



## БОЛАЛАРДА ЗОТИЛЖАМ КАСАЛЛИГИ

**Кудратова Гулсара Нажмитдиновна**

Даволаш факультети Педиатрия кафедраси доценти.

**Холмурадова Зилола Эргашевна**

Даволаш факультети Педиатрия кафедраси ассистенти.

Самарканд, Узбекистон.

**Аннотация.** Зотилжам касаллиги ўпка паренхимасини ўткир инфекцион касаллиги ҳисобланиб, вируслар, бактериялар замбуруғлар билан чақирилиши мумкин. Шунинг учун зотилжам билан беморларни иммунизация қилиш, тўғри овқатлантириш ва экологик зарарли омилларни четлатиш билан олдини олиш мумкин. Бактериялар билан чақирилган зотилжамни антибиотиклар билан даволаш мумкин, аммо зотилжам билан 30% болалар керакли антибиотикларни олишади. Бутун дунёда болалар ўлимини асосий сабабларидан бири зотилжам ҳисобланади. Ҳар йили 1,1 миллион 5 ёшгача бўлган болалар зотилжамдан ўлади. Зотилжам касаллиги кенг тарқалган бўлиб, агар бу касалликни эрта аниқлаб, вақтида шифохонага ётқизиб, даволаса асоратсиз ўтади.

**Калит сўзлари:** зотилжам, болалар, диагностика, антибиотиклар.

Зотилжам ўпка тўқимасини ўткир инфекцион касаллиги ҳисобланиб, нафас бузилиш синдроми белгилри билан ёки рентгенограммада учокли ёки инфилтратив ўзгаришлар бўлиши натижасида келиб чиқади, рентгенологик “олтин стандарт” белгиларни бўлиши бутуниттифоқ соғлиқни сақлаш ташкилотларини фикрича жараённи бактериал этиологияли ҳисоблаб пастки нафас йўллари касалликлари: Зотилжам, бронхитлар, антибактериал препаратлар бериш шарт бўлмаган респиратор касалликлардан келиб чиқадиган обструктив касалликларни аниқлаш керак.

**Мавзуни долзарблиги:**

Ўткир зотилжамни кенг тарқалиши болалар учун хавф туғдиради. Дунё буйича зотилджам касаллиги болалар ўлимини асосий савбабларидан бири ҳисобланади. Ҳар йили болалар ўлимини тахминан 1,1 миллион 5 ёшгача бўлган болалар ташкил қилади. Зотилжам иккига бўлинади: шифохонадан ташқари ва шифохона ичида ривожланадиган турларга бўлинади.





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2,Issue-10

Болаларда учрайдиган ўткир зотилжамни ўз вақтида тўғри ташҳислаш, ҳамроҳ касалликларни ҳисобга олган ҳолда кечишини тўғри баҳолаш, антибактериал терапияни тўғри танлаш, болаларни зотилжам касаклигидан тўлиқ тузалиб кетишига олиб келади, асоратларни ва ўлимни камайтиради.

Зотилжам иккига бўлинади: шифохонадан ташқари ва шифохона ичига. Шифохонадан ташқари зотилжам болаларда оддий шароитдан келиб чиқади, шифохонаичи Зотилжам эса шифохонада 72 соат ичида ва жавоб бергандан кейин 72 соат давомида ривожланса. Алоҳида чақалоқлар зотилжами ҳам бор.

Шифохонадан ташқари зотилжам кенг тарқалганлиги ва ўлимнинг юқори бўлиши тиббиёт соҳасида муҳим муоммолардан бири бўлиб қолмоқда. Шифохонадан ташқари Зотилжамни кўп учрайдиган чақирувчиси *Streptococcus pneumoniae* ҳисобланади. Ундан ташқари Зотилжамни атипик чақирувчилари (*Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella sp.*, *Chlamydia pneumoniae*), муҳим аҳамиятга эга, яъни 40% гача шифохонадан ташқари зотилжамни чақиради, болалардаги ўлим 25% гача ошиши мумкин. Зотилжамни оғирлик даражаси ўпка-юрак етишмовчилиги, токсикоз ва асоратларни (плеврит, ўпка деструкцияси, инфекцион-токсик шок) бўлишига боғлиқ. Асоратланмаган зотилжам кўпинча тўғри даволанганда 2-4 ҳафтада сўрилиб кетади, асоратланган зотилжам эса 1-2 ойда тузалади, зотилжамни кечиши 1,5 ойдан 6 ойгача давом этса даволашда динамика кузатилмаса, чўзилувчан Зотилжам ташҳиси қуйилади.

