

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN EPIDEMIOLOGIYA, MIKROBIOLOGIYA,  
YUQUMLI VA PARAZITAR KASALLIKLAR ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«BOLALARDA YUQUMLI DIAREYALAR»  
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLAR**

**TOSHKENT 2025**



**«BOLALARDA YUQUMLI DIAREYALAR»  
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLAR**

Toshkent 2025

## MUNDARIJA

"BOLALARDA YUQUMLI DIAREYALAR" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TASHXISOT VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....5

"BOLALARDA YUQUMLI DIAREYALAR" NOZOLOGIYASI" BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASINING MILLIY KLINIK PROTOKOLI .....63

**«BOLALARDA YUQUMLI DIAREYALAR»  
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLAR**

## 1. Kirish:

### Kodlar XKT-10-11:

XKT-10	XKT-11	Nozologiya
Kod	Kod	
A00	1A00	Vabo
A01.2	1A01	Vibrio turidagi bakteriyalar sabab bo'lgan ichak infeksiyalari
A03	1A03	Shigella turidagi bakteriyalar sabab bo'lgan ichak infeksiyalari
A04.0	1A04	<i>Escherichia coli</i> keltirib chiqargan ichak infeksiyalari
A04.7	1A06	<i>Clostridium difficile</i> keltirib chiqargan ichak infeksiyalari
A04.6	1A07	<i>Yersinia enterocolitica</i> keltirib chiqargan ichak infeksiyalari
A04.5	A06	<i>Campylobacter</i> turidagi bakteriyalar sabab bo'lgan gastroenterit
A06	1A36	Amyobiaz
A02	A09	Boshqa salmonellalar keltirib chiqaradigan infeksiyalar
A08.0	A21	Astroviruslar sabab bo'lgan gastroenterit
A08.0	A22	Rotavirusli gastroenterit
A08.1	A23	Norovirus sabab bo'lgan enterit
A09	A40	Infeksion agenti aniqlanmagan gastroenterit yoki kolit
<a href="https://mkb-11.com/index.php?pid=531">https://mkb-11.com/index.php?pid=531</a>		<u>MKB 11 - 01</u> Ayrim infeksiyon va parazitlar kasalliklar (A00-V99) <a href="https://icd.who.int/en">https://icd.who.int/en</a>

Protokolni ishlab chiqish sanasi: 2025 yil; protokolni qayta ko'rib chiqishning rejalashtirilgan sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:

**Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy amaliy markazi**

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda yuqumli kasalliklar bo'yicha ishchi guruhning quyidagi a'zolari o'z hissalarini qo'shdilar:

Jarayonni tashkil etish to'g'risida:

1.	Tadjiev B.M.	Markaz direktori, t.f.d., prof.	RIEMYuPKIATM
2.	Tuychiev L.N.	Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklar kafedrasini mudiri, t.f.d., professor	Toshkent tibbiyot akademiyasi
3.	Tadjieva N.U.	Ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, t.f.d., prof.	RIEMYuPKIATM
4.	Urunova D.M.	Epidemiologiya laboratoriyasi rahbari, t.f.n.	RIEMYuPKIATM
5.	Alimov S.G.	Oliy toifali shifokor, t.f.n.	RIEMYuPKIATM
6.	Ruzmetov D.V.	Reanimatsiya bo'limi mudiri, t.f.n.	RIEMYuPKIATM
7.	Kolton V.A.	Reanimatsiya bo'limi shifokori	RIEMYuPKIATM
8.	Abduxalilova G.K.	AMR markazi rahbari, t.f.d.	RIEMYuPKIATM
9.	Xudayarova O.B.	O'tkir ichak infeksiyalari bo'limi mudiri	RIEMYuPKIATM
10.	Kurbanova G.Sh.	Toshkent sh. bosh infeksionisti, bosh shifokor	1-son ShKYuKSh
11.	Рахимов Р.Р.	Шифокор, т.ф.н.	Вирусология ИТИ
12.	Isamuxamedova Sh.Sh.	Bosh shifokor	4-son ShKYuKSh
13.	Axmadjonova D.Yo.	O'tkir ichak infeksiyalari bo'limi mudiri	4-son ShKYuKSh
14.	Razzakova Sh.O.	Doktorant	RIEMYuPKIATM
15.	Ganieva S. K.	Doktorant	RIEMYuPKIATM
16.	A'zamov O.F.	Doktorant	RIEMYuPKIATM

#### Asosiy mualliflar ruyxati:

1. Tadjieva Nigora Ubaydullaevna – Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitari kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi direktori o'rinbosari, t.f.d., prof.

2. Urunova Dilbar Maxmudovna – Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitari kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Yuqumli kasalliklar epidemiologiyasi laboratoriyasi rahbari, t.f.n.

3. Kolton Viktoriya Aleksandrovna - Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi reanimatsiya shifokori;

4. Razzakova Shirin Olimovna – Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi tayanch doktoranti.

5. Ganieva Saida Kozimovna - Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi tayanch doktoranti.

#### **Taqrizchilar:**

Xudaykulova Gulnara Karimovna O‘zR SSV bolalar yuqumli kasalliklari bo‘yicha bosh mutaxassisi, TTA jamoat salomatligi va menejment kafedrasini mudiri, t.f.d, prof.

Xasanova Guzal Mirgasimovna Boshqirdiston Davlat tibbiyot universiteti yuqumli kasalliklar kafedrasini professori, t.f.d.

Klinik protokol Oliy ta‘lim muassasalari professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston yuqumli kasalliklar assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari, yuqumli kasalliklar xizmati tizimining shifokorlari ishtirokida 2025 yil 15 apreldagi 2-bayonnoma onlayn formatdagi ishchi guruhning yakuniy yig‘ilishida norasmiy konsensusga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari – t.f.d., prof. Tadjieva N.U., RIEMYuPKIATM direktori o‘rinbosari

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vaziri o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

### Qisqartmalar ro'yxati

AQB	Arterial qon bosimi
JSST	Jaxon sog'liqni saqlash tashkiloti
UASh	Umumiy amaliyot shifokori
GUS	Gemolitik-uremik sindrom
GEK	Gastroenterokolit
DVS-sindrom	Dissemirlangan tomir ichi qon ivish buzilishi sindromi
JKT	Oshqozon ichak trakti
BYoKIOB	Bolalar yoshidagi kasalliklarni integratsiya asosida olib borish
ITSh	Infeksion-toksik shok
IFA	Immunoferment taxlil
NYaK	Nospesifik yarali kolit
UQT	Umumiy qon taxlili
O'YuIK	O'tkir yuqumli ichak kasalligi
O'BE	O'tkir buyrak yetishmovchiligi
UXB	Umumiy xavf belgilari
ORV	Oral regidratatsion vosita
OSK	Sirkulyatsiyadagi qon xajmi
PZR	Polimerli zanjir reaksiya
RKT	Randommirlangan klinik tekshiruv
YaMP	Yangi muzlatilgan plazma
TTYo	Tez tibbiy yordam
MID	Ma'lumotlarining ishonchlilik darajasi
UTT	Ultratovush tekshiruvi
TID	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
SVB	Sentral venoz bosim
EIE	Enteroinvaziv esherixii
EPE	Enteropatogen esherixii
ETE	Enterotoksigen esherixii
ESPGHAN	Yevropaning pediatrik gastroenterologiya, gepatologiya va nutritsiologiyaga oid jamiyati

#### Ushbu nozologiya bo'yicha protokol foydalanuvchilari:

Bolalar yuqumli kasalliklari bo'yicha mutaxassislar, umumiy amaliyot shifokorlari, pediatrlar, epidemiologlar, shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari va feldsherlari, intensiv terapiya mutaxassislari, tibbiyot oliygohlarining klinik ordinatorlari, magistrantlar, doktorantlari.

#### Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi:

diareya bilan og'rigan bolalar

### Ishonchlilik darajasining shkalasi:

#### Tashxisot usullarini asoslovchi dalillarning ishonchlilik darajasini baholovchi shkala (tashxisiy yondashuv)

DID	Ta'rifi
1	Nazoratli referens usul yoki meta-analiz qo'llash yordamida tizimli randomizatsiyalangan klinik tadqiqotli tizimli sharxlar.
2	Meta analiz qo'llash yordamida aloxida nazoratli referens usulli tadqiqot yoki aloxida randomizatsiyalangan klinik tadqiqot va randomizatsiyalangan klinik tekshiruvlarsiz har qanday dizaynli tadqiqot tizimli sharxlar
3	Navbatsiz referens usulli tadqiqot yoki izlanish usuliga bog'lik referensli tadqiqot yoki randomizatsiyalanmagan taqqoslash tadqiqoti, shu jumladan kogort tadqiqoti
4	Qiyoslanmaydigan tadqiqot, klinik xolatning sharxi
5	Ta'sir mexanizmini asoslashga oid ma'lumotlar yoki ekspertlar xulosasi keltirilgan

#### Profilaktika, davolash, reabilitatsiya tadbirlari uchun dalillarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

DID	Ta'rifi
1	Meta-taxlilni qo'llash yordamida RNT tizimli sharx
2	Aloxida RNT va meta-taxlilni qo'llanish yo'li bilan RNTdan tashqari har qanday dizayndagi tizimli sharx
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tekshiruvlar, shuningdek kogort tekshiruv usullari
4	Qiyoslanmaydigan holatlar, klinik xolatni sharxlash yoki xodisaning bir qismi, "xodisa-nazorat" tekshiruvi
5	Faqat yondashuvlar ta'sir mexanizmini asoslashga oid ma'lumotlar (klinikagacha bo'lgan tekshiruvlar) yoki ekspertlar xulosasi

#### Profilaktika, tashxisot, davolash, reabilitatsiya tadbirlari uchun tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

TID	Tasnifi
A	Kuchli tavsiya (hamma ko'rilayotgan ko'rsatgichlarning samaradorligi (oqibati) muxim, barcha tekshiruv usullari yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularni xulosalari qoniqarli yoki yuqori sifatli, qiziqtirgan oqibatlari bo'yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiyanoma (hamma ko'rilayotgan ko'rsatgichlarning samaradorligi (oqibati) muxim emas, hamma tekshiruv usullari qoniqarli yoki yuqori uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqtirgan oqibatlari bo'yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (yuqori sifatli ishonchlilikning yo'qligi, hamma ko'rilayotgan ko'rsatgichlarning samaradorligi (oqibatlar) muxim emas, hamma tekshiruv usullari past metodologik sifatga ega va ularning xulosalari qiziqtirgan oqibatlari bo'yicha kelishilmagan)

## 2. Asosiy qism.

### Kirish

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

O'tkir ichak infeksiyalari bolalar orasida keng tarqalgan kasallik bo'lib barcha faqat o'tkir respiratorli infeksiyalardan keyin ikkinchi o'rinda turadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, rivojlanayotgan mamlakatlarda 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan 5 milliard bolada o'tkir diareya kasalliklari qayd etiladi (har bir bola uchun yiliga o'rtacha 3-4 diareya epizodi) va o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanish kamayishga moyil emas. Bundan tashqari, hozirgi vaqtda bu kasallikning patogen yangi shtammlari paydo bo'lib, kasallikning og'ir kechishiga olib keladi. Ilgari aniqlanmagan yoki kamdan-kam uchraydigan o'tkir ichak infeksiyalari yanada keng tarqalmoqda [1]. O'tkir ichak infeksiyalari ayniqsa yosh bolalarda polietologikligi, keng tarqalishi va kasallikning og'ir va asoratlangan shakllari va yuqumli kasallikdan keyingi ovqat hazm tizimida sezilarli buzilishlarga olib kelmoqda [2].

So'nggi yillarda virusli agentlar, xususan rotaviruslar, noroviruslar va boshqalar. JSST ma'lumotlariga ko'ra, bolalarda O'II ning asosiy patogenlari orasida eng keng tarqalgan. Biroq, bakterial diareya ham o'z ahamiyatini yo'qotmagan [3]. Shu bilan birga, so'nggi yillarda ikki yoki undan ortiq patogenlar keltirib chiqaradigan va aralash etiologiyaning O'II xam kuzatilmoqda. Ma'lumki, aralash ichak infeksiyalarining ulushi barcha O'II kasalliklari orasida 26% ni tashkil etadi. Klinik ko'rinishlarning xilma-xilligi, aralash O'II va monoinfeksiyalarining bo'lishi klinik amaliyotda differensial yondashuvni talab qiladi [4].

### Ta'rifi

Diareya - bu suyuq va suvli najasning odatda 24 soat ichida kamida uch marta ajralishi. Emizikli bolalarda tez-tez shakllanagan axlat va "yushmoq" shakllanmagan najas bo'lganda diareya deyilmaydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar diareyasi - bu agar bolada najasda o'zgarishlar bo'lsa, uning miqdori oshishi va suyuq xarakterga ega bo'lishi (najas tarkibidagi suvning ustunligi) bilan tasniflanadi. Infeksion genezli diareya - bu patogen yoki shartli patogen mikroorganizmlar va/yoki ularning toksinlari ta'siridan kelib chiqqan najasning buzilishi. Diareya ichak infeksiyalarining tipik klinik ko'rinishidir [3].

**Tasnifi.** [acute-diarrhea-russian-2012.pdf \(worldgastroenterology.org\)](https://www.worldgastroenterology.org)

**Klinik tasnifi:** (2,7)

<p><b>Etiologiyasi bo'yicha:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Bakterial infeksiyalar:</b></li> <li>- shigellyoz,</li> <li>- salmonellyoz,</li> <li>- esherixioz,</li> <li>- iersinioz, ShPF keltirib chiqargan O'II,</li> <li>- qorin tifi,</li> <li>- paratif,</li> <li>- vabo;</li> <li>- kampilobakterioz va anaerob qo'zg'atuvchilar keltirib chiqargan boshqa O'II;</li> <li>- Yersinia enterocolitica;</li> <li>- Shartli-patogen mikroorganizmlar (stafilokokklar, klebsiellalar, sitrobakter, ko'k yiring tayoqchasi, protey va boshqalar) keltirib chiqargan O'II</li> <li>- <b>Virusli infeksiyalar:</b></li> <li>- rotavirusli gastroenterit,</li> <li>- adenovirusli,</li> <li>- norovirusli,</li> <li>- enterovirusli,</li> <li>- reovirusli infeksiyalar va boshqalar;</li> <li>- <b>Ichak invaziyalari:</b></li> <li>- amebiaz, lyamblioz, askaridoz va boshqa gelmintozlar.</li> </ul>
<p><b>Og'irligi bo'yicha</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- yengil, o'rta og'ir va og'ir shakllari.</li> </ul>
<p><b>OIT zararlanish topikasi bo'yicha</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gastrit;</li> <li>- enterit;</li> <li>- gastroenterit;</li> <li>- gastroenterokolit;</li> <li>- enterokolit;</li> <li>- kolit.</li> </ul>
<p><b>Kechishi bo'yicha</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o'tkir (1 oygacha);</li> <li>- cho'ziluvchan (1 - 3 oy);</li> <li>- surunkali (3 oydan ortiq).</li> </ul>

**Etiologiyasi bo'yicha ichak infeksiyalari tasnifi [5, 6]:**

**Shigellyoz tasnifi [2]:**

Shigellezlar (bakterial dizenteriya) - shigella turkumiga mansub bakteriyalar qo'zg'atadigan, fekal-oral yo'l orqali yuqadigan inson yuqumli kasalliklari bo'lib, o'tkir yuqumli zaharlanish rivojlanishi va asosan yo'g'on ichakning distal qismidagi shilliq pardaning zararlanishi bilan tavsiflanadi.

<b>Turi bo'yicha:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>O'tkir shakli</b></li> <li>- <b>Tipik:</b></li> <li>- gastroenteritik</li> <li>- gastroenterokolitik</li> <li>- kolitik</li> <li>- <b>Atipik:</b></li> <li>- yaqqol bo'lmagan</li> <li>- cho'zilgan</li> <li>- <b>Surunkali shakli:</b></li> <li>- residivlovchi,</li> <li>- uzluksiz.</li> <li>- <b>Bakteriya tashuvchanlik:</b></li> <li>- subklinik, rekonvalessent.</li> </ul>
<b>Og'irligi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>yengil,</b></li> <li>- <b>o'rta-yengil,</b></li> <li>- <b>og'ir shakli:</b></li> <li>- intoksikatsiya ustunlik qilishi bilan,</li> <li>- kolitik sindrom ustunlik qilishi bilan,</li> <li>- aralash shakli.</li> </ul>
<b>Kechishi bo'yicha</b>	o'tkir (1 oygacha); cho'zilgan (1 - 3 oy); surunkali (3 oydan ortiq).

**Salmonelyoz tasnifi [2]:**

Salmonellyozlar - salmonella turidagi bakteriyalar keltirib chiqaradigan infeksiyon kasallik bo'lib, fekal-oral mexanizm bilan yuqish xususiyatiga ega. Asosan oshqozon-ichak traktining zararlanishi bilan kechadi.

<b>Turi bo'yicha:</b>	<p><b>Tipik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gastrointestinal (gastrit, enterit, gastroenterit, gastroenterokolit, enterokolit, kolit);</li> <li>- tifsimon;</li> <li>- septik.</li> </ul> <p><b>Atipik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- yakkol bo'lmagan;</li> <li>- subklinik;</li> <li>- • salmonellalar bakteriya tashuvchanligi (doimiy, tranzitor,</li> </ul>
-----------------------	---

	rekonvalessent).
<b>Og'irligi bo'yicha</b>	yengil, o'rta-yengil va og'ir shakllari.
<b>Kechishi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o'tkir (1 oygacha);</li> <li>• cho'zilgan (1 – 3 oy);</li> <li>• surunkali (3 oydan ortiq). <ul style="list-style-type: none"> <li>a) uzluksiz;</li> <li>b) residivlovchi;</li> <li>c) normal ich kelishida uzoq vaqt bakteriya ajratish.</li> </ul> </li> </ul>

### Esherixiozlar tasnifi [2]:

Esherixiozlar - diareyagen ichak tayoqchalari qo'zg'atadigan yuqumli kasalliklar bo'lib, asosan oshqozon-ichak traktining zararlanishi, zaharlanish va ich ketish sindromi rivojlanishi bilan karakterlanadi. Kamdan-kam hollarda esa patologik jarayon tarqalishi kuzatiladi.	
<b>Turi bo'yicha:</b>	<p><b>tipik:</b> – gastroenterit, enterit, enterokolit;</p> <p><b>atipik:</b> – yaqqol bo'lmagan, abortiv, gipertoksik</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– enteropatogen;</li> <li>– enteroinvaziv;</li> <li>– enterotoksigen;</li> <li>– enterogemorragik ichak tayoqchalari.</li> </ul>
<b>Kechishi bo'yicha</b>	– yengil, o'rta-yengil va og'ir shakllari.
<b>Og'irligi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– o'tkir (1 oygacha);</li> <li>– yarim o'tkir (1 -1,5 oy);</li> <li>– cho'zilgan (3 oygacha).</li> </ul>

### Ichak iersiniozi tasnifi [2]:

Iersinioz - Yersinia enterocolitica (A04.6) qo'zg'atuvchisi keltirib chiqaradigan enterit bo'lib, Yersinia avlodiga mansub mikroorganizmlar tomonidan chaqiriladigan, keng tarqalgan zoonoz yuqumli kasallikdir.	
<b>Tarqalganligi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lokal;</li> <li>• generallasgan (septik)</li> </ul>
<b>Shakli bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tipik: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oshqozon-ichak;</li> <li>b) psevdopendikulyar;</li> <li>c) iersiniozli hepatit;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>d) tugunli eritema;</li> <li>e) bo'g'imli.</li> <li>• atipik: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) yaqqol bo'lmagan</li> <li>b) subklinik;</li> <li>c) shiddatli tezlikda.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Og'irligi bo'yicha</b>	Yengil, o'rta-yengil va og'ir shakllari
<b>Kechishi bo'yicha</b>	O'tkir, xurujlar va residivlar bilan

**Vabo tasnifi [2]:**

<b>Turi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tipik;</li> <li>• atipik: <ul style="list-style-type: none"> <li>- simptomsiz</li> <li>- quruq</li> <li>- gemorragik;</li> <li>- yaqqol bo'lmagan/ subklinik.</li> <li>- vibrio tashuvchanlik – xolera vibriionlarini tashuvchanlik, rekonvalessent (o'tkazilgan vabodan keyin), tranzitor (infeksion diareya o'choqlarida sog'lom shaxslarda aniqlanadi) va surunkali (3 oydan ortiq).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Og'irligi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yengil dehidratatsiya</li> <li>• o'rta-og'ir: I darajadagi dehidratatsiya;</li> <li>• og'ir: II darajadagi dehidratatsiya, III darajadagi dehidratatsiya.</li> <li>• o'ta og'ir / shiddatli tezlikda</li> </ul>
<b>Kechishi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o'tkir – kechishi 1 oydan ko'p emas</li> <li>• cho'zilgan – kechishi 3 oydan ko'p emas</li> <li>• surunkali – 3 oydan uzoqroq kechadi</li> </ul>
<b>Asoaratlar xarakteriga ko'ra</b>	– og'ir suvsizlanish, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, bosh miya shishi, paralitik ileus, zotiljam

**Shartli-patogen ichak infeksiyasi [2]:**

<b>Turi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tipik: <ul style="list-style-type: none"> <li>– gastrit, gastroenterit, enterit, enterokolit;</li> </ul> </li> <li>• atipik: <ul style="list-style-type: none"> <li>- yaqqol bo'lmagan, klinik belgilarsiz, gipertoksik.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tarqalganligi bo'yicha</b>	– lokal; – generallashgan (septik).
<b>Og'irligi bo'yicha</b>	– yengil, o'rta-og'ir va og'ir shakllari

<b>Kechishi bo'yicha</b>	– o'tkir (1 oygacha); – cho'zilgan (1 - 3 oy); – surunkali (3 oydan ortiq).
<b>Asoratlari xarakteri bo'yicha</b>	O'tkir buyrak yetishmovchiligi, bosh miya shishi, paralitik ileus, zotiljam, ichak disbakteriozi, otit va boshqa mikst-infeksiya.

