

**ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI I
PEDIATRIYA FAKULTETI PEDIATRIYA KAFEDRASI**



“TASDIQLAYMAN ”

O‘quv ishlari prorektori
t.f.d. _____ G.J.Jarilkasimova
« _____ » _____ 2022 yil.

**Pediatric fakulteti
6-kurs talabalari uchun**

**OILA TIBBIYOTI
FANIDAN O‘QUV-USLUBIY
M A J M U A**

Bilim sohasi: 900000 – Sog‘liqni saqlash va ijtimoiy ta‘minot
Ta‘lim sohasi: 910000 – Sog‘liqni saqlash
Ta‘lim yo‘nalishi: 60910300 – Pediatric ishi

Buxoro -2022 yil

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI O‘RTA VA MAXSUS TA‘LIM VAZIRINING 2017 yil 1 mart №107 sonli buyrug‘i ilovasi asosida tayyorlandi .

Tuzuvchilar :

Achilova D.N. - Pediatriya kafedrası dotsenti

Matniyozova Z.T.- Pediatriya kafedrası assistenti

Kafedra yig‘ilishida muhokama qilindi va ma‘qullandi “ ___ ” _____ 2022 y

Kafedra mudiri:

Navro‘zova Sh.I. t.f.d.,prof _____

(imzo)

Taqrizchilar:

1. Muxamedova SH.T.- Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrası mudiri, t.f.n
2. Bobojonova Z.N.-Ichki kasalliklar propedevtikasi, klinik farmakologiya va oliy hamshiralik ishi kafedrası mudiri t.f.n

Ushbu majmua o‘quv dasturi va o‘quv rejasi asosida xirurgiya yo‘nalishi bo‘yicha tuzildi va Buxoro davlat tibbiyot instito‘t i markaziy uslubiy kengashida muxokama qilindi Ilmiy kengash №1 bayonnoma 27.08 21 yilda tasdiqlandi.

Bayonnoma №1.27.08.2022 yil.

O‘quv bo‘limi uslubchisi : **Odilova R.X**

O'QUV –USLUBIY MAJMUA MUNDARIJASI

1. O'quv materiallari	
1.1. Namunaviy dastur	
1.2. Ishchi dastur (fakultativ pediatriya)	
1.3. Ishchi dastur (gostital pediatriya)	
2. Nazariy mashg'ulot materiallari	
2.1 Birlamchi yordamni falsafasi	
2.2. Vaksinatsiya.	
2.3. Kamqonlik va ratsional ovqatlanish.	
2.4. Bolalar kasalliklarni integrallashgan usulda olib borish BKIUOB (ICATT)	
2.5. O'tkir eshak emi	
2. Amaliy mashg'ulotlar materiallar	
1. Birlamchi yordam falsafasi	
2. Profilaktika turlari	
3. Postvaksinal reaksiyalar va asoratlar	
4. CHaqaloqlik davri.	
5. 1-5 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan patologik holatlar	
6. 5-12 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan patologik holatlar	
7. Jinsiy balog'atga etish davri (12-16 yosh).	
8. Ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish.	
9. Oziqlanishning buzilishini aniqlash va ularni korreksiya qilish.	
10. BKIUOB (ICATT). BKIUOB strategiyasi	
11. BKIUOB (ICATT). BKIUOB strategiyasi	
12. BKIUOB (ICATT). BKIUOB strategiyasi	
13. Kamqonlik va ratsional ovqatlanish.	
14. Qorinda og'riq	
15. Dispeptik buzilishlar	
16. Sariqlik	
17. Bo'g'im sindromi	
18. BTDK differensial diagnostikasi	
19. Dalillarga asoslangan tibbiyot	
20. Arterial gipertoniya	
21. YUrak-qon tomir tizimi va nafas tizimi a'zolari bilan bog'liq bo'lmagan	
22. Ko'krakdagi og'riq	
23. YUrak etishmovchiligida nafas qisishi.	
24. Aritmiyalar	

25. O'pka kasalliklarida obstruktiv sindrom	
26. Dunyoda va O'zbekistonda reproduktiv salomatlik	
27. Qalqonsimon bez kasalliklari	
28. Talvasa va es-hushning buzilishi	
29. Dermatologiya.	
3. Mustaqil ta'lim mavzular	
4. Glossariy	
5. Ilovalar	
5.2. Tarqatma materiallar	
5.3. Mavzuga oid test savollari	
5.4. Baholash mezonlari	
5.5. Foydalanilgan adabiyotlar	

I. O'quv fanining dolzarbligi va oliy kasbiy ta'limdagi o'rni

Ushbu fan respublikadagi sog'liqni saqlash tizimida o'tkazilayotgan islohotlar kesimida muhim ahamiyatiga ega. Sog'liqni saqlash birlamchi bo'g'iniga alohida e'tibor berilishi va umumiy amaliyot shifokori (pediatr) tizimini rivojlantirish nuqtai nazaridan bu fanning ahamiyati oshib bormoqda. SHu munosabat bilan ushbu dastur birlamchi bo'g'inda keng tarqalgakasalliklarni oldini olish, kechishi, davolashi va rehabilitatsiya o'tkazishni qamrab oladi.

Poliklinik pediatriya va rehabilitologiya fanida olingan ma'lumotlar shifokorlar dunyokarashlarining shakllanishida, ularni mantiqiy fikr yurita olishga o'rgatishda katta ahamiyatga ega. Ijtimoiy va tibbiy-biologik fanlar bilan bir qatorda poliklinik pediatriya va rehabilitologiya fani salomatlik va kasallik to'g'risida umumlashgan dunyoqarash poydevorini yaratadi. Mazkur dastur hozirgi zamon pediatriya yo't uqlaridan foydalanilgan, o'quv jarayonida qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar e'tiborga olingan holda tuzilgan.

Poliklinik pediatriya va rehabilitologiya fani XIII va XIV semestrlarda o'qitiladi. Dasturni amalga oshirish o'quv rejasida belgilangan pediatriya, ichki kasalliklar, xirurgiya, yukumli kasalliklar fanlarini o'qitishda asos bo'lib xizmat qiladi.

II. O'quv fanining maqsadi va vazifasi

Fanni o'qitishdan maqsad - nazariy, uslubiy va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish yo'li bilan talabani mustakil faoliyatga tayyorlash, nazariy va klinik fanlarni o'zlashtirish uchun zarur poydevor bilimlarni shakllantirishdir.

Ushbu maqsadga erishish uchun fan talabalarni nazariy bilimlar, amaliy ko'nikmalar, eng ko'p uchraydigan kasalliklarni kelib chiqish asoslarini, kasalxonagacha bo'lgan davrda umumiy tashxislash tamoyillari, kasallikni klinik ko'rinishi, laborator va instrumental tekshiruv usullari, davolashi, rehabilitatsiyasi, kasalliklarni oldini olish (profilaktika) usullarini bilishi va ko'nikmalarini xosil qilish vazifalarini bajaradi.

Talaba:

- ambulator sharoitida uchraydigan kasalliklarni epidemiologiyasi;
- ambulator sharoitida uchraydigan kasalliklarni etiologiyasi va patogenezi;
- bemorlarni poliklinika sharoitida rehabilitatsiyasi va dispanser kuzatuv qoidalari haqida tasavvurga ega bo'lishi;
- aholi orasida kasallikni oldini olish (profilaktika) tamoyillari;
- kasalliklarni klinik kechishini o'ziga xos xususiyatlari;
- bemorlarni ambulator sharoitida davolash prinsip va usullarini bilishi va ulardan foydalana olishi;
- Bemorlarni tekshirish, anamnez yig'ish, manual, ob'ektiv tekshiruvlarni o'tkazish, bemorlarda qo'shimcha tekshirishlar o'tkazish, tashxis qo'yish va maslahat uchun mo'taxassislariga to'g'ri yo'llanma berish, kasalliklar profilaktikasini o'tkazish va davolash;
- Birinchi yordam berish;
- Vaksinatziya va revaksinatziyani qilish va samaradorligini aniqlash;
- Go'daklarda tana vazni va bo'yini o'lchash;
- Bolalarni jismoniy va ruhiy rivojlanishini baholash;
- Go'dakni ko'krakga to'g'ri qo'yish texnikasi;
- Ovqatlanish ratsionini tuzish;
- Qon bosimini o'lchash;
- EKG o'tkazish; - EKG interpretatsiyasi;- ko'rish o'tkirligini aniqlash va ko'rish maydonini nazorat usulida tekshirish;- rinoskopiya o'tkazish;- otoskopiyani o'tkazish;- Pikfloumetriya;
- Laborator tahlillarni interpretatsiyasi;
- Qalqonsimon bezini pappatsiyasi kabi ko'nikmalarga ega bo'lishi kerak;

3.1.O'quv yuklamasi va o'quv ishlar turlari

semestr	Umumiy yuklama hajmi	Ma'ruza (soat)	Amaliy mashg'ulot (soat)	Laboratoriya mashg'uloti	Mustaqil ta'lim (soat)	Nazorat turi va shakli	Kredit hajmi
11--12	309	10	170		129		
Jami :	309	10	170		129		

III. Asosiy nazariy qism (ma'ruza mashg'ulotlari)

PEDIATRIYA ISHI FAKULTETI 6 KURS TALABALARI UCHUN MO'LJALLANGAN "OILAVIY TIBBIYOT" FANIDAN MA'RUZALAR ISHCHI DASTURI

Ma'ruza mavzusi	Qisqacha annatatsiyasi	soat	S	Foydalaniladigan adabiyotlar
Birlamchi yordamni falsafasi	Qon sultatsiya berish ilmi. Og'ir kasallarni qon sultatsiya qilish. «VRACH-PATSIENT»ni o'zaro munosabati. SHifokor qon sultatsiyasini tahlili, bemor kartasini to'ldirish. Etika va bemorni sirlarini oshkora etmaslik. Anamnezni yig'ish. Ambulator kartani to'g'ri to'ldirish. Tibbiy hujjatlarni KVP va oilaviy poliklinikada to'g'ri yuritish. Bemorni mo't axassislik bo'yicha ko'rish. Klinik va instrumental tekshirish va analizlarni tahlil qilish.	2	8	As. 1,2, Qo'sh.7,
Vaksinatsiya.	Vaksinatsiya. Xavfsiz emlash asoslari. Emlash kalendari. Postvaksinal holatlar va asoratlar va ularga yordam	2		As. 1,2, Qo'sh.7,8
Kamqonlik va ratsional ovqatlanish.	Kamqonlik va ratsional ovqatlanish.	2	8	As. 1,2, Qo'sh.7,
Bolalar kasalliklarni integrallashgan usulda olib borish BKIUOB (ICATT).	Xavf omillarini aniklash. Yo'tal va nafas kiyinligi. Diareya, diareyani davolash.). Oziklanishning buzilishi bo'lgan bolalar, tugri ovqatlanish buyicha maslaxat berish (Ko'krak so't i bilan bokish, kushimcha ovqatlantirish, 2 yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish Gipovitaminozlar (Vitamin A saplementatsiyasi, unni temir bilan fortifikatsiyalash, tuzni yodlash).	2	8	As. 1,2, Qo'sh.7,
Eshak emi (krapivnitsa)	Qichima dermatozlar: dermatit (qon taktli, seboreyali neyrodermatit), ekzema (disgidrotik, tangasimon, kuruk).	2	8	As. 1,2, Qo'sh.7,

	Jami		1 0 soat
--	-------------	--	---------------------------

IV. Amaliy mashg'ulotlar bo'yicha ko'rsatma va tavsiyalar
PEDIATRIYA ISHI FAKULTETI 6 KURS TALABALARI UCHUN
MO'LJALLANGAN "OILAVIY TIBBIYOT" FANIDAN AMALIY
MASHG'ULOTLAR ISHCHI DASTURI

№	Mavzu	Qisqacha annatatsiyasi	S oat	Foydalani ladigan adabiyotlar
1	Birlamchi yordam falsafasi	Umumshifokorlik amaliyotining asoslari Umumiy shifokorlik amaliyoti tamoyillari. Sog'liqni saqlash tizimida umumiy amaliyot shifokorining roli va vazifalari. BTSYO muassasalarida tibbiy hujjatlarning hisobot shakllari (UzR SSV buyrukpari №80, 100, 287, 212,420). 2.Maslaxat berish ko'nikmalari. Ogir bemorlar konsultatsiyasi. "SHIFOKOR- BEMOR" o'zaro munosabatining tamoyillari va uslublari	6	As.1,2
2	Profilaktika turlari	BTSYOda profilaktik choratadbirlarni o'tkazish. Vaksinatziya. Kasallanishni tahlil qilish.	4	As. 1,2, Qo'sh.7,8
3	Postvaksinal reaksiyalar va asoratlar	Postvaksinal reaksiyalar va asoratlar. Vaksinatziyadan keyingi holat va asoratlarda birlamchi yordam	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8
4	CHaqaloqlik davri.	CHaqaloqlarni ko'rikdan o'tkazish. CHaqaloqlik davridagi chegaraviy holatlar. CHaqaloqlar patronaji. CHaqaloqlik davrida va bolalarda xayotining 1 yilida ko'p uchraydigan patologik holatlar.	6 8	As. 1,2, Qo'sh.6,7,
5	1-5 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan patologik holatlar	1-5 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan patologik holatlar (faringit, laringit, tonsillit, bronxit). 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda bronxial astma. Enurez. Siydik yo'llari infeksiyasi). Tekshiruv rejasi. Maslahat berishning o'ziga xosligi.	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8

6	5-12 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan patologik holatlar	5-12 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan patologik holatlar (revmatik isitma). Tekshiruv rejasi. Maslaxat berishning o'ziga xosligi	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8
7	Jinsiy balog'atga etish davri (12-16 yosh).	Jinsiy balog'atga etish davri (12-16 yosh). Ushbu yoshda ko'p uchraydigan patologik holatlar. Ushbu davrning muammolari. Maslaxat berishning o'ziga xosligi (narkomaniya, toksikomaniya).	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8, 9,10
8	Ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish.	Ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish. Ko'krak so't i bilan boqish. Ko'krak so't i bilan boqishni qo'llab-quvvatlash bo'yicha siyosat. Ko'krak so't i bilan boqishning afzalliklari. Bola ovqatlanishini kuzatish va baxolash. Ko'krak so't i bilan boqishda uchraydigan qiyinchiliklar (Seminar) 10 Qo'shimcha ovqatni kiritish tamoyillari. 2 yoshdan katta bolalarni ratsional ovqatlantirish.	6	As. 1,2, Qo'sh.5,6, 7,8
9	Oziqlanishning buzilishini aniqlash va ularni korreksiya qilish.	Oziqlanishning buzilishini aniqlash va ularni korreksiya qilish. Oziqlanish muammolari bo'yicha maslahat berish (Seminar)	6	As. 1,2, Qo'sh.4,5, 7,8
10	BKIJOB (ICATT). BKIJOB strategiyasi	BKIJOB (ICATT). BKIJOB strategiyasi. Xavf omillarini aniklash. Yo'tal va nafas qiyinligi	4	As. 1,2, Qo'sh.7,8
11	BKIJOB (ICATT). BKIJOB strategiyasi	Diareya, diareyani davolash. Isitma. Tomoq va quloqdagi og'riqlar. Keyingi ko'rik. Onaga maslahat	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8
12	BKIJOB (ICATT). BKIJOB strategiyasi	Oziqlanishni buzilishi bo'lgan bolalar, to'g'ri ovqatlanish bo'yicha maslahat berish. (Ko'krak so't i bilan boqish, qo'shimcha ovqatlantirish, 2 yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish). Gipovitaminozlar (vitamin A saplementatsiyasi, unni temir bilan fortifikatsiyalash, tuzni yodlash).	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8
13	Kamqonlik va ratsional ovqatlanish.	Kamqonlik va ratsional ovqatlanish. Gipovitaminozlar Vit A saplementatsiyasi, unni temir bilan fortifikatsiyalash, tuzni yodlash.	4	As. 1,2, Qo'sh.7,8

14	Qorinda og'riq	Qorinda og'riq. (surunkali gepatit, xoletsistit, o't kopi kolikasi, o'tkir pankreatit, buyrak kolikasi), gastrit, enterokolit, 12 barmokli ichak va oshqozon yarasi, keksalar va bolalarda o'ziga xosligi.	6 12	As. 1,2, Qo'sh.11,
15	Dispeptik buzilishlar	Ezofagit, divertikulit, gastrit, 12 barmokli ichak va oshqozon yarasi, gepatitlar, xoletsistit, pankreatit, sirroz, jigar raki. Bolalarda o'ziga xosligi. Pilorostenoz, pilorospazm, reflyuks-ezofagit. Noinfeksion diareya. Malabsorbsiya sindromi, NYAK, Kron kasalligi. Ta'sirlangan yo'g'on ichak sindromi.	6 3,4 14	As. 1,2, Qo'sh.13,
16		Sariqlik. Surunkali gepatitlar, xoletsistit, pankreatit, jigar sirrozi, jigar, oshqozon osti bezi raki.	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8
17	Sariqlik	Sistit, pielonefrit, diagnostikasi va davosi. Siydik-tanosil yo'llari tuberkulezi, glomerulonenfritning differensial diagnostikasi. Siydik-tanosil tizimi anatomiyasi va fiziologiyasi. Nefrologik tekshiruvning uziga xosligi. UASH taktikasi.	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8
18	Bo'g'im sindromi	Elkada, qo'lda og'riq. Karpal tunnel sindromi. Bo'g'im ichi in'eksiyalari. Revmatoid artrit. Revmatizm. Kechishining o'ziga xosligi va profilaktikasi. UASH taktikasi. Sonda, tizzada, tovonda og'riq. Reaktiv artritlar, Reyter kasalligi, podagra.Bo'yinda, orqada, belda og'riq- Umurtka pog'onasi kasalliklari - osteoartroz, osteoxondroz, Bexterev kasalligi	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8
19	BTDK differensial diagnostikasi	SKV, sklerodermiya, dermatomiozit, tizimli vaskulitlar	6	As. 1,2, Qo'sh.7,8
20	Dalillarga asoslangan tibbiyot	Dalillarga asoslangan tibbiyot	6	As. 3,4, Qo'sh.7,8
21	Arterial gipertoniya	Arterial gipertoniya (essensial, simptomatik). JSST tasnifi. Diagnostikasi. Arterial gipertoniya essensial, olib borish taktikasi va davosi. PEN	6 15	As. 3,4, Qo'sh.14,

		protokollari.		
22	YUrak-qon tomir tizimi va nafas tizimi a'zolari bilan bog'liq bo'lmagan Ko'krakdagi og'riq	<p>YUrak-qon tomir tizimi va nafas tizimi a'zolari bilan bog'liq bo'lmagan ko'krakdagi og'riq (qovurg'alararo nevrалgiya, oshqozon yara kasalligi va b.),</p> <p>Ko'krak qafasida og'riq bo'lgan bemorlar ko'ruvining o'ziga xosligi Ko'krak qafasi a'zolari: yurak, qon tomirlari, nafas tizimi a'zolari va b. anatomiyasi va fiziologiyasini muhokama qilish. EKG ni olish, normal EKG.</p>	6 15	As. 3,4, Qo'sh.14,
23	YUrak etishmovchiligida nafas qisishi.	<p>YUrak etishmovchiligida nafas qisishi. Differensial diagnostikaning o'ziga xosligi. Davosi, UASH taktikasi. Miokardit, kardiomiopatiyalarda YUE ning dif.diagnostikasi. Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari. Bolalarda o'ziga xosligi.</p>	6 15	As. 3,4, Qo'sh.14,
24	Aritmiyalar	<p>Aritmiyalarning EKG diagnostikasi, aritmiya turlari, davosi. O'tkir miokard infarkta, YUIK, stenokardiya bilan dif.diagnostikasi. Xushdan ketish (Syncope). O'tkazuvchanlikning buzilishi, yurak blokadalar.</p>	6	
25	O'pka kasalliklarida obstruktiv sindrom	<p>O'pka kasalliklarida obstruktiv sindrom. O'pka surunkali obstruktiv kasalligi, bronxial astma). PEN protokollari.</p> <p>Yo'tal. Nafas yo'llari kasalliklari dif.diagnostikasi - bronxit, pnevmoniya, bronxoektatik kasallik, o'pka absessi. Yo'tal va qon tuflash bilan kechuvchi turli holatlarning diagnostikasi. Plevrit, o'pka raki, UATE. O'pka shishi. Nafas yo'llaridagi yot jism.</p>	6 15	As. 3,4, Qo'sh.14,
26	Dunyoda va O'zbekistonda reproduktiv salomatlik	<p>Dunyoda va O'zbekistonda reproduktiv salomatlik. Ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi va fiziologiyasi. Maslahat berish asoslari. JSST tasnifi.</p> <p>Gormonal qon tratsepsiya. KOK lar, ko'rsatma, qarshi ko'rsatma, nojo'ya ta'sirlari. TPK lar, ko'rsatma, qarshi ko'rsatma, nojo'ya ta'sirlari</p>	6 15	As. 3,4, Qo'sh.14,

27	Qalqonsimon bez kasalliklari	Qalqonsimon bez kasalliklari (gipotireoz, gipertireoz). Tashxislashning o'ziga xosligi va davosi. UASH taktikasi. Qandli diabet klinikasi, diagnostikasi, davosi. UASH taktikasi. Asoratlarni oldini olish, skrining va aholini o'qitish. Dori vositalarini tavsiya etish. QD da komalar. UASH taktikasi.	6 18	As. 3,4, Qo'sh.17,
28	Talvasa va es-hushning buzilishi	Talvasa va es-hushning buzilishi. Epilepsiya va talvasali holatlar. Bolalarda uziga xosligi. Ushbu patologiyada bemorlar nevrologik ko'ruvining o'ziga xosligi. Ota-onalar va bolalarga maslahat berishning o'ziga xosligi. Epileptik to't qanok va hushdan ketishning farqi (sinkopal paroksizm). Birinchi yordam va keyingi davolash-diagnostik taktikasi.	6	
29	a. Dermatologiy	Dermatologiya. Terining patologik elementlari. Terining infeksiyon va parazitari kasalliklari: impetigo, saramas, teri, genitalliy yaralari, yotok yarasi. Toshmalar. Husnbuzar, uyali allopetisiya, follikulit. Psoriaz, pushti lishay, qizil yassi lishay. Terining zamburug'li kasalliklari: dermatofitiya, kandidoz, kepaksimon lishay. Pigmentatsiyaning buzilishi: nevus, melanoma. Terining hajmli kasalliklari - so'gal, lipomalar, rak	6 15	As. 3,4, Qo'sh.14,
30	Qichima	Qichima. Eshak emi (krapivnitsa), qo'tir, pedikulez. Qichima dermatozlar: dermatit (qon taktli, seboreyali neyrodermatit), ekzema (disgidrotik, tangasimon, quruq)	4 15	As. 3,4, Qo'sh.14,
	Jami		70 soat	1

Amaliy mashg'ulotlar multimedia qurilmalari bilan jihozlangan auditoriyada bir akademik guruh bir o'qituvchi tomonidan o'tkazilishi lozim.

Mashg'ulotlar faol va interfaktiv usullar yordamida o'tilishi, mos ravishda munosib pedagogik va axborot texnologiyalar qo'llanilishi maqsadga muvofik.

V. Mustaqil ta'lim va mustaqil ishlar

**PEDIATRIYA FAKULTETI 6 KURS TALABALARI UCHUN
MO'LJALLANGAN "OILAVIY YIBBIYOT" FANIDAN MUSTAQIL ISH
MASHG'ULOTLAR KALENDAR – TEMATIK REJASI**

<i>T/R</i>	<i>TMI mavzusi</i>	<i>Ajra tilgan soat</i>
<i>1.</i>	Salomatlik, kasallik oldi holati, kasallik,ulim.	<i>5</i>
<i>2.</i>	Homilaning, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning, ko'krak yoshidagi bolalarning va keksalarning o'ziga xos anatom va fiziologik xususiyati	<i>5</i>
<i>3.</i>	Turli yoshdagi bolalarning qon-tomir sistemasining o'ziga xos xususiyatlari	<i>5</i>
<i>4.</i>	Me'yordagi va patologiyadagi EKG ko'rsatkichlari	<i>5</i>
<i>5.</i>	YUrak o'tkazuvchi sistemasiga impulslar o'tish yo'llari va ularni bolalarda buzilishi	<i>5</i>
<i>6.</i>	Boshqarib bo'lmaydigan infeksiyalarning vaksinoprofilaktikasi	<i>5</i>
<i>7.</i>	Patologik holatlarda klinik laborator tekshiruvlar va ularning interpretatsiyasi	<i>5</i>
<i>8.</i>	Talvasa oldi holat. Talvasa sindromi. Gipertermik sindrom	<i>5</i>
<i>9.</i>	Bolalarda ratsional ovqatlanishning qonun qoidalari	<i>5</i>
<i>10.</i>	Bolalarga nisbatan qo'pol munosabatda bo'lish (JOD)	<i>5</i>
<i>11.</i>	Enurez	<i>5</i>
<i>12.</i>	OITS	<i>5</i>
<i>13.</i>	Alkogolizm	<i>5</i>
<i>14.</i>	Narkomaniya	<i>5</i>
<i>15.</i>	Adenoma, prostatit, prostata raki, buyrak kolikasi. Surunkali buyrak etishmovchiligi.	<i>5</i>
<i>16.</i>	Akusherlikka kirish. Onalikni muhofaza qilish tizimidagi o'zgarishlar. Bexatar onalik. Ayollarni ko'rikdan o'tkazishning o'ziga xosligi. Homiladorlikni tashxislash. Tug'ruqqacha kuzatuv. Xavf tushunchasi. Fiziologik homiladorlik. Homiladorlar uy kartasi. Ota-onalarni o'rgatish. Maslahat berishning uziga xosligi (xomiladorlikdan voz kechgan xolatlarda maslaxat berish). Ko'p tarkalgan kasalliklarni tashxislash va davolash	<i>5</i>
<i>17.</i>	Xomiladorlik vaktida infeksiyalar. OIV va xomiladorlik. TORCH-infeksiyalar. Homiladorlikda kamqon lik. Kamqon lik bulgan xomiladorlarga maslaxat berish.	<i>5</i>
<i>18.</i>	Homiladorlikning 2 yarmida ayollarni olib borish. Homiladorlik vaqtida qon ketish. Gipertenziyalar. Tug'ruq davrlari	<i>5</i>
<i>19.</i>	Tug'ruqdan keyin ayollarni olib borish. Mastit. Qindan ajralma kelishi. Qon ketishi. Infeksiyalar va yo'ldosh qoldiqlari.	<i>5</i>
<i>20.</i>	Bosh miya tomir kasalliklari:miya qon aylanishini buzilishi, insultlar - miyada qon aylanishi o'tkir buzilishining klinik belgilari, jarohatlangan joyini differentsiatsiyasi va bemor holatini baholash. Birinchi yordam va UASH taktikasi. Dispanser kuzatuv va insultdan keyin bemorlar rehabilitatsiyasi	<i>5</i>

21.	Fikrlashning buzilishi va ruhiy buzilishlar: shizofreniya, demensiyaning erta diagnostikasi, deliriya. Alshexmer kasalligi. Alkogolizm va narkomaniya-UASH taktikasi	5
22.	Tomok-burun-kulok a'zolari kasalliklari. Burun anatomiyasi va fiziologiyasi. Tumov bo'lgan bemorlar ko'ruvi. Oldi rinoskopiya. Rinit, gaymorit, frontit. Bolalarda va kattalarda uziga xosligi. Tomoqda og'riq. Xalkum anatomiyasi va fiziologiyasi. Bemorlar kuruvining o'ziga xosligi. Surunkali tonzillit, faringit, xalkum orti absessi differensial diagnostikasi. Bolalarda o'ziga xosligi.	5
23.	Tomoq-burun-quloq a'zolari kasalliklari. Burun anatomiyasi va fiziologiyasi. Tumov bo'lgan bemorlar ko'ruvi. Oldi rinoskopiya. Rinit, gaymorit, frontit. Bolalarda va kattalarda o'ziga xosligi. Tomoqda og'riq. Xalkum anatomiyasi va fiziologiyasi. Bemorlar ko'ruvining o'ziga xosligi. Surunkapi tonzillit, faringit, xalkumorti absessi differensial diagnostikasi. Bolalarda uziga xosligi.	5
24.	Ko'z kasalliklari. Ko'zdan ajralma kelishi, «ko'z qizarishi», «ko'zning yopishib qolishi». Simptomlari: ko'z qichishishi, kasalliklari: qon 'yunktivit, govnichcha, blefarit - diagnostikasi, davosi. Kuz anatomiyasi va fiziologiyasini muxokama qilish bilan oftalmologik kuruvning uziga xosligi. Kuzning tashki kuruvi	5
25.	Ko'rish qobiliyatining buzilishi. Miopiya, presbiopiya, astigmatizm. G'ilyalik - yashirin g'ilyalikni aniqlash uchun test. Bolalarda g'ilyalik. Ko'ruv o'tkirligi va rang ajratishni aniqlash. Ko'zdan yosh oqishi. katta raktada UASH taktikasi. Bolalarda yosh oqimining to'silib qolishi. Dakriotsistit, dakrioadenitning klinikasi va davosi. Ko'ruv maydonini aniqlash.	5
26.	Fizioterapevtik davolash usullari.	4
	Jami	129 <i>soat</i>

Mustaqil o'zlashtiriladigan mavzular bo'yicha talabalar tomonidan referat tayyorlash va uni taqdimot qilish tavsiya etiladi.