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатма: 2 ойгача бўлган болалар, 3 ёшгача бўлган болалар, лобар зотилжам бўлса, 5 ёшгача бўлган болалар ўпка бўлагини бир ёки бир нечта бўлагини яллиғланиши. лейкопения < 6 минг., лейкоцитоз > 20 минг, ателектазлар, оғир энцефалопатияси бор болалар, бир ёшгача бўлган болалар ҳомила ичи инфекцияси, тўғма юрак нўқсони бўлса, ундан ташқари болаларда ҳамроҳ касалликлар: бронхиал астма, қандли диабет, юрак қон-томир ва буйрак касалликлари, онкогематология бўлса, ва ижтимоий шароити ёмон бўлса, уй шароитида Зотилжамни тўғри даволаш учун гарантия бўлмаса, бундай болаларни шифохона шароитида даволаш зарур.

Зотилжам перкуссия ва аускультация йўли билан ташҳисланади. Зотилжамни белгиларига: иситма, ҳансираш, йўтал, ўпкада хириллашлар эшитилиши. 3-5 кун давомида тана ҳарорати 38,0°C ва ундан юқори, бронхларда обструкция бўлмаса ҳам ҳансираш кузатилади, (2 ойгача бўлган болаларда >60/мин, 2-12 ойгача >50,





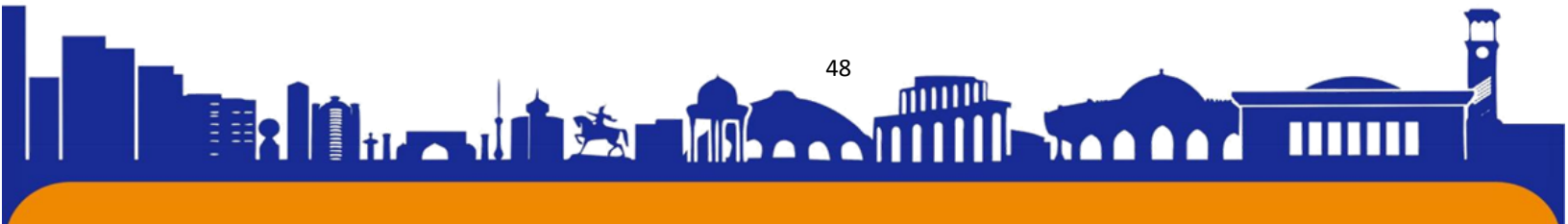
ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2,Issue-10

вал-5 ёшгача  $>40$  ), ўпкада намли хириллашлар эшитилади. Гемограммада лейкоцитоз  $15 \times 10^9/\text{л}$  дан паст, 40% беморларда касалликни биринчи кунларида бактериал сабабли зотилжамда ва атипик зотилжам билан 96% беморларда кузатилади. Лейкоцитоз миқдори  $15 \times 10^9/\text{л}$  дан юқори бўлса ва прокальцитонин (ПКТ)  $2 \text{ нг/м л}$  дан баланд бўлса, унда бу атипик зотилжамга хос бўлмайди. 6 ойгача бўлган болаларда *S. Trachomatis* чақирган зотилжамда лейкоцитоз кўпинча жуда баланд бўлади ( $30-40 \times 10^9/\text{л}$ ) ва эозинофилия 5% дан юқори бўлади.