### Rotavirus infeksiyasi tasnifi

Rotavirus infeksiyasi rotaviruslar qo'zg'atadigan va gastroenterit tipida me'da-ichak yo'lining zararlanishi bilan ta'riflanadigan o'tkir infeksiyon kasalligidir.	
<b>Turi bo'yicha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tipik: – gastrit, gastroenterit, enterit, enterokolit;</li> <li>• atipik: – yaqqol bo'lmagan, klinik belgilersiz, gipertoksik.</li> </ul>
<b>Tarqalganligi bo'yicha</b>	– lokal; – generallasgan (septik).
<b>Og'irligi bo'yicha</b>	– yengil, o'rta-og'ir va og'ir shakllari
<b>Kechishi bo'yicha</b>	– o'tkir (1 oygacha); – cho'zilgan (1 – 3 oy); – asoratlar bilan, mikst infeksiya.

### Ichak infeksiyalarining klinik-laborator xususiyatlari va etiologiyasi [9]

<b>Klinik-laborator xususiyatlari</b>	<b>Etiologiya</b>	
«Suvsimon» diareya  Sezilarli chastotadagi ko'p miqdorda suyuq ich kelishi  Fekaliylarda yallig'lanish belgilari (leykotsitlar) mavjud emas	Bakteriyalar	<i>V. sholerae</i> <i>Enterotoksigen E. coli</i> <i>Enteropatogen E. coli</i> <i>Salmonella spp.</i> <i>C. rerfringens</i> <i>B. sereus</i> <i>S. aureus</i>
	Viruslar	<i>Rotavirus</i>
	Eng soddalari	<i>G. lamblia</i> <i>C. parvum</i>
«Qonsimon» diareya (dizenteriyaga o'xshash sindrom)  Tez-tez tarorlanuvchi kam ich kelishi, og'riqli defekatsiya, tenezmlar	Bakteriyalar	<i>Shigella spp.</i> <i>Enteroinvaziv E. coli</i> Enterogemorragichesk <i>E. coli</i> <i>V. rarrahaemolyticus</i> <i>S. enteritidis</i> <i>Aeromonas spp.</i> <i>Plesiomonas spp.</i>

Fekaliylarda qon, shilliq aralashmasi, leykotsitlar		<i>Y. enterocolitica</i> <i>Campylobacter spp.</i> <i>C. difficile</i>
	Eng sodda	<i>E. histolytica</i>
Qorin tifi va umumiyi simptomatika ustunlik qiluvchi infeksiyalar. Turli og'irlik darajalaridagi diareiya. Bakteriemiya  Generallashtgan infeksiya belgilari  Ichakdan tashqari o'choqlar ehtimoli (meningit, zotiljam va plevra empiyasi, endokardit va perikardit, artrit, jigar, taloq, yumshoq to'qimalar abscesslari, pielonefritlar)	Bakteriyalar	<i>S. typhi</i> <i>S. paratyphi A, B</i> <i>Y. enterocolitica</i> <i>Y. pseudotuberculosis</i> <i>C. jejuni</i>

### 3. Tashxisot usullari, yondashuvlari va muolajalari:

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

#### 3.1. Tashxisot mezonlari:

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

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

#### Shikoyati, anamnezi, epidemiologik anamnezi

- isitma;
- ko'ngil aynish, qusish;
- lanjlik;
- qorinda og'riqlar;
- bir kecha-kunduzda 3 marta va undan ortiq tez-tez va suyuq ich ketishi;
- meteorizm

#### Kasallik anamnezi:

Zaharlanish belgilari, isitma, oshqozon yallig'lanishi, oshqozon-ichak yallig'lanishi, ingichka va yo'g'on ichak yallig'lanishi, yo'g'on ichak yallig'lanishi holatlari mavjudligi

### Epidemiologik anamnez:

C

sifatsiz mahsulotlarni iste'mol qilish; ichak infeksiyalarining mahalliy tarqalishi, shu jumladan boshqa shifoxonalarda bo'lganligi haqida xabarlar; oila a'zolari yoki bolalar guruhlari o'xshash - ko'pincha guruh kasallanishiga olib keladi

### Fizikal tekshiruvlar.

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

C

#### Umumiy intoksikatsiya sindromi:

- umumiy ahvolning buzilishi;
- isitma;
- darmonsizlik, lanjlik;
- ishtahaning pasayishi;
- qusish;
- ko'ngil aynishi;
- tilning bog'lanishi (karash).

#### Dispepsiya sindromi:

- ko'ngil aynish, yengillashish keltiruvchi qusish, ovqat iste'moli bilan bog'liq bo'lgan, erta yoshdagi bolalarda tez-tez qayt qilish;
- enteritda patologik axlat paydo bo'lishi - ko'p miqdorli, hidsiz, hazm bo'lmagan bo'lakchalar bilan, ehtimol ko'kat aralash, kolitda esa: oz miqdorli suyuq axlat shilimshiq, ko'katlar va qon izlari bilan;
- ingichka va/yoki yo'g'on ichak bo'ylab quldirash;
- meteorizm;
- orqa chiqaruv teshigi atrofida, dumbalarda va chov sohasida terining qichishi

#### Og'riq sindromi:

- gastritda – qorinning yuqori bo'limlarida, asosan epigastriyda og'riqlar;
- enteritda – kindik sohasida yoki butun qorin bo'ylab doimiy og'riqlar;
- kolitda – sigmasimon ichak sohasida og'riqlar.

#### Ekzikoz:

- shilliq pardalar va terining quruqligi ko'rinishida, chanqash yoki suyuqlik ichishdan bosh tortish, teri elastikligining pasayishi va to'qimalar turgori, cho'kib qolgan ko'zlar mavjudligi ko'rinishida organizmning suvsizlanishi belgilari;
- (chaqaloqlarda) katta liqildoqning cho'kishi;
- ong buzilishi;
- tana massasining kamayishi;
- diurezning kamayishi.

#### Neyrotoksikoz:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• isitma tushiruvchi preparatlarga yaxshi javob bermaydigan yuqori harorat;</li> <li>• ovqatlanish bilan bog‘liq bo‘lmagan va yengillik keltirmaydigan qusishning paydo bo‘lishi;</li> <li>• talvasa;</li> <li>• periferik qon aylanishining buzilishi;</li> <li>• taxikardiya.</li> </ul> <p><b>Almashinuv (metabolik) buzilishlari sindromi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gipokaliemiya belgilari – mushak gipotoniyasi, adinamiya, skelet mushaklari tortishuvlari</li> <li>• giporefleksiya, ichak parezi;</li> <li>• metabolik atsidoz belgilari - teri qoplamalarining marmar tusga kirishi va sianozi, shovqinli toksik nafas olish, ong xiralashuvi.</li> </ul>
--	--

*Etiologiyasiga bog‘liq ravishda kasallikni asosiy klinik belgilari*

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

<b>C</b>	<p><b><i>Salmonellozning oshqozon-ichak shaklidagi tayanch-diagnostik belgilar:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- xarakterli epidanamnez;</li> <li>- uzoq davom etuvchi to‘lqinsimon isitma;</li> <li>- tez-tez, ko‘pincha qattiq qayt qilish;</li> <li>- meteorizm;</li> <li>- o‘ng yonbosh sohasida og‘riq va quldirash;</li> <li>- "botqoq suv o‘ti" yoki "qurbaqa ikrasi" ko‘rinishidagi ich ketishi;</li> <li>- gepatolienal sindrom.</li> </ul>
<b>C</b>	<p><b><i>Shigellyozning tayanch-diagnostik belgilari:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- xarakterli epidanamnez;</li> <li>- o‘tkir boshlanishi;</li> <li>- intoksikatsiya sindromi;</li> <li>- distal kolit sindromi;</li> <li>- Intoksikatsiya darajasi va distal kolit rivojlanishi o‘rtasidagi mutanosiblik.</li> </ul>
<b>C</b>	<p><b><i>Enteropatogen ichak tayoqchasi (EIT) qo‘zg‘atgan esherixiozning asosiy tashxis belgilari:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o‘ziga xos epidemiologik anamnez;</li> <li>- asosan bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi;</li> <li>- ichak faoliyatining enterit yoki gastroenterit ko‘rinishida buzilishi;</li> <li>- kam, ammo tinimsiz qusish holati;</li> <li>- sarg‘ish-to‘q sariq rangli, suvli va otilib chiquvchi ich ketishi, ba’zida oz miqdorda tiniq shilimshiq aralashgan bo‘lishi mumkin;</li> <li>- sekin-asta kuchayib boruvchi, davolashga qiyin bo‘lgan toksikoz va suvsizlanish holati.</li> </ul>

C	<p><b>enteroinvaziv (EIE) E/coli tayoqchalari keltirib chiqargan esherixiozning tayanch-diagnostik belgilari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- xarakterli epidanamnez;</li> <li>- o‘tkir boshlanishi;</li> <li>- qisqa vaqtli isitma;</li> <li>- qorinda to‘lg‘oqsimon og‘riqlar;</li> <li>- Shilliq va qon tomchilaridan iborat tez-tez suyuq ich ketishi;</li> <li>- klinik simptomlarning tez ijobiy dinamikasi.</li> </ul>
C	<p><b>ETEdan kelib chiqqan isherixiozning tayanch-diagnostik belgilari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- xarakterli epidanamnez;</li> <li>- asosan gastroenterit turi bo‘yicha ichak disfunktsiyasi;</li> <li>- o‘ta o‘tkir boshlanishi;</li> <li>- tananing normal harorati;</li> <li>- ich kelishida patologik aralashmalarning yo‘qligi;</li> <li>- I-II darajadagi suvsizlanishning rivojlanishi.</li> </ul>
C	<p><b>Esherixiozning EGE keltirib chiqargan tayanch-diagnostik belgilari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- xarakterli epidanamnez;</li> <li>- gemokolit turi bo‘yicha ichakning disfunktsiyasi, kam hollarda enterit turi bo‘yicha;</li> <li>- tana harorati normal manzarada enteritning rivojlanishi;</li> <li>- kasallikning 2 -3 kunida intoksikatsiya va gemorragik kolitning paydo bo‘lishi;</li> <li>- ko‘pincha o‘tkir buyrak o‘etishmovchiligining, gemolitik-uremik sindromning, trombotik trombositopenik purpuraning rivojlanishi.</li> </ul>
C	<p><b>Vaboning tayanch-diagnostik belgilari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hidsiz va guruch qaynatmasiga o‘xshash rangda suvli ich ketishi, ayrim hollarda hom baliq hidini eslatadi.</li> <li>- diareyadan keyin qusish paydo bo‘ladi</li> <li>- eksikozning tez rivojlanishi</li> <li>- qorinda og‘riq xarakterli emas</li> <li>- intoksikatsiya yo‘q yoki kam, normal tana harorati</li> </ul>
C	<p><b>Ichak iersiniozining asosiy tashxis belgilari:</b></p> <p>Uzoq davom etuvchi isitma.  Kindik atrofi yoki o‘ng yonbosh sohasida kuchli og‘riqlar.  Ko‘p miqdordagi, badbo‘y, ko‘pincha shilimshiq va qon aralashgan ich kelishi.  Qonning umumiy tahlilida neytrofilli leykotsitoz kuzatiladi.</p>
C	<p><b>Shartli patogen mikroorganizmlar tomonidan keltirib chiqarilgan O‘Ining tayanch-tashxisot belgilari:</b></p> <p>Bir yoshdan katta bolalarda oshqozon-ichak trakti shikastlanishining asosiy ko‘rinishlari gastroenterit va enterit hisoblanadi, kamroq hollarda esa gastroenterokolit, enterokolit kuzatiladi. Hayotining birinchi yilidagi bolalarda</p>

	kasallikning klinik ko‘rinishi etiologiya va kasallanish muddatiga bog‘liq bo‘ladi. Hayotining birinchi yilidagi bemorlarda ichak shakli ko‘pincha I-II darajali toksikoz va eksikoz rivojlanishi bilan kechadi. Diareya asosan sekretor-invaziv xususiyatga ega bo‘ladi.
<b>C</b>	<p><b><i>Rotavirus infeksiyasining tayanch-diagnostik belgilari:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- xarakterli epidanamnez (yilning qish vaqtida kasallikning guruhli xarakteri);</li> <li>- kasallikning o‘tkir boshlanishi;</li> <li>- tana haroratining ko‘tarilishi;</li> <li>- intoksikatsiya sindromi;</li> <li>- yetakchi klinik belgi - qusish;</li> <li>- suvsimon diareya;</li> <li>- qorinda o‘rtacha ifodalangan og‘riqlar;</li> <li>- meteorizm xarakterli.</li> </ul>

Suv va elektrolitlar yo‘qotilishi natijasida **degidratatsiya** sindromi (eksikoz) yuzaga keladi, bunda ularning miqdoriy yo‘qotilishi turlicha bo‘lishi mumkin. Shunga ko‘ra, degidratatsiyaning uch turi farqlanadi: gipertonik, gipotonik va izotonik. Qon oqsili, gemoglobin, gematokrit va eritrotsitlar darajasining ko‘tarilishi barcha turlarga xos, ammo izotonik degidratatsiyada bu ko‘rsatkichlar ba’zan me’yorida qolishi mumkin.

**Gipertonik (suv tanqisligi, hujayra ichi)** turi asosan suv yo‘qotilishi natijasida yuzaga keladi, bunda plazmadagi natriy konsentratsiyasi oshishi tufayli suv qon oqimiga o‘tadi. Yo‘qotishlar ko‘pincha ich ketishi orqali sodir bo‘ladi. Buning oqibatida hujayra ichi suvsizlanishi yuzaga keladi, bu esa klinik jihatdan qondirib bo‘lmaydigan chanqoqlik, ovozning yo‘qolishi, "ko‘z yoshisiz yig‘lash" bilan namoyon bo‘ladi. Teri quruq, iliq, katta liqildoq likvor hajmi ko‘payishi sababli botmaydi. Laboratoriya ma’lumotlari: plazmadagi natriy miqdori yuqori -  $\geq 150$  mmol/l, eritrosit hajmi kamaygan va undagi gemoglobin miqdori yuqori. Plazma va siydik osmolyarligi oshgan. Natriy yo‘qotilishi - 3-7 mmol/kg.

**Gipotonik (tuz tanqisligi, hujayradan tashqari) degidratatsiya** asosan elektrolitlar (natriy, kaliy) yo‘qotilganda yuzaga keladi va ko‘pincha ich ketishdan ko‘ra qusish ustunlik qilganda kuzatiladi. Tuzlarning yo‘qotilishi plazma osmolyarligining pasayishiga va suyuqlikning qon tomirlaridan hujayralarga o‘tishiga (hujayra ichi shishishi) olib keladi. Bu turdagi degidratatsiyada chanqoqlik o‘rtacha bo‘ladi. Degidratatsiyaning tashqi belgilari yaqqol namoyon bo‘lmaydi: teri sovuq, rangsiz va nam, shilliq pardalar uncha quruq emas, katta liqildoq botib

qoladi. Plazmadagi natriy darajasining 135 mmol/l dan pastga tushishi, eritrositlar hajmining ortishi va ulardagi gemoglobin konsentratsiyasining kamayishi xarakterlidir. Plazma va siydik osmolyarligi pasayadi. Natriy yo‘qotilishi 8-10 mmol/kg ni tashkil etadi.

**Izotonik (normotonik) dehidratatsiya** eng keng tarqalgan bo‘lib, bir vaqtning o‘zida suyuqlik va tuzlarning yo‘qolishi bilan kechadi. Odatda, plazmadagi natriy miqdori me‘yorda bo‘lsa-da, uning yo‘qolish darajasi 11 dan 13 mmol/kg gacha o‘zgarib turadi. Eritrotsitning o‘rtacha hajmi va gemoglobin konsentratsiyasi, plazma va siydik osmolyarligi me‘yorida qoladi. O‘tkir ichak infeksiyalarida alohida hujayra tashqarisidagi yoki hujayra ichidagi dehidratatsiya ko‘pincha kuzatilmaydi. Umumiy suvsizlanish yuz beradi, ammo ko‘proq hujayra tashqarisidagi sohada namoyon bo‘ladi. Giponatriemiya belgilari nevrologik simptomlarning rivojlanishidan iborat: ko‘ngil aynish, bosh og‘riq, hushdan ketishdan tortib koma, tutqanoq holati va o‘limgacha. Simptomlarning og‘irligi giponatriemiya darajasiga ham, uning o‘shish tezligiga ham bog‘liq. Hujayra ichidagi natriy miqdorining tez pasayishi suvning hujayra ichiga o‘tishi bilan asoratlanadi, bu esa bosh miyaning shishishiga olib kelishi mumkin. Klinik tajriba shuni ko‘rsatadiki, eksikoz sindromi ko‘p hollarda suv va elektrolitlarning mutanosib yo‘qolishi bilan kechadi. Natijada 80% hollarda izotonik dehidratatsiya, 15% hollarda giperosmolyar, 5% hollarda gipoosmolyar dehidratatsiya rivojlanadi. Og‘iz orqali regidratatsiyaning asosiy tamoyili - suyuqlikni oz-ozdan va asta-sekin yuborishdan iborat [10-12].

### **Bolada suyuqlik tanqisligi(eksikoz)ni baholash**

(JSST va ESPGHAN/ESPID mezonlari (2008, 2014)):

<b>Degidratatsiya darajasi</b>	<b>Tana vazniga nisbatan suyuqlik yetishmovchiligi %da</b>	<b>Tana vazniga nisbatan suyuqlik yetishmovchiligi ml/kgda</b>
Suvsizlanish belgilari yo‘q	<5%	<50 ml/kg
O‘rtacha suvsizlanish	5-10%	50-100 ml/kg
Og‘ir suvsizlanish	>10%	>100 ml/kg

**5 yoshgacha bo‘lgan bolalarda (dehidratatsiya) suvsizlanishning og‘irlik [1,3]: darajasini baholashning klinik mezonlari:**

<b>Simptomlar</b>	<b>Suvsizlanish mavjud emas (yengil shakli)/</b>	<b>O‘rtacha suvsizlanish (o‘rta-og‘ir shakli / 2-darajali suvsizlanish)</b>	<b>Og‘ir suvsizlanish (og‘ir shakli / 3 darajali suvsizlanish)</b>

	<b>o‘rtacha suvsizlanishga oid 2 belgining yo‘qligi</b>		
<b>Umumiy ahvoli</b>	o‘rta og‘irlikda	o‘rta og‘irdan og‘irgacha	og‘ir
<b>Xushi / atrofdagilarga reaksiya</b>	norma	qo‘zg‘algan / bezovtalik / asabiylashish / uyquchanlik / lanjlik	tormozlanish/xushning pasaygan darajasi letargik yoki xushsiz
<b>Chanqash</b>	sezilarli	yaqqol ifodalangan / bola tashnalik btdan suv ichali	bo‘lmasligi mumkin / yomon ichadi / icha olmaydi
<b>Og‘riqqa reaksiya</b>	ifodalangan	kuchsizlangan	mavjud emas
<b>Tana harorati</b>	norma	Ko‘pincha oshgan	ko‘pincha normadan past
<b>Ich kelishi</b>	suyuq	sutkada 10 martagacha, enteritli	tez-tez, suvsimon
<b>Tana massasi yo‘qotilishi</b>	5 % gacha (> 1 yosh 3 % gacha)	6 – 9 % (> 1 yosh, 3 – 6 % gacha)	10 % dan ko‘p (> 1 yosh, 6 – 9 % gacha)
<b>Qusish</b>	1 – 2 marta	takroriy	ko‘p martali
<b>Ovoz</b>	norma	kuchsizlangan	ko‘pincha afoniya
<b>Shilliq qavat</b>	nam	quruqlashgan, yengil giperemiyalangan	quruq, ravshan
<b>Sianoz</b>	yo‘q	norma	keskin ifodalangan
<b>To‘qimalar turgori</b>	saqlangan	burma sekin tekislanadi (2 s. gacha)	burma juda sekin tekislanadi (2 s.dan ko‘p)
<b>Katta liqildoq</b>	norma	Bir oz chukkan	chukkan
<b>Ko‘z olmalari</b>	norma	cho‘kkan	chukkan
<b>Nafas olish</b>	norma	Biroz hansirash	toksik
<b>Yurak tonlari</b>	baland	Bir oz bo‘g‘iqlashgan	bo‘g‘iq
<b>Arterial bosim</b>	normal yoki ozroq oshgan	sistologik bosim normal, diastolik bosim bosim oshgan	pasaygan
<b>Taxikardiya</b>	yo‘q	Sezilarli daraja	ifodalangan
<b>Diurez</b>	saqlangan	pasaygan	ancha pasaygan

**NB!** Og‘ir suvsizlanish belgilari bo‘lgan taqdirda shok simptomlarini tekshiring: sovuq qo‘llar, kapillyar to‘lish vaqti 3 s dan ortiq, zaif va tez-tez puls.

