



МЕДИЦИНА БИЛИМ  
ЮРТЛАРИДА ЎҚУВЧИЛАР  
УЧУН

ЎҚУВ АДАБИЁТИ

В. П. БИСЯРИНА

**БОЛАЛАР  
КАСАЛЛИКЛАРИ  
БОЛАЛАР  
ПАРВАРИШИ  
ВА  
ГУДАКЛАРНИНГ  
АНАТОМИК -  
ФИЗИОЛОГИК  
ХУСУСИЯТЛАРИ**

## СУЗБОШИ

Дарсликнинг иккинчи нашри 1977 йилги биринчи нашрига қараганда анча қайта ишланган ва тўлдирилган.

Унинг ушбу нашрини тайёрлашда медицина фанининг болалар физиологияси ва патологияси соҳасида қўлга киритган сўнгги ютуқларидан фойдаланилди. Шаҳар поликлиникасидаги участка медицина ҳамширасининг вазифалари тўғрисида; сальмонеллезлар, стафилококклардан бўладиган ўткир меъда-ичак касалликлари тўғрисида; зудлик билан чора кўришни талаб қиладиган ҳолатлар ва шундай ҳолатлар маҳалида ёрдам бериш тўғрисида; асосий даво муолажалари тўғрисида янги материаллар қўшилди ва ҳоказо.

Дарсликда педиатриянинг асосий бўлимлари: 1) болаларнинг анатомик-физиологик хусусиятлари билан диетика ҳамда парварिश асослари; 2) ёш гўдақлар ва каттароқ болаларда учрайдиган асосий касалликлар; 3) ҳаммадан кўп учрайдиган инфекцион касалликлар ёритилган.

Касалликларнинг тасвири ягона бир план асосида келтирилади: аввал этиология, тўғрисидаги асосий маълумотлар келтирилади, клиник манзараси бирмунча тўла кўрсатиб ўтилади, сўнгра профилактика ва даво масалалари баён этилади.

Муаллиф фурсатдан фойдаланиб, медицина ўқув юртларининг ўқитувчиларига бир қанча фойдали фикр-мулоҳаза ва таклифлари учун ташаккур билдириб қолади, бу фикр-мулоҳаза ва таклифлар дарсликнинг мазкур нашрини тайёрлашда ҳисобга олинган.

СССР Медицина фанлари академиясининг академиги

*В. П. Бисьярина*

## ВАТАНИМИЗ ПЕДИАТРИЯСИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

Педиатрия ҳам, бошқа ҳар қандай фан сингари, ўз тарихига эга.

Педиатрия юнончадан келиб чиққан сўз (paib — бола, iatrea — даволамоқ).

Педиатрия одам организмни туғилган пайтидан бошлаб, баъзи ҳолларда эса она қорнидаги ҳаётининг охириги ойларидан бошлаб (чала туғилган болалар) то ўсмирлик давригача ўрганиб боради ва аслини айтганда, ўсиб бораётган организм медицинаси бўлиб ҳисобланади.

Педиатрияга оид билимларнинг аввал боши жуда қадим-қадим замонларга бориб тақалади. Гиппократ асарларида, унинг «Афоризмлари»да, Соран, Гален асарларида чақалоқ болани парваришлаб боришга, диетикага тааллуқли қизиқ йўл-йўриқларни топса бўлади. Араб врачларининг асарларида энди фақат болалик даврига хос бўлган касалликларнинг тасвири учрайди. Аммо, ўз замонига нисбатан олганда тараққиётда анча юксакликка эришганига қарамай, на юнон, на рим, на араб медицинаси бола туғрисида системага солинган маълумотлар қолдира олмади, чунки болалар устида кузатувлар катта ёшли одамларни ўрганиш маҳалида, йўлма-йўлакай олиб борилар эди.

Барча халқларда она ва болага кўрсатиладиган медицина ёрдамнинг бошқа турдаги медицина ёрдами, масалан, хирургия ва терапиядан шундай муҳим фарқи бор эдики, бу иш неча-неча минг йиллар давомида аёл зиммасида — насллар оша тўпланиб келган тажрибаларни асраб, сақлаб борган киши зиммасида қолиб келди.

Болалар, айниқса ёш гўдаклар орасида касалланиш ва ўлим жуда кўп бўлар эди. Бутун аҳолининг кўп касал бўлиши ҳамда ўлиб туришига сабаб бўладиган умумий ижтимоий омиллар устига чақалоқ парваришида расм бўлган санитарияга хилоф урф-одатлар, медицина ёрдамнинг бутунлай йўқлиги, доялар ва азойимхонлар усул-амалларининг оқибатлари ҳам қўшиллар эди.

Педиатриянинг медицина фани сифатида ривожланишини уч даврга бўлиш мумкин.

Биринчи даври XVI, XVII ва XVIII асрларни ўз ичига олади. Бу даврда билимлар ҳали ҳеч қандай бир системага солинган эмас эди. Педиатрия алоҳида бир ихтисослик ҳолида ҳали

ажралиб чиқмаган бўлса ҳам лекин ўша вақдаги машхур рус жамоат арбоблари ва бошқа ихтисосдаги медик олимларнинг асарларида болалар саломатлигини сақлаш масалаларига тааллуқли фикрлар бор эди. Масалан, гениал рус олими М. В. Ломоносов ўзининг «Россия халқининг кўпайиши ва сақланиб бориши тўғрисида» («О размножении и сохранении российского народа») деган асарида рус халқи соғлиғини сақлашга тааллуқли асосий чора-тадбирларни белгилаш билан бир қаторда, жумладан туғадиган, туққан аёл тўғрисида давлат йўли билан ғамхўрлик қилиб бориш ва болалар ўлимига қарши курашиш зарурлигини ҳам кўрсатиб беради. Мана шу асарда чақалоқларнинг ҳаётини сақлаб қолишга қаратилган чора-тадбирлар тўғрисида, никоҳдан ташқари туғилган болалар учун етимхоналар очиш зарурлиги тўғрисида фикр юритилади.

Педиатриянинг қарор топиб боришида профессор-акушер И. М. Максимович-Амбодик катта ролни ўйнади, у она ва боланинг соғлиғини сақлашга алоқадор бир қанча оригинал асарларни қолдириб кетди. Унинг «Доячилик санъати ёки доячилик илми» («Искусство повивания, или наука о бабичьем деле») деган асарида болага тўғри парвариш қилиб боришга алоқадор йўл-йўриқлар бор, ёш гўдакларга хос касалликлар тасвирлаб берилган.

Москва университетининг биринчи рус терапевт-профессори С. Г. Зибелин болани кўкрак бериб эмизиб боқиш тарафдори бўлиб, ўз асарларида болани эмизиб боқишнинг қоидаларини баён қилиб ўтди.

Рус педиатриясининг ривожланишида профессор-акушер С. Ф. Хотовицкий жуда катта ролни ўйнади, у биринчи бўлиб, педиатрияни медицинанинг алоҳида бир соҳаси деб ажратди, унинг мақсад ва вазифаларини яққол қилиб таърифлаб берди. «...Бола фақат унинг ўзига тааллуқли қоидаларга мувофиқ ўсиб, ривожланиб борадиган зотдир. Бола — катта ёшли одамнинг шунчаки жажжи бир нусхаси эмас», деган ажойиб сўзларни у айтиб кетган. У акушерлик клиникасида биринчи бўлиб, болалар бўлимини алоҳида қилиб ажратди. Болалар касалликларига доир дастлабки русча оригинал қўлланма — «Педиятрика» (1847) С. Ф. Хотовицкий қаламига мансубдир. Ана шунинг учун ҳам С. Ф. Хотовицкий ҳақли суратда биринчи рус педиатри ҳисобланади.

Иккинчи даври — XIX асрнинг бошидан то 1917 йилгача бўлган даврни ўз ичига олади. Бу даврда педиатрия энди мустақил фан сифатида ривожланиб боради. Бемор болаларни катта ёшли одамларга ишлатиладиган дори-дармонлар билан даволаб, ўша кезларда болалар ўртасида жуда кўп учрайдиган ўлимни камайтириб бўлмади. Мана шу нарса болани «катта ёшли одамнинг жажжи бир нусхаси» деб ўйлаш фикридан воз кечишга мажбур этди ва болалар организмни алоҳида ўрганишни талаб қилди.

Россиянинг бир қанча йирик шаҳарларида очилган болалар касалхоналари бунда катта ролни ўйнади. Чунончи, 1834 йили Петербургда 50 ўринли болалар касалхонаси очилди, бу Россияда биринчи ва жаҳонда учинчи махсус касалхона эди (ҳозирги Н. Ф.



Н. Ф. Филатов (1847—1902).

Филатов номидаги болалар касалхонаси). Иккинчи болалар касалхонаси 1842 йили Москвада очилди ва унга ҳам кейинчалик Н. Ф. Филатов номи берилди. Россиянинг бошқа йирик шаҳарларида ҳам бир нечта болалар касалхоналари ишлай бошлади.

1865 йили Медицина-хирургия академияси қошида Россияда биринчи бор болалар касалликлари кафедраси ташкил этилди. 1866 йили Москва университетиди 11 ўринли болалар касалхонаси билан кичик амбулаторияга эга бўлган кафедра барпо этилди. Бу кафедраларнинг очилиши педиатриянинг кейинги ривожланишига ва болалар касалликлари тўғрисида тегишли билимларга эга бўлган врачларни етиштириб чиқаришга катта таъсир кўрсатди.

✓XIX асрнинг охири — XX асрнинг бошларида ватанимиз педиатрия фанининг ривожланишида юксалиш бошланди, иккита энг йирик рус врачлари — Москвада Н. Ф. Филатов ва Петербургда Н. П. Гундобинларнинг самарали фаолияти бунга каттагина таъсир кўрсатди.

✓Н. Ф. Филатов ҳақли суратда ватанимиз педиатриясининг асосчиси деб ҳисобланади. У педиатрлар мактабини яратди ва бу фanning ривожланишига қимматли ҳисса қўшди. Атоқли клиницист, олим ва педагог бўлмиш Н. Ф. Филатов истеъдоди болаларда учрайдиган турли касалликларни тасвирлаб айтган гапларида ва илмий асарларида ўз ифодасини топди. У скарлатина қизилчасини, шунингдек бўйин лимфа тугунларининг идиопатик яллиғланишини биринчи марта тасвирлаб берди, мана шу кейинги касаллик ҳозир инфекциян моноклеоз ёки Филатов касаллиги деб аталади.

✓Н. Ф. Филатовнинг «Болалар касалликлари семиотикаси ва диагностикаси» («Семиотика ва диагностика детских болезней»), «Инфекцион касалликлар тўғрисида лекциялар» («Лекции о инфекционных болезнях»), «Болаларда учрайдиган меъда-ичак касалликларидан лекциялар» («Лекции по желудочно-кишечным заболеваниям у детей»), «Болалар касалликларидан қисқача дарслик» («Краткий учебник детских болезней»), «Клиник лекциялар» («Клинические лекции») деган ва бошқа асарлари рус педиатрия адабиётининг асоси бўлиб хизмат қилди ва уни ўша пайтларда неча-неча йиллардан бери босилиб келаётган чет эл адабиёти билан тез орада бир қаторга қўйди. Бу китоблар бир неча марта

нашр қилинди ва педиатриянинг ривожланиши ҳамда махсус педиатр-врач кадрларини тайёрлашга катта таъсир кўрсатади.

✓Харбий-медицина академиясининг профессори Н. П. Гундобин ва кўндан-кўп шогирдларнинг ишлари педиатрларга болаларнинг ёшига алоқадор анатомик-физиологик хусусиятлари тўғрисида анча кенг билимлар берди.

П. Гундобин болаларнинг анатомик-гистологик ва физиологик хусусиятларини ўрганишни ниҳоятда кенг йўлга қўйган дастлабки педиатр эди. Н. П. Гундобин ўзининг қанчадан-қанча шогирдлари олиб берган текширишлари маълумотларини ўзининг «Болалик даври хусусиятлари» («Особенности детского возраста») деган машҳур асарида умумлаштириб бердики, бу асар ҳозирги вақтда ҳам ўз илмий аҳамиятини йўқотган эмас.

Н. П. Гундобин Россияда болалар ўлимига қарши кураш иттифоқи асосчилари ва раҳбарларидан бири эди.

Истеъдодли ташаббускор врачлар ва синчков тадқиқотчилар борлигига қарамадан чор Россиясида педиатрия кенг ривожлана олмади. Болалар касалхоналари ва муассасалари фақат хусусий ташаббус билан очилар, хусусий хайр-эҳсонлар ҳисобига яшар ва давлат томонидан арзимас даражада ёрдам олар эди. 1917 йилга келганда Россияда умумий ўринларининг сони тахминан 3300 га борадиган атиги 30 тача болалар касалхоналари бор бўлиб, аммо эмадиган болалар учун улардаги ўринлар сони жуда кам эди. Уша касалхоналарнинг кўп қисми Москва билан Петербургда жойлашган эди. 1913 йили бутун Россияда 550 ўринли доимий ясли, 9 та хотин-қизлар ва болалар консултациялари, 6824 та туғруқ ўринлари бўлган.

✓Педиатрия тараққиётининг учинчи даври барча соҳалардаги билимлар, жумладан медицинанинг ривожланиши учун ниҳоятда кенг имкониятлар очиб берган Улуғ Октябрь социалистик революциясидан кейин бошланди.

1917 йил декабрида қабул қилинган ва В. И. Ленин томонидан имзоланган декрет оналик ва болаликни муҳофаза қилишнинг вазифаларини равшан ва яққол қилиб белгилаб берди.

Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш одамзот тарихида биринчи марта ўлароқ бизнинг мамлакатимизда давлат иши бўлиб қолди. Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш давлат йўли билан амалга ошириладиган, она ва боланинг саломатлигини қўриқлаш-



Н. П. Гундобин (1860—1908).



*А. А. Кисель (1859—1938).*



*Г. Н. Сперанский (1873—1969).*

га, болаларнинг касалланиши ва ўлимини камайтиришга, туғруқ-қа ёрдам бериш ва аёл меҳнатини муҳофаза қилиш ишини ташкил этишга алоқадор масалаларни ҳал қилишга қаратилган мунтазам чора-тадбирлар системасидир.

Улуғ Октябрь социалистик революциясидан кейин бир қанча декретлар қабул қилиндики, булар меҳнаткаш аёлнинг аҳволини тубдан ўзгартириб юборди.

Улуғ Ватан уруши йилларида СССР Олий Совети Президиуми 1944 йил 8 июнь куни «Ҳомиладор аёлларга, кўп болали ва ёлғиз оналарга давлат ёрдамини кўпайтириш, оналар ва болалар муҳофазасини кучайтириш тўғрисида», «Қаҳрамон она» фахрий унвонини белгилаш ҳамда «Оналик шуҳрати» ордени ва «Оналик медали»ни таъсис қилиш тўғрисида» фармон эълон қилди.

Совет ҳокимияти йилларида она ва бола саломатлигини сақлайдиган давлат муассасаларининг шундай кенг ва қудратли тармоғи барпо этилдики, бундай тармоқ биронта ҳам капиталистик мамлакатда йўқ. Мамлакатимизда 10 мингдан зиёд болалар поликлиникалари ва 10 мингдан ортиқроқ аёллар консултациялари, 120 мингдан ортиқ болалар боғчалари ва 13 млн. ўринли болалар яслилари ишлаб турибди, болалар санаторийларида 164 минг ўрин бор. Бундан ташқари, соғлом ёш авлодни тарбиялаб етказишга ёрдам берадиган қанчадан-қанча бошқа муассасалар тармоғи барпо этилган. Пионерлар лагерлари, ўрмон мактаблари, интернат мактаблар, куни узайтирилган мактаблар ва бошқа кўпгина муассасалар — булар социалистик тузумнинг кўзга кўринarli самаралари, совет жамияти турмушига мустаҳкам ўрнашиб олган нарсалардир. Совет Иттифоқи халқлари фаровонлигининг тинмай юк-



М. С. Маслов (1885—1961).



О. Д. Соколова-Пономарева  
(1888—1966).

салиб, оммавий соғломлаштирувчи чора-тадбирлар амалга оширилаётгани, медицина илми ютуқларга эришаётгани туфайли касалланишни кескин камайтириш, бир қанча касалликларни йўқотиш мумкин бўлди. СССР да болалар ўртасида ўлим анча камайди: 1913 йилдагига қараганда 10 баравардан зиёд камайди (1977 йилги маълумот).

Аёллар ва болалар соғлиғини сақлаш иши мамлакатимизда йилдан-йилга тинмай яхшиланиб бормоқда. СССР Олий Совети совет жамиятининг ижтимоий-сиёсий, иқтисодий, маданий тараққиётида рўй берган муҳим ўзгаришларни мустақамлаб қўйган «ССР Иттифоқи ва иттифоқдош республикаларнинг никоҳ ва оила тўғрисидаги қонунлари асослари»ни (1968) ва аҳоли саломатлигини сақлашни янада яхшилашда, ижтимоий муносабатларнинг шу соҳасидаги қонунийликни мустақамлашда актив хизмат қилиши керак бўлган «ССР Иттифоқи ва иттифоқдош республикаларнинг соғлиқни сақлаш тўғрисидаги қонунлари асосларини (1969) қабул қилди. 1977 йили КПСС Марказий Комитети ва СССР Министрлар Советининг «Халқ соғлиғини сақлашни янада яхшилаш чоралари тўғрисида» қарори чиқди. Бу қарорда болалар санаторийлари, туғруқхоналардаги ўринлар сонини кўпайтириш, болалар овқатига ишлатиладиган масалликларни ишлаб чиқаришни кўпайтириш, мактабгача тарбия муассасаларида ва мактабларда болаларга медицина хизмати кўрсатишни яхшилаш кўзда тутилган ва ҳоказо.

Илмий тадқиқотлар соҳасида жуда улкан муваффақиятлар қўлга киритилди. Гўдак болаларни тўғри овқатлантириш, специ-





А. А. Тур (1894—1974)



Ю. Ф. Домбровская  
1891—1978).

фик профилактика, болалик даврида миянинг физиологик фаолияти, бола организмнинг ёшига алоқадор реактивлиги ва бошқалар сингари проблемалар ишлаб чиқилди.

✓Совет педиатриясининг ривожланишига профессор А. А. Кисель ва унинг мактаби катта ҳисса қўшди. А. А. Кисель касалликларнинг олдини олиш, кенг қўламда соғломлаштирувчи чора-тадбирларни амалга ошириш, болаларга санатория-курорт ёрдами ташкил этишга катта аҳамият берди. А. А. Киселнинг сил ва ревматизмни ўрганишга қўшган ҳиссаси айниқса катта. У болаликдаги сил интоксикацияси тўғрисида таълимот ишлаб чиқди. А. А. Киселни ҳақли суратда болалар ревматизми тўғрисидаги таълимот асосчиси деб ҳисоблашади, бу касалликнинг абсолют белгиларини (юракнинг қаттиқ шикастланиши, ревматик тугунлар, ануляр тошма пайдо бўлиши, хорая ва бошқаларни) у тасвирлаб берган.

Мамлакатимизнинг атоқли педиатри профессор Г. Н. Сперанский оналар ва гўдакларни муҳофаза этиш ишини ташкил этишда кўп хизмат қилди. У ва унинг мактаби ёш гўдаклар физиологияси ҳамда патологияси масалаларини ҳар томонлама ўрганиб чиқди: овқатланиш ва овқат ҳазмининг бузилишига айниқса катта аҳамият берди. Болаларнинг соғлом бўлиши учун курашиш Г. Н. Сперанский илмий фаолиятининг асосий нуқтаси бўлди.

Профессор В. И. Молчанов Н. Ф. Филатов таълимотининг асосий ғояларини ривожлантириб берди. У болаларда учрайдиган инфекциялар касалликлар, айниқса дифтериянинг клиникаси, патогенези ва давосини ўрганишга катта ҳисса қўшди. У скарлатина билан ревматизм ўртасида патогенетик алоқа борлигини аниқлаб берди. Болаларда учрайдиган эндокринологик касалликларни ва

уруш вақтида болалар патологияси хусусиятларини ўрганиш В. И. Молчановнинг жуда катта хизмати бўлди.

Профессор М. С. Маслов — машҳур совет педиатр-олиמידир. У неча-неча йиллар мобайнида кўпгина болалар касалликлари патогенезини, соғлом боладаги моддалар алмашинуви хусусиятларини, бола қонининг норма ва патологиядаги биохимиясини ўрганиш билан машғул бўлди. У болалар конституцияси аномалиялари тўғрисидаги таълимотни ишлаб чиқди.

✓ Профессор Ю. Ф. Домбровская, Н. Ф. Филатов ва В. И. Молчанов ишларининг муносиб давомчиси бўлди. Ю. Ф. Домбровская ва мактабининг илмий тадқиқотлари болалик даврида учрайдиган пневмониялар этиологияси, патогенези, клиникаси ва давосини ҳар томонлама ўрганишга қаратилди. Болаларда витаминлар етишмовчилиги проблемаси чуқур ва янги позициялардан туриб ишлаб чиқилди ва уруш вақти патологияси ўрганилди. Ю. Ф. Домбровская бошчилигидаги клиникада респиратор патология, коллаген касалликлар, қон касалликлари, аллергияни ўрганишга тааллуқли илмий иш кенг йўлга қўйилди.

✓ Профессор А. Ф. Тур мамлакатимизнинг йирик педиатр-олиמידир. У ўзининг илмий фаолиятида соғлом ва касал бола гематологияси, диетикаси, чақалоқлик даври физиологияси ва патологияси масалаларига, болаларга медицина хизмати кўрсатиш масалаларига катта аҳамият берди.

Профессорлардан А. А. Қолтипин, П. С. Медовиков, А. И. Доброхотова, М. Г. Данилевич, О. Д. Соколова-Пономарева, Д. Д. Лебедев, Н. И. Красногорский педиатриянинг турли-туман проблемаларини ишлаб чиқиб, соғлом ҳамда касал болани ўрганиш соҳасига кўпгина янги ва қимматли билимларни киритишди.

СССРда болалар соғлиғини сақлашдек олижаноб ишда катта-катта муваффақиятлар қўлга киритилди, лекин ватанимиз педиатрлари янада каттароқ муваффақиятларга эришмоқ йўлида ҳаракат қилишмоқда; бунинг учун мамлакатимизда ҳамма имкониятлар бор.

КПСС XXVII съезди қарорларига мувофиқ, 1986—1990 йилларда аҳоли соғлиғини сақлаш, тахассуслашган медицина ёрдамининг ҳамма турларини яхшилаш юзасидан кенг программадаги чора-тадбирларни амалга ошириш кўзда тутилган, янги касалхоналар, поликлиникалар, диспансерлар, санаторийлар, дам олиш уйлари қуриш мўлжалланган. Санитария-гигиена хизматини кучайтириш, янги санитария-эпидемиология станциялари қуриш, уларни замонавий асбоб-ускуналар билан таъминлаш кўзда тутилади. Медицина саноати маҳсулоти ишлаб чиқаришни кўпайтириш, медицина муассасаларини жуда яхши кор қиладиган энг янги дори-дармонлар, вакцина-зардоб препаратлари билан таъминлаш мўлжалланади.

Ун иккинчи беш йилликда физкультура ва спорт янада ривож топади.

## БОЛАЛИК ДАВРЛАРИ ВА УЛАРНИНГ ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Бола организми ҳамиша ўсиш ва ривожланиш процессида бўлади, бола муайян қонуний бир тартиб билан тинмасдан ўсиб ва ривожланиб боради. Бола туғилган пайтидан бошлаб маълум даврларни, яъни ёш даврларини бошдан кечиради.

Ҳаётининг турли даврларида болага муайян анатомик-физиологик хусусиятлар хосдир. Мана шу хусусиятларнинг ҳаммаси жам бўлиб, организмнинг реактив хоссалари ва қаршилик кўрсатиш хусусиятига ўз таъсирини кўрсатади. Турли ёшдаги болаларда у ёки бу касалликларнинг ўзига хос тарзда ўтиши ва патологиянинг ўзига хос бўлиши ҳам шунга боғлиқ.

Бироқ, боланинг ёшига алоқадор хусусиятлари ўз ҳолича уни касалликка дучор қилади деб ўйлаш ярамайди. Атрофдаги муҳит шароитлари, температура режими, овқатланиш, парваришlash, тоза ҳаводан баҳраманд бўлиш ва бошқалар чақалоқ ёки эмадиган бола организмнинг эҳтиёжларига мос келадиган бўлса, у вақтда шу боланинг ўсиши, ривожланиши ва касалликлардан ҳоли бўлиши учун тегишли шарт-шароитлар юзага келади. Ва, аксинча, ноқулай муҳит шароитлари бола соғлиғига ёмон таъсир кўрсатади. Бола парваришида, уни овқатлантиришда, температура режимида андак камчилик бўлиши ҳам боланинг, айниқса чақалоқ ва эмадиган боланинг саломатлиғига ёмон таъсир кўрсатиши мумкин.

Бутун болаликни қуйидаги даврларга бўладиган Н. П. Гундобин схемаси амалий мақсадлар учун ҳаммадан қулай ҳисобланади.

I. Она қорнида ривожланиш даври: 1-эмбрионал ривожланиш фазаси (эмбрион), 2-плацентар ривожланиш фазаси (она қорнидаги бола, яъни ҳомила).

II. Чақалоқлик даври.

III. Эмадиган даври (кичик ясли ёши).

IV. Сут тишлар даври: 1-мактабгача тарбия ёшидан олдинги давр (катта ясли ёши), 2-мактабгача тарбия ёши (болалар боғчасига қатнаш даври).

V. Ўсмирлик даври (кичик мактаб ёши).

VI. Балоғатга етиш даври (катта мактаб ёши).

Совет педиатрлари томонидан киритилган барча ўзгаришлар қавслар ичиде келтирилган.

Болаликни шу хилда даврларга бўлиш шартлидир, чунки бу даврлар ўртасидан аниқ чегара ўтказиш анча қийин. Лекин боланинг физиологик ва патологик ҳолатларини ўрганишда, шунингдек амалий профилактика мақсадларида ундан фойдаланиш қулай.

Она қорнида ривожланиш даври уруғланган тухум имплантацияланган (пайвандланган) пайтдан бошлаб, то бола туғиладиган вақтгача давом этади. Ҳомиладорликнинг дастлабки уч ойи она қорнидаги боланинг ривожланишида қалтис давр бўлиб ҳисобланади, чунки орган ва тўқималарининг юзага келиши ва плацентанинг шаклланиб олиши худди шу вақт ичида бўлиб ўтади. Бола хусусиятларини ўрганиш ҳамда уни муҳофаза қилишни худди ана шу даврдан бошламоқ керак. Боланинг бекаму-қўст бўлиб туғилиши ҳомиладорликнинг тўғри ўтишига кўп даражада боғлиқдир, чунки онанинг маълум хроник ва ўткир касалликлар билан оғриши, заҳарланиши, касб-коридаги зарарли омиллар таъсирига берилиши қорнидаги боласининг аҳволида асар қолдириши мумкин. Бундан ота-оналар саломатлигининг аҳволини, ҳомиладорликнинг қандай ўтаётганини синчиклаб ўрганиш, ҳомиладор аёллар учун энг яхши шароитлар яратиб бериш зарур, деган аниқ маъно келиб чиқади. Она қорнида ривожланишнинг энг характерли хусусияти қориндаги боланинг она организми ҳисобига тез ўсиб бориши ва озикланишидир.

Чақалоқлик даври бола туғилгандан кейин 3—4 ҳафта давом этади. Биринчи ойнинг охири ёки иккинчи ойнинг бошида бола аста-секин иккинчи даврга — эмадиган даврга кириб боради. Чақалоқлик даврида бола қориндан ташқаридаги ҳаётнинг ўзи учун янги бўлган шароитларига мослашиб боради. Барча система ва органлари, хусусан марказий нерв системасининг етилмаган бўлиши шу давр учун айниқса характерлидир, бу хусусият организмнинг атрофдаги муҳитга нисбатан ўзига хос реакция кўрсатиши билан ифодаланади. Шунинг ҳисобга олинар экан, унинг ташқи шароитларга етарлича мослаша олмаслиги ҳам равшан бўлиб қолади. Чақалоқлик даврining хусусиятлари жумласига патологияга жуда яқин турадиган ва қуйида тасвирлаб бериладиган бир қанча функциял ўзгаришларни киритиш мумкин.

Мана шуларнинг ҳаммаси ҳаётнинг худди шу даврида болани айниқса нозик қилиб қўядики, бу нарса ҳаммадан яхши парваришни, тегишли гигиена шароитлари бўлишини, болани тўғри боқиб боришни талаб қилади.

Айрим система ва органларнинг туғма ривожланиш нуқсонлари, туғруқ акти (масалан, миёда қон айланисининг бузилиши) ва қориндаги асфиксиянинг оқибатлари, миёга қон қуйилиши, парезлар ва фалажлар, чақалоқларнинг гемолитик касаллиги, токсоплазмоз, баъзи вирус касалликлари (масалан, қизилча, грипп ва бошқалар) чақалоқлик даврида болада маълум бўлиб қолади.

Чақалоқлик даври учун кокк инфекциялари характерлидир, чақалоқ бола бу инфекцияларга қарши ҳимоясиз, инфекция кириш эҳтимоли эса кўп бўлади, инфекция киндик орқали, киндик

яраси, осон жароҳатланидиган, нозик тери орқали кириши мумкин. Шунга кўра пиодермиялар, киндик яллиғланиши, сепсис бир мунча кўпроқ кузатилади (инфекция она қорнида, туғруқ вақтида ва туғруқдан кейин юқиб қолиши мумкин). Зотилжам касаллиги (ўпка яллиғланиши) чақалоқ болаларда ўзига хос тарзда ва еғир ўтади.

Эмадиган даври чақалоқлик давридан бошлаб 12 ойгача ҳисобланади. Бу ёшдаги болалар учун бўйи, вазнининг тез суръатлар билан ортиб бориши, моддалар алмашинувининг шиддатли бўлиши айниқса характерлидир. Чунончи, ҳаётининг биринчи йили схирига бориб, бола туғилиш вақтидаги еғирлигини уч баравар оширади ва бўйига 25 см қўшилади. Мана шу даврда марказий нерв системаси мукаммаллашиб бориб, қўл реакциялари уйғунлашади, ўтириш, эмаклаш, тик туриш ва ҳатто баъзи болаларда юриш билан намоён бўладиган ҳаракат кўникмалари пайдо бўлади, шунингдек тил ҳам чиқай-чиқай деб қолади.

Овқатга катта эҳтиёж сезиш бу давр учун характерлидир. Ҳазм органларининг ривожини поёнига етмаган ва функциялари бирмунча чекланган бўлишини ҳисобга олиб туриб, болани кўкрак билан боқиб боришга алоҳида аҳамият бериш керак.

Мана шу ёшда болаларда кўпинча меъда-ичак йўли касалликлари (диспепсия, дизентерия, колиэнтеритлар), рахит, спазмофилия, ҳар хил диатезлар, овқатланиш ва овқат ҳазмининг сурункасига бузилиб юриши, нафас органлари касалликлари, хусусан пневмониялар, респиратор касалликлар кўрилиши мумкин. Эмадиган болаларда ўткир инфекцион касалликлар — қизамиқ, кўк йўтал ва бошқалар бир мунча кўпроқ учрайди. Лекин эмадиган болаларга инфекцион касалликлар юқиб қолгудек бўлса, бу ёшдаги болалар шу касалликларни еғир ўтказиши, бундай касалликларда умумий белгиларнинг устун туриши ва маҳаллий симптомларнинг кам ифодаланган бўлиши уларнинг ўтишига хос хусусиятдир.

Хроник инфекциялардан бу ёшда туғма захм ва сил маълум бериб қолиши мумкин, лекин бу касалликларнинг иккаласи ҳам ҳозирги вақтда жуда кам учрайди. Эмадиган болаларнинг биринчи бор сил билан инфекцияланиши сил касаллигига айланиб кетиши мумкин.

Болаликнинг кейинги даври — сут тишлар даври — 1 яшардан 6—7 ёшгача бўлган даврни ўз ичига олади. Бу даврда иккита кенжа давр: а) мактабгача тарбиядан олдинги — 1 яшардан 3 ёшаргача бўлган давр (катта ясли ёши) ва б) мактабгача тарбия ёши — 4 яшардан 7 яшаргача бўлган давр тафовут қилинади.

Мактабгача тарбиядан олдинги давр болаларда ҳазм системаси, ҳаракат малакалари, нутқ ва психиканинги мукаммаллашиб бориши билан таърифланади. Бу даврда бола жуда серҳаракат, ҳар нарсага қизиқаверадиган бўлиб қолади, у катта ёшли одамлар ва бошқа болалар орасида бўлиб, атрофдаги муҳит билан танишиб боради. Ривожланишнинг асосий шакли

Ўйиндир. Атрофдаги муҳитнинг ноқулай шароитларига боланинг ортиқча сезгир бўлиши муносабати билан бола тарбиясидаги гигиеник камчиликларни бартараф этиш ва режимнинг тўғри бўлиши бу давр учун айниқса муҳим.

Мактабгача тарбиядан олдинги ёшдаги болалар қизиқ, кўк-йўтал, сувчечак, дизентерия, вирусли гепатит, грипп, ўткир респиратор касалликлар, скарлатина, дифтерия ва бошқалар сингари касалликларга ҳаммадан кўра кўпроқ мойил бўлади.

Бу даврда меъда-ичак йўли касалликлари ҳали бир мунча тез-тез учраб туради. Шу ёшдаги болаларда сил касаллиги сил интоксикацияси кўринишида намоён бўлади, турмуш шароитлари ноқулай бўлса, бола яхши боқилмаса, қандай бўлмасин бирор касаллик муносабати билан организми заифлашиб қолган бўлса, ана шундагина сил интоксикацияси локал формага, яъни тайинли бир орган силига айланиб кетиши мумкин.

Мактабгача тарбия ёшида бола организми мустақамланиб боради, мускулатураси ривожланиб, бақувват бўлиб қолади, скелети ривожланишда давом этади, бола катта ёшли одам билан бир хил режимда овқатланишга ўтади. Мактабгача тарбия даврининг охирига келиб, сут тишлар алмашина бошлайди. Бола катта ёшли одамлар турмушига тобора кўпроқ яқин бўлиб қолади ва уларнинг таъсирига тобора кўпроқ берилиб боради. Боланинг қизиқувчан бўлиши, тажрибаси йўқлиги ва кўпинча унга яхши қараб турмаслик оқибатида бу ёшида ҳар хил травмалар осон рўй беради. Болалар коллективи муҳитини тўғри ташкил этиш, ўйин процессига жамоатчилик ва меҳнат тарбияси элементларини киритиб бориш тарбияда қандай бўлмасин бирор хил камчиликлар бўлишига йўл қўймайдиган энг яхши чорадир.

Шу даврнинг охирига келганда бола ўзининг интеллектуал ривожланиш даражаси жиҳатидан мактабга киришга тайёр бўлиши керак.

Бу даврда ўсиш процесси олдинги даврдагига қараганда секинлашиб қолади. Бола организмнинг барча функционал имкониятлари аста-секин мукамаллашиб боради-ю, лекин ҳар қалай у анча нозик бўлиши билан ажралиб тураверади.

Айрим органларнинг касалликларида диффуз реакцияларга мойиллик камайиб қолади. Болаларда учрайдиган ўткир инфекцион касалликлар частотаси юқори бўлиб тураверади, чунки бу даврда болалар атрофдагилар билан тез-тез алоқа қилиб туради. Лекин болаларда учрайдиган инфекциялар бу даврда энгилроқ ўтади ва оғир асоратларни камроқ беради. Сил билан инфекцияланиш частотаси ортиб боради. Болаликнинг шу даврида ҳар хил формадаги эндокрин касалликлар пайдо бўлиши мумкин.

Кичик мактаб ёшидаги (7—11 яшар) болаларда кўпгина система ва органлар мукамаллашиб боришда давом этиб, функционал жиҳатдан бекаму-кўст ривожланиб олади. Суяк скелетининг ривожланиши тугалланади, мускул системаси зўр бериб ривожланиб, мустақамланиб боради. Бу давр ҳам фикр юри-тиш, ёзиш ва уйғунлашган нозик ҳаракатлар қилиш кўникмалари

ривожланиб бориши билан характерланади. Сут тишлар доимий тишлар билан алмашинади. Бола хонадон муҳити ёки болалар боғчасидаги шароитлардан мактаб ҳаёти шароитига ўтади, зарур меҳнат кўникмаларини ўзлаштириб олади. Ташқи муҳит билан ўзаро муносабатлар тобора мураккаблашиб, хилма-хил бўлиб боради.

Кичик мактаб ёшидаги болалар патологиясида ўткир инфекциялар ҳамон катта аҳамиятга эга бўлади-ю, лекин улар энди бир мунча камроқ кузатилади ва енгилроқ ўтадиган бўлиб қолади. Бу ёшдаги болаларда ревматизм анча кўпроқ учрайди. Сил барвақт бошланган ёки сурункасига давом этадиган интоксикация кўринишида ўтиши мумкин.

Қатта мактаб ёши (12—18 яшар болалар) эндокрин аппаратининг ҳийла қайта тузилиши, жинсий безлар, қалқонсимон без, гипофиз функциясининг кучайиши билан характерланади, шунга кўра болалар ва ўсмирларда худди шу безларнинг функционал муносабати бузилиб, эндокринопатия белгилари пайдо бўлиши мумкин. Балогатга етиш даври бошланадиган вақт боланинг жинси ва индивидуал хусусиятларига қараб анча ҳар хил бўлади.

Бу даврда бола бўйининг ўсиши тезлашади ва унинг интел-лектуал қиёфаси маълум бера бошлайди.

Бу даврда учрайдиган касалликларнинг кўпчилиги ўзининг ўтиш табиатига қараб катта ёшли одамларда учрайдиган касалликларга ўхшаб қолади. Сил қўзиб туриши ва зўрайиши мумкин. Пневмониялар лобар ва сегментар пневмониялар кўринишида ўтади. Балогатга етиш даврида болаларда юрак-томирлар система-сида функционал ўзгаришлар рўй бериб, феъл-атвори ўзгариб қолади, ҳатти-ҳаракатлари дағаллашиб, ҳар хил неврозлар пайдо бўлиб туради.

Ривожланиш учун энг қулай шароитлар яратиш ва шу билан бир вақтда меъерини билиб ўтказиладиган спорт машғулотлари ёрдамида организмни мустаҳкамланиб бориш йўли билан патологик ҳолатлар рўй беришининг олдини олиш ва ўсмирларнинг ҳар томонлама уйғун ривожланиб боришини тўла-тўқис таъминлаб бериш мумкин.

15 ёшгача бўлган болаларга болалар поликлиникалари хизмат қилади, 15 ёшдан ошган болаларга эса катталарга мўлжалланган поликлиникаларнинг ўсмирлар кабинетлари хизмат қилади. Шу билан бир вақтда мактаб медицина ҳамшираси ва врач 7 ёшдан то 17—18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирларга хизмат қилади.

Бола организмнинг ҳар хил ёшда ўз хусусиятларига эга бўлиши кун тартибини, овқатланиш режимини, тарбия чора-тадбирлари ва бошқа ишларни болалар ёшига қараб ташкил этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Бола организмнинг ёшга алоқадор хусусиятлари касалликка жавобан организмнинг ҳар хил ёшда ҳар хил реакция кўрсатишини ҳам белгилаб беради. Масалан, касалликка сабаб бўладиган битта микробнинг ўзи турли ёшдаги болаларда ва атрофдаги му-

қуйида кўрсатилган муддатларда бажариш керак: 1 ойликдан 5 ойликкача бўлган болаларни — ойига 2 марта, 5 ойликдан 1 яшаргача бўлган болаларни — ойига 1 марта, 1 яшардан 2 яшаргача бўлган болаларни — 3 ойда бир марта, 2 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларни — 6 ойда бир марта, 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларни — йилига бир марта патронаждан ўтказиб туриш лозим.

Профилактик патронажларни ўтказиш вақтида оила ҳаётининг моддий-маиший, маданий-гигиеник шароитларини, ундаги психологик вазиятни яхши ўрганиб бориш зарур.

Режим, чиниқтириш усуллари, гимнастикани ҳар бир бола турмушига сингдириб бориш, шунингдек врач томонидан болага тавсия этилган овқатлантириш усулларини назорат қилиб туриш ва аралаш ҳамда сунъий қуслда боқишга барвақт ўтказилган болалар овқати таркибий қисмлари ва калорияларини мустақил равишда ҳисоб қилиб бориш.

10. Ҳаётининг 1-йилини яшаб келаётган барча болаларни невропатолог, ортопед, офтальмолог текширувига юбориб туриш, фенилкетонурияни аниқлаб олиш мақсадида сийдикни текшириб кўриш устидан, сийдикнинг клиник анализи, қоннинг икки карра клиник анализи устидан назорат олиб бориш.

11. Рахитнинг олдини олиш бўйича врач буюрганларининг бажарилиши устидан назорат олиб бориш.

12. Диспансер ҳисобига қўйишда участкада яшаб турган 1 яшардан 7 яшаргача уюлмаган болаларнинг зарур мутахассислар томонидан чуқур текширилишини таъминлаш.

13. Эмлаш ҳисобга олиб бориладиган марказий картотека бўлмаса, эҳтиётдан эмлаш ишларини ой сари планлаштириб бориш. Участка медицина ҳамшираси эмлаш учун болаларни поликлиникага чақириб туриши ҳам керак.

**Даво тадбирлари.** 1. Участка педиатри ва болалар поликлиникасидаги мутахассисларда диспансер ҳисобида турадиган болалар картотекаси (№ 30 ҳисоб формаси) билан ишлаш.

2. Диспансер группаси болаларини диспансер ҳисобига олиш планига мувофиқ врач қабулига чақириш.

3. Хроник касалликлари бор болаларга даволаш ва соғломлаштириш бўйича врач буюрган тадбирларнинг аниқ амалга оширилиши устидан назорат олиб бориш.

4. Ўткир касалликлар билан оғриган болаларга врач буюрган муолажаларни уйда бажариш.

5. Соматик ва инфекцион касалликлар билан оғриб, уй шароитларида даволанаётган касаллар саломатлигининг аҳволини назорат қилиб бориш.

Касал болаларни уйда яхши даволаб бориш учун медицина ҳамшираси барча зарур медицина муолажалари техникасини яхши эгаллаб олган бўлиши керак.

**Жамоатчилик билан ишлаш.** Аҳоли билан олиб бориладиган санитария-маорифи ишнинг тўғри ташкил этилган ва маълум бир мақсадга қаратилган бўлиши болаларда учрайдиган касалликлар профилактикаси ва давоси самарадорлигини анча оширади.



Аҳолини санитария-гигиена жиҳатидан тарбиялаш ва жамоатчилик билан ишлашда медицина ҳамшираси қуйидагиларни блжариши керак:

1. Участкада: а) соғлом болаларни патронаж қилиш вақтида; б) касал болаларни кўргани борганида; в) инфекция ўчоғида ишлаш маҳалида суҳбатлар ўтказиб туриши. 2. Санитария варақалари чиқаришда иштирок этиши. 3. Турар жойлардан фойдаланиш идоралари (ЖЭҚлар)да саломатлик бурчаклари ёки хоналари ташкил этиши ва уларнинг ишига раҳбарлик қилиб бориши. 4. Участкада санитария активини тайёрлаш юзасидан иш олиб бориши. 5. Жамоатчилик ёрдами билан медицина ҳамшираси қуйидаги чора-тадбирларни амалга ошириши мумкин: а) участкада сайр группалари ишини ташкил этиши; б) трозалик рейдларини ўтказиб туриши; в) участкадаги болаларни йилига 2 маҳал рўйхатга олиб туриши; г) касал болага парвариш йўллари ўргатиладиган тўғарақларда аҳолини тайёрлаб бориши; д) врач билан бирга йилига 1 марта аҳоли билан учрашув ўтказиши.

### ЧАҚАЛОҚ БОЛА ВА УНГА ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

Ой-куни етиб туғилган чақалоқ деб она қорнида ривожланишнинг тўққиз ойли циклини (280 кун атрофида) ўтган, муҳлатида ва етук ҳолда туғилган болага айтилади.

Чақалоқлик даври боланинг биринчи бор нафас оладиган ва киндик тизимчасини боғлаб, онасининг организми билан бевосита алоқаси узиб қўйиладиган пайтдан бошланади. Бу давр алоҳида ажратилади, чунки у оралиқ давр ҳисобланади ва бола организмининг қориндан ташқарида яшаш шароитларига мослаша бошлаши билан характерланади. Чақалоқлик даври ўрта ҳисобда 2—4 ҳафта давом этади.

Бола туғилганидан кейин организмида талайгина ва зудлик билан борадиган ўзгаришлар бўлиб ўтади, кўпгина орган ва системалари бошқача ишлай бошлайди: ўпка билан нафас олишнинг бошланиши, қон айланиш аппаратининг, меъда-ичак йўлининг қайтадан тузилиши, моддалар алмашинувининг ўзгариши ва бошқалар шулар жумласидандир.

Боланинг она қорнида ривожланиш даврида газлар асосан плацентар қон айланиши ёрдамида алмашилиб туради. Туғруқ вақтидаги тўлғоқларда плацентада қон айланиши бузилиб, бола организмига кислород ўтиши камаяди, шунга кўра унинг қони ва тўқималарида карбонат ангидрид гази тўпланиб боради. Туғруқ маҳали ва бола ҳаётининг дастлабки секунд ва минутларида пайдо бўладиган гиперкапния, гипоксия, ацидоз узунчоқ мияда жойлашган нафас марказининг кескин қўзғалишига олиб келади. Диафрагма ва нафасда иштирок этувчи скелет мускуллари тортишиб, қисқаради, ўпка ростланади. Дунёга келган гўдак шу пайтда биринчи бор нафас олиб, йиғлайди. Боланинг ой-куни нечоғли етганига қараб ўпканинг узил-кесил ростланиш процесси турли муддатларда поёнига етади.

Бола туғилиши биланоқ — биринчи бор нафас олиши ва плацентар қон айланиши тўхтаган пайтдан бошлаб — қон айланишида анчагина ўзгаришлар рўй беради. Эмбрионал даврда қон ўтиб турган йўллар — артериал йўл, овал тешик, киндик томирларининг қолдиқлари бекилади, катта ва кичик қон айланиш доиралари ишлай бошлайди.

Бола туғилганидан кейин овқатланиш усули ўзгариши муносабати билан овқат ҳазмининг типи бошқача бўлиб қолади. Дастлабки 24—48 соат мобайнида меъда-ичак йўлига ҳар хил бактериялар ўрнашиб олади. Чақалоқ боланинг тана температураси анча ўзгариб туришга мойил бўладикки, бу — унинг учун энг қулай ташқи муҳит яратишни зарур қилиб қўяди.

Акушеркалар ва чақалоқ болага қарайдиган медицина ҳамширалари шу даврда болалар организмнинг қандай хусусиятларга эга бўлишини яхши билиб олишлари керак.

### Чақалоқнинг ой-куни етиб туғилганини кўрсатадиган белгилар

Ой-куни етиб туғилган чақалоқнинг ўртача вазни ўғил болалар учун 3400—3500 г ва қиз болалар учун 3200—3400 г ни ташкил этади, шу билан бирга чақалоқ вазни анча ўзгариб ҳам туради, лекин ой-куни етиб туғилган бола вазнининг пастки чегараси 2500 г деб ҳисобланади.

Бўйи 48 см дан 52 см гача бўлади ва ўртача ҳисобда 50 см ни ташкил этади. Такрор туққан оналар болаларининг вазни билан бўйи тўнғичини туққан оналар болаларига қараганда одатда каттароқ бўлади. Болаларнинг вазни билан бўйига ота-оналарнинг ёши, саломатлигининг аҳволи, аёлнинг ҳомиладорлик давридаги овқатланиши ва турмуш режими таъсир қилади.

Бош айланаси (32—33 см) кўкрак қафаси айланасидан 2—4 см катта, қўл ва оёқ узунлиги бир хил, кўкрак айланаси тананинг ярим бўйидан 3—5 см ортиқ, сон айланаси елка айланасидан 2—3 см кичик бўлади. Киндик ҳалқаси қов билан ханжарсимон ўсимта ўртасида туради.

Чақалоқ бола калласининг юз қисми мия қисмига қараганда бирмунча кичикроқ бўлади. Кўпчилик болаларнинг бошидаги сочи яхши ривожланган бўлади. Бола туғилганидан кейин бошида туғруқ ўсмаси бўлиши мумкин, бундай ўсма юмшоқ тўқималарга сероз суюқлик сингиб қолиши натижасида юзага келади. Бу ўсма бола туғилганидан кейинги биринчи соатларда ва аҳён-аҳёнда — иккинчи ва учинчи куни сўрилиб кетади. Бола туғилганидан кейинги биринчи соатларда юзи сал салқиган, кўзлари юмуқ ёки ярим очик, қовоқлари бир оз шишган, тери қопламлари пушти рангда, тери ости ёғ клетчаткаси яхши ривожланган бўлади.

Чақалоқ боланинг териси туғруқ мойи деб аталадиган сирсимон модда билан қопланган бўлади, унинг миқдори анчагина ўзгариб туриши мумкин. Боланинг елкаси ва орқасидаги териси нозик тук билан қопланиб туради.

Чақалоқнинг кўкрак қафаси қавариқ, калта, кам ҳаракат қилади. Қўл-оёқлари калта, болдирлари олдинга ва ташқарига томон сал букилган, шунинг учун эгрига ўхшаб кўринади. Мускулатураси, айниқса қўл-оёқ мускуллари суст ривожланган. Чақалоқ болалар учун, айниқса қўл-оёқларни букувчи мускулларнинг рўйиrost гипертензияси характерлидир. Қўл ва оёқлар тартибсиз равишда ҳаракат қилиб туради. Боланинг овози қаттиқ чиқади, йиғиси ҳадеганда тўхтавермайди. Шартсиз рефлекслари (эмиш, ютиш, аксириш, йўталиш рефлекслари ва бошқалар) анча яхши ифодаланган бўлади. Уғил болаларда мойялар ёрғоғига тушган, қиз болаларда кичик лаблар ва клитор катта жинсий лаблар билан ёпиқ турган бўлади.

Бола туғилганидан кейинги биринчи минут давомида унинг аҳволига баҳо берилади, бунинг учун ҳозир чақалоқнинг аҳволини бирмунча аниқроқ таърифлаб берадиган Апгар шкаласидан фойдаланилади (1-жадвал).

1 - ж а д в а л

Апгар шкаласи

Белгилари	Баҳоси		
	0	1	2
Юрак уришларининг сони	Йўқ	Секинлашган (минутига 100 дан кам)	Минутига 100 дан ортиқ
Нафас ҳаракати	Йўқ	Сийрак, номунтазам	Яхши, бола йиғлайди
Мускул тонуси	Бўш	Қўл-оёқлари сал букилган	Ҳаракатлари актив
Бурун катетерига кўрсатилган реакцияси ёки оёқ катетини қитиқлаш рефлекс	Йўқ	Афтини буруштиради	Аксиради ва йўталиди
Терининг ранги	Оқ	Бадани пушти ранг, қўл-оёқлари кўкимтир	Бошдан оёғи пушти ранг

Баҳо бешта белгини ифодалайдиган рақамлар йиғиндисидан ташкил топади. Кўрсаткич 8—10 бўлиб чиқса, чақалоқнинг аҳволи яхши, 6—7 бўлиб чиққанида қониқарли, 6 дан паст бўлганида эса оғир деб ҳисобланади. Масалан, чақалоқнинг юрак уришлари сони 120 (баҳоси 2), нафас ҳаракатлари номунтазам (1), бурун катетерига реакцияси — афтини бужмайтиради (1), терисининг ранги—бадани пушти ранг, қўл-оёқлари кўкимтир (1), Апгар шкаласига мувофиқ умумий баҳо 6 га тенг.

Апгар шкаласига қараб чақалоқ аҳволига баҳо бериш амалда жуда қўл келади-ю, лекин хусусан, чала туғилган болаларда учраши мумкин бўлган кўпдан-кўп ўзгаришларни ҳамиша ҳам акс эттиравермайди.

## Чақалоқни биринчи бор тозалаб, саришталаш

Бола туғилган заҳоти юзининг оғиз ва бурун соҳаси стерил пахта ёки дока билан артилади ва юқори нафас йўлларига тушиб қолган шилимшиқ, қон сўриб олинади; шиллиқ пардаси жуда но-зик бўлгани учун оғиз бўшлиғини артилмайди.

Киндик тизимчасини боғлашда киндик инфекциясининг олдини олиш учун қўллар, боғлов материали, асбоблар асептикасига қаттиқ амал қилиш зарур. Киндик уришдан тўхтаганидан кейин (бола туғилганидан кейин 5—10 минут ўтгач) эни 0,5 см ва узунлиги 20 см келадиган стерил тасма (ёки стерил ипак ип) билан киндик ҳалқасидан 1,5—2 см қочириб боғланади. Иккинчи тасма плацента томонидан ҳисоблаганда 2—3 см яқинроққа қўйилади. Солинган боғлар орасидаги киндик 95°C ли спирт ёки 5% ли йод эритмаси билан артилиб, стерил қайчи билан кесилади. Киндикнинг кесилган жойига йод эритмаси суртилади, киндик қолдиғи 95°C ли спирт билан бошдан оёқ ювилади ва устига стерил қуруқ боғлам қўйилади. Шундан кейин бола стерил илиқ йўргакларга ўралади.

Киндик қолдиғига А. И. Чистякова томонидан таклиф этилган ноксимон боғлам қўйилади. Бу боғлам катталиги  $10 \times 10$  ёки  $12 \times 12$  см келадиган иккита квадрат дока-салфеткадан иборат. Уларнинг бири тўғридан-тўғри киндикка қўйилади, иккинчиси эса учбурчак қилиб тахланади ва киндик халқаси билан киндик қолдиғи ўртасидаги чегарада тугун қилиб боғлаб қўйилади (косинка рўмол кўринишида). Терини бўш қолдириб, тугун қаттиқ тортиб қўйилади. 5-кунги боғлам олиниб, киндик қолдиғи кўздан кечириб чиқилганидан кейин яна худди шундай стерил боғлам қўйилади. Киндик қолдиғи тушиб кетганидан кейин киндик ярасига яхшиси 5% ли калий перманганат эритмаси суртиб қўйиш керак: киндик яраси очик қолади ва аста-секин битиб кетади.

Киндикни тасмача (ёки йўғон ип) билан боғлашдан ташқари уни обработка қилишнинг бошқа усули — киндикни Кохер ёки Пеан қисқичлари билан қисиб қўйиш усули бор. Қисқичлар спирт билан артилган киндикка унинг бирикиш жойи яқинидан (қорин юзасидан 0,5 см қочириб) қўйилади. Қисқич киндик чўлтоғи ва киндик томирларини қаттиқ қисади. Сўнгра шу қисқичдан 2 см қочириб, киндик тасмача билан боғланади ва қисқичнинг устига тақаб туриб киндик кесилади. Қисқич тагига стерил пахта қўйилиб, боланинг қорнига бўшроқ қилиб боғлаб қўйилади, 4 соатдан кейин эса қисқич олиб ташланади. Қисқич олинганидан кейин киндик қолдиғи ярим тиниқ ясси қуруқ пластинка кўринишида бўлади, унинг устига 4 қатлам қилиб букланган стерил дока салфетка ёпилиб, 4 ўрам бинт билан боғлаб қўйилади. Бу усулда киндик чўлтоғи барвақт тушиб кетади.

Роговин чегалари ҳам қўлланилади. Булар хромлаб оқартирилган темирдан ясалган, коррозия ва оксидланишга берилмайдиган металл чегалар бўлиб, махсус омбуллар ёрдамида киндикка қўйилади. Киндик чега яқинидан қирқилиб, қолдиғига 10% ли калий перманганат эритмаси суртилади. Кейинчалик киндик қол-

дигига кунига бир марта 5% ли калий перманганат эритмаси суртиб турилади. Бола туғилганидан кейинги 4 — 5-кунни киндик қолдиғи тушиб кетади ва бу усулда асоратлар деярли кўрилмайди.

Резус-конфликт шароитларида туғилган болаларга Роговин чегалари, шунингдек Қохер ва Пеан қисқичлари қўйилмайди, чунки қонни алиштириш учун қон қуйиш зарур бўлиб қолиши мумкин, бунда қон, одатда, киндик томирлари орқали қуйилади. Ана шундай ҳолларда киндик чўлтоғи етарлича узун қилиб қолдириладиган Чистякова усулини ҳаммадан қулай деб ҳисоблаш керак.

Киндик қолдиғини А. А. Видрин томонидан таклиф этилганидек очиқ қолдириш усули ҳам қўлланилади. Боғланган (яхшиси йўғон ипак ип билан) киндик тизимчасининг қолдиғи, юқорида тасвирланганидек, биринчи бор оброботка қилинганидан кейин унга ҳеч қандай боғлам қўйилмайди, қуриб келаётган киндик қолдиғига чақалоқни ҳар кунни кўздан кечириш вақтида 5% ли йод настойкаси эритмаси суртиб турилади. Видрин усули оддий, осон ва бехатар, лекин чақалоққа жуда ҳам асептик шароитларда қараб боришни талаб қилади.

Киндик чўлтоғини боғлашнинг юқорида санаб ўтилган ҳамма усуллари амалда ўзини бекаму кўст оқлади. Ҳамширанинг асептика қоидаларини аниқ билиши ва киндик боғламига қараш ҳамда уни алиштиришда буларга қаттиқ риоя қилиши муҳим, холос.

Офтальмобленнорея профилактикаси бола туғилган заҳоти ва яна 2 соатдан кейин ҳар бир кўзига 2 томчидан 30% ли натрий сульфацил эритмаси томизиш йўли билан ўтказилади.

Боланинг бадан териси қон, шилимшиқ, меконий, ифлос қоғоноқ сувлари билан кўп ифлосланган бўлса, болани тоғора устида ушлаб кучсиз илиқ (37—38°C) калий перманганат эритмасини кўзадан қуйиб туриб, ювинтириб олиш мумкин. Бирдан ванна қилиш шарт эмас, ишни бусиз битирган маъқул.

Бола туғилганидан 2 соат кейин унга қарайдиган ҳамшира болани тарозида тортиб, бўйини ўлчайди, киндикдаги боғламнинг аҳволини текшириб кўради ва бадан терисини тозалаб, зарур бўлса, чов ва қўлтиқ ости букимларидаги ортиқча мойларни оҳиста артиб олади.

Сўнгра туғма нуқсонлари бор-йўқлигини аниқлаш учун чақалоқ синчиклаб кўздан кечириб кўрилади.

Мана шу ишларнинг ҳаммасини жуда эҳтиёт бўлиб, тезлик билан, иситиб қўйилган шалда ёки иситилган йўрғаклар устида ё бўлмаса иситувчи лампа яқинида бажариш керак.

Чақалоқнинг тана температурасини нормал даражада сақлаб туриш учун қуйидаги шартларга амал қилиш зарур:

1) бола ётадиган хонадаги ҳаво температураси биринчи кунлари 22—23°C бўлиши керак (ой-кунни етиб туғилган болалар учун);

2) болаларни эмизиш, текшириб кўриш ва бошқа муолажаларни қилиш учун коридорлардан олиб бориш вақтида, хусусан совуқ фаслларда, уларни иссиқ қилиб ўраш керак; болани бекордан-бекорга бир жойдан иккинчи жойга олиб бормаслик лозим;

3) болаларни кўздан кечириш, ювиб-тараш ва болалар хоналарида бажариладиган бошқа муолажалар вақтида иситувчи лампалар, рефлекторлардан фойдаланиш, зарур бўлса, грелкалар, ичига 60°C температурали сув солинган шишалардан фойдаланиш керак. Электр грелкаларни ишлатиш ярамайди, чунки улар нам бўлиб қолса, қисқа туташиб ҳодисасига сабаб бўлиши мумкин;

4) боланинг йўргаклари ва чойшабларининг иссиқ бўлишига қараб бориш зарур.

Чақалоқ болаларнинг ривожланиш варақаларини (тарихларини) тўғри тўлдириб бориш, яъни ҳужжатлаштириш жуда катта аҳамиятга эга. СССР Соғлиқни сақлаш министрлиги томонидан тасдиқланган инструкцияга мувофиқ акушерка туғруқ варақаси (туғруқ тарихи)нинг маълум жойига (биринчи бетининг пастки чап бурчагига) бола туғилган соат, минут, число, ой ва йилни, боланинг жинсини ёзиб қўяди, иккинчи бетининг ўнг томондаги устки бурчагига эса болага қарайдиган ҳамшира боланинг оғирлиги, бўйи ва бош айланасини ёзиб қўяди (бола туғилганидан кейин 2 соат ўтказиб). Боланинг ривожланиш тарихига ҳам худди шу маълумотлар ёзиб қўйилади.

Боланинг иккала қўлига билакузукка ўхшатиб, клеёнка ҳалқалар кийгизилади, бу ҳалқаларга онасига тутилган туғруқ варақасининг номери, бола туғилган йил, ой, число, онасининг фамилияси, исми шарифи, боланинг жинси, каравотчасининг номери ёзиб қўйилади. Бундан ташқари, боланинг бўйнига клеёнкадан ишланган медальон ёки паспорт дока бинт билан осиб қўйилиб, бунда ҳам билакларидоғи ҳалқаларда кўрсатилган маълумотларнинг ўзи яна такрорланади.

Баъзи туғруқхоналарда бундай паспорт йўргаклаб қўйилган боланинг устига белбоққа ўхшатиб боғлаб қўйилади. Бошқа туғруқхоналарда бола аёлига номерли жетон боғлаб қўйилади, бу жетон номери каравот номери билан бир хил бўлади ва болаларни эмизиш учун оналарига бериш вақтида аниқ кўриниши учун худди паспорти сингари олдинги томонда туриши керак.

Медицина ҳамшираси болани эмизиш учун онасига берар экан, ундан фамилиясини, боланинг жинсини, албатта, сўраб кўриши ва бу маълумотларни паспортдаги маълумотлар билан солиштириб текшириб чиқиши, шундан кейингина у болани онасига бериши керак. Болани дастлабки марта эмизганда ва бир фамилияли болалар бўлганида шундай қилиш, айниқса, муҳим.

Чақалоқнинг ривожланиш варақасига (тарихига) дастлаб қуйидаги маълумотлар ёзилади: туғруқ варақасининг номери, онасининг фамилияси, исми шарифи, ёши, боланинг жинси, каравотчасининг номери, туғилган ой, куни, оғирлиги, бўйи, ой-куни нечоғли тўлиб туғилгани. Бола туғилганидан кейин болалар бўлимига ўтказилгунча туғруқ палатасида унинг қандай ҳолатда бўлганини, туғруқ актининг хусусиятларини, кўрилган операция чора-тадбирларини, асфиксия маҳалида болани тирилтириш юзасидан кўрилган чораларни, буюрилган дори-дармон ва бошқаларни батафсил ёзиб қўйиш зарур.

## Чақалоқнинг физиологик ҳолатлари

Баъзи чақалоқларда шу ёшдаги болалар учун хос бўлиб, бола туғилганидан кейин ташқи ва ички муҳитнинг ўзгариб қолишидан келиб чиқадиган ва кейинчалик барҳам топиб кетадиган ҳолатлар кўрилади.

Мана шу ҳолатларнинг ҳаммаси физиологик бўлиб, фақат чақалоқ болаларда учрайди ва кейинчалик ҳеч қачон такрорланмайди. Бироқ бундай ҳолатлар патологияга жуда яқин туради ва шароитлар ноқулай бўлса, касаллик процессига айланиши мумкин.

Қуйидаги физиологик ҳолатлар ҳаммадан кўп учрайди.

Янги туғилган бола териси сирсимон мой билан қопланган бўлади, *vernix caseosa* деб шуни айтилади. Бу мой деярли соф ёғ, гликоген, экстрактив моддалар, карбонат ва фосфат тузлар, шунингдек, холестерин, ҳидли ва учувчан кислоталардан иборатдир. Нормал шароитларда унинг ранги кулранг-оқ бўлади. Борди-ю, у сариқ, сарғиш-яшил ёки гунгурт кулранг тусда бўлса, бу она қорнида патологик процесслар (гипоксия, гемолитик процесслар ва бошқалар) бўлганидан далолат беради. Сирсимон мой, одатда, дастлабки 2 кун давомида кетказилмайди, чунки у боланинг баданини совқотиб қолишдан сақлайди, таркибида витамин А бўлади, маълум биологик хоссаларга эга бўлиб, терини шикастланишдан механик равишда сақлаб туради. Тўпланиб қолган жойлардагина (чов, қўлтиқ ости букимларида) бу мой тез парчаланadi, шунинг учун бу жойлардаги ортиқча мойни стерил ўсимлик мойига ҳўлланган стерил дока билан оҳиста олиб ташлаш керак.

Ой-кунни етиб туғилган бола бурнининг учи ва қанотларида кўпинча тери дамидан андак кўтарилиб турадиган сарғиш оқ нуқталар учрайди. Булар, хусусан, она қорнидаги бола ривожланишининг охириги ойларида ёғ безлари ортиқча ишлашидан келиб чиқади, деб ҳисобланади. 1-ҳафтанинг охири ёки 2-ҳафтага келиб эпидермис кўчиб тушиб, ёғ безларининг йўллари очилганидан сўнг улар йўқолиб кетади.

Чақалоқлар эритемаси ёки физиологик тери катарн атрофдаги янги муҳит шароитларидан терининг таъсирланиши оқибати ўлароқ пайдо бўлади, бунда тери жуда қип-қизариб қолади (гиперемия), баъзан билинар-билинемас кўкимтир бўлиб туради. Гиперемия бир неча соатдан тортиб, 2-3 кунгача сақланади, сўнгра тери майда-майда, гоҳо йирик-йирик бўлиб пўст ташлайди, терининг шундай пўст ташлаши қўл кафтларида ва оёқ панжаларида, айниқса, кўзга ташланади. Тери кўп пўст ташладиган бўлса, унга стерил мой (канакунжут, кунгабоқар, зайтун мойи, балиқ мойи) суртиб қўйилади.

Чақалоқ туғилганидан кейин дастлабки соат ва кунларда болада эритема пайдо бўлмаса, бунинг сабабини аниқлаб олиш зарур: ўпка ателектазида, бола она қорнида заҳарланганида (токсемияда), ҳомиладорлик даврида онасида ҳар хил патология рўй берганида, калла ичига қон қуйилганида бундай эритема бўлмайди.

Физиологик сариқлик бола туғилганидан кейин одатда 2—3 кун пайдо бўлади ва чақалоқларнинг 60—70 процентиди кўрилади. Болаларнинг умумий аҳволи яхши бўлади. Бунда бадан териси, оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардалари ва бирмунча камроқ кўз склераларида бир қадар ифодаланган сариқ тус юзага келади. Тери қопламлари анча қизариб турганлигидан сариқлик дастлабки кунларда аввал сезилмаслиги мумкин, лекин терининг қандай бўлмасин бирор жойига бармоқ билан босиб кўрилса, осон билинади. Боланинг ахлати нормал рангда бўлади, сийдиғида ўт пигментлари учрамайди. Ички органларда нормадан ортиқча ҳеч бир ўзгаришлар кузатилмайди. Бунда болалар онасини актив эмаверади.

Бадан сарғайишига зўр бериб парчаланиб турган эритроцитларни (она қорнида ривожланиш даврида эритроцитлар сони кўпайиб кетади) жигарнинг ферментатив имкониятлари эплай олмай қолиши (глюкоронилтрансфераза етишмаслиги туфайли) сабаб бўлади. Жигарнинг ҳали етилмаган ферментатив системаси кўп миқдор билирубинни қайта ишлаш ва чиқариб ташлашга ожизлик қилиб қолади.

Физиологик сариқлик бир неча кун давом этади, шу билан бирга унинг даражаси аста-секин камайиб боради ва 7-10 кунга, гоҳ 12-кунга келиб йўқолиб кетади. Сариқлик аҳён-аҳёнда 2-3 ҳафта сақланиб туради. Сариқликнинг узоқроқ чўзилиши кўпинча оғир асфиксия ҳолатида туғилган болаларда, туғруқ вақтида шикастланган болаларда, вақтидан илгари туғилган болаларда кўрилади.

Физиологик сариқлик эсон-омон ўтиб кетади. Даво талаб қилмайди. Сариқлик анча зўр бўлса, болаларга суткасига 50—100 мл 5—10% ли глюкоза ёки натрий хлориднинг шунча миқдордаги физиологик эритмасига 100—200 мг аскорбинат кислота қўшиб берилади. Сариқлик жуда барвақт пайдо бўлиб, тери қопламларининг ранги тез қуюқлашиб борса ва сариқлик узоқ давом этадиган бўлса, унинг табиатан физиологик эканлигига шубҳа қилиш зарур, бунда биринчи галда чақалоқларнинг гемолитик касаллиги тўғрисида ўйлаб кўриш ва болани врачга кўрсатиш керак.

Физиологик мастит — сут безларининг бўртиб туриши — боланинг жинсидан қатъи назар баъзи чақалоқларда кўрилади. Бу ҳодиса боланинг она қорнида ривожланиш даврида унга она-сидан эстроген гормонлар ўтишига боғлиқдир. Сут безларининг бўртиб туриши одатда икки томонлама бўлади, бола туғилганидан кейин дастлабки 3—4-кун пайдо бўлади, 8—10-кунга келиб максимал катталikka етади. Бу безларнинг бўртиши баъзан арзимас даражада бўлса, баъзи ҳолларда сут безлари олхўридек бўлиб қолади ва бундан ҳам каттароқ бўлиб кетади. Бўртиб чиққан безлар ҳаракатчан, уларнинг устидаги тери ҳамиша деярли нормал тусда бўлади. Бола эмчагидан оғиз сутига ўхшаб кетадиган суюқлик чиқиши мумкин. Бола организми онасининг гормонларидан халос бўлиб борган сайин безларнинг бўртиши ҳам йўқолиб боради. Сут безларининг шикастланиши, инфекцияланиши ва



маддалаши хавфи борлигидан уларни андак бўлса-да, босиб кўриш мутлақо тақиқланади. Физиологик мастит даво талаб қилмайди.

Катарал вульвовагинит янги туғилган баъзи қиз болаларда пайдо бўлади. У онасининг фолликуляр гормонлари таъсиридан келиб чиқади. Бола туғилгандан кейинги биринчи кунларда ясси эпителий шилимшиқ, ёпишқоқ секрет кўринишида бачадон бўйни тўқимаси билан бирга ажралиб чиқади, баъзан жинсий ёриқдан қон аралаш суюқлик келиб туриши ҳам мумкин. Бундан ташқари, вульва бўртиб туриши, қовга ва умуман жинсий органларга шиш келиши мумкин. Онанинг гормонлари таъсири билан рўй берадиган нормал ҳодисалар жумласига баъзан ўғил болаларда кўриладиган ёргоқ шиши киради. Мана шу ҳодисаларнинг ҳаммаси бола ҳаётининг 5—7-куни кузатилиши ва 1—2 кун давом этиши мумкин. Бунда алоҳида даво талаб қилинмайди. Қиз болаларнинг тагини илиқ калий перманганат эритмаси билан тез-тез ювиб туриш керак, холос (калий перманганат қайнатилган сувда 1:5000—1:8000 нисбатда эритилади ва бу эритмани пахтага шимдириб, пахтани сиқиб туриш йўли билан чақалоқнинг таги ювилади).

Бола вазнининг физиологик камайиши ҳамма чақалоқларда кузатилади ва боланинг туғилган вақтидаги оғирлигининг 3—10% ини ташкил этади. Бола вазнининг энг кўп камайиши ҳаётининг 3—4-куни кўрилади. Чақалоқларнинг кўлчилиги ҳаётининг 10-кунига келиб, баъзилари эса ҳатто дастлабки ҳафтанинг охирига келиб, ўз оғирлигини тиклаб олади, болаларнинг кичик бир группаси дастлабки оғирлигини фақат 15-кунига келиб тиклайди. Иссиқлаб кетиш, совқотиш, ҳаво намлигининг етарли бўлмаслиги ва бошқа сабаблар оғирликнинг кўпроқ камайишига олиб боради. Туғруқнинг қандай ўтгани, боланинг ой кунни тўлиб, етук ҳолда туғилгани, сариқликнинг қанча давом этгани, эмган сути ва олган суюқлигининг миқдори ҳам бола тошининг физиологик камайиши даражасига таъсир этади. Чақалоқ болалар вазнининг физиологик камайиши қуйидаги сабабларга боғлиқ; 1) дастлабки кунларда овқатга ёлчимасликка; 2) тери ва ўпка орқали сув чиқиб кетишига; 3) сийдик ва ахлат билан сув йўқолишига; 4) бола оладиган ва ундан чиқадиган суюқлик миқдорининг бир-биринга тўғри келмай қолишига; 5) кўпинча қоғоноқ сувларининг қайт қилиб ташланишига, киндик қолдиги қуриганида бир оз нам йўқолишига. Бола оғирлиги дастлабки миқдордан 10% дан кўра кўпроқ камайдиганида бунинг сабабини аниқлаб олиш зарур. Бола вазнининг кўп камайиб кетиши аксари қандай бўлмасин бирор касалликнинг дастлабки белгиларидан амал бўлишини ҳамиша эсда тутуш зарур. Қуйидаги шартларга амал қилинганда бола вазнининг кўп камайишига йўл қўймаслик мумкин: болаларга тўғри парвариш қилиб бориш, уларни барвақт — кеч деганда туғилганидан кейин 12 соат ўтказиб эмизиш, етарли миқдорда (бола оғирлигига нисбатан 5—10%) суюқлик юбориш.

Буйракларнинг урат инфаркти чақалоқларнинг

ярмисида учрайди ва сийдик билан бирга талайгина урат тузлари чиқиб туриши билан намоён бўлади. Сийдик лойқа, бирмунча оч рангли бўлиб қолади ва боланинг оғирлиги ҳаммадан кўп камаядиган кунларда жигар ранг тусга киради. Сийдик тиндириб қўйилса, анчагина чўкма пайдо бўлиб қолади, бу чўкма қиздирилганида эриб кетади. Сийдикда кўп миқдор урат тузлари бўлса, сийдик чўкмасининг қизил рангда бўлишига ҳамда йўргакларда қизғиш жигар ранг доғлар қолганига қараб буни билиш мумкин. Буларнинг ҳаммаси буйракларнинг урат инфаркти натижасида уратлар чиқиб туришига боғлиқ. Буйракда шундай инфаркт пайдо бўлишига чақалоқ организмида ҳужайра элементларининг зўр бериб парчаланиши ва оқсиллар алмашинуви хусусиятлари туфайли урат кислота юзага келиши сабаб бўлади. Кўп миқдорда суюқлик буюрилса, бола кўп-кўп сийиб турадиган бўлса, ҳаётининг дастлабки икки ҳафтаси давомида инфаркт йўқолиб кетади. Бундай инфаркт, одатда, ҳеч бир оқибат қолдирмайди ва даво талаб қилмайди.

Ичакдан меконий чиқиб кетганидан кейин вақтинча ич суриши (оралиқ ахлат келиши) ҳам физиологик ҳолатлар жумласига киради.

Меконий — янги туғилган бола ахлати бўлиб, она қорнидаги ҳаётнинг IV ойидан бошлаб юзага келади. У кўкимтир-қора, чўзилувчан, қуюқ, ҳидсиз масса бўлиб, эмбрион ҳазм йўли ажратмалари, кўчиб тушган эпителий ва ютиб юборилган қоғоноқ сувларидан иборатдир, унинг дастлабки порцияларида бактериялар бўлмайди. Бола ҳаётининг тўртинчи кунига келиб меконий ичакдан тамомила чиқиб кетади. Бола тўғри боқиб борилганида ахлати сутдан юзага келадиган ахлатга дарров айланавермайди. Бундан аввал оралиқ ахлат деган ахлат келиб туради. Бундай ахлат жигар ранг-яшилнамо тусдаги шилимшиққа бой, сувсимон бўлади, баъзан кўпириб туради. Чақалоқ болаларда аксари газлар йиғилиб, ичаги дам бўлиб қолади, бу болани безовта қилади, ичи дам тез-тез, дам туриб-туриб келади, ахлатининг кўриниши эса ўзгариб боради. Суткасига 2—6 марта ичи келади, ахлати гомоген, қорилган горчица (хантал) рангида, бўтқасимон консистенцияда бўлади.

### Чақалоқ парваришини уюштириш

Янги туғилган чақалоқ организмнинг ҳамма асосий функциялари беқарор мувозанат ҳолатида бўлади ва шунинг учун атрофдаги муҳит шароитларининг андак ўзгаришлари ҳам энг муҳим ҳаёт процессларининг кескин ўзгариб кетишига олиб келиши мумкин. Мана шуларнинг ҳаммаси чақалоқларга алоҳида шарт-шароитлар яратиб бериш ва махсус парвариш қилиб боришни зарур қилиб қўяди.

Чақалоқларга кўрсатиладиган хизмат сифати туғруққа ёрдам берадиган муассаса, туғруқхона болалар бўлими ишининг тўғри ашқил этилиши ва ходимларнинг тўғри ишлаб боришига боғлиқ бўлади.

Парваришнинг асоси озодаликка ва стерилликка (асептикага) бекам-кўст амал қилиб боришдан иборат. Чақалоқлар палатасини бир йўла тўлдириш жуда муҳим. Бинонинг ҳолати, температурани режими, болани боқиб бориш, парвариш қилиш ва атрофдаги муҳитнинг бошқа шароитлари чақалоқ организмнинг хусусиятларидан келиб чиқадиган талабларга мос тушадиган бўлса, бу — чақалоқлик даврида боланинг саломатлигини сақлаб қолишга имкон беради.

Туғруқ муассасаларида чақалоқларга парвариш қилиш ишини фақат ўрта маълумоти бор медицина ходими — акушеркалар ва медицина ҳамширалари бажаради. Хроник инфекцион касалликлар билан оғриб юрган одамлар ишга қўйилмайди. Медицина ходимларининг жун газламадан тикилган буюмлар кийиши, узуклар тақиб юриши ярамайди.

Ходимлар ҳамиша тоза халат, қалпоқ кийиб юришлари, ниқоб тутиб олишлари, ниқобни эса ҳар 3 соатда алмаштириб туришлари зарур (бўлимдан чиқилганда халат ечилиб, бошқаси кийиб олинади). Шахсий гигиена юксак даражада бўлиши керак. Қўлларни чўтка ва совун билан ювиш ва кичикроқ индивидуал салфеткаларга артиш шарт. Навбатчиликка туриш олдидан душга тушиш зарур. Ҳар қайси муолажа олдидан ходимлар қўлларини 0,5 % ли хлорамин эритмаси билан дезинфекция қилиши ва сувни оқизиб туриб ювиб олиши керак.

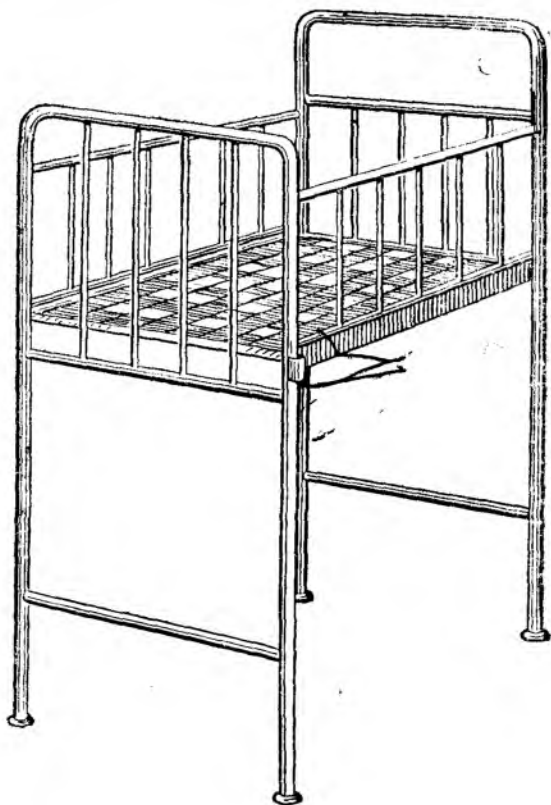
Туғруқ бўлими ва болалар бўлимида ишлайдиган барча ходимларнинг томоғи ва бурнидан шилимшиқ олиб, дифтерия таёқчалари, гемолитик стрептококк ва стафилококк бор-йўқлигини ой сари текшириб бориш зарур. Шунингдек, қўл ювилган сувларни ҳам, стафилококк бор-йўқлигини билиш учун ойига бир марта текшириб турилади. Бациллаташувчилар, шунингдек, грипп, ангина ва терининг, хусусан, юз ва қўл терисининг йирингли касалликлари билан оғриган кишиларни ишдан вақтинча, соғайгунча четлатиб қўйиш керак.

### Йўргаклаш қондалари

Болалар ҳамшираси болани тўғри йўргаклашни билиб олиши керак. Бунда шуни эсда тутиш керакки, чақалоқнинг кийими кўп иссиқлик йўқотишдан болани сақлайдиган бўлиши билан биргача унинг ҳаракатларини қисиб қўймайдиган ва тери қопламларидан нам буғланишига тўсқинлик қилмайдиган бўлиши ҳам лозим.

Ой-кунга етиб туғилган чақалоқ болани дастлабки 2—3 кун қўллари билан бир қилиб йўргакланади, кейинги кунларда эса палатадаги ҳаво температураси тегишли даражада бўлганда қўллари аёлнинг устига чиқариб қўйилади.

Болани йўргаклашнинг умуман қабул қилинган методининг қуйидаги камчиликлари бор: боланинг физиологик вазияти зўрма-зўраки ўзгартириб қўйилади, унинг ҳаракатлари қисилади, вафаси қийинлашади, қон айланиши бузилади. Шуни ҳисобга олиб, сўнгги йилларда туғруқхонада чақалоқларга махсус кийим



1-расм. Чақалоқ каравотчаси.

расм бўла бошлади. Болага узун енгли иккита кофгача кийгизилади (биттаси юпқа, биттаси йил фаслига қараб фланелдан тикилган бўлади). Сўнгра бола учта йўргакка оёқларини сиқмасдан бўшгина қилиб ўралади ва боши билан қўллари очиқ қолдирилади. Чақалоқ болани мана шу ҳолда ип-газламадан тикилган конвертга солинади, бу конверт уч қават қилиб букланган юмшоқ пахмоқ аделга ўралади. Зарур бўлса, конверт устидан иккинчи пахмоқ адел солинади. Мана шу усулдан фойдаланилганда чақалоқнинг ҳаракатлари чекланмайди ва шу билан бир вақтда кийимлари тагида иссиқлик яхшироқ сақланиб қолади.

Бола ҳар сафар эмизишдан олдин, териси таъсирланган ёки бичилган болалар эса тагин ҳам бот-бот йўргаклаб турилади.

Йўргаклаш столи ва унга ёзилган клеёнка тўшак ҳар бир болани йўргаклагандан кейин 1% ли хлорамин эритмаси билан яхшилаб артиб олинади. Йўргаклаш столида соғлом болалар йўргакланади. Бола касаллиги учун бошқалардан ажратиб қўйилган бўлса, у каравотчасида йўргакланади (1-расм).

## Бола баданининг териси ва шиллиқ пардаларига парвариш қилиш

Бадан териси ва шиллиқ пардаларига парвариш қилиш чақалоқ боллага қарашнинг асосий нуқталаридан биридир.

Болани йўргакдан олиб, диққат билан кўздан кечириб чиққанидан кейин ҳамшира илиқ сув ( $37,5-38^{\circ}\text{C}$ ) билан унинг тагини ювади. Боланинг ичи келгандагина эмас, балки у озгина сийган тақдирда ҳам тагини ювиб туриш зарур, чунки терисида арзимас миқдорда сийдик қоладиган бўлса ҳам, терининг таъсирланишига сабаб бўлиши мумкин. Боланинг тагини қўл билан ювган маъқул, баъзан қўлга совун суриб туриб ювса ҳам бўлади. «Детское», «Бардистое», «Спутник» каби нейтрал совунларни ишлатиш керак. Боланинг тагини ювиш ва чўмилтириш учун кир совун ишлатиб бўлмайди. Тоғорага сув солиб қўйиб, шу сув билан болаларнинг тагини ювиш мутлақо мумкин эмас.

Қиз болаларни юзини юқорига қилиб билакда ушлаб турган ҳолда тагини ҳамиша олдиндан орқага қараб ювиш керак. Қиз боланинг жинсий ёриғидан суюқлик чиқиб турган бўлса, тагини ювиш учун 1:8000 нисбатда суюлтирилган (оч пушти рангли) калий перманганат эритмаси ишлатилади.

Боланинг таги ювилганидан кейин ҳўл жойларига оҳишта йўргак босиб, ўша жойлар қуритилади, тери бурмалари айниқса яхшилаб қуритилади ва уларга бир неча марта стерил ўсимлик мойи (вазелин мойи терини таъсирлантириши мумкин) ёки балиқ мойи суртилади.

Бола баданида бичилган жойлар пайдо бўлиши унинг нотўғри парвариш қилинаётганини кўрсатади. Думба соҳалари қизариб қолган бўлса, қизарган жойларга балиқ мойи суртиб қўйилади. Бола бадани бичилганида уни бўшгина қилиб йўргаклаш, бичилган жойларига эса оқ стрептоцид порошоги сепиб қўйиш керак. Бичилган жойларга ультрабинафша нур бериб, кейин ўша жойларни шамоллатиб туриш бундай ҳолларда яхши натижалар беради (бунда терига мой суртиб қўйиш ярамайди).

Боланинг юзи ва кўзлари қайнаган сув ёки калий перманганат эритмасига ҳўлланган стерил пахта билан ювилади. Ҳар бир кўз алоҳида тампон билан ташқи бурчагидан ички бурчагига қараб ювилади. Оғиз бўшлиғи артилмайди, чунки шиллиқ пардаси қуруқ бўлади ва осон чақаланади. Ташқи эшитув йўлини тозалаш ҳам ярамайди. Бурнини тозалаш учун 2 % ли борат кислота ёки юқорида кўрсатилган концентрациядаги калий перманганат эритмасига ҳўлланган ингичка-ингичка стерил пахта пиликлар ишлатилади. Бурнида қалоқлар бўлса, ўсимлик мойи, балиқ мойи ёки витамин D нинг мойдаги эритмасига ҳўлланган юмшоқ пахта тампон билан артиб олинади.

Қиндик қолдиғи тушиб кетгандан кейин, бола ҳар куни қайнаган сувда чўмилтирилиб турилади, чўмилтириш муддати 5 минутдан ортмаслиги керак. Чақалоқ биринчи марта қуйидагича

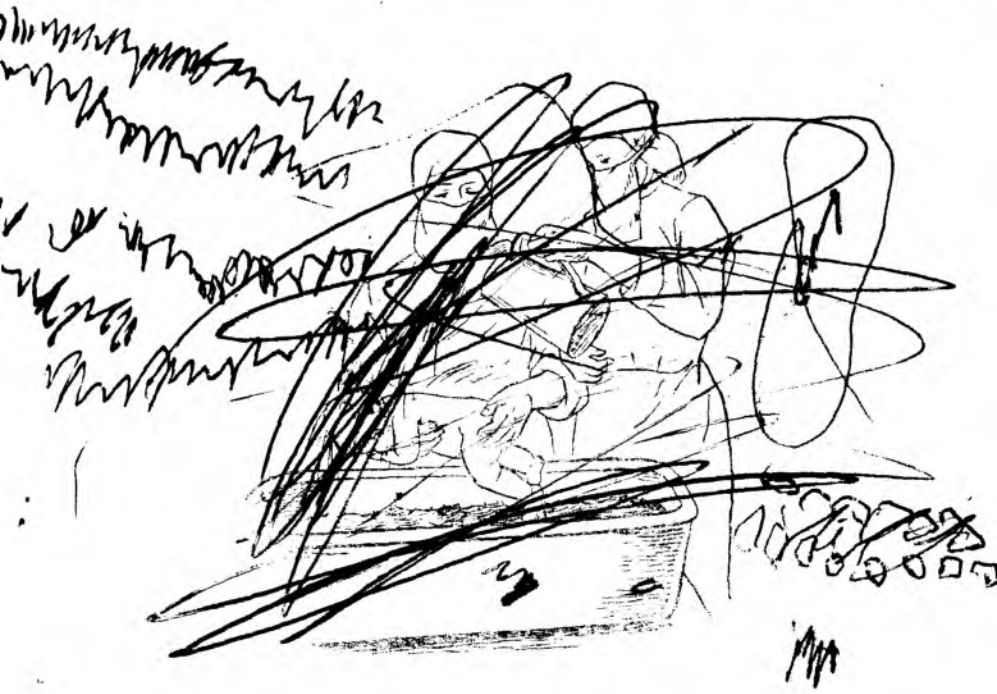


2-расм. Чақалоқни думблтириш.

чўмилтирилади. Ваннача (руҳ ёки сирланган ваннача) қайноқ сувда совун билан яхшилаб ювилади, сўнгра қаттиқ қайнаб турган сув билан чайлиб, бу сув тўкиб ташланади. Қайнаган совуқ ва иссиқ сув запаси етарлича бўлиши керак. Ваннача тубига бир неча қават қилиб букланган йўрғак солинади ва қайнатилган иссиқ сув қўйилиб,  $37-38^{\circ}\text{C}$  гача чапиштирилади. Бадани чап қўл билан энсаси ва орқасидан, ўнг қўл билан эса думбалари ва сонидан ушлаб туриб, ванначага аста-секин солинади. Сувга туширишда аввал думбалари, кейин эса бутун бадани сувга солинади (2-расм). Бушаган ўнг қўл билан баданига пахта билан совун суртилади ва боши, бўйни, гавдаси ҳамда оёқ-қўллари ювилади, бўйин соҳаси, қулоқларининг орқаси, тирсақлари, қов соҳалари, тиззаларининг таги, думбаларининг орасидаги бурмалари айниқса тозалаб ювилади. Сўнгра болани орқаси билан юқорига ўгириб, устидан тоза сув қўйлади, бу сувнинг температураси ванначадаги сув температурасидан  $1-2^{\circ}\text{C}$  паст бўлиши керак (3-расм). Сўнгра бола иситиб қўйилган юмшоқ чойшабчага ўралади ва уни аста-секин босиб, бадани тез қуритилади, шундан кейин терининг бурмали жойларига стерил ёки қайнатиб олинган ўсимлик мойи суртилиб, бола кийинтирилади ва каравотчасига ётқизиб қўйилади.

### Чақалоқни боқиш

Соғлом чақалоқ бола туғилганидан кейин 12 соат ўтгач биринчи марта эмизилади, бу вақт боланинг аҳволи, унинг ўзини қандай тутиши, шунингдек онасининг аҳволига қараб бир оз қисқариши ёки узайиши мумкин. Бола ва онанинг дам олиши учун



3-расм. Чақалоқ устидан сув қуйиш.

ана шу вақт талаб қилинади. Дастлабки 6—8 соат давомида бола уйқу ҳолатида бўлади, кўпинча у югиб юборган қоғоноқ сувларини қайт қилиб ташлайди. Туққанидан кейин онаси ором олишга муҳтож бўлади ва бундан ташқари, унинг сут безида дастлабки 2—3 соат давомида оғиз сути деярли бўлмайди.

Ой-куни етиб туғилган соғлом чақалоқ болаларни ҳар 3—3½ соатда эмизиб туриш ва кечаси албатта 6 соат танаффус қилиш зарур.

Чақалоқни эмизиш ҳар сафар 20—30 минутдан ортмаслиги керак. Болага биринчи марта кўкрак берилганда у кўкракни дарров ола қолмайдиган бўлса, онага кўкрак учини бола лабларидан силаб юргизиб кўриш ва ҳатто, бир неча томчи сутни қўли билан соғиб, бола оғзига тушириш тавсия қилинади. Кўкракни суст сўрадиган болаларни ҳам 30 минутдан ортиқроқ эмизиш ярамайди. Шу муддат ичида бола кам сут эмадиган бўлса (тортиб кўриш йўли билан буни билиб олинади), қолган сутни кўкракдан соғиб олиш ва қошиқча билан болага ичириш зарур.

Биринчи суткалар мобайнида онасида ҳали сут бўлмаса-ю, боласи бесаранжом бўлаверса, унга бошқа аёлдан соғиб олинган сут бериш керак.

Ой-куни етиб ўртача вазиде туғилган чақалоққа ҳаётининг дастлабки 7—8 кунни давомида суткасига зарур бўладиган сут миқдори қуйидаги формулага мувофиқ тахминан ҳисоблаб чиқилади:  $10 \times n \times 7$ , бу ерда  $n$  — бола ҳаётининг кунни, 7 — эмизишлар соғи. Чунинчи, шу формулага мувофиқ 4 кунлик бола суткасига 280 мл кўкрак сути олиши керак.

7—8 кунликдан каттароқ болага суткасига зарур бўладиган овқат миқдори бола вазнининг  $\frac{1}{5}$  қисмини ташкил этадиган бўлиши керак.

Бола эмаётган сутнинг миқдори етарли-етарлимаслигига баҳо бериш учун унинг умумий аҳволи ва вазнини ифодалайдиган эгри чизиқ динамикаси ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Болаларни ҳар куни эрталаб биринчи марта ювиб ўраб-чир-маш вақтида (биринчи марта эмизишдан олдин) тортиб кўриш керак. Бу вақтда боланинг вазни жисмоний ривожланишининг асосий кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Болалар ҳамшираси тарозининг тўғри турган-турмаганлиги ва яхши созланганлигини аввал синчиклаб текшириб кўриши керак. Тарози аниқ ва бузилмасдан ишлаб турадиган бўлиши учун уни қўзғалмас столчага ўрнатиш, озода сақлаш ва болаларни тортиб бўлгандан кейин устини ғилоф билан ёпиб қўйиш керак.

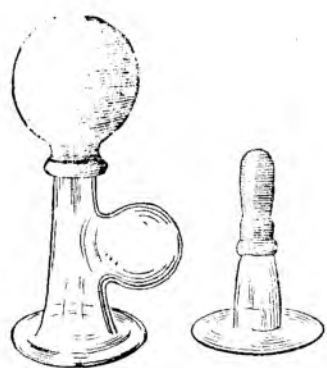
Болани тортиш олдидан тарози палласи спирт ёки дезинфекцияловчи эритма билан артилади (бир боладан иккинчисига инфекция ўтмаслиги учун) ва устига тоза йўргак ёзилиб, бунинг оғирлиги белгилаб олинади. Ҳамшира боланинг соф вазнини аниқ ҳисоблаб чиқиши (йўргаклари, распашонкасининг оғирлигини чегириб ташлаганидан кейин) ва бу вазнини боланинг ривожланиш варақасига тўғри ёзиб қўйиши керак. Бола вазнининг камайиб қолиши унинг ўсиб-унишда орқада қола бошлаганидан ёки ҳатто касал бўлиб қолганидан огоҳ қиладиган дастлабки аломат ҳисобланади. Болани уйига жўнатиш вақтида вазни қандайлигига қараб врач, акушерка ёки ҳамшира унинг онасига ҳар хил маслаҳатлар беради. Боланинг дастлабки вазни, бўйи ҳамда уйига жўнатиладиган кундаги вазни тўғрисидаги маълумотлар болага атаб туғруқхонада тўлдириладиган алиштириш картасига ёзиб қўйилади. Туғруқхонадан чиқилганидан кейин алиштирилиш картаси бола қайси районда яшайдиган бўлса, ўша райондаги поликлиникага топширилади. Болани кейинчалик кузатиб боришда мана шу маълумотлар катта аҳамиятга эга бўлади.

Сут етарли миқдорда бўлиши ва бола тўғри парвариш қилинишига қарамасдан унинг вазнини кўрсатадиган эгри чизиқ яхши кўтарилиб бормайдиган бўлса, творог, каззолъ ёки казенли сут каби зарур овқат моддаларни қўшиб бериш зарур (овқатни маромига етказиш). Творог кўкрак сутига яхшилаб қориштирилган ҳолда, каззолъ 10 % ли эритма ҳолида берилади. Вазни яхши ортиб борадиган бўлса, оқсил қўшиб беришдан кейинчалик воз кечиш мумкин.

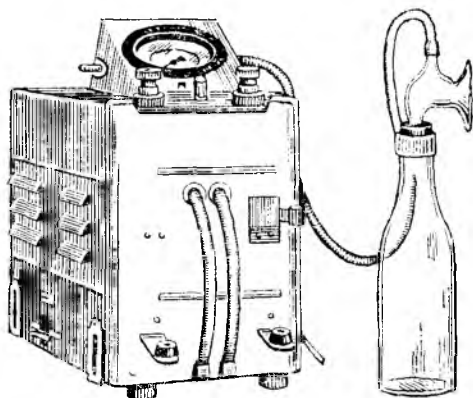
Бола ҳаёти биринчи ҳафтасининг охирига келганда, баъзан эса бундан бирмунча эртароқ, онасининг сутни камлиги маълум бўлиб қолса, қўшимча донор сутни бериб туришни буюриш керак.

Сутни ортиқча бўлган оналар сутини соғиб олиши керак, чунки бу кўкрак безларининг нормал ишлаб туришига ёрдам беради. Энг тезкор усул резина баллончали сут сўргич ёки вакуум аппарат билан сўриб олишдир (4—5-расмлар). Эмизиш олдидан сутсўргичлар стериллаб қўйилган бўлиши керак.





4-расм. Сут сўрғич ва резинка накладкиси.



5-расм. Вакуум сут сўрғич.

Сутсўрғич бўлмаса, сутни қўл билан соғиб олиш мумкин (6-расм). Она олдин қўлларини совун билан яхшилаб юйиб, қуруқ қилиб артиши керак. Сутни стерил стаканга соғиб олиш зарур, бунда бош бармоқ билан кўрсаткич бармоқ кўкрак учи атрофидаги доирачанинг ташқи чегарасига қўйилиб, бармоқлар бир маромда қаттиқ-қаттиқ босилади. Кўкрак учига бармоқ тегизиш умуман ярамайди.

Соғиб олинган сут стерилланади (шишачалар қайнаб турган сувда 5—8 минут сақланади) ёки пастерланади (сув температураси 65—75°C, сутни қиздириш муддати 30 минутгача). Пастерлашда кўкрак сутининг таркиби 100°C гача қиздирилганидан кўра камроқ ўзгаради, лекин стериллаш усули кўпроқ қўлланилади, чунки у осонроқ бўлади ва тезроқ битади.



6-расм. Тоза шишага қўл билан сут соғиб олиш.

Болага ҳаётининг биринчи кунларидан бошлаб қайнатилган сувдан қанд қўшмай ҳар куни 30—50 мл гача бериб бориш керак. Атрофдаги ҳаво температураси юқори (25°C дан баланд) бўлганда ичириладиган сув миқдорини 100 мл гача ошириш лозим.

Ҳар сафар эмизиш вақтида болани фақат бир кўкракка тутиш ва шу кўкракнинг тўла бўшалишига аҳамият бериш керак. Қолган сутни, албатта батамом соғиб олиш лозим. Болани эмизиб бўлгандан кейин, сутни қайтариб чиқариши эҳтимолини камайтириш учун болани бир мунча вақт тикка ҳолатда ушлаб туриш керак.

Лактация қарор топиб келаётган даврда болага бемалол иккала кўкракни бериб эмизиш мумкин, лекин бунда: 1) бола битта кўкракдаги сутни батамом эмиб олганидан кейин унга иккинчи кўкракни тутиш; 2) кўкрак бериш тартибини алмаштириб туриш керак. Мана шу қоидаларга амал қилиб бериш зарур, чунки биринчи сут порцияларини сўриб олиш кейингиларини эмиб олишдан кўра энгилроқ бўлади, болага кўкракни бот-бот бериб туриш эса без функциясини йўлга солади.

Чақалоқ болаларни эмизишда оналар қуйидаги қоидаларга амал қилишлари керак:

1) эмизиш олдидан она қўлларини совушлаб ювади, сочларини рўмол билан танғиб қўяди, ниқоб тутиб олади;

2) болани онасига беришдан аввал медицина ҳамшираси боланинг ҳужжатларини яхшилаб текшириб кўради ва онасидан унинг фамилияси ва жинсини сўрайди. Болани она кўкрагига тутиш олдидан ҳамшира пинцет билан олинган пахтани 2% ли борат кислота эритмаси ёки калий перманганат эритмаси (1:8000)га ҳўллаб, кўкрак учини шу пахта билан ўзи ювиб тозалайди, шундан кейин боланинг тагига йўргак қўйилиб, уни кўкракка тутилади; болаларни эмизиш вақтида оналари тамомила тинч қўйилиши керак (кўздан кечирини, буюрилганларни қилиш сингари ишларни бажариш ярамайди).

3) сут безларининг чиқариш йўлларидаги тасодифий инфлоларни чиқариб ташлаш учун болани эмизиш олдидан онаси бир неча томчи сутни соғиб ташлайди;

4) она дастлабки 3—4 куни болани ётган ҳолда эмизиш керак. Болани онасига параллель қилиб ётқизилади, онаси болани қайси кўкраги билан эмизадиган бўлса, ўша томонга ўгирилади, иккинчи томондаги қўли билан кўкракни ушлаб туради ва кўкрак учини боланинг оғзига солиб қўяди. Бола кўкрак учинигина эмас, балки унинг атрофидаги доирачани ҳам оғзига олишини кузатиб бориш зарур. Бунда кўкрак бола бурнини беркитиб қўйиб, нафас олишига ҳалал бермаслиги учун бош бармоқ билан кўкракнинг устки юзини сал пастга босиб турилади.

5) 4—5 кундан кейин онага ўтириб олиб болани эмизишга руҳсат берилади, оёғи тагига курсича қўйилади (болага чап кўкрак бериладиган бўлса, чап оёғи тагига ва болага ўнг кўкрак берилганида ўнг оёқ тагига). 7—8-кунга келиб эмизиш муддатини 15—20 минутгача қисқартириш керак;

6) болани эмизиб бўлгандан кейин кўкракни қайнаган сув билан ювиш ва пахта билан қуришиб олиш керак. Кўкрак учини асраш учун устига бир бўлак дока ёпиб қўйиш ва кўкракни кенггина бюстгалтер билан боғлаб қўйиш зарур.

Эмизиш вақтида ёки эмизиб бўлгандан кейин тез орада болалар кўпинча сутни қайтариб чиқаради, баъзан бир талай сутни қайтариб ташлайди.

Болалар қандай эмизилишини медицина ҳамшираси кузатиб боради. У эмизиш вақтида онанинг тўғри вазиятда бўлишига қараб туради, чақалоқни қандай қилиб эмизиш, болани эмизиб бўлгандан кейин қолган сутни қандай қилиб соғиб олиш тўғрисида кўрсатмалар беради.

### Силнинг специфик профилактикаси

Монеликлар бўлмаса, янги туғилган ҳамма болалар силга қарши эмланади; эмлаш ишини вакцина юбориш методикасини яхши ўрганган врач ёки ўрта маълумотли медицина ходими бажаради. Махсус тайёргарликдан ўтмаган болалар врачлари ва медицина ҳамшираларининг силга қарши эмлаш ишини бажаришга ҳақлари йўқ.

Ҳозирги вақтда 0,05 мг миқдоридagi БЦЖ вакцинасини 0,1 мл физиологик эритмада тери орасига юбориш усули қўлланилади.

Вакцинали ампулалар қутичаларда чиқарилади, бу қутичаларга стерил физиологик эритмали ампулалар ва вакцинани ишлатиш юзасидан инструкция ҳам солиб қўйилган бўлади. Шу инструкцияни диққат билан ўрганиб чиқиш ва унга қаттиқ амал қилиш керак.

Вакцина 8°C дан ортмайдиган температурада қоронғи жойда сақланиши лозим. Вакцинанинг яроқлилик муддати тайёрланган кундан бошлаб ҳисобланганда 9 ой.

Яроқлилик муддати ўтиб кетган вакцина, шунингдек эритилганидан кейин ичида йўқолиб кетмайдиган ипир-ипирлари ёки ёт аралашмалари бўлган вакцина, ампуласида этикеткаси бўлмаган ёки этикеткаси нотўғри тўлдирилган, ампуласи ҳатто салгина дарз кетган вакцинани ишлатиб бўлмайди.

Соғлом болаларнинг ҳаммаси, улар хоҳ туғруққа ёрдам бердиган муассасада туғилган бўлсин, хоҳ уйда туғилган бўлсин, ҳаётининг 5—7-кунни териси орасига вакцина юбориш йўли билан эмланади.

Чақалоқларни тери орасига юбориладиган БЦЖ вакцинаси билан эмлашга монелик қиладиган сабаблар қуйидагилардир: 1) тери қопламлари касалликлари (пиодермия, чилла яра, тери абсцесслари, флегмоналари ва бошқалар); 2) туғруқ травмасига хос клиник симптомлар; 3) резус-конфликт; 4) тана температурасининг кўтарилиши (37,5°C дан юқори чиқиши); 5) диспептик ўзгаришлар; 6) боланинг умумий аҳволига таъсир қиладиган касалликлар (назофарингит, отит, грипп, пневмония, кескин ифода-

ланган сариқлик ва бошқалар). Боланинг чала туғилганлиги эмлашга монелик қилмайди, лекин бола туғилганида оғирлиги 2 кг дан кам бўлмаслиги ва унинг умумий аҳволи яхши бўлиши керак.

Қандай бўлмасин, бирор хил сабабларга кўра ҳаётининг дастлабки кунларида эмланмай қолган болалар дастлабки икки ой давомида туберкулин билан олдиндан диагностика қилинмасдан туриб, болалар поликлиникасида ёки бошқа даволаш-профилактика муассасасида эмланади.

Эмлашга ишлатиш учун алоҳида шприцлар, игналар, пинцетлар, мензуркалар ва бошқа асбоблар бўлиши зарур, улар доимо қулфлоглик ҳолда сақланади ва эмлаш олдидан шу ишга масъул бўлган ҳамшира томонидан стерилланади.

Вакцина чап елканинг ташқи томондаги устки учдан бир қисмидан тери орасига стерил шароитларда юборилади. Вакцина тўғри усул билан юборилганида терида катталиги 4—5 мм келадиган папула ҳосил қилиб, 15—20 минутдан кейин сўрилиб кетади.

Иммунитет вакцинациядан кейин 1½ ой мобайнида пайдо бўлади. Вакцина олган боланинг бу даврда худди вакцина олмаган бола сингари сил инфекцияси қаршисида ҳимоясиз бўлишини эсда тутиш керак, шу муносабат билан болани сил инфекциясидан айнайсиз, ахтиёт қилиш лозим бўлади.

Боланинг териси орасига вакцина юборилганидан кейин 4—6 ҳафта ўтгач ўша жойда эм дори реакцияси — кичикроқ инфилтрат (5—8 мм катталиқда) пайдо бўлиши мумкинлигини, бунинг 2—3 ой давомида йўқолиб кетишини ва унинг ўрнида чандиқ қолишини онасига айтиб огоҳлантириб қўйиш керак. Ана шундай реакция мусбат деб ҳисобланади, лекин онаси инфилтрат пайдо бўлганида болани участка врач — педиатрга кўрсатиш зарурлигини билиши керак. Боланинг ривожланиш варақасида ҳамда туғруқхонадан бериладиган алиштириш карталарида вакцинация қилинган вақт, унинг усули, вакцина дозаси, серияси, давлат контролининг номери, БЦЖ вакцинасини ишлаб чиқарган институтнинг номи ёзиб қўйилиши керак.

### Чақалоқни биринчи марта патронаж қилиш

Туғруқхонанинг чақалоқлар бўлими болалар поликлиникаси билан мустаҳкам алоқада бўлиши керак. Чақалоқнинг туғруқхонадан чиқарилганлиги тўғрисида телефонограмма билан болалар поликлиникасига хабар қилинади. Мана шу муассасалар туғруқхонадаги инфекцияцион касалликлар билан туғруқ травмалари тўғрисида ҳам, уйига жўнатилган чақалоқ болаларнинг дастлабки ҳафталар давомида касал бўлиб қолганлиги тўғрисида ҳам бир-бирини хабардор қилиб туришлари лозим.

Ҳаётнинг дастлабки ойларида бола мунтазам кузатиб туришга муҳтож бўлади. Участка врач ва участка медицина ҳамшираси бола туғруқхонадан чиқарилганидан кейин биринчи уч кун мобайнида уни уйига бориб кўришлари керак. Улар чақалоқ болани

кўздан кечириб, турмуш шароитлари билан танишиб чиқадилар, болани парвариш қилиш ва боқиш юзасидан батафсил маслаҳатлар беришади.

Кейинчалик бола ҳаётининг биринчи ойи мобайнида врач билан ҳамшира болани 7—10 кунда бир марта бориб кўради. Гўдак касал бўлиб қолса, уни ҳар куни ёки аҳволига қараб кун ора бориб кўриб туришади, зарур бўлса, бола касалхонага жойлаштирилади.

Бола ҳаётининг биринчи ойи охирида онаси болани поликлиникага олиб бориши керак, бу ерда бола тортилади ва антропометрик ўлчовлардан ўтказилади. Шу вақтнинг ўзида онаси витаминлар бериб туриш ва болани сайрга олиб чиқиш тўғрисида маслаҳатлар олади. Онасида сут ҳосил бўлиши етарли эмас (гипогаляктия) деб гумон қилинганда текшириш учун болани эмизиб кўрилади, яъни бола эмизидан олдин ва кейин тарозидан тортиб кўрилади.

Чақалоқларни мунтазам ва бекаму кўст патронаж қилиб бориш болалар ўртасида касалланиш ва ўлиш ҳолларини камайтиришга ёрдам берадиган асосий чораларнинг биридир.

### Уй шароитида чақалоқ гигиенаси

Уйда ёки хонада бола учун алоҳида бир бурчак ажратиб бериш ва бунинг учун хонанинг энг ёруғ қисмидан фойдаланиш керак. Хонани ортиқча буюм ва ашёлардан имкони борида бўшатиб қўйиш зарур. Деразаларининг фақат юқоридаги учдан бир қисмига юпқа парда тутиб қўйиш тавсия этилади. Дераза токчасига гуллар ва бошқа нарсалар қўйиш ярамайди.

Бола яшайдиган хонани озода ва батартиб тутиш керак. Поли, деразаси, эшиклари, мебелини ҳар куни ҳўлланган латта билан артиб туриш лозим. Хонани кунига бир неча марта яхшилаб шамоллатиб туриш зарур. Ёзда деразалар кун бўйи ва имкони бўлса, туни билан очиқ туриши керак. Пашша ва чивин учиб кирмаслиги учун деразаларга дока ёки тўр тутиб қўйилади. Йилнинг совуқ пайтида хонани шамоллатиш учун аввал бола уйда бўлмаган пайтда, кейинчалик эса у уйда бўлган вақтда ҳам фрамугаси ёки форточкаси очилади.

Бола турадиган хонада чекиш, шунингдек, кийим-кечакни ювиш ва қуриштириш ярамайди. Микробларни тарқатувчи ҳашаротлар бўлмиш пашшаларни битта қўймай қириб ташлаш керак.

Бола ёнларига тўр ёки панжара тutilган айрим каравотчада ётиши лозим. Каравотчасини очиқ рангли мойли бўёқ билан бўяб қўйиш тавсия этилади, шунда уни вақт-бевақт ювиб туриш ва ҳар куни артиб туриш мумкин бўлади. Боланинг биринчи каравотчаси сифатида аравача (коляска)дан фойдаланиш ярамайди, чунки аравача билан бирга кўчадан чанг киради ва бундан ташқари у ҳавони кам ўтказиши.

Каравотчага от қили, мочалка, денгиз ўти ёки пичан тиқилган қаттиқ тўшак солинади. Болаларга тutilадиган тўшакларни пар

ёки патдан қилиш ярамайди, чунки бу ортиқча терлашга сабаб бўлади. Тўшак устига клеёнка ёзилиб, у тасма билан каравотнинг бурчакларига боғлаб қўйилади. Клеёнка устидан чойшабча солиниб, четлари ҳамма томонидан тўшак тагига қайриб тиқиб қўйилади. Боланинг боши тагига кичикроқ паст ёстиқча қўйилади. Катта ёстиқлар зиён қилади, чунки умуртқа поғонасининг қийшайиб қолишига сабаб бўлади. Каравотнинг устини парда билан тўсиб қўйиш ярамайди, чунки бу ҳаво ўтиб туришини қийинлаштиради ва бундан ташқари бола ўзи учун жуда зарур бўлган ёруғликдан бир қадар маҳрум бўлиб қолади.

Боланинг чойшаб-тўшакларини ҳар куни ҳавога ёйиб шамоллатиб туриш, клеёнкасини эса совунлаб ювиш керак.

Чақалоқ бола учун қуйидаги оқликлар зарур бўлади: олди очиқ 6 та распашонка, ениг узун 6 та кофточка, 15 та кетлик (60×60 см), 12 та юпқа ва 6 та қалин йўргак, 3 та адёл (пахмоқ, газлама адёл ва пахталик адёл), 2—3 та косинка, бола тагига солинадиган клеёнка.

Боланинг ифлос бўлган нарсаларини катта ёшли одамларнинг кийим-кечакларидан алоҳида қилиб қоққоқлик челақ ёки бакда сақлаш ва ювганда ҳам катталарнинг нарсаларидан алоҳида ювиш керак. Ифлос нарсалар олдинга бўктириб қўйилади, ифлос теккан жойлари совун билан ювиб ташланади (кир ювиладиган порошокларни ишлатиш ўринли эмас), сўнгра қайнатилади ва бир неча марта чайқаб оливади. Уларни яхшиси, ёйиб қўйиб ҳавода қуритиш, сўнгра микробларни йўқотиш учун иссиқ дазмол билан икки томонидан дазмоллаш маъқул. Ювиб тозаланган ва дазмолланган нарсаларни махсус шкаф ёки ғаладонда катта ёшли кишиларнинг нарсаларидан алоҳида қилиб сақлаш керак.

Чақалоқ бола ҳар куни қайнатилиб, 37°С гача совутилган сувда чўмилтирилади ва кейин устидан ванначадаги сувдан 1°С паст сув қўйилади. Бола чўмилтириладиган хона температураси 22°С дан паст бўлмаслиги керак. Кечқурун, эмизиш олдидан чўмилтириш энг яхши вақт ҳисобланади. Гўдак чўмилтириладиган ваннани бошқа мақсадлар учун тутуш ярамайди, уни тоза жойда сақлаш ва устига тоза чойшаб ёйиб қўйиш керак. Болани чўмилтириш учун зарур нарсалар: устидан сув қўйиш учун ишлатиладиган кўза, боланинг юзини ювиш учун қайнаган сув солинган коса, совун суртнш учун пахта ёки юмшоқ енглик, ўсимлик мойи ёки крем («Детский», «Малыш», «Красная шапочка» кремлари), тальк, термометр, «Детское» совуни ёки «Малыш» шампуни олдиндан тайёрлаб қўйилиши керак. Боланинг бадавнини булут билан ювмай, балки пахта ёки юмшоқ латта билан ювган маъқул, чунки булутни ҳамиша ҳам яхши тозалаб, ювиб олиб бўлмайди. Тоза нарсалар, распашонка, йўргак, чойшаблар алоҳида тахлаб қўйилади.

Бола ҳар сафар ичаги ва қовуғини бўшатганидан кейин унинг тагини илиқ (36°С) сув билан ювиб туриш керак. Бунда ахлат бўлакчалари ва микробларни жинсий органларга туширмаслик учун боланинг таги нам пахта ёки умивальникдан сув оқи-

либ қўйиб олдинги томонидан — жинсий органларидан орқасига қараб ювилади.

Боланинг қўл ва оёқ тирноқлари кичкина қайчи билан 7—10-кунда бир марта авайлаб олиб турилади.

Ўйда чақалоққа парвариш қилиш учун қўйидаги нарсалар бўлиши зарур: стерил салфеткалар, бинтлар, пахтани сақлаш учун оғзи кенг ва тикни ишқалаб бекитиладиган банка, ванна-чадаги сув температурасини ўлчаш учун термометр, стерил ўсимлик мойи солинган шиша, тоза банкада клизма учун ишлатиладиган резина баллон, боланинг тагини ювиш учун тутилидиган тосча, қайчи ва бошқалар.

Ҳаётининг биринчи ойини яшаб келаётган бола инфекцияларга жуда берилувчан бўлиши билан ажралиб туради. Шу муносабат билан уни инфекциялардан жуда эҳтиёт қилиб асраш керак. Катта ёшли соғлом кишида бўладиган микроблар чақалоқ болада оғир касалликка сабаб бўлиши мумкин. Шу муносабат билан боланинг юзи ва қўлларини ўпиш ярамайди, уни катта ёшли одамга яқинлашишдан эҳтиёт қилиш, сайр учун одам кам бўладиган жойларни танлаш керак.

Боланинг оғзига сўрғич солиб қўйиш инфекция тарқатиши жиҳатидан анча хавфлидир ва бундан ташқари, боланинг саломатлигига зиён етказди (милк ва тишларининг нормал ривожланиши бузилади). Соғлом бола тўғри боқиладиган ва яхши парвариш қилинадиган бўлса, сўрғичсиз кун кечириши мумкин. Борди-ю, ота-оналари болага ён босган ва у сўрғичга ўрганиб қолган бўлса, сўрғичлар бир неча дона бўлиши, албатта қайнатилиши ва стерилланган ёпиқ стакан ёки банкада сақланиши зарур.

Болани парвариш қиладиган кишилар шахсий гигиенага риоя қилишлари; кийим-кечаклари, бадани, айниқса қўллари, тирноқларининг тоза бўлишига қараб боришлари, сочларини рўмол тагига бостириб қўйишлари керак.

Бола парваришини тўғри уюштириш — унинг саломатлигини сақлашнинг асосий шартларидан биридир.

### Чала туғилган бола ва уни парвариш қилиш

Совет медицинаси чала туғилган болаларни сақлаб қолиш соҳасида каттагина муваффақиятларга эришди. Революциядан аввалги вақтда чала туғилган болалар орасида ўлим жуда кўп бўларди. Жаҳон адабиётида кенг тарқалган «яшашга туғма заифлик» диагнози шундай болалар ўртасида касалликлар ва ўлим кўп бўлишига ҳам, яшаб кетган озчилик болаларининг ривожланишдан анча орқада қолишига ҳам кўнникишга мажбур қиларди.

Чала туғилган болаларни ўрганишда Ватанимиз педиатрлари уларнинг оғирлигини ҳисобга олиш билангина kifояланиб қолмай, балки бутун клиник маълумотлар комплекси ва организм хусусиятларини ҳам эътиборга олишди ва функционал жиҳатдан етилмаган организмга актив таъсир кўрсатиш методларини кенг татбиқ этишди.

Ташқи муҳит тўғри уюштирилса, чала туғилган болалар яхши яшаб кетади, ривожланиб боради ва ҳаётининг дастлабки йили охирига келибоқ ой-куни етиб туғилган ўз тенгқурларига барча кўрсаткичлари жиҳатидан етиб олади.

Ой-куни етмасдан туриб туғиш ҳоллари ўзгармас катталиқ бўлиб ҳисобланмайди ва бир қанча омилларга қараб анча катта доираларда ўзгариб туради. Ҳомиладор аёлнинг ўткир ва хроник инфекциялар касалликлар билан оғриб қолиши боласининг ой-куни етмасдан туғилишига ҳаммадан кўра кўпроқ сабаб бўлади. Ой-куни етмасдан туриб туққан аёлларнинг анамнезида ўткир инфекциялардан грипп, респиратор касалликлар ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. Дизентерия, пневмония, тифлар, вирусли гепатит ва бошқалар сингари касалликлар ҳам боланинг вақтидан илгари туғилишида маълум аҳамиятга эга бўлади. Хроник инфекциялардан ҳозирги вақтда сил ҳаммадан кўра кўпроқ аҳамиятга эгадир.

Ҳомиладор аёллардаги ўткир ва хроник касалликлар, уларда болани вақтидан илгари туғиб қўйишга олиб келишидан ташқари, яна шу жиҳатдан ҳам хавфлики, бунда болалар чала туғилиш билангина чекланиб қолмай, балки кўпинча касал бўлиб ҳам туғилади.

Ҳомиланинг эгизак бўлиши, жинсий сфера касалликлари ва абортлар боланинг ой-куни етмасдан туриб туғилишига анча кўп сабаб бўлади. Боланинг чала туғилишида ҳомиладорлик токсикозлари, буйрак, ички секретция безлари касалликлари, юракнинг органик касалликлари, она қорнидаги бола, плацента аномалияларининг аҳамияти борлигини ҳамма эътироф қилади.

Жисмоний ва руҳий травмалар, зарарли корхоналарда сурункасига заҳарланиб бориш (ҳомиладор аёл мазкур корхонада хавфсизлик техникаси қоидаларини бажо келтиришга жиддий қарамайдиган бўлса), шунингдек ҳомиладорлик даврида алкоголь ва наркотиклар истеъмол қилиш туғруқнинг вақтидан илгари бошланишига олиб келади.

Ҳомиладорликнинг тўғри ўтиши учун овқатланиш омили катта аҳамиятга эгадир. Овқатнинг сифат жиҳатидан бекаму кўст бўлмаслиги, унда витаминлар йўқлиги ҳомиладорликнинг нормал ўтишини издан чиқаради.

Ҳар қандай мураккаб биологик процесс сингари вақтидан илгари туғиш ҳоллари ҳам кўпинча бир қанча сабабларнинг оқибати бўлиб ҳисобланади. Шу муносабат билан вақтидан илгари туғиш ҳолларини қандай бўлмасин, битта сабабга алоқадор деб ўйлаш ҳамиша ҳам тўғри бўлавермайди.

### Чала туғилган бола характеристикаси

Боланинг чала туғилгани бир қанча белгиларнинг ҳаммасига қараб аниқланади.

СССР Соғлиқни сақлаш министрининг 1966 йил 12/11 даги 85-сон буйруғи билан тасдиқланган «Чақалоқ (ҳомила) нинг тирик ва ой-куни тўлиб (етилиб) туғилганлигини аниқлаш мезон-



лари тўғрисида инструкция»га мувофиқ 40 ҳафталик ҳомиладорлик муддати тугамасдан туриб, вазни 2500 г дан кам ва бўйи 45 см гача етмайдиган бўлиб туғилган болалар чала туғилган болалар қаторига киритилади. Чалалиқнинг пастки чегараси боланинг вазни жиҳатидан олганда 1000 г ва бўйи жиҳатидан олганда 35 см. Вазни 1000 г дан кам ва бўйи 35 см дан паст болаларнинг ҳаммаси етилмаган ҳомила деб ҳисобланади. Вазни 1000 г дан кам бола яшаб қолса-ю, у туғруқхонадан уйига чиқарилади-ган бўлса, боланинг чала туғилганлиги тўғрисида справка берилади. Чалалиқнинг тўрт даражаси тафовут қилинади: I даражасида тана вазни 2001 г дан 2500 г гача, II даражасида — 1501 г дан 2000 г гача, III даражасида — 1000 г дан 1500 г гача, IV даражасида 1000 г дан кам бўлади.

Ҳомила ёки чақалоқ боланинг ёшини тана вазнига қараб тахминий аниқлаш учун Отто формуласидан фойдаланиш мумкин, бу формулага мувофиқ, VI қамарий ойда боланинг ўртача вазни 600 г ни, VII ойда —  $600 \times 2 = 1200$  г ни, VIII ойда —  $600 \times 3 = 1800$  г ни, IX ойда —  $600 \times 4 = 2400$  г ни, X ойда —  $600 \times 5 = 3000$  г ни ташкил этади. Бироқ ҳомила ва чақалоқ вазни бир қанча омилларга қараб анча кенг доирада ўзгариши мумкин. Боланинг бўйи одатда анча тайинли бўлади. VI қамарий ойдан бошлаб ҳомила бўйи мана бундай формула билан аниқланади: қамарий ойлар сони 5 га кўпайтирилади. Чунончи, VI ойда ҳомила бўйи 30 см ни ( $6 \times 5$ ), VII ойда — 35 см ни, VIII ойда — 40 см ни, IX ойда 45 см ни, X ойда 50 см ни ташкил этади.

Асосий кўрсаткичлардан — боланинг бўйи билан вазнидан ташқари унинг ой-куни етмасдан туғилганлигини кўрсатадиган бошқа ишончли аломатлари бор-йўқлигини ҳисобга олиш зарур.

Чала туғилган болаларда тери ости ёғ қатлами жуда суст ривожланган бўлади ёки мутлақо бўлмайти. Териси илвиллаган, серажан бўлади, кўпгина болаларда эритема ва сариқлик кескин ифодаланган ва узоқ чўзилишга мойил бўлади. Бутун баданини, асосан оёқ-қўллари ва юзини бир талай тук қоплаб туради. Чала туғилган болалар калласининг суяклари туғилганида етарлича қаттиқ бўлади, одатда бири иккинчиси тагига кириб туради. Кўпчилик болаларнинг кичик лиқилдоғи очиқ бўлади. Қулоқ тоғайлари ривожланмаган, қулоқ супралари юмшоқ, асимметрик ва деформацияланган (шакли ўзгарган) бўлади. Бундай болаларнинг овози одатда ингичка, чийиллаб чиқади. Бошининг размерлари кўкрак қафаси размерларидан анча катта келади. Бўйни ингичка бўлади. Чала туғилган болаларнинг бошларида сочлари яхши ривожланган бўлади, тирноқлари юпқа, юмшоқ бўлади ва одатда тирноқ ўрнининг учига қадар етиб боради. Қиз болаларда катта жинсий лаблар ривожланмай қолган, шунинг натижасида жинсий ёриқ керилиб туради, ўғил болаларда мойяклар юқори турганлиги учун ёрғоғи бўш бўлади. Қиндик ҳалқаси ханжарсимон ўсимта билан қов бирлашмасигача бўлган масофа ўртасидан пастроқда туради ва бола нечоғлик чала бўлса, бу ҳалқа қовга шунча яқин жойлашади.

Боланинг нечоғлиқ ва қайси даражада чала туғилганлигини аниқлашда антропометрик маълумотлар ва ташқи белгилардан ташқари унинг функционал етуклигига тааллуқли кўрсаткичларни ҳам ҳисобга олиш зарур. Чала туғилган бола аҳволининг хусусиятлари ва унга парвариш ишларини уюштиришнинг қийинлиги ҳам боланинг функционал жиҳатдан худди шундай етилмай туғилганлигига боғлиқ.

Чала туғилган болаларнинг асосий хусусияти марказий нерв системаси ва бошқа бир қанча орган ва системаларнинг етилмаганлигидир, бу — вазн ва бўй кўрсаткичларининг нормага қараганда паст бўлиши билангина эмас, балки орган ва системаларининг (терморегуляция, нафас, ҳазм системаларининг) етарлича ишламаслиги, фаолиятининг, моддалар алмашинувининг ўзгариб туриши ва бошқалар билан ҳам намоён бўлади.

Чала туғилган бола танасининг температураси атрофдаги муҳит температурасига қараб тез пасаяди ва яна тез кўтарилиб туради. Тана температурасининг ўзгаришлари 2—4°C, баъзан эса 5—6°C атрофида бўлади. Чала туғилган бола тана температурасининг беқарорлиги, асосан марказий нерв системасининг етилмаганлигига, иссиқлик ҳосил қилиш билан иссиқлик чиқариш ўртасида мувозанат йўқлигига, иссиқлик чиқадиган юзанинг тана массасига қараганда катта бўлишига, тери ости ёғ қатламининг суст ривожланганлиги ёки мутлақо йўқлигига, оксидланиш процесслари интенсивлигининг етарли эмаслигига боғлиқдир.

Чала туғилган боланинг иккинчи муҳим физиологик хусусияти нафас актининг номукамаллигидир, бу — нафас ҳаракатларининг узоқ тўхтаб қолиши (апноэ), ритми, амплитудасининг анча ўзгариб туриши, ҳатто тамомила нафас тўхтаб қолиши — асфиксия билан ифодаланади. Мана шулар ателектазлар вужудга келиб, кейинчалик пневмония авж олишига шароит туғдиради.

Чала туғилган болада нафаснинг издан чиқишига олиб келадиган сабаблар нафас маркази қўзғалиш бўсағасининг юқори бўлиши ҳамда нафас органларининг анатомик-физиологик хусусиятлари (кўкрак қафаси тузилишининг ўзига хослиги, қовурғаларнинг горизонтал йўналиши, диафрагманинг юқори туриши, бутун нафас найининг тор бўлиши)га боғлиқ бўлади.

Марказий нерв системасининг етилмаганлиги сўриш ва ютиш сингари муҳим рефлексларнинг суст ифодаланиши билан намоён бўлади. Чала туғилган болаларни боқишда шу нарса катта қийинчиликларни туғдиради ва боқиш методикасида андак хато қилиш ҳам овқатнинг тиқилиб қолишига, нафас йўлларига тушиб қолишига олиб келиши ва аспирацион пневмония авж олишига бир сабаб бўлиши мумкин. Нерв аппаратларининг етишмовчилиги натижаси ўлароқ биринчи ҳафталарда йўтал рефлексининг бўлмаслиги болани овқатлантириш вақтида ҳиқилдоғига сут томчиси тушиб қолса, тўсатдан цианоз бошланишига олиб келиши мумкин.

Томирлар системасининг етилмаганлиги ҳам чала туғилган болаларнинг энг муҳим анатомик хусусияти бўлиб, бу — қон то-

мирларнинг ортиқча ўтказувчан, мўрт, ёрилувчан бўлиши билан ифодаланади. Бу — мия қон айланишининг издан чиқишига ва мияга қон қўйилишига олиб келиши мумкин.

Чала туғилган болаларда кўп кўриладиган метеоризм нерв-регулятор алоқаларнинг етарлича ривожланмаганлигига, мускул тўқимаси, диафрагма, ичак ва олдинги қорин деворининг суст ривожланганига боғлиқ бўлади.

Организмга кириб қолган инфекцияга жавобан юзага келадиган маҳаллий тўқима реакцияси ёки умумий реакциянинг суст бўлиши ёки деярли бутунлай бўлмаслиги ва шу муносабат билан ўша инфекцияга қарши курашда қаршилиқ кўрсатилмаслиги бир қанча ҳолларда, хусусан вақтида диагноз қўйилмаган кезларда, чала туғилган боланинг касалланиши ва нобуд бўлишига олиб келади.

Анча чала туғилган (вазни 1500 г гача бўлган) болаларда функционал етилмаганликни кўрсатадиган мана шу белгиларнинг ҳаммаси, айниқса, кескин ифодаланган бўлади.

### Чала туғилган болага муҳит яратиш

Чала туғилган боланинг яшаб қолиб, кейинчалик ривожланиб боришига таъсир қила оладиган барча асоратларнинг олдини олиш ишини аёллар консултациясидаёқ бошлаш керак. Шу мақсадда олдинги боласини чала туққан ҳомиладорлар, эгизак болали ҳомиладорлар, юрак-қон томир касалликлари билан оғриган ҳомиладорлар, қони резус-манфий ҳомиладорлар, ҳомиладорлик токсикозига учраган ҳомиладорларни аниқ ҳисобга олиш зарур. Бундай аёлларни барча зарур ҳолларда туғруқ бошланишидан аввал, албатта, туғруқхонага жойлаштириб, тегишлича даволаб бориш керак бўлади.

Вақтидан илгари туғиб қўйиш хавфи остида туғруқхонага келган аёл доимо медицина кузатуви остида бўлиши керак. Қоғонқ сувларини сақлаб қолиш ва ҳали имкон бўлса, туғруқ фаолиятини тўхтатиб қолиш учун ҳамма чоралар кўрилади. Чала туғилган боланинг яхшироқ яшаб қолиши учун она қорнида ривожланишининг бир ҳафта бўлса ҳам узоқроқ чўзилиши муҳим.

Туғруқни бошқариб боришда вақтидан илгари туғиладиган боланинг ҳаддан ташқари нозик бўлиши ҳисобга олинади. Она қорнидаги боланинг бўғилиб қолишини (асфиксиясини) кўрсатадиган симптомлар бўлмаган тақдирда ҳам туғувчи аёлга нисбатан Николаев методи бўйича бола асфиксиясига қарши дам-бадам чора кўриб турилади. Профилактик триадани амалга ошириш пайтидаги вақт оралиқларида туғувчи аёлга кислороддан нафас олдириб турилади. Боланинг юрак урушини акушерка биринчи даврда ҳар 15 минут сайин ва иккинчи даврда 5 минут сайин эшитиб кўриб, санаб боради. Туғруқ оралиқни ҳимоя қилмаган ҳолда ўтказилади. Туғруқ вақтида она қорнидаги боланинг бўғилиб қолаётганини кўрсатадиган белгилар бўлса ёки бола асфиксия ҳолатида

туғилса, уни Легенченко усулига мувофиқ ванначага қабул қилиб олинади, тиқилиб қолган шилимшиқ катетер ёки сув оқими билан ишлайдиган насос ёрдамида сўриб олинади. Зарурат бўлса, Легенченко методидан ташқари, болани жоилантириш учун киндик артериясига 10 % ли кальций хлорид эритмасидан 1 мл юборилади.

Туғилган бола совқотиб қолмаслиги учун туғруқ хонаси ҳаво температураси 22—24°С атрофида бўлиши ва вентиляция мунтазам ишлаб туриши керак. Туғруқнинг иссиқлик нурлари остида ўтиши учун туғруқ бошланадиган вақтга келиб соллюкс лампаси ёқиб қўйилади. Чала туғилган болага тутиладиган стерил оқлиқларни дезинфекцияланган грелкалар билан ёки иситиб туриладиган махсус шкафда сақлаш йўли билан олдиндан иситиб қўйиш керак. Иситилган навбатчи нарсалар комплекси туғруқ хонасида доим тайёр туриши лозим. Туғувчи аёл каравотида болани онасидан ажратиш ва офтальмобленнореянинг олдини олиш ишлари бажарилади, холос. Сўнгра бола иссиқ столга олинади ва шундан кейингина акушерка қўлларини иккинчи марта тегишлича тайёрлаб олганидан сўнг чақалоқни тозалаб, ўраб-чирмаш ишнни тугаллайди.

Болани бирламчи обработкадан ўтказиш ва бошқа ҳар хил зарур муолажалар (болани умуман кўздан кечириш, киндигини бойлаш, шилимшиқни тортиб олиш ва бошқалар) иссиқлик нурлари оқими остида жуда эҳтиёт бўлиб бажарилади, шу билан бирга терининг муолажа қилиш керак бўлган кичик қисмигина очилади, холос. Чақалоқ обработка қилинадиган йургаклаш столи бола совқотмаслиги учун ҳар томондан иситиладиган бўлиши керак.

Болани туғруқ хонасида жуда эҳтиёт бўлиб, албатта, иссиқ йўргакланган ҳолда тортиб кўриш мумкин. Бола совқотиб қолмаслиги учун ва хусусан, ҳаётининг биринчи соатларида унга имкони борича тинч шароит яратиб бериш мақсадида анчагина чала туғилган (оғирлиги 2000 г дан кам бўлган) бола гавдасининг узунлигини, бош айланасини туғруқ хонасида ўлчаш ярамайди. Керакли ўлчашлар кейинчалик чақалоқлар палатасида ўтказилади, бу палатага бола туғилганидан кейин қилиниши лозим бўлган ҳамма муолажалар тугаган заҳоти иссиқ конвертда келтирилиши керак.

Чала туғилган болаларни парвариш қилиб, боқиб олишда муваффақиятга эришмоқ учун қуйидаги шартлар бажариши зарур: хонанинг температура режими доимий бўлиши, иссиқ сув билан тинмасдан таъминланиб туриши, санитария-гигиена жиҳатидан доим яхши аҳволда бўлиши, яхши ёритилиши, болага керакли нарсалар ва медицина асбоб-ускуналарни етарли миқдорда бўлиши керак. Муассаса шароитлари имкон берадиган бўлса, чала туғилган чақалоқлар учун махсус палата ёки яхшиси палатанинг энг ёруғ, иссиқ қисмини ажратиш ва уни худди алоҳида палата сингари жиҳозлаб, ойнавон тўсиқлар билан тўсиб қўйиш зарур.

Санитария-гигиена жиҳатидан палатани яхши аҳволда сақлаш учун кун мобайнида у камида 3 марта шамоллатилади, поли дезинфекцияловчи эритма билан ювилиб, ҳар куни кварц лампаси нури бериб турилади. Палатани тозалаб йиғиштириш вақтида ва бола уйига жўнатилганидан кейин каравотчалар ва бошқа қаттиқ жиҳозлар 1% ли хлорли оҳақ эритмаси билан дезинфекция қилинади.

Чала туғилган чақалоқ бола учун қуйидаги нарсалар керак бўлади: очиқ рангли юпқа ва фланель йўргаклар комплекти, распашонкалар, махсус бичиқда тикилган фланель капюшонлар (буларнинг енги узун бўлиб, учи тикилган ва қалпоқчалар чатилган бўлади), кетликлар, пахмоқ адёллар ва ғилофли қавима конвертлар.

Боланинг нарсаларини алиштирганда уларни қайнатиш ва дазмоллаш керак.

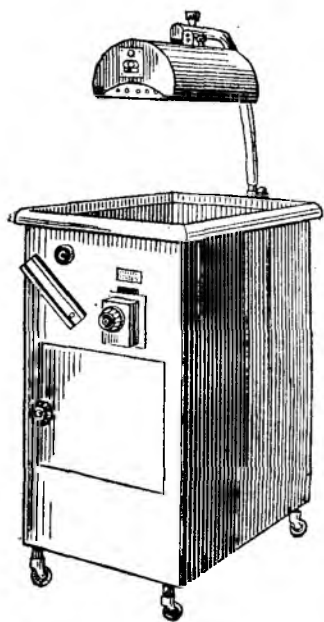
Ўткир инфекцион касалликларни аниқлаб олиш учун палатага қарайдиган ходимларнинг ҳаммаси ҳар куни санитария текшируви ва санитария обработкасидан ўтиб туриши керак, бундан ташқари, дизентерия ва дифтерия қўзғатувчиларини ташиб юрувчи кишилар бор-йўқлигини аниқлаш учун ходимларни вақт-бавақт ҳар томонлама медицина текширувидан ўтказиб туриш зарур.

Қайси туғруқхонада чала болалар ой куни етиб туғилган чақалоқлар орасида, умумий палаталарда боқиб бориладиган бўлса, бундай туғруқхоналарда чала болаларга парвариш қилишга алоҳида аҳамият бериш керак. Чала туғилган болалар сони туғруқхонада қанча бўлганида ҳам, уларнинг хусусиятларини ҳисобга олиб туриб, шу болаларга алоҳида парвариш қилиш учун тегишли шарт-шароитлар яратилиши лозим.

Чала туғилган чақалоқлар бўлими ёки палатасига бевосита хизмат қилиб турадиган ходимлардан ташқари бошқа кишиларнинг кириши тамомила тақиқлаб қўйилиши керак.

Чала туғилган болага яхшилаб парвариш қилиб бориш учун тўғри температура режими ўрнатиш катта аҳамиятга эга. Маълумки, бола танаси температурасининг ўзгаришлари физиологик миқдорлар доирасидан ортмайдиган бўлсагина, бола организми яшаб, физиологик жиҳатдан ривожланиб бориши мумкин. Чала туғилган болаларнинг кўп ўлиб кетиши уларни туғилган пайтидан бошлаб яхши иситиб турилмаслигига кўп жиҳатдан боғлиқдир.

Палатага чала туғилган бола келтирилганда унинг тана температураси ўлчаб кўрилади. Температуранинг аниқлаб олгандан кейин боланинг умумий аҳволини ҳисобга олиб туриб, тегишлича иситиш буюрилади. Бунинг учун резина грелкалар, иситиб қўйилган оқлик нарсалар, иссиқ каркаслар, иситувчи йўргаклаш столлари, электрлаштирилган грелка-каравотчалар, кувезлардан фойдаланиш тавсия этилади (7—8-расмлар). Иситишнинг мана шу ҳамма усулларини ҳар хил тарзда бирга қўшиб қўлланиш мумкин. Чала туғилган болани иситиш билан бир қаторда танасининг температурасини кузатиб бориш ва уни эрталаб ва кечқурун, шунингдек, врач буюрган пайтда ўлчаб туриш



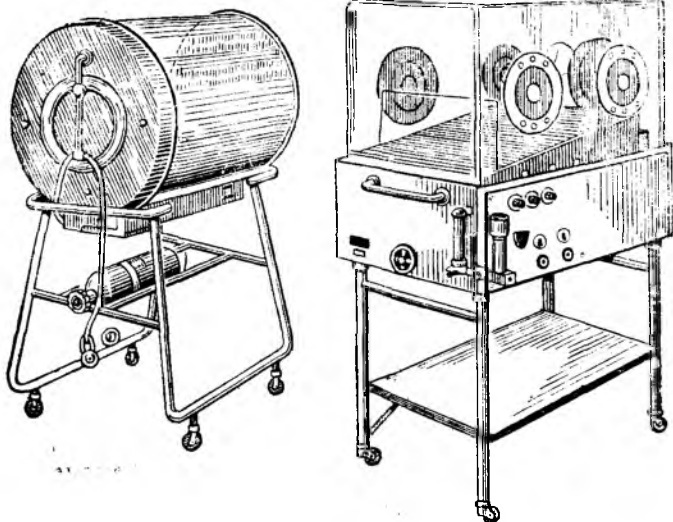
7-расм. Грелка-каравотча.

учун грелкани унинг тагига ёки унинг устига қўйиб қўйиш мутлақо ярамайди (грелка бола устига қўйиб қўйиладиган бўлса, нафаси қийинлашади). Болани қисқа муддатга бўлса ҳам иссиқлик манбаисиз қолдирмаслик учун грелкаларни  $1\frac{1}{2}$ —2 соат оралаб галма-галдан (аммо ҳаммасини баравар эмас) алиштириб туриш керак. Грелкани ҳар куни юзиб, дезинфекциялаб туриш лозим. Грелкалар бўлмаса, оддий шишалардан фойдаланиш мумкин, лекин улар тикинлар ёки бураб қўйиладиган қопқоқлар билан оғзи яхши бекитиладиган бўлиши керак. Бола тасодифан қўйиб қолмаслиги учун грелкаларни ҳам, шишаларни ҳам пеленка ёки пахмоқ сочиққа ўраш лозим.

Чала туғилган бола атрофидаги ҳаво температураси шу тариқа  $28$ — $32^{\circ}\text{C}$  атрофида сақланиб турилади, бу — бола тана температурасини тахминан  $36,5$ — $37^{\circ}\text{C}$  атрофида тутиб боришни таъминлашга ёрдам беради. 1-ой охирига бориб, агар бола температурани мустақил ҳолда «сақлаб турабошлайдиган» бўлса, иситиш аста-секин камайтирилади, бунинг учун яккита грелкани олиб қўйиб, биттаси қолдирилади.

Чала туғилган болага парвариш қилиш учун электр лампалар ўрнатилган каркастан фойдаланиладиган бўлса, бола каркас ичига юзи очиқ турадиган қилиб солиб қўйилади. Зарур миқдордаги лампаларни ёқиб қўйиш йўли билан каркас ичида  $30$ — $33^{\circ}\text{C}$  температура ҳосил қилинади.

ҳамда боланинг иссиқлаб кетишига йўл қўймаслик керак. Чала туғилган бола учун совқотиш қанчалик зарарли бўлса, иссиқлаб кетиш ҳам шунчалик зарарлидир, шунинг учун болалар ҳамшираси бола танасининг температураси  $37^{\circ}\text{C}$  дан ортиб кетмаслигига қараб туриши лозим. Грелкани температураси  $60^{\circ}\text{C}$  ли иссиқ сув билан ҳажмининг фақат ярмисигача тўлдириш ва бола ёнига қўйиб қўйиш зарур: грелканинг бири оёқларига, яна иккитаси икки ён томонига — боланинг танасидан доим қафт энича нари қочириб туриб қўйиб қўйилади ва устидан бола билан бир қилиб, адёл билан ўралади. Температуранинг тинмай кузатиб бориш учун ўраб қўйилган бола ёнига, адёл тагига термометр қўйиб қўйилади. Грелкаларни шундай жойлаштириш иссиқни узоқ сақлаб туришга, гўдакни яхши иситишга имкон беради ва шу билан бирга қизиб кетиши хавфини истисно қилади. Бола бадани қўйиб кетмаслиги



8-расм. Кувезлар.

Болани қайта йўргаклаш ва зарур бўлса унга инъекциялар қилиш учун уни иссиқ каркастан олинади. Бошқа муолажаларни (болани боқиш, унга кислород, дори-дармонлар бериш ишларини) каркас тагида бажарса ҳам бўлаверади.

Электр грелка ва кувезлар каравотчалардан инструкцияга мувофиқ фойдаланилади. Ёпиқ типдаги кувезлар ойнали туйнуғи ва шамоллатиш, ҳавони намлаш ҳамда кислород билан бойитиб туриш учун мосламаси бўлган ҳар томони зич ёпиқ металл фиоллардан иборатдир. Болани кувезга яланғоч қилиб ётқизиб қўйилади. Ёпиқ кувезлардаги температурани ростлаб туриш қийин эмас, улар зарур нарсаларнинг ҳаммасини: тегишли температура, намликни, шамоллатиб туришни таъминлаб беради ва ҳавони кислород билан бойитиб турадиган асбоби (кислород донатори) бўлади. Уларни стериллаш осон.

Болалар ҳамшираси болалар бўлимида қандай типдаги кувезлар бўлса, ҳаммасининг тузилишини яхши билиши ва хавфсизлик техникаси билан таниш бўлиши, асбобларнинг кўрсатишларини, айниқса боланинг кўзлари шикастланмаслиги учун кислород концентрациясини (30—40 % дан ортмайдиган қилиб) кузатиб бориши керак. Бола ўзини қандай тутаётганини ҳам синчиклаб кузатиб бориш талаб этилади. Бола кувезде ётадиган муддат 7—10 кун билан чекланади.

Кувезлардан жуда чала туғилган болаларни парвариш қилиш учун фойдаланилади; танасининг температураси бирмунча доимий бўладиган болаларни, яъни камроқ чала бўлиб туғилган ва камроқ етилмаган болаларни кувезларда сақлаш мақсадга мувофиқ эмас.

Боланинг каравотчада бошини кўкрагига букмасдан, бўйинни тўғри тутиб, чалқанча ётиши ҳаммадан қулай ҳолат бўлиб ҳисобланади, мана шундай ҳолатда ётиш нормал диафрагма экскурсияларига ва бирмунча эркин нафас олишга ёрдам беради.

Вазни 1500 г дан кам ва тана температураси жуда паст (32—33°C) ҳолда келган чала болани иситиш учун иситиб қўйилган пахта, чойшаблардан фойдаланиш, боланинг ён томонлари ва оёқларига грелкалар қўйиш ё уни иссиқ каркас остига ёки грелка-каравотга (бунинг температураси 45—50°C бўлса) ётқизиш керак.

1800—2000 г вазнда туғилган ва 35°C температура билан келган чала болани нормал температурага қадар иситиш анча осон бўлади. Бунинг учун болани иситиб қўйилган чойшабларга ўраш ва ён томонлари ҳамда оёғига грелкалар қўйиш керак.

Болага қараш ва муолажалар қилиш юзасидан бажариладиган барча ишларни (болани йўргаклаш, чўмилтириш, температурасини ўлчаш, унга инъекция қилиш ва бошқа ишларни) электр асбоблар билан қўшимча иситиб туриб бажариш керак.

Болани қанча муддат ва нечоғли иситиш кераклиги унинг аҳволига боғлиқ бўлади.

Жуда чала (вазни 1500 г га етмасдан) туғилган болаларни тўғри боқиш ва ҳар қайсисининг ўзига қараб парвариш қилишда уни 5—6 ҳафта давомида, юқорида айтилганидек, яхшилаб иситиб борилади, шундан кейин бола ой-кунни етиб туғилган болага мўлжалланган одатдаги иссиқлик режимига аста-секин, эҳтиётлик билан ўтказилади.

1500—2000 г вазнда туғилган болаларда 2—3 ҳафтадан кейин нормал тана температурасига етишиш мумкин бўладик, бундай температурани сақлаб туриш учун кейинчалик алоҳида иситиш чораларини кўриш талаб этилмайди.

Совқотиш билан бир қаторда иссиқлаб кетиш ҳам чала туғилган болалар учун ёмон таъсир қилади. Иссиқлаб кетиш бундай болаларда бир қанча касаллик ҳодисаларига: иштаҳа йўқолиши, қайт қилиш, ич кетиши ва тана вазни камайиши ҳодисаларига сабаб бўлиши мумкин. Кувез иситмаси деган ҳодиса, одатда, чала туғилган болаларни нотўғри иситиш натижасида руй беради. Шу муносабат билан палатадаги ҳаво температураси 24—25°C дан ошиб кетса, палатани шамоллатиб, температурани 2°C камайтириш, марказдан иситиш батареяларига совуқ сувга ҳўлланган паҳмоқ сочиқлар ёпиб қўйиш, вақт-вақти билан (30—40 минутдан кейин) уларни яна ҳўллаб туриш, идишга муз солиб қўйиб қўйиш зарур. Кичикроқ чойшаб ёки 2—3 та йўргакни арқонга осиб қўйиш йўли билан ҳам хонани намлаб турса бўлади. Чала туғилган бола иссиқлаб кетганида (боланинг температураси тўғри ичагидан ўлчанганида 37—38°C гача кўтарилганига қараб буни билиб олинади) йўргакларини бўшаштириб қўйиш, болага изотоник натрий хлорид эритмаси ёки 5 % ли глюкоза эритмаси ичириш ва грелкаларни вақтинча олиб қўйиш зарур.

Чала туғилган болалар парваришини уюштиришнинг жуда муҳим нуқтаси нафас ўзгаришлари, демак, асфиксиянинг олдини



олишидир. Шу мақсадда қуйидаги чора-тадбирларни амалга ошириш тавсия этилади: 1) диафрагмаси анча бемалол ҳаракатланмайдиган бўлиши учун **чала туғилган болаларнинг боши остига таглик қўйиб**, бошини юқори кўтариш; 2) 3—4 ҳафта давомида кунига 2—3 марта 1 чой қошиқдан **0,5 % ли кофеин эритмаси** ичириб туриш; 3) болага овқат бериш, чўмилтиришдан олдин ва кейин дастлабки 2—3 ҳафта давомида 5—10 секундгача кислород бериб туриш зарур. Ана шу чора-тадбирларнинг ҳаммаси профилактик характерга эга бўлиши лозим. Улар асфиксиядан холи қилишнинг ишончли йўли бўлиб ҳисобланади. Асфиксия бошланганида намланган кислород нафасга олдирилади, 5 ёки 10 % ли глюкоза эритмаси 5—10 мл дан ёлғиз ўзи, баъзан 1,0—1,5 мл 10 % ли кальций глюконат эритмаси билан қўшиб юборилади. Юрак фаолияти издан чиққанида тери остига кунига 2—3 маҳал 0,1—0,2 мл дан коразол, 0,01 г дан аскорбин кислота юборилади ва кунига 2 маҳал 0,001—0,002 г дан витамин В<sub>1</sub> ичирилади.

Киндик қолдиғи ва киндик ярасига қараб туришга жиддий аҳамият бериш керак. Киндик ҳаётнинг 2-ҳафтасида битиб қотади ва тушиб кетади. Боланинг вазни нечоғли кам бўлса, киндик қолдиғи шунча кеч тушади. Тўғри парвариш қилиб туриладиган бўлса, киндик қолдиғининг тушиб кетиши ва киндик ярасининг битиши ҳеч бир асорат бермасдан ўтади.

Инфекцион касалликларнинг олдини олиш мақсадларида умумий гигиена чора-тадбирларини амалга оширишдан ташқари болага тугиладиган нарсаларни жуда тоза сақлаш, болаларни кўздан кечириб, кийимларини алиштириш ишларини ён томонлари тушириб қўйиладиган каравотчасида бажариш зарур. Йўрғаклаш столдан фойдаланилганда ҳар бир боладан кейин бу столни дезинфекцияловчи эритма (0,25 % ли хлорамин эритмаси) билан артиш зарур.

Ишлатилган йўрғак ва кетликларни педалли қопқоқ билан бекитиладиган кўчма (ғилдиракчали) бакларга ташлаш лозим. Инфекцион касалликлар билан оғриган болаларга тугилган нарсаларни дезинфекцияловчи эритма солиб қўйилган бакларга ташлаш зарур.

Инфекциянинг бир боладан бошқасига ўтишига қарши курашиш мақсадларида, кўп зарурият бўлмаса, болаларни бир палатадан бошқа палатага ёки бир жойдан бошқа жойга кўчириш ярамайди.

Чала туғилган бола ҳам, худди барча гўдаклар сингари, тўғри ўсиб-униши учун тегишли гигиена режимида муҳтож бўлади. Киндик қолдиғи тушиб, яраси битиб кетгандан кейин бола албатта чўмилтирилади. Вазни 1000—1500 г келадиган болаларни, температураси беқарор бўлганлигидан, дастлабки 2—3 ҳафта давомида, яхшиси, чўмилтирмаслик керак: бундай болаларни тўғридан-тўғри каравотчасида тагини юиб тозалаб туриш тавсия этилади. Вазни 1500 г дан ортиқ болаларни, улар совқотиб қолмайдиган ёки иссиқлаб кетмайдиган бўлса, ана шундай шароитлар-

дагина чўмилтириш (гигиеник ванна қилиш) керак. Сув температураси 38—39°C, чўмилтириш муддати 4—5 минут, чўмилтириш вақтида ҳаво температураси 23—24°C бўлиши керак. Бунда иситиб қўйилган кийим-кечаклар ва иситгичлар тайёр туриши зарур. Чала туғилган болага камроқ қўл теккизиш ва уни камроқ қўзғатиш керак, деган қондага амал қилиб, унга қараш ишларини имкони борича авайлаб ва тез бажариш керак.

Чала туғилган болани ҳафтасига 2 марта, баъзан эса бундан ҳам кўпроқ тортиб туриш лозим, бунда бола кийимлари билан ва адёлга ўралган ҳолда тортилади, уларнинг оғирлиги умумий оғирликдан чегириб ташланади.

Чала туғилган болалар камида бир ойлик бўлиб, вазни 2000 г га етганидан кейин уларни сайрга олиб чиқиш ўринли бўлади. Шамол турмай, ҳаво температураси 5°C дан паст бўлмаган пайтда биринчи сайрга рухсат берилади, сайр муддати 10—15 минут бўлади, кунига 1 ёки 2 марта сайрга чиқилади. Йилнинг иссиқ пайтида чала туғилган болаларни уч ҳафталик бўлган пайтдан бошлаб вақтни чекламасдан очиқ ҳавога олиб чиқа бошлаш мумкин.

Сайрга олиб чиқила бошлаган вақтга келганда бола энди иссиқликни ўзича бир қадар идора эта оладиган, яъни қўшимча равишда бир оз иситиб турилганида (оёқларига грелка қўйиб) тана температурасини нормал даражада сақлаб тура оладиган бўлиши керак.

Чала туғилган болани туғруқхонадан уйига жўнатиш учун аҳволининг қуйидаги асосий кўрсаткичлари бир мезон бўлиб хизмат қилади: касал эмаслиги, вазнининг аслига келиб қолгани, тана температурасининг бир қадар турғун бўлиши, оғирлигининг ортиб бориши, зарур сут миқдорининг лоақал ярмининг бевосита онасининг кўкрагидан эма оладиган бўлиши ва зарур миқдордаги қўшимча овқатни ўзлаштира олиши. Шунга мувофиқ чала туғилган болаларни туғруқхонадан чиқариш муддатлари ҳар хил бўлиши мумкин, бироқ уларни туғилганидан кейин 15 кун ўтмасдан туриб туғруқхонадан чиқариш ярамайди.

Боланинг кейин қандай ривожланиб бориши уйдаги шароитга, парвариш қилиш, боқишга, тарбия ва бошқаларга боғлиқдир. Чала туғилган болаларнинг туғруқхонадан чиқарилганидан кейин қандай ривожланиб бориши чалалигининг сабаблари ва даражасига, бошдан кечирган касалликларига, туғруқхонадан қандай вазнда чиқарилгани ва бошқаларга кўп жиҳатдан боғлиқ албатта.

### **Чала туғилган болаларни боқиш**

Чала туғилган болаларга парвариш қилишда уларни боқиб боришни уюштиришга алоҳида эътибор бериш керак. Бунда чала туғилган болаларнинг асосий озиқ моддаларга кўпроқ муҳтож бўлишини унутмаслик керак. Лекин шу билан бир қаторда орган ва системалари, асосан ҳазм системаси функционал имконият-

лари анча номукаммал: меъдаси ҳажми кичик бўлади, ҳазм ширалари кам чиқади, хлорид кислота билан ферментлар етарли бўлмайди ва ҳоказо. Мана шуларнинг ҳаммаси чала туғилган болаларни боқишда маълум қийинчиликларни туғдиради.

Чала туғилган болада сўриш ва ютиш рефлекслари ифодаланган бўлса, уни онасининг кўкрагига тутиш ва бу вақтда қаттиқ медицина назоратини таъминлаб бориш керак, чунки кўкракни сўриш акти чала туғилган кўпгина болалар учун каттагина функционал нагрузка бўлади. Чала туғилган бола кўкракни актив равишда эмганида ўзига зарур миқдордаги сутни ҳамиша ҳам кўкракдан сўриб ололмаслигини назарда тутиш зарур. Шу муносабат билан бола эмиб олган сут миқдорини доим кузатиб туриш ва уни онасидан олинган кўкрак сути билан қўшимча овқатлантириб бориш зарур.

Боланинг ютиш рефлекси жойида ва сўриш рефлекси суст ифодаланган бўлса, уни қошиқча билан оҳиста овқатлантириш ва сўригичдан сут беришга уриниб кўриш керак.

Чала туғилган болани эмишидан аввал бунга тайёрлаш керак. Уни тоза йўргакка қайтадан йўргаклаб, қулай ҳолатга келтириш, нафасига кислород бериш, аспирация учун стерил баллон тайёрлаб қўйиш ва шундан кейингина шошмасдан, уни овқатлантиришга киришиш керак. Чала болани биринчи марта умумий аҳволига қараб туғилганидан кейин 6—10 соат ўтгач овқатлантириш лозим.

Маълум миқдорда тайёрлаб қўйилган сут бола оғзига қошиқчадан аста-секин қўйилади, шу билан бирга қошиқча ҳар сафар қисман тўлдирилади. Ҳамшира сутнинг тил тагида тўпланиб қолмасдан, балки тил устига тушиши ва ютилишига қараб боради.

Болада сўриш рефлексидан ташқари ютиш рефлекси ҳам бўлмаса, бундай пайтда уни томизгичдан ёки зонд орқали овқатлантириш керак бўлади. Бунда ҳам болани овқатлантиришга олдиндан тайёргарлик кўриш шарт. Бир марта ичириладиган миқдордаги кўкрак сути мензуркага қўйилади ва болани овқатлантириш узоқ чўзилиб кетишидан у совиб қолмаслиги учун иссиқ сувли (температураси 30—40°C) кружкага солинади. Сут стерил томизгичга тортиб олинади ва олдин буруннинг бир тешигига, кейин иккинчи тешигига навбатма-навбат томчилаб туширилади (9-расм). Бурун шиллиқ пардаси шикастланмаслиги учун томизгич учига юмшоқ резинкадан ишланган калта найча кийгизиб қўйиш мақсадга мувофиқдир. Сут ҳаво оқими билан ичкарига тортилади ва халқум деворидан оқиб қизилўнгачга тушади.

Бола анча чала бўлиб туғилган бўлса оғзига зонд солиниб, шу зонд орқали овқатлантирилади (10-расм). Бундай бола тинч ҳолатда бўлиши лозим Унга зонд солиш олдидан, шунингдек, зондни солиб бўлгандан кейин болага кислороддан нафас олдирилади. Зонд кўп деганда суткасига 4—5 марта солинади. Бу усулда боқишда болага ҳеч бир зўр келмайди. Зонд солиш йўли билан овқатлантириш усули жуда кам вақт олади ва моҳир одамнинг қўлларида ҳеч асорат бермайди.



9-расм. Чала туғилган болани томизғич ёрдамида боқиш.

Зонд орқали овқатлантириш усули жуда содда ва буни ҳар бир болалар ҳамшираси ўзлаштириб олиши керак. Воронка билан туташтирилган 12—14 номерли юмшоқ нелатон катетери зонд бўлиб хизмат қилиши мумкин (воронка ўрнига сут тўлдирилган шприцдан ҳам фойдаланса бўлаверади). Зонд ва воронкани ишлатиш олдидан ташқи ва ички томонидан

яхшилаб ювилади, сўнгра аввал бир қават докага ўраб, 15 минут давомида қайнатилади. Қайнатиб бўлгандан кейин ҳамшира зондни корнцанг билан олиб, стерил стол устидаги стерил пеленкага қўяди. Болага бериладиган стерил илиқ сутни тайёрлаганидан кейин ҳамшира қўллари ювади, сўнгра зонднинг тиқилиб қолмаганлигини қайнаган сув билан текшириб кўради, катетер учини глицеринли натрий борат эритмасига ҳўллайдди, катетерни сутга тўлдиради, кейин зондни воронка яқинидан қисқич билан қисиб қўяди. Ҳамшира ўнг томондан бола ёнига келиб, чап қўли билан бола энсасига оҳиста босиб, унинг оғзини очади, ўнг қўли билан эса зондни учидан 7—8 см масофада ушлаб, ўрта чизиқ бўйлаб тил устидан боланинг оғзига солади, сўнгра катетердаги белгига қадар 10—12 см чуқурликка қизилўнгач бўйлаб суриб туширади. Зондди киритиш пайтида унинг воронкаси боланинг юзи олдида стерил салфеткада ётади. Ҳамшира зондни солиб олганидан кейин воронкасига буюрилган миқдордаги сутни қуяди, шунда сут тезгина меъдага тушади. Сўнгра ҳамшира зондни бармоқ билан сиқиб туриб бола сутни қайтариб ташламаслиги учун оҳиста ва тез чиқариб олади, бунда боланинг жағларини бирмунча вақт кериб туриш керак бўлади.

Чала туғилган болаларни боқиш учун сўнгги йилларда эластик полиэтилен зонд тобора кўпроқ ишлатилмоқда. Зонд қайнатиш йўли билан стерилланганидан кейин (стериллашдан олдин зондди 2% ли сода эритмаси билан шприц ёрдамида яхшилаб ювиб олинадди) унга натрий боратнинг глицериндаги 2,5% ли эритмаси суртилади, зонд бурун йўли орқали ёки оғиз орқали 10—12 см ичкарига киритилади ва сўнгра бир бўлак лейкопластирь билан бола лунжига ёпиштириб қўйилади. Зонд бола қаравотчаси ёнидаги штативга ўрнатилган ва суюқликларни томчи усулида юборишга мўлжалланган стерил система билан бирлаштирилади. Бу системага стерил ёки пастерланган сут солинадди. Болани ҳар сафар овқатлантиришга мўлжалланган тегишли сут дозасини белгилаб, томчилар тезлигини тўғрилаб қўйгандан кейин боланинг кеча-кундуз озиқланиб туришини таъминлаш мумкин. Зондди 3—5 сутка қолдирса бўлади. Бунда оғиз бўшлиғининг шиллиқ

пардаси жуда камдан-кам қоллардагина таъсирланади. Бу усул оддий ва қулай бўлиб, медицина ходими вақтини тежайди, зарур бўлса сут билан бирга дори қўшиб юборишга имкон беради. Болада ютиш рефлекс пайдо бўлиши биланоқ уни томизғич ёки қошиқчадан овқатлантиришга ўтиш зарур.

Чала туғилган болани овқатлантириш вақтида баъзан унда асфиксия хуружи бошланиб қолади. Бундай ҳолда ҳамшира овқат беришни дарҳол тўхтаиб, боланинг йўрғагини дарров ечиб ташлаши, унга намланган кислороддан нафас олдириши, терисининг остига лобелин, кофеин, кордиамин юбориши, сунъий йўл билан оҳиста нафас олдириши керак. Мана шу чораларнинг ҳаммаси тезлик билан ва вақтида кўрилиши керак. Тирилтириш чоралари кўрилатган пайтда ҳамшира боланинг совқотиб қолишига йўл қўймаслик учун зарур тадбирларнинг ҳаммасини кўриши лозим.

Боланинг умумий аҳволи яхшиланиб, активлиги кучайиб борган сайин уни кўкракка тута бошлаш керак бўлади.

Чала туғилган болаларни кунига неча марта овқатлантириб туриш кераклиги уларнинг нечоғли чалалиги ва функционал жиҳатдан қанчалик етуклигига қараб белгиланади. Чала туғилган болаларни суткасига 7—8 марта овқатлантириб туриш ҳаммадан кўра мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бола жуда чала туғилган ва бирор хил касалликларга учраган бўлсагина уни овқатлантириш маҳалини суткасига 10 мартагача ошириш мумкин.

Чала туғилган болага зарур бўладиган овқат миқдорини унинг индивидуал эҳтиёжлари ҳамда нечоғли чидамлилигига қараб аниқлаш керак. Ҳаётининг биринчи кунига бола, бир сафарги овқат вақтида, одатда 5—10 г, 2-куни 10—15 г, 3-куни 15—20 г сут олади.

Кейинги кунлар давомида чала болага зарур овқатнинг суткалик ҳажми мана шу формулага мувофиқ тахминан белгиланади:  $n + \text{бола вазнининг ҳар } 100 \text{ граммига } 10$ , бу ерда  $n$ —боланинг неча кундан бери яшаб келаётганини кўрсатадиган сон. Масалан, 1900 г вазндаги бола ҳаётининг 3-куни бир кеча-кундуз мо-



10-расм. Чала туғилган болани зонддан овқатлантириш.

байнида  $(3+10) \times 19 = 247$  мл сут олиши керак, яъни 7 марта овқатлантириладиган бўлса, ҳар сафар у 35 мл дан сут олиб туради. Бола ҳаётининг 10-кунидан кейин овқатининг суткалик ҳажми унинг таъни вазнининг  $\frac{1}{5}$  қисмига яқин келадиган бўлиши керак. Чала туғилган болаларни овқатнинг зарур миқдордаги барча таркибий қисмлари билан бекам-кўст таъминлаб туриш улар учун айниқса муҳимдир. Чала туғилган ҳар бир бола учун унга амалда бериладиган овқатни аниқ ҳисобга олиб бориш ва 1 кг тана вазнига талаб этиладиган оқсиллар, ёғлар ва углеводларни мунтазам ҳисоб қилиб туриш зарур.

Жуда чала туғилган болалар учун овқатни аввал ҳақиқий вазнига қараб, кейин эса, тахминан бўлиши лозим бўлган вазнига қараб ҳисоблаб чиқиш керак. Тахминан бўлиши лозим бўлган вазн боланинг ҳақиқий вазнига 20 % қушиш йўли билан аниқлаб олинади. Масалан вазни 2000 г боланинг бўлиши лозим бўлган вазни тахминан 2400 г ( $2000+400$ ) га тенг бўлади.

Шартли қилиб айтиш мумкинки, 1500 г гача вазнда туғилган болаларга ҳаётининг биринчи ойи мобайнида овқатни уларнинг ҳақиқий оғирлигига, бир ойликдан ўтгандан кейин эса тахминий бўлиши лозим вазнига қараб ҳисоблаш, 1500—2000 г вазнда туғилган болаларга 2 ҳафталик бўлгунча ҳақиқий вазнига, кейин эса тахминан бўлиши лозим бўлган вазнига; 2000 г дан ортиқ вазнда туғилган болаларга туғилган кунидан бошлаб тахминан бўлиши лозим бўлган вазнига қараб ҳисоблаш керак.

Чала туғилган бола ўзига зарур миқдордаги суюқлик билан таъминлаиб туриши керак. 1-сутканинг ўзидаёқ бола 1 кг вазнига 20—40 мл ҳисобидан суюқлик олиши лозим. Кейинчалик боланинг суюқликка эҳтиёжи ортиб боради ва 4—7-кунга келиб, суткасига 100—160 мл/кг га, 2-ҳафта охирига келганда эса суткасига 150—200 мл/кг га етади. Болага бериладиган сут ҳам суюқлик ҳисобига қўшилади. Болага ичириш учун 5 % ли глюкоза эритмаси билан Рингер эритмасининг тенг миқдордаги аралашмасини ёки 5 % ли глюкоза эритмаси билан изотоник натрий хлорид эритмаси аралашмасини берган маъқул.

Кўкрак сути бўлмаса, чала болаларни боқиш учун «Малютка» аралашмасидан бемалол фойдаланса бўлади, унинг таркибида сут асоси (вакуумда қуритилиб, тўзғитиб, гомогенлаштирилган сут), ўсимлик мойи, қаймоқ, ёғда ва сувда эрийдиган витаминлар (А, D, E, C, PP, B<sub>6</sub>), темир глицерофосфат, декстринмальтоза, калий ва натрий цитрат бор. «Малютка» аралашмаси хушбўй ҳидли ва мазали порошокдир.

Биолакт, яъни сутни ивитиб тайёрланадиган маҳсулот ҳам ишлатилади, унинг таркибида биологик жиҳатдан қимматли бўлган моддалар бор (оқсилнинг парчаланиш маҳсулотлари, ферментлар, витаминлар, микроэлементлар, антибиотик моддалар ва бошқалар). Ўз таркибига кўра, биолакт она сутига яқинлашиб келади-ю, лекин унинг ўрнини боса олмайди. Ундан ёрма қайнатмалари қўшиб, таомлар тайёрланади (Б-биолакт, В-биолакт),

**бошқа аралашмалар қандай муддатларда ишлатилса, бу таомлар ҳам худди шу муддатларда ишлатилади.**

Чала туғилган болаларни боқиш ишини уюштиришда шуни эса туттиш керакки, уларнинг кўпчилиги кўкрак сутини ҳажми жиҳатидан етарли миқдорда олиб турса ҳам, айрим озик моддаларга ёлчимай қолади. Шуни ҳисобга олиб, чала туғилган болага ҳаётининг биринчи ҳафтаси охиридан бошлаб оқсилли препаратлардан қўшимча равишда бериб туриш керак бўлади, бу препаратлар 1 кг оғирликка тўғри келадиган физиологик оқсил нормаларини таъминлаш учун зарур миқдорда бериб борилади (бола табиий усулда боқилганида 2,5 г, сунъий овқатлар билан боқилганида 3—4 г).

Энг яхши оқсилли препарат кефир ёки сутдан олинadиган творогдир. Творог (суткалик рационга нисбатан 2—4% миқдорда) кўкрак сути билан яхшилаб қориштирилиб, қаймоқсимон ҳолга келтирилади ва болага 2—3 бўлиб берилади. Қазеинли сут ва каззолъ (суткалик рационга нисбатан 1—2%) яхши оқсил манбаи бўлиб хизмат қилади.

Чала туғилган болалар рационига ёғ қўшиб беришга (ёғни тўғрилашга) эҳтиёт бўлиш керак, чунки улар ёғга етарлича чидамли бўлмайди. Қўшимча ёғни яхшиси бола 10—12 кунлик бўлган пайтдан бошлаб, балиқ мойи кўринишида томчилаб бериш ва унинг дозасини аста-секин ошириб бориш ҳамда дастлабки пайтларда ёғ миқдорини боланинг ҳақиқий оғирлигига қараб ҳисоблаб чиқиш керак.

Углеводлар етишмовчилигини қоплаш учун қанд шарбатидан фойдаланилади, углеводлар тахминан бўлиши лозим оғирликка қараб ҳисоблаб чиқилади. Юқорида кўрсатиб ўтилган препаратлар ўрта ҳисобда 1½ ой атрофида бериб борилади.

Ҳомиладор бўлиб юрган пайтида бекам-кўст овқатланмаган оналардан туғилган болалар юқорида тасвирлаб ўтилган қўшимча тадбирларга айниқса муҳтож бўлади.

Чала туғилган болаларни боқишда уларнинг витаминлар ва минерал моддаларга ортиқча муҳтож бўлишини назарда туттиш зарур. Шу муносабат билан бир ойлик бўлган пайтдан бошлаб мева сувлари, 2—3 ойлик бўлганидан кейин эса бир хилда майин қилиб эзилган мева ва сабзавот пюрелари бериб туриш зарур, ҳар сафар болани овқатлантиришда булар 5—15 г миқдорда бериб борилади. Бу маҳсулотлар яхши ўзлаштирилади ва бола рационини минерал тузлар, витаминлар, микроэлементлар, пектин моддалари билан бойитилади. Бола 4 ойлик бўлганидан кейин тухум сариги бериб бориш керак.

Чала туғилган барча болаларга қўшимча равишда витаминлар: 50 мг дан кунига 2—3 маҳал витамин С (аскорбин кислота), 1—2 мг дан кунига 2—3 маҳал витамин В<sub>1</sub> (тиамин), худди шундай дозада витамин В<sub>2</sub> (рибофлавин), 5 мг дан икки ҳафта давомида кунига 2 мартадан витамин РР (никотинат кислота) бериб бориш зарур. Витамин D<sub>2</sub> (антирахитик витамин) бола ҳаётининг биринчи ойида одатдаги профилактик дозаларда буюрилади.

Чала туғилган болаларга қўшимча овқат беришни ой-куни етиб туғилган болалар учун мўлжалланган одатдаги тартиб билан, 4 ойлик ёшидан бошлаш керак.

Анемиянинг олдини олиш мақсадида сабзавотдан тайёрланадиган овқатларга 5—10 г дан майда қилиб қиймаланган жигарни ҳафтасига 2—3 марта қўшиб бериб туриш тавсия этилади. 7 ойдан бошлаб гўшт қиймаси бериш керак.

Чала туғилган болаларнинг физиологик хусусиятларини ҳисобга олиб, уларни барвақт, айниқса ҳаётининг дастлабки 3 ойида аралаш ва сунъий овқатга ўтказишдан имкони борича эҳтиёт бўлиш керак. Шунда ҳам онасининг сути бўлмаса ва болани донор сути билан таъминлаб туришнинг иложи бўлмай қолса, аралаш овқат буюриш, жуда бўлмаган ҳолларда эса сунъий овқатларни ҳам буюриш ва бунда кефир ҳамда ундан тайёрланган таомлар ва мослаштирилган аралашмаларга кўпроқ ўрин бериш зарур.

Чала туғилган болаларни аралаш ва сунъий усулда боқиш принциплари ва техникаси ой-куни етиб туғилган болаларники билан бир хил.

### Чала туғилган болани инфекциядан асраш

Инфекцион касалликлар чала туғилган болалар учун айниқса хатарлидир, шу сабабдан туғруққа ёрдам берадиган муассасаларнинг ишида аёллар ва янги туғилган болаларда учрайдиган инфекцияон касалликларга (туққан аёлларда — туғруқ йўллари инфекциялари, сепсис, грипп, ангина, мастит ва бошқаларга, чақалоқларда — зотилжам, терининг йирингли касалликлари, киндик касалликларига) қарши профилактика чора тадбирлари биринчи галда амалга оширилади. Бу чора-тадбирларни ҳодимлар кун сайин виждонан амалга ошириб боришлари лозим. Чақалоқ болаларни эмизиш вақтида оналар шахсий гигиенанинг элементар қоидаларини бузиб, ўзини нотўғри тутадиган бўлса, бу — болалар учун жиддий оқибатларга сабаб бўлиши мумкин.

Медицина ҳамширалари ва акушеркалар оналарнинг саломатлигини кузатиб боришлари ва инфекцияон касаллик (грипп, ангина, мастит)нинг биринчи белгилари кўриниши биланоқ буни врачга маълум қилишлари, касал бўлиб қолган онани вақтида бошқалардан ажратиб қўйишлари ва керак бўлса, боласини ҳам ундан вақтинча айиришлари керак.

Жуда кўп нарса медицина ҳамширасига боғлиқ: у ҳамиша тоза ва озода юриши, халати, рўмоли, ниқоби бекам-қўст бўлиши керак; чала туғилган боланинг саломатлиги билан ҳаёти ҳам ҳамшира, ҳам онанинг шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишига боғлиқ эканлигини эсда тутиб, у қўлларининг тозалигига қараб бориши лозим. Ҳамшира чала туғилган болаларга парвариш қилишнинг ҳамма қоидаларини бекам-қўст бажо келтириши: зондлар, чой қошиқлари, томизғичлар, шишалар ва сутни стериллаши, боланинг кийим-кечаклари ва нарсаларининг тозалигига, яхши



дазмолланганлигига, температура режимининг бузилмаслигига, чала болалар палатасининг латта ҳўллаб тўғри тозаланиб туришига, шамоллатилишига қараб бориши керак ва ҳоказо. Боланинг онаси чала болага парвариш қилишда барча шахсий гигиена ва санитария қоидаларини бажаришга ўргатилган бўлиши керак, чунки у шу ишларнинг ҳаммасини уй шароитларида бажаради. Боланинг фақатгина соғлиғи эмас, балки ҳаёти ҳам шу қоидалар бажо келтиришга боғлиқ бўлишини онасига тушунтириб бериш керак.

### Чала туғилган боланинг кейинчалик ривожланиб бориши

Болани мунтазам кузатиб туриш ва уни тарозида тортиб кўриб, бунни тегишлича анализ қилиб бориш (бола биринчи ойда 5—7 кунда бир марта, иккинчи ва кейинги ойларда то ёшига етгунча ойига икки марта тортиб турилади) болани парвариш қилиш, боқиш ишларидаги камчиликларни барвақт билиб олишга имкон беради, шунингдек, турли касалликларни эндигина бошланиб келаётган пайтда аниқлашга ёрдам қилади.

Чала туғилган болаларда анемияни барвақт аниқлаб олиш ва унга вақтида даво қилиш учун периферик қонни вақти-вақти билан — ҳаётнинг биринчи йили мобайнида ойига бир марта текшириб туриш зарур.

Чала туғилган болаларда кўпинча анемия бошланади, унинг даражаси боланинг нечоғли чала туғилганлигига, парвариш қилиш, боқиш шароитларига ва профилактик чора-тадбирлар кўрилган-кўрилмаганлигига бевосита боғлиқ бўлади. Гемоглобин миқдори камайиб қолган бўлса, болага темир препаратлари буюрилади. 4—5 кунда бир марта 10—15 мл қон қуйиш, ҳаммаси бўлиб 5—6 марта инъекция қилиш яхши натижа беради. Бола рационига сабзавот ва мева сувлари қўшиб беришни буюриш, болани албатта кўкрак сути билан боқиш ва тоза ҳаводан кўпроқ баҳраманд қилиш ҳам анемияларнинг олдини олиш ва даволаш чоралари қаторига киради.

Чала туғилган болалар рахитга мойил бўлади. Бундай болаларда касалликнинг биринчи аломатлари ҳаётининг биринчи ойи охири, иккинчи ойининг бошларида топилиши мумкин. Рахит борлиги аниқланса, бола тўғри режимда боқилиб, парвариш қилиниб келаётганига қарамасдан, рахитга қарши даво буюрилади. 1—1½ ой мобайнида ҳар куни 10 000—15 000 ХБ дан витамин D<sub>2</sub> ҳам бериб борилади. Рахитнинг барча белгилари йўқолиб кетганидан кейин даво тўхтатилади ва рахитга қарши профилактикага ўтилади.

Чала туғилган болалар ҳаётининг биринчи йили мобайнида ойкуни етиб туғилган болаларга қараганда бирмунча бошқачароқ ривожланиб боради. Чала туғилган болаларда вазннинг физиологик камайиши бирмунча кўпроқ бўлади ва оғирликнинг аслига келиши одатда секинроқ боради. Турмуш шароитлари тўғри ташкил этилиб, чала туғилган болалар яхши боқилиб борилганида

уларнинг вазни одатда ҳаётининг 2-оғи билан 3-оғи ўртасида икки баравар, 6-оғига келиб 4 баравар ортади, ёшига тўлганида туғилишдаги вазни олти баравар кўпайиб қолади.

Чала туғилган болаларнинг бўйи ҳаётининг биринчи йили мобайнида 30—40 см га ортади.

Чала туғилган болаларнинг нерв системаси дастлабки ойларда худди вақти-соати етиб туғилган шу ёшдаги болаларга хос қонуниятларга мувофиқ ривожланиб боради.

Чала туғилган болаларнинг ҳаёти биринчи кундан бошлабоқ тўғри ташкил этилса ва профилактика чора-тадбирлари ўз вақтида амалга ошириб борилса, бундай болалар ёшига тўлиш вақтига келиб, баъзан эса бундан ҳам эртaroқ руҳий ва жисмоний ривожланиш жиҳатидан ой-куни тўлиб туғилган болаларга етиб олади.

### БОЛА РИВОЖЛАНИШИНИНГ АНТРОПОМЕТРИК КўРСАТКИЧЛАРИ

Болага хос асосий хусусият унинг ўсиб ва ривожланиб боришидир. Ўсиш (масса тўпланиб бориши) ва ривожланиш (турли орган ҳамда системаларнинг дифференциаллашуви) — бу бола организмда ҳамиша бўлиб турадиган, лекин ҳамма вақт ҳам баравар боравермайдиган иккита асосий процессдир. Бола ҳаётининг баъзи даврларида ўсиш процесслари устунлик қилса, бошқа давларида турли органларнинг ривожланиб бориш процесслари устунлик қилади. Болаларнинг ёшга алоқадор тафовутлари ҳам улардаги мана шу ўсиш ёки ривожланиш процессларидан қайси бирининг устун туришига кўпгина даражада боғлиқ бўлади.

Болаларнинг жисмоний ривожланишига баҳо бериш учун уларнинг вазни, бўйи, кўкрак қафаси, бошининг айланаси, шунингдек умумий аҳволи асосий кўрсаткичлар бўлиб хизмат қилади.

Чақалоқ болаларнинг ўртача вазни ўғил болалар учун 3400—3500 г ва қиз болалар учун 3200—3400 г га тенгдир. Сўнгги йилларда мамлакатимизда болалар вазни бирмунча кўпроқ бўлиб туғилмоқдаки, бу — меҳнаткашлар турмуши моддий-маиший шaroитларининг тинмай яхшиланиб бораётганлигига боғлиқ.

Чақалоқ боланинг вазни ва бўйига ҳар хил омиллар катта таъсир кўрсатади. Жисмоний жиҳатдан бақувват, бўйдор ота-оналарнинг болалари вазни ва бўйи жиҳатидан каттарoқ бўлиб туғилади. Жуда ёш ёки анча ёши қайтган ота-оналардан болалар вазни билан бўйи камроқ бўлиб туғилади. Боланинг вазни билан бўйига ижтимоий-маиший омиллар, аёлнинг ҳомиладорлик вақтида қандай овқатланиши ва саломатлигининг аҳволи катта таъсир кўрсатади.

Чақалоқ туғилганидан кейин 3—5 кунга келиб унинг вазни 150—200 г, кўпи билан 300 г камаяди («Чақалоқ бола ва унга парвариш қилиш» бўлимига қаралсин). 10—12 кунга келиб соғлом боланинг тоши одатда аслига келади ва кейинчалик тинмасдан ортиб боради.

Ҳаётининг биринчи ойи мобайнида боланинг вазнига ўртача

600 г, 2 ва 3-ойларида 800 г дан қўшилиб боради ва сўнгра кейинги ҳар бир ой мобайнида олдингисига қараганда 50 г дан камроқ қўшилиб туради (2-жадвал)»

Бола нечоғли ёш бўлса, унинг тоши шунча жадаллик билан қўшилиб бориши 2-жадвалдан кўриниб турибди. Бола ҳаётининг 4—4½ ойига келиб, вазни икки баравар, ёшига тўлганида эса уч баравар кўпайиши аниқланган.

2 - ж а д в а л

Ҳаётининг биринчи йилида бола вазнининг ортиб бориши

Боланинг ёши, (ойлар)	Оя сари қўшила- диган оғирлиги (г)	Утган давр ичда қўшилган оғирли- ги (г)	Боланинг ёши ойлар	Оя сари қўшила- нган оғирлиги (г)	Утган давр ичи- да қўшилган оғи- лиги
1	600	600	7	600	4900
2	800	1400	8	550	5450
3	800	2200	9	500	5950
4	750	2950	10	450	6400
5	700	3650	11	400	6800
6	650	4300	12	350	7150

Бола ёшига етганидан кейин вазни секинроқ орта боради. Иккинчи йил мобайнида бола вазни 2,5—3,5 кг га, учинчи йил мобайнида 1,5—2 кг га ортади. Кейинги йилларда (бола 10 ёшга тўлгунча) вазнининг ортиб бориш суръатлари деярли бир меъёردа сақланиб қолади ва бола ёши улғайган сайин салгина камайиб боради. Балобатга етиш даврининг бошига келиб ва шу даврда боланинг вазни зўр бериб ортиб боради, бола балобатга етиб бўлганидан кейин вазнининг ортиши сезиларли камайд.

1 ёшдан 10 ёшгача бўлган боланинг оғирлигини тахминан қуйидаги формулага мувофиқ аниқласа бўлади: ёшига тўлган бола вазни (9,5—10 кг) + 2·n, бу ерда n—боланинг ёши, 2—килограммлар ҳисобида йил сайин қўшилиб борадиган ўртача оғирлик. 10 ёшдан кейин тана вазнига ҳар йили қўшилиб борадиган оғирлик 4 кг ни ташкил этади ва бола вазини қуйидаги формулага мувофиқ ҳисоблаб чиқса бўлади: 30 кг (10 яшар бола вазни) + 4 кг (n—10), бу ерда n—боланинг ёшини кўрсатадиган сон.

Ой-кунни етиб туғилган соғлом чақалоқнинг бўйи 48—52 см атрофида бўлади. Айрим ҳолларда тананинг дастлабки узунлиги 55—56 см га етиши мумкин.

Ҳаётининг биринчи йилида боланинг бўйи айниқса зўр бериб ўсиб боради: бир йил мобайнида бола бўйига 23—25 см қўшилади. Иккинчи йили давомида бўйнинг ўсиши 11 см га, учинчи йили 8 см га тенг бўлади. 4 ёш билан 7 ёш орасида бўйнинг қўшилиб бориши йилига 5—7 см ни ташкил этади. Қичик мактаб ёшида бола танасининг узунлиги ўрта ҳисобда йилига 4—5 см дан ўсиб боради, балобатга етиш даврида эса бола бўйининг йил сари

узайиши 7—8 см гача этади. Боланинг бўйи 4—5 ёшга келганда дастлабки миқдордан (туғилган вақтдагидан) икки баравар ва 14—15 ёшга келганда уч баравар ўсади.

Бола бўйини қўйидаги формулаларга мувофиқ тахминан аниқлаш мумкин. 4 ёшгача бўлган болаларда:  $100 \text{ см} - 8 \text{ см} (4 - n)$ , бу ерда  $n$  — боланинг ёшини кўрсатадиган сон, 8 см — ҳаётнинг дастлабки 4 йили давомида бўйига йил сайин қўшилиб борадиган ўртача узунлик. 4 ёшдан ошган болаларда:  $100 \text{ см} + 6 \text{ см} (n - 4)$ , бу ерда  $n$  — бола ёшини кўрсатадиган сон, 6 см — 4 ёшдан ошган болаларда бўйга йил сайин қўшилиб борадиган ўртача узунлик. Боланинг бўйи гўё тўлқинсимон бўлиб ўсиб боради, ўсиш суръати ўртача катталиклардан анча ортиб кетадиган даврлар бўлиб туради. Ана шундай даврлар «чўзилиш» даврлари деб аталади. Биринчи «чўзилиш» даври 5—6 ёшликда, иккинчиси 11—14 ёшликда (балалоғатга етиш даврида) бўлиб ўтади, бунда бўйнинг йил сайин узайиши 10—12 см ни ташкил этади.

Болаларнинг жисмоний ривожланишини тўғри баҳолаш учун боши билан кўкрак қафаси размерларининг бир-бирига нисбати аҳамиятга эга. Бола туғилганда бошининг айланаси 34—35 см ни ташкил этади, кўкрак айланаси эса бундан 1—2 см камроқ (32—34 см) бўлади. Анча тўла бўлиб туғилган чақалоқларда бу размерлар бир-бирига тенг келади ва кўкрак айланаси бош айланасидан камдан кам ортиқ бўлади. Бола 2—4 ойлик бўлганида кўкрак айланаси бош айланасига тенг бўлиб қолади. Бола 7 ёшга боргунча кўкрагининг айланаси унинг ёши нечада бўлса, бош айланасидан тахминан шунча сантиметр ортиқ бўлиб туради. Болалар кўкрак айланаси ҳаётининг биринчи йилига келиб 13—15 см узаяди. Унинг узайиб бориш суръатлари бола 3 ойлик бўлгунча айниқса зўр бўлади, бола 3 ойлик бўлганида кўкрагининг айланаси йил бўйи узаядиган миқдорнинг деярли ярмига етиб қолади. Иккинчи ярим йилликда кўкрак айланасининг ўсиши атиги 3—5 см ни ташкил этади. Иккинчи йилнинг бошидан охиригача кўкрак айланасининг ўсиши 2,5—3 см ни ва учинчи йилнинг охиригача 1,5—2 см ни ташкил этади.

Бош айланаси ҳаётнинг биринчи йили мобайнида 10—15 см узаяди. Унинг энг катта суръатлар билан ўсиши бола ҳаётининг биринчи ярим йилига тўғри келади, бунда бош айланасининг ўсиши 7 см ни ташкил этади. Иккинчи йил мобайнида бош айланаси 2 см га ва учинчи йилда 1 см га узаяди. Кейинчалик бош айланаси янада секинлик билан узайиб боради, 6 ёшдан кейин эса атиги 5—6 см га ўсади.

Ўғил болаларда 11 ёшгача бўлган ҳамма даврларда бўй узунлиги, тана вазни ва кўкрак қафасининг айланаси қиз болалардагидан кўра бирмунча катгароқ бўлади. 11 ёшда тана вазни, бўй, кўкрак айланаси кўрсаткичлари қиз болалар билан ўғил болаларда бир-бирига тенг бўлиб қолади, кейин қиз болалар ўғил болаларни сезиларли даражада орқада қолдиради ва 15 ёшгача шу устунликни сақлаб боради. 15 ёшда ўғил болалар бўйи қиз болаларникидан кўра баландроқ бўлади, 16 ёшда эса ўғил болалар

тана вазни жиҳатидан ҳам, кўкрак айланасининг узунлиги жиҳатидан ҳам қизларни орқада қолдиради ва кейинчалик шу ошиқ-чаликни сақлаб қолади.

Бола туғилганидан кейин жисмоний ривожланишининг кўрсаткичларига атрофдаги ташқи муҳит омиллари (кун тартиби, овқатланиш, сайрга чиқиш, физкультура билан шуғулланиш), шунингдек, ҳар хил касалликлар катта таъсир қилади. Болаларнинг жисмоний ривожланишига айниқса таъсир қиладиган касалликлар жумласига юракнинг туғма пороклари, марказий нерв системасининг туғма ва турмушда орттирилган касалликлари, эндокрин касалликлар ва бошқалар киради.

Ҳозир болаларнинг акселерация процессига учрагани, яъни ўсиш ва ривожланиш процессининг тезлашиб қолгани сўнгги вақтларда аниқланган деб ҳисобланади. Акселерациянинг асосий кўринишлари жисмоний ва жинсий ривожланишда акс этади ва конкрет айтганда қуйидагилар билан ифодаланади: 1) чақалоқ болалар бўйи билан вазнининг каттароқ бўлиши; 2) дастлабки тишларнинг бирмунча илгарироқ чиқиши; 3) барча ёшдаги болаларда ўртача вазн ва бўй кўрсаткичларининг каттароқ бўлиши; 4) бошқа тана параметрларининг (бош, кўкрак айланаси ва бошқаларнинг) катталашуви; 5) қиз болаларда ҳайзнинг бирмунча барвақт бошланиши ва ўғил болаларнинг бирмунча барвақт баловатга етиши; 6) ўғил ва қиз болаларда суякларнинг ядроларининг бирмунча эрта пайдо бўлиши. Акселерацияни биологик нуқтан назардан ҳам, ижтимоий нуқтан назардан ҳам яхши томонга ўзгарган турмуш шароитларининг ташқи ифодаси деб ҳисоблаш мумкин. Шубҳасиз, ирсият таъсирини ҳам ҳисобдан чиқариб бўлмайди.

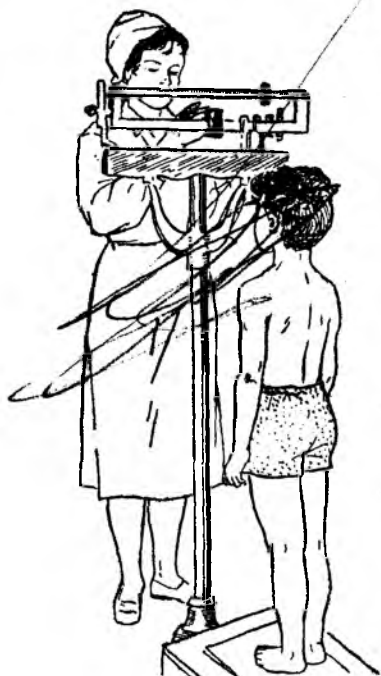
Болалар ва ўсмирларга тўғри медицина хизмати кўрсатишнинг зарур шarti уларнинг жисмоний ривожланиши ва саломатлигининг аҳволини мунтазам равишда кузатиб боришдир. Боланинг индивидуал ривожланиши мобайнида рўй берадиган ўзгаришларни вақтида пайқаб қолиш учун жисмоний ривожланишни таърифлаб берадиган қандай бўлмасин бирор белгининг қандай миқдори мазкур ёшдаги болага тўғри келишини, бола бўйи, вазнининг одатда йил сайин қанчадан қўшилиб боришини билиш жуда муҳим.

