотни маслаҳат бериш ва зарур маълумотлар бериш билан боғлаш мумкин: безгак касаллигида-боланинг кроватини чивинга қарши тўрпарда билан ёпиш, диареяда-болани кўкрак орқали эмизишни тавсия этиш ва гигиена талабларига риоя қилиш, Пневмонияда хоналар ичидаги ҳавони ифлосланишига қарши курашиш каби маслаҳатлар.

Кичик ёшдаги чақалоқлар учун ҳомиладорлик ва туғруқ тарихи жуда муҳимдир. Анамнез йиғишда уларнинг овқатланиши қандай бораётганлиги билан танишиш зарур. Бола катта бўлгани сари унинг ривожланиш ва ўзини тутиш ҳоллари муҳим бўла боради. Кичик болалар учун анамнезни уларнинг ота-оналари ёки бошқа қариндошларидан йиғилади, каттароқ бола эса муҳим маълумотларни ўзи беради

2.2. Касал болага қараш ва клиник кузатишлар олиб бориш

Муҳим белгиларни қолдирмаслик учун барча болаларни обдон текшириш зарур. Бироқ катта кишиларни текширишдаги узлуксиз ёндошувдан фарқли ўлароқ, болани иложи борица камроқ безовта қилган ҳолда текшириш олиб бориш керак.

- Болани заруратсиз безовта қилманг.
- Бола онаси ёки бошқа қариндошининг қўлида бўлсин.
- Аввал иложи борица кўпроқ зарур аломатларни текширишга ҳаракат қилинг. Қуйидагиларни аниқлаб олинг:
 - Бола ўзини қанчалик фаол тутмоқда, у атрофдагилар билан қизиқяптими, атрофга қараяптими?
 - Бола ланжлик, уйқусираш кўринмаяптими?
 - Ортиқча безовталик белгилари йўқми?
 - Қусмаяптими?
 - Бола эма оладими?
 - Бола кўкарган ёки оқаргандек (рангпар) кўринмаяптими?
 - Болада оғир нафас етишмовчилиги белгилари йўқми?
- Бола нафас олганда қўшимча мушакларини ишлатяптими?
- Кўкрак қафасининг пастки қисми ич томонга тортилмаяптими?
- Боланинг нафаси бўғилмаяптими?
- Нафас олиш тезлигини сананг.

Болани безовта қилишдан олдин мана шу ва бошқа белгиларга эътибор бериш зарур. Сиз кўкрак қафасининг пастки қисмида тортилиш борлигини кўриш ёки нафас олиш тезлигини текшириш учун унинг онаси ёки қариндошидан болани кўкрак қафаси соҳасининг бир қисмини аста очишни сўрашингиз мумкин. Нафас олиш тезлиги каби муҳим белгиларни аниқлаш пайтида бола йиғлашни бошласа, уни тинчлантириш учун бир оз вақт онаси билан ҳоли қолдириш, ёки онасидан болани эмизишни сўраш мумкин.

Сўнг, бола билан бевосита алоқа талаб этиладиган, кўкрак қафасини эшитиш каби текширишларга ўтишингиз мумкин. Йиғлаётган боланинг кўкрак қафасини аускультация қилишдан унча наф бўлмайди. Шунинг учун тана ҳарорати ёки терининг таранглигини текшириш каби болани безовта қиладиган текширишларни энг охирида ўтказиш зарур.

2.3. Лаборатория текширувлари

Лаборатория текширувлари, дифференциал диагностикани осонлаштиришга ёрдам берадиган физикал текширув ва анамнез маълумотлари асосида олиб борилади. Педиатрия ёрдами кўрсатадиган унча катта бўлмаган барча шифохоналарда қуйидаги асосий лаборатория текширувларини олиб бориш имкони бўлиши зарур:

- гемоглобин ва гематокрит;
- безгак паразитларини аниқлаш учун қон анализи;
- қондаги глюкоза миқдори;
- ОМС ва сийдик микроскопияси;
- Қон гуруҳини аниқлаш ва тўғри келишга намуна олиш;
- ОИВ га текшириш.

Янги туғилган хаста чақалоққа (1 ҳафтагача ёшдаги) ёрдам кўрсатишда қон таркибидаги билирубин миқдорини аниқлаш ҳам муҳимдир.

Бу тестларни кўрсаткичлари қўлланманинг белгиланган бўлимларида келтирилган Мураккаб ҳолларда пульсоксиметрия, кўкрак қафасининг рентгенографияси, қоннинг бактериологик экиб кўрилиши, нажас микроскопияси каби бошқа текширувлар ёрдам бериши мумкин.

2.4. Дифференциал диагноз

Текширишни тугатгач, болада касаллик пайдо қилиши мумкин бўлган ҳар хил ҳолатлар тўғрисида мулоҳаза қилиб кўринг ва тахминий диагнозлар рўйхатини тузинг. Бу нарса нотўғри фаразлар ва нотўғри диагноз шаклланишининг олдини олиб, кам учрайдиган ҳолатларни назардан четда қолмаслигига ёрдам беради. Болада бир вақтнинг ўзида даволашни талаб этадиган бир қанча касаллик ёки клиник ўзгаришлар бўлиши мумкинлигини ёдда тутинг

1.4-бўлим ва 1–4 жадвалларда касал болани баҳолаш вақтида аниқланган дифференциал диагноз бўйича маълумотлар мавжуд. Ҳар бир бобнинг бошида ўзгаришларнинг асосий кўринишлари бўйича дифференциал диагностика жадваллари берилган. Улар, асосий ва иккиламчи диагноз қўйиш учун фойдаланиш мумкин бўлган симптоматика тафсилотлари, физикал текширувлар натижалари ва лаборатория тестларини ўз ичига олади.

Асосий диагноз қўйилиб, барча бирга кечувчи иккиламчи муаммолар аниқланганидан сўнг режа тузиб, даволашни бошлаш зарур. Даволаш режасини тузишда, бир вақтда, бир қанча касаллик ёки патологик ҳолатлар мавжуд бўлиши мумкинлиги ва уларни комплекс тарзда инobatга олиш кераклигини яна бир марта таъкидлаш зарур. Қайтадан олинган клиник маълумотларни текшириш ёки олиб борилган даво таъсирини таҳлил қилишда дифференциал диагностика жараёнига қайтиш зарур. Бу босқичда асосий диагноз қайта кўриб чиқилиши ёки янги бирга келадиган диагнозлар таъриф қилиниши мумкин.

3-БОБ

ЙЎТАЛ ВА НАФАС ҚИЙИНЧИЛИГИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ҲОЛАТЛАР

(йўтал, бирлаштирувчи синдром сифатида кўрилади)

Йўталаётган бола	Ўткир респиратор касалликда обструктив синдром
Пневмония	Стридор билан кечадиган ҳолатлар
Ўта оғир пневмония	Сохта круп
Оғир пневмония	Дифтерия
Пневмония (оғир бўлмаган)	Сурункали йўтал билан кечадиган ҳолатлар
Экссудатив плеврит	Кўкйўтал
Ўткир респиратор касалликлар	Сил
Обструктив синдром	Ёт жисм аспирацияси
Бронхиолит	Юрак етишмовчилиги
Астма	

Йўтал ва нафас қийинчилиги – кичик болаларда анча кўп учрайдиган муаммодир. Бу боб 2 ойдан 5 ойгача бўлган чақалоқлардаги йўтал ёки нафас қийинчилиги ёки ҳар иккаласининг ҳам муҳим сабабларини кузатиш борасидаги қўлланмадир. Кўпчилик ҳолларда йўтал шамоллаганда, ва кўпинча бир болада йилига бир неча марта кузатилади. Йўтал ёки нафас қийинчилиги билан бирга кечадиган жиддий касалликлар орасида Пневмония кўп учрайди, бу ҳолни дифференциал диагноз қўйишда биринчи ўринда ҳисобга олиш зарур.

3.1. Йўталаётган бола

Анамнез

Қуйидаги белгиларга алоҳида эътибор беринг:

- йўтал
 - давомийлиги (кунлар сони);
 - характерли талвасали нафас олиш, қусиш ёки умумий цианоз билан кечадиган пароксизмал йўтал;
- сил (ёки сурункали йўтал) билан оғриган оила аъзоси билан алоқада бўлиш;
- анамнезида нафас олиш йўлларида тасодифий механик обструкциянинг мавжудлиги (масалан бола нимадандир тиқилиб қолди);
- қилинган эмлашлар рўйхати: БЦЖ, АКДС, қизамиқ;
- бола ёки оила анамнезидаги астма;
- бола, ёки унинг ота-онасидаги тасдиқланган ОИВнинг юқиш ҳоллари.

Физикал текширув

Умумий кўрик

- умумий цианоз;
- инқиллаб нафас олиш, бурун катагини кенгайиши, астмоид нафас, стридор;
- тасдиқловчи ҳаракатлар (бошнинг нафас олиш қийинлигини кўрсатувчи нафас олаётгандаги ҳаракатлари);
- кафтларнинг яққол оқариши.
- қопқа венасида босимнинг ошиши.

Кўкрак қафаси

- нафас олиш ҳаракатларининг тезлиги (бола эркин ҳолатида 1 дақиқадаги нафас олиш ҳаракати сонини сананг);

тезлашган нафас: 2 ойликкача 60 ва ундан ортиқ нафас олиш
2-11 ойлик даврида: 50 ва ундан ортиқ нафас олиш
1-5 ёшлигида: 40 ва ундан ортиқ нафас олиш

- нафас олаётганда кўкрак қафасини пастки қисмининг тортилиши;
- юрак чўққиси турткисининг сурилиши/ трахеянинг ўрта чизиқдан сурилиши;
- ўпка аускултациясида – намли хириллаш ёки бронхиал нафас олиш;
- юрак аускултациясида – от чопиши ритми;
- перкуссияда – плевра бўшлиғига сув йиғилиши (ўтмас перкутор товуш) ёки пневмоторакс белгилари (қути ёки тимпаник товуш);

Эслатма: кўкрак қафаси пастки қисмининг тортилиши нафас олганда пайдо бўлади; агар бола нафас олганда фақат қовурғалар ораси ёки ўмров усти соҳаси ичга тортилса, бу ҳол кўкрак қафасининг пастки қисмининг тортилиши дейилмайди.

Қорин

- пайпасланувчи ҳосилалар, масалан катталашган лимфа безлари;
- жигар ва талоқнинг катталашиши.

Кўшимча текширувлар

Даволаш таъсир қилмайдиган; асоратли ёки ОИВ-инфекцияси билан кузатиладиган ўта оғир Пневмония ёки оғир Пневмония билан оғриган болаларнинг кўкрак қафасини рентгенологик текшириш.

5-жадвал. Йўталаётган ёки қийналиб нафас олаётган болаларда дифференциал диагностика ўтказиш

Диагноз	Симптомлари
Пневмония	Йўтал ва тез нафас олиш Кўкрак қафаси пастки қисмининг тортилиши Иситма Аускултация пайтидаги намли хириллаш Бурун катklarининг кенгайиши Инграб нафас олиш Тасдиқловчи ҳаракатлар
Оғир анемия	Кафтларнинг яққол оқариши Гемоглобин <60 г/л
Юрак етишмовчилиги	Қопқа венасида қон босимининг ошиши Юракнинг устки турткисини чапга сурилиши Галоп ритми Юракдаги шовқинлар Ўпканинг пастки қисмларидаги майда пуфакли хириллашлар Пайпаслаш вақтида аниқланган жигарнинг катталашганлиги
Юракнинг туғма касаллиги	Цианоз Овқатлантириш, ёки кўкракдан эмизиш вақтида қийналиш Катталашган жигар Юракдаги шовқинлар
Сил	Сурункали йўтал (30 кундан ортиқ) Ривожланишда ортда қолиш / вазннинг етишмаслиги ёки озиш Манту синовидида мусбат реакция Анамнезда сил билан оғриган бемор билан алоқада бўлиш Кўкрак қафасини рентгенологик текшируви бирламчи комплекс ёки миляр силни аниқлаши мумкин Каттароқ ёшдаги болаларнинг балғами текширилганда сил микобактериялари топилиши
Кўк йўтал	Ўзига хос талвасали нафас олиш, қусиш, цианоз ёки апоноэ билан бирга кечадиган пароксизмал йўтал Йўтал хуружлари орасидаги ўзини яхши ҳис қилиш Иситманинг йўқлиги Анамнезда АҚДС эмлашининг йўқлиги
Ёд жисм	Нафас олиш йўлларида тўсатдан механик обструкция бошланади (бола «тиқилиб қолди») Тўсатдан стирдор ёки нафас етишмовчилигининг ривожланиши. Аускультация вақтида астмоид ёки суст нафас олишнинг ўчоқли соҳалари

Плевра эмпиемаси	Перкутор тумтоқ товуш Нафас шовқинларининг эшитилмаслиги
Пневмоторакс	Тўсатдан бошланиш Перкуссияда кўкрак қафасини бир томонида тимпаник товуш Кўкс органларининг силжиши
Пневноцистли пневмония	Умумий цианоз билан оғриган 2-6-ойлик бола Кўкрак қафасининг кенгайиши Нафас олиш тезлашган Бармоқлар «ноғора таёқчалари кўринишида» Аускультатив ўзгаришлар бўлмаса ҳам рентгенограммада ўзгаришлар мавжуд Жигар, талоқ, лимфа безлар катталашган Бола ёки унинг онасида ОИВга мусбат-тест
Безгак	Иситма чиққанда боланинг нафас олиши тезлашади Қон суртмасида безгак қўзғатувчиларининг топилиши Безгак бўйича ноқулай бўлган минтақада яшаш ёки у ерга бориш Безгакнинг оғир шаклида: чуқур нафас олади (ацидотик) Ўпка аускультациясида патологик белгилар сезилмайди

3.2. Пневмония

Одатда Пневмония вирус ёки бактериялар сабабли ривожланади. Кўпчилик жиддий ҳоллар бактериал инфекция билан боғлиқ. Бироқ, қоидага кўра, клиник белгилар ёки кўкрак қафасини рентгенологик текширувига асосланиб, қўзғатувчининг турини аниқлаш мушкул. Клиник кечишга кўра, Пневмония ўта оғир, оғир ёки энгил Пневмонияларга бўлинади. Барча ҳолларда антибиотиклар билан даволаш зарур бўлади. Оғир ва ўта оғир Пневмония стационар шароитида амалга оширилидиган кислород қўллаш каби қўшимча даволаш усулларини талаб этади.

6-жадвал. Пневмониянинг оғирлик даражаларини 10-ХКТ бўйича таснифи

Белги ёки аломат	Тасниф	Даволаш
<ul style="list-style-type: none"> ■ Умумий цианоз ■ Оғир нафас етишмовчилиги (масалан, тасдиқловчи ҳаракатлар) 	Ўта оғир пневмония	Шифохонага ётқизиш Тавсия этилган антибиотик тайинланг Кислород беринг Нафас олиш йўлларининг очиклигини кузатиб боринг Зарур ҳолларда ҳароратни тушириш чораларини кўринг
<ul style="list-style-type: none"> ■ Нафас олганда кўкрак қафасининг пастки қисмини тортилиши 	Оғир пневмония	Шифохонага ётқизиш Тавсия этилган антибиотик тайинланг Нафас олиш йўлларининг очиклигини кузатиб боринг Зарур ҳолларда ҳароратни тушириш чораларини кўринг
<ul style="list-style-type: none"> ■ Тезлашган нафас олиш 2 ойлик болада 1 дақиқада 60 ва ундан ортиқ нафас; 2–11 ойлик болада 1 дақиқада 50 ва ундан ортиқ нафас; 1–5 ёшлик болада 1 дақиқада 40 ва ундан ортиқ нафас; ■ Аускультацияда нам хириллаш аниқ билинади 	Пневмония	Шифохонага ётқизиш 5 кун давомида керакли антибиотик тайинланг Хавфсиз восита билан томоқни юмшатиб йўтални энгиллаштиринг
<ul style="list-style-type: none"> ■ Пневмониянинг ҳеч қандай белгилари сезилмайди 	Пневмония йўқ, йўтал ёки шамоллаш	Уйда парваришлаш. Уйда даволаш, зарур ҳолларда антибиотиклар тайинлаш. Хавфсиз воситалар билан томоқни юмшатиш ва йўтални энгиллаштириш. Онасига, қандай ҳолда яна врачга мурожаат қилишни тушунтириш. Агар аҳвол яхшиланмаса 5 кундан сўнг қайта кўрик. Агар йўтал 30 кундан ортиқ чўзилса сурункали йўтални даволаш йўриқларига риоя қилиш

3.2.1. Ўта оғир Пневмония

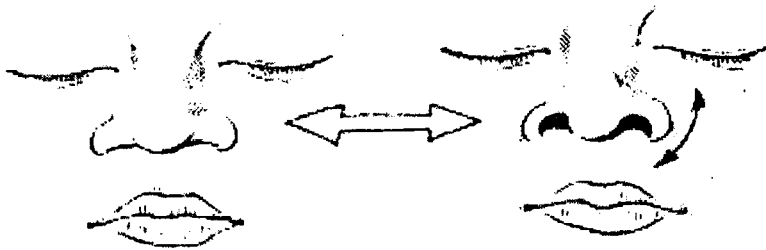
Диагноз

Йўтал ёки қийин нафас олиш + қуйидаги аломатларнинг ҳеч бўлмаганда биттаси:

- умумий цианоз;
- эма олмаслик, сув ича олмаслик ёки ҳар қандай овқат ёки суюқликдан кейин қайт қилиш;
- талвасалар, хуши сустлашганлик ёки хушсизлик;
- нафас етишмовчилиги.

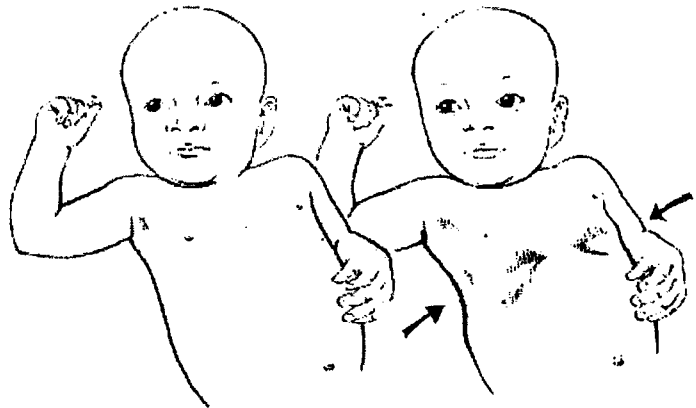
Нафас чиқариш

Нафас олиш



Нафас олишда кўкрак қафасининг пастки қисми ичга тортилади

Бурун катакларининг кенгайиши: нафас олишда улар ташқарига тортилади.



Нафас чиқариш

Нафас олиш

Бундан ташқари пневмония ёки оғир пневмониянинг баъзи ёки барча бошқа белгилари мавжуд бўлиши мумкин масалан:

- тез нафас олиш: ёши <2 ой: >60/дақиқада
ёши 2-11 ой: >50/дақиқада
ёши 1-5 ёш: >40/дақиқада
- бурун катакларининг кенгайиши;
- инграб нафас олиш (кичик ёшдаги болаларда);
- кўкрак қафасини пастки қисмининг тортилиши (нафас олганда пайдо бўлади; агар бола нафас олганда фақат қовурғалар ораси соҳалари ёки ўмров усти соҳалари ичга тортилса, бу ҳол, кўкрак қафаси пастки қисмининг тортилиши деб ҳисобланмайди);
- кўкрак қафаси аускултациясида пневмония белгилари мавжуд;
- сушт нафас;
- бронхиал нафас;
- намли хириллаш;

- плевра экссудати устида товуш резонансининг кучайиши – бўлакчи зичлашиш устида эса сусайиши;
- плевранинг ишқаланиш шовқини.
- Агар имконият бўлса оғир ёки ўта оғир Пневмония деб гумон қилинаётган барча болаларда артериал қоннинг кислород билан тўйиниш даражасини пульсоксиметрия ўтказиб текшириб кўринг.
- Агар имконият бўлса, (плевра бўшлиғидаги суюқлик, плевра эпиемиси, пневмоторакс, пневматоцеле, интерстициал Пневмония ва перикард суюқлиги) аниқлаш мақсадида кўкрак қафасининг рентгенологик текширувини ўтказинг.

Даволаш

- Болани шифохонага ётқизинг

Антибиотиклар билан даволаш

- 5 кун давомида ампициллин (50 мг/кг м/и ҳар 6 соатда) ва гентамицин (7,5 мг/кг м/и кунига 1 марта) беринг; агар бола антибиотик даводан яхшилана борса, перорал амоксициллин (15 мг/кг кунига 3 маҳал) + 5 кун давомида м/и кунига 1 марта гентамицин тайинлаб, даволашни уйда ёки шифохонада тугалланг.
- Бошқа усул: цефтриаксон (80 мг/кг м/о ёки в/и 1 марта) тайинланг.
- Агар, 48 соат ичида боланинг ҳолати яхшиланмаса, стафилококкли Пневмонияда тавсия этилганидек, гентамицин (7,5 мг/кг м/о кунига 1 марта) ёки клоксациллин (50 мг/кг м/и ёки в/и ҳар 6 соатда) билан даволашга ўтинг. Боланинг ҳолати яхшилангач, клоксациллин ёки диклоксациллинни 3 ҳафталик курс тугагунча, кунига 4 марта оғиз орқали беришда давом этинг.

Кислород терапияси

- Ўта оғир Пневмония билан оғриган барча болаларга кислород терапияси тавсия этилади.
- Пульсоксиметрия қилиш имкони бўлса, ундан кислород терапияси учун маълумотлар олиш мақсадида фойдаланинг (артериал қоннинг кислород билан тўйиниш даражаси 90% дан кам).
- Бурун айриси (вилка), бурун ёки бурун-халқум катетеридан фойдаланинг.
- Кичик ёшдаги чақалоқлар учун бурун айриси(вилка)дан фойдаланган маъқул. Юз ёки бош нафас бериш ниқобларини қўллаш тавсия этилмайди. Доимо кислород бериш имкони бўлиши зарур. Кислород беришнинг турли усуллари ва улардан фойдаланиш тасвирларини қиёслаш.
- Гипоксия белгилари йўқолмагунча (кўкрак қафасининг пастки қисмини тортилиши ёки нафас олиш тезлиги > 70/дақиқада) кислород беришни давом эттиринг.

Ҳамширалар ҳар 3 соатда катетер ёки вилкага шиллиқ тикилиб қолмаганлигини, уларнинг тўғри ўрнатилганлигини ва барча қўшилмаларнинг маҳкам турганлигини текшириб турадилар.

Кислороднинг икки асосий манбаи мавжуд – кислород балонлари ва концентраторлари. Ускуналар айрим элементларининг бир-бирига мос келишини текширилиши, уларга тўғри хизмат кўрсатилиши ва ходимлар улардан фойдаланишга ўргатилган бўлиши муҳимдир.

Қўлловчи парвариш

- Агар болада тана ҳарорати анча юқори бўлса (> 39 °С), бу умумий ҳолатни ёмонлаштиради, унга парацетамол беринг.
- Астмоид нафасда тез таъсир қилувчи бронхолитик дори воситаси беринг

Агар боланинг ўзи туфлай олмаса аспирация орқали барча суюқ ажралмаларни оҳиста олиб ташланг.

- Бола ҳар куни ўзига керакли суюқлик миқдорини олаётганлигига ишонч ҳосил қилинг, бироқ гипергидратацияни олдини олинг.
- Эмизиш ва оғиз орқали суюқлик беришни рағбатлантиринг.
 - Агар бола ича олмаса назогастрал катетер орқали кам кам миқдорда суюқлик беринг. Агар боланинг ўзи ича (эма) олса назогастрал катетер қўлламанг, чунки бунда аспирацион Пневмония хавфи ортади. Агар бир вақтнинг ўзида ҳам кислород, ҳам назогастрал катетер орқали суюқлик берилаётган бўлса, унда ҳар иккала зондни ҳам буруннинг битта катагидан киритинг.
- Иложи борича тезроқ болани оддий овқатланишга ўтказинг (овқат ейишни бошлаши билан).

Кузатиш

Ҳамшира бола ҳолатининг касаллик тарихида, ҳеч бўлмаганда ҳар 3 соатда, врач эса кунига 2 марта белгилаб туриши керак. 2 кун ичида асоратлар бўлмаса, яхшиланиш белгилари пайдо бўлиши керак (тезлашмаган нафас олиш, кўкрак қафаси пастки қисми ичга тортилишининг камайиши, тана ҳароратининг тушиши ва овқатланиш ва сув ичишнинг яхшиланиши).

Асоратлар

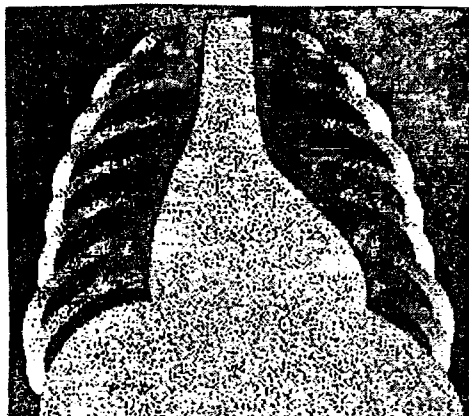
Агар боланинг аҳволи 2 кундан сўнг яхшиланмаса ёки ёмонлаша бошласа уни асоратларга ёки бошқа патологияга гумон қилиб текширинг. Кўкрак қафасининг рентгенологик текширувини ўтказинг. Энг кўп учрайдиган типик асоратлар қуйида берилган.

Стафилококкли пневмония. Даволашга қарамасдан аҳволнинг кескин ёмонлашиши, рентгенологик тасдиқланган пневматоцеле ёки пневмоторакс, балғамда кўплаб грам мусбат коккларнинг мавжудлиги, балғам экилганида ёки плеврал бўшлиқ пунктатларида *S. Aureus*нинг яққол ўсиши стафилококкли пневмония гумон қилинишига сабаб бўлади. Кўшимча белги – терида кўплаб йирингли ярачаларнинг мавжудлиги.

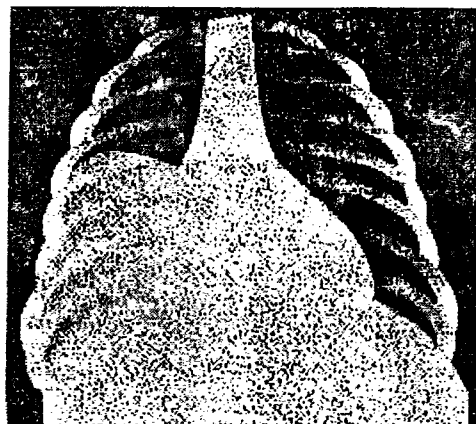
Клоксациллин (ҳар 6 соатда 50 мг/кг м/и ёки в/и) ва гентамицин(кунига 1 марта 7,5 мг/кг м/и ёки в/и) беришни давом эттиринг. Боланинг аҳволи яхшилангач 3 ҳафталик курс тугагунча кунига 4 марта клоксациллин беришда давом этинг. Болага клоксациллин ўрнида бошқа антибиотиклар, масалан, оксациллин, флюклоксациллин ёки диклоксациллин қўллаш мумкинлигига эътибор беринг.

Плевра эмпиемаси. Узоқ давом этадиган иситма, плевра бўшлиғида суюқлик мавжудлигининг физикал ва рентгенологик белгиларида гумон қилиш зарур.

Сил. Иситма 2 ҳафтадан ортиқ вақт мобайнида Пневмония аломатлари билан бирга давом этса, болани сил касаллигини инкор этиш учун текшириш зарур. Агар иситманинг кўтарилишини бошқа сабаблар билан изоҳлаш имкони бўлмаса олдиндан, сил диагнозини қўйиб, миллий тавсиялар ва даволашнинг кейинги таъсирини баҳолаш билан силга қарши даволаш курсини бошлаш керак.



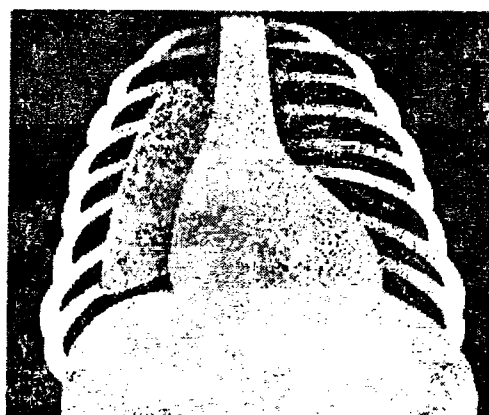
Соғлом кўкрак қафасининг рентгенограммаси



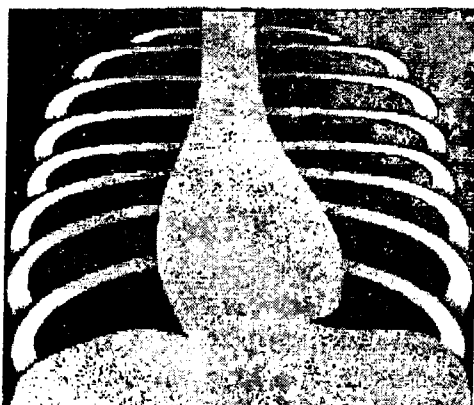
Массив қорайиш билан кўринадиган ўнг тараф пастки қисм пневмония сизда кўкрак қафасининг рентгенограммаси.



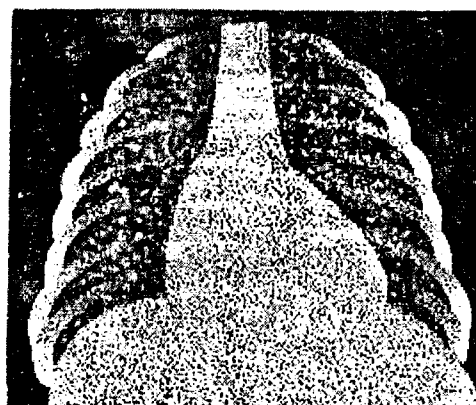
Стафилококкли пневмонияда кўкрак қафасининг рентгенограммаси. Ўзига хос аломатлар: пневматоцеле (ўнг тарафдаги қисмда) ва ҳаво/суюқлик мавжуд абсцесс (чап тарафдаги қисмда).



Пневмотораксдаги кўкрак қафасининг рентгенограммаси. Ўнг ўпка (рамда чап тарафда) илдизга томон сиқилган, ўпка структурасиз шаффоф муҳит билан ўралган. Чап томонда соғлом ўпка тўқимаси кўриниб турибди.



Кўкрак қафасининг хаддан ташқари кенгайиши рентгенограммаси. Типик белгилар: кўндаланг диаметрнинг кенгайиши, қовурғаларнинг кўпроқ горизонтал жойлашуви, юрак соясининг кичрайиши ва диафрагма гумбазининг яссиланиши



Милиар силдаги кўкрак қафасининг рентгенограммаси. Ҳар иккала ўпкада ёйилиб жойлашган кўплаб майда инфильтратлар кўриниб турибди: «қор бўрони» кўриниши

3.2.2. Оғир пневмония

Диагностика

Йўтал ёки қийин нафас олиш + қуйидаги белгиларнинг ҳеч бўлмаса биттаси:

- кўкрак қафаси пастки қисмининг ичга тортилиши;
- бурун қанотларининг кенгайиши;
- инқиллаб нафас олиш (кичик ёшдаги гудакларда).
- Ўта оғир пневмониянинг қуйидаги белгилари йўқлигига ишонч ҳосил қилинг:
 - умумий цианоз;
 - эма олмаслик ёки ича олмаслик;
 - ҳар қандай овқатдан кейин қайт қилиш;
 - талвасалар, ҳуши сустлашганлик ёки ҳушсизлик;
 - ўткир нафас етишмовчилиги.

Булардан ташқари пневмониянинг бошқа бир неча ёки барча белгилари бўлиши мумкин:

- тезлашган нафас :

ёши <2 ойлик:	>60/дақиқада
ёши 2-11 ойлик:	>50/дақиқада
ёши 1-5 ёш:	>40/дақиқада
- кўкрак қафаси аускултациясида Пневмония белгилари:
 - суст нафас;
 - бронхиал нафас;
 - намли хириллаш;
 - плевра экссудати устида товуш резонансининг кучайиши – бўлакли зичлашиш устида эса сусайиши;
 - плевранинг ишқаланиш шовқини.

Камдан кам ҳолларда оддий рентгенограммалар оғир Пневмония ҳолатларида парваришлаш тўғрисида маълумот беради, шунинг учун рентгенологик текшириш ўтказиш тавсия этилмайди.

Даволаш

Болани шифохонага ётқизинг.

Антибиотик терапияси

- Ҳар 6 соатда 50 000 ЕД /кг м/о бензилпенициллин беринг, ҳеч бўлмаганда 3 кун мобайнида.
- Боланинг аҳволи яхшиланганда амоксициллинга ўтинг (оғиз орқали кунига 2 марта 25 мг/кг). Курснинг умумий давомийлиги 5 кун.
- Агар 48 соат ичида боланинг аҳволи яхшиланмаса ёки ёмонлашса, асоратлар мавжудлигига гумон қилиб, лозим бўлган даволашни бошланг (юқорида берилган ўта оғир Пневмонияда ва қуйида берилган ОИВ инфекциясига гумон қилингандаги ҳаракатлар). Агар яққол асоратлар бўлмаса, цефтриаксонга ўтинг (80 мг/кг м/о ёки в/и кунига 1 марта) ва боланинг аҳволи яхшиланмагунча давом эттиринг. Кейин оғиз орқали амоксациллинга ўтинг (25 мг/кг кунига 2 марта).

Кислород терапияси

- Нафас тезлиги > 70/дақ. ёки нафас олганда кўкрак қафасини пастки қисми ичга тортилаётган ҳар бир болага кислород беринг.

Кўлловчи парвариш

Юқорида берилган ўта оғир Пневмония ҳолатларидаги ҳаракатларга қаранг

Кузатиш

Ҳамшира боланинг аҳволини камида 3 соатда бир марта, врач эса кунига камида 2 марта текшириб туриши керак. Нафас олиш тезлиги ва тана ҳароратини белгиланг, боланинг хуш даражаси ва сув ича олиш ёки эма олиш қобилиятини текширинг. 2 кун ичида асоратлар пайдо бўлмаса, яхшиланиш белгилари кўринади (унча тез бўлмаган нафас олиш, кўкрак қафасини пастки қисмини ичга камроқ тортилиши, тана ҳароратини пасайиши ва сув ичиш ва овқатланиш қобилиятининг яхшиланиши).

ОИВ-мусбат болалар (ёки ОИВ билан зарарланганига гумон килинган)

- 10 кун давомида, ўта оғир пневмонияда каби, ампициллин + гентамицин тайинланг
- Агар боланинг аҳволи 48 соат мобайнида яхшиланмаса, бор бўлса, цефтриаксонга (80 мг/кг в/и 30 дақиқа давомида, 1 кунда 1 марта) ўтинг. Агар бўлмаса, ўта оғир пневмонияда каби гентамицин + клоксациллин беринг.
- 2-11 ойлик болага шунингдек, котримоксозолнинг баланд дозасини (8 мг/кг триметроприм ва 40 мг/кг сульфаметоксазол, в/и ҳар 8 соатда ёки оғиз орқали кунига 3 марта) 3 hafta давомида беринг. 1-5 ёшли болани ушбу схемага кўра фақат ПЦПнинг клиник белгилари бор бўлган ҳолда даволанг. Кейинги даволаш учун шу жумладан ПЦПнинг олдини олиш бўйича 7 бобга қаранг.

3.2.3. Пневмония (оғир бўлмаган)**Диагностика**

- Кўрик вақтида болада йўтал, нафас қийинчилиги ёки тезлашган нафас аниқланади:
 - ёши 2-11 ойлик: > 50/дақиқа
 - ёши 1-5 ёш: > 40/дақиқа
- Болада оғир ёки ўта оғир Пневмониянинг юқоридаги бобларда санаб ўтилган аломатлари йўқлигига ишонч ҳосил қилинган.
- Бундан ташқари Пневмониянинг бошқа аломатлари аниқланиши мумкин (аускултация вақтида): намли хириллашлар, суст ёки бронхиал нафас.

Даволаш

- Болани амбулатория тартибида даволанг.
- ОИВ инфекцияси бўлмаса амоксациллин (кунига 2 марта 25 мг/кг) беринг. ОИВ-юққан болаларга 5 кун давомида даволаниш тавсия этилади.

Кейинги кузатув

Онасига болани эмизишни тавсия этинг.

- Агар нафас олиш яхшиланса (нафас қисилиши камайди), тана ҳарорати пасайса ва бола яхшироқ овқатланишни бошласа, 3 кунлик антибиотик давосини тўхтатинг.
- Агар нафас тезлигининг аҳволи, тана ҳарорати ва овқатланиш яхшиланмаса иккинчи қатор антибиотикларига ўтинг.

3.2.4. Экссудатив плеврит

Диагностика

Оғир ва жуда оғир Пневмония билан оғриган болада плевра эпиемасининг ривожланиши ёки плевра бўшлиғида суюқлик ҳосил бўлиши мумкин.

- Текшириш давомида кўкрак қафаси перкуссия қилинганда тўмтоқ товуш келади, сусти нафас олиш ёки шикастланган соҳада унинг эшитилмаслиги.
- Бошланғич даврда, экссудатив жараённинг тўлиқ ривожланишигача плевранинг ишқаланиш товушлари эшитилади.
- Кўкрак қафасининг рентгенологик текшируви вақтида плеврал бўшлиқнинг бир ёки икки томонидан суюқлик кўринади.
- Эмпиема мавжуд бўлса, антибиотиклар билан даволашга қарамасдан сақланади, плевра суюқлиги эса хира ёки яққол йирингли характерга эга бўлади.

Даволаш

Дренажлаш

- Плевра суюқлигининг ҳажми катта бўлса, уни олиб ташлаш керак. Агар икки томонлама суюқлик мавжуд бўлса уни ҳар икки томондан олиб ташланг. Агар суюқлик яна йиғилса дренаж қилишни 2-3 марта қайтариш зарур бўлиши мумкин. Плеврал бўшлиқни дренажлаш борасидаги тавсияларни келтирилган иловадан кўринг.

Кейинги даволаш дренаж орқали олинган суюқликнинг характерига боғлиқ бўлади. Имкон бўлса, плеврал суюқликни оқсил ва глюкоза борлигига таҳлил қилиш ва ундаги қоннинг шаклли элементлари, суртмаларни Грамм бўйича бўяш, бактериялар аниқлаш мақсадидаги экишлар, шу жумладан сил микробактериялари ҳам

Антибиотиклар билан даволаш

- Боланинг аҳволи яхшилангунча цефтриаксон (80 мг/кг ҳисобидан м/ ёки в/и кунига 1 марта) беринг. Кейин оғиз орқали амоксациллин 25 мг/кг ҳисобидан беришда давом этинг.
- Агар *Staphylococcus aureus* инфекцияси борлиги аниқланса, клоксациллин (ҳар 6 соатда 50 мг/кг м/и ёки в/и) ёки гентамицин (кунига 1 марта 7,5 мг/кг м/и ёки в/и) беринг. Боланинг аҳволи яхшиланса оғиз орқали кунига 4 марта клоксациллин беришда давом этинг. Даво курсининг умумий муддати 3 ҳафтани ташкил этиши керак.

Яхшиланишнинг йўқлиги

Агар дренажлаш ва антибиотиклар билан даволашга қарамасдан, тананинг юқори ҳарорати ва касалликнинг бошқа белгилари сақланиб қолаверса, аҳволни сил касаллиги эҳтимолини инкор қилиш мақсадида баҳоланг.

- Силга қарши синама даволаш зарур бўлиши мумкин.

3.3. Ўткир респиратор касаллик

Бу кенг тарқалган ўзи ўтиб кетадиган вирусли инфекциялар бўлиб, бу ҳолларда фақат қўлловчи парвариш талаб қилинади. Антибиотиклар бериш керак эмас. Баъзи болаларда, айниқса чақалоқларда астмоид нафас олиш ёки стридор пайдо бўлиши мумкин. Кўп ҳолларда касаллик 2 ҳафта ичида ўтиб кетади. 30 кун ёки ундан ортиқ давом этаётган йўтал сил, астма, кўкйўтал оқибати ёки ОИВ-инфекцияси билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Диагностика

Типик белгилар:

- йўтал;
- тумов;
- оғиздан нафас олиш;
- иситма.
- Қуйидаги белгилар бўлмайди:
 - тезлашган нафас
 - кўкрак қафасини пастки қисмининг ичга тортилиши;
 - тинч ҳолатдаги стридор;
 - умумий хавф белгилари.

Кичик ёшдаги болаларда астмоид нафас олиш кузатилиши мумкин.

Даволаш

- Болани амбулаторияда даволанг.
- Хавфсиз воситалар, масалан илиқ ширин ичимлик билан томоқни юмшатиш ва йўтални енгиллаштириш.
- Юқори иситмада ($> 39\text{ }^{\circ}\text{C}$), агар у боланинг ўзини ҳис қилишини ёмонлаштира парацетамол беринг.
- Овқатлантиришдан аввал боланинг бурнини сувда намланган тоза матони учли қилиб ўраб, ажралмалардан тозаланг.
- Қуйидагилардан ҳеч бирини берманг:
 - антибиотиклар (улар самарасиз ва пневмониянинг ривожланишини тўхтатмайди);
 - таркибида атропин, кодеин ва уларнинг бирикмалари ёки алкоголь бўлган моддаларни берманг (улар зарар қилиши мумкин);
 - тумовга қарши томчилар.

Кейинги кузатув

Онага қуйидагича маслаҳат беринг:

- болани кўкракдан эмизиш;
- тезлашган ёки қийинлашган нафас пайдо бўлишини кузатиш, агар улар пайдо бўлса яна врачга мурожаат қилиш;
- бола эма олмаса сув ича олмаса ёки аҳволи ёмонлашса яна шифохонага бориш.

3.4. Обструктив синдром

Астмоид нафас, ҳар бир нафас чиқариш охирида баланд ҳуштаксимон товуш билан характерланади. Бу феномен бронхиолаларни спастик торайиши билан боғлиқ. Ҳатто енгил астмоид нафасни эшитмоқчи бўлсангиз, бола тинчланган вақтида унинг оғзига кулоқ тутинг; нафасни ёки хириллашларни эшитиш учун фонендоскопдан фойдаланинг.

Ҳаётнинг биринчи 2 йилида астмоид нафасни, асосан ўткир респиратор инфекциялар, масалан, бронхиолит ёки шамоллаш келтириб чиқаради. 2 ёшдан катта болаларда астмоид нафас астма билан боғлиқдир. Баъзан Пневмония билан оғриган бола ҳам астмоид нафас сабабли шифохонага келтирилади. Барча ҳолларда, айниқса, ҳаётнинг биринчи 2 йилида Пневмонияни ўтказиб юбормаслик муҳим.

Анамнез

- аввал мавжуд бўлган астмоид нафас олиш ҳоллари;
- бронхолитик воситаларга нисбатан ижобий реакция;
- аниқланган астма диагнози.

Текширув

- нафас чиқаришда ҳуштакли хириллашлар;
- чўзиладиган нафас чиқариш;
- қутисимон перкутор товуш;
- кўкрак қафасининг кенгайиши;
- ўпка аускультациясида қуруқ хириллашлар.

Тез таъсир қилувчи бронхолитик воситага таъсир жавоби

- Агар астмоид нафаснинг сабаби аниқ бўлмаса ёки болада тезлашган нафас ёки кўкрак қафасининг ичга тортилиши ҳам кузатилса, унга тез таъсир қилувчи бронхолитик восита беринг ва ҳолатини ҳар 15 дақиқада текшириб туринг. Тез таъсир қилувчи бронхолитик восита, асосий диагнозни қўйиш ва даволашга ёрдам беради.

Қуйидаги вариантлардан бирида тез таъсир қилувчи бронхолитик восита беринг:

- аэрозол кўринишидаги салбутамол;
- миқдорни назорат қилувчи ва спейсерли ингалятор орқали салбутамол;
- салбутамолдан фойдаланиш имкони бўлмаса тери остига адреналин юборинг.
- Реакцияни 15 дақиқадан сўнг баҳоланг. Яхшиланиш белгилари:
 - нафас бузилиши белгиларини тобора камайиши (борган сари эркинрок нафас олиш);
 - кўкрак қафаси пастки қисмини тортилишининг камайиши;
 - аускултацияда – султ нафас камайиши.
- Гипоксия белгилари бўлган (масалан умумий цианоз, нафас етишмовчилиги оқибатида сув ича олмаслик, кўкрак қафасининг пастки қисмининг ичга тортилиши) ёки нафас олиши тезлашган болалар шифохонага ётқизирилиши керак.

3.4.1. Бронхиолит

Бронхиолит – бу қуйи нафас йўлларининг вирусли инфекцияси бўлиб, одатда кичик ёшдаги болаларда оғир кечади, у мавсумли тарзда кечиб, қуйи нафас йўлларининг ўтувчанлиги ёмонлашуви ва астмоид нафас пайдо бўлиши билан характерланади. Кўпинча респираторли синтициал вирус унинг кўзгатувчиси бўлиб хизмат қилади. Баъзан, (кўпинча, маълум шароитларда) иккиламчи бактериал инфекция пайдо бўлади. Шунинг учун ҳам тез нафас олиш ёки нафас етишмовчилигининг бошқа белгилари бўлган бронхиолит ҳолларида парваришlash худди Пневмониядагидек амалга оширилади. астмоид нафаснинг кўринишлари бронхиолит билан оғришдан бир неча ойлардан кейин ҳам кузатилиши мумкин, бироқ оқибатда нафас нормаллашиб кетади.

Диагностика

Физикал текширувда бронхиолитнинг қуйидаги типик кўринишлари намоён бўлади:

- тез таъсир қилувчи бронхолитик воситаларнинг учта кетма кет миқдорида ҳам астмоид нафаснинг йўқолмаслиги;
- перкутор товушнинг кучайиши билан кечадиган кўкрак қафасининг кенгайиши;
- кўкрак қафаси пастки қисмининг ичга тортилиши;
- ўпка аускультациясида майдапуфакли ёки қуруқ хириллашлар;

7-жадвал. Астмоид нафасли боланинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Симптомлари
Астма	<p>Анамнезда рецидивлашган астмоид нафас олиш, баъзи ҳолларда шамоллаш билан боғлиқ бўлмаган. Кўкрак қафасининг кенгайиши Чўзилган нафас чиқариш Эшитиб кўрилганда – сушт нафас (агар жуда яққол сезилса, нафас йўлларининг тиқилиши эмас) Бронхолитик воситаларга нисбатан ижобий реакция</p>
Бронхиолит	<p><2 ёшли болада биринчи бор астмоид нафас олиш ҳолати Бронхиолит билан мавсумли оғриш даврида астмоид нафас Кўкрак қафасининг кенгайиши Чўзилган нафас чиқариш Эшитиб кўрилганда – кучсизланган нафас (агар жуда яққол сезилса, нафас йўлларининг тиқилиши эмас) Бронхолитик воситаларга нисбатан кучсиз реакция ёки унинг йўқлиги</p>
Шамоллаш билан боғлиқ бўлган астмоид нафас олиш	<p>Анамнезда, астмоид нафас фақат шамоллаш билан боғлиқ Бола ва унинг оила аъзоларида астма, экзема, иситманинг йўқлиги Чўзилган нафас чиқариш Аускултацияда – сушт нафас (агар жуда яққол сезилса, нафас йўлларининг тиқилиши эмаслигига ишонч ҳосил қилинг) Бронхолитик воситаларга нисбатан яхши реакция Одатда аломатлар астмадагидек яққол кўринмайди</p>
Ёт жисм	<p>Анамнезда, нафас олиш йўлларидаги механик обструкцияси ёки астмоид нафас нинг тўсатдан ривожланиши Баъзан астмоид нафас ўпканинг фақат бир томондан эшитилади Нафас йўлларида ҳавонинг тутилиб қолиши перкуссия товушнинг кучайиши ва кўкс органларининг силжиши билан кузатилади Ўпка коллапси белгилари: сушт нафас ва перкутор товушнинг тўмтоқлашуви Бронхолитик воситаларга реакция йўқ</p>
Пневмония	<p>Тез нафас билан кечадиган йўтал Кўкрак қафаси пастки қисмининг ичга тортилиши Иситма Намли хириллашлар Бурун катакларининг кенгайиши Инграб нафас олиш</p>

- қийинлашган нафас оқибатида эма олиш ва сув ичишнинг бузилиши.

Даволаш

Шифохонага ётқизиш зарур бўлган ҳоллар:

Оғир ёки ўта оғир пневмониянинг белгилари:

- умумий цианоз;
- эма олмайди ёки ича олмайди ёки ҳар қандай овқатдан кейин қайт қилиш;
- талвасалар, хуши сустлашган лик ёки хушсизлик;
- кўкрак қафасининг пастки қисмини ичга тортилиши;
- бурун катаklarининг кенгайиши;
- инграб нафас олиш (кичик ёшдаги болаларда).

ЁКИ нафас етишмовчилигининг белгилари:

- нафас олишдаги кўриниб турган ноқулайлик;
- ейиш, ичиш ёки гапириш қийинлашган.

Антибиотиклар билан даволаш

- Агар даво уйда олиб борилаётган ва боланинг нафас олиши тезлашган бўлса, оғиз орқали 3 кун мобайнида котримоксазол (кунига 2 марта 4 мг/кг триметроприм 20 мг/кг сульфаметоксазол) ёки амоксициллин (кунига 2 марта 25 мг/кг) беринг.
- Агар нафас етишмовчилиги, масалан кўкрак қафасининг пастки қисмини ичга тортилиши бўлса, аммо бола ича олса ва умумий цианоз бўлмаса. Боланинг аҳволи яхшиланганда 3 кун давомида оғиз орқали амоксициллин (кунига 2 марта 25 мг/кг) беришга ўтинг.
- Агар ўта оғир пневмония белгилари (умумий цианоз ёки эма олмаслик, ича олмаслик) бўлса, боланинг аҳволи яхшилангунича цефтриаксон (80 мг/кг хисобидан м/о ёки в/и кунига 1 марта) беринг. Кейин, 10 кунлик умумий курс тугагунча оғиз орқали антибиотик беришда давом этинг (амоксициллин, 25 мг/кг, кунига 2 марта).

Кислород

- Астмоид нафас ва нафас етишмовчилиги бўлган барча болаларга кислород беринг. Кислород беришнинг тавсия этиладиган усуллари: назал вилка ёки катетер.
- Бурун халқум катетеридан ҳам фойдаланиш мумкин. Назал айри(вилка) – кичик ёшдаги чақалоқларга кислород беришнинг энг яхши усулидир.
- Кислород терапиясини гипоксия белгилари йўқолгунча давом эттиринг, ундан сўнг кислород беришнинг самараси ҳам бўлмайди.

Ҳамшира ҳар 3 соатда катетер ва айри(вилка)лар тўғри ҳолатда эканлигини, улар шиллиқ билан тўлиб қолмаганини ва барча уланган жойлари мустақкамлигини текшириб туриши керак.

Қўлловчи парвариш

- Агар боланинг тана ҳарорати юқори даражада кўтарилган бўлса ($> 39^{\circ}\text{C}$), бу умумий ҳолатни бузади шунинг учун унга парацетамол беринг.
- Бола ҳар куни унинг ёши билан мос, зарур бўлган миқдордаги суюқлик ичаётганига ишонч ҳосил қилинг, бироқ гипергидратациядан эҳтиёт бўлинг. Эмизиш ва оғиз орқали суюқлик ичишга эътибор беринг.

- Болани иложи борича тезроқ одатий овқатлантиришга ўтказинг (у овқатлана олган вақтидан).

Кузатиш

Шифохонага ётқизилган боланинг аҳволи ҳамшира томонидан камида ҳар 6 соатда, врач томонидан эса ҳар куни камида 2 марта текшириб турилиши керак. Ушбу қўлланмада берилганидагидек кислород терапиясининг мониторингини олиб боринг. Нафас етишмовчилигининг ривожланаётган белгиларини ўз вақтида аниқлаш зарур, булар: гипоксиянинг кучайиши ва функционал ҳолдан тойишга олиб келадиган ташқи нафас олишнинг бузилишидир.

Асоратлар

- Агар кислород терапиясининг болага таъсири бўлмаса ёки унинг аҳволи тўсатдан ёмонлашса, пневмоторакс бор эканлигини аниқлаш мақсадида кўкрак қафасини рентгенологик текширувдан ўтказинг.

Оғир нафас олиш бузилишларини ва кўкс оралигининг силжишини келтириб чиқарадиган пневмоторакс ҳолати зудлик билан аралашувни, яъни босим остидаги ҳавони чиқариб юбориш учун плеврал пункция қилишни талаб этади. (Шундан сўнг, ҳавонинг доимий чиқишини таъминлаш зарур. Бунинг учун, ҳаво камайиб кетиши спонтан равишда тухтаб, ўпка ёйилгунча сув клапанли плеврал дренаж найчаси киритилади).

3.4.2. Астма

Астма (бронхиал астма) – бу пастки нафас йўллари ўтувчанлигининг қайтариладиган бузилиши билан кечадиган сурункали яллиғланиш касаллигидир. У, қайталаниб турувчи астмоид нафас етишмовчилиги ва йўтал билан характерланиб кўпинча бронхолитик ва яллиғланишга қарши воситалардан яхши таъсирланади. Антибиотиклар, фақат Пневмония белгилари мавжуд бўлгандагина тавсия этилади.

Диагностика

Анамнезда кўпинча йўтал билан кечадиган астмоид нафас мавжудлиги муҳим аҳамиятга эга. Текширув натижалари қуйидагиларни ўз ичига олши мумкин:

- кўкрак қафасининг кенгайиши;
- нафас олганда кўкрак қафасининг пастки қисмини ичга тортилиши;
- узоқ масофадан эшитиладиган хуштаксимон хириллаш билан узоқ нафас чиқариш;
- аускультатив йўл билан – кучсизлашган нафас (нафас олиш йўлларининг сезиларли обструкциясида);
- иситманинг йўқлиги;
- бронхолитик воситалар билан даволашга яхши таъсирчанлиги;

Агар диагноз ноаниқ бўлса, тез таъсир қилувчи бронхолитик воситалардан бирини керакли миқдорда беринг. Астма ҳолатида боланинг аҳволи тезда яхшиланади: нафас олиш тезлиги пасаяди, нафас олганда кўкрак қафасининг пастки қисмининг ичга тортилиши камаяди, нафас етишмовчилигининг бошқа кўринишлари камаяди. Оғир астма билан оғриган болага бронхолитик воситаларнинг бир қанча миқдори зарур бўлади.

Даволаш

- Астмоид нафаснинг биринчи эпизодида, агарда нафас етишмовчилиги бўлмаса, болага уйда фақат қўлловчи парвариш асосида қараш мумкин. Бронхолитик воститалар берилиши зарур эмас.
- Агар, болада нафас етишмовчилиги ёки астмоид нафаснинг рецидив хуружи бўлса, сочувчи мослама ёки миқдорловчи ингалятор орқали сальбутамол беринг. Агар сальбутамол бўлмаса, тери остига адреналин юборинг. 30 дақиқадан сўнг кейинги давони белгилаш мақсадида боланинг ҳолатини қайта баҳоланг.
 - Агар нафас олиш етишмовчилиги тўхтатилган ва болада тезлашган нафас олиш бўлмаса, онага сальбутамол аэрозolini қўллашни, агар у бўлмаса уй шароитида сальбутамол сиропи ёки таблеткасини беришини тавсия этинг.
 - Агар нафас етишмовчилиги йўқолмаса, болани шифохонага ётқизинг ва кислород, тез таъсир қилувчи бронхолитиклар ва бошқа дори воситалари билан қуйида кўрсатилгандек даволанг
- Шифохонада болага кислород, тез таъсир қилувчи бронхолитиклар ва кортикостероиднинг биринчи миқдорини беринг.

Ижобий жавоб (нафас етишмовчилигининг камайиши, аускултацияда нафаснинг яхшиланиши) 5 дақиқадан кейин пайдо бўлиши керак. Агар бундай бўлмаса, 1 соатдан ошмаган вақт оралиғида тез таъсир қилувчи бронхолитик воситалар беришни давом эттиринг.

- Агар тез таъсир қилувчи бронхолитик воситалар 3 марта берилгандан кейин ҳам аҳвол ўзгармаса, қўшимча тарзда в/и аминифиллин (эуфиллин) тайинланг.

Кислород

- Астма ҳолларида цианози бўлган, нафас олиши гапиришига, овқатланишига ёки кўкрак эмишига халақит берадиган ҳолатдаги болаларга кислород беришни тавсия этинг.

Тез таъсир қилувчи бронхолитик воситалар

- Қуйидаги, тез таъсир қилувчи бронхолитик воситаларни қўллаш усулларида биридан фойдаланинг: салбутамол аэрозоли, махсус кенгайдиган идишдаги аниқ миқдорли ингалятор орқали сальбутамол, ёки тери остига адреналин юборинг. Уларнинг қўлланиш йўллари қуйида келтирилган.

(1) Сальбутамол аэрозоли

Пуркагич манбаининг сепиш интенсивлиги камида 6-9 л/дақ. бўлиши керак. Тавсия этиладиган усуллар: ҳаво компрессори ёки кислородли баллони. Агар уларнинг ҳар иккаласи бўлмаса, оёқ насосини қўлланг (кам самарали бўлса ҳам оддий ва синалган усул).

- Бронхолитик эритма ва 2-4 мл стерил физиологик эритмани пуркагичнинг мўлжалланган бўлимларига солинг ва муолажани ҳамма эритма кетгунча давом эттиринг. Салбутамол миқдори 2,5 мг ни (яъни 0,5 мл 5 мг/мл эритма) ташкил этади. Уни ҳар 4 соатда бериб, боланинг аҳволи яхшиланса, оралиқни 6-8 соатгача узайтириш мумкин. Зарур бўлган оғир ҳолларда уни ҳар соатда ҳам бериш мумкин.



Бронхолитик воситалар билан даволашда спейсер (хажми кенгайдиган идиш) ва юз нафас ниқобининг қўлланиши. Бундай спейсерни оддий пластик идишдан ҳам ясаш мумкин.

(2) Ҳажми кенгайдиган идиш (спейсер) ва ингалятордаги Сальбутамол

750 мл аниқ ҳажмли идишлар ишлаб чиқарилади.

- Ингаляторнинг бошини спейсерга йўналтиринг ва 2 марта босинг (200 мкг). Кейин спейсернинг тешигини боланинг оғзига қаратинг-да, унинг 3-5 та нормал нафас олишини кутинг. Муолажани ҳар 4 соатда, боланинг аҳволи яхшилангач эса ҳар 6-8 соатда қайтариш мумкин. Зарур бўлганда, оғир ҳолларда сальбутамолдан нафас олишни соатига бир неча марта, узоқ бўлмаган муддат ичида қайтариш мумкин.

Агар спейсер оғизга соладиган уч билан эмас, балки юз нафас олиш ниқоби билан таъминланган бўлса, болалар муолажани олиб боришига анча яхши муносабат билдирадилар. Агар заводда ишлаб чиқарилган спейсер бўлмаса, пластик стакан ёки пластик бутилкадан спейсер яшаш мумкин. Бунда ингаляторнинг сепгич бошига 3-4 марта босиш керак бўлади ва бола бу мосламадан 30 сония давомида нафас олиши керак бўлади.

(3) Тери остига адреналин юбориш.

- Агар сальбутамол беришнинг юқоридаги иккала усулини ҳам қўллаш имкони бўлмаса, тери остига эҳтиёт бўлиб 1 мл лик шприц орқали адреналин инъекциясини юборинг 0,01 мл/кг эритмани 1:1000 (0,3 мл лик максимал миқдоргача). Агар 15 дақиқадан сўнг яхшиланиш бўлмаса, дори миқдорини яна бир марта қайтариш мумкин.

Оғиз орқали бериладиган бронхолитик воситалар

- Боланинг аҳволи унга жавоб бериш даражасигача яхшиланса, ингаляция қилиш учун салбутамол сотиб олиш имкони бўлмаса, сальбутамолни оғиз орқали ҳам бериш мумкин (сироп ёки таблетка кўринишида). 1-5 ёшдаги болалар учун доза: 2 мг ҳар 6-8соатда.

Кортикостероид препаратлар

- Агар болада астманинг ўткир хуружлари бўлса ва анамнезда – сутка давомида бир қанча хуружлар бўлса, унга 3 кун давомида оғиз орқали 1 мг/кг преднизолон беринг. Агар боланинг аҳволи жуда оғир бўлиб қолаверса, давони яхшиланиш белгилари пайдо бўлгунча давом эттиринг. Астманинг биринчи хуружини тўхтатиш учун, одатда, кортикостероидлар талаб этилмайди.

Аминофиллин (Эуфиллин)

- Агар тез таъсир қилувчи бронхолитик восита, қўшимча оғиз орқали бериладиган преднизолоннинг қисқа вақт оралиғидаги 3 миқдоридан сўнг ҳам боланинг аҳволи яхшиланмаса в/и га аминофиллиннинг – бошланғич миқдори 5-6 мг/кг (максимал миқдори 300 мг), кейин эса қўлловчи миқдорни юборинг. Болани аниқ тортиб кўринг ва в/и миқдорини камида 20 дақиқа ичида, ёки яхшиси, 1 соат ичида юборинг.

Вена ичига юборилган аминофиллин миқдори ошиб кетиши ёки жуда тез юборилиши хавфли. Агар бола сўнгги 24 соат ичида ҳар қандай усулда аминофиллин олган бўлса, биринчи миқдорни ўтказиб юборинг.

- Қусиш пайдо бўлса, пульс тезлашса >180 уриш/дақ., бош оғриғи ёки талвасалар пайдо бўлса дори беришни тезда тўхтатинг.
- Агар в/и аминофиллин бўлмаса, муқобил восита - шам кўринишидаги аминофиллиндир.

Антибиотиклар

- Антибиотикларни астманинг барча ҳолларда, ёки боланинг нафас олиши тезлашган, аммо тана ҳарорати йўқ ҳолларида бериш мумкин эмас. Бирок, антибактериал даволаш чўзилган иситма ва пневмониянинг бошқа аломатлари мавжудлигида тавсия этилади.

Кўлловчи парвариш

- Бола ҳар куни, унинг ёшига мос, зарур бўлган миқдордаги суюқлик ичаётганига ишонч ҳосил қилинг, бироқ гипергидратациядан эҳтиёт бўлинг. Эмизиш ва оғиз орқали суюқлик ичишга эътибор беринг.
- Болани иложи борича тезроқ одатий овқатлантиришга ўтказинг (у овқатлана олган вақтидан бошлаб).

Кузатиш

Шифохонага ётқизилган боланинг аҳволи ҳамшира томонидан камида ҳар 3 соатда (агар ўта оғир касаллик белгилари бўлса, ҳар 2 соатда), врач томонидан эса, ҳар куни камида 2 марта текшириб турилиши керак. Ўз вақтида қуйидаги ривожланувчи нафас етишмовчилиги белгиларини аниқлаш керак: гипоксиянинг кучайиши ва ташқи нафас олишнинг функционал етишмовчилигига олиб келадиган бузилиши. Агар даволаш натижаси яхши бўлмаса, салбутамолни тезроқ, яъни соатига бир мартадан беринг. Агар бу ҳам самара бермаса, аминофиллин беринг. Кислород терапияси мониторингини олиб боринг.

Асоратлар

- Агар бола юқорида келтирилган даволарга таъсир билдирмаса ёки унинг ҳолати тўсатдан ёмонлашса, кўкрак қафасининг рентгенологик текширувини ўтказинг ва пневмоторакс белгилари йўқлигини кўринг. Кейин, кўрсатилганидек даволанг.

Кейинги даволаш

Астма – бу сурункали ва қайталанувчи ҳолатдир.

- Аломатларнинг мавсумий пайдо бўлиши ва оғирлигига қараб узоқ муддатли даволаш режасини тўзиш керак. Бу режа бронхолитик воситаларнинг мавсумий ва доимий қўлланиши, аэрозолли стероид воситалар билан доимий даволаш ёки оғиз орқали қабул қилинадиган стероидларнинг мавсумий курсини ўз ичига олиши мумкин.

3.4.3. Ўткир вирусли касалликда обструктив синдром

Кўпчилик ҳолларда 2 ёшдан кичик болаларда биринчи пайдо бўлаётган астмоид нафас олиш йўтал ёки шамоллаш билан бирга кечади. Қоидага кўра, бу болаларнинг оилавий анамнезида аллергия ҳолатлар (пичан иситмаси, экзема, аллергик ринит) кузатилмаган бўлади. Ёш ўтиши билан астмоид нафас олиш пайдо бўлиши камайиб боради. Агар астмоид нафас олиш болага ноқулайлик туғдирса, уй шароитида салбутамолдан фойдаланиш мумкин.

3.5. Стридор билан кечадиган ҳолатлар

- Стридор – бу хавонинг халқумдан, овоз бурмаси остидан ёки трахеядан ўтишида тўсқинлик борлиги туфайли нафас олганда пайдо бўладиган дағал товушдир. Нафас йўллариининг кескин обструкциясида, стридор, нафас чиқаришда ҳам кузатилиши мумкин.

Оғир стридорнинг асосий сабабчилари: ёлғон круп (ЎРВИ ва қизамиқда), ёт жисмнинг борлиги, халқум орти абсцесси, бўғма ва халқумнинг шикастланиши бўлиши мумкин.

Анамнез

- Стридорнинг биринчи ҳолатими ёки қайталашими?
- Нафас йўлларида тўсатдан механик обструкциянинг ривожланиши (бола тикилиб қолди).
- Туғилгандан бир оз кейин пайдо бўлган стридор.

Текшириш

- ҳўкиз бўйни симптоми;
- бурундан келаётган ажралмаларда қон аралашмаси;
- болада ҳатто тинч ҳолатда ҳам стридор;
- халқумнинг шиллиқ пардасида кулранг фасод.

8-жадвал. Стридорли боланинг дифференциал диагнози

Диагноз	Симптомлари
Сохта круп	Хурувчи йўтал Нафас етишмовчилиги Бўғиқ овоз Агар қизамиқ хисобига бўлган бўлса, қизамиқнинг белгилари
Халқум абсцесси	Юмшоқ тўқималардаги шиш Қийналиб ютиниш Иситма
Ўт жисм	Нафас олиш йўлларида қўққисдан механик обструкциянинг пайдо бўлиши (бола тикилиб қолди) Нафас етишмовчилиги
Бўғма	Бўйин лимфа безларининг катталашуви ва шиш натижасидаги ҳўкиз бўйни аломати Халқум гиперемияси Халқумнинг шилиқ пардасида кулранг фасодлар Бурундан келадиган қон аралаш ажралмалар АҚДС вакцинациясининг тасдиги йук.
Ривожланиш аномалиялари	Туғилганда бошланган стридор

3.5.1. Сохта круп (псевдокруп, вирусли круп)

Сохта круп, оғир ҳолларда ҳаётга хавф солиши мумкин бўлган юқори нафас олиш йўллариининг тикилишини келтириб чиқаради. Энг оғир ҳолатлар чақалоқларда учрайди. Бу бўлимда, ҳар хил респиратор вируслар туфайли келиб чиккан сохта круп ҳақида сўз юритилади.

Диагностика

Куйидаги белгилар энгил крупга хосдир:

- тана ҳароратининг кўтарилиши;
- товушнинг бўғилиши;
- хурувчи, узиқ-юлиқ йўтал;
- фақат бола ҳаяжонланган вақтида эшитиладиган стридор.

Оғир круп куйидаги белгилар билан характерланади:

- тинч ҳолатдаги стридор;
- тез нафас олиш ва кўкрак қафасининг пастки қисмини ичга тортилиши.

Даволаш

Энгил круп билан оғриган болани уйда, қўлловчи парвариш қилиб даволаш мумкин. Унга тез-тез сув ичириш, кўкрақдан эмизишга ҳаракат қилиш ёки тегишли тарзда овқатлантириш керак.

Оғир круп бўлган болани куйидаги даволашни олиб бориш учун шифохонага ётқизиш керак:

- **1. Кортикостероидлар.** Оғиз орқали дексаметазоннинг бир марталик миқдори (0,6 мг/кг) ёки тенг миқдордаги бошқа кортикостероид беринг – 2-иловага қаранг: дексаметазон, преднизолон.

- **2. Адреналин.** Адреналин эритмасини аэрозол усулида(1:1000) қўллаб қўринг. Агар самара берса, қаттиқ назорат остида хар соатда қўлланг. Бундай даволаш баъзи ҳолларда 30 дақиқа давомида аҳволни яхшиланишига олиб келса ҳам, кўпинча бу вақтинча бўлади, дори самараси 2 соатдан узоқ чўзилмайди.
- **3. Антибиотиклар.** Улар самарасиз ва уларни бериш керак эмас.

Оғир круп бўлиб аҳволи ёмонлашаётган бола учун қуйидагиларни кўриб чиқинг:

1. Кислород

- Нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилиши кучайганидан ташқари ҳолларда кислороддан фойдаланманг. Кўкрак қафасини пастки қисмининг кучли ичга тортилиши ва безовталиқ каби белгилар кислород терапиясидан кўра трахеостомия (ёки интубациянинг) зарурлигини кўрсатади. Бурун айри(вилка)ларини қимирлатиш, назал ёки бурун-халқум катетерини киритиш болани безовта қилиши ва нафас йўлларининг ўтувчанлигининг бузилиши ривожланишини тезлаштириши мумкин.
- Бироқ, агар нафас йўлларининг тиқилиши ривожлана бошласа ва трахеостомия бажариш қарори қабул қилинса, кислород терапиясини бошлаш зарур.

2. Интубация ва трахеостомия

- Агар нафас йўллари ўтувчанлиги бузилишининг кучайиши белгилари, масалан кўкрак қафасини пастки қисмининг кескин ичга тортилиш ва безовталиқ бўлса, тезда трахеяни интубация қилинг.
- Агар бунинг иложи бўлмаса, болани тезда интубация ёки шошилич трахеостомия қилиниши мумкин бўлган бўлим ёки тиббий муассасага олиб боринг.
- Агар булар учун ҳам зарур шароит бўлмаса боланинг ҳолатини синчиклаб текширинг ва шошилич трахеостомия қилиш учун зарур нарсаларни тайёрланг, чунки нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилиши тўсатдан ривожланиши мумкин.

Трахеостомия фақат тажрибали тиббий ходимлар томонидан бажарилиши керак.

Кўлловчи парвариш

- Болани иложи борича камроқ безовта қилишга ҳаракат қилинг.
- Боланинг тана ҳарорати анча кўтарилган (> 39 °C) бўлиб, бу умумий ҳолатни ёмонлаштира, парацетамол беринг.
- Кўкрак орқали эмизишни давом эттириш ва кўп суюқлик ичиш яхши ёрдам беради.
- Парентерал суюқликларни киритманг, одатда улар керак бўлмайди.
- Бола овқат егани маъқул (овқат ейиш имкони бўлиши биланоқ).

Болани ота-онасидан ажратадиган ва унинг ҳолатини назорат қилишни қийинлаштирадиган бўғли палаткалардан фойдаланманг.

Кузатув

Ҳамшира боланинг аҳволдан, айниқса унинг нафас олишидан ҳар 3 соатда, врач эса кунига 3 марта хабар олиши керак. Боланинг кровати, нафас йўллари утувчанлиги бузилаётганлигининг хар қандай белгисини зудлик билан аниқлаш имкони бўлиши учун ҳамшира ўтирадиган жойга яқинроқ бўлиши керак. Палата иссиқ бўлиши керак.

3.5.2. Дифтерия (Бўғма)

Дифтерия – бу иммунизация йўли билан бартараф этиш мумкин бўлган бактериал инфекциядир. Юқори нафас йўлларининг зарарланиши кулранг парда/фасодлар

пайдо бўлиши билан характерланади. Улар ҳиқилдоқ ёки трахеяда жойлашиб, стридор ёки нафас йўллари ўтувчанлигининг бузилишига сабаб бўлиши мумкин. Бурун дифтериясида бурун бўшлиғидан қонли ажралмалар келиши кузатилади. Дифтерия токсинлари ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин бўлган мушаклар фалажи ва миокардитни келтириб чиқаради.

Диагностика

Боланинг бурни ва халқумида кул ранг, шиллик пардага ёпишган, тампон ёрдамида ҳам олиш мумкин бўлмаган пардалар борлигини диққат билан текширинг. Халқумни жуда эҳтиёт бўлиб текширинг, чунки бу батамом нафас олиш етишмовчилигига олиб келиши мумкин. Томоқ дифтерияси билан оғриган болада бўйиннинг яққол кўринадиган шиши – «хўкиз бўйни» бўлиши мумкин.

Даволаш

Антитоксин

- Зудлик билан 40 000 МЕ антитоксик дифтерия зардобини (м/и ёки в/и) юборинг; ҳаяллаш, ўлим хавфини оширади.

Антибиотиклар

- Дифтерия, деб гумон қилинган ҳар қандай болага 7 кун давомида ҳар куни пенициллин (50 000 ЕД/кг м/и) бериш керак.

Антитоксин таркибидаги от зардобига кам бўлса-да, оғир аллергик реакция хавфи мавжуд экан, қўлланмаларда кўрсатилганидек тери ости тестини ўтказиш ва анафилактик даволашга тайёр туриш зарур.

Кислород

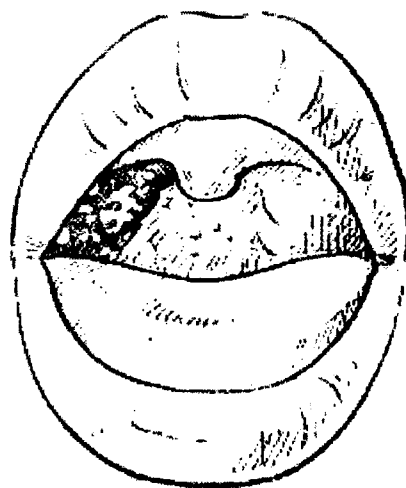
- Нафас йўлларининг ўтмаслиги ортиб бораётган ҳолатлардан бошқа ҳолларда кислороддан фойдаланмасликка ҳаракат қилинг.

Кўкрак қафасининг пастки қисмининг тез тортилиши ва безовталиқ, кислород терапиясидан кўра трахеостомия ёки интубация қилиш зарурлигини кўрсатади. Бурун айри(вилка)ларини қимирлатиш, бурун ёки бурун-халқум катетерини киритиш болани безовта қилиши ва нафас йўлларининг тикилишини тезлаштириши мумкин.

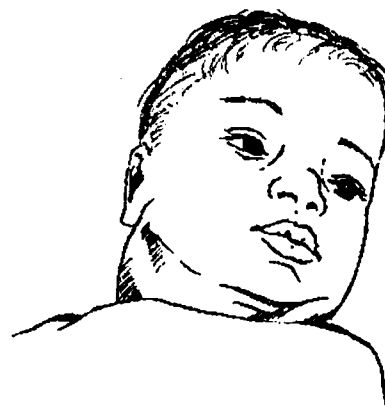
- Бироқ, агар нафас олиш йўлларининг тикилиши кучайса ва трахеостомия қилиш тўғрисида қарор қабул қилинса, кислород терапиясини бошлаш керак

Трахеостомия/интубация

- Кўкрак қафасини пастки қисмининг кучли тортилиш ва боланинг безовталиги каби нафас олиш йўлларининг тикилишининг кучайиши белгилари бўлса, трахеостомияни фақат тажрибали врач бажариши керак.
- Тўлиқ обструкция ривожланганда шошилишч трахеостомия қилиш учун зарурат пайдо бўлади.



**Томоқ дифтерияси
(халқум).**



**Дифтериянинг, бўйиндаги
лимфатик безларининг катталашуви орқали кўринадиган
белгиси – «хўкиз бўйни».**

- Муқобил аралашув вариантларидан бири – эндотрахеал интубация, бироқ бу аралашув орқали фақатгина пардани силжитиш мумкин бўлиб, ўтувчанлик бузилишини йўқотиб бўлмайди

Кўлловчи парвариш

- Агар боланинг тана ҳарорати анча кўтарилган бўлиб ($> 39\text{ }^{\circ}\text{C}$), унинг умумий ҳолати ёмонлашса унга парацетамол беринг.
- Бола, иложи борича, ейиши ва ичиши керак. Агар ютиш билан боғлиқ муаммолар бўлса уни назогастрал зонд орқали овқатлантиринг.

Иложи борича, болани тез-тез кўрув қилиб, безовта қилманг.

Кузатиш

Ҳамшира боланинг ҳолати, айниқса нафас олишини ҳар 3 соатда, врач эса кунига 2 марта текшириши керак. Ҳар қандай нафас олиш йўллари тиқилишини кучайишининг белгисини тезда аниқлаш учун боланинг ётиш жойи ҳамширанинг хизмат ўрнига яқин бўлиши керак.

Асоратлар

Касаллик бошлангандан 2-7 ҳафта кейин миокардит ва фалажлар ривожланиши мумкин.

- Миокардитнинг белгилари, кучсиз нотекис пульс ва юрак етишмовчилигининг аломатларини ўз ичига олади. Стандарт педиатрия дарсликларида миокардитнинг диагностикаси ва уни даволаш бўйича батафсил маълумотларни қаранг.

Олдини олиш тадбирлари

- Бола, алоҳида палатада ётиши керак; унга ёрдам кўрсатадиган барча ходимлар дифтерияга қарши тўлиқ эмланган бўлишлари керак.
- Оиланинг контактдаги, олдин эмланган барча аъзоларига дифтерия анатоксинининг бустер дозасини тайинланг.
- Оиланинг контактдаги, олдин эмланмаган барча аъзоларига м/и пенициллин (< 5 ёшдан кичик болаларга 600 000 ЕД; >5 ёшдан катта оила аъзоларига 1200 000 ЕД) юборинг.
- Уларни дифтерия анатоксини билан эмланг ва 5 кун давомида ҳар куни уларда дифтерия аломатлари йўқлигини текшириб турунг.

3.6. Давомли йўтал билан кечадиган ҳолатлар

Давомли йўтал – бу 30 кун ва ундан ортиқ давом этадиган йўталдир.

Анамнез

Аниқланг:

- йўталнинг давом этиш вақти;
- кечалари йўталиш борми;
- пароксизмал йўтал, йўталнинг қусиш билан тугайдиган ёки ҳуштаксимон нафас олиш билан кечадиган кучли хуружлари борми;
- вазнини йўқолиши сезиляптими (агар бўлса, ўсиш картасини текширинг), тунда терлаш;

- чўзилувчан иситманинг мавжудлиги;
- силнинг фаол формаси ёки кўк йўтал билан оғриган беморлар билан яқин алоқада бўлганми;
- анамнезда астмоид нафас олиш хуружлари, оилавий анамнезда эса аллергия ёки астманинг мавжудлиги;
- анамнезда ёт жисм аспирациясининг мавжудлиги;
- болада тасдиқланган ОИВ нинг мавжудлиги ёки бунинг гумон қилиниши;
- олиб борилаётган даволаш ва унинг натижалари.

Кўрув

- тана ҳарорати;
- лимфаденопатия - тарқалган ва маҳаллий, масалан бўйинда;
- камвазлик;
- астмоид нафас/чўзилувчан нафас чиқариш;
- апноэ хуружлари;
- субконъюнктивал қон қуйилишлари;
- ёт жисм аспирациясига хос бўлган белгилар:
 - бир томонлама астмоид нафас олиш;
 - перкутор тўмтоқ ёки аксинча, қутисимон товушли суст нафас олиш соҳасининг мавжудлиги;
 - трахея ёки юрак чўққиси турткисининг силжиши.
- ОИВ-инфекциясига хос бўлган белгилар.

9-жадвал. Сурункали йўтали бўлган боланинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Симптомлари
Сил	Вазни йўқотиш ёки ривожланишнинг секинлашуви Иштаҳанинг йўқлиги, кечалари кўп терлаш Жигар ва талоқнинг катталашуви Сурункали ёки кунора иситма Анамнезда сил касаллигининг очиқ формаси билан оғриган беморбилан контакт Кўкрак қафасида суюқлик мавжудлигининг белгилари (перкутор товушнинг тўмтоқлашуви/аускультация вақтида, суст нафас олиш)
Астма	Анамнезда, астмоид нафаснинг, айниқса йўтал ёки шамоллаш билан боғлиқ бўлмаган хуружлари, Кўкрак қафасининг кенгайиши Узун нафас чиқариш Аускультацияда суст нафас (нафас йўллариининг жуда яққол обструкциясида) Бронхолитик воситаларга яхши реакция

Диагноз	Симптомлари
Ёт жисм	Нафас олиш йўллари механик обструкциясининг ёки стридорнинг тўсатдан ривожланиши Астмоид нафас ёки кўкрак қафасининг бир томонлама патологик кенгайиши Ўпка булагининг қайталанувчи зичлашиши Медикаментоз даволашга сустр реакция
Кўк йўтал	Талвасали чийиллаб нафас олиш, қусиш, цианоз ёки апноэ билан кечадиган йўтал хуружлари Субконъюнктивал қон қуйилишлари Анамнезда иммунизациянинг йўқлиги (АҚДС) Иситманинг йўқлиги
ОИВ-инфекцияси	Онада, опалар ёки укалардан бирортасида ОИВнинг тасдиқланган ёки гумон қилинган ҳолати Анамнездаги қон қуйиш Ривожланишдан ортда қолиш Оғиз бўшлиғидаги кандидоз Сурункали паротит Терининг герпетик инфекцияси (анамнезда ёки текширувда) Тарқалган лимфаденопатия Сурункали иситма Давомли диарея «Ноғора таёқчалари» кўринишидаги бармоқлар
Бронхоэктазлар	Анамнезда сил ёки ёт жисм аспирацияси Вазннинг секин кўпайиши Йирингли балғам, оғиздан келадиган ёқимсиз хид «Ноғора таёқчалари» кўринишидаги бармоқлар Рентгенограммадаги локал белгилар
Ўпка абсцесси	Абсцесс устидаги кучсизлашган нафас Вазннинг секин ортиши/ сурункали касал бола Кўкрак қафасининг рентгенограммасида ўпкадаги бўшлиқли ҳосилалар (шу жумладан, сувли)

3.7. Кўк йўтал

Кўк йўтал, айниқса, кичик ёшдаги иммунизация қилинмаган чақалоқларда оғир кечади. 7-10 кун давом этадиган инкубацион даврдан сўнг болада тана ҳарорати кўтарилди, йўтал ва бурун оқиши пайдо бўлиб, клиник тарзда уни оддий шамоллашдан ажратиб бўлмайди. Бироқ касалликнинг 2-ҳафтасида кўк йўтал диагнозини қўйиш имконини берувчи типик талвасали йўтал пайдо бўлади. Йўтал хуружлари 3 ой ёки ундан ҳам узоқ давом этиши мумкин. Бола касаллик бошланганидан 2 ҳафтадан то 3 ойгача юқумли бўлиб қолаверади.

Диагностика

Агар болада 2 ҳафтадан ортиқ вақт давомида кучли йўтал кузатилса, ва айниқса, шу жойларда бу касаллик учраши маълум бўлса, кўк йўтални гумон қилинг. Қуйидагилар касалликнинг ишончли диагностик белгилари ҳисобланади:

- типик талвасали нафас олиш ва баъзан қусиш билан кечадиган пароксизмал йўтал;
- субконъюнктивал қон қуйилишлар;
- анамнезда кўкйўталга қарши эмлашнинг йўқлиги.
- кичик ёшдаги чақалоқларда йўтал вақтида талвасали нафас олиш кузатилмаслиги мумкин;
- бунинг ўрнига баъзан йўтал апноэ ёки цианознинг ривожланиши билан кечади, бундан ташқари апноэ йўталсиз ҳам бўлиши мумкин.
- Шунингдек, болада Пневмония белгилари йўқлиги ва унда талваса хуружлари бўлмаганлигини аниқланг.

Даволаш

6 ойликдан катта бўлган болалардаги енгил ҳолатларни уйда даволанг, уларни қўлловчи парвариш қилинг. 6 ойликкача бўлган болаларни шифохонага ётқизиш тавсия этилади. Шунингдек пневмония, талвасалар, сувсизланиш, овқатланишнинг оғир бузилиши, апноэнинг чўзилган кўринишлари, йўтал хуружларидан сўнг цианозлари бўлган барча болаларни ҳам шифохонага ётқизиш керак.

Антибиотиклар

- 10 кун давомида оғиз орқали эритромицин (кунига 4 марта 12,5 мг/кг) беринг. Бу касалликнинг муддатига таъсир килмайди, лекин унинг юқумлилик даврини қисқартиради.
- Агар боланинг тана ҳарорати кўтарилган булса ёки эритромицин йўқ бўлса, 5 кун давомида эхтимоллиги бўлган иккиламчи пневмонияни даволаш учун котримоксазол беринг.

Кислород

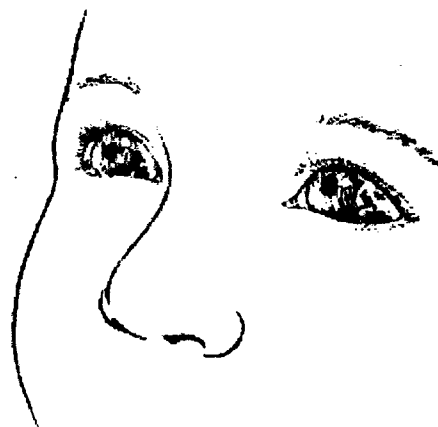
- Агар болада апноэ кўринишлари ёки яққол цианоз, ҳамда йўталнинг кучли хуружлари кузатилса – кислород тайинланг.

Бурун-халқум ёки бурун катетеридан фойдаланманг, улар йўталга сабаб бўлиши мумкин, бурун айри(вилка)сидан фойдаланинг. Айри(вилка)ни бурун катагига саёз қилиб ўрнатинг ва ёпишқоқ лента билан юқори лаб устига маҳкамланг. Бурун катаklarини кислород эркин кириши учун шиллиқлардан тозалаш чораларини кўриш зарур. Кислород бериш тезлигини 1-2 л/дақ. (кичик ёшдаги чақалоқлар учун 0,5 л/дақ.) қилинг. Бурун айри(вилка)сидан фойдаланганда кислородни намлаш шарт эмас.

- Юқорида келтирилган белгилар йўқолмагунча кислород терапиясини давом эттиринг, ундан сўнг кислород беришдан самара бўлмайди ҳам.
- Ҳамшира ҳар 3 соатда айри(вилка) ёки катетернинг ҳолатини, уларнинг шиллиқ билан тўлиб қолмаганини ва барча уланган жойлар ишончли эканлигини текшириб туриши керак.

Нафас олиш фаолиятини таъминлаш

- Йўтал хуружлари вақтида қусиқлар тикилишининг олдини олиш ва балғамларнинг кўчишини осонлаштириш учун болани пастга бошини эгиб ёки ёнбошлатиб қўйинг.



Оқ рангдаги кўз склераси фонида субконъюнктивал қон қуйилишлари яққол кўриниб турибди

- Агар болада кўкариш кузатилса, унинг бурни ва томоғини балғамлардан тез ва эҳтиёткорлик билан сўргич (аспиратор) ёрдамида тозаланг.
- Агар апноэ пайдо бўлса, зудлик билан нафас йўлларини эҳтиёткорлик билан аспиратор ёрдамида тозаланг, нафас олиш қопчаси ва ниқоб ёрдамида ёрдамчи вентиляция ўтказинг ва кислород беринг.