**Laborator tekshiruvlar [10-16]:**

**Umumiy qon taxlili:**

<b>C 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leykotsitoz, neytrofilez (bakterial diareya),</li> <li>- leykopeniya (virusli diareya),</li> <li>- gematokritning oshgan darajasi – foiz ko‘rsatkich, qon hajmi birligida eritrotsitlar ulushini aks ettiradi (degidratatsiya ifodalanganligi ko‘rsatkichi),</li> <li>- eritrotsitoz,</li> <li>- EChT ortishi</li> </ul>
<b>C 5</b>	<p style="text-align: center;"><b>Qonning biokimyoviy tahlili</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kreatinin, mochevina, qoldiq azot darajasini tekshirish;</li> <li>- qon zardobida elektrolitlar konsentratsiyasi, umumiy oqsil (suvsizlanish bo‘lsa) miqdorini aniqlash;</li> <li>- qon zardobida C-reaktiv oqsil: C-reaktiv oqsil darajasi yallig‘lanish jarayonining og‘irligi bilan korrelyatsiyalanadi (ko‘rsatma bo‘yicha);</li> <li>- qonda amilaza</li> <li>- Prokalsitonin ko‘rsatma bo‘yicha</li> </ul>
<b>C 5</b>	<p style="text-align: center;"><b>Koprogramma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hazm qilinmagan kletchatka mavjudligi,</li> <li>- shilliq mavjudligi,</li> <li>- leykotsitlar mavjudligi (bakterial infeksiyalarda ko‘p miqdorda, virusli, sodda organizmlar sababli diareyalarda –majburiy belgi emas),</li> <li>- eritrotsitlar(gemokolit belgisi), neytral yog‘lar mavjudligi;</li> <li>- gijja va eng sodda organizmlarni aniqlash uchun najas tahlili</li> </ul>
<b>A</b>	<p style="text-align: center;"><b>Bakteriologik tahlil</b></p> <p>najas / qusuq massalarini yoki oshqozon yuvilgan suvlarni bakteriologik tekshirish va patogen / shartli patogen florani ajratish</p>
<b>A</b>	<p>Najasni <b>F-30</b> ga (vabo uchun) bakteriologik tekshirish:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) suvsimon diareya, suvsizlanish va qusish belgilari bo‘lgan O‘II bilan og‘rigan bemorlar (mushaklar tortishuvi, teri turgori pasayishi);</li> <li>2) noaniq etiologiyali O‘IIdan vafot etganlar; va epidemiologik ko‘rsatmalar bo‘yicha;</li> <li>3) vabo bo‘yicha xavfli mamlakatlardan kelgan qochoqlar;</li> <li>4) ushbu infeksiya bo‘yicha xavfli mamlakatlardan kelgan va kelgan paytidan boshlab 5 (besh) kalendar kuni ichida kasal bo‘lib qolgan fuqarolar</li> </ol>
<b>A</b>	<p style="text-align: center;"><b>Polimeraz zanjir reaksiyasi (PZR) real vaqt rejimida</b></p> <p>PZR-bakterial (shigellyoz, salmonellyoz, kampilobakter, kloristridium va boshqalar) va virus etiologiyali (enteroviruslar, norfolk adenovirus, astrovirus, noravirus va rotavirus) (<b>zaruriyat bo‘lganda</b>) ichak infeksiyalarining DNK / RNKsini aniqlash</p>

A	<p style="text-align: center;"><b>Serologik tadqiqot usullari</b></p> <p>- Maxsus antigen diagnostikumlari bilan qonda o‘tkaziladigan RPGA (RNGA) - takroriy reaksiyada antitanachalar titrining 4 va undan ortiq barobarga ko‘tarilishi (zarurat tug‘ilganda) - IFA / axlatda enterovirus va rotavirus antigenlarini aniqlash (zarurat bo‘lganda)</p>
B	<p><b>Immunoxromatografik usul</b></p> <p>Ichak infeksiyalari va virus etiologiyali (enteroviruslar, norfolk adenovirus, astrovirus, noravirus va rotavirus va soddalar organizmlar) <b>qo‘zg‘atuvchilari antigenlarini aniqlash uchun ekspress test</b> (shigellyoz, salmonellyoz, kampilobakter, kloristridium va boshqalar).</p>
A	<p><b>Qo‘shimcha laborator tekshiruvlar:</b></p> <p>qon va siydikni bakteriologik tekshirish – patogen / shartli patogen florani ajratish (5 kundan ko‘p isitmada)</p>
C 5	koagulogramma ( <b>ko‘rsatma bo‘yicha</b> ).

### Instrumental tekshiruvlar

#### Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari UTT:

C 5	differensial diagnostika holatlarida qorinda erkin suyuqlik (assit, peritonit), jigar va taloqning kattaligi, portal gipertenziya, qorin kattalashishi
-----	--

#### Kichik chanoq bo‘shlig‘i a‘zolari UTTsi

C 5	- qorinning pastki qismidagi kuchli og‘riqlarda- o‘tkir ginekologik patologiyaga shubha bo‘lganda, yaqqol ifodalangan gemokolitda.
-----	--

#### EKG

C 5	yurak mushagining toksik, yallig‘lanish yoki ishemik xarakterdagi zararlanishi gumon qilinganda
-----	---

#### Qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining umumiy rentgenografiyasi

C 5	ichak tutilishi shubha qilinganda “Kloyber kosalari”ni aniqlash maqsadida
-----	---

#### KT- kolonoskopiya

**C 5** Spazmolitiklar bilan davolash mumkin bo'lmagan yoki 3 kundan ortiq davom etadigan sezilarli og'riq sindromida chamber ichak / rektosigmoidal birikmaning somatik va onkologik patologiyasini differensial tashxislash uchun zarur.

**Tor mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar:**

**C 5** jarroh maslahati - appendisit, ichak tutilishi, parez va ichak invaginasiyasiga shubha qilingan taqdirda;

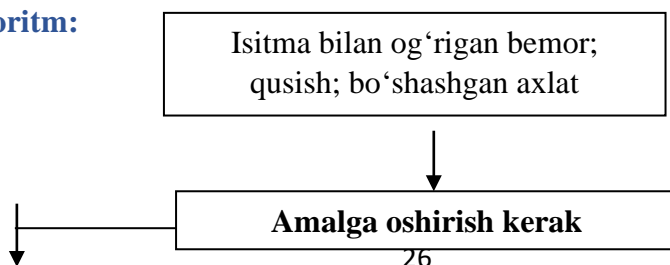
**C 5** Nefrolog maslahati – O'BYEga shubha qilinganda;

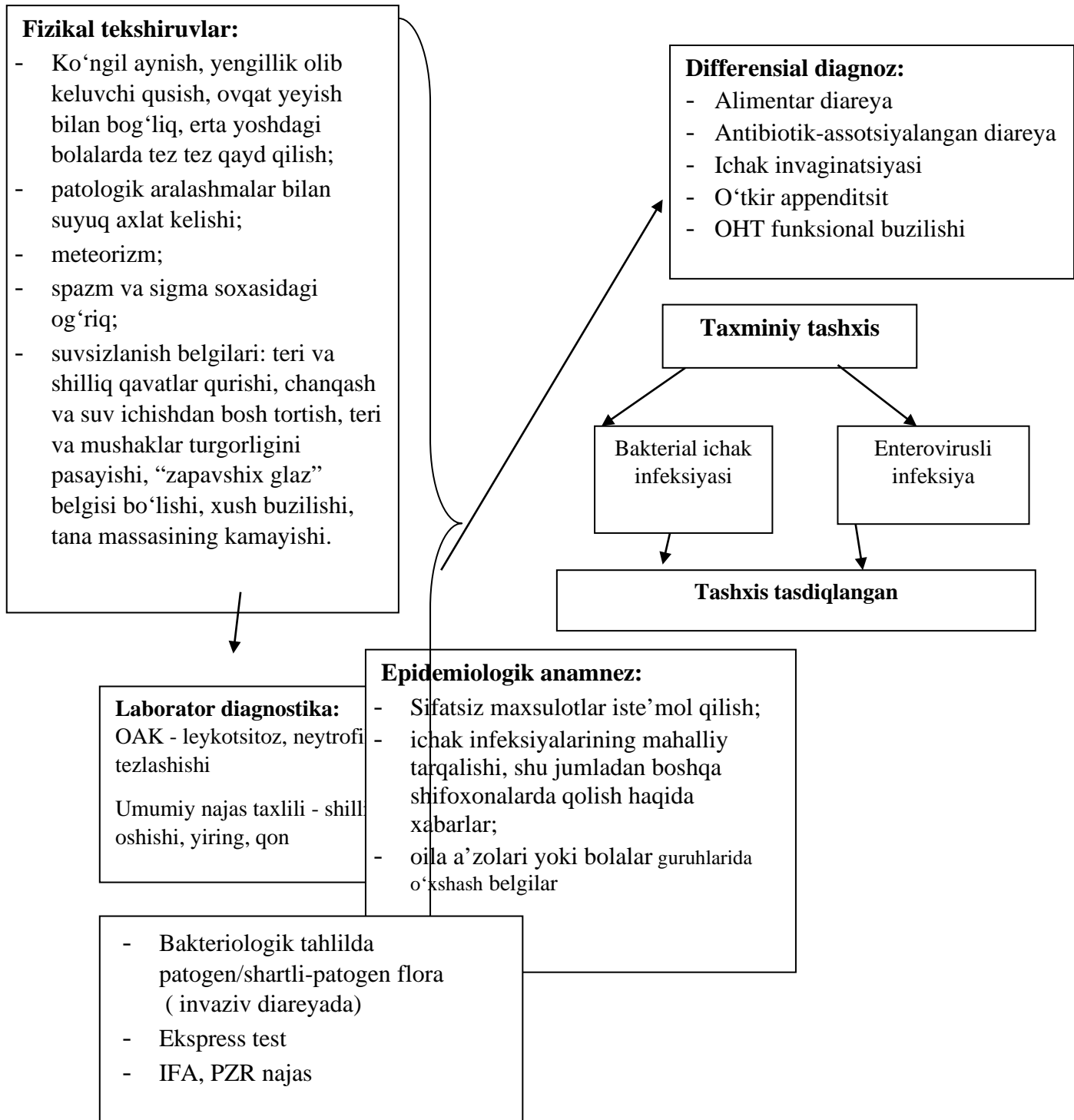
**C 5** Gastroenterolog maslahati - Kron kasalligiga shubha qilingan taqdirda, yarali kolit, laktoza yetishmovchiligi, allergik enterokolit gumon qilinganda.

**C 5** Nevropatolog maslahati - qusishda bosh miya jarohati (BMJ) ni inkor qilish uchun

**C 5** onkolog maslahati - ichakda onkologik jaraen gumon qilinganda.

**Diagnostik algoritm:**





### 3.3. Differensial diagnostika va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash

Bolalarda o‘tkir ichak infeksiyalarida asosiy differensial-diagnostik belgilar

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

Differensial-diagnostik belgilar	Shigellyozlar	salmonellyozlar	Ichak iersiniozi	Esherixiozlar			Rotavirus infeksiyasi	Birlamchi stafilokokk ichak infeksiyasi
				EPE	EIE	ETE		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Yoshi	Asosan 3 yoshdan katta	Turlicha, Asosan 2 yoshgacha	Turlicha, ko‘pincha 2 - 7 yosh	Asosan 1 yoshgacha	2 yoshdan 7 yoshgacha	Turlicha, ko‘pincha 3 yoshgacha	Turlicha, ko‘pincha 1 – 3 yoshgacha	Turlicha, ko‘pincha 3 oygacha.
Mavsumiyligi	Yozgi-kuzgi	qishgi-bahorgi kontak yo‘l bilan, yozgi ovqatlanish orqali	Qishgi-bahorgi	Qishgi-bahorgi	Yozgi-kuzgi	Yozgi	Kuzgi-qishgi	Yil davomida
Yuqish yo‘llari	Kontakt-maishiy, ovqatlanish va suvli	Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda ko‘pincha kontakt-maishiy, bir yoshdan katta bolalarda –	Ovqatlanish	Kontakt-maishiy, ovqatlanish	Ovqatlanish	Ovqatlanish va suvdan	Kontakt-maishiy; ehtimol, ovqatlanishda, suvdan	ovqatlanishda

		ko'pincha ovqatlanish orqali						
Kasallikning boshlanishi	O'tkir	O'tkir – bir yoshdan katta bolalarda; turlicha – bir yoshgacha bolalarda	O'tkir, ammo erta yoshdagi bolalarda sekinlik bilan bo'lishi mumkin	Ko'pincha birin-ketin	O'tkir	O'tkir	O'tkir	O'tkir yoki birin-ketin
Tana harorati	Febril, shu jumladan gipertermiya 1 - 2 kun	Febril, shu jumladan gipertermiya, to'liqsimon 2 – 3 hafta	Febril, shu jumladan gipertermiya 2 – 7 kun	Subfebril, febril, 1 – 5 kun	Febril, 1 – 2 kun	Normal	Subfebril, febril, 2 – 3 kun	Subfebril, febril, 3 – 5 hafta
Qusish, qayt qilish	Yarmida sutkada 1 – 2 marta 1 – 2 kun davomida	Tez-tez, uzoq, motivlanmagan, 3 – 5 kun	Ko'pchilikda ko'p marotabali, 2 – 7 kun	Qayt qilish, tinmay qusish, 7 – 10 kun	Ko'pchilikda 1 kun	Ko'p martali, 1 – 2 kun	Ko'pchilikda – ko'p martali, 1 – 3 kun	Qayt qilish
Qorinda og'riqlar	To'lg'oqsimon, defekasiyad	sezilarli, epigastriyda va kindik	Juda intensiv, kindik atrofida yoki o'ng	xurujsimon	To'lg'oqsimon, chap yonbosh	Xurujsimon, epigastriyda va kindik	Kamdan-kam, sezilarli	sezilarli

	an oldin, chap yonbosh sohasida, tenizmlar	atrofida	yonbosh sohasida, qorin parda ta'sirlanishi simptomi bo'lishi mumkin		sohasida	atrofida		
Meteorizm	Xarakterli emas	Ko'pincha bir yoshgacha bolalarda	Xarakterli emas	Xarakterli	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Kamdan-kam
Gepatolie-nal sindrom	Xarakterli emas	Ko'pincha bir yoshgacha bolalarda	Kamdan-kam	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Ko'pincha bir yoshgacha bolalarda
Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas	Xarakterli emas
Ich kelish xarakteri	Tez-tez, suyuq, axlat xarakterini yo'qotadi, shilimshiq ko'p, qon chiziqlari, tipik "rektal tupurish"	Tez-tez, suyuq, mo'l-ko'l, "botqoq suv o'ti" rangida, shilimshiq bilan, yarmida qon chiziqlari	Tez-tez, suyuq, mo'l-ko'l, qo'lansa, shilimshiq, kamdan-kam hollarda qon tomchilari bilan	Tez-tez, suyuq, suvsimon, yorqin sariq rangda, patologik aralashmalar siz	Tez-tez, suyuq, shilimshiq va qon bilan	Tez-tez, suyuq, suvsimon, patologik aralashmalar siz	Tez-tez, suyuq, ko'pikli, keskin hidli, patologik aralashmalarsiz	Tez-tez, suyuq, shilimshiq bilan, bemorlarning yarmida qon chiziqlari bor

Gemogramma	Leykositoz, neytrofilyoz, EChT oshgan	Leykositoz neytrofiloz, bir yoshgacha bo'lgan bolalarda aneozinofiliya, anemiya, monositoz bo'lishi mumkin	Giperleykositoz, neytrofilyoz, EChT keskin oshgan	Sezilarsiz, limfositoz, EChT soshgan	Sezilarsiz neytrofilyoz, EChT sezilarli oshgan	Sezilarsiz leykositoz, chapga surilish bo'lishi ehtimol	Leykopeniya, limfositoz	sezilarli leykositoz, neytrofilyoz, EChT oshgan
Koprositogramma	“Yallig'lanishga xos” o'zgarishlar (ko'p miqdorda leykositlar va eritrositlar)	Turlicha. Klinik variantga bog'liq	Hazm qilish va so'rilishning buzilishi belgilari, leykositlar va eritrositlar kam miqdorda oshgan	Hazm qilish va so'rilishning buzilishi belgilari	“Yallig'lanishli” o'zgarishlar (leykositlar va eritrositlar miqdorining ortishi)	Hazm qilish va so'rilishning buzilishi belgilari	Hazm qilish va so'rilishning buzilishi belgilari	Hazm qilish va so'rilishning buzilishi belgilari, kamroq hollarda leykositlar va eritrositlar

**Differensial tashxis va qo‘shimcha tekshirishlarni asoslash [1, 2, 5-9]:**

<b>Tashxis</b>	<b>Differensial tashxis uchun asos</b>	<b>Tekshirishlar</b>	<b>Tashxisni istisno qilish mezonlari</b>
Ichak invaginasiyasi	Suyuq ich kelishi, qorinda og‘riqlar.	Jarroh konsultasiyasi	Chaqaloqning terisi oqarib ketgan holda yig‘lash xurujlari. Kasallik boshlangandan 4-6 soat o‘tgach, axlat aralashmagan najasdagi qon ("malina" yoki "qorag‘at jelesi" ko‘rinishida). Qorinning dam bo‘lishi, qorin bo‘shlig‘ida yumshoq-elastik qattiqlanish paydo bo‘lishi. Keyinchalik takroriy qusish kuzatiladi.
Adenovirus infeksiyasi	Isitma, qusish, suyuq ich kelishi.	PZR – fekaliylarda adenoviruslar DNK sini aniqlash	Uzoq muddatli isitma. Faringit, tonzillit, rinit, kon’yunktivit, enterit, gepatosplenomegaliya.
O‘tkir appendisit	Isitma, qusish, suyuq ich kelishi	Xirurg konsultasiyasi	Epigastral sohadan boshlanib, o‘ng yonbosh sohasiga o‘tuvchi og‘riq. Og‘riq doimiy bo‘lib, yo‘talganda kuchayadi. Ich kelishi-suyuq, patologik aralashmalarsiz, kuniga 3-4 martagacha, ammo ko‘pincha qabziyat kuzatiladi.

### Infeksion diareyaning noinfeksion kasalliklar bilan differensial diagnostikasi

Belgilari	Infeksion diareya	O'tkir appendisit	Funksional diareya	Nospesifik yarali kolit	Ichak invaginasiyasi
Anamnez	Bemor bilan kontakt, zararsizlantiril magan suvni iste'mol qilish	O'ziga xos jihatlarsiz	O'ziga xos jihatlarsiz	Diareya epizodlari og'irlishuvga tendensiya bilan	O'ziga xos jihatlarsiz
Kasallikning boshlanishi	O'tkir, bir vaqtning o'zida qorinda og'riq, diareya, isitma	Epigastriyda og'riq, o'ng yonbosh sohasiga ko'chish bilan.	O'tkir	O'tkir, yarim o'tkir, diareya, isitma	Yig'lash xurujlari, go'dakning teri qoplamalari o'qarishi.
Ich kelishi	Suyuq, kuniga 3 martadan ko'p, shilimshiq va qon bilan	Bo'tqasimon, suyuq, najasli, patologik aralashmalarsiz, 3 – 4 martagacha, ko'pincha ich qotishi	Bo'tqasimon, sariq rangli, patologik aralashmalarsiz	Mo'l-ko'l, tez-tez, suyuq, qon bilan ("go'sht yuvindisi")	Kasallik boshlangandan 4-6 soat o'tgach, axlat aralashmasidan xoli bo'lgan ("malina"/ "qora smorodina jele") ko'rinishidagi qon najas tarkibida paydo bo'ladi
Qorinda og'riq	Sanchiqli og'riq	Kuchli, doimiy, yo'talganda kuchayuvchi. Diareya to'xtaganda saqlanadi/ kuchayadi	Biroz og'riq	Kuchsiz ifodalangan, tarqoq	Kuchli doimiy, davriy xarakterga ega (davriyligi 5 - 30 minut)

Qorinni ko'zdan kechirish	Yumshoq, shishgan	O'ng yonbosh sohasida og'riqlilik, mushaklarning zo'rayishi bilan	Uncha kuchli bo'lmagan bir tekis shishish	Shishgan, og'riqsiz	Shishgan, qorin bo'shlig'ida zichlashuv, yumshoq-elastik, harakatchan
Qusish	Ehtimol ko'p marta	Ayrim vaqtlarda, kasallik boshida, 1 – 2 marta	Qayt qilish	Xarakterli emas	Ehtimol ko'p marta
Sigmasimon ichak spazmi va og'riqliligi	Distal kolitda spazmlangan, og'riqli	yo'q	yo'q	Aniqlanmaydi	Yo'q
Endoskopiya	Kataral, kataral-gemorragik kolit	Norma	Norma	Keskin shishish, qon keluvchanlik, fibrin dog'i, eroziyalar, yaralar	Invaginatsiya boshchasi i rektal paypaslab ko'rish mumkin

### Ambulator darajada davolash:

<b>A 1</b>	Ambulatoriya sharoitida O'II ning engil va o'rtacha shakllari mavjud bolalar (36 oydan katta bolalar) davolanadi. O'II bilan og'rikan bemorlarni davolash prinsiplariga quyidagilar kiradi: rejim, regidratsiya, parhez, patogenetik va simptomatik terapiya vositalari. Ambulator davolanish samarasiz bo'lsa yoki ambulator davolashning iloji bo'lmasa, bolani ixtisoslashtirilgan stasionarga yotqizish masalasi ko'rib chiqiladi.
------------	--

O'II bilan og'rikan bemorlarni davolash tamoyillariga quyidagilar kiradi: rejim, regidratsiya, parhez, patogenetik va simptomatik terapiya vositalari. Ambulator davolanish samarasiz bo'lsa yoki uning iloji bo'lmasa, bolani ixtisoslashtirilgan kasalxonaga yotqizish masalasi ko'rib chiqiladi.