Жисмоний ривожланишни тўғри баҳолаш учун ўлчов ишларининг ҳаммасини болани яланғоч қилиб қўйиб, куннинг бирийчи ярмида ўтказиш зарур бўлади, чунки боланинг бўйи билан оғирлиги кеча-кундуз мобайнида ўзгариб туради. Боланинг бўйи кеча-кундуз одатда 0,5—1 см қисқаради, оғирлиги эса ортади.

Гўдак болаларни махсус болалар тарозисида (11-расм), яхши-си эмизшдан аввалги эрталабки соатларда тортилади. Болани тортиладиган маҳалда тагига илиқ йўрғак солиш, тарозининг палласини ҳар кун совуллаб ювиб қўйиш ва тарозининг ҳолати ҳамда кўрсатишларининг тўғрилигини синчиклаб кузатиб бориш керак. Катта ёшдаги болалар танасининг вазни олдиндан текшириб олинган медицина тарозиларида аниқланади (12-расм). Тортиш



11-расм. Болани горизонтал тарозид  
тортиш.



12-расм. Болани медицина тарозисид  
тортиш.

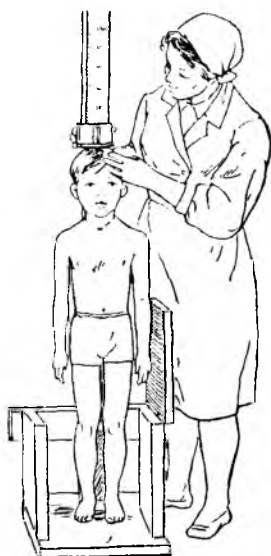
вақтида бола тарози майдончасининг ўртасида қимирламасдан туриши керак.

[ Боланинг бўйи ростомер, яъни бўйўлчагич ёрдамида ўлчанади. Ёшига етмаган болалар учун горизонтал ростомер қўлланилади (13-расм). Бола боши ростомернинг бош томонига зич тақалиб турадиган қилиб ётқизилади, боланинг бошини онаси ёки ходимлардан бирор киши шу ҳолда ушлаб туради. Медицина ҳамшираси боланинг тиззаларига оҳиста босиб, оёқларини ростлайди ва шу вақтда сурма таглигини оёқ панжасига суриб келади. Ростомернинг шу таглиги билан бош томони орасидаги масофа боланинг бўйини кўрсатиб беради (бириктириб қўйилган сантиметр лентасига қараб аниқланади).

Катта ёшдаги болаларнинг бўйи ( $1\frac{1}{2}$  яшардан бошлаб) вертикал ростомер билан ўлчанади (14-расм). Бу асбобнинг тик устуни майдончага ўрнатилган бўлиб, сантиметрли даражалари бор, устуни бўйлаб горизонтал жойлашган планшеткаси сурилиб туради. Бўйни ўлчашда бола товонларини, думбалари, кураклари, энсасини ростомер устунига текказиб, унга орқа ўгириб туради. Қўллари ёнга туширилган, товонлари жипслаштирилган, оёқ учлари керилган бўлиши керак, бош шундай ҳолатда туриши керакки, ташқи эшитув йўлининг устки чети билан кўз бурчаги битта горизонтал чизикда турадиган бўлсин; планшеткаси туширилиб,



3-расм. Горизонтал ростомер.



4-расм. Вертикал ростомер.

шкаладаги даражалар ҳисоблаб чиқилади. Бола боши билан кўкрагининг айланаси сантиметрли лента билан ўлчанади. Бош айланасини аниқлаш учун сантиметли лента қош усти равоқлари ва энса дўмбоғи дамида бошга айлантириб ўралади.

Кўкрак айланасини ўлчаш учун лента олдиндан кўкрак беги учлари дамига, орқадан куракларнинг пастки бурчаклари дамига қўйилади. Етилиб келаётган қизларда лента олдинги томонда IV қовурға бўйлаб ўтади. Боланинг қўллари паст туширилган, нафас тинч бўлиши керак, катта ёшли болаларнинг кўкрак айланаси нафас чиқариш вақтида, шунингдек, бор куч билан нафас олинган ва бор куч билан нафас чиқарилган ҳамда бемалол нафас олиб турилган вақтда ўлчанади.

Гўдак болаларнинг кўкрак айланасини ўлчашда болани тинч ҳолатда ётқизиб қўйиб, шошмасдан, авайлаб ўлчаш керак.

Атропометрик ўлчовлар техникаси оддий бўлса-да, маълум малакани талаб қилади. Етарлича тажриба бўлмаса, каттагина хатоларга йўл қўйиш мумкин.

Жисмоний ривожланишга баҳо беришда бола бадани тузилишининг тўғрилигига, тери ости ёғ қатламига, суяк ва мускуллар системасининг қанчалик ривожланганига аҳамият бериш керак. Барча белгилар мажмуасига қараб болаларнинг жисмоний ривожланиши ҳақида тўғри хулоса чиқариш мумкин, холос.

## НЕРВ СИСТЕМАСИНING АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Бола туғиладиган вақтга келиб унинг нерв системаси органлари ва системаларига қараганда ҳаммадан кам бўлган ва кам дифференциалланган бўлади. Шу билан бирга худди мана шу системага катта талаблар қўйилади, чунки нерв системаси организмнинг ташқи муҳит шароитларига мослашгани таъминлаб беради ва чақалоқ боланинг ҳаёт учун муҳим функцияларини идора этиб туради.

Мосланиш процессида моддалар алмашинуви қарор топмас, фақат қон айланиш, овқатни ҳазм қилиш органларининг ишлари та қурилиши лозим. Бола туғилганидан кейин ана шу системаларнинг ҳаммаси янгичасига ишлай бошлайди. Барча системаларнинг бир-бири билан келишиб, уйғун ишлашини ҳақирати мана шу нерв системаси таъминлаб бериши керак.

Чақалоқ болаларда бош мия оғирлиги қийсан катта бўлади ва тана вазнининг  $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{9}$  қисмини ташкил этади, ҳолбуки, катта ёшли одамда бош мия тана оғирлигининг  $\frac{1}{40}$  қисмини ташкил қилади. Туғилиш вақтига келиб бош мия ўз размерларига кўра ҳаммадан кўп ривожланган органларнинг бири бўлиб қолади, лекин бу ҳали унинг функционал имкониятларга эга эканлигини кўрсатмайди. Ҳаётнинг дастлабки 6 ойи мобайнида бош мия оғирлиги 86,3% га ортади. 2 яшардан 8 яшаргача бўлган даврда бош миянинг ўсиши секинлашади ва кейин унинг оғирлиги арзимас даражада ўзгариб боради.

Бола ҳаёти биринчи ярим йилининг охирига келиб, миясининг макроскопик кўриниши катта ёшли одамлар миясига яқинлашиб қолади-ю, лекин бир қанча морфологик хусусиятларга эга бўлади, боланинг бутун ҳаёти, жисмоний, руҳий ривожланиши, ташқи муҳитнинг талайгина омилларига кўрсатадиган реакцияларининг спецификлиги ана шу хусусиятларга боғлиқ бўлади.

Боланинг мия тўқимаси сувга бой, унда лецитин ва бошқа специфик оқсил моддалари кам бўлади. Эгатлари ва пушталари суст ифодаланган, миянинг кулранг моддаси оқ моддасидан яхши ажралиб турмайди. Бола туғилганидан кейин эгатлар ва пушталарнинг шакли, катталиги ўзгаришда давом этади: эгатлар чуқурроқ, пушталар йирикроқ ва узунроқ бўлиб қолади. Янги-янги майда эгатлар ва пушталар пайдо бўлади. Бу процесс дастлабки 5 йил мобайнида, айниқса, зўр бериб давом этадики, шу нарса бош мия катта ярим шарлари умумий юзасининг кенгайишига олиб келади.

Чақалоқ катта ярим шарларидаги нерв ҳужайраларининг сони катта ёшли одамдаги билан бир хил бўлади-ю, лекин улар ҳали етилмаган бўлади. Нерв ҳужайралари оддий дуксимон шаклда бўлиб, жуда кам нерв тармоқлари чиқаради ва бир-бирига нисбатан яқин жойлашади. Нерв ҳужайраларининг етилиб бориш процесси бош миянинг турли бўлимларида бир хилда тез бормайди: мия пўстлоғи ҳужайралари учун бу процесс 18—20 ойга келиб



тугалланади, узунчоқ мияда у 7 ёшга келганда поёнига етади. Тахминан худди шу вақтга келиб толаларининг миелинлашуви тугалланади.

Боланинг орқа мияси туғилиш вақтига келиб тузилиши жиҳатидан анча тўла-тўқис бўлиб қолади. Орқа мия катта ёшли одамдагига қараганда қиёсан узунроқ бўлади (шу муносабат билан болаларда орқа мия пункциялари III—IV бел умуртқалари орасидан қилинади).

Морфологик хусусиятларига яраша болада нерв системаси функцияларида ҳам бир қанча хусусиятлар бўлади. Мия пўстлоғи, пирамида йўллари, тарғил тана боланинг туғилиш вақтига келиб етарлича ривожланмай қолганлиги учун чақалоқнинг барча ҳаётий функцияларини оралиқ мия, яъни пўстлоқ ости марказлари идора этиб туради.

Ой-куни этиб туғилган боладунёга келган пайтидан бошлаб бир қанча туғма ёки шартли рефлексларга эга бўлади. Сўриш, ютиш, кўзни очиб юмиш, йўталиш, аксириш, дефекция, сийдик чиқариш акти, Бабинский, Керниг, Моро рефлекслари ва баъзи бошқа рефлекслар ана шулар қаторига киради. Бу рефлекслар организмни атрофдаги муҳитга мослаштириб боради ва ҳаётнинг дастлабки йили охиригача тез ўтадиган ва муҳим эволюцияга учрайди. Кўпчилик шартсиз рефлекслар примитив, табиатан жўн бўлади. Уларнинг йўқолиб кетиши тубан марказларнинг энди яхшироқ ишлай бошлаган олий марказларга тобе бўлиб қолганлигини кўрсатадиган белгидир (кўпчилик рефлекслар учун булар тарғил тана ва мия пўстлоғидаги марказлардир). Муайян муддатдан кейин ҳам уларнинг сақланиб қолиши ёки яна пайдо бўлиши патологик белги бўлиб ҳисобланади.

Юқорида айтиб ўтилган шартсиз рефлекслар асосида болада одамнинг ҳаётида муҳим аҳамиятга эга бўладиган шартли рефлекслар пайдо бўлиб боради, бошқача айтганда, биринчи сигнал системаси ривожланиб боради.

Бола туғилганида бош мияси катта ярим шарларининг пўстлоғи шартли рефлекслар ҳосил қилишга ҳозирнинг ўзидаёқ тайёр бўлади-ю, лекин чақалоқлик даврида бу рефлекслар жуда чекланган ҳажмда ҳосил бўлади, чунки соғлом чақалоқ уйғоқ ҳолда етадиган вақт жуда қисқа бўлади. Одатдаги ташқи таъсиротлар чақалоқнинг катта ярим шарлари пўстлоғи учун ҳаддан ташқари кучли таъсиротлар бўлиб ҳисобланади, шунга кўра марказий нерв системаси тез чарчаб қолади, нерв марказларининг қўзғалувчанлиги пасаяди, тормозланиш кучайиб, бола физиологик уйқу ҳолатига тушади.

Бола ҳаёти биринчи ойининг охири ва иккинчи ойининг бошларида унда барча анализаторларга алоқадор бўлган бир қанча шартли рефлекслар пайдо бўлади. Мана шу илк шартли рефлексларнинг пайдо бўлиши мия ва унинг олий бўлимлари — катта яримшарлар пўстлоғи — ўзининг асосий функциясини бажаришга киришганини: организм билан атрофдаги муҳит ўртасида алоқа ўрнатилган бошлаганини кўрсатади. Демак, болада ҳаётининг би-

ринчи кунларидан бошлаб олий нерв фаслияги ривожлана бошлайди.

Боланинг шартли рефлекслари олдинга оддий, элементар бўлади, лекин ҳаётининг 3-ойи охири ва 4-ойига келиб оқ болада бош мия пўстлоғининг анализаторлик функцияси ривожланиб келаётганини кўрсатувчи анча мураккаб, нозик дифференциалланган рефлексларни ҳосил қилиш мумкин.

Олий нерв фаолиятининг ривожланиши, яъни шартли рефлексларга эга бўлиш жуда тез суръатлар билан боради. Бола атрофдаги ташқи муҳит билан катта ёшли одамга қараганда анча осонроқ шартли алоқалар боғлайди. Ундаги шу алоқалар турғун ва ёрқин бўлади. Бунинг маъноси шуки, бола муайян юриш-туриш кўникмалари, одат-ўрганишларни қиёсан тез ҳосил қилиши мумкин, булар кейин узоқ вақтгача, аксари умр бўйи сақланиб қолади.

Шу билан бир вақтда янги ҳосил қилинган рефлекслар ноқулай ва кучли таъсиротлар натижасида осон сўниб кетадики, буни эсда тутиш керак. Бола ўзи ўрганмаган шароитга, масалан, касалхонага тушиб қолса, у кўпинча илгари ҳосил қилган кўникмаларини йўқотиб қўяди. Одатдан ташқари таъсиротлар ва таассуротлар бош мия пўстлоғининг ҳаддан ташқари таъсирланишига ва шу таъсиротнинг тарқалиб кетишига сабаб бўладики, бу — боланинг бесаранжом бўлиб, инжиқлик қилиши, йиғлаши, чинқириши ёки тормозланиб, бўшашиб қолиши, ҳадеб ухлай бериши билан ифодаланади.

Болада мураккаб хулқ-атворнинг ривожланиб бориши идрок этувчи периферик органлар бўлмиш сезги органларининг маълум даражада ривожланиши билан маҳкам боғланган. Эшитув, кўрув, ҳид билиш, туйғу, там билиш органлари сезги органларидир, бола туғилган вақтда буларнинг ҳаммаси ишлаб туради-ю, лекин унча мукаммаллашмаган бўлади.

Болада таъм билиш анча яхши ривожланган бўлади. Бола аччиқ ва ширин дориларни фарқ қилади, ширин аралашмаларни жон-жон деб ичади. Ҳид билиш камроқ ривожланган бўлади, бироқ баъзи кучли ҳидларни бола анча рўй-рост фарқ қилади. Туйғу ҳисси етарлича яхши ривожланган бўлади, масалан, лабларига қўл теккизиш эмиш ҳаракатларини қўзғатади. Юз, қўл ва оёқ кафтларининг териси нарсаларнинг тақалишини ҳаммадан кўра яхшироқ сезади. Оғриқ таъсиротларини бола одатда туғилган соати сезадиган бўлади.

Эшитув ва кўрув органларининг ривожланиб бориши ҳаммадан мураккабдир. Бола туғилган вақтидан бошлаб оқ нарсаларни кўриб, овозларни эшитади, лекин сезгилари аниқ бўлмайди. Эшитув рецепторлари чақалоқ болада етарлича ривожланган бўлади ва кучли товуш таъсиротларига чақалоқ чўчиб тушиш билан реакция кўрсатади. Бола 2 ҳафта яшаганидан кейин товуш манбаига бошини бура бошлайди, ҳаётининг 2-ойида эса у гудокни қўнғироқ овозидан ажратади, яъни товушларни фарқ қила бошлайди.

Кўз соққаларининг иккаласи уйғун ҳолда ҳаракат қила олмайдиган бўлгани учун чақалоқ бола кўпинча ғилайроқ бўлади, кўпинча болалар ёруғликка қарай олмайди, баъзан нистагм қайд қилинади. Ҳаётнинг 2—4-ҳафталарига келиб, бу ҳодисаларнинг ҳаммаси ўтиб кетади. Кўз ёш безлари ривожланган бўлади-ю, лекин марказий нерв системасидан келадиган импульслар етишмаслиги туфайли кўздан ҳали ёш чиқмайди. Ҳаётининг биринчи ойида бола кўзини жуда камдан-кам юмиб очади, 2 ойлик бўлганидан кейин кўздан ёш кела бошлайди. 3—4 ҳафталик бола очиқ рангли ўйинчоққа бир неча секунд, ҳаётининг 2-ойи охирига келиб бир неча минут кўз тикиб туради, 3 ойлик бўлган бола кўзини маълум нарсага қаратади. 6 ойликдан бошлаб болалар рангларни ажратадиган бўлиб қолади, 3 ёшдан бошлаб эса ранг номларини тўғри топади. Модомики шундай экан, атрофдаги дунёни бола сезги органлари орқали идрок этиб, билиб олади.

Боланинг хулқ-атворида нутқ — иккинчи сигнал системаси ғоят катта роль ўйнайди. Болалар нутқининг қарор топиши шартли рефлексларнинг ҳосил бўлиш қонунларига мувофиқ боради ва бир нечта босқичлар орқали ўтади. 2—3 ойлик бола одатда «ғулдирайди» — булар бўлғуси сўзларнинг ибтидоси, нутқ шовқинларидир. Иккинчи ярим йилликда нутқ пайдо бўла бошлайди. Бола айрим бўғинларни талаффуз қила бошлайди, баъзида эса такрорланаверадиган бўғинлар энди муайян маънони касб этади. Бир ёшга бориб болалар одатда 5—10 та сўзни билиб қолади. Ҳаётининг 2—3-йили нутқ айниқса, шиддат билан ва кенг кўламда ривожланиб боради. 2-йилга келганда боланинг лугат запаси тахминан 200 сўздан иборат бўлиши керак. Нутқ тақлид йўли билан ривожланиб боради, шунинг учун бола билан тўғри гаплашиш жуда муҳим. Биринчи сигнал системаси асосида келиб чиқадиган ва унга маҳкам алоқадор бўлган нутқ боланинг кейинчалик шаклланиб борадиган нерв фаолиятининг асосий ҳалқаси бўлиб қолади. Нутқ ривожланиши билан боланинг атрофдаги дунёни билиши ҳаддан ташқари тез ва жадал боради.

«Соғлом бола» тушунчасига боланинг хулқ-атвори, унинг эмоционал кайфу руҳияти ҳамда билим-малакаларининг ёшига тўғри келиш-келмаслиги ҳам киради.

Бола олий нерв фаолиятининг ривожланишини белгилаб берадиган ва асосий омил атрофдаги муҳитдир.

Боланинг ривожланиши ва тарбияси турмушининг маълум тартиб-маромидан (режимидан), унга зарур малакаларни сингдиришдан, ҳаракатлари, нутқининг тўғри ривожланиб боришини, шунингдек кайфу руҳиятини тетик, қувноқ бўлишини таъминлаб бера оладиган шарт-шароитлар яратиш: ҳар куни сайр қилиб туриш ва бошқа болалар ҳамда катта ёшли одамлар билан мулоқатда бўлишдан ташкил топади.

Бола учун ҳаётининг биринчи кунларидан бошлаб муайян кун тартиби, яъни режим белгиланиши керак. Кун тартиби, аввало боланинг уйқуси ва уйғоқлигини тўғри ташкил қилишни кўзда тутаяди. Чақалоқ бола 20—22 соат ухлайди ва унга фақат овқат-

лантириш режими белгиланади. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 ойлик болалар 16—18 соат, шулардан тунда 10—11 соат, кундузи 6—7 соат ухлайди (кундузи 1—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соат оралиқлар билан 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 соатдан 3—4 марта ухлайди). Бола ҳар сафар уйқудан уйғонганидан кейин, одатда, овқатланиши, ҳар сафар овқатланганидан кейин эса уйғоқ ётиши керак. 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 ойликдан 5—6 ойлик бўлгунича умумий уйқу муддати 16—16<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соатни ташкил этади (кундуз куни 2—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соатдан 3—4 маҳал), бола уйғоқ бўладиган ҳар бир давр 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соатдан 2 соатгача давом этади.

5—6 ойликдан 9—10 ойлик бўлгунича боланинг уйғоқ бўладиган даври босим 2—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соатгача узаяди, бир кеча-кундуздаги уйқу вақти умуман 15—16 соатга тенг бўлади, шулардан кундуз куни бола 5 соат ухлайди (2—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соатдан 3 маҳал). 9—10 ойлик бўлганидан кейин болалар кундузи икки маҳал ухлашга ўтиб, 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соатдан 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> гача уйғоқ бўлади, умумий уйқу муддати 15—14<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соатга тенг келади. 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ёшдан бошлаб болалар кундузи 3 соат чамаси бир марта ухлайди ва босим 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—6 соатгача уйғоқ бўлади.

Демак, бола ёши улғайган сайин уйғоқлик вақти аста-секин узайиб боради. Уйқу билан овқатланиш ўртасида ўтадиган шу вақт оралиқлари боланинг ривожланишига ёрдам берадиган қизиқ ўйинлар билан тўлдирилиши керак.

Мактабгача ёшдаги (3—7 яшар) болаларнинг режимини улар кундузи бир маҳал (2—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> соат) ухлайдиган ва тунгу уйқу 10—11 соатни ташкил қиладиган қилиб тузиш керак.

Бола ҳамиша маълум соатларда овқатланиб туриши лозим, уни неча марта овқатлантириш кераклиги ёшига қараб белгиланади (бу тўғрида мукамалроқ маълумот олиш учун «Овқатланиш» бўлимига қаралсин).

Болани ҳамиша бир вақтнинг ўзида ухлашга ётқизиш керак, шунда болада худди шу вақтга келиб ухлаш одати аста-секин пайдо бўлиб боради.

Бола осойишта ўйиндан кейин тинч жойда ухлагандагина ҳар қандай ёшда бўлса ҳам қаттиқ ухлаб қолади, бунда унинг кўзларига ёруғлик тушмаслиги, хона яхши шамоллатилган ёки форточкаси очиб қўйилган бўлиши керак. Болани тебратиш, қўлга олиб юриш, ашула айтиш, эртақ айтиб бериш, ўринда бирга олиб ётиш ярамайди. Тиниқиб ухлашнинг энг яхши йўли очиқ ҳавода ухлашдир. Мавсумга қараб тўғри кийинтирилган бола очиқ ҳавода жуда тез ва қаттиқ ухлаб қолади.

Ёшнинг иссиқ кунлари болани иссиқлаб кетишдан эҳтиёт қилиш керак. Болани очиқ ҳавода уйқуга ётқизиш, шу билан бирга каравотчасини дарахтлар тагига, сояга қўйиш керак, лекин ташқаридан кўра уй салқинроқ бўлса, болани деразалари очиқ хонага ётқизиш лозим.

Йилнинг иккинчи ярмини яшаб келаётган болалар учун сайр қилиб туриш соғломлаштирувчи восита бўлибгина қолмай, тарбия жиҳатидан ҳам катта аҳамиятга эгадир. Сайр вақтида бола бир талай хилма-хил таассуротларни олади, атрофдаги ҳамма нарса-

ларга қизиқиб қарайди. Юрадиган бўлиб қолган бола сайр вақтида ҳар хил тўсиқларга дуч келади, булардан ўтиш чаққонлик, топқирлик, журъатнинг ривожланишига ёрдам беради. Қиш пайтлари сайрга чиқилганда чана, куракчаларни, ёз пайтида челақчалар, қум идишлари, саватчаларни кўтариб олиш керак. Сайр учун болани тўғри кийинтириш муҳим. Совуқ пайтларда кийим енгил, иссиқ ва боланинг ҳаракатларига ҳалал бермаслиги учун қулай бўлиши лозим.

Бола ҳаётида ўйин ривожланиш ва турмушни билиб олиш востасидир. Асосий ҳаракатлар — чангаллаш, эмаклаш, ўтириш, ўриндан туриш, юриш, тирмашиб чиқиш ўйинда шаклланиб боради. Шу билан бирга ўйин нутқ, диққат-эътибор, кузатувчанлик, хотиранинг ривожланиб боришига, муайян хулқ-атвор нормаларининг ҳосил бўлишига, бўлғуси характер асосларини яратишга ёрдам беради.

Ўйинчоқлар муҳим аҳамиятга эгадир, бола бир ойлик бўлганидан кейин ўйинчоқларни кўриб туриши керак. Ўйинчоқлар характери боланинг ёшига қараб ўзгариб боради. 2—3 ойлик болага очиқ рангли, ялтироқ, йирик ўйинчоқни каравотчасининг устига 50—75 см баландликка осиб қўйиш зарур. 3 ойликдан катта бола учун кичикроқ ўйинчоқ бериш ва уни бола қўллари билан чангаллаб, ушлаб тура оладиган бўлиши учун кўкраги устига осиб қўйиш керак (думалоқ дастали шиқилдоқлар ва бошқаларни). 9—10 ойликдан бошлаб болага халқаларни таёқчага кийгизиш, копток думалатиш, қутичани очиб-бекитиш йўлларини кўрсатиш, кейин шу нарсаларни боланинг ўзи ўйнаши учун унга бериб қўйиш лозим.

Бола ҳаётининг иккинчи йилида бошқа болалар билан ўйнаш ва уларга тақлид қилиш эҳтиёжини сеза бошлайди. Бу ёшдаги болалар учун осон ювиладиган ўйинчоқлар, шунингдек, кўздан кечириш учун очиқ рангли, содда маъноли расмлар керак бўлади.

Учинчи йили боланинг ўйини анча хилма-хил ва мураккаб бўлиши керак (расм солиш, лой, қум, сув ўйнаш, майда ва йирик бинокорлик материалдан қуриш ва конструкциялар тузиш, қўғирчоққа кийимлар тикиш, идиш-товоқ, мебель, қийиб қисмларга ажратиладиган расмлар). Мана шу ёшда болани пухталиikka ва ўйинчоқларни асраб сақлашга ўргатиш керак.

Кўникмалар ҳосил қилиб бориш соғлом болалар учун катта аҳамиятга эга, шунга кўра кўникмаларни гўдакликдан бошлаб пайдо қилиб бориш лозим. Овқатни тўкмасдан ейиш асосий кўникмаларнинг биридир. Овқат вақтида боланинг кўкрагига рўмолча тутиб қўйиш зарур. 5—6 ойликдан бошлаб болага қўшимча овқат берилганда уни қошиқчадан овқатлантириш лозим. 7—8 ойликдан бошлаб болага идишдан ичишни, 8—9 ойдан бошлаб эса қошиқдан мустақил фойдаланишни ўргатиш керак. Қошиқни болани овқатлантириб бўлгандан кейин эмас, балки овқатлантириш олдидан бериш керак, чунки бола тўйиб олган бўлса, ўзича овқатланишга ҳаракат қилмай қўяди.

Боланинг ёши улғайиб борган сайин бошқа кўникма ва малакалар ҳам пайдо бўлиб, мустаҳкамланиб боради (овқат олдидан қўлларни ювиш, нон бурдасини олиб дастурхондан турмаслик, салфетка, дастурмолдан фойдаланиш малакалари).

Ювиниш, кийиниш ва ечиниш вақтларида ҳам мустақиллик кўникмаларини ривожлантириб бориш ҳамда шу процессларда болани актив иштирок этишга жалб қилиш керак. Бундай кўникмалар болаларда осон ва тез пайдо бўлади, лекин бунда нохуш сезгилар пайдо бўлишига йўл қўймаслик керак (ювинишда сувнинг совуқ ёки иссиқ бўлиши, кийинишда кийимнинг ноқулайлиги, аранг сиғиши, овқатнинг бемаза, масалан, тузи паст бўлиши ва бошқалар).

Болани кийимни тоза ва саранжом сақлашга ўргатиб бориш лозим. Учинчи йилга келиб, ечинганда кийим ва пойабзални жойига тахлаб қўйишга ва ҳатто пальтони илмоққа илиб қўйишга болаларни ўргатса бўлади. Мактабгача ёшдаги каттароқ болалар кичик болаларга қарашадиган бўлиши керак.

Болаларда гигиена кўникмаларини пайдо қилиб бориш экан, оғиз бўшлиғига қараб боришга алоҳида эътибор бериш лозим. Овқатдан кейин ҳар сафар оғизни чайиб ташлашга болаларни ўргатиш керак. Бирмунча каттароқ ёшдаги болалар ҳар куни тишларини тозалаб туришлари лозим.

Мактабгача ёшдаги болаларга сингдириладиган гигиена кўникмаларини мактаб ёшидаги болаларда мунтазам мустаҳкамлаб бориш лозим. Мактабга қатнайдиغان ўқувчи болада янги кун режими пайдо бўладики, бунга бекаму кўст амал қилиб бориш зарур бўлади. Бола маълум соатда ухлашга ётиши, тунги уйқу 9—10 соат давом этиши керак. Нонуштагача бола албатта гимнастика билан шуғулланиб, кейин чиниқтирадиган сув муолажасини қилиши лозим. Мактабдаги машғулотлардан кейин ёки улардан олдин бола камида 2 соат очиқ ҳавода юриши керак. Мактаб ёшидаги боланинг режимига ўйинлардан ташқари мактабда ҳам, уйда ҳам бажариладиган меҳнат процесслари қўшилади. Ҳар қандай ёшда ҳам болаларни нерв системасини бир томонлама қўзғатадиган дағал таассуротлар билан ортиқча зўриқтириш ярамайди. Болаларга телевизордан тегишли ёшда кўришга тавсия этиладиган эшиттиришларнигина томоша қилишга рухсат этилади. Яхши шамоллатилмайдиган уйда қимирламасдан ўтириш, кўзга зўр бериш билан алоқадор ҳар қандай қизиқишларга қарши кураш усули уларни тақиқлаб қўйишдан иборат бўлмай, балки анча қизиқарли соғлом машғулотларни пропаганда қилиш ва ташкил этишдан иборат бўлиши керак.

## ЭНДОКРИН СИСТЕМАСИНING ХУСУСИЯТЛАРИ

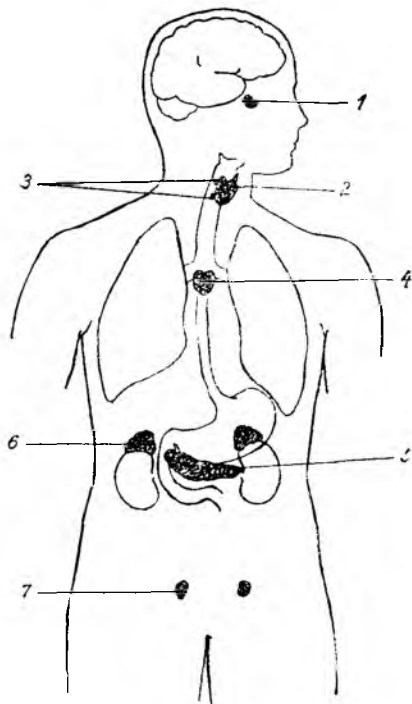
Эндокрин безлари ёки ички секреция безлари гормонлар ишлаб чиқариш ва ажратиш туришдек характерли хусусиятга эгадир. Гормонлар актив моддалар бўлиб, асосий таъсири муайян фермент реакцияларини стимуллаш ёки тормозлаш, ҳужайра

пардасининг ўтказувчанлигига таъсир кўрсатиш йўли билан моддалар алмашинувини идора этиб туришдан иборатдир. Гормонлар тўқималарнинг ўсиши, ривожланиши, морфологик жиҳатдан дифференциаланиши учун ва хусусан ички муҳитни доим бир хилда сақлаб туриш учун аҳамиятга эга. Боланинг нормал ўсиши ва ривожланиб бориши учун ички секреция безлари нормал ишлаб туриши зарур.

Ички секреция безлари организмнинг турли қисмларида жойлашган бўлиб, ҳар хил тузилишга эга. Эндокрин органлар болаларда морфологик ва физиологик хусусиятларга эга бўлади, уларнинг мана шу хусусиятлари ўсиш ва ривожланиш процессида муайян ўзгаришларга учраб боради.

Ички секреция безларига гипофиз, қалқонсимон без, қалқонсимон без олди безлари, айрисимон без, буйрак усти безлари, меъда ости беши, эркаклар жинсий безлари, аёллар жинсий безлари киради (15-расм). Эндокрин безларнинг қисқача таърифига тўхталиб ўта-  
**миз.**

Гипофиз овал шаклидаги кичкина ички секреция беши бўлиб, калла суюги асосидаги турк эгари чуқурчасига жойлашгандир. Гипофиз олдинги, орқа ва оралиқ бўлақлардан ташкил топган, унинг бу бўлақлари гистологик жиҳатдан ҳар хил тузилишга эга, шунинг учун ҳам у ҳар хил гормонларни ишлаб чиқаради. Туғилиш вақтига келиб гипофиз етарлича ривожланган бўлади. Бу без нерв тутамлари ёрдамида марказий нерв системасининг гипоталамик соҳаси билан жуда маҳкам алоқада бўлади ва ўша нерв тутамлари билан биргаликда ягона функционал системани ташкил қилади. Гипофиз орқа бўлагининг гормонлари ва олдинги бўлагининг баъзи гормонлари амалда нейросекретлар кўринишида гипоталамусда ҳосил бўлиши, гипофиз эса улар фақат тўпланиб турадиган жой эканлиги сўнгги вақтларда исботланди. Бундан ташқари, гипофизнинг фаолияти буйрак усти безлари, қалқонсимон ва жинсий безлардан ишланиб чиқадиган ҳамда қонда айланиб юрадиган гормонлар билан идора этилади.



15-расм. Ички секреция безларининг олган жойлари.

1 — гипофиз. 2 — қалқонсимон без; 3 — паратиреоид безлар; 4 — айрисимон без; 5 — меъда ости беши; 6 — буйрак усти безлари; 7 — жинсий без.

Гипофизнинг олдинги бўлаги, ҳозирги вақтда аниқлангандек, қуйидаги гормонларни ишлаб чиқаради: 1) танадаги барча органлар ва тана тўқималарининг ривожланиши ҳамда ўсишига бевосита таъсир кўрсатадиган ўсиш гормони ёки соматотроп гормон (СТГ); 2) қалқонсимон без функциясини стимуллайдиган тиреотроп гормон (ТТГ); 3) буйрак усти безларининг углевод алмашинувини идора этувчи функциясига таъсир кўрсатадиган адренкортикотроп гормон (АКТГ); 4) лютеотроп гормон (ЛТГ); 5) лютеинловчи гормон (ЛГ); 6) фолликулларни стимуллоғчи гормон (ФСГ). Шуни айтиб ўтиш керакки, ЛТГ, ЛГ ва ФСГ гонадотроп гормонлар деб аталади, булар жинсий безларнинг этилишига таъсир кўрсатади, жинсий гормонлар биосинтезини стимуллайди. Гипофизнинг олдинги бўлаги терида пигмент ҳосил бўлишини стимулловчи меланформ гормон (МФГ) ишлаб чиқаради. Гипофизнинг орқа бўлаги: артериал босим даражасига, жинсий ривожланишга, диурез, оқсил ва ёғлар алмашинувиغا, бачадон қисқаришларига таъсир кўрсатувчи вазопрессин, окситоцин гормонларини ишлаб чиқаради.

Гипофиздан ишланиб чиқадиган гормонлар қон оқимиغا тушиб, қон билан бирга у ёки бу органларга боради. Қандай бўлмасин бирор хил сабабларга кўра гипофиз фаолияти бузилиши (функциясининг кучайиши, сусайиши, йўқолиб кетиши) натижасида жуда хилма-хил эндокрин касалликлар пайдо бўлиши мумкин (акромегалия, гигантизм, Иценко-Кушинг касаллиги, бўй ўсмай қолиши, адипозогенитал дистрофия, қандсиз диабет ва бошқалар).

Қалқонсимон без иккита бўлак ва бўйинчадан ташкил топган бўлиб, трахея билан ҳиқилдоқнинг олдинги томонида ва иккала тарафида жойлашгандир. Боланинг туғилиш вақтига келганда бу без тузилишининг етилмаганлиги билан ажралиб туради (фолликулалари кичикроқ ва коллоиди камроқ миқдорда бўлади).

Қалқонсимон без гипофизнинг тиреотроп гормони таъсири остида таркибида 65 % дан ортиқроқ йод бўладиган трийодтиронин ва тироксин ишлаб чиқаради. Бу гормонлар моддалар алмашинуви, нерв системаси фаолияти, қон айланиш аппаратиغا кўп томонлама таъсир кўрсатади, ўсиш ва ривожланиш процессларига, инфекция ва аллергия процессларининг ўтишига таъсир қилади. Демак, қалқонсимон без функциялари жуда мураккаб.

Қалқонсимон без фаолияти туғма аномалиялар (камчиликлар) ёки турмушда ортирилган касалликлар муносабати билан бузилиши мумкин, бу — клиник жиҳатдан гипотиреоз, эндемик бўқоқ манзараси билан ифодаланади.

Қалқонсимон без олдидаги безлар, яъни паратиреоид безлар жуда майда безлар бўлиб, одатда қалқонсимон безнинг орқа юзасида жойлашади. Кўпчилик одамларда тўртта паратиреоид без бўлади. Паратиреоид безлар кальций алмашинувиغا катта таъсир кўрсатадиган, суякларнинг оҳакланиши ва декальцификацияланиши процессларини идора этиб борадиган паратгормон ишлаб чиқаради. Паратиреоид безларнинг касалликлари гормоннинг кам



**ёки кўп ишлаб чиқарилиши (гипопаратиреоз, гиперпаратиреоз) билан давом этиши мумкин (бўқоқ беши ёки айрисимон без тўғрисида «Лимфа системасининг анатомик-физиологик хусусиятлари» бўлимига қаралсин).**

Буйрак усти безлари ички секрецияга кирадиган жуфт безлар бўлиб, қорин бўшлиғининг орқа-устки қисмида жойлашган ва буйракларнинг юқори учига тақалиб туради. Буйрак усти безлари оғирлик жиҳатдан чақалоқда катта ёшли одамдаги билан бир хил, аммо ривожланиши ҳали охирига етмаган бўлади. Уларнинг тузилиши билан функцияси бола туғилганидан кейин талайгина ўзгаришларга учрайди. Ҳаётнинг биринчи йилларида буйрак усти безларининг оғирлиги камаюди ва препубертат даврда катта ёшли одам буйрак усти безларининг оғирлигига (13—14 г га) етиб қолади.

Буйрак усти беши пўстлоқ моддаси (ташқи қатлами) ва мия моддаси (ички қатлами)дан ташкил топган, булар организм учун зарур гормонларни ишлаб беради. Буйрак усти безларининг пўстлоғи бир талай стероид гормонлар ишлаб чиқаради ва уларнинг баъзиларигина физиологик жиҳатдан актив бўлади. Буларга қуйидагилар киради: 1) гликокортикоидлар (кортикоостерон, гидрокортизон ва бошқалар), булар углевод алмашинувини идора этади ва оқсилларнинг углеводларга айланишини осонлаштиради, анчагина яллиғланишга қарши ва десенсибиловчи таъсирга эга бўлади; 2) сув — туз алмашинувиға таъсир қиладиган минералокортикоидлар, булар организмда натрийнинг ўзлаштирилиши ва сақланиб туришига шароит яратади; 3) организмга жинсий гормонлар сингари таъсир кўрсатадиган андрогенлар. Бундан ташқари, бу гормонлар аминокислоталар, полипептидлар синтезига қорқилиб, оқсиллар алмашинувиға анаболик таъсир кўрсатади, мускул кучи, тана вазнини оширади, ўсишни тезлаштиради, суяклар структурасини яхшилаиди. Буйрак усти безларининг пўстлоғи ҳаммиша адренортикотроп гормон ва бошқа аденогипофизга маҳсулотларни ишлаб чиқарадиган гипофиз таъсири остида ишлаиди.

Буйрак усти безларининг мия қаъати адреналин ва норадреналин ишлаб чиқаради. Ана шу иккала гормон артериал босимни кучайтириш, қон томирларини қисқартириш (юракнинг тож томирлари ва ўпка томирлари бунга кирмайди; бу томирлар шу гормонлар таъсиридан кенгайди), ичак ва бронхларнинг силлиқ мускулларини бўшаштириш хоссасига эгадир. Буйрак усти беши мия қавати шикастланганида, масалан, унга қон қуйилганида адреналин ишланиб чиқиши камаюди, чақалоқнинг ранги оқариб, адинамиа бошланади ва бола ҳаракат етишмовчилиғи ҳодисалари билан ўлиб кетади. Буйрак усти безлари туғнишдан ривожланмай қолса (гипоплазияга учраса) ёки бўлмаса ҳам худди шундай манзара кўрилади.

Буйрак усти безлари функцияларининг хилма-хил бўлиши буйрак усти безларининг пўстлоғи кўпроқ шикастланиши билан ўтадиган касалликларнинг клиник кўринишларини ҳам хилма-хил

қилиб қўяди (Аддисон касаллиги, туғма адрено-генитал синдром, буйрак усти безлари ўсмалари ва бошқалар).

Меъда ости беzi меъданинг орқасида, қориннинг орқа деворида тахминан II ва III бел умуртқалари дамида жойлашган. Бу бирмунча катта без бўлиб, оғирлиги чақалоқда 4—5 г ни ташкил этади, балоғатга етиш даврига келиб 15—20 барабар катталашади. Меъда ости беzi ташқи секретор функция (трипсин, липаза, амилаза ферментларини ишлаб чиқаради) билан ички секретор функцияга эгадир (инсулин ва глюкагон гормонларини ишлаб чиқаради). Гормонлар панкреатик оролчалардан ишланиб чиқади, булар ҳужайра тўпламларидан иборат бўлиб, меъда ости безининг бутун паренхимасига тарқалгандир. Бояги гормонлардан ҳар бири тахассуслашган алоҳида ҳужайралардан ишланиб чиқади ва туғридан-туғри қонга тушади. Бундан ташқари, безнинг майда-майда чиқариш йўлларида алоҳида модда — жигарда ёғ тўпланиб қолишига йўл қўймайдиган липокаин ишланиб чиқади.

Меъда ости беzi гормони—инсулин организмдаги энг муҳим анаболик гормонларнинг биридир, у барча алмашинув процессларига каттагина таъсир кўрсатади ва биринчи галда углеводлар алмашинувини идора этиб турадиган қудратли восита бўлиб ҳисобланади. Углеводлар алмашинувининг идора этилишида инсулиндан ташқари гипофиз, буйрак усти безлари, қалқонсмон без ҳам иштирок этади.

Панкреатик оролчаларнинг бирламчи шикастланиши ёки нерв системасидан келадиган таъсирлар натижасида функциясининг сусайиб қолиши туфайли, шунингдек гуморал омиллар туфайли қандли диабет касаллиги пайдо бўлади, бу касалликда инсулин етишмовчилиги асосий патогенетик фактор бўлиб ҳисобланади.

Жинсий без — мойк ва тухумдонлар — жуфт органлардир. Янги туғилган ўғил болаларнинг маълум қисмида мойкнинг бири ёки иккаласи ёрғоқда бўлмай, балки чов каналида ёки қорин бўшлиғида туради. Одатда улар бола туғилганидан кейин тез орада ёрғоққа тушади. Кўпгина ўғил болаларда мойклар андак таъсиротдан ҳам ичкарига тортила беради ва бу ҳеч бир давони талаб қилмайди. Жинсий безлар функцияси гипофиз олдинги бўлагининг секретор фаолиятига бевосита боғлиқдир. Ёш гўдаклик даврида жинсий безлар қиёсан кам роль ўйнайди. Улар балоғатга етиш даврига келиб ишлай бошлайди. Тухумдонлар тухум ҳужайраларини ҳосил қилишдан ташқари эстрогенлар деган жинсий гормонларни ишлаб чиқаради, бу гормонлар аёл организми, унинг жинсий аппарати ға иккиламчи жинсий белгиларининг ривожланишини таъминлайди.

Моякларда эркак жинсий гормонлари — тестостерон ва андростерон ишланиб чиқади. Ўсиб келаётган организмга андрогенлар мураккаб ва ҳар томонлама таъсир кўрсатади.

Пубертат даврда иккала жинсга мансуб шахсларда ҳам мускулатуранинг ўсиши ва ривожланиши анча кучаяди.

Жинсий гормонлар жинсий ривожланишни стимуллайдиган

асосий моддалар бўлиб, иккиламчи жинсий белгиларнинг юзага келишида иштирок этади (ўсмирларда соқол-мўйлов ўсиб чиқиши, овознинг ўзгариши ва бошқалар, қиз болаларда сут безларининг ривожланиши, қов, қўлтиқ ости чуқурчаларида жун пайдо бўлиши, чаноқ шаклининг ўзгариб бориши ва бошқаларда). Жинсий балоғатга етиб қолганликни кўрсатадиган белгиларнинг бири қиз болаларда ҳайз бошланиши (тухумдондаги фолликуллардан бирида вақт-бевақт тухум ҳужайра етилиб туриши), ўсмирларда поллюциялардир (уйқу вақтида сийдик чиқариш каналидан сперматозоидлар аралаш суюқлик чиқиши, ихтилом).

Жинсий балоғатга етиш процесси нерв системаси қўзғалувчанлигининг кучайиши, серзарда бўлиб қолиш, психика, характер, фел-атворнинг ўзгариши билан бирга давом этиб боради, одамда янги майл — қизиқишлар пайдо қилади.

Боланинг ўсиши ва ривожланиши процессида барча ички секреция безларининг фаолиятида жуда мураккаб ўзгаришлар бўлиб ўтади. Шу муносабат билан ривожланишнинг турли даврларида, яъни турли ёшларда эндокрин безларининг роли ҳам ҳар хил аҳамиятга эга бўлади.

Она қорнидан ташқаридаги ҳаётнинг биринчи ярим йили мобайнида боланинг ўсиб боришига, афтидан, айрисимон без катта таъсир кўрсатади.

5—6 ойдан кейин бўлада қалқонсимон без функцияси зўрая бошлайди ва шу без гормони дастлабки беш йил мобайнида, ўсиш ва ривожланиш ҳаммадан кўра тезроқ ўзгариб борадиган даврда жуда катта таъсир кўрсатиб туради. Ёш улғайган сайин қалқонсимон безнинг оғирлиги билан катталиги аста-секин орта боради, 12—15 ёшда унинг шу тариқа ортиши айниқса, зўраяди. Шу муносабат билан препубертат ва пубертат даврда, хусусан қиз болаларда, қалқонсимон без сезиларли даражада катталашиб қолади, унинг бундай катталашуви одатда функциясининг издан чиқиши билан бирга бормайди.

Гипофизнинг ўсиш гормони ҳаётнинг дастлабки беш йилида қиёсан камроқ аҳамиятга эга бўлади, тахминан 6—7 ёшда бу гормон таъсири сезиларли бўлиб қолади. Препубертат даврда қалқонсимон без ва гипофиз олдинги бўлагининг функционал фаолияти яна зўраяди.

Жинсий балоғатга етиш даврида гипофиздан гонадотроп гормонлар, буйрак усти безларидан андрогенлар ва хусусан жинсий безлардан гормонлар ишланиб чиқиб, умуман бутун организм функцияларига таъсир кўрсата бошлайди.

Барча ички секреция безлари бир-бири билан ва марказий нерв системаси билан мураккаб коррелятив алоқада бўлади ва функционал жиҳатдан ўзаро таъсир қилиб туради. Мана шу алоқаларнинг механизмлари ниҳоят даражада мураккаб бўлиб, ҳозирги вақтда ҳам уларни охиригача ечиб берилган деб ҳисоблаш мумкин эмас.

## ТЕРИ ВА ТЕРИ ОСТИ КЛЕТЧАКАСИНING АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Янги туғилган ва эмадиган боланинг терисида асосан қуйидаги анатомик хусусиятлар бўлади. Шох қатлами юпка, эпидермиси умуман ширадор, юмшоқ, базаль мембранаси етилмаган, нозик бўлади. Шу муносабат билан бирмунча кўпроқ ривожланган эпидермис ва бирмунча камроқ ривожланган дерма, яъни асл тери бир-бири билан жуда суст боғлангандир. Қон томирлари одатда ривожланган ва мўл-кўл.

Эмадиган соғлом боланинг териси ним пушти рангда, бахмалдай мулоим, силлиқ, нозик бўлади. Тер безлари боланинг туғилиш вақтига келиб, гарчи тўла-тўқис шаклланиб олса-да йўллари унча ривожланмаган бўлади ва тер ажратувчи марказларнинг етилмаганлиги туфайли ишламай туради. Бу безлар ҳаётнинг 3—4 ойига бориб ишлай бошлайди. Ёғ безлари эмбрионал ҳаёт давридаёқ ишга туша бошлайди, бола туғилганидан кейин бекаму кўст ривожланган бўлади ва бир талай секрет ишлаб чиқаради.

Чақалоқнинг бошидаги сочлари одатда яхши ривожланган, лекин ўзаги бўлмаганлигидан юмшоқ бўлади. Бола туғилганидан кейин 4—8 ҳафта ўтгач сочларининг кўпгина қисми тушиб кетади ва аста-секин янгилари билан алмашилиб боради. Ой-куни етилиб туғилган болада эмбрионал туклар куракларининг ўртасида ва елка камарида бўлади, холос. Бола туғилганидан кейин кўп ўтмай, улар тушиб кетади.

Ой-куни етилиб туғилган чақалоқда тери ости ёғ қатлами мўл-кўл ривожланган бўлади, чақалоқнинг думба ва чов, тирсак ва бошқа букумларидаги бурмаларнинг чуқур-чуқур бўлиши ҳам шунга боғлиқ. Тери ости ёғ қатламининг мўл-кўл ривожланганлиги иссиқни сақлаб турадиган яхши ҳимоя тариқасида ва запас озиқ модда тариқасида бола учун катта аҳамиятга эгадир. Тери ости ёғ қатлами ҳамма жойда ҳам бир хилда ривожланган эмас: чақалоқда у лунжлар, сонлар, болдир, елкалар, билакларда яхши ва қоринда камроқ ривожланган бўлади. Кейинчалик ёғ қатлами ҳаммадан тезроқ юзда ва секинроқ қоринда кўпайиб боради, ярим ёшга келганда энг кўп даражага етади, шундан кейин ёғ тўпланиб бориши бирмунча вақтга тўхталиб қолади.

Гўдак болалар ёғининг таркиби шу билан фарқ қиладики, унда суюқланиш нуқтаси бирмунча юқорироқ бўладиган пальмитин ва стеарин кислоталар кўпроқдир. Шу муносабат билан ҳаётининг биринчи ойларини яшаб келаётган болаларда тери ости ёғ қатлами совуқ таъсирида ёки қандай бўлмасин бирор оғир касалликлар туфайли баъзан бирмунча қаттиқроқ бўлиб қолади.

Боланинг териси кўпдан-кўп функцияларни бажаради, унинг бу функциялари, хусусан гўдаклик даврида ўзига хос хусусиятларга эга бўлади. Бола терисининг нерв аппарати (тери рецепторлари) етарлича ривожланмаган ва тери функцияси кўп жиҳатдан унда ҳали мукаммаллашмаган бўлади. Марказий нерв

системаси, хусусан бош мия пўстлоғи, аста-секин ва изчиллик билан дифференцияланиб борган сайин терининг функциялари ҳам ривожланиб, мукамал бўлиб боради.

1 Терининг асосий функцияларидан бири ҳимоя функцияси, яъни зарарли ташқи таъсиротлардан организмни сақлаб туришдир. Гўдак болада терининг мана шу ҳимоя функцияси номукамал, чунки терининг юза қатламлари жуда нозик ва юпқа, шу сабабдан ҳам осон чақаланадиган бўлади. Бола терисининг ёрилган ва шилинган жойлари ҳар қандай инфекция учун кириш дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин.

2 Шу билан бир қаторда боланинг териси катта ёшли одамнинг терисига қараганда бирмунча юксак тикланиш хусусиятига эга бўлади, болалар терисидаги жароҳатларнинг устида грануляция ва эпителизация катта ёшдаги одамлардагига нисбатан бирмунча тезроқ боради.

3 Тери иссиқликни идора этиб турадиган муҳим органдир. Болада марказий нерв системасининг иссиқликни идора этувчи функциялари етарлича ривожланмаган ва тери сирти орқали бир талай намлик ва иссиқлик чиқиб турадиган бўлгани учун терининг шу функцияси жуда етишмайдиган бўлади. Шу сабабдан ҳам ҳаво температураси пасайганида бола бадани тез совқотиб қолади ва температура кўтарилганида иссиқлаб кетади.

4 Болаларда терининг ажратиш функцияси яхши ривожланган, чунки терининг шох қатлами юпқа, терида қон айланиши кучли ва терининг юзаси қиёсан катта бўлади. Тери ёғи, тер, шох тангачалари билан бирга организмдан бир қанча алмашинув маҳсулотлари, шунингдек сув чиқиб кетади, сув тери юзасидан буғланиб кетади.

5 Терининг нафас функцияси атрофдаги ҳавога карбонат ангидрид ва сув чиқариб туриш билан ифодаланади. Бола организмнинг ҳаёт фаолиятида терисининг шу функцияси катта ёшли одамлардагига қараганда анчагина кўпроқ роль ўйнайди.

6 Бундан ташқари терида организмдаги фосфор-кальций алмашинувида, хусусан ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларда муҳим роль ўйнайдиган витамин D<sub>3</sub> синтез бўлиб туради.

Гўдак бола терисининг аҳволига баҳо беришда терининг иккита хусусияти: эластиклиги билан тургори муҳим аҳамиятга эга.

Терининг эластиклиги қориндаги терини ўнг қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан ушлаб, бурма қилиб кўришга қараб белгиланади. Бурма қилиб йиғилган тери тез ёзилиб кетадиган бўлса, эластиклиги нормал ҳисобланади, борди-ю, бурма дарров ростланмай, секин ростланса, терининг эластиклиги йўқолган ёки издан чиққан бўлади. Организм сувсизланиб қолганида, сувни тез йўқотиб қўйганида, хусусан меъда-ичак касалликларида кўпинча ана шундай ҳодиса кузатилади.

Тери тургори — бармоқ босиб кўрилганида тери ва барча юшоқ тўқималарнинг қаршилик кўрсатиб туришидир. Тери тургори сонларнинг ички юзасидан аниқланади. Болада овқат ҳазми бир-

дан ёки сурункасига айнаб қолган пайтларда тери тургори кўпинча сусайиб кетади.

Бола териси анатомик-физиологик хусусиятларга эга бўлганлиги муносабати билан унга айниқса яхши парвариш қилиб туриш керак бўлади.

### Терига парвариш қилиш

Боланинг терисига парвариш қилиш болани чўмилтириш (ванна), тагини ювиш, эрталаб тозалаб, саришталаш сингари бир қанча гигиена муолажаларидан, шунингдек, тери бичилишининг олдини олиш, терининг сочили қисмларига, тирноқларига қараб боришдан иборатдир.

**Болани чўмилтириш (ванна).** 6 ойгача болани ҳар куни, 6 ойдан то 12 ойгача кун ора, ёшига тўлганидан кейин камида ҳафтасига икки марта, 4—5 ёшидан бошлаб ҳафтасига бир марта чўмилтириб туриш керак (чўмилтириш қойдалари тўғрисида «Чақалоқ бола» бўлимига қаралсин). Болалар қум билан ўйнаб тез кир бўлиб турадиган ёз вақтларида уларни ёшидан қатъи назар ҳар куни чўмилтириб туриш лозим. Болани фаянс, сирланган, рухланган ваннада чўмилтирган маъқул. Бу ванналарнинг афзаллиги шундаки, уларни тоза сақлаш қийин эмас. Уларда катта ёшли одамларнинг кийим-кечаклари ёки ҳатто боланинг йўрғақларини ҳам ювиш мумкин эмас. Болани чўмилтириш олдидан ва чўмилтириб бўлгандан кейин ванна совун ҳамда чўтка билан яхшилаб ювилади ва тоза сув билан чайқаб ташланади. Болани чўмилтириш учун энг яхши совун «Детское» совунидир, чунки у терини таъсирлантирмайди. Ҳафтасига 2 марта совун ишлатиш кифой. Совун суртиш учун ювилган дока ёки юмшоқ газлама (бир бўлак фланель, пахмоқ қўлқоп)дан фойдаланиш керак. Булутлар гигиеник жиҳатдан унча боп эмас, чунки ювинтиришда орасига кириб қоладиган кирни улардан чиқариб ташлаш қийин. Аввал боланинг юзи совунсиз ювилади, кейин боши, сўнгра бадани совун билан ювилади. Чўмилтириш муддати ҳаётнинг биринчи йилини яшаб келаётган болалар учун 5 минутгача, 2-йили 8—10 минут, 2 йилдан кейин 10—20 минут. Болани яхшиси овқатлантириш олдидан чўмилтириш керак. Кўпинча бола охиридан олдинги ёки охири овқат олдидан, яъни тунги уйқу олдидан чўмилтирилади. Чўмилтиришда ишлатиладиган сув температураси ҳаётнинг биринчи ярим йилида 36—37°C, иккинчи ярим йилида шундан 1°C паст бўлиши керак.

**Боланинг тагини ювиш.** Боланинг ичи келганидан кейин ҳар сафар, шунингдек, уйқудан турганидан кейин эрталаб иссиқ сув билан, яхшиси оқиб турган (иссиқ сув бўлса — жўмракдан ёки кружкадан оқиб турган) сув билан таги ювилади. Тери аңчагина ифдосланган бўлса, болани яхшиси совунлаб ювиш керак.

Қиз болани олдидан орқасига қараб тагини ювиш лозим, шунда думбалар ва орқа тешик соҳасини ювиб тушадиган сув жинсий органларга кириб қолмайди. Боланинг тагини ювиб бўлгандан

кейин йўргак босилиб қуритилади ва керак бўлса, стерил мой суртиб қўйилади.)

Бола сийганидан кейин қуруқ йўргак босиб, терисини қуритиб олиш, лекин тагини ювмаслик керак, чунки ҳа деб боланинг тагини юва бериш эпидермиснинг пўст ташлаб, кўчиб тушишига сабаб бўлади. Бу — тери бичилишига олиб келиши мумкин.

Болага парвариш қилиш ишида камчиликлар бўлса, шунингдек бола иссиқлаб кетса, териси бичилади (қизариб чиқади, баъзан пилчираб ҳам туради). Кўпинча думба, сонларнинг ички юзаси, човдаги тери бурмалари, баъзан бўйин, қўлтиқ ости чуқурчалари, қулоқ орқаси ва бошқа жойлардаги тери бурмалари бичилади.

Тери бичилишининг олдини олиш учун мана шу жойларнинг ҳаммасига ёғ суртиб қўйиш зарур. Яхшиси стерил ўсимлик мойи, масалан кунгабоқар мойидан фойдаланиш керак. Балиқ мойи ёки вазелин мойидан ҳам фойдаланса бўлади. Терига мойни бир бўлак пахта ёки дока билан суртиш лозим. Бу усул присипка сепиб қўйишдан анча яхши. Присипкалардан майда қилиб кукунланган тальк ҳаммадан маъқул деб ҳисобланади. Присипкаларнинг бошқа ҳамма турлари кесак-кесак бўлиб қолади, булар микроблар кўпаядиган жой бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Бадан бичилган бўлса, тери бурмалари сув билан ювилмасдан, балки стерил мойга сал ҳўллаб олинган бир бўлак пахта билан тозаланиб, мой суртиб қўйилади.

**Терининг сочли қисмига парвариш қилиш.** Эмадиган болалар бошининг терисида, баъзида эса қошларининг терисида ҳам қасмоқлар пайдо бўлади. Улар тери шох қатлами ҳужайралари ҳамда ёғ безларидан чиқадиغان ёғдан иборатдир. Бу ҳодиса себорея деб аталади. Уша қасмоқлар тагида кўпинча микроблар пайдо бўлади ва тери тирналганида йирингли касаллиқлар вужудга келиши мумкин. Терида тангачалар ёки қасмоқлар пайдо бўлса, ўша жойларига стерил ёки қиздириб олинган ўсимлик мойи суртиб қўйиш керак. Қасмоқлар анча қалин бўлса, мойли компресслар қўйиш тавсия этилади. Тўрт қават қилиб букланган дока ёки бошқа газлама стерил ёки қиздириб олинган ўсимлик мойига бўктирилади, устидан компресс қоғози қўйилиб, бинт билан боғланади. 12 соатдан кейин компрессни олиш мумкин. Қасмоқлар юмшайди ва пинцет билан осон олиб ташланади ёки уларга ёпишиб қолган сочлар билан бирга қайчилаб кесиб ташланади. Тароқ билан тараб қасмоқларни кетказиш тавсия этилмайди. Бошни иссиқ сув билан совунлаб ювиш қасмоқларнинг тушиб кетишини осонлаштиради. Бунда қасмоқлар дарров тушиб кетмаса, бир неча кундан кейин бошни ювиш вақтида тушиб кетади.

**Тирноқларга қараб бориш.** Бола ҳаётининг дастлабки ҳафтасидан бошлаб тирноқларини олиб туриш керак. Тирноқлари ўсиб кетса, бола баданини салга чақа қилиб олиши мумкин ва тирноқлари тагида кўпинча кир тўпланади. Қўл бармоқларидаги тирноқларни ҳам, оёқ бармоқларидаги тирноқларни ҳам ўсган сайин, лекин камида ҳафтасига бир марта олиб туриш керак. Тирноқларни олиш учун кичкина қайчилардан фойдаланиш лозим. Қўл

бармоқларидаги тирноқлар думалоқ қилиб, оёқ бармоқларидаги тирноқлар тўғри қилиб олинади.

**Болани эрталаб тозалаб-саришта қилиш.** Бола эрталаб уйғонганидан кейин ҳар куни уни тозалаб, озода қилиб қўйиш зарур. Унинг юзи, таги ювилиб, устига тоза қуруқ кийим кийгизилади. Шу билан бирга шиллиқ пардалари ҳам тозаланади. Боланинг кўзлари 2% ли борат кислота эритмаси ёки қайнаган сув билан кўзнинг ташқи бурчагидан ички бурчагига қаратиб ювилади. Хар қайси кўзи учун алоҳида пахта тампонлар, олдин нам тампон, кейин қуруқ тампон ишлатилади. Боланинг бурни пахта пиликлар билан тозаланади. Тоза қўл билан пахтадан кичикроқ пилик қилинади ва уни қаттиқ бўлиши учун қўл кафтлари орасида пиштиради. Мойга (вазелин, кунгабоқар мойига) ҳўлланган пилик боланинг бурун йўлига киритилиб, бармоқларнинг енгилгина айланма ҳаракати билан ичкарироқ сурилади. Бурун йўлларида шиллимиш, қалоқ, ифлослар бўлса, улар пиликка илашиб чиқади. Бурунни тозалаш учун устига пахта ўралган гугурт чўп ёки таёқчалар ишлатиш ярамайди.

Ташқи эшитув йўллари ҳам ўша ерда тўпланиб борадиган қулоқ мумидан 1—2 ҳафтада бир марта тозалаб турилади. Бу мақсад учун пиликларни яхшиси борат кислота эритмаси ёки сув билан ҳўллаб олиш, эшитув йўлини қуриштириш учун қуруқ пиликлардан фойдаланиш керак. Пиликларни жуда ичкари тиқиш ярамайди. Янги туғилган ва эмадиган болаларнинг эшитув йўли жуда тор бўлади. Шу муносабат билан болани чўмилтириш вақтида қулоғига сув кириб қолса, унда осон туриб қолади, эшитув йўли тери тангачалари ивиб, кўчиб тушишига сабаб бўлади. Бу — қулоқ яллиғланишига олиб келиши мумкин. Болани чўмилтириш вақтида қулоғига сув тушмаслиги учун эҳтиёт бўлиш зарур.

Боланинг оғзини артиш ярамайди, чунки оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси қуруқ ва нозик, салга чақаланадиган бўлади. Оғиз оқарганида оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасига қанд шарбати ёки буранинг глицериндаги 10% ли эритмаси суртиб қўйилади. Булар юмшоқ пахта тампонни шиллиқ пардага сал текказиш йўли билан суртилади. Болани сўрғичга ўргатмаслик керак. Сўрғич гигиена қондаларига тўғри келмайди, хунук кўринади ва болага зиён беришдан бошқа нарсага ярамайди. Сўрғич ҳамшиша тоза тутилмайдиган бўлса, оғиз шиллиқ пардаси инфекциясининг манбаи бўлиб қолиши мумкин.

Боланинг терисига парвариш қилишда кийим-кечаги катта аҳамиятга эга. Бола организми баъзи физиологик хусусиятларга эга бўлганлиги учун унинг кийим-кечаги қўйидаги талабларни қондира оладиган бўлиши керак: 1) иссиқликни яхши сақлаб туриши; 2) тер буғланишига ҳалал бермайдиган, намни шимиб оладиган ва осонлик билан ташқарига чиқарадиган бўлиши; 3) боланинг ҳаракатларига ҳалақит бермайдиган бўлиши лозим. Боланинг терисини, шунингдек терига алоқадор функцияларини, демак, бола организмнинг умумий ҳолатини (иссиқлик алмашинуви, тери орқали нафас олиш, тер чиқариш, тер безларининг ажратиш



функцияси ва бошқаларни) ҳам яхши аҳволда сақлаб туриш учун боланинг ўз ёшига тўғри келадиган зарур кийим-кечаклар комплекти бўлиши керак.

Болани ҳаётининг дастлабки кунларидан бошлаб тўғри кийинтириш жуда муҳим (йўргаклаш техникаси тўғрисида «Чақалоқ бола» бўлимига қаралсин). Уйда боланинг бошига қалпоқ кийгизиш ҳам, рўмол ўраб қўйиш ҳам ярамайди, чунки булар ортиқча терлашга сабаб бўлади. Қиш вақтларида болани сайрга олиб чиқиш учун иссиқ капюшонли қавима қоплардан фойдаланиш керак. Бола бошига рўмол ўралиб, боши билан адел орасига олинади ва шундай қопга солинади.

Бола 3 ойлик бўлганидан кейин уйғоқлик вақтида йўргакланмайди. Йўргаклар ўрнига оёқларининг ҳаракатларига ҳалал бермайдиган пайпоқ-иштончалар (ползункилар) кийгизиб қўйилади. Худди шу ёшидан бошлаб бола кофтачасининг устидан кўкрагига фактукча тутиб қўйилади.

6—8 ойдан кейин кийим-кечак комплектига колготки ёки лифчик билан пайпоқлар (резинкалар ёрдамида лифчикка қадаб қўйиладиган пайпоқлар) ва газлама ёки майин теридан тикилган юмшоқ оёқ кийимлари (пинеткалар) қўшилади. Қиш вақтларида боланинг кийими кофтача ва тасмали узун иштончалардан, ёзда калта иштон ёки трусилардан иборат бўлади.

Ёшидан ошган боланинг кийимлари яхши ювиладиган очiq рангли юмшоқ газламалардан тикилиши лозим. Йил мавсумига қараб кийимлар енгил (батист, чит, штапель ва бошқалар) ёки иссиқ (бумазея, фланель, паҳмоқ) бўлиши керак. Кийимнинг бичими қулай бўлиши лозим. Кийимларни яхшиси ёқасиз, бурмаларсиз, қайтармаларсиз, кам тугмачали қилиб тикиш керак.

1½ ёшдан кейин ўғил болага костюм, қиз болага кўйлак кийгизиш мумкин. Ёшидан ошган болаларга қиш пайтларида костюм устидан калта, енгил, иссиқ пальто кийгизилади. Бошига тўр қалпоқ, совуқ кунларда қулоқчин, қўлларига қўлқоп, оёқларига куз ва баҳорда ботинка, қишда эса пийма кийгизилади.

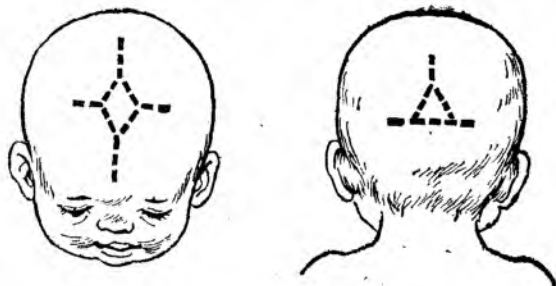
Болага парвариш қилишда ички кийим, чойшаб ва бошқа оқ нарсаларнинг озода бўлиши катта аҳамиятга эга. Ювиб, дазмоллаб қўйгандан кейин мана шу нарсаларни махсус шкаф ёки ғаладонда катта ёшли одамларнинг нарсаларидан алоҳида сақлаган маъқул. Боланинг ифлос бўлган нарсалари катталарниқидан алоҳида сақланади ва ювилади. Ҳўл йўргакларини қуришиб олиш эмас, балки, албатта, ювиш керак.

Ҳаётнинг биринчи ҳафталарида боланинг ҳамма нарсалари, шунингдек, йўргакларини дазмоллаб олиш тавсия этилади.

## **СУЯҚ ТЎҚИМАСИНИНГ АНАТОМИҚ-ФИЗИОЛОГИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Усиш ва ривожланиш процессида бола скелети мураккаб ўзгаришларга учраб боради, скелетнинг шу тариқа ўзгаришларига бир қанча ташқи ва ички омиллар таъсир кўрсатиб туради.

Эмадиган боланинг суюқ тўқимаси толали тузилишга эга бўлиб,



16-расм. Катта ва кичик лиқилдоқ.

минерал тузларга камбағал, сув ва қон томирларга бойдир. Шу сабабдан боланинг суяклари юмшоқ, эгилувчан, унча пишиқмас, сиқиб турадиган кийим, тор пойафзал таъсирида, қўлда, каравот-часида доим нотўғри ҳолда тутилганида осон эгилиб қоладиган ва нотўғри шаклга кирадиган бўлади.

2 ёшга келиб боланинг суяклари ўзининг тузилиши жиҳатидан катта ёшли одамнинг суяқларига яқинлашиб қолади ва 12 ёшга борганда катта кишининг суяқларидан энди фарқ қилмай қўяди.

Чақалоқларнинг боши катта ва танаси узунлигининг  $\frac{1}{4}$  қисмини ташкил этиб, думалоқ шаклда бўлади.

Эмадиган бола калла суягининг чоклари сербар, тўғри чизик шаклида бўлиб, бошни пайпаслаб кўрилганида яхши сезилади. Эмадиган болалар калла суягининг характерли хусусияти лиқилдоқлари бўлишидир, бу лиқилдоқлар бир нечта суяқларнинг бири-бири билан туташган жойларида юзага келади ва бириктирувчи тўқима мембраналаридан иборат бўлади. Тўртта: катта, кичик, иккита ён лиқилдоқ бор. Болаларнинг жуда кўпчилиги ён ва кичик лиқилдоқлари бекилган ҳолда туғилади. Тепа суяк билан энса суяклари орасида жойлашган кичик лиқилдоқ атиги 25% чақалоқларда очиқ қолади, у ҳаётнинг дастлабки ойларида, лекин кечи билан 3 ой мобайнида бекилиб кетади.

Катта лиқилдоқ тепа суяк билан пешона суяклари ўртасида жойлашган бўлиб, шакли ромбсимон, чақалоқда катталиги ўртача  $2 \times 2\frac{1}{2}$  см келади, у ҳаётининг 12—16-ойига бориб бекилиб кетади (16-расм). Катта лиқилдоқни ўлчаш учун сантиметрли лента ромбнинг қарама-қарши томонлари орасига (лекин бурчаклари орасига эмас) қўйилади.

Калла суяги бола ҳаётининг биринчи йили давомида анча жадаллик билан ва 4 ёшгача бирмунча тез ўсиб боради; калла суягининг ўсиши кейинчалик анча сусаяди.

Чақалоқ боланинг умуртқа поғонаси тўғри бўлади, физиологик букилмалари йўқ. Бола ўсиб, янгидан-янги функциялар пайдо бўлиб бориши билан умуртқа поғонасида физиологик букилмалар юзага келади. Бўйин лордозини боланинг 2 ойлик ёшида, яъни у бошини тутадиган бўлиб қолганидан кейин пайдо бўлади; умуртқа поғонаси кўкрак қисмининг орқа томонга дўнг бўлиб букилиши бола ўтирадиган бўлганидан кейин 6 ойлигида юзага келади;

бола юра бошлаши билан, яъни ёшидан ўтганидан кейин бел лордоз пайдо бўлади (17-расм, а, б). 3—4 ёшга бориб, умуртқа поғонаси бирмунча характерли шаклга кириб қолади. Бўйин эгрилиги 7 ёшга бориб қарор топса, бел эгрилиги 12 ёшга боргандагина доимий бўлиб қолади.

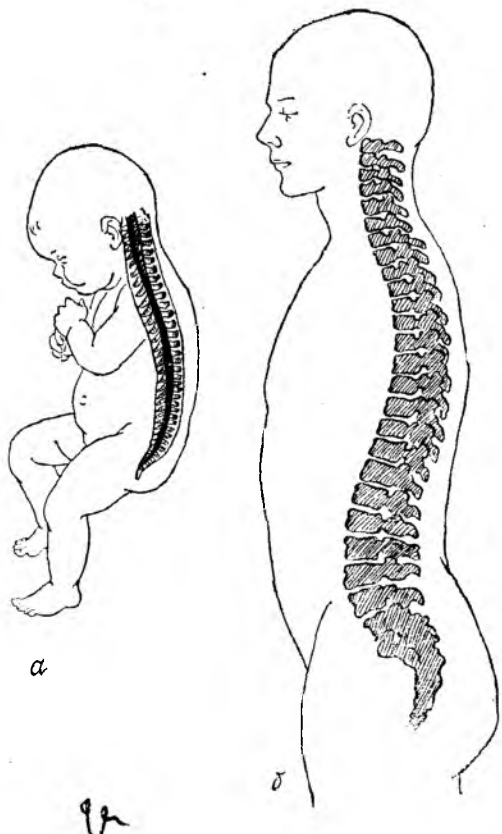
Умуртқа поғонасининг бўйига ўсиши бир текис бормади. Бола балогатга етгунча у айниқса тез ўсиб боради (қиз болаларда 15 ёшгача, ўғил болаларда 18 ёшгача), 19 ёшдан кейин умуртқа поғонаси бўйига жуда секин ўсади. Умуртқа поғонасининг ҳозир айтиб ўтилган хусусиятларини ҳисобга олиш зарур, чунки ноқулай ташқи таъсиротлар унинг қийшайиб қолишига сабаб бўлиши мумкин. Болани доим бир қўлда олиб юриш, каравотчасида ётганида, овқатланаётган пайтида унинг нотўғри вазиятда бўлиши ва бошқа кўпгина омиллар умуртқа поғонасининг қийшайиб қолишига олиб келиши мумкин.

Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларни танғиб йўргаклаш умуртқа поғонаси ва кўкрак қафасининг қийшайиб қолишига шароит туғдиради, чунки бунда бола бемалол ҳаракат қилолмайди, кўкрак қафаси сиқилиб қолади.

Бола ўзича ўтиришни ўрганиб олмагунча, уни ёстиққа, стол ёнига ёки аравачасига ўтқазиб қўйиш мутлақо ярамайди, чунки болани вақтидан илгари ўтқазиш умуртқа поғонасининг қийшайиб қолишига олиб келиши мумкин.

Болага парвариш қилиш ҳамда кун тартибини уюштиришда мана шуларни эсда тутиш ва умуртқа поғонасининг қийшайишига олиб келиши мумкин бўлган сабабларни бартараф этиш зарур, бу сабаблар кўкрак қафасининг ривожланишига ҳам ёмон таъсир кўрсатиши мумкин.

Чақалоқ болаларда ва 6 ойга тўлмаган эмадиган болаларда



17-расм. Чақалоқ бола(а) ва катта ёшли одам (б) умуртқа поғонасининг букилмалари.

кўкрак қафаси цилиндр ёки кесилган конус шаклида бўлади.

Пастки бўлимнинг кўндаланг ўлчами устки бўлимнинг кўндаланг ўлчамидан ортиқ келади.

Қовурғалар деярли горизонтал вазиятда жойлашган бўлади. Қовурғаларнинг суяк қисми билан тоғай қисми бир-бирига туташган жойида кичикроқ йўғонлашмалар ҳосил бўлади, булар ўрта қовурғаларда (V—VIII қовурғаларда) ҳаммадан кўра яхшироқ аниқланади. Ҳаётининг биринчи ойини яшаб келаётган болаларда кўкрак қафаси умуман калта тортгандек бўлиб кўринади. Биринчи йилнинг охири ёки иккинчи йилнинг бошларидан бошлаб кўкрак қафаси узайиб боради ва қовурғаларнинг физиологик тарзда паст тушиши деган ҳодиса бошланади. Қовурғалар бирмунча қийғоч йўналишга кириб, қовурға ораларидаги камгаklar анча тор бўлиб қолади. Бола кўкрак қафасининг хусусиятлари 6—7 ёшга келиб билинмай кетади, унинг узил-кесил шаклланиши эса 12—13 ёшга келиб тугалланади. Мана шу вақтда ўсмирнинг кўкрак қафаси размерлари билангина катта ёшли одамнинг кўкрак қафасидан фарқ қилади.

Узун суякларда диафиз билан эпифиз орасида анча вақтгача тоғай қатламлари сақланиб боради, эпифизар тоғайлар деб шуларни айтилади. Эпифизар тоғайларнинг ҳужайралари кўпайиш хусусиятини бирмунча вақтгача сақлаб қолади, шунга кўра суяк узунлигига ўсиб боради. Эпифизар тоғайларнинг суяк тўқимаси билан батамом алмашилиши фақат 25 ёшга келиб поёнига етади.

Ҳаётининг биринчи ойларини яшаб келаётган болаларнинг оёқлари эгри бўлиши мумкин. Бу — суякларнинг қийшиқлигига алоқадор бўлмай, балки юмшоқ тўқималарнинг ўзига хос тарзда ривожланишига боғлиқдир.

Мактабгача тарбия ёшида ва мактаб ёшида бола скелети ҳали етарлича шаклланиб олмаслигини таъкидлаб ўтиш зарур. Шу муносабат билан ташқи муҳитнинг ҳар хил ноқулай шароитлари скелетнинг одатдан ташқари қийшайиб қолишига сабаб бўлиши мумкин. Шу жиҳатдан олганда мактабгача тарбия ва мактаб ёшидаги болалар учун мебель танлаш айниқса муҳимдир.

Нотўғри ҳолатда ўтириб, бошни узоқ вақт анча энгаштириш ва танани олдинга букиш умуртқа поғонасининг ҳар хил шаклда қийшайиб қолишига сабаб бўлиши мумкин.

Умуртқа поғонасига эргашиб кейин кўкрак қафаси ҳам ўзининг нормал шаклини умуман ўзгартирадими, бу — нафас ва қон айланиш органларининг функционал ҳолатига таъсир кўрсатади, айниқса нафас кўпроқ даражада бузилади.

Мактаб ўқувчилари мактабда ва уйда кўп вақтларини дарс билан ўтказишади. Стол, стул, парта баландлиги ўқувчининг бўйига, албатта, лойиқ келадиган бўлиши керак. Бўйи 130—140 см га борадиган ўқувчи учун стол 62 см, стул 38 см баландликда; бўйи 140—150 см келадиган ўқувчи учун стол 68 см ва стул 41 см баландликда бўлиши керак. Бўйи 150 см дан ортиқ келадиган ўғил ва қиз болалар одатдаги столлар ёнида ўтириб, дарс қилиш-

лари мумкин, лекин улар стулларининг суянчиғи кенг бўлиши керак.

Ўқув машғулотлари вақтидагина эмас, балки ҳар қандай бошқа иш вақтида ҳам танани тўғри ҳолатда — ишчи ҳолатда тутиш зарур.

Елка камарига тушадиган нагрузканинг бир хил бўлмаслиги боланинг қоматига ёмон таъсир қилади, шу муносабат билан китоб солинадиган портфель ёки бошқа оғир нарсаларни тўғри олиб юриш зарур.

Бола етарлича кенг ва узун каравотда ётиб ухлаши, тўшаги текис ва салгина қаттиқроқ бўлиши, боши тагига фақат битта кичкина ёстиқ қўйилиши керак. Ухлаганда яхшиси чалқанчасига ётиб, оёқларини узатган ва қўлларини адёл устига чиқазган ҳолда ухлаши лозим. Дам ўнг ёнбош билан, дам чап ёнбош билан ётиб ухласа ҳам бўлаверади, лекин «кулча бўлиб» ётиб ухлаш ярамайди — бу боланинг қоматига ёмон таъсир қилади.

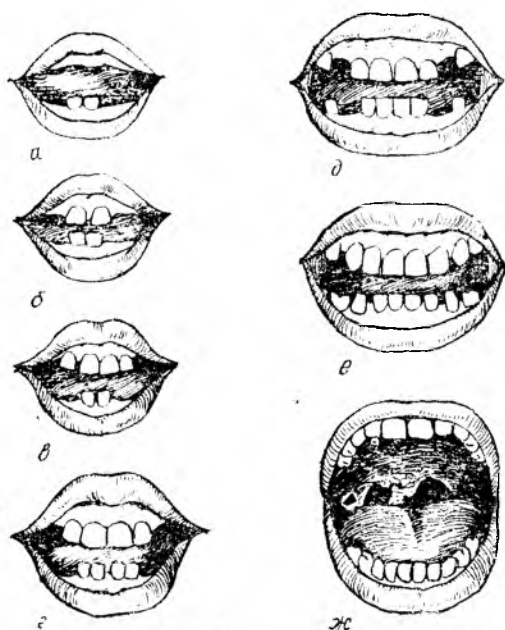
**Тишлари.** Бола сут ва доимий тишларининг муртаклари билан туғилади, боланинг бу тишлари маълум муддатларда чиқади. Қоида ўлароқ, тишлар маълум вақт оралаб группа-группа бўлиб чиқади.

Сут тишлари қуйидаги муддатларда чиқади: ўртадаги пастки ва устки курак тишлар — 6—9 ойда, ён томондаги пастки ва устки курак тишлар — 9—12 ойда, кичик жағ тишлар — 12—15 ойда, озиқ тишлар — 17—20 ойда, катта жағ тишлар — 21—24 ойда чиқади. Демак, ҳаётининг биринчи йили охирида болада одатда 8 та тиш бўлади. Ҳаётининг иккинчи йили охири ва учинчи йилининг бошида 20 та сут тишларининг ҳаммаси чиқиб бўлади (18-расм, а—ж).

Ҳаётнинг 5—6 йили сут тишлар доимий тишлар билан алмашина бошлайди, шу билан бирга дастлаб кичик жағ тишлари — премолярлар пайдо бўлади. Сут тишлар қайси тартибда чиққан бўлса, худди шу тартибда доимий тишлар билан алмашилиб боради ва 11—12 ёшга келганда алмашилиб бўлади. 12—14 ёшда иккинчи катта жағ тишлар — молярлар чиқади ва сўнгги навбатда, кўпчилик ҳолларда пубертат даврдан кейин, учинчи жағ тишлар, яъни ақл тишлар пайдо бўлади. Тишлар қаторининг нотўғри шакл олиши (прикуснинг нотўғри шаклланиши) болаларда кўп учрайди. Тишларнинг чиқиш муддатлари нормал ўсиб-униб бораётган болаларда ҳам ҳамиша бир хил бўлавермайди.

Қоида ўлароқ, сут тишлар билан доимий тишларнинг чиқиши физиологик акт бўлгани учун оғриқсиз ўтади. Лекин баъзи болаларда (рахит, анемия, неврастенияда) тишлар чиқиши милкларга шиш келиши, уларнинг қизариб, безиллаб туриши, сўлак оқиши, боланинг тажанг бўлиши, нотинч ухлаши, иштаҳаси пасайиши билан бирга давом этиши мумкин. Тишлар чиқиб келаётган пайтда ҳамма касалликларни, хусусан оғир касалликларни, мана шу акта боғлиқ деб ҳисоблай бериш ярамаслигини эсда тутиш керак. Тиш чиқаётганида баъзи болалар чайнаш учун оғзига ҳар хил нарсаларни солиб олади. Бунинг учун резинка халқалар жуда

18-расм. Болалар сут тишлари чиқиши.



а—6—7 ойликда; б—7—8 ойликда; в—8—9 ойликда; г—10—12 ойликда; д—14—16 ойликда, е—18—20 ойликда. ж—2 ёшликда.

қулайдир. Мана шундай пайтда юпқа целлулоиддан ясалган ўйинчоқларга эҳтиёт бўлиш керак.

Доимий тишларга қандай қараб бориш керак бўлса, сут тишларга ҳам худди шундай қараб бориш керак бўлади. Болани 3 ёшидан бошлаб эрталаб ва кечқурун оғзини чайқаш ва юмшоқ чўтка билан тишларини тозалашга ўргатиб бориш лозим. Чўткани фақат горизонтал йўналишдагина эмас, балки тишлар бўйига қаратиб ҳам юргозиш керак. Тишларнинг фақат ташқи юзасини эмас, балки ички юзасидан ҳам тозалаб туришга ўргатиш лозим. Овқат вақтидан ташқари пайтларда болаларга ширинлик (конфет, печенье ва бошқалар) бериш ярамайди, чунки бу — овқат ҳазмини бузади, тишларнинг емирилишига сабаб бўлади, тишлар уларда қолиб кетган қанд ва крахмалда яшовчи бактериялар томонидан ишлаб чиқариладиган сут кислота таъсирида емирилади. Болалар муассасаларида болаларнинг оғиз бўшлиғи йилига 1—2 марта тиш врач томонидан текшириб чиқилади ва санация қилинади.

### МУСКУЛ СИСТЕМАСИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Чақалоқ ва эмадиган болада мускуллар суст ривожланган бўлади; улар бола тана оғирлигининг тахминан 25% ини ташкил қилади, ҳолбуки, катта ёшли одамда мускуллар тана оғирлигининг камида 40—43% ини ташкил этади.

Ҳаётининг биринчи ойларини яшаб келаётган болаларда мускуллар тонуси кучлироқ бўлади, физиологик гипертензия деб шуни айтилади, бундай гипертензия марказий нерв системаси функцияларининг хусусиятларига боғлиқдир. Букувчи мускуллар тонуси ёзувчи мускуллар тонусидан устун туради; эмадиган болаларнинг, агар йўрғаги ечиб қўйилса, одатда қўл ва оёқларини буккан ҳолда ётишига сабаб ҳам шу. Бундай гипертензия аста-секин йўқолиб кетади.

Бола мускулларининг кучи ва тонуси бўш бўлади. Болада мускулларнинг ҳаракат лаёқати олдинга бўйин ва гавда мускулларида, кейин эса қўл-оёқ мускулларида пайдо бўлади. Мускул кучи аста-секин ортиб боради. Балоғатга етиш даврида мускулатура айниқса тез ривожланади, ҳаракатларнинг кучи билан аниқлиги ортиб боради. Уғил болалар мускул тонуси одатда қиз болалардагига қараганда яхшироқ бўлиши билан ажралиб туради. Мускул толаларининг шаклланиши ва ўсиши 20—23 ёшга келиб поёнига етади.

Болаларни текшириш вақтида мускулларнинг кучи ва тонусига аҳамият берилади. Эмадиган болалар мускулларининг кучи боланинг қандай бўлмасин бирор хил ҳаракатига қаршилиқ кўрсатиш учун зарур бўладиган кучни аниқлаш йўли билан тахминий ўлчанади, холос; катта ёшдаги бола мускулларининг кучи, худди катта ёшдаги одамлардагидек, динамометр ёрдамида ўлчанади.

Мускулларнинг тонуси ҳақида, биринчидан, пассив ҳаракатлар вақтида кўрсатиладиган қаршилиқ даражасига қараб ва, иккинчидан, пайпаслаб кўриладиган мускул тўқимасининг консистенциясига қараб фикр юритилади. Гавданинг симметрик жойларидаги мускулларнинг ривожланиши ва тонуси нормада бир хил бўлади.

Бола нормал ривожланиб борса, унда ҳаракат кўникмалари бирин-кетин пайдо бўлиб боради. Янги туғилган чақалоқ бола пачор бўлади, у танасининг ҳолатини ўзича ўзгартира олмайди, бошини тутолмайди. Статик ва локомотор функциялар аста-секин ривожланиб боради. Буларнинг ривожланиши қуйидаги асосий маълумотлар билан таърифланади.

1—2 ойлик маҳалида бола бошини тик тутиб тураоладиган, 3—3½ ойлигида қўлтиғи тагидан ушлаб турилса, оёқларини тирай оладиган, 6 ойлигида ўзи ўтира оладиган, қорни билан ётган бўлса чалқанчасига ва аксинча ўгирилиб оладиган, 7—8 ойлигида эмаклайдиган, 10 ойлигида ҳеч нарсага суянмасдан тураоладиган, 12 ойлигида мустақил ҳолда биринчи қадамларни қўя оладиган бўлиши керак.

Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болада ҳаракат малакаларининг ривожланиши ва пайдо бўлиши андак кечикар экан, бу — марказий нерв системаси касаллиги тўғрисида гумон туғдириб, ҳавотирга солиши керак.

Ҳаракатларнинг ўз вақтида ривожланиб бориши учун ҳаётининг деярли биринчи кунидан бошлабоқ боланинг ҳаракатлани-

шига эрк бериш ва ҳаракатларни ўзлаштириб олиши учун унга ёрдам қилиш керак.

Ҳаракатларнинг ривожланиб боришида ўйин процесслари жуда муҳим аҳамиятга эгадир. Овқат ва ювиниш вақтларидан ташқари уйғоқлик маҳалининг бошидан охиригача соғлом бола бутун вақтини ҳар хил ўйинлар, машғулотлар билан ўтказадик, буларнинг табиати боланинг ёшига қараб ўзгариб боради.

Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болада статик ва ҳаракат функцияларининг вақтида ривожланиши учун массаж қилиб туриш ва гимнастика ҳам катта аҳамиятга эга. Соғлом болаларда массаж ва гимнастикани ҳаётининг 1½—2 ойидан бошлаш ва ҳар куни бола уйғоқ бўладиган вақтнинг маълум соатларида, овқатдан 30—40 минут кейин ёки 20—30 минут олдин ўтказиб туриш керак. Массаж ва гимнастика ҳавосининг температураси 20°С дан паст бўлмаган, яхши шамоллатиб туриладиган хонада, ёз пайтларида эса температура 22°С бўлганида очиқ ҳавода, шамолсиз соя жойда ўтказилади. Машғулотлар устига паҳмоқ адёл, кичикроқ клеёнка ва йўрғак ёпилган столда болани яланғочлаб қўйиб ўтказилади. Массаж қилаётганда қўллар тоза ва қуруқ бўлиши керак. Массаж ва гимнастика машқларини авайлаб, оҳиста, зўр бермасдан ва секин-аста бажариш лозим. Машқлар вақтида боланинг кайфу руҳиятини яхши сақлаб бориш зарур. Бола йиғлаб, бесаранжомланиб турган бўлса, машғулотларни бошламаслик керак.

Гимнастика ва массаж қилиш болага унинг ўз ёшига яраша керакли ҳаракатларни қилиб туриш учун имкон берадиган тегишли муҳит яратиш зарурлигини истисно қилмайди.

## НАФАС ОРГАНЛАРИНИНГ АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Эмадиган боланинг юқори нафас йўллари баъзи хусусиятларга эга. Бурни бирмунча каттароқ ёшдаги болалар ва катта кишилардагига қараганда кичикроқ, калтароқ, бошқа шаклда бўлади. Пастки бурун йўли бўлмайди. Буруннинг шиллиқ пардаси нозик, қон томирларга бой. Шу сабабдан, масалан, тумовда унинг салгина қонга тўлишуви (билинар-билинемас гиперемияси) бурун йўллариининг тикилиб қолишига, эмишнинг қийинлашувига олиб келади ва эмадиган болаларда баъзан нафас қайтишига сабаб бўлади. Шиллиқ парда остидаги парданинг форсимон тўқимаси эмадиган болаларда суст ривожланган, эмадиган болалар бурнининг аҳён-аҳёнда қонайдиган бўлиши ёки мутлақо қонамаслиги ҳам шунга боғлиқ.

Ёрдамчи бўшлиқлар — галвирсимон бўшлиқ билан Гаймор бўшлиғи — эмадиган болаларда суст ривожланган, пешона ва асосий суяк бўшлиқлари эса умуман бўлмайди. Бола ёшига тўлганидан кейин бўшлиқлар аста-секин катталашиб, ривожланиб боради.

Халқум қиёсан тор бўлади. Эшитув найи калта ва кенгдир. Эмадиган болаларда унинг тешиги катта ёшдаги болалар ва катталардагидан кўра пастроқда ва хоаналарга яқинроқ туради.



Мана шунинг учун ҳам инфекцияланган секрет бурун-ҳалқумдан эшитув найига осон ўтади, болаларда ўрта қулоқнинг тез-тез яллиғланиб туришига олиб келадиган сабабларнинг бири шу.

Эмадиган болаларнинг ҳиқилдоғи воронкасимон шаклда ва каттароқ болалардагига қараганда қиёсан узунроқ бўлади. Тоғайлари нозик ва мулојимдир. Овоз тирқиши тор. Мана шу анатомик-гистологик хусусиятларнинг ҳаммаси эмадиган болаларнинг ҳалқумида кичикроқ яллиғланиш процесси пайдо бўлганида ҳам ҳалқумнинг дарров торайиб қолишига (стенозига) олиб келади.

Ҳаётнинг даслабки ойлари мобайнида трахея деярли воронкасимон шаклда ва йўли тор бўлади. Тоғайлари юмшоқ ва мулојимдир. Трахея суст бириккан бўлади. Шиллиқ пардаси нозик, қон томирлар билан мўл-кўл таъминланган, шилимшиқ безларининг сони кам, унинг қуруқлиги ҳам шунга боғлиқ. Трахеянинг ҳозир кўрсатиб ўтилган хусусиятлари унда яллиғланиш процесслари пайдо бўлишига ва стеноз бошланишига қулайлик тўғдиради.

Бронхлар тор, уларнинг тоғайлари юмшоқ ва мулојим бўлади. Унг бронх деярли тик ҳолатни эгаллайди, у гўё трахеянинг давоми бўлиб ҳисобланади ва чап бронхдан кўра анча кенг бўлади, шу муносабат билан ёт жисмлар (тугмачалар, ёнроқлар, писталар ва бошқалар) кўпинча худди мана шу бронхга тушиб қолади, чап бронх трахеядан бурчак остида чиқади. Шилимшиқ безлари кам миқдорда бўлганлиги учун бронхларнинг шиллиқ пардаси қуруқ, лекин қон томирларига бой бўлади, бу — яллиғланиш процесслари ва стеноз ҳодисалар пайдо бўлишини осонлаштириб қўяди.

Ўпка болалик даврининг бошидан охиригача тинмай ривожланиб боради — ўпканинг ҳажми катталаниб, ўпка тўқимаси дифференцияланиб боради. Гўдаклик даврида ўпка бириктирувчи тўқимага бой бўлиб, қон томирлар билан мўл-кўл таъминланади, капиллярлари ва лимфа камгаклари кенг, хусусан альвеолаларнинг атрофидаги эластик тўқима суст ривожланган бўлади. Шу муносабат билан болалар ўпкасида қон димланиши, ателектаз, эмфизема сингари ҳодисалар осонроқ юзага келади, яллиғланиш процесслари бошланиб кетишига қулай шароитлар пайдо бўлади.

Болалар ўпкасининг нафасда иштирок этадиган сатҳи катта ёшли одамлардагига қараганда қиёсан каттадир. Вақт бирлиги мобайнида боланинг ўпкаси орқали катталардагига қараганда кўпроқ қон ўтади.

Эмадиган болада плевра юпқа, плевра варағи осон чўзилдиган бўлади. Плевра бўшлиғида суюқлик тўпланиб қолиши кўкк оралиғидаги органлар, хусусан, юрак ва пастки кавак венанинг сурилиб қолишига тез сабаб бўлади.

Эмадиган болада диафрагма катта ёшли одамлардагига қараганда қиёсан юқорироқ жойлашган. Илк гўдаклик даврида диафрагманинг қисқаришлари заиф бўлади. Диафрагманинг ҳаракатларини қийинлаштириб қўядиган ҳар қандай сабаблар (метео-

ризм, жигарнинг катталашуви), ўпкага яхши ҳаво кириб туришига тўсқинлик қилади. Гўдак болаларда нафас муқуллари суст ривожланган бўлади.

Нафас органлари ва кўкрак қафасининг юқорида тасвирлаб ўтилган анатомик хусусиятлари эмадиган боланинг нафас физиологиясида ҳам баъзи хусусиятлар бўлишига олиб келади. Эмадиган болалар нафасининг биринчи ва асосий хусусияти табиатан юза бўлишидир, яъни бундай болалар чуқур-чуқур нафас ололмайди. Катта ёшли кишиларга қараганда гўдак болалар нафаси 8—10 барабар саёз бўлади.

Иккинчи хусусияти минутдаги нафас ҳаракатлари сонининг катта бўлишидир. Чақалоқ бола минутига 50—60 марта нафас олиши мумкин, бу — мана шу аҳволни физиологик ҳансираш деб белгилаш учун асос бўлди. Бола улғайиб борган сайин нафас ҳаракатларининг сони аста-секин камайиб боради.

*Болалар ёши*

*Бир минутдаги нафас сони*

чақалоқ	40—60
1—2 ой	35—48
1—3 ёш	28—35
4—6 ёш	24—26
7—9 ёш	21—23
10—12 ёш	18—20
13—15 ёш	17—18

Гўдак болалар нафас ҳаракатлари сонининг катта бўлиши нафаснинг табиатан юзалигини бир қадар тўлдириб боради. Аммо нафаснинг тез-тез ва юза олиниши кислороддан анча кам фойдаланишга ва карбонат ангидрид газини анча кам чиқариб туришга олиб келади.

Нафаснинг болалар ҳаёти дастлабки икки ҳафтасида учрайдиган учинчи хусусияти нафас аритмияси, яъни нафас олиш ва нафас чиқариш паузалари тартибининг нотўғри бўлишидир. Турли ташқи таъсиротлар туфайли нафас мароми, яъни ритми жуда тез ўзгариб туради. Уйқу вақтида нафас анча текис бўлади.

Болалар нафасининг тўртинчи хусусияти нафаснинг бола ёши ва жинсига бир қадар боғлиқ бўлишидир: чақалоқ бола кўкрак муқуллари кам иштирок этгани ҳолда нафас олса, эмадиган бола кўпроқ диафрагмасининг қатнашуви билан кўкрак-қорин типиди нафас олади. Бола икки ёшга қадам қўйганида нафаси аралаш бўлиб, диафрагма-кўкрак типиди нафас ола бошлайди, шу билан бирга баъзи ҳолларда нафаснинг биринчи типини устун турса, бошқа ҳолларда иккинчи типини устун туради. 3—4 яшар болада кўкрак билан нафас олиш диафрагма билан нафас олишдан устунлик қила бошлайди. Нафаснинг бола жинсига алоқадор тафовути 7—14 ёшга келиб маълум боради. Препубертат даврда ва балоғатга етиш пайтида ўғил болалар кўпроқ қорин типиди, қиз болалар кўкрак типиди нафас олади.

Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда йўтал рефлексини суст ифодаланган бўлади.

Юқорида санаб ўтилган анатомик-физиологик хусусиятлар борлигидан, умрининг биринчи йилларини яшаб келаётган ва хусусан эмадиган бола организми бирмунча каттароқ ёшдаги болалар ва катталарга нисбатан нафас хусусида олганда бир қадар ёмонроқ шaroитда бўлади.

Нафас функцияларини текшириш учун оддий клиника усуллари ва махсус аппаратларни талаб этувчи бирмунча мураккаб клиник-лаборатория методлари қўлланилади. Оддий клиника усуллари жумласига:

1) тинч турилган ва жисмоний иш вақтида нафас сонини текшириш;

2) нафаснинг турли фазаларида кўкрак қафаси размерлари ва ҳаракатчанлигини ўлчаш (нафас чиқариш, тинч турилган вақтда);

3) ўпка тириклик ҳажмини аниқлаш — спирометрия киради.

Спирометрияда имкони борича чуқур нафас олинганидан кейин спирометр найига нафасдан энг кўп чиқариладиган ҳаво миқдори аниқланади, бошқача айтганда, ўпканинг тириклик сифими белгиланади (19-расм). Болаларда одатда 5—6 ёшдан кейингина ўпканинг тириклик сифимини аниқлаш мумкин.

Ўпка тириклик сифимини кўрсатадиган маълумотларни келтирамиз (В. И. Молчановдан).



19-расм. Ўпка тириклик сифимини аниқлаш.

Болалар ёши	Ўпканинг тириклик сифими (мл да)
3—4	400—500
5—7	800—1000
8—10	1350
14	1800
15	2500
Катталар	3000—5000

Гўдак болаларда нафас органларини текшириш нафас ҳаракатларини санаш ва, асосан, клиникада кузатиш билан чекланади. Болаларда нафас сонини кўкраги ёки қорнига қўлни қўйиб туриб саналади.

Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда фонендоскопни бола бурнига яқинлаштириб туриб, нафасни шу фо-

нейдбскоп орқали санаса бўлади. Қасаллик маҳалидагиға эмас, бола жисмонан зўриққанда, ҳаяжонланганида, чинқирган, йиглаган вақтида ҳам нафаси тезлашиб кетишини эсда тутиш лозим.

### ЮРАҚ-ТОМИРЛАР СИСТЕМАСИНING АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Болаларнинг юрак-томирлар системаси катта ёшли одамларникидан анчагина фарқ қилади. Бола туғилганидан кейин қон айланиш органларининг функционал ҳолати айниқса кескин ўзгаради.

Чақалоқ боланинг юраги қиёсан катта бўлади, у 20—25 г келадик, бу — умумий тана массасига нисбатан 0,8% ни ташкил этади. Бутун болалик даврида юрак массасининг ортиши бир текис бормади. Ҳаётнинг дастлабки икки йили давомида юрак ҳаммадан кўп ўсади. Мактабгача тарбия ёшида ва кичик мактаб ёшида юракнинг ўсиши секинлашиб қолади ва препубертат даврда ҳамда пубертат даврининг бошида яна анчагина тезлашади.

Болаларнинг юраги барча йўналишлар бўйлаб ўсиб боради-ю, лекин бир текис ўсмайди, яъни бўйига кўпроқ ва тезроқ, эни билан қалинлигига секинроқ ўсиб боради. Чап қоринча массаси ва бўшлиғи анча тез ўсади.

Юракнинг ҳолати (вазияти) боланинг ёшига боғлиқ. Чақалоқ ва 1½—2 яшар болаларда юрак кўндаланг ва бирмунча баланд жойлашган бўлади. 2 ёшдан кейин юрак қийшиқ ҳолатга ўта бошлайди. Бу қуйидаги омилларга: боланинг қаддини тик тутта оладиган бўлиб қолиши, ўпкаси билан кўкрак қафасининг ўсиши, диафрагманинг паст тушиши ва бошқаларга боғлиқ.

Эмадиган ва гўдак болаларда юрак овал, конуссимон, шарсимон шаклда бўлиши мумкин. 6 ёшдан кейин бола юраги катта ёшли кишиларга хос шаклга, аксари чўзиқ овал шаклига киради. Юракнинг шакли билан вазияти боланинг ёшигагина боғлиқ бўлиб қолмасдан, балки индивидуал тафовутларига ҳам боғлиқ бўлишини ҳисобга олиш зарур.

Болалик даврида юракнинг ички тузилиши ҳам каттагина ўзгаришларга учрайди, жумладан, юрак мускули, эндокард ва нерв тўқимасининг гистологик тузилиши дифференцияланиб боради.

Болаларда артериялар веналарга қараганда қиёсан кенг ва яхшироқ ривожланган бўлади. Артериялар тешигининг веналар тешигига нисбати болалик даврида 1:1 ни ташкил этади, ҳолбуки, катта ёшли одамларда бу нисбат 1:2 дир. Капиллярлар тури ҳам болаларда яхши ривожланган. Бола улғайган сайин томирлар ўсишда давом этади, шу билан бирга ҳаётнинг биринчи йили мобайнида айниқса тез ўсиб боради. Томирларнинг ривожланиши асосан мактаб ёшининг ўрталари — 12 ёшга келиб тугалланади.

Пирик томирлардан болаларда ўпка стволи 10 ёшгача аортдан кўра кенгроқ бўлади, сунгра буларнинг тешиклари бир-бирига тенг келиб қолади, балоғатга етиш даврида эса аорта ўпка стволидан кўра йўғонроқ бўлиб қолади.

Демак, болаларнинг юрак-томирлар системаси катталардагига қараганда юрак массасининг нисбатан катта, тешикларининг кенг ва томирларининг бирмунча йўғонроқ бўлиши билан таърифланади.

Болалар юрак-томирлар системасининг функцияларида ўзига хос хусусиятлар бор.

Болаларда пульс катта ёшли одамлардагига қараганда анча тез, шу билан бирга бола нечоғли ёш бўлса, пульс сони ҳам шунча кўп бўлади. Пульс сони ҳар қайси болада анчагина ҳар хил бўлишини ёдда тутиш зарур. Болаларнинг пульси жуда лабил бўлиши билан ажралиб туради ва жуда хилма-хил омиллар таъсири остида — тана вазияти ўргарганида, жисмоний нарузкалар вақтида, бола чинқирганида, йиғлаганида ва бошқа кўпгина ҳолларда салга тезлашади.

Болаларда пульс сонининг ёшга боғлиқлигини кўрсатадиган маълумотларни келтирамиз:

<i>Болалар ёши</i>	<i>Юрак уришларининг бир минутдаги сони</i>
Чақалоқ бола	125—160
1 ёшгача	110—130
2 →—	100—120
3 →—	100—110
4—5 →—	80—100
6—7 →—	70—100
8—12 →—	75—85
12 ёшдан кейин	65—70

Ҳақиқий пульс сони бола тинч турган пайтда аниқланади. Ёш болалар учун уйқу пайти ана шундай тинч ҳолат бўлиб ҳисобланади. Ёш болада пульсни билак-кафт артерияси соҳасидан ташқари ҳали бекилмаган катта лиқилдоқ соҳасида, шунингдек уйқу ва сон артериялари соҳасида ҳам санаб аниқласа бўлади.

Болаларда артериал босим катта ёшли одамлардагига қараганда пастроқ бўлади. Чақалоқда максимал қон босими симоб устви ҳисобида ўртача 70—74 мм ни ташкил этади ва бола ёшига тўлганида 80—85 мм га тенг бўлиб қолади. Минимал босим одатда максимал босимнинг  $\frac{2}{3}$  ёки  $\frac{1}{2}$  қисмини ташкил этади. Кейинчалик артериал босим миқдори нотекис ортиб боради. Артериал босим ҳаётнинг дастлабки икки йилида айниқса кўп ортади, мактабгача тарбия ёшида унинг кўтарилиш суръатлари сусаяди ва балоғатга етиш даврига келиб яна тезлашади. 1 ёшдан кейин максимал артериал босим Молчанов формуласига мувофиқ тахминан аниқланади:  $80 + (2 \cdot n)$ , бу ерда  $n$  — боланинг ёшини кўрсатадиган сон.

Болаларнинг артериал босими ҳам жуда лабил бўлиши билан ажралиб туради. Бола ётган бўлса, хусусан ухлаб ётган бўлса, артериал босим пасаяди, жисмоний нарузка ва руҳий кечинмалар унинг кўтарилишига сабаб бўлади. Юрагида ривожланиш нуқсонлари (пороклари) бўлган ёки шундай нуқсонлари бор деб

ғумён қйлинган болаларда артериал босимни қўллардан ҳам, оёқлардан ҳам ўлчаш зарур.

Чақалоқларда қон катта ёшли одамлардагига қараганда деярли икки барабар тезроқ айланиб туради. Қон чақалоқларда 12 секундда, 3 яшар болада 15 секундда, катта ёшли одамда 22 секундда тўла бир марта айланиб чиқади.

Қон айланиш аппаратидаги анатомик-физиологик хусусиятлар турли ёшдаги болаларда юракдан нисбий бўғиқ товуш чиқадиган жой чегараларини бошқача қилиб қўяди. 2 ёшгача бўлган болаларда бу жойнинг устки чегараси — II қовурғада, чайкиси — эмчак чизигидан 1,5—2 см ташқарида, ўнги—ўнг парастернал чизикда бўлса, 2 ёшдан 7 ёшгача болаларда тегишлича иккинчи қовурға оралиғида, эмчак чизигидан 1—1,5 см ташқарида, парастернал чизикдан сал ичкарида, 7—12 яшар болаларда — III қовурғада, эмчак чизигида, туш суягининг ўнг қиррасига яқин жойда аниқланади. Юрак зарби сезиладиган жой 2 ёшгача болаларда тўртинчи, 2 ёшдан катта болаларда эса бешинчи қовурғалар орасида бўлади. Юрак тонлари аниқ бўлади, лекин биринчи тон билан иккинчи тон бир-биридан камроқ ажралиб туради.

Балоғатга етиш даврида ўсмирларда кўпинча юрак-томирлар системаси функцияларида «ўсмирлар юраги» деган умумий ном билан аталадиган ўзгаришлар кўрилади.

Балоғатга етиш даврида қон айланиш аппаратида юзага келадиган ўзгаришлар асосан ички секреция безларининг таъсиридан келиб чиқади. Бу даврда жинсий безлар функцияси кучаяди, шу нарса организм гормонал аппаратининг қайтадан тузилишига сабаб бўлади.

Юрак-томирлар системасида ўзгаришлари бор ўсмирлар юрак ўйнаши, ҳансираш, тез чарчаб қолиш, кўп терлаш, юрак соҳасининг нохуш бўлиб туришидан нолийди, баъзан улар салга ҳушдан кетадиган бўлиб қолади.

Перкуссия йўли билан аниқланадиган юрак чегаралари одатда нормал бўлади. Аускультацияда нормал тонлар эшитилади, кўпгина ўсмирларда юрак учи ёки ўпка артериясида функционал систолик шовқин топилади. Бундай ўсмирларнинг пульси билан артериал босими ўзгариб туриши, нотайин бўлиши билан ажралиб туради. Кўпинча тахикардия кўрилади; артериал босим кўтарилган ёки пасайган бўлиши мумкин.

Юрак-томирлар системасида пубертат даврда пайдо бўладиган мана шу ўзгаришларнинг ҳаммаси юрак тараққиётининг тўла тугалланиши йўлидаги оралиқ фаза бўлиб ҳисобланади ва қайтар характерда бўлади.

Ўсмирлар юрагига хос ўзгаришлар пайдо бўлганида кун тартибини, витаминлар билан бойитилган овқатлар билан тўғри овқатланишни яхши ташкил этишга, ўқиш ёки иш шароитларига аҳамият бериш зарур. Жисмоний жиҳатдан зўриқиш ҳамиша зарар қилади. Спорт, айниқса бокс, оғир атлетика ва бошқалар билан зўр бериб шуғулланиш тавсия этилмайди. Одатдаги ўқиш ва кундалик иш давом эттирилиши керак. Даво физкультураси, шу-

нингдек дозаланган ҳар хил спорт машқлари (чанғи, конькида юриш, сузиш, эшкак эшиш ва бошқалар)дан фойдаланиш катта аҳамиятга эга.

### ҚОН ВА ЛИМФА СИСТЕМАСИНING ХУСУСИЯТЛАРИ

Организмнинг ички муҳити бўлиш қон барча система ва органларнинг ҳаёт фаолиятида катта аҳамиятга эга.

Эмбрионал ҳаёт даврида қон яратувчи органлар жигар, талоқ, кўмик ва лимфа тўқимасидир. Кўмик эмбрионал ҳаётнинг фақат иккинчи ярмидан бошлаб ишлаб бошлайди ва бола туғиладиган пайтга келиб узил-кесил ривожланиб, қон шаклли элементлари ҳосил бўладиган асосий жой бўлиб қолади; талоқ ва лимфа тўқимаси иккинчи ўринда туради.

Гўдак болада қон барча суякларда ҳосил бўлиб туради-ю, лекин 4 ёшдан бошлаб баъзи суяклардаги қизил кўмик энди иликка айлана бошлайди. 12—15 ёшга бориб, ясси суяклар (қовурғалар, тўш суяги, умуртқалар) ва найсимон суякларнинг эпифизларигагина сақланиб қоладиган қизил кўмик қон яратиш процессида иштирок этади.

Турли ёшдаги болаларда қон миқдор жиҳатидан ҳам, сифат жиҳатидан ҳам ўзига хос ўзгаришларга учраб боради. Гематологик кўрсаткичларга қараб болалик даврининг бошдан оёғини шартли равишда 3 та даврга ажратиш расм бўлган: чақалоқлик даври, эмадиган давр ва катта ёшли бола, бу даврлар орасида жуда муҳим тафовутлар бўлади.

Қизил ва оқ қоннинг шу уччала ёш гуруппаларига тегишли асосий кўрсаткичлари 3-жадвалда келтирилган.

3 - ж а д в а л

Ҳар хил ёшдаги болалар қонининг асосий кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Чақалоқлар	Эмадиган болалар	1 ёшдан катта болалар
Гемоглобин	170—247 г/л (17,0—24,7 г%)	110—119 г/л (11,0—11,9 г%)	126—156 г/л (12,6—15,62%)
Эритроцитлар	$4,5—7,5 \cdot 10^{12}/л$ (1 мм <sup>3</sup> да 4,5—7,5 млн.)	$3,5—4,0 \cdot 10^{12}/л$ (1 мм <sup>3</sup> да 3,5—4,0 млн.)	$4,3—5,0 \cdot 10^{12}/л$ (1 мм <sup>3</sup> да 4,3—5,0 млн.)
СОЭ, мм/соат	2—3	3—5	4—10
Лейкоцитлар	$10—30 \cdot 10^9/л$ (1 мм <sup>3</sup> да 10—30 минг)	$10—11 \cdot 10^9/л$ (1 мм <sup>3</sup> да 10—11 минг)	$6—8 \cdot 10^9/л$ (1 мм <sup>3</sup> да 6—8 минг)
Нейтрофиллар, %	60—70	15—40	Аста-секин кўпайиб, 60 гача боради
Лимфоцитлар, %	20—30	55—75	Аста-секин камайиб, 35 гача тушади
Тромбоцитлар	$20—25 \cdot 10^{10}/л$ (1 мм <sup>3</sup> да 200—250 минг)	$20—30 \cdot 10^{10}/л$ (1 мм <sup>3</sup> да 200—300 минг)	$20—30 \cdot 10^{10}/л$ минг (1 мм <sup>3</sup> да 200—300 минг)

Чақалоқлар учун қизил қонда қуйидаги ўзгаришлар бўлиши характерлидир: ҳаётнинг дастлабки 5—7 куни давомида рўй-рост бўладиган 1) анизоцитоз (эритроцитларнинг катта-кичик бўлиши); 2) ҳаётнинг дастлабки кунларида айниқса сезиларли бўладиган полихроматофилия (эритроцитларнинг ҳар хил тусда бўлиши); 3) ретикулоцитлар (доналари бўладиган ёш шаклдаги эритроцитлар) сонининг кўпроқ бўлиши; 4) айниқса, ҳаётнинг биринчи кунларида нормобластлар (ядроси бор ёш шаклдаги эритроцитлар) бўлиши.

Эмадиган болаларда анизоцитоз билан полихроматофилия ўртача ифодаланган бўлади ва ҳаётнинг дастлабки 2 оғи давомида кузатилади. Нормобластлар битта-яримта бўлади, ретикулоцитлар сони ўртача 5—6% ни ташкил этади.

Эмадиган болаларда лейкоцитар формула қуйидаги хусусиятларга эга бўлади: 1) лимфоцитлар устуи туради; 2) нейтрофиллар хусусига келганда ўртача чапга сурилиш ҳодисаси кўрилади; 3) ўртача моноцитоз бўлади; 4) плазматик (лимфоид типдаги) ҳужайралар учраб туради.

Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болалар учун қоннинг морфологик таркибида кенг доирадаги индивидуал ўзгаришлар бўлиб туриши характерли эканини айтиб ўтиш керак, бундай ўзгаришлар бола қон яратиш аппаратининг эндоген ва экзоген омилларга жуда сезгирлигидан келиб чиқади. Ҳар бир коикрет ҳолда гематологик маълумотларни баҳолашда шуни ҳисобга олиш зарур.

1 ёшдан кейин болаларда анизоцитоз билан полихроматофилия аста-секин йўқолиб кетади; ёш шаклдаги эритроцитлардан ретикулоцитларгина қолиб, сони 2% дан 5% гача ўзгариб туради. Лейкоцитар формулада нейтрофиллар сони аста-секин кўпайиб боради, шунга яраша лимфоцитлар билан моноцитлар сони камаяди, плазматик ҳужайралар йўқолиб кетади.

Лимфа системаси лимфа тугунлари, лимфоид фолликуляр ва лимфоид тўқиманинг диффуз тўпламларидан ташкил топгандир.

Чақалоқнинг лимфа тугунлари катталардагига қараганда қиёсан катта, бириктирувчи тўқима капсуласи юпқа ва нозик бўлади, бўлақларининг ичидаги тўсиқлари (трабекулалари) деярли бўлмайди. Паренхимаси лимфоид элементларга бой, кенг синусларга ва қон томирларнинг қалин тўрига эга. Бола улғайган сари аста-секин дифференцировка бўлиб ўтади (капсулалар, трабекулалар ва бошқалар, ҳосил бўлади) ва 12—13 ёшга бориб лимфа тугунларининг ривожланиши поёнига етади. Тананинг қайси жойларидан лимфа келадиган бўлса, периферик лимфа тугунларининг жойлашиши ўша жойларга тўғри келади.

Соғлом болаларнинг 25—50% ида бўйиннинг олди ва орқаси; қўлтиқ ости, човдаги лимфа тугунларини пайпаслаб топиш мумкин, деб ҳисобланади, булар якка-якка, катталиги тарик донидан то ясмиқдай келадиган, юмшоқ, ҳаракатчан, бир-бирига ва атрофдаги тўқимага ёпишмаган бўлади.



Лимфа тугунлари энг муҳим тимфопоэз органлари бўлиб ҳй-собланади. Буларда лимфоцитлар ҳосил бўлиб туради, лимфоцитлар лимфани олиб кетадиган томирларга ёки тўғридан-тўғри қонга ўтади.

### Лимфа тугунлари группаси

Бўйиннинг олдинги тугунлари

Бўйиннинг орқа тугунлари

Жағ ости тугунлари

Энгак ости тугунлари

Умров ости тугунлари

Энса тугунлари

Чов чугунлари

Тирсак тугунлари

Қўлтиқ ости тугунлари

### Лимфа қаердан келади

Юз териси ва қулоқ ости безидан, бурун, томоқ, оғиз шиллиқ пардасидан

Бўйин терисидан ва бурун-ҳалқум шиллиқ пардаси, қисман томоқ билан оғиз шиллиқ пардасидан

Оғиз бўшлиғи ва томоқ шиллиқ пардасидан

Энгак ости терисидан, устки ва пастки лабдан

Кўкрак устки қисмининг териси, плевра ва ўпка учларидан

Бош териси ва бўйин орқа қисмидан

Қўл терисидан (III, IV, V бармоқлар ва панжа билан билак ички четининг териси бунга кирмайди)

Қўлнинг III, IV, V бармоқлари, панжа ички четининг териси ва кўкрак безларидан

Оёқ териси, қориннинг пастки қисми, думба, оралиқ, жинсий органлар ва орқа тешиқдан

Лимфа тугунларига тушиб қолган заҳарли моддалар, бактериялар, уларнинг токсинлари шу жойда зарарсизлантирилади. Бола ҳаётининг дастлабки ойларида лимфа тугунлари функционал жиҳатдан ҳали етилмаганлиги учун уларнинг барьер-ҳимоя функцияси етарли ифодаланмаган бўлади. Ҳаётининг биринчи йили охирига келиб, бу функция анча мукаммаллашиб қолади.

Лимфа тугунларининг учинчи муҳим функцияси уларда анти-телолар ишланиб чиқишидир, бу — лимфа тугунларида плазматик ҳужайралар бўлишига боғлиқ.

Лимфа системасига Пирогов-Вальдейернинг ҳалқумдаги лимфойд ҳалқаси киради, у бир талай якка-якка фолликуллардан ташқари танглай, ҳалқум ва тилдаги бодомча безларни ўз ичига олади.

Чақалоқнинг бодомча безлари кичик, чуқур жойлашган бўлади, уларнинг тўла ривожланиши бола ҳаётининг 6-ойига бориб тугалланади. 5—10 ёшдан бошлаб аксари танглай бодомча безлари катталлашиб қолади, бу — кўпинча бурун-ҳалқум бодомча безлари ҳамда ҳалқумдаги бошқа лимфойд тузилмаларнинг катталашуви билан бирга боради. Балоғатга етиш даври киришида уларнинг тескари ривожланиши — инволюция процесси бошланади.

Айрисимон без (тимус) олдинги кўкс оралигининг устки бўлимида жойлашган бўлаклардан иборат жуфт органдир. Бола ту-

ғилганидан кейин айрисимон без огирлиги ортиб, дифференцияланиб боради ва 8 ёшга келганда у ўз ривожланишининг ниҳоясига етади. 9—13—15 ёшда айрисимон безнинг инволюцияга учраганини кўрсатадиган белгиларни топиш мумкин, улар паренхимаси аста-секин ёғ тўқимаси билан алмашилиб боради.

Айрисимон безнинг физиологик аҳамияти яқин вақтларгача ҳам унча аниқ эмас эди. Ҳозирги вақтда у лимфоцитопозтик, моддалар алмашинувиغا тааллуқли ва иммунологик функцияларни бажаради, деб ҳисобланади. Айрисимон безнинг эндокрин функцияси ҳам бор деб эътибор этиш керак, у боланинг умумий метаболизмида ва хусусан, нуклеопротейнлар алмашинувида маълум ролни ўйнайди.

Айрисимон без чақалоқлар ҳамда гўдак болалардаги иммунологик реакцияларнинг йўналишида етакчи ролни ўйнайди-ю, лекин унинг шу фаолиятини ишга соладиган механизмлар ҳамон ўрганилмай қолмоқда.

Болаларда талоқ ҳам ўз хусусиятларига эга бўлади: қон томирларга бой, бириктирувчи тўқима асоси сует ривожлангандир. Талоқнинг асосий функцияси лимфоцитлар ҳосил қилиш, эритроцитлар ҳамда моноцитларни парчалашдан иборат, талоқнинг мана шу функцияси бола туғилган пайтида яхши ривожланган бўлади.

#### **НАФАС, ҚОН АЙЛАНИШИ ВА ҚОН ЯРАТИШ ОРГАНЛАРИНИНГ ТЎҒРИ ИШЛАБ ТУРИШИ УЧУН ТОЗА ҲАВО, ЧИНИҚТИРИШ, ГИМНАСТИКАНИНГ АҲАМИЯТИ**

Нафас, қон айланиши, қон яратиш органларининг тўғри ривожланиб бориши бола учун белгиланган тўғри режим ва турмуш тарзига риоя қилиб боришга боғлиқдир. Бола тоза ҳаво ва қуёш нуридан етарлича баҳраманд бўлмай, вақтининг кўпчилиқ қисмини дим бино ичида ўтказадиган бўлса, унинг тўғри ривожланиб боришига ҳалал берадиган шарт-шароитлар вужудга келади. Буларнинг ҳаммаси турли касалликларга сабаб бўлиши мумкин.

Болаларни йилнинг ҳар қандай фаслларида ҳам сайр қилиб туришга ўргатиш муҳим.

Қишда туғилган чақалоқ болани ҳаво температураси  $-5^{\circ}\text{C}$  дан паст бўлмаган пайтларда 3—4 ҳафтада сайрга олиб чиқиб туриш зарур. Қиш совуқ келган пайтларда форточкани олиб қўйиб, болани уйда сайр қилдириш йўли билан совуқ ҳавога аста-секин ўргатиб бориш керак. Ёзда туғилган болаларни ҳаётининг биринчи кунларидан бошлабоқ сайрга олиб чиқиш ёки уйда деразаларни очиб қўйиб ухлатиш лозим. 2—3 ойлик болаларни қишда температура  $-10^{\circ}\text{C}$  дан паст бўлмаса, ташқарига олиб чиқиш керак. Шу ёшдаги болалар бирмунча иссиқроқ кунларда 45—60 минут мобайнида сайр қилиб юриши лозим; жуда совуқ кунларда кунига 2 марта сайрга чиқиб туриш керак, лекин сайр вақтини ҳар сафар 20—30 минутгача қисқартириш лозим бўлади. Ҳаво температураси  $-12$ — $-15^{\circ}\text{C}$ , қаттиқ изғирин бўлмаса, 3—6 ойлик бо-

лаларни сайрга олиб чиқиш мумкин. Қишда ташқарида юриладиган умумий вақт иккала сайр мобайнида бир соатдан 2—3 соатгача борадиган бўлиши керак. Боланинг юзи очиқ туриши лозим. Йилнинг иссиқ пайтларида, ҳатто, гўдак болалар ҳам қўл ва оёқларини имкони борича яланғоч қилиб куннинг кўпчилиқ қисмини ҳавода ўтказиши керак (кийими ҳаво температурасига боғлиқ бўлади).

Сайр учун тиш, қўкаламзор, имкони борича одамсиз жойларни танлаш керак. Шунда бола жуда гўдаклигида инфекциялардан ҳолл бўлади.

Сайр вақтида болалар учун ўйинлар уюштириш осон. Улар доим ҳаракатда бўлиб, бир талай ҳар хил ва қизиқ таассуротларни олишади. Модомики, шундай экан, сайр соғломлаштириш учунгина аҳамиятга эга бўлиб қолмай, балки тарбиявий жиҳатдан ҳам аҳамиятга эгадир.

Бола яшайдиган ўйин доим шамоллатиб туриш зарур.

Боланинг соғлом бўлиб ривожланиб боришида организминини чиниқтириш, қуёш ва сувдан тўғри фойдаланиш алоҳида аҳамиятга эга.

Жуда ёш болаларни ҳам ҳаётининг 2—3 ойидан бошлаб ҳаво ванналарига ўргатиб бориш ва кунига бир неча марта яланғоч қилиб қўйиш керак. Ҳаво ваннаси пайтида боланинг вазиятини ўзгартириб туриш: дам чалқанчасига, дам қорни билан ётқизиб қўйиш керак. Мана шундай ванналарни ҳавосининг температураси камида 21—22°C бўлган уйда ўтказиш мумкин, кейинчалик ўйин аввал шамоллатиб қўйиш йўли билан ҳавосининг температурасини 18—20°C гача, бир яшардан катта болалар учун эса ҳатто, 15—16°C гача аста-секин тушириш мумкин.

Ёзда ҳаво ванналари дарахтларнинг ола-чалнак соясида, очиқ ҳавода ўтказилади, мана шундай жойда бола ультрабинафша нурларга бой тарқоқ қуёш нуридан баҳраманд бўлади. Бундай ванналарни соя жойдаги ҳаво температураси камида 22°C бўлганда бошлаш лозим, сўнгра уларни бирмунча пастроқ, аммо соя жойдаги температура камида 17°C бўлган пайтларда ўтказиб туриш мумкин. Болани шамолдан эҳтиёт қилиш зарур. Ҳаво ваннасининг муддати аста-секин узайтириб борилади ва ҳаётининг биринчи ярим йили учун 1—2 минутдан 10—15 минутгача, 3 ойдан кейин эса 20—30 минутгача етказилади.

Ҳаво ваннаси пайтида болани айлантириб ётқизиб туриш, актив ҳаракатларни стимуллаб бориш керак. Ваннани овқатдан кейин камида 1—2 соат ўтказиб, катта ёшли болалар учун эса кундузги уйқудан кейин қилиш лозим. Ҳаво ваннасидан кейин болани кийинтириб, эркин ётқизиб қўйиш зарур. 2½—3 яшар болалар ёзда труси ва сандал кийиб узоқ вақт очиқ ҳавода юришлари мумкин.

Қуёш ванналарини болада бир ёшга тўлганидан кейингина жуда эҳтиётлик билан қилиш мумкин. Қуёш ваннасининг муддати олдинига кўпи билан 2—3 минут, сўнгра бу муддат аста-секин узайтириб борилиб, ҳаво температураси 20—21°C бўлганда 10—20 минутгача етказилади. Шу вақтнинг ярмини бола қор-

ни билан, ярмини чалқанча ётган ҳолда ўтказади. Унинг боши тик қуёш нурларидан пана қилинган бўлиши керак. Қуёш ваннаси пайтида болани ёлғиз қолдириб бўлмайди. Қуёш ваннаsidан кейин болани устидан сув қуйиб чўмилтириш маъқул. Қуёш ванналари учун энг яхши вақт кундуз кун соат 10 дан 12 гача (ўрта минтақада).

Сув муолажалари: баданни ишқалаб артиш, устан сув қуйиш, душ, ванна организмни чиниқтиришга ёрдам беради.

Сув муолажаларини қилишда ҳамиша бирмунча энгилроғидан (баданни ишқалаб артишдан) бошлаш ва бирмунча кучли таъсир қиладиган хилларига (ваннага) ўтиш керак. Иссиқ муолажалардан бирмунча совуқроқларига аста-секин ўтиб бориш зарур.

Баданни ишқалаб артиш ишини бола 2—3 ойлик бўлгунидан кейин ўтказиб турса бўлади. Дастлабки икки ҳафта мобайнида бадан қуруқ ҳолича артилади. Бунинг учун боланинг бадани бир бўлак тоза фланель билан сал қизаргунча қисмба-қисм артиб чиқилади. Шундай қуруқ артишни болалар жуда ёқтиради. Сўнгра ҳўллаб артишга ўтилади. Бу иш сувга ҳўлланган юмшоқ фланель ёки паҳмоқ қўлқоп (паҳмоқ газламадан тикилган қўлқоп) билан ўтказилади. Артиш учун туз (1 стакан сувга 1—2 чой қошиқ туз) ёки арақ (1 стакан сувга 1—2 чой қошиқ арақ) қўшилган сув ишлатилади.

Совуқ пайтларда сув температураси олдинига 35—36°C, ёзда 33—35°C бўлиши керак (бир ёшгача бўлган болалар учун). Сув температураси 30—32°C гача аста-секин (ҳар 5—7 кундан кейин) пасайтириб борилади. Бир яшардан 3 яшаргача бўлган болалар учун сув температурасини 26—28°C гача пасайтириш керак.

Баданни ҳўллаб артиш муддати 5 минутдан ортмаслиги лозим. Ҳўллаб артиш тартиби мана бундай: олдинига қўллар, кейин оёқлар, кўкрак, қорин ва охири навбатда баданнинг орқа юзаси ишқалаб артилади. Баданнинг ҳар бир қисми ҳўллаб артилганидан кейин сал қизариб чиққунча қуруқ қилиб артилади ва бола 10—15 минут ўринга ётқизиб қўйилади.

2 ёшдан катта болаларни кечаси ётишдан олдин оёғини салқин сув билан чайиб ётқизиш фойдали, бунинг учун дастлаб температураси 28°C бўлган сув ишлатилади ва сув температураси 18°C гача ва ҳатто, 15°C гача туширилади (ҳар 3—4 кунда сув температураси 1°C тушириб борилади). Болани салқин сув солинган тосда оёқларини шапиллатиб туриши учун ўтказиб қўйса бўлади.

Ҳаётининг биринчи ойларида одатдаги ваннадан кейин боланинг бошидан сув қуйиб олинади, сув температураси ваннадаги сув температурасидан 1—2°C паст бўлади. Бола каттароқ бўлиши билан бошидан қуйиш учун ишлатиладиган сув температурасини яна 2—3°C пасайтириш мумкин.

Болалар устидан атайлаб сув қуйиб туриш ва уларни душга тушириш организмни яхши чиниқтиради, бу ишларни бола ёшидан ошганидан кейин қилиш керак. Махсус душ установаки бўлмаса, бу мақсад учун лейка ёки кўзадан фойдаланиш мумкин.

Сув оқимининг бола бошига тегмаслигига қараб бориш керак.

Болалар учун душни ёз пайтида буюриш лозим. Сув температураси аввалига 35°С бўлиши, сув температурасини аста-секин, бир неча ҳафта давомида 28°С гача, 2—3 яшар болалар учун эса 26°С гача пасайтириб бориш керак.

Температураси камида 20°С бўлган иссиқ уйда душ қилса ҳам бўлади, душдан кейин бола баданини қуруқ қилиб артиш керак. Душ ёки устдан сув қуйиш ишларини эрталаб овқатдан олдин ёки кундузи бола ухлаб турганидан кейин қилган маъқул; муолажа муддати 1—2 минут.

2 ёшгача бўлган болаларни анҳорларда чўмилтириш ярамайди. Дастлабки чўмилиш пайтларида ҳаво температураси 26—27°С бўлиши керак. Чўмилиш 3—5 минут, кейин 8—10 минут давом этади. Олдиниға бола енгил ҳаракатлар ёки ўйин билан баданини иситиб олади. Сувда бола ҳаракатланиши керак. Чўмилиб бўлганидан кейин бола бадани қуруқ қилиб артилади ва сояга ўтказилади. Чўмилишдан кейин қуёш ванналари қилиш ярамайди. Денгизда чўмилиш учун бола камида 3 яшар бўлиши керак.

Болаларнинг, хусусан гўдаклик даврида, нормал ривожланиб бориши учун массаж ва гимнастика катта аҳамиятга эга.

Гимнастика билан шуғулланиш ички органларнинг функцияси ва алмашинув процессларига анчагина таъсир кўрсатади. Ҳар бир соғлом болага, у 1½—2 ойлик бўлиши билан жисмоний машқлар буюрилади. Эмадиган болалар учун машқлар жуда содда ва осон бажариладиган бўлиши керак. Соғлом болага унинг ёшига тўғри келадиган гимнастика машқлари ва массаж буюришга тўсқинлик қилмайдиган монеликлар йўқ.

Гимнастика одатда кунига бир маҳал, бола жисмоний ва нерв-психик жиҳатдан ривожланишда орқада қолган бўлса, икки маҳал қилинади.

Массаж ва гимнастика машқларини эҳтиёт бўлиб, авайлаб, куч ишлатмасдан ва секин суръат билан ўтказиш керак, чунки эмадиган боланинг териси, томирлари ва таянч-ҳаракат аппарати жуда нозик бўлади. Тальк ёки вазелин ишлатиш ярамайди, чунки булар боланинг терисидаги тешикларга тиқилиб қолади.

Гимнастика билан массаж бола ҳаракат активлигининг ўрнини боса олмайди.

Марказий нерв системасининг физиологик хусусиятлари, мускулларининг ҳолати, суяк скелети, бойлам аппаратининг хусусиятларини ҳисобга олиб туриб, болаларга уларнинг ёшига қараб жисмоний машқларнинг ҳар хил комплекслари ва массаж буюрилади.

Жисмоний машқлар тўғри танлаб олинмайдиган бўлса, боланинг қадди-қомати яхши бўлиб ўсишига ёрдам беради, натижада бола буй-басти келишган ва қомати чиройли бўлиб боришидан ташқари ички органларнинг, хусусан ўпка ва юрагининг нормал ишлаб туриши енгиллашади. Мактабгача тарбия ёшида сайрга чиқиб туриш ва энг оддий спорт ўйинлари билан машғул бўлиш: 3—4 ёш-

дан бошлаб чангида юриш, 5—6 ёшдан бошлаб конькида учиш, сузиш, 3—4 ёшдан бошлаб уч ғилдиракли; 5 ёшдан бошлаб икки ғилдиракли велосипедда юриш ҳам шунга ёрдам беради. Уқувчилар спорт билан, одатда, 11—12 ёшдан бошлаб, ҳаракат ма-лакаларини узоқ вақт шакллантириб, камолга етказиб боришни талаб қиладиган спорт турлари (қиличбозлик, сузиш, фигурали учиш, бадиний гимнастика) билан эса 7—10 ёшдан бошлаб шугулланишга киришади. Оғир атлетика, жумладан кураш билан ҳам кам деганда 16—17 ёшдан кейингина шугулланиш мумкин.

## ҲАЗМ ОРГАНЛАРИНИНГ АНАТОМИҚ-ФИЗИОЛОГИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ

Чақалоқ болалар билан гўдак болаларнинг оғиз бўшлиғи нисбатан кичик бўлади. Чайнаш мускуллари яхши ривожланган, тил қиёсан катта, лекин калта ва сербар бўлади. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси нозик, қон томирларга бой, очиқ рангга эга.

Эмадиган боланинг оғзи сўриш актига ёрдам берадиган баъзи хусусиятларга эга бўлади. Бу хусусиятлар қуйидагилардан иборат:

1) лунжларининг бағрида ёғ парчалари, Биш ёстиқчалари деган тузилмалар яхши билиниб туради, булар сўриш актида оғиз бўшлиғида манфий босим ҳосил бўлишини осонлаштиради;

2) альвеоляр ўсиқлар бўйлаб пиликсиммон қалинлашма ётади, у келгусида озик тишлар чиқадиган жойлар орасида ҳаммадан кўра яхши ифодаланган бўлади;

3) лабларнинг шиллиқ пардасида кўндаланг йўллар ёки бурмалар бўлади. Қалинлашмалар ва кўндаланг бурмалар борлиги эмиш вақтида кўкрак учини яхшироқ қамраб олишга ёрдам беради.

Чақалоқ ва 3—4 ойлик боланинг сўлак безлари етарлича дифференцияланмаган бўлади. Сўлак кам чиқади, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасининг қуруқ бўлиб туриши шунга боғлиқ. Шиллиқ парданинг қуруқ бўлиб туриши унинг шикастланишини осонлаштириб қўяди. Шунинг назарга олиб, соғлом боланинг оғиз бўшлиғини артиш ярамайди, чунки у салга тирналиб, жароҳатланиб қолиши мумкин.

Ҳаётнинг 3—4 ойида сўлак безлари анча тўла ривожланиб олади ва бу ёшдаги болаларнинг доим оғзидан сўлак оқиб туради (сўлакнинг физиологик оқиб туриши); сабаби шуки, сўлак етарлича миқдорда чиққани ҳолда уни ютиш лаёқати ҳали тўла юзага келмаган бўлади.

Бола ҳаётининг биринчи ойларида фақат эмиш йўли билан овқатланади. Эмиш, яъни сўриш ҳаракати туғма рефлектор актдир, бу рефлекс нормал ва ой-куни етиб туғилган барча чақалоқларда бўлади. Сўриш акти учта фазадан ташкил топади; аспирация, кўкрак учини босиш ва аспирацияланган сутни ютиш.

Сут билан бирга бола бир оз миқдор ҳавони ҳам ютади (физиологик аэрофагия). Эмиш вақтида бола ютиб юборган ҳаво боланинг қадди ростланганида қизилўнгачдан юқорига кўтарилиб

чиқиши ва кекиришга сабаб бўлиши мумкин. Борди-ю, қизилўнғач бўйлаб кўтарилиб чиқадиган ҳаво меъдадаги сутнинг бир қисмини ҳам ўзи билан олиб чиқадиган бўлса, бу қусуқ бўлиб тушади. Бола қусишининг олдини олиш учун уни эмизгандан кейин кекириш билан ҳаво ташқарига чиқиб кетсин деб унинг қадини аста-секин тиклаш керак.

Гўдак боланинг қизилўнғачи катта ёшли одамларга қараганда қиёсан узунроқ ва воронкасимон шаклда бўлади. Унинг шиллиқ пардаси нозик, томирларга бой, шилимшиқ безлари деярли бўлмагани учун қуруқ бўлиб туради. Қизилўнғачининг узунлиги чақалоқда 10—11 см, эмадиган болаларда 12 см, 5 яшар болаларда 16 см дир. Болаларда учрайдиган ҳар хил патологик ҳолатларда меъдани ювиш керак бўлганлиги учун турли ёшдаги болаларда қизилўнғач узунлигининг қанча бўлишини билиш зарур.

1 ёшгача меъда горизонтал вазиятда бўлади, бола ёшидан ошиб, юра бошлаганидан кейин меъдаси бирмунча тикроқ ҳолатга ўтади. Бола туғилганида унда меъданинг катта ёшли кишига хос ҳамма бўлимлари бўлади-ю, лекин меъда туби суст ривожланган бўлади.

Меъданинг шиллиқ пардаси, чиқиш қисмини айтмаганда, ўртача ривожланган, чиқиш қисми эса яхши ривожланган. Меъда кириш қисмининг сфинктери унча ривожланмаган бўлади. Бу ҳол меъда мускуллари сустроқ бўлгани учун эмадиган боланинг тез-тез қайт қилиб туришига сабаб бўлади.

Бирмунча каттароқ ёшдаги болаларда ҳам меъданинг катталиги, шакли, олган вазияти қорин бўшлиғидаги органларнинг аҳволи, боланинг умуман печоғли тўлалиги, танасининг тузилиши ва бошқа омилларга қараб осон ўзгариб туради.

Меъданинг сигими ой кунни етиб туғилган чақалоқ болада 30—34 мл ни, 3 ойлик болада 100 мл ни, 1 яшар болада 250 мл ни ташкил этади. Меъданинг секретор безлари катта ёшли одамларда қандай ферментлар бўлса, шу ферментларнинг ҳаммасига эга бўладиган меъда шираси ишлаб чиқаради, лекин бу ферментларнинг активлиги камроқ бўлади.

Эмадиган боланинг ичаги катта ёшли одамдагига қараганда қиёсан узунроқдир. Эмадиган бола ичак йўлининг узунлиги танасининг узунлигидан 6 баравар ортиқ келади (катта ёшли одамда 4 баравар ортиқ бўлади). Ичакнинг шиллиқ пардаси кучли ривожланган, қан томирлар билан мўл-кўл таъминланган, ҳужайра элементларига бой, нозик, бир талай лимфа тугунлари ва ворсинкалари бўлади. Шу билан бирга шиллиқ парда тагидаги тўқима, мускуллар, кўндаланг бурмалар суст ривожланган ва нерв чигалларининг тузилиши мукаммаллашмаган бўлади. Мана шуларнинг ҳаммаси бир қўшилиб, меъда-ичак йўлининг салга шикастланиб туришига сабаб бўлади. Ичаклар перистальтикасининг салга бузилиб туриши болани боқиш ёки унга парвариш қилишда хато қилинганда меъда-ичак йўлининг дарров касалланиб қолишига олиб келади.

Эмадиган бола ичагининг ўзига хос ва муҳим хусусияти де-

ворлари ўтказувчанлигининг юқори бўлишидир. Шу сабабдан кўпгина касалликлар, хусусан, меъда-ичак касалликларида токсинлар ва овқатнинг чала ҳазм бўлишидан юзага келадиган маҳсулотлар ичак девори орқали осон ўтиб, қон оқимиغا тушади ва токсикоз бошланишига олиб келади. Шунинг учун ҳам ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларда талайгина ичак касалликлари вақтида нерв системаси, юрак-томирлар ва бошқалар шикастланиб қолади.

Бола эндиgina тугилган пайтда ичаги стерил бўлади, лекин бир неча соатдан кейиноқ ичакда энди ҳаводан, онасининг кўкраги, парвариш буюмларидан тушадиган хилма-хил микроблар яшай бошлайди.

Эмадиган бола ичагининг микрофлораси боланинг қандай ва нималар билан боқилишига боғлиқ. Кўкрак бериб боқиладиган болалар ичагидаги асосий микроблар бифидобактериялардир. Шунлар билан бир қаторда энтерококклар ва ичак таёқчалари ҳам бир оз миқдорда учрайди. Бифидобактериялар ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган бола учун физиологик микроб бўлиб ҳисобланади ва бола онасининг сути билан овқатланар экан, ичакнинг асосий микроби бўлиб қолаверади. Болалар аралаш овқатга ўтиб борган сайин бифидобактериялар сони уларда камаяди ва микрофлора катта ёшли одамлардаги билан бир хил бўлиб қолади.

Бола сигир сути билан боқиладиган бўлса, ичак микрофлорасида ичак таёқчаси кўпчиликини ташкил этувчи микроб бўлади. Бирмунча каттароқ ёшдаги болаларда ичак флораси таркиби жиҳатидан ниҳоятда хилма-хил бўлади-ю, лекин бунда ҳам ичак таёқчаси билан энтерококк кўпчиликини ташкил этади.

Ичак микрофлораси организм ҳаётида маълум аҳамиятга эга. Унинг ижобий таъсири қуйидагиларга боғлиқ: 1) ичак нормал ишлаб турадиган шароитларда бифидобактериялар, ичак таёқчалари, энтерококклар жуда хилма-хил патоген ва чиритувчи микробларни заифлаштириб, ҳалок қилиб юбориши мумкин; 2) тўққизта ҳар хил витаминлар: (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub> ва бошқалар)нинг синтезида иштирок этади; 3) баъзи бактериялар ферментатив хоссага эгадир, ҳазм ферментлари озиқ моддаларни қай тариқа парчалайдиган бўлса, булар ҳам уларни худди шундай парчалайди.

Чақалоқ ва эмадиган болаларда жигар қиёсан каттагина организмдир. Чақалоқларда унинг вазни бутун тана оғирлигининг 4% ини ташкил этади (катта ёшли одамларда 2%). Боланинг жигари қон томирларга жуда бой, бириктирувчи тўқима элементларни унда кам бўлади, жигар бўлакчалари жуда яхши билиниб туради. 6—8 ёшгача жигар ҳужайраларининг ривожланиши ҳали тугамайди. Эмадиган болаларда жигар каттароқ ёшдаги болалардагига қараганда бирмунча қавариқроқ бўлади. У қовурғалар остидан 2—3 см туртиб чиқиб туради, аста-секин бир оз кичрайиб боради ва 1—2 ёшда ҳам ҳали 1—2 см чиқиб туриши мумкин. Жигарнинг функционал фаолияти жуда хилма-хил, лекин гўдак болаларда етарли эмас. Болаларда учрайдиган кўпгина касал-



ликлар ва интоксикацияларда жигарнинг катталашиб кетиши унинг шу хусусиятларига боғлиқ.

Жигар моддалар алмашинувининг ҳамма турларида муҳим ролни ўйнайди, эндоген ва экзоген зарарли моддалар, токсинлар, микробларни ушлаб қоладиган тўсиқ бўлиб хизмат қилади, озиқ моддалар, асосан гликоген, шунингдек, ёғ ва оқсил жигарда тўпланиб боради ва шу ердан бу моддалар қонга тушиб туради. Жигар ўт ишлаб чиқаради, дастлабки ойларда ўт нисбатан кам бўлади.

Болаларнинг ёши, овқатининг табиати, меъда-ичак йўли ва ҳазм безларининг аҳволига қараб ичи анчагина ҳар хил бўлиб келиб туради. Кўкрак билан боқилладиган боланинг ахлати гомоген, тилла ранг-сарик тусли юмшоқ суртма консистенциясида, ачимсиқ ҳидли бўлади. Ахлат ҳавода туриб қолганидан кейин оксидланиши туфайли ранги яшил бўлиб қолади. Соғлом боланинг ичи суткасига 1—4 маҳал, баъзи болаларда 2—3 кунда бир маҳал келади, бу — кўкрак сутининг яхши ҳазм бўлиб сингишига боғлиқдир. Кўкрак бериб боқилаётган боланинг ичи, ҳатто, 2—3 кунда бир марта келса ҳам, ахлати юмшоқ бўлиб қолаверади. Ҳаётининг дастлабки ҳафталарини яшаб келаётган баъзи болалар ўзини яхши сезиб, этига эт қўшиб бораётганида суткасига 6—8 маҳал ичи келиши мумкин, бу одатда ичакнинг янги овқатланиш шароитларига мосланиб бораётганига алоқадор бўлади.

Эмадиган бола сигир сути билан боқилса, ахлати бирмунча очиқ рангда, анча зич консистенцияда, сал чирик ис аралаш қўлансароқ ҳидли бўлади. Бола сунъий овқатлантирилганда ичи кўпинча қотиб туришга мойил бўлади. Ични сурадиган дорилар ёки клизмадан ҳадеб фойдаланавериш ярамайди, чунки бола буларга тез ўрганиб қолади. Бундай ҳолларда 2—4 дона қора олхўрини қайнатиб бериш болага ёрдам қилади.

Овқат оқсилга нечоғли бой бўлса, ахлат шунча зич, ранги шунча очиқ ва шунча қўланса ҳидли бўлиб тушади. Овқатда углеводлар кўп бўлса, ахлат анча юмшоқ, сарғиш-жигарранг бўлиб қолади, кўпроқ кислотали реакцияга киради. Овқатга сабзавот (масала, сабзи) қўшиб берилса, бунинг қолдиқлари ахлатга тегишли ранг беради. Бола ёши улғайган сайин ичи камроқ келадиган бўлиб боради, ёшига тўлганидан кейин суткасига 1—2 маҳал ичи келади.

### **СИЙДИҚ ЧИҚАРИШ ОРГАНЛАРИНИНГ АНАТОМИК-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

Чақалоқ буйрагининг оғирлиги танасининг оғирлигига нисбатан олганда катта ёшли одамдагига қараганда кўпроқдир. Бола нечоғли кичик бўлса, буйракнинг юқори қутби шунча юқори ва пастки қутби шунча паст туради. Буйрақлар бирмунча паст турадиган ва нисбатан каттароқ бўлганлиги учун 2 ёшгача бўлган болада соғлом буйракни каттароқ ёшли болалардагига қараганда пайпаслаб топиш осонроқ.

Буйрак ўзининг асосий функцияси, яъни ажратиш функциясини бола туғилган пайтдан бошлаб бажара беради. Сув, минерал органик моддаларни организм буйраклар орқали чиқаради.

Болалик даврида, хусусан ёш гўдаклик даврида, моддалар алмашинуви процесслари, жумладан, сув алмашинуви бирмунча кучли борадиган бўлгани учун буйракларнинг функционал фаолияти катталардагига қараганда бирмунча кучли бўлади.

Гўдак болаларнинг буйрак жомлари ва сийдик йўллари нисбатан кенг, мускул ва эластик толалари етарлича ривожланмаганлиги учун деворларининг тонуси пастроқ бўлади. Мана шуларнинг ҳаммаси сийдикнинг туриб қолишини осонлаштирадиган шарт-шароитларни яратадики, бу — буйрак жомларида патологик процесслар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Эмадиган болада қовуқ катталардагига қараганда юқорироқ ётади ва қисман қорин бўшлиғига кириб туради. У тўлганида кўпроқ қисми билан қорин бўшлиғига киради, шу сабабдан киндик дамида ёки бундан юқорида уни пайпаслаб топиш осон. Бола улғайиб борган сайин қовуғи аста-секин чаноқ бўшлиғига тушиб боради.

Қовуқнинг сийими чақалоқ болада 50 мл ни ташкил этади. 3 ойга бориб унинг сийими 2 баравар, бола ёшига тўлганида 4 баравар катталашади, 9—10 ёшга келганда эса 600—900 мл га етади.

Ўғил болаларнинг сийдик чиқариш канали катта ёшли эркек кишидагига қараганда анча эгри бўлади. Унинг узунлиги чақалоқ болада 5—6 см га тенг, бола улғайган сайин у аста-секин узайиб боради (12 см гача). Янги туғилган қиз болада сийдик чиқариш каналининг узунлиги 0,8—1 см ни ташкил этса, 16 яшар қизда 3,3 см ни ташкил этади. Қиз болаларда сийдик чиқариш каналининг калта бўлиши ва орқа тешикка яқин туриши унга инфекция тушишини осонроқ қилиб қўяди. Шу муносабаб билан гўдак қизга парвариш қилганда орқа тешигидан уретрага инфекция ўтмаслиги учун унинг тагини олдиндан орқага қараб артиш ва ювиш зарур.

Ҳаётининг биринчи кунларида сийдик жуда кам келади ва у анча концентрланган бўлади; баъзи болалар дастлабки суткаларда сиймайди ёки организмга суюқлик кириб туришига қараб 3—4 кунгача жуда кам сияди.

Чақалоқ бола суткасига 20—25 мартагача, эмадиган бола 15 мартагача сийиб туради. 2—3 яшар бола кунига 10 марта, мактабгача тарбия ёшида 6—7 марта сияди. Боланинг қанча сийиши кўпгина сабабларга боғлиқ (овқат, ичилган суюқликнинг миқдори ва сифатига, хона температураси ва бошқаларга).

Боладан бир кеча-кундузда чиқадиган сийдик миқдорини тахминан аниқлаш учун қуйидаги формуладан фойдаланиш мумкин:  $100 \times (n-1) + 600$ , бу ерда 600 — 1 яшар боладан суткасига чиқадиган сийдик миқдори,  $n$  — боланинг ёшини кўрсатадиган сон. Ма-



20-расм. Уғил болада сийдик шундай йиғилади.

салан, 6 яшар боланинг суткалик сийдик миқдори 1100 мл ни ташкил этади ( $100 \times 5 + 600 = 1100$ ).

Сийдикнинг нисбий зичлиги (солиштирма оғирлиги) бола туғилган пайтда нисбатан юқори (1006—1018) бўлади, эмадиган болада 1003—1005 гача камаяди, бола каттароқ бўлган сайин у яна кўтарилади ва 3—5 яшар болаларда 1009—1016 ни ташкил этади. Сийдик кислотали реакцияда, таркибидаги хлоридлар ва фосфатлар ҳали кам, лекин сульфат бирикмалар кўп бўлади. Чақалоқ болаларда буйрак коптокчаларининг эпителиysi етарлича ривожланмай қолиб, оқсилни ўтказиб юборадиган бўлгани учун айрим ҳолларда дастлабки кунлари арзимас альбуминурия ҳодисалари ҳам кузатилади. Сийдикда бир қанча гормонлар ва ферментлар ҳам бўлади.

Ҳаётнинг дастлабки ойларида сийдик чиқариш акти фақат шартсиз рефлексдан иборат бўлиб, қовуқнинг таъсирланишига жавобан бошланади. Шу муносабат билан болалар тагига сийиб қўяди. Сийдик чиқариш актини шартли рефлексга айлантириш мақсадида маълум шартларга амал қилиб, бу малакани пайдо қилиб бориш керак. Болани 3—4 ойлик вақтидан бошлаб шунга ўргатиш лозим. У уйқудан уйғонганидан кейин таги қуруқ бўлса ҳам ёки эмизилганидан кейин 15—20 минут ўтказиб уни, албатта, тўсиш керак. Болани кунига 6—7 марта тувакка ўтқазиш лозим, у ўзича яхши ўтира оладиган бўлганидан кейингина бундай қилиш мумкин. Болани уйқудан олдин ва кейин тувакка ўтиришга ўргатиб бориш муҳим. Тувакнинг муздек бўлмаслигига ҳамда катта-кичиклиги болага лойиқ келадиган бўлишига аҳамият бериш керак.

Тувакка ўтириш малакаси ҳаётнинг учинчи йилига боргандагина мустаҳкамланиб доимий бўлиб қолади. Бироқ ўйинга қизиқиб кетиш, ҳаддан ташқари ҳаяжонланиш, қўрқиб сингари ҳодисалар баъзан бирмунча каттароқ ёшдаги болаларда ҳам ихтиёридан ташқари сийиб қўйишга сабаб бўлади.

Гўдак болаларда сийдик йиғиш методикаси қуйидагича. Уғил боланинг зақари пробиркага солиб қўйилади, пробирканинг четлари ёпишқоқ пластр тилишлари билан қов терисига ёпиштирилади (20-расм). Бола оёқлари билан пробиркани босиб қўймаслиги ҳамда пробирка синиқларидан шикастланмаслиги учун бо-

ланинг оёқларини йўргакка ўраб қўйиш ёки каравот деворларига боғлаб қўйиш керак. Уғил болаларда сийдик йиғиш учун эркаклар резина презервативдан ҳам фойдаланса бўлади, боланинг закари шунга солиниб қўйилади. Презервативнинг устки ҳалқаси тасмачалар ёрдамида қоринга айлантириб боғлаб қўйилади. Қиз боладан сийдик олиш олдидан унинг тагини, албатта, ювиш керак, сўнгра бола йўргакка ўралган резина доирага (совуқ бўлмаслиги учун) ўтқазилиб, доира тешигининг тагига коса ёки ликоб қўйилади. Боланинг доирадан сирғалиб тушиб кетмаслигига қараб туриш керак. Йиғиб олинган сийдик тоза идишга қўйилади ва лабораторияга жўнатилади.

## БОЛАНИ ЭМАДИГАН ДАВРИДА ВА КЕЙИНЧАЛИҚ ОВҚАТЛАНТИРИШ ПРИНЦИПЛАРИ

Боланинг ўсиб унишига таъсир қиладиган ҳамма факторлар орасида овқатланиш алоҳида аҳамиятга эга. Овқатнинг бекаму кўст бўлиши боланинг жисмоний, руҳий жиҳатдан тўғри ривожланиб боришини, инфекцион касалликларга ҳамда атрофдаги муҳит ноқулай омилларининг таъсирларига яхши қаршилиқ кўрсатадиган бўлишини таъминлаб беради.

Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларни овқатлантиришнинг уч тури бор: кўкрак бериб (табiiй йўл билан), аралаш усулда (қўшимча овқат — сут бериб) ва сунъий йўл билан боқиш.

### 1. Кўкрак бериб (табiiй йўл билан) боқиш

Табiiй йўл билан боқиш деб болани ҳаётининг дастлабки 5 ойи мобайнида фақат онасининг сuti билан боқиб, 5 ойлигидан кейин 1 яшар бўлгунича эса кўкрак сuti билан бир қаторда қўшимча овқат бериб туришга айтилади.

Она сuti ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган бола учун энг яхши овқат бўлиб, сигир сutiга қараганда бир қанча афзалликлари бор. Она сutiда бола учун зарур озиқ моддаларнинг ҳаммаси бўлади, бўлганида ҳам зўр бериб ўсиб келаётган организмнинг барча эҳтиёжларини бу даврда ҳаммадан кўра тўла қондирадиган миқдор ва нисбатларда бўлади.

Она сutiдаги оқсиллар, ёғлар ва углеводлар уларни ҳазм қилиш ва сингдириш учун энг қулай келадиган нисбатда (1:3:6 нисбатда) бўлади.

Сигир сutiда оқсил билан минерал тузлар кўпроқ, углеводлар камроқ ва ёғ тахминан кўкрак сutiдаги билан бир хил бўлади.

Кўкрак сuti билан сигир сutinинг ҳамма таркибий қисмлари бир-биридан жуда катта фарқ қилади. Она сutiдаги оқсиллар асосан майда дисперсланган фракциялар — лактоальбумин, лактоглобулин ва иммуноглобулиндан иборат бўлса, сигир сutiда кўп миқдорда казеин бор. Кўкрак сutiдаги лактоальбумин жуда қимматли ва ҳаёт учун муҳим аминокислоталарга эга. Сигир сuti-

даги казеин унча қимматли эмас, чунки аминокислоталари камроқ. Она сутидаги сут қанди боланинг ичагида ацидофиль микрофлора (вужудга келишига қулайлик туғдирадиган бета-лактозадан иборат. Сигир сутининг углеводлари ичак таёқчасининг ўсишига ёрдам берадиган альфа-лактозадан ташкил топган.

Кўкрак сутида тўйинмаган ёғ кислоталари анча кўпроқ бўлади, ҳолбуки, сигир сути ёғининг таркибида тўйинган ёғ кислоталари кўпчиликни ташкил этади, булар қийинроқ парчаланadi ва сингийди. Тўйинмаган ёғ кислоталари алмашинув процессларига яхши таъсир кўрсатади, бир қанча витаминлар (С, В<sub>1</sub>)нинг физиологик таъсири юзага чиқишини осонлаштиради, организмнинг инфекцияцион касалликларга кўрсатадиган қаршилигини кучайтиради. Минерал тузларнинг сифат таркибида катта тафовут бор. Кўкрак сутида гарчи арзимас миқдорларда бўлса-да, лекин жуда катта роль ўйнайдиган хилма-хил микроэлементлар бор, булар ҳам, худди витаминлар сингари, организмдаги барча алмашинув реакцияларида иштирок этади. Кўкрак сутида мис сигир сутидагига қараганда 3 барабар кўп бўлади. Кўкрак сутида темир жуда кам, лекин бу темир деярли батамом сўрилади, сигир сутида темир 3—4 барабар камроқ бўлади, бу сут суюлтирилганида эса бола темирни янада камроқ олади. Кўкрак сутида тузлар сигир сутидагига қараганда анча кам бўлса-да, лекин улар 2—3 барабар ортиқроқ сўрилиб ва ушланиб қолади. Буларнинг ҳаммаси шунга олиб келадики, ҳам ширалари энг кам миқдорда ва улардаги ферментларнинг активлиги энг паст бўлганда ҳам кўкрак сути ҳазм бўлаверади.

Шу иккала сутда ҳам қуйидаги асосий витаминлар бор: А<sub>1</sub>, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub> никотинат кислота, В<sub>6</sub>, С, пантотенат кислота, витамин D. Она сути А, D ва С витаминларга анча бойроқ. Шу билан бирга В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub> витаминлар, пантотенат кислота, биотин, витамин В<sub>12</sub> сигир сутидагига қараганда бир неча марта кўпроқ. Аммо сигир сути суюлтирилганида ва пиширилганида ундаги витаминлар миқдори кескин камайиб кетади, болага овқат буюришда шунини ҳисобга олиш керак.

Она сути билан сигир сутида ҳимояловчи имун таналар бор, лекин шунини назарда тутиш керакки, улар сут муҳити қайси биологик турга мос келадиган бўлса, ўша муҳитдагина ўзлаштирилади. Болани кўкрак бериб боқишнинг афзалликларидан бири ана шунга боғлиқ. Кўкрак сути билан бола организмга асосан қизамиққа қарши ҳимояловчи таналар ўтади. Ҳимоя қиладиган мана шу механизм ҳаётнинг фақат дастлабки ҳафталарида яхши самара беради, бола ёши улғайган сайин у тез йўқолиб боради.

Она сутида ҳам, сигир сутида ҳам ферментлар бор. Амилаза билан каталаза миқдори шу сутнинг иккала хилида ҳам бир хилу, лекин она сутида липаза 15—25 барабар кўпроқ, бу фермент онасининг кўкрагини эмиб, овқатланадиган болада ёғларнинг ҳазм бўлишини анча енгиллаштиради.

Бола онасини эмганида сутини ҳамини стерил ҳолда олишини,

сигир сути эса бактериялар билан бир қадар ифлосланган бўлиши назарда тутмоқ керак.

Демак, она сути—умрининг биринчи йилини яшаб келаётган бола учун ҳеч нарса билан алмаштириб бўлмайдиган овқатдир. Амалий нуқтаи назардан олганда болани кўкрак бериб боқиш онасининг вақти билан куч-қувватини тежайди. Бундан ташқари, кўкрак бериб бола боқиш онасига туғруқдан кейин саломатлигини тиклаб олиши учун ёрдам беради. Бола кўкрак сўраётган пайтда бачадон деворларининг мускуллари зўр бериб қисқарадики, бу бачадоннинг одатдаги катталиги ва ҳолатига қайтиши учун ёрдам қилади.

Лактация даврида она сутининг миқдори ҳар хил бўлади: бола туғилганидан кейин дастлабки 2—3 кун мобайнида оғиз сути келади; 4—5 кундан бошлаб биринчи ҳафтанинг охирига қадар сут оралиқ ҳолатда бўлади ва шундан кейин энди етилган сут чиқадики, бундай сутнинг таркиби бир қадар доимий бўлади.

Оғиз сути—таъми шўртангроқ бўладиган сарғиш рангли ёпишқоқ қуюқ суюқлик. Химиявий таркиби жиҳатидан у етук сутдан шу билан фарқ қиладики, таркибида оқсил деярли 4 барабар ва тузлар 2 барабар ортиқроқ бўлади. Бундан ташқари, оғиз сутида витамин А ва каротин, витамин В<sub>1</sub>, С, В<sub>12</sub>, Е, ферментлар, ҳимояловчи иммун таналар кўпроқ, иммуноглобулин А айниқса, кўп бўлади. Дастлабки кунларда оғиз сути кўп калория (100 грамм 150—110 калория) берадиган бўлади. Оғиз сутининг таркибида, афтидан алмашилиш процесслари учун аҳамиятга эга бўладиган антиген бор (етилган сутда бундай антиген йўқ). Оғиз сути айниқса, осон сингийди ва ўзгармаган ҳолда ичак орқали сўрилиб ўтиши мумкин. Химиявий таркиби жиҳатидан оғиз сути бола туқималарига етилган сутга қараганда кўпроқ яқин туради.

Демак, чақалоқ бола ҳаётининг биринчи кунларида жуда қимматли озиқ моддаларни—оқсиллар, ёғлар, углеводлар, тузлар, ферментлар, гормонлар, витаминлар, ҳимояловчи иммун таналарни кам миқдорда бўладиган она сути—оғиз сути билан бирга олиб туради.

Ой-куни етиб туғилган соғлом бола биринчи марта туғилганидан 12 соат кейин кўкракка тутилади ва кейинчалик уни боқишнинг маълум тартиби (режими) белгиланади.

Бола эмизидан аввал онаси қўлларини яхшилаб ювиб, кўкрак учи ҳамда унинг атрофидаги доирани ҳам тозалаб ювиб олиши керак. Дастлабки сут порцияларини (5—10 мл сутни) соғиб ташлаш зарур, чунки унда микроорганизмлар кўп бўлади.

Бола ҳаётининг биринчи ойи мобайнида бир кеча кундузда 6—7 марта эмизилади (кундузи бир сафар эмизш билан иккинчи сафар эмизш ўртасида ўтадиган вақт 3 соатни, кечаси 6 соатни ташкил этади); бола бир ойлик бўлганидан бошлаб 4—5 ойлик бўлгунча суткасига 5—6 марта эмизш борилади (эмизш пайтлари орасидаги вақт кундузи 3½ соатни, кечаси 7 соатни ташкил этади); бола 5 ойлик бўлганидан бошлаб ёшига тўлгунча суткасига 5 маҳал эмизилади (эмизш пайтлари орасидаги танаф-

фус кундузи 4 соат, кечаси 8 соат бўлади). Овқат ҳазми процес-сида рефлектор фаза пайдо қилиш учун болани худди ана шундай тартиб билан эмизиб бориш зарур. Болани маълум тартиб билан эмизиб туриш тез орада унда вақтга жавобан мустаҳкам шартли рефлекс пайдо бўлишига олиб келади, бу эса ҳазм шираларининг яхши чиқиб туришига ёрдам беради.

Болани қайси соатларда эмизиш кераклиги онасининг турмуш тартиби ва қанчалик бандлигига қараб белгиланади, лекин болани эмизиш соатлари доим, албатта, бир хил, ўзгармайдиган, бир сафар эмизиш билан иккинчи сафарги эмизиш орасида муайян вақт ўтадиган ва тунда камида 6 соат танафус қилинадиган бўлиши зарур. Эмизиш соатларига қаттиқ амал қилиб боришни онага уқтиравериш ярамайди,  $\frac{1}{2}$ —1 соат атрофида тафовут бўлавериши мумкин.

Соатга қараб аниқ мўлжал билан овқатлантиришни сўнгги йилларда эркин овқатлантириш деган ҳар хил усуллар билан алиштириш тўғрисида таклифлар киритилмоқда. Шуларнинг бирига мувофиқ, бола ўзига ёққан омухта овқатни ўзи танлаб олади ва истаганича ҳамда хоҳлаган маҳалида овқатланаверади. Бироқ бундай овқатлантириш усулининг анча хавfli томонлари бор. Ота-оналар жуда тажрибали бўлса ёки хизмат қилувчи ходимлар болалар врачларининг қаттиқ кузатуви остида ишлайдиган, юқори малакали бўлсагина, эркин овқатланиш усулини тавсия этса бўлади.

Болани кўкракка тутиб эмизиш 15—20 минутдан узоқ чўзилмаслиги керак, фақат туғилгандан кейинги дастлабки кунларда эмизиш муддати 25, энг кўпи билан 30 минутгача чўзиш мумкин.

1 Болани эмизиб бўлгандан кейин кекириб ҳавони чиқариб юбориши учун 1—2 минут тик ҳолда ушлаб туриш керак. Бола кўкракни эмиб туриб ухлаб қоладиган ёки бўшашиб кўкрак сўрадиган бўлса, болани ушлаб турилган қўл билан лунжларини «шاپиллатиб» кўриш ёки оғзига бироз сут соғиб тушириш мумкин. Кўкрак учини тортиб кўриш ва оғизда турган ҳолатини алиштириш мақсадга мувофиқ эмас. Бу — кўкрак учини бола итариб чиқаришига ва «чайнаб», шилиб қўйишига олиб боради.

Боланиннг қанчалик тўйиб эмганини, эмизишдан олдин ва кейин уни тортиб кўришдан ташқари, бир сафар эмизиш билан иккинчи сафар эмизиш ўртасидаги вақтларда бола ўзини қандай тутишига, оғирлигининг ўсиб боришига, ичининг қанақалиги ва нечоғли тез-тез келиб туришига, неча марта сийишига, шунингдек умумий кўринишига қараб фикр юритиш мумкин.

1 Кўкракнинг батамом бўшаладиган бўлишига ҳаракат қилиш зарур, чунки охириги сут порциялари таркибида анча кўп ёғ бўлиши билан ажралиб туради. Кўкракнинг батамом бўшалиши, бундан ташқари, сут бези секрециясини жонлантиради ва маститлар пайдо бўлиш хавфини камайтиради.

1 Болани ҳар сафар эмизганда фақат битта кўкракни бериш керак. Онасининг сути етишмайдиган бўлса, унга иккинчи кўк-

ракни ҳам бериш мумкин. Лекин бу ҳолда келаси сафар эмизиб пайтида болага олдин иккинчи кўкракни бериш керак бўлади.

Боланинг тўғри эмизиб боқилаётганидан далолат берадиган кўрсаткичларнинг бири оғирлигининг тинмай ортиб боришидир.

Оналар кўпинча сути етишмаслигидан нолийди. Бунни аниқлаш мақсадида боланинг эмишини текшириб кўриш зарур. Бола куннинг бошидан охиригача неча марта эмизиладиган бўлса, ҳар сафар эмизидан олдин ва кейин тарозида тортиб кўрилади (кийими билан). Бола бир сафар жуда кам, бир сафар анча кўп сут эмиб оладиган бўлгани учун уни бир ёки икки марта тортиб кўриш йўли билан кунни бўйи эмиб оладиган сутининг миқдорини аниқлаш қийин.

Бола учун бир кеча-кундузда қанча сут зарурлигини бир неча усул билан билиб олса бўлади. Ҳажм усули ҳаммадан осон ҳисобланади. Боланинг ёши ва оғирлигини назарга олган ҳолда чиқариладиган ана шундай ҳисобдан боланинг оғирлиги ўртача ёш нормаларига тўғри келадиган бўлса, фойдаланиш мумкин. Бир кеча-кундузга керакли сут миқдори бола икки ҳафталик бўлган пайтдан 2 ойлик бўлгунча танаси оғирлигининг  $\frac{1}{5}$  қисмини, 2—4 ойликда  $\frac{1}{6}$  қисмини, 4—6 ойликда  $\frac{1}{7}$  қисмини, 6—9 ойликда  $\frac{1}{3}$  қисмини ташкил этадиган бўлиши керак. Болага биринчи марта қўшимча овқат буюрганда овқатни тахминан ҳозир кўрсатиб ўтилган ҳажмда қилиб олиш лозим.

Боланинг асосий озиқ моддаларга бўлган эҳтиёжини тапасининг 1 кг вазнига нисбатан олиб, овқат калорияларини ҳисоблаб чиқиш ҳаммадан тўғри метод бўлиб ҳисобланади. Калорияларга бўлган эҳтиёж 1 кг тана вазнига нисбатан олганда йилнинг биринчи чорагида 125—130, иккинчи чорагида 120—125, учинчи чорагида 115—120, тўртинчи чорагида 110—115 ни ташкил этади. Қанча овқат кераклигини шу усул бўйича ҳисоблаб чиқиш учун боланинг ёши, танасининг вазни, овқатнинг қанча калория бўлиши ва 1 кг тана вазнига неча калория талаб этилишини билиш керак.

Бир кеча-кундузда бериладиган овқат ҳажми 1 л дан ортмаслиги керак. Бола овқатни керакли миқдорда олиб турганига ишонч ҳосил қилиш учун вақти-бавақт (ойига бир марта, зарур бўлганда эса бундан ҳам бот-ботроқ) ҳақиқатда қанча овқат еганини ҳисоблаб кўриш керак.

Болани эмизиб боқишда ҳар 1 кг тана вазни учун 2—2,5 г оқсиллар, 6—7 г ёғлар, 12—14 г углеводлар талаб қилинади. Сувга бўлган эҳтиёж 1 кг тана вазни учун 150 мл ни ташкил этади. Минерал тузларга бўлган талаб дастлабки пайтларда сутдаги тузлар ҳисобига қондирилиб боради, лекин бирмунча вақтдан кейин уларнинг бу миқдори ўсиб келаётган организм эҳтиёжларини қондира олмай қолади, шунда болага сабзавот ва мева сувлари кўринишида тузлар бериб турилади.

Бола тўғри эмизиб боқилганида қўшимча витаминлар олиб ту-



рилиши керак, овқатнинг таркибидаги барча моддаларнинг тўғри сингиши учун витаминлар катта аҳамиятга эгадир.

Ҳаётнинг дастлабки оғир охирида витамин D зарур бўлади, бу витамин суткасига 50 ХБ миқдорда бериб турилади (ёз ойларини айтмаганда). Витамин D ни балиқ мойи кўринишида берса ҳам бўлади, унда витамин А ҳам бор. Бир неча томчидан бошланади ва ҳар куни 1 томчидан қўшиб бориб, 10—12 кун мобайнида миқдори кунига 1—2 чой қошиқчага етказилади. Балиқ мойини бола эмиб бўлганидан кейин бериш керак, чунки ҳар қандай бошқа ёғ сингари балиқ мойи ҳам меъда секретиясини сусайтириб қўяди.

1—1½ ойдан бошлаб болага аскорбин кислота порошоғи кўринишида (кунига 50 мг) ёки яхшиси мева сувлари кўринишида витамин С бериб бориш зарур. Худди шу вақтдан бошлаб болаларга олма, узум, қора смородина сувлари бериш мумкин; 3—3½ ойлик бўлганидан кейин уларга олхўри, олча, помидор, ўрик, сабзи, малина сувлари берса бўлади. Мева сувлари кунига: 1—2 маҳал ярим чой қошиқдан берила бошлайди ва миқдори аста-секин оширилиб 10 чой қошиқчага етказилади. Бола ёшига етгунча уларни шу миқдорда бериб туриш мумкин. Мева сувларини болаларга овқатдан кейин бериш керак, уларда анчагина қанд бўлади ва овқатдан олдин истеъмол қилиш иштаҳани пасайтиради. Мева ва сабзавот сувларида витаминлардан ташқари анемия бошланишига йўл қўймайдиган минерал тузлар бор (мис, темир, кобальт ва бошқалар). Уларда ҳазм процесслари ва болаларнинг иммун реакцияларига яхши таъсир кўрсатадиган ферментлар ва пектин моддалар ҳам бўлади. Мева ва сабзавот сувларини кун давомида бериб бориш мақсадга мувофиқдир, уларни ҳамича болага бериш олдидан тайёрлаш керак. Қора смородина билан маймунжийда (чаканда) суви бу ҳисобга кирмайди, буларнинг сувини олдиндан тайёрлаб қўйса бўлади.

Бола 1½—2 ойлик бўлганидан кейин витаминлар манбаи ўрнида бола овқатига мўлжаллаб гомогенлаштирилган махсус мева шореси ёки бўтқа ҳолига келтирилган олмадан бироз миқдорда бериб бориш мумкин.

Шу билан бир вақтда нонвойхоналарда ишлатиладиган ачитқилардан тайёрланган паста (кунига 1 чой қошиқдан) ёки қуруқ пиво ачитқилари гидролизати (кунига 2 чой қошиқдан) кўринишида витамин В<sub>1</sub> буюрилади.

Ҳар бир бола 5 ойлик бўлган вақтидан бошлаб онасининг кўрак сути қанча бўлишидан қатъи назар қўшимча овқат олиб туриши керак. Ҳар бир болага қўшимча овқат бериб туришнинг зарурлиги қуйидаги сабабларга боғлиқ. Ҳаётнинг 5-ойига бориб организмда тузлар (жумладан, темир, кальций, фосфор) камайиб қолади, ҳужайра ичида ферментларнинг нормал кўпайиб бориши бузилади ва овқат ҳазми рефлексор фазасининг янада мураккаблашиши зарур бўлиб қолади. Қўшимча овқат организмнинг мураккаб углеводларга нисбатан кўпайиб қолган эҳтиёжини ҳам қондиради, меъда-ичак йўлининг тўғри ишлаб туриши учун зарур бал-

ласт моддаларни клетчатка кўринишида у билан организмга киритиб борилади. Бундан ташқари, қўшимча овқат бериб бориш болани янги хилдаги овқатларга ўргатади, бу нарса уни кўкракдан ажратишга аста-секин тайёрлаб боради.

Қўшимча овқат беришга киришилганда қуйидаги асосий қоидаларга риоя қилиш зарур: қўшимча овқатни эмизиш олдидан бериш, оз миқдорлардан (1—2 чой қошиқдан) бошлаш, 3—4 кундан кейин қўшимча овқат миқдорини 150—200 г гача етказиш ва бир сафарги эмизишни бирор турдаги қўшимча овқат билан алмаштириш керак. Бола бир турдаги овқатга ўрганиб қолганидан кейин бошқа турдаги қўшимча овқатга ўтиш мумкин. Бериладиган овқат бир хилда майин бўлиши ва боланинг ютишини қийинлаштирмаслиги керак. Бола каттароқ бўлганидан кейин бирмунча қуюқроқ, яна кейинчалик қаттиқ овқатга ҳам ўтиш ва болани қошиқдан овқат ейиш ва овқатни чайнашга ҳам мумкин қадар эртароқ ўргатиш керак.

4½ ойлик болага биринчи қўшимча овқат тариқасида сабзавот пюреси ёки сабзавот қайнатилган сувга тенг барабар сут қўшиб, қора буғдой, гуруч, арпа ёрмаларидан пиширилган 5—8% ли бўтқа, кисель, тухум сариғи берилади. Ҳил-ҳил пиширилган сабзавотларни эзиб бериб туриш, яъни сабзавот пюреси буюриш, айниқса, фойдалидир, чунки унда бир талай минерал тузлар ва микроэлементлар бўлади. Сабзавот пюреси биринчи галда вақтидан илгари туғилган, экссудатив диатез, рахит, гипотрофия билан оғриган болаларга зарурдир.

Қўшимча овқат тариқасида биринчи марта бериладиган асосий таомларни тайёрлаш технологияси 12-иловада кўрсатилган.

Бола пюре ёки кашага ўргангандан кейин унга тухум сариғи бериб, болани тухум сариғига аста-секин ўргатиб бориш мумкин. Тухум сариғи фосфор, кальций, темир, витамин А, D, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, PP манбаидир. Организмда аллергия бошланмаслиги учун тухум сариғи пиширилган ҳолда берилади. Ярим чой қошиқдан бошлаш ва бу миқдорни аста-секин битта тухумнинг сариғигача етказиш керак.

4½ ойдан бошлаб бола рационига сарнёғ киритилади. 5 ойлик боланинг овқатланиш режими тахминан қуйидагича: биринчи овқат — кўкрак сути; иккинчи овқат — кўкрак сути, мева сувлари (6 чой қошиқ), учинчи овқат — сабзавот пюреси билан тухум сариғи; тўртинчи овқат — кўкрак сути, мева сувлари (6 чой қошиқ); бешинчи овқат — кўкрак сути.

Қўшимча овқатнинг иккинчи хили 6 ойдан бошлаб бериб борилади. 8% ли манний бўтқаси нуқул сутда пиширилган 10% ли бўтқа билан алмаштирилади, шу билан бирга манний бўтқасини қора буғдой, сули, гуруч бўтқаси билан навбатлаштириб бориш керак. Қора буғдой бўтқаси болаларга, айниқса, фойдалидир, унда лецитинлар, шунингдек, турли минерал моддалар манний бўтқадагидан кўра анча кўп бўлади. Шу ёшда болага гўшт шўрваси ва қоқи қилинган оқ нон берилади. Шундай қилиб, 6 ойлик болага

шўрва, сабзавот пюреси ва эзиб майдаланган янги олмадан иборат тушлик кўринишида иккинчи қўшимча овқат бериб борилади. Ёшига тўлмаган болаларга сабзавотлардан таркибида пурин бирикмалари бўладиган помидор, исмалоқ, гул карам бериш чекланади.

7 ойлик боланинг овқатланиш режими тахминан қуйидагича: биринчи овқат — кўкрак сути; иккинчи овқат — бўтқа, мева сувлари; учинчи овқат — қийма гўшти шўрва билан қоқ нон, олма пюреси; тўртинчи овқат — кўкрак сути, мева сувлари; бешинчи овқат — кўкрак сути.

7 ойдан бошлаб кефир, янги сут, творог, қаймоқ, печенье, гўшдан (мол гўшти, товуқ гўшtidан) иборат учинчи хил қўшимча овқат бериб бориш буюрилади (қўй ва чўчқа гўшти ишлатиш ярамайди). Гўшт олдиниға икки қайта қиймалаб, пишириб берилса, 10 ойдан бошлаб думалоқланган қийма, бола ёшиға тўлиб қолган пайтда бугда пиширилган котлет ҳолида берилади. Болага жигар, мия, дарёдан тутилган балиқ (денгиз балиғидан эса фақат треска) бериб туриш фойдали.

Овқатнинг ҳазм бўлиши ва меъданинг бўшалиб туришиға ҳаммадан қулай шароитлар яратиш учун қўшимча овқат тарзидаги айрим таомларни ҳар хил қилиб бериб борилади. Иккита қуюқ овқатни (масалан, бўтқа + пюре) ёки иккита суюқ овқатни (шўрва + кисель) бир йўла бериш ўринли эмас, биринчи ҳолда овқат узоқроқ ҳазм бўлади ва меъдада узоқроқ туради, иккинчисида овқат меъдадан тез ичакка ўтиб кетади ва болада вақтидан илгари очлик ҳисси пайдо бўлишиға олиб келади.

10 ойлик боланинг овқатланиш режими тахминан қуйидагича: биринчи овқат — кўкрак сути, иккинчи овқат — қора буғдой бўтқаси билан сариеғ, мева сувлари; учинчи овқат — шўрва билан қоқ нон, картошка пюреси билан гўшт қийма, мева сувлари; тўртинчи овқат — кефир; бешинчи овқат — кўкрак сути.

Озиқ-овқат саноати ҳозир ҳаётининг биринчи йилини яшаб келатган болаларға қўшимча овқат қилиб бериш учун махсус консервланган маҳсулотларни ишлаб чиқармоқда. Бу маҳсулотлар таркибида болага зарур барча озиқа моддалари бор, улар стерил ва яхши ҳазм бўлади. Уларни узоқ сақлаб қўйиш мумкин, кўпчилигини пишириш учун жуда кам вақт сарф бўлади. Бу консерва ва концентратлар махсус равишда ишланган биринчи нав масаллиқлардан (сабзавотлар, мевалар, гўшт, жигар ва бошқалардан) тайёрланади. Уларни пишириб тайёрлаш усуллари овқатлик қимматини сақлаб қолиш билан бир қаторда таъм-мазаси, маҳсулотларнинг юқори сифатини ҳам яхши сақлаб қолишни таъминлайди. Йилнинг ҳар қандай фаслида ва ҳар қандай иқлим шароитларида улардан фойдаланиш мумкин. Болалар учун мўлжалланган консерва ва концентратларнинг этикеткаларида, уларни қандай қилиб пишириш ва сақлаб қўйиш усуллари, овқатлик қиммати ва қайси ёшдаги болаларға мўлжалланганлиги кўрсатилган.

Ой-куни етиб туғилган ва тўғри ривожланиб келаётган соғлом бола 11—12 ойлик бўлганида одатда кўкракдан ажратилади.

Бола тўғри эмизилиб, кўкрак сути аста-секин хилма-хил овқатлар билан алиштириб борилса, уни кўкракдан ажратиш осон ва бола билан она учун даҳмазасиз ўтади. Бу мақсадда болани бир ёки икки сафарги эмизиш ўрнига унга 5% қанд қўшилган явги сигир сути берилади. Кўкракка сут келишини тўхтатиш учун кўкракни боғлаб қўйиш мумкин. Сут келаверадиган бўлса, она кундалик овқат миқдорини, хусусан, суюқ овқат миқдорини бир неча кун чеклаб қўйиши зарур.

Бола бир ёшга тўладиган пайт йилнинг иссиқ вақтига тўғри келса, шу пайтда, касалликлар вақтида ва эҳтиётдан эмлаш пайтларида кўкракдан ажратиб бўлмайди.

### 2 Болани эмизиб боқишга монелик қиладиган сабаблар ва қийинчиликлар

• Болани кўкрак билан боқиб боришга мутлоқ ва нисбий монелик қиладиган сабаблар бор.

• Янги туғилган чақалоқ болани биринчи марта кўкракка тутишга мутлоқ монелик қиладиган сабаблар марказий нерв системасининг оғир касалликлари, гемолитик касаллик (ҳаётнинг дастлабки 7—10 кунда Rh-фактор ёки ABO системаси бўйича), боланинг жуда чала туғилгани (ютиш ва сўриш рефлекслари йўқлиги), респиратор касалликларнинг оғир формалари ва бошқа баъзи оғир касалликлардир. Бундай маҳалларда болаларни соғиб олинган сут билан, гемолитик касаллик пайтида эса бошқа аёлларнинг сути билан боқиб борилади. Онада баъзи оғир касалликлар бўлганида ҳам болани кўкрак бериб эмизиб боқиш тавсия этилмайди. Шундай касалликлар жумласига қуйидагилар киради: 1) буйрак етишмовчилиги билан ўтаётган буйрак касаллиги; 2) юрак-томирлар етишмовчилиги билан ўтаётган тугма ва турмушда орттирилган юрак пороклари, эндо- ва миокардитлар; 3) қон ва қон яратиш аппаратининг оғир формалари; 4) диффуз токсик буқоқнинг сезиларли формалари; 5) хавфли ўсмалар; 6) ўткир руҳий касалликлар.

• Онадаги бошқа касалликларнинг ҳаммаси болани эмизиб боқишга нисбий монелик қиладиган сабаблардир. Буларга қуйидагилар киради: 1) силнинг актив формалари. Болани туғилган заҳоти онасидан ажратиш, 1½—2 ойга уй шаронтидан узоқлаштириб қўйиш зарур. Уни соғиб олинган сут билан боқиб борилади; 2) Захм. Захм юққанлиги болани эмизиб боришга, одатда, тўсқинлик қилмайди. Борди-ю, захм ҳомиладорликнинг 6—7 ойидан кейин юққан ва бола захм аломатларидан ҳоли бўлиб туғилган бўлса, у вақтда кўкракка тутиб эмизишни тақиқлаб қўйиш зарур; 3) тошмали ва кайталама тифлар: оғир ҳолларда болани эмизиш тўхтатиб қўйилади, енгил ҳолларда бекаму кўст дезинсекция қилинадиган бўлса, болани эмизиб бориш мумкин; 4) қорин тифи ва паратифлар: оғир ҳолларда бола вақтинча эмизилмай туради, ен-

гил ҳолларда уни соғиб олиниб, қайнатилган сут билан боқиб борилади; 5) чин чечак: болани эмизиш вақтинча тўхтатиб қўйилади, аммо сутни соғиб олиб турилади; 6) қизамиқ, сув чечак; бола эмизиб борилаверади, аммо бир йўла иммуноланади (гамма-глобулин); 7) куйдирги, қоқшолда болани эмизиш тўхтатилади; 8) ангина, грипп, зотилжамда бола эмизилаверади. Эмизиш вақтида ниқоб тутиб олиш, эмизишдан ташқари вақтларда болани онасидан алоҳида қилиб қўйиш керак.

Кўкрак учларининг нотўғри шаклда, кўкракнинг қаттиқ бўлиши, кўкрак учларида ёрилган жойлар, маститлар, галакторея борлиги болага кўкрак бериб, уни эмизиб боқишни қийинлаштириб қўяди.

Кўкрак учларида ёриқлар пайдо бўлганида устидан қўйиладиган нақладкалардан фойдаланиш ёки болани соғиб олинган кўкрак сути билан боқишга вақтинча ўтказиш мумкин. Мастит маҳалида болани эмизиб боқилмай, балки касал кўкракдан сутни сўтсўргич билан соғиб олинади (аммо қўл билан эмас).

Кўкрак бериб эмизиб боқишга тўсиналик қиладиган сабаблар боланинг ўзида ҳам бўлиши мумкин. Оғиз бўшлиғи ва бурнида туғма ривожланиш нуқсонлари ва камчиликлари бор (устки лаби, қаттиқ танглайи битмай қолган, прогнатизми, туғма тишлари ва бошқалари бўлган) болалар ана шунақа бўлади. Болани эмизиб боқишга уринишнинг қанчалик натижа бериши кўп жиҳатдан нуқсон даражасига боғлиқдир. Оғиз ва бурун бўшлиғининг яллиғланиш касалликлари (оғиз оқариши, stomатит, ўткир тумов ва бошқалар) билан оғриган болалар кўкракни эмиш учун кўпинча анча қийналиб қолади. Болаларнинг баъзи инфекцион касалликлар (юз сарамаси, оғир чилла яра ва бошқалар) билан оғриб қолиши кўкрак бериб эмизишга тўсқинлик қилиши мумкин.

### 3 Эмизикли онанинг овқати ва кун тартиби

Эмизикли аёл яхши овқатланиши, тўғри кун тартибига риоя қилиб бориши, қурби етадиган меҳнатни дам олиш билан оралашиб туриши, тоза ҳаво, қуёшдан, албатта, баҳраманд бўлиши керак. Кўкрак сутининг миқдори билан сифати овқатга боғлиқдир. Эмизикли аёл бир кеча-кундузда 1 л атрофида, баъзан 1,5 л гача сут чиқаради. Бир литр она сути 700 калория беради, шу муносабат билан эмизикли аёлнинг суткалик рационни, тахминан, 700—1000 калорияга кўпайтирилиши керак.

Эмизикли аёлнинг суткалик рациониди 130 г оқсил, 130 г ёғлар, 500 г углеводлар бўлиши керак, бу ўртача 3500—3700 калорияни ташкил этади. Оналар овқат рациониди, албатта, сут, творог, сир ва бошқа сут маҳсулотлари бўлиши керак, чунки буларда кўп миқдорда оқсил, фосфор ва кальций бор. Сут билан бир қаторда рационга кефир, қатик, ацидофилин қўшиш зарур, булар ҳазм процесслари ва ичак микрофлорасига яхши таъсир кўрсатади.

Ҳўл мева, сабзавотлар, резавор мевалар, ошкўклар эмизикли аёлга, айниқса, фойдалидир, булар организмнинг барча турдаги

витами́нлар ва минерал тузлар билан бойишига ёрдам беради. Эмизикли она бирор сабабга кўра янги мева ва сабзавотлар билан ўзини таъминлай олмайдиган бўлса, витамин препаратларидан кенг фойдаланишни тавсия этиш мумкин. Аскорбинат кислота препаратларини, айниқса, кенг ишлатиб туриш керак.

Бола эмизадиган она ҳайвон ёғларидан ташқари ўсимлик мойларини (кунгабқоқар, зигир, маккажўхори, кунжут, соя мойларини) ҳам истеъмол қилиб туриши керак. Бу мойларни, яхшиси, қиздирмасдан туриб овқатга ишлатиш лозим. Ёғни ортиқча (кунига 150 г дан ортиқ) истеъмол қилмаслик тўғрисида аёлларни огоҳлантириб қўйиш лозим, чунки ёғ кальций сингишини қийинлаштиради. Гўшт билан балиқни ҳар қандай йўл билан пишириб еса бўлаверади. Рационга ҳар хил тамадди таомлар — колбаса, селёдка ва бошқаларни бемалол қўшса бўлади. Аёл киши тинмай тўлишиб борадиган бўлса, ана шундагина рациондаги углеводларни чеклаб қўйиш зарур. Она кўп саримсоқ ейдиган бўлса, сути галактида ҳидга кириб қолади ва бола кўкракни эммай қўйиши мумкин. Эмизикли она бир кеча-кундуз мобайнида кўпи билан 2 л суюқлик ичиши керак, овқат ва мевалардаги суюқлик ҳам шу ҳисобга киради, бироқ онага унинг ўзи истаганидан кўра кўпроқ суюқликни зўрма-зўраки ичишни тавсия этиш ярамайди, чунки бу — сут кўпайишига ёрдам бермайди. Эмизикли даврида ичкилик ичиш ва чекиш қатъиян ман қилинади, чунки она сутида никотин ва алкоголь кўп, яъни бола соғлиғига хавф соладиган миқдорда бўлиб қолиши мумкин.

Уртача жисмоний ёки ақлий меҳнатни дам олиш билан оралтиб бориш — саломатликни сақлашнинг асосидир. Онанинг тунги уйқуси 8 соатдан кам бўлмаслиги керак. Эмизикли ҳар бир она ҳар куни, албатта, тоза ҳавода юриб туриши лозим. Туғруқдан кейин маълум муддат ўтгач физкультура ва спорт билан шуғулланиш зарур.

Ҳозир айтиб ўтилган шартларга амал қилинадиган бўлса, соғлом аёлларда кўкрак сутининг миқдори билан сифати, одатдагидек, боланинг эҳтиёжларини қондириб боради.

Онанинг сути кам ёки сифати паст бўлса, биринчи галда онанинг умумий кун тартибини режага солиш ва уни бекаму кўст овқат билан таъминлаш керак. Болани эмизиб бўлган заҳоти она бир оз иссиқ чой билан иссиқ сут (тенг миқдорда) ичиб, озгина нонга мой суртиб еб олса, бу яхши лактоген таъсир кўрсатади. Сут кўпайишига ёрдам берадиган кучли чора кўкракни болага бирмунча тез-тез бериб туриш ва уни охиригача бўшатишдир. Сут камайиб қолганида, яъни гипогалактия пайдо бўлганида болани одатда 7 марта эмас, балки 8 марта ва бундан кўпроқ эмизилади. Бундан ташқари, ҳар сафар болани иккала кўкрақдан эмизиш тавсия этилади. Онанинг никотинат кислота (бола эмизишдан 10—15 минут илгари кунига 2—3 марта 40—50 мг дан), витамин Е (10—15 кун давомида кунига 2 марта 10—15 мг гача), микродозалар миқдорида йод ичиб туриши яхши наф беради.

