

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
МИКРОБИОЛОГИЯ, ЮҚУМЛИ ВА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР ИЛМИЙ-
АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«БОЛАЛАРДА ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАР»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025



«КЕЛИШИЛГАН»
РИЗМОНКИЯТМ
ДИРЕКТОРИ
Б.М. ТАДЖИЕВ

2025 йил

**«БОЛАЛАРДА ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАР»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2025

МУНДАРИЖА

"БОЛАЛАРДА ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАР" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСОТ ВА
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ5

"БОЛАЛАРДА ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАР" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА
ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ61

**"БОЛАЛАРДА ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАР"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСОТ ВА
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

1. Кириш:

Кодлар ХКТ-10-11:

ХКТ-10	ХКТ-11	Нозология номи
Код	Код	
A00	1A00	Вабо
A01.2	1A01	Vibrio туридаги бактериялар сабаб бўлган ичак инфекциялари
A03	1A03	Shigella туридаги бактериялар сабаб бўлган ичак инфекциялари
A04.0	1A04	Escherichia coli келтириб чиқарган ичак инфекциялари
A04.7	1A06	Clostridium difficile келтириб чиқарган ичак инфекциялари
A04.6	1A07	Yersinia enterocolitica келтириб чиқарган ичак инфекциялари
A04.5	A06	Campylobacter туридаги бактериялар сабаб бўлган гастроэнтерит
A06	1A36	Амёбиаз
A02	A09	Бошқа салмонеллалар келтириб чиқарадиган инфекциялар
A08.0	A21	Астровируслар сабаб бўлган гастроэнтерит
A08.0	A22	Ротавирусли гастроэнтерит
A08.1	A23	Норовирус сабаб бўлган энтерит
A09	A40	Инфекцион агенти аниқланмаган гастроэнтерит ёки колит
https://mkb-11.com/index.php?pid=531		ХКТ- 11 - 01 Айрим инфекцион ва паразитар касалликлар (A00-B99) https://icd.who.int/en

Протоколни ишлаб чиқиш санаси: 2025 йил; протоколни қайта кўриб чиқишнинг режалаштирилган санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий амалий маркази

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда юқумли касалликлар бўйича ишчи гуруҳнинг қуйидаги аъзолари ўз хиссаларини қўшдилар:

Жараённи ташкил этиш тўғрисида:

1.	Таджиев Б.М.	Марказ директори, т.ф.д., проф.	РИЭМЮПКИАТМ
2.	Туйчиев Л.Н.	Юқумли ва болалар юқумли касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., профессор	Тошкент тиббиёт академияси
3.	Таджиева Н.У.	Илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.д., проф.	РИЭМЮПКИАТМ
4.	Урунова Д.М.	Эпидемиология лабораторияси рахбари, т.ф.н.	РИЭМЮПКИАТМ
5.	Алимов С.Г.	Олий тоифали шифокор, т.ф.н.	РИЭМЮПКИАТМ
6.	Рузметов Д.В.	Реанимация бўлими мудири, т.ф.н.	РИЭМЮПКИАТМ
7.	Колтон В.А.	Реанимация бўлими шифокори	РИЭМЮПКИАТМ
8.	Абдухалилова Г.К.	АМР маркази рахбари, т.ф.д.	РИЭМЮПКИАТМ
9.	Худаярова О.Б.	Ўтқир ичак инфекциялари бўлими мудири	РИЭМЮПКИАТМ
10.	Курбанова Г.Ш.	Тошкент ш. Бош инфекционисти, бош шифокор	1-сон ШКЮКШ
11.	Исамухамедова Ш.Ш.	Бош шифокор	4-сон ШКЮКШ
12.	Рахимов Р.Р.	Шифокор, т.ф.н.	Вирусология ИТИ
13.	Ахмаджонова Д.Ё.	Ўтқир ичак инфекциялари бўлими мудири	4-сон ШКЮКШ
14.	Раззакова Ш.О.	Докторант	РИЭМЮПКИАТМ
15.	Ганиева С. К.	Докторант	РИЭМЮПКИАТМ
16.	Аъзамов О.Ф.	Докторант	РИЭМЮПКИАТМ

Асосий муаллифлар руйхати:

1. Таджиева Нигора Убайдуллаевна – Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази директори ўринбосари, т.ф.д., профессор

2. Урунова Дилбар Махмудовна – Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази Юқумли касалликлар эпидемиологияси лабораторияси рахбари, т.ф.н.

3. Колтон Виктория Александровна - Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази реанимация шифокори;

4. Раззакова Ширин Олимовна – Республика ихтисослаштирилган эпидемиология,

микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази таянч докторанти.

5. Ганиева Саида Козимовна - Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази таянч докторанти.

Тақризчилар:

Худайкулова Гулнара Каримовна ЎзР ССВ болалар юқумли касалликлари бўйича бош мутахассиси, ТТА жамоат саломатлиги ва менежмент кафедраси мудири, т.ф.д, профессор

Хасанова Гузаль Миргасимовна Бошқирдистон Давлат тиббиёт университети юқумли касалликлар кафедраси профессори, т.ф.д.

Клиник баённома Олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон юқумли касалликлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, юқумли касалликлар хизмати тизимининг ҳудудий муассасалари шифокорлари иштирокида 2025 йил 15 апрелдаги 2-баённома онлайн форматдаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари – т.ф.д., проф. Таджиева Н.У., РИЭМЮПКИАТМ директори ўринбосари

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий сўғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Қисқартмалар рўйхати

АҚБ	Артериал қон босими
ЖССТ	Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти
УАШ	Умумий амалиёт шифокори
ГУС	Гемолитик-уремик синдром
ГЭК	Гастроэнтероколит
ДВС-синдром	Диссемиранган томир ичи қон ивиш бузилиши синдроми
ЖКТ	Ошқозон ичак тракти
БЁКИОБ	Болалар ёшидаги касалликларни интеграция асосида олиб бориш
ИТШ	Инфекцион-токсик шок
ИФА	Иммунофермент тахлил
НЯК	Носпецифик яралли колит
УҚТ	Умумий қон тахлили
ЎЮИК	Ўткир юқумли ичак касаллиги
ЎБЕ	Ўткир буйрак етишмовчилиги
УХБ	Умумий хавф белгилари
ОРВ	Орал регидратацион восита
ОЦК	Циркуляциядаги қон хажми
ПЗР	Полимерли занжир реакция
РКТ	Рандоммиранган клиник текширув
ЯМП	Янги музлатилган плазма
ТТЁ	Тез тиббий ёрдам
МИД	Маълумотларининг ишончилилик даражаси
УТТ	Ультратовуш текшируви
ТИД	Тавсияларнинг ишончилилик даражаси
ЦВБ	Централ веноз босим
ЭИЭ	Энтероинвазив эшерихии
ЭПЭ	Энтеропатоген эшерихии
ЭТЭ	Энтеротоксиген эшерихии
ESPGHAN	Европанинг педиатрик гастроэнтерология, гепатология ва нутрициологияга оид жамияти

Ушбу нозология бўйича протокол фойдаланувчилари:

Болалар юқумли касалликлари бўйича мутахассислар, умумий амалиёт шифокорлари, педиатрлар, эпидемиологлар, шошилиш тиббий ёрдам шифокорлари ва фелдшерлари, интенсив терапия мутахассислари, тиббиёт олийгоҳларининг клиник ординаторлари, магистрантлар, докторантлари.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:

диарея билан оғриган болалар

Ишончилилик даражасининг шкаласи:

Ташхисот усуллари асословчи далилларнинг ишончлилик даражасини баҳоловчи шкала (ташхисий ёндашув)

ДИД	Таърифи
1	Назоратли референс усул ёки мета-анализ қўллаш ёрдамида тизимли рандомизацияланган клиник тадқиқотли тизимли шархлар.
2	Мета анализ қўллаш ёрдамида алохида назоратли референс усулли тадқиқот ёки алохида рандомизацияланган клиник тадқиқот ва рандомизацияланган клиник текширувларсиз ҳар қандай дизайнли тадқиқот тизимли шархлар
3	Навбатсиз референс усулли тадқиқот ёки изланиш усулига боғлиқ референсли тадқиқот ёки рандомизацияланмаган таққослаш тадқиқоти, шу жумладан когорт тадқиқоти
4	Қиёсланмайдиган тадқиқот, клиник ҳолатнинг шархи
5	Таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар ёки экспертлар хулосаси келтирилган

Профилактика, даволаш, реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

ДИД	Таърифи
1	Мета-тахлилни қўллаш ёрдамида РНТ тизимли шарх
2	Алохида РНТ ва мета-тахлилни қўлланиш йўли билан РНТдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тизимли шарх
3	Рандомизацияланмаган қиёсий текширувлар, шунингдек когорт текширув усуллари
4	Қиёсланмайдиган ҳолатлар, клиник ҳолатни шархлаш ёки ходисанинг бир қисми, “ходиса-назорат” текшируви
5	Фақат ёндашувлар таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар (клиникагача бўлган текширувлар) ёки экспертлар хулосаси

Профилактика, ташхисот, даволаш, реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

ТИД	Таснифи
А	Кучли тавсия (ҳамма кўрилатган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим, барча текширув усуллари юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларни хулосалари қониқарли ёки юқори сифатли, қизиқтирган оқибатлари бўйича хулосалари келишилган)
Б	Шартли тавсиянома (ҳамма кўрилатган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари қониқарли ёки юқори услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтирган оқибатлари бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (юқори сифатли ишончлиликнинг йўқлиги, ҳамма кўрилатган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибатлари) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари паст методологик сифатга эга ва уларнинг хулосалари қизиқтирган оқибатлари бўйича келишилмаган)

2. Асосий қисм.

Кириш

<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-russian-2012.pdf>

Ўткир ичак инфекциялари болалар орасида кенг тарқалган касаллик бўлиб барча фақат ўткир респираторли инфекциялардан кейин иккинчи ўринда туради. ЖССТ маълумотларига кўра, ривожланаётган мамлакатларда 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган 5 миллиард болада ўткир диарея касалликлари қайд этилади (ҳар бир бола учун йилига ўртача 3-4 диарея эпизоди) ва ўткир ичак инфекциялари билан касалланиш камайишга мойил эмас. Бундан ташқари, ҳозирги вақтда бу касалликнинг патоген янги штаммлари пайдо бўлиб, касалликнинг оғир кечишига олиб келади. Илгари аниқланмаган ёки камдан-кам учрайдиган ўткир ичак инфекциялари янада кенг тарқалмоқда [1]. Ўткир ичак инфекциялари айниқса ёш болаларда полиэтиологиялиги, кенг тарқалиши ва касалликнинг оғир ва асоратланган шакллари ва юқумли касалликдан кейинги овқат ҳазм тизимида сезиларли бузилишларга олиб келмоқда [2].

Сўнгги йилларда вирусли агентлар, хусусан ротавируслар, норовируслар ва бошқалар. ЖССТ маълумотларига кўра, болаларда ЎИИ нинг асосий патогенлари орасида энг кенг тарқалган. Бироқ, бактериал диарея ҳам ўз аҳамиятини йўқотмаган [3]. Шу билан бирга, сўнгги йилларда икки ёки ундан ортиқ патогенлар келтириб чиқарадиган ва аралаш этиологиянинг ЎИИ ҳам кузатилмоқда. Маълумки, аралаш ичак инфекцияларининг улуши барча ЎИИ касалликлари орасида 26% ни ташкил этади. Клиник кўринишларнинг хилма-хиллиги, аралаш ЎИИ ва моноинфекцияларнинг бўлиши клиник амалиётда дифференциал ёндашувни талаб қилади [4].

Таърифи

Диарея - бу суюқ ва сувли нажаснинг одатда 24 соат ичида камида уч марта ажралиши. Эмизикли болаларда тез-тез шаклланаган ахлат ва "юшмоқ" шаклланмаган нажас бўлганда диарея дейилмайди. Янги туғилган чақалоқлар диареяси - бу агар болада нажасда ўзгаришлар бўлса, унинг миқдори ошиши ва суюқ характерга эга бўлиши (нажас таркибидаги сувнинг устунлиги) билан таснифланади. Инфекцион генезли диарея - бу патоген ёки шартли патоген микроорганизмлар ва/ёки уларнинг токсинлари таъсиридан келиб чиққан нажаснинг бузилиши. Диарея ичак инфекцияларининг типик клиник кўринишидир [3].

Таснифи. [acute-diarrhea-russian-2012.pdf \(worldgastroenterology.org\)](https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-russian-2012.pdf)

<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-russian-2012.pdf>

Клиник таснифи: (2,7)

<p>Этиологияси бўйича:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Бактериал инфекциялар: - шигеллэз, - сальмонеллэз, - эшерихиоз, - иерсиниоз, ШПФ келтириб чиқарган ЎИИ, - қорин тифи, - паратиф, - вабо; - кампилобактериоз ва анаэроб қўзғатувчилар келтириб чиқарган бошқа ЎИИ; - <i>Yersinia enterocolitica</i>; - Шартли-патоген микроорганизмлар (стафилококклар, клебсиеллалар, цитробактер, кўк йиринг таёқчаси, протей ва бошқалар) келтириб чиқарган ЎИИ - Вирусли инфекциялар: - ротавирусли гастроэнтерит, - аденовирусли, - норовирусли, - энтеровирусли, - реовирусли инфекциялар ва бошқалар; - Ичак инвазиялари: - амебиаз, лямблиоз, аскаридоз ва бошқа гельминтозлар.
<p>Оғирлиги бўйича</p>	<ul style="list-style-type: none"> - енгил, ўрта оғир ва оғир шакллари.
<p>ОИТ зарарланиш топикаси бўйича</p>	<ul style="list-style-type: none"> - гастрит; - энтерит; - гастроэнтерит; - гастроэнтероколит; - энтероколит; - колит.
<p>Кечиши бўйича</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ўткир (1 ойгача); - чўзилувчан (1 - 3 ой); - сурункали (3 ойдан ортиқ).

Этиологияси бўйича ичак инфекциялари таснифи [5, 6]:

Шигеллэз таснифи [2]:

Шигеллезлар (бактериал дизентерия) - шигелла туркумига мансуб бактериялар кўзгатадиган, фекал-орал йўл орқали юкадиган инсон юқумли касалликлари бўлиб, ўткир юқумли захарланиш ривожланиши ва асосан йўғон ичакнинг дистал қисмидаги шиллик парданинг зарарланиши билан тавсифланади.

Тури бўйича:	<ul style="list-style-type: none"> - Ўткир шакли - Типик: - гастроэнтеритик - гастроэнтероколитик - колитик - Атипик: - яққол бўлмаган - чўзилган - Сурункали шакли: - рецидивловчи, - узлуксиз. - Бактерия ташувчанлик: - субклиник, реконвалесцент.
Оғирлиги бўйича	<ul style="list-style-type: none"> - енгил, - ўрта-енгил, - оғир шакли: - интоксикация устунлик қилиши билан, - колитик синдром устунлик қилиши билан, - аралаш шакли.
Кечиши бўйича	ўткир (1 ойгача); чўзилган (1 - 3 ой); сурункали (3 ойдан ортиқ).

Сальмонелёз таснифи [2]:

Салмонеллёлар - салмонелла туридаги бактериялар келтириб чиқарадиган инфекцион касаллик бўлиб, фекал-орал механизм билан юқиш хусусиятига эга. Асосан ошқозон-ичак трактининг зарарланиши билан кечади.

Тури бўйича:	<p>Гастроинтестинал шакли</p> <ul style="list-style-type: none"> - гастритик вариант; - гастроэнтеритик вариант; - гастроэнтероколитик вариант. <p>• Тарқалган шакли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - тифга ўхшаш вариант; - септикопиемик вариант. <p>• Бактерияташувчанлик:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ўткир;
---------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - сурункали; - транзитор.
Оғирлиги бўйича	енгил, ўрта-енгил ва оғир шакллари.
Кечиши бўйича	<ul style="list-style-type: none"> • ўткир (1 ойгача); • чўзилган (1 – 3 ой); • сурункали (3 ойдан ортик). <ul style="list-style-type: none"> a) узлуксиз; b) рецидивловчи; c) нормал ич келишида узоқ вақт бактерия ажратиш.

Эшерихиозлар таснифи [2]:

<p>Эшерихиозлар - диареяген ичак таёқчалари кўзгатадиган юқумли касалликлар бўлиб, асосан ошқозон-ичак трактининг зарарланиши, захарланиш ва ич кетиш синдроми ривожланиши билан характерланади. Камдан-кам ҳолларда эса патологик жараён тарқалиши кузатилади.</p>	
Тури бўйича:	<p>типик: – гастроэнтерит, энтерит, энтероколит;</p> <p>атипик: – яққол бўлмаган, абортив, гипертотоксик</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – энтеропатоген; – энтероинвазив; – энтеротоксиген; – энтерогеморрагик ичак таёқчалари.
Кечиши бўйича	– енгил, ўрта-енгил ва оғир шакллари.
Оғирлиги бўйича	<ul style="list-style-type: none"> – ўткир (1 ойгача); – ярим ўткир (1 -1,5 ой); – чўзилган (3 ойгача).

Ичак иерсиниози таснифи [2]:

<p>Иерсиниоз - <i>Yersinia enterocolitica</i> (A04.6) кўзгатувчиси келтириб чиқарадиган энтерит бўлиб, <i>Yersinia</i> авлодига мансуб микроорганизмлар томонидан чақириладиган, кенг тарқалган зооноз юқумли касалликдир.</p>	
Тарқалганлиги бўйича	<ul style="list-style-type: none"> • локал; • генераллашган (септик)
Шакли бўйича	<ul style="list-style-type: none"> • типик: <ul style="list-style-type: none"> a) ошқозон-ичак; b) псевдоаппендикуляр;

	<ul style="list-style-type: none"> c) иерсиниозли гепатит; d) тугунли эритема; e) бўғимли. • атипик: <ul style="list-style-type: none"> a) яққол бўлмаган b) субклиник; c) шиддатли тезликда.
Оғирлиги бўйича	Енгил, ўрта-енгил ва оғир шакллари
Кечиши бўйича	Ўткир, хуружлар ва рецидивлар билан

Вабо таснифи [2]:

Тури бўйича	<ul style="list-style-type: none"> • типик; • атипик: <ul style="list-style-type: none"> - симптомсиз - куруқ - геморрагик; - яққол бўлмаган/ субклиник. - вибрио ташувчанлик – холера вибрионларини ташувчанлик, реконвалесцент (ўтказилган вабодан кейин), транзитор (инфекцион диарея ўчоқларида соғлом шахсларда аниқланади) ва сурункали (3 ойдан ортиқ).
Оғирлиги бўйича	<ul style="list-style-type: none"> • енгил дегидратация • ўрта-оғир: I даражадаги дегидратация; • оғир: II даражадаги дегидратация, III даражадаги дегидратация. • ўта оғир / шиддатли тезликда
Кечиши бўйича	<ul style="list-style-type: none"> • ўткир – кечиши 1 ойдан кўп эмас • чўзилган – кечиши 3 ойдан кўп эмас • сурункали – 3 ойдан узокроқ кечади
Асоаратлар характериға кўра	– оғир сувсизланиш, ўткир буйрак етишмовчилиги, бош мия шиши, паралитик илеус, зотилжам

Шартли-патоген ичак инфекцияси [2]:

Тури бўйича	<ul style="list-style-type: none"> • типик: <ul style="list-style-type: none"> – гастрит, гастроэнтерит, энтерит, энтероколит; • атипик: <ul style="list-style-type: none"> - яққол бўлмаган, клиник белгиларсиз, гипертоксик.
Тарқалганлиги бўйича	<ul style="list-style-type: none"> – локал; – генераллашган (септик).

Оғирлиги бўйича	– енгил, ўрта-оғир ва оғир шакллари
Кечиши бўйича	– ўткир (1 ойгача); – чўзилган (1 - 3 ой); – сурункали (3 ойдан ортик).
Асоратлари характери бўйича	Ўткир буйрак етишмовчилиги, бош мия шиши, паралитик илеус, зотилжам, ичак дисбактериози, отит ва бошқа микст-инфекция.

Ротавирус инфекцияси таснифи

Ротавирус инфекцияси ротавируслар қўзғатадиган ва гастроэнтерит типиди меъда-ичак йўлининг зарарланиши билан таърифланадиган ўткир инфекция касаллиқдир.	
Тури бўйича	<ul style="list-style-type: none"> • типик: – гастрит, гастроэнтерит, энтерит, энтероколит; • атипик: – яққол бўлмаган, клиник белгиларсиз, гипертоник.
Тарқалганлиги бўйича	– локал; – генераллашган (септик).
Оғирлиги бўйича	– енгил, ўрта-оғир ва оғир шакллари
Кечиши бўйича	– ўткир (1 ойгача); – чўзилган (1 – 3 ой); – асоратлар билан, микст инфекция.