### Davolashdan maqsad:

- intoksikasiya alomatlarini kamaytirish;
- suv-elektrolitlar balansini tiklash;
- najasni normallashtirish;

- patogenni yo‘q qilish;
- avj olishlarning kaytalanishini, residivlarni va qoldiq asoratlarni oldini olish.

**1) Nomedikamentoz davo:**

<b>A 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- yarim yotoq tartibi (butun isitma davrida);</li><li>- parxez-bolaning yoshiga, kasallik boshlanishigacha uning qanday ovqat xush ko‘rishlariga va ovqatlanish odatlariga qarab;</li><li>- ko‘krak suti bilan oziqlanuvchi chaqaloqlarni ona suti bilan tez-tez va bola istagunicha emizish kerak;</li><li>- sun‘iy oziqlantirishda bo‘lgan bolalar odatdagi ovqatlanish bilan ovqatlanishni davom ettirishlari kerak;</li><li>- 2 yosh va undan kattalarga-№ 4-stol;</li><li>-laktoza etishmovchiligi bo‘lgan bolalar uchun past / laktozasiz aralashmalar buyuriladi.</li></ul>
------------	--

## 2) Medikamentoz davó [4, 10, 11, 12, 20 ]

**O‘zbekiston Respublikasida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalarini klinik protokolga kiritish bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimida qoplash uchun asos bo‘lmaydi.**

<b>Yengil darajali diareyada (suvsizlanishsiz) – A reja:</b>	
	<p>agar bola faqat ko‘krak suti bilan boqilayotgan bo‘lsa, ko‘krak bilan tez-tez emizish va har bir emizish davomiyligini oshirish, ko‘krak sutidan tashqari qo‘shimcha ravishda ORV yoki toza suv berish kerak; agar bola aralash yoki sun‘iy oziqlantirilgan bo‘lsa, quyidagi suyuqliklarni har qanday kombinatsiyada berish lozim: ORV eritmasi, suyuq ovqat (masalan, sho‘rva, guruch qaynatmasi) yoki toza suv.</p> <p>Onaga odatdagi miqdorga qo‘shimcha ravishda qancha suyuqlik berish kerakligini tushuntiring:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 2 yoshgacha har bir suyuq ichketishdan so‘ng 50-100 ml;</li><li>• 2 yosh va undan katta bolalarga har bir suyuq ichketishdan so‘ng 100-200 ml.</li><li>• ovqatlantirishni davom ettirish;</li><li>• onaga bolada quyidagi belgilardan birortasi paydo bo‘lsa, uni darhol shifoxonaga olib borishni maslahat bering:</li><li>• icha olmaydi yoki ko‘krak ema olmaydi;</li><li>• bolaning ahvoli yomonlashadi;</li><li>• isitma paydo bo‘ladi;</li><li>• bolaning axlatida qon bor yoki u suyuqliklarni yaxshi ichmaydi.</li></ul>

<b>O‘rta-og‘ir kechavchi diareyada (o‘rtacha suvsizlanish bilan) – B reja:</b>	
	<p>Og‘iz orqali regidratsiyaning asosiy tamoyili - suyuqlikni oz-ozdan va asta-sekin kiritishdir.</p> <p><b>Og‘iz orqali regidratsiya ikki bosqichda o‘tkaziladi:</b></p> <p><b>I bosqich</b> - bemor kelgandan keyingi dastlabki olti soat ichida davolash boshlanishidan oldin yuzaga kelgan suv-tuz tanqisligi bartaraf etiladi.</p> <p><b>Birinchi darajali suvsizlanish</b> sindromida bu bosqichda birlamchi regidratsiya uchun suyuqlik miqdori dastlabki olti soat ichida tana og‘irligiga nisbatan 40-50 ml/kg ni, ikkinchi darajali suvsizlanish sindromida esa dastlabki olti soat ichida 80-</p>

	<p>90 ml/kg ni tashkil etadi;</p> <p><b>II bosqich - butun keyingi davr davomida</b> bolaning suyuqlik va tuzlarga bo'lgan kunlik ehtiyojini, shuningdek, ularning yo'qotilishini hisobga olgan holda qo'llab-quvvatlovchi davolash o'tkaziladi.</p> <p>Qo'llab-quvvatlovchi davolash qusish va ich ketish tufayli davom etayotgan suyuqlik va tuzlar yo'qotilishiga qarab o'tkaziladi. Keyingi har olti soatlik vaqt oralig'ida bola oldingi olti soat ichida ich ketish va qusish tufayli qancha suyuqlik yo'qotgan bo'lsa, shuncha eritma ichishi kerak. Regidratasiyaning bu bosqichi ich ketish to'xtaguniga qadar davom ettiriladi.</p> <p>Regidratasiyani qo'llab-quvvatlovchi eritmaning taxminiy hajmi - kuniga tana vazniga nisbatan 80 dan 100 ml/kg gacha (tana vazni 25 kg dan oshmaganda). Bolalarda suvsizlanishda og'iz orqali regidratatsiya uchun zarur bo'lgan suyuqlik miqdorini hisoblash 6-jadvalda keltirilgan. Agar sezilarli suvsizlanish bo'lmasa, A rejasi amalga oshiriladi: 24 oylikdan kichik bolalar - ich ketishning har bir epizodidan so'ng 50-100 ml, 24 oylikdan katta bolalar - ich ketishning har bir epizodidan so'ng 100-200 ml ichishlari lozim.</p>
--	---

**Bolalarda degidratasiya sindromida peroral regidratasiya uchun suyuqlikning zarur miqdori (ml).**

Tana massasi, kg	Engil regidratasiya (suvsizlanishsiz) birinchi darajali eksikoz		O'rta og'irlikdagi regidratasiya (o'rtacha suvsizlanishsiz) ikkinchi darajali eksikoz	
	Bir soatda	Olti soatda	Bir soatda	Olti soatda
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

**Jadval 2.**

**Ambulator bosqichda davolash uchun zarur bo'lgan asosiy dori vositalari ro'yxati**  
**(100% foydalanish extimoli bilan)**

<b>Farmakoterapevtik guruh</b>	<b>Dori vositasi XPN</b>	<b>Qo'llash usuli</b>	<b>Isbotlanlik darajasi</b>	<b>Havola</b>
Suv-elektrolit balansiga ta'sir qiluvchi eritmalar (peroral regidratasiya vositalari)	Regidratantlar, peroral qabul uchun (dekstroza+kaliy xlorid+ natriy xlorid+natriy sitrat*)	Ichkariga qabul uchun eritma tayyorlash uchun poroshok (bir kg tana massasiga 20 ml gacha, bir soatda per os)	A	<a href="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">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</a>
Rux preparati	Rux	Ichishga qabul qilish uchun eritma tayyorlash uchun poroshok	B	Diarrhoea Treatment Guidelines, 2005

**Ambulator davolash uchun qo'shimcha dori vositalari ro'yxati**  
**(100% foydalanish extimoli bo'lmagan)**

<b>Farmakoterapevtik guruh</b>	<b>Dori vositasi XPN</b>	<b>Qo'llash usuli</b>	<b>Isbotlanlik darajasi</b>	<b>Havola</b>
Enteroseptiklar	Nifuroksazid	Kapsula 200 mg, tab 100 mg, suspenziya 220 mg/5 ml 90 ml ichish uchun.	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>

Enterosorbentlar	Dioktaedrik smektit, kolloidli kremniy dioksid, Lignin gidrolizli polimetilsiloksan poligidrat	Suspenziya tayyorlash uchun poroshok	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
------------------	--	--------------------------------------	---	---

\* dori vositasi O‘zbekiston Respublikasida ro‘yxatdan o‘tkazilmagan

**3) Xirurgik aralashuvlar** - yo‘q, agar ichak invaginasiyasiga, peritonit, appendisit va b. shubha bo‘lsa jarrohning maslahati amalga oshiriladi (amyobiazni tashxislash va davolash protokoliga qarang, Tif-paratif kasalliklarini tashxislash va davolash protokoliga qarang)

**4) Keyingi qadam** [5, 8, 11-17]:

- klinik-laborator sog‘aygandan so‘nggina bolalar jamoasiga chiqarish;
- dizenteriya va boshqa o‘tkir ich ketish infeksiyalaridan keyin bemorlarning bir martalik bakteriologik tekshiruvi klinik sog‘ayishdan so‘ng, lekin antibiotik davolash tugagandan kamida ikki kalendar kun o‘tgach o‘tkaziladi;
- dispanser kuzatuv bir oy davomida olib boriladi, undan so‘ng bir marta bakteriologik tekshiruv o‘tkazish lozim;
- shifokor ko‘rigining takrorlanishi klinik ko‘rsatkichlarga qarab belgilanadi;
- dispanser kuzatuv yashash joyidagi umumiy amaliyot shifokori/pediatr yoki yuqumli kasalliklar xonasi shifokori tomonidan amalga oshiriladi;
- kasallik qaytalanishi yoki laboratoriya tekshiruvining ijobiy natijasi kuzatilganda, ich ketish bilan og‘rigan shaxslar qayta davolanishga yo‘naltiriladi;
- kasallik qaytalanishi yoki laboratoriya tekshiruvining ijobiy natijasi aniqlanganda, dizenteriya bilan og‘rigan shaxslar qayta davolanadi. Davolash tugagandan so‘ng, bu shaxslar uch oy davomida har oyda laboratoriya tekshiruvidan o‘tadi. Bakteriya tashuvchanligi uch oydan ortiq davom etgan shaxslar surunkali dizenteriya bilan og‘rigan bemorlar sifatida davolanadi;
- surunkali dizenteriya bilan og‘rigan shaxslar bir yil davomida dispanser kuzatuvda bo‘ladi. Surunkali dizenteriya bilan og‘rigan shaxslarning bakteriologik tekshiruvi va infeksiyot-shifokor ko‘rigi har oyda o‘tkaziladi;
- davolanish tugagandan so‘ng salmonellalarni ajratishni davom ettirayotgan bolalarni davolovchi shifokor o‘n besh kalendar kunga maktabgacha ta‘lim muassasasiga borishdan chetlashtiradi, bu davrda bir-ikki kun oralig‘ida axlatni uch marta tekshirish o‘tkaziladi. Qayta ijobiy natija aniqlansa, xuddi shunday chetlashtirish va tekshirish tartibi yana o‘n besh kun davomida takrorlanadi.

**5) Protokolda tavsiflangan davolash samaradorligi va diagnostika hamda davolash usullarining xavfsizlik ko‘rsatkichlari** [4,10,11,18]:

- tana haroratining normallashuvi;

- suv-elektrolit balansining tiklanishi;
- intoksikasiya simptomlarining bartaraf etilishi;
- gastrointestinal sindromning bartaraf etilishi;
- ich kelishining normallasuvi.

**Tibbiy yordam ko'rsatilishi turlarini hisobga olgan holda gospitalizasiya uchun ko'rsatmalar [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\\_obshchestvo\\_skoroy\\_meditinskoy\\_pomoshchi\\_ROSMP\\_Klinicheskie\\_rekomendatsii\\_po\\_okazaniyu\\_skoroy\\_meditinskoy\\_pomoshchi\\_pri\\_sindrome\\_diarei\\_infektsionnogo\\_geneza](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)

**Gospitalizasiya uchun ko'rsatmalar:**

<b>A 1</b>	<p>Bolaning yoshidan qat'i nazar, suvsizlanish va intoksikasiya bilan kechayotgan kasallikning barcha shakllari yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yoki ko'p tarmoqli klinikaning yuqumli kasalliklar bo'limiga yotqiziladi;</p> <p>6 oygacha bo'lgan bolalarda kasallikning barcha shakllarida shoshilinch ravishda kasalxonaga yotqizish talab etiladi;</p> <p>yoshidan qat'i nazar, og'ir suvsizlanish bilan kechuvchi kasallikning barcha shakllari; gastroenteritning og'ir shakllari (36 oygacha) bilan og'irigan bolalar intensiv terapiya yoki reanimasiya bo'limiga joylashtiriladi.</p>
------------	--

**Rejali gospitalizasiya uchun ko'rsatmalar: yo'q**

**Shoshilinch gospitalizasiya uchun ko'rsatmalar:**

- O'Ilning og'ir va o'rtacha og'ir shakllari (36 oygacha) bo'lgan bolalar;
- ikki oygacha bo'lgan chaqaloqlarda kasallikning barcha shakllari;
- bolaning yoshidan qat'i nazar, og'ir suvsizlanish bilan kechuvchi kasallik shakllari;
- har qanday darajadagi suvsizlanish bilan uzoq davom etadigan ich ketishlar;
- dizenteriyaning surunkali shakllari (qo'zg'alish davrida);
- og'irlashgan premorbid holat (chala tug'ilganlik, surunkali kasalliklar va hokazo);
- 3 oylikkacha bo'lgan chaqaloqlar uchun 38°C dan yuqori yoki 3 oydan 36 oygacha bo'lgan bolalar uchun 39°C dan yuqori isitma;
- yaqqol ifodalangan ich ketish sindromi (tez-tez va ko'p miqdordagi axlat);
- tinimsiz (takroriy) qusish;
- Gemokolit;
- 48 soat davomida ambulator davolanishning natijasi yo'qligi;

- qon aylanishining buzilishi, a'zolar faoliyatining etishmovchiligi bilan kechuvchi og'ir yuqumli kasallikning klinik belgilar majmuasi;
- uyda tegishli parvarishni ta'minlash imkoniyati yo'qligi (ijtimoiy muammolar tufayli).

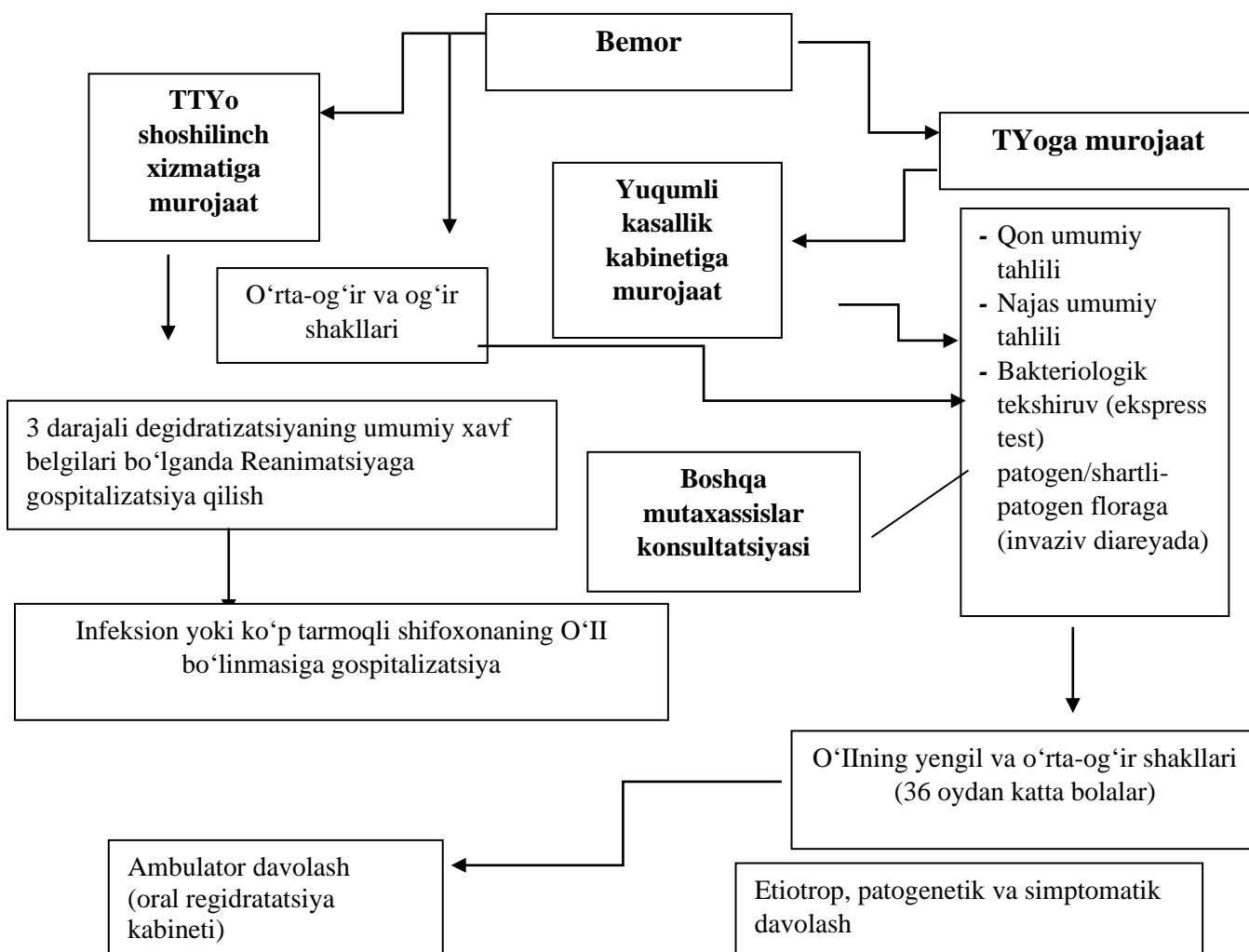
### Epidemiologik ko'rsatmalar mavjudligi:

- bemorning yashash joyida (ijtimoiy nochor oilalar) zarur epidemiyaga qarshi choralarni amalga oshirish imkoniyatining yo'qligi;
- epidemiologik ko'rsatmalar (kun-u tun faoliyat yurituvchi "yopiq" muassasalardagi, ko'p bolali oilalardagi bolalar va hokazo);
- tibbiyot muassasalarida, maktab-internatlarda, bolalar uylarida, chaqaloqlar uylarida, sanatoriylarda, nogironlar uchun internat uylarida, yozgi sog'lomlashtirish markazlarida, dam olish maskanlarida kasallanish hollari.

## 6. Stasionar sharoitda davolash taktikasi

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

Bemorni kuzatish kartasi, bemor marshrutizatsiyasi [10, 11]:



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

O‘tkir diareyali bolalarda davolash tadbirlarining asosini rejim, regidratsiya, parhez, etiotropik, patogenetik va simptomatik davo vositalarini o‘z ichiga olgan terapiya tashkil etadi:

Og‘iz orqali regidratsiya ikki bosqichda olib boriladi:

I bosqich - bemor shifoxonaga kelgandan so‘ng dastlabki 6 soat ichida davolash boshlanishidan oldin yuzaga kelgan suv-tuz tanqisligi bartaraf etiladi;

I darajali suvsizlanishda suyuqlik hajmi 6 soat davomida 40-50 ml/kg ni, II darajali suvsizlanishda esa 80-90 ml/kg tana og‘irligini tashkil etadi;

II bosqich - qo‘llab-quvvatlovchi og‘iz orqali regidratsiya bo‘lib, u kasallikning keyingi butun davri mobaynida suyuqlik va elektrolitlar yo‘qotilishi davom etganda o‘tkaziladi. Regidratsiyani qo‘llab-quvvatlovchi eritma hajmi taxminan sutkasiga 80-100 ml/kg tana og‘irligini tashkil qiladi. Og‘iz orqali regidratsiyaning samaradorligi quyidagi belgilarga ko‘ra baholanadi: suyuqlik yo‘qotilishi hajmining kamayishi; tana vaznini yo‘qotish tezligining pasayishi; suvsizlanishga oid klinik belgilarning yo‘qolishi; siydik ajralishining me‘yorlashuvi; bola umumiy ahvolidan yaxshilanishi.

#### **Parenteral regidratsiya va dezintoksikasiya o‘tkazish uchun ko‘rsatmalar:**

- gipovolemik shok belgilari bilan suvsizlanishning og‘ir shakllari;
- infeksiyon-toksik shok;
- neyrotoksikoz;
- suvsizlanishning og‘ir shakllari;
- Davom etuvchi qusish bilan suvsizlanishning o‘rta-og‘ir shakllari;
- og‘ir intoksikasiya bilan (har qanday darajadagi) ekzizozning kombinatsiyasi;
- beto‘xtov qusish;
- B rejada bilan 8 soat davomida peroral regidratsiyaning samarasizligi yoki o‘rtacha suvsizlanishning og‘ir suvsizlanishga o‘tishi.

**Parenteral regidratsiya terapiyasi o‘tkazish dasturi** birinchi sutkada suyuqlikning zarur miqdorini hisoblashga va regidratsion eritmalarining sifat tarkibini aniqlashga asoslanadi.

#### **Zaruriy hajm quyidagi tarzda hisoblanadi:**

Umumiy hajm (ml) = **FE + PY + D,**

bunda FE suvga bo‘lgan sutkalik fiziologik ehtiyoj;

PY – patologik yo‘qotishlar (qusish, suyuq ich kelishi, perpirasiya bilan);

D – bolada infuzion terapiya boshlanguniga qadar suyuqlik defisiti.

Mavjud suyuqlik tanqisligini qoplash uchun kerak bo‘lgan suyuqlik miqdori suvsizlanishning darajasiga bog‘liq bo‘lib, taxminan tana massasi kamayishidan kelib chiqib aniqlanadi.