Сут безларига симоб-кварц лампадан нур бериш усули ҳам қўлланилади. Кўкракка 70—80 см масофадан туриб ҳар кун олдинга 5—7 минутдан бошлаб нур бериб борилади; кейинги ҳар бир сеанс муддати 2—5 минутга узайтирилади ва аста-секин 30—45 минутгача етказилади. Лактация етарлича кучайганидан кейин сеанслар сони ҳафтасига 2 мартагача қисқартирилиб, муддати 25—30 минутга туширилади. Сути кам аёлларнинг кўкрак безлари соҳасига кам кучли УВЧ-терапия бериш керак. Сеанс муддати — 10—12 минут, сеанслар ҳар кун бериладиган бўлса, курс 10 кун давом этади.

Қуруқ пиво ачитқилари, тахири кетказилган қуруқ ачитқиларни лактация даврининг бошидан охиригача истеъмол қилиб туриш (бир чой қошиқдан кунига 2 маҳал) кўкрак сутидаги оқсиллар билан ёғлар миқдорини оширади. Эмизикли она рационига бир ой мобайнида ҳар кун витамин А нинг мойдаги эртмасидан 20 000 ХБ (6—7 томчи) миқдоридан қўшиб берилса ёки бола эмишидан 15 минут олдин 50 мг дан кунига 2 маҳал никотинат кислота бериб туриладиган бўлса, бунда ҳам кўкрак сутининг сифати яхшиланади.

Эмизикли онага баъзи дори моддаларни буюриш тўғрисида тўхталиб ўтиш керак. Дори воситаларнинг она сутига ўтиши исбот этилган. Шу муносабат билан эмизикли онага фтивазид, сульфаниламидлар, натрий салицилат, мишъяк, симоб, омнопон, морфин, кодеин, промедол ва бошқалар сингари препаратларни буюришдан имкони борича эҳтиёт бўлиш керак, чунки бола организми бу дориларга жуда сезгир бўлади. Эмизикли онага бу дори препаратларни бериш ҳар қалай зарур бўлса, 1—2 эмизиш маҳалини ўтказиб юбориб, албатта, сутни соғиб ташлаш керак.

Эмизикли онага ўртача терапевтик дозада бериладиган хлоралгидрат, опий препаратлари одатда бола учун безарар бўлади; бироқ баъзи болалар уйқучан бўлиб қолиши мумкин. Она бром препаратларини катта дозаларда ишлатадиган бўлса, бу болада терининг таъсирланишига олиб келиши мумкин (бромдерматозлар). Эмизикли онага туз сурғи буюриш тавсия этилмайди, чунки бундай сурғилар лактация камайиб қолишига олиб келиши мумкин.

## ➤ Болани аралаш усулда боқиш

Аралаш усулда боқиш деб болани овқатлантиришнинг шундай усулига айтиладики, бунда у қандай бўлмасин бирор хил сабабларга кўра ҳаётининг биринчи ярмида кўкрак сути билан бир қаторда сутли аралашмалар кўринишида қўшимча овқат ҳам олиб боради, шу билан бирга аралашмалар бола суткалик рационининг  $\frac{1}{5}$  дан кўпроқ қисмини ташкил этадиган бўлиши керак.

Жуда муҳим сабаблар бўлсагина, болани аралаш усулда боқишни буюриш керак. Болани аралаш усулда боқишни тақозо этадиган ҳамма сабабларни уч гурпуга бўлиш мумкин: 1) онага

алоқадор сабаблар; 2) болага алоқадор сабаблар; 3) ижтимоий-маиший сабаблар.

Кўпинча онага алоқадор сабаб туфайли болани аралаш усулда боқишга ўтказишни зарур қилиб қўядиган нарса бошланиб келаётган (аста-секин ёки тез) гипогалактия — яъни сут етишмаслигидир. Бирламчи ва иккилами гипогалактия тафовут қилинади. Бирламчи гипогалактия камдан-кам кўрилади, у она организмининг конституцион хоссаларига боғлиқ бўлади. Иккиламчи гипогалактия пайдо бўлишига, кўпинча, кўкрак безларининг касалликлари (кўкрак учларининг ёрилиши, маститлар), она ва боланинг касалликлари, онанинг нотўғри ва сифатсиз овқатланиши, ҳаяжонланиши, бола боқиш режимининг бузилиши (болага тез-тез кўкрак бериб туриш, бир йўла иккала кўкрак билан эмизиш ва бошқалар) сабаб бўлади.

Онадаги бирор касаллик қўзиб қолиб, бунда болани кўкракдан батамом ажратишнинг ҳожати бўлмаса-ю, лекин кўкрак бериб эмизиш маҳалларини камайтириш зарур бўлса, шунақа вақтда ҳам болани аралаш усулда боқишга ўтказишга тўғри келади. I—II даражали қон айланиши етишмовчилигига олиб келган юрак пороклари, тўқималарни парчалашга ва бир жойдан иккинчи жойга тарқалишга мойил бўлмаган сил, енгил формада ўтаётган баъзи эндокрин касалликларнинг қўзиши кўпинча ана шунга олиб борадиган касалликлар бўлиб ҳисобланади. Она сути таркибининг миқдор ва морфологик жиҳатдан турғун ўзгаришларга учраб қолиши баъзан болани аралаш овқатлар билан боқишга ўтказишни тақозо қилади.

Болаларни аралаш усулда боқишга мажбур қиладиган ижтимоий-маиший шароитлар орасида биринчи галда болаларнинг гўдак уйларда тарбияланишини кўрсатиб ўтиш керак, бундай уйларда энага-оналар муҳтож болаларнинг ҳаммасини ҳам кўкрак сути билан ҳамиша таъминлаб туrolмаслиги мумкин. Она яшаш жойининг иш жойидан олисда бўлиши ҳам баъзан болани аралаш усулда боқишга ўтказиш учун сабаб бўлади.

Аралаш усулда бола боқишда қўшимча бериладиган асосий маҳсулот сигир сутидир, бу сут маълум талабларга жавоб берадиган бўлиши керак (бундай сут болаларга аталган гарантияли сут дейилади). Сигир сути ҳамиша бактериялар билан ифлосланган бўлгани учун уни қайнатиб ишлатиш керак. Қўшиб бериладиган овқат тариқасида физиологик аралашмалар, яъни миқдор таркиби жиҳатидан она сути таркибига яқин келадиган қилиб сигир сутидан тайёрланган ва узоқ муддат ишлатиладиган аралашмалар қўлланилади.

Физиологик аралашмаларни қуйидаги асосий группаларга бўлиш мумкин: 1) сутли ширин аралашмалар: а) сигир сути оқсилга олдиндан махсус ишлов бермасдан тайёрланган аралашмалар — Б, В аралашмалар; б) сигир сути оқсил олдин махсус ишловдан ўтказиб тайёрланган аралашмалар — одамга боп қилиб ишланган (қуруқ) сут, «Малютка», «Малиш», «Крепиш» аралаш-



малари; 2) сутни ивитиб тайёрланган маҳсулотлар ва аралашмалар — кефир ва суюлтирилган хиллари, ацидофил сут, биолакт.

Болага қўшимча қилиб бериш учун шилимшиқ қилиб тайёрланган ёрма қайнатмаси (5 % ли гуруч, қорабуғдой, сули, арпа ёрмаси қайнатмаси) билан шунчаки суюлтирилган сигир сути қадимдан ишлатилиб келади.

Ҳозирги вақтда суюлтирилган сут ишлатилади: Б-аралашма: 1 қисм сут+1 қисм қайнатма +5% қанд; В-аралашма; 2 қисм сут+1 қисм қайнатма +5% қанд; Б-рис (Б-овес, В-гречка) аралашмаси ёки тенг баравар сут қўшилган аралашма 3—5 кун мобайнида вақтинчалик (оралиқ) овқат ўрнида ишлатилади, кейин эса бола 3—3½ ойлик бўлгунча қўшимча овқат тариқасида В-аралашма (В-рис, В-овес, В-гречка) ёки учдан икки қисм сут қўшилган аралашма олиши керак. Аралаш овқатлар билан боқилаётган бола кейинчалик (3—3½ ойлик вақтидан бошлаб) 5% қанд қўшилган янги сут олиб туриши керак.

Қўшиб бериладиган овқат сифатида нордон аралашмаларни анча фойдали деб ҳисоблаш керак. Кислота қўшиб суюлтирилган сутлар, яъни бир оз миқдорда органик ёки анорганик кислоталар (сут, хлорид, лимон кислота) қўшиб тайёрланган оддий сут аралашмалари тафовут қилинади.

Кислота қўшилган бу аралашмаларнинг маълум бўлган барча турларидан кефир ҳаммадан кўра қимматлироқ деб ҳисобланади. Кефир ферментатив биологик аралашмалар жумласига киради ва унда органик сут кислота, майни ивиган оқсил, оқсилнинг парчаланishiдан ҳосил бўладиган баъзи маҳсулотлар (альбумозлар, пептонлар ва бошқалар), В комплекси витаминлари, ферментлар ва тегишли микрофлора борлигидан оддий йўл билан суюлтирилган сутга қараганда анча афзал бўлади. Болага бериш учун икки кунлик кефир ишлатилади, бу кефир 10% қанд қўшиб худди бояги нисбатларда ёрма қайнатмалари билан суюлтирилади (Б-кефир, В-кефир) ва оддий сут аралашмалари қандай муддатларда бериладиган бўлса, бу кефир ҳам ўша муддатларда берилади.

Биолакт сингиши жиҳатидан ҳам, профилактик қиймати (ичак инфекцияларининг олдини олиши) жиҳатидан ҳам кефирдан афзалдир. Болалар уни бажонидил ёйди, тошига тош қўшилиши яхши боради.

Кундалик ҳаётда болага қўшимча бериладиган овқат тариқасида кефир, шунингдек биолактдан фойдаланган маъқул, булар бўлмаган тақдирдагина кислота қўшилган ёки ширин аралашмаларни тавсия этиш мумкин.

Болани аралаш овқатлар бериб боқиб бориш катта аҳамият беришни, унинг физиологик ва индивидуал хусусиятларини ҳисобга олишни талаб этади. Болани аралаш овқатлар билан боқишда қўшимча овқатни ҳақиқий зарур миқдорда ва унинг ҳажми билан калориялари боланинг эҳтиёжларига тўғри келадиган қилиб бериш керак.

Ҳар бир ҳолда боланинг онасидан қанча кўкрак сути олиб ту-

ришини ҳисобга олиш зарур. Етишмаган овқат миқдорининг ўрни аралашмалар билан тўлдирилади. Қўшимча овқатни шу тариқа аста-секин бериб бориш керакки, токи боланинг асосий озиқ моддаларига бўлган ҳамма эҳтиёжи 3—4 кун мобайнида тўла-тўқис қопланадиган бўлсин.

Қўшимча овқатни алоҳида мустақил овқат кўринишида ва болани ҳар сафар ёки баъзи галги эмизишда кўкрак сутига қўшимча тарзда бериш мумкин. Кейинги усул анча мақсадга мувофиқдир, чунки болага мунтазам кўкрак бериб эмизиб бориш лактациянинг кучайишига ёрдам беради ва боланинг эмиб оладиган кўкрак сутида ферментлар борлигидан ёт оқсилнинг ҳазм бўлишини осонлаштиради.

Аралаш овқатлар билан боқишда боланинг камида уч маҳал ёки жуда бўлмаганида икки маҳал кўкракни эмиб турадиган бўлишига ҳаракат қилиш зарур, чунки кўкрак камдан-кам бериладиган бўлса, тез орада лактация сўниб кетади, яъни сут келмай қолади.

Бериладиган овқатни, болани эмизгандан кейин, яхшиси, қошиқлаб бериш керак. Қўшимча овқат сўргичдан бериладиган бўлса, сўргичнинг калта, эластик, тешиги кичик бўлишига ҳамда бола кўкракни қанча вақт эмадиган бўлса, худди шунча вақт овқатланиб боришига қараб туриш зарур.

Болани аралаш усулда боқишда овқатланиш режими, одатда, кўкрак бериб боқишдаги билан бир хилда бўлиб қолаверади. Табиий йўл билан бола боқишда витаминлар қандай муддат ва дозаларда берилса, бунда ҳам худди ўша муддат ва дозаларда берилаверади.

Аралаш усулда боқишда болага киритиладиган калориялар миқдори кўкрак бериб боқишдагидан кўра тахминан 5—10% ортиқроқ бўлиши керак. Аралаш усулда бола боқишда қўшимча овқат 4 ойдан бошлаб бериб борилади, уни бериш ва хилини кўпайтириб бориш тартиби ҳам кўкрак бериб бола боқишдаги билан бир хил.

Озиқ-овқат саноати томонидан ишлаб чиқарилаётган қуруқ сут маҳсулотлари билан консервланган маҳсулотлар болани аралаш усулда боқишда жуда қўл келади. Ҳозирги пайтда озиқ-овқат саноати қуруқ сут, сутли қуруқ арашмалар (В-рис, В-овес, В-гречка), «Малютка», «Малиш», «Виталакт» аралашмаларини ишлаб чиқармоқда. Бу аралашмаларга ҳар хил витаминлар, минерал тузлар (аксари темир), тўйинмаган ёғлар қўшилган, улардаги сир сут оқсилларининг таркиби ўзгартирилган.

«Малютка» аралашмаси болаларга туғилган вақтидан бошлаб, ҳаётининг дастлабки 1—2 ойи давомида, жумладан, чала туғилган болаларга буюрилади. «Малиш» аралашмаси боланинг 1—2 ойлик вақтидан бошлаб буюрилади ва ҳаётининг 1-йили давомида бериб борилади. Ҳар бир аралашмани пишириб, тайёрлаш усули ёрлиғида кўрсатиб қўйилган. Бундан ташқари, қуруқ кефир, парҳезбон қуруқ қатиқ, қуруқ ацидофил сут, гуруч уни, қора буғдой

ва сули ёрмаси, шунингдек, гуруч, сули ва қорабугдой ундан тайёрланган аралашма ишлаб чиқарилади. Ермалардан тайёрланган ун Б, В типдаги сутли аралашмалар учун қайнатмалар тайёрлашга ва бўтқалар пиширишга ишлатилади.

«Здоровье» твороги тавсия этилади, у одатдаги творогдан шу билан фарқ қиладики, ўсимлик мойи қўшиш ҳисобига тўйинмаган ёғ кислоталар билан бойитилган.

Ҳар хил мевалар, сабзавотлардан консерваланиб тайёрланган маҳсулотлар (мева сувлари, пюре), гўштсиз қуруқ овқатлар, болаларга мўлжаллаб, гўшт, парранда, балиқдан тайёрланган консервалар, гўшт-сабзавотли суп-пюрелар ва бошқалар кенг қўлланилади.

Болаларнинг овқатланишини ташкил этишда қуруқ ва консервланган маҳсулотлардан фойдаланиш (айниқса, мамлакатнинг сут кухнялари бўлмаган олис районларида) рационнинг юксак сифатли бўлишини ҳам таъминлаб беради. Қуруқ ва консервланган маҳсулотларни ишлаб чиқариш тўла механизациялаштирилган, бу нарса маҳсулотларни пастерлаш ва барча асбоб-ускуналарни тоза ҳолда сақлаши билан бир қаторда бактериялар билан ифлосланмаслигини таъминлаб беради.

Консервланган маҳсулотлар ва концентратлардан рационлар тузишнинг бир қанча хусусиятлари борки, буларни ҳисобга олиш керак.

1. «Малиш» аралашмаси ва бойитилган бўтқаларда А ва D витаминлар бор, шу сабабдан буларни ишлатганда болаларга қўшимча қилиб балиқ мойи бериш керак эмас.

2. Мева сувлари, пюре ва «Малиш» аралашмасида углеводлар етарлича бўлганидан, эмадиган болалар рационига қўшимча равишда қанд қўшиш мақсадга мувофиқ эмас.

3. Каротин миқдори кўпайиб кетмаслиги учун рационда сабзи суви билан сабзи пюресини бирга ишлатиш тавсия этилмайди.

4. Экссудатив диатез аломатлари бор болаларга таркибида исмалоқ, помидор, қулупнай, балиқ бўладиган консервланган маҳсулотларни бериш ярамайди, диатездан ҳоли болалар овқатига бу маҳсулотларни жуда кам миқдордан бошлаб ишлатиб борса бўлади.

5. Консерва ва концентратларни тўғри сақлаш муҳим аҳамиятга эга. Уларни қанча муддат давомида сақлаш мумкинлиги, пишириш қоидалари, зарур дозалари ёрлиқларида кўрсатиб қўйилган. Болани бевосита овқатлантириш олдидангина банкани очиш ва овқатини ишлатиш керак.

### § Болаларни сунъий йўл билан боқиш

Сунъий йўл билан бола боқиш болани овқатлантириб боришнинг шундай бир усулики, бунда бола умрининг биринчи ярим йилида она сутини олмайди ёки оладиган она сути умумий овқат ҳажмининг  $\frac{1}{5}$  дан камроқ қисмини ташкил этади.

Онанинг оғир касалликлари ёки унда тамомила сут йўқлиги болани сунъий йўл билан боқишга ўтказиш учун асос бўлади. Ҳаётнинг биринчи йилини яшаб келаётган болаларни боқишнинг бу тури камдан-кам қўлланилади.

Болани сунъий йўл билан боқиш ҳозирги билимлар даражасида тўғри йўлга қўйилар экан, одатда, яхши натижа беради.

Бола сунъий йўл билан боқилганида асосий озиқ моддаларига эҳтиёжи эмизиб боқилганидан кўра бирмунча бошқача бўлади. Сунъий йўл билан боқилганида бола 1 кг оғирлигига 4,5 г оқсил, 7—7,5 г ёғ, 13—14 г углеводлар олиб туриши керак. Бунда оқсиллар, ёғлар ва углеводлар нисбати 1:1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>:3 ни ташкил этади.

Овқатдаги озиқа моддаларининг физиологик нормаларга тўғри келиш-келмаслигини назорат қилиб бориш мақсадида сунъий йўл билан боқиладиган болаларнинг овқатини мунтазам ҳисоблаб бориш зарур. Мана шундай назорат бўлмаслиги бола овқатининг ҳам сифат, ҳам миқдор жиҳатидан ортиб кетишига ёки етишмай қолишига тез олиб келиши мумкин.

Ҳисоблаб кўрилганда оқсил етишмаслиги топилса, творог, каз-золь, плазмон билан ўрни тўлдирилиши лозим; ёғ етишмовчилиги балиқ мойи, қаймоқ билан, углеводлар етишмовчилиги қанд шартати билан ўрни қопланади.

Болалар сунъий йўл билан боқиладиган бўлса, ҳаётнинг дастлабки 2—3 ойида уларни донор сути билан таъминлаб туриш зарур.

Сути ортиқча бўлган оналар сут кўхнялари, болалар касалхоналари, поликлиникаларига бориб сутини соғиб топширади ёки бу муассасаларга уйдан олиб келиб беради. Мана шу донор сути бактериялар билан бир қадар ифлосланган бўлади, шунинг учун пастерланади (100°С да қисқа муддат — 1—2 минут давомида, 85°С да 5 минут давомида ва 65—63°С да узок муддат — 30 минут давомида). Донор сути аввалги она сутига тўғри келмайди, чунки бундай сутнинг узок сақлаб қўйилиши ва пастерланиши альбуминлари, липазаси, лизоцими, витаминлари ва баъзи бошқа моддаларининг бир қадар емирилишига олиб келади. Донор сути бўлмаса, маълум аралашмаларнинг ҳаммасидан кефир ва суюлтирилган хиллари энг яхши овқат бўлиб ҳисобланади, шунга кўра булар бўлмаган пайдагина бошқа физиологик аралашмалар (оддий, кислота қўшилган аралашмалар)дан фойдаланилади.

Болани сунъий йўл билан боқиш аралашмалар тайёрлаш усулини, айниқса, бекаму кўст бажо келтириш ва тозалликка қаттиқ риоя қилишни талаб этади.

Аралаш овқатлар билан боқиб келинаётган болани сунъий йўл билан боқишга ўтказиш, одатда, қийинчиликлар туғдирмайди, чунки она сути бола рационидан аста-секин йўқолиб боради. Бордию бола сунъий йўл билан овқатланишга бирдан ўтказиладиган бўлса, бу ишни жуда эҳтиёт бўлиб қилиш керак. Бу ҳолда сунъий йўл билан боқишни суюлтирилган маҳсулотлар беришдан бошлаш керак. Суюлтирилган биринчи овқат тариқасида, боланинг ёшидан

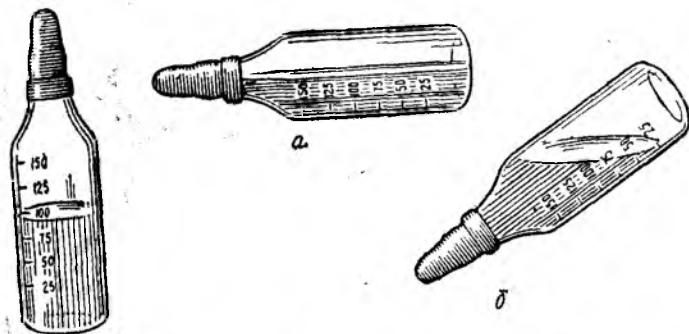
қатъий назар 4—5 кунга В-кефир ёки В-рис буюрилади (вақтинчалик, оралиқ аралашма), сўнгра бола В-кефир ёки В-рис ва зарур бўлса 5—6 кундан кейин янги кефирга ўтказилади. Мослаштирилган аралашмалар бўлса, болани сунъий йўл билан овқатлантиришга ўтказиш осонлашади, лекин шунда ҳам 3—4 ойли болани боқиш учун 1-куни «Малютка» аралашмасидан фойдаланиш, кейин эса «Малиш» аралашмасини ишлатиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади.

Сунъий усул билан боқишда овқат вақтларини бирмунча узайтириб, болани анча эрта муддатларда 5 маҳал овқатланишга ўтказиш зарур, чунки ёт оқсил меъдасида узоқроқ туради. Сунъий усулда бола боқишда калориялар коэффиценти болани эмизиб боқишдагига қараганда 10—15% кўпроқ бўлади. Умумий аралашмалар миқдори суткасига 1 л дан ортмаслиги керак.

Болани сунъий йўл билан боқишга ўтказилган пайдан бошлаб профилактик дозаларда барча витаминларни буюриб бориш зарур. Болани табиий йўл билан боққанда ҳўл мева, сабзавот сувлари, эзилган хом олма, балиқ мойи, тухум сариги қандай миқдорларда бериладиган бўлса, сунъий йўл билан бола боқишда ҳам бу масаллиқлар худди ўша миқдорларда, лекин 2—2½ ҳафта эртарақ бериб борилади.

Бола табиий йўл билан боқилганида қўшимча овқат қандай тартибда бериб бориладиган бўлса, сунъий йўл билан боқишда ҳам худди шундай тартиб билан берилади, аммо бу овқатнинг ҳамма турлари бир ой илгари буюрилади.

Болани сунъий йўл билан боқишда муваффақият қозониш бир қанча қоида ва шартларга бекаму кўст риоя қилишга боғлиқ, шуларнинг асосийлари қуйидагилардир: 1) аралашма 40—45°С гача иситилган бўлиши керак; сутнинг бир неча томчисини кафтнинг орқасига томизиб кўриб, температураси текширилади; 2) сўрғичлар тоза бўлиши ва маълум шароитларда сақланиши керак; 3) бо-



21-расм. Болани овқатлантиришда шишани тутиш.

а — ногўри тутиш; б — тўғри тутиш.

ла ўзига керакли сут порциясини 15—20 минут давомда сўриб оладиган бўлиши учун сўргичдан сут томчилаб чиқадиган бўлмоғи керак; 4) шишачанинг оғзи доимо тўла бўлиб туриши керак (21-расм); 5) ухлаб ётган ёки йиғлаб турган болага овқат бериб бўлмайди. Болани овқатлантираётган пайтда уни яхшиси қўлга олиб туриш керак, жуда иложи бўлмаган тақдирлардагина аралашмали шишачани бир неча қават қилиб букланган йўрғак орасига солиб қўйиш мумкин; 6) болани овқатлантириб бўлгандан кейин меъдасидан ҳаво чиқиб кетсин деб 1—2 минут тик ушлаб туриш керак.

Бола сунъий йўл билан тўғри боқиб борилаётганини кўрсатадиган ишончли мезон эйтрофиядир, яъни бола ҳар томонлама яхши ўсиб-униб бориши билан бир қаторда унинг инфекция ҳамда ташқи муҳитдаги ноқулай шароитларнинг таъсирига тегишлича чидамли бўлишидир.

### Сут кўхняси ва донорлик пунктлари

Гўдак болалар саломатлигини сақлашга қаратилган чора-тадбирлар орасида болаларга бериладиган овқат аралашмалари ва айрим таомларини марказлаштирилган ҳолда сут кўхняларида тайёрлаб бериш катта ўринда туради.

Сут кўхняси медицина муассасалари қаторига кирадиган профилактик муассаса бўлиб, унинг асосий вазифаси врач буюрганига қараб соғлом гўдаклар учун ҳам, касал гўдаклар учун ҳам (2 ёшгача) овқат аралашмаларини тайёрлаб беришдир. Сут кўхняси уюлмаган болаларни ҳам, ўша районда жойлашган, лекин аралашмаларни ўзлари тайёрлай олмайдиган болалар муассасаларини ҳам аралашмалар билан таъминлаб туради.

Катта-катта шаҳарлар ва саноат марказларида марказлаштирилган йирик сут кўхнялари барпо этилади (шаҳарга 1—2 та), булар болаларга бериладиган овқатни гигиеник жиҳатдан бекаму кўст шароитларда тайёрлаш, сақлаш ва тарқатиш учун ишлатиладиган замонавий механизмлар, асбоб-ускуналар, мосламаларнинг ҳамма турлари билан яхши ускуналанган ва таъминланган бўлади.

Айни вақтда тайёр маҳсулотни истеъмол жойларига тез етказиб бериш учун турли районларда бир нечта тақсимлаш пунктлари очилиши ва махсус транспорт белгиланган бўлиши керак.

Район марказлари, ишчи посёлкаларида сут кўхняси оддий ускуналар билан таъминланган кичикроқ муассаса кўринишида ташкил этилиши мумкин.

Қишлоқ жойларида сут кўхняси кам деганда даҳлизли иккита уйдан иборат бўлмоғи керак. Шу уйларнинг бири ишлаб чиқариш хонаси бўлиб, иккинчиси идиш-товоқ ювиладиган ва маҳсулот тарқатиладиган хона бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Сут кўхнялари тўғридан-тўғри совхоз ва колхозларнинг сут-товар фермаларидан сут билан таъминланиб туриши керак. Сут

оғзи пломбаланган бидонларда махсус транспортда келтирилиши лозим.

Сут қўйидаги талабларга жавоб берадиган бўлиши керак: со-лиштирма зичлиги 1,028—1,034 атрофида, кислоталари кўпи билан 20° (Тернер бўйича), ёғ миқдори 3—4% бўлмоғи лозим.

Қабул қилиб олинган сутни дарҳол қайта ишлашга тушириш керак.

Сут, аралашмалар, шунингдек, бўш шишалар, 100°С температурада 4—5 минут давомида стерилланади. Стерилланганидан кейин сут ва аралашмалар дарҳол совутилади. Улар махсус холо-дильник — камераларда ёки совуқ сув ўтиб турадиган ванналарда совутилади.

Ҳар бир шишачага ёрлиқ ёпиштирилиб, унда сут кухнясининг номи, маҳсулотнинг тури, миқдори ва тайёрланган вақти кўрсатиб қўйилади. Сут кухняларининг маҳсулотлари экспедиция ёки тар-қатиш пунктлари орқали ёш болалари бўлган барча граждандарга индивидуал тартибда берилади.

Тарқатиш пункти битта ёки иккита хонадан иборат бўлиши мумкин, унда тарқатиладиган маҳсулот миқдорига қараб холо-дильник ёки совутиш камераси бўлиши лозим. Тарқатиш пунктида болаларга бериладиган овқатни шишаларга қўйиш ва бошқа идиш-га солиш мумкин эмас.

Сут кухняси хоналарини оғода сақлашга жуда қаттиқ талаб қўйилиши лозим. Сут кухнясида ишлайдиган барча ходимлар шахсий гигиена қоидаларига қаттиқ амал қилишлари керак. Сут кухнясида ишлашга олдин медицина кўригидан ўтиб, қорин тифи, паратиф, дизентерия қўзғатувчилари ва гижжалари бор-йўқлиги текшириб кўрилган кишилар қўйилади. Кейинчалик медицина кў-ригидан ўтказишни иш процессида ҳар ойда, микроблар ва гиж-жалар бор-йўқлигига текширишни эса санитария-эпидемияга қар-ши хизмат органларининг кўрсатмаси билан такрорлаб туриш керак.

Она сутини йиғиш пунктлари болалар поликлиникалари ёки сут кухняларида ташкил этилади. Донор пунктнинг биноси иккита ёки ичига бокс қурилиб, унга болалар каравотчаси қўйиб қўйил-ган битта хонадан иборат бўлади. Пункт ходимлари — медицина ҳамшираси билан кичик медицина ҳамшираси. Пункт сутни стер-ил қилиб соғиб олиш, ишлаш ва тарқатишни таъминлайдиган асбоб-ускуна ва идишлар билан таъминланади. Донор-аёлларни ой сари терапевт, фтизиатр ва венеролог, албатта, текшириб ту-ради, уларнинг қони Вассерман реакцияси билан синаб кўрилади, кўкрак қафаси рентгеноскопия ёки рентгенография қилинади. До-норлар кунига 1—2 марта сутини соғиб беради. Донорлик пункти донор-аёлларни овқат билан таъминлайди ва топширган сути учун ҳақ тўлайди.

Пунктда сутни соғиб олиш маҳалида донорнинг қўллари ва сут безлари янги тайёрланган 0,2% ли хлорамин эритмаси билан ар-тилиб, янги кайнатилган илиқ сув билан ювилади. Сут қўллар би-

лан стерил воронка орқали стерил шишачаларга сут безлари батамом бўшагунча соғиб олинади. Бир неча аёлдан олинган сутни стерил шароитларда бир-бирига қўшиб қўйишга рухсат берилади.

Сут донорлик пунктида соғиб олингандан кейин кўпи билан 2 соат ичида болага бериладиган бўлса, уни хомлигича ишлатишга йўл қўйилади. Бошқа ҳамма ҳолларда сутни пастерлаш йўли билан термик ишловдан ўтказиш шарт ( $85^{\circ}\text{C}$  дан  $100^{\circ}\text{C}$  гача температурада 5 минут). Термик ишловдан ўтказиш донор сутнинг биологик қимматини сезиларли даражада пасайтиради.

Сутнинг сифати кам деганда ойига 2 марта текширилиб, бактериялари бор-йўқлиги аниқлаб кўрилади; таркибидаги оқсил, ёғ ва углеводлар миқдори камроқ текшириб турилади. Уйда соғиб олинган донор сути мунтазам текшириб турилади, чунки бирор нарса қўшиб, қалбакилаштирилган бўлиши мумкин.

### 1—3 яшар болаларни овқатлантириш

1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларни овқатлантиришни ташкил этишда шу ёшдаги гўдакларнинг хусусиятларини ҳисобга олиб; овқатни ҳар хил масаллиқлардан тузиш керак; суюқ ва ярим суюқ овқат бирмунча қуёқроқ овқат билан алмаштирилади.

1—3 яшар болаларга бериладиган масаллиқлар ҳар хил наъдаги ноц, турли-туман ёрмалар, сабзавот, кўкат, мева, сут, сутли маҳсулотлар, гўшт, балиқ, тухумдан иборат бўлиши лозим.

Боланинг суткалик овқат рациона миқдор жиҳатидан ҳам, сифат жиҳатидан ҳам боланинг эҳтиёжларини тўла-тўқис қондирадиган бўлиши керак. 1—3 яшар болада оқсилларга эҳтиёж ҳар бир килограмм тана массасига 4 г ни, ёғларга эҳтиёж ҳам 4 г ни ва углеводларга эҳтиёж 15—16 г ни ташкил этади. Бу ёшдаги болалар суткалик рационининг калориялари 1300—1500 ни ташкил қилади, яъни боланинг ҳар бир килограмм тана массасига 100—110 калориядан тўғри келади.

Болалар рационада мол, товуқ гўшти, жигар, мия бўлиши керак. Еғлиқ чўчқа гўшти, қўй гўшти, семиз гоз, ўрдак гўшти сингари гўштлири бериб бўлмайди, чунки бундай гўштлир ёни кўп бўлгани учун яхши сингимайди. Балиқнинг ҳар қанақасини ҳам беравериш мумкин, фақат қилтаноқларидан обдон тозалаш зарур; паштет, форшмак кўринишида селёдка берса ҳам бўлади. Гўшт билан балиқ қийма, котлет қилиб берилади, 2—3 яшар болага гўшти жаз ҳолида (рагу, гуляш, бефстроганлар ҳолида) бериш мумкин.

Болага бериладиган оқсилларнинг 75% ҳайвон оқсиллари бўлишига қараб бериш зарур. Ёш гўдакларга бериш учун сариса, сметана, қаймоқдан фойдаланиш керак.  $1\frac{1}{2}$  яшардан каттароқ болаларнинг овқатига ўсимлик мойлари (маккажўхори, кунгабоқар, пахта мойи) ишлатса бўлади, лекин булар суткасига ишлатиладиган умумий ёғ миқдорининг 10—15% идан кўп бўлмаслиги керак.



1—2 яшар болалар учун бир кеча-кундузда камида 700 мл, 2—3 яшар болалар учун камида 500 мл сут бериб туриш керак. Тухум болаларга аввал кунора, кейинчалик ҳар куни биттадан бериб борилади.

Бу ёшдаги болаларга кунига 100—150 г миқдоридан нон берилади, оқ нон билан бир қаторда В группа витаминлари маъбаи сифатида сариқ мағиз нон ва қора нон ҳам бериш зарур.

Бўтқалар, запеканкалар, котлетлар, қуймоқлар ҳолида хилма-хил ёрмалар бериб борилади.

Болалар овқатига сабзавот, мева, жумладан, редиска, шолғом, турп, пиёз, наъматак, смородина, крижовник, чаканда, ошқовоқ, брусника, клюква ва бошқаларни мўл-кўл ишлатиш керак. Болалар рационидан ошқўқлар (кўк пиёз, укроп, шовул, салат, исмалоқ, саримсоқ) қуруқ қўзиқоринлар ва бошқалар бўлиши лозим. Сабзавот меваларни унча чекламасдан ишлатса бўлаверади. Сабзавотларни пиширган пайтда таркибидан минерал тузлар билан витаминларнинг ўша сабзавот пиширилаётган сувга дарров ўтишини айтиб кетиш керак. Шу муносабат билан сабзавотлар пиширилган сувни (қайнатмани) бўтқалар, пюре ва бошқа таомларни пишириш учун ишлатиш зарур.

Гўдак болаларнинг ейдиган овқатида жуда ўткир закуска ва қайлалар ҳамда ширинлик ва доривор, шунингдек, аччиқ чой, табиий кофе, какао, шоколад ҳам бўлмаслиги керак (булар юрак ва нерв фаолиятини қўзғатади). Пирожное, ширинлик солиб пиширилган сомсалар, печенье бу ёшдаги болаларнинг кундалик овқати учун ўринли эмас.

Иштаҳаси пасайиб қолган бўлса, болага бир оз колбаса, сир, шўр балиқ, икра ва бошқаларни бериб кўриш мумкин, лекин буларни сунистеъмол қилиш бола организмга зиён келтиришини ҳамisha эсда тутиш керак.

1—3 яшар болаларнинг сувга эҳтиёжи 1 кг тана оғирлигига ўртача 80 мл ни ташкил этади. Йилнинг иссиқ пайтларида сувга эҳтиёж ортади. Ичиш учун болага қайнаган, уй температурасига эга бўлган ва ширинлик қўшилмаган сув бериш лозим.

Болаларнинг овқатланишида тўғри режим бўлиши катта аҳамиятга эга. 1 яшардан каттароқ болалар тунда бериладиган бешинчи овқатдан аста-секин воз кечади ва кунига 4 маҳал овқатланишга ўтади. 1½ ёшгача бўлган болаларга, хусусан, заифлашиб қолган ва иштаҳаси пасайган болаларга кефир сут кўринишида тунда бешинчи овқат бериб туриш керак.

Овқат вақтлари қатъий белгилаб қўйилиши лозим, бу — вақтга жавобан рефлекс пайдо бўлишини таъминлаб беради ва овқатнинг сингиши учун яхши шароитлар яратади. Бир маҳалги овқат билан иккинчи маҳалги овқат орасида болалар ҳеч бир нарса емаслиги керак. Ширинлик, мева, шунингдек, шарбатларни ҳам фақат овқат пайтида бериш лозим.

Меню тузишда масаллиқларнинг сутка мобайнида тўғри тақсимланишига қараб бориш зарур. Оқсилга бой масаллиқларни

(гўшт, балиқ, дуккаклиларни) болаларга куннинг биринчи ярмида — нонушта ва тушлик овқат маҳалида бериш лозим, чунки бу масаллиқлар, хусусан, ёғлар билан қўшиладиган бўлса, меъдада узоқроқ туради ва ҳазм бўлиши учун бир талай ҳазм шираларини талаб қилади. Тунги уйқу пайтида ҳазм процесслари сусайиб қолишини ҳисобга олиб, кечки овқатга осон сингийдиган сут, сабзавот, ёрмалардан тайёрланган таомларни бериш керак.

Ешидан ошган болаларга овқатни олдин чайнаб, мустақил ҳолда ейишни ўргатиб бориш керак, бу — иштаҳа очилишига ёрдам беради. Овқат вақтида боланинг бутун диққатини таомга қаратиш зарур. Овқат пайтида болани чалғитиш ярамайди, унга зўрлаб овқат тиқиштириш мутлақо мумкин эмас, бу — боланинг жигига тегади ва иштаҳасининг баттар пасайиб кетишига олиб келади. Бола чанқаган бўлса, овқат олдидан унга бир оз миқдор совутилган қайнаган сув бериш фойдали, бу — иштаҳани очади.

Иштаҳани сақлаш учун режимнинг бошқа томонлари, жумладан, сайрларни тўғри уюштириш ҳам катта аҳамиятга эга.

Иштаҳанинг яхши сақланиши учун овқат ҳажмининг ҳам аҳамияти бор. Овқат ҳажми боланинг ёшига тўғри келадиган бўлиши лозим (4-жадвал). Порциялар катта ҳажмда бўлса, иштаҳа пасайиб қолади, ҳазм органларининг нормал функцияси бузилади, овқатнинг сингиши ёмонлашади. Шу муносабат билан қуйидаги қондаларга амал қилиб бориш зарур: 1—3 яшар болаларга шўрвани кўп деганда 100—150 мл, кисель, чойни 100 мл, иккинчи (қуюк) овқатга қўшиладиган гарнирни 80—100 г бериш лозим.

#### 4 - ж а д в а л

#### Ҳар хил ёшдаги болалар овқатининг ҳажми

	Ясли ёши	Мактабгача тарбия ёши
	Овқат ҳажми, г	
<b>Н о н у ш т а</b>		
Қаша	200	250
Сутли кофе	100—150	200
<b>Т у ш л и к</b>		
Суюқ овқат	150	250
Қуюқ овқат:		
котлет	60	80
гарнири	100	150
Учинчиси	100—150	150—200
<b>Т у ш д а н к е й и н г и о в қ а т</b>		
Чой, сут ёки кофе	150	200
Юмшоқ ширин кулча	50	50
<b>К е ч к и о в қ а т</b>		
Суюқ овқат	200	200
Қуюқ овқат	150	150—200

3 марта овқат бериладиган болалар яслиларида болалар суткалик калорияларнинг камида 80% ини ташкил этадиган нонушта, тушлик ва тушдан кейинги овқат олиб туриши лозим. Ёшидан ошган болаларга яслиларда пишириш усули жиҳатидан ҳам, ҳажми жиҳатидан ҳам болаларнинг ёшига тўғри келадиган овқат берилиши керак. 2 яшардан 1½ яшаргача бўлган болалар рационининг суткалик ҳажми 1000—1100, 1½—3 яшар болалар учун эса 1200—1300 г ни ташкил этадиган бўлиши лозим.

Болаларнинг уйда ейдиган овқати болалар яслиларида бериладиган овқатга тўғри келадиган бўлиши керак. Мана шу вазифани бажариш учун болаларга бериладиган кечки овқатнинг таркиби қандай бўлиши кераклигини яслидаги медицина ходимлари ота-оналарга айтиб беришлари лозим.

### МАКТАБГАЧА ТАРБИЯ ВА МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНТИРИШ

Катта ёшдаги болалар одатда катталар қандай овқатни ейдиган бўлса, шу овқатни еяверади. Бироқ болаларда энергияга эҳтиёж катталардагига қараганда нисбатан кўпроқдир, бу — моддалар алмашинувининг жадалроқ бориши, болаларнинг анча серҳаракат бўлиши ҳамда бола танасининг сирти билан массаси ўртасидаги нисбатнинг бошқачалигига боғлиқдир.

Болалик даврида энергия сарфларини қондириш учунгина эмас, балки организмнинг ўсиб ривожланиши учун ҳам зарур бўладиган пластик элементларга эҳтиёж ортиқ бўлади.

1 кг тана вазнига нисбатан олиб ҳисоблаганда оқсилга ўртача эҳтиёж мактабгача тарбия ёшидаги болаларда 3,5—4 г ни; кичик мактаб ёшидаги болаларда 3—3,5 г ни; катта мактаб ёшидаги болаларда 2,5 г ни ташкил этади. Оқсиллар қанча миқдорда талаб қилинса, ёғлар ҳам шунча миқдорда талаб қилинади, лекин ҳайвон ёғлари (сариеғ) рўйирост устун турадиган бўлиши керак. 1 кг тана вазнига керак бўладиган углеводлар миқдори 3—11 яшар болаларда 10—15 г ни, каттароқ ёшдаги болаларда 9—10 г ни ташкил этади.

Барча ёшдаги болаларнинг рациони оқсиллар, ёғлар ва углеводлардан ташқари минерал моддаларга ҳам бой бўлиши керак, натрий, калий, кальций, фосфор, магний ва бошқалар ана шундай моддалар жумласига киради. Минерал моддалар қаторига микроэлементлар ҳам кирадими, булар организмда ниҳоятда арзimas миқдорларда бўлади, лекин организмнинг ҳаёт фаолияти учун катта аҳамиятга эгадир.

Ўсимликлардан олинадиган масаллиқларда етарли миқдорда, баъзиларида (картошка, карамда) эса, ҳатто, талайгина миқдорда калий бўлади. Натрий эса масаллиқларда жуда кам миқдорларда учрайди, шу муносабат билан натрий хлорид (ош тузи) кўринишида уни овқатга қўшиб туриш зарур.

Мактабгача тарбия ёшидаги бола қўшимча равишда суткасига 2,0—2,5 г, ўқувчи бола 3—3,5 г ош тузи олиб туриши керак.

Кальций тузларига бўлган эҳтиёж сут ва сутли маҳсулотларни, хусусан, сирни овқатга ишлатиш ҳисобига қондириб борилади, сирда осон сингадиган кальций ҳаммадан кўра кўп миқдорда бўлади.

Фосфор энг кўп миқдорда ҳайвонлардан олинадиган масаллиқлар: баъзи навдаги балиқлар, сут, гўшт, товуқ тухумининг сариги ва бошқаларда бўлади. Ун, нон, ёрма, ловияда ҳам фосфор бор, лекин бу масаллиқлардан фосфор яхши сингийвермайди.

Магний асосан ўсимликлардан олинадиган масаллиқларда бўлади. Одатдагича аралаш овқатларда организм эҳтиёжини қондирадиган етарли миқдорда магний бор.

Темир ҳайвонлардан олинадиган маҳсулотларда ҳам, ўсимликлардан олинадиган масаллиқларда ҳам бўлади. Жигар, тил, тухум сариги, творог, сули ёрмаси, дуккакли ўсимликлар, жавдар нон, баъзи меваларда темир, айниқса кўп.

Бошқа микроэлементлардан бола организми учун мис билан кобальт энг катта ва марганец, никель, рух, молибден, хром ва бошқалар камроқ аҳамиятга эга.

Организмнинг ривожланиш процесслари ҳамда фосфор-кальций алмашинувнинг идора этувчи витаминларга бўлган эҳтиёж ортиб боради. Ҳар қандай витаминлар етишмовчилигига болалар ва ўсмирлар катталардан кўра кўпроқ сезгир бўлади (5-жадвал).

5 - ж а д в а л

Болаларга керакли витаминлар нормалари

Боланинг ёши	А, ХВ	Витаминлар					
		В <sub>1</sub> , мг	В <sub>2</sub> , мг	РР, мг	В <sub>6</sub> , мг	С, мг	Д, ХВ
1 ёшгача	1650 (0,5 мг)	0,5	1,0	5	0,5	30	500
1—3	3300 (1 мг)	1,0	1,5	10	1,0	40	500
3—7	3300 (1 мг)	1,5	2,5	10	1,5	50	500
7—11	5000 (1,5 мг)	1,5	3,0	15	1,5	60	500
11—14	5000 (1,5 мг)	2,0	3,0	20	2,0	70	500

Мактаб ва мактабгача тарбия ёшидаги болаларнинг овқат режимида кунига 4 маҳал овқатланиш кўзда тутилган бўлиши керак.

Мактабгача тарбия ёшидаги болалар учун суткалик овқат ҳажми 1800 мл гача боради. Нонушта суткалик калорияларнинг 25, тушлик 40, тушдан кейинги овқат 15, кечки овқат 20—25 проценти ташкил этади. Овқат вақтида тузланган ва зираворли таомлар берса ҳам бўлади. Қовурилган картошка, гуляш, бефстроганлар бериш мумкин. 7 ёшгача бўлган болалар овқати суткалик калорияларининг сони 2300 кал гача боради.

Мактабгача тарбия ёшидаги болаларнинг жуда кўпчилиги болалар боғчаларига қатнайдиغان бўлганидан уйда кечки овқатни уюштириш катта аҳамият касб этади. Кечки овқат творог, қаймоқ (сметана), картошка ва бошқа сабзавотлар, тухум, сариеғ сурилган юз, ширин кулчалар, сут, қатиқ, меваларни ўз ичига оладиган бўлиши керак.

Мактаб ўқувчилари учун суткалик овқат ҳажми 2 л га, суткалик калорияларининг сони 2800—3000 кал. га бориши мумкин.

Ўқувчиларга овқатланиш режимини белгилашда мактабдаги машғулотлар вақтини ҳисобга олиш зарур. Биринчи сменада ўқийдиган болалар учун қуйидаги режимни белгилаш керак. Суткалик калориянинг 20% ини ташкил этадиган биринчи овқатни ҳамма болалар эрталаб соат 7-ю 30 минут — 8 да олиши керак. Калориялари жиҳатидан тахминан 20% ни ташкил этадиган иккинчи овқатни болалар мактабда кундузи соат 11-у 30 минут — 12 да олиши лозим. Суткалик калорияларнинг тахминан 40% ини ташкил этадиган тушликни болалар уйда соат 15—16 да ейишади, калориялари 20% га тўғри келадиган кечки овқатни болалар соат 19-у 30 минут — 20 да олади.

Иккинчи сменада ўқийдиган болалар учун овқатланиш режими бошқача бўлиши керак. Эрталаб соат 7-ю 30 минут — 8 да болалар суткалик калорияларнинг 20% ини ташкил этадиган нонушта олиши лозим. Соат 12 да суткалик калорияларнинг 40% ини ташкил этадиган тушлик овқат ейилади. Суткалик калорияларнинг тахминан 15% ига тўғри келадиган учинчи овқатни болалар мактабда, тахминан, соат 16 да олишлари керак. Калория 25% ни ташкил этадиган кечки овқатни болалар мактабдан келганидан кейин соат 20 да ейишади.

Овқат порциялари миқдори ҳаддан ташқари кўп бўлмаслиги керак. Мактаб ёшидаги болалар учун ҳар қайси таом порцияларининг ҳажми қуйидагича деб белгиланган: суткалик кофе ёки чой 200 г, бўтқа — 200 г, тушлиқда бериладиган суюқ овқат 400—450 г, гарнирли қуюқ овқат 250—270 г, учинчи овқат — 200 г; кечки овқатнинг суюғи 300—350 г, қуюғи 200 г.

Турли ёшдаги болалар учун бир кеча-кундузда ишлатиладиган масаллиқларнинг тахминий хили 6-жадвалда келтирилган.

Болаларни овқатлантиришда масаллиқларнинг калорияларидан ташқари уларнинг таркибидаги энг муҳим озиқ моддаларни ҳам ҳисобга олишга тўғри келади. Бундан бирор масаллиқни бошқаси билан алиштириш зарур бўлса, унинг ўрнини босадиган масаллиқ қанча калория беришидан ташқари ўша масаллиқнинг таркибини ҳам суриштириб кўриш керак, деган хулоса келиб чиқади. Калориялари жиҳатидангина эмас, балки таркиби жиҳатидан ҳам бири-бирининг ўрнини боса оладиган масаллиқларни алиштириш керак. Масалан, творогни худди шунча миқдордаги ёрма билан алиштириб бўлмайди, чунки творогдаги оксил кўпроқ ва у анча қимматлироқдир. Творогни тенг миқдордаги тухум, гўшт ва балиқ билан алиштирса бўлади. Ҳўл меваларни қуруғи билан алиштириб бўл-

Турли ёшдаги болалар учун суткасига бериладиган масаллиқларнинг тахминий хили (СССР Медицина фанлари Академияси Овқатланиш институту маълумотларидан олинди)

Масаллиқлар	Болаларга керакли масаллиқлар миқдори, г					
	1—1½ ёшда	1½—3 ёшда	3—7 ёшда	5—7 ёшда	7—11 ёшда	11—14 ёшда
Буғдой нон	40	70	100	125	150	200
Жавдар нон	10	30	30	50	75	125
Картошка уни	5	5	5	5	5	5
Буғдой уни	5	5	10	15	25	35
Ерма, макарон, дуккаклилар	25	35	40	45	65	80
Картошка	100	150	200	200	300	400
Турли сабзавотлар	100	150	200	200	300	400
Хўл мевалар	100	100	200	200	300	400
Қуруқ мевалар	10	10	20	20	20	20
Ширинлик	10	10	10	10	15	15
Қанд	60	60	60	60	60	60
Туз	3	5	6—7	8	10	10
Чой	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Кофе	—	1,0	2	3	3	3
Какао	—	0,3	0,5	0,5	1	1
Усимлик мойи	2	2	5	5	8	10
Гўшт	55	60	75	95	120	175
Балиқ	5	10	20	50	50	75
Тухум	1/4	1/2	1/2	1/2	1	1
Сариёғ	15	18	25	30	40	50
Сут	700	700	600	550	550	550
Творог (ёғи 9%)	35	35	45	45	45	50
Сметана	—	5	10	10	15	20
Сир	3	5	5	8	10	15

майди, чунки хўл меваларда витамин С бўлгани ҳолда қоқиларда, кўпинча, бу витамин бўлмайди.

Мактабда бериладиган нонушта болалар учун катта аҳамиятга эгадир. Шаҳар мактабларида нонушталарнинг калориялари суткалик рационнинг тахминан 25% ини, яшаш жойидан олис бўладиган қишлоқ мактабларида 30—35% ини ташкил этиши керак.

Куни узайтирилган группаларда овқатланишни тўғри ташкил этиш жуда муҳим, бундай группаларда болалар 8—10 соат вақтни уйдан ташқарида ўтказди. Куни узайтирилган группаларда болаларни озиқа моддаларнинг миқдори жиҳатидан ҳам, калориялари жиҳатидан ҳам суткалик овқат рационининг 50—70% ини ташкил этадиган 2 ёки 3 маҳал овқат билан таъминлаш зарур. Тушликни болалар мактабда, махсус ажратилган бинода ёки яқин орадаги ошхонада олишлари мумкин, бундай ошхонада болалар учун алоҳида соатлар ажратилган, махсус меню тузилган бўлиши керак.

Иссиқ овқат ташкил қилиш учун шароитлар бўлмаган мактабларда сутли овқатларни бериб туришни тавсия этиш мумкин. Мактаб нонушталари тегишли идишларда қадоқланган ҳолда келтирилади; бошланғич синф ўқувчиларига мактаб нонушталарини яхшиси, иккинчи танаффус вақтида, юқори синф ўқувчиларига учинчи танаффус вақтида; тушлик овқатни соат 13—14 да берган маъқул.

Мактабдаги врач ва медицина ҳамшираси мактабда овқатланишни мунтазам назорат қилиб боришлари керак. Овқатланишни ташкил этиш ва ўтказиш ишларида ота-оналар активини ҳам жалб қилиш лозим.

Мактаб-интернатлар ва болалар уйларида болаларнинг овқатланишини ташкил этишнинг алоҳида ажралиб турадиган томонлари йўқ. Мактаб ёшидаги болалар ҳамма ҳолларда ҳам тегишли ёшдаги соғлом болалар учун белгиланган нормаларга тўғри келадиган овқатни олиб туришлари зарур. Овқат химиявий таркиби, калориялари ва суткалик ҳажми жиҳатидан болаларнинг ёшига қараб табақаланган бўлиши лозим. Пионер лагерларида болаларнинг овқатланишини уларга керакли озик моддаларнинг физиологик нормаларига қараб уюштириш лозим. Овқат ёшга қараб табақалаштирилиши керак. Бироқ шаҳардан ташқарида яшаш (сайр, походларга чиқиш, спорт билан шугулланиш) шароитларида ортиқча энергия сарфланишини ҳисобга олиб, рацион калорияларини 10—15% оширишни мақбул деб эътироф қилиш мумкин. Қалорияларни асосан углеводлар билан оқсиллар ҳисобига ошириш керак. Ёз мавсумида сут, кефир, қатик, творог, ошқўк, мева, сабзавотлардан кўпроқ фойдаланиш жуда муҳим.

Лагернинг медицина ходими ошхона, овқат блокининг санитария-гигиена аҳволига қараб бориши, масаллиқларни ташини ва сақлаш шароитларини текшириб туриши, шунингдек, овқат блоки ходимларининг саломатлиги ҳамда шахсий гигиена қоидаларига амал қилишини кузатиб бориши зарур.

### **ЧАҚАЛОҚЛАРДА УЧРАЙДИГАН КАСАЛЛИКЛАР ВА ЧАҚАЛОҚЛАР ПАРВАРИШИ**

Ҳаётининг дастлабки кунлари ва дастлабки ойини яшаб келадиган болалар орасида касалланиш ва ўлиш ҳоллари, яъни ёш гўдаклар ўлими деган тушунчанинг умуман болалар ўлимидаги солиштирма салмоғи ҳали юқори, шу сабабдан янги туғилган бола ҳаётининг неонатал даврига алоҳида аҳамият берилади.

Чақалоқлик даври ўзининг физиологик хусусиятлари жиҳатидан ҳам, патологиясининг алоҳида бир тарзда бўлиши жиҳатидан ҳам бола ҳаётининг жуда ўзига хос бўлган бир давридир.

### **Чақалоқ асфиксияси**

Асфиксия, яъни бўғилиш, чақалоқда газлар алмашинуви бузилиши муносабати билан бошланадиган, ўткир тарзда ўтадиган патологик процесс бўлиб, қон ва тўқималарда кислород етишмай

қолиши ҳамда организмда карбонат кислота тўпланиб бориши билан бирга давом этади.

Асфиксия мустақил касаллик бўлмай, кўпгина турдаги акушерлик патологиясининг, она организми ва ҳомилада бўладиган турли касалликларнинг оқибатидир, холос.

Чақалоқларда учрайдиган асфиксия бирламчи ёки она қорнида ва иккиламчи ёки она қорнидан ташқарида бошланган (орттирилган) асфиксияларга бўлилади.

Ҳаётининг дастлабки кунларини яшаб келаётган чақалоқларда кўриладиган иккиламчи асфиксияларнинг ҳаммадан кўп учрайдиган сабаби пневмопатиялар деб аталадиган, ҳомиланинг она қорнида ривожланиш даврида ёки туғруқ маҳалида пайдо бўлиб, нафаснинг бузилишига хос белгилар синдроми (нафас бузилиши синдроми — НБС) билан бирга давом этадиган ҳодисалардир (полисегментар ва тарқоқ ателектазлар, гиалин мембраналари, геморрагик — шиш синдроми, ўпкага бир талай қон қуюлиши ва бошқалар). Нафас бузилиши синдроми (НБС) пневмопатиялардан ташқари, калла ичига қон қуйилиши, она қорнида бошланган инфекция ва бошқаларга боғлиқ бўлиши мумкин.

Чақалоқ асфиксияси деганда, чақалоқ туғилганидан кейин юрак фаолияти сақланиб тургани ҳолда нафаси чиқмаслиги ёки номунтазам равишда, тўхтаб-тўхтаб, кўпинча, тортишиб-тиришиб, ё бўлмаса, юза-юза нафас олаётганлиги тушунилади.

Тегишли чора-тадбирлар ёрдамида чақалоқни асфиксия ҳолатидан чиқариб ола бўлади. Бироқ, шундай бўлса ҳам, асфиксия боланинг ўлик туғилишига олиб келадиган асосий сабабларнинг биридир. Ўлик туғилиш деб яшашга лаёқатли ҳомиланинг (ҳомиладорлик муддати камида 28 ой, танасининг массаси 1000 г ва бундан ортиқ, бўйи камида 35 см) ҳомиладорлик даврида, туғруқ вақтида ва ундан кейин она қорнидан ташқарида нафас олабошлагунча ўлиб қолишини айтиш расм бўлган.

Туғилган умумий болалар сонига нисбатан олганда асфиксия ўрта ҳисобда 4—6% чақалоқларда кўрилади. Туғруқ маҳалида асфиксияга учраган, аммо тирик қолган болаларнинг бир қисми кейинчалик асфиксия оқибатларидан ўлиб кетади.

К л и н и к а с и. Чақалоқ бирламчи асфиксиясининг икки формаси тафовут этилади — кўк асфиксия билан оқ (ёки оқиш) асфиксия.

Кўк асфиксияда чақалоқ қонида кислород етишмай қолиб, карбонат кислота кўнайиб кетади. Бола баданининг териси кўм-кўк кўкариб туради, рефлекслар сақланган, лекин сусайиб қолган бўлади, мускуллар тонуси қаноатланарли, юрак қисқаришлари секинлашиб қолади, юрак тонлари аниқ-равшан эшитилади. Нафас сийрак, номунтазам, юза бўлади. Киндик тургори ва пульсацияси бир қадар сақланиб туради. Апгар шкаласи бўйича баҳоси 5—6 балл бўлади.

Кўк асфиксиянинг икки босқичини тафовут қилиш расм бўлган — энгил ва оғир асфиксия. Энгил асфиксияда чақалоқ бадани



терисининг кўкариб туриши, юрак уришларининг секинлашуви ва нафас юзалиги кескин ифодаланган бўлмайди. Енгил даражадаги кўк асфиксия ҳеч бир давосиз, тез йўқолиб кетади.

Кўк асфиксиянинг оғир даражасида бола бадан териси жуда кўкариб, юрак уришлари анчагина ёки кескин секинлашиб қолади, юрак тонлари бўғиқ, аммо ритмик бўлади. Нафас маркази сусайиб қолгани ёки бола туғилишидан илгари биринчи бор нафас олганида нафас йўлларига қоғоноқ сувлари, шилимшиқ тиқилиб қолгани туфайли чақалоқ нафас олмай ётади. Бу хилдаги асфиксияда чақалоқни жонлантиришнинг у ёки бу методларини қўллаш керак бўлади.

Оқ ёки оқиш асфиксияда чақалоқ нафас олмайди, бадан териси оппоқ оқариб, шиллиқ пардалари кўкариб кетган, юрак уриши кескин секинлашиб қолган, баъзида аритмик, юрак тонлари бўғиқ бўлади. Мускуллар тонуси ва рефлекслар бўлмайди ёки кескин сусайиб кетган бўлади. Киндик пучайиб туради ва пульсацияси сезилмайди. Ангар шкаласи бўйича баҳоси 1—4 балл.

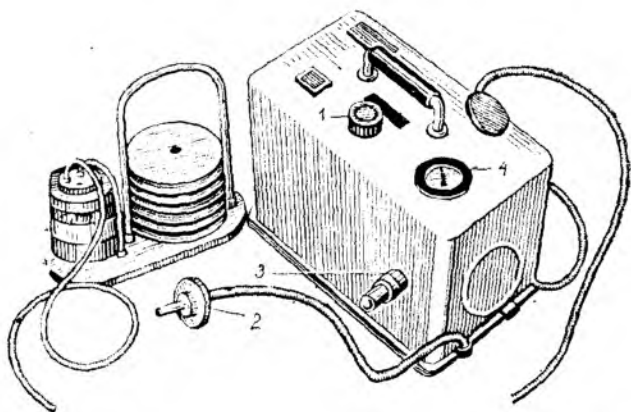
Демак, чақалоқ бирламчи асфиксиясининг асосий белгиси унинг нафас олмай туриши ёки нафасининг кескин издан чиқишидир.

Бола туғилган вақтда асфиксия диагностикаси одатда қийин бўлмайди; чақалоқнинг аҳволига баҳо бериш учун ҳозирги вақтда Ангар методикаси (шкаласи)дан фойдаланилади, у анча аниқ ва мақсадга мувофиқдир (21-бетга қаралсин).

Асфиксия ҳолатида туғилган чақалоқ болани кўздан кечириб текшириб кўрганда асфиксия тури (кўк, оқ) билан оғирлик даражасини аниқлашгана амалий жиҳатдан муҳим бўлиб қолмай, балки калла ичига қон қуйилган бўлиши эҳтимол деб, шунинг белгиларини аниқлаб олишга ҳам аҳамият бериш зарур. Қалла ичига қон қуйишлиши асфиксия оқибати ёки кўпинча асфиксия билан бирга давом этадиган туғруқ травмасининг оқибати бўлиши мумкин. Кўк асфиксия ҳолатида туғилган чақалоқни жонлантиришда асфиксия ҳа деганда барҳам топавермайдиган бўлса, бу — аксари калла ичига қон қуйилганидан дарак беради.

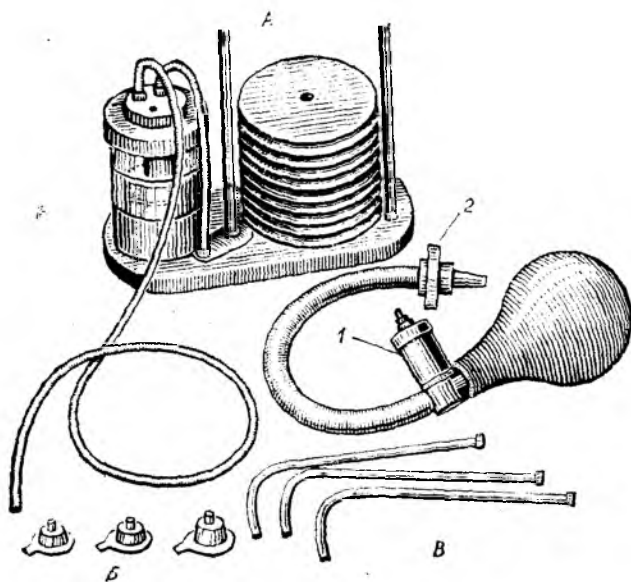
Д а в о с и. Асфиксия ҳолатида туғилган чақалоқни жонлантиришда асосий вазифа трахсеяга киритиб қўйилган эластик катетерга уланган насос (сув оқими билан ишлайдиган ёки педалли насос) ёрдамида ё бўлмаса, юмшоқ наконечникли резинка баллон ёрдамида нафас йўлларида қоғоноқ сувлари ва шилимшиқни чиқариб ташлаб, боланинг мустақил нафасини тиклашдан иборат.

Чақалоқни жонлантиришнинг энг ишончли методларидан бири ўпкага ҳаво пуфлаб киритадиган махсус аппаратлар ёрдамида болага сунъий нафас олдиришдир. Кузатувлар болани асфиксия ҳолатидан чиқариб олишда аппарат ёрдамида сунъий нафас беришнинг яхши кор қилишини тасдиқлаб берди. Ватанимизда ишлаб чиқариладиган ДП-5 (электр билан ишлайдиган; 22-расм). РДА-1 (дастаки, 23-расм) ва «Вита-1» маркали аппаратлар ҳаммадан кўп ишлатилади. Ҳавони ўпкага кам деганда минутига 20—



22-расм. Электр билан ишлайдиган ДП-5 типдаги нафас аппарати.

1 — нафас регулятори; 2 — нафас чиқариладиган клапани; 3 — нафас тезлаштириб секинлаштириладиган регулятори; 4 — монометри.



23-расм. Қўлда ишлатиладиган РДА-1 типдаги нафас аппарати.

1 — осим регулятори; 2 — нафас чиқариладиган клапани; А—А-1 типдаги педалли сўргичи; Б—маскалари. В—интубаторлари.

25 мартадан тезликда пуфлаб киритиб туриш тавсия этилади, юбориладиган ҳаво миқдори эса 30—35 мл дан ортмайдиган, яъни чақалоқ боланинг нафас ҳажмига тўғри келадиган бўлиши керак.

Аппарат билан сунъий нафас бериш методи физиологик жиҳатдан асосланган бўлиб, муваффақият билан қўлланилади.

Нафас беришга ишлатиладиган аппарат бўлмаса, оғизни оғизга ёки оғизни бурунга қилиб, чақалоқ ўпкасига ҳаво пуфлаб киритиб турса бўлади. Бу ишни шилимшиқ сўриб олинганидан кейингина минутига 20—25 марта тезликда бажариш мумкин. Мазкур метод қўлланилар экан, инфекция юқиб қолиши мумкинлигини ва чақалоққа пуфлаб киритилаётган ҳавонинг босими ортиб кетиш хавфи бўлишини ҳисобга олиш керак. Инфекция юқишининг олдини олиш мақсадида ҳавони бир неча қават қилиб тахланган дока орқали пуфланади.

Илгарилари кенг татбиқ этилиб келган қўл билан сунъий нафас бериш усуллари (Сильвестер, Соколов, Верт усуллари) бир қадар травмаларга сабаб бўлади ва аслида бефойда бўлади, чунки нафас олмай турган ўпка альвеолаларининг ёзилишини таъминламайди.

Туғруққа ёрдам берадиган муассасаларда ҳозир клиник ўлим ҳолидаги чақалоқларни жонлантиришнинг Легенченко таклиф этган физиологик методи кенг қўлланилади. Бу метод моҳият эътибори билан қуйидагилардан иборат. Бола туғилган заҳоти киндигини бойламасдан туриб, 38—40°С температурадаги қайнаган сув солиб кўзи ёриган аёлнинг оёқлари орасига қўйиб қўйилган ванначага то бошигача туширилади. Юқори нафас йўлларига тушиб қолган шилимшиқ ва қоғоноқ сувлари стерилланган эластик катетерга кийгазилган резинка баллон ёрдамида олиб ташланади. Бармоқ билан текшириб туриб, катетернинг учини трахеяга киритилади. Боланинг оғзига кириб қолган шилимшиқ ва қоғоноқ сувларини олиб ташлаш учун баъзан унинг бошини бир томонга буриш ва оғиз бўшлиғини стерил қуруқ дока билан артиб олиш кифоя бўлади. Бурнини шилимшиқдан қуруқ дока билан артиб олинади ёки шилимшиқ баллонча ёрдамида сўриб олиб ташланади. Шундан кейин боланинг бошини сал кўтариб, чақалоқ то жонлангунича иссиқ сувли ваннада қолдирилади. Онасига бу вақтда кислород бериб турилади.

Рефлекслар сақланиб турган бўлса — кўк асфиксияда ёки кўк асфиксияга айланиб қолган оқ асфиксияда шундай бўлади — ванначада кўтарилиб турган бола кўкрак қафасига бироз совуқ сув сепилади, мана шу нарса нафас марказининг рефлектор йўл билан таъсирланишига сабаб бўлади. Бола йиғлашга тушадиган бўлгунча кутиб туриш тавсия этилади, боланинг йиғлаши одатда унинг асфиксия ҳолатидан чиқиб олганини кўрсатади.

Легенченко методи тез орада наф бермаса, нафас йўлларини шилимшиқ ва қоғоноқ сувларидан тозалаб олинганидан кейин, фурсатни ўтказмай, Персианинов методи қўлланилади, бу метод

нафас аслига келиб, юрак фаолияти яхшиланишига ёрдам берадиган нерв-рефлектор механизмларни қўзғатишга асосланган.

Бу методни бола киндигини бойламасдан туриб, яъни у ҳали онасидан ажратилмаган маҳалда ва онасидан ажратиб олинганидан кейин қўлланиш мумкин. Олдин юқори нафас йўлларида шиллимиш ва қоғоноқ сувларидан тозалаб олинади.

Бола онасидан ажратилишидан олдин қуйидаги чоралар кўрилади. Киндик боғланмайди, балки киндик артериясига (киндик ҳалқасидан 6—8 см қочириб туриб) 3 мл 10% ли кальций хлорид эритмаси бўлиб-бўлиб, зарбсимон қилиб юборилади. Бу чора кор қилганида чақалоқ баданининг териси оч пушти рангга кириб, бола нафас олабошлайди ва йиғлайди. Кальций хлорид дарров кор қилмаса, ўша игнанинг ўзидан, аммо олдиндан тайёрлаб қўйилган бошқа шприц ёрдамида аскорбинат кислота (100 мг) қўшилган 5—7 мл 40% ли глюкоза эритмаси юборилади.

Чақалоқ онасидан ажратилганидан кейин унн олдин грелкалар ёки электр лампалар билан иситиб, столга ёзиб қўйилган стерил плёнкага ётқизилади. Иккинчи бир стерил плёнка билан киндигининг атрофи ўраб қўйилади. Киндикни спиртга ҳўллаб олинган пахта шарча билан артиб, қирқилади, кесилган жойи яна спирт билан артилади ва кўндалам қилиб қирқилган жойининг четига Пеан қисқичи қўйиб қўйилади. Асфиксиянинг даражасига қараб киндик венасига қуйидаги моддалар юборилади (7-жадвал).

7 - ж а д в а л

Асфиксия маҳалида ишлатиладиган дори моддалар

Дори модда	Дорининг дозаси	
	асфиксиянинг енгил хилида	асфиксиянинг оғир хилида
Натрий гидрокарбонат (4% ли эритмаси)	2—3 мл/кг	4—5 мл/кг
Аскорбин кислота	100 мг	150 мг
Кокарбоксилаза	25 « »	50 мг
Преднизолон	Юборилмайди	1—2 мг/кг
Кальций глюконат (10% ли эритмаси)	« »	1 мл/кг
Глюкоза (20% ли эритмаси)	2—3 мл/кг	5 « »

Натрий гидрокарбонат ва кокарбоксилаза эритмалари бир шприцда, глюкоза ҳамда аскорбин кислота билан преднизолон иккинчи шприцда, кальций глюконат эритмаси эса учинчи шприцда юборилади.

Боланинг юраги урмай тураверса ва юракни 2 минут давомнда билвосита массаж қилиш наф бермайдиган бўлса, у вақтда юрак бўшлиғига 0,1% ли адреналин эритмаси юбориш ўринли бўлади.

Асфиксия ҳолида туғилган болаларни жонлантиришнинг асосий методлари ана шунақа. Бу чора тадбирлар ҳар қайси боланинг ўзига қараб ва асфиксия даражасини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак.

Чақалоққа тегишлича тартиб билан ёрдам беришда турли методлар билан жонлантириш чоралари дастлабки 3—5 минут давомида қўрилиши лозим.

Чақалоқ жонлантирилиб, ўзига келтирилганидан кейин уни биринчи бор тозалаб саришта қилинади, кейин иссиқ, қуруқ стерил плёнкага ўралиб, иситиб қўйилган ўринга ётқизилади ва нафасига диққат билан қараб борилади. Болани иситишда унинг иссиқлаб кетишига йўл қўймасдан, температураси кўпи билан 50°C бўлган грелкалардан фойдаланиш керак.

Оғир асфиксия ҳолатидан чиқариб олинган чақалоқ болага вентрикуляр ёки бурундан киритилган ингичка катетерлар орқали намланган кислород бериб турилади.

Кислородни махсус установка ёрдамида бериб туриш ёки чақалоқни кислород палаткасига ё бўлмаса аниқ дозалаб минутига 5—6 л гача миқдорда ва кўпи билан 40—50% концентрацияда кислород бериб турадиган кувезга ётқизиб қўйиш мумкин. Кислород ёстиғидан фойдаланилганда унинг устига 2—3 кг юк қўйиб қўйилади. Кислород ярмисигача сув тўлдирилган Бобров аппаратининг шиша банкасидан ўтиб турадиган бўлади; бунда у намланади ва босим остида резинка найлар системаси орқали чақалоқ бурнига келади.

Иккиламчи асфиксия тутиб қолганида ниқоб ёрдамида аппарат билан сунъий нафас олдириш усули такрор қўлланилади.

Кислород билан даволаш усули қўлланилар экан, айниқса чала туғилган болаларда, кўзларнинг шикастланиб қолиш хавфи бўлишини ҳисобга олиш керак.

Нафас марказига рефлектор йўл билан таъсир кўрсатиш ва ўпка билан нафас олишни яхшилаш мақсадида горчичниклар қўйилади ёки горчичниклар билан ўраш усули қўлланилади.

Нафасни енгиллаштириш учун болани каравотчасида боши билан гавдасининг юқори бўлими кўтарилиброқ турадиган қилиб ётқизилади. 1-суткада болага овқат берилмайди. Кейинчалик ўрилли бўлишига қараб уни ё зонд орқали, ёки сўргич орқали овқатлантириб борилади. Болани 4—6 кунлик бўлганидан кейин кўкракка тугилади. Глютаминат кислота (суткасига 0,1 г/кг миқдорда, уч бўлиб), комплекс витаминлар (кунига 2 маҳал 50 мг аскорбинат кислота, 0,001 г дан витамин В<sub>1</sub> ва В<sub>2</sub>, 0,005 г кальций пантотенат, 0,002 г никотинат кислота, 0,005 г — рутин), викасол (3 кун давомида 0,001 г дан кунига 3 маҳал, оғир асфиксияда эса 0,5 мл 1% ли эритмасини мускуллар орасига), кальций глюконат (10% ли эритмасини 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал), АТФ (1% ли эритмаси ҳар куни мускуллар орасига 1 мл дан), керак бўлганда юрак глюкозидлари, преднизолон буюрилади.

Оғир асфиксияда 5—6 соатдан кейин, енгил асфиксияда 10—12 соатдан кейин сийдик ҳайдовчи дорилар: дихлотиазид (сутка-сига 1 мг/кг миқдорида, икки бўлиб) ёки фуросемид (суткасига 1—2 мг/кг миқдорида икки бўлиб) бериш тавсия этилади.

Бола безовталанаверадиған бўлса, аминазин (суткасига 1,5 мг/кг миқдорида 3 бўлиб берилади ёки 0,25% ли эритмаси инъекция қилинади) ёки ГОМҚ (100—150 мг/кг миқдорида мускуллар орасига бир марта), талваса тутадиган бўлса диазепам (седуксен) (0,15 мг/кг) буюрилади. Талваса тутиб турган маҳалда аминазин буюрмаган маъкул, чунки у талвасага мойилликни өширади.

Оғир асфиксияда такрор-такрор, шунингдек, бола ҳаётининг 2, 3, 4 ва 5-кунларида 20% ли глюкоза (8—10 мг/кг) ва унга қўшиб аскорбин кислота (100—150 мг), кокарбоксилаза (8—10 мг/кг), фуросемид (1 мг/кг) ва кунора альбумин (5—10 мл/кг) ёки реополиглюкин (10—15 мл/кг) юбориб туриш зарур. Сийдик ҳайдайдиған дориларни ишлатганда 4—5-кундан бошлаб калий препаратлари буюриш зарур бўлади (5% ли эритмасини 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал).

Асфиксия ҳолатидан чиқариб олинған ва калла ичига қон қуйилганига хос аломатлари бўлған болани даволаш тўғрисида «Энцефалопатия» бўлимига қаралсин.

**Профилактикаси.** Асосий вазифа ҳомиланинғ она қорнида асфиксияга учраб қолишига йўл қўймасликдан иборат бўлиши керак, бунинг олдини олиш иши ҳомиладорликнинг дастлабки ойларидан бошлаб, асосан аёллар консултацияларида олиб борилади.

Оғир оёқ аёлда у ҳомиладор бўлмасидан илгари бўлған касалликларни, ҳомиладорлик даврида пайдо бўладиган патологик ҳолатларнинг илк аломатларини ўз вақтида аниқлаб, пайқаб олиш аёллар консултациясида ҳам, туғруқхона стационарида ҳам буларга қарши ҳаммадан самарали кураш олиб боришга имкон беради.

Ҳомиланинғ она қорнида асфиксияга учрашига йўл қўймаслик учун аёллар консултациясида бошланған чоралар туғруқ вақтида давом эттириб борилади ва асосан туғруқ актини тўғри бошқариб бориш, агар керак бўлиб қолса, операция чораларини ўз вақтида қўлланиш ва тўғри бажаришдан иборат бўлади.

Она қорнида бўладиган асфиксияга қарши курашни унинг пайдо бўлиш ва авж олишининг олдини олиш йўли билангина эмас, балки замонавий методлар ёрдамида ҳомилани асфиксиядан чиқариб, физиологик функцияларини аслига келтиришга қаратилған даво йўли билан ҳам олиб борилади.

## Чақалоқларнинг гемолитик касаллиги

Чақалоқларнинг гемолитик касаллиги она билан ҳомила қонининг резус-факторига кўра сиғиша олмаслиги ва АВО система группалари бўйича бир-бирига тўғри келмаслиги, гоҳида бошқа сабабларга кўра пайдо бўлади.

85% одамларнинг эритроцитларида резус-фактор (агглютиноген) бўлади, бундай одамлар резус-мусбат одамлардир. 15% одамлар эритроцитларида бу фактор бўлмайди, булар — резус-манфий одамлар. Резус-фактор доминант типда наслдан-наслга ўтиб боради. Бу фактор болага резус-мусбат отасидан ўтади. Резус-антиген ҳомила организмдан резус-манфий она қонига ўтиб, ўзига хос, яъни специфик антителолар ҳосил бўлишига олиб боради, буларнинг плацента орқали қисман ҳомила қонига ўтиши эритроцитлар гемолизига сабаб бўлади.

Чақалоқлар гемолитик касаллигига камроқ ҳолларда она билан ҳомила қонининг АВО система группалари бўйича бир-бирига тўғри келмаслиги сабаб бўлади, она қони О (I), бола қони эса А<sup>-</sup> (II) группа бўлганида асосан шундай бўлади.

**К л и н и к а с и.** Чақалоқлар гемолитик касаллигининг учта формаси: шишли, сариқ ва анемик формаси тафовут этилади.

Шишли формаси гемолитик касалликнинг ҳаммадан оғир формасидир. Бунинг учун бола туғилганида аъзои-баданининг шишиб, бўшлиқларида суюқлик тўпланиб қолган бўлиши, тери қопламанинг оқариб (баъзан сарғайиб) туриши, жигар билан талоқнинг хийла катталашиб кетганлиги, кескин анемия борлиги характерлидир (эритроцитлар сони  $1,5-2 \cdot 10^9$ /л гача тушиб қолган ва бундан кам, гемоглобин 30—60 г/л ва бундан кам бўлади). Нормобластоз, ретикулоцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, лейкоцитоз, чапга сурилган найтрофилёз қайд қилинади.

Касалликнинг бу формасига дучор бўлган чақалоқлар туғилганидан кейин, одатда, дастлабки соатларда ўлиб қолади.

Сариқ формаси ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. Касалликнинг дастлабки симптоми бола баданининг сариқ бўлишидир, сариқлик бола туғилганидан кейин дарров ёки 1—2-кунга пайдо бўлиб, тез кучайиб боради ва сариқ-гунгурт ёки ҳатто, сариқ-жигарранггамо тусга киради. Кўз склераси шиллиқ пардалари ҳам сариқ тусга кириб қолади, жигар, талоқ катталашади. Болалар бўшашиб, қувватсиз бўлиб қолади, яхши эммайди, уларда чақалоқларга хос рефлекслар сусайган бўлади. Тери остига қон қуйилиши ва қон кетишга мойиллик сезилади. Боланинг сийдиги тўқ рангда, ахлати нормал тусда бўлади. Периферик қонда ҳар хил даражада ифодаланган анемия, эригробластоз, ретикулоцитоз, лейкоцитоз топилади. Қонда билвосита билирубин миқдорининг кўпайиб кетиши ҳаммадан характерли бўлиб ҳисобланади. Киндик қони зардобиди билирубин миқдори соғлом болаларда 0,01—0,02 г/л ни ташкил этиб, бола ҳаётининг 3—5-кунига келганда 0,07—0,08 г/л гача ортиб борадиган бўлса, касалликнинг сариқ формасида киндик қо-

нида у энди 0,03 г/л дан ортиқ бўлиши, кейинчалик эса 0,15—0,2 г/л га етиши ва бундан ортиши мумкин.

Сариқ формасининг оғир асорати билирубин энцефалопатияси ёки ядро сариқлигидир, бу асорати бўшашиб қолиш, адинамия, сўриш рефлексининг сусайиши, уйқучаилик, мускуллар гипотонияси, қўл-оёқлар тремори, нистагм, опистотонус, Графе ва «ботаётган қуёш» симптомлари билан намён бўлади.

Сариқ формасининг оқибати кўпчилик ҳолларда яхшилик билан ўтади. Бундай болаларда кейинчалик асаб-руҳий ривожланишда, кўпинча, нормадан кўра бошқачароқ фарқлар учрайди.

Гемолитик касалликнинг анемик формасида болалар ранглар, бирмунча бўшашган бўлади, кўкракни яхши эммайди, уларда жигар билан талоқ катталашган, периферик қонда эса анемия, нормабластоз, ретикулоцитоз бўлади. Билирубин миқдори нормал ёки бир қадар кўпайган бўлиб чиқади. Оқибати яхшилик билан тугайди.

Даво си касалликнинг оғир-енгиллигига боғлиқ. Гемолитик касалликнинг анемик формаларида болани донордан олинган кўкрак сути билан боқилади, бўлиб-бўлиб гемотрансфузия қилиб турилади. Сариқ формаларининг энгил ҳолларида консерватив даво ўтказилади: болани одатда донордан олинган кўкрак сути билан 5—14 кун боқиб борилади, кундузгига ўжаш ёки кўк нур берадиган сунъий ёруғлик лампалари қўлланилади (суткасига 12—16 соатдан), фенобарбитал (суткасига 5—10 мг/кг миқдорида, 2—3 бўлиб), калий оротат (ой-куни етиб туғилган болага суткасига 200 мг/кг ва чала туғилган болага суткасига 100 мг/кг миқдорида, 2—3 бўлиб), токоферол ацетат-витамин Е (кунига 2—3 маҳал 0,1 мл дан мускуллар орасига), аллохол (1/4 таблеткадан кунига 3 маҳал), жигар соҳасига магний билан электрофорез қилиш, мускуллар орасига АТФ юбориб туриш, ҳар куни глюкоза (5—10% ли эритмаси), реополиглюкин ёки гемодез (томчи усулида 15 мл/кг), 5% ли альбумин эритмаси қуйиб туриш буюрилади.

Чақалоқлар гемолитик касаллиги оғир формаларига даво қилишнинг бирдан бир самарали усули қон қуйиб, қонни алмаштиришдир. Қонни Диамонд методи бўйича киндикдан қуйиш методидан фойдаланиш ҳаммадан кўра кўпроқ мақсадга мувофиқдир; бу иш операция хонасида бажарилади, янги консервланган бир группали резус манфий қон қуйилади.

Алиштириш учун қон қуйилганидан кейин касалликнинг энгил формаларида буюриладиган дори-дармонларни буюриш шарт.

Профилактикаси. Резус-манфий ҳомиладорлар сенсбиллашиб қолишига йўл қўймаслик учун қиз ва жувонларга қон қуйиладиган бўлса, ҳар сафар реципиентларнинг қон группаси ва резус-факторини ҳисобга олиш керак. Қони резус-манфий бўлган одам тўнғичига ҳомиладор бўлганида ҳомиласини сақлаб қолиш катта аҳамиятга эга, чунки тўнғич бола, одатда, соғлом бўлиб ту-



ғилади. Аёллар консультациясида ҳомиладорларнинг ҳаммаси текширилиб, резус-фактори, шунингдек, резус-факторига антителолари бор-йўқлиги аниқлаб олинади. Акушерлик анамнези яхши бўлмаган (боласи тушган, боласи ўлик ҳолда ёки чала бўлиб туғилган ва ҳоказо) аёлларга алоҳида аҳамият берилади. Боланинг гемолитик касаллигининг олдини олиш учун резус-манфий фактор бўлган ҳамма аёлларга туғруқ ёки абортдан кейинги 1-кунни антирезус-гамма-глобулин юбориш керак. Қондаги резус-антителолар титри юқори бўлган ҳомиладорда чақалоқ гемолитик касаллигининг олдини олиш учун ҳомиладорликнинг 37—39-ҳафтасида кесарево сечение операцияси йўли билан боласи олинади. Антирезус-антителоларнинг титри юқори бўлган ҳомиладор аёллари оғир оёқлилигининг 8, 16, 24, 28, 32 ҳафталарида 12—14 кунга туғруқ олди бўлимига ётқизиб, носпецифик даво қилиб чиқилади (глюкозага аскорбинат кислота, кокарбоксилаза қўшиб венадан юбориш, рутин, витамин Е, В<sub>6</sub>, кальций глюконат инъекция қилиб туриш, кислород билан даволаш, антианемик терапия ўтказиш буюрилади).

### Энцефалопатия

Чақалоқлар патологиясида марказий нерв системасининг зарарланиши — энцефалопатия каттагина ўринни эгаллайди, бундай дарднинг келиб чиқиши боланинг она қорнида ривожланиши даврида ва туғруқ акти маҳалида унинг учун ноқулай шароитлар пайдо бўлиб қолиши билан боғлиқ бўлади.

Ҳаётининг биринчи ҳафтаси давомида ўлиб кетадиган чақалоқларнинг тахминан 50 проценти калланинг ичдан зарар кўриши, травмага учраши натижасида нобуд бўлади. Ой-куни етиб туғилган болалар ўртасида бу процент камроқ, чала туғилган болалар ўртасида эса кўпроқ бўлади. Марказий нерв системасининг зарарланиши чақалоқнинг ҳаёти учун хавфли бўлиши билангина қолмай, балки кўпинча умрбод йўқолмайдиган асоратлар қолдириб кетиши мумкин бўлганидан ҳам хавфлидир. Қалла ичи травмасини бошдан кечирган болаларнинг бир қисмида психика нуқсонлари, церебрал фалажлар, эпилепсия ва бошқа касалликлар кузатилиб туради.

Чақалоқлар ва ёш гўдақлар марказий нерв системасининг зарар кўриши сабаблари туғрисидаги тасавурлар сўнгги 15—20 йил мобайнида анча кенгайди. Ҳозир ҳомила системалари ва органларининг шаклланишига патологик таъсир кўрсата оладиган турли омиллар, ҳам ирсиятга алоқадор, ҳам экзоген омилларнинг роли аниқлаб олинди (8-жадвал).

Кўйгина зарарли омиллар орасида ҳаммадан кўп учрайдигани гипоксиядир. Ҳар бир конкрет ҳолда устунлик қилиб турган омил нима эканини: гипоксия (асфиксия), травма, инфекция ёки интоксикация эканини аниқлаб олиш зарур. Баъзи ҳолларда сабаб омил аниқлашмасдан қолади.

Тугруқ травмаси тугруқ маҳалида ҳомила тўқималарининг маълум бир жойлари зарарланишидир, бундай ҳодиса мяннинг босилиб қолиши, тўқималарнинг юмшаб, узилиб кетишига сабаб бўладиган механик таъсирлар натижасида рўй беради. Тугруқ маҳалида кичик чаноқ суяклари, органлари ва тўқималари патологияси, чаноқ размерлари билан ҳомила размерларининг бир-бирига тўғри келмаслиги, ҳомиланинг нотўғри келиб қолиши, тугруқ фаолиятида аномалиялар бўлиши муносабати билан қийинчиликлар туғилиши мумкин. Асбоблар билан бажариладиган усул-амалларни қўлланиш натижасида ҳам тугруқ травмаси рўй бериши мумкин.

8 - ж а д в а л

**Чақалоқларда нерв системаси зарарланиши хавфини солувчи омиллар**

<p>Она саломатлигининг аҳволи Қасб-кори Акушерлик амамнези Сунъий абортга уринишлар</p>	<p>Айниқса, ҳомиладорлик маҳалидаги ўткир ва хроник касалликлар ва дорилар ичиш Айниқса, химиявий моддалар, радиация ва бошқаларга боғлиқ зарарли корхона Бола тушиш ҳоллари Эмбрион ривожланишининг илк босқичларида механик ва фармакологик воситалар билан таъсир қилинган</p>
<p>Она-оналарнинг зарарли одатлари Ҳомиладорликнинг ўтиши</p>	<p>Ичкилик ичиш, чекиш ва ҳоказо Бола тушиш хавфи, ҳомиладорликнинг биричи ва иккинчи ярмида токсикоз, нефропатия бўлган</p>
<p>Тугруқнинг ўтиши</p>	<p>Тугруқнинг вақтидан илгари бошланиши, кечикиб қолиши, тез ўтиши, тугруқ фаолиятининг суст бўлиши, узоқ сув келмай туриши, киндикнинг ўралиб қолиши, боланинг патологик тарзда келиши, қисилиб қолиши. Оператив усул-амаллар қўлланилиши, плацента ва киндик патологияси</p>
<p>Тугруқ маҳалидаги асфиксия</p>	<p>5 минутдан узоққа чўзилиши</p>

Тугруқ маҳалида бола мясининг зарар кўриб қолиши, кўпинча бир қанча омилларга боғлиқ бўлганидан, етакчи сабабни ажратиб кўрсатиб бериш қийин бўлади. Бундай ҳолларда диагнозда бир эмас, балки иккита этиологик аломатни (масалан, марказий нерв системасининг гипоксик-травматик зарарланишини) кўрсатса бўлади.

Чақалоқлар ҳамда ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келадиган болалар мясида патологик процесснинг кўпгина клиник белгиларининг тўғри даво замирида йўқолиши билан ўзгариб туришини ҳисобга олиб, диагноз қўйишда, то органик симптомлар турғун бўлгунича «энцефалопатия» терминини қўллашга йўл қўйилади.

**Клиникаси.** Бу касаллик гипоксемия, гипоксия, ацидоз натижасида мия шишуви, ликвор оқими ҳамда мияда қон айланишининг бузилиши муносабати билан пайдо бўлувчи умуман мияга алоқадор симптомларнинг устун туриши билан ўтади.

Чақалоқлар энцефалопатиясининг дастлабки ва доимий клиник белгиларидан бири нафас активнинг издан чиқишидир, бу — нафас ҳаракатлари тезлиги, чуқурлиги, характери, маромининг ўзгариб, бошқача бўлиб қолиши билан намоён бўлади. Нафас одатда, тезлашиб, минутига 90—140 мартагача боради, баъзида эса нафас тезлашиб турган даврлар секинланиш даврлари билан алмашинади. Оғир травмаларда нафас инграганга ўхшаш, шовқинли, хириллаган бўлиб қолиши мумкин. Бундай ҳолларда болаларда қисқа муддат ичида пневмония (зотилжам касаллиги) бошланади, у баъзан биринчи ўринга ўтиб қоладики, шу нарса диагностик хатоларга олиб келади.

Нафас айнаши билан бир қаторда юрак-томирлар системасида ҳам ўзгаришлар кузатилади. Дастлабки соат ва кунларда аксари нисбий брадикардия бошланиб (пульс сони минутига 90—100 ни ташкил этади), кейин тахикардия билан алмашинади. Пульснинг лабиль бўлиши, яъни юрак уришлари секинлашиб турганида бирдан тезлашиб кетиши ҳам характерлидир. Юрак тонлари абвалига акцентли бўлиши мумкин, лекин нафас бузилиши зўрайиб борган сайин бўғиқ бўлиб қолади.

Энцефалопатияда нафас ва юрак-томирлар етишмовчилиги бадан териси ва шиллиқ пардалар ранг-тусининг ўзгариши билан бирга давом этади. Ранг-тус оқариб кетиши билан бир қаторда аксари тарқоқ цианоз кўрилади, бадан терисининг ранги кескин ўзгариб қолиши мумкин.

Мускуллар тонуси, туғма рефлекслар ва ҳаракат активлигининг ўзгариши доимий симптомлар бўлиб ҳисобланади.

Ҳаётнинг дастлабки соатларида, одатда, мускуллар гипотонияси қайд қилинади, кейинчалик бу нарса ёзувчи мускуллар гипертонияси билан алмашинади. Бола ғалати бир вазиятни олади: қўлоёқлари узатилган ҳолда таранг бўлиб туради, боши орқага ташланган, орқани ёзувчи мускуллар ҳам таранглашган бўлади (24-расм).

Сўриш ва ютиш шартсиз рефлексларини баҳолаш муҳим аҳамиятга эга. Болаларда очлик аломатлари ва мўлжал олиш-сўриш рефлекслари («қидириш» рефлекс) узоқ вақт давомида бўлмайди. Аҳволининг нечоғли оғирлигига қараб болалар кўкракка тутилганида кўкракни ё бутунлай олмайди ёки бўшашиб сўради, оғир ҳолларда ютиш маҳалида, ҳатто, қалқиб ҳам кетиши мумкин. Овқатланиш рефлексини активлиги анча секинлик билан аслига келиб боради. Мана шу нарса дастлабки тана массасининг анча камайишига, кейинчалик секин-секин ўрни тўлиб, сўстлик билан ортиб боришига олиб келувчи сабаблардан биридир.

Чангаллаш рефлексини (Моро рефлексини), кафт-бош рефлексини (Бабкин рефлексини), ушлаш рефлексини (Робинзон рефлексини), эмак-



24-расм. Қалла ичи травмасида бола ана шунақа ғалати вазиятда ётади.

лаш рефлекси (Бауэр рефлекси) сингари туғма рефлекслар ё бўлмайти ёки суи, тормозланган бўлади. Қорин, оёқ таги рефлекслари тез сусайиб қоладиган бўлади ёки бўлмайди.

Қасал бола чинқирганда овози заиф ёки аксинча, ўткир ва узук-юлуқ бўлиб чиқади, мияга хос чинқирш деб шуни айтилади.

Ҳаракат активлигининг сусайиб қолиши, ҳаракат автоматизмлари, тремор пайдо бўлиши, талвасалар тутиб, балки нистагм, ғилайлик, анизокория ҳам бўлиши, катта лиқилдоқнинг дўмбайиб чиқиб, таранг тортиб туриши, Грефе, «ботаётган қуёш» симптомлари борлиги, эсноқ, ҳиқичоқ тутиб туриши муҳим аломатлар бўлиб ҳисобланади. Ҳозир айтиб ўтилган бу симптомлар жуда ҳар хил тарзда бирга қўшилиб учрайди. Бошқа симптомлар орасидан уйқу бузилишини айтиб ўтиш керак, уйқу беҳаловат, қисқа муддатли бўлиб қолади. Оғир ҳолларда бола уйқудан бутунлай маҳрум бўлади, кўзларини катта-катта очиб, бир нуқтага тиккан ҳолда ётади, кўзларини ахён-ахёнда юмиб-очади.

Иссиқликни идора этишининг бузилиши аксари тана температурасининг пасайиши, баъзан эса ҳеч нарсадан ҳеч нарсга йўқ анча кўтарилиб кетиши билан ифодаланади.

Оғир ҳолларда сийдик (19—26 соатгача) тутилиб қолиши мумкин.

Клиник симптомларининг нечоғли кенг тарқалгани ва оғирлигига қараб, энцефалопатиянинг уч даражасини тафовут қилиш расм бўлган: енгил—I даражаси, ўртача оғир—II даражаси, оғир—III даражаси. Шундай даражаларга ажратиш клиник симптоматикага асосланган бўлиб, бир қадар шартлидир, лекин шу билан бирга кундалик амалий ишда қулайлик туғдиради ва мақсадга мувофиқ бўлиб ҳисобланади.

I даража энцефалопатия учун мияда қон айланишининг ўтиб кетадиган, арзимас даражадаги ўзгаришлари характерлидир. Асосий клиник симптомлари вақтинчалик мускуллар гипотонияси, на-

**фас** актининг салгина бузилиши, беқарор цианоз, баъзан тремор бўлиши, сўриш активлигининг пасайиб қолиши, дастлабки тана вазнининг секинлик билан аслига келиб боришидир. Бу симптомларнинг ҳаммаси даво таъсирига яхши берилади, кўпчилик ҳолларда ҳаётнинг 3—4-кунига келиб бола аҳволи тўла-тўқис аслига келади. Ана шу даражадаги энцефалопатияда кейинги даврларда асоратлар ва касаллик оқибатлари одатда, кузатилмайди.

II даражали энцефалопатияда бирмунча чуқурроқ ўзгаришлар рўй бериб, клиник аломатлар анча сезиларли ва турли-туман бўлади. Дастлабки бўшашиш ҳолати кўзғалиш билан алмашинади, бола қийинчилик билан инграб нафас олади, доимий цианоз, мускуллар гипотонияси кузатилади, мускуллар гипотонияси гипертония билан алмашинади, зудлик билан ателектатик пневмония авж олиб боради, актив сўриш ҳаракатлари кам деганда ҳаётнинг 4—5-кун пайдо бўлади, тана вазни анчагина камайиб кетади, тремор, клоник талвасалар, эснаш, нистагм, уйқу бузилиши, чинқириб бақирини сингари ҳодисалар ҳар хил тарзда бирга қўшилиб учраши мумкин.

Ўртача оғирликдаги энцефалопатия бирмунча узоқ давом этади; ҳар хил асоратлар бериб, турли оқибатларга сабаб бўлиши мумкин, бу касалликнинг прогнози жиддий.

Мия зарарланишининг оғир формаси (III даражадаги энцефалопатия) чақалоқ боланинг прекоматоз ва коматоз ҳолатда бўлишидек синдромлар билан характерланади. Бола чинқирганида овози аранг чиқади ёки чиқмайди. Оғриқ таъсиротларига реакция кескин пасайган бўлади ёки умуман юзага чиқмайди. Мускуллар гипотонияси ёки атония қайд қилинади. Пай рефлекслари билан туғма рефлекслар, жумладан сўриш ва ютиш рефлекслари сусайган бўлади ёки 10—15 кун давомида бўлмай туради. Вертикал нистагм бўлиши, кўз олмалари қалқувчи ҳаракатлар қилиб туриши, мидриаз ёки анизокория бўлиши мумкин. Жуда ҳам оғир ҳолларда кўз қорачиқлари торайиб қолади. Ёруғлиққа кўрсатадиган реакцияси суст бўлади ёки бўлмайди, корнеал рефлекслар кескин сусайиб кетади. Нафас мароми бузилиб, тез-тез апоэ бўлиб туради, цианоз такрор пайдо бўлиб туради. Брадиаритмия қайд қилинади. Такрор-такрор талвасалар бўлиб туради. Бош мия нервлари парезга учраб, ҳаракатлар издан чиқади.

III даражадаги энцефалопатияда, кўпинча, ҳар хил асоратлар кузатилади. Прогноз, яъни касалликнинг оқибати хусусида жуда эҳтиёт бўлиш зарур, лекин касалликнинг ҳамма симптомлари аста-секин йўқолиб кетиши мумкинлигини ҳам назарда тутиш лозим.

Энцефалопатияда аксари хилма хил асоратлар бўлиб туради, булар кўпинча, табиатан органик бўлиб, бутун умр бўйи қолади. Асоратларидан церебрал фалажлар (25-расм) ёки парезлар, гидроцефалия (26-расм), эпилепсия, жисмоний-руҳий ривожланиш билан нутқ ривожланиши суръатларининг секинлашиб қолиши (олигофрения) ва бошқалар учрайди.



25-расм. Атетоз билан ўтаётган марказий фалаж.



26-расм. Бош истисқоси. «Ботаётган қуёш» симптоми.

Бўлиб ўтган энцефалопатиянинг оғир-енгиллиги, асоратлари билан оқибатлари бор-йўқлигига қараб, бундай болаларни эҳтиётдан эмлаш (профилактик эмлаш) ишлари ҳаётининг 2-йилида, баъзида эса бундан ҳам кечроқ ўтказилади. Энцефалопатияси бор болаларнинг нейротоксик синдром авж олишига мойил бўлишини ҳисобга олиб туриб, уларни эмлаб бўлгандан кейин 2—3 кун давомида уларга сенсбилловчи, седатив дорилар, иссиқни туширадиган дорилар бериб туриш зарур.

Д а в о с и. Марказий нерв системаси зарарланганда барвақт, комплекс, изчил даво қилиниши керак, касалликнинг энг яқин кунларда ва кейинчалик нима билан тугаши, аслини айтганда, шунга боғлиқ.

Марказий нерв системаси зарар кўриб қолган чақалоқларни

даволаш икки даврга бўлинади: ўткир даврига даво қилиш ва тиклаш, аслига келтириш даври.

Ўткир даврида калла ичига қон қуйилган деб гумон қилинаётган бўлса, болани тинч қўйиш ва бошига совуқ нарса босиш билан бир қаторда қон тўхтатадиган қуйидаги дорилар буюрилади: викасол 3—4 кун давомида 0,002 г дан кунига 2 марта ичириб турилади ёки 1% ли эритмаси 0,2—0,3 мл дан кунига 2 марта мускуллар орасига юбориб турилади, рутин 0,005 г дан кунига 2—3 марта ичирилади; 10% ли кальций хлорид ёки кальций глюконат эритмаси 1 чой қошиқдан кунига 3 марта ичирилади; 5% ли аскорби-ват кислота эритмаси 1 мл дан 15—20 мл 10—20% ли глюкоза эритмасига қўшиб, мускуллар ораси ёки венадан юборилади.

Дегидратацион терапия мақсадларида фуросемидни суткасига 1—3 мг/кг миқдорида 2—3 бўлиб ичирилади ёки суткасига 1 мг/кг миқдорида мускуллар орасига ёки вена томири ичига юборилади ҳамда бир йўла  $\frac{1}{4}$  таблеткадан кунига 2 маҳал панангин ва кунига 2 маҳал 5 мл дан 5% ли калий ацетат эритмасидан ичириб турилади; 0,2—0,3 мл/кг ҳисобидан мускуллар орасига 25% ли магний сульфат эритмаси юбориб турилади; оғир ҳолларда маннитни суткасига 0,5—1,5 г/кг ҳисобидан изотоник натрий хлорид эритмаси ёки 5% ли глюкоза эритмасида томчилаб венадан юбориб турилади; гипертоник плазма эритмаси ҳам 5—10 мл/кг ҳисобидан венага томчилаб юборилади. Туғруқхонада диакарб (ацидозни кучайтиради) ва мочевина (геморрагик ҳодисаларни кучайтиради) буюриш тавсия этилмайди.

Дезинтоксикацион моддалар тариқасида суткасига 10—15 мл/кг ҳисобидан гемодез (неокомпенсан), 10 мл/кг ҳисобидан 10% ли реополиглюкин, Рингер эритмаси, 10% ли глюкоза эритмаси ишлатилади. Бу дориларнинг ҳаммаси томчилаб венадан юборилади, бунда юбориладиган суюқликнинг умумий миқдори 90—140 мл дан ортмаслиги керак. Панангин ва калий ацетат қўлланилади. 4% ли натрий гидрокарбонат эритмасини 5 мл дан тенг миқдорда 5% ли глюкоза эритмаси қўшиб, кунига 3 маҳал ичирилади ёки венадан юборилади (оқим ҳолида, томчилаб).

Кокарбоксилаза 8—10 мг/кг ҳисобидан венага оқим ҳолида ёки томчилаб юборилади. Мускуллар орасига ёки венадан юбориш учун 5—10 мг/кг дан гидрокортизон буюрилади. Нафас издан чиққан пайтларда 1,5% ли этимизол эритмаси кунига 2—3 маҳал мускуллар орасига 0,3—0,5 мл дан юбориб турилади.

Мия анчагина шишиб, коматоз ҳолат бошланиб қолган оғир ҳолларда  $1\frac{1}{2}$ —2 соат давомида краниоцеребрал гипотермия қилинади. Гипотермияни бошлашдан аввал 50—100 мг/кг миқдоридаги ГОМК (натрий оксибутират эритмаси) ни 30—50 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,5 мг/кг дан дроперидолни венадан юборилади.

Шу билан бир қаторда симптоматик терапия ўтказилади. Сезиларли брадикардия, аритмия бўлганида, юрак тўхтаб қолганида юрак ташқаридан массаж қилинади. Нафи бўлмаса, юракка

1:10 000 нисбатдаги адреналиндан 0,2 мл юбориш тавсия этилади. Венага 0,1 мл миқдоридagi 0,06% коргликон юборилади, уни томчилаб юбориладиган глюкоза ва кокарбоксилаза билан бирга буюриш мумкин. Гипертермия маҳалида 1% ли амидопирин эритмасини 0,5 мг/кг дан ёки 50% ли эритмасини 0,1 мл дан мускуллар орасига; 4°C гача совутилган 20% ли глюкоза эритмасини венага юбориш ўринли; болани яланғоч қилиб, бошига ва йирик томирлари устига совуқ нарса босиш керак. Айни вақтда тана температураси 37,5°C дан кўра пастроқ тушиб кетмаслигига қараб бориш зарур.

Нафас етишмовчилиги маҳалида, шилимшиқни сўриб олиб ташлангандан кейин, чақалоққа ниқоб ёрдамида сунъий йўл билан ўпкасига дам бериб туриш зарур бўлади, ниқобдан ҳаво билан кислород аралашмаси (1:1) берилади. Нафас ўзгаришлари анча чуқур бўлса ёки ниқоб орқали кислород бериб туриш наф келтирмаса, трахеяни интубация қилиб, йўли тозалаб олинганидан кейин аппарат билан сунъий нафас бериш тавсия этилади. «Вита-1» маркали аппарат ҳаммадан кўра кўпроқ расм бўлган. Шу билан бир вақтда киндик венасига 10—25 мл миқдорида 5% ли натрий бикарбонат эритмаси, кокарбоксилаза билан инсулин қўшилган 5% ли глюкоза эритмаси юборилади.

Талваса тутган маҳалларда магний сульфат (магnezий сульфат)дан ташқари 0,001 г/кг дан кунига 2—3 марта фенобарбитал берилади, мускуллар орасига 0,25% ли аминазин эритмаси 2—5 мг/кг дан 0,25% ли новокаин эритмасига қўшиб (5 мл) мускуллар орасига юборилади.

Нерв-рефлектор қўзғалувчанлик кучайганида 1 чой қошиқдан кунига 3 марта 10% ли кальций глюконат ёки кальций хлорид эритмаси, 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал 1% ли натрий бромид эритмаси, фенобарбитал бериб туриш ўринлидир.

Барча болаларга 0,002 г дан кунига 2—3 маҳал витамин В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub> бериб туриш тавсия этилади.

Бактериал инфекциянинг олдини олиш учун антибиотиклар ишлатилади (суткасига 200 000 ТБ/кг дан пенициллин ёки худди шундай дозадаги яримсинтетик пенициллинлар мускуллар орасига юбориб турилади).

Тикланиш, аслига келиш даврида чақалоқларга дегидратацион, дезинтоксикацион, стимулловчи ва симптоматик даво қилиб бориш давом эттирилади. Қўшимча қилиб қуйидаги дори-дармонлар буюрилади.

5% ли пиридоксин — витамин В<sub>6</sub> эритмаси билан АТФ комплекси қўлланилади, буларнинг ҳар бири 1 мл дан олиниб, битта шприцда мускуллар орасига юборилади, 25—30 та инъекция қилинади; 50 мг/кг ҳисобидан олинган глютамин кислотани 2—3 бўлиб, 30 мг/кг миқдоридagi метионин, 40 мг/кг миқдоридagi липо-церебрин билан бирга 30 кун давомида кунига 2—3 маҳалдан ичириб турилади.



Стимуллаш учун 1 таблеткадан кунига 2 маҳал аминолон (2—3 ҳафтадан 3—4 ойгача); 20 кун давомида 0,2—0,3 мл дан румалон (мускуллар орасига); 3—4 ҳафтада 1 марта 0,5—1,0 мг/кг дан ретаболил (мускуллар орасига); 4—8 ҳафта давомида 0,05—0,1 мг/кг дан метандростенолон (неробол) (ичиш учун); 30 кун давомида кунора 1 мл дан 5% ли витамин В<sub>1</sub> эритмаси (мускуллар орасига); кунора 50 кг/мг дан витамин В<sub>12</sub> (мускуллар орасига) бериб туриш тавсия этилади. Бундан ташқари, кунора мускуллар орасига юбориш учун 0,5—1 мл дан церебролизин ишлатилади, ҳаммаси бўлиб, 25—30 та инъекция қилинади. Талваса тутиб турган маҳалларда ва гидроцефал синдром борлигида церебролизинни ишлатиб бўлмаслигини эсда тутиш керак.

Тикланиш даврида қон, плазма, гемодез қуйиб туриш, шунингдек гипосенсибилловчи моддаларни буюриш муҳим аҳамиятга эга бўлади (кунига 2—3 марта 1 мг/кг дан димедрол, мускуллар орасига кунига 1 марта 1 мл дан 0,8% ли новокаин эритмаси, венага кунига 1 марта 1 мл дан 10% ли кальций хлорид эритмаси). Периферик ҳаракат ўзгаришларида бир ой давомида кунига 0,001 г дан дибазол ишлатилади.

Нафас ўзгаришларига қарши курашмоқ учун дозаланган кислород терапияси тавсия этилади. Яллиғланишга қарши терапия билан бир қаторда димедрол, эфедрин, эуфиллиндан иборат комплекс препаратлар бир қадар наф беради. Қўқрак соҳасига горчичниклар, УВЧ тоқлари, озокерит буюрилади. Иштаҳа пасайганида апилакни 7—14 кун давомида 1 мг/кг дан кунига уч маҳал шамлар кўринишида ишлатиб туриш наф беради.

Мускуллар тонуси кучайиб кетганида  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  таблеткадан кунига 2 маҳал мидокалм буюрилади. Болани тинчлантириш ва ҳаракат қўзғалиш пароксизмларини бартараф этиш учун 3—4 ҳафта давомида  $\frac{1}{4}$  таблеткадан кунига 1 маҳал диазепам (седуксен) ишлатилади.

Массаж ва даво гимнастикаси тикловчи терапияда муҳим ўринни эгаллайди, булар бола ҳаётининг 10—12-кунидан бошлаб ўринли бўлади. Силлаш, тўқималарни тебратиш (вибрация), секин-секин ишқалаш, тебратувчи нуқтали массаж қилиш усуллари қўлланилади. Гипотония маҳалида шапиллатиб уриш ва чуқур-чуқур қилиб уқалаш усули буюрилади. Массаждан кейин даво гимнастикаси буюрилади, бу гимнастика пассив-рефлектор характердаги машқлардан иборат бўлади (эмаклаш ҳаракатларини стимуллаш, қадам ташлаш реакциялари, чангаллаш ҳаракатлари). Массаж ва даво гимнастикасидан кейин болани махсус ортопедик ҳолатга солиш — мускуллар тонуси кучайиб турган бўлса, қўлларни юқори ва ён томонларга узатиб, оёқларни имкони борича кенг қилиб кериб қўйиш тавсия этилади. Бундай ҳолатда бўлиш муддати 10—15 минутдан 2—3 соатгача. Фақат оёқлар мускулларининг тонуси кучайиб турган маҳалда махсус шина-трусини ёрдамида оёқларни кенг кериб, йўрғаклаб қўйиш мумкин. Мускуллар гипото-

ниясида боланинг танаси ўртача физиологик вазиятга келтириб қўйилади.

Энцефалопатияси бор болалар маълум бир режим яратиб беришга муҳтож бўлади. Уларни имкони борича тинч қўйиб, каравотда бошини юқори қилиб ётқизиш зарур; ювинтириб-тозалаш ишларини жуда эҳтиёт бўлиб бажариш керак.

Бундай болаларни овқатлантиришга алоҳида эътибор бериш зарур бўлади. Болада сўриш активлиги бўлмаса, суюқликни (изотоник глюкоза ва натрий хлорид эритмасини) меъдасига доимий зонд орқали юбориб турилади, бола қайт қилиб, қусиб турадиган бўлса, буни суткасига 100—150 мл миқдориди венадан томчилаб юбориб турилади.

Дастлабки 1—2 кун болани соғиб олинган кўкрак сути билан боқилади, бу сут меъдасига зонд ёрдамида юборилади (сўриш ва ютиш рефлекслари бўлмаганида) ёки қошиқлаб ичирилади. Нерв системасининг зарарланиши I даражали бўлганида ҳаётининг 2—3-куни, II даражали бўлганида 4—5-куни, III даражали бўлганида 6—7-куни болани онасининг кўкрагига тутиш мумкин. Боланинг аҳволига қараб аввалига уни кунига 1—2—3 маҳал кўкракка тутиб, эмизилади ва аста-секин тўла-тўкис эмизиб боришга ўтилади.

**Профилактикаси.** Чақалоқлар нерв системаси зарарланишининг олдини олиш юзасидан кўриладиган асосий чора-тадбирлар ҳомиладорлик патологиясини барвақт аниқлаб олиш, унга вақтида даво қилиш ва бундай аёлларда туғруқни тўғри бошқариб боришга қаратилган бўлиши керак. Кечки токсикози ёки оғир оёқлик бўлганидан кейин бошланган касаллиги бор аёлларга, хусусан, юрак-томир касалликлари ва ҳар хил ўткир касалликлари бор аёлларга хотин-қизлар консультациясида алоҳида эътибор бериш керак.

Ҳомила нерв системаси зарарланишининг олдини олиш учун ҳомиладорларни ўз вақтида туғруқхонага ётқизиб даволаш, туғруқни бошқариб бориш планини тузиб олиш катта аҳамиятга эга.

Туғруқ маҳалида она қорнида бошланадиган асфиксияга, демак, энцефалопатияга йўл қўймайдиган чора-тадбирларни кўриш алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Ҳомиланинг аҳволини мунтазам кузатиб бориш ва асфиксиянинг бошланғич симптомлари пайдо бўлганида ўз вақтида чоралар кўриш кўпчилик ҳолларда марказий нерв системасининг зарарланиб қолишига йўл қўймаслик учун ёрдам беради.

Аёлни туғдиришда техникани тўғри қўлланиш ва акушерлик оператив техникасини яхшилаш ҳам чақалоқлар энцефалопатиясининг олдини олишда жуда муҳим роль ўйнайди.

Ҳомиладорликнинг чала бўлиб қолишига қарши кураш ҳам профилактик чора-тадбирлар комплексига қўшилади.

Профилактик чора-тадбирларнинг ҳаммаси бир-бирига тўғри қўшиб амалга оширилганида жуда яхши наф беради ва ҳар қандай шароитларда ҳам поёнига етказилиши мумкин.

## Киндик касалликлари

Чакалоқлар киндигининг йирингли-септик касалликлари кўп учраши ва амалий аҳамияти жиҳатидан ҳаётининг 1-ойини яшаб келаётган болалар касалликларининг структурасида дастлабки ўринлардан бирини эгаллайди. Киндикнинг йирингли инфекцияси ҳар хил клиник кўринишларга эга бўлиб, буларнинг орасида оғир умумий септик аломатларсиз ўтаётган, анча ифодаланган локал процессни, шунингдек маҳаллий яллиғланиш процесслари жуда аризмас даражада бўлгани ҳолда сепсис оғир даражага етган манзарани кўриш мумкин. Киндикнинг йирингли инфекцияси кўпинча ёш болаларда учрайдиган сепсис билан каттароқ болаларда бўладиган оғир касалликларнинг манбаи бўлиб ҳисобланади.

Этиологияси. Киндик инфекциясига анча кўп ҳолларда стафилококклар ва стрептококклар, гоҳо бошқа микроблар (ичак таёқчаси, пневмококклар, дифтерия таёқчаси) сабаб бўлади.

Камдан-кам ҳолларда касаллик бола туғилмасдан илгари, киндик тизимчаси боғлаб қўйилаётган маҳалда юқиб қолиши мумкин. Бироқ, у кўпинча ҳаётнинг 2-куни билан 12-куни орасида, киндик чўлтоғи боланинг сийдиги, ахлати билан ифлосланиб қолиши ёки атрофдаги нарсалар ё бўлмаса ходимларнинг қўлларидан инфекция ўтиши мумкин бўлган пайтда юқади; болага қараб турадиган кишилардан томчи йўли билан инфекция ўтиши натижасида ҳам юқиши мумкин.

Киндикнинг йирингли инфекциясида патологик процесс ҳар хил йўллар билан авж олиб бориши мумкин, шу муносабат билан унинг турли хил клиник формалари кузатилади.

Киндик чўлтоғи гангренаси. Киндикни обработка қилиш методлари мукаммаллаштирилгани муносабати билан бу касаллик сўнги йилларда жуда кам учрамоқда. Киндик чўлтоғига инфекция унга қараш процессида асептика қоидалари бузилиши натижасида ўтиб қолади.

Клиникаси. Киндик қолдиги қуриб-қовжирамай, балки яллиғланиб, нам бўлиб қолади, бўртиб, гунгурт тусга киради ва қўланса ҳид чиқариб туради. Боланинг умумий аҳволи олдинига кўп ёмонлашмайди, кейинчалик эса тана температураси кўтарилиб, иштаҳаси йўқолиб кетади, бўшанглик пайдо бўлади. Гангреноз киндик тушиб кетганидан кейин ўрнида ҳа деганда битавермайдиган йирингли яра қолади, шу яра сепсис бошланиб кетадиган манба бўлиши мумкин.

Давоси. Антибиотиклар буюриш керак бўлади. Маҳаллий даво асептиканинг барча қоидаларини бажо келтириб туриб, чўлтоқни кесиб олиш йўли билан киндик қолдигини тез олиб ташлашдан иборат. Жароҳати йоднинг спиртдаги 5% ли эритмаси билан, кейинги кунларда эса 3% ли кумуш нитрат эритмаси билан куйдирилади. Киндик атрофидаги тери шишиб, қизариб кетадиган бўлса, физиотерапия муолажалари буюриш — ультрабинафша нур ва УВЧ токлари бериш керак бўлади.

М [Омфалит. Яллиғланиш процесси киндик чуқурчаси соҳасида бўлади, ёки киндик атрофидаги тери ва бошқа тўқималарга тарқалади.]

[Инфекция аксари киндик ярасидан киндик томирларига ўтади, киндик артериялари, венасида ўрнашиб олади.]

[К л и н и к а с и. Омфалитнинг оддий, флегмоноз, некротик формалари тафовут қилинади.]

[«Пилчираб турган киндик» деган ном билан аталадиган оддий формаси шу билан характерланадики, киндик қолдиғи тушиб кетганидан кейин киндик жароҳати ҳа деганда битавермай, сероз ёки йирингли-сероз суюқлик томчилари юзига чиқиб турадиган грануляциялар билан қопланади. Ўша суюқлик қотиб, қора қўтир нўстлар ҳосил қилади, булар аста-секин тушиб кетади. Бу хилдаги киндик жароҳати бир неча ҳафта давомида битади. Боланинг умумий аҳволи қаноатланарли бўлиб қолаверади. Барча физиологик ҳолатлари (ичи, уйқуси, иштаҳаси) нормал бўлади, танасининг вазни ортиб боради.]

[Киндик жароҳатининг битиши чўзилиб кетганида баъзан грануляциялар ортиқча ўсиб, киндик чуқурчаси соҳасида таги сербар ёки ингичка оёқчали бўладиган ўсмасимон масса ҳосил қилади, бу шаклан кўзиқоринга ўхшаш бўлади ва шу сабабдан *fungus deb* аталади.] Фунгус пайпаслаб кўрилганида қўлга анча қаттиқ бўлиб уйнайди, огримайди, оч-пушти рангда бўлади, инфекцияланганида фибриноз караш билан қопланади, шунда бола, айниқса йўргаклаш ва бир жойдан бошқа жойга ётқизишда безовталанадиган бўлиб қолади.]

[Омфалитнинг фибриноз формаси яллиғланиш процессининг киндик атрофига, унга тақалиб турган тўқималарга тарқалиб кетиши билан характерланади.] Киндик атрофидаги тери қизариб, шишиб чиқади ва инфильтрацияланади, киндик соҳаси эса қорин юзаси устидан дўмбайиб чиқиб туради.] Киндик чуқурчасининг тубида бир қанча ҳолларда кичкинагина яра пайдо бўлади. Яллиғланиш процесси қориннинг олдинги деворига тарқалиб кетиши ёки чекланганча маҳаллий бўлиб қолавериши мумкин. Киндик атрофи соҳасига босиб кўрилганда киндик ярасидан кўпинча йиринг чиқади.]

[Флегмоноз омфалитда боланинг умумий аҳволи ўзгариб, тана температураси кўтарилади, иштаҳаси пасайиб, танасининг вазни камаёди, диспепсик ўзгаришлар бўлиши мумкин.]

[Омфалитнинг некротик формаси жуда кам, одатда эти кам, ориқ болаларда учрайди. Аввалига флегмоноз омфалитга ўхшаб ўтиб, процесс ичкарига тарқалиб боради. Киндик соҳасидаги тери кўкиш аралаш тўқ қизил тусга киради, некрозга учраб, тагида ётган тўқималардан ажралиб тушади ва каттакоп яра ҳосил бўлади.] Омфалитнинг бу формаси ҳаммасидан оғири ҳисобланади.] сезиларли интоксикация билан бирга давом этиб, кўпчилик ҳолларда сепсис билан тугалланади.]

Омфалитнинг ҳар қандай формаларида ҳам инфекциянинг кин-

дик томирларига ўтиб кетишидек аниқ хавф-хатар бўлади, киндик сепсиси кўпинча шундан бошланиб кетади.

Давоси. Омфалитнинг оддий формасида фақат маҳаллий даво қилиш керак бўлади, буни амбулаторияда ҳам ўтказиш мумкин. Пилчираб турган киндик 5% ли кумуш нитрат эритмаси ёки 5% ли калий перманганат эритмаси ё бўлмаса, йоднинг спиртдаги 1% ли эритмаси билан кунига 1—2 марта куйдириб, қуритиб турилади. Киндик ярасидан йиринг чиқиб турган бўлса, аввал уни водород пероксид билан ювилади, сўнгра ҳозир айтилган моддалар билан куйдирилиб, устидан оқ стрептоцид, ксероформ, дерматол, фиоформ порошоги селиб қўйилади. Киндик қолдиғи тушиб кетганидан кейин 5—7 кун ўтгач киндик пилчираши озгина қолиб, грануляциялар ҳосил бўлса, у вақтда болани калий перманганат қўшилган сувда чўмилтиришга рухсат берилади (сув оч-пушти рангда бўлиши керак).

Фунгус пайдо бўлганида грануляцияларни кумуш нитрат билан куйдириш тавсия этилади, лекин ортиқча грануляциялар хирургик йўл билан олиб ташланади. Фунгус олиб ташланганидан кейин яраси ҳар қандай антисептик модда билан куйдириб туриш йўли билан очиқ қўйиб даволаб борилади.

Омфалитнинг флегмоноз формасида зўрроқ даво қилинади. Мускуллар орасига 10—14 кун давомида таъсир доираси кенг антибиотиклар юбориб турилади («Чақалоқлар сепсиси»га қаралсин). Болани онасининг сути билан боқиб бориш катта аҳамиятга эга. Витамин (С ва В<sub>1</sub>) буюриш, 5—6 кун оралатиб, венадан такрор-такрор гемотрансфузия қилиб туриш зарур. Венадан плазма юбориб туриш, мускуллар орасига гамма-глобулин инъекциялари қилиш мақсадга мувофиқдир. Урнига қараб глюкоза, юракни қувватлайдиган дори-дармонлар буюрилади.

Йиринг бойламаган бўлса, киндик атрофидаги зарарланган жойга гир айлантириб антибиотиклар юбориб чиқилади. Суткалик дозада олинган қандай бўлмасин, бирор антибиотик 20—25 мл 0,25% ли новокаин эритмасида эритилади ва киндик атрофидаги тўқималар икки-уч жойидан инфилтратлаб чиқилади.

Касал жойга УВЧ тоқлари ёки симоб-кварц лампадан нур бериш усуллари ҳам қўлланилади. Уша жойга Вишневский мази, этакридин лактат (риванол), фурацилин ва бошқа дорилар сурилган боғлам қўйиб қўйилади. Мадада бойлаган жой бўлса, хирургик операция қилинади.

Омфалитнинг некротик формасида ҳамма ҳолларда ҳам зўр бериб умумий даво қилиш билан бирга (антибиотиклар, қон, плазма қуйиш, витаминотерапия, гамма-глобулин юбориш, физиотерапия) хирургик операция қилиш керак бўлади.

Омфалитда оғир асоратлар бўлиши мумкин, буларнинг ўзи ҳам септицемия ва септикопиемия манбаи бўлиб хизмат қила олади. Омфалитнинг ана шундай оғир асоратлари жумласига перитонит, жигар абсцесси, гематоген остеомиелит, ўпканинг мадада бойлаши кирадики, булар кўпинча сепсис устига пайдо бўлади.

Оддий омфалитда оқибат яхшилик билан тугайди. Флегмоноз ва некротик формасида киндик сепсиси авж олиб қолиши мумкин бўлганидан касалликнинг оқибати, яъни прогнози ҳақида эҳтиёт бўлиб фикр юритилади.

### Тери касалликлари

Пиодермитлар (руон — йиринг, *derma* — тери дегани) — терининг йирингли касалликлари бўлиб, болаларда учрайдиган тери касалликларининг деярли ярмини ташкил этади. Терининг йирингли яллиғланишига ҳар хил микроорганизмлар сабаб бўлиши мумкин. Бу инфекцияга энг кўп учрайдиган қўзғатувчиси стафилококклар (80%), стрептококк (15—18%), анча камроқ ҳолларда кўк йиринг таёқчаси, вульгар протей, ичак таёқчаси ва бошқалар сабаб бўлади. Аралаш стрептостафилококк флораси ҳам касалликни келтириб чиқариши мумкин.

Болалар терисининг физиологик хусусиятлари, андак травмада ҳам унинг осон чақаланиши пиодермитларнинг кўп бўлиб туришига олиб келади.

Чақалоқларда стафилодермиянинг ҳаммадан кўра кўпроқ учрайдиган формалари везикулопустулёз ва чилла яра бўлса, эмадиган ва гўдак болаларда кўпроқ учрайдиганлари импетигодир.

**Везикулопустулёз.** Бу касаллик ҳаётнинг 1-ҳафтасида пайдо бўлади ва тарқоқ характерга киради. Бирламчи элементи катталиги тарик донидан то майда нўхатдек келадиган, тиниқ сероз ёки лойқа суюқлик билан тўлиб, гир айланаси шишиб, қизариб турадиган юза пустуладир. Бу элементлар гавда, қўл ва оёқ терисиди, бошнинг сочли қисми ва йирик букмаларда алоҳида-алоҳида бўлиб жойлашади. Заифлашиб қолган, чала туғилган болаларда пустулар тўда-тўда бўлиб жойлашиб, уларнинг асослари қаттиқлашиб боради. Улар бир талай миляр абсцессларга ёки флегмонага айланиб кетиши мумкин.

**Чақалоқлар чилла яраси.** Бу касаллик ҳаётнинг биринчи кунларида пайдо бўлади, тиниқ сероз ёки йирингли-сероз оч сариқ суюқлик билан тўлган пуфакчалар кўринишида маълум беради. Пуфакчаларнинг катталиги нўхат донидан тортиб олхўри ёки ён-юқдек келади, сони ҳар хил бўлиши мумкин. Пуфакчалар кўпинча шишиб, қизариб чиққан тери устида бўлади. Улар тез ёрилиб, нам чиқариб турадиган эрозиялар ҳосил қилади.

Пуфакчалар ҳаммадан кўра кўпроқ гавда, бўйин, қўл-оёқлар терисидан жой олади. Улар 7—10 кун оралаб, дамба-дам тошиб туриши мумкин, бунда тана температураси кўтарилиб, бола безовталанаяди, сўриши, уйқуси бузилади, диспепсик ўзгаришлар пайдо бўлади (бот-бот ич келиб туриши, қайт қилиш). Қонда лейкоцитоз, нейтрофилёз топилиши ва СОЭ тезлашган бўлиши мумкин.

Касаллик оғир ўтганида флегмона, пневмония, отит, сарамас, сепсис пайдо бўлиши мумкин.

Чақалоқларнинг захмга алоқадор чилла яраси билан диффе-

рениал диагностика ўтказиш стафилококк процессининг асосан гавда ёки қўл-оёқларда бўлишига асосланади, ҳолбуки, захм билан оғриган болаларда пуфакчалар кўпроқ қўл-оёқ кафтларида, думба соҳаларда жойлашади. Айни вақтда пуфакчалар анча, бирдек катталиқда бўлади, ичидаги суюқлиғида эса оқиш спирохеталар топилади. Вассерман реакцияси ҳамшиша ўта мусбат бўлиб чиқади.

**Импетиго (остифолликулит).** Бу касаллик таранг тортилиб турган, конуссимон, юза пустиулалар кўринишида бирдан пайдо бўлади. Пустиулаларнинг ҳар бири ўртасидан битта тук чиқиб турган ва сутдек оқ ёки қаймоқсимон суюқлик билан тўлган бўлади. Бундай пустиулалар бадан терисининг тук ёки соч бўладиган ҳар қандай қисмида пайдо бўлиши мумкин. Боланинг иссиқлаб кетиши, гигиеник парваришнинг етишмаслиги, бадан терисининг бичилиши, химиявий ёки механик таъсирларга учраши уларнинг пайдо бўлишини энгиллаштиради. Шароитлар ноқулай бўлиб қолганида импетиго ичкарига тарқалиб бориб, атрофдаги тери ости клетчаткасини яллиғлантириб юборишга мойил бўлади. Чипқон, яъни берч, ичкарига кирган, безиллаб турадиган фурункул-пустиула ҳосил бўлади, у тез катталашиб бориб, кўкимтир-қизил рангга киради. 2—3 кундан кейин бундай пустиула ёрилади, йирингли-некротик асоси (ўлги) кўриниб қолади, шуниси тушиб кетганидан кейин яра ҳосил бўлади. Фурункулдан кейин ўрнида гиперпигментланган, йўқолиб кетмайдиган чандиқ қолади. Қайта-қайта биттадан фурункул чиқавериши ёки такрор-такрор бир неча фурункул тошиб туриши фурункулез деб аталади. Бу одатда бир неча ойгача чўзилиши мумкин бўлган хроник процессдир. Фурункулез заифлашиб қолган, гипотрофия, анемия, гиповитаминозлар билан оғриган, углеводлар алмашинуви бузилган болаларда кузатилади.

Болалардаги фурункуллар катталардагига қараганда кўпроқ асорат бериб, лимфангитлар ва лимфаденитлар пайдо қилиб туради. Уларнинг юзда ва бошнинг сочли қисмида бўлиши айниқса, хавфлидир, чунки бу жойларда қалин веноз тўр борлиги ва анастомозларнинг кўплиги оғир йирингли метастазлар пайдо бўлишига, менингит, сепсис бошланишига сабаб бўлиши мумкин.

**Даво си.** Пиодермияларга даво қилишда асосий вазифа қуйидагилардан иборат: 1) этиологик омилга таъсир кўрсатиш; 2) организм ҳимоя кучларини ошириш; 3) инфекциянинг кейин периферияга тарқалиб кетишига йўл қўймаслик. Шу даво йўллари ҳар хил тарзда бирга қўшиб олиб борилиши мумкин.

Тана температураси кўтарилиши билан бирга давом этмаётган, чекланган, юза пиодермияларда болаларнинг умумий аҳволи қаноатланарли бўлиб турган маҳалларда гигиена қоидаларига риоя қилиш, сиртдан соғлом бўлиб кўриниб турган атрофдаги терини дезинфекцияловчи эритмалар билан обработка қилиш ва сиртга ишлатиладиган антибактериал моддаларни қўлланиш билан чекланса бўлади.

Тарқалиб кетган, чуқур пиодермияларда антибиотиклар, имму-

нопрепаратлар, витаминлар, физиотерапия воситаларини комплекс тарзда буюриш зарур бўлади. Овқат бекаму кўст, углеводлари чекланган, оқсиллар билан витаминларининг миқдори кўпайтирилган бўлиши керак.

Антибиотиклардан пенициллин, ампициллин, эритромицин, метициллин, олеандомицин, сигмамицин, рондомицин ва бошқалар боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда буюрилади («Чақалоқлар сепсиси»га қаралсин). Антибиотикларни инъекция қилиб бориш муддати кенг доираларда ўзгариб туради ва нафи қачон бошланишига боғлиқ бўлади.

Пиодерматитлар ҳа. деганда қайтавермай, сурункасига давом этиб бораверадиган бўлса, специфик иммунопрепаратлар буюрилади: антистафилококк анатоксин, антистафилококк антифагин, антистафилококк бактериофаг, антистафилококк гамма-глобулин, антистафилококк плазма шулар жумласидандир (буларнинг дозалари ва қандай тартибда юборилиши тўғрисида «Чақалоқлар сепсиси»га қаралсин).

Носпецифик иммунотерапия методлари — гемотерапия ва гемотрансфузия жуда яхши кор қилади, бироқ буларни буюришда жуда эҳтиёт бўлиш керак.

Антибиотикларни ишлатишнинг имкони бўлмаган маҳалларда сульфаниламид препаратлар буюрилади (суткасига 0,2 г/кг миқдорда, 3—4 бўлиб).

Касаллик ҳа деганда қайтавермаганида темир препаратлари, фитин, А, С ва В группа витаминлари буюриш ўринлидир.

Сиртга даво қилиш биринчи кунларданоқ бошланади. Чақалоқлар ва эмадиган гўдакларга пушти рангли калий перманганат эритмасидан ванна қилиш буюрилади; каттароқ ёшдаги болаларга ҳаммомга, ваннага тушиш тақиқлаб қўйилади. Уларнинг сочлари калта қилиб олинган бўлиши керак. Йирингли элементлар, эрозиялар анилин бўёқлари (бриллиант кўки, метилвиолет, генциан-виолет)нинг 1% ли эритмаси билан обработка қилинади ёки устига дезинфекцияловчи мазлар суриб қўйилади (1—2% ли сариқ симоб мази, оксикорт, неомицинли ёки виоформли локакортен ва бошқалар). Қотиб қолган йиринг пўстларини туширишда 1% ли эритромицин ёки 5% ли полимиксин мазидан, шунингдек, 2% ли оқ симоб мази, қорамой-бор ва қорамой-ихтиол паста ва мазларидан фойдаланилади. Терининг соғ жойлари 2% ли бор-салицилат ёки камфора спирт билан обработка қилинади ва устига 2% ли анилин бўёқлар эритмалари суриб қўйилади.

Шу билан бирга умуман қабул қилинган методикага мувофиқ ультрабинафша нур ва УВЧ токлари бериб даволаш буюрилади. Пиодермитларнинг олдини олиш чоралари (профилактикаси) боланинг бутун умри бўйи муҳим чоралардан ҳисобланади-ю, лекин чақалоқлик даврида алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Чақалоқлар палатасида санитария-гигиена шартларига қаттиқ амал қилиш, хизмат қилиб турган ходимларни мунтазам текширувдан ўтказиб туриш зарур. Терининг йирингли касалликлари билан оғриган ки-



шиллар ишга қўйилмаслиги керак. Пиодермитлари бор чақалоқларни алоҳида қилиб қўйиб, уларга қараб туриш учун алоҳида ҳодимлар ажратиб бериш лозим. Болаларни тўғри овқатлантириш, сайр қилдириб туриш, чиниқтириб бориш, кундалик ҳаётда гигиена режими ва парвариш қоидаларига риоя қилиш муҳим аҳамиятга эга.

**Иссиқлик тошиши.** Бу касаллик тўла болаларда — эмадиган болалар ва гўдакларда кўпинча ташқи температура юқори бўлиб турганида ёки тана температурасининг анчагина кўтарилиши билан бирга давом этадиган ўткир инфекцион касалликларда кўп терлашдан кейин учрайди. Сабаби, тер безлари чиқариш йўллари-нинг тери шох қатламидан ўтиб борадиган қисмида тер туриб қолишидир. Гавда, бўйин терисида, букимларда кўп деганда тариқ донидек келадиган бир талай майда-майда пуфакчалар пайдо бўлади, булар оч рангли тиниқ суюқлик билан тўлиб туради ва терининг шох қатламида жойлашган бўлади. Шу элементларнинг усти ва атрофидаги тери ўзгармайди, қичишмайди ҳам. Бир кечакундузда пуфакчалар қовжираб, ном-нишонсиз йўқолиб кетади, баъзан терининг зарарланган жойи сал пўст ташлаб туриши мумкин. Кўплаб тер чиқиб туриши ва эпидермис бутунлигининг бузилиши болаларда пиодермиялар пайдо бўлиши учун қулайлик туғдиради.

**Давоси.** Тез ва кўп терлашга олиб келадиган сабабларни бартараф этиш зарур, иссиқлик тошиб қолган маҳалларда эса калий перманганат эритмаси қўшиб, ванна қилиш (пушти рангли сувда) ёки терини 2% ли борат кислота эритмаси билан тозалаш тавсия этилади.

**Тери бичилиши.** Чақалоқлар ва ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда кўпинча думба, жинсий органлар соҳасидаги тери, шунингдек, тери букимлари бичилади.

Бичилишнинг нечоғлик кўп ва тарқққлигига қараб учта даражаси тафовут қилинади. I даражасига — бичилишнинг тери бутунлиги бузилмайдиган енгил формалари, II даражасига — терини анча қизартириб, чақалантирадиган, эрозиялар ҳосил қиладиган хиллари киради. III даражали бичилиш қип-қизариб кетган тери юзасининг анча пилчираб туриши билан характерланадигани, бу — эрозияларнинг бир-бирига қўшилиб кетиши натижасида шундай бўлади.

Болалар терисининг бичилиши кўпчилик ҳолларда медицина ходимлари ёки ота-оналарнинг парвариш ишида камчиликка йўл қўйганидан дарак беради, бироқ тери бичилишига индивидуал мойиллик бўлишини, масалан, экссудатив-катарал диатез билан оғриган болаларнинг мойил бўлишини ҳам ҳисобга олмаслик мумкин эмас.

**Давоси.** Бичилишнинг ҳамма формаларида ҳам болани эркин қилиб йўргаклаш керак.

I даражали бичилишда терининг зарарланган жойларига оқ стрептоцид, рух оксид порошоги, тальк сепиб қўйиш тавсия этилади; терига балиқ мойи (қиздириб олингани) ёки пахта, кунгабо-

қар, бодом ёки шафтоли мойи (булар ҳам қиздириб олинади) ё бўлмаса, болалар креми суриб қўйиш шарт. Тери таъсирланмаслиги учун вазелин мойини ишлатмаслик керак. Очиқ усулда даволаб бориш кўпгина ҳолларда яхши натижалар беради. Ультратрабинафша нур бериш ҳам тавсия этилади. Тери бичилиб турган маҳалда болани йўргаклашда клеёнка ишлатиб бўлмайди; клеёнка ўрнига бир неча қават қилиб букланган пелёнка солинади.

Бадан териси II даражали бичилган бўлса, терининг зарарланган жойларига 1—2% ли кумуш нитрат сурилиб, оқ стрептоцид порошоги ёки рух оксид, ксероформ аралаштирилган тальк сепиб қўйилади. III даражали тери бичилишида 0,25% ли кумуш нитрат эритмасидан примочкалар қилиниб, кунига бир неча марта қўйиб турилади. Пилчираш йўқолиб кетгандан кейин оқ стрептоцид, ксероформ сепиб туриш, қиздириб олинган ўсимлик мойи суриб қўйиш буюрилади, зарарланган жойлар очиқ тугилади. Уша жойларга ультратрабинафша нур бериб туриш ҳам тавсия этилади.

### Кўз касалликлари

Кўз касалликларидан чақалоқ болаларда сўзакка алоқаси йўқ ва сўзак туфайли пайдо бўлган йирингли конъюнктивитлар ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди.

**Сўзакка алоқаси йўқ йирингли конъюнктивитлар.** Ҳозирги ша-роитда бу касаллик аксари стафилококк, гоҳида стрептококк, Пфейффер таёқчаси, Фринлендер диплококки, ичак таёқчаси, вирус ва бошқалар туфайли пайдо бўлади. Касаллик одатда бола ҳаётининг I-ҳафтаси охирида, баъзида эса бундан кейинроқ бошланади.

**Клиникаси.** Клиник манзараси ҳар хил бўлади — жуда енгил ва оғир формалари кузатилиши мумкин. Кўздан чиқиб турадиган ажралмалар аксари сероз характерда бўлади, лекин йирингли бўлиши ҳам мумкин. Кўзнинг шох пардаси жуда камдан-кам зарарланади. Бу касаллик бир неча кундан 2—3 ҳафтагача чўзилиши мумкин.

**Давоси.** Кўзга 15% ли сульфацил-натрий эритмаси томизиб, шу билан бир вақтда кўзни калий перманганатнинг оч пушти (1:8000 нисбатдаги) эритмаси билан ювиб туриш яхши наф беради. Касаллик ҳа деганда қайтавермаса, антибиотиклар (бактерияларнинг сезгирлигини аниқлаш натижаларига қараб), А, В<sub>1</sub> С витаминлар буюрилади.

**Сўзак туфайли пайдо бўлган йирингли конъюнктивитлар — чақалоқлар гонобленнорейси.** Бу касаллик манбаи одатда сўзак билан оғриган она бўлиб, ҳомила боши туғруқ йўлларидадан ўтаётган маҳалда касаллик юқиб қолади. Гоҳо касаллик бола туғилганидан кейин парваришда камчиликлар бўлиши натижасида пайдо бўлади. Инкубацион даври — 3—4 кун.

Касалликнинг бола она қорнидалиги маҳалида унга юқиб қолиши янада камроқ учрайди, қоғоноқ сувлари вақтидан илгари

кетиб қолганида шундай бўлади. Бундай ҳолларда бола конъюнктивит ҳодисалари билан туғилади.

**Клиникаси.** Бола туғилганидан кейин 3—4-куни кўзларидан аввалига сероз, кейинчалик йирингли-сероз ва ниҳоят, йирингли ажралмалар кела бошлайди, кўз қовоқлари ва шиллиқ пардалари шишиб, яллиғланиб кетади, бу ҳолатлар тез зурайиб боради, бола кўзининг қовоқлари чиққан йиринг билан бир-бирига ёпишиб қолади. Дастлабки 2—3 кун давомида боланинг умумий аҳволи ўзгармайди-ю, лекин 3—4-кундан бошлаб, қайт қилиб турадиган бўлиб қолиши мумкин, танасининг вазни камайиб, бола кўкракни яхши эммай қўяди, баъзида тана температураси кўтарилади.

Касалликка нотўғри ёки вақтини ўтказиб даво қилинса, кўз шох пардаси яра бўлиб, тешилиши, рангдор пардаси тушиб кетиши ёки кўз олмаси яллиғланиб, кўз батамом кўр бўлиб қолиши мумкин.

Гонобленнорейда бўғимлар, бўғим халталарининг яллиғланиши, тендовагинитлар кўринишида асоратлар бўлиши мумкин.

Гонобленнорейя диагнози чиқаётган йирингдан олинган суртмани бактериологик текширувдан ўтказиб кўриб тасдиқланади. Бунда Нейссер гонококки топилади.

**Давоси.** Сўзак конъюнктивитларига пенциллин билан даво қилиш яхши наф беради, пенциллин суткасига 40000—50000 ТБ/кг ҳисобидан ҳар 3 соатда мускуллар орасига юбориб турилади. Шу билан бир вақтда иккала кўзга ҳар 2 соатда 2 томчидан пенициллин томизиб турилади (1 мл эритувчида 10 000 ТБ).

Агар фақат битта кўз касалланган бўлса, болани касал кўзи томонига ётқизиб, соғ кўзига ҳам пенициллин томизилади ва асраш учун устига соат ойнаси қўйиб боғланади.

Кўз конъюнктивалари 1:8000 нисбатдаги калий перманганат эритмаси билан кунига бир неча марта ювиб турилади. А, В<sub>1</sub>, С витаминларни ҳам ишлатиш керак.

Йирингли конъюнктивити бор болалар соғ болалардан дарҳол ажратиб қўйилади, онаси ҳам ажратиб қўйилиши керак. Касал болага унинг ўзига қараб, яъни жуда индивидуал тарзда парвариш қилиб борилади. Ходимлар парвариш ишларини қўлларига қўлқоп кийиб ва кўзларига кўз ойнак тақиб олиб бажаришлари керак. Касалнинг пелёнчалари ва ҳамма оқликлари 0,25% ли хлорамин эритмасига бўктириб қўйилади ва кирхонага алоҳида қилиб олиб борилади.

Гонобленнорейяли бола чиқиб қолган палатага карантин белгиланади. Касалга яқин бўлган болаларнинг кўзи 3 кун давомида ювилмай туради; шу кунлари уларда конъюнктивасидан чиқаётган суюқликдан суртмалар олинади.

Икки марта бактериологик текшириш ўтказиб кўрилганда натижаси манфий бўлиб чиқса, ана шундагина уйига жўнатилади.

## Чақалоқлар сепсиси

Гўдак болалар орасида касалланиш анча камайиб қолганига қарамай, чақалоқлар сепсиси проблемаси диққатни кўп жалб қилади.

Замонавий билимлар даражасида сепсисни микроблар таъсири натижасида, маҳаллий яллиғланиш туфайли пайдо бўлган токсинлар ва оқсил таналар таъсири ва ҳужайралар парчаланиб элементлари антигенлар бўлиб қолиши натижасида организм реактивлиги ўзгариб кетадиган ҳолат деб қарамоқ керак.

Сепсис полимикроб касалликлар жумласига киради. Чақалоқлар сепсисига стафилококклар, стрептококклар, пневмококклар, ичак таёқчаси, гонококк, диплококклар, кўк йиринг таёқчаси ва бошқа бактериялар сабаб бўлиши мумкин. Бироқ бу касалликнинг келиб чиқишида турли қўзғатувчиларнинг роли бир хил эмас. Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда бўладиган септик касалликларнинг ҳозир энг кўп учрайдиган қўзғатувчиси стафилококкдир. Бола одатда стерил ҳолда туғилади, туғруқ акти процесси ва ҳаётининг дастлабки минутларида эса баданининг териси ва шиллиқ пардаларига ҳар хил микроблар жойлаша бошлайди, булар кўпинча физиологик симбиозга айланади ёки йирингли-яллиғланиш касалликларини келтириб чиқаради.

Болага инфекция туғилишидан олдин, туғруқ маҳалида ва туғилганидан кейин ўтиши мумкин.

Ҳомиладор аёлларнинг иситмали ва инфекцион касалликлари ҳомилага трансплацентар йўл билан инфекция ўтиб қолиши хавфини туғдиради. Она қорнидаги ҳомилага инфекция гематоген йўл билан ёки инфекцияланган қоғоноқ сувларидан тери, меъданичак йўли ҳамда ҳаво йўллари орқали ўтиши мумкин.

Туғруқ вақтида қоғоноқ сувларидан ёки туғруқ йўллариининг ифлосланган ва инфекцияланган ажралмаларидан буларни бола ютиб юборганида касаллик юқиб қолиши мумкин. Чақалоққа касаллик кўпинча туғилганидан кейин юқади.

Патоген стафилококклар штаммлари асосан соғ одамлар (боланинг онаси ва хизмат қилиб турган ходимлар) юқори нафас йўллариининг шиллиқ пардаларидан ўтади. Онанинг чилла давридаги касалликлари (ангина, ўткир респиратор инфекция, мастит ва бошқалар) чақалоқ учун эпидемик жиҳатдан ҳаммадан кўп хавф туғдиради.

Даволаш муассасаларида тугиладиган оқликлар, жун адёллар, хизмат қилиб турадиган ходимларнинг халатлари, парваришга тугиладиган буюмлар ва бошқалар стафилококклар тўпланиб қоладиган жой бўлиши мумкин. Инфекция ҳаводан ўтиши, болани аралаш ва сунъий усулда боқилганида сутдан юқиши мумкин.

Демак, болага касаллик кўпчилик ҳолларда санитария-гигиена шароитлари кўнгилдагидек бўлмаганда томчи йўли билан ва анча камроқ ҳолларда контакт йўли билан юқади. Касаллик кўпчилик

ҳолда бола туғилган пайтидан бошлаб ҳаётининг 15-кунигача бўлган даврда юқади, лекин, шубҳасиз, бирмунча кейинги муддатларда ҳам юқиши мумкин.

Чақалоқлар сепсисиди инфекциянинг кириш дарвозалари ҳар хил бўлиши мумкин. Инфекция кўпинча киндик тизимчасининг қолдигидан ва киндик жароҳатидан киради (70—80% ҳолларда). Анча кам (12—15%) ҳолларда бадан териси, оғиз, бурун, томоқ шиллиқ пардаларининг арзимас даражада зарарланган ёки касалланган жойлари инфекция учун кириш дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Қамдан-кам ҳолларда, касаллик қўзғатувчиси нафас, ҳазм органлари орқали, конъюнктива, қулоқ, қиз болаларда жинсий органлар орқали ўта олади.

Инфекциянинг кириш дарвозасини ҳаммиша ҳам аниқлаб бўлмаслигини назарда тутиш керак, чунки инфекция кирган жойда патологик ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин.

Чақалоқлар сепсис билан бошқа ёшдаги болаларга қараганда нисбатан кўпроқ касалланади ва бу касаллик уларда оғир ва ўзига хос бир тарзда ўтадики, бу нарса асосан микроорганизмнинг ҳолатига боғлиқ бўлади.

Чақалоқ организмнинг инфекцияга кўрсатадиган қаршилигини пасайтириб қўядиган омиллар боланинг чала туғилиши, нотўғри боқилиши, атрофдаги муҳит температурасининг паст бўлиб, ўзгариб туришидир. Қалла ичи травмаси ҳам сепсис билан касалланишга мойил қилиб қўядиган омилларнинг бири бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Мана шу омилларнинг ҳаммаси мураккаб тарзда бир-бири билан қўшилиб, сепсис пайдо бўлишига олиб боришидан ташқари, бу касалликнинг клиникаси билан ўтишини ҳам белгилаб беради.

**Клиникаси.** Чақалоқ болалар сепсисининг симптоматикаси жуда ҳар хил бўлиши билан ажралиб туради.

Чақалоқлар сепсисининг асосий симптомлари типик ҳолларда қуйдагилардан иборат бўлади: 1) бола умумий аҳволининг ўзгариб қолиши, бу — уйқу бузилиши, боланинг безовта бўлиб, чинқиравериши ёки бўшашиб қолиши билан ифодаланади; 2) эмиш активлигининг пасайиб қолиши ёки бутунлай кўкракни олмаслик; 3) онанинг сути етарли миқдорда бўлгани ҳолда тана вазни биринчи бор камайишининг анчагина бўлиши ёки ҳаётнинг 5-кунидан кейин вазнининг иккиламчи тартибда камайиши; 4) тери рангининг ўзгариб қолиши, тургорининг сусайиши, ҳар хил тошмалар пайдо бўлиши; 5) ҳар хил характерда ва турлича муддат давомида температура реакцияси бўлиб туриши; 6) сутни қайтариб ташлаш, қайт қилиш, ахлатнинг диспепсияга хос тарзда ўзгариб қолиши; 7) баъзан жигар билан талоқнинг катталашуви; 8) ўпкада рўй-рост морфологик ўзгаришлар бўлмагани ҳолда нафаснинг тезлашиб, юзароқ бўлиб қолиши, ҳансираш, цианоз бўлиши; 9) юрак тонларининг бўғиқ бўлиб эшитилиши, тахикардия бўлиши, артериал босимнинг пасайиши; 10) диурез камайиб, сийдикда оқсил, эритроцитлар, лейкоцитлар, цилиндрлар тез-тез топилиб туриши;

11) периферик қонда нейтрофиллар томонига сурилган лейкоцитоз, анемия бўлиши, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ортиши; 12) қон, ахлатни, бурундан чиққан шилимшиқни текшириб кўрилганида стафилококк топилиши (лекин текширишда натижанинг манфий бўлиб чиқиши сепсис диагнозини истисно қилмаслигини айтиб ўтиш керак.) Бактериемия бўлиши чақалоқлар сепсисининг шак-шубҳасиз, аммо доимий бўлмаган белгисидир. Инфекцион касаллик қўзғатувчилари орган ва тўқималарга ўтириб қолган ҳолларда улар қонда топилмаслиги мумкин. Бироқ, ҳар қандай бактериемия ҳам сепсисдан дарак беравермаслигини назарда тутиш керак. Пневмония, қорин тифи сингари касалликларда вақтиччалик бактериемия бўлиши мумкин.

Хозирги вақтда сепсиснинг унча ёрқин бўлмаган клиник манзара билан ярим ўткир ҳолда тўлқинсимон бўлиб ўтиши кўпроқ кузатилади, ҳамма кўринишлари аста-секин авж олиб боради.

Умумий ёки ўчоқли ўзгаришларнинг қайси бири устун туришига қараб септицемия ва септикопиемия тафовут қилинади.

Септицемия одатда ҳаётининг дастлабки 2-ҳафтасини яшаб келаётган чақалоқларда пайдо бўлади, бирдан бошланиши, температуранинг баланд кўтарилиши, организмнинг қаттиқ заҳарланиши билан характерланади. Касалликнинг бу формасида йирингли ўчоқлар пайдо бўлишга одатда улгурмайди.

Септикопиемия кўпинча 2 ҳафталикдан кўра каттароқ болаларда учрайди. Сепсиснинг бу формасида процесс септицемияга хос тарзда оғир ўтгани ҳолда метастатик йиринг ўчоқлари ҳосил бўлади. Метастазлар касалликнинг илк муддатларида вужудга келиб, одатда иккита ва бундан кўра кўпроқ бўлади (отит, пневмония, флегмона, менингит, плеврит, перитонит, остеомиелит ва бошқалар).

Сепсис диагностикаси Сезиларли маҳаллий ўчоқ бўлганида, масалан, киндик яраси йиринглаб кетган маҳалда сепсис диагнозини қўйиш қийин эмас, лекин бу касаллик диагностикаси замонавий шароитларда умуман қийин. Сабаби шуки, сепсиснинг фақат ўзига хос бўлган биронта ҳам специфик аломати йўқ, бактериологик текширишлар ўтказиб кўришга эса ҳаммиша ҳам имкон бўлавермайди, уларнинг манфий натижалари ҳам ҳаммиша ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлавермайди. Бундан ташқари, септик ўчоқ кўпинча киндик томирларида жойлашган бўлади, бу томирларни эса клиник жиҳатдан текшириб кўришнинг деярли иложи йўқ. Зимдан ўтиб бораётган сепсис диагнозини аниқлаш тагин ҳам қийинроқ; бу ҳолда хато қилиб қўйиш мумкин, бундай хатолар симптомларга етарли баҳо бермасликдан ҳам, гипердиагностикадан ҳам иборат бўлади.

Сепсис диагностикасида анамнез маълумотларини ва бола организмнинг умумий реактивлигини, албатта, ҳисобга олиш керак. Бола организми реактивлигини ҳисобга олиш айниқса, муҳим, чунки маҳаллий процесслар одатда умумий реакция билан бирга давом этмайди ёки умумий аҳволнинг арзимас даражада ўзгари-

шига сабаб бўлади ва муҳими, тўғри даво қилинганда тез орада босилиб қолади.

Процессга бутун организмнинг жалб этилганлигидан (маҳаллий процессдан фарқ қилиб) дарак берадиган симптомлар жумласига қуйидагилар киради: тобора зўрайиб борадиган бўшашиш, сўриш активлигининг пасайиб қолиши ёки кўкракни олмаслик, тана вазни дастлабки камайишининг анчагина бўлиши ёки онада сут етарли миқдорда ва бола умумий ҳолати қаноатланарли бўлгани ҳолда ҳаётнинг 5-кўнига келиб тана вазнининг иккиламчи бор пасайиб бориши, қайт қилиш, диспепсик ўзгаришлар бўлиши, бадан терисининг оқиш-заҳл рангга кириши.

Тана температурасининг кўтарилиши, гемограмма ўзгариши, сўриш активлигининг пасайиб қолиши сингари симптомлар умумий касаллик маҳалида ҳам, маҳаллий касаллик (омфалит, пиодермия ва бошқалар) маҳалида ҳам учрайди, бироқ сепсисда бу симптомларнинг ҳаммаси узоқ давом этади ва ҳадеганда қайтавермайди. Маҳаллий процессда тегишли ёрдам бериладиган бўлса, бу касаллик кўринишлари тез ўтиб кетади ва бошқа орган ҳамда системаларнинг функцияларига айтарлик таъсир кўрсатмайди.

Чақалоқлар сепсисда прогноз ҳозир ҳам жуда жиддий. Сепсис маҳалида ўлим гарчи анча камайган бўлса-да, лекин ҳали ҳам анчагина бўлиб туради. Касалликнинг қандай оқибат билан тугаши уни барвақт аниқлаб олиш ва вақтида комплекс тарзда даво қилишга кўп даражада боғлиқ бўлади.

Даво с. Чақалоқлар сепсисда касаллик характерини — унинг ўткир, ярим ўткир ва чўзилиб кетган ёки сурункали эканлигини ҳисобга олиб туриб, зўр бериб комплекс даво қилинади.

Сепсиснинг ўткир фазасида антибиотикларни қўзғатувчи микробнинг шу препаратларга сезгирлиги ҳали сақланиб турган маҳалда ишлатиш ва хирургик даво қилиш алоҳида аҳамиятни касб этади. Сепсис узоқ чўзилиб, сурункасига давом этиб келаётганида — бунда бактериял флоранинг антибиотикларга чидами зўрайиб қолган бўлади — организмнинг иммун кучларини оширадиган ва бола реактивлигига таъсир кўрсатадиган дори-дармонлар терапияда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Сепсис маҳалида антибиотикларни ишлатганда қўзғатувчиларнинг буларга сезгирлигини ҳисобга олиб туриб ишлатиш керак, лекин антибиотикограмма маълумотлари билан қандай бўлмасин бирор препаратни қўлланишнинг клиник натижалари ўртасида ҳамиша ҳам боғланиш бўлмаслиги мумкин. Аниқлаб олинган микрофлоранинг мазкур антибиотикка сезувчанлиги йўқлигига қарамай, баъзан яхши натижа олиндики, бу нарса шу препарат билан давони давом эттириб боришга мажбур этади.

Сепсис маҳалида ҳар хил антибиотиклар ишлатилиши мумкин: пенициллин (суткасига 100 000—300 000 ТБ/кг, мускуллар орасига 4—6 марта), метициллин (бир мартали дозаси 25—30 мг/кг, мускуллар орасига тўрт маҳал, венага уч маҳал), оксациллин (суткасига 50—100—150 мг/кг, 4—6 мартага бўлиб ичирилади), ампи-

циллин тригидрат (суткасига 150—200 мг/кг, тўрт маҳал ичирилади); ампициллиннинг натрийли тузи (суткасига 100 мг/кг дан парентерал йўл билан юбориб турилади), цефалоридин (суткасига 40—100 мг/кг мускуллар орасига 3—4 марта, венага 2 марта), канамицин (суткасига 20—30 мг/кг, мускуллар орасига 2 маҳал), гентамицин (суткасига 2—6 мг/кг, мускуллар орасига 3 маҳал), рифамицин (суткасига 60—120 мг/кг, мускуллар орасига 2 маҳал; суткасига 10—30 мг/кг, венага 2 маҳал), морфоциклин (суткасига 5000—7000 ТБ/кг дан, венага 2 маҳал, даво курси 5—7 кун), олетандомицин (суткасига 20 000 ТБ/кг, 4—6 маҳалга бўлиб ичирилади), олететрин (суткасига 0,025 г/кг, 4—6 маҳалга бўлиб ичирилади), сигмамицин (суткасига 10—20 мг/кг, мускуллар орасига 2 маҳал ёки суткасига 15—25 мг/кг, венага 2—3 маҳал), эритромицин (суткасига 4—6 маҳал ҳар сафар 0,005—0,008 г/кг дан ичирилади), линкомицин (суткасига 30—60 мг/кг ҳисобидан ҳар 6 соатда ичириб турилади, суткасига 15—20 мг/кг ҳисобидан ҳар сафар 8—12 соатда мускуллар орасига юбориб турилади), фузидин-натрий (суткасига 40—60 мг/кг ҳисобидан ичириб борилади) шулар жумласидандир.

Ҳаётининг 1-ойини яшаб келаётган болаларга стрептомицин, неомидин, мономицин буюрилмайди, чунки булар эшитув нерви билан буйракка ноҳўя таъсир кўрсатиши мумкин; чақалоқлик даврида левомидитин, тетрациклин ҳам ишлатилмайди.

Сепсисда бир йўла икки, баъзида эса учта антибиотик буюриш керак. Буларни таъсирининг синергизми ва юбориш методларини ҳисобга олиб туриб бирга қўшиб ишлатиш мақсадга мувофиқдир. Ҳар хил йўллар билан организмга юборилган (венадан юбориш билан бирга мускуллар орасидан юборилган ёки ичирилган, ё бўлмаса шамлар ҳолида берилган) антибиотиклар қонда анча доимий концентрациясини сақлаб қоладик, бу — анча сезиларли наф олишга имкон беради.

Антибиотикларни буюришда таъсирининг антагонизмини эсда тутиш ва фақат синергистларни қўшиб ишлатиш керак.

Оғир ҳолларда антибиотиклар суткасига 4, баъзида эса 6 марта ҳам юбориб турилади, касалликнинг клиник кўринишлари босилиб қолган даврда препаратни уч ёки икки марта юборишга ўтиш мумкин.

Антибиотикларни буюрганда шуни назарда тутиш керакки, микроб флораси буларга сезгир бўлган маҳалларда ҳам препаратларни 7—10 кун оралаб ўзгартириб туриш зарур, акс ҳолда касаллик қўзғатувчиси буларга ўрганиб қолиши мумкин. Антибиотик бериб турилганидан кейин 3—5 кун давомида аҳвол яхшиланмайдиган бўлса, у ҳолда ўша антибиотикни бошқасига алиштириш керак бўлади.

Бир қанча ҳолларда ўсимликлардан олинадиган антибиотик — хлорофиллипт ишлатилади. Бу препарат спиртдаги 1% ли ёки мойдаги 2% ли эритма кўринишида маҳаллий тарзда ишлатилади, ичак зарарланган чоғларда ичирилади (спиртдаги 1% ли эритма-



си овқатдан олдин кунига 3 маҳал 10—15 томчидан), касалликнинг оғир формаларида венадан юборилади (спиртдаги 0,25% ли 0,5 мл эритмаси 2 ҳисса стерил изотоник хлорид эритмасида эригилади, 5 кун давомида кунига 2 мартадан юбориб турилади).

Стафилококкнинг антибиотикларга юқори даражада чидамли бўлишини ҳисобга олиб, сульфаниламид препаратларни антибиотиклар билан бирга буюриш ҳам, суткасига 0,2 г/кг ҳисобида сульфадемизин ва этазол кўринишида кетма-кет бериладиган (7—10 кун давомида) курслар ҳолида буюриш ҳам мақсадга мувофиқдир. Сепсис чўзилиб кетган ва сурункасига ўтаётган маҳалларда бу препаратлар айниқса, ўринли бўлади.

Сепсисга комплекс даво қилишда нитрофуранли препаратлар ишлатилади: 10 кун давомида 3 маҳалдан ичиб туришга 2—3 мг/кг дан фуразолидон, 0,01—0,015 г дан фуразолин, фурадонин, фурацилин, фурагин бериб турилади.

Токсикоз бўлган маҳалларда стероид гормонлар ишлатилади. Одатда 7—10 кун давомида суткасига 1 мг/кг ҳисобидан преднизолон буюрилиб, давонинг 4—5-кунидан бошлаб камайтириб борилади.

Сепсис ярим ўткир ва хроник тарзда (сурункали) ўтаётган маҳалда организмдаги оқсиллар синтезини кучайтириш учун анаболик таъсир кўрсатадиган препаратлар: суткасига 0,05—0,1 мг/кг ҳисобидан нерабол ёки метандростенолон буюриш керак (10—14 кунга).

Сепсис ўткир тарзда ўтаётган маҳалда организм қаршилигини кучайтириш учун такрор-такрор қуруқ зардоб, 2—3 кун оралаб 20—40 мл дан плазма, ҳар куни 10—20 процентли глюкоза эритмаси қуйиб туриш, 5% ли глюкоза эритмаси билан Рингер эритмаси ва натрий гидрокарбонат эритмасини томчилаб юбориб туриш, 2—3 кун оралаб 3 мл дан мускуллар орасига гамма-глобулин инъекция қилиб туриш буюрилади.

Сепсисга даво қилишда асосан касалликнинг ўткир даврида антистафилококк гипериммун плазма кенг қўлланилади. Бу плазма ҳафтасига 2—3 марта 4—6 мл/кг ҳисобидан венадан юборилади; одатда 3—6 марта берилади.

Антистафилококк гамма-глобулин ҳам шунга ўхшаш таъсир кўрсатади, бу препарат 2 кун оралаб 3—4 марта 3 мл дан юбориб турилади (титри 1 мл да 100 АБ). Гипериммун плазма ва специфик антистафилококк гамма-глобулин бўлмаган маҳалда одатдаги гамма-глобулинни ишлатиш мумкин.

Плазма ва гамма-глобулин пассив иммунотерапия воситалари бўлиб ҳисобланади ва фақат вақтинча натижа беради. Шунга кўра умумий аҳвол яхшиланиб қолганида ва бир ойликдан каттароқ болаларга анатоксин ҳамда антифагин билан актив иммунотерапия ўтказиш зарур бўлади.

Анатоксин 2—3 кун оралаб ортиб борадиган дозаларда тери остига юбориб турилади. Даво курси 7—10 инъекциядан иборат бўлади. Бунда анатоксин дозалари қуйидагича: 0,1; 0,2; 0,3; 0,5;

0,6; 0,7; 1,0; 1,5 мл. Анатоксин юборишга жавобан юзага келадиган маҳаллий реакция кучли бўлса, у ҳолда келаси сафардаги инъекция дозаси оширилмайди.

Стафилококк антифагини тери остига ҳар куни 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6; 0,7; 0,8; 0,9; 1,0 мл дозаларда ёки 1 ҳафта оралаб 0,5; 0,5; 0,5 мл дозаларда юбориб турилади.

Специфик терапия воситалари тариқасида стафилококк бактериофаги (касал жойларни чайиш, буларга примочкалар, тампонлар ҳолида қўйиш учун; 5 кун давомида ҳар куни 10—20 мл дан ичириш ва клизма қилиб юбориш учун; 0,5—1,0; 1,5—2,0—2,0 мл дозада ҳар куни ёки кун ора тери остига ёки мускуллар орасига юбориш учун), стафилококк антифагини (тери остига ҳар куни 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6; 0,7; 0,8; 0,9; 1,0 мл ёки 1 ҳафта оралаб 0,5; 0,5; 0,5 мл дан) буюриш мумкин.

Ўткир ҳодисалар бартараф бўлиб борган сайин, айниқса, анемия бўлган маҳалларда, бевосита усул билан такрор-такрор қон қуйиб туриш, 5—7 кун оралаб, венадан цитрат қон, эритроцитлар массаси юбориб туриш зарур бўлади (5—8 мл/кг дозада).

Сепсиснинг ҳамма даврларида ҳам витаминларни, асосан витамин В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub> ни (мускуллар орасига 0,5 мг дан ёки 2,5% ли эритмасини 0,5 мл дан, 10 инъекция), витамин В<sub>12</sub>ни (мускуллар орасига 30—50 мкг дан, 10—15 инъекция), витамин С ни (ичиш учун 300 мг гача; 5% ли эритмасини 1 мл дан ёки венага ё бўлма-са, мускуллар орасига юбориш учун) зўр бериб ва узоқ ишлатиб бориш зарур.

Зарурият туғилганида хирургик операция қилинади.

Стимулловчи препаратлар тариқасида дибазол (0,001 г), пентоксил (0,015 г), натрий нуклеинат (0,01 г), кунига 2—3 маҳал 0,05 г дан шамлар кўринишида апилак бериш мумкин. 7—10 кун давомида кунига 2 мартадан).

Дисбактериознинг олдини олиш ва унга даво қилиш учун нистатин, леворин, бифидумбактерин (2—3 дозадан), лактобактерин (кунига 2 маҳал 1—2 дозадан) буюрилади.

Симптоматик дори-дармонлар касалликнинг клиник кўринишларига қараб ишлатилади: гипертермияда нейроплегиклар, талваса тутиб турган маҳалларда талвасага қарши дорилар, қўзғалиш, уйқусизликда ухлатадиган препаратлар, юрак-томирлар фаолияти сусайиб қолганида кордиамин, коразол, кофеин, адреналин ва бошқалар қўлланилади. Кислороддан кенг фойдаланилади; бола тузалиб келаётган даврда массаж ва гимнастика, физиотерапевтик муолажалар буюрилади.

Бола касалхонадан чиқиб, уйга жўнатилганидан кейин процесснинг оғир-енгиллигига қараб камида 1—3 ой давомида диспансер кузатуви остида бўлиши керак. Янги инфекция ўчоқлари пайдо бўлмасдан, бола жисмоний ҳамда психомотор жиҳатдан яхши аҳволда бўлган тақдирдагина сепсисдан батамом тузалиб кетган деб айтиш мумкин.

Сепсис профилактикаси аёлларда ўткир иситмали, ин-

фекцион касалликлар бўлишига йўл қўймаслик, шунингдек, ҳомиладорлардаги яллиғланиш процессларига зўр бериб даво қилиб боришдан бошланиши керак.]

Тўғруққа ёрдам берадиган муассасанинг бутун иши, бутун санитария-гигиена режими чақалоқлар орасида сепсис пайдо бўлиб қолишининг олдини олишга қаратилган бўлиши лозим.

Тўғруқни бола мумкин қадар камроқ зарарланадиган қилиб, асептик шароитда ўтказиш зарур. Кўзи ёриган аёллар гигиеник жиҳатдан бекаму кўст шароитларда бўлиши лозим (тагини ювиб туриш, дезинфекция қилиб бориш, тагга солинадиган клеёнка, пелёнкаларни, тувакларни тез-тез алиштириб туриш, болани ҳар сафар эмизиш олдидан кўкрак учларини ювиш ва обработка қилиш, ич кийимларни ҳар кун и алиштириб туриш, болани эмизиш маҳалида ниқоб тутиб олиш).

Чақалоқларга қараш маҳалида ходимлар асептикага риоя қилиб, шахсий гигиена қондаларини бекаму кўст бажо келтиришлари керак. Бола туғилган заҳоти у билан қилинадиган дастлабки юмушларни саришталик билан пухта бажариш жуда муҳим.

[Киндик қолдиғига, бадан териси ва шиллиқ пардаларга қараб парвариш қилиб бориш врач ва ўрта медицина ходимларининг диққат марказида туриши лозим.]

[Чақалоқларга тутиладиган оқликларга қараб бориш катта аҳамиятга эга] (катталарнинг оқлик буюмларидан алоҳида қилиб ювиш, қайнатиш, дазмоллаш, тоза ва кир оқликларни алоҳида-алоҳида сақлаш, шкафлар, ғаладонларни дезинфекция қилиб туриш ва ҳоказо).

[Палата ҳавосининг температураси билан намлиги муайян даражада бўлиши, палаталарнинг тегишлича ёритилиши, мунтазам шамоллатиб турилиши чақалоқларга инфекция ўтишига йўл қўймаслик учун жуда муҳим ролни ўйнайди.]

Палаталарда болаларнинг зич бўлишига йўл қўймаслик зарур, чунки бу чақалоқларда инфекция касалликлар пайдо бўлишига олиб келадиган асосий сабабларнинг бири бўлиб ҳисобланади.

Болалар палаталарининг ишлаш циклига мумкин қадар қаттиқ риоя қилиб бориш (аёллар ётадиган палаталарни ва шу билан бирга тегишли болалар палаталарини навбатма-навбат бўшатиб, тўлдириб бориш) ва соғлом ҳамда касал болаларни алоҳида-алоҳида, шунингдек, касал оналардан ажратиб ётқизиш керак.

Енгилигина пиодермия ҳодисалари бошланиб қолганида ҳам чақалоқ болани, албатта, дарҳол бошқалардан ажратиб қўйилади ва вақтни ўтказмай, даволашга киришилади. Онасида чилла даври сепсисига хос симптомлар топиладиган бўлса, касал онанинг болани эмизиб боқиши мумкин-мумкинмаслиги тўғрисидаги масала барча профилактика чора-тадбирларини амалга ошириш зарурлигини унутмасдан туриб, ҳар бир ҳолда алоҳида ҳал қилинади.

Болалар ётадиган палаталар латта ҳўллаб, артиб тозаланади. Болалар уйига жўнатилганидан кейин хоналар кўтарилиб, адеъл ва

тўшаклар дезинфекцияга жўнатилади, палаталар яхшилаб шамоллатилиб, уларга ультрабинафша нур берилади.

Чақалоқларга қарайдиган медицина ходимларига шахсий гигиена қоидаларини бажо келтириш хусусида катта талаблар қўйилади. Ходимларнинг ҳаммаси вақт-вақтида бактериологик текширишдан ўтказилиб, патоген микрофлорани аниқлаш учун ахлатни, томоғи ва бурнидан олинган шилимшигини, қўллари ювилганида тушган сувларни текшириб кўрилади. Йирингли тери касалликлари билан оғриган, тана температураси кўтарилиб турган, ўткир респиратор инфекция аломатлари бўлган, ангинаси ва бошқа инфекцион касалликлари бор кишилар чақалоқларга яқинлаштирилмайди. Медицина ходимлари орасида патоген стафилококкларни ташиб юриш ҳолларига қарши кураш учун бурун-ҳалқумни санация қилиб туриш зарур.

Пиодермия, катарал омфалит ва бошқа касалликлар аломатлари бўлган ҳамма болалар туғруқхонадан чиқарилганидан кейин алоҳида кузатув остида бўлиши керак.

Ҳомиладор аёллар ва оналар орасида кенг суратда санитария-маорифи иши олиб бориш лозим.

#### ЭМАДИГАН БОЛАЛАРДА ОВҚАТ ҲАЗМИ ВА ОВҚАТЛАНИШНИНГ БУЗИЛИШИ

Ҳазм органларининг касалликлари ва овқатланишнинг бузилиши кўп учраши жиҳатидан ёш гўдакларда, айниқса, ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларда бўладиган барча касалликлар орасида дастлабки ўринлардан бирини эгаллайди. Бу хилдаги дарду-касалликларнинг тез-тез учраб туриши, шунингдек, оғирлиги гўдак болаларнинг меъда-ичак йўли, нерв системасининг анатомик-физиологик хусусиятларига, моддалар алмашинувининг ҳолатига боғлиқ бўлади.

Бироқ бола тўғри овқатлантирилиб, тўғри парвариш қилиб бориладиганида, атрофдаги муҳит шароитлари қулай бўлган маҳалларда ёш гўдакларга хос шу касалликлар жуда камдан-кам учрашини назарда тутиш керак.

«Овқатланиш» терминини организмда бўлиб турадиган, янги тўқималар юзага келишига сабаб бўлиб, асосий алмашинувни қувватлаб борадиган жами процессларни: овқат ейиш, овқатни ҳазм қилиш, унинг ичакдан сўрилиб ўтиши, ҳужайра ва тўқима алмашинуви (ассимиляция ва диссимиляция)ни ўз ичига олувчи физиологик тушунча деб қараш керак. Мана шу процесслардан биронтасининг издан чиқиши овқатланиш бузилишига олиб келади.

Ёш гўдаклик даврининг биологик хусусияти зўр бериб ўсиб боришдир, шу даврда бола зўр бериб ўсиб борадиган бўлгани муносабати билан тўғри овқатланиб бориш, айниқса, катта аҳамиятга эга.

Овқатланишнинг бузилиш ҳоллари бирдан овқат ҳазми издан чиққан маҳалларда тўсатдан бошланиши мумкин, булар диспеп-

сиялар деб аталади ва бирдан бошланиб қоладиган ич кетарга ўхшаш касаллик бўлади. Бошқа маҳалларда овқатланишнинг бузилиш ҳоллари эндоген ва экзоген характердаги бир қанча омилларга қараб аста-секин авж олиб боради, буларни овқатланишнинг хроник бузилиши ёки гипотрофиялар деб аталади.

Меъда-ичак йўли касалликлари айниқса, ёш гўдакларда кўп учраб турадиган патологиядир. Тўғри овқатланиш усуллари жорий этилиб, бошқа профилактик чора-тадбирлар амалга оширилгани туфайли бу касалликлар бизнинг мамлакатимизда анча кам учрайдиган бўлиб қолди.

Болалар врачларининг VIII Бутуниттифоқ съезидида (1962) гўдак болаларда учрайдиган меъда-ичак касалликларининг классификацияси қабул қилинди, шу классификация кенг расм бўлиб қолди.

## ГУДАК БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН МЕЪДА-ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

### I. Табиатан функционал касалликлар

- А. Диспепсия
  - 1. Оддий диспепсия
  - 2. Токсик диспепсия
  - 3. Парентерал диспепсия (муствақил касаллик сифатида қайд қилинмайди)
- Б. Дискинезиялар ва дисфункциялар
  - 1. Пилороспазм
  - 2. Турли меъда ва ичак бўлимлари атонияси
  - 3. Спастика қабзият
  - 4. Қисман илеус

### II. Табиатан инфекцион касалликлар

- 1. Бактериал дизентерия
- 2. Амёба дизентерияси (амёбиаз)
- 3. Сальмонеллезлар
- 4. Ичак колининфекцияси
- 5. Стафилококк, энтерококк ва замбуруғ инфекцияларининг ичак формаси
- 6. Вирус диареяси
- 7. Этиологияси аниқланмаган ичак инфекцияси

### III. Меъда-ичак йўлининг ривожланиш нуқсонлари

- 1. Пилоростеноз, мегадуоденум, мегаколон
- 2. Агрезиялар (қизилўнғач, ичак бўлимлари, анус агрезиялари)
- 3. Дивертикуллар ва бошқа ривожланиш нуқсонлари

Аввал табиатан функционал бўлган касалликлар устида тўхталиб ўтамиз.

Ҳозирги вақтда диспепсиялар (сўзма-сўз таржимаси овқат ҳазм бўлмаслиги демакдир) 30—50 йиллардагига қараганда анча кам учрайди, бу асосан болаларни овқатлантириб бориш соҳасида ютуқлар қўлга киритилганига боғлиқ. Бу хилдаги касалликлар

кўпинча ҳаётининг 1-йилини яшаб келаётган болаларда, айниқса, 6 ойгача бўлган болаларда учрайди.

Гўдак бола зўр бериб ўсиб, ривожланиб борадиган бўлгани учун меъда-ичак йўлига катта талаблар қўйилади. Бола тана вазнининг бир килограммига ҳисоб қилганда катта ёшли одамга қараганда кўпроқ овқат олиб туради ва шу нарса функционал лаёқатлар ҳали тўла ривожланиб олмаган маҳалда ҳазм системасига зўр иш тушишига олиб келади. Бундан ташқари, гўдак болаларда моддалар алмашинуви жуда ҳам лабиль бўлишини ҳисобга олиш зарур. Худди мана шунинг учун ҳам алиментар омиллар гўдак болаларда диспепсиялар пайдо бўлишида катта роль ўйнайди.

Бола кўкрак бериб боқиб борилганида аралаш ва сунъий усул билан боқилгандагига қараганда диспепсиялар анча кам учрайди.

Ўткир диспепсиянинг иккита асосий формаси тафовут қилинади: оддий ва токсик диспепсия.

### Оддий диспепсия

Оддий диспепсия (овқат ҳазм бўлмаслиги) кўпинча қуйидаги ҳолларда бошланади: 1) бола тартибсиз равишда боқилганида, овқатлантириш маҳаллари ўртасидаги вақт оралиқларига риоя қилинмаганида; 2) бола нотўғри боқилганида — қўшимча овқатга ўтилганида оқсиллар, ёғлар, углеводлар орасидаги коррелятив нисбатларга риоя қилинмаганда; 3) овқатда витаминлар етарли бўлмаганида; 4) айниқса, йилнинг иссиқ пайтларида сув режими га риоя қилинмаганида; 5) бола иссиқлаб кетганида ва кийими атрофдаги юқори температурага тўғри келмай қолганида. Бола аралаш ва сунъий усулда боқиб борилганида ҳозир кўрсатиб ўтилган шу камчиликларнинг ҳаммаси анча кўпроқ учрайди.

**Клиникаси.** Боланинг умумий аҳволи кам ўзгаради. Камдан-кам ҳолларда субфебрил температура кузатилади. Қасаллиқнинг бошида бола овқатини қайтариб чиқариб туради, кейинчалик эса кунига 1—2 марта қусиши мумкин. Бу ҳимоя реакциялари бўлиб, шу реакциялар туфайли овқатнинг ортиқчаси ёки етарлича ҳазм бўлмай қолгани меъдадан чиқариб ташланади. Боланинг ичи бот-ботроқ — суткасига 6—8 мартагача, баъзан бундан кўра кўпроқ келиб туради, ахлати суюқ, сарғишроқ ёки кўкишроқ бўлиб, оқ-оқ бўлакчалар (оҳак тузлари, ёғ кислоталари, бактериялар), тиниқ, шишасимон иплар кўринишидаги шилимшиқ билан аралашиб тушади, кислотали реакцияда бўлади.

Метеоризм муносабати билан қорин дам бўлиб кетади, шундай метеоризм маҳалида қўланса ҳидли газлар чиқиб туради. Бола ичкалари санчиб қолганида оғриқ туришидан безовта бўлиб қолиши мумкин. Тили қуруқ, оқ қараш босган бўлади.

Тана вазни бир қадар камаяди. Қасаллик 5—7 кун давом этади, одатда асоратлари бўлмайди. Оддий диспепсиянинг ўтиши асосан давони ўз вақтида бошлаш ва тўғри олиб боришга, атрофдаги

муҳитнинг ноқулай омилларини бартараф этиш имконига боғлиқ бўлади.

Давоси. Меъда-ичак йўлига функционал жиҳатдан ором бериб, уни тиш қўйиш ва бактериялар таъсиридан бузиладиган овқат субстратини йўқотиш мақсадида болани овқатлантirmay, оч ётқизиб қўйиш буюрилади. 6—8 соат давомида бола суткасига 150—170 мл/кг ҳисобидан суюқлик олиб туради, холос. Суюқ қилиб дамланган чой, гуруч қайнатмаси, бир оз қанд қўшилган сув, 5% ли глюкоза эритмаси, наъматак дамламаси, сабзавот қайнатмалари, изотоник натрий хлорид эритмаси ва Рингер эритмаси берилади. Бола қайт қилиб юбормайдиган бўлиши учун булар оз-оздан бериб борилади. Оч ётқизиб қўйиладиган муҳлат тугаганидан кейин болани кўкрак бериб эмизиб боқиш буюрилади, бунда 2—3 кун давомида ҳар сафарги эмизиш муддати бир оз қисқартирилади (7—10 минут). Овқатнинг етишмайдиган қисмининг ўрни суюқлик берини билан тўлдириб борилади. Бола сунъий йўл билан боқиб келинаётган бўлса, айниқса, 6 ойликкача бўлган маҳалида, уни соғиб олинган аёл сути билан таъминлаш зарур. Аёл сути мутлақо бўлмаган тақдирдагина нордон омухта овқатлар, яъни аралашмалар буюрилади (ВРМҚ, В-кефир). Дастлабки 2 кун давомида болага у одатда ҳар сафар оладиган овқатнинг тахминан ярмини, кейин эса  $\frac{2}{3}$  қисмини берилади, суюқлик ичириб туриш йўли билан овқатнинг умумий ҳажми тўлдириб борилади.

Кейинчалик боланинг умумий аҳволини ҳисобга олиб, овқат миқдори кун сайини кўпайтириб борилади. Боланинг ичи билан иштаҳаси аслига келганидан кейин ёшига тўғри келадиган овқатга ўтилади. Қўшимча қилиб бериладиган овқат ҳам камроқ бериб борилади.

Дори-дармонларда В группа витаминлари билан витамин С, овқатдан олдин кунга 3 маҳал 1 чой қошиқдан пепсинли хлорид кислота эритмаси (*Acidi hydrochlorici qiluti* 1 мл, *Pepsini* 1, 5, *Ag. destill.* 100 мл) ёки меъда шираси (*Succus gastrici naturalis*) буюрилади, меъда шираси  $\frac{1}{2}$  чой қошиқда олиниб, 5—10 мл сувда эритилади ва овқатдан олдин кунга 3 маҳал бериб турилади. Шу билан бирга рахит, гипотрофия ва бошқалар сингари йўлдош касалликларга даво қилинади. Қасаллик бошланишига олиб келган парварийш камчиликларини ҳам бартараф қилиш зарур.

Парентерал инфекция ўчоқлари (отит, пневмония, стоматит) бўлмаса, антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар буюришнинг кераги йўқ.

### Токсик диспепсия

Токсик диспепсия ҳам, худди оддий диспепсия сингари, кўпчилик ҳолларда алиментар характердаги ўзгаришлар туфайли пайдо бўлади ва табиатан функционал касаллик деб ҳисобланади. Бироқ оддий диспепсия билан токсик диспепсия ўртасида муҳим

тафовут бор: оддий диспепсия маҳалида меъда-ичак йўлининг функционал фаолияти кам бузилади, боланинг умумий аҳволи нисбатан кам ўзгаради, токсик диспепсияда бутун организм дард тортади, патологик процессга нерв системаси ҳам қўшилади, моддалар алмашинуви чуқур издан чиқади — «алмашинув фалокатга учрайди».

Токсик диспепсия бир қанча экзоген ва эндоген омиллар (оддий диспепсия маҳалида болага овқат бермай, оч ётқизиб қўйиладиган муҳлатнинг жуда ҳам қисқа бўлиши, жуда ҳам тезлик билан одатдаги овқатга ўтиш, суюқлик билан старлича таъминла-маслик, болани нотўғри боқиш, унинг иссиқлаб кетиши, парвариш ишида камчиликлар бўлиши ва ҳоказо) таъсири остида оддий диспепсиядан пайдо бўлиши мумкин. Шу билан бирга баъзи педиатрлар токсик диспепсия (токсик синдром) ҳар қандай касалликда ҳам микроб токсинлари таъсирига ёки овқатнинг чиришидан ҳосил бўладиган нофизиологик маҳсулотлар таъсирига жавобан пайдо бўлиши мумкин, деб ҳисоблайди.

**К л и н и к а с и.** Токсик диспепсиянинг клиник манзараси гўдак болаларда учрайдиган ҳар қандай ичак инфекциясида юзага келувчан токсик синдром кўринишларига ўхшайди. Токсик диспепсияга учраган касалларнинг умумий аҳволи ҳаминша оғир бўлади. Бола тез-тез ва тўхтамасдан қусадиган бўлиб қолади, ҳаттоки, бир қошиқ сувдан ҳам қусаверади. Ичи ҳам тез-тез суриб, сувсимон бўлиб келади, пелёнканинг анча-мунча жойларни бўктириб юборади, унда ахлат массалари бўлмайди. Токсикоз ва эксикоз (сувсираш) симптомлари тез ва биргаликда кучайиб боради. Олдинги безовталиқ бўшашиш, адинамия билан алмашинади, вақт-вақти билан бола ўзини яхши билмай қолади ёки ўздан кетиб туради, тили, қўллари билан нуқул бир қолипда ҳаракатлар қила бошлайди, «дирижёр» ёки «қиличбоз» вазиятини олади, юзи худди ниқобдек, ифодасиз бўлиб қолади, кўзлари қимир этмай, олисга тикилиб туради, аҳён-аҳёнда юмилиб-очилади. Конъюнктива рефлекс билан кўз қорачигининг ёруққа кўрсатадиган реакцияси сусайиб, сўниб кетади. Пай ва тери рефлекслари ҳам сусайиб боради. Тери томирлари спазмга учраши туфайли бадан терисининг оппоқ ранги тана ва қўл-оёқларнинг орқа юзаларида ционатик мрамарсимонлик (стазлар) билан алмашинади. Пульс тез-тез уриб, яхши тўлишмайди, баъзида эса уни аниқлаш қийин бўлади. Юрак тонлари, айниқса юрак учигаги I-тон анча бўғиқ бўлиб эшитилади.

Нафас олдинига тезлашган, юза бўлади, кейин чуқур-чуқур паузаларсиз бўлиб қолади («ҳолдан тойган ҳайвон» нафаси).

Токсикоз кўринишлари билан бир қаторда бола организмнинг сувсираб бораётганига хос белгилар пайдо бўлади. Тана вазнининг I—2 сутка давомида камайиши 500—800 г га етиши ва бундан кўра ортиши мумкин. Тўқималар тургори пасайиб, бадан териси қуруқ бўлиб қолади, ҳа деганда ёзилвермайдиган бурмалар ҳосил қилади. Боланинг юзи чакак-чакак бўлиб кетади. Катта ли-



қилдоғи ичга тортиб, кўзлар ич-ичига тушиб кетади. Айниқса, қўлоёқларда бир қадар керкиш (пастозлик) ва склерема кузатилиши мумкин, бу — моддалар алмашинуви билан трофиканинг чуқур издан чиққанини кўрсатадиган белгидир. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ёрқин рангга кириб, кўз склералари қуруқ бўлиб қолади.

Токсик диспепсияда организмнинг заҳарланиши ва сувсираб бориши натижасида тана температураси 38—39°С гача кўтарилиши мумкин. Бироқ температура кўтарилиши одатда узоқ давом этмайди (2—4 кун бўлиб туради); агар у чўзилиб кетса, бундай ҳолда инфекция тўғрисида ўйлаш керак.

Диурез кескин камаяди, баъзан анурия бошланиши мумкин. Сийдикда альбуминурия (1 г/л гача), цилиндрурия, баъзан глюкозурия топилади.

Қон қуюқ тортиб боради: гемоглобин, эритроцитлар, лейкоцитлар сони кўнаяди: эритроцитларнинг чўкиш тезлиги одатда паст—1—2 мм/соат бўлади.

Токсик диспепсиянинг ўтиши бола организмнинг аҳволига ва ўз вақтида тўғри даво қилиш-қилинмаслигига боғлиқ. Тўғри даво қилинганида токсикоз билан эксикоз даво бошланган маҳалдан ҳисоб қилинганда 3—4 кун давомида барҳам топади, 2—3 ҳафтадан кейин бола батамом соғайиб кетади.

24 соат давомида болани оч қўйиб, унга фақат суткалик эҳтиёжига яраша суюқлик бериб туриш дезинтоксикацияга олиб келмаса ва тана температураси бир неча кун давомида кўтарилганча турадиган бўлса, бу ҳолда ичак инфекциялари (колинфекция; сальмонеллез ва бошқалар) тўғрисида ўйлаш керак.

Бундан ташқари, токсик диспепсияда токсикоз нечоғли авжига чиқадиган бўлса, эксикоз ҳам шунчалик авжига чиқиб боради, ичак инфекцияларида бу ҳодисаларнинг шу тариқа бирдай бориши кузатилмайди, дам токсикоз, дам эксикоз устун бўлиб туради.

Илгариги йилларда токсик диспепсия маҳалида ўлиш ҳоллари жуда кўп бўлар эди, ҳозир касал бола касалхонага вақтида ётқизилиб, вақтида бекаму кўст даволанадиган бўлса, ўлим ҳоллари процентнинг ўндан бир улушларидан ортмайди.

Давоси. Токсик диспепсияда касалхонада даво қилинади. Сувсирашга қарши кураш (регидратация) билан токсикозга қарши кураш ишлари токсик синдромга даво қилишнинг умумий принципларига асосан олиб борилади («Дизентерия ва коли-инфекция»га қаралсин). Болага 12—24 соат, баъзан эса бундан ҳам узоқроқ овқату-сув бермай, оч ётқизиб қўйиш буюрилади. Мана шундай паузанинг муддати токсикознинг нечоғлик ифодаланганига ва боланинг эти қанақалигига боғлиқ. Буни ўтказиш принциплари оддий диспепсия маҳалидаги билан бир хил, фақат суюқликлар ҳар 5—10 минутда чой қошиқлаб 5—10 мл дан бериб турилади. Шу пауза муддати тугаганидан кейин болага дозалаб овқат бериб бориш буюрилади. 1-кун бола соғиб олинган 100 мл аёл сутини олади, бу сут ҳар 2 соатда 10 мл дан (икки чой қошиқдан), ҳаммаси бўлиб кунига 10 марта берилади. Овқатнинг етишмайдиган

ҳажми боланинг ёшига қараб унга суюқлик ичириш ёки венадаги юбориш йўли билан тўлдириб турилади. Қайт қилиш тўхтаган бўлса, давонинг 2-кунидан бошлабоқ болага сабзавот (карам, сабзи, картошка) қайнатмалари бериш мумкин: булар минерал тузлар, шўқорлар, микроэлементларга бой, тотли бўлади ва меъда шираси ажралиб чиқишини кучайтиради. Аёл сути миқдори суткасига 100—200 мл га оширилади, бериб туриладиган суюқлик миқдори шу ҳажмга яраша камайтиради. 3—5-кунга келиб бола 500 мл гача овқат олиши керак. Мана шу вақтдан бошлаб уни кунига 1—2 маҳал бир неча минутдан кўкракка тутилади. Бир марта бериладиган овқат миқдори 50—60 мл гача кўпайтирилганда овқат маҳаллари ўртасидаги вақт оралиқлари 2½ соатгача, кейин эса 3 ва 3½ соатгача узайтиради. Болани аста-секин ёшига тўғри келадиган овқатга ўтказиб борилади.