Ичак инфекцияларининг клиник-лаборатор хусусиятлари ва этиологияси [9]

Клиник-лаборатор хусусиятлари	Этиология	
	«Сувсимон» диарея Сезиларли частотадаги кўп миқдорда суюқ ич келиши Фекалийларда яллиғланиш белгилари (лейкоцитлар) мавжуд эмас	Бактериялар
Вируслар		<i>Rotavirus</i>
Энг содалари		<i>G. lamblia</i> <i>C. parvum</i>
«Қонсимон» диарея (дизентерияга ўхшаш синдром) Тез-тез тарорланувчи кам ич	Бактериялар	<i>Shigella spp.</i> Энтероинвазив <i>E. coli</i> Энтерогеморрагичек <i>E. coli</i> <i>V. parahaemolyticus</i>

<p>келиши, оғрикли дефекация, тенезмлар</p> <p>Фекалийларда қон, шиллик аралашмаси, лейкоцитлар</p>		<p><i>S. enteritidis</i> <i>Aeromonas spp.</i> <i>Plesiomonas spp.</i> <i>Y. enterocolitica</i> <i>Campylobacter spp.</i> <i>C. difficile</i></p>
<p>Қорин тифи ва умумий симптоматика устунлик қилувчи инфекциялар. Турли оғирлик даражаларидаги диарея. Бактериемия</p> <p>Генераллашган инфекция белгилари</p> <p>Ичакдан ташқари ўчоқлар эҳтимоли (менингит, зотилжам ва плевра эмпиемаси, эндокардит ва перикардит, артрит, жигар, талок, юмшоқ тўқималар абсцесслари, пиелонефритлар)</p>	<p>Энг содда</p> <p>Бактериялар</p>	<p><i>E. histolytica</i></p> <p><i>S. typhi</i> <i>S. paratyphi A, B</i> <i>Y. enterocolitica</i> <i>Y. pseudotuberculosis</i> <i>C. jejuni</i></p>

3. Ташхисот усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

<https://academic.oup.com/cid/article/65/12/1963/4655039?login=false>

3.1. Ташхисот мезонлари:

<https://academic.oup.com/cid/article/65/12/1963/4655039?login=false>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

Шикоят, анамнези, эпидемиологик анамнези

- иситма;
- кўнгил айниш, қусиш;
- ланжлик;
- қоринда оғриқлар;
- бир кеча-кундузда 3 марта ва ундан ортиқ тез-тез ва суюқ ич кетиши;
- метеоризм

Касаллик анамнези:

Заҳарланиш белгилари, иситма, ошқозон яллиғланиши, ошқозон-ичак яллиғланиши, ингичка ва йўғон ичак яллиғланиши, йўғон ичак яллиғланиши ҳолатлари мавжудлиги

Эпидемиологик анамнез:

С

сифатсиз маҳсулотларни истеъмол қилиш; ичак инфекцияларининг маҳаллий тарқалиши, шу жумладан бошқа шифохоналарда бўлганлиги ҳақида хабарлар; оила аъзолари ёки болалар гуруҳлари ўхшаш - кўпинча гуруҳ касалланишига олиб келади

Физикал текширувлар.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

С

Умумий интоксикация синдроми:

- умумий аҳволнинг бузилиши;
- иситма;
- дармонсизлик, ланжлик;
- иштаҳанинг пасайиши;
- қусиш;
- кўнгил айнаши;
- тилнинг боғланиши (караш).

Диспепсия синдроми:

- кўнгил айнаш, енгиллашиш келтирувчи қусиш, овқат истеъмоли билан боғлиқ бўлган, эрта ёшдаги болаларда тез-тез қайт қилиш;
- энтеритда патологик ахлат пайдо бўлиши - кўп миқдорли, ҳидсиз, ҳазм бўлмаган бўлакчалар билан, эҳтимол кўкат аралаш, колитда эса: оз миқдорли суюқ ахлат шилимшиқ, кўкатлар ва қон излари билан;

- ингичка ва/ёки йўғон ичак бўйлаб қулдираш;
- метеоризм;
- орқа чиқарув тешиги атрофида, думбаларда ва чов соҳасида терининг қичиши

Оғриқ синдроми:

- гастритда – қориннинг юқори бўлимларида, асосан эпигастрийда оғриқлар;
- энтеритда – киндик соҳасида ёки бутун қорин бўйлаб доимий оғриқлар;
- колитда – сигмасимон ичак соҳасида оғриқлар.

Экзикоз:

- шиллик пардалар ва терининг қуруқлиги кўринишида, чанқаш ёки суюқлик ичишдан бош тортиш, тери эластиклигининг пасайиши ва тўқималар тургори, чўкиб қолган кўзлар мавжудлиги кўринишида организмнинг сувсизланиши белгилари;
- (чақалоқларда) катта лиқилдоқнинг чўкиши;
- онг бузилиши;
- тана массасининг камайиши;
- диурезнинг камайиши.

Нейротоксикоз:

- иситма туширувчи препаратларга яхши жавоб бермайдиган юқори ҳарорат;
- овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган ва енгиллик келтирмайдиган қусишнинг пайдо

	<p>бўлиши;</p> <ul style="list-style-type: none"> • талваса; • периферик қон айланишининг бузилиши; • тахикардия. <p>Алмашинув (метаболик) бузилишлари синдроми:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гипокалиемия белгилари – мушак гипотонияси, адинамия, скелет мушаклари тортишувлари • гипорефлексия, ичак парези; • метаболик ацидоз белгилари - тери қопламаларининг мармар тусга кириши ва цианози, шовқинли токсик нафас олиш, онг хиралашуви.
--	--

Этиологиясига боғлиқ равишда касалликни асосий клиник белгилари

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

С	<p><i>Салмонеллэзнинг ошқозон-ичак шаклидаги таянч-диагностик белгилар:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - характерли эпиданамнез; - узок давом этувчи тўлқинсимон иситма; - тез-тез, кўпинча қаттиқ қайт қилиш; - метеоризм; - ўнг ёнбош соҳасида оғриқ ва қулдираш; - "ботқоқ сув ўти" ёки "қурбақа икриси" кўринишидаги ич кетиши; - гепатолиенал синдром.
С	<p><i>Шигеллэзнинг таянч-диагностик белгилари:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - характерли эпиданамнез; - ўткир бошланиши; - интоксикация синдроми; - дистал колит синдроми; - Интоксикация даражаси ва дистал колит ривожланиши ўртасидаги мутаносиблик.
С	<p><i>Энтеропатоген ичак таёқчаси (ЭИТ) кўзгатган эшерихиознинг асосий ташхис белгилари:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ўзига хос эпидемиологик анамнез; - асосан бир ёшгача бўлган болаларда учрайди; - ичак фаолиятининг энтерит ёки гастроэнтерит кўринишида бузилиши; - кам, аммо тинимсиз қусиш ҳолати; - сарғиш-тўқ сариқ рангли, сувли ва отилиб чиқувчи ич кетиши, баъзида оз миқдорда тиниқ шилимшиқ аралашган бўлиши мумкин; - секин-аста кучайиб борувчи, даволашга қийин бўлган токсикоз ва сувсизланиш ҳолати.

С	<p>энтероинвазив (ЭИЭ) E/coli таёқчалари келтириб чиқарган эшерихиознинг таянч-диагностик белгилари:</p> <ul style="list-style-type: none"> - характерли эпиданамнез; - ўткир бошланиши; - қисқа вақтли иситма; - қоринда тўлғоқсимон оғриқлар; - Шиллиқ ва қон томчиларидан иборат тез-тез суюқ ич кетиши; - клиник симптомларнинг тез ижобий динамикаси.
С	<p>ЭТЭдан келиб чиққан ишерихиознинг таянч-диагностик белгилари:</p> <ul style="list-style-type: none"> - характерли эпиданамнез; - асосан гастроэнтерит тури бўйича ичак дисфункцияси; - ўта ўткир бошланиши; - тананинг нормал ҳарорати; - ич келишида патологик аралашмаларнинг йўқлиги; - I-II даражадаги сувсизланишнинг ривожланиши.
С	<p>Эшерихиознинг ЭГЭ келтириб чиқарган таянч-диагностик белгилари:</p> <ul style="list-style-type: none"> - характерли эпиданамнез; - гемоколит тури бўйича ичакнинг дисфункцияси, кам ҳолларда энтерит тури бўйича; - тана ҳарорати нормал манзарада энтеритнинг ривожланиши; - касалликнинг 2 -3 кунда интоксикация ва геморрагик колитнинг пайдо бўлиши; - кўпинча ўткир буйрак ўетишмовчилигининг, гемолитик-уремик синдромнинг, тромботик тромбоцитопеник пурпуранинг ривожланиши.
С	<p>Вабонинг таянч-диагностик белгилари:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ҳидсиз ва гуруч қайнатмасига ўхшаш рангда сувли ич кетиши, айрим ҳолларда ҳам балиқ ҳидини эслатади. - диареядан кейин қусиш пайдо бўлади - эксикознинг тез ривожланиши - қоринда оғриқ характерли эмас - интоксикация йўқ ёки кам, нормал тана ҳарорати
С	<p>Ичак иерсиниозининг асосий ташхис белгилари:</p> <p>Узоқ давом этувчи иситма.</p> <p>Киндик атрофи ёки ўнг ёнбош соҳасида кучли оғриқлар.</p> <p>Кўп миқдордаги, бадбўй, кўпинча шилимшиқ ва қон аралашган ич келиши.</p> <p>Қоннинг умумий таҳлилида нейтрофилли лейкоцитоз кузатилади.</p>
С	<p>Шартли патоген микроорганизмлар томонидан келтириб чиқарилган ЎЙИнинг таянч-ташхисот белгилари:</p> <p>Бир ёшдан катта болаларда ошқозон-ичак тракти шикастланишининг асосий кўринишлари гастроэнтерит ва энтерит ҳисобланади, камроқ ҳолларда эса</p>

	гастроэнтероколит, энтероколит кузатилади. Ҳаётининг биринчи йилидаги болаларда касалликнинг клиник кўриниши этиология ва касалланиш муддатига боғлиқ бўлади. Ҳаётининг биринчи йилидаги беморларда ичак шакли кўпинча I-II даражали токсикоз ва эксикоз ривожланиши билан кечади. Диарея асосан секретор-инвазив хусусиятга эга бўлади.
	<p><i>Ротавирус инфекциясининг таянч-диагностик белгилари:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - характерли эпиданамнез (йилнинг қиш вақтида касалликнинг гуруҳли характери); - касалликнинг ўткир бошланиши; - тана ҳароратининг кўтарилиши; - интоксикация синдроми; - етакчи клиник белги - қусиш; - сувсимон диарея; - қоринда ўртача ифодаланган оғриқлар; - метеоризм характерли.

Сув ва электролитлар йўқотилиши натижасида **дегидратация** синдроми (эксикоз) юзага келади, бунда уларнинг миқдорий йўқотилиши турлича бўлиши мумкин. Шунга кўра, дегидратациянинг уч тури фарқланади: гипертоник, гипотоник ва изотоник. Қон оқсиллиги, гемоглобин, гематокрит ва эритроцитлар даражасининг кўтарилиши барча турларга хос, ammo изотоник дегидратацияда бу кўрсаткичлар баъзан меъёрида қолиши мумкин.

Гипертоник (сув танқислиги, хужайра ичи) тури асосан сув йўқотилиши натижасида юзага келади, бунда плазмадаги натрий концентрацияси ошиши туфайли сув қон оқимида ўтади. Йўқотишлар кўпинча ич кетиши орқали содир бўлади. Бунинг оқибатида хужайра ичи сувсизланиши юзага келади, бу эса клиник жиҳатдан қондириб бўлмайдиган чанқоқлик, овознинг йўқолиши, "кўз ёшисиз йиғлаш" билан намоён бўлади. Тери қуруқ, илиқ, катта ликилдоқ ликвор ҳажми кўпайиши сабабли ботмайди. Лаборатория маълумотлари: плазмадаги натрий миқдори юқори - ≥ 150 ммол/л, эритроцит ҳажми камайган ва ундаги гемоглобин миқдори юқори. Плазма ва сийдик осмолярлиги ошган. Натрий йўқотилиши - 3-7 ммол/кг.

Гипотоник (туз танқислиги, хужайрадан ташқари) дегидратация асосан электролитлар (натрий, калий) йўқотилганда юзага келади ва кўпинча ич кетишдан кўра қусиш устунлик қилганда кузатилади. Тузларнинг йўқотилиши плазма осмолярлигининг пасайишига ва суюқликнинг қон томирларидан хужайраларга ўтишига (хужайра ичи шишиши) олиб келади. Бу турдаги дегидратацияда чанқоқлик ўртача бўлади. Дегидратациянинг ташқи белгилари яққол намоён бўлмайди: тери совуқ, рангсиз ва нам,

шиллик пардалар унча куруқ эмас, катта ликилдоқ ботиб қолади. Плазмадаги натрий даражасининг 135 ммол/л дан пастга тушиши, эритроцитлар ҳажмининг ортиши ва улардаги гемоглобин концентрациясининг камайиши характерлидир. Плазма ва сийдик осмолярлиги пасаяди. Натрий йўқотилиши 8-10 ммол/кг ни ташкил этади.

Изотоник (нормотоник) дегидратация энг кенг тарқалган бўлиб, бир вақтнинг ўзида суёқлик ва тузларнинг йўқолиши билан кечади. Одатда, плазмадаги натрий миқдори меъерда бўлса-да, унинг йўқолиш даражаси 11 дан 13 ммол/кг гача ўзгариб туради. Эритроцитнинг ўртача ҳажми ва гемоглобин концентрацияси, плазма ва сийдик осмолярлиги меъерида қолади. Ўткир ичак инфекцияларида алоҳида хужайра ташқарисидаги ёки хужайра ичидаги дегидратация кўпинча кузатилмайди. Умумий сувсизланиш юз беради, аммо кўпроқ хужайра ташқарисидаги соҳада намоён бўлади. Гипонатриемия белгилари неврологик симптомларнинг ривожланишидан иборат: кўнгил айнаш, бош оғриқ, хушдан кетишдан тортиб кома, тутқаноқ ҳолати ва ўлимгача. Симптомларнинг оғирлиги гипонатриемия даражасига ҳам, унинг ўсиш тезлигига ҳам боғлиқ. Хужайра ичидаги натрий миқдорининг тез пасайиши сувнинг хужайра ичига ўтиши билан асоратланади, бу эса бош миянинг шишишига олиб келиши мумкин. Клиник тажриба шуни кўрсатадики, эксикоз синдроми кўп ҳолларда сув ва электролитларнинг мутаносиб йўқолиши билан кечади. Натижада 80% ҳолларда изотоник дегидратация, 15% ҳолларда гиперосмоляр, 5% ҳолларда гипоосмоляр дегидратация ривожланади. Оғиз орқали регидратациянинг асосий тамойили - суёқликни оз-оздан ва аста-секин юборишдан иборат [10-12].

Болада суёқлик танқислиги(эксикоз)ни баҳолаш

(ЖССТ ва ЭСПГНАН/ЕСPID мезонлари (2008, 2014)):

Дегидратация даражаси	Тана вазнига нисбатан суёқлик етишмовчилиги %да	Тана вазнига нисбатан суёқлик етишмовчилиги мл\кгда
Сувсизланиш белгилари йўқ	<5%	<50 мл/кг
Ўртача сувсизланиш	5-10%	50-100 мл/кг
Оғир сувсизланиш	>10%	>100 мл/кг

5 ёшгача бўлган болаларда (дегидратация) сувсизланишнинг оғирлик [1,3]: даражасини баҳолашнинг клиник мезонлари:

Симптомлар	Сувсизланиш мавжуд эмас (енгил шакли)/ ўртача сувсизланишга оид 2 белгининг йўқлиги	Ўртача сувсизланиш (ўрта-оғир шакли / 2- даражали сувсизланиш)	Оғир сувсизланиш (оғир шакли / 3 даражали сувсизланиш)
Умумий аҳволи	ўрта оғирликда	ўрта оғирдан оғиргача	оғир
Хуши / атрофдагиларга реакция	Норма	қўзғалган / безовталиқ / асабийлашиш / уйқучанлик / ланжлик	тормозланиш/хушнинг пасайган даражаси летаргик ёки хушсиз
Чанқаш	Сезиларли	яққол ифодаланган / бола ташналиқ бтдан сув ичали	бўлмаслиги мумкин / ёмон ичади / ича олмайди
Оғриққа реакция	ифодаланган	кучсизланган	мавжуд эмас
Тана ҳарорати	Норма	Кўпинча ошган	кўпинча нормадан паст
Ич келиши	Суюқ	суткада 10 мартагача, энтеритли	тез-тез, сувсимон
Тана массаси йўқотилиши	5 % гача (> 1 ёш 3 % гача)	6 – 9 % (> 1 ёш, 3 – 6 % гача)	10 % дан кўп (> 1 ёш, 6 – 9 % гача)
Қусиш	1 – 2 марта	такрорий	кўп мартали
Овоз	Норма	кучсизланган	кўпинча афония
Шиллиқ қават	Нам	қуруқлашган, енгил гиперемияланган	қуруқ, равшан
Цианоз	Йўқ	норма	кескин ифодаланган
Тўқималар тургори	Сақланган	бурма секин текисланади (2 с. гача)	бурма жуда секин текисланади (2 с.дан кўп)
Катта лиқилдоқ	Норма	Бир оз чуккан	чуккан
Кўз олмалари	Норма	чўккан	чуккан
Нафас олиш	Норма	Бироз ҳансираш	токсик
Юрак тонлари	Баланд	Бир оз бўғиқлашган	бўғиқ

Артериал босим	нормал ёки озрок ошган	систолигик босим нормал, диастолик босим босим ошган	пасайган
Тахикардия	Йўқ	Сезиларли даража	ифодаланган
Диурез	Сақланган	пасайган	анча пасайган

NB! Оғир сувсизланиш белгилари бўлган тақдирда шок симптомларини текширинг: совуқ қўллар, капилляр тўлиш вақти 3 с дан ортиқ, заиф ва тез-тез пульс.

Лаборатор текширувлар [10-16]:

Умумий қон таҳлили:

C 5	<ul style="list-style-type: none"> - лейкоцитоз, нейтрофилез (бактериал диарея), - лейкопения (вирусли диарея), - гематокритнинг ошган даражаси – фоиз кўрсаткич, қон ҳажми бирлигида эритроцитлар улушини акс эттиради (дегидратация ифодаланганлиги кўрсаткичи), - эритроцитоз, - ЭЧТ ортиши.
C 5	<p style="text-align: center;">Қоннинг биокимёвий таҳлили</p> <ul style="list-style-type: none"> - креатинин, мочевина, қолдиқ азот даражасини текшириш; - қон зардобидида электролитлар концентарцияси, умумий оксил (сувсизланиш бўлса) миқдорини аниқлаш; - қон зардобидида С-реактив оксил: С-реактив даражаси яллиғланиш жараёнининг оғирлиги билан корреляцияланади (кўрсатма бўйича); - қонда амилаза - Прокальцитонин кўрсатма бўйича
C 5	<p style="text-align: center;">Копрограмма</p> <ul style="list-style-type: none"> - ҳазм қилинмаган клетчатка мавжудлиги, - шиллик мавжудлиги, - лейкоцитлар мавжудлиги (бактериал инфекцияларда кўп миқдорда, вирусли, содда организмлар сабабли диареяларда –мажбурий белги эмас), - эритроцитлар(гемоколит белгиси), нейтрал ёғлар мавжудлиги; - гижжа ва энг содда организмларни аниқлаш учун нажас таҳлили
A	<p style="text-align: center;">Бактериологик таҳлил</p> <p>нажас / қусуқ массаларини ёки ошқозон ювилган сувларни бактериологик текшириш ва патоген / шартли патоген флорани ажратиш</p>
A	<p>Нажасни Ф-30 га (вабо учун) бактериологик текшириш:</p> <p>1) сувсимон диарея, сувсизланиш ва қусиш белгилари бўлган ЎИИ билан оғриган</p>

	<p>беморлар (мушаклар тортишуви, тери тургори пасайиши);</p> <p>2) ноаниқ этиологияли ЎИИдан вафот этганлар; ва эпидемиологик кўрсатмалар бўйича:</p> <p>3) вабо бўйича хавфли мамлакатлардан келган қочоқлар;</p> <p>4) ушбу инфекция бўйича хавфли мамлакатлардан келган ва келган пайтидан бошлаб 5 (беш) календарь куни ичида касал бўлиб қолган фуқаролар</p>
A	<p>Полимераз занжир реакцияси (ПЗР) реал вақт режимида</p> <p>ПЗР-бактериал (шигеллэз, сальмонеллэз, кампилобактер, клористридиум ва бошқалар) ва вирус этиологияли (энтеровируслар, норфолк аденовирус, астровирус, норавирус ва ротавирус) (зарурият бўлганда) ичак инфекцияларининг ДНК / РНКсини аниқлаш</p>
A	<p>Серологик тадқиқот усуллари</p> <p>- Махсус антиген диагностикумлари билан қонда ўтказиладиган РПГА (РНГА) - такрорий реакцияда антитаначалар титрининг 4 ва ундан ортиқ баробарга кўтарилиши (зарурат туғилганда)</p> <p>- ИФА / ахлатда энтеровирус ва ротавирус антигенларини аниқлаш (зарурат бўлганда)</p>
B	<p>Иммунохроматографик усул</p> <p>Ичак инфекциялари ва вирус этиологияли (энтеровируслар, норфолк аденовирус, астровирус, норавирус ва ротавирус ва содалар организмлар) қўзғатувчилари антигенларини аниқлаш учун эксперецс тест (шигеллэз, сальмонеллэз, кампилобактер, клористридиум ва бошқалар).</p>
A	<p>Қўшимча лаборатор текширувлар:</p> <p>қон ва сийдикни бактериологик текшириш – патоген / шартли патоген флорани ажратиш (5 кундан кўп иситмада)</p>
C 5	коагулограмма (кўрсатма бўйича).