VI. Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari

Asosiy adabiyotlar

1. Poliklinik pediatriya va reabilitologiya E.A.SHomansurova va boshqalar Toshkent, 2010.
2. Poliklinik pediatriya va reabilitologiya (lotin tilida) E.A.Shomansurova va boshqalar. Toskent, 2010
3. Dj.Merta. Spravochnik vracha obshey praktiki. Perevod s angliyskogo yazыka, Moskva. 1998.
4. Gadoev A.G.UASH uchun amaliy ko'nikmalar to'plami, 2010

Qo'shimcha adabiyotlar

5. Umumiy amaliyot shifokori uchun qo'llanma. F.G.Nazirov, A.G.Gadoev tahriri ostida. GEOTAR, Media, M.2007.
6. Obshaya vrachebnaya praktika. Rukovodstvo pod red. F.G.Nazirova, A.G.Gadaeva. - M.: GEOTAR, 2005.
7. Ensiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo. B.Beyts va boshk. Ingliz tilidan tarjima. M.: GEOTAR, 1998.
8. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O'quv kullanma. UzRSSV/YUNISEF,2011. 205s
9. Spravochnik vracha obщey praktiki. Alimov A.V. i 14 soavtorov. Toshkent, 2010.

10. Primenenie metodov reabilitatsii v lechenii bolnykh s zabolevaniyami serdechno-sosudistoy sistemy. SH.A.Agzamova Toshkent 2010.
11. YUrak qon - tomir kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarini qoʻllash. SH.A.Agzamova va muap., Toshkent 2010
12. YUrak qon - tomir kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarini kullash (lotin tilida) SH.A.Agzamova va muap., Toshkent 2010
13. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike, lecheniyu i profilaktike pervichnoy arterialnoy gipertonii u vzroslykh v pervichnom zvene zdravooxraneniya. Toshkent, 2005
14. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike, lecheniyu i profilaktike gelmintofov u detey do 14 let v pervichnom zvene zdravooxraneniya. Toshkent, 2009
15. Klinicheskoe rukovodstvo po skriningu, profilaktike i lecheniyu jelezodefitsitnoy anemii Toshkent 2004
16. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike ostryx infektsiy verxnix i niynix dyxatelnykh putey u detey do 5 let v ambulatorno-poliklinicheskom zvene zdravooxraneniya Tashkent, 2007
17. Rost i razvitie detey do 5 let metodicheskoe rukovodstvo Toshkent 2009
18. Interpretatsiya rezultatov laboratornykh analizov, provodimyykh v SVP Tashkent, 2010
19. KVPda bajariladigan laboratoriya taxlillari natijalarining sharxi, Toshkent, 2010
20. Tayanch - xarakat apparata va asab tizimi kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarining qoʻllanilishi Toshkent, 2010
21. Pediatriyada reabilitatsiya usulini qoʻllash. Oʻquv uslubiy qoʻllanma. (Uzbek, lotin) Toshkent 2012
22. Saxarniy diabet: klinika, diagnostika, lechenie i oslojneniya. Oʻquv uslubiy kullanma. (Rus, uzbek, lotin). Toshkent, 2012

Internet saytlari

1. <http://www.pediatr-russia.ru>
2. <http://med-study.ru>
3. <http://www.pediatrics-nmo.com>

MAVZU: Birlamchi yordamni falsafasi

1. Qon sultatsiya berish ilmi. Og'ir kasallarni qon sultatsiya qilish.
2. «VRACH-PATSIENT»ni o'zaro munosabati. SHifokor qon sultatsiyasini tahlili, bemor kartasini to'ldirish.
3. Etika va bemorni sirlarini oshkora etmaslik. Anamnezni yig'ish. Ambulator kartani to'g'ri to'ldirish. Tibbiy hujjatlarni KVP va oilaviy poliklinikada to'g'ri yuritish.
4. Bemorni mo't axassislik bo'yicha ko'rish. Klinik va instrumental tekshirish 1.3 QON SULTATSIYA

Bu yo'nalish bo'yicha tibbiy yordamga yildan-yilga jamoat talabi oshmoqda. Hozirgi kunda yangi asboblardan, kompyuterlar hisobiga bemor bilan bo'lgan muloqot, hamdardlik, qo'llab-quvvatlash kamaymoqda. Umumiy amaliyot shifokorlari (UASH) tibbiy maslahatlarni samarali olib borishi katta ahamiyatga ega, chunki u tibbiy yordamni birinchi bosqichda ko'rsatadi.

UASH tibbiy maslahatlar o'tkazganlarida yaxshi samara berishi sabablari quyidagicha :

U uzoq vaqt mobaynida bemorni va uning atrofida qilgan kuzatadi.

Bemorni individual davolaydi

Kompleks davolash uchun chuqur bilim talab etiladi.

O'ziga qulay sharoitda – bemorning uyida yoki shifokor xonasida davolaydi.

Bemor bilan oson muloqotga kirishadi. Bemorning oila a'zolarini yaxshi biladi. Kerak bo'lganda bemorni mo't axassislikga yuboradi.

QONSULTATSIYA TURLARI

Qon sultatsiya direktiv va nodirektiv bo'lishi mumkin. Direktiv qon sultatsiya o'tkazganda shifokor bemorga tayyor maslahatlarni taklif qiladi. Nodirektiv qon sultatsiya bemorning qiyinchiliklarni yechishiga va to'g'ri xulosa chiqarishiga yordam beradi. Bemor o'z davosiga to'g'ri tushungan holda yondashadi.

Qon sultatsiya tibbiy yordamning mustaqil turi bo'lib, o'z ichiga quyidagilarni oladi:

Shifokor bilan bemor o'rtasidagi xamkorlik. Bemorni o'qitish.

To'liq yechimga qaratilgan maqsadni aniqlash.

Shifokor tomonidan yordam va qo'llab-quvvatlash. Ishonchli muomalani yuritish.

Nodirektiv qon sultatsiya. Qon sultatsiya usulini tanlash oldindan shifokorlar muammosi bo'lib kelgan. Shifokor bemorning siqilishini tushunib, o'z fikrini ochiq-oydin aytish bilan samarali natijalarga erishishi mumkin. Bu talablarga nodirektiv qon sultatsiya usuli javob beradi. Nodirektiv qon sultatsiya jarayonida shifokor bemorga muammosini mustaqil xal qilishga yordam beradi. Natijada bemor davoga mas'uliyatli yondashadi.

Direktiv qon sultatsiya. Direktiv yondashuv bemor kuchli xayajonda bo'lganda o'z muammosini o'zi mustaqil yecha olmaydigan holatlarda qo'llanadi.

QON SULTATSIYA VA PSIXOTERAPIYANING ASOSIY TAMOIYILLARI

Qon sultatsiyaning asosi – bir-birini tushunish va ishonch bildirish Muhim qoida – shifokorning sir saqlashi. Bemorni muloqot davomida diqqat bilan tinglash. Bemorning oilaviy sharoitini bilish. O'z emotsional holatini nazorat qilish. O'zini odatdagidek to't ish. Buyruq bermasdan maslahat berish. Kerak bo'lsa qon sultatsiya usulini o'zgartirish.

TO'G'RI SUHBAT OLIB BORISH KOIDALARI: Pauzani ushlab turing.

Bemor o'z hissiyotlarini ko'rsatishiga imqon bering. Qo'llab-quvvatlang. Qiziquvchanlikni namoyon eting. Ogohlantirib qo'yin g. Bemor sizni to'g'rilashiga imqon iyat bering. Muloqot qiling va xulosa chiqaring. To'g'ri kelmaganlarini belgilang.

Bemoringiz nima his qilayotganini (qo'rquv, xayajon, jaxl) tushunishga harakat qiling. Bemorni har xilusullarbilantinchlantirishgaharakat qilmang. Ishsizlik sabablarinitushuntirib bering. Bemorning dunyo qarashlarini hurmat qiling.

Quyidagi savollar sizga yordam beradi: agar siz sog'lom bo'lganingizda hayotingiz o'zgarishi mumkin- midiki? kim yoki nima sizni ko'proq xavotirga soladi? sizning qiyinchiligingizning sababi nimada? kasallik sizga qanday ta'sir ko'rsatdi? sizningcha hammasini qanday o'zgartirish mumkin?

Qo'llashdan qoching: Tayyoryechimdan; o'rgatuvchi adabiyot bo'yicha qon sultatsiya o'tkazmang. Shaxsiy tajribangiz asosidagimaslahatlarni bermang, shaxsiy baholash va tamoyillaringiznibemorga o'tkazmang. Davomli va samarasiz suhbat o'tkazmang. Xulosa chiqarmang. Ortiqcha savollar bermang.

Qon sultatsiya qoidalarini Bemorlarga faol holatni olishga imqon bering. Tushunarli aniq savol bering. Bemorni tergamang. O'z xohoshingiz va fikringizga qarab ish to'ting. Bemorni xavotirga soladigan savollarni chetda qoldirmang. Tayyor retseptlarni bermang. Hamma qiyinchiliklarni tez hal etishga va'da bermang.

Asta-sekin bemorning o'ziga tanqidiy yondashuviga erishing va analizlarni tahlil qilish. Umumiy amaliyot vrachi mo't axassisining kasbiy mahoratiga ta'rif.

Umumiy amaliyot vrachi – shu fan tamoyillari asosida ta'lim olgan mo't axassisdir. U birlamchi tibbiy-sanitariya tizimida faoliyat ko'rsatib, shu yerda yoshi, jinsi va qaysi kasalligidan qat'iy nazar murojaat qilgan har bir shaxsga uzluksiz tibbiy yordam ko'rsatishga javobgar mo't axassis hisoblanadi. U shu yerda yashayotgan bemorga, individual shaxs sifatida hamda uning oilasi, jamiyat va madaniyatiga qaratilgan asoslarda tibbiy yordam ko'rsatadi.

Umumiy amaliyot vrachi faoliyati haqida ta'rif. Asosiy mahoratlari. (mahorat – bu bilim, ko'nikma va ularning qo'llash usullari haqida ta'lim dasturi mag'zi asoslari yig'indisidir):

1. Birlamchi tibbiy yordamni boshqaruv jarayoni.
2. Ish faoliyatida bemor shaxsiga qaratilgan jarayon.
3. Bemorning muayyan muommalarini yecha olish qobiliyati.
4. Kompleks yondoshuv asosida birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish.
5. Aholiga birlamchi tibbiy – sanitariya yordamini hududiy bo'linishlar va mahalliy tamoyillar asosida olib borish.
6. Bemor organizmiga yaxlitlik bilan yondoshish, uning biologik, ruhiy, ijtimoiy modellari, madaniy va ekstensial hayot tomonlarini inobatga olgan holda umumiy tasavvur

Birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishda boshqaruv jarayoni quyidagi ko'nikmalardan iborat:

- Bemorning sog'liqni saqlash tizimi bilan birlamchi muloqatini boshqaruv jarayoni, uning muammolarini aniqlash va tasniflashni bajara olish ko'nikmalari.
- Bemorlarning kasalligi og'irligi, yoshi, jinsi va boshqa holatlaridan qat'iy nazar barcha sohadagi xastaliklarga birlamchi tibbiy yordam ko'rsata olish.
- Sog'likni saqlash tizimidagi imqon iyatlarni ratsional ishlatish asosida samarali va monand tibbiy yordam ko'rsatishni boshqarish.
- Birlamchi tizim hamda shifoxonada faoliyat ko'rsatayotgan boshqa mo't axassislar tomonidan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish jarayonini muvofiqlashtirish.
- Sog'likni saklash tizimida aniqlab ajratilgan kerakli tibbiy xizmatlarga qulayliklar yaratish.

- Bemor manfaatlarini himoya qilish.

Bemorlarning muammosini yechish ko'nikmalari quyidagilardan iborat:

- Bemorlarning muammolarini hal qilish jarayonida kasallik tarqalish ko'rsatgichlari va uning yangi hollari yoki aholining ma'lum guruhidagi patologik holatlarni bog'lay olgan holda mavjud masalalar yechimini topish;

- Anamnez yig'ish, klinik va laborator-instrumental tekshirish usullari yordamida aniqlangan axborotlarni baholay olish ko'nikmasi; bemorlar ishtirokida, ulardan foydalangan holda davo rejasini tuza olish;

- Quyidagi tamoyillarni hisobga olgan holda faoliyat yuritish; tekshirish usuli va davolashni bosqichma – bosqich belgilash, ularni amalga oshirishda vaqtni unumli taqsimlash, aniqlanmagan diagnozda chidamlilikni saqlash va sabr-toqat bilan harakat qilish;

- Shoshilinch holatlarda kerakli yordamni zudlik bilan ko‘rsatishga to‘g‘ri qaror qabul qila olish ko‘nikmasi;

- Kasalliklarning erta, hali aniqlanmagan boshlang‘ich davridayok dignoz qo‘yish ko‘nikmasi;

- Samarali diagnostik va davolash usullarini o‘tkazish.

Kompleks qarash asosida birlamchi tibbiy yordam quyidagi ko‘nikmalarni o‘z ichiga oladi:

- Ko‘p shikoyatlar va bir necha kasalliklarga (o‘tkir va surunkali) ega bo‘lgan bemorlarga yordam ko‘rsata olish ko‘nikmasi.

- Qoniqarli sog‘liq va o‘zlarini yaxshi his qilishlari uchun aholida sog‘lom turmush tarziga amal qilish hissini uyg‘otish hamda profilaktika ishlarini olib borish ko‘nikmalari.

- Aholini sog‘lomlashtirish, kasalliklar profilaktikasi, davolash (shu jumladan palliativ usullar ham) va reabilitatsiyalarga qaratilgan jarayonlarni muvofiqlashtirish.

Aholiga ijtimoiy-iqtisodiy yo‘nalishlariga binoan birlamchi tibbiy – sanitariya yordam ko‘rsatish ko‘nikmalari:

- Xizmat ko‘rsatayotgan joylarda mavjud bo‘lgan imqoniyatlarni e‘tiborga olib ba‘zi bemorlar ehtiyojini hal qilishda biriktirilgan barcha aholi guruhlari ehtiyojlarini bilgan va ular bilan kelishgan holda muammolarni yecha olish.

Bemorga yaxlitlik sifatida qarash, uning birohruiy modeli, madaniy va ekzistensial hayot tomonlarini hisobga olib bilish ko‘nikmalari:

- Aholining madaniy va ekzistensial hayot tomonlarini hisobga olgan holda birohruiy modelini joriy qilish.

Umumiy amaliyot vrachi o‘zining kasbiy majburiyatlarini uchta yo‘nalishda amalga oshiradi:

a) kundalik amaliyotida:

2-MA‘RUZA. MAVZU:Vaksinatsiya.

REJA:

1.Vaksinatsiya

2. Xavfsiz emlash asoslari. Emlash kalendari.

3 Postvaksinal holatlar va asoratlar va ularga yordam.

Tibbiyotga immunizatsiya kiritilishi bilan ko‘pgina infeksiyon kasalliklarning (asosan tepki, shol, virusli gepatit V, bo‘g‘ma, qoqshol va boshqa kasalliklar)ning kamayishiga va yo‘qolib ketishiga erishildi. Tibbiyotda qo‘llashga ruxsat etilgan emlash vositalari tayyorlanish usuliga qarab ko‘payish xususiyatiga ega bo‘lgan (tirik emlash vositalari) va toksin ishlab chiqaruvchi (toksoidlar) ko‘payish xususiyatiga ega bo‘lmagan emlash vositalariga bo‘linadi.

Silga qarshi BSJ va BSJ-M vaksinasi yangi tug‘ilgan gavda vazni 2–2,5 kg bo‘lgan chaqaloqlarga yarim dozada yuboriladi.

AKDSning bir dozasi – 0,5ml. ADS ning 1 dozasi ham 0,5ml . Bu vakcina AKDSga qarshi ko‘rsatmasi bo‘lgan bolalarga qilinadi.

EMLASH JADVALI

Yoshi	Vaksina nomi
1kunlikda	VGv-1
2–5 kunda	BSJ-1, OPV-0
2 oyligida	AKDS-1 +VGv-2+ XIB-1, OPV-1
3 oyligida	AKDS-2 +VGv-3+ XIB-2, OPV-2
4 oyligida	AKDS-3+ VGv-4+ XIB-3, OPV-3

12 oyligida	KPK-1
16 oyligida	AKDS-4, OPV-4
6 yoshda	KPK-2
1- sinf	ADS-M-5, OPV-5, BSJ-2
8- sinf	
(14–15 yosh)	BSJ-3
10- sinf	
(16 yosh)	ADS-M-6

ADS-Mning 1 dozasi (0,5ml), katta yoshdagi kishilarga ham qilinadi.
OPV – oral vaktsinasi.

Qizamiqqa, tepkiga qarshi tirik vaktsinalarni tayyorlash usuli bir xil bo‘lib, birgalikda bir shpris orqali yuborish mumkin.

EMLASH UCHUN BEMORLARNI TANLASH VA JAVOBGARLIK

Tibbiyot xodimlarining ko‘rsatmaga rioya qilmagan holda, asossiz emlashni o‘tkazishi ma‘muriy javobgarlik hisoblanadi.

Asoslanmagan ko‘rsatmaga qarshi qilingan emlashdan so‘ng biror bir kasallik yuzaga kelsa, u holda aybdor sud orqali javobgarlikka tortiladi. Emlash tibbiyot xodimlari ko‘rigidan so‘ng o‘tkaziladi. Sanitariya-me‘yoriy qoidalarga rioya qilinmagan holda emlash o‘tkazilsa, qonun oldida javob beriladi. Emlash ishlarini o‘tkazishda hamma qonun-qoidalarga rioya qilinsa va asorati kuzatilsa, bu tibbiyot xodimini ayblashga asos bo‘lmaydi.

IMMUNOPROFILAKTIKA UCHUN ISHLATADIGAN VAKSINALAR

Vaksina turlari Nomi, dozasi, yuborilishi Saqlash tartibi

Tirik vaktsinalar OPV (1 dozasi – 2 tomchi) og‘izga tomiziladi

Qizamiqqa qarshi vaktsina 1 dozasi – 0,5 ml teri ostiga Epid. parotitga qarshi vaktsina 0,5 ml teri ostiga BSJ 0,1 ml teri ichiga Hamma vaktsinalarni muzlatish mumkin; eritilgandan so‘ng mumkin emas;

Vaktsinalar eritmasi muzlatilmaydi O‘ldirilgan Ko‘kyo‘tal komponenti (AKDS tarkibiga kiradi) Muzlatish mumkin emas, +40S dan +80S gacha haroratda saqlash kerak Anatoksin- lar AKDS, ADS, ADS-M, ADM (0,5 ml mushak orasiga) Qoqsholga qarshi (0,5–1,0 ml mushak orasiga) Muzlatish mumkin emas, +40S dan +80S gacha haroratda saqlash kerak Rekombinant Gepatit Vga qarshi (1 dozasi – 0,5 ml, mushak orasiga) Muzlatish mumkin emas, +40S - +80S haroratda saqlanadi Pentavalent Difteriya, ko‘kyo‘tal, kokshol va XIB-infeksiyaga qarshi

EMLASHNI O‘TKAZISHGA KO‘RSATMA

Bolaning yoshi emlash kalendari bo‘yicha vaqtiga to‘g‘ri kelishi kerak.

Uncha yaxshi bo‘lmagan epidemik holat .

Tibbiy muassasaga tekshirtirish maqsadida kelgan bolalarni emlash kartasi o‘rganib chiqiladi: emlashga ko‘rsatmasi bo‘lsa, emlash o‘tkazish uchun tegishli joyga jo‘natiladi.

EMLASH O‘TKAZISHGA QARSHI KO‘RSATMALAR

Emlashga qarshi hamma ko‘rsatmalar vaqtinchalik bo‘lib, ular vaqti- vaqti bilan qayta ko‘rib chiqilishi va sharoitga qarab tezda o‘tkazilishi kerak.

Vaqtinchalik qarshi ko‘rsatmalar

1. O‘rta og‘ir va og‘ir kechuvchi somatik, xirurgik va infeksiyon kasalliklar. Emlash kasal tuzalganidan 3–14 kun keyin o‘tkazilishi kerak. O‘tkir respirator kasalliklar va diareyaning yengil ko‘rinishi emlash o‘tkazishga qarshi ko‘rsatma bo‘lolmaydi. Surunkali yurak, jigar, buyrak, o‘pka kasalliklari, shuningdek, qandli diabet va boshqa endokrin kasalliklariga qarshi emlash kasallikning remissiya davrida o‘tkaziladi. Xirurgik kasalliklar, yiringli yallig‘lanish kasalliklar bilan og‘rib, tuzalganidan 2 oy keyin emlash o‘tkaziladi.

2. Nevrologik o'zgarishlari bo'lgan bolalar. Klinik belgilari kuchayib boruvchi kasalliklari bo'lgan bemorlar ko'kyo'tal komponenti bo'lgan vaksina bilan emlanmaydi. Nevrologik kasalligi barqaror bo'lgan bemorlarga emlash kalendar bo'yicha o'tkaziladi. Perinatal ensefalopatiyasi bo'lgan bolalarda nevrologik o'zgarishlar kuchayib borishini e'tirof etish maqsadida mo't axassis ko'rigi tavsiya etiladi.

3. Emlashdan keyin kuzatiladigan asoratlari. Dastlabki AKDS vaksinasidan so'ng bolada ensefalitik holat, talvasa, anafilaktik shok, kollaps kuzatilsa, keyingi emlashlarda ko'k- yo'tal antigeni bo'lgan vaksina bilan emlash o'tkazilmaydi. Bunday bemorlarga AKDS o'rniga ADS anatoksini bilan emlash o'tkaziladi. Gavda harorati 400S dan yuqori bo'lsa va 3 soatdan ko'p bolaning qichqirib yig'lashi kuzatilsa, epid ko'rsatma bo'lmasa, ko'kyo'tal komponenti bo'lgan vaksina bilan emlash o'tkazilmaydi.

Tirik virusli vaksinalarni emlashga qarshi ko'rsatmalar quyidagilardan iborat:

A) Tug'ma immun tanqislik holatlari.

B) Dori preparatlari qabul qilgandan keingi immunosupressiv holatlar:

- yuqori dozada gormon preparatlari bilan davolangan bemorlar;

- kortikosteroid dori preparatlarini mahalliy ushlab turuvchi dozada qisqa kurs bilan (1m/t.og'ir. prednizolon 2 hafta yoki 2mg/t.og'ir. 1 haftadavomida) davolanish emlash o'tkazish uchun qarshi ko'rsatma bo'la olmaydi. Agar bemor uzoq muddat kortikosteroid preparatlari bilan davolansa, bunday holatda bolalarni emlash, davolanish kursi tugagandan 3 oy keyin o'tkaziladi. Leykoz, limfogranulematoz va boshqa o'sma kasalliklari tufayli nur, sitostatik dori preparatlari bilan davolangan bemorlar 6 oydan so'ng emlanadi.

V) Homiladorlik.

G) Orttirilgan immunotanqislik sindromi bilan xastalangan bemorlar maxsus emlash usuli bo'yicha emlanadi.

4. Chaqaloq bolalarni emlash. Chala tug'ilgan gavda vazni 1800 g gacha bo'lgan chaqaloqlarga BSJ va virusli gepatitga qarshi emlash vaqtinchalik o'tkazilmaydi.

5. Tug'ilgan kunning birinchi kunlarida kasalligi tufayli emlash o'tkazilmagan chaqaloqlar bo'limdan chiqarilayotganda emlanishi kerak.

6. Silning aktiv shakli bilan kasallangan onadan tug'ilgan chaqaloqlar, onadan tug'ilishi bilan ajratib olinadi va 2 oydan so'ng BSJ bilan emlanadi.

7. Surunkali kasalliklarning zo'raygan davri emlashga vaqtinchalik qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Rejadagi emlashlar kasallikning rekonvalessensiya va remissiya davrida o'tkaziladi.