Бола сунъий йўл билан бокиб келинаётган бўлса, уни допор сути билан таъминлаб бориш ва бундай сут бўлмаган тақдирдагина нордон аралашмаларни ишлатиш зарур. Соғиб олинган аёл сути қандай миқдорда ва қандай тартибда бериладиган бўлса, бу аралашмалар ҳам худди шундай миқдорда ва шундай тартибда бериб борилади.

### Пилороспазм, пилоростеноз

Пилороспазм дискинезиялар жумласига киради ва пилорус мускулларининг тортишиб қисқариши, яъни спазм бўлиб туриши муносабати билан юзага келади. Бу — меъда пилорус қисмининг нервлар билан мўл-кўл таъминланганлигига боғлиқ бўлади, деб тахмин қилинади.

**Клиникаси.** Биринчи кунлардан бошлабоқ бола тез-тез, ammo бир қадар кам-камдан қусиб туради. Қусган маҳалида чиқариб ташлайдиган сути сўнгги марта овқатланганида эмган сutiдан кўра камроқ миқдорда бўлади. Айрим кунлари бола қусмаслиги мумкин. Вақт-вақти билан у безовта бўлиб туради. Тана вазнини кўрсатадиган эгри чизиқ бир текис бўлиб қолади, аста-секин гипотрофия бошланиб, қабзият пайдо бўлади. Бу касалликни пилоростеноздан ажратиб, фарқ қилиб олиш, яъни дифференцировка қилиш зарур.

**Давоси.** Болага ҳар сафар бериладиган аёл сути миқдорини камайтириб, овқат маҳалларининг сони суткасига 8—10 мартагача кўпайтирилади. Овқат олдидан кунига 2—3 маҳал бир оз миқдор (1—2 чой қошиқ) 8—10 процентли манний бўтқаси бериб туриш тавсия этилади. Онанинг овқатини витаминлар, айниқса, В группа витаминлари билан бойитиш зарур. Витамин В<sub>1</sub> болага 0,005 г дан кунига 2—3 маҳал ичирилади ёки 2,5% ли эритмаси кунига 1 марта 0,5—1 мл дан мускуллар орасига юборилади. 1:1000 нисбатда суюлтирилган атропин (кунига 1—2 томчидан 4 маҳал) ёки аминазин буюрилади (тана вазнининг ҳар бир килограммига 2,5% ли эритмасидан суткасига 3—4 томчини уч марта). Болани овқатлан-

тириш олдидаи меъдаси соҳасига тангадек катталикда горчишник қўйиш тавсия этилади. Сувсирашга қарши курашиш учун парентерал йўл билан туз эритмалари ва 5% ли глюкоза эритмаси юбориб турилади.

**Пилоростеноз** — меъда-ичак йўлининг ривожланиш нуқсонидир. Бу касаллик асосан ўғил болаларда учрайди. Пилоруснинг мушкул қавати қалинлашган, зич, тоғайдек консистенцияда, йўли торайган бўлади.

**Клиникаси.** Бу касаллик аста-секин авж олиб боради. Қайтариб ташлаш ҳодисаси — бундай парса бола 2—3 ҳафталик бўлганида пайдо бўлади — фонтандек варақ-варақ қусишга айланиб кетади. Айни вақтда қусуқ массаларининг миқдори ўшангача бола олган овқат миқдоридан кўра кўпроқ бўлади. Узоқ муддат давомида тақор-такрор қусавериш бола организмнинг ҳолдан тойиб, сувсизланиб қолишига олиб келади. Энг ёрқин симптомларидан бири меъданинг перистальтика маҳалида қум соат шаклига кириб қолишидир, болани овқатлантириш ёки қорнини юза пальпация қилиб туриш маҳалида буни кўрса бўлади. Болада сийдик орада анча-мунча вақт ўтиб келиб туради, қабзият пайдо бўлади, диспепсияга, «очликка хос» ич келиши мумкин. Пилоростеноз ҳолатини ҳаммадан илгари пилороспазмдан ажратиб олиш, дифференцировка қилиш керак.

#### Пилороспазм

1. Бола туғилишдан қуса бошлайди
2. Қусиш маҳаллари ҳар кун ич ҳар хил бўлади
3. Бола қусганида ташлайдиган сут миқдори эмиб олган сутидан камроқ бўлади
4. Қабзият бўлади, аммо баъзан ўз-ўзидан ич келиши мумкин
5. Сийдик келиш маҳаллари камайиб қолади (бола 10 марта атрофида сияди)
6. Бадан териси унча оқармайди
7. Бола кўп йиғлайди
8. Тана вазни ўзгармайди ёки бир оз камайди
9. Бола касалхонага келган маҳалида танасининг вазни туғилган маҳалидагидан кўра кўпроқ бўлади

#### Пилоростеноз

1. Қусиш бола 2—3 ҳафталик бўлган маҳалдан бошланади
2. Қусиш маҳаллари бирмунча довий бўлади
3. Бола қусганида ташлайдиган сут миқдори эмиб олган сутидан кўп бўлади
4. Ҳамisha деярли оғир қабзият бўлади
5. Сийдик келиш маҳаллари кескин камайди (бола 6 марта атрофида сияди)
6. Бадан териси кескин оқариб кетади
7. Бола йиғламай тинч ётади
8. Тана вазни кескин камайиб кетади
9. Бола касалхонага келган маҳалида туғилган маҳалидагидан кўра камроқ бўлади

Пилоростеноз диагнози рентгенологик текшириш ўтказиб кўрилганида тасдиқланади. Меъдага юборилган барий бўтқаси пилороспазмда 4—5 соатдан кейин ичакка ўтса, пилоростенозда барий, бола қайт қилган маҳалда қайтиб чиқиб кетмаса, 24 соат ва бундан ҳам кўпроқ вақтгача меъдада қолиб кетади.

Пилоростенозга одатда операция йўли билан даво қилинади. Токсик диспепсияга комплекс даво қилишда боланинг аҳволига қараб, яъни индивидуал равишда унга бекаму кўст парваршиш қилиб бориш: тоза ҳаводан болани баҳраманд қилиб туриш, бадани териси ва шиллиқ пардаларига синчиклаб қараб бориш, стерил мой томизиб кўз склераларини намлаб туриш, ички кийимлари ва оқликларини, парваршишга тугиладиган буюмларини озода сақлаш жуда катта аҳамиятга эга ва ҳоказо.

Бола токсикоз ҳолатидан чиқариб олинганидан кейин организмнинг қаршилигини кучайтириш учун ферментлар (пепсин билан хлорид кислота, панкреатин), В группа витаминлари, апилак ва бошқалар қўлланилади.

### Гипотрофиялар

«Овқатланишнинг хроник тарзда бузилиши» ёки «дистрофия» тушунчасига тана вазнининг нормага қараганда ё ортиқча, ё кам бўлиши билан характерланидиган патологик ҳолатлар киради. Буларнинг биринчи хиллари, яъни тана вазнининг ортиқча бўлиши «паратрофия» деб аталади. Кўпроқ учрайдиган иккинчи хиллари «гипотрофия» номи билан юритилади, булар боланинг озиб кетиши, овқатни яхши кўтара олмаслиги, сингдира олмаслиги ва иммунитетнинг сусайиб кетиши билан характерланади.

Гипотрофиялар ёш гўдакларга (2 яшаргача бўлган болаларга) хосдир, каттароқ болаларда булар шароитлари жуда ноқулай бўлган маҳаллардагина пайдо бўлади.

Гипотрофияси бор болалар касалликларга, айниқса, мойил бўлиб қолади. Гипотрофия бўлган маҳалда барча инфекцион процесслар билан яллиғланиш процесслари кўпгина ҳолларда оғир ўтади.

Аҳолининг моддий-маданий даражаси юксалганлиги, ҳаётининг дастлабки йилларини яшаб келаётган болаларнинг овқати ва ривожланиши устидан мунтазам врач назорати олиб борилаётганлиги, сут кўхняларининг кенг тармоғи ташкил этилганлиги мумоسابати билан гўдак болалар орасида гипотрофиялар билан касалланиш анча камайди. Гипотрофиянинг оғир формалари (III даражаси) билан оғриган болалар ҳозир жуда камдан-кам учрайди, лекин енгил ва ўртача оғир формадаги (I ва II даражадаги) гипотрофиялар гўдак болалар орасида ҳамон бир қадар учраб турадиган касалликлар бўлиб қолмоқда.

Гўдак болаларда учрайдиган гипертрофияларнинг сабаблари кўп ва турли-тумандир, буларни шартли равишда қуйидаги группаларга бўлиш мумкин: 1) алиментар сабаблари; 2) инфекцион сабаблари; 3) атрофдаги муҳитнинг ноқулай шароитларига кирадиган сабаблар.

Гипотрофияларнинг этиологиясида болани овқатлантириб боришдаги камчиликлар илгариги йилларда етакчи ролни ўйнар эди.

Гипотрофияларнинг алиментар сабаблари орасида овқат айрим таркибий қисмларининг тўғри нисбати бузилгани ҳолда боланинг овқатга ёлчимай қолиши ҳаммадан катта аҳамиятга эга. Оқсиллар, ёғлар, углеводлар, минерал тузлар, витаминларнинг етарли бўлмаслиги гипотрофиялар бошланишига олиб келиши мумкин. Оқсил етишмаслиги ҳаммадан катта аҳамиятга эга, оқсил етишмай қолиши организмнинг ўсиши ва ривожланишига ёмон таъсир кўрсатади, моддалар алмашинувида чуқур ўзгаришлар бошланишига олиб келади, жигар ва бошқа органлар ферментатив функцияларининг бузилишига сабаб бўлади.

Витаминлар (А, С, В группа витаминлар ва бошқалар) етишмай қолиши гипотрофиялар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин, чунки витаминлар барча ҳаёт процессларини ростлаб, идора этиб турадиган моддалардир; уларнинг гормонлар ва ферментлар билан маҳкам боғланганлиги аниқланган.

Овқатга ёлчимаслик табиатан ҳар хил бўлиши мумкин, бироқ бола кўкрак бериб боқиб борилганида гипотрофияга кўпинча боланинг овқатга ёлчимай ёки қисман оч қолиши сабаб бўлади, онасидаги вақтинчалик ёки доимий гипогалактия туфайли онасининг сути етишмай қолганида шундай бўлиши мумкин. Баъзан бола ё ўзидаги ривожланиш нуқсонлари (пилоростеноз, қаттиқ танглай тиртиқлиги, юқори лабнинг битмай қолгани, туғма юрак пороги, Гиршпрунг касаллиги ва бошқалар) натижасида, ё бўлмаса, онасининг сут бези камчиликлари (кўкрак учининг ясси, ичига тортган, ёрилган бўлиши, кўкракнинг қаттиқ бўлиши ва бошқалар) туфайли етарли сут ололмай қолади.

Бола кўкрак билан боқиб борилаётган маҳалида гоҳида сифат характеридаги ўзгаришлар кузатилиши мумкин, бунда онанинг сути етарли миқдорда бўлади-ю, лекин таркиби жиҳатидан, асосан, ундаги ёғ ва оқсил миқдори жиҳатидан бекаму кўст бўлмай қолади.

Гипотрофиянинг келиб чиқишида овқатга ёлчимасликдан ташқари болани бетартиб овқатлантириш, медицина нуқтаи назаридан зарур бўлмаган маҳалда ҳам барвақт қўшимча овқат бериш, болани овқатлантириш техникасида хатолар бўлиши ва бошқалар ҳам аҳамиятга эга.

Боланинг овқатидаги камчиликлар (миқдор ва сифат характеридаги камчиликлар) кўпинча аралаш ва асосан сунъий усулда боқиб келинаётган болаларда гипотрофиялар пайдо бўлишида этиологик ролни ўйнайди. Бундай болаларда гипотрофия аксари болага узоқ вақт давомида нуқул сигир сути, унли овқатлар бериб борилганида пайдо бўлади. Узоқ вақт давомида жуда ёғсиз овқат билан боқиб келинган болаларда ҳам гипотрофия бошланиши мумкин.

Алиментар омилларнинг ҳаммаси ҳаётининг биринчи ярим йилида гипотрофия пайдо бўлишида жуда муҳим аҳамиятга эга, лекин боланинг кейинги ҳаётида ҳам уларнинг роли катта.

Профилактик чора-тадбирлар кенг миқёсда амалга оширила-

ётганлиги туфайли овқатланишнинг алиментар сабабларга кўра хроник тарзда бузилиш ҳоллари ҳозирги вақтда анча кам учрайди. Гўдак болаларда кўриладиган шу патологиянинг авж олишида сўнгги йилларда инфекция омил асосий ролини ўйнайдиган бўлиб қолди. Тез-тез такрорланиб турадиган, аксари ўнка, қулоқ ва буйракларга асоратлар берадиган ўткир респиратор инфекция билан грипп гипотрофиялар пайдо бўлишида ҳаммадан катта аҳамиятга эга. Бола организмда доимий йирингли ўчоқлар бўлиши алмашинув процессларининг бузилишига олиб келади.

Болаларда гипотрофия жуда кўп ҳолларда инфекция омил меъданич касалликлари, айниқса, хроник формадаги дизентерия ва коли-инфекция туфайли бошланади.

Ҳар хил характердаги тугма энтеропатиялар, жумладан, меъда ости безининг фиброз кистози, целлюзия, шунингдек, сил касаллиги болаларда учрайдиган гипотрофияга бевосита сабаб бўлади.

Инфекцион омил ҳаётининг иккинчи ярим йилини яшаб келадиган болаларда, айниқса, бир ёшдан ўтиб, икки ёшга қадам қўйган болаларда гипотрофия пайдо бўлишида катта ролини ўйнайди. Болаларнинг атрофдаги кишиларга кўп яқин юриши шунга йўл очади.

Турмуш шароитларининг яхшимаслиги (ҳованинг тоғ, зах бўлиши, дуруст шамоллатилмаслиги), болани ўраб-чирмаб, иссиқ-латиб қўйиш, кун тартибининг нотўғри бўлиши, ҳаводан етарлича баҳраманд бўлмаслик, ухлаш учун қулай шароитлар йўқлиги, педагогика қондаларига парво қилмаслик ва ташқи муҳитни ташкил этишдаги кўпгина бошқа камчиликлар гипотрофиялар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Мана шу омиллар овқат режимининг бузилиши билан бирга қўшиладиган бўлса, боланинг тез-тез касал бўлиб туришига, айниқса, кўп сабаб бўлади. Ташқи муҳитни ташкил этишда андек бўлса-да, камчиликларга йўл қўйилса, чала туғилган болаларда гипотрофия, айниқса, тез бошланади.

Пировардида гипотрофиянинг юқорида айтиб ўтилган ҳамма сабаблари бир-бири билан шу қадар маҳкам боғланиб, бир-бирига шу қадар катта таъсир қилиб турадики, қайси бирламчи, қайси иккиламчи эканлигини аниқлаб олиш аксари қийин бўлади.

**Клиникаси.** Гипотрофия пайдо бўлганда система ва органлар фаолиятида (биринчи галда меъданичак йўли, нерв системаси фаолиятида) ўзгаришлар рўй бериб, моддалар алмашинуви айнайди, умумий ва маҳаллий резистентлик (қаршилик кўрсатиш хусусияти) пасайиб қолади. Гипотрофиянинг I, II ва III даражалари тафовут қилнади.

I даражали гипотрофияда боланинг умумий аҳволи қонқарли бўлиб қолаверади ва у, айниқса, кийинтириб, ёки ўраб қўйилган маҳалда касалга ўхшамайди. Бироқ объектив тарзда текшириб кўрилганда гипотрофия аломатлари топилиб қолади. Боланинг қорни ва гавдасидаги тери ости ёғ қатлами юнқа тортиб қолган бўлади, шу сабабдан киндик дамидаги бурмаси атиги 0,8 см га етади ёки бундан кўра камроқ бўлади.

Бадан териси ва кўришиб турадиган шиллиқ пардаларнинг ранги нормал ёки салгина оқарган бўлиши мумкин. Бунда мускуллар ва терининг соғлом болага хос бўлган таранглиги бироз пасаяди. Тана вазни нормал кўрсаткичларга қараганда 10—20% кам бўлиши мумкин; жисмоний ривожланишнинг боланинг бўйи, кўкрак қафасининг айланаси сийгари параметрларига келганда, булар одатда норма атрофида қолаверади. Боланинг уйқуси, иштаҳаси ва ичи ё одатдагидек бўлади ёки арзимас даражада ўзгаради.

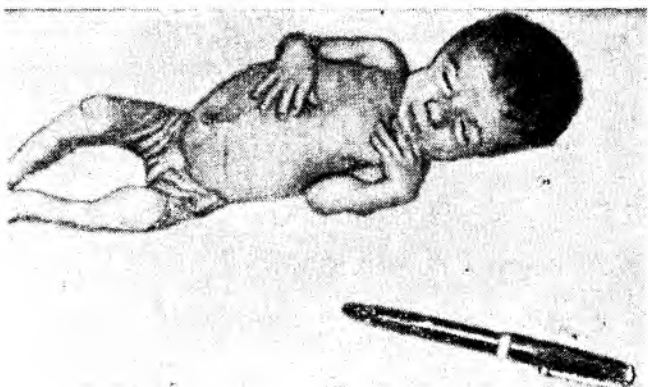
II даражали гипотрофияда тана вазнининг камомати 20—30% га етиши мумкин. Шу билан бирга бундай болаларнинг ўсишда озгина (2—4 см) орқада қолгани ҳам топилади. Боланинг гавдаси, қўл-оёқларидаги тери ости ёғ қатлами йўқолиб кетади ва юзида камайиб қолади. Териси ўз эластиклигини йўқотиб, боланинг сонлари, елкаларининг ички юзасида ва думбаларида салга бурма-бурма бўлиб қолаверади. Бадан териси оқаради ёки заҳил тортиб кетади, қуруқ, илвиллаган бўлиб қолади, баъзи жойларининг кепакка ўхшаш пўст ташлаб турганини, доғ-доғ бўлиб қолганини кўрса бўлади. Боланинг сочлари қаттиқ ва сийрак бўлиб қолади. Тери тургори анча пасаяди. кўпчилик ҳолларда мускул гипотонияси кузатилади. Тана температураси ўзининг монотермлиги, яъни бир зайлда турниш хусусиятини йўқотиб, 1°С га ва бундан кўра кўпроқ ортиб-камайиб туриши мумкин.

Иштаҳа, одатда, анча пасайган бўлади, баъзи болалар овқатдан қайтиб қолади, зўрлаб овқатлантирилганда эса қусиб юборади. Кўпинча диспендик ўзгаришлар пайдо бўлади.

Бундай боланинг нерв системаси беқарорлиги билан ажраллиб туради: бола бесаранжом, беҳаловат бўлиб қолади, ўзидан-ўзи йиғлаб туриб, бирдан бўшашиб, шилқ этиб тушади, апатия, адинамия бўлади. Кўпчилик бемор болаларининг уйқуси нотинч бўлади. Мотор функцияларининг таракқий этиб бориши кечикади: болалар кечроқ ўтирадиган, тик турадиган, юрадиган бўлади, ўрганиб кетган ҳаракат кўникмалари баъзан йўқотиб қўйилади.

II даражали гипотрофияга учраган болаларнинг қулоқлари, ўпкаси, сийдик йўлларида, кўпинча, инфекция-яллигланиш процеслари бошланади, шу билан бирга, бу хилдаги ҳамма касалликларнинг билинмасдан, зимдан ўтишини айтиб кетиш керак.

III даражали гипотрофия учун боланинг юзидаги тери ости ёғ қатламнинг кескин камайиб, бадан, қўл-оёқларда бутунлай қолмаслиги характерлидир. Боланинг юзи ихчам тортиб, учбурчак шаклга, қаримсиқ кўринишга кириб қолади. III даражали гипотрофияда тана вазнини ифодаловчи эгри чизик тобора пасаяверади. Тана вазнининг камомати 30% дан ортади. Бўй ўсиши ҳам анча (4—6 см га ва бундан ҳам кўпроқ) орқада қолади. Бундай болалар характерли кўринишда бўлади. Териси оқариб, заҳил тортиб кетади, илвиллаган, қуруқ бўлади, баъзи жойлари кепакка ўхшаш пўст ташлаб, қонталаш бўлиб туради, сон, елкаларнинг ички юзаларида, думба томонларида бурма-бурма бўлиб туради;



27-расм. 4 ойли болада III даражали гипотрофия.

терини бурма қилиб йиғиб кўриладиган бўлса, ростланиб ёзилмайди (27-расм). Кўзга кўринадиган шиллиқ пардалар қуруқ, оч қизил рангда, салга жароҳатланидиган бўлади, оғиз оқариши, стоматитлар, даво қилинган билан ҳадеганда битавермайдиган яра-чақалар кўп пайдо бўлади. Мускуллар атрофик бўлиб қолади, тонуси кучаяди. Бундай болалар аввалига бесаранжом, йиғлоқ бўлади, кейинчалик бўшанглик, атрофдагиларга нисбатан лоқайдлик, апатия кучайиб боради, улар кўп ухлайди, очлик ҳиссини мутлақо маълум қилмайди. Кўпинча илгари ҳосил қилинган ҳаракат кўникмаларининг барчаси батамом йўқолиб кетади. Баъзи ҳолларда ҳаракат кўникмаларини ҳосил қилиш ва нутқнинг ривожланиши кескин орқада қолади. Тана температурасининг доимо деярли паст бўлиши характерлидир. Нафас ўзгаради, у юза, аритмик, секинлашган бўлиб қолади, кўпинча, ателектазлар бошланиб, атипик тарзда (тана температураси кўтарилмасдан, йўтал, сезиларли катарал ҳодисалари бўлмасдан туриб) ўтадиган пневмониялар пайдо бўлади. Юрак тонлари кўпчилик ҳолларда бўғиқ тортиб, пульс заифлашади ва секинлашиб, минутига 60—80 тагача тушиб қолади. Боланинг қўл-оёқлари пайпаслаб кўрилганида, одатда, муздек бўлади.

Қорин ичга тортган ёки дамланиб, шишган бўлади. Боланинг иштаҳаси кескин камайиб кетади, баъзида у бутунлай овқатдан қолади ва кўпинча ҳимоя рефлекс тарихасида овқатни қайтариб ташлайди ёки ҳатто, қусиб туради. Ичи одагда, суяқ, бот-бот келиб туради, диспепсияда тушадиган ахлатга ўхшаб кетади: гоҳо қабзият бўлади. Бундай болаларда диурез кўпчилик ҳолларда камайиб кетади.

Гипотрофиянинг шу даражаси бориб-бориб витаминлар (А, С, В группа витаминлари) етишмовчилигига хос кўринишлар билан бирга давом этади, бироқ ўсиш процесслари секинлашиб қолганлиги учун рўйи рост сезиларли рахит белгилари кўрилмайди.



Гипотрофияга учраган болалар ҳар турли касалликларга жуда мойил бўлиб қолади, бундай касалликлар уларда ўзига хос тарзда, оғир ўтади, узоқ чўзилиб, кўпинча асоратлар билан бирга давом этиб боради. Грипп, ўткир респиратор инфекция, пневмония, отит, отоанtrit сингари кўп учрайдиган касалликлар сезиларли даражадаги гипотрофияси бор болаларда кўпинча тана температураси кўтарилмагани, рўйи рост клиник симптомлари бўлмагани, периферик қонда ўзгаришлар келтириб чиқармагани ҳолда зимдан ўтади, узоқ давом этиб, калта-калта ремиссия ва тез-тез қўзиш даврлари бўлиб туради. Бундай болалардаги инфекцион касалликларни топиб, диагностикасини аниқлаб олиш анча қийин бўлади.

Гипотрофия маҳалида қандай бўлмасин бирор маҳаллий ўчоқ бўлганида умумий септик ва токсик ҳолатлар пайдо бўлиши осон бўлиб қолади. Бунда сепсис ҳам атипик тарзда, баъзи ҳолларда тана температураси кўтарилмасдан, қонда характерли ўзгаришлар бўлмасдан туриб ўтади, бактериологик текширишда ҳам сепсисни тасдиқлайдиган далил топиб бўлмайди.

Табиатан ҳар қандай касаллик боладаги гипотрофиянинг янада зўрайиб боришига олиб келади.

Гипотрофияси бор болалар реактивлигининг сусайиб кетганлиги овқатни яхши кўтара олмаслиги билан ҳам ифодаланади. II ва III даражали гипотрофияси бор бола одатдаги овқат нагрузкасига жавобан парадоксаль реакция кўрсатади: тана вазни ортиб бориши ўрнига у пасайиб боради, бола қайт қилаверадиган, ичи тез-тез, суюқ бўлиб келадиган бўлади, баъзида эса токсикоз ҳам бошланиб кетади. Бу — меъда-ичак йўлининг заифлашиб қолганини кўрсатади. Мана шуни назарда тутиб, болага парҳез бўйрилганда жуда эҳтиёт бўлиш ва тартибга риоя қилиш зарур.

Еш гўдак болаларда учрайдиган гипотрофияларнинг этиологик структураси сўнгги 10—15 йил давомида каттагина ўзгаришларга учради. Болани нотўғри боқиш ва парвариш ишларида камчиликлар бўлиши туфайли гипотрофияга учрайдиган болалар сонининг ҳамма жойда ҳам камайиб қолгани қайд қилинмоқда. Бўлиб ўтган инфекцион касалликлар натижасида пайдо бўлувчи гипотрофия ҳам болаларда, озроқ даражада бўлса-да, камайиб бормоқда. Лекин шу билан бир вақтда эмбрион ва ҳомила ривожланишининг турли даврларида таъсир кўрсатадиган ва она қорнидаги болада гипотрофия пайдо бўлишига олиб келадиган зарарли омилларнинг аҳамияти анча рўйи рост маълум бўлмоқда.

Она қорнидаги ҳомила гипотрофияси деганда, қориндаги болада моддалар алмашинувининг ўткир ва хроник тарзда бузилиши тушунилади, бундай ҳолат бола туғилганида ёки неонатал даврдаёқ маълум бўлиб қолади. Она ҳомиладорлик токсикозлари, гипертония касаллиги, анемиялар, юрак, эндокрин безлар касалликлари, сил ва бошқа касалликлар билан оғриган маҳалларда ана шундай алмашинув ўзгаришлари пайдо бўлиши мумкин. Атрофдаги муҳитнинг баъзи омиллари (ҳомиладор аёлнинг но-

тўғри овқатланиши, радиоактив моддалар, рентген нурлари, химикатлар, баъзи дори ва бошқалар) зарарли таъсир кўрсатиши мумкин.

Ҳомиладорлик ой-кунига етиб борганида мана шундай патологияси бор болаларнинг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари паст бўлиб чиқади. Бу нарса биричи галда тана вазнига тааллуқли бўлиб, тана вазни нормал кўрсаткичларга қараганда 200 г дан то 900 г гача кам бўлиб чиқиши мумкин. Шунга кўра тери ости ёғ қатлами гипотрофия даражасига қараб етарлича ифодаланмаган бўлади ёки мутлақо бўлмаслиги мумкин.

Баъзи бир ҳолларда боланинг бўйида ҳам камомат топилади, лекин бу камомат унча ифодаланмаган (1,5 см дан 3 см гача) бўлади ва сезиларли даражадаги касаллик вақтидагина учрайди.

Бола баданининг териси сал цианотик тус аралаш оч пушти рангда, қуруқ, юпқа бўлади, боланинг қорни, кўкрагидаги веналари кўриниб туради, терининг кўп жойлари бир талай кепаксимон пўст ташлайдиган бўлади. Бундай болаларда тана вазнининг физиологик тарзда камайиши, одатда, анчагина (10—15% дан кўп) даражага етади, вазнининг аслига келиши узоқ чўзилади, бирмунча сезиладиган ва узоқроқ ўтадиган физиологик сариқлик бўлади, киндик тизимчасининг қолдиги анча кеч тушиб кетади ва киндик яраси анча кеч битади.

Гипотрофияда прогноз касалликнинг оғир-енгиллигига, боланинг ёшига ва касаллик асоратлари бор-йўқлигига боғлиқ.

I даражали гипотрофияда касаллик вақтида аниқлаб олиниб, унга тўғри даво қилиб борилса, бола нисбатан қисқа муддатда соғайиб кетади. II даражали гипотрофия ҳозирги шароитларда жуда кўпчилик ҳолларда эсон-омон ўтиб кетади, лекин бундай болаларга даво қилиш учун одатда кам деганда 4—6 ҳафта керак бўлади. III даражали гипотрофияда прогноз ҳамisha жиддий бўлиб ҳисобланади.

Давоси. Гипотрофия маҳалида кўриладиган ҳамма даво чора-тадбирларининг комплексен касалликнинг оғир-енгиллиги ва боланинг индивидуал реактивлигини ҳисобга олиб тузилиши керак. Гипотрофияларга даво қилишда атрофдаги муҳитни ташкил этишга, касаллик бошланишига олиб келган сабабларни бартараф қилишга катта ўрин берилади.

Болаши I даражали гипотрофия ҳолатидан чиқариб олиш учун шу касалликнинг сабабини бартараф этиб, боланинг ёшини ҳисобга олган ҳолда уни тўғри, витаминларга бойитилган овқатлар билан боқиб бориш кифоя. II даражали ва айниқса, III даражали гипотрофияга даво қилиш учун бу етарли бўлмайди. Патология сабабларини бартараф этишдан ташқари комплекс даво — чора-тадбирларини амалга ошириш зарур бўлади, булар орасида болани тўғри овқатлантириб бориш асосий ўринни эгаллайди. Икки фаза билан овқатлантириб бориш усули кенг қўлланилади. Биричи фазаси болани овқат кўтара оладиган ҳолга келтириш учун эҳтиётлик билан овқатлантириб бориш, иккинчи фазаси зўр бериб

овқатлантириб боришдир, бу фазада бериладиган овқат боланинг ҳаётий эҳтиёжларини қоплаш билан кифояланмай, балки тугаб кетган резервларининг ўрнини ҳам тўлдирадиган бўлиши керак.

Болаларда гипотрофиялар бўлган маҳалда парҳез билан даволаш, яъни диетотерапия касаллиқнинг даражасига қараб табақалаштирилган ҳолда қўлланилади. I даражали гипотрофияда овқат калорияларининг сони ва ҳажми боланинг иштаҳасига қараб ё нормал ёки бирмунча вақтгача бир оз камайтирилган бўлиши мумкин. Овқатдаги озиқ моддалар тўғри нисбатда (I яшаргача бўлган болалар учун оқсиллар, ёғлар ва углеводлар нисбати 1:3:6, I яшардан кейин 1:1:3 — 4 бўлиши керак) ва овқат витаминларга бойитилган бўлмоғи зарур.

Контрол ҳисобда қандай бўлмасин бирор турдаги озиқ модданинг етишмаётганлиги маълум бўлса, овқатни тобига келтириб тўғрилаш ва болани физиологик нормаларга тўғри келадиган миқдорда оқсил, ёғ, углеводлар билан таъминлаб бориш зарур.

Етишмаган оқсил ўрнини одатдаги творог, «Здоровье» твороғи ёки оқсил препаратлари («Энпит», «Казецит») билан тўлдириш мумкин. Ёғ камомати ўрнини балиқ мойи, шунингдек, қаймоқ ва бирмунча каттароқ ёшдаги болаларда сариёғ билан тўлдириш ҳаммадан кўра мақсадга мувофиқдир. Етишмаётган углеводлар ўрнини тўлдириш учун қанд шарбати, ёрмали, сабзавотли, мевали таомлардан фойдаланилади.

II даражали гипотрофияда 5—7 кун давомида суткалик зарур калорияларнинг  $\frac{2}{3}$  ёки  $\frac{1}{2}$  қисми буюрилади. Аёл сутти ёки нордон аралашмалар (ацидофил аралашма, «Малютка», «Малиш», кефир ва бошқалар) берилади, шу билан бирга овқат бериш маҳалларининг сони 7—8 тагача оширилади. Овқат чеклаб қўйиладиган мана шу даврда етишмайдиган ҳажмдаги овқат ўрни ё 5% ли глюкоза эритмаси, ё бўлмаса, 5% ли глюкоза эритмаси билан рингер эритмаси (100—200 мл) қўшилган 10% ли гуруч қайнатмаси билан, ё бўлмаса, карам, сабзи, шолғом, лавлаги қайнатмаси (буларда минерал тузлар кўп) билан тўлдирилади. Бола кўкрак бериб боқиладиган бўлса, суткасига 5 г дан бошлаб кунига 3 маҳал творог қўшиб бериб туриш (творог суткасига аста-секин 10 г га етказилади), шунингдек, 1—3 чой қошиқдан кунига 3—5 маҳал В-кефир ёки кефир бериб бориш ўринлидир.

Боланинг аҳволи яхшиланиб қолса, 5—7 кундан кейин овқат калорияларининг сони ва ҳажми аста-секин нормага қадар етказилади, бунда овқатдаги озиқ моддалар миқдори ва овқат калорияларининг сони боланинг бўлиши лозим бўлган тана массасига қараб ҳисоб қилинади.

III даражали гипотрофияда дастлабки 5—7 кун давомида ўртача тана вазнига мўлжаллаб ҳисоблаб чиқилган суткалик калорияларнинг  $\frac{1}{2}$  ёки  $\frac{1}{3}$  қисми бериб турилади (ҳақиқий тана вазни + шу вазнга 20%). Етишмайдиган овқат ҳажмининг ўрни суюқликлар билан тўлдириб борилади (сабзавот қайнатмалари, 5% ли глюкоза эритмаси, витаминли шарбатлар, чой билан).

Бўлиб-бўлиб аёл сути бериб туриш буюрилади (суткасига 10 мартагача).

Боланинг умумий аҳволи, иштаҳаси яхшиланиб, тана вазни бир қадар ортиб борадиган бўлса, уни сутка сари зарур миқдордаги калориялар билан таъминлаб туриш учун овқат миқдорини аста-секин кўпайтириб бориш керак.

Борди-ю, бола сунъий усулда боқилаётган бўлса, рационига лоақал бир оз миқдорда аёл сути қўшиш зарур, бундай сут бўлмаганида боланинг ёшига қараб суюлтирилган кефир (Б-кефир, В-кефир) ёки росмана кефирдан фойдаланиш керак.

Гипотрофияларнинг комплекс давосига витаминларни қўшиш шарт. Аскорбин кислотани кунига 200—300 мг гача буюриш керак. В группы витаминларини синтетик препаратлар кўринишида (кунига 10—15 мг дан тиамин, кунига 6—10 мг дан рибофлавин) ёки нон хамирига ишлатиладиган ачитқи пастаси (кунига 1 чой қошиқдан) ё бўлмаса, қуруқ пиво ачитқилари гидролизати кўринишида (2 чой қошиқдан) бериб борса бўлади. Мускуллар орасига кун ора ёки ҳар куни витамин В<sub>12</sub> (30—50 мкг дан), витамин В<sub>6</sub> (2,5—5% ли эритмасидан 0,5 мл) юбориб туришни буюриш ўринлидир, даво курсига 10—15 инъекция буюрилади.

Витамин А ва витамин D балиқ мойида бўлади, балиқ мойи кунига 1—2 томчидан бера бошлаб, аста-секин 1—2 чой қошиққа етказилади.

Ҳамма витаминларни камида 3—4 ҳафта бериб бориш керак, Ёш гўдак болаларга мева, сабзавот сувлари кўринишида қўшимча витаминлар бериб туриш жуда мақсадга мувофиқ (суткасига 50—75 мл миқдоридан, 2—3 бўлиб).

Овқатдан олдин 1—2% ли хлорид кислота эритмаси қўшилган пепсин (1 чой қошиқдан кунига 2—3 маҳал), кунига овқатдан кейин 2—3 маҳал кальций карбонат (0,2—0,25 г) қўшилган 0,1—0,15 г дан панкреатин, кунига овқатдан илгари  $\frac{1}{2}$ —1 чой қошиқдан табиий меъда шираси (шу миқдордаги меъда ширасини 3—4 чой қошиқ қайнаган сувда суюлтириш керак), абомин (бир таблеткадан кунига 3 маҳал) бериб туриш буюрилади. Ферментлар, одатда, 3—4 ҳафта давомида бериб борилади.

Боланинг умумий тонусини ошириш ва моддалар алмашинуви процессларини кучайтириш учун гормонлар ўринлидир.

Инсулин кичик дозаларда буюрилади (тери остига 2—4—6 ТБ) ва инсулин юбориш билан бирга болага 1 ТБ инсулинга 3—5 г ҳисобидан глюкоза ичирилади. Инсулин ҳар куни ёки кун ора овқатдан кейин (гипогликемик шок бўлмаслиги учун) юбориб турилади, даво курси 6—12 инъекцияни ташкил этади.

Анаболик гормонлардан метандростенолон суткасига 0,1 мг/кг миқдоридан (1—2 мартага бўлиб), метиландростендиол (суткасига 1—1,5 мг/кг дан) буюрилади. Гормонлар 3—4 ҳафта давомида, бола овқатлантирилганидан кейин бир соат ўтгач ичириб борилади. Ретаболил ҳам (3—4 ҳафтада 5—7,5 мг дан мускуллар орасига бир марта) юборилади.

Стимулловчи восита тариқасида апилак-ари сути бериш мумкин; уни 10—14 кун давомида 0,005 г дан то 0,01 г гача миқдорда шамлар кўринишида кунига 3 маҳал ишлатиш керак. Энзимопатиялар туфайли пайдо бўлган гипотрофияда стимулловчи ва ўринбосар терапия махсус (энзимопатиянинг турига қараб) парҳез, яъни диета билан биргаликда қўлланилади.

II даражали гипотрофияда 5—7 мл/кг ҳисобидан донор қони қуйиб туриш ўринлидир, бунда 5—7 кун оралаб қон қуйиб борилади. III даражали гипотрофияларда, шунингдек, ўткир токсикоз, пневмониялар, меъда-ичак касалликлари билан ўтаётган гипотрофияларда аввал қуруқ плазма ёки қон зардобини қуйиб кўрган маъқул, донор қони қандай дозаларда қуйиладиган бўлса, булар ҳам худди шундай дозаларда қуйилади: боланинг аҳволи яхшиланса, қон қуйишга ўтилади. Бола организмининг ортиқча сенсбилланиб қолиши эҳтимолини назарда тутиб, қон ва плазмани мускуллар орасига ёки венага қуйиш усули жуда зарур бўлган маҳаллардагина қўлланилади. Гипотрофиянинг даражасига қараб даво курсига 3—6 марта қон қуйиш буюрилади.

Гипотрофиянинг ҳамма формаларида, агар ўринли бўлса, гаммаглобулин қўлланилади (2—3 кун оралаб 3 мл дан 3—5 инъекция қилинади).

Стимулловчи терапиянинг турларидан бири рахит давоси учун қабул қилинган схема бўйича болага ультрабинафша нур бериб боришдир (207-бетга қаралсин).

Стимулловчи терапиянинг бошқа методлари билан бир қаторда массаж ва гимнастикани ҳам қўлланиш керак.

Гипотрофиянинг даражасига қараб массажнинг у ёки бу тури кўпроқ қўлланилади. Бироқ, болаларда массаж қилишда, одатда, асосий бешта усулидан ҳаммиша учтаси: силаш, ишқалаш ва уқалаш усули қўлланилади.

Даво гимнастикасини кунига бир ёки бир неча мартадан мунтазам равишда, курслар кўринишида узоқ муддат ўтказиб, жисмоний нагрукани аста-секин ва бир текис кучайтириб бориш зарур. Бироқ, бунда ҳар бир боланинг ўз аҳволига қараб иш кўриш зарур.

Йирингли процесслар, пиодермия, теридаги тарқоқ экссудатив диатез кўринишлари, токсикоз, ўткир иситма касалликлари, ўткир меъда-ичак касалликлари, бориб турган рахит борлиги массаж ва даво гимнастикасини буюришга имкон бермайдиган умумий монеликлардир.

Гипотрофияси бор болада барча диета ва даво чора-тадбирларини амалга ошириш билан бир қаторда унга парвариш қилишнинг ҳамма қоидаларига бекаму кўст риоя қилиб бориш ҳам асосий шартдир. Тўғри кун тартибига амал қилиш, қишин-ёзин тоза ҳаводан мунтазам баҳраманд бўлиш, бадан териси ва шиллиқ пардаларга диққат билан қараб бориш, педагогик процессни яхши йўлга қўйиш — режимнинг мутлақо зарур ва ниҳоятда муҳим бўлган шартлари ана шунақа, булар бажо келтирилмас экан, ҳатто,

тўғри даво қилинганда ҳам гипотрофия барҳам топиб кетиши мумкин эмас.

Болада иссиқлик идора этилиши, яъни терморегуляциянинг беқарр бўлишини ҳисобга олиб, айниқса, оғир кўринишдаги гипотрофияларда атрофдаги ҳаво температурасини  $+24—26^{\circ}\text{C}$  атрофида тутиш зарур. Айни вақтда хоналар жуда яхши шамоллаб турадиган бўлиши керак. Атрофдаги ҳавонинг температураси, шамол тезлиги, намликни ҳисобга олиб туриб, гипотрофияси бор болани тоза ҳавода сайр қилдириб юриш керак. Боланинг кийими иссиқ, бемалол, ҳаракатларини қисиб қўймайдиган бўлиши лозим. Упкисида қон димланиб қолмаслиги учун болани тез-тез қўлга олиб туриш, ўрнида вазиятини ўзгартириб туриш, манежга олиб ётқизиш керак.

Гипотрофияси бор болаларда инфекцияларга қаршилик кўрсатиш хусусияти камайиб кетишини ҳисобга олиб, болага гигиеник парварниш қоидаларига тўқиб тура олиб бориш (боланинг тагини ювиб, уни чўмилтириб туриш, баданини ҳўллаб артиш) зарур. Оғиз бўшлиғи, бурун, қулоқ, кўз, бадан терисининг аҳволини синчиклаб кузатиб бориш ва уларда андак инфекция аломатлари пайдо бўлиши билан дарҳол яллиғланиш ўчоқларини бартараф этиш чораларини кўриш керак. Болани бошқа касал болаларга яқин юришдан асраш зарур, шубҳасиз.

Гипотрофия билан оғриган боланинг эмоционал тонусини кўтариш жуда муҳим бўлиб ҳисобланади. Болага диққат қилиб қараш, ҳар хил ўйинчоқлар бериб қўйиш, уни соғ болалар орасига қўшиб туриш амалга оширилаётган умумий чора-тадбирлар комплексида, шубҳасиз, жуда яхши ролни ўйнайди.

Овқатланиш ва овқат ҳазмининг хроник ўзгаришлари жумласига паратрофия кирди. Бунга одатда, овқатдаги углеводларнинг оқсилларга қараганда кўпайиб кетиши сабаб бўлади. «Маллиш», «Малютка» дан аралашмаларни нотўғри тайёрлаганда (дозаси ошириб юборилганида) ёки бўтқалардан икки, баъзида эса уч хил қўшимча овқат берилганида шундай бўлади.

Паратрофияси бор боланинг бўён билан танасининг вазни нормал, лекин кўпинча таъна вазни нормадан бир оз ( $10\%$ гача) ортиқ бўлади. Тери ости ёғ қатлами одатда қалин тортади. Бола бирорта касаллик билан оғриб қолса, танасининг вазни жуда тез орада анча камайиб кетади. Шиллиқ пардалари оқариб, баданининг териси қуруқроқ бўлади ва тери бурмалари бўшашиб қолади, мускуллар гипотонияси, эмоционал тонуснинг беқарорлиги қайд қилинади, уйқу нотинч бўлиб қолади, боланинг ичи нотайин бўлиб, ахлатида вақти-вақти билан шилимшиқ ва кўкинш ранг пайдо бўлиб туради, организмнинг инфекцияга қаршилиги пасайиб кетади (ўткир респиратор касалликлар, отитлар ва бошқалар тез-тез бўлиб туради).

Давоси овқатни ўрнига келтириш, қўшимча овқатларни сабзавотлардан тайёрлаб бериб туриш, оқсиллар, витаминлар билан бойитишдан иборат. Массаж, гимнастика, сайр қилиб туриш, бо-

лани чиниқтириш, витаминотерапия (С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, В<sub>15</sub>, фолат кислота), стимулловчи терапия (навбатма-навбат пентоксил, дибазол, пантокрин ва бошқалар билан даволаш цикллари) фойдалидир.

Бу касаллик, одатда, эсон-омон ўтиб кетади, тўғри даво қилинганида бола бутунлай соғаяди.

Гипотрофиялар профлакчаси болани тўғри овқатлантириб, унга тўғри парвариш қилиб боришни уюштиришга, болани инфекцион касалликлардан асрашга, барча касалликларга синчиклаб даво қилиш ва аҳоли ўртасида санитария маорифи ишини олиб боришга асосланган бўлиши керак.

Болани кўкрак бериб, эмизиб боқишни доимо жуда актив равишда тарғиб қилиб бориш зарур. Фақат маълум бир сабабга кўра зарур бўлган ҳоллардагина болани аралаш усулда боқишга ўтказиш лозим. Унга қўшимча овқат буюриш тўғрисидаги масалани ҳал қилишдан илгари болани овқатлантиришдан аввал ва кейин тарозида тортиб кўриш йўли билан (камида 3 марта — эрталаб, кундузи ва кечқурун) сут етишмаётганлигига ишонч ҳосил қилиш зарур.

Овқатланишни тўғри ташкил этишда сут кухнялари ва туғруқхоналар, поликлиникалар, аёллар консультациялари қошидаги аёл сутини олиш пунктлари катта аҳамиятга эга.

Рационга витамин С, А, В комплекси, витамин D ни ўз вақтида қўшиш, шунингдек, дастлабки физиологик қўшимча овқатни вақтида буюриш гипотрофиялар профилактикасида алоҳида аҳамиятга эга.

Чала туғилган болалар, эгизак болалар, шунингдек, сунъий йўл билан боқишга ўтказилган, ўткир касалликлар ёки меъдичак касалликлари билан оғриб ўтган, рахитга учраган болалар катта диққат-эътиборни талаб қилади.

Болага парвариш қилиш ишини ташкил этишда ҳаммадан илгари кун тартибига, яъни уйқу ва ором соатларининг тўғри навбатлашиб боришига ҳамда очиқ ҳавода сайр қилиб туришга аҳамият бериш керак. Шу билан бирга организмни чиниқтиришга ҳаракат қилиш лозим, бу мақсадда болани очиқ ҳавога олиб чиқиб ёки деразалари очиб қўйилган уйга олиб кириб ухлатилади, баданининг териси ҳўллаб артилади, устидан сув қўйиб турилади, ҳаво ванналари ва айни вақтда массаж ҳамда енгил гимнастика буюрилади. Ёшига тўлмаган болаларга қуёш ванналари буюрилмайди.

Куз-қиш пайтларида болага ультрабинафша нур бериб туриш керак.

Болани яхши эмоционал ҳолатда сақлаб туриш учун очиқ тусли ранго-ранг ўйинчоқларнинг етарли бўлиши, болага ҳамиша ширин гапириб, уни эркалатиб туриш катта аҳамиятга эга.

Рахит ёш гўдакларда учрайдиган касалликдир. Рахит билан касалланишни камайтиришда мамлакатимизда катта ютуқларга эришилган. Ҳозир рахитнинг оғир формалари ҳали ҳам анчагина тарқалган. Ҳатто, енгил формада ўтадиган рахитда ҳам моддалар алмашинуви бузилиб, организмнинг қаршилиқ кўрсатиш хусусияти пасайиб кетади. Бу шунга олиб келадики, рахит билан оғриган болалар, айниқса, бронхит, зотилжам, меъда-ичак касалликлари билан кўпроқ оғрийдиган бўлиб қолади. Бундай болаларда касалликлар узоқ чўзилиб, хроник тарзда ўтиб боришга мойил бўлади ва анча кўп у ёки бу хилдаги асоратларни беради.

Ўсиб бораётган бола организмга витамин D зарур эканлиги аниқланган. Витамин D нинг организмдаги роли анча мураккаб. Унинг асосий вазифаси шундан иборатки, витамин D фосфор билан кальцийни ўзлаштириб олиш, буларнинг суякларда тўпланиб бориш процессини идора этади. Ва шу билан боланинг туғри ўсиб бориши ҳамда суяклар ҳосил бўлишига ёрдам беради.

Витамин D нинг асосий манбаи организмнинг ўзи. Витамин D овқат билан бирга кирмасдан туриб, одамнинг организмда про-витамин D дан ҳосил бўла оладиган бирдан-бир витаминдир. Бироқ, бунинг учун бадан терисида витамин D ҳосил бўлишида иштирок этадиган стеринлар бўлиши ва буларга тўлқини маълум узунликдаги ёруғлик нурлари таъсир этиб туриши зарур.

Рахитнинг келиб чиқишида витамин A, B<sub>1</sub>, C ларнинг етишмаслиги ҳам аҳамиятга эга.

Мана шуларнинг ҳаммаси рахитнинг нисбий полигиповитаминоз бўлиб, унинг келиб чиқишида витамин D етишмовчилиги асосий ўринни эгаллайди деб ҳисоблашга имкон беради.

Витаминлар, айниқса, витамин D етишмовчилигидан ташқари, бир қанча микроэлементлар — магний, рух, темир, мис, кобальт етишмаслигини ҳам ҳисобга олиш керак.

Рахитнинг келиб чиқишида асосий сабаб (гиповитаминоз D) билан бир қаторда организмни касалликка мойил қилиб қўядиган бир қанча омиллар ҳам катта аҳамиятга эга. Булар қуйидаги экзоген ва эндоген омиллардир: болани овқатлантириб бориш характери, унга бериладиган қўшимча овқатнинг сифат таркиби, бўлиб ўтган касалликлар, чала туғилганлик, йил фасли, турмуш шароитларининг ёмонлиги ва бошқалар.

Сунъий йўл билан боқиб келинаётган болаларнинг рахит билан кўпроқ ва оғирроқ оғриши маълум, сабаби шуки, витамин D га бўлган эҳтиёж овқатдаги кальций билан фосфор миқдорининг нисбатига боғлиқдир.

Болаларга бир талай бўтқа ва хамирли таом (печенье, сухари, оқ нон, вермишель ва бошқалар) кўринишида ёқмайдиган қўшимча овқат бериб туриш, бундай гўдаклар гарчи тоши тез қўшилиб бораётган, тўла болалардек бўлиб кўринса-да, рахитнинг оғир



формалари билан оғриб қолишига мойиллик туғдирадиган омилларнинг биридир.

Меъда-ичак касалликлари билан инфекциян касалликлар рахит пайдо бўлишига шароит туғдиради, чунки бу касалликларда минерал моддалар алмашинуви ҳамиша бир қадар бузилади ва ацидоз пайдо бўлади.

Чала туғилган болалар орасида рахит касаллиги кўп учрайди. У боланинг она қорнида ривожланиш даврида тузлар ва витамин D нинг етарлича тулланиб олмаслигига ҳамда бола туғилганидан кейин зўр бериб ўсиб борадиган бўлгани учун шу моддаларга эҳтиёж ортиб кетадиган бўлишига боғлиқдир.

Рахит билан касалланиш ҳолларининг энг кўп қисми болалар тик қуёш нурларидан кам баҳраманд бўладиган қиш даврига тўғри келади; ёзда рахит билан касалланиш камдан-кам учрайди.

Иқлим шароитлари ҳам аҳамиятга эга. Муътадил иқлимли мамлакатларда рахит кўпроқ тарқалган, жанубий мамлакатларда бу касаллик деярли учрамайди.

Катта-катта шаҳарларда рахитнинг бирмунча кўп учраб туришига сабаб шуки, тутун, ис, дуд, чанг, қуёшнинг ультрабинафша нурларини атмосферанинг юқори қатламларида тўсиб қўяди ва бу нурларнинг оз миқдори ергача етиб келади. Ҳавонинг анча булут бўлиб туриши, ёнғингарчилик бўлиши ҳам шунга олиб келади.

Бошқа ноқулай омиллар, масалан, турмуш шароитларининг қаноатланарли бўлмаслиги ҳам рахит бошланишига сабаб бўлади. Зах ва қоронғи бўлиб, тоза ҳаво билан қуёш нуридан маҳрум қолган хоналарда яшовчи болалар, шунингдек, яхши, аммо дуруст шамоллатилмайдиган квартираларда яшовчи, очиқ ҳавода кам сайр қилувчи болалар рахит билан кўпроқ оғрийди.

Юқорида бирма-бир кўрсатиб ўтилган сабабларнинг ҳаммаси у ёки бу тарзда бир-бири билан қўшилиб, минерал моддалар алмашинувининг бузилишига, демак, рахит пайдо бўлишига ҳам олиб боради.

Ҳозирги вақтда маълум бўлган D группа витаминларидан (D<sub>2</sub>, D<sub>3</sub>, D<sub>4</sub>, D<sub>5</sub>, D<sub>6</sub>, D<sub>7</sub>) витамин D<sub>2</sub> билан витамин D<sub>3</sub> ҳаммадан кўра активдир. Витамин D<sub>3</sub> тенг миқдордаги витамин D<sub>2</sub> га қараганда одам учун анча фойдалироқдир.

Суяк скелетининг тўғри шаклланиб бориши учун қон зардобиде тегиншли миқдорда кальций ва фосфор тузлари бўлиши зарур. Соғ ҳолдаги эмадиган боланинг қон зардобиде 0,05 г/л фосфор ва 0,1 г/л кальций бўлади, буларнинг орасидаги нисбат 1:2 ни ташкил этади.<sup>3</sup>

Рахит маҳалида организмда витамин D егишмайдиган бўлгани учун фосфор билан кальций нисбати бузилиб, 1:3, 1:4 га тенг бўлиб қолади.

Фосфор билан кальций алмашинувининг бузилиши янги ҳосил бўлиб келаётган суяк тўқимасида кальций тузларининг етарли миқдорда тупланмаслигига ҳамда ҳосил бўлиб олган нормал

суяк тўқимасидан оҳак моддасининг чиқиб кетишига олиб келади. Мана шунинг натижасида суяклар юмшаб, эгри бўлиб қолади, юпқа тортади. Шу билан бир қаторда норасо остеоид (оҳакланмаган) тўқимлар ўсиб боради.

Рахит биргина минерал моддалар алмашинувининг бузилиши билан бирга бормасдан, балки оқсиллар, липидлар, витаминлар ва углеводлар алмашинувининг бузилиши билан бирга давом этиб борадики, шунинг натижасида талайгина орган ва системаларнинг фаолияти анчагина издан чиқади. Бироқ, специфик, яъни ўзига хос ўзгаришлар асосан суяк системасида рўй беради.

Ой-куни етиб туғилган болаларда рахитнинг дастлабки клиник аломатлари одатда ҳаётининг 2—3-ойидан бошлаб топиладиган бўлса, чала туғилган болаларда ҳаётининг 1-ойи охиридан бошлаб маълум бера бошлайди.

У К л и н и к а с и. Рахит бутун организм касаллиги бўлиб, бир канча орган ва системалар функцияларининг анчагина бузилишига олиб боради. Унинг илк белгилари нерв системасига алоқадор функционал ўзгаришлардир: 1) боланинг ҳаддан ташқари кўп терлайдиган бўлиши ва шунинг оқибати ўлароқ унга иссиқлик тошиб, бадан терисининг бичилиб туриши, энсаси сочининг тўкилиб кетиши; 2) боланинг ҳадеб чўчийверадиган бўлиши, ҳеч нарсадан ҳеч нарса йўқ инжиқлик қилиб туриши; 3) уйқусининг беҳаловат, нотинч бўлиб қолиши шулар жумласидан.]

Мана шу аломатлардан ташқари, касаллик энди бошланиб келаётган даврда меъда-ичак йўлига алоқадор ўзгаришлар бўлиши — боланинг ичи тез-тез суриб туриши мумкин.

[Рахитнинг бошланиш даврида болаларнинг сийдигидан жуда ёқимсиз шиптир ҳиди келиб туради ва йўргагида жуда майда қум қолиши мумкин.]

Рахит бошланғич даврining охирларига келиб суяк тўқимасида ўзгаришлар топилади, бу ўзгаришлар катта лиқилдоқ четлари, чоклар ҳосил қилувчи суяклар четларининг юмшоқроқ бўлиб қолиши ва пайпаслаб кўрилганида, айниқса, энса соҳасида безиллаб туриши билан ифодаланади.]

Рахитнинг бошланғич аломатлари ана шундай. Бола организмдаги барча ўзгаришларга диққат билан ва тўғри баҳо бериладиган бўлса, буларни аниқлаб олиш қийин эмас.

Касалликнинг бошланғич даври вақтида билиб олинмасдан, тегишли даво қилинмайдиган бўлса, у вақтда кўпгина система ва органларда ўзгаришлар пайдо бўлади, ammo суякларга оид симптомлар ҳаммадан устун бўлиб туради.

Суяк системасида учраши мумкин бўлган ўзгаришлар 9-жадвалда келтирилган.

Рахит билан оғриган болаларнинг суякларида бошланади, деб юқорида кўрсатиб ўтилган симптомлар баъзи болаларда кўпроқ, баъзиларида камроқ учрайди. Бу симптомларнинг энг доимийлари: краниотабес (энса суякларининг юмшаб қолиши), бош шаклининг ўзгариши, катта лиқилдоқнинг кеч бекилиши, «тасбеҳ-

## Рахитда суяк системасида учрайдиган ўзгаришлар

Суяк системаси бўлимлари	Симптом характеристикаси	Пайдо бўлиш вақти
<b>Бош</b>	Энса, гоҳо тепа суяклари баъзи жойларининг юмшаши — краниота-бес Катта лиқилдоқ четларининг юмша-ши Пешона ва тепа суякларида думбоқ-лар пайдо бўлиши.	Кўпинча 3—6 ойлик-да
<b>Юз</b>	Катта лиқилдоқнинг кеч бекилиши Қаншарнинг ичга тортиб қолиши  Қаттиқ танглайнинг готик гумбазга ўхшаб қолиши Тишларнинг кечроқ ва нотўғри чиқи-ши Устки ва пастки тишлар қаторининг бир-бирига нисбатан нотўғри жойла-шуви	1-йилнинг иккинчи ярми ва 2-йилнинг биринчи ярмида
<b>Кўкрак қафаси</b>	Қовурғалар ва қовурга тоғайининг йўғонлашуви — ўрта қовурғаларда «тасбеҳлар» пайдо бўлиши Пастки апертурасининг кенгайиб, усткисининг торайиши Умров суяклари эгрилигининг зўрайи-ши Кўкрак қафасининг ён юзаларида сербар чуқурчалар — Гаррисон йўл-лари пайдо бўлиши Кўкрак қафаси шаклининг ўзгариб, «товуқ кўкраги», гоҳо «этикдўз кўк-раги» шаклига кириши	Кўпинча 3—6 ойлик-да
<b>Қўллар</b>	Билак суякларининг пастки учларида кенгаймалар — «билакузуклар» пайдо бўлиши Бармоқ фалангаларида қалинлашма-лар—«марварид шодалари» пайдо бўлиши	Бу ҳам шундай
<b>Чаноқ</b>	Елка суяклари билан билак суякларининг қийшайиши Кичик чаноқ оғзининг торайиб қо-лиши Чаноқнинг яссиланиши Чаноқнинг бошқача шакл ўзгариш-лари	{ Кўпинча 9—18 ой-ликда
<b>Оёқлар</b>	Оёқларнинг О ёки Х ҳарфи шакли-да қийшайиб қолиши	
<b>Умуртқа</b>	Ўрдак юрнш пайдо бўлиши Кўпинча пастки кўкрак ва бел бў-лимида кифоз, гоҳо сколиоз (кўкрак бўлимида) ва лордоз (бел бўлими-да) пайдо бўлиши	Кўпинча 6—12 ой-ликда

лар», «билакузуклар» пайдо бўлиши, тишларнинг кечроқ ва по-  
тўғри чиқиши, кўкрак қафаси, умуртқа поғонаси, қўл-оёқ найси-  
мон суяклари шаклининг ўзгариб кетишидир.)

Суяк системасидаги ўзгаришлар билан бир қаторда рахитнинг  
доймий симптоми мускулатура ва бойлам аппарати тонусининг  
пасайиб кетиши — гипотониясидир. Қуйидаги ҳодисалар шу сис-  
темаларнинг заифлашиб қолганига боғлиқ бўлади: 1) бўғимлар-  
нинг бўшанглиги, бу нарса беморга катта ҳажмда ҳаракатлар қи-  
лиш имконини беради (28-расм); 2) боланинг ўзига хос вазиятда  
бўлиши — у оёқларини чалиштириб ўтириб, гавдасини қўлларига  
тираб олади (29-расм); 3) умуртқа поғонасининг кифоз ёки ско-  
лиоз кўринишида қийшайиши (умуртқа поғонаси кўкрак бўлими-  
даги пастки икки-уч умуртқа ва устки бел умуртқалари); 4) қо-  
риннинг катта, уч бўлаккли («бақақорин») бўлиб қолиши (28-расм-  
га қаралсин); 5) маймоқлик пайдо бўлиши.)

Рахит бўлган болаларда ҳаракат ривож кечикиб қолади:  
бундай болалар четдан ёрдам олмасдан, ўз ҳолича ўтиришга, тик  
туришга, юришга соғлом болаларга қараганда кечроқ ўрганади.  
Бундай болаларга касаллик авжига чиқиб турган даврда жуда хос  
бўлган хусусият ҳаракатларининг умуман сустлигидир, бу нарса  
шундай болаларнинг кам ҳаракат, бўшанг, лапашанг бўлиши бил-  
ан ифодаланади.

Рахитда нафас, қон айланиши ва организмни кислород билан  
таъминлаб туриш функцияси бир қадар издан чиқади. Бу шунга  
олиб келадикки, пневмония касалликлари пайдо бўлиб қолса, булар  
оғир ўтади ва қайталаниб туришга, узоқ давом этиб, хроник тусга  
киришга мойил бўлади.

Рахитда жигар ва талоқ катталашиб кетиши мумкин.)

Рахит билан оғриган деярли ҳар бир бола (касалликнинг ав-  
жига чиққан даврида) бир қадар ифодаланган анемия билан ҳам  
оғриган бўлади, бундай анемия гемоглобин ва эритроцитлар миқ-  
дори камайиб қолиши билан ифодаланади.)

Рахитнинг умумий симптоматикаси ана шунақа.

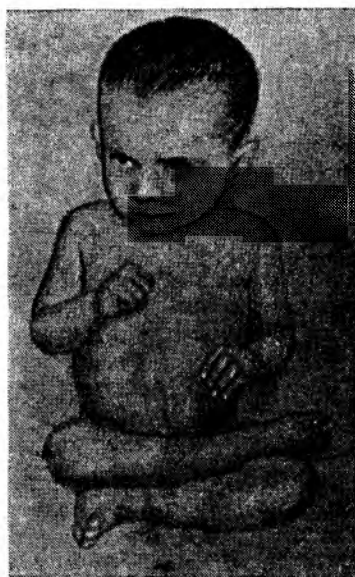
Шубҳасизки, рахит турли болаларда турлича: баъзиларда ен-  
гилроқ, бошқаларида оғирроқ ўтади; баъзи болаларда бу касал-  
лик бирдан, қисқа муддатларда, бошқа болаларда аста-секин,  
зимдан авж олиб боради, учинчи хил болаларда тез-тез қўзиб ту-  
радиган бўлади. Рахитда кўриладиган турли аломатларнинг аҳа-  
мияти жуда ҳам муҳим, чунки ҳар бир конкрет ҳолда қай тарзда  
даво чора-тадбирларини кўриш шунга боғлиқ.

Ана шу ҳолни ҳисобга олганда Болалар врачларининг VI бу-  
туниттифоқ съездида қабул қилинган рахит классификацияси ҳам-  
малан тўла-тўқис бўлиб ҳисобланади. Мана шу классификацияга  
мувофиқ рахит касалликнинг даври, процесснинг оғирлиги ва қан-  
дай ўтиб бораётганлигига қараб ҳар хил формаларга бўлинади  
(10-жадвал).

Рахитнинг бошланғич даври аксари 2—3 ойлик болаларда бош-  
ланади, бироқ ҳаётининг бутун 1-йили давомида кузатилиши мум-



28-расм. Рахит. Бўғим-лар бўшлиги. Мускул гипотонияси.



29-расм. Рахит. Боланинг характерли вазияти. Боши, қорни катта, мускуллари гипотонияга учраган.

қин. Касалликнинг бу даври ҳаммадан илгари нерв системасига алоқадор ўзгаришлар билан характерланади ва шу даврнинг охиридагина суяк тўқимасида ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин (калла суяклари пайпаслаб кўрилганида безиллаб туриши, катта лиқилдоқ четларининг юшмоқ бўлиши). Рахитнинг бошланғич даври 2—3 ҳафтадан то 2—3 ойгача давом этади.

Касаллик авжига чиққан давр рахитнинг зўрайиб бориши билан характерланади. Мана шу даврда суяк системасида бўладиган ўзгаришлар у ёки бу тарзда бир-бири билан қўшилиб, биринчи ўринга чиқиб қолади (краниотабес, пешона, бош тепасида дўмбоқ-

## Рахит классификацияси

Касалликнинг даврлари	Оғир-енгиллиги	Утиши
Бошланғич даври	I даражаси — енгил фермаси	Ўткир
Авжга чиққан даври	II даражаси — ўртача оғирликдаги фермаси	Ярим ўткир
Реконвалесценция	III даражаси — оғир фермаси	Қўзиб туради
Қолдиқ ҳодисалар		

лар пайдо бўлиши, тишларнинг кечроқ ва нотўғри чиқиши, қовургаларда «тасбеҳлар» пайдо бўлиши, кўкрак қафаси пастки апертураси кенгайиб, кўкрак қафаси шаклининг ўзгариб кетиши, рахитга хос «билакузуклар» пайдо бўлиши, оёқларнинг қийшайиб қолиши ва ҳоказо). Суякларга алоқадор симптомлар билан бир қаторда мускулатура гипотонияси, бойлам аппаратининг бўшашиб қолиши, статик ва ҳаракат функциялари ривожининг кечикиши сингари ҳодисалар қайд қилинади, аксари анемия авж олиб боради, жигар билан талоқ кўпчилик ҳолларда катталашади. Нафас органлари, юрак-томирлар системасида функционал ўзгаришлар пайдо бўлади.

Реконвалесценция даври рахит симптомларининг сусайиб бориши, кейин эса қайтиб кетиши билан характерланади. Биринчи навбатда нерв системасига алоқадор симптомлар йўқолади, суякларни қаттиқланиб, тишлар пайдо бўлади, статик ва мотор функциялар ривожланиб боради, жигар билан талоқ кичиклашади, ички органлар функцияларидаги ўзгаришлар аста-секин барҳам топиб кетади.

Қолдиқ ҳодисалар, одатда, ўртача оғир ёки оғир (II ва III даражали) рахит бошдан кечирилганида 2—3 яшар болаларда кузатилади, булар суяк шакллариининг айнаб, тишларнинг ўзгариб кетиши, баъзан жигар билан талоқнинг катталашиб қолгани, у ёки бу даражадаги анемия билан ифодаланади.

5 Клиник кўринишларининг оғир-енгиллигига қараб рахитнинг уч даражаси тафовут қилинади.

I даражаси (енгил хили) нерв (кўп терлаш: безовталаниш) ва суяк системаларида (кранеотабес, катта лиқилдоқ четларининг юмшаб қолиши, сал сезиладиган «тасбеҳлар» бўлиши) суст ифодаланган рахит белгилари бўлиши билан характерланади, қолдиқ ҳодисаларга сабаб бўлмайди.

II даражаси (ўртача оғир хили) нерв, суяк, мускул ва қон яратиш системаларида ўртача ифодаланган ўзгаришлар бўлиши билан характерланади; жигар ва талоқнинг катталашуви билан бирга давом этиши мумкин. Боланинг умумий аҳволи сезиларли даража-

да ўзгаради, айни вақтда скелетнинг кам деганда икки ёки уч бўлимидаги суяклар зарарланган бўлади. Ой-кун итиб туғилган болаларга II даражали рахит диагнози кам деганда ҳаётининг 4—5 ойида, чала туғилган болаларда бундан бирмунча эртароқ қўйилади.)

[Рахитнинг III даражаси (оғир хили) ҳозирги вақтда камдан-кам учрайди ва кўпгина система билан органларда хийлагина ўзгаришлар бўлиши билан характерланади. Мана шу даражадаги рахитда суякларнинг шакли ўзгариб, ҳаракат функциялари, шартли рефлексларнинг ривожланиши кескин сусайиб, орқада қолади, сезиларли мускул гипотонияси бўлади, бўғимлар бўшашиб қолиб, жигар билан талоқ хийла катталашади ва ҳоказо. III даражали рахит одатда ҳаётининг иккинчи ярим йилига қадам қўйган болаларда пайдо бўлади.]

Рахитнинг ўткир, ярим ўткир ва қўзиб турадиган бўлиб ўтиши тафовут қилинади. Бу касалликнинг ўткир ўтиши кўпинча ҳаётнинг дастлабки ойларида, айниқса, чала туғилган болалар билан тана вазни тез ортиб бораётган болаларда кузатилади. Ўткир ўтиши кескин ифодаланган нерв ўзгаришлари билан характерланади, краниотабес, катта лиқилдоқ четларининг юмшаб қолиши, кўкрак қафасининг бўш бўлиши, безовталиқ, кўп терлаш сингари ҳодисалар барвақт пайдо бўлади.

Рахитнинг ярим ўткир ўтиши процесснинг аста-секин авж олиб бориши билан характерланади. Суякларнинг юмшаш ҳодисалари анча кам ифодаланган бўлади, краниотабес бўлмайди. Асосан остеоид гиперплазия симптомлари қайд қилинади (пешона, тепа суякларида дўмбоқлар, қовурғаларда «тасбеҳлар» пайдо бўлиши, найсимон суяклар эпифизларининг қалинлашуви). Касалликнинг ярим ўткир ҳолда ўтиши гипотрофияси бор болаларда, шунингдек, рахит 9—12 ойликдан каттароқ болаларда бошланган маҳалда ҳаммадан кўра кўпроқ кузатилади.

Рахитнинг қўзиб турадиган, яъни рецидивланиб турадиган хили касаллик процесси сусайиб қоладиган ва зўрайиб турадиган даврларининг алмашилиб бориши билан характерланади. Бу — атрофдаги муҳит шароитларининг ўзгариб қолганига, йил фаслига, такрорий касалликлар борлигига, болаларнинг нотўғри овқатлантирилаётганлигига боғлиқ бўлиши мумкин.

Катта лиқилдоқнинг кеч бекилиши, биринчи тишларнинг кеч чиқиши, ҳаракат ривожланишининг орқада қолиши ва бошқалар сингари аломатларга қараб рахит деб диагноз қўйиш мумкин эмас. Бундай симптомлар болаларда рахитга алоқаси йўқ патологик ҳолатлар юзага келган маҳалларда ҳам кузатилиши мумкин.

✓ Рахит профилактикаси носпецифик ва специфик чора-тадбирлардан иборат.)

Носпецифик профилактикаси ўз навбатида туғруқдан олдинги ва туғруқдан кейинги профилактикага бўлинади. Эҳтиёт чора-тадбирлари ҳомиладор аёл учун энг яхши шароитлар яратиб бериш (овқатни бекаму кўст, хилма-хил қилиб, витаминлар билан бойи-

тиш, вақтида меҳнат қилиб, вақтида дам олиб туриш, гигиена қоидаларига риоя этиш, очиқ ҳавода кўп юриш ва бошқалар) йўли билан антенатал даврдаёқ амалга ошириб борилиши керак.

Умумий чора-тадбирлар билан бир қаторда ҳомиладор аёлларнинг кўпчилиги хусусида баъзи специфик чора-тадбирларни ҳам кўриш зарур бўлади (ҳомиладорликнинг охириги 2 ойида витамин D ёки балиқ мойи ичиб туриш, ультрабинафша нурга тушиб, 18—20 та сеанс олиш). Моддий-маиший жиҳатдан ноқулай шароитларда яшайдиган, очиқ ҳаво ва офтобдан кам баҳраманд бўлиб, кам ҳаракат қиладиган ҳомиладор аёлларда, тез-тез бўйида бўлиб турадиган аёлларда ва гиповитаминоз D аломатлари (тишлар қариеси, суяклар остеопорози ва бошқалар) бор барча ҳомиладорларда антенатал профилактика ўтказилади.

Туғруқдан кейинги даврда асосий носпецифик профилактик чора-тадбирлар қуйидагилардан иборат бўлади: 1) болани кўкрак бериб туғри эмизиб боқиб бориш ва сабзавот ёки мева шореларини вақтида бериб туришга ўтиш; 2) болага парвариш қилган маҳалда гигиена қоидаларига ва боланинг ёшига туғри келадиган кун тартибига риоя қилиб, болани очиқ ҳавода узоқ олиб юриш; 3) чиниқтирадиган муолажаларни қўлланиш (ҳаво, ёруғлик-ҳаво ванналари ва бошқаларни); 4) массаж ва гимнастикадан кенг фойдаланиш; 5) болани инфекцион касалликлардан мумкин қадар асраб, эҳтиёт қилиш. Умумий профилактик чора-тадбирлар билан бир қаторда витамин D билан специфик рахит профилактикаси ўтказилади: ой-куни етиб туғилган болаларга ҳаётининг биринчи ойдан бошлаб, чала туғилган болаларга 1—2 ҳафталик бўлган вақтидан бошлаб шу витамин бериб борилади.

Рахит профилактикаси учун витамин D нинг мойдаги эритмаси қўлланилади, бу эритма ҳар хил концентрацияли қилиб чиқарилади. Боланинг витамин D га бўлган энг кам, яъни минимал суткалик эҳтиёжи 500 ХБ ни ташкил этади, бироқ, йилнинг куз-қиш ҳамда баҳор фаслларида, қуёш нурлари кам бўладиган маҳалларда, айниқса, шимол районларидаги болаларда суткалик дозани 1000—2000 ХБ гача, чала туғилган болаларда эса 3000 ХБ гача ошириш тавсия этилади.

Витамин D<sub>2</sub> (эргокальциферол) мойдаги ва спиртдаги эритмалар кўринишида чиқарилади (11-жадвал).

#### 11 - ж а д в а л

##### Мой ва спиртдаги D<sub>2</sub> эритмаларининг концентрацияси

Эритма хили	Витамин D <sub>2</sub> концентрацияси, ХБ	
	1 мл да	1 томчида
Мойдаги эритмаси	50 000	1400—1600
→→→	200 000	6000—7000
Спиртдаги эритмаси	200 000	4000—5000



Рахит профилактикаси учун витамин D концентрацияси камроқ бўладиган мойдаги эритмани ишлатган маъқул. Витамин D нинг мойдаги эритмаси бўлмаса, спиртдаги эритмасидан фойдаланилади.

Витамин D томчилари кўз томизғичи билан ўлчаб олинади, спиртдаги эритмаси эса 1 чой қошиқ қайнаган сув ёки кўкрак сути билан суюлтирилади.

Профилактика мақсадида витамин D ни ҳаётининг бутун 1-йили давомида ҳар кун и бўлиб-бўлиб бериладиган дозаларда бериб бориш ҳаммадан кўра мақсадга мувофиқ.

Бола ноқулай иқлим шароитларида яшаб, аралаш ёки сунъий овқатлар билан боқиб келинаётган, ҳавога кам чиқадиган бўлса, у вақтда витамин D дозаси суткасига 4000—5000 ХБ гача оширилади ва 1½—2 ой давомида бериб борилади. Сўнгра бу доза камайтирилади ва кейинчалик болага ҳар кун и 1000—2000 ХБ дан бериб турилади.

Рахит профилактикаси учун «витамин зарблари» методидан фойдаланса бўлади, бунда болага 6—8 ҳафта давомида ҳафтасига бир марта 20 000 ХБ дан витамин бериб турилади. Бу метод бўйича ўтказиладиган профилактикани патронаж ҳамшира ё поликлиникада ёки боланинг уйида амалга оширади. Чала туғилган болаларда, интеркуррент касалликлар билан тез-тез оғриб турадиган болаларда рахит профилактикаси зичлаштирилган методга мувофиқ витамин D юбориб туриш йўли билан амалга оширилади, бунда 10—12 кун давомида болага 200 000—400 000 ХБ витамин берилади.

«Малютка» ёки «Малиш» аралашмаларини олиб турадиган болаларга одатда витамин D буюрилмайди, чунки шу аралашмаларнинг ўзида бу витамин бўлади.

Ҳаётининг 2-йилини яшаб келаётган болаларда витамин D нинг ҳозир кўрсатиб ўтилган дозалари билан рахитга қарши вақт-вақтида, одатда баҳор ва куз-қиш пайтларида профилактика ўтказиб турилади. Қиш узоқ давом этиб қаттиқ келадиган, тоза ҳаво билан офтобда кам бўладиган жойларда болалар 3 яшар бўлгунча рахитга қарши профилактика ўтказиб борилади.

Шуни назарда тутиш керакки, боланинг индивидуал хусусиятларига, атрофдаги муҳит шароитларига, специфик ва носпецифик профилактиканинг қолган чора-тадбирлари амалга оширилган-оширилмаганига қараб витамин D нинг юқорида кўрсатиб ўтилган дозаларини ўзгартириш мумкин.

Рахит профилактикаси учун витаминга бойитилган медицина балиқ мойи тавсия этилади, бунинг 1 миллилитрида 150—200 ХБ витамин D ва 500 ХБ витамин А бўлади. Медицина балиқ мойини витамин D нинг синтетик препаратлари билан бирга буюриш мумкин, лекин бунда витаминнинг умумий миқдорини ҳисобга олиш зарур. Балиқ мойи бола бир ойлик бўлган маҳалидан бошлаб, 3—5 томчидан кунига 2 маҳал буюрилади ва дозаси аста-секин ошириб борилади, бола 2 ойлик бўлганида кунига 2 маҳал ½ чой қо-

шиқдан, 3 ойликка тўлганидан кейин эса кунига 2 маҳал 1 чой қошиқдан балиқ мойи олиб туриши керак.

Балиқ мойини болани овқатлантираётган маҳалда ёки овқатдан кейин берган маъқул. Чала туғилган болаларга то 2 ойлик бўлгунча балиқ мойи, шунингдек, мойдаги витамин D буюрмаслик ўринлидир (бундай болалар ёғларни яхши ўзлаштира олмайдиган бўлгани учун).

3 ойликкача бўлган, кўкрак бериб, боқиб келинаётган болаларга 1—1½ ой давомида кальций препаратлари буюриш керак (5—10% ли кальций хлорид эритмасини 1 чой қошиқдан кунига 2 маҳал ёки кальций глюконатни 0,25—0,5 г дан кунига 2—3 маҳал). Сунъий усулда боқиб келинаётган болаларга қўшимча равишда кальций ичириб туришнинг ҳожати йўқ, чунки сигир сутида бу модда етарли миқдорда бўлади.

Куз-қиш даврида заруриятга қараб 20—25 сеансдан иборат 1—2 курс билан бола ультрабинафша нурга солинади. Бу вақтда витамин D препаратларини ичириш тўхтатилади. Сили бор болаларни ультрабинафша нурга солиш тўғри келмаслигини эса тутиш керак.

Рахит профилактикаси учун сўнгги йилларда видеин қўлланилмокда) бу препарат витамин D билан оқсилнинг сарғиш-оқ тусли порошок кўринишидаги бирикмаси бўлиб, таъми йўқ. Унинг афзалликлари қуйидагилардан иборат: 1) касалликлар пайтида зарарли эндоген омиллар таъсирига чидамли; 2) тўпланиб бориш хусусиятига эга; 3) ножўя таъсири йўқ; 4) дозалари қулай. Видеиннинг профилактик дозаси 0,25 мг (50 000 ХБ) ни ташкил этади, уни бола бир ойлик бўлган маҳалидан бошлаб 12 кун давомида кунига бир мартадан бериб борилади. Чала туғилган болаларга видеин 18—20 кун давомида худди бояги дозаларда 2 ҳафталик бўлган маҳалдан бошлаб буюрилади.

Цитрат аралашмалар (250 мл сувга 25 г дан лимон кислота билан натрий цитрат) ни бир ой давомида 1 чой қошиқдан кунига 2—3 марта бериб туриш мумкин. Бундай курсни 1—2 ойдан кейин такрорласа бўлади. Цитрат аралашмаси ўрнига лимон ёки анорсувини тавсия этиш мумкин.

Профилактик воситаларнинг наф берадиган бўлиши учун уларни жуда диққат билан ва мунтазам равишда ишлатиб бориш мутлақо шарт. Рахитнинг оғир формалари бошланиши эҳтимол бўлган болаларда (чала туғилган, ноқулай турмуш шароитларида яшайдиган, сунъий усул билан боқиб келинаётган, йилнинг кеч кузи ва қиш фаслларида туғилган болаларда) бу касаллиқнинг олдини олиш ишида, айниқса, сабру тоқат қилиш зарур бўлади.

**Д а в о с и.** Давонинг асосий методлари боланинг диетогигиена режимини тўғри ташкил этиш, витамин D, физиотерапияни қўлланиб боришни ўз ичига олади.

Боланинг овқати унинг оқсиллар, ёғлар, углеводлар, витаминлар ва микроэлементларга бўлган эҳтиёжини жуда бекаму кўст қондирадиган бўлиши керак. Ярим ёшга тўлмаган бола учун энг

яхши овқат кўкрак сутидир, бола аралаш ва сунъий йўл билан боқилаётган бўлса, нордон сут аралашмалари (кефир) ҳаммадан яхши овқат бўлиб ҳисобланади. Сабзавот ва мева сувлари кўринишида витаминлар ва минерал тузлар, шунингдек, витамин ҳамда тузларга бой қўшимча овқатни вақтида бериб бориш жуда муҳим. Бола қандай усулда боқиб келинаётганидан қатъий назар, бир ойлик бўлган маҳалидан бошлаб мева сувлари (биринчи галда, яхшиси, олма суви) олиб туриши керак, мева сувлари олдини-га  $\frac{1}{2}$  чой қошиқдан кунига 2—3 маҳал бериб борилади ва дозаси аста-секин оширилиб, бола 2—3 ойлик бўлгани маҳалида кунига 2—3 маҳал 1 ош қошиққа етказиб бериб туриладиган бўлади. 3 ойликдан бошлаб 30—50 г миқдорда олма пюреси буюрилади. Бола 3—4 ойлик бўлганидан бошлаб овқатига тухум сариғи қўшилади (тухум сариғида витамин А, D, фосфор, кальций тузлари бўлади), тухум сариғи олдини-га оз-оздан бериб борилади (уни эмульсия ҳолига келгунча кўкрак сутида ийланади) ва ярим ёки бутун тухум сариғига етказилади. Вирус касалликлари профилактикаси ва организмнинг аллергияга учрашига йўл қўймаслик мақсадларида тухум сариғини пиширилган ҳолда бериш керак. Рахит маҳалида дастлабки қўшимча овқат минерал тузларга бой сабзавот (картошка, гулқарам, оқ қарам, сабзи, шолғом) пюреси кўринишида бола 4 ойлик бўлган маҳалида берилма бошлайди. Иккинчи қўшимча овқат тариқасида боланинг 5—6 ойлик маҳалида қора буғдой ёки сули бўтқалари бериб турилади, булар кальций, фосфор, темир тузларига бой бўлади; манная ёрмаси ва гуруч шу жиҳатдан олганда унча қимматли эмас. 5—6 ойлик болага ҳафта-сига 2—3 марта 1—2 чой қошиқдан пишириб эзилган жигар ёки икра бериб туриш фойдалидир (бунда витамин D ва бошқа витаминлар, тўла қимматли аминокислоталар, ёғлар, минерал тузлар бўлади). 7 ойликдан бошлаб гўштли шўрва суви ва 8 ойликдан бошлаб гўшт бериб туриш ҳам моддалар алмашинувининг кучайишига, ҳам организмнинг фосфор тузлари, тўла қимматли оқсил билан бойиб боришига олиб келади.

Ҳўл мева ва янги сабзавотлар бўлмаса, консервланган маҳсулотлардан фойдаланиш керак, булар юқори сифатли хом ашёдан тайёрланади. Масаллиқнинг ниҳоятда майин қилиб гомоген ҳолга келтирилгани (майда дисперс ҳолда бўлиши), унга витамин А, В комплекси, витамин С қўшилиши, масаллиқнинг табиий мазасини сақлаб қолингани туфайли бу консервалар осон сингади ва ишлатиш учун жуда қулай бўлади. Рахит билан оғриган боланинг овқатида бўтқалар, сухари, печенье, болалар уни, талқон, макарон маҳсулотлари кўп бўлишига йўл қўймаслик керак, чунки улардаги фосфор яхши сингмайдиган шаклда бўлади ва ацидозга мойиллик туғдиради.

Даво учун бериладиган витамин D дозаси боланинг ёшига боғлиқ эмас, унинг дозаси рахит процессининг оғир-енгиллиги, боланинг қай усулда боқилаётгани ва қандай шароитларда яшаётганига қараб белгиланади.

Рахитга витамин D<sub>2</sub> билан даво қилишнинг бир нечта методи бор. Шулардан ҳаммадан кенг расм бўлгани ва кўпроқ наф берадигани препаратни ҳар куни ўртача терапевтик дозаларда 1½—2 ой давомида бериб туришдир.

Қуйида рахитнинг ҳар хил формаларида бериладиган витамин D дозаларининг тахминий схемаси ва даво курсининг қанча давом этиши, шунингдек, ҳар хил концентрациядаги витамин D нинг турли дозаларини томчиларга айлантириб ҳисоблаш жадвали келтирилган (12, 13-жадваллар).

12 - ж а д в а л

**Ҳар хил оғирликдаги рахит маҳалида бериладиган витамин D ва видеин дозалари ҳамда даво курсининг муддати**

Рахитнинг даври	Суткалик дозаси	Курс дозаси	Даво-лаш курсининг муддати, кунлар
-----------------	-----------------	-------------	------------------------------------

**Витамин D**

<b>Башланғич даври</b> (I даражаси)	10 000—15 000 ХБ	500 000—600 000 ХБ	30—60
Авжига чиққан даври (I—II даражаси)			
Ўткир ўтиши	15 000—20 000 ХБ	600 000—800 000 ХБ	10—14
ярим ўткир ўтиши	15 000—20 000 ХБ	1 000 000 ХБ	30—45
III даражаси	20 000—25 000 ХБ		45—60

**Видеин**

I даражаси	0,5 г (100 000 ХБ)	600 000—800 000 ХБ	6—8
II даражаси	0,5 г (100 000 ХБ)	800 000—1 200 000 ХБ	8—12
III даражаси	0,5 г (100 000 ХБ)	1 200 000—1 600 000 ХБ	12—16

Эслатма. Витамин D овқат маҳалида ичирилади, видеин ҳам ичирилади: порошogi бир чой қошиқ кукрак сути, сигир сути ёки бўтқага аралаштириб берилади.

13 - ж а д в а л

**Витамин D нинг томчилар ҳисобидаги дозалари**

Витамин D эритмасининг тури	1 мл даги ХБ лар сони	1 мл даги томчилар сони	1 томчидаги ХБ лар сони	Турли витамин дозасидаги томчилар сони				
				3000 ХБ	5000 ХБ	10 000 ХБ	15 000 ХБ	20 000 ХБ
Мойдаги эритмаси	50 000	30	4700	2	3	6	9	12
Спиртдаги эритмаси	200 000	50—60	3500	1	2	3	4	6

Витамин D билан даво қилишнинг бошқа методларидан «витамин зарблари» билан даволашни кўрсатиб ўтиш керак, бунда витамин D 1—2 ой давомида ҳафтасига 1 марта 100 000 ХБ дан ёки 1—1½ ой давомида ҳафтасига 1 марта 200 000 ХБ дан бериб турилади. «Витамин зарблари» билан даволаш методи анча қулай методдир, чунки бунда витамин D нинг ҳафталик бутун дозаси бир йўла берилади.

Рахитга витамин D нинг зарбдор дозалари билан даво қилиш методи шундан иборатки, бутун курсга мўлжалланган доза суткасига 100 000—200 000 ХБ дан қисқа муддатда берилади. Зарбдор дозалар билан даво қилиш методи рахитнинг оғир ва асорат берган формаларида қўлланилади ва одатда стационарда ўтказилади.

II ва III даражали рахитда кўп касал бўлиб турадиган ва санитария-гигиена режими бузилган болаларда бу дарднинг зўрайиб кетиши ва кўзиб қолишига йўл қўймаслик учун витамин D билан даволашнинг асосий курси тугаганидан кейин 2 ой ўтгач, 10—12 кун давомида витамин билан даволаш курсини такрорлаш ва ҳар бир курсга кўпи билан 400 000 ХБ (суткасига 35 000—40 000 ХБ дан) витамин буюриш зарур.

Балиқ мойи ёки медицина мойи витамин D<sub>2</sub> билан даволаш ҳамда ультрабинафша нур беришга қўшимча воситадир. Ҳайвон ёғи иштирокида витамин D нинг организмда сингиши ва синтезланиши осонлашади; бундан ташқари, шу хилдаги ёғда талайгина миқдор витамин A бўлади ва у асосан сингидиган ёғ кислоталаридан иборат. Фақат балиқ мойи билан даволаш амалда тўғри келмайди, чунки бундай ҳолларда бу мойни катта-катта миқдорларда буюриш зарур бўлади.

Витамин D дозаси ошириб юборилганида ва бу витамин суриштирмасдан ишлатилаверганида гипervитаминоз D га алоқадор токсик ҳодисалар кузатилиши мумкин (209-бетга қаралсин).

Рахитнинг комплекс давосига ультрабинафша нур бериб туриш киради, бу муолажа ҳар кунги ёки кунора буюриб туриладиган 15—25 сеансдан иборат курс тариқасида ўтказилади, бунда экспозиция муддати аста-секин ошириб борилади. (1/8—1/4 биодозадан бошланади, экспозиция аста-секин ошириб борилиб, горелкадан 200 см масофада 2½—4 биодозага етказилади).

Рахитнинг бошланғич даврида ва I даражасида болага бир курс ультрабинафша нур бериш буюрилади (15—20 сеанс), кейин витамин D препарати ва балиқ мойи билан профилактика ўтказилади. Қасаллик авжига чиққан маҳалида ва айниқса, рахитнинг II ва III даражаларида болани ультрабинафша нурга солиш 2—3 ой оралаб такрорлаб турилади. Нур бериш курслари ўртасидаги оралиқларда бола витамин D билан даволаб борилади. Витамин D ва ультрабинафша нурларни бир йўла буюриш мақсадга мувофиқ эмас.

Ёз кезларида симоб-кварц лампасидан нур бериш ўрнига қуёш ванналаридан фойдаланиш мумкин. Бироқ бу ванналар I яшар-

дан катта болаларда, доимий врач контроли остида қўлланилади. Даво курсига ҳаммаси бўлиб 25—30 қуёш ваннаси буюрилади, буларнинг муддати 2 минутдан 30 минутгача бўлади.

Туберкулин билан ўтказиладиган Манту синамаси мусбат чиққанида, сезиларли спазмофилия, диспептик ўзгаришлар бўлганида, II ва III даражали гипотрофиялар маҳалида, сезиларли анемия бор пайтда, тана температураси кўтарилиб турган маҳалда ультрабинафша нур бериш ва қуёш ванналарини қўлланиш тўғри келмайди.

Рахитга юқорида кўрсатиб ўтилган ҳар қандай методлар билан даво қилиш курсидан кейин болага профилактик дозаларда витамин D ва балиқ мойи буюриш керак.

Бола кўкрак бериб эмизиб боқиб келинаётган бўлса, витамин D ёки ультрабинафша нур билан даволаш маҳалида кальций препаратларини бериб туриш лозим (5—10% ли кальций хлорид эритмасини 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал ёки кальций глюконатни 0,25—0,5 г дан кунига 3 маҳал).

Фосфор препаратлари: 1 ой давомида 0,1—0,2 г дан кунига 2—3 маҳал фитин, кальций глицерофосфат бериб туриш тавсия этилади.

Комплекс давога қўшиб, 1 чой қошиқдан кунига 3—4 маҳал цитрат аралашмалар бериб туриш керак (35 г лимон кислота, 25 г натрий цитрат ва 250 мл сув).

Қасалликнинг ҳамма формаларида даво препаратлари комплексига, албатта, аскорбинат кислота (суткасига 300 мг дан) ва тиамин (суткасига 10 мг дан) қўшилади.

Рахитга, айниқса, бу қасаллик хомсемиз болаларда узоқ давом этиб борганида қилинадиган давонинг ёрдамчи методлари тузли ва игнабаргли ванналар буюришдир. Тузли ванналар (10 л сувга 100 г натрий хлорид) болаларга 6 ойлик бўлганидан кейингина буюрилади, холос. Сув температураси 1 ёшгача бўлган болалар учун 36°C дан аста-секин 32°C гача, ёшидан ошган болалар учун эса 30°C гача пасайтириб борилади. Ванна 3 минутдан 5 минутгача давом этади. Даво курсига кунора 10—15 ванна буюрилади. Ҳолдан тойган ва осон қўзғаладиган болаларга тузли ванналар тўғри келмайди.

Игнабаргли ванналар (10 л сувга игнабарг экстрактидан 1/2 ош қошиқ) ҳам 6 ойдан ошган қўзғалувчан озғинроқ болаларга, айниқса, ёқади. Даво курсига кунора 5—10 минутдан 15—20 ванна буюрилади, сув температураси 35—36°C бўлади.

Рахитга комплекс даво қилишнинг муҳим таркибий қисми массаж билан гимнастикадир, ўткир ўтиб бораётган рахитнинг авжига чиққан маҳалини айтмаганда, булар рахит билан оғриган деярли ҳамма болаларга зарур бўлиб ҳисобланади. Массаж билан гимнастика кўпгина система ва органларга таъсир кўрсатиб беморларнинг умумий аҳволи анчагина яхшиланишига, мотор функциялари аслига келиб, тез ривожланиб боришига ёрдам беради.

Гипервитаминоз D витамин D дозаси ошириб юборилганида, бу витаминни суриштирмасдан ишлата берганда, буюрилган витаминнинг миқдори рахитнинг даражаси билан оғирлигига тўғри келмаганида, шунингдек, организмнинг витаминга сезирлиги кучайиб кетган маҳалда бошланиши мумкин. Бунда айниқса, бола сунъий усул билан боқиб келинаётган бўлса, ичакда кальций сурилиши анча кучайиб, гиперкальциемия вужудга келади, бу — нерв системаси, юрак-томирлар системаси фаолляти, буйраклар функцияси бузилишига олиб келади. Мана шундай ҳолларда найсимон суякларнинг ўсиш зоналарида бир талай миқдорда кальций тузлари тупланиб қолади.

**К л и н и к а с и.** Гипервитаминоз D нинг кўринишлари анча хилма-хил: билинмайдиган, латент формаларидан тортиб, то сезиларли токсикоз аломатлари билан ўтадиган жуда оғир хилларигача учрайди. Тажанглик, бўшанглик, сусткашлик, уйқучанлик, уйқунинг бузилиши сингари аломатлар ҳаммадан эрта пайдо бўлади. Кейинчалик бундай болаларда иштаҳа ёмонлашиб, ҳадеганда барҳам топмайдиган анорексия ҳам бошланади, боланинг ичи қотиб, у ҳадеб чанқайверади, тез-тез сийиб туради, кўп терлайди, оғир ҳолларда клоник ва тоник талвасалар бошланади. Дистрофия авж олиб боради (олдинига тана вазни, кейинчалик эса бўй ҳам ўсишда орқада қола бошлайди), юрак тонлари бўғиқроқ бўлиб эшитилади, тахикардия, артериал гипотония бошланади, жигар катталлашиб кетади. Сийдикда кальций миқдори кескин ортиб кетадики, Сулкович синамаси ёрдамида буни топиш осон. Сулкович реактиви (2,5 г оксалат кислота, 2,5 г аммоний оксалат, 5 г муз сирка кислота, 150 мл дистилланган сув) икки ҳисса миқдорда олинган сийдик билан аралаштирилади. Соғлом болаларда аралашмада ўша заҳоти ёки бир неча секунддан кейин сутга ўхшаш лойқаланиш пайдо бўлади, гиперкальциурияда аралашма дарҳол жуда лойқа бўлиб кетади, гипокальциурияда тиниқлигича қолаверади.

Гипервитаминоз D га даво қилиш учун: 1) витамин D беришни тўхтатиш; 2) сигир сути ва кальцийга бой бошқа масаллиқлар миқдорини чеклаш; 3) болага ичириш, терисининг остидан, венасидан (томчилаб туриб) юбориш учун кўп миқдорларда изотоник натрий хлорид эритмаси ёки Рингер эритмаси буюриш; 4) венадан гемодез, полиглюкон, 5% ли глюкоза эритмаси юбориб туриш; 5) 1—1½ ойга витамин B<sub>1</sub> (4—5 мг), аскорбин кислота (суткасига 200—300 мг), витамин A (10 000—15 000 ХБ) буюриш; 6) оғир ҳолларда преднизолон қўлланиш зарур (8—10 кун давомида камайиб борадиган дозаларда 1 мг/кг дан).

Кўп қусиш ва сезиларли токсикоз билан ўтаётган оғир формаларидагина чой-сув паузаси буюрилади (кўпи билан 8—10 соатга). Интоксикациянинг дастлабки кунларида бола учун ҳаммадан яхши овқат кўкрак сути (кальций тузлари камроқ бўлади), сули

бўтқасидир (4—5 ойликдан катта болаларга). Овқат рационига 3—4-кундан бошлаб қирилган олма, мева, сабзавот пюреси, мева шарбат қўшилади.

### СПАЗМОФИЛИЯ

Спазмофилия — ёш гўдак болалар учун характерли касалликдир. Бу касаллик фақат деярли ҳаётининг дастлабки икки йилини яшаб келаётган болаларда учрайди. Кўпгина болаларда бу касаллик яширин, латент ҳолда ўтади ва болаларнинг бир қисмидагина характерли клиник симптомлар билан юзага чиқади.

Спазмофилия билан рахитнинг бир-бирига алоқадорлиги ҳаммага маълум. Кўпчилик тадқиқотчилар спазмофилия билан рахит патогенетик жиҳатдан олганда кальций билан фосфор алмашинуви бузилишининг иккита ҳар хил фазаси бўлиб, организмда витамин D етишмовчилиги натижасида пайдо бўлади, деб ҳисоблайди. Спазмофилия маҳалидаги алмашинувнинг ўзига хос хусусиятлари сезиларли гипокальциемия (рахитда ўртача бўлади), алколоз (рахитда — ацидоз), паратиреоид безлар гипофункцияси (рахитда бу безларнинг функционал активлиги кучаяди)дан иборат деб ҳисоблаш керак.

Спазмофилиянинг асосий клиник кўринишларига — спазм билан талвасаларга кальцийнинг жуда етишмай қолиши ва шу муносабат билан нервлар қўзғалувчанлигининг кучайиб кетиши сабаб бўлади.

Спазмофилия йилнинг ҳар қандай фаслида ҳам бўлаверади, лекин, айниқса, кунлар булут бўлиб турган маҳалда бирдан очилиб, офтоб чиқиб кетадиган баҳор кезлари ҳаммадан кўра кўпроқ бўлади.

Температура кўтарилиши билан ўтаётган қандай бўлмасин бирор касаллик, меъда-ичак касалликлари вақтида тез-тез қусиш, шунингдек, боланинг қаттиқ йиғлаб безовталаниши, қўрқиши ва бошқалар спазмофилия тутиб қолишига важ бўлиши мумкин.

**К л и н и к а с и.** Рўй рост спазмофилия учта клиник формада: ларингоспазм, карпопедал спазмлар ва эклампсия формаларида юзага чиқади.

Энг кўп учрайдиган формаси ларингоспазм, яъни овоз тирқшининг торашиб қолишидир. Бола тинч турган маҳалда ёки қандай бўлмасин бирор тарзда зўриққан, ҳаяжонланган пайтда тўсатдан нафас олиш қийинлашиб, нафас вақтида ўзига хос хириллаш эшитилади. Ларингоспазмнинг кўпроқ ифодаланган формасида своз тирқши юмилиб, боланинг юзида қўрқув ифодаси пайдо бўлади, у оғзини очиб, «ҳаво олмоқчи бўлади», баданининг териси кўкариб, юзи билан гавдаси муздек тер билан қопланади. Бир неча секунддан кейин бола шовқин билан нафас олади ва нафаси аста-секин аслага келиб боради. Ларингоспазм кун давомида такрор-такрор тутиб туриши мумкин.

Кўпчилик болаларда ларингоспазм эсон-омон ўтиб кетади, би-



роқ нафас узоқ тўхтаб турадиган бўлса, баъзан бола ўлиб қолиши ҳам мумкин.

Спазмофилиянинг иккинчи формаси — карпопедал спазмлар, яъни қўл-оёқ мускуллари, айниқса, панжа мускулларининг тоник қисқариб туриши камроқ учрайди. Айни вақтда бола ғалати кўринишга кириб қолади: елкалари гавдасига тақалиб, қўллари тирсак бўғимларидан букилган, панжалари настига туширилган бўлади, бош бармоғи ҳамиша кафтга тақалиб туради; қолган бармоқларнинг асосий фалангалари метакарпал суяклар билан тўғри бурчак ҳосил қилади; бунда II ва III фалангалар ёзилиб турган бўлса, акушер қўли деган қўл ҳолати ҳосил бўлади. Бироқ, кўпинча, бошқа бармоқлар ҳам кафтга тақалган ҳолда туради, шунга кўра қўл панжаси мушт қилиб туйнлган бўлади.

Оёқ мускулатураси ҳам худди шунга ўхшаш ҳолатда бўлади: чаноқ-сон ва тизза бўғимлари, кўпинча, букилган, оёқ панжаси *res equinus* ҳолатида туради, оёқ бармоқлари ва оёқ панжасининг бутун гумбаз оёқ тагига қараб кескин букилган ҳолатда бўлади, шунга кўра оёқ тагининг териси бурмалар ҳосил қилади. Қўл-оёқлар мускулларининг шундай спазми бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши ва қайталаниб туриши мумкин.

Спазмофилиянинг ҳаммадан кам учрайдиган, ammo энг хатарли бўладиган формаси эклампсиядир. Эклампсия бутун танадаги кўндаланг тарғил ва силлиқ мускулларга тарқаладиган клоник-тоник талвасалар билан юзага чиқади. Унинг тутиб қолиши, одатда, оғиз бурчаги ёки кўз яқинидаги юз мускулларининг, олдинига кўпроқ бир томонда, тортишиб туришидан бошланади. Сўнгра қўл-оёқ мускулларининг тортишиши қўшилади, нафас мускуллари ногўғри қисқариб, калта-калта ҳаво олиш билан нафас узилиб қолади, цианоз пайдо бўлади. Энас мускуллари тортишиб қисқариб боради (ригидлик пайдо бўлади), чайнов мускуллари қисқариб турганлигидан оғизда кўпик пайдо бўлади. Боланинг аъзойи бадани терга тушиб, қовуғи билан ичи, кўпинча, беихтиёр бўшалади. Қасаллик тутиб келаётган пайтда, одатда, бола ўзидан кетиб қолади. Талвасалар узоқ давом этадиган бўлса, тана температураси юқори рақамларгача кўтарилади. Талвасалар, кўпинча уйқу маҳалида бошланади. Талваса тутиши бир неча минутдан бир неча соатгача давом этиши мумкин, лекин баъзан болада бир неча соат давомида ҳам талвасалар деярли тўхтамайди. Равшанки, бундай ҳолат ниҳоят даражада хатарли, чунки талвасалар маҳалида юрак ёки нафас тўхтаб қолиши мумкин.

Тоник ва клоник талвасалар якка ҳолда ҳам, бир-бирига ҳар хил тарзда қўшилган ҳолда ҳам пайдо бўлиши ёки кетма-кет тутиб турадиган бўлиши мумкин.

Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларда асосан клоник талвасалар кўпроқ кузатилса, ёшидан ошган болаларда кўпроқ тоник талвасалар кузатилади.

Спазмофилиянинг латент ёки яширин ўтадиган формаси болаларда рўйи рост формасига қараганда анча кўп учрайди.

Латент спазмофилиянинг энг доимий симптомларидан бири Хвостек симптоmidир. Fossa canina (ёноқ равоғи билан оғиз бурчаги ўртаси)га бармоқ билан оҳиста тукиллатиб уриб кўриш ўша заҳоти тегишли томондаги оғиз, бурун ёки кўз қовоғи мускулларининг қисқариши ёки тортишиб қолишига сабаб бўлади.

Бола йиғлаб турган, шу сабабдан Хвостек симптомини юзага келтириш мумкин бўлмаган маҳалда Лустнинг перонниал симптомини аниқлаб кўриш керак: п. regineus нервини таъсирлаб кўриш учун кичик болдир суяги бошчасининг орқаси ва сал пастига болғача билан уриб кўрилади. Айни вақтда боланинг болдирини чап қўл билан ушлаб, оёқ панжаси эркин осилиб турадиган ҳолда тутилса, бола оёқ панжасини дорзал томонига букиб, сал ташқари томонга узоқлаштиради.

Яширин спазмофилиянинг периферик нервлар механик қўзғалувчанлиги кучайишидан пайдо бўладиган симптомлари жумласига Труссо симптоми ҳам киради. Боланинг елкаси томир-нерв дастасига жгут, манжетка ёки шунчаки бармоқлар билан бир неча минут босиб туриладиган бўлса, қўлининг панжаси, мускуллари тортишиб қисқариб қолиши туфайли «акушер қўли» ҳолатига киради. Бу симптом Хвостек симптоми каби доимий бўлавермайди.

Спазмофилиянинг юқорида тасвирлаб ўтилган кўринишлари болаларда бир-бири билан ҳар хил тарзда қўшилган ҳолда учрайди, тегишлича даво қилинмайдиган бўлса, булар қайталаниб туриши, яъни рецидивлиниши мумкин. Спазмофилия билан рахитнинг бирга қўшилиши болада нафас органлари касалликлари пайдо бўлиш хавфини туғдиради.

Даво с.и. Умумий клоник-тоник талвасалар тутиб турган ва ларингоспазм бошланиб қолган маҳалларда шошилиш чораларни кўриш керак. Тинч шаронт яратиб, боланинг бошини сал ёнга бурган ҳолда уни ётқизиб қўйиш, лат емаслиги учун боши билан қўл-оёқларини оҳиста ушлаб туриш зарур. Қислород билан даво қилиш, яъни кислородотерапияни таъминлаб бериш керак. Талвасаларни бартараф этиш учун қуйидагилар ишлатилади: 1) клизма ҳолида юбориш учун 20—30 мл миқдорда 2% ли эритма кўринишидаги хлоралгидрат (температураси 38—40°С, хлоралгидрат билан клизма қўйишдан аввал болага ичини тозалайдиган клизма қилиш зарур), талвасалар тўхтамайдиган бўлса, 20—30 минутдан кейин хлоралгидратдан такрор клизма қилиш мумкин; 2) мускуллар орасига юбориш учун 0,2 мл/кг ҳисобидан 25% ли эритма кўринишида олиниб, 2 мл 0,5—1% ли новокаин эритмасига қўшилган натрий сульфат (магнезий сульфат); 3) ичириш ва шамлар кўринишида ҳар сафар 0,005—0,01—0,015 г дозада бериш учун фенобарбитал, клизма ёки шамлар кўринишида ҳар сафар 0,01—0,015 г дан ишлатиш учун барбамил. Талваса хуружлари тана температураси кўтарилиши билан бирга давом этаётган бўлса, 1 кг тана вазнига 1 мг ҳисобидан 2,5% ли аминазин эритмасини мускуллар орасига юбориш ўринлидир. Клоник-тоник талвасалар тез-тез тутиб турган, катта лиқилдоқ дўмбайиб чиқиб қолган ҳол-

ларда орқа мияни пункция қилиб, 8—10 мл суюқлик олиб ташлаш зарур.

Ларингоспазм хуружларини бартараф этиш учун баъзан болага совуқ сув сепиш, думбаларига уриб кўриш йўли билан унга умумий таъсир бериш, тил илдизини, томоқ деворларини таъсирлантириш, бир неча марта юракни массаж қилиш, биринчи нафас пайдо бўлгунча сунъий нафас олдириш кифоя қилади.

Талвасалар бартараф этилганидан кейин бир неча кун давомида кунига 2 маҳалдан фенобарбитал, дифенин ва бромидлар бериб турилади. Кунига 4—6 маҳал бир чой ёки десерт қошиқдан 10% ли кальций хлорид ёки кунига 3—4 маҳал 2—3 г дан кальций глюконат, ё бўлмаса кунига 4—6 маҳал бир чой қошиқдан 10% ли аммоний хлорид эритмаси ичириб туриш буюрилади.

Сезиларли спазмофилия белгилари бўлганда болани 8—12 соат давомида оч қолдириб, унга фақат сув ичириб туриш буюрилади, бунда касал суюқ чой, ҳар хил мева шарбатлари кўринишида мўл-кўл суюқлик олиб туради. Шундан кейин эмадиган болаларга кўкрак сути ёки кефир, сунъий усул билан боқиб келинаётган болаларга донордан олинган кўкрак сути, нордон аралашмалар берилади. Бирмунча каттароқ болаларга сабзавот пюреси, сухари билан чой, турли мева шарбатлари кўринишида углеводли овқат буюрилади.

Кальций препаратларини бериб бўлгандан кейин 3—5 кун ўтгач, агар спазмофилия симптомлари йўқолиб кетган бўлса, рахитга қарши даво қилиб борилади.

Спазмофилияга қарши профилактика чоралари умуман рахит профилактикаси билан бир хил. Болани кўкрак бериб эмизиб боқишнинг профилактика жиҳатдан аҳамиятли эканлигини яна бир марта таъкидлаб ўтиш зарур. Сунъий йўл билан боқиб келинаётган болаларда бу касалликнинг олдини олиш учун кўриладиган чоралар керакли миқдорларда нордон аралашмаларни буюриш, ўз вақтида С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, РР, D витаминларини бериб туриш, шу билан бирга боланинг овқатини меъёридан ошириб юбормаслик тадбирларини кўришдан иборат бўлиши керак. Болани ҳар қандай инфекцион касалликлардан имкони борича эҳтиёт қилиш зарур, чунки булар талваса хуружлари бошланиб қолишига сабаб бўлади. Профилактика мақсадида 10% ли кальций хлорид ёки кальций глюконат кўринишида кальций бериб туриш мақсадга мувофиқдир. Болани ультрабинафша нурга солиб туриш ҳам мақсадга мувофиқ.

### ЭКССУДАТИВ ДИАТЕЗ

Болалар, айниқса, ёш гўдаклар патологиясида конституция аномалиялари ёки диатезлар алоҳида ўринни эгаллайди, булар организмнинг алоҳида бир ҳолатики, шундай ҳолатда организмнинг муайян ривожланиши давридаги функциялари ва моддалар алмашинувининг кўрсаткичлари узоқ муддат беқарор бўлиб турж-

ши билан фарқ қилади, нерв-регулятор механизмлари эса органларнинг туғри ишлаб, бутун моддалар алмашинувининг яхши боришини таъминлай олмай қолади.

Конституциясида аномалиялари бор болалар организмнинг туғма, наслдан ўтган, баъзан эса турмушда орттириб олган индивидуал хусусиятлари уни ташқи таъсиротларга жавобан патологик реакциялар кўрсатишга мойил қилиб қўяди. Организмнинг атрофдаги муҳитга мосланувчанлиги ўзгаради, ўзига хос реактивлик юзага келади, бир қанча касалликларга ва кўпинча жиддий асоратлар билан давом этадиган патологик процессларнинг ўзига хос тарзда ўтишига мойиллик пайдо бўлади.

Диатези бор болаларда физиологик таъсиротлар туфайли ва оддий турмуш шароитлари таъсири билан баъзан патологик реакциялар бошланиши мумкин. Бироқ, конституциясида аномалиялари бор болалар ҳамиша қандай бўлмасин бирор хилдаги касалликлар билан муқаррар оғрий беради, деб ўйлаш ярамайди. Бундай мойиллик организмга бир қанча ташқи омилларнинг таъсир этишига боғлиқ бўлади, шуларни билиб олинadиган бўлса, бу мойилликни юмшатиш ёки бартараф этиш мумкин.

Диатез ўз ҳолича олинганида ҳали касаллик эмас, у маълум бир таъсирчан омиллар кор этиши натижасида касалликка олиб келиши мумкин, холос. Ҳозирги вақтда болаларда учрайдиган конституция аномалияларининг қуйидаги хиллари ҳаммадан кўпроқ ўрганилган: экссудатив-катарал, лимфатик-гипопластик ва нерв-артритик диатезлар.

Болаларда экссудатив-катарал диатез ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. Бу диатез бадан териси ва шиллиқ пардаларнинг жуда нозик бўлиб, салга яра-чақа бўлиб кетиши, аллергия бўлиши, инфекцияларга қаршилиқнинг камайиб кетиши билан характерланади.

Иқлим, мавсумий омиллар таъсири, овқатнинг хили ва бошқа кўлгина сабабларга қараб болаларда бўладиган мана шу диатез гоҳида бирмунча кўп, гоҳида анча кам учрайди (10% дан 30% гача, камдан-кам ҳолларда 50% гача).

Экссудатив диатезнинг клиник аломатлари пайдо бўлишига олиб борадиган омиллар овқат аллергенлари (айниқса, овқатнинг оқсил ва ёғ моддалари — сигир сути, тухум), маҳаллий физик, химиявий таъсиротлар, иқлим, об-ҳаво шароитлари (совқотиш, иссиқлаб кетиш), эҳтиётдан эмлаш учун организмга юборилadиган дорилар ва бошқалардан иборат бўлиши мумкин.

Мана шу кўрсатиб ўтилган омилларнинг ҳаммаси, ҳар бири ўз ҳолича ёки бир-бири билан қўшилиб, болалар организмнинг ўзига хос преморбид ҳолатга келишига олиб боради, реактивлигининг ўзгариб, айнаб кетишига сабаб бўлади.

Экссудатив диатез ҳаётининг иккинчи йилини яшаб келаётган болаларда ҳаммадан кўра кўпроқ ифодаланган формада ўтади. Унинг дастлабки аломатлари болаларда 3—5 ойлик бўлган пайтда кўринади, лекин бундан кўра илгарироқ муддатларда ҳам қайд

қилиниши мумкин. Диатез бола ҳаёти биринчи йилининг иккинчи ярми билан иккинчи йилининг бошларида ҳаммадан кўра яққол намоён бўлади; бола ҳаёти иккинчи йилининг охирларида у сусаяди ва каттароқ бўлиб борган сайин кўпчилик болаларда йўқолиб кетади, лекин баъзи болаларда организм реактивлигининг бир қадар ўзига хослиги юмшанган шаклда сақланиб қолади.

**К л и н и к а с и.** Касаллик авжига чиққан маҳалда экссудатив диатез диагнози одатда боланинг юзига «ёзиб қўйилгандек» маълум бўлиб туради.

Диатезнинг барвақт пайдо бўлиб, доим учрайдиган аломатлари терида бўладиган ўзгаришлардир. Бу ўзгаришлар аввалига бошнинг сочли қисмида гнейс кўринишида юзага келади: катта лиқилдоқнинг тевараги билан

бош тепасида ёғли себорея тангачалари ҳосил бўлади. Мана шу себорея тарқалиб қоришга мойил бўлиб, ҳа деганда қайтавермаслиги билан ажралиб туради ва экземага айланиб кетиши мумкин. Гнейс билан бир вақтда одатда бадан бичилади; бадан бичилган жойлар олдиниغا чов, қўлтиқ ости соҳаларида, кейин эса қулоқларнинг орқаси, бўйинда, бўғим соҳалари ва тизза буқимларида бўлади. Бундай болалар яхши парвариш қилиб турилиши, пеленкалари етарли бўлиши, ҳар кун ванна қилиниб, терисининг бурмаларига тальк сепиб турилишига қарамай, уларда бадан бичилаверади, бадан бичилиши узоқ давом этиб, даво қилингани билан қайта қолмайди ва экземага айланиши ҳам мумкин. Теридаги мана шундай ўзгаришлар пайдо бўлганидан кейин боланинг лунжларида сутсимон пўст пайдо бўлади: лунжлар терисининг чекланган қисми қизариб қиқиб, унда оқ тангачалар, пуфакчалар вужудга келади. Пуфакчаларнинг суви аста-секин қуриб, қўнғир рангли қалин қора қўтирларга айланади. Кейинчалик (кўпинча болага сигир сути, баъзи мева сувлари, гоҳо балиқ мойи берилганидан кейин) теридаги касаллик аломатлари пилчираб турадиган экземага айланиб кетиши мумкин, бундай экзема боланинг бутун юзи билан баданига тез тарқалиб, бир қадар сидирға яра ҳосил бўлишига олиб келади, баданнинг баъзи жойларидагина ора-сира қизариб турган тери қолади. Мана шундай кўриниш юзда, айниқса, яққол ифодаланган бўлади (30-расм). Экзема одатда қаттиқ қичишиш билан бирга давом этади, бу ҳол



30-расм. Экссудатив-катарал диатезда терида пайдо бўлган ўзгаришлар.

боланинг безовталаниб, бесаранжом бўлиб қолишига, чеҳраси очилмай, уйқуси бузилишига ва қашланган жойлардан иккиламчи инфекция киришига сабаб бўлади. Бирмунча камроқ ҳолларда қуруқ экзема учрайди. Экзема аксари бир формадан иккинчисига айланиб туради.

Ешидан ошган болаларда теридаги ўзгаришлар қичима кўри-нишида намоён бўлади, булар кўпинча оёқлар, гоҳо қўлларнинг ёзувчи юзаларида учрайди, баъзан бутун баданга тарқалиб ке-тади.

Экссудатив диатезнинг иккинчи асосий аломати шиллиқ пар-даларнинг ўзгаришидир; болаларда тумов, конъюнктивит, блефа-ритлар, фарингитлар, ангиналлар, сохта круп, астматик компонент билан ёки бузис ўтадиган қайталанувчи бронхитлар тез-тез бўлиб туради. Шундай болалар ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланиши-га мойил бўлади, уларда сийдик чиқариш йўлларининг сурун-кала инфекциялари бўлиши мумкин. Шиллиқ пардалардаги ўзга-ришлар жуда арзимас сабаблардан пайдо бўлиб, узоқ сақланиб боради ва аксари тез-тез қайталаниб туради. Бурун-қалқумнинг қайталаниб турадиган катарлари бурун-қалқумда аденоид тўқима ўсиб кетишига, бодомча безларининг катталаниб кетишига олиб келади.

Экссудатив диатези бор болаларда тил кўпчилик ҳолларда «географик харита» кўринишида бўлади (эпителий бўртиб, кўчиб турадиган жойлар одатдаги оч-пушти жойлар билан навбатлашиб боради). Тилнинг «географик харита» кўринишида бўлиши эпи-телиининг кўп кўчиб, пўст ташлаб туришига алоқадор бошқа па-тологик ҳолатларда ҳам учрашини ҳисобга олиш керак.

Шиллиқ пардаларнинг нозик бўлиб қолиши бола нотўғри бо-қилганида бошланадиган диспепсиялар, ичнинг ҳа деганда аслига келавермаслиги кўринишидаги меъда-ичак касалликларига сабаб бўлади.

Экссудатив диатезнинг характерли белгиси, айниқса, бўйин, энса, жағости соҳаси, қулоқ атрофларидаги периферик лимфа ту-гунларининг катталаниб кетишидир; чов ва қўлтиқости соҳасида-ги лимфа тугунлари аҳён-аҳёнда ва камроқ катталашади.

Бадан териси, шиллиқ пардалар, лимфа тугунларидаги ўзга-ришлар ҳаммадан сезиларли бўладию, лекин диатезнинг кўриниш-лари шуларнинг ўзи билан чекланмайди. Бадан терисининг керкиб туриши (пастозлиги), бўш, оқарган бўлиши, териости клетчатка-си, мускулатуранинг илвиллаб қолганлиги, бироз ёғ босиши — кўпчилик болалардаги экссудатив диатезнинг ташқи кўринишлари ана шундай. Эти ориқроқ болалар анча кам учрайди.

Конституциясида аномалиялари бор болалар ўзининг хулқ-ат-вори жиҳатидан ё кўп йиғлайдиган, инжиқ, осон қўзғаладиган ёки камҳаракат бўлади, уйқудан уйғонганида ҳа деганда ўзига кела қолмайди, ўйинчоқлар, атрофдагиларга кам қизиқади. Бадан қи-чий бошлаши билан инжиқлик ва ортиқча асаб қўзғалувчанлиги кескин кучаяди.

Экссудатив диатезнинг кўринишлари сезиларли бўлиб турганида қонда лейкоцитоз топилади (18 000—20 000 гача), нейтрофиллар чапга сурилган ва эозинофилия бўлади.

Болада экссудатив диатез борлиги соғлиқ маҳалида ҳам, айниқса, касалликлар маҳалида ҳам ноҳўя бир фон бўлиб ҳисобланади. Бундай болалар грипп, ўткир респиратор касалликлар билан кўпроқ оғрийди. Мана шу касалликларнинг ҳаммаси одатда узоқ чўзиладиган бўлади, аксари бир қанча асоратлар билан бирга давом этиб боради.

Терида экссудатив диатез аломатлари бўлиши эҳтиётдан эмлаш ишларини ўтказишга маълум муддатгача — то буларнинг ҳаммаси босилиб кетгунича монелик қилиб туради. Навбатдаги вакцинация экссудатив диатезнинг зўрайиб кетишига ёки тарқоқ формага айланиб кетишига сабаб бўла олишини эсда тутиш керак. Шу билан бир вақтда конституциясида шундай аномалияси бор болалар инфекциялардан ҳимоя қилишга, айниқса, муҳтож бўлишади. Шунга кўра, бундай болаларни иммунлаш ишини десенсибиловчи терапия воситасида клиник ремиссия бошланган даврда жуда эҳтиёт бўлиб ўтказиш керак; баъзи болалар эпидемиологик жиҳатдан зарурият бўлган маҳалдагина эмланади, холос.

Экссудатив диатез аломатлари одатда ҳаётнинг 2—3 йилига келиб йўқолиб кетади. Бироқ, баъзи болаларда тери касалликлари, бронхиал астма, меъда-ичак йўлининг спастик ҳолатларига мойиллик ҳар қалай сақланиб қолаверади.

**Давоси.** Экссудатив диатез давоси болани тўғри овқатлантириб, унга яхши парвариш қилиб боришни, бола организмни, албатта, лекин эҳтиёт бўлиб чиқиштириш, теридаги касаллик аломатларига қарши ўз вақтида ва мунтазам даво қилишни ўз ичига олиши лозим.

Экссудатив диатез аломатлари бор боланинг овқат рациона таркибига худди шу ёшдаги соғлом боланинг физиологик рациона қандай масаллиқлардан тузиладиган бўлса, ўша масаллиқларнинг ўзи кириши керак.

Болани кўкрак бериб боқишдан, қоида ўлароқ, ҳеч қачон воз кечмаслик лозим. Бола сунъий йўл билан боқиб бориладиган бўлса, сутни ивитиб тайёрланадиган аралашмаларни бериб бориш афзалроқ. Экссудатив диатези бор болаларга қўшимча овқатни ҳаётининг 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—4-оидан бошлаб тайинланади ва творог, ҳар хил сабзавот, олма пюреси беришдан бошланади, кейин бўтқалар (яхшиси қорабуғдой бўтқаси) берилади, кисель, мева шарбатлари, меванинг ўзи билан алиштирилади. Товуқ тухумининг саригини қаттиқ қилиб пиширилган ҳолда берилади; туз миқдори бирмунча чекланади. Қайнатиб ёки буғга қўйиб пиширилган гўшти имкони борича эртароқ (5—6 ойликдан бошлаб) бериб борилади (гўштининг шўрваси берилмайди). Консерва маҳсулотларини, улар ҳатто, уйда тайёрланган бўлса ҳам, бериш тавсия этилмайди.

Экссудатив диатезнинг теридаги аломатларини кучайтириб юборадиган озиқ моддаларини овқат рационидан истисно қилиш

керак. Бундай моддаларни аниқлаб олиш учун овқатга айрим ма-салиқлар (тухум, сариёғ, балиқ, нўхат, шоколад, какао ва бош-қалар) вақтинча берилмай турилади ёки мана шундай моддалар-га боланинг қандай реакция кўрсатиши анамнезидан билиб оли-нади.

Барча ёшдаги болаларнинг овқатини А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, С ва D ви-таминлари билан бойитиш зарур.

Экссудатив диатезда кун тартибига қаттиқ риюя қилиш керак, боланинг ёшига қараб уни ҳавода узоқ вақт олиб юриш (ёз кез-лари соя жойда), уйқусини яхшилаш ва узайтириш, ўринсиз без-овталанишнинг олдини олиш тавсия этилади ва ҳоказо.

Касал болага жуда синчиклаб парвариш қилиб бориш керак. Касал боланинг юзини мойчечак дамламаси ёки 2% ли борат кис-лота эритмаси билан ювиб туриш лозим. Дарднинг ўткир даврида 1—2 кун оралаб калий перманганат (сув оч-пушти рангга киргун-ча), череда, мойчечак қўшиб ванналар қилиб турилади. Тери бур-маларига доғ қилиб олинган ўсимлик мойи суртиб қўйилади; баъ-зи болалар присипкаларни (талк присипкаларини) яхшироқ кўтаради. Бу касаллик вақтида кальций хлорид эритмаси (5—10% ли) ёки кальций глюконат (ҳар сафар 0,3—0,5 г дан) кўри-нишида кальций препаратлари қўлланилади (ичиш учун).

Преднизолон, дексаметазон, триамсинолон эмадиган болаларга фақат касалхона шароитларида тегишли ўртача терапевтик доза-ларда қисқа муддатга (7—10 кунга) буюрилади.

Экссудатив диатезда организмни десенсибиллаш мақсадида тегишли дозалардаги гистаминга қарши препаратлар ва салици-латлардан фойдаланилади (14-жадвал). Бу препаратларни бирга қўшиб ишлатиш ва 3—4 ҳафта давомида бериб туриш мумкин.

Тиамин (суткасига 10—30 г дан), рибофлавин (2—6 мг дан), никотинат кислота (25—30 мг дан), пиридоксин (тери остига юбориш учун 30—50 мкг дан), аскорбин кислота (суткасига 200—300 мг дан), витамин А (3—10 мг дан), витамин В<sub>15</sub> (сут-касига 50 мг дан) тайинланади. Аллергик реакциялар бошланиши мумкин бўлганидан, витамин В<sub>1</sub> ни парентерал йўл билан юбо-ришни чеклаб қўйиш керак. Витамин В<sub>12</sub> ни қизил қон таркибини қаттиқ қузатиб борган ҳолда бериш мумкин. Витамин В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> ларни битта кизта шприцда юбориш тавсия этилмаслигини назарда тутиш керак.

Қичишувни камайтириш ва уйқуни яхшилаш учун бром, ва-лериана, триоксазин, кичик дозаларда ухлатадиган дорилар (фенобарбитал, бромурал, элениум), оғир ҳолларда — хлоралгид-рат буюрилади. Кечаси қашлаб юбормаслиги учун қўлининг панжаларига газламадан тикилган енгликлар кийгизиб қўйилади ёки бола қўлларини елка ва тирсак бўғимларидан букмаслиги учун қўлларини картон парчаларига боғлаб қўйилади.

Экссудатив диатезнинг теридаги аломатларига даво қилиш ҳам анча қийин вазифа. Агар фақат бош себореяси бўлса, бошга ҳар куни мой суртилиб (бодом мойи, зайтун мойи, доғ қилиб



Гистаминга қарши препаратлар ва салицилатларнинг бир марта беришга мўлжаллаб тавсия қилинадиган дозалари

Номи	Препаратларнинг болаларга мўлжалланган дозалари (г)		
	1/2 яшаргача	1 яшаргача	2 яшаргача
Dimedrolum	0,002	0,005	0,01
Suprastinum	0,0005	0,001	0,0025
Pipolfentum	0,0005	0,001	0,0025
Acidum acethylsalicylicum	0,01	0,02	0,05
Natrium salicylicum	0,1	0,15	0,2

олинган кунгабоқар мойи, канакунжут мойи ёки балиқ мойи), кейин қорақўтирлар оҳиста олиб ташланади; қорақўтирлар тагидан сув чиқмайдиган бўлса, вазелинга аралаштирилган олтингурт гули ишлатилади (Sulfuris praecipitati — 2,0, Vaselini vici — 28,0).

Экземанинг пилчираб турган формаларида олдинига ўсимлик мойи ёки Буров суюқлиги (бир стакан сувга 1 десерт қошиқ) ёки 1—2% ли резорцин эритмаси, ё бўлмаса 0,25%, ли кумуш нитрат эритмасидан примочкалар қўйиб турилади. Мана шундай примочкалар 2—4 кун давомида қўйиб борилади. Теридаги ўткир яллиғланиш ҳодисалари йўқолиб кетганидан кейин присипкалар, болтушкалар, 1—5% ли синтомицин эмульсиялари, сўнгра мазларни ишлатишга ўтиш зарур (10% ли нафтаган мази, 1—2% ли оқ ёки сариқ симоб мази, 10% ли димедрол-рух пастасини). Стероид гормонлари бор мазларни ишлатиш яхши натижа беради (преднизолонли, гидрокортизонли мазлар, локакортен, оксикорт ва бошқаларни).

Экземанинг бирмунча кам учрайдиган қуруқ формаларида аввал ванналар — таниндан (ваннага 20 г) ёки эман пўстлоғи қайнатмаси (1 л сувга 200 г), ё бўлмаса, калий перманганат эритмасидан (10 л сувга 0,3 г) қилинадиган ванналар буюрилади, кейин эса болтушкалар ишлатилади (талък, глицерин ва қўрғошин суви билан рух оксиддан тайёрланган болтушкалар).

Бадан бичилган ҳолларда шифобахш ванналар буюрилади, бичилган жойларга мой суртиб, присипкалар (талък, оқ гил) суртиб қўйилади.

Экссудатив диатез судралиб ўтиб, узоқ чўзилганида ультрабинафша нурлар кўринишида стимулловчи терапия қилиш зарур бўлади (15—20 сеанс ўтказиш, масофа 100 см, 2 минутдан бошланиб, 1 минутдан қўшиб борилади ва нур бериш муддати 20 минутгача етказилади).

Экссудатив диатезда қилинадиган комплекс даво чора-тадбирлари анча кўп. Башарти бу патологияни батамом бартараф этиб, организмни тўла-тўқис қайта ўзгартиришга ҳамиша ҳам

имкон бўлмаса, у ҳолда боланинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олиб туриб, диатезнинг кучайиб кетишини тўхтатиб, унинг бирмунча енгилроқ ўтишини таъминлаш, асоратларнинг олдини олиш, организмнинг ташқи таъсирларга мосланувчанлигини яхшилаш ҳамиша мумкин бўлади.

Оғир диатез кўринишларининг олдини олиш, айниқса, муҳим аҳамиятга эга. Бунга ҳаммадан илгари болалар овқатини тўғри ташкил этиш йўли билан эришилади. Болага овқатни кўп берилмадан ҳам, уни бир қадар оч қўйишдан ҳам эҳтиёт бўлиш керак. Суткалик рацион калорияларининг сони физиологик ёш нормаларига мос келадиган бўлиши лозим.

Боланинг ёшига қараб турмуш режимини тўғри ташкил этиш оғир диатез формаларининг олдини олиш учун муҳим аҳамиятга эга. Физкультура билан мунтазам шуғулланиб туриш, бунда боланинг ортиқча зўриқишига йўл қўймаслик учун жисмоний нагрукани аста-секин ошириб бориш зарур. Эҳтиётлик билан сув муолажаларини қўлланиб, кейин боланинг баданини яхшилаб ишқалаб артиб туриш ҳам дуруст натижа беради. Бундай болаларга В группа витаминлари (айниқса витамин В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub> ва РР), шунингдек, балиқ мойида кўп миқдорда бўладиган витамин А ва D ларни буюриш жуда фойдали, бу витаминларни болалар анча яхши кўтаради.

Ҳар томонлама ўйлаб, бундай болаларни чиниқтириб бориш, уларга мунтазам равишда витаминлар бериб туриш йўли билан уларнинг инфекцияцион касалликларга мойиллигини камайтириш, бу касалликларнинг ўтишини енгиллаштириш мумкин. Бордию, операция қилиш, наркоз бериш, зардоб юбориш зарур бўлиб қолса, бундай болаларга олдин 5—10 кун давомида кальций хлорид, аскорбин кислота бериб туриш зарур.

## **ОҒИЗ БУШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ПАРДАЛАРИ ВА ҲАЗМ ОРГАНЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Оғиз бушлиғи шиллиқ пардасининг касалликлари болалар патологиясида каттагина ўринни эгаллайди, булар мустақил касаллик ёки бошқа кўпгина касалликларнинг (ички касалликлар, инфекцияцион касалликлар, тери касалликлари ва бошқаларнинг) аломатларидан бири бўлиши мумкин. Оғиз билан бурун-қалқум эмадиган болалар билан ёш гўдақларда талайгина касалликлар учун жуда кўпинча кириш дарвозлари бўлиб ҳисобланади.

Оғиз бушлиғининг болаларда энг кўп учрайдиган касалликлари устидагина тўхталиб ўтамиз.

### **Стоматитлар**

Стоматитлар этиологияси микроб ва вирус бўлиши мумкин. Уткир инфекцияцион касалликлар (қизамиқ, скарлатина, грипп, сувчечак) бу касалликларга мойил қилиб қўядиган омил бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари, болаларда учрайдиган стоматит-

ларга ҳар хил моддалар (симоб, висмут) дан заҳарланиш ва до-  
риларнинг маҳаллий таъсири сабаб бўлиши мумкин.

**К л и н и к а с и.** Клиник жиҳатдан катарал, афтоз ва ярали  
стоматитлар тафовут қилинади.

Қўпинча катарал стоматит кузатилади, бунда шиллиқ парда  
бир текис қизариб, шишиб турадиган бўлади. Лунжлар шиллиқ  
пардаси билан тил четларига тишларнинг излари тушиб қолган  
бўлиши мумкин. Асосий касалликка қарши яхши даво қилиниб,  
бола тўғри парваришлаб борилса, катарал яллиғланиш тез орада  
бутунлай барҳам топиб, бола батамом соғайиб кетади.

Ярали стоматит қиёсан камроқ кузатилади, асосан кўп тишла-  
рида кариоз бошланган, оғиз бўшлиғига қараб бормайдиган кат-  
тароқ ёшдаги болалар ва ўсмирларда учрайди.

Боланинг умумий аҳволи оғир бўлиб, анчагина интоксикация  
бошланади (бош оғриғи, ланжлик пайдо бўлиб, иштаҳа пасаяди  
ва ҳоказо). Тана температураси кўтарилади, регионар лимфа  
туғунлари катталашиб, безиллаб туради, зўр бериб оғиздан сўлак  
оқади. Милклар безиллаб қолиб, шишиб чиқади ва салга қонай-  
диган бўлади, оғиздан қўланса ҳид кела бошлайди. Шу билан  
бир вақтда оғиз ва ҳалқум шиллиқ пардасининг турли жойларида  
гунгурт-кулранг ёки қўнғир тусли (қоң аралашганидан) некротик  
губор билан қопланган кичик-кичик яралар пайдо бўлади. Йиринг-  
ли лимфаденит, тонзилляр абсцесс, гоҳида сепсис кўринишидаги  
асоратлар бўлиши мумкин.

Ўткир инфекцион касалликлардаги стоматитларга қилинадиган  
даво умумий ва маҳаллий даводан таркиб топади.

Маҳаллий даво иккиламчи инфекциянинг олдини олишга ёки  
уни бартараб этишга қаратилган бўлиши керак. Оғиз бўшлиғини  
1:6000 нисбатдаги калий перманганат эритмаси, 2% ли борат  
кислота эритмаси, 3% ли водород пероксид ( $1/2$  стакан сувга  
2 чой қошиқ) билан кунига бир неча марта чайиб, тозалаб туриш  
лозим. Яралар бўлса, 0,25% ли хлорамин эритмаси, фурацилин  
ишлатилади, микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлиги аниқ-  
лаб олинганидан кейин антибиотиклар эритмалари билан аппли-  
кациялар қўйилади.

**А ф т о з с т о м а т и т** болалар оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси-  
нинг энг кўп тарқалган касаллиги бўлиб, уни организмнинг гер-  
пес вируси билан бирламчи инфекцияланишининг аломати деб  
ҳисобланади. Бу касаллик ҳаво-томчи йўли билан, ўйинчоқлар  
орқали юқади. Инкубацион, яъни яширин даври 2 кундан 6 кун-  
гача.

Эмадиган болалар ва ёш гўдаклар бу касаллик билан кўпроқ  
оғрийди. Касаллик бирдан, аксари тана температураси кўтари-  
либ, интоксикация ҳодисалари (ланжлик, овқатдан бош тортиш,  
уйқу бузилиши) пайдо бўлиши билан бошланади. Сўнгра тез  
орада ёриладиган пуфакчалар ёки сарғиш-кулранг тусли фибри-  
ноз губор билан қопланган эрозиялар кўринишида тошмалар  
пайдо бўлади. Мана шу ўзгаришлар қаттиқ оғриқ билан бирга

давом этади ва овқат ейиш ҳамда гапиришни қийинлаштириб қўяди. Регионар лимфа тугунлари катталашиб, безиллаб туради. Лаблар шишиб кетади, юз терисид алоҳида-алоҳида майда везикуляр элементлар кўринишида тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Оғиздан анча кўп сўлак чиқиб, қўланса ҳид келиб туради.

Касаллик 7—10 кун давом этади. Афталар чандиқ ҳосил қилмасдан битиб кетади. Бу касаллик қайталанмайди, чунки ундан кейин турғун иммунитет қолади.

**Д а в о с и.** Касалликнинг табиатан вирусга алоқадор эканлигини ҳисобга олиб, комплекс даво қилинади. Десенсибилловчи препаратлар кенг қўлланилади: кальций хлорид, супрастин, димедрол, пипольфен, натрий салицилат боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда бериб борилади. Тўғри овқатланишни таъминлаб бериш, витаминлар (В комплекси, С) буюриш, ичак ишига қараб бориш зарур.

Ярали стоматитда оғиз бўшлиғи қандай антисептик эритмалар билан чайилиб, тозаланиб турадиган бўлса, бунда ҳам худди шундай эритмалар ишлатилади. Оғиз бўшлиғи ҳар соатда, аҳвол клиник жиҳатдан яхшиланиб қолганидан кейин эса ҳар 2—3 соатда чайиб турилади. Ёш болани яхшиси йўрғаклаб, юзи тоғорача устидя турадиган қилиб столга ёки ёрдамчи кишининг тиззаларига юз тубан ётқизиб қўйган маъқул. Оғизни резина баллон ёрдамида чайилади:

Афталарни обработка қилиш учун протеолитик ферментлар (трипсин, хемотрипсин) муваффақият билан қўлланилади. Оғриқни қолдириш учун 0,5% ли новокаин эритмасига қориштирилган тухум оқи буюрилади, 1% ли новокаин эритмаси ҳамда 2,5% ли гексаметилентетрамин эритмасидан иборат аралашма, глицеринда тайёрданган 10% ли анестезин эмульсияси билан оғиз чайилади. Тери зарарланган бўлса, 1% ли анилин бўёқ эритмалари, рухли нафталинли мазъ, синтомицинли эмульсиядан фойдаланилади.

Стоматитда болалар касалликнинг формасига ҳамда шиллиқ парданинг нечоғли яллиғланганига қараб тегишлича овқатлантириб борилади. Яллиғланиш кескин ифодаланган бўлса, суюқ овқатни совутиб берилади. Овқатни бўлиб-бўлиб (5—6 маҳал) берилади. Оғир синдромини кучайтириши мумкин бўлган масаллиқлар (нордон, шўр таомлар ва бошқалар) истисно қилинади.

### Оғиз оқариши

Оғиз оқариши замбуруғлар туфайли бўладиган стоматитдир. *Candida* авлодига кирадиган ачитқисмон замбуруғлар соғлом бола баданининг териси, оғиз бўшлиғи, ичаги, атрофидаги муҳит-бига киради. Касалликларда, бола дорилар (антибиотиклар, стероид гормонлар, сульфаниламид препаратлар) ичган пайтида мана шу сапрофитларнинг хоссалари кескин ўзгариб, улар патоген бўлиб қолади ва патологик ҳодисалар бошланишига олиб келади.

Оғиз шиллиқ пардаси кандидамикози ёки оғиз оқариши эмадиган болаларда, айниқса, чақалоқлар ва чала туғилган болаларда ҳаммадан кўп учрайдиган касалликдир. Бу касаллик гигиена режими бузилиши, шунингдек, касал онадан юқиши туфайли пайдо бўлиши мумкин. Каттароқ ёшдаги болаларда оғиз оғир касалликлар вақтида оқариб қолади.

Касалликнинг бошланғич даврида тил ва милқлар шиллиқ пардаси қип-қизариб, силлиқ, ялтироқ, қуруқ бўлиб қолади. Бола чайнаш ва эмиш вақтида оғриқ сезади. Қизариб турган шиллиқ пардада тез орада сут томчилари ёки сузма ушоқлари кўринишига эга оқиш доғлар пайдо бўлиб, булар осон кўчадиган гунгурт оқ пардалар ҳолида бир-бирига қўшилиб боради. Мана шу пардалар олиб ташланганидан кейин баъзи болаларда чақаланган жойлар очилиб қолади. Процесс лунж, лаблар, қаттиқ ва юмшоқ танглай, бодомча безлари шиллиқ пардасига, баъзида эса нафас йўллари билан ҳазм йўлига ҳам тарқалиб кетади.

Оғиз оқаришига қарши боланинг умумий аҳволини назарга олиб туриб даво қилинади. Болага гигиеник жиҳатдан тўғри парвариш қилиб бориш ва тўғри овқат режими белгилаб (каттароқ болаларда углеводларни чеклаб қўйган ҳолда), В комплекси витаминлар (рибофлавин, пиридоксин, фолат кислота) буюриш мутлақо шарт. Қасалланган жойларга глицериндаги 5—10% ли натрий борат эритмалари, анилин бўёқларининг сувдаги 1—2% ли эритмалари, дистилланган сув билан 2—3 марта суюлтирилган Люголь эритмаси, шунингдек 5 мл она сутида тайёрланган нистатин эмульсияси (1 таблетка — 500 000 ТБ) суртиб турилади. Ичиш учун нистатин, леворин ва замбуруғларга қарши бошқа дорилар буюрилади. 1 ёшгача бўлган болаларга ичиш учун нистатин суткасига 200 000—300 000 ТБ дан, бир ёшдан уч ёшгача бўлган болаларга суткасига 300 000—400 000 ТБ дан, 3 яшардан катта болаларга суткасига 500 000—750 000 ТБ дан буюрилади (3—4 марта ичиш учун). Олдиндан майдалаб қўйилган таблеткаларни чайнамасдан туриб ютилади. Леворин ҳам 2 ёшгача бўлган болаларга суткасига 25 000 ТБ/кг дан, 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга суткасига 50 000 ТБ/кг дан, 6 ёшдан катта болаларга 200 000—250 000 ТБ дан кунига 3—4 маҳал ичириб турилади. Бу антибиотиклар билан даволаш курси 7—10 кун.

Левориннинг қуруқ суспензияси ва оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасини чайиш учун ишлатиладиган, эрийдиган натрийли тузи болалар учун, айниқса, қулай (оғизни бир марта чайиш учун 5 мл сувга 100 000—200 000 ТБ миқдорида олинади, 10—15 кун давомида оғиз кунига 2—3 мартадан чайиб турилади).

Оғиз оқаришининг профилактикаси ҳомиладор аёлларда замбуруғ касалликлари бор-йўқлигини аниқлаш ва шундай касалликлар топилганида уларга даво қилиш, чақалоқлар палаталарида ишлайдиган ходимларни медицина текширувидан ўтказиб туриш, парвариш ҳамда овқатланиш режимининг ҳамма қоидаларини бажо келтиришни кўзда тутати. Замбуруғ касаллиги бор

шахслар болалар парваришига қўйилмайди; касал болалар алоҳида қилиб қўйилади. Глюкоза, антибиотиклар ва стероид гормонларни эҳтиёт бўлиб ишлатиш оғиз оқаришининг олдини олишда, унинг профилактикасида маълум аҳамиятга эга.

### Ўткир гастрит

Катта ёшдаги болаларда учрайдиган ўткир гастритнинг клиник формалари орасида асосан токсик-инфекцион ва алиментар формалари тафовут қилинади.

**Ўткир гастрит (токсик-инфекцион формаси)** микроблар ёки инфекция юқиб қолган овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш натижасида микроб токсинларининг организмга таъсири туфайли пайдо бўлади. Инфекция ҳам сапрофитлар (ичак таёқчаси, стафилококк, протей ва бошқалар) туфайли, ҳам паратиф группа микроблари (сальмонеллалар) ва бошқалар туфайли бошланиши мумкин.

Ўткир гастритнинг алиментар формаси асосан овқат режими бузилиши, ориқча овқат еб қўйиш, дағал, клетчаткага бой овқатни, хом меваларни кўп миқдорда истеъмол қилиш, бир талай ширинлик, крем, пирожное ейиш туфайли бошланади. Мактабгача тарбия ёшидаги болаларда гастритнинг бу хили каттароқ ёшдаги болаларга қараганда кўпроқ учрайди.

**К л и н и к а с и.** Клиник манзараси жиҳатидан ўткир гастритнинг иккала формаси бир-бирига жуда ўхшаш. Касаллик бузилиб қолган, инфекцияланган овқат ейилганидан 2—4—12—36 соатдан кейин бирдан бошланади. Боланинг умумий аҳволи одатда ўзгариб қолади. Тана температураси кўтарилади, баъзан юқори рақамлар (39—40°C) гача боради. Қисқа муддат давомида кўнгил айниб, бола бўшашиб туради, ранги оқариб, қорнида тутиб-тутиб турадиган ёки тарқоқ ориқ бошланади, шундан кейин бола бир марта ёки қайта-қайта қусади. Қусуқ массаларида ҳазм бўлмай қолган овқат қолдиқлари бўлиши мумкин, булар баъзан сафро аралаш бўлади. Иштаҳа кескин пасаяди ёки йўқолиб кетади, тилни жуда караш босиб, бола ҳадеб чанқайверади. Қайт қилиш билан бирга баъзан бир марта ич суради. Қорин кўздан кечириб қаралганида дам бўлиб тургани маълум бўлади, пайпаслаб кўрилганида тўш ости соҳаси сал безиллаб туради. Ички органларда нормадан фарқ қиладиган айтарли ўзгаришлар бўлмайди. Мактабгача тарбия ёшидаги баъзи болаларда тана температураси жуда кўтарилганда эс-ҳуш қисқа муддатга кирарли-чиқарли бўлиб, бола алаҳлаши, талвасага тушиши мумкин.

Касаллик кўпчилик ҳолларда эсон-омон ўтиб кетади. 1—2 кундан кейин бола тузалади.

Ўткир гастритга қилинадиган давони меъдани ювишдан бошлаш керак.

Меъда ювишди сув тоза бўлиб тушгунча ювилади. Меъдани 3—4 стакан илиқ сув ёки натрий гидрокарбонат эритмаси ичириб,

кейин болани сунъий равншда қўстириш йўли билан ювса бўлади. Меъдани ювиб бўлгандан кейин (бола кўп қўсмайдиган ва умумий аҳволи қаноатланарли бўлса) сурги берилади (50—100 мл сувда эритилган 10—15 г магний сульфат). Умумий аҳволининг оғир-енгиллигига қараб болага 1—3 кун ўриндан турмай ётиш буюрилади. Бола иссиқ ўралиб, қорнига грелка қўйиб қўйилади. Чой, изотоник натрий хлорид эритмаси, лимонли сув, клюква суви кўринишида етарли миқдорда суюқлик бериб турилади. Бола ҳадеб қўсаверадиган бўлса, териси остига изотоник натрий хлорид эритмаси, Рингер эритмаси, 5% ли глюкоза эритмаси юбориб туриш буюрилади. Бир қанча ҳолларда бактерияларга қарши даво (фталазол, сульгин) ва ўринбосар терапия тариқасида ферментлар (хлорид кислота қўшилган пепсин) буюриш зарур бўлади.

1-сутка давомида бола фақат 1—1,5 л гача суюқлик ичи туради холос. Айни вақтда унга суюқликларни совутиб, камкамдан, аммо бот-бот бериб турилади. Аввалига совуқ чой ёки қайнаган сув, кейин 1:1 нисбатда 5% ли глюкоза эритмаси билан изотоник натрий хлорид эритмаси ёки Рингер эритмаси берилади. Қасал бола чанқайверадиган бўлса, ҳамиша чанқоғини босиб туриш керак. Кейинги кунларда аста-секин овқат беришга ўтилади. 2-кунги чой билан сухари, сабзавот ёки гўшт шўрваси, мева кисели, суюқ қилиб пиширилган манная бўтқаси берилади; кейинги кунларда суфле ёки қийма кўринишида гўшт, творог, кефир, картошка пюреси, суви қочган оқ нон қўшилади. Дастлабки кунларда болани 3—4 соат оралатиб камкамдан овқатлантириб борилади. 1—2 кундан кейин уни одатдаги овқатга ўтказилади, лекин зираворлар, ёғли таомлар, колбасалар, ўткир закускалар, консервалар, қовурилган гўшт истисно қилиниб, ҳўл мева ва юмшоқ нон миқдори чеклаб қўйилади.

### Ўткир гастроэнтерит

**Ўткир гастроэнтерит** асосан мактабгача тарбия ёшидаги болаларда учрайди. Ўткир гастритнинг сабаблари қандай бўлса, гастроэнтеритнинг сабаблари ҳам худди шундай («Ўткир гастрит»га қаралсин).

**Клиникаси.** Клиник манзараси жиҳатидан ўткир гастроэнтерит ўткир гастритдан кам фарқ қилади. Боланинг умумий аҳволи бир қадар ўзгарган бўлади: тана температураси кўтарилиб, иштаҳа йўқолиб кетади, бола қайт қилади, кекирик пайдо бўлади, тилини караш босиб, баданининг териси оқариб туради. Аввалига тўшости соҳасида бўладиган оғриқ кейинчалик бутун қоринга тарқалиб кетади. Қорин қулдираб, дам бўлиб туради. Бола тез-тез ҳожатга бориб туради, ҳожат вақтида ичи аввалига бўтқасимон, кейин суюқ, сувдек бўлиб келади, кейинги кунларда гоҳо шилимшиқ пайдо бўлади.

Дизентерия, сальмонеллез ва бошқа ичак инфекцияларини истисно қилиш учун боланинг ахлатини бактериологик текширишдан ўтказиб кўриш зарур.

Кўпчилик болалар батамом ва тез соғайиб кетади; касалликнинг сурункали формага айланиб кетиши жуда камдан-кам кўрилади. Уткир гастроэнтеритга қилинадиган даво тўғрисида «Уткир гастрит давоси»га қаралсин.

**Профилактикаси.** Ҳазм йўли барча касалликларининг профилактикасида ҳам овқат режимини тўғри уюштириш асосий шарт ҳисобланади. Боланинг турмушида бўладиган ўзгаришлар, 3 ёшдан кейин болалар боғчасига қатнаш, 7 ёшдан кейин эса мактабга бора бошлаш билан алоқадор ўзгаришлар даврида боланинг овқат режимига алоҳида эътибор берилиши керак.

Аввало овқат ейиладиган маҳаллар жуда тартибли, тайинли бўлиши зарур. Кун тартибига, машғулот соатларига қараб овқатни расамади билан нонушта, тушлик ва кечки овқатга бўлиб чиқиш лозим. Овқат маҳалида тинч шароит бўлиши зарур, овқат пайтида китоб ўқишга рухсат бермаслик керак. Айниқса, клечаткага бой овқатни кўп еб қўйишдан эҳтиёт бўлиш зарур. Овқатни қуруқ ўзини ейишга, шунингдек асосий овқат маҳаллари орасида тамадди қилишга йўл қўйиш ярамайди.

Тишларга қараб бориб, оғиз бўшлиғини мунтазам санация қилиб туриш профилактикада катта аҳамиятга эга, бу — овқатнинг яхши чайналишини таъминлайди.

Овқат режими сифат ва миқдор жиҳатдан бола турмуши тарзига, индивидуал хусусиятларига мос келадиган бўлиши лозим. Боланинг иштаҳасини ва жисмоний нагрузка вақтида сарфлайдиган энергиясини ҳисобга олиш керак.

Айниқса, жисмоний жиҳатдан ривожланишда орқада қолаётган, илгари ичак касалликлари, хусусан дизентерия билан оғриб ўтган болаларда меъда касалликларининг олдини олишда дегельминтизация, яъни болани гижжалардан халос қилиш катта аҳамиятга эга.

Уткир гастритга тўғри даво қилиш катталарда учрайдиган хроник гастрит билан ҳазм йўли касалликларининг олдини олишда муҳим профилактик тадбирдир.

Овқат тайёрлаш, уни сақлаш ва тарқатиш вақтида санитария-гигиена қоидаларига риоя қилиш болаларда токсикоинфекция туфайли ўткир гастрит бошланишига йўл қўймайди. Овқат корхоналари ва уларда ишлайдиган ходимлар устидан қаттиқ санитария-эпидемиология назорати шунингдек, овқат гигиенаси масалалари юзасидан оммавий-санитария маорифи ишларини олиб бориш зарур.

### Хроник гастрит

Хроник гастрит мактаб ёшидаги болаларда бирмунча тез-тез учраб туради. Хроник гастритларнинг пайдо бўлишига асосан меъда шиллиқ пардасига узоқ вақт давомида ёмон таъсир кўрсатиб келган омиллар сабаб бўлади. Овқатнинг нуқул бир хил бўлиши, оқсиллар, углеводлар ёки ёғларнинг узоқ вақт ортиқча



истеъмои қилиши, боланинг бузилиб қолган, ёшига тўғри кел-  
майдиган ўткир, дағал таомларни, ҳаддан ташқари иссиқ ёки  
совуқ овқатни ейиши, овқатни яхши чайнамаслиги, палапартиш  
ейиши, қуруқ овқатнинг ўзи билан кифояланиб кетавериши ва  
бошқалар ана шундай омиллар жумласига киради.

Болаларда хроник гастрит бошланишига кўпинча меъда-ичак  
йўли бошқа бўлимларининг касалликлари (холецистит, энтерит,  
дуоденит, ўчоқли инфекция ва бошқалар) сабаб бўлади.

**К л и н и к а с и.** Касал бўлиб қолган болада аста-секин ишта-  
ҳа пасайиб, нордон таъмли, гоҳида палағда тухум ҳидли кекирик  
пайдо бўлади, бола кўнгли айнийдиган, баъзан қусадиган бўлиб  
қолади. Деярли ҳамиша қоринда ҳар хил оғриқлар сезилиб тура-  
ди (кўпинча симиллаб турадиган, узоқ давом этиб, вақти-вақти  
билан зўраядиган оғриқлар бўлади, тутиб-тутиб турадиган ўткир  
оғриқлар ҳам бўлиши мумкин). Тилни, айниқса, илдизига яқин  
жойини ҳамиша деярли караш босади, баъзан оғиздан қўланса  
ҳид келиб туриши мумкин. Пайпаслаб кўрилганида тўшости со-  
ҳасининг безиллаб тургани сезилади. Ич айниб, дам қабзият бў-  
либ туриши, дам ич кетиб туриши мумкин. Шу билан бир қаторда  
интоксикацияга алоқадор умумий аломатлар кузатилади: ланж-  
лик, тез чарчаб қолиш, рангпарлик, озиш, ўртача анемия бўлиши,  
юрак соҳасида ёқимсиз сезгилар бўлиб туриши ва бошқалар шу-  
лар жумласидандир.

Меъда суюқлиги текшириб кўрилганида кислоталик нормал  
ёки кўпайган, меъда секрецияси сусайган бўлиб чиқади ва бошқа  
ўзгаришлар топилади. Меъда рентгенда текширилганида шиллиқ  
пардаси рельефининг дағаллашиб қолгани, мускуллари тонуси  
айниб, ичакка овқат бўтқаси ўтиши тезлашгани ёки секинлашиб  
қолгани маълум бўлади. Болалардаги хроник гастритни аниқлаш  
учун сўнгги пайтларда гастродиффериалдан фойдаланилмоқда.

**Д а в о с и.** Даво комплекси парҳез билан даволаш (диетоте-  
рапия), дори-дармонлар, витаминлар билан даволаш, физик даво  
методларини қўлланиш, йўлдош касалликларга даво қилишдан  
иборат бўлади. Давонинг асосий методи парҳез, яъни диетадир,  
болага меъда шиллиқ пардасини механик, химиявий ва термик  
жиҳатдан авайлашни ҳисобга олиб туриб, парҳез буюрилади.  
Ўткир, қовурилган таомлар, аччиқ овқатлар, дағал ўсимлик ов-  
қати, қийин эрийдиган ёғлар истисно қилинади, тўз миқдори  
чеклаб қўйилади. Дастлабки 1—2 ҳафта ичида шилимшиқ шўрва-  
лар, сут маҳсулотлари, эзилтириб пиширилган бўтқалар, киселлар  
тавсия этилади. Овқат кунига 5 ёки 6 маҳал, кам-камдан бериб  
турилиши керак. Аста-секин, айниқса, оғриқлар йўқолиб кетгани-  
дан кейин парҳез очилиб, овқат хиллари кўпайтирилиб, кенгай-  
тириб борилади.

Кислоталик кўпайиб кетган бўлса, парҳезни қайнатиб пиши-  
рилган гўшт, балиқ, қирғичдан ўтказилган сабзавот ва мевалар  
пюреси, суви қочган оқ нон, печенье, сутли суюқ овқатлар, сарийёр  
солинган бўтқалар, ёғсиз қайнатма колбасалар, сабзавот, мева

шарбатлари, мураббо ҳисобига кенгайтириб борилади. Болага 2—3 ой давомида оралиқ парҳез тариқасида ана шундай овқат буюрилади, боланинг овқатига ўткир таомларни кейинчалик ҳам бермаслик зарур.

Меъда ширасида кислоталик ортиқ бўлганда дори моддалардан натрий гидрокарбонат, кальций карбонат, магний оксид, викалин буюрилади (овқатдан кейин 1 таблеткадан кунига 3 маҳал), даво курси 1—2 ой. Ликвиритон спазмолитик ва яллиғланишга қарши яхшигина таъсир кўрсатади, бу препарат 3—4 ҳафта давомида овқатдан  $\frac{1}{2}$  соат илгари 0,05—0,1 г дан кунига 3 маҳал ичиб туриш учун буюрилади.

Кислоталик пастлиги билан ўтаётган гастритда давонинг 2-ҳафтасидан бошлаб рационга гўшти ва сабзавотли шўрвалар, кофе, чой, кефир, қирғичдан ўтказилган сабзавотлар, гўшт ва балиқ котлетлари, соуслар, сельд, майинроқ сир, тухум, сарийё, творог, ёғсиз яхна гўшт қўшилади. Бу парҳез ҳам 2—3 ойга буюрилади. Овқатдан илгари  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$  стакандан кунига 3 маҳал суюлтирилган нордон мева шарбатлари (лимон, клюква, анор шарбати) шунингдек, карам бериб туриш ҳам фойдали. Диетотерапия билан бир қаторда 3—6 ҳафта давомида меъда ширасида кислоталар миқдорини кўпайтирадиган ва унинг ферментатив активлигини кучайтирадиган препаратлар бериб бориш зарур. Буларга пепсинли хлорид кислота, табиий меъда шираси, ацидин-пепсин ( $\frac{1}{2}$  таблеткадан кунига 3 маҳал), бетацид ( $\frac{1}{2}$  таблеткадан кунига 3 маҳал) киради. Бу препаратларнинг ҳаммаси овқатдан 10—20 минут илгари ичилади. Витаминлар: А, В<sub>1</sub> В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, С витаминлари, никотинат кислота ҳам зарур. Оғриқ бўлганда белладонна (бир қабулга 0,005—0,01 г дан), атропин сульфат (0,1 % ли эритмаси 3—4 томчидан кунига 2—3 маҳал), папаверин (0,01—0,02 дан кунига 3 маҳал) ёки но-шпа (0,02—0,04 г дан кунига 3 маҳал) буюрилади. 3—4 ҳафта давомида минерал сувлар: кислоталар кўпайган бўлса, смирновская, славянская, боржоми, кислоталар кам бўлса, овқатдан 20—30 минут илгари эссенуки № 4, 17, 20 ичиб туриш ўринлидир. Давонинг физик методларидан касаллик қўзиб қолган даврда грелка, соллюкс буюрилади (10—15 минутдан кунига 1—2 маҳал); оғриқлар босилиб қолганидан кейин парафин аппликациялари қўйилади (ҳар кўни ёки кунора 30—40 минутга, 15—20 тача сеанс), оғриқлар йўқ пайтларда шифобахш балчиқ ёки озокерит (кунора 10 тача сеанс), шунингдек, қорин соҳасига диатермия (15—20 минутга, 10—15 сеанс) ва УВЧ токлари қўлланилади (10 минутга, 10—15 сеанс).

Йўлдош касалликларни (тонзиллит, тишлар кариеси ва бошқаларни) вақтида аниқлаб олиш ва даволаш катта аҳамиятга эга.

Баҳор-куз даврларида касалликнинг қўзиб қолишига қарши камида 3—4 ҳафта давомида даво қилиб бориш тавсия этилади.

Болаларда учрайдиган хроник гастритлар п р о ф и л а к т и к а -

си турмушда санитария-гигиена режимига риоя қилиб бориш, боланинг ёшига тўғри келадиган овқат билан уни бекаму кўст овқатлантириб боришдан иборат. Кўп овқат еб қўйишга, қуруқ ҳолда ва иошиб-пишиб вақт-бемаҳал, тартибсиз овқатланишга йўл қўймаслик муҳим. Овқатнинг қандай пиширилганлиги ҳам аҳамиятга эга. Ўткир гастритлар ва бошқа касалликларга қарши даво қилиш зарур. Тишларга мунтазам равишда қараб бориш ва зарур бўлса, оғиз бўшлиғини санация қилиб туриш катта аҳамиятга эга. Ота-оналари ёки қариндош-уруғлари хроник гастритлар билан ё бўлмаса, меъда ҳамда ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги билан оғриб юрган болалар алоҳида кузатиб боришни тақозо қилади. Бундай болалар ўткир таомларни чеклаб қўйишга муҳтож бўлади, уларга овқатда меъёрни бузмаслик тавсия этилади, чекиш ва ичкилик ичиш сингари зарарли одатларни қатъиян тақиқлаб қўйиш зарур.

### **Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги.**

**Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги** асосан мактаб ёшидаги болаларда учрайди, шу билан бирга яра аксари ўн икки бармоқ ичакда бўлади.

Яра касаллиги пайдо бўлишига олиб келадиган сабаблар орасида нерв системасининг хусусиятлари ва организмнинг ирсий-конституционал мойиллиги муҳим аҳамиятга эга. Касал бўлиб қолган боланинг отаси ёки онаси, ё бўлмаса яқин қариндошлари кўпинча шу касаллик билан оғриб юрган бўлади. Нотўғри овқатланиш касалликка йўл очадиган омил бўлиб ҳисобланади, чунки нотўғри овқатланиш нерв системасининг ортиқча қўзғалувчанлиги ва эмоционал стресслар билан бирга қўшилиб, меъда секрециясини осон издан чиқаради.

**К л и н и к а с и.** Касалликнинг типик ҳолларида тўш ости соҳасида узоқ давом этиб, ҳа деганда қолавермайдиган оғриқлар ҳаммадан характерли белгилар бўлиб ҳисобланади, бундай оғриқлар овқат ейиш билан боғлиқ бўлади. Яра меъдада бўлса, оғриқлар овқат ейилгандан кейин кўп ўтмай зўраяди, яра ўн икки бармоқ ичакда бўлганда оғриқлар овқатдан 2—3 соат кейин боғланади, қорин оч бўлган маҳалда, наҳорга ва тунги соатларда оғриқ туриши, айниқса, характерлидир. Бундай касалларда кўпинча зарда қайнаши, кекириш, кўнгил айниб, қайт қилиш, қабзиятга мойиллик сингари ҳодисалар кузатилади. Иштаҳа аввалгидек сақланиб қолаверади, баъзи касалларда эса, ҳатто, кучаяди ҳам. Қорин одатда юмшоқ бўлади, фақат вақт-вақтида қорин олдинги деворининг бир қадар таранг тортиб туриши кузатилади. Бундай болаларнинг кўпчилиги ҳис-ҳаяжонларга осонроқ бериладиган бўлиши билан ажралиб туради.

Яра касаллигининг аломатлари билинмасдан, зимдан ўтиши мумкинлигини назарда тутиш керак, ана шундай ҳолларда касалликни вақтида аниқлаб олиш бир қадар қийинчиликларни туғдиради.

Меъда суюқлигидаги кислоталар миқдори кўпайган ёки нормал бўлиши мумкин. Рентгенологик йўл билан текшириб кўрилганида «токча», яъни «ниша» симптоми, ўн икки бармоқ ичак сўғони шаклининг ўзгариб қолгани ёки наҳорга гиперсекреция борлиги, ўн икки бармоқ ичак сўғонининг барий бўтқасидан тез бўшалиши, гоҳида пилородуоденал спазм борлиги сингари билвосита белгилар топилади.

Болаларда меъдани рентгенологик йўл билан текшириш ишини эрталабки соатларга тайинлаш керак, бунда болага овқат берилмайди. Контраст модда олдиндан тайёрлаб қўйилади. У одатдагича тайёрланиб, сут (кефир), бир оз миқдор қанд ёки глюкоза билан бир текис қилиб аралаштирилган бир неча қошиқ барий эмульсиясидан иборат бўлади. Тайёрлаб қўйилган ана шу контраст модда (100—150 мл) болага чой ёки десерт қошиқ билан ичирилади. Меъдани умуман кўздан кечириб, суратини (обзор суратини) олгандан кейин болага эмульсия берила бошлайди.

Яра касаллиги болаларда кўпинча узоққа чўзилиб, қўзиб туради. Асоратларидан бир оз қон кетиши (қон аралаш қусиш, ичнинг қора мойга ўхшаб тушиши, қон гемоглобинининг камайиб кетиши), пилородуоденал соҳанинг стенозга учраши, баъзида яранинг ўйиб, ёндош органларга ўтиши (пенетрация) кузатилиши мумкин. Яранинг тешилиб кетиши болаларда кам учрайди.

**Д а в о с и.** Касаллик қўзиб қолган даврларда болани ўрnidан турғизмай, ётқизиб қўйиб, етарлича ухлатиш ва унга тинч шаронит яратиб бериш зарур. 1-ҳафтада шилимшиқ шўрвалар, киселлар, мева ва сабзавот сувлари, илитилган тухум, сут, тузланмаган сарийёғ, сметана (қаймоқ) эзилтириб пиширилган бўтқалар истеъмол қилиш рухсат этилади (стол № 1 а). Туз истеъмоли чеклаб қўйилади. Нон ва сухари бермай туриш керак. 2—3 ҳафтага келиб, овқат хили кенгайтирилади: қайнатиб пиширилган гўшт ва балиқ, ёрма ва сабзавот шўрвалар, сабзавот ва мева пудинглари, сухари рухсат этилади, овқатга озгина туз солиб берилади (стол № 1 б). Кейинги 5—6 ой давомида овқат хилларини кўпайтириш давом эттирилади (стол № 1), касални кунига беш маҳал овқатланиб туришга ўтказилади. Менюсига эзиб пиширилган ширгуруч, майинроқ сир, сарийёғ, буғда пиширилган гўшт, қайнатиб пиширилган балиқ, болаларга атаб чиқарилган консервалар, оқ нон, кефир, ряженка, сут, творог, тухумни сутга қориштириб пиширилган қуймоқ, сабзавот ва мева пюрелари қўшилади.

Тузланган, дудланган масаллиқлар, зиравор-дориворлар, қовурилган овқат, консервалар, қуюқ гўшт ва балиқ шўрвалари, газланган ичимликлар, қайнатилган сабзавот сувлари, қалампир, пиёз, бодринг, карам, крижовник, смородина, серпай гўшт яра касаллиги билан оғриган беморнинг овқат рационидан истисно қилинади. А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, С витаминлар ва рутин буюриш зарур.

Дори-дармонлардан теги миқдорда қилиб аралаштирилган магний оксид билан натрий гидрокарбонат овқатдан бир соат илгари кунига 3—4 маҳал,  $\frac{1}{2}$ —1 таблеткадан викалин қўлланилади (1 ой давомида овқатдан кейин  $\frac{1}{2}$  стакан илиқ сув билан кунига 3 маҳал ичириб борилади). Сўнгра 1 ойга танаффус қилинади, шундан кейин ойлик даво курси такрорланади. Витамин U ва алмагелни узоқ ичириб бориш яхши наф беради (овқатдан  $\frac{1}{2}$  соат илгари кунига 4 маҳал ва уйқуга ётишдан олдин  $\frac{1}{2}$ —1 чой қошиқдан). 3—4 ҳафта давомида атропин (0,1% ли эритмаси овқат олдидан кунига 2—3 маҳал 5—8 томчидан), метацин (0,001—0,003 г дан кунига 2 маҳал), платифиллин (порошogi ҳар сафар 0,2—3 мг дан ёки 0,5% ли эритмаси 5—8 томчидан), кватерон (15—20 мг дан кунига 3 маҳал) қўлланилади.

Гормонал препаратлардан нерабол (2—3 ҳафта давомида овқатдан кейин 0,003—0,005 г дан) ва бошқа анаболик гормонлар расм бўлган.

Алоэ экстракти (20—30 кун давомида ҳар куни 1 мл дан тери остига), ФИБС (ҳар куни 1 мл дан тери остига, 15—20 инъекция) ва бошқалар қўлланилади. Физиотерапевтик муолажалардан касалликнинг ўткир даврида туш ости соҳаси билан пилородуоденал зонага грелкалар, иситувчи компресслар қўйилади, вегетатив марказлар соҳасига УВЧ токлари буюрилади. Қасаллик қайтиб қолган пайтда, ремиссия даврида парафин аппликациялари, диатермия, дори моддалардан электрофорез қилиш, балчиқ билан даволаш қўшилади ва шифобахш физкультура буюрилади. 3—4 ҳафта давомида минерал сувлар истеъмол қилиб туриш тавсия этилади (смирновская, славянская, боржоми ва бошқалар). Оғриқ тутиб турганда белладонна, атропин сульфат, папаверин, но-шпа, иссиқлик муолажалари (грелкалар, парафин ва балчиқ аппликациялари) буюрилади, қон кетишга мойиллик ҳолларида иссиқлик муолажаларини қилиб бўлмайди. Ярадан қон кетаётган пайтларда: 1) беморни тезда касалхонага ётқизиш; 2) ҳеч ўрнидан турғизмай ётқизиб қўйиш; 3) қорнига совуқ нарса босиш ва муз бўлаклари юттириш; 4) венасидан 3—5 мл 10% ли кальций хлорид эритмаси юбориш; 5) қон ёки плазмани томчилаб қўйиш; 6) мускуллари орасига 1—2 мл 5% ли викасол эритмаси ва 5% ли натрий аскорбинат эритмаси инъекция қилиш; 7) венасидан 10% ли ёки 20% ли глюкоза эритмаси юбориш; 8) бир кун овқат бермасдан оч ётишни буюриш зарур, кейин 2—3 кун давомида оз-оздан шилимшиқли қайнатмалар, сут, нордон бўлмаган киселлар, қаймоқ, тузланмаган сариёғ бериб борилади. 4—5 кундан бошлаб касални № 1 а столга ўтказилади.

Қасаллик босилиб турган, яъни ремиссия даврига кирганда Железноводск, Ессентуки, Друскининкай, Трускавец курортларида даволаниш ўринли.

Яра касаллиги профилатикаси тўғрисида «Хроник гастрит профилактикаси»га қаралсин.

## ГЕЛЬМИНТОЗЛАР *ва уларнинг предчмаи тикке си*

Гельминтозлар, яъни гижжа касалликлари организмга кириб олиб, унинг ҳисобига паразитлик қилиб яшайдиган чувалчанглар (гижжалар) туфайли пайдо бўладиган, бирмунча кенг тарқалган касалликлардир. Гельминтозларнинг тарқалишида жойнинг қоникарсиз санитар аҳволда бўлиши, санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаслик ва табиий омиллар асосий роль ўйнайди.

Гельминтлар, яъни гижжалар барча орган ва тўқимларда: меъда-ичак йўли, ўпка, қон, марказий нерв системаси, мускуллар, суякларда паразитлик қилиб яшаши мумкин. Одамда учрайдиган гельминтларнинг ҳаммадан кўп миқдордаги турлари ичакда паразитлик қилиб, ичак суюқлиғи, ширалари билан, тўқималар билан озиқланади ва витаминлар, микроэлементларни ўзлаштириб боради.

Гельминтлар сони ҳар хил — битта-иккитадан то неча-неча юз ва мингларгача бориши мумкин, шу билан бирга бемор организмда баъзан бир неча турдаги гельминтлар бир йўла паразитлик қилиб яшай олади.

Гельминтларнинг болалар организмда паразитлик қилиб яшаши кўпинча болаларнинг яхши ўсиб-унмаслигига, умуман заҳарланишига, ички органлари, айниқса, ҳазм органлари, марказий нерв системасининг заҳарланишига олиб келади. Бу — гельминтлардаги моддалар алмашинувида ҳосил бўладиган маҳсулотлар ҳамда улар ҳалок бўлганида юзага келадиган парчаланиш маҳсулотларининг токсик-аллергик таъсир кўрсатишига, шунингдек, гижжаларнинг механик равишда таъсир қилиб боришига боғлиқдир. Хирургик аскаридоз ҳоллари болаларнинг ҳаёти учун айниқса хатарлидир. Бундан ташқари, организмда гижжалар бўлиши (гельминт инвазиялари) инфекциялар учун дарвоза очиб беради (К. И. Скрябин); гельминт инвазияси баъзан органларда микрофлора пайдо бўлиши ва патоген хоссаларининг юзага чиқиши учун қулай шароитлар яратиб беради. Гельминтлар бўлиши ўткир инфекцион касалликлар (дизентерия, қорин тифи, қизамиқ, скарлатина ва бошқалар)нинг ўтишини оғирлаштириб қўяди.

Гельминтозлар аломатларининг характери ва даражаси гельминтларнинг тури, сони, ўрнашиб қолган жойига ва организмнинг гельминтлар таъсирига кўрсатадиган реакциясига, турмуши, овқатланишининг тарзига, ёшига ва инвазия даражасига боғлиқдир.\*

Болаларда кўпинча аскаридалар, острицалар, қилбош гижжалар, пакана гижжалар, анча камроқ ҳолларда ҳўкиз ва чўчқа солитери, сербар гижжа, эхинококклар ва бошқалар учрайди.

### Аскаридоз

Аскаридоз одам организмда аскарида деган думалоқ чувалчангларнинг паразитлик қилиб яшаши туфайли юзага келадиган касалликдир. Аскаридалар айрим жинсли йирик гижжалардир:

урғочисининг бўйи 25—40 см га борса, эркагининг бўйи 15—25 см га боради; танаси дуксимон, қизғиш рангда. Вояга етган паразитлар ингичка ичакда яшайди. Аскарیدا тухумлари одам ичагидан ахлати билан бирга ташқи муҳитга чиқиб туради, ташқи муҳитда оптимал шароитлар бўлганида (температура 24—26°C, етарлича намлик, кислород бўлиб турганида) 25 кун давомида тухумлар инвазияловчи ҳаракатчан личинка даврига қадар ривожланиб олади.<sup>4</sup>

✓ Одам инвазияловчи личинкаси бор гижжа тухумларини ифлосланган сабзавотлар, баъзи мевалар (қулупнай), камроқ даражада чанг, сув ва хомлигича ейлаверадиган бошқа озиқ-овқат маҳсулотлари билан бирга ютиб юбориши натижасида унга гижжа юқади. Бу гижжанинг юқиши одатда ёз ва куз даврларида кўпроқ учрайди.

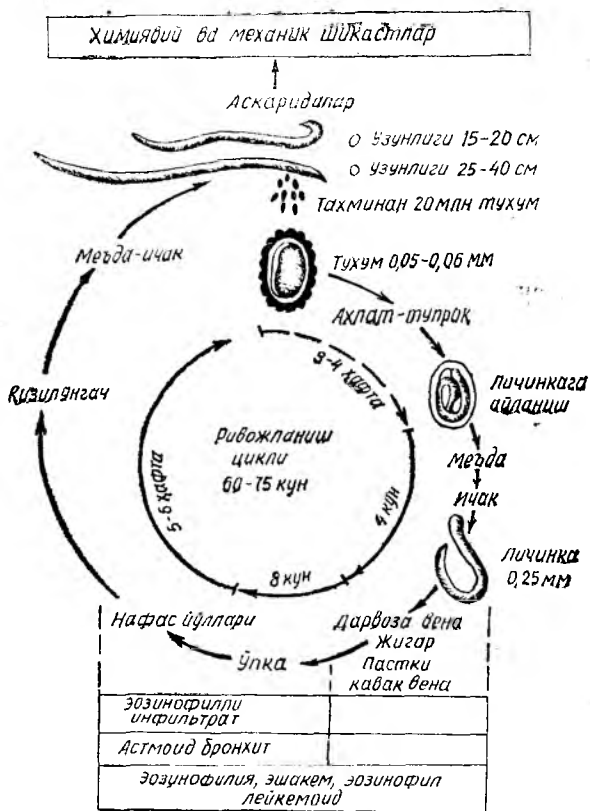
Ютиб юборилган тухум ичакка ўтиб, инвазияловчи личинка тухум пардаларидан шу жойда бўшаниб чиқиб, ичак шиллиқ пардаси, майда-майда вена томирларини тешиб ўтади ва қон оқими билан бирга қопқа венасига, жигар томирларига, сўнгра пастки кавак вена билан юракнинг ўнг ярмига етиб боради. Личинка ўпка капиллярларидан ўтиб борар экан, уларни тешади ва қўйилиб қоладиган қон билан бирга ўпка альвеолалари билан бронхиолаларга тушади. Нафас йўллариининг ҳилпилловчи эпителийси личинканинг бронх, трахея ва ҳалқумга қараб сурилиб боришига ёрдам беради. Сўнгра личинка оғизга ўтиб, сўлак билан бирга яна ютиб юборилиши мумкин (31-расм). Аскарিদаларнинг тухумидан чиққан личинкалик пайтдан тортиб то бирламчи бор тухум қўядиган бўлиб олгунча ривожланиб олиши учун орадан 9 ҳафтадан то 15 ҳафтагача вақт ўтади.»

Аскаридаларнинг ривожланиши циклига мувофиқ биринчи миграцияланувчи фазаси билан иккинчи — ичак фазаси тафовут қилинади.

К л и н и к а с и. Аскаридознинг биринчи фазаси клиник жиҳатдан олганда симптомсиз ўтади ёки субфебрил температура, йўталиш, тез ўтиб кетадиган бронхитлар, пневмониялар, плевритлар бўлиб туриши билан бирга давом этади, ана шундай бронхитлар, пневмониялар, плевритларда балғамда баъзан личинкалар топилади. Баъзида баданга полиморф тошма тошиб айни вақтда бадан териси ҳоли-жонни қўймайдиган даражада қичишиб туради, тана температураси кўтарилади ва эозинофилия бўлади.

Аскаридоз биринчи фазасининг диагностикаси етарлича ишлаб чиқилган эмас.

Аскаридознинг ичак фазаси жуда ҳар хил тарзда — симптомлар мутлақо бўлмайдиган кўринишдан тортиб, то оғир клиник аломатлари бўладиган хилда ўтади. Энг кўп учрадиган симптомлар иштаҳа пасайиб, кўнгил айниб туриши, баъзан қайт қилиш, ич бузилиши, тана вазнининг камайиб қолиши, уйқу беҳаловатлиги, тез чарчайдиган, инжиқ бўлиб қолиш, мактабда ўзлаштиришнинг пасайиб кетиши ва бошқалардир. Қамдан-кам ҳолларда зў-



31-расм. Аскарিদалар ривожланиш цикли ва улар пайдо қила оладиган касалликларнинг схематик тасвири.

райиб борадиган энтерит, энтероколит, менингеаль ҳодисалар кузатилади.

Касалликнинг мана шу фазасида жуда камдан-кам бўлса-да, лекин оғир асоратлар учраши мумкин — обтурацион ва спастик ичак тутилиши, аскаридоз перитонит шулар жумласидандир. Аскарিদаларнинг ичакдан ўрмалаб чиқиб, меъда орқали ҳиқилдоқ, трахея ва бронхларга ўтиб қолиши ниҳоятда камдан-кам учрайдиган асоратлардир.

Аскаридоз ичак фазасининг диагнози бола ахлатида аскарیدا тухумлари топилишига қараб қўйилади.

Аскаридоз одатда эсон-омон ўтиб кетади, оқибати хайрли бўлади. Нотўғри ва кеч диагноз қўйилган, хирургик давони талаб қиладиган асоратлари бундан истиснодир.

Д а в о с и. Аскаридозга миграцион фазасида қилинадиган специфик даво ишлаб чиқилган эмас. Иккинчи фазадаги аскаридозга



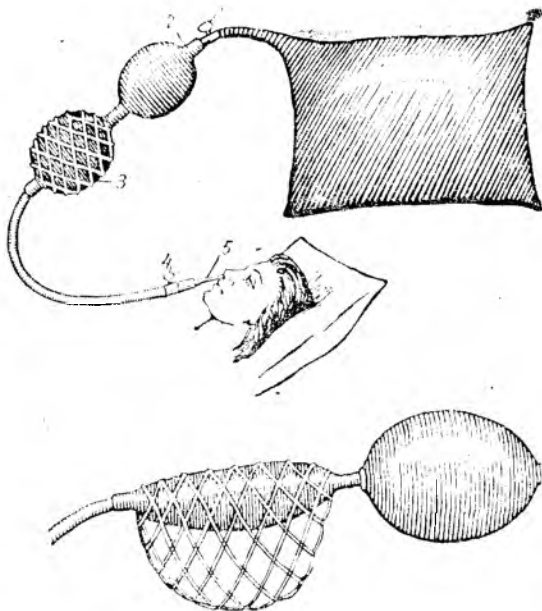
даво қилиш учун бир неча хил дори-дармонлар ва кислородотерапия таклиф этилган.

Пиперазин кам заҳарли бўлиб, яхши наф беради ва вояга етган ва ёш аскаридаларнинг нерв системасига таъсир қилиб, буни сусайтириб қўяди. Пиперазин қўидаги бир мартали дозаларда овқатдан кейин бир соат ўтказиб туриб, кетма-кет 2 кун кунига 2 маҳал ичириш учун буюрилади: ёшига тўлмаган болаларга — 0,2 г, 2—3 яшар болаларга — 0,3 г, 4—6 яшар болаларга — 0,5 г, 7—9 яшар болаларга — 0,75 г, 10—14 яшар болаларга — 1 г. Даво вақтида ўткир ва шўр таомлар истисно қилинади.

Кўнгил айнаши, қайт қилиш, эритема, тез-тез ҳожатга бориб туриш сингари ноҳўя ҳодисалар камдан-кам кузатилади. Марказий нерв системасида органик касалликлар борлиги пиперазин буюришга йўл қўймайдиган монеликлардир.

Комбантрин ҳам қўлланилади, лекин бу препарат 5—10 мг/кг ҳисобидан фақат бир марта берилади (1 таблеткасида 250 мг, 1 мл суспензиясида 50 мг бўлади). Даво қилиб бўлгандан кейин сурги дорилар буюрилмайди.

Пиривиний памоат 5 мг/кг ҳисобидан бир марта буюрилади (1 таблеткасида 5 мг, 1 мл суспензиясида 5 мг бўлади).



32-расм. Кислородни дозалаш учун ишлатиладиган мослама схемаси (О. С. Мишченко асаридан).

1 — кислород ёстигининг чети; 2 — туташтирувчи резинка най; 3 — кислородли баллон; 4 — жўмраги; 5 — зояди.

Декарис 2,5 мг/кг ҳисобидан бир марта (1 таблеткасида 150 мг бўлади) қўлланилади, вермокс ҳам 2,5—5 мг/кг ҳисобидан бир марта ишлатилади (1 таблеткаси — 100 мг).

Аскаридозга даво қилиш учун кислород қўлланилади, кислородни болалар меъдасига ёстиқдан ингичка резина катетер (№ 10—14) орқали эрталаб наҳорга берилади. Кислородни дозалаш учун бир томони кислород ёстиғига, иккинчи учи эса зондага уланган қўшалоқ Ричардсон баллонидан фойдаланиш мумкин (32-расм). Баллон ўртача таранг бўлганда сиғими 250 мл га тенг бўлади. Болаларга кислород ҳар бир ёшига 100 мл ҳисобидан берилади. Меъдага газ 10—20 минут давомида аста-секин, кичик-кичик порциялар ҳолида кириб турадиган бўлиши керак. Кислород юборилганидан кейин бола 2 соат ўринда ётиб туриши, кейин нонушта қилиб, ўзининг одатдаги машғулотларига киришиши зарур. Кислородни 2—3 марта (ҳар кун икки кунора) юбориш керак бўлади. Кислород юборилганидан бир сутка кейин боланинг ичи келавермайдиган бўлса, сурги буюрилади. Кислород юборилгандан кейин ўлик аскаридалар 1-кун билан 3-кун орасида, баъзида 4—6-кун тушиб кетади.

Яра касаллиги қўзиб турган даврда, қорин бўшлиғида ўткир ва ярим ўткир яллиғланиш процесслари бор пайтда кислород билан даволаш тўғри келмайди.

Аскаридозга нафтамон билан ҳам даво қилинади («Энтеробиоз»га қаралсин).

## ✓ Энтеробиоз

✓ Энтеробиоз острицалар туфайли пайдо бўладиган гижжа касаллиги бўлиб, болалар орасида, айниқса, кенг тарқалган. Бу паразит думалоқ, майда (эркагининг бўйи 2,5 мм, урғочисининг бўйи 9—12 мм) гижжа бўлиб, йўғон ичакнинг пастки бўлимида, кўр ичакда ва юқорига кўтарилувчи чамбар ичакнинг бошланғич қисмида яшайди. Бир талай (12 мингтагача) тухумлари бўладиган урғочилари тўғри ичакка тушиб келиб, уйқу вақтида одатда активлик билан орқа чиқарув тешигидан ташқарига чиқади ва шу тешик атрофига тухум қўйиб, ўлиб кетади. Острицалар 3—4 ҳафта умр кўради.

✓ Острицалар фақат касал одамдан юқади. Перинал бурмаларга урғочилари қўйиб кетган тухумлари 4—6 соатдан кейин етилиб, инвазияловчи тухумларга айланади. Булар ички кийим билан ўрин-бошга, рўзғор буюмларига юқиб қолади. Гижжа тухумларини пашшалар ҳам ташқи муҳитга тарқатади. Одам етилган острица тухумларини овқат билан бирга ютиб юборганида унга гижжа юқади: бундан ташқари, гижжа тухумлари одамнинг оғзи билан бурнига чанг билан бирга кириши ҳам мумкин.

Урғочи острицалар орқа чиқарув тешигидан ўрмалаб чиқиб,

атрофини қичиштириб турадиган бўлгани учун энтеробиоз билан оғриган касаллар кўпинча перианал соҳасини қашлаб, қўл бармоқларини гижжа тухумлари билан ифлос қилиб қўйиши натижасида гижжани ўз-ўзига юқтириб туради.

**К л и н и к а с и.** Энтеробиоз симптомсиз ўтиши мумкин, лекин кўпчилик ҳолларда бу касалликнинг қандай бўлмасин бирор хил аломатлари пайдо бўлади. Касалликнинг енгил формасида кеч-қурунлари ёки кечаси орқа чиқарув тешиги соҳаси бир-икки кун давомида салгина қичишиб туради, бундай қичишиш ўз-ўзидан йўқолиб кетади ва 2—3 ҳафтадан кейин яна пайдо бўлади. Гижжа кўплаб такрор-такрор юқиб турган пайтда (реинвазияда) қичишиш доимий бўлиб қолади ва одамни жуда безовта қилади. Орқа чиқарув йўли соҳаси қашланиши туфайли унинг кўп жойлари тирналиб, дерматит, продермия пайдо бўлади. Баъзи касалларда тез-тез ич келиб туриб, ахлат шилимшиқ аралаш бўтқасимон бўлиб тушади, гоҳо ҳожат вақтида оғриқли кучаниқлар тутади, бош оғриydi, бош айланади, одам тез чарчайдиган, тажани бўлиб қолади, уйқуси бузилади. Қиз болаларда острицалар жинсий органларга ўрмалаб кириб қолиши мумкин, бу — аксари оғир ўтадиган ва ҳа деганда қайтавермайдиган вульвовагинитларга сабаб бўлади.

Острицаларнинг тухумлари ёки гижжаларнинг ўзи топилгандагина ишонч билан энтеробиоз деб диагноз қўйиш мумкин. Бунинг учун 1% ли ўювчи натрий эритмаси ёки 50% ли глицерин эритмасига ҳўлланган кичикроқ ёғоч шпатель билан ё бўлмаса, бир бўлак целлофан ёхуд ёпишқоқ целлюлоза лентаси билан перианал соҳадан қирма олинади (ёпишқоқ целлюлоза лентаси ёпишқоқ томони билан буюм ойнасига қўйилиб, микроскопнинг кичик объективи остида текшириб кўрилади).

Кечаси орқа чиқарув тешиги соҳасига бир бўлак пахта қўйиб ётиш, кейин эса шу пахтани чайиб, олинган ювинди сувни текширишни тавсия қилиш мумкин (центрифугадан ўтказиб).

Острица тухумларини одатда ахлатдан топиб бўлмаслигини назарда тутиш керак, чунки бу гижжа қоида ўлароқ, ичакдан ташқарида тухум қўяди.

Энтеробиоз эсон-омон ўтиб кетади, охири хайрли.

**Д а в о с и.** Энтеробиознинг енгил формаларида гигиена чоратадбирларини амалга ошириш йўли билан бу гижжадан халос бўлиб олиш мумкин. Бунинг учун натрий гидрокарбонат қўшилган 1—3 стакан сувдан кечқурун клизма қилинади (ҳар стакан сувга  $\frac{1}{2}$  чой қошиқ натрий гидрокарбонат). Бемор баданига зич ёпишиб турадиган труси кийиб ухлаши керак. Ич кийимлари ва ўрин-бомларига тутилган оқликларни ҳар куни иссиқ дазмол билан дазмоллаб туриш лозим. Тирноқлар калта қилиб олинган бўлиши керак. Хонани тозалашда латта ҳўллаб, артиб тозаланади.

Энтеробиознинг оғир формаларида гигиена қоидаларига риоя қилишдан ташқари, дори-дармонлар билан даво қилиш буюрилади.

Пиперазин худди аскардозда буюриладиган дозаларда ишлай-тилади, даво курси 3—5 кун; зарур бўлса, ҳар сафар 7 кун ора-лаб туриб, даво цикли 3 мартагача такрорланади. Беморда қаб-зият бўлгандагина сурги берилади; махсус парҳез қилишнинг ҳожати йўқ. Худди аскардоз маҳалида буюриладиган дозаларда комбантрин, первиний памоат, декарис, вермокс қўлланилади.

Нафтамон кетма-кет 3 кун давомида 5 яшардан катта бола-ларга кунига 5 г дан, 5 яшар ва бундан ёшроқ болаларга кунига 2,5 г дан буюрилади. Мана шу дозадаги препарат 50 мл илиқроқ қанд шарбатда эритилиб, нонуштадан 30 минут илгари наҳорга ичирилади. Сурги буюрилмайди, одатдагича овқат берилаверади. Зарур бўлса даво 7—10 кундан кейин такрорланади.

Эркак қирқбўғим экстракти 1—2 яшар болаларга 0,2 г дан, 3—4 яшар болаларга 0,3 г дан, 5—6 яшар болаларга 0,5 г дан, 7—8 яшар болаларга 0,6 г дан, 9—10 яшар болаларга 0,7 г дан, 11—12 яшар болаларга 0,9 г дан, 13—16 яшар болаларга 1,0 г дан буюрилади. Эртага даво қилинади, деган куни кечқурун туз сурги, эртасига эрталаб наҳорга эркак қирқбўғим экстракти ва орадан 1 соат ўтказиб туз сурги берилади, сургидан кейин 2 соат ўтган нонушта берилади.

Бемор острицалардан батамом ҳоли бўлиб олмаган бўлса, у ҳолда 10—12 кундан кейин иккинчи даво цикли ўтказилади.