Кўлловчи парвариш

- Аспиратор қўллаш, томоқни текшириш ва назогастрал зонддан фойдаланиш каби йўтал чақирувчи муолажаларни амалга оширманг.
- Йўтални йўқотиш учун тинчлантирувчи, муколитик ёки антигистамин дори воситалари берманг.
- Агар боланинг тана ҳарорати анча кўтарилган бўлиб ($> 39\text{ }^{\circ}\text{C}$), унинг умумий ҳолати ёмонлашса, парацетамол беринг.
- Кўкрақдан эмизиш ёки кўпроқ сув ичиришни рағбатлантиринг. Агар бола ича олмаса (назогастрал зонд киритиб) унинг эҳтиёжини қондириш учун зарур миқдорда сув беринг. Агар нафас олиш етишмовчилиги пайдо бўлса, аспирация хавфи йўқлигига ишонч ҳосил қилиб, йўтал пайдо бўлишини камайтириш учун кўлловчи суюқликларни в/и га юборинг. Зарур овқатлантиришни таъминланг, болага кам-кам миқдорда, бироқ тез-тез овқат беринг. Агар кўриляётган чораларга қарамай, вазни кўқотиш тўхтамаётган бўлса, болани назогастрал зонд орқали овқатлантиринг.

Кузатув

Ҳамшира, боланинг аҳволини ҳеч бўлмаганда ҳар 3 соатда, врач эса бир кунда 2 марта текшириб туриши керак. Болани яхшироқ кузатиш, апноэ, цианоз ёки кучли йўтал хуружларининг аломатларини вақтида аниқлаш ва даволаш мақсадида боланинг ётоғи ҳамширанинг навбатчилиги жойи ва кислородга яқин жойлаштирилиши керак. Бундан ташқари боланинг онасига апноэ хуружларини қандай аниқлашни ва у содир бўлганида ҳамширани чақириш зарурлигини тушунтириш керак.

Асоратлар

Пневмония. Бу кўк йўталнинг иккиламчи бактериал инфекция ёки қусиқларнинг аспирацияси билан боғлиқ бўлган энг типик асоратидир.

- Пневмонияни тахмин қилувчи белгилар, йўтал хуружлари оралигида тез нафас олиш, тана ҳароратининг кўтарилиши ва нафас олиш етишмовчилигининг тезлик билан ривожланишини ўз ичига олади.
- Кўкйўтал билан оғриган болаларда пневмонияни қуйидагича даволанг:
 - 5 кун давомида цефтриаксон (80 мг/кг ҳисбоидан кунига бир марта м/о ёки в/и) беринг;
 - жуда оғир пневмонияни даволашдагидек кислород беринг.

Талвасалар. Апноэ ёки цианознинг хуружлари билан боғлиқ кислород танқислиги натижасида, ҳамда токсик энцефалопатиянинг кўриниши сифатида ҳам пайдо бўлиши мумкин.

- Агар талвасалар 2 дақиқадан ортиқ вақт давом этса 1-бобдаги тавсияларга (9-схема) амал қилган ҳолда талвасага қарши (диазепам ёки паральдегид) дорилар беринг.

Озиқланишнинг бузилиши. Кўк йўтал билан оғриган болаларда овқат ейишнинг камайиши ва кўп қусиш билан боғлиқ бўлган озиқланишнинг бузилиши ривожланиши мумкин.

«Кўлловчи парвариш» бўлимида келтирилганидагидек, зарур овқатланишни таъминлаб озиқланишнинг бузилишини олдини олинг.

Қон қуйилиши ва чурралар

- Кўк йўталда кўпинча субконъюнктивал қон қуйилишлар ва бурундан қон келиши ҳоллари бўлади.
- Махсус даволашлар талаб этилмайди.
- Кучли йўтал киндик ва чов чурраларининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.
- Агар ичак тиқилиши аломатлари бўлмаса, даволаш керак эмас, бироқ касалликнинг ўткир фазаси тугатгандан сўнг болани жаррох хузурига маслаҳат учун юбориш керак.

Олдини олиш тадбирлари

- Кўк йўтал билан оғриган боланинг ўзини, ҳамда оиланинг тўлиқ эмланмаган барча болаларини АКДС билан эмланг.
- Аввал вакцинация қилинган болаларга АКДС нинг бустер дозасини юборинг.
- Агар оилада иситмаси ёки бошқа респиратор инфекцияси белгилари бўлган ёши 6 ойликдан кичик чақалоқ бўлса, унга эритромицин курсини (10 кун давомида кунига 4 марта 12,5 мг/кг дан) тайинлаш зарур.

3.8. Сил

Mycobacterium tuberculosis билан зарарланган кўпчилик болаларда клиник сил ривожланмайди. Инфекциянинг ягона далили тери намунасининг ижобийлиги бўлиши мумкин. Силнинг ривожланиши, иммунитет тизимининг *M. Tuberculosis* инфекциясига қарши тура олиш қобилиятига боғлиқ бўлади. Бу қобилият ёш ўтиши билан ўзгариб боради, жуда кичик ёшдаги болаларда ҳали кучсиз бўлади. ОИВ-инфекцияси ва озиқланишнинг бузилиши организмнинг ҳимояланиш кучини камайтиради, қизамиқ ва кўкйўтал эса иммунитет тизимининг чидамлилигини вақтинча пасайтиради. Шу ҳолатларнинг бирортаси мавжуд бўлса силнинг ривожланиш хавфи ортади.

Силнинг кўпчилик оғир кўринишлари ўпка, бош мия ёки буйраклар қобигининг зарарланиши билан характерланади. Булардан ташқари бўйин лимфа безлари, суяклар, бўғинлар, қорин бўшлиғи органлари, қулоқлар, кўзлар ва тери ҳам зарарланиши мумкин. Кўпчилик болалар касалхонага ўсиш ва ривожланишдан орқада қолиш, озиш ва узоқ вақт давом этаётган тана ҳароратининг кўтарилиши аломатлари билан келтирилади. 30 кундан ошиқ вақт давомида тўхтамаётган йўтал ҳам силнинг аломати бўлиши мумкин; бироқ болаларда балғамни текширишда ижобий натижа берадиган ўпка сили кам диагноз қилинади.

Диагноз

Оилада ўпка сили билан оғриган касал бўлса, болада овқатланиш етишмовчилиги, ОИВ/ОИТС бўлса, ёки у яқин бир неча ойда қизамиқ билан оғриган бўлса, сил ривожланиш хавфи кучаяди.

Болада қуйидаги белгилар мавжуд бўлса силни гумон қилиш керак:

анамнезда:

- вазннинг сабабсиз камайиши ёки ривожланишнинг секинлашуви;
- сабаби аниқ бўлмаган иситма, айниқса 2 ҳафтадан ошиқ вақт давомида;
- астмоид нафас олиш ёки унингсиз кечадиган сурункали йўтал (яъни 30 кундан ортиқ вақт давомидаги йўтал);
- ўпка силининг очиқ шакли билан оғриган (ёки шу касаллик гумон қилинаётган) катта киши билан алоқа .

Физикал текширув вақтида:

- кўкрак қафасининг бир томонида суюқлик (суст нафас, перкуссиядаги товуш тўмтоқлиги);
- катталашган, оғриқсиз лимфа безлари ёки айниқса бўйин соҳасидаги абсцесс;
- менингит аломатлари, айниқса улар бир неча кун давомида ривожланса, орқа мия суюқликда эса оксил ва лимфоцитлар миқдори ошган;
- қориннинг дамлаши, қорин соҳасида пайпасланувчи ҳосилалар бўлиши мумкин;
- бирор суяк ёки буғиндаги, шу жумладан умуртқа поғонасидаги ривожланиб бораётган шишлар ёки деформациялар.

Кўшимча текширувлар

- Кислота таъсир қилмайдиган бактерияларни микроскопик текшириш (Цил-Нильсен бўйича бўяш) ва сил микобактерияларини аниқлаш учун бактериологик экиш мақсадида намуналар олишга ҳаракат қилинг. Намуналар қуйидагилар бўлиши мумкин: тонгда, наҳорга олинган ошқозон суюқлиги, ОМС (клиник курсатма бўлганда), плеврал ва асцитик суюқликлар. Бу услубларнинг сезгирлик даражаси кам бўлганлиги учун, ижобий натижалар силни тасдиқлайди, бироқ салбийси – касалликни истисно қилмайди.
- Кўкрак қафасининг рентгенологик текширувини ўтказинг. Сил диагнози ўпканинг миляр инфилтрацияси ёки аксарият плеврал суюқлик билан кузатиладиган муқим инфилтрация ёки зичлашиш соҳаси ёки бирламчи комплекс кўриниши топилганда тасдиқланади.
- Туберкулинли тери намунасини ўтказинг (масалан Манту намунаси). Ўпка сили билан оғриган болаларда одатда текширув натижаси ижобий бўлади (>10 мм реакция силни кўрсатади; олдиндан БЦЖ эмланган болада эса шубҳали натижа - <10 мм) Бироқ, сил ва ОИВ/ОИТС билан оғриган болаларда ёки миляр зарарланишлар бўлганда, озикланишнинг оғир бузилишлари бўлганда ёки яқин орада қизамиқ билан оғриганда, тери намунаси манфий бўлиши мумкин.

Даволаш

- Барча тасдиқланган ёки ҳеч бўлмаганда гумонли ҳолларда тўлиқ даволаш курсини ўтказинг.
- Бу тавсия шубҳали ҳолатлар, масалан бошқа сабабларга йўналтирилган давонинг самараси бўлмаган ҳолатларга ҳам тегишлидир.

Бундай ҳолларда сўз, тахмин қилинаётган бактериал пневмонияни (ўпка аломатларида), менингит эхтимолинини (неврологик аломатларда) ёки ичак гельминтларини ёки лямблиозни (бола яхши ўсмаган ва ривожланмаганида ёки унда диарея, абдоминал бузилишлар бўлганда), антибиотиклар билан даволаганлик тўғрисида боради.

Силга қарши кураш миллий дастурида тавсия этилган даволашни олиб боринг. Бу дастурни ўрганиб чиқинг, зарур қўллаб-қувватлашни ва мониторинг ташкил қилинг.

- Агар миллий тавсиялар бўлмаса, қуйида келтириладиган ЖССТ тавсияларидан фойдаланинг.

1. Болалардаги силнинг кўпчилик ҳолларида (яъни (БК) нинг йўқлиги +ўпка ёки касалликнинг оғир формаси) қуйидагиларни беринг:

биринчи 2ой (бошланғич давр): изониазид + рифампицин + пиразинамид ҳар куни ёки ҳафтада 3 марта,

Кейин, куйидаги вариантлардан бири:

кейинги 6 ой (давом этиш даври): изониазид + этамбутол или изониазид + тиацетазон ҳар куни;

ЁКИ

Кейинги 4 ой (давои этиш даври): изониазид + рифампицин ҳар куни ёки ҳафтасига 3 марта.

2. БК+ ўпка сили ёки оғир касаллик ҳолатида куйидаги давони олиб боринг:

биринчи 2 ой (бошланғич давр): изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол (ёки стрептомицин) ҳар куни ёки ҳафтада 3 марта,

Кейин вариантлардан бири:

кейинги 6 ой (давом этиш даври): изониазид + этамбутол ҳар куни;

ЁКИ

Кейинги 4 ой. (давом этиш даври): изониазид + рифампицин ҳар куни ёки ҳафтада 3 марта.

3. Сил менингити, миляр сил ёки неврологик аломатлари бўлган умуртқа поғонаси сили ҳолатида куйидаги давони олиб боринг:

биринчи 2 ой (бошланғич давр): изониазид + рифампицин + пиразинамид + этамбутол (ёки стрептомицин) ҳар куни ёки ҳафтада 3 марта.

кейинги 7 ой (давом этиш даври): изониазид + рифампицин ҳар куни.

Огоҳлантириш: имкони борича болаларга стрептомицин тайинламасликка ҳаракат қилинг, чунки унинг инъекцияси оғриқли бўлиб, эшитиш асаб толаларининг қайтариб бўлмайдиган зарарланишига олиб келиши мумкин, бундан ташқари шприц ва ниналардан нотўғри фойдаланиш туфайли ОИВ-инфекциясининг тарқалиши хавфи ҳам бор.

ОИВ-инфекцияси тасдиқланган ёки унинг эҳтимоли бўлган болада тиацетазон қўлланганг, чунки бу ҳолда оғир тери реакциялари (баъзан ўлим билан тугайдиган) пайдо бўлиши мумкин.

Кузатув

Дори дармонлар билан даволаш, ҳар бир дозани қабул қилиш, бевосита кузатув ва кўрсатмалар асосида олиб борилаётганлигига ишонч ҳосил қилинг. Иситманинг йўқолиш жараёнини текшириш учун бола вазнининг ортиши (ҳар куни) ва ҳарорати (бир кунда 2 марта) мониторингини олиб боринг. Бу кўрсаткичларнинг ижобий ўзгариши давонинг самаралилигидан далолат беради. Силга гумон қилиб даволаш олиб борилганда 1 ойдан сўнг яхшиланишни кутиш мумкин. Агар бу содир бўлмаса, касални текширинг, барча тавсияларнинг бажарилишини текширинг ва диагнозни қайта кўриб чиқинг.

Олдини олиш тадбирлари

Бу ҳол тўғрисида керакли маҳаллий соғликни сақлаш хизматларига хабар беринг. Сил бўйича миллий дастурда тавсия этилгани каби даволашнинг мониторингини олиб борилишини таъминланг. Боланинг оиласидаги барча аъзоларини (зарур бўлса, мактабдаги танишларни ҳам) силга қарши текширинг, агар шундай ҳол топилса уларни даволашни ташкил қилинг.

3.9. Ёт жисм аспирацияси

Ёт жисм – майда ёнғоқлар, уруғлар, бошқа нарсаларнинг аспирацияси кўпинча 4 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Ёт жисм одатда бронхда туриб қолади (кўпинча ўнг томондагисида) ва коллапс ёки ўпканинг жисм тикилиб қолган қисми атрофида

зичлашиш пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Нафас йўллари тўсатдан обструкциясининг кўп учрайдиган белгиларидан бири “боланинг тиқилиб қолишидир”. Бундан сўнг аломатсиз кунлар ёки ҳафталар ўтиши мумкин, кейин болада кучли астмоид нафас олиш, сурункали йўтал ёки даво таъсир қилмайдиган пневмония пайдо бўлади. Кичик ўлчамдаги ўткир жисмлар халқумда тиқилиб қолиб стридор ёки астмоид нафас олишга сабаб бўлиши мумкин. Камдан кам ҳолларда йирик ўлчамли бегона жисм тиқилиб, халқумни ёпиб қўйиши мумкин, агар шошилиш трахеостомия ўтказилмаса, бола асфиксия туфайли ҳалок бўлиши мумкин.

Диагностика

Қуйидаги белгилар бўлган болада ёт жисм обструкциясини гумон қилиш керак:

- нафас йўлларининг тўсатдан пайдо булган обструкцияси белгиларининг кўриниши (бола тиқилиб қолди), йўтал ёки астмоид нафас олиш; ёки
- антибиотиклар билан даволаш таъсир қилмайдиган сегментар ёки бўлакли пневмония;

Болани қуйидагиларга текширинг:

- бир томонлама астмоид нафас;
- перкутор товушнинг тўмтоқлиги ёки кучайиши аниқланадиган сушт нафас соҳалари;
- трахеянинг ёки юрак чўққисининг силжиши.

Ҳаддан ташқари кенгайишни ёки коллапсни кўкс оралигининг силжишини (зарарланган соҳанинг акс томонига) ёки ёт жисм борлигини аниқлаш мақсадида, агар у рентгенда кўринса, кўкрак қафасини тўлиқ нафас чиқарилган пайтдаги рентгенографиясини қилинг.

Даволаш

Нафас йўллари механик обструкциясининг тўсатдан ривожланиши кузатилган болага шошилиш ёрдам кўрсатиш (бола тиқилиб қолди).

Ёт жисмни силжитиш ёки олиб ташлашга уриниб кўринг. Аралашув боланинг ёшига боғлиқ бўлади.

Чақалоқлар учун:

- Боланинг юзини ерга қаратиб қўлингизга ёки тиззангизга ётқизинг
- Боланинг орқасига кафтнинг асоси билан 5 марта уринг
- Агар тўсиқ кетмаса, болани айлантинг, икки бармоғингизни боланинг кўкрак қафасига ўрта чизик бўйлаб кўкрак учидан бир бармоқ пастроққа қўйиб, 5 марта туртганга ўхшатиб босинг (расмга қаранг)
- Агар тўсиқ сакланиб қолса, оғиз бўшлиғида ёт жисм йўқлигини текширинг. Зарур бўлса ушбу муолажани навбат билан, орқасига секин уришдан бошлаб қайтаринг.

Катта ёшдаги болалар учун:

- Ўтирган, тиззада ёки ётқизган ҳолда боланинг орқасига кафтнинг асоси билан 5 марта секин уринг
- Агар тўсиқ йўқолмаса, болани орқасига туринг ва уни танасидан кучокланг, битта қўлингизни мушт қилиб боланинг туш суягидан пастроққа қўйинг; иккинчи қўлингизни муштингизни устига қўйиб боланинг қорнидан тепага қараб бирдан сиқинг; бу муолажани 5 марта қайтаринг.
- Агар тўсиқ кетмаса боланинг оғиз бўшлиғида ёт жисм борлигини текширинг.
- Зарур бўлса жараённи тартиб билан бошидан, орқага уришдан бошланг.

Бу муолажаларни бажаргандан сўнг нафас олиш йўлларининг ўтувчанлигини баҳолаш

керак бўлади ва бунинг учун қуйидагилар зарур бўлади:

- кўкрак қафасининг ҳаракатларини кўриб баҳолаш;
- ўпкаларни аускультация қилганда нафас шовқинлари борлигини аниқлаш;
- бола нафас олиб нафас чиқарганида ҳаво ҳаракатини ҳиссиёт орқали ҳис қилиш.

Агар тўсиқ олиб ташланганидан сўнг ҳам ёрдам кўрсатиш талаб этилса, 4-схемага мурожаат қилинг. У ерда, боланинг аҳволи стабил ҳолатга келгунча асфиксияга олиб келиши мумкин бўлган тил тортилишининг олдини олиш ва нафас олиш йўлларининг ўтувчанлигини сақлаб туришга ёрдам берадиган усуллар таърифлаб берилган

- **Ёт жисм аспирацияси гумон қилинаётган болага кечроқ босқичда ёрдам кўрсатиш.** Агар ёт жисм аспирацияси гумони бўлса, унга аниқ диагноз қўйиш ва бронхоскопия ёрдамида ёт жисмни олиб ташлаш имкони бўлган бўлим ёки тиббий муассасага жўнатиш. Агар пневмония аломатлари бўлса, ёт жисмни олиб ташлашдан аввал оғир пневмония ҳолатидагидек ампициллин ва гентамицин билан даволашни бошланг.

3.10. Юрак етишмовчилиги

Юрак етишмовчилиги тезлашган нафас ва нафас етишмовчилигини келтириб чиқаради. Асосий сабаблари: юракнинг туғма нуқсони (одатда, ҳаётнинг биринчи ойларида), ўткир ревматизм, миокардит, инфекцияли эндокардитга ўтувчи йирингли перикардит, ўткир гломерулонефрит, оғир анемия, жуда оғир пневмония ва озикланишнинг оғир бузилиши. Юрак етишмовчилиги организмга керагидан ортикча суюқликларни, айниқса тузли эритмаларни вена ичига ортикча миқдорда юбориши сабабли ривожланиши ёки кучайиши мумкин

Диагноз

Юрак етишмовчилигининг физикал текширув вақтида аниқланадиган энг типик аломатлари қуйидагилардир:

- тахикардия (12 ойгача бўлган болада ЮҚТ >160 ур./дақ., 12 ойдан 5 ёшгача бўлган болада ЮҚТ > 120 ур./дақ.).
- от сакраши ритми, ўпканинг базал қисмларидаги намли хириллашлар;
- пальпацияда – катталашган ва оғриқли жигар;
- чақалоқларда – тезлашган нафас (ёки кўп терлаш), айниқса эмизиш вақтида; каттароқ ёшдаги болаларда – товон, қўллар ёки юзнинг шишиши, ёки бўйин веналарининг шиши.
- Агар юрак етишмовчилигининг сабаби оғир анемия бўлса, кафтларнинг яққол оқариши кузатилади.
- Агар диагноз қўйишда гумонлар бўлса, кўкрак қафасини рентгенологик текширувини ўтказиш мумкин, унда юрак етишмовчилиги юрак ўлчамларини катталашини билан аниқланади.
- Имкон бўлганда артериал босимни ўлчаб кўринг. Агар у баланд бўлса, ўткир гломерулонефритни тахмин қилинг.

Даволаш

Юрак етишмовчилигининг ривожланиши асосида ётган юрак патологиясини даволаш усулларини педиатрия бўйича стандарт дарсликдан кўришингиз мумкин. Озикланишнинг оғир бузилиши бўлмаган болалардаги юрак етишмовчилигини

даволашда ёрдам кўрсатиш тамойиллари қуйидагилардир:

- **Диуретиклар.** Фуросемид тайинланг: 1мг/кг хисобидаги бир доза 2 соат ичида сийдик ажралишини оширади. Дори воситаси тезроқ таъсир қилиши учун препаратни в/и га юборинг. Агар бошланғич доза самара бермаса, 2 мг/кг беринг ва зарур бўлса 12 соатдан сўнг яна такрорланг. Бундан сўнг одатда кунига бир марта оғиз орқали 1-2 мг/кг хисобидан битта доза қабул қилиш кифоя қилади.
- **Дигоксин.** Дигоксин тайинлаш эҳтимоли ҳақида ўйлаб кўринг (2-илова).
- Агар фақат бир неча кун давомида фуросемид билан даво олиб борилса, калийни қўшимча тайинлаш талаб этилмайди. Дигоксин ва фуросемид қўлланиладиган ҳолларда, ёки фуросемид 5 дан ортиқ кун мобайнида қўлланса, оғиз орқали калий (3-5 ммоль/кг/кун) тайинланг.
- **Кислород.** Агар боланинг нафас олиш тезлиги > 70 /дақ. ни ташкил этса ва унда нафас олиш етишмовчилиги ёки марказий цианоз белгилари бўлса унга кислород беринг.

Қўлловчи парвариш

- Имкони борича суюқликларни в/ига юбормасликка ҳаракат қилинг.
- Болани ярим ўтирган ҳолатда ушланг, бош ва елкалар сал кўтарилган, оёқлари эса осилиб турган ҳолда бўлсин.
- Юракка тушадиган юкломани камайтириш учун парацетамол ёрдамида иситмани туширинг.

Кузатиш

Ҳамшира, боланинг аҳволини камида ҳар 6 соатда (кислород терапияси ўтказилаётган вақтда ҳар 3 соатда), врач эса кунига 1 марта назорат қилиши керак. Даволаш натижасини назорат қилиш учун нафас олиш тезлиги ва пульс, жигарнинг ўлчами ва тана вазни мониторингини олиб боринг. Нафас олиш тезлиги, пульс ва жигарнинг ўлчами ўз ҳолига қайтмагунча даволашни давом эттиринг.

ДИАРЕЯ БИЛАН КАСАЛ БОЛАГА ДИАГНОСТИК ЁНДОШУВ

Диарея билан оғриган бола	Чўзилувчан диарея
Ўткир диарея	Чўзилувчан диарея (оғир бўлмаган)
Оғир сувсизланиш	Чўзилувчан оғир диарея
Ўртача сувсизланиш	Дизентерия
Сувсизланишсиз диарея	

Ушбу бобда 1 ҳафталикдан 5 ёшгача болаларда учрайдиган ўткир диарея (сувсизланишнинг турли ҳолатида ва сув йўқотмаган ҳолатда), сурункали диарея ва дизентерияни даволаш бўйича кўрсатма, овқатланиш жараёнининг кескин бузилиши натижасида болаларнинг ҳолати ҳақида маълумот берилган. Диареяга чалинган барча болаларни даволашда урта асосий элемент мавжуд - **регидратацион терапия, перорал глюкозали-тузли аралашмани қўллаш ва Рух препаратини қўшиб, овқатлантиришни давом эттириш.**

Диареяда суюқ ич кетиш натижасида сув ва электролитларнинг (натрий, калий ва бикарбонатлар) кескин йўқотилиши ошади. Агар сувсизланишнинг ўрни тегишли мос равишда тўлдирилмаса ёки сув ва электролитлар танқислиги давом этаверса, сувсизланиш ҳолати кучаяди. Сувсизланиш даражаси йўқотилган суюқликнинг миқдорини кўрсатувчи симптом ва белгилар асосида классификация қилинади. Сувсизланиш даражаси асосида регидратация тартиби танланади.

Боланинг умумий соғлиги ва ривожланишида Рух асосий микроэлемент ҳисобланади. Диареяда у кўп миқдорда йўқотилади. Рух йўқотилишининг ўрнини тўлдирилиши болани кейинги ойлarda ўзини тутиб олиши ва соғлиғини тиклашида муҳим ҳисобланади. Тажрибаларга кўра, диарея даврида қушимча Рух бериш касалликнинг давомийлигини ва оғирлашиши жараёнини камайтиради, шунингдек, кейинги 2-3 ойлarda диареянинг бошқа ҳолатлари эҳтимolini пасайтиради. Шунинг учун диареяга чалинган барча болаларга касаллик бошланиши билан дарҳол Рух қўллаш тавсия қилинади.

Диарея вақтида овқатланишнинг камайиши ва озиқ моддаларининг ҳазм бўлмаслиги, шунингдек, микроэлементларга эҳтиёж кўпайиши, кўпинча бир вақтда вазн йўқотиш ва ўсишдан тўхташга сабаб бўлади. Ўз навбатида, тўғри овқатлантирилган болаларга қараганда, овқатланишнинг камайиши сабабли диарея оғир кечиши, узок давом этиши ва тез-тез қайталаши мумкин. Бу нуқсонларни йўқотиш учун бола соғлом даврида ва диареяга чалинган вақтда микроэлементларга бой бўлган озиқ овқатлар билан овқатлантирилиши керак.

Барча ҳолларда антибиотикларни қўллаш мумкин эмас. Уларнинг диарея қонли кечган ҳолатларда (эҳтимол, шигеллезда), сальмонеллез, оғир сувсизланишли холера тахмин қилинганда, шунингдек ичак инфекциясидан бошқа жиддий ҳолатларда, масалан, пневмонияда фойдаланилиши тўғрироқдир. Ўткир ва чўзилувчан диарея ёки дизентерия билан оғриган кичик ёшдаги болаларга диареяга қарши ва қайт қилишнинг олдини олиш учун дори дармонлар қўллаш тавсия этилмайди, улар сувсизланишни олдини олмайди ва тўғри овқатланишни йўлга қўя олмайди, ҳатто баъзилари хавфли ва ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин.

4.1. Диарея билан оғриган бола

Анамнез

Диареяга чалинган болани овқатлантиришнинг мукамал тартиби жуда муҳимдир. Шунингдек қуйидаги анамнез ҳолатларини аниқланг:

- диареянинг характери:
 - тез-тез ич кетиши;
 - диарея давом этаётган кунлар сони;
 - қонли ич кетиш;
- жойларда вабо тарқалиши ҳақидаги хабар;
- яқин кунларда антибиотик ёки бошқа воситалар билан даволанганлик;
- рангининг кескин оқариши билан кузатиладиган тинимсиз оғриқли йиғи.

Текширув

Аниқланг:

- ўрта ёки оғир сувсизланиш белгиларининг йўқлигини:
 - безовталиқ ёки бетоқатлик;
 - беҳушлиқ/хуш даражасини пасайиши;
 - кўзларнинг киртайганлиги;
 - тери бурмасининг текисланиши секин ёки жуда секин;
 - бола ютоқиб суюқлик ичади ёки, аксинча, қийналиб ичади, ёки умуман ича олмайди;
- қонли ич кетиш;
- сув йўқотишнинг белгилари;
- қорин бўшлиғида пайпасланувчи каттикликлар;
- қорин дам бўлиши.

Барча диарея билан оғриган болаларда бактериологик экиш жараёнини ўтказиш шарт эмас. 3 ва ундан ортиқ кун давом этган диареяда, шунингдек оғир интоксикациянинг клиник белгилари бор ўткир ичак хасталиги билан оғриган болалар билан яқин мулоқотда бўлганда нажасни бактериологик экиш лозим.

10-жадвал. Диареяга чалинган боланинг дифференциал диагностикаси

Дијагностик белгилар	Синдромлар
Ўткир (сувли) диарея	1 кунда 3 мартадан кўп ич кетиши — суюқ, қон аралашмаган ҳолда
Вабо (холера) диарея	Вабо тарқалган пайтда оғир сувсизланишли Нажаснинг <i>V. cholerae</i> O1 ёки O139 бҳйича мусбат натижаси
Дизентерия	Ахлатда қон борлиги (онанинг кузатувиغا ва текширувлар натижасига асосан)
Чўзилувчан диарея	14 кун ва ундан ошган диарея
Яқин орада қабул қилинган антибиотиклар оқибатидан келиб чиққан диарея	Яқин орада кенг қўлланиладиган перорал антибиотиклар билан ўтказилган даволаш муолажаси
Ичак инвагинацияси	Ахлатда қон бўлиши Қорин соҳасида қаттиқ шишнинг аниқланиши (ректал текширувлар ёрдамида аниқланг) Тинимсиз хуружсимон йиғи ва тери қопламини оқариб кетиши

4.2. Ўткир диарея

Сув йўқотиш даражасини баҳолаш

Диареяга чалинган назоратдаги барча болаларда сув йўқотиш ҳолати аниқланганда махсус даволаш усуллари қўлланилади. Гидратация даражаси **оғир сувсизланиш сувсизланиш ва сувсизланиш йўқ**, деб таснифланади (11-жадвал).

11-жадвал. Диареяга чалинган болаларда сувсизланишнинг оғирлиги даражасининг классификацияси

Классификация	Белги ва аломатлар	Даволаш
Оғир сувсизланиш	<p>Икки ёки ундан ортиқ белгилар:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Бехушлик/хуш даражасини пасайиши ■ Суюқликни ича олмайди ёки қийналиб ичади ■ Кўзларнинг киртайиши ■ Тери бурмасининг жуда секин текисланиши (≥ 2 с) 	Регидратация диареяни касалхонада даволашнинг В режаси асосида олиб борилади
Ўртача сувсизланиш	<p>Икки ёки ундан ортиқ белгилар:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Безовталиқ ёки бетокатлик ■ Кўзларнинг киртайиши ■ Суюқликни ютоқиб ичиши ■ Тери бурмасининг секин текисланиши 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Регидратация диареяни касалхонада даволашнинг Б режаси асосида олиб борилади ➤ Регидратациядан сўнг уй шароитида қандай муолажа олиб борилиши ва қайси ҳолатларда тезда касалхонага қайтиш кераклигини онага тушунтиринг ➤ 5 кун мобайнида ўзгариш бўлмаганда муолажани такрорланг
Сувсизланиш йўқ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Диагноз қўйиш учун ўртача ёки оғир сувсизланиш етарли эмас 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Уй шароитида А планига асосан даволаш муолажасини ўтказинг ➤ Қайси ҳолатларда тезда касалхонага қайтиш кераклигини онага тушунтиринг ➤ 5 кун мобайнида ўзгариш бўлмаганда муолажани такрорланг

4.2.1. Оғир сувсизланиш

Оғир сувсизланган болаларга жиддий кузатув олиб борган холда дарҳол томирдан регидратация ўтказилади, кейинчалик боланинг аҳволи етарли даражада тиклангач, перорал регидратация ўтказилади. Вабо тарқалган жойларда беморларга ушбу касалликка қарши кучли таъсир этадиган антибиотиклар берилади.

Диагноз

Куйидаги белгилардан иккитасига асосан диареяга чалинган болага оғир сувсизланиш диагнози қўйилади:

- беҳушлик/хуш даражасини пасайиши;
- кўзларнинг киртайиши;
- тери бурмасининг жуда секин текисланиши (2 дақиқа ёки кўпроқ);
- суюқликни ича олмайди ёки қийинчилик билан ичади.



Кўзларнинг киртайиши
(киртайган) кўзлар

Даволаш

Оғир сувсизланган болаларга дарҳол томирдан регидратация ўтказилади, кейин орал регидратацион терапия ўтказилади.

- Дарҳол томирдан суюқлик юборишни бошланг. Система ўрнатилгунча, агар бола суюқликни қабул қила олса, ОРВ аралашмасини беринг.

Эслатма: Энг яхши томирдан юбориладиган суюқлик Рингер лактатдир (у инъекция учун Хартманн аралашмаси деб ҳам аталади). Агар Рингер лактат бўлмаса, оддий тузли аралашмани (0,9% NaCl) қўллаш мумкин. 5% глюкоза (декстроза) аралашмасининг ўзини қўллаш бефойда.

12-жадвал. Оғир сувсизланган болага томир ичига суюқлик юбориш

	Аввалига 30 мл/кг ҳисобидан куйидаги вақт давомида суюқлик юборинг:	Сўнгра 70 мл/кг ҳисобидан куйидаги вақт давомида суюқлик юборинг:
<12 ой	1 соат	5 соат
>12 ой	30 мин*	2 соат 30 мин

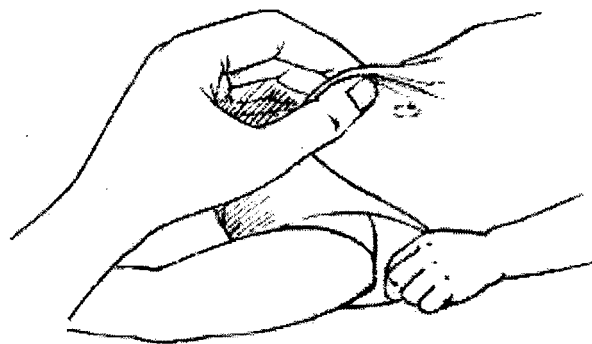
* Агар томир уриши аниқланмаса, ёки жуда сустлашса муолажани такрорланг.

- Танланган суюқликни 100 мл/кг ҳисобидан 13 жадвалда кўрсатилган схема бўйича юборинг. Касалхонада даволашни В режасига кўра томирдан суюқлик юбориш мумкин бўлмаган ҳолда ОРВ суюқлигини назогастрал зонд ёки оғиз орқали юбориш тавсия қилинади.

Вабо

- Вабо учраган жойларда 2 ёшдан ошган, ўткир сувли диареяга чалинган ва оғир сув йўқотиш белгилари бўлган болаларда дарҳол вабони инкор этиш лозим.
- Сувсизланишнинг даражасини аниқлаб, сувли диареянинг оддий ҳолатидаги каби регидратация ўтказинг.

- Оғиз орқали тетрациклин антибиотигини беринг
- Қушиш тўхташи билан рух моддасини тайинланг



Болани қорини терисининг таранглигини текшириш



Оғир сувсизланиш ҳолатида тери бурмасининг асл ҳолатига жуда секин қайтиши

Кузатув

Томир уриши тўлиқ яхшилангунча болани аҳволини ҳар 15-30 минутда текшириб туринг. Агар туз-сув мувозанати тикланмаса, томирдан суюқлик юборишни тезлатинг. Шундан сўнг болани тери бурмасининг текисланишини текшириб, хуш даражасини ва ҳар соатда суюқлик ича олиш қобилиятини такроран баҳоланг. Кўзларнинг киртайиши ва асл ҳолига секинлик билан қайтиши белгиси, бошқа белгиларга қараганда, боланинг аҳволини кузатишда кам фойда беради.

7-схемада берилган кўрсатмаларга биноан боланинг тўлиқ гидратация ҳолатини такроран баҳоланг.

- Агар аввалгидек оғир сувсизланиш белгилари бўлса, юқорида кўрсатилганидек, томирдан суюқлик юборишни такрорланг. Томир орқали регидратация бажарилгандан сўнг, тананинг оғир сувсизланишининг давом этиши хос эмас; бу фақат регидратация даврида тез-тез ва кўп миқдорда ич кетиши сақланиб қолган болаларда кузатилади.
- *Агар боланинг аҳволи яхшиланса, аммо ўртача сувсизланиш белгилари сақланиб қолган бўлса*, у ҳолда томирдан суюқлик юборишни тўхтатинг ва 4 соат мобайнида ОРВ аралашмасини беринг (даволанишнинг Б режаси). Агар бола кўкрак сути билан овқатлантирилса, онага тез-тез эмизишни давом эттиришни маслаҳат беринг.
- *Агар сувсизланиш белгилари бўлмаса*, А режага оид кўрсатмага амал қилинг. Она болани регидратация даражасини ОРВ бериб ушлаб туришига ишонч ҳосил қилиш учун болани касалхонадан жавоб беришдан олдин камида 6 соат давомида кузатинг. Болалар суюқликни қийналмасдан ича олганидан бошлаб, пиёладан ОРВ (5 мл/кг/с атрофида) беришни бошлаш лозим (одатда гўдакларга 3-4 соатдан сунг ёки ёш болаларга 1-2 соатдан сунг). Бу туз-сув мувозанати тикланиши учун кўшимча асос бўлади ва танага томирдан суюқлик юборганда етарли бўлмаган калий миқдорини таъминлайди.

Оғир сувсизланиш даражаси даволангандан сўнг, рух моддасини буюринг.

СХЕМА 12.

Стрелка бўйлаб, агар жавоб бўлса, ўннга ўтинг, агар бўлса пастга тушинг.

Сиз дарҳол томир орқали суюқлик юбора оласизми?

Дарҳол томир орқали суюқлик юборинг (30° гача илитинг). Система тайёр бўлгунга қадар, агар бола суюқлик ича олса, ОРВ беринг. Қуйидаги схема бўйича 100 мл/кг Рингер лактат суюқлигини беринг (ёки, у бўлмаса, нормал тузли аралашма ҳам бериш мумкин):

Боланинг ёши	Аввалига 30 мл/кг юборинг:	Сўнгра 70 мл/кг юборинг:
12 ойгача	1 с*	5 с
12 ойдан 5 ёшгача	30 мин*	2 с 30 мин

* Агар томир уриши аниқланмаса ёки жуда сустрлашса муолажани такрорланг.

Яқин жойда (болани 30 мин. ичида етказиш кўзда тутилади) томирдан суюқлик юбориш учун етарли шароити бор даволаш муассаси мавжудми

Ҳар 15-30 мин ичида ҳолатни кузатиб муолажани такрорланг. Агар гидратация статуси яхши томонга ўзгармаса суюқликни томчилаб юбориш тезлигини оширинг.

Бола суюқликни ича олишни бошлаши билан унга ОРВ аралашмасини беринг (5 мл/кг/с гача): 3-4 соатдан сунг (ёш болаларга) ёки 1-2 соатдан сунг (ёши катта болаларга).

Ҳар 3 соатда ёш болани, ҳар 6 соатда ёши катта болани ҳолатини такроран баҳоланг. Сувсизланиш даражасини аниқланг. Сўнгра даволашни давом эттириш учун мос келадиган режа (А, Б ёки В)ни танланг.

Болани ЗУДЛИК БИЛАН томирдан суюқлик юбориш учун юборинг.

Назогастрал зонд воситасида регидратация ўтказа оласизми?

Агар бола суюқлик ича олса, онасига ОРВ аралашмасини беринг ва йўлда болага қандай ичиришни кўрсатинг.

Зонд воситасида (ёки перорал) ОРВ аралашмаси билан регидратацияни бошланг: 20 мл/кг/с 6 соат мобайнида (ҳаммаси бўлиб 120 мл/кг).

Ҳар 1-2 соатда болани аҳволини баҳоланг:

Бола суюқлик ича оладими?

- Тез-тез қусиш оқибатида ёки қорин дам бўлиши кучайганда суюқлик жўнатиш миқдорини камайтиринг.
- Агар гидратация статуси 3 соат мобайнида яхши томонга ўзгармаса, болани томирдан суюқлик қабул қилиш учун даволашга юборинг.

ЗУДЛИК БИЛАН болани назогастрал зонд ёки томир орқали регидратация ўтказиш учун касалхонага юборинг

Болани аҳволини 6 соатдан сўнг яна баҳоланг. Сувсизланиш даражасини аниқланг. Сўнгра даволашни давом эттириш учун мос келадиган режани (А, В ёки С) танланг

Эслатма: Онаси оғиз орқали ОРТ бериш орқали суюқликлар киришининг зарур миқдорини таъминлай олишига ишонч ҳосил қилиши учун камида ҳар 6 соатда боланинг ҳолидан хабар олиб туринг.

4.2.2. Ўртача сувсизланиш

Ўртача сувсизланишга учраган болалар дастлабки 4 соат ичида касалхона шароитида ОРВ аралашмасини қабул қилишлари ва уларнинг ахволи кузатилиши шарт. Шу вақтнинг ўзида онаси ОРВ аралашмасини қандай тайёрлаш ва ичиришга ўргатилиши лозим.

Диагност

Агар болада қуйидаги икки ва ундан ортиқ белгилар бўлса, **ўртача сувсизланиш** ҳолати ҳақида далолат беради:

- безовталик, бетокатлик;
- бола чанқаб, сувни ютоқиб ичади;
- кўзларнинг киртайиши;
- тери бурмасининг секин текисланиши.

Эслатма: агар болада юқорида келтирилган белгилардан фақат биттаси ва оғир сувсизланиш белгиларидан бири учраса, (масалан, бола безовта/бетокат ва ёмон ичади), бу ҳам уртача сувсизланиш белгисини борлигини билдиради.

Даволаш

- Биринчи 4 соатда боланинг оғирлигига кўра (агар оғирлиги маълум бўлмаса, ёшига қараб), ОРВ аралашмасини керакли миқдорда беринг (13 схемада кўрсатилганидек).

Агар бола яна суюқлик истеъмол қилишни истаса, унга берилаётган ОРВ аралашмаси миқдорини ошириш мумкин.

- Агар бола 2 ёшгача бўлса, ОРВ аралашмасини ҳар 1-2 минутда 1 чой қошиқдан, ёши каттароқ бўлган болаларга эса идишдан қисқа вақт оралиғида 1-2 қултумдан қандай беришни онасига кўрсатинг.

Бирор хил муаммо йўқлигини тез тез текшириб туринг.

- Агар бола қусса, 10 мин. танаффус қилиб, кейин яна жуда секинлик билан ОРВ аралашмасини бера бошланг (масалан, ҳар 2-3 минутда 1 чой қошиқдан).

- Агар болани қовоғи шиша бошласа, ОРВ аралашмасини беришни тўхтатинг ва оддий сув ёки кўкрак сутини беринг.

- Кўкрак сути билан овқатлантирадиган оналарга қоидага мос равишда эмизишни давом эттиришни тавсия қилинг.

- Агар она касалхонада 4 соатдан ортиқ қола олмаса, ОРВ аралашмасини қандай тайёрлашни кўрсатинг ва регидратацияни уй шароитида яна 2 кун давом эттириши учун уни керакли миқдорда ОРВ пакетлари билан таъминланг.

- Яна 4 соатдан сўнг сувсизланиш белгиларини текшириб, юқорида қайд қилинганидек боланинг ҳолатини баҳоланг.

(Эслатма: Яна 4 соатдан сўнг бола ОРВ аралашмасини ичишдан бош тортаётган бўлса (ёки ахволи ёмонлашаётган бўлса) такроран баҳоланг.

- Агар сувсизланиш белгилари умуман бўлмаса, онага уй шароитида даволашни 4 қоидасини ўргатинг:

(I) қўшимча суюқлик бериш;

(II) 10-14 кун мобайнида рух препаратини ичириш;

(III) болани овқатлантиришни давом эттириш;

СХЕМА 13. Даволашни даволашнинг Б режаси:
ОРВ ёрдамида енгил сувсизланган ширинчилик

КАСАЛХОНАДА 4 СОАТ МОБАЙНИДА ЗАРУР МИҚДОРДАГИ ОРВ БИЛАН ТАЪМИНЛАНГ

Биринчи 4 соат мобайнида берилиши керак бўлган ОРВ миқдорини аниқланг

Ёши*	4 ойлик- гача	4 ойдан 12 ойликгача	12 ойликдан 2 ёшгача	2 ёшдан 5 ёшгача
Тана вазни	<6 кг	6-<10 кг	10-<12 кг	12-19 кг
ОРВ мл да	200-400	400-700	700-900	900-1400

* Болани вазни аниқ бўлмаган ҳолда боланинг ёши ҳисобга олинади. ОРВнинг тахминий зарур миқдорини (мл да) боланинг оғирлигини (кг да) 75 га кўпайтириб аниқлаш мумкин.

- Агар бола ОРВ аралашмасини ҳошиш билан ичса ва яна сўраса, керакли миқдордан кўра кўпроқ бериш мумкин.

ОРВ аралашмасини қайси усулда беришни онасига кўрсатинг.

- Аралашмани идишдан тез-тез ва 1-2 хўпладан ичиринг.

- Агар бола қайт қилса, 10 минут тўхтаб туринг. Сўнгра секин, кам миқдорда давом эттиринг.

- Болани ҳошишига қараб эмизишни давом эттиринг.

■ **4 соатдан сўнг:**

- Болани аҳволини қайта баҳоланг ва гидратация статусини аниқланг.

- Мос келадиган режани танлаб, даволашни давом эттиринг.

- Болани касалхонада овкатлантиришни бошланг.

➤ Агар она даволаш жараёни тугагунча касалхонада қола олмаса:

- Унга ОРВ аралашмасини уй шароитида қандай тайёрлашни кўрсатинг.

- 4 соатлик муолажани тугатиш учун уй шароитида қанча миқдорда ОРВ беришни тушунтиринг.

- Регидратацияни уй шароитида тугатиш учун уни керакли миқдорда ОРВ пакетлари билан таъминланг.

- А режага асосан унга яна қўшимча 2 пакет ОРВ беринг.

- Уй шароитида даволашнинг 4 қоидасини тушунтиринг:

1. Кўп миқдорда суюқлик бериш
2. Рух моддасини бериш
3. Озиқлантиришни давом эттириш
4. Қайси ҳолатларда даволаш муассасаларига қайта мурожаат этишни билиш



**Даволашнинг
А режасига
ва «Оналарга
эслатма»га қаранг**

(IV) куйидаги белгилар пайдо бўлиши билан касалхонага муружаат этиш:

- бола суюкликни ёмон ичса ёки умуман ича олмаса ёки эма олмаса;
- унинг аҳволи ёмонлашса;
- тана ҳарорати кутарилса;
- қонли ич кетса.
- *Агар болада ўртача сувсизланиш белгилари сақланган бўлса*, юқорида кўрсатилганидек яна 4 соат мобайнида ОРВ аралашмаси билан даволашни такрорланг ва унга овқат, сут ва шарбат бера бошланг ва тез-тез эмизишни давом эттиринг.
- *Агар оғир сувсизланиш белгилари пайдо бўлса*, 4.1.1 бўлимида берилган даволашга қаранг.

Батафсил маълумотлар учун - даволашнинг Б ва А режаларига қаранг.

Рух моддасини тавсия қилинг

➢ Қанча миқдорда рух моддасини бериш кераклигини онага тушунтиринг:

6 ойликгача	кунига 0,5 таблеткадан (10 мг)
6 ойлик ва ундан катта	кунига 1 таблеткадан (20 мг)
10-14 кун давомида	

Овқатлантириш

Тез ҳазм бўлувчи озуқалар билан овқатлантиришни давом эттириш — диареяни даволашни муҳим элементиدير.

- Болага регидратация даврида биринчи 4 соат давомида кўкрак сутидан ташқари ҳеч қанақа овқат берманг. Кўкрак сути билан овқатланувчи болаларни диарея даврида тез-тез эмизишни давом эттириш керак.
- 4 соатдан сўнг болада ўртача сувсизланиш аломатлари бўлса, ОРВ қабул қилишни давом эттириб, уни ҳар 3-4 соатда овқатлантириш керак.

Агар бола эмизикли бўлмаса, релактацияни (яъни маълум танаффусдан сўнг кўкрак сути билан овқатлантиришни тиклаш) қўллашингиз мумкин ёки кўкрак сутини ўрнини босувчи озуқалар билан овқатлантириш мумкин. Агар бола 6 ойлик ёки катта бўлса, ёки у қуюқ овқатлар билан овқатланаётган бўлса, унга қайнатилган ёки қирғичдан ўтказилган ҳолда янги тайёрланган овқат беринг. Куйидаги таом турлари тавсия этилади:

- ҳар хил ёрмалар ёки таркибида крахмал бўлган дуккаклар билан аралашган сабзавотлар, гўшт ёки балиқ маҳсулотларидан бир порциясига имкони борича 1-2 чой қошиқ ўсимлик ёғи қўшилган ҳолда тайёрланган таомлар;
- маҳаллий қўшимча таомлар;
- организмга калий киришини таъминлаш учун янги узилган мевадан тайёрланган шарбат ёки банандан тайёрланган пюре.
- Болани бир кунда камида 6 маҳал яхши овқатлантиришга ҳаракат қилинг. Диареяни даволаш тугагач, яна шу овқатларни беришни давом эттиринг, кейинги 2 ҳафта давомида кунига яна бир маҳал қўшимча овқатлантиринг.

4.2.3. Сувсизланишсиз диарея

Сувсизланишсиз диареяга чалинган болаларга уй шароитида сувсизланишни олдини олиш учун керакли миқдорда қўшимча суюклик берилади. Уларга кўкрак сути билан овқатлантиришни давом эттирган ҳолда ёшига нисбатан керакли парҳез буюрилади.

Агар болада куйидаги ўртача ёки оғир сувсизланишни кўрсатувчи белгилардан икки ва ундан ортиғи бўлмаса унга *сувсизланишсиз диарея* диагнози қўйилади:

- безовталиқ/бетоқатлик;
- беҳушлиқ ёки хуш даражасини пасайиши;
- суюқликни ича олмайди ёки қийинчилик билан ичади;
- чанқаш ёки ютоқиб ичади;
- кўзларнинг киртайиши;
- тери бурмаси секин ёки жуда секин текисланади.

Даволаш

Болани амбулатория шароитида даволанг.

➤ Онага уйда даволашнинг 4 қоидасини тушунтиринг:

- кўп миқдорда суюқлик бериш;
- рух моддасини бериш;
- эмизишни давом эттириш;
- қайси ҳолатларда яна шифохонага муурожаат этишни билиш.

14-схемага қаранг.

➤ *Кўшимча суюқликни куйидаги тартибда беринг:*

- Агар бола кўкрак сути билан овқатланса, оналарга тез-тез эмизиб туришни ва эмизиш муддатини кўпайтиришни маслаҳат беринг. Агар бола фақатгина кўкрак сути билан овқатланса, унга кўшимча ОРВ ёки она сути билан биргаликда тоза сув ҳам бериш мумкин. Диарея тўхтагандан сўнг, агар боланинг ёши мос келса, уни фақатгина кўкрак сути билан овқатлантиришни давом эттириш керак.
- Агар бола фақат кўкрак сути билан овқатланмаса, унга куйидаги суюқликларни биргаликда беринг:
 - ОРВ аралашмаси;
 - суюқ овқатлар (масалан, шўрва, гуруч қайнатмаси, таркибида кефир ёки қатиқ бўлган ичимликлар);
 - қайнатилган тоза сув.

Сувсизланишни кучайиб кетишини олдини олиш учун онага бола ҳоҳлаганича ичиши учун кўшимча суюқлик билан таъминлашни маслаҳат беринг:

- 2 ёшгача – 50-100 мл атрофида ҳар ич кетишида;
- 2 ёш ва катта – 100-200 мл атрофида ҳар ич кетишида

Оналарга, болага идишдан тез-тез майда хўплатиб суюқлик ичиришни, агар бола қусса, 10 дақиқа кутгач, яна суюқликни кам миқдорда ичиришни давом эттиришни маслаҳат беринг. Диарея тўхтамагунча унга кўшимча суюқлик беришни давом эттириш керак.

Онага ОРВ аралашмасини беринг ва тайёрлашни ўргатинг, унга фойдаланиш учун икки пакет ОРВ беринг.

Кўшимча рух беринг

- Рух моддасини қанча миқдорда бериш кераклигини онага тушунтиринг:

- | | |
|--------------------|--|
| 6 ойликгача кунига | 1/2 таблеткадан (10 мг) 10-14 кун мобайнида |
| 6 ой ва катта | кунига 1 таблеткадан (20 мг) 10-14 кун мобайнида |

**СХЕМА 14. Диареяни даволашнинг А режаси:
Диареяни уй шароитида даволаш**

**ОНАЛАРГА УЙ ШАРОИТИДА ДАВОЛАШНИНГ 4 ҚОИДАСИ ҲАҚИДА
ТУШУНТИРИНГ: КЎП МИҚДОРДА СУЮҚЛИК БЕРИШ, РУХ МОДДАСИНИ
БЕРИШ, ОВКАТЛАНТИРИШНИ ДАВОМ ЭТТИРИШ ВА ҚАЙСИ ХОЛАТЛАРДА
ШИФОХОНАГА МУРОЖААТ ЭТИШНИ БИЛИШ**

➤ 1. КЎШИМЧА СУЮҚЛИК БЕРИШ (БОЛА ҚАНЧА МИҚДОРДА ИЧА ОЛСА)

ОНАЛАРГА МАСЛАҲАТ:

- тез-тез эмизиб туриш ва эмизиш муддатини кўпайтириш.
- агар бола фақат она сути билан овкатланса, унга кўшимча ОРВ ёки она сути билан биргаликда тоза сув ҳам бериш мумкин.
- агар бола аралаш ёки суьний овкатлантирилса, унга куйидаги суюқликларни ҳар хил таркибда бериш мумкин: ОРВ аралашмаси, суюқ овқатлар (масалан шўрва, қайнатилган гуруч, таркибида йогурт бўлган ичимликлар) ёки тоза сув.

Уй шароитида ОРВ бериш жуда муҳим, агар:

- у шу вақтгача тиббий муассасада Б ёки В режа бўйича даволанган бўлса;
- боланинг аҳволи ёмонлашиб, у шифохонага қайта олмаса.

**➤ ОНАГА ОРВ АРАЛАШМАСИНИ БЕРИНГ ВА ТАЙЁРЛАШНИ ЎРГАТИНГ. ОНАГА
УЙ ШАРОИТИДА ФОЙДАЛАНИШ УЧУН ИККИ ПАКЕТ ОРВ БЕРИНГ.**

**➤ ОНАГА ОДАТДАГИГА ҚАРАГАНДА КЎШИМЧА ТАРЗДА ҚАНДАЙ МИҚДОРДА
АРАЛАШМА БЕРИШНИ ТУШУНТИРИНГ.**

2 ёшгача	ҳар ич кетишида 50-100 мл
2 ёш ва катта	ҳар ич кетишида 100-200 мл

Оналарга маслаҳат:

- болага идишдан тез-тез майда хўплатиб суюқлик ичиринг;
- агар бола қусса, 10 дақиқа кутгач, яна суюқликни кам миқдорда ичиришни давом эттиринг;
- диарея тўхтамагунча унга кўшимча суюқлик беришни давом эттиринг.

➤ 2. РУХ МОДДАСИНИ ИЧИРИНГ

**➤ РУХ МОДДАСИНИ ҚАНЧА МИҚДОРДА БЕРИШ КЕРАКЛИГИНИ ОНАГА
ТУШУНТИРИНГ:**

6 ойликгача	қунига 1/2 таблеткадан (10 мг) 10-14 кун мобайнида
6 ой ва катта	қунига 1 таблеткадан (20 мг) 10-14 кун мобайнида

➤ ОНАГА РУХ МОДДАСИНИ ҚАНДАЙ ИЧИРИШНИ КЎРСАТИНГ:

- гўдакларга: таблеткани кам миқдордаги тоза сувда, соғилган сутда ёки кичик идишда ёки қошиқда ОРВ аралашмасига эритиб беринг;
- ёши каттароқ болаларга: таблеткани кичик идишда ёки қошиқда эзиб ёки кам миқдордаги тоза сувда эритиб бериш мумкин.

**➤ ОНАНИНГ ДИҚҚАТИНИ РУХ МОДДАСИНИ ҚАТЪИЙ РИОЯ АСОСИДА ТЎЛИҚ
(10-14 КУН) ИЧИРИШГА ЖАЛБ ҚИЛИНГ.**

➤ 3. ОВКАТЛАНТИРИШНИ ДАВОМ ЭТТИРИНГ

**➤ 4. ОНА ҚАЙСИ ХОЛАТЛАРДА ЯНА ШИФОХОНАГА
МУРОЖААТ ЭТИШНИ БИЛИШИ КЕРАК**



**Қаранг
«Оналарга
эслатма»**

- Онага рух моддасини қандай ичиришни кўрсатинг:
- гўдакларга: таблеткани кам миқдордаги тоза сувда, соғилган соғилган сутда ёки кичик идишда ёки қошиқда ОРВ аралашмасига эритиб беринг;
- ёши каттароқ болаларга: таблеткани кичик идишда ёки қошиқда эзиб ёки кам миқдордаги тоза сувда эритиб бериш мумкин.
- Онанинг диққатини рух моддасини қатъий риоя асосида тўлиқ (10-14 кун) ичиришга жалб қилинг.

Овқатлантиришни давом эттиринг – 9- ва 11- боблардаги овқатлантириш ҳақидаги маслаҳатларга қаранг.

Она қайси ҳолатларда яна шифохонага мурожаат этишни билиши керак.

Кейинги кузатувлар

Агар боланинг аҳволи ёмонлашса, ёки у суюқлик ича олмаса ёки эма олмаса, ёки тана харорати кўтарилса, ёки ичи қонли келса, онага тезда шифохонага қайтишини тушунтиринг. Агар болада бу белгиларнинг бирортаси бўлмаса, лекин унинг аҳволи асл ҳолатидек яхшиланмаса, онага 5 кундан кейин қайта кўриқдан ўтишга болани олиб келишни маслаҳат беринг.

Онага, болада келгусида диарея учраса, айнан шу даволаш усули қўлланилишини тушунтиринг. А режага қаранг.

4.3. Чузилувчан диарея

Чўзилувчан оғир диарея – бу бошланиши оғир кечиб, 14 кун ва ундан кўпроқ вақт давом этадиган қонли ёки қонсиз диарея. Агар ўртача ёки кучли сувсизланиш бўлса, узоқ давом этадиган диарея «оғир» деб классификация қилинади. Қуйида жиддий озуқа етишмаслиги бўлмаганлиги туфайли Чузилувчан диареяга чалинган болаларни парваришlash ҳақида тавсиялар келтирилган. Овқатланиш жараёни кескин бузилган Чўзилувчан диареяга чалинган болаларни касалхонага ётқизиб, махсус даволаш усуллари қўлланилишига зарурият туғилади.

Чўзилувчан диареяда ОИВни гумон қилиш лозим.

4.3.1. Чўзилувчан оғир диарея

Д агноз

Агар болада диарея 14 кундан кам бўлмаган даврга чўзилса ва унда сувсизланиш белгилари кузатилса, бу ҳолат оғир чузилувчан диарея деб диагноз қўйилади ва уни касалхонада даволаш талаб этилади.

Даволаш

Боланинг сувсизланиш даражасини аниқлаб, Б ёки В режанинг кўрсаткичлари асосида суюқлик миқдорини белгиланг

Кўп ҳолларда чўзилувчан диареяда болаларга ОРВ аралашмасини аниқ белгилаш қийин, чунки баъзи ҳолларда глюкозани сўрилиши қийинлашади ва ОРВ кутилган натижани бермайди. Бундай болаларда ОРВ қабул қилганда ич кетиши сезиларли кўпаяди, чанқоқ кучаяди, сувсизланиш асоратлари пайдо бўлади ва кучайиб кетади, нажасда эса катта миқдорда сўрилмаган глюкоза борлиги билиниб қолади. Бундай болаларга, аҳволини оғирлаштирмаган ҳолда, унга ОРВ аралашмасини сингдира олгунича томирдан регидратация юборилиши керак.

Чўзилувчан диареяни барча холларда антибиотиклар билан даволаш бефойда ва уларни ичириш керак эмас. Лекин айрим болаларда антибиотиклар билан махсус даволашни талаб қиладиган ичак инфекцияси ёки ичакка таалуқли бўлмаган бошқа инфекциялар бўлиши мумкин.

Ҳар бир чўзилувчан диареяга чалинган болаларда ичакка таалуқли бўлмаган инфекция, масалан, пневмония, сепсис, сийдик чиқариш йўллари инфекцияси, оғиз бўшлиғи кандидози ва ўрта отитга текширувлар олиб боринг ва зарур бўлган муолажани қўлланг.

Мос келадиган қўшимча микроэлемент ва витаминлар тайинланг.

Узоқ вақт давом этадиган қонли диареяни Shigellaga кучли таъсир этувчи перорал антибиотиклар билан даволанг.

Агар нажас текшириб кўрилганда Giardia lambliaни циста ва трофозоитлари учраса, лямблиоз сабаби бўйича даволаш (5 кун мобайнида кунига 3 маҳал 5 мг/кг метронидазол) ўтказинг.

Чузилувчан диареяни ҳар қандай кўринишида болани тўғри овқатлантириш муҳим аҳамиятга эга. Болани, хоҳишига қараб тез-тез ва узоқ эмизишни давом эттириш зарур. Фақат Б ва В режага асосан регидратация ўтказилаётган сувсизланишга учраган болаларни 4-6 соат мобайнида овқатланишдан тийиб туриш керак.

Касалхонадаги парҳез

Касалхонада даволанаётган болалар вазнига вазн қўшилмагунча ва диарея ўтиб кетмагунча махсус парҳезда бўлиши зарур. Кун давомида 110 калория/кг дан кам бўлмаган маҳсулотлар билан овқатланиш мақсадга мувофиқ.

6 ойликгача бўлган гўдақлар.

- Фақатгина кўкрак сути билан овқатлантиришга унданг. Онага болани фақатгина кўкрак сути билан овқатлантиришни йўлга қўйишига шароит яратиб беринг.
- Агар бола сунъий овқатлантирилса, кўкрак сутини ўрнини босувчи лактоза миқдори кам бўлган, масалан, қатиқ, сузма, айрон ёки лактозасиз маҳсулотлар билан овқатлантиринг. Овқатлантиришда сўргичли ширадан эмас, балки қошиқ ёки пиёладан фойдаланинг. Боланинг аҳволи яхши томонга ўзгаргандан сўнг, онага лактацияни тиклашда ёрдамлашинг.
- Агар она ОИТС-инфекцияси билан касалланганлиги туфайли болани эмиза олмаса, унга кўкрак сутини ўрнини боса оладиган маҳсулотлардан тўғри тартибда фойдаланишни маслаҳат беринг.

6 ойлик ва ундан катта бўлган болалар

Бола овқатланишни бошлаши билан овқатлантиришни тиклаш зарур. Болага рационнинг умумий энергетик қиймати кунига 110 калория/кг дан кам бўлмаган миқдорга эришиш учун кунига 6 маҳал овқатлантириш зарур. Баъзи болалар 24-48 соат мобайнида инфекция даволанилмагунча, овқатни яхши емайди. Бундай болаларни биринчи навбатда назогастрал овқатлантириш керак бўлиши мумкин.

Парҳезнинг тавсия этиладиган икки тури

Қуйида 6 ойлик ёки ундан катта бўлган оғир чузилувчан диареяга чалинган болаларга тавсия этиладиган парҳезнинг икки хили келтирилган (13 ва 14 жадвал). Агар парҳез қилинмаганлиги белгилари бўлса (қуйига қаранг) ёки боланинг аҳволи даволанишнинг 7 кунидан сўнг ҳам яхшиланмаса №1 парҳези тўхтатилиб, 7 кун мобайнида №2 парҳези қўлланилади.

Парҳезнинг ҳар қандай турида даволаш самараси қуйидагилар билан баҳоланади:

- адекват овқатланиш;
- вазннинг ортиши;
- диареянинг камайиши;
- иситманинг йўқлиги.

Вазн ортиши катта аҳамиятга эга бўлган мезондир. Вазннинг ортиши катта аҳамиятга эга деган хулосага келишимиз учун ҳеч бўлмаганда 3 кун ичида тана вазни кунига сезиларли ортиши керак.

Агар болага таъсири яхши бўлса, унга қўшимча янги узилган мевалар ва яхши қайнатилган ёки димланган сабзавотлар беринг. 7 кун даволангандан сўнг натижалар яхши бўлса, ёшига мос келадиган, одатдаги парҳезга ўтказиш мумкин, бунга кунига 110 калория/кг дан ошмаган сут ҳам киради. Шундан сўнг болаларга уйига жавоб бериш мумкин, лекин уларни узлуксиз вазни ошиши ва овқатланиш тавсиясига амал қилиши учун доимий назорат қилиш керак.

Парҳезнинг тўғри келмаганлиги белгилари:

- нажаснинг суюқ келиши ва сонининг кўпайиши, (кўпинча кунига 10 мартадан кўп), сувсизланиш белгиларининг такрорланиши (кўпинча бу ҳолат янги парҳез бошлангандан сўнг юз беради) ЁКИ
- 7 кун мобайнида вазннинг ошмаслиги.

13-жадвал. Парҳез №1, чўзилувчан диареяда: крахмал асосидаги, сутнинг концентрацияси камайтирилган парҳез (кам лактозали парҳез)

Бундай парҳезнинг таркиби 100 г да ҳеч бўлмаганда 70 калория сақлаган бўлиши ва оксил манбаи сифатида, сут ёки қатиқни ўз ичига олиши керак, лекин кунлик лактозанинг миқдори 3,7 г/кг дан ошмаслиги ва калориянинг ҳеч бўлмаганда 11%и оксиллар ҳисобига бўлиши зарур. Қуйидаги намунавий парҳезнинг таркиби 83 калория/100 г ни ташкил қилади, кунлик лактоза тана оғирлигига нисбатан 3,7 г/кг ва калориянинг 11% оксиллар ҳисобига тулдирилган:

- | | |
|--|--------|
| ● ёғи олинмаган қуритилган сут
(ёки қаймоғи олинмаган сут: 85 мл) | 11 г |
| ● гуруч | 15 г |
| ● ўсимлик ёғи | 3,5 г |
| ● шакар | 3 г |
| ● тайёрлаш учун сув | 200 мл |

15-жадвал. Парҳез №2, чўзилувчан диареяда: лактозасиз (сутсиз) таркибида ёрма (крахмал) кам бўлган парҳез

Парҳез №2 нинг таркиби 100 г да ҳеч бўлмаганда 70 калория сақлаган бўлиши ва ҳеч бўлмаганда 10% оксилли калория билан таъминланган бўлиши керак (тухум ёки товук гўшти). Қуйидаги намунавий парҳезнинг 100г да 75 калория бор:

- | | |
|---------------------|--------|
| ● тухум | 64 г |
| ● гуруч | 3 г |
| ● ўсимлик ёғи | 4 г |
| ● глюкоза | 3 г |
| ● тайёрлаш учун сув | 200 мл |

Тухум ўрнига майда қиймаланган, қайнатилган товук гўштини ишлатиш мумкин (12 г); бу ҳолда парҳез 70 калория/100 г ни ташкил этади.

Қўшимча поливитаминлар ва минераллар

Барча Чўзилувчан диареяга чалинган болаларни 2 ҳафта давомида кунига қўшимча поливитаминлар ва минераллар билан овқатлантиринг. Витаминлар ва минераллар иложи борича кенг таркибда бўлиши керак ва тавсия этилган кундалик дозасининг (ТЭКОД) 2 ҳисса миқдоридан кам бўлмаган фолий кислоталар, А витамини, рух, магний ва мисни ўз ичига олиши керак.

Маълумотлар учун, 1 ёшга тўлган болалар учун ТЭКОД:

● фолатлар	50 мкг
● рух	10 мг
● А витамини	400 мкг
● темир	10 мг
● мис	1 мг
● магний	80 мг

Кувави

Ҳамширалар ҳар куни текшириши керак:

- тана вазнини;
- тана ҳароратини;
- бола қандай овқатланаяпти;
- кунига неча марта ичи суюқ келганлигини.

4.3.1. Гастроэнтерологнинг маслаҳати

Гастроэнтерологнинг маслаҳатига кўра бундай болалар касалхоналарда ётиб даволаниши шарт эмас, улар уй шароитида махсус овқатлантирилиши ва кўпроқ суюқлик истеъмол қилиши керак.

Даволаш

Диарея 14 кун ва ундан ортиқ давом этган, сувсизланиш ва озикланишнинг оғир бузилиши белгилари бўлмаган болалар.

Даволаш

Болани амбулатория шароитида даволанг.

- Микроэлементлар и витаминлар беринг.

Сувсизланиш профилактикаси

- А режага асосан суюқлик беринг. Кўп ҳолларда Чўзилувчан диареяга чалинган болаларга ОРВ аралашмасини тавсия қилиш фойдали, аммо айрим ҳолларда глюкозани сўрилиши қийин ва ОРВ қутилган натижани бермайди. Бундай болалар ОРВ қабул қилганда ич кетиши сезиларли кўпаяди, чанқоқ кучаяди, сувсизланиш асоратлари пайдо бўлади ва зўраяди, ичи кетганда кўп миқдорда сўрилмаган глюкоза аниқланади. Бундай болалар аҳволи оғирлашмаган ҳолда ОРВ аралашмасини ҳазм қилиши тикланмагунича, томирдан регидратация қилишга муҳтож.

Инфекциянинг специфик турларини аниқлаш ва даволаш

- Антибиотиклар билан рутин асосда даволаманг, бунинг фойдаси йук. Аммо ичакда ёки ичакдан ташкарида специфик инфекцияси бўлган болаларни антибиотиклар билан даволанг. Агар бу инфекциялар тўғри даволанмаса, Чўзилувчан диареянинг даври янада чўзилади.

➤ **Ичакдан ташқари инфекциялар.** Ҳар бир Чўзилувчан диареяга чалинган болаларни ичакдан ташқари инфекциялар, масалан, пневмония, сепсис, сийдик чиқариш йўли инфекциялари, оғиз бўшлиғи кандидози (тил оқариш) ёки ўрта отит инфекциялари мавжудлигига текширинг. Ушбу қўлланмада берилган кўрсатмалар бўйича антибиотиклар билан даволанг.

➤ **Ичак инфекцияси.** Қонли узоқ давом этувчи диареяни Shigellaга таъсир кўрсатувчи орал антибиотиклар билан 4.3-бўлимда курсатилганидек даволанг.

Овқатлантириш

Чўзилувчан диарея ҳолларида болани тўғри овқатлантириш катта аҳамиятга эгадир. Бу болаларда, кўкрак сутидан бошқа ҳар қандай сутни ҳазм қилишда қийинчиликлар пайдо бўлиши мумкин.

➤ Онага овқат рационидаги сут миқдорини (кўкрак сутидан ташқари) вақтинча камайтириб туришини маслаҳат беринг.

➤ Кўкрак орқали овқатлантиришни давом эттиринг ва зарур қоришмаларни бериб боринг:

- Агар бола ҳалиям кўкрак орқали овқатланса, уни тез-тез, узоқроқ, кечаю-кундуз овқатлантиринг.
- Агар бола сигир сутини истеъмом қилса, уни сутдан тайёрланган маҳсулотлар (масалан қатиқ, сузма ва айрон) билан алмаштиришга ҳаракат қилинг, уларда лактоза миқдори кам бўлиб, осон ҳазм бўлади.
- Агар сигир сутини алмаштиришнинг иложи бўлмаса, уни истеъмом қилишни 50 мл/кг/кун гача камайтиринг. Сутни бўтқа тайёрлаш учун ишлатинг, бироқ уни сув билан аралаштирманг.
- Зарур калория миқдори билан таъминлаш учун боланинг ёшига мос бўлган бошқа овқат. Сигир сути билан овқатланиб юрган >6 ойлик ёшдаги гўдаклар мевали пюрелар, сутсиз гуручли бўтқалар, шўрвалар (шавла), сут маҳсулотлари истеъмом қилишлари керак.
- Кичик порцияларда тез-тез – бир кунда камида 6 марта овқатлантиринг.

Кейинги кузатув

➤ Онадан боласини 5 кундан сўнг қайта кузатув учун агар диарея кучайса ёки бошқа бузилишлар руй берса, эртароқ олиб келишини сўранг.

➤ Тезда олдини олиб ёки шифохонага ётқизилиб, (сувсизланиш ёки инфекция) ўзгаришларни аниқлаш учун вазнини тиклаёлмаётган ва ҳали диареяни бошидан кечираётган болани қайта тўлиқ текширувдан ўтказинг. Ўз вазнини тиклаб олган, кунига 3 маҳалдан кам суюқ ич кетиши бўлган болаларни ўз ёшига мос равишда овқатлантиришга ўтказиш мумкин.

4.4. Дизентерия

Дизентерия – бу таркибида қон бўлган тез-тез суюқ ич кетадиган диареядир. Кўп ҳолларда у бактерияларнинг Shigella тури сабабли ривожланади ва деярли ҳар доим антибиотиклар билан даволаниши шарт.

Диагноз қўйиш

Дизентериянинг белгиси – таркибида кўринадиган қон (қизил рангда) билан тез-тез суюқ ич кетишидир.

Текширув давомида аникланадиган белгилар:

- қоринда оғриқ;
- иситма;
- талваса;
- уйқучанлик;
- сувсизланиш;
- тўғри ичакнинг чиқиб туриши;
- тенезмалар;
- ич кетишга ёлғон ундовлар.

Даволаш

Юқорида қайд этилган белгилар учраган болалар юқумли касалликлар шифохонасида даволанишлари лозим.

Кейинги кузатувлар

Кейинги кузатувлар муассасадан жавоб берилгандан сўнг маҳаллий врач томонидан олиб борилади.

Парваришни давом эттириш

Парваришни давом эттириш сувсизланишни олдини олиш ёки бартараф этиш ва овқатлантиришни давом эттиришни ўз ичига олади. Шунингдек, 6 - бобдаги озикланишнинг оғир бузилиши билан қонли диареяга чалинган болаларни кувватловчи парваришлар буйича кўрсатмага қаранг.

Ҳеч қачон қорин бўшлиғидаги оғриқни ва ректал оғриқни енгиллаштирувчи, ич кетишини камайтирувчи дори воситаларини берманг, акс ҳолда, улар касалликни оғирлашишини кучайтириши мумкин.

Сувсизланишни даволаш

- Сувсизланиш даражасини аниқланг ва кўрсатмага биноан А, Б ёки В режага асосан суюқлик ичиринг.

Болани овқатлантириш

Дизентерия озикланиш статусига сезиларли салбий таъсир ўтказиши сабабли адекват овқатлантириш билан таъминлаш жуда муҳим. Аммо иштаҳанинг йўқлиги сабабли овқатлантириш кўпинча қийинлашади. Иштаҳанинг очилиши соғайишнинг муҳим белгисидир.

- Касалликнинг умумий даври давомида бола кўкрак сути билан овқатлантирилади, одатдагига қараганда эмизиш муддати ораллигини кўпайтириш керак, чунки бола соғлом давридагига қараганда ҳар бир эмизишда сутни кам миқдорда қабул қилади.
- 6 ойлик ва ундан ошган болалар одатдагидай овқатлантирилиши керак. Болани кўпроқ овқатлантиришга ҳаракат қилинг, унга ўзи ёқтирган таомларини танлашига имконият беринг.

Танада калий миқдорининг камайиши. Бунинг олдини олиш учун ОРВ аралашмасини (кўрсатмаларига биноан) ёки калийга бой тўқ яшил баргли сабзавотлар бериш зарур. Баланд иситма. Агар аҳволини оғирлаштирувчи юқори ҳарорат бўлса ($> 39\text{ }^{\circ}\text{C}$), унга парацетамол беринг.

Тўғри ичакнинг чиқиб кетиши. Хирургик қўлқоп ёки намланган латта ёрдамида тўғри ичакни чиқиб кетган қисмини эҳтиёткорлик билан асл ҳолатига қайтаринг. Ёки сульфат магний аралашмасини тайёрлаб, бу аралашма билан шишни қайтиши натижасида ичакни чиқиб кетиш даражасини камайтириш учун компресс қилинг.

Талваса. Бир-икки талваса хуружи жуда кўп холларда кузатилади. Аммо, талваса хуружи хавfli ва узоқ давом этадиган хусусиятга эга бўлса, мушак орасига паральдегид юбориш билан даволанг. Паральдегид ёки диазепамни ректал юборишдан сақланинг. Агар талваса такрорланса, гипогликемияни мавжудлигини текширинг.

Гемолитико-уремик синдром. Лаборатория шароитида диагноз қўйишнинг иложи бўлмаганда, гемолитико-уремик синдром (ГУС) диагнози теридаги геморрагия аломатлари, рангни оқариб кетиши, олиго- ёки анурия фониди хушнинг хиралашуви бор беморларда гумон қилинади.

Даволаш ҳақидаги янада батафсил маълумотларни жорий этилган педиатрия адабиётлардан топиш мумкин.

5-БОБ ИСИТМА

- | | |
|--|---|
| 5.1. Иситмалаётган бола | 5.6. Қулоқ инфекциялари |
| 5.1.1. 5 кундан ортиқ давом
этаётган иситма | 5.6.1. Ўткир ўрта отит |
| 5.2. Менингит | 5.6.2. Сурункали ўрта отит |
| 5.3. Қизамиқ | 5.6.3. Мастоидит |
| 5.3.1. Қизамиқ (оғир бўлмаган) | 5.7. Сийдик чиқариш йўллари
инфекцияси |
| 5.3.2. Оғир асоратланган қизамиқ | 5.8. Септик артрит ёки остеомиелит |
| 5.4 Септицемия | 5.9. Геморрагик иситма |
| 5.5. Қорин тифи кўриниши | 5.9.1. Геморрагик иситманинг оғир
кўриниши |

Бу бобда 2 ойликдан 5 ёшгача бўлган болалардаги иситма билан кечадиган энг муҳим ҳолатларни даволаш тамойиллари баён этилади.

5.1. Иситмалаётган бола

Иситмалаётган болада қуйидагиларга алоҳида эътибор бериш зарур.

Анамнез:

- иситманинг давомийлиги;
- тери тошмалари;
- энса мушакларининг ригидлиги ва бўйиндаги оғриқ;
- бош оғриғи;
- оғриқли сийиш;
- қулоқ оғриғи.
- безгак (*Plasmodium falciparum*) тарқалган жойларда яшаш ёки яқин орада шундай жойларда бўлиш.

Физикал текширув:

- энса мушакларининг ригидлиги;
- тери тошмалари:
 - геморрагик – пурпура ва петехиялар;
 - макулопапулёз - қизамиқ;
- терининг септик зарарланишлари: маҳаллий яллиғланиш реакцияси ёки (йирингли тошмалар);
- қулоқдан ажралма келиши, отоскопияда, қизарган ҳаракатсиз қулоқ пардаси;
- кафтларнинг яққол оқариши;
- бўғимлар ҳаракатининг чекланиши;
- маҳаллий оғриқлар;
- тезлашган нафас.

Лаборатория текширувлари:

- қон суртмаси;
- менингит борлигини кўрсатувчи белгилар бўлса, люмбал пункция;
- сийдик микроскопияси.

Дифференциал диагностика

Болаларда кечадиган иситмани урта асосий туркумга бўлиш мумкин:

- маҳаллий аломатлари бўлмаган инфекцияли иситма (15-жадвалга қаранг);
- маҳаллий аломатлари бўлган, бироқ тошмалар бўлмаган иситма (16-жадвалга қаранг);
- тошмали иситма.

15- жадвал. Маҳаллий аломатларсиз иситмадаги дифференциал диагностика

Диагноз	Симптомлари
Безгак (фақат безгак трансмиссияси хавфи мавжуд бўлганда)	Қон суртмасида қўзғатувчиларнинг мавжудлиги Анемия Талоқнинг катталашуви
Септицемия	Кўзга кўринарли сабаб бўлмасада, бола оғир касал Пурпура, петехиялар Жуда кичик ёшдаги болаларда ёки озикланишнинг оғир бузилишида шок ёки гипотермия.
Қорин тифи	Кўзга кўринарли сабаб бўлмасада, бола оғир касал Қоринни пальпация қилинганда оғриқ бор Шок Хушнинг хиралашиши, уйқунинг бузилиши, бош оғриғи
Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси	Ковурға-умуртқа бурчагида ёки қов усти соҳасида оғриқ. Сийиш вақтидаги йиғи. Олдингидан кўра тез-тез сийиш Касалликдан олдин кузатилмаган сийдикни ушлай олмаслик Сийдик микроскопия қилинганда, унда лейкоцитлар ёки бактерияларнинг борлиги ёки тест-чизиклар билан мусбат намуна
ОИВ– инфекцияси билан боғлиқ иситма	ОИВ-инфекцияси белгилари

16-жадвал. Маҳаллий аломатлари бўлган иситманинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Симптомлари
Менингит	Люмбал пункция қилингандаги ижобий натижалар Энса мушакларининг ригидлиги Бўртган лиқилдоқ Менингококкли тошма петехия ёки пурпуралар
Ўрта отит	Отоскопияда қизарган, ҳаракатсиз қулоқ пардаси Ташқи эшитиш йўлидан келадиган йирингли ажралмалар Қулоқ оғриғи
Мастоидит	Қулоқ супраси усти ёки унинг орқасидаги оғриқли шиш
Остеомиелит	Маҳаллий оғриқлар Шикастланган оёқни ҳаракатлантиришдан бош тортиш Тана оғирлигини оғриган оёққа ўтказишдан бош тортиш
Септик артрит	Бўғин иссиқ, оғриқли, шишган
Тери ва юмшоқ тўқималар инфекцияси	Маҳаллий яллиғланиш реакцияси Яралар/чипқонлар Теридаги йирингли тошмалар Пиомиозит (мушакларнинг йирингли инфекцияси)
Пневмония	Йўтал ва тезлашган нафас Кўкрак қафаси пастки қисмининг тортилиши Намли хириллашлар Бурун катакларининг кенгайиши Инқиллаб нафас олиш
Юқори нафас олиш йўллариининг вирусли инфекцияси	Шамоллаш аломатлари Тизимли бузилишларнинг йўқлиги
Халқум абсцесси	Катта ёшдаги болаларда ангина Қийин ютиниш/сўлак оқиши Бўйин лимфа безларининг оғриқлилиги
Синусит Гайморит	Перкуссияда, зарарланган бурун ёнбош бушлигида оғриқ Бурундан келаётган сассиқ ажралмалар

Иситманинг баъзи сабаблари фақат маълум бир минтақалар билан боғлиқ бўлади (масалан, денге иситмаси, қайталанувчи иситма). Иситмали касалликларнинг бошқа турлари асосан мавсумий характерга эга бўлади (масалан, безгак, менингококкли менингит) ёки эпидемияларга сабаб бўлишлари мумкин (қизамиқ, менингококкли менингит, тошмали тиф).

17-жадвал. Тошмали иситманинг дифференциал диагностикаси

Диагноз	Симптомлари
Қизамиқ	Типик тошма Йўтал, тумов, кўзларнинг қизариши Қизамиқ билан оғриган касал билан яқин орадаги контакт Қизамиққа қарши вакцинация ҳужжатда қайд этилмаган
Вирусли инфекциялар	Ички аъзолардаги оғир бўлмаган ўзгаришлар Ўткинчи носпецифик тошмалар
Менингококкли инфекция	Петехиал тошмалар ёки пурпура Қонталашлар Шок Энса мушакларининг ригидлиги
Геморрагик иситма	Бурун, милкларнинг қонаши ёки қусиқда қон бўлиши Нажасда қон ёки қора нажас Петехиялар Катталашган жигар ва талоқ Шок Қоринни пайпасланганда оғриқлар

5.1.1. 7 кундан ортиқ давом этаётган иситма

Узоқ давом этадиган иситманинг сабаблари жуда кўп бўлиб, уларнинг маҳаллий худудга тегишлиларини билиб олиш жуда муҳимдир. Кўпроқ эхтимолликка эга булган сабабдан келиб чиқиб зарур текширувлар олиб бориш ва даволаш масаласини ҳал қилиш мумкин. Баъзан “синовли даволаш” олиб боришга ҳам тўғри келади, масалан сил,қорин тифи ёки сальмонеллезга кучли гумон қилинганда, агар боланинг ҳолати бундай даволашдан сўнг яхшиланса, бу тахмин қилинган диагнознинг тўғрилигини тасдиқлайди.

Анамнез

Ҳар қандай иситмадаги каби анамнез йиғинг. Бундан ташқари болада сурункали иситмага сабаб бўладиган ревматоид артрит ёки хавфли усмалар каби сурункали касалликлар борлигини аниқланг

Физикал текширув

Болани тўлиқ ечинтиринг ва инфекциянинг қуйидаги маҳаллий белгиларини аниқлаш мақсадида синчиклаб кўздан кечиринг:

- энса мушакларининг ригидлиги (менингит);
- оғриқли бўғинлар (септик артрит ёки ревматизм);
- тезлашган нафас ёки кўкрак қафасининг пастки қисмини тортилиши (Пневмония);
- петехиал тошмалар (менингококкли инфекция ёки тропик иситма);
- макулопапуляр тошмалар (вирусли инфекция ёки дори воситаларига реакция);

- халқумнинг шиллик пардаларидаги ўзгаришлар (инфекция)
- қизарган ҳаракатсиз қулоқ пардаси билан қулоқдаги оғриқ (ўрта отит);
- сариқлик ёки анемиянинг ташқи белгилари (безгак ёки сепсис);
- умуртқа поғонаси ва тос-бел бўғинлари томонидан ўзгаришлар (септик артрит);
- қорин пальпацияси (сийдик чиқариш йўллари инфекциясидаги қовуқусти соҳасидаги оғриқ, буйраклар соҳасидаги зичлашишлар ва оғриқлар).

Чўзилувчан иситма характерли бўлган баъзи касалликлар (септицемия, сальмонеллез, қорин тифи, милиар Пневмония, ОИВ-инфекцияси ёки сийдик чиқариш йўллари инфекцияси) маҳаллий аломатларсиз кечиши мумкин.

Лаборатория текширувлари

Шароит бўлса, қуйидаги текширувларни амалга оширинг:

- қоннинг умумий тахлили, тромбоцитлар сонини аниқлашни ичига олган қон формулалари ва қон хужайралари морфологиясини аниқлаш учун унинг суртмасини текшириш;
- сийдик тахлили;
- Манту тести (эслатма: милиар пневмония ёки пневмониянинг озикланишнинг оғир бузилиши билан бирга келган ҳолларида натижа кўпинча салбий бўлади);
- кўкрак қафасининг рентгенографияси;
- безгак плазмодийларини аниқлаш мақсадида қон суртмасини олиш;
- қонни бактериологик экиш;
- ОИВ-тести (агар иситма 30 кундан ортиқ давом этса ва ОИВ-инфекция борлигини гумон қилиш учун бошқа сабаблар бўлса);
- люмбал пункция (агар менингит белгилари мавжуд бўлса).

Дифференциал диагностика

15–17-жадвалларга киритилган барча ҳолатларни истисно қилинг. Бундан ташқари, 18-жадвалда берилган 7 кундан ортиқ вақт давом этадиган иситмага сабаб бўладиган бошқа сабабларни ҳам текшириб кўринг.

Агар иситма безгакка қарши иккинчи қатор дори воситалари билан 2 кун даволашдан кейин ҳам йўқолмаса, онадан иситманинг сабабларини қайтадан баҳолаш учун боласини олиб келишини сўранг.

Диагноз	Симптомлари
Абсцесс	Инфекциянинг куринарли ўчоғи бўлмаса-да, иситманинг борлиги (абсцесснинг чуқур жойлашишида) Пальпация вақтида, оғриқли ёки флюктуацияли ҳосила Маҳаллий оғриқлилиқ ёки оғриқ Специфик белгилар, абсцесснинг қаерда жойлашиши билан боғлиқ бўлади – диафрагма ости, бел мушаклари, қорин орти, ўпка, буйрак ва бошқа абсцесслар
Инфекцияли эндокардит	Вазни йўқотиш Талоқ катталашиши Анемия Юрак шовқинлари Петехиялар Тирноқ соҳасида ёриқларнинг қонаши Микрогематурия «Ноғора таёқчалари» кўринишидаги бармоқлар
Ревматизм	Вақт ўтиши билан ўзгариши мумкин бўлган юрак шовқини Артрит/ бўғинлардаги оғриқ Юрак етишмовчилиги Тезлашган пульс Перикард ишқаланишининг шовқини Хорея Яқинда бошдан кечирилган стрептококк инфекцияси
Милиар сил	Вазннинг йўқолиши Анорексия, тунда терлаш Жигарнинг ва/ёки талоқнинг катталашиши Йўтал Салбий туберкулин тести Оилада сил билан оғриган касалнинг борлиги Кўкрак қафасининг рентгенограммасида «майда милиар расм»нинг борлиги
Бруцеллез (бу касалликнинг шу ҳудудда тарқалиши тўғрисидаги маълумотнинг бўлиши муҳимдир)	Сурункали қайталанувчи ёки доимий иситма Кучсизлик ва беҳоллик Суяк ва мушаклардаги оғриқ Думғаза ва бел-тос бўғимлари соҳасидаги оғриқ Талоқнинг катталашуви Анемия Анамнезда, қайнатилмаган сутни истеъмол қилиш

5.2. Менингит

Эрта диагностика самарали даволаш учун муҳим. Бу бўлим 2 ойликдан катта болаларга тааллуқлидир.