Инструментал текширувлар

Қорин бўшлиғи аъзолари УТТ:

C 5	дифференциал диагностика ҳолатларида қоринда эркин суюқлик (асцит, перитонит), жигар ва талоқнинг катталиги, портал гипертензия, қорин катталашини
------------	--

Кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари УТТси

C 5	- қориннинг пастки қисмидаги кучли оғриқларда- ўткир гинекологик патологияга шубҳа бўлганда, яққол ифодаланган гемоколитда.
------------	---

ЭКГ:

С 5 юрак мушагининг токсик, яллиғланиш ёки ишемик характердаги зарарланиши гумон қилинганда

Қорин бўшлиғи аъзоларининг умумий рентгенографияси

С 5 ичак тутилиши шубҳа қилинганда “Клойбер косалари”ни аниқлаш мақсадида

КТ- колоноскопия

С 5 Спазмолитиклар билан даволаш мумкин бўлмаган ёки 3 кундан ортиқ давом этадиган сезиларли оғриқ синдромида чамбар ичак / ректосигмоидал бирикманинг соматик ва онкологик патологиясини дифференциал ташхислаш учун зарур.

Топ мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:

С 5 жарроҳ маслаҳати - аппендицит, ичак тутилиши, парез ва ичак инвагинациясига шубҳа қилинган тақдирда;

С 5 Нефролог маслаҳати – ЎБЕга шубҳа қилинганда;

С 5 Гастроэнтеролог маслаҳати - Крон касаллигига шубҳа қилинган тақдирда, ярали колит, лактоза етишмовчилиги, аллергияк энтероколит гумон қилинганда.

С 5 Невропатолог маслаҳати - қусишда бош мия жароҳати (БМЖ) инкор қилиш учун

С 5 онколог маслаҳати - ичакда онкологик жараён гумон қилинганда.

Диагностик алгоритм:



Физикал текширувлар:

- Кўнгил айланиш, енгиллик олиб келувчи қусиш, овқат ейиш билан боғлиқ, эрта ёшдаги болаларда тез тез қайд қилиш;
- патологик аралашмалар билан суюқ ахлат келиши;
- метеоризм;
- спазм ва сигма сохасидаги оғрик;
- сувсизланиш белгилари: тери ва шиллик қаватлар қуриши, чанқаш ва сув ичишдан бош тортиш, тери ва мушаклар тургорлигини пасайиши, “запавших глаз” белгиси бўлиши, хуш бузилиши, тана массасининг камайиши.

Дифференциал ташхисот:

- Алиментар диарея
- Антибиотик-ассоцияланган диарея
- Ичак инвагинацияси
- Ўткир аппендицит
- ЖКТ функционал бузилиши

Тахминий ташхис

Бактериал ичак инфекцияси

Энтеровирусли инфекция

Ташхис тасдиқланган

Лаборатор диагностика:

ОАК - лейкоцитоз, нейтрофилез, тезлашиши

Умумий нажас таҳлили - лейкоцитлар ошиши, йиритилган лейкоцитлар

Эпидемиологик анамнез:

- Сифатсиз маҳсулотлар истеъмол қилиш;
- ичак инфекцияларининг маҳаллий тарқалиши, шу жумладан бошқа шифохоналарда қолиш ҳақида хабарлар;
- оила аъзолари ёки болалар гуруҳларида ўхшаш белгилар

- Бактериологик таҳлилда патоген/шартли-патоген флора (инвазив диареяда)
- Экспресс тест
- ИФА, ПЦР нажас

3.3. Дифференциал диагностика ва қўшимча текширувларни асослаш

Болаларда ўткир ичак инфекцияларида асосий дифференциал-диагностик белгилар

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

Дифференциал-диагностик белгилар	Шигеллёлар	сальмонеллёлар	Ичак иерсиниози	Эшерихиозлар			Ротавирус инфекцияси	Бирламчи стафилококк ичак инфекцияси
				ЭПЭ	ЭИЭ	ЭТЭ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ёши	Асосан 3 ёшдан катта	Турлича, Асосан 2 ёшгача	Турлича, кўпинча 2 - 7 ёш	Асосан 1 ёшгача	2 ёшдан 7 ёшгача	Турлича, кўпинча 3 ёшгача	Турлича, кўпинча 1 – 3 ёшгача	Турлича, кўпинча 3 ойгача.
Мавсумийлиги	Ёзги-кузги	қишги-баҳорги контакт йўл билан, ёзги овқатланиш орқали	Қишги-баҳорги	Қишги-баҳорги	Ёзги-кузги	Ёзги	Кузги-қишги	Йил давомида
Юқиш йўллари	Контакт-маиший, овқатланиш ва сувли	Бир ёшгача бўлган болаларда кўпинча контакт-маиший, бир ёшдан катта болаларда – кўпинча	Овқатланиш	Контакт-маиший, овқатланиш	Овқатланиш	Овқатланиш ва сувдан	Контакт-маиший; эхтимол, овқатланишда, сувдан	овқатланишда

		овқатланиш орқали						
Касалликнинг бошланиши	Ўткир	Ўткир – бир ёшдан катта болаларда; турлича – бир ёшгача болаларда	Ўткир, аммо эрта ёшдаги болаларда секинлик билан бўлиши мумкин	Кўпинча бирин-кетин	Ўткир	Ўткир	Ўткир	Ўткир ёки бирин-кетин
Тана ҳарорати	Фебрил, шу жумладан гипертермия 1 - 2 кун	Фебрил, шу жумладан гипертермия, тўлқинсимон 2 – 3 ҳафта	Фебрил, шу жумладан гипертермия 2 – 7 кун	Субфебрил, фебрил, 1 – 5 кун	Фебрил, 1 – 2 кун	Нормал	Субфебрил, фебрил, 2 – 3 кун	Субфебрил, фебрил, 3 – 5 ҳафта
Қусиш, қайт қилиш	Ярмида суткада 1 – 2 марта 1 – 2 кун давомида	Тез-тез, узоқ, мотивланмаган, 3 – 5 кун	Кўпчиликда кўп мартабали, 2 – 7 кун	Қайт қилиш, тинмай қусиш, 7 – 10 кун	Кўпчиликда 1 кун	Кўп мартали, 1 – 2 кун	Кўпчиликда – кўп мартали, 1 – 3 кун	Қайт қилиш
Қоринда оғриқлар	Тўлғоқсимон, дефекациядан олдин,	сезиларли, эпигастрийда ва киндик	Жуда интенсив, киндик атрофида ёки	хуружсимон	Тўлғоқсимон, чап ёнбош	Хуружсимон, эпигастрийда ва киндик	Камдан-кам, сезиларли	сезиларли

	чап ёнбош соҳасида, тенизмлар	атрофида	ўнг ёнбош соҳасида, корин парда таъсирланиш и симптоми бўлиши мумкин		соҳасида	атрофида		
Метеоризм	Характерли и эмас	Кўпинча бир ёшгача болаларда	Характерли эмас	Характерли	Характерли эмас	Характерли эмас	Характерли эмас	Камдан-кам
Гепатолие-нал синдром	Характерли и эмас	Кўпинча бир ёшгача болаларда	Камдан-кам	Характерли эмас	Характерли эмас	Характерли эмас	Характерли эмас	Кўпинча бир ёшгача болаларда
Характерли эмас	Характерли и эмас	Характерли и эмас	Характерли эмас	Характерли эмас	Характерли эмас	Характерли эмас	Характерли эмас	Характерли эмас
Ич келиш характери	Тез-тез, суюқ, ахлат характери ни йўкотади, шилимшиқ кўп, қон чизиклари, типик “ректал тупуриш”	Тез-тез, суюқ, мўл-кўл, “ботқоқ сув ўти” рангида, шилимшиқ билан, ярмида қон чизиклари	Тез-тез, суюқ, мўл-кўл, кўланса, шилимшиқли, камдан-кам ҳолларда қон томчилари билан	Тез-тез, суюқ, сувсимон, ёрқин сариқ рангда, патологик аралашмаларсиз	Тез-тез, суюқ, шилимшиқ ва қон билан	Тез-тез, суюқ, сувсимон, патологик аралашмаларсиз	Тез-тез, суюқ, кўпикли, кескин ҳидли, патологик аралашмаларсиз	Тез-тез, суюқ, шилимшиқ билан, беморларнинг ярмида қон чизиклари бор
Гемограмма	Лейкоцитоз, нейтрофилёз, ЭЧТ	Лейкоцитоз, нейтрофилёз, бир	Гиперлейкоцитоз, нейтрофилёз, ЭЧТ кескин	Сезиларсиз, лимфоцитоз, ЭЧТ сошган	Сезиларсиз нейтрофилёз, ЭЧТ сезиларли	Сезиларсиз лейкоцитоз, чапга сурилиш	Лейкопения, лимфоцитоз	сезиларли лейкоцитоз, нейтрофилёз, ЭЧТ

	ошган	ёшгача бўлган болаларда анэозинофилия, анемия, моноцитоз бўлиши мумкин	ошган		ошган	бўлиши эҳтимол		ошган
Копроцито-грамма	“Яллиғлан ишга хос” ўзгаришлар (кўп миқдорда лейкоцитлар ва эритроцитлар)	Турлича. Клиник вариантга боғлиқ	Ҳазм қилиш ва сўрилишнинг бузилиши белгилари, лейкоцитлар ва эритроцитлар кам миқдорда ошган	Ҳазм қилиш ва сўрилишнинг бузилиши белгилари	“Яллиғланишли” ўзгаришлар (лейкоцитлар ва эритроцитлар миқдорининг ортиши)	Ҳазм қилиш ва сўрилишнинг бузилиши белгилари	Ҳазм қилиш ва сўрилишнинг бузилиши белгилари	Ҳазм қилиш ва сўрилишнинг бузилиши белгилари, камроқ ҳолларда лейкоцитлар ва эритроцитлар

Дифференциал ташхис ва қўшимча текширишларни асослаш [1, 2, 5-9]:

Ташхис	Дифференциал ташхис учун асос	Текширишлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Ичак инвагинацияси	Суюқ ич келиши, қоринда оғриқлар.	Жарроҳ консултацияси	Чақалокнинг териси оқариб кетган ҳолда йиғлаш хуружлари. Касаллик бошлангандан 4-6 соат ўтгач, ахлат аралашмаган нажасдаги қон ("малина" ёки "қорағат желеси" кўринишида). Қориннинг дам бўлиши, қорин бўшлиғида юмшоқ-эластик қаттиқланиш пайдо бўлиши. Кейинчалик такрорий қусиш кузатилади.
Аденовирус инфекцияси	Иситма, қусиш, суюқ ич келиши.	ПЗР – фекалийларда аденовируслар ДНК сини аниқлаш	Узоқ муддатли иситма. Фарингит, тонзиллит, ринит, конъюнктивит, энтерит, гепатоспленомегалия.
Ўткир аппендицит	Иситма, қусиш, суюқ ич келиши	Хирург консултацияси	Эпигастрал соҳадан бошланиб, ўнг ёнбош соҳасига ўтувчи оғриқ. Оғриқ доимий бўлиб, йўталганда кучаяди. Ич келиши-суюқ, патологик аралашмаларсиз, кунига 3-4 мартагача, аммо кўпинча қабзият кузатилади.

**Инфекцион диареянинг ноинфекцион касалликлар билан дифференциал
диагностикаси**

Белгилари	Инфекцион диарея	Ўткир аппендицит	Функционал диарея	Носпецифик ярали колит	Ичак инвагинацияси
Анамнез	Бемор билан контакт, зарарсизланган сувни истеъмол қилиш	Ўзига хос жиҳатларсиз	Ўзига хос жиҳатларсиз	Диарея эпизодлари оғирлишувга тенденция билан	Ўзига хос жиҳатларсиз
Касалликнинг бошланиши	Ўткир, бир вақтнинг ўзида қоринда оғрик, диарея, иситма	Эпигастрийда оғрик, ўнг ёнбош соҳасига қўчиш билан.	Ўткир	Ўткир, ярим ўткир, диарея, иситма	Йиғлаш хуружлари, гўдакнинг тери қопламалари оқариши.
Ич келиши	Суюқ, кунига 3 мартадан кўп, шилимшиқ ва қон билан	Бўтқасимон, суюқ, нажасли, патологик аралашмаларсиз, 3 – 4 мартагача, кўпинча ич қотиши	Бўтқасимон, сариқ рангли, патологик аралашмаларсиз	Обильный, частый, жидкий, с кровью («мясные помои») Мўл-кўл, тез-тез, суюқ, қон билан (“гўшт ювиндиси”)	Касаллик бошлангандан 4-6 соат ўтгач, ахлат аралашмасидан холи бўлган (“малина”/ “қора смородина желе”) кўринишидаги қон нажас таркибида пайдо бўлади

Қоринда оғриқ	Санчиқли оғриқ	Кучли, доимий, йўталганда кучаювчи. Диарея тўхтаганда сақланади/ кучаяди	Бироз оғриқ	Кучсиз ифодаланган, тарқок	Кучли доимий, даврий характерга эга (даврийлиги 5 - 30 минут)
Қоринни кўздан кечириш	Юмшоқ, шишган	Ўнг ёнбош соҳасида оғриқлилик, мушакларнинг зўрайиши билан	Унча кучли бўлмаган бир текис шишиш	Шишган, оғриқсиз	Шишган, қорин бўшлиғида зичлашув, юмшоқ-эластик, ҳаракатчан
Қушиш	Эҳтимол кўп марта	Айрим вақтларда, касаллик бошида, 1 – 2 марта	Қайт қилиш	Характерли эмас	Эҳтимол кўп марта
Сигмасимон ичак спазми ва оғриқлиги	Дистал колитда спазмланган, оғриқли	Йўқ	йўқ	Аниқланмайди	Йўқ
Эндоскопия	Катарал, катарал-геморрагик колит	Норма	Норма	Кескин шишиш, қон келувчанлик, фибрин доғи, эрозиялар, яралар	Инвагинат бошчасини ректал пайпаслаб кўриш мумкин

Амбулатор даражада даволаш:

A 1	Амбулатория шароитида ЎИИ нинг енгил ва ўртача шакллари мавжуд болалар (36 ойдан катта болалар) даволанади. ЎИИ билан оғриган беморларни даволаш принципларига қуйидагилар киради: режим, регидратация, парҳез, патогенетик ва симптоматик терапия воситалари. Амбулатор даволаниш самарасиз бўлса ёки амбулатор даволашнинг иложи бўлмаса, болани ихтисослаштирилган стационарга ётқизиш масаласи кўриб чиқилади.
------------	--

ЎИИ билан оғриган беморларни даволаш тамойилларига қуйидагилар киради: режим, регидратация, парҳез, патогенетик ва симптоматик терапия воситалари. Амбулатор даволаниш самарасиз бўлса ёки унинг иложи бўлмаса, болани ихтисослаштирилган касалхонага ётқизиш масаласи кўриб чиқилади.

Даволашдан мақсад:

- интоксикация аломатларини камайтириш;
- сув-электролитлар балансини тиклаш;
- нажасни нормаллаштириш;
- патогенни йўқ қилиш;
- авж олишларнинг кайталанишини, рецидивларни ва қолдиқ асоратларни олдини олиш.

1) Номедикаментоз даво:

A 1	<ul style="list-style-type: none">- ярим ётоқ тартиби (бутун иситма даврида);- парҳез-боланинг ёшига, касаллик бошланишигача унинг қандай овқат хуш кўришларига ва овқатланиш одатларига қараб;- кўкрак сути билан озикланувчи чақалоқларни она сути билан тез-тез ва бола истагунича эмизиш керак;- сунъий озиклантиришда бўлган болалар одатдаги овқатланиш билан овқатланишни давом эттиришлари керак;- 2 ёш ва ундан катталарга-№ 4-стол;-лактоза етишмовчилиги бўлган болалар учун паст / лактозасиз аралашмалар буюрилади.
------------	---

2) Медикаментоз даво [4, 10, 11, 12, 20]

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида қоплаш учун асос бўлмайди.

Енгил даражали диареяда (сувсизланишсиз) – А режа:	
	<p>агар бола фақат кўкрак сути билан боқилаётган бўлса, кўкрак билан тез-тез эмизиш ва ҳар бир эмизиш давомийлигини ошириш, кўкрак сутидан ташқари кўшимча равишда ОРВ ёки тоза сув бериш керак; агар бола аралаш ёки сунъий озиклантирилган бўлса, қуйидаги суюқликларни ҳар қандай комбинацияда бериш лозим: ОРВ эритмаси, суюқ овқат (масалан, шўрва, гуруч қайнатмаси) ёки тоза сув.</p> <p>Онага одатдаги миқдорга кўшимча равишда қанча суюқлик бериш кераклигини тушунтириш:</p> <ul style="list-style-type: none">• 2 ёшгача ҳар бир суюқ ичкетишдан сўнг 50-100 мл;• 2 ёш ва ундан катта болаларга ҳар бир суюқ ичкетишдан сўнг 100-200 мл.• овқатлантиришни давом эттириш;• онага болада қуйидаги белгилардан бирортаси пайдо бўлса, уни дарҳол шифохонага олиб боришни маслаҳат беринг:• ича олмайди ёки кўкрак эма олмайди;• боланинг аҳволи ёмонлашади;• иситма пайдо бўлади;• боланинг ахлатида қон бор ёки у суюқликларни яхши ичмайди.

Ўрта-оғир кечаувчи диареяда (ўртача сувсизланиш билан) – Б режа:	
	<p>Оғиз орқали регидратациянинг асосий тамойили - суюқликни оз-оздан ва аста-секин киритишдир.</p> <p>Оғиз орқали регидратация икки босқичда ўтказилади:</p> <p>I босқич - бемор келгандан кейинги дастлабки олти соат ичида даволаш бошланишидан олдин юзага келган сув-туз танқислиги бартараф этилади.</p> <p>Биринчи даражали сувсизланиш синдромида бу босқичда бирламчи регидратация учун суюқлик миқдори дастлабки олти соат ичида тана</p>

	<p>оғирлигига нисбатан 40-50 мл/кг ни, иккинчи даражали сувсизланиш синдромида эса дастлабки олти соат ичида 80-90 мл/кг ни ташкил этади;</p> <p>II босқич - бутун кейинги давр давомида боланинг суюқлик ва тузларга бўлган кунлик эҳтиёжини, шунингдек, уларнинг йўқотилишини ҳисобга олган ҳолда қўллаб-қувватловчи даволаш ўтказилади.</p> <p>Қўллаб-қувватловчи даволаш қусиш ва ич кетиш туфайли давом этаётган суюқлик ва тузлар йўқотилишига қараб ўтказилади. Кейинги ҳар олти соатлик вақт оралиғида бола олдинги олти соат ичида ич кетиш ва қусиш туфайли қанча суюқлик йўқотган бўлса, шунча эритма ичиши керак. Регидратациянинг бу босқичи ич кетиш тўхтагунига қадар давом эттирилади. Регидратацияни қўллаб-қувватловчи эритманинг тахминий ҳажми - кунига тана вазнига нисбатан 80 дан 100 мл/кг гача (тана вазни 25 кг дан ошмаганда). Болаларда сувсизланишда оғиз орқали регидратация учун зарур бўлган суюқлик миқдорини ҳисоблаш 6-жадвалда келтирилган. Агар сезиларли сувсизланиш бўлмаса, А режаси амалга оширилади: 24 ойликдан кичик болалар - ич кетишнинг ҳар бир эпизодидан сўнг 50-100 мл, 24 ойликдан катта болалар - ич кетишнинг ҳар бир эпизодидан сўнг 100-200 мл ичишлари лозим.</p>
--	---

Болаларда дегидратация синдромида перорал регидратация учун суюқликнинг зарур миқдори (мл).