<b>Bolaning vazniga bog‘liq ravishda suvga bo‘lgan fiziologik ehtiyoj</b>							
<b>Bolaning vazni (kg) da</b>	<b>7</b>	<b>7.5</b>	<b>8</b>	<b>8,5</b>	<b>9</b>	<b>9,0</b>	<b>9,5</b>
<b>Suvga fiziologik ehtiyoj (ml)da</b>	630	670	710	750		800	850
<b>Bolaning vazni (kg)da</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>		<b>14</b>	<b>15</b>
Suvga fiziologik ehtiyoj (ml)da	900	950	1000	1100		1200	1300
<b>Bolaning hajmi (kg)da</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>23</b>		<b>25</b>	<b>27</b>
<b>Suvga fiziologik ehtiyoj (ml)da</b>	1400	1500	1600	1800		1900	2000
<b>Bolaning vazni (kg)da</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>39</b>	<b>42</b>		<b>48</b>	<b>52</b>
<b>Suvga fiziologik ehtiyoj (ml)da</b>	2200	2400	2600	2700		2900	3000

**PY patologik yo‘qotishlar:**

**tana harorati ko‘tarilganda** – 6 soatdan ortiq 37°S dan ko‘p har 1°S uchun sutkasiga 10 ml / kg;

**hansirashda** – normadan ortiq har 20 nafas uchun sutkasiga 15 ml / kg; qusishda – 20 ml / kg;

**o‘rtacha diareyada** (10 – 15 martagacha) –20 – 40 ml/kg/sutka, kuchli (16 – 20 marta) 50 – 90 ml/kg/sutka, profuz (sanab bo‘lmaydi) 100 – 140 ml/kg/sutka;

I-II darajadagi **ichak parezida** – 20 ml/kg, III darajadagi – 40 ml/kg, uzaytirilgan o‘pkaning sun‘iy ventilyasiyasi 25 – 30 ml/kg.

Mavjud defisitning hajmi asta-sekin tuzatiladi, faqat I darajali dehidratatsiyada defisitni bir sutka ichida qoplash mumkin.

I- **darajali ekzikozda** defisitni kompensasiyalash uchun sutkasiga 30 – 50 ml/kg talab qilinadi;

II- **darajali ekzikozda** sutkasiga 60 – 90 ml/kg;

III- **darajali dehidratatsiyada** sutkasiga 100 – 150 ml/kg.

Patologik yo‘qotishlarni aniqroq hisobga olish uchun barcha tashqi yo‘qotishlarni (qusish, suyuq ich ketish) o‘lchash yoki tortish orqali batafsil qayd etish lozim. Joriy patologik yo‘qotishlarni to‘ldirish sezilarli katta yo‘qotishlarda har 4-8 soatda, o‘rtacha yo‘qotishlarda esa har 12 soatda amalga oshiriladi.

Infuzion davolashning boshlang‘ich eritmasini tanlash gemodinamik buzilishlar darajasi va suvsizlanish turiga bog‘liq bo‘ladi. Suvsizlanishning barcha turlarida gemodinamikaning yaqqol buzilishlari muvozanatlashtirilgan izosmolyar tuz eritmaları (fiziologik eritma, Ringer eritmasi va hokazo) bilan, zarur hollarda esa kolloid eritmalar bilan birgalikda tuzatiladi. Suvsizlanish

sindromida infuzion davolashning asosiy tamoyili shundan iboratki, yo‘qotishlar o‘rnini yo‘qotilgan suyuqlikka o‘xshash infuzion muhit bilan to‘ldirish kerak.

Boshlang‘ich eritma sifatida hech qanday past osmolyar eritmalaridan (5% li dekstroza eritmaları, past osmolyarlikka ega poliion eritmalar) foydalanmaslik lozim. Bu jihatdan 5% li dekstroza eritmaları eng xavfli hisoblanadi. Birinchidan, ularning gipoosmolyarligi tufayli; ikkinchidan, glyukoza ning parchalanishi "erkin" suv hosil bo‘lishiga olib keladi, bu esa hujayra ichidagi ortiqcha suvlanishni yanada kuchaytiradi (miya shishi xavfi); uchinchidan, to‘qima qon aylanishining etishmovchiligi sharoitida glyukoza ning to‘liq oksidlanmasligi laktat-asidozni yanada kuchaytiradi.

#### **Nomedikamentoz davolash:**

<b>C 5</b>	Rejim – yaqqol ifodalangan intoksikasyada va suyuqlik yo‘qotilishida yotoq rejimi.
	- Parhez: bolaning yoshiga, kasallik boshlanishidan oldin uning ovqatlanish afzalliklari va ovqatlanish odatlariga qarab; 2 yosh va undan katta bolalarga – № 4-stol.
	- Laktoza etishmovchiligi bor bolalarga past laktozali/laktozasiz aralashmalar tayinlanadi.
	Emiziladigan bolalarni ona suti bilan bola xohlaganchalik tez-tez va shuncha uzoq boqish kerak. Sun‘iy oziqlantirishda bo‘lgan bolalarni ular uchun odatdagi ovqat bilan oziqlantirishda davom etish kerak
	Laktoza etishmovchiligi bor bolalarga past laktozali/laktozasiz aralashmalar tayinlanadi.
Nazogastral zond orqali 16 soat davomida yuqori energetik zichlikka ega bo‘lgan oziqlanish aralashmalari bilan infuziya qilish yo‘li orqali enteral oziqlantirishni amalga oshirish.	

#### **Medikamentoz davolash:**

Klinik protokolga O‘zbekiston Respublikasida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalarining kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doiralarida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimida qoplash uchun asos bo‘lmaydi.

Suvsizlanishsiz diareyada – A reja, o‘rtacha suvsizlanishda – B reja, og‘ir suvsizlanishda – V reja (1, 2, 3-ilova).

**Kasalxonadan chiqarishga ko‘rsatmalar** – klinik sog‘ayish, laborator ko‘rsatgichlarni normallashuvi, najas spesifik tekshiruvlarini manfiyligi.

#### **Sog‘ayish mezonlari:**

- tana haroratining normallashuvi;

- suv-elektrolit balansining tiklanishi;
- intoksikasiya simptomlari pasayishi;
- gastrointestinal sindromning pasayishi;
- ich kelishining normallasuvi.

## 5-jadval

### Stasionar bosqichda asosiy dori vositalari ro'yxati (100% foydalanish extimoli bilan)

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasi XPN	Qo'llash usuli	Isbotlanish darajasi	Havola
Suv-elektrolit balansiga ta'sir qiluvchi eritmalar (peroral regidratsiya vositalari)	Regidratantlar, peroral qabul uchun (dekstroza+kaliy xlorid+ natriy xlorid+natriy sitrat*)	Ichkariga qabul uchun eritma tayyorlash uchun poroshok (bir kg tana massasiga 20 ml gacha, bir soatda per os)	A	<a href="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">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</a>
Anilidlar	Parasetamol	Ichga qabul qilish uchun sirop 60 ml va 100ml, 5 ml – 125 mg da; ichish uchun tabletkalar 0,2 g va 0,5 g dan; rektal shamchalar; in'eksiya uchun eritma (1 ml da 150 mg).	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Propion kislota hosilalari	Ibuprofen	Ichish uchun suspenziya va tabletkalar. Suspenziya 100mg/5ml; tabletkalar 200 mg;	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Suv-elektrolit balansiga ta'sir qiluvchi eritmalar	dekstroza+kaliy xlor+ natriy xlor+natriy	Ichga qabul qilish maqsadida eritma tayyorlash uchun kukun	C	<a href="https://www.who.int/publications/m/i">https://www.who.int/publications/m/i</a>

	sitrat*			<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">tem/shock-sam--diarrhoea-treatment-guidelines-including-new-recommendations-for-the-use-of-ors-and-zinc-supplementation-for-clinic-based-healthcare-workers</a>
Boshqa rehidratasion eritmalar	Dekstroza	In'eksiyalar uchun eritma 5 % 200 ml, 400 ml; 10 % 200 ml, 400 ml	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Tuzli eritmalar	Natriy xlor eritmasi	Infuziyalar uchun eritma 0,9% 100 ml, 250 ml, 400 ml	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
	Ringer eritmasi, Ringer-laktat	Infuziyalar uchun eritma 200 ml, 400 ml	A	<a href="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">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</a>
Enteroseptiklar	Nifuroksazid Nitrofuranolar	Kapsula 200 mg, tab 100 mg, suspenziya 220 mg/5 ml 90 ml ichish uchun.	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Rux preparati	Rux	Ichishga tayyorlash uchun kukun	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>

Ferment preparatlar	Pankreatin	Kapsulalar 10000 va 25000 XB ichish uchun.	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Probiotiklar	Saxaromiset Bulardi ( <i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745)	Suspenziya tayyorlash uchun kapsulalar va poroshok; kapsulalar 250 mg; poroshok 250 mg	B	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditsinskoy_pomoshchi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_meditsinskoy_pomoshchi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>

### 6-jadval

#### Stasionar bosqichda qo'shimcha dori vositalari ro'yxati (100% foydalanish extimoli bo'lmagan)

Farmakoterapev-tik guruh	Dori vositasi XPN	Qo'llash usuli	Isbotlash darajasi	Havola
Miotrop spazmolitiklar	Drotavirin gidroxlorid	m/i ga kiritish uchun eritma 2,0 ml	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
	Papaverina gidroxlorid	m/i ga kiritish uchun eritma 2,0 ml	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Triazol hosilalari	Flukonazol	Yo'ldosh zamburug'li infeksiyada	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Qusishga qarshi preparatlar	Osetron Metoklopromid domperidon	0,5-1,5 mg/kg 1 yoshgacha bolalarga va 1 – 2 tabletka – bir yoshdan katta bolalarga ovaqtdan oldin	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Vitaminlar	Askorbinat kislota	Yaqqol ifodalangan antioksidantli ta'sirga	C	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publication">https://www.who.int/europe/ru/publication</a>

		ega		<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">s/i/item/9789241548373</a>
Fibrinoliz ingibitorlari	Aminokapron kislota	Og'ir shaklida, intoksikasiya va gemorragik sindromning aniq namoyon bo'lishida, yallig'lanishga qarshi maqsadlarda	C	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Gormonal preparatlar	Prednizolon	In'eksiyalar uchun eritma 30 mg/1 ml	B	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>
	Deksametazon	In'eksiyalar uchun eritma 4 mg/1 ml; 8 mg/1 ml	B	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>
	Gidrokortizon	m/i ga kiritish uchun eritma 25 mg/1 ml	C	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>
Plazma o'rnini bosuvchi vosita	Albumin	Infuziya uchun eritma 20 %: fl. 50 ml yoki 100 ml	B	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>
	YaMP	Odam plazmasi 50 – 300 ml, m/i ga kiritish uchun	B	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po</a>

				<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">okazaniyu skoroy meditsinskoy pomoshchi pri sindrome diarei infektsionnogo geneza</a>
	Gidroksietilirlangan kraxmal	Infuziya uchun eritma 6 %: but. 200 ml, 250 ml yoki 400 ml	<b>B</b>	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>
Xolinesteraza ingibitori	Neostigmin metilsulfat (Prozerin)	m/i ga va t/o ga kiritish uchun eritma 500 mkg/1 ml	<b>B</b>	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>
Gemostatiklar	Etamzilnat natriy (Disinon)	m/i ga va v/i ga kiritish uchun 12,5 % eritma	<b>C</b>	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>
Enterosorbentlar	Oktaidrik smektit		<b>B</b>	<a href="https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza">https://kingmed.info/guidelines/Klinicheskie_rekomendatsii_po_okazaniyu_skoroy_medsinskoy_pomoschi_pri_sindrome_diarei_infektsionnogo_geneza</a>

## Antibakterial dori vositalari ro'yxati

Farmakoterapev-tik guruh	Dori vositasi XPN	Qo'llash usuli	Isbotlanlik darajasi	Havola
Aminopenisillinlar*	Ampisillin/ Sulbaktam	v/i va m/i kiritish uchun eritma tayyorlash uchun poroshok 500 mg+250 mg	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Ikkinchi avlod sefalosporinlari *	Sefuroksim	250 mg, 750 mg va 1500 mg in'eksiyalar uchun eritma tayyorlash uchun poroshok	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Uchinchi avlod sefalosporinlari *	Seftriakson	v/i va m/i kiritish uchun eritma tayyorlash uchun poroshok 1 g.	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
	Sefiksım	Qobiq bilan qoplangan tabletkalar 200 mg, ichkariga qabul qilish uchun suspensiya tayyorlash uchun poroshok 100 mg/5 ml	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
	Sefotaksim	v/i va m/i kiritish uchun eritma tayyorlash uchun poroshok 1 g	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
	Sefepim	Poroshok d/prigot. r-ra d/v i v/m vvedeniya 1 g v/i va m/i kiritish uchun eritma tayyorlash uchun poroshok	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Qolgan boshqa aminoglikozidlar	Amikasin	In'eksiyalar tayyorlash uchun	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>

		poroshok 500 mg; in'eksiyalar uchun eritma 500 mg/2 ml, 2 ml dan		<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">s/i/item/9789241548373</a>
Karbapenemlar	Meropenem	v/i kiritish uchun eritma tayyorlash uchun poroshok 1 g va 500 mg	A	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Nitrofuranelar	Furazolidon	Ichkariga qabul qilish uchun tabletkalar	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Bakteriofaglar	Salmonellyozli bakteriofag	Kislotaga bardoshli qoplamali tabletkalar	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>
Polivalentli bakteriofag	Intestibakteriofag	Ichkariga qabul qilish uchun eritma, fl. 20 ml 4 yoki 10 dona	B	<a href="https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373">https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789241548373</a>

*Izoh: - \* in'eksiya uchun antibakterial preparatlar mushak ichiga yuborish uchun novokain (yoki lidokain) eritmasi bilan yoki tomir ichiga yuborish uchun 0,9 % natriy xloridning izotonik eritmasi bilan qo'llaniladi*

Antibakterial terapiya kursi kasallikning og'irligiga, asoratlarning mavjudligiga va bakterial tashuvchilikning shakllanishiga bog'liq. O'rta-og'ir shakllarda davolash kursi 5 – 7 kundan oshmaydi, og'ir holatlarda 10 – 14 kungacha uzaytirilishi mumkin.

#### **Diareya asoratlarini davolash [24].**

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

<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gipovolemik shokni davolash.</li> <li>- Ichak parezini davolash.</li> <li>- O'BE ni, GUS ni davolash.</li> <li>- ITSh ni davolash.</li> <li>- Neyrotoksikozni davolash:</li> <li>- Miya shishini davolash</li> </ul>
----------	---

#### **1. Gipovolemik shokni davolash.**

**Oziqlanishning og'ir buzilishi bo'lmagan gipovolemik shokda:** Davolash 7-sxemaga muvofiq o'tkaziladi (IVBDV stasionar darajasi cho'ntak qo'llanmasi) "Shok holatidagi bolaga qanday tez ichki venaga suyuqlik yuborish kerak, ammo oziqlanishning og'ir buzilishisiz", so'ng 11-sxema "Dastlabki shokka qarshi chora-tadbirlardan keyin og'ir suvsizlanishda shoshilinch yordam

ko'rsatish". Gormonal terapiya: prednizon 2-5 mg/kg/kuniga, deksametazon - 0,2-0,3 mg/kg/kuniga, gidrokortizon - 12,5 mg/kg kuniga.

### **Oziqlanishning og'ir buzilishi bilan birga kelgan gipovolemik shokda:**

1 soat davomida 15 ml/kg suyuqlikni venaga yuboring.

Boshida va har 5-10 daqiqada yurak urishi va nafas olish tezligini hisoblang:

- agar yaxshilanish belgilari bo'lsa (yurak urishi va nafas olish tezligi kamaysa), keyinchalik ichki venaga ushlab turuvchi suyuqliklarni yuboring (4-6 ml/kg/soat);

- agar ichki vena regidratatsiyasi paytida bolaning ahvoli yomonlashsa (nafas olish tezligi 1 daqiqada 5 ta nafas harakatiga yoki yurak urishi 15 zarbaga ortsa), quyishni to'xtating, chunki keyingi suyuqliklarning organizmga kirishi bolaning ahvolini yomonlashtirishi mumkin.

Mikrosirkulyasiyani yaxshilash, intoksikasiyani kamaytirish, qon aylanish hajmini tiklash va plazma o'rni bosish maqsadida albumin yoki gidroksietiekraxmal va suksinillangan jelatin eritmalari; sterofundin, meglumin natriy suksinat qo'llaniladi.

### **Gipoproteinemiya: Albumin (5%-100,0 yoki 20%-50,0).**

#### **DVS-sindromida: Yangi muzlatilgan plazma**

Qon va uning preparatlarini qo'llash O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2016 yil 10 avgustdagi "Donor qonining tarkibiy qismlari va uning preparatlarini klinik qo'llash bo'yicha yo'riqnomani tasdiqlash to'g'risida"gi 352-son buyrug'i va O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2019 yil 9 apreldagi "Davolash-profilaktika muassasalarida transfuziologik yordam ko'rsatishni tashkil etish to'g'risida"gi 99-son buyrug'iga muvofiq ko'rsatmalar mavjud bo'lgan taqdirda amalga oshiriladi.

#### **Gormonal terapiya:**

- prednizon sutkasiga 2 – 5 mg/kg;
- deksametazon – sutkasiga 0,2 – 0,3 mg/kg;
- gidrokortizon – sutkasiga 12,5 mg/kg.

## **2. Ichak parezini davolash**

<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 5% li natriy xlorid eritmasi bilan tozalovchi huqnalar;</li><li>- Prozerin - 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga - hayotining har bir yili uchun kuniga 1 mg dan ichish orqali; 10 yoshdan katta bolalar uchun maksimal doza 10 mg ni tashkil etadi. Teri ostiga 0,05% li eritma - dozasi hayotning har bir yili uchun 50 mkg hisobida, lekin bir ineksiyada 375 mkg dan oshmasligi kerak, kuniga 1 marta tayinlanadi, biroq zarurat tug'ilganda preparatning kunlik dozasini 2-3 qabulga bo'lish mumkin;</li><li>- qorinni uqalash;</li><li>- qoringa quruq issiqlik qo'yish.</li></ul>
----------	---

## **2. O'BE ni, GUS ni davolash**

Davolash kattalar va bolalarda nefrologik kasalliklarni davolashning klinik protokoliga muvofiq amalga oshiriladi.

#### 4. ITShni davolash

<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bemorning ahvolini – gemodinamik ko'rsatgichlari (5 yoshgacha bo'lgan bolalarda IVBDV bo'yicha shok belgilari), nafas olish, ong darajasini baholash;</li><li>- nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash, kislorod berish, zarurat bo'lganda traxeya intubasiyasi va o'pkaning sun'iy ventilyasini o'tkazish;</li><li>- venaga kirishni ta'minlash. Markaziy yoki periferik venalarni kateterizasiya qilishdan boshlash.</li></ul>
----------	---

- namlangan kislorodni niqob yoki nazal kateter orqali etkazib berish yo'li bilan doimiy oksigenasiya
- o'tkazilayotgan terapiyani kerreksiyalash maqsadida soatlik diurezni aniqlash uchun bemorni shokdan chiqargungacha siydik pufagiga kateter kiritish.

#### ITShda preparatlarni yuborish tartibi

Intensiv infuzion terapiya ketma-ket 3 marta 20 ml/kg miqdorida (kristalloidlar va kolloidlar nisbati 1:1) amalga oshiriladi. Zarur bo'lsa, infuziyaga gemodinamik javobga asoslanib, miqdor oshirilishi mumkin. Agar bola juda holsizlangan bo'lsa, suyuqliklar hajmi va quyish tezligi boshqacha bo'lishi lozim. Shu sababli, bolada ovqatlanishning jiddiy buzilishi bor-yo'qligini tekshirib ko'ring.

Prednizolon quyidagi dozada yuboriladi:

- 1-daraja ITShda - prednizolon 2 – 5 mg/kg/sutkada, deksametazon – 0,2 – 0,3 mg/kg/sutkada, gidrokortizon -sutkasiga 12,5 mg/kg;
- 2-daraja ITShda - prednizolon sutkasiga 5 – 10 mg/kg, deksametazon – sutkasiga 0,5 – 1,0 mg/kg, gidrokortizon - sutkasiga 25 mg/kg;
- 3-daraja ITShda - prednizolon sutkasiga 10 – 15 mg/kg gacha, deksametazon – sutkasiga 1,0 mg/kg, gidrokortizon – sutkasiga 25 – 50 mg/kg;
- antibiotik yuborilsin – ampicillin/sulbaktam 150 mg/kg v/i (sutkalik doza) yoki 3-avlod sefalosporinlari.

Geparin har 6 soatda (koagulogrammani hisobga olgan holda):

- 1-darajali ITSh – 50 – 100 XB/kg;
- 2-darajali ITSh – 25 – 50 XB/kg;
- 3-darajali ITSh – 10 – 15 XB/kg.

Birinchi tartib katexolaminini yuborish – Dopamin 10 mkg/kg/min dan va keyin gemodinamik javob bo'yicha dozani har 10 – 15 minutda 20 mkg/kg min gacha oshirish.

Dopaminga gemodinamik reaksiya bo'lsa (20 mkg/kg/min dozada), epinefrin /norepinefrinni 0,05 – 2 mkg/kg/min dozada yuborishni boshlash.

Metabolik asidozni korreksiyalash: SO'Vga o'tkazish.