QUYIDAGILAR QARSHI KO'RSATMALAR BO'LA OLMAYDI

Kasalliklar	Anamnez ma'lumotlari
- perinatal ensefalopatiya – nevrologik	o'zgarishlarning kuchaymasligi kuzatilsa
-barqaror nevrologik holat (bolalar serebral falaji, Daun va boshqa kasalliklar)	
- allergiya, astma, ekzema va boshqa allergik ko'rinishlar	
- surunkali yurak, o'pka, jigar, -chaqaloq	davridagi sariqlik
- chala tug'ilish, kam vazn bilan tug'ilish	
-chaqaloqning gemolitik kasalligi	
- sepsis	
- oila organlarida emlashdan	so'ng
buyrak kasalliklari	
- kamqonlik, disbakterioz	
- tug'ma nuqsonlar	
- gormonlar bilan ushlab turuvchi dozada, surtma, aerozol ko'rinishda davolanish	
- antibiotiklar bilan davolanish	

-immunnogrammadagi o'zgarishlar
- o'tkir respirator kasalliklar, subfebril isitma bilan kechuvchi diareya
- o'tkazilgan radikal va palliativ rejali operatsiyalar asoratlarning qayd etilishi
- oilada allergik, to't qanoq kasalliklarining qayd etilishi
- oilada favqulotdagi o'lim
- ko'kyo'tal, qizamiq, tepki, tasdiqlanmagan qizilcha
-ovqatlanishning buzilishi

Vaksina turlari Qarshi ko'rsatmalar

Hamma vaksinalar - dastlabki vaksinaga kuzatilgan allergik reaksiya va asoratlar

-infeksion xirurgik va somatik kasalliklarning o'tkir davri (emlash bemor tuzalganidan 3–14 kun keyin o'tkaziladi)

Hamma tirik vaksinalar - immuntanqislik holatlari (birlamchi immunosuppressiv holat)- o'sma, o'sma oldi holati

- homiladorlik BSJ - chala tug'ilgan (gavda vazni 1800g dan kam) bolalar-dastlabki emlashdan so'ng keloidli chandi

- bosh miyaning tug'ilish davrida shikastlanishi

- qon, miya suyuqligi aylanishining 3- darajali buzilishi

Virusli hepatitga

qarshi vaksina - gavda vazni 1800g dan kam bo'lgan chaqaloqlar

- ovqat mahsulotlariga qo'shiladigan achitqilarni ko'tara olmaslik

Oral poliomielit

vaksinasi -dori preparatlarining immunosuppressiv ta'siri

-o'sma, o'sma oldi holatlari AKDS - kuchayib boruvchi nerv kasalliklari

- isitmasiz qaltirash (AKDS o'rnigaADS

qilinadi)

ADS, ADS-M,AD-M - umuman qarshi ko'rsatmalar yo'qQizamiq va tepkiga

qarshivaksinalar (KPK) - aminoglikozid dori guruhlariga kuzatilgan og'ir reaksiyalar, tuxum oqsiliga kuzatilgan anafilaktik reaksiyalar, xomiladorlik

XIB VGV va AKDSga ta'luqli qarshi ko'rsatmalar

EMLASHDAN SO'NGI REAKSIYALAR VA ASORATLARI

Emlashni rejalashtirish

Rejalashtirishda ma'lum bir muassasa hududidagi bolalar soni, shu hududda yashovchi hisobdagi hamma bolalar soni va o'tgan yillarda emlash o'tkazilmagan bolalar soni asos qilib olinadi.

Profilaktik emlashni rejalashtirishdan oldin kilinishi kerak bo'lgan ishlar

1. Aholini ro'yxatdan o'tkazish.

2. Ro'yxatdan o'tganlarni 063/u va 112/u shakllari bilan solishtirish. Davolash-profilaktika muassasasidagi 064/u shakl bilan shu muassasa hisobida turuvchi katta yoshdagi kishilar sonini solishtirish.

3. Quyidagi infeksiyon kasalliklar (qizammiq, bo'g'ma, ko'k yo'tal, qoqshol, shol)ga qarshi o'tkazilgan emlashlar holatini o'rganish.

Xizmat ko'rsatiladigan aholi soni va emlanishi kerak bo'lgan bolalar soni aniqlangandan so'ng reja tuziladi. Emlash rejasi mahalla shifokori, kartoteka hamshirasi, maktab va maktabgacha bo'lgan muassasa hamshirasi va shifokori tomonidan tuziladi. Silga qarshi emlash davolash-profilaktika muassasalari, ya'ni tug'uruqxona, poliklinika, silga qarshi dispanser bosh shifokorlariga yuklatiladi. Shahar va tuman sanitariya epidemiologiya bo'limlari tuzgan reja viloyat sog'liqni saqlash bo'limlari,

Toshkent shahar sog'liqni saqlash boshqarmasi va Qoraqalpog'iston sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangandan so'ng ishlatilishi kerak bo'lgan emlash vositalarini aniqlash uchun Respublika sanitariya-epidemiologiya bo'limiga yuboriladi.

Profilaktik emlashni o'tkazish

1. Profilaktik emlashni o'tkazish O'zbekiston Sog'likni saqlash vazirligi va davolash-profilaktika muassasasi boshliqlariga yuklatiladi.

2. Qaysi davolash muassasasida yuqumli kasalliklarga qarshi emlash o'tkazilsa, shu muassasa bosh shifokori buyrug'iga asosan immunizatsiya bo'yicha maxsus tayyorlangan guvohnomasi bo'lgan javobgar shaxs tayinlanadi.

Emlashni o'tkazadigan tibbiy xodim quyidagilarni bilishi kerak SanPiN bo'yicha emlashni o'tkazishni tashkillashtirish.

Vaksinalarni bir joydan boshqa joyga tashish, saqlash, ishlatilgan vaksina idishlarini zararsizlantirish.

Emlashni o'tkazish va unga bog'liq bo'lgan ishlarni qayd qilish.

Emlashdan so'ngi asoratlar va nojo'ya ta'sirini nazorat qilish.

Qancha bolalarga emlash o'tkazilganligini aniqlash maqsadida 063/u va 112/u shakllarni tekshirgan holda 1 oyda bir marta hisobot tuzi sh.

Emlashdan so'ngi asoratlar kuzatilganda birlamchi tez tibbiy yordam ko'rsatish.

Aholi o'rtasida immunizatsiyaning ahamiyati va muhimligi haqida tushuntirish ishlarini olib borish.

Emlashdan oldin bola salomatligini baholash quyidagilarni o'z ichiga oladi: ko'rik, umumiy ahvolini baholash, bolani olib kelgan shaxsdan bolaning salomatlik holati, oldingi emlashlardan so'ng kuzatilgan asoratlar haqida so'rab-surishtirish. Emlash o'tkazilmagan holatda uning sabablari bolaning rivojlanish tarixiga (112/u) va qarshi ko'rsatmalarni qayd qilish jurnaliga yozish.

BSJ emlangandan so'ng asoratlar kuzatilsa 055/u shaklni to'ldirish.

3-MA'RUZA

MAVZU: Kamqonlik

REJA:

1. Kamqonlik etiologiyasi patogenezi tasnifi klinikasi diagnostikasi profilaktikasi.

Kamqonlik – klinik–gematologik simptomlar majmui bo'lib, uning bemorda borligi kamqonlikni keltirib chiqaruvchi asosiy kasallikni aniqlashni taqazo etadi. Kamqonlikni aniqlashda eng qulay va oson usullardan biri, bu qondagi Nv miqdorini aniqlashdir. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (VOZ) qabul qilgan talab bo'yicha Nv miqdori erkaklarda 130 g/l dan kam, ayollarda 120 g/l dan kam qayd etilsa, kamqonlik tashhisiga asos bo'ladi.

Epidemiologiyasi

Tekshiruv natijalari shuni ko'rsatadiki, kamqonlik kundan kunga ko'payib bormoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tekshiruv natijalariga ko'ra har 5–6 nafar katta yoshdagi odamlarning birida kamqonlik kuzatiladi. Masalan, bola hayotining ikkinchi yarim yilida har 4 boladan 1 tasida temir tanqisligi kamqonligi bo'lsa, o'smirlarda 30–40% ni tashkil etadi. Temir tanqisligi kamqonligi, asosan, erta yoshdagi bolalarda qo'proq qayd etiladi.

Kamqonlikning gemolitik, gipoplastik va o'tkir qon ketishi turlarida bemorlar statsionarda davolanadi, dispanser nazorati UASh va gematolog bilan birga olib borilishini hisobga olsak, uchastka shifokorining zimmasiga asosan temir tanqisligi kamqonligini davolash va oldini olish, dispanser kuzatuvini tashkil qilish kiradi. Kamqonlik ko'p o'rganilgan kasallik bo'lishiga qaramay, u boshqa kasalliklarga nisbatan ko'payib bormoqda. Oila doirasida kasallikning mohiyati, asorat keltirib chiqaruvchi sabablar xozirgi kungacha muammo bo'lib qolmoqda.

Temir tanqisligi kamqonligining asosiy sabablari Temir zahirasi qonda me'yordan kam bo'lib tug'ilgan bolalar xavfli guruhlar:

Chala tug'ilgan bolalar, asosan, gavda vazni tug'ilganda juda kam bo'lgan bolalar;

Kamqonligi bo'lgan onalardan tug'ilgan bolalar, asosan, tez-tez tug'ish sababli (bir-biridan 1 yoshgacha farq qilgan farzandlar);

Ona qornida rivojlanishning orqada qolishi bilan xastalangan bolalar;

Perinatal davrida ko'p qon yo'qotgan chaqaloqlar.

Ovqatlanish bilan bog'liq sabablar:

Temir tanqisligini keltirib chiqaruvchi sabablardan biri bolaga temir moddasiga boy bo'lmagan ovqatlar berilishi, natijada organizmga temir kam miqdorda kirishi.

Xavfli guruhlar:

- 1) moslanmagan aralashmalar bilan ovqatlantirilgan bolalar;
- 2) qo'shimcha ovqatni kechiktirib, asosan, o'simlik mahsulotlaridan tayyorlangan ovqatlar iste'mol qilgan bolalar;
- 3) Sigir so't ini va go'sht mahsulotlaridan tayyorlangan ovqatlarni ko'p iste'mol qiladigan har xil yoshdagi bolalar.

Organizmga ko'p miqdorda temir yo'qotilishi va to'qimalarning temirga ehtiyoji yuqori bo'lgan holatlar:

1. O'tkir va surunkali me'da-ichak kasalliklari; surunkali noinfekcion enteritlar, mukovissedoz, seliakiya, ekssudativ enteropatiyalar, disaxarid yetishmovchiligi, gipovitaminozlar – asosan, organizmda 2-valentli temir tanqisligiga sababchi kasalliklar.
2. Qon ketish qayd etiladigan holatlar (melena, peshob bilan qon ketishi, hayz ko'rishning davomiyligi, uzayishi, gelmintozlar, ichakning yuqumli kasalliklari, o'smalar).
3. O'spirinlar.
4. Organizmni zaharlovchi omillar (simob, qo'rg'oshin tuzlari).

Organizmdan qon ketishiga ko'pincha gijjalar sabab bo'lishi mumkin. Bir dona gijja bir kunda 0,5 ml gacha qonni ichakdan so'rib olishi mumkin, qisman temir qaytadan ichakdan so'riladi, ko'p miqdorda temir yo'qotiladi.

Bola organizmidagi gijjalarni yo'qotish yo'li bilan organizmdan temir yo'qolishining oldini olish mumkin. Uzoq muddat gijjalarga qarshi davolanmaslik, organizmda temir zahirasi juda kamayib ketishiga asos bo'ladi.

Patogenezi

Kasallik rivojlanishining asosida organizmda temir miqdorining yetishmasligi yotadi. Bolalar organizmining temirga bo'lgan ehtiyoji kattalarga nisbatan ancha yuqori. Bu jarayonni quyidagicha tushuntirish mumkin: bola 1 yoshga to'lganda qonda 0,5 g; 18 yoshda – 5 g temir bo'lib, ya'ni shu davrda (1dan 18 yoshgacha) 4,5g temir yig'ishi kerak. Bola 1 yoshga to'lganda kunlik temirga bo'lgan ehtiyoji 0,8–1,0 mg, 1 yoshdan katta bo'lgan bolalarda – 10 mg ni, balog'atga yetganda – 12–15 mg ni tashkil qiladi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarda zahira va to'qimadagi temirning kamligi homiladorlikning 2-trimestrida 1–1,5 mg va 3-trimestrida esa homilaga bir kunda 1,7–2 mg temir kerak bo'lishiga bog'liq.

Bola hayotining 1- va 2- yarim yilida kerak bo'lgan temir miqdori bir kunda 1 mg/kg ni tashkil etadi. Bola 1 litr ona so't ini iste'mol qilganda 1,5 mg temir moddasi qabul qiladi, shuning uchun ko'p hollarda 5–6 oyligida bola organizmida temir tanqisligi qayd etiladi.

Sog'lom erta yoshli bolalar 1 kunda 0,5 ml gacha ichakdan qon yo'qotishi mumkin, gastroenterit, diareyalarda qon ketishining miqdori oshishi mumkin. Gregersen sinamasi yordamida me'da va ichakdan qon ketishi aniqlanadi. Qon miqdori 15 ml dan oshishi mumkin, bu hodisa ichak

gelmintlari, lyamblioz, sigir so't ini ko'tara olmaslik, A vitamin yetishmovchiligi, disbakterioz, ichak infeksiyalarida kuzatiladi.

Yuqumli kasalliklar organizmda temir tanqisligini yuzaga keltiradi. Bola organizmining ko'p organlarida, ya'ni suyak ko'migi, jigar, taloqda temir gemosiderin va ferritin ko'rinishida zahira sifatida saqlanadi. Temir tanqisligining boshlang'ich davrlarida o'zgarishlar, asosan, to'qimalarda bo'ladi, to'qimadagi temir zaxirasi kamayadi. Bu holat zardobda ferritin miqdorining kamayishiga olib keladi, keyinchalik

transferrinning temir bilan to'yinish darajasi kamayishiga va oksidlanishning susayishiga sabab bo'ladi. Ayni vaqtda qon zardobining temir bilan bog'lanish xususiyati oshadi. Yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlar qondagi temir miqdorining 11,6 mkmol/l gacha kamayishiga olib keladi. Shunday temir tanqislik kamqonligi belgilari yuzaga chiqquncha qadar to'qimadagi temir yetishmovchiligiga xos klinik belgilar hamma vaqt ham aniq namoyon bo'lavermaydi. Shuning uchun temir tanqisligini aniqlashda xavfli guruhdagi bolalarga alohida e'tibor berish kerakligini ta'kidlab o'tamiz.

1. Anamnezi

Tashhis: Belgilar va simptomlar:

Nv miqdori 70-80 g/l dan pastga tushmagunga qadar, odatda, kamqonlik belgilari namoyon bo'lmaydi. Qondagi Nv qonsentratsiyasi bilan kamqonlik belgilari o'rtasida o'zaro bog'liqlik yo'q. Ammo Nv miqdori 80 g/l dan pastga tushgach, to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishi berishi kamayadi va shunga aloqador simptomlar paydo bo'ladi.

Surunkali kamqonlikda, eritrotsitlar miqdori sekin-asta kamayib boradi, Nv miqdori ham juda kamayadi, ammo organizmning kompensator mexanizmlari ishga tushishi natijasida klinik simptomlar namoyon bo'lmaydi.

2. Kamqonligi bor bemorlarda uchraydigan sindromlar:

Astenonevrotik sindrom:

Tez charchash, ko'zg'aluvchanlik, asabiylashuv, ko'p terlash, psixomotor rivojlanishdan orqada qolish; holsizlik, asteniya, apatiya, ishtaha pasayishi, diqqatning susayishi.

Yoshi kattaroq bolalarda – bosh og'rigi, bosh aylanishi, quloqlarda shovqin (shang'illash), ko'z oldi qorong'ilashuvi, yurakda og'riq, ishtahaning patologik o'zgarishi (ohak, bor, xom kartoshka, xom go'sht iste'mol qilish),

geofagiya (ko'proq loy iste'mol qilish),

nogofagiya (ortiqcha muz, muzqaymoq iste'mol qilish), hid sezishning patologik o'zgarishi (kerosin hidini yaxshi ko'rishi va boshqalar), dizurik buzilishlar.

Epitelial sindrom:

Teri, shilliq pardalar va quloq suprasining rangparligi; teri quruq, qipiqulanuvchan bo'lishi; teri, tirnoq va sochning distrofik o'zgarishlari (rangdor, xira, sinuvchan, kam bo'lishi), og'iz va til shilliq pardasidagi o'zgarishlar (og'iz burchaklarida yaralar, angulyar stomatit, so'rg'ichlarning silliqlashuvi, tilning qizarishi, atrofik glossit);

Gastrit, duodenit, maldigestiya – koprogrammada oziq moddalar chiqib ketishining buzilishi alomatlar bilan ich ketishining buzilishi; ko'ngil aynishi; skleraning havorang bo'lishi; ba'zan teri rangi alebastrsimon- yashil bo'lishi, ya'ni xloroz.

Yurak-qon tomir sindromi:

Taxikardiya, hansirash, arterial gipotoniya, yurak tonlarining bo'g'iqlashuvi, yurak nisbiy chegaralarining kengayishi, yurak cho'qqisida funksional sistolik shovqin, qon tomirlar ustida shovqin eshitalishi.

Mushak sindromi:

Mushaklar gipotoniyasi, tez charchash, mushaklar kuchsizligi oqibatida peshob to'ta olmaslik, qabziyat.

Ikkilamchi immuntanqislik sindromi:

O'RVI, zotiljam, ichak infeksiyalarining tez-tez qaytalanishi. Temir tanqisligida kam uchraydigan simptomlar: gepatosplenomegaliya, bituriya (qizil lavlagi yegandan keyin peshob rangining qizarishi), gavadadagi shishlar.

3. Fizikal tekshiruvlar:

Ob'ektiv tekshiruvda bemor sog'lom ko'rinsada, lekin terisining rangparligi va ko'z qonyunktivasining oqarishi kuzatiladi.

Gipotireodizmdan so'ng kamqonligi bo'lgan bemorlarda terining quruqligi, tovushning bo'g'iqligi qayt etilsa, terida ko'karishlar borligini, trombotsitlarning kamayganligi yoki eritrotsitlar gemolizi bilan bog'lash mumkin. Kamqonligi bo'lgan bemorlarda terining sariqligi, jigar funksiyasining buzilishi, vitamin V12 tanqisligi, eritrotsitlar gemoliziga bog'liq. Rak kasalligi va infeksiyalardan so'ng paydo bo'lgan kamqonliklarda bemorning limfatik tugunlari kattalashuvi qayd etiladi. Kamqonlikning og'ir formalari bo'lgan bemorlarda terining

quruqligi, qoshiqsimon yupqa tirnoqlar, soch to'kilish belgilari, til so'rg'ichlari atrofiyasi, lab chekkalarida eroziyalar kuzatiladi.

4. Laborator tashhisoti:

Qonda ferritin miqdorining kamayishi – 30 ng/ml dan kam;

Qon zardobidagi temirning 77,6 mkmol/l dan kamayishi;

Siderblastning suyak ko'migida 70% dan kamayishi;

Qon zardobining temirni bog'lash xususiyatining 50 mkmol/l dan yuqori bo'lishi (me'yorda 30,6 – 84,6 mkmol/l);

5 yoshgacha bolalarda Nv miqdorining 110 g/l dan kamligi; 5 yoshdan katta bolalarda Nv miqdorining 120 g/l dan kamligi. Kamqonlikni aniqlashning oson va kerakli usullaridan biri Sali metodi bo'yicha Nv miqdorini aniqlashdan iborat.

Jadval

Bolaning yoshi	Gemoglobin g/l
5 yoshgacha	110
Homilador bo'lmagan ayollar	120
Homilador ayollar	110
Erkaklar	130
Rang ko'rsatkichi –	0,8 dan kam;
Eritrotsitdagi Nv ning o'rtacha	miqdori 80 fl/mkm ³ dan
Retikulotsitlarning qondagi miqdori oshishi	

Tasnifi

Kamqonlikning tasniflarida eng tarqalgan usullardan biri eritrotsitlar o'lchamini aniqlashdan iborat.

Eritrotsitlarning o'lchamiga bog'liq holda kamqonlik quyidagicha tasniflanadi:

- Mikrotsitar kamqonlik – eritrotsitlarning o'rta korpuskulyar hajmi 75–80 fl dan kam.

- Makrotsitar kamqonlik – eritrotsitlarning o'rta korpuskulyar hajmi – 100 fl dan katta.

- Normotsitar kamqonlik – eritrotsitlarning o'rtacha hajmi – 75–80–100 fl ga teng.

Kamqonlikni keltirib chiqaruvchi va rivojlanish sabablariga asoslangan holda ham tasniflanadi. Eritrotsitlar gemolizdan keyingi va qon ketishidan hosil bo'lgan kamqonliklar tafovo't etiladi.

Suyak ko'migining regenerator xususiyatiga qarab:

- Regenerator – retikulotsitlar soni – 15–50%, PI – 1 yoki 2ga teng.
- Giporegenerator – PI – 1 yoki 1 dan kam.
- Giperregenerator – retikulotsitlar soni – 50% dan ko'p, PI – 2 dan ko'p.

Giperregenerator kamqonlik – ko'p miqdorda eritrotsitlar parchalanishining asosiy belgilaridan.

Retikulotsitar indeks PI- quyidagicha hisoblanadi: gematokrit sonini retikulotsitlar soniga ko'paytirib, me'yorda gematokrit soniga bo'linadi. Masalan, bola 7 yoshda. Gematokrit 20%, retikulotsitlar soni 2 %, PI= 2×20 : 40 yoki 1 ga teng. Tashhis: suyak ko'migi funksiyasining susayishi kamqonligi.

Kamqonlik qon ketishi va eritrotsitlar gemolizi natijasida yuzaga kelsa, PI 3 ga teng bo'ladi.

Kamqonlik eritrotsitlar ishlab chiqarilishining susayishi yoki patologik eritrotsitlar ishlab chikarilishi natijasida yuzaga kelsa, PI 2 dan kam bo'ladi.

Rang ko'rsatkich bo'yicha:

- Normoxromli – 0,8–1,0;
- Gipoxromli – 0,8 dan kam;
- Giperxromli – 1,0 dan yuqori. Og'irlik darajasi bo'yicha:
- Yengil – Nv miqdori 90 g/l gacha;
- O'rta og'ir – 70 g/l gacha;
- Og'ir – 70 g/l dan kam.

Davolash

Temir tanqisligi holatini davolashda faqat ovqatlanish bilan chegaralanmasdan, temir preparatlarini ham tavsiya etish lozim.

Temir preparatlarini tavsiya etishdagi umumiy xususiyatlar.

1. Temir preparatlari, asosan, ichiladi. Teri orqali yuborilganda, ko'pgina nojo'ya ta'sirlar (allergik reaksiyalar, abscesslar, flebitlar, gemosideroz) yuzaga kelishi mumkin.

2. II- valentli temir 3 valentli temirga nisbatan yaxshi so'rilganligi tufayli, shu valentini saqlashni ta'minlash kerak.

3. Temir preparatlarini to'liq dozada berishdan oldin organizmning dorini ko'tara olish qobiliyati tekshirib ko'riladi.

4. Erta yoshli, ya'ni 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga temir preparatlari (ferrostat, maltofer, maltofal)ni suyuqlik ko'rinishida har xil sharbatlarga (olma, limon sharbati) aralastirib berilsa, ishtaha bilan ichadi.

Katta yoshdagi bolalarga temir preparatlari tabletkalar ko'rinishida tavsiya etiladi. Erta yoshdagi bolalarga 5-8 mg/kg dan 3 ga bo'lib beriladi.

o Temir preparatlarini ovqatlanish o'rtasida olma va sitrusli sharbatlar bilan birga tavsiya etish lozim.

o Temir preparatlarini so't mahsulotlari va choy bilan birga ichish tavsiya etilmaydi.

o Temir preparatlarini askorbin kislota va Ye vitamini bilan tavsiya etish ularning terapevtik ta'sirini kuchaytiradi.

o Temir preparatlarini V6, V12, folat kislota bilan birgalikda, ko'rsatma bo'lmasa, tavsiya etish mumkin emas.

o Temir preparatlarini teri va qon tomir orqali yuborishdagi ko'rsatmalar: enteritlar, yarali-nekrotik enterokolit va boshqa me'da-ichak kasalliklari.

o Temir preparatlarini davolash kursi quyidagicha aniqlanadi:

120-Nv g/l x (bemor bolaning vazni kg da) x 0,4 Gemoglobin miqdorining organizmda oshish tezligi preparatlarni ichganga nisbatan venaga va mushak orasiga yuborilganda yuqori bo'ladi. Temir preparatlari mushak orasiga chuqur yuborilishi lozim.

Bolalarda gavda vazni:

5 kg gacha – 0,3 ml,

5–10 kg – 1,0 ml,

1 yoshdan – 3 yoshgacha – 2,0 ml,

4–14 yoshli bolalarga 3–4 ml kuniga 1 marta.

Davolash kursi – 6 – 10. Birinchi yuborilgan miqdori 1 martalik miqdorining 1/2 qismi, 2- yuborilgan miqdori esa 1 marta

yuboriladigan miqdorining 2/3 qismini, 3- in'eksiya esa 1 martalik to'liq miqdorini tashkil qilishi kerak. Temir preparatlari bilan davolangandan so'ng natijalar quyidagicha: 72–96 soatdan so'ng retikulotsitlar sonining va 7 – 10 kundan so'ng Nv miqdorining oshishi kuzatiladi.

Nv miqdori me'yoriga yetganidan so'ng, temir preparatlari bilan davolash 4 – 6 haftadavomida poliklinikalarda olib boriladi.

Kamqonlik boshqa biror kasallik bilan birga kelganda yoki kamqonlikning og'ir kechadigan shakllarida statsionarda davolanish shart.

Profilaktikasi

O'sib borayotgan yosh organizmni to'g'ri, ratsional ovqatlantirish kamqonlikning oldini olishda asosiy omillardan biridir. Kamqonlikning oldini olish va davolashda kunlik ovqat ratsionida quyidagi oziq mahsulotlari tavsiya etiladi: go'sht, baliq, jigar, tuxum, ko'katlar, qand lavlagi va boshqalar. Ratsional ovqatlanish bilan bir qatorda temirning so'rilishini ta'minlash kamqonlikning oldini olishda yana bir asosiy omillardan biridir.

Quyidagi jadvalda temirni so'rilishiga ta'sir qiluvchi omillar ko'rsatilgan.

So'rilishni yaxshilovchi omillar So'rilishni susaytiruvchi omillar

Go'sht, baliq, parranda go'shti, dengiz o'simliklari, tarkibida S vitamini bo'lgan mahsulotlar (mevalar, sharbatlar, kartoshka, gulkaram) Fitatlar (donli mahsulotlar, yuqori navli un, yong'oqlar)

Taninlar (choy, kofe, kakao)

Tarkibida kalsiy bo'lgan ovqat mahsulotlari (so't va so't mahsulotlari)

3. Ratsional ovqatlanish

4. Kamqonlikning oldini olish, asosan, tug'ish yoshidagi ayollardan boshlanadi.

5.

6. Homiladorlikning 2- yarim yilida hamma ayollarga temir preparatlarini iste'mol qilish tavsiya etiladi. Gemostimulin 1,0 g dan 1 kunda bir marta, oxirgi 2–3 oylikda qo'shimcha ovqat qo'shilgunga qadar.

7.