Тана массаси, кг	Енгил регидратация (сувсизланишсиз) биринчи даражали эксикоз		Ўрта оғирликдаги регидратация (ўртача сувсизланишсиз) иккинчи даражали эксикоз	
	Бир соатда	Олти соатда	Бир соатда	Олти соатда
5	42	250	66	400
10	83	500	133	800
15	125	750	200	1200
20	167	1000	256	1600
25	208	1250	333	2000

Жадвал 2.

Амбулатор босқичда даволаш учун зарур бўлган асосий дори воситалари рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан)

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	Исботланувчанлик даражаси	Ҳавола
Сув-электролит балансига таъсир қилувчи эритмалар (перорал регидратация воситалари)	Регидратантлар, перорал қабул учун (декстроза+калий хлорид+натрий хлорид+натрий цитрат)	Ичкарига қабул учун эритма тайёрлаш учун порошок (бир кг тана массасига 20 мл гача, бир соатда пер ос)	A	https://www.who.int/publications/m/item/s-hock-sam--diarrhoea-treatment-guidelines-including-new-recommendations-for-the-use-of-ors-and-zinc-supplementation-for-clinic-based-healthcare-workers
Рух препарати	Рух	Оғиз орқали қабул қилиш учун эритма тайёрлаш учун порошок	B	Diarrhoea Treatment Guidelines, 2005

Амбулатор даволаш учун қўшимча дори воситалари рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли бўлмаган)

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси	Ҳавола
Энтеросептиклар	Нифуроксазид	Капсула 200 мг, таб 100 мг, суспензия 220 мг/5 мл 90 мл ичиш учун.	B	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373

Энтеросорбентлар	Диоктаэдрик смектит, коллоидли кремний диоксид, Лигнин гидролизли полиметилсилоксан полигидрат	Суспензия тайёрлаш учун порошок	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
------------------	--	---------------------------------	---	---

3) Хирургик аралашувлар - йўқ, агар ичак инвагинациясига, перитонит, аппендицит ва б. шубҳа бўлса жарроҳнинг маслаҳати амалга оширилади (амёбиазни ташхислаш ва даволаш протоколига қаранг, Тиф-паратиф касалликларини ташхислаш ва даволаш протоколига қаранг)

4) Кейинги қадам [5, 8, 11-17]:

- клиник-лаборатор соғайгандан сўнггина болалар жамоасига чиқариш;
- дизентерия ва бошқа ўткир ич кетиш инфекцияларидан кейин беморларнинг бир марталик бактериологик текшируви клиник соғайишдан сўнг, лекин антибиотик даволаш тугагандан камида икки календар кун ўтгач ўтказилади;
- диспансер кузатуви бир ой давомида олиб борилади, ундан сўнг бир марта бактериологик текширув ўтказиш лозим;
- шифокор кўригининг такрорланиши клиник кўрсаткичларга қараб белгиланади;
- диспансер кузатуви яшаш жойидаги умумий амалиёт шифокори/педиатр ёки юқумли касалликлар хонаси шифокори томонидан амалга оширилади;
- касаллик қайталаниши ёки лаборатория текширувининг ижобий натижаси кузатилганда, ич кетиш билан оғриган шахслар қайта даволанишга йўналтирилади;
- касаллик қайталаниши ёки лаборатория текширувининг ижобий натижаси аниқланганда, дизентерия билан оғриган шахслар қайта даволанади. Даволаш тугагандан сўнг, бу шахслар уч ой давомида ҳар ойда лаборатория текширувидан ўтади. Бактерия ташувчанлиги уч ойдан ортиқ давом этган шахслар сурункали дизентерия билан оғриган беморлар сифатида даволанади;
- сурункали дизентерия билан оғриган шахслар бир йил давомида диспансер кузатувида бўлади. Сурункали дизентерия билан оғриган шахсларнинг бактериологик текшируви ва инфекционист-шифокор кўриги ҳар ойда ўтказилади;
- даволаниш тугагандан сўнг салмонеллаларни ажратишни давом эттираётган болаларни даволовчи шифокор ўн беш календар кунга мактабгача таълим муассасасига боришдан четлаштиради, бу даврда бир-икки кун оралиғида ахлатни уч марта текшириш ўтказилади. Қайта ижобий натижа аниқланса, худди шундай четлаштириш ва текшириш тартиби яна ўн беш кун давомида такрорланади.

5) Протоколда тавсифланган даволаш самарадорлиги ва диагностика ҳамда даволаш усулларининг хавфсизлик кўрсаткичлари [4,10,11,18]:

- тана ҳароратининг нормаллашуви;
- сув-электролит балансининг тикланиши;
- интоксикация симптомларининг бартараф этилиши;
- гастроинтестинал синдромнинг бартараф этилиши;
- ич келишининг нормаллашуви.

Тиббий ёрдам кўрсатилиши турларини ҳисобга олган ҳолда госпитализация учун кўрсатмалар [4, 10, 11, 22]

https://kingmed.info/guidelines/Skoraya_meditinskaya_pomoshch_Klinicheskie_protokoli_lech_eniya_SMP/Infektsionnie_bolezni_Infektologiya_Protokoli_okazaniya_skoroy_meditinskoy_po_moshchi/guideline_48/Rossiyskoe_obschestvo_skoroy_meditinskoy_pomoshchi_ROSMP_Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoshchi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza

Госпитализация учун кўрсатмалар:

A 1	<p>Боланинг ёшидан қатъи назар, сувсизланиш ва интоксикация билан кечаётган касалликнинг барча шакллари юқумли касалликлар шифохонасига ёки кўп тармоқли клиниканинг юқумли касалликлар бўлимига ётқизилади;</p> <p>6 ойгача бўлган болаларда касалликнинг барча шаклларида шошилинич равишда касалхонага ётқизиш талаб этилади;</p> <p>ёшидан қатъи назар, оғир сувсизланиш билан кечувчи касалликнинг барча шакллари;</p> <p>гастроэнтеритнинг оғир шакллари (36 ойгача) билан оғриган болалар интенсив терапия ёки реанимация бўлимига жойлаштирилади.</p>
------------	---

Режали госпитализация учун кўрсатмалар: йўқ

Шошилинич госпитализация учун кўрсатмалар:

- ЎИИнинг оғир ва ўртача оғир шакллари (36 ойгача) бўлган болалар;
- икки ойгача бўлган чақалоқларда касалликнинг барча шакллари;
- боланинг ёшидан қатъи назар, оғир сувсизланиш билан кечувчи касаллик шакллари;
- ҳар қандай даражадаги сувсизланиш билан узоқ давом этадиган ич кетишлар;
- дизентериянинг сурункали шакллари (қўзғалиш даврида);
- оғирлашган преморбид ҳолат (чала туғилганлик, сурункали касалликлар ва ҳоказо);
- 3 ойликкача бўлган чақалоқлар учун 38°C дан юқори ёки 3 ойдан 36 ойгача бўлган болалар учун 39°C дан юқори иситма;
- яққол ифодаланган ич кетиш синдроми (тез-тез ва кўп миқдордаги ахлат);
- тинимсиз (такрорий) қусиш;

- Гемоколит;
- 48 соат давомида амбулатор даволанишнинг натижаси йўқлиги;
- қон айланишининг бузилиши, аъзолар фаолиятининг етишмовчилиги билан кечувчи оғир юқумли касалликнинг клиник белгилар мажмуаси;
- уйда тегишли парваришни таъминлаш имконияти йўқлиги (ижтимоий муаммолар туфайли).

Эпидемиологик кўрсатмалар мавжудлиги:

- беморнинг яшаш жойида (ижтимоий ночор оилалар) зарур эпидемияга қарши чораларни амалга ошириш имкониятининг йўқлиги;
- эпидемиологик кўрсатмалар (қун-у тун фаолият юритувчи "ёпиқ" муассасалардаги, кўп болали оилалардаги болалар ва ҳоказо);
- тиббиёт муассасаларида, мактаб-интернатларда, болалар уйларида, чақалоқлар уйларида, санаторийларда, ногиронлар учун интернат уйларида, ёзги соғломлаштириш марказларида, дам олиш масканларида касалланиш ҳоллари.

Тавсиялар: <https://www.sci-hub.ru/10.1016/j.paed.2018.08.010?ysclid=m1tiipihq40438406>

ЎИИли болаларда даволаш тадбирларининг асосини режим, регидратация, парҳез, этиотропик, патогенетик ва симптоматик даво воситаларини ўз ичига олган терапия ташкил этади:

Оғиз орқали регидратация икки босқичда олиб борилади:

I босқич - бемор шифохонага келгандан сўнг дастлабки 6 соат ичида даволаш бошланишидан олдин юзага келган сув-туз танқислиги бартараф этилади;

I даражали сувсизланишда суюқлик ҳажми 6 соат давомида 40-50 мл/кг ни, II даражали сувсизланишда эса 80-90 мл/кг тана оғирлигини ташкил этади;

II босқич - қўллаб-қувватловчи оғиз орқали регидратация бўлиб, у касалликнинг кейинги бутун даври мобайнида суюқлик ва электролитлар йўқотилиши давом этганда ўтказилади. Регидратацияни қўллаб-қувватловчи эритма ҳажми тахминан суткасига 80-100 мл/кг тана оғирлигини ташкил қилади. Оғиз орқали регидратациянинг самарадорлиги қуйидаги белгиларга кўра баҳоланади: суюқлик йўқотилиши ҳажмининг камайиши; тана вазнини йўқотиш тезлигининг пасайиши; сувсизланишга оид клиник белгиларнинг йўқолиши; сийдик ажралишининг меъёрлашуви; бола умумий аҳволининг яхшиланиши.

Парентерал регидратация ва дезинтоксикация ўтказиш учун кўрсатмалар:

- гиповолемик шок белгилари билан сувсизланишнинг оғир шакллари;
- инфекцион-токсик шок;
- нейротоксикоз;
- сувсизланишнинг оғир шакллари;
- Давом этувчи қусиш билан сувсизланишнинг ўрта-оғир шакллари;
- оғир интоксикация билан (ҳар қандай даражадаги) экзикознинг комбинацияси;
- бетўхтов қусиш;
- Б режада билан 8 соат давомида перорал регидратациянинг самарасизлиги ёки ўртача сувсизланишнинг оғир сувсизланишга ўтиши.

Парентерал регидратация терапияси ўтказиш дастури биринчи суткада суюқликнинг зарур миқдорини ҳисоблашга ва регидратацион эритмаларининг сифат таркибини аниқлашга асосланади.

Зарурий ҳажм қуйидаги тарзда ҳисобланади:

Умумий ҳажм (мл) = **ФЭ** + **ПЙ** + **Д**,

бунда **ФЭ** сувга бўлган суткалик физиологик эҳтиёж;

ПЙ – патологик йўқотишлар (қусиш, суюқ ич келиши, перпирация билан);

Д – болада инфузион терапия бошлангунига қадар суюқлик дефицити.

Мавжуд суюқлик танқислигини қоплаш учун керак бўлган суюқлик миқдори сувсизланишнинг даражасига боғлиқ бўлиб, тахминан тана массаси камайишидан келиб чиқиб аниқланади.

Боланинг вазни (кг) да	7	7.5	8	8,5 9	9,0	9,5
Сувга физиологик эҳтиёж (мл)да	630	670	710	750	800	850
Боланинг вазни (кг)да	10	11	12	13	14	15
Сувга физиологик эҳтиёж (мл)да	900	950	1000	1100	1200	1300
Боланинг ҳажми (кг)да	17	18	20	23	25	27
Сувга физиологик эҳтиёж (мл)да	1400	1500	1600	1800	1900	2000
Боланинг вазни (кг)да	30	34	39	42	48	52
Сувга физиологик эҳтиёж (мл)да	2200	2400	2600	2700	2900	3000

ПЙ патологик йўқотишлар:

тана ҳарорати кўтарилганда – 6 соатдан ортиқ 37°C дан кўп ҳар 1°C учун суткасига 10 мл / кг;

ҳансирашда – нормадан ортиқ ҳар 20 нафас учун суткасига 15 мл / кг; қусишда – 20 мл / кг;

ўртача диареяда (10 – 15 мартагача) –20 – 40 мл/кг/сутка, кучли (16 – 20 марта) 50 – 90 мл/кг/сутка, профуз (санаб бўлмайд) 100 – 140 мл/кг/сутка;

I-II даражадаги ичак парезида – 20 мл/кг, **III даражадаги** – 40 мл/кг, узайтирилган ўпканинг сунъий вентиляцияси 25 – 30 мл/кг.

Мавжуд дефицитнинг ҳажми аста-секин тузатилади, фақат I даражали дегидратацияда дефицитни бир сутка ичида қоплаш мумкин.

I- даражали экзикозда дефицитни компенсациялаш учун суткасига 30 – 50 мл/кг талаб қилинади;

-II даражали экзикозда суткасига 60 – 90 мл/кг;

III даражали дегидратацияда суткасига 100 – 150 мл/кг.

Патологик йўқотишларни аниқроқ ҳисобга олиш учун барча ташқи йўқотишларни (қусиш, суюқ ич кетиш) ўлчаш ёки тортиш орқали батафсил қайд этиш лозим. Жорий патологик йўқотишларни тўлдириш сезиларли катта йўқотишларда ҳар 4-8 соатда, ўртача йўқотишларда эса ҳар 12 соатда амалга оширилади.

Инфузион даволашнинг бошланғич эритмасини танлаш гемодинамик бузилишлар даражаси ва сувсизланиш турига боғлиқ бўлади. Сувсизланишнинг барча турларида гемодинамиканинг яққол бузилишлари мувозанатлаштирилган изоосмоляр туз эритмалари (физиологик эритма, Рингер эритмаси ва ҳоказо) билан, зарур ҳолларда эса коллоид эритмалар билан биргаликда тузатилади. Сувсизланиш синдромида инфузион

даволашнинг асосий тамойили шундан иборатки, йўқотишлар ўрнини йўқотилган суюқликка ўхшаш инфузион муҳит билан тўлдириш керак.

Бошланғич эритма сифатида ҳеч қандай паст осмоляр эритмалардан (5% ли декстроза эритмалари, паст осмолярликка эга полиион эритмалар) фойдаланмаслик лозим. Бу жиҳатдан 5% ли декстроза эритмалари энг хавfli ҳисобланади. Биринчидан, уларнинг гипоосмолярлиги туфайли; иккинчидан, глюкозанинг парчаланиши "эркин" сув ҳосил бўлишига олиб келади, бу эса ҳужайра ичидаги ортиқча сувланишни янада кучайтиради (мия шиши хавфи); учинчидан, тўқима қон айланишининг етишмовчилиги шароитида глюкозанинг тўлиқ оксидланмаслиги лактат-ацидозни янада кучайтиради.

Болаларда ўИИни даволашда антибиотикотерапияни тайинлашчун кўрсатмалар

Болаларда ўткир ичак инфекциялари (ўИИ) учун антибиотикотерапия фақат кўрсатмалар асосида клиник манзара, лаборатория ва микробиологик тадқиқот натижалари, шунингдек, асоратлар хавфини ҳисобга олган ҳолда тайинланади,. Антибиотикларни тайинлашнинг асосий кўрсатмаларига қуйидагилар киради:

- 1. Лаборатория орқали тасдиқланган бактериялар билан боғлиқ оғир дегидратация ҳолатлари.** Антибиотиклар диарея давомийлигини ва инфузион терапия ҳажмини қисқартиришга ёрдам беради ([WHO, 2024](#)).

Тавсия этилган препаратлар: Азитромицин (10 мг/кг кунига 1 марта), Доксициклин (8 ёшдан катта болалар учун).
- 2. Сепсис ёки унга шубҳа.** Қон экмалари натижалари чиққунича оғир ҳолларда эмпирик антибиотикотерапия ўтказилади ([IDSA, 2022](#)).
Тавсия этилган препаратлар: Цефтриаксон (50–100 мг/кг кунига).
- 3. Қон аралаш диарея, иситма ёки интоксикация билан бирга кечувчи ҳолатлар.** Бактериал инфекцияни йўқ қилиш учун антибиотиклар қўлланилади ([ECDC, 2021](#)).
Тавсия этилган препарат: Азитромицин (10 мг/кг кунига 1 марта).
- 4. Иммунитет камчилиги, жумладан ОИВ инфекцияси.** Бундай беморларда бактерия инфекциялари оғир кечиш хавфи юқори ([NICE, 2020](#)).
Тавсия этилган препаратлар: Цефотаксим (50 мг/кг ҳар 6–8 соатда), Амоксициллин/клавуланат. ОИВ инфекциясининг клиник протоколига ассан олиб борилади.
- 5. Тасдиқланган инвазия қилувчи бактерия инфекциялари, жумладан дизентерия, вабо, қорин тифи, ёки септик асоратлар** ([CDC, 2023](#)).
- 6. 3 ойгача бўлган болалардаги салмонеллёз.** Тарқалган ҳолатларнинг олдини олиш учун антибиотиклар зарур ([CDC, 2020](#)).
Тавсия этилган препаратлар: Ампициллин (50–100 мг/кг кунига 4 марта), Цефтриаксон.
- 7. Ичакдан ташқари бактерия инфекциялари (масалан, пневмония, отит).** Терапия тегишли протоколларга мувофиқ амалга оширилади.

8. **ЎИИнинг оғир шакли, кучли интоксикация, юқори иситма (38,5 °C дан юқори) ва жиддий дегидратация биланкечувчи ҳолатлар.** . Бактерия сабабли инфекцияга шубҳа туғилганда фаол антибиотик қўллаш талаб этилади ([WHO, 2024](#)).

Тез ташхис ёки ахлат экмалар натижалари билан тасдиқланган бактерия сабабли инфекцияга шубҳа ҳолатлар, (масалан, Shigella, Salmonella, Campylobacter, Escherichia coli) ([ESPID, 2022](#)).

9. **Тизимли яллиғланиш реакцияси, лаборатория орқали тасдиқланган ҳолатлар, жумладан лейкоцитоз, СРБ ёки прокальцитонин даражасининг кўтарилиши ([WHO, 2024](#)).**

Эслатма: Антибиотиклар микробиологик тасдиқдан сўнг ва патогенларнинг сезувчанлик маълумотлари асосида тайинланади. Вирусли этиология ёки энгил шаклларда антибиотик қўлланилмайди, чунки бу антимикроб резистентликнинг олдини олади ([WHO AMR Guidelines, 2024](#)).

Антибиотиклар дозаси, қабул қилиш тартиби ва даволаш курсига қатъий риоя қилиб, даволаш самарадорлигини мониторинг қилиш ва ўз вақтида тузатиш талаб этилади.

Номедикаментоз даволаш:

C 5	Режим – яққол ифодаланган интоксикацияда ва суяқлик йўқотилишида ётоқ режими.
	- Парҳез: боланинг ёшига, касаллик бошланишидан олдин унинг овқатланиш афзалликлари ва овқатланиш одатларига қараб; 2 ёш ва ундан катта болаларга – № 4-стол. - Лактоза етишмовчилиги бор болаларга паст лактозали/лактозасиз аралашмалар тайинланади.
	Эмизиладиган болаларни она сути билан бола хоҳлаганчалик тез-тез ва шунча узоқ боқиш керак. Сунъий озиқлантиришда бўлган болаларни улар учун одатдаги овқат билан озиқлантиришда давом этиш керак
	Лактоза етишмовчилиги бор болаларга паст лактозали/лактозасиз аралашмалар тайинланади.
	Назогастрал зонд орқали 16 соат давомида юқори энергетик зичликка эга бўлган озиқланиш аралашмалари билан инфузия қилиш йўли орқали энтерал озиқлантиришни амалга ошириш.

Медикаментоз даволаш:

Клиник протоколга Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доираларида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида қоплаш учун асос бўлмайди.

Сувсизланишсиз диареяда – А режа, ўртача сувсизланишда – Б режа, оғир сувсизланишда – В режа (1, 2, 3-илова).

Касалхонадан чиқаришга кўрсатмалар – клиник соғайиш, лаборатор кўрсаткичларни нормаллашуви, нажас специфик текширувларини манфийлиги.