Диагностика

Анамнезда қуйидаги 6 белгининг мавжудлигини аниқланг:

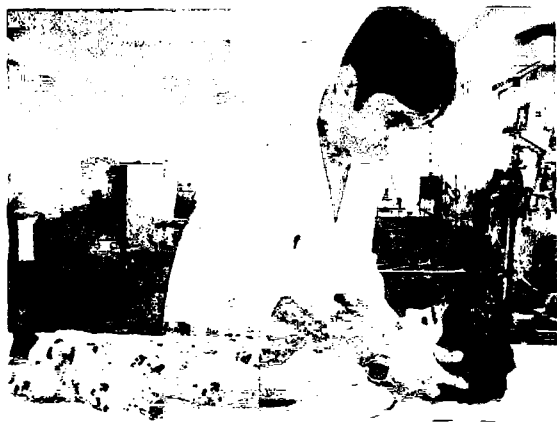
- қусиш;
- ича олмаслик ёки эма олмаслик;
- бош оғриғи ёки бўйиннинг орқа қисмидаги оғриқ;
- талвасалар;
- безовталиқ;
- яқин орада бошнинг шикастланиши.

Кўрик вақтида қуйидагиларнинг борлигига эътибор беринг:

- энса мушакларининг ригидлиги;
- қайталанувчи талвасалар;
- хуши сустлашган лик;
- безовталиқ;
- лиқилдоқнинг бўртиши;
- петехиал тошмалар ёки пурпура;
- яқин орадаги бош чаноғи суякларининг мумкин бўлган синишига ишора қилувчи, бошнинг шикастланиши белгилари.

Бундан ташқари бош чаноғи босимининг кўтарилганлигини кўрсатувчи қуйидаги белгиларнинг мавжудлигини ҳам текширинг:

- бир ҳил бўлмаган қорачиқлар;
- қотиб қолган ригидлик холати;
- қўл-оёқ ёки танадаги баъзи мушакларнинг маҳаллий фалажи;
- нотекис нафас олиш.



Энса мушакларининг қотишини аниқлаш мақсадида кўрик ва пальпация қилиш.

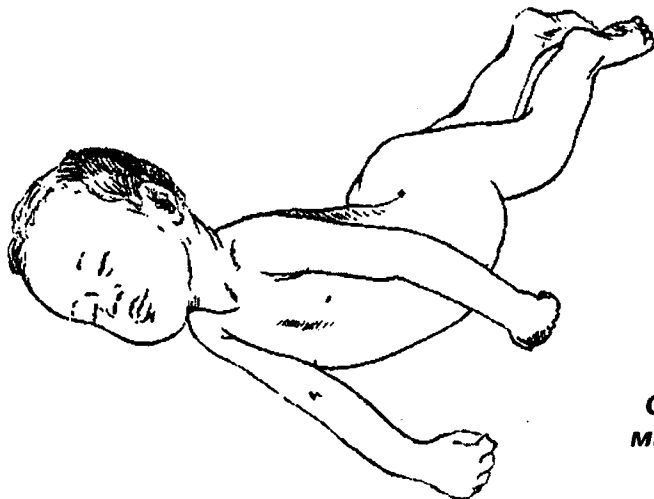


Қорачиқларнинг ҳар хил диаметри (анизокория) – бош чаноғи босими кутарилишининг белгиси.



Лаборатория текширувлари

Мумкин бўлса, люмбал пункция ва орқа мия суюқлигини (ОМС) таҳлил қилиш орқали диагнозни тасдиқлаб олинг. Агар ОМС хира бўлса, менингитни тахмин қилинг ва лабораториянинг тасдиқловчи далиллари тайёр бўлгунича даволашни бошланг. Кўпинча, микроскопия полиморфоядроли нейтрофил лейкоцитлар сони $100/\text{мм}^3$ дан ортиқ бўлса, менингитнинг мавжудлигини кўрсатади. Тасдиқловчи ахборотни, агар имконият бўлса, ОМС таркибидаги глюкоза (паст: $<1,5$ ммоль/л), оқсил (юқори: $>0,4$ г/л), ҳамда Грам бўйича бўяш ва ОМСни бактериологик экиш асосида олиш мумкин. Агар бош чаноғи қон босими кўтарилганлигининг белгилари мавжуд бўлса, люмбал пункция асосида олинадиган маълумотнинг потенциал фойдаси ва бу муолажа билан боғлиқ хатарни диққат билан мулоҳаза қилиб кўриш керак. Агар шубҳалар бўлса, яхшиси тахмин қилинаётган менингитни даволашни бошлаш ва люмбал пункция қилишни орқага суриб туриш керак.



Опистотонус ва ригидлик – мия қобигининг яллиғланиши ва бош чаноғи босими

Менингитнинг ўзига хос сабаблари

- Менингококкли инфекциянинг тасдиқланган эпидемиясида, менингококкли инфекция учун характерли петехиал тошмалари ёки пурпураси бўлган болаларга люмбал пункция қилишнинг ҳожати йўқ. Бундай эпидемия вақтида менингококкли менингитни даволаш учун болаларга цефтриаксон тайинланг (100 мг/кг м/и ёки в/и 1 кунда бир марта). Берилган содда даволаш схемаси эпидемияга қарши кураш имкониятлари чекланган вазиятларда жуда асқотади.
- Агар қуйидаги белгилар бўлса, сил менингитини тахмин қилинг:
 - иситма 14 кун мобайнида давом этади;
 - иситма 5 кундан ортиқ давом этади ва оилада сил билан оғриган касал бор;
 - кўкрак қафаси рентгенографияси силнинг мавжудлигини кўрсатади;
 - бола ҳушига келмайди;
 - ОМСда - лейкоцитоз мўътадил бўлади (одатда <500 на 1 мл, кўпинча лимфоцитлар), оқсил миқдори кўпайган ($0,8-4$ г/л) ва глюкоза даражаси пасайган ($<1,5$ ммоль/л).

Агар болада ОИВ инфекцияси тасдиқланган ёки гумон қилинаётган бўлса, сил ёки криптококкли менингитнинг мавжудлиги тўғрисида ўйлаб кўриш керак. Криптококкознинг диагностикаси учун ОМСни тушь билан бўяш усули қўлланилади.

Даволаш

Агар ОМС хира бўлса, унинг лаборатория текширувлари натижаларини олгунингизга қадар зудлик билан антибиотиклар билан даволашни бошланг. Агар болада менингит аломатлари бўлиб, люмбал пункция қилиш имкони бўлмаса ҳам, даволашни бошланг.

Антибиотик билан даволаш

- Антибиотиклар билан даволашни иложи борича эртароқ утказинг. Қуйидаги даволаш схемаларидан бирини танлаб олинг:
 1. Цефтриаксон: 100 мг/кг м/и (ёки в/и) 1 кунда бир марта плус ампициллин: 50 мг/кг м/и (ёки в/и) ҳар 6 соатда
ЁКИ
 2. Цефтриаксон: 100 мг/кг м/и (ёки в/и) 1 кунда бир марта плус бензилпенициллин: 60 мг/кг (100 000 ЕД/кг) ҳар 6 соатда м/и (ёки в/и).
- ОМС текширувлари тайёр бўлганидан сўнг даволаш схемасини яна кўриб чиқинг. Агар диагноз тасдиқланса, камида 5 кун парентерал даволаш олиб боринг.
- Агар даволашга жавоб қониқарсиз бўлса:
 - Субдурал экссудация (маҳаллий неврологик аломатлар билан ёки ҳушнинг бузилиши билан кечадиган чўзилувчи иситма) ёки бош мия абсцесси каби типик асоратларнинг мавжудлигини текширинг. Шундай ҳолатлар борлигига гумонингиз бўлса, болани ихтисослашган ёрдам бериш имконияти бўлган марказий касалхонага жўнатинг (даволаш тўғрисидаги батафсил маълумотни педиатрия бўйича қўлланмалардан қаранг).
 - Иситмага сабаб бўладиган инфекциянинг бошқа кўринишлари мавжудлигини текширинг, масалан инъекция жойларидаги маҳаллий яллиғланиш, артрит ёки остеомиелит.
 - 3-5 кундан сўнг люмбал пункцияни такрорланг, агар иситма кетмаса, боланинг ҳолати яхшиланмаса, ижобий ўзгариш белгилари мавжудлигини текширинг (масалан, лейкоцитлар миқдорининг камайиши ва глюкоза даражасининг ортиши).
- Агар сил менингити борлиги тахмин қилинса, педиатрия бўйича стандарт дарсликка мурожаат қилинг. Баъзан диагноз аниқ бўлмаган ҳолларда, бактериал менингитни даволашда, сил менингитини даволашни ҳам қўшиб синов тарзида даволаб кўриш мумкин. Даволашни, силга қарши миллий тавсиялар билан солиштириб кўринг. Агар дориларга қаршилиқ бўлмаса, қуйидагиларни оптимал даволаш режимига киритиш мумкин:
 - изониазид (10 мг/кг) 6-9 ой давомида;
 - + - рифампицин (15-20 мг/кг) 6-9 ой давомида;
 - + - пиразинамид (35 мг/кг) биринчи 2 ой давомида.

Кортикостероид воситалар билан даволаш

Ривожланган мамлакатларда менингитни даволашда баъзан парентерал дексаметазондан фойдаланилади. Бироқ ривожланаётган мамлакатларда бактериал менингит билан оғриган барча болаларни дексаметазон билан даволашни тавсия этиш учун етарли илмий асослар йўқ.

Кортикостероидларни қўлламанг:

- янги туғилган чақалоқларда;
- церебрал безгак гумон қилинганда;
- вирусли энцефалит гумон қилинганда;

- пенициллинга резистентлиги бўлган инвазив пневмококк инфекциялар жуда кенг тарқалган жойларда.

Сил менингитнинг барча ҳолларида дексаметазон бериш керак (0,6 мг/кг/кун 2-3 ҳафта ичида, кейинги 2-3 ҳафта ичида дозани камайтириб секин-секин бутунлай тўхтатишгача).

Безгакка қарши даволаш

Безгак бўйича эндемик жойларда, безгакни текшириш учун қон суртмасини таҳлил қилинг, чунки церебрал безгакни дифференциал диагностика вақтида ёки бирга келадиган ҳолат сифатида кўриб чиқиш керак бўлади. Агар безгак диагнози қўйилса, безгакка қарши воситалар билан даволанг. Агар бирор-бир сабаб туфайли қон суртмасини таҳлил қилиш имкони бўлмаса безгакка қарши воситалар билан синаб даволашни амалга оширинг.

Кўлловчи парвариш

Талваса билан кечган барча ҳолларда гиперпирексия ва гипогликемия борлигини текширинг.

Гипогликемияни даволанг. Тананинг баланд ҳароратини ($> 39\text{ }^{\circ}\text{C}$) парацетамол ёрдамида назорат қилиб турунг.

Агар бола ҳушсиз бўлса:

- Нафас олиш йўллари ўтувчанлигини таъминланг.
- Суюқликлар аспирациясининг олдини олиш учун болани ёнбошига ётқизинг.
- Ҳар 2 соатда болани бошқа томонига ўгириб турунг.
- Боланинг ҳўл жойда ётишига йўл қўйманг.
- Ётоқ яранинг олдини олиш учун босим нуқталарига эътибор беринг.

Кислород терапияси

Кислород одатда берилмайди, бироқ имкон бўлганида болада талвасалар ёки гипоксия билан қўшилган оғир Пневмония (артериал қоннинг тўйиниш даражаси $< 90\%$ ни ташкил этади) ёки цианоз мавжуд бўлса, кўкрак қафаси пастки қисмининг яққол тортилиши, нафас олиш тезлиги 1 дақиқада > 70 бўлган нафас бўғилишида пульсоксиметрия ўтказишнинг иложи бўлмаса, кислород беринг.

Баланд ҳарорат

Агар баланд ҳарорат ($> 39\text{ }^{\circ}\text{C}$) боланинг умумий ҳолатини бузилишига ёки субъектив ноқулайликка сабаб бўлса, унинг ёшига қараб парацетамол дозасини беринг. Физик совутиш услубларидан фойдаланинг.

Сув мувозанатини сақлаш ва касал болани овқатлантириш

Бактериал менингит билан оғриган болаларда суюқликларни чеклаш тўғрисида етарли асосланган маълумотлар йўқ. Суюқликнинг суткалик талабини қондириш, бироқ бош мия шиши ривожланиш хавфи бўлганлиги учун ундан оширманг. Вена ичига юборилаётган суюқликларнинг мониторингини жуда синчиклаб олиб боринг ва гипергидратация белгиларини ўз вақтида топиш мақсадида болани тез-тез кўздан кечириб турунг.

Кўлловчи овқатланиш ва озикланиш статусининг тикланишига кераклича эътибор беринг. Боланинг аҳволи яхши бўлганида уни овқатлантиршни бошланг. Агар бола талаб қилса, имкони борича, кўкракдан эмизиш ёки бола ютина олса, уни сутли қоришмалар билан 15 мл/кг хисобидан овқатлантириш тавсия этилади. Агар аспирация хавфи бўлса, назогастрал зонд орқали ширин эритма беринг. Қондаги глюкоза миқдорини кузатинг, агар бу кўрсаткич $< 2,5$ ммоль/л, ёки < 45 мг/дл ни ташкил этса, керакли даво олиб боришда давом этинг (юқорида айтилганидек).

Кузатув

Биринчи кунларда, ҳамшира, боланинг хуш ҳолати ва кўз қорачиқлари ўлчамини ҳар 3 соатда (кейин, ҳар 6 соатда) бир марта, врач эса болани ҳеч бўлмаганда кунига 2 марта текшириб туриши керак.

Болаларга жавоб бераётганда, барча болаларда неврологик бузилишлар, айниқса эшитиш функциялари бузилишлари йўқлигини текширинг. Чақалоқларнинг бош айланасини ўлчанг ва ёзиб олинг. Агар неврологик бузилишлар мавжуд бўлса, болани физиотерапия реабилитацияси учун жўнатинг (агар имкон бўлса) ва онага пассив машқлар олиб бориш бўйича оддий маслаҳатлар беринг.

Асоратлар

Талвасалар

- Талвасада ректал тарзда диазепам ёки паральдегид киритиш ёки паральдегидни в/и киритиш орқали даволаш олиб боринг (9-схема).

Гипогликемия

- Тезлик билан 10% глюкоза эритмасини 5 мл/кг дозада в/и га юборинг (10-схема). 30 дақиқадан сўнг қондаги глюкоза миқдорини текширинг, агар у ҳалиям паст бўлса ($<2,5$ ммоль/л, ёки <45 мг/дл), қайтадан глюкоза юборинг (5 мл/кг).
- Иложи борича, овқатлантириш йўли билан гипогликемия ривожланишининг олдини олинг (юқорига қаранг). Агар сиз в/и суюқликлар бераётган бўлсангиз, 90 мл Рингер лактати эритмаси ёки оддий тузли эритмага 10 мл лик 50% глюкоза эритмасини қўшиб, гипогликемия ривожланишининг олдини олинг. Боланинг қўлловчи суюқликларга бўлган эҳтиёжини тана вазнига нисбатан бўлган талабидан ошириб юборманг. Агар болада гипергидратация белгилари ривожланса, қуйишни тўхтатинг ва глюкозанинг 10% фоизли болус дозасини (5 мл/кг) мунтазам интерваллар билан қайтаринг.

Кейинги кузатув

Менингитда кўп учрайдиган асоратлар бири нейросенсор карликдир. Касалхонадан жавоб берилганидан сўнг 1 ой ўтгач, барча болаларда эшитишни баҳолашини ўтказинг.

Профилактик тадбирлар

Менингококкли менингит эпидемияси вақтида, касалнинг яқинларини оиланинг бошқа аъзоларига ҳам касал юқиши мумкинлигидан хабардор қилиб қўйинг, токи шундай ҳол содир бўлса, зудлик билан тиббий ёрдам учун мурожаат қилишсин.

5.3. Қизамиқ

Қизамиқ – бу жуда юқумли, жиддий асоратлар (масалан, болаларда кейинчалик А витамини етишмаслигидан уларнинг кўр бўлиб қолиши) қолдирадиган ва кўп ҳолларда ўлим билан тугайдиган вирусли касалликдир. 3 ойликкача бўлган болаларда қизамиқ жуда кам учрайди.

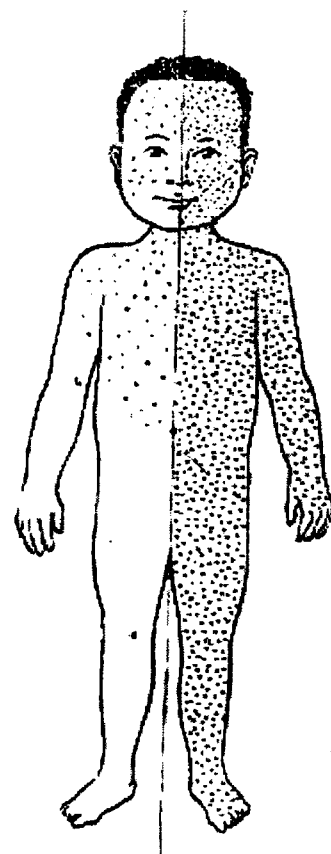
Диагностика

Агар боланинг онаси ишонч билан болада типик қизамиқ тошмаси бўлганини айтса, ёки болада:

- иситма *ва*
- ўзгармаган тери юзасида тарқалган доғли –папулёз тошмалар *ва*
- қуйидаги аломатлардан ҳеч бўлмаганда биттаси:
 - йўтал, тумов ёки кўз қизариши бўлса, қизамиқ диагнозини қўйинг.

ОИВ-инфекцияси бўлган болаларда бу белгилар бўлмаслиги ва қизамиқ диагнозини қўйиш қийин бўлиши мумкин.

Қизамиқ тошмаларининг жойлашиши. Расмнинг чап қисмида касалликнинг бошланиш даврида пайдо бўладиган бош ва тананинг юқори қисмидаги тошмалар кўрсатилган; ўнг томонда эса боланинг бутун танасини қоплаб оладиган анча кечки тошмалар кўрсатилган.



5.3.1. Оғир асоратли қизамиқ

Диагностика

Қизамиқ белгилари (юқорида кўрсатилганидагидек) бўлган болада қуйидаги аломатлардан бирортасининг бўлиши оғир асоратли қизамиқнинг борлигини кўрсатади:

- ича олмаслик ёки эма олмаслик;
- ҳар қандай овқат егандан сўнг қусиш;
- талвасалар.

Текшириш вақтида тошмалар йўқолганидан сўнг бўлиши мумкин бўлган кечки асоратларнинг белгилари бор ёки йўқлигига эътибор беринг, масалан:

- хуши сустлашганлик ёки хушнинг йўқлиги;
- шоҳпарданинг хиралашуви;
- оғиз бўшлиғидаги чуқур ёки катта яралар;
- пневмония;

- диарея натижасидаги сувсизланиш;
- қизамиқ крупининг стридори;
- озикланишнинг оғир бузилиши.

Даволаш

Оғир асоратли қизамиқ билан оғриган болалар стационарда даволанишга муҳтождирлар.

- *А витамини билан даволаш.* шу касаллик билан аввал оғриганидаги амбулатор даволаш вақтида витаминнинг зарур дозасини олмаган барча болаларга оғиз орқали А витамини беринг. Оғиз орқали А витаминининг 50 000 МЕ (<6 ойгача болалар), 100 000 МЕ (6-11 ойгача болалар) ёки 200 000 МЕ (12 ойдан 5 ёшгача болалар) дозасини беринг. Агар болада А витамини етишмовчилигининг кўз белгилари, ёки озикланишнинг оғир бузилиши белгилари бўлса, 2-4 ҳафтадан сўнг иккинчи дозани беринг. Уни кейинги кузатув давомида ҳам бериш мумкин.

Қўлловчи парвариш

Иситма

- Агар, юқори ҳарорат (> 39° С), болани умумий ҳолатининг бузилиши ёки субъектив нокулайликка сабаб бўлса, парацетамол беринг.

Қўлловчи овқатланиш

Болани тортиб кўриш асосида озикланиш статусини баҳоланг ва вазнини жисмоний ривожланиш картасида қайд қилинг (тортиб кўришдан олдин регидратация қилинг). Кўкрак орқали эмизишга рағбатлантиринг. Болани тез-тез, лекин кам порцияларда овқатлантиришга ҳаракат қилинг. Оғизда яралар борлигини текширинг, зарур бўлса, керакли даволашни олиб боринг (пастга қаранг). Овқатланиш бўйича кўрсатмага риоя қилинг.



Шоҳпарданинг хиралашуви (чапдаги расмда) – А витамини етишмовчилигидаги ксерофтальмиянинг кўриниши. Ўнгда, солиштириш учун соғлом кўз кўрсатилган.

Асоратлар

Қуйидаги асоратларни даволаш бўйича ушбу қўлланманинг бошқа бўлимларида келтирилган тавсияларни бажаринг:

- пневмония;
- ўрта отит.
- *Диарея:* сувсизланиш, қонли ёки чўзилган диареяни даволаш тамойиллари асосида даволаш олиб боринг;
- *Қизамиқдаги круп:* қўлловчи парвариш бўйича маълумотга қаранг, лекин кортикостероидлар берманг.
- *Кўзларнинг зарарланиши.* Конъюнктивит, шоҳпардаси ва тўр пардасининг

зарарланиши инфекция туфайли, А витамини етишмовчилиги ёки зарарли уй воситаларини қўллаш натижасида бўлиши мумкин. А витамини тайинлаш билан бирга мавжуд бўлган барча инфекцияларни даволанг (юқорида келтирилганидек). Агар кўздан келаётган ажралмалар тиниқ, сувли бўлса, даво талаб этилмайди. Агар ажралмалар йирингли бўлса, қайнатилган пахта бўлаги ёки тоза сувда намланган тоза мато бўлаги билан кўзни тозаланг. 7 кун давомида кунига 3 марта тетрациклин малҳамини қўлланг. Ҳеч қачон кортикостероидли малҳамдан фойдаланманг. Бошқа инфекцияларнинг олдини олиш учун ҳимояловчи кўз ёстикчасидан фойдаланинг. Агар яхшиланиш бўлмаса, болани офтальмологга жўнатиш.

- *Оғиз бўшлиғидаги яралар.* Агар бола ея олса ва ича олса, оғиз бўшлиғини тузли тоза сув (бир косача сувга бир чимдим туз) билан кунига камида 4 марта ювиб туринг.
 - Ювишдан сўнг оғиздаги яраларни даволаш учун 0,25% лик генцианвиолет эритмасидан фойдаланинг.
 - Агар яралар катта ва/ёки ёқимсиз ҳидли бўлса, 5 кун давомида м/о, в/и бензилпенициллин (ҳар 6 соатдан сўнг 50 000 ЕД/кг) ва оғиз орқали метронидазол (кунига 3 марта 7,5 мг/кг) тайинланг. Агар яралар овқатланиш ёки суюқлик ичишни қийинлаштиради, болани назогастрал зонд орқали овқатлантиришга тўғри келиши мумкин.
- Неврологик асоратлар. Талваса, уйқусираш ёки кома энцефалитнинг ёки оғир сувсизланишнинг белгилари бўлиши мумкин. Боланинг сувсизланиш даражасини аниқланг ва керакли даво тайинланг. Талвасаларни даволаш ва ҳушсиз болани парваришлаш 9-схемада берилган.
- Озиқланишнинг оғир бузилиши.

Кузатув

Бир кунда 2 марта боланинг тана ҳароратини ўлчанг ва 1 марта юқорида келтирилган асоратларнинг борлигини текширинг.

Кейинги кузатув

Қизамиқнинг ўткир давридан сўнгги тикланиш, айниқса овқатланиши бузилган болаларда, кўп ҳафталар ва ҳатто ойларга чўзилади. Бола ҳали олмаган бўлса, унга жавоб беришдан аввал А витаминининг учинчи дозасини беринг.

Профилактик тадбирлар

Имкон бўлса, касалхонага ётқизилган қизамиқ билан оғриган болаларни, уларда тошмалар пайдо бўлганидан сўнг, ҳеч бўлмаганда, 4 кунга ажратиб қўйинг. Идеал вариантда, улар бошқа болалардан бўлак, алоҳида хоналарда яшашлари керак. Озиқланишнинг етишмовчилиги бўлган ва иммун системаси суст бўлган болалар бутун касаллик давомида ажратиб қўйилишлари керак.

Агар касалхонада қизамиқ ҳоллари бўлса, 6 ойликдан катта барча болаларда эмлаш ўтказинг (амбулатория тарзида кузатилаётганларни, қизамиқ ҳолати аниқланганидан сўнг бир ҳафта мобайнида касалхонага келтирилганларни, ҳамда ОИВ-ижобий болаларни ҳам). Агар, 6-9 ойлик чақалоқлар қизамиқ вакцинасини олаётган бўлсалар, уларга 9 ойлик бўлгунларигача зардобнинг иккинчи дозасини юбориш ҳам жуда муҳимдир.

Касалхона ходимларининг иммунизация ҳолатини текширинг ва зарур бўлса вакцинация қилинг.

5.3.2. Қизамиқ (оғир бўлмаган)

Диагностика

Агар боланинг онаси ишонч билан болада типик қизамиқ тошмалари борлигини ёки болада:

- иситма *ва*
- ўзгармаган тери юзасида тарқалган доғли-папулез тошмалар *ва*
- қуйидаги аломатларнинг ҳеч бўлмаганда биттаси - йўтал, тумов ёки кўзларнинг қизариши, бироқ бунда
- оғир қизамиқнинг бирорта ҳам белгиси йўқлигини таъкидласа, оғир бўлмаган қизамиқ диагнозини қўйинг.

Даволаш

- Амбулатория шароитида даволанг.
- А витамини билан даволанг. Боланинг шу касаллик билан боғлиқ тарзда илгари А витаминининг керакли дозасини олганлигини текширинг. Агар олмаган бўлса 50 000 МЕ (<6 ойгача ёшда), 100 000 МЕ (6-11 ойларда) ёки 200 000 МЕ (12ойдан 5 ёшгача) беринг.

Қўлловчи парвариш

- *Иситма.* Агар, юқори ҳарорат (> 38,5 °С), болани умумий ҳолатининг бузилиши ёки субъектив ноқулайликка сабаб бўлса, парацетамол беринг.
- *Қўлловчи овқатланиш.* Болани вазнини тортиб кўриш асосида унинг овқатланиши ҳолатини баҳоланг ва унинг вазнини жисмоний ривожланиш картасида қайд қилинг. Онага кўкрақдан эмизишни давом эттиришини ва болага овқатни тез-тез, лекин кам-кам миқдорда бериб туришини маслаҳат беринг. Оғизда яралар борлигини текширинг ва зарур бўлса, керакли даволаш олиб боринг (юқорига қаранг).
- *Кўзларни парвариш қилиш.* Агар, озгина конъюнктивит бўлиб, кўздаги ажралмалар рангсиз, сувли бўлса, даволаш талаб этилмайди. Агар ажралмалар йирингли бўлса, қайнатилган пахта бўлаги ёки сувда ивитилган тоза мато бўлагидан фойдаланиб, кўзларни тозаланг. 7 кун давомида кунига 3 марта тетрациклин малҳамини қўлланг. Ҳеч қачон кортикостероид малҳамидан фойдаланманг.
- *Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш.* Агар боланинг оғиз бўшлиғида яралар бўлса, унинг онасидан, бир кунда ҳеч бўлмаганда 4 марта тузли тоза сув билан(бир косача сувга бир чимдим туз) ювиб тозалашини сўранг. Онага, боласига шўр, аччиқ ёки иссиқ овқат бермаслигини маслаҳат беринг.

Кейинги кузатув

Боланинг онасидан оғиз бўшлиғи ёки кўзнинг ҳолати яхшиланаётганлигини кўриш, ҳамда қизамиқнинг бошқа ҳар қандай оғир асоратларини олдини олиш учун 2 кундан сўнг олиб келишини сўранг (юқорига қаранг).

5.4. Септицемия

Юқори иситмали, сабаблари аниқ бўлмаган оғир аҳволдаги бемор болада септицемияни тахмин қилинг. Менингококк инфекциялари тарқалган ҳудудларда петехия ёки пурпуралар мавжуд бўлса (терининг геморрагик зарарланиши), менингококкли септицемия диагнозини қўйиш керак. Қорин тифига ҳос бўлмаган сальмонеллалар – безгак тарқалган минтақаларга ҳос бўлган сабабдир.

Диагностика

Текширишда қуйидагиларга эътибор беринг:

- инфекция ўчоқлари маълум бўлмаган иситма;
- қон суртмасининг безгакка нисбатан тахлилининг манфий натижаси;
- энса мушакларининг таранглиги ёки менингитнинг бошқа ўзига ҳос белгиларнинг йўқлиги (ёки ОМС менингитга текширилганида манфий натижа);
- аъзолар системасидаги бузилишлар белгилари (масалан, ича олмаслик ёки эма олмаслик, талвасалар, хуши сустлашганлик ёки ҳар қандай овқатни егандан сўнг қусиш);
- пурпуралар мавжуд бўлиши мумкин.

Ҳар доим болани тўлиқ ечинтиринг ва сабаблар мавжуд эмаслиги тўғрисида хулоса чиқаришдан аввал маҳаллий инфекция белгилари борлигини синчиклаб кўздан кечиринг.

Агар иложи бўлса, қон ва сийдикнинг бактериологик экишини ўтказинг.

Даволаш

- 7 кун мобайнида бензилпенициллин (ҳар 6 соатда 50 000 ЕД/кг) + цефтриаксон (ҳар 8 соатда 25 мг/кг) тайинланг.
- Агар 48 соатда қониқарли самара бўлмаса, ампициллин (м/и ҳар 6 соатда 50 мг/кг) + гентамицинга (қунига 1 марта 7,5 мг/кг) ўтинг, агар стафилококкли инфекция гумон қилинса – флюклоксациллин (ҳар 6 соатда 50мг/кг) + гентамицинга (қунига 1 марта 7,5 мг/кг) ўтинг.

Грам-манфий бактерияларнинг бу антибиотикларга нисбатан сезиларли қаршилиги маълум бўлса, септицемияни даволаш тўғрисидаги миллий ва маҳаллий тавсияларга амал қилинг. Кўпчилик ҳолларда антибиотик сифатида учинчи авлод цефалоспорини, масалан цефтриаксондан 7 кун давомида фойдаланилади (қунига 1 марта в/и 30-60 дақиқа ичида 80 мг/кг).

Кўлловчи парвариш

- Агар, юқори ҳарорат (> 38,5 °С), боланинг умумий ҳолатини бузилиши ёки субъектив ноқулайликка сабаб бўлса, парацетамол беринг.

Асоратлар

Талваса, хушнинг бузилиши ёки кома, сувсизланиш, шок, юрак етишмовчилиги, диссеминацияланган томир ичи ивиши синдроми - ДВС (қон кетиши кўринишлари билан), пневмония ва анемия, септицемиянинг энг кўп тарқалган асоратларидандир. Септик шок – ўлимнинг жиддий сабабидир.

Кузатиш

Ҳамшира боланинг ҳолатидан ҳар 3 соатда, врач эса бир кунда камида 2 марта хабар олиши керак. Шок, олигурия, геморрагик кўринишлар (петехия, пурпура, инфекцияланган жойлардан қон оқишлар) ёки терининг яраланишлари каби асоратларнинг мавжудлигини текширинг.

5.5. Қорин тифи

Агар, болада иситмадан ташқари қуйидаги аломатлардан бирортаси бўлса, қорин тифини тахмин қилинг: диарея ёки ич қотиши, қусиш, қорин оғриғи, бош оғриғи ёки йўтал, айниқса иситма, 5 кундан ортиқ чўзилса, бироқ безгак диагнози қўйилмаса.

Диагностика

Текшириш вақтида, қуйидагилар қорин тифининг муҳим диагностик тавсифлари бўлади:

- кўринарли инфекция ўчоғи бўлмагандаги иситма;
- энса мушакларининг таранглиги ёки менингитнинг бошқа ўзига хос белгиларини йўқлиги ёки менингит учун ўтказилган люмбал пункция натижалари манфий (эслатма: қорин тифи билан оғриган болаларда баъзан энса мушаклари таранглиги кузатилиши мумкин);
- тизимли бузилишлар белгилари (масалан, ича олмаслик ёки кўкрак эма олмаслик, талвасалар, дезориентация ёки хушнинг чалкашиши, хуши сустлашганлик ёки ҳар қандай овқатни егандан сўнг қусиш);
- териси оч рангли болаларнинг қорни олдинги деворидаги пушти нуқталар (оч қизил тошмалар);
- гепатоспленомегалия, таранг дамлаган қорин.

Кичик ёшдаги чақалоқларда қорин тифи атипик тарзда – шок ва гипотермия билан кечадиган ўткир фебрил касаллик аломатлари билан кечади.

Даволаш

- 14 кун давомида цефтриаксон билан даволанг (1 кунда бир маҳал 80 мг/кг м/и ёки в/и).
- Оғир тизимли бузилишлар ёки менингит мавжудлигини кўрсатувчи белгилар бўлганида, 14 кун давомида цефтриаксонга қўшимча тарзда бензилпенициллин (ҳар 6 соатдан кейин 50 000 ЕД /кг) тайинланг.
- Агар 48 соатдан кейин ҳам қониқарли самара бўлмаса, цефтриаксон + ампициллинга (ҳар 6 соатдан сўнг м/и 50 мг/кг) ўтинг.

Агар, *Salmonella typhi* изолятлари орасида цефтриаксон ва ампициллинга резистентлик юқори бўлса, қорин тифини даволаш бўйича миллий тавсияларга амал қилинг.

Грамм манфий бактерияларига нисбатан резистентлик баланд булган худудларда септицемияни олиб бориш бўйича миллий ёки худудий тавсияларга амал қилинг. Модомики, ҳозирги вақтда, баъзи минтақаларда кўпгина дориларга қарши резистентлик тарқалган экан, балки даволашнинг бошқа режимлари талаб этилиш ҳам мумкин, масалан ципрофлоксацин билан.

Қўлловчи парвариш

- Агар юқори ҳарорат (> 38,5 °С) боланинг умумий ҳолатини ёмонлаштирса ва субъектив ноқулайликларга сабаб бўлса, парацетамол беринг.

Гемоглобин ёки гематокрит миқдорини кузатиб боринг; бу кўрсаткичларнинг пасайиши давом этса, қон препаратлари қуйишга кўрсатмаларни аниқланг (қон орқали ўтувчи инфекциялар хавфини инobatга олган ҳолда).

Кузатув

Ҳамшира боланинг аҳволини ҳеч бўлмаганда ҳар 3 соатда, врач эса кунига 2 марта текшириб туриши керак.

Асоратлар

Талваса, хушнинг бузилиши ёки кома, диарея, сувсизланиш, шок, юрак етишмовчилиги, пневмония, остеомиелит ва анемиялар қорин тифининг асоратларига киради. Кичик ёшдаги чақалоқларда шок ва гипотермия ривожланиши мумкин.

Шунингдек, одатда қориндаги қаттиқ оғриқ, қусиш, қоринни пальпация қилганда оғриқ, кучли бўзариш ва шок каби белгилар билан кечувчи ошқозон-ичак трактининг ўткир тешилиши, унинг оқибатида қон кетиши ва перитонит ривожланиши мумкин. Текшириш вақтида, абсцесснинг шаклланиши оқибатида қорин бўшлиғида ўсмасимон ҳосила пайпасланиши мумкин, жигар ва/ёки талоқнинг катталашуви ҳам кузатилиши мумкин.

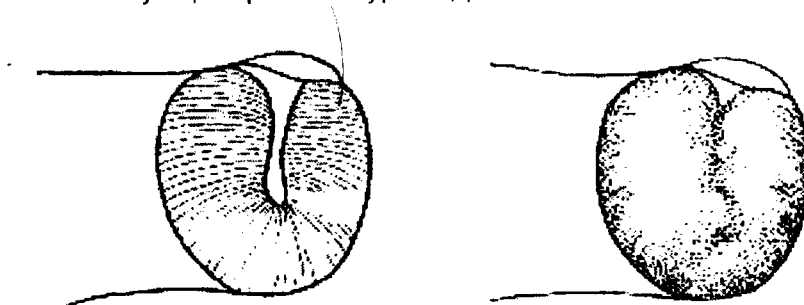
Агар ошқозон-ичак трактининг тешилиши белгилари бўлса, в/и системаси қўйинг, назогастрал зонд киритинг ва жарроҳларни ёрдамга чақиринг.

5.6. Кулоқ инфекциялари

5.6.1. Ўткир ўрта отит

Диагноз

Диагноз, кулоқдаги оғриқлар ёки ташқи эшитиш йўлидаги йирингли ажралмалар борлигидан қилинган шикоятларга (<2 ҳафта давомида) асосланади. Текширув вақтида, ўткир ўрта отит диагнози отоскопия ёрдамида тасдиқланади. Бунда, кулоқ пардаси қизарган, яллиғланган, шишган ва ялтирамайдиган юзага эга бўлиб кўринади ёки унда тешик ва суюқ ажралма кўринади.



Ўткир ўрта отит: шишган қизарган кулоқ пардаси (ўнгда). Чапда солиштириш учун кулоқ пардасининг одатий кўриниши кўрсатилган.

Даволаш

Болани амбулаторияда даволанг.

- 5 кун давомида оғиз орқали амоксициллин (кунига 3 марта 15 мг/кг) беринг.
- Агар кулоқда йирингли ажралмалар бўлса, онага қандай қилиб кулоқни докали пилик билан қуриштишни кўрсатинг ва кулоқдан йирингли ажралмалар келиши тўхтамагунча шу тарзда ҳар куни 3 марта кулоқни тозалаб туришни маслаҳат беринг.
- Онага бу муолажалар оралиғида кулоққа ҳеч нарса тикмаслик кераклигини тушунтиринг. Боланинг сув ҳавзаларида чўмилишига йўл қўйманг, кулоққа сув кирмаслиги керак.
- Амоксациллинни маҳаллий қўлланг.
- Агар болани кулоқдаги оғриқ безовта қилса ёки юқори ҳарорат (> 38,5 °C) унинг умумий ҳолати ва ўзини ҳис қилишини бузса, парацетамол беринг.

Сурункали ўрта отитда боланинг қулоғини тозалаш/қуритиш.



Кейинги кузатув

Онадан, навбатдаги текширув учун 5 кундан кейин келишини сўранг.

- *Агар қулоқдаги оғриқ ёки қулоқдан ажралмалар келиши тўхтамаса яна 5 кун шу антибиотик билан даволашни давом эттиринг ва ташқи эшитиш йўлини йирингдан тозалашни давом эттиринг. Навбатдаги кўрик, яна 5 кундан сўнг.*

5.6.2. Сурункали ўрта отит

Ташқи эшитиш йўлидаги ажралмалар 2 кун ва ундан ортиқ кузатилса, болада қулоқнинг сурункали инфекцияси бўлади.

Диагностика

Диагноз икки ҳафта ва ундан кўп вақт ичида қулоқда йирингли ажралмалар мавжудлигига асосланади. Кўрик вақтида отоскопия ёрдамида сурункали ўрта отит диагнозини тасдиқланг (агар бунинг имкони бўлса).

Даволаш

Болани амбулаторияда даволанг

- Ташқи эшитиш йўлини қуритишни давом этинг (юқорида кўрсатилганидек).
- Икки ҳафта давомида кунига 1 марта қулоққа антибиотиклар ёки антисептик томчилар қўйинг (таркибида кортикостероидлар бўлган ёки уларсиз). Таркибида хинолонлар (норфлоксацин, офлоксацин, ципрофлоксацин) бўлган томчилар юқори самаралилиги билан ажралиб туради.

Кейинги кузатув

Онадан 5 кундан сўнг келишини сўранг.

- *Агар қулоқдан ажралмалар келишда давом этса, онанинг ташқи эшитиш йўлини қуритишни давом эттираётганини аниқланг. Оғиз орқали антибиотиклар билан даволаш курсини такрорланг. Онага пилик ёрдамида ташқи эшитиш йўллари қуритишни давом эттиришни маслаҳат беринг ва кўкиш йиринг таёқчасига нисбатан самарали бўлган парентерал антибиотиклар (масалан, гентамицин, азлоциллин, цефтазидин) билан даволаш тўғрисида ўйлаб кўринг.*

5.6.3. Мастоидит

Мастоидит – бу қулоқ супраси ортида жойлашган суяк сўрғичсимон ўсимтасининг бактериал инфекциясидир. Тегишли даво қилинмаганда мастоидит менингит ва бош мия абсцессининг пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

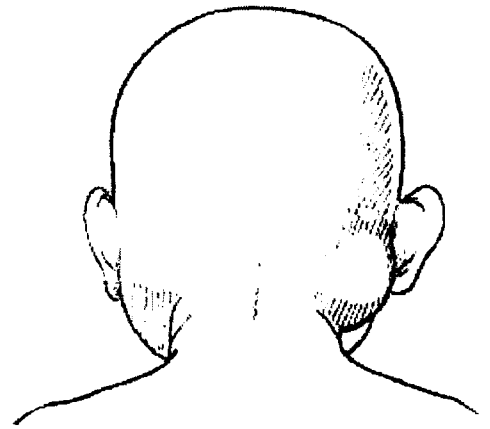
Диагноз

Диагноз учун асосий белгилар:

- иситма;
- кулоқ супраси ортидаги оғрикли шишлар.

Даволаш

- Боланинг аҳволи яхшилангунга қадар цефтриаксон (80 мг/кг ҳисобидан 1 кунда бир марта м/и ёки в/и) ва бензилпенициллин (ҳар 6 соатда 50 000 ЕД/кг дан) беринг; кейин 10 кунлик курс охиригача ҳар 12 соатда оғиз орқали 25 мг амоксациллин беришда давом этинг.
- Агар 48 соат ичида қониқарли самара бўлмаса ёки боланинг аҳволи ёмонлаша бошласа, сўргичсимон ўсимта абсцессини очиш ва уни дренажлаш ёки мастоидэктомия қилиш учун болани хирург ҳузурига жўнатиш.
- Менингит ёки мия абсцесси белгилари мавжуд бўлганда 5.3-бўлимда кўрсатилгандагидек антибиотиклар билан даволаш олиб боринг ва имкон бўлса, тезлик билан ихтисослаштирилган касалхонага жўнатиш.



Мастоидит – кулоқ супраси ортидаги оғрикли шиш, бунинг оқибатида кулоқ олдинга сурилиб қолади.

Қўлловчи парвариш

- Агар, юқори ҳарорат ($> 38,5$ °C), болани умумий ҳолатининг бузилиши ёки субъектив ноқулайликка сабаб бўлса, парацетамол беринг.

Кузатув

Ҳамшира боланинг ҳолатидан ҳар 3 соатда, врач эса бир кунда камида 2 марта хабар олиши керак. Агар олиб борилаётган давонинг самараси кам бўлса, менингит ёки мия абсцесси эхтимолини тахмин қилинг (қаранг, 5.3-бўлим).

5.7. Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси

Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси (СЙИ) кўпинча болаларда, айниқса 2 ойликдан кичик қиз болаларда кўп учрайди. Ривожланаётган мамлакатларда кўпинча сийдикнинг бактериологик текширувлари учун шароит бўлмаганлиги туфайли, одатда, диагноз клиник аломатлар ва сийдик микроскопияси натижалари асосида қўйилади.

Диагностика

Кичик ёшдаги болалардаги СЙИ кўпинча қусиш, иситма, безовталиқ ёки ривожланишдан орқада қолиш каби унга хос бўлмаган белгилар билан бирга кечиши мумкин. Каттароқ ёшдаги болаларда эса қорин соҳасидаги оғрик, сийишдаги оғрик, тез-тез сийиш каби анча ўзига хос аломатлар пайдо бўлиши мумкин.

Лаборатория текширувлари

- Янги сийдик намунасини центрифуга қилмай туриб, микроскопик текширув ўтказинг. СЙИ мавжуд ҳолларда одатда, кўриш доирасида >5 лейкоцитлар кўринади (микроскоп кўп марта катталаштирилганда). Тест-чизиклари ёрдамидаги текширувлар ҳам (экспресс-тест) лейкоцитлар мавжудлигини кўрсатади.
- Агар имкон бўлса, бактериологик текширувлар учун сийдикнинг «соф қисмидан» фойдаланинг. Касал чақалоқларда баъзан қов усти пункцияси қилиш керак бўлиши мумкин.

Даволаш

- Куйидагилардан ташқари барча ҳолатларда болани амбулаторияда даволанг:
 - болада юқори тана ҳарорати ёки тизимли бузилиш бўлса (масалан, ҳар қандай овқатни егандан сўнг қусиш ёки ича олмаслик ёки эма олмаслик),
 - пиелонефрит белгилари бўлса (бел соҳасидаги оғриқ ва оғриқлилик);
 - кичик ёшдаги чақалоқ тўғрисида гап кетганда.
- Беш кун давомида оғиз орқали котримоксазол (ҳар 12 соатда 1 кг вазнга 4 мг триметроприм + 20 мг сульфаметоксазол) беринг. Муқобил даволаш, СЙИга сабаб бўладиган *E. coli* ва бошқа грам-манфий бактериялар сезувчанлигининг маҳаллий хусусиятлари ва антибиотикларнинг мавжудлигига қараб ампициллин, амоксициллин ва цефалексинни ўз ичига олади.
- Агар биринчи қатор антибиотикларидан яхши самара бўлмаса ёки боланинг аҳволи ёмонлаша бошласа, гентамицин (қунига 1 марта 7,5 мг/кг дан мушак ичига) + ампициллин (ҳар 6 соатдан сўнг 50 мг/кг м/и, в/и) ёки парентерал тарзда цефалоспорин тайинланг. Пиелонефрит (қовурға-умуртқа поғонаси бурчагидаги оғриқлилик ва юқори иситма) ёки септицемия каби асоратларнинг бўлиши мумкинлиги тўғрисида ўйлаб кўринг.
- Кичик ёшдаги чақалоқларни (<2 ой) иситма тушмагунича гентамицин (қунига 1 марта 7,5 мг/кг м/и) билан даволанг; кейин, тизимли инфекциянинг белгилари мавжудлигини таҳлил қилиб кўринг, агар улар бўлмаса, даволашни давом эттиринг.

Кўлловчи парвариш

Бола организмга суюқлик киришини таъминлаш мақсадида кўпроқ суюқлик бериб туриш ёки мунтазам равишда кўкрак орқали овқатлантириб туриш керак, бу нарса ўз навбатида инфекциянинг ювилишига ва сувсизланишнинг олдини олишга ёрдам беради.

Кейинги кузатув

- Касаллик сабабини аниқлаш учун >1 ёшли ўғил болалардаги барча СЙИ ҳолатлари, ҳамда СЙИ бир мартадан кўп кузатилган барча болаларни текширинг. Бу ҳолда, касалхонага ётқизиш ёки керакли рентгенологик ёки ультратовуш текшируви олиб бориш имконияти бўлган стационар зарур бўлади.

5.8. Септик артрит ёки остеомиелит

Ўткир остеомиелит – бу, одатда, бактерияларнинг қон оқими орқали тарқалиши натижасида ривожланадиган суяклар инфекциясидир. Бироқ баъзи ҳолларда суяклар ва бўғинларнинг инфекция натижасида шикастланиши улар яқинда жойлашган инфекция ўчоғи билан боғлиқ бўлзди ёки ёриб кирувчи жароҳат натижасида пайдо бўлади. Баъзан бу жараёнда бир қанча суяк ёки бўғинлар жароҳатланади.

Диагностика

Суякнинг ўткир инфекция натижасида шикастланишида боланинг касаллиги яққол кўринади, унда тана ҳарорати кўтарилиши кузатилади, шикастланган оёғини ҳаракатлантиришни ёки унга суянишни хоҳламайди. Ўткир остеомиелит ҳолатида, одатда, суякнинг шикастланган жойида оғриқли шиш пайдо бўлади. Септик артритда, шикастланган бўғин иссиқ, шишган ва оғриқли бўлади.

Бундай инфекциялар баъзан сурункали характерга эга бўлади, бундай ҳолда умумий ҳолат камроқ бузилади, иситма бўлмаслиги мумкин. Маҳаллий аломатлар ҳам камроқ кўринади. Бактериал инфекциялар орасидан сурункали тарзда кечадиган ва паталогик ажралмали каверноз шикастланишлар билан характерланадиган сил остеомиелитни тахмин қилинг.

Лаборатория текширувлари

Эрта босқичларда рентгенологик текширувлар касалликни аниқлашда ёрдам бермайди. Агар септик артритга нисбатан жиддий гумонлар бўлса, зарарланган бўғинга стерилланган нина киритиб бўғин ичидаги суюқликни аспирация қилинг.

Суюқлик хира бўлиши мумкин. Агар бўғин бўшлигида йиринг бўлса, намуна олиш ва йирингни кетказиш учун йирик тешикли нинадан фойдаланинг. Суюқликда лейкоцитлар мавжудлигини текширув қилинг ва имкон бўлса, бактериал экиш ўтказинг.

Одатда > 3 ёшдаги болаларда, инфекциянинг сабаби *Staphylococcus aureus* бўлади. Кичикроқ ёшдаги болаларда b типдаги *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* ёки A гуруҳидаги *Streptococcus pyogenes* кенг тарқалган. Сальмонеллалар – безгак тарқалган ҳудудларда яшовчи ва ўроқсимон-хужайрали анемия билан касалланган болалар орасида, касалликнинг энг кўп учрайдиган сабабчисидир.

Даволаш

Агар имконият бўлса, бактериологик текширув ўтказинг ва топилган кўзғатувчилар ва уларнинг антибиотикларга нисбатан сезувчанлиги тести натижаларига қараб даво тайинланг. Агар имконият бўлмаса:

- < 3 ёшдаги болалар ва ўроқсимон хужайрали анемия билан оғриган болалардаги септик артрит ёки остеомиелитни м/о, в/и цефтриаксон киритиш (бир кунда 80 мг/кг бир марта) билан даволанг.
- > 3 ёшдаги болаларни м/о, в/и клоксациллин ёки флюклоксациллин (ҳар 6 соатда 50 мг/кг) юбориб даволанг. Агар бу дори воситалари бўлмаса, цефтриаксон беринг.
- Тананинг нормал ҳарорати тикланганидан сўнг, болани худди шу антибиотиклар билан оғиз орқали даволашга ўтинг ва септик артрит ҳолатида даволаш курсини 3 ҳафта, остеомиелит ҳолатида эса 5 ҳафта давом эттиринг.
- Септик артритда бўғин бўшлигидаги йирингни аспирация йўли билан чиқариб ташланг. Агар аспирациядан кейин яна шиш пайдо бўлаверса ёки инфекция 3 ҳафталик антибиотиклар курсида ҳам яхши даволанмаса, хирург текшируви, йирингни дренажлаш ва чириган суякни кесиб ташлаш зарур бўлади. Септик артритда очиқ дренаж қилиш ва антибиотиклар билан даволашни 6 ҳафтага чўзишга тўғри келиши мумкин.
- Сил остеомиелити диагнози, анамнез маълумотлари, шишнинг секин ривожланиши, касалликнинг юқорида келтирилган давосининг кам самаралилиги ва унинг сурункали кечишига асосланган ҳолда тахмин қилинади. Силга қарши кураш миллий дастурига кўра даволаш олиб боринг. Деярли ҳеч қачон хирург аралашуви талаб қилинмайди, чунки жараённи силга қарши воситалар билан даволаш мумкин.

Қўлловчи парвариш

Шикастланган бўғин, қўл ёки оёққа дам бериш керак. Оёқ шикастланганида бола, оғриқлар йўқолмагунича, шу оёққа суюнмаслиги керак. Оғриқ ёки юқори иситмада (агар бу боланинг аҳволини ёмонлаштиради) парацетамол тайинланг.

5.9. Геморрагик иситма

Кўзгатувчилар - Арбовируслар, табиий ўчоқ – сичқонсимон кемирувчилар, юктирувчилар эса – каналардир. Касаллик тўсатдан, ҳароратнинг шиддатли кўтарилиши, интоксикация, қусиш, баъзан менингитга хос аломатлар билан бошланади.

Диагностика

Шу касаллик хавфи бўлган ҳудудда, иситма 2 кундан ортиқ давом этган ҳолларда ҳудудий геморрагик иситма диагнозини тахмин қилинг.

- Баъзи ҳолларда, лекин ҳар доим эмас, бош оғриғи, баъзан кўз олмалари ортида, бўгинлар ва мушакларда, қоринда оғриқ ҳамда қусиш ва/ёки тошмалар кузатилиши мумкин. Денге иситмасини болаларда тарқалган бошқа инфекциялардан ажратиш қийин бўлади.

Даволаш

Агар боланинг ота-онасини болани мунтазам ҳолда касалхонага олиб келиш имконияти бўлса, кўпгина ҳолларда уни амбулатория шароитида даволаш мумкин.

- Онага болани ҳар куни касалхонага текшириш учун олиб келишини ва қуйида келтирилган аломатлардан бирортаси пайдо бўлганда, зудлик билан касалхонага мурожаат қилишини тавсия қилинг: қориндаги кучли оғриқ, кучли қусиш, совуқ ва нам оёқ ёки қўллар, хуши сустлашганлик ёки безовталиқ, қон кетишлар, масалан, қора нажас ёки кофе қуйқаси кўринишидаги қусиқ массалари.
- Иситма ва қусишлар натижасида йўқолган суюқликнинг ўрнини босиш учун кўпроқ ичимлик – тоза сув ёки ОРТ эритмасини ичишни тавсия этинг.
- Агар баланд иситма бўлиб, у боланинг аҳволини ёмонлаштиради, парацетамол тайинланг. Аспирин ёки ибупрофен берманг, чунки бу воситалар қон кетишини кучайтириши мумкин.
- Боланинг ҳарорати меъёрига тушмагунча, унинг ҳолидан ҳар куни хабар олиб туринг. Агар имконият бўлса, ҳар куни гематокритни текширинг. Оғир касаллик аломатлари бор-йўқлигини текшириш учун кўриқдан ўтказинг.
- Оғир касаллик белгилари бўлган (шиллик пардаларнинг қонаши ёки терининг тез қонаши, шок, руҳий ҳолатнинг ўзгариши, талвасалар ёки сариқлик), ҳамда гематокрит тез ёки анча кўтарилган барча болаларни зудлик билан касалхонага ётқизинг.

5.9.1. Геморрагик иситманинг оғир кўриниши

Геморрагик иситманинг болалардаги энг жиддий асорати – баъзан шокнинг ривожланишига сабаб бўладиган – плазмани йўқотишдир. Агар, пульс босими (яъни систолик ва диастолик босим ўртасидаги фарқ) < 20 мм симоб босимини ташкил этса ёки микроциркуляциянинг бузилиши белгилари бўлса, бемор шокда деб ҳисобланади (совуқ қўл ёки оёқлар, капиллярларнинг секин тўлишиши ёки тезлашган пульс). Артериал гипотония, одатда, кечроқ босқичларда пайдо бўлади. Шок кўпинча касалликнинг 4-5-кунларида пайдо бўлади. Шокнинг эрта ривожланиши (касалликнинг 2- ёки 3- куни), анча паст бўлган пульс босими (< 10 мм сим. уст.) ёки аниқлаб бўлмайдиган пульс ва артериал қон босими касалликнинг жуда оғирлигидан далолат беради.

Геморрагик иситманинг бошқа асоратлари терининг ва/ёки шиллик пардаларнинг

қонаши ва баъзан гепатит ва энцефалопатияни ўз ичига олади. Бироқ кўпчилик ҳолларда болалар, чуқур шок ҳолатида бўлган вақтларида, айниқса шок ҳаддан зиёд суюқликлар куйилиши туфайли оғирлашганда вафот этадилар (қуйига қаранг).

Диагностика

- Касаллик хавфи бўлган жойда, иситма 2 кундан ортиқ вақт мобайнида давом этса ва қуйидаги аломатлардан бирортаси бўлса, геморрагик иситманинг оғир шаклини тахмин қилинг:
- плазма йўқотиш белгилари:
 - гематокритнинг юқори кўрсаткичи ёки унинг доимий кўтарилиши;
 - плеврага суюқлик тўпланиши ёки асцит;
- қон айланишининг бузилиши ёки шок:
 - совуқ, нам қўл-оёқлар;
 - капилляр тўлишишнинг кечикиши (3 д.дан ортиқ);
 - кучсиз пульс (пульснинг тезлашиши, айланаётган қон миқдори анчагина камайганда ҳам юз бермаслиги мумкин);
 - паст пульс босими (юқорига қаранг);
- ўз-ўзидан қон кетишлар:
 - бурун ёки милқдан;
 - қора нажас ва кофе қуйқаси кўринишидаги қусиқ массалари;
 - теридаги қонталашлар, кўплаб петехиялар;
- марказий нерв/тизими томонидан бузилишлар:
 - руҳий хуши сустлашганлик ёки безовталиқ;
 - кома;
 - талвасалар;
- овқат ҳазм қилиш органлари томонидан оғир бузилишлар:
 - қаттиқ қусиш;
 - юқори ўнг квадрантда оғриқлилик бўлган қориндаги кучаювчи оғриқ;
 - сариқлик.

Даволаш

- Геморрагик иситманинг оғир кўриниши бўлган барча беморларни артериал босим ва гематокрит кўрсаткичи мониторингини амалга ошириш имкони бўлган касалхонага ётқизинг.

Шок бўлмаган касалларда сув мувозанатини тиклаш (пульс босими >20 мм сим. уст.)

- Кўп марта қусишда, ҳамда гематокрит миқдори тез кўтарилганда ёки юқори бўлганида в/и суюқликлари беринг.
- Фақат, Рингер лактат (Хартманн эритмаси) ёки 5 % глюкозанинг Рингер лактатда эритмаси каби изотоник эритмалар юборинг.
- Бошда, 1 соат ичида 6 мл/кг/с дан бошланг, кейин эса давонинг самарасига қараб, иложи борича эртароқ 2-3 мл/кг/с га тушинг.
- Эритманинг, яхши циркуляцияни таъминлаш ва диурезни сақлаб туриш учун зарур бўлган минимал миқдорини юборинг. В/и суюқликлари фақат 24-48 соатлар ичида зарур бўлади, чунки бу вақтга келиб плазманинг капиллярлардан чиқиши ўз-ўзидан тўхтайд.

Шок бўлган касалларда сув мувозанатини тиклаш (пульс босими < 20 мм сим. уст.)

- Кечиктириб бўлмайдиган ҳолат каби даволанг. 1 соат ичида 20 мл/кг ҳисобидан Рингер лактат (Хартманн эритмаси) каби кристаллоид изотоник эритма юборинг
 - Агар бола олиб борилаётган давога яхши жавоб берса (капилляр тўлишиш ва периферик перфузия яхшилана бошлайди, пульс босими кўтарилади), эритма юборишни 1 соат ичида 10 мл/кг гача, ундан сўнг аста-секинлик билан кейинги 6-8 соат ичида 2-3 мл/кг/с гача камайтиринг.
 - Агар даволаш ижобий натижа бермаса (шок аломатлари сақланади), 1 соат давомида яна 20 мл/кг кристаллоид эритма юборинг ёки 10-15 мл/кг 6 % лик декстран-70 эритмаси, молекуляр массаси 200 000 бўлган 6 % лик крахмал-гидроксиэтили (КГЭ) каби коллоид эритмаларни қўллаш имкониятини ўйлаб кўринг. Имкон бориша тезроқ, юқорида келтирилган кристаллоид эритмани тайинлаш схемасига қайтинг.
- Кейинчалик, навбатдаги 24-48 соатлар давомида суюқликларнинг қўшимча болуш дозалари (1 соат давомида 5-10 мл/кг) талаб этилиши мумкин.
- Клиник самара асосида суюқликлар билан даволаш тўғрисида қарорлар қабул қилинг, яъни ҳар соатда ҳаётий муҳим белгиларни таҳлил қилинг ва диққат билан диурез мониторингини олиб боринг. Гематокритнинг ўзгариши даволаш учун фойдали қўлланма бўлиб хизмат қилиши мумкин, бироқ уларни клиник жавоблар билан бирга кўриб чиқиш керак бўлади. Масалан, гематокритнинг кўтарилиши, организм ҳолатининг асосий кўрсаткичлари (кўпинча, пульс босимининг тушиши) билан бир қаторда, қўшимча суюқлик миқдори юбориш заруриятини талаб қилади, бироқ агар гематокрит жуда юқори (50-55%) бўлганида ҳам саломатлик ҳолатининг асосий кўрсаткичлари стабил бўлса, бу нарса талаб этилмайди. Бу ҳолда боланинг аҳволдан тез-тез хабар олишни давом эттиринг, кейинги 24 соат давомида гематокрит пасайиши бошланиши керак.
- Кўпчилик ҳолларда вена ичига суюқлик юборишни 36-48 соатдан кейин тўхтатиш мумкин. Кўпгина ўлим ҳоллари суюқликларнинг жуда кам миқдори юборилишидан эмас, балки уларни жуда кўп миқдорда юборилишидан келиб чиқишини ёдда тутинг.

Геморрагик асоратларни даволаш

- Денге иситмаси билан оғриган ҳар қандай беморда шиллиқ пардаларнинг қонаши бўлиши мумкин, бироқ бу ҳол одатда яққол кўринувчи характерга эга бўлмайди. Кўпинча у, одатда касалликнинг 2-ҳафтасидаёқ компенсацияланадиган тромбоцитопения ҳисобига пайдо бўлади.
- Агар жиддий қон кетиши бўлса, айниқса оғир ёки давомли шок ҳолатидаги беморларда, одатда, ошқозон-ичак трактида бўлади. Ички қон кетиши, токи қора нажас пайдо бўлмагунича, кўп соатлар давомида пайқалмаслиги мумкин. Суюқликлар билан даволаш клиник натижалар бермаса ва бола шок ҳолатига тушса, ва айниқса, гематокрит стабиллашган ёки тушаётган ҳолда болада қорин дамлаши ва оғриғи кузатилса, гумонлар пайдо бўлиши керак.
- Яққол кўриниб турган тромбоцитопенияли (<20 000 тромбоцит/мм³) болаларни қатъий ётиш режимида сақланг ва қон кетиш хавфини камайтириш мақсадида микро жароҳатлардан асранг. М/о инъекцияларини қилманг.
- Клиник ҳолат, гематокрит ва имкон бўлганида тромбоцитлар сони мониторингини олиб боринг.
- Кам ҳоллардагина қон препаратлари қуйиш зарурати бўлади. Қон қуйишга кўрсатмалар бўлганида, бу муолажани, суюқликлар миқдорининг ортиб кетиш хавфи туфайли, жуда эҳтиёткорлик билан олиб бориш зарур. Агар жиддий қон

кетишига гумон бўлса, 10-15 мл/кг миқдорида секин томчилар билан 2-4 соат давомида қон препаратини жуда эҳтиёткорлик билан қуйинг ва организмнинг клиник жавобини кузатинг. Агар самара яхши бўлса ва жиддий қон кетиши тасдиқланса, қон маҳсулотларини қўллашни такрорлаш имконини ўйлаб кўринг.

- Тромбоцитар массани фақат кўп қон йўқотилган ҳоллардагина қуйилади. У қон кетиши бўлмаган тромбоцитопенияни даволашда муҳим аҳамиятга эга эмас ва баъзи ҳолларда ҳатто зарар ҳам келтириши мумкин.

Суюқликлар миқдорининг ортиб кетганлигини (гипергидратацияни) даволаш.

Гипергидратация – шокни даволаш вақтидаги жиддий асорат. У қуйидагилар оқибатида ривожланади:

- в/и юборилган суюқликларининг ортиқча миқдори ва/ёки уларни жуда тез юборилиши;
- изотоник кристаллоид эритмалар ўрнига гипотоник эритмаларни нотўғри қўлланилиши;
- анча кўп вақт давомида вена ичига суюқликлар қуйиш (плазма йўқотиш тўхтаганидан сўнг);
- ҳалокатли плазма йўқотиш ҳолатлари кузатилган болаларга в/и суюқликларининг катта миқдоридан фойдаланиш зарурияти.

■ Эрта белгилари:

- тезлашган нафас олиш;
- кўкрак қафасининг пастки қисмини ичга тортилиши;
- катта миқдордаги плеврал ажралмалари;
- асцит;
- периорбитал шиш ёки юмшоқ тўқималарнинг шишиши.

Гипергидратациянинг кечки белгилари:

- ўпканинг шиши;
- цианоз;
- қайтариб бўлмайдиган шок (кўпинча, гиповолемия фонида юрак етишмовчилигининг ривожланиши).

Гипергидратацияни даволаш боланинг шок ҳолатидами ёки йўқлигига боғлиқ бўлади:

- Шок ҳолатида қолаётган ва анчагина гипергидратация белгилари бўлган болаларни даволаш жуда қийин бўлади ва улар орасида ўлим ҳолатлари кўп кузатилади.
- Коллоид эритманинг унча катта бўлмаган болюсли такрорий дозалари ва инотроп воситаларнинг қўшимча катта дозалари циркуляцияни сақлаб туришга ёрдам бериши мумкин (педиатрия бўйича стандарт қўлланмаларга қаранг).
- Сийдик ҳайдовчи воситаларни қўлламанг, чунки улар гиповолемиянинг чуқурлашувига олиб келиши мумкин.
- Респиратор аломатларни камайтириш учун плеврал ажралмалари ёки асцит суюқлиги аспирацияси талаб этилиши мумкин, бироқ бу муолажада қон кетиши хавфи бўлиши мумкин.
- Босим ижобий бўлганида, имконият бўлса ўпка шишининг олдини олиш мақсадида, ўпканинг эрта ёрдамчи вентиляциясини бошлаш тўғрисида ўйлаб кўринг.
- Агар шок йўқ, бироқ боланинг нафас олиши тезлашган ёки қийинлашган бўлса, ҳамда кўп миқдорда ажралмалар бўлса, кунига 1 ёки 2 марта 24 соат ичида оғиз орқали ёки венага 1 мг/кг дозада фуросемид беринг ва кислород терапиясини олиб боринг.

- Шок бўлмаса ва боланинг ҳолати барқарорлашса, в/и га қуйишларни тўхтатинг ва болани 24-48 соат давомида қатъий ётоқ режимида сақланг. Суюқликнинг ортиқча миқдори қайта сўрилади ва сийдик билан чиқиб кетади.

Кўлловчи парвариш

- Агар юқори иситма боланинг аҳволини ёмонлаштира, парацетамол беринг. Аспирин ёки ибупрофен берманг, чунки улар қон кетишини кучайтириши мумкин.
- Кортикостероидлар берманг.
- Денге иситмасининг оғир кўриниши билан оғриган болалар учун талваса характерли эмас, бироқ улар пайдо бўлса, 1-бобда келтирилгандагидек даволаш олиб боринг.
- Агар бола ҳушсиз бўлса, 1-бобдаги тавсияларга амал қилинг.
- Шок ҳолатидаги ёки нафас етишмовчилиги бўлган болалар кислород олишлари керак.
- Гипогликемия (қондаги глюкоза миқдори $<2,5$ ммоль/л, ёки <45 мг/дл) характерли эмас, бироқ агар мавжуд бўлса, 10-схемага амал қилган ҳолда вена ичига глюкоза юборинг.
- Агар болада жигарнинг оғир зарарланиши пайдо бўлса, педиатрия бўйича стандарт қўлланмалардаги кўрсатмалардан фойдаланинг.

Кузатув

- **Агар болада шок бўлса**, беморнинг ҳолати стабил ҳолатга келмагунича ҳар соатда асосий ҳаётий кўрсаткичлардан хабар олиб туринг (айниқса пульс босими ҳолатидан) ва бир кунда 3-4 марта гематокритни текширинг. Врач беморнинг ҳолатидан бир кунда камида 4 марта хабар олиши ва вена ичига суюқликларини 1 мартада кўпи билан 6 соатга тайинлаши керак.
- Ҳамшира **шок ҳолатида бўлмаган болалардаги** асосий ҳаётий кўрсаткичларини (тана ҳарорати, пульс ва артериал қон босими) бир кунда 4 марта, гематокритни эса 1 марта текшириши ва врач бир кунда, камида, 1 марта беморнинг ҳолатини баҳолаши керак бўлади.
- Имкон бўлса, касалликнинг ўткир даврида ҳар куни тромбоцитлар сонини аниқлаб боринг.
- Истеъмол қилинган ва организмдан чиқарилган суюқликнинг батафсил ҳисобини олиб боринг.

- 6.1. Озиқланишнинг оғир бузилиши диагностикасининг меъзонлари
- 6.2. Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган боланинг аҳволини дастлабки баҳолаш
- 6.3. Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган беморларга ёрдам кўрсатиш мезонлари
- 6.4. Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган беморларни даволаш меъзонлари
- 6.4.1. Гипогликемия
- 6.4.2. Гипотермия
- 6.4.3. Сувсизланиш
- 6.4.4. Электролит мувозанатининг бузилиши
- 6.4.5. Юқумли касалликларда озиқланишнинг бузилиши
- 6.4.6. Микроэлементларнинг етишмаслиги
- 6.4.7. Асл ҳолатни тикловчи овқатлантириш
- 6.4.8. Ўсишда ортда қолишни коррекция қилиш
- 6.4.9. Сенсор стимуляция
- 6.4.10. 6 ойликгача бўлган гўдакларнинг озиқланишини бузилиши
- 6.5. Ёндош касалликларни даволаш
- 6.5.1. Кўрув органларининг шикастланиши
- 6.5.2. Оғир анемия
- 6.5.3. Квашиоркордан терининг шикастланиши
- 6.5.4. Чўзилувчан диарея
- 6.5.5. Туберкулез
- 6.6. Шифохонадан жавоб бериш ва кейинги кузатув
- 6.7. Тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини баҳолаш
- 6.7.1. Ўлим таҳлили
- 6.7.2. Реабилитация давридаги физик ривожланиш параметрлари

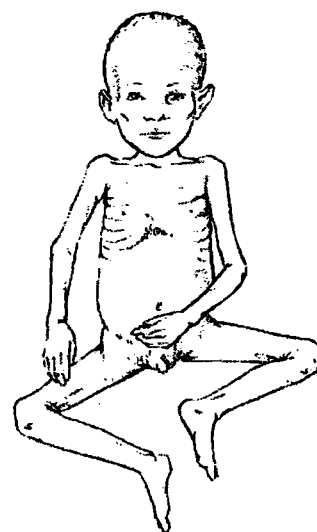
Ушбу қўлланмада иккала оёқ тўпиқларидаги шиш ёки кўзга ташланадиган оғир озғинлик белгилари (вазн/бўйи <70% ёки <-3СО*) озиқланишнинг оғир бузилишини клиник белгилари ҳисобланади. Квашиоркор, алиментар маразм ва маразматик квашиоркор каби клиник ҳолатлари фарқланмайди, чунки уларнинг даволаш усули бир хил.

6.1. Озиқланишнинг оғир бузилиши диагностикаси меъзонлари

Диагностика қуйидаги асосий белгиларни ўз ичига олади:

- вазн/бўй (вазн/тана узунлиги) <70% ёки <-3СО (дистрофия);
- иккала оёқ тўпиқларининг шишиши (квашиоркор ёки маразматик квашиоркор).

Агар «вазн/бўй» (вазн/тана узунлиги) кўрсаткичларини аниқлаш қийин бўлса, **кўзга ташланадиган оғир озғинлик** белгилари бўйича аниқланг. Кўзга ташланадиган оғир

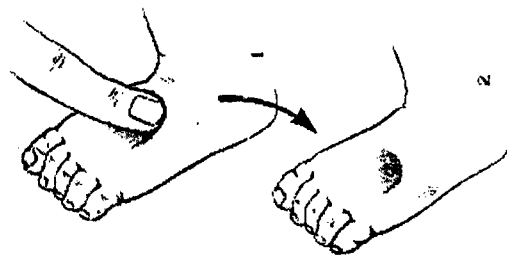


Дистрофик бола (кўзга ташланадиган оғир озғинлик белгилари)

* СОа = стандарт оғиш кўрсаткичи, ёки Z-кўрсаткич. «Вазн/бўйи» кўрсаткичининг пасайиши 2СО бўлганда бола нормал диапазоннинг энг пастиди эканлигини кўрсатади, <-3СО булганда вазннинг бўйига нисбатан жуда орқада қолаётганлигини кўрсатади. «Вазн/бўйи» кўрсаткичи -3СО га тенг бўлса, бу ўртача (медиян) болага нисбатан тахминан 70 % га тенг бўлади.

озгинлик белгилари бор бола жуда озгин бўлади ва тери ости ёғ тўқималари бўлмайди. Озиш елка, қўл, думба ва сонда аниқ сезилади, қовурға чизиклари аниқ кўриниб туради (расмга қаранг).

Ёшига нисбатан вазни <60% бўлган болалар ўсишдан ортда қолишлари мумкин, аммо оғир озгинлик белгилари бўлмаслиги мумкин. Ўсишдан ортда қолган болаларни жиддий касаллиги бўлмаса, касалхона шароитида даволаш шарт эмас.

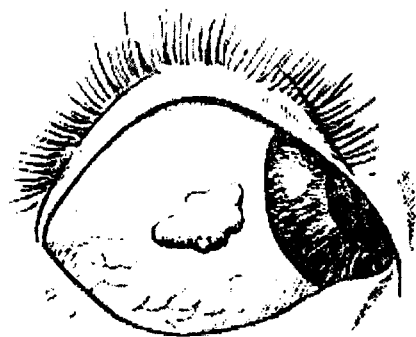


Оёқларда шишни аниқлаш.
Бармоқ ёрдамида босиб кўрилганда бир неча сониялар давомида чуқурча сақланиб қолади.

6.2. Озиқланишининг оғир бузилиши ҳолатидаги болани дастлабки баҳолаш

Қуйидагиларга эътибор берган ҳолда анамнез йиғинг:

- охирги вақтларда овқатланиш ва суюқлик қабул қилиш;
- одатдаги овқатланиш рациони (касал бўлгунига қадар);
- кўкрак сути билан овқатлантириш;
- диареянинг тез-тез такрорланиши ва қусиш;
- диареянинг кўриниши (суюқ сувсимон ахлат ёки ахлатида қон бўлиши);
- иштаҳанинг йўқолиши;
- оилавий шароит (ижтимоий иқтисодий ҳолатни баҳолаш учун);
- узоқ чўзилган (хроник) йўтал;
- туберкулезга чалинган касаллар билан мулоқот;
- қизамиққа чалинган касаллар билан мулоқот;
- ОИТС-инфекцияси топилган ёки гумон қилинганлиги ҳақида;



Искерский – Бито белгиси (шиллик парданинг ксерози) – болада А витамини етишмаслиги сабабли ксерофтальмия белгиси.

Текширув жараёнида қуйидагиларга эътибор беринг:

- сувсизланиш белгилари;
- шок (оёқ-қўлларини совуқлиги, тирноқ капиллярларини секин тўлиши, пульснинг кучсиз ва тез – тез уриши).
- кафтнинг оқариши;
- гиповитаминоз А га хос кўз оғриғи асоратлари:
 - кўз шиллик ва шох пардасининг қуруқлиги, ксеротик нишонаси (Искерский- Бито);
 - шох парданинг яллиғланиши;
 - кератомалаяция;
- инфекциянинг маҳаллий белгилари: кулоқ, томоқ, тери инфекциялари, шунингдек пневмония;
- ОИТС-инфекцияси белгилари (7 бобга қаранг);

- иситма (тана ҳарорати $> 37,5$ °C) ёки гипотермия (ректал ҳарорат $< 35,5$ °C);
- оғиз бўшлиғи яралари;
- квашиоркорда терининг характерли ўзгариши:
 - гипо- ёки гиперпигментация;
 - тери эпителий қатламининг кўчиши;
 - яра тошиши (думба, сон, гениталий, чов сохаларига ва қулоқ орқасига);
 - терининг экссудатив шикастланиши (оғир куйишни эслатадиган), кўпинча қайталанадиган инфекциялар билан биргаликда (кандидозни ҳам ўз ичига олади).

Эслатма: А витамини етишмаган болалар фотофобияга мойил бўлиб, тез-тез кўзини юмишга ҳаракат қилади. Шох парданинг ёрилиб кетишига йўл қўймаслик учун, кўзни жуда эҳтиёткорлик билан текшириш керак.

6.3. Ёрдам кўрсатишни ташкиллаштириш

- Касалхонага ётқизилгач, овқатланиш жараёни кескин бузилган болани юқумли касалликка чалинган бошқа болалардан ажратилган ҳолда, иситилган ($25-30$ °C), елвизак бўлмаган хонага жойлаштириб, мунтазам назорат қилишни таъминланг.
- Ювинтиришни камайтиринг, бола ҳар ювинтирилгандан сўнг уни сочиқ билан яхшилаб қуришиб артинг.
- Муайян шароит ва мос келадиган озиқ-овқатларни тайёрлаш учун, шунингдек, болани кечаю кундуз мунтазам овқатлантириш учун етарли шароит ва ходимлар бўлиши шарт.
- Аниқ тарозининг бўлиши ва болани овқатлантиришнинг ҳисоботи олиб борилиши зарур. Беморнинг аҳволини ўзгаришини аниқлаш учун мунтазам равишда тана вазнини ўлчаш керак.

6.4. Умумий даволаш

Даволаш режаси

Шок ҳолатида ва **озикланишнинг оғир бузилиши бўлган** болаларнинг аҳволини баҳолаш учун тавсиялар 1 бобда кўрсатилган. **Шох парданинг яллиғланишида** А витаминини беринг ва цефтриаксон ёки тетрациклин ва атропин кўз дориларини томизинг, кўзга тоза физиологик эритмага ботирилган латта қўйиб, устидан боғлаб қўйинг. **Оғир анемия** дарҳол даволашни талаб этади.

Умумий даволаш 10 қадамни ўз ичига олади, уларни иккита босқичга бўлиш мумкин

- бошланғич стабилизация ва реабилитация (19-жадвалга қаранг).

19-жадвал. Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болани олиб бориш графиги

	Стабилизация		Реабилитация
	1-2- кунлар	3-7-кунлар	2-6- ҳафталар
1. Гипогликемия	→		
2. Гипотермия	→		
3. Сувсизланиш	→		
4. Электролитлар	→		
5. Инфекция	→		
6. Микроэлементлар	→ темирсиз		→ темир билан
7. Тикловчи дастлабки овқатлантириш	→		
8. Бўй ўсишининг ортда қолган қисми ўрнини тўлдириш			→
9. Сенсор стимуляция	→		
10. Кейинги кузатувга ўтказишга тайёргарлик			→

6.4.1. Гипогликемия

Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болаларда гипогликемиянинг ривожланиши хавфи бор, шунинг учун касалхонага ётқизилиши билан дарҳол уларни овқатлантириш ёки 10% ли глюкоза ёки сахароза эритмасини бериш зарур (қуйига қаранг). Бундай болаларни тез-тез овқатлантириш шарт.

Диагноз

Гипогликемия гумон қилинганда ва қонда глюкоза миқдорини зудлик билан аниқлаш имкони (масалан, «Декстростикс» экспресс-методи ёрдамида) бўлган ҳар қайси ҳолатда, буни кечиктирмасдан бажариш керак. Қонда глюкоза миқдори <3 ммоль/л (<54 мг/дл) бўлган ҳолат гипогликемия деб белгиланади. Агар қонда глюкоза миқдорини аниқлаш имкони бўлмаса, овқатланиш жараёни кескин бузилган ҳамма болаларда гипогликемиянинг мавжудлиги тахмин қилинади.

Даволаш

- Болани зудлик билан F-75 даволаш аралашмаси (агар мавжуд бўлса) билан овқатлантиринг, кейин овқатлантиришни ҳар 2-3 соатда давом эттиринг.
- Агар биринчи овқатлантиришни дарҳол амалга оширишнинг иложи бўлмаса, унда 50 мл 10% ли глюкоза ёки сахароза эритмасини беринг (тўла 1 чой қошиқ 3.5 ош қошиқ сувда) перорал ёки назогастрал зонд ёрдамида беринг, кейин эса иложи борица биринчи овқатлантиришни тезроқ амалга оширинг.
- Иложи борица биринчи кунларда, ҳар 2-3 соатда кечаю кундуз давомида овқатлантиринг.

- Мос келадиган антибиотикларни беринг.
- Агар бола ҳушидан кетган бўлса, 10% глюкозани 5 мл/кг юборинг, агар бунинг ҳам иложи бўлмаса, 10% глюкоза ёки сахароза эритмасини назогастрал зонд ёрдамида юборинг.

Кузатиш

Агар дастлаб қонда глюкозанинг миқдори паст бўлса, (бармоқдан ёки товондан олинган қонни тест ёрдамида) ҳар 30 минутда анализни такрорланг.

- Агар қонда ҳалиям глюкоза миқдори < 3 ммоль/л (< 54 мг/дл) бўлса, 10% ли глюкоза ёки сахароза эритмасини беринг.
- Агар ректал ҳарорат $< 35,5$ °C ёки хуш даражаси пасайиши кузатилса, қонда глюкоза миқдорини экспресс тест воситасида аниқлаш ўтказинг ва мос равишда даволанг.

Профилактика

- Овқатлантиришни дарҳол бошланг (қаранг: Асл ҳолатни тикловчи дастлабки овқатлантириш) ва ҳар 2 соат давомида овқатлантиринг ёки зарур бўлса, аввал қайтадан регидратация ўтказинг. Кечалари ҳам овқатлантиришни давом эттиринг.

6.4.2. Гипотермия

Диагноз

- Агар аксилляр ҳарорат < 35 °C ёки оддий (электрон) термометрда аниқланмаса, гипотермия тахмин қилинади. Агар паст ҳароратни ўлчовчи термометр бўлса, гипотермия диагнозини тасдиқлаш учун ректал ҳароратни ($< 35,5$ °C) ўлчанг.

Даволаш

- Болани зудлик билан овқатлантиринг (агар зарур бўлса, қайтадан регидратация ўтказинг).
- Боланинг иссиқ кийинтирилганлигига (боши ҳам) эътибор беринг, ёки унинг устини иссиқ чойшаб билан ёпиб қўйинг ва ёнига иситиш мосламаси ёки лампа қўйинг (болага тўғри йўналтирмаган ҳолда), ёки болани онанинг қўйнига (бадан баданга) беринг ва уларни иссиқ чойшаб ёки кийим билан ўрантириб қўйинг.
- Тегишли антибиотикларни буюринг.

Кузатиш

- Боланинг ректал ҳарорати $36,5$ °Cдан ошмагануца ҳар 2 соатда ўлчаб туринг. Агар иситиш мосламаси ишлаб турган бўлса, ҳар ярим соатда ҳароратини ўлчаб туринг.
- Боланинг танаси ҳамма вақт, айниқса кечалари, ёпилган бўлишини назорат қилинг. Иссиқлигини йўқотмаслиги учун боланинг бошида ҳам иложи борича қалпоғи ҳамиша бўлиши шарт.
- Гипотермиянинг ҳамма ҳолатларида гипогликемияни аниқлаш мақсадида боланинг аҳволини текширинг.

Профилактика

- Болани ҳар 2 соатда овқатлантиришни бошланг (қаранг: Асл ҳолатини тиклаш учун овқатлантириш).
- Кундузги каби кечаси ҳам овқатлантиринг.
- Кароватни хонани иссиқ, елвизак бўлмаган жойига қўйинг ва боланинг усти ёпилганлигини назорат қилиб туринг.

- Бола ва унинг ўрнини ҳамisha қуруқ сақланг, ҳўл бўлган тагликлар, кийим ва кўрпа-тўшакларини алмаштириб туринг.
- Болани совқотиш таъсирига йўлиқишига йўл қўйманг (масалан, чўмилтиргандан сўнг ёки тиббий кўриқдан ўтказиш пайтида).
- Кечаси онаси иситиши учун болани онаси билан биргаликда ётишига шароит яратиб беринг.

6.4.3. Сувсизланиш

Диагноз

Кўпинча озикланишни оғир бузилиши бўлган болада сувсизланиш даражаси асоссиз кўтарилиб, бўрттирилиб диагнозланади (гипердиагностика). Бу болада сувсизланиш даражасини фақатгина клиник белгилар асосида тўғри аниқлаш қийин бўлганлиги сабабли пайдо бўлади. Барча сувли диареяга учраган болаларда ўртача сувсизланиш бўлиши мумкинлигини тахмин қилинг.

Эслатма: Гиповолемиа шиш билан бир вақтда кузатилиши мумкин.

Даволаш

Шок ҳолатидан бошка холларда регидратацияни томир орқали *бажарманг*. ЖССТ-ОРВ стандарт эритмаси, таркибида кўп миқдорда натрий ва кам миқдорда калий бўлганлиги сабабли, озикланишнинг оғир бузилиши булган болаларга тўғри келмайди. Бунинг ўрнига, бундай болаларга овқатланиш жараёни бузилганда қўлланиладиган махсус ReSoMal регидратацион эритмаси беринг.

- Озикланишнинг оғир бузилиши булган болаларга ReSoMal регидратацион эритмасини перорал ёки назогастрал зонд ёрдамида озикланишнинг оғир бузилиши булмаган болаларга нисбатан секинлик билан юборинг:

- биринчи 2 соат 30 дақиқа давомида 5 мл/кг беринг;
- кейинги 4-10 соат давомида ҳар соатда 5-10 мл/кг/ беринг.

Қуйиладиган суюқликнинг аниқ миқдори бола қанча суюқлик ича олиши, ич кетиш натижасида қанча суюқлик йўқотганлиги ва қусишни кўплигига боғлиқ.

- Агар, регидратация даволаш бошланганидан 6- ва 10- соатларида ҳам олиб борилаётган бўлса, ReSoMal эритмаси ўрнига айнан миқдорда F-75 аралашмасини беринг.
- Сўнгра F-75 аралашмаси билан бошланғич тикловчи овқатлантиришни бошланг.

ReSoMal эритмасини тайёрлаш рецепти

✳

Компонентлар	Миқдор
Сув	ЖССТ-ОРВ
Сахароза	Электролит-минерал эритма**
2 л	1 л эритмага 1 пакет*
50 г	40 мл

* 2,6 г натрий хлорид, 2,9 г тринатрий цитрат дигидрат, 1,5 г калий хлорид, 13,5 г глюкоза.

** келтирилган электролит-минерал эритма тайёрлаш рецептига қаранг. Сотувда мавжуд электролит-минерал аралашмадан фойдаланганда ишлаб чиқарувчининг йўриқномасига амал қилинг. Агар эритмани тайёрлаб бўлмаса, унинг ўрнига 45 мл хлорид калий эритмасини қўланг (1 л сувга 100 г калий хлорид). 1 л ReSoMal эритмасида тахминан 37,5 ммоль Na, 40 ммоль K ва 3 ммоль Mg бор.