Пиперазин ва нафтамон билан қилинадиган даво амбулаторияда, эркак қирқбўғим экстракти билан қилинадиган даво бир кунлик стационар ёки оддий стационарда ўтказилади.

Қичишишга қарши димедрол ичирилади ва перианал соҳага 5% ли анестезин мази суртиб турилади.

Энтеробиоз касаллиги бутун оилада бўлса, оиланинг барча аъзоларини бир йўла даволаш керак.

### ✓ Трихоцефалёз

✓ Трихоцефалёз думалоқ гельминт — қилбош гижжа туфайли пайдо бўладиган касалликдир, бу гижжа эркагининг бўйи 3—3,5 см, урғочисининг бўйи 3,5—5,5 см келади. У фақат одамда унинг кўр ичаги, чувалчангсимон ўсимтасида, баъзан эса бутун йўғон ичагида паразитлик қилиб яшайди. Қилбош гижжа ичаклар шиллиқ пардасига ўз танасининг олдинги учи билан маҳкам ёпишиб олади.

✓ Етилмаган тухумлари одамнинг ахлати билан бирга ташқи муҳитга чиқиб туради, ташқи муҳитда оптимал шароитлар ( $t^{\circ} 25—30^{\circ}C$ ) бўлганида улар 25 кундан кейин етилади. Одамга бу гижжа унинг етилмаган тухумлари билан ифлосланиб қолган озиқ-овқат маҳсулотлари (сабзавот, мевалар) ва сув орқали юқади.

✓ Етилмаган тухумлардан одамнинг ичагида личинкалар чиқиб, ичакнинг шиллиқ пардасига кириб олади ва шу ерда 3 суткагача қолиб кетади. Сўнгра улар ичак йўлига чиқади ва бир ойдан ке-

Йин жинсий жиҳатдан етилган гижжаларга айланади. Қилбош гижжа одам организмда 5 йил атрофида умр кўради.

**К л и н и к а с и.** Касаллар ортиқча чарчайдиган бўлиб қолгани, иштаҳаси пасайиб кетгани, оғзидан сўлагини оқиб туриши, кўнгли айниб, баъзан қусишдан, бутун қорни ёки ўнг ёнбош соҳаси симллаб оғриб туришидан нолийди, бу оғриқлар аппендицитдаги оғриқларга ўхшаб кетиши мумкин. Ич баъзан қабзият бўлиб, баъзан суриб туриши, ахлатда шилимшиқ ва қон бўлиши мумкин. Кўпинча бош оғриғи, бош айланиши, уйқунинг беҳаловат бўлиб қолиши қайд қилинади; камдан-кам ҳолларда одам ўзини билмай, ҳушидан кетиб қолиши, талвасага тушиши мумкин.

Трихоцефалёз симптомсиз ҳам ўта олади.

Диагнози одамнинг ахлатида қилбош гижжа тухумлари борлигига қараб қўйилади.

**Д а в о с и.** Трихоцефалёзга даво қилишда ҳозир дитиазанин, нафтамон, тимол, кислород қўлланилади.

Дитиазанин трихоцефалёзнинг клиник жиҳатдан ифодаланган ҳолларидагина ишлатилади. Болалар учун суткалик дозаси 5 мг/кг, бу препарат 5—10 кун давомида овқатдан кейин 2 соат ўтказиб, 3 марта ичиш учун буюрилади. Уни нафтамон билан бирга ишлатилганида дозаси  $\frac{1}{3}$  ҳиссага камайтирилиши мумкин. Тана температураси кўтарилиб, кўз склераларида яшилнамо-ҳаворанг тус пайдо бўлганида препарат беришни дарҳол тўхтатилади. Меъданич касалликларида бу препаратни бериб бўлмайди.

Дифезил кетма-кет 5 кун ичиш учун 5 яшардан каттароқ болаларга суткасига 5 г дан, 5 яшаргача бўлган болаларга 2,5 г дан буюрилади (бу препаратнинг бир марталик дозаси ҳам худди шунча). Порошок 30—50 мл қанд шарбати ёки сувга яхшилаб қориштирилиб, овқатдан 30 минут илгари ичилади. Сурги бериш, парҳез қилишнинг ҳожати йўқ.

Нафтамон кетма-кет 3—5 кун ичиш учун буюрилади (дозалари тўғрисида «Энтеробиоз»га қаралсин).

Тимол бир марта ичиш учун боланинг ҳар бир ёшига 0,05 г ҳисобидан ишлатилади. 2 ёшгача бўлган болаларга тимол буюрилмайди. Эртага дори ичилади деган кун ичкелурун туз сурги берилади, эртасига эрталаб болалар бутун дозадаги дорини наҳорга ичади. 6-кун ичкелурун туз сурги буюрилади. Дорини 6 кун ичилгандан кейин 6 кунга танаффус қилинади. Даво курси 6 кунлик беш циклдан иборат бўлади. Меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллигида, юрак фаолияти декомпенсацияланиб турганда, жигар ва буйрак касалликларида бу препаратни ишлатиб бўлмайди.

Кислородни боланинг ҳар бир ёшига 100 мл ҳисобидан 5—7 кун давомида тўғри ичагига юбориб турилади (ични тозалайдиган клизма қўйилганидан кейин).

## ✓ Гименолепидоз

✓Тасмасимон чувалчанглар (цестодалар) туфайли пайдо бўладиган касалликлардан болалар орасида энг кўп учрайдигани гименолепидоздир. Бу касалликка бўйи 2—5 см келадиган пакана гижжа сабаб бўлади; у тухумдан то етуклик босқичигача бўлган ривожланиш даврини, оралиқ ҳўжайинга муҳтож бўлмай, фақат одам организмида ўтади. Пакана гижжалар ингичка ичакда яшайди, тухумлари етук ҳолда чиқиб туради, одамга гижжа бевосита йўл билан (тухумларга дуч келинганида) ёки рўзгор буюмлари орқали ўтади.

✓Болаларга гименолепидоз асосан улар орасидаги контакт йўли билан, ифлосланган қўллар, туваклар, стулчалар ва ҳожатхоналарнинг тўсиқлари орқали юқади. Озиқ-овқат, мебель, ўрин-бошнинг ифлосланиши, пашшалар бўлиши анча кам роль ўйнайди.

К л и н и к а с и. Худди бошқа гельминтозлар сингари гименолепидоз ҳам полиморф тарзда ўтадиган бўлиши билан ажралиб туради. Бу касаллик билиниб турадиган симптомларсиз ўтиши мумкин, лекин кўпчилик ҳолларда ҳазм ва нерв системаларида ўзгаришлар бўладики, булар бошқа гельминтозларда ҳам учрайди.

Касалликнинг диагнози янги ахлатда гижжа тухумлари топилишига қараб аниқланади.

Д а в о с и. Гименолепидозда даво мушкул масала ҳисобланади. Кўпинча бу касалликка қарши эркак қирқбўғимининг эфирдаги экстракти билан 10—12 кун оралаб ўтказиладиган уч циклда даво қилинади. Бу экстракт боланинг ҳар бир ёшига 0,1 г ҳисобидан дозаланади, аммо кўпи билан 1,0 г гача олинади. Даво бир кун давомида ўтказилади. Ҳар бир даво курсини бошлаш олдида тайёргарлик кўрилади: осон сингийдиган, ёғи кам овқат берилади, дори ичиладиган кундан бир кун аввал кечқурун туз сурги берилади (боланинг ҳар бир ёшига 1 г ҳисобидан магний сульфат, натрий сульфат берилади, аммо бир қабулга кўпи билан 15 г олинади), эрталаб ични тозалайдиган клизма қўйилади, наҳорга эркак қирқбўғим экстракти ичирилиб, 1½ соатдан кейин яна туз сурги ва орадан 2 соат ўтказиб туриб энгил нонушта берилади.

Сезиларли анемияси бўлган, жигар, буйрак касалликлари билан оғриган, меъда-ичак йўлида яралари бўлган болаларга эркак қирқбўғим экстрактини бериб бўлмайди.

Гименолепидозга даво қилиш учун сўнгги вақтларда фенасал ишлатилмоқда. Бу препарат ўз ҳолича, яъни мустақил ҳолда ёки таъсири кучлироқ бўлиши учун эркак қирқбўғим экстракти билан биргаликда ишлатилади. Препарат қуйидаги дозаларда ичирилади: 3 ёшгача бўлган болаларга — 0,5 г, 3—6 яшар болаларга — 1 г, 6—9 яшар болаларга — 1,5 г, 9 яшардан каттароқ болаларга — 2 г. Фенасал ичишдан аввал бир кун давомида осон сингийдиган овқат бериб турилади. Эртага препарат ичилади деган куни кечқурун болага 1 г натрий гидрокарбонат ичириш тавсия этилади.

Бутун доза миқдоридида олинган фенасал устига бир қошиқ қай-

ноқ сув қўйилиб, яхшилаб қорштирилади, сўнгра  $\frac{1}{3}$  стакангача сув қўшилиб, аралаштирилади ва наҳорга ичирилади, 2 соатдан кейин енгил нонушта берилади.

Фенасал билан даволаш 7 кун оралаб 3 марта ўтказиладиган 7 кунлик цикллардан иборат. Ҳар бир циклниги 1-куни препарат юқорида кўрсатилган дозаларда берилади, ҳар бир циклниги кейинги 6 кунда боланиги ёшидан қатъи назар у 0,5 г дан бериб борилади.

Биринчи даво циклининг 1-куни фенасал ичилганидан 3—4 соат ўтказиб туриб, ўлган гижжаларини тушириш учун сурги берилади; кейинги кунларда сурги ишлатилмайди.

Фенасални эркак қирқбўғим экстракти билан бирга ишлатилганида тунга юқорида кўрсатиб ўтилган дозаларда фенасал буюрилади, эрталаб эса қирқбўғим экстракти ичирилади. Экстракт ичирилганидан кейин бир соат оралатиб туз сурги берилади.

Кукурбин, яъни қовоқ уруғидан тайёрланиб, заҳарли хоссалари йўқотилган препарат қўлланилади. Кукурбин мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 2,5 г, мактаб ўқувчиларига 5 г миқдорда олиниб, 100 мл сувда ичирилади. Препарат ичирилганидан кейин орадан 3 соат ўтказиб, туз сурги берилади.

### ✓ Лямблиоз

✓ Лямблиоз лямблиялар деган содда жониворлар туфайли пайдо бўладиган касалликдир, бу содда жониворлар уларни биринчи марта ва батафсил тасвирлаб берган Д. Ф. Лямбль деган олимнинг номи билан шундай деб аталган. Лямблиялар иккита ривожланиш босқичида: вегетатив босқичда ва цисталар босқичида бўлади, улар бевосита оддий бўлиниш йўли билан кўпаяди. Бу жониворлар ичакка жойлашиб олади, уларнинг патоген роли ҳар хил баҳоланади. Баъзи тадқиқотчилар лямблиялар хўжасидаги тайёр озиқа билан озиқланиб, ичак деворларидан овқатнинг нормал сўрилиб ўтишини издан чиқаради, улардаги моддалар алмашинуви маҳсулотлари ҳамда лямблиялар кўплаб ҳалок бўлганида ажралиб чиқадиган турли заҳарли моддаларнинг узоқ таъсир қилиб туриши ичак фаолиятининг бузилишига ва хроник интоксикация ҳодисаларига сабаб бўлиши мумкин, деб ҳисоблайдилар. Бошқа тадқиқотчилар бунга тамомила қарама-қарши нуқтан назарни қўватлайди ва лямблияларнинг одам организмида патоген роль ўйнашини инкор этади.

Бир-бирига зид мана шундай фикрлар борлиги лямблиознинг етарлича ўрганилмаганидан далолат беради.

Қ л и н и к а с и. Бу касаллик одатда тана температураси кўтарилмасдан туриб аста-секин авж олиб боради ва меъда-ичак йўлида юзага келадиган ўзгаришлар билан бирга давом этади. Одам одатда суткасига 2—4 маҳал, гоҳо бундан кўра кўпроқ ҳожатга бориб туради, ҳожат вақтида шилимшиқ, баъзида қон аралаш ахлат келади, ахлат ё суяқ ёки бўтқасимон, ё бўлмаса, ҳатто, қуюқ

бўлиши мумкин. Ичакка алоқадор ўзгаришлар кўпчилик ҳолларда узоқ давом этиб боради ва қайталаниб туришга мойил бўлади. Овқатнинг сингиши қийинлашади ва ахлатда кўпинча ҳазм бўлмайд қолган овқат қолдиқларини кўриш мумкин.

Баъзи болаларда ичакка алоқадор бўлган юқоридаги ўзгаришлар билан бирга кўнгил айнаб, қайт қилиш, умуман ҳолсизланиш, анемия ва нерв системасига алоқадор турли ўзгаришлар кўрилади.

Касаллик диагнози ахлатда лямблиялар топилишига қараб тасдиқланади. Копрологик текшириш материал олинishi биланоқ ўша заҳоти ўтказилади. Натив препаратларда лямблияларнинг вегетатив формалари ҳам, цисталари ҳам осон топилади.

**Д а в о с и.** Лямблияларни тушириш учун ҳозирги вақтда суткасига 10 мг/кг ҳисобидан фуразолидон ишлатиш тавсия этилади. Унинг мана шу суткалик дозаси 3—4 қисмга бўлиб ичирилади. Бу препарат 5—7 кун давомида бериб борилади. Фуразолидон берилганида баъзан кўнгил айнаши, қайт қилиш, иштаҳа пасайиши, баданга тошма тошиши сингари ҳодисалар кузатилиши мумкин. Бундай ҳолларда препарат бериш тўхтатилади ёки дозаси камайтирилади. Баъзан димедрол ёки кальций хлорид буюрилади.

Лямблиозга қарши аминохинол қўлланилади: 1 яшаргача бўлган болаларга бу препарат суткасига 0,025 г, 1 яшардан 2 яшаргача бўлган болаларга 0,05 г, 2 ёшдан 4 яшаргача бўлган болаларга 0,075 г, 4 яшардан 6 яшаргача бўлган болаларга 0,1 г, 6 яшардан 8 яшаргача бўлган болаларга 0,15 г, 8 яшардан 12 яшаргача бўлган болаларга 0,15—0,2 г, 12 яшардан 16 яшаргача бўлган болаларга 0,25—0,3 г миқдорида берилади, препарат овқатдан кейин ичилади. 5 кун оралаб туриб ҳар бири 5 кундан иборат иккита цикл ўтказилади. Бу препарат яхши кор қилади ва кам заҳарли. 5 кун давомида ёшга тўғри келадиган дозада метронидазол ҳам буюрилади. Лямблиялар инвазияси жуда кўп бўлган ҳолларда даво курси такрорланади. Метронидазолнинг афзаллиги шуки, даво курси қисқа ва препаратни касаллар яхши кўтарадиган бўлгани ҳолда яхши наф беради.

Нистатин ҳам яхши таъсир кўрсатади, бу препарат бир яшаргача бўлган болаларга 75 000 ТБ дан, 1 яшардан 3 яшаргача бўлган болаларга 100 000 ТБ дан, 3 яшардан катта болаларга 500 000—700 000 ТБ дан буюрилади. Мана шу суткалик дозаси 3—4 га бўлиб ичирилади ва препарат 10—14 кун ишлатилади.

Овқат бекаму кўст бўлиши керак; ачитқилар буюрилади, булар лямблиялар йўқолиб кетишини осонлаштиради. Ичак лямблиозининг ҳа деганда қайтавермайдиган ва сустлик билан ўтаётган формаларида қўшимча равишда гемо-, ферменто- ва витаминотерапия қўлланилади.

Гельминтозлар профилактикаси организм ичидаги гельминтларни ҳам, таъқи муҳитдаги гельминтларни ҳам барча яроқли методлар билан шактив равишда йўқ қилишга қаратилган комплекс чоратadbирларни амалга ошириш йўли билан олиб борилади. (К. И. Скрябин).



Касаллар ва паразит ташувчиларни инвазия манбаи бўлишдан ҳоли қилиб қўядиган даво катта аҳамиятга эга. Даволаш муассасаларига мурожаат қилиб келган касалларнинг ўзигина эмас, балки болалар коллективларини план асосида текшириб кўрилганида аниқлаб олинган гижжали болалар ҳаммаси ҳам даволанилади.

Тушган гельминтларни ёқиб ташланади ёки 30 минут давомида қайнатилади, ахлатларнинг устига 30—60 минутга қайнаб турган сув қуйиб қўйилади. Ҳожатхоналар, туваклар қайнаган сув билан, сўндирилмаган оҳак ёки хлорли оҳак билан дезинфекция қилинади.

Даво чора-тадбирлари билан бир қаторда атрофдаги муҳитни ахлат тушишидан сақлаш (канализация ўтказиш, ҳожатхоналарни саришта сақлаш, нажасларни юқумсизлантириб бориш) ҳам биринчи даражали аҳамият касб этади. Экинзорларни ўғитлаш учун қўлланиладиган нажаслар торф, ахлат, гўнг билан баҳор-ёз кезлари 2—3 ой давомида компостлаш йўли билан гельминтлардан ҳоли қилинади. Буларни кузда сабзавотлар ҳосили йиғиб олинганидан кейин ерга солиш ва ерни куз ва баҳорда қайтадан ҳайдаб қўйиш мумкин.

✓Тасмасимон гельминтлар туфайли пайдо бўладиган гельминтозларнинг олдини олишда гўшт устидан санитария назорати олиб борувчи ветеринария органлари катта ролни ўйнайди.

✓Соғломлаштирувчи чора-тадбирлар қаторига ота-оналар ва педагогларнинг актив иштироки билан болалар орасида олиб бориладиган санитария маорифи ва тарбиявий иш ҳам киради, албатта.

✓Шахсий профилактика қўлларни тоза сақлаш, ҳожатга борилганда ишлатиладиган қоғоздан, туваклардан тўғри фойдаланиш, сабзавот ва ҳар хил меваларни ейшдан олдин яхшилаб ювиб олиш, ичиладиган ва сабзавот-мевалар ҳамда овқатга тутилидиган идиш-товоқлар ювиладиган сувни қайнатиб ёки филтрлаб олиш, пашшаларга қарши кураш олиб боришни ўз ичига олади.

## ХОЛЕЦИСТИТЛАР

Холецистопатиялар ўт пуфаги ва ўт йўлларининг табиатан органик ҳамда функционал касалликларини, ўт-тош касаллиги, холециститлар, ҳар хил этиологияли ангиохолитлар ҳамда ўт чиқариш йўллари дискинезияларини ўз ичига олувчи тушунчадир. Ҳозир айгиб ўтилган касалликлардан ёлғиз ўт пуфагининг касалланиши (холецистит) ёки ўт йўлларининг зарарланиши (ангиохолит) ё бўлмаса, тарқоқ яллиғланиш процесси (ангиохолецистит) болаларда ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди.

Холециститлар одатда мактабгача тарбия ва мактаб ёшидаги болаларда бўлади; ёш гўдаклар бу касалликлар билан анча кам оғрийди.

Ангиохолециститларнинг бошдан кечирилган касалликлар билан, айниқса, хроник тонзиллит, аденоидлар, тиш кариеси, вирусли гепатит, гельминтозлар ва бошқалар сингари касалликлар би-

лан алоқадорлиги аниқланган. Бу касалликларнинг келиб чиқишида нотўғри овқатланиш (овқатнинг нотўғри тақсимланиши, уни тартибсиз ейиш, болани ёшини ҳисобга олмасдан туриб овқатлантириб бориш ва бошқалар) катта ролни ўйнайди, чунки бу нарса ўт ишланиб чиқиши ва ўтиб туришининг бузилишига олиб келади. Бошдан кечирилган ҳамма касалликлар, айниқса, тез-тез бўлиб турадиган вирусли инфекциялар ҳам холециститлар пайдо бўлишига мойил қилиб қўядиган омилдир.

Ангиохолециститларни микроблар: ичак таёқчаси, стафилококк, стрептококк, энтерококк, протей, гоҳо паратифоз таёқчалар, пневмококклар, дизентерия таёқчалари қўзғатади. Бу касалликларнинг этиологиясида микроблар билан бир қаторда лямблиялар, шунингдек гельминтлар, жумладан жигар қурти муайян аҳамиятга эга.

Микроблар ёки лямблиялар ўт йўллари ва ўт пуфаги деворига юқори кўтарилиб борувчи йўл билан ўн икки бармоқ ичак ва умумий ўт йўли орқали ичакдан ўтиши мумкин. Гематоген йўл анча муҳим ҳисобланади, бунда микроблар баданнинг турли қисмларидаги яллиғланиш ўчоқларидан қон оқимига ўтиб, жигар билан ўт йўлларида етиб келади.

**К л и н и к а с и.** Касалликнинг асосий белгиси табиатан ҳар хил бўладиган қорин оғриғидир. Болалар аксари ўнг қовурга ости, тўш ости соҳаси, гоҳо киндик соҳаси оғриб турганидан нолийди, баъзи болалар эса оғриқнинг қаердалигини кўрсатиб бера олмайди. Оғриқлар табиатан жуда хилма-хил бўлади, жумладан бир неча минутдан то бир неча соатгача давом этадиган хуружлар кўринишига ҳам киради. Оғриқ хуружлари тутиб қолган маҳалда бола кўнгли айнаб, қайт қилиши, тана температураси кўтарилиши мумкин. Баъзи ҳолларда оғриқлар овқат ейишга алоқадор бўлади, баъзида эса кеча ва кундузнинг ҳар қандай вақтида ҳам, овқат ейилиш-ейилмаслигидан қатъи назар бошланаверади. Бошқа ҳолларда узоқ давом этадиган, суст бўладиган оғриқлар қайд қилинади («симилловчи оғриқлар»).

Анчагина кўп ҳолларда иштаҳа пасайиб, кўнгили айнаб туради, ёғли ва ҳадеганда ҳазм бўлавермайдиган овқатни кўнгили кўтармайдиган бўлиб қолади, кекирик бўлиб туради, оғиздан қўланса ҳид келади, тўш ости соҳаси босилиб тургандек сезилиб, қабзиятга мойиллик кузатилади, гоҳо ич дам суриб, дам қабзият пайдо бўлади.

Бу касалликлар нормал, субфебрил ва кескин кўтарилган температура билан ўтиши мумкин (оғриқ тутиб турган маҳалда ва йирингли яллиғланиш бўлганида).

Болалар текшириб кўрилганида умумий интоксикацияга хос симптомлар топилади (дармонсизлик, ортиқча чарчашлик, бош оғриғи, тажанглик). Бадан териси қуруқроқ ва оқариб туради. Қамдан-кам ҳолларда бадан териси, кўз склералари салгина сарғайиб, ахлат оч тусли бўлиб тушади. Касаллар аксари озган, тили қуруқ, кўпинча караш бойлаган бўлади. Қорин пальпация қилиб кўрилганида айниқса, чуқур нафас олинган маҳалда, ўнг қовурга-

лар ости соҳаси, гоҳо тўш ости соҳаси, ўт пуфаги соҳасининг безиллаб тургани маълум бўлади. Баъзан ўнг қовурғалар остида мускуллар сал таранг тортиб, ўнг томондаги қовурға равоғига тукиллашиб уриб кўрилганида безиллайди. Жигар тез-тез катташиб, қовурғалар равоғининг чети тагидан 1—5 см чиқиб туради, пальпация қилиб кўрилганида қўлга бирмунча зичлашган бўлиб уннайди ва безиллаб туради.

Ўт чиқариш йўллари касалликларида юрак-томирлар системаси фаолиятида функционал ўзгаришлар кузатилиши мумкин (артериал босим пасайиши, брадикардия, юрак учидан систолик шовқин эшитилиши, нафас аритмияси).

Холециститлар ўтишига қараб ўткир, латент ва қўзиб турадиган хроник хилларга бўлинади.

Ўткир холециститлар болаларда ниҳоят даражада кам учрайди ва бирдан қорнида пайдо бўладиган қаттиқ оғриқ синдроми билан бирга давом этиб боради. Латент ангиохолециститда беморларнинг шикаятлари нотайин бўлади, кўпгина симптомлар топилмайди, баъзида эса касаллик фақат субфебрил температура билан намоён бўлади, холос. Дарднинг мана шу формасини аксари бошқа кўпгина касалликлар билан адаштириб юришади.

Болаларда бўладиган холецистопатияларнинг энг кўп учрайдиган формаси суст ўтиб, қайталаниб, қўзиб турадиган хроник холециститлардир, бунда ремиссия даврида касаллар ўзини қаноатланарли сезадилар.

Холециститларнинг клиник кўринишлари жуда ўзига хос, тайинли хусусиятларга эга бўлмаганлиги учун ўн икки бармоқ ичакка зонд солиб, олинган ўт порцияларини текшириб кўриш шарт.

Соғлом болаларда ўтнинг А порцияси (дуоденал суюқлик, ўн икки бармоқ ичак суюқлиги) сомондек сариқ рангда ва тиниқ, Б порцияси (пуфакдан чиққан ўт) тўқ-қуқиш ёки сариқ-жигарранг тусда, тиниқ, С порцияси (жигардан чиққан ўт) тилларанг сариқ тусда, тиниқ бўлади. Ўт порцияларида нормада ҳам битта-иккита лейкоцитлар ва бироз шилимшиқ ҳамда бактериялар бўлиши мумкин.

Яллиғланиш бўлса ўтда майда ва йирик ипир-ипирлар кўринишида шилимшиқ, лейкоцитлар (кўрув майдонида 7—10 тадан кўп), ясси эпителий ҳужайралари, лямблиялар, жуда камдан-кам ҳолларда холестерин кристаллари ва билирубин қуми пайдо бўлади.

Ўн икки бармоқ ичакка зонд солиш техникаси қийин эмас ва кўпчилик болаларда бу текширишни ўтказиш осон. Зондни болага уни ўтқазиб қўйилган ҳолида солинади, кейин болани каравотга думалоқлаб қўйилган ёстиқ устига ўнг ёнбоши билан ётқизилади, жигари соҳасига грелка қўйиб қўйилади. Қитоб ўқиб ва ҳикоялар сўзлаб бериш йўли билан боланинг диққатини зондлашга алоқадор нохуш сезгилардан чалғитиб турилади.

Баъзи болаларга зонд солишдан 2 кун илгари белладонна буюриш зарур бўлади (боланинг ҳар бир ёшига 0,001 г ҳисобидан ку-

нига 2 маҳал). Зондни эрталаб барвақт солиш керак (соат 7—8 дан кечиктирмай). А порция олинганидан кейин зонд орқали ўн икки бармоқ ичакка 20 мл 25% ли магний сульфат эритмаси юборилади. Ўт пуфагидан бошланадиган рефлекс аксари 20—30 минутдан кейин юзага чиқади. Ўт пуфаги дискинезияларида бу муддат ўзгариб қолади, атониялар маҳалида 3—10 минут бўлса, спастик стенозда 2 соатгача чўзилади. Зондлаш муолажасининг умумий муддати 3 соатдан ортмаслиги керак. Зондлашни такрорлаш керак бўлса, орадан 1—2 кун ўтказиб туриб яна зонд солиб қўрилади.

Ангиохолецистит учун характерли синдром бўлса-ю, ўт порцияларида яллиғланиш аломатлари топилмаса, ўт йўллари дискинезияси деган диагноз қўйилади.

**Даво с.и.** Касални овқатлантириб бориш учун соғлом болаларга мўлжалланган озиқ моддалар нормативларини асос қилиб олиш керак, лекин овқат химиявий, механик ва термик жиҳатдан авайлайдиган бўлиши лозим. Даво қилинаётган даврда қалампир, хантал, хрен, пиёз, саримсоқ, исмалоқ, редиска, шолғом, дудланган масаллиқлар, қўзиқоринлар, тузланган масаллиқлар, гўшт, балиқ, қўзиқорин шўрвалари, ўткир соуслар, ёғли таомлар, ичимликлар (газланган сув), қўй, чўчқа, мол, ғоз ёғи, тухум билан шакар қўшиб қорилган хамир, шоколад, кофе, колбаса, нўхат, дуккаклар рациондан истисно қилинади.

Ўт пуфаги касал болаларга қуйидаги таом хилларини тавсия қилиш мумкин.

Нонуштага сабзавот салатлари, сабзавот пюреси, пишлоқ, қанд қўшилган творог, тухум, сутга тухум қориштириб пиширилган қуймоқ, сувга солиб шўри кетказилган сельд, бўтқалар, сувга пишириб олиб сир (қаймоқ) қўшилган макарон ёки вермишель, сутли чой, сутли суррогат кофе бериш тавсия этилади.

Тушки овқатга суюқ таом тариқасида гўшт солмасдан пиширилган шўрвалар: ҳар хил сабзавот шўрвалари, картошка шўрва, ёрма билан картошка солиб пиширилган шўрва, сутга ёрма, вермишель солиб тайёрланган шўрвалар, карам шўрва ва бошқалар тавсия этилади. Қуюғига қайнатилган гўшт, товуқ гўшти, балиқ, буғға пиширилган сабзавот котлетлари, картошка котлетлар, қаймоқ қўшилган котлетлар, мева ошлари берилади. Учинчи овқат компот, кисель, мусс, наъматакдан тайёрланган ичимлик, мева шарбатидан иборат бўлади. Тушликдан кейинги овқатга оширилмаган хамирдан тайёрланган печенье, булочка, творог, хўл мева, мева шарбатлари, кефир, сут, чой берилади.

Кечки овқатга ишлатиш учун нонуштага бериладиган таомларнинг ўзи олинадию, лекин ичига турли масаллиқлар (ёрма, сабзавот, мева аралаштирилган творог), мева ошлари, сабзавот рагу, димлама сабзавотлар, творогли варениклар, творог суфлеси қўшиб берилади.

Ўт йўллари касал болаларга бундай овқат 1 йилга тайинланади, ҳа деганда қайтавермайдиган оғриқ синдроми билан ўтаётган

ҳолларда эса боланинг нарҳезде бўладиган муддати  $1\frac{1}{2}$ —2 йилгача узайтирилиши мумкин.

Хар куни 100—150 г янги творог еб туриш тавсия этилади. С, В<sub>1</sub>, А, РР витаминларини яхшиси, табиий ҳолда — сабзавот ва мевалар билан олиб турган маъқул. Касал бола организмга суюқлик (иссиқ ширин чой кўринишидаги суюқлик) бериб туриш чекланмайди, суюқликни кўпроқ миқдорда бериб турса ҳам бўлади.

Болани фақат оғриқ тутиб тургандагина ўрнidan турғизмай ётқизиб қўйиш тайинланади. Қолган бошқа ҳамма ҳолларда умумий режим белгиланади, лекин боланинг кундузи ухлаб ором олиши, сайр қилиб туриши шарт. Даводан кейин хуружлар бўлмай турган даврда энгил жисмоний машқлар, коньки, чанғи учиш, велосипедда юриш ўринлидир.

Ўт йўлларидаги яллиғланиш процессини бартараф этиш учун антибиотиклар: 10—14 кунга эритромицин, олеандомицин, мономицин, канамицин, морфоциклин, лейкоциклин, олететрин буюрилади. Лямблиоз бўлса, 5—7 кун оралатиб ўтказиладиган 5 кунлик иккита цикллар кўринишида аминохинол, фуразолидон қўшимча қилиб буюрилади (овқатдан 20—30 минут кейин кунига 2 маҳал). Аминохинолнинг суткалик дозаси 3 яшар болалар учун 0,075 г, 4 яшардан 6 яшаргача бўлган болалар учун 0,1 г, 6 яшардан 8 яшаргача 0,15 г, 8 яшардан 12 яшаргача 0,15—0,2 г, 12 яшардан 16 яшаргача 0,25—0,3 г ни ташкил этади. Боланинг ёшига тўғри келадиган дозада 5 кунга метронидозол ҳам буюрилади.

Ўт пуфаги функциясини аслига келтириш учун Демьянов бўйича кўрмасдан туриб зондлаш усулидан фойдаланилади, бу усул бир ой давомида ҳафтасига 2—3 мартадан қўлланиб борилади.

Хар куни болага ўт ҳайдовчи дорилардан бири наҳорга ичириб турилади (30—40 мл 25% ли магний сульфат эритмаси,  $\frac{1}{2}$  стакан славянская суви,  $\frac{1}{2}$  стакан сувга 1 чой қошиқ карлсбад тузи). Шундан кейин болани ўнг ёнбоши билан  $1\frac{1}{2}$ —2 соатга ётқизиблиб, жигар соҳасига грелка қўйилади, мана шу вақт ўтгач бола ўн марта чуқур нафас олиши керак.

Ўт пуфаги спазмини камайтириш учун 2 ҳафтага иссиқлик муолажалари, жигар соҳасига озокерит, парафин аппликациялари, диатермия буюрилади.

Ўт ҳайдовчи дори тариқасида маккажўхори гули дамламаси (овқат олдидан кунига 3 маҳал 30 тдмчидан), хологон (3—4 яшар болаларга кунига 3 маҳал 0,03—0,05 г, 5—6 яшар болаларга 0,1 г, 7—12 яшар болаларга 0,15—0,25 г), холосас (овқатдан олдин кунига 3 маҳал 1 чой ёки дисерт қошиқдан), аллохол (овқатдан кейин кунига 3 маҳал  $\frac{1}{2}$ —1 таблеткадан), холензим (овқатдан кейин кунига 3 маҳал  $\frac{1}{2}$ —1 таблеткадан), никодин (овқатдан илгари кунига 3 маҳал  $\frac{1}{2}$ —1 таблеткадан) ва бошқалар ичириб турилади.

Доривор ўт ва мевалардан тайёрланадиган дамлама ва қайнатмалар кенг қўлланилади (гул ҳамиша баҳор, маккажўхори гуллари, наъматак, ялпиз, қичитқон ўт, тирноқгул, кореандр ме-

валари, қайин куртаклари ва бошқалар). Касалликнинг хроник формаларида минерал сувлар қўлланилади (нафтуса, смирновская, славянская, арзни ва бошқалар). Сув боланинг ёшига қараб 100—150—200 мл дан илиқ ҳолда, қултумлаб секин-секин ичирилади, сувни ичириш маҳалига қаттиқ амал қилиб борилиши керак. Физиотерапевтик методлардан парафин аппликациялари, УВЧ тоқлари, диатермия, индуктотермия, турли дорилардан электрофорез қилиш буюрилади. Давонинг муҳим методи шифобахш физкультурадир.

Маҳаллий инфекция ўчоқларини санация қилиш — хроник тонзиллит, кариоз тишлар, отит, гайморит ва бошқаларга даво қилиш катта аҳамиятга эга, керак бўлса, тонзиллэктомия қилинади, кариоз тишлар олиб ташланади.

Қорин оғриб турганда белладонна (бир мартали дозаси боланинг ҳар бир ёшига 0,001 г дан), папаверин, промедол бериш ўринлидир.

Касалликнинг кўпдан бери давом этиб келаётган ва нуқул қўзийверадиغان формаларида маҳаллий инфекция ўчоқлари санация қилинганидан кейин курортларда даволаниш ўринлидир (Железноводск, Трускавец, Шира кўли, Друскининкай ва бошқалар).

**Профилактикаси.** Қуйидаги чора-тадбирлар профилактик жиҳатдан аҳамиятга эга: 1) тўғри кун тартиби ва овқатланиш тартибига риоя қилиш, бола организмни чиниқтириб бориш, спорт билан мунтазам шуғулланиб туриш; 2) меъда-ичак касалликларининг олдини олиш; 3) тишлар, бодомча безлари ва бошқа хроник маҳаллий инфекция ўчоқларини санация қилиш; 4) лямблиозга қарши курашиш. Лямблиялар ювилмаган сабзавот ва мевалар, қайнатилмаган сувдан, ифлосланиб қолган қўллар, ўйинчоқлардан юқади. Лямблиялари бор болаларни олдин даволаб, касалликдан ҳоли қилмасдан туриб болалар коллективларига қўйиш ярамайди. Лямблия ташувчанликни аниқлаш учун болаларни уларда гельминтларгина эмас, балки лямблиялари ҳам бор-йўқлигини билиш мақсадида ҳар томонлама текшириб кўриш зарур. Болалар муассасаларида ва овқат блокларида ишлайдиган ходимларна ҳам худди шундай текширишдан ўтказиш керак.

## **БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН НАФАС ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Нафас органлари касалликлари, биринчи галда пневмониялар болаларда ва айниқса гўдак болаларда учрайдиган патология структурасида олдинги ўринлардан бирини эгаллайди. Нафас системаси касалликлари болаларни поликлиникалар ва касалхона муассасаларига келиб туришга мажбур этадиган энг кўп учровчи сабабларнинг биридир.

Пневмониялар болаларда, айниқса эмадиган гўдакларда кўпроқ учрайди ва бирмунча каттароқ ёшдаги болалардагига қараганда оғирроқ ўтади. Бу — бола организмнинг морфологик, фи-

зиологик хусусиятларига, иммунологик реактивлигининг ҳолатига, йўлдош касалликлар (рахит, конституция аномалиялари, гипотрофиялар) бўлиб туришига, шунингдек атроф-муҳит омиллари таъсирига (боланинг боқилиши, иқлим шароитлари ва бошқаларга) боғлиқдир.

Эмадиган болалар ўртасида касалланиш ва жумладан пневмониялардан ўлиш ҳолларини камайтириш учун курашда ютуқлар қўлга киритилганига қарамай, нафас органлари касалликлари ҳозирги кунда ҳам анча тарқалган ҳолда ўзига хос кўринишда ва оғир ўтиши билан характерланиб келмоқда.

### Гўдак болаларда учрайдиган ўткир ринофарингит

Эмадиган болада бошланган ҳар қандай ринит ринофарингитдир, чунки процесс бир йўла бурун билан бурун-ҳалқумга, баъзан эса ҳиқилдоқ, бронхларга ҳам тарқалган бўлади. Бу касаллик кўпинча ҳаво-томчи йўли билан юқадиган аденовирус инфекциясига боғлиқ бўлади, гоҳида у термик, механик, химиявий таъсиротлар туфайли бошланади. Ой-куни етмай туғилиб, гипотрофияга учраган чақалоқларда ринофарингит баъзан ўлимга олиб борадиган оғир касаллик бўлиб ҳисобланади.

**К л и н и к а с и.** Ринофарингит ҳар хил ўтиши мумкин. Тана температураси кўтарилади, лекин нормал бўлиши ҳам мумкин. Боланинг бурнидан аввалига оч рангли тиниқ суюқлик кела бошлайди, бу суюқлик тез орада шилимшиқ ёки йирингли бўлиб қолади. Келиб турадиган мана шу суюқлик бурун ва юқори лаб атрофидаги терини таъсирлантиради. Бурун одатда шу қадар битиб қоладики, бола бурни билан нафас ололмай, кўкрак сўролмай қолади. Бола кўкрак учини оғзига олиб сўра бошлайдию, лекин тез чиқариб ташлайди. Боланинг тўймаслиги тана вазнининг камайиб кетишига олиб келади, уйқуси бузилиб, жуда беҳаловат бўлиб қолади. Бу ҳодисаларга кўпинча қайт қилиш ҳам қўшилади, ич суюқ келиши, қорин дам бўлиб, диафрагма кўтарилиб туриши ва нафас олиш тагин ҳам қийинлашиб қолиши мумкин. Бола оғзи билан нафас олиб, ҳавони ютиб туради (аэрофагия), бу ҳам қорин дам бўлишини кучайтиради. Бўйинтуруқ венаси бўйида жойлашган лимфа тугунлари билан энгса лимфа тугунлари одатда катталашган бўлади.

Бурун анча битиб қолганда бола енгилроқ нафас олишга интилиб, бошини орқасига ташлайди (сохта опистотонус). Баъзан талвасага тушиши мумкин.

Болаларда учрайдиган ринофарингитнинг ҳаммадан кўра кўпроқ кўриладиган асоратлари ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланиши, бронхит, пневмониядир.

Бурундан келиб турадиган суюқлик вақт ўтиши билан бирмунча қуюқ тортиб, миқдори камайиб боради.

Ринофарингитнинг прогнози, яъни оқибати инфекциянинг вируслентлигига, боланинг этига ва унга қилинадиган парваришнинг

тўғри-тўғримаслигига боғлиқдир. Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда прогноз жуда аҳтиёт бўлишни талаб қилади, катта ёшдаги болаларда яхши бўлади, касаллик эсон-омон ўтиб кетади.

**Д а в о с и.** Биринчи галда бурун йўлини очиш ғамини қилиш зарур. Болани ҳар сафар эмизиш олдидан ҳар бир бурун тешигига 1:1000 нисбатдаги адреналин эритмасидан 2 томчидан томизиб, кейин кунига 2 маҳал 1% ли протаргол ёки колларгол эритмасидан 4 томчидан томизиб туриш ҳаммага манзур бўлган воситадир. Бошқа дорилардан 1% ли эфедрин эритмаси ишлатилади. Витаминлар бериб туриш зарур. Бурун тешиklarининг атрофи билан устки лабга вазелин суриб туриш тавсия этилади. Таркибида ментоли бор препаратларни 3 яшаргача бўлган болалар бурнига ишлатиб бўлмайди, чунки булар талвасага сабаб бўлиши ва овоз тирқишининг спазм бўлиб қолишига олиб келиши мумкин. Болани тўғри овқатлантириб бориш, ванналар, оёқларига грелкалар қилиб туриш зарур.

### Ўткир ларингит

Ўткир ларингит кўпинча ҳаво йўлларининг юқори ёки пастроқда ётган бўлимлари касалликларининг оқибати бўлиб ҳисобланади. Ҳиқилдоқнинг бирламчи бўлиб зарарланиши механик, термик, химиявий ва бактериал таъсиротларга боғлиқ бўлиши мумкин. Ўткир ларингит катта ёшдаги болаларда кўпроқ кузатилади.

Касаллик тана температураси кўтарилиб, умуман ҳолсизланиш, овоз бўғилиши, баъзан бирмунча вақт овоз чиқмай туриши (афония) билан намоён бўлади. Катта ёшдаги болалар томоғи қичишиб, ачишиб турганидан, тиқилиб, қуриб қолгандек бўлиб сезилаётганидан нолийди. Шу билан бирга йўтал пайдо бўлади, йўталганда балғам чиқиб туради, балғам миқдори ҳар хил бўлиши мумкин. Бу касаллик ҳиқилдоқнинг жуда кўп даражада сезгир бўлиб қолиши билан бирга давом этади, бироқ оғриқ сезгилари деярлик бўлмайди. Нафас одатда қийинлашмайди; процесс бойламости бўшлиққа тарқалганда нафас баъзида қийинлашади, холос.

Гўдак болаларда ўткир ларингит асорат бериб, бронхит, пневмония пайдо қилиши мумкин.

**Д а в о с и.** Овоз режимида риюя қилиш муҳим шарт бўлиб ҳисобланади — қаттиқ гапириш, бақариш тақиқланади. Қайноқ ва ўткир таомлар берилмайди. Кўпроқ иссиқ ичимликлар ичиб туриш, кўкрак билан орқага горчичниклар, банкалар қўйиш, натрий гидрокарбонат (1—2% ли эритмасини) ингаляция қилиш, УВЧ токлари бериш, сульфаниламид препаратларини ичириб туриш тавсия этилади. Қаттиқ йўтал тугганида коденн (фақат ёшидан ошган болаларга), бир талай балғам келиб турган маҳалда балғам кўчирувчи микстуралар ичирилади.

**П р о ф и л а к т и к а с и.** Тез-тез қайталаниб турадиган ларин-



гитларда организмни мустаҳкамлаш мақсадида кечаси баданни иссиқ сувга, эрталаблари салқинроқ сувга ҳўлланган сочиқ билан ишқалаб артиб туриш ўринлидир.

### **Эмадиган болаларда учрайдиган стенозловчи ўткир ларинготрахеобронхит (сохта бўғма ёки круп)**

Эмадиган болаларда учрайдиган стенозловчи ўткир ларинготрахеобронхит ўткир респиратор — вирусли касалликларда кўп бўлиб турадиган ва оғир ўтадиган асоратлар жумласига киради. Касаллик куз-қиш ва қиш-баҳор кезларида ҳаммадан кўра кўпроқ бўлади. Мана бу касалликда яллиғланиш процесси ҳиқилдоқнинг оғзи билан чин товуш бойламлари соҳасидан ташқари боғламости бўшлиғига ҳам тарқалади, айни вақтда нафас қийинлашиб хансираш пайдо бўлади.

Тун ярмида тўсатдан бола бесарамжонланиб йиғлайди, қўллари билан оғзини чангаллаб қув-қув қилиб қаттиқ-қаттиқ йўғалади, нафаси қийинлашиб, нафас олиш ва чиқариш пайтида хириллан эшитилиб туради, айни вақтда кўпинча тўш ости соҳаси ва бўйинтуруқ чуқурчалари ичга тортилиб туради; бола ранги оқариб, лаблари кўкариб кетади. Нафаси аста-секин осойишта, текислашиб боради. Касаллик тутганда ва ундан кейин овоз сақланган бўлади. Эртасига кечаси касаллик яна тутиши мумкин; баъзида у бир марта хуруж қилиш билан чекланади.

Сохта крупни чин бўғма (дифтерия бўғмаси) дан фарқ қилиш зарур. Сохта круп учун бирдан тутиб қолиб, тез барҳам топиши ва овознинг сақланиб қолиши характерлидир; чин бўғмада нафас қийинлашуви аста-секин зўрайиб боради ва ҳа деганда барҳам топавермайди, овоз йўқолиб боради.

Сохта бўғма (сохта круп) касаллигида прогноз боланинг ёшига, ҳиқилдоқдаги стеноз даражасига, интоксикация даражасига, асоратлар (пневмониялар) ва йўлдош касалликлар бор-йўқлигига боғлиқ.

Давоси. Бола ўринга ётқизиلىб, кўкраги билан орқасига горчичниклар, банкалар, оёқларига горчицали ванналар қўйилади, хонадаги ҳаво намланади (сувга камфора ёки эвкалипт барглари солиб қайнатиб), болага кўпроқ иссиқ чой, сув, мева шарбатлари ичирилади.

Бурун ичидан гидрокортизон — новокаин блокадаси қилиш ўринлидир [1 мл (25мг) гидрокортизон эмульсияси билан 1% ли новокаин эритмаси, шу аралашма 0,5 мл дан икки томондаги пастки бурун чиғаноқларининг олдинги учларидаги шиллиқ перда остига юборилади].

Спазмолитик ва шишга қарши дорилар (эфедрин, адреналин, папаверин, эуфиллин), антигистамин препаратлар (димедрол, пипольфен), гормонал препаратлар (преднизолон, гидрокортизон эмульсияси), таъсир доираси кенг антибиотиклардан ҳар хил таркибда қилиб тайёрласа бўладиган аралашмалардан илтиқ — нам

ҳолда ингальяциялар бериледи. Ингальяцияларни кунига 1—3 маҳалдан буюриб туриш тавсия этилади. Бир мартали ингальяция учун 3—5 мл эритма сарфланади.

Стенотик нафас ҳодисалари зўрайиб борганида бронхолитик моддаларни антигистамин препаратлар билан бирга қўшиб парентерал йўл билан ишлатиш яхши наф беради. Этиотроп воситалар (гриппга қарши гамма-глобулин, гриппга қарши зардоб, интерферон, оксолинли мазь), шунингдек антибиотиклар қўлланилади. Бурун, тўш, оёқ панжалари соҳаларига ультрабинафша нур бериш, ҳиқилдоқ, трахея соҳасига УВЧ тоқлари бериш, парафин билан озокеритдан «этикчалар» қилиш ўринлидир.

Боланинг умумий аҳволи оғирлашадиган бўлса, наркоз остида бевосита ларинготрахеоскопия, узайтирилган назотрахеал интубация қилинади.

## Бронхит

Болаларда бронхит мустақил касаллик сифатида камдан-кам учрайди. Кўпинча у бурун-ҳалқум, ҳиқилдоқ, трахея касалликлари билан бирга ёки уларнинг асорати тариқасида пайдо бўлади ва ўткир респиратор инфекция ёки вирусли гриппнинг кўринишларидан бири бўлиб ҳисобланади. Бир қанча ҳолларда бронхит зотилжамдан кейин бошланади, гоҳо шу касалликка қўшилиб давом этиб боради ёки унинг асорати бўлади. Қизамиқнинг продромал даврида, кўкйўталнинг катарал даврида ҳам кўпинча ўткир бронхит пайдо бўлади. Гўдак болаларда бронхит аксари тифоз-паратифоз инфекция ва бошқа ўткир инфекцион касалликлар билан бирга давом этиб боради. Рахит, экссудатив диатез билан оғриган гўдак болаларда бронхитлар узоқ чўзилади ва қайта-қайта такрорланиб туради. Катта ёшдаги болаларда аденоидлар катталашгани, бодомча безлари гипертрофиялангани, бурун қўшимча бўшлиқлари зарарлангани, бурун тўсиғи қийшайиб қолгани туфайли бурундан тўғри нафас олиб бўлмаслиги натижасида бурун-ҳалқумда яллиғланиш ҳодисалари бошланганида кўпинча узоқ чўзиладиган ва қайталаниб турадиган бронхитлар пайдо бўлади. Узоқ чўзиладиган ва қайталаниб турадиган бронхитлар баъзи болаларда астматик характерга кириши ва бронхиал астманинг кўринишларидан бири бўлиши мумкин.

Болаларда учрайдиган бронхитлар этиологияси аксари ҳавотомчи йўли билан тарқаладиган инфекцион қўзғатувчига боғлиқ бўлади. Бронхитнинг келиб чиқишида аденовируслар, грипп вируслари, гоҳида стафилококк, стрептококк, катарал микрококк ва бошқалар катта ролни ўйнайди.

Атрофдаги муҳит шароитларининг ноқулай бўлиши, турмуш шароитларининг яхшимаслиги, об-ҳаво ва иқлим шароитларининг анчагина ўзгариб туриши, организмнинг совқотиши, тоза ҳаводан етарли баҳраманд бўлмаслик ва бошқалар бронхит пайдо бўлишига мойил қилиб қўядиган омиллардир.

Бронхит ҳамма ёшдаги болаларда бўлаверади, 4 ёшгача бўлган болаларда ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди, ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларда бу касаллик ҳаммадан оғир ўтади.

**К л и н и к а с и.** Бронхит касаллиги кўпинча юқори нафас йўлларида ўтган касалликдан кейин аста-секин бошланади. Боланинг умумий аҳволи ёмонлашиб, тана температураси кўтарилади ( $37-38^{\circ}\text{C}$ ). Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган озғинроқ болаларда бронхит температура кўтарилмасдан туриб ўтиши мумкин.

Асосий симптоми йўталдир, йўтал аввалига қуруқ бўлади, кейин йўтал вақтида балғам келади. 3—4 ёшгача бўлган болалар одатда балғамни чиқариб ташламай, балки ютиб юборади. Йўтал болани кечалари айниқса, безовта қилади.

Ҳансираш одатда бўлмайди ёки суст ифодаланган бўлади. Қўкрак қафаси перкуссия қилиб кўрилганида перкутор товушнинг ўзгариши сезилмайди; эмадиган болаларнинг кўкрак қафаси пайпаслаб кўрилганида дағал хириллашлар сезилади. Аускультацияда ўзгармаган нафас фониди ҳар хил калибрдаги қуруқ ёки хирриллашлар эшитилади. Рангпарлик, иштаҳа пасайиши, ланжлик, тез чарчаб қолиш сингари умумий аломатлар бронхитда кескин ифодаланмаган бўлади ва асосан ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда кузатилади.

Яллиғланиш процесси майда бронхларга тарқаладиган ёки ўпкада яллиғланиш ўчоқлари юзага келадиган бўлса, у маҳалда боланинг аҳволи ёмонлашиб, ҳансираш зўрайиб боради ва цианоз пайдо бўлади.

Бронхит билан оғриган болалар рентгенологик йўл билан текшириб кўрилганида сезиларли ўзгаришлар топилмайди.

Ўткир бронхит ўз вақтида аниқланиб тўғри даво қилинадиган бўлса, 7—14 кундан кейин асоратларсиз эсон-омон ўтиб кетади.

Дифференциал диагностикасида пневмонияни, қизамиқнинг продромал даври, кўкйўталнинг катарал даврини, бронхиал туғунларнинг силени истисно қилиш зарур.

Бронхитда прогноз хайрли, ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда, рахит, гипотрофия, экссудатив диатез ва бошқалар билан оғриган гўдакларда прогноз ёмонлашади.

**Д а в о с и.** Бронхитда даво курси симптоматик бўлади. Тана температураси кўтарилган маҳалда болани яхши шамоллатиб туриладиган уйда ўриндан турғизмай, ётқизиб қўйиш зарур. Тана температураси нормал бўлса, йилнинг илиқ маҳалида очиқ ҳавода юриш тавсия этилади. Йўтални тинчитиш учун ёшидан ошган болаларгагина кодеин буюрилади (боланинг ҳар бир ёшига 0,001 г дан кунига 2—3 маҳал). Балғамни суюлтириш ва шилимшиқни эритиб юбориш учун ишқорлар қўлланилади: натрий бензоат (1 яшаргача бўлган болаларга 0,03—0,05 г, 2—5 яшар болаларга 0,05—0,1 г, 5—6 яшар болаларга 0,15 г, 7—9 яшар болаларга

0,2 г, 10—15 яшар болаларга 0,2—0,3 г дан кунига 3—4 маҳал), натрий гидрокарбонат, илиқ ҳолдаги боржом, шунингдек новшадил — арпабодиён томчилари (боланинг ҳар бир ёшига бир томчидан, кунига 3—4 маҳал), асал, натрий гидрокарбонат қўшилган илиқ сут шулар жумласидандир. Йўталиб, балғам ташлаб турганда ёшидан ошган болаларга термопсис, алтей илдизидан тайёрланган балғам кўчирувчи микстуралар бериш ўринлидир.

Пневмония бор деган гумон туғилса ёки тана температураси узоқ кўтарилиб турадиган бўлса, сульфаниламид препаратлар ва антибиотиклар буюрилади.

Дори-дармон бериб даволаш билан бир қаторда бронхит касаллигининг биринчи кунларидан бошлаб иссиқ ( $39^{\circ}\text{C}$  гача) ванналар қилиб турилади, гир айлантириб горчичниклар қўйилади, болани горчичниклар қўйиб ўралади. Қайталаниб турадиган ва узоқ чўзиладиган бронхитларда хроник пневмония бошланиши мумкин бўлганидан дардга сабру-тоқат билан ва узоқ даво қилиб бориш керак бўлади.

**Профилактикаси.** Болаларни ёшлигидан бошлаб мунтазам чиниқтириб бориш зарур. Уларни тўғри овқатлантириш, тоза ҳаводан кўп баҳраманд қилиш, гигиена муолажалари, массаж қилиб туриш ва боланинг ёшига яраша физкультура билан шуғулланиб бориш йўли билан организмнинг қаршилигини кучайтиришга эришилади. Рахитнинг олдини олиш ва унга даво қилиш, болаларни инфекцион касалликлардан асраш, қизамиқ ва кўк-йўталнинг олдини олиш, грипп ва аденовирус инфекциялари билан оғриган касалларга боланинг яқин юришига йўл қўймаслик, аденоид ўсимталар ҳамда хроник тонзиллитга даво қилиш профилактик чора-тадбирлар комплексига киради.

## Ангина

Ангина танглай бодомча безларида сезиларли даражада ва ҳалқумдаги бутун лимфаденоид ҳалқада анча кам даражада яллиғланишга хос ўзгаришлар бўлиши билан ўтадиган умумий инфекцион касалликдир.

Ангиналарнинг қўзғатувчилари ҳар хил микроблар бўлиши мумкин. Организм қаршилигини пасайтириб қўядиган механик, химиявий, термик омиллар ўша микробларнинг организмга кириб олишини осонлаштиради.

Ангиналарнинг қўйидаги турларини тафовут қилиш расм бўлган: 1) катарал, 2) лакунар, 3) фолликуляр ангина.

Ангиналар мустақил касаллик бўлиши ё бўлмаса бир қанча инфекцион касалликлар (қизамиқ, скарлатина ва бошқалар) ёки қон яратиш органлари касалликларида (лейкозларда) уларнинг симптомларидан бири бўлиши мумкин.

**Клиникаси.** Касаллик тана температураси кўтарилиб, умуман ланж бўлиш, бош оғриши, томоқда, бўғимлар ва бутун аъзойи баданда оғриқ туриши билан бошланади, кўпинча аъзойи бадан

қалтирайди ёки эт увишиб туради. Уйқу бузилиб, иштаҳа пасаяди, бурундан яхши нафас олиб бўлмайди; овоз сал манқаланиб қолади, оғиздан сўлак оқиб туради, тилни караш босади, жағ ости лимфа тугунлари катталашиб кетади.

Катарал ангинада бодомча безлари ва танглай равоқлари қипқизариб туради, лакунар ангинада крипталарнинг оғизларида нуқта-нуқта карашлар бўлади.

Катарал ва лакунар ангиналар бодомча безлари шиллиқ пардаси касаллигининг ҳар хил формаларидир.

Фолликуляр ангинада бодомча безларнинг паренхимаси зарарланиб, яллиғланган ва бодомча безларнинг эпителиал қоплами орқали сариқ нуқталар кўринишида кўзга ташланадиган фолликулалар кўриниб туради. Фолликуляр ангинанинг иккинчи белгиси фибриоз караш бўлишидир, бу караш равоқлардан четга ўтмайди ва одатда бир-бирига қўшилмай турадиган оролчалар ҳолида жойлашган бўлади.

Касаллик 4—7 кун давом этади, лекин узоқроқ чўзилиши ҳам мумкин.

Асоратлари бодомча безининг ўзида, атрофидаги клетчаткада (перитонзиллар абсцесс) ёки турли органларда бўлиши мумкин. Отит, нефрит, сепсис, эндокардит, полиартрит, менингит шулар жумласидандир.

Ҳар қандай ангинада ҳам қизамиқ, скарлатина ва дифтерия сингари инфекцияларни истисно қилиш керак. Бодомча безларидан шилимшиқ олиб, бактериологик текширишдан ўтказиб кўриш шарт.

Фолликуляр ва лакунар ангинада карашларни пахта тампон билан сидириб олиш осон бўлишини эътиборга олиш керак. Уларни сидириб олинганида тагидаги тўқимаси қонамайди. Дифтерия маҳалида эса карашлар аранг олинади ва тагидаги тўқимаси қонаб туради. Фолликуляр ва лакунар ангинада карашлар олиб ташланганидан кейин ўша жойда яна дарров пайдо бўлади; дифтерияда улар яна пайдо бўлиб, бодомча безларидан ташқарига тарқалиб боради.

Д а в о с и. Касал ўринга ётқизишиб, тинч қўйилади, унга мўлқўл суюқлик ичириб турилади, катта ёшдаги болаларга мойчечак ва шалфей дамламаси (1 стакан сувга 1 чой қошиқ), фурациллин эритмаси (1:5000), натрий гидрокарбонат эритмаси (1 стакан сувга 1/2 чой қошиқ) билан томоқни чайиб туриш, 2% ли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ингаляция қилиш буюрилади. Ацетилсалицилат кислота, натрий салицилат (гўдак болаларга 1 ёки 2% ли эритма кўринишида), сульфаниламид препаратлар ичирилади. Сезиларли интоксикация билан ўтаётган оғир ангинада, асоратлар пайдо бўлганида пенициллин билан даво қилиш буюрилади.

П р о ф и л а к т и к а с и. Ангина томчи йўли билан юқадиган инфекциядир. Шу муносабат билан касалларга яқин юришдан эҳтиёт бўлиш керак, касал болани ўпиш, у билан бирга битта сочиқ, битта дастрўмол, битта идиш-товоқдан фойдаланиш ярамайди.

**Идиш-товоқ, вилка, пичоқ, қошиқларни қайнатиш шарт. Ангина билан оғриб қолган коллективда бўлган болаларни изоляторга ётқизиш керак.**

### Хроник тонзиллит

Турли инфекциялар (тез-тез бўлиб турадиган ангиналар, скарлатина, қайталаниб турадиган респиратор инфекциялар) таъсири остида бодомча безларидаги лимфаденоид тўқима ўсиш билангина қолмай, балки нобуд бўлиб, ўрни бириктирувчи тўқима билан тўлиб ҳам туради. Мана шу процесс бодомча безларининг катталлашиб кетиши, баъзида эса кичрайиб қолиши билан ҳам ўтиши мумкин.

Узоқ давом этиб борадиган яллиғланиш процесси бўлмиш хроник тонзиллит умумий интоксикация аломатлари ва маҳаллий ўзгаришлар бўлиши билан таърифланади.

Бунда бодомча безлари лакуналарида тиқинлар пайдо бўлади ёки босилганида улардан йирингга ўхшаш суюқлик чиқиб туради; баъзан оғиздан қўланса ҳид келадики, бунинг сабаби тиқинлар пайдо бўлишидир; бодомча безлари олдинги равоқлар билан қўшилиб, битиб ҳам кетади, олдинги равоқлар аксари қизариб турган бўлади.

Мазкур касалликда кўриладиган интоксикация аломатлари узоқ субфебрил температура бўлиши, озиш, иштаҳа ёмонлашуви, кўзлар тагининг кўкиш бўлиб туриши, тажанглик, уйқу нотинчлиги, тез чарчаб қолиш ва бошқалардир.

Хроник тонзиллит юрак (кардиотонзилляр синдром), буйрак (ўчоқли ва диффуз нефрит), ўт пуфаги (ангихолецистит), бўғимлар (полиартралгиялар) ва бошқалар сингари органларда рўйи рост ўзгаришлар пайдо бўлиши билан ўтадиган ўчоқли инфекция манбаи бўлиб хизмат қилиши мумкин. Болаларда хроник тонзиллит кўпинча ревматизм пайдо бўлишидан аввал бошланади ва шу касаллик билан бирга давом этиб бориб, унинг оқибатларини оғирлаштириб қўяди. Хроник тонзиллит бор болалар ревматизм хусусида хатари бор болалар тариқасида диспансер ҳисобида туриши керак.

Хроник тонзиллит турли касалликларнинг келиб чиқишида роль ўйнаши мумкин, беморни синчиклаб кузатиб, текшириб чиқилганидан ва бошқа ҳамма сабаблар истисно этилганидан кейингина хроник тонзиллитнинг бундай касалликлар пайдо бўлишидаги ролини аниқласа бўлади.

Хроник тонзиллит диагнози анамнезда ангиналар тез-тез қайталаниб туради, деган маълумотларга, шунингдек маҳаллий ўзгаришлар ҳамда бутун организм ва айрим органлардаги умумий аломатларга қараб қўйилади.

Давоси. Иқлим омилларидан фойдаланиш тавсия этилади, физиотерапевтик муолажалар, тегишли дори-дармонлар билан ва хирургик йўл билан даво қилиш буюрилади.

Одам денгиз бўйида бир қадар узоқ вақт бўлганида ҳаво, қуёш ва сув каби табиий омиллар яхши таъсир кўрсатади.

Физиотерапия муолажаларидан ҳар куни бутун баданни ёки бодомча безлари соҳасини ультрабинафша нур ё бўлмаса, УВЧ тоқларига солиш ёхуд новокаин, пенициллиндан электрофорез қилиб туриш буюрилади. Даво курси 15—20 муолажа, зарур бўлса, 2—3 ойдан кейин давони такрорлаш мумкин.

Дори-дармонлар билан қилинадиган даво умумий ва маҳаллий бўлиши мумкин. Ичиш учун темир препаратлари («Анемиялар»га қаралсин), фитин, балиқ мойи, витаминлар буюрилади. Хроник тонзиллит қўзиб қолган маҳалларда худди ўткир ангиналар пайтидагидек даво қилинади.

Маҳаллий даво қилишда лакуналарни изотоник натрий хлорид эритмаси, этакридин лактат (риванол) (1:1000), пенициллин (200 000 ТБ пенициллин 5 мл изотоник натрий хлорид эритмасига), фурациллин (1:5000) эритмаси билан юиб, кейин уларга 2% ли колларгол эритмаси ёки Люголь эритмаси суриб туриш буюрилади.

Консерватив йўл билан даволаш айтарли натижа бермайдиган бўлса, хирургик йўл билан даво қилиш, яъни бодомча безларини бутунлай олиб ташлаш (тонзиллэктомия) ўринлидир. Бундай операцияни ўтказиш учун бола ёшининг аҳамияти йўқ. Аденоидэктомия қилиш зарурияти туғилганда мана шу операциянинг иккаласини бир йўла ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Қуйидагилар болаларда тонзиллэктомияга йўл қўймайдиган моненьликлар ҳисобланади: 1) бодомча безнинг ўзида ёки атрофидаги тўқималарда ўткир яллиғланиш процесслари борлиги, бунда ўткир процесс барҳам топиб кетганидан кейин кам деганда ордан 2—3 ҳафта ўтказиб туриб операция қилиш керак; 2) қон яратиш органлари касалликлари, диабет, силнинг актив формаси; 3) томирларнинг турли аномалиялари: томир аневризмаси, шиллиқ парда тагида уриб туриши; 4) қиз болаларда ҳайз келганлиги.

Операциядан кейин беморга бериладиган овқат суюқ, совуқ бўлиши керак, мороженое беришга рухсат этилади. Қон кетиб қолиш мумкинлигини назарда тутиш зарур.

**Профилактикаси.** Организмни чиниқтириш, бурундан нафас олишни таъминлаш, тишлар ва оғиз бўшлиғини санация қилиш. Ангиналар босилиб турган даврда тонзиллитга даво қилиш ангиналарнинг қайталанишига йўл қўймайди.

Хроник тонзиллитда бошқа органларда юзага келадиган асоратларнинг профилактикаси консерватив давони тўғри ўтказиш ва тегишли зарурат бўлганда тонзиллэктомия қилишдир.

### Пневмониялар

Гўдак болалар ўртасида учрайдиган касалланиш ва ўлиш ҳоллари структурасида пневмония биринчи ўринлардан бирини эгаллайди.

Майда ўчоқли пневмониялар ёш гўдаклар орасида ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди, шу билан бирга 2 ёшгача бўлган болаларда бу касалликлар барча ўпка касалликларининг 80% дан кўра кўпроғини ташкил этади.

Ёш гўдакларда учрайдиган пневмония кўпчилик ҳолларда оғир касаллик бўлиб ҳисобланади; бундан ташқари кейинчалик ўпкада патология бошланиши, жумладан хроник пневмониялар ҳам пайдо бўлиши учун шароитлар юзага келади.

Гўдак болаларда пневмонияларнинг қанчалик кўп учраши ва нечоғли оғир ўтиши ўпканинг анатомо-физиологик хусусиятларига, организм иммунитетининг ҳолатига (эмадиган болалар пневмококклардан бўладиган касалликларга қарши актив иммунитет ҳосил қила олмайди), кўп жиҳатдан атрофдаги муҳит омилларига алоқадор бўлган организм реактивлигига боғлиқдир.

Гўдак болаларда учрайдиган майда ўчоқли пневмония полиэтиологик касаллик ҳисобланади. Бу касалликни бактериялар, вируслар, паразитлар, замбуруғлар, микоплазмалар пайдо қилиши мумкин.

Касалликнинг микроблар тоифасидан бўлган қўзғатувчилари жумласига пневмококклар, стрептококклар, стафилококклар, шу билан бирга асосан тилларанг стафилококклар, Пфейффер, Фридендер таёқчалари, энтерококк, вольгар протей, ичак таёқчаси, катарал микрококк ва бошқалар киради. Ҳозирги замон шароитларида микроорганизмлар орасида асосий ролни стафилококк ўйнамоқда.

Гўдак болаларда пневмониялар пайдо бўлишида сўнгги йилларда турли вируслар тобора кўпроқ аҳамият касб этмоқда. Грипп вируси, парагрипп вируслар, аденовируслар, пневмовируслар, қизамиқ, гепатит, орнитоз вируслари ва бошқалар пневмония қўзғатувчилари бўлиши мумкин.

Вирус туфайли юзага келадиган пневмониялар кўпчилик ҳолларда атипик интерстициал формаларда ўтади ва замонавий даво воситаларига, биринчи галда антибиотикларга сезиларли даражада чидамли бўлиши билан характерланади.

Паразитлар қўзғатувчилардан Карини пневмоцистлари (*Pneumocystis carini*) алоҳида ўринни эгаллайди, булар асосан чақалоқлар билан чала туғилган болаларда атипик интерстициал пневмониялар пайдо бўлишига олиб боради.

Гўдак болаларда пневмониялар пайдо бўлишида макроорганизмнинг аҳволи, унинг реактивлиги ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Организм қаршилик кўрсатиш хусусиятлари, ҳимоя рефлектор механизмларининг сусайиб қолиши қандай бўлмасин бирор турдаги қўзғатувчининг ўсиб-униб, кўпайиши учун қулай шароит туғдиради. Реактивликнинг шу тариқа пасайиб кетишига боланинг анте-, интра- ва постнатал ривожланиш даврларидаги турли ноқулай омилларнинг таъсири сабаб бўлиши мумкин (онанинг касал бўлиб қолиши, токсикозлар, бачадон билан плацента ўртасида қон айланишининг бузилиши ва бошқалар).



Она қорнида бўлиб ўтган асфиксия, калла ичи травмаси, ател-лектазлар ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда пневмониялар пайдо бўлишида муайян аҳамиятга эга.

Болани нотўғри боқиш, парваришида хатоларга йўл қўйиш, кун тартибини бузиш, турмуш шароитларининг яхши бўлмаслиги, шунингдек ўткир касалликлар билан оғриб ўтиш, рахит, гипотрофия, анемия, конституция аномалиялари борлиги туфайли бола организмнинг реактивлиги кейинги ойларда хийлагина ўзгариб қолиши мумкин.

Модомики шундай экан, пневмониялар этиологияси деган тushунчага биргина касаллик қўзғатувчиси деган сўзнинг ўзигина кирмайди. Бошқа ҳар қандай касаллик сингари, пневмония ҳам, макроорганизм, микроорганизм ва ташқи муҳит омилларининг бир-бирига таъсир қилиши ва биргалашиб иштирок этиши натижасида пайдо бўладиган дарддир.

**К л и н и к а с и.** Касаллик бирдан бошланиши мумкин, аммо, кўпинча, аста-секин ривожланиб боради. Одатда дастлаб юқори нафас йўлларида катарал ҳодисалар пайдо бўлади; болада температура салгина кўтарилиб, йўтал пайдо бўлади, бир қадар бўшашиб, иштаҳаси пасаяди. Бир неча кундан кейин аҳвол оғирлашади. Тана температураси 38°C ва бундан юқорироқ кўтарилади, кейинчалик температура баланд, субфебрил, доимий, интермитловчи, ремитловчи типда бўлиши мумкин. Боланинг авзойи ўзгариб қолади: у ё бесарамжон ёки бўшашган, бемадор бўлади, эс-хуши айниydi, ёки бола ўзини билмай қолади, оғир ҳолларда клоник-тоник талвасалар, менингиал, энцефалитик симптомлар пайдо бўлади. Одатда, уйқу бузилиб, иштаҳа анча пасаяди, бола қайт қилиб туради, тез-тез ичи суриб, ахлати суюқ бўлиб тушади. Юқори нафас йўлларидаги катарал ҳодисалар кучайиб боради. Йўтал зўрайиб, бот-бот тутиб туради, шу билан бирга баъзан деярли узлуксиз давом этиши, қуруқ, жонни безор қиладиган ва болани уйқудан маҳрум қиладиган бўлиши мумкин. Ҳар хил даражада ифодаланган цианоз ва ҳансираш нафас етишмовчилигининг белгилари ҳисобланади. Цианоз биринчи галда оғиз атрофида пайдо бўлиб, бола бақирганида, йиғлаганида, эмаётган маҳалида айниқса, сезилиб туради. Оғир ҳолларда цианоз анча тарқоқ бўлади ва бола тинч турганда ҳам кўзга ташланаверади, бадан териси заҳил тортиб кетади. Нафас функцияси хусусига келганда, ҳансираш ҳаммадан характерлидир. Енгил ҳолларда фақат бурун парралари керилиб турса, оғир ҳолларда барча ёрдамчи мускуллар ишга тушиб, бўйинтуруқ, ўмров усти чуқурчалари, тўш ости соҳаси ва қовурғааро камгаклар ичга тортилиб туради. Нафас юза ёки чуқур бўлиши мумкин, кўпинча инграш, инқиллаш билан бирга давом этади, шунга кўра боланинг кўриниши ва инграб нафас олаётганига қараб ҳам диагноз қўйса бўлади. Нафас ҳамиша тезлашади, бола минутига 60—80 мартадан, баъзи ҳолларда эса бундан ҳам кўра кўпроқ нафас олиб туради. Пульс ҳам ҳамиша тезлашган бўлади — томири минутига 140 мар-

тадан кўра кўпроқ уриб туради, шу билан бирга оғир ҳолларда пульсни санаб ҳам бўлмайди, характери жиҳатидан у юмшоқ, яхши тўлишмайдиган ва тарангланмайдиган бўлади. Юрак тонлари бўғиқроқ эшитилади, оғир ҳолларда перкутор чегаралар кенгайган бўлиб чиқади, юрак учида систолик шовқин эшитилади, артериал босим пасайган бўлади.

Жигар деярли ҳамиша катталашади, унинг тобора катталшиб, қаттиқлашиб бориши прогностик жиҳатдан ёмон аломат бўлиб ҳисобланади. Эмадиган болаларнинг қорни бир қадар дам бўлиб турадики, бу нафасни янада қийинлаштириб, ҳансирашни кучайтириб юборади.

Ўпкадаги объектив ўзгаришлар жуда турли-туман ва боланинг ёшига, патологик процесснинг нечоғлик кўп тарқалгани ва олган жойига боғлиқ бўлади.

Майда ўчоқли пневмонияда перкуссия маълумотларини характерли бўлади деб ҳисоблаб бўлмайди, улар табиатан ҳар хил бўлади. Перкутор товуш кўпинча ора-сира бўлиб қолади, бунда бўғиқроқ товуш чиқадиган жойлар нормал ёки тимпаник товуш чиқадиган жойлар билан навбатлашиб туради. Шу билан бир қаторда яллиғланиш ўчоқлари кичкина бўлганлиги туфайли перкуссияда ҳеч қандай ўзгаришлар топилмайдиган ҳоллар ҳам учрайди.

Аускультация натижалари перкуссия маълумотларига қараганда анча сезиларли, кўргазмали бўлади. Нафас, одатда, ўзгариб қолади: у қаттиқ пурил, чекланган жойда сусайган ёки бронхиал нафас типиди бўлиб, крепитацияловчи ёки майда нам хириллашлар эшитилиши мумкин. Бронхларнинг процессга қай тариқа қўшилганига қараб йирик ва майда нам хириллашлар, баъзида эса жуда хилма-хил характердаги қуруқ хириллашлар ҳам эшитилиши мумкин. Перкутор ўзгаришлар ҳам, айниқса аускультатив ўзгаришлар ҳам, кўп даражада динамик бўлиши билан ажралиб туришини кўрсатиб ўтиш керак.

Рентгеноскопияда кўпчилик ҳолларда ўпкада у ёки бу хилдаги ўзгаришлар топилади.

Майда ўчоқли пневмонияда қон манзарасида кўриладиган ўзгаришларни характерли деб ҳисоблаб бўлмайди. Қизил қон манзараси касаллиқнинг бошида нормал бўлади, касаллик узоқ чўзилиб, асоратлари пайдо бўлганда гипохром анемия борлигини топиш мумкин. Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги одатда бир қадар кучаяди, бироқ ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келатган болаларда баъзан нормал бўлиши ҳам мумкин. Лейкоцитлар сони ва формуласи ҳар хил бўлиши мумкин.

Пневмонияларнинг клиник аломатлари жуда хилма-хил бўлади, шу сабабдан ёш гўдакларда учрайдиган пневмонияларнинг классификацияси тўғрисидаги масала ниҳоятда муҳим аҳамият касб этади.

Ёш гўдакларда учрайдиган пневмонияларнинг Ю. Ф. Домбровская ва В. И. Молчановлар томонидан таклиф этилган класси-

фикацияси ҳаммадан кўра кўпроқ тарқалган. Бу классификацияга мувофиқ пневмонияларнинг: 1) оддий локал; 2) токсик; 3) токсико-септик; 4) септик формаси тафовут қилинади. Қасаллик давом этиб борар экан, бир формадаги пневмония бошқа формадаги пневмонияга айланиб қолиши мумкин.

Оддий ёки локал пневмония, қоида ўлароқ, рахит, конституция аномалиялари бўлмаган ва тўғри боқиб борилаётган нормотрофик болаларда кузатилади. Бунда ўпкага алоқадор ўзгаришлар биринчи ўринга чиқади, интоксикация аломатлари арзимас даражада бўлади ва узоқ давом этмайди. Пневмониянинг бу формаси одатда асоратлар қолдирмай, эсон-омон ўтади.

Пневмониянинг токсик формаларида нерв системасига алоқадор чуқур функционал ўзгаришлар (безовталаниш, қўзғалиш, қайт қилиш, талвасага тушиш, эс-хушнинг кирарли-чиқарли бўлиб туриши, менингеал симптомлар), юрак-томирлар системасига тааллуқли ўзгаришлар (юрак тонларининг бўғиқроқ, тахикардия бўлиши, пульснинг кичик бўлиши, жигар катталашуви, қўл-оёқларнинг муздек бўлиб туриши), меъда-ичак йўлига алоқадор ўзгаришлар (овқатни қайтариб чиқариш, росмана қайт қилиб туриш, тез-тез ич келиб, ахлатнинг суюқ бўлиб тушиши), мускулларга алоқадор ўзгаришлар биринчи ўринга ўтиб қолади, ҳолбуки, нафас органларидаги ўзгаришлар иккинчи ўринга ўтиб туради.

Токсемия кучайиб, организмнинг иммунобиологик қаршилиги камайиб кетадиган бўлса, пневмониянинг токсик формаси токсик-септик формага айланиб кетиши мумкин. Мана шу формадаги пневмония ҳаминиша ниҳоятда оғир ўтади ва кўпчилик ҳолларда токсик аломатларга аксари йирингли отит, гоҳи пиодермия, йирингли плеврит, менингит, перикардит ва бошқалар кўрнинишидаги септик асоратлар қўшилиши билан характерланади. Ана шу асоратларнинг юзага келиш муддатлари ҳар хил, касаллик бошидан ҳисоблаганда бир неча кундан то 2—3 ҳафтагача бўлиши мумкин.

Токсик пневмония токсик-септик пневмонияга айланганида гоҳи абсцессланиш бошланади, бунда ўпка тўқимасида бир талай майда-майда маддалар пайдо бўлади.

Септик пневмония асосан ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда учрайди ва уларнинг кўпчилигида стафилококк инфекцияси туфайли бошланади.

Стафилококкдан бўладиган пневмониялар билан оғриш ҳоллари сўнгги йилларда бир қадар кўпайиб бормоқда. Чақалоқлар, чала туғилган, ҳаётининг дастлабки 3 ойини яшаб келаётган болалар, гипотрофияга учраган болалар бу касалликка, айниқса, мойил бўлади.

Стафилококкдан бўладиган пневмония одатда бирдан бошланади ва аҳён-аҳёндагина аста-секин авж олиб боради. Қасаллик манзараси аввалига анча нотайин, ҳар хил бўлади ва одатдаги майда ўчоқли пневмония аломатларидан фарқ қилмайди. Тез орада стафилококкларга алоқадор пневмонияга характерли хусу-

сиятлар маълум бўлиб қолади: 1) ҳаволи бўшлиқлар; 2) абсцесслар; 3) эмпиемалар; 4) спонтан пневмоторакс пайдо бўлади.

Чақалоқларда пневмониялар ўзига хос тарзда, одатда оғир формада ўтади ва чақалоқ болалар ўртасида бўладиган ўлим сабаблари орасида дастлабки ўринлардан бирини эгаллайди.

Чақалоқларда пневмониялар пайдо бўлишида вирус — бактерия инфекцияси ва содда жониворлардан ташқари лабил ҳолда бўладиган алмашинувни издан чиқарадиган ҳамма омиллар: совқотиш, овқатга ёлчимаслик, бўлимда чақалоқларнинг кўп бўлиши, она қорнида бўлиб ўтган асфиксия, калла ичи травмалари, ателектазлар, туғруқнинг чўзилиб кетиши, чилла даври касалликлари ва бошқалар катта аҳамиятга эга.

Чақалоқлар пневмонияларининг клиник манзараси ўзига хос, жуда турли-тумандир, лекин бунда битта умумий қонуният бўлади — нафас органларига тегишли ўзгаришлар эмас, балки умумий интоксикация аломатлари биринчи ўринга ўтиб қолади.

Бундай болаларда майда ўчоқли пневмониянинг дастлабки симптомлари кам, унча характерлимас ва бошқа касалликларда учрайдиган симптомлар билан бир хил бўлади: боланинг кўкрак эммай қўйиши, сутни қайтариб чиқариши, қайт қилиши, қорин дам бўлиб, ичининг диспепсияга хос тарзда бузилиши, озиб кетиши, тўқималари тургори билан мускулатураси тонусининг пайсаяиши, шартсиз рефлексларининг сўниб кетиши ёки сусайиб қолиши шулар жумласидандир. Йўтал бўлмаслиги ёки суст ифодаланган бўлиши (бола сал-пал йўталиб қўйиши) мумкин. Оғиздан, гоҳо бурундан кўпикли шилимшиқ келиб туриши ва бола нафас олганда лабларининг чўччайиб-чўччайиб чиқиб туриши чақалоқлар пневмонияси учун характерли деб ҳисобланади. Бироқ, бу белги доимий эмаслигини назарда тутиш керак.

Температура реакцияси ҳар хил бўлиши мумкин. Тана температураси жуда кўпчилик ҳолларда субфебрил, аҳён-аҳёнда баланд бўлади, бироқ нормал бўлиши ҳам мумкин.

Нафаснинг издан чиқиши характерлидир: нафас тезлашиб (минутига 80—100 мартагача) тез-тез бўлиб турадиган тўхталышлар ва биринчи галда боланинг юзи, қўл-оёқ панжаларида цианоз юзага келиши билан бирга давом этиб боради. Бола рангининг дам оқариб, дам кўкариб туриши айниқса, характерли.

Кўкрак қафаси юқори қисмининг кескин дам бўлиб, пайпаслаб кўрилганда қўлга таранг бўлиб уннаши диққатни ўзига жалб қилади. Кўкрак қафаси перкуссия қилиб кўрилганда жуда ҳам арзимас ўзгаришлар топилади. Упка аускультациясида нафас характери ўзгариб (нафаснинг қаттиқ пуэрил, сусайган, бронхиал нафасга айланиб) қолгани ва битта-яримга ёки бир талай майда нам ҳамда крепитацияловчи хириллашлар борлиги маълум бўлади. Юрак текшириб кўрилганида тахикардия, баъзан эмбриокардия борлиги, юрак тонларининг бўғиқроқ ёки бўғиқ бўлиб қолганлиги кузатилади. Пульс, одатда, тезлашган, юмшоқ ва яхши тўлишмайдиган бўлади. Жигар катталашади. Қорин аксари

дам бўлиб туради. Баъзан терисида бичилган жойлар, пиодермия, петехиялар пайдо бўлади, боланинг оғзи оқариб стоматитлар бошланади. Деярли ҳамиша меъда-ичак йўли функцияси бузилади, бу нарса боланинг қайт қилиб туриши, шир-шир ичи суриши, метеоризм (қорин дам бўлиши) билан ифодаланади. Нерв системасига алоқадор ўзгаришлар гиперестезия, талваса тутиши, токсик энцефалит бошланиши билан намоён бўлади.

Чала туғилган болалардаги пневмониялар ўзига хос хусусиятларга эга бўлади, шу билан бирга боланинг тана вазни нечоғлик кам бўлса, бу касалликнинг клиник аломатлари ва ўтиши шунчалик ўзига хос кўринишга киради. Бу — марказий нерв системаси, нафас ва иссиқликни идора этувчи марказларнинг етилмаганлиги, бутун нафас ва томирлар системасининг морфологик ва функционал жиҳатдан норасолигига боғлиқдир.

Пневмония кўпинча чала туғилган болалар учун жуда ҳам хатарли касаллик деб ҳисобланадиган ўткир респиратор инфекция асорати тариқасида пайдо бўлади.

Боланинг умумий аҳволи ҳамиша анча ўзгаради; бола овқатдан бош тортиб, эмган сутини қайтариб чиқаради, қайт қилиб туради, ичаклари дам бўлиб, ичи кетади, танасининг вазни камайиб боради. Қисқа муддатлар ичида тери бичилиши, оғиз оқариши сингари ҳодисалар, пиодермия, яра-чақалар пайдо бўлади. Боланинг оғзи, гоҳо бурнидан кўпикли шилимшиқ келиб туриши характерли симптом бўлиб ҳисобланади. Перкуссия қилиб кўрилганида ўпкада одатда ўзгаришлар топилмайди, аускультация эса кўпинча ўзгариб, қаттиқ бўлиб қолган ёки сусайган нафас фонида крепитацияловчи хириллашлар борлиги маълум бўлади. Бола нечоғлик катта бўлса, ўлкасидаги ўзгаришлар шунчалик рўйи рост сезилиб туради.

Чала туғилган болада бошланган пневмония ҳамиша оғир касаллик бўлиб, аксари сегментлар ёки тарқоқ ателектазлар, калла ичи травмалари билан бирга давом этадики, бу нарса патологик процесснинг бир қадар узоқ (2—3 ойгача) чўзилишига ва прогнознинг ёмонлашиб қолишига олиб келади.

II ва III даражали гипотрофияси бор болаларда учрайдиган пневмонияларни симптомлари кам бўладиган ёки симптомсиз ўтадиган касаллик деб таърифлаш мумкин. Касалликнинг етакчи аломатлари (йўтал, ҳансираш, тана температурасининг кўтарилиши) суст ифодаланган бўлади ёки бўлмайди. Шу билан бир вақтда бола рангининг заҳил тортиб бадан терисининг қўнғирнамо пўст ташлаб тургани, кўзга кўринадиган шиллиқ пардаларининг қуруқшаб, қип-қизариб кетиши, сочларининг қуруқлиги, энса томонининг калга ўхшаб қолгани, мускулларида тонус йўқолиб, қорнининг дам бўлиб тургани диққатни ўзига жалб этади.

Бола ухлаётганда бурун парраklarининг керилиб, бақирган, йиғлаган пайтида бурун-лаб учбурчагининг кўкариб турганини кузатиш мумкин. Қоида ўлароқ, нафас ритми анча бузилиб, нафас лабил, бутунлай тўхтаб-тўхтаб қоладиган хилга киради,

ниҳоятда юза бўлади. Ўпка перкуссия қилиб қўрилганида перкутор товуш ё мутлақо ўзгармаган бўлади ёки умуртқа поғонасининг иккала ён томонидагина ўзгарганлиги топилади. Аускультацияда нафас одатда сусайган бўлиб эшитилади, орқа-пастки ва аксилляр соҳаларда нафас олиш охирида майда хириллашлар топилиши мумкин.

Баъзи болаларда шу хилда сусткашлик билан ўтаётган пневмония устига гоҳида оғир функционал ўзгаришлар пайдо бўлади, булар аксари меъда-ичак йўлида, камроқ ҳолларда юрак-томирлар системасида бошланади, меъда-ичак йўлига алоқадор ўзгаришлар табиатан ичак токсикози тарзида бўлса, юрак-томирлар системасига алоқадор ўзгаришлар юрак фаолияти сусайиб қолиши, баданга шишлар келиши билан ифодаланади.

Пневмонияда пайдо бўладиган у ёки бу хилдаги йирингли асоратлар температура реакцияси ҳам, лейкоцитоз ҳам, эритроцитлар чўкиш тезлигининг кучайиши ҳам бўлмай туриб, сусткашлик билан кечади.

Мана шуларнинг ҳаммаси оғир даражадаги гипотрофияларга хосдир. I даражали гипотрофияси бор болаларда бўладиган пневмонияларнинг ўтишига келганда, бундай пневмониялар клиник манзараси жиҳатидан нормотрофик болаларда бўладиган пневмониядан фарқ қилмайди.

Гўдак болалар пневмониялари маҳалида асоратлар анча кўп учрайди, лекин химиотерапевтик дори-дармонлар кенг қўлланилаётганлиги муносабати билан сўнгги йилларда буларнинг сони ағча камайиб қолди.

Гўдак болаларда бўладиган пневмонияларнинг энг кўп учрайдиган асоратлари отоанtritга ўтиб кетадиган катарал ёки йирингли отит, йирингли плеврит, ўпка абсцесслари, энцефалит, менингит, менингоэнцефалитдир. Майда ўчоқли пневмониянинг бирмунча камроқ учрайдиган асоратлари жумласига йирингли перикардит, перитонит, артритлар, остеомиелитлар, пиелонефритлар ва бошқаларни киритиш керак.

Хроник пневмония болаларда кўп учрайдиган касаллик бўлиб, тегишли мойиллик (рахит, гипотрофия, экссудатив диатез, туғма юрак пороклари) бўлгани устига, ўткир (майда ўчоқли ёки интерстициал) пневмониялар такрорланганда, кўпинча ўткир пневмонияларга нотўғри даво қилинганда пайдо бўлиши мумкин. Шароитларнинг дуруст бўлмаслиги, соғайиш вақтида туғри овқатланмаслик ва режимга риоя қилмаслик, шунингдек бошқа касалликлар (грипп, ўткир респиратор инфекциялар) қўшилиши хроник пневмония пайдо бўлишига мойил қилиб қўяди. Хроник пневмония пайдо бўлишининг сабабларидан бири, айниқса, ҳаётининг биринчи йилни яшаб келаётган болаларда, қизамиқ ва кўкйўтал инфекциясидир. Бронхлар билан ўпкада ёт жисмлар ва ривожланиш нуқсонлари бўлиши ҳам хроник пневмония бошланишида катта аҳамиятга эга.

Замонавий тушунчаларга кўра хроник пневмония бронх-ўпка

системаси структурасида қайтмас ўзгаришлар (бронхоэктазлар, деформацияловчи бронхит, пневмосклероз) бўлиши билан бирга давом этиб борадиган носпецифик хроник яллиғланиш процессидир.

Хроник пневмониянинг клиник аломатлари жуда турли-туман бўлиб, морфологик ўзгаришларнинг табиатига, уларнинг нечоғлик кўп тарқалганига, касалликнинг даври, ўтишидаги хусусиятларига, асоратлари бор-йўқлигига боғлиқдир.

Касалликнинг ҳаммадан доимий бўлиб ҳисобланадиган клиник аломатлари балғам ташлаб, йўталиб туриш ва ўпканинг маълум бир жойларида мудом нам хириллашлар бўлишидир, мана шундай хириллашлар яллиғланиш процесси қўзигандагина эмас, балки босилиб турганда ҳам эшитилаверади. Тарқоқ бронхоэктазлари бор касалларда нафас баъзан амфорик характерга кириб, орал крепитация борлиги маълум бўлади.

Иккала томонга тарқалган процесси бор касалларда бўй ўсиши ва тана вазнининг ортиши сусайиб қолади. Бундай касалларда кўпинча кўкрак қафасининг шакли ўзгаради (ён томонларидан сиқилиб, кўкрак қафасининг айрим қисмлари яссиланиб қолади ёки ичига тортиб туради, тўш соҳаси кўкрак тожига ўхшаш дўмбаийиб чиқади).

Бармоқлар тирноқ фалангалари шаклининг ўзгариши («ноғора чўплари») фақат процесс кўп тарқалиб, йирингли интоксикация бошланган беморлардагина учрайди.

Хроник пневмониянинг кўпроқ кузатиладиган асоратлари ўпка эмфизимаси, ўпка туфайли юракнинг зарарланиши (cor pulmonale) дир, абсцесслар пайдо бўлиши, пиопневмоторакс, амилоидоз бошланиши бирмунча кам учрайди.

Давоси. Гўдак болалар пневмониясида даво касалнинг ўзига тўғри келадиган, яъни индивидуал ва комплекс бўлиши керак.

Оғир нафас етишмовчилиги билан ўтаётган ҳар қандай формадаги пневмониялар, касалликнинг токсик ва токсик-септик формалари, стафилококklar туфайли ўпка деструкцияси бошланган деб гумон қилинадиган ҳоллар, бошқа йўлдош касалликлар (II—III даражадаги рахит, гипотрофия, конституция аномалиялари) ва асоратлар (анемия, йирингли отит ва бошқалар) билан ўтаётган пневмониялар, чақалоқ ва чала туғилган болалар пневмониялари, касалликнинг қайта-қайта қўзиб туриши беморни касалхонага ётқизишни зарур қилиб қўядиган важлардир.

Касал болаларга қилинадиган парвариш катта аҳамиятга эга, бундай парвариш оптимал даволаш-соғайтириш режими шароитларини яратишга алоқадор барча чора-тадбирларни ўз ичига олади.

Бола ётадиган палата (хона) ҳавоси ҳамиша соф, тоза ва температураси доимий (чақалоқлар учун 22—23°C ва катта ёшдаги болалар учун 18—20°C) ҳамда нисбий намлиги етарлича (60—80%) бўлиши керак. Чала туғилган болаларни бирмунча вақт кувезларга қўйиб қўйилади, кувезлар бўлмаганда грелка-

лардан фойдаланиш мумкин. Урин-бош қулай, тоза ва иссиқ бўлиши керак. Оғир нафас етишмовчилиги пайтида боланинг боши очиқ ва қўллари эркин турадиган қилиб каравотга қаддини кўтариброқ ётқизиб қўйиш, вазиятини бот-бот ўзгартириб, уни қўлга олиб туриш зарур. Болаларни йўргакланган ҳолда қимирлатмасдан узоқ ётиб қоладиган бўлишига йўл қўйиш ярамайди. Боланинг кийими енгил, қулай ва ҳаракатлари билан нафасига ҳалал бермайдиган бўлиши керак. Шу мақсадда чақалоқларга махсус кийим-иссиқ кофточкали конверт тавсия этилади. Бадан териси билан шиллиқ пардаларга қараб туриш алоҳида эътиборни талаб қилади. Бола оғир аҳволда бўлмаса, уни вақт-вақтида чўмилтириб туриш керак (сув температураси 38—39°C, ванна муддати 3—5 минут); бурнини борат кислота эритмасига ҳўлланган пахта тампон билан тозалаб, оғиз бўшлиғининг аҳволига қараб бориш лозим. Бола қандай шаронгта (касалхонада ёки уйда) бўлмасин, уни тинч қўйиш, ором олиши, етарлича узоқ ухлаши учун шароит яратиб бериш зарур. Уйқу ҳимояловчи режимининг муҳим омили бўлиб ҳисобланади, шунга кўра болани фармакологик дорилар бермасдан туриб ухлатган маъқул. Бола узоқ ва тиниқиб ухлайдиган бўлиши учун уни яхшиси айвонга ёки айланиб, сайр қилиб юриладиган хонада ухлатиш керак. Соғайиш даврида болага уйғоқлик маҳалини актив равишда ўтказишга имкон бериб қўйиш лозим (ёшига яраша ўйинчоқлар бериш). Уйғоқлик пайтида болани қўлга олиш, қорнини енгилгина массаж қилиш, орқасини силаб қўйиш ўринлидир. Уйғоқлик муддати аста-секин узайтирилиб, ёш нормасигача етказилиб борилади. Болага доим яхши гапириб, меҳрибонлик қилиш, уни эркалатиб туриш керак.

Пневмония билан оғриган болаларни касалхонага жойлаштиришда беморни бир йўла касалхонага жойлаштириш принципига амал қилиш ва 2—3 кишилик палаталарга ётқизиш зарур, битта болага тўғри келадиган фойдали сатҳ 3—5 м<sup>2</sup> ни ташкил этадиган бўлиши керак. Болаларни касаллигининг муддатига қараб гурӯпаларга ажратиб қўйиш зарур. Қўшимча инфекция бўлмаслиги учун касалликдан тузалиб келаётган болаларни яқинда оғриб қолган болалар билан қўйиш ярамайди, бунда инфекция, қоида ўлароқ, ё пневмониянинг қўзишига ёки асоратлар беришига сабаб бўлади.

Тўғри овқатланишга катта аҳамият берилади. Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган бола кўкрак сути олиши керак. Пневмониянинг токсик формасида, айниқса бола қайт қилаётган ва эмган сутини қайтариб чиқараётган бўлса, соғиб олинган кўкрак сутини 1—2 кунгача камроқ бериб бориб (суткалик сут миқдори 30—50% га камайтирилади), аста-секин (3—4 кун давомида) одатдаги овқат режимига ўтиш буюрилади.

Нафас етишмовчилиги рўй-рост кўринганда (бунда бола сут эма олмай ва ютолмай қолади) болани зонд орқали овқатлантириб туриш зарур бўлади. Болани томизғич билан бурни орқали овқатлантириш тавсия этилмайди, чунки сут нафас йўлларига



тиқилиб қолиши мумкин. Зонд орқали овқат бериш олдидан ҳар гал боланинг бурни билан оғзидан одатдаги баллон билан шимлимишқни сўриб олиб ташлаш керак. Чақалоқлар ва ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларга овқат бериш олдидан 3—5 минут давомида нам кислородни нафасга бериб туриш буюрилади, зарур бўлса, болани овқатлантириб бўлгандан кейин ҳам берилади.

Пневмония билан оғриган бола етарли миқдорда суюқлик олиб туриши керак (чой, 5—10% ли глюкоза эритмаси, Рингер эритмаси, изотоник натрий хлорид эритмаси, боржом). Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларга бериладиган суюқлик миқдори кўкрак сути ёки сутли аралашмаларни қўшиб ҳисоблаганда суткасига 150 мл/кг ни ташкил этадиган бўлиши керак.

Ёшидан ошган болаларга овқат миқдорини 1—2 кунга бирмунча камайтириш ва рационга бир қадар енгил таомлар (мева, сабзавот пюрелари, кефир, қаттиқ, 10% ли бўтқа) киритиш, кейин бу болаларни одатдагича овқатлантириш режимига ўтказиш тавсия этилади. Овқат таркиби ва калорияларининг миқдори жиҳатдан бекаму кўст, оқсиллари, углеводлари, витаминлари, минерал тузлари етарли ва ёғи бир қадар чеклаб қўйилган бўлиши лозим. Суткалик овқат режимига қўшимча қилиб суткасига 200—300 мл суюқлик бериб туриш буюрилади.

Пневмония билан оғриган болаларнинг овқатини сабзавотлар, мева шарбатлари, витамин дамламалари, синтетик препаратлар ҳисобига витаминлар билан бойитиш зарур. Аскорбин кислота 0,1 г дан суткасига 3—4 маҳал бериб турилади, бола оғир аҳволда бўлса, 5% ли эритмасини 1—3 мл дан 20—40% ли глюкоза эритмаси билан бирга суткасига 1—2 маҳал венасидан юбориб турилади. Витамин В<sub>1</sub> 0,005 г дан кунига 3 маҳал, мускуллар орасига юбориладиган бўлса, 0,6% ли эритмаси кунига 0,5—1,0 мл дан; витамин В<sub>2</sub> (рибофлавин) 0,003—0,002 г дан кунига 2 маҳал, никотинат кислота 0,01 г дан кунига 2—3 маҳал буюрилади. Мана шу витаминларнинг ҳаммаси узоқ — касалликнинг бошидан охиригача бериб борилади, шу билан бирга уларни овқат маҳалида берган маъқул (бевосита овқат билан бирга берса ҳам бўлади).

Рахит аломати бор болалар давонинг биринчи кунларидан бошлаб витамин D<sub>2</sub> олиб туриши керак. Бу витамин 8—10 кунга суткасига 50 000—100 000 ХБ миқдорда буюрилади, даво курсига ҳаммаси бўлиб 600 000—800 000 ХБ витамин ишлатилади, шу билан бир вақтда кальций препаратлари ҳам бериб турилади.

Витамин В<sub>12</sub> кунора 5 мкг/кг дозада буюрилади, ҳаммаси бўлиб 8—10 марта инъекция қилинади. Зарурат бўлса (гипотрофия, анемия, экссудатив-катарал диатез) қўшимча қилиб витамин В<sub>6</sub> буюрилади, бу витамин 2,5% ли эритма ҳолида 0,5—0,6 мл дан мускуллар орасига юборилади, ҳаммаси бўлиб 8—10 марта инъекция қилинади.

Упқада газлар алмашинувини яхшилаш ва нерв-регулятор ме-

ханизмларини аслига келтириш учун касалликнинг энг бошидан бошлаб энг қулай шароитлар яратиш зарур.

Ана шу маълумотларни назарда тутганда аэро- ва кислородотерапия алоҳида аҳамиятни касб этади.

Болалар тоза ҳавода бўлганда умумий аҳволи тез яхшиланади — ҳансираш, цианоз, йўтал камаяди, пульси секинлашади ва бола кўпинча тинчгина қаттиқ ухлаб қолади.

Аэротерапия имкониятларга қараб ҳар хил усуллар билан ўтказилади. Ойнаванд айвонлардан фойдаланилади, палаталарнинг деразалари очиб қўйилади ёки улар шамоллатиб турилади. Ҳаётининг дастлабки ойлари яшаб келаётган болалар учун атрофдаги ҳаво температураси камида 18—17°C бўлиши керак, сўнгра ҳаво температураси 2—3°C га ва охирида кўпи билан 5—6°C га пасайтирилади. 3 ойликдан катта болаларни температура 10°C дан паст бўлмаган, шамол йўқ пайтларда тегишлича кийинтириб, очик ҳавода сайр қилдириш тавсия этилади.

Очик ҳавода юрилганда бола ранги оқариб, цианоз кучайса, у бесарамжонланиб, ҳансирашни бошласа, сайрни тўхтатиш зарур.

Чақалоқлар, чала туғилган болалар, умумий гипотонияси, сезиларли гипотрофияси, оғир септик касалликлари бор болаларга очик ҳавода сайр қилишни буюришда жуда эҳтиёт бўлиш керак.

Пневмонияга даво қилишда кислород кенг қўлланилади. Уни бериб туриш методлари ҳар хил. Шу методларнинг энг жўни ва кам фойда қиладигани кислород ёстиғидан воронка орқали кислород беришдир, бунда нафасга олинadиган ҳаво кислород билан кўп деганда 2% га бойийди. Бошқа метод — буруннинг бир ёки иккала тешигига киритиб қўйилган катетер орқали ёстиқдан кислород бериб туришдир. Махсус кислород ниқоблари орқали кислород беришнинг бир қадар афзаллиги бор. Кислород билан даво қилишнинг энг мукамал методи совутиш ва намлаш системаси билан таъминланган ДҚП-1 маркали кислород палаткасида кислород бериб туришдир (3—5—8 кун давомида). Кислород билан даволаш кам деганда 15—20 минутдан кунига 2—3 маҳал ва бундан кўра кўпроқ кислород бериш турилгандагина самарали бўлади.

Касалликнинг инфекцион қўзғатувчисига қарши кураш учун пневмонияларнинг комплекс давосида антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар кенг қўлланилади.

Антибиотиклардан бензилпенициллин, оксациллин, метициллин, ампициллин, тетрациклинлар, левомецетин, эритромицин, мономицин, олеандомицин, олететрин, морфоциклин, цеполин, фузидин ва бошқалар буюрилади (15-жадвал).

Катарал ҳодисалар сезиларли бўлганда антибиотикларни 50 000 ТБ дан кунига 2 маҳал аэрозоллар кўринишида қўллаиш мумкин, бунда 1 мл эритувчида 5000—10000 ТБ антибиотиклар бўлиши керак. Изотоник натрий хлорид эритмаси ёки 5—10% ли глюкоза эритмасида эритилган пенициллин аэрозоли ҳаммадан кўра кўпроқ ишлатилади.

Антибиотиклар курси такрор буюрилганида анамнезни назарда

**Болалардаги пневмонияларга даво қилишда ишлатиладиган  
антибиотик препаратлар**

Препарат	Дозаси сутка- сига, мг/кг	Юбориш йўли	Кунда неча марта юбо- рила- ди	Даво кур- си, мудда- ти, кун- лар
Ампициллин, натрийли тузи	100—50	Венага, мускуллар орасига	4	10
Ампиокс	200—50	Мускуллар орасига	4	10
Оксациллин, натрийли тузи	40—100	Бу ҳам шундай	4	10
Диклоксациллин, натрийли тузи	125—25	Ичирилади	4	10
Метициллин, натрийли тузи	200	Мускуллар орасига	4	10
Бензилпенициллин	150 000— 200 000 ТБ/кг	Бу ҳам шундай	4	10
Цепорин	60—100	Венага, мускуллар орасига	3—4	10
Кефлин	60	Мускуллар орасига	4	10
Гентамицин сульфат	2—3	Бу ҳам шундай	2—3	6—7
Линкомицин гидро- хлорид	10—20	Венага, мускуллар орасига	2	7—10
Эритромицин фосфат	20	Венага	2	7—10
Фузидин-натрий	60—80	Ичирилади	3	7—10
Ристомиян сульфат	20 000— 30 000 ТБ/кг	Венага	2	7—10

тутиб, илгари ишлатилган препаратларни ҳисобга олиш зарур, ўр-ни бўлмасдан туриб бир хилдаги антибиотикларнинг ўзини буюра-вериш ярамайди. Бундан ташқари зарурият туғилганда антибио-тиклар билан бир вақтда болага 75 000—100 000 ТБ дан кунига 2—3 маҳал нистатин, 25 000 ТБ/кг ҳисобидан кунига 2—3 маҳал леворин буюриш лозим. Ҳар бир касалнинг томоғи ва бурнидан ажратиб олинган микрофлорани текшириб, антибиотикларга сез-гирлигини аниқлаб олиш ўринли. Ажратиб олинган микрофлора антибиотикларнинг қайси бирига сезгир бўлса, ўша препаратларни буюрган маъқул.

Антибиотикларни кичик дозаларда узоқ қўлланиш, даволашда асоссиз узилишлар қилиб қўйиш, асоратлар бўлиши ёки яллиғла-ниш процесси қўзиб қолишининг олдини олиш мақсадида эҳтиёт-дан антибиотиклар буюриш тўғри эмас. Бундай ҳолларда, айниқса комплекс даво қилинмаётган бўлса, дисбактериозлар, гиповитами-нозлар, аллергия кўринишлари ва бошқалар кўпроқ бўлади.

Сульфаниламид препаратлар одатда 1—1½ яшардан катта бо-лалардаги пневмонияларнинг ўртача оғир ва енгил формаларида буюрилади. Бунда таъсири узоқ чўзиладиган препаратлар, жумла-дан сульфадиметоксин ҳаммадан кўра кўпроқ ишлатилади. Бу препарат 4 яшаргача бўлган болаларга 1-кун 25 мг/кг ҳисобидан,

кейинги кунларда 12,5 мг/кг ҳисобидан кунига бир марта ичириш учун буюрилади.

Болалардаги пневмонияларнинг оғир формаларида ҳозир гормонал препаратлар: суткасига 1 мг/кг дан преднизон ёки преднизолон, суткасига 0,003—0,001 г дан дексаметазон ёки триамцинолон қўлланилади. Гормонлар билан даволаш одатда 6—8 кун давомида антибиотиклар бериш билан бирга олиб борилади ва гормонлар дозаси аста-секин пасайтириб борилади.

Токсикоз бўлганда 0,5—1,5 мг/кг ҳисобидан суткасига 2—3 маҳал эуфиллинни венага юбориб туриш ўринлидир.

Дезинтоксикацион терапия ўтказилади — бу инфузион терапиянинг шундай турики, унда комплекслар ҳосил қилиш хоссаларига эга бўлган, томирлар ўзанида узоқ турмайдиган паст молекулали декстранлар (альбумин, гемодез, 6% ли паст молекулали поливинилпирролидон) ишлатилганидан кейин диурезни жадаллаштириш кўзда тутилади.

Сезиларли юрак-томир етишмовчилиги бор маҳалларда (ҳансираш, тарқоқ цианоз бўлган, юрак чегаралари кенгайиб, юрак тонлари бўғилиб қолган, пульс кичик, тез бўлган, жигар катталлашиб, шишлар келганда) 0,05% ли строфантин эритмасини (1 яшаргача бўлган болаларга 0,1 мл, 1 яшардан катта болаларга 0,15 мл миқдориди) 10—20% ли глюкоза эритмаси билан биргаликда венадан юбориш ўринлидир (бу инъекциялар секин, 2—3 минут давомида юборилади, кунига 1—2 маҳал инъекция қилинади). Строфантинни венадан юборишнинг иложи бўлмаса, уни худди бояги дозаларда 50% ли глюкоза эритмаси (2—3 мл) га қўшиб, мушулар орасидан юборилади. 0,1—0,3 мл дан 0,06% ли коргликон эритмаси ҳам буюрилади. Строфантин билан коргликон одатда 3—4 кундан ортиқ ишлатилмайди. Юрак етишмовчилигига бирмунча узоқроқ даво қилиш зарур бўлганида дигоксидан фойдаланилади, бу препарат строфантин юборилганидан кейин камида 10—12 соат ўтказиб туриб ичиш учун буюрилади. Бу препаратнинг 2—3 кун давомида тўйиниш дозаси 0,05—0,07 мг/кг ни ташкил этади, қувватлаб борадиган дозаси тўйиниш дозасининг  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{7}$  улусига тенг келади.

Температура кўтарилиб, уйқусизлик, қайт қилиш, безовталаниш, талвасага тушиш билан бирга давом этиб, хийла нафас етишмовчилиги билан ўтаётган токсик пневмонияларда нейроплегик воситаларни ишлатиш тавсия этилади (ичириш, мушулар орасига ёки венага юбориш). Суткасига 1—2 мг кг дозада аминазин, промазин буюрилади. Бу дорилар аксари 2—3 кун ва камданкам ҳолларда бундан узоқроқ ишлатилади. Нейроплегик воситаларни аскорбинат кислота, витамин D, адреналин, эфедрин, кальций хлорид билан биргаликда буюриб бўлмайди. Марказий нерв системасининг умумий қўзғалувчанлигини пасайтириш учун бром, фенобарбитал препаратлари, седуксен, ГОМК ва бошқалар ҳам қўлланилади (боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда).

Астматик компонент бўлса, антигистамин препаратларни эфедрин

рин ва эуфиллин билан бирга қўшиб ишлатилади (дозалари тўғрисида «Бронхиал астма»га қаралсин).

Гипертермияни бартараф этиш учун мускуллар орасига 4% ли амидопирин эритмаси (0,1 мл/кг) ёки 50% ли анальгин эритмаси буюрилади (боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан). Булар қилмайдиган бўлса, аминазин (0,5 мг/кг), пипольфен ёки димедрол (1 мг/кг) билан 5% ли новокаин эритмаси қўшилган 50% ли анальгин эритмасини боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан бирга ишлатиш мақсадга мувофиқдир. Шу билан бир вақтда боланинг бошига ва сонларининг ички юзасидаги йирик томирлари устига совуқ босиш, болани яланғочлаб қўйиш, меъдасини уй температурасидаги сув билан ювиш буюрилади.

Гўдак болалар пневмонияларида сўнгги йиллари даво мақсадида 4% ёки 5% ли натрий гидрокарбонат эритмасини 10—15% ли глюкоза эритмаси билан биргаликда венадан юбориш усули қўлланилмоқда (ҳар бири 5 мл дан то 15 мл гача).

Пневмония билан оғриган болаларда гипотрофия, анемия, септик асоратлар бўлса, стимулловчи терапия ўринли бўлади. Шу мақсадда венадан 2—3 кун оралаб туриб 3—5 марта 10—30 мл дан плазма, 3—4 кун оралатиб туриб 10—30 мл дан цитрат ёки эритроцит масса юбориб турилади (ҳаммаси бўлиб 6—8 марта инъекция қилинади). Пневмония билан оғриган болаларда юрак-томирлар системаси сезиларли даражада зарарланган бўлиб, касаллик кўп ҳансираш, тарқоқ цианоз билан давом этиб бораётган ва жигар катталашиб кетган бўлса, у ҳолда қон қуйиш тўғри келмайди.

Плазма ёки қон қуйиш маҳалида вирусли гепатит ўтиб қолиши ва организмнинг сенсбиллашуви мумкинлигини назарда тутиш керак.

Стимулловчи терапия мақсадида кунора 0,2—0,4 мг/кг гамма-глобулин ишлатиш ўринлидир, ҳаммаси бўлиб 3—5 марта инъекция қилинади. Лейкопения бўлса, пентоксил (0,01—0,015 г дан кунига 2—3 маҳал), дибазол (ҳар сафар 0,001—0,002 г дан кунига 2—3 маҳал), натрий нуклеинат (0,005—0,015 г дан кунига 3—4 маҳал) қўлланиш тавсия этилади.

Балғам кўчирувчи дори-дармонлардан касалликнинг ўткир даврида ачиштирадиган қуруқ йўтал бўлса, 1 чой қошиқдан кунига 6—8 маҳал алтей дамламаси (100 мл сувга 3—4 г), кунига 5—6 маҳал эвкалипт, кўкрак эликсири (бир мартали дозаси боланинг ҳар бир ёшига 2 томчидан), либексин ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  таблеткадан кунига 3—4 маҳал), бромгексин, гоҳ-гоҳида кодеин фосфат (боланинг ҳар бир ёшига ҳар сафар 1 мг дан) буюрилади. Кейинчалик кунига 6—8 маҳал термопсис (100 мл га 0,1—0,2 г дамламаси), солутан (боланинг ҳар бир ёшига ҳар сафар 0,5 томчидан), пертуссин ( $\frac{1}{2}$  чой қошиқдан кунига 4—5 маҳал) қўлланилади.

Бир қанча физиотерапевтик воситалар яхшигина наф беради. Касалликнинг ўткир даврида сувнинг температурасини 37°C дан аста-секин 40°C гача кўтариб бориладиган ванналар (муддати

3—5 минут) қилиб, кейин боланинг устидан бир қадар совуқроқ (28—30°C) қуйиш, шунингдек горчичниклар қуйиш, горчичниклар билан ўраш буюрилади.

Гўдак болалардаги пневмонияларда иситувчи компресслар қўлланиш тўғри келмаслигини назарда тутиш керак, чунки юмшоқ, майин бўладиган кўкрак қафасини қисиб қуйиш нафас етишмовчилиги ва қон димланишининг кучайишига сабаб бўлади.

Пневмониялар маҳалида болалардаги токсикоз ҳодисалари барҳам топиб борган сайин диатермия, УВЧ ва индуктотерапия, электрофорез қўлланилади. Даво курси 6—10 муолажа.

Соғайиш даврида шифобахш гимнастика буюриш ва гимнастика машқларини аста-секин мураккаблаштириб бориб, массаж қилиб туриш ўринлидир.

Ўткир пневмонияни бошидан кечирган болалар 6 ой давомида диспансер кузатуви остида бўлади ва касаллик яна қайталанадиган бўлса, болалар поликлиникаси шароитларида кузатиб борилади. Бундай болалар отоларинголог кузатуви остида бўлишлари керак. Уларга комплекс равишда консерватив ёки оператив даво қилиш, бурун-ҳалқумдаги хроник инфекция ўчоқларини даволашдан ташқари оғиз бўшлиғини санация қилиш зарур.

Поликлиника шароитларида актив даво усуллари қўлланилади: чиниқтирадиган тадбирлар, физкультура (аввалига шифобахш физкультура), гипосенсибилловчи терапия (димедрол, пипольфен), супрастин (кўп деганда 2 ҳафта), поливитамиинлар (А, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, С, РР), физиотерапевтик муолажалар (УВЧ-терапия, электрофорез, кўкрак қафасига озокерит қуйиш ва бошқалар) буюриш шулар жумласидандир.

Бундай болаларда эҳтиётдан эмлаш ишлари касалликдан камида 2 ой кейин ва албатта, эмлашдан олдин 1 ҳафта ва ундан кейин бир ҳафта давомида гипосенсибилловчи терапия фонида ўтказилади.

Пневмониялар профилактикасини антинатал давридан бошлаш зарур. Ҳомиладорликнинг дастлабки ҳафталаридан бошлаб, бўлғуси онанинг вақтида ухлаб, вақтида туриши, вақтида меҳнат қилиб, вақтида дам олишини кўзда тутадиган тўғри режим белгилаш керак. Қиш кезлари суткасига 3—4 соатдан, ёз маҳаллари 8 соатгача очиқ ҳавода юришни назарда тутадиган ҳаво режимга риоя қилиш ҳам анча муҳим. Ҳомиладор аёлнинг овқатланиш режими катта роль ўйнайди. Чақалоқларда бўладиган пневмонияларнинг олдини олишда туғруққа ёрдам берадиган муассаларнинг ишини тўғри ташкил этиш, туғруқни бошқариб бориш ва асфиксия маҳалида болаларни жонлантириш методларини тақомиллаштириш, бола туғилганидан кейин атрофдаги муҳитда энг яхши шароитларни яратиш (эпидемиологик режимга риоя қилиш, боланинг совқотиб қолишига, иссиқлаб кетишига йўл қўймаслик ва бошқалар) катта аҳамиятга эга. Касал бўлиб қолган болаларни тезда болалар касалхоналаридаги махсус палаталарга ва чақалоқлар патологияси бўлимларига ётқизиш зарур.

Тўғруқхоналар билан болалар поликлиникаларининг ишидаги алоқалар ва изчилликни доимо мукамаллаштириб бориш керак.

Кейинчалик амалга ошириб бориладиган асосий профилактик чора-тадбирлар атроф-муҳит шароитларини яхшилаш, болаларни боқиб парваришлаш ишини тўғри ташкил этиш, рахитнинг олдини олиш ва унга даво қилиш, тоза ҳаводан кўпроқ баҳраманд бўлиш, чиниқтирувчи муолажалар (сув муолажалари, ҳаво, қуёш ванналари, массаж, гимнастика) ни ўтказиб туришдан иборат бўлиши лозим.

Грипп, ўткир респиратор инфекциялар, қизамиқ, кўкйўталга қарши кураш гўдак болаларда учрайдиган пневмонияларнинг олдини олишда муҳим аҳамияга эга. Шунга кўра коллективда ва уйда касал бўлиб қолган болаларни тез изоляция қилиб қўйиш, биноларга ультрабинафша нур бериб, уларни мунтазам шамоллатиб туриш зарур.

Вирус — респиратор касалликлар билан оғриганларга яқин юрган болаларга специфик профилактика воситаси тариқасида тозаланган интерферон эритмасини 7—10 кун давомида буруннинг ҳар иккала ярмига 0,25 мл дан кунига 2 марта томизиб туриш буюрилади.

Аденоидлари, хроник тонзиллити бор, бурун қўшимча бўшлиқлари яллиғланган (синуситлари бор), бронхитлар, ўткир респиратор инфекциялар билан тез-тез оғриб турадиган болалар алоҳида эътиборни талаб қилади.

Ҳаётининг биринчи йилида грипп, респиратор инфекция, қизамиқ, кўкйўтал билан оғриб ўтган болаларни актив равишда кузатиб бориш, профилактик физиотерапевтик чора-тадбирларни амалга ошириш, болаларни боғ-қовлилар, санаторий яслиларига олиб чиқиб кетиш, аҳоли орасида маориф ишларини кенг миқёсда олиб бориш жуда зарур профилактика чора-тадбирлари жумласига киради.

## Бронхиал астма

Абронхиал астма болалар патологиясида муҳим ўринни эгаллайди. Сўнгги йилларда бу касаллик кўпроқ учрайдиган ва оғирроқ ўтадиган бўлиб қолди, нафас қаттиқ қисиб қолганда ўлим ҳоллари ҳам кузатилмоқда. Бу касаллик билан барча ёшдаги болалар оғрайди, лекин бронхиал астма кўпчилик болаларда ҳаётининг дастлабки 3 йилида бошланади.

Болаларда бронхиал астма ривожланишида ирсий мойиллик катта аҳамиятга эга. Кўпгина касалларнинг оилавий анамнезида бронхиал астма, экзема, мигрень, подагра, ёғ босиши ва бошқалар сингари касалликлар борлиги маълум бўлади. Бироқ, атрофдаги муҳит омилларининг ёмон таъсир қилиши ҳам шу касаллик пайдо бўлишига олиб келади. Булар орасидан аввало болани боқиш ишида йўл қўйилган катта камчиликлар, ҳар хил инфекцион касалликлар, ноқулай турмуш шароитлари, ёмон асорат қолдирадиган психоген таъсиротлар ва бошқаларни кўрсатиб ўтиш керак.

✓ Бронхиал астма пайдо бўлиши учун организмга турли аллергиялар таъсир қилиб тургани муносабати билан унинг сенсибиллашиб қолган бўлиши мутлақо шартдир.

✓ Бронхиал астамада экзоген аллергиялар (буларга турмушда учрайдиган аллергиялар — чанг, ёстиқдаги пат, аквариум балиқларига бериладиган озиқ ва бошқалар кирази), эпидермал аллергиялар (дов-дарахт, ўт-ўлан ва гул чанглари), химиявий моддалар (бензин, урсол ва бошқалар), дори моддалар (антибиотиклар, сульфаниламид ва бошқа препаратлар), озиқ-овқат маҳсулотлари (гўшт, балиқ, сут, резавор мевалар ва бошқалар) ҳаммадан катта аҳамиятга эга. Аллергиялар табиатан инфекция бўлиши мумкин (бактериялар, вируслар, замбуруғлар), бундай касалларда бўғилиш хуружлари тутиб турадиган бўлишидан олдин бронх-ўпка аппарати қайта-қайта касалланган бўлади (ўткир респиратор инфекциялар, бронхитлар, пневмониялар бўлиб ўтган бўлади).

✓ К л и н и к а с и. ✓ Бронхиал астманинг клиник манзараси ниҳоят даражада турли-тумандир. Касаллик хуружи кетма-кет бошланиб турадиган алоҳида-алоҳида бўғилиш пароксизмлари ёки астматик ҳолат кўринишида ўтиши мумкин. ✓ Астматик ҳолат доимий бўладиган, аммо кескин ифодаланмаган экспиратор ҳансираш, кўкрак қафасининг дам бўлиб кетиши, бир қадар зўр йўтал билан, ҳуштакка ўхшаб эшитиладиган доимий қуруқ хириллашлар бўлиши билан характерланади, бундай хириллашлар сусайиб қолган нафас фониди нафас чиқарилган маҳалда сезилади. Бунда касалларнинг ўзини сезиши қаноатланарли бўлиб қолаверади. Астматик ҳолат маҳалида аксари нафас бирдан такрор бўғилиб қолиб, баъзан ҳаёт учун хатарли бўладиган ўткир нафас етишмовчилиги бошланишига олиб келади.

Касаллик хуружининг ҳамма клиник вариантларида ўпкада кўпинча нам хириллашлар пайдо бўлади.

Болаларда бронхиал астма сезиларли бўладиган хуружлар ва астматик бронхит кўринишида типик тарзда ва ҳа деганда қолавермайдиган спастик йўтал ва ўпканинг эмфиземага ўхшаб бирдан дам бўлиб кетиши кўринишида атипик тарзда ўтиши мумкин.

Болаларда бронхиал астманинг ўтиши ҳар бир хуружининг характери билан муддатига ҳамда нечоғлик тез-тез тутиб туришига боғлиқ бўлади. ✓ Типик формасида касаллик хуружи бир неча соатдан то 1—2 кунгача давом этади, атипик формаларда у 5—7 кунгача чўзилади. Хуружлар ҳар хил вақт оралаб тутиб туриши ва бу кўпгина сабабларга — об-ҳаво шароитларига, атрофдаги муҳит омилларига боғлиқ бўлиши мумкин. Хуружларнинг тез-тез тутиб турадиган, айна вақтда ҳар бир хуружнинг узоқроқ давом этадиган бўлиб қолиши, одатда ўпкада яллиғланишга хос ўзгаришлар борлигига боғлиқ бўлади. Бронхиал астма нечоғлик барвақт бошланган бўлса, жинсий жиҳатдан вояга етиш даврида унинг барҳам топиб кетиш эҳтимоли шунча кўп бўлади, деб ҳисобланади, бироқ давонинг барвақт бошланиши ва асоратлар бўлмаслиги, афтидан кўпроқ аҳамиятга эга.



Бронхиал астма узоқ давом этиб борганида, айниқса, бронх-ўпка инфекцияси билан, бурун-ҳалқумдаги яллиғланиш ўзгаришлари билан бирга қўшилганида тургун эмфизема, сог рилтонит, ўпка ателектази, пневмоторакс, медиастинал эмфизема, неврологик ўзгаришлар, жисмоний жиҳатдан дуруст ривожланмай қолиш кўринишида асоратлар бошланиши мумкин.

Бронхиал астма диагнозини белгилашда яхшилаб сўраб-суриштириб тўпланган анамнез, қонни текшириб кўриш (асорат бермаган формасида лейкопения ва эозинофилия бўлади), кўкрак қафасини рентгенда текшириш (эмфизема) ва махсус аллергик синамаларни қилиб кўриш ёрдам беради.

Д а в о с и. Бронхиал астамада касаллик хуруж қилиб турганда ҳам, хуруж бўлмай турган даврда ҳам даво табақалаштирилган бўлиши керак.

Нафас салғица кийинлашадиган енгил хуружларда тоза ҳавога чиқиш, оёқ ва қўлларга иссиқ ванналар қилиш фойда бериши мумкин. Горчицали ванналар баъзан хуружни кучайтириб юборишини эсла туттиш зарур. Боланинг эътиборини касаллигидан қалғитилганда (расмлар кўрсатиш, китоб ўқиб бериш, қизиқ ҳикоялар сўзлаб бериш ва бошқалар йўли билан) аҳвол яхшиланиб қолиши мумкин.

Сезиларли хуружлар пайтида бронхолитик препаратлар буюрилади, булардан қуйидагилари кўпроқ қўлланилади: адренадин— 5 яшаргача бўлган болаларга 0,1% ли эритмаси 0,2-0,3 мл дан, 6—12 яшар болаларга 0,3—0,5 мл дан кунига бир неча марта тери остига ёки аэрозоллар кўринишида; мезатон — 1% ли эритмаси 0,2—0,5 мл дан тери остига ёки аэрозол кўринишида; тил остига ташлаш учун изадрин таблеткалари (1 таблеткасида 0,005 г препарат бўлади) ёки 0,5% ли эритмаси 0,5—1 мл дан аэрозол кўринишида; ингальяциялар учун 1% ли эритма тарикасида ишлатиладиган новодрин (ГДР) ва эуспиран (ЧССР) препаратлари ҳам шунга ўхшаш; алупент — 0,05% ли эритмаси 0,1—0,5 мл дан мускуллар орасига ёки тери остига ёҳуд 2% ли эритмаси ингальяциялар учун (5—10 марта нафасга олинади) ё бўлмаса, 1/4—1/2 таблеткадан кунига 3—4 марта ичирилади; эфедрин (3 яшаргача болаларга 0,01 г дан, 6—12 яшар болаларга 0,01—0,02 г дан, катта ёшдаги болаларга 0,02—0,025 г дан кунига 2—3 маҳал ичиш учун, 5% ли эритмаси 0,2—0,5—1 мл дан тери остига юбориш учун, 5% ли эритмаси аэрозоллар ҳолида ишлатиш учун); атропин 0,1% ли эритма ҳолида касаллик хуружи энди бошланиб келаётган даврдагина тери остига юбориш учун қўлланилади (3—4 яшар болаларга 0,25 мл дан, 5—6 яшар болаларга 0,3 мл дан, 7—9 яшар болаларга 0,4—0,5 мл дан, 10—14 яшар болаларга 0,5—0,7 мл дан); теофедрин — 5 яшаргача бўлган болаларга 1/4—1/2 таблеткадан, 6—12 яшар болаларга 1/2—3/4 таблеткадан кунига 2—3 маҳал ичиш учун буюрилади; антасман таркибида теофиллин, кофеин, амидопирин, эфедрин, фенацитин, фенобарбитал, белладонна экстракти, лобелия барглари порошоги бор, теофедрин қандай

дозаларда буюрилса, бу ҳам худди шундай дозаларда буюрилади; эуфиллин ичиш учун ишлатилади (гўдак болаларга 0,05—0,01 г дан, мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 0,02—0,03 г дан, мактаб ёшидаги болаларга 0,03—0,05 г дан кунига 2—3 маҳал берилади) ва 0,05 г дан шамлар кўринишида қўлланилади.

Чўзилган астматик статусда 2,4% ли эритма кўринишидаги эуфиллин 1—3—5—7,5 мл дан (боланинг ёшига қараб) 5% ли глюкоза эритмаси (100—200—300—400 мл) билан биргаликда томчилаб венадан юборилади. Эуфиллинни томчилаб юборишнинг иложи бўлмаганда уни 2—5—7,5 мл дан 20 мл 20% ли глюкоза эритмасига қўшиб венага 3—4 минут давомида оқим ҳолида юборилади. Эуфиллин билан биргаликда 15—60 мг дан преднизолон берилади. Астматик статусда адреналин юбориш мумкин эмас.

Оғир астматик ҳолатни одатда комплекс даво тадбирлари билангиа бартараф этса бўлади, шу тадбирлар орасида стероид гормонлар етакчи ўринни эгаллайди. Бу гормонлар қуйидаги ҳолларда буюрилади: 1) қаттиқ бўғилиш хуружлари тез-тез тутиб турадиган пайтларда—преднизолоннинг суткалик нормаси 1 мг/кг; 2) астматик ҳолат узоқ чўзилиб, бошқа дори воситалари билан бартараф бўлмаган ҳолларда, преднизолоннинг суткалик дозаси 1,5—2 мг/кг. даво муддати 4—5 ҳафта.

Преднизолон қандай схема бўйича ишлатилса, триамцинолон билан дексаметазон ҳам худди шундай қўлланилади. 5 мг преднизолон дозаси 4 мг триамсинолон ва 0,5 мг дексаметазонга тўғри келади.

Гормонал терапияни аста-секин камайиб борадиган дозаларда ўтказиш керак. Қасаллик хуруж қилганда гормонларнинг дозаларини сутка мобайнида бир текис тақсимласа бўлади, дозаларини камайтиришда ва айниқса, қувватловчи терапия ўтказишда гормонларнинг физиологик ритминини ҳисобга олиш ва суткалик дозанинг  $\frac{2}{3}$  қисмини эрталаб,  $\frac{1}{3}$  қисмини кундузи буюриш керак.

Гормонларни буюрганда эҳтиёт бўлиш лозим, чунки кейинчалик давода гормонга қарамлик («гормонсиз тура олмаслик») ҳодисаси пайдо бўлиши мумкин.

Симптомастик ва шошилинч даво қўлланишни талаб этадиган актив астма аломатлари бор болалар касалхоналарга жойланиши лозим.

Қасалликнинг хуружи тутиб турганда ва хуружлари орасидаги даврда десенсибиловчи нонспецифик терапия методларини табақалаштирилган ҳолда қўлланиб бориш керак, булар орасида антигистамин препаратлардан фойдаланишга алоқадор методлар ҳаммадан кўра кўпроқ расм бўлган: 1) димедрол ичириш (1 яшаргача бўлган болаларга ҳар сафар 0,005 г, 1 яшардан 3 яшаргача 0,01—0,015 г, 3 яшардан 7 яшаргача 0,025—0,02 г, 7 яшардан 14 яшаргача 0,02—0,03 г дан кунига 2—3 маҳал) ва мускулар орасига юбориб туриш (1% ли эритмасини 0,3—0,5 мл дан); 2) дипразин ёки пипольфен ичириб туриш (0,008—0,012—0,025 г дан кунига 2—3 маҳал), мускулар орасига юбориш (2,5% ли эрит-

масини 0,25—0,5—0,75 мл дан кунига 1 маҳал), шамлар ҳолида ректал йўл билан ишлатиш (битта шамда 0,025 г препарат бўлади). 3)  $\frac{1}{2}$ —1 таблеткадан кунига икки маҳал тавегил бериб туриш шулар жумласидандир.

Антигистамин препаратларни қисқа (5—7 кунлик) курслар ҳолида қўлланиш ва такрор буюриш зарурати туғилганида алиштириб туриш керак.

Касалликнинг хуружи тутмай турган даврда нафас равон қилиниб, инфекцияни яллиғланиш ўчоқлари бартараф этилганидан кейин гистаглобин (гамма-глобулин билан гистамин қўшилмаси) сўнгги вақтда кенг ишлатилмоқда. Бу препарат 2—3 кун оралатиб туриб, 1,0—2,0—3,0 мл дан тери остига юборилади, даво курси 5—10 инъекция.

Томирлар ўтказувчанлигини камайтирадиган препаратлардан кальций хлорид (10% ли эритмаси 1 чой, десерт қошиқдан ёки ош қошиқдан кунига 2—9 маҳал), кальций глюконат (ҳар сафар 0,5—1,0—2,0 г дан кунига 2—3 маҳал), витами́н Р (цитрин ёки рутин — 0,03 — 0,05 г дан кунига 2—3 маҳал), витами́н С (аскорбинат кислота — суткасига 300—500 мг) буюрилади. Мана шу препаратлар бирга қўлланилган ҳолда 3—4 ҳафта берилади.

Балғамни суюлтириш ва кўчишини осонлаштириш учун солутан (ҳар сафар 7—10—15 томчидан), калий йодид буюрилади (2—4 % ли эритмаси бир чой қошиқда сутга қўшиб, овқатдан кейин кунига 2—3 маҳал ичирилади).

Бронхиал астма, хроник пневмония ва хроник тонзиллит билан оғриган болаларга касаллик қўзиб қолганда антибиотиклар фақатгина антигистамин препаратлар ва десенсибиловчи бошқа воситалар билан биргаликда буюрилади.

Физиотерапия муолажаларидан адреналин-электрофорез (4—5 муолажа), кальций электрофорез, новокаин ёки димедрол-электрофорез (10—15 муолажа), аэроиотерапия (ҳар куни, 15—20 муолажа), ультратовуш (кунора, 10—12 муолажа) айрим зоналарни ультрабинафша нурга солиш (6—9 марта), индуктотерапия (10—15 муолажа), УВЧ тоқлари (8—10 муолажа) қўлланилади.

Актив астма кўринишлари барҳам топиб борган сайин тегишли зарурият бўлса, аллергология кабинетларида специфик гипосенсибилизация ўтказилади.

Бугун даво чора-тадбирлари комплекси витаминлар билан бойитилган ва аллергия аломатлари пайдо қиладиган маҳсулотлар истисно қилинган овқатлар билан тўғри овқатланиб борниши йўлга қўйган ҳолда ўтказилади. Етарлича қониб ухлаб, имкони борича тоза ҳавода бўлишни кўзда тутадиган тўғри режим, организмни чиниқтириш ва даво физкультураси билан мунтазам шуғулланиб бориш ҳам ниҳоятда муҳим.

Бронхиал астма билан оғриган болаларнинг ҳаммаси касалликнинг барча даврларида поликлиникада диспансер кузатувида бўлиши ва йилига камида икки марта мутахассис врач текширувидан ўтиб туриши керак.

Баҳор ва кузда профилактика даво курсларини ўтказиш, гистаминга қарши препаратлар, витаминлар бериб туриш тавсия этилади.

Ҳар бир бола даволаш физкультураси билан мунтазам шуғулланиб бориши керак. 3 яшаргача бўлган болаларга умумий массаж буюрилади.

Енгил ва ўртача оғир бронхиал астма билан оғриган беморлар касаллик хуружи тутмай турган даврда физкультура билан мактабда шуғулланиши мумкин. Баъзи спорт турлари ҳам ўринли бўлади — сузиш, волейбол, бадминтон, коньки, чанги спортлари шулар жумласидандир, лекин бунда касаллар мусобақаларда иштирок этмасликлари керак. Велосипедда учиш тақиқланади.

Бола қайси иқлим зонасида яшаб турган бўлса, худди ўша зона шароитларидаги санатория-курортларда даволаниш ўринлидир. Жанубий районлардан Қрим, Украина, Молдавиянинг жануби ҳаммадан қулай. Жуда нам ҳаволи районлар тўғри келмайди.

Эҳтиётдан қилинадиган эмлаш ишларини ўтказишга касаллик узоқ муддатли (камида 1—2 йил) ремиссияга кирганидан ва болани олдин вакцинацияга тайёрлаб олгандан кейин рухсат берилди. Бронхиал астма билан оғриган касалларга ёт зардоблар (қоқшолга қарши, дифтерияга қарши зардоблар) юборишда ниҳоятда эҳтиёт бўлиш лозим.

Бронхиал астмаси бор болалар касаллигининг сўнгги хуружидан кейин камидан 5 йил давомида диспансер ҳисобида туриши лозим. Касаллар 15 ёшга тулганидан кейин катталар поликлиникаси кузатуви остига ўтади.

**Профилактикаси.** Ўткир респиратор инфекциялар, бронхитлар, пневмониялар ва бурун-қалқум касалликлари такрорланишининг олдини олишга, уларга ўз вақтида ва тўғри даво қилишга, нафас органларининг ўткир касалликлари бошланиб қолганда беморни батамом соғайтириб юбориши ва қолдиқ ҳодисаларни бартараф этишни таъминлашга эътибор бериш зарур.

Болаларнинг тўғри ўсиб-униб бориши, жисмоний тарбияси ва чивқиши, тўғри овқатланиши, атроф-муҳит шароитларининг қулай бўлиши тўғрисида қайғуриш бу касаллик профилактикасида катта аҳамиятга эга.

Аллергик касалликлар ва экссудатив диатез билан оғриган беморлар бор оилаларда туғилган болаларга алоҳида эътибор бериш лозим. Бундай болалар умуман соғломлаштириш ва профилактикага қаратилган комплекс чора-тадбирларни узоқ муддат амалга ошириб боришга муҳтож бўлишади.

### Крупоз пневмония

Крупоз пневмония патоморфологик ва клиник жиҳатдан циклик тарзда ўтадиган инфекция-аллергик касалликдир.

Бу касаллик асосан мактабгача тарбия ва мактаб ёшидаги болаларда учрайди ҳамда совқотиш туфайли, овқатланиш шароит-

ларн бузилиши ва бошқалар туфайли организм қаршилиги сусайиб қолиши натижасида, сенсбиллашганидан кейин пайдо бўлади. Крупоз пневмонияни кўпинча пневмококклар (IV тип) қўзғатади, стрептококклар, стафилококклар, Фридлиендер таёқчаси ҳам топилади.

**Клиникаси.** Касаллик бирдан бошланади, беморларнинг аҳволи оғир бўлади. Тана температураси 39—40°С гача кўтарилиб, бирдек тураверади, ремиттацияловчи ёки интермиттацияловчи бўлиши мумкин, 7—9-кунни критик, гоҳо литик тарзда пасаяди. Температура кўтарилиши билан бир қаторда эт увушиб, дармонсизлик бошланади, бош оғриғи пайдо бўлади, қоринда оғриқ туради, касал қайт қилиб, умуман бўшашиб қолади ёки безовталанади, баъзида алаҳлайди. Лаблари, оғиз бўшлигининг шиллиқ пардалари ва тили қуруқ бўлади. Касалликнинг энг бошиданоқ ҳансираш зўрайиб боради, бурун парраклари керилиб туради, кейин касал инграб нафас оладиган бўлиб қолади. Йўтал аввалига қуруқ бўлади, кейин балғам келади, балғам баъзан зангсимон бўлиб тушиши мумкин.

Ўпкада юзага келадиган ўзгаришлар бир қадар циклик бўлиши билан характерланади. Перкутор товуш дастлаб тимпаник тусга кириб, калта тортган бўлиб эшитилиши мумкин, нафас сусаяди, қисқа муддат давом этадиган бошланғич крепитация эшитилиши мумкин. Зарарланган ўпка бўлаклари устидан чиқадиган перкутор товуш кейинги кунларда рўйи рост бўғиқ бўлиб қолади, бронхофония ва бронхиал нафас эшитилади. Кейинчалик перкутор товуш тимпаник тусга кириб, яна калта тортади, нафас қаттиқ бўлиб қолади, бронхофония қайд қилинади, крепитацияланадиган ва нам хириллашлар эшитилиши мумкин. Тана температураси пасайиши билан нафас осойишта бўлиб қолади ва касал тузала бошлайди.

Бу касаллик авжига чиққанда юрак-томирлар системаси билан нерв системасида ўзгаришлар пайдо бўлади, қорин дам бўлиб, жигар катталашади, диспептик ўзгаришлар бўлиб туради.

Қонда одатда лейкоцитоз, чапга сурилган нейтрофилез топилади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги кучайган бўлади.

Рентгенологик йўл билан текшириб кўрилганида ўпка бўлагининг ҳаммаси ёки бир қисми бир текис қорайиброқ тургани маълум бўлади.

Крупоз пневмония клиникаси абортив форма кўринишида ўтиши ҳам мумкин, бунда ўпкадаги процесс 2—3 кундан кейин йўқолиб кетади. Ареактив формада касаллик сусткашлик билан ўтади. Болаларда аппендикуляр деган крупоз пневмония ҳам бўлиб туради, бу касаллик оғриқ синдроми жиҳатидан ўткир аппендицитга ўхшаб кетади ва диагностикаси қийин бўлади, чунки пневмония ўчоғи дастлабки кунларда рўйи рост физик ўзгаришлар пайдо қилмайди. Болаларда кўпинча крупоз пневмониянинг церебрал формаси ҳам пайдо бўлади, у аввалига цереброспинал менингитга ўхшаб кетади. Крупоз пневмониянинг ўсмирларда бўладиган оғир формаси тифга ўхшаган ҳолат билан ўтади ва катталарда учрай-

диган шундай пневмония сингари бўлади. Крупоз пневмонияда прогноз одатда яхши, бу касаллик эсон-омон ўтиб кетади.

Д а в о с и — «Майда ўчоқли ўткир пневмония»га қаралсин.

## Плевритлар

Плеврада учрайдиган яллиғланиш процесси кўпинча иккиламчи, бошқа касалликларнинг асорати бўлиб ҳисобланади.

Плевритлар этиологияси инфекциян ва инфекциян-аллергик бўлиши мумкин. Плевритларга сабаб бўладиган инфекциян агентлар орасида кокк флораси гўдак болаларда биринчи ўринни эгалласа (сўнгги йилларда стафилококк кўпроқ учрамоқда), мактабгача тарбия ва мактаб ёшидаги болаларда сил микобактериялари, вирус инфекцияси ва бошқалар биринчи ўринни эгаллайди. Организмдаги аллергия реакциянинг кўриниши тариқасида пайдо бўладиган плевритларга сил плевритлари билан ревматизм плевритлари кирилади.

Қуруқ ва экссудатив (яъни суюқлик тўпланадиган) плевритлар тафовут қилинади. Қуруқ плеврит кўпчилик ҳолларда силга, баъзан ревматизм ва бошқа касалликларга алоқадор бўлади, шунинг учун бундай плевритда ҳамиша асосий касаллик симптомлари кўзатилади. Қуруқ плеврит локализацияси, яъни олган жойи ҳар хил бўлиши мумкин: у ўпка асосида (диафрагмал плеврит), учида (апикал плеврит), ўпка бўлаклари орасида, кўкс оралиғида (медиастинал плеврит) бўлиши мумкин.

К л и н и к а с и. Беморнинг умумий аҳволи кам ўзгаради, қувватсизлик, субфебрил температура бўлиб туради. Асосий шикоят чўқур нафас олган, йўталган, танасининг ҳолатини ўзгартирганда зўрайдиган оғриқлардир, бу оғриқлар баъзан курак ости соҳасига, қўлга ҳам ўтиб турадиган бўлади. Бола аксари оғриқлар туфайли, кўкрак қафаси экскурсиясини чекламоқчи бўлиб, касал ёнбошини босиб ётади. Перкуссияда одатда ўзгаришлар топилмайди, баъзан бир талай фибрин тўпланиб қолгани муносабати билан перкутор товуш қисқарган бўлиб эшитилиши мумкин. Аускультацияда нафас олиш ва нафас чиқариш пайтида плевранинг ишқаланиш шовқини эшитилади, аҳён-аҳёнда нафаснинг сусайиб қолгани маълум бўлади. Қуруқ плеврит бир қанча ҳолларда симптомсиз ўтади ва рентгенологик текширишдагина плеврада битишмалар борлиги, диафрагма ҳаракатининг чекланиб қолгани маълум бўлади.

Экссудатив плеврит экссудатининг характерига қараб сероз, йирингли ва геморрагик плевритга бўлинади.

Мактабгача тарбия ва мактаб ёшидаги болаларда учрайдиган сероз-плеврит аксари сил, коллаген касалликлар (ревматизм, система қизил волчанкаси, тугунли периартериит)га боғлиқ бўлади ва кўпчилик ҳолларда плевранинг сил интоксикациясига жавобан маҳаллий аллергия реакциясининг кўриниши бўлиб ҳисобланади.

Сероз ва сероз-фибриноз плеврит қуруқ плеврит симптомларидан бошланиши мумкин. Умумий интоксикация кўринишлари та-

риқасида қувватсизлик, тез чарчаб қолиш, субфебрил температура қайд қилинади, иштаҳа пасайиб кетади, сўнгра қорин оғриғи, йўтал пайдо бўлади, температура фебрил бўлиб қолади. Плевра бўшлиғида экссудат тўпланиб бориши билан ёнбошдаги оғриқ ва йўтал сусайиб, кейинчалик йўқолиб кетади, аммо бу вақтда ҳансираш зўрайиб бориб, тахикардия пайдо бўлади. Бемор мажбурий ҳолат олади: у касал ёнбошини босиб ётади ёки ўтиради. Кўкрак қафасининг касалланган ярми нафас олишда орқада қолади, қовурғааро камгаклар билинмай кетган бўлади. Товуш титраши сусаяди. Перкуссияда товуш анчагина бўғиқроқ (сон товушига ўхшаш) бўлиб чиқади, шундай товуш чиқадиган соҳа пастдан юқорига томон ёйсимон бўлиб тарқалиб боради (Соколов-Дамуазо чизиги). Касал томонда экссудат устидан чиқадиган перкутор товуш умуртқа поғонаси яқинида бўғиқланиб, тимпаник тусга киради (Гарлянд учбурчаги), бу — ўпканинг қисман пучайиб турганига боғлиқдир. Кўкс оралиғи соғ томонга сурилиб тургани ҳисобига қарама-қарши томондан умуртқа поғонаси яқинида товушнинг бўғиқ бўлиб қолгани маълум бўлади (Грокка-Раухфусос учбурчаги). Перкутор товуш бўғиқ бўлиб чиқадиган жой аускультация қилиб кўрилса, нафас анча сусайган бўлиб эшитилади ёки ҳатто, эшитилмайди ҳам. Орқа томондан пучайиб турган ўпкага тўғри келадиган, умуртқа поғонасига яқин жойда кўпинча нафаснинг бронхиал тусга кириб қолгани маълум бўлади.

Юрак-томирлар системасига келганда юрак тонлари хийла бўғилиб, юрак чегараларининг сурилиб қолгани аниқланади. Жигар, баъзида эса талоқ ҳам катталашиб кетиши мумкин.

Йирингли плеврит ёки плевра эмписмаси ҳозир гўдак болаларда стафилококклардан бўладиган пневмонияларнинг кўп учрайдиган асоратларидан бири, гоҳ бошқа микроблар туфайли бошланадиган пневмониянинг натижаси бўлиб ҳисобланади. Касаллик ўпка абсцесси плевра бўшлиғига ёрилганида, кўкрак қафаси травмага учраб, зарарланганида ва сепсиснинг бир кўриниши тариқасида ҳам пайдо бўлади. Кўпчилик ҳолларда йирингли процесс плевра бўшлиғига жуда тарқалиб кетади, лекин халтага ўралган йирингли, ёпқисимон бўлаклараро ёки медиастинал йирингли плеврит тариқасида ўтиши ҳам мумкин.

Клиник манзарасида аввал асосий касаллик — пневмония симптомлари кўринади. Йирингли плеврит қўшилиши болавинг умумий аҳволини анча ёмонлаштириб қўяди. Кўкрак қафасида бўладиган ўзгаришлар сероз-фибриноз плевритда топиладиган ўзгаришларга ўхшайдию, лекин ёш гўдакларда ўзига хос баъзи хусусиятларга эга бўлади. Перкутор товуш қисқарган бўлиб эшитиладиган жой тотал плеврит маҳалида ҳам Соколов-Дамуазо чизиги шаклига кирмайди, нафас ҳамиша эшитилиб туради, у сусайган, бронхиал бўлиши, ҳар хил характердаги хириллашлар эшитилиб туриши мумкин. Тана температураси йирингли процесснинг оғирлигини ҳамиша ҳам акс эттиравермайди: у нормал бўлиши ҳам, кўтарилиб, 39—40°C га чиқиши ҳам мумкин.

Плевритларда, лаборатория текширувларининг маълумотлари-га кўра, кўпинча лейкоцитоз бўлиб, оқ қон формуласи чапга су-рилиб қолади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ортади.

Рентгенологик текшириш муҳим диагностик метод бўлиб хиз-мат қилади. Одатда, ўпка майдонининг касал томонда экссудат ҳисобига бир текис қорайиброқ тургани, қовурғааро камгаклари кенгайиб кетгани маълум бўлади, диафрагма билинмай қолади, кўкс оралиғи органлари соғ томонга сурилиб қолган бўлади. Ди-агнозни узил-кесил аниқлаш учун плеврани пункция қилиб кўриш зарур. Патоген қўзғатувчиларни топиш ва уларнинг антибиотик-ларга сезгирлигини аниқлаш учун экссудатни ўша заҳоти бакте-риологик текширишдан ўтказиш муҳим.

Йирингли плеврит асорат бериб, бронхоплеврал фистула, пио-пневмоторакс, ўпка абсцесси, йирингли перикардит, қовурғалар остеомиелити, иккиламчи перитонит, йирингли менингит, артрит-лар ва бошқаларни пайдо қилиши мумкин.

Д а в о с и. Плевритларга даво қилишда асосий касалликлар (пневмония, сил, ревматизм ва бошқаларни) даволаш асосий ўринни эгаллаши керак.

Бактерияларга қарши препаратлар билан бир қаторда десен-сизимловчи ва умуман қувватга киритувчи дори-дармонлар, вита-минлар буюрилади. Стимулловчи терапия кенг қўлланилади.

Талайгина экссудат йиғилиб қолган, ҳансираш, цианоз, тахи-кардия кучайишига олиб борадиган сероз плевритда плеврани пункция қилиб, сийдик ҳайдовчи дорилар бериб туриш ўринли.

Йирингли плевритда йирингни олиб ташлаш асосий даво тад-бири бўлиб ҳисобланади. Йиринг шприц ёрдамида ёки сувли идишга тушириб қўйилган резина дренаж орқали (Белау усули бўйича) тортиб олиниб, чиқариб ташланади. Йиринг олиб таш-лангандан кейин плевра бўшлиғига антибиотиклардан биронтаси-ни юбориш **тавсия этилади**. Плевра эмпиемасида кўпинча хирур-гик йўл билан даво қилишга тўғри келади.

Касал тузалиб келаётган даврда шифобахш физкультура, аэро-терапия, физиотерапевтик муолажалар ва баҳувват овқат ўринли бўлади.

## ЮРАҚ КАСАЛЛИКЛАРИ

### Туғма юрак пороклари

Туғма юрак пороклари анча кенг тарқалган патология бўлиб, ички органларнинг туғма ривожланиш аномалиялари орасида дастлабки ўринлардан бирини эгаллайди. Буларнинг этиологияси ҳозиргача етарлича аниқ бўлмай келмоқда.

Юрак ривожланишининг тўхтаб қолиши ва аномалиялари ҳа-қидаги назарияни эътироф этиш учун кўпроқ асослар бор, лекин юрак ривожланишининг тўхтаб қолиши ва нуқсонлар пайдо бўли-ши нимага боғлиқ, қандай сабаблар шунга олиб келади, деган са-волга ҳозирча аниқ жавоб беришнинг иложи йўқ.



Атрофдаги муҳитнинг ноқулай омиллари маълум шароитларда туғма юрак пороклари пайдо бўлишига олиб бориши мумкинлигини текширишларда аниқланган.

Ҳомилдорликнинг дастлабки 3 ойида онанинг қизилча, грипп, паротит билан оғриши, афтидан, зурриётга таъсир қилиши мумкин. Бу инфекцияларнинг ҳаммаси вирусли касалликлардир. Маълумки, вирус эмбрион тўқималарида айниқса, осонлик билан кўпаяди ва шунга кўра у юракдан жой олади, деб тахмин қилса бўлади. Она росмана касал бўлмаса ҳам, қориндаги боласида вирусли касалликлар бўлиши мумкин деган тахминлар бор. Оида иммунитет бўлганида вирус унинг организмга кириб, плацента орқали ўтиши ва ҳомилага юқиши мумкин. Бироқ, туғма юрак порокларининг этиологиясида вирус эмбриопатияларининг қандай роль ўйнашини ҳозирча очиқ-ойдин айтиб бериш мумкин эмас.

Туғма юрак порокларига нисбатан ирсий мойиллик ролини узил-кесил инкор этишнинг иложи йўқ. «Оилавий цианозлар», оилавий бир нечта аъзоларидаги туғма юрак пороклари, бошқа ривожланиш нуқсонлари тасвирлаб ўтилган мисоллар шундан дарак беради.

**К л и н и к а с и.** Туғма юрак порокнинг диагностикаси кўпчилик ҳолларда унчалик қийинчилик туғдирмайди. Бола туғилган заҳоти маълум бўладиган цианоз, ҳансираш, сезиларли юрак шовқинлари унда туғма юрак пороги борлигини кўрсатади. Цианозсиз ёки оқ пороклар деб аталадиган пороклар диагностикаси анча қийинроқ бўлади. Бироқ, шундай пороклари бор болаларда ҳам ҳансираш салга пайдо бўлиб туради, баъзида эса жисмоний нағрузкада арзимас цианоз ҳам бўлади.

Юракнинг баъзи туғма порокларида цианоз бола туғилгандан кейин дарров бошланмай, балки бир неча ой ёки йил ўтганидан кейингина пайдо бўлиб қолишини эса тутиш зарур. Бундан ташқари, цианоз нотайин, сует ифодаланган, бола йиғлаган, жисмонан зўриққандагина зўраядиган ёки бошланадиган бўлиши мумкин. Цианознинг даражаси ва эгаллаган жойи ҳар хил бўлади. Бутун баданининг анчагина цианозга учраши кўпинча юракнинг ўнг ярмидан аортага кўп миқдор қон ўтиб, аралаш қон бутун танага бир текис тарқалиб туради, деб тахмин этишга мажбур этади. Баъзан тананинг устки ярмида цианоз пастки ярмидагига қараганда кўпроқ бўлади, аорта торайгани устига йирик томирларнинг олган жойи ўзгариб қолган бўлса, ана шундай бўлади. Баъзи юрак пороклари эса боланинг анчагина раппарлиги билан маълум беради.

Юракнинг баъзи туғма порокларида бадан териси ва шиллик пардаларнинг цианотик тусда бўлиб туришидан ташқари кўкрак қафасининг олдинги юзаси, қорин, елканинг ички юзаси, оёқ панжалари терсида кенгайиб кетган веналар тўри кўриниб туради. Баъзан кўз склераларида кенгайиб кетган қон томирлар тўри яққол кўриниб турадиган бўлади.

Болаларнинг юриш-туриши, авзойини кузатиб бориш жуда муҳим. Юрагида туғма пороклари бор болалар кўпроқ ётиш ёки



33-расм. Фалло тетрадасида чўққайиб ўтириш симптоми

ўтиришни маъқул кўради, камроқ актив бўлади. Баъзи болалар қўллари билан тиззаларини қучоқлаб, чўкка тушиб ўтиради (33-расм) ёки орқаси ё бўлмаса ёнбошига суяниб, ярим ётган ҳолатни қилади. Баъзи болаларда ўткир кислород етишмовчилигига хос хуружлар бўлиб туради (айниқса, жисмоний жиҳатдан зўр берилганидан кейин, баъзан овқатдан кейин), бундай хуружлар нафас тезлашиб, бурун парраklarининг керилиб туриши, цианоз кучайиши, қайт қилиб туриш, баъзан талвасага тушиш ва қисқа муддат ўздан кетиб қолиш билан ифодаланadi.

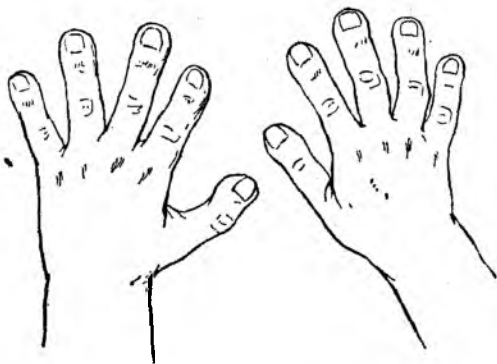
Мана шундай болаларда жисмоний ривожланиш аксари бир қадар орқада қолади. Цианоз бўлса, қўл ва оёқ тирноқлари анча тез орада «соат ойналари» шаклига кирadi, кейин эса «ноғора чўллари» пайдо бўлади (34-расм).

Сезиларли цианоз бор ҳолларда гемоглобин билан эритроцитлар миқдори хийла кўпайиб қолади (гемоглобинлар 200—240 г/л гача, эритроцитлар  $[(6-7) \cdot 10^{12}/л$  гача].

Бола юрагини диққат билан текшириб кўриш туғма юрак порогини аниқлаб олишда ниҳоятда ёрдам беради. Бундай порокларда ўзига хос юрак шовқинлари эшитилади. Одатда, улар систолик, гоҳ систолико-диастолик шовқинлардан иборат бўлади, кўпинча узоқроқ давом этиб туриши ва кучи билан фарқ қилади, баъзан ишқаланишда чиқадиган ўзига хос овозга ёки уюрма характерига эга бўлади, гоҳ «машина шовқини»га ўхшаб кетади. Шовқин эпицентрининг ўзига хос, одатдан ташқари жойларда, клапанлар проекцияланадиган жойда эмас, балки тўшда ёки ундан чап томонда, ё бўлмаса юрак асосида бўлиши жуда характерлидир. Қонда ўлароқ, шовқинлар бутун кўкрак соҳасига, ўмровости, қўлтиқости соҳаларига, орқага, бўйин томирларига тарқалади. Ўпка артерияси ёки аортада II тон борлиги ёки йўқлигини ҳамда унинг акценти нечоғлигини аниқлаб олиш муҳим. Баъзан иккита юрак порогига тўғри келадиган икки хил шовқиннинг ўзига хос тембри ва олган жойини топиб олиш мумкин.

Мураккаб ва комбинацияланган юрак порокларида юрак букри топилиши мумкин. Пальпация билан кўкрак қафасининг титраб турганини аниқлаш мумкин («мушук хириллаши»). У баъзан чап томондан иккинчи ёки учинчи қовурға оралигида яхши ифодаланган бўлади.

Юрак перкуссия қилиб кўрилганда туғма юрак пороклари борлигини кўрсатадиган маълумотлар кам топилади.



34-расм. Туғма юрак порогида ногора чўпларига ўхшаб қолган бармоқлар.

Ҳамиша артериал босимни аниқлаб кўриш, аниқланганда ҳам фақатгина елка артериясидагина эмас, балки сон артерияларида ҳам ўлчаб кўриш зарур.

Юрак пороклари асорат бермаган бўлса, бошқа орган ва системаларда патология бўлмаслиги ҳам мумкин. Кичик қон айланиш доираси анчагина тўлиб кетган болаларда хроник бронх-ўпка процессига характерли ҳодисалар кузатилиши мумкин. Жигарнинг катталашуви юрак ўнг қоринчаси етишмовчилигининг дастлабки аломатларидан биридир. Болаларда оғир пороклар бўлганда бош айланиши, ҳушдан кетиш, бош оғриши сингари ҳодисалар бўлиб туриши мумкин.

Рентгеноскопия, электрокардиография, фонокардиография порокнинг табиати тўғрисида анча аниқ фикр юртишга имкон беради ва диагностикани енгиллаштиради.

Ангиокардиография ва юрак бўшлиқларига катетер солиб кўриш сингари текшириш методларида туғма юрак порокларининг топик диагностикаси учун жуда қимматли маълумотлар олинади.

Кўпчилик порокларнинг мураккаб комплекси характерли бўлишини ва уларнинг диагностикаси ғоятда қийин эканлигини айтиб ўтиш зарур.

Юракнинг қандай бўлмасин бирор турдаги туғма пороги ёки комплекс нуқсонларига ихтисослашган кардиология бўлимида узил-кесил диагноз қўйиш мумкин.

Туғма порокларда қуйидаги асоратлар кузатилиши мумкин: 1) ўпка гипертензияси; 2) қон айланиши етишмовчилиги; 3) бактериал эндокардит; 4) тез-тез қайталаниб турадиган респиратор касалликлар; 5) гипотрофия; 6) анемия; 7) юрак ритмининг ҳар хил тарзда бузилиши; 8) мия томирлари тромбози натижа-сида гемиплегия бошланиши.

Туғма юрак порокларининг ҳаммага манзур бўлган классификацияси йўқ.

Клиника мақсадлари учун барча туғма юрак порокларини

## Ревматизм

Ревматизм юрак-томирлар системаси касалликлари ичида каттагина ўринни эгаллайди ва инфекция-аллергик касаллик бўлиб ҳисобланади. Кўпгина тадқиқотчилар ревматизм қўзғатувчиси А группага кирадиган  $\delta$ -гемолитик стрептококкдир деб ҳисобласа, бошқа олимлар бу касалликнинг специфик қўзғатувчиси йўқ деб тахмин қилишади, баъзилар эса ревматизм қўзғатувчиси деб филтрланувчи вирусни кўрсатишади.

Ревматизмда ҳалқум бодомча безлари, гоҳо тиш альвеолаларининг шиллиқ пардаси, юқори жағ бўшлиғи инфекция кирадиган дарвоза бўлиб ҳисобланади.

Ревматик процесс жуда кўп ҳолларда ангинадан ёки хроник тонзиллит қўзиб ўтганидан кейин, гоҳо тишлар қариеси ва бошқа фокал инфекциялардан кейин бошланади. Организмнинг ҳимоя механизмлари учун одатдан ташқари, фавқулодда таъсирот бўлмиш инфекция-токсик маҳсулотлар худди ана шу ўчоқлардан ўтади. Организмнинг иммунологик системаси ўзгаради, аллергия пайдо бўлади. Шундай қилиб, касалликнинг авж олиши макроорганизм хусусиятларига боғлиқдир.

Ревматизм билан болалар 6 ёшдан 15 ёшгача бўлганда ҳаммадан кўра кўпроқ касалланади. Совет Иттифоқи шаҳарлари бўйича мактаб ёшидаги болаларнинг ревматизм билан касалланиши анчагина ҳар хил (0,8% дан то 4% гача боради ва бундан кўра кўпроқ бўлади).

Ревматизм ёки Буйо-Сокольский касаллиги организмнинг жуда кўп ва ҳар хил аломатлар билан ўтадиган умумий касаллигидир.

Кўпчилик ҳолларда ревматизм инфекцияси биринчи марта болалик даврида юқади ва бунда юрак-томирлар системаси, аynиқса, нозик жой бўлиб қолади.

Ҳозирги шароитларда юракнинг барча пардаларидан юрак мускули патологик процессга кўпроқ қўшилади.

Миокарднинг зарарланиши қуйидагилар билан тасдиқланади: 1) тайинли шикоятлар бўлиши (юрак соҳасида оғриқ, ортиқча чарчаш, бош оғриғи, иштаҳа пасайиши, уйқунинг беҳаловатлилиги); 2) объектив текшириш маълумотлари (бадан терисининг рангпарлиги, ҳансираб туриш, тахикардия, юрак чегараларининг кенгайгани, юрак тонларининг бўғиқлиги, юрак учиде систолик шовқин борлиги, юрак ритмининг баъзи-баъзида бузилиб туриши, артериал босимнинг пасайиши, субфебрил температура); 3) асбоблар билан текшириб олинган маълумотлар (ЭКГ, ФКГ ва рентгенография); 4) лаборатория текширишлари маълумотлари (ўртача лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг кучайиши, АСЛ-0, АСГ титрлари, ДФА кўрсаткичининг ортиши, С-реактив оқсил бўлиши) билан.

Сезиларли диффуз миокардитларда, ҳозир тасвирланган ўзгаришлардан ташқари оғир ҳолларда кескин ифодаланган ҳанси-

раш, цианоз аралаш рангпарлик, оёқлар шишуви, жигар катталашуви сингари ҳодисалар кузатилиши мумкин. Температура субфебрил бўлишидан ташқари баланд, гоҳида тўлқинсимон бўлиши мумкин, бироқ баъзи болаларда миокарднинг оғир даражада зарарланиши ҳам тана температураси нормал турганича ўта бериши мумкин.

Болалардаги ревматизмда диффуз миокардит билан бир қаторда ўчоқли миокардит ҳам учраши мумкинки, бу бирмунча енгилроқ ўтиб, клиник жиҳатдан унча билинмайдиган симптомлар билан намоён бўлади ва одатда боланинг батамом соғайиб кетиши билан тугалланади.

Болалардаги ревматизмда эндокарднинг якка ҳолда зарарланиши ҳозирги вақтда бундан олдинги йиллардагига қараганда анча кам учрайди.

Типик эндокардит клиник манзараси қуйидаги симптомлар билан характерланади. Дастлабки кунларда тана температураси 39—40°C гача кўтарилади, сўнгра субфебрил бўлиб қолади, бироқ баъзи ҳолларда касаллик температура нормал турганича ўтавериши мумкин. Касал боланинг умумий аҳволи ўзгариб қолади. У умуман ланж бўлиб, тез чарчашлик, бош оғриғи, меҳнат қобилиятининг пасайиб кетганлигидан нолийди, катта ёшдаги болалар юрак ўйнашини сезади.

Касал кўздан кечирилганида бадани териснинг оқариб, лабларининг кўкиш тусга кириб қолгани маълум бўлади, ўртача ёки пича ҳансираб туриши мумкин. Миокард зарарланмай турадиган бўлса, юрак чегаралари узоқ вақт нормал бўлиб қолавериши мумкин. Аускультация қилиб кўрилса, касаллик 2-ҳафтасининг охири ёки 3-ҳафтасининг бошида юрак учиди систолик шовқин эшитилади. Бу шовқин аввалига қисқа, майин бўлади, кейин у зўрайиб, бирмунча дағал, пуфловчи шовқин тусига киради. Бу шовқин тембри кун давомида ўзгариб туриши мумкин, одатда у маълум бир жойда бўлади, бошқа бўлимларга ўтмайди. Систолик шовқин баъзан хордал шовқин билан, арра овозига ўхшаб кетадиган алоҳида жарангли шовқин билан бирга қўшилиб эшитилиши мумкин.

Эндокардитда кўпинча тахикардия кузатилади. Артериал босим одатда нормал ёки сал пасайган бўлади.

Эндокардитда қон манзараси одатда лейкоцитоз, нейтрофилёз билан, баъзан бир оз чапга сурилиш ҳодисаси, эритроцитлар чўкиш реакциясининг тезлашиб қолиши билан характерланади.

Ревматик эндокардитнинг ўтиши ҳар хил: ё юрак пороғи пайдо бўлади ёки бола тузалиб, юрак функцияси аслига келиб қолади. Эндокардит оқибатида пайдо бўладиган барча юрак порокларидан болаларда митрал клапан етишмовчилиги ҳаммадан кўп учрайди, иккинчи ўринни қўшалоқ иллат — икки тавақали клапан етишмовчилиги билан чап веноз тешик стенози, учинчи ўринни аорта клапанлари етишмовчилиги эгаллайди.

Ҳозирги вақтда касаллик кўпинча эндомиокардит тарзида ўта-

ди, яъни эндокард (юракнинг ички пардаси) ва миокард (мускулли пардаси) патологик процессга қўшиладиган бўлади. Клиникада эндокард билан миокард иллатини бир-биридан ажратиш олиш ёки юракнинг қайси бир пардаси кўпроқ зарарланганини аниқлаш баъзан қийин бўлади, шу муносабат билан касалликнинг муайян босқичида «ревматик кардит» деган умумий терминдан фойдаланса бўлади.

Болалардаги ревматизмда перикарднинг зарарланиши клиникада эндокард билан миокарднинг зарарланишидан кўра анча камроқ аниқланади. Болалардаги ревматик перикардит одатда миоэндокардит билан бирга қўшилган бўлади. Мана шундай ҳолларда кўриладиган юрак касаллиги ҳаммадан оғир бўлади ва панкардит деб аталади.

Перикардитларнинг клиник манзараси юрак пардаси бўшлиғидаги экссудатнинг миқдори билан табиатига кўп жиҳатдан боғлиқ бўлади. Фибриноз экссудат бўлганида буни қуруқ перикардит дейилади. Асосан сероз экссудат борлиги билан ўтаётган перикардит клиник жиҳатдан экссудатив-сероз ёки сероз-фибриноз перикардит деб ҳисобланади.

Ревматик перикардитнинг миоэндокардит фонида ривожланиб бориши ҳамisha умумий аҳволнинг ёмонлашишига олиб келади. Касал болалар кўпинча юрак соҳаси оғриб, оғирроқ бўлиб тургандек сезилишидан, гоҳо қайт қилиш ва кўп йўталиш, баъзан йўталнинг ҳоли-жонга қўймайдиган бўлишидан нолийди. Температура кўтарилиб, уйқу бузилади, иштаҳа пасаяди, ҳансираш зўрайиб, бадан териси оқариб қолади, лаблар кўкариб туради, бемор мажбуран ўтирадиган ёки ярим ўтирадиган вазиятни олади. Юрак текшириб кўрилганида қуйидаги ўзгаришлар топилади. Юрак учининг зарби ё билинмайди ёки сусайган, юракдан бўғиқ овоз чиқадиган жойнинг чап чегарасидан ташқари томонда қўлга уннайдиган бўлади. Юрак чегаралари кенгайиб кетади, аускультацияда юрак тонларининг бўғиқлиги маълум бўлади. Фибриноз перикардитнинг асосий аломати перикарднинг ишқаланиш шовқини бўлишидир. Бу шовқин кўпинча тўш суягининг чап қирғоғи бўйлаб, тўртинчи ёки бешинчи қовурғааро камкаг дамида, бола эмчаги билан тўш суяги чап қирғоғи орасидаги масофанинг ўртасида, гоҳо юрак учида эшитилади. Характер жиҳатидан у майин («ипак шилдираши») ёки тиригаганга ўхшаш, дағал бўлиши мумкин («таг чарм ғарчиллаши» ёки «оёқ остида қор ғарчиллаши»). Экссудат тўпланиб борган сайин перикарднинг ишқаланиш шовқини йўқолиб, юрак тонларининг бўғиқлиги кучайиб боради.

Пульс одатда тезлашган, тўлишуви ва тарангланиши сусайган бўлади. Артериал босим пасайиб, веноз босим кўтарилади. Жигар катталашади, баъзан анча катта, консистенцияси зич бўлади. Диурез хийла камаяди. Шундай қилиб, болалардаги ревматизмда кўриладиган асосий нарса — бу юракнинг зарарланишидир.

Ревматизмда юрак пардаларининг патологик процессга қў-

шилишидан ташқари бошқа система ва органларда ҳам ҳар хил ўзгаришлар кузатилади.

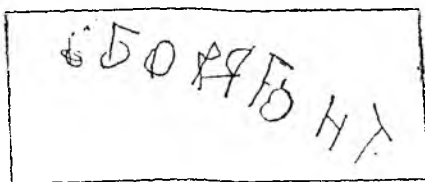
Юракдан ташқаридаги касаллик аломатларидан болаларда бўғимларнинг зарарланиши ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. Ревматик полиартрит учун қуйидагилар характерлидир: 1) бир талай, кўпинча йирик бўғимлар (болдир-панжа, тизза, тирсак, билак-кафт усти, елка, чаноқ-сон бўғимлари), гоҳо майда бўғимлар (қўл ва оёқ панжалари, умуртқа поғонаси, пастки жағ бўғимлари ва бошқалар) зарарланиши; 2) зарарланган бўғимларнинг симметрик бўлиши; 3) касаллик кўринишларининг «кўчиб юрадиган» бўлиши: яллиғланиш туфайли тез шиш келиб, худди шундай тезлик билан йўқолиб кетади, битта бўғим кўп деганда, бир неча кун оғриб туради, бутун полиартрит синдроми эса 2—3 ҳафта давом этади; 4) хроник артритлар бўлмаслиги, бўғимларда одатда ҳеч қандай ташқи ва функционал ўзгаришлар қолмайди; 5) салицилат ёки пиразолон қаторларига кирадиган препаратлар ва гормонлар қўлланганида тез ва яхши наф бериши.

Ҳозирги вақтда бўғимларнинг полиартралгия кўринишида камроқ ифодаланган касалликлари бошқаларга қараганда кўпроқ учраб туради, бунда бемор бўғимларда объектив ўзгаришлар бўлмагани ҳолда уларнинг оғриб туришидан нолийдиган бўлади.

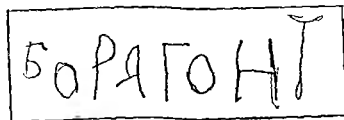
Болалик давридаги ревматизмнинг характерли хусусияти нерв системасининг зарарланишидир, бу нарса аксари хорея кўринишида ўтади. Замонавий тушунчаларга мувофиқ хорея пўстлоқ остига ва қисман пўстлоққа алоқадор бўладиган ўзига хос бир энцефалитдир.

Хорея 5—19 яшар болаларда ва аксари қизларда ҳаммадан кўпроқ кузатилади.

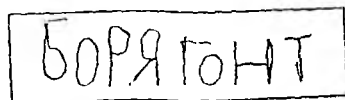
Типик ҳолларда касаллик аста-секин авж олиб боради. Уйғунлашмаган, пойма-пой ҳаракатлар, афтни буриштириш ҳаракатлари пайдо бўлади, ёзув (35-расм), юриш, нутқ ўзгариб қолади, психика айнайди (тажанглик, йиғлоқилик, негативизм), мускулатура тонуси кескин сусайиб кетади. Мана шу асосий симптомлар аста-секин кучайиб боради.



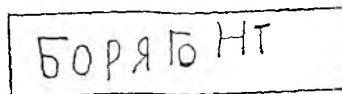
Касалликнинг 2-ҳафтаси



Касалликнинг 4-ҳафтаси



Касалликнинг 6-ҳафтаси



Соғайиш

35-расм. Хорея билан оғриган 2-синф ўқувчисининг дастхати.

Типик хораядан ташқари болаларда бу касалликнинг атипик формалари учрайди, шу билан бирга ҳозирги замон шароитларида, айниқса, мактабгача тарбия ва кичик мактаб ёшидаги болаларда буларнинг сони рўйи рост кўпайиб бормоқда.

Атипик формаларидан ҳозирги вақтда хораянинг билинмасдан ўтадиган формаси ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. У шу билан характерланадики, касалликнинг асосий симптомлари — гиперкинез билан гипотония ноаниқ ифодаланган, унча билинмайдиган бўлади. Гиперкинезлар табиатан тарқоқ бўлмайди, улар кўзларни тез-тез очиб-юмиб туриш, тил билан чайнов ҳаракатлари қилиш, юз, қўллар, қорин прессидаги айрим мускулларининг тортишиб туриши кўринишида намоён бўлади. Шу билан бир қаторда бу аломатлар ҳис-ҳаяжонга қараб ўзгариб туради.

Хораянинг мана шу ҳамма аломатлари юрак-томирлар системасидаги миокардит, гоҳо эндомикардит кўринишидаги ўзгаришлари билан бирга қўшилади.

Кичик хорая одатда 2 ойдан 3 ойгача давом этади. Баъзан у 6—12 ойгача чўзилиб, тўлқинсимон бўлиб ўтади, гиперкинезлар сусайиб қоладиган ва тагин кучайиб кетадиган даврлар бўлиб туради. Беморнинг бутунлай соғайиши касалликнинг қўзиб туришидан тамомила холи қилмайди, бир неча ҳафта, ой, аксари 1—2 йил оралаб касаллик яна қўзиб туриши мумкин. Прогнозга келганда, касалликнинг оғир ва узоқ чўзилган формаларида ҳам унинг оқибати одатда хайрли бўлади.

Хорая болалар ревматизмида нерв системасига етадиган иллатининг ҳаммадан кўп учрайдиган формаси бўлиб ҳисобланади, бошқа клиник формалар анча кам учрайди: оғир гиперкинез билан ўтадиган ревматик энцефалит, миоклоник гиперкинез билан давом этадиган ревматик энцефалит, ревматик диэнцефалит, ревматик менингит, мия томирлари эмболияси, мияга қон қуйилиши, ревматик эпилепсия, гипертензион синдром шулар жумласидандир. Ревматизмнинг юракдан ташқарида бўлиб, бирмунча кам учрайдиган кўринишларига плеврит, пневмония, перитонит, буйрак, жигарнинг зарарланиши ҳам киради.

Болаликдаги ревматизмнинг юракдан ташқаридаги кўринишларининг характерли хусусиятларидан бири тери зарарланиб, унда тошмалар ва териести тугунлари пайдо бўлишидир. Болалардаги ревматизмда аннуляр, ҳалқасимон тошма, геморрагик ва уртикарсимон тошмалар ҳаммадан кўра кўпроқ кузатилади.

Геморрагик синдром кўринишлари жумласига бурундан баъзан такрор-такрор қон келиб туриши киради, ана шундай ҳодиса ҳозир ревматизм билан оғриган болаларда бирмунча кўп кузатилади.

Болалардаги ревматизмнинг ўзига хос кўринишларига ревматик тугунчалар киради, ҳозирги вақтда булар ниҳоят даражада кам учрайди.

Ревматизм ҳар хил тарзда: ўткир (2 ойгача), ярим ўткир (2 ойдан 4 ойгача), давомли ёки суст (4 ойдан ортиқ), тўхтовсиз



қайталаниб турадиган ва латент тарзда ўтиши мумкин. Ревматизм диагнозини қўйишда лаборатория текшируви маълумотларини ҳисобга олиш зарур. Қонда анча кўп ҳолларда ўртача лейкоцитоз топилади, эритроцитларнинг чуқиш реакцияси тезлашган, стрептококкларга қарши антителолар титри кўпайиб қолган бўлади, С-реактив оқсил, дифениламин реакцияси кўрсаткичлари ортиб боради ва ҳоказо.

Ревматизм атакаси, яъни хуружи касалликнинг маълум бир босқичи бўлиб ҳисобланади, мана шу атакаси ўтиб кетганидан кейин процесс узоқ вақт мобайнида зимдан давом этиб боради. Мана шу даври активмас фазаси деб аталади. Бунда баъзи болалар ҳеч нарсадан нолимайди, баъзилар умумий қувватсизлик, тез чарчаб қолиш, иштаҳа пастлиги, уйқу беҳаловатлигидан, дам бўғимларида, дам айрим мускул группаларида гоҳ-гоҳ оғриқлар сезилиб туришидан нолийди. Касаллар аксари бош оғриши, юрак соҳасида ёқимсиз ҳислар ёки оғриқ сезгилари борлигидан, андак жисмоний зўриққанда ҳам ҳансираб қолишдан шикоят қилади. Ревматизм билан оғриган болалар одатда анча тўла, лабораторияда тасдиқланган анемия йўқлигига қарамай, аксари рангпар бўлади; қўл ва оёқларининг панжалари муздек, кўкиш бўлиб туради, юз терисининг ранги тез-тез ўзгариб туради. Юрак ритми беқарор, тахикардияга мойил бўлади, артериал босим пасаяди. Аксари бурун қонаб туради. Гоҳ-гоҳида субфебрилитет қайд қилинади, хроник тонзиллит салгина кўзиганда кўпинча шундай бўлади.

Ревматизм атакасида юракда пайдо бўладиган ўзгаришлар баъзи болаларда қайтиб кетади, бошқа болаларда касаллик хуружи тугаганидан кейин бояги ўзгаришлар аста-секин зўрайиб боради.

Гормонлар ва дори-дармонлар билан даволаш ҳамда бициллин ва бошқа дори-дармонлар билан профилактика қилиш усуллари кенг қўлланилаётган сўнгги йилларда ревматизмнинг активмас фазаси анча эсон-омон ўтадиган бўлиб қолди. Ҳеч нарсадан нолимайдиган болалар сони анча кўпайди, интоксикация кўринишлари камроқ ифодаланадиган, юракдаги ўзгаришлар аксари йўқолиб, барҳам топиб кетадиган бўлиб қолди.

Ревматизмнинг активмас фазаси жуда ҳар хил муддатлар мобайнида давом этиб боради — бир неча ойдан то бир неча йилгача чўзилади.

Болалардаги ревматизм биринчи атакасининг оқибати ҳар хил бўлиши мумкин: баъзи болаларда юрак рўйи-рост зарарланиб, кейин бу нарса зўрайиб боради; бошқа болаларда касалликнинг ўткир даврида жуда оғир аломатлар бўлишига қарамасдан юракдаги ўзгаришлар аниқ-тайин бўлмайди ва вақт ўтиши билан мутлақо билинмайдиган бўлиб қолади. Ревматизмга даво қилишда, унинг профилактикасида жуда самарали методлар қўлланилаётгани ва поликлиникалардаги кардиоревматологик кабинетлари иши тўғри ташкил этилганлиги муносабати билан сўнгги йиллар-

да касалликнинг ана шундай оқибатлар билан тугаши тобора кўпроқ учрамоқда.

Болалардаги ревматизмнинг хусусиятларидан бири атакаларининг такрорланиб туришга мойил бўлишидир, ревматизм атакалари ҳар хил клиник аломатлар билан ўтиши мумкин.

Ревматизмнинг бошдан кечирилган ҳар бир атакаси юракда у ёки бу тарзда (баъзан оғир) асар қолдиради. Болаларда учрайдиган юрак клапанлари пороги кўпинча ревматизм атакалари такрор-такрор бўлиб ўтганидан кейин пайдо бўлади.

**Давоси.** Ревматизмда қилинадиган даво амалга оширилдиган даво-профилактика чора-тадбирларининг маълум бир тартибига роя қилинган ҳолда, касалликнинг фазасига қараб белгиланиши керак. СССР да болалар ревматизмига қарши кураш асосига ана шундай даврийлик принципи қўйилган.

Даврийлик принципи стационар, болалар кардиоревматологик санаторийси, болалар поликлиникасининг кардиоревматологик кабинети сингари ревматизмга қарши барча муассасаларнинг келиши ва изчиллик билан ишлаб боришида амалга оширилади, зарурат туғилган маҳалда махсус курорт давоси қўлланилади.

Ревматизмнинг ўткир даврида болаларнинг жисмоний ва руҳий жиҳатдан имкони борича кўпроқ тинч бўлишини таъминлаб бериш керак. Бунинг учун болани узоқ вақт ва имкони борича, мутлақо турғизмай ўринга ётқизиб қўйиш зарур, бундай режимни касалхона шароитларида етарлича пухта қилиб амалга ошириб борса бўлади.

Ўриндан турмай ётиш муддати юракнинг нечоғли зарарланганига боғлиқ бўлиб, 1—2 ойни, ўртача тахминан 45 кунни ташкил этади. Болани ўриндан турғизмасдан ётқизиб қўйилганда, агар бўғимдаги оғриқлар халал бермайдиган бўлса, танасининг вазиятини бола мустақил равишда, ўзи ўзгартириб туриши, вақт-вақти билан ўринда ўтириб-туриши мумкин. Кейинчалик, тана температураси пасайганидан сўнг, боланинг чарчатмайдиган, осойишта машғулотлар — расм солиш, кашта тикиш, тўқиш, китоб ўқиш, осонгина ўйинлар ва бошқалар билан ўринда машғул бўлишига рухсат берилади. Боланинг режимига аста-секин палатада юриш, стол атрофида ўтириб, овқатланиш ва бошқалар сингари элементлар қўшиб борилади. Эритроцитлар чўкиш тезлиги пасайиб (соатига 15—20 мм гача), кардит аломатлари қайтиб қолганда болаларга уларнинг аҳволига қараб ўриндан туришга рухсат берилади. Олдинига болага ўриндан кунига 1—2 марта 15—20 минутга туришга рухсат этилади, сўнгра бу вақт аста-секин узайтирилиб, 1½—2 ой мобайнида у энди бутун кунни ўриндан ташқарида ўтказадиган бўлади, лекин тушликдан кейин 2 соат давомида дам олиш шарт.

Бирдан ва кескин ҳаракатлар қилиш, палатада югуриб юриш, сакрашни, яъни юрак учун ортиқча зўр туширадиган нарсаларнинг ҳаммасини тақиқлаб қўйиш керак.

Ўйқуни суткасига 10—12 соатгача узайтиришга, бунга тўққин-

лик қиладиган важ-сабабларни бартараф этишга алоҳида эътибор бериш керак. Кундузги ҳордиқ муддатини ҳам узайтириш лозим ( $1\frac{1}{2}$ —2 соатгача).

Палатадаги ҳаво температураси 18—20°C дан ортиқ бўлмаслиги керак. Хонанинг мунтазам шамоллатиб турилишини кузатиб бориш зарур. Касал болалар имкони борича кўпроқ вақтни ҳавода ўтказиши керак.

Болалар билан педагогик иш олиб бориш, қизиқ ҳикояларни ўқиб, грампластинкалар қўйиб бериш, кинофильмлар кўрсатиб туриш ҳам зарур ва ҳоказо. Бу касал болаларнинг психикасига яхши таъсир кўрсатади, уларнинг эмоционал тонусини кучайтиради.

Даво тадбирлари комплексига махсус ишлаб чиқилган комплексларни қўлланиб ўтказиладиган шифобахш физкультура машғулотлари ҳам киради. 5 минутдан 10 минутгача давом этадиган ана шундай машғулотлар овқат олдидан кунига 2 маҳал ўтказиб турилади. Бундай машғулотларга тана температураси пасайиб, бўғимдаги оғриқлар йўқолиб кетганидан кейин киришилади.

Ревматизм актив фазасининг ўткир даврида болалар кўп терлайвергани учун вақт-вақтида гигиеник ванналардан фойдаланиб туриш, аҳвол оғир бўлганда эса боланинг баданини иссиқ сувга ҳўлланган сочиқ билан артиб тозалаб туриш зарур.

Ревматизм билан оғриган касалнинг овқати бекам кўст, осон сингидиган бўлиши, шу билан бир вақтда мўл-кўл бўлмай, бўлиб-бўлиб — кунига камида 4—5 маҳал бериб турилиши керак. Касалликнинг ўткир даврида кун бўйи истеъмол қилинадиган туз миқдорини 5—6 г гача ва суюқликни тахминан 1 л гача чеклаш тавсия этилади. Таркибида калий тузлари бўладиган масаллиқлардан фойдаланиш зарур (творог, картошка, олма, карам, қора олхўри ва бошқалардан). Ўткир таом истисно қилинади. Фақат ёгсиз гўшт ишлатилади, қовурдоқ, сергўшт қайнатма шўрвалар, зираворлар тавсия этилмайди.

Мева ва сабзавотларнинг етарли миқдорда бериб турилишига алоҳида эътибор бериш керак (табiiй ҳолда олиб туриладиган витаминларга қўшимча қилиб витамин препаратлари бериб борилади).

Ревматизмнинг ўткир даврида болаларга белгиланадиган режим, умуман айтганда, ана шундай. Бу режим десенсибиловчи терапиянинг кўпроқ наф беришига қулай шароит яратадиган фон бўлиб ҳисобланади. Десенсибиловчи терапиянинг ўзи эса салицилатлар, пиразолон қаторига кирадиган препаратларни, стероид гормонларни ўз ичига олади.

Натрий салицилат болаларга ҳар бир ёшига суткасига 0,5 г ҳисобидан, аммо кўп деганда 6—8 г миқдоридан берилади (порошоклар ёки эритма ҳолида). Бу препарат кўпинча ножўя таъсир кўрсатиб, кўнгил айниши, қайт қилиши, иштаҳа пасайиши, қулоқлар шанғиллаши, қулоқларнинг оғир тортиб қолишига сабаб бўлади, шу сабабдан бу препарат ҳозир кам ишлатилади.

Ацетилсалицилат кислота ҳам катта дозаларда — боланинг ҳар бир ёшига 0,2 г дан, аммо кўпи билан 2,5 г дан буюрилади, бу препарат ишқорли минерал сувлар билан ичилади.

Амидопирин боланинг ҳар бир ёшига суткасига 0,1—0,15 г дан, аммо кўп деганда суткасига 2 г дан муваффақият билан қўлланилади. Амидопиринни касаллар натрий салицилатга қараганда яхшироқ кўтаради, бу препарат ацетилсалицилат кислотачалик терлатмайди. Бироқ, амидопирин кўмикка, айниқса гранулоцитопозга сусайтирувчи таъсир кўрсатади.

Тузлиши жиҳатдан амидопиринга яқин турадиган анальгин муваффақият билан қўлланилади, у боланинг ҳар бир ёшига суткасига 0,15—0,2 г ҳисобидан берилади. Суткалик дозаси 3—4 қабулга бўлиб ичирилади.

Бутадион мактабча тарбия ёшидаги болаларга 0,05 г дан кунига 3 маҳал, мактаб ёшидаги болаларга 0,1—0,15 г дан кунига 3 маҳал буюрилади. Бу препаратни касаллар яхши кўтаради. Шундай бўлса-да, унда ҳам худди амидопириндагига ўхшаш кўмикка сусайтирувчи таъсир кўрсатиш хусусияти бор.

Юқорида бирма-бир айтиб ўтилган препаратларни ревматик процесс активлиги сезиларли даражада пасайгунча, аммо камиди 3—4 ҳафта давомида тўла дозада бериб бориш керак. Сўнгра дозаси  $\frac{2}{3}$  қисмига қадар камайтирилади ва кейинчалик аҳвол яхшиланиб борган сайин, лекин атака бошидан ҳисоблаганда камиди  $1\frac{1}{2}$  ой ўтгач, препарат суткалик дозасининг  $\frac{1}{2}$  қисми берилади. Бола касалхонадан чиқиб кетганидан кейин камиди бир ойгача ана шу дозаси бериб борилади ва суткалик дозанинг  $\frac{1}{3}$  қисми эрталаб,  $\frac{2}{3}$  қисми кечқурун ичирилади. Ревматизм билан оғриган болалар совқотгандач кейин, ангина, қўзиб қолган хроник тонзиллит, ўткир респиратор инфекциялар билан оғриб ўтгандан кейин ҳам уларга шу дориларни буюриш керак.

Ҳозирги вақтда болалар ревматизмининг II ва III даражадаги актив фазасида даво қилиш учун стероид гормонлар кенг қўлланилади. Преднизолон (преднизон) мактабгача тарбия ёшидаги болаларга суткасига 10—15 мг дан, мактаб ёшидаги болаларга 15—20 мг дан, триамцинолон шунга яраша 8—10 ва 10—15 мг дан, дексаметазон 1—1,5 ва 2—3 мг дан буюрилади. Мана шу дастлабки дозалар 3 қабулга тақсим қилинади ва дастлабки 8—10 кун давомида бериб борилади, кейин уларнинг дозалари аста-секин камайтирилади ва давонинг охирига келганда дастлабки суткалик дозанинг  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{8}$  қисмигача туширилади. Аввал гормонларни кечки соатларда беришдан тўхтатилади, сўнгра туш маҳалида берилмайди ва препаратни фақат эрталаб ичишга қолдирилади, бу уларнинг организмда физиологик йўл билан ишланиб чиқиш ритмига боғлиқ.

Гормонал препаратлар билан даволаш курси 4—6 ҳафтани ташкил этади.

Гормонал препаратлар билан даволашда оқсил ва калий тузларига бойитилган овқат бериб туриш зарур (майиз, қора олхўри,

творог, қорабугдой бұтқаси, хўрда, пиширилган картошка, кефир, олма, банан ва бошқалар). Бундан ташқари бемор бола қўшимча равишда калий хлорид олиб туриши керак (5% ли эритма кўришишида ёки порошоклар ҳолида).

Сўнгги йилларда умуман расм бўлган химиопрепаратлар ва стероид гормонлар билан бир қаторда резехин қўлланилмоқда (аналоглари — хлорамин, делагил ва ҳоказо). Бу препарат ревматизм тинмай кўзийверганида ва сурункасига қўзилиб давом этганида одатда стероид гормонлар дозасини камайтириб туриб ёки буларни бериш тўхтатилганидан кейин буюрилади.

Резехин ва аналогларини мактабгача тарбия ёшидаги болаларга кечки овқатдан кейин суткасига бир марта 0,06—0,08 г дан, мактаб ёшидаги болаларга 0,125—0,25 г дан бериледи.

Маҳаллий инфекция ўчоқлари бўлса, ревматизмнинг ўткир даврида комплекс давога боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда 10—14 кун давомида пенициллин қўшилади, кейин эса 3—4 ҳафта давомида кунига 1 марта 1 000 000—1 200 000 ТБ миқдориди бициллин-1 ёки бициллин-5 инъекция қилиб туришга ўтилади. Физиотерапевтик муолажалар ҳам буюрилади (бодомча безларига УВЧ токлари, ультрабинафша нур бериш).

Сезиларли полиартритик синдром бўлганида ёки полиартралгиялар, яъни бўғим оғриқлари узоқ давом этганида бўғимларга иссиқ қилиш (Минин лампаси, соллюкс, инфрақизил нурлар — 15—20 минутдан кунига 1—2 маҳал), УВЧ токлари бериш (10 минутдан 5—6 муолажа), парафиндан аппликациялар қўйиш (45—50°С, 20—30 минут) яхши таъсир кўрсатади.

Юрагининг клапан аппарати ва миокарди сезиларли даражада зарарланган касал болаларни даволаш қийин вазифадир, бундай болаларда навбатдаги ревматизм атакаси қон айланишининг издан чиқиши билан бирга давом этиб боради.