Proteaza ingibitorlari – aprotinin – 500dan – 1000 ATE/kg (bir martali doza) dan.

Birgalikda miya shishi mavjud bo'lganda – mannitol 15 % – 1 – 1,5 g/kg va AB stabilizatsiyasida furosemid 1 % – sutkasiga 1 – 3 mg/kg.

Infuzion terapiya 10 – 15 ml/kg/soat hajmda davom etilsin:

Gipoproteinemiya:

- Albumin (5 % – 100,0 yoki 20 % – 50,0);
- YaMP quyish, eritrositar massaning 10 – 20 ml/kg

Qon va uning preparatlarini qo'llash O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2016-yil 10-avgustdagi "Donor qonining tarkibiy qismlari va uning preparatlarini klinik qo'llash bo'yicha yo'riqnomani tasdiqlash to'g'risida"gi 352-sonli, hamda 2019-yil 9-apreldagi "Davolash-profilaktika muassasalarida transfuziologik yordam ko'rsatishni tashkil etish to'g'risida"gi 99-sonli buyruqlariga muvofiq, tegishli ko'rsatmalar mavjud bo'lgan holatlarda amalga oshiriladi.

**Erta maqsadli davolash protokoliga rioya qilganda quyidagi ko'rsatkichlarga (samaradorlik mezonlariga) erishishga intilish lozim:**

<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- MVB - 3-5 mm sim. ust.dan kam bo'lmagan (markaziy vena kateterizatsiyasida);</li><li>- o'rtacha AB (AB o'rt.) &gt; 65 mm sim. ust.;</li><li>- diurez - 0,5 ml/kg/soat;</li><li>- saturatsiya - 85% hajm dan kam bo'lmagan ko'rsatkich.</li></ul>
----------	--

**Ko'rsatkichlar kuzatuv varag'ida har soatda nazorat qilinsin va qayd etilsin!**

### **3. Neyrotoksikozni davolash:**

- burun kateteri orqali doimiy ravishda yoki har 2 soatda 30 daqiqadan 50% li namlangan iliq kislorod bilan oksigenoterapiya o'tkazish;

- isitma tushiruvchi dorilarni qayta yuborish: atsetaminofen yoki ibuprofen.

- og'iz orqali qabul qilinadigan isitma tushiruvchi vositalar ta'sir qilmasa, parenteral (m/i) yo'l bilan:

- natriy metamizolning 50% li eritmasi bir martalik dozada 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga - 0,01 ml/kg, 1 yoshdan katta bolalarga - 0,1 ml/yoshi;

Quyidagilar bilan birgalikda:

- prometazinning 2,5% li eritmasi bir martalik dozada 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 0,01 ml/kg, 1 yoshdan oshgan bolalarga - 0,1-0,15 ml/yoshi yoki 1% li difengidramin eritmasi bir martalik dozada 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 0,2-0,5 ml, 1 yoshdan oshgan bolalarga - 0,7 ml, 3 yoshdan oshgan bolalarga - 1-1,3 ml;
- bir yoshgacha bo‘lgan bolalarga 0,1-0,2 ml va katta yoshdagi bolalarga 0,2 ml/yoshi bir martalik dozada 2% li papaverin eritmasi yoki 1% li dibazol eritmasi - 0,1 ml/yoshi m/i.

Agar 30-45 daqiqa davomida tana harorati pasaymasa, antipiretiklar neyroleptiklar - 2,5% li xlorpromazin (Aminazin) eritmasi bilan birgalikda bir martalik dozada 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 0,01 ml/kg, 1 yoshdan katta bolalarga - 0,1-0,15 ml/yoshi miqdorida qayta yuboriladi. Keyinchalik antipiretiklar kuniga 4 marta buyuriladi, chunki ularning davolash ta’siri 4-6 soat davom etadi. Meningeal sindromda - prednizolon 2-3 mg/kg v/i yoki m/i, furosemid 1-3 mg/kg v/i yoki m/i.

Tutqanoq xurujlarida:

- benzodiazepin 0,2-0,5 mg/kg dozada v/i sekin;
- natriy oksibutiratning 20% li eritmasi 0,25-0,5 ml/kg (50-100 mg/kg) bir martalik dozada 20,0-30,0 ml 10% li dekstroza eritmasida yoki 0,9% li natriy xlorid eritmasida v/i oqim bilan sekin;
- droperidolning 0,25% li eritmasi 0,3-0,5 mg/kg (0,1-0,15 ml/kg) miqdorida, lekin qon bosimi nazorati ostida 15 mg dan ortiq bo‘lmagan holda v/i.

Talvasa holatida - tez ta’sir qiluvchi barbituratlar:

- fenobarbital bir martalik dozasi 10-15 mg/kg m/i yoki v/i
- tiopental natriyning bir martalik dozasi 3-5 mg/kg v/i oqim bilan 5 daqiqa davomida sekin yuboriladi.
- infuzion terapiyani 30-50 ml/kg tana vazni hisobidan boshlash.

### 5. Bosh miya shishining davosi

Miya shishini davolash miya gipoksiyasini bartaraf etish, miya to‘qimalarining metabolizmini normallashtirish va miyaning osmoregulyasiya tizimlariga qisqartirish asosida olib boriladi.

#### Bosh miya shishida umumiy davo choralari:

A	-O‘pkada adekvat ventilyasiya va gaz almashinuvini ta’minlash. -Qon tomirlariga kirishni ta’minlash
---	--

- O'pkaning adekvat ventilyasiyasi va gaz almashinuvini ta'minlash. Bunga oksigenoterapiyaning turli usullari yoki bemorni sun'iy nafas oldirishga o'tkazish va nafas aralashmasiga kislorodning zaharli bo'lmagan konsentrasiyalarini (30-40%) qo'shish orqali erishiladi. RaO<sub>2</sub> ni 100-120 mm simob ustuni darajasida o'rtacha gipokapniya bilan (RaSO<sub>2</sub> - 25-30 mm simob ustuni) saqlash, ya'ni o'rtacha giperventilyasiya rejimida sun'iy nafas oldirish maqsadga muvofiq;

- Qon tomirlariga kirishni ta'minlash;

Degidratasion davo:

- osmodiuretiklar - mannitol eritmasining kunlik dozasi 0,5 - 1,5 g/kg (10, 15 va 20%). Siydik haydovchi ta'sir juda yaxshi ifodalangan, ammo infuziya tezligiga bog'liq, shuning uchun hisoblangan doza 10-20 daqiqa ichida yuborilishi kerak. Kunlik dozani (0,5-1,5 g quruq modda/kg) 2-3 marta yuborishga bo'lish lozim;

### **Diqqat qiling!**

Mannitol qo'llashga qarshi ko'rsatmalar:

- o'tkir tubulyar nekroz;

- qon hajmining kamayishi;

- og'ir yurak dekompensasiyasi;

- saluretiklar - mannitol ta'sirini to'ldirish uchun kuniga bir necha marta 1-3 (og'ir holatlarda 10 mg/kg gacha) dozada furosemid (mannitol infuziyasi tugagandan 30-40 daqiqa o'tgach yuboriladi);

- 10% li natriy xlorid eritmasi - 10 ml/kg;

- 25% li magniy sulfat eritmasi - 0,2-0,8 ml/kg;

- kortikosteroidlar - deksametazon quyidagi tartibda buyuriladi: 1-doz - 1 mg/kg, keyin har 6 soatda - kuniga 0,2 mg/kg, keyingi kunlarda har 6 soatda 0,2 mg/kg - bir hafta davomida;

- tutqanoqqa qarshi davolash: fenobarbital (kuniga 1-2 mg/kg), seduksen - 0,5% li 0,1 ml/kg, GOMK - 20% li eritma -50-150 mg/kg (bir martalik doza), ta'sir bo'lmasa - natriy tiopental - har 3 soatda 5-10 mg/kg, kunlik doza 80 mg/kg gacha; Tutqanoqlar to'xtamasa - natriy tiopental - har 2 soatda 5-10 mg/kg.

### **Diqqat qiling! Arterial qon bosimi pastligi va qon hajmi kamayishida barbituratlarni qo'llash mumkin emas:**

- antigipoksantlar - 20% li natriy oksibutirat eritmasi 50-70 mg/kg dozada (bir martalik doza);

- sezilarli periferik qon tomirlar torayishida - dopamin 5-10 mkg/kg/min dozada;

- infuzion terapiya markaziy va periferik qon aylanish ko'rsatkichlarini normallashtirishga, suv-elektrolit muvozanati ko'rsatkichlarini, kislota-ishqor holatini tuzatishga, DVS-sindromining oldini olish va bartaraf etishga qaratilgan;

- suyuqlik yuklamasini kunlik ehtiyojning 2/3 qismigacha cheklash.

### **Tez tibbiy yordam bosqichida ko'rsatiladigan dori-darmon bilan davolash:**

**Shok holatida:**

- nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash, kislorod berish;
- vena yo'li. Periferik venalarni kateterlashdan boshlash;
- jadal infuzion terapiya ketma-ket 3 marta 20 ml/kg (kristalloidlar va kolloidlar nisbati 1:1), zarur bo'lsa, infuziyaga qon aylanish tizimining javobiga qarab ko'proq. Agar bola juda ozg'in bo'lsa, suyuqliklar hajmi va quyish tezligi boshqacha bo'lishi kerak, shuning uchun bolada ovqatlanishning og'ir buzilishi bor-yo'qligini tekshiring;

Prednizolon - 2 mg/kg m/i yoki v/i bir marta;

Isitma 38,5°C dan yuqori bo'lganda - atsetaminofenning bir martalik dozasi 10-15 mg/kg. Agar teri rangi oqargan bo'lsa, 2% li papaverin eritmasi 0,1-0,2 ml/yosh yili m/i yoki 1% li dibazol eritmasi 0,1 ml/yosh yili m/i va 50% li natriy metamizol eritmasi buyuriladi: bir yoshgacha bo'lgan bolalarga - 0,01 ml/kg, bir yoshdan katta bolalarga - 0,1 ml/yosh yili;

- tutqanoq sindromida: diazepamning 0,5% li eritmasini 0,1 ml/kg (0,5 mg/kg) tana vazniga nisbatan bir martalik dozada, lekin 2,0 ml dan ko'p bo'lmagan miqdorda to'g'ri ichakka yoki m/i yuboriladi.

**Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar** (bemorni prosedura yoki aralashuvga tayyorlash jarayonining tavsifi), shuningdek muolajaning bevosita metodologiyasi (aralashuv) [21].

***Bemorni laboratoriya tekshiruvlariga tayyorlashga qo'yiladigan talablar.***

JSST hisob-kitoblariga ko'ra, bemor haqida diagnostika ma'lumotlarining 60-80 foizini ta'minlaydigan laboratoriya tekshiruvlarisiz kasalliklarni zamonaviy aniq tashxislash mumkin emas. Qon topshirishga to'g'ri tayyorgarlik va har xil turdagi laboratoriya tekshiruvlarining xususiyatlari haqida ma'lumot berilgan.

Turli tadqiqotlar uchun qon topshirishning bir qator umumiy qoidalari mavjud:

<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- och qoringa qon topshirish yaxshiroqdir;</li><li>- ertalab qon topshirish yaxshiroqdir;</li><li>- qon olishdan oldin dori-darmonlarni qabul qilmang;</li><li>- rentgen tekshiruvlari, KT diagnostikasi va fizioterapiya muolajalaridan so'ng darhol qon topshirmang;</li><li>- qon topshirishdan kamida bir kun oldin jismoniy va hissiy stressni bartaraf etishkerak;</li><li>- muntazam ichimlik suvini iste'mol qilish qon miqdoriga ta'sir qilmaydi</li></ul>
----------	---

Agar bemorga faqat umumiy qon taxlilini o'tkazishi kerak bo'lsa, bu maxsus tayyorgarlikni talab qilmaydi. Shuni hisobga olish kerakki, oxirgi ovqat tadqiqotdan 1 soat oldin iste'mol qilingan bo'lishi kerak [22].

## **Venadan qon olish**

1. Venoz qon ertalab va qat'iy ravishda och qoringa beriladi.
2. Oxirgi ovqat qon testini o'tkazishdan kamida 10-12 soat oldin bo'lishi kerak. Siz toza gazzsiz suv ichishingiz mumkin.
3. Tahlildan 24 soat oldin, kuchli jismoniy zo'riqish, butunlay yo'q qiling, spirtli ichimliklarni ichmang. Chekishni iloji boricha cheklang.
4. Talablarga rioya qilmaslik tadqiqot natijalariga ta'sir qilishi mumkin.

## **Umumiy siydik tahlili**

1. Siydik ertalab uyqudan keyin darhol och qoringa yig'iladi.
2. Oldingi siyish ertalab soat 2 dan kech bo'lmasligi kerak.
3. Siydik yig'ishdan oldin, tashqi jinsiy a'zolar yaxshilab tozalang.
4. Ertalabki siydikning butun qismini teriga tegmasdan toza, quruq idishda to'plang.
5. Siydikni idishda yaxshilab aralashtiring. Ehtiyotkorlik bilan kamroq quying, 100 ml siydikdan maxsus bir marta ishlatiladigan plastik idishgasoling.
6. Yig'ilgan siydikni imkon qadar tezroq laboratoriyaga etkazib bering.

## **Nechinorenko metodi bo'yicha siydik yig'ish**

Siydik ertalab uyqudan keyin darhol och qoringa yig'iladi.

1. Siydik yig'ishdan oldin tashqi jinsiy a'zolari yaxshilab yuviladi.
2. Siydik chiqarish paytida siydikning birinchi kichik qismini hojatxonaga chiqariladi. Keyin siydikning ikkinchi (o'rta) qismini qopqoqli bir martalik plastik idishga to'plang. Uchinchi qismini hojatxonaga chiqaring.
3. Yig'ilgan siydikni imkon qadar tezroq laboratoriyaga etkazib bering

## **Sutkalik siydik yig'ish**

1. Siydik 24 soat ichida yig'iladi.
2. Tahlil arafasida odatdagi ichimlik rejimiga rioya qiling (kuniga 1,5-2 litr suyuqlik).
3. Ertalab soat 8 yoki 9 da siydik pufagini hojatxonaga bo'shating.
4. Bir kundan keyin barcha siydikni havo o'tkazmaydigan qopqoqli toza, quruq uch litrli idishga to'plang.
5. Ertasi kuni ertalab soat 8 da bankada oxirgi marta siydik chiqaring.
6. Kuniga chiqarilgan siydik hajmini o'lchang va yozib oling. Keyin ehtiyotkorlik bilan aralashtiring va bir martalik plastik idishga 100 ml quying. Idishni havo o'tkazmaydigan qopqoq bilan yoping.
7. Siydikni laboratoriyaga yo'nalish bilan birga etkazib bering, unda kuniga chiqarilgan siydik hajmini ko'rsating.

## **Umumiy axlat tahlili (koprogramma)**

1. Koprogramma uchun najas steril qopqoqli plastik idishda yig'iladi
2. Tahlildan uch kun oldin, rangli maxsulotlarni rasiondan chiqarib tashlang: pomidor, lavlagi, qizil baliq, shuningdek og'ir va yog'li ovqatlar, dudlangan go'sht.
3. Klizma, laksatiflar, rektal shamlardan keyin tekshirish uchun najasni yig'mang.
4. Idishni 1/3 dan ortiq to'ldirmang.
5. Najasli idishni kun davomida laboratoriyaga etkazib bering, lekin defekasiyadan keyin 10-12 soatdan kechiktirmay. Ungacha idishni muzlatgichda saqlang.

### **Najasda yashirin qonni aniqlash**

1. Tadqiqotdan uch kun oldin baliq, go'sht, barcha turdagi yashil sabzavotlar, pomidor, bahorgi tuxum qo'yadigan tuxumlarni (embrion) dietadan chiqarib tashlang. Temir, askorbin va Asetilsalisil kislotalari, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (ibuprofen, naproksen) bo'lgan preparatlarni qo'llashni istisno qiling.

2. Klizma yoki bariy qabul qilinganidan keyin (rentgen tekshiruvi paytida) tekshirish uchun najasni yig'mang.

3. Tahlielni yig'ishdan oldin hojatxonada siydik chiqaring. Keyin najasni yig'ing tabiiy defekasiya orqali qopqoqli idishiga. Bunga ishonch hosil qiling najas solingan idishga siydik tushmasin.

4. Najasni steril plastik idishga joylashtiring. Idishni hajmning 1/3 qismidan ko'prog'i bilan to'ldirmang.

5. Najasli idishni laboratoriyaga etkazib bering

### **Ekma ekish uchun najas yig'ish**

1. Idishni yaxshilab yuvib tashlang, dezinfeksiyalash vositalarining izlarini olib tashlang.

2. Idishning pastki qismiga toza qalin qog'oz varag'ini qo'ying.

3. Bemor siydik namunaga tushmasligiga ishonch hosil qilib, defekasiya qiladi.

4. Najas namunasi steril idishning qopqog'iga o'rnatilgan qoshiq-spatula yordamida defekasiyadan so'ng darhol olinadi. Agar materialni tanlash uchun spatula bilan idish yo'q bo'lsa, loop, steril yog'och spatula va boshqalar steril vositalardan foydalaning

5. Biomaterial miqdori:

- shakllangan najas uchun-yong'oq hajmida;

- suyuq najas bo'lsa, uning idishlardagi qatlami kamida 1,5-2sm bo'lishi kerak, sreda bilan biomaterial umumiy miqdorning 3/2 qismidan analiz oshmasligi kerak.

1. Patologik aralashmalar mavjud bo'lganda, biomaterialni shilimshiq, yiring, po'stloq, qonsiz joylarni olish kerak.

2. Yopiq idish bilan steril plastik Paster pipetkasi yordamida suyuq najas namunalarini oling. Agar u mavjud bo'lmasa, rezina lampochkali shisha naychadan foydalaning.

Shartli patogen bakteriyalar va disbakterioz tufayli kelib chiqqan O'II diagnostikasi uchun namunalar faqat steril quruq idishlarda yig'iladi va tashiladi. Namunalarni laboratoriyaga etkazib berishning maksimal vaqti 2 soat, agar biomaterial muzlatgichda saqlansa - 4 soat. Tashish vaqtini uzaytirish shartli patogen bakteriyalar sonining ko'payishiga va disbiyoz va O'II ning ortiqcha tashxisiga olib kelishi mumkin.

**Jarrohlik aralashuvi:** yo'q, agar appendisit, ichak invaginasiyasi va boshqa jarrohlik ko'rinishlariga gumon qilingansa, jarroh maslahati talab qilinadi.

Jarrohlik aralashuvi amyobiaz (amyobiazni tashxislash va davolash protokoliga qarang) va qorin tifi asoratlarida (qorin tifini tashxislash va davolash protokoliga qarang) tavsiya qilinadi.

**Keyingi qadam:**

Dizenteriya va boshqa o'tkir diareya infeksiyalaridan keyin (salmonellyozdan tashqari) rekonvalessentlarni shifoxonadan chiqarish to'liq klinik sog'ayishdan keyin o'tkaziladi.

Bakterial diareyalarning rekonvalessentlarini bir martalik bakteriologik tekshirish (toksin bilan bog'liq va Proreus, Citrobacter, Enterobacter va shunga o'xshash boshqa turdagi shartli-patogen qo'zg'atuvchilar keltirib chiqargan holatlar bundan mustasno) kasalxonadan chiqarilgandan so'ng etti kalendar kun ichida, biroq antibiotik davolash tugagandan keyin kamida ikki kundan so'ng ambulatoriya sharoitida o'tkaziladi.

Dispanser kuzatuvini bir oy davomida amalga oshiriladi, shundan so'ng bir marta bakteriologik tekshiruv o'tkazish zarur. Shifokorga tashrif buyurish chastotasi klinik ko'rsatkichlar bo'yicha belgilanadi.

Dispanser kuzatuvini yashash joyi bo'yicha UASh/pediatr yoki yuqumli kasalliklar kabinetini shifokori tomonidan amalga oshiriladi.

Kasallik residivida yoki laborator tekshiruvining musbat natijasida dizenteriya bilan og'riq shaxslar yana davolanadi.

**6) Davolash samaradorligi hamda tashxisot va davolash usullarining xavfsizlik ko'rsatkichlari.****Erta maqsadli terapiya protokoliga muvofiq quyidagi ko'rsatkichlarga (samaradorlik mezonlariga) intilish kerak:**

- tana haroratining normallasuvi;
- suv-elektrolit balansining tiklanishi;
- intoksikasiya simptomlari pasayishi;
- gastrointestinal sindromning pasayishi;
- ich kelishining normallasuvi.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

**“BOLALARDA YUQUMLI DIAREYALAR”  
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY REABILITATCIYA  
VA PROFILAKTİKASINING MILLIY KLINIK  
PROTOKOLI**

## **TOSHKENT – 2025**

### **Protokoldan foydalanuvchilar:**

- umumiy amaliyot shifokorlari, terapevtlar, tez tibbiy yordam shifokor /feldsherlari, infeksiionistlar, anesteziolog-reanimatologlar, pediatrlar, epidemiologlar, klinik ordinatorlar, tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining magistrarlari, doktorantlari.

### **Ushbu nozologiya bo‘yicha tibbiy profilaktikaga muxtoj bemorlar toifasi**

- rekonvalissensiya davridagi o‘tkir ichak infeksiyasining turli klinik shakllaridan o‘tkazgan barcha bemor bolalar
- simptomsiz ichak infeksiyasini tashuvchisi bolalar hisoblanadi;
- yuqumli diareya bilan og‘rigan bemorlar bilan aloqada bo‘lgan bolalar.