Соғайиш мезонлари:

- тана ҳароратининг нормаллашуви;
- сув-электролит балансининг тикланиши;
- интоксикация симптомлари пасайиши;
- гастроинтестинал синдромнинг пасайиши;
- ич келишининг нормаллашуви.

5-жадвал

**Стационар босқичда асосий дори воситалари рўйхати
(100% фойдаланиш эҳтимоли билан)**

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	Исботланган даражаси	Ҳавола
Сув-электролит балансига таъсир қилувчи эритмалар (перорал регидратация воситалари)	Регидратантлар, перорал қабул учун (декстроза+калий хлорид+натрий хлорид+натрий цитрат)	Оғиз орқали қабул учун эритма тайёрлаш учун порошок (бир кг тана массасига 20 мл гача, бир соатда пер ос)	А	https://www.who.int/publications/m/item/shock-sam--diarrhoea-treatment-guidelines-including-new-recommendations-for-the-use-of-ors-and-zinc-supplementation-for-clinic-based-healthcare-workers
Анилидлар	Парацетамол	Ичга қабул қилиш учун сироп 60 мл ва 100мл, 5 мл – 125 мг да; ичиш учун таблеткалар 0,2 г ва 0,5 г дан; ректал шамчалар; инъекция учун эритма (1 мл да 150 мг).	В	https://www.who.int/europe/publications/item/9789241548373

Пропион кислота ҳосилалари	Ибупрофен	Ичиш учун суспензия ва таблеткалар. Суспензия 100мг/5мл; таблеткалар 200 мг;	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Сув-электролит балансига таъсир қилувчи эритмалар	декстроза+калий хлор+натрий хлор+натрий цитрат*	Ичга қабул қилиш мақсадида эритма тайёрлаш учун кукун	А	https://www.who.int/publications/m/item/shock-sam--diarrhoea-treatment-guidelines-including-new-recommendations-for-the-use-of-ors-and-zinc-supplementation-for-clinic-based-healthcare-workers
Бошқа регидратацион эритмалар	Декстроза	Инъекциялар учун эритма 5 % 200 мл, 400 мл; 10 % 200 мл, 400 мл	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Тузли эритмалар	Натрий хлор эритмаси	Инфузиялар учун эритма 0,9% 100 мл, 250 мл, 400 мл	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
	Рингер эритмаси, Рингер-лактат	Инфузиялар учун эритма 200 мл, 400 мл	А	https://www.who.int/publications/m/item/shock-sam--diarrhoea-treatment-guidelines-including-new-recommendations-for-the-use-of-ors-and-zinc-supplementation-for-clinic-based-healthcare-workers

Энтеросептиклар	Нифуроксазид Нитрофуранлар	Капсула 200 мг, таб 100 мг, суспензия 220 мг/5 мл 90 мл ичиш учун.	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Рух препарати	Рух	Ичишга тайёрлаш учун кукун	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Фермент препаратлар	Панкреатин	Капсулалар 10000 ХБ ичиш учун.	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Пробиотиклар	Сахаромицет Буларди (<i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745)	Суспензия тайёрлаш учун капсулалар ва порошок; капсулалар 250 мг; порошок 250 мг	В	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditsinskoy_pomoshchi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza

6-жадвал

**Стационар босқичда қўшимча дори воситалари рўйхати
(100% фойдаланиш эҳтимоли бўлмаган)**

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	Исбот лаш даражаси	Ҳавола
Миотроп спазмолитиклар	Дротаверин гидрохлорид	м/и га киритиш учун эритма 2,0 мл	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
	Папаверина гидрохлорид	м/и га киритиш учун эритма 2,0 мл	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Триазол ҳосилалари	Флуконазол	Йўлдош замбуруғли инфекцияда	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373

Қушишга қарши препаратлар	Осетрон Метоклопромид домперидон	0,5-1,5 мг/кг 1 ёшгача болаларга ва 1 – 2 таблетка – бир ёшдан катта болаларга овақтдан олдин	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Витаминлар	Аскорбинат кислота	Яққол ифодаланган антиоксидантли таъсирга эга	С	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Фибринолиз ингибиторлари	Аминокапрон кислота	Оғир шаклида, интоксикация ва геморрагик синдромнинг аниқ намоён бўлишида, яллиғланишга қарши мақсадларда	С	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Гормонал препаратлар	Преднизолон	Инъекциялар учун эритма 30 мг/1 мл	В	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoshchi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza
	Дексаметазон	Инъекциялар учун эритма 4 мг/1 мл; 8 мг/1 мл	В	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoshchi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza
	Гидрокортизон	м/и га киритиш учун эритма 25 мг/1 мл	С	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoshchi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza
Плазма ўрнини босувчи восита	Альбумин	Инфузия учун эритма 20 %: фл. 50 мл ёки 100 мл	В	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po

				okazaniyu skoroy meditsinskoy pomoshchi pri sindrome diarei infektsionnogo geneza
	ЯМП	Одам плазмаси 50 – 300 мл, м\и га киритиш учун	В	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza
	Гидроксиэтиларланган крахмал	Инфузия учун эритма 6 %: бут. 200 мл, 250 мл ёки 400 мл	В	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza
Холинэстераза ингибитори	Неостигмин метилсульфат (Прозерин)	м/и га ва т/о га киритиш учун эритма 500 мкг/1 мл	В	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza
Гемостатиклар	Этамзилат натрий (Дицинон)	м/и га ва в/и га киритиш учун 12,5 % эритма	С	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza
Энтеросорбентлар	Октаидрик смектит		В	https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza

Антибактериал дори воситалари рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси ХПН	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси	Ҳавола
Аминопенициллинлар*	Ампициллин/ Сульбактам	в/и ва м/и киритиш учун эритма тайёрлаш учун порошок 500 мг+250 мг	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Иккинчи авлод цефалоспоринлари *	Цефуроксим	250 мг, 750 мг ва 1500 мг инъекциялар учун эритма тайёрлаш учун порошок	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Учинчи авлод цефалоспоринлари *	Цефтриаксон	в/и ва м/и киритиш учун эритма тайёрлаш учун порошок 1 г.	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
	Цефиксим	Қобик билан қопланган таблеткалар 200 мг, ичкарига қабул қилиш учун суспенция тайёрлаш учун порошок 100 мг/5 мл	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
	Цефотаксим	в/и ва м/и киритиш учун эритма тайёрлаш учун порошок 1 г	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
	Цефепим	Порошок д/пригот. р-ра д/в/в и в/м введения 1 г в/и ва м/и киритиш учун эритма тайёрлаш учун порошок	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Қолган бошқа	Амикацин	Инъекциялар	А	https://www.who.int/

аминогликозидлар		тайёрлаш учун порошок 500 мг; инъекциялар учун эритма 500 мг/2 мл, 2 мл дан		europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Карбапенемлар	Меропенем	в/и киритиш учун эритма тайёрлаш учун порошок 1 г ва 500 мг	А	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Нитрофуранлар	Фуразолидон	Ичкарига қабул қилиш учун таблеткалар	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Бактериофаглар	Салмонеллэзли бактериофаг	Кислотага бардошли қопламали таблеткалар	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373
Поливалентли бактериофаг	Интестибактериофаг	Ичкарига қабул қилиш учун эритма, фл. 20 мл 4 ёки 10 дона	В	https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373

*Изоҳ: - * инъекция учун антибактериал препаратлар мушак ичига юбориш учун новокаин (ёки лидокаин) эритмаси билан ёки томир ичига юбориш учун 0,9 % натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан қўлланилади*

Антибактериал терапия курси касалликнинг оғирлигига, асоратларнинг мавжудлигига ва бактериал ташувчанликнинг шаклланишига боғлиқ. Ўрта-оғир шаклларда даволаш курси 5 – 7 кундан ошмайди, оғир ҳолатларда 10 – 14 кунгача узайтирилиши мумкин.

Диарея асоратларини даволаш [24].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22132432/>

В	<ul style="list-style-type: none"> - Гиповолемик шокни даволаш. - Ичак парезини даволаш. - ЎБЕни, ГУСни даволаш. - ИТШни даволаш. - Нейротоксикозни даволаш: - Мия шишини даволаш
----------	---

1. Гиповолемик шокни даволаш.

Озиқланишнинг оғир бузилиши бўлмаган гиповолемик шокда: Даволаш 7-схемага мувофиқ ўтказилади (ИВБДВ стационоар даражаси чўнтак қўлланмаси) "Шок ҳолатидаги

болага қандай тез ички венага суюқлик юбориш керак, аммо озикланишнинг оғир бузилишисиз", сўнг 11-схема "Дастлабки шокка қарши чора-тадбирлардан кейин оғир сувсизланишда шошилиш ёрдам кўрсатиш". Гормонал терапия: преднизолон 2-5 мг/кг/кунига, дексаметазон - 0,2-0,3 мг/кг/кунига, гидрокортизон - 12,5 мг/кг кунига.

Озикланишнинг оғир бузилиши билан бирга келган гиповолемик шокда:

1 соат давомида 15 мл/кг суюқликни венага юборинг.

Бошида ва ҳар 5-10 дақиқада юрак уриши ва нафас олиш тезлигини ҳисобланг:

- агар яхшиланиш белгилари бўлса (юрак уриши ва нафас олиш тезлиги камайса), кейинчалик ички венага ушлаб турувчи суюқликларни юборинг (4-6 мл/кг/соат);

- агар ички вена регидрататсияси пайтида боланинг аҳволи ёмонлашса (нафас олиш тезлиги 1 дақиқада 5 та нафас ҳаракатига ёки юрак уриши 15 зарбага ортса), қуйишни тўхтатинг, чунки кейинги суюқликларнинг организмга кириши боланинг аҳволини ёмонлаштириши мумкин.

Микроциркуляцияни яхшилаш, интоксикацияни камайтириш, қон айланиш ҳажмини тиклаш ва плазма ўрнини босиш мақсадида албумин ёки гидроксигетилкрахмал ва суксинилланган желатин эритмалари; стерофундин, меглумин натрий сукцинат қўлланилади.

Гипопротеинемияда: Албумин (5%-100,0 ёки 20%-50,0).

ДВС-синдромида: Янги музлатилган плазма

Қон ва унинг препаратларини қўллаш Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2016 йил 10 августдаги "Донор қонининг таркибий қисмлари ва унинг препаратларини клиник қўллаш бўйича йўриқномани тасдиқлаш тўғрисида"ги 352-сон буйруғи ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2019 йил 9 апрелдаги "Даволаш-профилактика муассасаларида трансфузиологик ёрдам кўрсатишни ташкил этиш тўғрисида"ги 99-сон буйруғига мувофиқ кўрсатмалар мавжуд бўлган тақдирда амалга оширилади.

Гормонал терапия:

- преднизон суткасига 2 – 5 мг/кг;
- дексаметазон – суткасига 0,2 – 0,3 мг/кг;
- гидрокортизон – суткасига 12,5 мг/кг.

2. Ичак парезини даволаш

В	<ul style="list-style-type: none"> - 5% ли натрий хлорид эритмаси билан тозаловчи ҳукналар; - Прозерин - 10 ёшгача бўлган болаларга - ҳаётининг ҳар бир йили учун кунига 1 мг дан ичиш орқали; 10 ёшдан катта болалар учун максимал доза 10 мг ни ташкил этади. Тери остига 0,05% ли эритма - дозаси ҳаётнинг ҳар бир йили учун 50 мкг ҳисобида, лекин бир инексияда 375 мкг дан ошмаслиги керак, кунига 1 марта тайинланади, бироқ зарурат туғилганда препаратнинг кунлик дозасини 2-3 қабулга бўлиш мумкин; - қоринни уқалаш; - қоринга қуруқ иссиқлик қўйиш.
----------	---

2. ЎБЕни, ГУСни даволаш

Даволаш катталар ва болаларда нефрологик касалликларни даволашнинг клиник протоколига мувофиқ амалга оширилади.

4. ИТШни даволаш

В	<ul style="list-style-type: none"> - Беморнинг аҳволини – гемодинамик кўрсаткичлари (5 ёшгача бўлган болаларда ИВБДВ бўйича шок белгилари), нафас олиш, онг даражасини баҳолаш; - нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш, кислород бериш, зарурат бўлганда трахея интубацияси ва ўпканинг сунъий вентиляциясини ўтказиш; - венага киришни таъминлаш. Марказий ёки периферик веналарни катетеризация қилишдан бошлаш.
----------	--

- намланган кислородни ниқоб ёки назал катетер орқали етказиб бериш йўли билан доимий оксигенация
- ўтказилаётган терапияни коррекциялаш мақсадида соатлик диурезни аниқлаш учун беморни шокдан чиқаргунгача сийдик пуфагига катетер киритиш.

ИТШда препаратларни юбориш тартиби

Интенсив инфузион терапия кетма-кет 3 марта 20 мл/кг миқдорида (кристаллоидлар ва коллоидлар нисбати 1:1) амалга оширилади. Зарур бўлса, инфузияга гемодинамик жавобга асосланиб, миқдор оширилиши мумкин. Агар бола жуда ҳолсизланган бўлса, суюқликлар ҳажми ва қуйиш тезлиги бошқача бўлиши лозим. Шу сабабли, болада овқатланишнинг жиддий бузилиши бор-йўқлигини текшириб кўринг.

Преднизолон қуйидаги дозада юборилади:

- 1-даража ИТШда - преднизолон 2 – 5 мг/кг/суткада, дексаметазон – 0,2 – 0,3 мг/кг/суткада, гидрокортизон -суткасига 12,5 мг/кг;
- 2-даража ИТШда - преднизолон суткасига 5 – 10 мг/кг, дексаметазон – суткасига 0,5 – 1,0 мг/кг, гидрокортизон - суткасига 25 мг/кг;
- 3-даража ИТШда - преднизолон суткасига 10 – 15 мг/кг гача, дексаметазон – суткасига 1,0 мг/кг, гидрокортизон – суткасига 25 – 50 мг/кг;

- антибиотик юборилсин – ампициллин/сульбактам 150 мг/кг в/и (суткалик доза) ёки 3-авлод цефалоспоринлари.

Гепарин ҳар 6 соатда (коагулограммани ҳисобга олган ҳолда):

- 1-даражали ИТШ – 50 – 100 ХБ/кг;
- 2-даражали ИТШ – 25 – 50 ХБ/кг;
- 3-даражали ИТШ – 10 – 15 ХБ/кг.

Биринчи тартиб катехоламинини юбориш – Допамин 10 мкг/кг/мин дан ва кейин гемодинамик жавоб бўйича дозани ҳар 10 – 15 минутда 20 мкг/кг мин гача ошириш.

Допаминга гемодинамик реакция бўлмаса (20 мкг/кг/мин дозада), эпинефрин /норэпинефринни 0,05 – 2 мкг/кг/мин дозада юборишни бошлаш.

Метаболик ацидозни коррекциялаш: СЎВга ўтказиш.

Протеаза ингибиторлари – апротинин – 500дан – 1000 АТЕ/кг (бир мартали доза) дан.

Биргаликда мия шиши мавжуд бўлганда – маннитол 15 % – 1 – 1,5 г/кг ва АБ стабилизациясида фуросемид 1 % – суткасига 1 – 3 мг/кг.

Инфузион терапия 10 – 15 мл/кг/соат ҳажмда давом этилсин:

Гипопротеинемияда:

- Альбумин (5 % – 100,0 ёки 20 % – 50,0);
- ЯМП қуйиш, эритроцитар массанинг 10 – 20 мл/кг

Қон ва унинг препаратларини қўллаш Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2016-йил 10-августдаги "Донор қонининг таркибий қисмлари ва унинг препаратларини клиник қўллаш бўйича йўриқномани тасдиқлаш тўғрисида"ги 352-сонли, ҳамда 2019-йил 9-апрелдаги "Даволаш-профилактика муассасаларида трансфузиологик ёрдам кўрсатишни ташкил этиш тўғрисида"ги 99-сонли буйруқларига мувофиқ, тегишли кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолатларда амалга оширилади.

Эрта мақсадли даволаш протоколига риоя қилганда қуйидаги кўрсаткичларга (самарадорлик мезонларига) эришишга интилиш лозим:

В	<ul style="list-style-type: none">- МВБ - 3-5 мм сим. уст.дан кам бўлмаган (марказий вена катетеризациясида);- ўртача АБ (АБ ўрт.) > 65 мм сим. уст.;- диурез - 0,5 мл/кг/соат;- сатурация - 85% ҳажм дан кам бўлмаган кўрсаткич.
---	---

Кўрсаткичлар кузатув варағида ҳар соатда назорат қилинсин ва қайд этилсин!

3. Нейротоксикозни даволаш:

- бурун катетери орқали доимий равишда ёки ҳар 2 соатда 30 дақиқадан 50% ли намланган илиқ кислород билан оксигенотерапия ўтказиш;

- иситма туширувчи дориларни қайта юбориш: ацетаминофен ёки ибупрофен.

- оғиз орқали қабул қилинадиган иситма туширувчи воситалар таъсир қилмаса, парентерал (м/и) йўл билан:

- натрий метамизолнинг 50% ли эритмаси бир марталик дозада 1 ёшгача бўлган болаларга - 0,01 мл/кг, 1 ёшдан катта болаларга - 0,1 мл/ёши;

Қуйидагилар билан биргаликда:

- прометазиннинг 2,5% ли эритмаси бир марталик дозада 1 ёшгача бўлган болаларга - 0,01 мл/кг, 1 ёшдан ошган болаларга - 0,1-0,15 мл/ёши ёки 1% ли дифенгидрамин эритмаси бир марталик дозада 1 ёшгача бўлган болаларга - 0,2-0,5 мл, 1 ёшдан ошган болаларга - 0,7 мл, 3 ёшдан ошган болаларга - 1-1,3 мл;

- бир ёшгача бўлган болаларга 0,1-0,2 мл ва катта ёшдаги болаларга 0,2 мл/ёши бир марталик дозада 2% ли папаверин эритмаси ёки 1% ли дибазол эритмаси - 0,1 мл/ёши м/и.

Агар 30-45 дақиқа давомида тана ҳарорати пасаймаса, антипиретиклар нейролептиклар - 2,5% ли хлорпромазин (Аминазин) эритмаси билан биргаликда бир марталик дозада 1 ёшгача бўлган болаларга - 0,01 мл/кг, 1 ёшдан катта болаларга - 0,1-0,15 мл/ёши миқдорида қайта юборилади. Кейинчалик антипиретиклар кунига 4 марта буюрилади, чунки уларнинг даволаш таъсири 4-6 соат давом этади. Менингеал синдромда - преднизолон 2-3 мг/кг в/и ёки м/и, фуросемид 1-3 мг/кг в/и ёки м/и.

Тутқаноқ хуружларида:

- бензодиазепин 0,2-0,5 мг/кг дозада в/и секин;

- натрий оксибутиратнинг 20% ли эритмаси 0,25-0,5 мл/кг (50-100 мг/кг) бир марталик дозада 20,0-30,0 мл 10% ли декстроза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида в/и оқим билан секин;

- дроперидолнинг 0,25% ли эритмаси 0,3-0,5 мг/кг (0,1-0,15 мл/кг) миқдорида, лекин қон босими назорати остида 15 мг дан ортиқ бўлмаган ҳолда в/и.

Талваса ҳолатида - тез таъсир қилувчи барбитуратлар:

- фенобарбитал бир марталик дозаси 10-15 мг/кг м/и ёки в/и

- тиопентал натрийнинг бир марталик дозаси 3-5 мг/кг в/и оқим билан 5 дақиқа давомида секин юборилади.

- инфузион терапияни 30-50 мл/кг тана вазни ҳисобидан бошлаш.

5. Бош мия шишининг давоси

Мия шишини даволаш мия гипоксиясини бартараф этиш, мия тўқималарининг метаболизмини нормаллаштириш ва миянинг осморегуляция тизимларига қисқартириш асосида олиб борилади.

Бош мия шишида умумий даво чоралари:

А	-Ўпкада адекват вентиляция ва газ алмашинувини таъминлаш. -Қон томирларига киришни таъминлаш
---	---

- Ўпканинг адекват вентиляцияси ва газ алмашинувини таъминлаш. Бунга оксигенотерапиянинг турли усуллари ёки беморни сунъий нафас олдиришга ўтказиш ва нафас аралашмасига кислороднинг захарли бўлмаган концентрацияларини (30-40%) кўшиш орқали эришилади. РаО₂ ни 100-120 мм симоб устуни даражасида ўртача гипокапния билан (РаСО₂ - 25-30 мм симоб устуни) сақлаш, яъни ўртача гипервентиляция режимида сунъий нафас олдириш мақсадга мувофиқ;

- Қон томирларига киришни таъминлаш;

Дегидратацион даво:

- осмодиуретиклар - маннитол эритмасининг кунлик дозаси 0,5 - 1,5 г/кг (10, 15 ва 20%).