Шифохонадан ташқари зотилжам. 1-6 ойгача бўлган болаларда кўпинча *Chlamidia trachomatis* чақирган атипик зотилжамга кўп учрайди. Касалланган беморларни ярмида типик зотилжамни сабаби: овқатдан аспирация бўлиш, муковисцидоз, бирламчи иммунодефицит ҳолатлар, манфий ичак таёқчаси, стафилококklar ҳисобланади. Шунингдек ҳисобга олиш керакки, ҳар хил усуллар билан аниқланган, вируслар, микоплазма, хламидия, замбуруғлар, пневмоцистлар аниқланса, аммо зотилжамга хос клиник белгилар кузатилмаса, унда зотилжам касаллигини чақирувчиси деб ҳисобланмайди ва зотилжамни борлиги ҳам мавҳум бўлиши мумкин. **Микоплазма** билан чақирилган зотилжам кўпинча белгисиз ўтади ва сероконверсияни топиб аниқланади. Аста-секин бош оғриғидан бошланади, исима кузатилади, лекин жуда баланд бўлмайди, нафас йўллари яллиғланиши белгилари: **Йўтал** олдин қуруқ дағал бўлиб кейин оч рангда балғамли бўлади. Микоплазма инфекцияси бўлган беморларда йўтал доимо ҳамроҳ бўлади, лекин шу йўталаётган беморларни фақат 3-10% да зотилжам аниқланади. **Ҳансираш** – кам учрайдиган белги, лекин пайдо бўлсаям сусти ривожланган бўлади. **Иситма** – микоплазма инфекциясида энг характерли белги ҳисобланади, аммо жуда баланд бўлмайди. Умуман иситма ва рентгендаги ўзгаришлар ҳамда қон таҳлили ўртасида боғлиқлик кузатилмайди.

Микоплазма инфекциясини ўпкадан ташқари кўринишларига киради: катарал панкреатит, катарал менингит, менингоэнцефалит, нейропатия церебрал атаксия, терини макуло-папулёзли зарарланиши, миокардит, миальгия артралгия.

Текширишни **объектив** усуллари:





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2,Issue-10

Рентгенологик текширишда перибронхиал инфильтрацияга хос ўпка расмини кучайгани аниқланади, лекин учоқли инфильтратлар, дисксимон ателектазлар, ўпка илдизи соҳасида лимфотугунларини катталаш, плеврит бўлиши мумкин. Лаборатор текширишда аниқланади: гемолитик анемия совуқ агглютинин титрини ошиши билан ва ретикулоцитоз, тромбоцитоз бўлади, лекин лейкоцитоз кузатилмайди.

Иммунологик диагностика:

Микоплазмага қарши антителаларни (IgM, IgG) титрини аниқлаш. Антителалар 7-9 кунда пайдо бўла бошлайди, юқори чўққиси касалликнинг 3-4 ҳафтасида кузатилади. Жавоби мусбат бўлади: агар антитела титри  $\geq 1:32$  ошса ёки динамикада 4 баробарга ошса. Полимеразли занжирли реакция микоплазмали Зотилжамни специфик ДНК ни аниқлашга асосланган. Бу усулни сезувчанлиги -93%, специфлиги - 98% ташкил қилади.

Зотилжамни чақирувчиси пневмококклар ва *Haemophilus influenzae* b типини, болаларда 10% учрайди, асосан бу болалар УВИ билан касалланган беморлар билан контактда бўлганлиги тўғайли ривожланади.

6 ойдан-6 ёшгача бўлган болаларда кўпинча зотилжамни чақирувчиси пневмококк ҳисобланади, 7-15 ёшда типик зотилжамни бактериял чақирувчиси пневмококк ҳисобланади.

Даволашда антибиотиклар берилади. Буни учун чақирувчисини аниқлаш, касалликга хос белгиларни аниқлаш, беморни ёши, қачон ва қаерда касаллик ривожланганлигини ҳисобга олиш зарур. Агар касалликни этиологиясига ишонч бўлмаса, кенг спектрдаги антибиотикни ёки иккита препарат комбинацияси қўлланиши керак. Агар ўрта оғир зотилжамда 36-48 соат ичида, 72 соат ичида оғир зотилжамда клиник эффект кузатилмаса, унда антибиотикни алмаштириш учун кўрсатма бўлади. Асоратланган зотилжамда даволаш парентерал препаратлардан бошланади ва агар беморда ўзгариш бўлса, яъни эффект кузатилса, унда орал йули билан бериладиган препаратларга утилади (зинамазина усули).