8. Dispanser kuzatuv.

9. Kamqonlikning o'rta og'ir va og'ir formalari bilan kasallangan bemorlar davolangach, gemogloblin miqdori me'yordalashgandan so'ng

10. 6 oy mobaynida dispanser kuzatuvda bo'ladilar. Shu davr mobaynida 1 oyda 1 marta umumiy qon tahlili o'tkaziladi, profilaktik emlashlar 6 oy keyin, umumiy qon tahlili me'yoriga tushgach, qilinadi.

4-MA'RUZA

MAVZU: Bolalar kasalliklarni integrirlashgan usulda olib borish BKIUOB (ICATT).

REJA:

1. Xavf omillarini aniklash.

2. Yo'tal va nafas kiyinligi.

3. Diareya, diareyani davolash.

4. Oziklanishning buzilishi bo'lgan bolalar, tugri ovqatlanish buyicha maslaxat berish (Ko'krak so't i bilan bokish, kushimcha ovqatlantirish, 2 yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish).

5. Gipovitaminozlar (Vitamin A

saplementatsiyasi, unni temir bilan fortifikatsiyalash, tuzni yodlash)

UMUMIY XAVF BELGILARI BOR-YO'QLIGINI TEKSHIRIB KO'RING

Kasal bolalarning hammasida umumiy xavf belgilari bor-yo'qligini tekshirib ko'ring.

Agar:

Ø bola suyuqlik icha olmaydigan yoki ema olmaydigan;

Ø har qanday ovqat yoki suyuqlikdan so'ng qayt qiladigan;

Ø shu kasalik mobaynida tirishib, shaytonlagan yoki ko'rik paytida shaytonlash kuzatilsa;

Ø letargik (uyquchan) holatda yoki behush bo'lsa, unda ushbu kasal bolada umumiy xavf belgilari bor, deb hisoblanadi. Bolada umumiy xavf belgilari bo'lsa, demak, uning ahvoli jiddiy. Umumiy xavf belgilari bor bolalarning ko'pchiligini ZUDLIK BILAN kasalxonaga yuborish kerak bo'ladi. Ular antibiotiklarni in'eksiya qilib, kislorod berib yoki tibbiy muassasangizda yo'q bo'lishi mumkin bo'lgan boshqa choralarni ko'rib amalga oshiriladigan hayotiy zarur davoga muhtoj bo'lishlari mumkin. Bolaning ahvoliga baho berishning qolgan bosqichlarini tezlik bilan tugating. Shoshilinch davo o'tkazish Davoni belgilang modulida batafsil yoritilgan. Quyida «Baholang» ustunchasining birinchi bo'limi keltirilgan. Unda umumiy xavf belgilari bor-yo'qligini qayday tekshirib ko'rish kerakligi tasvirlangan. Umumiy xavf belgilari bor-yo'qligini tekshirayotganingizda: UMUMIY XAVF BELGILARI BORMI, TEKSHIRIB KO'RING So'rang:

• Icha olmaydi yoki ema olmaydimi? • Har qanday ovqat yoki suyuqlikdan so'ng qayt qiladimi? • Shaytonlash bo'ldimi? Ko'zdan kechiring: • Letargik (uyquchan) yoki behushholatdami? Har qanday umumiy xavf belgisi bor bolaga DARHOL e'tibor berish kerak; shifoxonaga yotqizishni kechiktirmaslik uchun tekshiruvni va shoshilinch davoni tezroq tugallang SO'RAB KO'RING: Bola suyuqlik icha oladimi yoki ema oladimi? Agar bola ema olmasa, suyuqlik yoki ko'krak so't ini yo't a olmasa, demak, bolada «suyuqlik icha olmaydi yoki ko'krakni ema olmaydi» belgisi bor. Onadan «bolangiz icha oladimi?» deb so'raganingizda ushbu savolni u tushunganiga ishonch hosil qiling. Agar u bolam suyuqlik icha olmaydi yokiko'krak ema olmaydi, deb aytadigan bo'lsa, undan bolaga qanday bo'lmasin biror suyuqlik berilganida qanday hodisa sodir bo'lishini ko'rsatib berishni iltimos qiling. Masalan, bola suyuqlikni og'ziga olib, yo't a oladimi? Agar onaning javobi to'g'riligiga ishonchingiz komil bo'lmasa,9 bolaga toza suv yoki ko'krak so't i berib ko'rishni unga taklif eting. Bola suv yoki ko'krak so't ini yo't a oladimi, qarab ko'ring. Emadigan bolalarda burunning bitib qolgani ko'krak emishini qiyinlashtirib qo'yishi mumkin. Bolaning burnini tozalaganingizdan keyin u ko'krakni ema oladigan bo'lsa, demak, bu bolada «suyuqlik icha olmaydi yoki ko'krakni ema olmaydi» belgisi yo'q. SO'RAB KO'RING: Bola har qanday yegan ovqatini yoki ichgan suyuqligini qayt qiladimi? Yegan ovqatini va ichgan suyuqligini o'zida olib qololmay, qayt qiladigan bolada «har qanday yegan ovqati yoki ichgan suyuqligini qayt qiladi» belgisi bor. Bola nimaniki yo't adigan bo'lsa, hammasini darhol qusib tashlayveradi. Har qanday yegan ovqat yoki ichgan suyuqligidan keyin qusaveradigan bola ovqat, suyuqlik yoki ichiriladigan dori preparatlarini organizmida olib qololmaydi. Bola ba'zida qusadigan bo'lsayu, lekin suyuqlikning bir qismini o'zida olib qoladigan bo'lsa, bunday bolada ushbu umumiy xavf belgisi yo'q, deb hisoblanadi. Siz savol berib, so'rab ko'rayotganingizda ona tushunadigan sishlating. Javob berish uchun onaga vaqt bering. Agar bola har qanday yegan ovqati yoki ichgan suyuqligidan keyin qusish bor yoki yo'qligini onasi ishonch bilan ayta olmasa, aniq javob berish uchun unga yordamlashing. Masalan, bola qanchalik tez-tez qusadi, deb so'rab ko'ring. Bola ovqatni yoki suyuqlikni yo't ganidan keyin har safar qusaveradimi, deb ham so'rab ko'ring. Agar onaning javoblari to'g'riligiga ishonchingiz komil bo'lmasa, bolaga suyuqlik berib ko'rishni unga taklif qiling. Bola qusadimi-yo'qmi, tekshiring. SO'RAB KO'RING: Bolada talvasa, shaytonlash bo'ldimi? Talvasa, shaytonlash bo'lganida muskullar qisqarishi tufayli bolaning qo'l-oyoqlari tortishib, qaltiraydi. Bola hushidan ketib qolishi yoki aytilgan gaplarga javob bermasligi mumkin. Bolada hozirda shaytonlash kuzatilsa yoki mazkur kasallik vaqtida kuzatilgan bo'lsa, bu bolalar jiddiy kasallangan hisoblanadilar. Ona tushunadigan so'zlarni ishlating. Masalan, tirishishni ona «shaytonlash» yoki «qo'l-oyoqlarning tortishishi» yoki «badanining titrashi» deb atashi mumkin.

ANIQLANG: Bola letargik holatdami yoki behushmi? Letargik bola hadeb mudrayveradi va hatto uyg'orlik vaqtida ham faollik ko'rsatmaydi. U bo'shashgan bo'ladi va atrofda bo'layotgan narsalarga parvo qilmaydi. Bola ko'pincha onasiga ham qaramaydi yoki gapirganingizda Sizning yuzingizga ham qaramaydi. Bola bir nuqtaga tikilib yotishi va atrofida bo'layotgan narsalarni

sezmaydigan bo'lishi mumkin. Behush bo'lib yotgan bolani uyg'otib bo'lmaydi. U badaniga qo'l tekkizilganida, silkitib ko'rilganida yoki ismini aytib chaqirilganida buni sezmaydi.10 Bolada odatdan tashqari uyquchanlik bormi yoki bolani uyg'otish qiyin emasmi, deb onasidan so'rab ko'ring. Ona bolasi bilan gaplashganida, uni silkitganida yoki Siz chapak chalib ko'rganingizda bola uyg'onadimi-yo'qmi,

tekshiring. Eslatma: Agar bola uxlayotgan bo'lsa va unda yo'tal yoki qiyin nafas olayotgan bo'lsa, uni uyg'otishdan oldin nafas harakatlarining sonini sanab ko'ring. Bolada umumiy xavf belgisi bo'lsa, uning ahvolini baholashni tezda tugating. Bunday bolada og'ir muammo bor. Uni davolash ishini kechiktirib bo'lmaydi.

* * *Siz kasal bola to'g'risidagi ma'lumotlarni maxsus shaklga yozib olishni o'rganasiz. Bu shakl Yozuv Shakli deb ataladi. Yozuv Shaklining old tomoni BAHOLANG VA TASNIFLANG sxemasiga o'xshash Stridor – nafas olayotgan paytda eshitiladigan qattiq tovushdir. Stridor hiqildok, traxeya yoki hiqildoq usti shishib qolgani tufayli paydo bo'ladi.* Bunda o'pkaga havo o'tishiga shish to'sqinlik qiladi. Bolaning nafas yo'llarini bo'g'ib qo'yadigan shish hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Tinch turgan bolada stridor bo'lsa, bu – bola uchun xavfli holatdir. Stridor bor-yo'qligini qarab, eshitib ko'rish uchun bolani NAFAS OLISH paytida kuzating. Eshitib ko'ringchi, stridor yo'qmikin. Qulog'ingizni bolaning og'ziga to'tib ko'ring – stridor arang seziladigan bo'lishi mumkin. Bolaning burni bitib qolgan bo'lsa, ba'zan xirillashlarni eshitishingiz mumkin. Burunni tozalab, yana eshitib ko'ring. Yengilgina kasallik bilan og'rikan bolada stridor bola yig'layotgan yoki xarxasha qilayotgan mahaldagina eshitilishi mumkin. Stridor yo'qmikin, deb bolani ko'zdan kechirayotgan va eshitib ko'rayotgan paytingizda uning tinch holatda ekanligiga ishonch hosil qiling. Bola nafas chiqarayotganda Siz xushtaksimom (astmoid) tovush eshitishingiz mumkin. Bu stridor emas.

Astmoid nafas Nafas chiqarishpaytig e'tiborqiling .Astmoidl inafasda bolada mayin musiqali shovqin(tovushAstmoidlinafasdaboladamayinmusiqalishovqin(tovush)yoki nafas qiyinligidabo'ladigan belgilar bo'lishi mumkinAstmoidlinafasdagixushtakniqulog'ingizni bolaning og'ziga to'tibeshiting,chunkiastmoidli nafasdagi tovushni sezish qiyin bo'lishi mumkin. Astmoidli nafasni sababi bronxlarning torayishidir. Bunda nafas chiqarish har galgidan uzoqroq davom etadi vaqo'shimcha kuch talab etadi. Ba'zan bola shunchalik kam havo chiqaradiki, xatto hech qanda tovush eshitilmaydi. Agar nafas chiqarish qo'shimcha kuchanishni talab etayotgan va har galdagidan uzoqroq davom etayotgan bo'lsa bunga e'tibor bering. Agar bolada astmoid nafas bo'lsa, onasidan so'rang: Bu qayta epizodmi? Bolada astmoid nafas ilgari ham kuzatilganmi? Astmoid nafasli ba'zi bolalarda ko'krak qafasining tortilishi ham bo'lishi mumkin. Ko'krak qafasining tortilishi va astmoid nafasning birinchi epizodi bo'lgan bolalarda og'ir pnevmoniya bo'lishi mumkin. Ammo, ko'krak qafasining tortilishi va astmoid nafasning qayta epizodi bo'lganda ko'p hollarda og'ir pnevmoniya bo'lmasligi mumkin. Ularda ko'krak qafasining tortilishi og'ir pnevmoniya bilan emas, balki qaytalanayotgan astmoid nafas bilan bog'liq. Shu tufayli bunday bolalarni olib borish farq qiladi. Astmoid nafas mavjud bolalarni davolashni «Bolani davolang» modulida o'rganasiz. Agar astmoid nafas va nafas tezlashgan yoki ko'krak qafasining tortilishi bo'lsa: tez ta'sir etuvchi ingalyatsion bronxodilyatatorni sinash uchun 15-20 mino't oralatib 3 marta bering va undan keyin nafas sonini qayta sanang va ko'krak qafasining tortilishishi bormi, tekshiring, so'ng tasniflang Ø Astmoid nafas bo'lsa (tez ta'sir etuvchi bronxolitik berganingizdan keyin ham) aerezolli bronxolitikni 5 kun davomida bering** Ø Xavfsiz vositalar bilan tomoqni yumshating va yo'talni yengillishtiring Ø Agar yo'tal 3 haftadan ortiq davom etayotgan bo'lsa yoki astmoid nafas qaytalanayotgan astma yoki silga tekshirish uchun jo'nating Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytib kelish kerakligini tushuntiring Ø Keyingi tashrif, ahvoli yaxshilanmasa, 5 kundan so'ng21 Tasnif jadvalidan qanday foydalanish kerak: Asosiy simptom va tegishli belgilarni baholab chiqqaningizdan keyin bolaning kasalligini tasniflang. 1. Pushti (ustki) qatorga qarang. Bolada umumiy xavf belgisi bormi? Bolada ko'krak qafasining tortilishi

yoki tinch holatda stridor bormi? Bolada umumiy xavf belgisi yoki qizil qatorda sanab o'tilgan boshqa

belgilarning birortasi bo'lsa, OG'IR PNEVMONIYA YO'KI JUDA OG'IR KASALLIK tasnifini tanlang. 2. Bolada og'ir tasnif bo'lmasa, sariq (ikkinchi) qatorga qarang. Bu bolada og'ir tasnif yo'q. Unda nafas tezlashuvi bormi? Agar bolada sariq qatordagi belgi - nafas tezlashgan bo'lsa, og'ir tasnif

bo'lmasa, sariq qatordagi tasnifni – PNEVMONIYani tanlab oling. umumiy xavf belgisi, ko'krak qafasining tortilishi yoki tinch holatida stridor bo'lsa, unga OG'IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG'IR KASALLIK deb tasnif bering. Ko'krak qafasi tortilishi bo'lgan bolada odatda og'ir pnevmoniya yoki pastki nafas yo'llarining bronxioliti, ko'k yo'tal singari boshqa bir jiddiy infeksiyasi bo'ladi. Ko'krak qafasining tortilishi belgisi o'pka rigidligi (yaxshi harakatlanmaydigan) bo'lib qolgan paytda boshlanadi. Bunda bolaning nafas olish uchun odatdagidan ko'ra ko'proq kuch talab etiladi.

Ko'krak qafasi tortilishi bo'lgan bolada pnevmoniyadan nobud bo'lish ehtimoli tez-tez nafas olayotgan, ammo ko'krak qafasining tortilishi hodisasi yo'q bolaga qaraganda ko'proq bo'ladi. Bola charchab, rigid holdagi o'pkasini kengaytirish uchun haddan tashqari zo'r beradigan bo'lsa, nafas sekinlashib qoladi BELGILAR TASNIFLANG DAVOSI

BELGILAR	TASNIFLANG	DAVOSI (kasalxonaga yuborishdan avval qilinadigan shoshilinch davo qora harflar bilan ajratilgan)
§ Har qanday umumiy xavf belgisi yoki § Ko'krak qafasining tortilishi yoki § Tinch holatidagi stridor	OG'IR PNEVMONIYA YOKI JUDA OG'IR KASALLIK	Ø Tegishli antibakterial preparatning birinchi dozasini bering Ø Zudlik bilan kasalxonaga jo'nating
§ Nafas tezlashgan	PNEVMONIYA	Ø Antibakterial preparatni og'iz orqali 5 kun davomida bering Ø Astmoid nafas bo'lsa (tez ta'sir etuvchi bronxolitik berganingizdan keyin ham) aerezolli bronxolitikni 5 kun davomida bering** Ø Havfsiz vositalar bilan tomoqni yumshating va yo'talni engillishtiring Ø Agar yo'tal 3 haftadan ortiq davom etayotgan bo'lsa yoki astmoid nafas qaytalanayotgan bo'lsa astma yoki silga tekshirish uchun jo'nating Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytib kelish kerakligini tushuntiring Ø Keyingi tashrif 2 kundan so'ng

Pnevmoniya yoki juda og'ir kasallik belgilari yo'q	PNEVMONIYA YO'Q, YO'TAL YOKI SHAMOLLASH	Ø Astmoid nafas bo'lsa (tez ta'sir etuvchi bronxolitik berganingizdan keyin ham) aerozolli bronxolitikni 5 kun davomida bering** Ø Xavfsiz vositalar bilan tomoqni yumshating va yo'talni engillishtiring Ø Agar yo'tal 3 haftadan ortiq davom etayotgan bo'lsa yoki astmoid nafas qaytalanayotgan astma yoki silga tekshirish uchun jo'nating Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytib kelish kerakligini tushuntiring Ø Keyingi tashrif, ahvoli yaxshilanmasa, 5 kundan so'ng
--	---	---

Aziz 18 oylik. Vazni 11,5 kg. Tanasining harorati 37,5°S. Bu bola yo'talayotgani uchun onasi uni ambulatoriyaga olib kelgan. Onasining so'zlariga qaraganda, bolada nafasiga aloqador muammolar bor. Bu – ushbu kasallik munosabati bilan qilinganbirinchi tashrif.

Tibbiy xodim Azizda umumiy xavf belgilari bor-yo'qligini tekshirib ko'rdi. Aziz suyuqlik icha oladi. Qusmaydi. Unda tirishish yo'q. U letargik holatda emas va xushi joyida. Tibbiy xodim: «Aziz qanchadan beri yo'taladi?» deb so'radi. Onasi bolaning 6 yoki 7 kundan beri yo'talayotganini aytdi. Aziz onasining tizzasida tinchgina o'tiribdi. Tibbiy xodim bolaning mino't iga necha marta nafas olishini sanab ko'rdi. Mino't iga 41 marta nafas olyapti. Tibbiy xodim: «Aziz 12 oylikdan katta bo'lgani uchun tezlashgan nafasni aniqlashning pastki chegarasi – nafas harakatlarining mino't dagi soni 40 taga to'g'ri keladi. Demak, bu bolada nafas tezlashgan», deb o'yladi. Tibbiy xodim ko'krak qafasining tortilishini topmadi. Unda stridor yo'q, astmoid nafas eshitilmadi. 1. Tibbiy xodim Aziz to'g'risidagi axborot va kasalligining belgilarini quyidagicha qilib yozib qo'ydi: 2 OYLIKDAN 5 YoShGACHA BO'LGAN BEMOR BOLANI OLIB BORISH

Ismi Aziz Yoshi 18 oylik Vazni 11,5 kg Tanasining harorati 37,5°S

SO'RANG: Bolaning qanday muammolari bor? yo'tal Birinchi tashrif V Ikkinchi tashrif BAHOLANG (bor simptomlarni aylantirib qo'ying) TASNIFLANG 2. Tibbiy xodim Azizda astmoid nafas yo'qligi uchun, u astmoid nafas bo'lmaganda, yo'tal yoki nafas qiyinligi tasnif jadvalini tanladi. a. Birinchidan, u Azizda qizil qatordagi belgilardan birortasi bormikin, deb tekshirib ko'rdi. U: «Azizda qanday bo'lmasin biror umumiy xavf belgisi bormi, yo'qmi, Azizda shu qatordagi boshqa belgilarning birortasi bormi, yo'qmi», deb o'yladi. Azizda og'ir tasnif uchun birorta belgi yo'q. b. So'ngra tibbiy xodim sariq qatorga qaradi. U: «Azizda sariq qatorga mansub belgilar bormi», deb uyladi va bolaning nafasi tezlashgan deb topdi. MASHQ B

Bu mashqda Siz yo'tal yoki nafas qiyinligiga aloqador belgilarni yozib qo'yishni mashq qilasz. Siz bolaning kasalligini ham tasniflaysiz. Quyidagi kasallik tarixlarini o'qib chiqing. Boladagi belgilarni Yozuv Shakliga yozing va kasallikni tasniflang. Mazkur mashqni bajarish uchun yo'tal va nafas qiyinligiga tegishli tasnif jadvalidan foydalaning. O'zingizdagi buklet sxema yoki devoriy sxemadan

foydalaning.

3. DIAREYA. DIAREYANI DAVOLASH.

Diareya - ich ketishi, ich surishidir, bunda axlatda suv odatdagidan ko'ra ko'p bo'ladi. Diareyani ichi suvdek ketishi deb ham yuritiladi. U ayniqsa 6 oylikdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq

kuzatiladi. Diareya aksari sigir so't i yoki so't li qorishmalarichadigan bolalarda ko'proq uchraydi. Odatdagicha tez-tez ich kelib turishi diareya emas. Bolaning kuniga necha marta odatdagicha ichi kelishi uning yegan ovqati va yoshiga bog'liq. Ko'pgina mintaqalarda 24 soat davomida bola ichining uch marta yoki undan ko'p ketishi diareya deb ta'riflanadi. Bolalarida diareya boshlanib qolgan vaqtni onalar odatda bilishadi. Ular bolaning ichi suvdek bo'lib kelayotganini aytishlari mumkin. Onalar «diareya» so'zi o'rniga «ich ketar» yoki «suvdek suyuq bo'lib ich kelishi» degan mahalliy nomlarni ishlatishi mumkin va hokazo. Faqat emizib boqiladigan bolalarda axlat ko'pincha yumshoq bo'ladi, bu – diareya emas. Bolasini emizib boqadigan ona axlatning suyuq kelayotganiga yoki tez-tez ich surib turishiga qarab diareyani ajratib olishi mumkin. Diareyaning qanday turlari bor? Ko'p holatlarda tez-tez va suv bo'lib kechadigan diareya bolaning tanasi suvsizlanib qolishiga asosiy sabab hisbolanadi. Vabo – ana shunday diareyaning misollaridan biridir. Biroq vabo ushbu diareyalarning oz qismini tashkil etadi. Diareya 14 kundan kam davom etadigan bo'lsa, bu - o'tkir diareya bo'lib hisoblanadi. Suvdek bo'lib ich ketib turadigan diareya bolaning suvsizlanib, quvvatsizlanib qolishiga sabab bo'ladi. O'tkir diareya bilan og'rigan bolaning o'limi odatda suvsizlanish oqibatidir.

Diareya 14 kun va undan ortiqroq davom etadigan bo'lsa, bu – cho'ziluvchan diareya. Diareyaning qanday turlari bor? Ko'p holatlarda tez-tez va suv bo'lib kechadigan diareya bolaning tanasi suvsizlanib qolishiga asosiy sabab hisbolanadi. Vabo – ana shunday diareyaning misollaridan biridir. Biroq vabo ushbu diareyalarning oz qismini tashkil etadi. Diareya 14 kundan kam davom etadigan bo'lsa, bu - o'tkir diareya bo'lib hisoblanadi. Amyobali dizenteriya bolalarda ko'p uchramaydi. Bolada suvli diareya ham, dizenteriya ham bo'lishi mumkin. 4.1. DIAREYANI BAHOLANG Diareya bilan og'rigan bolaning ahvoli quyidagi belgilar bo'yicha baholanadi: Ø bolada diareya qanchadan beri davom etib kelmoqda? Ø axlatda qon bormi (bolada dizenteriya bor-yo'qligini aniqlash uchun)? Ø suvsizlanish belgilari bormi? Diareya bilan og'rigan bolaning ahvoliga baxo berishning quyidagi bosqichlarini ko'rib chiqing: Bolada diareya bormi? BOR BO'LSA, SO'RANG: § Qachondan buyon?

§ Axlatida qon bormi? KO'ZDAN KECHIRING VA HIS ETING § Umumiy ahvoliga qarang.

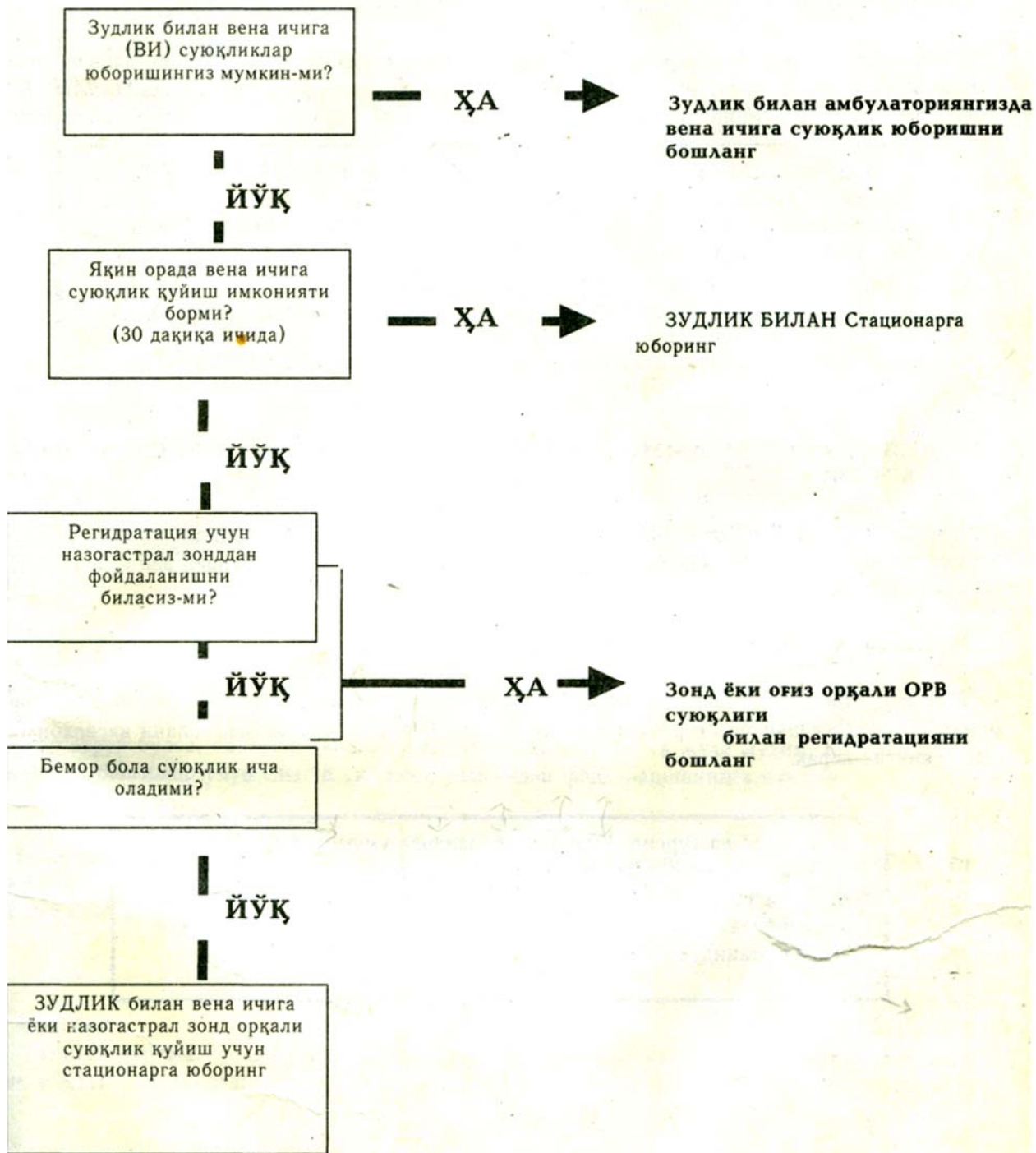
Bola: - Letargik holatda yoki xushsizmi? - Bezovta yoki betoqatmi? § Aniqlang, ko'zlari kirtayganmi?