Сийдик ҳайдовчи таъсир жуда яхши ифодаланган, аммо инфузия тезлигига боғлиқ, шунинг учун ҳисобланган доза 10-20 дақиқа ичида юборилиши керак. Кунлик дозани (0,5-1,5 г куруқ модда/кг) 2-3 марта юборишга бўлиш лозим;

Диққат қилинг!

Маннитол қўллашга қарши кўрсатмалар:

- ўткир тубуляр некроз;

- қон ҳажмининг камайиши;

- оғир юрак декомпенсацияси;

- салуретиклар - маннитол таъсирини тўлдириш учун кунига бир неча марта 1-3 (оғир ҳолатларда 10 мг/кг гача) дозада фуросемид (маннитол инфузияси тугагандан 30-40 дақиқа ўтгач юборилади);

- 10% ли натрий хлорид эритмаси - 10 мл/кг;

- 25% ли магний сульфат эритмаси - 0,2-0,8 мл/кг;

- кортикостероидлар - дексаметазон қуйидаги тартибда буюрилади: 1-доза - 1 мг/кг, кейин ҳар 6 соатда - кунига 0,2 мг/кг, кейинги кунларда ҳар 6 соатда 0,2 мг/кг - бир ҳафта давомида;

- тутқанокқа қарши даволаш: фенобарбитал (кунига 1-2 мг/кг), седуксен - 0,5% ли 0,1 мл/кг, ГОМК - 20% ли эритма -50-150 мг/кг (бир марталик доза), таъсир бўлмаса - натрий тиопентал - ҳар 3 соатда 5-10 мг/кг, кунлик доза 80 мг/кг гача; Тутқаноклар тўхтамаса - натрий тиопентал - ҳар 2 соатда 5-10 мг/кг.

Диққат қилинг! Артериал қон босими пастлиги ва қон ҳажми камайишида барбитуратларни қўллаш мумкин эмас:

- антигипоксантилар - 20% ли натрий оксибутират эритмаси 50-70 мг/кг дозада (бир марталик доза);
- сезиларли периферик қон томирлар торайишида - допамин 5-10 мкг/кг/мин дозада;
- инфузион терапия марказий ва периферик қон айланиш кўрсаткичларини нормаллаштиришга, сув-электролит мувозанати кўрсаткичларини, кислота-ишқор ҳолатини тузатишга, ДВС-синдромининг олдини олиш ва бартараф этишга қаратилган;
- суюқлик юкламасини кунлик эҳтиёжнинг 2/3 қисмигача чеклаш.

Тез тиббий ёрдам босқичида кўрсатиладиган дори-дармон билан даволаш:
Шок ҳолатида:

- нафас йўлларининг ўтказувчанлигини тиклаш, кислород бериш;
- вена йўли. Периферик веналарни катетерлашдан бошлаш;
- жадал инфузион терапия кетма-кет 3 марта 20 мл/кг (кристаллоидлар ва коллоидлар нисбати 1:1), зарур бўлса, инфузияга қон айланиш тизимининг жавобига қараб кўпроқ. Агар бола жуда озғин бўлса, суюқликлар ҳажми ва қуйиш тезлиги бошқача бўлиши керак, шунинг учун болада овқатланишнинг оғир бузилиши бор-йўқлигини текширинг;
- Преднизолон - 2 мг/кг м/и ёки в/и бир марта;
- Иситма 38,5°C дан юқори бўлганда - атсетаминофеннинг бир марталик дозаси 10-15 мг/кг. Агар тери ранги оқарган бўлса, 2% ли папаверин эритмаси 0,1-0,2 мл/ёш йили м/и ёки 1% ли дибазол эритмаси 0,1 мл/ёш йили м/и ва 50% ли натрий метамизол эритмаси буюрилади: бир ёшгача бўлган болаларга - 0,01 мл/кг, бир ёшдан катта болаларга - 0,1 мл/ёш йили;
- тутқанок синдромида: диазепамнинг 0,5% ли эритмасини 0,1 мл/кг (0,5 мг/кг) тана вазнига нисбатан бир марталик дозада, лекин 2,0 мл дан кўп бўлмаган миқдорда тўғри ичакка ёки м/и юборилади.

Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар (беморни процедура ёки аралашувга тайёрлаш жараёнининг тавсифи), шунингдек муолажанинг бевосита методологияси (аралашув) [21].

Беморни лаборатория текширувларига тайёрлашга қўйиладиган талаблар.

ЖССТ ҳисоб-китобларига кўра, бемор ҳақида диагностика маълумотларининг 60-80 фоизини таъминлайдиган лаборатория текширувларисиз касалликларни замонавий аниқ ташхислаш мумкин эмас. Қон топширишга тўғри тайёргарлик ва ҳар хил турдаги лаборатория текширувларининг хусусиятлари ҳақида маълумот берилган.

Турли тадқиқотлар учун қон топширишнинг бир қатор умумий қоидалари мавжуд:

В	<ul style="list-style-type: none">- оч қоринга қон топшириш яхшироқдир;- эрталаб қон топшириш яхшироқдир;- қон олишдан олдин дори-дармонларни қабул қилманг;- рентген текширувлари, КТ диагностикаси ва физиотерапия муолажаларидан сўнг дарҳол қон топширманг;- қон топширишдан камида бир кун олдин жисмоний ва ҳиссий стрессни бартараф этишкерак;- мунтазам ичимлик сувини истеъмол қилиш қон миқдорига таъсир қилмайди
----------	--

Агар беморга фақат умумий қон таҳлилини ўтказиши керак бўлса, бу махсус тайёргарликни талаб қилмайди. Шунинг ҳисобга олиш керакки, охириги овқат тадқиқотдан 1 соат олдин истеъмол қилинган бўлиши керак [22].

Венадан қон олиш

1. Веноз қон эрталаб ва қатъий равишда оч қоринга берилади.
2. Охириги овқат қон тестини ўтказишдан камида 10-12 соат олдин бўлиши керак. Сиз тоза газсиз сув ичишингиз мумкин.
3. Таҳлилдан 24 соат олдин, қучли жисмоний зўриқиш, бутунлай йўқ қилинг, спиртли ичимликларни ичманг. Чекишни иложи борича чекланг.
4. Талабларга риоя қилмаслик тадқиқот натижаларига таъсир қилиши мумкин.

Умумий сийдик таҳлили

1. Сийдик эрталаб уйқудан кейин дарҳол оч қоринга йиғилади.
2. Олдинги сийиш эрталаб соат 2 дан кеч бўлмаслиги керак.
3. Сийдик йиғишдан олдин, ташқи жинсий аъзолар яхшилаб тозаланг.
4. Эрталабки сийдикнинг бутун қисмини териға тегмасдан тоза, қуруқ идишда тўпланг.
5. Сийдикни идишда яхшилаб аралаштиринг. Эҳтиёткорлик билан камроқ қуйинг, 100 мл сийдикдан махсус бир марта ишлатиладиган пластик идишгасолинг.
6. Йиғилган сийдикни имкон қадар тезроқ лабораторияға етказиб беринг.

Нечиноренко методи бўйича сийдик йиғиш

Сийдик эрталаб уйқудан кейин дарҳол оч қоринга йиғилади.

1. Сийдик йиғишдан олдин ташқи жинсий аъзоларни яхшилаб ювилади.
2. Сийдик чиқариш пайтида сийдикнинг биринчи кичик қисмини ҳожатхонаға чиқарилади. Кейин сийдикнинг иккинчи (ўрта) қисмини қопқокли бир марталик пластик идишға тўпланг. Учинчи қисмини ҳожатхонаға чиқаринг.
3. Йиғилган сийдикни имкон қадар тезроқ лабораторияға етказиб беринг

Суткалик сийдик йиғиш

1. Сийдик 24 соат ичида йиғилади.
2. Таҳлил арафасида одатдаги ичимлик режимига риоя қилинг (қунига 1,5-2 литр суюқлик).
3. Ерталаб соат 8 ёки 9 да сийдик пуфагини ҳожатхонага бўшатинг.
4. Бир кундан кейин барча сийдикни ҳаво ўтказмайдиган қопқоқли тоза, қуруқ уч литрли идишга тўпланг.
5. Эртаси куни ерталаб соат 8 да банкада охирги марта сийдик чиқаринг.
6. Қунига чиқарилган сийдик ҳажмини ўлчанг ва ёзиб олинг. Кейин эҳтиёткорлик билан аралаштиринг ва бир марталик пластик идишга 100 мл қуйинг. Идишни ҳаво ўтказмайдиган қопқоқ билан ёпинг.
7. Сийдикни лабораторияга йўналиш билан бирга етказиб беринг, унда қунига чиқарилган сийдик ҳажмини кўрсатинг.

Умумий ахлат таҳлили (копрограмма)

1. Копrogramма учун нажас стерил қопқоқли пластик идишда йиғилади
2. Таҳлилдан уч кун олдин, рангли махсулотларни рациондан чиқариб ташланг: помидор, лавлаги, қизил балиқ, шунингдек оғир ва ёғли овқатлар, дудланган гўшт.
3. Клизма, лаксатифлар, ректал шамлардан кейин текшириш учун нажасни йиғманг.
4. Идишни 1/3 дан ортиқ тўлдирманг.
5. Нажасли идишни кун давомида лабораторияга етказиб беринг, лекин дефекациядан кейин 10-12 соатдан кечиктирмай. Унгача идишни музлатгичда сақланг.

Нажасда яширин қонни аниқлаш

1. Тадқиқотдан уч кун олдин балиқ, гўшт, барча турдаги яшил сабзавотлар, помидор, баҳорги тухум қўядиган тухумларни (эмбрион) диетадан чиқариб ташланг. Темир, аскорбин ва Асетилсалицил кислоталари, ностероид яллиғланишга қарши дорилар (ибупрофен, напроксен) бўлган препаратларни қўллашни истисно қилинг.
2. Клизма ёки барий қабул қилинганидан кейин (рентген текшируви пайтида) текшириш учун нажасни йиғманг.
3. Таҳлилни йиғишдан олдин ҳожатхонада сийдик чиқаринг. Кейин нажасни йиғинг табиий дефекация орқали қопқоққли идишига. Бунга ишонч ҳосил қилинг нажас солинган идишга сийдик тушмасин.
4. Нажасни стерил пластик идишга жойлаштиринг. Идишни ҳажмининг 1/3 қисмидан кўпроғи билан тўлдирманг.
5. Нажасли идишни лабораторияга етказиб беринг

Экма экиш учун нажас йиғиш

1. Идишни яхшилаб ювиб ташланг, дезинфекциялаш воситаларининг изларини олиб ташланг.
2. Идишнинг пастки қисмига тоза қалин қоғоз варағини қўйинг.
3. Бемор сийдик намунага тушмаслигига ишонч ҳосил қилиб, дефекация қилади.

4. Нажас намунаси стерил идишнинг қопқоғига ўрнатилган қошиқ-спатула ёрдамида дефекациядан сўнг дарҳол олинади. Агар материални танлаш учун спатула билан идиш йўқ бўлса, лоп, стерил ёғоч спатула ва бошқалар стерил воситалардан фойдаланинг

5. Биоматериал миқдори:

- шаклланган нажас учун-ёғоч ҳажмида;
- суяқ нажас бўлса, унинг идишлардаги қатлами камида 1,5-2см бўлиши керак, среда билан биоматериал умумий миқдорнинг 3\2 қисмидан анализ ошмаслиги керак.

1. Патологик аралашмалар мавжуд бўлганда, биоматериални шилимшиқ, йиринг, пўстлок, қонсиз жойларни олиш керак.

2. Ёпиқ идиш билан стерил пластик Пастер пипетки ёрдамида суяқ нажас намуналарини олинг. Агар у мавжуд бўлмаса, резина лампочкали шиша найчадан фойдаланинг.

Шартли патоген бактериялар ва дисбактериоз туфайли келиб чиққан ЎИИ диагностикаси учун намуналар фақат стерил куруқ идишларда йиғилади ва ташилади. Намуналарни лабораторияга етказиб беришнинг максимал вақти 2 соат, агар биоматериал музлатгичда сақланса - 4 соат. Ташиш вақтини узайтириш шартли патоген бактериялар сонининг кўпайишига ва дисбиёз ва ЎИИ нинг ортиқча ташхисига олиб келиши мумкин.

Жарроҳлик аралашуви: йўқ, агар аппендицит, ичак инвагинацияси ва бошқа жарроҳлик кўринишларига гумон қилинганса, жарроҳ маслаҳати талаб қилинади.

Жарроҳлик аралашуви амёбиаз (амёбиазни ташхислаш ва даволаш протоколига қаранг) ва қорин тифи асоратларида (қорин тифини ташхислаш ва даволаш протоколига қаранг) тавсия қилинади.

Кейинги қадам:

Дизентерия ва бошқа ўткир диарея инфекцияларидан кейин (салмонеллездан ташқари) реконвалесцентларни шифохонадан чиқариш тўлиқ клиник соғайишдан кейин ўтказилади.

Бактериал диареяларнинг реконвалесцентларини бир марталик бактериологик текшириш (токсин билан боғлиқ ва *Proreus*, *Citrobacter*, *Enterobacter* ва шунга ўхшаш бошқа турдаги шартли-патоген кўзгатувчилар келтириб чиқарган ҳолатлар бундан мустасно) касалхонадан чиқарилгандан сўнг етти календар кун ичида, бироқ антибиотик даволаш тугагандан кейин камида икки кундан сўнг амбулатория шароитида ўтказилади.

Диспансер кузатуви бир ой давомида амалга оширилади, шундан сўнг бир марта бактериологик текширув ўтказиш зарур. Шифокорга ташриф буюриш частотаси клиник кўрсаткичлар бўйича белгиланади.

Диспансер кузатуви яшаш жойи бўйича УАШ/педиатр ёки юқумли касалликлар кабинети шифокори томонидан амалга оширилади.

Касаллик рецидивидида ёки лаборатор текширувининг мусбат натижасида дизентерия билан оғриган шахслар яна даволанади.

б) Даволаш самарадорлиги ҳамда ташхисот ва даволаш усулларининг хавфсизлик кўрсаткичлари.

Эрта мақсадли терапия протоколига мувофиқ қуйидаги кўрсаткичларга (самарадорлик мезонларига) интилиш керак:

- тана ҳароратининг нормаллашуви;
- сув-электролит балансининг тикланиши;
- интоксикация симптомлари пасайиши;
- гастроинтестинал синдромнинг пасайиши;
- ич келишининг нормаллашуви.

**“БОЛАЛАРДА ЮҚУМЛИ ДИАРЕЯЛАР”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ВА ПРОФИЛАКТИКАСИНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Протоколдан фойдаланувчилар:

- эпидемиологлар, умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, тез тиббий ёрдам шифокор /фельдшерлари, инфекционистлар, анестезиолог-реаниматологлар, педиатрлар, клиник ординаторлар, тиббиёт олий ўқув юрталарининг магистрлари, докторантлари.

Ушбу нозология бўйича тиббий профилактикага мухтож беморлар тоифаси

- реконвалесценция давридаги ўткир ичак инфекциясининг турли клиник шаклларида ўтказган барча бемор болалар

- симптомсиз ичак инфекциясини ташувчиси болалар ҳисобланади;

- юқумли диарея билан оғриган беморлар билан алоқада бўлган болалар.

Ушбу нозология бўйича реабилитацияга мухтож беморлар тоифаси

- реконвалесценция давридаги ўткир ичак инфекциясининг турли клиник шаклларида ўтказган барча бемор болалар

- симптомсиз ичак инфекциясини ташувчиси болалар ҳисобланади;

- юқумли диарея билан оғриган беморлар билан алоқада бўлган болалар.

Асосий қисм.

1) Кириш

Диарея – бу одатда 24 соат ичида камида уч марта суюқ ва сувли нажаснинг пайдо бўлиши. Болада нажасда ўзгаришлар бўлса, кўп миқдорда ва суюқлик характериға эға бўлса (нажас таркибидаги сувнинг устунлиги) диарея деб таснифланади. Шунингдек, диарея синдроми қушиш билан бирға бўлиши мумкин.

Этиологияси - юқумли диарея (ўткир ичак инфекцияси, инфекцион диарея) – бу бактериал патогенлар (шигелла, salmonella ва бошқалар), шартли патоген бактериялар (proteus, клебсиелла, клостридия ва бошқалар), вируслар (ротавируслар, аденовируслар ва бошқалар) ҳисобига ошқозон-ичак трактининг шикастланиши келтириб чиқарадиган энтерал (фекал-оғиз) инфекция механизмиға эға бўлган инсон юқумли касалликлари гуруҳидир, интоксикация ва диарея синдромлари билан намоён бўлади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи касал одам ёки ташувчидир. Юқиш механизми фекал-орал; маиший алоқа (одамдан одамға, атрофдаги нарсалар орқали, тараканлар, чивинлар), сув (ифлосланган сувни истеъмол қилиш), озиқ-овқат (термик ишлов берилмаган сабзавотлар ва бошқа маҳсулотлар). Касаллик кўпинча иссиқ ойларда қайд этилади.

Трансмиссия йўллариининг хилма-хиллигини ҳисобға олган ҳолда, касаллиги паст бўлган

мамлакатлар учун юкори хавфли гуруҳларни аниқлаш мумкин:

вақтинчалик яшашдан кейин эндемик мамлакатлардан келган шахслар;

Иммунитети заиф шахслар (тўйиб овқатланмайдиган шахслар).

Профилактика ва реабилитация турлари

http://www.idsociety.org/uploadedFiles/IDSA/GuidelinesPatient_Care/IDSA_Practice_Guidelines/IDSA%20Handbook%20on%20CPG%20Development%2010.15.pdf.

ЎИИ профилактикаси қилиниши зарур бўлган шахслар:

- ЎИИ билан касалланган бемор билан алоқада бўлган соғлом болалар (шигеллёз, салмонеллёз, Эшерихиоз ва бошқ., бактериал, вирусли ёки протозоал ичак инфекциялари);

- инфекция ўчоғида бўлган бўлган болалар ва катталар (ота-оналар).

Озиқ-овқат саноати, умумий овқатланиш ва савдо ташкилотлари, сув таъминоти муассасалари, тиббиёт ташкилотлари ва болалар муассасалари ходимлари, шунингдек бошқа баъзи иш берувчилар соғлиқни сақлаш, касалликларнинг пайдо бўлиши ва тарқалишининг олдини олиш мақсадида ушбу тиббий кўриқдан ёки текширувдан ўтказилади.

Тиббий кўриқ турлари:

-дастлабки (ишга киришда);

- даврий (тиббий режага мувофиқ.текшириш);

- фавқулодда (шу жумладан эпид. кўрсатмалар).

Шунингдек, ўткир ичак инфекциялари бўйича эпидемиологик кўрсатма бўлган ҳолатда болаларда (мактаблар, МТМ) скрининг ўтказиш кўрсатмалари мавжуд.

Ўткир ичак касалликларидан кейин болаларни муваффақиятли даволаш ва тўлиқ реабилитация қилиш комплекс ёндашувни ўз ичига олади, жумладан, турли хил зарур ёндашувлар ёрдамида ўз вақтида текшириш, замонавий дори-дармонлар ва доривор бўлмаган усуллардан фойдаланиш, асоратларнинг олдини олиш ва даволаш, турли соматик патологияларнинг ривожланишининг олдини олиш. Шу билан бирга, индивидуал чоралар ва тиббий кўриқлар вақти касалликларнинг тури ва оғирлигига боғлиқ.

3.1. Профилактика усуллари ва муолажалари

1) Профилактика мақсади:

А 1	<ul style="list-style-type: none">- реконвалесцентлар диспансеризацияси;- бактерия ташувчиларни назоратга олиш;- инфекция тарқалишини олдини олиш
-----	---

2) 1-ламчи профилактика - аҳоли ўртасида санитария-тушунтириш ишларни олиб бориш (анкеталар, санитария расмийлаштируви ташвиқоти) муҳим рол ўйнайди.

Оммавий профилактика чораси соғлиққа таъсир қилувчи ижтимоий шароитларни ўзгартиришга, онанинг болани тўғри парвариш қилиш ва овқатлантириш бўйича билимларини оширишга қаратилган. Шунингдек, у ичимлик суви, санитария ва гигиена сифатини яхшилаш, ёмон одатларни камайтириш, тиббий ёрдамдан фойдаланишни таъминлаш ва ҳоказоларни ўз ичига олади.