Эндомиокардит ёки панкардитда, I ва II босқичдаги қон айланш етишмовчилигида болага кордиамин ичириб туриш (боланинг ёши нечада бўлса, ҳар сафар шунча томчидан, кунига 3 маҳал) ёки оғир ҳолларда тери остига инъекция қилиб туриш ўринлидир (мактабгача тарбия ёшидаги болаларга кунига 1—2 маҳал 0,3—0,5 мл дан, мактаб ёшидаги болаларга 0,5—0,75 мл дан). Кунига 2—3 марта 1/2 таблеткадан ёки тери остига инъекция қилиш учун коразол ҳам буюрилади (мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 0,3—0,5 мл дан, мактаб ёшидаги болаларга 0,5—0,75 мл дан).

Қон айланш етишмовчилиги зўрайиб борадиган бўлса, процесс активлиги энди пасайиб келаётган даврда строфантин буюриш мумкин. Бу препарат (0,05% ли эритмаси) мактаб ёшидаги болаларга 0,2—0,3 мл дан 1 мл 5% ли аскорбинат кислота эритмаси қўшилган 10—20 мл 20% ли глюкоза эритмасида венадан юборилади. Строфантинни венадан юборишнинг жуда зарур шарти шуки, уни аста-секин — 3—5 минут давомида юбориш керак.

Коргликон (марваридгул препарати) таъсири жиҳатидан стро-

фантинга яқин туради. Бу препарат ҳам 20% ли глюкоза эритмасига қўшиб мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 0,2—0,5 мл ва мактаб ёшидаги болаларга 0,5—0,75 мл дозада аста-секин (камида 3 минут давомида) юборилади.

Юрак етишмовчилиги бўлса, процесс энди босилиб келаётган пайтда ангишвонагул ҳаммадан қимматли восита бўлиб ҳисобланади. Бу препарат Pulv. fol. Digitalis порошоги кўринишида 6—7 кун давомида кунига 3 маҳал мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 0,05—0,08 г дан бериб турилади. Сўнгра дозаси икки барабар камайтирилиб, 3—5 кун давомида бериб борилади ва ниҳоят, препаратни касал қандай кўтараётганига қараб кунига 1—3 мартадан бериб туриладиган бирор «қувватловчи» дозага ўтилади (0,005—0,1 г). Препаратни кумуляцияси бўлишидан хавфсирамасдан шу дозада узоқ вақт ишлатиб борилади.

Ангишвонагул препарати дигоксиндир. Бу препарат ичилганида яхши сўрилади. У мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 1-кунни орадан тенг вақт оралатиб туриб 4—5 маҳал  $\frac{1}{4}$  таблеткадан (0,25 мг дан), мактаб ёшидаги болаларга  $\frac{1}{2}$  таблеткадан берилади, кейинги кунларда шу доза кунига 1—3 мартадан бериб борилади. Пульс, нафас, диурез кўрсаткичлари ҳар куни ҳисобга олиб борилади. Давонинг нафига қараб препаратнинг аввалги дозаси буюрилади ёки уни аста-секин камайтириб борилади.

Ангишвонагул ва препаратларини ишлатишга йўл қўймайдиган монеликлар қуйидагилардир: 1) сезиларли брадикардия; 2) юрак ўтказувчанлиги бузилганини кўрсатадиган аломатлар борлиги; 3) экстрасистолия; 4) коронар етишмовчилик. Ангишвонагул доимо врач кузатуви остида ишлатилади, холос.

Адонис одатда шу ўт дамламаси кўринишида Inf. herb. Adonis vernalis ex 3,0—4,0 ad 180,01 десерт қошиқдан кунига 3 маҳал ёки адонизид кўринишида ишлатилади (бола неча ёшда бўлса, ҳар сафар кунига 3 маҳал шунча томчидан берилади). Адонис ангишвонагулга қараганда камроқ кор қилади, шу сабабли уни юрак етишмовчилигининг бирмунча енгилроқ ҳолларида буюрилади.

Қон айланишида етишмовчилиги бор касалларни даволашда оксигенотерапия (ҳар куни 1 соатдан 2 соатгача кислород палаткасида бўлиш) катта ўрин эгаллайди.

Комплекс чора-тадбирлар қўлланилган тақдирдагина шишларга қарши курашда муваффақиятга эришмоқ мумкин. Баданга шиш келган беморларга бериладиган ош тузи ва суюқлик қатъий чеклаб қўйилади.

Устма-устига 2—3 кундан ёки 10 кун давомида калий тузларига бой парҳез буюрилади. Бунда касаллар ҳар куни 800 г картошка, 600 мл кефир, 200 г қора олхўри ёки майиз билан бартак олиб туради. Рационга карам ва бошқа сабзавотлар, шунингдек, қорабугдой бўтқасини қўшиш мумкин.

Сутли овқат ҳам кальций тузларининг диуретик таъсири борлигига асосланиб туриб, устма-устига бериб туриш учун ёки 10 кун

муддатга буюрилади. Кун давомида касал ҳар 2 соатда 100 мл дан, ҳаммаси бўлиб 7 марта сут олади, кечасига ва эрта билан барвақт эса 75 мл дан мева суви, 25 мл глюкоза, 200 мг аскорбинат кислота олади. 3-кундан бошлаб рационга аста-секин сариёғ, қорабуғдой бўтқаси, 25—100 г нон, 1—2 та тухум қўшиб борилади.

Сут-творогдан иборат диета 2—3 кунга тавсия этилади: беморга ҳар кун 400 мл сут, 300 г творог, 25 г қанд ёки 300—400 г творог, 500 г олма, 25 г қаймоқ ва 50 г қанд бериб борилади.

Мева-канддан иборат диета касал тана вазнининг ҳар бир килограммига 5—8 г қанд ва 0,8—1 кг мева (яхшиси олма) ҳисобидан белгиланади, бундай рацион кўп миқдор табиий витаминларга бой бўлиб, энгиллаштирувчи таъсир кўрсатишидан ташқари бола организмга дезинтоксикацион таъсир ҳам кўрсатади, уни 1—2 кунга буюрилади.

Диуретик диета бекор қилингандан кейин беморга эзиб пиширилган овқатлардан иборат умумий стол буюрилади.

Сийдик ҳайдайдиган дори тариқасида сульфаниламид препарат — диакарб (фонурит) қўлланилади. Бу препарат эрталаб 0,1—0,25 г дан 3—4 кун ичирилади, сўнгра бир неча кун танаффус қилиниб, даво курси яна такрорланади.

Таъсирчан сийдик ҳайдайдиган модда гипотиазиддир, бу препарат босим 3—5—7 кун давомида 0,025—0,05 г дан эрталаб ичирилади (кунига 1 маҳал), сўнгра 3—4 кун танаффус қилинади ва зарурат бўлса, препарат яна ичириб борилади.

Сийдик ҳайдайдиган таъсирга эга бўлган препарат фуросемид (лазикс) ҳам қўлланилади. Бу препарат ҳафтасига 4 кун давомида 20—40 мг дан буюрилади (6—8 соат ўтказиб туриб яна шу дозада бериш мумкин). Диуретик таъсири билинмайдиган бўлса, препарат дозасини 20—30 мг га ошириш мумкин.

Сийдик ҳайдайдиган дори-дармонларни ишлатиш калий ионлари йўқолиб боришига сабаб бўлишини эсда тутиш керак. Бу калий тузларига бой овқат ва 0,5 г дан кунига 3—4 маҳал калий хлорид бериб туриш заруратини туғдиради.

Хорёяда қўшимча равишда бромидлар ёки фенобарбитал буюрилади, бу препаратлар мактаб ёшидаги болаларга 0,01—0,02 г дан кунига 2 маҳал, уйқу нотинч бўлганда эса 0,05 г дан ётишдан олдин бериб турилади.

Хорёяда физиологик уйқунини узайтириб даволаб бориш (14—21 кун давомида кунига 14—18 соатгача) яхши наф беради. Мана шундай терапияни ўтказиш учун маълум шарт-шароитларни яратиб бериш: алоҳида палата ажратиб, ташқи таъсиротларни имкони борича бартараф этиш, тоза ҳаво келиб турадиган қилиб қўйиш, тегишли кийим-кечак билан таъминлаш зарур. Бир неча кун давомида маълум бир соатларда касалларга фенобарбитал қўшилган глюкоза билан аскорбинат кислота порошоклари бериб борилади, кейинчалик эса анчагина тез фурсатда нейтрал поро-

шокларни (глюкоза билан аскорбинат кислотанинг ўзини) ишла-тишга ўтилади.

Хорейда 0,5—1 мл дан 5% ли витамин В<sub>1</sub> эритмаси ёки 0,5—1 мл дан 5% ли витамин В<sub>6</sub> эритмасини мускуллар орасига инъекция қилиб туриш ўринлидир. Даво курси ҳар кун и ёки кун ора қилиб бориладиган 15—20 инъекциядан иборат.

Десенсибилайдиган ва ухлатадиган дори тариқасида димедрол ҳам буюрилади: 2—3 ҳафта давомида мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 0,02—0,03 г дан, катта ёшдаги болаларга 0,05 г дан кунига 3 маҳал бериб турилади ёки 0,01—0,025 г дан кунига 2 маҳал пипольфен буюрилади.

Хорей билан оғриган болаларга даво қилишда 0,5% ли новокаин эритмасини венадан юбориб туриш яхши натижалар беради (дозаси 2—8 мл дан бошланиб, ҳар кун и 1 мл дан қўшиб борилади ва кунига 10 мл гача етказилади: даво курси 10—12 кун).

Физиотерапевтик муолажалардан бош ёки бўйин симпатик тугунлари соҳасига диатермия буюриш яхши натижа беради.

Хорейда чучук сувдан ёки игнабарг экстракти қўшилган сувдан ҳар кун и ёки кунора 8—10 минутгача илиқ (36—37°С) ванналар қилиб туриш керак. Юрак-томирлар системасида сезиларли ўзгаришлар бўлмаса, бундай ванналарни комплекс даवони давом эттириб борган ҳолда касалликнинг актив фазасида буюриш мумкин.

Болаларни касалхонадан чиқарилгандан кейин охиригача даволаниш учун маҳаллий ревматология санаторийларига юборган маъқул. Уйда қоладиган болалар учун санаторий шароитларига мумкин қадар кўпроқ яқинлашиб келадиган шароитларни яратиб бериш керак. Касал боланинг режими юрак-томирлар системасининг нечоғлик зарарланганлигини ҳисобга олиб белгиланади.

Бола вақтида ўрнидан туриб, тайинли бир маҳалда овқатланиши, кун давомида вақти-вақтида дам олиб туриши ва муайян соатда уйқуга ётиши керак. Тунда бола етарлича узоқ (камида 8 соат) ухлаши лозим.

Бола зарур бўлган антиревматик терапияни мунтазам равишда давом эттириб боради.

Мактабга қатнаш тўғрисидаги масала асосан юрак-томирлар системасининг ҳолатига қараб ҳал қилинади.

Ревматизм билан оғриган боланинг умумий аҳволини ва юрак-томирлар системасининг нечоғлик зарарланганлигини ҳисобга олиб туриб, унга авайлайдиган, енгиллаштирилган ёки машқ қилиб бориладиган умумий режим, айрим ҳолларда эса индивидуал режим тайинланиши мумкин.

Давони босқичма-босқич давом эттириб бориш мақсадида ревматизмнинг инактив фазаси бор бола кузатув остида бўлиши ва йилига икки марта мутахассислар текширувидан ўтиб туриши лозим.

Болаларни Кисловодск, Сочи, Белокуриха ва тегишли ихтисосдаги бошқа курортларга даволаниш учун ревматизм атакаси-



дан кейин орадан камида 1 йил ўтказиб туриб, боланинг умумий аҳволи доим қаноатланарли, температураси ва эритроцитларининг чуқуш тезлиги нормал бўлиб турганда юбориш зарур.

Инактив фазадаги ревматизм билан оғриган, юрак-томирлар системасининг функционал ҳолати яхши бўлиб турган болаларни пионер лагерларига ҳам юборса бўлади, лекин бундай лагерларда уларга алоҳида қараб туриладиган бўлиши шарт, акс ҳолда лагерга бориш зиён етказиши мумкин.

Ревматизмнинг бирламчи профилактикаси болани чиниқтириб бориш, физкультура ва спорт билан меъёрида шуғулланиб туриш, меҳнат қилиш ва дам олишни тўғри навбатлаштириб бориш, витаминларга бой овқатлар билан бекаму кўст овқатланиб бориш, тоза ҳаводан мумкин қадар кўпроқ баҳраманд бўлишни ўз ичига олади.

Ревматизмнинг иккиламчи профилактикаси ёки рецидивларининг профилактикаси қуйидагиларни: 1) тўғри уюштирилган диспансеризацияни, 2) интеркуррент касалликларга, шунингдек хроник инфекциялар ва буларнинг рецидивларига ўз вақтида сабот билан даво қилишни; 3) ревматизмнинг қўзишига йўл қўймаслик учун бициллин билан профилактика қилиб боришни ўз ичига олади.

Ревматизм атакасини бошдан кечирган ҳамма болаларга уларнинг ёши ва юрагида пороги бор-йўқлигидан қатъи назар 3—5 йил давомида бициллин билан профилактика қилиб борилади.

Бициллинни буюришдан аввал анамнез ва давога оид бошқа ҳужжатларни синчиклаб ўрганиб чиқиш йўли билан беморда пенициллин препаратларига ортиқча сезгирлик йўқлиги аниқлаб билиб олинади. Шубҳали ҳолларда беморнинг пенициллинни қандай кўтаришини билиб олиш учун тери синямаси (скарификацион синяма) ни ўтказиб кўриш зарур бўлади.

Профилактикани йил бўйи давом эттирилганда бициллин препаратлари йилнинг бошидан охиригача бериб борилади. Мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 2 ҳафтада бир марта 750 000 ТБ дозада, 7 яшардан катта болаларга 4 ҳафтада бир марта 1200 000—1500 000 ТБ дозада бициллин-5 буюрилади. Йил бўйи давом эттириладиган профилактикада бициллин-1 дан ҳам фойдаланса бўлади, бу препарат мактаб ёшидаги болаларга 4 ҳафтада бир марта 1200 000 ТБ дозада, мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 2 ҳафтада бир марта 600 000 ТБ дан мускуллар орасига инъекция қилиб борилади.

Бициллин ҳамда дори-дармонлар билан йил бўйи қилинадиган профилактикада 4 йил давомида баҳор билан куз кезлари боланинг ҳар бир ёшига суткасига 0,15 г ҳисобидан, аммо кўп деганда 1,5 г дан ацетилсалицилат кислота қўлланилади. Бола ацетилсалицилат кислотани кўтара олмайдиган бўлса, ҳар бир ёшига суткасига 0,1 г ҳисобидан, аммо кўпи билан 1,0 г дан амидопирин ёки анальгин буюрилади. Бициллин ҳамда дори-дармонлар билан қи-

линадиган профилактикани витаминлар, айниқса витамин С буюриш билан бирга қўшиб олиб бориш зарур, витамин С ни баҳор билан кузда қўлланиш мақсадга мувофиқдир.

Ревматизм профилактикасида аҳоли орасида олиб бориладиган санитария маорифи иши катта аҳамиятга эга. Ота-оналар, педагоглар, тарбиячилар билан, шунингдек катта ёшдаги касал болалар билан олиб бориладиган ишда санитария пропагандасининг ҳар хил шакл ва методларидан (лекциялар, суҳбатлар, кинофильмлар, радио ва телеэшиттиришлар, плакатлар, бюллетенлар, кўргазмалар ва бошқалардан) фойдаланиб, ревматизм ва унга қарши қураш масалаларини, айниқса, кенг ёритиб бериш зарур.

## ҚОН ВА ҚОН ЯРАТИШ ОРГАНЛАРИНИНГ ҚАСАЛЛИКЛАРИ

### Анемия

Анемия эритроцитлар сонининг камайиб, қон ҳажм бирлигидаги гемоглобин миқдори ва битта эритроцитдаги ўртача гемоглобин миқдорининг камайиб қолиши билан характерланадиган ҳолатдир.

Каттароқ ёшдаги болаларда анемия қон кетиб қолиши, гелиминтозлар туфайли ва бошқа система ҳамда органлар касалликлари (лейкоз, нефрит, жигарнинг диффуз зарарланиши, инфекциялар, интоксикациялар, ирсий касалликлар ва бошқалар) нинг аломати тарқасида пайдо бўлиши мумкин. Ёш гўдак болаларда учрайдиган барча анемия ҳолларининг 90 проценти алиментар — инфекциян табиатга эга бўлади, яъни ҳар хил сабабларга кўра келиб чиқади. Бундай анемиялар ҳаёт биринчи йилининг иккинчи ярмида ёки иккинчи йилида ҳаммадан кўра кўпроқ маълум беради; инфекциян-алиментар анемиялар аксари боланинг 6—18 ойлигида пайдо бўлади. Бунинг сабаби эмадиган бола қон яратиш аппаратининг функционал жиҳатдан лабил ҳамда жуда нозик бўлишидир.

Ёш гўдакларда бўладиган алиментар-инфекцион анемияларнинг ҳозирги шароитларда энг кўп учрайдиган сабаби темир етишмаслигидир, шу сабабдан ҳам бундай анемиялар темир етишмаслигидан бўладиган анемиялар деб аталади. Бу касаллик одатда бола нуқул бир хил овқатлар билан, аксари фақат сут билан боқиб борилганида, витаминлар, қўшимча овқатлар вақтида ва тўғри берилмаганида, бола тез-тез касал бўлиб турганда, режим бузилганида, парвариш ишида камчилик бўлганида ва бошқа ҳолларда авж олади.

Бу касаллик аста-секин авж олиб боради. Асосий симптоми тери қопламлари ва кўриниб турадиган шиллиқ пардаларнинг ҳар хил даражада оқариб туришидир. Ранг оқариб кетганлиги билан бир қаторда аксари боланинг юзи, оёқлари керикиб, шийинқираб туради, баъзан шишлар пайдо бўлади. Анемия билан оғриган болаларнинг қўл ва оёқ панжалари одатда дарров совиб қоладиган бўлади. Ёш гўдакларда учрайдиган анемияларнинг доимий симп-

томлари қаторига иштаҳанинг кескин пасайиши, йўқолиб кетиши ёки айниши ҳам киради. Узоқ вақт иштаҳа пастлиги ёки йўқлиги боланинг этига эт қўшилиб бориши секинлашиб қолишига олиб келади.

Анемия билан оғриган болаларда кўпгина ҳолларда жигар, гоҳо талоқ катталашади. Марказий нерв системасида ҳам кўпгина ҳолларда ўзгаришлар кузатилиб, булар ҳолсизланиш, бекордан-бекорга инжиқлик қилавериш, кўп йиғлаш, қувватсизланиш, негативизм кўринишида ўтади.

Юрак-томирлар системасидаги ўзгаришлар тахикардия, юрак соҳаси ва бўйин томирларида функционал систолик шовқин («пилдироқ шовқини») пайдо бўлиши билан ифодаланади.

Анемиянинг бирмунча камроқ учрайдиган аломатларига бадан терисининг қуруқшаб, дағаллашиб қолиши, тил сўрғичларининг атрофияга учраши, сочлар тусининг хиралашиб қолиши (баъзан сочлар тўкилиб кетади, ингичка, мўрт бўлиб қолади), тирноқлар шаклининг ўзгариши (қошиқча кўринишида), полиадения, субфебрилитет киради.

Қонда бўладиган асосий ўзгаришлар умумий гемоглобин миқдори камайиб, эритроцитлардаги гемоглобин концентрациясининг пасайиб қолишидир. Гемоглобин миқдори аксарди 40—100 г/л (4—10 г %) ни ташкил этади. Кўпчилик касалларда эритроцитлар сони ўртача камайган бўлади ва жуда камдан-кам ҳоллардагина  $3 \cdot 10^{12}$ /л дан кам бўлиши мумкин. Бироқ болалардаги анемияларда эритроцитлар сони ўртача ёш кўрсаткичларига тўғри келадиган бўлиши мумкинлигини назарда тутиш керак.

Касалларда қоннинг ранг кўрсаткичи пасайиб кетади (0,4—0,6 гача), баъзи беморларда анчагина пасаяди (0,3—0,4 бўлади).

Оқ қондаги ўзгаришлар кўпчилик касалларда лейкоцитлар сони бир қадар кўпайиб, ёш шаклли элементлар (таёқча ядроли лейкоцитлар, ёш ҳужайралар ва ҳатто миелоцитлар) пайдо бўлишидан иборат. Ўртача тромбоцитопения бўлиши мумкин.

Ёш гўдакларда темир етишмаслиги туфайли бўладиган анемияларнинг характерли белгиси қон зардобидеги темир миқдорининг камайиб кетишидир. Темир миқдори соғлом болалар кўрсаткичлари (800—1100 мкг/л) қараганда 2—3 барабар, баъзида эса бундан ҳам кўра кўпроқ камайиб кетади, шу билан бирга темир миқдорининг камайиши ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келадиган болаларда бирмунча кўпроқ бўлади.

Болаларда анемиялар ҳар хил ўтади, энгил ва оғир формалари учрайди.

Анемияларнинг энгил формалари шу билан характерланадики, боланинг умумий аҳволи қаноатланарли бўлиб қолаверади, лекин шу билан бир вақтда тери қопламлари, шиллиқ пардаларининг ранги оқариб туради, иштаҳаси пасаяди, боланинг авзойи ўзгариб қолади, юрак учуда эшитиладиган I тон тиниқ бўлмай қолади, бўйин томирларида «пилдироқ шовқини» эшитилади, жигар бир қадар катталашади. Қонда гемоглобин миқдори 80,3 г/л (8,03 г %)

гача пасаяди. Эритроцитлар сони  $3,5 \cdot 10^{12}/л$  дан кам, ранг кўрсаткичи 0,7—0,75 бўлади.

Анемиянинг оғир формасида боланинг умумий аҳволи анча ўзгариб қолади. Бадан терисининг ранги оқариб, тери мумсимон ёки сарғиш тусга киради, қуруқ бўлади; кўз қовоқлари ва оёқ панжалари керикиб туради, оғиз бурчаклари ва лаблар жиягининг шиллиқ пардасида ёриқлар пайдо бўлади, боланинг гавдаси, юзи, қўл-оёқларида нуқта-нуқта, гоҳида анча катта қонталашлар пайдо бўлиши мумкин. Мускуллар бир қадар илвиллаб қолади. Периферик лимфа тугунлари ва бодомча безларида гиперплазия борлиги сезилади, яъни булар катталашади. Боланинг қорни одатда дам бўлиб туради, жигари билан талоғи бирмунча катталашади. Болаларда улар тинч турганда ҳам тахикардия, ҳансираш, юракда систолик шовқин борлиги аниқланади. Иштаҳа кескин пасайиб, ҳатто йўқолиб ҳам кетади (анорексия). Бола қайт қилиши, ичи суяқ келадиган бўлиб қолиши мумкин.

Қизил қон текшириб кўрилганида гемоглобин миқдори 60,6 г/л (6,06 г %) дан паст, гоҳо 20—30 г/л (2,0—3,0 г %) гача, эритроцитлар сони  $3 \cdot 10^{12}$ — $2,5 \cdot 10^{12}/л$  ( $3$ — $2$  млн/мм<sup>3</sup>) дан кам, гоҳо  $1,8 \cdot 10^{12}$ — $1,5 \cdot 10^{12}/л$ , ранг кўрсаткичи 0,4—0,5 бўлади.

Давоси. Анемияларнинг давоси этиологик омиллар ва йўлдош ҳолатлар (рахит, гипотрофия, экссудатив диатез ва бошқалар) ни бартараф этишга қаратилган комплекс чора-тадбирларни, шунингдек анемияга қарши қилинадиган махсус даво методларини ўз ичига олиши керак. Мана шу чора-тадбирларнинг ҳаммасини амалга оширишда ҳар бир боланинг қачондан буён касаллиги ҳамда анемиясининг оғир-енгиллигини ҳисобга олиб туриб, унинг ўзига тўғри келадиган йўл тутиш зарур.

Темир етишмовчилигидан бўладиган анемияларга махсус даво қилиш методи темир препаратлари буюришдир.

Энг кўп ишлатиладиган темир препаратлари анемияларда қуйидаги дозаларда буюрилади (16-жадвал).

16 - ж а д в а л

Ёш гўдакларда бўладиган анемияларга даво қилиш учун ишлатиладиган темир препаратлари (бир марталик дозалари)

Препарат	Болаларга бериладиган темир препаратларининг бир марталик дозалари	
	1 ёшгача	2—5 ёшга
Ferrum reductum	0,1 г	0,15—0,25 г
Acidum ferro-ascorbicum	0,1 г	0,2—0,5 г
Sirupus Aloes cum ferro	$\frac{1}{2}$ чой қошиқ	1 чой қошиқ
Ferri glycerophosphas	0,3—0,5 г	0,5—1,0 г
Ferrosi sulfac	0,1—0,15 г	0,2—0,3 »
Ferri lactas	0,1—0,25 г	0,3—0,5 »
Ferramidum	0,01 г	0,2 »
Tab. "Haemostimulinum"	$\frac{1}{3}$ табл.	$\frac{1}{2}$ —1 табл.
Tab. "Terrocalum" obductae	$\frac{1}{2}$ —1 табл.	1—2 »

Темир препаратлари юзага келтира оладиган ножўя ҳодисалар (кўнгил айниши, қайт қилиш, тез-тез ич суриб, ахлатнинг суюқ бўлиши, қабзият, қорин оғриғи) га йўл қўймаслик учун дастлабки бир неча кун давомида бу препаратлар суткалик дозасининг ярмиси миқдориди буюрилади, кейин эса боланинг ёшига тўғри келадиган тўла дозага тез ўтилади.

Темир препаратларини овқат вақтида ёки овқатдан кейин аскорбинат кислота билан бирга ичиш зарур.

Темир препаратларини цитрус мева сувлари билан бирга бериш мумкин, бу мева сувлари ёқимсиз таъм сезгиларини бартараф этади ва ичилаётган дорининг сўрилишини яхшилайди. Темир препаратлари 1—2 ой давомида ичириб борилади.

Анемияларда поливитаминлар етишмайдиган бўлишини ҳисобга олиб, бу касалликларга қарши қилинадиган даво комплексига витаминлар қўшилади. Аввалига ҳар куни ёки кун ора витамин В<sub>1</sub> ва С буюрилади; даво курси мускуллар орасига 10—20 марта инъекция қилишдан иборат. 5% ли тиамин бромид эритмаси 0,3—0,5 мл дан, 5% ли аскорбинат кислота эритмаси 1 мл дан ишлатилади. Бу билан меъда секрецияси кучайиб, боланинг иштаҳаси очилишига ва овқатдаги темирнинг яхшироқ сингадиган бўлишига эришилади.

Иштаҳа пайдо бўлиб борган сайин оқсиллар алмашинувини тартибга келтириш ва эритропозга яхши таъсир кўрсатиш мақсадида мускуллар орасига 0,5—1 мл дан 2,5% ли витамин В<sub>6</sub> эритмасини юбориб туриш мақсадга мувофиқдир; даво курси 10—20 инъекция. Дам ич кетиб, дам ич қотиб турган ҳолларда темирнинг яхши ўзлаштирилиши учун темир препаратларини фолат кислота билан бирга ичириш лозим. Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болаларга фолат кислота 0,0005 г дан кунига 3 маҳал, 2 ёшдан 5 ёшгача бўлганларга эса 0,002—0,004 г дан кунига 2—3 маҳал берилади.

Темир препаратлари витамин В<sub>12</sub> (цианокобаламин) билан биргаликда қўлланилса, даво қисқа муддатларда наф беради. Бу витамин беморнинг аҳволига қараб 30—50 мкг дозада мускуллар орасига ҳар куни ёки 1—2 кун оралатиб юбориб турилади.

Анемияларнинг оғир формаларида ва оғир йўлдош касалликлар бўлганда темир препаратлари, анемияга қарши витаминлар бериш билан бир қаторда такрор-такрор қон қуйиб туриш ўринли (янги қон, эритроцитар масса, қон плазмаси ва бошқалар). Бунда қон ҳар сафар 5—7 кун оралатиб туриб, 1 кг тана вазнига 7—10 мл ҳисобидан қуйилади, ҳаммаси бўлиб 6—8 трансфузия қилинади.

Даво чора-тадбирлари орасида камқонлик билан оғриган болага ёқадиган қилиб овқат тайинлаш ва тўғри кун тартиби белгилаш муҳим ўринни эгаллайди.

Ҳаётининг биринчи ярим йилини яшаб келаётган болалар анемия бўлиб қолганида кўкрак сути олиб туриши керак, уларга ўз вақтида мева ёки сабзавот сувлари ҳамда физиологик қўшимча овқат бериб турилади (мева пюре, сабзавот, тухум сариғи, тво-

роғ, бۇтқа); бола сунъий йўл билан боқиб келинаётган бўлса, кефир ва унинг суюлтирилган хиллари маъқул кўрилади.

Олти ойликдан ошган ва икки ёшга қадам қўйган болалар учун ёғни 10—15% га чеклаб қўйган ҳолда қўшимча твороғ, гўшт бериб туриш ҳисобига суткалик рациондаги оқсилларни 10—15% га кўпайтириш зарур.

Темир, мис, кобальт, никель ва марганецга бой масаллиқларни: маккажўхори; қорабўғдой бۇтқаси, кўк нўхат, картошка, лавлаги, редиска, карам, ёнғоқ, қора смородина, олхўри, нок, олма, мева қоқиларини рационга қўшиш керак.

Рационга яна твороғ, тухум сариги, жигар, ачитқи сингари маҳсулотларни ҳам қўшиш зарур, чунки булар қон ҳужайралари стромаси ва глобиннинг тузилишига зарур моддалар — кобальт, цианокобаламин, фолат кислотага бой бўлади.

Камқонлик билан оғриган болалар режимини уюштиришда бундай болалар салга чарчаб қоладиган бўлишини ҳисобга олиш зарур, шу сабабдан уларни кундузи қўшимча ухлатиш ва тунги уйқуси муддатини етарли даражага келтириш комплекс давода зарур чора-тадбирлардан бўлиб ҳисобланади.

Бундай беморларда терморегуляция процесслари анчагина издан чиққанлиги учун беморларнинг тез совқотиб қолишига мойил бўлишини ҳисобга олиб, уларнинг кийим-кечагига катта эътибор берилади. Кийим етарлича иссиқ, аммо боланинг ҳаракатларини қисиб қўймайдиган ва қон айланишига халал бермайдиган бўлиши керак. Конкрет об-ҳаво шароитларини ҳисобга олган ҳолда болаларни, албатта, сайр қилдириб туриш шарт. Қиш кезлари шамол бўлмаётганда температура — 15°C дан паст бўлмаса, болаларнинг ҳавода юришига рухсат берилади. Хона, палата ҳавосининг температураси 20—22°C атрофида бўлиши керак.

Организмнинг жисмоний ривожланишини кучайтириш ва қаршилигини оширишга қаратилган бошқа ҳамма чора-тадбирларни ҳар бир конкрет ҳолда боланинг индивидуал реактивлиги хусусиятларини ҳисобга олиб амалга ошириб бориш зарур.

Анемияларнинг енгил формалари билан оғриган болаларни уй шароитларида, шунингдек, болалар боғчалари, яслилари, гўдаклар уйларида даволаш мумкин.

Анемияларнинг оғир формалари билан оғриган болалар одатда, касалхона шароитларида даволанади ва қандай бўлмасин бирор хил касаллик қўшилиб қолмаслиги учун уларни имкони борича алоҳида кичик палаталарга жойлаштирилади.

Алиментар-инфекцион анемиялар профилактикаси антенатал даврдан амалга ошириб борилиши керак. Бундай профилактика ҳомиладор аёл саломатлигини мустаҳкамлаш, токсикозларга қарши курашдан, боланинг чала ва вақтидан ўтиб туғилишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлардан иборат бўлади.

Организмга микроэлементлар, минерал тузлар, витаминларни вақтида етказиб туриш учун болага бир ойлик бўлган даврдан бошлаб аста-секин ошириб бориладиган дозаларда (охирини 10

чой қошиққа етказиб) олма, узум, қора смородина, апельсин суви бериб туриш зарур. Тўла қимматли қўшимча овқатни ўз вақтида беришга ўтиш, шунингдек болаларни ўткир инфекцион касалликлардан, айниқса пневмониялар, ўткир респиратор касалликлардан, организмда анемия бошланишини осонлаштирадиган меъда-ичак касалликларидан мумкин қадар эҳтиёт қилиш жуда муҳим.

Анемияга мойил бўладиган 3—6 ойлик болалар профилактика чора-тадбирларини амалга ошираётганда алоҳида эътиборни талаб қилади. Эгизак бўлиб туғилган, чала туғилган, вақтидан ўтиб туғилган, она қорнида бошланган гипотрофия билан туғилган болаларга, ҳомиладорлик пайтида анемия билан оғриган оналардан, плацентасида аномалиялари бўлган оналардан туғилган болаларга профилактика мақсадида темир препаратлари билан аскорбинат кислотасига буюриш зарур. Аскорбинат темир, темир глюконат, ферроаллоэ ҳаммадан кўп ишлатиладиган препарат бўлиб, булар 1—2 ой давомида даво учун мўлжалланган суткалик дозанинг  $\frac{1}{2}$  ва  $\frac{1}{3}$  қисми миқдорида буюрилади.

Бундай болалар қизил қонини вақт-вақти билан текшириб туришга ҳам муҳтож бўлади (3—6 ойлигида ва 1 яшарлигида).

Болалар коллективлари (болалар ясилари, боғчалари, гўдаклар уйлари) да қизил қоннинг ҳолатини мунтазам текшириб бориш ва гематологик ўзгаришлар (гемоглобин миқдорининг 108 г/л, эритроцитлар сонининг  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л дан камлиги) топилганида даво-профилактика тадбирларини кўриш зарур.

### Геморрагик диатезлар

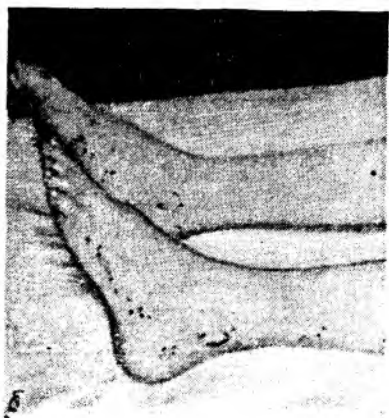
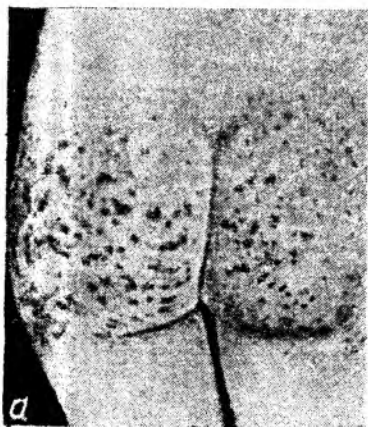
Геморрагик диатез ўз табиатига кўра ҳар хил касалликлар группасини бирлаштирувчи йиғма тушунчадир, бундай касалликларнинг ўзига хос хусусияти баданнинг қонаб турадиган бўлиши, яъни вақтинча ёки мудом такрор-такрор қон кетиб туришга организмнинг мойил бўлишидир, бундай мойиллик турмушда орттирилган ёки туғма бўлиши мумкин. Бу касалликларда ўз-ўзидан ҳам, арзимас шикастлар таъсири билан ҳам қон кетиб турадиган бўлади.

Геморрагик диатезларда қонаш, қон кетиб туриши жуда ҳар хил касалликлар (лейкоз, уремия, сепсис ва бошқалар) да кўрилганидек, тасодифий, вақтинчалик белги бўлмай, балки касалликнинг бутун манзарасини белгилаб берадиган асосий симптом бўлиб ҳисобланади.

Қуйидаги касалликларни кўп замонлардан бери геморрагик диатезлар қаторига киритиб келишади: 1) геморрагик васкулит (Шенлейн—Генох касаллиги); 2) тромбоцитопеник пурпура (Верльгоф касаллиги); 3) гемофилия.

Қон оқувчанлик ҳолатига олиб келадиган омилларнинг иккита асосий группасини тафовут қилса бўлади: а) томирлар деворининг ўзгариши; б) қон ҳоссаларининг ўзи ўзгариб қолиши.

**Геморрагик васкулит.** Болаларда бўладиган геморрагик диатезнинг ҳаммадан кўп учрайдиган формаси геморрагик васкулит-



36-расм. Геморрагик васкулитда терига тошган тошмалар (а, б).

дир (синонимлари: Шенлейн — Генох касаллиги, капилляротоксикоз, анафилактоид пурпура ва ҳоказо). Бу касаллик ҳамма ёшдаги болаларда учрайди, лекин мактабгача тарбия ёшидаги болалар ва кичик мактаб ёшидаги болалар у билан кўпроқ оғрийди.

Геморрагик васкулитни кўпчилик тадқиқотчилар иммуноаллергик касалликлар жумласига киритади ва бундай касалликларда томирлар эндотелийси ҳар хил аллергенларга жавобан ўткир аseptик яллиғланиш реакциясини кўрсатадиган бўлади, ана шундай аллергенлар орасида инфекция асосий аҳамиятга эга деб ҳисоблайди.

**Клиникаси.** Бу касаллик аксари бирдан бошланади, ҳар хил муддат — 2—3 ҳафтадан бир неча ойгача давом этади. Унинг асосий симптомлари қуйидагилардир: 1) бадан терисига тошма тошиб кетиши (бу ҳаммадан кўп учрайди); 2) қоринда оғриқ бўлиши (камроқ учрайди); 3) бўғимларнинг шишиб чиқиб, безиллаб туриши (камроқ учрайди). Бадан терисига тошадиган тошмалар аксари доғсимон-папулез кўринишда бўлади, катталиги тўғноғич бошидан то ясмик уруғигача боради ва қўл-оёқларнинг ёзувчи ҳамда ташқи юзаларида, асосан елка, тиззаларда, сонларнинг ички юзаларида, думбаларда, бўғимлар ёнида (36-расм, а, б), гоҳо боланинг юзи ва гавдасида жойлашади. Тошма геморрагик ва ҳатто, некротик характерда бўлиши ҳам мумкин. Баданга тошадиган тошмаларнинг асосий хусусияти қайталаниб туришга мойил бўлишидир.

Бўғимлардаги ўзгаришлар оғриқ, шиш пайдо бўлиши, актив ва пасив ҳаракатларнинг чекланиб қолиши билан ифодаланади. Бундай ўзгаришлар табиатан вақтинчалик бўлиб, бир неча соатдан бир неча кунгача сақланиб туради ва ўзидан кейин ҳеч бир асар қолдирмай йўқолиб кетади.

Қорин оғриғи ҳар хил даражада бўлиши мумкин, тутиб-тутиб



огриди, оғир ҳолларда оғриқ вақтида бола қон аралаш қуси ичи ҳам қон аралашиб ёки қора бўлиб, шилимшиқ аралаш келади, тенезмлар бўлиб туради.

Абдоминал синдром ҳам, худди касалликнинг бошқа асосий аломатлари сингари, айниқса касал бола вақтидан илгари ўридан туриб кетганида, парҳезни бузиб қўйганида (гўшти кўп истеъмол қилганида) қайталаниши мумкин.

Геморрагик васкулитнинг ўзига хос аломати буйраклар зарарланишидир, касалликнинг ана шу аломати 2—3-ҳафтасида маълум беради (бу арзимас даражадаги альбуминурия билан гематуриядан то хроник диффуз нефритгача боради).

Клиник манзарасига кўра касалликнинг сингил, ўртача оғир ва оғир формалари, кечиши жиҳатидан ўткир, ярим ўткир, хроник формалари тафовут қилинади.

Периферик қон таржибида, қоннинг ивитувчи системасида арзигулик ўзгаришлар топилмайди.

Бу касаллик асоратлар бериб, инвагинация, перитонит, аппендицит, гоҳо мияга қон қўйилишига сабаб бўлиши мумкин.

Касаллик асорат бермаганда ва унга вақтида даво қилинганда эсон-омон ўтиб кетади, прогнози яхши. Нефрит ва хирургик асоратлари бўлса, прогноз ёмонлашади.

Даво с.и. Касалликнинг дастлабки вақтида овқатда ҳайвон оқсилларининг миқдори бир қадар чекланади; абдоминал синдром бўлганида овқат механик жиҳатдан авайлайдиган, бекаму-қўст бўлиши керак, иссиқ таомларни бериш ярамайди. Десенсибилизация дори-дармонлар: димедрол, супрастин, салицилатлар, амидопирин, анальгин кенг қўлланилади, булар боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда 3—4 ҳафта давомида бериб турилади.

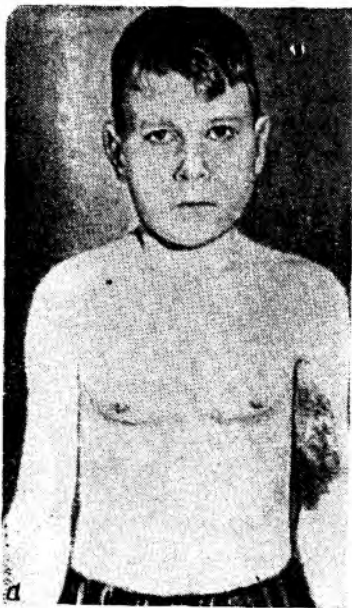
5—7 кун давомида суткасига 10—15—20 мг дан преднизон буюрилади, кейин унинг дозаси аста-секин камайтириб борилади.

Томирлар ўтказувчанлигини камайтириш учун кальций хлорид (10% ли эритмаси), кальций глюконат (0,3—0,5 г), витамин С (суткасига 300—500 мг), витамин В<sub>1</sub> (суткасига 10—15 мг), витамин Р (суткасига 0,05—0,1 г) қўлланилади.

Сезиларли даражада иккиламчи анемия бошлангудек бўлса, умумий қондаларга мувофиқ бир группали қон қўйилади (эҳтиёт бўлиб). Касалликнинг оғир формаларида гепарин яхши наф беради деб ҳисобланади.

Бу касалликда симптоматик даво ҳам қилинади. Қоринда оғриқ бўлиб турганда атропин, белладонна, промедол, пантопон, бром, бўғимлар жуда безиллаб турганида қуруқ иссиқлик, соллюкс қўлланилади.

Профилактикаси. Геморрагик васкулит профилактикасида бола организмни мустаҳкамловчи умумий методлар билан бир қаторда аллергияга берилишнинг олдини олиш учун болани ўткир инфекцион касалликлардан асраш ва маҳаллий инфекция ўчоқларини (хроник тонзиллит, аденоидлар, тиш кариеси, холецистит ва бошқаларни) санация қилиш катта аҳамиятга эга.



37-расм. Тромбоцитопеник пурпурада терида юзага келган ўзгаришлар (а, б).

Анамнезда овқат ёки доридан бўладиган аллергия борлиги аниқланса, у вақтда тегишли тадбирларни амалга ошириш зарур.

**Тромбоцитопеник пурпура ёки Верльгоф касаллиги.** Бу касаллик ҳамма ёшдаги болаларда учрайдию, лекин мактабгача тарбия ёшидаги болалар билан кичик мактаб ёшидаги болаларда кўпроқ бўлади. Кўпдан-кўп изланишларга қарамасдан, бу касалликнинг этиологияси ҳозирга қадар номаълум бўлиб келмоқда.

**К л и н и к а с и.** Касалликнинг асосий аломати тери остига қон қўйилиб, қонталаш бўлиб қолиши ва шиллиқ пардалардан табиий бўшлиқларга қон қўйилиб қолишидир.

Терига қон қўйилиши катта-кичиклиги, ранги ва сони жиҳатидан жуда ҳар хил бўлади (катталиги кам деганда тўғноғич бошидек келади, ранги қип-қизил янги қонталашлардан тортиб, то барча турдаги кўк моматалоқларгача боради, сони битта-яримтадан то жуда кўпгача боради). Бу қонталашлар одатда гавда билан қўл-оёқларнинг олдинги юзаларидан жой олади (37-расм). Аксари бурун қонаб туради, бурундан гоҳо шариллаб қон келади, милк ва умуман оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ҳам қонаб туради. Ана шундай шароитларда тиш олдириш ва тонзиллэктомия қилиш, айнқса хатарли.

Меъда-ичаклардан, ўпка, буйраклардан қон кетиши ёки бўшлиқларга (плевра, қорин бўшлиғига), шунингдек, мия, кўз склераси ва тўр пардасига қон қўйилиши камроқ кўрилади. Қизларда бачадондан қон келиб туриши мумкин. Жигар билан талоқнинг

катталашуви ҳаминша ҳам учрайверадиган симптомлар эмас; бошқа ички органларда ўзгаришлар деярли кузатилмайди.

Касалликнинг асосий гематологик белгиси тромбоцитларнинг сон ва сифат жиҳатидан ўзгариб қолишидир. Тромбоцитлар сони кескин камаяди ва 0 билан  $7 \cdot 10^4$ — $8 \cdot 10^4$ /л атрофида ўзгариб туради. Тромбоцитларнинг сифат ўзгаришлари ғалати шаклли (занжирчалар кўринишида) жуда йирик тромбоцитлар пайдо бўлишидан иборат. Тромбоцитлар ўзгаришидан ташқари, қоннинг ивиш вақти анча узайиб кетади (нормада 2—3 минут бўлса, 15—30 минутгача ва бундан ортиқроқ вақтгача қон ивимаи туриши мумкин) ва қон лахтаси ретракцияси сусаяди ёки бўлмайди.

Тромбоцитопеник дурпуранинг клиник кўринишлари ва лаборатория текширишларининг натижаларига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир формалари, ўтишига қараб эса ўткир ва хроник формалари тафовут қилинади.

Касалликнинг ўтиши цикликлги, яъни рецидивлари билан ремиссияларининг навбатлашиб бориши билан характерланади, қоида ўлароқ бир талай қон кетганидан кейин одатда касалликнинг ремиссияси бошланади.

Кўпчилик ҳолларда касаллик эсон-омон ўтиб кетади, прогнози яхши бўлади. Камдан-кам ҳолларда бемор қонсираш ва ҳаёт учун муҳим органларига — бош мияси ва буйракусти безларига қон қуйилишидан ўлиб қолиши мумкин.

Д а в о с и. Қон кета бошлаганда қонни тўхтатишга ёрдам берадиган воситаларнинг ҳаммасидан, жумладан, тампонада ва бошқа хирургик чора-тадбирлар билан бир қаторда маҳаллий қон тўхтатувчи воситалардан ҳам фойдаланиш керак. Маҳаллий қон тўхтатувчи воситалар тариқасида тромбин, гемостатик булут, аёл сутига, янги плазма ёки зардобга, адреналин эритмасига ҳўлланган тампонлар ишлатилади.

Умуман таъсир кўрсатувчи воситалардан 10% ли кальций хлорид ёки кальций глюконат эритмасидан, ё бўлмаса, 10% ли натрий хлорид эритмасидан 10 мл ни венадан юбориш, катта дозалардаги (300—500 мг) аскорбинат кислотани венадан юбориш буюрилади.

Стероид гормонлар — преднизолон қўлланилади (клиник-гематологик жияҳатдан ремиссия бошлангунча суткасига 1,5—2 мг/кг дозада).

Бу касалликда, айниқса, унинг хроник формаларида, тайинли бир заруриятларга қараб эҳтиётлик билан қон ҳам қуйилади. Бунинг учун цитрат қон, эритроцитлар массаси, плазма, қон зардоби, тромбоцитлар массаси ишлатилади.

Касалликнинг ҳамма формаларида А, С ва В комплекси витаминлари ўрнили бўлади.

Стероид гормонлардан фойдаланиб ўтказиладиган комплекс консерватив терапия наф бермайдиган бўлса, у ҳолда операция қилиниб, талоқ олиб ташланади. Сўнгги вақтда касалликнинг шундай формаларига даво қилиш учун иммунодепрессив воситалар таклиф этилган (6-меркаптопурин, азатиоприн ва бошқалар).

Болаларнинг овқати бекаму кўст ва витаминларга бой бўлиши керак. Бундай касалларнинг режимида уларни ўткир инфекцион касалликлар, шикастланишдан ва дориларни сунстеъмол қилишдан асрашни кўзда тутиш зарур.

Тромбоцитопеник пурпурада амалга ошириладиган профилактик чоралар геморрагик васкулитдаги чоралар билан бир хил (307-бетга қаралсин). Касалликнинг хроник формасида болалар ремиссия даврида мактабга қатнайвериши мумкин, лекин уларни руҳий ва жисмоний травмалардан эҳтиёт қилиш, спорт машгулотлари ва ўйинларидан озод қилиб қўйиш керак.

**Гемофилия** — қон кетиб туришига ирсий мойилликнинг классик шаклидир; бу касаллик билан, одатда, эркаклар оғрийди. Касаллик гемофилияси бор отадан бундай қараганда соғлом бўлиб кўринадиган қизи орқали неварога ўтиши мумкин, ўша отанинг қизи касалликни ўтказувчи киши ёки бошқача айтганда кондуктори бўлиб хизмат қилиши мумкин. Гемофилия патологик жинсий хромосома билан туташган рецессив белги бўйича наслдан-наслга ўтиб боради.

**К л и н и к а с и.** Қон кетишга мойиллик ҳаётнинг 1-йилидаёқ маълум бўлиб қолиши мумкин. Кўпинча бадан терисининг кесилиши, тилнинг тишланиб олиши, тиш олдириш ва ҳоказо сингари травмаларда анчагина қон кетади, бироқ баданнинг арзимас даражада лат ейиши ҳам тери остига, мускуллар орасига кўп қон қўйилиб қолишига сабаб бўлади. Чивин чақишидан ҳам каттакон гематома ҳосил бўлиши мумкин. Гемофилиянинг характерли хусусияти бўғимларга қон қўйилиб қолиши — гемартрозлар пайдо бўлишидир. Кўпинча тизза, тирсақ ва болдир-панжа бўғимлари зарарланади. Янги гемартрозлар жуда безиллаб туради ва температура кўтарилиши билан бирга давом этади. Бўғимларга такрор-такрор қон қўйилиши натижасида зарарланган бўғимларда қисман контрактура пайдо бўлиши ва уларнинг шакли ўзгариб қолиши мумкин.

Қон кетиш ҳодисаси ҳаминша ҳам кўринарли травмага боғлиқ бўлавермайди. Чунончи, шиллиқ пардалардан қон кетиши (бурун, оғиз, қовуқ шиллиқ пардаларининг қонаши), ўпка ва буйрақлардан қон кетиши гўё ўз-ўзидан бошланади.

Гемофилия билан оғриган касалга қарайдиган медицина ходими кўз қовоқларини ағдариб кўриш, зонд, буж, катетер солиш, йўғон игна билан венадан қон олиш ёки игна, скарификатор билан укол қилиш сингари муолажалар хатарли ва ҳатто, ўлимга олиб борадиган даражада қон кетиб қолишига сабаб бўла олишини эсда тутиши зарур.

Гемофилиянинг учта формаси — А, В ва С формалари аниқланган, булар клиник кўринишлари жиҳатидан бир-биридан ҳеч фарқ қилмайдию, аммо лаборатория маълумотлари жиҳатидан ҳар хил бўлади. А гемофилияда қон ивиш системасининг VIII омили етишмаса, В гемофилияда IX омили, С гемофилияда эса XI омили етишмайдиган бўлади.

Шу дард билан оғриган касалларнинг ҳаммасида қоннинг ивиш вақти анчагина узайган бўлади, қон кетиб туриши туфайли юзага келадиган анемияни айтмаганда, қон манзарасида бошқа ҳеч қандай характерли ўзгариш бўлмайди.

Касаллик циклик тарзда ўтади — қон кетиб турадиган даврлар нисбатан тинч даврлар билан навбатлашиб боради.

Касалнинг дарддан мусаффо бўлиб соғайиб кетиши жиҳатидан олганда прогноз яхши эмас, аммо ёш улғайиб борган сайин қон кетиб туриши камроқ ифодаланган бўлиб қолади. Ҳозирги вақтда даво-профилактика тадбирлари амалга ошириб борилаётгани туфайли касаллик прогнози анча яхшиланиб қолди.

**Давоси.** Маҳаллий ва умумий қон тўхтатувчи воситалар қўлланилади. Маҳаллий воситалар жумласига қон тўхтатадиган ҳар қандай препаратдан фойдаланиб, тампонада қилиш (қон тўхтатувчи булут — фибринли булут ва бошқалар билан), қонаб турган жойга совуқ нарса (муз) босиш, босиб турадиган қилиб боғлаб қўйиш, қўл-оёқларни иммобилизация қилиш киради.

**Бевосита йўл билан (тўғридан-тўғри)** қон қуйилади ёки донордан олинганидан кейин кўпи билан 24 соат сақланган консервланган қон қуйилади. Ҳозирги вақтда антигемофил плазма, антигемофил гамма-глобулин, криопреципитат қўлланилади.

**Профилактикаси.** Гемофилия билан оғриган болаларни ҳар қандай травмадан ҳам эҳтиёт қилиш зарур, бунга ота-оналар; ўқитувчилар ва ўқувчилар орасида санитария маорифи иши олиб бориш йўли билан эришилади. Мактаб ўқувчисига авайлайдиган алоҳида режим белгиланиши (физкультура машғулотлари, ўйинлар ва бошқалардан озод қилиб қўйиш), касаллик қўзиб турган вақтда эса машғулотларни уйда уюштириш зарур.

Кўнига 50—100 г дан ерёнғоқ еб туриш тавсия этилади, бунда эпсилон-аминокапронат кислота бўлади.

Ўсмирларга касб танлашда гемофилияси бор касалларни узоқ юриш ёки тик туришга алоқадор ишга қўйиб бўлмаслигини ҳисобга олиш зарур.

Гемофилия билан оғриган касалларнинг ҳаммаси доимо диспансер назорати остида бўлиши керак.

## Лейкозлар

Қон системаси касалликлари группасида лейкозлар кўп учраши жиҳатидан ҳам, дарднинг оғир бўлиши жиҳатидан ҳам дастлабки ўришлардан бирини эгаллайди. Лейкоз қон системасининг оқибати ёмон бўладиган хавфли касаллигидир. Бу касаллик билан барча ёшдаги болалар оғриши мумкин, лекин касалланиш ҳолларининг ҳаммадан кўп сони 6 ёшгача бўлган даврга тўғри келади.

Болаларда учрайдиган лейкозларнинг хусусияти шуки, бу касаллик болаларда аксари ўткир ва ярим ўткир формада ўтади.

Лейкознинг клиник кўринишлари жуда хилма-хил бўлади, организмнинг деярли барча муҳим системалари зарарланади ва ка-

саллиқнинг ўтишида у ёки бу аломатлари маълум бир тартиб билан пайдо бўлиб боради.

Қасалликнинг дастлабки даврида нерв системаси заҳарланиб бориши туфайли ўзгаришлар (иштаҳа пасайиши, инжиқлик, чарчоқлик, уйқу бузилиши ва бошқалар) пайдо бўлиб, бадан терисининг ранги оқариб туради, терига, шиллиқ пардаларга қон қуйилади, дам-бадам иситма чиқиб туради, суяк ва бўғимларда оғриқ туриб, периферик лимфа тугунлари бир қадар катталашади. Мана шу қасаллик аломатлари жуда хилма-хил тарзда бирга қўшилиб, учраши мумкин.

Кейин қасаллик роса авжига чиқадиган давр бошланади. Дастлаб пайдо бўлган симптомлар зўрайиб боради, лимфа тугунлари, жигар, талоқ анчагина катталашади, суяклардаги оғриқлар зўрайиб геморрагия кўринишлари, иситма ва бошқалар кучаяди.

Мана шу даврда периферик қон ва кўмикни текшириб кўриш қасалликка диагноз қўйишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Анемия кучайиб боради, тромбоцитлар сони анчагина кўпаяди, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ортади, лейкоцитлар сони кўпайган (баъзан анча кўпайган), камайган ёки нормал бўлиши мумкин. Қасалликнинг асосий характерли белгиси кўмик пунктатида етилмаган шаклдаги патологик ҳужайралар, бласт ҳужайралари бўлишидир.

Ўткир лейкознинг терминал даври асосий клиник симптомларининг шиддатли тусда авжга кириши ва оқ қон нормал элементларининг патологик шаклдаги етилмаган ҳужайраларга деярли батамом алмашилиши билан характерланади.

Ўткир лейкоз кенг томир отиб жетадиган шундай бир ягона неопластик қасалликки, бунда, гарчи вақтинча бўлса ҳам дарднинг ҳамма аломатлари барҳам топиб кетишига бемалол эришиш мумкин. Замоनावий методлар билан даво қилинганда беморларнинг кўпчилигида узоқ давом этадиган ремиссия бошланади.

Лейкозни батамом йўқ қилиб юборишнинг иложи бўлмаганлигидан асосий вазифа беморнинг умрини имкони борича узайтириб актив ҳаёт фаолиятини сақлаб қолишдан иборат.

Ҳозир лейкозга қарши ишлатиладиган воситалар қаторига антипуринлар (6-меркаптопурин), фолат кислота антагонистлари (метотрексат), ўсимликлардан олинадиган алкалоидлар (винкристин, винбластин) қиради. Бундан ташқари, беморга қон қўйиб турилади, антибиотиклар, витаминлар берилади, симптоматик даво қилинади. Ана шу воситаларнинг ҳаммаси беморнинг индивидуал хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда маълум бир тартиб билан буюрилади.

Қасалликка қилинадиган даво лейкомия процесси авж олиб турган даврда бўлсин, ремиссияга кирган даврда бўлсин, тўхтовсиз давом эттириб борилади. Турғун ёки қисман ремиссия бошлангунча беморлар қасалликда доволаниб боради. Поликлиникада қилинадиган даво врачнинг доимий назорати остида, зарур бўлган бутун даво тадбирлари комплексини қўлланган ҳолда ўтказилади.

### **Диффуз гломерулонефрит**

Гломерулонефрит ёки нефрит инфекцион аллергик касаллик эканлигини ҳозир ҳамма эътироф этади. Бу касаллик пайдо бўлишидан аввал кўпинча ангина, ўткир респиратор касалликлар, грипп, гоҳо (аввалги йиллардагига қарши ўлароқ) скарлатина бўлиб ўтади.

Диффуз гломерулонефритнинг келиб чиқишида стрептококк, стафилококк, бошқа турдаги кокклар, шунингдек вирус инфекцияси ҳаммадан муҳим ролни ўйнайди. Совқотиш, захда қолиш нефрит пайдо бўлишини осонлаштиради, бундай ҳодисалар сенсibilлашган организмда ҳал қилувчи омил ролини ўйнайди. Касалликка мойил қилиб қўядиган омиллар жумласига экссудатив-катарал диатез, шунингдек аллергик реактивликка организмнинг ирсий мойиллиги киради.

**К л и н и к а с и.** Бу касаллик ҳар қандай ёшдаги болаларда ҳам учрайверади, аммо мактабгача тарбия ва кичик мактаб ёшидаги болаларда ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди, ўғил болаларда қиз болалардагидан кўра кўпроқ бўлади.

Диффуз гломерулонефрит бирдан ва аста-секин, билинмасдан бошланиши мумкин. Бирдан бошланганида кўпинча ҳолсизланиш, бош оғриғи, кўнгил айниши бўлиб туради, бола қусади, иштаҳаси пасайиб, танасининг температураси кўтарилади. Боланинг ранги оқариб, юзи айниқса, кўз қовоқларининг соҳаси керкиб туради, шишлар пайдо бўлиб, гавда ва қўл-оёқларга тез тарқалиб боради. Кўпгина болаларда биринчи кунларда диурез кескин камаяди, сийдик ранги гўшт селига ўхшаб қолади. Касаллар бели, қорни оғриб туришидан, сийдик вақтида оғриқ сезишидан нолиши мумкин.

Диффуз гломерулонефритнинг ҳаммадан кўп учрайдиган аломатлари сийдик синдроми, юрак-томирлар системаси билан марказий нерв системасида бўладиган ўзгаришлардир.

Касалликнинг дастлабки кунларида қайд қилинадиган олигурия (диурезнинг камайиб қолиши) бола ўриндан турмай, ётиб турадиган ва парҳезга риоя қиладиган бўлса, 4—5 кундан кейин ўтиб кетади, ундан кейин баъзан кўп-кўп сийдик келиб турадиган бўлади.

Сийдик текшириб кўрилганида гематурия, протеинурия, лейкоцитурия, цилиндурия топилади.

Сийдикда қон бўлади — бу нефритнинг ҳаммадан кўп учрайдиган ва доимий бўладиган симптоmidир. Макрогематурия ва микрогематурия бўлиши мумкин, бу ҳолларда сийдик чўкмасини Жаковский—Аддис методи бўйича текшириб кўриш тавсия этилади.

Касаллик давомида гематурия даражаси ўзгариб туриши мумкин, кўпчилик беморларда касалликнинг 3—4-ҳафтасидан бошлаб у камаяди ва 2-ойида барҳам топиб кетади. Баъзи касаллардаги-

на микрогематурия нефритнинг бошқа ҳамма симптомлари йўқолиб кетганидан кейин ҳам узоқ сақланиб туради (3—6 ойгача).

Протенурия одатда катта рақамларгача етиб бормади ва 1—2 г/л атрофида бўлиб, фақат баъзан 3—9 г/л гача кўтарилади ва бундан ортади.

Сийдик чўкмаси текшириб кўрилганида гломерулонефрит билан оғриган касалларнинг деярли ярмида бир оз миқдор лейкоцитлар топилиши мумкин.

Цилиндурия бошқа белгиларидан кўра камроқ қайд қилинади, бунда баъзи-баъзи анализларда гиалин, гоҳо донатор цилиндрлар топилади.

Баданга шиш келиши — бу касалликнинг энг илк белгиларидан бири. У одатда ўткир нефритда кузатилади. Аввалига юз керикиб туради, бу — эрталаблари кўпроқ сезиладиган бўлади, кейинчалик эса шишлар гавда ва қўл-оёқларга тарқалиб боради. Катта шишлар касалликнинг нефротик формаларига характерли ва ҳа деганда қайтавермайдиган бўлади. Ўткир нефритда шишлар аста-секин қайтиб боради.

Юрак-томирлар системасига келганда артериал гипертония ҳаммадан доимий белги бўлиб ҳисобланади. Касалларнинг кўпчилигида артериал босим касалликнинг ўткир даврида ўртача кўтарилади, аксари дастлабки 3—4 ҳафтада тўла-тўқис нормаллашиб қолади, гоҳида артериал босим касалликнинг 2—3 ойи мобайнида кўтарилганича қолаверади. Артериал гипертониянинг доимий бўлиши ва узоқ сақланиб туриши прогностик жиҳатдан ёмон белги бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари, касалликнинг ўткир даврида баъзи болаларда ҳансираш бошланиб, юрак чегаралари кенгайиши, тонлари бўғиқлашиб қолиши, ўпка артериясида II тон акценти бўлиши, жигар катталашуви мумкин.

Ўткир гломерулонефритда нерв системасининг зарарланишига алоқадор белгилардан камдан-кам ҳолларда эклампсия хуружлари бўлиб туриши мумкин. Болада бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш бошланади, артериал босим кўтарилиб, кейин бола ўзидан кетиб қолади, олдинига клоник, кейин тоник талвасалар пайдо бўлади, бола тилини тишлаб олиши, қовуғи билан ичаги ихтиёридан ташқари бўшалиб туриши мумкин. Талвасалар 2—3 минутдан то 15—30 минутгача давом этади, кўпинча бир марта бўлади, аммо бир неча кун давомида нотайин вақт оралатиб туриб, яна такрорланиши ҳам мумкин.

Касалликнинг ўткир даврида анемия қайд қилинади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ортади, лейкоцитоздан кўра кўпроқ лейкопения бўлади.

Болаларда диффуз гломерулонефрит кўринишлари ҳар хил бўлиши мумкин. Бу касалликнинг бир қанча классификацияси таклиф этилган, бироқ Г. Н. Сперанский ва ҳамкорлари томонидан таклиф этилган амалий классификацияси ҳаммадан кўра кўпроқ расм бўлган, бу классификация касалликнинг клиник формалари, ўтишидаги вариантлари, касалликнинг актив ва инактив фазаларини



ҳамда буйрақлар функциясининг ҳар хил даражадаги бузилишларини ўз ичига олади.

Клиник белгиларига кўра диффуз гломерулонефритнинг учта формаси тафовут қилинади: гематурик, нефротик ва аралаш формалари. Гематурик формаси ўртача гипертензия, унча билинмайдиган шишлар ва гематурия билан намоён бўлади, гематурия экстраренал аломатлар йўқолиб кетганидан кейин сақланиб туради. Нефротик формаси асцит билан гидроторакс даражасигача борадиган тарқоқ шишлар, протеинурия, цилиндрурия, гипо- ва диспротеинемия бўлиши, эритроцитлар чўкиш тезлигининг кескин кучайиши ва болада тез дистрофия авж олиб бориши билан характерланади. Касалликнинг шу формаси билан оғриган баъзи беморларда ўтиб кетадиган гипертензия ва гематурия кузатилиши мумкин.

Диффуз гломерулонефритнинг аралаш формаси учун бир вақтнинг ўзида гипертензия, шиш синдроми, макрогематурия, кўп протеинурия бўлиши, шунингдек, турли даво чораларининг ҳа деганда унча фойда беравермаслиги характерлидир.

Гломерулонефритда касаллик бир неча вариантларда ўтиши мумкин: ўткир ҳолда, узоқ чўзилиб, сурункали тарзда, тўлқинсимон, латент тарзда ўтиши шулар жумласидандир. Ўткир ҳолда ўтиши касалликнинг сезиларли экстраренал белгилар бериб, шиддатли бошланиши билан характерланади, даво таъсири остида бундай белгилар тез орада йўқолиб кетади, лекин сийдик синдроми бирмунча секинлик билан барҳам топиб боради. Баъзи беморларда сийдик чўкмасидаги патологик ўзгаришлар касалликнинг бошидан ҳисобланганда 2 ой мобайнида батамом йўқолиб кетади.

Диффуз гломерулонефрит узоқ чўзилиб, сурункали равишда ўтганида касалликнинг дастлабки даврида ўткир белгилар бўлмайди, экстраренал симптомлар рўй-рост билинмайди, касаллик сустилик билан, торпид равишда авж олиб боради ва патологик сийдик синдроми касалликнинг бошидан ҳисоблаганда кўп ойлار мобайнида сақланиб қолади.

Тўлқинсимон ўтиши касаллик рецидивлари билан ремиссияларининг кетма-кет навбатлашиб бориши билан характерланади. Ремиссия вақтида касалликнинг клиник-лаборатория аломатлари батамом йўқолиб кетиши мумкин. Касалликнинг аввал ўткир ҳолда ва сурункали тарзда ўтиши кейинчалик тўлқинсимон характерга кириб қолиши мумкин.

Касаллик латент тарзда ўтганида экстраренал белгилар бўлмайди ва сийдик чўкмасидаги ўзгаришлар, одатда, диспансер текширувида маълум бўлиб қолади.

Гломерулонефритнинг актив фазаси гипертензион синдром, шиш ва сийдик синдромларининг зўр бўлиши, моддалар алмашинувнинг бузилиши ва буйрақлар функционал ҳолатининг ўзгариб қолиши билан характерланади. Бу фазаси ҳар хил ўтиши мумкин.

Инактив фазаси сийдикдаги патологик ўзгаришлар йўқолиб кетадиган ва қон асосий биохимиявий кўрсаткичлари (қолдиқ

азот, умумий оқсил ва унинг фракциялари, холестерин, умумий липидлар ва фракциялари ва ҳоказо) аслига келиб қоладиган клиник-лаборатория ремиссия деб ҳисобланади.

Диффуз гломерулонефритга тўла-тўқис характеристика бериш учун буйрақлар функционал ҳолатини аниқлаб олиш зарур.

Буйрақларнинг филтрацион ва концентрацион хусусиятларида ўзгаришлар йўқлиги буйрақ етишмовчилиги йўқлигидан дарак беради. (BE<sub>0</sub>). Филтрация суткали ритмининг бузилиши, унинг бир зайлда эканлиги ёки айниб қолгани I даражали буйрақ етишмовчилиги (BE<sub>1</sub>) учун характерлидир. II даражали буйрақ етишмовчилигида (BE<sub>2</sub>) да қолдиқ азот ва қондаги мочевина миқдорининг ўртача кўпайиб қолгани, филтрация ритмининг сутка мобайнида рўй-рост бузилиб туриши маълум бўлади. III даражали буйрақ етишмовчилиги (BE<sub>3</sub>) ёки хроник буйрақ етишмовчилиги (ХБЕ) учун уремия олди ва уремия белгилари пайдо бўлиши: турғун гипертензия, анемия, азотемия, турғун гипоизостенурия бўлиши, кислота-ишқорлар мувозанатининг бузилиши, электролитлар балансининг ўзгариши характерлидир.

Сийдикдаги шакли элементлар ва микробларни аниқлаш, айниқса буйрақларда латент ҳолда ўтаётган яллиғланиш касалликларининг диагностикаси учун катта аҳамиятга эга. Бундай ҳолларда гап шакли элементлар сонининг одатдаги методлар билан топиб бўлмайдиган даражада салгина кўпайиши устида боради. Чунончи, сийдикда кўрув майдонида 2 тадан то 5 тагача лейкоцитлар бўлиши аксари ҳисобга олинмайди ва камдан-кам одамни ҳушёр қилади, ҳолбуки, бунда сийдик билан бирга чиқарилган умумий лейкоцитлар сони нормадагига қараганда бир неча баравар кўп бўлиши мумкин.

Соғлом боланинг сийдиги одатдагича текшириб кўрилганида, бир ёки бир нечта лейкоцитлар (кўрув майдонида 2—3 тагача), эритроцитлар (кўрув майдонида 0—1 та), эпителий ҳужайралари (кўрув майдонида 0—1 та) топилади; цилиндрлар нормада одатда бўлмайди.

Пиелонефрит учун лейкоцитлар миқдорининг, гломерулонефрит учун эритроцитлар билан цилиндрлар миқдорининг юқорида келтириб ўтилган рақамларга қараганда анчагина кўпайиб қолиши характерлидирки, бунинг дифференциал диагностика жиҳатидан бир қадар аҳамияти бор.

Соғлом болаларда бир кеча-кундуз давомида сийдик билан (1,5—2,5) · 10<sup>6</sup>/1,5—2,5 млн. гача лейкоцитлар, 1,0 · 10<sup>6</sup>/1 млн.) гача эритроцитлар, 10 · 10<sup>3</sup> (10 минг) гача цилиндрлар (гиалин цилиндрлари) ва цилиндроидлар чиқиб туради.

Яширин лейкоцитурия ва гематурия бор-йўқлигини аниқлаш учун Каковский—Аддис ва Нечипоренко методларидан фойдаланилади. Каковский—Аддис методи бўйича сийдикни бир неча-кундуз давомида йиғилади ва сийдик чўкмасидаги шакли элементлар тегишли ҳисоб билан суткали сийдик миқдоридан ҳисоблаб чиқарилади.

Нечипоренко усулида ихтиёрий олинган 5—10 мл сийдик чўкмаси текширилади. Бу синама педиатрия амалиёти учун жуда қимматли. Болаларнинг 1 мл сийдигида нормада 2000 тагача лейкоцитлар ва 1000 тача эритроцитлар бўлади.

Мана шу синамаларнинг иккаласи фақат дифференциал-диагностик жиҳатдан аҳамиятга эга бўлибгина қолмай, балки одатдаги методлар билан сийдикни текширишда анализ натижалари аслига келиб қолганидан кейин ҳам давонинг нагжасини кузатиб бориш учун жуда қимматлидир, чунки булар чўкмадаги яширин ўзгаришларни, процесснинг ҳали барҳам топмаганлигидан дарак берадиган ўзгаришларни аниқлаб бера олади ва давони давом эттиришни талаб қилади.

Буйрақларни функционал текшириш методларидан Зимницкий синамаси ҳаммадан кўп расм бўлган. Боладан чиққан сийдик нисбий зичлиги ва миқдорининг ўзгаришларига қараб буйрак функцияси тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Зимницкий методи бўйича сийдик йиғишда сийдикнинг бир қисми эмас, балки ҳаммаси идишга йиғиб олинишига аҳамият бериш зарур. Бу — суткали диурез ва унинг сутка давомида тақсимланиши тўғрисида фикр юритишга имкон беради. Ҳар гал сийилган сийдикнинг миқдори ва нисбий зичлиги (солиштирма массаси) аниқланади. Кундузги диурез умумий диурезнинг  $\frac{2}{3}$  қисмини ташкил этадиган бўлиши керак.

Сийдик нисбий зичлигининг ўзгаришлари 1,001—1,012 атрофида бўлмай, балки 1,012 дан кўп, яъни 1,012—0,025 атрофида ва бундан кўра кўпроқ бўлса, бундай буйрак функцияси яхши деб ҳисобланади. Сийдик нисбий зичлигининг 0,010—1,012 атрофида бўлиши буйрақлар концентрацион функцияси бузилганидан дарак беради.

Сўнгги йилларда Зимницкий синамасига тўлдириш киритилди, бу шундан иборатки, ҳар бир кундузги сийдик порциясида чўкмаси текшириб кўрилади, бу чўкмада қандай бўлмасин, патологик элементлар топилиши мумкин.

Текшириш учун катта болаларда сийдикни йиғиб олиш қийинчилик туғдирмайди. Ёш гўдак болаларда сийдик олиш ҳамиша қийинчиликлар билан боғланган бўлади. Сийдикни бир бўлак пахтага йиғиб олиш ярамайди, чунки бунда сийдикка ҳар хил аралашмалар тушиб қолади, шаклли элементлар эса филтрланиб ушланиб қолиши мумкин. Умумий анализ учун сийдик олишдан аввал ташқи жинсий органларни тозалаб олиш керак. Сийдикни бола уйғонгандан кейин уни йўрғакларидан бўшатиб туриб олган маъқул. Олдиндан тайёрлаб қўйилган тоза стаканни тутиб, текшириш учун сийдик олинади. Эмадиган болаларда суткали сийдикни йиғиш учун ҳар хил мосламалар бор (жинсий олатга қўйиладиган пластмасса накладкалар, пластмасса халтачаларни ёпиштириб қўйиш усуллари ва бошқалар). Чақалоқларда сийдик йиғиб олиш осонроқ, чунки улар деярли ҳаракат қилмайди ва ёпиштириб қўйиладиган ҳар хил мосламалар яхши туради.

Қоннинг азотли чиқиндилардан тозаланиш даражаси ўрганиладиган бўлса, буйрақларнинг ҳамма функциялари тўғрисида бир қадар ишончлироқ тасаввур ҳосил қилиш мумкин (қолдиқ азот, мочевина, креатинин аниқланиб, қоннинг тозаланиши клиренс-тестлар билан синаб кўрилганида).

**Д а в о с и.** Диффуз гломерулонефритда қилинадиган даво режими белгилаш, парҳез қилиш, микробларга қарши, иммунодепрессив ва симптоматик дори-дармонларни қўлланишни ўз ичига олади.

Гломерулонефрит ўткир ўтаётганида ёки қўзиб қолганида беморлар касалхонага ётиб доволанишлари керак. Касалликнинг ўткир клиник кўринишлари (гипертония, шишлар, макрогематурия) пайдо бўлган вақтдан бошлаб ҳисоблаганда камида 3—4 ҳафта давомида ўриндан турмай ётилади, экстраренал белгилар йўқолиб кетганида ҳожат учунгина ўриндан туриладиган режим, кейинчалик эса эркин касалхона режими буюрилади. Ўткир нефрит билан оғриб ўтган касаллар ҳаддан ташқари чарчаш, узоқ вақт тик туриш, совқотиш, айниқса нам жойларда совқотиб қолишдан узоқ муддат (1 йилгача ва бундан кўра кўпроқ) гача ўзларини эҳтиёт қилиб юришлари керак.

Бундай касалларнинг овқати жуда катта аҳамиятга эга. Касаллик ўткир ўтаётганда ёки тўлқинсимон ўтиб туриб, қўзиб қолган даврда енгиллаштирувчи қанд-мева кунлари буюрилади. Одатда қанднинг  $\frac{1}{3}$  қисми соф ҳолда берилади (10—12 г/кг),  $\frac{1}{3}$  қисми олма билан (300 г олма 40 г қандга баравар келади) ва  $\frac{1}{3}$  қисми мева қоқи ва мураббо билан алмаштирилади. Енгиллаштирувчи кун қилинганида 1—2 стакан чой ичишга рухсат берилади. Гипертензион синдром билан шиш синдроми, буйрак етишмовчилиги давом этаверса, орадан 5—7 кун ўтказиб туриб, енгиллаштирувчи кун такрорланади, бунда қўрда пиширилган картошка, қора олхўри, майиз бериш мумкин.

Енгиллаштирувчи кун ўтказилганидан кейин тузсиз ва ҳайвон оқсиллари чекланган овқат буюрилади. Бундай овқат масаллиқлари сабзавот, картошка, мевалар, ўсимлик мойи, ёрмалар, ун, қанд, конфет (шоколадлимасидан), чекланган миқдордаги сут, тухум, қаймоқ, мева сувлари ва баъзи қандолат маҳсулотлари (мураббо, мармелад, зефир), тузсиз бугдой нондан иборат. Овқатга гўшт, балиқ, творог ишлатмаслик йўли билан оқсил чеклаб қўйилади. Шишлар, гипертензия, буйрак етишмовчилиги аломатлари йўқолиб борган сайин овқат режими кефир, творог, қайнатма гўшт сингари маҳсулотлар ҳисобига кенгайтириб борилади. Гломерулонефрит ўткир ҳолда ўтаётганида касалликнинг бошидан ҳисоблаганда 1 ойдан кейин овқатга ош тузи қўшилади. Экстра-ренал аломатлар барқарор қайталанмай турадиган бўлса, касалликнинг 2-охирида экстрактив моддалар, гўшт шўрва, қовурма гўшtdан ташқари ҳамма маҳсулотларни беравериш мумкин. Овқатга солинадиган ош тузи миқдори 2—4 г га тенг бўлади. Кейинчалик уй шароитида ҳам шундай парҳез тавсия этилади.

Бемор касалхонага келган биринчи кунлардан бошлаб витаминлар: суткасига 200—500 мг дан аскорбинат кислота, 15—30 мг дан тиамин билан рибофлавин, 50—60 мг дан рутин буюриш керак. Зарур бўлса, А, В<sub>6</sub>, К, В<sub>12</sub>, D витаминларни ҳам ишлатиш лозим.

Кальций препаратлари касалликнинг ўткир даврида 1—2 ойга буюрилади, кейинчалик бу препаратлар профилактика мақсадида ойлик циклар билан ишлатиб борилади. Стероид препаратлар билан зўр бериб даво қилинаётганда ҳамма болалар калий хлорид (суткасига 2—5 г) олиб туришади.

Нефритнинг нефротик ва аралаш формаларида, шунингдек, касалликнинг гематурик варианти билан оғриган кўпгина беморларга жигарнинг функционал ҳолати бузилган ҳолларда метионин, липокаин, витамин В<sub>12</sub> бериш зарур.

Сезиларли шишлар бўлган даврда қуруқ плазма ва 25—40% ли глюкоза эритмасини венадан томчилаб юбориб турилади. Анемия бор маҳалларда беморлар темир препаратлари олиб туришлари керак.

Касаллик актив фазага кирганида ва қўзиб қолганда ҳамма беморларга антибиотиклар буюриш зарур. Антибиотикотерапиянинг қанча муддат давом этиши ва қандай жадалликда бўлиши гломерулонефритнинг формасига, касалликнинг босқичига, буйрак етишмовчилиги даражасига, ўчоқли инфекциянинг нечоғли ифодаланганига боғлиқ. Беморларни кортикостероидлар, цитостатиклар, антиметаболитлар билан даволашда антибиотикларни қўлланиш зарур. Гломерулонефритнинг гематурик формаси ўткир ҳолда ўтаётганда антибиотикларни боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда ўрта ҳисобда 1½ ойгача буюриб, ҳар 10—12 кунда препаратларни алиштириб туриш керак. Таъсири узоқ чўзиладиган (пролонгланган) пенициллин (бициллин-5) ишлатиш мақсадга мувофиқдир. Инфекция ўчоқлари бекаму кўст санация қилинган ва ишлатилаётган преднизолон дозаси суткасига 15 мг дан ортмайдиган бўлса, стероид терапия қилинаётганда антибиотикларни доим ишлатиб боришга ҳожат қолмайди.

Ўткир гломерулонефрит вақтида ва у қўзиб қолганда экстра-ренал симптомлар бўлмаса, касалликнинг 3—4-ҳафтасига келиб, касалхонада тишларга консерватив ва радикал даво қилиш мумкин.

Тонзилләктомияни касаллик босилиб турган даврда антибиотиклар ва гистаминга қарши препаратлар ҳимояси остида ўтказиш тавсия этилади.

Гипотензив дори-дармонлар тариқасида болаларга резерпин (суткасига 0,1—0,25 мг), дибазол (боланинг ҳар бир ёшига суткасига 0,001 г ҳисобидан), метилдофа (кунига 0,15—0,2—0,25 г дан) ишлатилади.

Шиш синдроми пайдо бўлганида ишлатиладиган диуретик моддалар жуда ҳар хил, ҳаммадан кўп ишлатиладиганлари 17-жадвалда келтирилган.

Диффуз гломерулонефритга қилинадиган давонинг энг муҳим тури иммунодепрессант терапиядир, бунда қуйидаги дори-дармонлар ишлатилади: 1) глюкокортикоидлар; 2) 4-аминохолин қатори унумлари; 3) антимиототик ва антиметаболик таъсир кўрсатадиган моддалар.

Нефритнинг нефротик формаси билан оғриган, буйрак етишмовчилигининг аломатлари йўқ болаларга глюкокортикоидлар бериб туриш ўринлидир (суткасига 2—1,5 мг ҳисобидан преднизолон). Препарат 3—4 ҳафта энг юқори дозада ишлатиб борилади, кейин 1—1½ ой мобайнида қувватлаб борувчи терапия ўтказилади, бундай терапия орадан 4 кун ўтказиб туриб бошланадиган 3 кунлик цикллар кўринишида бўлади (препарат эрталабки соатларда кўпи билан 20 мг миқдориди берилади). 1½—2 йил давомида цикллар билан даво қилишда преднизолон дозаси ҳар 3—4 ойда 2,5—5 мг га камайтириб борилиши керак. Клиник-лаборатория ремиссияси турғун бўлса, даво ни тахминан 2 йил давом эттириб борилгандан кейин қувватловчи терапия қилишни тўхтатиш мумкин.

17 - ж а д в а л

Энг кўп ишлатиладиган диуретик моддаларнинг дозалари ва таъсирининг муддатлари

Препарат	Дозаси		Максимал таъсири қанчага боради, соат	Таъсирининг муддати соат
	бир мартали	суткали		
Дихлотиазид	5—10 мг/кг	25—50	3—6	10—12
Циклометиазид	½—1 табл.	½—1 табл.	2—4	4—6
Фуросемид (лазикс)	1,5—2 мг/кг	20—60	0,5	4—6
Спиронолактон (альдактон, верошпирон)	15—20 мг/кг	50—300	18—72	120—144
Этакринат кислота (урегит)	0,05—0,1 г	0,025—0,05 г	1—2	9—12
Диакарб (фонурит)	0,125—0,25 г	0,5—0,75 г	4—6	10—12

Нефритнинг гематурик формаси, чала-ярим нефротик синдроми ва аралаш формаси бор болаларга камида 6 ой давомида аминохалин препаратлари (суткасига 5—10 мг/кг ҳисобидан хингамин) бериб туриш ўринлидир.

Нефритнинг нефротик формасида клиник жиҳатдан маълум берадиган гормонорезистентлик бўлганида, шунингдек преднизолон билан даволаш фойда берганига қарамай, касаллик тез-тез қўзиб турадиган ҳолларда болаларни даволаш учун 6 ҳафта давомида 0,2 мг/кг дозада хлорбутин бериб туриш мақсадга мувофиқдир.

Диффуз гломерулонефрит билан оғриган болалар диспансер кузатуви остида бўлиши керак. Клиника-лаборатория жиҳатидан олганда тўла ремиссия ҳолида касалхонадан чиқарилган болалар

1 йил давомида 3 ойда бир мартадан текшириб турилади, кейинчалик касаллик қўзймайдиган бўлса, 6 ойда бир марта текшириб борилади. Ойига 1 марта сийдик, 2 ойда бир марта қон анализдан ўтказиб турилади.

Клиник-биохимиявий жиҳатдан ремиссия ҳолига ўтган ва қолдиқ сийдик синдроми бўлган болалар ойига бир марта текширишдан ўтказиб турилиши керак, 2 ҳафтада бир марта сийдиги, 2 ойда бир марта қони анализ қилиб турилади.

Клиник ремиссия тўла-тўқис бўлмаса, болаларни ҳар ойда, глюкокортикоидлар буюрилганида эса ҳар ҳафтада текширишдан ўтказиб туриш керак. 2 ҳафтада бир марта сийдиги, 2 ойда бир марта қони анализ қилиб кўрилади.

Бола касалхонадан чиқарилганидан кейин даво буйрақлардаги патологик процесснинг активлигига боғлиқ бўлади.

Клиник ремиссия даврида ва қолдиқ сийдик синдроми бўлганида болаларни ихтисослаштирилган санаторийларга юбориш мумкин (Байрамали, Қримнинг Жанубий соҳили, Москва атрофларига).

Эҳтиётдан эмлаш ишлари (профилактик вакцинациялар) клиника-лаборатория жиҳатидан тўла-тўқис ремиссия бошланганидан бир йил кейин ўтказилади.

Гломерулонефритнинг гематурик формаси билан оғриб ўтган болалар клиника-лаборатория жиҳатидан тўла-тўқис ремиссия бошланган вақтдан ҳисоблаганда 2 йил давомида диспансер кузатуви остида туради.

Касалликнинг нефротик ва аралаш формаси билан оғриган болалар доимо диспансер кузатуви остида бўлади, лекин 15 ёшга тулганидан кейин уларни терапевт кузатуви остига ўтказилади.

## Пиелонефрит

Пиелонефрит буйрақларнинг тубуляр системаси ва интерстициал тўқимасида микроблар туфайли яллиғланиш процесси бўладиган касалликдир. Оралиқ тўқиманинг процессга қўшилиб кетиши бу касалликни қўзиб туришга мойил қилиб қўядиган сабабларнинг биридир.

Пиелонефрит жуда тез-тез бўлиб турадиган буйрак касаллигидир, у ҳамма ёшдаги болаларда ҳам учрайверади, аммо 3 ёшгача бўлган болаларда бу касаллик кўпроқ бўлади, бунини шу ёшдаги болаларнинг анатомио-физиологик хусусиятларига боғлиқ деб ҳисоблаш керак. Яллиғланиш процессининг тарқалувчанлигига, хусусан стафилококк инфекциясининг тарқалувчанлигига гўдак болаларнинг мойил бўлиши ҳам бир қадар аҳамиятга эга.

Ҳаётининг 1-йилини яшаб келаётган ўғил болалар билан қиз болаларда пиелонефрит тахминан бирдек учрайди. Болалар ёши улғайиб борган сайин бу касаллик қизларда кўпроқ учрайдиган бўлиб қолади.

Инфекция буйракка лимфоген, гематоген ва уриноген йўллар

билан киради. Лимфоген йўл болаларда ҳаммадан кам аҳамиятга эга ва колитлар билан вульвовагинитларда кўрилиши мумкин. Уриноген инфекция (юқори кўтарилиб борадиган инфекция) аксарини қизларда кузатилади (вульвовагинитларда, асбоблар билан текширишда қовуққа инфекция ўтиб қолганида) ва буларда уретранинг кенг, калта бўлиши ҳамда ташқи тешигининг анал тешикка яқин туришига боғлиқ деб ҳисобланади.

Инфекция асосан гематоген йўл билан тарқалади, инфекция ўтишининг асосий сабаблари эса йирингли тери касалликлари, септик касалликлар, меъда-ичак йўли касалликлари (токсик диспепсиялар, колитлар, энтероколитлар, гижжа инвазиялари), ўпка ва юқори нафас йўлларининг касалликлари, бирмунча каттароқ ёшда эса тонзиллит, тиш кариеси, йирингли отитлардир.

Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда буйрак ва сийдик йўлларининг микроблар туфайли яллиғланиб касалланишини осонлаштириб қўядиган омиллар сифатида гипотрофия, экссудатив-катарал диатез, гиповитаминоз D катта аҳамиятга эга.

Буйракка кириб қолган микроблар ундан ювилиб кетишини ёки унда бирмунча вақт сақланиб қолиши, аммо сони кам бўлгани ёки буйрак тўқимаси кўп қаршилиқ кўрсатиб тургани туфайли ўзини ошкор қила олмаслигини эсда тутиш зарур. Демак, пиелонефрит пайдо бўлиши учун биргина бактериуриянинг ўзи кифоя қилмайди, сийдик оқиб кетишининг қийинлашиб қолиши — уростаз бўлиши ҳам керак. Уростаз кўпчилик ҳолларда ҳар хил туғма аномалиялар бўлганида ва сийдик йўлларининг ҳар қандай жойларидаги бошқа касалликлар вақтида бошланади.

**К л и н и к а с и.** Пиелонефритнинг клиник кўринишлари боланинг ёшига, касалликдан олдинги умумий аҳволига, шунингдек сийдик инфекциясининг қай тариқа маълум беришига кўп жиҳатдан боғлиқдир.

Бу касалликнинг асосий симптоми лейкоцитурия билан бактериурия бўлишидир. Буни сийдик мунтазам текшириб борилганда аниқланади. Шу билан бир қаторда қорин, белда оғриқ бўлиши, сийдик тез-тез келиб турадиган (2 ёшгача бўлган болаларда учрайдиган «хўл иштон» симптоми) ёки, аксинча, ҳа деганда келавермайдиган бўлиб қолиши, кечалари сийдик туюлмаслик, ачишиш ҳодисалари бўлиши, сийдиш вақтида оғриқ сезилиши, бола мажбурий вазият олиб туриши ва ҳар хил интоксикация кўринишлари бўлиши мумкин.

Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда касалликнинг клиник манзарасида умумий интоксикация симптомлари устун туриб, меъда-ичак йўлининг иши бузилади, тана вазни камайиб боради.

Мақтабгача тарбия ёшидаги болалар пиелонефритида умумий интоксикация симптомлари, оғриқ синдроми, дизурик ўзгаришлар аксари сезиларли бўлади, сийдикда бир талай лейкоцитлар ва бактериялар топилади.



Мактаб ёшидаги болаларда интоксикация кўпинча астения (бўшақшар, бош оғриши, салга чарчаб қолиш, иштаҳа пасайиши ва бошқалар) характериغا киради, сийдикдаги ўзгаришлар арзимас даражада ва нотаин бўлади, шу сабабдан буларни топиш учун махсус текшириш усулларини қўлланиш талаб этилади.

Нормал равишда сийдик оқиб ўтишига тўсқинлик қилувчи туғма ёки турмушда орттирилган уропатиялар бўлганида болалардаги пиелонефритнинг клиник симптомлари аниқроқ ифодаланган бўлади.

Пиелонефритда касалликнинг бошланиши ва кейин давом этиб бориши ҳар хил бўлиши мумкин. Баъзан касаллик тўсатдан бошланади: бирдан температура кўтарилиб, қалтираш, қорин ва бел оғриғи пайдо бўлади (орқа томондан XII қовурға соҳасига тукиллатиб уриб кўриш — Пастернацкий симптоми мусбат бўлиб чиқади), дизурик ўзгаришлар бошланади. Сийдик лойқа бўлиб қолади, ичида ипир-ипир нарсалар пайдо бўлади, баъзан салгина қон билан бўялган бўлади.

Бирдан бошланган пиелонефрит эсон-омон ўтиб кетадиган циклик характерга кириши мумкин. Бироқ, баъзи болаларда бу касаллик сурункали, тўлқинсимон ёки латент характерга кириб қолади.

Диагностик жиҳатдан олганда пиелонефритнинг латент тарзда ўтиши ҳаммадан мушкул бўлиб ҳисобланади, шу сабабдан Каковский—Алдис ёки Нечипоренко методи бўйича («Диффуз гломерулонефрит» га қаралсин) сийдик синдромини ўз вақтида аниқлаб олиш алоҳида аҳамиятга эга.

Периферик қонда бўладиган ўзгаришлар бир хилда эмас. Пиелонефрит ўткир ҳолда ўтганида сезиларли нейтрофил лейкоцитоз топилади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги зўрайган бўлади. Пиелонефрит латент тарзда ўтганида гематологик кўрсаткичлар кам ўзгаради ёки нормал бўлади.

Бу касалликнинг диагностикасида рентгенологик текшириш методлари ва буйракларнинг функционал ҳолатини аниқлаб берадиган методлар алоҳида ўринни эгаллайди.

Баъзи тадқиқотчилар бирламчи (обструктивмас) ва иккиламчи (обструктив) пиелонефритни тафовут қилишади. Бирламчи пиелонефрит дейилганда буйрак тўқимасида микроблар туфайли яллиғланиш процесси пайдо бўлган; тушунилади, бунда буйрак тузилишида анатомик, гистологик ёки ферментологик камчилик борлигини ҳозирги замонда мавжуд бўлган клиник-лаборатория, рентгенологик ва морфологик текшириш методлари билан топиб бўлмайди.

Д а в о с и. Пиелонефритда даво комплекс бўлиши керак, унинг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат: 1) буйрак тўқимаси ва сийдик йўлларида микроблар туфайли юзага келган яллиғланиш процессини йўқотиш ёки сусайтириш; 2) регенератор процессларни кучайтириш; 3) буйракларнинг интерстициал тўқимасида склеротик процесслар авж олиб боришини камайтириш;

моддалар алмашинуви ва буйрақларнинг функционал ҳолатидаги ўзгаришларни бартараф этиш.

Пиелонефритнинг III даражасида, баъзи ҳолларда эса, айниқса гўдақ болаларда II даражасида ҳам ўриндан турмай ётиш тайинланади.

Касалликнинг фақат сийдик синдромини оғирлаштирадиган тарзда қўзиши ҳаракат активлигини қаттиқ чеклаб қўйишни талаб қилмайди, чунки ҳаракат активлиги қаттиқ чеклаб қўйиладиган бўлса, бу нарса болаларда мускул атонияси бошланишига олиб боради ва сийдикнинг оқиб кетиши қийинлашиб қолишига олиб келади.

Касалликнинг ўткир даврида енгиллаштирадиган қанд-мева кунларини қўлланаиб («Диффуз гломерулонефрит» га қ.), кейин сут-ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланган овқатга ўтиш мақсадга мувофиқ. Яллиғланиш процессининг активлиги сусайиб, касалликнинг экстраренал аломатлари йўқолиб борган сайин ўртача авайлайдиган овқат буюрилади, бундай овқат таркибида суюқлик (1,5—2 л гача), натрий ва оқсил етарли миқдорда бўлиши керак. Кун давомида бир меъёردа қўшимча миқдорда суюқликлар (олма, нок, узум шарбатлари, баргак, наъматак қайнатмаси, клюква ва брусника морси, ишқорли минерал сувлар) бериб турилгани ҳолда оқсилли озиқ-овқат маҳсулотлари куннинг биринчи ярмида истеъмол қилиш учун буюрилади. Овқатга ишлатиладиган масалликлар қаторига сут, кефир, ряженка, ацидофилин, творог, қаймоқ, чучук юмшоқ сир; тухум, ёғсиз мол гўшти, товуқ гўшти, қуён гўшти, сариеғ ва ўсимлик мойи, ёрмалар, макарон, сабзавот, мевалар, мева шарбатлари, морс, ичимликлар, компотлар, қанд, туз, чой, кўкат, кофе киради. Шу билан бирга тузланган, қовурилган, ўткир таомлар, дудланган масалликлар, гўшт, балиқ, қўзиқориндан пиширилган қуюқ шўрвалар, ҳар хил зираворлар, шунингдек дуккаклилар, гул карам, шолғом, исмалоқ, шовул, кўк салат, пиёз, саримсоқ, сельдерей, табиий кофе, какао, жавдар нон истисно қилинади.

Касаллик узоқ муддат (1 йилдан ортиқ) барқарор ремиссия ҳолида турадиган бўлса, пиелонефрит билан оғриганларга ёшига тўғри келадиган, умумий овқат буюрилади, аммо зираворлар, дудланган масалликлар, маринадлар истисно қилиб қўйилади. Давонинг муҳим шарти сийдикнинг равон оқиб кетадиган (3—4 соатда бир марта сийдик келиб турадиган) ва ичакнинг яхши ишлаб турадиган бўлишини таъминлаб беришдир.

Бактерияларга қарши препаратлар пиелонефритнинг клиникасини, процесснинг активлик даражасини ва микроб флорасининг характерини ҳисобга олган ҳолда буюрилади (18-жадвал).

Пиелонефритга даво қилиш учун ҳозирги вақтда ишлатиладиган микробларга қарши барча дори-дармонларни бир нечта гурпага бирлаштириши мумкин.

1. Антибиотиклар. Булар боланинг ёшига тўғри келадиган ўртача дозаларда буюрилади. Нефротоксик таъсирга эга бўлган

## Сийдикдаги микроб флорасининг микробларга қарши препаратларга сезгирлиги

Препарат	Ичак таёқчаси	Протей	Энтерококк	Стафилококк	Қўқ йиринг таёқчаси	Микрококклар
Пенициллин	—	—	+	±	—	—
Ампициллин	++	++	+	+++	—	±
Левомецетин	+++	++	—	±	+	++
Тетрациклин	+	—	+	+	+	+++
Сигмамицин	+	+	+	+	—	+
Эритромицин	—	—	+	+	—	+
Канамицин	+++	+++	—	++	+	++
Сульфаниламидлар	+++	+	—	+	—	++
Сульфадиметоксин	+	—	+	+	—	+
Налидиксонат кислота (невиграмон, неграм)	++	+	—	±	—	—
Нитрофуранлар	++	—	++	—	—	++

Э с л а т м а. + — сезгир, — сезгирмас, ± шартли равишда сезгир.

антибиотикларни: мономицин, неомицин, стрептомицинни буюриб бўлмади; канамицин билан тетрациклинни эҳтиёт бўлиб буюрилади.

2. Нитрофуран унумлари: фурадонин, фурагин, фуразолидон ва бошқалар (19-жадвал).

3. Таъсири узоқ давом этадиган сульфаниламид препаратлар (масалан, сульфадиметоксин). Арзимас даражада токсик таъсири бор, организмдан секинлик билан чиқарилади ва кўп (суткасига

## Микробларга қарши асосий препаратларнинг пиелонефритда ишлатиш дозалари ва муддатлари

Препарат	Дозаси		Курс муддати, кун
	бир мартали	суткали	
Фурадонин, г/кг			
Фурагин г/кг	0,001—0,002	0,005	10—21
Фуразолидон, г/кг		0,008	
Сульфадимезин, г/кг			
Этазол, г/кг	0,05	0,2	7—10
Сульфадиметоксин (мадрибон), г/кг	0,025—0,03	0,025—0,03	10—21
Налидиксонат кислота, мг/кг	12,5—15	50—60	7—10
5-НОҚ, мг	25—100	200—400	14

1,5—2 л миқдорида) суюқлик бериб туриладиган режим шароитларида буюрилиши керак.

4. Налидиксонат кислота. Пиелонефрит ўткир ҳолда ва қайталаниб ўтаётганда дуруст кор қилади.

5. Яллиғланишга қарши таъсир кўрсатадиган доривор ўсимликлар (қора смородина, брусника, оқ қайин, қора арча мевалари, оддий хмел гурралари, зубтурум барглари, қичитқон ўти, наъматак, ер тут мевалари, дала қирқбўғими новдаларининг дамлама ва қайнатмалари). Гиёҳ ва меваларни ҳар хил қилиб олиб, яхши доғ бўлиб турган қайноқ сувга 30 минут давомида дамлаб қўйган (қайнатиб юбормасдан) ва 2—3 ой давомида овқатдан  $\frac{1}{2}$  соат илгари 2—3 ош қошиқдан кунига 3 маҳал ичиб турган маъқул.

Стационарда  $1\frac{1}{2}$ —2 ой давомида узлуксиз даво курси ўтказиладиган бўлса, микробларга қарши препаратларни ҳар 10 кунда алиштириб туриладиган схемадан фойдаланиш мумкин.

Ремиссия бошланганда узлуксиз даво қилишда олинган нафни сақлаб қолиш учун амбулатория шароитларида иккита асосий қувватлаб борувчи терапия схемаси тавсия этилади.

Биринчи схема пиелонефритнинг I даражасида микробларга қарши дорилардан бирини ҳар ойнинг 2—3 ҳафтаси давомида ишлатиб туриб, кейин 1—2 ҳафта танаффус қилишни кўзда тутати. Бундай даво 3—6 ой давом этиб, кейин иккинчи схемага ўтилади.

Иккинчи схема касалликнинг қўзишига қарши 6—9 ой давомида нитрофуран унумлари, налидиксонат кислота ёки сульфаниламид препаратлар билан қисқа курс ҳолида (ҳар ойнинг 10 кун давомида) даво қилиб боришдан иборат.

Пиелонефрит билан оғриган болалар диспансер кузатуви остида бўлиши керак. Ремиссия даврида улар 3 ойда 1 марта текшириб турилади. Сийдиги 2 ҳафтада бир марта умумий анализ, 3 ойда бир марта Каковский-Аддис бўйича анализ қилиб борилади.

Болаларни йилига кам деганда 2 марта оториноларинголог ва стоматолог кўздан кечириб туради.

Касалликнинг ремиссия даврида беморларга санаторий-курортларда даволаниш ўринли. Асосий даво омили минерал сувлардир (Нафтуся-Трусковец, Смирновская-Железноводск). Профилактика мақсадидаги эмлаш ишларини ремиссия бошидан ҳисоблаганда 2 йил оралатиб туриб ўтказилади.

Пиелонефрит яширин (латент) тарзда ўтаётган ва қайталаниб турадиган бўлса, болаларни ҳисобдан чиқарилмайди.

Туғма патология бўлса, операция йўли билан даволаш масаласини ҳал қилиш учун уролог билан маслаҳатлашиб кўриш зарур.

#### **БОЛАЛАРДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ УТИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Барча эндокрин касалликлардан болаларда қандли диабет ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. Бу касаллик меъда ости беzi туфайли ёки ундан ҳоли равишда организмда инсулин етишмай қолишига боғлиқ бўлади ва барча турдаги алмашинув, биринчи галда угле-

водлар билан ёғлар алмашинувининг издан чиқиши билан характерланади.

Бу касаллик билан барча ёшдаги болалар оғрийди, аммо касалликнинг энг кўп қисми мактабгача тарбия, препубертат ва пубертат ёшидаги болаларга тўғри келади.

Қандли диабетнинг этиологияси ҳалигача тўла-тўқис аниқланган эмас. Болаларда қандли диабет аксари инфекциян касаллик (эпидемик паротит, сувчечак, қизамиқ, грипп, скарлатина, ангина ва бошқалар) дан кейин бошланади. Хоҳ ўтқир, хоҳ узоқ таъсир қилиб келган руҳий травма, жисмоний травма, айниқса бош ва қорин соҳасининг лат ейиши, углеводлар билан ёғларга ружу қўйиб, нотўғри овқатланиш — мана шу омилларнинг ҳаммаси кўпчилик ҳолларда меъда ости безининг яширин ўтиб келаётган етишмовчилигини аниқлашга олиб келади.

Ҳозир қандли диабетнинг этиологиясида ирсий омиллар жуда муҳим ролни ўйнайди, деган маълумотлар кўп. Меъда ости безининг оролча аппаратида инсулиннинг синтезланиши, тўпланиб бориши ва ажралиб чиқишида ирсий сабабга алоқадор бирламчи камчилик бўлади деб ҳисобланади. Кузатувлар қандли диабет билан оғриган оналардан тамомила соғлом ва аксари нормадагидан кўра оғирроқ болалар туғилишини кўрсатади. Кўпгина болалар ҳаётининг 1—2-йилида тана вазни яхшигина ортиб боради, аммо уларда кейинчалик қандли диабет бошланади.

**К л и н и к а с и.** Бу касаллик аста-секин, зимдан, баъзида эса кўрчилик симптомлари тез зўрайиб, жуда шиддат билан, тўсатдан бошланиши мумкин; бундай болаларни одатда ҳар хил диагноз билан тез ёрдан машинасида клиникага етказиб келишади. Қасалликнинг биринчи аломатлари кўп чанқаш, оғизнинг қуриб туриши, тез-тез, кўп-кўп сийиш, тунда ва ҳатто кундуз кунлари сийдикни тутолмасликдир. Кейинчалик иштаҳаси яхши, баъзида ҳатто зўр бўлишига қарамай, бола озиб боради, умуман қувватсизланиб, боши оғрийди, тез чарчайдиган бўлиб қолади. Бундай болаларда бадан терисининг қичишуви ва терига алоқадор бошқа касаллик кўринишлари (пиодермия, фурункулез, экзема) бирмунча кам бўлади.

Болалардаги қандли диабетда турли орган ва системаларда юзага келадиган ўзгаришлар хилма-хил бўлади.

Ҳазм органларида қуйидаги ўзгаришлар кузатилиши мумкин: тил қуруқ, оч қизил рангда, кўпинча сўрғичлари билинмай кетган бўлади, гингивит, зўрайиб борувчи тишлар карисеси бошланади. Анчадан бери оғриб келаётган болаларнинг кўпчилигида жигар катталашган, қаттиқ бўлади, баъзан безиллаб туради. Баъзи болаларда диспептик ҳодисалар қайд қилинади. Юрак тонлари бўғиқроқ бўлади, баъзида юрак учига систолик шовқин эшитилади, пульс юмшоқ, лабил бўлади, артериал босим пасайиб кетади. Электрокардиограммада миокарднинг ўзгарган белгилари аниқланади.

Нерв системасига келганда, бош оғриғи ва тез чарчаб қолиш-

дан ташқари, инжиқлик, салга йиғлаш ёки хурсанд бўлиш, қувватсизлик, хотира ёмонлашуви сингари ҳодисалар бўлиши мумкин. Периферик нерв системасидаги ўзгаришлар асосан оёқларда бўлиб турадиган оғриқлар, пай рефлексларининг сусайиб қолиши ёки сўниб кетиши билан намоён бўлади. Болаларнинг кўрув органларида аккомодация бузилиши, рефракциянинг ўзгариб қолиши (яқиндан ёки узоқдан кўриш), кўз соққалари гипотонияси қайд қилинади, диабетик катаракта ва диабетик ретинит авж олиб боради.

Периферик қон текшириб кўрилганда қандай бўлмасин характерчи ўзгаришлар топилмайди.

Сийдикда суст ифодаланган альбуминурия ва цилиндрурия кўрилиши мумкин. Қасаллик кўпдан бери давом этиб келаятган оғир ҳолларда цилиндрлар билан оқсил миқдори кўпаяди, эритроцитлар пайдо бўлиши мумкин.

Юқорида санаб ўтилган аломатларнинг ҳаммаси қандли диабет учун характерлидир, лекин углеводлар алмашинуви ва бошқа турдаги алмашинувларнинг бузилиши ҳамда буларнинг асосийлари — гликозурия, гипергликемия, қонда кетон таналарининг кўпайиб кетиши ва ацидоз энг асосий симптомлар бўлиб ҳисобланади.

Шуни назарда тутиш керакки, соғлом болада ҳам бир кечакундуз давомида сийдик билан 1 г гача қанд чиқиб туради, ammo шундай миқдордаги қандни оддий методлар билан аниқлаб бўлмайди. Қандли диабетда сийдикда қанд пайдо бўлади (гликозурия). Суткали сийдикда бўладиган қанд юқлардан тортиб то бир неча ўн граммгача (120—150 граммгача) бориши мумкин. Бу қанд сутканинг турли вақтларида турлича миқдорда чиқиб туради, шу сабабдан диабет авж олиб келаяпти деган гумон туғилганда сийдикдаги қанд миқдорини бир марта аниқлаш билан чекланиб бўлмайди.

Куйидаги соатларда сийдик олиш тавсия этилади: соат 9 дан 14 гача, 14 дан 19 гача, 19 дан 23 гача, 23 дан 6 гача, 6 дан 9 гача. Ҳар бир порция сийдикда унинг умумий миқдори, қанднинг процент миқдори, кейин эса ҳар бир порция билан чиққан қанднинг граммлар ҳисобидаги абсолют миқдори аниқланади, бу — бериладиган инсулин дозасини аниқлаб олиш учун зарур. Суткали сийдик миқдори ва суткали глюкозурияни ҳисоблаб чиқиш билан текшириш тугатилади.

Соғлом болада қондаги қанд миқдори 0,8 г/л билан 1,2 г/л атрофида бўлади. Қасал болаларда қондаги қанд миқдори наҳорга 2,3—3,0 г/л гача боради, коматоз ва прекоматоз ҳолат бошланганда эса 9—10 г/л гача ортиб кетиши мумкин.

Соғлом болада қонда 0,05 г/л дан то 0,01—0,12 г/л гача кетон таналари топилади. Қандли диабет билан оғирган болаларда қондаги кетон таналари миқдори кўпайиб, ацидоз пайдо бўлади.

Болаликда бўладиган қандли диабетнинг асосий хусусияти қасаллик оғир формаларининг рўй-рост устун туриши ва зўрайиб боришига мойил бўлишидир. Бола вояга етганида процесс турғунлашиб қолади.

Қандли диабетнинг алоҳида бир формаси латент диабет (пре-диабет) дир, болаларда у кўпинча алиментар семизлик ёки инфекция касалликлар (дизентерия, вирусли гепатит ва бошқалар) билан бирга давом этиб боради. Бундай болалар одатда ҳеч нарсадан полимайди. Уларда қондаги қанд миқдори наҳорга нормал бўлади, сийдик билан қанд чиқиб турмайди. Болага қанд бергандан (қанд нағрузкасидан) кейин (мактаб ёшидаги болаларга 50 г қанд кифоя) қондаги қанд миқдорини кўрсатадиган эгри чизиқни аниқлаш йўли билангина латент диабет диагнозини белгилаш мумкин. Латент диабет учун эгри чизиқнинг тез юқори кўтарилиб, энг юқори даражага етишининг кечикиши ва секинлик билан паст тушиб, қондаги қанд миқдорини кўрсатадиган дастлабки рақамлартача етмай қолиши характерлидир. Диабетнинг шу формасини барвақт аниқлаб олиш амалий жиҳатдан жуда катта аҳамиятга эга, чунки ўз вақтида ва тўғри даво қилиш латент диабетнинг рўй-рост диабетга айланиб кетишининг олдини олиши мумкин.

Асоратлари. Диабет барвақт аниқлаб олиниб, унга тўғри даво қилинадиган бўлса, бу касаллик кўпчилик ҳолларда асорат бермайди. Нотўғри даво қилинганида қандли диабетнинг ўтиши оғирлашиб, бир қанча асоратлар авж олиб боради. Бўй ўсишининг секинлашиб қолиши (диабет бошланганида бола қанча ёш бўлса, бўйининг ўсиши шунча секинлашиб қолади); жинсий жиҳатдан яхши етилмаслик; катаракта; буйрақлар функциясининг бузилиши; жигар циррози ана шундай асоратлар жумласига кирди. Болалик ва ўсмирлик давридаги қандли диабетда боланинг силга мойил бўлиб қолиши ўпканинг аҳволини мунтазам ва синчиклаб назорат қилиб боришни талаб этади.

Бироқ, қандли диабетнинг энг даҳшатли асорати диабетик ёки типергликемик комадир, бундай ҳодиса кўпинча инсулин дозаси етишмай қолганда ва овқатланиш режими бузилганида (ёғлар ва углеводларга ружу қўйилганида) рўй беради. Одатда кома бошланишидан бир неча кун олдин даракчилари пайдо бўлади: чанқаш кучаяди, диурез кўпаяди, иштаҳа пасайиб, кескин дармонсизлик, бош оғриғи, кўнгил айниши, уйқучанлик пайдо бўлади, оғиздан ацетон ҳиди келиб туради. Шошиличч қоралар кўрилмаса (инсулин берилмаса), аҳвол оғирлашиб, қувватсизлик зўрайиб боради, Куссмауль типидagi нафас пайдо бўлади, яъни касал чуқурчуқур, хирллаб, ритмик нафас олиб туради, нафасидан чиқадиган ҳаводан кескин ацетон ҳиди келиб туради, пульси тезлашиб, артериал босими пасаяди, қайт қилади, баъзан тўхтовсиз қусаверади. Баданининг териси қуруқ бўлиб қолади, юзи чакак-чакак бўлиб кетади, кўз соққалари юмшоқ бўлади. Эс-ҳуши олдинига жойида бўлади, кейин аста-секин сўниб бориб, батамом йўқолиб ҳам кетади, пай рефлекслари бўлмайди. Кома бошланганида кўпинча қоринда қаттиқ оғриқ туриб, жигар ҳам анча катталлашиб кетади.

Лейкоцитар формула чапга сурилган, нейтрофил лейкоцитоз кузатилади. Сийдикда бир оз альбуминурия ва цилиндрурия пайдо бўлиши мумкин.

Диабетик комани гипогликемик комадан ажратиб олиш, дифференцировка қилиш керак, гипогликемик кома кўпинча инсулин дозаси ошириб юборилганида ва инсулин юборилганидан кейин бериладиган овқат етарли бўлмаганида бошланади ва қондаги қанд миқдорининг кескин пасайиб кетиши билан бирга давом этади. Диабетик комада беморга катта дозада инсулин бериб қўйилганида гипогликемик ҳолат юзага келиб қолиши мумкинлигини эсда тутиш зарур.

Мана шу иккала формадаги комаларни бир-биридан ажратиб турадиган клиник белгилари 20-жадвалда келтирилган.

20 - ж а д в а л

Диабетик ва гипогликемик команинг дифференциал-диагностик белгилари

Симптомлари	Диабетик кома	Гипогликемик кома
Қасалликнинг бошланиши	Аста-секин	Бирдан
Оғиздан келадиган ҳид	Ацетон ҳиди	Ҳид бўлмайди
Тана температураси	Нормал	Пасайган
Бадан териси	Қуруқ, оқиш	Нам
Нафас	Куссмауль типиди	Юза
Қўз қорачиқлари	Торайган	Кенгайган
Қўз соққалари тонуси	Сусайган	Нормал
Иштаҳа	Бўлмайди	Кучайган бўлади
Қорин оғриғи	Бор	Йўқ
Мускуллар тонуси	Пасайган	Қўпайган
Талваса тутиши	Бўлмайди	Қўл-оёқлар титраб туради, талваса бўлади
Пульс	Тезлашган	Нормал
Эс-ҳуш	Аста-секин сўнади	Тез йўқолади
Қондаги қанд миқдори	Қўпайган	Қамайган
Сийдикдаги қанд	Бор	Йўқ
Сийдикдаги ацетон	—>—	—>—

Прогнози диагнознинг вақтида аниқланишига боғлиқ. Қасаллик барвақт аниқланиб, врачнинг мунтазам назорати остида тўғри даво қилиб бориладиган бўлса, касал болалар тўла қимматли коллектив аъзолари бўлиб мактабда муваффақият билан ўқишлари мумкин. Оғир ва асорат берган формаларида қандли диабетнинг прогнози унча яхши эмас. Прогноз болага етарли аҳамият берилмайдиган: умумий режим бузиладиган, тўғри овқатланиш ва овқатнинг бекаму кўстлигига эътибор қилинмайдиган ва инсулин вақтида юбориб турилмайдиган оилаларда, айниқса, ёмон бўлади. Қандли диабет билан оғирган беморлар ҳар хил касалликларга жуда мойил бўлишади ва бу касалликлар уларда оғир ўтади.

Д а в о с и. Давонийг асосий принципи физиологик нормаларга тўғри келадиган, бекаму кўст овқатлар билан овқатланиб бориш.



инсулин-терапия қилиш ва гигиена режимига амал қилишдир.

Умуман соғлом болалар учун белгиланган овқатда оқсиллар, ёғлар ва углеводлар нисбати 1:1:4 бўлса, қандли диабет билан оғриган болаларда бу нисбат 1:0,75:3,5 бўлиши керак. Айни вақтда ёғлар билан углеводлар миқдори бир қадар чеклаб қўйилади. Мана шундай парҳез жисмоний жиҳатдан тўғри ўсиб-униб боришни таъминлайди, организмнинг иммунологик реактивлигини маълум бир даражада сақлаб туради.

Қандли диабет билан оғриган болалар рационидан қандни бутунлай истисно қилиш болаларга, айниқса мактаб ёшидаги болаларга оғир ботади. Қандни ксилит ва сорбит билан алиштиришнинг ҳамиша ҳам иложи бўлавермайди. Бир қанча олимларнинг фикрича, бундай болаларга суткасига 20—30 г қанд бериш мумкин. Бунда шу нормани ҳеч маҳал бузмаслик керак. 21-жадвалда қандли диабет билан оғриган ҳар хил ёшдаги болалар учун мўлжалланган суткали масаллиқлар келтирилган.

Болага овқатни беш маҳал бериб турган маъқул: нонушта, тушлик, тушдан кейинги овқат, кечки овқат ва инсулин юборилганидан кейин 3 соат оралатиб бериладиган қўшимча овқат — 2-нонушта. Бола шу тариқа овқатланиб борганида углеводларнинг бир текис тақсимланиши таъминланади. Инсулин 3 маҳал юбориб туриладиган бўлса, 6 марта овқат бериб туриш лозим.

Қандли диабет билан оғриган болалар физиологик жиҳатдан тўғри овқатланиб бориши билан бир қаторда ўринбосар терапия тариқасида инсулин олиб туришлари керак. Инсулиннинг суткали дозаси суткали гликозурия миқдорига қараб аниқланади: ундан қандга тўғри келадиган 5% овқат қиммати айирилади ва ҳосил бўлган айирмани 5 га тақсим қилинади. Ҳар қайси бирлик инсулин 5 г қанд ўзлаштирилишига олиб боради. Суткали инсулин дозасининг  $\frac{2}{3}$  қисми нонуштадан 30 минут илгари ва  $\frac{1}{3}$  қисми тушликдан 30 минут илгари юборилади. Инсулин уч марта юбориладиган бўлса, кечқурунги дозаси 4—5 бирликдан ортмайдиган бўлиши (гипогликемия бошланиб қолмаслиги учун) керак. Инсулин дозасини аста-секин — ҳар 2—3 кунда 4—6 бирликдан ошириш ёки камайтириб бориш керак.

Оддий инсулин билан бир қаторда болаларга таъсири узайтирилган (пролонгланган) препаратлар ҳам буюрилади: протамин-рух-инсулин, рух-инсулин суспензияси шулар жумласидандир. Таъсири узайтирилган инсулин дозаси нуқул ҳар қайси боланинг ўзига қараб танланиши керак ва 5 яшаргача бўлган болалар учун у одатда суткали дозанинг кўп деганда  $\frac{1}{3}$  қисмини, 5 яшардан катта болалар учун  $\frac{1}{2}$  ёки  $\frac{2}{3}$  қисмини ташкил этадиган бўлиши лозим. Инсулин битта игнадан, аммо ҳар хил шприцдан юборилади: олдин оддий инсулин, кейин, игнани сал суриб туриб, таъсири узайтирилган инсулин инъекция қилинади. Липоидistroфия бошланиб қолмаслиги учун тери остига инъекция қилинадиган жойларни алиштириб туриш керак. Мактаб ёшидаги болаларни ўз ўзига инъекция қилишга ўргатиш лозим.

Қандли диабет билан оғриган каттароқ ёшдаги болаларни даволаш учун кейинги йилларда сульфанилмочевина препаратларидан фойдаланилмоқда, лекин булар касалликнинг фақат зимдан ўтаётган ва энгил формаларида ишлатилади. Толбутамид группасининг асосий препаратлари бутамид, оробет, равтинон, толбусал ва бошқалардир. Катта ёшдаги болалар учун толбутамиднинг энг катта суткали дозаси 2 г; соат 7—8 да 1 г ва соат 17—18 да 1 г ичилади.

Сульфанилмочевина унумлари билан даволашда жигар, буйрак, қон функцияларининг аҳволига қараб бориш керак. Мана шу органларнинг касалликларида бу препаратларни ишлатиб бўлмайди.

Диабетда оғиздан дори ичириб даволаш учун сўнгги вақтда бигуанид унумлари ёки фенормин (12 соат оралатиб туриб, 25 мг ли таблеткадан 2 та; энг катта суткали дозаси 100 мг), силубин ёки ретард (100 мг дан суткасига 2 марта) ёки глибутид (овқатдан 30 минут кейин 20—50 мг дан кунига 2 марта) ва бошқалардан фойдаланилмоқда. Бигуанидлар инсулинга резистентли бўлганда инсулин билан бирга буюрилади. Мана шу препаратлар ичилганда эртанги (оғизда металл таъмин бўлиб туриши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, иштаҳа йўқолиши) ва кечки (бўшашиш, тана вазнининг камайиб бориши) токсик таъсири бошланиб қолиши мумкин. Препаратни ичиш тўхтатилганидан кейин бу ҳодисалар барҳам топиб кетади.

Бигуанидларни ишлатишга йўл қўймайдиган монеликлар оғир юрак етишмовчилиги, буйрак касалликлари, инсулинрезистентлик бўлмаганда парҳез ва инсулин билан диабетнинг яхши компенсацияланиб туриши.

Ҳар 1½—2 ойда ферментлар ва липотроп моддалар буюриб туриш керак. Панкреатин, метионин мактабгача тарбия ёшидаги болаларга ҳар сафар овқатдан олдин кунига 3—4 марта 0,15—0,3 г дан, мактаб ёшидаги болаларга 0,4—0,5 г дан буюрилади. Липокаин мактабгача тарбия ёшидаги болаларга творог ёки сули бўтқаси билан ҳар сафар 0,02—0,01 г дан кунига 2—3 маҳал, мактаб ёшидаги болаларга 0,1—0,2 г дан берилади. Давони 10—30 кунлик курслар кўринишида ўтказилади.

Болалар етарли миқдорда С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> витаминлари билан таъминланиб туриши керак.

Қандли диабет билан оғриган болаларнинг умумий режими соғ болалар режими билан бир хил. Ҳаракат режими чекланмаслиги керак. Мактабда ўқишга монеликлар йўқ, касаллар физкультура билан шуғулланишлари мумкин, лекин мусобақаларга қатнашмасликлари керак. Боланинг аҳволига қараб баъзи ҳолларда машғулотлардан озод қилиб қўйиладиган қўшимча кун белгилаш тавсия этилади.

Курортларда (Железноводск, Ессентукида) даволаниш умуман қувватга киргизадиган омил сифатида фойдали бўлади.

Асоратлари ва йўлдош касалликларига даво қилиш одатдагидек ҳеч фарқ қилмайди. Парҳез ва инсулин билан даво қилинаёт-

ганда хирургик йўл билан даволаш методларини қўлланишга монеликлар йўқ.

Диабет комаси пайтида қандли диабет билан оғриганлиги эндигина аниқлашган касалларга 1—1,5 бирл/кг дозада, илгари даволаниб юрган касалларга икки ҳисса оширилган суткали дозада инсулин юборилади. Мана шу дозанинг ярми дарҳол 5% ли глюкоза эритмаси ёки изотоник натрий хлорид эритмаси билан бирга венага, қолган қисми тери остига юборилади. Иғнани чиқариб олмасдан туриб, венага қуйидаги таркибдаги эритмадан 200—300 мл юборилади: 10 мл 10% ли натрий хлорид эритмаси, 10 мл 0,25% ли новокаин эритмаси, 100—150 мл изотоник натрий хлорид эритмаси, 100—150 мл Рингер эритмаси, 1 мл 5% ли аскорбинат кислота эритмаси, 1 мл 0,6% ли тиамин бромид эритмаси, 50 мг кокарбоксилаза.

2—3 соатдан кейин дастлабки дозанинг ярмига тенг миқдордаги инсулин тери остига юборилади. Сўнгра ҳар 2—3 соатда тери остига дастлабки дозанинг ярмига тенг миқдорда инсулин юбориб турилади. Кейинчалик ҳар 2—3 соатда дастлабки дозанинг  $\frac{1}{4}$  қисми миқдориди инсулин юбориб турилади. 6—8 соат давомида ҳаммаси бўлиб, 4—5 марта инсулин юборилади.

Суюқликларни оқим ҳолида юбориб бўлгандан кейин томчилаб юборишга ўтилади. Юбориладиган суюқлик миқдори боланинг ёшига боғлиқ: бу суюқлик 3 ёшгача бўлган болаларда 1000 мл ни, 4 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларда 1500 мл ни, 8 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларга 2000 мл ни, 11 ёш ва бундан кўра каттароқ болаларда 2500 мл ни ташкил этади. Суюқликни 37°C гача илтирилган ҳолда юборилади. Унинг таркибига тенг миқдорлардаги изотоник натрий хлорид эритмаси киради. Ацидозни бартараф этиш учун 50—100 мл миқдориди натрий гидрокарбонатни венадан, клизма қилиб юбориш ёки ичириш тавсия этилади.

Ахвол яхшилангач суткасига 500 мг гача аскорбинат кислота, 20—30 мг витамин В<sub>1</sub>, 100 мг дан кокарбоксилаза буюрилади. Қон айланиши бузилганида тери остига эфедрин, кордиамин, кофеин юборилади.

Биринчи суткада овқат берилмайди, 24 соатдан кейин қоқ нон билан чой бериш мумкин, овқат хиллари аста-секин кўпайтириб борилади. 2 ҳафта давомида болани ўриндан турғазмай ётқизиб қўйилади.

Гипогликемик комада дарҳол венадан 20—30 мл 40% ли глюкоза эритмаси юборилади. 100—150 мл 5% ли глюкоза эритмасини тери остига юбориш ёки 150—200 мл 10% ли эритмасини клизма қилиш мумкин. Нафи билинмайдиган бўлса, глюкоза юборишни 10—15 минутдан кейин такрорлаш мумкин. Бемор эс-хуши ўзида бўлса, унга икки бўлак қанд (яхшиси тез эрийдиганидан), конфет, бир қошиқ мураббо бериш мумкин.

Артериал босим пасайганида тери остига боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан 0,1% ли адреналин эритмаси, ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан 5% ли эфедрин эритмаси, кордиамин юбо-

Қандли диабет билан оғриган ҳар хил ёшдаги болаларга бериладиган суткалик озиқ-овқат масаллиқлари

Масаллиқлар	Болаларга бериладиган суткалик озиқ-овқат масаллиқлари, г							
	1—1½ ёшда	2—3 ёшда	4—5 ёшда	6—7 ёшда	8—9 ёшда	10—11 ёшда	12—13 ёшда	14—15 ёшда
Бугдой нон	40	70	100	135	150	150	170	200
Жавдар нон	20	30	30	50	50	0	100	100
Картошка крахмали	5	—	—	—	—	—	—	—
Ёрма, макарон маҳсулотлари	30	40	40	45	50	50	50	60
Гўшт	55	60	85	100	100	110	130	150
Балиқ	20	20	50	60	70	70	70	70
Картошка	100	150	250	300	300	300	350	400
Ҳар хил сабзавот	100	150	200	200	200	200	250	300
Сут, кефир	600	600	600	550	500	500	500	400
Творог	40	40	60	80	80	80	100	100
Сариёр	10	10	15	20	20	20	20	25
Ўсимлик мойи	—	—	5	8	10	10	15	15
45% ёғли сир	—	5	5	10	10	15	20	25
Қаймоқ	—	5	5	10	10	10	15	20
Тухум	20	50	50	50	50	50	50	60
Мева қоқилари	10	15	20	20	20	20	20	20
Ҳўл мева	200	200	300	300	300	300	400	400
Қанд	35	35	35	35	35	35	35	35

рилади. Талваса тутганида мактабгача тарбия ёшидаги болаларга клизма ҳолида 0,1—0,25 г дан хлорал гидрат буюрилади, мактаб ёшидаги болаларга бир клизма учун 0,3—0,5 г дан хлорал гидрат ишлатилади, бола безовталанганида унга ёшига тўғри келадиган дозаларда фенобарбитал, бром ичирилади.

Қандли диабет билан оғриган бола клиник жиҳатдан батамом тузалиб, қонидаги қанд миқдори 1,5—1,8 г/л дан ортмайдиган, суткалик гликозурия 10—20 г атрофида турадиган, сийдикда ацетон борлигига қўйиладиган реакция манфий натижа берадиган бўлгач касалхонадан чиқарилади.

Қандли диабет билан оғриган бола диспансер кузатуви остида бўлиши керак, поликлиника врачлари уни кам деганда ойига бир марта текшириб қараб туради. Болани 6 ойда бир марта окулист, невропатолог, фтизиатр кўздан кечириб кўради.

Қандли диабет билан оғриган боланинг умумий аҳволи қаноатланарли бўлиб турганида компенсация даражасини аниқлаш ва давони тўғрилаб олиш учун йилига 1—2 марта касалхонага ётқизиши керак.

Қандли диабет билан оғриган болалар эпидемиологик жиҳатдан зарурият туғилганидагина эҳтиётдан эмланади.

Қасал болаларнинг ота-оналари диабетнинг клиникаси ва давосига оид асосий масалаларни, овқатланиш режими ва инсулин юбориш йўллари билишлари керак.

Даун касаллиги бошқаларга қараганда кўпроқ учрайдиган (янги туғилган 700—900 болага 1 касал тўғри келади) ва ҳаммасидан кўра яхшироқ ўрганилган хромосома касаллиги бўлиб, туғма ақлий қолақликнинг алоҳида бир формасидир, бунда соматик аномалиялар ва жисмоний жиҳатдан ривожланишда камчиликлар ҳам бўлади.

Даун касаллигига ҳамиша хромосомалар тўпламининг аномалиялари сабаб бўлади (аксари 21-хромосома трисомияси, гоҳ 15/21 ёки 21/22 типдаги транслокация).

**К л и н и к а с и.** Касаллик ташқи белгиларининг қонуний суратида бирга қўшилиб учраши беморларни бир-бирига жуда ўхшаш қилиб қўяди, касалнинг ўзига қараб ва наридан туриб ҳам диагноз қўйилаверади. Даун касаллигининг энг кўп учрайдиган ташқи белгилари қуйидагилардир: 1) бошнинг думалоқ, кичикроқ бўлиши ва энсанинг ясси тортиб, қийшайиб қолгани, лиқилдоқлар кеч бекилади; 2) пешонанинг текис, тор бўлиб, сочли жойи чегарасининг паст туриши; 3) кўз тирқишларининг тор бўлиб, қийшиқроқ туриши, кўз ички бурчаги соҳасида тери бурмаси бўлиши; 4) буруннинг калта, асосининг кенгайган ва қаншарнинг паст бўлиши; 5) оғизнинг ярим очиқ туриши, тилнинг қалин тортиб, қўндалангига кетган ғалати чуқур-чуқур эгатчалари борлиги; 6) юз ифодаси маънодор эмас, лунжлар атрофидаги тери кўпинча қизарган бўлади; 7) қулоқ супралари асимметрик, кичрайган (38-расм); 8) қўл бармоқлари йўғон, ясси, жимжилоқ аксари калта тортган ва қийшайган; 9) кескин мускул гипотонияси бўлади.

Даун касаллигининг етакчи симптомлари, олий нерв фаолиятининг ҳар хил даражада — энгил дебилликдан тортиб то чуқур идиотия даражасигача етиб борадиган шаклда ўзгаришидир. Бу ўзгаришлар ҳаёти 1-йилининг иккинчи ярмидан бошлаб ҳаммадан рўйи рост кўринадиган бўлади. Болалар бошини тутиш, ўтириш, юриш, гапиришга кеч ўргана бошлайди. Уларнинг сўз бойлиги жуда ночор, жумла тузиш қийин бўлади. Хотира ва диққат-эътибор анча пасайган бўлиб чиқади. Даун касаллигига дучор болалар одатда махсус мактабларда ўқитилади.

Даун касаллигининг асосий симптомлари бутун умр бўйи сақланиб қолади. Бола ёши улғайган сари ўсиши секинлашиб, қўлоёқлари гавда жуссасига қараганда калта тортади, боланинг бўйи баста қўпол, пастак, елкалари қуйи тушган, боши олдинга энгашган, қорни катта, дўмбаийиб чиқиб турадиган бўлиб қолади. Тишларнинг шакли нотўғри бўлади, уларнинг кариес билан касалланиш ва тушиб кетишга мойиллиги қайд қилинади.

Даун касаллигида ички органлар ривожланишининг бир қанча камчиликлари учрайди (юрақ пороклари, юқори жағнинг битмай қолиши, қаттиқ танглайда ёриқ бўлиши, қизилўнгач ёки тўғри ичак атрезияси ва бошқалар).

**Д а в о с и.** Дори-дармонлар билан комплекс даво қилиб, буни



38-расм. Даун касаллиги билан  
оғриган бола.

педагогик чоралар билан бирга қўшиб олиб бориш, шунингдек, логопедик даво қилиш касаллар аҳволининг яхшиланиб қолишига олиб боради.

Даун касаллигига учраган болалар тўғри овқатланиш, тўғри кун тартибига, мунтазам даво гимнастикаси қилиб туриш, массажга муҳтож бўлади. Ҳаётнинг биринчи ойларидан бошлаб грутаминат кислота буюриш керак (1 яшаргача бўлган болаларга овқатдан олдин кунига 2—3 маҳал 0,1—0,15 г, 2—4 яшарга 0,3—0,5 г, 5—7 яшарга 0,5 г, 8—10 яшарга 0,8 г, 10 яшардан катта болаларга 1 г дан). Бу препарат сийдик ва қон анализларини текшириб борган ҳолда узоқ (3—4 ой) ишлатилади, кейин танаффус қилиниб, даво такрорланади.

Глутаминат кислотани буйрак ва жигар касалликларида, шунингдек, ўткир иситма касалликларида бериб бўлмади, балоғатга етиш даврида эҳтиёт бўлиб буюрилади.

Қуйидаги дозаларда ниаламид (ниамид, нуредол) қўлланилади: 1 яшаргача бўлган болаларга 12,5 мг, 2—4 яшарга 25 мг, 5—7 яшарга 50 мг, 7 яшардан катта болаларга 75—100 мг. Даво курси 2—3 ой давом эттирилади. Префизон билан даволаш ҳам наф беради (0,5—1 мл дан мускуллар орасига юборилади, даво курсига 30 инъекция қилинади).

Каттароқ ёшдаги болаларни даволашда хитой лимонниги, пантокрин (10—15 томчидан кунига 2 маҳал), женьшень настойкаси (8—12 томчидан кунига 3 маҳал) бериш мумкин. Бу дорилар 3—4 ҳафта давомида ичирилади, шундан кейин 1—2 ой танаффус қилинади.

Юқорида айтиб ўтилган дори-дармонларнинг ҳаммаси симптоматик даво воситаларидир.

Даун касаллиги билан оғриган болаларни тарбиялаш ва ўқитиш чораларига алоҳида эътибор берилади. Бу нарса ота-оналардан кўп сабр тоқат, бардошни ва куч-қувватни талаб қилади.

Даун касаллигига йўл қўймаслик усулларидан бири медицина-генетик консультация олишдир.

## БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР

### ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРГА ҚАРШИ ҚУРАШ ЧОРАЛАРИ ВА БОЛАЛАРДА ИММУНИТЕТНИ ҚУЧАЙТИРИШ ЙУЛЛАРИ

Инфекцион касалликлар деб касаллик қўзғатадиган (патоген) микроорганизм билан макроорганизмнинг ташқи муҳит шароитлари таъсири билан бўлиб турадиган ўзаро муносабатидан келиб чиқувчи касалликларга айтилади.

Ўткир ва хроник инфекциялар касалликлар тафовут қилинади, бунда ҳисобга олинadиган нарса ёлғиз уларнинг қанча давом этишигина эмас. Ўткир инфекция шу билан фарқ қиладики, маълум бир вақт ичида авж олиб боради ва кўринишлари барҳам топиб кетади (қизамиқ, сувчечак, скарлатина ва бошқалар). Хроник инфекция учун касаллик босилиб қоладиган, баъзан тузалиб кетгандай бўлиб туюладиган даврларнинг дард қўзиб қоладиган даврлар билан, ўткир касалликлар пайдо бўлиб қоладиган даврлар билан алмашилиб бориши характерлидир (сил, захм ва бошқалар).

Кўпчилик инфекцияларнинг асосий манбаи касал одам ва ундан чиқиб турадиган ажралмалардир. Касалликни юқтириши жиҳатидан олганда ёш гўдакларда ҳаммадан кўпроқ учрайдиган дардларнинг атипик ва билинмайдиган формалари билан оғриган беморлар анчагина хавфли бўлиб ҳисобланади.

Касал одамлардан ташқари, патоген қўзғатувчиларни ташқари га чиқариб турадиган кишилар (ташувчилар) кўпгина касалликларда инфекция манбаи бўлиши мумкин. Ташувчилик ҳодисаси касалликнинг яширин, яъни инкубацион даврида, ундан соғайиш (реконвалесценция) даврида ва соғлом одамларда қайд қилиниши мумкин (дизентерия, менингококкдан бўладиган менингит, дифтерия, вирусли гепатит ва бошқалар).

Ҳайвонлар (касал ёки ташувчилар), айниқса, болаларга кўпроқ яқин юрадиган уй ҳайвонлари (мушуклар, итлар, қорамол ва қўй-эчкилар) ҳам касаллик манбаи бўлиб қолиши мумкин (токсоплазмоз, бруцеллез ва бошқалар).

Қўзғатувчилари организмдан асосан бурун, томоқ, халқум, юқори нафас йўллари шиллиқ пардалари секретини билан бирга ташқарига чиқиб турадиган инфекцияларда касаллик ҳаво-томчи йўли билан юқади (қизамиқ, қизилча, грипп, сувчечак, кўкйўтал, менингококкдан бўладиган менингит, дифтерия, скарлатина ва бошқалар). Касаллик қўзғатувчиси гоҳо соғлом одам бемор киши

билан мулоқотда бўлганида юқиб қолиши мумкин (дифтерия, скарлатина ва бошқалар).

Инфекциялар юқум тегиб қолган ташқи муҳит объектларидан ҳам юқиши мумкин (ҳар хил рўзгор, парвариш буюмлари, озиқ-овқат маҳсулотлари, сувдан). Ичак инфекцияларининг тарқалишида булар, айниқса, катта ролни ўйнайди (дизентерия, вирусли гепатит, қорин тифи, паратифлар, салмонеллезлар ва бошқаларнинг тарқалишида). Ичак инфекцияларини механик равишда ташиб, юқтирадиган ҳашаротлар уй пашшаларидир.

Ва, ниҳоят, она касал бўлса, касаллик қўзғатувчиси плацента орқали қорнидаги ҳомиласига юқиб қолиши ҳам мумкин (захм, қизмиқ, грипп, чечак, вирусли гепатит, цитомегалия, токсоплазмоз, листериоз ва бошқалар).

Ўткир инфекцион касалликларнинг ўтишида қуйидаги даврлар тафовут қилинади: инкубацион ёки яширин даври, продромал (касаллик даракчилари пайдо бўладиган) даври, касалликнинг авжига чиқадиган даври, суниб борадиган даври ва соғайиш (реконвалесценция) даври.

Болаларда учрайдиган инфекцион касалликларнинг клиник кўринишлари жуда турли-тумандир, бу касаллик қўзғатувчиларининг хоссаларига (вирулентлигига) ҳам, организм индивидуал реактивлигининг хусусиятларига, ёшига, йўлдош касалликлар бор-йўқлигига ҳам боғлиқдир.

Чақалоқлар ва ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болалар қизамиқ, полиомелит, скарлатина, эпидемик паротит билан оғримайди. Касалликка шу тариқа берилмайдиган бўлиш, бир томондан, плацента ёки сут орқали онадан антителолар ўтиши (пассив иммушитет) га, иккинчи томондан организмнинг ҳали яхши етилмагани, иннервацияловчи механизмлари билан нерв регуляциясининг камолга етмаганига, шунинг натижасида иммунологик реакцияларнинг такомиллашмай турганига боғлиқдир. Шунга кўра бундай ёшдаги болаларда учрайдиган касалликлар томир отиб, бутун организмга тарқалиб кетишга мойил бўлади ва атипик тарзда ўтади. Бунда бола нечоғли ёш бўлса, касалликнинг кўринишлари шунча атипик бўлади.

Бола улгайган сари касаллик туғдирувчи ҳар хил агентлар таъсирига реакция кўрсатиш лаёқати аста-секин табақалашиб, дифференцияланиб боради, бироқ, эмадиган болаларда, баъзан эса 2-3 яшар болаларда ҳам дифференциацияланган жавоб реакциялари ҳали ҳам камолга етмаганча қолаверади.

Болаларда учрайдиган инфекцион касалликларнинг олдини олиш, яъни профилактикаси жуда хилма-хил мураккаб чора-тадбирлар комплексини амалга ошириш ва бажаришга асосланган.

Эпидермияларга қарши муваффақиятли кураш олиб боришнинг зарур шарти инфекцияни касалликлар билан оғриган беморларни аниқ ҳисобга олиб бориш, санитария-эпидемиология станцияси (СЭС) ва барча манфаатдор даволаш ҳамда профилактика муассасаларига ўз вақтида хабар беришдир. Шу мақсадда инфекцияни



касаллик билан оғриган ҳар бир беморга шошилиш хабар картаси тўлдирилиб, СЭС га юборилиши керак. Сўнгра инфекция касаллик билан оғриганлиги маълум бўлган беморнинг турар-жойи, шунингдек, қатнайдиган болалар муассасаси эпидемиологик текширишдан ўтказилади, бу — эпидемия ўчоғини чеклаб қўйиш ва бартараф этишга оид конкрет чораларни белгилаб олишга имкон беради.

Инфекцион касалликларни барвақт аниқлаб олиш — диагнозини белгилаш ва беморларни ўз вақтида бошқалардан ажратиб, изоляция қилиб қўйиш эпидемияга қарши кураш самарадорлигининг асосий шартидир. Инфекцион касаллик билан оғриганларни касалхонага жойлаштириш ҳаммадан мукамал изоляция бўлиб ҳисобланади. Грипп, кўкйўтал, сувчечак, эпидемик паротит, қизамиқ, қизилча билан оғриганлар уйда изоляция қилиб (бошқалардан ажратиб, алоҳида ётқизиб) қўйилиши керак, бироқ, бу касалликлар анча оғир ўтаётган ва асоратлар берган бўлса, беморлар—кўкйўтал, сувчечак, эпидемик паротит билан оғриган ясли-болаларини махсус группа қилиб ажратиб қўйиш мумкин — яслиларда ташкил этиладиган вақтинчалик стационарлар деб шуни айтади.

Скарлатина ва дизентерия билан оғриганларни эпидемиологик ҳамда клиник шароитларига қараб уйда қолдириш мумкин.

Юқумли касалликлар билан оғриган беморга яқин орган болалар учун карантин белгиланади, карантин вақтида тегишли режимга амал қилинади ва доимий қузатув таъминланади.

Изоляциялар билан карантин қанча вақт давом этиши СССР Соғлиқни сақлаш министрлиги томонидан кўрсатиб қўйилган муддатлар билан белгиланади.

Инфекцион касаллик билан оғриган беморга яқин юрган болалар одам қон зардобидан тайёрланган ва таркибида иммун таналар бўладиган гамма-глобулин билан пассив иммунизация қилинади. Эпидемик гепатит ва қизамиқнинг олдини олиш учун, шунингдек, сувчечак билан паротитнинг эпидемик ўчоқларида ана шундай гамма-глобулин ишлатилади. Чечакка қарши, қоқшолга қарши, гриппга қарши ва кўкйўталга қарши гамма-глобулин махсус шу касалликларга қарши кор қиладиган, специфик восита бўлиб ҳисобланади. Сўнги икки препарат заифлашиб қолган болаларга ва ёш гўдакларга буюрилади.

Вирусли инфекциялар профилактикаси учун сўнги йилларда интерферон (паст молекулали оқсил) қўлланилмоқда.

Дезинфекция эпидемияга қарши чора-тадбирлар жумласига киради, қўзғатувчилар бирмунча чидамли бўладиган инфекция касалликлар (дифтерия, скарлатина, полиомиелит, ичак инфекциялари, вирусли гепатит ва бошқалар) да дезинфекция ўтказилади. Қўзғатувчилари чидамсиз бўладиган касалликлар (қизамиқ, кўкйўтал, сувчечак, тепки, қизилча ва бошқалар) да бемор ётадиган хонани ҳўлаб артиб, тозалаб ва шамоллатиб турилади, холос.

Жорий ва якунловчи дезинфекция тафовут қилинади.

Жорий дезинфекцияда юқумли материал организмдан тушганидан кейин ўша заҳотиёқ зарарсизлантирилади. Бемор изоляция қилиб қўйилгунча ёки у, изоляция қилинмайдиган бўлса, юқумли бўлиб турадиган муддатининг охиригача шундай қилиб борилади.

Яқунловчи дезинфекция бемор изоляция қилинганидан кейин касаллик ўчоғида ёки у касалхонага ётқизилмаган бўлса, изоляция муддати тугаганидан кейин ўтказилади.

Дезинфекция объектлари, методлари, воситалари инфекция характерига, юқиш механизмига ва инфекция ўчоғининг хусусиятларига боғлиқдир.

Болалар муассасасига инфекция ўтиб қолишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар қуйидагилардан иборат.

Болани ясли-боғчага ҳар куни қабул қилиб олишда унинг саломатлиги, шунингдек, атрофдаги (оила, қўни-қўшнилар, маҳалладаги) бошқа болаларнинг саломатлигини ота-оналардан батафсил суриштириб, билиб олиш зарур. Сўнгра медицина ҳамшираси бола баданининг териси билан томоғини синчиклаб кўздан кечириб чиқади, уни касал бўлган, деб гумон қилса, дарҳол уйига қайтариб юборади.

Болалар муассасасига янги келган ҳар бир болада, касалхона ёки санаторийдан чиқиб келган болаларда уларнинг инфекцион касалликлардан ҳоли эканлиги тўғрисида справка бўлиши керак.

Болалар коллективда инфекцион касаллик билан оғриган бемор чиқиб қолса, уни касаллигининг оғир-енгиллиги ва характерига қараб ё уйига, ёки инфекцион касалхонага юборилади ва шу тариқа коллективдан ажратиб қўйилади. Сўнгра карантин белгиланади, зарур бўлса, дезинфекция ва эмлаш ишлари ўтказилади, касал бўлиб қолган кишига яқин юрган болалар устидан кузатув олиб борилади.

Болалар муассасасига қатнайдиган болалар бор оилада қандай бўлмасин, бирор инфекцион касаллик чиқиб қолганини топган медицина ходими буни ўша муассасага дарҳол маълум қилиши шарт.

Ота-оналар билан катта санитария-тарбиявий иш олиб бориб, уларнинг оилада, хонадонда, маҳалла ва бошқаларда пайдо бўлиб қолган касалликлар тўғрисида ўз вақтида хабар берадиган бўлишига эришмоқ керак.

Консултацияда ва поликлиникада болаларни қабул қилишда ф ильтр ташкил этишга алоҳида эътибор берилади. Бу ерда медицина ҳамшираси боланинг териси, томоғини кўздан кечириб, танасининг температурасини ўлчаб кўради. Инфекцион касаллиги бор деган гумон туғилганида болани дарҳол ёпиқ боксга ўтказилади ва текшириб кўрилганидан кейин алоҳида эшикдан инфекцион касалхона бўлимига ёки уйига жўнатилади.

Касал бўлиб, танасининг температураси кўтарилиб турган болаларни фақат уйига бориб кўриш зарур.

Соматик ва инфекцион болалар касалхоналарида юқумли касалликлар профилактикаси, айниқса, муҳим аҳамиятга эга. Ин-

фекцион касалликлар касалхонадан ташқарида ва касалхонанинг ўзида юқиши мумкин. Биринчи ҳолда касаллик беморлар касалхонага унинг инкубацион ёки продромал даврида келиб ётганида юқади (инфекция олиб кириш). Касалхона бўлимида касаллик юқиш қўлишига касалхонанинг ўзида юқиши дейилади, ҳаво-томчи йўли билан юқадиган инфекциялар (грипп, респиратор касалликлар, қизимиқ, сувчечак, эпидемик паротит, кўкйўтал ва бошқалар) шуларнинг орасида биринчи ўринда туради.

Болалар стационарларига инфекция олиб кирилишига йўл қўймаслик учун янги келган боланинг инфекция: касаллик билан оғриган кишига яқин йўламаганлигини бирламчи эпидемиологик текшириш натижасига қараб, йўлланмада диагноздан кейин кўрсатиб қўйиш керак.

Стационарнинг қабулхона бўлимида диагнози шубҳали бўлган, аралаш инфекция билан оғриган болаларни ётқизиш учун алоҳида бокслар бўлиши лозим. Мельцер системасида алоҳида қилиб қурилган боксларнинг тамбурли алоҳида эшиги ва хизмат хонаси билан туташган бокс олди хонаси бўлади. Ҳар бир боксда санитария узели, ванна ва беморга хизмат қилиш учун зарур нарсаларнинг ҳаммаси бор.

Ҳар бир боксда фақат битта касал ётиши керак, унда бир вақтнинг ўзида бир неча касалнинг бўлишига йўл қўйилмайди.

Стационарнинг қабулхона бўлимида эпидемиологик анамнез ва СЭС ҳамда болалар муассасаларидан олинган қўшимча маълумотлар, албатта, аниқ-равшан қилиб олинади.

Эмадиган болаларга мўлжалланган соматик касалхоналарда боксланган палаталар бўлиши керак. Булар ойпаванд эшик қўйиб, ойпаванд айрим тўсиқлар билан тўсилган палаталардир, тўсиқлари полга етадиган ёки етмайдиган бўлиши мумкин. Ана шундай ярим бокслар пневмония, асоратли грипп, ўткир респиратор инфекциялар ва бошқа касалликларда касалхонанинг ўзида юқадиган касалликларнинг олдини олиш учун мўлжалланган. Касалхонанинг ўзида юқадиган инфекцияларнинг олдини олишда ана шундай ярим боксларнинг нечоғлик яхши натижа бериши кўп жиҳатдан ходимларнинг билимдонлиги, интизомлилиги ва онглилигига боғлиқдир.

Стационарда инфекция билан оғриган бемор чиқиб қолса уни дарҳол бўлимдан кўчириб, палата ёки бўлимда дезинфекция қилинади, карантин ўрнатилади, ходимлар текшириб кўрилади (дифтерия, дизентерия). Инфекцион касаллик чиқиб қолган ҳар бир ҳолни таҳлил қилиб кўриш ва касалхонанинг ўзида бўладиган инфекциялар ёзиб бориладиган махсус журналга қайд қилиб қўйиш зарур.

Палаталар, бўлимларда эпидемияга қарши режимга қаттиқ амал қилиб бориш зарур (беморлар гигиенаси, хоналарнинг озодаллиги, доим шамоллатиб турилиши, идиш-товоқларнинг қайнатилиши ва бошқаларга). Хизматдаги медицина ходимлари вақт-вақтида кўздак кечирилиб, ташувчанлиги бор-йўқлиги текшириб кўрилади.

Касаллик туғдирадиган қўзғатувчига дуч келганида баъзи болалар касал бўлиб қолади, бошқалари эса касал бўлмайди, инфекцияларга берилмаслик бола организмдаги умумий носпецифик иммунитетга боғлиқ. Бола витаминлар билан бойитилган овқатлар билан туғри овқатланганида ҳаёт шароитлари яхши, кун режими туғри бўлганида, организм тоза ҳаводан кўп баҳраманд бўлиб чиниқтириб борилганида, оқилона тарбиявий иш олиб борилганда бу иммунитет кучаяди.

Шу билан бир қаторда болаларни эҳтиётдан эмлаш йўли билан юзага келтириладиган специфик иммунитет ҳам катта роль ўйнайди. Мамлакатимизда болалар сил, полиомиелит, дифтерия, кўк-йўтал, қоқшол, қизамиққа қарши эмлаб турилади. Қорин тифи, туляремия, бруцеллёз, лептоспирозга қарши тегишли эпидемиологик зарурият бўлгандагина эмланади.

Эмлаш учун ўлдирилган ёки сусайтирилган тирик микроблар ё бўлмаса, уларнинг зарарсизлантирилган заҳарлари ишлатилади, организм шуларга жавобан специфик иммунитет ҳосил қилиб олади. Болалар маълум бир ёшларида ва албатта, ҳар қайсисининг саломатлигини ҳисобга олган ҳолда эмланади.

Эмлашнинг нечоғли самара бериши вакциналарнинг сифатига, уларнинг туғри сақланганига, эмлаш, яъни вакцинация қилиш техникасининг сифатига, шунингдек, организм реактивлигининг ҳолатига боғлиқдир. Бола эмланаётган вақтда ва ундан кейин бўлиб ўтадиган касалликлар, овқатда камчилик бўлиши (оқсил, витаминлар етишмаслиги) ва бошқа салбий нарсалар иммунитетнинг сусайиб қолишига сабаб бўлиши мумкин. Шунга кўра эмланган болалар инфекцияга дуч келганида касал бўлиб қолиши мумкин, лекин касаллик уларда, одатда, қиёсан енгил ўтади ва деярли асоратлар бермайди.

### ЎТҚИР РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАР

Ўткир респиратор касалликлар (ЎРК) жаҳоннинг деярли барча мамлакатларида бўлиб турадиган ҳамма инфекцион касалликларнинг ярмига яқинини ташкил этади ва болалар патологиясида етакчи ўринни эгаллайди. Бу касалликларнинг кўпчилиги табиатан вирусларга боғлиқ бўлади, шу билан бирга уларнинг полиэтиологик бўлиши, шунингдек, иммунитетнинг турғунмас ва типига нисбатан жуда специфик бўлиши болаларнинг тез-тез қайта касалланиб туришига олиб келади. Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келатган, айниқса, рахит, гипотрофия билан оғриган болаларда, шунингдек, хроник тонзиллити ва аденоидлари бор беморларда касалланиш ҳодисалари ҳаммадан кўп бўлади.

Вирусдан бўладиган респиратор инфекцияларнинг ҳаммаси эпидемиологик ва клиник жиҳатдан қуйидаги хусусиятлар билан характерланади: 1) инфекциянинг тарқалишида ҳаво-томчи йўли устун туради, ифлосланиб қолган парвариш буюмлари орқали, шунингдек, фекал-орал йўл билан болага инфекция юқиши камроқ

учрайди, аденовирус инфекциясида, айниқса, шунақа бўлади; 2) касаллик қўзғатувчилари нафас йўллари эпителийсидан жой олиб, катарал синдром бошланади; 3) вирусдан бўладиган респиратор инфекцияларнинг ҳаммадан кўп учрайдиган асорати пневмониялардир.

## Грипп

Грипп қўзғатувчиси уч хил серотипга мансуб бўлган вирус — А, В, С дир. Грипп инфекциясининг манбаи — касал одам, касалликнинг биринчи кунлари у ҳаммадан хавфли бўлади, чунки шу кунларда атроф-муҳитга вирус жуда кўп чиқиб туради. Бу инфекция асосан ҳаво-томчи йўли билан юқади.

**Клиникаси.** А, В, С грипп билан спорадик касалланиш ҳолларини бир-биридан ажратиш олишга имкон берадиган характерли белгилар йўқ.

Грипп инфекциясининг хусусияти юқори нафас йўллари зарарланишидан келиб чиқадиган ҳодисаларга қараганда бирмунча барвақт токсикоз бошланиб, тез зўрайиб боришидир.

Грипп одатда инфекция юққанидан кейин бир неча соат ёки 1—2 кун ўтгач бирдан бошланади. Температура тез 39—40°С гача кўтарилиб кетиши мумкин. Каттароқ болалар боши ва мускуллари оғриб турганидан, ланж бўлиб турганидан нолийди, ёш болалар бўшашиб, серҳархаша бўлиб қолади. Касалликнинг ўткир даври қайт қилиш, алаҳлаш, талвасага тушиш билан, менингиал симптомлар, абдоминал синдром (қоринда оғриқ туриши, қусиш, ичнинг тез-тез келиб туриши) билан бирга давом этиши мумкин. Бурунлаб учбурчаги билан лаблар тез орада кўкариб, юз қизариб кетади, кўз склераларидаги томирлар бўртиб туради, конъюнктивитлар пайдо бўлади; бурун қонаши ва кўришиб турадиган шиллиқ пардалар билан бадан терисига геморрагик тошма тошиши мумкин.

Юқори нафас йўллариининг зарарланишига хос симптомлар, қоида ўлароқ, касалликнинг 2-куни пайдо бўлади ва одатда суст ифодаланган бўлади: бурун битиб қолади ёки арзимас даражада шилимшиқ келиб туради, қуруқ йўтал пайдо бўлади, 2—3-куни бу йўтал ҳадеганда босилавермайдиган, жонни безор қиладиган бўлиб қолади. Респиратор ёки вирусга алоқадор круп, астматик синдром пайдо бўлиши мумкин.

Болалар, айниқса эмадиган гўдаклар ўпкаси текшириб кўрилганида перкутор товуш қўтича товушига ўхшаброқ чиқади, нафаснинг қаттиқлашиб, битта-яримта қуруқ, баъзан йирик пуфакчали нам хириллашлари борлиги эшитилади. Эмадиган болалар ўпкасида мана шундай ўзгаришлар бўлса, II—III даражали нафас этишмовчилиги бошланадики, бу — интерстициал тўқиманинг зарарланишига боғлиқ бўлади.

Бактериал инфекция ҳам қўшиладиган бўлса, интерстициал тўқима зарарланиши устига майда ўчоқли пневмония ҳам бошланади.

Кўпчилик болаларда касалликнинг ўткир даврида юрак тонлари бўғиқроқ бўлиб эшитилади, баъзи касалларда ҳар хил даражада систолик шовқин пайдо бўлади. Кўпчилик касалларда бу ҳодисалар касаллик бошидан ҳисоблаганда 2—3 ҳафта ўтганидан кейин барҳам топиб кетади, аммо баъзи касалларда 2—3 ой давомида сезилиб туриши мумкин. Бошқа ички органларда унчалик ўзгаришлар одатда бўлмайди. Қон манзарасида ўзгаришлар бўлиши ҳам типик эмас.

Каттароқ ёшдаги болалардан фарқ қилиб, гўдак болаларнинг кўпчилигида касаллик тана температурасининг фақат субфебрил рақамларгача кўтарилиши билан аста-секин бошланиб боради, шу билан бирга етакчи интоксикация белгилари бўшашиш, уйқучанлик, иштаҳа пасайиши ёки йўқолиб кетиши, қусишдан иборат бўлади. Бироқ, худди ана шундай болаларда оғир асоратлар (майда ўчоқли иневмония, отитлар, отоанtritлар) айниқса, кўп учрайди ва барвақт пайдо бўлади, бу нарса касаллик ўтишини анча оғирлаштириб, прогнозини ёмонлаштириб қўяди.

Асоратлар бўлмаса, касалликнинг 3—5-куни тана температураси пасаяди, аммо соғайиш секинлик билан боради.

Гриппнинг асосий симптомлари нечоғли ифодалангани ва қанчалик оғир ўтаётганига қараб қуйидаги клиник формалари тафовут қилинади (С. Д. Носов бўйича): 1) юқори нафас йўлларида сезиларли катар ҳодисаларига олиб келадиган, аммо айтарли токсикоз бермасдан ўтадиган катарал формаси; 2) умумий аҳвол кескин ўзгариб, гипертермия бўлиши, нерв ҳамда юрак-томирлар системаси ва бошқаларнинг, зарарланиши билан ўтадиган токсик формаси; 3) токсик формадаги билан бир хил, аммо камроқ ифодаланган ҳодисалар билан ўтадиган субтоксик формаси; 4) токсик-катарал формаси.

Гриппнинг мана шу типик формаларидан ташқари атипик формалари бор: 1) юқори нафас йўллари катари ва интоксикация унча бўлмасдан ўтадиган билинмайдиган формаси; 2) гипертоксик (яшиндек тез) формаси, мана шу формаси учун токсикознинг шиддат билан бошланиб, коматоз ҳолатгача етиб борадиган бўлиши характерлидир.

Ўтишининг оғир-енгиллигига қараб грипп ҳам, худди бошқа ўткир респиратор касалликлар сингари, оғир, ўртача оғир ва енгил бўлиши мумкин. Ўтишининг оғирлигини кўрсатадиган мезонлар қуйидагилардир: 1) температура реакциясининг сезиларли бўлиши; 2) умумий аҳволнинг ўзгариш даражаси; 3) организмдаги асосий системалар (нерв-юрак-томирлар, нафас системалари ва бошқалар) функцияларининг бузилиш даражаси.

## Парагрипп

Парагрипп вируслари дастлаб 1956 йили ажратиб олинган. Парагрипп вирусининг тўртта мустақил типи — I, II, III, IV тафовут қилинади. Бу вирусга болалар ҳаммадан кўра мойилроқ бўлиша-

ди. Бу касаллик бутун йил бўйи учрайди ва куз-қиш ҳамда баҳор кезлари кўпайиб туради.

**К л и н и к а с и.** Инкубацион даври 2 кундан 7 кунгача давом этади. Касаллик юқори нафас йўлларида бир оз катарал ҳодисалар юзага келиши билан аста-секин бошланиб боради, шу билан бирга тана температураси аксари нормал ёки субфебрил бўлиб қолаверади, умумий аҳвол кам ўзгаради. Инфекция бир қадар оғирроқ ўтганда болалар инжиқ, бўшашган бўлиб қолади, иштаҳаси ёмонлашади. Мана шундай интоксикация аломатлари кўпинча касалликнинг 2—4-куни пайдо бўлади. Парагрипп ҳаминша юқори нафас йўллари катари билан ўтади: бурун битиши, тумов ўртача ифодаланган бўладию, лекин доимо учрайди, томоқда унча авжига чиқмаган гиперемия бўлади, у баъзан томоқнинг равоқлари билангина чекланади. Деярли ҳаминша ҳиқилдоқ зарарланиши характерлидир, бу ҳодиса ҳа деганда қолавермайди, қуруқ, дағал йўтал билан, овоз тебрининг ўзгариб қолиши, касаллик нисбатан оғир бўлмаса-да, баъзан 2—3-куни ҳиқилдоқда стеноз пайдо бўлиши билан намоён бўлади.

Гўдак болаларда кўпгина ҳолларда касалликнинг 4—6-куни дардга ўчоқли пневмония қўшилиб, аксари узоққа чўзиладиган, сурункали ўтадиган бўлиб қолади. Физикал ўзгаришлар 2—3 ҳафта давомида қайд қилиб турилади. Гўдак болаларда, айниқса уларда рахит, гипотрофия бўлса, шунингдек, респиратор касалликларни бир неча марта бошидан кечирган болаларда пневмония анча оғир ўтади.

### **Аденовирус инфекцияси**

Ҳозирги вақтда одам организмда паразитлик қилиб яшайдиган аденовирусларнинг 32 та серотипи маълум. Шулардан баъзилари латент типларга киради ва бодомча безлари билан аденоидларда узоқ вақт сақланиб туриши мумкин.

Аденовирус инфекцияси асосан болалар касаллиги ҳисобланади, катталар бу касаллик билан кам оғрийди; касаллик йилнинг ҳар қандай фаслида ҳам учрайверади ва совуқ кезларда мавсумга яраша, бир оз кўпайиб туради.

**К л и н и к а с и.** Инкубацион даври 3 кундан то 12 кунгача боради. Касалликнинг ўтишидаги хусусиятлари жумласига клиник кўринишлари хилма-хил бўлиб, буларнинг баравар эмас, балки олдинма-кейин юзага чиқиши киради. Касаллик бирдан ва аста-секин бошланиши мумкин. Температура аксари 38—39°C атрофида бўлади, лекин субфебрил бўлиши ҳам мумкин. Иситма 4 кундан 14 кунгача ва бундан ҳам кўпроқ давом этади. Токсикоз ҳодисалари олдинига ўртача бўлади, аста-секин зўрайиб бориши мумкин.

Аденовирус инфекциясининг ҳаммадан кўп учрайдиган симптоми ринитдир. Касалликнинг 1-кунидан бошлаб бурундан бир талай сероз шилимшиқ келиб туради, у тез орада сероз-шилимшиқ ёки

шилимшиқ йирингли бўлиб қолади. Ринит 1—4 ҳафта давом этади; ёш гўдакларда бирмунча узоқ чўзиладиган, ҳа деганда қайта-вермайди ринит кузатилади. Ринит билан бир қаторда фарингит болаларда бўладиган аденовирус инфекциясининг доимий симптоидир. Айни вақтда томоқ олдинги ва орқа равоқлари, ҳалқумнинг орқа девори бир қадар қизариб туради, ҳалқумнинг орқа девори шишиб чиқади ва қизариб қолган фолликулалари яққол билинадиган бўлади, баъзан уларда нозик карашлар бўлиши мумкин.

Аденовирус инфекцияси учун касалликнинг дастлабки кунларидан бошлаб бодомча безларининг зарарланиши характерлидир. Табиатан бактерияларга боғлиқ бўладиган тонзиллитлардан фарқ қилиб, аденовирус инфекциясида бодомча безлари жуда шишиб кетади ва озгина қизаради, уларда баъзан оқиш-сариқ карашлар, пардалар бўлиши мумкин. Беморларнинг конъюнктивалари ҳам процессга бир йўла қўшилиб кетган бўлса, ана шундай пардали тонзиллитлар уларда, айниқса, кўп учрайди. Аксари жағости, бўйиндаги лимфа тугунлари катталашиб кетади, пайпаслаб кўрилганда оғримайди.

Аденовирус инфекциясининг деярли доимий симптоми йўталдир, йўтал вақтида балғам тушиб туради.

Майда ўчоқли пневмония асосан ёш гўдакларда кузатилади; бу касаллик одатда актив вирус касаллиги устига бошланади ва беморларнинг аҳволини анча ёмонлаштириб қўяди.

Аденовирус инфекцияси учун конъюнктивит ҳаммадан кўра типкидир, шу белгисига қараб аденовирус касаллигини бошқа ўткир респиратор касалликлардан ажратиб олиш осон. Конъюнктивта касалликнинг дастлабки кунларида ёки кечроқ зарарланади ва гўё унинг иккинчи тўлқинига сабаб бўлади. Конъюнктивитлар катарал, фолликуляр, пардали бўлади. Аксари бир кўзнинг пастки қовоғи зарарланади, баъзида иккала кўз ҳам зарарланиб, бунда ўзгаришлар аксари бирмунча камроқ бўлади. Конъюнктивитлар ўртача 6 кундан то 8—12 кунгача давом этади.

Каттароқ ёшдаги болалар баъзан қорин оғриғидан нолийди. Гўдак болаларда дастлабки 3—4 кун давомида аксари ич тез-тез келиб, ахлати суюқ ёки бўтқасимон бўлиб тушади, унга бироз шилимшиқ аралашган бўлади, 2—5 кундан кейин ахлатда шилимшиқ йўқолиб кетади.

Шундай қилиб, ўткир респиратор касалликнинг юқорида тасвирлаб ўтилган ҳар бир нозологик формаси қандай бўлмасин бирор хил характерли хусусиятларга эга бўлади ва шунга кўра нозологик диагноз қўйишга ҳаракат қилиш зарур. Бироқ бунга ҳаммиша ҳам эришилавермайди. Нозологик формасининг клиник диагнозини аниқлаб олишнинг иложи бўлмаганда «этиологияси номаълум ўткир респиратор касаллик» деб диагноз қўйиш керак.

Лаборатория диагностикаси бемордан касаллик вирусини ажратиб олиш йўли билан ўтказилади, бунинг учун бурун ҳалқумдан олинган ювинди сувлар ёки тампон билан олинган бурун-ҳалқум



шилимишигидан фойдаланилади. Олинган (наҳорга олинган) материални музда сақлаш ва вирусология лабораториясига жўнатиш керак.

Сўнгги вақтда иммунофлюоресценция методидан тобора кўпроқ фойдаланилмоқда, бу метод материал олинганидан бир неча соат кейин вирус касаллигининг табиати тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

**Д а в о с и.** Ўткир респиратор касалликлар билан оғриган беморларнинг кўпчилиги уйда даволанади. Касалликнинг оғир формалари билан оғриган, асоратларига учраган беморлар ва уй шароитларида тегишлича режим ва парваришни таъминлашнинг иложи бўлмаган беморлар касалхонага жойлаштирилади. Беморларни бокслар ёки кичикроқ палаталарга ётқизиш керак, бу бокс ёки палаталарни бир йўла ва имкони борича касаллигининг клиник кўринишлари ўхшаш бўлган беморлар билан тўлдириш зарур.

Ўткир респиратор касалликлар билан оғриган болаларга иситма даврининг бошидан охиригача ўриндан турмай ётиш буюрилади. Асоратлар бўлмаса, 5—7 кундан кейин уларни авайлайдиган режимга ўтказилади (серҳаракат ўйинлар чеклаб қўйилиб, кундузги ва тунги уйқу соатлари узайтирилади ва ҳоказо). Беморнинг шахсий гигиенасига (оғиз бўшлиғи, бурун ҳалқуми, бадан терисига қараб боришга) ва хонанинг гигиеник аҳволига (уни намлаб тозалаб артиб туриш, тез-тез шамоллатиш, унга ультра-бинафша нур бериб туриш ва бошқаларга) катта эътибор бериш керак.

Овқат боланинг аҳволи ва ёшига қараб тайинланади. Касалликнинг дастлабки кунларида овқат энгил сингадиган ва витаминларга бой бўлиши лозим. Касалга мўл-кўл суюқлик: чой, морслар, мева шарбатлари, 5% ли глюкоза эритмаси, Рингер эритмаси ва бошқалар ичириб турилади.

Эмадиган болаларнинг бурундан нафас олиши жуда қийинлашиб қолганида уларни соғиб олинган кўкрак сути билан боқиб бориш тавсия этилади.

Касалликнинг энгил формаларида даво учун бериладиган доридармонлар балғам кўчирадиган препаратлар билан, бурунга томизиладиган томчи дорилар (3—5% ли эфедрин эритмаси, санорин, 1 ёшдан ошган болаларга нафтизин, галазолин ва бошқалар) буюриш билан чекланади.

Ўткир респиратор касалликлар оғир ва ўртача оғир ўтганида специфик ва патогенетик даво қилиш керак бўлади.

Гриппнинг оғир формаси билан оғриган касалларга грипга қарши гамма-глобулин буюрилади: 2 ёшгача бўлган болаларга — бир дозада (1 мл), 3 ёшгача бўлган болаларга — икки дозада (2 мл), 14 ёшгача бўлган болаларга — уч дозада (3 мл) берилади. Гриппга қарши гамма-глобулин касалликнинг фақат дастлабки 3 кунда юборилади. Эртасига гамма-глобулинни такрор юбориш мумкин. Қизамиққа қарши гамма-глобулинда ҳам кўпгина респиратор инфекция вирусларига таъсир кўрсатадиган бир қадар каттароқ титрда антителолар бўлади. Касаллик оғир ўтаётганида

дастлабки икки куни ана шундай гамма-глобулинни ишлатиш ҳам специфик, ҳам носпецифик характерда яхшигина наф беради.

Касалликнинг илк босқичида 3—4 кун давомида буруннинг ҳар бир тешигига кунда 4—5 маҳал 0,5 мл дан лейкоцитар интерферон аэрозолини ишлатиб туриш ўринли.

Гипертермияда мускуллар орасига амидопирин ёки анальгин, суткали дозада аминазин, димедрол ёки пипольфен билан новокалин эритмаси юборилади, бошга совуқ нарса босилади. Талваса тугганда мускуллар орасига магний сульфат эритмаси юборилади, фенобарбитал ичирилади ёки клизма қилинади (суткали дозаси 2% ли 10 мл илиқ натрий гидрхлорид эритмасида эритилади), венага ёки мускуллар орасига 20% ли ГОМК эритмаси юборилади; талвасалар узоқ давом этганида ва менингиал симптомлар бўлганида орқа мияни пункция қилиш ўринлидир. Менингоэнцефалик синдромни бартараф этиш учун гипертермик ва талвасага қарши воситалар билан бир қаторда сийдик ҳайдайдиган, гормонал препаратларни мускуллар ораси ёки венадан юбориш, дегидратация ва дезинтоксикация қилиш мақсадида паст молекулали эритмалар (гемодез, поливинол, реополиглюкин, альбумин) ва диуретиклар (15% ли маннитол, 20% ли сорбитал) ишлатиш буюрилади. Юрактомирларни қувватлайдиган дори-дармонлардан корглюкон, строфантин, дигоксин, мезатон қўлланилади. Кўкрак қафасига горчичниклар, иссиқ шифобахш ванналар, озокерит этикчалар кўринишида чалғитувчи даво буюрилади.

Касаллик асорат бермай ўтаётганда антибиотиклар ишлатиш тавсия этилмайди, ammo 2 ёшгача бўлган болаларга бирмунча кўпроқ асорат бериб қолиши мумкин бўлганлигидан бу гўдакларга касалликнинг 1-кунидан бошлаб антибиотиклар буюрилади.

**Профилактикаси.** Болалар муассасасида инфекцияни барвақт аниқлаб олиш учун болаларни қабул қилиб олиш пайтида ҳар куни синчиклаб текшириб кўриш зарур (тана температурасини ўлчаб, томоғи, бурнини кўздан кечириш, боланинг саломатлиги тўғрисида ота-оналардан сўраб-суриштириб кўриш). Болалар боғчаларида штатдаги медицина ходимлари бўлмаса, болаларни эрталаб қабул қилиб олиш иши группа тарбиячилари зиммасига юклатилади ва уларга тегишли йўл-йўриқ бериб чиқилади. Юқори нафас йўллари катарининг андек аломатлари бўлган болаларни ҳам коллективга қўйиб бўлмайди. Бола группادا бўлганида касалликнинг дастлабки белгилари пайдо бўлиши билан уни изоляторга ўтказиб бинони шамоллатиш, дезинфекцияловчи эритма билан латта ҳўллаб тозалаб чиқиш, хонага ультрабинафша нур бериш зарур. Касал бўлиб қолган гўдакка яқин юрган болалар устидан синчиклаб кузатув олиб борилиб, эрталабгина эмас, балки кечқурун ҳам танасининг температураси, албатта, ўлчаб турилади.

Ўтқир респиратор касаллик ҳодисалари қайд қилинганидан кейин группа бошқа группاداги тарбияланувчилардан тамомила ажратилиб, алоҳида қилиб қўйилади ва янги келадиган болаларни (ёки қандай бўлмасин бирор хил касалликдан кейин коллектив-

га қайтиб келаётган болаларни) 12 кунгача муддат ичида қабул қилмай турилади.

Аҳоли орасида касалланиш кўпайиб турган даврда ходимлар дока уни қиёб туриб ишлашлари ва бу ниқобларни ҳар икки соатда алиштириб туришлари керак.

Касалликдан тузалиб чиққан болани ўша касаллик бошидан ҳисоблаганда камида 10 кундан кейин группага қабул қилиш мумкин, унга камида 2 ҳафта давомида авайлайдиган режим зарур бўлади. Мана шу даврда болаларни чиниқтирадиган муолажалардан озод қилиб қўйилади; уларни биринчи галда овқатлантириб, уйқуга ётқизиш, ором соатларини узайтиришга ҳаракат қилиш, қўшимча мева-сабзавот шарбатлари, творог, қаймоқ, А, В, С витаминлари, балиқ мойи ва бошқалар бериб туриш керак.

Организмнинг инфекцияларга умумий қаршилигини кучайтиришга қаратилган чора-тадбирлар қаторига болалар муассасаларининг тиқилинч бўлишига қарши кураш, тоза ҳаводан имкони борича кўпроқ баҳраманд бўлиш, бекаму кўст овқатланиш, тарбиявий иш усулларини яхши йўлга қўйиш, гимнастикага эрта киришиб, болаларни аста-секин чиниқтириб бориш тадбирларини киритиш керак.

Ўткир респиратор касалликлар профилактикасида ота-оналар ҳамда болалар муассасаларидаги ходимлар билан олиб бориладиган санитария-маорифи иши катта ролни ўйнайди.

Гриппнинг специфик профилактикаси организмга тегишли антителоларни пассив равишда юбориб туришдир. Таркибида гриппга қарши антителолари кўп бўладиган иммуноглобулинни юбориш профилактик жиҳатдан яхши натижа беради (касалга яқин юрилган куни мускуллар орасига 1—2 мл). Уни грипп инфекцияси ўчоқларида: 1) гўдаклар уйларидаги болаларга; 2) касалхонада ётган ҳар хил ёшдаги касал болаларга ва санаторий ҳамда санаторий-яслилардаги заифлашиб қолган болаларга шошилинч профилактика чораси тариқасидагина ишлатиш мумкин, холос.

Худди бошқа ўткир респиратор касалликлар сингари, грипп профилактикаси учун ҳам, вирусга қарши таъсир кўрсатадиган препарат — лейкоцитар интерферон ишлатилади, у ҳужайрада грипп вирусини синтезини секинлаштириб қўяди. Интерферон порошogi солинган ампула бевосита ишлатилиши олдидан очилиб, порошogi унга қўшиб бериладиган эритувчи (дистилланган сув) да эритилади. Ҳар бир бурун тешигига кам деганда суткасига 2 марта 5 томчидан томизиб турилади. Касаллик юқиш хавфи тамомила йўқолиб кетмагунча препарат юбориб туришни давом эттириш зарур. Лейкоцитар интерферон безарар, ноҳўя ҳодисаларни келтириб чиқармайди ва ишлатишга йўл қўймайдиган қандайдир бирон монеликлари ҳам йўқ.

## МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСИ

Менингококк инфекцияси ўткир назофарингитдан тортиб, то яшин тезлигида ўтувчи менингококкцемя ва йирингли менингоэнцефалитгача борадиган касалликнинг ҳар хил клиник формаларини бирлаштиради.

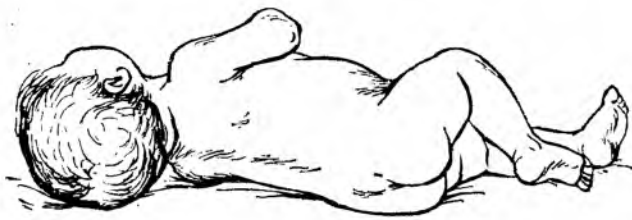
Бу касалликнинг қўзғатувчиси Вексельбаум томонидан 1887 йили кашф этилган менингококкдир. Ташқи муҳитда бу бактериялар жуда чидамсиз бўлиб, қуриганида, паст температурада тез ҳалок бўлиб кетади.

Менингококк инфекциясининг манбаи фақат одам: 1) менингит ёки менингококкцемя билан оғриган касаллар; 2) менингококкни ўзига юқтириб олган кишилар ва ўткир назофарингит билан оғриган касаллар; 3) «соғлом» ташувчилар. Энг хавfli манба менингитнинг продромал даврини бошидан кечираётган касал кишидир. Бу инфекция, қонда ўлароқ, ҳаво-томчи йўли билан ўтади.

Касалланидиганларнинг энг кўп қисми 14 яшаргача бўлган болалар улушига тўғри келади. Бу касаллик вақти-вақтида, 10—15 йилда бир марта кўлайиб туради. Бу инфекция учун одамлар кўп, хона ҳавосининг намлиги юқори бўладиган шароитларда тўсатдан касаллик пайдо бўлиб қолиши характерлидир, уюшган коллективларда (ясли-боғча, мактабда) баъзан шундай ҳодиса кузатилади. Энг кўп касаллар сони қишки-баҳорги даврда рўйхатга олинади (февраль-май ойларида).

Клиникаси. Инкубацион даври 2 кундан 10 кунгача, аксари 4—6 кун. Менингококк инфекциясининг ҳаммадан кўп учрайдиган формалари қуйидагилардир:

*Менингит.* Бу касаллик одатда тўсатдан бошланади: қалтироқ пайдо бўлиб, температура баланд кўтарилади, бош қаттиқ оғриydi, ёш болалар чинқриб йиғлайди, беҳаловат бўлиб қолади. Вақт-вақти билан бола қусиб туради, қусгани билан энгил тортмайди; касаллик энди бошланиб келаётганида эс-ҳуши жойида бўлади. Юзи қизаради. Еруғликка қарай олмай қолади, сезувчанлиги кескин камайиб кетади (гипестезия). Менингиал симптомлар: энса мускулларининг ригидлиги, Керинг, Бруздинский симптомлари пайдо бўлиб, тез зўрайиб боради. Эмадиган болаларда катта лиқилдоқнинг дўмбайиб чиқиб, таранг тортиб туриши асосий менингиал симптом бўлиб ҳисобланади, энса мускулларининг ригидлиги ва Керинг симптоми бундай болаларда кўпинча бўлмайди. Кейинроқ бола одатда характерли менингиал вазиятга киради: касаллар бошини орқасига тортиб ва оёқларини тизза ҳамда чаноқ-сон бўғимларидан букиб ётадиган бўлади (39-расм). Безовталаниш, қўзғалиш, уйқусизлик ёки уйқучанлик, эс-ҳушнинг кирарли-чиқарли бўлиб туриши ёки боланинг ўзидан кетиб қолиши, алаҳлаш, талваса тутиши, қўлларининг титраб туриши (тремори) ҳамиша деярли кузатилади. Бир қанча ҳолларда бош мия нервлари (III, VI, VII, VIII, XII жуфт ва бошқа нервлар) зарарланади, геми- ва монопарезлар бўлади.



38-расм. Менингитда боланинг типик вазияти.

Касалликнинг бошида пульс тезлашади, мия шишувига хос симптомлар зўрайиб борганида нисбий брадикардия ва артериал гипертония борлиги топилади. Кўпинча юрак тонлари бўғиқ бўлиб қолади, иштаҳа йўқолади, ич қабзият бўлади ёки суриб туради. Иситма маълум бир типда бўлмайди; камдан-кам ҳолларда касаллик иситмасиз ёки бир оз температура кўтарилиши билан ўтиши мумкин. Касалликнинг 3—4-куни кўпгина болаларда баданининг жуда хилма-хил жойларида, оғиз бўшлиғи, лабларининг шиллиқ пардаларига учуқ тошиб кетиши мумкин.

Қонда одатда нейтрофил характердаги хийлагина лейкоцитоз кузатилади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги кучайган бўлади. Сийдикда баъзан оқсил, битта-яримта цилиндрлар топилади.

Кўпчилик беморларда касаллик эсон-омон ўтади, касалликни вақтида аниқлаб, унга қарши тўғри даво қилинганда давонинг 12—14-куни бола соғая бошлайди.

Камдан-кам ҳолларда касалликнинг ҳаддан ташқари ўткир ёки яширдек тез ўтиши учрайди, бунда клиник манзарасида умумий нитоксикация аломатлари устун туради; мия пардаларининг зарарланганига хос характерли симптомлар бўлмаслиги ёки ўртача ифодаланган бўлиши мумкин. Шу формадаги менингитларда ўлим ҳоллари кўплигича қолмоқда.

*Менингококкдан бўладиган менингоэнцефалит.* Бу касалликда энцефалитик ҳодисалар: ўзидан кетиб қолиш, талваса тутиши, барвақт пайдо бўладиган фалаж ва парезлар устун туради. Менингеал симптомлар суст ифодаланган бўлиши мумкин. Бу — касалликнинг кам учрайдиган формаси бўлиб, унинг оқибати яхши эмас. Бола соғайиб кетганида қўл-оёқ, бош мия нервларининг фалажлари ва парезлари, интеллект пастлиги, эпилепсия ва бошқалар сақланиб қолиши мумкин.

*Менингококцемия.* Менингококк инфекциясининг бу формаси кўпчилик ҳолларда мия пардаларининг зарарланиши билан ўтади. У иккита клиник форма: типик менингококцемия ва буйрак усти безларига қон қуйилиб, бактериал типда ўтувчи ҳаддан ташқари ўткир менингококцемия (Уотерхаус-Фридериксен синдроми) кўринишида учрайди.

Типик ҳолларда менингококцемия ҳам бирдан бошланади ва шиддат билан ўтади. Энг характерли клиник белгиси нотўғри шаклли юлдузчалар кўринишида бўладиган геморрагик тошма то-



40-расм. Менингококкемия. Геморрагик тошма ва ўнг сон терисидаги катта-катта қон талашлар.

шишидир, бундай тошма касалликнинг бошидан 5—15 соат ўтганидан кейин пайдо бўлади. Геморрагик тошма аксари розеолёз ёки розеолёз-папулёз тошма билан биргаликда учрайди. Ҳаммадан кўп тошма тошадиган жойлар — думбалар, сонлар, болдирлар, кўз қовоқлари, склералар, қўллардир, камдан-кам ҳолларда тошма юзга тошади. Тошма элементларининг сони жуда ҳар хил бўлади. Иккинчи характерли симптоми бўғимлар (тизза, билак-кафт, болдир-панжа бўғимлари, фалангааро бўғимлар) нинг моно- ва полиартритлар кўринишида зарарланишидир, булар тез ўтиб кетиб, бўғим функциялари батамом аслига келиб қолади. Менингококкемияда гоҳ-гоҳида кўз томирлари пардаси яллиғланади — кўз рангдор пардасининг туси ўзгаради. Менингококкемияда иситма одатда анча сезиларли бўлади, интоксикация аломатлари юзага келади (тахикардия, ҳансираш, цианоз, кўп чанқаш, иштаҳа пасайиши, гипотония, сийдик тугилиб қолиши). Эмадиган болаларда кўпинча парентерал диспенсия ҳодисалари бўлади. Қон таркибидаги ўзгаришлар менингитдаги ўзгаришлар билан бир хил.

Бактериал шок манзараси билан ўтадиган ҳоллар учун касалликнинг температура кўтарилиши, қалтираш билан ниҳоятда тўсатдан бошланиб қолиши характерлидир; бола ранги оппоқ оқариб, ҳоли-мажолдан кетади ва баданига бир талай геморрагик тошма тошиб, баъзи жойлари некрозга учрайди (40-расм). Менингиал симптомлар, қоида ўлароқ, сезиларли бўлади. Касалнинг аҳволи тез ёмонлашиб боради, артериал босими тобора пасаяверади.

Менингококкемия менингит билан бирга ҳам, мия пардалари зарарланмасдан туриб ҳам ўтиши мумкин.

Олдиндан антибиотиклар ишлатиш касаллик манзарасини ўзгартириб қўйишини айтиб ўтиш зарур: мия пардалари зарарланганига хос симптомлар кечроқ пайдо бўлади, температура субфебрил, баъзан эса нормал бўлиб туради. Чақалоқларда ва эмадиган болаларда касалликни аниқлаш (диагностика) айниқса, қийин бўлади.

Диагноз қўйишда орқа мия пункцияси ҳал қилувчи ролни ўйнайди. Бунда орқа мия суюқлиги лойқа бўлиб, босим остида оқиб чиқади, хужайра элементларининг сони нейтрофиллар ҳисобига кескин кўпайган бўлади, оқсил миқдори 1—3 г/л гача ортади ва

бундан кўра кўпроқ бўлади. Глобулин реакциялари (Панди, Нонне-Апельт реакциялари) ҳамиша жуда мусбат бўлиб чиқади.

Орқа мия пункцияси (люмбал пункция) беморни ётқизиб қўйиб қилинади. Уни ёнбоши билан ётқизилиб, оёқлари тизза бўғимларидан букилади ва сонлари имкони борича қорнига қинлаштирилиб, боши олдинга энгаштирилади. Пункция мандренли игна билан қилинади. Игнани II—III ёки III—IV бел умуртқаларининг қиррали ўсимталари орасидаги камгакка расо сагиттал текисликда аста-секин киритилади. Пункцияни битказиб бўлгандан кейин беморни бошига ёстиқ қўймай, росмана ётқизиб қўйилади.

Менингококкларни топиш учун орқа мия суюқлиги, бурун-ҳалқум шилимшиғи, геморрагик тошма элементларидан олинган қирма-текшириб кўрилади. Бактериологик ва бактериоскопик текширишлар натижаси манфий бўлиши касалликнинг менингококк туфайли бошланганини истисно қилмаслигини таъкидлаш керак.

**Давоси.** Менингококк инфекциясида беморларга қилинадиган даво ҳамиша комплекс бўлиши керак. Этиотроп таъсир кўрсатадиган дори-дармонлар (пенициллин, сульфаниламидлар) билан бир қаторда патогенетик терапия ҳам кенг қўлланилиши керак, бундай терапия кўпгина ҳолларда табиатан шошилишч ёрдам тарзида бўлиши мумкин.

Менингококк инфекциясига қарши даво қилишнинг асосий методи интенсив пенициллинотерапиядир. Пенициллин суткасига 200—300 минг ТБ/кг ҳисобидан, 3 ойгача бўлган болаларга 300—400 минг ТБ/кг дан, вақтидан ўтиб кетган ҳолларда эса то 1 млн ТБ/кг гача етказиб буюрилади. Бу препарат суткасига 6 марта мускуллар орасидан юбориб турилади. Зарур бўлиб қолган маҳалда бензилпенициллиннинг натрийли тузи венадан юборилади, аynи вақтда тўхтовсиз трансфузия қилиб бориш керак. Даволаш процессида пенициллин дозаларини камайтириш ярамайди, чунки бу касалликнинг қўзиб кетишига олиб келади. Кўпчилик беморларни даволаш одатда 5—8 сутка давом этади. Люмбал пункция беморнинг батамом соғайиб келаётганини текшириб кўриш учунгина давонинг 5—6-кунида қилиб кўрилади. Пенициллин беришни тўхтатиш учун орқа мия суюқлигида плеоцитознинг 1 мкл да 100 ҳужайрадан кўра камроқ пасайиб, лимфоцитларнинг рўйи рост устун бўлиб турганлиги асосий мезон бўлиб хизмат қилади, орқа мия суюқлигида лимфоцитларнинг кўпайиб қолганлиги давонинг яхши наф қилаётганидан дарак беради.

Бемор пенициллинга нисбатан ортиқча сезгир бўлганида унга левомецетин, натрий сукцинат билан даво қилинади (суткасига 60—100 мг/кг дан, ҳар 8 соатда мускуллар орасига юбориб турилади). Чақалоқларга левомецетин буюриш тавсия этилмайди.

Даво қилиш учун пенициллиннинг яримсинтетик формаларини: ампициллин (суткасига 150—200 мг/кг ҳисобидан ҳар 6 соатда мускуллар орасига), оксациллин ва метициллинни қўлланиш мумкин (суткасига 200—300 мг/кг ҳисобидан ҳар 3—4 соатда мускуллар орасига).

Менингококкдан бўладиган менингитнинг ўртача оғир формаларига даво қилиш учун антибиотиклардан ташқари таъсири узайтирилган сульфаниламид-сульфамонометоксин препаратини ишлатиш мумкин, бу препарат 2 кун давомида 40—50 мг/кг ҳисобидан 2 маҳал ичириб турилади; кейинги 4—5 кунда препарат ярим дозада, яъни бир йўла 20—25 мг дан бериб турилади.

Токсикозга қарши кураш учун антибиотиклар билан даво қилишдан ташқари, организмга етарли миқдорда суюқлик киритиб туриш зарур (мўл-кўл суюқлик ичириш, глюкоза, изотоник хлорид эритмаси, гемодез, реополиглюкин юбориш, плазма қўйиб туриш ва ҳоказо). Шу билан бир вақтда дегидратация чоралари кўрилади: бола тана вазнининг ҳар бир килограммига 1—3 г қуруқ модда ҳисобидан 20% ли маннитол берилади, мускуллар орасидан 25% ли магний сульфат эритмаси инъекция қилинади, венадан 20% ли плацентар альбумин, гипертоник глюкоза, натрий ёки кальций хлорид эритмалари юборилади, диуретиклар (диакарб, лазик, урегит ва бошқалар) ишлатилади. Ацидозга қарши курашиш учун 4% ли натрий гидрокарбонат эритмаси венадан томчилаб юбориб турилади (50—75 мл).

Менингококк инфекциясининг оғир формаларига даво қилинида преднизолон муҳим аҳамиятга эга (1 ёшгача бўлган болаларга 2 мг/кг, катта болаларга 1 мг/кг), бу препарат қисқа (5—7 кунлик) курслар ҳолида буюрилади.

Талваса тутганда аминазин, фенobarбитал, дифенин, хлоралгидрат клизмалар ҳолида ишлатилади. Нафи бўлмаса, мускуллар орасидан ёки венадан диазепам (боланинг ёшига қараб суткасига 10—40 мг ҳисобидан) ва натрий оксибутират (ГОМК) юборилади. Зарурият бўлганида юрак-томирларни қувватлайдиган, ухлатадиган ва бошқа дори-дармонлар буюрилади.

Қасалхонадан беморларни касалликнинг кам деганда 4—5-ҳафтаси охирида район психоневрологини ва участка врачини кузатуви остида чиқарилади (икки қайта ўтказилган бактериологик текшириш натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейин). Қасалликнинг охири бахайр бўлганида 1-йил давомида 3 ойда бир марта, кейинги 2 йил давомида 6 ойда бир марта бола текширишдан ўтказиб турилади. Қасаллик асоратлари бўлса, тегишли дори буюрилади.

Менингококк инфекциясини бошидан кечирган болаларни касалхонадан чиқиб келганидан сўнг орадан кам деганда 10 кун ўтгач қўшимча бактериологик текширишларсиз мактабгача тарбия болалар муассасаларига, мактаб-интернатларга, ҳунар-техника билим юртларига қўйилади.

**Профилактикаси.** Менингококк инфекциясига қарши курашга доир асосий чора-тадбирлар касалларни барвақт аниқлаб олиш ва инфекциянинг ўчоқдан тарқалиб кетишини имкони борича чеклаб қўйишга қаратилгандир.