§ Bolaga suyuqlik taklif eting: Bola: - Icha olmaydimi yoki yomon ichadimi? - Yo't oqib ichadimi, chanqoqmi? § Qornidagi teri burmasi tekislanish reaksiyasini tekshiring. Burma tekislanadi: - Juda sekin (2 sekunddan ortiq). - Sekin (2 sekundgacha). HAMMA bolalardan diareya to'g'risida surishtirib ko'ring. SO'RAB KO'RING: Bolada diareya bormi? Diareyani tasvirlash uchun ona tushunadigan so'zlarni ishlatib. Ona YO'Q deb javob bersa, diareyaga aloqador belgilar bo'yicha bolaning ahvolini baholamay, keyingi asosiy simptom – isitma to'g'risida surishtirib ko'ring. Ona HA deb javob bersa yoki bolasini diareya tufayli ambulatoriyaga olib kelganini aytgan bo'lsa, uning javobini yozib oling. So'ngra bolada suvsizlanish, cho'ziluvchan diareya va dizenteriya belgilari bor-yo'qligini

aniqlab, bilib oling. 4.2. DIAREYANI TASNIFLANG Diareyani tasniflash uchun uchta tasnif jadvali bor. Diareya bilan og'rigan bolalarning hammasi suvsizlanish darajasi bo'yicha tasniflanadi. Bolada diareya 14 kun va undan ortiq davom etayotgan bo'lsa, bolani cho'ziluvchan diareya bo'yicha tasniflang. Bolaning axlatida qon bo'lsa, bolani dizenteriya bo'yicha tasniflang. 4.2.1. SUVSIZLANISHNI TASNIFLANG Diareya bilan og'rigan bolalardagi suvsizlanish darajasini tasniflash uchun uch xil tasnif bo'lishi mumkin: Ø OG'IR SUVSIZLANISH Ø O'RTACHA SUVSIZLANISH Ø SUVSIZLANISH YO'Q MISOL: To'rt oylik Gulnozani 5 kundan beri diareya davom etib kelayotgani uchun ambulatoriyaga olib kelishdi. Unda umumiy xavf belgilari va yo'tal yo'q. Gulnozaning axlatida qon yo'q. Tibbiy xodim boladagi diareyani baholadi. U quyidagi belgilarni yozib qo'ydi: BOLADA DIAREYA BORMI? Ha V Yo'q § Qachondan buyon? 5 kun § Axlatida qon bormi? § Umumiy ahvoliga qarang. Bola: - Letargik holatda yoki xushsizmi? - Bezovta yoki betoqatmi? § Izlang, ko'zlari kirtayganmi? § Bolaga suyuqlik taklif eting: Bola: - Icha olmaydimi yoki yomon ichadimi? - Yo't oqib ichadimi, chanqoqmi? § Qornidagi teri burmasi tekislanish

reaksiyasinitekshiring: Burma tekislanadi- Juda sekin (2 sekunddan ortiq) - Sekin (2 sekundgacha)

ШУ ЕРДАН БОШЛАНГ



Вақт (соат)	Ўрнатилган пайтдаги ҳажми (мл)*	Тахминан қолган ҳажми (мл)	Юборилган ҳажми (мл)
11:00	1000 мл	800 мл	200
12:00		600 мл	400
13:00		400 мл	600
14:00		200 мл	800
15:00		0 мл	1000
16:00		800 мл	1200
17:00			



*Ҳар бир янги шиша учун бошланғич ёки қўшимча ҳажм.

Davosi

Bunday bola suvsizlanishning oldini olish uchun qo'shimcha suyuqlikka muhtoj bo'ladi. SUVSIZLANISH YO'Q deb tasniflangan bola uyda davolanishga muhtoj. Quyida uyda davo qilishning 4 ta qoidasi keltirilgan: 1. Qo'shimcha suyuqliklar berish; 2. Ovqatlantirishni davom ettirib borish; 3. sink preparatini berish; 4. Qachon bolani tibbiy muassasaga olib kelish lozimligini bilish kerak. Bolaga qanday suyuqliklarni va qanday hajmda, sink preparatini qanchadan va necha marta berib turish zarurligini onasiga o'rgatish «A reja: Diareyaga Uyda Davo qiling» ramkasida tasvirlangan. SUVSIZLANISH YO'Q deb tasniflangan bola ovqatga ham muhtoj bo'ladi, onasi esa, qachon yana tibbiy muassasaga olib kelish kerakligi xususidagi maslahatga muhtoj. Bolani ovqatlantirish to'g'risidagi tavsiyalar va qachon yana tibbiy muassasaga olib kelish kerakligi haqidagi axborot ONAGA MASLAHAT BERING sxemasida keltirilgan. Bolada umumiy xavf belgilari bor-yo'qligini tekshirish, uni ko'zdan kechirib chiqish bosqichlarini takrorlashda Sizga yordam berish uchun o'qituvchingiz takrorlash mashqini o'tkazadi. Siz shuningdek, yo'tal va nafas qiyinligini baholash bosqichlarini ham takrorlaysiz.42

MASHQ D Bu mashqda Siz diareya bilan og'rigan bolalardagi suvsizlanishni baholash va tasniflashni mashq qilasiz. Diareya bilan og'rigan bolalarning quyidagi kasallik tarixlarini o'qib chiqing. Cuvsizlanishni tasniflash haqida sxemada berilgan jadvaldan foydalaning. 1. Ozod ismli bolada diareya 5 kundan beri davom etadi. Uning axlatida qon yo'q. Bola ortiq darajada injiq. Ko'zlari kirtayib ketgan. Ota-onalari ham bolaning ko'zlari kirtayib qoldi, deb hisoblashadi. Tibbiy xodim bolaga biroz suv berib ko'rdi, bola suvni yo't oqib ichdi. Tibbiy xodim bolaning qornida teri burmasining tekislanish reaksiyasini tekshirib ko'rdi – teri burmasi sekin tekislandi. Boladagi belgilar va suvsizlanish tasnifini Yozuv Shakliga yozib qo'ying. Agar diareya bolada 14 kun va undan ortiq davom etib kelayotgan bo'lsayu, unda o'rtacha yoki OG'IR suvsizlanish ham bo'lsa, bolaning kasalligini OG'IR ChO'ZILUVChAN DIAREYA deb tasniflang.

Davosi

Diareyasi 14 kun va undan ortiq davom etib kelayotgan, buning ustiga suvsizlanib ham qolgan bolalar kasalxonaga yuborishga muhtoj bo'lishadi. Bunday bolalar tanasidan suyuqlik yo'qolishining oldini olish uchun alohida e'tibor berib qarashga muhtojdirlar. Ular ovqatni o'zgartirishga ham muhtoj bo'lishadi. Diareya sabablarini aniqlab olish uchun ular axlatini laboratoriyada tekshirib ko'rish ham zarur bo'lishi mumkin. Agar bolada boshqa OG'IR tasnif bo'lmasa, bolani kasalxonaga yuborishdan oldin undagi suvsizlanishga davo qiling. OG'IR kasal bolalardagi suvsizlanishga davo qilish qiyin bo'lishi mumkin. Bunday bolalar darhol kasalxonaga yuborilishi kerak. ChO'ZILUVChAN DIAREYA

Bolada diareya suvsizlanish belgilari bo'lmagan 14 kun yoki undan ortiq davom etib kelayotgan bo'lsa, bunday kasallik ChO'ZILUVChAN DIAREYA deb tasniflanadi. **4. Oziqlanishning buzilishi bo'lgan bolalar, tugri ovqatlanish buyicha maslaxat berish (Ko'krak so't i bilan bokish, kushimcha ovqatlantirish, 2 yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish).** Quyida BAHOLANG VA TASNIFLANG sxemasidagi «Baholang» ustunchasining bir qismi keltirilgan. Unda bolaning ahvolini oziqlanishning buzilishi va kamqonlik bo'yicha qanday baholash kerakligi tasvirlanadi. TEKSHIRIB KO'RING, OZIQLANISHNING BUZILISHI BORMI? HAMMA bolalarning ahvolini oziqlanishning buzilishi va kamqonlik bo'yicha baholang. QARAB KO'RING, bolada ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik belgilari bormi? Yetarlicha to'yib ovqatlanmaslikning o'tkir darajadagi muayyan klinik belgilarini bolani vaznini tortishdan avval yechintirish jarayonida aniq kuzatish mumkin. Buborada kexeksiya va bolalar pellagrasi belgilarini aniqlash muhim ahamiyatga ega, chunki ular kechiktirib bo'lmaydigan ixtisoslashtirilgan parvarishga, jumladan, maxsus ovqatlanish tartibiga, har tomonlama kuzatuvga, antibiotiklarga va boshqa davolash muolajalariga muhtoj bo'ladi. Bu kabi belgilar mavjud bo'lgan bolalar vaznidan qat'iy nazar shoshilinch davolash va parvarish uchun yuborilishi zarur. Kaxeksiya: yetarlicha, to'yib ovqatlanmaslikning o'tkir darajadagi ushbu shaklida, bola nihoyatda ozib ketgan ahvolda bo'lib, mushaklar va yog' to'qimalarini yo'qotishitufayli «teri va suyak» ko'rinishida bo'lib qoladi. Bolaning yuzidagi teri osti yog' qatlami kamaygani tufayli yuzi qariyalarning yuziga o'xshab qoladi, lekin ko'zlaribezovta ko'rinadi. Qovurg'alari ham aniq ko'rinib turadi. Dumba va sonlarining terisi, bola xuddi «qopsifat shim» kiyib olgandek, qatlam-qatlam bo'lib osilib qoladi. Yoshiga nisbatan vazni va bo'yiga nisbatan vazni nihoyatda past bo'ladi. Bolalar pellagrasi – yetarlicha, to'yib ovqatlanmaslikning juda og'ir darajadagi ushbu shaklida, bolaning mushaklari atrofiyaga uchraydi, lekin o'ta ozg'inlik bolaning QARAB, PAYPASLAB KO'RING § Og'ir ozg'inlik belgilari bormi? § Ikkala oyoq panjalarida shish bormi? § Vazni yoshiga mosligini aniqlang. umumiy shishgani sababli ko'zga tashlanmasligi mumkin (to'qimalarda ortiqcha suyuqlik to'planishi natijasida yuzga kelgan shish). Bola odamovi bo'lib qoladi, injiqlik qiladi, ko'rinishi kasalmand bo'lib, ovqat yemaydi. Yuzi dumaloq (shishgani sababli) va sochlari ingichka, siyrak va ayrim hollarda rangsiz bo'ladi. Terisida simmetriya holatidagi rangsiz teri bo'lakchalari kuzatiladi va keyinchalik terisi po'st

tashlaydi. Pellagra kasalligi bilan og'irgan bola odatda yetarli vaznga ega bo'lmaydi, lekin shish haqiqiy vazni yashirishi mumkin (keyingi betda ikkala oyoqning shishini qarang). Kaxeksiya va pellagrani birga kechishi. Bolalar pellagrasi va kaxeksiya ikki xil holatdagi kasalliklardir, lekin ular tarqalgan jamoatlarda, juda og'ir darajadagi yetarlicha ovqatlanmaslik hollarida ikkala holatning belgilari yuzga keladi. Masalan, bola kaxeksiya holatlarida kuzatiladigan nihoyatda ozg'in bo'lishi mumkin, shu bilan birga bolalar pellagrasi hollarida uchraydigan teri va soch o'zgarishi yoki shishlar paydo bo'lishi bilan birga namoyon bo'lishi mumkin. Ko'zga tashlanadigan darajada ozib, holdan toygan bolada marazm - oziqlanish buzilishining og'ir xili bo'ladi. Bunday bola juda ozg'in, teri osti yog' qatlami yo'qolib ketgan bo'ladi, u «qoq suyakdek» bo'lib ko'rinadi. Ba'zi bolalar ko'zga ozg'in bo'lib ko'rinadiyu, lekin ularda ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik alomatlari bo'lmaydi. Baholashning bu bosqichi ko'zga tashlanadigan, og'ir darajada holdan toygan, tezlik bilan davolash va kasalxonaga yuborishga muhtoj bo'lgan bolalarni aniqlab olishda Sizga yordam beradi. Ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik alomatlarini topish uchun bolaning kiyimlarini yeching. Yelka, qo'l, dumba va oyoqlarning muskullari madorsizlanib qolganmi-yo'qmi, razm soling. Qarab ko'ring, bola qovurg'alarining chetlari aniq ko'zga tashlanadimi? Bolaning sonlarini ko'zdan kechirib ko'ring. Ular bolaning ko'kragi yoki qorniga nisbatan olib ko'rilganida kichik bo'lib ko'rinishi mumkin. Bolaga yon tomonidan qarab, dumbalarida teri osti yog' qatlami bor-yo'qligini tekshirib ko'ring. Bola haddan tashqari ozib ketgan bo'lsa, dumbalari bilan sonlarida teri burmalari ko'p bo'ladi.

Bola go'yo xalpillab turadigan ishton kiyib olgandek bo'lib ko'rinadi. Ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'in bolaning yuzi hali odatdagicha bo'lib ko'rinishi mumkin. Bolaning qorni katta yoki shishib chiqqan bo'lishi mumkin. TEKSHIRIB KO'RING, KAMQONLIK BORMI?

QARAB KO'RING, qo'l kaftlarining oqligi bormi? Teri rangining oqarib turgani odatda kamqonlik belgisidir. Qo'l kaftlarining oqarib qolganini aniqlash uchun bolaning kaftlariga nazar

soling. Bolaning qo'l kaftini yon tomonidan sal ushlab turib, oching. Barmoqlarini orqaga qayirmang. Bu qon kelishini to'xtatib qo'yib, kaft rangining oqarib qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Kaft terisi oqargan yoki oppoq bo'lib ko'zga tashlanadigan bo'lsa, bolaning qo'l kaftlari sezilarli darajada oqargan deb hisoblanadi. QARAB, PAYPASLAB KO'RING Ko'ring,

§ Qo'l kaftlarining oqligi bormi? Bor bo'lsa, uning darajasi: Bolaning qo'l kaftlari: Yaqqol oqarganmi? O'rtacha oqarganmi? Oqishlik yo'qVaznning yoshga nisbatan mosligi Bolaning vazni yoshiga to'g'ri kelish-kelmasligini aniqlash uchun uning vaznini shuyoshdagi boshqa bolalarning Vazniga solishtirib ko'rish zarur. Siz vaznining yoshga nisbatini vaznning yoshga to'g'ri kelish-kelmasligini ko'rsatadigan sxemadagi egri chiziqdan pastda turuvchi bolalarni aniqlab olishingiz kerak bo'ladi. Shunday bolalarning vazni ularning yoshi uchun kam deb hisoblanadi. Endi Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining vaznning yoshga mosligini ko'rsatadigan sxemasini o'rganib chiqing. Bolaning vazni yoshiga mosligini aniqlash uchun: Vazni yoshga nisbatan mosligi bolaning vazni kam yoki juda kam yetishmasligini aniqlash uchun foydalaniladi. Ushbu ko'rsatkich boladagi ortiqcha vazn yoki semizlikni tasniflash uchun foydanilmaydi. Vazni aniqlash oson bo'lgani uchun undan ko'pholatlarda foydalaniladi, biroq bolani yoshini aniqlash qiyin bo'lganda bu ko'rsatkichga ishonch kam bo'ladi. Eslatma: Agar bolaning ikkala oyoq panjalarida shish bo'lsa, bolaning og'irligini oshiribko'rsatadi va juda kam vazn holatini yashiradi. Bolaning o'sish va rivojlanish kartasiga vaznbo'y va vaznning yoshga nisbatan mosligini ko'rsatuvchi ma'lumotlarni va oyoq panjalrida shish borligini yozib qo'ying. Bu bola to'g'ridan - to'g'ri vazni juda kam bolartoifasiga kiradi va alohida parvarishga muxtoj. Uch xil turdagi yosh (tug'ilishdan - 6 oygacha, 6 oydan -2 yoshgacha va 2 yoshdan - 5 yoshgacha) va alohida o'g'il bolalar va alohida qiz bolalar uchun vazni yoshga nisbatan moslik egri chizig'i keyingi betlarda keltirilgan.

Har bir ushbu holatlardagi egri chiziqlarda X o'qi bolaning yoshini bildiradi, y o'qida esa vazn kg larda ko'rsatilgan. 0-3 oygacha bo'lgan bolalar uchun yosh to'liq haftalarda ko'rsatiladi. 3 oydan 12 oygacha bolalarda to'liq oylarda va 1 yoshdan katta bolalarda to'liq yil va oylarda ko'rsatiladi.

Vaznning yoshga nisbatan mosligini jadvalda foydalanish: Gorizental chiziqda (faqat ular orasida emas) to'liq haftalarni va oylarni yoki yil va oylarni belgilang. Vertikal chiziqda yoki ular orasida vazn ko'rsatkichini kilogrammning o'ndan biriga xos aniqlikda masalan 7,8 kg qilib belgilang. Jadvaldagi bola yoshi va og'irligi chizig'ini to't ashtiring va nuqtasini toping. Bu nuqta "-2" egri chiziqdan pastdami, o'zidami yoki yuqoridami, aniqlang. Aniqlangan nuqta "-2" chizig'idan pastda bo'lsa bolada "kamvaznlik" bor, "-3" pastdabo'lsa bolada oziqlanishning og'ir buzilishi bor. Bunday bolalarda juda ozg'inlikbelgilari yoki kvashiorkor (bolalar pellagrasi) bo'lishi mumkin. Ushbu "Vazni yoshga mosligi" jadvali vaznning yoshga mosligini medianaga ("0" raqamli chiziq) nisbatan taqqoslab beradi. KAMVAZNLIK YO'Q Ø Bolaning yoshi 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, uning ovqatlanishini baholang va tavsiyaga muvofiq, ovqatlantirish bo'yicha onasiga maslahat bering - Agar ovqatlantirish bo'yicha muammo bo'lsa, keyingi tashrif 5 kundan so'ng Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytish lozimligini tushuntiring OZIQLANISHNING OG'IR BUZILISHI Bolada ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik yoki ikkala oyoq panjasining shishi bo'lsa*, uning kasalligini OZIQLANISHNING OG'IR BUZILISHI deb tasniflang. Davosi OZIQLANISHNING OG'IR BUZILISHI deb tasniflangan bolalarda pnevmoniya, diareya, qizamiq va boshqa og'ir kasalliklar oqibatida o'lim xavfi kattaroq bo'ladi. Bunday bolalar zudlik bilan kasalxonaga yuborishga muhtoj bo'ladi, kasalxonada ulardiqqat bilan olib boriladigan kuzatuv ostida davolanadi. Ular alohida parhezga, antibiotiklar bilan davolashga muhtoj bo'lishlari mumkin. Bolada oldin gipoglikemiyaning oldini olish uchun davo o'tkazing. *Ikkala oyog'i shishib turgan bolalarda, masalan, nefrotik sindrom singari boshqa og'ir kasalliklar bo'lishi mumkin. Bunday kasalliklarni kvashiorkordan ajratib qo'yishning zaruriyati yo'q, chunki bunday bolalarni ham kasalxonaga yuborish kerak. KAMVAZNLIK Bolaning vazni yoshi uchun kam bo'lsa, uning kasalligini KAMVAZNLIK deb tasniflang. Davosi KAMVAZNLIK deb tasnif berilgan bolada og'ir kasalliklar boshlanib qolish xavfiyuqori bo'ladi. Bolaning ovqatlanishini baholang va ONAGA MASLAHAT

BERING sxemasining OVQATLANISH ramkasiga muvofiq bolani ovqatlantirib borish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering. Kamvazn bolani ham 14 kundan keyin takroriy marta tekshirib ko'rish kerak. KAMVAZNLIK YO'Q Bolada yoshi uchun vazni kamligi va ovqatlanish buzilganiga xos boshqa belgilar bo'lmasa, uning kasalligini KAMVAZNLIK YO'Q deb tasniflang. Davosi Bola 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, bolaning ovqatlanishini baholang va ONAGA MASLAHAT BERING bo'limining OVQATLANISH darchasiga muvofiq bolani ovqatlantirib borish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering. 2 yoshga to'lmagan bolalarda ovqatlanish muammolari paydo bo'lishi va oziqlanishning buzilish xavfi kattaroq yoshdagi bolalardagiga qaraganda ko'proq bo'ladi. . **Gipovitaminozlar (Vitamin A sapsmentatsiyasi, unni temir bilan fortifikatsiyalash, tuzni yodlash)** Bolada KAMQONLIK holati xususida uchta tasnif bor: Ø OG'IR KAMQONLIK Ø KAMQONLIK Ø KAMQONLIK YO'Q § Kaftlariningoqligi yaqqol OG'IR KAMQONLIK Ø ZUDLIK bilan kasalxonaga yuboring § Kaftlarining oqligi o'rtacha KAMQONLIK Ø Temir preparatlarini bering Ø Agar bolaning yoshi 1 yoshdan katta bo'lsa va oxirgi 6 oy ichida degelmintizatsiya o'tkazilmagan bo'lsa, mebendazol bering Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytish lozimligini tushuntiring Ø Keyingi tashrif 14 kundan so'ng § Kaftlarining oqligi yo'q KAMQONLIK YO'Q Ø Bola 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, uningovqatlanishini baholang va tavsiyaga muvofiq, ovqatlantirish bo'yicha onagamaslahat bering Agar ovqatlantirish buyicha muammobo'lsa, keyingi tashrif 5 kundan so'ng Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytish lozimligini tushuntiring OG'IR KAMQONLIK

Bolada qo'l kaftlarining yaqqol oqarib turgani bo'lsa, uning kasalligini OG'IR KAMQONLIK deb tasniflang. Davosi OG'IR KAMQONLIK deb tasniflangan bolada pnevmoniya, diareya, qizamiq va boshqa og'ir kasalliklar oqibatida o'lib qolish xavfi yuqori bo'ladi. Bunday bolalar zudlik bilan kasalxonaga yuborilishi lozim. Ular qon quyib davolashga muhtoj bo'lishlari

ham mumkin. KAMQONLIK Bolaning qo'l kaftlari o'rtacha oqish bo'lsa, uning kasalligini KAMQONLIK debtasniflang. Davosi KAMQONLIK deb tasnif berilgan bolada og'ir kasalliklar boshlanib qolish xavfi kattaroq bo'ladi. Bolaning ovqatlanishini baholang va ONAGA MASLAHAT BERING sxemasining OVQATLANISH ramkasiga muvofiq bolani ovqatlantirib boorish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering. Temir preparatlari yordamida bolani davolang. Agar bolani yoshi 1 yoshdan katta bo'lsa va oxirgi 6 oy ichida degelmintizatsiya o'tkazilmagan bo'lsa, mebendazol bering. Qo'l kaftlari o'rtacha oqish bo'lib turgan bolaning onasiga bolani takror marta ko'rish uchun 14 kundan keyin yana kelish zarurligni tushuntiring.

KAMQONLIK YO'Q Bolaning kaftlarida oqarganlik belgilari bo'lmasa KAMQONLIK YO'Q deb tasniflang. Davosi Bola 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, bolaning ovqatlanishini baholang va ONAGA MASLAHAT BERING bo'limining OVQATLANISH darchasiga muvofiq bolani ovqatlantirib borish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering. 2 yoshga to'lmagan bolalarda ovqatlanish muammolari paydo bo'lishi va oziqlanishning buzilish xavfi yuqori yoshdagi bolalardagiga qaraganda ko'proq bo'ladi. MASHQ S O'qib-o'rganish uchun keltirilgan quyidagi hollarni diqqat bilan ko'rib chiqing. Boladagi belgilarni va ularning tasnifini Yozuv Shakliga yozib qo'ying. Sxemadagi tasnif jadvallaridan foydalaning. 1- kasallik tarixi: Aziza 18 oylik. Vazni 7,0 kg. Tanasining harorati 38,5°S daraja. Bolaning badani qizib turgani va unga toshma toshgani uchun onasi Azizani ambulatoriyaga olib kelgan. Tibbiy xodim Azizaning «qoq suyak» bo'lib qolganini ko'rdi. Tibbiy xodim bolada umumiy xavf belgilari bor-yo'qligini tekshirdi. Aziza suyuqlik icha oladi, qayt qilmaydi, unda shaytonlash bo'lmagan, bola letargik holatdaemas, xushi o'zida.Bolada yo'tal yoki nafas qiyinligi yo'q. Unda diareya ham yo'q.Azizaning onasi bolaning tanasi qizib turibdi deb aygani va bolaning harorati 38,5°S daraja bo'lgani uchun tibbiy xodim bu qizcha ahvolini isitma bo'yicha tasnifladi. Isitma unda 5 kundan beri davom etar ekan. Qizchanning badaniga toshma toshgan va ko'zlari qizarib turibdi. Unda qizamiq bor. Bolaning ensa muskullarida rigidlik yo'q. Tibbiy xodim qizamiq asoratlarining belgilarini baholab chiqdi. Azizaning og'zida yaralari yo'q. Ko'zlari yiringlashgan emas va ko'z shox pardasida xiralashish yo'q. Azizada tomoqqa va quloqqa aloqador muammolar yo'q.So'ngra tibbiy xodim Azizaning ahvolini oziqlanishning buzilishi yoki kamqonlik bo'yicha

baholadi. Azizada ko‘zga tashlanadigan og‘ir ozg‘inlik bor. Qo‘l kaftlari oqargan emas. Ikkala oyog‘ining panjalarida shishlar ham yo‘q. Tibbiy xodim uning yoshi uchun to‘g‘ri keladigan vaznini aniqlab ko‘rdi. (Bukletingizda vaznning yoshga to‘g‘ri kelish-kelmasligini ko‘rsatadigan jadval bor, shu jadvalga qarang). Bu bolada uning yoshiga nisbatan olganda vazn kamligi bor-yo‘qligini aniqlab, natijasini Yozuv Shakliga yozib qo‘ying. Azizadagi belgilarni yozib oling va ularni keyingi betda keltirilgan Yozuv Shaklida tasniflang. 6 OYLIK DAN 12 OYLIK KACHA BO‘LGAN BOLALAR UCHUN TAVSIYANOMALAR

Ona bolasini, u necha marta istasa, shuncha marta, 24 soat mobaynida loqal 6 marta emizishni davom ettirib borishi kerak. Biroq, bola 6 oylik bo‘lganidan keyin ko‘krak so‘t i uning barcha energetik ehtiyojlariga mos kelmay qolishi va shunga ko‘ra bola qo‘shimcha ovqatga ehtiyoj seza boshlashi mumkin. Qo‘shimcha ovqatni bolani emizib bo‘l — gandan keyin berish kerak. Bu — emizish mahallarining bir nechtasini, bolaning ovqatlanishiga zarar etkazmay, qo‘shimcha ovqat bilan asta — sekin alishtirib borishga imqon beradi. Bolani emizib boqish usulini saqlab qolishning muhimligi esingizda gursin, chunki bola ko‘krak so‘t i tarkibida bo‘ladigan zarur oziq va himoya moddalariga hamon muhtoj bo‘ladi. Bolaning 6 oylik bo‘lgan mahalidan boshlab to 12 oylik bo‘lgu — niche qo‘shimcha ovqat hajmini asta — sekin ko‘paytirib borish zarur. Bop keladigan oziq — ovqat mahsulotlari MASLAHAT BERING sxemasida sanab o‘tilgan. Bola 12 oy — lik bo‘lgan mahalga kelib qo‘shimcha oziq — ovqat mahsulotlari asosiy energiya manbai bo‘lib qoladi.