Зотилжамни кечиши оғир бўлмаса шифохона ва поликлиника шароитида беморларга антибиотикни орал йўли билан бериш тавсия этилади: амоксициллин, амоксициллин клавуланат (аугментин), цефуроксим-аксетил (зиннат) бу препаратлар пневмококкга ҳам гемофилл таёқчасига ҳам таъсир



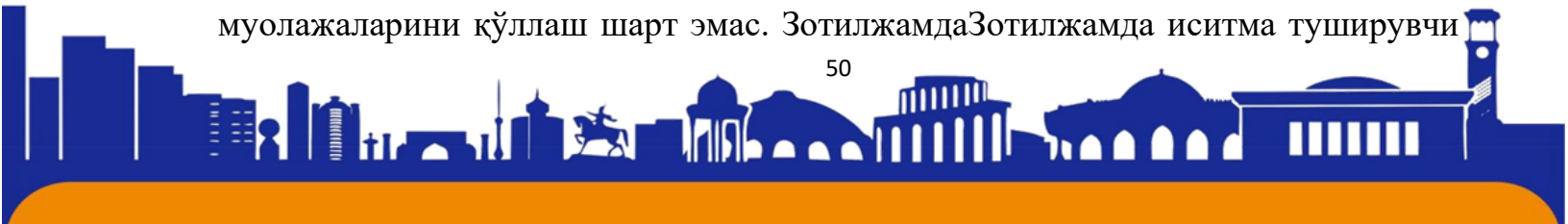


қилади. Феноксиметилпенициллин-бензатин (оспен сиропи) ва цефалоспоринларни I авлоди фақат бактериококларга таъсир қилади, шунинг учун уларни катта ёшдаги болаларга бериш тавсия этилади. Атипик чақирувчиси бўлган зотилжам (микоплазма, хламидия ва легионеллалар), 20% ташкил қилади, асосан шифохонадан ташқари зотилжамни чақиради. Шунинг учун шифохонадан ташқари зотилжамни эмпирик терапияси учун бета-лактамли антибиотикларни ва макролидларни комбинациясини қўллаш керак. ёки монотерапия фторхинолинлар (спарфлоксацин ва бошқалар) тавсия қилинади, бу препаратлар кенг спектрдаги антибиотиклар ҳисобланади (коклар, грамм манфий ва атипик чақирувчиларга эффектив таъсир қилади), аммо бу антибиотикларни кенг қўллаш тавсия этилмайди, чунки бу препаратларга бактерияларни чидамлиги ошади. Даволашни эффективлиги 24, 36 ва 48 соатлардан кейин баҳоланади. Беморларга тўлиқ эффект берганлигини иситмани  $38,0^{\circ}\text{C}$  дан пастга тушиши (иситма туширадиган препаратлар қўлланилмаганда), умумий аҳволини яхшиланиши, иштаҳа пайдо бўлиши, рентгенда жараённи яхшиланиши, ёки ўзгаришсиз қолиши кузатилади. Бу микробни препаратга сезувчанлигини кўрсатади, яъни даволашни шу препарат билан даволашни давом этиш кераклигини англатади.

Умумий аҳволи яхшиланса, иштаҳа бўлса, лекин фебриль иситма сақланса, қисман эффект кузатилса, бундай ҳолат йирингли ўчоқ (деструкция) ёки иммунопатологик жараён (метапневмоник плеврит) бўлганда кузатилади. Бундай ҳолатларда антибиотик ўзгартирилмайди, тўлиқ эффект кечроқ кузатилади – учоқдан йиринг ажралгандан сўнг ёки яллиғланишга қарши муолажалар ўтказилгандан кейин. Агар беморда фебрилл иситма сақланса, ўпкада инфильтрация кучайса, умумий аҳволи оғирлашса, унда антибиотикни ўзгартириш зарур. Даволаш муддати зотилжам оғир бўлмаганда 5-7 кун, асоратли Зотилжамда 10-14 кунни ташкил қилади. Шифохона ичи зотилжамда 24-36 ичида эффект кузатилмаса, антибиотик алмаштирилади.