Индивидуал профилактика:

- Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш: сайрдан кейин қўлларни яхшилаб ювиш, хожатхонадан фойдаланиш, овқатдан олдин ва ҳоказо.

- Хом ҳолда истеъмол қилинган сабзавотлар, ўтлар ва резаворлар яхшилаб ювилиши ва қайноқ сув билан куйдирилиши керак.

- Сут аралашмаларини тайёрлаш учун идишларни яхшилаб ювинг ва стерилизация қилинг (қайнатиб олинг).

- Қолган аралашмани болага такроран берманг.

- Болаларни янги тайёрланган овқат билан овқатлантиринг.

- Болага умумий столдан овқат берманг.

- Эмизикли оналарга мавсумий парҳезга риоя қилиш (сабзавот, мева, резавор меваларни еҳтиёткорлик билан истеъмол қилиш), ёғли овқатлар, қандолат маҳсулотлари ва бошқаларни истеъмол қилишни чеклаш зарурлигини тушунтириш керак.

- фақат қайнатилган ёки бутилкали сувдан фойдаланинг;

- мумкин бўлган инфекция учун хавфли бўлган худудларда сабзавот ва меваларни қайнатилган сув билан ювинг ва тозаланг;

- шахсий гигиенанинг асосий қоидаларига риоя қилинг (қўлларни совун билан ювиш ва х.к.)

- умумий овқатланиш жойларида иссиқлик билан ишлов берилмаган идиш-товоқ ва маҳсулотларни истеъмол қилманг.

-даволаниш тугаганидан кейин салмонеллаларни чиқаришни давом эттирадиган болалар даволовчи шифокор томонидан мактабгача таълим ташкилотига ташриф буюришдан ўн беш кунга тўхтатилади, бу даврда нажасни уч марта текшириш бир кундан икки кунгача бўлган вақт оралиғида амалга оширилади. Такрорий ижобий натижа билан тўхтатиб туриш ва текширишнинг бир хил тартиби яна ўн беш кун давомида такрорланади.

3) 2-ламчи профилактика.

A 1	Миллий эмлаш календари асосида болалар жамоаларини ўз вақтида эмлаш. Ротавирус инфекцияси вакцинапрофилактикаси [«Юқумли касалликларнинг иммунопрофилактикаси» СанҚваТ нинг 2021 йил 17 июль №0239-07/24 соҳ]
------------	--

Ичак инфекциясига чалинган болалар учун қуйидаги чора-тадбирлар амалга оширилади:

B	<ul style="list-style-type: none">-Клиник ва лаборатория тузалгандан кейин даврида болалар жамоасига қўшилади;-Дизентерия ва бошқа ўткир ичак инфекцияларидан ўтказган реконвалесентларни бактериологик текшириш клиник тузалгандан кейин, лекин антибиотик терапияси тугаганидан кейин икки календар кундан кечиктирмай амалга оширилади;-Салламонеллэз билан касалланган болалар даволаниш тугаганидан кейин даволовчи шифокор томонидан ўн беш календар кунга мактабгача таълим ташкилотига ташриф буюришдан тўхтатилади, бу даврда нажасни уч марта текширилади, бир кундан икки кунгача бўлган вақт оралиғида амалга оширилади. Такрорий ижобий натижа кузатилмаганда ва текширишнинг бир хил тартиби яна ўн беш кун давомида такрорланади.- Шигеллэз ва бошқа ўткир ичак инфекцияларидан (салмонеллэздан ташқари) кейин реконвалесентларни чиқариш тўлиқ клиник соғайишдан кейин амалга оширилади.- Шигеллэз ва бошқа ўткир ичак инфекциялари реконвалесентларини ягона бактериологик текшириш (токсин воситачилигидаги ва сабаб бўлганлардан ташқари улар лаборатория текширувидан ўтадилар.- Бактериал юқиш уч ойдан ортиқ давом этадиган шахслар шигеллэзнинг сурункали шакли бўлган беморлар сифатида даволанади;- Салмонеллэз реконвалесентларини чиқариш тўлиқ клиник тикланиш ва нажасни битта салбий бактериологик текширувдан сўнг амалга оширилади. Тадқиқот даволаниш тугаганидан кейин уч кундан кечиктирмай амалга оширилади.
----------	--

3.2. Реабилитациянинг усул ва муолажалари:

A 1	<ul style="list-style-type: none">- Ўткир ривожланган патологик жараён тугаши билан тана функцияларини сақлаш;- Шикастланган органлар ёки тана тизимларининг мумкин бўлган бузилишларини олдини олиш, эрта ташхис қўйиш ва тузатиш;- Мумкин бўлган ногиронлик даражасининг олдини олиш ва камайтириш;- боланинг ўсиши, жисмоний ва ақлий ривожланишини яхшилаш, кундалик стрессга нисбатан чидамликни ошириш.- Зарарланган орган ёки тизимнинг йўқолган функциялари тиклаш ва (ёки) компенсацияни тўлиқ ёки қисман тиклаш;- Ўткир зарарланган патологик жараён тугаши билан тана функцияларини таъминлаш;- Шикастланган органлар ёки тана тизимларининг мумкин бўлган бузилишларини олдини олиш, эрта ташхис қўйиш ва тузатиш;- Мумкин бўлган ногиронлик даражасининг олдини олиш ва камайтириш;- Ҳаёт сифатини яхшилаш;- Беморнинг иш қобилиятини сақлаш;- Беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.
------------	---

4. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари

ЎИИ ўтказилгандан кейин реабилитация чоралари беморнинг уйга жавоб бериш ҳолатига боғлиқ, касалхонадан чиқиш учун кўрсатма эса тўлиқ клиник тикланиш (интоксикация, диарея йўқлиги, оғир экзикоз белгилари ва унинг асоратлари) ва бактериологик экмани манфий натижаси ҳисобланади.

Беморни шифохонадан чиқаргандан сўнг, касалликнинг ўтказилган клиник шаклининг этиологиясига (бактериал, вирусли) (енгил, ўртача ва оғир) қараб, асоратлар мавжудлиги, кейинчалик педиатр томонидан яшаш жойидаги поликлиниканинг юқумли касалликлар бўлимида реабилитация давом эттирилади, юқумли касаллик мутахассис, юқумли касалликлар идораси бўлмаса-туман педиатри томонидан диспансеризация чора тадбирлари олиб борилади.

Қуйидаги белгиларга эга бўлган барча болалар реабилитация қилинади:

A 1	<ul style="list-style-type: none">-оғир асоратланган ЎИИ билан касалланган барча беморлар;-озикланишнинг етишмаслиги;-анемия;-чўзилувчан диарея;-ичак яллиғланиши синдромларининг пайдо бўлиши;
------------	---

-ҳазм қилишнинг бузилиши;
-бактерия ташувчилик.

Реабилитация жоизлигини аниқлаш мезонлари:

- шахсий анамнезида ошқозон-ичак тракти, нафас олиш органлари, Марказий асаб тизими (МАТ) касалликлари бўлган болалар;
- реабилитацион салоҳиятга эга бўлганлар;
- ўткир буйрак етишмовчилиги билан асоратланган ўткир буйрак етишмовчилигининг оғир шаклига дуч келганлар
- гиповолемик шок билан асоратланган ЎИИ нинг оғир шаклини бошдан кечирганлар
- ЎИИ билан касалланган оқсил - энергетик етишмовчилиги бўлган болалар
- ЎИИ билан касалланган анемия мавжуд бўлган болалар

5. Реабилитациянинг хажми ва босқичлари

Топ мутахассислар томонидан асоратларни инобатга олган ҳолда амалга оширилади.

6. Реабилитация ва профилактика турларини ифодаловчи таъхисот чоралари:

Ўткир ичак инфекцияси ўтказган болаларнинг диспансер назорати

Кузатув давомийлиги	Махсус ва шарт бўлган таъхисот	Шифокор маслаҳати	Даволаш-профилактик чоратadbирлари	Диспансеризация самарадорлик мезони	Касалликдан соғайган болаларни мактабгача таълим муассасасига қабул
Силлик кечганда - 1 ой Асоратли кечганда (панкреото патия, билиар патология, ошқозон-ичак трактининг функционал бузилишлари, кардиопати	Умумий қон текшируви-касалхонадан чиққандан кейин, рецидив ҳолатида Нажасни бак эзмага топшириш (тасдиқланган ЎИИда) - кун ора уч марта топширилади; Қўзғатувчи	Педиатр-юкумли касаллик мутахассиси маслаҳати-чўзилувчан, оғир кечганда, рецидивлар билан, узок муддатли бактериа ажратувчанликда- 2 ҳафтада 1 марта амалга оширилади.	Парҳез (1,5 – 3 ой давомида). Бир ёшгача бўлган болалар учун – кўкрак сути билан озиқлантириш тавсия этилади. (лактоза етишмовчилигида лактаза препаратлари ни қўшиш билан) ёки	Ҳарорат, иштаҳа, умумий аҳвол, ич келиши ва тана вазнининг нормаллаш уви. Касаллик кечишини мураккаблаштирувчи синдромларни бартараф этиш.	Болалар боғчалари, болалар уйлари, болалар соғломлаштириш муассасалари, интернат мактабларидан бўлган болалар учун - клиник соғайиш ва ҳар

<p>я ва бошқалар) - камида 3 ой Такрорий бактерия ажратилиш ида (сал-монеллэз) - қўзғатувчи дан тўлиқ тозалангун ча, лекин камида 3 ой</p>	<p>аниқланган ҳолатда тўлиқ санация бўлгунга қадар ҳар ойда текширилади. Копрограмма – билан узоқ муддатли ичак дисфункцияси ва рецидивларда текширилади. Қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви-бўшлиқ органлари-касалхонадан чиқарилгандан кейин; агар патология аниқланса - ҳар 3 ойда такрорланади. ЭКГ, ЭХО-КГ – юрак патологиясида\ камида Ойига 1 марта. Дисбактериоз учун нажасни таҳлил қилиш - даволашнинг сўнггида ва касалхонадан чиққандан сўнг</p>	<p>Гастроэнтеролог - Ошқозон-ичак трактига оид асоратларда- 1 ойда 1 марта; Кардиолог маслаҳати-юрак-қон томир тизими асоратларида 1 ойда 1 марта; Аллерголог – озиқ-овқат аллергиясининг (ўрта оғир ёки оғир) шаклларида (атопик дерматит, аллергоэнтеропатия) – 1 ойда 2 марта амалга оширилади.</p>	<p>паст лактозали аралашмалар ва қўшимча овқатлар буюрилади. Бир ёшдан ошган болалар ва катталарга- 4 ёки 5п столи; юмшоқ, механик жиҳатдан қайта ишланган озиқ-овқат. Юқори аллерген маҳсулотлар мумкин эмас. Углеводлар назорати остида ахлат ва копрограмма текширувлари - парҳезни кенгайтириш муддатларини аниқлаш учун. Суюқлик ва туз миқдори юрак-қон томир тизими ҳолатини ҳисобга олган ҳолда белгиланади Панкреатик ферментлар - иккиламчи панкреатопат</p>	<p>Бактериологик тасдиқланган ЎИИ да - тўртта манфий бактериологик экмалар (учта - кун ора ва битта- бир ойдан кейин)</p>	<p>куни ёки бир кундан кейин олинган 3 та манфий бактериологик экма натижаси. Мактаблар , коллежлар ва бошқа таълим муассасалари ўқувчилар и учун - клиник соғайиш. Жисмоний тарбия дарсларидан озод қилиш</p>
--	--	---	--	---	--

			ияда 2 хафта давомида Прокинетикла р Про- ва пребиотиклар - ўткир даврда антибиотик қабул қилган барча болаларга		
--	--	--	---	--	--

1) Асосий чора-тадбирлар

А	Қабул пайтида шифокор билан маслаҳатлашиш, реабилитация тадбирларини тайинлаш мақсадида, даволанишни тузатиш динамикасида ва кейинги тавсиялар бериш учун якуний; кўрсатмаларга мувофиқ тор профилли мутахассисларни текшириш; бактериофаг билан - фаг терапияси.
---	---

2) Кўрсатмага биноан қўшимча чора-тадбирлар

С	<ul style="list-style-type: none"> - ЭКГ - қорин аъзолари УТТ - ахлат ва қон умумий таҳлили - сийдикнинг умумий таҳлили; - қон биохимияси (АЛТ, АСТ, умумий билирубин, умумий оқсил, креатинин, мочевино, қонда қанд миқдори, СРБ, коагулограмма).
---	---

Номедикаментоз терапия:

А	Терапевтик ёндашувлар сингари, ўткир ичак инфекциялари бўлган беморларда овқатланишни қўллаб-қувватлашни ташкил этиш касалликнинг давомийлигига, беморнинг аҳволининг оғирлигига ва унинг ёшига қараб босқичма-босқич амалга оширилиши керак.
---	---

Медикаментоз реабилитация:

А	- Витамин билан даволаш- хужайра мембраналарининг ўтказувчанлигини тиклаш, уларнинг биопотенциалини ошириш ва нормал микрофлорани тиклаш учун индивидуал толерантликни ҳисобга олган ҳолда тикланиш даврида барча болаларга буюрилади. Витамин ва минерал комплекслар 10-14 кунлик курс учун
---	--

кўрсатилади.
 - Про - ва пребиотиклар-10-14 кун давомида ичак микробиоценозини яхшилаш учун.
 - Ўринбосар ферментатив даво-панкреатин 10 000 бирлик 2-3 марта 5-10 кун ичида (ферментопатия намоён бўлиши билан)
 - Фаг терапияси-бактериал юқиш, инвазив бактериал ичак инфекциялари учун.

7. Реабилитацион ва профилактик чора-тадбирлар самарадорлиги курсаткичлари:

Профилактик чора-тадбирлар самарадорлигининг асосий кўрсаткичлари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

A	<ul style="list-style-type: none"> - болалар орасида ЎИИ билан касалланишнинг камайиши; - болалар орасида ЎИИнинг ўрта оғир ва оғир шакллари билан касалланишнинг камайиши; - болалар орасида ЎИИ билан госпитализация қилинганларнинг камайиши; - болалар орасида ЎИИ дан ўлим ҳолатини камайиши.
----------	--

Реабилитацион чора-тадбирлар самарадорлигининг асосий кўрсаткичлари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

A	<ul style="list-style-type: none"> - шикоятлари йўқлиги; - диареянинг бутунлай тўхташи; - ахлат частотасининг тикланиши; - бактериологик экмани манфий натижаси; - тана вазинини қўшилиши; -ахлат консистенциясининг нормаланиши ва патологик қўшимчаларнинг йўқлиги.
----------	---

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Протокол №26 от 18 августа 2017 года Министерства здравоохранения Республики Казахстан [3.-Протокол-Бактериальные-кишечные-инфекции-у-детей.pdf \(webdoctor.kz\)](#)

2. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при синдроме диареи инфекционного генеза. Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи», г. Казань, 2014г. https://kingmed.info/guidelines/Skoraya_meditinskaya_pomoshch_Klinicheskie_protokoli_lech_eniya_SMP/Infektsionnie_bolezni_Infektologiya_Protokoli_okazaniya_skoroy_meditinskoy_po_moshchi/guideline_48/Rossiyskoe_obshchestvo_skoroy_meditinskoy_pomoshchi_ROSMP_Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditinskoy_pomoshchi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza

3. Оказание стационарной помощи детям. Руководство ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний в стационарах первичного уровня адаптированное к условиям Республики Казахстан. 2016.
4. Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан, Приказ №225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию оказания медицинской помощи детям» от 10.07.2013г.
5. Клинические протоколы диагностики и лечения Министерство Здравоохранения Республики Казахстан. Протокол №190 от 14 сентября 2023 года.
6. Демчило А. П., Тумаш О. Л., Красавцев Е. Л. Дифференциальная диагностика синдрома диареи и дифференцированное лечение острых кишечных инфекций. Учебно-методическое пособие для студентов 4-6 курсов лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран, 4 и 5 курсов медико-диагностического факультета медицинских вузов. Гомель 2015.
7. Roberg M.Kliegman, Bonita F.Stanton, Joseph W.St.Geme, Nina F.Schoor/ Nelson Textbook of Pediatrics. Twentieth edition. International Edition.// Elsevier-2016, vol. 2-th. https://www.researchgate.net/publication/271001008_Nelson_Textbook_of_Pediatrics
8. Edici MC, Tummolo F, Calderaro A, Chironna M, Giammanco GM, De Grazia S, et al. Identification of the novel Kawasaki 2014 GII.17 human norovirus strain in Italy, 2015. Euro Surveill. 2015; 20:30010. 19.
9. Hoa-Tran TN, Nakagomi T, Vu HM, Do LP, Gauchan P, Agbemabiese CA, et al. Abrupt emergence and predominance in Vietnam of rotavirus A strains possessing a bovine-like G8 on a DS-1-like background. Arch Virol. 2016;161:479–82.
10. Komoto S, Tacharoenuang R, Guntapong R, Ide T, Haga K, Katayama K, et al. Emergence and characterization of unusual DS-1-like G1P[8] rotavirus strains in children with diarrhea in Thailand. PLoS One. 2015; 10:e0141739. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0141739>.
11. Lynch JP III, Kajon AE. Adenovirus: epidemiology, global spread of novel serotypes, and advances in treatment and prevention. Semin Respir Crit Care Med. 2016; 37: 586– 602. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584923>.
12. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста. Карманный справочник. Второе издание. ВОЗ. 2013.
13. G. Gigante, G. Caracciolo, M. Campanale, V. Cesario, G. Gasbarrini, G. Cammarota, A. Gasbarrini Ospedale Gemelli, Rome, Italy; Fondazione Italiana Ricerca in Medicina, Rome, Italy Gelatine Tannate reduces antibiotics associated side-effects of anti-helicobacter pylori first-line therapy Copyright© 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
14. Gelatin tannate for treating acute gastroenteritis: a systematic review Centre for Reviews and Dissemination Original Author(s): Ruszczyński M, Urbanska M and Szajewska H Annals of Gastroenterology, 2014, 27(2), 121-124
15. Onyon C, Dawson T. Gastroenteritis. Paediatr Child Health. 2018; 28:527-32.
16. World Health Organization. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: exposures and impacts in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 2014. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564823>
17. Diarrhoea and vomiting in children. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis: diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years. // <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22132432/>

18. Moraga, P.; GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017, 390, 1151–1210. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32152-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32152-9/fulltext)
19. World Health Organization (WHO). Rotavirus Vaccines: WHO Position Paper—July 2021. *Wkly. Epidemiol. Rec.* 2021, 28, 301–320. Available online: <http://www.who.int/wer> (accessed on 16 September 2021).
20. Probiotics and prebiotics. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, 2017. Accessed October 10, 2019. Available at: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/probiotics-and-prebiotics>.
21. BNF for children 2014-2015. <https://archive.org/details/bnfforchildren200000bnf>.
22. Diarrhoea Treatment Guidelines (including new recommendations for the use of ORS and zinc supplementation) for Clinic-Based Healthcare Workers. MOST, WHO, UNICEF, IZiNCG.2005. <https://www.who.int/publications/m/item/shock-sam--diarrhoea-treatment-guidelines-including-new-recommendations-for-the-use-of-ors-and-zinc-supplementation-for-clinic-based-healthcare-workers>
23. Алгоритмы оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации: пособие для медицинских работников выездных бригад скорой медицинской помощи. – СПб.: ИП Шевченко В.И., 2018. – 158 с.
24. Маматова Д.М. Медицинская реабилитация в период выздоровления после инфекционных заболеваний. *Международный научный журнал «Вестник науки»* №4(37) Т.2. 2021; С: 81-84
25. Горенков Р.В., Ефимова А.О. Розалиева Ю.Ю. Петюкова О.Н. Кузякина А.С. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий для инвалидов в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2019; 27(4) DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-418-423>
26. Протокол №115 от 10 сентября 2020 года Министерства здравоохранения Республики Казахстан.
27. Руженцова Т.А. Осложнения острых кишечных инфекций у детей в период реконвалесценции: подходы к лечению и профилактике. Учебное пособие для врачей. ISBN 978-5-88123-080-7.

**Схема 1. Диареяни даволаш учун А режаси:
Уйда диареяни даволаш.**

ОНАГА УЙДА ДАВОЛАНИШНИНГ 4 ҚОИДАСИ ҲАҚИДА МАСЛАҲАТ БЕРИНГ:
ҚЎШИМЧА СУЮҚЛИК БЕРИШ. ҚЎШИМЧА РУХ ПРЕПАРАТЛАРИНИ БЕРИШ.
ОЗИҚЛАНТИРИШНИ ДАВОМ ЭТТИРИЛИШУ КЕРАК. ҚАНДАЙ ҲОЛАТЛАРДА
КАСАЛХОНАГА ҚАЙТА МУРОЖАТ ҚИЛИШИ КЕРАКЛИГИНИ БИЛИШ.