Bola ko‘krak emib turadigan bo‘lsa, qo‘shimcha ovqatni kuniga 3 mahal berib boring. U ko‘krak emmaydigan bo‘lsa, bolani kuniga 5 mahal ovqatlantiring. Bolaga ovqat be — rish uchun shishachadan emas, balki piyola yoki kosachadan foydalaning. Bulardan foyda — lanishning afzalliklari:

- ularni, agar qaynatib olishning iloji bo‘lmasa, suv va sovun bilan yuvish oson;
- bakteriyalarning ko‘payish ehtimoli shishachalardagiga qaraganda ularda kamroq;
- ovqatni piyola yoki kosachadan berish "so‘rg‘ichlarni adashtirib qo‘yish" hodisasiga

sabab bo‘lmaydi, holbuki bola shishachadan oqatlantirilganida shunday bo‘lishi mum — kin. Bolani piyola yoki kosachadan ovqatlantirish uning ko‘krak emishdan bo‘yin tovla — shiga, odatda, sabab bo‘lmaydi.

Ovqat yarim suyuq yoki yumshoq bo‘lishi kerak, ammo sho‘rva suvini aytmaganda, juda suyuq yoki suvdek bo‘lmasligi lozim.

Bolani faol ovqatlantirish muhim. Faol ovqatlantirish deganning ma‘nosi bo — lani ovqat eyishga undab, ko‘ndirish demakdir. Bolaning o‘zi mustaqil ovqat eya oladi —

I gan bo‘lgunicha onasi yoki unga qaraydigan boshqa bir kishi (masalan, opasi yoki akasi, otasi yoki buvisi) ovqat vaqtida bola yonida o‘tirib, qoshiqni og‘izga olib borishda unga | yordam berib turishi kerak.

TO‘LAQIMMATLI QO‘SHIMCHA OZIQ-OVQAT MAHSULOTLARI

YAxshi quvvat beradigan, to‘yimli va mazkur joyda serob bo‘ladigan masalliqlar to‘laqimmatli qo‘shimcha oziq — ovqat mahsulotlari bo‘lib hisoblanadi. Ana shunday mah — sulotlarga misol ba‘zi joylarda o‘simlik moyi yoki so‘t li quyuq bo‘tqa; meva va sabza — votlar, dukkaklilar, go‘sht, tuxum, baliq va so‘t mahsulotlaridir. Bola sigir so‘t ini yoki ko‘krak so‘t i o‘rniga boshqa so‘t ni olib turadigan bo‘lsa, bu so‘t va boshqa suyuqlik — lar shishachadan emas, balki piyola yoki kosachadan berilishi kerak.

6—12 oylik yoshdagi bolalarga ravo ko‘riladigan oziq — ovqat mahsulotlari bolani ovqatlantirishga doir MASLAHAT BERING sxemasidagi tavsiyalarda birma — bir ko‘rsatib o‘tilgan va quyida bayon qilingan. Qo‘shimcha ovqat berishni tubandagi ovqatlar — dan boshlash o‘rinlidir:

1. Guruch, mannaya yormasi yoki qorabug‘doydan so‘t va moy (sariyog‘ yoki o‘simlik moyi) qo‘shib tayyorlangan quyuqqina bo‘tqa.

2. Kartoshka, sabzi, lavlagi yoki qovoqdan tayyorlangan sabzavot pyuresi, bular mi — neral tuzlar va vitaminlarning almashtirib bo‘lmaydigan manbai bo‘lib hisoblanadi.

3. Masalan, ugra osh, xamir ovqat va non singari oila dasturxoniga tortiladigan ovqatlar.

4. Siz yashab turgan joyda va tegishli yil fasllarida serob bo‘ladigan har xil mevalar, masalan, olma, shaftoli, uzum, nok, olxo‘ri kabi mevalar yaxshilab tozalanishi va ezib berilishi kerak. Asta —sekin bolaga mayda to‘g‘ralgan meva bo‘laklarini berib borish mumkin.

5. Bola ovqati qatoriga sabzi, lavlagi yoki meva suvlari singari har xil ichim — liklarni, qatiq, kefir singari so‘t mahsulotlarini kiritib borish lozim, ma‘lumki, choy tarkibida bo‘ladigan taninlar temir moddasining organizmga singishini susaytirib qo‘yadi. Masalan, choy ichiladigan bo‘lsa, nonushtaga beriladigan aralash ovqatlar tarkibidagi temirning singishi deyarli 50 foizga kamayadi.

6. Bola ovqati jumlasiga tuxum, tvorog va qaynatib pishirib, qiymalangan yog‘siz go‘sht singari oqsilga boy mahsulotlarni asta —sekin qo‘shib borish zarur.

12 OYLIKDAN 2 YOSHGACHA BO‘LGAN BOLALAR UCHUN TAVSIYANOMALAR

Bu yoshda ona bolani u necha marta istasa, shuncha marta emizib borishni davom etti — rishi, shuningdek unga qo‘shimcha ovqat berib turishi kerak. Qo‘shimcha ovqatning xili bilan hajmini ko‘paytirib borish zarur. Oilaning umumiy dasturxoniga tortiladi — gan ovqat bola ovqatining eng muhim qismi bo‘lib qolishi lozim. Bola uni osongina eya oladigan bo‘lishi uchun bunday ovqatni maydalab, ezib berish kerak.

To‘yimli qo‘shimcha ovqatni yoki oilaning umumiy dasturxonidan olinadigan ovqat — ni kuniga 3 mahal bering, jumladan bolani ertalab emizib turing, shuningdek unga yana 2 mahal meva, non yoki kefir dan iborat qo‘shimcha ovqat berib boring.

Bolaga taomni har safar etarli miqdorda bering, har bir asosiy ovqatning hajmi — mi loqaqal 300 ml (bir yarim stakan) bo‘lishi kerak. Bolani faol ovqatlantirish (uni ovqat eyishga undab, ko‘ndirish) juda muhim bo‘lib qolaveradi.

Quyida 12 oylikdan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun tavsiya etiladigan mahalliy oziq-ovqat mahsulotlari ko‘rsatib o‘tilgan:

- 1) mayda to‘g‘rab, qaynatib pishirilgan sabzavotlar: kartoshka, sabzi, lavlagi, qovoq, karam, kabachki yoki baqlajon;
- 2) qaynatib pishirib, mayin ezilgan yoki mayda qiyma qilingan yog‘siz go‘sht, tuxum;
- 3) tvorog, kefir, qatiq singari har xil so‘t mahsulotlari;
- 4) Siz yashab turgan joyda va tegishli yil fasllarida serob bo‘ladigan mevalar, masalan olma, shaftoli, uzum, nok, gilos, olcha yoki olxo‘ri, banan;
- 5) sabzavot va meva suvlari, ho‘l meva va qoqilardan tayyorlangan kompotlar.

2 YASHAR VA BUNDAN KATTA BOLALAR UCHUN TAVSIYANOMALAR

Bu davrda bola oila dasturxonidan kuniga 3 mahal xilma —xil ovqat olib turishi kerak. U shuningdek, kuniga yana 2 mahal qo‘shimcha ovqat ham olishi lozim. Bu oila dasturxonidan beriladigan ovqat yoki ovqat mahallari orasida edirsa bo‘ladigan bo-shqa to‘yimli ovqat bo‘lishi mumkin. Ana shunday oziq —ovqat mahsulotlariga misol-lar MASLAHAT BERING sxemasida va quyida keltirilgan.

Har bir asosiy ovqatning hajmi loqaqal 350 ml (sal to‘lmagan 2 stakan) ni tashkil etishi kerak.

Bolaning shirinlik (qon fet, shokolad) eyishi va sotiladigan gazli ichimliklar ichishini cheklab qo‘yish muhim.

Quyida .2 yashar va bundan katta bolalar uchun tavsiya etiladigan mahalliy oziq — ovqat mahsulotlari ko‘rsatib o‘tilgan:

- 1) masalan, har xil sho‘rvalar, jumladan karam sho‘rva (borshch), lag‘mon, manti, palov, dimlama va boshqalar singari oila dasturxonini ovqatlari. Bola bekamu —ko‘st ovqat — lanadigan bo‘lishi uchun taomlarning hech istisnosiz hamma masalliqalaridan berib borish muhim. Bolaga juda achchiq, yog‘lik va sho‘r ovqatlarni berishdan ehtiyot bo‘ling;
- 2) unga qaynatib pishirib, mayda to‘g‘ralgan go‘sht, tuxum bering;
- 3) yashab turgan joyingizdagi sabzavot va mevalarning hammasidan berib turing;
- 4) sabzavot va meva suvlari, har xil so‘t mahsulotlari, ho‘l va quruq meva kompot — larini ichirib turing.

MARUZA. 5

MAVZU : Eshak emi (krapivnitsa)

Reja : 1. Qichima dermatozlar:

2. dermatit (qon taktli, seboreyali neyrodermatit),

3. ekzema (disgidrotik, tangasimon, kuruk)

Kichima dermatozlar:

Qichima (lot. prurigo, prurio — qashinish) — qichimali dermatoz, toshmalarning asosiy elementi markazida kichik pufakchalari bo‘lgan kichik tugunchalardir. Yaqqol qichish toshma toshgan joyni qashishga va natijada terida chuqur ekskoriatsiya (chuqurchalar) hosil bo‘lishiga olib keladi. Qichimaning o‘ziga xos xususiyati shundaki, toshma qo‘l-oyoqlarning yoziluvchi sohasida joylashgan bo‘ladi va bukiluvchi yuzani qamrab olmaydi. Qichimani tashxislash dermatologik ko‘rik, oshqozon-ichak trakti a‘zolarini tekshiruv va shunga o‘xshash teri kasalliklarini istisno qilish yo‘li bilan amalga oshiriladi. Davolash parhez, vitaminlar, fizioterapiya, antigistamin va sedativ preparatlarni tayinlashdan iborat.

Qichima rivojlanishining asosiy sababi teridagi allergik yallig‘lanish rivojlanishiga olib keladigan tananing sensibilizatsiyasi (sezuvchanligi) hisoblanadi. Organizmni sensibilizatsiyalovchi asosiy agentlar oziq-ovqat mahsulotlari hisoblanadi. Emizikli chaqaloqlarda bu sigir yoki ona so‘t idagi oqsil, biroz kattaroq yoshda — qo‘ziqorin, un mahsulotlari, tuxum, sitrus mevalar, shokolad, qulupnay, ba‘zi baliq turlari bo‘lishi mumkin. Kattalarda oziq-ovqat sensibilizatorlari sifatida dudlangan mahsulotlar, asal, qahva, alkogol, achchiq mahsulotlar va ziravorlar xizmat qilishi mumkin.

Bolalarda qichima rivojlanishida ekssudativ diatez, shuningdek hazm qilish traktining turli fermentopatiyalari kabi namoyon bo‘ladigan allergik reaksiyalarga qon stito‘t sion moyillik muhim ahamiyatga ega. Bolalarda ham, kattalarda ham disbakterioz, gelmintoz, o‘t chiqarish yo‘llarning diskineziyasida organizmning ichakdan ao‘t osensibilizatsiya va ao‘t ointoksikatsiyalanishi kasallik rivojlanishiga turtki bo‘ladigan omillar sanaladi. Kattalarda qichima rivojlanishida nerv-emotsional buzilishlar (uyqu buzilishi, nevrasteniy) va ba‘zi umumiy kasalliklar (qandli diabet, ichki a‘zolar o‘smalari, limfogranulematoz, surunkali gepatit, jigar sirrozi, xolesistit va boshqalar) provokatsion omillar bo‘lishi mumkin.

Ba‘zi mualliflarning fikriga ko‘ra, qichima hasharotlar chaqishi (chivin, burga, kana) tufayli yuzaga keladi va kasallikni epizoonozga oid qilishni taklif qilishadi. Bu gipoteza kasallikning qishloq joylarda keng tarqalganligi, uning mavsumiyligi va ko‘pchilik bemorlarda hasharot antigenlari bilan allergik probaning ijobiy natija berishi bilan tasdiqlanadi.

Qichima alomatlari

Qichima kasalligi rasm



Bolalar qichimasi terida 3-5 mm keladigan tarqoq va ko'plab toshma toshishi bilan boshlanadi, ularning yuzasida vaqt o'tib pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilib, seroz qobiq bilan qoplangan eroziyalar hosil qiladi. Gavda va yuz terisida toshma mavjudligi bilan bir qatorda, oyoq-qo'llarning yoziluvchi yuzasida ko'p miqdorda toshmalar mavjudligi odatiydir. Qichimada papulovezikulalar qo'l va oyoq kafti terisida ham joylashgan bo'lishi mumkin. Bunda ular kattaroq o'lchamga (5-7 mm) ega, asosi shishgan va atrofi yallig'langan bo'ladi. Qichimaning o'ziga xos xususiyati kuchli qichishishdir. Qashish tufayli toshmalar o'rnida ko'plab ekskoriatsiyalra paydo bo'ladi.

Qichima bilan kasallangan bolalarda toshma toshishi bilan bir qatorda asab-ruhiy buzilishlar ham kuzatilishi mumkin: injiqlik, yomon uxlash, yig'loqilik, yuqori ta'sirchanlik. Bu alomatlar ham kasallikning o'zi (kuchli qichishish va organizmning ao't ointoksikatsiyasi tufayli), ham qon stito't siyasining o'ziga xosliklari natijasida asab tizimining tug'ma labilligi tufayli yuzaga kelgan bo'lishi mumkin.

Ko'p hollarda bolaning ratsionidan sigir so't i va bolalar uchun qo'shimchalarni chiqarib tashlagandan keyin qichima alomatlarining mustaqil regressi kuzatiladi. Biroq bolalar qichimasi atopik dermatit, pruriginoz ekzema yoki kattalar qichimasiga aylanishi mumkin. Bunday transformatsiya belgisi oq dermografizm paydo bo'lishi, qorin refleksining kamayishi va oyoq kaftinikining yo'qolishidir. Bunday bolalarda teri quruqligi, angidroz, son va chov limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi.

Kattalar qichimasi qorin, dumba, kurak va oyoq-qo'llarning yoziluvchi yuzasida intensiv qichiydigan tugunchali toshma toshishi bilan tavsiflanadi. Yuz va oyoq-qo'llarning bukiluvchi yuzasi odatda teginil olmaydi. Kattalar qichimasida kattaligi 5mm gacha bo'lgan qo'ng'ir-qizil rangdagi zich yarimsharsimon yoki qon ussimon papulalar xosdir. Shu bilan birga, yorqin qizil rangda va o'ta kuchli qichishi bilan ajralib turadigan papulalar ham kuzatilishi mumkin. Gemorragik qobiq bilan qoplangan ko'plab ekskoriatsiyalar qayd qilinadi.

Kattalardagi qichima o'tkir va surunkali kechimga ega bo'lishi mumkin. Surunkali shaklda terida kuzatiladigan alomatlarga asta-sekin nevrotik sindrom qo'shiladi: uyqu buzilishi, ta'sirchanlik, sezilarli emotsional labillik.

Tugunli qichima surunkali va uzoq davom etishi bilan ajralib turadi. Toshmalar yarimshar shakldagi zich papulalar bilan namoyon bo'ladi. Ularning kattaligi 6 dan 15 mm gacha o'zgarib turadi. Tugunli qichimada toshmalar asosan oyoqlarning yoziluvchi yuzasi terisida, kamroq hollarda — qo'l va gavadada joylashgan bo'ladi. Qichima elementlarini qashish tufayli infektsiyalanishi ostiofollikulit, follikulit, pioderma yoki furunkulyoz rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Qichima tashxislash Qichimani tashxislashda, dermatolog toshmani ko'rishi va dermatoskopiya o'tkazishi kerak. Ikkilamchi infektsiya qo'shilganiga gumon qilganda qo'zg'atuvchini aniqlash uchun bakterial ekish va uning antibakterial preparatlarga sezgirligi aniqlash bajariladi. Qichimani oshqozon-ichak trakti buzilishi yoki endokrin patologiya fonida yuzaga kelishida gastroenterolog yoki endokrinolog maslahati talab qilinadi. Gelmintlar tuxumlarini o'rganish va disbakteriozni tahlil qilish uchun axlat namunasi olinadi. Zarurat

tug'ilsa, qichimasi mavjud bemorlarga jigar va me'da osti bezi O'T tekshiruvi, jigar probasi, me'da osti bezi fermentlarini o'rganish belgilanadi.

Qichimani tashxislashda muhim ahamiyatga ega bo'lgan nuqta, xuddi shunday klinik ko'rinishga ega dermatologik kasalliklarni istisno qilishdir. Toshmaning joylashuvi va qichima elementlarining morfologik xususiyatlari ko'p hollarda kasallikni atopik dermatit, qo'tir va toksikodermiyadan ajratish imqon ini beradi.

Atopik dermatitda, qichimadan farqli o'laroq, toshmalar oyoq-qo'llarning bukiluvchi sirtida joylashgan bo'ladi.

Qo'tirda dermatoskopiya o'ziga xos yo'llarni aniqlash imqon ini beradi, qo'tirga sinov o'tkazilganda ijobiy natija olish tashxisni tasdiqlaydi.

Toksidermiya dori vositalarini qabul qilish va toshma toshish o'rtasidagi bog'liqlik bilan tavsiflanadi. Tugunli qichimani qizil yassi lishaydan farqlash kerak.

Qichimani davolash Qichima kasalligini davolashda parhez muhim o'rin to't adi. Emizikli chaqaloqlarda ona so't iga organizmning sensibilizatsiyasini kamaytirish uchun emizishdan 15 daqiqa oldin unga 10 tomchi sog'ilgan so't berish tavsiya etiladi. Qichimada ratsionga qatiq, tvorog va sabzi sharbatini ertaroq kiritish kerak. Homilador va emizikli ayollar ko'p miqdorda sitrus mevalar, tuxum, baliq, tuzlamalar iste'mol qilishdan qochishlari kerak.

Qichimadan aziyat chekayotgan kattaroq bolalar va kattalarga achitqi so't mahsulotlari (ryajenka, tvorog, kefir), qaynatilgan mol go'shti, kungaboqar moyi, meva va sabzavotlar (ayniqsa sabzi, karam, ismaloq va no'xat) tavsiya etiladi. Gelmintli invaziya aniqlanganda degelmentatsiya o'tkaziladi. Shuningdek surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiyasi darkor, masalan karioz tishlar, otit, sinusit, surunkali tonzillit, disbakterioz va oshqozon-ichak kasalliklarini davolash.

Qichimani davolashda hazm qilishni yaxshilaydigan fermentlar (pankreatin va boshqalar), B guruhi vitaminlari, A va C vitaminlar, antigistamin vositalar (fenkarol, loratadin, dezloratadin, klemastin, xloropiramin va boshqalar), kaltsiy preparatlari va tinchlantiruvchi dorilar (pion, valeriana damlamasi) belgilanadi. Kepak, eman daraxti po'sti, ittikanak va boychechakli shifobaxsh vannalar qabul qilish ham yaxshi samara beradi. Qo'shimcha vositalar sifatida qichimada glyukokortikoidlar saqlagan krem va malhamlar qo'llash mumkin. Og'ir holatlarda glyukokortikosteroidlarni ichga qabul qilish belgilanadi.

Fizioterapevtik usullardan qichimada buyrak usti bezlari sohasiga mikroto'lqinli terapiya, suberitem dozada ultrabinafsha nurlanish, elektroson, gidrokortizon bilan fonoforez, induktotermiya, bo'yin simpatik tugunlari sohasiga diadinamoterapiya, shifobaxsh elektroforez qo'llaniladi.

2. Dermatit ((qon taktli, seboreyali neyrodermatit)

Neyrodermit [neyro... va yun. derma – teri] – terining nerv-allergik kasalligi. Qattiq Qichishish, tugunchali toshmalar – papulalar toshishi, zararlangan soha terisining qalin tortishi bilan kechadi. Neyrodermitga, asosan, nerv tizimining funksional o'zgarishlari, irsiy omillari, me'da-ichak kasalliklari, ichki sekresiya bezlari faoliyati hamda moddalar almashinuvining buzilishi va h. k. sabab bo'ladi. Neyrodermitning cheklangan, diffuz (tarqoq) va atipik shakllari bor.

Cheklangan neyrodermitda terining ma'lum bir sohasi qattiq qichishadi. Zararlanish o'chog'i bo'yinning orqa va yon qismi, jinsiy a'zolar, dumbalar orasidagi burmalar va katta bo'g'ilarning bukuvchi yuzasida bo'ladi. Qichishish kuchayganda terida mayda tugunchalar paydo bo'lib, yuzasi kepakli tangachalar bilan qoplanadi. Keyinchalik tugunchalar bir-biri bilan qo'shib, kattagina joyni egallashi mumkin. Toshmalar och pushti, qo'ng'ir tusda, yassi va yumaloq shaklda bo'ladi. Teri asta-sekin qalin tortib zichlashadi. O'tkir yallig'langan o'choqlarda shlinishlar kuzatiladi. Hadeb kashlana berish natijasida chiqqan qon kotib, qora qo'tir bo'ladi. Kasallik uzoq davom etadi.

Diffuz neyrodermitda, asosan, yuz, bo'yin, qo'l va oyoq bukilmapari, jinsiy a'zolar va sonning ichki yuzasi zararlanadi. Dastlab och pushti rangli tugunchalar paydo bo'ladi va



infiltratlandi. Teri quruq, usti mayda kepakli tangachalar bilan qoplanadi. Tananing tabiiy burmalarida yoriqlar yuzaga keladi.

Terining kuchli qichishishi, toshmalar toshishi, nerv tizimi faoliyatining buzilishi va boshqalar neyrodermitga xos belgilardir. Kuchli qichishish bemor uyqusining buzilishiga, nevroitik holatga olib keladi. Kasallik, ko‘pincha, faslga bog‘liq, u, asosan, qishda zo‘rayib, yozda remisiya holatida bo‘ladi. Neyrodermit bronxial astma, vazmotor rinit va boshqa allergik kasalliklar bilan birga kechishi mumkin. Ekssudatli neyrodermit ham bor, bunda toshmalar namlanib turadi, ular tushib ketgach, o‘rni anchagacha qizarib turadi.

Vitaminlar, gormonlar, tinchlantiradgan dorilar, surtma va boshqa(lar), shuningdek, fizioterapevtik muolajalar buyuriladi. Neyrodermit – teriga toshmalar toshishi, allergiya, qichishish bilan namoyon bo‘ladiga surunkali kasallik. U ayrim oziq mahsulotlari, uy changi, o‘simlik changi, terining qurib qolishi, irsiy moyillik, ruhiy zo‘riqishlar, infeksiyon kasalliklar oqibatida yuzaga kelishi mumkin. Allergiya oqibatida terida qizarish, qichishish, achishish paydo bo‘ladi. Qichishish kasallik rivojlanayotganligining asosiy belgisidir. Kasallik goh qo‘zg‘ab, goh tinchlanib turadi. Tinchlik davrida kasallikning hech bir belgisi bemorni bezovta qilmaydi. **Davolash** Davolash allergolog shifokor tomonidan bemorda kasallik kechishini yengillatish va uzoq muddatga to‘xtatish orqali olib boriladi. Bu kasallik bilan og‘riganda terini tirnashdan (qashish), quruqlanishidan saqlanish, toza paxtali kiyimlardan, ko‘rpalardan foydalanish, shifokor tomonidan tavsiya etilgan kortikoidli, antigistamin va immunitetni ko‘taruvchi dori-darmonlarni o‘z vaqtida qabul qilish muhim ahamiyat kasb etadi.

3. Ekzema (disgidrotik, tangasimon, kuruk)

Ekzema [yun. ekzema – pufakcha, toshma], go‘sh – terining allergik kasalligi (q. Allergiya). Nerv va endokrin tizim faoliyatining buzilishi, organizmda surunkali infeksiya manbai bo‘lishi (tonzillit, gaymorit va boshqa(lar)), shuningdek, me‘da-ichak kasalliklari oqibatida organizm sezuvchanligining ortishi va boshqa(lar) ekzemaga sabab bo‘ladi. Ekzema o‘tkir boshlanibkeyin surunkali tus olishi va kaytalashi mumkin. Ekzemaning oddiy (vulgar), surunkali, qon taktli, mikroblil va h. k. shakllari bor.

Oddiy ekzema o‘tkir kechganda kasallik to‘satdan boshlanadi. Dastlab teri qilishadi, qizarib, biroz shishadi va unda tarikdek tugunchalar, do‘sti yupqa pufakchalar paydo bo‘ladi. Bemor qashiganda pufakchalar tez yorilib, ulardan tiniq suyuqlik chiqadi. Toshmalar suvlanishi natijasida yangi pufakchalar hosil bo‘laveradi (nam ekzema). Keyin suvlanish kamayadi, toshmalar usti kotib, 3-5 kundan keyin tushadi. Toshmalar o‘rni uzoq vaqt qipiqalanib, po‘st tashlab turadi. Ekzemada ba‘zan zararlangan teri suvchirab, atrofida mayda tugunchalar, pufakchalar hamda kipiqlanadigan tangachalar vujudga keladi. Yallig‘langan joyga infeksiya tushsa, yiringlaydi.

Surunkali ekzemada zararlangan teri asta-sekin qalinlashib ko‘karadi, po‘st tashlaydi, kipiqlanadi. Ko‘pincha, (o‘tkir ekzema dagidan kamroq) mayda tuguncha va toshmalar ham kuzatiladi. Toshma aksari yuzda, qo‘l, oyoq barmoqlarida, bo‘yin va tanosil a‘zolarida uchraydi. Bu xil ekzema qo‘zib, o‘tkir ekzemaga aylanishi, toshma bo‘t un tanaga tarqalishi ham mumkin. Qon taktli ekzema aksariyat terining turli omillarga ta‘sirchaligidan kelib chiqadi, barmoqlar, bilak va yuz terisida uchraydi, dastlab toshma toshib, teri shishadi va suvsizlanadi.

Mikrobl E. ko'proq yuzaki piodermiya ikkilamchi yallig'lanib, E. ga aylanganda, oqma yara, kuygan joy va chipqon atrofida yuzaga keladi. Bu E. tizza, barmoqlar, yuz terisi va sonda kuzatiladi. Ayrim hollarda (piodermiya va boshqa(lar) teri kasalligi bor bemorlarda) E. ning bu turi kichishib, usti kipiqlanadigan katta-kchik dumaloq yoki cho'zinchoq dog'lar ekzematidlar shaklida yuzaga keladi.