Анаэроб жараёнида метронидазол қўлланилади, этиологияси замбуруғ бўлса флуконазал, кетоконазал ва бошқалар.

Зотилжам оғир бўлмаса, уйда шароити яхши бўлса, бундай беморларни уйда даволаш мумкин. Антибиотикдан тез эффект бўлса, бошқа даволаш муолажаларини қўллаш шарт эмас. Зотилжамда Зотилжамда иситма туширувчи





препаратлар берилмаслиги керак, чунки даволашни эффективлигини баҳолашни кийинлаштириб қўяди. Бемор ётган хоналарни шамоллатиб туриш керак, 10-14 кундан кейин организмни чиниқтиришни бошлаш мумкин, лекин катта жисмоний зўриқишларни(спорт) 6 ҳафтиадан кейин рухсат берилади, шу вақт ичида ўпкада қон оқими тикланади.

Хулоса.

Шундай қилиб,ўткир Зотилжам билан беморларни эрта аниқлаш, вақтида шифохонага ётқизиб, даволаш муолажалари олиб бориш, болалар ўлимини пасайтиради ва асоратини олдини олади.

#### **Адабиётлар руйхати:**

1. Kudratova , G. ., & Xolmuradova , Z. . (2023). ERTA YOSHDAGI BOLALARDA SHIFOXONADAN TASHQARI PNEVMONIYADA KLINIK-ANAMNESTIK O`ZGARISHLAR. *Евразийский журнал академических исследований*, 3(2 Part 2), 39–42.
2. Ветров В.П., Длин В.В. и соавт. Рациональное применение антипиретиков у детей. Пособие для врачей. М: 2002;23.
3. Геппе Н.А., Зайцева О.В. Представления о механизмах лихорадки у детей и принципах жаропонижающей терапии. *Рус мед журн* 2003; 11:№1(173): 31–37.
4. Зайцева О.В., Щербак М.Ю. Острые респираторные заболевания у детей: современные аспекты лечения и профилактики. Пособие для врачей. М: 2003.
5. Kudratova Gulsara Nazhmitdinovna, Kholmuradova Zilola Ergashevna, Ishkabulova Gulchekhira Dzhonkhurozovna, & Kodirova Shahlo Salahitdinovna. (2022). Costs Syndrome in Children, Causes, Comparative Diagnosis and Rational Therapy (Review of the article). *The Peerian Journal*, 6, 8–13.
6. Kudratova Gulsara Najmitdinovna, Ishkabulova Gulchekhira Dzhonkhurozovna, & Kholmuradova Zilola Ergashevna. (2023). CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF OUT-OF-HOSPITAL ZOTILJAM IN YOUNG CHILDREN. *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal*, 11(2), 129–131.
7. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/ Научно-практическая программа Союза педиатров России. М: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка 2002;





ISSN (E): 2181-4570 ResearchBib Impact Factor: 6,4 / 2023 SJIF 2024 = 5.073/Volume-2,Issue-10

8. Таточенко В.К. Педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. М: 2002; 252.
9. Najmitdinovna K. G., Ergashevna K. Z. Acute Bronchiolitis in Children //Eurasian Research Bulletin. – 2022. – Т. 12. – С. 38-42.
10. Кудратова , Г., & Холмурадова , З. . (2022). ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ЗОТИЛЖАМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОМОРБИД ПАТОЛОГИЯНИНГ ТУЗИЛИШИ. ЎТКИР ДАВРДА ЮРАК-ҚОН ТОМИРНИНГ ЎЗГАРИШИ. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(9), 11–15.