Концентрацияланган электролит-минерал эритмасини тайёрлаш рецепти

Дастлабки овқатлантириш учун ва ўсишни тиклаш учун ишлатиладиган эритмаларни, шунингдек ReSoMal эритмасини тайёрлаш мақсадида фойдаланилади. Айрим компаниялар электролит-минерал аралашмаларнинг тайёр кукунини ишлаб чиқаради. Агар улар сотувда бўлмаса ёки нархи қиммат бўлса, қуйидаги ингредиентлардан фойдаланиб эритма (2500 мл) тайёрланг:

	г	ммоль/20 мл
Калий хлорид: KCl	224	24 ммоль
Трикалий цитрат	81	2 ммоль
Магний хлорид: $MgCl_2 \cdot 6H_2O$	76	3 ммоль
Рух ацетати: Zn ацетат $\cdot 2H_2O$	8,2	300 мкмоль
Мис сульфати: $CuSO_4 \cdot 5H_2O$	1,4	45 мкмоль
Сув: гача қўшиш	2500 мл	

Агар мавжуд бўлса, шунингдек, 2500 мл сувга селен (0,028 г натрий селенат, $NaSeO_4 \cdot 10H_2O$) ва йод (0,012 г калий йодид, KI) ҳам қўшинг.

- Компонентларни қайнатилган ва совутилган сувда эритинг.
- Эритмани стерил шишаларга қуйиб, узоқ муддатга сифатли сақланиши учун музлаткичга қўйинг. Агар эритманинг ранги хиралашиб қолса, уни ишлатманг. Ҳар ойда янги эритма тайёрланг.
- 1000 мл сутли маҳсулотга 20 мл электролит-минерал эритмаси концентратини қўшинг. Электролит минерал эритмани тайёрлашни иложи бўлмаса ва тайёр кукунини ҳам бўлмаса K, Mg ва Zn ларни алоҳида беринг. 10% ли асосий калий хлорид эритмасини (1 л сувга 100 г) ва 1,5% ли рух ацетат эритмасини (1 л сувга 15 г) тайёрланг.

ReSoMal орал регидратация эритмасини қўллаганда 45 мл асосий калий хлорид эритмасини 40 мл электролит-минерал эритма ўрнига қўшинг.

F-75 ва F-100 аралашмаларидан фойдаланилганда 22,5 мл асосий калий хлорид эритмасини 20 мл электролит минерал эритмаси ўрнига 1000 мл суюқ озуқада қўланг. 1,5% рух ацетатини кунига 1 мл/кгдан беринг. Бир марта 0,3 мл/кг 50% магний сульфатни мушак орасига юборинг (максимал доза 2 мл).

Кузатиш

Болада регидратация ўтказилиши давомида нафас олиш ва томир уриши пасайиши, диурез тикланиши керак. Кўзида ёш, оғзида сўлак пайдо бўлиши, кўз киртайишининг камайиши, шунингдек тери таранглигининг яхшиланиши регидратациянинг самаралилиги белгилари ҳисобланади, аммо кўпчилик озикланиши оғир бузилган болаларда бу ўзгаришлар ҳатто тўлиқ регидратация ўтказилгандан сўнг ҳам билинмайди. Тана вазнининг ошишини мониторинг қилинг.

2 соат давомида ҳар ярим соатда, шунингдек, навбатдаги 4-10 соат давомида ҳар соатда регидратация динамикасини текширинг. Гипергидратация белгиларини диққат билан кузатинг, бу жуда хавфли ҳолат ҳисобланади ва ўтқир юрак етишмовчилигига олиб келади. Қуйидаги кўрсаткичларни кузатинг:

- нафас олиш сони;
- томир уриш сони;
- сийдик чиқариш сони;
- ич кетиши ва қусиши сони.

Гипергидратация белгилари пайдо бўлган ҳолда (нафас олиши тезлашиши 1 минутда 5 тага ва томир уриши кучайиши 1 минутда 15тага), зудлик билан ReSoMal эритмасини беришни тўхтатинг ва 1 соатдан сўнг такроран ҳолатни баҳоланг.

Профилактика

Чузилувчан сувли диареяда сувсизланишни олдини олиш тадбирлари, стандарт ОРВ эритмаси ўрнига ReSoMal қўлланилишини ҳисобга олмаса, озикланишнинг бузилиши бўлмаган болаларга нисбатан қўлланиладиган тадбирларга ўхшаш (А режага қаранг).

- Агар бола она сути билан овқатланса, буни давом эттириш керак.
- Асл ҳолатни тикловчи овқатлантиришни бошланғич F-75 аралашмаси билан бошланг.
- ReSoMal эритмасини овқатлантириш оралиғида, ич кетганда йўқотилган суюқликни тиклаш учун беринг. Ҳар ич кетишидан сўнг 50-100 мл дан бериш тавсия этилади.

6.4.4. Электролит мувозанатининг бузилиши

Озикланишнинг оғир бузилиши булган ҳамма болаларда калий ва магний етишмаслиги кузатилади ва уларни тикланиши учун 2 ҳафта ва ундан ортиқ вақт керак бўлади. Кузатилаётган шишлар, қисман, шу етишмовчилик оқибатида келиб чиқади. Шишларни сийдик ҳайдовчи дори дармонлар билан *даволаманг*. Плазмада натрий кам миқдорда аниқланашига қарамасдан организмда натрий ортиқча миқдорда бўлади. *Натрийни катта дозада тайинлаш ўлим оқибатига олиб келиши мумкин.*

Даволаш

- Бола қўшимча калий миқдорини (кунига 3-4 ммоль/кг) олиши керак.
- Шунингдек, қўшимча магний миқдорини (0,4-0,6ммоль/кг кунига) ҳам.

Калий ва магнийни овқатга уни тайёрлаётган пайтда қўшиш керак. Комбинациялаштирилган электролит-минерал эритмалар тайёрлаш учун рецептга қаранг. Зарур бўлган калийнинг қўшимча миқдорини таъминлаш учун шу эритмадан 20 мл 1 л овқатга қўшилади. Шунингдек, сотувда бўлган, қадоқланган қуруқ аралашмаларни ҳам ишлатиш мумкин (махсус овқатлантириш жараёни бузилган болалар учун тайёрланган).

- Регидратация процессида таркибида натрий кам бўлган (ReSoMal) суюқликлар беринг (рецептга қаранг).
- Овқат тайёрлашда туз ишлатманг.

6.4.5. Инфекция

Озикланишнинг оғир бузилиши булган болаларда иситмалашга ўхшаш инфекция белгилари кўпинча бўлмайди, аммо турли инфекциялар кенг тарқалган. Шунинг учун

касалхонага ётқизилган озиқланишнинг оғир бузилиши булган ҳамма болаларда бирор бир инфекция бор бўлиши мумкинлигини кўзда тутинг ва зудлик билан антибиотик терапиясини бошланг. Гипогликемия ва гипотермия оғир инфекциянинг белгиларидир.

Даволаш

Озиқланишнинг оғир бузилиши булган ҳамма болаларга:

- кенг спектрда таъсир этувчи антибиотикларни;
- агар бола > 6 ойлик ва эмланмаган бўлса ёки бола > 9 ойлик ва аввал эмланган бўлса, қизамикқа қарши эмлашни буюринг. Агар бола шок ҳолатида бўлса, эмлашни кейинга қолдириш лозим.

Кенг спектрда таъсир этувчи антибиотикларни танлаш

- *Агар болада сезиларли асоратлар бўлмаса*, 5 кун мобайнида котримоксазол (дозалаш- 2 иловага қаранг) беринг.
- *Агар болада асоратлар бўлса* (гипогликемия, гипотермия, беҳушлик ёки ўта ланжлик), қуйидагиларни буюринг:
 - ампициллин (50 мг/кг мушакдан ёки томирдан 2 кун мобайнида ҳар 6 соатда), сўнгра перорал амоксициллин (15 мг/кг дан ҳар 8 соатда 5 кун мобайнида) ЁКИ, агар амоксициллин бўлмаса, перорал ампициллин (50 мг/кг ҳар 6 соатда 5 кун мобайнида) - ҳаммаси бўлиб 7 кун.

ПЛЮС

- гентамицин (7,5 мг/кг мушакдан, томирдан) 7 кун мобайнида бир маҳал.
- Агар боланинг аҳволи 48 соат мобайнида яхшиланмаса, цефтриаксон қўшинг (80 мг/кг мушакдан, томирдан бир кунда бир марта) 5 кун мобайнида.

Бу схемалар антибиотикларга нисбатан маҳаллий резистентлик хусусиятига қараб ўзгариши мумкин .

Менингит гумон қилинса, диагнозни тасдиқлаш учун, агар имконият бўлса, люмбал пункция ўтказинг ва болани цефтриаксон билан даволанг (100 мг/кг бир кунда бир марта). Агар бошқа инфекциялар (масалан, пневмония, дизентерия, тери ёки юшоқ тўқималар инфекциялари) пайдо бўлса, тегишли антибиотикларни буюринг. Агар боланинг безгакка топширилган қон таҳлили ижобий бўлса, безгакка қарши даволашни бошланг. Сил касаллиги ҳам жуда кенг тарқалган, лекин уни даволаш, фақатгина шу касалликни тасдиқловчи аниқ диагноз ёки жиддий гумонлар асосида олиб борилиши керак. ОИВ-инфекцияси билан зарарланганлар билан контактда бўлган болалар хусусида 7 бобга қаранг.

Гижжа инвазиясини даволаш

Агар гижжа инвазияси учраса, 3 кун мобайнида мебендазол (қунига 2 маҳал 100 мг перорал) беринг. Касалхонага ётқизилгандан сўнг болаларда инвазия учрамаса ҳам, 7 кундан кейин уларга мебендазол беринг.

Кузатиш

Агар юқорида кўрсатилганидек, антибиотиклар билан даволашдан сўнг ҳам болада анорексия мавжуд бўлса, тўлиқ 10 кунлик даволаш курсини ўтказинг. Агар анорексия белгилари йўқолмаса, болани яна бир бор тўлиқ кўриқдан ўтказинг.

6.4.6. Микроэлементларнинг етишмаслиги

Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган барча болаларда витаминлар ва минераллар танқислиги мавжуд. Анемия тез-тез учраб туришига қарамай, темир моддаси воситаларини дарҳол буюрманг, аксинча, боланинг иштаҳаси очилишини ва унинг вазни орта бошлашини кутинг (асосан 2-ҳафталарда), чунки темир моддаси инфекция кечишини ёмонлаштириши мумкин.

Даволаш

Ҳар куни (ҳеч бўлмаганда 2 ҳафта мобайнида) қуйидагиларни беринг:

- поливитаминлар;
- фолий кислотаси (5 мг 1-кунда, кейин кунига 1 мг);
- рух препарати (кунига 2 мг Zn/кг);
- мис препарати (кунига 0,3 мг Cu/кг);
- кейинроқ, боланинг вазнига вазн қўшилгач, темир сульфатни беришни бошланг (кунига 3 мг Fe/кг);
- 1-кунда А витаминини перорал беринг (<6 ойлик болаларга - 50 000 МЕ; 6-12 ойлик болаларга - 100 000 МЕ; каттароқ болаларга - 200 000 МЕ).

Рух ва мис микроэлементларини электролит-минерал эритмадаги калий ва магний билан ReSoMal га қўшиб, овқатга ишлатинг. Альтернатив тарзда қадокланган, таркибида электролитлар ва бошқа микроэлементлари мавжуд бўлган аралашмадан фойдаланиш осонроқдир.

Эслатма: Қадокланган, қуруқ аралашмадан фойдаланганингизда А витаминини ва фолий кислотасини 1 кунда бир марталик дозасини беринг. Темирни эса, фақатгина боланинг вазнига вазн қўшилгач бериш мумкин.

6.4.7. Тикловчи овқатлантириш

Дастлабки даврда бола қувватсиз аҳволда бўлганлиги сабабли унга эҳтиёткорлик билан ёндошиш зарур

Даволаш

Тикловчи овқатлантириш босқичининг хусусиятлари қуйидагилардир:

- паст осмолярли ва таркибида лактозаси кам бўлган бошланғич даволовчи аралашма билан кам-кам порцияда тез-тез овқатлантиринг;
- табиий йўл билан ёки назогастрал зонд ёрдамида овқатлантиринг (парентерал таркибларни ҳеч қачон ишлатманг);
- кунига 100 ккал/кг
- оқсиллар: кунига 1-1,5 г/кг
- суюқлик: кунига 130 мл/кг (агар болада шиш аломатлари бўлса, кунига 100 мл/кг);
- агар бола кўкрак сути билан овқатлантирилса, аввал бошланғич аралашмаларнинг белгиланган ҳажмини (пастга қаранг) беринг ва овқатлантиришни давом эттиринг.

Кунлар	Тезлик	Микдор/кг/порция	Микдор/кг/кунига
1-2	ҳар 2 соатда	11 мл	130 мл
3-5	ҳар 3 соатда	16 мл	130 мл
6 ва кейин	ҳар 4 соатда	22 мл	130 мл

20-жадвал. Ҳар хил вақт давомида овқатлантиришда F-75 аралашмасининг бир марталик улуши (тахминан кунига 130 мл/кг)

Боланинг тана вазни (кг)	ҳар 2 соатда (мл/порция)	ҳар 3 соатда (мл/порция)	ҳар 4 соатда (мл/порция)
2,0	20	30	45
2,2	25	35	50
2,4	25	40	55
2,6	30	45	55
2,8	30	45	60
3,0	35	50	65
3,2	35	55	70
3,4	35	55	75
3,6	40	60	80
3,8	40	60	85
4,0	45	65	90
4,2	45	70	90
4,4	50	70	95
4,6	50	75	100
4,8	55	80	105
5,0	55	80	110
5,2	55	85	115
5,4	60	90	120
5,6	60	90	125
5,8	65	95	130
6,0	65	100	130
6,2	70	100	135
6,4	70	105	140
6,6	75	110	145
6,8	75	110	150
7,0	75	115	155
7,2	80	120	160
7,4	80	120	160
7,6	85	125	165
7,8	85	130	170
8,0	90	130	175
8,2	90	135	180
8,4	90	140	185
8,6	95	140	190
8,8	95	145	195
9,0	100	145	200
9,2	100	150	200
9,4	105	155	205
9,6	105	155	210
9,8	110	160	215
10,0	110	160	220

Тикловчи овқатлангириш учун F-75 ва F-100 аралашмаларининг таркиби

	F-75 ^a (бошланғич аралашма: бошоқли ўсимликлар асосида)	F-75 ^{b, в} (бошланғич аралашма)	F-100 ^г (ўсишни тиклаш учун)
Ёғсиз қуруқ сут, г	25	25	80
Шакар, г	70	100	50
Бошоқли ўсимликлардан			
тайёрланган ун, г	35	-	-
Ўсимлик ёғи, г	27	27	60
Электролит-минерал			
эритма, мл	20	20	20
Сув: мл гача қўшинг	1000	1000	1000
100 мл таркибида			
Қувват, ккал	75	75	100
Оқсил, г	1,1	0,9	2,9
Лактоза, г	1,3	1,3	4,2
Калий, моль	4,2	4,0	6,3
Натрий, моль	0,6	0,6	1,9
Магний, моль	0,46	0,43	0,73
Рух, мг	2,0	2,0	2,3
Мис, мг	0,25	0,25	0,25
оқсил энергияси, %	6	5	12
ёғ энергияси, %	32	32	53
Осмолярлик, мосм/л	334	413	419

^a 4 дақиқа давомида қайнатинг. Бу дизентерияга ёки чузилувчан диареяга чалинган бола учун фойдали бўлиши мумкин.

^b Ўхшаш бошланғич аралашмани 35 г қаймоғи олинмаган қуруқ сут, 100 г шакар, 20 г ўсимлик ёғи, 20 мл электролит-минерал эритма ва умумий ҳажми 1000 мл гача бўлган сувдан тайёрлаш мумкин. Янги соғилган сигир сутидан фойдаланганингизда 300 мл сут, 100 г шакар, 20 мл ўсимлик ёғи, 20 мл электролит-минерал эритма ва умумий ҳажми 1000 мл гача бўлган сув олинг.

^в Бу аралашма баланд осмолярликка (413 мосм/л) эга, шунинг учун ҳамма болалар, айниқса диареяга чалинган болалар, буни ҳазм қила олмайдилар. F-75 (280 мосм/л)нинг изотоник эритма кўринишлари сотувда мавжуд, уларда шакар қисман мальтодекстрин билан алмаштирилган.

^г Ўсишни тиклаш учун ўхшаш аралашмани 110 г қаймоғи олинмаган қуруқ сут, 50 г шакар, 30 г ўсимлик ёғи, 20 мл электролит-минерал эритма ва умумий ҳажми 1000 мл гача бўлган сувдан тайёрлаш мумкин. Янги соғилган сигир сутидан фойдаланганингизда 880 мл сут, 75 г шакар, 20 мл ўсимлик ёғи, 20 мл электролит-минерал эритма ва умумий ҳажми 1000 мл гача бўлган сув олинг.

Сут бўлмаган ҳолда F-75 учун альтернатив маҳсулотлар

Ярим-тайёр маҳсулот кўринишидаги маккажўхори-сояли (МСА) ёки буғдойли-сояли (БСА) аралашмаларидан фойдаланинг

МСА ёки БСА 50 г

Шакар 85 г

Ўсимлик ёғи 25 г

20 мл электролит-минерал эритма

Умумий ҳажми 1000 мл гача бўлган қайнаган сув қўшинг

Эслатма: F-75 ни сут асосида тайёрлаш маъқул. Агар сут миқдори кам бўлса, биринчи навбатда ундан F-75 ни тайёрлаш учун фойдаланинг ва альтернатив маҳсулотлардан F-100 ни тайёрлаш учун фойдаланинг (қуйига қаранг).

Сут бўлмаган ҳолда F-100 учун альтернатив маҳсулотлар.

Ярим- тайёр маҳсулот кўринишидаги маккажўхорили-сояли (МСА) ёки буғдойли-сояли (БСА) аралашмалардан фойдаланинг

МСА или БСА 150 г

Шакар 25 г

Ўсимлик ёғи 40 г

20 мл электролит минерал эритма

Умумий ҳажми 1000 мл гача бўлган қайнаган сув қўшинг

Келтирилган бошланғич аралашмалар таркиби ва овқатлантириш графиги юқорида санаб ўтилган талабларга жавоб бериши керак. Сутли маҳсулотлар, масалан, F-75 бошланғич аралашмаси (таркиби 75 ккал/100 мл дан иборат ва 0,9 г оқсил /100 мл), кўпчилик болаларга етарлидир. F-75 аралашмаси бошоқли ўсимликлар асосида тайёрланган, шакар қисман ун билан алмаштирилган ва осмолярлиги жуда паст бўлганлиги сабабли бир қатор афзалликларга эга. Шунинг учун Чузилувчан диареяга чалинган болалар учун у фойдали бўлиши мумкин. Лекин бундай аралашмани қайнатиш керак.

Болани пиёла ёки косадан овқатлантиринг, жуда нимжон болаларни овқатлантириш учун қошиқ, пипетка ёки шприцдан фойдаланишингиз мумкин.

Эслатма: Агар ходимлар сони чекланган бўлса, касали оғир болаларни ҳар 2 соатда овқатлантиришни устивор вазифа деб белгиланг ва бундай болани ҳеч бўлмаганда ҳар 3 соатда овқатлантириш вазифасини ўз олдингизга қўйинг.

Она ва бошқа болага парвариш кўрсатаётган шахслар болани овқатлантиришда ёрдам берсинлар. Уларнинг нима ишлар бажаришлари кераклигини кўрсатинг ва уларни бошқариб туриш. Тунги овқатлантириш жуда муҳимдир, шунинг учун тунги навбатчилик жадвалини мувофиқлаштириш талаб этилади. Агар уринишларга қарамай, тун давомида овқатлантиришнинг ҳаммаси амалга оширилмаса, бола кечаси узоқ вақт овқатланмаслигини олдини олиш учун (ўлим хавфи даражасини кўтарилишига мувофиқ) озуқани тенг миқдорга бўлиб, албатта кечаси маълум бир пайтда болани овқатлантириш керак.

Агар болани тез-тез овқатлантирилиши, овқатланиши учун уни рағбатлантирилиши ва такрор овқатланишга ундалишига қарамай, унинг истеъмол қилган овқати кунига 80 ккал/кг га етмаса (боланинг қусиши ҳисобига), қолган озуқа билан болани овқатлантиришни назогастрал зонд ёрдамида амалга оширинг. Асл ҳолатни тикловчи

бошланғич овқатлантириш даврида болага кунига 100 ккал /кг дан ортиқ озуқа берманг.

Баъзан жуда иссиқ иқлим шароитида қўшимча сув талаб этилади, чунки суюқлик тер билан йўқотилиши ҳисобига, озуқадаги сув компенсация учун етарли бўлмайди.

Кузатиш

Қуйидаги маълумотларни аниқланг ва қайд қилинг:

- болага таклиф қилинган ва ортиб қолган озуқа миқдорини;
- қусишни;
- ич келиши сони ва консистенциясини;
- тана вазнини (ҳар куни).

6.4.8. Ўсишдан ортда қолишнинг коррекцияси

Боланинг бу босқичга етиб келганлигининг белгилари қуйидагилар:

- иштаҳанинг асл ҳолатига қайтиши;
- барча/анча шишларнинг қайтиши.

Даволаш

Аста-секин бошланғич овқатлантиришдан бўй ўсишининг ортда қолган қисмини тўлдириш учун қўлланиладиган аралашмага ўтинг.

- F-75 бошланғич аралашмани боланинг вазни ортиши учун тенг миқдордаги F-100 аралашмага алмаштиринг ва болага 2 кун мобайнида беринг.
Болага сутли аралашма, масалан, таркиби 100 ккал/100 мл ва 100 мл да 2,9 г оқсилдан иборат F-100 аралашмани беринг. Турли хил бўтқалар ёки шароитга қараб, юқорида тасвирланган аралашмалар каби энергетик қувватга эга ва оқсилга бой озуқа беринг (рецептларга қаранг).
- Кейинги ҳар бир улушни 10 мл га ошириб боринг, токи овқат қолмасин. Одатда, овқат миқдори кунига 200 мл/кг га етгач, бола овқатдан камгина қисмини қолдиришни бошлайди.
Овқатлантириш рационини аста секинлик билан алмашгач, қуйидагиларни беринг.
 - миқдорини чегараламаган ҳолда, тез-тез овқатлантиринг;
 - кунига 150-220 ккал/кг;
 - кунига 4-6 г оқсил/кг.

Агар бола кўкрак сути билан овқатланса, овқатлантиришни давом эттиринг. Аммо кўкрак сути таркибида ривожланишни тезда меъёрига етказиш учун етарли энергия ва оқсиллар мавжуд эмас, шунинг учун, кўрсатмасига қараб F-100 аралашмасини беринг.

Кузатиш

Юрак фаолияти етишмовчилигининг ривожланишига туртки бермасликка ҳаракат қилинг.

Юрак фаолияти етишмовчилигининг эрта намоён бўладиган белгиларини назорат қилинг (тез томир уриши ва нафас олишнинг тезлашиши).

Агар томир уриш ва нафас олиш тезлиги ортса (нафас олиш - минутига 5 нафас ҳаракатига, томир уриши – минутига 25 зарбга) ва бу кўрсаткичлар 4 соатдан кейин ҳам сақланиб қолса:

- озуқа истеъмоли миқдорини 24 соатли даврга кунига 100 мл/кг га қисқартиринг;
- сўнгра аста секин қуйида кўрсатилганидек ошириб боринг:
 - кейинги 24 соат мобайнида кунига 115 мл/кг;
 - кейинги 48 соат мобайнида кунига 130 мл/кг;
 - сўнг берилиши керак бўлган озуқа ҳиссасини, аввал тасвирланганидек, 10 мл га ошириб боринг.

Ўзгаришни баҳоланг. Бўй ўсишининг ортда қолган қисмини тўлдириш босқичига ўтгандан кейин ривожланиш вазн ошиши динамикасига асосан қуйидагича баҳоланади:

- Ҳар куни эрталаб овқатлантиришдан олдин болани тарозида тортинг ва вазнини варақада белгиланг
- Ҳар 3 кунда вазн ошишини г/кг да ҳисоблаб, ёзиб боринг.

Агар вазннинг қўшилиши:

- қониқарсиз бўлса (кунига <5 г/кг) – болани яна тўлиқ текширувдан ўтказиш керак;
- ўртача бўлса (кунига 5-10 г/кг) - тавсия этилган озуқа миқдори истеъмолига риоя этилаётганлигини, шунингдек, болада илгари сезилмаган инфекциялар мавжуд эмаслигини текширинг;

Вазннинг кунига 10 г/кг дан ошиши яхши кўрсаткич ҳисобланади.

ВАЗН ОШИШНИ ҲИСОБЛАШ

Қуйидаги мисолда боланинг вазни ошишини қандай ҳисоблаш кераклиги кўрсатилган (бу ерда уч кунлик ҳисоб якуни берилган):

- Боланинг ҳисоблаш вақтидаги вазни = 6300 г
 - Боланинг ҳисоблаш вақтидан 3 кун олдинги вазни = 6000 г
- 1-қадам. Вазн қўшилишини граммларда ҳисобланг ($6300 - 6000 = 300$ г)
- 2-қадам. Вазннинг кунлик ўртача ортишини ҳисобланг ($300 \text{ г} : 3 \text{ кун} = \text{кунига } 100 \text{ г}$)
- 3-қадам. Боланинг ўртача вазнига (кг да) бўлинг ($100 \text{ г/день} : 6,15 \text{ кг} = \text{кунига } 16,3 \text{ г/кг}$).

6.4.9. Сенсор стимуляция

Қуйидагиларни таъминланг:

- ғамхўрона ва мулойим муносабатни;
- қулай шароитни;
- кунига 15-30 мин давомида ўйин терапиясини;
- бола ўзини яхши ҳис қила бошлагач, жисмоний фаолликни;
- иложи борича онанинг (масалан, болани парвариш қилишда, овқатлантиришда, чўмилтиришда, ўйинда) фаол қатнашини.

Болани унга мос келадиган ўйинчоқлар билан таъминланг.

6.4.10. 6 ойликгача бўлган гўдакларда озиқланишнинг бузилиши

6 ойликгача бўлган гўдакларда озиқланишнинг бузилиши, катта ёшдаги болаларга қараганда кам учрайди; озиқланишнинг бузилиши, одатда (худди ривожланишдан

тўхташ каби), даволашни талаб этадиган органик сабабларга кўра ривожланади. Асл ҳолатни тикловчи даволашнинг юқорида келтирилган асосий тамойиллари бу категориядаги болаларга нисбатан ҳам қўлланилади. Бироқ, ёш гўдакларда, айниқса иссиқ иқлим шароитида, организмдан сийдик орқали туз ва мочевиани ҳайдаш қобилияти паст бўлади. Шунинг учун, стабилизация босқичида қуйидаги парҳез тавсия қилинади:

- кўкрак сути (агар у етарли миқдорда бўлса);
- гўдаклар учун тайёр сутли аралашма.

Реабилитация даврида эритилган F-100 аралашмаси (аралашмага 1 л гача эмас, 1,5 л гача сув қўшинг) қўлланилади.

6.5. Йулдош касалликни даволаш

6.5.1. Кўзнинг шикастланиши

Боланинг кўзида Витамин А етишмаслигининг ҳар қандай белгилари бўлганда:

- Перорал витамин А ни 1-, 2- ва 14- кунларда беринг (<6 ойликгача - 50 000 МЕ; 6-12 ойликда- 100 000 МЕ; катта болаларга - 200 000 МЕ). Агар бола биринчи дозани бирламчи тиббий муассасада олган бўлса, перорал витамин А ни фақатгина 1- ва 14- кунларга буюринг.

Агар болада кўзнинг хиралашиши ва шох парданинг яллиғланиши белгилари бўлса, қуйида келтирилганидек (бир ёки иккита кўзда), шохпарданинг йиртилиши ва гавҳарни тушиб кетишини олдини олиш мақсадида даволашни йўлга қўйинг:

- 7-10 кун мобайнида цефтриаксон ёки тетрациклин каби кўз дориларини кунига 4 маҳал қўйинг;
- 3-5 кун мобайнида 1 томчидан атропин кўз дорисини кунига 3 маҳал қўйинг;
- кўзга тоза физиологик эритмага ботирилган мато қўйинг;
- кўзни боғлаб қўйинг.

Эслатма: А витамини етишмаган болалар фотофобияга мойил ва тез-тез кўзни юмиб олишга ҳаракат қилади. Шох парданинг йиртилиб кетмаслиги учун кўзни жуда эҳтиёткорлик билан текшириш керак.

6.5.2. Оғир анемия

Қуйидаги ҳолатларда қон компонентларини қуйиш керак бўлади:

- Hb <40 г/л;
- Hb 40-60 г/л ва нафас етишмовчилиги белгилари.

Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болаларда, вазни меъёрида бўлган болаларга нисбатан қон компонентларини қуйиш кам миқдорда ва жуда секинлик билан амалга оширилади.

- Эритроцитар масса – 10 мл/кг 3 соат мобайнида секин юборинг;
- Қуйишни бошлашдан олдин томирдан фуросемид - 1 мг/кг юборинг.

Айрим ҳолларда квашиоркорга чалинган болаларда суюқликнинг нотўғри тақсимланиши Hb даражасининг пасайишига олиб келиши мумкин, бундай ҳолларда эритроцитар масса қуйиш кўрсатилмаган.

Эритроцитар масса қуйиш вақтида ҳар 15 минутда томир уриши ва нафас тезлигини ўлчанг. Агар бу кўрсаткичлардан бирининг ошиши кузатилса (нафас 1 минутда 5 мартага ёки томир уриши бир минутда 25 мартага), қуйиш тезлигини секинлаштиринг. *Эслатма:* агар эритроцитар масса қуйиш тугагандан сўнг Нв даражаси ҳали ҳам паст бўлса, такрорий қуйиш фақат 4 кундан кейин ўтказилади.

6.5.3. Чўзилувчан диарея

Даволаш

Лямблиоз

Агар шароит бўлса, нажасни микроскопия қилинг.

- Агар нажасда цистлар ёки трофозоитлар *Giardia lamblia* топилса, метронидазол буюринг (7 кун мобайнида 7,5 мг/кг ҳар 8 соатда).

Лактозани ҳазм қила олмаслик

Лактозани ҳазм қила олмаслик туфайли диареянинг пайдо бўлиши кам учрайди. Чузилувчан диарея аҳволни яхшиланишига тўсқинлик қилсагина, лактозани ҳазм қила олмасликни даволанг. F-75 бошланғич аралашма таркибида кам миқдорда лактоза борлиги билан тавсифланади. Жуда кам ҳолларда:

- сутли озуқа ўрнига қатиқ ёки таркибида лактоза бўлмаган, кўкрак сути ўрнини босувчи сут беринг;
- реабилитация фазаси даврида яна сутли озуқа билан овқатлантиришни йўлга қўйинг.

Осмотик диарея

Агар гиперосмоляр бўлган F-75 аралашмадан фойдаланилаётган пайтда диарея сезиларли кучайса ва овқатнинг осмолярлиги ва таркибидаги шакар миқдорининг камайиши билан диарея тўхтаса, шундагина осмотик диарея гумон қилинади. Бундай ҳолларда:

- бошоқли ўсимликлардан тайёрланган, осмолярлиги паст бўлган бошланғич аралашма F-75 дан (рецептга қаранг) ёки зарур бўлганда, сотувда мавжуд бўлган изотоник бошланғич F-75 аралашмасидан фойдаланинг;
- F-100 аралашмани секин-аста вазни ортиши учун қўлланг.

6.5.4. Сил

Сил касаллиги жиддий гумон қилинса:

- Манту пробасини ўтказинг (*эслатма:* кўпинча чалғитувчи, манфий натижалар чиқиши мумкин);
- агар мумкин бўлса, кўкрак қафасини рентгенографиясини ўтказинг.

Агар бу текширувлар мусбат натижалар берса ёки сил касаллигига жиддий гумон қолса, силни даволаш бўйича миллий тавсияларга асосланиб, даволашни олиб боринг.

6.6. Касалхонадан чиқариш ва кейинги кузатувлар

Агар боланинг вазни бўйига 90% тўғри келса, унинг вазни ошган деб ҳисоблаш мумкин («вазн/бўй» = -1СО). Тўғрироғи, ўсишдан ортда қолиш ҳисобига, «вазн/бўй» паст кўрсаткичи сақланиб қолиши мумкин.

Онага қуйидагилар муҳим эканлигини тушунтиринг:

- болани энергияга бой ва тўйимли озуқа билан тез-тез овқатлантириш;
- турли ўйинлардан тузилган даволашни ўтказиш.

Онага болани касалхонага мунтазам кўрик учун олиб келиш лозимлигини тушунтиринг (1-, 2- ва 4-ҳафталарда, сўнгра 6 ой давомида бир ойда бир марта). Келгусида бола қуйидаги муолажаларни ўз вақтида қабул қилишини таъминланг:

- бустер дозаларда вакциналар;
- ҳар 6 ойда А витамини.

Тўлиқ соғайиб кетишдан олдин касалхонадан чиқариш

Тўлиқ соғайиб кетмаган болаларда қайталаниш хавфи юқори бўлади.

Болани тамоман касалхонадан чиқариш вақтини аниқлашда боланинг касалхонада қолишидан бўладиган фойдали жиҳатлари, айниқса вазн ошиш тезлиги ва хонадаги бошқа болалар билан контакт натижасида инфекциялар билан зарарланиш хавфини аниқлаш ёрдам беради. Шунингдек, бошқа ижтимоий омилларни ҳам ҳисобга олиш керак. Реабилитацияни тугатиш ва рецидивни олдини олиш учун болани амбулаторияда даволашни давом эттириш талаб этилади. Болани уй шароитида даволаш муваффақиятли бўлиши учун баъзи муҳим жиҳатлар қуйида келтирилган:

- антибиотиклар билан даволашни тугатиш;
- иштаҳа яхши бўлиши;
- вазнининг сезиларли ошиши;
- шишлар бўлмаслиги, ёки шиш қайтган бўлиши.

Она қуйидагиларни бажариши керак:

- болани парвариш қилиш имкониятига эга бўлиши;
- овқатлантириш борасидаги барча саволларга жавоб топа олишига ўргатилган бўлиши (озуқа тури, миқдори, тартиби);
- болани овқатлантириш учун керакли ресурсларга эга бўлиши. Агар бунинг иложи бўлмаса, онага ёрдамлашиш имконияти ҳақида хабар беринг.

Ота-онани болани уй шароитида даволай олишига тайёрлаш керак. Уларни болага керакли, кўп маблағ талаб қилмайдиган, мавжуд маҳсулотлардан тайёрланган озуқани истеъмол қилдира олишига ўргатиш ҳам шунга киради. Болани ҳеч бўлмаганда 100 грамида 100 ккал қувватга ва 2-3 г оқсилга эга бўлган озуқа билан кунига 5 маҳал овқатлантириш керак. Болани энергия ва оқсилга бой озуқалар билан овқатлантириш жуда муҳим эканлигини она тушуниши керак.

6 ойликдан катта бўлган болаларга витаминга бойитилган бўтқасимон маҳсулотлар ишлатиш мумкин (истеъмолга тайёр даволовчи овқат овқат маҳсулотлари).

Уй шароитида қуйидагиларга амал қилиш лозим:

- ҳеч бўлмаганда кунига 5 маҳал мос келадиган (ва адекват миқдордаги) овқат бериш;
- асосий ҳисобланган овқатланишлар оралигида калорияси юқори бўлмаган маҳсулотларни кўп бўлмаган миқдорда бериш (масалан, сут, банан, нон, печенье);
- болага берилаётган овқатларни ҳаммасини едиришга ҳаракат қилиш;
- бола еган овқатни миқдорини билиш учун алоҳида-алоҳида улушларда бериш;
- қўшимча электролитлар ва микроэлементлар бериш;
- бола қанча хохласа, шунча кўкрак сути билан овқатлантириш.

Тўлиқ соғаймасдан касалхонадан чиқарилган бола учун кейинги кузатувни ташкил қилиш

Агар бола касалхонадан вақтидан илгари олиб кетилган бўлса, тўлиқ соғайишигача кейинги кузатувлар олиб бориш учун режа тузинг ва амбулатория, овқатлантириш бўйича реабилитацион маркази, маҳаллий тиббий-санитария муассасаси билан ёки кузатишларни давом эттирувчи тиббиёт ходими билан алоқада бўлиб туринг. Болани ҳар ҳафтада тарозида тортиб туриш керак. Агар 2 ҳафта мобайнида вазни ошмаса ёки аксинча исталган икки марта вазнини ўлчаш оралигида вазни кескин тушиб кетса, болани қайтадан касалхонага жўнатиш лозим.

6.7. Тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини баҳолаш

6.7.1. Ўлим ҳолатлари таҳлили (аудит)

Касалхонада касаллар рўйхатига тушганлар ва ўчирилганлар қайди (регистрацияси) журнали бўлиши зарур, шунингдек, ўлим (ҳолатлари) сони ҳам қайд этилиши керак. Бу журналда болалар ҳақида маълумот (масалан, вазни, бўйи, жинси), касалхонага тушган куни, касалхонадан чиқарилган куни ёки ўлим ҳолати юз берса, ўлими куни ва вақти аниқ ёзилган бўлиши керак.

Ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилаш учун ўзгартириш мумкин бўлган омилларни аниқлаш учун, кўпроқ қайси вақтга келиб ўлим ҳолатлари юз бераётганлигини ўрганиб чиқинг:

- *касалхонага тушгач 24 соатдан кейин:* гипогликемия, гипотермия, септицемия, оғир анемия даврида керакли ёрдамнинг кечиктирилганлиги ёки умуман кўрсатилмаганлигини; регидратацион суюқликни нотўғри хили ёки миқдорини; томирдан суюқлик юборишни (гипергидратация) ҳаддан ташқари кўп қўллашни кўриб чиқинг.
- *бемор касалхонага ётқизилгандан сўнг 72 соат мобайнида:* текширинг, тикловчи овқатлантириш порцияси жуда хам ортиб кетмаганми ва нотўғри аралашма танланмадими, калий ва антибиотиклар берилганми?
- *кечаси:* болани кечаси усти етарлича ёпилмаганлиги, ёки кечаси умуман овқатлантирилмаганлиги сабабли гипотермиянинг бўлиши мумкинлигини кўриб чиқинг.
- *F-100 га ўтгандан сўнг:* бошқа бошланғич аралашмаларга тез ўтиш имкониятини кўриб чиқинг.

6.7.2. Реабилитация даврида жисмоний ривожланиш параметрлари

Бўлимда стандартга мувофиқ вазн ўлчашни йўлга қўйинг. Ҳар куни вазнини ўлчаш асбобини созлаш (калибровка) зарур. Болани ҳар куни бир вақтда (масалан, эрталаб), кийимсиз ўлчанг.

Вазн ошишининг классификацияси динамикаси қуйидаги тарзда олиб борилади:

- ёмон: < кунига 5 г/кг;
- ўртача: кунига 5-10,5 г/кг;
- яхши: > кунига 10,5 г/кг.

Агар вазн ошиши кунига <5,5 г/кг бўлса, қуйидагиларни аниқланг:

- даволанаётган болаларнинг барчасида кузатилаётганлигини (агар шундай бўлса, қўлланилаётган усулни жиддий равишда қайтадан кўриб чиқиш керак);
- айрим ҳолларда кузатилаётганлигини (агар бола стационарга эндигина ётқизилган

бўлса, бундай болаларни аҳволини қайтадан текшириш керак).

Боланинг вазни ошиши қониқарсиз бўлса, текширишни талаб этадиган асосий аспектлар қуйида келтирилган.

Етарли овқатлантормаслик

Текширинг:

- кечаси овқатлантириш давом этаётганлигини;
- озуқанинг энергетик қиймати даражаси ва оқсилга бойлиги талабга жавоб бераётганлигини. Истеъмол қилинаётган озуқа миқдори тўғри қайд қилинаётганлигини (яъни, таклиф этилган озуқа минус ортиб қолган овқат) Боланинг вазни ошишига қараб, улуш миқдори ҳисобланаётими? Болада қусиш ва қайт қилиш ҳолатлари мавжудми?
- овқатлантириш техникасини: миқдори чекланмаган ҳолда тез-тез озуқа истеъмол қилаётими?

ёрдам кўрсатиш сифатини: болага қандай муносабатда бўлишяпти (ёқимли, сабрли)?

озуқа тайёрлашнинг барча аспектларини: тарози, ингредиентларни дозалаш, аралаштириш, таъм сифати, сақлашнинг гигиеник шароити, адекват қўшиб юбориш, агар озуқанинг умумий миқдоридан бир қисми олинса;

болага берилаётган озуқанинг энергетик қиймати етарлилигини;

мультивитамин бирикмалар адекватлигини ва сақланиш муддатини;

минерал моддалар аралашмасини тайёрланишини, улар тўғри белгиланиб, қўлланилаётганлигини. Таркибида йод моддаси бўлган препаратлардан фойдаланинг;

агар озуқа берилаётган бўлса, электролит-минерал эритма қўшилаётганлигини текширинг.

аволанмаган инфекция

гар озуқа етарли бўлса ва сўрилишда бузилиш бўлмаса, яширин инфекциялар орлиги гумон қилинади. Сийдик йўлларидаги инфекциялар, ўрта отит, сил ёки ямблиоз эътибордан четда қолиши мумкин. Бундай ҳолларда:

қайта текширувдан ўтказиш;

лейкоцитлар миқдорини кўрсатувчи сийдик микроскопиясини қайтадан ўтказиш;

нажасни қайта текшириш;

агар мумкин бўлса, кўкрак қафаси рентгенографиясини бажариш керак.

ИВ/ОИТС

ИВ-инфекцияси ва ОИТСга чалинган болада овқатланиш жараёнининг бузилиш омпенсацияси бўлиши мумкин, лекин буни даволашга кўп вақт кетади ва кўпинча ефойда. ОИВ/ОИТСга учраган боланинг овқатланиш жараёнини бузилишини аволашнинг бошланғич этапи ОИВ манфий бўлган болаларни даволаш схемаси ўйича олиб борилиши керак.

ИВ-инфекциясига сабаб бўлган бошқа ҳолатлар ҳақида7 бобга қаранг.

сихологик муаммолар

оланинг хулқида ўзгаришлар, масалан, стернотип ҳаракатлар (бош қимирлатиши), уминация (овқатни қайтариб ташлаш), ҳамманинг диққатини жалб қилишга ринишлар бор-йўқлигини аниқлаш мақсадида кузатинг. Бу муаммоларни болага лоҳида меҳр ва эътибор кўрсатган ҳолда ечишга ҳаракат қилинг. Бундай болаларга улойим, лекин қатъиян муомала ёрдам беради. Онага кўп вақтини бола билан ўйнашга арфлашни маслаҳат беринг.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯЛИ БОЛАЛАРДА ТАШХИСЛАШ ВА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Ушбу бобда ОИВ - инфекциясига чалинган, шунингдек ОИВ билан зарарланган онадан туғилган болани назорат қилиш ҳақида қисқача изоҳ берилган. Бундай болаларни назорат қилиш ҳақидаги тўлиқ маълумотни ОИВ-инфекциясига чалинганларга тиббий ёрдам кўрсатиш миллий протоколидан олишингиз мумкин.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 7.1. ИВ-инфекцияси борлиги гумон қилинган ёки тасдиқланган бола 7.1.1. Клиник белгилари 7.1.2. Маслаҳатлар 7.1.3. ОИВ-инфекцияси бўйича маслаҳат беришга кўрсатмалар 7.1.4. Болаларда ОИВ-инфекциясини диагноزلаш 7.1.5. Болаларда ОИВ инфекцияси кечишининг клиник босқичлари 7.2. Антиретровирусли терапия (АРВТ) 7.3. ОИВ-инфекцияли болаларда клиник ва лаборатория текширувлари 7.3.1. Иммунизация 7.3.2. Пневмоцистли пневмониянинг профилактикаси 7.4. Овкатлантириш 7.4.1. ОИВ нинг юқиши ва кўкрак сути билан овқатлантириш | <ul style="list-style-type: none"> 7.5. Кейинги кузатувлар 7.5.1. Стационардан чиқариш 7.5.2. Юқори даражадаги муассасаларга йўллаш. 7.5.3. Кейинги клиник кузатув. 7.6. Паллиатив даволаш ва касалликнинг терминал босқичида ёрдам кўрсатиш 7.6.1. Оғриқ синдромни бартараф этиш (купирование) 7.6.2. Анорексия, кўнгил айниш ва қусишда ёрдам кўрсатиш 7.6.3. Ётоқ яраларини даволаш ва уни профилактикаси 7.6.4. Оғиз бўшлигини парвариш қилиш 7.6.5. Нафас йўлларининг ўтувчанлигини таъминлаш 7.6.6. Психосоциал қўллаб қувватлаш |
|---|---|

Европа мамлакатларида, айниқса Шарқий Европа мамлакатларида ҳисобга олинаётган ОИВ билан зарарланган болалар сонининг ортиши бу болалар учун яшаб кетиш имконини ошириш ва ҳаёт мазмумини яхшилашга йўналтирилган тезкор ҳаракатларни талаб қилади.

Инфекциянинг юқиш йўллари орасида болалар учун вертикал йўл муҳим аҳамиятга эга. Онадан болага ОИВ-инфекцияси ўтиши (антиретровирус профилактикасиз) 15-45% ни ташкил этади. Ривожланган мамлакатлардан олинган маълумотлар касалликни онадан болага ўтиш даражасини хомиладорлик ва туғиш даврида антиретровирус терапияси ўтказиш, электив кесар кесиш ўтказиш ва сунъий овқатлантириш ёрдамида анча камайтириш мумкинлигини кўрсатади (кейинги кузатувларга кўра камида 2% гача). Охирги йилларда шу тарздаги ёндошиш Ўзбекистонда ҳам қўлланилмоқда.

ОИВ-инфекциясига чалинган болаларда турли патологик ҳолатларни олиб бориш, бошқа болалардаги каби олиб борилади (2 дан 6 бобгача қаранг). ОИВ га чалинган болаларнинг касаллигини қўзғатадиган сабаблар, ОИВ-манфий бўлган болаларнинг касаллигини қўзғатадиган сабаблар кабидир, лекин бу инфекциялар тез ривожланиб, касаллик оғир кечиши ва такроран пайдо бўлиши ҳам мумкин. Аммо баъзи

касалликларни оддий бўлмаган қўзғатувчилар келтириб чиқаради. ОИВ-инфекцияси мавжуд бўлган болаларнинг кўпчилиги болалар ўртасида тарқалган касалликлардан ўлади. Касалликнинг дастлабки даврида тўғри диагноз ва даволаш, ёки оддий режалаштирилган иммунизация ва овкатланишни яхшилаш ёрдамида баъзи ўлим ҳолатларини олдини олиш мумкин (Миллий протокол, 12-боб). Бундай болаларда, айниқса, пневмокок инфекциялар ва ўпка силини юқтириш хавфи юқори бўлади. Котримоксазол билан профилактика ва антиретровирус терапияси (АРВТ) ОИВ билан зарарланган болаларда бевақт ўлим даражасини анча камайтиришга имкон берди. Ушбу бобда қуйидаги масалалар кўриб чиқилади: маслаҳат бериш ва тест ўтказиш; ОИВ-инфекцияси диагнози; клиник босқичлари; антиретровирус терапиянинг асосий тамойиллари; беморнинг ҳолатини яхшилашга қаратилган парвариш; овкатлантириш; стационардан чиқариш ва кейинги назорат; паллиатив даволаш ва касалликнинг терминал босқичидаги ёрдам.

7.1. ОИВ-инфекцияси борлиги гумон қилинган ёки тасдиқланган бола

7.1.1. Клиник белгилари

ОИВ-инфекциясининг клиник кўриниши болаларда турли-туман бўлиши мумкин. Баъзи ОИВ-инфекцияланган болаларда касалликнинг биринчи йилларидаёқ оғир бузилишлар кучайиб кетади. Бошқаларида эса, бир неча йиллар давомида касаллик белгилари кўринмаслиги ёки айрим беаҳамият томонлари кўриниши мумкин.

Беморда қуйида келтирилган белгилардан ҳар қандайи топилганда, унда *ОИВ-инфекцияси борлигига тахмин қилинг*.

Болаларда ОИВ-инфекцияси учун юқори даражада хос бўлган ҳолатлар:

- Пневмоцист пневмония
- Қизилўнгач ва ўпка кандидози
- Ўпкадан ташқаридаги криптококкоз
- Сил (ўпкадан ташқари)
- Сальмонеллезнинг инвазив кўриниши
- Лимфоид интерстициал пневмонит (ЛИП)
- Бир вақтнинг ўзида бир неча жойда ривожланган белбоғсимон лишай
- Капоши саркомаси
- Лимфома
- Мультифокал лейкоэнцефалопатия
- Микобактериал инфекциялар (*Mycobacterium tuberculosis* МАК дан ташқари)да
- Кам учрайдиган инфекциялар (криптококкоз, гистоплазмоз, церебрал токсоплазмоз)
- Кахексия (физик ривожланишдан тўхташ, вазн йўқотиш)

Болаларда ОИТВ-инфекциясига хос бўлган ҳолатлар

- *Қайталайдиган оғир бактериал инфекциялар*: охирги 12 ой ичида бактериал инфекцияларнинг уч ёки ундан кўп ҳолатлари мавжудлиги (масалан, пневмония, менингит, сепсис, юмшоқ тўқималарнинг яллигланиши).
- *Давомли ёки қайталайдиган оғиз бўшлиғидаги кандидоз (тил оқариши)*: танглай, лунж ва милкларнинг шиллиқ пардасида эритема ва сохта пленкали кулранг

сарғиш модданинг (йиринг) мавжудлиги. 1 ойликдан ошган болада антибиотиклар билан даволанмаган ёки 30 кундан ортиқ даволанганлигига қарамасдан давом этаётган ёки қайталанаётган ёки тил соҳасидан ташқарида тарқалган оғиз бўшлиғи кандидози бўлиши ОИВ-инфекцияси мавжудлигини жиддий гумон қилишга мажбур этади. Оқ қопламанинг халқумнинг орқа деворида пайдо бўлиши қизилўнғач кандидози борлигини кўрсатади.

- *Сўлак безларининг катталашии (паротит):* кулоқ олди беши соҳасининг (бевосита кулоқнинг олд тарафида) бир ёки иккала томондан шишиб қолиши, 14 кундан ортиқ вақт мобайнида, қатор ҳолатларда оғриқ ва иситма билан биргаликда.
- *Ҳеч бир сабабсиз жигарнинг катталашиши:* А, В, С ва бошқа вирусли гепатитлар, цитомегаловирусли (ЦМВ) инфекциялар бўлмаган ҳолатларда ҳам.
- *Узоқ давом этадиган ва қайталайдиган номаълум сабабли иситма:* 7 кундан ортиқ вақт давомида тана ҳароратининг ($>38^{\circ}\text{C}$) ошиши ёки 7 кун ичида бир мартадан ортиқ қайталаши.
- *Неврологик касалликлар:* марказий нерв системаси функцияси бузилишининг зўрайиши, микроцефалия, психик ривожланишнинг секинлашуви, гипертонус, эс-хушни чалкашиши.
- *Herpes zoster:* бир тарафлама асаб толалари бўйлаб баданнинг бир қисмида жойлашган оғриқли везикулез тошма.
- *Давомли дерматит:* эритематоз-папулез тошма, бундан ташқари кўпинча тирноқ ва терининг (шу билан бирга бошнинг сочли қисмида) замбуруғли зарарланиши тарқалганлиги, кенг қонтагиозли моллюск кузатилади.
- *Генерализацияланган лимфаденопатия:* бир ёки икки жойда, айниқса, чотда лимфа тугунларининг сабабсиз катталашиши.

Болалардаги ОИВ-инфекциясида кўп учрайдиган ҳолатлар.

- *Сурункали ёки давомли ўрта отит:* 14 кундан ортиқ давом этадиган кулоқдан йиринг чиқиши.
- *Узоқ давом этадиган диарея* – 14 кундан ортиқ давом этиши.
- *Оғир пневмония*
- *Ўпка сили*
- *Бронхоэктазлар*
- *Жисмоний ривожланишдан орқада қолиш*
- *Хулқ бузилиши ва руҳий бузилишлар ривожланиши*
- *Овқатланиш жараёнининг ўртача ёки оғир бузилиши:* боланинг бўйи ва ривожланиши харитасига мувофиқ кутилган ривожланишни таққосланишига кўра вазн йўқотиш ва аста секин, лекин қатъий вазн ошишидан ортда қолиш. Айниқса, 6 ойликгача эмизикли болаларда ривожланишнинг тўхташи ҳолати учраса, ОИВ-инфекцияси гумон қилинади.

7.1.2. Маслаҳатлар

Агар ОИВ-инфекциясига гумон қилишга сабаблар бўлса, лекин боланинг ОИВ-статуси маълум бўлмаса, боланинг оиласига ОИВ бўйича маслаҳат бериб текширувдан ўтишни таклиф қилинг.

Текширувдан олдин маслаҳат беришнинг мақсади оеморга ёки бу вазиятда, боланинг ота онасига одам иммунитетни танқислиги вируси билан касалланиш хавфи ҳақида фикрлаш ва ОИВ тестидан ўтишга ёрдам беришдир.

Маслаҳат бериш жараёни ҳар қандай тестни ўтказишдан олдин бемордан олинган розилик ҳақидаги маълумотларни ҳам ўз ичига олади. Модомики, кўп ҳолларда болаларнинг ОИВ билан зарарланиши онадан болага ўтиш йўли орқали бўлар экан, бу дегани, она ва кўп ҳолларда, ота ҳам зарарланган бўлади. Улар бу ҳақида билмаслиги ҳам мумкин. Ҳатто ОИВ-инфекцияси тарқалиш даражаси юқори бўлган мамлакатларда ҳам, у аввалгидай шунчаки стигматизацияланган касаллик деб қаралмоқда ва ота-оналар текширувдан ўтишни ҳошлашмайди.

ОИВ-инфекцияси аниқлангани юзасидан маслаҳат беришда болани оиланинг бир қисми деб қараш зарурдир. Бундай маслаҳат бола, она, ота ва бошқа оила аъзолари учун ОИВ-инфекциясини психологик томонларини ўз ичига олиши керак. Маслаҳатлар бериш пайтида шунини таъкидлаб ўтиш зарурки, бугунги кунда тўлиқ даволаниш мумкин бўлмаган ҳолда ҳам, боланинг ҳаётини узайтириш, унга мазмун киритиш учун кўп нарсаларга улгуриш мумкин, шунингдек, она билан бола ўртасидаги муносабатни ривожлантириш мумкин. Антиретровирус терапияси олиб борилганда боланинг ва онанинг ҳаёти мазмунан яхшиланади ва уларнинг яшаб кетиш даражаси анча кўтарилмоқда. Консултация натижасида она тиббиёт ходимлари унга ёрдам беришга уринаётганлигини ва тиббий муассасага касалликнинг бошланғич босқичидаёқ, ҳеч бўлмаганда, саволлар билан мурожаат қилишдан қўрқмаслигини тушуниши керак. Консултация ўтказиш тадбирининг асосий тамойиллари - кўнгиллилик, аноним ва конфиденциаллилик эканлигини билиш зарур.

Консултация вақтни талаб этади, ва у фақат махсус тайёргарликдан ўтган ходим томонидан ўтказилиши керак. Агар стационар ходимлари консултация бериш услубига ўқитилмаган бўлсалар, ёрдам сўраб бошқа муассасаларга мурожаат қилиш зарур, масалан, ОИВ-инфекциясига чалинганларга ёрдам берадиган маҳаллий ташкилотларга (СПИД марказлари, нодавлат нотирожат ташкилотлар).

7.1.3. ОИВ-инфекцияси бўйича маслаҳат беришга кўрсатмалар

Болани ОИВ инфекциясига текшириш учун клиник кўрсатмалар:

- Тез-тез бактериал инфекциялар билан касалланадиган болалар (йилига 3 мартадан ортиқ)
- Жисмоний ривожланишда ёки асаб-руҳий ривожланишда 10 перцентилга ортда қолишган болалар
- ОИВ инфекциясига хос бўлган белгилар кузатилган болалар

ОИВ инфекцияга текширув ўтказишга эпидемиологик кўрсатмалар:

- ОИВ билан зарарланган оналардан туғилган болалар
- Инъекция орқали наркотик қўллайдиган болалар
- Жинсий зўравонлик қурбонлари

ОИВ га оид саволларга консултация бериш қуйидаги ҳолатларда кўрсатилган.

1. ОИВ-инфекцияси клиник белгилари ва/ёки хавfli омилларга (масалан, ОИВ/СПИД га чалинган она ёки ака ука/опа сингил) эга бўлган, номаълум ОИВ-статусли болага.

- Консултацияни ўзингиз ўтказишингиз ёки болани бошқа муассасага юборишингиз ҳақида бир қарорга келинг.
- Агар ўзингиз консултация ўтказишга қарор қилган бўлсангиз, бунга етарли вақт ажратинг.

Сизнинг онага берадиган кўрсатмаларингиз, кейинги босқичларда мутахассислардан оладиган кўрсатмаларига мос келиши учун консултация ўтказадиган тажрибали шахслар билан фикр алмашинг.

- Имкониятга қараб, клиник диагнозни тасдиқлаш мақсадида миллий кўрсатмаларга мос келадиган ОИВ-текшируви ўтказиш ҳақида келишиб олинг, онанинг диққатини ОИВ-инфекцияси билан боғлиқ муаммоларга қаратинг ва инфекциянинг онадан болага ўтиши профилактикасига оид саволларни келгусидаги ҳомиладорлик учун муҳокама қилинг.

Эслатма: ОИВ-тест ўтказиш имконияти бўлмаса, гумон қилинган ОИВ-инфекцияси диагнозига оид бор белгилар ва хавфли омиллар ҳақида муҳокама юритинг.

- Агар стационарда консултация ўтказилмаса, онага нима учун уни бошқа муассасага юборишаётганлигини тушунтиринг.

2. Ўтказилаётган даволаш қониқарсиз натижа бераётган, ОИВ-статуси маълум булган бола, ёки кейинги кузатувларни ўтказиш.

Консултация вақтида қуйидаги саволлар ҳақида мунозара юритинг:

- ОИВ-инфекцияси нима эканлиги ҳақида ота-онанинг тушунчаси;
- мавжуд муаммоларни ечиш йўли;
- АРВТ нинг аҳамияти;
- зарурият туғилганда, кейинги босқичдаги тиббиёт муассасасига юбориш;
- жойлардаги жамоат гуруҳлари томонидан ёрдам, агар шундай гуруҳлар бўлса.

3. Ўтказилган даволаш яхши натижалар берган, ОИВ-инфекцияси диагнози тасдиқланган болада, стационардан чиқарилаётганда (хусусан, ОИВ-инфекцияси билан касалланганларга психологик ва социал ёрдам кўрсатиш бўйича қўллаб қувватлаш маҳаллий ташкилотларига юборишдан олдин)

Консултация даврида қуйидаги саволлар ҳақида мунозара юритинг:

- ОИВ-инфекцияси билан касалланганларга ёрдам кўрсатиш маҳаллий ташкилотларига юбориш сабаблари;
- кейинги даволаш;
- асоратлар ривожланишининг хавфли омиллари;
- иммунизация ва ОИВ;
- АРВТ режимига риоя қилиш ва уни ўтказишга ёрдам.

7.1.4. Болаларда ОИВ-инфекциясини диагнозлаш

ОИВ-тест ўтказиш кўнгилли бўлиши ва мажбурлашлардан холи, ихтиёрий бўлиши керак. Уни ўтказишдан олдин берилган маълумот асосида розилик олиш керак.

Болаларда ОИВ-тест ўтказиш қуйидагича бўлиши зарур:

- **конфиденциал;**
- **консултация** билан биргаликда;
- фақат берилган маълумот асосидаги **розилик** билан, яъни ахборотга асосланган ва ихтиёрийлик тамойилларига риоя қилган ҳолда ўтказилиши лозим.

Болаларда бу одатда ота-онани ёки унинг каровчисини розилигини назарда тутати. Ўсмирларда тест ўтказиш/даволаш учун ота-онанинг розилиги одатда шарт эмас, бироқ ёшларни ота-оналар томонидан қўллаб-қувватлангани мақулдир, айрим ҳоллардагина ота-онанинг розилиги қонун томонидан талаб этилади. ОИВ-тест ўтказишга розилик ёки ундан кечиш тиббий ёрдам кўрсатиш сифатига салбий таъсир кўрсатмаслиги лозим.

ОИВ антитаначаларни аниқлаш тестлари

ОИВни аниқловчи тест, ИФА усули билан, одам иммунитетни танқислиги вирусига **антитаначаларни** йиғиндисини аниқлашни ўз ичига олади. ИФА иккикарра мусбат натижа берса, вируснинг тизимли протеинига нисбатан **антитаначаларни** аниқлаш иммунно блоттинг (ИБ) усули орқали амалга оширилади. Агар ИБ мусбат натижа берса, унда текшириш ўтказилаётган беморга ОИВ- инфекцияси диагнози қўйилади. Аммо, тест ўтказишнинг тўлиқ тадбирини бажариш учун анча вақт талаб этилади, шунинг учун бундай ҳолларда, беморнинг ОИВ- статусини имкони борича тез аниқлаш учун экспресс- тестлардан фойдаланилади.

ОИВ билан зарарланган оналардан туғилган болаларда ОИВ инфекциясини диагностика килиш

Шуни эсда тутиш керакки, ОИВ билан зарарланган оналардан туғилган барча болаларда ОИВга **антитаначалар** 18 ойгача қонда айланиб юради. Бундай болаларда ижобий серологик текширувлар 18 ойгача ОИВ инфекциясини тасдиқламайди. ОИВ билан зарарланган оналардан туғилган барча болаларда серологик текширувлар натижаси мусбат бўлса-да, фақатгина 15-45% болалар ҳақиқатан ОИВ билан зарарланган бўладилар, онадан болага ОИВ ўтишини олдини олиш чоралари кўрилганда эса 2%дан кам бола ОИВ билан зарарланади. Бу гуруҳдага болаларда ОИВ статусини аниқлаш учун мос келадиган усул вирусологик текширув ҳисобланади.

ОИВ-инфекциясига чалинган ёш болаларга диагноз қўйиш жуда қийин, чунки онадан пассив ўтган антитанача боланинг қонида 18 ойгача бўлиши мумкин. Агар бола кўкрак сути билан овкатланган ёки ҳали ҳам овкатланаётган бўлса, диагноз қўйишнинг бошқа муаммолари келиб чиқади. Лекин баъзи болаларда ОИВ-инфекцияси борлигини 18 ойликгача билиб бўлмайди, уларнинг кўпчилиги ОИВга антитаначаларни 9 ойликдан 18 ойгача йўқотади.

ОИВга специфик РНК ёки ДНК полимераз занжир реакция (ПЦР) усули билан вирусологик тест ўтказиш имконияти бўлмаса, тасдиқловчи диагноз қўйиш учун, кўкрак сути билан овкатланаётган боланинг қонини текшириш анъанавий усулда, яъни бола кўкрак сути билан овкатланишдан батамом тўхтагач 6 ойдан сўнг амалга оширилади.

ОИВга специфик РНК ёки ДНК га полимераз занжир реакцияси (ПЦР) усули ёрдамида вирусологик тест ўтказиш текширилаётган шахснинг қонида вирусни ген орқали аниқлашдан иборатдир ва 18 ойликдан катта ОИВ-инфекцияланган болаларга диагноз қўйишнинг энг ишончли усулидир. Бу усул осон стандартлаштирилади ва у қоннинг қуруқ доғини текшириш асосида бажарилиши мумкин.

- Болада, ОИВ ДНКсини ПЦР усулидаги биринчи текширувни, бир ойликдан икки ойликкача бўлган ёшида ўтказиш керак. ОИВ ДНКсини ПЦР тестининг мусбат натижаси, болага ОИВ юққанлиги аниқроқ эканлигини билдиради. ОИВ ДНКсини ПЦР тестининг манфий натижаси эса, болага ОИВ юқмаганлиги аниқроқ эканлигини билдиради.
- ОИВ ДНКсини ПЦР усулидаги иккинчи текширувни, боланинг ёши 3-4 ойлигида ўтказиш керак. Бу, болалардаги биринчи ОИВ ДНКсини ПЦР тести манфий натижа берган ҳолларда, болалардаги муҳим текширувдир. Иккинчи ОИВ ДНКсини ПЦР тестининг мусбат натижаси, болага ОИВ юққанлиги эҳтимоли жуда катта эканлигини билдиради. Бу ёшдаги иккинчи ОИВ ДНКсини ПЦР тестининг манфий натижаси, болага ОИВ юқмаганлиги эҳтимоли жуда катта эканлигини билдиради.
- Бир марталик мусбат ва/ёки манфий натижалар тасдиқлашни талаб этади.
- ОИВ ДНКсини ПЦР тестининг мусбат натижасини тасдиқлаш, худди шу усул билан, бошқа алоҳида олинган қон намунасида иложи борича тезроқ (биринчи натижа олинган кундан 5-7 кун кейин) ва худди шу лабораторияда амалга оширилгани маъқул.

- Икки марта ОИВ ДНКсини ПЦР тестидан мусбат натижа олинши, болага ОИВ юққанлиги ва уни кейинчалик олиб бориш учун оптимал тактика танлаб олиш учун зудлик билан клиник кўриқдан ўтказилиши кераклигидан далолат беради.
- Агар бола кўкрақдан овқатланмаётган бўлиб, икки марта ОИВ ДНКсини ПЦР тестининг манфий натижаси олинса, бу ҳол болага вирус юқмаган деб ҳисоблаш имконини беради.
- Агар, ПЦР ўтказиш имкони бўлмаса, 18 ойлик боланинг қонидаги ОИВ антитаначаларга текширувни ИФА усули буйича, ИБ тасдиғи билан қилинади. Мусбат натижа – болада ОИВ инфекцияси борлигидан далолат беради. Агар, болани ОИВ билан зарарланган она эмизаётган бўлса ва 18 ойлигида ҳам унинг қонида, ОИВ га қарши антитаначалар топилмаса, текширувни кўкрақдан овқатлантириш тўхтатилганидан сўнг 6 ойдан кейин такрорлаш зарур (агар, бу муддатгача, болада ОИВ ни кўрсатувчи белгилар пайдо бўлса, текширув эртароқ ўтказилади).

ОИВ -инфекциясини бутунлай истисно қилиш ва ОИВ - юққан аёлдан туғилган болани, ОИВ-манфий сифатида диспансер ҳисобидан чиқариш, қуйидагича амалга оширилади:

- охириги 6 ой мобайнида кўкрақдан овқатлантириш ва ОИВ – инфекциясининг клиник кўринишларининг бўлмагани ҳолда 18 ойлик боланинг вена томиридан олинган қони намунасида икки марта олиб борилган текширув вақтида манфий натижанинг олинши

ёки

- охириги 6 ой мобайнида кўкрақдан овқатлантириш ва ОИВ – инфекциясининг клиник кўринишлари бўлмагани ҳолда 18 ойликдан катта боланинг вена томиридан олинган қони намунасида бир марта олиб борилган текширувда манфий натижанинг олинши.

7.1.5. Болаларда ОИВ инфекцияси кечишининг клиник босқичлари

ОИВ-инфекцияси жиддий гумон қилинган ёки диагнози тасдиқланган болада клиник босқич жараёнини аниқланиши иммун тизимини зарарланиш даражасини баҳолашда ва даволаш режасини ишлаб чиқаришда ёрдам беради. Бу босқичлар ОИВ-инфекцияси кечишини аниқлашга имкон беради ва ОИВ-инфекцияланган болаларда АРВТ тартибини қачон бошлаш ёки ўзгартириш хусусида қўлланма ҳисобланади

Клиник босқичлар борган сари камроқ оғир кўринишдан кўпроқ оғир кўринишга ўтишдан иборат, ҳар бир кейинги клиник босқич прогнознинг оғирлашиши билан тавсифланади. Агар, болада 3-босқичга хос қандайдир бузилиш пайдо булган бўлса, бу бузилишларнинг олди олинганда ҳам ёки 2-босқичнинг қандайдир янги белгилари пайдо бўлганда ҳам, унинг прогнози 3-босқичга мос бўлади, деб ҳисоблаш қабул қилинган. Антиретровирус терапияси даволаш тартибига қатъий риоя қилинганда прогноз сезиларли яхшиланади ва ОИВ-инфекцияли боланинг ҳаётининг давомийлигини узайтиради.

CD4 лимфоцитлари сонини ёки вирусли нагрузкани аниқлашнинг имкони булмаган ҳолатларда АРВТга жавоб реакциясини аниқлаш учун ҳам касалликнинг клиник босқичлар тизимидан фойдаланиш мумкин.

21-жадвал. Болаларда ОИВ-инфекцияси кечувининг клиник босқичлари классификацияси (ЖССТ бўйича)

Лаборатория шароитида тасдиқланган ОИВ-инфекцияси диагнози билан 13 ёшгача бўлган болаларга нисбатан қўллаш учун (18 ойликдан ошган болаларда – ОИВга антитеолнинг борлиги, 18 ойликгача бўлган болаларда - вирусли ДНК ёки РНК тестлари).

1-БОСҚИЧ

Симптомсиз жараён

Ривожланиб боровчи, тарқалган лимфаденопатия (ПГЛ-прогрессирующая генерализованная лимфаденопатия)

2- БОСҚИЧ

Гепатоспленомегалия

Теридаги қичишадиган папулез тошмалар

Себореяли дерматит

Тирноқларнинг замбуруғли инфекциялар билан зарарланиши

Ангуляр хейлит

Маргинал гингивит (милкнинг чизикли эритемаси)

Одам папиллома вируси ёки контагиоз моллюск билан тананинг катта қисмини зарарланиши (тана юзасининг >5% қисмида)

Оғиз бўшлиғидаги яраларнинг қайталаниши (6 ой мобайнида 2 ёки ундан кўп ҳолатлар)

Қулоқолди безларининг катталаниши

Herpes zoster

Юқори нафас йўллари ёки ўрта қулоқда қайталанадиган ёки сурункали инфекциялар (ўрт отит, шунингдек, қулоқдан ажралиб чиқадиган ажралма, синусит - исталган 6-ойлик вақт мобайнида 2 ёки ундан кўп ҳодисалар)

3-БОСҚИЧ

Стандарт терапия таъсирига жавоб бермайдиган озикланишнинг бузилиши.

Сабаби маълум бўлмаган Чўзилувчан диарея (>14 кун)

Сабаби маълум бўлмаган Чўзилувчан иситма (даврий ёки муттасил, давомийлик > 1 ой)

Оғиз бўшлиғининг кандидози (1 ойликдан ошган болаларда)

Оғиз бўшлиғида тукли лейкоплакия

Ўпка сили¹

Оғир рецидивланувчи, чўзилувчан бактерияли Пневмония (6 ой мобайнида 2 ёки ундан кўп эпизодлар)

Ўткир некротик яралли гингивит/периодонтит

ЛИП (лимфоид интерстициал пневмонит)

Сабабсиз анемия (<8 гм/дл), нейтропения (<500/мм³) ёки тромбоцитопения (< 30000/мм³) 1 ой дан ортиқ вақт мобайнида

4-БОСКИЧ

Стандарт терапия таъсирига жавоб бермайдиган, сабабсиз оғир озгинлик ёки озикланишнинг оғир бузилишининг бошқа шакллари.

Пневмоцистли Пневмония

Қайталанувчи, оғир, бактериал инфекцияларнинг эҳтимоллари (1 йил мобайнида 2 ёки ундан кўп эпизодлар, масалан, плевра эмпиемаси, пиомиозит, суяк ёки бўғин инфекцияси, менингит, факат Пневмониядан ташқари).

Оддий герпес вируси билан терининг ёки оғиз атрофининг сурункали зарарланиши (давомийлиги >1 ой)

Диссеминацияли ёки ўпкадан ташқари сил

Капоши саркомаси

Қизилўнгач кандидози

18 ойликдан кичкина, куйидаги белгиларнинг 2 ёки ундан ортиги билан бўлган ОИВ-серомусбат бола: оғиз бўшлиғи кандидози, оғир пневмония, ривожланишдан орқада колиш, оғир сепсис²

Цитомегаловирусли ретинит

МНТ токсоплазмози

Ҳар қандай диссеминацияли эндемик микоз, шу жумладан криптококкли менингит (масалан, ўпкадан ташқари криптококкоз, гистоплазмоз, кокцидиомикоз, пенициллиоз)

Криптоспоридиоз ёки изоспориоз (диарея билан >1 ой)

Цитомегаловирусли инфекция (1 ойлик ёшдан бошланган, жигар, талоқ ёки лимфа тугунлардан ташқари ҳар қандай аъзода)

Диссеминацияли микобактериал инфекция, силдан ташқари

Трахея, бронхлар ва ўпка кандидози

ОИВ туфайли орттирилган ректо-везикал оқма яра (свиц)

Церебрал ёки В- хужайрали лимфомаси (Ходжкин эмас)

Ривожланаётган мультифокал лейкоэнцефалопатия (ПМЛ)

ОИВ-энцефалопатия

ОИВ сабабли кардиомиопатия

ОИВ сабабли нефропатия

7. ОИВ/ОИТС

¹ CD4 нинг ҳар қандай кўрсаткичида сил ривожланиши мумкин, имкони борича бу хужайраларнинг фоиз миқдорини аниқлаш керак (CD4 %).

² 18 ойликгача серопозитив болаларда касаллик 4-босқичининг тахминий диагноз ОИВ вирусологик тестлари ёки 18 ойликка тўлгач ОИВ-антителага тақрорий тест ўтказилиши орқали тасдиқланиши керак.

7.2. Антиретровирусли терапия (АРВТ)

Ҳозирги кунда кенг фойдаланиш имконияти бўлган антиретровирусли препаратлар (АРВ), ВИЧ/ОИТС ни даволаш йўлларини тубдан ўзгартириб юборди. Болалардаги АРВТ, катталар ва ўсмирлардаги каби мақсадларда олиб борилади:

- **клиник:** умрни узайтириш ва уни яхшилаш
- **иммунологик:** иммун системаси бузилишларининг олдини олиш ва/ёки уни тиклаш;
- **вирусологик:** вируснинг кўпайишини тўхтатиш ва вирусли юкланишнинг аниқланмайдиган даражасига эришиш;
- **эпидемиологик:** ВИЧ кенг тарқалишининг олдини олиш, жумладан болалар орасида.

Имкониятлари чегараланган мамлакатлар учун, буларга Ўзбекистон ҳам киради, ЖССТ оддийлаштирилган стандарт даволаш тавсияларидан фойдаланиш билан клиник ёки иммунологик критериялар асосида болалар ва катталарда **АРВТ** ни бошлашни тавсия этади. Битта дори воситасига ёки иккита дори воситасининг қўлланилишига нисбатан резистентлик жуда тез содир бўлади, шунинг учун битта восита билан даволаш тартиби тўғри келмайди; барча ҳолларда, ҳеч бўлмаганда учта дори воситаси билан даволаш, тавсия қилинган минимал стандарт ҳисобланади. Янги АРВ воситалари сотувга чиқарилса ҳам, кўпинча уларда болалар учун дозалар бўлмаганлиги туфайли улардан болаларни даволаш учун тўғри келмаслиги ёки нархи қимматлиги сабабли фойдаланиш мумкин эмас. Модомики, кўпинча ОИВ-инфекцияланган боланинг оиласида ОИВ-инфекцияланган катталар ҳам бор экан, у ҳолда энг яхшиси, АРВ препаратларини оиланинг барча аъзоларининг эҳтиёжларига мос қилиб танлаш ва имкони бўлганида даволашнинг ўхшаш схемаларини қўллаш керак.

Дозаси белгилаб қўйилган комбинацияли дори воситалари тобора кенг тарқалмоқда. Улар даволаш тартибига яхшироқ риоя қилишга имкон беради ва унчалик қиммат эмас. Мавжуд таблеткаларни кўпинча болалар учун кичик дозаларга ажратиб бўлмайди (10 кг гача оғирликдаги), шунинг учун сироплар/эритмалар ва суспензиялар керак бўлади.

Антиретровирусли даволаш фақат пухта тайёрланган ходимлар томонидан олиб борилиши керак. Агар, биринчи даражали стационарнинг ходимлари тайёрланмаган бўлса, ОИВ юққан шахсларни қўллаб-қувватлаш буйича маҳаллий ташкилотлар каби бошқа тузилмаларга ёрдам сўраб мурожаат қилишлари керак (ОИТС марказлари).

Антиретровирусли даволаш ва биринчи қатор АРВ- воситаларини танлашнинг асосий принциплари, катталарникига ўхшаш, яъни:

- Агар беморда касалликлар, шунингдек сил ва гепатитнинг ўткир кўринишлари бўлса, аввал беморнинг ҳолатини стабил ҳолатга келтириш керак. Бундай ҳолларда, АРВТни бир ой ёки ундан ортиқроқ вақтга суриб туриш мумкин. Бу давр ичида, асосий оппортунистик инфекцияларнинг олдини олинишини таъминлаш зарур.
- Индивидуал тарзда, беморнинг АРВТ режимига риоя қилишга тайёрлигини, унинг тайинлашларни бажара олиш имконини ҳисобга олган ҳолда баҳолаш керак. Даволашга кўникишни кучайтириш мақсадида, ОИВ билан яшовчи шахслар (ОЯШ) орасидан кўнгиллиларни жалб этиш керак.
- ОИВ-инфекциясини даволашдаги бошланғич босқичнинг мажбурий қисми, ўргатиш бўлиши керак: беморлар ва ота-оналарга/парвариш қилувчи шахсларга, улардаги касалликнинг табиати ва хусусиятлари тўғрисида, инфекциянинг бошқа шахсларга ўтишининг олдини олиш усуллари тўғрисида, ОИВ инфекциясини даволашнинг имкониятлари қандайлиги тўғрисида тушунтиришлар олиб борилиши керак ва атрофдагилар, тушунган ҳолда АРВТ бошлаш тўғрисида қарор қабул

қилишлари керак.

Бундан ташқари, болаларга АРВТ тайинлаётганда, қуйидагиларни инобатга олиш керак:

- боланинг ёши;
- дори шаклларининг болалар учун яроқлилиги;
- ножўя таъсирлари;
- келажакда препаратларни танлаш имкониятлари;
- кутилаётган даволашга кўникиш;
- ёндош касалликлар ва ҳолатлар (инфекциялар, озикланишнинг бузилишлари, метаболик бузилишлар);
- ўсмир қизларда ҳомиладорликнинг бошланиши мумкинлиги;
- дори воситаларининг мумкин бўлган ўзаро таъсирлари.

Болани парвариш қилувчи шахсларга АРВТ масалалари бўйича маслаҳатлар бериш

АРВТ режимига қатъий риоя қилиш – муваффақиятли даволаниш гаровидир. Даволашнинг вирусологик ва клиник натижалари шу нарсага боғлиқ бўлади. АРВТ бошланишидан олдин, боланинг ота-онаси ва бошқа парвариш қилувчи шахсларга, бир қанча масалалар бўйича маслаҳатлар бериш зарур.

Маслаҳатлар беришнинг асосий мақсади – боланинг ота – онаси ёки уни парвариш қилувчи шахсларни даволаш режимига қатъий риоя қилинганда, АРВТ боланинг умрини узайтиришнинг ва уни яхшилашнинг ягона самарали усули эканлигига ишонтиришдир (АРВТни хоҳлаши). Бунинг учун қуйидагилар зарур бўлади:

- болани парвариш қилувчи шахснинг ишончини қозониш, ёрдам бериш ва парвариш қилиш бўйича ўзаро қўл келувчи мақсадлар қўйиш;
- даволаниш ва режимга риоя қилишнинг зарурлигини тушунтириш;
- болани парвариш қилувчи шахсдаги даволашга бўлган хохишни сусайтирувчи руҳий муаммоларни аниқлаш ва уларни енгишга ёрдам бериш;
- яна ким болани парвариш қила олиши ва режимга риоя қилишга ёрдам бера олишини аниқлаш;
- бемор ва уни парвариш қилувчи шахсларга дозаларни 100% қабул қилиш зарурлигини, дозаларни қабул қилишнинг ўтказиб юборилиши дориларнинг барқарорлигига олиб келиши ва ҳатто даволаш режимининг вақтинчалик бузилиши ҳам АРВТнинг самарасизлигига ва қайтариб бўлмайдиган оқибатларга олиб келиши мумкинлигини тушунтириш;
- АРВ-препаратларининг мумкин бўлган ножўя таъсирлари ва улар пайдо бўлганда олиб бориладиган тактика тўғрисида айтиб бериш;
- келишилган вақтда, доимо ва ўз вақтида келишнинг муҳимлигини таъкидлаш;
- парвариш қилувчи шахс билан руҳий ва ижтимоий муаммоларни муҳокама қилиш ва зарур йулланмалар бериш, шу жумладан:
 - ижтимоий ва ҳуқуқий ёрдам хизматларига,
 - ота-оналар, бошқа парвариш қилувчи шахслар ва болаларни ўзаро қўллаб қувватлаш гуруҳларига, йўллаш.

Маслаҳатлашиш учун муҳим бўлган мавзуларнинг яна бири – тўғри овқатланиш бўйича, жумладан, имкон даражасидаги овқат маҳсулотларидан, зарурий озиқ-овқат кўшимчаларидан оптимал фойдаланиш бўйича, ҳамда иштаҳа ва овқат истеъмол

қилиш қобилиятига таъсир қилувчи, ОИВ юқиши туфайли юзага келган ҳолатларда овқатланиш бўйича.

Ота-оналар болаларининг асосий жисмоний ва руҳий ривожланиш босқичлари тўғрисида билишлари, боланинг ривожланиши унинг ёшига мос келишини кузатишлари ва буни врач билан муҳокама қилишлари керак.

Оппортунистик инфекцияларнинг профилактикасини, жумладан пневмоцистли Пневмониянинг профилактик давосини ва режали иммунизациянинг аҳамиятини муҳокама қилиш керак.

7.3. ОИВ-инфекцияли болаларда клиник ва лаборатория текширувлари

ОИВ-инфекцияси диагнози қўйилган ҳар бир бола, инфекциянинг клиник босқичи, иммунитет танқислиги даражаси ва АРВТга кўрсатмаларни, ҳамда, эътибор талаб этадиган ёндош касалликлар ёки ҳолатларни аниқлаш мақсадида клиник ва лаборатор текширувдан ўтказилиши керак. Бундан ташқари, бирламчи текширув вақтида котримоксазолни профилактик тайинлаш масаласи ҳал қилинади; бу вақт, боланинг парвариши ва ота-оналар, ҳамда болани парвариш қиладиган бошқа кишиларга боланинг аҳволи тўғрисида маслаҳатлар беришни бошлаш учун ҳам қулай вақтдир.

ОИВ/ОИТС бўлган болани клиник ва лаборатор текширувида қуйидагиларни амалга ошириш зарур:

- ОИВ-инфекциясининг клиник босқичини аниқлаш учун, кечаётган симптомларни баҳолаш;
- контактни аниқлаш ва ко-инфекция хавфини баҳолаш (сил, В ва С гепатитлари);
- Ёндош касалликларни аниқлаш ва уларни даволаш учун қандай дори воситалари ишлатилишини белгилаш;
- АРВ-препаратларини қабул қилишга, жумладан ПМР ни профилактика қилиш учун АРВни қўллашга тегишли анамнез йиғиш;
- антропометрик маълумотлар: тана вазни, бўй, бош айланасининг ўлчами;
- озикланиш ҳолатини баҳолаш, жумладан:
 - бола истеъмол қиладиган овқатнинг тури ва миқдори;
 - иштаҳа, овқатлантиришларнинг давомийлиги;
 - овқатлантириш вақтидаги муаммолар;
 - болани парвариш қилувчи кишилардан қайси бири уни овқатлантиради.
- ижтимоий шароитлар:
 - умумий санитар ҳолатлар, дориларни сақлаш учун ишончли совутгич ва хавфсиз сувнинг мавжудлиги;
 - оила аъзолари ва болани парвариш қиладиган шахсларнинг қай бирини тайинлашларга риоя қилинишни кузатиб бориши мумкинлиги;
- боланинг ва уни парвариш қиладиган кишиларнинг руҳий ҳолати; боланинг ақлий ривожланишини баҳолаш.

23–24-жадвалларда, 1 ёшгача ва ундан ката ёшдаги ОИВ юққан болаларнинг ҳолатларини баҳолаш схемалари берилган.

22-жадвал. 1 ёшгача бўлган ОИВ юққан болаларнинг саломатлиги ҳолатини клиник-лаборатория тарзида баҳолаш

Жисмоний ривожланиш ўлчамларини назорат қилиш (тана вазни, тана узунлиги, бош ва кўкрак қафаси айланаси узунлиги)	6 ойгача – бир ойда бир марта 6 ойдан 12 ойгача – 3 ойда 1 марта
Боланинг орттирган кўникмаларини назорат қилиш	Ҳар бир кўрик давомида
Қоннинг умумий таҳлили	6 ойда 1 марта, кўпинча – кўрсатмалар бўйича
Сийдикнинг умумий таҳлили	12 ойда 1 марта
Вирусли гепатитларнинг маркерлари	18 ойлик ёшда тасдиқланганлиги бўйича ҳисобга қўйиш вақтида
CD 4 +	3 ойда 1 марта

23-жадвал. 1 ёшдан ката ёшдаги ОИВ юққан болаларнинг саломатлиги ҳолатини клиник-лаборатория тарзда баҳолаш

Жисмоний ривожланиш параметрларини назорат қилиш (вазн, тана узунлиги, бош ва кўкрак қафаси айланаси узунлиги)	1 ёшдан 5 ёшгача – ҳар 6 ойда 1 марта 6 ёшдан 14 ёшгача – 12 ойда 1 марта
Орттирилган кўникмаларни назорат қилиш	Ҳар бир кўрик давомида
Вирусли юклама	Кўрсатмалар бўйича
Қоннинг умумий таҳлили	12 ойда бир марта, кўпинча – кўрсатмалар бўйича
CD 4+	6 ойда 1 марта, кўпинча – кўрсатмалар бўйича
Қоннинг биокимёвий текшируви (АЛТ, АСТ, умумий оқсил, глюкоза, креатинин, липидлар)	12 ойда бир марта, кўпинча – кўрсатмалар бўйича
Тери ичи туберкулин тести	Ҳар 12 ойда

7.3.1. Иммунизация (эмлаш)

- ОИВ-инфекцияланганлиги тасдиқланган ёки гумон қилинган, лекин клиник белгилари бўлмаган болалар, ўз вақтида эмланиши керак (иммунизациянинг миллий дастури календарига мос равишда), жумладан БЦЖ га ҳам. Кўпчилик ОИВ -инфекцияланган болалар ҳаётининг биринчи йилларидаёқ иммун реакциялар сақланиб қолган бўлади, шуни ҳисобга олган ҳолда, барча эмлашларни муддатидан илгари олиши керак бўлади.

ОИВ-инфекцияли оналардан туғилган болаларни эмлашга монеликлар

- ОИВ-инфекциясининг аломатлари бўлган ёки ОИТСли болаларни БЦЖ билан эмлаш тўғри келмайди (бошқа вакциналар билан эмлаш ўзгартиришсиз ўтказилади).
- АҚДС билан эмланганидан сўнг 3 кун ичида шок ёки талваса кузатилган болаларни АҚДС билан қайта эмлаш мумкин эмас, кейинги сафар уларни АҚДС ўрнига АДС билан эмланади.
- Қайталанувчи талваса ёки МНТнинг касаллиги бўлган болаларни АҚДС билан эмлаш тўғри келмайди, унинг ўрнига АДС дан фойдаланилади.

7.3.2. Пневмоцистли пневмониянинг профилактикаси

ПЦП (кўзғатувчи *Pneumocystis carinii*) — энг кўп учрайдиган қарши инфекциялардан бири; у ОИВ юққан болаларнинг 40—50% фоизида кузатилади. ПЦП — ОИВ юққан чақалоқлар ўлимининг энг асосий сабабчисидир (ОИТС диагнози қўйилган чақалоқларнинг 50—60% фоизи ПЦП туфайли вафот этади). Кўпинча, бу инфекция болалар ҳаётининг биринчи йилида ривожланади, шунинг учун ҳам уларга профилактик чораларнинг алоҳида, медикаментоз усули тайинланади.