### **Ushbu nozologiya bo‘yicha reabilitasiyaga muxtoj bemorlar toifasi**

- rekonvalissensiya davridagi o‘tkir ichak infeksiyasining turli klinik shakllaridan o‘tkazgan barcha bemor bolalar
- simptomsiz ichak infeksiyasini tashuvchisi bolalar hisoblanadi;
- yuqumli diareya bilan og‘rigan bemorlar bilan aloqada bo‘lgan bolalar.

### **Asosiy qism.**

#### **1) Kirish**

Diareya – bu odatda 24 soat ichida kamida uch marta suyuq va suvli najasning paydo bo‘lishi. Bolada najasda o‘zgarishlar bo‘lsa, ko‘p miqdorda va suyuqlik xarakteriga ega bo‘lsa (najas tarkibidagi suvning ustunligi) diareya deb tasniflanadi. Shuningdek, diareya sindromi qusish bilan birga bo‘lishi mumkin.

**Etiologiyasi** - yuqumli diareya (o‘tkir ichak infeksiyasi, infeksiion diareya) – bu bakterial patogenlar (shigella, salmonella va boshqalar), shartli patogen bakteriyalar (proteus, klebsiella, klostridiya va boshqalar), viruslar (rotaviruslar, adenoviruslar va boshqalar) xisobiga oshqozon-ichak traktining shikastlanishi keltirib chiqaradigan enteral (fekal-og‘iz) infeksiya mexanizmiga ega bo‘lgan inson yuqumli kasalliklari guruhidir, intoksikasiya va diareya sindromlari bilan namoyon bo‘ladi.

**Epidemiologiyasi.** Kasallik manbai kasal odam yoki tashuvchidir. Yuqish mexanizmi fekal-oral; maishiy aloqa (odamdan odamga, atrofdagi narsalar orqali, tarakanlar, chivinlar), suv (ifloslangan suvni iste'mol qilish), oziq-ovqat (termik ishlov berilmagan sabzavotlar va boshqa mahsulotlar). Kasallik ko'pincha issiq oylarda qayd etiladi.

Transmissiya yo'llarining xilma-xilligini hisobga olgan holda, kasalligi past bo'lgan mamlakatlar uchun yuqori xavfli guruhlarni aniqlash mumkin:

vaqtinchalik yashashdan keyin endemik mamlakatlardan kelgan shaxslar;

Immuniteti zaif shaxslar (to'yib ovqatlanmaydigan shaxslar).

### **Profilaktika va reabilitasiya turlari**

[http://www.idsociety.org/uploadedFiles/IDSA/GuidelinesPatient\\_Care/IDSA\\_Practice\\_Guidelines/IDSA%20Handbook%20on%20CPG%20Development%2010.15.pdf](http://www.idsociety.org/uploadedFiles/IDSA/GuidelinesPatient_Care/IDSA_Practice_Guidelines/IDSA%20Handbook%20on%20CPG%20Development%2010.15.pdf).

O'II profilaktikasi qilinishi zarur bo'lgan shaxslar:

- O'II bilan kasallangan bemor bilan aloqada bo'lgan sog'lom bolalar (shigellyoz, salmonellyoz, Esherixioz va boshq., bakterial, virusli yoki protozoal ichak infeksiyalari);

- infeksiya o'chog'ida bo'lgan bo'lgan bolalar va kattalar (ota-onalar).

Oziq-ovqat sanoati, umumiy ovqatlanish va savdo tashkilotlari, suv ta'minoti muassasalari, tibbiyot tashkilotlari va bolalar muassasalari xodimlari, shuningdek boshqa ba'zi ish beruvchilar sog'liqni saqlash, kasalliklarning paydo bo'lishi va tarqalishining oldini olish maqsadida ushbu tibbiy ko'rikdan yoki tekshiruvdan o'tkaziladi.

Tibbiy ko'rik turlari:

-dastlabki (ishga kirishda);

- davriy (tibbiy rejaga muvofiq.tekshirish);

- favqulodda (shu jumladan epid. ko'rsatmalar).

Shuningdek, o'tkir ichak infeksiyalari bo'yicha epidemiologik ko'rsatma bo'lgan xolatda bolalarda (maktablar, MTM) skrining o'tkazish ko'rsatmalari mavjud.

O'tkir ichak kasalliklaridan keyin bolalarni muvaffaqiyatli davolash va to'liq reabilitasiya qilish kompleks yondashuvni o'z ichiga oladi, jumladan, turli xil zarur yondashuvlar yordamida o'z vaqtida tekshirish, zamonaviy dori-darmonlar va dorivor bo'lmagan usullardan foydalanish, asoratlarning oldini olish va davolash, turli somatik patologiyalarning rivojlanishining oldini

olish. Shu bilan birga, individual choralar va tibbiy ko'riklar vaqti kasalliklarning turi va og'irligiga bog'liq.

### 3.1. Profilaktika usullari va muolajalari

1) Profilaktika maqsadi:

<b>A 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- rekonvalessentlar dispanserizatsiyasi;</li><li>- bakteriya tashuvchilarni nazoratga olish;</li><li>- infeksiya tarqalishini oldini olish</li></ul>
------------	--

**2) 1-lamchi profilaktika** - aholi o'rtasida sanitariya-tushuntirish ishlarni olib borish (anketalar, sanitariya rasmiylashtiruv tashviqoti) muhim rol o'ynaydi.

*Ommaviy profilaktika chorasi* sog'liqqa ta'sir qiluvchi ijtimoiy sharoitlarni o'zgartirishga, onaning bolani to'g'ri parvarish qilish va ovqatlantirish bo'yicha bilimlarini oshirishga qaratilgan. Shuningdek, u ichimlik suvi, sanitariya va gigiena sifatini yaxshilash, yomon odatlarni kamaytirish, tibbiy yordamdan foydalanishni ta'minlash va hokazolarni o'z ichiga oladi.

*Individual profilaktika:*

- Shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilish: sayrdan keyin qo'llarni yaxshilab yuvish, hojatxonadan foydalanish, ovqatdan oldin va hokazo.
- Xom holda iste'mol qilingan sabzavotlar, o'tlar va rezavorlar yaxshilab yuvilishi va qaynoq suv bilan kuydirilishi kerak.
- Sut aralashmalarini tayyorlash uchun idishlarni yaxshilab yuving va sterilizatsiya qiling (qaynatib oling).
- Qolgan aralashmani bolaga takroran bermang.
- Bolalarni yangi tayyorlangan ovqat bilan ovqatlantiring.
- Bolaga umumiy stoldan ovqat bermang.
- Emizikli onalarga mavsumiy parhezga rioya qilish (sabzavot, meva, rezavor mevalarni ehtiyotkorlik bilan iste'mol qilish), yog'li ovqatlar, qandolat mahsulotlari va boshqalarni iste'mol qilishni cheklash zarurligini tushuntirish kerak.
- faqat qaynatilgan yoki butilkali suvdan foydalaning;

- mumkin bo'lgan infeksiya uchun xavfli bo'lgan hududlarda sabzavot va mevalarni qaynatilgan suv bilan yuving va tozalang;
- shaxsiy gigienaning asosiy qoidalariga rioya qiling (qo'llarni sovun bilan yuvish va h.k.)
- umumiy ovqatlanish joylarida issiqlik bilan ishlov berilmagan idish-tovoq va mahsulotlarni iste'mol qilmang.
- davolanish tugaganidan keyin salmonellalarni chiqarishni davom ettiradigan bolalar davolovchi shifokor tomonidan maktabgacha ta'lim tashkilotiga tashrif buyurishdan o'n besh kunga to'xtatiladi, bu davrda najasni uch marta tekshirish bir kundan ikki kungacha bo'lgan vaqt oralig'ida amalga oshiriladi. Takroriy ijobiy natija bilan to'xtatib turish va tekshirishning bir xil tartibi yana o'n besh kun davomida takrorlanadi.

### 3) 2-lamchi profilaktika.

<b>A 1</b>	Milliy emlash kalendari asosida bolalar jamoalarini o'z vaqtida emlash. Rotavirus infeksiyasi vaksinaprofilaktikasi [«Yuqumli kasalliklarning immunoprofilaktikasi» SanQvaT ning 2021 yil 17 iyul №0239-07/24 son]
------------	--

Ichak infeksiyasiga chalingan bolalar uchun quyidagi chora-tadbirlar amalga oshiriladi:

<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Klinik va laboratoriya tuzalgandan keyin davrida bolalar jamoasiga qo'shiladi;</li> <li>-Dizenteriya va boshqa o'tkir ichak infeksiyalaridan o'tkazgan rekonvalesentlarni bakteriologik tekshirish klinik tuzalgandan keyin, lekin antibiotik terapiyasi tugaganidan keyin ikki kalendar kundan kechiktirmay amalga oshiriladi;</li> <li>-Sallamonellyoz bilan kasallangan bolalar davolanish tugaganidan keyin davolovchi shifokor tomonidan o'n besh kalendar kunga maktabgacha ta'lim tashkilotiga tashrif buyurishdan to'xtatiladi, bu davrda najasni uch marta tekshiriladi, bir kundan ikki kungacha bo'lgan vaqt oralig'ida amalga oshiriladi. Takroriy ijobiy natija kuzatilmaganda va tekshirishning bir xil tartibi yana o'n besh kun davomida takrorlanadi.</li> <li>- Shigellyoz va boshqa o'tkir ichak infeksiyalaridan (salmonellyozdan tashqari) keyin rekonvalesentlarni chiqarish to'liq klinik sog'ayishdan keyin amalga oshiriladi.</li> <li>- Shigellyoz va boshqa o'tkir ichak infeksiyalari rekonvalesentlarini yagona bakteriologik tekshirish (toksin vositachiligidagi va sabab bo'lganlardan tashqari ular</li> </ul>
----------	---

laboratoriya tekshiruvdan o'tadilar.

- Bakterial yuqish uch oydan ortiq davom etadigan shaxslar shigellyozning surunkali shakli bo'lgan bemorlar sifatida davolanadi;
- Salmonellyoz rekonvalesentlarini chiqarish to'liq klinik tiklanish va najasni bitta salbiy bakteriologik tekshiruvdan so'ng amalga oshiriladi. Tadqiqot davolanish tugaganidan keyin uch kundan kechiktirmay amalga oshiriladi.

### **3.2. Reabilitasiyaning usul va muolajalari:**

A 1

- O'tkir rivojlangan patologik jarayon tugashi bilan tana funksiyalarini saqlash;
- Shikastlangan organlar yoki tana tizimlarining mumkin bo'lgan buzilishlarini oldini olish, erta tashxis qo'yish va tuzatish;
- Mumkin bo'lgan nogironlik darajasining oldini olish va kamaytirish;
- bolaning o'sishi, jismoniy va aqliy rivojlanishini yaxshilash, kundalik stressga nisbatan chidamlilikni oshirish.
- Zararlangan organ yoki tizimning yo'qolgan funksiyalari tiklash va (yoki) kompensasiyani to'liq yoki qisman tiklash;
- O'tkir zararlangan patologik jarayon tugashi bilan tana funksiyalarini ta'minlash;
- Shikastlangan organlar yoki tana tizimlarining mumkin bo'lgan buzilishlarini oldini olish, erta tashxis qo'yish va tuzatish;
- Mumkin bo'lgan nogironlik darajasining oldini olish va kamaytirish;
- Hayot sifatini yaxshilash;
- Bemorning ish qobiliyatini saqlash;
- Bemorning jamiyatga ijtimoiy integratsiyasi.

#### **4. Reabilitasiya muolajalarining bosqichi va ko'lamini aniqlash mezonlari**

O'II o'tkazilgandan keyin reabilitasiya choralari bemorning uyga javob berish holatiga bog'liq, kasalxonadan chiqish uchun ko'rsatma esa to'liq klinik tiklanish (intoksikasiya, diareya yo'qligi, og'ir ekziko belgilari va uning asoratlari) va bakteriologik ekmani manfiy natijasi hisoblanadi.

Bemorni shifoxonadan chiqargandan so'ng, kasallikning o'tkazilgan klinik shaklining etiologiyasiga (bakterial, virusli) (engil, o'rtacha va og'ir) qarab, asoratlarning mavjudligi, keyinchalik pediatri tomonidan yashash joyidagi poliklinikaning yuqumli kasalliklar bo'limida

reabilitasiya davom ettiriladi, yuqumli kasallik mutaxassis, yuqumli kasalliklar idorasi bo‘lmasa-tuman pediatri tomonidan dispanserizasiya chora tadbirlari olib boriladi.

Quyidagi belgilarga ega bo‘lgan barcha bolalar reabilitasiya qilinadi:

<b>A 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-og‘ir asoratlangan O‘II bilan kasallangan barcha bemorlar;</li> <li>-oziqlanishning etishmasligi;</li> <li>-anemiya;</li> <li>-cho‘ziluvchan diareya;</li> <li>-ichak yallig‘lanishi sindromlarining paydo bo‘lishi;</li> <li>-hazm qilishning buzilishi;</li> <li>-bakteriya tashuvchilik.</li> </ul>
------------	--

Reabilitasiya joizligini aniqlash mezonlari:

- shaxsiy anamnezida oshqozon-ichak trakti, nafas olish organlari, Markaziy asab tizimi (MAT) kasalliklari bo‘lgan bolalar;
- reabilitasion salohiyatga ega bo‘lganlar;
- o‘tkir buyrak etishmovchiligi bilan asoratlangan o‘tkir buyrak etishmovchiligining og‘ir shakliga duch kelganlar
  - gipovolemik shok bilan asoratlangan O‘II ning og‘ir shaklini boshdan kechirganlar
  - O‘II bilan kasallangan oqsil - energetik etishmovchiligi bo‘lgan bolalar
  - O‘II bilan kasallangan anemiya mavjud bo‘lgan bolalar

### 5. *Reabilitasiyaning hajmi va bosqichlari*

Tor mutaxassislar tomonidan asoratlarni inobatga olgan xolda amalga oshiriladi.

### 6. *Reabilitasiya va profilaktika turlarini ifodalovchi tashxisot choralari:*

#### **O‘tkir ichak infeksiyasi o‘tkazgan bolalarning dispanser nazorati**

Kuzatuv davomiyligi	Maxsus va shart bo‘lgan tashxisot	Shifokor maslahati	Davolash-profilaktik chora-tadbirlari	Dispanserizasiya samaradorlik mezonlari	Kasallikdan sog‘aygan bolalarni maktabgacha ta‘lim muassasasiga qabul
Silliq kechganda - 1 oy Asoratli kechganda (pankreatop	Umumiy qon tekshiruvi-kasalxonadan chiqqandan keyin, residiv holatida	Pediatriyuqumli kasallik mutaxassisi maslahati-cho‘ziluvchan, og‘ir	Parhez (1,5 – 3 oy davomida).  Bir yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun – ko‘krak suti	Harorat, ishtaha, umumiy ahvol, ich kelishi va tana vaznining	Bolalar bog‘chalari, bolalar uylari, bolalar sog‘lomlashtirish

<p>atiya, biliar patologiya, oshqozon-ichak traktining funksional buzilishlari, kardiopatiya va boshqalar) - kamida 3 oy Takroriy bakteriya ajratilishida (salmonellyoz) - qo'zg'atuvchidan to'liq tozalanguncha, lekin kamida 3 oy</p>	<p>Najasni bak ekmaga topshirish ( tasdiqlangan O'II da) - kun ora uch marta topshiriladi; Qo'zg'atuvchi aniqlangan holatda to'liq sanasiya bo'lgunga qadar har oyda tekshiriladi. Koprogramma – bilan uzoq muddatli ichak disfunktsiyasi va residivlarda tekshiriladi. Qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruviboshliq organlari- kasalxonadan chiqarilgandan keyin; agar patologiya aniqlansa - har 3 oyda takrorlanadi. EKG, EXO-KG – yurak patologiyasida\ kamida Oyiga 1 marta. Disbakterioz uchun najasni tahlil qilish - davolashning so'nggida va</p>	<p>kechganda, residivlar bilan, uzoq muddatli bakteriya ajratuvchanlik da- 2 haftada 1 marta amalga oshiriladi.</p> <p>Gastroenterolog -Oshqozon-ichak traktiga oid asoratlarda- 1 oyda 1 marta;</p> <p>Kardiolog maslahat-yurak-qon tomir tizimi asoratlarda 1 oyda 1 marta;</p> <p>Allergolog – oziq-ovqat allergiyasining (o'rta og'ir yoki og'ir) shakllarida (atopik dermatit, allergeoenteropatiya) – 1 oyda 2 marta amalga oshiriladi.</p>	<p>bilan oziqlantirish tavsiya etiladi. (laktoza etishmovchiligida laktaza preparatlarini qo'shish bilan) yoki past laktozali aralashmalar va qo'shimcha ovqatlar buyuriladi.</p> <p>Bir yoshdan oshgan bolalar va kattalarga- 4 yoki 5p stoli; yumshoq, mexanik jihatdan qayta ishlangan oziq-ovqat. Yuqori allergen mahsulotlar mumkin emas.</p> <p>Uglevodlar nazorati ostida axlat va koprogramma tekshiruvlari - parhezni kengaytirish muddatlarini aniqlash uchun. Suyuqlik va tuz miqdori yurak-qon tomir tizimi holatini hisobga olgan holda belgilanadi Pankreatik</p>	<p>normallashuvi. Kasallik kechishini murakkablash-tiruvchi sindromlarni bartaraf etish. Bakteriologik tasdiqlangan O'II da - to'rtta manfiy bakteriologik ekmalar (uchta - kun ora va bitta- bir oydan keyin)</p>	<p>muassasalari, internat maktablaridan bo'lgan bolalar uchun - klinik sog'ayish va har kuni yoki bir kundan keyin olingan 3 ta manfiy bakteriologik ekmatijasi. Maktablar, kollejl va boshqa ta'lim muassasalari o'quvchilari uchun - klinik sog'ayish. Jismoniy tarbiya darslaridan ozod qilish</p>
---	--	---	---	--	---

	kasalxonadan chiqqandan so'ng		fermentlar - ikkilamchi pankreatopatiy ada 2 hafta davomida Prokinetiklar Pro- va prebiotiklar - o'tkir davrda antibiotik qabul qilgan barcha bolalarga		
--	-------------------------------	--	--	--	--

### 1) Asosiy chora-tadbirlar

<b>A</b>	Qabul paytida shifokor bilan maslahatlashish, reabilitasiya tadbirlarini tayinlash maqsadida, davolanishni tuzatish dinamikasida va keyingi tavsiyalar berish uchun yakuniy; ko'rsatmalarga muvofiq tor profilli mutaxassislarni tekshirish; bakteriokarraj bilan - fag terapiyasi.
----------	---

### 2) Ko'rsatmaga binoan qo'shimcha chora-tadbirlar

<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EKG</li> <li>- qorin a'zolari UTT</li> <li>- axlat va qon umumiy tahlili</li> <li>- siydikning umumiy tahlili;</li> <li>- qon bioximiyasi (ALT, AST, umumiy bilirubin, umumiy oqsil, kreatinin, mochevina, qonda qand miqdori, SRB, koagulogramma).</li> </ul>
----------	---

#### *Nomedikamentoz terapiya:*

<b>A</b>	Terapevtik yondashuvlar singari, o'tkir ichak infeksiyalari bo'lgan bemorlarda ovqatlanishni qo'llab-quvvatlashni tashkil etish kasallikning davomiyligiga, bemorning ahvolidan og'irligiga va uning yoshiga qarab bosqichma-bosqich amalga oshirilishi kerak.
----------	--

#### *Medikamentoz reabilitasiya:*

A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vitamin bilan davolash- hujayra membranalarining o'tkazuvchanligini tiklash, ularning biopotensialini oshirish va normal mikroflorani tiklash uchun individual tolerantlikni hisobga olgan holda tiklanish davrida barcha bolalarga buyuriladi. Vitamin va mineral komplekslar 10-14 kunlik kurs uchun ko'rsatiladi.</li> <li>- Pro - va prebiotiklar-10-14 kun davomida ichak mikrobiosenozi yaxshilash uchun.</li> <li>- O'rinbosar fermentativ davo-pankreatin 10 000 birlik 2-3 marta 5-10 kun ichida (fermentopatiya namoyon bo'lishi bilan)</li> <li>- Fag terapiyasi-bakterial yuqish, invaziv bakterial ichak infeksiyalari uchun.</li> </ul>
---	--

### **7. Reabilitatsion va profilaktik chora-tadbirlar samaradorligi ko'rsatkichlari:**

Profilaktik chora-tadbirlar samaradorligining asosiy ko'rsatkichlari bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bolalar orasida O'II bilan kasallanishning kamayishi;</li> <li>- bolalar orasida O'IIning o'rta og'ir va og'ir shakllari bilan kasallanishning kamayishi;</li> <li>- bolalar orasida O'II bilan hospitalizatsiya qilinganlarning kamayishi;</li> <li>- bolalar orasida O'II dan o'lim xolatini kamayishi.</li> </ul>
---	---

Reabilitatsion chora-tadbirlar samaradorligining asosiy ko'rsatkichlari bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- shikoyatlari yo'qligi;</li> <li>- diareyaning butunlay to'xtashi;</li> <li>- axlat chastotasining tiklanishi;</li> <li>- bakteriologik ekmani manfiy natijasi;</li> <li>- tana vazinini qo'shilishi;</li> <li>-axlat konsistensiyasining normalashishi va patologik qo'shimchalarning yo'qligi.</li> </ul>
---	---

### **Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:**

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\\_Kli](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_Kli)

[nicheskie rekomendatsii po okazaniyu skoroy meditsinskoy 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](https://www.researchgate.net/publication/271001008_Nelson_Textbook_of_Pediatrics)

8. Edici MC, Tummo 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): Ruszczynski 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.