Toshmalar angina, gripp, o'tkir ichak kasalliklaridan so'ng ham paydo bo'lishi mumkin.

Seboreyali E. (moyli go'sh) ko'proq soch, yuz, bo'yin, qo'ltiq, taqim va boshqa(lar) soha terisida bo'ladi. Kasallangan terida moylangandek yaltiroq, usti qipikli sarg'imgir-qizg'ish dog'lar hosil bo'ladi. Bosh qichiydi, kepaklanadi, ko'z millari qizarib, shishadi. Kasallik uzoq cho'ziladi. Bolalar E. si ekssudativ- katta ral diatez bilan og'rigan bolalarda kuzatiladi. Aksariyat chillasi chiqmagan go'daklarda uchrashi tufayli «chilla yara» ham deyiladi. Bolaning boshi, yuzi, ko'kragiga toshma toshib, suv ochadi, qattiq qichishadi, boshida qasmoq ko'payib, terisi qizarib, yallig'lanadi. Toshma sog' teriga ham tarqashi mumkin. Bolalar gushi, odatda, bolani noto'g'ri ovqatlantirish natijasida kelib chiqadi.

Ko'pincha, E. bilan og'rigan bemor va uning ota-onalarida ayrim ovqat mahsulotlari: baliq, tuxum, sitrus mevalar, shuningdek, uy changi, gul hidi, kir yuvish poroshogi, biror doriga nisbatan o'ta yuqori sezuvchanlik aniqlanadi; bu xildagi omillar kasallik paydo bo'lishi yoki uning bot-bot qo'zib turishiga sabab bo'ladi.

Noto'g'ri ovqatlanish, asabiylashish, ruhiy iztirob va boshqa(lar) noxush omillar ta'sirida kasallik zo'rayishi va sog' teriga tarqalib ketishi mumkin.

Ekzemani shifokor davolaydi. So't , o'simlik mahsulotlaridan tayyorlangan parhez taomlar tavsiya etiladi; sho'r, achchiq, dudlangan ovqatlar va spirtli ichimliklarni cheklash, shuningdek, karbonsuvlarni imqon i boricha kam iste'mol qilish lozim. Ekzema bo'lgan bemor vaqtincha kasallangan joyiga suv, sovun tekizmasligi kerak. Ekzema bor kishilar vaqtida uxlab, vaqtida dam olishi, ko'proq sayr qilib organizmni chiniqtirishi va to'g'ri ovqatlanishi zarur. Ekzemaning oldini olishda ovqatlanish tartibiga rioya qilish; E. paydo bo'lishiga olib keladigan omillarni bartaraf etish, ichki kasalliklar bo'lsa, vaqtida davolatish, ayniqsa, muhim.

Ekzema – turli ko'rinishdagi toshmalar, qichishish, achishish bilan birga immun tizimining susayishi bilan kechadigan terining surunkali va qaytalanuvchi kasalligidir. Bu kasallik irsiy va polietiologik, ya'ni turli sabablarga ko'ra yuzaga keladigan xastalikdir. Kattalarga qaraganda bolalarda ko'proq rivojlangan (bolalar orasida 5-20%, kattalar orasida esa allergik (atopik) ekzema 2-10%). Aksariyat hollarda ekzemaga kasallik emas, balki xastalik alomati sifatida qaraladi, binobarin u atopik dermatitning sinonimi hisoblanadi.

Ekzemaning turli paydo bo'lish omillari bo'lib, ular tashqi va ichki omillarga bo'linadi. Tashqi omillarga - qator kimyoviy, mexanik va termik zararlanishlarni kiritish mumkin. Ichki omillar sirasiga esa oshqozon-ichak tizimi patologiyasi, jigar, bo'yрак, endokrin yoki asab kasalliklarini keltirish mumkin.

Atopik dermatit (AtD) — turli toshmalar, terining qichishi va immun (himoya) qobiliyatining pasayishi bilan kechadigan, irsiy moyillikka ega surunkali xastalik hisoblanadi. Atopiya bilan, turli manbalarga ko'ra, aholining 3-15% og'riydi. AtDning bolalar orasida uchrashi 5-20%, kattalar orasida esa — 2-10%, yirik (sanoat rivojlangan) shaharlarda AtD xastaligi ko'proq ro'yxatga olinadi.

Joyi va kelib chiqish faktorlariga ko'ra atopik dermatit bilan kasallanishning bir necha xil formalari bo'ladi. Ular orasida mikrobl ekzema, haqiqiy ekzema, yuz ekzemasini, nam va quruq ekzema formalari aytish mumkin.

Terining qichishi, qurushqoqlik va toshmalar. Bu nimaning alomati?

Terining qurushqoqligi, qichishi va toshmalar toshishi ekzemaning asosiy belgilari hisoblanadi. Mazkur alomatlar darajasini aniqlashning bir qancha test sinovlari mavjud.

Ular darajasini aniqlash uchun quyidagi testlardan o'ting: toshmalar – qichishish–SCORAD shkalasi, umumiy holat – Hayot sifatining dermatologik indeksi.

O'zingiz yoki yaqinlaringizda ekzema kasalligi kuzatiladigan bo'lsa, uni davolash jarayonini hech qachon esdan chiqarmasligingiz aniq. Ammo atopik dermatitni tizimli davolash

dasturlari mazkur noxush xastalikdan xalos bo'lishga ko'maklashadi. Shifokor atopik dermatit tashxisini qo'yadigan bo'lsa, davolash mahalliy glyukokortikoidlar, antigistamin vositalar qabul qilinishini nazarda to'tadi. Kasallikning o'tkir holatlarida esa antibakterial terapiya qo'llanadi.

Kasallik profilaktikasi va asoratlar qolmasligi uchun kompleks profilaktika o'tkaziladi. Asosiy mammo – terining qurushqoqligi, shuningdek, yuz terisining qurib qolishi hisoblanadi. Terining himoyalanih xususiyatini oshirish – muvaffaqiyatli terapiya garovi bo'lib, davolovchi dermatolog-shifokor aynan shunga e'tibor qaratadi. Terini parvarishlash uchun maxsus kosmetika vositalari ishlab chiqilgan bo'lib, ulardan faqat quruq ekzema paydo bo'lganda foydalanilmaydi. Bular tarkibida davolovchi komponentlar saqlovchi malhamlar, maz va kremlar bo'lishi mumkin. Kasallik profilaktikasi uchun taomnomadan allergiya chaqiruvchi oziq-ovqatlar chiqarib tashlanadi, ya'ni «eliminatsion parhez» buyuriladi.

Teri infeksiyai profilaktikasida uning qurib qolish holatiga alohida e'tibor qaratish lozim. Immunitetni mustahkamlash orqali ichaklar mikroflorasi va teri aot omikroflorasini me'yorga solish, teri va umuman organizmning himoyalanih xususiyatini oshirish kerak. Bularga parallel ravishda oshqozon-ichak tizimidagi buzilishlarni davolash ham lozim. Bu muvaffaqiyatli terapiya garovi hisoblanadi va dermatolog kasallik sababini o'rganish chog'ida bunga alohida e'tibor beradi.

Davolashda, albatta, detoksikatsiya (entersorbatsiya) metodi va ichaklardagi foydali mikroflorani qayta tiklashni rag'batlantiruvchi vositalar qo'llanishini ham uno't mang.

Organizmga allergenlarning kirishi uchun eng nozik joy ichaklarning shilliq pardasi hisoblanadi. Shuning uchun ham ovqat hazm qilish tizimining buzilishi va disbakterioz mahali shilliq pardaga zarar yetishi allergenlarning organizmga haddan ziyod kirishi va uzoq muddatga organizm normal holatini izdan chiqarishi mumkin. Atopik dermatitning kompleks davosi albatta ichaklar disbakteriozini davolashni ham e'tibordan soqit qilmaydi va bu organizmga allergenlar kirib, kasallik zo'rayib ketishining oldini olishga xizmat qiladi.

Ekzemaning boshlang'ich davrida davolash detoksikatsiya (entersorbsiya) usulini va buning uchuni chaklar foydali mikroflorasini tiklash hamda rivojlantirishga mo'ljallangan vositalarni qo'llashni ham nazarda to'tadi.

Enterosorbsiya — detoksikatsiyaning samarali usuli bo'lib, bunda organizmdan turli allergenlar, toksin, kasallik chaqiruvchi bakteriya va mahsulotlarni chiqarish demak.

Ekzemaga uchraganda uni qanday davolash, qaysi sorbentni tanlash kerak? Uning oldiga qanday talablar qo'yiladi? Sorbent avvalo, samarali va bexatar bo'lishi lozim. Bugungi kunda lignin ana shunday ham samarali va yuqori sifatli sorbentlardan hisoblanadi.

Kelib chiqishi tabiiy bo'lgan mazkur ozuqaviy tolalar, daraxtni qayta ishlashdan (gidroliz usuli) hosil bo'alidagn universal vosita hisoblanadi. Ligninning universalligi – past molekular va yuqori molekular birikmalarni birdek organizmdan chiqarishida. Kelib chiqishidan qat'iy nazar turli intoksikatsiya, zaharlanishlarda samarali foyda beradi.

Ekzemani nima bilan davolash samaraliroq, degan savol qo'yilganda, Laktofiltrum preparatida to'xtagan ma'qul.

Uning tarkibida, yuqorida aytganimiz lignin majud.

Laktofiltrum tarkibida Lignin

- ninabargli daraxt navlaridan jahon sifat talablariga asosan ishlab chiqariladi;
- faol ko'mirdan 2500 marta samaraliroq*;
- oshqozon ichak tizimini yallig'lantirmaydi;
- uzoq muddat qabul qilish uchun ham buyurilishi mumkin.

Ilmiy tadqiqotlar Ligninning immunotrop, shamollash va viruslarga qarshi ta'sirining borligini ham tasdiqlaydi.

Lignin organizmni toksin va allergenlardan tozalaganidan keyin, prebiotiklar ko'magida mikroflora balansini tiklash zarur. Prebiotiklar ozuqaviy muhit yaratish, inson organizmi o'z normoflorasini ishlab chiqishi va shaxsiy foydali bakteriyalari rivojlanishini rag'batlantiradi.

Laktuloza eng ma'lum va mashxur prebiotiklardan biri sanaladi. Polisintetik disaxarid. Laktuloza 50 yildan buyon tibbiyotda biqido – va laktobakteriyalar rivojlanishini rag'batlantiruvchi sifatida qo'llanadi.

Laktofiltrumning noyob va samaradorligi tarkibidagi komponentlarning mushtarak ta'siri bilan izohlanadi. Bundan tashqari, lignin tarkibida prebiotik ham bo'lib, preparat ikki tomonlama ta'sir ko'rsatadi. Laktofiltrum turli yoshdagi (1 yoshgacha bo'lgan bolalardan tashqari) bemorlar terisi allergopatologiyasi terapiyasida qo'llanilishi mumkin.

Ekzemada Laktofiltrum toksinlarni biriktirish, ichaklar mikroflorasi balansini tiklash, infeksiyon asoratlarni profilaktikasida yaxshi samara beradi.



AMALIY MASHG'ULOTLAR

Mavzu : Birlamchi yordam falsafasi

Bu yo'nalish bo'yicha tibbiy yordamga yildan-yilga jamoat talabi oshmoqda. Hozirgi kunda yangi asboblarni, kompyuterlar hisobiga bemor bilan bo'lgan muloqot, hamdardlik, qo'llab-quvvatlash kamaymoqda. Umumiy amaliyot shifokorlari (UASH) tibbiy maslahatlarni samarali olib borishi katta ahamiyatga ega, chunki u tibbiy yordamni birinchi bosqichda ko'rsatadi. UASH tibbiy maslahatlar o'tkazganlarida yaxshi samara berish hisabablari quyidagicha : Uuzoq vaqt mobaynida bemorni va uning atrofidagilarni kuzatadi. Bemorni individual davolaydi. Komplex davolash uchun chuqur bilim talab etiladi. O'ziga qulay sharoitda bemorning uyida yoki shifokor xonasida davolaydi. Bemor bilan oson muloqot qurishadi. Bemorning oila a'zolarini yaxshi biladi. Kerak bo'lganda bemorni mo'taxassisga yuboradi.

QONSULTATSIYA TURLARI

Qon sultatsiya direktiv va nodirektiv bo'lishi mumkin. Direktiv qon sultatsiya o'tkazgandashifokor bemorga tayyor maslahatlarni taklif qiladi. Nodirektiv qon sultatsiya bemorning qiyinchiliklarni yechishiga va to'g'ri xulosa chiqarishiga yordam beradi. Bemor o'z davosiga to'g'ri tushungan holda yondashadi. Qon sultatsiya tibbiy yordamning mustaqil turi bo'lib, o'z ichiga quyidagilarni oladi: Shifokor bilan bemor o'rtasidagi xamkorlik. Bemorni o'qitish. To'liq yechimga qaratilgan maqsadni aniqlash.

Shifokor tomonidan yordam va qo'llab-quvvatlash. Ishonchli muomalani yuritish.

Nodirektiv qon sultatsiya. Qon sultatsiya usulini tanlash oldindan shifokorlar muammosi bo'lib kelgan. Shifokor bemorning siqilishini tushunib, o'z fikrini ochiq-oydin aytish bilan samarali natijalarga erishishi mumkin. Bu talablarga nodirektiv qon sultatsiya usuli javob beradi. Nodirektiv qon sultatsiya jarayonida shifokor bemorga muammosini mustaqil xal qilishga yordam beradi. Natijada bemor davoga mas'uliyatli yondashadi. Direktiv qon sultatsiya. Direktiv yondashuv bemor kuchli xayajonda bo'lganda o'z muammosini o'zi mustaqil yecha olmaydigan holatlarda qo'llanadi. QON SULTATSIYA VA PSIXOTERAPIYANING ASOSIY TAMOYILLARI Qon sultatsiyaning asosi – bir-birini tushunish va ishonch bildirish

Muhim qoida – shifokorning sir saqlashi. Bemorni muloqot davomida diqqat bilan tinglash. Bemorning oilaviy sharoitini bilish. O'z emotsional holatini nazorat qilish. O'zini odatdagidek to't ish. Buyruq bermasdan maslahat berish. Kerak bo'lsa qon sultatsiya usulini o'zgartirish.

TO'G'RI SUHBAT OLIB BORISH KOIDALARI: Pauzani ushlab turing. Bemor o'z hissiyotlarini ko'rsatishga imqon bering. Qo'llab-quvvatlang. Qiziquvchanlikni namoyon eting. Ogohlantirib qo'yin g. Bemor sizni to'g'rilashga imqon iyat bering. Muloqot qiling va xulosa chiqaring. To'g'ri kelmaganlarini belgilang. Bemoringiz nimahis qilayotganini (qo'rquv, xayajon, jaxl) tushunishga harakat qiling. Bemorni har xilusullar bilantinchlantirishga harakat qilmang. Ishsizlik sabablarini tushuntirib bering. Bemorning dunyo qarashlarini hurmat qiling. Quyidagi savollar sizga yordam beradi: agar siz sog'lom bo'lganingizda hayotingiz o'zgarishi mumkin- midi? kim yoki nima sizni ko'proq xavotirga soladi? sizning qiyinchiligingizning sababi nimada? -kasallik sizga qanday ta'sir ko'rsatdi?

sizningcha hammasini qanday o'zgartirish mumkin? Qo'llashdan qoching:

Tayyor yechimdan; o'rgatuvchi adabiyot bo'yicha qon sultatsiya o'tkazmang. Shaxsiy tajribangiz asosidagi maslahatlarni bermang, shaxsiy baholash va tamoyillaringizni bemorga o'tkazmang. Davomli va samarasiz suhbat o'tkazmang. Xulosa chiqarmang. Ortiqcha savollar bermang. Qon sultatsiya qoidalari

Bemorlarga faol holatni olishga imqon bering.

Tushunarli aniq savol bering.

Bemorni tergamang.

O'z xohoshingiz va fikringizga qarab ish to't ing.

Bemorni xavotirga soladigan savollarni chetda qoldirmang.

Tayyor retseptlarni bermang.

Hamma qiyinchiliklarni tez hal etishga va'da bermang. Asta-sekin bemorning o'ziga tanqidiy yondashuviga erishish va analizlarni tahlil qilish. Umumiy amaliyot vrachi mo't axassisining kasbiy mahoratiga ta'rif. Umumiy amaliyot vrachi – shu fan tamoyillari asosida ta'lim olgan mo't axassisidir. U birlamchi tibbiy-sanitariya tizimida faoliyat ko'rsatib, shu yerda yoshi, jinsi va qaysi kasalligidan qat'iy nazar murojaat qilgan har bir shaxsga uzluksiz tibbiy yordam ko'rsatishga javobgar mo't axassis hisoblanadi. U shu yerda yashayotgan bemorga, individual shaxs sifatida hamda uning oilasi, jamiyat va madaniyatiga qaratilgan asoslarda tibbiy yordam ko'rsatadi. Umumiy amaliyot vrachi faoliyati haqida ta'rif. Asosiy mahoratlari. (mahorat – bu bilim, ko'nikma va ularning qo'llash usullari haqida ta'lim dasturi mag'zi asoslari yig'indisidir):

1. Birlamchi tibbiy yordamni boshqaruv jarayoni.
2. Ish faoliyatida bemor shaxsiga qaratilgan jarayon.
3. Bemorning muayyan muommalarini yecha olish qobiliyati.
4. Kompleks yondoshuv asosida birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish.
5. Aholiga birlamchi tibbiy – sanitariya yordamini hududiy bo'linishlar va mahalliy tamoyillar asosida olib borish.
6. Bemor organizmiga yaxlitlik bilan yondoshish, uning biologik, ruhiy, ijtimoiy modellari, madaniy va ekstensial hayot tomonlarini inobatga olgan holda umumiy tasavvur.

Birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishda boshqaruv jarayoni quyidagi ko'nikmalardan iborat:

Anamnez yig'ish, klinik va laborator-instrumental tekshirish usullari yordamida aniqlangan axborotlarni baholay olish ko'nikmasi; bemorlar ishtirokida, ulardan foydalangan holda davo rejasini tuza olish; • Quyidagi tamoyillarni hisobga olgan holda faoliyat yuritish; tekshirish usuli va davolashni bosqichma – bosqich belgilash, ularni amalga oshirishda vaqtni unumli taqsimlash, aniqlanmagan diagnozda chidamlilikni saqlash va sabr-toqat bilan harakat qilish;

• Shoshilinch holatlarda kerakli yordamni zudlik bilan ko'rsatishga to'g'ri qaror qabul qila olish ko'nikmasi;

• Kasalliklarning erta, hali aniqlanmagan boshlang'ich davridayok diagnoz qo'yish ko'nikmasi;

• Samarali diagnostik va davolash usullarini o'tkazish.

Kompleks qarash asosida birlamchi tibbiy yordam quyidagi ko'nikmalarni o'z ichiga oladi:

• Ko'p shikoyatlar va bir necha kasalliklarga (o'tkir va surunkali) ega bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsata olish ko'nikmasi. • Qoniqarli sog'liq va o'zlarini yaxshi his qilishlari uchun aholida sog'lom turmush tarziga amal qilish hissini uyg'otish hamda profilaktika ishlarini olib borish ko'nikmalari.

• Aholini sog'lomlashtirish, kasalliklar profilaktikasi, davolash (shu jumladan palliativ usullar ham) va reabilitatsiyalarga qaratilgan jarayonlarni muvofiqlashtirish.

Aholiga ijtimoiy-iqtisodiy yo'nalishlariga binoan birlamchi tibbiy – sanitariya yordam ko'rsatish ko'nikmalari:

• Xizmat ko'rsatayotgan joylarda mavjud bo'lgan imqoniyatlarni e'tiborga olib ba'zi bemorlar ehtiyojini hal qilishda biriktirilgan barcha aholi guruhlari ehtiyojlarini bilgan va ular bilan kelishgan holda muammolarni yecha olish.

Bemorga yaxlitlik sifatida qarash, uning bioruhiy modeli, madaniy va ekzistensial hayot tomonlarini hisobga olib bilish ko'nikmalari:

• Aholining madaniy va ekzistensial hayot tomonlarini hisobga olgan holda bioruhiy modelini joriy qilish.

Umumiy amaliyot vrachi o'zining kasbiy majburiyatlarini uchta yo'nalishda amalga oshiradi:

a) kundalik amaliyotida:

• paydo bo'layotgan keng ko'lamdagi shikoyatlar, muommalar va kasalliklarni vaqtida aniqlash hamda tahlil qilish;

• bemorni davolay olish va uni uzoq kuzatish;

• ilmiy tekshirish natijalari va o'zining shaxsiy klinik tajribasini samarali qo'llay bilish;

b) bemor bilan muloqatda bo'lganda:

• maslahat qila olish,

• belgilagan davolash usuli va tekshirish natijalarini bemorlarga oddiy va sodda tilda tushuntirib yetkazish;

• bemorlarning har xil his-hayajonlarida o'zini monand to'tish; v) umumiy amaliyot vrachi faoliyati qo'llanmasida: • bemorlarga tibbiy yordam olish imqoniyatini ta'minlash; • samarali ish jarayonini tashkil qilish, boshqa xodimlar faoliyati va ularning o'zaro muloqatini boshqarish;

• boshqa mo'taxassislar, shu jumladan birlamchi tizimdagi vrachlar bilan o'zaro munosabatni o'rnatish. Shaxsga qaratilgan umumiy amaliyot vrachi faoliyati ilmiy fan sifatida uchta fundamental xususiyatlarga asoslangan a) Qon tekstda: • bemorda kasallik diagnostikasi va davolashni rejalashtirishda shaxs, oila, jamiyat va madaniyat xususiyatlari bilan qiziqish va e'tibor berish. Bemor oilasi va jamiyat a'zolariga kasallikning nojo'ya ta'sir qilish ehtimollarini baholay olish. b) munosabatda: • o'zining bilimi, qobiliyati va hayot tizimi qadriyatlariga tayanish; • klinik faoliyatning etik tomonlarini anglash (profilaktika, diagnostika, terapiya – hayot tarziga ta'sir qiluvchi omillar); • etik muammolarni aniqlash va hal qilish; • o'zining shaxsiy hayotini kasbiy faoliyatidan chegaralay olish va ular o'rtasida kerakli tenglikni saqlash. v) ilmiy xususiyatlarda: • ilmiy izlanish umumiy tamoyillari, usullar va nazariya negizlari bo'yicha bilimga ega bo'lish; statistika asosi tushunchalari (yangi kasalliklar vaziyati,

kasallik tarqalish ko'rsatgichlari va boshqalar); • ilmiy patologiyaasoslari, kasalliklarning klinik ko'rinishi va diagnostikasi, davolash va asorat ehtimollari, epidemiologiya, qaror qabul qilish nazariyasi, gipoteza shakllanishi va unda qaror qabul qilish ma'suliyati, tibbiy profilaktika asoslari bo'yicha bilimga ega bo'lish; • tibbiy adabiyotlarni topish va ularni tahlil qilib tanqidiy baholash; • kasb mahoratini uzluksiz mustahkamlash va uning sifatini yaxshilab borish. Umumiy amaliyot vrachi faoliyatining ilmiy fan sifatida murakkabligi yuqorida ko'rsatilgan majburiyatlar, faoliyat sohasi va rivojlanish xususiyatlarining o'zarobog'liqligidadir. Umumiy amaliyot vrachining faoliyat ko'rsatadigan joyi: ambulatoriya – poliklinika muassasalaridagi umumiy amaliyot vrachi bo'limi, oila shifokori ofisi, umumiy amaliyot vrachlari faoliyat ko'rsatadigan markaz, qishloq vrachlik punktlari, tez tibbiy yordam stansiyalari va birlamchi tizimdagi boshqa tibbiyot muassasalari. Umumiy amaliyot vrachini oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim bosqichlari: • diplomdan keyingi ta'lim; • uzluksiz kasbiy ta'lim. Oliy tibbiyot o'quv yurtini tugatgan yoki maxsus tasdiqlangan dasturga binoan tayyorgarlikdan o'tgandan so'ng «umumiy amaliyot vrachi» mo't axassisligi berilib vrachlar amaliy faoliyat ko'rsatish xuquqiga ega bo'ladilar. «Umumiy amaliyot vrachi» mo't axassisligida uzluksiz kasbiy ta'lim

Mavzu : Profilaktika turlari

Reja

1. Profilaktik sog'liqni saqlash
2. Profilaktik yordam turlari
3. Umumiy foydalanishda profilaktika

Profilaktika atamasi profilaktika yoki oldini olishni anglatadi. Kelib chiqishi yunoncha "profilaktika" so'zidan kelib chiqqan holda, "qo'riqlash" va "tomoşa qilish" degan ma'noni anglatadi, profilaktika davolash kasallik va kasalliklarni minimallashtirish uchun sog'liqni saqlashda tez-tez ishlatiladi.

Profilaktik sog'liqni saqlash

Tibbiyotda profilaktika atamasi operatsiyalar, tishlarni tozalash, vaktinalar, tug'ilishni nazorat qilish va boshqa biron bir voqea sodir bo'lishiga to'sqinlik qiladigan boshqa protsedura va muolajalarni tavsiflash uchun ishlatiladi. Profilaktik gepatitga qarshi emlash bemorni gepatit bilan kasallanishiga to'sqinlik qiladi, tishlarni profilaktik tozalash esa tishlarning parchalanishini oldini oladi.

Profilaktika sog'liqni saqlashda yaxshi narsadir, u yuzaga kelishi mumkin bo'lgan muammoni hal etishdan oldin hal qilish orqali ko'tilmagan muammoning oldini oladi. Zarar yoki kasallikning oldini olish ko'pincha kasallikning paydo bo'lishiga yo'l qo'yilganda davolashdan ko'ra ancha osonroq, tezroq va arzonroq va og'riqli emas.

Qanday profilaktik tibbiy yordam

Profilaktika profilaktika yoki oldini olish degan ma'noni anglatadi. Profilaktika - bu adverb va ta'riflash uchun ishlatiladi: shifokor profilaktik sog'liqni saqlashni ta'minlaydi. Bu so'zlar yunon tilida, "phylax" so'zi, ya'ni "qo'riqlash" va "tomoşa qilish" ma'nosini bildiradi.

Profilaktik sog'liqni saqlash

Tibbiyotda terapiya terapiyasi jarrohlik, tish tozalash, vaktinalar, tug'ilishni nazorat qilish va boshqa narsalarni yuzaga keltiradigan muolajalar va davolash usullarini tasvirlash uchun ishlatiladi.

Profilaktik gepatitga qarshi emlash kasalni gepatitdan olishga to'sqinlik qiladi, profilaktik stomatologik tozalash esa tishlarning parchalanishini oldini oladi.

Profilaktik yordam turlari

Profilaktik parvarish ko'p shakllarni oladi va kasallik jarayoni aniqlanganidan keyin ham davom etadi. Umuman olganda, profilaktika nafaqat kasallikni oldini olishni anglatmaydi, balki

kasallikning yomonlashuvini oldini olish, kasallikning zo'ravonligini kamaytirish va ortiqcha davolanishning oldini olish ma'nosini ham anglatadi.