24-жадвал. Пневмоцистли пневмониянинг олдини олиш.

Кўрсатмалар	Биринчи қатор схемаси	Альтернатив схема
Барча ОИВ юққан онадан туғилган болаларга 4-6 ҳафталик ёшдан ОИВ юққанлиги тўғрисидаги диагноз бекор қилингунгача	Триметоприм/сульфаметоксазол: суткалик дозаси – 150/ 750 мг/м ² per os 2 мартадан ҳафтада 3 марта қабул қилиш ёки	Дапсон, ҳар куни 2 мг/кг per os дозада тайинланади (максимал дозаси 100 мг) ёки
ОИВ юққан, 4-6 ҳафтадан 12 ойликкача бўлган ёшдаги болаларга, CD4+ даражаси қанчалигидан қатъий назар	Триметоприм/ сульфаметоксазол: суткалик дозаси – 150/ 750 мг/м ² per os кунига 1 марта, ҳафтада 3 кун, кунора қабул қилинади.	4 мг/кг per os ҳафтада 1 марта (максимал дозаси 200 мг).
ОИВ юққан, 1–5 ёшдаги CD4+ миқдори < 500, хужайра миқдори (<15%) бўлган болаларга		
ОИВ юққан, 6-12 ёшдаги CD4+ миқдори < 200, хужайра миқдори (<15%) бўлган болаларга		

25-жадвал. Котримоксазолнинг (ТМП/СМК) дори шакллари ва дозалари

Суткасига 1 марта қабул қилиш учун тавсия этилган дозаси ^а	Суспензия ёки сироп (5 мл сироп, 40/200 мг)	Болалар таблеткаси (20/100 мг)	Катталар учун оддий таблетка (80/400 мг)	Катталар учун икки ҳиссалик таблетка (160/800 мг)
<6 ой 20/100 мг	2,5 мл	1 таблетка	таблетканинг 1/4 қисми, овқат билан аралаштириш мумкин ^б	
	5 мл ^в	2 таблетка	таблетканинг 1/2 қисми	
	10 мл ^в	4 таблетка	1 таблетка	таблетканинг 1/2 қисми
>14 ёш 160/800 мг	—	—	2 таблетка	1 таблетка

Манба: WHO, 2005; WHO, матбуотда (64, 65).

- ^а Баъзи мамлакатларда, доза, боланинг тана вазнидан келиб чиқиб аниқланади. Ёш ва тана вазнининг нисбати қуйида келтирилган (СНАР маълумотлари бўйича).
- ^б Таблеткани тўрт бўлакка бўлиш — унча маъқул йўл эмас; у бошқа усуллар, яъни суспензия ёки сироп бўлмаган ҳоллардагина қўлланилиши мумкин.
- ^в 6 ойликдан бошлаб, болалар эзилган таблеткани юта оладилар.

Ёши	Вазни
<6 ой	<5 кг
6 ой — 5 ёш	5—15 кг
6—14 ёш	15—30 кг
>14 ёш	>30 кг

ОИВ-инфекцияланган болалар орасида (ш.ж. эмизикли болаларда) оғир пневмоцистли пневмония билан касалланиши ва ўлимнинг камайишида котримоксазол профилактикаси фоят самарали восита ҳисобланди. Профилактика рутинли асосда ўтказилаётган мамлакатларда ҳозирги пайтда пневмоцистли пневмония кам учрайди.

Котримоксазол қабул қилишни қайси шароитларда тўхтатиш керак

- Терининг оғир реакцияси кўриниши, масалан, Стивенс-Джонсон синдроми, буйрак ёки жигар етишмовчилиги ёки оғир гематологик захарланиш.
- Инфекция билан контактда бўлган болада, фақат ОИВ-инфекцияси тамомила инкор этилганидан сўнг:
 - 18 ойликгача булган сунъий овқатлантирилаётган болалар учун ДНК ёки РНКга ўтказилган вирусологик ОИВ-тестининг салбий натижаси асосида;

- 18 ойликгача булган кўкрак сути билан овқатлантирилаётган болалар учун, вирусологик тест натижасининг салбий бўлиши, фақат кўкрак сути билан овқатлантириш тўхтатилгандан сўнг 6 ҳафта ўтгач ўтказилсагина ишончлидир;
- 18 ойликдан ошган кўкрак сути билан овқатлантирилаётган болалар учун кўкрак сути билан овқатлантириш тўхтатилгандан сўнг 6 ҳафта ўтгач ОИВ - антитаначаларга ўтказилган тест натижасининг салбий бўлиши асосида
- ОИВ-инфекцияланган болада:
 - Агар болага АРВТ ўтказилаётган бўлса, фақат иммун тизимининг тикланиши тасдиқланган ҳолдагина, котримоксазол қабул қилишни тўхтатиш мумкин. Котримоксазол қабул қилишни давом эттириш, болада клиник яхшиланиш бўлган ҳолда ҳам фойда келтириши мумкин.
 - Агар АРВТ ўтказиш имкони булмаса, котримоксазол қабул қилишни тўхтатиш керак эмас

Кейинги кузатувларнинг қайси бири муҳим?

- Даволашнинг яхши ёки ёмон кечаётганлигини ва даволаш тартибига риоя қилишни кузатиб бориш керак. Котримоксазол билан профилактика ўтказилиши ОИВ - инфекцияланган болаларни олиб боришнинг рутин қисми булиб қолиши керак ва тиббиёт ходимлари ёки мультидисциплинар жамоанинг бошқа ходимлари томонидан касал болаларни патронаж қилиш пайтида текширилиши керак. Аввал болаларни ҳар ойда текшириш тавсия этилади, сўнгра, котримоксазол яхши таъсир қилгач - ҳар 3 ойда.

7.4. Овқатлантириш

- Болалар калорияли овқат билан овқатлантирилиши зарур, рационнинг умумий энергетик қийматини ошириш керак.
- ОИВ -инфекцияланган одамлар учун (болалар учун ҳам, катталар учун ҳам) турли керакли микроэлементлар билан таъминланиши учун хилма хил маҳсулотлар билан овқатланиш муҳимдир.

7.4.1. ОИВ нинг юқиши ва кўкрак сути билан овқатлантириш

ОИВ нинг онадан болага юқиши ҳомиладорлик даврида, туғруқ пайтида ёки кўкрак сути билан овқатлантирилаётганда кечиши мумкин. Бундай юқишнинг энг яхши профилактикаси – бу аёлга ОИВ юқишини олдини олишдир, айниқса, ҳомиладорлик даврида, шунингдек уни исталмаган ҳомиладорлик ҳақида ҳам огоҳлантириш керак. Агар ОИВ -инфекцияси билан зарарланган аёл ҳомиладор бўлса, унга барча керакли хизматлар кўрсатилиши шарт: профилактик антиретровирус воситаларни буюриш (ва АРТ ни, клиник кўрсатмалар бўлганда), энг хавфсиз акушерлик ёрдами, болани овқатлантиришга оид консультация ва ёрдам.

Далилларга асосланган маълумотлар шуни кўрсатадики, кўкрак сути орқали ОИВнинг ўтишини қўшимча хавфи тахминан 5-20 % ни ташкил этади. ОИВ лактациянинг исталган этапида кўкрак сути орқали ўтиши мумкин, шунга мувофиқ кўкрак сути билан овқатлантириш канча давом этса, инфекция юқтириш хавфи шунча баланд бўлади.

Боланинг ахволи яхшилангунича, ОИВнинг ўтишига оид барча саволлар ҳақида консультация ўтказишни кейинга қолдириш. Агар кўкрак сути билан овқатлантиришни давом эттириш ҳақида қарор қабул қилинган бўлса ва модомики бола аллақачон

ОИВ инфекцияси билан зарарланган бўлса ҳам, барибир келажакда исталмаган ҳомиладорликни олдини олиш учун овқатлантиришнинг барча вариантларини муҳокама қилиш керак. Бундай консултация фақатгина тажрибали тиббиёт ходими томонидан ўтказилиши керак.

- Агар, бола ОИВ-инфекцияси билан зарарланган ва у кўкрак сути билан овқатланаётганлиги маълум бўлса, онага кўкрак сути билан овқатлантиришни тўхтатиш ҳақида кўрсатма берилади.
- Агар, она инфекция билан зарарланган, боланинг эса ОИВ-статуси номаълум бўлса, унга кўкрак сути билан овқатлантиришнинг афзалликларини тушунтириш, шунигдек ОИВнинг кўкрак сути орқали ўтиши хавфи мавжудлигини тушунтириш лозим. Агар, сунъий овқатлантириш учун керакли шарт-шароит – онанинг розилиги, арзон баҳолардаги она сутини ўрнини босувчи озуқалар билан тўхтовсиз таъминлаш, бу озуқаларни қўллаш хавфсиз эканлигига ишониш имконияти бўлса, кўкрак сути билан овқатлантиришни давом эттиришдан воз кечиш кўрсатмаси берилади. Акс ҳолда, агар бола 6 ойликдан кичик бўлса, фақатгина кўкрак сути билан овқатлантиришни қўлланилади, юқорида санаб ўтилган шарт-шароитлар билан таъминланиши биланоқ, кўкрак сути билан овқатлантириш тўхтатилади.
- ОИВ-мусбат бўлган оналардан туғилган ва перинатал инфекцияланишдан сақланган гўдакларни кўкрак сути билан овқатлантириш, уларда инфекция билан зарарланиш хавфини оширади. Агар аёл боласини кўкрак сути билан овқатлантиришни ҳохласа, унинг қарорини ўзгартиришга астойдил кўндириш, ишонтириш, ўз нуқтаи-назарини асослаш керак, лекин шунда ҳам тамоман ман этмаслик керак.
- Агар аёл қандайдир фикр билан (маънавий, диний, этник, иқтисодий), барча ишонтиришларга қарамай, болани кўкрак сути билан овқатлантиришга қарор қилган бўлса, унинг танловини қўллаб қувватлаш керак ва унга фақатгина кўкрак сути билан овқатлантириш, аралаш овқатлантиришга қараганда боланинг ОИВ билан зарарланишида камроқ хавф тугдиришлиги ҳақида маълумот бериш керак.
- Соғилган ва термик ишлов берилган кўкрак сути билан болани овқатлантириш унга ОИВ ўтиши хавфини камайтиришини тушунтириш керак, лекин бу ҳолатда кўкрак сути ҳимоя функциясини йўқотади. Соғилган сутда ОИВ ни ўтиш хавфини ошириши мумкин бўлган, сутга қон аралашини эҳтимоли кучаяди.

Аралаш овқатлантириш, яъни болани кўкрак сути билан ва уни ўрнини босувчи маҳсулотлар билан овқатлантириш, овқатлантиришнинг унча яхши бўлмаган вариантыдир, бу болани ОИВ инфекциясини юқтириш хавфини беради, чунки кўкрак сути билан овқатлантиришнинг афзал томони қолмаган.

Рационал сунъий овқатлантиришнинг асосини кўкрак сутини ўрнини босувчи маҳсулотлар– сутли аралашмалар ташкил этади.

Рационал сунъий овқатлантириш бола ҳаётининг биринчи йилларида она сутини ўрнини босадиган ва тўлдирадиган овқатлантиришни ва бошқа озиқ овқат маҳсулотларини– (сабзавотли пюре, сутли бўтқа ва ҳ. к.) ўз вақтида беришни ўз ичига олади. ОИВ-инфекцияланган болаларни қўшимча овқатлантиришда, овқатнинг калорияси, оқсил, ёғ, углеводлар миқдорининг кўпайиши даволашнинг муҳим таркиби ҳисобланади.

Овқатнинг калориясини ошириш ва унда озуқа ингредиентларини сақлаш усуллари

- *Мослаштирилган сутли аралашманинг концентрациясини ошириш усули.* Болани бир марта овқатлантириш учун, имкониятга қараб ва боланинг ёшига мос равишда, сутли аралашма порциясини тайёрлашда қуруқ сут миқдорини стандарт тавсия-

ларга қараганда 25–30% ошириш керак, сув миқдори эса олдингидай сақланиб қолади.

- *Мослаштирилган сутли аралашмага кунгабоқар ёки бошқа тозаланган ўсимлик ёғини қўшиш усули.* 1 мл ўсимлик ёғи таркиби 8,4 ккал га тенг, яъни 3,8 мл ўсимлик ёғи белгиланган аралашма порцияси калориясини 20 ккал га оширади.
- *Мослаштирилган сутли аралашмага шакарли сироп қўшиш усули* (5 мл га 100% шакарли сироп – 20 ккал).
- *Организмда қўшимча оқсилнинг пайдо бўлиши учун 1 – 2 ойликдан ошган болани овқатлантириш рационига творогни киритиш мумкин* (30 г қаймоғи олинмаган сутдан тайёрланган творог таркибида 4 г оқсил мавжуд ва 70 ккал га тенг).
- *Сариёғ* (10 г да 73 ккал) ёки ўсимлик ёғи, шунингдек шакарли сироп қўшиш орқали озуқа калориясини ошириш мумкин.

Оналарга консультация ўтказиш тиббий таълимга эга ва тажрибали тиббиёт ходими томонидан олиб борилиши керак. Сизнинг тавсиянгиз онанинг келгуси босқичларда профессионал консультантлардан олган маълумотларига қарши бўлмаслиги учун, жойлардаги консультация ўтказиш тажрибасига эга бўлган мутахассислардан маслаҳат сўранг.

Агар она кўкрак сутини ўрнини босувчи маҳсулотлардан фойдаланиш қарорини қабул қилса, уларни тўғри қўллашга оид саволлар ҳақида консультация беринг ва уларни тайёрлашни кўрсатинг.

7.5. Кейинги кузатувлар

7.5.1. Стационардан чиқариш

Организми ОИВ -инфекцияланган болаларга даволашнинг оддий турлари секин ёки меъерига етмаган ҳолда таъсир қилиши мумкин. Бундай болаларда узоқ давом этадиган иситма, узоқ давом этадиган диарея ва сурункали йўтал бўлиши мумкин. Агар бундай болаларнинг умумий ҳолати қониқарли бўлса, уларнинг стационарда қолишига ҳожат йўқ, лекин уларни амбулатория шароитида кузатиб бориш шарт.

7.5.2. Юқори даражадаги муассасаларга йўллаш.

Агар сизнинг стационарингиз керакли воситалар билан мукамал таъминланмаган бўлса, ОИВ-инфекцияси бор деб гумон қилинаётган болани бошқа муассаса ёки ташкилотга юбориш имкониятини кўриб чиқинг:

- ОИВ-тест ўтказиш учун, шунингдек тест ўтказишгача ва-тест ўтказгандан кейинги консультация учун;
- агар ўтказилган даволаш бола организмига ёмон таъсир кўрсатган ёки умуман таъсир қилмаган бўлса, бошқа тиббиёт маркази ёки стационарга кейинги текширувлар ўтказиш ёки иккинчи қаторга оид дори воситалари билан даволаш учун;
- тажрибали мутахассисга ОИВга оид саволлар ва гўдакни овқатлантириш ҳақида консультация учун, агар маҳаллий тиббиёт ходими буни мустақил бажара олмаса;
- маҳаллий дастур ёки консультация ва тест ўтказиш кўнгилли марказига, ёки ижтимоий ёрдам дастурига келгусида консультация ва психосоциал ёрдам кўрсатиш учун.

Ёши кичик етимларни керакли ёрдам билан алоҳида таъминлашни татбиқ этиш керак

(туғилишни қайд этиш, тиббий ёрдам, маълумот).

7.5.3. Кейинги клиник кузатув

ОИВ-инфекцияси гумон қилинган ёки тасдиқланган болалар, агар уларнинг умумий ҳолати қониқарли бўлса, юқорида қайд этилганидек, мунтазам профилактик текширувлардан ўтишади,. Бундан ташқари, бу болалар биринчи даражали тиббиёт муассасаларида мунтазам клиник кузатувлар ўтказилишига муҳтож, ҳеч бўлмаганда, йилига 2 марта қуйидагиларни:

- клиник ҳолатини;
- бўйи ва ривожланишини;
- овқатланиш жараёнини;
- эмлаш статусини;
- керакли психологик ва ижтимоий ёрдам кўрсатилаётганлигини (қаерда бу мумкин бўлса, бундай ёрдам, яшаш жойи дастури асосида кўрсатилади) текшириш учун.

7.6. Паллиатив даволаш ва касалликнинг терминал босқичида ёрдам кўрсатиш

ОИВ-инфекцияли бола кўпинча катта ноқулайлик, безовталиқни ҳис қилади, шунинг учун самарали паллиатив даволаш ўтказиш жуда муҳим ҳисобланади. Стационар даволашга альтернатив сифатида уйда паллиатив даволаш ўтказиш имкониятини кўриб чиқинг. Бола ҳаётининг охири кунларини даволашнинг оғриқни қолдирувчи баъзи турлари ва бошқа азоб берувчи симптоматикани енгиллаштирадиган турлари (масалан, қизилўнгач кандидозида ёки томир тортишиб талвасага тушган пайтида) бирмунча яхшилаши мумкин.

Терминал ёрдамни фақат қуйидаги ҳолатлардагина кўрсатинг:

- боланинг аҳволи кескин ёмонлашса;
- касалликни даволаш учун барча имкониятлар қўлланилган бўлса.

Боланинг ўлими яқинлашиб келаётганда ота-онага ёрдам кўрсатиш ОИВ /ОИТС терминал босқичида ёрдам кўрсатишнинг муҳим қисми ҳисобланади.

7.6.1. Оғриқ синдромини бартараф этиш

ОИВ-инфекцияли болаларда оғриқ синдромини даволаш тамойиллари худди бошқа сурункали касалликларни, масалан, саратон ёки ўроқсимон-хужайрали анемияни даволаш тамойилларига асосланган кабидир. Асосий эътиборни кўрсатилаётган ёрдамнинг маҳаллий маданий меъёрлар ва анъаналар нуқтаи назаридан қўлланила олишига қаратиш керак. Асосий тамойиллар қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- имкони борича перорал аналгетикларни қўллашни (дори воситаларини мушакдан юбориш оғриқ пайдо қилади);
- болага аналгетикнинг кейинги дозасини кучли оғриқнинг такрорланишидан кейин эмас, балки бунга йўл қўймасдан, аналгетикларни тартибли равишда маълум вақт интервалида қўллаш;
- аста-секин ошиб борадиган дозалар билан даволаш ёки енгил оғриқ қолдирувчи дори воситалари билан даволашни бошлаш ва аста-секин эҳтиёжни

(туғилишни қайд этиш, тиббий ёрдам, маълумот).

7.5.3. Кейинги клиник кузатув

ОИВ-инфекцияси гумон қилинган ёки тасдиқланган болалар, агар уларнинг умумий ҳолати қониқарли бўлса, юқорида қайд этилганидек, мунтазам профилактик текширувлардан ўтишади,. Бундан ташқари, бу болалар биринчи даражали тиббиёт муассасаларида мунтазам клиник кузатувлар ўтказилишига муҳтож, ҳеч бўлмаганда, йилига 2 марта қуйидагиларни:

- клиник ҳолатини;
- бўйи ва ривожланишини;
- овқатланиш жараёнини;
- эмлаш статусини;
- керакли психологик ва ижтимоий ёрдам кўрсатилаётганлигини (қаерда бу мумкин бўлса, бундай ёрдам, яшаш жойи дастури асосида кўрсатилади) текшириш учун.

7.6. Паллиатив даволаш ва касалликнинг терминал босқичида ёрдам кўрсатиш

ОИВ-инфекцияли бола кўпинча катта ноқулайлик, безовталикини ҳис қилади, шунинг учун самарали паллиатив даволаш ўтказиш жуда муҳим ҳисобланади. Стационар даволашга альтернатив сифатида уйда паллиатив даволаш ўтказиш имкониятини кўриб чиқинг. Бола ҳаётининг охири кунларини даволашнинг оғриқни қолдирувчи баъзи турлари ва бошқа азоб берувчи симптоматикани енгиллаштирадиган турлари (масалан, қизилўнғач кандидозиди ёки томир тортишиб талвасага тушган пайтида) бирмунча яхшилаши мумкин.

Терминал ёрдамни фақат қуйидаги ҳолатлардагина кўрсатинг:

- боланинг аҳволи кескин ёмонлашса;
- касалликни даволаш учун барча имкониятлар қўлланилган бўлса.

Боланинг ўлими яқинлашиб келаётганда ота-онага ёрдам кўрсатиш ОИВ /ОИТС терминал босқичида ёрдам кўрсатишнинг муҳим қисми ҳисобланади.

7.6.1. Оғриқ синдромини бартараф этиш

ОИВ-инфекцияли болаларда оғриқ синдромини даволаш тамойиллари худди бошқа сурункали касалликларни, масалан, саратон ёки ўроқсимон-хужайрали анемияни даволаш тамойилларига асосланган кабидир. Асосий эътиборни кўрсатилаётган ёрдамнинг маҳаллий маданий меъёрлар ва анъаналар нуқтаи назаридан қулланила олишига қаратиш керак. Асосий тамойиллар қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- имкони борича перорал аналгетикларни қўллашни (дори воситаларини мушакдан юбориш оғриқ пайдо қилади);
- болага аналгетикнинг кейинги дозасини кучли оғриқнинг такрорланишидан кейин эмас, балки бунга йўл қўймасдан, аналгетикларни тартибли равишда маълум вақт интервалида қўллаш;
- аста-секин ошиб борадиган дозалар билан даволаш ёки енгил оғриқ қолдирувчи дори воситалари билан даволашни бошлаш ва аста-секин эҳтиёжни

ошиб бориши ва кўникманинг ривожланишига қараб янада кучли дори воситаларига ўтиш;

- аналгетикларни индивидуал дозалаш, маълум бир хил самарани қўлга киритиш учун ҳар хил болаларга ҳар хил дозалар талаб этилиши.

1. Маҳаллий анестетиклар: кучли оғриқли шикастланган тери ёки шиллиқ парда, шунингдек юқумли касалликларда муолажа ўтказилаётган пайтда.

- лидокаин: овқатлантиришдан олдин оғиздаги ярага докага лидокаин қуйиб қўйинг (бу муолажани ўтказаяётганда махсус тиббиёт қўлқопларидан фойдаланинг, баъзи ҳолатлардан ташқари, агар муолажа инфекциядан ҳимояга муҳтож бўлмаган тиббиёт ходимлари ёки ОИТВ-инфекцияли оила аъзолари томонидан ўтказилса); лидокаиннинг таъсири 2-5 дақиқадан сўнг сезилади.

2. Наркотиксиз аналгетиклар: ўпкада ва ўртача оғриқларда (масалан, бош оғриғи, посттравматик ва спастик оғриқда):

- парацетамол;
- яллиғланишга қарши стероид бўлмаган воситалар, масалан ибупрофен.

3. Наркотик аналгетиклар, опиатларга ўхшаш – оддий оғриқни қолдирувчи дори воситалари олдини ололмаган ўртача ва кучли оғриқларда:

- морфин – перорал беринг ёки томирдан ҳар 4-6 соатда ёки бир маромда томирдан юбориш ёрдамида;
- петидин - перорал ҳар 4-6 соатда;
- кодеин - перорал ҳар 6-12 соатда оғриқни қолдиришда фойда бериши учун опиоид булмаган дори воситалари билан биргаликда.

Эслатма: Нафас бузилиши белгиларини пайдо бўлишини диққат билан кузатиб боринг. Агар организмнинг дори воситаларига ўрганиши ошиб борса, унинг дозасини оғриқни бартараф қилиш даражасига етиши учун ошириш зарур.

4. Бошқа дори воситалари: оғриқнинг специфик сабабларида. Бундай дори воситалари, диазепамни, мускулларнинг тортишишида, карбамазепин ёки амитриптилинни, невралгик оғриқларда ва кортикостероидларни (масалан, дексаметазон) тўқималарда яллиғланган шиш натижасида нервнинг қисилишига сабаб бўладиган оғриқларда, ўз ичига олади.

7.6.2. Анорексия, кўнгил айнаш ва қусишда ёрдам кўрсатиш

Касалликнинг терминал босқичида иштаҳанинг йўқолиши, даволашнинг қийин кечишига олиб келади. Болага парвариш кўрсатаётганларга болани овқатлантиришда давом этаётган пайтда қуйидаги тарзда ҳаракат қилишларини тавсия этинг:

- асосан эрталаб, болада иштаҳа яхши бўлиши мумкин бўлган пайтда унчалик катта бўлмаган миқдорда тез-тез овқат беринг;
- овқатни иссиқ ҳолда эмас, совуқ ҳолда беринг;
- тузли ёки аччиқ овқатлар берманг.

Агар болада азоб берувчи кўнгил айнаш ва қусиш бўлса, кўрсатмага биноан ҳар 2-4 соатда перорал метоклопрамид (1-2 мг/кг) беринг.

7.6.3. Ётоқ яраларини даволаш ва уни профилактикаси

Болага парвариш кўрсатаётганларга, уни ҳеч бўлмаганда ҳар 2 соатда у ёқ-бу ёққа ағдариб қўйишни тавсия этинг. Агар ётоқ яралар пайдо бўлса, унинг таги тоза ва

қуруқ бўлишини кузатиб боринг. Маҳаллий оғриқни қолдирувчи дори воситаларидан фойдаланинг.

7.6.4. Оғиз бўшлиғини парвариш қилиш

Болага парвариш кўрсатаётганларга, ҳар бир овқатлантиришдан сўнг оғизни қандай чайқашни ўргатинг. Агар оғизда яралар пайдо бўлса, тоза матодан тайёрланган сочиқчани тоза сувга ёки тузли сувга ботириб оғиз бўшлиғини тозаланг. Яраларни 0,25% ёки 0,5% генцианвиолет эритмаси ёрдамида ювиб тозаланг. Агар боланинг ҳарорати баланд бўлса, ёки у безовта булса, ёки оғриқдан шикоят қилса, парацетамол беринг. Агар болага майдаланган ва докага ўралган музни сўриш учун берсангиз, бирмунча енгилликка эришиш мумкин. Агар болани овқатлантиришда шишадан фойдаланилаётган бўлса, унинг ўрнига қошиқ ёки пиёладан фойдаланишни маслаҳат беринг. Агар болани овқатлантиришда шишадан фойдаланишни давом эттиришаётган бўлса, ҳар бир овқатлантиришдан олдин сўрғични ювишни тавсия этинг.

Оғиз бўшлиғи кандидозда шикастланган жойларни миконазол гели ёрдамида ҳеч бўлмаганда 5 кун мобайнида кунига 3 маҳал артиб тозаланг ёки эритма оғиз бўшлиғининг шикастланган жойига тегиши учун оғиз бурчагидан секин қуйган ҳолда, 1 мл нистатин суспензиясини 7 кун мобайнида кунига 4 маҳал беринг.

Агар иккинчи бор бактериал инфекция натижасида йиринг ажралиши кузатилса, тетрациклинли ёки цефтриаксонли малхамларни қўланг. Боланинг оғзидан қўланса хид пайдо бўлса мушакдан бензилпенициллин (50 000 ЕД/кг ҳар 6 соатда) юборинг ва қўшимча перорал метронидазол суспензиясини (7,5 мг/кг ҳар 8 соатда) 7 кун мобайнида буюринг.

7.6.5. Нафас йўллариининг ўтувчанлигини таъминлаш

Агар ота оналар ўлаётган боласини умрини охириги дақиқаларини уйда ўтказишни хошлашса, боланинг беҳуш ҳолатида уни қандай парваришлаш кераклигини ва нафас йўллариини ўтувчанлигини қандай кузатиб боришини кўрсатинг.

Агар боланинг ўлим олди ҳолатида нафас йўллари утувчанлигининг бузилиши кучайиб кетса, унинг ўтирган ҳолатда нафас олишига ёрдам беринг. Биринчи навбатда бор диққат эътибор болани ҳаётини узайтиришга эмас, азоб чекишини енгиллаштиришга қаратилган бўлиши керак.

7.6.6. Психосоциал қўллаб қувватлаш

ОИВ-инфекциясининг терминал босқичида ёрдам кўрсатишнинг энг муҳим аспектларидан бири ўлаётган боланинг яқинларини психологик қўллаб қувватлаш ҳисобланади. Аниқ чоралар кўриш бола уйда ёки касалхонада эканлигига боғлиқ. Бола уйда бўлса, қариндошлар ва дўстлар томонидан катта ёрдам кўрсатилади.

Уйда ёрдам кўрсатиш маҳаллий дастурларидан хабардор ва ОИВ /ОИТС га чалинган беморларга ёрдам кўрсатувчи гуруҳлар билан мулоқотда бўлинг. Бундай гуруҳлар томонидан боланинг яқинлари ёрдам олишаётганлигини ўрганиб чиқинг. Агар ёрдам олмаётган бўлсалар, бундай гуруҳларга нисбатан оиланинг фикри ва уларга мурожаат этиш имконияти ҳақида муҳокама юритинг.

ОИВ инфекцияланган ва ОИТС га чалинган касалларни даволашга оид саволлар ОИТС-маркази мутахассислари томонидан ҳал этилади.

8-БОБ

КЎП УЧРАЙДИГАН ХИРУРГИК МУАММОЛАР

- 8.1. Хирургик операциялар пайтида, унгача ва ундан кейинги тиббий тадбирлар
 - 8.1.1. Операциядан олдинги тайёргарлик
 - 8.1.2. Операция пайтида анестезиологик ёрдам
 - 8.1.3. Операциядан кейинги парвариш
- 8.2. Чақалоқлик даври муаммолари
 - 8.2.1. Юқори лаб ва танглайни ёриқлиги
 - 8.2.2. Чақалоқлардаги ичак тугилиши
 - 8.2.3. Қориннинг олд девори нуксонлари
 - 8.2.4. Миеломенингоцеле
 - 8.2.5. Туғма сон чиқиши
 - 8.2.6. Ясси-вальгусли оёк панжаси
- 8.3. Жароҳатлар
 - 8.3.1. Куйишлар
 - 8.3.2. Яраланганда пайтда ёрдам кўрсатиш тамойиллари
 - 8.3.3. Синишлар
 - 8.3.4. Бош суяги ва мия жароҳати
 - 8.3.5. Кўкрак ва қорин жароҳатлари
- 8.4. Қорин бўшлиғидаги муаммолар
 - 8.4.1. Қориндаги оғриқ
 - 8.4.2. Ўткир аппендицит
 - 8.4.3. Чақалоқлик давридан кейинги ичак тугилишлари қолишлик
 - 8.4.4. Инвагинация
 - 8.4.5. Киндик чурраси
 - 8.4.6. Чов чурраси
 - 8.4.7. Сиқилган чурра
 - 8.4.8. Тўғри ичакнинг тушиши
- 8.5. Хирургик операцияни талаб этадиган инфекциялар
 - 8.5.1. Абсцесс
 - 8.5.2. Остеомиелит
 - 8.5.3. Септик артрит
 - 8.5.4. Пиомиозит

Болаларда хирургик операцияни талаб киладиган турли касалликлар ривожланиши мумкин. Бунда хирургик давонинг турли аспекти болаларда ўзига хос хусусиятларга эга бўлади. Ушбу боб хирургик муаммолар бор болаларга ёрдам кўрсатиш тавсияларини ўз ичига олади ва жуда кўп учрайдиган хирургик ҳолатларни даволашга оид саволларни қисқача баён этади.

8.1. Хирургик операциялар пайтидаги, унгача ва ундан кейинги тиббий тадбирлар

Юқори сифатли хирургик ёрдам фақатгина оператив аралашувнинг ўзига бориб тақалмайди. Кўпинча кўнгилдагидек натижа гарови сифатида операциядан олдинги тайёргарлик ҳам, операция пайтидаги анестезиологик ёрдам ҳам, шунингдек операциядан кейинги сифатли парваришларнинг барчаси хизмат қилади.

8.1.1. Операциядан олдинги тайёргарлик

Бола ҳам, она ҳам операцияни ўтказишга тайёр бўлишлари ва мувофиқ равишда розилик берган бўлишлари керак.

- Хирургик операцияси зарурияти нима учун кераклигини, қандай натижалар кутилаётганлигини, қанақа фойдаси борлигини ва потенциал хавфи қандайлигини тушунтиринг.
- Бола организмни операцияни кўтара олишга тайёргарлигини таъминланг.
 - Шошилинч операция ўтказишдан олдин нормал тузли эритмани (10-20 мл/кг) томирдан бўлиб-бўлиб юбориш йули билан суюқлик танқислиги коррекциясини ўтказинг, зарур бўлса такрорланг. Сув мувозанати тикланганлигининг белгиси диурезнинг нормаллашишидир.
 - Анемиянинг коррекциясини ўтказинг. Оғир анемия кислородни ташишга ҳалақит беради, натижада, бу шароитда кўпроқ қон етказиб бериши шарт бўлган юракка, оғирлик тушади. Хирургик муолажалар қон йўқотиш билан бирга кечиши мумкин, анестезия эса коннинг кислородни ташиб юришига таъсир этади. Яхшиси боланинг гемоглобин даражасини ёшига нисбатан мос келишига амин бўлиш учун текшириш керак.
 - Анемияни шошилинч тарзда коррекция қилиш зарурати булганда, масалан кечиктириб бўлмайдиган операцияларда, қон қуйишни режалаштиринг.
 - Режали операцияларга тайёргарлик кўраётганда анемияни перорал дори воситалари ёрдамида даволанг.
 - Бола яхши озикланиш статусига эгаллигига амин бўлинг. Яхши озикланиш операция жароҳатини мувафакқиятли битиши учун зарурдир.
- Умумий анестезияни ўтказишни бошлашдан олдин болани меъдани бўш бўлиши кераклигини текширинг.
 - 12 ойликгача бўлган болалар учун қоида: бола операция бошлангунга қадар 8 соат мобайнида қуюқ овқат, кўкрак сутини ўрнини босувчи озуқаларни - 6 соат мобайнида, қуйқумсиз тоза суюқликни ёки кўкрак сутини - 4 соат мобайнида истеъмол қилмаслиги керак.
 - Агар узоқ муддатли очлик талаб этилса (6 соатгача), томирдан таркибида глюкозаси бор суюқлик юборишни буюринг.
- Операциядан олдинги лаборатория текширувлари кўпинча муҳим аҳамиятга эга эмас. Шунга қарамай, агар шароит бўлса, қуйидагиларни бажаринг:
 - 6 ойликгача бўлган гўдақларда: гемоглобин ёки гематокритни текширинг.
 - 6 ойликдан 12 ёшгача бўлган болаларда:
 - катта бўлмаган хирургик операцияларда (масалан, чуррани кесиш) текширув талаб этилмайди;
 - катта операцияларда - гемоглобин ёки гематокритни аниқланг.
 - Болани тўлиқ клиник текширувдан ўтказгандан сўнг, қўшимча тестлар ўтказишга зарурат туғилиши мумкин.
- Операциядан олдин антибиотикларни буюриш қуйидаги ҳолларда кўрсатилган:
 - ярага инфекция тушмаслигини ёки ифлосланмаслигини истисно қилиб бўлмайдиган жойларда (масалан, ичакларда ёки қовуқда операция ўтказилаётган пайтда):
 - Ичакларда: ампициллин буюринг (25-50 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал), гентамицин (7,5 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 1 маҳал) ва метронидазол (7,5 мг/кг кунига 3 маҳал) операциядан олдин ва ундан кейин 3-5 сутка мобайнида.
 - Сийдик чиқариш йўлларида: ампициллин буюринг (25-50 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал) ва гентамицин (7,5 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 1 маҳал) операциядан олдин ва ундан кейин 3-5 сутка мобайнида.

- Эндокардит ривожланишининг юқори даражадаги хавфида (туғма юрак нуқсони бор болаларда), стоматологик ва жағ-юз операцияларида, шунингдек нафас олиш органлари ва қизилўнғач операцияларида:
 - *Операциядан олдин перорал 50 мг/кг амоксициллин ёки, агар бола дори воситаларини перорал қабул қила олмаса, операциядан 30 мин олдин томирдан 50 мг/кг ампициллин юборишни буюринг.*

8.1.2. Операция пайтида анестезиологик ёрдам

Хирургик операциялар муваффақиятли ўтиши учун унда иштирок этувчи барча жамоа аъзоларини йўлга қўйилган иш билан таъминлаш керак (хирурглар, анестезиологлар, тиббий хамширалар, техник ва бошқа ёрдамчи ходимлар) ва операция боришини мукамал режалаштириш керак. Уни ўтказиш учун барча зарур нарсаларнинг тайёрлигига амин бўлинг.

Анестезия

Кичкина болалар худи катталар каби оғриқни ҳис қиладилар, лекин улар буни бошқача ифода этишади.

- Муолажа иложи борича оғриқсиз бўлиши зарур.
- Кичик операцияларда ва агар бола ўзини тинч тутса - маҳаллий анестезияни қўлланг, масалан лидокаин 4-5 мг/кг ёки 0,25% бупивакаин билан (дозаси 1 мг/кг дан ошмаслиги керак).
- Жуда катта операцияларда – наркоздан фойдаланинг.
 - Мушак релаксацияси талаб этилмаган пайтда кетамин – аъло даражадаги анестетикдир.
- Томирга канюля ўрнатинг (буни баъзан кетаминни мушакдан юборгандан сўнг амалга ошириш қулайроқ).
- 5-8 мг/кг мушакдан ёки 1-2 мг/кг томирдан кетамин юборинг; кетаминни томирдан юборгандан сўнг 2-3 минут ўтгач ёки мушакдан юборгандан сўнг 3-5 минут ўтгач операцияни бошлаш мумкин.
- Агар бола оғриқ таъсирини сезса, қўшимча кетамин дозасини юборинг (мушакдан 1-2 мг/кг ёки томирдан 0,5-1 мг/кг),.
- Операция тугагач болани ёни билан ётқизиб қўйинг, у ётадиган жой тинч бўлишини таъминланг ва уни ўзига келишини диққат билан кузатинг.

Асосий эътиборни нималарга каратиш керак

- **Нафас олиш йўллари**
 - Болалардаги нафас олиш йўлларининг торлиги обструкция хавфини кучайтиради, шунинг учун кўпинча хирургик муолажалар ўтказилаётган пайтда интубация талаб этилади.
 - Кичкина ёшдаги болалар, шунингдек, нафас берувчи аппарат орқали юборилган маълум ҳажмдаги ҳавони қабул қилишлари қийин, шунинг учун катталар учун қўлланиладиган наркозли буғлантирувчилар уларга тўғри келмайди.
 - Болалар учун эндотрахеал найчалар ўлчамлари 28-жадвалда келтирилган.

26-жадвал. Боланинг ёшига нисбатан эндотрахеал (интубацион) найчаларнинг ўлчамлари

Ёши, йилларда	Найча ўлчамлари, мм
Чала туғилган чақалоқ	2,5-3,0
Чақалоқ	3,5
1	4,0
2	4,5
2-4	5,0
5	5,5
6	6
6-8	6,5
8	манжет билан 5,5
10	манжет билан 6,0

Шу билан бирга озикланиш статуси нормал, 2 ёшдан ошган болалар учун найча ўлчамини тахминан аниқлаш учун қуйидаги формуладан фойдаланиш мумкин:

$$\text{найчанинг ички диаметри, мм} = \frac{\text{ёши (йили)}}{4} + 4$$

Найчанинг тўғри ўлчамини бошқа ориентир кўрсаткичи - бола жимжилоғи диаметридир. Ҳамма вақт бир ўлчамга катта ва кичик найчалар тайёр бўлиши керак. Манжетсиз найчадан фойдаланилганда ҳавонинг фақатгина кам миқдорда чиқиб кетишига йўл қўйилиши мумкин. Интубациядан кейин нафас олиш иккала томондан бир хил эшитилаётганлигига амин булиш учун фонендоскоп билан ўпка аускултациясини ўтказинг.

● **Гипотермия**

Болалар, таналарининг юзаси катталарникига нисбатан купрок ва иссиқликни чиқариш юкори булганлиги туфайли, катталарга қараганда иссиқликни тезроқ йўқотадилар. Бу шунинг учун ҳам муҳимки, гипотермия дорининг метаболизмига, наркоз жараёнига ва қоннинг ивишига таъсир кўрсатиши мумкин.

- Операция ўтказилаётган хонада гипотермия профилактикасини таъминланг, бунинг учун албатта кондиционерни ўчириш, хонани иситиш (ёш болада операция ўтказилаётган пайтда хона ҳарорати >28 °С бўлишига ҳаракат қилинг), шунингдек болани устини кўрпа билан ёпиш керак.
- Суюқликларни илитинг (лекин улар жуда иссиқ бўлиши керак эмас).
- Агар болани иссиқ хонада тутиб туришнинг иложи бўлмаса, узоқ давом этадиган муолажалардан сақланинг (>1 соат),
- Операция ўтказилаётган пайтда боланинг ҳароратини (иложи борича тез- тез) ўлчанг, шунингдек операция ўтказилгандан сўнг ҳам.

● **Гипогликемия**

Болалар гипогликемия ривожланиши хавфига мойил бўлишади, чунки уларда глюкозанинг синтези учун ёғ ва оқсилларни ҳазм қилиш имконияти чегараланган.

- Қонда глюкоза даражасини бир меъёрда сақлаб туриш учун наркоз берилаётган пайтда глюкозани томчилатиб юборинг. Кўпинча болаларда операция ўтказилаётган пайтда катта операциялар бундан истисно, қўшимча тарзда йўқотилган суюқлик ўрнини тўлдириш учун Рингер лактати + 5% глюкоза (ёки 4% глюкоза 0,18 % тузли эритма билан) соатига 5 мл/кг тезликда юборилади.

● Қон йўқотилиши

Болаларда қон ҳажми катталарникига қараганда кичикроқдир. Шунинг учун кўп бўлмаган ҳажмдаги қон йўқотилиши ҳам ҳаёт учун хавфлидир.

- Операция ўтказилаётган пайтда иложи борича йўқотилган қон ҳажмини аниқ ўлчанг.
- Агар операция кўп қон йўқотилиши билан кечиши кутилаётган бўлса, операция ўтказилаётган хонада албатта қуйиш учун қон препаратлари тайёрлаб қўйилган бўлиши зарурдир.
- Агар йўқотилган қон ҳажми умумий қон ҳажмидан 10 % ошса (29 жадвалга қаранг), қон препаратлари қуйиш кераклиги тавсия этилган.

27-жадвал. Боланинг ёшига қараб қон ҳажми

мл/кг тана вазни

Янги туғилган гўдақлар	85-90
Болалар	80
Катталар	70

8.1.3. Операциядан кейинги парвариш

Операция тугаганлиги, операция ўтказилаётган пайтдаги ва ундан кейин вужудга келиши мумкин бўлган қийинчиликлар ҳақида ота оналарга маълумот беринг.

Операция тугагач дарҳол

- Бола наркоздан кейин ўзига келаётганлигига амин бўлинг.
 - организмнинг ҳаёт учун зарур булган асосий кўрсаткичлар мониторингини ўтказинг, яъни нафас олиш, томир уриши тезлигини (30-жадвалга қаранг) ва агар керак бўлса, бола стабил ҳолатга қайтгунига қадар артериал босимни ҳар 15-30 минутда ўлчанг.
- Болани кузатишни таъминлаш қийин бўлган ҳолатлардаги кескин хавф-хатар келиб чиқадиган шароитлардан сақланинг.
- Асосий кўрсаткичлар бузилган ҳолатлар рўй берганда, сабабини аниқланг ва тўғри келадиган даво чораларини ўтказинг.

29-жадвал. Нормал томир уриши ва артериал босим чегаралари

Ёши	Томир уриши тезлиги	Систолик артериал босим
0-1 ёш	100-160	60 дан юқори
1-3 ёш	90-150	70 дан юқори
3-6 ёш	80-140	75 дан юқори

Эслатма: Ухлаётган болаларда нормал томир уриш тезлиги 10 % га паст бўлади.

Эслатма: Болаларнинг шок ҳолатига диагноз қўйилаётган пайтда, кўпинча артериал босимни ўлчашдан кўра, катта томир уриши тезлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ келади.

Сув мувозанатини сақлаб туриш

- Операциядан кейинги даврда болаларда, асосан, сув мувозанатини сақлаб туришдан ҳам кўпроқ суюқлик талаб этилади. Операциядан сўнг қорин бўшлиғи аъзоларида перитонит (қорин яллиғланиши) мавжуд бўлса, қоидага биноан асосий талабдан кўра 150% ва ҳатто ундан кўпроқ ҳажмда суюқлик керак бўлади. Рингер лактатини 5% глюкоза билан, нормал тузли эритмани 5% глюкоза билан ёки ярим нормал тузли эритмани 5% глюкоза билан юбориш мақсадга мувофиқдир. Нормал тузли эритма ва Рингер лактатининг таркибида глюкоза йўқлигини ҳисобга олинган шунинг учун гипогликемия хавфи бўлади. Кўп ҳажмли 5% глюкоза таркибида натрий йўқ, шунинг учун гипонатриемия хавфи туғилади.
- Сув мувозанатининг жиддий мониторингини ўтказинг.
 - Организмга келиб тушган ва ундан чиқиб кетаётган суюқлик ҳажмини ҳар 4-6 соатда ёзиб боринг (инфузион эритмаларни, назогастрал дренажни, чиқарилган сийдик ҳажмини).
 - Диурез – бола организмда сув мувозанати ҳолатини энг сезувчан кўрсаткичидир.
 - Чиқарилиши керак бўлган сийдикнинг нормал ҳажми: гўдакларда – соатига 1-2 мл/кг, ёши каттароқ болаларда – соатига 1 мл/кг.
 - Агар сийдик ушланиб қолинишига гумон сезилса, сийдик йўлига катетер ўрнатинг. Бу чиқарилаётган сийдик миқдорини ҳар соатда ўлчаш имкониятини беради, бу эса боланинг оғир ҳолатини баҳолашда муҳим ўрин тутаяди. Агар қовуқ пальпациясида (ушлаб кўриб сезиш) ёки бола қовуғини бўшата олмайётганлиги аниқланса, сийдик ушланиб қолинишига гумон қилишингиз мумкин.

Оғриқни қолдириш

Операция ўтказилгандан кейин оғриқни қолдириш режасига эга бўлиш керак.

- Кучсиз оғриқда
 - Парацетамолни (10-15 мг/кг ҳар 4-6 соатда) перорал ёки ректал беринг. Парацетамолни операциядан бир неча соат олдинроқ перорал бериш мумкин, ректал – операция тугагач.
- Кучли оғриқда
 - Томирдан наркотик аналгетиклар юбориш кўрсатилган (мушакдан инъекциялар юбориш оғриқлидир)
- Морфин сульфат 0,05-0,1 мг/кг томирдан ҳар 2-4 соатда.

Озиқланиш

- Кўпгина хирургик ҳолатлар организмни калорияга талабини оширади ва мақсадга мувофиқ даражада озиқланишга тўсқинлик қилади. Хирургик муаммолар мавжуд бўлган кўпгина болалар жуда заиф ҳолатда касалхонага келтирилади. Яхши овқатланмаслик регенерацияга негатив таъсир кўрсатади ва операция

жароҳатларини битиш жараёнини секинлаштиради.

- Болани хирургик операциялар бошланмасдан анча олдинроқ яхши овқатлантиришни бошланг.
- Таркибида етарли миқдорда оқсил ва витаминлари мавжуд бўлган юқори калорияли пархезни таъминланг,.
- Перорал овқатлантириш қийин бўлган ҳолатларда, болани назогастрал зонд ёрдамида озиқлантириш имкониятини кўриб чиқинг.
- Бола тана вазни мониторингини ўтказинг.

Операциядан кейинги даврда тез-тез учрайдиган муаммолар

● **Тахикардия** (томир уриш тезлигини тезлашиши – 30-жадвалга қаранг).

Оғриқ, гиповолемия, анемия, иситма, гипогликемия ва инфекция хисобига бўлиши мумкин.

- Болани текширинг!
- Операциядан олдинги тайёргарлик ва операция жараёнидаги маълумотлар билан танишинг
- Оғриқ қолдирадиган дори воситаларига реакция мониторингини ўтказинг, томирдан юбориладиган болюсли эритмалар кислород ва томирга қон қуйиш кўрсатмалар асосида юборилади.
- Агар бошқа сабаблар бўлмаса, болада брадикардияни гипоксия белгиси сифатида қарашга тўғри келади.

● **Иситма**

Хужайраларнинг шикастланиши, ярага тушган инфекциялар, ўпка ателектази, сийдик йўллари инфекцияси (доимий катетер қўйилиши натижасида), флебит (томирга катетер қўйилиши натижасида) ёки бошқа касалликлар билан бирга кечувчи инфекциялар (масалан, безгак) ҳисобига бўлиши мумкин.

- Ярали инфекция диагнози ва уларни даволаш ҳақида келтирилган маълумотга қаранг.

● **Сийдик чикаришнинг паст даражаси.**

Гиповолемиянинг, сийдик тутилишининг ёки буйрак етишмовчилигининг оқибати бўлиши мумкин. **Сийдик чикаришнинг паст даражасига** деярли ҳамма вақт айнан сув мувозанатининг тикланмаганлиги сабаб бўлади.

- Болани текширинг!
- Сув мувозанатини саклаб туриш учун қўрилган барча чораларни муҳокама қилинг.
- Агар гиповолемиянинг эҳтимоли бўлса, нормал тузли эритма беринг (10-20 мл/кг), зарур бўлганда уни худди шу дозада такрорланг.
- Агар сийдик чикариш ўз вақтида бўлмай, сийдик тутилиб қолинаётганлигига шубҳа туғилса (бола безовта ва текширувда қовуғида сийдик тўлалиги аниқланса), қовуққа катетер қўйинг.

8.2. Чақалоқлик даври муаммолари

Ҳар хил туғма аномалиялар бўлиши мумкин, лекин улардан айримларигина тез-тез учраб туради. Баъзилари зудлик билан хирургик коррекцияни талаб этади. Бошқаларини тузатиш эса, бола ўсиб, вояга етгунга қадар бартараф этилиши керак

бўлади. Ўз вақтида диагноз қўйиш бу муаммони оқибати ҳамда даволаш вариантлари ҳақида ота-оналарга маълумотлар етказиш имкониятини беради.

8.2.1. Юқори лаб ва танглайни ёриқлиги

Бу икки нуқсон бир вақтнинг ўзида ёки алоҳида учраши ҳам мумкин (расмга қаранг). Косметик нуқсон борлигидан хавотирга тушган ота-оналарга бу ҳал қилинадиган муаммо эканлигини тушунтиринг.

Даволаш

Лаби ёрилиб икки томонга ажралган, яъни лаби ёриқ гўдакнинг овқатланиш жараёни бузилмайди. Танглайи ёриқ гўдакни овқатлантириш анча қийин кечади. Гўдак одатдагидек ютиши мумкин, лекин айнан сўра олмайди. Сув бурунга тушиши ва ўпкада аспирация бўлиши мумкин.



Бир томонлама

Икки томонлама

Қаттиқ танглайнинг ёриқлиги

Юқори лабнинг («лаби тиртиқ») ва қаттиқ танглайни («танглайи тиртиқ») ёриқлиги.

- Болани соғилган сут билан овқатлантираётганда, пиёла ва қошиқдан фойдаланинг ёки махсус сўргич қўлланг, агар мавжуд бўлса стерилланган шишадан фойдаланинг. Шиша стерилланган бўлиши шарт. Кам миқдордаги сутни қошиқча, пипетка ёки бошқа асбоб ёрдамида дарҳол тил илдизига туширишга эришиш - озиқлантириш техникаси ҳисобланади. Кейинги ютиниш нормал кечади.
- Овқатлантириш ва ўсиш мониторинги учун болаларни кичик даврдан диққат билан кузатиш зарур.
- Ёриқ лабни хирургик тикиш 6-ойлик даврдан, танглайдаги нуқсонни бартараф этиш эса 1 ёшлик даврдан бошлаб амалга оширилади. Агар анестезияни қўллаш хавfli бўлмаса, техник тўғрилашлар имкони бўлса, ёриқ лабни тикиш анча илгарироқ бошланиши ҳам мумкин,
- Операциядан сўнг эшитиш (ўрта қулоқ инфекциялари жуда кўп учрайди) ва нутқ ривожини қайси даражада эканлигини билиш мақсадида кейинги кузатишларни ўтказиш зарур.

- Бундай беморларни хирургик усулда даволашлар махсус муассасаларда олиб борилиши керак.

8.2.2. Чакалоқлар ичак тутилиши

Сабаби қуйидагилар бўлиши мумкин: привратникнинг гипертрофик стенози, ичак атрезияси, ичакларнинг буралиб қолиши билан боғлиқ бўлган муаммолар, мекониал пробка синдроми, Гиршпрунг касаллиги ёки орқа тешик атрезияси.

Диагностика

- Клиник диагноз ичак тутилиши даражасига қараб қўйилади. Проксимал ичак тутилиши–қориннинг минимал шишиб кетишида ҳам қайт қилишнинг юз бериши. Дистал/периферик ичак тутилиши– биринчи навбатда, қориннинг шишиб кетиши, кейин эса қайт қилишнинг намоён бўлиши.
- Боланинг қайт қилган массаси бошқа сабаблар бўлмаганда ҳам сафрога ўхшаш сариқ-яшил (кўпроқ яшил тусда) рангда бўлса, ичак тутилиши белгиси сифатида қаралади ва шошилишч хирургик операция ўтказилиши кераклигини кўрсатади.
- Мободо бола ҳаётининг 3 ҳафталикдан 6 ҳафталикгача бўлган даврда бола қайт қилганда қусган массаси «фавворадек» отилса, сафрога ўхшаш рангда бўлмаса ҳам привратник стенози диагнози қўйилади.
 - Сувсизланиш ва электролит мувозанатининг бузилиши характерлидир.
 - Қориннинг юқори қисмида айрим ҳолларда зайтун меваси шаклига ўхшаш хосила борлиги сезилади (катталашган привратник).
- Қорин катталашинининг бошқа сабаблари ҳақида ўйлаб кўринг (масалан, сепсис натижасида динамик ичакдан ўтмай қолишлик, некротик энтероколит ёки туғма сифилис, асцит).



Омфалоцеле билан туғилган янги чакалоқ.

Даволаш

- Кейинга қолдириб бўлмайдиган интенсив терапия чораларини кўринг ва педиатрия тажрибасига эга бўлган хирургнинг ТЕЗКОР МАСЛАҲАТИНИ олинг.
- Перорал ҳеч нарса бериш керак эмас. Қайт қилган ёки қорни шишиб кетган ҳолатда назогастрал зонддан фойдаланинг.
- Томирдан суюқлик юбориш: Дарроу эритмасини ярим қонцентрациясида ёки нормал тузли эритма + глюкоза (декстроза) юборинг:
 - Сувсизланишни олдини олиш учун аввал юқорида келтирилган суюқликни 10–20 мл/кг юборинг.
 - Сўнгра талаб килинган + назогастрал зондда йўқоладиган суюқлик миқдорини юборинг.
- Ампициллин (25–50 мл/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал) + гентамицин (7,5 мл/кг кунига 1 маҳал) буюринг.

8.2.3. Қорин бўшлиғининг олдинги деворидаги нуқсонлар

Қорин бўшлиғининг олдинги девор қисми тўлалигича ривожланмаган бўлса, қорин бўшлиғи очиқ ҳолда бўлади.

Диагностика

- Ичаклар тамоман очиқ ҳолда бўлиши мумкин (гастросхизис, ёки гастрошиз) ёки қориннинг юпқа қатлами билан ёпилган бўлиши мумкин (омфалоцеле) (расмга қаранг).

Даволаш

- Стерилланган дока қўйинг ва устини махсус пластик пакет билан ёпинг (суюқликни йўқотмаслик учун). Очиқ ичак суюқликнинг тез йўқолиб кетишига ва гипотермияга сабаб бўлиши мумкин.
- Перорал ҳеч нарса берманг. Бемалол дренаж қилиш учун назогастрал зонд қўйинг.
- Томирдан суюқлик юборинг: нормал тузли эритма + глюкоза (декстроза) ёки Дарроу эритмасини ярим концентрациясидан фойдаланинг:
 - сувсизланишни олдини олиш учун аввал юқорида келтирилган суюқликни 10-20 мл/кг юборинг.
 - сўнгра зарур бўлган миқдорда + назогастрал зонд орқали йўқотиладиган миқдорда суюқликни юборинг.
- Ампициллин (25-50 мл/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал); + гентамицин (7,5 мл/кг кунига 1 маҳал) буюринг.

Педиатрияда тажрибаси бўлган хирургнинг ТЕЗКОР МАСЛАҲАТИНИ олиш ва ихтисослашган стационарда хирургик муолажани қабул қилиш лозим.

8.2.4. Миеломенингоцеле

Диагностика

- Бош суяги ёки умуртқа поғонасининг суяк нуқсони тариқасида туртиб чиққан унчалик катта бўлмаган ўсимтаси. Асосан кўп учрайдиган тананинг қисми - бел.
- Неврологик бузилишларни (ичак фаолиятини бузилиши, қовуқ функцияси ёки оёқ учлари қисмида ҳаракатларнинг бузилиши) чақириши мумкин, шунингдек гидроцефалияни хам.

Даволаш

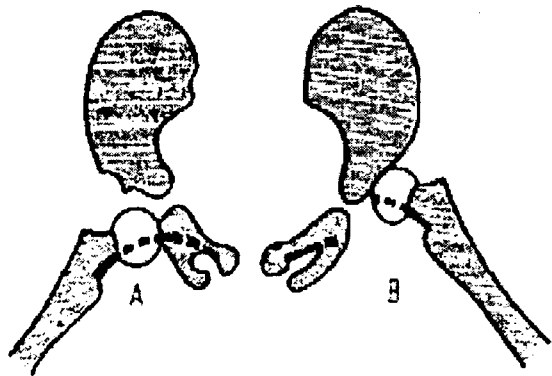
- Стерилланган дока қўйинг
- Ичак тешилишида ампициллин (25-50 мл/кг мушакдан ёки кунига 4 маҳал); + гентамицин (7,5 мл/кг кунига 1 маҳал) 5 кун мобайнида буюринг.

Педиатрияда тажрибаси бўлган жарроҳнинг **МАСЛАҲАТИНИ** олиш ва ихтисослашган стационарда хирургик муолажасини қабул қилиш.

8.2.5. Туғма сон суяги чиқиши

Диагностика

- Оғир ҳолатлар бола туғилиши билан режа асосида ўтказилган текширувда дарҳол аниқланиши керак.
- Бир томонлама сон суягининг чиқиши оёқнинг ўша томони калталигига сабаб бўлади, букилганда сон суяги харакатининг чегараланганлиги кузатилади, думба бурмасининг асимметрияси бўлади. Тос-сон бўғинида букилган оёқ керилганда, кўпинча, чиқиб кетган сон суягининг бўғим косасига тушгандаги қирс этган овози эшитилиши мумкин (Ортолани симптоми).
- Каттароқ гўдакларда диагнозни рентгенография ёрдамида тасдиқланг. Чақалоқнинг рентгенограммаларини ўқиш қийин, чунки эпифиз ва сон суякларининг бошчаси 3-4-ойликгача намоён бўлмайди (расмга қаранг). Расмда оёқнинг паст қисмида 45° бурчак остида ажралиш ҳолатида: А) нормал Шентон чизиги; б) Синган Шентон чизиги (сон суяги чиққан ҳолатда)

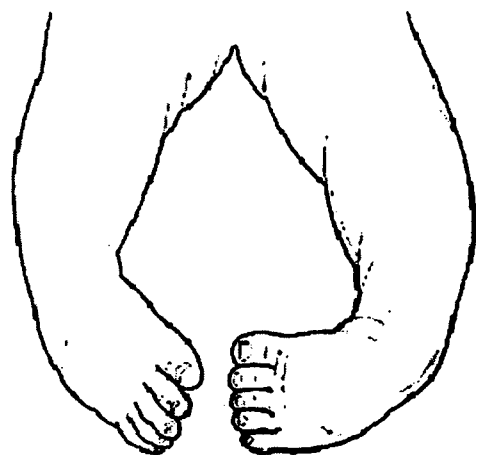


Туғма сон суяги чиқиши бўлган боланинг рентгенологик диагнози

Даволаш

- Енгил ҳолатларда болани сон ва тос қисми билан биргаликда эгилган ҳамда икки томонга ажралган ҳолатда икки қават йўргак ёки турли хилдаги қаттиқ бўлмаган шина ёрдамида 2-3 ой мобайнида вақти-вақти билан боғлаб қўйиш керак. Анъанавий халқ усули, яъни болани елкада оёқлари эгилган ва икки ёнга ажраган ҳолда олиб юриш, худди шу вазифани бажаради.
- Оғир ҳолатларда эса оёқларнинг эгилган ва икки томонга ажралган ҳолати гипс билан бойлаш орқали амалга оширилади.

Ортопед тажрибасига эга бўлган мутахассиснинг МАСЛАҲАТИНИ олиш албатта зарур.



Маймоқлик

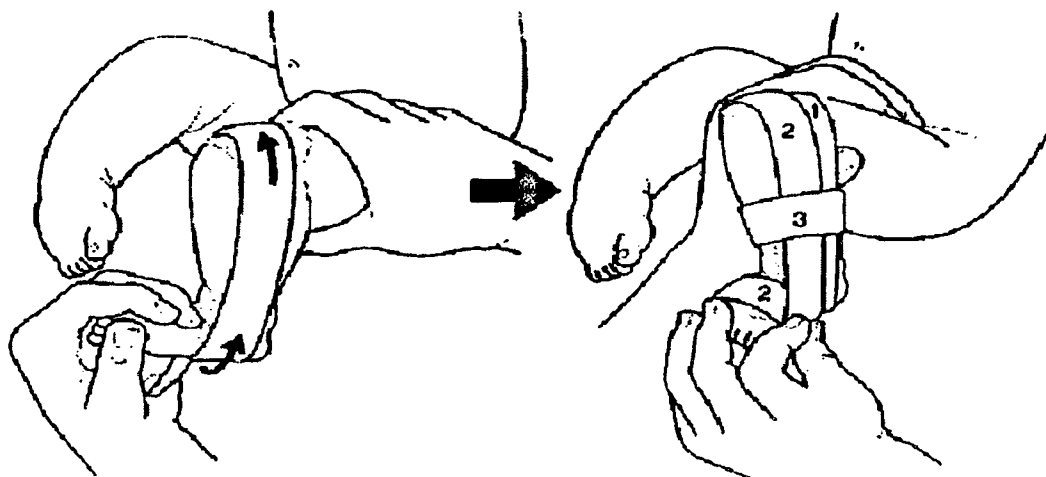
8.2.6. Ясси-вальгусли оёқ панжаси

Диагностика

- Типик шакл учта нуқсонни ўз ичига олади: оёқ кафтининг эгилганлиги, ротация (товоннинг ичкарига қараб бурилганлиги) ва оёқ панжаларини ичкарига қараб қийшайиши.

Даволаш

- Енгил ҳолатдаги нуқсонни (ташқи таъсир ёрдамида оёқнинг товон қисмини нормал ҳолатга келтириш мумкин): бола туғилиши билан оддий бола товонларини тўғирлаб



Маймоқликда таранг қилиб тортилган тасмаларни бойлаш

йўргаклашдан бошлаш керак

- Енгил деформация: коррекцияловчи муолажалар бола туғилиши билан бошлаш керак.
 - Ёпишқоқ тасма ёки гипс бойлами ёрдамида (етарли миқдорда ичида юмшоқ матолар билан) тўғри ҳолатни тутиб туришингиз мумкин. Оёқни расмда кўрсатилгандагидай боғланг.
 - Бу манипуляцияларни 2 ҳафтада 1 марта ёки нуқсон тугамагунига қадар такрорлаш лозим.
 - Бола юришни бошлагунича махсус шиналардан фойдаланиш талаб этилади.
- Оғир деформацияда ёки кеч мурожаат этилганда: хирургик тузатишлардан фойдаланилади.

8.3. Жароҳатлар

Жароҳат болалардаги хирургик муаммолар орасида энг кўп учрайдиган муаммолардан биридир. Тўғри даволаш ўлим ёки майиб бўлиб қолишнинг олдини олиши мумкин. Болаларда бўлган жароҳатларнинг олдини олиш учун барча имкониятлардан фойдаланинг.

- 1-бобдаги болаларнинг оғир жароҳатлари ҳолатини аниқлаш бўйича берилган тавсияларга қаранг. Хирургия бўйича кенгроқ маълумотлар БСТ нинг *Район касалхоналарида хирургик ёрдам кўлланмасида* келтирилган..

8.3.1. Куйиш

Куйиш болалар орасидаги ўлим даражасининг ошиш хавфини туғдиради. Оғир куйишдан омон қолган болалар, куйиш асоратидан қолган деформация қолдиқлари ва касалхоналарда узоқ муддатга қолиб кетишлари ҳамда оғриқли кечадиган даволаш муолажалари натижасида психологик жароҳатлар олишлари натижасида қийна-лишлари мумкин.

Куйиш даражасини аниқлаш

Куйиш терининг қисман ёки бутунлай шикастланишидир. Терининг бутунлай шикастланиши тери қатламларининг бутунлай куйишидир. Бунда терини қайта тиклаш имконияти бўлмайд.

- Иккита ҳолатга эътибор беринг:
 - Тери қанчалик даражада чуқур куйганлигини аниқланг;
 - Терининг бутун қалинликда куйиш ҳолларида қора ёки оқ рангдаги тери хужайралари одатда қуруқ, сезмайдиган ва босилганда оқармайдиган бўлади.
 - Куйишда терининг қисман жароҳатида куйган юзаси пушти ёки қизил рангда, пуфакчалар билан ёки ивиб қолган ҳолатда, оғриқли бўлади.
 - Тананинг қайси юза қисми куйганлигини аниқланг.
 - Тананинг куйган қисмини аниқлаш учун боланинг ёшини ҳисобга олган ҳолдаги схемадан фойдаланинг.
 - Ёки боланинг кафти ўлчами билан таққосланг. Бола кафти ўлчами унинг умумий тана юзаси ўлчамининг тахминан 1% тўғри келади.

Даволаш

- Боланинг тана юза қисми 10 % дан ошган жойи куйганда, яна юзи, қўл панжалари, оёқ товонлари, чот оралари, бўғин қисмлари, оёқ ва қўлининг атрофидаги барча жойлари шунингдек, куйган жойини амбулатория шароитида даволашнинг имконияти бўлмаган барча болаларни касалхонага ётқизиш керак.
- Нафас олганда тутун ютиш натижасида боланинг нафас олиш йўллари жароҳатланмаганлигини аниқланг.
 - Агар нафас олиш қийин кечса, кислород беринг.
 - Юзнинг ва нафас олиш йўлларининг оғир куйиши нафас олиш йўллари обструкциясини олдини олиш учун эрта интубация ёки трахеостомия талаб этилади.
- Сув мувозанатини тиклаш учун (тананинг юзасининг 20% дан ошган қисми куйганда талаб этилади). Рингер лактатни 5% глюкоза билан, нормал тузли эритмани 5% глюкоза билан ёки ярим нормал ҳолдаги тузли эритмани 5% глюкоза билан юборинг.
 - Даствлабки 24 соатда: барча талаб этиладиган ва қўшимча суюқликларни, шунингдек реанимация вақтидаги қўшимча миқдордаги суюқликни (тана юзасининг 1% куйган жойи учун 4 мл/кг тўғри келадиган миқдордаги) ҳисобга олинг.
 - Даствлабки 8 соатда суюқликнинг умумий миқдорининг 1/2 қисмини, қолган миқдорини эса – кейинги 16 соатда юборинг.

Масалан: вазни 20 кг бўлган бола тана юзасининг 25% куйган бўлса.

Умумий суюқлик миқдори

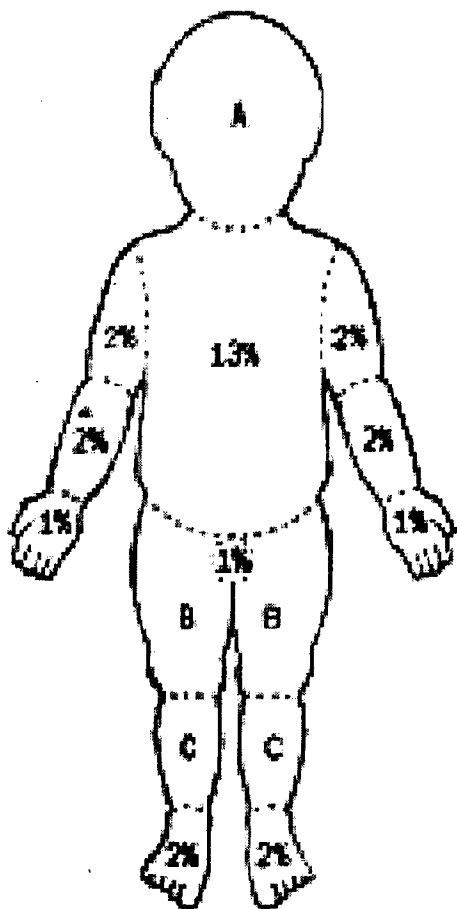
$$\begin{aligned}
 \text{даствлабки 24 соатда} &= (60 \text{ мл/ч} \times 24 \text{ соат}) + 4 \text{ мл} \times 20 \text{ кг} \times \\
 & \quad 25\% \text{ тана юзаси} \\
 &= 1440 \text{ мл} + 2000 \text{ мл} \\
 &= 3440 \text{ мл (1720 мл даствлабки 8 соат ичида)}
 \end{aligned}$$

- Кейинги 24 соатда: суюқлик миқдорини, биринчи кун зарур бўлган суюқликнинг 1/2 дан 2/3 қисмгача бўлган миқдорини беринг.
- Реанимацион муолажалар ўтказилаётганда боланинг ахволи (пульс, нафас тезлиги, қон босими ва диурез)ни жиддий мониторинг қилиб боринг.
- Чуқур куйган ҳолларда анемияни олдини олиш ёки йўқотилган қоннинг ўрнини тўлдириш учун қон қуйилиши мумкин.

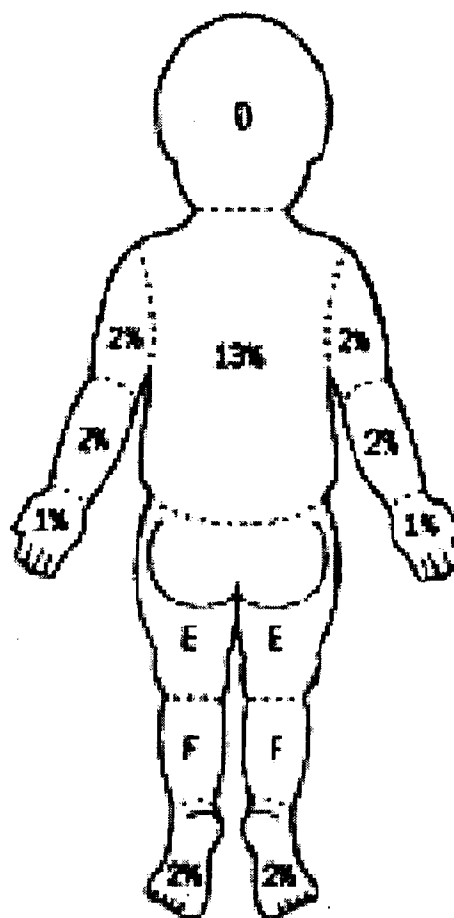
Тананинг куйган қисмини фоизларда аниқлаш схемаси

Куйган жойнинг умумий майдонини қуйида кўрсатилган схема асосида фоизларда аниқланг, (А дан F гача бўлган жойлар учун аҳамиятли бўлган, боланинг ёшига қараб ўзгариб борадиган, жадвалга қаранг).

Олдидан
кўпиниши



Орқадан
кўпиниши



Ёши, йиллари

	0	1	5	10
Куйган жойи	0	1	5	10
Боши (A/D)	10%	9%	7%	6%
Сони (B/E)	3%	3%	4%	5%
Тиззаси (C/F)	2%	3%	3%	3%

➤ Инфекция профилактикаси

- Агар тери бутун қалинликда жароҳатланмаган бўлса, қўшимча жароҳат етказмасдан антисептик эритма билан секин ювиб тозалаш мумкин.
- Агар тери қисман жароҳатланган бўлса некротик тўқималарни ва ёт жисмларни олиб ташланг. Қавариб чиққан жойни тешиб тери қопламини олиб ташлаш керак.
- Маҳаллий антибиотиклар/антисептиклар буюринг (бир нечта вариантлари мавжуд: кумуш нитрат, кумуш сульфадиазин, генцианвиолет, бетадин). Жароҳатни ҳар куни ювиб тозаланг.
- Унчалик катта бўлмаган куйган жойларни ёки боғлашни иложи бўлмаган жойларни очиқ ҳолда даволаш мумкин. Куйган жойнинг юзасини тоза ва қуруқ сақлаш керак.

➤ Иккиламчи инфекция қўшилган ҳолларда керакли даволашни қўлланг.

- Агар маҳаллий инфекция белгилари бўлса (йиринг, нохуш ҳид ёки юмшоқ хужайраларнинг яллиғланиш белгилари), амоксициллин (15 мг/кг перорал кунига 3 ваза маҳал) ва клоксациллин (25 мг/кг перорал кунига 4 маҳал) буюринг. Сепсисга шубҳа туғилса гентамицин (7,5 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 1 маҳал) + клоксациллиндан (25-50 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал) фойдаланинг. Агар битиб қолган яранинг ўрнида инфекция борлиги гумон қилинса, ярани олиб ташланг.

➤ Оғриқни қолдириш.

Оғриқли синдромни олдини олиш ҳолларини кўриб чиқинг, муолажа бошланмасидан олдин, масалан жароҳатни боғлашдан олдин оғриқни қолдирувчи чораларни кўринг.

- Парацетамолни (10-15 мг/кг ҳар 6 соатда) перорал беринг, кучли оғриқда томирдан наркотик анальгетиклар юборинг (мушакдан юборилган инъекциялар оғриқли), масалан морфин сульфат (0,05-0,1 мг/кг томирдан ҳар 2-4 соатда).

➤ Қоқшолга қарши эмлаш статусини текшириб чиқинг.

- Агар эмланмаган бўлса, қоқшолга қарши зардоб юборинг.
- Агар бола эмланган бўлса, қоқшолга қарши анатоксинни бустер дозасини кўрсатмага асосан юборинг.

➤ Овқатлантириш

- Овқатлантиришни имконияти борича тезроқ бошланг, яхшиси дастлабки 24 соат мобайнида.
- Болалар таркибида оқсил ва витаминлари мавжуд бўлган юқори калорияли озуқалардан истеъмол қилиб, парҳезда бўлишлари, шунингдек, таркибида темир моддаси булган дори воситаларини қабул қилишлари керак.
- Бола танасининг куйган жойи катта қисмни эгалласа, улар нормадагига қараганда калорияси 1,5 баробар ва оқсиллари 2-3 марта кўп бўлган овқатларни истеъмол қилишлари керак.

- Куйгандан кейинги контрактуралар. Куйган жойда қолган чандиқлар оёқ-қўлнинг букилувчан жойларида контрактурани ривожланишига олиб келади. Бу ҳолат кўнгилдагидек даволанилмаган пайтда деярли доимо ва энг яхши даволаш усули қўлланилганда ҳам баъзан содир бўлади.

- Контрактурани олдини олиш учун жароҳатланган жойларни пасив мобилизация ва оёқ-қўлларни букиладиган жойларини шиналаш орқали амалга ошириш мумкин. Шиналар гипсдан тайёрланиши мумкин. Кечаси уларни ечиб қўйиш тавсия этилмайди.

● Физиотерапия ва реабилитация.

- Куйган жойни даволашни иложи борича ўз вақтида бошлаш ва даволашнинг барча курсларини тўлиқ бажариш керак.

- Агар бола узоқ муддатга касалхонага ётқизилса, уни хошишига биноан ўйинчоқлар билан таъминланг, кўпроқ болалар билан ўйнаб, уларни хурсанд қилиш керак.

8.3.2. Жароҳатларда ёрдам кўрсатиш тамойиллари

Жароҳатланган пайтда ёрдам кўрсатишдан мақсад, аввало, қон кетишини тўхтатиш, сўнгра инфекция тушишини олдини олиш, янада ичкарида жойлашган орган ва тўқималарга шикаст етмаслик чораларини кўриб чиқиш, ҳамда ярани битиш жараёнини тезлаштишга шароит яратиб беришдан иборатдир.

➤ Қон кетишини тўхтатиш

- Қон кетишини бир мунча вақт тўхтатиш учун томирдан сизиб чиқаётган қонни қаттиқ босиб туриш орқали амалга ошириш мумкин.
- Оёқ-қўл томирларидан қон кетишини (<10 мин) бир неча вақтга тўхтатиш учун артериал босимни юқори даражада босим берилган сфигмоманометр манжетидан фойдаланиш орқали эришиш мумкин,
- Узоқ муддатга жгутдан фойдаланиш оёқ ва қўл фаолиятларига зарар етказиши мумкин. Ўроқсимон ҳужайрали анемияга чалинган боланинг қон кетишини тўхтатиш учун ҳеч қачон жгутдан фойдаланманг

➤ Инфекция тушишини олдини олиш

- Ярани боғлашда хирургик муолажалар – ярага тушадиган инфекцияни олдини олишда энг муҳим фактор ҳисобланади. Жароҳат етказилган жойларни аллақачон ифлосланганлиги кўпинча биринчи тиббий кўриқдаёқ маълум бўлади. Уларда қотиб қолган қон қолдиқлари, ифлослик, ўлик ёки яшаш учун қобилятини йўқотган ҳужайралар, шунингдек ёт жисмлар мавжуд бўлади.
- Ярани атрофидаги терини, иложи бўлса, совун билан яхшилаб ювинг ёки антисептик билан тозаланг. Ярани ўзини эса антисептик аралаштирилган сув билан ювинг.
- Маҳаллий анестезия ўтказилгач, масалан 0,25% бупивакаин эритмаси билан (1 мл/кг дан ошмаслиги керак), ярани диққат билан кўриб чиқинг, ёт жисмларни олиб ташланг ва эҳтиёткорлик билан ўлик ҳужайралардан тозаланг. Шунга ўхшаш жароҳатларнинг хусусиятларини аниқланг. Катта ва чуқур жароҳатларни наркоз остида ювиб, тозалаб боғлаш мумкин.
- Агар жароҳатлар кўнгилдагидек тозаланиб боғланса, одатда антибиотиклар ҳам талаб этилмайди.

➤ Ярани тикиш

- Агар жароҳат етганига 1 кундан кам бўлган бўлса ва коникарли тозаланган ҳолатда бўлса, ярани тикиш мумкин (дастлабки чок тушириш).
- Агар жароҳат етганига 24 соат бўлган бўлса, у жуда ифлосланиб кетган бўлса ва ярада ёт жисмлар мавжуд бўлса ёки бирон бир ҳайвоннинг тишлашидан жароҳатланиш бўлса, уни тикиш мумкин эмас
- Бирламчи чок тушмаган жароҳатларга дорига ботирилган юмшоқ докали тампон қўйилади. Агар жароҳат 48 соатдан кейин кузатилганда тоза бўлса, уни тикиш мумкин (муддати кечиккан бирламчи чок).
- Агар жароҳатга инфекция тушган бўлса, юмшоқ тампон қўйишни амалга оширинг ва ярани тампон ёрдамида даволаш имкониятини таъминланг.

➤ Ярага тушган инфекциянинг клиник белгилари:

- оғриқ, шиш, қизариш, маҳаллий ҳароратнинг кўтарилиб кетиши ва ярадан фасоднинг (йиринг) ажралиб чиқиши.
- *Даволаш*
 - Агар яранинг йиринглаб кетганлигига шубҳа туғилса уни очиш керак
 - Ярани антисептик билан яхшилаб ювиш керак.
 - Ярага дори шимдирилган тампон қўйиш керак. Тампонни ҳар куни, зарур бўлганда тез-тез алмаштириш керак.
 - Яллиғланиш бирмунча камайғунига қадар (одатда 5 кун) антибиотиклар беринг.

8.3.3. Синишлар

Болаларнинг синган жойи тўғри репозицияда тез битади.

Диагностика

- Оғриқ, шишиб кетиш, деформация, крепитация, ғайритабиий ҳаракатлар ва фаолиятнинг йўқолиши.
- Ёпиқ ҳолдаги (агар тери шикастланмаган бўлса) ёки очиқ ҳолдаги (агар терига жиддий жароҳат етказилган бўлса) синган жойлар бўлиши мумкин. Очиқ синган жойлар жиддий суяк инфекциясига олиб келиши мумкин. Улар билан боғлиқ жароҳат бўлса, очиқ синишни тахмин қилиш керак. Болаларнинг суяклари катталарнинг суякларидан фарқ қилади; улар тез синувчан, эгилувчанлиги эса «яшил новдага» қиёсланади.

Даволаш

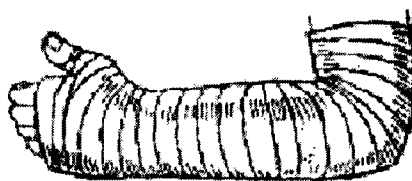
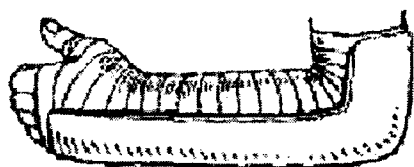
- Икки ҳолатга эътибор беринг:
 - Синган жойни аниқланг.
 - Қайси суяк синганлигини аниқланг (клиник белгилар асосида рентгенологик текширувларга қараб).
- Синган жой, масалан ўсиш пластинкаларининг сурилиши ёки зарарланиши, очиқ синган жойларда педиатрия тажрибасига эга бўлган травматолог КОНСУЛЬТАЦИЯСИГА юборилади.
- Очиқ синган ҳолатларда антибиотиклар буюриш лозим: клоксациллин (25-50 мг/кг перорал кунига 4 маҳал) ва гентамицин (7,5 мг/кг мушакдан ёки томирдан 1 маҳал), шунингдек остеомиелитни олдини олиш учун мунтазам хирургик муолажалар ўтказилиши керак.
- Болаларда энг кўп учрайдиган синган жойларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг оддий усуллари қуйида келтирилган расмларда кўрсатилган. Бу ҳолатдаги синган жойларни қандай даволаш ва уни боғлаш ҳақидаги маълумотларни БСТ қўлланмаларидан, район касалхоналарида хирургик ёрдам кўрсатиш ёки болалар хирургиясига оид стандарт дарсликларидан топиш мумкин. Қўлнинг юқори ва паст қисмига жароҳат етганида орқа лонгетадан қуйидагича фойдаланиш мумкин. Жароҳатланган қўлга аввал юмшоқ мато (масалан, пахта) қўйилади, сўнгра қўлни нейтрал ҳолатда тутиб туриш учун гипсли лонгета ўрнатилади. Лонгетани бинт ёрдамида мустақамлаб боғлаб чиқиш зарур. Лонгета жуда таранг ва ноқулай эмаслигига амин бўлиш учун бармоқларга эътибор беринг (қон томирларини капилляр тўлиши ва ҳароратига).

Елка суягини дўнглар устидан синишини даволаш

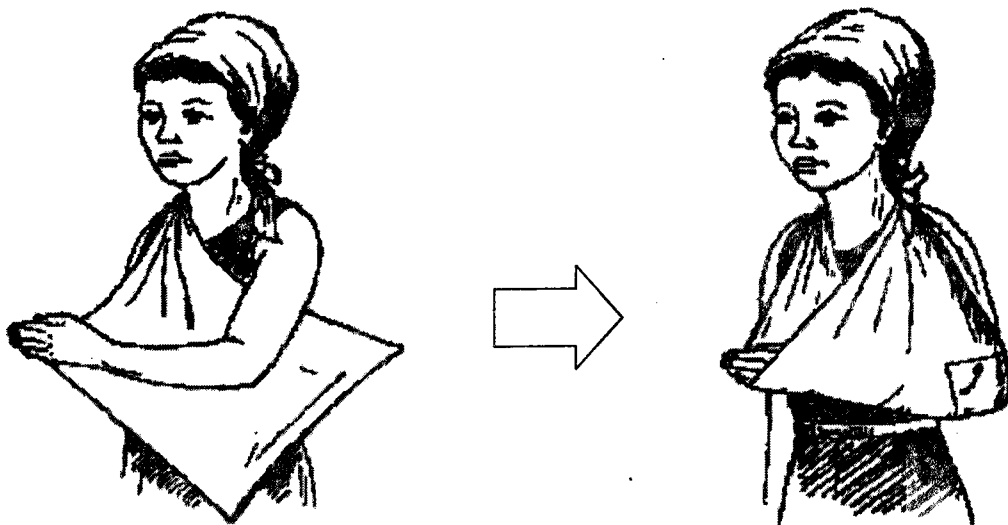
- A: Елка суягини тирсақдан юқори бўлган қисмини рентгенограммаси;*
- B: Расмда кўрсатилганидек, синган жойларни силжишини камайтириш мақсадида тракцияни амалга оширинг;*
- C: Тракцияни давом эттирган ҳолда эҳтиёткорлик билан тирсақ бўғинидан билакни букинг;*
- D: Расмда кўрсатилган ҳолатда қўлни тирсақ бўғимидан букиб ушлаб туринг.*
- E: Орқа томонига букилган шинани қўйинг;*
- F: Контрол рентгенограммада синган жойлар ҳолатини текширинг.*

Елка суягининг қўлтиқ устидан синишида ёрдам кўрсатишнинг босқичлари қўлланмада кўрсатилган. Тирсақ бўғими артериясининг сиқилиб қолиши бу синишнинг жиддий асоратларидандир. Кафтларнинг қон билан таъминланишнинг ҳолатини текширинг. Агар қон айланиши бузилган бўлса, кафт совуқ, капилляр тўлишиши – секинлашади, билак артериясидаги пульс сезилмайди. Бу ҳолда зудлик билан артериядаги ўтувчанликни тиклаш керак бўлади.

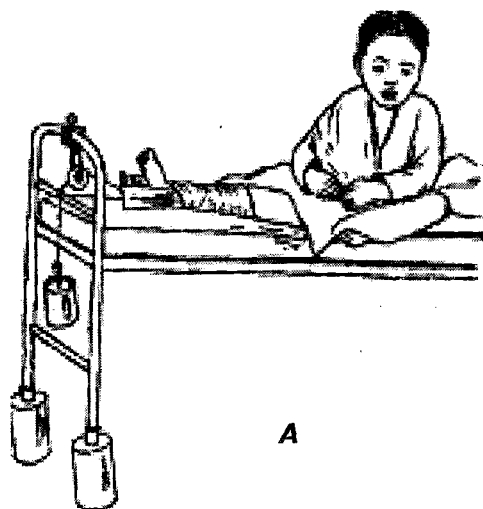
3 ёшгача бўлган боланинг сон суягини диафизар синишидаги даволаш – расмда кўрсатилганидек осиб қўйиш йўли билан тортишдир. Бир неча соат давомида ҳар соатда оёқдаги қон айланиш ҳолатини текшириб туриш зарур, оёқ бармоқлари иссиқ бўлиши керак.