Менингит ва менингококкемия билан оғирган касаллар ихтисослаштирилган бўлимлар ёки боксларга жойлаштирилиши керак.

Менингококк инфекцияси ҳодисаси топилган ўчоқда касалга



яқин юрган одамларнинг ҳаммаси бактериоташувчилиги хусусида икки қайтадан текшириб кўрилади. Мактабгача тарбия болалар муассасаларига ва мактаб-интернатларга менингококк инфекцияси сўнгги марта топилган вақтдан бошлаб 10 кун давомида янги одам олинмайди. Сўнгги касаллик ҳодисаси қайд қилинган вақтдан ҳисобланганда 10 кун давомида инфекция ўчоғида актив кузатув ўрнатилади (болалар баданининг териси ва бурун-ҳалқуми кўздан кечириб турилади), кунига 2 мартадан термометрия ўтказиб турилади.

Топилган бактерия ташувчилар, аввало ёпиқ коллективлардаги ташувчилар 4 кун давомида кунига 4 маҳалдан ёшига тўғри келадиган дозаларда левомисетин ёки эритромицин ичиб, санация қилиниши керак (буни болаларни уйда алоҳида қилиб қўйиб ўтказиш мумкин). Ташувчилар икки қайта бактериологик текширишдан ўтказилгандан кейин болалар муассасасига қўйилади, бу текширишлар санация тугагандан камида 3 кундан кейин бошланади ва 1—2 кун оралаб ўтказилади.

Болалар муассасаларида менингококк инфекцияси пайдо бўлиб қолганида эҳтиётдан эмлаш ишларининг ҳаммаси сўнгги касаллик ҳодисаси рўйхатга олинган пайтдан ҳисоблаганда 1 ойгача тўхташиб қўйилади.

Инфекция ўчоғида хоналарни таркибида хлор бўладиган эритмаларга латта ҳўллаб артиб тозалаб, тез-тез шамоллатиб бориш, хавосига ультрабинафша нур бериб туриш, идиш-товоқларни қайратиш керак.

Болалар коллективларидаги инфекция ўчоқларида эпидемиологик процессни узиб қўйишнинг энг таъсирчан чораси болаларни тарқатиб бўлса ҳам 7—10 кунга сийраклаштириб қўйишидир.

### **ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ (БОТКИН КАСАЛЛИГИ)**

Вирусли гепатит А (инфекцион гепатит) ва вирусли гепатит В (зардоб гепатити) одамда учрайдиган вирусли касалликлар бўлиб, клиник жиҳатдан бир-бирига ўхшайди, булар асосан жигар зарарланиши ва умумий заҳарланиш аломатлари бўлиши билан характерланади. Касалликнинг ҳаммадан ёрқин симптомларидан бири бадан сарғайиши, сарикликдир, лекин у бўлмаслиги ҳам мумкин.

Антигени ҳар хил бўладиган иккита гепатит вируси: 1) А гепатит вируси; 2) В гепатит вируси бор, деб эътироф қилинади. В гепатит вирусига австралия антигени деб аталадиган махсус антиген бўлади. Мана шу қўзғатувчиларнинг бири пайдо қилган инфекция билан оғриб ўтган одамлар иккинчи қўзғатувчи юқишига қарши иммунитет ҳосил қилмайди. Бундан ташқари, ушбу қўзғатувчилар қиздиришга ва баъзи химиявий агентларнинг таъсирига чидамлилиги жиҳатидан, инкубацион даврининг муддати жиҳатидан бир-биридан фарқ қилади ва ҳоказо.

Вирусли А гепатит билан ҳамма ёшдаги болалар оғриши мумкин. Касалликнинг кузги-қишки мавсумларга сезиларли даражада

боғлиқлиги қайд қилинади. Инкубацион даври 15—50 кун, анчагина кўп ҳолларда 20—30 кун давом этади. Инфекция манбаи касалликнинг хоҳ клиник жиҳатдан ифодаланган формаси билан бўлсин, хоҳ сезилмайдиган формаси билан бўлсин, оғриб юрган одамдир, камроқ даражада реконвалесцентлар ва вирус ташувчилардир.

Вирус асосан инкубация даврининг охириги кунларида, сариқлик олди даври ва сариқликнинг биринчи ҳафтасида одамнинг ахлати билан бирга ташқарига чиқиб туради. Кўпчилик касалларда вирус чиқиб туриши бадан сарғайишга бошлаган вақтдан ҳисоблаганда тахминан 3 ҳафтадан кейин тўхтайди. Беморнинг ахлати қанча муддат юқумли бўлиб турадиган бўлса, қони билан қон зардоби ҳам тахминан худди шунча муддат ичида юқумли бўлиб туради. Инкубация даврининг охириги кунлари ва продромал даврининг дастлабки кунларида болаларда инфекция қисқа муддат давомида ҳаво-томчи йўли билан ҳам юқиши мумкин деган фикр баён қилинмоқда.

Беморнинг қони билан ажратмалари касалликнинг сариқлик билан ўтадиган формаларида қанча вақт юқумли бўлиб турса, бадан сарғаймасдан ўтадиган формаларида ҳам худди шунча вақт мобайнида юқумли бўлиб туради.

Инфекция касал одамдан соғ одамга ўзаро мулоқот вақтида ҳам, касалнинг ажралмалари билан ифлосланган қўллар, сув, озиқ-овқат маҳсулотлари, рўзғор буюмлари орқали ҳам, шунингдек етарлича юқумсизлантирилмаган асбоблар билан парентерал муолажалар қилинганда ўтиб қолади.

Вирусли В гепатит билан асосан ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болалар оғрийди. Инкубацион даври 50—180 кун, кўпгина ҳолларда 60—120 кун.

Инфекция манбаи В гепатитнинг ўткир ва хроник формалари билан оғриган бемор, шунингдек, симптомсиз юрган вирус ташувчилардир. Касаллик кўпинча қон, плазма, зардоб ва бошқа компонентлар (гамма-глобулиндан ташқари) қуйилганида, шунингдек етарлича стерилланмаган асбоблар билан медицина муолажалари қилинганда юқиб қолади. Дори моддалар, вакциналар ёки бошқа препаратлар венадан, мускуллар орасидан, тери остидан, тери орасидан, бўшлиқларнинг ичидан юборилганида, ҳар хил текширишлар учун венадан ва бармоқдан қон олинганида, шунингдек, стоматологик, урологик ва бошқа муолажаларни бажариш вақтида касаллик юқиб қолиши мумкин.

Вирус касалликнинг инкубацион даврида, бадан сарғаймасдан анча илгари ва бадан сарғайганидан кейинги 1-ҳафтада беморнинг қонида бўлади. Ҳозирги вақтда вирусли В гепатитнинг турмушдаги контакт йўли билан ўтиши ҳам истисно қилинмайди.

**Қ л и н и к а с и.** Инфекцион гепатит билан зардоб гепатитининг зоҳир бўлишида, аломатларида айтарли фарқ йўқ, шу сабабдан комплекс клиник-эпидемиологик маълумотларга асосланиб туриб аниқ диагноз қўйилиши мумкин. Дифференциал диагностика ўтка-

зиб, касалликнинг хилини аниқ белгилаб олишнинг иложи бўлмаганда «Боткин касаллиги» деб диагноз қўйилади.

Одамга вирус юқиб қолиши ҳамиша ҳам касалликнинг рўйи рост клиник аломатлари пайдо бўлиши билан бирга давом этавермайди. Гепатит А баданни сарғайтирадиган, билинмайдиган ва баданни сарғайтирмайдиган формада ўтиши мумкин.

Нечоғлик давом этишига қараб вирусли гепатитнинг: ўткир (2 ойгача давом этади), сурункали (2 ойдан 6 ойгача чўзилади) ва хроник (6 ойдан кўп давом этади) ўтиши тафовут қилинади.

Бадан сарғайиши билан ўтадиган формалари оғирлигига қараб энгил, ўртача оғир ва оғир хилларга бўлинади. Вирусли гепатитларнинг бадан сарғаймасдан ва билинмасдан ўтадиган формалари энгил бўлади.

Сариқлик билан ўтадиган ўткир формаси учта даврининг кетма-кет алмашиб бориши билан, бирин-кетин: 1) продромал (сариклик олди); 2) сариқлик даври (бунда сариқлик зўрайиб бориб, авжига чиқадиган ва қайтиб борадиган босқичлар бўлади); 3) тузалиш даври бўлиб ўтиши билан характерланади.

Продромал даврида ҳар хил тарзда бир-бирига қўшилган ортиқча чарчоқлик, қувватсизлик, тажанглик, уйқу бузилиши, бош оғриғи, иштаҳа пасайиши, кўнгил айнаши, баъзан қайт қилиш, қабзиятга мойиллик ҳодисалари бўлиши мумкин, болаларда юқори нафас йўлларининг катарал ҳодисалари, қисқа муддатли иситма, бўғимлар, мускуллар, суякларда учувчан оғриқлар айниқса кўп бўлиб туради. Сариқлик олди даври одатда бир неча кундан то 2 ҳафтагача давом этади. Ана шу даврининг охирида жигарнинг катталашиб қолгани маълум бўлади, сийдик туси қорайиб, ахлат кўпинча рангсиз бўлиб тушади.

Сариқлик даври кўз склералари, кўринадиган шиллиқ пардалар ва бадан терисида сариқ тус пайдо бўлишидан бошланади. Сариқлик одатда кучли бўлмайди ва тахминан 10—15 кун сақланиб туради. Жигар катталашуви давом этиб боради ва аксари талоқ ҳам катталашиб қолади. Сариқликнинг биринчи кунларида баъзан бадан териси дам-бадам қичишиб туради. Пульс, одатда, тезлашмайди. Қонда лимфо- ва моноцитозли лейкопенияга мойиллик бўлади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги кўпинча секинлашади.

Сариқлик даври сариқлик зўрайиб борадиган, авжига чиқиб турадиган ва камайиб борадиган фазаларга бўлиниши мумкин.

Сариқлик билан ўтадиган А гепатит ўткир формасининг оғирлиги асосан интоксикация клиник белгиларининг даражасига қараб баҳоланади.

Энгил формалари айтарли интоксикация белгилари бўлмасдан туриб ўтади, бунда касал ўзини бир қадар дуруст сезади (салгина бўшашади, иштаҳаси бироз пасаяди). Касаллик ўртача оғир ўтганида авзои-руҳият анча бузилиб, хийлагина умўйли дармонсизлик, ҳолсизлик бўлади, бош оғриғи, иштаҳа йўқолади (анорексия), кўнгил айниб, касал такрор-такрор қусади, уйқуси бузилади, жи-

гари бир қадар катталашиб қолади. Қасаллик оғир ўтганида бу симптомлар янада кескинроқ ифодаланган бўлади ва ҳамшиша гепатодистрофияга айланиб, прекоматоз ва коматоз ҳолат бошланиб қолиш хавфини туғдиради.

Жигарга алоқадор прекома юқорида тасвирлаб ўтилган барча симптомларнинг зўрайиши ва нерв системасига таалуқли рўйи рост ўзгаришлар пайдо бўлиши билан характерланади: нуқул мудроқ босавериши, бўшашиб қолиш, хотира бузилиши, ҳаракатлар аниқлигининг йўқолиши, қўл-оёқларнинг титраб туриши (тремор), баъзан талваса тутиши шулар жумласидандир. Брадикардия ёки нормал пульс тахикардия билан алмашинади, жигар кичрайиб, консистенцияси хамирсимон, юмшоқ бўлиб қолади; оғизда «жигар» ҳиди пайдо бўлади. Қонда нейтрофиль лейкоцитоз топилади, қонашга мойиллик кучаяди.

Прекома зўраяверса, жигарга алоқадор кома бошланиб кетади. У одатда кескин ҳаракат қўзғалиши бўлиб ўтадиган даврдан кейин бошланади. Қасал қаттиқ уйқуга кириб, уйғонмасдан ётаверади. Кўз қорачиқлари кенгайиб кетади ва ёруғликка суст реакция кўрсатади, пай рефлекслари сусайиб қолади ёки йўқолади, қовуқ билан ичак ихтиёрдан ташқари бўшайдиган бўлиб қолади, айрим мускуллар группалари тиришиб, тортишиб туради. Қасал одатда такрор-такрор қусади, қусуғи кофе қуйқаси рангида бўлади, оғиздан кескин «жигар ҳиди келиб туради, жигар рўйи рост кичрайиб қолади.

Вирусли гепатит ўткир формасининг мана шу барча босқичлари ҳам бирма-бир ва албатта бўлиб ўтиши шарт эмаслигини назарда тутиш керак.

А гепатитнинг билинмайдиган формасида сариқлик қисқа муддатли бўлади ва кўз склераларининг субиктерик ёки сийдикнинг қисқа муддат қора бўлиб туришигига кузатилади, холос.

Бадани сарғайтирмасдан ўтадиган формаси сариқлик билан ўтадиган формасига қараганда болалар орасида кўпроқ учрайди, аммо уни аниқлаб олиш, диагнозини белгилаш анча қийинчилик туғдиради. Бу формаси одатда анча енгил ўтади ва ланж тортиш, бўшашиш, иштаҳа пасайиши, жигар, кўпинча эса талоқ ҳам катталашуви, дастлаб температура кўтарилиши ва катарал ҳодисалар бўлиб туриши билан характерланади. Бу формасида кўз склераси, бадан терисида иктериклик бўлмайди, сийдик, ахлат ранги ўзгармайди. Диагнози одатда эпидемиологик маълумотлар бўлганида, қўшимча лаборатория текширишлари ўтказилгандан кейин қўйилади.

Айрим ҳолларда касаллик сурункасига давом этиб боради, унинг бундай ўтиши сариқлик даврининг шартли равишда 2 ойдан кўра кўпроқ чўзилиши билан характерланади. Айни вақтда касалликнинг сариқлик ва бошқа гепатит симптомлари аста-секин, аммо анча пайсал билан камайиб борадиган узлуксиз варианты ҳам, тўлқинсимон бўлиб ўтиб, вақт-вақтида қўзиб турадиган варианты ҳам бўлиши мумкин.

Гепатит узлуксиз ёки тўлқинсимон ҳолда ўтиб, юқорида тас-  
вирланган ҳодисалар бирмунча узоқ вақт сақланиб турадиган ёки  
ҳатто зўрайиб борадиган маҳалларда гепатитнинг хроник формага  
айланиб кетиши мумкинлигини назарда тутиш керак. Бунда жигар  
катта бўлиб туради, зичлашиб қолади, спленомегалия юзага кела-  
ди, кафтлар «жигарга хос» кўринишга киради, томир «юлдузчала-  
ри» пайдо бўлади.

Вирусли гепатитларнинг диагностикасида лаборатория метод-  
ларидан қон зардобидаги бир қанча ферментлар активлигини аниқ-  
лаш ва баъзи чўктириш синамалари ҳозирги вақтда амалий  
жиҳатдан ҳаммадан кўра кўпроқ аҳамиятни касб этди. Бу тестлар  
гарчи специфик бўлмаса-да, лекин жигар ҳужайраларининг зарар-  
ланганини кўрсатиб берадиган жуда муҳим далиллар деб ҳисоб-  
ланади (22-жадвал).

22 - ж а д в а л

**Соғлом ва вирусли гепатит билан оғриган болаларда қон зардобидаги  
баъзи ферментлар ва чўктириш синамаларининг активлиги \***

Кўрсаткичлар	Қон зардобидаги ферментлар ва чўк- тириш синамалари активлиги, бирликлар ҳисобида	
	соғлом бола- ларда	вирусли гепатит билан оғриган болаларда
Аланинаминотрансфераза (АЛТ)	12—36	200—300*гача ва бундан кўп
Аспаратаминотрансфераза (АСТ)	14—40	150—300*гача ва бун- дан кўп
Альдолаза	1—8	10—50
Сулема синамаси	1,3—2,2	Пасаяди
Тимол синамаси	1 дан 5 гача	6—15 гача ва бундан кўп

\*Пасхина модификациясидаги Умбрайт методи бўйича.

Қон зардобидаги билирубин миқдорини аниқлаш диагностика  
учун жуда кам аҳамиятга эга (соғлом одамларда унинг миқдори  
0,005—0,012 г/л бўлади), бироқ унинг миқдори қай тариха ўзгариб  
бораётганини кузатиб бориш касалликнинг оғир-енгиллигига баҳо  
беришда фойдали бўлиши мумкин.

Сийдикда ўт пигментлари (билирубин) топилиши А гепатитни  
сарикликколди даврида аниқлаб олиш учун бир қадар аҳамиятга  
эга бўлиши мумкин, аммо бу реакция ҳаммиша ҳам етарли даража-  
да сезгир бўлавермайди ва қон зардобидаги ферментлар активли-  
гини аниқлашдан кўра орқада туради.

Гепатит А кўпчилик ҳолларда батамом соғайиб кетиш билан  
туғалланади. Ҳаётининг 1-йилини яшаб келаётган болаларда, одат-  
да, А гепатит эмас, балки бирмунча оғир ўтадиган В гепатит уч-  
райди. Бундай болалар орасида ўлим ҳоллари 10% га бориши ва  
бундан ҳам кўпроқ бўлиши мумкин.

Баъзи касалларда аслига келиш даври анча узоқ чўзилади ёки гепатитдан қолган синдром деган нарса кўринишидаги қолдиқ ҳодисалар (ортиқча чарчаш, қоринда нохуш сезгилар бўлиб туриши, клиника ва лаборатория йўли билан объектив тарзда аниқланмаган ўзгаришлар бўлмагани ҳолда ёғларни яхши кўтара олмаслик) қайд қилинади, жигар катта бўлиб туради, айрим ҳолларда эса касаллик хроник формага ўтиб кетиши мумкин, бунинг натижасида жигар циррози шакллана олади. Ўт чиқариш йўлларига тааллуқли асоратлар кузатилиши мумкин (ўт йўллари дискинезияси, холецистит ёки холангит кўринишида).

Даво с.и. Бу касалликда даво зарур режимга, тегишли парҳезга амал қилиб бориш ва жигар ҳужайралари фаолияти учун ҳаммадан яхши шароитлар яратиб берадиган ҳамда издан чиққан функцияларнинг аслига келишига қулайлик туғдирадиган воситаларни буюришдан иборат бўлади.

Вирусли гепатитнинг оғир ва ўртача оғир формаларидагина эмас, балки энгил формаларида ҳам касаллик ўткир даврининг бошидан охиригача беморларга ўриндан турмай ётиш буюрилади. Умумий аҳвол яхшиланиб қолганида ёки касаллик энгил ўтаётганда зарурат юзасидан ўриндан туриладиган режим белгиланади: касаллар овқатланиш учун ўриндан туриб ўтиради, уларга палатада айланиб юришга рухсат берилади.

Касал болаларга тўғри парвариш қилиб бориш: уларни вақтида чўмилтириб туриш, баданининг териси ва шиллик пардаларини ҳар кун тозалаб туриш, очиқ ҳавога олиб чиқиш, палата ҳавосини янгиллаб туриш, ўринда ўйналадиган осойишта ўйинлар уюштириш ва бошқалар ҳам катта аҳамиятга эга.

Даво ишида парҳезнинг аҳамияти катта, унинг умумий принципи механик ва химиявий жиҳатдан авайлашдир.

Ҳаётининг биринчи ярим йилини яшаб келаётган болалардаги энгил формадаги касалликда оғримасидан илгари уларга бериб келинаётган рацион сақлаб қолинади. Сунъий йўл билан боқишга барвақт киришилган болаларни кўкрак сути билан боқишга қайтариш ўринлидир. Ҳаётининг иккинчи ярим йилига қадам қўйган, касал бўлмасидан аввал қўшимча овқат олиб келаётган болаларга касалликнинг ўткир даврида тухум сариғи, сергўшт шўрва сувлари бермаслик керак.

Катта ёшли болалар қайнатиб пиширилган ва қирғичдан ўтказилган овқат олиши керак. Барча касалларга кефир (кунига 200 г), творог (50—100 г) ва бошқа сутли маҳсулотлар, бўтқалар, картошка ва бошқа сабзавотли таомлар, гўштсиз тайёрланган шўрвалар, оқсилли омлетлар, макарон маҳсулотлари, қайнатилган ёки буғланган гўшт (мол гўшти, товуқ гўшти), ёғсиз балиқ бериб туриш тавсия этилади. Ёғлардан сариеғ (10 г), ўсимлик мойлари (кунгабоқар, зайтун мойи), шириниклардан зефир, пастила, табиий мармелад, асал, мураббо тавсия қилинади. Ҳўл мева ва янги сабзавотлар боланинг ёшига қараб кунига 300 г дан 600 г гача берилади.

Гўштли шўрвалар, дудланган масаллиқлар, консервалар, ҳар хил тузланган нарсалар, зираворлар, қийин эрийдиган ёғлар, какао, шоколад ва қовурилган таомларни рациондан истисно қилиш лозим.

Овқат умумий калорияларининг сони ва оқсиллари билан углеводларининг нисбати худди соғлом болаларникидек бўлади, ёғлар билан туз миқдори бир қадар чекланади (ёш нормасидан тахминан 10% гача).

Касалликнинг ўртача оғир формасида овқат енгиллаштирилади. Эмадиган болаларда бу болани бирмунча бот-бот овқатлантириб борилгани ҳолда суткалик рационни камайтириб туриб, кўкрак сути (бу бўлмаса, боланинг ёшига қараб В-кефир ёки кефир) беришга ўтиш билан ифодаланади. Катта ёшдаги болаларда мева-қанд кунлари ўтказиб турилади: мактабгача тарбия ёшидаги болаларга 800 г мева, 100 г қанд, кичик мактаб ёшидаги болаларга 1000 г мева ва 150 г қанд, катта мактаб ёшидаги болаларга 1200 г мева ва 150—200 г қанд бериб борилади. Шу билан бир вақтда мўл-кўл — кунига 1—1½ л гача суюқлик ичиб туриш буюрилади (5% ли глюкоза эритмаси, ширин чой, компот, киселлар, мева шарбатлари, минерал сувлар — Эссентуки № 17 ва 4). Қолган кунларда болалар касалликнинг енгил формаларида қандай овқат бериладиган бўлса, худди шундай овқат олиб туришади.

Вирусли гепатитнинг оғир формасида эмадиган болалар хусусида худди токсик диспепсиядагидек енгиллаштириш чоралари қўрилади: бола қисқа муддат оч қўйилади (бир-икки маҳалдаги овқат берилмайди), сўнгра оз-моз кўкрак сути, В-кефир, кефир бериб борилади. Бирмунча катта ёшдаги болаларда мева-қанд кунларини такрор-такрор ўтказиб туришдан ташқари 3—5 кун мобайнида ҳайвон оқсиллари (гўшт, балиқ) истисно қилиб қўйилади.

Прекома ва кома бошланганида болаларга оғзи орқали овқат бериш, одатда тўхтатилиб, парентерал йўл билан овқатлантириб боришга ўтилади (глюкоза, туз эритмалари ва бошқалардан венадан юборишга).

Кўшимча қилиб аскорбинат кислота (суткасига 100—300 мг), никотинат кислота (30—50 мг), витамин В<sub>1</sub> ва витамин А буюрилади. Гепатитнинг ҳамма формаларида мўл-кўл суюқлик бериб туриш шарт.

Касалликнинг ўткир даври ўтиб, боланинг аҳволи қаноатланарли бўлиб турганида ва диспепсия ҳодисалари бўлмаганида механик авайлаш даражасини камайтириш керак. Касалхонадан чиқиб келинганидан кейин парҳез ва овқатланиш режимига 6 ой давомида амал қилиб бориш лозим, бу муддат баъзан 1 йилгача узайтирилиши мумкин.

Енгилгина ўт ҳайдовчи ва ични мулоимлаштирувчи восита сифатида овқатдан олдин кунига 3 маҳал 5, 10, 15, 20 мл дан 5% ли магний сульфат эритмаси ичиб туриш буюрилади.

Юқориди айтиб ўтилган даво чоралари вирусли гепатитнинг енгил ва ўртача оғир формаларига даво қилиш учун кифоя.

Оғир формаларида кортикостероидлар — преднизон ёки преднизолон буюрилади, бу препарат суткасига 1—1,5—2 мг/кг ҳисобидан 3 бўлиб ишлатилади, уни куннинг биринчи ярмида (соат 6—8—12 да) берган маъқул. 2—3 суткадан кейин, боланинг аҳволига қараб, дозаси аста-секин камайтирилади. Даво курси ўрта ҳисобда 2—3 ҳафта давом этади. Шу билан бир вақтда кунига 3—4 десерт ёки ош қошиқдан 5—10% ли калий цитрат кўринишида калий бериб борилади.

Айниқса, зарур миқдордаги оксилли овқат билан бирга олиб туришнинг иложи бўлмаган ҳолларда янги плазма ёки қон зардобини венадан юбориб туриш фойдалидир.

Геморрагик диатез пайдо бўлганида ёки унинг пайдо бўлиш хавфи туғилганида кальций препаратлари, аскорбинат кислота, викасол, эпсилон-аминокапронат кислота ишлатиш (венадан 50—100 мл юбориб туриш) ўринлидир.

Антибиотиклар бактериал инфекция пайдо бўлган тақдирдагина буюрилади.

Касаллик оғир ўтганида метионин, холин, барбитуратлар, морфин, аминазин, хлоралгидрат, ўт кислоталари, метилтестостерон, гексаметилентетрамин, салицилат кислота ишлатиш тўғри келмайди. Бу препаратлар жигар ҳужайрасида бўладиган алмашинувни чздан чиқаради ёки қийинлаштириб қўяди. Касаллик вақтида ва ундан кейинги дастлабки вақтларда болаларга гижжаларга қарши дори-дармонлар буюриш ярамайди.

Вирусли гепатит билан оғриган эмизикли оналарда кўпчилик ҳолларда лактацияни сақлаб қолиб, болани кўкрак бериб боқиб боришни давом эттириш мумкин. Касаллик тобора оғирлашиб, гепатодистрофия бошланиши хавфи туғилганида ва касалликнинг сурункали бўлиб қолишига мойиллик пайдо бўлганида лактацияни тўхтатиб қўйиш зарур бўлиб қолиши мумкин.

Профилактикаси. Касалликнинг иккита нозологик формаси борлигини, булардан ҳар бирида инфекциянинг юқишидаги асосий механизм ўзига хос бўлишини назарда тутиб, вирусли гепатит профилактикасига тааллуқли чора-тадбирларни комплекс равишда амалга ошириб бориш зарур бўлади.

Гепатитни барвақт аниқлаб олиш, айниқса, муҳим аҳамиятга эга, касаллик продромал даврида (сарикликколди даврида) эпидемиологик жиҳатдан ҳаммадан катта хавф туғдиради. Касалликнинг ўткир формалари билан оғриган беморларнинг ҳаммаси, шунингдек, хроник формаси билан оғриган касаллар, дарди кўзиб қолган даврда инфекцион касалхона ёки бўлимларга, шу касаллик билан оғриган деб гумон қилинганлар диагностик бўлимларга (палаталарга), албатта, ётқизилиши керак.

Инфекцион гепатит ўчоқларида жорий ва яқунловчи дезинфекция ўтказилади.

Вирусли гепатит билан оғриганларни сариклик пайдо бўлган вақтдан бошлаб камида 3 ҳафтагача ёки касаллик бошидан ҳисоблаганда камида 4 ҳафтагача ажратиб, алоҳида қилиб қўйилади.



Касалхонадан беморлар клиник кўрсаткичларига қараб чиқарилади, ана шу кўрсаткичларнинг асосийлари умумий аҳволнинг яхши бўлиши, бадан териси ва кўз склераларида сариқлик йўқлиги, жигарнинг кичиклашиб, аслига келиб қолгани, сийдикда ўт пигментлари йўқлиги, қондаги билирубин миқдори ва бошқа лаборатория кўрсаткичларининг нормаллашганидир.

Вирусли гепатит билан оғриб ўтганлар устидан 6 ой давомида, зарур бўлса, бундан кўра кўпроқ вақт давомида кузатув олиб борилади. Болалар муассасаларига қатнайдиган, вирусли гепатит билан оғриб ўтган болалар устидан мана шу муассасаларда медицина кузатуви ўрнатилади. Реконвалесцент ўқувчиларни 3—6 ойга физкультура машғулотларидан озод қилиб қўйилади.

Гепатит билан оғриб ўтилганидан кейинги 6 ой давомида профилактик вакцинацияларни ўтказиб бўлмайди. Қоқшолга қарши зардоб ёки қоқшол анатоксини ва қутуришга қарши вакцина, зарур бўлиб қолганда, гепатит қачон бўлиб ўтганлигидан қатъий назар ишлатилаверади.

Вирусли гепатит билан оғриган касалга яқин юрган кишилар касалдан алоҳидаланган вақтидан бошлаб 50 кунгача ҳафтасига 1 марта медицина текширувидан ўтиб туришлари керак. Бунда уларнинг умумий аҳволига, температураси кўтарилган-кўтарилмаганига, катарал ёки диспепсия ҳодисалари бор-йўқлигига, жигари билан талонининг катталашган-катталашмаганига, сийдиги билан ахлатининг ранги ўзгарган-ўзгармаганига аҳамият берилади.

Мактабгача тарбия муассасасида гепатит А билан оғриб қолган касал учраганида бу муассасаларга болаларни олдин уларга гамма-глобулин юбориб туриб, кейин қабул қилишга рухсат берилади, холос. Касал ажратиб қўйилган вақтдан бошлаб 50 кун мобайнида бу муассасаларда планли эмлаш ишлари, диагностика синамалар, шунингдек, стоматологик текширишлар ўтказилмаслиги керак.

Болалар стационарлари ёки санаторийларида вирусли гепатит (гепатит В бунга кирмайди) билан оғриган касал топилса, буларга янги болаларни олдин уларга гамма-глобулин юбориб туриб, шундан кейингина қабул қилиб олишга рухсат берилади, холос.

Организмга юборилган гамма-глобулиннинг гепатит А хусусидаги профилактик активлиги 6—7 ой давомида сақланиб боришини назарга олганда умумий эпидемиологик вазиятга қараб профилактиканинг иккита вариантдан фойдаланиш мумкин.

1. Кўпроқ хавф остидаги континентга (мактабгача тарбия муассасаларига қатновчи болаларга, 4-синфгача бўлган мактаб ўқувчилари ва бошқаларга) касаллик мавсум сари кўпайиб турадиган даврнинг, яъни сентябрь ойининг бошида гамма-глобулин юбориш.

2. Эпидемик мавсум олдидан профилактика ўтказилмаган ёки ўтказилган бўлса ҳам, бунга 7 ой бўлган ўчоқларда (муассасалар ва оилаларда) биринчи гепатит А ҳодисаси пайдо бўлганида эпидемик заруриятга қараб гамма-глобулин юбориш.

Гамма-глобулин жуда зарур ўрни бўлган маҳалларда, касалга

яқин юрилган вақтдан бошлаб ҳисоблаганда имкони борича эрта муддатлар ичида (дастлабки 10 кун мобайнида) юборилади. Унинг мана шу иккала методада ишлатиладиган дозаси бир хил: 6 ойликдан 10 ёшгача бўлган болалар учун — 1,0 мл, 10 ёшдан катта болалар учун — 1,5 мл.

Гепатит В билан касалланишда хоҳ болалар муассасаларида бўлсин, хоҳ оилаларда бўлсин, гамма-глобулин билан профилактика қилинмайди.

Вирусли гепатитнинг парентерал йўл билан юқиш эҳтимолига ўрин қолдирмаслик учун барча даволаш-профилактика муассасаларида бадан териси ва шиллиқ пардаларнинг бутунлигини бузиб бажарадиган муолажаларни ўтказишда медицина асбобларидан фойдаланиш қоидаларига қаттиқ риоя қилиб бориш зарур. Шу мақсадда шприцлар, игналар ва бошқа асбоблар 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида камида 30 минут қайнатилади, 1,5 атм босим остида 30 минут давомида автоклавга қўйилади ёки қуруқ иссиқлик билан стерилланади (160°C температурада 1 соат давомида).

Вирусли гепатит ўчоқларида шу инфекциянинг олдини олиш чора-тадбирлари туғрисида кенг санитария маорифи иши олиб борилади.

#### **БОЛАЛИК ВА УСМИРЛИК ДАВРИДА УЧРАЙДИГАН СИЛ**

Сил, яъни туберкулёз (Tuberculosis) микобактериялар туфайли пайдо бўладиган умумий инфекцион касалликдир.

Сил қўзғатувчисини 1882 йилда Кох кашф этган, бу қўзғатувчи каттакох микобактериялар группасига кирди. Сил қўзғатувчисини ҳозир сил микобактериялари ёки сил таёқчалари (Кох бактериялари — КБ) деб аташ расм бўлган. Булар физик агентлар таъсирига чидамли бўлади, бу нарса силда дезинфекция ишини қийинлаштириб қўяди.

Касаллик юқадиган манбалар. Касаллик юқадиган асосий манба — сил билан оғриган касал киши, бунда унинг ҳамма ажралмалари юқиш манбаи бўлиб хизмат қилиши мумкин. Балғам ҳаммадан катта аҳамиятга эга. Одам йўталганида, гаплашганида, аксирганида атрофига бир талай майда-майда шилимшиқ томчиларини сачратиб чиқаради, буларда сил микобактериялари бўлади, ана шу микобактериялар атрофдаги буюмларга ўтириб қолиб, тез қурийдими ва чангга айланади.

Касалнинг ич кийимлари, ўрин-бошига тугиладиган нарсалар ва бошқалар ҳаммадан хавфлидир.

Қорамол ҳам сил юқадиган манба бўлиши мумкин, чунки сил билан оғриган сигирлар сутида кўпинча микобактериялар бўлади. Одамда учрайдиган сил эпидемиологиясида бошқа ҳайвонлар жуда кам роль ўйнайди.

Одам баданининг териси, шиллиқ пардалари ва ўпка альвеолаларининг эпителиysi сил инфекцияси учун кириш дарвозалари бў-

лиши мумкин. Микобактерияларнинг нафасга олинадиган ҳаво билан бирга кириши натижасида одамга ўпка силининг юқиб қолиши — аэроген йўл амалий жиҳатдан ҳаммадан катта аҳамиятга эга. Аэроген йўлдан ташқари инфекция ичак йўли билан ҳам юқиши мумкин, лекин унинг бундай йўл билан юқиши анча кам учрайди.

Камдан-кам ҳолларда ҳалқум бодомча безлари, кўз конъюнктивалари, жинсий органларнинг шиллиқ пардалари силнинг кириш дарвозалари бўлиши мумкин. Ниҳоятда камдан-кам ҳолларда сил она қорнида юқа олади, бунда микобактериялар она организмдан плацента орқали бола организмга ўтиб қолади.

Сил қўзғатувчиси кўпчилик ҳолларда ўпка тўқимасида, гоҳи бошқа органларда ўтириб қолади.

Болаларда аксари бирламчи сил инфекцияси учрайди. Касалликнинг бу формасида организм умумий реактивлиги юқори бўлгани ҳолда барча орган ва тўқималарнинг сил қўзғатувчисига кўп даражада сезгир бўлиши кузатилади.

Асосий характерли белгиларидан бири процесснинг лимфа системасига анча ёйилишидир, лимфа системасининг зарарланган тугунлари казеозга мойил бўлади. Бирламчи инфекциянинг иккинчи характерли белгиси касалликнинг томир отиб, тарқалиб кетишига, гематоген ва лимфогематоген йўллар билан тарқалиб боришига мойил бўлишидир.

Бошқа инфекцион касалликларда бўлганидек, силда ҳам иммунитет юзага келиб боради. Бироқ, бу иммунитет ташқи муҳитнинг турли ноқулай таъсири остида (инфекцион касалликлар, турмуш шароитларининг ўзгариб қолиши, ҳаддан ташқари чарчаш, овқатнинг тўла-тўқисмаслиги, руҳий ва жисмоний травмалар туфайли) бузилиши мумкин. Мана шундай шароитларда ҳам организмга такрор сил микобактерияларининг кириши тамомила бошқача реакцияларни келтириб чиқаради.

Бола организмда силнинг авж олиши жуда кўп омилларга боғлиқ; шулардан бири болаликнинг турли даврларида ёшга алоқадор бўладиган хусусиятлардир. Ҳар бир ёшда сил касаллигининг ўтиши ўзининг характерли хусусиятларига эга бўлади.

Эмадиган болаларда сил каттароқ ёшдаги болалардагига қараганда оғирроқ ўтади, бу ёшда менингит ва миллиар сил сингари тарқоқ формалари ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. Бу ёшдаги болаларда касаллик кўпроқ ёмон оқибатларга олиб боради.

Мактабгача тарбия ёшидаги болаларда бирламчи сил инфекцияси анча енгил ўтади. Буларда кўпинча силнинг суяк-бўғим ва безга алоқадор формалари, шунингдек ўпка силининг қиёсан хавфсиз формалари кузатилади.

Мактаб ёшидаги болаларда силнинг энг характерли формаси хавфсиз ўтиши ва эсон-омон тузалиб кетиши билан ажралиб турадиган хроник сил интоксикацияси, яъни олган жойининг, локализациясининг тайини йўқ силдир.

12—14 яшар ва бундан кўра каттароқ болаларда учрайдиган

силнинг формалари ва кўринишлари катта ёшдаги одамлардаги билан деярли бир хил бўлади. Бу ёшдаги болаларнинг кўпчилиги илгари бирламчи инфекцияни бошдан кечирган бўлади ва уларда бирламчи комплекс поёнига етмасдан туриб, янги инфекция бошланади. Бундай болаларда парчаланиб, каверналар ҳосил қилишга мойил бўладиган, микобактериялар ташқарига чиқиб турадиган формалари устун туради, буларнинг оқибати унча яхши эмас.

Сил классификацияси касал болалар ва катта ёшли одамлар учун ягона, унда асосий клиник формаларининг учта группаси тафовут қилинади. Биринчи группани болалар ва ўсмирларда учрайдиган сил интоксикацияси, иккинчи группани нафас органлари сили, учинчи группани бошқа орган ва системалар сили ташкил қилади. Бундан ташқари, ушбу классификацияда сил процесси (ушнинг олган ўрни — локализацияси, қанча ёйилгани, фазаси, бациллаар чиқиб туриш-турмаслиги), асоратлари (қон кетаётгани, ўпка-юрак, буйрак етишмовчилиги ва бошқалар) ва даво қилиб, йўқотиб юборилган силдан кейин қолган ўзгаришлар характеристикаси кўзда тутилган.

Ҳозир кўпчилик ҳолларда, жумладан гўдак болаларда интоксикация аломатларисиз ўтадиган бирламчи сил инфекцияси қайд қилинмоқда, буни туберкулин реакцияларининг «виражи» деб белгиланади.

Хроник сил интоксикацияси олган жойи, яъни локализацияси нотайин, аммо умумий кўринишлари етарлича ифодаланган силдир. Силнинг бу формаси кўпчилик ҳолларда ўткир даврида аниқланмай қолган локал процесснинг оқибати бўлиб ҳисобланади. У на клиник жиҳатдан, на рентгенологик жиҳатдан маълум бермайдиган бронхоаденитдан, ўпкадаги процесс ва бошқалардан бошланиши мумкин. Силнинг бундай формаси барча ёшдаги болаларда, аммо кўпроқ ўқувчиларда учрайди.

Хроник сил интоксикациясининг клиникаси ва ўтишини А. А. Кисель батафсил ишлаб чиққан.

Бундай касалларнинг анамнезида ота-оналари ёки яқин қариношларининг сил билан оғригани, юқори нафас йўллариининг катарлари, бронхитлар, пневмониялар ва бошқаларнинг тез-тез бўлиб турганлиги кўрсатиб ўтилади. Касаллар асосан тез чарчаб қолиш, тажанглик, иштаҳа ёмонлиги, бош оғриғидан нолийди.

Объектив текширишда тана вазни, гоҳо бўйнинг одатдагидан камлиги, эт қочганлиги ва тери, тери ости клетчаткаси, мускуллар, суяклар ривожининг издан чиққанлиги маълум бўлади. Кўкрак қафаси одатда узун, тор, ясси бўлади. Касалликнинг асосий аломатлари периферик лимфа тугунларининг катталашиб кетишидир: лимфа тугунларининг бир неча группаси катталашиб, қаттиқ, узунчоқ ёки ясси бўлиб қўлга уннайди, ҳаракатчан бўлади (Кисель ибораси билан айтганда «тош-безлар»). Бундай болаларда тана температураси вақт-вақти билан бирмунча кўтарилиб туради ( $37,0$ — $37,4^{\circ}\text{C}$  гача). Баъзи болаларда хроник конъюнктивитлар, блефаритлар, қайталаниб турадиган фликтенлар кузатилади. Ҳам-

ма болаларда туберкулин синамаси мусбат бўлиб чиқади, периферик қонда ўртача ёки сезиларли гипохром анемия бўлади. Упка рентгенда текшириб кўрилганида, одатда, айтарли ўзгаришлар топилмайди.

Умумий ўзгаришлар гоҳ кўпроқ, гоҳ камроқ даражада ифодаланиши мумкин. Енгил формасида ўзгаришлар арзimas даражада бўлади: тез чарчаб қолиш, тажанглик, тана вазни ва бўйининг ортиб боришида орқада қолиш, температуранинг бироз ва онда-сонда кўтарилиши (кўп деганда  $37,5^{\circ}\text{C}$  гача) шулар жумласидандир.

Оғир формасида сезиларли функционал ўзгаришлар бўлади, булар тана вазни ортиб боришининг анча орқада қолиши, иштаҳанинг кескин камайиб кетиши, ранг оқариши, анемия, температуранинг анча кўпроқ ва доимий суратда кўтарилиб туриши ( $37,5-37,8^{\circ}\text{C}$  гача) билан характерланади. Интоксикациянинг иккала формасида анча сезиларли периферик лимфаденит бўлади.

Хроник сил интоксикациясининг диагнозини қўйиш унча осон эмас, болани жуда диққат билан ва синчиклаб текшириб кўриш керак бўлади, чунки сил билан ҳеч қандай алоқаси бўлмаган жуда хилма-хил касалликлар баъзан ана шундай диагноз остида яширишиб ётган бўлади.

Болалардаги хроник сил интоксикацияси умуман эсон-омон ўтиб кетади, аммо шу билан бир вақтда боланинг эмадиган ва гўдаклик пайтида бу инфекция локал ва тарқоқ силнинг оғир формаларига ўтиб кетиши мумкинлигини эсда тутиш керак.

Ўз вақтида кўрилган чоралар (касалини машғулотлардан озод қилиб, ўрмон мактабларига, кундузги санаторийларга жойлаштириш, кун тартибини ўрнига келтириш, витаминлар билан бойитилган бекаму кўст овқат бериб туриш) одатда яхши натижа беради. Ана шу формадаги касалликни барвақт аниқлаб олиш натижасида унинг оғир ёки тарқоқ силга ўтиб кетиш эҳтимоли йўқолиши мумкин.

Эмадиган ва гўдак болаларда, шунингдек, каттароқ болаларда сил инфекциясининг энг дастлабки даврида ва ҳатто, аллергия олди даврида кўпинча функционал ўзгаришлар кўрилади. Мана шундай ҳолат илк сил интоксикацияси деб аталади. Бунинг симптомлари хроник интоксикация симптомлари билан деярли бир хил, аммо камроқ ифодаланган бўлади.

Болаларда ўпка сили, айниқса, катталардагига қараганда, бошқа локализациялари орасида асосий ўринда турмайди, катталарда силнинг худди шу ўпка формаси устун туради. Болаларда кўпинча бирламчи сил ва шу бирламчи инфекциянинг кўриниши тариқасида ўпка процесслари кузатиладикки, буларнинг орасида бирламчи комплекс билан бронхоаденит кўпроқ бўлади. Болаларда учрайдиган бирламчи сил структурасида аввалги йилларда бирламчи комплекс устун турган бўлса, ҳозирги шароитларда бронхлар лимфа тугунларининг сили биринчи ўринни эгаллайди.

Сил бронхоаденитининг диагнози клиник ва рентгенологик маълумотларга қараб қўйилади.

Барча физикавий симптомлар перкутор, аускультатив симптомлар ва босилиш симптомларига бўлинади.

Перкутор симптомларнинг таклиф этилган кўпдан-кўп хилларидан Қорани симптомини ҳаммасидан кўра ишончлироқ деб ҳисоблаш керак. У шундан иборатки, умуртқа поғонаси яқинидан ёки тўғридан-тўғри умуртқа поғонаси устидан бармоққа бармоқ билан перкуссия қилиб кўрилганда чиқадиган перкутор товуш бўғиқроқ бўлиб эшитилади. Соғлом болаларда товушнинг шу тариқа бўғиқроқ эшитилиши I—II кўкрак умуртқасигача маълум бўлиб туради, борди-ю, бу товуш пастроққача —IV—V умуртқасигача бўғиқроқ бўлиб эшитилса, у ҳолда бу лимфа тугунларининг катталашганидан дарак беради. Перкуссияни пастдан юқорига ва тўғридан-тўғри умуртқа поғонаси устидан қилиб борган маъқул.

Талайгина аускультатив симптомлардан д'Эспин симптоми диққатга сазовордир. Бу шундан иборатки, «қирқ тўрт» ёки «кис-кис» деб гапиришни биладиган болалар эшитиб кўрилганида мана шу шивирлаш овозининг рўйи-рост кучайиши топилади. 8 ёшгача бўлган соғлом болаларда бундай бронхофония VII бўйин умуртқаси дамида аниқланади. Бордию, рўйи рост бронхофония бундан пастроқда ҳам топиладиган бўлса, у ҳолда д'Эспин симптоми мусбат деб ҳисобланади ва у бронхиал лимфа тугунларининг катталашганини кўрсатади.

Кўкрак ичидаги лимфа тугунларининг катталашганидан дарак берадиган ана шу симптомлар неспецифик касалликлар (лейкозлар, лимфогранулематоз) да ҳам бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиш керак, шу сабабдан уларнинг борлиги ҳали бу симптомларнинг табиатан силга алоқадорлигини кўрсатмайди.

Эмадиган болалар билан гўдак болаларда бронхиал лимфа тугунларининг катталашиб қолиши кўкс оралиғидаги органларнинг босилишига хос симптомлар билан бирга давом этиб бориши мумкин, бу қуйидагилар: 1) жарангдор, битонал йўтал пайдо бўлиши (паст бўладиган дағал асосий тон билан бир вақтда музикали обертон эшитилади); 2) кўкйўталга ўхшаш йўтал ва шовқинли экспиратор стридор бўлиши; 3) асосан олдинги кўкрак деворида мўлкўл веноз томирлар тармоғи пайдо бўлиши билан характерланади.

Рентгенологик текширишлар клиник симптомларни кўпчилик ҳолларда тасдиқлаб беради, перкутор ва аускультатив маълумотлар шубҳали бўлганида баъзан бронхоаденитни топиб олишга имкон беради. Айни вақтда ўпка илдизи соясининг ҳар томонларга қараб ва қоида ўлароқ, бир томондан катталашгани маълум бўлади (инфильтратив фаза билан зичланиш фазасидан кейин).

Сил бронхоаденитларида ҳам, худди ҳар қандай сил процессида бўлгани каби мана шу физикавий ва рентгенологик симптомлардан ташқари, умумий симптомлар кузатилади. Булар бола авзойининг ўзгариб қолгани, иштаҳа пасайиши, озиб кетиш, ранг оқариши, тез чарчаб қолиш, тажанглик билан ифодаланади. Бундан ташқари, температура кўтарилиб туради, дастлабки кунларда

у баланд ( $38^{\circ}\text{C}$  ва бундан кўра баландроқ) бўлиши мумкин, сунгра узоқ вақт давомида субфебрил бўлиб қолади.

Бронхоаденитларнинг ўтиши узоқ чўзилади ва улар баъзан турли асоратлар билан бирга давом этиши мумкин. Ҳаммадан кўп учрайдиган асорати плеврага алоқадор: костал, интерлобар ва медиастинал плеврит пайдо бўлади. Кўп учрайдиган иккинчи асорати ўпка тўқимасидаги бўлак ёки сегментар ателектазлардир, булар узоқ давом этиб боради ва кўпинча ўша жойда носпецифик яллиғланишга хос иккиламчи ва қайтмас ўзгаришлар пайдо бўлади.

Жуда камдан-кам ҳолларда сил лимфогематоген ёки гематоген йўл билан тарқалиб, ўпкага ўтиши ва ўпкadan ташқарига метастазлар бериб, лимфа тугунларида казеоз бошланиши мумкин. Баъзан силнинг бронхлар сили сингари хили топиладики, буниси эввалги йилларда бўлмас эди, бронхлар сили ателектатик-пневмония билан бир қўшилиб, бирламчи сил клиникасида бронхиал лимфа тугунларининг зарарланиши етакчи аҳамиятга эга эканлигидан дарак беради.

Бирламчи комплекс ўпка ва лимфа тугунларида бирламчи ўчоқ ҳосил қилади, буларнинг атрофида сезиларли перифокал яллиғланиш бўлади. Айтирли перифокал реакция бўлмайдиган ҳолларда бирламчи комплекс сезилмасдан ўтади ва узоқ йиллардан кейингина оҳакланиб қолган Гон ўчоғи ва оҳакланган регионар лимфа тугунлари топилади.

Инфильтратив фазасида перифокал реакция билан ўтаётган бирламчи комплекс учун бирдан ва кўпчилик ҳолларда оғир бўлиб, зўр бошланиши характерлидир, бу аксари ҳар хил интеркуррент ёки инфекцион касалликлар диагнози билан ўтади.

Температура 2—3 ҳафта давомида баланд бўлиб туради, кейин эса субфебрил бўлиб қолади. Аини вақтда боланинг аҳволи унча ҳам оғир эмаслиги диққатни ўзига жалб қилади. Перкуссия қилиб кўрилганида товушнинг анчагина бўғиқ бўлиб қолгани ва дастлабки даврда нафас салгина сусайиб, нафас чиқариш узайиб қолгани аниқланади. Рентгенологик текширишда анча гомоген соя топилади, бу ўпка илдизининг процессга қўшилиб кетганига ҳамиша ҳам боғлиқ бўлавермайди. Кейинчалик бирламчи ўчоқ ва регионар лимфа тугуни зичлашиб, аста-секин оҳакланиб боради. Ҳозирги шароитларда бирламчи комплекснинг ўпка компоненти аввалги йиллардагига қараганда камроқ тарқалади ва даво қилинадиган бўлса, бирмунча тезроқ қайтиб кетади. Перифокал реакцияси зўр бўладиган классик бирламчи комплекс анча кам учрайдиган бўлиб қолди.

Бирламчи ўчоқнинг батамом Гон ўчоғига айланиши ҳосил бўлган пайтидан бошлаб ҳисоблаганда 2—2½ йилга боради, бироқ 6—8 ойдан кейинроқ оҳакланиш бошланиб келаётгани маълум бўлади.

Бирламчи комплекс силлиқ ўтиши ва асоратлар бериши мумкин. Ҳозирги шароитларда бирламчи комплекс аксари силлиқ

ўтадиган бўлиб қолди. Асоратларининг сони анча камайди ва уларнинг табиати хийла ўзгариб қолди («Сил бронхоаденити»га қаралсин).

Асоратлар билан ўтган бирламчи комплексни бошдан кечирган болаларда кўпинча сезиларли формадаги хроник сил интоксикацияси пайдо бўлишини, препубертат даврда эса бирламчи комплекснинг аксари зўрайиб борадиган иккиламчи сил формаларига айланиб кетишини айтиб ўтиш керак.

Ўпка силининг гематоген-диссеминацияланган формалари анча кам учрайдиган бўлиб қолди. Гўдак болаларда булар жуда оғир ўтади, мактабгача тарбия ва мактаб ёшларида улар хроник тарзда ва бирмунча енгил ўтади.

Бу формаларнинг характерли хусусияти, бир томондан, физикавий симптомлари жуда кам бўлгани ҳолда рентгенологик маълумотларининг жуда ёрқин бўлишидир. Қасаллик кўпинча аста-секин авж олиб боради. Бундай болалар анча ўзини олдирган, терисининг тургори анча пасайган, периферик лимфаденит юзага келган бўлади. Кўпинча жигар ва талоқ қўлга уннайдиган бўлиб қолади. Температура узоқ вақт давомида субфебрил бўлиб туради, кейин фебрил хилга айланади. Иштаҳа анча пасайган бўлади, баъзи ҳолларда батамом анорексия (иштаҳа йўқлиги) кузатилади. Ҳансираш билан цианоз ўртача ифодаланган бўлади. Перкуссия қилиб кўрилганида ўпкада айтарли ўзгаришлар топилмайди, эшитиб кўрилганида нафаснинг қаттиқроқ бўлиб, ўзгариб қолгани, доимиймас ва кам миқдордаги қуруқ ҳамда нам хириллашлар борлиги аниқланади. Йўтал, одатда, кам бўлади; ҳамisha деярли балғам тушмайди.

Рентгенограммаларда кўпчилик ҳолларда иккала ўпка майдо-нида симметрик жойлашган, қор бўрони манзарасига ўхшаб кетадиган майда-майда думалоқ соялар аниқ-равшан кўринади.

Ўпка силининг дессеминацияланган формаларида ўпкадан ташқари локализациялари анча кўп учрайди (тери, ташқи лимфа тугунлари, суяк ва бўғимлар ҳамда бошқа органларнинг зарарланиши).

Қасаллик барвақт аниқланиб, замонавий даво методлари қўлланилганида оқибати аввалги йиллардагига қараганда анча яхши бўлади. Учоқлар барҳам топиб, ҳаттоки батамом сўрилиб кетадиган ёки зичлашиб, оҳакланадиган ҳоллар анча кўпроқ учрайдиган бўлиб қолди, лекин хроник сил интоксикацияси кўринишлари анча узоқ давом этмоқда.

Усмирларда ўпка сили пайдо бўлишида инфилтратлар каттагина ўринда туради ва улар гематоген, бронхоген йўл билан эски ўчоқдан ҳамда янгидан ҳосил бўлиб келаётган ўчоқдан вужудга келади. Бу формадаги силнинг хусусияти казеоз дегенерация бошланиб, каверналар пайдо қилишга жуда мойил бўлишидир. Клиник манзараси жуда қашшоқ бўлади. Қасалликнинг боши баъзан респиратор инфекция ёки гриппга ўхшаб ё бўлмаса, ҳатто, мутлақо сезилмасдан ҳам ўтади. Беморнинг умумий аҳволи анча вақт-



гача батамом қаноатланарли бўлиб қолавериши мумкин, кейин эса сил инфекциясига хос умумий интоксикация симптомлари пайдо бўлади (тез чарчаш, тажанглик, иштаҳа пасайиши, бош оғриши ва бошқалар). Перкуссия ва аускультация қилиб кўрилганда ўзгаришлар кўпинча топилмайди ёки улар нотайин бўлади (ўпканинг маълум бир жойида нафаснинг сал сусайиб ёки қаттиқроқ бўлиб қолгани). Йўтал ва балғам бўлмаслиги мумкин. Инфилтрат кўпинча четлари кескин билиниб турмайдиган думалоқ соя доғи кўринишида фақат рентгенограммада маълум бўлади. Каверна юзга келган бўлса, марказида оқарган жой вужудга келиб, қаттиқ нафас ёки бир қадар бронхиал нафас ҳамда бироз миқдор нам хириллашлар пайдо бўлади.

Инфилтратлар барвақт аниқланиб, уларга қарши ўз вақтида даво қилинганда улар ҳозирги вақтда жуда кўп ҳолларда батамом сўрилиб, барҳам топиб кетади ёки фиброз ҳосил қилади.

Балогатга етиш даврида сил касаллигининг жуда сезилмасдан ўтиб боришини, боланинг умумий аҳволи яхши бўлгани ҳолда процесснинг аста-секин авж олиб боришини яна бир карра таъкидлаб ўтиш керак. Мана шунинг учун ҳам ўсмирлар устидан умуман ва айниқса, сил касаллар бор оилаларда, сиңчиклаб кузатув олиб бориш зарур.

Экссудатив плевритлар бошланиб келаётган бирламчи сил инфекциясининг кўриниши ёки мавжуд бирламчи силнинг асорати бўлиши мумкин. Касаллик одатда температура баланд ( $38-39^{\circ}\text{C}$  гача) кўтарилиши билан бошланади. Умумий аҳвол кескин ўзгаради: иштаҳа пасайиб, боланинг ранги жуда оқариб кетади, ланжлик, инжиқлик пайдо бўлади, катта ёшдаги болалар баъзан биқини санчиб оғришидан нолийди. Экссудат тўпланиб борган сари касал томонда перкутор товушнинг рўйи-рост бўғиқ бўлиб эшитилиб, нафаснинг аввалига сусайиб қолиши, кейин эса йўқолиб кетиши, касал томонда ўпка ҳаракатчанлигининг чекланиб қолгани топилади.

Туберкулин синамалари сустроқ бўлиб қолади ёки вақтинча батамом сўниб кетади. Рентгенологик текшириш ўтказиб кўриш ва плеврани пункция қилиб кўриш диагнозни тасдиқлаб беради.

Болаларда бўладиган экссудатив плевритлар, одатда, эсон-омон ўтиб кетади. Плевра устига ўтириб қоладиган карашлар ва швартлар кўринишидаги қолдиқ ўзгаришлари, замонавий даво методлари қўлланилганида, деярли учрамайди.

Плеврага сил дўмбоқчалари тошиб чиқиши билан характерланган плевра сили бошқача ўтади. Бундай касалларнинг аҳволи, одатда, жуда оғир бўлади, температура узоқ вақт баланд бўлиб туради, сезиларли интоксикация бўлади, сил процесси секинлик билан қайтиб боради.

Силнинг ўпкадан ташқари локализациялари катталардагига қараганда болаларда анча кўпроқ учрайди, шу билан бирга баъзи орган ва системалар сил билан касалланишга, айниқса, мойил бўлади. Ана шундай системалардан ҳаммадан илгари суяк ва лимфа

системаларини кўрсатиб ўтиш керак, бу системалар болаларда, айниқса, кўп зарарланади.

Болаларда бўладиган суяк-бўғим сили тўғрисидаги маълумотлар махсус қўлланмаларда баён этилган.

Периферик лимфа тугунларининг сили болаларда бирмунча кўп, асосан гўдаклик ва мактабгача тарбия ёшида учраб туради. Лимфа тугунларининг ҳеч истисносиз ҳамма группалари сил процесси билан зарарланиши мумкин, аммо бўйин, жағ ости ва қўлтиқ остидаги лимфа тугунлари ҳаммадан кўра кўпроқ процессга қўшилиб кетади. Лимфа тугунлари баъзан анча катта — товуқ тухумидек ва бундан ҳам йирикроқ бўлиб қолади. Улар бир-бири билан, атрофдаги клетчатка ва тери билан ёпишиб кетган пакетлар ҳосил қилади. Периаденит борлиги бу процессни бошқа этиологияли лимфаденитлардан фарқ қилиб олиш учун дифференциал-диагностик белги бўлиб хизмат қилади. Ўтишига қараб сил лимфаденитлари очиқ ёки тешик ярали ва ёпиқ хилларга бўлинади. Очиқ лимфаденитларда лимфа тугунлари кейинчалик бориб юмшаб, ирийди ва ҳа деганда битавермайдиган, қайталаниб турадиган тешик яралар ҳосил қилади, булар битиб кетганидан кейин ҳам ўрнида юганча ва сўрғичлар кўринишида чандиқлар қолади.

Ҳозирги вақтда тешик ярали лимфаденитларнинг анча кам учрайдиган бўлиб қолганини айтиб ўтиш керак.

Бошқа ҳолларда лимфаденитлар тугунлар ириб, тешик яралар ҳосил бўлишигача етиб бормаиди, батамом сўрилиб кетади ёки петрификацияланган жуда қаттиқ майда-майда тугунларга айланиб қолади.

Прогнози одатда хайрли, эсон-омон ўтиб кетади-ю, лекин узоқ, баъзида бир неча йиллаб чўзилади.

Мезентериал лимфа тугунлари сили—мезоаденит—мустақил касаллик сифатида учрайди ва кўпинча ичак сили ва сил перитонити билан бирга давом этиб борадиган бўлади. Болаликда учрайдиган шу формадаги силни аниқлаб олиш, диагнозини белгилаш қийин бўлади. Бу касаллик аста-секин авж олиб боради.

Ҳаммадан доимий ва характерли белгилари қорин оғриқларидан нолишдир, бу оғриқлар ҳар хил даражада бўлиб, тортиб турадиган ёки туриб-туриб бураб қоладиган оғриқлар тарзида сезилади ва жойи тайинли бўлмайди. Обьектив текширишда қорин бўшлиғи пальпация қилиб кўрилганида турли бўлимларининг безиллаб тургани аниқланади, безиллаш баъзан шу даражада бўладики, чуқур пальпация қилиб кўришнинг иложи бўлмай қолади. Кейинчалик қабзият пайдо бўлиб, ич кетар билан навбатлашиб боради, бола баъзан қусади, иштаҳаси пасайиб, овқат бекаму кўст бўлишига қарамасдан озиб кетади.

Унча катталашмаган тугунларни пайпаслаб топиш анча қийин, лекин ичак бўшатилганидан кейин (клизма, туз сурги билан) кўпинча ўнг ёнбошда ўртача катталиқдаги тугунларни топса бўлади, бу — касалликни янглишиб, аппендицит деб ўйлашга олиб келиши мумкин.

Шу билан бир қаторда сезиларли сил интоксикацияси авж олиб боради: бола рангининг оқариб, заҳил тортиб кетиши, бўшашиб, тажанг бўлиб қолиши, танаси вазни, бўйининг ўсишда орқада қолиши, субфебрил температура шулар жумласидандир.

Сил менингити ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган гўдаклардан тортиб, барча ёшдаги болаларда учраши мумкин. Бу касаллик сил процесси десминнациялар, плевритлар, полисерозитлар кўринишида зўриқиб ўтганидан кейин бошланиши мумкин. Баъзи ҳолларда менингит бирламчи сил инфекциясининг ҳар қандай даврида, бирламчи сил ўтиб кетганидан кейин ўчоқлар қолганда ва ҳатто, ўпка, лимфа тугунлари ва бошқа органларда сезиларли клиник-рентгенологик ўзгаришлар бўлмай турганда ҳам вужудга кела олади. Болалардаги силнинг шу формаси ҳозирги вақтда анча кам учрайди.

Бу касаллик аста-секин авж олиб боради, аммо гўдак болаларда бирдан бошланиб қолиши ҳам мумкин. Дастлабки даврида умуман бўшашиб ҳолсизланиш, тажанглик, дам-бадам бош оғриб туриши, дарров чарчаб қолиш, вақт-бемаҳал субфебрил температура бўлиб туриши, иштаҳа пасайиши, ич қотиб туриши, уйқу бузилиши, ёруғликка қарай олмаслик касалликнинг илк симптомлари бўлиб ҳисобланади. Менингиал процесс янада ривожланиб бориши билан умуман ҳолсизланиш симптомлари зўрайиб, иштаҳа йўқолиб кетади (анорексия), анча эт қочиб, температура мудом  $38^{\circ}\text{C}$  ва бундан ҳам кўпроқ кўтарилганча туради, эс-ҳуши айнаб, касал секин-секин гапирадиган бўлиб қолади, уйқучанлик, бош оғриғи зўраяди, касал ўзидан-ўзи қайт қилаверади ва гиперестезия пайдо бўлади.

Касални объектив тарзда текшириб кўрилганда менингиал симптомлар: энса мускулларининг ригидлиги, Керинг, Брудзинский симптомлари қайд қилинади, пай рфлекслари кучайиб кетган ва бош мия нервлари иннервацияси бузилган бўлади [кўз ғилай тортиб, қорачиқлари кенгайган ва «ўйнаб турадиган», кўз қовоқлари юмилган (птоз) бўлади, нарсалар кўзга иккита бўлиб кўринади, оғиз бурчаги паст тушиб туради, бурун-лаб бурмалари текисланиб кетади, тил бир ёққа тортиб турадиган, сўрғичлари шишган бўлади, қон диңланишига хос ҳодисалар, кўрув нерви неврити топилади]. Тургун қизил дермографизм, Труссо доғлари, брадикардия бўлиши ҳам характерлидир.

Силга қарши препаратлар билан даволанган болаларда кўпинча билинмайдиган менингит клиник манзараси кузатилади, бунда у аста-секин бошланиб, бўш бўлиб ўтади, буни мана шундай касалларда нотайин неврологик симптомлар пайдо бўлганида назарда тутиш керак.

Шубҳали ҳолларнинг ҳаммасида анамнезни синчиклаб ўрганиб, клиник текширишларни ўтказиб бўлгандан кейин диагнозни аниқлаш учун дарров орқа мияни пункция қилиб кўриш керак. Орқа мия суюқлиғи босимининг ортган, ўзининг тиниқ бўлиши, лимфоцитлар устуң турган плеоцитоз (1 мкл да кўпинча 100—200 тагача

хужайралар) борлиги, оқсил миқдорининг 0,33 г/л дан ортиқ бўлиб чиқиши, фибрин тўрлари чуқиб тушиши — мана шуларнинг ҳаммаси юқорида айтиб ўтилган дастлабки симптомлар мавжуд бўлиб турганда этиологияси жиҳатидан силга алоқадор менингит деб етарлича асос билан диагноз қўйиш учун имкон беради.

Сил диагностикасида рентгенологик текшириш методидан фойдаланиш шарт, аммо бу метод клиника ва лаборатория маълумотлари билан бирга қўшилганидагина жуда қимматли натижаларни беради. Ҳар бир рентгенологик текшириш рентгеноскопиядан бошланади, шундан кейингина рентгенографияга ўтилади. Сил бор деб гумон қилинган ҳолларда ва носпецифик ўткир ўпка процесслари билан дифференциал диагностика ўтказиш мақсадларида такрорий контрол текширишларни ўтказиб кўриш зарур бўлади.

Ўпка сили диагностикасида томография катта аҳамиятга эга бўлиб қолди. Бу метод ўчоқлар ва емирилиш бўшлиқлари (каваклар) нинг ўпка тўқимасида олган ўрнини, шунингдек ўпка илдизининг аҳволини аниқроқ билиб олишга имкон беради.

1 яшардан 14 яшаргача бўлган болаларда силни барвақт аниқлаб олишнинг асосий методи — мунтазам равишда туберкулинодиагностика ўтказиб туришдир.

СССР Соғлиқни сақлаш министрлигининг 1974 йил 2 июндаги 590-сон буйруғига мувофиқ болалар билан ўсмирларни оммавий текширишда Пирке реакциясидан фойдаланиш бекор қилинган. Ҳозир ҳамма жойда стандарт нисбатда қилиб суюлтирилган, ишлатишга тайёр эритмалар кўринишида ишлаб чиқариладиган 2 ТБ PPD-Л билан тери орасига қўйиладиган Манту синамаси қўлланилиши керак.

Бу синамани ҳозир қуйидаги мақсадларда қўлланилади: 1) болалар ва ўсмирларда силни барвақт аниқлаб олиш учун; 2) силга қарши ревакцинация қилиниши керак бўлган болалар ва ўсмирларни ажратиб олиш учун.

PPD-Л (тозаланган оқсил деривати) — Линникова методи бўйича Ватанимизда тайёрланган қуруқ туберкулин бўлиб, унинг активлиги туберкулин бирликлари (ТБ) билан аниқланади. Бу препарат ишлатишга тайёр эритмалар шаклида 5 мл ли флаконларда (50 доза) ёки 3 мл ли ампулаларда (30 доза) чиқарилади. 0,1 мл миқдоридagi шу эритманинг биологик активлиги 2 туберкулин бирлигига (2 ТБ га), яъни бир дозага тўғри келади.

Манту синамасини врач буюрганига қараб, махсус ўргатилган, тегишли ҳужжати — туберкулин билан синамалар ўтказишга рухсатномаси бўлган медицина ҳамшираси қилиб кўради.

Манту синамасининг натижалари 24, 48 ва 72 соат ўтказиб туриб, пластмассадан ишланган рангсиз тиниқ чизғич ёрдамида инфилтратни ўлчаб кўриш йўли билан миллиметрларда баҳоланади.

Инфилтрат (гиперемия) мутлақо бўлмаганида ёки укол қилинган жойнинг ўзи реакция берганида (0—1 мм) синама натижаси манфий деб, катталиги 2—4 мм келадиган инфилтрат (папула) бўлганида ёки инфилтратсиз ҳар қандай катталиқда гиперемия-

нинг ўзигина юзага келганида шубҳали деб, диаметри 5 мм ва бундан катта келадиган сезиларли инфилтрат (папула) бўлганида мусбат деб ҳисобланади.

Силни барвақт аниқлаб олиш мақсадида 12 ойлик ёшидан бошлаб ҳамма болалар ва ўсмирларга, олдинги текширишнинг натижаларидан қатъий назар, мунтазам равишда, йилига 1 марта (яхшиси кузда) 2 ТБ РРД-Л билан Манту синамаси қўйиб кўрилади.

1 ёшгача бўлган болалар сил хусусида заруриятга қараб текшириб кўрилади (контакт, дифференциал диагностикани талаб қиладиган касаллик бўлганида).

2 ТБ РРД-Л билан ўтказиладиган Манту синамаси инфекцион аллергия бўлганида ҳам, эмлашдан кейин аллергия бўлганида ҳам мусбат натижа беришини назарда тутиш ва 2 ТБ билан ўтказилган Манту реакциялари мусбат чиққан болалардаги аллергиянинг этиологияси тўғрисидаги масалани ҳал қилиш учун уларни педиатр-фтизиатрга ёки район педиатрига юбориш керак бўлади.

Манту синамасини қўйиб кўришга йўл қўймайдиган монеликлар қуйидагилардир: тери касалликлари, ўткир ва хроник инфекция қасалликларнинг қўзиб турган, жумладан реконвалесценция даври (барча клиник симптомлари йўқолиб кетганидан кейин камида 2 ой), аллергия ҳолатлари (актив фазадаги ревматизм), бронхиал астма, терида сезиларли аломатлар билан ўтадиган идиосинкразия, эпилепсия. Инфекциялар муносабати билан карантин белгиланган болалар муассасаларида Манту синамасини ўтказишга йўл қўйилмайди.

Манту синамаси турли инфекцияларга қарши ўтказиладиган эҳтиётдан эмлаш ишларидан олдин ўтказиб олинади.

Упка сили билан ўпкadan ташқаридаги силнинг локал формалари диагнозини аниқлашда синчиклаб ўтказиладиган туберкулоподиагностика катта ролни ўйнайди. Клиник диагностика мақсадида 2 ТБ РРД-Л билан ўтказиладиган синамадан ташқари туберкулинга сезгирликни текшириб кўришнинг бошқа методлари ҳам қўлланилиши мумкин (даражаларга бўлинган тери синамаси, Кох синамаси, туберкулин титрини аниқлаш ва бошқалар).

Дифференциал диагностика мақсадида болани текширишда 2 ТБ РРД-Л билан қўйилган Манту реакциялари ва даражаларга бўлинган тери синамаси манфий натижа берганидан кейин 100 ТБ РРД-Л билан Манту синамасини қўйиб кўриш мумкин. Сўнги синама ҳам манфий натижа берганида организмни кўпчилик ҳолларда сил инфекциясидан холи деб ҳисобласа бўлади.

Лаборатория методларидан балғамни текшириб кўриш катта аҳамиятга эга. Балғамда сил микобактерияларини топиш хоҳ диагностика жихатдан бўлсин, хоҳ эпидемиологик жихатдан бўлсин, ниҳоятда катта аҳамиятга эга бўлади. Балғам кўп маҳалларда уни йўтал рефлексини юзага келтириб туриб, пахта тампон билан олиш осон, бунда ўша тампонда одатдаги усул билан бўяладиган суртмалар тайёрлаш учун балғам бўлақлари қолади. Балғам кам

ёки уни болалар ютиб юборадиган маҳалларда наҳорга меъдани ювиш методи ва флотация методи билан ишлаш усули қўлланилади. Силда қондаги ўзгаришлар асосан специфик бўлиб ҳисобланмайдию, лекин процесснинг динамикаси, шунингдек, прогнози тўғрисида фикр юритиш учун имкон беради.

Сил процесси узоқ давом этиб борганида болаларда бир қадар анемия авж олади. Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги кўпчилик ҳолларда кучаяди, аммо нормал бўлиши ҳам мумкин. Эритроцитлар чўкиш тезлигининг кучайишига қараб туриб, кўпгина ҳолларда процесснинг жонланиши ва қўзишини олдиндан айтиб берса бўлади.

Сил инфекциясига оқ қон анча каттароқ реакция кўрсатади. Кўпчилик болаларда ўртача лейкоцитоз кузатилади. Лейкоцитар формулада нейтрофилез топилади, бу нейтрофилез касаллик нечоғлик огир бўлса, шунча кўпроқ сезиларли бўлади. Зўрайиб бораётган ўткир ҳолларда баъзан кескин эозинопения топилса, касалликнинг эсон-омон ўтиб келаётган формаларида эозинофилия топилади. Моноцитлар сони ўзгариб туриши мумкин.

Силда сийдикни одатдагича анализи қилиб кўриш буйраклар зарарланган деб гумон қилингандагина зарур бўлиб қолмайди. Буйраклар зарарланган бўлса, буни барвақт аниқлаб олиш учун сийдик анализи ниҳоятда катта аҳамиятга эга бўлиб қолади. Сийдикда мудом йиринг, энг муҳими эса сил микобактериялари топилиши буйрак сили борлигини кўрсатади.

Касалликнинг дессиминацияланган сил, асорат берган бирламчи комплекс сингари формаларида сийдикни ой сари текшириб бориш шарт. Сийдикда оқсил юқлари, битта-яримта лейкоцитлар ва янги эритроцитлар кўринишида бўладиган бир оз ўзгаришлар умумий интоксикация аломатлари тариқасида вақт-вақти билан топилиб туриши ва бошқа маълумотлар билан бир қўшилиб, процесснинг огирлиги тўғрисида билвосита далолат бериши мумкин.

✓ Д а в о с и. Сил билан огрган касалларга даво қилишда, режимни тўғри уюштириш: тоза ҳаво ва ёруғликдан кўп баҳраманд бўлиш, дам олиш билан ҳаракатланишни навбатлаштириб бориш, бекаму-кўст овқатланиш муҳим омил бўлиб ҳисобланади.

Қиш ва кузда фрамугаларни, баҳор билан ёзда деразаларни очиб қўйиб, хонани доим шамоллатиб туриш зарур. Хонанинг ҳаноси доим тоза ва янги, температураси 18—20°С атрофида бўлиши керак.

Болалар имкони борича кўпроқ тоза ҳавода бўлишлари лозим. Қишда режимни шундай уюштириш керакки, токи болаларнинг хонада бўладиган пайтлари билан очиқ ҳавода сайр қиладиган вақтлари (суткасига 3—4 соат) ҳар доим навбатлашиб борадиган бўлсин. Қишда болалар об-ҳаво ва температура ҳар қандай бўлганида ҳам сайр қилиб турадилар; — 20°С температурани улар яхши кўтаради. Бундай температурада уларнинг айвонда юриши қийинроқ бўлади, шунинг учун ором соатларида болаларни фрамугалари очиб қўйилган палаталарга ётқизган маъқул.

Ёз кезлари касал болалар имкони борица кўпроқ очиқ ҳавода бўлишлари керак, кечасига уларни яхшиси, равонга олиб кириб ётқизган маъқул.

Чиниқтирадиган элементлар қаторига баданни ҳўллаб артиш, устан сув қўйиш ва душлар кирази, булар алмашинув процессларини кучайтиради ва нерв системаси тонусини оширади. Сув билан даволаш муолажалари илиқ (36—37°С ли) сувдан бошланади, сув температураси бола ўрганган сайин аста-секин камайтирилиб, 25—26°С гача туширилади.

Санаторий режимида мактаб машғулотлари алоҳида ўринни эгаллайди, эрталабки вақтнинг 3—4—5 соати шу машғулотларга ажратилади. Санаториядаги болалар мактаб машғулотларидан ташқари меҳнат процессларини (дурадгорлик, муқовасозлик, токарлик иши, тўқиш, кашта тикиш, экинзор, гулзорда ишлаш ва бошқаларни) ўзлаштириб боришлари мумкин.

Шифобахш физкультура ўтказиб туриш ҳам кун тартибига қўшилади. Мактабгача тарбия ёшидаги болалар учун юқорида кўрсатиб ўтилган режимнинг ҳамма томонлари уларнинг ёш хусусиятларига ҳамда мактабгача тарбия ишининг принципларига қараб шаклан ўзгартирилиши керак.

Сил билан оғриган касалларга даво қилишда овқатланиш муҳим элемент бўлиб ҳисобланади. Кунлик рацион мактаб ўқувчилари учун 3000 калорияни, мактабгача тарбия ёшидаги болалар учун 1800 калорияни, ўсмирлар учун кўпи билан 4000 калорияни ташкил қиладиган, бошқача айтганда, ёш нормасидан 14—20% ортиқ келадиган бўлиши керак. Овқатнинг сифат таркибига катта эътибор берилади. Асосий таркибий қисмларининг нисбати тахминан қуйидагича бўлиши керак: оқсиллар 15—20%, ёғлар 25—35%, қолгани углеводлар; бунда овқат туз ва витаминларга етарлича бой бўлиши керак. Меню хилма-хил ва таомлар мазали қилиб пиширилган бўлиши лозим. Овқат вақти суткасига 5 мартадан ортмайдиган бўлиши керак. Эрталабки биринчи нонушта ва тушлик овқат ҳаммасидан кўра тўйимли бўлиши лозим, қолган овқатлар камроқ бўлиши мумкин. Ҳар бир боланинг ёшини, иштаҳасини ва сил процессининг оғир-енгиллигини ҳисобга олиб, овқатни ўзига қараб бериб туриш зарур.

Антибактериал терапия сил билан оғриган касалларни даволашнинг асосий методидир, бундай терапия санатория-диетик режим қилиб туриб, бактерияларга қарши дори-дармонларни бири-бирига турлича қўшиб ишлатиб бориш йўли билан тўхтовсиз ва узоқ вақт олиб борилади.

Локал аломатлари бўлмаган, аммо барвақт сил интоксикацияси белгилари бор бирламчи сил инфекцияси эндигина бошланиб келётган даврда (туберкулин реакциялари «виражи» да) болаларни туберкулин реакцияси биринчи марта мусбат бўлиб чиққанидан кейин дастлабки 6—12 ойда даволаб бориш муҳим.

Тасдиқланган эртанги ёки хроник сил интоксикацияси бўлганида 4—6 ой ва бундан кўра кўпроқ муддат давомида даво қилиб

борилади. Даво битта изониазид билан бошланади, бир ойдан кейин эса иккита препарат (изониазид билан ПАСК) буюрилади.

Силнинг янги аниқланган локал формаларида биринчи қаторга кирадиган учта препарат: изониазид, стрептомицин ва ПАСК билан даво қилиб бориш керак. Стрептомицин (суткасига 1 мартадан юбориб турилади) процесснинг формаси ва нечоғлик тарқалганлигига қараб 3—5—6 ойга, изониазид билан ПАСК 1—1½ йилга буюрилади.

I қатор препаратлари узоқ ишлатилганида наф бермаса ва дорига чидамлилиқ ҳодисаси бўлса, шу препаратлар билан даволашдан кейин болаларга II қатор препаратлари буюрилади.

Булар ишлатилганида қанчалиқ наф бераётганига қараб даволаш муддати ҳар хил бўлади. Даволаш ҳар бир конкрет ҳолда силнинг формасига, туберкулоstatic препаратларнинг қанчалиқ наф бераётгани, шунингдек, бемор буларни қандай кўтариётганига қараб жуда индивидуал бўлиши керак.

I ва II қатор препаратлари қор қилмаганда, айниқса силнинг деструктив формалари бўлганда болаларга рифампицин ва этамбутол ишлатиш мумкин.

Стимулловчи ва қувватга киргизувчи давони ташкил этишда санатория-диетик режимга амал қилиб бориш ҳаммадан катта аҳамиятга эга.

## ТУБЕРКУЛОСТАТИК ПРЕПАРАТЛАРНИНГ БОЛАЛАР ВА УСМИРЛАРГА ИШЛАТИЛАДИГАН ДОЗАЛАРИ

### I қатор препаратлари

1. Изониазид (тубазид) — овқатдан қатъи назар 5—8 ва 10 мг/кг дан ичирилади (суткасига кўпи билан 0,5 г).
2. Фливазид — 20—30 ва 40 мг/кг дан ичирилади (суткасига кўпи билан 1,5 г).
3. Метазид — 20—30 мг/кг дан ичирилади (суткасига кўпи билан 0,1 г).
4. Стрептомицин — 15—20 мг/кг дан мускуллар орасига юборилади (суткасига кўпи билан 1,0 г).
5. ПАСК — 150—200 мг/кг дан овқатдан кейин берилади, сут ёки минерал сув билан ичирилади (суткасига кўпи билан 8—10 г).

### II қатор препаратлари

6. Этиноамид — 10—20 мг/кг дан овқатдан кейин ичирилади (суткасига кўпи билан 0,75 г).
7. Протнонамид — 10—20 мг/кг дан овқатдан кейин ичирилади (суткасига кўпи билан 0,75 г).
8. Циклосерин — 10—20 мг/кг дан овқатдан кейин ичирилади (суткасига кўпи билан 0,75 г).
9. Пиразинамид — 15—20 мг/кг дан овқатдан кейин ичирилади (суткасига кўпи билан 1,5 г).
10. Тиаетазон (тибон) — 0,5—1 мг/кг дан овқатдан кейин ичирилади (суткасига кўпи билан 0,05 г).
11. Флоримицин сульфат (виомицин) — 15—20 мг/кг дан ичирилади (суткасига кўпи билан 0,75 г).
12. Қанамицин — 15—20 мг/кг дан мускуллар орасига юборилади (суткасига кўпи билан 0,75 г).



13. Этамбутол — 15—25 мг/кг дан понуштадан кейин кунига 1 марта ичирилади (суткасига кўпи билан 1,0 г).

14. Рифампицин — 8—10 мг/кг дан овқатдан 30 минут олдин ичирилади (суткасига кўпи билан 0,45 г).

Биринчи, энг кичик суткали дозалар химиофилактикада, иккинчи, энг юқори суткали дозалар сил процесси ўткир ва оғир ўтаётган маҳалда қўлланилади.

Туберкулостатик препаратлар қўлланилганида ноҳўя ҳодисалар кузатилиши мумкин, булар болаларда кўп учрамайди ва табиатан кескин бўлмайди. Препаратлардан бирортаси ишлатилганида ноҳўя ҳодисаси маълум бўлиб қолса, уни 3—5 кун бермай туриш ва кейин кичикроқ дозаларда яна буюриш ёки аналогига алиштириш лозим.

Барча туберкулостатик препаратлар ноҳўя таъсирининг ҳаммадан кўп учрайдиган симптомлари аллергия дерматитлар, температура кўтарилиши, бош оғриши, тажангланишдир; ПАСК ва этионамид ишлатилганида қорин оғриб, дам бўлиши, кўнгил айниши, иштаҳа йўқолиши мумкин.

Бактерияларга қарши специфик давони носпецифик терапиянинг ҳар хил турлари билан бирга қўшиб олиб бориш керак, бундай терапияда кортикостероид гормонлар маълум бир ўринда туради. Упқада сезиларли инфилтратив-пневмоник процесслар бўлганида, экссудатив плеврит, полисерозит, сил менингитида шундай гормонларни бериш керак бўлади. Кўпинча суткасига 0,5 мг/кг ҳисобидан преднизон ишлатилади (кўп деганда суткасига 20—25 мг). Даво муддати 3 ҳафтадан то 1½—2 ойгача, орқа мия суюқлигининг йўли тўсилиши билан ўтаётган сил менингитида 3 ойгача. Бу препаратни бериш аста-секин дозасини 1—2 ҳафта давомида камайтириб бориб, тўхтатилади.

Сил процессларининг ҳаммасида ҳам кортикостероид гормонлар, албатта, актив туберкулостатик препаратлар билан бирга қўшиб ишлатилади.

Болаларда учрайдиган силга қарши курашда асосий чоралар деб қуйидагиларни ҳисоблаш керак: 1. Силга қарши БЦЖ билан вакцинация ва ревакцинация қилишни, химиофилактика ўтказишни, сил бор жойда болаларни вақтида алоҳидалаб қўйишни, болалар коллективлари ва оилада кенг миқёсда соғломлаштирувчи чора-тадбирлар амалга оширишни, шунингдек аҳоли орасида санитария маорифи иши олиб боришни ўз ичига оладиган профилактика чора-тадбирларини.

2. Болаларни сил хусусида мунтазам текшириб бориш йўли билан силни барвақт аниқлаб олишни.

3. Сил билан оғриган ва уни ўзига юқтириб олган, шунингдек сил касалга яқин юриладиган шароитларда яшайдиган болалар устидан диспансер кузатуви ташкил этишни.

4. Сил билан оғриган касалларни батамом тузалиб кетгунча даволаш ишини ташкил этишни.

Болалар силига қарши курашга доир чора-тадбирлар умумий

медицина тармоғи, силға қарши ҳамда санитария-эпидемиология хизматлари томонидан комплекс тарзда амалга ошириб борилади.

Силни барвақт аниқлаб олиш, БЦЖ билан чақалоқларни силға қарши вакцинация қилиш ва кейин ревакцинация ўтказиб туриш ишларини умумий медицина тармоғи олиб боради (болалар поликлиникалари, туғруқхоналар, район касалхоналари, қишлоқ жойларидаги фельдшерлик-акушерлик пунктлари ва бошқалар).

Барча ёшдаги болалар орасида учрайдиган силға қарши курашнинг методик ва ташкилий маркази шаҳарларда силға қарши диспансернинг болалар бўлими (кабинети) бўлса, район марказларида диспансер бўлмаган ҳолларда касалхонанинг сил бўлими ёки сил кабинети бўлганда болаларга хизмат кўрсатиб бориш фтизиатр-врач зиммасига, қишлоқларда эса бевосита силға қарши диспансернинг раҳбарлиги остида ишлайдиган фельдшер зиммасига юклатилади.

3 яшаргача бўлган болаларга силға қарши ёрдам бериб туриш иши болалар консультациясига юкланади, бу консультация силға қарши диспансер билан маҳкам алоқа боғлаган ҳолда ишлаши керак.

Болаларни рентгенологик текширишдан ўтказиш иши силға қарши диспансер ёки болалар поликлиникасининг рентгенологик кабинетига махсус ажратилган соатларда олиб борилади.

Профилактикаси. Болаларда сил специфик профилактикасининг асосий методи БЦЖ билан вакцинация (ревакцинация) ва химиопрофилактика қилишдир.

Чақалоқлар ва сил билан инфекцияланмаган болалар (1,5 ва 10-синфларда) БЦЖ билан вакцинация ва вақтида ревакцинация қилиб турилади, бу чора болаларда сил инфекцияси, сил билан оғриш ҳолларини камайтиради, шунингдек, ўткир ва тарқоқ формалари бошланишига йўл қўймайди.

Эмлаш яхши ўтганида терисининг орасига БЦЖ эмланган болаларнинг 90—95 процентида эмланган жойида кичкина чандиқча ҳосил бўлади.

БЦЖ билан ревакцинация қилиш учун болалар ва ўсмирларни ажратиб олиш мақсадида декретланган ёш группалари: 7, 12 ва 17 яшар болалар ва ўсмирлар (ўрта мактабнинг 1, 5 ва 10-синфлари ўқувчилари) га 2 ТБ РРД-Л билан Манту реакцияси қўйиб кўрилади. Мана шу ёш группаларида ўтказиладиган туберкулинодиагностика бир вақтнинг ўзида ревакцинация ва силни барвақт аниқлаш учун контингентларни ажратиб олиш тести бўлиб ҳисобланади.

Ревакцинация сил билан инфекцияланмаган, 2 ТБ РРД-Л ёрдамида қўйилган Манту реакцияси манфий натижа берган, клиник жиҳатдан соғ одамларга қилинади.

Туберкулинодиагностикадан ташқари 12 ёшдан болалар ҳар йили рентгенофлюорографиядан ўтказиб турилади.

Болаларда учрайдиган силнинг олдини олишнинг бошқа методи

химиопрофилактикадир, у қўйидаги болалар группалари хусусида қўлланилади:

1) сил микобактерияларини ташқарига чиқариб турадиган касалларга яқин юрган ҳамма болаларга, химиопрофилактика 1—3 йил давомида 2 ойлик курслар ҳолида йилига 2 мартадан (баҳор ва кузда) ўтказиб борилади, бунда инфекцияланмаган болаларга БЦЖ билан қилинган вакцинация ва ревакцинациядан кейин 2 ой оралатиб туриб ўтказилади;

2) интоксикация аломатлари бўлмагани ҳолда туберкулин «виражи» бор болаларга химиопрофилактика 3 ой давомида бир йўла ўтказилади;

3) қизамиқ ёки кўкйўтал билан оғриб ўтганидан кейин туберкулин билан қўйилган реакциялари мусбат чиққан болаларга химиопрофилактика 2 ой давомида бирийўла ўтказилади;

4) туберкулин билан қўйилган реакцияларнинг гиперергик бўлиб чиққан (2 ТБ РРД-Л билан Манту синамаси ўтказилганда инфильтрат 17 мм ва бундан катта бўлганида ёки инфильтрат кичикроқ бўлгани ҳолда везикулез-некротик реакциялар бошланганида — бундай инфильтрат ва реакцияларнинг юзага келишида сил инфекцияси етакчи омил бўлади) химиопрофилактика 3 ой давомида бир йўла ўтказилади.

Химиопрофилактика суткасига 5—8 мг/кг ҳисобидан изониазид билан ўтказилади.

Химиопрофилактика қилиш мақсадида туберкулин билан қўйилган реакциялари мусбат натижа берган болаларни сил санаторияси типидagi муассасаларга юборилади. Химиопрофилактика амбулатория шароитларида ўтказиладиган бўлса, препаратларни мактаблар, болалар боғчалари, яслиларнинг медицина ходимлари орқали текшириб туриб бериб боришни ташкил этиш зарур. Болалар муассасаларида текшириб бориладиган химиопрофилактика ташкил этишнинг иложи бўлмаганда уни уйда ташкил этиш керак. Химиопрепаратлар ота-оналарнинг қўлларига кўпи билан 7 кунлик қилиб берилади, бунда буларнинг узлуксиз ичиб турилиши синчиклаб текшириб борилади.

Болаларда учрайдиган силнинг олдини олишда организмнинг сил инфекциясига қаршилигини кучайтиришга қаратилган умуман соғломлаштирувчи чора-тадбирлар муҳим ролни ўйнайди. Буларнинг орасида боланинг кун тартиби билан овқатланишини тўғри ташкил этиш, ёз кезлари шаҳардан ташқарида яхши дам олиш, чиниқтирадиган муолажаларни ўтказиб туриш, физкультура ва спорт билан шуғулланиш катта аҳамиятга эга.

Болалар силига қарши курашда санитария-маорифи иши жуда ҳам катта аҳамиятга эгадир. Мактаблардаги ота-оналар йиғилишларида, болалар боғчаларида, шунингдек силга қарши диспансер, болалар поликлиникаси ва бошқаларда болалар орасида силга қарши амалга ошириладиган чора-тадбирларнинг аҳамияти тўғрисида суҳбатлар ва лекциялар ўтказиб турилиши керак.

## ДИЗЕНТЕРИЯ (ИЧ БУРУҒ)

Ўткир меъда-ичак касалликлари орасида ичак инфекциялари етакчи ўринни эгаллайди. Ичак инфекциялари структурасида сўнгги йилларда сальмонеллез, стафилококк инфекцияси (айниқса, эмадиган болаларда), энтеровирус касалликлар ва аденовирус касалликлар кўпроқ аҳамиятга эга бўлиб қолди ва ҳоказо. Бироқ, асосий ўринни, худди илгаригидек, дизентерия, яъни ичбуруғ касаллиги эгаллайди, касалланиш ҳолларининг 70 проценти ва бундан кўра кўпроғи унинг улушига тўғри келади.

Ҳозирги замон шароитларида дизентериянинг асосий қўзғатувчиси Зонне шигеллалари бўлиб ҳисобланади, бактериологик йўл билан тасдиқланган барча дизентерия ҳолларининг 80—85 процентига шулар сабаб бўлади ва кам ҳоллардагина Ньюкестль ҳамда Бойл кенжа турларини ҳам ўз ичига оладиган Флексер бактериялари қайд қилинади. Зонне дизентерияси эпидемиологик жиҳатдан баъзи хусусиятларга эга бўлиб қолган: овқатдан юқиш йўлининг активлиги кучайиб қолди, касалликнинг шундай йўл билан юқиши аксари сут ва сутли маҳсулотлар инфекцияланиши муносабати билан бирдан пайдо бўлиб қолишига олиб келади; мактабгача тарбия муассасалардаги болалар орасида касалланиш юқори бўлиб қолмоқда; касаллик ҳаммадан кўпаядиган давр кузга ўтиб қолди; касалланадиган болаларнинг ёш структураси ўзгарди (эмадиган болалар камдан-кам, мактабгача тарбия ва кичик мактаб ёшидаги болалар кўпроқ касалланади); тиғиз иммунитет йўқ. Дизентерия эпидемиологиясида дори-дармонларга чидамли ва ташқи муҳитда кўп тирик сақланиб қоладиган қўзғатувчилар муҳим ролни ўйнайди.

Замонавий дизентерия учун касаллик енгил формаларининг кўпроқ учраши, ўлим ҳолларининг кескин камайиб қолгани, қўзғатувчидан халос бўлиш муддатларининг узайишига мойиллиги, бактерияларни такрор-такрор чиқариб туриш ҳодисаси характерлидир. Мана шу ўзгаришлар Зонне шигеллаларининг таъсиригагина эмас, балки кўпроқ организм реактивлиги ҳолатига боғлиқ.

Дизентерияда инфекция манбаи касал ва бактерияларни ташиб юрувчи одамлардир. Касал одам ахлати билан бирга ниҳоятда кўп қўзғатувчиларни чиқариб туради.

Касаллик соғлом ташувчилар деган одамлардан, яъни дизентерия таёқчаларини ташқарига чиқариб турадиган, аммо касаллигининг клиник белгилари бўлмаган кишилардан юқиши мумкин.

Касаллик қўзғатувчиси унга мойил бўлган боланинг оғзига ҳар хил йўллар билан — ифлос қўллар, ўйинчоқлар, идиш-товоқлар, кийим-кечаклар орқали тушади.

Дизентериянинг тарқалишида сўнгги йилларда сув омилнинг аҳамияти ортиб қолди. Касалликнинг овқатдан (сут, сутли маҳсулотлар ва бошқалардан) юқиши ҳам кузатилади. Озиқ-овқатлар ёки идиш-товоқларнинг ифлосланишида инфекцияни механик равишда тарқатувчилар сифатида пашшалар катта ролни ўйнайди.

**Клиникаси.** Дизентериянинг инкубацион даври 1 кундан 7 кунгача (кўпинча 2—3 кунгача) боради; касаллик овқатдан юққанида бу давр кескин қисқаради.

Дизентериянинг асосий симптомлари умумий интоксикация (температура кўтарилиб, қайт қилиш, бесаранжомланиш, кўзгаллиш ёки бўшашиб қолиш, уйқучанлик, иштаҳа пасайиши) ва меъда-ичак йўли ишининг бузилишидир (қоринда оғриқ бошланиб, ичнинг суюқ бўлиб, шилимшиқ, ипир-ипир қон, гоҳида йиринг аралаш тез-тез келиб туриши, ичнинг бураб-бураб оғриши — тenezмлар бўлиб туриши, ануснинг очилиб қолиши, гўдак болаларда қориннинг дам бўлиб кетиши). Оғир ҳолларда нейротоксикоз ҳамда сувсираш билан ўтадиган ичак токсикози синдроми пайдо бўлади. Клиник жиҳатдан бу синдром боланинг бўшашиб, ҳолеизланиб қолиши ёки безовта бўлавериши, эсининг кирарли-чиқарли бўлиб туриши, тана вазнининг кескин камайиб кетиши, тўқималар турғори билан эластиклигининг пасайиши, шиллиқ пардаларнинг қурушиб туриши, талвасага тушиш, қайт қилиш, юрак-томирлар фаолиятининг сусайиб бориши, қўл-оёқларнинг муздек бўлиб қолишида намоён бўлади, нафас тезлашиб, чуқур ёки юза бўлади.

Нейротоксикоз ҳамда сувсираш (эксикоз) билан ўтадиган токсикознинг дифференциал-диагностик аломатлари 23-жадвалда келтирилган.

Умумий интоксикация симптомлари билан маҳаллий ичак зарарланишининг симптомлари, нечоғлик ифодаланганига қараб, энгил даражадан жуда оғир даражагача бориб етади.

Дизентериянинг клиник кўринишлари жуда хилма-хил бўлганлигидан, дизентериянинг клиник формалари хусусидаги Қолтипин классификациясидан (бироз ўзгартирилган хилидан) фойдаланиш мақсадга мувофиқдир, бу классификацияга дизентериянинг типик (типик, атипиклиги), оғирлиги (енгил, ўртача оғир, оғир) ва ўтишига (2—3 кун давом этадиган аборттив, ўткир, сурункали, хроник) қараб хилларга бўлиниши асос қилиб олинган.

Кўпчилик болаларда дизентерия типик тарзда ўтади ва бундай формадаги дизентерияни аниқлаб олиш одатда қийин бўлмайди.

Дизентериянинг атипик формаларини аниқлаб олиш катта қийинчиликларни туғдиради, бундай формаларида касалликнинг етакчи симптомлари унча билинмайди, колит синдроми сует ифодаланган бўлади ёки бўлмайди (ахлатда қон, шилимшиқ бўлмаслиги, ич бураб-бураб оғриб турмаслиги мумкин). Бундай ҳолларда касаллик диспепсия, гастроэнтерит типига ўтади. Касаллик овқатдан юққан маҳалда дизентерия клиникаси ўзига хос бўлади, бунда у жуда қисқа бўладиган инкубацион даврдан кейин шиддат билан бошланади. Беморлар такрор-такрор, кўп марталаб қусадиган бўлиб қолади, оғир умумий интоксикация бошланади. Ич бузилиши кеч маълум бериши ва энтерит характерига эга бўлиши мумкин. Дизентериянинг ана шундай клиникаси кўпинча ёз кезлари болалар муассасаларида кўрилади, касаллик бирдан пайдо бўлиб қолиши мумкин.

Дизентериянинг ўткир тарзда ўтиши ҳаммадан кўп учрайди, бунда касалликнинг клиник аломатлари 2—3 ҳафтадан кейин барҳам топиб кетади; касалликнинг оғир формаларида клиник жиҳатдан соғайиш кечроқ бошланади (1½ ойгача чўзилади).

Беморларнинг тахминан 3—5 процентида дизентерия сурункасига (3 ойгача) чўзиладиган ва ҳатто, хроник тарзда ўтадиган бўлиб қолади. Дизентерия ўтишининг шундай тусга кириши йўлдош касалликлар (гипотрофия, рахит, экссудатив диатез, гельминтозлар, анемия ва бошқалар) билан қийналиб қолган гўдакларда кўрилади. Дизентерия кеч аниқланганда ва унга вақтида даво қилинмаганда, шунингдек, ўткир респиратор вирус инфекцияси бўлганида, бу касаллик жуда кўп ҳолларда ана шундай ўтадиган бўлади.

Дизентериянинг сурункали ва хроник клиник формалари унинг тўхтовсиз давом этиб бориши ёки қайталаниб туриши билан характерланади. Узлуксиз ўтадиган хроник дизентерия учун касалликнинг вақт-бавақт қайтиб туриб, судралиб (3 ойдан ортиқ) ўтиши характерлидир. Оғир интоксикация ҳодисалари бўлмайди. Температура нормал бўлади, бола бўшашиб, қувватсизланади, иштаҳаси пасайиб, баъзан қорнида оғриқ туради. Ичи суюқ ёки ярим суюқ бўлади, гоҳо шилимшиқ, йиринг аралаш, аҳён-аҳёнда ипиринир қон аралаш тушади.

Хроник дизентерия қайталаниб турадиган бўлиб ўтганида касаллик вақт-вақтида қўзиб туради, қўзиганда клиник аломатлари ўткир формасидагига ўхшаб кетади. Касаллик қўзймай турган даврларда ҳамма ҳодисалар босилиб қолади ёки ичининг гоҳо ай-

23 - ж а д в а л

### Токсикозларнинг дифференциал-диагностик аломатлари

Аломатлари	Нейротоксикоз	Эксикоз билан ўтадиган токсикоз
Эс-ҳуш	Безовталаниш, қўзғалиш, гоҳо сопор ва кома	Кўпинча ҳолсизланиш, сопор, кома
Неврологик ўзгаришлар	Талвасага тушиш, менингиал симптомлар	Кўп жиҳатдан сувсираш даражасига боғлиқ
Эксикоз	Бўлмайди ёки суст ифодаланган бўлади	Ҳаминша бўлади
Бадан териси	Иссиқ, баъзан керкиб туради	Муздек, қуруқ, илвиллаб қолган, ранги заҳил тортиб кетган бўлади
Температура	Гипертермия	Кескин кўтарилади, пасайган ҳам бўлиши мумкин
Нафас	Тез-тез, юза	Чуқур-чуқур, токсикозга ҳос
Қон айланишининг бузилиши	Марказий типда	Аксари периферик типда
Қайт қилиш ва ичининг суюқ бўлиб келиши	Донмий белгилар эмас	Касалликнинг асосий аломатлари

наб туриши, анемия, ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, тана вазнининг ошмай қўйиши сингари ҳодисалар кузатилади.

Дизентериянинг сурункали ва хроник формалари баъзан бола-нинг умумий аҳвали қаноатланарли ва ичи жойида бўлгани ҳолда ҳа дегадда қолавермайдиган бактерия чиқариб туриш ҳодисаси билан давом этиб боради.

Дизентерияда асоратлар бўлиши мумкин. Энцефалитлар, тўғри ичакнинг чиқиб қолиши сингари асоратлари ҳозир ҳам, асосан касалликнинг оғир формаларида учрайди.

Кўпинча, айниқса, гўдак болаларда пневмониялар, стоматитлар, отитлар, гингивитлар ва бошқалар кузатилади. Бу хилдаги асоратлар асосий касалликнинг ўтишини оғирлаштириб қўяди ва унинг қўзиб, қайталаниб туришига сабаб бўлади.

Дизентерия диагностикасида ёрдамчи лаборатория методлари катта ролни ўйнайди, булар доимо такомиллаштирилиб, хили кўпайтирилиб бормоқда. Шуларнинг орасида ахлатни бактериологик йўл билан текшириш методи, ҳаммадан осон ва анча ишончли бўлиб, етакчи ўринда туради. Болалар дизентериясида касаллик қўзғатувчисининг униб чиқиши кенг доирада ўзгариб туради — 30% дан то 70% гача боради ва бундан ортади. Текшириш учун ахлат олишда бир қанча қондаларга амал қилиш зарур: 1) материални касалликнинг биринчи қуиларида, унга этиотроп даво қилишдан аввал экиб олиш; 2) экин учун ахлатни дефекациядан кейин ўша заҳоти шилимшиги, йирингли бор жойларини танлаб туриб олиш; 3) ахлатни яхшиси, беморнинг тўшаги олдидаёқ экиб олиш шулар жумласидандир.

Лабораторияда ва асбоблар ёрдамида текширишнинг бошқа методлари ҳам қўлланилади (копроскопия, Цуверкалов дизентерия билан тери-аллергик синамасини қўйиш, ректороманоскопия, билвосита гемагглютинация реакцияси ва бошқалар).

Боладаги дизентерияни аниқлаб олишда ичининг бузилганига қараб иш кўрилишини яна бир карра таъкидлаб ўтиш керак. Шунинг учун медицина ҳамширасининг роли жуда катта бўлади, у боланинг ичи тозалигини, унинг характери ни кузатиб бориши ва кузатувларининг натижаларини аниқ қилиб ёзиб бориши керак. Эпидемиологик анамнез маълумотларини ҳам ҳисобга олиб, буларни лабораторияда ва асбоблар ёрдамида текшириш натижалари билан тўлдириб бориш зарур.

Беморларни касалхонадан қуйидагича қилиб чиқарилади. Дизентерия билан оғриб ўтган, мактабгача тарбия муассасаларига қатнамайдиган болалар, шунингдек, мактаб ёшидаги болалар клиник жиҳатдан соғайиб, ичи аслига келганидан кейин ва даво пирочардига етганидан сўнг камида 2 кун оралатиб туриб, ахлатни икки қайта бактериологик текширишдан ўтказилганида натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейин инфекциядан бўлимдан чиқарилади. Болалар уйлари ва мактаб-интернатлардан келган болаларга улар клиник жиҳатдан соғайганидан кейин ва уч қайта бактериологик текшириш ўтказилганида натижаси манфий бўлиб чиққани-

дан сўнг жавоб берилади. Кичик ёшдаги болалар, мактабгача тарбия муассасаларига қатнайдиган реконвалесцентлар 7—10 кун давомида ичи аслидек бўлиб турганидан кейин ва даво тўхтатилганидан сўнг камида 2 кун оралатиб ўтказилган уч қайта бактериологик текшириш манфий натижа берганидан кейин умумий аҳволи қаноатланарли бўлиб турса, тузалиб келаётганлар бўлимига ўтказилади (ёки бундай бўлим бўлмаса, уйига жўнатилади).

Хроник дизентерия билан оғриган мактабгача тарбия ёшидаги болаларни касалликнинг қўзиши босилиб, токсикоз барҳам топганидан кейин, ичи 2 ҳафта давомида нормал бўлиб турса ва ахлат беш қайта экиб кўрилганида натижаси манфий бўлиб чиқса, махсус санаторийга ўтказилади ёки бундай санаторий бўлмаса, уйига жўнатилади.

### КОЛИ-ИНФЕКЦИЯ

Ичак коли-инфекцияси бир қанча серологик типга кирадиган энтеропатоген ичак таёқчалари туфайли фақат деярли гўдак болаларда пайдо бўладиган ўткир инфекцион касаллиқдир. Ичак коли-инфекцияси қўзғатувчиларидан тасвирлаб берилганларининг сони 40 тадан ортади. Ҳаммадан кўп учрайдиганлари қуйидагилардир: O111:K58 (B4):H2; O111:K58 (B4), O55:K59 (B5):H6, O26:K60 (B6):H11 ва бошқалар. Айрим серологик гуруппаларгина эмас, балки битта серологик гуруппанинг ичидаги баъзи серологик типлар ҳам болалар учун ҳар хил даражада патоген бўлиши аниқланган.

Ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болалар коли-инфекцияга ҳаммадан кўра кўпроқ мойил бўлади. 2 ёшдан ошган болалар ва катта ёшдаги кишилар энтеропатоген O124:K72 (B17) ичак таёқчаси қўзғатадиган коли-инфекцияни айтмаганда, касалликнинг клиник жиҳатдан ифодаланган формаси билан амалда оғримайдилар. Чала туғилган болалар, шунингдек, яқингинада бўлиб ўтган касаллик туфайли занфлашиб қолган болалар бу дардга айниқса, мойил бўлишади.

Инфекция манбаи кўпинча коли-инфекциянинг енгил ёки билинмайдиган формаси билан оғриб юрган, вақтида касалхонага ётқизилмайдиган ёки болалар коллективидан мутлақо ажратиб қўйилмайдиган болалардир.

Касаллик бемордан соғлом болага хизмат қилиб турадиган ходимларнинг қўлларидан, пелёнка, сўргичлардан, овқат аралашмалари, сув, сутдан ва бошқалардан ҳам юқиши мумкин. Кўзи ёриётган аёл энтеропатоген ичак таёқчасини ташқарига чиқариб турадиган бўлса, чақалоқлар туғруқ пайтида ҳам касалликни ўзига юқтириб олиши мумкин.

**К л и н и к а с и.** Коли-инфекциянинг инкубацион даври 1 кундан 20 кунгача боради ва ўрта ҳисобда 3—6 кунни ташкил этади. Ўткир типик формаси клиник ўтиши жиҳатидан оғир, ўртача оғир, енгил бўлиши мумкин.



Оғир ўтиши аксари ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда, шунингдек, сунъий йўл билан боқиб келинаётган, соматик касалликларни, айниқса, юқори нафас йўлларининг вирусли касалликларини бошдан кечирган, гипотрофия, рахит билан оғриб юрган болаларда кузатилади ва температуранинг баланд кўтарилиши, зўр бериб токсикоз авж олиб бориши, гоҳо аста-секин интоксикация зўрайиб бориши билан бирга давом этади. Кўпчилик болаларда эксикоз бошланади, аммо устун турадиган симптоми токсикоздир. Боланинг ичи, қоида ўлароқ, жуда тез-тез келиб туради, ахлати кўп-кўп, сачраб чиқадиган, бир талай суюқлик ва қовоқранг-сарик тусли ахлат массаларидан ташкил топган бўлади. Айрим ахлат порциялари кўкимтироқ тусда ва ичида ипир-ипир шилимшиқ бўлиши мумкин. Қасалликнинг шу формаси кўпинча ва барвақт асорат беради—пневмония, отит ва бошқаларни пайдо қилади.

Ичак коли-инфекциясининг ўртача оғир ўтиши касалликнинг сезиларли маҳаллий аломатлари ва суст интоксикация симптомлари (37,5—38,5°С температура, такрор-такрор, аммо ора-сира қайт қилиб туриш, кекириш, иштаҳа пасайиши) бўлиши билан характерланади. Боланинг ичи суткасига 8—12 маҳал келиб туради, ахлати суюқ, ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда оч сарик рангда ёки 2 ёшга қадам қўйган болаларда шилимшиқ аралаш яшил рангда бўлади.

Енгил ўтиши сезиларли умумий ҳодисалар бўлмаслиги ёки жуда кам бўлиши (температуранинг бир оз кўтарилиши) ҳамда ичнинг ора-сира суюқ, баъзан шилимшиқ аралаш бўлиб келиши билан характерланади. Айрим ахлат порциялари оч сарик тусли ипир-ипирлар кўринишида бўлади.

Ичак коли-инфекциясининг типик формалари билан бир қаторда атипик формалари ҳам учрайди, буларда характерли симптомлар бўлмайди. Боланинг ичи даводан кейин ёки ҳатто, давосиз ҳам тез орада аслига келиб қолади. Бундай касаллик кўпинча оддий диспепсия деб ҳаёл қилинади ва эпидемиологик маълумотлар (атрофда яна коли-энтерит ҳодисалари пайдо бўлиб қолиши) ёки бактериологик маълумотларгина (қўзғатувчининг экиб, ундириб олиниши) диагнозни аниқ қилиб қўяди.

Ичак коли-инфекциясининг ўткир формасидан ташқари сурункали формаси ҳам учрайди, у 1½—2 ойдан кўра узоқроқ чўзилади ва қайталаниб турадиган касаллик тариқасида ўтади. Аҳвол яхшиланиб қоладиган қисқа даврдан кейин ич яна тез-тез келадиган, ахлат тағин суюқ, сачраб тушадиган бўлиб қолади, қайт қилиш ва иситма ҳам такрорланиши мумкин. Қасаллик қўзиганида яна бактериологик текшириш ўтказиб кўриш зарур бўлади.

Ичак коли-инфекцияси, дизентерия ва баъзи ҳолларда сальмонеллез инфекциясига ўхшаш клиник аломатларини беради, кўпинча булар ўртасида дифференциал диагностика ўтказиш керак бўлиб қолади (24-жадвал).

## Баъзи ичак инфекцияларининг дифференциал-диагностик белгилари

Симптомлари	Ичак коли-инфекцияси	Дизентерия	Сальмонеллэз
Ахлат	Сувсимон, гиниқ шилимшиқ аралаш қовоқ рангда	Шилимшиқли, кўпинча қон аралаш, оз-оздан келади	Суёқ, кўликли, бир талай, кўкимтир аралашмалари бўлади
Тенезмлар ва буларнинг эквивалентлари (ануснинг очилиб туриши, ҳожат қистаганда боланинг йиғлаши; юзининг қизариб кетиши) Қайт қилиш	Йўқ	Бер	Йўқ
Иситма	Ора-сира, ҳадеганда қолавермай, узоқ давом этади 1—2 ҳафта тўлқинсимон характерда бўлади	Одатда касаллик бошида бўлади  Касаллик бошида 1—3 кун бўлиб туради	Касаллик бошида тез-тез  5—7 кун бўлади

Ичак коли-инфекцияси диагнозини лабораторияда тасдиқлаб олишнинг асосий методи ахлатни бактериологик йўл билан текширишдир. Уни касалликнинг дастлабки кунларида ва антибиотиклар ишлатилмасидан олдин экиб, ундириб кўриш ўришли. Бактериологик текшириш учун ахлатни тўғри йиғиб олиш жуда муҳим. Бунда ичакнинг имкони борича юқори бўлимларидан келган ахлатнинг суёқ қисмидан 1—2 мл олиш, шунда ҳам йўғон ичакдан тушган дастлабки порциялардан эмас, балки охириги порциядан олиш керак.

Ичак коли-инфекциясида клиник жиҳатдан батамом соғайган болаларни ахлати ҳар сафар 2—3 кун оралатиб туриб, уч қайта бактериологик текширишдан ўтказилганида натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейин, палатада ва тузалиб келаётганлар бўлимида 10 кунлик кузатув ҳамда уйида 14 кунлик обсервациядан кейин соғлом болалар орасига қўшиш мумкин.

## САЛЬМОНЕЛЛЕЗЛАР

Сальмонеллэз касалликлари клиник кўринишлари ва ўтишининг оғир-енгиллиги ҳар хил бўладиган паратифоз касалликлари группаси бўлиб, буларни сальмонеллалар авлодига мансуб микроблар қўзғатади.

Сальмонеллэзлар билан оғриган беморларнинг салмоғи ўткир ичак касалликлари группасида ортиб бормоқда.

Одамлар, хонаки ва ёввойи ҳайвонлар, паррандалар, ҳашарот-

лардан ажратиб олинган *Salmonella* микробларининг сони ҳозирги вақтда 2000 дан ортади. Болаларда учрайдиган сальмонеллезларнинг қўзғатувчилари орасида паратиф В, сичқон тифи (Бреслау), Гейдельберг сальмонеллалари, Кундендорф, Ньюпорт, энтеритидис (Гертнер), чўчқа тоуни, N<sub>1</sub>, N<sub>2</sub> паратиф сальмонеллалари ва бошқа бир қанча микроблар тасвирланган.

Сальмонеллалар ташқи муҳитнинг ҳар хил омиллари таъсирига жуда чидамли бўлиб, тупроқ, сувда, ҳар хил озиқ-овқат маҳсулотларида узоқ сақланади.

Сальмонеллез инфекциясининг асосий резервуарлари ҳар хил турдаги ҳайвонлар, шунингдек, касал одам ва бактерия ташувчилардир.

Одам организмига сальмонеллалар инфекция юқиб қолган озиқ-овқат маҳсулотлари — гўшт, сут, сабзавот, балиқ ва бошқалар билан бирга тушади.

Спорадик сальмонеллез ҳолларида, овқат токсикоинфекцияларидан фарқ қилиб, касаллик асосан фекал-орал йўл билан юқади.

Инфекциянинг турмушдаги контакт-майший йўл билан юқиши ҳам аниқланган, бунда касаллар, айниқса дарднинг билинмайдиган ва аниқланмай қолган формалари билан остиган беморлар, баъзилла ташувчи кишилар, парваришга тутиладиган буюмлар, ўйинчоқлар, хизмат қилиб турган ходимларнинг қўллари касаллик юқтирадиган манба бўлиши мумкин. Болалар бўлимида инфекциянинг касалхона ичида юқа олиши исботланган. Сальмонеллезларнинг контакт йўли билан юқадиган формаси чақалоқлар ва ёш гўдаклар орасида кўпроқ кузатилади.

Сальмонеллезлар барча ёшдаги болаларда бўлиб туради, лекин 3 яшаргача бўлган болалар бу касаллик билан кўпроқ оғрийди. Мана шундай касалликлар бутун йил бўйи қайд қилиб турилади-ю, лекин энг кўп учрайдиган даври ёз ойларига тўғри келади.

Болалардаги сальмонеллезларнинг клиникаси жуда полиморф, яъни хилма-хил бўлиши билан ажралиб туради, бу нарса касалликнинг ҳар хил формада ва оғир-енгилликда ўтиши, айрим орган ва системаларнинг ҳар хил даражада зарарланиши, турли асоратлар пайдо бўлиши, соғайиш муддатларининг ҳар хил бўлиши билан ифодаланади.

Сальмонеллезлар туфайли пайдо бўладиган овқат токсикоинфекцияларининг клиникаси жуда хилма-хил бўлиши ва дизентерия ҳамда бошқа ўткир ичак касалликларининг симптомларига ўхшаши мумкин. Инкубацион даври жуда қисқа бўлади — инфекция юққан овқат ейилганидан кейин 6—24 соат давом этади. Боланинг умумий аҳволи ўзгариб, кўнгли айниб туради, қайта-қайта қайт қилади, қорнида оғриқ бошланиб, температураси кўтарилсади, ичи гуруч қайнатмасига ўхшаб суяқ бўлиб келади, баъзан унга бир оз миқдор шилимшиқ аралашган бўлади. Кескин сувираш симптомлари пайдо бўлади. Болалар группалаб касалланганда сальмонеллез инфекцияси кўпчилик касалларда энгил ўтади — кўнгил-айниши тез босилиб қолади, ич гоҳ-гоҳ суяқ бўлиб

келади, умумий аҳвол сезиларли ўзгармайди. Давонинг 2—3-кунин издан чиққан функциялар батамом аслига келади. Овқат токсикоинфекциялари каттароқ ёшдаги болаларда кўпроқ бўлиб туради, лекин чақалоқларда ҳам кузатилиши мумкин.

Тифсимон формаси кўпинча каттароқ ёшдаги болаларда қайд қилинади. Инкубацион даври 3—10 кун давом этади. Кўпчилик беморларда касаллик тана температураси 38—39°С гача кўтарилиб, бош оғриши, баъзан қалтироқ туриб, гоҳо қайт қилиш, кўнгил айниши билан бирга бошланади. Дармон қуриб, иштаҳа йўқолади (анорексия), мускул ва бўғимларда оғриқ пайдо бўлади. Иситма даври 2 ҳафта атрофида, баъзан 3—4 ҳафтагача давом этади. Апча кўп ҳолларда менингизм аломатлари пайдо бўлиб, эс-хуш оғиб туради, бемор алаҳлайди. Қоринда оғриқ туриб, ич сувдек суюқ бўлади, аммо тез-тез келиб турмайди, патологик аралашмалари бўлмайди, тилни қалин караш босади. Кўпчилик касалларда ўртача гепатоспленомегалия кузатилади. Касалликнинг 3—5-кунидан бошлаб баъзи беморлар баданида битта-яримта розеолалар, петехиялар, эритемалар кўринишида унча сезилмайдиган тошма пайдо бўлиши мумкин. Оғир ҳолларда юрак тонлари бўғиқ эшитилиб, брадикардия пайдо бўлади, артериал босим пасайиб кетади. Кўпинча лейкопения, анэозинофилия кузатилади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошади.

Сальмонеллезнинг септик формаси камдан-кам, асосан касалликдан олдинги аҳволи унча яхши бўлмаган эмадиган болаларда учрайди. У иситманинг узоқ давом этиши, сезиларли интоксикация белгилари бўлиши билан характерланади. Бадан сарғайиб, гематурия, қон кетиб туриши, конъюнктивга қон қуйилиши, бадаг терисига петехиал-геморрагик тошмалар тошиши кўринишидаги геморрагик синдром ҳодисалари кузатилиши мумкин. Юрак-томирлар системаси айтиладиган бўлса, тахикардия пайдо бўлиб, юрак тонлари бўғиқ бўлиб қолади, гоҳо юрак чегаралари кенгайиб кетади, систолик шовқин ҳосил бўлади. Жигар билан талоқ катталашади. Ич тез-тез сурмайди-ю, лекин суюқ бўлиб келади, баъзан унга шилимшиқ, гоҳо қон аралашган бўлади, анорексия, қайта-қайта қайт қилиш, метеоризм ҳодисалари кузатилиши мумкин. Буйрак фаолияти бузилиб, буйрак паренхимаси ҳар хил тарзда зарарланади. Бир талай асоратлар бўлиши характерлидир — пневмониялар, плеврит, отит, пиелонефрит, менингит, перикардит шулар жумласидандир. Қонда лейкоцитоз, анэозинофилия, анемия бўлади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ортади.

Гастроинтестинал формаси ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди, клиник манзарасида меъда-ичак йўлига алоқадор ўзгаришлар (гастрит, гастроэнтерит, гастроэнтероколит, энтерит, колит) етакчи ўринни эгаллайди. Бу касаллик кўпчилик ҳолларда тана температураси кўтарилиб, қайт қилиш, тез-тез бир талай суюқ ич келиб туриши билан бирдан бошланади, ич кўпинча суткасига 5—7—10 мартадан келиб туради, кўкимтир бўлиб тушади. Иштаҳа пасайиб, тил қалин караш босган, қуруқ бўлади, қорин дам бўлиб туради. Оғир ҳолларда касаллик бу формасининг клиник манза-

расида ичак токсикози ҳодисалари устун туради. Жигар, гоҳо талоқ катталашиб кетади. Иситма даври кўпчилик ҳолларда 3—7 кун давом этиб туради. Ич секин-аста — касалликнинг 2—3-ҳафтасида аслига келиб боради.

Гўдак болаларда бу касаллик бошланиш маҳалида юқори нафас йўллариининг катарал ҳодисалари билан бирга давом этиб бора олишини таъкидлаб ўтиш керак.

Сальмонеллез инфекциясининг симптомсиз ўтадиган хили ҳам бўлади, бунда касаллик диагнози беморнинг ахлатидан сальмонеллалар униб чиқиши ва серологик реакцияларнинг мусбат натижа беришига қараб аниқланади.

Сальмонеллез инфекциясининг юқорида бирма-бир айтиб ўтилган ҳамма клиник формалари спорадик касалликлардагина эмас, балки овқат токсикоинфекцияларида ҳам бўла олади ва оғир, ўртача оғир ҳамда енгил формаларда ўтиши мумкин.

Сальмонеллез диагностикасида лабораторияда текшириш методлари катта аҳамиятга эга. Бактериологик текшириш асосий метод бўлиб ҳисобланади. Касалнинг ахлатидан ташқари, сийдиги, қусуқ массалари, ювинди сувлари, ўн икки бармоқ ичагининг суюқлиги, қони, шунингдек, олдин еган овқатининг қолдиқлари (овқат токсикоинфекцияларида), идишларидан, столларидан олинган ювинди сувлари бактериологик текширишдан ўтказилади.

Сальмонеллаларнинг энг кўп процент миқдорида униб чиқадиган вақти асосан касалликнинг 1-ҳафтасига тўғри келади, аммо унинг 4—5-ҳафтасида ҳам улар униб чиқадиган бўлади.

Қонни экиб кўриб, гемокультура ажратиб олиш диагностиканинг энг барвақт натижа берадиган ва қимматли методидир, ҳар қандай ёшдаги касалликнинг ҳамма формаларида ҳам шу методни иситма даврининг 1-кунидан бошлаб то охиригача қўлланилади. Серологик реакциялардан сальмонеллез диагностикаси билан агглютинациялаш реакциясидан (бу реакция касалликнинг 5—7-кунидан бошлаб мусбат бўлиб чиқади) ва диагностик титри 1:80 ва бундан юқори бўладиган билвосита гемагглютинация реакциясидан фойдаланилади.

Сальмонеллез билан оғриб ўтган касаллар клиник жиҳатдан тузалиб, сальмонеллаларни топиш учун ахлати уч карра бактериологик йўл билан текшириб кўрилганда натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейин касалхонадан жўнатилади.

### **СТАФИЛОКОКҚАН БҮЛАДИГАН УТКИР МЕЪДА-ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ**

Ҳазм йўли стафилококклар туфайли бирламчи тартибда — одамга инфекция оғзи орқали юқиб қолганида ва иккиламчи тартибда — инфекция эндоген йўл билан ўтганида (бу ҳодиса асосий касалликка унинг қандай бўлмасин, бирор босқичида қўшилади) касалланиши мумкин. Меъда-ичак йўли антибиотиклар узоқ ишлатилганида бўладиган аутоинфекция натижаси, дисбактериоз

оқибати ўлароқ, шунингдек чақалоқларнинг токсико-септик ҳолатларида, стафилококк пневмонияларда, отитлар, стафилодермиялар ва бошқа касалликларда стафилококк инфекциясининг бир кўришиши ўлароқ касалланади.

Патоген стафилококклар ташқи муҳит шароитларига анча чидамли бўлиб, кўп ишлатиладиган дори моддаларига, асосан антибиотикларга тез мослана олиш хусусиятига эгадир. Стафилококклар антибиотикларга чидамли бўлиб олар экан, шу билан бир қаторда уларнинг вирулентлиги ошади ҳам.

Стафилококклардан бўладиган меъда-ичак касалликлари спорадик ҳодисалар ва бирдан бошланиб қоладиган овқат токсикоинфекциялари кўринишида ўтиши мумкин. Бирдан бошланиб қоладиган овқат токсикоинфекцияларида болаларда касаллик пайдо бўлишига нотўғри пиширилгани ва сақлангани учун стафилококклар кўпайиб қолган сут ва сут маҳсулотлари, гўшт ва балиқ маҳсулотларининг истеъмол қилиниши сабаб бўлади. Озиқ-овқат маҳсулотларига инфекцияни одатда овқат объектларида ишлайдиган ва йирингли яллиғланиш процесслари билан оғриб юрган (чипқонлари, йирингли яралари, ҳасмоллари, ангиналари бор) одамлар юқтиради. Сигирларда мастит бўлса, улардан соғиб олинган сутда бир талай патоген стафилококклар бўлади, булар сут пастерланганида йўқолиб кетмайди ва ивитилганда ўлмайди. Чақалоқлар ва ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда учрайдиган бирламчи стафилококк диареяларининг сабаби кўпинча онасидаги йирингли маститдир.

Сўнгги йилларда катталар ва болалар орасида, айниқса болалар муассасалари, туғруқхоналар, касалхоналарда ишлайдиган ўрта маълумотли медицина ходимлари орасида патоген стафилококкларни ташиш ҳодисаси анча кўп учрамоқда, буларда стафилококкларнинг кўпгина антибиотикларга чидамли бўлган, вирулент штаммлари топилди.

**К л и н и к а с и.** Патоген стафилококкларга алоқадор ичак касалликларининг клиник симптоматологияси жуда хилма-хил ва диагностика учун қийин бўлади. Клиник манзараси жиҳатидан олганда гастроэнтерит, энтероколит ва меъда-ичакка алоқадор аломатлар билан ўтадиган септик формаси тафовут қилинади, ана шу формаси умумий инфекция формаси тариқасида асосан ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда кузатилади.

Стафилококклар туфайли бошланадиган ичак касалликлари ҳар хил даражада оғир бўладиган ўткир ва ярим ўткир гастроэнтероколитлар характерида бўлиб, аксари ҳа деганда қайтавермайди ва узоқ чўзилади.

Оғир ҳолларда касаллик тўсатдан бошланади. Тана температураси кўтарилиб, бемор тез-тез қусиб туради, ичи суяқ, сувга ўхшаш бўлиб, суткасига 8—15 мартагача келади, кўпинча сариқ, баъзан шилимшиқ ва жуда камдан-кам қон аралаш бўлади. Токсикоз билан экзикоз ҳодисалари шиддат билан, бир неча соат ичида зўрайиб боради. Қасал бесаранжомланиб, бўшашиб қолади,

иштаҳаси пасайиб кетади. Юрак тонлари бўғиқланиб, пульс тезлашади, яхши тўлишмайдиган бўлиб қолади. Ичак токсикози кўпи билан 2—4 кун давом этади. Қонда лейкоцитоз, доимий бўлмайдиган нейтрофилез кузатилади.

Ўртача оғир формадаги касаллик токсикация ҳодисалари камроқ ифодаланган бўлиши билан ўтади. Касал 1—2 кун давомида кунига 1—2 марта қусиб туради, 4—7 кунгача ичи суяқ бўлиб, кунига 4—7 мартагача келади. Баъзи болаларда касалликнинг анча давом этадиган субфебрилитет билан узоқ чўзилишга мойил бўлиши кўрилади, бунда ичак иши бир неча ҳафта давомида бузилиб туради.

Касалликнинг енгил формаси интоксикация ҳодисалари бўлмасдан туриб, оддий диспепсияга ўхшаб кечади. Касалнинг ичи 1—6 кун давомида суяқ бўлиб, кунига 4—6 мартадан келиб туради.

Стафилококк инфекциялари, стафилококкдан бўладиган энтероколитлар ва энтеритлар чақалоқларда ва ҳаётининг биринчи ойларини яшаб келаётган болаларда, айниқса, оғир ўтади.

Овқат токсикоинфекцияси, токсик диспепсия ёки гастроэнтероколит типига ўтадиган бирламчи стафилококк касалликларининг диагностикаси жуда қийин бўлади. Стафилококкдан бўладиган овқат токсикоинфекцияларида касаллик бирдан бошланади. Инкубацион даври кўпчилик болаларда 30 минутдан 4—5 соатгача боради, аҳён-аҳёнда бундан ҳам кўпроқ чўзилади. Тана температураси кўтарилиб, касал тез-тез қуса бошлайди, ичи сувга ўхшаган бўлиб, шилимшиқ, гоҳо ипир-ипир қон аралашган ҳолда келади, қоринда тарқоқ оғриқлар пайдо бўлади, токсикоз тез авж олиб боради, оғир ҳолларда бола талвасага тушиб, ўзидан кетиб қолади, юрак фаолияти анчагина бузилади (юрак тонлари бўғиқлашиб, тахикардия пайдо бўлади, пульси яхши тўлишмайди, артериал босими пасайиб кетади).

Стафилококкдан бўладиган ичак касалликларининг асосий диагностика методи касалнинг ахлатини бактериологик йўл билан текшириб кўришдир.

Стафилококк касалликларида қўшимча диагностика методи тариқасида стафилококк антигени билан агглютинациялаш реакциясидан ҳам фойдаланилади.

Беморлар клиник жиҳатдан соғайганидан кейин касалхонадан чиқарилади.

**Д а в о с и.** Ўткир меъда-ичак касалликлари билан оғриган болаларга касалликнинг босқичига қараб қилинадиган ва патогенетик жиҳатдан асосланган комплекс даво буюрилади. Даво чоратадбирларини амалга оширганда боланинг ёши, касалликнинг даври ва оғир-енгиллигини, йўлдош касалликлар бор-йўқлигини ҳисобга олиш зарур.

Беморларни касалхонага жойлаштириш шартлари ниҳоят даражада муҳим, бунда инфекция чатишуви ва айниқса, вируслардан бўладиган ўткир респиратор касалликлар ўтиб қолиши эҳтимоли истисно қилиниши керак. Беморларни палата ва бў-

лимларга жойлаштиришда палаталарни бир йўла тўлдириш принципига амал қилиш, диагностик палаталар (ёки бўлимлар) ажратиш, дизентерия, коли-инфекция диагнози қўйилган касалларни ва тайинли турдаги қўзғатувчи «ундириб олинган» касалларни алоҳида жойлаштириш, тузалаётганларни ажратиб қўйиш зарур.

Болалар организмнинг қаршилигини кучайтиришга қулайлик туғдирадиган энг яхши шароитларни яратиб бериш зарур. Беморларни иситиб туришга тегишлича аҳамият бериш керак. Касалларнинг очиқ ҳавода кўп бўлишини таъминлаб бериш, уларнинг уйқуси ва уйғоқлик маҳалини тўғри ташкил этиш зарур. Соғайиш даврида ўйинчоқлар, ўйинлардан ва бошқалардан фойдаланилган ҳолда тарбиявий ишни моҳирона ташкил этиш катта аҳамиятга эга.

Касаллик қўзғатувчисига қарши курашга қаратилган этиотроп терапия муҳим ролни ўйнайди. Антибиотиклар — левомецетин, тетрациклинлар, стрептомицин буюрилади, аммо қўзғатувчиларнинг кўпгина штаммлари бу препаратларга чидамли бўлишини ҳисобга олиш керак. Мономицин (суткасига 20 000—40 000 ТБ/кг дан ичирилади), неомицин (суткасига 20 000 ТБ/кг дан), канамицин (суткасига 50 000 ТБ/кг дан ичирилади), полимиксин-М, (суткасига 25 000 ТБ/кг дан ичирилади) ҳаммадан кўра яхшироқ кор қилади. Тетрациклин қаторига кирадиган антибиотиклардан фойдаланиш мумкин (тетрациклин, тетрациклин гидрохлорид ва окситетрациклин гидрохлорид). Тетрациклин билан олеандомициннинг (олететрин, сигмамицин, тетраолеан), тетрациклин билан полимиксиннинг, тетрациклин билан эритромициннинг қўшиб ишлатилиши анча расм бўлган ва ҳоказо (суткасига 30 000—50 000 ТБ/кг ҳисобидан 4 га бўлиб).

Касалликнинг оғир формаларида антибиотиклар парентерал йўл билан ишлатилади, жумладан, сигмамицин суткасига 20 000 ТБ/кг ҳисобидан 2 маҳал венага, левомецетин сукцинат суткасига 25—50 мг/кг дозада 2 маҳал мускуллар орасига юбориб турилади. Бир йўла иккита антибиотикни ишлатиш: бирини венадан юбориш, бирини ичириш ҳам тавсия этилади. Даво курси 6—7 кун.

Ҳаммадан яхши натижа олиш учун антибиотиклар нитрофуран қаторига кирадиган препаратлар: фурацилин, фуразидин, фурагин, фуразолидон билан бирга ишлатилади. Бу препаратларнинг бир марталик дозалари қуйидагича: 3 яшаргача бўлган болаларга — 0,025 г, 3—4 яшарга — 0,03 г, 4—5 яшарга — 0,035 г, 6—7 яшар болаларга — 0,04 г, 8—9 яшарга — 0,05 г, 10—12 яшар болаларга — 0,06 г, 13—14 яшарга 0,07 г. Препаратлар мана шу дозаларда 5—7 кун давомида овқатдан кейин кунига 4 маҳал бериб борилади. Антибиотиклар бошқа антибактериал препаратлар (неграм, невиграмон) билан бирга қўшиб ҳам буюрилади.

Стафилококкларга қарши резерв антибиотиклар ҳам ишлатилади (ристомин, новобиоцин, линкомицин, хлорофиллит ва бошқалар). Линкомицин ичиш учун берилади (суткасига 30 000—60 000 ТБ/кг дан, 3 га бўлиб), мускуллар орасига юборилади (сут-



касига 15 000—30 000 ТБ/кг дан 2 га бўлиб). Хлорофиллипт ичиш ва венадан юбориш учун ишлатилади: ичиш учун спиртдаги 1% ли эритмаси болани овқатлантиришдан 4 минут илгари кунига 3 маҳал 2—3 томчидан то 5 томчигача берилади (боланинг ёшига қараб). Венадан юбориш учун бу препарат ех tempore тайёрланади. Бунда хлорофиллиптнинг спиртдаги 0,25% ли эритмаси 0,2 ёки 0,4 мл дан олиниб (боланинг ёшига қараб) 20 барабар миқдордаги изотоник натрий хлорид эритмасида (4,0—8,0 мл да) суюлтирилади ва 4—5 кун давомида ҳар кун 2 маҳалдан венага аста-секин юбориб турилади. Препаратни ҳар сафар юборишга янгидан тайёрланади.

Гўдак болаларга 7—10 кун давомида овқатдан кейин кунига 3 маҳал 0,05—0,1 г дан энтеросептол ичириб туриш анча ўринли.

Дизентерияда давога антибиотикларни фаг билан бирга қўшиб ишлатиш анча яхши наф беради. Фаг қуйидаги дозаларда буюрилади: 1 яшардан 3 яшаргача бўлган болаларга — кунига 2 маҳал 1 таблеткадан, 3 яшардан 8 яшаргача бўлган болаларга — 2 таблеткадан, 8 яшардан 14 яшаргача бўлган болаларга 4 таблеткадан (5—7 кун давомида). Қолипротей бактериофаги 3—4 кун давомида болани овқатлантиришдан 40—50 минут илгари кунига 3 маҳал 10—15 мл дан ичириб турилади. Сальмонеллезда 5—7 кун давомида бреслаубактериофаг ишлатилади.

Кенг расм бўлган сульфазол, сульфадимезин, норсульфазолдан ташқари енгил формадаги ичак инфекцияларида таъсири узоқ чўзиладиган сульфаниламид препаратлар муваффақият билан қўлланилади. Фтазин, сульфапиридазин, сульфадиметоксин (мадрибон) ана шундай препаратлардандир, булар 4 яшаргача бўлган болаларга 1-кун суткасига 25 мг/кг дан 1 маҳал, кейинги кунлари эса 12 мг/кг дан берилса, 4 яшардан катта болаларга 1-кун 1 г миқдорида, кейинги кунлари 0,5 г дан кунига 1 маҳалдан бериб борилади (5—14 кун давомида).

Антибиотиклар ва химиопрепаратлар билан даволашнинг биринчи курси кўпчилик ҳолларда яхши натижа беради. Касалликнинг ўткир даври чўзилиб кетадиган бўлса ёки дард қайта-қайта қўзиб, ахлат текширилганида қўзғатувчи топилаверадиган бўлса, антибиотиклар билан такрор даволаш курси буюрилади. Бундай ҳолларда антибиотикларни қўзғатувчининг сезгирлигини ҳисобга олиб ишлатиш керак. Антибиотиклар билан даволашда уларни шамлар ҳолида ишлатиш ярамайди, чунки препаратни организмга юборишнинг худди мана шу йўли дарров дисбактериоз пайдо бўлиб, касалликнинг чўзилиб кетишига олиб келади, ичак микрофлорасини кескин ўзгартириб юборади.

Стафилококк инфекциясига даво қилишда антистафилококк плазма, антистафилококк гамма-глобулин, стафилококк бактериофаги, анатоксини, стафилококк антифаги сингари специфик препаратларни ишлатиш катта аҳамиятга эга. Қасалликнинг нейротоксикоз синдроми билан ўтаётган оғир формаларида ҳамма даво чора-тадбирларини махсус ускуналанган интенсив терапия палатасида ўз вақтида амалга ошириш зарур.

Касалликнинг дастлабки соатларида, шунингдек, бемор тез-тез ва кўп қусаверадиган бўлса, бирмунча кечки даврида ҳам меъдани 1—2% ли натрий гидрокарбонат (бикарбонат сода) эритмаси билан ювилади.

Ҳар хил комбинацияларда кўпгина литик аралашмалар таркибига кирадиган нейроплегик препаратлар буюрилади (анальгин, амидопирин, аминазин, димедрол, пипольфен). Гипертермияга қарши курашиш учун касалнинг мускуллари орасига 4% ли амидопирин эритмаси (0,1 мл/кг) ёки 50% ли аналгин эритмаси (боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл дан) юбориш, уй температурасидаги сувга ҳўлланган пеленка билан баданини артиб чиқиш, вентилятордан фойдаланиш, боши ва йирик томирлари устига совуқ нарса босиш, 7—10 минут давомида 10°C температурали сув билан меъдасини ювиш ўринлидир.

Парентерал йўл билан преднизолон ва гидрокортизон бериб туришнинг маъноси бор, бу препаратлар 5—6 кун давомида 1,5—2 мг/кг дозада ишлатиб туриш учун буюрилади, интоксикация барҳам топиб борган сайин дозаси аста-секин камайтириб борилади.

Сезиларли даражада кислород етишмовчилиги ҳодисалари бўлса, касалларга намланган кислород бериб турилади, ўпка шишганда кислородга спирт буғлари аралаштирилган бўлиши керак (10—15 минут давомида нафасга олдириб турилади).

Интоксикацияни бартараф этиш мақсадида 7—10 мл/кг миқдорига қон плазмаси ва қон ўрнини босадиган турли суюқликлар (альбумин, полиглокин, гемодез, реополиглокин, поливинилпирролидон) ни қўлланиш зарур. 15—20 мл 20% ли глюкоза эритмасига юрак гликозидлари (строфантин, коргликон) ва кокарбоксилаза қўшиб, венадан юбориб туриш ўринли. Шу билан бир вақтда сийдик ҳайдовчи дорилар ишлатилади (диурезни кучайтириш): суткасига 1—3 мг/кг ҳисобидан кунига 1—2 марта фуросемид ичирилади, маннитол (10% ли эритмаси 5 мг/кг дан венага) ва мочевина (5—10 мл 30% ли эритмаси томчи усулида венага) юборилади.

10% ли кальций глюконат эритмасини боланинг ҳар бир ёшига 1 мл ҳисобидан венасига юбориб туриш мақсадга мувофиқдир.

Талвасага қарши моддалар буюрилади: магний сульфат (магnezий сульфат 25% ли эритмаси 0,2 мг/кг дан мускуллар орасига), натрий оксибутират (30—50 мл 5% ли глюкоза эритмасида 50—100 мг/кг, томчилаб венага). Талваса узоқ давом этаверадиган бўлса, 1 мл дан қилиб олинган 2,5% ли аминазин эритмаси билан 2,5% ли пипольфен эритмаси, 1% ли 0,2—0,3 мл промедол эритмаси ва 8 мл 0,5% ли новокаин эритмасидан иборат аралашма буюрилади (4—6 инъекцияга 2—4 мг/кг аминазин ҳисобидан). Талваса тўхтамайдиган бўлса, у вақтда люмбал пункция қилинади.

Сезиларли токсикоз билан эксикозда қилинадиган давонинг асосий томони организм йўқотган сув билан туз ўрнини тўлдириш, аслига келтириш, яъни регидратацион терапия қилишдан иборат

бўлади. Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болалар бир кеча-кундуз давомида тана вазнининг ҳар бир килограммига 130—150 мл ҳисобидан суюқлик, жумладан озиқ ҳам олиб туриши керак; бу миқдор 1—3 яшар болаларга 120—140 мл ва катта ёшдаги болаларга 100—120 мл га тенг бўлади.

Дастлабки 4 соат давомида суюқликни бирмунча жадал юборилади, сўнгра уни юбориш тезлиги камайтиради.

Суюқликни тери остидан юборишни мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаб бўлмайди, чунки бунда хаттоки, изотоник эритмалар ҳам жуда секинлик билан сўрилади. Бундан ташқари, оғриқ сезгилари узоқ давом этиб турадиган бўлганидан бола безовталанади, бу парса эса ҳимояловчи, авайловчи режим яратишга тўсқинлик қилади. Суюқликни бўлиб-бўлиб ва бир йўла юбориш кам наф беради, чунки суюқлик озроқ миқдорда юбориладиган бўлса, томирлар ўзанидан тез чиқиб кетади.

Турли суюқликларни венадан юбориш ҳаммадан кўра тезроқ наф беради. Суюқлик тирсак букими, қўл ёки оёқ панжаларидаги веналардан юборилади. Бунда қўл ёки оёқ ёпишқоқ пластирь ва бинт билан шинага боғлаб қўйилади. Эмадиган болаларга суюқлик чакка ва бош тепасидаги веналардан юборилади. Суюқлик қуйиш учун ишлатиладиган система резина найининг уч томони илгичка резина катетер билан алиштирилиб, уни қовузлоқ қўринишида ёпишқоқ пластирь билан бола бошининг терисига ёпиштириб қўйилади. Венага киритиладиган игна учи ўткир бўлмаслиги керак.

Суюқликни 1-соатда минутига 20—30 томчи (100—200 мл/соат) тезликда юборилади, сўнгра бу тезлик камайрилиб, гўдак болаларда минутига 8—10 томчи (60—80 мл/соат), каттароқ болаларда 10—15 томчи (100—120 мл/соат) гача туширилади. Суюқлик қуйишни плазма эритмалари ёки плазма ўрнини босадиган суюқликлар (10—15 мл/кг) юборишдан бошлаш, кейин игнага изотоник эритмалар аралашмалари (5% ли глюкоза эритмаси, изотоник натрий хлорид эритмаси, полион эритма—0,6 г натрий хлорид, 0,03 г калий хлорид, 0,02 г рибофлавин, 100 мл икки қайта дистилланган сув) солинган системани улаб қўйиш керак. Эксикознинг оғир-енгиллигига қараб суюқликлар 3—4 соатдан то 2—3 суткагача венадан томчилаб юбориб турилади.

Кейин юбориладиган суюқликларнинг нисбати эксикоз турига боғлиқ бўлади. Сув етишмайдиган эксикозда 5—10% ли глюкоза эритмаси таркибида тузлар бўладиган эритмалар (Рингер эритмаси, изотоник натрий хлорид эритмаси, плазма, полиглюкин) билан 3:1 ёки 2:1 нисбатда қўшиб юборилади. Туз етишмайдиган эксикозда эритмаларнинг бу нисбати ҳаётининг дастлабки ойлари яшаб келаётган болаларда 1:1, ёшидан ошган болаларда 1:2 ёки 1:3 бўлиши керак. Изотоник эксикозда глюкоза эритмаси билан таркибида туз бор эритмалар нисбати аввалига 1:1 ни ташкил этади, токсикоз камайиб борган сайин бу нисбат 2:1 ёки 3:1 гача етказилади.

Қўп миқдор суюқлик юбориш доимо диурезни кузатиб боришни

талаб этади. Сийдик етарлича чиқиб турмайдиган бўлса, диуретиклар (фуросемид, маннитол) буюриш керак.

Эксикоз билан ўтаётган токсикоз аломатлари бор касалларга буюриладиган терапиянинг шарт деб ҳисобланадиган томони бола танаси вазнининг ҳар бир килограммига 40—50 мг ҳисобида калий тузлари бериб туришдир (калий ацетат, калий хлорид). Интоксикация даражаси ўртача бўлганида сабзавот қайнатмалари, каротинли аралашма ичириб туриш билан кифояланса бўлади. Динамик ичак тутилиши, нафас ва юрак фаолияти ритмининг бузилиши сингари ҳодисалар билан бирга ўтаётган оғир интоксикацияда диурез аслига келтирилганидан кейин капельницага 2—3 мл 7,5% ли калий хлорид эритмаси қўшиш тавсия этилади (1 мл эритмада — 40 мг калий бўлади).

Ацидоз белгилари (Куссмаулча «катта нафас») пайдо бўлганида ичириш ёки парентерал йўл билан юбориш учун 10—20 мг/кг ҳисобидан 1,3% ли натрий гидрокарбонат эритмаси (бу эритма бевосита венага юбориш олдидан тайёрланади), глутаминат кислота (суткасига 0,1 г/кг), кокарбоксилаза (венага 25—100 мг) буюрилади. Ичириб туриш учун 2—3% ли сода эритмаси, ишқорий реакциядаги минерал сувлар берилади (суткасига 100—150 мл дан).

Эксикознинг туридан қатъи назар, интоксикация батамом барҳам топиб, боланинг тана вазни ортиб борадиган ва парҳези очилиб, овқатнинг хиллари ёшига мос равишда кўпайтириладиган бўлгунча плазма ҳамда қон ўрнини босадиган оқсилли суяқликларни венадан юбориб туришни такрор-такрор (ҳар кун, кейин эса 1—2 кун оралатиб) буюриш керак.

Эксикоз билан ўтаётган токсикозга қарши қилинадиган давога стероид гормонларни қўшиш шарт. Преднизолон дозаси суткасига 1,0—1,5 мг/кг ни ташкил этади, кейинчалик ҳар 1—3 кунда препаратнинг бу дозаси 25—50% га камайтириб борилади: даво курси кўпи билан 7—10 кун.

Токсик синдромларнинг ҳеч ўзгармайдиган нарса эмаслигини ва касаллик давомида бир хил формадан бошқа хил формага айланиб қолиши мумкинлигини ҳисобга олиш керак. Масалан, гипертермия туфайли, ҳансираш зўрайиши ва тез-тез қусиб туриш туфайли касалда аввал сув етишмайдиган эксикоз юзага келган бўлса, ичакка алоқадор ўзгаришлар зўрайиб борган сайин бу эксикоз изотоник, кейин эса туз етишмайдиган ҳам бўлиб қолади. Комплекс давода болани овқатлантириб бориш катта аҳамиятга эга, болага унинг ёши, касаллигининг даври, оғир-енгиллиги ва формасига қараб овқат буюрилади. Дизентерияда ҳозир интоксикация барҳам топганидан кейин дарров сифати ва миқдори жиҳатидан бекаму кўст овқат буюриш тавсия этилади. Ана шундай овқатга аста-секин, 4—5 кун давомида ўтиб бориш керак.

Катта ёшдаги болаларга токсикоз бўлмаган маҳалларда биринчи кунларда жуда эътибор бериб, яхшилаб пиширилган, сут ва ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланган овқатлар бериб борилади, кейин эса боланинг ёшига яраша бекаму кўст овқатга ўтилади.

Токсикоз бўлганда катта ёшдаги болаларга 6—12 соат мобайнида сувдан бошқа нарса берилмайди, ана шу муддат ўтгандан кейин сут ва ўсимлик маҳсулотларидан тайёрланган суюқ овқатлар берилади (кефир, ярмига сув қўшиб, сугир сутидан пиширилган бутқалар, киселлар, творог, сухари, чой). 2—3 кундан кейин болани аста-секин тўлақонли овқатга ўтказилади, аммо ёғлар чеклаб қўйилади.

Бола овқат емай, фақат сув ичиб ётадиган пайтдан кейин олма куня буюриш яхши натижа беради (пўсти артилган 0,5—1 кг олма берилади).

Эмадиган болаларга интоксикацияда худди токсик диспепсия пайтидагидек парҳез буюрилади («Токсик диспепсия»га қаралсин). Токсикоз бўлмаса, болага қўшимча овқат вақтинча (1—2 кун) берилмай туради, кўкрак сути ёки кефир берилади, сўнгра уни ёшига тўғри келадиган овқатга ўтказилади.

Дисбактериоз пайдо бўлишига йўл қўймаслик ва ичак микрофлорасини аслига келтириш мақсадида биологик препаратлар — коли-бактерин, бификол, бифидумбактериндан фойдаланиш ўринлидир, буларни антибиотиклар бериш тўхтатилгандан кейин буюрилади. Қуруқ колибактерин 3—4 ҳафта давомида овқатдан 30—40 минут илгари қуйидаги дозаларда ичириб борилади: эмадиган болаларга 2—4 дозадан (бир дозада 3 млрд. микроб танаси бўлади), 1 яшардан 3 яшаргача бўлган болаларга 4—6 дозадан, 3 яшардан 7 яшаргача бўлган болаларга 8 дозадан ва 7 яшардан катта болаларга 10 дозадан. Колибактерин қайнаган сувда суюлтирилади ёки ивителидиган сутга қўшилади, суткали дозаси витамин С билан бирга 2—3 бўлиб ичирилади. Бифидумбактерин асосан гўдак болаларга 2—3 ҳафта давомида овқатдан 1 соат илгари 2—3 дозада ичириб туриш учун буюрилади (бир дозасида 10 млрд. микроб танаси бўлади). Бификол аэроб ва анаэроб флорага таъсир қиладиган комбинацияланган препаратдир.

Реперация даврида, айниқса касаллик узоқ чўзилишига мойил бўлганида пепсин билан хлорид кислота, меъда шираси, панкреатин, абомин, мексаза ишлатилади. Стимуляциялаш мақсадида гамма-глобулин, алоэ, Филатов зардоби, ФиБС, нерабол, метиландростендиол, инсулин тавсия этилади. Шу даврда дорили клизмалар қилиб турса ҳам бўлади (танин, эман пўстлоғи дамламаси, шалфей, мойчечак, маймунжийда, яъни чаканда мойи ва бошқалардан).

Физиотерапевтик муолажалардан қоринга озокерит қўйиш, но-вокаин, кальций хлоридни электрофорез қилиш, УВЧ тоқлари буюрилади. Касал тузалиб келаётган даврда гимнастика ва массаж мақсадга мувофиқдир. Йўлдош касалликларга даво қилиш зарур.

Профилактикаси. Болаларда учрайдиган меъда-ичак касалликларининг профилактикаси эпидемиологик процесснинг учалма ҳалқасига: инфекция манбан, касалликнинг юқиш йўллари ва касалликка мойил бола организмга қаратилган профилактика

чора-тадбирлари амалга ошириб борилгандагина муваффақиятли бўлиб чиқиши мумкин.

Инфекция манбаини (касалликнинг ўткир ва хроник формасини бошдан кечириб турган касал, касалликдан соғайиб келаётган киши ва инфекция қўзғатувчисини ташқарига чиқариб турадиган кишини) юқумсизлантириш учун унга тадбирни амалга ошириш: а) инфекция манбаини барвақт аниқлаш; б) уни барвақт изоляция қилиб қўйиш; в) бемор ёки инфекция қўзғатувчисини ташқарига чиқариб турадиган кишини батамом соғайтириб юбориш зарур.

Ичакнинг иши бузилиб юрган болаларни, айниқса, болалар муассасаларидаги эпидемиологик шароит тузук бўлмаганда, текшириб кўриш учун стационарнинг диагностик бўлимларига юбориш лозим.

Касал изоляция қилиб қўйилганидан кейин уйда ҳам, болалар муассасасида ҳам бекаму кўст якунловчи дезинфекция ўтказилиши керак. Беморга яқин юрган, яъни у билан муомалада бўлганларнинг ҳаммаси 7 кун давомида кузатув остида туриши ва бактериологик текширишдан ўтиши лозим.

Болалардаги ўткир ичак касалликларини аниқлаб олиш мақсадида мактабгача тарбия муассасаларига қатнайдиган, болалар уйлари, мактаб-интернатларда турадиган болаларнинг ота-оналаридан ва ўзларидан тегишлича қилиб батафсил сўраб-суриштириб чиқилади (қабул вақтида), чақалоқлар бўлимлари, болалар яслилари, гўдаклар уйларига эса, бундан ташқари, болаларнинг ахлатини кўздан кечириб, унинг характерини табелда кўрсатиб қўйиш йўли билан ҳар куни синчиклаб текшириш ўтказиб турилади.

Дастлабки диагноз аниқ бўлганидан кейин эпидемиолог билан келишиб туриб, беморни касалхонага ётқизиш ёки уйда қолдириш кераклиги тўғрисидаги масалани ҳал қилиш лозим.

Беморларни ихтисослаштирилган ёки диагностика бўлимларига жойлаштирилади. Диагностика бўлими ўхшаш касалликлар билан оғриган беморлар учун алоҳида палаталар ажратиб қўйилган ва касалхона ичида касаллик юқиши эҳтимолини истисно қилувчи санитария-эпидемиология режимига қаттиқ риоя этиб борадиган боксли бўлим принципида ишлаши керак. Касални даволаб бориш натижасида у ёки бу диагноз тасдиқланса, уни охиригача даволаш учун тегишли бўлимга ўтказилади.

Ўткир дизентерияни бошдан кечириб, клиник жиҳатдан соғайиб кетган, касаллик қўзғатувчисини ташқарига чиқармайдиган болалар касал бўлган кунидан ҳисоблаганда 6 ой давомида кузатув остида туради. Бола ой сари кўздан кечириб турилади ва бактериологик текширишлардан ўтказилади. 2 ойдан кўпроқ давом этган дизентерия билан оғриб ўтган, ичи айнаб турадиган, шунингдек, касаллик қўзғатувчиларини ташқарига чиқариб турадиган болалар касал бўлган кунидан бошлаб ҳисоблаганда 1 йил давомида кузатув остида туради. Бошқа этиологияли ичак касалликларини билан оғриб ўтган болалар касал бўлган кунидан

бошлаб ҳисоблаганда 3 ой мобайнида кузатув остига олиниб, ой сари кўздан кечириб турилади ва ҳисобдан чиқариш олдидан ахлати бактериологик текширишдан ўтказилади.

Меъда-ичак касалликларига қарши курашда тегишли санитария режимини таъминлаб бориш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, овқат блоки, идиш-товоқ, кийим-кечак, ҳожатхонани, участкани тегишлича озода тутиш, дезинфекция чораларини амалга ошириб бориш ҳал қилувчи чора-тадбирлар бўлиб ҳисобланади.

Сальмонеллез касалликларининг профилактикасида ветеринария хизмати ва савдо тармоғи йўли билан амалга ошириладиган профилактик чора-тадбирлар ниҳоятда катта ролни ўйнайди (мол сўйиш шароитларининг тўғри бўлиши, озиқ-овқатлар сақланадиган ва сотиладиган жойларни текшириб туриш, овқатнинг қандай пиширилишини назорат қилиб бориш). Гўшт маҳсулотлари устидан олиб бориладиган назорат чоралари, айниқса, муҳим.

Озиқ-овқат маҳсулотлари билан ишлайдиган ходимлар орасида стафилококкларни ташиб юриш ҳолларини камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар ва биринчи галда терининг йирингли касалликлари билан оғриган кишиларни озиқ-овқат маҳсулотлари билан ишлашдан четлаштириш ҳам муҳим.

Болаларнинг умуман ҳамма касалликларга ва жумладан меъда-ичак касалликларига берилмаслик хусусиятини кучайтириш мақсадида болаларни тўғри овқатлантириб бориш, витаминлар буюриб туриш, ҳаводан имкони борича кўпроқ баҳраманд бўлиш, чиниқтирадиган муолажаларни қилиб туриш муҳим чоралардан бўлиб ҳисобланади.

Ичак касалликларига қарши курашда аҳоли орасида олиб бориладиган санитария маорифи иши катта ўринни эгаллайди. Матбуот, радио, кино, телевидение, деворий газеталар, санитария бюллетенлари, варақалар, эслатмалардан ана шу мақсадда фойдаланиш керак.

### ДИФТЕРИЯ (DYPHTHERIA)

Дифтерия қўзғатувчиси Ф. Леффлер томонидан тоза культура ҳолида ажратиб олинган микробдир (1884). Дифтерия микроблари тик қуёш нури таъсири остида бир неча соат давомида ҳалок бўлиб кетса, тарқоқ ёруғлик таъсирида бир неча кун давомида ҳалок бўлади.

Паст температуралар дифтерия микробларини унча-мунча вақт давомида ўлдиря қолмайди. Буларнинг дифтерия билан оғриган касаллар ёки дифтерия бактерия ташувчилари қўлида бўлган қуруқ буюмлар (болалар ўйинчоқлари, қалам, ручка, китоб ва бошқалар) юзасида анча узоқ сақланиб туришини айтиб ўтиш керак. Дифтерия микроблари дезинфекцияловчи моддалар таъсирига жуда сезгир.

Дифтерия инфекциясининг табиатдаги бирдан-бир манбаи одам, яъни дифтерия билан оғриб турган, ундан тузалиб келаёт-

ган киши, шунингдек, ўзи соғ бўлса ҳам, вужудда бактерияларни олиб юрган киши бацилла ташувчидир.

Эпидемиологик жиҳатдан олганда дифтерия билан оғриган бемор айниқса унинг енгил формаси билан касалланган киши ҳаммадан кўра хатарли ҳисобланади. Инфекцияни ўзида олиб юрган соғлом киши дифтерия билан оғриб турган, ундан тузалиб кетаётган кишига қараганда камроқ хавфлидир.

Қасаллик қўзғатувчисини олиб юриш, бактерия ташувчанлик ҳодисаси 1—10% ҳолларда кўрилади. Ташувчанлик ҳодисаси ҳар кимда ҳар хил муддат давом этади ва ўрта ҳисобда 1—3 ҳафтани ташкил қилади.

Инфекция асосан ҳаво орқали ўтади, аммо касал одам тутган буюмлар ва озиқ-овқат маҳсулотлари (сут) орқали ҳам юқиши мумкин.

Дифтерия касаллиги кузги-қишки ойларда энг кўп, ёз ойларида жуда ҳам кам кузатилади.

Дифтерияга 1 яшардан то 6 яшаргача бўлган болалар ҳаммадан кўпроқ мойил бўлишади. 5—10 яшар болаларда ҳам бу касаллик анчагина учраб туради, катта ёшдаги мактаб ўқувчиларида касалланиш анча кам бўлади ва 15 ёшдан кейин кескин камайиб кетади.

Аҳоли турмушининг ижтимоий шароитлари ўзгартирилиб, специфик профилактика воситалари кенг қўлланиладиган бўлгани тўғрисида мамлакатимизда дифтерия билан касалланиш кескин камайди, баъзи шаҳарларда эса амалда барҳам топиб кетди.

К л и н и к а с и. Дифтерия фибриноз караш пайдо қилиб ўтадиган маҳаллий яллиғланиш процесси ва умумий интоксикация ҳодисалари билан характерланади, шу билан бирга маҳаллий процесс нечоғлик ифодаланган бўлса, умумий интоксикациянинг шунча кўпроқ авж олиши типик бўлади.

Дифтерия классификациясига процесснинг оладиган жойи ва оғирлиги асос қилиб олинган. Процесснинг олган жойига қараб дифтериянинг мана бундай турлари тафовут қилинади: 1) томоқ дифтерияси; 2) бурун **дифтерияси**; 3) **дифтерия** крупн (**бўғмаси**); 4) дифтериянинг камдан-кам учрайдиган турлари (тери, кўз, қулоқ, жинсий органлар дифтерияси); 5) аралаш формаси (**турли органларнинг бир йўла зарарланиши**).

Мана шу формаларидан ҳар бирининг нечоғлик оғир ўтиши яллиғланиш процессининг қанчалик тарқалгани ва умумий интоксикациянинг даражасига боғлиқ бўлади.

**Томоқ дифтерияси.** Томоқ дифтерияси ҳозирги вақтда дифтерия билан касалланиш ҳолларининг жуда кўпчилигини (95—97% ини) ташкил этади, у локаллашган, тарқоқ, субтоксик, I, II, III даражадаги токсик, гипертоксик формаларга бўлинади.

Дифтериянинг локаллашган формаси арзимас интоксикация аломатлари, ўртача (аксари кўп деганда 38,5°С гача) температура кўтарилиши ва фақат бодомча безларида караш пайдо бўлиши билан характерланади. Караш эич, ялтироқ, кулранг тусда, қийинлик билан кўчадиган, сал шишиб турган бодомча без-



ларида жойлашган бўлади. Томоқ ўртача қизариб туради (камдан-кам анчагина қизаради), ютиш вақтида бироз безиллайди, регионар лимфа безлари салгина катталашган бўлади.

Локаллашган томоқ дифтерияси пардали (карашлар бутун бодомча безини ёки талайгина қисмини қоплаб туради), оролчали ва катарал хилларга бўлинади. Катарал хили бодомча безларининг салгина катталашиб, бироз қизариб туриши билангина маълум беради: тана температураси субфебрил бўлади, умумий интоксикация белгилари бўлмайди. Касалликнинг бу формаси дифтерия ўчоқларида ўтказилган бактериологик текширишлар ёрдамидагина аниқлаб олинади.

Локаллашган томоқ дифтериясининг клиник диагностикаси, эмланган болаларда касаллик аксари учча билинмайдиган симптоматика билан ўтадиган бўлгани учун, ҳозирги вақтда каттагина қийинчиликларни туғдиради. Чунончи, етакчи симптом бодомча безларида фибриноз караш (экссудат) пайдо бўлишидир, лекин бу караш юпқа, етарлича гомогенмас, қонамасдан, бемалол кўчиб чиқадиган бўлиши мумкин, аммо дифтерияда бодомча безларининг шишганлик даражаси билан карашнинг катта-кичиклиги бир-бирига мос келадиган бўлиб қолаверади.

Бир қадар катталашиб, қизариб турган бодомча безларида яккам-дуккам нуқта-нуқта карашлар ёки юпқа караш излари топилганида буни томоқ дифтериясининг билинмасдан ўтадиган хили деб гумон қилиш мумкин; бунда касаллар ҳеч нарсадан нолиммайди, тана температураси нормал ёки субфебрил бўлиб қолаверади.

Локаллашган дифтерияда умумий интоксикация симптомлари билан маҳаллий процесс ўртасида ҳозирги вақтда ҳам параллелизм сақланиб қоладикки, диагностикада буни ҳисобга олиш керак.

Эмланган болаларда специфик даво қилинмаса ҳам 3—4 кундан кейин карашлар йўқолиб кетиб, томоқ тозаланиб қолиши мумкинлигини таъкидлаб ўтиш зарур. Ана шундай дифтерияни баъзан янглишиб, айниқса томоқ карашлардан тозаланганидан кейин дифтерия бактериялари топиладиган бўлса, бактесия ташувчанлик билан ўтаётган ангина деб ўйлашади.

Касалликнинг аҳвол қандай бўлиб турган маҳалда пайдо бўлганини ҳисобга олиш зарур. Масалан, хроник тонзиллити бор болаларда бодомча безлари ўйилиб-ўйилиб кетганлиги учун дифтерия карашлари нотипик бўлиб кўриниши мумкин, томоқ гиперемиyasi билан иситма узоқроқ давом этади, регионар лимфа тугунлари кўпроқ катталашади.

Тарқоқ дифтерия шу билан характерланадигани, умумий интоксикация локаллашган формасидагидан кўра анча кўпроқ ифодаланган бўлади. Карашлар бодомча безларининг ўзларидагина эмас, балки равоқларида, лак-лук ва ҳалқумнинг орқа деворида ҳам бўлади. Бодомча безлари шишиб туради, лекин юмшоқ танглай ва бўйин тери ости клетчаткаси шишмайди.

Дифтериянинг бу формаси ҳозирги вақтда жуда кам учрай-

ди ва томоқ дифтериясининг бошқа формаларидан кўра уни аниқлаб олиш осонроқ бўлади.

Томоқнинг токсик дифтерияси сезиларли умумий интоксикация ҳодисалари бўлиши, томоқ ва тери ости клетчаткасининг шишиб кетиши билан характерланади. Бу касаллик асосан эмланмаган болаларда ёки эмлаш муддатлари ўтказиб юборилганда пайдо бўлади.

Дифтериянинг бу формаси бирдан бошланиб, тана температураси 30—40°С гача кўтарилади, бола яна қайт қилиши мумкин, бесаранжомлик ёки қувватсизлик бошланади, лимфа тугунлари анча катталашади, баъзан жуда безиллаб туради, уларнинг атрофидаги тери ости клетчаткаси шишиб кетади. Томоқнинг шишиб кетиши — токсик дифтериянинг энг барвақт пайдо бўладиган ва характерли белгиларидан бири — касалликнинг оғир-енгиллигига қараб ўртача ёки жуда кескин ифодаланган бўлиши мумкин. Томоқ гиперемиyasi аввалига ёрқин бўлади, яъни томоқ жуда қизариб туради, кейин кўпинча қон димланиб қола бошлаганидан хиралашиб боради. Қараш тез орада бодомча безларидан ташқарига ёйилиб, юмшоқ танглайга, ҳатто қаттиқ танглайга ва оғир ҳолларда бурун-ҳалқумга ўтади. Оғиздан ғалати чучмал ҳид келиб турадиган бўлиб қолади.

Томоқ токсик дифтериясида интоксикация нечоғлик кучли бўлса, тери ости клетчаткасининг шиши одатда шунча кўп тарқалган бўлади. Шу сабабдан дифтериянинг бу хили тери ости клетчаткасининг нечоғли кўп тарқалганига қараб ҳар хил даражада оғир ўтадиган субтоксик дифтерия (бунда лимфа тугунларининг атрофи бироз шишган бўлади), I даражали токсик томоқ дифтериясига (шиш иккинчи бўйин бурмасигача тарқалади), II даражали (шиш ўмровгача боради) ва III даражали токсик томоқ дифтериясига бўлинади (шиш ўмровдан пастга тушади).

Энг оғир формаси — гипертоксик дифтерия — яшиндек тез ўтадиган ва геморрагик хилларга бўлинади, дифтериянинг бундай формаси ҳамиша деярли эмланмаган болаларда пайдо бўлади. Геморрагик формасида карашларга қон сингиб туради, тери остига қон қуйилади, бурун, милк, меъда-ичак йўли шиллиқ пардалари қонаб туради. Яшиндек тез ўтадиган формаси ҳаддан ташқари шиддатли ва кескин интоксикация ҳодисалари билан характерланадики, буларнинг олдида маҳаллий ўзгаришлар нисбатан ўртачадек бўлиб кўринади.

*Бурун дифтерияси.* Бурун дифтериясида умумий интоксикация, одатда, деярли сезилмайди, тана температураси нормал ёки субфебрил бўлади. Қасалликнинг бошида процесс кўпинча бир томонда бўлади. Шиллиқ парда шишиб турганлиги учун бурун йўли торайиб қолади, бироз миқдор шилимшиқ ёки сероз-йирингли ажралмалар келиб туради, булар бурун тешиги атрофидаги ва лаб терисини таъсирлантиради. Бурун тўсиғида қон қотиб қолган қора қўтирлар билан қопланган эрозиялар, яра-чақалар (бурун дифтериясининг катарал-яралли формасида) ёки фибриноз парда пайдо бўлади (пардали формасида).

Бурун дифтерияси енгил ўтадиган бўлганидан, баъзан текширишда нотўғри методика қўлланилганидан кўпинча кеч аниқланади. Бурун тўсиғининг аҳволига аҳамият бериш жуда муҳим, дифтерияда патологик процесс буруннинг шу жойида ҳаммадан кўра кўпроқ сезиладиган бўлади. Бурун дифтериясида жуда кам шилимшиқ келиб турадиган бўлишини ва буланинг бурнини тозалашда рўмолча ёки пахта пиликда қоладиган ажратмаларни кўздан кечирганда шилимшиқ сезилишини ҳисобга олиш керак.

*Дифтерия крупы.* Дифтерия крупы ҳозирги вақтда жуда камданкам, фақат деярли эмланмаган болаларда ёки катта хато билан эмланган болалардагина учрайди. Дифтерия крупы якка ҳолда ўтиши ёки томоқ ё бўлмаса, бурун дифтерияси билан қўшилиб ўтиши мумкин. Дифтерия крупы маҳалида умумий интоксикация кескин ифодаланган бўлмайди. Процесснинг нечоғлиқ ифодаланганга қараб у қўйдаги хилларга бўлинади: 1) локалланган круп (ҳиқилдоқ дифтерияси — бўғма); тарқоқ А круп (ҳиқилдоқ ва трахея крупы); 3) тарқоқ круп (ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар крупы).

Дифтерия крупининг диагнози қўйдаги белгиларга асосланиб қўйилади: 1) овоз жарангдорлигининг анча вақт йўқолиб қолиши; 2) аста-секин круп симптомлари пайдо бўлиб бориши: аввалига овоз ўзгариб, дағал йўтал пайдо бўлади, сўнгра бунга стенотик нафас қўшилади, бола нечоғли ёш бўлса, стенотик нафас шунча барвақт пайдо бўлади (гўдак болаларда касалликнинг 2—3-куни, каттароқ болаларда эса баъзан, ҳатто ҳафтанинг охирида); 4) стенотик нафас, қоида ўлароқ, тобора зўрайиб бориши билан характерланади, бир зайлда бўлиш ҳам, тўлқинсимон бўлиш ҳам унинг учун характерли эмас; 5) касалликнинг бошида бемор ўзини унчалик ёмон сезмайди ва температура юқори бўлмайди.

Дифтерия крупини кўпинча гриппда ёки вирус туфайли бошлангичан бошқа ўткир респиратор касалликларда бўладиган крупдан ажратиб, фарқ қилиб олишга, дифференциялашга тўғри келади.

*Дифтериянинг кам учрайдиган локализациялари.* Дифтериянинг кам учрайдиган локализацияларига кўз, тери, жинсий органлар дифтерияси киради. Бу хилдаги дифтерия одатда иккиламчи бўлади, томоқ ёки бурун дифтериясига қўшилади. Дифтериянинг шу хилдаги кўринишлари ҳозирги вақтда деярли учрамайди. Аденовирус инфекциясида бўладиган пардали конъюнктивитни баъзан янглишиб, кўз дифтерияси деб ҳисоблашади. Аденовирус инфекцияси учун иситма чиқиши, сезиларли ринит, фарингит бўлиши, томоқнинг қизариб, ялтиллаб туриши, бронхит, баъзида меъданичак касалликлари бошланиши характерлидир. Дифтериядагига қарши ўлароқ, кўз қовоқлари жуда шишиб кетади ва бу шиш кўз конъюнктивасидаги пардали процесс шиддатига мос келмайди. Фибриноз пардалар кўпинча бир кўз қовоғининг конъюнктивасида бўлади ва ҳеч қачон иккинчи кўз конъюнктивасига ўтмайди; кў-

пинча иккинчи кўзда катарал ёки фолликуляр конъюнктивит бўлади.

Кўпгина ҳолларда, асосан локаллашган томоқ дифтериясида касалликни дифтерия деб гумон қилишга асос берадиган клиник симптомлар диагнозни **узил-кесил** қилиб олиш учун кифоя қилмайдиган бўлиб чиқади, шу сабабдан дифтерияда қўйиладиган **дастлабки ва узил-кесил** диагнозни тафовут қилиш керак. Дастлабки диагноз аслини айтганда, клиника маълумотларига асосланади ва беморни қандай шароитларда (бокс, диагностика палатаси) алоҳидалаб ётқизиб қўйиш кераклигини, дифтерияга қарши зардоб юбориш зарур-зарурмаслигини ёки серотерапия ўтказмасдан туриб, беморни кузатиб бориш мумкинлигини белгилаб беради.

Узил-кесил диагноз кўпчилик ҳолларда клиник кузатув натижаларига қараб, эпидемиологик, бактериологик текширишлар ва ўтказса бўладиган бошқа қўшимча диагностик текшириш методлари маълумотларини ҳисобга олган ҳолда қўйилади.

Дифтерия диагностикасида бактериологик текшириш жуда катта аҳамиятга эга. Материални бевосита электив муҳитли Петри косачасига экиб ундириш методи амалда дифтерия диагнозини деярли 100% тасдиқлаб беришни таъминлайди. Бактериологик текширишни тетрациклин қаторига кирадиган антибиотиклар ва эритромицин буюришдан аввал ўтказиб олиш тавсия этилади, чунки бу антибиотиклар дифтерия микробларига тезгина бактериостатик таъсир кўрсатади, шу нарса текширишни қийинлаштириб қўяди ва унинг натижаларини нотўғри кўрсатади.

Шик реакцияси диагностикада жуда кам аҳамиятга эга. Токсиген дифтерия микроблари топилганида Шик реакциясининг мусбат бўлиб чиқиши дифтерия борлигидан дарак беради. Бироқ, бу реакциянинг манфий натижа бериши дифтерияни истисно қилиш учун асос бўлмайди. Дифтерияга қарши зардоб юборилмаган касаллардагина Шик реакциясининг натижалари ҳисобга олинishi мумкин. Токсигенмас дифтерия бактериялари ажратиб олинган бўлса, реакция натижалари диагностикада ҳеч қандай аҳамиятга эга бўлмай қолади.

**А с о р а т л а р и.** Миокардит, нефроз, полирадикулоневрит дифтерия интоксикациясининг оқибати бўлиб ҳисобланади ва ҳозирги вақтда фақат токсик дифтериядагина пайдо бўлади. Дифтериянинг бошқа формаларида бу асоратлар ниҳоятда камдан-кам учрайдиган бўлиб қолди.

**Д а в о с и.** Дифтерия билан оғриган касалларни даволашда асосий восита дифтерияга қарши антитоксик зардоб ишлатишдир, бу зардоб нечоғлик барвақт ишлатиладиган бўлса, нафи шунча яхши бўлиб чиқади. Зардоб буюриладиган дозалари касалликнинг формасига боғлиқ (25-жадвал).

Зардоб сон олдинги юзаси юқоридаги учдан бир қисми соҳасидан ёки думбанинг юқори ташқи квадрантидан мускуллар орасига юборилади. Зўр анафилактик реакция бўлиб қолмаслиги учун зардобни Безредко **усули** бўйича юбориш керак. Ҳозирги вақтда бу классик методнинг шаклан ўзгартирилган хилидан фойдала-

## Дифтериянинг турли формаларида буюриладиган зардоб дозалари

Дифтерия формаси	Зардобнинг би- ринчи дозаси, минг АБ	Даво курсига бую- риладиган зардоб дозаси, минг АБ
Томоқ дифтериясининг локаллашган формаси	10—20	10—20
Томоқ дифтериясининг тарқоқ формаси	15—20	30—40
Субтоксик формаси	20—30	40—50
I даражали токсик формаси	30—50	50—80
II —»— —»— —»—	40—60	100—150
III —»— —»— —»—	50—60	150—250
Гипертоксик формаси	50—60	200—250
Локаллашган круп	10—20	10—40
Тарқоқ —»—	30—40	60—80
Бурун дифтерияси	10—20	10—20
Жинсий органлар дифтерияси	10—15	15—30
Тери дифтерияси	10	10—30

илади. От оксигенига ортиқча сезгирлик бор-йўқлигини аниқлаш учун 1:100 нисбатда суюлтирилган зардобни тери орасига юбориб синаб кўрилади, ана шундай синама учун ишлатиладиган зардоб махсус тайёрланади — «тери орасига юбориладиган суюлтирилган синама зардоб» деб шуни айтилади.

Билакнинг букувчи юзасига инъекция қилиниб, тери орасига 0,1 мл миқдорда суюлтирилган зардоб юборилади ва қандай реакция бўлиши устидан 20 минут кузатиб борилади.

Тери орасига зардоб юбориб синаб кўриш реакцияси манфий бўлиб чиққанида дифтерияга қарши суюлтирилмаган зардобдан 0,1 мл миқдорда тери остига юбориб кўрилади, 30 минут — 1 соатдан кейин ҳам реакция бўлмаса, буюрилган шу зардобнинг ҳамма дозаси мускуллар орасига юборилади.

Бордию, болага илгарилари зардоб билан даво қилинган бўлса, у ҳолда анафилактик шокнинг олдини олиш учун зардобни 3—4 га бўлиб, ҳар сафар орадан 30—40 минут ўтказиб туриб, 0,5 мл дан юбориш керак бўлади. Ана шундан кейин даво учун буюрилган дозанинг ҳаммаси юборилади.

Дифтериянинг локаллашган формаларида кўпчилик ҳолларда зардобни бир марта юбориш билан чекланиш мумкин бўлади. Қарашлар ҳа деганда йўқолиб кетавермайдиган бўлса, эртасига ёки орадан 2 кун ўтказиб туриб, дифтерияга қарши яна зардоб юбориш тавсия этилади.

Томоқ дифтериясининг локаллашган формасида юбориладиган зардоб миқдори касалликнинг оғир-енгиллигига ва қарашларнинг кўп-камлигига бевосита боғлиқ.

Дифтериянинг токсик формаларида кўпчилик ҳолларда зардобни такрор-такрор юбориш зарур бўлади. I, II, III даражадаги токсик дифтерияда ҳар кун зардоб юбориб турилади; гипертоксик дифтерияда ва ҳаммадан оғир ўтаётган III даражали токсик

дифтерияда давонинг дастлабки 2 кунда зардоб ҳар 12 соатда юбориб турилади.

Блага уйда унга юборилган биринчи зардоб дозаси тавсия этиладиган миқдордан кам бўлса, у ҳолда стационарда қўшимча зардоб юбориш керак бўлади.

Зардоб билан даволашни умумий токсикоз барҳам топган ёки кескин камайган, карашлар анча юмшаб, камайиб қолган, тери ости клетчаткаси ва томоқдаги шиш, шунингдек маҳаллий процесснинг бошқа кўринишлари қайтиб қолган пайтга келиб тўхта-тилади.

Дифтериянинг токсик формаларида буйрак усти безлари етиш-мовчилигига хос симптомлар бўлган маҳалда кортикостероидлар билан суткасига 1,0—1,5 мг/кг ҳисобидан қисқа муддатли курс-лар ҳолида даво қилинади (7—8 кун) ва кейин дозаси тез камай-тириб борилади.

III даражали токсик дифтерияда касалликнинг дастлабки кун-ларида ҳар куни ёки кун ора 2—3 марта венадан плазма ва унинг ўрнини босадиган суюқликлар (полиглюкин, неокомпенсан) юбо-риб туриш мақсадга мувофиқдир.

Токсик дифтериянинг ҳамма формаларида ҳам глюкоза (25% ли эритмасини боланинг ёшига қараб 10—20—30 мл дан) ва ви-таминлар бериб туриш ўринли (аскорбинат кислота —0,1—0,3 г дан кунига 2 маҳал, никотинат кислота —0,015—0,03 г дан кунига 2 маҳал). Токсик дифтерияда глюкоза ва витаминлар билан қи-линадиган даво камида 2—3 ҳафта давом эттирилади, шу билан бирга касалликнинг дастлабки икки кун давомидагина глюкозани венадан юбориб ишлатиш тавсия этилади.

Круп бўлган касалга тинч вазият ҳозирлаб бериш, уни руҳий травма ва ҳаяжонлардан имкони борича эҳтиёт қилиш, анча узоқ ва тиниқиб ухлаши учун шароит яратиб бериш зарур. Боланинг салқинроқ жойда тоза ҳавода узоқроқ бўлиши тавсия этилади (ҳовли, боғда, айвонда, фрамуга ва деразаларни очиб қўйилган палатада). Тинчлантирадиган ва ухлатадиган дори-дармонлар иш-латилади (1 чой ёки десерт қошиқдан кунига 3—4 маҳал 1—2% ли бром эритмаси, боланинг ёшига қараб 30—50 мл дан клизма ҳолида 2% ли хлоралгидрат эритмаси).

Иссиқ ванналар қилиш, горчичниклар қўйиш, оёқларга горчи-цали ванналар қилиб туриш энгиллик беради.

Юқорида бирма-бир айтиб ўтилган тадбирлар билан мақсадга етиб бўлмаса, операция йўлидан фойдаланишга — интубация ёки трахеотомия қилишга ўтилади.

II босқичдаги стенознинг III босқичга (бўйинтуруқ ва ўмров ўсти чуқурчаларининг ичга тортилиб туриши, аритмия, цианоз бў-лиши, муздек тер чиқиши, жуда безовталаниш) ўтиши интубация қилишни зарур қилиб қўяди. Бемор асфикция ҳолатида келти-рилганида, коллапс бор маҳалларда ва интубация ҳиқилдоқнинг кучли спазмларига сабаб бўлиб, шу операцияни қилишга ҳар са-фар уриниб кўрилганда бола қусиб юборадиган пайтларда тра-хеостомия қилинади.

Интубация ва трахеостомия қилинган беморларга операциядан кейинги даврда катта эътибор билан парвариш қилиб бориш керак бўлади. Най орқали нафас олишга қараб бориш, найнинг шилимшиқ ёки парда билан тиқилиб қолишига йўл қўймаслик, буларни вақтида олиб ташлаш, трахеостомия найнинг тасмачалар билан бўйнига тўғри боғлаб қўйилганига қараб бориш, найнинг устидаги салфеткачаларни алиштириб туриш ва буни шилимшиқдан вақт-вақтида тозалаб туриш зарур. Интубация ва трахеостомия қилинган беморларни суюқ овқатлар билан овқатлантириб борган маъқул, чунки улар суюқликни ютиш вақтида баъзан қалқиб кетиши мумкинки, бу — аспирацион пневмонияга сабаб бўла олади.

Инкубация найи ва трахеостомия канюласи операциядан кейин 3-кун ҳиқилдоқдан чиқариб олинади; пневмония бўлса, найни бирмунча узоқроқ муддат ҳиқилдоқда қолдиришга тўғри келади.

Касалларга мутлақо ўриндан турмасдан ётиш буюрилади: каравотдан туришга рухсат берилмайди, касалларни ётган ҳолида овқатлантирилади; улар тагга қўйиладиган тувакдан фойдаланишлари керак. Касаллик асоратларсиз ўтаётган бўлса, дифтериянинг субтоксик ва I даражали токсик формаларида 20—25 кун, бирмунча оғирроқ формаларида 30—40 кунгача ўриндан турмай ётиш буюрилади.

Дифтериянинг субтоксик ва токсик формалари билан оғриган касалларни, дарднинг асоратлари бўлмаганида ҳам, унинг бошидан ҳисоблаганда камида 21—28 кун, II даражали токсик дифтерия билан оғриганларни камида 40 кун ва III даражали токсик дифтерия билан оғриганларни камида 50 кун касалхонада олиб туриш зарур.

Дифтериянинг токсик формасини бошидан кечирган болалар стационардан чиқиб келганидан кейин поликлиникада алоҳида назорат остига олиниши лозим.

*Дифтерия таёқчаларини ташувчиларни даволаш.* Бактерияларни узоқ ташиб юриш ҳодисаси одатда заифлашиб қолган болалар орасида ва айниқса, бурун-ҳалқумнинг хроник касалликлари билан оғриб юрган болалар орасида қайд қилинади, шу сабабдан умуман қувватга киргизадиган даво ҳамда бурун-ҳалқумни санация қилишга эътибор бериш зарур. Бактерияларни қисқа муддат ташиб юриш ҳодисаси алоҳида давони талаб қилмайди. Бактерия ташувчилик узоқ чўзилиб, ҳа деганда барҳам топавермайдиган бўлса, тетрациклин қаторига кирадиган антибиотикларни 6—7 кун давомида суткасига 20 000—30 000 ТБ/кг ҳисобидан кунига 3—4 маҳалдан бериб туриш тавсия этилади. Даводан кейин бактерия ташувчанлик яна қайталанадиган бўлса, такрор даво цикли ўтказиш мумкин.

*Профилактикаси.* Дифтерияга қарши курашда специфик профилактика ҳал қилувчи роль ўйнайди. Актив имунлаш учун кўкйўтал-дифтерия-қоқшолга қарши адсорбланган вакцина (адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина —

**АКДС), дифтерия-кўк йўталга қарши вакцина (дифтерийно-коклюшная вакцина — ДК) ва тозалаб, адсорбланган анатоксин ишлатилади.**

**АКДС 3 ойликдан 6 ойликкача бўлган болаларга эмланади (кўкйўтал билан оғриб ўтган болалар бу ҳисобга кирмайди). АКДС-вакцина билан бирламчи иммунлаш курси уни 30—40 кун оралаб туриб, 0,5 мл дан уч марта инъекция қилишдан иборат. Айрим ҳолларда инъекциялар ўртасидаги оралиқни 2½ ойгача узайтиришга рухсат берилади.**

**Бола уч марта эмлаб бўлингандан кейин орадан 1½—2 йил ўтказиб туриб АКДС-вакцина билан яна эмланади (биринчи ревакцинация). Иккинчи ва учинчи ревакцинация бола 6 ва 11 яшар бўлганида ўтказилади (бунинг дозаси ҳам 0,5 мл).**

**Кейин ревакцинация қилинмаса, вакцинациянинг ўзи унча мустақкам иммунитет ҳосил қилмаслигини унутмаслик керак. Шунга кўра, болани узрли сабаблар билан ўз вақтида ревакцинация қилиб бўлмайдиган ҳоллардагина вакцинация билан кейинги ревакцинация ўртасидаги оралиқни узайтириш мумкин.**

**Қандай бўлмасин, бирор инфекцияга қарши эмланган болалар орадан камида 2 ой ўтгандан кейингина бошқа инфекцияга қарши эмланиши мумкин. Полиомиелитга қарши тирик вакцина билан эмлаш ишларини бошқа инфекцияларга қарши эмлаш вақтида барабар ўтказиш мумкин (агар булар планли эмлаш муддатига тўғри келиб қолса).**

**Дифтерия билан кўкйўтални айтмаганда, қандай бўлмасин бирор инфекция муносабати билан болалар муассасалари, коммунал квартиралар, ётоқхоналарда карантин эълон қилинганда мазкур инфекция билан оғрмаган болалар эмланмайди.**

**Эмлашга йўл қўймайдиган клиник монеликлар:**

**1. Ўткир инфекцион ва ноинфекцион касалликлар. Бундай ҳолларда болалар клиник жиҳатдан тузалганидан камида 1 ой ўтганидан сўнг эмланади. Инфекцион гепатит билан оғриб ўтган болалар тузалгач орадан камида 9 ой ўтгач эмланади.**

**2. Навбатдаги эмлаш ўтказилганидан кейинги 1 ойда болага клиник заруриятларга кўра стероид препаратлар берилган бўлса, у ҳолда бояги эмлаш ҳисобга олинмайди ва бола батамом тузалиб кетганидан сўнг орадан камида 2 ой ўтказиб туриб такрорланади.**

**3. Сил: актив фазадаги локал формалари, барвақт бошланган сезиларли даражадаги ва хроник сил интоксикацияси, болага сил юққанлиги учун туберкулин билан қилинган синамалар «виражи».**

**4. Қон касалликлари: лейкозлар, геморрагик диатезлар, кескин ифодаланган анемия ва бошқалар.**

**5. Қандли диабет, гипертиреоз.**

**6. Ўткир нефритлар ва буйрак ҳамда сийдик чиқариш йўлларида тез-тез қўзиб турадиган хроник процесслар.**

**7. Юракнинг компенсация бузиладиган даврга кирган органик касалликлари.**



8. Уткир ва ярим ўткир даврдаги ревматизм.

9. Аллергик касалликлар: бронхиал астма, доридан бўладиган ва бошқа хил аллергиялар, сезиларли клиник аломатлари бўлган экссудатив диатез.

10. Тез-тез тутиб турадиган эпилепсия.

11. Рахит билан гипотрофиянинг оғир формаси.

12. Декомпенсация ва субкомпенсация давридаги гидроцефалия:

13. Уткир даврдаги руҳий касалликлар.

Болани уйда эмлаш қатъян ман қилинади. Болалар шаҳарларда болалар поликлиникаларининг эмлаш кабинетларида, қишлоқ аҳоли пунктларида медицина муассасаларида эмланади ва бунинг учун тайинли кунлар ва соатлар белгилаб қўйилади. Мактабгача тарбия муассасаларига ва мактабларга қатнайдиган болалар шу муассасаларда эмланади.

Вакцина эмланганидан кейин болаларда умумий ва маҳаллий реакциялар кузатилиши мумкин. Умумий реакция ланж бўлиш, тана температураси кўтарилиши ( $37,5\text{—}38,6^\circ\text{C}$  гача ва бундан кўра юқорироқ бўлиши) билан намоён бўлади. Маҳаллий реакциялар эмланган жойнинг қизариб чиқиб, сал берч бўлиб туриши билан ифодаланади, бу ўзгаришлар 2—5 кундан кейин ўтиб кетади.

АҚДС-вакцина эмлаш жуда камдан-кам ҳолларда одатдан ташқари реакцияларга сабаб бўлади (шок, талвасалар тутиши, аллергия тошмалар тошиши ва бошқаларга). Мана шундай реакция берган болани АҚДС-вакцина билан иккинчи марта эмлаб (ревакцинация қилиб) бўлмайди.

Бактерия ташиб юргани аниқ бўлиб, эпидемик жиҳатдан ҳаммадан хавфли деб ҳисобланган кишилар (дифтерия ўчоғи, болалар муассасаларига қатнайдиган, озиқ-овқат корхоналарида, хирургия ва туғруқ бўлимларида ишлайдиган кишилар ва ҳоказо) алоҳида қилиб қўйилиб, даволанади. Улар 2—3 кун оралаб туриб, икки марта текширишдан ўтказилганида натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейингина яна коллективга қўйилади.

Дифтерия билан оғриган ёки дифтерия бўлган деб гумон қилинган киши касалхонага жойлаштирилиши керак. Касалхонага ётқизишдан илгари унга дифтерияга қарши зардобдан дарҳол камида 5000 ТБ миқдоридан инъекция қилинади.

Реконвалесцентлар касалликнинг клиник ҳодисалари йўқолиб кетганидан кейин ва 2—3 кун оралаб туриб, икки қайта текшириш ўтказилганида натижаси манфий бўлганидан кейин касалхонадан чиқарилади.

Болалардан, шунингдек болалар муассасалари ва озиқ-овқат корхоналарида ишлайдиган, беморларга яқин юрган катталардан лабораторияда текшириб кўриш учун суртмалар олинади ва буларнинг устидан 7 кун давомида кузатув ўрнатилади.

Бемор касалхонага ётқизилгунча кундалик дезинфекция, касалхонага ётқизилганидан кейин эса якунловчи дезинфекция қилинади.

## ИНФЕКЦИОН МОНОНУКЛЕОЗ (БЕЗ КЕЛИШИ БИЛАН УТАДИГАН ФИЛАТОВ-ПФЕИФФЕР ИСИТМАСИ)

Инфекцион мононуклеоз ангина бошланиши, лимфа безларининг катталашиб, қонда лимфоцитлар ва моноцитлар сонининг кўпайиб кетиши билан характерланади. Касалликнинг эҳтимолга энг яқин қўзғатувчиси вирус деб ҳисобланади. Инфекция манбаи касал одамдир. Бу касаллик ҳаво-томчи ва контакт йўли билан юқади деб тахмин қилинади. Мактабгача тарбия ва кичик мактаб ёшидаги болалар бу касаллик билан кўпроқ оғрийди. Касаллик одатда спорадик ҳодисалар кўринишида ўтади ва баъзида бир неча одам орасида бирдан пайдо бўлади.

**К л и н и к а с и.** Инкубацион даври ўртача 1—2 ҳафта давом этади. Бу касаллик тана температураси кўтарилиши, томоқ оғрий бошлаши, бош оғриб туриши, умуман ланж бўлиш билан бирдан ва аста-секин бошланиши мумкин.

Касалликнинг биринчи кунларидан бошлаб, баъзида эса бир неча кун ўтганидан кейин лимфа безлари катталашиб кетади (аҳён-аҳёнда анча катталашади). Улар қаттиқроқ бўлади, пайпаслаб қўрилганида унча безилламайди ва ҳеч қачон йирингламайди. Ҳаммадан кўп бўйиннинг орқа томонидаги лимфа тугунлари, гоҳо бошқа соҳалардаги лимфа тугунлари (қўлтиқ ости, чов, тирсак, медиастинал, мезентериал лимфа тугунлари) катталашади.