**Sxema 1. Diareyani davolash uchun A rejasi:  
Uyda diareyani davolash.**

ONAGA UYDA DAVOLANISHNING 4 QOIDASI HAQIDA MASLAHAT BERING:  
QO'SHIMCHA SUYUQLIK BERISH. QO'SHIMCHA RUX PREPARATLARINI BERISH.  
OZIQLANTIRISHNI DAVOM ETTIRILISHU KERAK. QANDAY HOLATLARDA  
KASALXONAGA QAYTA MUROJAT QILISHI KERAKLIGINI BILISH.

**1. Bolaga qo'shimcha ravishda u icha oladigan miqdorda suyuqlik berish.**

- Onaga tavsiya eting:
  - Tez-tez ko'krak suti bilan emizish va har bir emizish davomiyligini uzaytirish.
  - Agar chaqaloq faqat ona suti bilan oziqlansa, ona sutidan tashqari ORV eritmasi yoki toza suv bering.
  - Agar chaqaloq faqat ona suti bilan oziqlanmasa, quyidagi suyuqliklardan birini yoki bir nechtasini bering: ORV eritmasi, suyuq ovqatlar (masalan, sho'rva, guruchli suv, suyuq yogurt) yoki toza suv.

**Quyidagi hollarda ORVni uyda berish ayniqsa muhimdir:**

- tashrif paytida bola B yoki C rejasiga muvofiq davolanayotgan bo'lsa;
- agar diareya kuchaygan bo'lsa, bola bilan kasalxonaga qaytishning iloji bo'lmasa.
- Onaga ORV eritmasini tayyorlash va uni qo'llashni o'rgating. Uyda foydalanish uchun onaga ikkita ORV paketini bering.
- Onaga odatdagi miqdordan tashqari qancha suyuqlik berish kerakligini ko'rsating:
  - 2 yoshgacha: har bir hojatga chiqishdan keyin 50-100 ml;
  - 2 yosh va undan kattalar har bir ich ketishidan keyin 100-200 ml.

**Onaga maslahat bering:**

- Farzandingizga tez-tez kichik qultumlarda piyoladan ichishga ruxsat bering.
- Agar bola qayt qilishni boshlasa, 10 daqiqa kuting, keyin suyuqlik berishni sekinroq davom eting.
- Diareya butunlay to'xtagunga qadar qo'shimcha suyuqlik berishni davom eting.

**2. Qo'shimcha rux preparatlarini bering**

- **Onaga qancha rux berish kerakligini tushuntiring:**
  - 6 oylikgacha: 10-14 kun davomida kuniga yarim tabletka (10 mg).
  - 6 oy va undan kattalar: 10-14 kun davomida kuniga 1 tabletka (20 mg).
- **Onaga rux preparatini qanday berishni ko'rsating:**
  - Chaqaloqlar uchun tabletkani kichik stakan yoki qoshiqda oz miqdordagi toza suvda, sut yoki ORV eritmasida eritib bering;
  - Kattaroq bolalar tabletkani chaynashlari yoki oz miqdorda bir stakan toza suvda eritilgan holda yoki qoshiqda ichishlari mumkin.
- RUX PREPARATINING TO'LIQ KURSINI (10-14 KUN) DAVOMIDA QABUL QILISH ZARURLIGIGA ONANING E'TIBORININI QARATING.

**3. Oziqlantirishni davom etish.**

Onaga eslatma

**4. Kasalxonaga qanday holatlarda qayta murojaat qilishini ayting.**

**Sxema №2. Diareyani davolash rejasi B: yengil suvsizlanishni og‘iz orqali regidratatsion vositalarni qabul qilish bilan davolang!**

**TIBBIYOT MUASSASASIDA ORV ERITMASINING TAVSIYA ETILGAN HAJMINI 4 SOAT ORALIG‘IDA BERING**

➤ **Birinchi 4 soat davomida beriladigan ORV eritmasi hajmini aniqlang.**

Yosh	4 oygacha	4 oydan 12 oygacha	12 oydan 2 yoshgacha	2 yoshdan 5 yoshgacha
<b>Tana massasi</b>	< 6 kg	6- < 10 kg	10- < 12 kg	12-19 kg
	200-400 ml	400-700 ml	700-900 ml	900-1400 ml

<sup>1</sup>Bolaning tana vazni noma‘lum bo‘lganda uning yoshi orqali hisoblashni amalga oshiring. Kerakli ORV eritmasining taxminiy hajmini (ml da) bolaning tana vaznini (kg) 75 ga ko‘paytirish orqali ham hisoblash mumkin.

Agar bola ORV eritmasini jadvalda ko‘rsatilganidan ko‘proq ichishni xohlasa, unga ko‘proq bering.

➤ **Onaga chaqolaqqa ORV eritmasini qanday berishni ko‘rsating.**

- Farzandingizga tez-tez kichik qultumlarda piyoladan ichishga ruxsat bering.
- Agar bola qayt qilishni boshlasa, 10 daqiqa kuting, keyin suyuqlik berishni sekinroq davom eting.
- Bola istagan vaktida ko‘krat suti bilan oziqlantirishda davom eting.

■ **4 soatdan keyin:**

- Bolaning holatini qayta ko‘rib chiqing va suvsizlanish darajasini aniqlang.
- Davolanishni davom ettirish uchun tegishli rejani tanlang.
- Farzandingizni tibbiyot muassasasida ovqatlantirishni boshlang.

➤ **Agar ona davolanish tugagunga qadar tibbiy muassasani tark etishi kerak bo‘lsa:**

- Unga uyda ORV eritmasini qanday tayyorlashni ko‘rsatib bering.
- Unga uyda 4 soatlik regidratatsiya kursini yakunlash uchun bolaga qancha xajmdagi eritma berish kerakligini tushuntiring.
- Unga regidratsiyani yakunlash uchun yetarli miqdorda ORV paketlarini bering.
- Shuningdek, diareyani davolashning A rejasida tavsiya etilganidek, 2 ta paketni bering.
- Onaga uyda davolanishning 4 qoidasini tushuntiring:

**1. Qo‘shimcha suyuqlik bering.**

**2. Qo‘shimcha rux preparatlarini bering.**

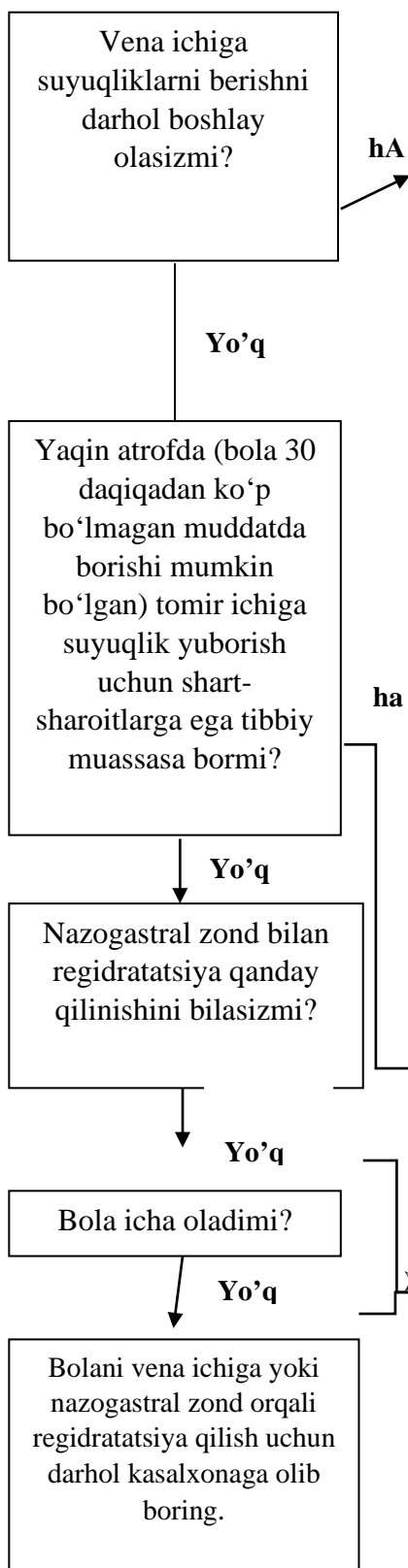
**3. Ko‘krak suti bilan oziqlantirishni davom eting.**

**4. Kasalxonaga qanday holatlarda qayta murojaat qilishini biling.**

Diareyani davolash rejasi A va ona uchun eslatmaga qarang

**Sxema 3. Diareya uchun V rejasi: Og'ir suvsizlanishni zudlik bilan davolang.**

→ ko'rsatkichga amal qiling. Agar javob HA bo'lsa o'ngga, YO'Q bo'lsa pastga tushing

**BU YeRDAN BOSH LASH**

- Darhol tomir ichiga suyuqlik yuborishni boshlang. Venaga suyuqlik jo'natguncha agar bola suyuqlikni ichaolsa, ORV bering. Ringer laktat eritmasini quyidagi sxema bo'yicha 100 ml/kg hajmda (yoki agar u mavjud bo'lmasa, u holda fiziologik eritma) bering.

Yosh	Avval 30 ml/kg dan buyuring:	Keyin 70 ml / kg dan yuboring:
Chaqaloqlar (12 oygacha)	1 soat <sup>1</sup>	5 soat
Bolalar (12 oy - 5 yil)	30 daqiqa <sup>1</sup>	2,5 soat

<sup>1</sup>Radial arteriya puls hali ham zaif yoki aniqlanmasa, in'eksiyani takrorlang.

- Bolaning holatini har 15-30 daqiqada baholang. Agar gidratatsiya holati yaxshilanmasa, suyuqlik quyish tezligini oshiring. Gipergidratatsiyani rivojlantirmaslik uchun ehtiyot bo'ling.

- Shuningdek, bola ichishi mumkin bo'lgani zahoti ORV eritmasini (taxminan 5 ml/kg/soat) bering: odatda 3-4 soatdan keyin (chaqaloqlar) yoki 1-2 soatdan keyin (kattaroq bolalar).
- Chaqaloqni 6 soatdan keyin, kattaroq bolani esa 3 soatdan keyin holatini qayta baholang. Suvsizlanish darajasini aniqlang. Keyin davolanishni davom ettirish uchun tegishli rejani (A, B yoki C) tanlang

- Bolani tomir ichiga suyuqlik yuborish uchun darhol kasalxonaga olib boring.
- Agar bola ichishi mumkin bo'lsa, onaga ORV eritmasini bering va kasalxonaga o'tkazish paytida uni kichik qultumlarda qanday berishni ko'rsating.

ORV eritmasi bilan zond orqali regidratatsiya (yoki og'iz orqali) boshlang: 6 soat davomida 20 ml / kg / soat suyuqlik bering (jami 120 ml / kg).

- Bolaning holatini har 1-2 soatda baholang:
  - Qayta-qayta qayt qilish yoki asta-sekin qorinning shishishi kuzatilsa, suyuqlikni sekinroq bering.
  - Agar gidratatsiya holati 3 soatdan keyin yaxshilanmasa, bolani vena ichi orqali suv yuborish terapiyasiga yuboring.
- 6 soatdan keyin bolaning ahvolini qayta ko'rib chiqing va suvsizlanish darajasini aniqlang. Keyin davolanishni davom ettirish uchun tegishli rejani (A, B yoki C) tanlang.

**Eslatma:** Iloji bo'lsa, regidratatsiya tugaganidan keyin kamida 6 soat davomida bolani kuzating va onaning bolaga ORV eritmasini og'iz orqali ichirishi va gidratatsiya holatini saqlab tura olishiga ishonch hosil qiling.

#### 4-sxema: Ovqatlanishining og‘ir buzilishi bo‘lmagan shok holatidagi bolaga tomir ichiga suyuqlikni qanday yuborish kerak?

- Bolada og‘ir ovqatlanishi buzilishini tekshiring, agar mavjud bo‘lsa, suyuqlik miqdori va infuzion tezligi boshqacha bo‘lishi kerak. (Ovqatlanishning og‘ir buzilishi mavjud boladagi shok - 5-sxema).
- Vena ichiga sistema o‘rnatish (va shoshilinch laboratoriya tekshiruvini uchun qonni oling).
- Ringer laktat eritmasi yoki fiziologik eritma infuziyasini boshlang va infuzion terapiya normal davom etayotganiga ishonch hosil qiling.
- Eritmani maksimal mumkin bo‘lgan tezlikda 20 ml / kg tana vazniga yuboring.

Yoshi (tana vazni)	Ringer laktat eritmasi yoki fiziologik eritma hajmi (20 ml/kg)
2 oy (<4 kg)	50 ml
2 - < 4 oy (4 - < 6 kg)	100 ml
4 - < 12 oy (6 - < 10 kg)	150 ml
1 - < 3 yil (10 - < 14 kg)	250 ml
3 - < 5 yosh (14 - 19 kg)	350 ml

**Tegishli suyuqlik hajmini kiritgandan so‘ng bolaning holatini qayta ko‘rib chiqing.**

Birinchi infuziyadan keyingi holatini baholang:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agar yaxshilanish bo‘lmasa, eritmani 20 ml / kg hajmda eng yuqori tezlikda yuborishni takrorlang.</li> <li>- Agar qon ketsa, 30 daqiqa davomida 20 ml / kg qon quyung va bolani diqqat bilan kuzatib boring.</li> </ul>
2-infuziyadan keyin holatini baholang:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agar yaxshilanish bo‘lmasa va suvsizlanish belgilari bo‘lsa (ko‘p diareya yoki vaboda bo‘lgani kabi), Ringer laktat eritmasi yoki fiziologik eritmani 20 ml / kg hajmda takrorlang.</li> <li>- Agar yaxshilanish bo‘lmasa va septik shok rivojlanish ehtimoli kutilsa, eritmani 20 ml/kg hajmda takrorlash va agar mavjud bo‘lsa, adrenalini yoki dofamin yuborish to‘g‘risida qaror qabul qiling.</li> <li>- Hech qanday yaxshilanish bo‘lmasa, muayyan kasalliklarni davolashga oid tavsiyalardan foydalaning. Bu vaqtga kelib siz allaqachon dastlabki tashxisga ega bo‘lishingiz kerak.</li> </ul>

Har qanday bosqichda yaxshilanish sodir bo‘lgandan so‘ng (puls yaxshilanadi, yurak urish tezligi pasayadi, qon bosimi dastlabki ko‘rsatkichlari 10% ga ko‘tariladi, kapillyarlar to‘ldirilishi tezlashadi - < 2 soniya) keyingi choralarni bajaring.

**Eslatma:** Bezgak kasalligiga shubha qilingan yoki shok holatida bo‘lgan kamqonlik bilan og‘rigan bolalarga tomir ichiga infuziyalar ehtiyotkorlik bilan yuborilishi kerak, og‘ir kamqonlik holatlarida suyuqlik quyish o‘rniga qonva uning preparatlarini quyish afzalroqdir.

### **5-sxema: Ovqatlanishining og‘ir buzilishi bo‘lmagan shok holatidagi bolaga tomir ichiga suyuqlikni qanday yuborish kerak?**

Agar bolada shok belgilari bo‘lsa (odatda ong darajasining pasayishi, ya‘ni letargiya yoki to‘liq ongni yo‘qotish) faqat ushbu turdagi davolanishni bering.

- Vena ichiga sistema o‘rnating (va shoshilinch laboratoriya tekshiruvi uchun qonni oling).
- Kerakli suyuqlik hajmini hisoblash uchun bolaning tana vaznini o‘lchang (yoki uning vaznini o‘lchamasdan taxmin qiling).
- 1 soat davomida 15 ml / kg tana vazniga vena ichiga suyuqlik yuboring. Quyidagi dori vositalari mavjudligiga qarab birontasidan foydalaning:
  - 5% glyukoza (dekstroza) bilan Ringer laktat eritmasi;
  - 5% glyukoza (dekstroza) bilan 0,45% natriy xlorid eritmasi.

<b>Tana vazni</b>	<b>Vena ichiga yuboriladigan suyuqlik hajmi 1 soat ichida yuboring (15 ml/kg)</b>	<b>Tana vazni</b>	<b>Vena ichiga yuboriladigan suyuqlik hajmi 1 soatdan ko‘proq (15 ml / kg) yuboring</b>
4 kg	60 ml	12 kg	180 ml
6 kg	90 ml	14 kg	210 ml
8 kg	120 ml	16 kg	240 ml
10 kg	150 ml	18 kg	270 ml

- Infuziya quyishdan oldin va har 5-10 daqiqada yurak urish tezligini va puls to‘lishishini, shuningdek nafas olish tezligini aniqlang.

**Agar yaxshilanish belgilari kuzatilsa (puls va nafas olish tezligi pasayadi, pulsning to‘lishi yaxshilanadi) va o‘pka shishi belgilari kuzatilmasa:**

- 1 soat davomida 15 ml/kg hisobida infuzion terapiyani takrorlash;
- 10 soatgacha 10 ml/kg/soat hajmdagi oral regidratasion vosita bilan og‘iz orqali yoki nazogastral zond orqali regidratasiyani davom ettirish;
- Moslashtirilgan sutli aralashmalar bilan qayta tiklovchi oziqlantirishni boshlang;

**Agar bolaning ahvoli ikki marta vena ichiga 15 ml/kg miqdorida suyuqlik yuborilganidan keyin ham yaxshilanmasa:**

- gemotransfuziya uchun qon olib keltirilgunga qadar, vena ichiga qo‘llab quvvatlovchi dozada suyuqliklarni (4 ml/kg/soat) yuborishni davom ettiring;
- qon preparati keltirilgach, yangi to‘liq qonni asta-sekin 10 ml / kg hajmda 3 soat davomida quyung (yurak etishmovchiligida eritrositar massadan foydalaning); so‘ngra
- moslashtirilgan aralashmalar bilan qayta tiklovchi oziqlantirishni boshlang;
- Vena ichiga antibiotiklar yuborishni boshlang.

**Vena ichiga regidratsiya paytida bolaning ahvoli yomonlashsa,** (nafas olish tezligi daqiqasiga 5 taga, yurak urish tezligi daqiqada 15 taga oshsa, jigar kattalashsa, o‘pkaning butun yuzasida mayda pufakchali xirillashlar eshitilsa, yurak auskultasiyasida gallop ritmi eshitilsa), infuziyani to‘xtating. Chunki keyinchalik vena ichiga suyuqlik yuborishni davom ettirish o‘pka shishi rivojlanishi tufayli bolaning ahvolini yanada yomonlashtirishi mumkin.

### **Sxema 6. Dastlabki shokka qarshi choralardan so‘ng, og‘ir suvsizlanish holatida shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish.**

Shok holatida bo‘lmagan kuchli suvsizlangan bolalar uchun diareya bo‘yicha V rejaga qarang.

Agar bola shok holatida bo'lsa, avvalo 4 va 5-sxemalardagi ko'rsatmalarga amal qiling. Bolaning yurak urishi sekinlashganda yoki kapillyarlarni to'ldirish vaqti kamayganda ushbu sxemaga o'ting.

- Ringer laktat eritmasini (Hartman eritmasi) 70 ml/kg tezlikda (yoki agar mavjud bo'lmasa, fiziologik eritma) yuboring. 12 oygacha bo'lgan bolalar uchun eritma 5 soat ichida, 12 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 2,5 soat ichida qo'llaniladi.

Tana massasi	Vena ichiga yuboriladigan suyuqliklarning umumiy hajmi (1 soat ichida yuborilgan hajm)	
	Yoshi < 12 oy 5 soatdan oralig'ida yuboring	Yoshi 12 oydan 5 yoshgacha 2,5 soat ichida yuboring
< 4 kg	200 ml (40 ml/soat)	-
4-6 kg	350 ml (70 ml/soat)	-
6-10 kg	550 ml (110 ml/soat)	550 ml (220 ml/soat)
10-14 kg	850 ml (170 ml/soat)	850 ml (340 ml/soat)
14-19 kg	-	1200 ml (480 ml/soat)

Farzandingizni har 1-2 soatda baholang. Agar suvsizlanish darajasi o'zgarmasa, vena ichiga suyuqlik quyish tezligini oshiring.

Shuningdek, bola suyuqlik icha oladigan bo'lishi bilan, og'iz orqali regidratasiya vositalari (ORV) eritmasini (taxminan 5 ml/kg/soat) berishni boshlang; bu odatda chaqaloqlarda 3-4 soatdan keyin, kattaroq bolalarda esa 1-2 soatdan keyin sodir bo'ladi.

Tana massasi	Qo'llaniladigan ORV eritmasi hajmi (soatiga)
< 4 kg	15 ml
4-6 kg	25 ml
6-10 kg	40 ml
10-14 kg	60 ml
14-19 kg	85 ml

Chaqaloqni 6 soatdan keyin, kattaroq bolani esa 3 soatdan keyin ahvolini qayta baholang. Suvsizlanish darajasini aniqlang. Keyin davolanishni davom ettirish uchun tegishli davolash rejasini (A, B yoki V) tanlang.

*Iloji bo'lsa, regidratasiya tugaganidan keyin kamida 6 soat davomida bolani kuzating va onaning bolaga ORV eritmasini og'iz orqali berishi va gidratasiya holatini saqlab tura olishiga ishonch hosil qiling.*