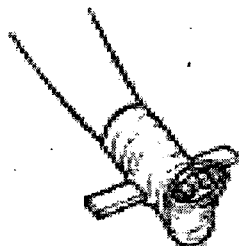
Орқа лонгета



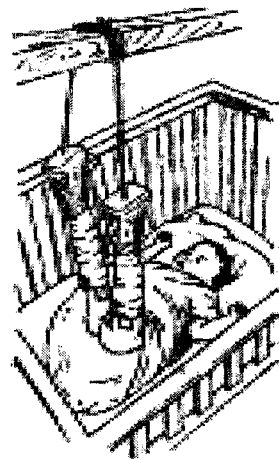
Жароҳатланган қўлни (рўмолга ўхшаш мато билан) боғлаш



A

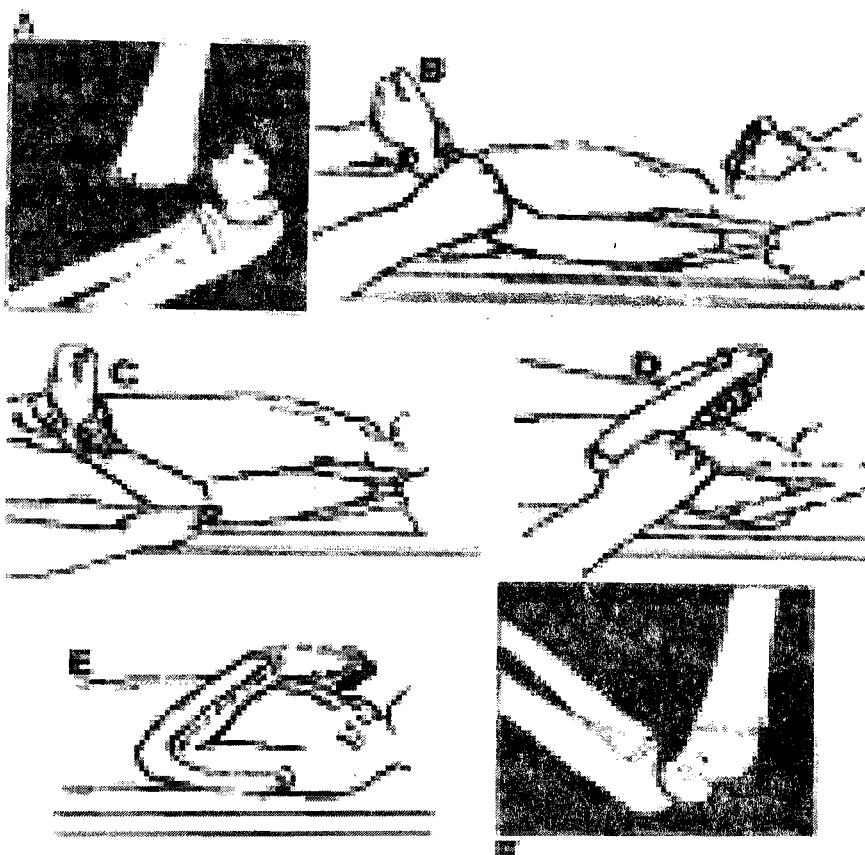


B



A. Оёқнинг паст қисмини таранг тортиб боғлаб қўйиш.

В. Гипсга ротацион харакатни олдини олиш мақсадида оёққа мослаб тахта қўйиш керак.



Каттароқ ёшдаги боланинг бел суяги диафизар синганда тери орқали тортиш амалга оширилади. Бу 3 ёшдан 15 ёшгача бўлган болалардаги сон суяги синишини даволашнинг оддий ва самарали усулидир. Агар бола оёғини горизонтал ҳолатдан кўтара олса, бу синишнинг битиши белгисидир ва унга қўлтиқтаёқлар ёрдамида юришга рухсат бериш мумкин (одатда тахминан 3 ҳафтадан кейин).

8.3.4. Бош чаноғи – мия травмалари

Бош чаноқ суягининг мумкин бўлган синиши (ёпиқ, очиқ ёки босилган) ва/ёки бош миянинг жароҳатланиши. Бош мия травмалари учта категорияга бўлинади.

- Мия чайқалиши: нисбатан енгил жароҳат бўлиб, ундаги мия функцияларининг бузилиши вақтинчалик характерга эга бўлади.
- Контузия ёки бош миянинг шикастланиши: функциялар бир неча соатдан бир неча кунлар, ҳатто ҳафталар давомида бузилиши мумкин.
- Компрессия (эзилиш): шиш ёки катталашувчи қуюлган қон (эпидурал ёки субдурал гематома) натижасида пайдо бўлиши мумкин. Агар ўсиб борувчи компрессиянинг сабаби гематома бўлса, шошилиш операция қилиш зарур.

Диагноз

- Яқиндаги анамнезда бошнинг шикастланиши.
- Пасайган хуш даражаси, хушнинг хиралашуви, талвасалар тутиши ва кўтарилган бош чаноғи босимининг белгилари (кўз қорачиқларининг ҳар хил бўлган ўлчамлари, қотган поза, маҳаллий фалажланишлар, тутилиб нафас олиш).
- Бош чаноғининг 2 томонлама проекциядаги рентгенографияси.
- Бош миянинг УТН текшируви

Даволаш

- Оғиз орқали ҳеч нарса берманг.
- Нафас олиш йўллариининг ўтувчанлигини таъминланг (1-бобга қаранг).
- Суюқлик истеъмол қилинишини чекланг (талабнинг 2/3 қисмигача қўлловчи суюқликлар, юқорига қаранг – тавсия этиладиган инфузияли эритмалар ва юбориладиган суюқликлар миқдори бўйича тавсиялар). Бош мия жароҳатланган ҳолларда нейрохирургия бўлимига ётқизинг.
- Кравотнинг бош қисмини 30° га кўтаринг.
- Бошқа мумкин бўлган жароҳатларни топинг ва даволанг, зудлик билан болалар хирургии МАСЛАҲАТИ зарур бўлади.

8.3.5. Кўкрак ва қорин жароҳатлари

Бу жароҳатлар ҳаётга хавф солувчи характерга эга бўлиши мумкин. Улар ёпиқ ва тешиб кирувчи жароҳатларга бўлинади.

Жароҳатларнинг турлари

- Кўкрак жароҳатлари қовурғаларнинг синиши, ўпканинг эзилиши, пневмо ва гемотораксларни ўз ичига олади.
- Болаларнинг кўкрак қафаслари катталарникига нисбатан қайишувчанлигини инобатга олсак уларда қовурғаларнинг синишисиз ҳам кўкрак бўшлиғидаги аъзоларнинг кучли зарарланиши бўлиши мумкин.
- Қориннинг ёпиқ ва тешиб кирувчи жароҳатлари, турли аъзоларнинг жароҳатланиши билан кечиши мумкин. Ёпиқ жароҳатда кўпинча талоқнинг шикастланиши кенг тарқалгандир.

- Қориннинг олдинги деворидаги чуқур жароҳат мавжуд бўлганда доимо қорин бўшлиғидаги ички аъзоларининг шикастланиши билан кечадиган тешиб кирувчи жароҳатини тахмин қилинг.
- Айниқса орқа чиқиш йўли атрофидаги жароҳатларга нисбатан жуда эҳтиёт бўлинг, чунки тўғри ичакнинг ёриб кирувчи жароҳатларини аниқлаш қийин.

Даволаш

- Кўкрак қафаси ёки қорин бўшлиғидаги органларининг жароҳатланган гумон қилинган ҳолларда зудлик билан педиатрик тажрибаси бўлган жарроҳ МАСЛАҲАТИ ЗАРУР бўлади.
- 1-бобдаги тавсияларга қаранг.

8.4. Қорин бўшлиғидаги муаммолар

8.4.1. Қориндаги оғриқ

Болалар кўпинча қорин оғриғидан шикоят қилишади. Бу ҳол доим ҳам меъда-ичак инфекциясининг белгиси бўлавермайди. Қорин оғриғи 4 соатдан ортиқ давом этаётган ҳолларда потенциал “ўткир қорин” ҳолатини гумон қилиш керак.

Беморнинг ҳолатини баҳолаш

- Учта савол беринг:
 - Бирга келадиган аломатлар борми? Кўнгил айнаши, қусиш, диарея ёки ич қотиши, талваса, иситма, йўтал, бош оғриғи, фарингит ёки дизуриянинг борлиги тахмин қилинаётган сабаблар доирасини кичрайтиради.
 - Беморнинг қаери оғрияпти? Боладан қайси жойи кўпроқ оғриётганини кўрсатишини сўранг. Бу ҳам диагнозни осонлаштириши мумкин. Киндик атрофи соҳасидаги оғриқ носпецифик аломат бўлиб ҳисобланади.
 - Болада перитонит белгилари борми? Бу жуда муҳим савол, чунки перитонитнинг кўп ҳолларида болага операция талаб этилади.
- Перитонит белгилари: палпация вақтида оғриқлилиқ, агар боладан сакраш ёки тоз соҳасини силташини сўраганда қорин бўшлиғидаги оғриқ ихтиёрсиз ҳимоя реакциялари (пайпаслаш ватида қорин мушакларининг зўриқиши). Нафас олишда иштирок этмайдиган қорин мушагининг таранглашиши – перитонитнинг яна бир белгисидир.

Даволаш

- Оғиз орқали ҳеч нарса берманг.
- Қусиш ёки қорин дамлашида назогастрал зонд киритинг.
- Суюқликлар танқислигини (қорнида оғриқ бўлган кўпчилик болалар сувсизланган бўлади) тўғрилаш учун в/и суюқликлари (нормал тузли эритма 10-20 мл/кг зарур бўлганда дозани такрорлаш билан), кейин эса зарур бўлган қўлловчи суюқлик миқдорининг 150 фоизини тайинланг.
- Агар оғриқ кучли бўлса оғриқсизлантирувчи дори воситалари беринг (бу ҳол жиддий абдоминал муаммолар аломатларини яширмасдан, аксинча синчиклаб

текширишга ёрдам беради).

- Агар диагнозга гумонингиз бўлса текширувни такрорланг.
- Перитонит белгилари бўлганда антибиотиклар беринг. Ичак флорасини бостириш учун (грамманфий таёқчалар, энтерококклар ва анаэроб бактериялар) ампициллин (қунига 4 марта 25-50 мг/кг м/и ёки в/и), гентамицин (қунига 1 марта 7,5 мг/кг м/и ёки в/и) ва метронидазол (қунига 3 марта 7,5 мг/кг) тайинланг.

Болалар хирургии МАСЛАҲАТИ зарур бўлади.

8.4.2. Ўткир аппендицит

Кўр ичакнинг чувалчангсимон ўсимтаси тешигининг обструкциясида пайдо бўлиб, нажас тоши, лимфатик тўқиманинг гиперплазияси ва меъда-ичак тизими паразитлари натижасида кузатилиши мумкин. Ўз вақтида даво чоралари кўрилмаса кўричак тешилиб, перитонит ривожланади ва абсцесс шаклланади.

Диагностика

- Иситма, анорексия, қусиш (доим эмас).
- Киндик атрофи соҳасидаги оғриқдан бошланиши мумкин, бироқ қориннинг пастки ўнг квадрантидаги кучли оғриқ ва оғриқлилиқ унинг энг муҳим клиник кўриниши бўлиб хизмат қилади.
- Сийдик чиқариш йўллари инфекциялари, буйрак яллиғланиши, тухумдон патологияси, ичак тутқичи лимфаденити, ичак тутилишидан фарқлаш керак.

Даволаш

- Болага оғиз орқали ҳеч нарса берманг.
- В/и суюқликлари юборинг.
 - Нормал тузли эритманинг болюс дозасини – 10-20 мл/кг юбориб суюқлик танқислигини тулдириш, зарур бўлганда уни такрорланг ва ундан сўнг зарур бўлган қўлловчи суюқликнинг 150% ни беринг.
- Диагноз қўйилганидан сўнг антибиотиклар тайинланг: ампициллин (қунига 4 марта 25-50 мг/кг м/и ёки в/и), гентамицин (қунига 1 марта 7,5 мг/кг м/и ёки в/и) ва метронидазол (қунига 3 марта 7,5 мг/кг дан).

Зудлик билан болалар хирургии МАСЛАҲАТИ ЗАРУР. Ўсимтанинг тешилиши, перитонит ва абсцесс пайдо бўлишининг олдини олиш учун иложи борича эртароқ аппендэктомия ўтказиш керак.

8.4.3. Чақалоқликнинг кечроқ давридаги ичак ўтувчанлигининг тутилиши

Чурра сиқилиши, битишмалар (аввал ўтган хирургик операцияси билан боғлиқ), аскаридалар инвазияси ҳамда инвагинация билан (кейинги бўлимга қаранг) шартланган бўлиши мумкин.

Диагностика

- Клиник кўриниш ичак тутилиши даражаси билан белгиланади. Юқори ичак тутилиш

қушиш, қориннинг бир оз дамлаши билан, пастки ичак тутилиш эса биринчи навбатда – қориннинг дам булиши билан кўринади, қушиш эса кейин пайдо бўлади.

- Типик ҳолларда қориннинг тутиб оғриши, дам булиши, газларнинг чиқмаслиги кузатилади.
- Баъзан олдинги қорин девори орқали ичакнинг ҳаракатлари тўлқинларини кўриш мумкин.
- Қориннинг рентгенологик текшируви ичак халқаларини кенгайиши билан, сув сатҳидаги ҳавони кўрсатади (Клойбер косачаси).

Даволаш

- Болага оғиз орқали ҳеч нарса берманг.
- Сув мувозанатини тиклаш ишларини олиб боринг. Ичак тутилиши аломатлари бўлган кўпчилик болалар қусадилар, шунинг учун ҳам улар сувсизланадилар.
- 10-20 мл/кг нормал тузли эритманинг болюсли дозаси билан суюқлик танқислигини тўғриланг, зарур бўлса бу муолажани такрорланг, кейин зарур миқдордаги қўлловчи суюқликнинг 150% ни беринг.
- Назогастрал зонд қўйинг – бу кўнгил айниши ва қушишни камайтиради, ичак тешилишининг олдини олади, чунки унинг тешиги атрофидаги босим камаяди.

Болалар хирургии МАСЛАҲАТИ керак бўлади.

8.4.4. Инвагинация

Ичак тутилишининг бир кўриниши бўлиб бунда ичак халқасининг бир қисми иккинчисига киради (инвагинация). Кўпинча бу ёнбош ичакиннинг кўричакка ўтиш соҳасида руй беради.

Диагностика

- Одатда 2 ёшдан кичик болаларда учрайди, бироқ катта ёшдагиларида ҳам учраши мумкин.
- Клиник кўринишлари:
 - Эрта белгилари: қориндаги, қушиш билан кечадиган санчиқсимон оғриқлар. Бола оғриқдан йиғлайди, букилади, оёқларини тепага кўтаради.
 - Кеч белгилари: оқариш, қориннинг дам булиши ва оғриқлилиги, қонли диарея («малина желеси» кўринишидаги нажас) ва сувсизланиш.
- Қорин соҳасининг пастки ўнг қисми ва баъзи ҳолларда йўғон ичак буйлаб давом этадиган пайпасланувчи қаттиқ хосиланинг пайдо булиши.



Даволаш

- Ҳаво ёки барийли хўқна қилинг (бу диагноз қўйишга ёрдам беради ва уни тасдиқлайди, инвагинация даражасини камайтиради). Тўғри ичакка Фолей

катетери киритилади (35 мл. лик балон билан), балон шиширилади ва думғазалар ёпишқоқ лента билан бир-бирига сиқилади. Барий сульфатининг илиқ эритмасини нормал тузли эритмада ўз оғирлигида 1 метр баландликдан юборилади ва рентгеноскопия йўли билан унинг йўғон ичакка бориши кузатиб турилади. Агар контраст модда букилган мениск шаклини берса, диагноз тасдиқланади. Барий оқими босими секинлик билан инвагинацияни пасайтиради. Ингичка ичакнинг бир нечта халқалари барий билан тўлса тўлиқ тўғриланиш бўлган ҳисобланади.



Бола ўталганда,
ҳажми катталашади

Чов чурраси

- Назогастрал зонд қўйинг.
- В/и суюқликлари юборинг.
- Агар инфекция белгилари (иситма, перитонит) бўлса, антибиотиклар: ампициллин (кунига 4 марта 25-50 мг/кг м/и ёки в/и), гентамицин (кунига 1 марта 7,5 мг/кг м/и ёки в/и) ва метронидазол (кунига 3 марта 7,5 мг/кг дан). Антибиотиклар қабул қилиш вақти касалликнинг оғирлигига қараб белгиланади: ҳаво хўқналари ёрдамида тўлдирилган, мураккаблашмаган инвагинация ҳолларида муолажадан сўнг 24-48 соат мобайнида антибиотиклар беринг; ичак тешилган ва кейинчалик уни кесиш ҳолларида 1 ҳафта мобайнида антибиотиклар беришни давом эттиринг.

Зудлик билан болалар хирургии маслаҳатини ташкил этинг. Агар ҳаволи ёки барийли клизма инвагинацияни йўқота олмаса, операция зарур бўлади. Ишемия ёки ичак некрози ривожланганда, резекция қилиш зарур бўлади.

8.4.5. Киндик чурраси

Диагностика

- Киндик соҳасидаги юмшоқ, тўғриланадиган бўртиш.

Даволаш

- Кўпчилик ҳолларда ўзи ёпилиб кетади.
- Агар чурранинг ўзи 5 ёшгача битиб кетмаса ёки уни доим тўғрилаш имкони бўлмаса, хирургик коррекция зарур бўлади.

8.4.6. Чот чурраси

Диагностика

- Чот соҳасидаги тўғриланадиган шиш бўлиб, бола йиғлаган ёки кучанган вақтда пайдо бўлади.

- Уруф тизимчасининг қорин бўшлиғидан чиқиш жойида (чов канали) пайдо бўлади.
- Гидроцеледан фарқланг (қорин пардасидаги қин ўсимтасининг қўшилмасликлари натижасида тухумдон атрофида суюқлик тўпланиши). Текшириш вақтида, ўтаётган нурда гидроцеле ёришиб кўринади ва одатда чот каналига тарқалмайди.
- Баъзан, кам бўлсада, қиз болаларда ҳам учраши мумкин.

Даволаш

- Мураккаблашмаган чов чурраси: 6 ойдан сўнг, қисилишнинг олдини олиш учун хирургик тўғрилаш ўтказилади.
- Гидроцеле: агар бир ёшга келиб, йўқолмаса, хирургик аралашув. Даволанмаган гидроцеле чов чуррасининг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин

8.4.7. Қисилган чурра

Чурра дарвозасида ичакнинг бир қисми ёки қорин бўшлиғининг бирор бир аъзоси (масалан, чарви) қисилиб қолганда содир бўлади.

Диагностика

- Чов ёки киндик чурраси соҳасида жойига тушмайдиган оғриқли бўртиқ ҳосила.
- Ичак қисилиб қолганда ичак тутилиши белгилари ривожланиши мумкин (қайт қилиш/ва қориннинг ишиши).

Даволаш

- Болага оғиз оркали ҳеч нарса берманг.
- Томир ичига суюқликлар буюринг.
- Агар қайт қилиш ёки ичакларда метеоризм мавжуд бўлса, назогастрал най қўйинг.
- Ичак қисмининг қисилиши гумон қилинса антибиотиклар Беринг: ампициллин (25-50 мг/кг м/и ёки т/и кунига 4 марта), гентамицин (7,5 мг/кг м/и йки т/и кунига 1 марта) ва метронидазол (7,5 мг/кг кунига 3 марта).

Зудлик билан болалар хирургии билан маслаҳатлашинг!

8.4.8. Тўғри ичакнинг тушиб қолиши

Дефекация вақтида кучаниш, сурункали диарея ва озиқланишнинг бузилиши натижасида кузатилади. Бундан ташқари ошқозон ичак трактида паразитлик қилувчи гижжалар ва муковисцидоз ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Диагностика

- Тўғри ичакнинг тушиб қолиши дефекация вақтида кузатилади ва ўз холича қайтиб кириб кетади, лекин кейинчалик, қўл билан тўғрилашга тўғри келади.
- Тушиб қолган ичакдан қон кетиш ва қисилиб, гангрена бўлиш каби асоратлар кузатилади.

Даволаш

- Агар ичакнинг тушган қисмида некроз белгилари бўлмаса (пушти ёки қизил ҳамда қон кетаётган булса) секин-асталик билан ичакни тўғриланг.
- Тўғриланган ичакни қайта чиқмаслиги учун думбани елимли лента билан ёпиштиринг. Диарея келиб чиқиш сабабини ёки овқатланиш жараёнининг бузилишини аниқлаб даволанг.
- Ичак гижжаларини даволанг. (масалан, альбендазол билан 100 мг перорал кунига 2 маҳал 3 кун мобайнида ёки 500 мг бир марта).

Болалар хирургги КОНСУЛЬТАЦИЯСИ. Ичакнинг қайта тушиши кузатилса, махсус чоклар қўйиш тавсия этилади.

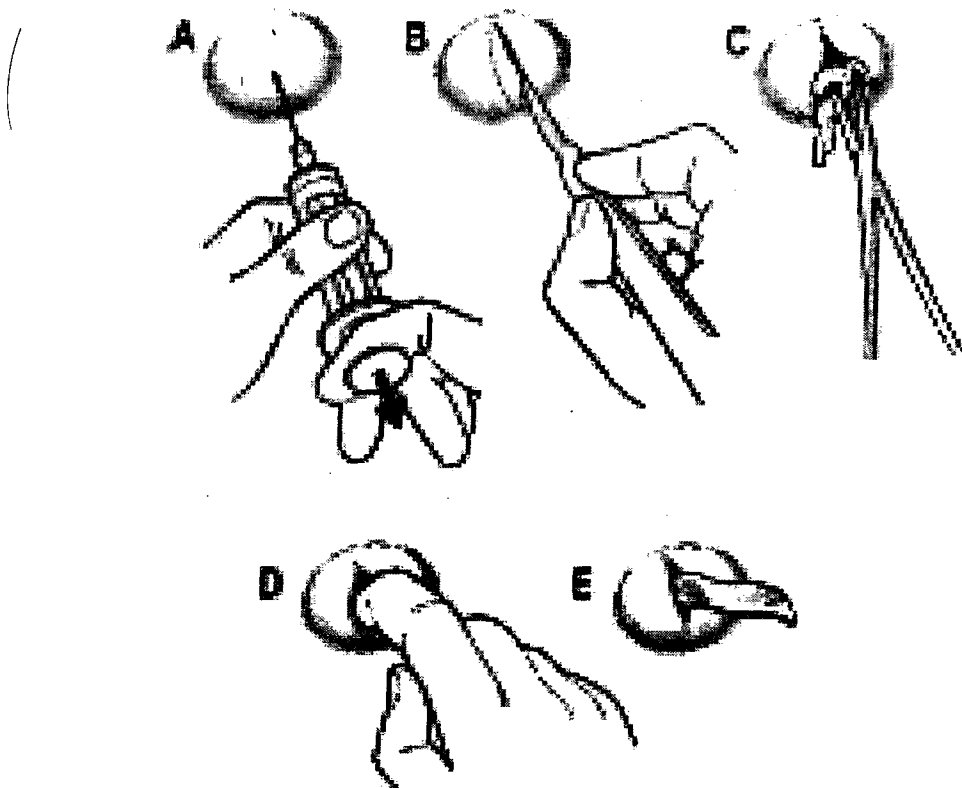
8.5. Хирургик операцияни талаб этадиган инфекциялар

8.5.1. Абсцесс

Инфекциялар деярли тананинг ҳар қандай жойида чегараланган йиринг йиғилишига сабаб бўлиши мумкин

Диагностика

- Иситма, маҳаллий шиш, терида таранглашган флюктуацияли қаттиқлашиш.
- Абсцессни кучайиб кетишига нима сабаб бўлган, деган саволни қўйинг (масалан, инъекция, ёт жисм ёки суякда инфекцияли жараён). Инъекциядан келиб чиққан абсцесслар, одатда, инъекция юборилгандан сўнг 2-3-ҳафтада ривожланади.



Абсцессни кесиш ва дренаж қилиш (яъни, найча қўйиб яранинг фасодини ёки зардобини олиш)

Даволаш

- Кесиш ва дренаж қилиш.
- Катта абсцессларда умумий анестезия ўтказилиши талаб этилиши мумкин.
- Антибиотиклар: клоксациллин буюринг (25-50 мг/кг кунига 4 маҳал) 5 кун мобайнида ёки ўша жойда яллиғланиш ҳолатларини ўзгариши йўқолгунига қадар. Агар абсцесга сабаб бўлган кўзғатувчи ичак флораси гумони бўлса (масалан, параректал абсцесда), ампициллин (25-50 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал), гентамицин (7,5 мг/кг мушакдан ёки томирдан бир марта) ва метро-нидазол (7,5 мг/кг кунига 3 маҳал) юборинг.

8.5.2. Остеомиелит

Суяк тўқималаридаги инфекция, одатда, гематоген тарқалиши натижасида келиб чиқади. Инфекциялар очиқ синиш натижасида келиб чиқиши мумкин. Айниқса стафилококклар, сальмонеллалар (ўроқсимон хужайрали анемия билан касалланган болаларда) ва туберкулез микобактериялари типик кўзғатувчилар ҳисобланадилар.

Диагноз

- Ўткир остеомиелит
 - Жароҳатланган суяк палпациясида оғриқ ва локал иситма.
 - Бола оғриқ туфайли қўл-оёқларини ҳаракатга келтиришдан бош тортади.
 - Бола оғриган оёғига босишдан воз кечади.
 - Остеомиелитнинг бошланғич босқичида рентген сурати одатдагидай бўлиши мумкин (патологик ўзгаришлар, одатда, 12-14 кундан кейин рентгенограммада пайдо бўлиши мумкин).
- Сурункали остеомиелит
 - Патологик ажралиб турган суякнинг шикастланган жойида жойлашган сурункали кавернозли жароҳатлар.
 - Рентгенограмма: суяк устидаги парданинг қалинлашиши ва секвестрларнинг (ўлик эт ёки суяк) борлиги

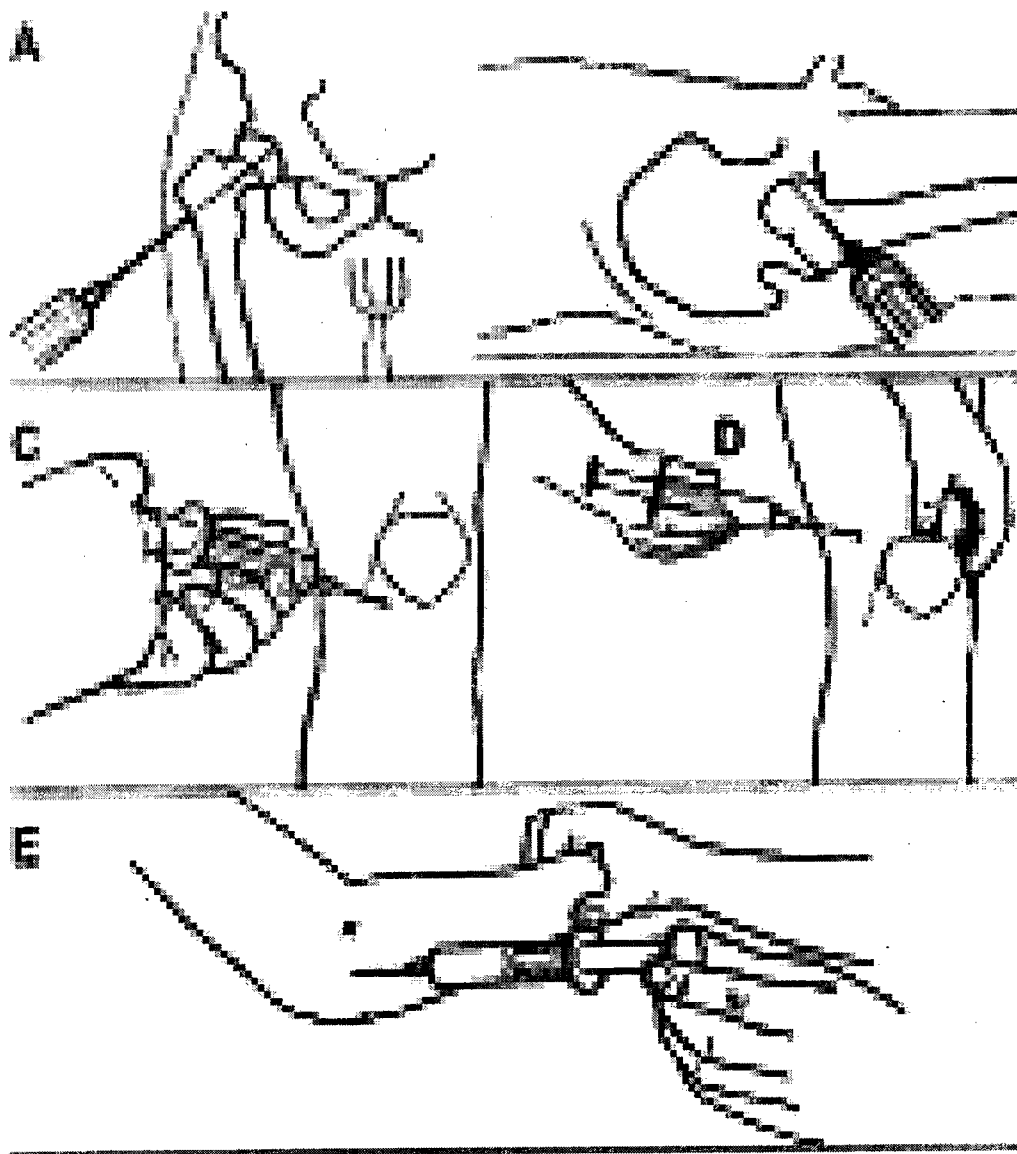
А. Йиринг йиғилган жойни аниқлаш ва уни олиб ташлаш мақсадида пункция (игна суқиш); В. Эллиптик кесиш; С-Д. Абсцесс бўшлиғидаги ички тикиш жойларини ажратиш; Е. Абсцесс бўшлиғига таранг қилиб тўлдирилмаган тампон қўйиш.

Даволаш

- Болалар хирургии КОНСУЛЬТАЦИЯСИ.
- Остеомиелитнинг бошланғич босқичларида иситма ва токсемия билан, ҳеч бўлмаганда, 5 ҳафта мобайнида қуйидаги даволаш усули кўрсатилган: 3 ёшдан ошган болаларга ва ўроқсимон хужайрали анемия билан касалланганларга - цефтриаксон (25 мг/кг кунига 3 маҳал); 3 ёшдан кичик бўлган болаларга - клоксациллин (50 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал). Парентерал антибиотикларни боланинг клиник ҳолати яхшиланмагунича қўллаш зарур, сўнгра даволаш курси тугагунга қадар уларни перорал қабул қилишга ўтиш керак бўлади.
- Сурункали остеомиелит: одатда секвестрэктомия ўтказиш зарур (жонсиз (ўлик) суякни олиб ташлаш), шунингдек юқорида кўрсатилганидек антибиотиклар билан даволаш керак.

8.5.3. Септик артрит

Остеомиелитга ўхшаш, лекин бўғинлар шикастланиши билан боғлиқ ҳолат.



Тоз суягини сон суяги билан боғловчи бўғинда (А,В), тизза (С,Д) ва тирсак бўғинларида (Е) пункция (игна суқиш, яъни дори қўйиш ёки қон, суюқлик олиш учун шприц игнаси билан баданни тешиш) методикаси

Диагностика

- Бўғинларда оғриқ ва шиш (ёки иситма).
- Бўғинларни текшириш жараёнида иккита белги аниқланади:
 - бўғинларнинг оғриқлилиги ва шишиб кетиши;
 - бўғинлар ҳаракатининг суст ва чегараланганлиги.

Даволаш

- Диагнозни тасдиқлаш учун бўғин бўшлиғи пункцияси ва аспирацияси. Энг кўп учрайдиган касаллик қўзғатувчиси олтинранг стафилококк ҳисобланади. Асептика талабига риоя қилган ҳолда пункция ўтказилиши керак.
- Бўғинларда пункция ўтказилиши ва уларни ювишга оид саволни муҳокама қилиш ва ечиш мақсадида болалар хирургининг ТЕЗКОР КОНСУЛЬТАЦИЯСИ. Бўғиндаги йиринг босим остида бўлиб, бўғинларни жарохатлайди.
- Антибиотиклар, ҳеч бўлмаганда 3 ҳафта мобайнида берилади: 3 ёшдан ошган болаларга ва ўроқсимон хужайрали анемия билан касалланганларга - цефтриаксон (25 мг/кг кунига 3 маҳал); 3 ёшдан кичик бўлган болаларга - клоксациллин (50 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал). Парентерал антибиотикларни боланинг клиник ҳолати яхшиланмагунча қўллаш зарур, сўнгра даволаш курси тугагунга қадар уларни перорал қабул қилишга ўтиш керак бўлади.

8.5.4. Пиомиозит

Мушакларнинг йиринг бойлаб яллиғланиши.

Диагноз

- Иситма ва шикастланган мушакларда оғриқлилиқ ва шиш. Пальпацияда флюктуация бўлмаслиги мумкин, чунки яллиғланиш мушак тўқималарида чуқур жойлашади.
- Кўпинча сон қисмида кўп кузатилади.

Даволаш

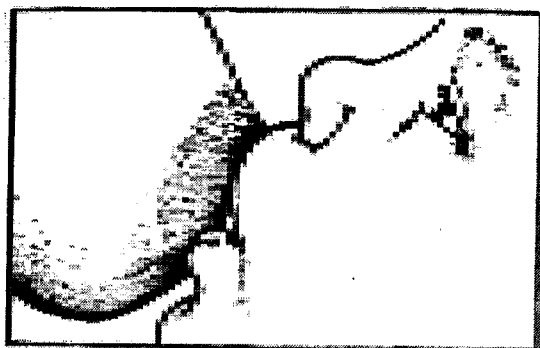
- Кесиш ва дренаж қилиш (одатда умумий анестезия остида).
- Дренажни абсцесс бўшлиғида 2-3 кунга қолдирилинг.
- Остеомиелит бўлиши мумкинлигини текшириш учун истисно тариқасида рентгенография ўтказинг.
- Клоксациллин юборинг (50 мг/кг мушакдан ёки томирдан кунига 4 маҳал) 5-10 кун мобайнида, чунки кўп ҳолларда касаллик қўзғатувчиси олтинранг стафилококк ҳисобланади.
- Хирургнинг тезкор консултациясини ўтказинг.

ҚЎЛЛОВЧИ ПАРВАРИШ

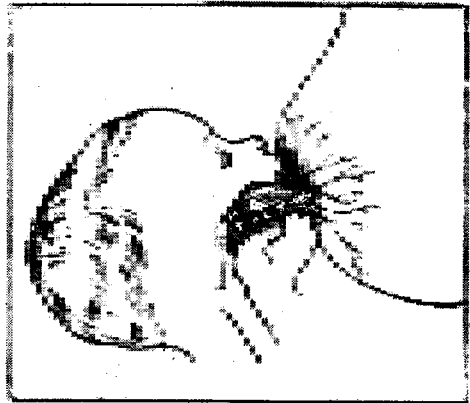
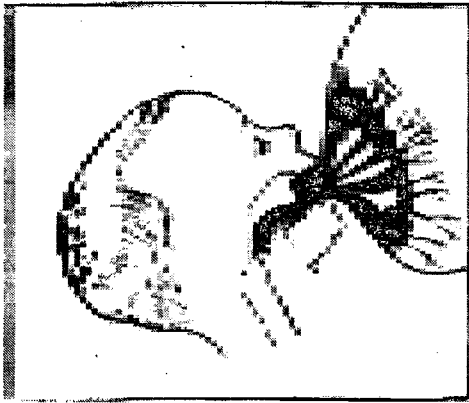
- | | |
|--|---|
| 9.1. Овқатлантириш | 9.6.1. Қон ва қон ўрнини босувчи препаратларни сақлаш |
| 9.1.1. Кўкрак билан овқатлантиришни давом эттириш | 9.6.2. Қон қуйиш билан боғлиқ муаммолар |
| 9.1.2. Касал болаларни овқатлантириш | 9.6.3. Қон қуйиш учун кўрсатмалар |
| 9.2. Сув ва электролитлар мувозанатини сақлаб туриш | 9.6.4. Қон қуйишни амалга ошириш |
| 9.3. Иситмани даволаш | 9.6.5. Трансфузиядан кейинги реакциялар |
| 9.4. Оғриқни назорат қилиш | 9.7. Оксигенотерапия |
| 9.5. Анемияни даволаш | 9.8. Уйинчоқлар ва ўйин терапияси |
| 9.6. Қоннинг таркибий қисмлари ва қон ўрнини босувчи препаратларни қуйиш | |

Юқори сифатли стационар ёрдамни таъминлаш учун шифохона ишини ташкил этиш ва ходимларнинг кунлик иш фаолияти қуйидаги принципларга асосланган бўлиши керак:

- ота-оналар билан диққат билан мулоқотда бўлиш;
- болалар бўлимида ишни шундай ташкил этиш керакки, унда оғир касал болаларга кўпроқ эътибор бериш, уларни кислород ва бошқа шошилиш ёрдам манбаининг яқинида жойлашни ташкил этиш лозим;
- бола учун қулай шароитлар яратилиши
- тиббий ходимларнинг тозалikka пухта амал қилишлари ва бошқа зарур чоралар кўриш асосида шифохона ичидаги инфекциялар пайдо бўлишининг олдини олишлари;
- гипотермия ва бошқа асоратларнинг олдини олиш мақсадида озикланишнинг оғир бузилиши билан оғриган болалар жойлашган хона иссиқ булиши керак.



Боланинг она кўкрагига тўғри (чапда) ва нотўғри (ўнгда) тутилиши.



Боланинг она кўрагига тўғри (чапда) ва нотўғри (ўнгда) тутилиши – кесимда кўрсатилган.



Болани кўракдан овқатлантиришдаги тўғри (чапда) ва нотўғри (ўнгда) ҳолатлар.

9.1. Овқатлантириш

Тиббий ходим ушбу қўлланмада берилган услублар асосида онага маслаҳатлар бериши керак. Маслоҳатлар бериш вақтида онага тушунтириладиган тамойиллар баён қилинган «Онага эслатма» берилиши керак.

9.1.1. Кўрак сути билан овқатлантиришни рағбатлантириш

Кўрак сути билан овқатлантириш чақалоқларни касалликдан ҳимоя қилиш, ҳамда уларнинг соғайишлари учун жуда муҳимдир. Кўрак сутида соғликни бутунлай қайта тиклаш учун зарур бўлган барча озиқ моддалар мавжуд.

- Бола туғилганидан бошлаб то 6 ойлик ёшигача уни фақат кўракдан эмизиш тавсия этилади.

- 6 ойликдан 2 ёшгача болаларга кўкрак сути билан овқатлантириш билан биргаликда кўшимча овқатлар бериш тавсия этилади. Кичик ёшдаги болаларни даволаш вақтида тиббий ходимлар оналарнинг болаларини кўкрак билан овқатлантиришларига ёрдам беришлари ва уларга учраши мумкин бўлган қийинчиликларни енгишларига ёрдам беришлари зарур.

Кўкрак сути билан овқатлантириш ҳолатини баҳолаш

Болани овқатлантириш ва унинг ўзини тутиши тўғрисида суриштириб анамнез йиғинг. Онанинг ёрдамга муҳтож ёки йўқлигини текшириш мақсадида болани эмизаётган вақтида уни кузатинг. Қуйидагиларга эътибор беринг:

- Бола кўкракка қандай ҳолатда тутилган.

Кўкракка тўғри тутилганлик белгилари:

- ареола асосан боланинг оғзидан юқорида кўринади;
- боланинг оғзи катта очилган;
- боланинг пастки лаби ташқарига қайрилган;
- боланинг ияги онанинг кўкрагига тегиб турибди.
- Она боласини қандай ушлаб турибди:
 - бола онасининг танасига яқин бўлиши керак;
 - боланинг юзи онанинг кўкрагига қаратилган;
 - боланинг танаси унинг боши билан бир хил баландликда жойлашиши керак;
 - она боланинг бутун танасини ушлаб туриши керак.
- Она кўкрагини қандай ушлаб турибди.

Қийинчиликларни бартараф этиш

1. «Сут кам»

Қарийиб барча оналарда битта, иккита болани овқатлантириш учун зарур бўлган сут ишлаб чиқарилиши мумкин. Бироқ баъзи ҳолларда бола етарли кўкрак сути истеъмол қила олмайди. Қуйидагилар шундай ҳолатнинг белгиларидир:

- Вазннинг кам қўшилиши (бир ойда <500 г, бир ҳафтада <125 г ёки агар боланинг 2 ҳафталигидаги тана вазни туғилгандагисидан камроқ бўлса);
- Кам миқдордаги қуюқ сийдикнинг ажралиши (бир кунда 6 марта, тўқ сариқ рангли, ҳиди кучли).

Боланинг етарли миқдорда кўкрак сутини эма олмаслигининг типик сабаблари:

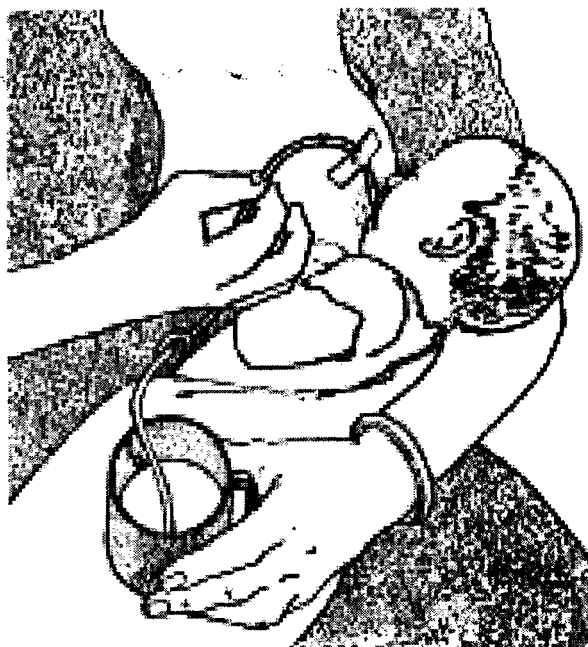
- *Кўкрак сути билан овқатлантиришнинг нотўғри амалиёти:* нотўғри тутиш (анча кенг тарқалган сабаб), кўкрак орқали овқатлантиришнинг кеч бошланиши, жадвал бўйича овқатлантириш, кечаси эмизмаслик, қисқа вақт эмизиш, эмизишда бутилкалардан фойдаланиш, сўргичлар, бошқа овқат ва суюқликларни бериш
- *Она томонидан бўладиган руҳий омиллар:* ўзига ишончнинг йўқлиги, безовталиқ, стресс, тушкунлик, кўкрақдан овқатлантиришга ёмон муносабат, болага нисбатан ёмон муносабат, умумий чарчаш.
- *Онанинг жисмоний ҳолати:* сурункали касалликларнинг мавжудлиги (масалан, сил, оғир камқонлик ёки юракнинг ревматик нуқсони); ҳомиладорликнинг олдини олувчи, сийдик ҳайдовчи дори воситаларни қабул қилиш, ҳомиладорлик, озикланишни оғир бузилиши; спиртли ичимликларни истеъмол қилиш; чекиш; йўлдошнинг бир қисмини туттилиши (кам ҳолларда).

- **Боланинг ҳолати:** овқатлантиришга тўсқинлик қилувчи касаллик ёки туғма аномалиялар (масалан, танглай ёриғи ёки юракнинг туғма нуқсони).

Сут кам ишлаб чиқарилаётган онага уни кўпайтиришга, кўкрак орқали овқатлантиришни тўхтатган онага эса лактацияни қайтадан бошлашга тўғри келиши мумкин.

Онага қуйидагиларни тушунтириб, кўкрак билан овқатлантиришни қайтадан бошлашига ёрдам беринг:

- болани иложи борича ўзига яқин ушлаш ва болани фақат ўзи парвариш қилиш;
- доимо терига-тери алоқасида бўлиш;
- бола қачон хоҳласа, унга кўкрагини бериш;
- болани кўкракни осонлик билан эма оладиган ҳолда ушлаб, кўкрақдан унинг оғзига кўкрак сутини соғиб унга ёрдам бериш.;
- бутилка, сўргич эмизиш учун бошқа мосламалардан фойдаланмаслик. Агар зарур бўлса кўкрак сутини соғинг ва болага пиёлада беринг. Агар буни ҳам қилишни иложи бўлмаса, сут ишлаб чиқариш тиклангунча сунъий йул билан овқатлантириш мумкин.



Кўшимча мослама, соғилган сут оқимини ўзгартирувчи ускунаси бўлган найча орқали кўкрақдан эмизиш.

2. Қандай қилиб сут ажралишини кўпайтириш мумкин

Боланинг кўкракни эмиши – кўкрак сути ажралишининг кўпайиши ёки тикланишининг асосий усулидир, чунки бу лактацияни кучайтиради.

Кўкрак сутини «кутган ҳолда» унга косада бошқа овқат беринг. Шиша идиш, сургич ёки бошқа мосламалардан фойдаланманг. Кўкрақдан эмизиш миқдорининг ошишига пропорционал тарзда, берилаётган сутли аралашмаларни беришни кунига 30-60 мл камайтириб боринг. Бола вазнининг ошишини текшириб туринг.

3. Кўкракни эмишдан бош тортиш ёки ҳоҳламаслик

Болани кўкрак эмишни хоҳламаслигининг асосий сабаблари қуйидагилардир:

- **Бола касал, оғриқ сезяпти ёки тинчлантирувчи восита таъсирида турибди.**
 - Агар бола эма олмаса, онани тез-тез эмизишга унданг.
 - Агар бола қаттиқ касал бўлса, у яна кўкрак эма олгунга қадар унинг онаси сутини соғиб, болага косада ёки найча орқали бериб туришига тўғри келиши мумкин.
 - Агар бола шифохонада бўлса, унинг онаси билан бирга бўлиши ва кўкрак орқали эмизишни давом эттириш имконини беринг.
 - Онага боланинг оғриётган жойларини эҳтиёт бўлиб ушлаб туришига ёрдам беринг.
 - Онага боланинг битиб колган бурнини қандай тозалашни тушунтиринг. Бир неча кун ичида болани оз-оздан, лекин тез-тез эмизишини таклиф этинг.

- Оғиздаги оғриқ *Candida* инфекцияси (молочница) ёки тиш ёриб чиқиши туфайли бўлиши мумкин. Инфекцияни нистатин суспензияси (100 000 ЕД/мл) ёрдамида даволанг. 7 кун давомида кунига 4 марта 1-2 мл суспензияни оғизга соласиз. Агар бу дори воситаси бўлмаса оғиз бўшлиғини 1% лик генцианвиолет эритмаси билан ювинг. Тишлари чиқаётган боланинг онасига сабр қилишни ва кўкрак беришда давом эттиришни маслаҳат беринг.
- Агар она доимий тарзда тинчлантирувчи дори воситаларини қабул қилса, уларнинг миқдорини камайтиришга ёки бундай дориларни бермасликка ҳаракат қилинг ёки тинчлантирувчи таъсири камроқ бўлган бошқа шундай дорилардан беринг.

- *Кўкрак билан эмизиш техникаси билан боғлиқ қийинчиликлар бўлса*

- Онага кўкракдан эмизиш техникасини яхшилашга ёрдам беринг: боланинг тўғри ҳолатда ётгани ва кўкракка тўғри тутилганлигига ишонч ҳосил қилинг, она боланинг бошини босиб турмасин ва кўкрагини қимирлатмасин.
- Онага эмизиш учун шиша идиш ва сўргичдан фойдаланмасликни маслаҳат беринг, зарур бўлса косачадан фойдаланинг.
- Сут безларининг дағаллашиши ҳолларида сутни соғиб олиш зарур, бўлмаса мастит ривожланиши мумкин. Агар бола эма олмаса онага сутни тўғри соғишда ёрдам беринг.
- Кўп сут ажралиб чиқишини камайтиришда ёрдам беринг. Агар бола кўкракка нотўғри тутилган бўлса ёки самарасиз эмса, у кўпроқ ва тезроқ овқатланади, бу эса ўз навбатида кўкракни керагидан кўпроқ сут ишлаб чиқаришини тезлаштиради. Сутнинг ҳаддан ортиқ ишлаб чиқарилиши онага зарур бўлмасида, бунга болани овқатлантиришда бир вақтда ҳар иккала кўкрагидан эмизиши ҳам сабаб бўлади.

- *Шароитнинг ўзгариши боланинг кўнглини бузади.*

Анча вақт онадан узоқда бўлиш, бошқа энага, онасининг касаллиги, уй шароитидаги ўзгаришлар ёки она ҳидининг ўзгариши (бошқа совундан фойдаланиш ёки ҳайз келиш даврида) болада инжиқлик пайдо қилиши ва у эмишдан бош тортиши мумкин.

Туғилганда тана вазни кам бўлган ва касал чақалоқлар

Туғилганида тана вазни <2,5 кг бўлган чақалоқлар каттароқ чақалоқлардан кўра кўпроқ кўкрак сутига муҳтож бўладилар. Бироқ бундай чақалоқлар туғилганларидан сўнг тезда эмишни бошлай олмайдилар, айниқса тана вазни анча кам бўлган ҳолларда.

Ҳаётининг биринчи кунларида чақалоқ оғиз орқали суюқлик истеъмол қила олмайди, шунинг учун ҳам у парентерал овқатланишга муҳтож бўлади. Чақалоқ оғиз орқали суюқлик ича олган вақтдан бошлаб оғиз орқали суюқликлар беришни бошланг.

30–32 ҳафталик гестация ёшидаги чақалоқлар одатда назогастрал зонд орқали овқатлантиришга муҳтож бўладилар. Бундай чақалоқларга соғилган сутни зонд орқали беринг. Зонд орқали овқатлантираётган вақтда она боласига бармоғини сўрдириб қўйиши мумкин. Бу чақалоқнинг овқат ҳазм қилиш трактини рағбатлантиради ва тана вазнининг ошишига ёрдам беради.

30-32 ҳафталик гестация ёшидаги чақалоқларни косача ёки қошиқча ёрдамида овқатлантиришни бошлаш мумкин.

30-32 ҳафталик (ёки каттароқ) гестация ёшидаги чақалоқлар кўкрак эмишни бошлай оладилар. Чақалоқнинг аҳволи бунга имкон берса, онага унинг қўлини кўкрагига қўйишига рухсат беринг. Чақалоқ зарур овқатларни қабул қила олиши учун унга соғилган сутни беришда давом этинг.

34-36 ҳафталик (ёки каттароқ) гестация ёшидаги чақалоқлар одатда тўлиқ кўкрак овқатланишига ўта оладилар.

Кўкрак сўра олмайдиган чақалоқлар

Кўкрак орқали овқатланмаётган чақалоқ овқатнинг куйидаги кўринишларидан бирини қабул қилиши зарур:

- соғилган кўкрак сути (имкони борича онасиники);
- тоза сувда тавсияларга асосан тайёрланган сутли аралашма ёки агар тайёр суюқ сутли аралашма бўлса;
- уй ҳайвонларининг сути (100 мл сигир сутига 50 мл сув қўшиб аралаштиринг, кейин қоришмага 10г шакар ва тайинланган овқат микроэлементидан қўшинг. Овқатнинг бу турини чала туғилган болаларга беринг).

Соғилган кўкрак сути – бу энг яхши йўл. Уни куйидаги миқдорларда бериш зарур:

тана вазни > 2,5 кг – бўлган чақалоқларга 150 мл/кг гача ҳар куни, оралиғи 3 соатлик 8 та овқатланишга бўлиб;

тана вазни < 2,5 кг – бўлган чақалоқлар тўғрисида тавсияларга қаранг.

Агар бола кўкрак эмиш учун жуда нимжон бўлса, уни косача ёрдамида овқатлантириш керак бўлади. Агар чақалоқ карахт ёки оғир анорексия билан оғриган бўлса уни назогастрал зонд ёрдамида овқатлантиринг.



Чақалоқни соғилган кўкрак сути билан косача ёрдамида овқатлантириш

Тикловчи овқатлантириш

Қуйида келтирилган рецептларнинг 100 мл миқдори /100 ккал ва 3 г оқсил. Битта порцияда қарийиб 200 ккал ва 6 г оқсил мавжуд. Чақалоқ 24 соат ичида 7 марта овқатланиши зарур.

1-рецепт (Сувли бўтқа)

Таркибий қисмлари	1 л га	Битта порцияда
Ун (бошоқлиларники)	100 г	20 г
Янчилган ер ёнғоқ/ ёғли ўсимликлар уруғлари	100 г	20 г

Қуюқ бўтқа тайёрланг, кейин унга 1 л сув қўшинг.

2-рецепт (сутли/гуручли бўтқа)

Таркибий қисмлари	1 л га	Битта порцияда
Ун (бошоқлиларники)	125 г	25 г
Сут (янги сут ёки узоқ сақлаш учун тоза сут)	600 мл	120 мл
Шакар	75 г	15 г
Ўсимлик ёғи / маргарин	25 г	5 г

Қуюқ сутли бўтқани оз миқдорда сув қўшиб тайёрланг (ёки 600 мл сут ўрнига 75 г қуруқ сутдан фойдаланинг), кейин унга шакар ва ўсимлик ёғи қўшинг. 1 л гача сув қўшинг.

Гуручли бўтқа тайёрлаш учун уни худди шу миқдордаги гуруч билан алмаштиринг.

Бу рецептларни витаминлар ва минерал қўшимчалар билан бойитиш зарур бўлиши мумкин.

3-рецепт (Гуручли овкат)

Таркибий қисмлари	600 г га	Битта порцияда
Гуруч	75 г	25 г
Ловия	50 г	20 г
Қовоқ	75 г	25 г
Кўкат	75 г	25 г
Ўсимлик ёғи/маргарин	25 г	5 г
Сув	800 мл	

Гуруч, мош, қовоқни сувга солинг, ўсимлик ёғи ва зираворлар қўшинг ва қопқокни ёпиб қайнатинг. Гуруч тайёр бўлишидан аввал майда тўғралган пиёз қўшинг. Яна бир неча дақиқа давомида қайнатинг.

4-рецепт (гуруч асосидаги тайёр уй овқатлари қўшиб тайёрланган овкат)

Таркибий қисмлари	Битта порциядаги миқдор
Қайнатилган гуруч	90 г (4S ош қошиғи)*
Қайнатилган дуккакдилар, нўхат ёки мошдан тайёрланган пюре	30 г (1S ош қошиғи)
Тайёрланган қовоқ пюреси	30 г (1S ош қошиғи)
Маргарин/ўсимлик ёғи	10 г (2 чой қошиғи)**

Пюрега маргарин ёки ўсимлик ёғи қўшинг.

5-рецепт (маккажўхори асосидаги тайёр уй овқатлари қўшиб тайёрланган овкат)

Таркибий қисмлари	Битта порциядаги миқдор
Қуюқ маккажўхори буткаси кашасикашаси	140 г (6 ош қошиқ)*
Янчилган ер ёнғоқ	15 г (3 чой қошиқ)**
Тухум	30 г (1 тухум)
Кўкатлар	20 г (ховуч)

Ер ёнғоқ пастаси ва хом тухумни тайёр буткага аралаштиринг. Бир неча дақиқа давомида қайнатинг. Ширин ҳид келиши учун қовурилган пиёз, помидор ва кўкатлар қўшинг. Каша билан аралаштиринг ёки алоҳида дастурхонга тортинг.

* Ош қошиғи = 10 мл; ** чой қошиғи = 5 мл.

9.1.2. Касал болаларни овқатлантириш

Кичик ёшдаги касал болаларни овқатлантириш тамойиллари:

- кўкрақдан эмизишни давом эттириш;
- овқатлантиришни чекламаслик;
- тез-тез овқатлантириш (ҳар 2-3 соатда), камроқ миқдорда;
- иложи борича болани ўзи овқатланишга ундаш ва сабрли бўлиш;
- агар болада оғир анорексия бўлса уни назогастрал зонд ёрдамида овқатлантириш;
- иштаҳа пайдо бўлгач, ортида қолган ривожланишга етиб олишга ҳаракат қилиш.

Овқат қуйидаги талабларга жавоб бериши керак:

- болага ёқиши керак;
- бола учун уни ейиш осон бўлиши керак (юмшоқ ёки суюқ таркибли);
- осон ҳазм бўлиши керак;
- тўйимли ва калорияли бўлиши керак.

Овқатланишнинг асосий тамойили, етарли даражада энергияга эга бўлган маҳсулотлар ва юқори сифатли оқсилларни ўз ичига олган пархез билан таъминлашдир. Ёғлилик даражаси юқори ёки ҳайвонлар ёғи мавжуд бўлган маҳсулотлар тавсия этилади. Бола умумий калориянинг 30-40% фоизини ёғлар кўринишида қабул қилиши мумкин. Бундан ташқари, рационнинг энергетик қимматига эришиш учун тез-тез овқатлантириш зарур. Агар овқатнинг тўйимлилигига гумон пайдо бўлса, поливитами́нлар ва минераллар қўшимчаларини беринг.

Болани тез-тез, лекин кам-кам миқдорда ейишга ундаш керак. Агар кичкина болалар овқатланишда акалари ёки укалари билан мусобақалашсалар, улар овқатнинг зарур миқдорини ея олмайдилар.

Қуюқ ёки қуруқ ажралмалар билан тўлган бурун овқат ейишни қийинлаштиради. Ажралма ва қаватларни юмшатиш учун дока пиликча ёрдамида бир неча марта тузли сув ёки тузли эритмадан томизинг.

Бола бир неча кунлар давомида ея олмайдиган (масалан, онгнинг бузилишида, менингитда ёки оғир пневмониядаги нафас етишмовчилигида) назогастрал зонд орқали овқатлантириш зарурияти туғилиши мумкин. Болага тез-тез, бироқ кам-кам овқат берилса аспирация хавфини камайтириш мумкин.

Стационардаги даволовчи овқатланишга қўшимча тарзда, уйга жавоб берилгандан сўнг яхшиланиш даврида вазндаги йўқотишларни тўлдириш учун овқатлантириш миқдорини ошириш зарур. Болада иштаҳа бўлган вақтда она унга одатдагидан кўпроқ овқат бериши муҳимдир (ҳеч бўлмаса кунига бир марта қўшимча овқатлантириш).

15-СХЕМА. Соғлом ва касал болани овқатлантириш бўйича тавсиялар*

6 ойгача бўлган болалар

- Бола талаб қилган вақтда кечаю-кундуз кунига камида 8 марта кўкрак сути билан эмизинг.
- Бошқа ҳеч қандай овқат ёки суюқлик берманг.
- Фақат бола 4 ойликдан катта бўлса ва у очдек бўлиб кўринса ёки унинг вазни секин ошаётган бўлса:
Кўшимча овқат беришни бошланг (пастга қаранг).

Кунига 1–2 марта кўкрақдан эмизиб бўлгач 2-3 ош қошиқдан кўшимча овқат беринг

6 дан 12 ойгача

- Бола талаб қилган вақтда кечаю-кундуз кунига камида 8 марта кўкрак сути билан эмизинг.
- Маҳаллий яшаш жойига хос, зарур озик моддаларга бой бўлган бўтқадан беринг, (31-жадвалдаги мисолларга қаранг):
 - агар кўкрақдан эмизиш давом этаётган бўлса кунига 3 марта;
 - агар кўкрақдан эмизиш тўхтатилган бўлса кунига 5 марта ва кўшимча сифатида 1–2 стакан сут беринг.

12 ойдан 2 ёшгача

- Бола талаб қилганда кўкрақдан эмизинг.
- Кунига 5 марта маҳаллий яшаш жойига хос, зарур озик моддаларга бой бўлган бўтқадан ёки оддий уй овқатини беринг (31-жадвалдаги мисолларга қаранг).

2 ёш ва ундан катта

- Кунига 3 марта оддий уй овқатини беринг. Бундан ташқари кунига 2 марта овқатланишлар орасида турли салатлар беринг.
- Кунлик тўла қимматли овқат рацион миқдори бўйича етарли бўлиши ва юқори калорияли маҳсулотларни ўз ичига олиши керак (масалан, ўсимлик ёғидан тайёрланган қуюқ бутка); гўшт, балиқ, тухум ёки дуккакдилар; мева ва сабзавотлар.

9.2. Сув ва электролитлар мувозанатини сақлаш

Болага зарур бўлган умумий суюқлик миқдори қуйидаги формула бўйича ҳисобланади: биринчи 10 кг га 100 мл/кг, кейинги 10 кг га 50 мл/кг, кейин эса ҳар бир қушилган килограммга 25 мл/кг дан, Масалан, 8 кг лик бола қунига $8 \times 100 \text{ мл} = 800 \text{ мл}$ суюқлик истеъмол қилиши керак, вазни 15 кг бўлган бола эса қунига $(10 \times 100) + (5 \times 50) = 1250 \text{ мл}$ суюқлик қабул қилиши керак.

30-жадвал. Организмнинг суюқликка бўлган талаби

Боланинг тана вазни, кг	Суюқлик, мл/день
2	200
4	400
6	600
8	800
10	1000
12	1100
14	1200
16	1300
18	1400
20	1500
22	1550
24	1600
26	1650

Агар болада иситма бўлса, унга юқорида кўрсатилганидан кўпроқ суюқлик беринг (тана ҳарорати кўтарилишининг ҳар бир $^{\circ}\text{C}$ га миқдорни 10% га оширинг).

Суюқлик қабул қилинишини назорат қилиш

Бир қанча вақт давомида овқат емаган бўлиши мумкин бўлган оғир касал болаларда етарлича гидратацияни сақлаб қолишга алоҳида эътибор беринг. **Иложи борича суюқликни оғиз орқали беринг (оддий йўл билан ёки назогастрал зонд ёрдамида).**

Агар суюқликни вена ичига юборишга тўғри келса, суюқликнинг кўпайиб кетиши хавфини истисно қилиш учун, юбориш жараёнини диққат билан кузатиб туриш зарур, чунки бу ҳол юрак етишмовчилиги ёки бош миянинг шишишига олиб келиши мумкин. Агар суюқликларни в/и юборишнинг мукамал мониторингини олиб боришнинг иложи бўлмаса, в/и юборишни фақат оғир сувсизланиш, септик шок, антибиотикларни в/и юбориш учун ҳамда оғиз орқали суюқлик бериш мумкин бўлмаган болаларда (масалан, ичак перфорацияси ёки қорин бўшлиғининг бошқа хирургик муаммолари) қўлланг. 5 % глюкоза қўшилган ярим нормал тузли эритма сув мувозанатини сақлаш учун юбориладиган в/и суюқликлари қаторига киради. Узоқ вақт давомида фақат 5% глюкозанинг ўзини берманг, чунки бу гипонатриемияга олиб келиши мумкин.

9.3. Иситмани даволаш

Берилган тавсияларда келтирилган тана ҳароратлари, агар махсус тарзда изоҳланмаган бўлса ректал ҳароратга мос келади. Оғиздаги ва аксилляр ҳарорат ректал ҳароратдан мос тарзда тахминан 0,5 ва 0,8 °C паст бўлади.

Иситма антибиотиклар тайинланиши учун сабаб бўла олмайди, у боланинг иммун тизимининг инфекцияга қарши ҳимоя реакциясига ёрдам беради. Бироқ юқори ҳарорат (>39 °C) қуйидаги бир қанча нохуш ҳолатларга олиб келиши мумкин:

- иштаҳанинг пасайиши;
- юқори қўзғалувчанлик;
- баъзан талвасалар (6 ойдан 5 ёшгача бўлган болаларда);
- кислородга талабнинг ошиши (масалан ўта оғир пневмония, юрак етишмовчилиги ёки менингит билан оғриган болаларда).

Иситмаси бўлган барча болаларни иситма сабабини кўрсатиши мумкин бўлган аломатлар бўйича текшириш ва зарур тарзда даволаш керак

Иситма туширувчи воситалар

Парацетамол

Оғиз орқали парацетамол билан даволаш фақат > 2 ойлик болаларда тана ҳарорати > 39 °C бўлганда, иситма ўзини ҳис қилишни бузган ёки тизимли бузилишларга олиб келган ҳолларда қўлланилади. Парацетамолни тетик ва фаол ҳолатдаги болаларда қўллаш етарли самара бермайди. Парацетамолни бериш миқдори ҳар 6 соатда 15 мг/кг ни ташкил этади.

Бошқа воситалар

Аспирин биринчи қатор иссиқ туширувчи восита сифатида тавсия этилмайди, чунки кам учрайдиган жигар ва бош миёни зарарловчи асорат Рейе синдроми пайдо бўлиши унинг ортикча қўлланиши билан боғлиқ. Сувчечак, Денге иситмаси ва бошқа геморрагик касаллар билан оғриган болаларга аспирин берманг.

Бошқа дори воситалари ўзларининг заҳарлилиги ва самарасизлиги (дипирон, фенилбутазон) ёки нархи баландлиги (ибупрофен) учун тавсия этилмайди.

Қўлловчи парвариш

Иситмаси бўлган болалар энгил кийинган ва иссиқ, лекин яхши шамоллайдиган хонада бўлишлари керак. Уларни кўпроқ сув ичишга ундаш керак. Танани илиқ сув билан артиш ҳароратни фақат артиш вақтидагина камайтиради.

9.4. Оғриқни назорат қилиш

Оғриқни назорат қилишнинг асосий тамойиллари қуйидагилардир:

- имкони борича оғиз орқали аналгетикларни қўллаш (дориларни мушак орасига киритишнинг ўзи оғриқ беради);
- аналгетикларни доимий вақт оралиғида, болада фақат кучли оғриқларнинг қайтадан бошланишини кутмасдан туриб, навбатдаги дозасини қўллаш;

- даволашни ортиб борувчи дозалар билан ёки енгил оғриқ қолдирувчи воситалар билан давони бошлаб, кейин босқичма-босқич организм талабининг ортиши ёки ўрганишининг ривожланишига қараб кучлироқ воситаларга ўтиб даволаш;
- *аналгетиклар миқдорини индивидуал тарзда тайинлаш* зарур, чунки бир хил натижага эришиш учун ҳар хил болага дорининг ҳар хил дозаси талаб этилади.

Оғриқни самарали назорат қилиш учун қуйидаги воситалардан фойдаланинг:

1. **Маҳаллий анестетиклар:** тери ёки шиллиқ пардаларнинг оғриқли зарарланиши ҳамда оғриқли муолажаларни ўтказиш вақтида.

- лидокаин: овқатланишдан олдин оғиздаги оғриқли яраларга тампон ёрдамида суртинг (бу муолажа вақтида, ОИВ юққан оила аъзолари ёки ОИВ юққан тиббий ходимлар амалга ошириш ҳолларидан ташқари ҳолларда, қўлқоплардан фойдаланинг, чунки уларга бу инфекциядан ҳимоя зарур эмас); лидокаиннинг таъсири 2–5 дақиқадан сўнг бошланади.

2. **Нонаркотик аналгетиклар:** енгил ва кучсиз оғриқларда (масалан, бош оғриғи, латдан кейинги ва спастик оғриқ):

- парацетамол;
- аспиридан фойдаланиш бўйича эслатмаларга қаранг;
- ностероид шамоллашга қарши воситалар, масалан, ибупрофен.

3. Опиатлар каби **наркотик аналгетиклар**, оддий оғриқ қолдирувчи воситалар ёрдам бермаган ҳолларда мўтадил ва кучли:

- морфин, қиммат бўлмаган ва кучли оғриқ қолдирувчи восита – оғиз орқали ёки в/и ҳар 4-6 соатда ёки доимий в/и қуйиш орқали;
- петидин – оғиз орқали ёки м/и ҳар 4-6 соатда;
- кодеин – оғиз орқали ёки м/и ҳар 6-12 соатда ноопиоид воситалар билан бирга оғриқни қолдирувчи таъсирни кучайтириш мақсадида.

Эслатма: Нафас олишнинг қийинлашуви белгиларининг пайдо бўлишини диққат билан кузатиб боринг. Агар организмнинг дорига ўрганиши ривожланса, унинг миқдорини оғриқни босиш учун зарур даражагача кўтариш зарур.

4. **Бошқа дори воситалари:** оғриқнинг ўзига хос сабабларига қараб.

Бундай препаратлар диазепам (мушак спазмаларида), карбамазепин ёки амитриптилин (невралгик оғриқларда) ва кортикостероидларни (масалан, дексаметазон, тўқималарнинг яллиғланиши натижасидаги нервларнинг сиқилиши билан шартланган оғриқларда) ўз ичига олади.

9.5. Анемияни даволаш

Анемия (оғир бўлмаган)

Кичик ёшдаги (< 6 ёш) болаларга анемия диагнози гемоглобиннинг миқдори < 109г/л бўлганда (гематокрит миқдорига қарийиб тўғри келади < 27%) қўйилади. Агар болада анемия борлиги аниқланса, озикланишнинг оғир бузилиши бўлган ҳоллардан бошқа ҳолларда даволашни бошланг.

- 14 кун давомида таркибида темир бўлган воситалар билан даволанг (уйда) (темир/фолатнинг тавсия этиладиган кунлик миқдори таблеткалар ёки темир сиропида).

Эслатма: Агар бола безгакдан даволаниш учун сульфадоксин-пириметамин қабул қилаётган бўлса, унга 2 ҳафтадан сўнг навбатдаги кузатиш учун келмагунича таркибида фолат бўлган таблеткалар берманг. Фолатдан фойдаланиш безгакка қарши воситанинг таъсирини камайтириши мумкин.

- Боланинг ота-онасидан уни 14 кундан сўнг тиббий муассасага олиб келишларини сўранг. Агар имкони бўлса, даволаш 3 ой мобайнида олиб борилиши керак. Анемияни даволашда 2–4 ҳафта, организмдаги темир захираларини тиклаш учун эса 1–3 ой керак бўлади.
- Агар бола > 2 ёшда бўлиб, у охириги 6 ой давомида мебендазол олмаган бўлса унга мумкин бўлган анкилостом ёки власоглав инвазияси учун мебендазолнинг бир марталик дозасини беринг (100 мг кунига 2 марта 3 кун давомида).
- Онага тўғри овқатлантириш масалалари бўйича маслаҳатлар беринг.

Огир анемия

- Қуйидаги ҳолларда тезлик билан эритроцитар масса қуйиш ишларини олиб боринг:
 - НВ 40г/л, гематокрит курсаткичи 18 % бўлган барча болаларга;
 - Енгилроқ кўринишдаги анемияли болаларга (гематокрит 23 %, НВ < 80 г/л) қуйида келтирилган клиник белгиларнинг бирортаси бўлса ҳам:
 - аниқланган сувсизланиш;
 - шок;
 - хушнинг бузилиши;
 - юрак етишмовчилиги;
 - чуқур шовқинли нафас олиш;
 - жуда юқори безгак паразитемияси (>10% эритроцитлар паразитлар билан).
- Эритроцитар массани 3-4 соат давомида тана вазнига 10 мл/кг ҳисобида юборинг.
- Ҳар 15 дақиқада нафас олиш тезлиги ва пульсни текширинг. Агар бирор кўрсаткич тезлашса, қуйиш тезлигини камайтинг. Агар қон қуйиш оқибатида гипергидратация белгилари пайдо бўла бошласа в/и фуросемид беринг (1-2 мг/кг), умумий миқдори кўпи билан 20 мг.
- Агар қон қуйишдан сўнг ҳам гемоглобин миқдори ўзгармаса, муолажани қайтаринг.
- Кўп суюқлик истеъмол қилиш (гипергидратация) озикланишнинг огир бузилиши бўлган болалардаги энг кўп учрайдиган ва жиддий асоратлардандир. Эритроцитар массани 1 кг тана вазнига 10 мл ҳисобида фақат бир марта қуйинг (тана вазнига 20 мл/кг ўрнига).

9.6. Қон компонентлари ва қон урнини босувчи эритмаларни қуйиш

9.6.1. Қон компонентларини сақлаш

Қон орқали ўтадиган инфекцияларга текширилган қон компонентларидан фойдаланинг. Яроқлилиқ муддати тугаган ёки музлатгичда 2 соатдан ортиқ вақт давомида сақланган қон компонентларидан фойдаланманг.

Кўп миқдордаги 4 °С ҳароратда сақланган қонни >15 мл/кг/с, тезликда қуйиш гипотермияга олиб келиши мумкин, айниқса кам вазли болаларда.

9.6.2. Қон қуйиш билан боғлиқ муаммолар

Қон инфекцияларнинг (масалан, безгак, сўзак, В ва С гепатитлари, ОИТВ) юқиш манбаига айланиши мумкин. Шунинг учун ҳам бундай инфекцияларнинг олдини олиш мақсадида донорларни текширувдан ўтказинг. Юқиш хавфини камайтириш мақсадида қонни *фақат жуда зарур ҳоллардагина* қуйинг.

9.6.3. Қон препаратларини қуйиш зарур бўлган ҳолатлар

Қон компонентларини қуйиш зарур бўлган ҳолатлар:

- кўп қон йўқотиш (умумий қон миқдорининг 20-30% фоизи) ва давом этаётган қон кетишида;
- оғир анемия;
- септик шок (агар в/и суюқликлари зарур қон айланиш ҳаракатини таъминлай олмаса, шунингдек антибактериал даволашга қўшимча сифатида);
- чақалоқларда гемолитик касалликда оғир сариклик бўлганда, алмашлаб қуйиш сифатида.

9.6.4. Қон компонентларини қуйишни амалга ошириш

Қон компонентлари қуйишдан олдин қуйидагиларни текширинг:

- Қон гуруҳининг мослиги, ҳамда касалнинг ёрлиқчаси ва ҳисобга олиш варағида фамилияси ва қайд этиш рақамини текширинг (шошилиш ҳолларда қон қуйишда мос келмаслик ва салбий реакциялар хавфини гуруҳга хос қон ёки I(0) гуруҳли қондан фойдаланиб, ҳар томонлама камайтиринг;
- қон қуйиш учун олинган қон солинган халтачаларнинг зарарланмаганлиги;
- қон солинган халтача музлатгичда 2 соатдан ортиқ вақт турмаган; плазманинг ранги пушти ранга ўзгармаган, ва унда йирик қуйилган бўлақлар йўқ.
- эритроцитлар тўқ қизил ёки қора бўлиб кўринмаяпти;
- юрак етишмовчилигининг ҳар қандай белгилари. Айланувчи қоннинг миқдори нормал бўлган болаларда юрак етишмовчилиги бўлса, қон қуйишнинг бошланишида в/и га 1 мг/кг фуросемид юборинг. Дори воситасини қон солинган халтачага қўшманг.

Графикда боланинг тана ҳарорати, нафас олиш тезлиги ва пулсини қайд қилинг.

Бошланғич қуйиладиган қон компоненти миқдори 3-4 соат ичида тана вазнига 20 мл/кг ни ташкил этиши керак.

Қон компонентлари қуйиш вақтида:

- агар имкон бўлса, қон компонентлари қуйиш тезлигини назорат қиладиган мосламадан фойдаланинг;
- қон компонентлари қуйиш тўғри тезликда амалга ошириляётганлигини кузатиб туринг;
- қон компонентлари қуйишнинг биринчи 15 дақиқасида трансфузиядан кейинги реакцияларнинг белгиларини пайдо бўлишини назорат қилинг (пастга қаранг);
- ҳар 30 дақиқада боланинг умумий ҳолати – тана ҳарорати, нафас олиш тезлиги ва пулсини текшириб туринг;

● қон қуйишнинг бошланиш ва тугаш вақтини, қуйилган қон миқдорини ва бирор трансфузиядан кейинги реакциялар пайдо бўлганлигини белгиланг.

Қон компонентлари қуйишдан сўнг:

● боланинг ҳолатини яна баҳоланг. Агар қўшимча қон қуйиш зарурати бўлса, худди шу миқдордаги қон қуйиш ҳамда фуросемид миқдорини (агар аввал тайинланган бўлса) қайтариш керак.

9.6.5. Трансфузиядан кейинги реакциялар

Агар қон компонентларини қуйишда реакция бўлса, аввал қон солинган халтачалардаги белгилар ва касал тўғрисидаги маълумотларни текширинг. Агар бирор бир ўзгариш сезсангиз, зудлик билан қон қуйишни тўхтатиб, бу ҳақда қон қуйиш хизматини хабардор қилинг.

Енгил реакциялар (енгил гиперсезувчанлик натижасидаги)

Белгилар:

■ қичишувчи тошмалар.

Даволаш:

- қон компонентлари қуйиш тезлигини камайтиринг;
- агар бўлса хлорфенамин 0,1 мг/кг м/и беринг;
- агар 30 дақиқадан сўнг ёмонлашиши кузатилмаса, қон компонентлари қуйишни оддий тезликда давом эттиринг;
- агар аломатлар йўқолмаса, мўътадил реакцияни даволагандек даволанг (пастда, қаранг).

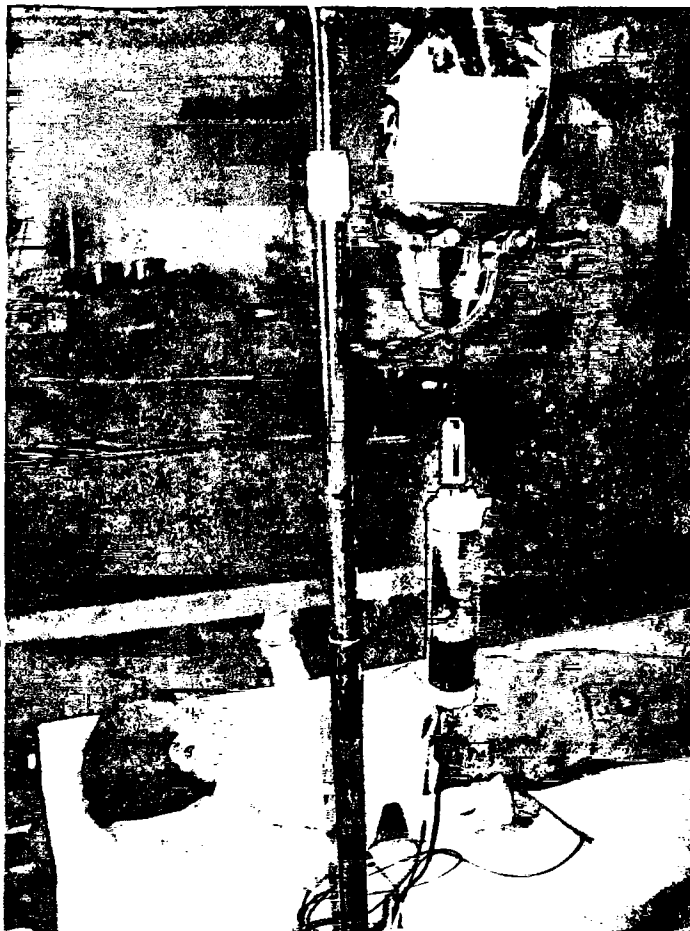
Ўрта оғирликдаги реакциялар (урта гиперсезувчанлик, гемолитик бўлмаган реакциялар, пирогенлар ёки қуйилаётган қон компонентининг бактериал ифлосланиши натижасидаги).

Белгилари:

- яққол кўринадиган қичишувчи тошмалар (уртикар);
- юзга қон қуйилиши;
- иситма $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$ (Эслатма: болада қон қуйишни бошлашдан олдин ҳам иситма бўлиши мумкинлигига ҳам эътибор беринг);
- титраш
- безовталиқ ҳолати;
- тезлашган юрак уриши.

Даволаш:

- қон компонентини қуйишни тўхтатинг, лекин вена ичидаги системани оддий тузли эритма билан тўлдирилган ҳолда қолдиринг;



**Қон қуйишни амалга ошириш.
Эслатма: қуйилган қон
миқдорини ўлчаш учун
мосламадан фойдаланилади.
Шина, тирсак бўғинида қўл
букилмаслиги учун қўйилган**

- агар бўлса, в/и 200 мг гидрокортизон ёки 0,25 мг/кг м/и га хлорфенамин юборинг;
- астмоид нафас олиш мавжуд бўлса, бронхолитик восита беринг;
- қон қуйиш хизматига қуйидагиларни жўнатинг: қон қуйиш учун ишлатилган тўплам, бошқа венадан олинган қон намунаси ва 24 соат ичида олинган сийдик намунаси;
- агар яхшиланиш бўлса, секинлик билан янги қон қуйишни бошланг ва касалнинг аҳволини диққат билан кузатиб туринг;
- агар 15 дақиқадан кейин касалнинг аҳволи яхшиланмаса, уни ҳаётга хавф солувчи реакция сифатида даволанг. Жавобгар врач ва қон қуйиш хизматига хабар беринг (пастга қаранг).

Ҳаётга хавф солувчи реакциялар (гемолиз, қуйилаётган қоннинг бактериал инфлосланиши ва септик шок, ҳаддан зиёд суюқлик истеъмол қилиш ёки анафилаксия натижасидаги).

Белгилар:

- иситма > 38 °С (эслатма: иситма қон қуйишдан олдин ҳам бўлган бўлиши мумкин);
- титраш;
- безовта ҳолат;
- тезлашган юрак уриши;
- тезлашган нафас олиш;
- сийдик қора ёки тўқ қизил рангда (гемоглобинурия);
- сабаби маълум бўлмаган қон кетиши;
- хушнинг хиралашуви;
- коллапс.

Хушсиз ҳолатдаги боладаги назорат қилиб бўлмайдиган қон кетиши ёки шок ҳолати, ҳаётга хавф солувчи реакциянинг ягона белгилари бўлиши мумкинлигига эътибор беринг.

Даволаш:

- қон компонентини қуйишни тўхтатинг, лекин вена ичидаги системани оддий тузли эритма билан тўлдирилган ҳолда қолдиринг;
- нафас олиш йўллариининг ўтувчанлигини сақланг ва кислород беринг;
- 0,01 мг/кг тана вазни миқдорида адреналин беринг (0,1 мл эритмага 1:10 000 тўғри келади);
- шокка қарши чоралар кўринг;
- агар бўлса, в/и гидрокортизон 200 мг ёки м/и га 0,1 мг/кг хлорфенирамин юборинг;
- агар астмоид нафас олиш мавжуд бўлса, бронхолитик восита беринг;
- бу ҳол тўғрисида иложи борича тезроқ жавобгар врач ва қон қуйиш хизматига хабар беринг;
- венага 1 мг/кг фуросемид юбориш йўли билан буйракдаги қон айланишини сақлаб туринг;
- септицимиядаги каби антибиотик лар тайинланг.



Кислород терапияси: тўғри ўрнатилган ва мустаҳкамланган назал айри

9.7: Оксигенотерапия

Қўлланадиган ҳолатлар

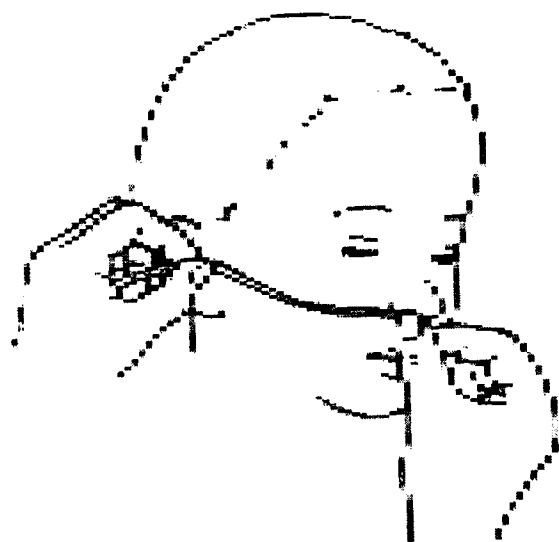
Имкони бўлганда, оксигенотерапия пулсоксиметрия кўрсаткичларига асосланган бўлиши керак Артериал қоннинг кислородга тўйиниш даражаси (SaO_2) < 90% бўлган болаларга SaO_2 даража > 90% етгунича кислород беринг. Пулсоксиметриядан фойдаланиш имкони бўлмаган жойларда оксигенотерапияга эҳтиёжни, унча ишончли бўлмаган клиник белгилардан келиб чиқиб, баҳолаш мумкин. Агар кислород захираси чекланган бўлса, уни биринчи навбатда пневмониянинг жуда оғир кўриниши, бронхиолит ёки астма билан оғриган болаларга бериш керак:

- марказий цианози бўлган ёки
- ича олмайдиган болаларга (агар бу нафас олиш етишмовчилиги туфайли пайдо бўлса).

Агар кислород захираси кўпроқ бўлса, уни қуйидаги келтирилган белгилари бўлган барча болаларга бериш керак:



Кислород терапияси: тўғри ўрнатилган назал катетер (кесимдаги кўриниши).



Бурун-халқум катетерини киритиш учун бурундан қулоқ олди кертигигача бўлган масофани ўлчаш



Бурун-халқум катетерининг тўғри ҳолати, кесмадаги кўриниш

- кўкрак қафаси пастки қисмининг яққол тортилиши;
- нафас олиш тезлиги 70/дақ. ёки кўпроқ;
- инқиллаб нафас олиш (кичик ёшдаги чақалоқларда);
- бошнинг тасдиқловчи ҳаракати.

Кислоруд манбаи

Кислород захираларидан доим фойдаланиш имкони бўлиши керак. Балонлар ва кислород қонцентратори – асосий кислород манбаларидир. Жихознинг барча қисмларининг тўғри келишини текшириш жуда муҳимдир.

Кислород баллонлари ва концентраторлари

Кислород баллонлари ва концентраторларидан фойдаланиш учун тавсия этиладиган ускуналар руйхати ҳамда улардан фойдаланиш тўғрисидаги кўрсатмалар ЖССТнинг «Oxygen therapy in the management of a child with an acute respiratory infection» (Болалардаги ўткир респиратор инфекцияларда кислород терапияси)нинг техник шарҳида ҳамда ЖССТ нинг «Clinical use of oxygen» (Кислороднинг клиник қўлланиши) қўлланмасида ҳам келтирилган (қаранг Кўшимча адабиётлар).

Кислород бериш

Кислород беришнинг уч хил усули тавсия этилади: назал айри, назал ва назогастрал катетеридан фойдаланиш йўли билан.

Назал айри ёки назал катетердан деярли барча ҳолларда фойдаланиш мумкин.

Назал айри – кичик ёшдаги чақалоқлар ва оғир круп ёки кўкйўтал билан оғриган болаларга кислород беришнинг энг қулай усулидир.

Назогастрал катетерни қўллаш, диққат билан кузатишни ва катетер қизилўнғачга кириб қолса ёки бошқа жиддий асоратлар пайдо бўлганида шошилиш чоралар кўришни талаб этади. Ниқоблар ва қалпоқлардан фойдаланиш тавсия этилмайди.

Назал айри. Бу бурун катакларига киритиладиган иккита калта найчалардан иборат мосламадир. Уларни бурун катакларига саёзгина киритиб ёпишқоқ лента билан яноқларга ёпиштириб қўйинг (расмга қаранг). Бурун катаклари кислород оқимини тўсиб қоладиган шилликлардан озод бўлишига эътибор бериш зарур.

- Нафас олишдаги кислород концентрациясини 30-35% фоизга етказиш учун оқим тезлигини 1-2 л/дақ. (кичик ёшдаги чақалоқлар учун 0,5 л/дақ.) қилиб қўйинг. Назал айрилардан фойдаланганда кислородни намлаш талаб этилмайди.

Назал катетер. Бурун бўшлиғининг орқа қисмига киритиладиган 6 ёки 8 ўлчамли катетер (Шарьер шкаласи бўйича). Катетерни бурун катагидан қошнинг ички чегарасигача бўлган масофага мос чуқурликка киритинг.

- Кислород бериш тезлигини 1-2 л/дақ. қилинг. Назал катетердан фойдаланганда кислородни намлаш талаб этилмайди.

Назогастрал катетер. Юқори юмшоқ танглайнинг тилчаси даражасидан тўғри халқумга киритиладиган 6 ёки 8 ўлчамли катетер (Шарьер шкаласи бўйича). Катетернинг киритилиш чуқурлиги, бурун катагидан қулоқ олди кертигигача бўлган масофага мос келади (юқоридаги расмга қаранг). Агар катетер чуқур киргизилса, у қайт қилдириши, баъзан эса ошқозон деворининг чўзилишига олиб келиши мумкин.

- Нафас олганда кислород концентрацияси 45-60% фоиз бўлиши учун кислород бериш тезлигини 1-2 л/дақ. қилинг. Ошқозоннинг чўзилиш хавфини ҳисобга олган ҳолда кислород бериш тезлигини бундан оширмаслик жуда муҳимдир. Кислородни намлаш талаб этилади.