1. Болага қўшимча равишда у ича оладиган миқдорда суюқлик бериш.

- Онага тавсия этинг:
 - Тез-тез кўкрак сути билан эмизиш ва ҳар бир эмизиш давомийлигини узайтириш.
 - Агар чақалоқ фақат она сути билан озиқланса, она сутидан ташқари ОРВ эритмаси ёки тоза сув беринг.
 - Агар чақалоқ фақат она сути билан озиқланмаса, қуйидаги суюқликлардан бирини ёки бир нечтасини беринг: ОРВ эритмаси, суюқ овқатлар (масалан, шўрва, гуручли сув, суюқ йогурт) ёки тоза сув.

Қуйидаги ҳолларда ОРВни уйда бериш айниқса муҳимдир:

- ташриф пайтида бола Б ёки С режасига мувофиқ даволанаётган бўлса;
- агар диарея кучайган бўлса, бола билан касалхонага қайтишнинг иложи бўлмаса.
- Онага ОРВ эритмасини тайёрлаш ва уни қўллашни ўргатинг. Уйда фойдаланиш учун онага иккита ОРВ пакетини беринг.
- Онага одатдаги миқдордан ташқари қанча суюқлик бериш кераклигини кўрсатинг:
 - 2 ёшгача: ҳар бир ҳожатга чиқишдан кейин 50-100 мл;
 - 2 ёш ва ундан катталар ҳар бир ич кетишидан кейин 100-200 мл.

Онага маслаҳат беринг:

- Фарзандингизга тез-тез кичик културларда пиёладан ичишга рухсат беринг.
- Агар бола қайт қилишни бошласа, 10 дақиқа кутинг, кейин суюқлик беришни секинроқ давом этинг.
- Диарея бутунлай тўхтагунга қадар қўшимча суюқлик беришни давом этинг.

2. Қўшимча рух препаратларини беринг

- **Онага қанча рух бериш кераклигини тушунтиринг:**
 - 6 ойликгача: 10-14 кун давомида кунига ярим таблетка (10 мг).
 - 6 ой ва ундан катталар: 10-14 кун давомида кунига 1 таблетка (20 мг).
- **Онага рух препаратини қандай беришни кўрсатинг:**
 - Чақалоқлар учун таблеткани кичик стакан ёки қошиқда оз миқдордаги тоза сувда, сут ёки ОРВ эритмасида эритиб беринг;
 - Каттароқ болалар таблеткани чайнашлари ёки оз миқдорда бир стакан тоза сувда эритилган ҳолда ёки қошиқда ичишлари мумкин.
- РУХ ПРЕПАРАТИНИНГ ТЎЛИҚ КУРСИНИ (10-14 КУН) ДАВОМИДА ҚАБУЛ ҚИЛИШ ЗАРУРЛИГИГА ОНАНИНГ ЭЪТИБОРИНИНИ ҚАРАТИНГ.

3. Озиқлантиришни давом этиш.

Онага эслатма

4. Касалхонага қандай ҳолатларда қайта мурожаат қилишини айтинг.

Схема №2. Диареяни даволаш режаси Б: енгил сувсизланишни оғиз орқали регидратацион воситаларни қабул қилиш билан даволанг!

ТИББИЁТ МУАССАСАСИДА ОРВ ЭРИТМАСИНИНГ ТАВСИЯ ЭТИЛГАН ҲАЖМИНИ 4 СОАТ ОРАЛИҒИДА БЕРИНГ

➤ **Биринчи 4 соат давомида бериладиган ОРВ эритмаси ҳажмини аниқланг.**

Ёш	4 ойгача	4 ойдан 12 ойгача	12 ойдан 2 ёшгача	2 ёшдан 5 ёшгача
Тана массаси	< 6 кг	6- < 10 кг	10- < 12 кг	12-19 кг
	200-400 мл	400-700 мл	700-900 мл	900-1400 мл

¹Боланинг тана вазни номаълум бўлганда унинг ёши орқали ҳисоблашни амалга оширинг. Керакли ОРВ эритмасининг тахминий ҳажмини (мл да) боланинг тана вазини (кг) 75 га кўпайтириш орқали ҳам ҳисоблаш мумкин.

Агар бола ОРВ эритмасини жадвалда кўрсатилганидан кўпроқ ичишни хоҳласа, унга кўпроқ беринг.

➤ **Онага чақолаққа ОРВ эритмасини қандай беришни кўрсатинг.**

- Фарзандингизга тез-тез кичик қултумларда пиёладан ичишга рухсат беринг.
- Агар бола қайт қилишни бошласа, 10 дақиқа кутинг, кейин суюқлик беришни секинроқ давом этинг.
- Бола истаган вақтида кўкрат сути билан озиқлантиришда давом этинг.

■ **4 соатдан кейин:**

- Боланинг ҳолатини қайта кўриб чиқинг ва сувсизланиш даражасини аниқланг.
- Даволанишни давом эттириш учун тегишли режани танланг.
- Фарзандингизни тиббиёт муассасасида овқатлантиришни бошланг.

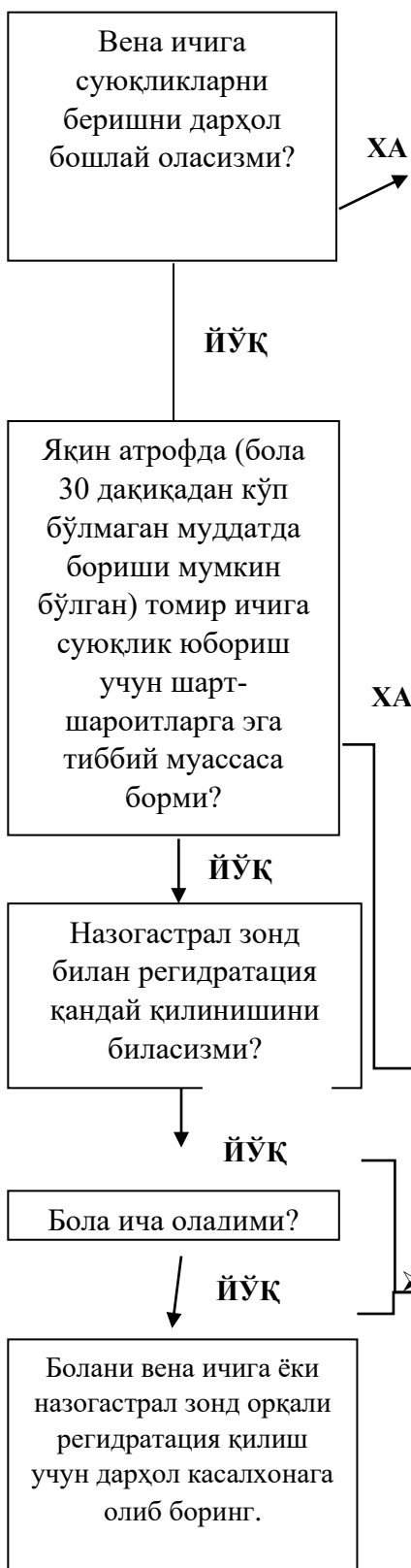
➤ **Агар она даволаниш тугагунга қадар тиббий муассасани тарк этиши керак бўлса:**

- Унга уйда ОРВ эритмасини қандай тайёрлашни кўрсатиб беринг.
- Унга уйда 4 соатлик регидратация курсини яқунлаш учун болага қанча ҳажмдаги эритма бериш кераклигини тушунтиринг.
- Унга регидратацияни яқунлаш учун етарли миқдорда ОРВ пакетларини беринг.
- Шунингдек, диареяни даволашнинг А режасида тавсия этилганидек, 2 та пакетни беринг.
- Онага уйда даволанишнинг 4 қоидасини тушунтиринг:

1. Қўшимча суюқлик беринг.
2. Қўшимча рух препаратларини беринг.
3. Кўкрак сути билан озиқлантиришни давом этинг.
4. Касалхонага қандай ҳолатларда қайта мурожаат қилишини билинг.

Диареяни даволаш режаси А ва она учун эслатмага қаранг

Схема 3. Диарея учун В режаси: Оғир сувсизланишни зудлик билан даволанг.
→ кўрсаткичга амал қилинг. Агар жавоб ХА бўлса ўнгга, ЙЎҚ бўлса пастга тушинг
БУ ЕРДАН БОШЛАШ



- Дарҳол томир ичига суюқлик юборишни бошланг. Венага суюқлик жўнатгунча агар бола суюқликни ичаолса, ОРВ беринг. Рингер лактат эритмасини қуйидаги схема бўйича 100 мл/кг ҳажмда (ёки агар у мавжуд бўлмаса, у ҳолда физиологик эритма) беринг.

Ёш	Аввал 30 мл/кг дан буюринг:	Кейин 70 мл / кг дан юборинг:
Чақалоқлар (12 ойгача)	1 соат ¹	5 соат
Болалар (12 ой - 5 йил)	30 дақиқа ¹	2,5 соат

¹Радиал артерия пулс ҳали ҳам заиф ёки аниқланмаса, инъекцияни такрорланг.

- Боланинг ҳолатини ҳар 15-30 дақиқада баҳоланг. Агар гидратация ҳолати яхшиланмаса, суюқлик қуйиш тезлигини оширинг. Гипергидратацияни ривожлангирмаслик учун эҳтиёт бўлинг.
 - Шунингдек, бола ичиши мумкин бўлгани заҳоти ОРВ эритмасини (тахминан 5 мл/кг/соат) беринг: одатда 3-4 соатдан кейин (чақалоқлар) ёки 1-2 соатдан кейин (каттароқ болалар).
 - Чақалоқни 6 соатдан кейин, каттароқ болани эса 3 соатдан кейин ҳолатини қайта баҳоланг. Сувсизланиш даражасини аниқланг. Кейин даволанишни давом эттириш учун тегишли режани (А, Б ёки С) танланг
-
- Болани томир ичига суюқлик юбориш учун дарҳол касалхонага олиб боринг.
 - Агар бола ичиши мумкин бўлса, онага ОРВ эритмасини беринг ва касалхонага ўтказиш пайтида уни кичик қултумларда қандай беришни кўрсатинг.
-
- ОРВ эритмаси билан зонд орқали регидратация (ёки оғиз орқали) бошланг: 6 соат давомида 20 мл / кг / соат суюқлик беринг (жами 120 мл / кг).
 - Боланинг ҳолатини ҳар 1-2 соатда баҳоланг:
 - Қайта-қайта қайт қилиш ёки аста-секин қориннинг шишиши кузатилса, суюқликни секинроқ беринг.
 - Агар гидратация ҳолати 3 соатдан кейин яхшиланмаса, болани вена ичи орқали сув юбориш терапиясига юборинг.
 - 6 соатдан кейин боланинг аҳволини қайта кўриб чиқинг ва сувсизланиш даражасини аниқланг. Кейин даволанишни давом эттириш учун тегишли режани (А, Б ёки С) танланг.

Эслатма: Иложли бўлса, регидратация туганидан кейин камида 6 соат давомида болани кузатинг ва онанинг болага ОРВ эритмасини оғиз орқали ичириши ва гидратация ҳолатини сақлаб тура олишига ишонч ҳосил қилинг.

4-схема: Овқатланишининг оғир бузилиши бўлмаган шок ҳолатидаги болага томир ичига суюқликни қандай юбориш керак?

- Болада оғир овқатланиши бузилишини текширинг, агар мавжуд бўлса, суюқлик миқдори ва инфузион тезлиги бошқача бўлиши керак. (Овқатланишнинг оғир бузилиши мавжуд боладаги шок - 5-схема).
- Вена ичига система ўрнатинг (ва шошилиш лаборатория текшируви учун қонни олинг).
- Рингер лактат эритмаси ёки физиологик эритма инфузиясини бошланг ва инфузион терапия нормал давом этаётганига ишонч ҳосил қилинг.
- Эритмани максимал мумкин бўлган тезликда 20 мл / кг тана вазнига юборинг.

Ёши (тана вазни)	Рингер лактат эритмаси ёки физиологик эритма ҳажми (20 мл/кг)
2 ой (<4 кг)	50 мл
2 - < 4 ой (4 - < 6 кг)	100 мл
4 - < 12 ой (6 - < 10 кг)	150 мл
1 - < 3 йил (10 - < 14 кг)	250 мл
3 - < 5 ёш (14 - 19 кг)	350 мл

Тегишли суюқлик ҳажмини киритгандан сўнг боланинг ҳолатини қайта кўриб чиқинг.

Биринчи инфузиядан кейинги ҳолатини баҳоланг:	<ul style="list-style-type: none"> - Агар яхшиланиш бўлмаса, эритмани 20 мл / кг ҳажмда энг юқори тезликда юборишни такрорланг. - Агар қон кетса, 30 дақиқа давомида 20 мл / кг қон қуйинг ва болани диққат билан кузатиб боринг.
2-инфузиядан кейин ҳолатини баҳоланг:	<ul style="list-style-type: none"> - Агар яхшиланиш бўлмаса ва сувсизланиш белгилари бўлса (кўп диарея ёки вабода бўлгани каби), Рингер лактат эритмаси ёки физиологик эритмани 20 мл / кг ҳажмда такрорланг. - Агар яхшиланиш бўлмаса ва септик шок ривожланиш эҳтимоли кутилса, эритмани 20 мл/кг ҳажмда такрорлаш ва агар мавжуд бўлса, адреналин ёки дофамин юбориш тўғрисида қарор қабул қилинг. - Ҳеч қандай яхшиланиш бўлмаса, муайян касалликларни даволашга оид тавсиялардан фойдаланинг. Бу вақтга келиб сиз аллақачон дастлабки ташхисга эга бўлишингиз керак.

Ҳар қандай босқичда яхшиланиш содир бўлгандан сўнг (пульс яхшиланади, юрак уриш тезлиги пасаяди, қон босими дастлабки кўрсаткичлари 10% га кўтарилади, капиллярлар тўлдирилиши тезлашади - < 2 сония) кейинги чораларни бажаринг.

***Эслатма:** Безгак касаллигига шубҳа қилинган ёки шок ҳолатида бўлган камқонлик билан оғриган болаларга томир ичига инфузиялар эҳтиёткорлик билан юборилиши керак, оғир*

камқонлик ҳолатларида суюқлик қуйиши ўрнига қонва унинг препаратларини қуйиши афзалроқдир.

5-схема: Овқатланишининг оғир бузилиши бўлмаган шок ҳолатидаги болага томир ичига суюқликни қандай юбориш керак?

Агар болада шок белгилари бўлса (одатда онг даражасининг пасайиши, яъни летаргия ёки тўлиқ онгни йўқотиш) фақат ушбу турдаги даволанишни беринг.

- Вена ичига система ўрнатинг (ва шошилиш лаборатория текшируви учун қонни олинг).
- Керакли суюқлик ҳажмини ҳисоблаш учун боланинг тана вазнини ўлчанг (ёки унинг вазнини ўлчамасдан тахмин қилинг).
- 1 соат давомида 15 мл / кг тана вазнига вена ичига суюқлик юборинг. Қуйидаги дори воситалари мавжудлигига қараб биронтасидан фойдаланинг:
 - 5% глюкоза (декстроза) билан Рингер лактат эритмаси;
 - 5% глюкоза (декстроза) билан 0,45% натрий хлорид эритмаси.

Тана вазни	Вена ичига юбориладиган суюқлик ҳажми 1 соат ичида юборинг (15 мл/кг)	Тана вазни	Вена ичига юбориладиган суюқлик ҳажми 1 соатдан кўпроқ (15 мл / кг) юборинг
4 кг	60 мл	12 кг	180 мл
6 кг	90 мл	14 кг	210 мл
8 кг	120 мл	16 кг	240 мл
10 кг	150 мл	18 кг	270 мл

- Инфузия қуйишдан олдин ва ҳар 5-10 дақиқада юрак уриш тезлигини ва пульс тўлишишини, шунингдек нафас олиш тезлигини аниқланг.

Агар яхшиланиш белгилари қузатилса (пульс ва нафас олиш тезлиги пасаяди, пульснинг тўлиши яхшиланади) ва ўпка шиши белгилари қузатилмаса:

- 1 соат давомида 15 мл/кг ҳисобида инфузион терапияни такрорлаш;
- 10 соатгача 10 мл/кг/соат ҳажмдаги орал регидратацион восита билан оғиз орқали ёки назогастрал зонд орқали регидратацияни давом эттириш;
- Мослаштирилган сутли аралашмалар билан қайта тикловчи озиклантиришни бошланг;

Агар боланинг аҳволи икки марта вена ичига 15 мл/кг миқдорида суюқлик юборилганидан кейин ҳам яхшиланмаса:

- гемотрансфузия учун қон олиб келтирилгунга қадар, вена ичига қўллаб қувватловчи дозада суюқликларни (4 мл/кг/соат) юборишни давом эттиринг;
- қон препарати келтирилгач, янги тўлиқ қонни аста-секин 10 мл / кг ҳажмда 3 соат давомида қуйинг (юрак етишмовчилигида эритроцитар массадан фойдаланинг); сўнгра
- мослаштирилган аралашмалар билан қайта тикловчи озиклантиришни бошланг;
- Вена ичига антибиотиклар юборишни бошланг.

Вена ичига регидратация пайтида боланинг аҳволи ёмонлашса, (нафас олиш тезлиги дақиқасига 5 тага, юрак уриш тезлиги дақиқада 15 тага ошса, жигар катталашса, ўпканинг бутун юзасида майда пуфакчали хириллашлар эшитилса, юрак аускултациясида галлоп ритми эшитилса), инфузияни тўхтатинг. Чунки кейинчалик вена ичига суюқлик

юборишни давом эттириш ўпка шиши ривожланиши туфайли боланинг аҳволини янада ёмонлаштириши мумкин.

Схема 6. Дастлабки шокка қарши чоралардан сўнг, оғир сувсизланиш ҳолатида шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш.

Шок ҳолатида бўлмаган кучли сувсизланган болалар учун диарея бўйича В режага қаранг. Агар бола шок ҳолатида бўлса, аввало 4 ва 5-схемалардаги кўрсатмаларга амал қилинг. Боланинг юрак уриши секинлашганда ёки капиллярларни тўлдириш вақти камайганда ушбу схемага ўтинг.

- Рингер лактат эритмасини (Хартман эритмаси) 70 мл/кг тезликда (ёки агар мавжуд бўлмаса, физиологик эритма) юборинг. 12 ойгача бўлган болалар учун эритма 5 соат ичида, 12 ойликдан 5 ёшгача бўлган болалар учун - 2,5 соат ичида қўлланилади.

Тана массаси	Вена ичига юбориладиган суюқликларнинг умумий ҳажми (1 соат ичида юборилган ҳажм)	
	Ёши < 12 ой 5 соатдан оралиғида юборинг	Ёши 12 ойдан 5 ёшгача 2,5 соат ичида юборинг
< 4 кг	200 мл (40 мл/соат)	-
4-6 кг	350 мл (70 мл/соат)	-
6-10 кг	550 мл (110 мл/соат)	550 мл (220 мл/соат)
10-14 кг	850 мл (170 мл/соат)	850 мл (340 мл/соат)
14-19 кг	-	1200 мл (480 мл/соат)

Фарзандингизни ҳар 1-2 соатда баҳоланг. Агар сувсизланиш даражаси ўзгармаса, вена ичига суюқлик қуйиш тезлигини оширинг.

Шунингдек, бола суюқлик ича оладиган бўлиши билан, оғиз орқали регидратация воситалари (ОРВ) эритмасини (тахминан 5 мл/кг/соат) беришни бошланг; бу одатда чақалоқларда 3-4 соатдан кейин, каттароқ болаларда эса 1-2 соатдан кейин содир бўлади.

Тана массаси	Қўлланиладиган ОРВ эритмаси ҳажми (соатига)
< 4 кг	15 мл
4-6 кг	25 мл
6-10 кг	40 мл
10-14 кг	60 мл
14-19 кг	85 мл

Чақалоқни 6 соатдан кейин, каттароқ болани эса 3 соатдан кейин аҳволини қайта баҳоланг. Сувсизланиш даражасини аниқланг. Кейин даволанишни давом эттириш учун тегишли даволаш режасини (А, Б ёки В) танланг.

Иложли бўлса, регидратация тугаганидан кейин камида 6 соат давомида болани кузатинг ва онанинг болага ОРВ эритмасини оғиз орқали бериши ва гидратация ҳолатини сақлаб тура олишига ишонч ҳосил қилинг.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.