Касалликнинг иккинчи асосий симптоми ангинадир, бундай ангина катарал, лакунар ва фолликуляр бўлиши мумкин, у одатда касалликнинг 3—4-кунин бошланади.

Талоқ билан жигар баъзан бирмунча катталашиб қолиши мумкин. Айрим ҳолларда бадан терисига тошма тошиб, бадан сарғаяди, диспептик ўзгаришлар, менингеал симптомлар бўлади.

Қонда бўладиган ўзгаришлар жуда характерлидир: лейкоцитоз кузатилиб, лимфоцитлар билан моноцитлар сони кўпаяди, атипик мононуклеарлар (сербар базифил протоплазмаси бўладиган бир ядролу хужайралар) пайдо бўлиб қолади.

Касаллик 1—3 ҳафта давом этади, ammo соғайиш баъзан бир неча ҳафтага чўзилади.

Асоратлари жуда камдан-кам бўлади. Касаллик одатда эсон-омон ўтиб кетади.

**Д а в о с и** симптоматик. Иситма чиқиб турган даврда иссиқни касайтирадиган дорилар бериб, касалга мўл-кўл суюқлик ичириб туриш ўринли. Боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда кальций глюконат ва димедрол бериб туриш яллиғланиш ҳодисаларининг камайиб қолишига ёрдам қилади.

Кескин ифодаланган ангина бўлиб, иситма узоқ (6—7 кундан ортиқ) давом этганда қисқа (6—7 кунлик) курс кўринишида антибиотиклар (пенициллин) буюрилади. Касалликнинг оғир формаларида преднизолон керак бўлади.

Овқат иситмали инфекция касалликларда бериладигандек, одатдагича бўлиши мумкин.

## ҚИЗАМИҚ (MORBILLI)

Қизамиқ қўзғатувчиси вирус бўлиб, у ташқи муҳитнинг физик омиллари таъсирига ҳаддан ташқари сезувчандир. Одам организмидан ташқарида вирус тез ҳалок бўлиб кетади. Шу муносабат билан қизамиқда дезинфекция қилинмайди.

Қизамиқ вируси учун унинг жуда чидамсизлигидан ташқари «учувчан» бўлиши ҳам характерлидир (эшик қулфларининг калит солинадиган тешикларидан, тирқишлардан ҳаво оқими билан, иситиш трубалари атрофидаги камгаклар орқали пастки қаватлардан юқори қаватларга тарқалаверади).

Болаларнинг ҳаммадан кўп касалланадиган вақти 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган пайтга тўғри келади. 1 яшаргача бўлган болалар билан мактаб ёшидаги болалар қизамиқ билан анча кам оғрийд.

Қизамиқ вақтида фақат касал одам инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади, у продромал даврнинг 1-кунидан бошлаб то қизамиқ гули (тошмаси) пайдо бўлганидан кейинги 4 кун давомида юқумли бўлиб туради. Касаллик ҳаво-томчи йўли билан юқади. Қизамиқ одатда учинчи одам орқали юқмайди. Одам касаллик билан оғриб ўтганидан кейин унда иммунитет пайдо бўлиб, умри бўйи сақланиб қолади. Иккинчи марта қизамиқ билан касалланиш ҳоллари жуда кам.

**К л и н и к а с и.** Қизамиқда инкубацион давр кўпчилик ҳолларда 9—10 кун давом этади, баъзан у 17 кунгача чўзилиши мумкин (бошқа касалликлар — скарлатина, сил менингити қўшилганида ва ҳоказо). Серопротектикадан ўтган, яъни эмланган болаларда инкубацион даври 21 кунгача чўзилиши мумкин. Даволаш учун қон ёки плазма қуйилган болаларда ҳам шундай бўлиши мумкин.

Продромал даври 3—4 кун давом этади, бу даврда тана температураси кўтарилиб, умумий аҳвол ўзгариб қолади, бурун (сероз, йирингли ринит), ҳиқилдоқ (сохта крупгача борадиган даражада ларингит), кўз (конъюнктивит, ёруғликка қарай олмаслик, баъзан блефароспазм) шиллиқ пардаларида катарлар авж олиб боради.

Қизамиқ учун Бельский-Филатов-Коплик симптоми характерлидир: лунжларнинг шиллиқ пардасида пастки иккинчи курак тишлар қаршисида қизил гардишча билан ўралиб турадиган майда-майда нозик оқ доғчалар пайдо бўлади. Бу ҳаммадан барвақт пайдо бўладиган ва шубҳа туғдирмайдиган симптомдир, у қизамиқ тошмаси (гули) пайдо бўлишидан 2—3 кун илгари юзага келиб, тошма тошганидан кейин 1—2-кун ийқолиб кетади. Иккинчи муҳим симптоми энантемадир (юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг оқиш шиллиқ пардасида қизил доғлар пайдо бўлади).

Мана шу симптомлардан ташқари гўдак болаларда ич суюқ бўлиб, тез-тез келиб туради, уйқу бузилади, иштаҳа пасайиб, бола тажанг, инжиқ бўлиб қолади. Катта ёшдаги болаларда продромал даврнинг охирида бош оғриғи, ланжлик пайдо бўлиб, бола кўпин-

ча қусиб туради, бурни қонайди, қорнида тарқоқ оғриқлар пайдо бўлади.

—Гул тошиш даври касалликнинг 4—5-кунда, тагин температура кўтарилиб (39—40°С гача), интоксикация ва шиллиқ пардалар катарлари қайта зўрайиши билан бошланади. Тошма доғсимон папулез характерда бўлиб, юқоридан пастга томон тарқалиб боради, йўқолиб кетганидан кейин ўрнида пигментация қолдиради (бу пигментация 5—8 кун сақланиб туради). 1-кун тошма боланинг юзи, боши, бўйнини, 2-кун гавдаси, 3-кун қўл-оёқларини қоплаб олади. Айни вақтда тери нам бўлиб туради, тер ва ёғ безларининг секрецияси кучаяди. Сўнгра температура критик ёки литик тарзда пасаяди, умумий аҳвол яхшиланиб қолади, катарлар сусаяди.

Қизамиқнинг енгил формаси учун продромал даврининг 1—2 кунгача қисқариши, интоксикация, катарлар бўлмаслиги ёки унча сезилмаслиги, температуранинг субфебрил бўлиши характерлидир. Бельский-Филатов-Қоплик симптоми бўлмаслиги мумкин; тошма аксарн битта-яримта бўлади, пигментацияси тез йўқолиб кетади. Бунда касаллик осойишта ўтади, асоратлари камдан-кам бўлади; касалликнинг бу формаси 4—5 ойлик болаларда кўпроқ учрайди.

Қизамиқнинг оғир формаси 4—5 ёшдан каттароқ болаларда кузатилади, ёрқин ифодаланган умумий интоксикация билан, баъзан энцефалитик ёки менингоэнцефалитик синдром, бурундан кўп қон келиб туриши билан бирга давом этади.

Қизамиқнинг енгил ёки митигацияланган формаси қизамиққа қарши гамма-глобулин билан вақтида эмланган болаларда учрайди. Бунинг учун инкубацион даврининг чўзилиши (21-кунгача), продромал даврининг бўлмаслиги ёки қисқариши (1—2 кун), температуранинг нормал ёки субфебрил бўлиб туриши, шиллиқ пардалар катарларининг суст даражада бўлиши, боланинг ўзини яхши сезиши, касалликнинг силлиқ ўтиши характерлидир. Бельский-Филатов-Қоплик симптоми кўпинча бўлмайди, тошма кам тошади, пигментация бир неча соатдан то 1—2 суткагача сақланади.

—Инкубация даврининг охирида қонда лейкоцитоз, нейтрофилез, продромал давр билан тошма тошганда лейкопения, лимфоцитоз топилади: эритроцитлар чўкиш тезлиги кучайган бўлади.

Қизамиқда ҳаммадан кўп учрайдиган асоратлар ларингит, стоматитлар, отоанtritлар, энцефалитлар, кератитлар, ринитлардир. Бу асоратлар сўнгги йилларда анча кам учрайдиган бўлиб қолди, улар қизамиқда бўладиган ўлим ҳолларининг бирдан-бир сабабидир.

Қизамиқ типик формаларда бўлганида диагнози қийинчилик туғдирмайди. Характерли симптомларнинг бир қисми бўлмайдиган ҳолларда (митигацияланган формасида) диагноз қийин бўлади ва қизамиқни аввало қизилчадан ажратиб олишга, дифференциация қилишга тўғри келади.

Антибиотиклар кўп ишлатилаётгани муносабати билан болалар-

да дори-дармонлардан бўладиган қизамиқсимон токсико-аллергик тошма кузатилади. Айни вақтда тана температураси нормал, тошмалар шакли ҳар хил бўлади, тошмалар бутун баданда бирдан пайдо бўлиб, тартибсиз равишда тошади, лимфа тугунлари катталашган, шиллиқ пардаларнинг катарлари суғ ифодаланган бўлиши мумкин. Антибиотиклар бериш тўхтатилганидан кейин бу ҳодисалар тез барҳам топиб кетади.

**Д а в о с и.** Тўғри тартиб уюштириш: тоза ҳаводан кўпроқ баҳраманд бўлиш (хонани тез-тез шамоллатиб туриш), вақтида овқатланиш (ҳамиша бир маҳалда) зарур. Овқат енгил синггидиган, А, В<sub>1</sub>, С витаминларга бойитилган бўлиши керак. Ҳаётининг биринчи йилни яшаб келаётган болаларни кўкрак бериб боқиб бориш, уларга мева ва сабзавот сувлари бериб туриш лозим.

Қизамиқнинг ўткир даврида кўз ва оғиз бўшлиғига диққат билан қараб бориш керак. Кўзга кунига 1—4 маҳал 1—2 томчидан стерил балиқ мойи ёки вазелин мойи томизиб туриш; эрталаб ва кечқурун кўзни 2% ли борат кислота эритмаси билан ювиб туриш зарур. Овқатдан кейин ҳар сафар оғизни чайқаш ёки болага сув ичириб юбориш тавсия этилади. Оғиз ва бурунни артиш мумкин эмас. Бурунга доғ қилиниб, совутиб қўйилган ўсимлик мойи ёки вазелин мойи, кўп шилимшиқ келганида эса 2% ли эфедрин эритмаси томизиб турган маъқул.

Касалликнинг бошидан охиригача витаминлар: аскорбинат кислота кўринишида 0,1—0,2 г дан кунига 2—3 маҳал витамин С, 0,005 г дан кунига 2 маҳал витамин В<sub>1</sub> (ичиш учун), кунига 1—2—3 томчидан витамин А бериб бориш зарур.

Бадан терисига қараб туриш жуда муҳим (гигиеник ванналар, сочиқ ҳўллаб баданни артиб туриш, ювиниб туриш).

Жонни безор қиладиган йўтал тугаверадиган бўлса, кодеин (бир йўла бериш учун боланинг ҳар бир ёшига 0,001 г ҳисобидан), безовталиқ маҳалида фенобарбитал (3 яшаргача бўлган болаларга бир йўла 0,01—0,03 г) ёки бромурал буюрилади (бир йўла ишлатишга 0,05—0,1 г дан). Балғам кўчирадиган дори-дармонлар бериш тавсия этилмайди. 2 ёшдан кичикроқ болаларга, айниқса анамнез мушкулроқ ва ўпкада ўзгаришлар бўлса, антибиотикларни барвақт ишлатиш ўринлидир.

Шу билан бирга асоратлар ва йўлдош касалликларга даво қилиб борилади.

**П р о ф и л а к т и к а с и.** Умумий чора-тадбирлар қаторига эпидемияга қарши чораларнинг инфекцияни чеклаб, унинг тарқалиб кетишига йўл қўймайдиган барча хиллари киради (тезда хабар бериш, ўзаро хабарлашиб туриш, бирдан касал бўлиб қолганларнинг ҳаммасини бошқалардан ажратиб қўйиш, уларни даволаб бориш, барча даволаш-профилактика муассасаларига болаларни қабул қилиш ишини тўғри ташкил этиш ва ҳоказо). Махсус чора-тадбирлар жумласига қизамиққа қарши зардоб — гамма-глобулин эмлаш (серопротектика қилиш) киради, қизамиқ билан оғриган беморга касалликнинг юқумли даврида яқин юрган, қизамиқ билан оғриманган 3 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларнинг ҳамма-

си ва ёшидан қатъи назар, заифлашиб қолган болалар, актив иммунизация қилинмаган бўлса, ана шундай зардоб билан эмланади. Касал болалар ва реконвалесцентларга ҳам, ёшидан қатъи назар, гамма-глобулин билан профилактика ўтказиш шарт. 1,5—3 мл миқдоридagi гамма-глобулин соннинг ён юзасига ёки думбанинг устки ташқи квадрантига мускуллар орасидан юборилади. Препарат 3—4 ҳафта таъсир кўрсатиб туради; уни юборишга йўл қўймайдиган монеликлар йўқ. Қизамиқ касаллиги пайдо бўлганида бу касаллик билан ҳали оғримаган болаларга 3—4 ҳафтадан кейин қўшимча яна 2 мл гамма-глобулин юборилади.

Ҳозирги вақтда қизамиқ билан оғримаган болаларни 15—18 ойлигида заифлаштирилган тирик қизамиқ вакцинаси билан эмлаб, актив иммунизация ўтказилади. Бунда эритувчи билан суюлтирилган 0,5 ёки 0,2 мл миқдоридagi вакцина бир марта тери остига ёки тери ичига юборилади. Баъзи болаларда вакцинациядан кейин тана температурасининг кўтарилиши, қизамиққа ўхшаш бир оз тошма тошиши, бурун-ҳалқум катари, конъюнктивит кўринишида реакция бўлиб ўтиши мумкин.

Бирор инфекцияга, жумладан қизамиққа қарши эҳтиётдан эмланган болалар орадан камида 2 ой ўтганидан кейин бошқа қандай бўлмасин бирор касалликка қарши эмланиши мумкин.

Илгари қизамиқ билан оғримаган ва унга қарши эмланмаган 2 ёшдан каттароқ болалар қизамиқ билан оғриган касалга яқин юрган бўлса, тезда қизамиқ вакцинаси билан эмланиши керак (агар бунга монеликлар бўлмаса).

Даво ёки профилактика мақсадида болага гамма-глобулин ишлатилганидан кейин орадан камида 2 ҳафта ўтказиб, унга қизамиқ вакцинасини қўллашга рухсат этилади. Тирик қизамиқ вакцинаси юборилганидан кейин орадан камида 2 ҳафта ўтказиб туриб, гамма-глобулин буюриш мумкин.

Вакцинация ўтказишга йўл қўймайдиган клиник монеликлар тўғрисида «Дифтерия» бўлимига қаралсин.

### ҚИЗИЛЧА (RUBEOLA)

Ҳомиладор аёл қизилча билан оғриб қолса, бу касаллик туғма ривожланиш нуқсонлари пайдо бўлишига олиб борадиган сабаб бўлиб хизмат қилиши мумкин, сўнги йилларда бу инфекцияга ана шундай касаллик деб қаралмоқда.

Қизилча қўзғатувчиси ташқи муҳитда кўпга чидамайдиган вирусдир. Инфекция манбаи — касал одам. Бемор касалликнинг аломатлари пайдо бўлмасидан 1—2 кун илгари юқумли бўлиб қолади. Касаллик авжига чиққанда бемор жуда юқумли бўлиб қолади, баданига тошма тоша бошлаган вақтдан ҳисоблаганда 5 кундан кейин эса уни юқумлимас деб ҳисоблаш мумкин.

Инфекция ҳаво-томчи усули билан тарқалади. Қизилча билан оғриб қолган ҳомиладор аёллар қорнидаги боласига инфекция ўтказадиган манба бўлиши мумкин деб ҳисобланади.

**Клиникаси.** Инкубацион даври 11—23 кун давом этади. Продромал даври қисқа бўлади — бир неча соатдан 1—2 кунгача боради. Бу даври арзимас катарал ҳодисалар: тумов, салгина йўтал, кўз конъюнктиваларининг қизариб туриши билан характерланади. Тана температураси субфебрил ёки нормал бўлиши мумкин. Умумий аҳвол кам ўзгаради. Қизилчанинг деярли доимий аломати полиаденит пайдо бўлиб, асосан эса ва бўйин орқасидаги лимфа тугунларнинг зарарланишидир. Бошқа характерли белгиси — баданга тошма тошиши, тошма аввал юз, бўйинда пайдо бўлади, кейин бутун баданга тез тарқалиб боради. Бу тошма майда-майда доғлар ёки кичикроқ папулалар кўринишида бўлиб, бири бири билан қўшилиб кетишга мойил бўлмайди, асосан қўл-оёқларнинг ёзувчи юзаларида, орқа ва думбаларда жойлашади. Тошма 2—3 кундан кейин из қолдирмай йўқолиб кетади, қизамиқ тошмасидан фарқи ҳам шунда, қизамиқ тошмаси йўқолганидан кейин ўрни доғ бўлиб қолади (пигментация). Қизилчанинг тошма тошиш даврида касалнинг томоғида энетема борлигини кўриш мумкин. Бу даврда катарал ҳодисалар одатда зўраймайди, ҳолбуки, қизамиқда булар зўрайиб кетади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардасида Бельский-Филатов-Коплик доғлари бўлмайди. Қон текшириб кўрилганида касалликнинг инкубацион даврида лейкоцитоз билан нейтрофилия, тошма тошадиган даврида эса лейкопения, лимфоцитоз топилади ва плазматик ҳужайралар бўлади.

Асоратлари (менингитлар, энцефалитлар, пневмония, отит ва бошқалар) ниҳоятда камдан-кам учрайди.

**Давоси.** Қизилчада фақат умуман қувватга киритадиган даво қилиш ва касалликнинг ўткир даврида беморни ўриндан тургазмай ётқизиб қўйиш керак бўлади, холос.

Касални баданига тошма тошгандан 5-кунгача коллективдан ажратиб, алоҳидалаб қўйилади.

## СКАРЛАТИНА (SCARLATINA)

Скарлатина умумий интоксикация, ангина, нуқтага ўхшаш майда-майда тошма пайдо бўлиши ва асоратлар беришга мойиллиги билан характерланадиган ўткир инфекцион касалликдир.

Скарлатина кўзгатувчилари А гурппага кирадиган токсиген β-гемолитик стрептококклардир.

Скарлатина эпидемиялари учун уларнинг тўлқинсимон бўлиб ўтиши характерлидир. Вақти-вақти билан касалланиш кўпайиб турадиган ҳоллар ҳар 5—7 йилда қайталаниб туради.

Бу касаллик ҳамма ёшдаги болаларда ҳам учрайверади-ю, лекин 3 яшардан 10 яшаргача бўлган болалар скарлатинага ҳаммадан кўра кўпроқ мойил бўлишади.

Скарлатинада асосий инфекция манбаи бемор одам. Инфекция касалликнинг бошидан охиригача бўлган бутун даврда юқавери-

ши мумкин, бироқ ўткир даврида юқувчанлиги ҳаммадан кўра кўпроқ бўлади. Касалликнинг энгил ва атипик ўтадиган ҳоллари эпидемик жиҳатдан катта хавф туғдиради, бу дарднинг ана шундай хиллари ҳозирги вақтда жуда кўпайиб қолди.

Скарлатина қўзғатувчиси асосан томоқ ва бурун-ҳалқум шилимишида бўлади ва томчи йўли билан, шунингдек бевосита контактда ўтади.

Касаллик қўзғатувчисининг соғ юрган бактериоташувчилар орқали ўтиши кам даражада аҳамиятга эга. Скарлатинанинг буюмлар орқали ўтишига ҳам катта аҳамият берилмайди, чунки касаллик қўзғатувчиси буюмларда жуда қисқа муддат тирик сақланиб туради.

**К л и н и к а с и.** Инкубацион даври кўпчилик ҳолларда 3 кундан 6 кунгача, аҳён-аҳёнда 11 кунгача боради. Экстрабуккал скарлатинада инкубацион давр бирмунча қисқа (1—3 кун) бўлади.

Скарлатина формасини аниқлашда кўпинча А. А. Колтипин классификациясидан фойдаланилади, бу классификацияга касалликнинг типи, оғир-енгиллиги ва ўтишига қараб хилларга ажратиш асос қилиб олинган. Атипик формаларида скарлатинанинг асосий аломатларининг бири (тошма ёки ангина) бўлмайди ёхуд ҳамма симптомлари суст ифодаланган бўлади. Атипик формаларига гипертоксик формалар ва экстра-буккал скарлатина киради. Касалликнинг нечоғлик оғирлигини баҳолашда умумий интоксикациянинг қанчалик ифодаланганлиги ва томоқ, бурун-ҳалқум ҳамда регионар лимфа тугунларидаги маҳаллий процесснинг қанчалик зўрлиги ҳисобга олинади. Касалликнинг умумий оғир интоксикация кўринишлари устун турган ҳолда ўтаётган формалари токсик формаларига, оғир маҳаллий процесс устунлиги билан ўтаётган хиллари эса септик формаларига киритилади. Унинг қандай ўтаётганини аниқлаб, баҳо беришда асоратлари ёки тўлқинсимон эпидемиялари бор-йўқлиги ҳамда уларнинг характери ҳисобга олинади.

Типик энгил формаси арзимас интоксикация билан характерланади, температура қисқа муддатга ва бир оз даражада кўтарилиши мумкин, касал қусмайди ёки бир марта қусади. Ангина катарал тарзда ўтиб, гиперемия чекланган ва лак-лук бирмунча кўпроқ қизариб турган бўлади, бодомча безлар арзимас даражада катталашади ва сал безиллаб туради. Эритема фонида анча тарқалган нуқтага ўхшаш майда-майда тошма бўлиши мумкин, бунда касал юзининг ўртаси, лаблари, бурни ва энгаги тошмадан ҳоли қолади (Филатов оқ бурчаги). Бироқ, тошма кўпинча фақат тери бурмаларида, сонларнинг ички юзалари, қорин пастиди бўлиши мумкин.

Касалликнинг ҳамма симптомлари тез орада қайтиб боради ва 5—6-кунига келиб, реконвалесценция даври бошланади.

Ҳозирги вақтда скарлатинанинг энгил формаси ҳаммасидан кўра кўпроқ учрайдиган хили бўлиб, барча ҳолларининг 80—85%



ини ташкил этади. Касалликнинг шу формасида кечки асоратлар, жумладан, нефрит ҳам бўлиши мумкинлигини эсда тутиш керак.

Скарлатинанинг ўртача оғир формасида тана температураси баланд кўтарилиб, ўртача интоксикация бўлади, касал бир неча марта қусади, кўп, бир текис тошма тошади, айни вақтда рўйроқ оқ дермографизм аниқланади, некрозли ангина бўлади, тил малина рангига киради, регионар лимфа тугунлари катталашиб кетади. Касалликнинг бу формасида енгил формасидагига қараганда асоратлар кўпроқ учрайди ва табиатан анча хилма-хил бўлади.

Скарлатинанинг оғир формалари замонавий шароитларда камдан-кам учрайди (1% дан кам), уларнинг орасида токсик, септик ва токсико-септик турлари тафовут қилинади.

Токсик скарлатинада касаллик шиддат билан бошланиб, температура баланд кўтарилади, касал тинмай қусаверади, ичи тез-тез келиб, ахлати суюқ бўлиб тушади, ўзи безовталаниб, алаҳлайди, талвасага тушади, қувватдан кетиб, ҳолсизланади, кўз склераларининг томирлари бўртиб туради, акроцианоз бўлиб, қўл-оёқлар музлаб қолади, томири тез-тез уриб туради, пульси заиф, юрак тонлари сусайган бўлади. Тошма кам, нотекис, цианотик бўлади, баъзан геморрагиялар бўлиши мумкин. Томоқ ва регионар лимфа тугунларидаги ўзгаришлар арзимас даражада бўлади. Касалликнинг бундай формалари асосан 3 яшардан катта болаларда учрайди.

Скарлатинанинг септик формаси ҳозирги вақтда ниҳоятда камдан-кам учрайди. У томоқ ва бурун-ҳалқумда чуқур ва катта-катта некротик ўзгаришлар бўлиши, бўйин лимфа тугунлари яллиғланиб, атрофидаги клетчатка ҳам процессга тез қўшилиб кетиши билан характерланади.

Атипик формаларига билинмайдиган скарлатина киради, бунда касалликнинг ҳамма симптомлари жуда суст ифодаланган бўлади ёки асосий симптомларидан бири, аксари баданга тошма тошиши бўлмайди. Суст ифодаланган тошма бир неча соат сақланиб туради ва сезилмасдан қолиб кетиши ҳам ҳеч гап эмас.

Болаларда экстрабуккал скарлатина аксари бадан куйганидан кейин кузатилади. Инкубацион даври бунда қисқа (1—2 кун) бўлади, тошма баданнинг куйган жойидан бошлаб тоша бошлайди. Касалликнинг дастлабки кунларида ангиналар бўлмайди ёки суст ифодаланган бўлади. Бу формадаги скарлатина кўпинча енгил ўтади.

Асоратлар бермаган скарлатинада касалликнинг 4—5-кунидан барча симптомлари қайта бошлайди. Умумий интоксикация кўринишлари сусайиб, температура нормал бўлиб қолади, енгил ангиналар 5—7 кунда босилиб қолади, некротиклари 9—10 кун туради, бадандаги тошма ўзидан кейин пигментация қолдирмай, йўқолиб кетади.

Пўст ташлаш ҳодисаси одатда 2-ҳафтанинг охирида бошланади. Кепаксимон пўст ташлаш ҳаммадан илгари бўйин, қулоқ солинчоқларида, қўлтиқ ости, чов соҳаларида кўринади; гавдада

бирмунча йирикроқ тангачалар ҳосил бўлади, қўл-оёқларнинг бармоқларида, кафтларида эса тери палаҳса-палаҳса бўлиб қўчиб тушади. Эмадиган болаларда пўст ташлаш ҳодисаси одатда суст ифодаланган бўлади.

Сўнгги йилларда билинмай ўтадиган скарлатина формаларининг сони кўпайиб, асосий дастлабки аломатларининг мулоҳима-лашиб бораётганини таъкидлаб ўтиш зарур. Температура унча баланд кўтарилмайди, иситма чиқиб турадиган давр қисқариб, тошма унча билинмайдиган ва қиёсан узоқ турмайдиган бўлиб қолади, ангина деярли доимо катарал типда, регионар лимфа тугунларининг реакцияси ўртача бўлади. Қасалликнинг асоратлари камроқ учрайдиган бўлиб қолди, улар унча турли-туман ҳам эмас.

Скарлатинанинг иккинчи даври юрак-томирлар системасида ўзига хос ўзгаришлар юзага келиши билан характерланади. Пульс секинлашиб, аритмик, юрак тонлари сусайган бўлиб қолади, функционал систолик шовқин пайдо бўлиши, ўпка артериясида II тон иккига бўлиниб эшитилиши мумкин, юрак чегаралари бирмунча кенгайди, артериал босим тушади. Скарлатиноз юрак деб шунга айтилади, бундай ҳодиса ўрта ҳисобда 2—4 ҳафта сақланиб туради. Бу ўзгаришлар ҳар хил, номуқим бўлади ва беморнинг умумий аҳволини деярли оғирлаштирмай, юрак-томирлар системаси фаолиятининг нерв регуляцияси бузилишидан келиб чиқади.

Септик ва аллергик асоратлар, пайдо бўладиган вақтига қараб барвақт ва кечки асоратлар тафовут қилинади.

Септик асоратлар жумласига лимфаденит, отит, синуситлар киради. Ҳаммадан кўп учрайдиган асорати лимфаденитдир, аксари олдинги бўйин лимфа тугунлари группаси зарарланиб, 2—5—9 кундан кейин тузалиб кетади. Ҳозирги вақтда йирингли лимфаденитлар ниҳоятда кам учрайди, ўрта қулоқ яллиғланиши анча камайиб қолди ва жуда кўпчилик ҳолларда отитлар катарал тарзда бўлади, синуситлар (этмоидит, фронтит) камроқ учрайди, булар суст ифодаланган симптоматика билан енгил ўтади ва ҳаммаша ҳам аниқланиб олиनावермайди.

Аллергик асоратларига синовит ва нефрит киради.

Синовит асосан майда бўғимларнинг эсон-омон ўтиб кетадиган қисқа муддатли яллиғланиши бўлиб, аксари 5 яшардан каттароқ болаларда касалликнинг 4—7-кунини бошланади.

Скарлатинада буйракларнинг зарарланиши ҳар хил тарзда ўтиши — токсик нефроздан то диффуз гломерулонефритгача бориш мумкин. Сезиларли нефритлар сўнгги йилларда жуда камдан-кам учрамоқда. Нефритнинг кам симптомли формалари бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб туриб, 3—4 ҳафта давомида сийдикни текшириб бориш зарур.

Д а в о с и. Скарлатина билан оғриган беморларни клиника ва эпидемиологик заруриятларга қараб касалхонага ётқизилади. Палата ёки бўлимни бир йўла (1—3 кун ичида) тўлдириш зарур. Ҳар хил палатадаги беморларнинг бир-бири билан мулоқатда бў-

лишига йўл қўйиб бўлмайди. Қасалликнинг асоратлари пайдо бўлиб келаётган болаларни бошқа касаллардан ажратиб қўйиш зарур. Бўлимда касаллар ҳаддан ташқари кўпайиб кетишига йўл қўйиб бўлмайди. Бўлимнинг мунтазам шамоллатиб турилишига қатъий кўз-қулоқ бўлиб қараб бориш зарур. Қасал болаларнинг тўғри режимга амал қилиб боришига ва айниқса, касалликнинг ўткир даврида етарлича узоқ ухлайдиган бўлишига эришиш жуда муҳим.

Уй шароитларида даво қилинадиган бўлса, касал болани алоҳида хонага ётқизиб, унга қараб турадиган одамдан инфекция ўтишига йўл қўймайдиган чораларни кўриш зарур.

Бемор тутадиган буюмлар атрофдагиларга инфекция юктира оладиган манба бўлиши мумкин бўлганлигидан, беморнинг идиш-товуқлари, сочиқлари, дастрўмоли, ўйинчоқлари ва ўзи тутадиган бошқа буюмларини яхшилаб жорий дезинфекциядан ўтказиб туриш зарур.

Қасалликнинг ўткир даврида, скарлатинанинг, ҳатто, енгил формасида ҳам, бола ўриндан турмай, ётиб туриши керак. Ўткир даври ўтиб, температура нормал бўлиб қолганидан кейин (6—7-кундан бошлаб) боланинг аҳволи қаноатланарли ва юрак-томирлар системасида ўзгаришлар йўқ бўлса, унга ўриндан туришга рухсат бериш мумкин. Боланинг кайфу руҳиятини кўтариб, чиройини очиш тўғрисида қайғуриш зарур (ўйинчоқлар, китоблар бериб қўйиш, расм солиш ва ҳоказо).

Қунига 2 маҳал тана температурасини ўлчаб бориш ва вақт-вақтида сийдикни анализдан ўтказиш зарур.

Овқат бекаму кўст ва витаминларга бой бўлиши керак. Томоқда некрозлар ва оғриқ бўлганда овқат механик ва химиявий жиҳатдан авайлайдиган бўлиши лозим. Қасалликнинг ўткир даврида боланинг етарли миқдорда (камида 1 л) суюқлик олиб туриши тўғрисида қайғуриш зарур.

Скарлатинада антибиотиклар буюрилади. Пенициллин ҳаммадан кенг қўлланилади (6—8 ҳафта давомида). Бола пенициллинни кўтара олмайдиган ёки касаллик қўзғатувчиси бунга чидамли бўлса, тетрациклин группасига кирадиган препаратлар буюрилади. Кўпчилик олимларнинг фикрига кўра, скарлатинанинг жуда енгил ҳолларида ҳам антибиотиклар ишлатиш зарур.

Симптоматик даво қилиш, болага мўл-кўл суюқлик ичириб туриш, десенсибиловчи дори-дармонлар бериб боришга эътибор қилиш керак.

Септик асоратларига даво қилишда 6—8—10 кун давомида антибиотикотерапия қилиб бориш асосий ўринда туради.

Скарлатина нефритида ўткир гломерулонефрит терапияси асосида даво қилиб борилади.

Синовитлар эсон-омон ўтади ва алоҳида даво қилинмаса ҳам босилиб қолади. Скарлатиноз юрак деган ҳодисада касални тинч қўйишдан ташқари ҳеч қандай бошқа терапевтик чора-тадбирлар талаб қилинмайди.

Профилактикаси. Скарлатинага қарши курашда амалга ошириладиган эпидемияга қарши чора-тадбирлар ҳозирги пайтда касалликни ўз вақтида аниқлаб олиш, беморни барвақт алоҳидалаб қўйиш, карантин муддатларига амал қилиш ва болалар муассасаларига инфекция олиб кирилишига қарши курашишдан иборатдир.

Бемор касалликнинг 10-кунидан кейин касалхонадан чиқарилади, лекин бунда у ўзини яхши сезаётган, температураси 5 кун давомида нормал бўлиб турган, асоратлари йўқ бўлиши, томоғи билан бурун-ҳалқуми осойишта ҳолатда турган, қон таркиби билан эритроцитларнинг чўкиш тезлиги аслига келиб қолган бўлиши шарт. Касал уйда даволанаётган бўлса, кам деганда касалликнинг 10-кунидан кейин у билан мулоқатда бўлишга йўл қўйилади. Мактабгача тарбия болалар муассасаларига ва мактабнинг дастлабки 2-синфига қатнайдиган болаларни улар касалхонадан чиқиб келганидан кейин ёки уйда алоҳидалаб қўйилганидан кейин қўшимча 12 кун давомида коллективдан ажратиб қўйилади.

Бемор касалхонага ётқизилганида фақат скарлатина билан оғримagan, касал билан бир хонада яшаган ва мактабгача тарбия муассасаларига ҳамда мактабнинг дастлабки 2-синфига қатнай-диган болаларгагина карантин белгиланади. Карантин муддати касал алоҳидаланиб қўйилгандан бошлаб ҳисоблаганда — 7 кун. Касал уйда қолаверадиган бўлса, унга яқин юрган болаларга касалликнинг ўткир даври тугаган пайдан бошлаб, яъни 10-кунидан кейин 7 кунга карантин белгиланади.

Болалар муассасаларида, хирургия бўлимларида, туғруқхоналарда, овқат ва сут корхоналарида хизмат қиладиган кишилар 7 кун давомида медицина кузатуви остида бўлишлари керак.

### КЎКЎЎТАЛ (PERTUSSIS)

Кўккўтал қўзғатувчиси Ж. Борде ва О. Жангу томонидан 1906-йили кашф этилган микробдир. Кўккўтал таёқчаси ташқи муҳитда ниҳоят даражада чидамсиз бўлади.

Кўккўталда инфекция манбан касал одам, у дарднинг катарал даври билан қув-қув йўтал тутадиган даврининг биринчи ҳафталари давомида ҳаммадан кўра кўпроқ юқумли бўлади. Кейинги ҳафталарда у камроқ даражада хавфли бўлиб қолади, касаллик бошидан 6 ҳафта ўтгандан кейин эса юқумли бўлмай қўяди. Кўккўтал характерли бўлган конвульсив йўталсиз, енгил формада ўтаётган касаллар инфекцияни юқтириш жиҳатидан олганда, айниқса, хавфлидир. Бу инфекция томчи йўли билан ўтади.

Кўккўтал билан ҳамма ёшдаги болалар ҳам оғрийверади, лекин бу касаллик 2 ёшгача бўлган болалар учун, айниқса, ҳаётининг дастлабки 6 ойини яшаб келаётган болалар учун ҳаммадан хавфли. Кўккўтал болаларни чақалоқлик даврида ҳам аямайди.

**Клиникаси.** Кўкйўтал ҳозирги шароитларда энгил ўтадиган формалари устун туриши билан фарқ қилади. Кўкйўталнинг ўтишида тўртта даври ажратилади: 1) инкубацион даври ( $1\frac{1}{2}$ —2 ҳафта); 2) катарал даври ( $1\frac{1}{2}$ —2 ҳафта); 3) қув-қув йўтал тутадиган даври (3—4 ҳафта ва бундан кўра кўпроқ); 4) соғайиш даври.

Бу касаллик аста-секин авж олиб боради. Аввалига тобора зўрайиб борадиган бироз йўтал, тумов пайдо бўлади, баъзан температура кўтарилади. Бола бесаранжомланиб, инжиқлик қилаверади, уйқуси, иштаҳаси бузилади, ранги оқариб, кўз қовоқлари бироз шишиб чиқади.

Ҳаётининг дастлабки ойларини ва хусусан дастлабки кунларини яшаб келаётган болаларда касаллик одатда юқори нафас йўлларида сезиларли катарал ўзгаришлар пайдо бўлиши, температура кўтарилиши билан бирга давом этиб боради; касаллик пайдо бўлиш процесси, ривожланиши анча тез суръатда боради.

Катарал даврининг қув-қув йўтал тутадиган (спазматик) даврига ўтиши аста-секин боради: йўтал кун сайин зўрайиб, типик — тутиб-тутиб турадиган бўлиб қолади. Дам-бадам, бир-бирининг кетидан келиб турадиган йўтал зарблари орасида ҳуштак чалиб, чуқур-чуқур нафас олиш ҳаракатлари — репризлар бўлиб туради.

Тутиб турган кўкйўтал учун йўтал хуружининг охирида ёпишқоқ, чўзилувчан шилимшиқ келиши, баъзан боланинг қайт қилиб юбориши характерлидир. Бўйин ва бош веналари жуда бўртиб чиқади, боланинг юзи билан шилиқ пардалари кўкариб кетади. Тили осилиб қолади, юганчасида ярача пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг оғир-енгиллиги нечоғлик узоқ ва тез-тез хуруж қилиб туришига боғлиқ.

Эмадиган болаларда ва асосан ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда кўкйўтал ўзига хос тарзда ўтади. Буларда йўтал одатда репризларсиз бўлади. Қисқа, бир-бирдан кейин узлуксиз, тез-тез келиб турадиган йўтал зарблари боланинг юзи қизариб кетишига сабаб бўлади, бу қизиллик тез орада цианоз билан алмашинади, цианоз бошланганидан кейин кўпинча нафас тўхтаб қолиб, асфиксия бошланади ва баъзан талваса тута бошлайди. Оқибат хайрли бўлганида нафас аслига келиб, цианоз босилиб қолади. Бола қанчалик ёш бўлса, нафасининг тўхтаб туриши шунча узоқроқ давом этади.

Одатда 3- ёки 4-ҳафтанинг охиридан бошлаб йўтал сусая бошлайди, хуружлари камроқ қайталанадиган, қисқароқ бўлиб қолади, бола аста-секин соғайиб боради.

Шу билан бирга кўкйўтал билинмайдиган формада ўтиши ҳам мумкин. Бунда йўтал тутиб-тутиб қоладиган, талвасага соладиган даражада бўлмайди ва сал-сал йўталиб қўйиладиган кўринишда кўпи билан 2—3 ҳафта давом этади.

Қув-қув йўтал тутадиган даврда типик йўталдан ташқари бошқа система ва органларда ҳам ўзгаришлар кузатилади. Нафас

органларида қуйидаги ўзгаришлар топилади: 1) ўткир эмфизема; 2) бронхит; 3) ўпка интерстициал тўқимасининг анчагина зарарланиши; 4) йирик сегментлар ёки бўлақлар ателектазлари. Шаронитлар ноқулай бўлса, шу ўзгаришлар, айниқса ёш гўдак болаларда узоқ чўзилиши билан ажралиб турадиган пневмонияга олиб келиши мумкин, бундай пневмония даво қилингани билан ҳа деганда қайтавермайди ва шу касалликдаги ўлим ҳолларининг асосий сабабчиси бўлиб ҳисобланади.

Тери қопламлари рангининг оқариб туриши, лаблар цианози, юзнинг бироз кериккан бўлиши, қўл-оёқларнинг муздек бўлиб туриши, тахикардия, артериал босимнинг кўтарилиши, юз, бўйин, гавданинг юқори қисмида майда-майда геморрагиялар, кўз склераларига қон қуйилиши, бурундан қон келиб туриши юрак-томирлар системасида ўзгаришлар пайдо бўлганидан далолат беради.

Кўкйўтал маҳалида деярли доимий бўладиган симптом қонда лейкоцитлар билан лимфоцитлар сонининг кўпайиб кетишидир (80—87% гача).

Кўкйўталнинг оғир формаларида, айниқса гўдак болаларда нерв системасига тааллуқли ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин Буларнинг клиник манзараси турли-туман бўлади: мимика мускулларининг қисқа муддат тортишиб туришидан то анча вақтгача талвасага тушиб, ўздан кетиб қолиш, бош мия нервларининг зарарланиши (кўрлик, гаранглик) ўтиб кетувчи парез ҳамда фалажларгача боради (юз нерви, қўл-оёқларнинг парез ва фалажларигача).

Специфик диагностика методи тариқасида бактериологик текшириш усули қўлланилади. Йўтал тутганда озиқ муҳити солинган Петри косачасини беморнинг оғзига (оғздан 4—6 см қочириб туриб) 10—20 секунд тутиб турилади, кейин уни бекитилиб, 35—37°C температурали термостатга қўйилади.

Кўкйўтал асоратлари ҳозир анча кам учрайди, енгилроқ ўтади, уларнинг структураси ҳам ўзгариб қолган. Ателектазлар, энцефалитлар, энцефалопатиялар, бронх ва ўпкада бўладиган хроник яллиғланиш процессларининг сони камайган.

Кўкйўтал ҳозирги шаронитларда жуда кўп ҳолларда эсон-омон ўтиб кетади, прогнози яхши деб ҳисобланади.

Давоси. Кўкйўталга қилинадиган давонинг асосий томони режимни тўғри уюштиришдир. Бу ҳаммадан илгари тоза ҳаводан имкони борича кўп баҳраманд қилиш: ёзда мумкин қадар кечаюкундуз давомида, қишда температура 10—12°C дан паст бўлмаганда 1½ соатдан кунига бир неча марта очиқ ҳавода бўлиш (қиш кезлари болалар дезазаларини очиб қўйилган хонада айлантириб юриш ва ухлатиш, хонани шамоллатиб туриш демакдир. Овқат кучли, тўқ тутадиган, витаминлари кўп, таъсирлайдиган, қуруқ масаллиқлардан холи бўлиши керак (ушоқлар йўтал тутиб қолишига сабаб бўлиши мумкин), уни кам-камдан бериб турилади.

Болани кўкрак бериб, эмизиб боришга алоҳида эътибор бериш керак. Кун тартиби тўғри ташкил этилиши лозим. Бола уйғоқ маҳалда уни қизиқ ўйин билан, китоб ўқиш, эртақ билан машғул қилиб туриш керак. Ўйин билан машғул болалар камроқ йўталади.

Кўкйўтал билан оғриганларни иккиламчи инфекция, айниқса триппоз инфекциядан ҳар қандай йўллар билан ҳам эҳтиёт қилиш зарур. Кўкйўтал билан оғриб, пневмония ҳам бўлиб қолган болаларни пневмонияси йўқ болалардан алоҳида қилиб қўйиш керак. Кўкйўталнинг ўткир аломатлари бор касалларни соғайиб келаётганлар билан бирга ётқизиш бўлмайди.

Кўкйўталга даво қилиш учун ҳозирги вақтда боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда антибиотиклар (левомецетин, ампициллин, эритромицин, тетрациклин группасига кирадиган препаратлар) ишлатилади, булар 7—10 кун давомида бериб турилади. Бу препаратлар касалликнинг фақат катарал даврида ёки спазматик йўтал даври энди бошланиб келаётган маҳалдагина наф беради. Антибиотиклар бериш тўхтатилганидан кейин баъзи болаларда кўкйўтал симптомлари қайтадан зўрая бошлайди, бундай ҳолларда яна 4—5 кун давомида даво қилиб бориш мақсадга мувофиқ бўлади.

Кўкйўтали оғир ўтаётган, айниқса, 1 яшаргача бўлган болалар ўпкасига алоқадор асоратлари бўлганида вақтни ўтказмасдан туриб касалхонага ётқизилиши керак.

Касалликнинг катарал даври билан йўтал тутадиган даврининг дастлабки кунларида кўкйўталга қарши гипериммун донор зардобии ва ундан тайёрланган гамма-глобулин яхшигина наф беради (муқуллар орасига ҳар куни 6—9 мл дан юборилади, барвақт ишлатишга бошланган бўлса, 2—3 марта инъекция қилинади).

Витаминларни, айниқса аскорбинат кислота ва В комплекси витаминларини кенг қўлланиш тавсия этилади.

Кўкйўтал оғир ўтаётган болаларга антибиотиклар билан даво қилишда симптоматик даво (юрakни қувватлайдиган дори-дармонлар, кислородотерапия ва бошқалар) ва очиқ ҳавода бўлиш ўз аҳамиятини сақлаб қолади. Кўкйўтал талваса тутиб қолишига сабаб бўлганда болага муқуллари орасидан 25% ли магний сульфат эритмаси (ёш гўдакларга 0,2 мл/кг) юборилади, кальций хлорид, натрий бромид ичиш буюрилади. Кўкйўтали оғир ўтаётган болаларга, айниқса, ҳаётининг 1-йили давомида наркотиклар бериш тўғри келмайди. Нафас тўхтаб қолгудек бўлса (асосан ҳаётининг дастлабки ойларини яшаб келаётган болаларда), сунъий йўл билан нафас олдириш, кислород, юракни қувватлайдиган дори-дармонлар бериш керак бўлади.

Иккиламчи инфекцияга алоқадор асоратлар пайдо бўлиб қолса, ана шу асоратларга ва асосий касалликка қарши бир йўла даво қилиб борилади.

Профилактикаси. Ясли, гўдаклар уйи, болалар боғчаси ёки мактабга янги кираётган болада йўтал бўлиши кўкйўтал ора-

лаб қолмасин, деган хавотирлик уйғотиши керак, шу сабабдан йўталнинг қанақалигини олдин билиб, аниқлаб олиш зарур. Ясли ёки болалар боғчасига қатнайдиغان болаларни ҳар куни қабул қилиб олишда улар ўзини қандай сезаётганини ва хусусан йўтали бор-йўқлигини онасидан суриштириб кўриш шарт. Йўталиб турган болалар дарҳол бокс ёки изоляторга алоҳида қўйилиши лозим, жуда имкони бўлмаса, уларнинг каравоти, албатта, ширма билан тўсиб қўйилади ва нечоғлик тез-тез йўтал тутаётгани кузатиб борилади.

Қув-қувлаб йўтал тутаётгани топилса ёки бактериологик диагноз тасдиқланса, йўталаётган бола бошқа болалардан дарҳол изоляция қилиб қўйилиши керак. Қасалга яқин юрган 7 ёшгача бўлган болаларнинг ҳаммасини ҳам бошқа соғлом болалардан батамом ажратиб қўйиш лозим. Контакт гурпуадаги болалар орасида йўталиб юрганлар бўлмаса, карантинга кўкйўтал билан оғриган сўнгги бола изоляция қилиб қўйилган маҳалдан ҳисоблаганда 14 кундан кейин барҳам берилади. Контакт гурпуада йўталиб юрган бир неча бола чиқиб қолса, болалар ўша муассасада кечаю-кундуз бўладиган изолирланган гурпуа ташкил этилади. Бу болалар учун ҳар куни сайр қилиб юриш ёки вақтни айвонларда ўтказиш имкони яратиб берилиши лозим. Мана шу гурпуа болаларига алоҳида идиш-товоқлар, ўйинчоқлар, медицина халатлари ва бошқаларни биркитиб қўйиш шарт.

Кўкйўтал билан оғриган болаларга уй шароитларининг қанақалигига қараб стационарда ёки уйда медицина хизмати кўрситилиши керак. Қўйидаги беморларга касалхонада ётиб даволаниш имкониятини таъминлаб бериш зарур: а) кўкйўтал билан оғримеган 1 яшаргача бўлган болалар бор оилалардан чиққан касалларга; б) турмуш шароитлари ноқулай оилалардаги 3 яшаргача бўлган болаларга; в) болалар муассасаларидан чиққан биринчи касал бўлиб қолган болаларга.

Касал болалар соматик ва инфекцион касалхоналарнинг, албатта, изоляция ва санитария режими яратиб қўйилган кичикроқ (2—3 кишилик) палаталарига ёки боксларига ётқизилади.

Касалликнинг специфик профилактикаси учун кўкйўтал, кўкйўтал-дифтерия вакцинаси ва адсорбланган кўкйўтал-дифтерия-қоқшол вакцинаси (адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина — АКДС вакцинаси) ишлатилади. Кўкйўтал вакцинаси 3—4 ҳафта оралатиб туриб 1 мл дан 3 марта тери остига юборилади. Биринчи марта эмлаш билан иккинчи марта эмлаш билан ўртасидаги оралиқни 2 ойгача ва иккинчи марта эмлаш билан учинчи марта эмлаш ўртасидаги оралиқни 3 ойгача узайтириш мумкин. Бу вакцина илгари дифтерияга қарши эмланган 5 ёшгача бўлган болаларга юборилади.

Кўкйўтал-дифтерия вакцинаси билан болалар, кўкйўтал билан оғримеган ва дифтерияга қарши биринчи марта иммунланиши керак бўлса, 3 ойлик вақтидан бошлаб эмланади. Бу вакцина 3—4 ҳафта оралатиб туриб, 0,5 мл дан 3 марта инъекция қилинади.



Орадан 6—9 ой ўтказиб ва 3 яшарлигида ревакцинация қилинади (яна 0,5 мл дан).

Адсорбланган кўкйўтал-дифтерия-қоқшол вакцинаси билан эмлаш тўғрисида «Дифтерия» бўлимига қаралсин.

### СУВЧЕЧАК (VARICELLA)

Сувчечак тана температурасининг кўтарилиши ва бадан териси ҳамда шиллиқ пардаларга доғсимон-везикуляр тошма тошиши билан бирга давом этадиган ўткир инфекцион касалликдир. Болалар сувчечак билан оғришга жуда мойил бўлади, бу касаллик ҳаётнинг 1-ойларидан бошлабоқ учрай бошлайди, кўпинча 10 ёшгача бўлган болалар бу касаллик билан оғрийди.

Сувчечакнинг қўзғатувчиси вирус бўлиб, бу вирус организмдан ташқарида бир неча соатдан кейин ўлиб кетади.

Инфекция манбаи касал одам, у инкубацион даврнинг сўнги кунларидан бошлаб то сўнги тошма элементлари пайдо бўлгандан кейинги 5-кунгача юқумли бўлиб туради. Касалларда вирус бурун-ҳалқум шилимшиғида топилади, ҳаво-томчи йўли билан тарқалади.

**К л и н и к а с и.** Инкубацион даври 2—3 ҳафта давом этади. Тошма тошмасдан илгари касалларда одатда қандай бўлмасин бирор патологик ҳодисалар топилмайди ва жуда камдан-кам ҳоллардагина тана температураси кўтарилиб, бемор бўшашиши, қайт қилиши, ичи суриб туриши, уйқуси бесаранжом бўлиб қолиши мумкин.

Тошма аксари юз ва бошнинг сочли қисмида, лекин гоҳо елка, кўкрак, қоринда кескин чегараланган пушти доғлар ёки катта-кичик папулалар кўринишида пайдо бўла бошлайди. 1-сутка давомида булардан баъзиларининг марказида ичида тиниқ сероз суюқлик бўладиган пуфакчалар юзага келади. Томоқ, оғиз, ҳиқилдоқ, кўз қовоқлари ва бошқаларда ҳам тошма бўлиши мумкин. Бу пуфакчалар 2 кунгача ўзининг дастлабки шаклини сақлаб туради, сўнгра қовжираб, қора қўтир (пўст) бойлайди, қорақўтир тушиб кетганидан кейин ўрни бирмунча вақт давомида доғ бўлиб туради (пигментация), аммо чандиқлар бўлмайди. Тошма тошиб келаётганда бадан қичишиб туради. Қичишаётган жойлар қашланиб, тирнаб юборилса ёки иккиламчи инфекция қўшилса, чандиқлар ҳосил бўлиши мумкин. Тошма бир йўла тошмайди, шу билан бирга доғларнинг ҳаммаси ҳам ривожининг барча босқичларини босиб ўтмайди. Тошма тошиб келаётганда кўпинча тана температураси кўтарилади, боланинг аҳволи одатда ўзгармайди, бироқ, касаллар баъзан бош оғриғи, уйқу бузилгани, бадан қичишиши, иштаҳа пастлигидан нолийди.

Сувчечакда тошадиган тошма сони жуда ҳар хил бўлади: везикулалар сони бир нечтадан тортиб, бир талайгача боради.

Камдан-кам ҳолларда касалликнинг пуфакчали формаси учрайди, бунда бир пайдо бўлган пуфакчалар четига қараб тез кат-

талашиб бориб, ичида лойқа суюқлик бўладиган юпқа деворли пуфаклар ҳосил қилади. Тошма баъзан табиатан бир-бирига қўшилиб кетадиган бўлади, бу нарса уни чинчек тошмасига ўхшатиб қўяди. Касалликнинг бу формаси температура юқори ва умумий аҳволнинг оғир бўлиши билан бирга давом этади.

Кўпинча сувчечакнинг геморрагик формаси учрайди, бунда касаллик гоҳо эсон-омон ўтиб кетадиган бўлса, гоҳо жуда оғир оқибатларга олиб боради. Айни вақтда пуфакларнинг ўзига, терига қон қуйилиб туради, бурун, оғиз, ичакдан қон кетадиган бўлади.

Асоратлари кам учрайди, пиодермиялар, пневмониялар, отитлар, ларингитлар, конъюнктивитлар, нефритлар, менингитлар, энцефалитлар бўлиши мумкин ва ҳоказо.

Диагноз одатда қийинчилик туғдирмайди, бироқ чин чечакка гумон туғилганида диагноз қийинлашиб қолади (26-жадвал).

26 - ж а д в а л

Сувчечак билан чинчекнинг дифференциал диагностикаси

Клиник симптомлари	Сувчечак	Чинчек
Продромал даври Тошмаси	Камдан-кам бўлади Юз, бош, гавда, қўлоёқларда бир йўла пайдо бўлади. Полиморфизм бор, тошма бир неча муддатда тошади	Ҳамиша бўлади Олдин юзда, кейин гавда ва қўлоёқларда пайдо бўлади. Тошма атрофида инфильтрация кўрилади ва тошманинг ўртаси ичига тортилиб туради
Температура	Тошма тошиб келаётганида кўрилади ва тошиб бўлганидан кейин пасаяди	Продромал даврда кўгарилди ва тошма пайдо бўлиши билан пасаяди

Сувчечак прогнози яхши, бу касаллик эсон-омон ўтиб кетади, йўлдош касалликлари бор болаларда асоратлар бўлганда прогноз ёмонлашади.

Д а в о с и. Сувчечакда даво боланинг баданини озода тутиб (гигиеник парвариш қилиб бориб), иккиламчи инфекциянинг олдини олишдан иборат бўлади. Иситма чиқиб турган даврда касаллар ўрнидан турмай ётиши керак. Пуфакчаларнинг қуриб, қовжирашини тезлаштириш учун уларнинг устига бриллиант яшилнинг спиртдаги 1% ли эритмаси, 10% ли калий перманганат эритмаси суртиб турилади. Оғиз бўшлиғи ва томоқда яра процесси бўлганда оғиз билан томоқ чайилиб, яраларига оҳиста 3% ли кумуш нитрат эритмаси суртиб қўйилади. Бадан жуда қаттиқ қичишадиган бўлса, бадан териси сирка, спирт қўшилган сув билан оҳиста артилади, кейин устига тальк ёки ксероформли тальк суртиб қўйилади. Тошма тошиб турганда болани чўмилтириш тавсия этилмайди; қора қўтир пайдо бўлганидан кейин чўмилтириш мумкин.

**Профилактикаси.** Болалар муассасаларидан касал ажратиб қўйилади ва қора қўтирлари тушиб кетганидан кейин яна уларга олиб борилади. Ясли ва мактабгача тарбия ёшидаги болаларни контакт бўлган пайтдан ҳисоблаганда 21 кунга ажратиб қўйилади. Контакт бўлиб ўтган вақт аниқ бўлса, болалар муассасасига болани инкубацион даврнинг биринчи 10 кун давомида бориб туришига йўл қўйилади ва инкубация даврининг 11-кунидан тортиб то 21-кунигача ажратиб қўйилади. Сувчечак билан оғриган касал бор хонадонда яшовчи ясли ва мактабгача тарбия ёшидаги болалар 21 кун давомида болалар муассасаларига қўйилмайди.

Сувчечакда дезинфекция қилинмайди, хона шамоллатиб турилади ва ҳўл латта билан тозалаб борилади.

### **ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ (PAROTITIS EPIDEMICA)**

Эпидемик паротит (тепки) вирус туфайли бошланадиган касаллик бўлиб, ҳамма ерда ҳар қандай ёшдаги болаларда ҳам учрайверади, аммо касалликнинг энг кўпи 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган даврга ва йилнинг совуқ маҳалларига тўғри келади.

Касаллик манбаи — бемор одам. Вирус касаллик инкубацион даврининг охирида ва касалликнинг дастлабки 3—5 кунда сўлақда топилади. Бу вирус ҳаво-томчи йўли билан тарқалади, касалнинг сўлаги теккан буюмлардан юқиш эҳтимоли ҳам йўқ эмас.

Эпидемик паротит вирусини бир қанча физик ва химиявий омиллар (юқори температура, ультрабинафша нур, формальдегид, лизол, спирт, эфир ва бошқалар) таъсирини бир қадар кам бардош беради.

**Клиникаси.** Инкубацион даври 11 кундан 23 кунгача, ўртача 16 кун давом этади. Продромал даврида иштаҳа ёмонлашиб, бош оғриб туради, эт увишади, ёш гўдаклар такрор-такрор қусиб туриши, тортишиб тиришиши, менингеал ҳодисаларни зоҳир қилиши мумкин. Кейин тана температураси кўтарилиб, қулоқ олди соҳаси таранг тортиб тургандек бўлиб сезилади ва унда тортувчи оғриқлар пайдо бўлади, қулоқ шангиллаб, чайнаётганда оғриқ сезилади. Қулоқнинг олдинги томони шишиб чиқиб, бу шиш тез тарқаб боради ва касалликнинг 5—6-кунига келиб, роса катта бўлиб қолади. Касалланган без устидаги тери таранг чўзилиб, йилтиллаб туради; шишган жой хамирсимон-эластик бўлади, пайпаслаб кўрилганида кам оғрийд. Касаллар оғзини аранг очади, овози сал бўғилиб, димоқ билан гапиради. 2—5 кундан кейин кўпинча қарама-қарши томонда ҳам шиш пайдо бўлади.

Қулоқ олди безларидан ташқари бошқа сўлак безлари — жағести ва тил ости безлари ҳам касалланиши мумкин.

Ички органларда сезиларли патологик ўзгаришлар одатда бўлмайди.

Қонда лейкопения, баъзан лейкоцитоз, нисбий лимфо- ва моно-

**цитоз қайд қилинади, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги кучайган бўлади.**

Сўлак безларининг зарарланиши бу касалликнинг энг кўп учрайдиган ва типик ҳисобланадиган аломатидир. Бироқ, касалликнинг бошқа клиник вариантлари ҳам бўлиши мумкинки, булар типик тарзда ўтаётган паротитнинг асоратлари бўлиб ҳисобланиши ҳам мумкин.

Болаларда аксари менингитлар ва менингоэнцефалитлар кузатилади, булар алаҳлаш, талвасага тушиш, қаттиқ бош оғриқлари, энса мускулларининг таранг тортиб туриши (ригидлиги), мусбат Керниг симптоми, брадикардия бўлиши билан бирга давом этиб боради. Люмбал пункция қилиб кўрилганида орқа мия суюқлиги каттагина босим остида чиқади, тиниқ бўлади, унда ўртача миқдорда лимфоцитлар (200—300 ҳужайра) ва оқсил (0,3 г/л гача) топилади. Қлиник ўтишининг бирмунча кам учрайдиган хили туш ости соҳасида қаттиқ оғриқлар туриши, қусиш, метеоризм билан бирга давом этадиган панкреатитдир. Сийдикда диастаза кўпайиб кетган бўлади.

Жуда камдан-кам ҳолларда ўғил болаларда тестикуляр формаси кўрилиши мумкин, бунда сўлак безлари соҳасида шиш пайдо бўлганидан кейинги 5—6-куни мойкада бирдан ҳар қаёққа ўтиб турадиган оғриқлар бошланиб, кейин мойкнинг ўзи ҳам 2—3 баравар катталашиб кетади. Ерғоқ териси қип-қизариб, шишиб туради, мойк пайпаслаб кўрилганида безиллайди. Орхит икки томонлама бўлса, шу касалликдан кейин мойклар атрофияга учраб кетиши мумкинки, бу — аспермияга олиб боради.

Эпидемик паротитда прогноз, одатда, яхши, касаллик эсон-омон ўтиб кетади.

**Д а в о с и.** Паротит енгил ўтаётганда даво болани ўриндан тургазмай, ётқизиб қўйиш билан чекланади, тепки келган жойини иситиш учун қуруқ пахта билан боғлаб қўйилади ёки соллюкс буюрилади. Иситма чиқиб турган пайтда симптоматик воситалар бериб турилади. Иккиламчи инфекция бўлган тақдирдагина антибиотиклар қўлланилади, Менингоэнцефалитда люмбал пункция қилиш зарур бўлади.

**Профилактикаси.** Касални уйда бошқалардан ажратиб қўйилади (изоляция) ва касаллик оғир ўтгандagina беморни инфекция боксланган палатасига ётқизилади. Касалга яқин юрган 10 яшаргача болаларни 3 ҳафтага бошқалардан ажратиб қўйилади, бунда уларни гумондаги инкубациянинг 10-кунидан то 21 кунигача ажратиб қўйса ҳам бўлади. Касаллик ўчоқларида дезинфекция қилинмайди.

Ҳозирги вақтда эпидемик паротитнинг заифлаштирилган тирик вакцинаси олинган. Бу вакцина 15—18 ойлик болаларга 0,1 мл миқдорида тери орасига ёки 1:5 нисбатда суюлтирилгани 0,5 мл миқдорида тери остига юборилади.

# ШОШИЛИНЧ ЧОРАЛАР КУРИШНИ ТАЛАБ ҚИЛАДИГАН ҲОЛАТЛАР ВА ШУНДАЙ ҲОЛАТЛАР ВАҚТИДА ЁРДАМ БЕРИШ

## Ўткир нафас етишмовчилиги

Ўткир нафас етишмовчилиги (УНЕ) синдроми бир қанча патологик ҳолатларда: ривожланиш нуқсонлари бор маҳалларда, туғма касалликлар вақтида, қоғоноқ сувлари, ёт жисмлар, қусуқ массалари тиқилиб нафас йўлида қолганида, ўткир пневмониялар, ўткир ҳиқилдоқ шишуви, декомпенсацияланган юрак пороклари, марказий нерв системаси касалликлари ва бошқалар пайтида бошланиши мумкин.

Нафас етишмовчилигининг учта даражаси тафовут қилинади.

I даражасида бола жисмонан зўриққан ва руҳан ҳаяжонлангандагина ҳансираш ва тахикардия пайдо бўлади.

II даражали нафас етишмовчилигида бола тинч турган маҳалда ҳам ҳансирайверади, пульс билан нафас ҳаракатлари сонининг нисбати 2,5:1 ёки 3:1 га тенг бўлади, бола ранги оқариб, безовталанади, баъзан цианоз пайдо бўлади, нафас ақтида ёрдамчи мускуллар иштирок этади (бурун қанотлари керилиб, паст тушиб туради, қовурға оралари, тўш ичга тортилади, бош орқага ташланади).

III даражали нафас етишмовчилигида нафас калта-калта, тез-тез, юза бўлиб қолади, Чейн-Стокс, Қуссмаул ёки Биот типидagi нафас кўринишида патологик характери касб этиши мумкин. Сезиларли тахикардия қайд қилинади (юрак уришларининг сони минутига 200 мартагача етади), пульс билан нафас нисбати 2:1 га тенг бўлиб қолади, терминал даврда брадикардия, аритмия бўлиши мумкин. Бадан териси, шиллиқ қаватларнинг доимий цианози кузатилади, бола баданидан ёпишқоқ тер чиқиб, уни клоник-тоник талвасалар тутади, бола ўзидан кетиб қолади, кўз қорачиқлари аввалига торайиб туради, кейин эса кенгайиб кетади.

Нафас етишмовчилигига қарши қилинадиган шошилинч даво ни трахео-бронхиал дарахтнинг йўлларини тозалаб, аслига келтиришдан: баллонли катетер ёрдамида юқори нафас йўлларидан шиллимишқ, балғамни сўриб, тортиб олишдан бошланади, зарур бўлса, ларингоскопия ва санацион бронхоскопия қилиниб, протеолитик ферментлар юборилади (бир мартага 3—5 мл изотоник натрий хлорид эритмасидаги 2,5 мг дезоксирибонуклеазани, хемотрипсинни).

Бронхоспазмолитик моддалар: 5% ли эфедрин эритмаси (1 яшаргача болаларга 0,1—0,2 мл тери остига, 2—3 яшар болаларга 0,3—0,4 мл); 0,05% ли алулент эритмаси (худди ўша дозаларда мускуллар орасига ёки венадан); 10% ли глюкоза эритмасидаги 2,4% ли эуфиллин эритмаси (боланинг ҳар бир ёшига 0,5—1,0 мл дозада венадан) қўлланилади.

Трахеотомия жуда зарур бўлиб қолган маҳалларда ихтисослашган бўлимда қилинади.

Юрак тўхтаб қолганида оғиздан-оғизга ёки оғиздан-бурунга дам бериш методи билан сунъий нафас олдирилади (минутига 20—25 мартадан).

Нафас стимуляторларини дозаларига қаттиқ амал қилиб ишла-тиш лозим: натрий кофеин-бензоат 10% ли эритма ҳолида 0,1—0,3 мл дан тери остига ёки мускуллар орасига; кордиамин 0,1—0,2 мл дан мускуллар орасига; этимизол 1,5% ли эритма ҳолида 0,3—0,5 мл дан тери остига ёки мускуллар орасига; бемеGRID (0,5% ли эритмаси) бир мартали 1 мг/кг дозада аста-секин венадан юборилади.

Талвасалар бошланай-бошланай деб турганда, шунингдек мия шишуви хавфи бор пайтда марказий анализетиклар (цититон, лобелин) ни ишлаиб бўлмайди.

Нафас етишмовчилигининг ҳамма ҳолларида оксигенотерапия ўринли бўлади. Кислородни бурун катетеридан бериб туриш ҳаммадан кўра мақсадга мувофиқдир. Каттароқ босим остида кислород палаткасида оксигенизация қилиш методи (гипербарик оксигенизация) жуда қимматли.

Ўпкага сунъий равишда ҳаво бериб туриш, яъни сунъий ўпка вентилляцияси (СЎВ) учун мамлакатимизда ишлаб чиқариладиган электр билан ишлайдиган ДП-2, ДП-5 маркали аппаратлар, РДА-1, «Вита-1», «Лада» аппаратлари ишлатилади.

Метеоризм бўлганида венадан калий хлорид (10% ли эритмасидан 1 мл) юборилади, шундан кейин тери остига прозерин (0,05% ли эритмасини боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл дан) юборилади, сўнгра гипертоник эритма (10% ли натрий хлорид эритмаси) билан клизма қилиниб, газ ўтказувчи най қўйилади.

Даво чора-тадбирлари комплексига натрий бикарбонат (4% ли эритмасини суткасига 4 мл/кг дан), трисамин (2—3 мл ни глюкоза эритмасида), натрий лактат, кокарбоксилаза (10 мг/кг дан венага), глутаминат кислота (1% ли эритмасини суткасига 0,1 г/кг дан), С ва В витаминлар, АТФ (мускуллар орасига 0,5—1 мл дан), инсулин билан глюкоза (3—4 г қуруқ глюкоза моддасига 1 бирлик миқдоридан инсулин) юбориб туриш киради.

Ўпка шишганда: юқори нафас йўллари ўтказувчанлигини аслига келтириш, 30% ли спирт буғлари аралаш кислороддан нафас олдириш, юрак гликозидлари — боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл дан 0,05% ли строфантин ёки 0,06% ли коргликон; диуретиклар — венадан суткасига 1—3 мг/кг дан фуросемид, 0,5—1,5 г/кг ҳисобидан 10—15% ли маннитол эритмаси (10% ли глюкоза эритмасида томчилаб венага), мускуллар орасига суткасига 0,5 г/кг дан сорбитол; 4—5 мл/кг дан концентранган плазма, альбумин, боланинг ҳар бир ёшига 1 мл ҳисобидан 10% ли кальций хлорид ёки преднизолон, антигистамин препаратлар (димедрол, дипразин бир мартали дозаси 0,0001—0,002 мг/кг — 0,05—0,1% ли эритмаси, диазолин ва бошқалар) юборилади.

Талвасалар тутиб қолганда 20% ли ГОМК эритмасини 40—100 мг/кг дан 5—10% ли глюкоза эритмасида венадан юбориш ёки диазепам бериш буюрилади — 0,5% ли эритмаси суткасига 0,5 мг/кг ҳисобидан 3—4 марта юборилади.

### Юрак-томирларнинг ўткир етишмовчилиги

Қон айланишида юрак ва томирлар етишмовчилиги фарқ қилинади, даво қилиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишда бунинг катта аҳамияти бор. Ҳар турли касалликлар пайтида болаларда юрак-томирлар етишмовчилиги бошланиб, бунда ё юрак, ёки томирлар етишмовчилиги устун туриши мумкин.

Ўткир юрак етишмовчилиги юрак-томирлар системасининг юракнинг ўзи зарарланиши билан ўтаётган (юрак ва томирларнинг туғма ва турмушда орттирилган пороклари, миокардит, фиброэластоз, юрак ритмининг туғилишдан бузуқлиги) бирламчи ва иккиламчи касалликларида ҳамда бошқа орган ва системалар функциясининг бузилиши ёки улардаги анатомик ўзгаришлар (энцефалопатия, пневмония, дизентерия, ўткир анемия, гиалин мембраналар синдроми ва бошқалар) туфайли гемодинамика издан чиққан пайтларда кузатилиши мумкин.

Юракка алоқадор чап қоринча, ўнг қоринча етишмовчилиги ва тотал етишмовчилик тафовут қилинади.

Чап қоринча етишмовчилиги клиник жиҳатдан олганда юрак астмалари тутиб туриши ва ўпка шишиб кетиши билан ҳамроҳ бўлади. Бола бирдан, аксари кечаси нафаси бўғилиб, ҳансираб қолади, баданининг териси оқариб, муздек терлайди, олдинига ўпканинг пастки бўлимларида сийрак хириллашлар эшитилади, сўнгра булар кўпайиб бориб, аниқроқ эшитилади, нафас вақтида хириллаган овоз чиқиб туради, нафас Чейн-Стокс типига кириб қолиши мумкин, цианоз пайдо бўлади, у боланинг бутун баданига тарқалиб, бола бесаранжомланганида ва жисмонан зўр берганида кучаяди.

Ўнг қоринча етишмовчилигида ҳансираш, цианоз, бўйин веналарининг бўртиб чиқиши, тахикардия, жигарнинг катталашиб, безиллаб туриши, оёқларга, думғаза соҳасига шиш келиши қайд қилинади, плевра, перикард, қорин бўшлиқларига суюқлик тўпланиши мумкин.

Юрак етишмовчилиги, этиологияси қандай бўлишидан қатъий назар, ёш гўдакларда, одатда, бирдан, ўткир тарзда бошланади. Унинг биринчи симптомлари — нафас билан пульс тезлашувини баҳолаш жуда қийин бўлади, чунки булар ҳар қандай омиллар таъсирида осон пайдо бўлаверади (бола бетоқатланганида, овқатланганида, метеоризм бўлганида). Кўпинча қон айланишининг II даражада бузилишига хос аломатлар бўлганида — боланинг умумий аҳволи ёмонлашиб, ранги оқарган, цианоз, бесаранжомлик, хансираш, тинчланган пайтда тахикардия пайдо бўлганида, юрак

чегаралари кенгайиб, жигар катталашган, оёқлар керкиб қолган мөҳалларда диагноз қўйилади.

Қон айланишининг периферия ва бўшлиқларда шиш бўлиши, олигурия билан ўтадиган III даражали оғир етишмовчилиги гўдак болаларда нисбатан кам учрайди.

Давоси. Болани гавдасининг устки ярми баландроқ бўлиб турадиган қилиб ётқизиб қўйилади, кўкрак қафаси билан кўллари эркин бўлиши керак, қаттиқ танғиб йўрғаклаш ярамайди.

Қуйидаги гликозидлар буюрилади: строфантин (0,05% ли эритмаси ампулаларда 1 мл дан), коргликон (0,06% ли эритмаси ампулаларда 1 мл дан), изоланид (0,02% ли эритмаси ампулаларда 1 мл дан, таблеткаларда 0,25 мг дан), дигоксин (0,025% ли эритмаси ампулаларда 2 мл дан, таблеткаларда 0,25 мг дан), дигитоксин (таблеткаларда 0,1 мг дан, шамларда 0,15 мг дан), ацедоксин (0,01% ли эритмаси ампулаларда 1 мл дан, таблеткаларда 0,1 мг дан). Шошилиш чора кўришни талаб қиладиган ҳолатларда кўпроқ строфантин ва коргликон ишлатилади. Таъсири жиҳатидан строфантин коргликонга қараганда кучлироқ, лекин коргликон асоратларга камроқ сабаб бўлади, кумулятив хоссалари ҳам камроқ ифодаланган.

Ўткир юрак етишмовчилигида тез тўйинтириш методи қўлланилади: гликозидлар максимал суткалик дозада 2—3 инъекцияга бўлиб юборилади. Ёш гўдакларга одатда тўйинтирувчи дозанинг  $\frac{1}{2}$  қисми ва 6—8 соат ўтказиб туриб  $\frac{1}{4}$  қисми юборилади.

Строфантин оқим ҳолида ва томчилаб венадан юборилади. Оқим ҳолида у 10—20 мл 5—20% ли глюкоза эритмасига аралаштирилиб, 5—6 минут давомида аста-секин юборилади. Томчилаб юборилганида строфантин 50 мл глюкоза эритмасида суюлтирилиб, минутига 20—30 томчи тезликда, аксари суткасига 1—2 марта (орадан 12 соат ўтказиб туриб), оғир ҳолларда эса 3 марта (8 соат оралатиб) юборилади.

Коргликон оқим ҳолида ва томчилаб юборилади: оқим ҳолида 10—20 мл 5—10% ли глюкоза эритмасида аста-секин, 5—6 минут давомида, томчи ҳолида эса минутига 15—20 томчи тезлик билан юборилади.

Дигоксин 10—20 мл миқдоридagi натрий хлорид эритмасида ёки 20—40% ли глюкоза эритмасида аста-секин, 3—5 минут давомида юборилади, иккинчи марта инъекцияни орадан 6—8 соат ўтказиб туриб қилиш мумкин.

Юрак гликозидлари билан қилинадиган даво ҳамшиша калий хлорид эритмаларини ишлатиб туриб ўтказилади.

Юрак гликозидлари билан кальций препаратларини бир йўла ишлатмаслик керак.

Упка шишувига қарши кўриладиган чора-тадбирлар тўғрисида «Ўткир нафас етишмовчилиги»га қаралсин.

Намланган кислород билан бурун катетери орқали доимий оксигенотерапия қилиб борилади, энгил ҳолларда болани кислород палаткасига ётқизиб қўйиш мумкин.



Болани тўғри овқатлантириб бориш катта аҳамиятга эга. Эмадиган болани онасининг сути билан боқиб бориш ҳаммадан маъқул. Сут боланинг ёшига керакли миқдордан  $\frac{1}{3}$  ва  $\frac{1}{2}$  қисмича кам қилиб, оғир ҳолларда соғиб олиб бериб турилади. Бирмунча катта болаларнинг овқати тўйимли ва ҳажми кичик бўлиши керак.

Ўткир томирлар етишмовчилиги клиник жиҳатдан ҳушдан кетиш, коллапс, шок билан намоён бўлади.

Коллапс — қон айланишининг бирдан издан чиқиб айнаб қолишидир, болаларда ўткир инфекциян ёки йирингли-септик касалликлар оғир ўтган маҳалда бошланиб қолиши мумкин. Бола бирдан жуда бўшашиб, ҳоли қолмайди, қалтирайди, баданининг териси оппоқ оқаради, ҳадеб чанқайверади, юзи чакак-чакак бўлиб кетади, қўл-оёқлари муздек бўлиб қолиб, аъзойи-баданидан муздек ёпишқоқ тер чиқади, температураси пасайиб кетади, нафаси тезлашиб, юза бўлиб қолади, томир уриши тезлашиб, пульс яхши тўлишмайди ва таранг бўлмайди, артериал босим пасайиб кетади.

Коллапсга қарши даво қилишда болани оёқлари кўтарилиб турадиган қилиб ётқизиб қўйилади, атрофига грелкалар қўйилиб, иситилади. Баданни камфора спирт ёки суюлтирилган этил спирт билан артиб туриш мумкин.

Гўдак болаларга суткасига 0,3—0,5 мл ҳисобидан 0,1 ёки 0,2% ли норадреналин ё бўлмаса 0,1% ли адреналин эритмаси венадан, мускуллар ораси ёки тери остидан юборилади. Мезатон (1% ли эритмаси ампулаларда 1 мл дан ва таблеткаларда 10 мг дан) норадреналинга қараганда деярли 20 баравар кучсизроқ, аммо узоқроқ ( $1\frac{1}{2}$ —2 соат) таъсир кўрсатади, у венадан, мускуллар ораси, тери остидан юборилади ва ичирилади.

Кордиамин (гўдак болаларга 0,15—0,2 мл дан венасига, мускуллар орасига, терисининг остига юбориш, ҳар сафар 1—2 томчидан ичириш), кофеин (10% ли эритмасини гўдак болаларга 0,1—0,2 мл дан венасига, терисининг остига юбориш, 1% ли эритмасини бир чой қошиқдан ичириш), коразол (гўдак болаларга 10% ли эритмасини 0,2—0,3 мл дан венасига, мускуллари орасига юбориш, 1—2 томчидан ичириш) бериб туриш мақсадга мувофиқдир.

Суткасига 3—4—5 мг/кг ҳисобидан преднизолон юбориб туриш зарур. Бу препарат венага натрий хлориднинг изотоник эритмасида ёки 5% ли глюкоза эритмасида бир йўла ёки томчилаб юборилади. Сўнгра уни мускуллар орасидан юбориш ва ичириб туришга ўтилади.

Гомеостазни қувватлаб бориш учун ва қон кетиб қолганда венадан қон, плазма, қон ўрнини босадиган суюқликлар, изотоник натрий хлорид эритмаси ёки Рингер эритмаси, 5—10% ли глюкоза эритмаси юборилади.

Гидрокарбонат натрийнинг 4% эритмасини венага томчилаб

юбориш зарур, унинг тахминий дозасини ҳисоблаб чиқиш учун 4% ли 4 мл эритмасини килограммларда ифодаланган тана вазнига қўпайтирилади.

Ёш гўдакларда учрайдиган шок аксари она қорнидаги гипоксия, калла ичига қон қўйилиши, ҳар хил сабаблардан қон кетиши, ўткир буйрак етишмовчилиги, сув-электролитлар алмашинувининг бузилишига алоқадор бўлади.

Шок умумий аҳволнинг жуда оғир бўлиши, бадан терисининг оқариб, кўкиш рангга ҳам кириб қолиши, муқуллар тонусининг пасайиб кетиши, нафаснинг аритмик, юза бўлиб қолиши, юрак тонларининг бўғиқроқ бўлиб эшитилиши, тахикардия бошланиб, кейин брадикардияга ўтиб қолиши, юрак-томирлар етишмовчилиги пайдо бўлиши, ўпка шишиб, олиго- ва анурия бошланиши билан намоён бўлади.

Даво чора-тадбирлари комплекси шок сабабларини бартараф этиш ва айланиб турган қон ҳажмини аслига келтиришга қаратилган бўлади. Қон кетаётган бўлса, уни тўхтатиб, оғриқ реакцияси бартараф этилганидан кейин венадан суюқлик юбориб туриш зарур. Ҳаётнинг дастлабки кунларида суюқлик киндик венаси ёки артериясидан, каттароқ болаларга бош венасидан юборилади. Тери ости венасидан фойдаланилади ёки марказий веналарга катетер қўйиб қўйилади. Олдинга суюқликни 10—15 мл/кг ҳисобидан оқим ҳолида, кейинчалик томчилаб қўйилади. Юбориладиган суюқлик миқдорини ўртача суткали эҳтиёжга қараб аниқласа бўлади. Ой-куни етиб ва вақти ўтиб туғилган болаларга 1-куни 65 мл/кг, 2-куни 80—100, 3-куни 120, 4-куни 120, 6—7-кундан бошлаб 150 мл/кг, чала туғилган болаларга 1-куни 40 мг/кг, 2-куни 65, 3-куни 80—100, 4—5-куни 120, 10-куни 150 мл/кг суюқлик юбориш буюрилади.

Шок қон кетиб қолгани туфайли бошланганда қон қуйиш ўринли бўлади. Бошқа ҳолларда плазма, полиглюкин, желатинол, 10% ли глюкоза эритмаси, реополиглюкин қуйиш мумкин. Венадан 4—5% ли натрий гидрокарбонат эритмаси юбориб туриш ўринли.

Юрак етишмовчилиги симптомлари бўлганда гликозидлар буюрилади. Гидрокортизон, преднизолон ишлатилиб, венадан, муқуллар орасидан юбориб турилади, ичирилади.

Юқори нафас йўллариининг очиқ, ўтказувчан бўлишини таъминлаш, бурун катетеридан кислород бериб туриш муҳим. Нафас кескин издан чиққанида интубация қилиш ва аппарат билан нафас олдириб туриш керак бўлади.

Шок табиатан инфекцион сабабларга боғлиқ деб гумон қилинганда таъсир доираси кенг антибиотиклар буюрилади.

### Талваса синдроми

Талваса синдроми ёш гўдаклардаги турли-туман касалликларда кўп учрайди. Талвасалар, яъни муқулларнинг тортишиб, тиришиб қолиши чекланган ва умумий, бир марта тутадиган ва қай-

галаниб турадиган, табиати жиҳатидан клоник, тоник, клоник-тоник бўлиши мумкин. Ҳар хил сабабларга алоқадор энцефалопатияларда, пневмониялар, сепсисда, бактериал, вирусли, паразитар касалликлар, аллергик реакцияларда, марказий нерв системаси зарарланганида (менингитлар, энцефалитлар, эпилепсия, туғма аномалиялар, томирларнинг ривожланиш нуқсонлари ва бошқалар бўлганида), спазмофилия ва бошқаларда талвасалар ҳаммадан кўп кўрилади.

Чақалоқда учрайдиган талваса синдроми учун бирдан бошланиб, боланинг безовталаниб ҳаракатга тушиши, ўзидан кетиб қолиши характерлидир. Кўпгина болаларда кичик формалари, деган хиллари учрайди, булар қисқа вақт нафас тўхтаб туриши, боланинг юқори томонга кўз тикиб қолиши, кичик тремор, ўз ўзидан чайнаш ҳаракатлари бошланиши, панжа мускулларининг атетоз гиперкинез типиде тортишиб туриши билан намоён бўлади.

Талваса синдромида шошилиш равишда қилинадиган даво уни келтириб чиқарган сабабнинг қанақалигидан қатъи назар умумий чора-тадбирлардан бошланади. Болани тор кийимлардан бўшатиб, тоза ҳаво келишини таъминлаш, юқори нафас йўлларида шилимшиқни сўриб олиб ташлаш керак.

Мускуллар орасига 0,02 мл/кг ҳисобидан 25% ли магний сульфат (магнезий сульфат) эритмаси юборилади, шу билан бир вақтда касалга 5 мг/кг дан фенобарбитал берилади. Булар кор қилмаса, суткасига 0,001 г дозадаги диазепам (седуксен)ни 10% ли 5 мл глюкоза эритмасида венадан аста-секин юборилади. Натрий оксибутиратни 100—150 мг/кг ҳисобидан 5—10% ли глюкоза эритмасида томчилаб ёки оқим ҳолида юбориш яхши натижа беради. Люмбал пункция қилиниб, 5—10 мл ликвор олинади.

Мия шишувини камайтириш учун венадан плазма (5—7 мл/кг), альбумин (20% ли эритмаси 5—10 мл/кг дан), фуросемид (1—2 мг/кг), глюкоза (20% ли эритмаси 3—5 мл/кг дан) юбориш буюрилади. Маннитол (10% ли эритмаси 5 мл/кг дан венага), мочевина (30% ли эритмаси, венага 5—10 мл дан томчилаб) сезиларли диуретик таъсирга эга.

Гипертермияда, яъни иссиқ чиқиб кетганида 0,5 мл/кг дан 1% ли амидопирин эритмаси, боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан 50% ли анальгин эритмаси инъекция қилинади, совутишнинг физик методларидан фойдаланилади (боланинг бошига ва бўйин, сонларидаги йирик томирларига совуқ нарса қўйилади, +4°C гача совутилган 20% ли глюкоза эритмаси венадан юборилади, бола уй температурасидаги сувга ҳўлланган пелёнкага ўралади).

Юрак-томирлар етишмовчилигида строфантин, коргликон, кокарбоксилаза, АТФ буюрилади (тегишли бўлимга қаралсин).

Эпилепсия тутқаноқлари босим тутиб турганда (эпилепсия статусида) талвасага қарши юқорида айтиб ўтилган дори-дармонлар билан бир вақтда хлоралгидрат клизма қилинади (20% ли эрит-

маси 10—50 мл дан), агар касал юта оладиган бўлса, фенобарбитал ёки дифенин ичирилади.

Статус узоқ чўзиладиган бўлса, боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда литик аралашма юборилади (25% ли аминазин билан 0,25% ли дипразин эритмаси).

Мана шу чора-тадбирлар наф бермаса, гексенал наркоз ёки ингальяцион наркоз бериш керак бўлади.

### Гипертермик синдром

Гўдак болаларда гипертермик синдром эндоркин регуляция номукамал бўлгани туфайли катталардагидан кўра кўпроқ бўлиб туради. Болалар танаси температурасининг кўтарилиши сабаблари жуда ҳар хил: инфекция, интоксикация, перинатал энцефалопатиялар, ҳар қандай этиологияли эксикоз, иссиқлик алмашишуви ва электролитлар балансининг бузилиши шулар жумласидандир.

Гипертермияда адинамия, тахикардия, ҳансираш бошланади, артериал босим пасаяди, тремор бошланиши, талвасалар пайдо бўлиши, бола ўзидан кетиб қолиши мумкин.

Гипертермия 38,0—38,5°C дан ортиқ бўлса, унга қарши даво қилиш керак. Инфекцион касалликларда антибиотиклар, эксикозда суюқликлар юбориб турилади. Температура пасаймаса, физик воситалар ва дори-дармонлардан фойдаланишга ўтилади. Физик методлар жумласига ҳаво ванналари қилиш, бола баданига вентилятор ёрдамида ҳаво бериб туриш, бадан терисини спирт билан артиш, бошдан 10 см масофага музли халта осиб қўйиб, бошни совутиш, бўйиндаги йирик томирлар ва чов буқимларига совуқ сувли халталар қўйиш киради. Дори-дармонлар қаторига анальгетиклар киради: боланинг ҳар бир ёшига 0,1—0,2 г ҳисобидан ацетилсалицилат кислота ичириб турилади, ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан 50% ли анальгин эритмаси мускуллар орасига инъекция қилинади ё бўлмаса, ҳар бир ёшига 0,5—1,0 мл ҳисобидан 4% ли амидопирин эритмаси мускуллари орасига юборилади. Бу моддалар кўпинча боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан бериб туриладиган 1% ли димедрол эритмаси билан бирга ишлатилади. Температура пасаймаса, боланинг ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан мускуллари орасига 2,5% ли аминазин эритмасини инъекция қилиш буюрилади. Гипертермиянинг токсик кўринишларига қарши 1—2 мг/кг дозада стероид гормонлар буюрилади. Гипертермия талвасалар билан бирга қўшилиб бораётган бўлса, талвасага қарши даво қилинади (тегишли бўлимга қаралсин).

### Ўткир буйрак етишмовчилиги

Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ — острая почечная недостаточность—ОПН) буйрак асосий функцияларининг бирдан бузилиб қолиши билан характерланади.

Кўпгина касалликлар ўткир буйрак етишмовчилигига олиб ке-

лиши мумкин: шок, бирдан қон йўқотиб қўйиш, бадан куйиши, сувсираш, перитонит, панкреатит, гломерулонефрит, пиелонефрит, экзоген нефротоксинлар таъсири (симоб, хлороформ, фосфор, заҳарли қўзиқоринлар билан заҳарланиш) натижасида буйракнинг ўткир некрозга учраши, тўғри келмайдиган қонни қуйиб қўйиш, сульфаниламидлар, баъзи антибиотиклар (тетрациклинлар группасидан) дозасини ошириб юбориш ёки уларни кўтара олмаслик, ўсма касалликлари (лейкоз, лимфогранулематоз), буйраклар, сийдик йўллари ривожланишининг аномалиялари, сийдик йўлининг тош билан тикилиб қолиши ва бошқалар ўткир буйрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин бўлган ана шундай касалликлардир.

**К л и н и к а с и.** Диурез кескин камайиб кетади ёки анурия бошланади, қувватсизлик, адинамия, бош оғриғи зўрайиб боради, бадан териси оқариб, қуруқшаб туради, унда қашланган жойлар бўлади. Тил караш босиб, болани чанқоқ тутати, қўнгли айнайдди, қусати, қорни дам бўлиб (метеоризм), оғрийди. Нафас ритми бузилиб, ўпка шишиб кетиши, юрак-томирлар етишмовчилиги бошланиши мумкин (тахикардия, пульснинг кичик ва тезлашган бўлиши, гипотония, ҳансираш, цианоз, жигар катталашуви, периферик шишлар, гидроторакс, гидроперикардит бошланиши). Аввалига рефлекслар кучаяди, кейинчалик улар сўниб кетади, болани талваса тутуши, тетания бошланиши мумкин.

Сийдик текшириб кўрилганда протеинурия, гематурия, цилиндрурия топилади, сийдикнинг нисбий зичлиги камайиб қолган бўлади. Қонда қолдик азот миқдори зўр бериб кўпайиб боради, илк муддатларда анемия лайдо бўлади.

Хирургик ва травматик шокда шокка қарши актив даво қилиб борилади. Сийдик йўллари босилиб қолишидан юз берган анурияда сийдик чиқариш йўлларига дарҳол катетер солиш зарур. Оғир металллар тузлари билан заҳарланиш вақтида заҳар кучини қирқадиган модда, яъни зидди заҳар (антидот) — унитиол юборилади; сульфаниламидлар билан заҳарланиш туфайли юз берган анурияда сийдик йўлларига катетер солиниб, венадан 5 мл/кг ҳисобидан 4% ли натрий бикарбонат эритмаси юборилади, тўғри келмайдиган қон қуйиб қўйилганда алиштириш учун қон қўйилади ва суткасига 2 мг/кг ҳисобидан венага (ёки мускуллар орасига) преднизолон юборилади.

Диурез кескин камайганда ёки анурия бошланганда венадан глюкоза эритмаси юборилади, гипергидратация ҳодисалари бўлганда 20% ли, гиперосмолярлик ҳолларида 5% ли эритмаси 2:1 нисбатдаги изотоник нитрий хлорид эритмаси билан биргаликда ишлатилади. Олигоанурия бошланганидан ҳисоблаганда дастлабки 2—3 куни 1 г/кг дозадаги маннитни 15% ли эритма кўринишида минутига 60—80 томчи тезлигида венадан юбориш мумкин. Ичиш учун 30—50 г дан сорбит ёки натрий сульфат буюрилади. Венадан 10% ли кальций глюконат эритмасини 10—20 мл дан, 20—40% ли глюкоза эритмасини 100—200 мл дан юбориб турилади.

Ацидозни бартараф этиш учун суткасига 3—8 ммоль/кг ҳисобидан 4% ли натрий гидрокарбонат эритмасини венадан юбориб туриш тавсия этилади (бу эритманинг 100 миллилитрида 60 ммоль натрий гидрокарбонат бўлишини ҳисобга олиб). Бола сирка эссенцияси билан заҳарланганида ва гемолитик кризлар маҳалларида ишқорлар билан зўр бериб даво қилиш, айниқса, зарур.

Алмашинув процессларини яхшилаш учун боланинг ёшига тўғри келадиган дозаларда В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> витаминлар, кальций пантотенат, АТФ, кокарбоксилаза глутаминат кислота буюрилади.

Гипергидратация пайтида диуретик воситалар (фуросемид, спиронолактон) ва эуфиллин ишлатиш ўринли бўлади.

Артериал босим кўтарилган бўлса, гипотензив воситалар — суткасига 0,1 мг дан то 0,25 мг гача резерпин, суткасига 0,5 мг дан то 2 мг гача раунатин буюрилади. Асоратларнинг олдини олиш учун антибиотиклар: ярим синтетик пенициллинлар, левомецетин юбориб турилади.

Ўткир буйрак етишмовчилиги пайтида маълум бир зарурият бўлса, сўнгги йилларда гемодиализ кенг қўлланилмоқда.

### Анафилактик шок

Организмга аллерген (дори моддаси, оқсил препаратлари, озиқ-овқат маҳсулотлари) юборилишига жавобан бемор ранги тўсатдан оқариб, аъзойи-бадани муздек ёпишқоқ терга тушиши билан реакция кўрсатади, сўнгра цианоз пайдо бўлиб, юрак тонлари бўғиқ, пульс ипсимон бўлиб қолади, артериал босим кескин пасаяди. Кўкрак қафаси дам бўлиб, экскурсияси чекланиб қолади, бир талай қуруқ хириллашлар эшитилади. Аксари клоник-тоник талвасалар тутиб, одам қайт қилади, қовуғи билан ичаги беихтиёр бўшайди. Ана шу хатарли ҳолат эндигина бошланиб келадиганида дастлабки минутларда амалга ошириладиган терапевтик чора-тадбирлар жуда муҳим аҳамиятга эга.

Аллерген сингари таъсир қиладиган препарат юбориш дарҳол тўхтатилади. Препарат қўл-оёқ соҳаларига юборилган бўлса, юборилган жойининг юқорироғига жгут солиб боғлаб қўйилади. Аллерген юборилган жой атрофига гир айлантриб 3—5 мл изотоник натрий хлорид эритмасида суюлтирилган 0,5—1,0% ли 0,1 мл адреналин эритмаси инъекция қилиб чиқилади.

Қасални ўринга ётқизиб, бошини ён томонга бурилади ва тили тиқилиб қолмаслиги чораси кўрилади. Тоза ҳаво келиб туриши таъминланади, беморни грелкалар қўйиб ўраб чиқилади, зарур бўлса, намланган кислород бериб турилади.

Ҳар 30—60 минутда тери остига 0,3—0,5 мл миқдорда 0,1% ли адреналин эритмаси юбориб турилади (оғир ҳолларда адреналинни глюкоза эритмаси билан биргаликда томчилаб венадан юбориш мумкин). Адреналин юбориб бўлинганидан кейин ҳам беморнинг ҳаётига таҳдид солиб турган хавф-хатар сақланиб қолавериладиган бўлса, 5% ли глюкоза эритмасидаги мезатонни (1% ли

эритмасидан 0,1—0,15 мл миқдориди) эфедрин (5% ли эритмасидан 0,1—0,2 мл) билан бирга венадан юбориш тавсия этилади.

Адреналин, мезатон, эфедринни венадан бериш учун ишлатилганида аста-секин юборилади.

Шу билан бирга 10 мл 10—20% ли глюкоза эритмасидаги преднизолонни венадан оқим ҳолида юборилади, кейин уни венадан томчилаб юборишга ўтилади. Преднизолоннинг суткали дозаси 1,5—2 мг/кг ни, баъзида эса 3—4 мг/кг ни ташкил қилади.

Шу билан бирга юрак гликозидлари (ёшга тўғри келадиган дозаларда строфантин ёки коргликон), гистаминга қарши препаратлар (димедрол, пипольфен, супрастин) ишлатилади.

Мия шишган бўлса (бола қайт қилиб, энса мускуллари тағанг тортиб турган, Керниг симптоми мусбат бўлиб, талвасалар тутаётганда), минутига 100—200 томчи тезлик билан венадан 15% ли маннитол эритмаси юбориш тайинланади. Унинг суткали дозаси қуруқ моддасига айлантириб ҳисоблаганда 1 кг тана вазнига 1,5 г ни ташкил этади, буни 7—8 соат оралаб, уч бўлиб юборилади. Қўшимча қилиб концентранган плазма (30—50 мл) ёки 20% ли альбумин эритмаси (30—50 мл) ё бўлмаса, 20% ли глюкоза эритмаси (3—5 мл/кг) юбориш йўли билан маннитол таъсири кучайтрилиши мумкин. Маннитол юборилганидан кейин сийдик келиши етарлича кучаймайдиган бўлса, венага ёки мускуллар орасига 1—2 мг/кг дозада фуросемид юборилади.

Мускуллар орасига 0,2 мл/кг дозада 25% ли магний сульфат эритмаси ҳам юбориб турилади.

Талвасага қарши чоралар етарлича қор қилмаётган бўлса, юқорида кўрсатиб ўтилган давога қўшимча қилиб мускуллар орасидан 2,5% ли аминазин эритмаси инъекция қилиб турилади, бу препаратнинг суткали дозаси 3—4 мг/кг ни ташкил этади ва 3—4 бўлиб юборилади. Аминазин инъекциялари оғритади, шу сабабли уни ишлатишдан олдин 0,25—0,5% ли новокаин эритмасида суюлтириб олинади.

Талвасага қарши таъсири ҳаммадан кўра кучлироқ препарат натрий оксibuтиратдир (бир мартали дозаси 50—100 мг/кг), унинг 20% ли эритмаси 50 мл 5% ли глюкоза эритмасида томчилаб ёки оқим ҳолида аста-секин юборилади. Препаратни 6 соат оралатиб такрор буюриш мумкин. Натрий оксibuтират таъсири давом этиб турган маҳалда седатив ва талвасага қарши бошқа моддалар кучлироқ қор қиладиган бўлади.

Анафилактик шокда кўпинча бирдан кучайиб борадиган обструкцион нафас етишмовчилиги кузатилади, бунинг давоси тегишли бўлимда кўздан кечирилади.

### Эксикоз билан ўтадиган токсикоз

Ёш гўдакларнинг дизентерия, сальмонеллез, коли-инфекция, токсик диспепсия сингари касалликлари, стафилококк, протей ва бошқа қўзғатувчилар туфайли пайдо бўлиб, овқат токсикоинфекциялари типиди ўтувчи касалликлари вақтида эксикоз (сувсираш,

қовжираш) билан бирга ўтадиган токсикоз синдроми ҳаммадан кўра кўпроқ кузатилади.

Сувсирашнинг енгил (I) даражасида тана вазни кўпи билан 5% камаяди, бола бесаранжом бўлиб, бир қадар чанқаб туради, шиллиқ пардалари қуруқшаб қолади.

II даражали дегидратацияда йўқолиб кетадиган суюқлик миқдори тана вазнининг 8—10% га етади, бадан териси, шиллиқ пардалар, кўз склералари қуруқ бўлиб қолади, катта лиқилдоқ ичига тортиб туради, тўқималар тургори пасайиб, юрак тонлари бўғиқроқ эшитилади, тахикардия пайдо бўлади, артериал босим пасайиб кетади, диурез камаяди.

Сувсирашнинг оғир (III) даражасида тана вазнининг камомати 15% га етади, боланинг бурни чўччайиб, юзи чакак-чакак бўлиб кетади, овози бўғилиб, чиқмай қолиши ҳам мумкин, бадан териси, шиллиқ пардалари, кўз шох пардаси анча қуруқ, қўл-оёқлари муздек бўлиб туради. Юрак-томирлар системасига алоқадор ўзгарилар зўрайиб боради, анурия бошланиши мумкин. Тана температураси субфебрил даражадан то юқори рақамларгача кўтарилади.

Боланинг ёши ва эксикознинг даражасига қараб қанча суюқлик ка муҳтож бўлиши 27-жадвалда келтирилган.

Сувсирашнинг сув етишмайдиган, туз етишмайдиган ва изотоник типлари тафовут қилинади.

27 - ж а д в а л

**Боланинг ёши ва эксикозининг даражасига қараб суюқликка бўлган эҳтиёжи**

Боланинг ёши	Дегидратацияга зарур бўладиган суюқлик миқдори (мл/кг)		
	I даража	II даража	III даража
1 ёшгача	130—170	175—200	220
1—5 ёш	100—125	130—170	175
6—10 ёш	75—100	160	130

Унинг сув етишмаслигидан бўладиган тури камдан-кам учрайди, бунда тузлардан кўра анча кўп сув йўқолиб турадиган бўлади. Клиник кўриниши умуман безовталаниб, пойма-пой ҳаракатлар қилиш, бесаранжомланиш, шиллиқ пардалар, бадан терисининг қуруқшаб туриши, тери эластиклигининг йўқолиб кетиши, чанқаш, катта лиқилдоқнинг ичга тортиб туриши, тахикардия бўлиши, артериал босим пасайиб кетиши, диурез кучайиши, тана вазнининг камайиши билан характерланади.

Туз етишмайдиган хилида сувсираш кескин ифодаланган бўлиб, бола юзи чакак-чакак бўлиб кетади, териси иссиқ, керкиб турган бўлиши мумкин, бола чанқамайди, бўшашиб, қувватдан



кетади, эси кирарли-чиқарли бўлиб туради, пай ва қорин рефлекслари сусаяди ёки йўқолиб кетади, юрак тонлари бўғиқ эшитилади, пульс яхши тўлишмайдиган, тезлашган бўлади, диурез камайиб кетади, тана вазни камайиб боради.

Сувсирашнинг изотоник хили ҳаммасидан кўра кўпроқ учрайди. Бунда сув билан электролитлар бир хил миқдорда йўқотилган бўлади. Бадан териси, шиллиқ пардалар тобора кўпроқ қуруқлаш бориб, оқариб кетади, иштаҳа пасайиб қолади, бир қадар сезиларли чанқоқлик бўлади, бола бўшашиб ёки бесаранжом бўлиб туриши мумкин, пульси тезлашиб, артериал босими бир қадар пасаяди, диурез камаяди.

Эксикоз билан ўтадиган токсикознинг давоси тўғрисида «Дизентерия» ва «Колиэнтерит» га қаралсин.

Ичакка алоқадор токсикозларда кўпинча паралитик ичак тутилиши бошланади (I босқичи). Аввалига қорин бир қадар дам бўлиб, перистальтика шовқинлари эшитилиб туради, газлар билан ич юришмай қолади, бола қайт қилади.

Парезнинг II босқичида безовталиқ, ҳансираш, тахикардия бошланиб, қорин дам бўлиб туради, перистальтика шовқинлари аҳён-аҳёнда эшитилади, бола дуоденал суюқлик аралаш қайт қилиши мумкин.

Парезнинг III босқичида касалларнинг аҳволи жуда оғир бўлади, бола безовталанаверади ёки жуда бўшашиб қолади, тахикардия бошланиб, артериал босим пасайиб кетади, нафас токсик типга киради, олигурия бошланади. Қорин кескин дам бўлиб, перистальтика йўқолиб кетади, бола ичак суюқлиғи аралаш қайт қилади.

Қорин массаж қилинади, болани иссиқ қилиб ўраб қўйиш, грелкалар қўйиш, гипертоник клизмалар қилиш буюрилади (ичакдан қон кетмаётган бўлса, 3—5% ли натрий хлорид эритмаси 10—30 мл дан). Болага 2—3% ли калий хлорид эритмаси, глицерин ичирилади (1—3 мл/кг дан, 1—2 маҳал).

Қайт қилиш билан бирга давом этиб бораётган турғун парезда меъдага доимий қилиб зонд солинади ёки зондни вақти-вақти билан солиб турилади, болага 0,05% ли прозеринни ҳар бир ёшига 0,1 мл ҳисобидан 30—40 минут оралатиб, уч марта тери остига инъекция қилиб туриб, венасидан коктейл юборилади (2 мл 10% ли кальций глюконат эритмаси, 2 мл 2% ли глюкоза эритмаси ва 2 мл 0,25% ли новокаин эритмаси). Питуитрин (0,1—0,2 мл дан мускуллар орасига), 25% ли глюкоза эритмасидаги 1% ли метилен кўки эритмаси (0,1 мл/кг дан венага) ҳам буюрилади. Таъсири бўлмаса, Огнев усули бўйича қилинадиган клизма буюрилади (тенг миқдордаги глицерин +3% ли водород пероксид эритмаси +5% ли натрий хлорид эритмаси. 1 ёшгача бўлган болаларга ҳар сафар 8—10 мл; 1 ёшдан катта болаларга 12—15 мл дан).

Ичакни электр билан стимуллаш, паранефрал ва перидурал блокада қилиш усуллари қўлланилиши мумкин.

**Заҳарли ва таъсири зўр дори моддаларнинг СССР Давлат фармакопеяси дозалари, қисқартирилган ҳолда**

Дори моддалари	Рўйхати	1/2 ёшгача		1/2—2 ёш	
		бир марта-ли	суткали	бир марта-ли	суткали
Acidum hydrochloricum dilutum, томчилар	Б	1	3	2	6
Acidum nicotinicum, г	Б	0,005	0,015	0,008	0,024
Acrichinum, г	Б	0,0125	0,25	0,0125	0,025
Adonisidum, томчилар	Б	1	2	2	4
Aethazolum, г	Б	0,2	Суткасига 1 кг вазнига		
Amidopyrinum, г	Б	0,025	0,075	0,05	0,15
Aminazinum, г	Б	0,005— 0,0075	0,01— 0,015	0,01	0,02
Anaesthesinum, г	Б	0,025	0,075	0,04	0,12
Analginum, г	Б	0,025	0,075	0,05	0,15
Antipyrinum, г	Б	Буюрилмайди		0,05	0,15
Atropini sulfas, г	А	0,0001	0,0002	0,0002	0,0004
Barbamylum, г	Б	0,01	0,02	0,01	0,02
Barbitalum-natrium, г	Б	0,03	0,06	0,075	0,15
Benzylpenicillinum-natrium (Benzylpenicillinum-kalium) ТБ	Б	50 000	100 000	100 000	200 000
Bromisovalum, г	Б	0,05	0,1	0,1	0,2
Butadionum, г	Б	Буюрилмайди		0,01	0,03
Carbromalum, г	Б	»	»	0,1	0,2
Chloralum hydratum, г	Б	0,1	0,3	0,15	0,45
Chlortetracyclini hydrochloridum, г	Б		0,025	суткасига 1 кг тана вазнига	
Codeinum, г	Б	Буюрилмайди			
Codeini, phosphas, г	Б	»	»	0,0025	0,0075
Coffeinum, г	Б	»	»	0,02	0,06
Coffeinum-natrii-benzoas, г	Б	0,05	0,15	0,06	0,18
Corazolium (ичишга, тери остига юборишга)	Б	0,02	0,04	0,02	0,06
Cordiaminum (тери остига), мл	Б	0,1	0,2	0,1	0,2
Cordiaminum (ичишга, томчиялар),	Б	2	6	3	9
Cytitonum (венага мускуллар орасига), мл	Б	0,15	0,3	0,15	0,3
Dibazolium (иерв системаси касалликларида), г	Б	0,001	0,001	0,001	0,001
Digalen-neo (ичишга), томчилар	Б	1	3	2	6
Dimedrolum, г	Б	0,002	0,006	0,005	0,015
Ephedrini hydrochloridum (ичишга, тери остига), г	Б	0,0025	0,0075	0,006	0,02
Erythromycinum, г	Б	0,002— 0,008	0,006	0,005	0,015
Euphyllinum, г	Б	Буюрилмайди		1 кг тана вазнига ҳар сафар	
Extractum Belladonnae siccum, г	Б	»	»	0,01	0,03
Extractum Filicis maris spissum, г	Б			0,0025	0,0075
	Б			Буюрилмайди	

ИЛОВАЛАР

1-ИЛОВА

(X наشري) га мувофиқ болалар учун мулжалланган энг катта ва суткали

2 ёш		3-4 ёш		5-6 ёш		7-9 ёш		10-14 ёш	
бир мартали	суткали	бир мартали	суткали	бир мартали	суткали	бир мартали	суткали	бир мартали	суткали
2	6	3	9	5	15	7	20	8	20
0,01	0,03	0,03	0,045	0,025	0,017	0,03	0,09	0,05	0,15
0,025	0,05	0,05	0,08	0,05	0,1	0,075	0,15	0,1	0,2
3	6	5	10	6	12	8	15	10	20
		0,35	20	0,4	2,5	0,5	3,0	0,5	3,0
0,05	0,15	0,075	0,2	0,1	0,3	0,15	0,45	0,2	0,6
0,015	0,03	0,025	0,05	0,5	0,1	0,75	0,15	0,1	0,2
0,06	0,18	0,08	0,24	0,12	0,36	0,16	0,5	0,2	0,6
0,1	0,3	0,15	0,45	0,2	0,6	0,25	0,75	0,3	0,9
0,075	0,2	0,1	0,3	0,15	0,45	0,2	0,6	0,25	0,75
0,0002	0,0004	0,00025	0,0005	0,0003	0,0006	0,0004	0,0008	0,0005	0,001
0,02	0,04	0,03	0,06	0,04	0,08	0,05	0,1	0,1	0,2
0,1	0,2	0,15	0,3	0,2	0,4	0,25	0,5	0,3	0,6
125 000	250 000	200 000	400 000	250 000	500 000	300 000	600 000	375 000	750 000
0,15	0,3	0,2	0,4	0,25	0,5	0,3	0,6	0,4	0,8
0,02	0,06	0,03	0,09	0,04	0,12	0,05	0,15	0,8	0,24
0,15	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,25	0,5	0,3	0,6
0,2	0,6	0,25	0,75	0,3	0,9	0,4	1,2	0,5	1,5
		0,075	0,3	0,1	0,4	0,15	0,6	0,2	0,8
0,002	0,006	0,004	0,012	0,005	0,015	0,006	0,02	0,06	0,02
0,004	0,012	0,005	0,15	0,006	0,02	0,01	0,03	0,015	0,045
0,04	0,12	0,05	0,15	0,06	0,18	0,075	0,25	0,1	0,3
0,07	0,2	0,08	0,25	0,1	0,3	0,15	0,5	0,2	0,6
0,03	0,09	0,05	0,15	0,06	0,18	0,075	0,2	0,08	0,25
0,15	0,3	0,25	0,5	0,3	0,6	0,5	1,0	0,8	1,5
4	12	5	15	6	18	8	25	15	40
0,2	0,4	0,25	0,5	0,3	0,6	0,4	0,8	0,6	1,2
0,002	0,002	0,004	0,004	0,005	0,005	0,006	0,006	0,008	0,008
4	12	6	18	7	21	8	24	10	30
0,01	0,03	0,015	0,045	0,02	0,06	0,03	0,09	0,04	0,1
0,01	0,03	0,015	0,045	0,015	0,045	0,02	0,06	0,025	0,075
0,008	0,025	0,01	0,03	0,012	0,036	0,015	0,045	0,02	0,06
		0,125	0,5	0,15	0,6	0,2	0,8	0,25	1,0
0,02	0,06	0,03	0,09	0,05	0,15	0,075	0,25	0,1	0,3
0,003	0,009	0,004	0,012	0,005	0,015	0,0075	0,025	0,01	0,03
1,0	1,0	1,5-2,0	1,5-2,0	2,5-3,0	2,5-3,0	2,5-4,0	3,5-4,0	5,0	5,0

Дори моддалари	Руйхати	1/2 ёшгача		1/3-1 ёш	
		бир мар- тали	суткали	бир мар- тали	суткали
Folium Digitalis, г	Б	0,005	0,02	0,01	0,04
Calanthamini hydrobromidum (тери остига), г	А	Буюрилмайди		0,00025	0,0005
Herba Adonidis vernalis, г	Б	0,03	0,12	0,05	0,2
Herba Thermopsidis, г	Б	0,005	0,015	0,005	0,015
Laevomycesinum, г томчилар	Б	1 кг тана вазнига бир мартали доза- си 0,02, суткали дозаси 0,12			
Lantosidum, томчилар	Б	1	3	2	6
Liquor Kalii arsenitis,	А	Буюрилмайди			
Norsulfazolium, г	Б	Суткасига 1 кг тана вазнига 0,2			
Omnoponium, г	А	Буюрилмайди			
Oxytetracyclini dihydras, г	Б	Суткасига 1 кг тана вазнига			
Papaverini hydrochloridum, г	Б	Буюрилмайди		0,005	0,01
Phenobarbitalum, г	Б	0,005	0,01	0,01	0,02
Phenoxymethylpenicillinum, г	Б	Суткасига 1 кг тана вазнига 0,015			
Pnithivazidum, г	Б	0,04	1	»	
Platyphilini hydrotartras (ичишга, тери остига), г	А	0,0004	0,0012	0,0006	0,0025
Prednisolonum, г	Б	Суткасига 1 кг тана вазнига 0,001			
Prednisonum, г	Б	1 кг » » »			
Promedolum, г	А	Буюрилмайди			
Promedolum (тери остига), г	А	«		»	
Proserinum г	А	Буюрилмайди		0,001	0,001
Solutio Adrenalini hydrochloridi 0,1% (тери остига), г	Б	0,1	0,3	0,15	0,5
Solutio Proserini 0,05% (муқкуллар орасига)	А	Буюрилмайди		0,1	0,1
Solutio Strophanthini K 0,05% (тери остига), мл	А	0,05	0,05	0,05	0,05
Streptocidum, г	Б	Суткасига 1 кг тана вазнига 0,2			
Streptomycinum sulfas (муқкул орасига), г	Б	» 1 » » » 0,02			
Strychnini nitras, г	А	Буюрилмайди			
Sulfacylum-natrium, г	Б	Суткасига 1 кг тана вазнига		0,2	
Sulfadimezinum, г	Б	1 » » » 0,2			
Tetracyclinum, г	Б	1 » » »			
Theophyllinum, г	Б	Буюрилмайди			
Thymolum, г	Б	»			
Thyreoidinum, г	Б	0,01	0,03	0,02	0,06
Tinctura Belladonnae, томчилар	Б	1	3	1	3
Tinctura Opii simplex, томчилар	А	Буюрилмайди			
Tinctura Strychni, томчилар	Б	»			
Vicasolum, г	Б	0,002—	0,006—	0,002—	0,006
		0,005	0,015	0,005	0,015

2 ёш		3-4 ёш		5-6 ёш		7-9 ёш		10-14 ёш	
бир мартали	суткали	бир мартали	суткали	бир мартали	суткали	бир мартали	суткали	бир мартали	суткали
0,02 0,0005	0,08 0,001	0,03 0,001	0,12 0,002	0,04 0,0025	0,16 0,005	0,05 0,003	0,2 0,006	0,075 0,005	0,3 0,01
0,1 0,01	0,4 0,03	0,15 0,015 0,25	0,6 0,045 1,5	0,2 0,02 0,25	0,8 0,06 1,5	3,0 0,025 0,3	1,2 0,075 1,8	0,5 0,03 0,4	2,0 0,1 2,0
3 1	9 3	5 1 0,35 0,003	15 3 2,0 0,060	6 2 0,4 0,005	18 6 2,5 0,015	10 2 0,5 0,006	30 6 3,0 0,02	15 3 0,5 0,0075	45 9 3,0 0,02
0,002	0,004	0,15 0,03	0,3 0,03	0,2 0,02	0,4 0,04	0,25 0,03	0,5 0,06 0,1	0,3 0,05	0,6 0,15
0,01 0,02	0,02 0,04	0,1 0,3 1,3	0,06 0,2 0,6	0,125 0,35	0,25 0,7	0,15 0,4	0,3 0,8	0,075 0,2 0,5	0,15 0,4 1,0
0,001	0,003	0,0015	0,00045	0,0025	0,0075	0,003	0,009	0,005	0,015
				—	0,02	—	0,025	—	0,04
				—	0,02	—	0,025	—	0,04
0,005 0,003 0,002 0,2	0,01 0,006 0,002 0,6	0,0015 0,005 0,003 0,25	0,015 0,01 0,003 0,75	0,01 0,0075 0,005 0,4	0,02 0,015 0,005 1,2	0,01 0,0075 0,007 0,5	0,02 0,015 0,007 1,5	0,015 0,01 0,01 0,75	0,03 0,02 0,01 2,0
0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6	0,75	0,75
0,1	0,1	0,15	0,15	0,15	0,2	0,25	0,25	0,25	0,5
		0,35 0,15	2,0 0,3	0,4 0,175	2,5 0,35	0,5 0,2	3,0 0,4	0,5 0,25	3,0 0,5
0,00025	0,0005	0,0003	0,0006	0,0005	0,001	0,0006	0,0012	0,0007	0,0015
		0,35 0,35 0,15	2,0 2,0 0,3	0,4 0,4 0,2	2,5 2,5 0,4	0,5 0,5 0,25	3,0 3,0 0,5	0,5 0,5 0,3	3,0 3,0 0,6
0,04 0,05 0,03	0,12 0,2 0,09	0,05 0,1 0,05	0,15 0,4 0,15	0,06 0,15 0,075	0,2 0,6 0,25	0,08 0,25 0,1	0,25 1,0 0,3	0,1 0,3 0,15	0,3 1,2 0,45
2	6	3	9	3	9	4	12	4	12
		1	2	3	6	4	8	5	10
1	2	2	4	3	6	4	8	5	10
0,006	0,018	0,008	0,025	0,01	0,03	0,01	0,03	0,015	0,045

ИККИТА АНТИБИОТИК БИРГА ҚУШИБ ИШЛАТИЛГАНИДА НАФ БЕРИШ-БЕРМАСЛИГИ  
(Я. Б. МАКСИМОВИЧ АСАРИДАН)

Тартип №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	0	+	+	+	+	+	+	+	+	±	+	++	++	++
2	+	0	±	+	+	+	+	+	+	+	+	++	+	+
3	+	±	0	+	+	+	+	+	+	+	+	++	+	+
4	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	++	+	+
5	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	++	+	+
6	+	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+
7	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+	+	±	+	+
8	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+
9	±	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+
10	±	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+	+
11	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+
12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+
13	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+
14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0

ЭСЛАТМА: ++ ва +++ бирга ишлатиш тавсия этилади; + бирга ишлатса бўлади, ± бирга ишлатиш  
унча маъқул эмас (антагонизм бўлиши мумкин), — бирга ишлатиш мумкин эмас.

### БАЪЗИ ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАР ИНКУБАЦИОН ДАВРИНИНГ МУДДАТИ

Касаллик	Инкубацион даври (кунлар)		
	ўртача	кам дегагда	кўп дегагда
Аденовирус инфекцияси	5—7	4	14
Вирусли гепатит А	20—30	15	45
Вирусли гепатит В	90	30	120—180
Грипп	1	12 соат	2
Дизентерия	2—3	1	7
Дифтерия	3—5	2	10
Кўкйўтал, паракўкйўтал	5—7	2	14
Коли-инфекция	4—5	3	6
Қизамиқ	10	9	17
Қизилча	16—20	11	24
Сувчечак	13—17	10	21
Парагрипп	5—7	2	7
Эпидемик паротит	16	11	23
Полиомиелит	10—12	5	35
Риновирус инфекцияси	2—3	1	5
Скарлатина	3—6	1	12
Энтеровирус инфекцияси (Коксаки ва ЕСНО)	3—4	2	10

### ЭМЛАШ КАЛЕНДАРИ

(СССР Соғлиқни сақлаш министри томонидан 1980 йил 14 январда  
тасдиқланган)

Тартиб №№	Эмлаш тури	Вакцинация	Ревакцинация			
			I	II	III	IV
1	Силга қарши	Ҳаётнинг 5—7-куннда	7 ёшда	12 ёшда	17 ёшда	—
2	Полиомиелитга қарши	3 ойликда	1 ёшда	2 ёшда	7—8 ёшда	15—16
3	Дифтерия, кўкйўтал, қоқшолга қар- ши	3—»—	Вакцинация- дан кейин 1½—2 йил ўтказиб	—	—	—
4	Дифтерия би- лан қоқшолга қарши	—	—	6 ёшда	11 ёшда	—
5	Қоқшолга қарши	—	—	—	—	16—17 ёшда
6	Қизамиққа қарши	15—18 ой- ликда	—	—	—	—
7	Паротитга қарши	15—18 ой- ликда	—	—	—	—

**ЭНГ КҮП ИШЛАТИЛАДИГАН ДОРИ МОДДАЛАРНИНГ  
ТАХМИНИЙ РЕЦЕПТЛАРИ**

- Rp.: Adonisidi 15,0  
DS. 7 яшар болага 7 томчидан кунига 2—3 маҳал
- Rp.: Acidi acetylsalicylici 0,5  
D.t.d. N. 6 in tabul.  
S. 10 яшар болага 1 таблеткадан кунига 4 маҳал
- Rp.: Acidi ascorbinici 0,1  
Sacchari 0,2  
M.f.pulv.D.t.d. № 12  
S. 4 яшар болага 1 порошокдан кунига 3 маҳал
- Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5 % 2,0  
D.t.d.N.5 in ampullis  
S. 5 яшар болга 1 мл дан мускуллар орасига
- Rp.: Sol. Acidi Borici 2 % 100,0  
DS. Кунига 2 маҳал кўзларни ювиб туриш учун
- Rp.: Acidi hydrochlorici diluti 1,0  
Pepsini 1,5  
Aq. destill. 100,0  
MDS. 1 яшар болага овқат олдидан кунига 3 маҳал 1 чой қошиқдан
- Rp.: Sol. Acidi glutaminici 1 % 100,0  
DS. 1 яшар болага 1 чой қошиқдан кунига 4 марта
- Rp.: Acidi nicotiniци 0,02  
Sacchari 0,2  
M.f.pulv.D.t.d. N. 20  
S. 10 яшар болага 1 порошокдан кунига 2 маҳал
- Rp.: Sol. Acidi nicotiniци 1 % 1,0  
D.t.d.N. 10 in ampullis  
S. 2 яшар болага 0,5 мл дан мускуллар орасига
- Rp.: Sol. Adrenalini hydrochloridi 1: 1000—1,0  
D.t.d. N. 5 in ampullis  
S. 3 яшар болага 0,4 мл дан теря осига
- Rp.: Aethaminali-natrii 0,1  
D.t.d.N. 6 in tabul.  
S. 12 яшар болага уйқудан ярим соат илгари 1 таблеткадан
- Rp.: Amidopyrini 0,25  
D.t.d. N. 6 in tabul.  
S. 10 яшар болага 1 таблеткадан кунига 3 маҳал
- Rp.: Aminasini 2,5 % 5,0  
D.t.d. N. 6 in ampullis  
S. 10 яшар болага 3 мл дан кунига 2 маҳал мускуллар орасига инъекция қилиш учун (олдин 5 мл 0,5 % ли новокаин эритмасида суюлтирилсан)
- Rp.: Aminazini 0,025  
D.t.d. N. 30 in tabul.  
S. 12 яшар болага овқатдан кейин 1 таблеткадан кунига 3 маҳал



- Rp.: Ampicillini 0,25  
D.t.d.N. 20 in tabul.  
S. 6 яшар болага  $\frac{1}{2}$  таблеткадан кунига 6 маҳал
- Rp.: Analgini 0,5  
D.t.d. N. 10 in tabul.  
S. 8 яшар болага  $\frac{1}{2}$  таблеткадан кунига 3 маҳал
- Rp.: Sol. Analgini 50% 1,0  
D.t.d. N. 6 in ampullis  
S. 3 яшар болага 0,2 мл дан мускуллар орасига
- Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0,1% 5,0  
DS. 2 ойлик болага чой қошиқда 2 томчидан кунига 1—2—3 маҳал (пилороспазма)
- Rp.: Benzylpenicillini-natrii 300000 ТБ  
D.t.d. N. 6 in ampullis  
S. 3 мл 25% ли стерил новокаин эритмасида эритилиб, 5 яшар болага 150 000 ТБ дан кунига 4 маҳал мускуллар орасига юборилсин
- Rp.: Bicillini—5 1 500 000 ТБ  
D.t.d. N. 3  
S. 10 яшар болага 1200 000 ТБ дан ойига 1 марта мускуллар орасига
- Rp.: Butadioni 0,1  
D.t.d. N. 30 in tabul.  
S. 10 яшар болага 1 таблеткадан кунига 2 маҳал
- Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10% 10,0  
D.t.d. N. 6 in ampullis  
S. 5 яшар болага 3 мл дан мускуллар орасига (венага)
- Rp.: Calcii gluconatis 1,0  
D.t.d. N. 30  
S. 9 яшар болага 1 порошокдан кунига 3 маҳал
- Rp.: Calcii chloridi 10,0  
Aq. destill. 100,0  
MDS. 5 яшар болага 1 десерт қошиқдан кунига 3 маҳал
- Rp.: Sol. Camphorae oleosae 20% 1,0  
D.t.d.N.6 in ampullis  
S. 5 яшар болага 0,5—1 мл дан тери остига
- Rp.: Kanamycini disulfatis 1,0  
D.t.d.N.6  
S. 5 мл 0,5% ли новокаин эритмасида эритилиб, 1 яшар болага 2 мл дан кунига 2 маҳал мускуллари орасига юборилсин
- Rp.: Sol. Corasoli 10% 1,0  
D.t.d.N.6. in ampullis  
S. 6 яшар болага 0,5 мл дан тери остига
- Rp.: Chlorali hydratis 0,3  
Mucilaginis Amyli  
Aq. destill. aa 15,0  
MDS. 5 яшар болага бир марта клизма қилиш учун
- Rp.: Cocarboxylasi 0,05  
D.t.d. N. 10 in ampullis  
S. Ампула ичидагисини қушиб берилган эритувчида эритиб,

10 яшар болага мускуллари орасига кунига 2 маҳал юборилсин

- Rp.: Codeini phosphatis 0,05  
Aq.destill. 100,0  
M.D.S. 12 яшар болага 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал
- Rp.: Cordiamini 1,0  
D.t.d.N. 6 in ampullis  
S. 10 ойлик болага 0,1 мл дан кунига 2 маҳал тери остига
- Rp.: Cordiamini 10,0  
D.S. 4 яшар болага 4 томчидан кунига 3 маҳал
- Rp.: Sol.Coffeini natrio-benzoatis 1% 100,0  
D.S. 2 яшар болага 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал
- Rp.: Sol. Coffeini natrio-benzoatis 10% 1,0  
D.t.d. N.6 in ampullis  
S. 2 яшар болага 0,25 мл дан кунига 2 маҳал тери остига
- Rp.: Sol.Corglyconi 0,06% 1,0  
D.t.d. N. 12 in ampullis  
S. 0,5 мл коргликонини 10 мл 20% ли глюкоза эритмасида эритиб, 10 яшар болага венасидан аста-секин юборилсин
- Rp.: Erythromycini 100 000 ТБ  
D.t.d.N. 10 in tabul.  
S. 1 яшар болага 1/2 таблеткадан кунига 4 маҳал
- Rp.: Euphyllini 0,1  
D.t.d.N. 10 in tabul.  
S. 6 яшар болага 1/2 таблеткадан кунига 2—3 маҳал
- Rp.: Ferri lactatis 1,0  
D.t.d.N. 15 in caps. gelat.  
S. Овқат пайтида 1 капсуладан кунига 3 маҳал
- Rp.: Sol. Furacilini 0,02% 200,  
D.S. 3 яшар бола озини чайиш учун
- Rp.: Gamma-globulini 3,0  
D.t.d.N. 3 in ampullis  
S. 3 яшар болага мускуллари орасидан юбориш учун
- Rp.: Cytitoni 1,0  
D.t.d.N. 3 in ampullis  
S. 2 яшар болага 0,2 мл дан териси остига кунига 2 маҳал
- Rp.: Dibasoli 0,003  
Sacchari 0,2  
M.f. pulv. D.t.d. N. 12  
S. 4 яшар болага 1 порошокдан наҳорга
- Rp.: Digoxini 0,00025  
D.t.d. N. 50 in tabul.  
S. 5 яшар болага 1/2 таблеткадан кунига 3 маҳал
- Rp.: Dimedroli 0,015  
Sacchari 0,2  
M.f.pulv. D.t.d. N.6  
S. 4 яшар болага 1 порошокдан кунига 3 маҳал

- Rp. : Sol.Dimedroli 1% 1,0  
D.t.d. N. 6 in ampullis  
S. 5 яшар болага 0,5 мл дан мускуллар орасига
- Rp. : Ephedrini hydrochloridi 0,01  
Sacchari 0,2  
M.f.pulv.D.t.d. N. 12  
S. 5 яшар болага 1 порошокдан кунига 2 маҳал
- Rp. : Extracti Filicis maris 0,5  
D.t.d.N.8 in caps.gelat.  
S. 8 яшар болага 10—15 минут оралатиб 1 капсуладан ичирилсин
- Rp. : Sol.Glucosi 25% 20,0  
D.t.d. N.6 in ampullis  
S. 3 яшар бола венасига бир марта юбориш учун
- Rp. : Inf.herbae Adonidis vernalis 2,0: 100,0  
DS. 12 яшар болага 1 ош қошиқдан кунига 3—4 маҳал
- Rp. : Infusi radices Althaeae 2,0: 100,0  
DS. 2 яшар болага 1 чой қошиқдан кунига 4—5 маҳал
- Rp. : Insulini 5,0  
DS. 7 яшар бола териси остига 4 бирликдан юборилсин
- Rp. : Laevomycetini 0,15  
Sacchari 0,2  
M.f.pulv. D.t.d.N. 30  
S. Қандли сувга 1 порошокдан солиб, 2 яшар болага овқатдан ярим соат илгари кунига 4 маҳал ичирилсин
- Rp. : Lantosidi 15,0  
DS. 12 яшар болага 12 томчидан кунига 3 маҳал ичирилсин
- Rp. : Lipocaini 0,1  
D.t.d.N.50 in tabul.  
S. 7 яшар болага 1 таблеткадан кунига 3 маҳал
- Rp. : Sol. Lobelini hydrochloridi 1% 1,0  
D.t.d.N. 3 in ampullis  
S. 1 яшар болага 0,2 мл дан териси остига юборилсин
- Rp. : Phenobarbitali 0,015  
Sacchari 0,2  
M.f.pulv. D.t.d.N. 4  
S. 2 яшар болага 1 порошокдан кунига 2 маҳал
- Rp. : Sol. Magnesii sulfatis 25% 10,0  
D.t.d.N. 3 in ampullis  
S. 9 яшар болага 5 мл дан кунига 2 маҳал мускуллари орасига юборилсин
- Rp. : Methicillini-natrii 1,0  
D.t.d.N. 6  
S. Стерил 10 мл изотоник натрий хлорид эритмасида эритиб, 1 яшар болага 2,5 мл дан кунига 4 марта мускуллари орасига юборилсин
- Rp. : Methionini 0,25  
D.t.d.N. 50 in tabul.  
S. 10 яшар болага 1 таблеткадан кунига 3 маҳал

- Rp.: Methylandrostendioli 0,01  
D.t.d.N. 20 in tabul.  
S. 5 яшар болага 1 таблеткадан кунига 2 маҳал. Таблетка  
оғизда батамом эриб кетгунча тил тагида тутилади.
- Rp.: Monomycini 500 000 ТБ  
D.t.d.N. 3  
S. 5 мл 0,5% ли новокаин эритмасида эритиб, 5 яшар бо-  
лага мускуллари орасига 1 мл дан кунига 3 марта юборил-  
син
- Rp.: Sol.Morphini hydrochloridi 1% 1,0  
D.t.d. N.6 in ampullis  
S. 7 яшар болага 0,3 мл дан териси остига
- Rp.: Natrii para-aminosalicylicylatis 0,5  
D.t.d.N. 30 in tabul.  
S. 4 яшар болага овқатдан ярим соат кейин 1 таблеткадан  
кунига 4 марта
- Rp.: Sol. Natrii bromidi 2 % 100,0  
DS. 1 яшар болага 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал
- Rp.: Neomycini sulfatis 500 000 ТБ  
D.t.d.N. 4  
S. 10 мл 0,5% ли новокаин эритмасида эритиб, 1 яшар бола-  
га 0,8 мл дан мускуллари орасига кунига 2 маҳал юборил-  
син
- Rp.: Nustatini 250 000 ТБ  
D.t.d.N. 20 in tabul.  
S. 5 яшар болага 1 таблеткадан кунига 4 маҳал
- Rp.: Oleandomycini phosphatis 125 000 ТБ  
D.t.d.N. 25 in tabul.  
S. 1 яшар болага 1/2 таблеткадан кунига 4 маҳал
- Rp.: Ol. Ricini 30,0  
DS. 2 яшар болага ҳар сафар 1 десерт қошиқдан
- Rp.: Oletetrini 120 000  
D.t.d.N. 25 in tabul.  
S. 1 яшар болага 1/2 таблеткадан кунига 4 марта
- Rp.: Sol.Omnoponi 2% 1,0  
D.t.d.N. 6 in ampullis  
S. 10 яшар болага 0,5 мл дан териси остига
- Rp.: Oxacillini-natrii 0,25  
D.t.d. N. 20 in caps. gelat.  
S. 5 яшар болага 1 капсуладан кунига 4 маҳал
- Rp.: Pancreatini 0,3  
Calcii carbonatis 0,2  
M.f. pulv. D.t.d.N. 20  
S. 5 яшар болага овқатдан олдин 1 порошокдан кунига 3  
маҳал
- Rp.: Piperazini adipinatis 0,2  
D.t.d.N. 20 in tabul.  
S. 12 яшар болага овқатдан кейин 5 таблеткадан кунига  
2 маҳал

- Rp.: Prednisoloni 0,005  
D.t.d.N. 50 in tabul.  
S. 10 яшар болага 2 таблеткадан кунига 4 маҳал
- Rp.: Sol.Promedoli 1% 1,0  
D.t.d.N.6 in ampullis  
S. 7 яшар болага 0,5 мл дан териси остига
- Rp.: Sol.Proserini 0,05% 1,0  
D.t.d.N. 6 in ampullis  
S. 5 яшар болага 0,4 мл дан териси остига кунига 2 маҳал
- Rp.: Diprazini 0,025  
D.t.d.N. 25 in tabul.  
• S. 7 яшар болага 1 таблеткадан кунига 2 маҳал
- Rp.: Phthivazidi 0,1  
Sacchari 0,15  
M.f.pulv. D.t.d.N.50  
S. 1 яшар болага 1 порошокдан кунига 3 маҳал
- Rp.: Sol.Pyridoxini 2,5% 1,0  
D.t.d.N.6 in ampullis  
S. 5 яшар болага 1 мл дан мускуллари орасига кунига 2 маҳал
- Rp.: Riboflavini 0,005  
D.t.d.N. in tabul.  
S. 5 яшар болага 1 таблеткадан кунига 4 маҳал
- R.: Ristomycini sulfatis 100 000 ТБ  
D.t.d.N. 6  
S. 20 мл 5% ли глюкоза эритмасида эритилиб, венага аста-секин юборилсин. 1 яшар болага суткасига 2 маҳалдан
- Rp.: Sol.Ephedrini hydrochloridi 5% 1,0  
D.t.d.N. 3 in ampullis  
S. 6 яшар болага 0,25 мл дан териси остига
- Rp.: Sigmamycini 100 000 ТБ  
D.t.d. N.6.  
S. Стерил ҳолдаги 2 мл изотоник натрий хлорид эритмасида эритилиб, 2 яшар болага 1 мл дан мускуллари орасига кунига 2 маҳал юборилсин
- Rp.: Streptomycini sulfatis 250 000 ТБ  
D.t.d. N.6 in ampullis  
S. Стерил ҳолидаги 5% ли 2 мл новокаин эритмасида эритилиб, 2 яшар болага 1 мл дан мускуллари орасига кунига 2 маҳал юборилсин
- Rp.: Strophanthini 0,05% 1,0  
D.t.d.N. 6 in ampullis  
S. 10 яшар болага 0,5 мл дан венасига (10 мл 20% ли глюкоза эритмасида эритилиб, аста-секин юборилсин)
- Rp.: Sulfadimezini 0,5  
D.t.d.N. 24 in tabul.  
S. 3 яшар болага 1 таблеткадан кунига 4 маҳал
- Rp.: Suprastini 0,025  
D.t.d.N. 25 in tabul.  
S. 7 яшар болага 1 таблеткадан кунига 2 маҳал

- Rp. : Tetracyclini 100 000 ТБ  
D.t.d. N.10 in tabul.  
S. 1 яшар болага  $\frac{1}{2}$  таблеткадан кунига 4 маҳал
- Rp. : T-rae Valerianae 20,0  
T-rae Convallariae 10,0  
MDS. 15 яшар болага 15 томчидан кунига 3 маҳал
- Rp. : Sol. Thiamini bromidi 3% 1,0  
D.t.d.N. 10 in ampullis  
S. 5 яшар болага 1 мл дан мускуллар орасига
- Rp. : Thiamini bromidi 0,007  
Sacchari 0,2  
M.f. pulv. D.t.d.N. 20  
S. 7 яшар болага 1 порошокдан кунига 3 маҳал
- Rp. : Triamcinoloni 0,004  
D.t.d.N. 100 in tabul.  
S. 10 яшар болага 1 таблеткадан кунига 3 маҳал
- Rp. : Vikasoli 0,015  
D.t.d. N. 12 in tabul.  
S. 10 яшар болага 1 таблеткадан кунига 2 маҳал
- Rp. : Sol. Vikasoli 1% 1,0  
D.t.d. N. 6 in ampullis  
S. 1 мл дан мускуллар орасига кунига 1 маҳал
- Rp. : Videini 0,25  
D.t.d. N. 20  
S. 8 ойлик болага 12 кун давомида 1 порошокдан кунига 2 маҳал
- Rp. : Sol. Суанособаламини 0,003% 1,0  
D.t.d.N. 6 in ampullis  
S. 3 яшар болага 1 мл дан кунига 1 маҳал мускуллари орасига
- Rp. : Sol. Ergocalciferoli spirituosae 0,5% 20,0  
DS. 10 ойлик болага 20 кун давомида 5 томчидан кунига 1 маҳал

## ИНФЕКЦИОН ҚАСАЛЛИҚЛАР БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ВА УЛАРГА ЯҚИН ЮРГАН ҚИШИЛАРНИ АЛОҲИДАЛАБ (ИЗОЛЯЦИЯ ҚИЛИБ) ҚЎЙИШ МУДДАТЛАРИ

Касаллик номи	Алоҳидалаб (изоляция қилиб) қўйиш муддати	
	беморларни	уларга яқин юрганларни
Қорин тифи ва А ҳамда В паратиф- лар	<p>1. Клиник симптомлар барҳам топиб, ахлат билан сийдик уч марта ва дуоденал суяқлик бир марта бактериологик текширишдан ўтказилганидан кейин (натижаси манфий чиққанида) беморни изоляциялашга барҳам берилди. Антибиотиклар билан даволанган беморлар температураси нормаллашганидан кейин камида 21-кун, антибиотиклар билан даволанмаганлар эса камида 14-кун касалхонадан чиқарилади</p> <p>2. Реконвалесцент-бактериоташувчилар юқорида кўрсатилган муддатларда касалхонадан чиқарилиб, участка врач ва эпидемиолог назорати остига ўтказилади.</p> <p>Э с л а т м а. Марказий сув таъминоти, озиқ-овқат саноати ва умумий овқатланиш корхоналарининг ходимлари, шунингдек, даволаш, болалар муассасалари, санаторийлар ва дам олиш уйларининг овқатланишга ва касаллар билан болалар парваришига бевосита алоқаси бор ходимлари махсус инструкцияга мувофиқ текширилади ва алоҳидаланиб қўйилади.</p>	<p>Беморларга яқин юрган кишилар бошқалардан ажратилиб, алоҳида қилиб қўйилмайди-ю, лекин бемор изоляция қилинган пайтдан бошлаб 24 кун давомида медицина кузатуви остида бўлади, уларнинг ахлати билан сийдигини текширилиб, тиф-паратиф группаси бактериялари бор-йўқлиги аниқланади.</p> <p>Э с л а т м а. Мазкур жадвал I бўлимнинг эслатмасида кўрсатиб ўтилган кишилар, шунингдек, бактерия ташувчилар махсус инструкцияга мувофиқ текшириб қўрилади ва алоҳидалаб қўйилади.</p>
Дизентерия	<p>1. Бактериологик жиҳатдан тасдиқланган дизентерия билан оғриб, касалхонада ёки уйда даволанган беморларни ичи, температураси аслига келгандан камида 3 кундан кейин ва даво тугагач камида 2 кун оралатиб туриб, албатта, бир йўла ўтказиладиган контроль бактериологик текширишдан сўнг (натижаси манфий бўлганида) чиқарилади.</p>	<p>Алоҳидалаб қўйилмайди. 7 кун медицина кузатуви остида бўлади.</p>

Касаллик номи	Алоҳидалаб (изоляция қилиб) қўйиш муддати	
	беморларни	уларга яқин юрганларни
А вирусли гепатит (Боткин касаллиги)	<p>2. Мактабгача тарбия муассасаларига қатнайдиган болаларни ва ихтисослаштирилган санаторийларнинг касалхонадан чиқарилган болаларини, шунингдек уйда даволанган болаларни клиник жиҳатдан тузалиб кетганидан кейин коллективга қўйилади ва улар устидан бир ой давомида кузатув олиб борилади.</p> <p>Касаллиқнинг клиник қўринишлари йўқолиб, жигар функциялари тиклангани, қон билан сийдикдаги билирубин миқдори аслига келганидан кейин, аммо бадан сарғайган пайтдан бошлаб ҳисоблаганда камида 3 ҳафта, касаллиқнинг бошланишидан ҳисоблаганда камида 30 кун. ўтгач, изоляцияга барҳам берилади.</p> <p>Бемор клиника маълумотларига қараб, аммо температураси пасайганидан кейин эрта дегадда 12-куни касалхонадан чиқарилади.</p>	<p>Алоҳидалаб қўйилмайди. Беморга сўнгги марта яқин юрилган пайтдан бошлаб 50 кун давомида медицина кузатуви олиб борилди.</p>
Эпидемик тошмали тиф	<p>Касаллиқнинг сўнгги хуружидан сўнг температура аслига келган вақтдан ҳисоблаганда 20 кун ўтгандан кейин бемор изоляциясига барҳам берилди.</p>	<p>Беморнинг устки, ички кийимлари, ўрин-боши, турар жойи яхшилаб санитария обработкасидан ўтказилиб, дезинсекция қилинганидан кейин алоҳидалаб қўйишга барҳам берилади, бу киши устидан 25 кун давомида медицина кузатуви олиб борилади ва температураси ўлчаб турилади.</p>
Қайталама тиф	<p>Касаллиқнинг сўнгги хуружидан сўнг температура аслига келган вақтдан ҳисоблаганда 20 кун ўтгандан кейин бемор изоляциясига барҳам берилди.</p>	<p>Беморнинг устки, ички кийимлари, ўрин-бошлари, турар жойи яхшилаб санитария обработкасидан ўтказилиб, дезинсекция қилинганидан кейин алоҳидалаб қўйишга барҳам берилади, ўша киши устидан 25 кун давомида медицина кузатуви олиб борилади ва температураси ўлчаб турилади.</p>
Сув чечак	<p>Касаллик бошланган пайтдан ҳисоблаганда 9-кунгача изоляция қилиб қўйилади. Оғриб қолган бола сув чечак такрор-такрор учраб турган болалар муассасасига касаллиқнинг ўткир ҳодисалари йўқолиб кетганидан кейин қўйилади.</p>	<p>Илгари сув чечак билан оғриманган, 3 яшаргача бўлган болалар, касал изоляция қилинганми-йўқми, бундан катъи назар, унга яқин юрган вақтдан бошлаб ҳисоблаганда 21 кун давомида алоҳидалаб қўйилади. Қасал билан яқин бўлган вақти аниқ тайин бўлса, бола мўлжалдаги инкубациянинг 11-кунидан то 21-кунига алоҳида қилиб қўйилади.</p>



Касаллик номи	Алиҳидалаб (изоляция қрилиб) қўйиш муддати	
	беморларни	уларга яқин юрганларни
<b>Дифтерия</b>	<p>Бемор клиник жиҳатдан соғайиб, томоғи ва бурун ҳалқумидан олинган суюқлиги икки марта контрол бактериологик текширишдан ўтказилганда натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейин уни изоляциялашга барҳам берилади: текшириш 2 кун оралаб ўтказилади. Касалхонадан чиқарилган болаларни қўшимча равишда икки марта бактериологик текшириш ўтказилганида натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейин болалар муассасасига қўйилади (бу текширишларнинг биринчиси касалхонадан чиқарилганидан 3 кун, иккинчиси 1 кун кейин ўтказилади).</p>	<p>Болалар ва I бўлимда кўрсатилган муассасаларда хизмат қилувчи катталар касал изоляцияланиб, турар-жойи дезинфекция қилинганидан ва бактериоташувчилиги текшириб қўрилганида натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейин ўша муассасаларга қўйилади. Улар бактериоташувчи бўлиб чиқса, 2 кун оралатиб туриб, икки карра ўтказилган бактериологик текшириш натижаси манфий бўлиб чиққанидан кейин изоляция тўхтатилади.</p> <p>Бактериоташувчилик ҳодисаси давом этиб келаётган бўлса, токсигенмас таёқчалари борлар болалар муассасалари ва буларга тенглаштирилган муассасаларга қўйилади. Токсиген таёқчалари ёки токсигенлиги аниқмас таёқчалари борлар бактериоташувчанлиги аниқланган вақтдан ҳисоблаганда 21-кундан бошлаб болалар муассасаларига, агар улардаги болаларнинг ҳаммаси дифтерияга қарши эмланган бўлса, қўйилади.</p>
<b>Скарлатина</b>	<p>Бемор клиник жиҳатдан соғайганидан кейин, аммо касалликнинг бошидан ҳисоблаганда камида 10 кун ўтганидан сўнг изоляцияга (касалхона ёки уйдаги изоляцияга) барҳам берилади.</p> <p>Реконвалесцент — болаларнинг мактабгача тарбия муассасалари ва мактабнинг дастлабки 2 синфига қатнашига, шунингдек катталарнинг шу муассасаларда хирургия бўлимлари билан туғруқ бўлимларида ва сут корхоналарида ишлашига уйда қўшимча равишда изоляция қилинганидан кейин йўл қўйилди.</p> <p>Скарлатина ўчоғида бўлиб ангина билан оғриб қолган касаллар 12 кунгача бу муассасаларга қўйилмайди.</p>	<p>Мактабгача тарбия муассасаларига ва мактабнинг дастлабки 2 синфига борадиган, скарлатина билан оғримган болалар касал изоляция қилиб қўйилган (касалхона ёки уйда) вақтдан бошлаб ҳисоблаганда 7 кун давомида шу муассасаларга қўйилмайди.</p> <p>Скарлатина билан оғриб ўтган болалар, шунингдек юқори синф ўқувчилари ва I бўлимда кўрсатилган муассасаларда ишлайдиган ходимлар устидан касал изоляция қилинганидан кейин 7 кун давомида медицина кузатуви олиб борилади.</p>

Касаллик номи	Алоҳидалаб (изоляция қилиб) қўйиш муддати	
	беморларни	уларга яқин юрганларни
Қизамиқ	Беморларни изоляция қилишга баданига тошма тоша бошлаганидан 4 кун ўтганидан кейин, пневмония бўлганида эса камида 11-кун барҳам берилади.	Қизамиқ билан оғримаган ва актив иммунизация қилинмаган болаларни биринчи марта, шубҳасиз, контакт бўлган пайтдан бошлаб ҳисоблаганда 17 кунга, пассив иммунизация қилинганларни 21 кунга алоҳидалаб, қўйилади. Бемор уйда қолдирилган бўлса, шу муддатлар бунда ҳам узайтирилмайди. Контакт бўлгани аниқ бўлса, қизамиқ билан оғриган касалга уйда яқин юрган болалар контактнинг 8-кунидан бошлаб алоҳидалаб қўйилади. Алоҳидалаб қўйилмайди.
Қизилча	Беморни изоляция қилишга тошма тоша бошлаганидан ҳисоблаганда 4 кундан кейин барҳам берилади.	
Қўқийўтал	Беморни изоляция қилишга касаллик бошлангандан ҳисоблаганда 30 кундан кейин барҳам берилади.	Қўқийўтал билан оғримаган 7 ёшгача болалар бемор билан сўнги марта контактда бўлган вақтидан ҳисоблаганда 14 кун давомида алоҳидалаб қўйилиши керак. Агар касал уйда қолдирилган бўлса, алоҳидалаб қўйишга касал изоляциясининг муддати тугаш вақтига келиб, барҳам берилади.
Полиомиелит	Бемор изоляциясига касалликнинг бошидан ҳисоблаганда орадан 21 кун ўтганидан кейин барҳам берилади.	7 ёшдан катта болалар ва болалар муассасаларида ишловчи ходимлар устидан 14 кун мобайнида, бордию касал изоляция қилинмаган бўлса, изоляциясининг муддати тугагунча кузатув олиб борилади. Тана температураси кўтарилмаган, ичак иши бузилмаган ва бурун-ҳалқумда катарал ҳодисалар бўлмаганда алоҳидалаб қўйишнинг ҳожати йўқ. Қасалларга яқин юрган шахслар устидан 20 кун давомида медицина кузатуви олиб борилади.
Эпидемик менингит	Қасалликнинг клиник аломатлари йўқолиб (қасаллик бошланган вақтдан ҳисоблаганда камида 14-кун), икки марта ўтказилган (1 кун оралиб) бактериологик текшириш натижалари манфий бўлиб чиққандан кейин бемор изоляциясига барҳам берилади.	Болалар шунингдек, болалар муассасаларида ва касалхоналарида хизмат қилувчи катталар бурун-ҳалқумидан олинган шилिमшиги икки марта бактериологик текширишдан ўтказилиб, натижалари манфий бўлиб чиққунча алоҳидалаб қўйилиши керак.

Касаллик номи	Алоҳидалаб (изоляция қилиб) қўйиш муддати	
	беморларни	уларга яқин юрганларни
Эпидемик паротит	Ўткир клиник ҳодисалар йўқолиб кетса, бемор изоляциясига касаллик бошланганидан ҳисоблаганда 9 кун ўтказиб туриб барҳам берилади.	<p>Бактериологик текшириш ўтказиб кўришнинг иложи бўлмаса, алоҳидалаб қўйишга касал изоляция қилинганидан кейин 7 кун ўтказиб туриб, барҳам берилади.</p> <p>Паротит билан оғримagan 10 яшаргача болаларни беморга яқин юрган вақтидан ҳисоблаганда 21-кунгача алоҳидалаб қўйилади. Касал уйда қолдирилганида ҳам бу муддат ўзгартирилмайди. Бемор билан контактда бўлган вақт аниқ маълум бўлса, унга яқин юрган киши касалликнинг бошидан ҳисоблаганда 11-кундан бошлаб алоҳидалаб қўйилади.</p>

7-ИЛОВА

### ҲАЁТИНИНГ 1-ЙИЛИДА БОЛАЛАР ТАНА ВАЗНИ ВА БУЙИНИНГ УСИБ БОРИШИ

Боланинг ёши, ой	Ой сари тана вазнининг ортиши, г	Ўтган давр ичида тана вазнининг ортиши	Ой сари бўй ўсиши, см	Ўтган давр ичида бўй ўсиши, см
1	600	600	3	3
2	800	1400	3	6
3	800	2200	2,5	8,5
4	750	2950	2,5	11
5	700	3650	2	13
6	650	4300	2	15
7	600	4900	2	17
8	550	5450	2	19
9	500	5950	1,5	20,5
10	450	6400	1,5	22
11	400	6800	1,5	23,5
12	350	7150	1,5	25

**ҲАР ХИЛ ЁШДАГИ БОЛАЛАРГА БЕРИЛАДИГАН  
МАСАЛЛИҚЛАРНИНГ ТАХМИНИЙ СУТҚАЛИҚ НОРМАЛАРИ**

Маҳсулотлар ва таомлар номи	Масаллиқларнинг турли ёшдаги болаларга мўлжалланган нормалари (г)					
	1—1 1/2 ёшда	1 1/2—3 ёшда	3—5 ёшда	5—7 ёшда	7—11 ёшда	11—14 ёшда
Бугдой нон	40	70	100	125	150	200
Жавдар —«—	10	30	30	50	75	125
Картошка уни	5	5	5	5	5	5
Бугдой —«—	5	5	10	15	25	35
Ерма, макарон, дуккаклилар	25	35	40	45	65	80
Картошка	100	150	200	200	300	400
Турли сабзавот	100	150	200	200	300	400
Хул мева	100	100	200	200	300	400
Мева қоқи	10	10	20	20	20	20
Шириликлар	10	10	10	10	15	15
Қанд	60	60	60	60	60	60
Туз	3	5	6—7	8	10	10
Чой	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Кофе	—	1	2	3	3	3
Какао	—	0,3	0,5	0,5	1	1
Усимлик мойи	2	2	5	5	8	10
Гўшт	55	60	75	95	120	175
Балиқ	5	10	20	50	50	75
Тухум (дона)	1/4	1/2	1/2	1/2	1	1
Сариёр	15	18	25	30	40	50
Сут	700	700	600	550	550	500
Еғи 9% творог	35	35	45	45	45	50
Сметана	—	5	10	10	15	20
Сир	3	5	5	8	10	15

Болалар ёшига мўлжаллаб юқорида келтирилган  
маҳсулот нормаларидаги оқсиллар, ёғлар, угле-  
водлар ва калорияларнинг ўртача миқдори

Оқсиллар	46	54	60	67	81	104
Ёғлар	49	52	60	69	80	94
Углеводлар	175	223	261	285	345	433
Қалориялар	1365	1608	1874	2085	2490	3076

## МАСАЛЛИҚЛАРНИ АЛИШТИРИШ ЖАДВАЛИ

Масаллиқлар	Масаллиқлар миқдори, г	Химиявий таркиби			Суткалик рационга қўшилсин (+), ундан олинсин (-)
		оксидлар, г	ёғлар, г	углеводлар, г	
Нонни алиштириш					
Буғдой нон	100,0	7,00	0,70	49,10	
Буғдой ун	75,0	6,97	0,75	52,27	
Макарон	75,0	7,07	0,60	49,67	
Манная ёрмаси	75,0	7,12	0,52	52,57	
Қартошкани алиштириш					
Қартошка	100,0	1,30	—	15,10	
Лавлаги	160,0	1,28	—	12,32	
Сабзи	150,0	1,32	—	8,56	
Карам	110,0	1,32	—	4,51	
Сутни алиштириш					
Сут	100,0	2,80	3,50	4,50	
Творог	25,0	3,00	2,12	0,82	
Гўшт	25,0	3,22	0,65	—	Сариёр + 1,0
Балиқ (судак)	35,0	2,87	0,14	—	« » + 3,0
Сир	15,0	3,14	3,54	0,30	« » + 3,5
Гўштни алиштириш					
Гўшт	100,0	12,90	2,60	—	
Творог	110,0	13,20	9,35	3,63	Сариёр — 6,5
Балиқ (судак)	155,0	12,72	0,62	—	« » + 2,0
Сут	140,0	12,60	13,58	0,42	« » — 13,5
Тухум	140,0	12,60	13,58	0,42	« » — 11,0
Балиқни алиштириш					
Балиқ (судак)	100,0	8,20	0,40	—	
Гўшт	65,0	8,38	1,69	—	
Творог	70,0	8,40	5,95	2,31	Сариёр — 1,0
Сут	300,0	8,40	10,50	13,50	« » — 5,5
Тухум	90,0	8,10	8,73	0,27	« » — 10,0
					« » — 8,0
Творогни алиштириш					
Творог	100,0	12,0	8,50	3,30	
Гўшт	95,0	12,26	2,47	—	
Балиқ (судак)	145,0	11,89	0,58	—	Сариёр + 6,0
Сут	430,0	12,04	15,05	19,35	« » + 8,0
Тухум	130,0	11,70	12,61	0,39	« » + 6,5
					« » — 4,0
Тухумни алиштириш					
Тухум	50,0	4,50	4,85	0,15	
Творог	40,0	4,80	3,40	1,32	
Гўшт	35,0	4,48	0,91	—	
Балиқ (судак)	55,0	4,51	0,22	—	Сариёр + 1,4
Сут	160,0	4,48	5,60	7,20	« » + 4,0
Сир	20,0	4,18	4,72	0,40	« » + 4,6
					« » — 1,0

## БОЛАЛАРНИНГ ОЗИК МОДДАЛАРГА СУТКАЛИК ЭХТИЕЖИ

Еши (йиллар)	Урғача та- на вази, кг	Оқсиллар, г	Ёғлар, г	Углеводлар, г	Витаминлар						Минерал моддалар					
					А	В <sub>1</sub>	В <sub>2</sub>	РР	В <sub>6</sub>	С	D	Са, г	Р, г	Мg, мг/кг	Fe, мг	
					МГ											
1-3	13	50-52	50-52	150-200	3300	1	1,5	10	10	1	40	500	1	1,5	—	7-8
3-7	18	60-65	60-65	200-300	3300	1,5	2,5	10	10	1,5	50	500	1	1,5	12-13	7-8
7-11	26	75	75	300-350	5000	1,5	3,0	15	15	1,5	60	500	1	2,0	12	15
11-14	40	100	100	350-400	5000	2,0	3,0	20	20	2	70	500	1,5	2-1,5	10-15	15

## СЎТЛИ АРАЛАШМАЛАРНИ ТАЙЁРЛАШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

### Қайнатмалар

Қайнатмани ун, гуруч, қора буғдой уни ёки «Геркулес» ёрмасидан тез тайёрлаш мумкин. Оддий қайнатмалар тайёрлаш учун 1 л қайнатмага 15—20 г ҳисобидан гуруч ёки қора буғдой уни олинади. Унга бир оз миқдор сув қўшилиб, тинмай аралаштириб турган ҳолда кучсиз оловда қайнагунча қиздирилади; қайнаб чиққанидан кейин 10—12 минут давомида маромига етказиб пиширилади, шундан кейин қайнатмани докадан сузиб ўтказиб, совутилади. Қайнатма тайёрлаш учун «Геркулес» 4—5% миқдорда олинади ва 20—25 минут қайнатилади.

Ёрма қайнатмаларини гуручдан, қора буғдой, сули, арпа ёрмалари ва бошқалардан тайёрлаш мумкин. Ёрма 4—5% миқдорда олинади. Ишлатишдан олдин ёрма тозаланади, ювилиб, совуқ сувда ивтиб қўйилади ва кучсиз оловда қайнатилади. Ёрма тезроқ қайнаб, очилиши учун уни қайнатишдан олдин совуқ сувга солиб, 4—6 соат ивтиб қўйиш мумкин. Ермани етарли миқдорда клейстерланган крахмал, шилинмишқ пайдо бўлгунча аста-секин қайнатиб қўйиш керак. Гуруч ёрмаси олдин ивтиб қўйилганидан кейин 2—2½ соат, арпа ва сули ёрмаси 2½—3 соат, қора буғдой ёрмаси 1½ соат қайнатилади. Қайнатиб бўлгандан кейин ёрма элак ёки докадан ўтказиб сузиб олинади, ҳосил бўлган қайнатмага дастлабки ҳажмига қадар қайнаган сув қўшилади.

Концентрланган қайнатмалар — гуруч, арпа, сули, қора буғдой қайнатмалари — амалда яхши эзилтириб пиширилган, дока ёки элакдан ўтказиб, бир неча марта сузиб олинган суюқ бўтқалардир; уларни 10% ли концентрацияда тайёрланади, 10—15 минут қайнатилади, қайнаб чиққан ун элак ёки галвирдан ўтказилади ва совутилади.

### Оддий аралашмалар

Оддий аралашмалар қаторига ёрма қайнатмасида тайёрланган № 2 ва № 3 аралашмалар ҳамда «Малютка» билан «Малиш» киради.

Гуруч қайнатмасида тайёрланадиган № 2 аралашмаси (Б-рис). Шу аралашмадан 100 г тайёрлаш учун 50 мл хом сир сутига 45 мл гуруч қайнатмаси аралаштириб, 5 мл қанд шарбати қўшилади. Яхшилаб аралаштирилганидан кейин уни ҳар сафар болага бериш учун мўлжалланган миқдорларда даражаларга бўлинган шишачаларга солинади. Шишачаларнинг оғзини тикин билан бекитиб, 65—70°C ли сув ҳаммоми ёки стерилизаторга қўйилади. Сув шишачалардаги сут дамигача борадиган бўлиши керак. Сувни қайнагунча қиздирилади ва шишачалар 5 минут давомида шу сувда тутилади. Кейин уларни олиниб, мумкин қадар паст температурагача совутилади ва кўп деганда бир сутка совуқда сақланади. Болага бериш олдиан аралашмали шишачани илиқ сувга солиб иситилади. Бу аралашмадан бир ҳафтадан ортиқ фойдаланиш ярамайди.

Гуруч қайнатмасида тайёрланадиган № 3 аралашма (В-рис). Шу аралашмадан 100 г тайёрлаш учун 65 мл сутга 30 мл гуруч қайнатмаси ва 5 мл қанд шарбати қўшилади. Кейин уни худди № 2 аралашма сингари қилиб тайёрланади.

№ 2 ва № 3 аралашмалар фақат гуруч қайнатмасидагина эмас, балки қора буғдой, сули ва арпа қайнатмаларида ҳам тайёрланаверади.

«Малютка» ва «Малиш» аралашмалари. Бу аралашмалардан 100 г тайёрлаш учун 30 г (2 ош қошиқ) қуруқ порошоги бир стакан (200 мл) илиқ сувда қориштирилиб, 2—3 минут қайнатилади, сузиб олиниб, 37°C гача совутилади.

### Кефир

Кефир тайёрлаш учун кефир замбурғлари деб аталадиган кефир доналаридан фойдаланилади.

Қуруқ замбурғларни 20—30°C температурадаги қайнаган сувга солиб, иви-

тиб қўйилади. Ҳар 5—6 соатда сувни алиштириб туриш мақсадга мувофиқдир. Бўктириб, қўйилган замбуруғлар аста-секин бўртиб, ҳажми 3—5 барабар катталашади ва сариқ рангини йўқотади. Сувга бўктириб қўйиш 1—2 сутка давом эттирилади, шундан кейин замбуруғларни қайнаган сутга солинади. Муассасада ёғи олинган сут бўлса, кефир томизгиси тайёрлаш учун шундан фойдаланган маъқул. Сут температураси 23—25°C ни ташкил этадиган бўлиши керак; томизги етиштирилаётганида 20—22°C температурада сақланади. Сут ивиб тушганидан кейин томизги тайёр бўлди деб ҳисобланади; уни ишлатишдан олдин (ивиб тушганидан кейин) 10—14°C температурада сақлаш мақсадга мувофиқдир.

Кефир тайёрлашда томизги 4—5% миқдорда олинади. Уни олдин қайнаган сув билан чайиб олинган сирланган тоза кастрюлкага солинади. Сўнгра устига қайнатиб олинган ёки пастерланган 22—25°C температурадаги сут қўйилади.

Томизги билан сутни обдон аралаштириб, шишачалар стаканчалар ёки тегишли бошқа идишларга қўйиб олинади. Сут ивиб бўлган заҳоти кефирни бирмунча салқин хонага олиб кирилиб (музхона, ертўла, холодильникда), то ишлатилгунча ўша ерда сақланади. Бир кунлик янги кефирдаги кислоталар миқдори 65—68°, икки кунлик кефирдаги кислоталар миқдори кўпи билан 100—110° бўлиши керак.

Эмадиган болалар учун кефирга қандни, худди бошқа аралашмаларга ишлатилганидек, қанд шартли кўринишида қўйилади, бунга сутга уни қайнатиб олингандан кейин (ивитиш олдида) солинади. Қуруқ томизгилардан фойдаланиб, ацидофилин ва қатиқ тайёрлаш мумкин, буларни ишлатиш йўли препаратларга қўшиб бериладиган инструкцияларда баён этилган.

### Қатиқ

Қайнатиб, пиширилган ва тахминан 60°C температурагача совутилган ярим литр сут тозалаб ювиб олинган, кейин қайнаб турган сув билан чайилган шиша банка ёки оғзи кенг шишага қўйилади. Сутга бир таблетка томизги солиниб, идишнинг оғзи бекитилади ва у илиқ жойга қўйиб қўйилади. 1½—2 соатдан кейин сутни аралаштириб, ўша температуранинг ўзиде 16—18 соат қолдирилади. Қатиқни 8—10°C гача совутилиб, кўп деганда бир сутка сақланади.

Қатиқ тайёрлаш учун ишлатиладиган томизги сутни ивитадиган микроблари бор таблеткалар кўринишида дориҳоналарда сотилади.

Томизги ўрнида қатиқнинг ўзидан ҳам фойдаланса бўлади (бир стакан сутга бир чой қошиқ қатиқ). 10—12 соат ичиде у сутни уй температурасида қатиқ ивиган қатиққа айлантиради. Бироқ, томизги ўрнида қатиқни кўп деганда бир ҳафта ишлатиш мумкин, кейин яна таблеткалардан фойдаланиш мумкин.

### Творог

Творог тайёрлаш учун кальций лактат ёки кальций хлориддан фойдаланиш мумкин, кальций лактат 1 л сутга 4 г ҳисобидан, кальций хлорид эса 1 л сутга 2 г кристаллик препарат ҳисобидан олинади, бу тегишлича 0,4 ва 0,2% ни ташкил этади. Кристаллик кальций хлорид намни тортиб оладиган, яъни гигроскопик хоссаларни бўлганлигидан, амалий мақсадлар учун кальций хлоридни 20% ли эритма кўринишида ёздириб олиш тавсия этилади, бу эритма 1 л сутга 10 мл ҳисобидан ишлатиб борилади.

Совуқ ёки сал илитилган олов сутга кальцийнинг у ёки бу препаратини қўшиб, сутни аралаштирилади, оловга қўйилиб қайнатилади; сут қайнаб чиққан заҳоти уни дарров оловдан олиниб, ҳамма творог лаҳталари зардобидан ажралгунча бир неча минут турғазиб қўйилади, шундан кейин творог массаси элак ёки докага олиб солинади. Зардобни оқиб тушиб бўлганидан кейин творог тайёр бўлади. Творог тайёрлаш учун сут беш барабар кўп миқдорда олинади.

Сутни ивитиш усули билан творог тайёрлаш учун ёғи олинмаган пастерланган ёки пиширилган сутга қатиқ тайёрлашда ишлатиладиган томизги солинади. Сутла идиш илиқ жойга қўйиб қўйилади. Орадан 6—8 соат ўтиб, сут ивиганидан кейин уни идиши билан қайноқ сувли кастрюлка солиб аста-секин қиздирилади. Температураси тахминан 80°C ли сувда 30—40 минут қиздирилганидан кейин зардобни лаҳтасидан ажрала бошлайди. Идишни сувдан олиниб, совутилади. Лаҳтаси элакка олинади.



## КУШИМЧА ҚИЛИБ БЕРИЛАДИГАН АСОСИЙ ТАОМЛАР РЕЦЕПТЛАРИ ВА УЛАРНИ ТАЙЕРЛАШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

### Суюлтирилган (1:1 нисбатда) сутда тайёрланадиган 8% ли манная каша

Манная ёрмаси	8 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Ёғи олинмаган сут	50 мл	Қанд шарбати	5 «
Сув	60 мл	Сариёғ	3 г

Манная ёрмасини кичик кўзли элак билан элаб, қайнаб турган сувга кам-камдан солинади ва аралаштириб турган ҳолда 15—20 минут қайнатилади. Сўнг-ра сутни буғи пайдо бўлгунча иситиб (аммо қайнагунча эмас), тайёрланган кашага қуйиб аралаштирилади ва қайнатилади, сариёғ, қанд шарбати қўшилиб, аралаштирилади ва стериллаб олинган тоза шишачаларга қуйиб чиқилади.

### Суюлтирилган (2:1 нисбатда) сутда тайёрланадиган 8% ли манная каша

Манная ёрмаси	8 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Ёғи олинмаган сут	67 мл	Қанд шарбати	5 мл
Сув	43 «	Сариёғ	3 г

Бу ҳам худди боягидек тайёрланади.

### Сабзи суви қўшиладиган 8% ли манная каша

Манная ёрмаси	8 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Ёғи олинмаган сут	50 мл	Қанд шарбати	5 «
Сув	50 мл	Сариёғ	3 г
		Сабзи	30 г

Ўқорида кўрсатилгандек қилиб, манная каша пиширилади. Сабзининг суви олинади. Бунинг учун сабзини илиқ сувда чўтка билан ювилиб, лўсти ўткир пичоқ билан аста қуриб ташланади, сабзи яна бир марта илиқ сувда ювилиб, устидан қайноқ сув қуйилади, қирғичда қурилиб, суви олинади. Сал совиган тайёр манная кашага сабзи сувини қўшиб, аралаштирилади ва стерилланган шишаларга қуйиб олинади.

Манная кашага бошқа сабзавот ва мева сувларини ҳам худди шундай қилиб қўшиш мумкин.

### Ёғи олинмаган сутда тайёрланадиган 10% ли манная каша

Манная ёрмаси	10 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Сут	100 мл	Қанд шарбати	5 «
Сув	10 «	Сариёғ	3 г

Олдин ёрмани ярмига сув қўшилган сутда қайнатиб, етилтирилади, устидан иссиқ (аммо қайноқ эмас) сув қуйилиб, яхшилаб аралаштирилади ва қайнатилади, сариёғ, қанд шарбати қўшилиб, яхшилаб аралаштирилади.

### Сабзавот бульонида тайёрланадиган 10% ли манна каша

Қартошка	30 г	Манная ёрмаси	10 г
Янги карам	30 «	Ош тузи эритмаси	2 мл
Сабзи	20 «	Сариёғ	5 г
Петрушка (илдизи)	3 «	Сув	200 мл

Янги сабзавот — картошка, карам, петрушка (илдизи) ювилиб, илдиз мевалар яхшилаб артилади ва ювилиб, тўғралади, устига совуқ сув қуйилиб, картошка пишгунча идишнинг қопқоғини ёпиб қуйиб қайнатилади. Элакдан ўтказиб, суви, яъни сабзавот бульони олинади, ўлчов кружкаси билан ўлчанади (зарур бўлса, керакли ҳажмгача қайнаган сув қўшилади), ош тузи эритмаси қўшилади, қайнагунча қиздирилади, устига эланган манная ёрмаси солиниб, 20—25 минут қайнатилади. Тайёр бўлган манная кашага сариёғ, қанд шарбати қўшилади ва аралаштирилади.

### Гўшт бульонида тайёрланадиган 10% ли манная каша

Парранда ёки мол гўшти	40 г	Сариёғ	3 г
Манная ёрмаси	10 г	Петрушка (илдизи)	3 г
Ош тузи эритмаси	2 мл	Сув	200 мл

Гўштни ювилиб, майда қилиб тўғралади, петрушка тозаланиб, тўғралади, ҳаммасининг устига совуқ сув солиб, шўрва, яъни бульон пиширилади. Элакдан ўтказилиб, суви олинади, ўлчов кружкаси билан ўлчаниб, ҳажми белгиланади ва зарур бўлса, қўшиладиган ош тузи эритмасини ҳисобга олиб туриб, устига қайнаган сув қўйилади, қайнаб чиққунича қиздирилиб, шу сувда манная каша тайёрланади. Тайёр кашага сариёғ қўшилиб, аралаштирилади.

### Сутда тайёрланадиган 10% ли бўтқа

Гуруч	10 г	Қанд шарбати	5 мл
Сув	150 мл	Сариёғ	3 г
Ош тузи эритмаси	1,5 «		

Гуручни тозалаб, икки қайта совуқ сув билан ювилади, устига қайноқ сув солиниб, идиш қопқоғини бекитиб қўйган ҳолда гуруч етилгунча 45—60 минут давомида қайнатилади. Пишган гуручни иссиқ ҳолида элакдан ўтказиб, ўлчов кружкаси билан ўлчанади ва зарур бўлса, қайнаган сув билан керакли ҳажмгача етказилади, туз эритмаси қўшилиб, қайнатилади, қанд шарбати ва сариёғ қўшилиб, аралаштирилади ва стериллаб олинган тоза кружкачаларга солинади.

### Суюлтирилган (1:1 нисбатда) сутда тайёрланадиган 10% ли ширгуруч

Гуруч	10 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Ёғи олинмаган сут	50 мл	Қанд шарбати	5 «
Сув	100 мл	Сариёғ	3 г

Гуруч тозаланиб, икки қайта совуқ сув билан ювилади, устига қайноқ сув солиниб, идишнинг қопқоғини бекитиб қўйган ҳолда гуруч етилгунча 45—60 минут қайнатилади. Пишган гуручни иссиқ ҳолда элакдан ўтказилиб, қайноқ (аммо қайнатилган эмас) сут қўйилади, ош тузи қўшилади, ҳаммаси аралаштирилади, ўлчаниб, керак бўлса, қайнаган сув билан зарур ҳажмга етказилади ва қайнатилади. Тайёр ширгуручга қанд шарбати, сариёғ қўшилиб, яхшилаб аралаштирилади.

### Суюлтирилган (1:1 нисбатда) сутда тайёрланиб, сабзи суви қўшиладиган 10% ли ширгуруч

Гуруч	10 г	Қанд шарбати	5 мл
Ёғи олинмаган сут	50 мл	Сариёғ	3 г
Сув	90 «	Сабзи	30 «
Ош тузи эритмаси	1,5 «		

Юқориди айтилганидек қилиб, ширгуруч тайёрланади. Сабзининг суви олинади. Сал совуган ширгуручга сабзи суви қўшилиб, яхшилаб аралаштирилади. Ширгуручга худди шундай қилиб, ҳар қандай сабзавот ва мева сувларини қўшиб берса бўлади.

### Суюлтирилган (2:1 нисбатда) сутга пишириладиган 10% ли ширгуруч

Гуруч	10 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Ёғи олинмаган сут	67 мл	Қанд шарбати	5 мл
Сув	100 «	Сариёғ	3 г

Боягидек қилиб пиширилади.

**Суюлтирилган (1:1 нисбатда) сутда тайёрланадиган 10% ли қорабуғдой кашаси**

Қорабуғдой ёрмаси	15 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Сут	50 мл	Қанд шарбати	5 «
Сув	100 мл	Сариёғ	3 г

Қорабуғдой (дони) тозаланиб, қуруқ товада оч жигарранг тусга киргунча қовурилади, кофе тортиладиган тегирмончадан ўтказилади ёки жува билан эзилиб, майдаланилади, бироз туз қўшилган қайнаб турган сувга солиниб, идишнинг қопқоғини ёпиб қўйган ҳолда етилгунча қайнатилади. Қашани иссиқ ҳолида элакдан ўтказилиб, устига иссиқ (аммо қайноқ эмас) сут қўйилади ва қайнатилади, қанд шарбати, сариёғ қўшилиб, аралаштирилади.

**Суюлтирилган (2:1 нисбатда) сутда тайёрланадиган 15% ли қорабуғдой кашаси**

Қорабуғдой ёрмаси	15 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Сут	67 мл	Қанд шарбати	5 мл
Сув	83 мл	Сариёғ	3 г

Керакли миқдордаги сув, сут ва ош тузи эритмаси ўлчаниб, кастрюлкага солинади, қайнагунча қиздирилади, устига тайёрлаб қўйилган ёрмани солиб, каша етилгунча аралаштириб турган ҳолда қайнатилади. Тайёр кашага қанд шарбати, сариёғ қўшилиб, аралаштирилади.

**Суюлтирилган (1:1 нисбатда) сутда тайёрланадиган 20% ли сули кашаси**

Сули ёрмаси	20 г	Ош тузи эритмаси	1,5 мл
Ёғи олинмаган сут	50 мл	Қанд шарбати	5 мл
Сув	150 мл	Сариёғ	3 г

Сули ёрмаси тозаланиб, совуқ сув билан бир неча марта ювиб олинади (тоза бўлгунча), устига қайноқ сув солиниб, ёрма батамом очилмагунча 1½ соат давомида қайнатилади. Ёрманинг крахмалли қисмини иссиқ ҳолида жун ёки ипак элакдан ўтказилиб, устига ош тузи эритмаси ва қанд шарбати қўйилиб, аралаштирилади, ўлчов кружкаси билан ўлчаниб, керакли ҳажмгача қайнаган сув қўшилади ва қайнатилади. Тайёр бўлган кашага сариёғ қўшилиб, яхшилаб аралаштирилади. Сули каша тайёрлаш учун сули ёрмаси ўрнига сулидан тайёрланган «Геркулес» бодрoғини ишлатган маъқул.

**Ёғи олинмаган сутда тайёрланадиган 10% ли ассорти (ҳар хил ёрмалардан пишириладиган) каша**

Гуруч ёки манная ёрмаси	4 г	10% ли қаймоқ	10 мл
Қорабуғдой ёрмаси	4 «	Ош тузи эритмаси	1,5 «
Сули «	4 «	Қанд шарбати	3 «
Ёғи олинмаган сут	100 мл	Асал	2 г
Сув	40 «	Сариёғ	3 «

Ассорти каша ҳар хил ёрмалардан ёғи олинмаган ёки суюлтирилган сутда тайёрланиши мумкин. Ҳар бир турдаги ёрма сувда ёки ярмига сув қўшилган сутда қайнатиб, етилтирилади, қайноқ ҳолида элакдан ўтказилиб, устига қайноқ (аммо қайнаган эмас), сут, ош тузи эритмаси, қанд шарбати, асал ва қаймоқ қўшилиб, аралаштирилади, яна қайнатилиб, сариёғ қўшилади, аралаштирилиб, идишларга солинади.

**Картошка пореси**

Картошка	90 г	Ош тузи эритмаси	2 мл
Сут	25 мл	Сариёғ	5 г

Картошкани тозалаб, чириганлари олиб ташланади, илиқ сув билан ювилиб, пусти мумкин қадар юпка қилиб картошкаартгич пичоқ билан артилади, совуқ сув билан ювилиб, етилгунча буғга қўйиб пиширилади. Пишган картошкани иссиқлигича эзувчи машинадан ўтказилади ёки ёғоч толқушка билан яхшилаб

эзилиб, элакдан ўтказилади, ош тузи эритмаси қўшилиб, устидан пиширилган қайноқ сут қуйилади, сариеғ солиниб, аралаштирилади.

### Сабзи пюреси (биринчи варианти)

Сабзи	100 г	Қанд шарбати	3 мл
Сут	10 мл	Сариеғ	5 г
Ош тузи эритмаси	1 мл		

Сабзини тозалаб, илиқ сув билан ювилади, пўсти арчилиб, сув билан яна бир марта ювилади ва етилгунча буғга қўйилади. Ётилган сабзини иссиқ ҳолича эзувчи машинадан ёки элакдан ўтказилади, устига пиширилган қайноқ сут, ош тузи эритмаси, қанд шарбати ва сариеғ қўйилади. Ҳаммаси яхшилаб аралаштирилади.

### Сабзи пюреси (иккинчи варианти)

Сабзи	100 г	Сут	20 мл
Манная ёрмаси	2 г	10% ли қаймоқ	10 мл
Олма пюреси	5 г	Ош тузи эритмаси	1 «
Сариеғ	3 г	Қанд шарбати	3 «

Сабзини худди юқорида айтилгандек қилиб, тайёрлаб пиширилади. Эзилган сабзига қайноқ (аммо қайнаб тургани эмас) сут, ош тузи эритмаси, қанд шарбати, илитилган қаймоқ, олма пюреси қўйилади ва тинмасдан аралаштириб туриб, устига манная ёрмаси сепилади. Пюрени қайнатилади, сариеғ қўшилиб, аралаштирилади.

### Лавлаги (қизилча) пюреси

Лавлаги (қизилча)	100 г	10% ли қаймоқ	10 мл
Сариеғ	3 г	Қанд шарбати	2 «
Помидор суви	15 мл	Ош тузи эритмаси	1 «
Сабзи «	10 «		

Тозаланган ва ювилган лавлаги буғга қўйиб, етилтирилади, эзадиган машинадан ўтказилиб, ош тузи эритмаси, помидор ва сабзи суви, қаймоқ, қанд шарбати қўйилади, яхшилаб аралаштирилиб, қайнагунча қиздирилади, устига сариеғ солиниб, аралаштирилади.

### Оқ карам пюреси

Янги карам	100 г	Помидор суви	8 мл
Кўк нўхат	10 «	Қаймоқ	10 «
Манная ёрмаси	1,5 «	Қанд шарбати	1 «
Сариеғ	3 «	Ош тузи эритмаси	2 «

Бир бош карам тозаланиб, ўзаги олиб ташланади, ювилиб, тўғралади, каст-рюлкага солиниб, озгина сув қўйилади ва қопқоқни бекитиб туриб, қайнатилади. Пишган карамга кўк нўхат қўшилиб, эзадиган машинадан ёки элакдан ўтказилади, устига ош тузи эритмаси, помидор суви, қанд шарбати, қаймоқ қўйилиб, тинмай аралаштириб турган ҳолда манная ёрмаси сепилади ва қайнатилади. Тайёр пюрега сариеғ солиниб аралаштирилади.

### Сабзавотлардан тайёрланадиган каша

Картошка	30 г	Ош кўклар	2 г
Карам	12 «	Манная ёрмаси	5 «
Сабзи	26 «	Сариеғ	5 «
Лавлаги (қизилча)	13 «	Ош тузи эритмаси	2 мл
Пиёз	2 «	Сув	80 мл

Тозалаб, яхшилаб ювилган сабзавотларни — картошка, карам, сабзи, пиёз ва ош кўкларни — тўғраб, қайнаб турган сувга солинади ва идиш қопқоғини ёпиб қўйиб, етилтирилади. Лавлагини буғга қўйилиб, алоҳида пиширилади. Сабзавотларни иссиқ ҳолида элакдан ўтказилади ва қайнатмаси ёки сут қўйиб туриб, керакли даражадаги қуюқликка келтирилади, ош тузи эритмаси қўшилиб, тинмай аралаштирилиб турган ҳолда устидан манная ёрмаси сепилади. 2—3 минут қайнатилиб, сариеғ солинади ва аралаштирилади.

### Ҳар хил сабзавотлардан тайёрланидиган пюре

Қартошка	40 г	Қанд шарбати	2 мл
Янги қарам	30 «	Ош тузи эритмаси	2 «
Сабзи	30 «	Сариёғ	5 г
Сут	10 мл		

Сабзавотларни чайиб, тозалади, артилади, ювилиб, буғга қўйиб етилтирилади. Етилган сабзавотларни иссиқ ҳолида элақдан ёки эзувчи машинадан ўтказилади, пюрега сариёғ солиниб, қанд шарбати, қайноқ пиширилган сут, ош тузи эритмаси қўшилиб, аралаштирилади.

### Гўшт бульони

Гўшт	25 г	Ош кўклар	1 г
Сабзи	5 «	Ош тузи эритмаси	2 мл
Петрушка (илдизи)	3 «	Сув	150 мл
Бош пиёз	2 «		

Бир бўлак гўшт (мол гўшти) ювилиб, пардалари, ёғи ва ифлос теккан жойлар олиб ташланади, майда қилиб тўғралади, суяклари эса майдаланади, кастрюлкага солиниб, устидан совуқ сув қўйилади ва қайнаб чиққанидан кейин паст оловда 1 соат давомида қайнатилади. Сўнгра шўрвасига (бульонига) тозаланиб, ювилган, йирик-йирик қилиб тўғралган сабзавотлар ва ош кўклар солиниб, яна 1 соат мобайнида қайнатилади. Тайёр бўлган бульон (шўрва) элақдан ўтказилиб, сузиб олинди, унга ош тузи эритмаси қўшилади, қайнатиб олинди, шишачаларга солинади ёки шўрва ва кашалар тайёрлаш учун ишлатилади.

### Сабзавотлардан тайёрланидиган пюре-шўрва (биринчи варианти)

Қартошка	20 г	Бош пиёз	5 г
Қарам	10 «	Кўк нўхат	4 «
Сабзи	10 «	Сариёғ	2 «
Петрушка (илдизи)	5 «	Гуруч	3 «
Ош тузи эритмаси	2 мл	10% ли қаймоқ	10 мл
Сув ёки гўшт бульони	60 мл	Тухум сариғи	1/8

Пиёзни артиб, тўғралади ва сариёғнинг ярмисига пиёздоғ қилинади. Сабзавотларни тозалалаб, тўғралади, доғ қилинган пиёзга қўшилиб, устидан озгина бульон қўйилади ва идишнинг қопқоғини бекитиб қўйиб, димлаб пиширилади. Гуручни бироз миқдор бульонда пишириб олиб, сабзавотларга қўшилади, ҳаммасини элақдан ўтказилиб, бульон билан қориштирилади (керакли ҳажмгача етказиб), ош тузи эритмаси қўшилиб, қайнатилади. Тухум сариғини илқ қаймоқ (ёки сут) ҳамда сариёғнинг қолган қисми билан қориштирилиб, шўрвага солинади, кейин шўрвани шишачаларга қўйиб олинади.

### Сабзавотлардан тайёрланидиган пюре-шўрва (иккинчи варианти)

Қартошка	25 г	Бош пиёз	2 г
Сабзи	20 «	Манная ёрмаси	3 «
Янги қарам	10 «	Сариёғ	3 «
Лавлаг (қизилча)	10 «	Сув ёки гўшт бульони	60 мл
Петрушка	1 г	Ош тузи эритмаси	2 «
Укроп	1 «		

Тайёрлаб олинган сабзавотлар худди боягидек қилиб димлаб пиширилади. Манная ёрмаси қайнаб турган бульонга солиниб, 15 минут давомида қайнатилади ва сузгичдан ўтказилади. Пишган сабзавотларни элақдан ўтказиб, устига сузиб олинган бульон солинади, қайнаган сув қўшиб, шўрва миқдори керакли ҳажмга етказилади, сариёғнинг қолган қисми ва ош тузи эритмаси қўшилади, оловга қўйиб қайнатиб олинади ва стерилланган шишачаларга қўйиб чиқилади.

### Сабзидан тайёрланидиган пюре-шўрва

Сабзи	40 г	Тухум сариғи	1/8
Петрушка илдизи	5 «	Ош тузи эритмаси	1 мл

Бош пиёз	5 <	Қанд шарбати	3 мл
Гуруч	3 <	Сариёғ	3 г
Сут	15 мл		

Тайёрлаш усули боягидек.

### Қайнатиб, майин қиймаланган гўшт

Гўшт (мол, бузоқ, товуқ, қуён гўшти).

Гўштни ювилиб, нимтатир қилиб туз солинган ва кўкатлар қўшилган сувда қайнатиб пиширилади ва қайноқ сувда парт қилинган мясорубкадан икки қайта ўтказилади.

Болаларга 11—12 ойлик вақтидан бошлаб гўштни думалоқланган қийма ва котлетлар кўринишида берса бўлади.

### Гўшт пюре

Гўшт	80 г	Сариёғ	2 г
Ун	2 <	Ош тузи эритмаси	1—1,5 м
Сут	10 мл		

Қайнатиб пиширилган гўшт 3—4 марта мясорубкадан ўтказилади. Унни пушти ранга киргунча қиздириб олинади, устига қайноқ сут қўйилиб, яхшилаб аралаштирилади. Ҳосил бўлган массага гўшт қийма аралаштирилиб, сариёғ, туз эритмаси қўшилади, пастасимон ҳолга келгунча яхшилаб аралаштирилади. Пюре-ли идишни суви қайнаб турган кастрюлкага қўйиб, стериллаб олинади.

### Қайнатиб, майин қиймаланган жигар

Янги товуқ, бузоқ ёки мол жигари ювилиб, пардалари, йирик томирлари ва зич тўқималари олиб ташланади, нимтатир қилиб туз солинган ва кўкатлар ҳамда пиёз қўшилган сувда қайнатилади, майда кўзли мясорубкадан икки қайта ўтказилади ёки элакдан ўтказиб олинади.

### Думалоқланган балиқ қийма (кифта балиқ)

Янги балиқ филеси	40 г
Булка нон	10 г
Сут	10 мл

Музламаган янги балиқнинг суяклардан тозаланган гўшти (филеси) ни сутга бўктириб қўйилган булка нон билан бирга мясорубкадан ўтказилади.

Ҳосил бўлган қийма думалоқланиб, кўкатлар қўшилган нимтатир тузли сувда 20 минут қайнатилади.

Балиқ қиймадан бугга қўйиб пишириладиган ёки оддий котлетлар ҳам тайёрлаш мумкин.

### Клюква кисели

Клюква	15 г	Аскорбинат кислота	20 мл
Қанд шарбати	20 мл	Сув	90 мл
Қартошка уни	4 г		

Клюквани тозалаб, совуқ сув билан ювилади, элакка солиниб, устидан қайноқ сув қўйилади, ёғоч қошиқ ёки толқушқа билан эзилиб, суви сиқилади. Сувини чинни ёки шиша банкага йиғилиб, қоқоғини бекитилади ва салқин жойга қўйиб қўйилади. Клюква турпи кастрюлкага солиниб, устидан ўлчаб олинган миқдордаги сув қўйилади, қайнатилади, кейин дока ёки элакдан ўтказиб сузиб олинади. Қайнатманинг бир қисмини қўйиб олиниб, совутилади ва устига тарозида тортиб олинган картошка унини солиб қориштирилади. Қайнатманинг қолганига қанд шарбати ва аскорбинат кислота қўшилади, аралаштирилиб, қайнатилади. Қайнаб турган пайтида тинмай аралаштириб туриб, суюлтирилган крахмал қўшилади ва киселни яна бир марта қайнатиб олинади. Тайёр киселга олдин сиқиб олинган клюква суви қўйилиб, аралаштирилади ва шишачаларга қўйиб олинади.

### Янги мевалардан тайёрланган кисель

Янги мева (олма)	50 г	Картошка уни	4 г
Қанд шарбати	15 мл	Сув	65 мл

Янги олmani тозаланиб, ювилади, паррак-паррак қилиб кесилиб, ўртаси ва уруғлари олиб тишиллади, кастриолкага солиниб, устидан ўлчаб олинган сув қувилади, идиш қоңқорини бекитиб қўйиб, олма етилгунча қайнатилади. Сузиб, қанд шарбати олмасидан ажратиб олинади, олмасини эса элакдан ўтказилиб, қанд шарбати қўшилади, қайнатилади ва аралаштириб туриб, олдиндан совутиб қўйилган қайнатма билан қориштириб тайёрлаб қўйилган картошка уни қўшилади, кейин яна бир қайнатиб олинади. Тайёр кисель стерилланган тоза шишачаларга қўйиб олинади.

### Мева қоқиларидан тайёрланадиган кисель

Мева қоқилари	15 г	Аскорбинат кислота	20 мг
Картошка уни	4 «	Сув	95 мл
Қанд шарбати	15 мл		

Қоқи тозаланиб, ювилади, устига совуқ сув солиб, ивиши учун бир неча соат қўйиб қўйилади (кечқурун қўйиб қўйиш ҳам мумкин). Сўнгра қоқини худди ўша сувнинг ўзида қайнатилади, суви сузиб олинади, қоқининг юмшоқ қисмини эса элакдан ўтказилиб, устига қанд шарбати ва аскорбинат кислота қўшилади, қайнатилади, картошка уни қўшилиб, шишачаларга қўйиб олинади.

### Қора смородина кисели

Қора смородина қоқиси	8 г	Картошка уни	4 г
Қанд шарбати	15 мл	Сув	100 мл

Қора смородина қоқисини тозалаб, ювилади, устига совуқ сув қўйиб, кастриюлкада кечасига қолдирилади, кейин уни ичидаги қоқиси билан қайнатиб, икки қават докадан ўтказиб сузиб олинади, қоқини сиқиб олиб, ташлаб юборилади. Қайнатма сувига қанд шарбати, картошка уни қўшилади ва шишачаларга қўйиб олинади.

### Черника кисели

Черника қоқиси	8 г	Аскорбинат кислота	20 мг
Картошка уни	4 г	Сув	100 мл
Қанд шарбати	15 мл		

Бу ҳам худди боягидек қилиб тайёрланади.

### Наъматак меваларидан тайёрланадиган кисель

Наъматак мевалари қоқиси тозаланиб, совуқ сувда ювилади, ёғоч толкушка билан эзилиб, устидан қайноқ сув солинади ва кечасига қолдирилади. Сўнгра уч-турт қават қилиб тахланган докадан ўтказилиб, суви сузиб олинади, докада қолган қоқиси ташлаб юборилади, сувига қанд шарбати қўшилиб, қайнатилади, устига картошка уни солиниб, яна бир қайнатилади ва шишачаларга қўйиб олинади.

Кисель болага асосий овқат (каша, сут ва бошқалар) ўрнини боса олмайди, чунки унинг таркибида оқсил ва ёғлар бўлмайди.

Киселларда углеводлар (қанд), шунингдек витамин С кўп бўлади.

### Олма суви

Янги олма 170 г.

Янги олманинг заҳасизларини танлаб олиб, сув билан ювилади, устидан қайнаб турган сув қўйилади, қирғичда қирилади ва икки қават қилиб тахланган стерилланган докага қўйилиб, суви сиқиб олинади.



Received of  
P. J. ...  
for ...  
...

10.20.11