Кузатиш

Ҳамширага назал айри ёки катетерни тўғри ўрнатиш ва мустаҳкамлашни ўргатинг. Доимий равишда ускунанинг тўғри ишлаётганини текшириб турунг, ҳеч бўлмаганда кунига 2 марта айри ёки катетерни чиқариб олиб, ювиб турунг. Ҳар қандай муаммоларни аниқлаш ва тўғрилаш учун боланинг ҳолатини камида ҳар 3 соатда текшириб турунг:

- пульсоксиметрия орқали SaO_2 ;

- назал катетер ёки айрининг қимирлаши;
- кислород бериш тизими бутунлигини бузилиши;
- нотўғри кислород бериш тезлиги;
- нафас олиш йўлларининг шиллиқ билан тўлиб қолиши (бурунни нам пиликча ёки эҳтиёткорлик билан сўриб олиш орқали тозаланг);
- ошқозоннинг шиши (катетернинг ҳолатини текширинг ва зарур бўлса уни тўғрилаб кўйинг).

Пульсоксиметрия

Пульсоксиметр – қоннинг кислород билан тўйинишини ноинвазив усулда ўлчаш асбобидир. Унинг ишлаши кўл ёки оёқ тўқималари орқали ёки кичик болаларнинг кафти ёки товонлари орқали ёруғлик нури ўтказишга асосланган. Тўйиниш катта бўлмаган артерияларда аниқланади, шунинг учун артериал қоннинг кислород билан тўйиниши деб (SaO_2) белгиланади. Бир неча ойлар давомида фойдаланиш мумкин бўлган кўп марталик ва бир марталик датчиклар қўлланилади.

Денгиз сатҳида жойлашган жойда, боладаги кислород билан тўйинишнинг оддий даражаси 95-100% ни ташкил этади; пневмония билан оғриш ҳолларида ўпкага кислород келиши қийинлашиб, тўйиниш даражаси пасайиши мумкин. Одатда, қоннинг <90% даражали тўйинишида (хона ҳароратида ўлчанади) кислород тайинланади. Санаш нуқтаси сифатида денгиз сатҳидан баландлик ёки кислород етарли бўлмаслигига қараб, ҳар хил даражалар олиниши мумкин. Организмнинг кислород терапиясига реакциясини ҳам пульсоксиметр ёрдамида ўлчаш мумкин, чунки агар болада ўпка касаллиги бўлса, SaO_2 даражаси ортади (кўк ранг типли юрак нуқсонидан кислород берилганидан сўнг SaO_2 даражаси ўзгармайди). Пульсоксиметр кўрсаткичларига асосланган ҳолда ортиқча кислород миқдорини сарфламасдан, мўътадил тўйиниш даражасига $\text{SaO}_2 > 90\%$ эришиш учун кислород оқимини дозалаш мумкин.

Оксигенотерапиянинг давомийлиги

Болада хона ҳароратида SaO_2 миқдори >90% бўлмагунича кислород беришни давом эттиринг. Агар боланинг ахволи ўзгармаса ёки яхшиланса кислород беришни бир неча дақиқага тўхтатинг. Агар SaO_2 миқдори 90% дан юқори бўлса, кислородни ўчириб, бироқ ярим соатдан сўнг кўрсаткични текширинг. Кислород терапияси тўхтатилгач, бир сутка давомида ҳар 3 соатда боланинг ҳолати мўътадил эканлигига ишонч ҳосил қилиш учун кўрсаткичларни текшириб турунг. Агар пульсоксиметр бўлмаса, кислород терапиясининг давомийлиги унча ишончли бўлмаган клиник белгиларга асосланади.

9.8. Ўйинчоқлар ва ўйин терапияси

Ўйин терапиясининг намунавий дастури

Ҳар бир дарс нутқ ва ҳаракатни ривожлантириш машқлари ва ўйинларни ўз ичига олиши керак.

Нутқни ривожлантириш учун машқлар

Боллага маҳаллий кўшиқларни ўргатинг. Болани кўпроқ кулишга, ўзининг қилаётган ишларини товушлар ёрдамида кўрсатишга, ҳикоя қилиб беришга унданг.

Харакатли машқлар

Боланинг бажараётган хатти-харакатларини доимо қўллаб-қувватлаб туринг.

Ўйинчоқлар билан шуғулланиш

6 ойдан катталарга: Ипга терилган гирлянда

9 ойдан катталарга: Кубиклар, «Матрешка», Нарсали қутича

12 ойдан катталарга: Шиқилдоқ, барабан, кўғирчоқ, нарсалар йиғиш учун бутилка, суриб юриш учун ўйинчоқ, тортиб юриш учун ўйинчоқ, бутилкаларнинг юқори қисмларидан тайёрланган пирамида, ойна Расм – бошқотирма

18 ойлик ёшдан катта болаларга: Китобча, ойна, бошқотирма.

БОЛАНИНГ ҲОЛАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ КУЗАТИШ**10.1. Кузатиш услуби****10.2. Касални кузатиш картаси****10.3. Педиатрия болами аудити****10.1. Кузатиш услуби**

Кузатиш натижаларидан самарали фойдаланиш имкони бўлиши учун тиббий ходим куйидагиларни аниқ тасаввур қилиши керак:

- даволашни тўғри олиб бориш;
- боланинг ҳолатидаги кутилаётган ўзгаришлар;
- олиб борилаётган даволашнинг мумкин бўлган ножўя ҳолатларини;
- пайдо бўлиши мумкин асоратлар ва уларни аниқлаш йўллари;
- даволаш таъсир қилмаётган болага қўйиладиган муқобил диагноз.

Ҳар қандай ўзгариш ҳамда асоратлар, ножўя ҳолатлар ёки даволашдаги хатоларни ўз вақтида аниқлаш учун стационарда даволанаётган болаларнинг аҳволини доимий тартибда текшириб бориш керак. Кўрикларнинг оралиғи касалликнинг оғирлиги ва характериға боғлиқ бўлади.

Боланинг ҳолатидаги тафсилотлар ва кузатилаётган ўзгаришларни, кейинчалик бошқа ходимлар ҳам танишиб чиқишлари мумкин бўлиши учун, қайд этиб бориш керак. Болани даволаш учун жавобгар ва уни даволашга аралашуш ҳуқуқи бўлган катта тиббий ходим бу қайдларни кўриб бориши ва болани кўриқдан ўтказиб туриши керак.

Аҳволи оғир болаларни, улар келганидан сўнг, врач (ёки бошқа катта тиббий ходим) тезда кўриқдан ўтказиши керак. Бу кўриқларға касал боланинг яқинлари ва шифохонанинг тиббий ходимлар ўртасидаги мулоқот имконияти сифатида ҳам қараш керак.

10.2. Беморни кузатиш картаси

Касални кузатиш картаси куйидаги пунктларни ўз ичига олиши керак.

1. Касалнинг шахсий маълумотлари.
2. Ҳаётий фаолият кўрсаткичлари (коматоз ҳолатнинг оғирлиги ёки онгхуш даражаси, тана ҳарорати, нафас олиш ва пульс тезлиги, тана/вазни шкаласи бўйича).
3. Сув мувозанатини кўрсаткичлари.
4. Клиник белгилар, асоратлар, қўшимча тадқиқот усулларининг натижаларининг мавжудлиги. Ҳар бир текширувда болада бу барча белгиларнинг бор ёки йўқлигини белгиланг. Ҳар қандай янги аломат ва асоратларни қайд қилинг.
5. Қилинган даво муолажалари.
6. Овқатлантириш/овқатланиш. Бола шифохонаға келгандаги ҳамда даволаш давомида зарур оралиқлардаги тана вазнини белгиланг. Ҳар куни бола қандай

сув ичаётгани (кўкрак эмаётгани) ва нима истеъмол қилаётганини, еяётганини ёзиб бориш керак. Истеъмол қилинаётган овқат миқдори ва овқатлантириш билан боғлиқ ҳар қандай муаммоларни ёзиб боринг.

7. Қаердан кузатиш карталари намуналарини топиш тўғрисидаги маълумотларга қаранг.

10.3. Педиатрия ёрдами аудити

Ҳар бир шифохонага ётқизиш якунининг таҳлили тизими бўлсагина касал болага кўрсатиладиган стационар ёрдамнинг сифатини яхшилаш мумкин. Ҳеч бўлмаганда, шифохонада, барча ўлган болалар тўғрисида маълумот бўлиши керак. Шу ҳолдагина шифохона ичидаги маълум даврдаги ўлим ҳолати кўрсаткичларининг ўзгаришини олиб борилган даволашга боғлиқ ҳолда таҳлил қилиш ва олинган натижаларни ходимлар ўртасида энг яхши ечимни топиш мақсадида муҳокама қилиш мумкин.

Стационар педиатрия ёрдами аудитини тан олинган стандартлар билан, масалан шу қўлланмада берилган ЖССТ тавсиялари билан солиштириш асосида олиб бориш мумкин. Аудитни муваффақиятли амалга оширишда шифохонанинг барча тиббий ходимларининг иштирок этиши жуда муҳимдир. Бундай аудитнинг мақсади айбдорларни топишдан иборат бўлмай, ёрдам сифатини яхшилаш ва мавжуд муаммоларни ечишга қаратилгандир. Аудит жараёни амалга оширилганда содда бўлиши ва узоқ вақтни олмаслиги керак. Уни ўтказишнинг оддий кўринишларидан бири – врачлар ва ўрта тиббий ходимларга тиббий ёрдам сифатини яхшилаш борасидаги ўзларининг фикрларини беришларини таклиф қилиш, кейин айтилган таклифларни амалга оширишга алоҳида эътибор беришдан иборатдир.

МАСЛАҲАТ БЕРИШ ВА СТАЦИОНАРДАН ЧИҚАРИШ

- | | |
|---|--|
| 11.1. Стационардан чиқариш муддатини белгилаш | 11.5. Боланинг онасини соғлигини текшириш |
| 11.2. Маслаҳат бериш | 11.6. Эмлаш ҳолатини текшириш |
| 11.3. Овқатланиш бўйича маслаҳат бериш | 11.7. Бирламчи бўгиндаги тиббий ходим билан алоқани мустаҳкамлаш |
| 11.4. Уй шароитида даволаш | 11.8. Кейинги кузатув |

Шифохонадан чиқариш жараёни доим қуйидаги босқичларни ўз ичига олиши керак:

- чиқариш муддатини тўғри белгилаш;
- боланинг онасига уни уйда даволаш ва овқатлантириш масалалари бўйича маслаҳатлар бериш;
- эмлашни амалга ошириш саналарга мос тарзда (эмлашларни) амалга ошириш ва боланинг тиббий варақасидаги маълумотларни янгилаш;
- болани стационарга жўнатган ёки кейинги кузатиш учун жавобгар бўладиган тиббий ходим билан алоқа ўрнатиш;
- кейинги кузатув учун стационарга қачон мурожаат қилиш тўғрисида маслаҳатлашиш ҳамда боланинг ҳаёти учун хавфли белгилар пайдо бўлганда тезда шифохонага олиб келиш тўғрисида маълумотлар бериш.
- оилага махсус ёрдам кўрсатиш (масалан, ногирон бола учун зарур мослама билан таъминлаш ёки ОИВ /ОИТС билан оғриган болалар учун маҳаллий кўмакчи ташкилотлар билан алоқа ўрнатиш).

11.1. Стационардан чиқариш муддатини белгилаш

Боланинг ўткир инфекцияли касалликларида, қоидага кўра, унинг клиник ҳолати анча яхшиланганидан сўнг (нормал тана ҳарорати, бола фаол, яхши ейди, яхши ухлайди) жавоб бериш ва оғиз орқали дори бериб даволашни бошлаш мумкин.

Стационардан чиқариш тўғрисидаги қарорни индивидуал асосда қуйидаги омилларни инобатга олган ҳолда қабул қилиш зарур:

- боланинг парваришини таъминлаш учун уй шароити ва оиланинг имконияти мавжудлиги;
- ходимларнинг даври уйда давом эттириш борасидаги фикри;
- ходимларнинг болани аҳволи ёмонлашса уни оиласи тезда стационарга олиб кела олиши борасидаги фикри.

Озикланишнинг оғир бузилиши бор болага шифохонадан жавоб бериш масаласи жуда муҳимдир, бу масала 7-бобда батафсил муҳокама қилинган. Барча ҳолларда боланинг қариндошларини; улар болани уйда парваришлаш учун зарур тайёргарликларни қилишлари учун жавоб бериш санаси тўғрисида олдиндан хабардор қилиш зарур. Агар боланинг оиласи тиббий ходимларнинг маслаҳатларига қарамасдан уни эрта олиб кетишмоқчи бўлса, унинг онасига болани қандай парваришлаш кераклигини тушунтириш. Болани 1-2 кундан сўнг кейинги текшириш учун қайтариб олиб келишини тавсия этинг ҳамда болани кейинчалик парваришида ёрдам бера оладиган маҳаллий тиббий ходим билан алоқада бўлишини таъкидланг.

11.2. Маслаҳат бериш

Оналар учун эслатма

Ҳар бир онага уйда болага қандай қараш кераклиги тўғрисида тавсиялар, болани қачон кейинги кузатув учун тиббий муассасага олиб келиш ҳамда пайдо бўлганда тезда стационарга қайтиш зарур бўлган белгилар тўғрисидаги маълумотларни ўз ичига олган, оддий расмлар билан безатилган эслатма тарқатиб чиқиш зарур. Онанинг эслатмаси унга тавсия этилаётган овқат маҳсулотлари ва суюқликлар ҳамда тиббий ходимга яна қачон учрашиш зарурлигини эслашда ёрдам беради.

Оналар учун эслатманинг маҳаллий шароитлар учун муқобил кўринишлари Болалик ёшидаги касалликларни интегрирлашган усулда даволаш (БКИУОБ) бўйича маҳаллий ўқишнинг бир қисми сифатида ишлаб чиқилади. Аввал шундай эслатма сизнинг яшаш жойингизда ишлаб чиқилган ёки йўқлигини текшириб кўринг. Агар шундай бўлса, ундан фойдаланинг.

Она билан эслатмани муҳокама қилганда:

- Эслатмани расмларни осон кўра оладиган қилиб ушланг ёки эслатмани онанинг кўлига беринг.
- Ҳикоя вақтида расмларни кўрсатинг ва уларнинг ҳар бирини тушунтиринг, бу унга расмлар нимани билдиришини эслаб қолишга ёрдам беради.
- Онага зарур маълумотни ажратиб кўрсатинг. Масалан боланинг ёшига мос келадиган овқатлантириш бўйича ҳамда қандай белгилар пайдо бўлганида болани зудлик билан касалхонага қайтариб келиш тўғрисидаги маслаҳатларни ажратиб кўрсатинг. Агар бола диарея билан оғриган бўлса, мос келадиган суюқликларни чизикчалар билан белгиланг. Навбатдаги эмлаш муддатларини ёзиб олинг.
- Онанинг юз ифодасини кузатинг, у ташвишлими ёки ташвишли бўлиб кўринмаяптими? Агар шундай бўлса, ундан нимани тушунмаганлигини сўранг.
- Онадан унинг уйда қиладиган ишларини тасвирлаб беришини сўранг. Бунда ундан эслатмадан ёрдамчи сифатида фойдаланишини таклиф қилинг.
- Эслатмани онага беринг, уни уйга олиб кетсин. Ундан эслатмани оиланинг бошқа аъзоларига кўрсатишини сўранг. (Агар сизда барча оналар учун етарли миқдорда нусхалар бўлса, бир неча нусхани тиббий муассасада оналарга кўрсатиш учун олиб қўйинг).

11.3. Овқатлантириш бўйича маслаҳат бериш

ОИТВ-юққан болаларга нисбатан.

Овқатлантириш муаммоларини аниқлаш

Аввал овқатлантиришнинг тўлиқ ечилмай қолган барча муаммоларини аниқланг. Қуйидаги саволларни беринг:

- **Болани кўкракдан эмизасизми?**
 - Кунига неча марта?
 - Кечаси эмизасизми?
- **Бола бошқа овқат ёки суюқлик истеъмол қиладими?**
 - Қандай овқат ёки суюқлик?

- Кунига неча марта?
- Болани нимадан овқатлантирасиз?
- Қанча миқдорда ?
- Бола алоҳида порция истеъмол қиладими?
- Болани ким ва қандай овқатлантиради?

Болани овқатлантириш кўрсаткичларини шу ёшдаги болаларни овқатлантириш бўйича тавсиялар билан қиёсланг. Фарқларни топиб, уларни овқатлантириш муаммолари сифатида қайд қилинг.

Юқоридаги муҳокама қилинадиган масалаларга қўшимча тарзда қуйидагиларни ҳам кўриб чиқинг:

- **Кукрак билан эмизишдаги қийинчиликлар**
- **Сўргичли шишадан овқатлантириш**
- **Фаол ва талабчан овқатлантиришнинг йўқлиги**
- **Касаллик давридаги ноадекват овқатлантириш**

Онага бу муаммоларни қандай ечиш ва болани қандай тўғри овқатлантириш борасида тавсиялар беринг.

Турли ёшдаги болаларни овқатлантириш бўйича маҳаллий тавсиялардан фойдаланинг. Бу тавсиялар шу яшаш жойига мос келадиган, калорияли ва озик моддаларга моддалариларга бой маҳсулотларнинг тафсилотлирини ўз ичига олиши керак.

Овқатлантиришга хос бўлган муаммолар мавжуд бўлмаса, онани барча ишларни муваффақиятли ва тўғри бажараётганлиги учун мақтаб қўйинг. Унга қуйидагиларга алоҳида эътибор беришни тавсия этинг:

- кўкрак сути билан озиклантириш;
- шу яшаш жойларида топиш имкони бўлган калорияли ва озик моддаларга бой маҳсулотлардан фойдаланиб зарур қўшимча овқатлантиришни киритиш;
- > 2 ёшдаги болалар учун асосий овқатланишлар орасида қўшимча тамаддилар беришни таъминлаш.

ЖССТнинг жиддий инфекция ёки озикланишнинг оғир бузилиши бўлган болани даволаш борасидаги қўлланмасида келтирилган, овқатланиш бўйича муқобил рационлар мисолларини маҳаллий шароитларга мослаштирилган она учун эслатманинг орқа томонига босиш мумкин.

11.4. Уй шароитида даволаниш

- Тушунтиришларда онага тушунарли бўлган сўзлардан фойдаланинг.
- Онага таниш бўлган нарсалардан фойдаланинг (масалан, ОРТ эритмаларини тайёрлашни тушунтирганда, турмушдаги ишлатиладиган одатий идишлар).
- Онага у уйда қиладиган ишларини машқ қилдиринг. Масалан: ОРТ эритмаларини тайёрлаш ёки болага дори бериш.

Агар у тушунмаган бирор нарса бўлса сиздан сўрасин.

- Конструктив ва қўлловчи усулда тавсиялар беринг, уни тўғри жавоблари ва вазифаларни муваффақиятли бажараётганлиги учун мақтаб.

Оналарни ўргатиш, уларга тавсиялар бериш билан чекланиб қолмайди. Ўргатиш жараёни қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:

- **Маълумот беринг.** Онага даволанишни қандай олиб борилишини тушунтиринг масалан, қандай ОРТ тайёрлаш, оғиз орқали антибактериал восита бериш ёки кўз малхамини қўллаш.
- Онага, зарур ҳаракатларни кўрсатган ҳолда давони олиб боришни **мисолларда кўрсатинг.**
- **Унинг ўзига амалда бажариш имконини беринг.** Онадан дори тайёрлашни ёки сизнинг кузатувингиз остида даволашни олиб боришини сўранг. Онага барча ҳаракатларни тўғри бажаришда ёрдам беринг.
- **Онанинг қандай тушунганини текшириб кўринг.** Ундан олган тавсияларини қайтаришини сўранг ёки у ҳамма нарсани тўғри тушунганини текшириш учун саволлар бериб кўринг.

11.5. Она соғлигини баҳолаш

Агар она касал бўлса, унга тиббий ёрдам кўрсатинг ва унга яқинидаги бирламчи тиббий санитария муассасасида кейинги соғлигини кузатиш ишлари олиб борилишини ташкил этишда ёрдам беринг. Онанинг овқатланиш ҳолатини текширинг ва керакли маслаҳатлар беринг. Онанинг эмланиш ҳолатини текширинг, зарур бўлса қоқшолга қарши анатоксин миқдорини юборинг.

Онанинг оилани режалаштириш ва жинсий йўл билан юқадиган касалликлар, шунингдек ОИТВ инфекцияси бўйича маслаҳатлар хизматларини ола олишига ишонч ҳосил қилинг. Агар болада сил бўлса, она кўкрак қафасини рентгенография ва Манту синамаси қилиши зарур. Онага булар нега кераклигини тушунтиринг ва унинг бу ишларни қаерда қилишни билишига ишонч ҳосил қилинг.

11.6. Эмлаш ҳолатини текшириш

Боланинг эмлаш картасини кўрсатишини сўраб ундан боланинг ёшида тавсия этиладиган барча эмлашлар амалга оширилганлигини аниқланг. Қилиниши керак бўлган эмлашларни белгилаб, уни онага тушунтиринг.

Деярли барча эмлаш мумкин бўлмаган ҳолатлар – **ВАҚТИНЧАЛИҚДИР**, улар, эмлашдан аввал биринчи имкониятдаёқ кўриб чиқилиши зарур.

Кучли реакция ёки олдинги вакцина киритишдаги асоратлар – барча вакциналар учун қўллаб бўлмайдиган ҳолатдир.

1. Ўртача оғирликдаги, оғир соматик ва юқумли касалликлар.

Иммунизация соғайгандан 3-14 кундан кейин олиб борилиши керак.

ЎРК ва диареянинг оғир бўлмаган кўринишлари вакцинация мумкин бўлмаган ҳолат эмас. Эмлаш боланинг умумий ҳолати қониқарли бўлгандагина амалга оширилиши керак. Юрак, жигар, талоқ, ўпканинг сурункали касалликлари, ҳамда диабет ва бошқа эндокрин касалликлар билан оғриган касаллар ремиссия даврида вакцинация қилинишлари зарур.

2. Вакциналарнинг олдинги дозаларига нисбатан жиддий реакциялар.

Агар АКДҚ вакцинасининг аввалги дозаси киритилганда энцефалопатик реакциялар, талвасалар, анафилаксиялар, коллапс кузатилган бўлса, таркибида кўкйўтал антигенлари бўлган вакциналарни киритиб бўлмади. Иммунизация курсини тамомлаш учун АДС анатоксинини қўллаш керак.

Тавсия этиладиган вакцинация календари

Профилактик эмлашларнинг миллий календари (ССВ нинг буйруғига кўра тасдиқланган)

Ёш	Эмлашнинг номлари
1 сутка	ВГВ-1
2-5 кун	Силга қарши Полиомиелитга қарши – ОПВ-0
2 ой	АҚДҚ-1 ОПВ-1 ВГВ – 2
3 ой	АҚДҚ-2 ОПВ-2
4 ой	АҚДҚ-3 ОПВ-3
6 ой	ВГВ-3
12 ой	КПК -1
16 ой	АҚДҚ-4 ОПВ14
6 ёш	КПК -2
(7 ёш) 1 синф	АДС-М-5 ОПВ-5 БЦЖ-2
8 синф (14-15 ёш)	БЦЖ-3
16 ёш	АДС-М-6
26 ёш	АДС-М-7
46 ёш	АДС-М-8

1. Ушбу профилактик эмлашлар календари доирасида келтирилган иммунизация, Ўзбекистон Республикасида қўллаш учун уларни қўлланиши бўйича кўрсатмалари асосида белгиланган тартибда қайд қилинган ва рухсат этилган, юртимиз ва чет элларда ишлаб чиқарилган вакциналар билан олиб борилади
2. Силга қарши ревакцинация, сил кўзғатувчилари юкмаган, силга манфий 7-14 ёшдаги болаларда олиб борилади.
3. HbsAg ташувчиси ёки ҳомиладорликнинг учинчи триместрида вирусли гепатит билан оғриган оналардан туғилган болаларга В вирусли гепатитига қарши вакцинация оддий схема бўйича олиб борилади.
4. КПК – бу қизамиққа (паротит ва қизилчага) қарши уч валентли тирик вакцина.

Юқори ҳарорат (40 °С дан юқори) ва 3 соатдан ортиқ вақт давомида чинқириб йиғлаш – огоҳлантириш бўлиб хизмат қилади. Шунга кўра навбатдаги эмлашда махсус эпид кўрсатмалар бўлмаса вакцинага кўкйўтал таркибий қисмини қўшмаслик керак.

Вакцинанинг таркибий қисмларига (тухум оқсили, антибиотиклар) анафилактик реакцияси бўлган шахслар, маълум турдаги вакциналар билан эмланмайдилар.

3. Асаб бузилишлари бўлган болаларда касаллик клиник белгиларининг зўрайиши мавжуд бўлсагина, таркибий қисмида кўкйўтал мавжуд бўлган вакциналар билан



эмланмайдилар. Болаларда неврологик касалликнинг стабил холида календар бўйича вакцинация қилинади.

Перинатал энцефалопатия диагнози қўйилган болалар 2 ойлик ёшларигача неврологик бузилишларнинг ривожланишини олдини олиш мақсадида невропатолог кўригидан ўтиб туришлари керак

4. Аллергик касалликлари бўлган болалар

Астма, пичан иситмаси, аллергик дерматоз ва экзема билан оғриган болаларга эмлаш, ремиссия даврида, зарур бўлса антигистамин моддалари фонида (ёки кундузги стационар шароитида) (полиомиелитга қарши эмлашдан ташқари) амалга оширилади.

Касаллик туфайли туғилган вақтларида эмлаш олмаган болалар янги туғилган чакалоқлар патологияси бўлимидан чиқишларидан олдин эмланадилар.

Силнинг фаол формаси билан оғриган онадан туғилган болалар туғилганларидан бошлаб 2 ой муддатга онасидан ажратиб қўйилади ва БЦЖ вакцинацияси қилинади.

Сурункали касалликларнинг кучайиши эмлаш ўтказиш учун вақтинчалик мумкин бўлмаган ҳолатдир. Режали эмлашлар реконвалесценция ёки ремиссия даврида олиб борилади.

ВАКЦИНАЦИЯДАН КЕЙИНГИ РЕАКЦИЯЛАР ВА АСОРАТЛАР

Вакцинациядан кейинги реакциялар – клиник ва лаборатория ўзгаришларининг у ёки бу вакцина киритилганидан сўнг доимийлик билан ривожланиши. Баъзи тирик вакциналар учун (БЦЖ) маҳаллий реакцияларнинг ривожланиши иммунитетнинг шаклланиши учун зарур шароит бўлиб ҳисобланади.

Вакцинациядан кейинги асоратлар – вакцинациядан кейинги реакциялардан тезлиги, характери ва оғирлиги билан фарқ қиладиган ўзгаришлардир.

Жиддий, айниқса узоқ давом этадиган, оқибатлар билан кечадиган асоратлар жуда кам кузатилади. Вакцинациядан кейин асоратларни аниқлаш учун 3 кун давомида ҳамшира эмланган боланинг аҳолидан мажбурий тарзда хабар олиб туриши ва ҳар қандай асорат ёки унинг гумонини мажбурий тарзда қайд қилиши ва яшаш жойидаги санитария-эпидемиология назорати муассасасигага зудлик билан хабар бериши керак.

Қайд қилиниши ва санитария ва эпидемиология назорати муассасасига хабар берилиши зарур бўлган асоратларга қуйидагилар киради:

- БЦЖ вакцинацияси киритилгандан кейинги барча лимфаденит ҳолатлари;
- вакцина киритилган жойдаги барча инъекцион абсцесслар;
- тиббий хизматчилар ёки аҳолининг фикрича, 1 ой муддат ичидаги вакцинация билан боғлиқ бўлган барча ўлим билан тугайдиган ҳолатлар (БЦЖ, 1 йил ичида);
- тиббий хизматчилар ёки аҳолининг фикрича, 1 ой муддат ичидаги вакцинация билан боғлиқ бўлган барча шифохонага ётқизишлар, оғир ёки ғалати кўринишлар.

Вакцинациядан кейинги реакциялар ва асоратлар ҳолларини аниқлаш ва қайд қилиш учун жавобгар шахслар:

- бундай ҳоллар бўйича биринчи бўлиб мурожаат қилинган барча тиббий ходимлар, уларнинг касби ва эгаллаб турган вазифасидан қатъий назар;
- реакциянинг тез ривожланиши ҳолларида вакцинацияни бажараётган тиббий ходимлар ;
- реакция ва асоратлар бўлган касалларни даволаётган тиббий хизматчилар.

Асоратларни аниқлаган тиббий хизматчи телефон орқали муассаса раҳбарини ва яшаш жойи бўйича санитария ва эпидемиология назорати муассасасини зудлик билан хабардор қилиши ва шошилиш хабарнома бериши ва махсус форма(63 ва 112)да зарур маълумотларни қайд қилиши керак. Қўшимча тарзда, барча реакция ҳоллари сони тўғрисидаги маълумотлар, 1999 йил, 28 декабрдаги № 759- буйруққа кўра ойлик ҳисоботга ва «Профилактик эмлашлар тўғрисида ҳисобот» тўғрисидаги № 6 шаклнинг Д бўлимидаги учинчи, «Поствакцинал реакциялар ва асоратлар» жадвалга киритилиш керак

Мумкин бўлмаган ҳолатлар

Агар қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар бўлмаса, барча болаларни, шунингдек, касал ва озикланишнинг оғир бузилиши бўлган болаларни ҳам эмлаш мумкин. Иммунизация ўтказиш мумкин бўлмаган фақат **3 ҳолат мавжуд**:

- Клиник ифодаланган ОИВ /ОИТС бўлган болаларга БЦЖ эмлашини қилманг, бошқа барча эмлашларни қилиш керак. *Аломатсиз ОИВ-инфекцияси* бўлган болага барча эмлашларни, шунингдек БЦЖ ва сариқ иситмага қарши эмлашларни ҳам қилинг.
- Аввалги эмлашдан сўнг ўтган 3 кун давомида талвасалар ёки шокка дучор бўлган болага АКДС-2 ёки АКДС-3 эмлашини қилманг.
- Такрорланиб турувчи талвасалари ёки марказий нерв тизимининг фаол касаллиги бўлган болага АКДС эмлашини қилманг.

Эмлаш вақти келганда диарея билан оғриган болага ҳам ОПВ эмлашини қилиш керак. Бироқ бу эмлаш графикда белгиланиши **керак эмас**. Боланинг эмлаш картасида тиббий ходим буни билиши ва қўшимча эмлаш қилиши учун эмлаш диареянинг кўриниши билан бир вақтга тўғри келиб қолганини ёзиб қўйиши лозим.

11.7. Бирламчи бўғин тиббий ходими билан алоқа

Зарур маълумот

Болани стационарга жўнатган бирламчи бўғин тиббий ходими қуйидагиларни ўз ичига олган болани даволаниши тўғрисидаги маълумотларни олиши керак:

- диагноз;
- олиб борилган даволаниш (ҳамда шифохонада бўлиш вақтининг давомийлиги);
- давонинг самараси;
- она давони давом эттириш ва уй шароитида даволаниш борасида олган тавсиялар;
- кейинги кузатиш учун зарур бўлган бошқа масалалар (масалан, эмлашлар).

Агар боланинг соғлиқ картаси бўлса, юқоридаги маълумотларни унга киритиш мумкин ва онасидан бу картани тиббий ходимга кўрсатишни сўраш зарур. Агар соғлиқ картаси бўлмаса, бу маълумотларни онаси ва тиббий ходим учун қисқа ҳамроҳ хати сифатида тайёрлаш мумкин.

11.8. Кейинги кузатув

Шифохонага ётқизиш лозим булмаган ва уйда даволаш мумкин бўлган бемор болалар

Болаларни амбулатория текширувларидан сўнг уйга олиб кетаётган оналарга қачон кейинги кузатиш учун тиббий ходимга учрашиш тўғрисида маслаҳатлар беринг. Балки оналар болаларини шифохонага қайтариб олиб келишлари мумкин:

- маълум вақтдан кейинги кузатув учун (масалан, ҳолатнинг ўзгариши ёки антибиотик

терапиянинг самарасини текшириш керак бўлганда);

- агар бола ахволини ёмонлашуви белгилари пайдо бўлса;
- навбатдаги эмлаш учун.

Айниқса оналарга тезда шифохонага мурожаат қилишлари зарурлигини билдирадиган белгиларни топишга ўргатиш керак. Аниқ клиник ҳолатлардаги кейинги кузатиш борасидаги тавсиялар қўлланманинг керакли бўлимларида берилган.

Овқатлантириш ва овқатланиш масалалари бўйича кейинги кузатув

- Агар болада овқатланиш билан боғлиқ муаммолар бўлса ва сиз унга ўзгартишлар киритишни тавсия қилган бўлсангиз 5 кундан сўнг она зарур ўзгартишларни бажарганлигини текширинг ва зарур бўлса унга қўшимча маслаҳатлар беринг.
- Болада камқонлик бўлса, 14 кундан кейин оғиз орқали яна қўшимча темир воситалари бериш мақсадида қайта куринг.
- Агар боланинг вазни жуда кам бўлса, 30 кундан сўнг қайта куринг. Бунда болани тортиб кўриш, овқатлантириш амалиётини қайта баҳолаш ҳамда овқатлантириш масалалари бўйича кейинги маслаҳатлар бериш керак.

Қачон тезда шифохонага қайтиш керак бўлади:

Боланинг онасига қуйида келтирилган белгилардан бирортаси пайдо бўлганда тезда болани яна шифохонага олиб келишини маслаҳат беринг.

- бола ича олмаса ёки эма олмаса;
- боланинг ахволи ёмонлашса;
- иситма пайдо бўлса;
- шифохонада муваффақиятли даволангандан кейин ҳам касаллик белгилари яна пайдо бўлса;
- йутал ёки шамоллаш бўлган болада – тезлашган ёки қийинлашган нафас олиш пайдо булса;
- диарея билан оғриган боланинг ахлатида қон мавжуд булса ёки у суюкликни ёмон ичса.

Соғлом боланинг кейинги ташрифи

Боланинг онасига унинг эмлаш учун кейинги ташрифи тўғрисида эслатинг; санани онанинг эслатмасига ёки боланинг эмлашлар картасига киритинг.

ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИКА МУОЛАЖАЛАРИ

И 1.1. Инъекциялар

И 1.1.1. Мушак орасига

И 1.1.2. Тери орасига

И 1.2. Суюқликларни парентерал юбориш

И 1.2.1. Периферик томирга доимий канюла ўрнатиш

И 1.2.2. Суяк ичига суюқлик юбориш

И 1.2.3. Марказий томирга канюла ўрнатиш

И 1.2.4. Венасекция

И 1.2.5. Киндик томири катетеризацияси

И 1.3. Назогастрал зонд ўрнатиш

И 1.4. Люмбал пункция

И 1.5. Плевра бўшлиғини дренаж қилиш

Ҳар қандай муолажа бажарилишидан олдин ота-онага унинг моҳиятини тушунтириш, кузатилиши мумкин бўлган асоратларни муҳокама қилиш ҳамда уларнинг розилигини олиш лозим. Шунингдек, катта ёшдаги болаларга ҳам қандай муолажа бажарилишини тушунтириш лозим. Чақалоқларда амалга ошириладиган муолажалар илиқ хоналарда бажарилиши лозим. Хонанинг яхши ёритилиши муҳим омил ҳисобланади. Лозим бўлганда, оғриқсизлантириш бажарилиши керак.

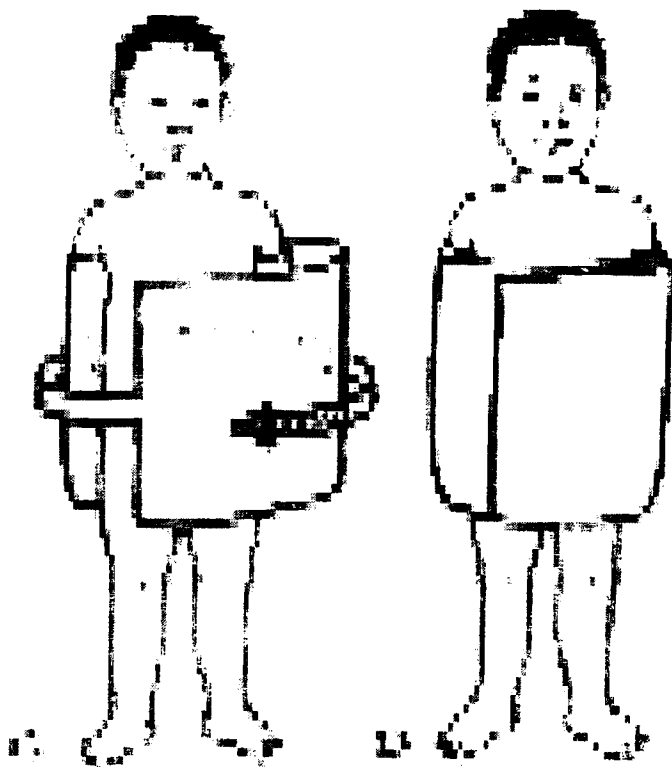
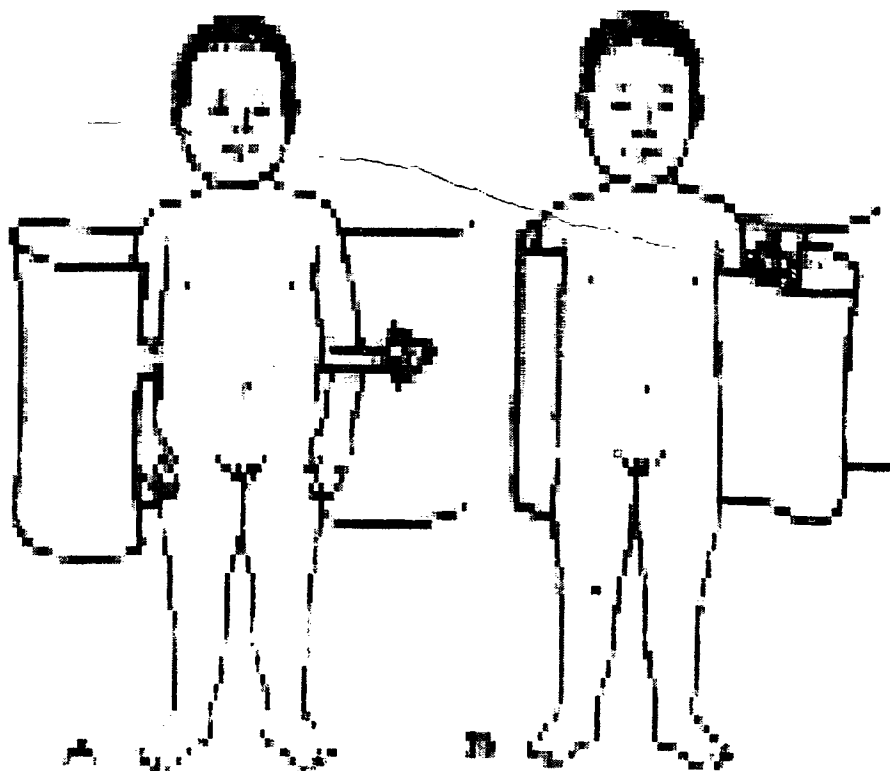
Тинчлантирувчи (седатив) моддаларни қўллаш

Айрим муолажалар (масалан, плеврага дренаж ўрнатилганда ёки сон томирига канюла киритилаётганда) тинчлантирувчи (седатив) моддалар (масалан, диазепам) қўллаш ёки кетамин билан юзаки наркоз қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Диазепам қўллаганда уни 0,1–0,2 мг/кг ҳисобидан томир ичига юборилади. Юзаки наркоз учун томир ичига 2–4 мг/кг кетамин мушак орасига юборинг. Унинг таъсири 5–10 дақиқадан кейин бошланиб, 20 дақиқа атрофида давом этади.

Ҳар қандай седатив моддаларни қўллаганда боланинг нафас йўллари ўтувчанлигини назорат қилинг, нафас олишни бузилиши эҳтимолини ёдда тутинг ва пулсоксиметр ёрдамида қоннинг кислород билан тўйиниш даражасини мониторинг қилинг. Реанимация учун нафас қопи ва кислород тайёр турганига ишонч ҳосил қилинг.





Муолажа вақтида болани турғун ҳолатини таъминлаш учун йўргаклаш

Узун матонинг бир томони иккала қўллар остидан ўтказилиши лозим (А ва В). Сўнгра матонинг бошқа томони билан боланинг танаси олди томонидан айлантириб ўралади. (С ва D).

Кўз, қулоқ ёки оғиз кўриги ўтказишда болани ушлаб туриш ҳолати.



И 1.1. Инъекциялар

Аввалом бор болада дори воситаларига салбий реакция бўлган-бўлмаганлигини аниқланг. Қўлингизни астойдил ювинг. Бир марта қўлланиладиган шприц ва игналардан фойдаланинг.

Инъекция бажариладиган жойни антисептик эритмаси билан тозаланг. Диққат билан препарат дозасини текширинг ва керакли ҳажмда шприцга олинг. Инъекция олдидан шприцдан ҳавони чиқариб ташланг. Хамма вақт юборилган препарат номини ва миқдорини ёзиб боринг. Қўлланилган шприцни махсус бехатар контейнерга жойланг.



Соннинг мушак орасига инъекция.

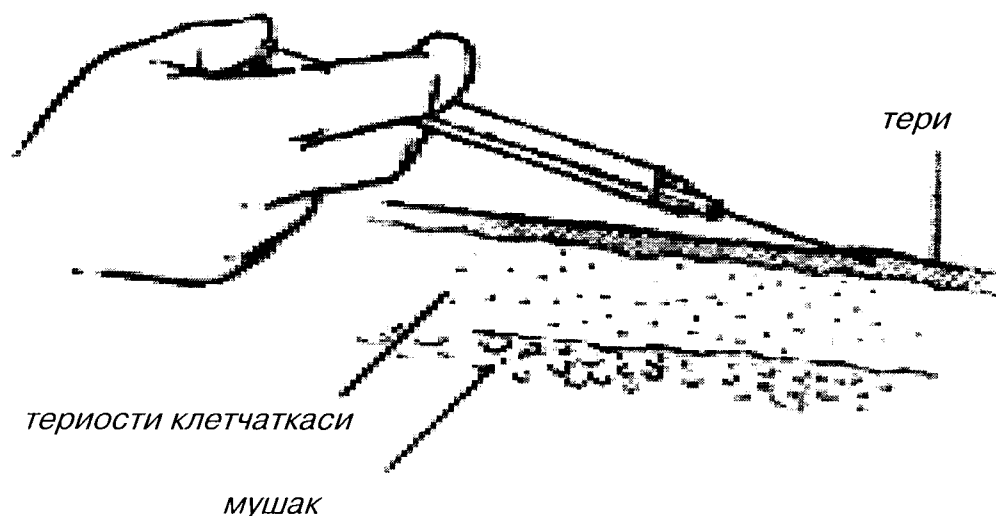
1.1.1 Мушак ораси инъекцияси

2 ёшдан катта болаларга мушак ораси инъекциялари соннинг ташқи соҳасига ёки думбанинг юқори-ташқи квадрантига кўймич нервидан анча узоқроқ бўлган масофада бажарилади. 2 ёшдан кичик овқатланиши оғир даражада бузилган

болаларда, мушак ораси инъекцияси учун, соннинг ташқи соҳасини ўрта қисми ёки қўлнинг дельтасимон мушаги соҳасини қўлланг. 23-25 ўлчамли игнани 90° (сон соҳасида – 45°) бурчак остида мушак орасига киргизинг. Шприц поршенини орқага қараб тортинг, агар шприцда қон пайдо бўлса, игнани озгина чиқариб, бу ҳаракатни яна такрорланг. Препаратни секин-асталик билан поршенга босим бериш орқали охиригача юборинг. Игнани чиқаринг ва инъекция жойини кичик салфетка ёки пахта билан босинг.

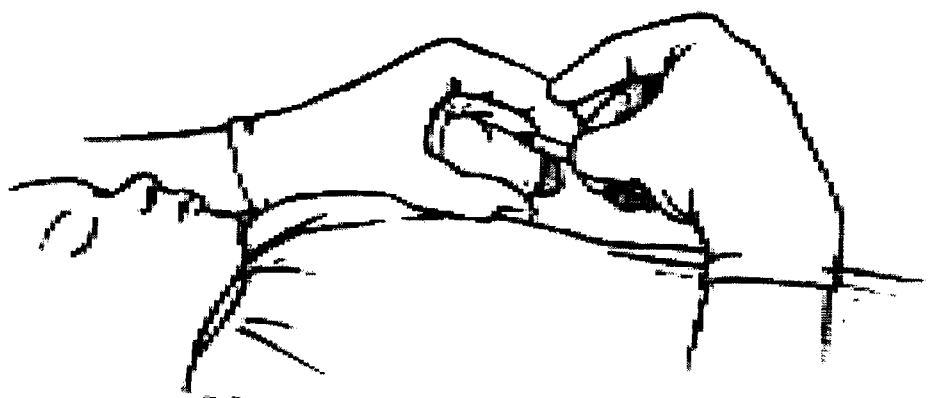
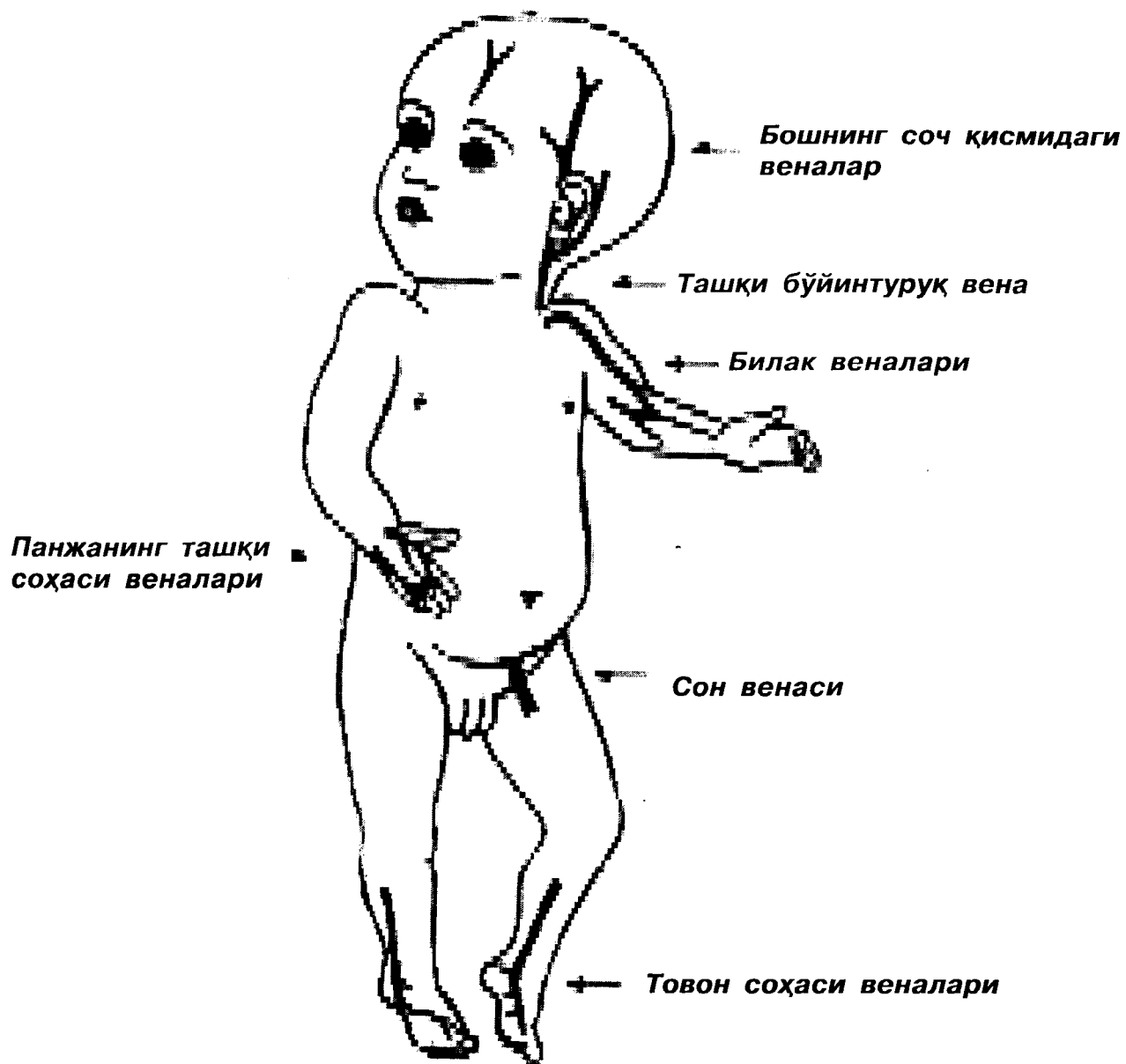
1.1.2. Тери ораси инъекциялари

Тери орасига инъекция қилиш учун терининг зарарланмаган ва жароҳатланмаган жойини (масалан, қўлнинг дельтасимон мушаги соҳаси) танланг. Терини бир қўлингизни бош ва кўрсаткич бармоқлари орасида чўзинг, бошқа қўлингиз билан 25-ўлчамли игнани аста-секинлик билан 2 мм чуқурликда тери сиртига деярли параллел равишда, учини тепага қаратган ҳолатда, киргизинг. Тери орасига дори воситаси юборилганда сезиларли қаршилик билинади. Инъекциянинг тўғри қилинганлигининг белгиси бўлиб, тери устида «лимон пўстлоғи»га ўхшаш бўртиш пайдо бўлиши ҳисобланади.



Тери ораси инъекцияси (масалан, Манту синамасини ўтказиш).

Кичик ёшдаги болаларда дори воситаларини томир ичига юбориш жойлари



Канюлани қўлнинг ташқи қисмидаги томирга ўрнатиш. Панжа қон оқимини тўхтатиб, томирларни кўринадиган ҳолатга келтириш мақсадида букилган.

И 1.2. Суюқликларни парентерал юбориш

И 1.2.1. Периферик томирга доимий канюляни ўрнатиш

Канюля ёки 21 ёки 23 ўлчамли капалак-игнани ўрнатиш учун мақбул томирни танланг.

Периферик томир

- Дори юбориш учун мақбул томирни танланг. 2 ойликдан кичик болаларда, одатда, билак чуқурчасидаги латерал тери ости томири ёки панжанинг ташқи соҳасидаги 4 бармоқ ораси томири мақбул ҳисобланади.
- Ёрдамчингиз қўлни турғун ҳолатини таъминлаши ҳамда қўлни енгил қисиш билан томирдаги қон оқимини тўхтатиши лозим.

Билак бўғинида қўлни муайян ҳолатда тутиб туриш мақсадида шина қўллаш

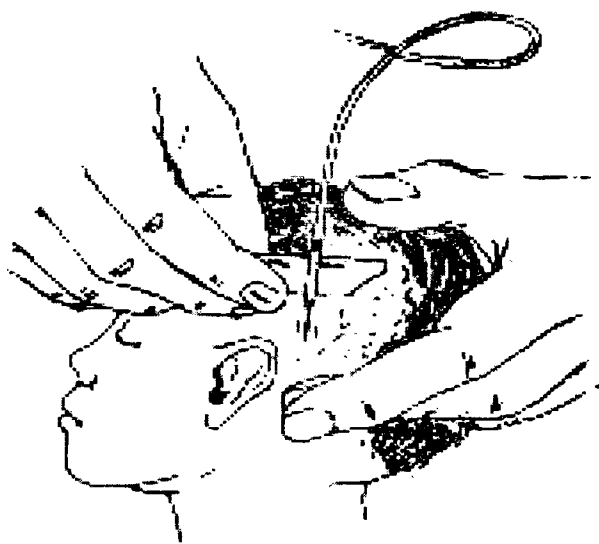


- Терини антисептик суюқлик билан артинг (масалан, йоднинг спиртли эритмаси ёки 70% ли изопропил ёки этил спирти), сўнгра канюляни томир ичига деярли бутун узунлигига киргизинг. Катетерни ёпиш-қоқ пластр ёрдамида маҳкамланг. Қўлни тўғри ҳолатини турғунлаштириш мақсадида шина ўрнатинг.

Бошнинг сочли қисмидаги томирлари

Бу соҳадаги томирлар кўпинча 2 ёшдан кичик болаларда, ва айниқса, чақалоқларда қўлланилади.

- Бошнинг сочли қисмидаги қулай томирни топинг (одатда, пешананинг ўрта чизиғи бўйлаб, чакка соҳасида, қулоқ усти ёки орқасида).
- Лозим бўлса, игна киргизиладиган жойдаги сочларни қириб ташланг ва терини антисептик эритма билан артинг. Ёрдамчингиз томирни пункция жойидан проксимал тарафида сиқиши лозим. Шприцни нормал тузли эритма билан тўлдириб, у билан игна-капалак тизимини ювиб ташланг. Шприцни ажратиб, катетерни очик ҳолатда қолдиринг. Юқорида кўрсатилгандек, игна-капа-



Кичик ёшдаги болага томир ичи тизимини ўрнатиш мақсадида бошнинг сочли қисмидаги томирга игна-капалакни киргизиш.

лакни ўрнатиш. Катетерга сизиб чиқаётган қон, игна томирга тўғри ўрнатилганидан далолат беради.

- Канюля артерияга тушиб қолмаганини назорат қилиш лозим. Палпация орқали қоннинг пулссимон оқими кузатилса, игнани чиқариб, пункция жойини қон кетиши тўхтагунча босиб туриш, сўнгра бошқа мақбул томирни топинг.

Канюля парвариши

Канюляни киргизгандан сўнг яхшилаб маҳкамланг. Бунинг учун шина қўллаш талаб қилиниши мумкин. Пункция жойи атрофидаги тери соҳаси тоза ва қуруқлигини назорат қилинг. Ўрнатилгандан сўнг дарҳол ва ҳар бир инъекциядан сўнг канюляни гепарин эритмаси ёки нормал тузли эритма билан тўлдириш.

Кўп учрайдиган асоратлар

Канюля ўрнатилган жойдаги юзаки тери инфекцияси энг кўп учрайдиган асоратлардан бири ҳисобланади. У томирни тикилиб қолиши, тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечадиган тромбофлебит ривожланишига олиб келиши мумкин. Бу ҳолатда тери юзаси қизариб, оғриқли бўлиши кузатилади. Инфекциянинг тарқалиши хавфини камайтириш мақсадида канюляни олиб ташланг. Зарарланган жойга ҳар 6 соатда 30 дақиқага илиқ нам компресс қўйинг. Агар тана ҳарорати 24 соатдан кўпроқ баланд бўлса, антибиотик, масалан клоксациллин, тайинлаш лозим.

Дори воситаларини томир ичига доимий канюля орқали юбориш.

Канюлянинг шприц билан қўшиладиган учига дори воситаси солинган шприцни ўрнатиб, препаратни юборинг. Доза ҳажми бутунлай юборилгандан сўнг канюляга 0,5 мл гепарин эритмаси ёки нормал тузли эритмани қон тўла ювилгунча ҳамда катетер суюқлик билан тўлгунча юборинг.

Агар периферик томир ёки бошнинг сочли қисмидаги томирлар орқали дори воситаларини юборишнинг имкони бўлмаса ва бола ҳаётини кўрсатмаларга асосан томир ичи суюқликларига муҳтож бўлса:

- марказий томирни қўлланг;
- ёки венесекцияни бажаринг.

И 1.3. Назогастрал зонд ўрнатиш

- Зонд охирини боланинг бурни олдига қўйиб, бурундан қулоққача, ва ундан сўнг тўш суягининг учигача бўлган масофани ўлчанг. Аниқланган масофани зондга белгиланг.



Назогастрал зонд қўйиш.

- Болани қаттиқ ушланг. Катетер учини сув билан хўлланг ва бурун тешикларидан бири орқали аста-секинлик билан ичкарига киргизинг. Катетер меъдага ҳеч қандай қаршиликсиз осонлик билан кириши лозим. Белгиланган ўлчамда киритилгандан сўнг зондни ёпишқоқ пластирь ёрдамида бурунга маҳкамаланг.
- Зонд тўғри ўрнатилганига ишонч ҳосил қилиш учун шприц ёрдамида меъда ичидаги суюқликни чиқаринг, меъда суюқлиги таъсирида кўк лакмус қоғози пушти рангга бўялади. Агар аспират олинмаса, зонд орқали ҳаво юборинг ва айна вақтнинг ўзида фонендоскоп ёрдамида қоринни эшитинг.
- Мабодо зонднинг тўғри киритилганлигига шубҳангиз бўлса, уни чиқариб олинг ва муолажани қайтадан бажаринг.
- Зонд ўрнатилгандан сўнг унинг охирига 20 мл ҳажмли шприц уланг (поршенсиз) ва уни овқат ёки суюқлик билан тўлдириг. Овқат ёки суюқлик ўзининг оғирлиги билан мустақил равишда зонд орқали ўта бошлайди.

Агар, айна вақтда, болага бурун-халқум катетери орқали кислород бериш лозим бўлса, иккала катетерни буруннинг бир тешиги орқали киргизинг, ҳамда буруннинг бошқа тешигини тозалаб, у орқали нафас олиш имкониятини яратишга ҳаракат қилинг. Бошқа варианты – овқатланиш зондини оғиз орқали меъдага ўрнатиш.

1.4. Люмбал пункция

Қарши кўрсатмалар:

- Калла суюги ичидаги босимни кўтарилганлигининг белгилари (қорачиқларнинг турли диаметрда бўлиши, қотиб қолган ҳолат ёки бадан бўлақларидан бирининг параличи, тўхтаб-тўхтаб нафас олиш);
- Пункция жойидаги тери инфекцияси.

Қарши кўрсатмалар бўлганда, люмбал пункция натижасининг қанчалик муҳим эканлигини ушбу муолажа ўтказиш билан боғлиқ хавф билан таққослаш лозим. Агар ишончингиз комил бўлмаса, шубҳа қилинаётган менингитни даволашни бошлаб, люмбал пункцияни кейинга қолдириш маъқул.

Болани тўғри жойлаштиринг

- Люмбал пункция ўтказиш учун икки хил ҳолат мавжуд :

- Чап ёнбошда ётиш (кичик ёш даги болалар учун тавсия қилинади);
- Ўтирган ҳолатда (каттароқ ёш даги болалар учун тавсия қилинади).

Чап ёнбошда ётган ҳолатда бажарила диган люмбал пункция:

- Ётадиган жой қаттиқ бўлиши лозим. Болани шундай ҳолатда ётқизинг-ки, бола ётган сатҳга умуртқа чизиги параллел ва елканинг кўндаланг чизиги вертикал бўлсин.
- Ёрдамчингиз болани тиззаларини кўкрак қафасига яқинлаштириб, елкасини букиши лозим ва елкани букилган ҳолатда туриши учун бола елкасининг юқори қисмидан ва думбаларидан маҳкам ушлаб



Люмбал пункцияни бажариш учун катта ёшдаги болани ўтирган ҳолатда ушлаб туриш

туриши лозим. Бола эркин нафас олишини ва нафас йўллари очиқ бўлишини назорат қилинг. Эрта ёшдаги гўдакларни ушлаб туришда айниқса эҳтиёткорлик лозим. Ёрдамчингиз болани бўйин соҳасидан ушламаслигини ёки бўйнидан сиқмаслигини назорат қилинг, акс холда нафас йўллари беркилиб қолиши мумкин.

Анатомик кўрсаткичларни текширинг

- III ва IV ёки IV ва V бел умуртқалари орасидаги ораллиқни аниқланг. (III бел умуртқа погонасининг ёнбош суяклари қанотларининг юқори қисмининг туташтирувчи рамзий чизиқ билан кесишмасида жойлашади).

Пункция жойини тайёрланг

- Асептика қоидаларига риоя қилинг: қўлингизни хирургик операцияси олдидан каби ювинг ва стерил қўлқоплар кийинг.
- Пункция соҳасидаги терини антисептик эритма ёрдамида артинг.
- Стерил операцион матолар қўллаш тавсия қилинади.
- Хушида бўлган катта ёшдаги болаларда пункция соҳасини 1% ли лигнокаин эритмаси билан инфилтрацион маҳаллий анестезия қилинг.

Люмбал пункцияни бажаринг

- Стилети пункция игнасини қўлланг (кичик ёшдаги гўдаклар учун 22-калибр, каттароқ болаларга 20-калибр, мабодо бундай игналар бўлмаса, тери ости инъекциялари учун ишлатиладиган игналардан фойдаланса бўлади).
- Игнани умуртқалар ораллигининг ўртасига киндик томон йўналтирилган ҳолатда киргизинг.
- Игнани аста-секинлик билан киргизинг. Игна умуртқалар ўсимталари орасидаги боғламларга етиб боргунча осонлик билан киради. Боғламни тешиб ўтиш учун игнага бирмунча кўпроқ босим берилади, орқа миянинг қаттиқ қобиғидан ўтгандан сўнг қаршилиқ камаяди. Чақалоқларда қаршилиқнинг камайиши ҳамма вақт ҳам яхши сезилавермайди, шунинг учун игнани жуда эҳтиёткорлик билан киргизиш лозим.
- Стилети чиқариб олинг, игнадан орқа мия суюқлиги тома бошлайди. Агар суюқлик чиқмаса, стилети яна игнага ўрнатиб, янада чуқурроққа киргизиш мумкин.
- Орқа мия суюқлигини 0,5-1 мл миқдорда йиғинг ва стерил идишга жойланг.
- Игна ва стилети тўлиқ чиқариб олинг ва бир неча сония давомида пункция жойини босиб туринг. Пункция жойига асептик боғлам қўйинг.

Агар игна жуда чуқур киргизилса, бел томирига санчирилиши мумкин. Бу орқа мия суюқлигида қон пайдо бўлишига сабаб бўлади (“жароҳатли пункция”). Бундай холда игнани чиқариб олиш ва муолажани бошқа умуртқа ораллиғида бажариш лозим.

1.5. Плевра бўшлиғини дренаж қилиш

Плевра суюқлигини дренаж йўли орқали чиқариб ташлаш лозим (кичик ҳажмдаги суюқлик бундан истисно). Айрим холларда плевра бўшлиғини иккала томонда дренаж қилишга тўғри келади. Баъзида эса суюқлик қайта-қайта тўпланса, 2-3 марта дренаж қилишга тўғри келади.

Диагностик пункция

- Қатор холларда болага седатив моддалар ёки юзаки кетаминли наркоз бериш мақсадга мувофиқдир.
- Қўлингизни ювинг ва стерил қўлқоплар кийинг.

- Болани чалқанча ёткизинг (тепага қаратиб).
- Кўкрак қафасининг пункция жойидаги терини камида 2 дақиқа давомида антисептик эритма билан артинг (масалан, 70% этил спирти).
- Ўрта қўлтиқости чизигида (кўкрак қафасининг ён томонида) бевосита кўкрак учи тагида нуқта белгиланг (бешинчи қовурға ораси).
- Ушбу нуқтада терига ва тери остига 1 мл атрофида 1% лигнокаин юборинг.
- Тери ва плевра орқали игна ёки катетерни киргизинг ва плеврада суюқлик борлигига ишонч ҳосил қилиш учун аспирация қилинг. Микроскопия ва бошқа текширувлар ўтказиш учун суюқликдан контейнерга ўлчам олинг.

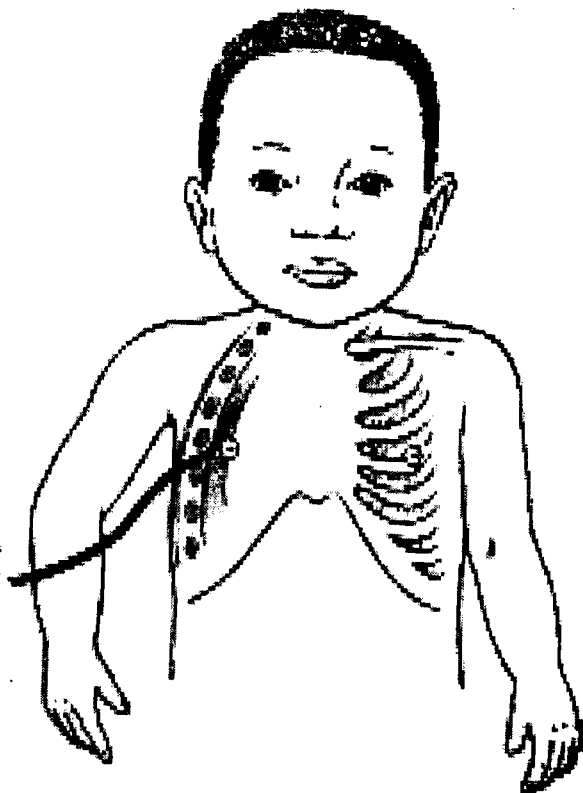
Агар суюқлик тиниқ бўлса (сариксимон ёки жигаррангсимон), етарли ҳажмда суюқлик олинганидан сўнг нафас олиш функциясини тиклаш мақсадида игна ёки катетерни чиқариб олинг ва пункция жойига боғлам қўйинг. Сил бўлиш эҳтимолини ёдда тутинг.

Агар суюқлик йирингсимон бўлса, лекин қуюқ консистенцияга эга бўлмаса, ёки хира (сут кўринишида) бўлса, кунига бир неча марта йирингни чиқариб ташлаш учун катетерни плевра бўшлиғида қолдиринг. Ҳаво кириб қолмаслиги учун катетерни яхши ёпилганини текширинг.

Агар суюқлик қуюқ йирингдан иборат бўлиб, игна ёки катетер орқали чиқариш қийин бўлса, плевра бўшлиғига зонд ўрнатиш.

Плевра бўшлиғига зонд ўрнатиш

- Юқорида кўрсатилгандек зонд ўрнатиладиган жойни аниқланг ва тайёрланг.
 - Терини 2–3 см узунликда бешинчи қовурға оралиғи бўйлаб бевосита қовурға тепасидан кесинг (ҳар бир қовурғанинг пастидан ўтадиган қон томирларини жароҳатламаслик учун).
 - Қовурғанинг юқори қисмидан тепада тери ости ёғ қатламидан ўтиш учунва плеврани пункция қилиш учун стерил қисқич қўлланг. Қўлқоп кийилган бармоғингизни кесилган жойга киритинг ва плеврага йўл очинг (гўдақларда бу нарса амалга оширилиб бўлмайди).
 - Қисқич билан 16-калибрли дренаж катетерини ушлаб туриб, плевра бўшлиғига бир неча см юқорига йўналтирилган холда киргизинг. Катетернинг барча дренаж тешиклари плевра бўшлиғи ичидалигига ишонч ҳосил қилинг.
 - Катетер чиқарадиган суюқликни йиғувчи сувли клапанли идиш билан бирлаштиринг.
 - Катетерни ўрнатилган жойда чок ва ёпишқоқ пластр билан терига маҳкамланг, докали боғлам қўйинг.



Плевра бўшлиғига зонд ўрнатиш

11.7. Бирламчи бўгин тиббий ходими билан алоқа

Зарур маълумот

Болани стационарга жўнатган бирламчи бўгин тиббий ходими қуйидагиларни ўз ичига олган болани даволаниши тўғрисидаги маълумотларни олиши керак:

- ташҳис;
- олиб борилган даволаниш (ҳамда шифохонада бўлиш вақтининг давомийлиги);
- давонинг самараси;
- она давони давом эттириш ва уй шароитида даволаниш борасида олган тавсиялар;
- кейинги кузатиш учун зарур бўлган бошқа масалалар (масалан, эмлашлар).

Агар боланинг соғлиқ картаси бўлса юқоридаги маълумотларни унга киритиш мумкин ва онасидан бу картани тиббий ходимга кўрсатишни сўраш зарур. Агар соғлиқ картаси бўлмаса бу маълумотларни онаси ва тиббий ходим учун қисқа ҳамроҳ хати сифатида тайёрлаш мумкин.

11.8. Кейинги кузатув

Шифохонага ётқизиш лозим булмаган ва уйда даволаш мумкин бўлган бемор болалар

Болаларни амбулатория текширувларидан сўнг уйга олиб кетаётган оналарга қачон кейинги кузатиш учун тиббий ходимга учрашиш тўғрисида маслаҳатлар беринг. Балки оналар болаларини шифохонага қайтариб олиб келишлари мумкин:

- маълум вақтдан кейинги кузатув учун (масалан, ҳолатнинг ўзгариши ёки антибиотик терапиянинг самарасини текшириш керак бўлганда);
- агар бола ахволини ёмонлашуви белгилари пайдо бўлса;
- навбатдаги эмлаш учун.

Айниқса оналарга тезда шифохонага мурожаат қилишлари зарурлигини билдирадиган белгиларни топишга ўргатиш керак. Аниқ клиник ҳолатлардаги кейинги кузатиш борасидаги тавсиялар қўлланманинг керакли бўлимларида берилган.

Овқатлантириш ва овқатланиш масалалари бўйича кейинги кузатув

- Агар болада овқатланиш билан боғлиқ муаммолар бўлса ва сиз унга ўзгартишлар киритишни тавсия қилган бўлсангиз 5 кундан сўнг она зарур ўзгартишларни бажарганлигини текширинг ва зарур бўлса унга қўшимча маслаҳатлар беринг.
- Болада камқонлик бўлса 14 кундан кейин оғиз орқали яна қўшимча темир воситалари бериш мақсадида қайта куринг.
- Агар боланинг вазни жуда кам бўлса 30 кундан сўнг қайта куринг. Бунда болани тортиб кўриш, овқатлантириш амалиётини қайта баҳолаш ҳамда овқатлантириш масалалари бўйича кейинги маслаҳатлар бериш керак.

Қачон тезда шифохонага қайтиш керак бўлади:

Боланинг онасига қуйида келтирилган белгилардан бирортаси пайдо бўлганда тезда болани яна шифохонага олиб келишини маслаҳат беринг.

- бола ича олмаса ёки эма олмаса;
- боланинг ахволи ёмонлашяпти;

- иситма пайдо бўлди;
- шифохонада муваффақиятли даволанса кейин ҳам касаллик белгилари яна пайдо бўлмоқда;
- йутал ёки шамоллаш бўлган болада – тезлашган ёки қийинлашган нафас олиш;
- диарея билан оғриган боланинг ахлатида қон мавжуд ёки у ёмон ичади.

Соғлом боланинг кейинги ташрифи

Боланинг онасига унинг эмлаш учун кейинги ташрифи тўғрисида эслатинг; санани онанинг эслатмасига ёки боланинг эмлашлар картасига киритинг.

1-ИЛОВА

БОЛАЛАР ШИФОХОНАСИНИНГ ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИКА АСБОБЛАРИ

1. Ўпка сунъий вентиляцияси аппарати.
2. Эндотрахеал найчалар.
3. Назогастрал вилкалар.
4. Кислородни намлаш учун ускуна.
5. Назогастрал зонд.
6. Томир ичи катетерлари.
7. Иситиладиган реанимация столлари.
8. Монитор.

**4-ИЛОВА.
ДОРИ ВОСИТАЛАРИ РҲЙХАТИ**

Тана вазнига нисбатан доза

Дозалаш **Шакли** **3 – <6 кг** **6 – <10 кг** **10 – <15 кг** **15 – <20 кг** **20–29 кг**

Абакавир – антиретровирус воситалар ҳақида алоҳида жадвалга қаранг, 350 б.

Адреналин

астмага оид нафас олишда *Тана вазнига қараб АНИҚ дозани ҳисобланг (тез таъсир этувчи бронхолитик дори сифатида) 0,01 мл/кг (максимал 0,3 мл гача) эритма 1:1000 (0,1 мл/кг эритма 1:10 000), 1 мл шприц орқали мушакдан*

томоқни оғир вирусли яллиғланишида *синаш учун қўллаш 2 мл аэрозол 1:1000* – 2 мл 2 мл 2 мл 2 мл

анафилаксияда 0,01 мл/кг эритма 1:1000 ёки 0,1 мл/кг эритма 1:10 000, 1 мл шприц орқали Мушакдан

Эслатма: 9 мл нормал тузли эритма ёки 5% глюкоза эритмасига 1 мл эритма 1:1000 қўшиб, 1:10 000 эритма тайёрланг.

Тана вазнига нисбатан доза

Дозалаш	Шакли	3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
---------	-------	-----------	------------	-------------	-------------	----------

Аминофиллин

астмада

перорал: 6 мг/кг таблет калар: 100 мг
 томирдан таблет калар: 200 мг

Тана вазни асосида АНИҚ дозани ҳисоблаш тавсия этилади; агар буни иложи бўлмаса қуйида келтирилган дозалардан фойдаланинг

Бошланғич доза:

томирдан 5–6 мг/кг (макс. 300 мг) 20–60 мин мобайнида секин	Флакон 250 мг/10 мл	1 мл	1,5 мл	2,5 мл	3,5 мл	5 мл
--	------------------------	------	--------	--------	--------	------

Ёрдамчи доза:

томирдан: 5 мг/кг ҳар 6 соатдан кам бўлмаганда ёки томчилатиб 0.9 мг/кг/час		1 мл	1,5 мл	2,5 мл	3,5 мл	5 мл
---	--	------	--------	--------	--------	------

АНИҚ дозани ҳисобланг

Агар бола 24 соат мобайнида аминофиллин ёки теофиллин қабул қилмаган бўлса, уҳолда томирдан бошланғич доза юборинг.

Апноэда янги ва мўддатдан олдин туғилган чакалоқлар учун дозалар ва дозалар оралиғидаги интервал.

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Амоксициллин	15 мг/кг	таблеткалар 250 мг	1/2	1/2	3/4	1	1 1/2
	кунига уч маҳал	сироп (миқдори 125 мг/5 мл)	2.5 мл	5 мл	7,5 мл	10 мл	-
<i>пневмонияда</i>	25 мг/кг		1/2	1	1 1/2	2	2 1/2
	кунига икки маҳал		5 мл	10 мл	15 мл	-	-
Ампициллин	перорал: 25 мг/кг	таблеткалар 250 мг	1/2	1	1	1 1/2	2
	кунига тўрт маҳал*						
	мушакдан, томирдан: 50 мг/кг хар 6 соатда	Флакон 500 мг, 500 мг/2,5 мл бўлиши учун 2,1 мл стерилизацияланган сув билан аралаштиринг	1 мл**	2 мл	3 мл	5 мл	6 мл

* Ушбу перорал дозалар энгил касалликларга нисбатан белгиланган. Агар оғир касалликка қарши ампициллин инъекцияси воситасида даволаш курси ўтказилгандан сўнг перорал ампициллин талаб этилса, перорал доза бу ерда кўрсатилганидан 2 – 4 марта кўп бўлиши зарур.

** Янги ва муддатдан олдин туғилган чақалоқлар учун дозалар ва дозалар оралиғидаги интервал.

Амфотерицин	кунига 0,25 мг/кг,	Флакон 50 мг	-	2 – 8 мг	3 – 12 мг	4,5 – 18 мг	6 – 24 мг
<i>қизилўнгачдаги кандидозни даволаш учун</i>	ҳазм қилишига қараб кунига 1 мг/кг гача ошириб бориш, ҳар куни 6 соат мобайнида 10-14 кун томирдан юбориш						

ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

Аспирин	перорал: 10 – 20 мг/кг ҳар 4 – 6 соатда	таблеткалар 300 мг	–	1/4	1/2	3/4	1
----------------	---	--------------------	---	-----	-----	-----	---

Эслатма: ривожланишнинг Рейе синдроми хавфини ҳисобга олган ҳолда, иложи борича, ёш болаларга буюрманг.

Бензатин пенициллин – пенициллинга қ.

Бензилпенициллин – пенициллинга қ.

Бупивикаин 1 мг/кг гача 0,25% эритма

Витамин А	2 кун мобайнида	капсула 200 000 МЕ	–	1/2	1	1	1
	кунига бир маҳал	капсула 100 000 МЕ	1/2	1	2	2	2
		капсула 50 000 МЕ	1	2	4	4	4

Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
		3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Гентамицин* <i>Тана вазнига асосланган, АНИҚ дозани ҳисобланг. Агар буни иложи бўлмаса, қуйида келтирилган дозалардан фойдаланинг</i>						
7,5 мг/кг	мушакдан, томирдан:	2,25 –	4,5 –	7,5 –	–	–
кунига бир маҳал	флакон 20 мг (2 мл 10 мг/кг) эритилмаган	3,75 мл**	6,75 мл	10,5 мл		
	мушакдан, томирдан:	2,25 –	4,5 –	7,5 –	–	–
	флакон 80 мг (2 мл по 40 мг/кг) 6 мл стерилизацияланган сув билан аралашган	3,75 мл**	6,75 мл	10,5 мл		
	мушакдан, томирдан:	0,5 –	1,1 –	1,9 –	2,8 –	3,75 –
	флакон 80 мг (2 мл 40 мг/кг дан)	0,9 мл**	1,7 мл	2,6 мл	3,5 мл	5,4 мл

* Теофиллин билан бирга қўлланилганда побочных эффектов хавфини эсда тутинг. Аминогликозидни (гентамицин, канамицин) буюрганингизда яхшиси неразбавленного 40 мг/кг гентамициндан фойдаланманг.

** Янги ва муддатдан олдин туғилган чақалоқлар учун дозалаш ва дозалар оралиғидаги интервал.

Генцианвиолет Для наружного применения

Дексаметазон

томоқни оғир вирусли яллиғланишида	перорал: 0,6 мг/кг бир марта мушакдан: 5 мг/мл	таблеткалар 0,5 мг	0,5 мл	0,9 мл	1,4 мл	2 мл	3 мл
--	--	--------------------	--------	--------	--------	------	------

Дефероксамин темир моддаси- дан захарла- нишда	15 мг/кг/ч, томирдан дозагача 24 соатда ёки 50 мг/кг мушакдан 1 г максимал дозагача	Ампула 500 мг 80 мг/кг максимал	2	2	2	2	2
--	--	------------------------------------	---	---	---	---	---

Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза					
		3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг	
Диазепам <i>талвасада</i>	ректал: 0,5 мг/кг томирдан: 0,2–0,3 мг/кг	эритма 10 мг/2 мл 0,25 мл*	0,4 мл* 0,4 мл	0,75 мл 0,6 мл	1,2 мл 0,75 мл	1,7 мл 1,25 мл	2,5 мл
<i>седатив (марказий нерв системасини тинчлантириш учун) процедурадан олдин бериладиган дори воситаси</i>	томирдан 0,1 – 0,2 мг/кг						
* Янги туғилган чақалоқларга диазепам ўрнига фенобарбитал (20 мг/кг томирдан ёки мушакдан) юборинг. Агар томир тортиши давом этса, 30 минутдан кейин 10 мг/кг томирдан ёки мушакдан юборинг. Перорал фенобарбиталнинг ёрдамчи дозаси 2,5 – 5 мг/кг ни ташкил этади.							
Дигоксин	<i>Дозалар перорал қўллаш учун белгиланган. Қуйида келтирилганидек, бошланғич доза берилганидан 6 соатдан сўнг, бошланғич дозани кейинги ёрдамчи доза билан қунига икки маҳал беринг:</i>						
	Бошланғич доза:						
15 мг/кг, бир марта	таблеткалар 62,5 мкг таблеткалар 125 мкг	3/4 – 1 –	1 1/2 – 2 –	2 1/2 – 3 1/2 1 – 1 1/2	3 1/2 – 4 1/2 1 3/4 – 2	– 2 1/2 – 3	
	Ёрдамчи доза:						
(6 соатдан кейин бошланг)	таблеткалар 62,5 мкг	1/4 – 1/2	1/2 – 3/4	3/4 – 1	1 1/4 – 1 1/2	1 1/2 – 2 1/4	
бошланғич дозадан кейин 5 мг/кг ҳар 12 соатда (дозасига макс. 250 мкг дан)							

Диданозин – антиретровирусли воситалар ҳақида алоҳида жадвалга қаранг.

Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза					
		3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг	
Темир моддаси 14 кун мобайнида (таркибида бир маҳал темир бирикмаси бўлган дори)	таблеткалар темир/фолат (200 мг темир сульфат + 250 мкг фолат= 60 мг элементар темир)	–	–	1/2	1/2	1	
	сироп железа (темир fumarat, 100 мг на 5 мл = 20 мг/мл элементар темир)	1 мл	1,25 мл	2 мл	2,5 мл	4 мл	
Зидовудин –антиретровирусли воситалар ҳақида алоҳида жадвалга қаранг.							
Ибупрофен	перорал 5 – 10 мг/кг ҳар 6 – 8 соатда, кунига макс. 500 мг	таблеткалар 200 мг	–	1/4	1/4	1/4	3/4
		таблеткалар 400 мг	–	–	–	1/4	1/2
Калий	кунига 2 – ммоль/кг						
Канамицин	<i>Тана вазнига асосланган, АНИҚ дозани ҳисобланг. Агар буни иложи бўлмаса, қуйида келтирилган дозалардан фойдаланинг</i>						
	мушакдан, томирдан: 20 мг/кг кунига бир маҳал	Флаконтан 250 мг (2 мл по 125 мг/мл)	0,5 – 0,8 мл**	1 – 1,5 мл	1,6 – 2,2 мл	2,4 – 3 мл	3,2 – 4,6 мл
** Янги ва муддатдан олдин туғилган чақалоқлар учун дозалаш ва дозалар оралиғидаги интервал.							

Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
		3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Кетамин*						
<i>катта операцияларни амалга ошириш пайтида наркоз</i>						
<i>Тана вазнига ёки юза майдонига асосланган АНИҚ дозани ҳисобланг.</i>						
мушакдан:		20 – 35 мг	40 – 60 мг	60 – 100 мг	80–140 мг	125 – 200 мг
Бошланғич доза:						
5 – 8 мг/кг						
мушакдан: Ёрдамчи						
доза: 1 – 2 мг/кг (зарур бўлганда)		5 – 10 мг	8 – 15 мг	12 – 25 мг	15 – 35 мг	25 – 50 мг
томирдан:		5 – 10 мг	8 – 15 мг	12 – 25 мг	15 – 35 мг	25 – 50 мг
Бошланғич доза:						
1 – 2 мг/кг						
томирдан: Ёрдамчи						
доза: 0,5 – 1 мг/кг (зарур бўлганда)		2,5 – 5 мг	4 – 8 мг	6 – 12 мг	8 – 15 мг	12 – 25 мг
<i>турли процедура-ларни ўтказишда юза қисмда наркоз бериш учун</i>						
мушакдан: 2 – 4 мг						
томирдан: 0,5 – 1 мг/кг						
* Дозалаш деталлари ва юбориш усуллари.						

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза					
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг	
	Клоксациллин/ томирдан: 25 – 50 мг/кг	флаконтан 500 мг,	2 – (4) мл*	4 – (8) мл	6 – (12) мл	8–(16) мл	12–(24) мл	
	флюкклоксациллин/ оксациллин*	500 мг/10 мл бўлиши учун 8 мл стерилизацияланган сувда эритинг						
	мушакдан	флаконтан 250 мг, 250 мг/10 мл бўлиши учун 1,3 мл стерилизацияланган сувда эритинг	0,6 (1,2) мл*	1 (2) мл	1,8 (3,6) мл	2,5 (5) мл	3,75 (7,5) мл	
		капсулалар 250 мг	1/2 (1)*	1 (2)	1 (2)	2 (3)	2 (4)	
	<i>абсцессларни даволаш учун</i>	15 мг/кг ҳар 6 соатда	капсулалар 250 мг	j	1/2	1	1 1/2	2 1/2
* Янги ва муддатдан олдин туғилган чақалоқлар учун дозалар ва дозалар оралиғидаги интервал.								
	Кодеин оғриқни қолдириш учун	перорал: 0,5 – 1 мг/кг ҳар 6 – 12 соатда	таблетка 15 мг	1/4	1/4	1/2	1/2	1 1/2

ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

Тана вазнига нисбатан доза

Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза					
		3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг	
Котримоксазол* (триметроприм-сульфаметоксазол, ТМП – СМК)	перорал:						
	триметроприм 4 мг/кг ва 20 мг/кг	катталар учун таблеткалар (80 мг ТМП+400 мг СМК)	1/4*	1/2	1	1	1
	кунига икки маҳал	болалар учун таблеткалар (20 мг ТМП+100 мг СМК)	1	2	3	3	4
	сироп (40 мг ТМП + 200 мг СМК 5 мл га)		2 мл*	3,5 мл	6 мл	8,5 мл	–

Эслатма: ВИЧ – инфекцияланган болаларда интерстициал пневмонияни даволаш учун бир доза 8 мг/кг ТМП ва 40 мг/кг СМК 3 ҳафта мобайнида кунига 3 маҳални ташкил этади.

** Агар бола 1 ойликдан ошган бўлса, болаларга (1/2 таблеткадан ёки 1,25 мл сироп) кунига икки маҳал котримоксазол беринг. Муддатидан олдин туғилган ёки вирусли гепатит-сариқ касаллигига чалинган чақалоқларга котримоксазол буюришдан сақланинг.*

Кофеин цитрат Янги туғилган чақалоқларда қўлланилиши.

Ламивудин – антиретровирусли воситалар ҳақида алоҳида жадвалга қаранг, с. 348

Лидокаин Сиртдан қўллаш учун – см. с. 223
Маҳаллий инъекция дозада 4 – 5 мг/кг маҳаллий анестезия учун

Мебендазол	100 мг 3 кун мобайнида кунига 2 маҳал	таблеткалар 100 мг	–	–	1	1	1
	500 мг – бир марта	таблеткалар 100 мг	–	–	5	5	5

Тана вазнига нисбатан доза

Дозалаш	Шакли	3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг	
Метоклопрамид <i>кўнгил айниб, қайт қилганда</i>	0,1 – 0,2 мг/кг	таблеткалар 10 мг	–	–	1/4	1/4	1/2
	ҳар 8 соатда, кўрсатмага биноан	инъекция учун: 5 мг/мл	–	–	0,5 мл	0,7 мл	1 мл
Метронидазол	перорал 7,5 мг/кг	таблеткалар 200 мг	–	1/4	1/2	1/4	1
	7 кун мобайнида кунига 3 маҳал	таблеткалар 400 мг	–	–	1/4	1/4	1/2
<i>* Лямблиозни даволаш учун доза 5 мг/кг ни ташкил этади; амебиазда – 10 мг/кг ни.</i>							
Морфин	<i>Тана вазнига қараб АНИҚ дозани ҳисобланг</i>						
	перорал: 0,2 – 0,4 мг/кг ҳар 4 – 6 соатда; зарур бўлганда, кучли оғриқ ҳолатида дозани оширинг.						
	мушакдан: 0,1 – 0,2 мг/кг ҳар 4 – 6 соатда.						
	томирдан: 0,05 – 0,1 мг/кг ҳар 4 – 6 соатда ёки томчилатиб юбориш орқали 0,005 – 0,01 мг/кг/ч						
Налидиксовая кислота	перорал: 15 мг/кг	таблеткалар 250 мг	1/4	1/2	1	1	1 1/2
	5 кун мобайнида кунига 4 маҳал						
Невирапин – антиретровирусли воситалар ҳақида алоҳида жадвалга қаранг, с. 348							
Нистатин	перорал: 100 000 – 200 000 ЕД	перорал суспензия 100,000 ЕД/мл	1 – 2 мл	1 – 2 мл	1 – 2 мл	1 – 2 мл	1 – 2 мл
	оғиз бўшлиғини ювиб тозалаш учун						
Оксациллин – клоксациллинга қаранг							

ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Паральдегид	ректал: 0,3 – 0,4 мл/кг	флаконтан 5 мл	1,4 мл	2,4 мл	4 мл	5 мл	7,5 мл
	мушакдан: 0,2 мл/кг	0,8 мл	1,5 мл	2,4 мл	3,4 мл	5 мл	
Парацетамол	10 – 15 мг/кг, кунига 4 маҳал	таблеткалар 100 мг	–	1	1	2	3
		таблеткалар 500 мг	–	1/4	1/4	1/2	1/2
ПЕНИЦИЛЛИН							
Бензатин	мушакдан: 50 000 ЕД/кг	флаконтан	0,5 мл	1 мл	2 мл	3 мл	4 мл
Бензилпенициллин	кунига бир маҳал 4 мл стерилизацияланган сувда эритинг	1,2 млн. ЕД,					
Бензилпенициллин (пенициллин G)							
<i>умумий дозалаш</i>	томирдан: 50 000 ЕД/кг хар 6 соатда	флаконтан 600 мг, 1 000 000 ЕД/10 мл бўлиши учун 9,6 мл стерилизацияланган сувда эритинг	2 мл*	3,75 мл	6 мл	8,5 мл	12,5 мл
	мушакдан	флаконтан 600 мг (1 000 000 ЕД), 1 000 000 ЕД/2 мл бўлиши учун 1,6 мл стерилизацияланган сувда эритинг	0,4 мл*	0,75 мл	1,2 мл	1,7 мл	2,5 мл

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Бензилпенициллин (давоми)							
<i>менингитда</i>	100 000 ЕД/кг ҳар 6 соатда	томирдан мушакдан	4 мл* 0,8 мл*	7,5 мл 1,5 мл	12 мл 2,5 мл	17 мл 3,5 мл	25 мл 5 мл
<i>* Янги ва муддатдан олдин туғилган чақалоқлар учун дозалар ва дозалар оралиғидаги интервал.</i>							
Прокаин	мушакдан: 50 000 ЕД/кг	флакон 3 г (3 000 000 ЕД)	0,0,25 мл	0,5 мл	0,8 мл	1,2 мл	1,7 мл
бензилпенициллин	қунига бир маҳал	4 мл стерилизация- ланган сувда эритинг					
Преднизалон*	перорал: 1 мг/кг 3 кун мобайнида қунига икки маҳал	таблеткалар 200 мг	1	1	2	3	5
<i>* 1 мг преднизалон 5 мг гидрокартизонга ёки 0.15 мг дексаметазонга эквивалент.</i>							
Туберкулезга қарши воситалар – аниқроқ 352-б. га қаранг.							
Ритонавир – антиретровирусли воситалар ҳақида алоҳида жадвалга қаранг.							
Саквинавир - антиретровирусли воситалар ҳақида алоҳида жадвалга қаранг.							

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Сальбутамол	перорал: болаларга <1 ёш дозасига 1 мг 1 – 4 ёшли болаларга дозасига 2 мг	сироп 2 мг/кг	2,5 мл	2,5 мл	5 мл	5 мл	5 мл
	кийин ҳолатда хар 6 – 8 соатда	таблеткалар 2 мг таблеткалар 4 мг	1/2 1/4	1/2 1/4	1 1/2	1 1/2	1 1/2
	спейсер билан ингаляция: 2 дозаси 200 мкг ни ташкил этади	дозаланган ингалятор микдори 200 доза					
	аэрозол ингалятор 2,5 мг/дозага	эритма 5 мг/мл бир марталик дозы 2,5 мг дан 2,5 мл га					
Сульфадиазин серебра – шикастланган терида маҳаллий қўлланилади							
Сульфадоксин пириметамин (СП)	перорал: 25 мг сульфадоксин ва (500 мг 1,25 мг пириметамин 1 кг тана вазнига 25 пириметамин) фақат бир марталик доза	таблеткалар сульфадоксин + пириметамин	1/4	1/2	1	1	1 1/2

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Тетрациклин*	12,5 мг/кг кунига 4 маҳал 3 кун мобайнида	таблеткалар 250 мг	–	1/2	1/2	1	1
<i>* Фақат вабони даволаш учун болаларга беринг, чунки бу дори воситаси доимий тиш пигментациясига олиб келади.</i>							
Фенобарбитал	мушакдан: Бошланғич доза: 15 мг/кг орал ёки мушакдан:	эритма 200 мг/мл	0,4 мл*	0,6 мл	1,0 мл	1,5 мл	2,0 мл
			0,1 мл	0,15 мл*	0,25 мл	0,35 мл	0,5 мл
	Ёрдамчи доза: 2,5 – 5 мг/кг						
<i>* Янги туғилган чақалоққа диазепам ўрнига фенобарбитал буюринг (20 мг/кг томирдан ёки мушакдан). Агар талвасага тушиши (томир тортишиб) давом этса, 30 минутдан сўнг такроран 10 мг/кг томирдан ёки мушакдан юборинг.</i>							
Флюклоксациллин – клоксациллинга қ.							
Флюконазол	3 – 6 мг/кг кунига бир марта	Орал суспензия 50 мг/5 мл капсулалар 50 мг	–	–	5 мл	7,5 мл	12,5 мл
			–	–	1	1 – 2	2 – 3
Фуразолидон	1,25 мг/кг 3 кун мобайнида кунига 4 маҳал	таблеткалар 100 мг	–	–	1/4	1/4	1/4
Фуросемид <i>юрак</i> <i>етишмаслигида</i>	перорал ёки томирдан: 1 – 2 мг/кг ҳар 12 соатда	таблеткалар 20 мг томирдан 10 мг/мл	1/4 – 1/2 0,4 – 0,8 мл	1/2 – 1 0,8 – 1,6 мл	1/2 – 1 1,2 – 2,4 мл	1 – 2 1,7 – 3,4 мл	1 1/4 – 2 1/2 2,5 – 5 мл

ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Хлорфенамин	мушакдан, томирдан ёки тери остидан: 0,25 мг/кг бир марта (24 соат мобайнида 4 мартагача такрорлаш мумкин). перорал: кунига 2 – 3 маҳал	10 мг в 1 мл таблеткалар 4 мг	0,1 мл томирдан эритма томирдан эритма –	0,2 мл –	0,3 мл –	0,5 мл –	0,6 мл 1/2
Цефтриаксон* келтирилган	<i>Тана вазнига асосланган АНИҚ дозани ҳисобланг. Агар бунинг имконияти бўлмаса, қуйида дозалардан фойдаланинг.</i>						
<i>менингитда</i>	томирдан 25 мг/кг ҳар 6 соатда (максимум дозасига 1 г)	флакон 1 г, 9,2 мл стерил сувда эритинг 1 г/10 мл бўлиши учун	0,75 – 1,25 мл**	1,5 – 2,25 мл	2,5 – 3,5 мл	3,75 – 4,75 мл	5 – 7,25 мл
<i>вабода</i>	мушакдан: 20 мг/кг ҳар 6 соатда мобайнида 3 кун	флакон 1 г, 3,2 мл стерил сувда эритинг 1 г/4 мл бўлиши учун	0,3 – 0,5 мл**	0,6 – 0,9 мл	1 – 1,4 мл	1,5 – 1,9 мл	2 – 2,9 мл
<i>бошқа ҳолатларда</i>	перорал: 25 мг/кг ҳар 8 соатда (максимум дозасига 1 г)	125 мг/5 мл суспензия (пальмитат) капсулалар 250 мг	3 – 5 мл –	6 – 9 мл –	10 – 14 мл 1	15 – 19 мл 1 1/2	– 2

* Цефтриаксон бир вақтнинг ўзида фенобарбитал билан қабул қилинса, уни кучсизлантиради, лекин фенитонин билан қабул қилинса, цефтриаксон таъсирини кучайтиради.

** Янги ва муддатдан олдин туғилган чақалоқлар учун дозалар ва дозалар оралиғидаги интервал.

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Цефтриаксона	100 мг/кг бир марталик мушакдан:	флаконтан 0,5 г	1,2 – 2 мл	2,4 – 3,6 мл	4 – 5,6 мл	6 – 7,6 мл	8 – 11,6 мл
ёгли эритма менингокок менингитни даволаш учун (эпидемия даврида)	доза кўринишида; максимум 3 г	в 2 мл					
Цефалексин	12,5 мг/кг кунига тўрт маҳал	таблеткалар 250 мг	1/4	1/2	3/4	1	1 1/4
Цефотаксим	мушакдан, томирдан: 50 мг/кг хар 6 соатда	флаконтан 500 мг, эритинг 2 мл стерил сувда ёКИ Флаконтан 1 г 4 мл стерил сувда эритинг ёКИ Флаконтан 2 г эритинг 2 г 8 мл стерил сувда эритинг	0,8 мл*	1,5 мл	2,5 мл	3,5 мл	5 мл

* Янги ва муддатдан олдин туғилган чақалоқлар учун дозалар ва дозалар оралиғидаги интервал.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Цефтриаксон	мушакдан, томирдан: 80 мг/кг/кун бир марталик доза кўринишида, 30 мин мобайнида юбориш учун	флакон 1 г, 9,6 мл стерил сувда эритинг 1 г/10 мл бўлиши учун ЎКИ флакон 2 г, 19 мл стерил сувда эритинг 2 г/20 мл бўлиши учун	3 мл*	6 мл	10 мл	14 мл	20 мл
<i>менингитда</i>	мушакдан, томирдан: 50 мг/кг ҳар 12 соатда (макс. бир марталик доза 4 г) ЎКИ		2 мл	4 мл	6 мл	9 мл	12.5 мл
	мушакдан, томирдан: 100 мг/кг кунига бир маҳал		4 мл	8 мл	12 мл	18 мл	25 мл
<i>янги туғилган чақалоқнинг офтальмиясида</i>	мушакдан: 50 мг/кг бир марта максимал 125 мг						<i>АНИҚ дозани ҳисобланг</i>

* Янги ва муддатдан олдин туғилган чақалоқлар учун дозалар ва дозалар оралиғидаги интервал.

Тана вазнига нисбатан доза

	Дозалаш	Шакли	Тана вазнига нисбатан доза				
			3 – <6 кг	6 – <10 кг	10 – <15 кг	15 – <20 кг	20–29 кг
Ципро- флорксацин	перорал:	таблеткалар: 100 мг	1/2	1	1 1/2	2	3
	10 – 15 мг/кг дозага 5 кун мобайнида кунига 2 маҳал (макс. 500 мг дозага)	таблеткалар 250 мг	1/4	1/2	1/2	1	1 1/2

Ципрофлорксацин болалар учун: кўп ҳолларда артропатияни ривожлантириш хавфини кучайтирганда қўллаш тўғри деб топилган

Эритромицин* (эстолат)	перорал: 12,5 мг/кг 3 кун мобайнида кунига 4 маҳал	таблеткалар 250 мг	1/4	1/2	1	1	1/2
-----------------------------------	---	--------------------	-----	-----	---	---	-----

** Жиддий қўшимча таъсирлар хавфи сабабли теофиллин (аминофиллин) билан бирга қўллашни буюриш МУМКИН ЭМАС.*

Эфавиренц – антиретровирусли воситалар ҳақида алоҳида жадвалга қаранг, 242-б.

АНТИРЕТРОВИРУСЛИ (АРВ) ВОСИТАЛАР

Тана вазнига нисбатан доза

Дозалаш

Шакли

3 – <6 кг 6 – <10 кг 10 – <15 кг 15 – <20 кг 20–29 кг

Тана юзаси ёки вазни асосида АНИҚ дозани ҳисобланг. ВИЧ – инфекцияланган бола кўпинча ўсишдан орқада қолишини ҳисобга олиш керак.

БИРИНЧИ ҚАТОР ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

**Зидовудин
(ZDV; AZT)**

4 мг/кг
қунига 2 марта

перорал:
суюқлик 10 мг/мл
капсулалар 100 мг
таблеткалар 300 мг

Ламивудин

перорал: 4 мг/кг
таблеткалар 150 мг
(максимум
150 мг дозага)

суспензия 10 мг/мл
таблеткалар 150 мг

перорал:
янги туғилган
чақалоқ
учун: 2 мг/кг қунига
2 маҳал

суспензия 10 мг/мл

**Болаларда АРВ ни қўллаш тажрибаси
чегараланган ва тавсия этилган
дозалашлар ўзгартиришга учрайди.
Индивидуал дори воситаларини дозалаш
маълумотлари ҳақида миллий тавсияларга
ёки www.who.int/hiv қаранг**

**Невирапин
(NVP)**

перорал:
120 – 200 мг/м²
қунига 2 маҳал
(максимум 200 мг
дозага)

сироп 10 мг/мл
таблеткалар 200 мг

Тана вазнига нисбатан доза

Дозалаш

Шакли

3 – <6 кг 6 – <10 кг 10 – <15 кг 15 – <20 кг 20–29 кг

Тана юзаси ёки вазни асосида АНИҚ дозани ҳисобланг. ВИЧ – инфекцияланган бола кўпинча ўсишдан орқада қолишини ҳисобга олиш керак.

**Ставудин
(d4T)**

1 мг/кг

перорал: суюқ
суспензия 1 мг/мл

кунига 2 марта

капсулалар 15 мг
капсулалар 20 мг

Болаларда АРВ ни қўллаш тажрибаси чегараланган ва тавсия этилган дозалашлар ўзгартиришга учрайди. Индивидуал дори воситаларини дозалаш маълумотлари ҳақида – миллий тавсияларга ёки www.who.int/hiv қаранг

**Эфавиренц
(EFV)**

перорал: 15 мг/кг
кунига бир маҳал
(уйқудан олдин)

сироп 30 мг/мл
капсулалар 50 мг
капсулалар 200 мг

Эслатма: Фақат вазни 10 кг дан ортиқ ва 3 ёшдан ошган болалар учун.

КОМБИНАЦИЯЛАНГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

**Дуовир
(3ТС+ZDV)**

кунига 2 марта

перорал:
таблеткалар
150 мг 3ТС *плюс*
300 мг ZDV

Болаларда АРВ ни қўллаш тажрибаси чегараланган ва тавсия этилган дозалашлар ўзгартиришга учрайди. Индивидуал дори воситаларини дозалаш маълумотлари ҳақида – миллий тавсияларга ёки www.who.int/hiv қаранг

Эслатма: NVP ёки EFV билан биргаликда фойдаланиш зарур

Тана вазнига нисбатан доза

Дозалаш

Шакли

3 – <6 кг 6 – <10 кг 10 – <15 кг 15 – <20 кг 20–29 кг

Тана юзаси ёки вазни асосида АНИҚ дозани ҳисобланг. ВИЧ-инфекцияланган бола кўпинча ўсишдан орқада қолишини ҳисобга олиш керак.

ИККИНЧИ КАТОР ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

Абакавир (ABC, GW 1592U89, зиаген) перорал: 8 мг/кг суюқ суспензия 200 мг/мл
кунига 2 марта фақат > 3 ойликгача бўлган болалар учун (максимум 300 мг дозага) таблеткалар 300 мг

Диданозин (ddI, дидеоксинозин) перорал: порошок ичакда – эрийдиган қобикли
> 3 ойликгача гўдаклар учун 50 мг/м² кунига 2 марта
> 3 ойликгача гўдаклар учун 120 мг/м² кунига 2 марта
капсулада 30 мг (=25 мг) 60 мг (=50 мг) 115 мг (=100 мг) 170 мг (=150 мг) 230 мг (=200 мг) 285 мг (=250 мг)

Талаб этилган дозани олиш учун турли дозаларга эга пакетларни қўшинг

Болаларда АРВ ни қўллаш тажрибаси чегараланган ва тавсия этилган дозалашлар ўзгартиришга учрайди. Индивидуал дори воситаларини дозалаш маълумотлари ҳақида – миллий тавсияларга ёки www.who.int/hiv қаранг

Эслатма: 75 мг = 50 мг пакет + 25 мг пакет; 125 мг = 100 мг пакет + 25 мг пакет; 150 мг = 150 мг пакет; 200 мг = 200 мг пакет. Таблеткалар ошқозонга ботиб, тез ҳазм бўлмайди

Тана вазнига нисбатан доза

Дозалаш

Шакли

3 – <6 кг

6 – <10 кг

10 – <15 кг

15 – <20 кг

20–29 кг

Тана юзаси ёки вазни асосида АНИҚ дозани ҳисобланг. ВИЧ – инфекцияланган бола кўпинча ўсишдан орқада қолишини ҳисобга олиш керак.

Лопинавир ритонавир (LPV/r)	перорал:	суспензия
	7 – 15 кг болага:	80 мг/мл лопинавира
	12 мг/кг лопинавир; 3 мг/кг ритонавир	20 мг/мл ритонавира
	15 – 40 кг болага;	капсулалар
	10 мг/кг лопинавир;	133,3 мг лопинавир
	2,5 мг/кг ритонавир қунига 2 марта (фақат 6 ойдан ошган болалар учун)	33,3 мг ритонавир

Болаларда АРВ ни қўллаш тажрибаси чегараланган ва тавсия этилган дозалашлар ўзгартиришга учрайди. Индивидуал дори воситаларини дозалаш маълумотлари ҳақида – миллий тавсияларга ёки www.who.int/hiv қаранг

Саквинавир	50 мг/кг	юмшоқ желатинли
	қунига уч маҳал	капсулалар 200 мг

ТУБЕРКУЛЕЗГА ҚАРШИ ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

Тана вазни асосида аниқ дозани ҳисобланг.

Туберкулезга қарши асосланган дори воситалари (аббревиатура)	Таъсир қилиш тури (диапазон)	Бир суткалик доза: мг/кг	Прерывистая доза: бир ҳафтада 3 марта мг/кг (диапазон)
Изониазид (H)	Бактерицидли	5 (4 – 6)	10 (8 – 12)
Пиразинамид (Z)	Бактерицидли	25 (20 – 30)	35 (30 – 40)
Рифампицин (R)	Бактерицидли	10 (8 – 12)	10 (8 – 12)
Стрептомицин (S)	Бактерицидли	15 (12 – 18)	15 (12 – 18)
Тиоацетазон (T)	Бактериостатик	3	Қўлланилмайди
Этамбутол (E)	Бактериостатик	20 (15 – 25)	30 (25 – 35)

Эслатма: Агар бола ВИЧ – инфекцияланган ёки ВИЧ – инфекцияси эҳтимоли бўлганда ҳам, унга тиоацетазонни қўллашдан сақланинг, чунки у оғир тери реакциясини (баъзан ўлим ҳолатини) чақирishi мумкин.

2-ИЛОВА

БОЛАЛАР ШИФОХОНАСИНИНГ ДАВОЛАШ-ДИАГНОСТИКА АСБОБЛАРИ

1. Ўпка сунъий вентиляцияси аппарати.
2. Эндотрахеал найчалар.
3. Назал айрилар.
4. Кислородни намлаш учун ускуна.
5. Назогастрал зонд.
6. Томир ичи катетерлари.
7. Иситиладиган реанимация столлари.
8. Монитор.
9. Кювез.
10. Хирургик анжомлар тўплами (пинцет, қисқич, скальпел, тикув материали).
11. Игналар.
12. Электрон тарози.
13. Функционал кровати.
14. Музлатгич.
15. Экспресс лаборатория.
16. Пулсоксиметр
17. Шприц-насос

3-ИЛОВА

ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ ДОЗАЛАНИШ ВА ТАЙИНЛАНИШ СХЕМАЛАРИ

Бу бўлимда шу маълумотномада келтирилган дори воситаларининг дозаланишлари келтирилади. Фойдаланишни осонлаштириш ва мураккаб ҳисоб-китобларни зарурлигини истисно қилиш учун дозалар боланинг тана вазни юзасига кўра берилади. Бутун дунёда касаллик амалиётда воситалари дозаларини ҳисоблашда хатолар кенг тарқалган шунинг учун ҳам иложи борича шу ҳисоблашлардан четда туриш керак. Ушбу иловада тана вазни 3 дан 29 кг гача бўлган вазн тоифаларини ўз ичига оладиган бир қатор дозалар келтирилган.

Ҳаётнинг 2 ойларидаги чақалоқлар учун дори воситалари жадвали 3-боб таркибига киритилган.

Бироқ баъзи воситалари учун боланинг тана вазнига асосланган ҳолда имкон борича аниқ индивидуал дозасини ҳисоблаб чиқиш тавсия этилади. Бу ерда гап дигоксин, цефтриаксон ва антиретровирус воситалар каби даволаш самарасини таъминлаш ёки заҳарли таъсирини олдини олиш учун аниқ дозаси муҳим аҳамиятга эга бўлган дори воситалари тўғрисида кетмоқда.

Баъзи антиретровирусли дори воситалари учун тавсия этилаётган дозалар боланинг тана юзаси майдонига кўра келтирилади. Қуйида ҳар хил вазн тоифалари учун тахминий юза майдонлари жадвали келтирилган. Жадвал бўйича олинган дозалардан, ҳисоб-китобларнинг тўғрилигини тахминий текшириш учун фойдаланиш мумкин:

$$\text{Тана юзаси майдони, м}^2 = \sqrt{\frac{\text{Б}^2 \text{Г}^2, \text{ см} \times \text{тана вазни, см}}{3600}}$$

шундай қилиб, тана вазни 10 кг ва бўйи 72 см бўлган боланинг тана юзаси майдони қуйидагича:

$$\sqrt{\frac{72 \times 10}{3600}} = 0,45$$

Дори воситаларининг дозаларини ҳисоб-китоб қилиш учун қўлланиладиган боланинг тана вазни (ёши) ва уни тана юзасининг ўзаро нисбати

Боланинг ёши ёки тана вазни	Тана юзасининг майдони
Янги туғилган чақалоқ (< 1 мес)	0,2-0,25 м ²
Кичик ёшли чақалоқ (1-<3 мес)	0,25-0,35 м ²
5-9 кг	0,3-0,45 м ²
10-14 кг	0,45-0,6 м ²
15-19 кг	0,6-0,8 м ²
20-24 кг	0,8-0,9 м ²
25-29 кг	0,9-1,1 м ²
30-39 кг	1,1-1,3 м ²

Мисол: Агар тавсия этилаётган доза – кунига икки марта 400мг/м² бўлса, 15-19 кг категориядаги бола учун тавсия этиладиган доза шундай бўлади:

(0,6–0,8) S 400 = 244–316 мг дан кунига 2 марта.

5-ИЛОВА

БОЛАЛАР ШИФОХОНАСИ УЧУН МЎЛЖАЛЛАНГАН АСБОБ ВА АНЖОМЛАР ЎЛЧАМИ

Педиатрик анжомларнинг боланинг ёшига (тана вазнига) қараб ўлчамлари

Анжом	0-5 ойлар (3-6 кг)	6-12 ойлар (4-9 кг)	1-3 йил (10-15 кг)	4-7 йил (16-20 кг)
Нафас олиш функциясини таъминлаш учун				
Ларингоскоп	тўғри клинок	тўғри клинок	«Макинтош» типидаги болалар клиноки	«Макинтош» типидаги болалар клиноки
Манжетсиз эндотрахея (интубация) найи	2,5-3,5	3,5-4,0	4,0-5,0	5,0-6,0
Стиллет	кичик	кичик	кичик/ўрта	ўрта
Аспирация катетери (ўлчами, Шарьер шкаласи бўйича)	6	8	10/12	14

Кон айланиш функциясини таъминлаш учун

В/и канюласи	24/22	22	22/18	20/16
Марказий вена канюласи	20	20	18	18

Бошқа анжом

Назогастрал зонд*	8	10	10-12	12
-------------------	---	----	-------	----

Сийдик катетери*

Педиатрик тонометр

* Ўлчамлар, найчанинг ўлчамлар, найча атрофининг миллиметрдаги диаметрига тенг бўлган Шарьер шкаласи калибрида олинди.

6-ИЛОВА

ИНФУЗИЯЛИ ЭРИТМАЛАР

Қуйида келтирилган жадвалда, сотувда бўлган ва одатда янги туғилган чақалоқлар ва каттароқ ёшдаги болаларни даволашда ишлатиладиган венага қуйиладиган суюқликлар таркиби берилган. Маълум ҳолатларда қандай суюқликларни қўллаш масаласини ҳал қилишда аниқ мавзуларга бағишланган бобларга, масалан, шокдаги ёрдам, озикланишнинг оғир бузилиши бўлган болаларни парваришлаш, хирургик муолажалари ва умумий қўлловчи терапия бобларига муурожаат қилинг. Шунинг таъкидлаш керакки, суюқликлардан бирортаси ҳам болаларнинг узоқ муддатли овқатланиш талабини қондирадиган даражада калорияга эга эмас, шунга қарамай булардан баъзилари бошқаларига нисбатан камроқ энергетик қимматга эгаллиги билан ажралиб туради. Иложи борича овқатланиш ва суюқлик киритишни оддий йўл билан ёки назогастрал зонд орқали беришга ҳаракат қилиш керак.

Таркиби

Инфузияли эритма	Na ⁺ ммоль/л	K ⁺ ммоль/л	Cl ⁻ ммоль/л	Ca ⁺⁺ ммоль/л	Лактат ммоль/л	Глюкоза г/л	Калориялар/л
Рингер лактати (Хартманн эритмаси)	130	5,4	112	1,8	27	-	-
Оддий тузли эритма (0,9% NaCl)	154	-	154	-	-	-	-
Глюкоза, 5% ли эритма	-	-	-	-	-	50	200
Глюкоза, 10% ли эритма	-	-	-	-	-	100	400
0,45 NaCl / 5% ли глюкоза	77	-	77	-	-	50	200
0,18% NaCl/ 4% ли							



глюкоза	31	-	31	-	-	40	160
Дарроу эритмаси	121	35	103	-	53	-	-
Ярми 5% глюкозали* Дарроу эритмаси	61	17	52	-	27	50	200
Ярим концентрацияси 5% ли глюкоза эритмаси бўлган Рингер лактати	65	2,7	56	1	14	50	200

* Шуни назарда тутиш керакки ярим концентратланган Дарроу эритмаси кўпинча глюкозасиз ҳолда келади, шунинг учун глюкозани алоҳида фойдаланишдан аввал қўшиш керак.

7-ИЛОВА

ОВҚАТЛАНИШ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

И 7.1 «Вазн/Ёш» кўрсаткичини аниқлаш

Бу кўрсаткични ҳисоблашда қуйида келтирилган жадвал ва схемадан фойдаланинг. Жадвалдан фойдаланишда:

- жадвалнинг марказий устунидан боланинг ёшига мос келадиган қаторни топинг;
- чапда болалар тўғрисидаги маълумотлар, ўнгда эса қизлар тўғрисидагилари берилган;
- боланинг ёши берилган қатордаги қайси устунга мос келишини белгиланг.
- устуннинг асосий қисмидаги белгилар қидирилаётган «вазн/ёш» кўрсаткичига мос келади.

Мисол 1: Ўғил бола: ёши 5 ойлик, вазни 5,3 кг; «вазн/ёш» кўрсаткичи -2 ва -3 СЧ оралиғида бўлади.

Мисол 2: Қиз бола: ёши 27 ойлик, вазни 6,5 кг; «вазн/ёш» кўрсаткичи -4 СЧ дан кам бўлади

Юқорида берилган схемадаги эгрилар қуйидагиларга мос келади: 2 СО (паст «вазн/ёш» кўрсаткичи) ва -3 СЧ (жуда паст «вазн/ёш» кўрсаткичи).

Озиқланишнинг оғир бузилиши оғир босқичини диагностика қилишда «вазн/бўй» кўрсаткичлари жадвалидан фойдаланиш зарурлигини назарда тутиш керак.

34-жадвал. «Вазн/ёш» кўрсаткичининг маънолари

Ўғил болалар вазни (кг)					Ёши (ойлар)	Қиз болалар вазни (кг)				
-4СЧ	-3СЧ	-2СЧ	-1СЧ	Медиана		Медиана	-1СЧ	-2СЧ	-3СЧ	-4СЧ
1,63	2,04	2,45	2,86	3,27	0	3,23	2,74	2,24	1,75	1,26
1,55	2,24	2,92	3,61	4,29	1	3,98	3,39	2,79	2,19	1,59
1,76	2,62	3,47	4,33	5,19	2	4,71	4,03	3,35	2,67	1,99

2,18	3,13	4,08	5,03	5,98	3	5,40	4,65	3,91	3,16	2,42
2,73	3,72	4,70	5,69	6,68	4	6,05	5,25	4,46	3,66	2,87
3,34	4,33	5,32	6,31	7,30	5	6,65	5,82	4,98	4,15	3,31
3,94	4,92	5,89	6,87	7,85	6	7,21	6,34	5,47	4,60	3,73
4,47	5,44	6,41	7,37	8,34	7	7,71	6,80	5,90	5,00	4,09
4,92	5,89	6,85	7,82	8,78	8	8,16	7,22	6,29	5,35	4,42
5,30	6,27	7,24	8,21	9,18	9	8,56	7,59	6,63	5,66	4,70
5,62	6,60	7,58	8,56	9,54	10	8,92	7,92	6,93	5,93	4,94
5,88	6,88	7,87	8,87	9,86	11	9,24	8,22	7,20	6,17	5,15

Ўғил болалар вазни (кг)					Ёши (ойлар)	Қиз болалар вазни (кг)			
-4СЧ	-3СЧ	-2СЧ	-1СЧ	Медиана		Медиана	-1СЧ	-2СЧ	-3СЧ

6,09	7,11	8,12	9,14	10,15	12	9,53	8,48	7,43	6,39	5,34
6,26	7,30	8,34	9,38	10,41	13	9,79	8,72	7,65	6,57	5,50
6,40	7,46	8,53	9,59	10,65	14	10,03	8,93	7,84	6,74	5,64
6,51	7,60	8,69	9,78	10,87	15	10,25	9,13	8,01	6,89	5,78
6,60	7,72	8,84	9,96	11,08	16	10,45	9,31	8,17	7,04	5,90
6,68	7,83	8,98	10,13	11,28	17	10,64	9,49	8,33	7,18	6,02
6,76	7,93	9,11	10,29	11,47	18	10,83	9,65	8,48	7,31	6,14
6,83	8,04	9,25	10,45	11,66	19	11,01	9,82	8,64	7,46	6,27
6,91	8,15	9,38	10,61	11,85	20	11,19	9,99	8,80	7,60	6,41
7,00	8,26	9,52	10,78	12,04	21	11,37	10,16	8,96	7,75	6,54
7,08	8,37	9,65	10,94	12,22	22	11,55	10,33	9,12	7,90	6,68
7,17	8,48	9,79	11,10	12,41	23	11,73	10,50	9,28	8,05	6,82
7,84	8,97	10,09	11,22	12,34	24	11,80	10,62	9,45	8,28	7,10
7,85	9,03	10,20	11,37	12,54	25	12,01	10,81	9,61	8,40	7,20
7,87	9,09	10,30	11,52	12,74	26	12,23	10,99	9,76	8,53	7,29
7,89	9,15	10,41	11,68	12,94	27	12,43	11,17	9,91	8,65	7,39
7,91	9,22	10,52	11,83	13,13	28	12,63	11,35	10,06	8,77	7,48
7,94	9,28	10,63	11,98	13,33	29	12,83	11,52	10,21	8,89	7,58
7,97	9,36	10,74	12,13	13,52	30	13,03	11,69	10,35	9,01	7,67
8,00	9,43	10,85	12,28	13,71	31	13,22	11,85	10,49	9,13	7,76

8,04	9,51	10,97	12,43	13,89	32	13,40	12,01	10,63	9,24	7,85
8,09	9,58	11,08	12,58	14,08	33	13,58	12,17	10,76	9,35	7,94
8,13	9,66	11,20	12,73	14,26	34	13,76	12,33	10,90	9,46	8,03
8,18	9,75	11,31	12,88	14,44	35	13,93	12,48	11,03	9,57	8,12
8,24	9,83	11,43	13,03	14,62	36	14,10	12,63	11,15	9,68	8,21
8,29	9,92	11,55	13,18	14,80	37	14,27	12,78	11,28	9,79	8,29
8,35	10,01	11,67	13,32	14,98	38	14,44	12,92	11,41	9,89	8,38
8,42	10,10	11,79	13,47	15,16	39	14,60	13,06	11,53	9,99	8,46
8,48	10,19	11,91	13,62	15,33	40	14,76	13,20	11,65	10,10	8,54

Үчил болалар вазни (кг)					Үчил	Кыз болалар вазни (кг)				
4СЧ	3СЧ	2СЧ	1СЧ	Медиана		Медиана	1СЧ	2СЧ	3СЧ	4СЧ

8,55	10,29	12,03	13,77	15,51	41	14,91	13,34	11,77	10,20	8,62
8,62	10,39	12,15	13,91	15,68	42	15,07	13,48	11,89	10,29	8,70
8,70	10,48	12,27	14,06	15,85	43	15,22	13,61	12,00	10,39	8,78
8,77	10,58	12,40	14,21	16,02	44	15,37	13,74	12,12	10,49	8,86
8,85	10,68	12,52	14,35	16,19	45	15,52	13,88	12,23	10,58	8,94
8,93	10,79	12,64	14,50	16,36	46	15,67	14,00	12,34	10,68	9,01
9,01	10,89	12,77	14,65	16,53	47	15,81	14,13	12,45	10,77	9,09
9,10	11,00	12,90	14,79	16,69	48	15,96	14,26	12,56	10,86	9,16
9,18	11,10	13,02	14,94	16,86	49	16,10	14,39	12,67	10,95	9,23
9,27	11,21	13,15	15,09	17,03	50	16,25	14,51	12,77	11,04	9,30
9,36	11,32	13,28	15,23	17,19	51	16,39	14,63	12,88	11,13	9,37
9,45	11,43	13,40	15,38	17,36	52	16,53	14,76	12,98	11,21	9,44
9,54	11,54	13,53	15,53	17,52	53	16,67	14,88	13,09	11,30	9,51
9,64	11,65	13,66	15,67	17,69	54	16,81	15,00	13,19	11,38	9,57
9,73	11,76	13,79	15,82	17,85	55	16,95	15,12	13,29	11,46	9,64
9,82	11,87	13,92	15,97	18,02	56	17,09	15,25	13,40	11,55	9,70
9,92	11,99	14,05	16,12	18,18	57	17,24	15,37	13,50	11,63	9,76
10,02	12,10	14,18	16,26	18,34	58	17,38	15,49	13,60	11,71	9,82
10,11	12,21	14,31	16,41	18,51	59	17,52	15,61	13,70	11,79	9,88
10,21	12,33	14,44	16,56	18,67	60	17,66	15,73	13,80	11,87	9,94

ВАЗН/ЎШ

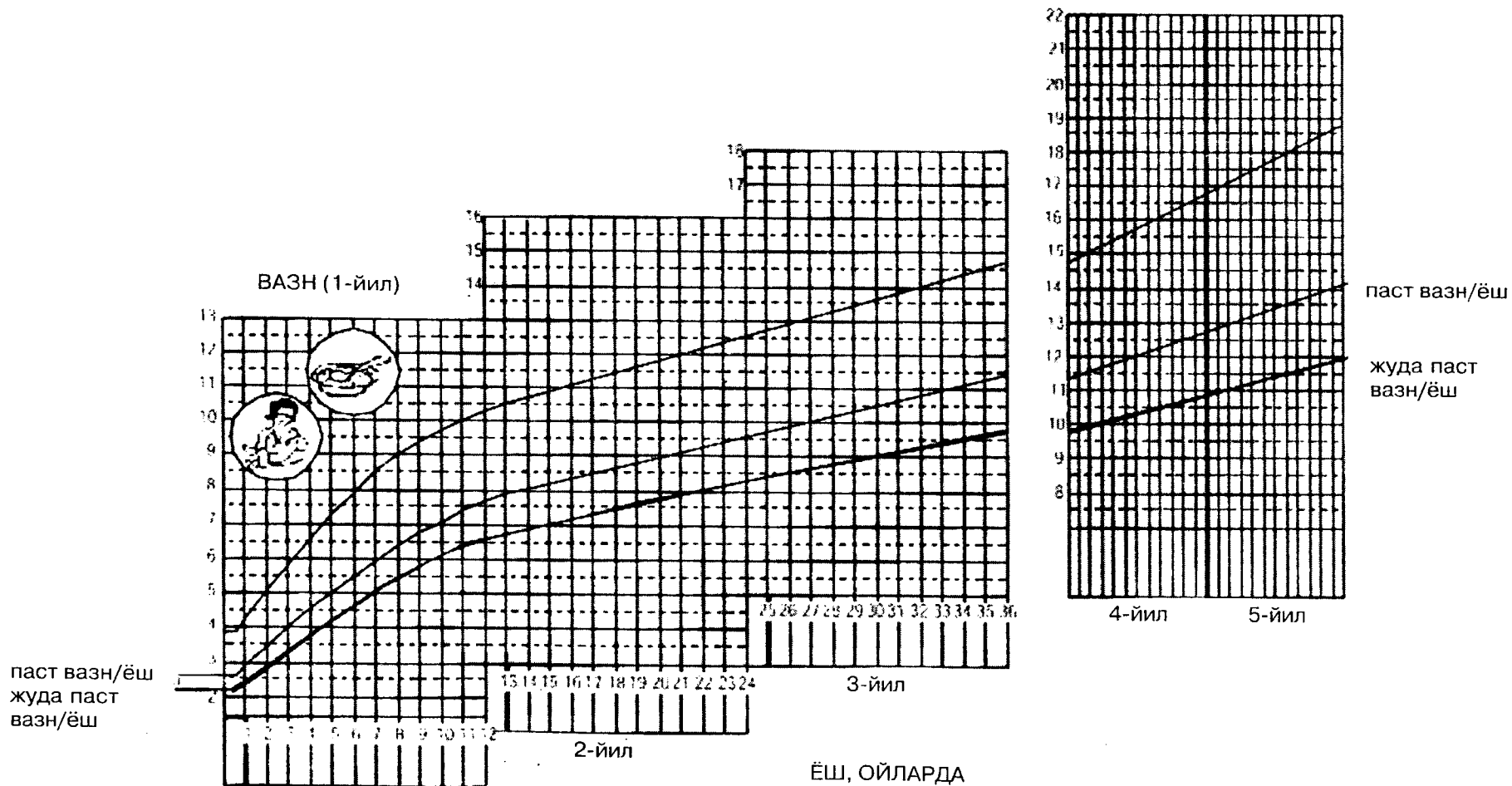
10,31	12,44	14,57	16,71	18,84	61	17,81	15,85	13,90	11,95	9,99
10,41	12,56	14,70	16,85	19,00	62	17,96	15,98	14,00	12,02	10,04
10,50	12,67	14,84	17,00	19,17	63	18,10	16,10	14,10	12,10	10,10
10,60	12,78	14,97	17,15	19,33	64	18,25	16,23	14,20	12,17	10,15
10,70	12,90	15,10	17,30	19,50	65	18,40	16,35	14,30	12,25	10,20
10,79	13,01	15,23	17,45	19,67	66	18,56	16,48	14,40	12,32	10,25
10,89	13,13	15,36	17,60	19,84	67	18,71	16,61	14,50	12,40	10,29
10,99	13,24	15,49	17,75	20,00	68	18,87	16,74	14,60	12,47	10,34
11,08	13,35	15,63	17,90	20,17	69	19,03	16,87	14,70	12,54	10,38

Уғил болалар өлчөмү (см)					Еши	Кыз болалар өлчөмү (см)				
4СЧ	1СЧ	2СЧ	3СЧ	Медиана (ойлар)		Медиана	1СЧ	2СЧ	3СЧ	4СЧ

11,18	13,47	15,76	18,05	20,34	70	19,19	17,00	14,81	12,62	10,42
11,27	13,58	15,89	18,20	20,51	71	19,36	17,13	14,91	12,69	10,46
11,36	13,69	16,02	18,35	20,69	72	19,52	17,27	15,01	12,76	10,50
11,45	13,80	16,15	18,51	20,86	73	19,70	17,41	15,12	12,83	10,54
11,54	13,91	16,29	18,66	21,03	74	19,87	17,55	15,22	12,90	10,57
11,63	14,02	16,42	18,81	21,21	75	20,05	17,69	15,33	12,97	10,61
11,71	14,13	16,55	18,97	21,38	76	20,23	17,83	15,43	13,04	10,64
11,80	14,24	16,68	19,12	21,56	77	20,42	17,98	15,54	13,11	10,67
11,88	14,35	16,81	19,28	21,74	78	20,61	18,13	15,65	13,18	10,70
11,96	14,45	16,94	19,43	21,92	79	20,80	18,28	15,76	13,24	10,72
12,04	14,56	17,07	19,59	22,10	80	21,00	18,44	15,87	13,31	10,75
12,12	14,66	17,20	19,75	22,29	81	21,20	18,59	15,99	13,38	10,77



Боланинг жисмоний ривожланиши картаси («вазн/ ёш» кўрсаткичи)



12,19	14,76	17,33	19,90	22,47	82	21,41	18,76	16,10	13,45	10,79
12,26	14,86	17,46	20,06	22,66	83	21,62	18,92	16,22	13,52	10,81
12,33	14,96	17,59	20,22	22,85	84	21,84	19,09	16,34	13,58	10,83
12,39	15,06	17,72	20,38	23,04	85	22,06	19,26	16,46	13,65	10,85
12,46	15,15	17,85	20,54	23,24	86	22,29	19,43	16,58	13,72	10,86
12,52	15,25	17,97	20,70	23,43	87	22,53	19,61	16,70	13,79	10,87
12,57	15,34	18,10	20,87	23,63	88	22,76	19,79	16,82	13,85	10,88
12,63	15,43	18,23	21,03	23,83	89	23,01	19,98	16,95	13,92	10,89
12,68	15,52	18,35	21,19	24,03	90	23,26	20,17	17,08	13,99	10,90
12,72	15,60	18,48	21,36	24,24	91	23,51	20,36	17,21	14,06	10,91
12,77	15,69	18,61	21,52	24,44	92	23,77	20,55	17,34	14,13	10,92
12,81	15,77	18,73	21,69	24,65	93	24,03	20,75	17,48	14,20	10,92
12,84	15,85	18,85	21,86	24,86	94	24,30	20,95	17,61	14,27	10,93
12,87	15,92	18,98	22,03	25,08	95	24,57	21,16	17,75	14,34	10,93
12,90	16,00	19,10	22,20	25,30	96	24,84	21,37	17,89	14,41	10,94
12,92	16,07	19,22	22,37	25,52	97	25,12	21,58	18,03	14,49	10,94
12,94	16,14	19,34	22,54	25,74	98	25,41	21,79	18,18	14,56	10,94

Ўғил болалар вазни (кг)					Ёши (ойлар)	Қиз болалар вазни (кг)				
-4СЧ	-3СЧ	-2СЧ	-1СЧ	Медиана		Медиана	-1СЧ	-2СЧ	-3СЧ	-4СЧ

12,96	16,21	19,46	22,71	25,97	99	25,70	22,01	18,32	14,63	10,95
12,97	16,28	19,58	22,89	26,19	100	25,99	22,23	18,47	14,71	10,95
12,98	16,34	19,70	23,06	26,43	101	26,29	22,45	18,62	14,79	10,96
12,98	16,40	19,82	23,24	26,66	102	26,59	22,68	18,77	14,87	10,96
12,99	16,46	19,94	23,42	26,90	103	26,89	22,91	18,93	14,95	10,97
12,99	16,52	20,06	23,60	27,14	104	27,20	23,14	19,08	15,03	10,97
12,98	16,58	20,18	23,78	27,38	105	27,51	23,38	19,24	15,11	10,98
12,98	16,64	20,30	23,97	27,63	106	27,82	23,61	19,40	15,20	10,99
12,97	16,70	20,43	24,15	27,88	107	28,14	23,85	19,57	15,28	11,00
12,97	16,76	20,55	24,34	28,13	108	28,46	24,10	19,73	15,37	11,01
12,96	16,82	20,67	24,53	28,39	109	28,79	24,34	19,90	15,46	11,02
12,95	16,87	20,80	24,72	28,65	110	29,11	24,59	20,07	15,55	11,03

12,94	16,93	20,93	24,92	28,91	111	29,44	24,84	20,24	15,65	11,05
12,93	16,99	21,05	25,12	29,18	112	29,78	25,10	20,42	15,74	11,06
12,91	17,05	21,18	25,32	29,45	113	30,12	25,36	20,60	15,84	11,08
12,90	17,11	21,31	25,52	29,72	114	30,45	25,62	20,78	15,94	11,10
12,89	17,17	21,45	25,72	30,00	115	30,80	25,88	20,96	16,04	11,12
12,88	17,23	21,58	25,93	30,28	116	31,14	26,14	21,15	16,15	11,15
12,87	17,30	21,72	26,14	30,57	117	31,49	26,41	21,33	16,25	11,18
12,86	17,36	21,86	26,36	30,86	118	31,84	26,68	21,52	16,36	11,21
12,86	17,43	22,00	26,57	31,15	119	32,19	26,95	21,72	16,48	11,24

И 7.2 «Вазн/тана узунлиги» кўрсаткичини аниқлаш

«Вазн/тана узунлиги» кўрсаткичини фоизлар ёки СЧ да аниқлаш

- Жадвалнинг марказий катакчасидан боланинг бўйи (тана узунлиги) га мос келадиган қаторни топинг.
- Чапда болалар тўғрисидаги маълумотлар, ўнгда эса қизлар тўғрисидаги кўрсаткичлари берилган.
- Боланинг вазни шу қатордаги қайси катакчасига мос келишини белгиланг.
- Устуннинг асосий қисмидаги белгилар қидирилаётган «вазн/тана узунлиги» кўрсаткичига мос келади.

Мисол 1: Ўғил бола: тана узунлиги 61 см, вазни 5,3 кг; «вазн/тана узунлиги» кўрсаткичи 1 СЧ (90% медианного значения) га мос келади.

Мисол 2: Қиз бола: тана узунлиги 67 см, вазни 4,3 кг; «вазн/тана узунлиги» кўрсаткичи 4 СЧ (60% медиан значения) га мос келади.

35-жадвал. «Вазн/тана узунлиги» (49-84 см) ва «вазн/бўй» (85-110 см), кўрсаткичларининг жинслар бўйича стандартлаштирилган мутаносиблиги (ЖССТ/НЦСМ):

Ўғил болалар вазни (кг)					Ёши (ойлар)	Қиз болалар вазни (кг)				
-4СЧ 60%	-3СЧ 70%	-2СЧ 80%	-1СЧ 90%	Медиана		Медиана	-1СЧ 90%	-2СЧ 80%	-3СЧ 70%	-4СЧ 60%

1,8	2,1	2,5	2,8	3,1	49	3,3	2,9	2,6	2,2	1,8
1,8	2,2	2,5	2,9	3,3	50	3,4	3	2,6	2,3	1,9
1,8	2,2	2,6	3,1	3,5	51	3,5	3,1	2,7	2,3	1,9
1,9	2,3	2,8	3,2	3,7	52	3,7	3,3	2,8	2,4	2
1,9	2,4	2,9	3,4	3,9	53	3,9	3,4	3	2,5	2,1

2	2,6	3,1	3,6	4,1	54	4,1	3,6	3,1	2,7	2,2
2,2	2,7	3,3	3,8	4,3	55	4,3	3,8	3,3	2,8	2,3
2,3	2,9	3,5	4	4,6	56	4,5	4	3,5	3	2,4
2,5	3,1	3,7	4,3	4,8	57	4,8	4,2	3,7	3,1	2,6
2,7	3,3	3,9	4,5	5,1	58	5	4,4	3,9	3,3	2,7
2,9	3,5	4,1	4,8	5,4	59	5,3	4,7	4,1	3,5	2,9
3,1	3,7	4,4	5	5,7	60	5,5	4,9	4,3	3,7	3,1
3,3	4	4,6	5,3	5,9	61	5,8	5,2	4,6	3,9	3,3
3,5	4,2	4,9	5,6	6,2	62	6,1	5,4	4,8	4,1	3,5

Уғил болалар вази (кг)					Еши (ойлар)	Қиз болалар вази (кг)				
-4СЧ 60%	-3СЧ 70%	-2СЧ 80%	-1СЧ 90%	Меди- ана		Меди- ана	-1СЧ 90%	-2СЧ 80%	-3СЧ 70%	-4СЧ 60%

3,8	4,5	5,2	5,8	6,5	63	6,4	5,7	5	4,4	3,7
4	4,7	5,4	6,1	6,8	64	6,7	6	5,3	4,6	3,9
4,3	5	5,7	6,4	7,1	65	7	6,3	5,5	4,8	4,1
4,5	5,3	6	6,7	7,4	66	7,3	6,5	5,8	5,1	4,3
4,8	5,5	6,2	7	7,7	67	7,5	6,8	6	5,3	4,5
5,1	5,8	6,5	7,3	8	68	7,8	7,1	6,3	5,5	4,8
5,3	6	6,8	7,5	8,3	69	8,1	7,3	6,5	5,8	5
5,5	6,3	7	7,8	8,5	70	8,4	7,6	6,8	6	5,2
5,8	6,5	7,3	8,1	8,8	71	8,6	7,8	7	6,2	5,4
6	6,8	7,5	8,3	9,1	72	8,9	8,1	7,2	6,4	5,6
6,2	7	7,8	8,6	9,3	73	9,1	8,3	7,5	6,6	5,8
6,4	7,2	8	8,8	9,6	74	9,4	8,5	7,7	6,8	6
6,6	7,4	8,2	9	9,8	75	9,6	8,7	7,9	7	6,2
6,8	7,6	8,4	9,2	10	76	9,8	8,9	8,1	7,2	6,4
7	7,8	8,6	9,4	10,3	77	10	9,1	8,3	7,4	6,6
7,1	8	8,8	9,7	10,5	78	10,2	9,3	8,5	7,6	6,7
7,3	8,2	9	9,9	10,7	79	10,4	9,5	8,7	7,8	6,9
7,5	8,3	9,2	10,1	10,9	80	10,6	9,7	8,8	8	7,1
7,6	8,5	9,4	10,2	11,1	81	10,8	9,9	9	8,1	7,2



7,8	8,7	9,6	10,4	11,3	82	11	10,1	9,2	8,3	7,4
7,9	8,8	9,7	10,6	11,5	83	11,2	10,3	9,4	8,5	7,6
8,1	9	9,9	10,8	11,7	84	11,4	10,5	9,6	8,7	7,7
7,8	8,9	9,9	11	12,1	85	11,8	10,8	9,7	8,6	7,6
7,9	9	10,1	11,2	12,3	86	12	11	9,9	8,8	7,7
8,1	9,2	10,3	11,5	12,6	87	12,3	11,2	10,1	9	7,9
8,3	9,4	10,5	11,7	12,8	88	12,5	11,4	10,3	9,2	8,1
8,4	9,6	10,7	11,9	13	89	12,7	11,6	10,5	9,3	8,2
8,6	9,8	10,9	12,1	13,3	90	12,9	11,8	10,7	9,5	8,4
8,8	9,9	11,1	12,,3	13,5	91	13,2	12	10,8	9,7	8,5

Ўғил болалар вазни (кг)					Ёши (ойлар)	Қиз болалар вазни (кг)				
-4СЧ 60%	-3СЧ 70%	-2СЧ 80%	-1СЧ 90%	Меди- ана		Меди- ана	-1СЧ 90%	-2СЧ 80%	-3СЧ 70%	-4СЧ 60%

8,9	10,1	11,3	12,5	13,7	92	13,4	12,2	11	9,9	8,7
9,1	10,3	11,5	12,8	14	93	13,6	12,4	11,2	10	8,8
9,2	10,5	11,7	13	14,2	94	13,9	12,6	11,4	10,2	9
9,4	10,7	11,9	13,2	14,5	95	14,1	12,9	11,6	10,4	9,1
9,6	10,9	12,1	13,4	14,7	96	14,3	13,1	11,8	10,6	9,3
9,7	11	12,4	13,7	15	97	14,6	13,3	12	10,7	9,5
9,9	11,2	12,6	13,9	15,2	98	14,9	13,5	12,2	10,9	9,6
10,1	11,4	12,8	14,1	15,5	99	15,1	13,8	12,4	11,1	9,8
10,3	11,6	13	14,4	15,7	100	15,4	14	12,7	11,3	9,9
10,4	11,8	13,2	14,6	16	101	15,6	14,3	12,9	11,5	10,1
10,6	12	13,4	14,9	16,3	102	15,9	14,5	13,1	11,7	10,3
10,8	12,2	13,7	15,1	16,6	103	16,2	14,7	13,3	11,9	10,5
11	12,4	13,9	15,4	16,9	104	16,5	15	13,5	12,1	10,6
11,2	12,7	14,2	15,6	17,1	105	16,7	15,3	13,8	12,3	10,8
11,4	12,9	14,4	15,9	17,4	106	17	15,5	14	12,5	11
11,6	13,1	14,7	16,2	17,7	107	17,3	15,8	14,3	12,7	11,2
11,8	13,4	14,9	16,5	18	108	17,6	16,1	14,5	13	11,4
12	13,6	15,2	16,8	18,3	109	17,9	16,4	14,8	13,2	11,6
12,2	13,8	15,4	17,1	18,7	110	18,2	16,6	15	13,4	11,9

СЧ – стандарт чекланиш ёки Z кўрсаткичи; медианадан олинган фоиз, ёш ва бўйга қараб ўзгаради ва одатда бу икки кўрсаткични қиёслаб бўлмайди; бироқ медианадан олинган фоизнинг тахминий қийматлари -1 СЧ ва - 2СЧ учун мос тарзда қуйидагича бўлади: 90% ва 80%. (Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг Бюллетени, 1994, 72: 273-283). Болаларнинг тана узунлиги кўрсаткичлар 85 см дан паст бўлганида; буйи эса 85 см ёки ундан узун бўлганида ўлчанади. Ётган ҳолдаги тана узунлиги тик тургандагисидан 0,5 см узун бўлади, бироқ бу фарқ аниқ бир бола учун муҳим маънога эга эбўлмайди. Агар тик турган ҳолда буйни ўлчаш имкони бўлмаса, буй 84,9 бўлган тана буйини ўлчашлар натижасидан 0,5 см олиб ташлаб тўғрилашлар киритиш мумкин.

8-ИЛОВА

ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНИШ

ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНИШ – бу сунъий овқатланишнинг бир кўриниши бўлиб, унда овқатнинг таркибий қисмлари ёки уларнинг бир қисми вена ичига юборилади

■ Парентерал овқатланиш зарур бўлган ҳолатлар ОИТнинг анатомик ёки функционал етишмовчилиги:

- операциядан олдинги ва кейинги ҳолатлар;
- мальабсорбция синдроми
- ярали некротик энтероколит;
- муковисцидоз;
- ичак яралари, “калта ичак” синдроми;
- тарқалган перитонит,
- сунъий энтерал озиқланиш имконининг йўқлиги.

■ Гиперкатаболик ҳолатлар:

- сепсис;
- куйишлар.

Бемор организмга нутриентлар киришининг камайиши ёки тўхташи билан кечадиган касаллик ва патологик ҳолатлар, организмнинг углевод, оқсил, ёғ, электролит, микроэлементлар, витаминлар ва сув захираларининг камайиб кетишига олиб келади. Бундаги моддалар алмашинувидаги комплекс бузилишларининг аниқловчи омили оқсилнинг ферментлар, гормонлар, иммун таначалари ва бошқаларнинг синтези учун зарур бўлган пластик материал сифатидаги алоҳида роли билан шартланган оқсил етишмовчилигидир. Кўпчилик ҳолларда, оқсил етишмовчилиги оқсилнинг кучли парчаланиши (масалан, оғир жароҳатда, куйиш билан боғлиқ касалликларда йирингли-септик касалликларда ва бошқалар) билан шартланади. Бунда фақатгина катаболизм кучайиб қолмасдан оқсил синтези, оқсил алмашинувининг анаболик босқичи ҳам бузилади. Оқсил етишмовчилиги вақтида юз берадиган қатор оксидловчи тизимларда пайдо бўладиган бузилишлар бош мия, жигар, ички секреция безлари тўқималаридаги алмашинувлар фаоллигини пасайишига сабаб бўлиб моддаларнинг углевод, ёғ, электролит алмашинувининг бузилишига олиб келади. Энг аввало, П. о. организмнинг азот ва зарур аминокислоталарга (лейцин, изолейцин, фенилаланин, метионин ва бошқалар) бўлган талабини қондириши керак.



Янги туғилган чақалоқларнинг энергетик сарфлари (талаби)

ЭНЕРГЕТИК САРФЛАР

ккал/кг/ сут

Асосий алмашинув	35-50
Жисмоний фаоллик	5-15
Иссиқлик сарфи	0-10
Нажас орқали бўладиган сарфлар	10-15
Овқатнинг ўзига хос динамик ҳаракати	10
Ўсиш	20-30
УМУМИЙ САРФЛАР	80-130

Чақалоқнинг энергия сарфлашини кўпайтирувчи ҳолатлар

Иситма ёки совуқ олиши	37 °С ошиқ ёки 36 °С дан паст ҳар бир даража учун 12 %
Сепсис	40-50 % дан ортиқ
Хирургик аралашуви	20-30 %
Юрак етишмовчилиги	15-25 %

Болалардаги П.о. да энергетик субстрат сифатида, кучли физиологик энергия манбаи бўлган глюкозадан фойдаланилади. Ёғ эмульсиялари кенг қўлланилади. Педиатрияда фруктоза, инвертланган қанд, сорбитол, ксилитол эритмалари ҳам қўлланилади.

Болаларни парентерал озиқланиши мувозанатланган парентерал озиқланиш тизими бўйича (скандинавия тизими бўйича), ҳамда Дадрик (гипералиментация) тизими бўйича олиб борилиши мумкин. Улар ўртасидаги принципиал фарқ шуки, биринчисида энергетик субстрат сифатида глюкоза ва ёғдан фойдаланилса, иккинчисида фақат глюкозадан фойдаланилади.

Бир вақтнинг ўзида ҳам пластик, ҳам энергетик субстратларнинг юборилиши иккала тизим учун ҳам характерлидир. Барча дори воситалари энг кам тезликда юборилиши керак (22—24 соат давомида), бу эса ўз навбатида юборилаётган дори воситаларининг яхши қабул қилинишини таъминлайди ва асоратларнинг ривожланиш имконини анча камайтиради. Оқсил воситаларини глюкоза, электролитлар, витаминлар ва микроэлементлар концентрациялари билан бирга аралаштириш мумкин. Бу моддаларни ёғ эмульсиялари билан бирга битта идишда аралаштириш мумкин эмас.

АСОСИЙ ОВҚАТ МАҲСУЛОТЛАРИНИНГ ЭНЕРГЕТИК ҚИММАТИ

Углеводлар - 3,4 ккал/г

Оқсиллар - 4,0 ккал/г

Ёғлар - 9,3 ккал/г

ОҚСИЛЛАР

Соғлом ва кўкрак ёшидаги болалар:

- 1-2 г/кг/сут. дан бошланади;
- суткалик талаб қонгунича 0,5-1,0 г/кг/сут. дан ошириб бориш керак.

Чала туғилган болалар:

- 0,5-1 г/кг/сут. дан бошланади;
- суткалик талаб қонгунича 0,5-1,0 г/кг/сут. дан ошириб бориш керак;

УГЛЕВОДЛАР

Соғлом янги туғилган ва кўкрак ёшидаги болалар:

- 7-8 мг/кг/дақ. дан бошлаш керак (10-11.5 г/кг/24 соат);
- 2-4 мг/кг/дақ. га ошириш керак (3-6 г/кг/24 соат).

Тана вазни 2 кг бўлган чала туғилган болалар:

- соғлом туғилган болалардаги каби бошланг;
- 2,5 мг/кг/дақ. дан оширманг

ЁҒЛАР

Соғлом ва кўкрак ёшидаги болалар:

- 1 г/кг/сут. дан бошланг;
- 0,5-1 г/кг/сут. дан ошириб боринг;
- максимал доза - 3-4 г/кг/сут. (энергетик талабнинг 60%);

Чала туғилган болалар:

- 0,5 г/кг/сут. дан бошланг;
- 0,25-0,5 г/кг/сут. дан ошириб боринг;

максимал дозаси - 3 г/кг/сут. (60% гача)

Болаларни парентерал озиқлантириш учун кўп қўлланиладиган асосий ингредиентлар ва энергетик қимматлар

Дори воситасининг номи	100 мл эритмада			
	Б/А (г)	У (г)	Ё (г)	ккал
Инфезол 40	4,0/0,63			37
Селемин 5%	5,0/0,72			40
Вамин глюкоза 5,9%	5,87/0,94			65
Ваминолакт 5,8%	5,81/0,93			35
Селепид 10%			10	200
Интралипид 10%			10	110
Интралипид 20%			20	200
Глюкоза 5%		5		17
Глюкоза 10%		10		34
Глюкоза 20%		20		68
Глюкоза 25%		25		85
Глюкоза 30%		30		102
Глюкоза 40%		40		136

ПАРЕНТЕРАЛ ОВҚАТЛАНИШНИ БОШЛАШ УЧУН ЗАРУР ШАРОИТЛАР

- Айланувчи қон миқдорининг нормаллиги;
- Сув – электролит алмашинувида кўпол бузилишларнинг йўқлиги;
- Тикланган кислота ва асос мувозанати
- Чуқур гипоксемия ва гипоксиянинг йўқлиги.

ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНИШ ДАСТУРИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ

- Боланинг суюқликка бўлган суткалик талабини калориялар, асосий озиқланиш таркибий қисмларида ҳисоблаб чиқинг.
- Электролитлар, микроэлементлар ва витаминларга бўлган суткалик талабни ҳисоблаб чиқиш.
- ПО таъминладиган эритмаларни белгилаб олинг.
- ПО эритмалари билан бирга юборилладиган инфузияли эритмаларни белгилаб олинг.
- Юборилладиган эритмалар кетма-кетлиги ва уларни юбориш тезлигини белгилаб олинг.
- Энтерал озиқланишнинг миқдор ва таркибий қисмларини ҳисоблаб чиқиш.

ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНИШНИНГ БАЪЗИ АМАЛИЙ ЖИХАТЛАРИ

- Бир вақтнинг ўзида барча парентерал озиқ таркибий қисмларини юбориш уларнинг яхши ҳазм бўлишини таъминлайди.
- Овқат таркибий қисмлари қанча секин юборилса шунча яхши ҳазм бўлади.
- Парентерал озиқланишнинг алоҳида таркибий қисмларини қўша туриб уларнинг қўшилишига эътибор беринг.
- Глюкозанинг концентрацияли эритмаларини ($\geq 12.5\%$) (периферик) веналарга томизманг.
- Катетернинг тиқилиб қолишини олдини олиш мақсадида парентерал озиқланиш эритмасига гепарин 1 ЕД/мл (чала туғилганларга - 0,5 ЕД/мл) қўшилади.

ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНИШНИНГ САМАРА ВА ЗАРУРИЯТИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ

Беморни клиник кузатиш:

- Беморнинг ўзгарувчан ҳолатини баҳолаш, унинг териси ва шиллиқ пардаларининг ранги (акроцианоз пайдо бўлиши ёки сабабсиз интенсив пушти рангга кириши), қоннинг АБ, ЦВД ва тана ҳароратини ўлчаш, бир дақиқадаги нафас олиш тезлиги ва юрак қисқаришлари тезлигини текшириш, камида 2 соатда бир марта вена ичига юборилаётган инфузиялар тезлигини назорат қилиш, диурез ва юборилаётган суюқликларнинг умумий миқдорини ҳисоблаш, ҳар куни тана вазнини кузатиб бориш (айниқса бир ёшгача бўлган болаларда).

Тана вазнини динамикаси (ТВ) билвосита бўлсада организмнинг метаболик ва сув мувозанатининг суммар натижаларини акс эттиради. Тана вазнининг камайиши катаболизм даражаси билан боғлиқ бўлади. Анаболик босқичда тана вазни ортади.

Тананинг тахминий вазнини Брок формуласи бўйича аниқлаш мумкин:

$ТВ_{кг} = Бўй (см) - 100$ (бўй 155-165 см бўлганда)

$ТВ_{кг} = Бўй (см) - 105$ (бўй 166-175 см бўлганда)

$ТВ_{кг} = Бўй (см) - 110$ (бўй 175 см дан баланд бўлганда)

Гиперстениклардаги ҳисобланган ТВни 5-10 % га ошириш, астеникларда эса камайтириш керак. ТВ нинг сезиларли (10-20 % дан ортиқ) камайиши, қоидага кўра, оғир умумий патология билан кечади (шунингдек озиқланиш патологияси ҳам).

Идеал ТВ ни номограмма бўйича аниқлаш мумкин.

Беморларнинг пластик ва энергетик талаблари бир-бири билан боғлиқ ва ўзгарувчандир. Зарур бўлган суткалик пластик (азотли) моддалар миқдори оқсиллар катаболизи даражаси ва қабул қилинаётган оқсил воситалари даражаси билан белгиланади.

Оқсил катаболизи даражаси сутка давомида сийдик билан ажраладиган азот (сА) миқдори (амин азоти учун бу кўрсаткич сийдикдаги умумий азотнинг тахминан 50% ни ташкил этади) билан билвосита характерланади. Азотли мувозанат (Ам) юборилаётган азот (юА) ва организмдан чиқарилаётган (сА) азот ҳисоби, ПО самарасини баҳолаш усулидир:

$$Ам = юА - сА.$$

ЮА кўрсаткичи сА кўрсаткичидан юқори бўлганида ПО самарали бўлиб ҳисобланади (ижобий азотли мувозанат). Бу кўрсаткичларнинг тескариси бўлганида эса салбий азотли мувозанат тўғрисида гап кетади.

Оқсил эндоген катаболизмни (эндоген азот – Эа) қуйидаги формула бўйича ҳисоблаш мумкин:



$$\text{Эа} = \text{АА} (\text{ккал/сут. ёки ккал/кг}) \cdot \text{К} = \text{АА} \cdot 6 ,$$

бунда АА – асосий алмашинув, К – азотнинг (мг/сут ёки мг/кг да) эндоген катаболизмининг асосий алмашинувга нисбатан каррали коэффиценти.

Суткалик азот сарфини қоплаш учун зарур бўлган, азотли дори воситасининг миқдорини аниқлаш учун (ЭА), азотдан фойдаланиш кўрсаткичи (АФК), ёки унинг организмда ўзлаштирилиш даражаси (% да) аниқлаб олинади:

$$\text{АФК} = \frac{\square(\text{Ам} + \text{Эа})}{\text{юА}}$$

Азотнинг венага инфузия қилингандаги ўзлаштирилиш фоизи суткалик сарфлар (эндоген катаболизми даражасига кўра) ва қўлланилаётган воситанинг Ав бир литридаги азот миқдорини (воситанинг таркиби бўйича аниқланади) билган ҳолда охиргисининг миқдорини (Оам) ҳисоблаш мумкин:

$$\text{Оам} = \frac{\text{Эа} \cdot 100}{\text{АФК} \cdot \text{Ав}}$$

Соғлом ва касал одамнинг оқсилга бўлган бир суткалик талабини ҳисоблаб солиштириш, ППП воситаларини ҳисоблаб чиқишнинг энг содда усулларида биридир. Ҳисоб-китобни азотли дори воситаларига (оқсил гидролизатлари ва аминокислота эритмалари) бўлган индивидуал талабни аниқлашдан бошлаш керак.

Соғлом одам учун бир суткада ўртача 0,7-1,0 г/кг миқдорда шартли оқсил зарур бўлади, бола учун эса 2,5 г/кг. Енгил ва ўрта даражадаги операциядан сўнгги беморлардаги кунлик талаб миқдори соғлом одамнинг юқори чегарасидаги кўрсаткичларга мос келади. Оғир жароҳатлар ва операциядан сўнг у 1,5-2,0 г/кг гача ортади.

Бу маълумотлар ва дори воситасидаги азот миқдорини билган ҳолда, қуйидаги формула бўйича дори воситасининг миқдори (мл) аниқланади:

$$V = \frac{\text{ТВ} \cdot \text{В} \cdot 100}{\text{А} \cdot 6,25}$$

V – дори воситасининг умумий миқдори (мл);

ТВ – беморнинг тана вазни (кг);

В – шартли оқсилга бўлган ўртача суткалик талаб (г/кг);

А – (г) да 100 мл воситадаги умумий азот миқдори;

6,25 – азотнинг оқсилга қайта ҳисобланиш коэффиценти.

ППП, гомеостаз ва адаптация механизмларининг ўзгаришига сабаб бўлиб турли хил асоратларнинг ривожланишини келтириб чиқариши мумкин. Шунинг учун ҳам ПО самарасини назорат қилиб бориш учун даврий тарзда қон ва сийдикнинг асосий биокимёвий кўрсаткичларининг лаборатория назоратини олиб бориш керак:

Ҳар куни:

- гематокрит, кислота-асос мувозанати кўрсаткичлари, коагулограммалар;
- микроэлементлар миқдори (К, Na, Са, Cl), креатинина, мочевина ва қондаги қанд миқдори;
- сийдикдаги азот, ацетон ва қанд миқдори;

- юборилаётган азот ва калориялар миқдори, суюқлик мувозанати, соатлик диурез;
- ТВ.

Алоҳида картада ҳар куни (ПО бошлашдан аввал ва бевосита суткалик дастур тугаганидан сўнг) сийдикдаги азот, креатинин, амин ва пептид азотнинг умумий миқдори белгилаб борилади.

Ҳафтада 3 марта:

- қоннинг лейкоцитар формула билан умумий таҳлили, ундаги оқсил ва оқсил фракциялари, билирубин, холестерин, ишқор фосфатазалари, микроэлементлар, сийдикдаги электролитлар (хлоридлар ва калий) миқдори;
- қоннинг осмолярлиги

Кўрсаткичлар бўйича:

- жигарнинг иш фаолиятини текшириш, АлАТ ва АсАТ, ЛДГ1 ва ЛДГ5 миқдори бўйича цитоллиз даражасини аниқлаш;
- асосий алмашинувнинг ҳисоб-китоби;
- қон экишининг таҳлили ва бошқалар.

ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНИШНИНГ АСОРАТЛАРИ

Сабаблари:

1. Инфузион терапиянинг техник чалкашликлари (тегишли бўлимга қаранг).
2. Қўлланилаётган дори воситалари ёки уларнинг бирикмаларини организмга бевосита таъсири.

ПО воситаларини юбориш тезлиги қанча кам бўлса, аллергия, пироген ва токсик реакциялар миқдорининг такрорланиши оралиғи шунча кам бўлади.

ПО учун дори воситаларининг хусусиятлари билан боғлиқ асоратлар, углевод ва минераллар алмашинувларидаги алоҳида элементларининг клиник намоён бўладиган бузилишларида, КЩР ва бошқаларда амалий тарзда кўриниб туради..

Гипергликемик синдром (ГС) глюкоза эритмаларининг (айниқса юқори концентрацияланган) ортиқча (вақт бирлигида) қуйилиши натижасида, жароҳат ёки операциядан сўнгги даврдаги катаболик фазадаги бирга кечувчи, яққол гликогенолизда ёки глюкокортикостероидларнинг катта дозалари билан даволашда («жароҳатли диабет») ривожланади.

Даволаш, глюкозанинг тўлиқ сарфланиши ва гомеостазнинг пайдо бўлган бузилишларини тўғрилаш учун шароит яратишдан иборатдир. Бунинг учун 5% глюкоза эритмаси инсулин билан инфузия қилинади, унинг дозаси эса гликемия даражасига қараб – 1 ЕД инсулин, қондаги глюкоза миқдори 8,3-11 ммоль/л атрофида бўлганида 1 ммоль/лдаги ортиқча гликемияни (корригирует) деб ҳисобланади. Агар навбатдаги ҳар бир 2,8 ммоль/л. да гликемия 11 ммоль/л. дан ортиқ бўлса, қўшимча тарзда 10 ЕД дан инсулин юборилади.

Гипогликемик синдром гипергликемик синдромга қараганда анча кам пайдо бўлади, бироқ у қийин диагнозланади ва шунинг учун ҳам хавфлироқдир. У глюкоза эритмалари қуйилганида инсулин дозасининг ошиб кетиши, ҳамда глюкозанинг гипертоник эритмаларини давомли тарзда қуйиш натижасида эндоген инсулин ҳосил қилиш реакцияларининг фаоллашиши натижасида қондаги қанд миқдори сезиларли даражада камайганда (2,75 ммоль/л. дан кам) ривожланади. Клиник тарзда сезилмайдиган ўткир буйрак ва жигар етишмовчилиги ҳам гипогликемиянинг сабабчилари бўлиши мумкин. Гипогликемия, бош мия гипоксияси билан баравар

бўлган, бош мия тўқималарининг энергетик очиқишига сабаб бўлади. Энергия танқислигининг тезлик билан ривожланишида бу ҳол қобик функцияларининг тиклаб бўлмас даражадаги йўқотилишига олиб келади. Гипогликемиянинг ривожланиши, айниқса қари кишиларда бош миядаги қон айланиш бузилиши билан кечганда ва бир ёшгача бўлган болаларда (уларда бошланғич неврологик бузилишлар аломатларини аниқлаш қийинроқ) хавфлидир..

Гипогликемияни даволаш, диагноз қўйилганидан сўнг зудлик билан бошланиши керак. Гипогликемик кома гумон қилинган тақдирда ҳам, таҳлил учун қон олиб унинг натижаларини кутиш керак. Зудлик билан 60-80 мл 40 % лик глюкоза эритмасини юборинг. Бу ўзига хос доза-тест билан чуқур бўлмаган кома ҳолатида гипергликемияга йўл қўймасдан хушни тиклаш мумкин. Агар шундан сўнг ҳам хуш тикланмаса, чуқур комани тахмин қилиш ёки буни гипогликемик кома деб ҳисобламаслик керак.

Гипогликемия аломатининг асосий давоси қондаги қанд миқдорини назорат қилган ҳолда глюкозанинг 10-20 фоизлик эритмасини венага қуйиш билан боғлиқдир: мўътадил гипергликемияни (8,32-13,87 ммоль/л) тутиб туриш зарур. Унинг кейинги кўтарилишида, касрли 4-8 ЕД дозаларда инсулин юборилади. ПО амалиётида, глюкозанинг концентрацияланган эритмалари инфузиясини унинг 5 фоизлик эритмасини қуйиш билан яқунлаш керак бўлади (гипогликемиянинг олдини олиш учун).

Метаболик ацидоз углеводлар, оқсиллар ва ёғларни, уларнинг метаболизми тўлиқ бўлмаган ҳолида катта миқдорда қуйилганда алмашинувнинг оралиқ маҳсулотлари (сут кислотаси, кетон таначалари) кўп миқдорда ҳосил бўлганида ҳамда периферик перфузия миқдори камайишида, гипергликемияда, ўткир буйрак етишмовчилиги оқибатида ҳам ривожланиши ёки чуқурлашиши мумкин.

Бу ҳолатни даволаш ҳолатнинг сабабини йўқотишдан ташқари, натрий ёки калий гидрокарбонати, трис-буфер (ТНАМ), натрий ёки калий лактати эритмаларининг зарур моляр концентрацияларда венага юборишдан иборат бўлади. Дори воситасини танлаш қон плазмасининг электролит таркиби билан боғлиқ бўлади. Аминокислота эритмалари ёғ эмульсиялари қуйиш мажбурий тарзда тўхтатилади, юборилаётган углеводлар миқдори камайтирилади.

Азотемия – етарли энергия билан таъминланмаган (1 г юборилаётган азотда 180-250 ккал гача) табиий оқсиллар ёки аминокислота воситаларининг катта миқдорда юборилиши натижасида, оқсилли озикланиш кўриниб турган катаболизм босқичида бошланса (катта, жароҳатли операциялардан кейинги биринчи кунларда, қуйиш жароҳатларининг ўткир даври ва бошқалар), эрта, латент тарзда кечаётган буйрак етишмовчилиги намоён бўлган ҳолларда пайдо бўлиши мумкин.

Азотемияни даволаш унинг сабабларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади (сарфлар бўйича юборилаётган оқсил миқдорини ҳисоблаш, азотли алмашинувни зарур энергия билан таъминлаш, яққол сезилган катаболизм босқичида оқсил билан озикланишнинг миқдорини камайтириш ёки ундан бутунлай воз кечиш, ўткир буйрак етишмовчилигининг олдини олиш ва уни даволаш ва бошқалар).

ПО вақтидаги гипергидратация – инфузияли даволаш вақтида катта миқдордаги суюқликлар юбориш ёки ёғлар, оқсиллар ва углеводларнинг “ёнишида” ҳосил бўладиган (мувофиқ тарзда 1,03; 0,4; 0,6 мл/г) метаболик эндоген сувнинг ҳисоби етарли даражада олинмаганлиги оқибати бўлиши мумкин.

Гипергидратацияни даволашда осмодиуретиклар ва салуретиклар (ЦВД ва марказий гемодинамика ва диурез кўрсаткичлари назорати остида), альбумин инфузиялари (унинг 25 фоиздан ортиқ танқислигида); инфузиялар миқдорининг чекланиши самаралидир.

Гипогидратация – «жароҳатли диабетда»; диуретиклар ва кўп атомли спиртларни (сорбитол, ксилитол) юборишда, сув сарфини тўлиқ ҳисобламаганда; кўплаб ичак яралари мавжуд бўлганда, ошқозон ёки ичак ичидагиларнинг доимий аспирациясида ривожланади.

Енгил ҳоллардаги даволашда глюкозанинг 5 фоизлик эритмаси билан бирга тенг ҳолдаги 40-50 мл/кг/сут. гача Рингер эритмаси (ёки лактасол) инфузияси билан чекланиш мумкин. Оғирроқ дегидратацияда кўшимча тарзда умумий инфузия миқдорини 60-100 мл/кг/сут. гача олиб борган ҳолда коллоидлар эритмаси (желатинол, реополиглюкин) ҳам юборилади.

Қуйидагилар кам учрайдиган асоратларга киради:

Анемия – содир бўлган ва етарли даражада (коррекцияланган) қон йўқолиши ҳамда гипергидратацияда, мис ва темир танқислиги оқибатида ва авитаминоз натижасида ривожланиши мумкин.

Анемияни даволаш унинг этилогиясига асосланади ва эритроцит массаси ёки гипергидратация бартараф этилгач ювилган эритроцитлар инфузиясига, фоллий кислотаси ёки даволаш дозаларидаги В12 витамини, темир ва мис воситаларидан (темир танқислиги анемиясида) фойдаланишга бориб тақалади. Бу асоратнинг олдини олиш, гиповолемия ва қоннинг глобуляр миқдори танқислигини эрта ва тўлиқ тузатиш, операциядан кейинги даврда микроэлемент қоришмалари ва В гуруҳи витаминларининг қўлланишидан иборатдир.

Эссенциал ёғ кислоталари етишмовчилиги– асосан углевод-оқсил билан ПО олиб борилганда пайдо бўлади. Клиник тарзда шиллиқ пардалар ва терининг ўчоқли ўзгаришлари, қон коагуляцияси бузилишлари (тромбоцитопения) шаклида кўринади. Лаборатория таҳлилида чексиз ёғ кислоталари етишмовчилиги.

ППП вақтида энергиянинг 20 фоизини ёғ эмульсиялари юбориш ҳисобидан таъминланиши керак. Агар ППП 5-7 суткадан зиёд давом этса асоратнинг олдини олиш учун албатта организмнинг линол кислотага бўлган суткалик талабига тўғри келадиган миқдордаги дозасида (4-8 г, ёки 50-100 мг/сут. – 20 % эмульсия учун) ёғ эмульсияси қўйилиши керак.

Холестаз – сафро ажралишнинг табиий рағбатланиш жараёнининг бузилиши билан боғлиқ давомли ПО оқибати бўлиши мумкин (гипербилирубинемия- гепатобилиар патологияга хос бўлган белгиларсиз жигарнинг катталашуви сифатида кўринади).

Холестазни даволаш ва унинг олдини олиш суюқлик ва овқат маҳсулотларининг анча эрта даврда энтерал тарзда (зонд орқали, энпитлар ёки элементли диеталар ёрдамидаги кўшимча озикланиш ва хирургик аралашуви вақтида ичакдаги тешикка махсус киритилган катетер-зондлар орқали қоришмалар) юборилишидан иборат бўлади.

Гипофосфатемия – энергия алмашинувининг тўсатдан ошишида (айниқса операциядан ёки жароҳатдан кейинги даврнинг катаболик босқичида) ва организмга етарли миқдорда фосфор келмаганда (кўпинча, қандли диабет, жигар циррози, кўп вақт давомидаги оч қолиш натижасида) ривожланади. У мушак заифлиги, парас-тезиялар, ошқозон-ичак бузилишлари, талвасалар кўринишида, оғир ҳолларда – ўлим ҳолатига олиб келиши мумкин бўлган коматоз ҳолат кўринишида, лаборатория текширувларида эса – қоннинг ноорганик фосфатлари даражасининг тушиб кетиши кўринишида намоён бўлади. Даволаш ва олдини олиш чоралари таркибида фосфор мавжуд бўлган воситаларни (интралипид ва бошқа ёғ эмульсиялари, фосфор танқислигини тўлдирувчи дозалардаги бир ва икки алмашинувли фосфатлар) эрта қўллашдан иборат бўлади.



Қон ивишининг бузилиши – деярли кўпгина инфузияли даволашларда ва ПОда ҳам учраб туради. Бунда кўпинча, мавжуд бўлган гипокоагуляция (гемодилуция жараёни, ДВС синдроми туфайли) чуқурлашади. Ёғ эмульсиялари инфузияси эса аксинча, гиперкоагуляциянинг кучайишига ёрдам беради.

Ҳар бир ҳолатнинг ўз даволаш дастури тузилади: керакли дори воситаси юборилишини тўхтатиш, реологик тўғрилаш, коагуляцион тўғрилаш ва бошқалар.

Гиперосмолярлик – юқори осмолярликлари билан ажралиб турадиган глюкоза, электролитлар, аминокислоталар инфузиялари туфайли, стресс-гормонлар (АКТГ, глюкагон, альдостерон) таъсири оқибатида пайдо бўлади. Бундан ташқари, оқсил ва аминокислоталар катаболизми натижасида ҳосил бўлган осмотик фаол зарралар, плазманинг осмолярлигининг ошишига ёрдам берган ҳолда секинлик билан йўқолиб боради. Клиник тарзда, бу асорат ташналик, гипертоник гипергидратация ривожланиши оқибатидаги МАС бузилиш аломатлари (талвасалар, кома) кўринишларида намоён бўлади.

Даволаш гипосомоляр эритмалар инфузияси шароитида диурезнинг рағбатлантирилишидан иборат бўлади. Олдини олиш – охириги осмотик ҳолатни баҳолаш, инфузияли даволаш учун дори воситаларини, уларнинг осмотик тавсифларини ҳисобга олган ҳолда қатъий танлаш.

Ёғ эмболияси – ёғ эмульсиялари юборилганда кам, инфузия усули кўпол равишда бузилганда (аввало юбориш тезлиги) ёки микроциркуляторли гемостаз ҳолати инobatга олинмаган (шокда, терминал ҳолатдан чиқаришда) ҳоллардагина учрайди. Клиникаси кам характерли бўлиб МАТ зарарланиши аломатлари (кома, талвасалар, гипертермия ва бошқалар), нафас олишнинг ("шокли" ўпка синдроми) ва қон ивишининг бузилишлари (ДВС) шаклида кўринади.

ПАРЕНТЕРАЛ ОЗИҚЛАНИШ САМАРАСИНИ ОШИРИШ УСУЛЛАРИ

Биринчи йўл – катаболизмнинг юқори даражасининг олдини олиш ёки камайтириш зарур. Бунга, бошланғич ҳисоб-китоблар асосидаги етарли бўлган энергия таъминоти ва кейинги олинган натижалар асосида унга ўзгартишлар киритиб бориш йўли билан эришилади (энг аввало азотнинг манфий мувозанатини нулга яқинлаштирган ҳолда камайтириш). Буни (зарур бўлса) операциядан аввал ёки нафас олиш ва қон айланиш кўрсаткичлари нормал бўлганда ундан 6-8 соат ўтгач кўп сонли жароҳатларда, оғир куйишда – иккинчи суткада бошлаш зарур. Катаболик босқич ўртача 3-5 сутка давом этар экан бу даврда зарур энергия таъминоти жуда муҳимдир чунки бу глюконеогенез жараёнларида эндоген оқсиллар парчаланишининг камайишига ёрдам беради. Бундан ташқари катаболизм даражасини бошқа йўллар билан ҳам пасайтириш мумкин:

1. тўлиқ иммобилизация ва жароҳатлардаги оғриқсизлантириш;
2. операция вақтида ва ундан сўнг керакли оғриқсизлантириш;
3. вентилизация бузилишларини тўғрилаш, КЩР;
4. инсулиннинг катта дозаларини юбориш (оғир беморларда – 0,8-1,0 г да 1 ЕД гача глюкоз).

Иккинчи йўл – анаболизмнинг рағбатлантирилиши – анча мураккаброқ, чунки синтетик жараёнларни кузатиш ва бошқариш қийинроқ бўлади. Нолга тенг бўлган мувозанатда энергия маҳсулотини сафарбар қилувчи глюкагон (кортизол) ва оқсилнинг биосинтези катализатори бўлган инсулиннинг ўзаро нисбати 1 га тенгдир. ПО нинг анаболик самарасини анаболик гормонлар (инсулин, хужайрага калий ташувчилардан бири, глюкокортикоидлар антагонисти) юбориш йўли билан ҳам ошириш мумкин. Инсулиннинг анаболик самараси глюкоза ва липогенез стимуляцияси йўли билан эркин аминокислоталарнинг етарли миқдорда бўлишида кўринади. Инсулинни,

катаболизмнинг ўсувчи – 1:3-1:2-1:1 даражасида 4-5 г да 1 ЕД (1:4-1:5), қилиб юбориш тавсия этилади. Бошқа анаболик стероидлардан фойдаланиш мумкин: ретаболил (50-100 мг бир марта ёки ҳафтада 1-2 марта), неробилил (25-50 мг).

Стандарт ўртачалаштирилган дори воситаларидан фойдаланишда пластик воситаларнинг ўзлашишини мувофиқлаштиришнинг бошқа йўли – секин томчилаб юбориш (мумкин бўлган пастки чегара даражасида), ҳамда витаминлар (С ва В гуруҳлари) ва микроэлементлардан параллел тарзда фойдаланишдир.

Ҳар қандай патологияда ҳам анаболик гормонларни юбориш барча озуқа моддалари, айниқса – ҳар қандай йўл билан (энтерал ёки парентерал) бўлса ҳам зарур энергияни олиш билан таъминланиши керак.

Кўшимча адабиётлар

Тавсиялар учун доимий равишда қайта кўриб чиқиладиган ва янгиланиб турадиган техник асослар www.who.int/child-adolescent-health веб сайтыда баён қилинган.

Жиддий инфекция ёки озиқланишнинг оғир бузилиши бўлган болани даволаш. Женева, ВОЗ, 2000.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.1_rus_pp.1-100.pdf http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.1_rus_pp.101-196.pdf

Major Childhood Problems in Countries with limited resources. (Чекланган ресурсли мамлакатларда болалик ёшининг асосий муаммолари). Background book on *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition.* Geneva, World Health Organization, 2003.

TB/HIV: a clinical manual. (ТБ-ОИТВ: Клиник қўлланма). 2nd edition. Geneva, World Health Organization, 2003.

Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. (Силни даволаш. Миллий дастурлар учун қўлланма). 3rd edition, 2003. Geneva, World Health Organization, 2003

Кўкрақдан овқатлантириш бўйича маслаҳатлар: ўқув қўлланмаси. WHO/CDD/93.5 (WHO/UNICEF/NUT/93.1). ЖССТ, ЮНИСЕФ 1993.

Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. (Оғир овқатланиш бузилишини даволаш: врачлар ва бошқа малакали тиббиёт ходимлари учун қўлланма). Geneva, World Health Organization, 1999.

Management of severe malaria: a practical handbook. (Оғир безгакни даволаш: амалий қўлланма.) Geneva, World Health Organization, 2000.

Surgical care at the district hospital. (Туман шифохоналарида хирургик ёрдам кўрсатиш) Geneva, World Health Organization, 2003

Clinical use of blood. (Қоннинг клиник қўлланиши.) Geneva, World Health Organization 2001.

Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and midwives. (Янги туғилган чақалоқларни даволашдаги муаммолар.: Врачлар, ҳамширалар ва акушерлар учун қўлланма.) Geneva, World Health Organization, 2003.

Oxygen therapy in the management of a child with acute respiratory infection (Болалардаги ўткир респираторли инфекцияларда кислород терапияси). WHO/ CAR 95.3. Geneva, World Health Organization, 1995.

Clinical use of oxygen. (Кислороднинг клиник қўлланиши). Geneva, World Health Organization, 2005.