Birlamchi profilaktika: kasalliklarga chidamlilikning oldini olish yoki oldini olish. Bu muntazam tibbiy tekshiruvlar va emlashlarni o'z ichiga olishi mumkin.

Ikkilamchi profilaktika: Kasallik jarayonini erta aniqlash va davolash. Bu umumiy sharoitlar uchun skriningni o'z ichiga oladi, shuning uchun ularning erta bosqichlarida, masalan, har yili qon bosimi va qon glyukoza tekshiruvi kabi davolash mumkin.

Uchinchi profilaktika: Kasallikning ta'sirini yoki tarqalishini kamaytirishni davolash.

Bu kasallik va dori-darmonlarni davolash uchun operatsiyani o'z ichiga oladi.

Qisqacha profilaktika: Bu juda meditsina davolanishning oldini olish va keyingi tibbiy davolanishdan foyda

ko'rmaydigan bemorlar unga bo'ysunmaslik kerak degan fikr.

Umumiy foydalanishda profilaktika

Umuman aytganda, profilaktika muddati odatda prezervativ uchun sinonimdir, chunki prezervativlar kiruvchi homiladorlikning profilaktikasi hisoblanadi.

Profilaktik antibiotiklar

"Profilaktik antibiotiklar" atamasi INFEKTSION davolash o'rniga INFEKTSION oldini olish uchun berilgan antibiotiklarni anglatadi. Sog'liqni saqlashda iloji boricha profilaktik antibiotiklardan qochish kerak, chunki antibiotiklarni ortiqcha ishlatish antibiotiklarga chidamli bo'lishga olib keladi va bemorga hech qanday foyda keltirmaydi. Operatsiyadan oldingi antibiotiklarni qo'llash tegishli deb hisoblanadigan yoki bemorda qon madaniyati yoki boshqa laboratoriya natijalari oldin infeksiyaning mavjudligini tasdiqlovchi antibiotiklardan foydalanishga etarli darajada kasal bo'lib qolgan individual holatlar bo'lishi mumkin. Bunday hollarda potentsial foyda zarar xavfini oshiradi va shifokor antibiotiklardan foydalanishni afzal ko'radi.

Ya'ni, profilaktik antibiotiklar bemorlarning aksariyat qismi uchun foydaliroq ekanligi ma'lum bo'lgan cheklangan vaqtlar mavjud va tadqiqotlar ushbu dorilarning zararlanishini oldini olish uchun qo'llanadi. Ushbu holatlarning barchasi yurakka infeksiyani yuqtirishning muayyanxavfini, xususan, yurak xastaligiga chalingan kishilarning qalbini yuqtirishni ta'minlaydigan tish protseduralariga taalluqlidir.

Tish protsedurasidan oldin infeksiyali endokardit, jiddiy yurak infeksiyasi bo'lgan shaxslar antibiotiklarga ega bo'lishi kerak.

Valf muammolari bilan yurak transplantatsiyasi, yurak klapanini almashtirgan va tug'ilishda mavjud bo'lgan yurak nuqsonlari aniq bo'lgan shaxslar uchun ham shundaydir.

Aksincha, og'iz bo'shlig'i bilan og'rigan bemorlarning tish protezlaridan oldin antibiotiklar profilaktikasi borligi haqida tavsiyalar yo'q.

Profilaktika – tibbiyotning takribiy qismi hisoblanadi. Axoli sog'lig'ini saqlash va mustaxkamlash ishidagi ijtimoiy-profilaktika yo'nalishi o'z tarkibiga tibbiy, sanator-texnik, gigienik va sotsial-iqtisodiy tadbirlarni qamrab oladi.

Kasalliklarni ogoxlantirish va keltirib chikaradigan omillarni yo'qotishga qaratilgan tizimni tashkil etish Davlatning tibbiy va ijtimoiy-iqtisodiy vazifalari hisoblanadi.

Inson salomatligi xolati, kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar yoki rivojlangan patologik xolat mavjudligini xisobga olgan holda profilaktikaning 3 ta turi farqlanadi.

Birlamchi profilaktika – bu kasalliklarni rivojlanishini oldini olishga qaratilgan chora tadbirlar hisoblanadi. Ularga emlash (vaksinatsiya), maxnat va dam olish rejimini takomillashtirish, ratsional ovqatlanish va jismoniy mexnat, shuningdek atrof muxitni sog'lomlashtirish kiradi. Profilaktik faoliyat barcha tibbiy xodimlar uchun majburiy hisoblanadi. Shu sababdan barcha poliklinika, shifoxona, dispanser va tug'ruq uylari – davolovchi profilaktik muassasa deb ataladi.

Ikkilamchi profilaktika – bu ma'lum bir sharoitlarda (immun xolatni tushishi, zo'riqish) kasallikni rivojlanishi yoki qaytalanishiga sabab bo'luvchi omillarni yo'qotishga qaratilgan tadbirlar yig'indisi hisoblanadi. Ikkilamchi profilaktikaning eng effektiv turlari bu kasalliklarni

erta aniqlash usuli xisoblangan dispanserizatsiya, dinamik nazorat, maqsadga yo'naltirilgan davo va ratsional sog'lomlashtirish ketma-ketligi xisoblanadi.

Uchlamchi profilaktika – bu termin bir qator mo'taxassislar tomonidan kiritilib, to'laqonli xayot tarzini yo'qotgan bemorlarni reabilitatsiya qilish xisoblanadi. Uchlamchi profilaktika quyidagi maqsadlarni o'z ichiga oladi:

- Ijtimoiy maksad – shaxsning sotsial yaroqligi ishonchini shakllantirish;
- Mexnat reabilitatsiyasi – mexnat ko'nikmalarini tiklashga imqon yaratish;
- Ruxiy reabilitatsiya – shaxsning xulqiy faolligini tiklash;
- Tibbiy reabilitatsiya – ichki a'zo va tizimlar faoliyatini tiklash.

Barcha profilaktik muolajalarning asosiy tarkibiy qismi axolida tibbiy ijtimoiy faollikni shakllantirish va sog'lom turmush tarzini yaratishdan iborat.

Profilaktika (yun. profi laktikos saklovchi, oldini oluvchi) — odamlarning uzoq umr kurishi, ishlash krbiliyatini saqlab qolishi, aholining jismoniy rivojlanishini yaxshilash. kasalliklarning yuzaga kelishi va tarqalishini oldini olish hamda salomatlikni himoya qilishga qaratilgan iqtisodiy, ijtimoiy, gigiyenik va tibbiy chora-tadbirlar majmui. P. jamoat tashkilotlari va alohida fuqarolar tomonidan amalga oshiriladi.

P. tushunchasi va uning amaliy shakli jamiyatning tarixiy taraqqiyoti davrida iqtisod, davlat tuzumi va ilm-fanning rivojlanishiga qarab o'zgarib turgan. P. qadim zamondan ma'lum. Qad. tibbiyotda shaxsiy gigiyena va to'la-to'kis ovqatlanish qoidalariga amal qilish bilan kasalliklarning oldini olishga katta ahamiyat berilgan, lekin P. 19-asrdan boshlab ilmiy jihatdan asoslab berildi. Kasalliklarning paydo bo'lishi va tarqalishida tashqi muhitning ahamiyatini o'rganish, mikrobiologiya, fiziologiya, immunologiya va gigiyena sohasida qo'lga kiritilgan yo't uqlar ilmiy P.ning tashkil topishiga imqon berdi.

Zamonaviy P. inson salomatligiga salbiy ta'sir etadigan omillarni yo'qotishni ko'zda to'tadigan hamda ularning jismoniy va ma'naviy irodalarini har tomonlama o'stirishni ta'minlaydigan, davlat va jamoat ahamiyatiga ega bo'lgan kompleks tadbirlar tizimini o'z ichiga oladi.

Shaxsiy, jamoat, tibbiy P. farqlanadi. Shaxsiy P.ga insonning o'z sog'lig'ini saqlashi va mustahkamlashiga qaratilgan choralar, ya'ni sog'lom turmush tarziga amal qilish, shaxsiy gigiyena, nikoh va oila, shuningdek, kiyim-kechak, ovqatlanish gigiyenasi, o'sib kelayotgan avlodni gigiyenik tar-biyalash, ratsional ishlash va dam olish, faol jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish kiradi.

Jamoat P.siga jamoat tashkilotlari tomonidan fuqarolarni jismoniy va ma'naviy rivojlantirishni ta'minlovchi, xalq sog'lig'iga yomon ta'sir qiluvchi omillarni kamaytirishga kara-tilgan siyosiy, ijtimoiy, iqtisodiy, qonuniy, tarbiyaviy, sanitar-texnik, sanitargigiyenik, epidemiologik va tibbiy chora-tadbirlar kiradi.

Tibbiy P. birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Birlamchi tibbiy P. kasalliklarning kelib chiqish sabablari va rivojlanishiga qarshi qaratilgan ijtimoiy, tibbiy, gigiyenik va tarbiyaviy choralar; tashqi muxitning nomaqbul ta'siriga organizmning chidamliligini oshirish; organizmning soglom holatini saklab qolish, unga pa-tologik ta'sir kursatuvchi omillarning oldini olish; dispanserizatsiya o'tkazish va yuqumli kasalliklarga qarshi emlashdan iborat. Ikkilamchi tibbiy P. kasalliklarni erta aniklash, patologik jarayonning rivojlanishi, uning asoratlari va retsidivlarining oldini olishga karatilgan chora-tadbirlar.

O'zbekiston mustaqillikka erishgandan so'ng insonlarning sog'lom turmush tarzini yaxshilashga, atrof-muhitni himoya qilish, onalik va bolalikni muhofaza qilish, sportning ommala-shuvi va profilaktik tibbiyotni rivojlantirishga karatilgan qonunlar, dasturlar qabul qilindi.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish tadbirlari ona va bolalar kasalliklari va o'limining keskin kamayishiga, chilla davri kasalliklarining oldini olishga, soglom avlod yaratilishiga yordam bermoqda. Hozirgi oldingi poliklinikalar va shifoxonalar o'rniga oilaviy poliklinika va

"Onalar va bolalar" markazlari tashkil etildi. Tibbiyot intlarida oilaviy shifokorlar tayyorlash dasturiga o'tildi. Tug'ruqxonalar o'rnini perinatal markazlar egalladi.

MAVZU : Postvaksinal reaksiyalar va asoratlar.

BOLALARNI PROFILAKTIK EMLASH TAQVIMI

Bolaning yoshiga to'g'ri keladigan, tavsiya etilgan emlashni buyuring. Agar bola emlash dorini kerakli yoshida olmaydigan bo'lsa, bunday bolada kasallik paydo bo'lish xavfi

Ortadi Bolalarning hammasi tavsiya etiladigan emlash dorilarning hammasini tug'ilganidankeyingi birinchi kundan boshlab olishlari kerak. Bolani tavsiya etilgan yoshida emlash uchun tibbiy muassasaga olib kelishmasa, bu emlash dorilarni bolaga tez fursatda qilish lozim. Qolgan dozalarini hech bo'lmasa 4 hafta oralatib bering. Emlash taqvimini to'la takrorlashning zaruriyati yo'q. EMLASH MONELIKLARIGA RIOYA QILING Avvallari ba'zi tibbiy xodimlar boladagi yengil kasalliklar ularni emlashga monelik qiladi (bolani emlamaslik uchun sabab bo'ladi) deb o'ylar edilar. Ular bolani uyiga jo'natib, onasiga bolani sog'ayib ketganidan keyin tibbiy muassasaga yana olib kelish kerakligini uqdirar edilar. Bu - noto'g'ri yo'l, chunki immunizatsiya ishini kechiktiradi. Bolani tibbiy muassasaga olib kelish uchun onaga uzoq masofani bosib o'tishga to'g'ri kelar va bolani emlash uchun keyingi safar olib kelish qiyin bo'lar, balki. Bola unga qizamiq, shol (poliomielit), bo'g'ma (difteriya), ko'k yo'tal (koklyush), qoqshol (stolbnyak) yoki sil (tuberkulez) yuqib qolishi xavfi ostida qolaveradi. Bemor bolalarni va oziqlanishi buzilgan, lekin shifoxonaga yuborish zaruriyati yo'q bolalarni ana shunday kasalliklarga qarshi emlash juda muhim. Emlashga faqat 3 turdagi monelik mavjud:

- Immun tanqisligi bilan kechuvchi kasallikka chalingan bolalar yoki xavfli o'smalar, nurlanishlar, immun tizimini pasaytiruvchi dori vositalari bilan davolash sababli immun tizimining sustlashishi kuzatilgan bolalar tirik vaksinalar (BSJ, qizamiqqa, tepkiga, qizilchaga va sholga qarshi vaksinalar) bilan emlanmaydilar. Shunga qaramay, OIV infeksiyasi aniqlangan yoki gumon qilingan bolalarda ushbu kasallikning klinik belgilari yuzaga chiqmagan davrda barcha vaksinalar bilan, shu jumladan BSJ va sariq isitmaga qarshi vaksinalar bilan emlash mumkin.
- Emlashdan so'ng bolada shaytonlash, anafilaktik shok, ensefalopatik reaksiyalar kabi kuchli asoratlar kuzatilgan bo'lsa, keyingi emlashlarda bu vaksinani qo'llamang. Agar bu asorat AKDS dan so'ng kuzatilgan bo'lsa, AKDS o'rniga tarkibida ko'kyo'tal komponenti bo'lmagan ADS anatoksin bilan emlang.
- Qayta-qayta takrorlanuvchi shaytonlash kuzatilgan yoki markaziy asab tizimining boshqa o'tkir nevrologik kasalligi bo'lgan bolalarda AKDS vaksinasini qo'llamang. Uning o'rniga tarkibida ko'kyo'tal komponenti bo'lmagan ADS anatoksinini qo'llang. Qolgan barcha vaziyatlarda oltin qoidaga amal qiling: Agar bemor bola uyiga qaytib keta oladigan ahvolda bo'lsa, uni emlash uchun hech qanday monelik yo'q

O'zbekiston Respublikasida amal qilayotgan normativ me'yoriy-xuquqiy xujjat - 0239-07 sonli Sanitariya Qoidalari va Normativlarida emlash masalalariga doir yo'riqnomalar va tegishli moneliklar ko'rsatilgan (Qo'shimcha adabiyotga qarang). Agar bola kasalxonaga yuboriladigan bo'lsa, kasalxonaga yuborishdan oldin emlash o'tkazmang. Bola kasalxonaga borgandan keyin o'sha muassasadagi tibbiy xodim bolani emlash kerak-kerakmasligini hal qiladi. Shunda bolaning kasalxonaga joylashtirish kechikmaydi. Bolada diareya bo'lsa va uni oral poliovaksina bilan emlash vaqti kelgan bo'lsa, unga hozirgi tashrif vaqtida OPV dozasi berish kerak. Ammo, bu dozani ro'yxatga olish kerak emas. Bola ambulatoriyaga yana 4 haftadan so'ng OPVning qo'shimcha dozasi uchun qayta kelishi kerak. Agar bola qandaydir sabablarga ko'ra tug'ruqxonada Gepatit V ga qarshi emlanmagan bo'lsa, bolani sxemasiga muvofiq emlash kerak.

Bolaning shu bugun emlashga muhtoj yoki muhtoj emasligini aniqlash uchun: Ø Bolaniing tibbiy kartasini KO'RING (forma № 112); • Agar bolaning yoshini bilmasangiz, buni bilib oling.

• Bolaning emlash varag'idagi yozuvlarni tavsiya etiladigan taqvimga solishtirib ko'ring. Bola o'zining yoshi uchun tavsiya etilgan hamma vaksinalarni olganmi-yo'qmi, aniqlang.

• Agar bola kasalxonaga yuborilmayotgan bo'lsa, bolani bugun emlash zarurligini onaga tushuntiring. Ø Agar qo'l ostida bolaning tibbiy kartasi (forma № 112) bo'lmasa: • Bola qanday emlashlarni olganini onadan birma-bir aytishini so'rang. • Bolaning emlashlari qayd qilingan emlash kartasini (forma № 63) va emlashni ro'yxatga olish jurnalini tekshiring. • Onaning qo'lga "Onaga esdalik"ni berib, unda belgilab qo'yilgan emlashkunini onaga ko'rsating va zarur bo'lsa, bolani emlash xususidagi milliy taqvimga muvofiq emlashga yuboring.

XAVFSIZ IMMUNIZATSIYANI TA'MINLANG Vaksinalarni davolash muassasasida saqlashda va bolani emlashda nojo'ya oqibatlarining oldini olishga imqon beradigan qoidalarga amal qiling. IMMUNIZATSIYANI XAVFSIZ O'TKAZISHGA DOIR ASOSIY TAVSIYALAR

1. Vaksinalarni ular olingan paytidan boshlab to ishlatiladigan vaqtigacha sovo't gichda SAQLANG. Ularni emlash kunining boshidan oxirigacha sovuq joyda SAQLANG.

2. OPV vaksinasi flaqon idagi harorat indikatorining rangi o'zgarganmi-yo'qmi, TEKSHIRIB KO'RING. 3. Vaksina, erituvchisi, shpris va ignalarning yaroqlilik muddatini TEKSHIRIB

KO'RING. Agar bu muddat o'tib ketgan bo'lsa, ularni yo'qoting. 4. Vaksinani ishlatishdan oldin unga ilova qilingan yo'l-yo'riqlar (instruksiya) bilan albatta TANISHIB CHIQUING. 5. Vaksinaning erituvchisi, masalan qizamiqqa qarshi vaksina yoki BSJ erituvchisi standart erituvchimi, ya'ni uni ishlab chiqargan korxonada erituvchini mazkur vaksina uchun maxsus tayyorlaganmi-yo'qmi, TEKSHIRIB KO'RING. Vaksinani eritish uchun boshqa erituvchini, dori vositasi yoki distillangan suvni ISHLATMANG. 6. Vaksinalarning miqdori standart erituvchining miqdoriga to'g'ri keladimi-yo'qmi, TEKSHIRIB KO'RING va bularning harakatini (qaerga berilishi va qanday ishlatilishini) № 5 oylik hisobot Shaklida AKS ETTIRING (BSJ,

qizamiq va parotit vaksinalari uchun). 7. Bolaning terisini artib, tozalash uchun vaksina yoki erituvchi flaqon ining qopqog'ini artishga ishlatilgan antiseptik vositali tamponni ISHLATMANG. 8. Sterillik qoidalariga qattiq AMAL QILING. Ignalarni palapartishishlatmang. 9. Faqat bir marta ishlatiladigan shpris va ignalardan FOYDALANING. Odamlarning qo'lidan sotib olingan shprislarini ISHLATMANG. O'rovizararlangan yoki teshilgan yo' bo'lmasa, yaroqlilik muddati o'tib ketgan bir martalishprislar va ignalardan FOYDALANMANG. 10. Vaksina erituvchisini uni ishlab chiqargan korxonada instruksiyasida ko'rsatilgan miqdorlarda ishlatilgani. 11. Ignani emlash kunining boshidan oxirigacha vaksina yoki erituvchi flaqon ining rezinka qopqog'ida QOLDIRMANG. 12. Vaksinani faqat belgilab qo'yilgan miqdorda, odatda BSJ uchun 0,05 (0,10) ml va boshqa vaksinalar uchun 0,5 ml miqdorida yuboring. 13. Vaksinani dumbaga yoki kurak ostiga YUBORMAY, balki deltasimon muskulning o'rtasiga yoki son ustki qismining oldingi-yon sohasiga yuboring. 14. Qizamiq, parotitga qarshi vaksinalarni, BSJ, AKDS, ADS, ADS-M, AS, OPV va gepatitga qarshi vaksinani emlash kuni tugaganidan keyin (ko'pi bilan 6 soat o'tganidan keyin) YO'Q QILING. Tibbiy muassasadan tashqariga olib chiqilgan erituvchi va vaksinali ochiq flaqon larni emlash ishlari tugaganidan keyin darrov YO'Q QILING.

15. Ochiq vaksina flaqon larini ishlatishdan oldin ko'rinarli darajada ifloslanish belgilari bor-yo'qligini: tashqi ko'rinishining o'zgarib qolgani, suzib yurgan zarralari bor-yo'qligi va boshqalarni TEKSHIRIB KO'RING. 16. Ishlatilgan ignali shprisga qalpoqchani hech qachon kiydirmang. 17. Ishlatilgan shprislar, ignalarni yoqib, yo'q qilish uchun Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining talablariga muvofiq, nam o'tkazmaydigan qon teynerlarga YIG'ING. . Bir marta ishlatiladigan shprislar, ignalarni vaqsinalar bilan birga SANITARIYA-EPIDEMIOLOGIYA XIZMATI muassasalari orqali taqsimlanishini TA'MINLANG. 19. Bolani emlashdan oldin salomatligining ahvolini DOIMO TEKSHIRIB KO'RING. 20. Emlashning mahalliy va umumiy nojo'ya reaksiyalari va bularni bartaraf etish usul-amallari to'g'risida ONALARNI XABARDOR QILING

Mavzu : CHaqaloqlik davri.

Chaqaloqlik davri xususiyatlar

Bu davr uchun quyidagilar xarakterlidir: tana vaznining fiziologik yo'qotilishi; fiziologik sariqlik; terining fiziologik qizarishi (katta ri); tranzitor lixoradka (bezgak), siydik nordon infarkti va jinsiy kriz.

1. Vazni fiziologik yo'qotish. hamma yetuk tug'ilganlarda, hayotining birinchi kundan keyin tana vaznini yo'qotish kuzatiladi. Tana vaznini yo'qotish birinchi 3-4 kunda, ba'zida 6-kunlarigacha chozilishi mumkin. Tana vaznini yo'qotish bolaning umumiy ahvoriga ta'sir ko'rsatmaydi, bu fiziologik holat, bundan vaznning fiziologik tushishi termini kelib chiqqan. A.F.Tur bo'yicha quyidagicha aniqlanadi: vazni yo'qotish qiymati 6% dan 10% gacha, etuk tug'ilganlarda 150 - 300 grammni tashkil qiladi. Chaqaloqlarda tana vaznining bunday tushishi, tanadan suv yo'qotish, asosan o'pka va teri orqali suv yo'qotadi (70 - 75%). 10 - 20%ni siydik, najas va qusiq moddalari, tug'ruq vaqtida homila oldi suvining yo't ishi va onaning tug'ruq yo'llaridagi boshqa ajralmalarni yo't ishi tashkil etadi. Chaqaloqlar yo'qotgan suv to'qima suvi va qisman organizm o'qimasi parchalanishi, oqsil, yog' parchalanishi natijasida hosil bo'ladi.

Bola hayotining birinchi kunlarida jarohatlansa ulara lanjlik paydo bo'ladi, ovqatlanishi buziladi. Birdan sarg'ayib ketishda ham bolalar lanj bo'ladi, tana vaznini yo'qotadi. Atrof temperaturasining yetarli bo'lmasligi, chaqaloqni sovuq qotishiga olib keladi, issiqlik ajratish ko'tariladi va tana vaznining ko'p yo'qotilishiga sabab bo'ladi. Fiziologik tana vaznini yo'qotishning asosiy sababi yetarli ovqatlanmaslik hisoblanadi. Birinchi yo'qotilgan vaznning to'liq tiklanishi hayotining 2 - haftasiga to'g'ri keladi.

2. Fiziologik sariqlik. 80-90% chaqaloqlarda 2 - 3 kundan boshlab, teri rangi, shilliq qavati, sklerasi sarg'ayishi kuzatiladi. Terining sarg'ayishi yuzda, ko'krakda, orqada kuzatiladi, ba'zida faqatgina yuzi, oyog - qo'l kaftlarida kuzatiladi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlari, milk, tanglay yaqqol sarg'ayadi. Bu sarg'ayishlar har xil darajada oq rangdan, limonli - sariq, zaytun rangigacha bo'ladi. Chala tug'ilganlarda sariqlik yaqqol rivojlanadi. Bu sariqlik 2-3 kundan keyin ko'payadi va hayotining 10-15 kunlarida yo'qoladi. Ba'zida 3-4 hafta, chala tug'ilganlarda 6 haftagacha saqlanadi.

Bunda bolaning umumiy ahvoli o'zgarmaydi. Peshobi tinik, o't pigmentlari yo'q, najas normal rangda (kuchuk najasi rangi yoki oq rangda emas). Fiziologik sariqlikni o'tkazgan chaqaloqlar qonida bilirubin miqdori yuqori bo'ladi. Fiziologik sariqlik patogeneza bir qancha nazariyalar mavjud. Zamonaviy qarashlarga ko'ra, fiziologik sariqlikda asosiy rol eritrositlar parchalanishi (gemolizi) o'ynaydi.

Tug'ilganda eritrositlar soni 5 milliondan ortiq bo'ladi. Bunda ko'p sonli eritrositlar yetarli darajada kislorod bilan ta'minlanmaydi (homilaning arterial qonida kislorod miqdori ona arteriyasiga nisbatan 4 marta kam). Bola tug'ilgandan keyin gemoglobinni kislorod tashishi ko'payadi, shuning uchun ko'p sonli eritrositlar o'limiga olib keladi, gemoglobin parchalanadi, bilirubin hosil bo'ladi. Boshqa tomondan, chaqaloqlarda eritrositlarning ko'p parchalanishi, ular rezistentligining pastligi, yaxshi shakllanmaganligi bilan tushuntiriladi. Eritrositlar parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bo'yovchi moddalar miqdori jigarga o'tadi, lekin jigar fiziologik yetishmovchiligi natijasida ularni qayta ishlay olmaydi va bu moddalar qonga o'tadi, bilirubinemiya rivojlanadi. Kapillyarlar o'tkazuvchanligining yuqoriligi bu pigmentlarning teriga o'tishiga sabab bo'ladi, teri sariq rangga kiradi.

3. Terining fiziologik qizarishi (katta r). hamma chaqaloqlarda hayotining 2 - kundan boshlab, yorug'lik, havo, atrof - mugit past harorati natijasida terisi qizaradi. Bu qizarish chaqaloqlar fiziologik eritemasi deyiladi. 2-3 kundan keyin o'tadi, o'zidan keyin bir ozgina teri sqilinishini (kepakanish) qoldiradi. Chala tug'ilgan chaqaloqlarda terining fiziologik eritemasi g'isht - qizil rangda bo'ladi va uzoq saqlanadi.

4. Tranzitor yoki o'tib ketuvchi bezgak. Bu chaqaloqlarning alohida holati hisoblanadi, chaqaloqlar tana harorati yuqori raqamlargacha (39-40°S) ko'tariladi. haroratning tushishi hayotining 3-4 kunlarida bo'ladi va bir necha soatdan 2-3 kungacha davom etadi. Bolaning

umumiy holati kam o'zgaradi, ba'zan bolalar lanj bo'ladi. Tranzitor bezgakning kelib chiqish sababi, oqsilga boy ozuqalarni iste'mol hilganda suyuqlikning kam bo'lishi, asosan chaqaloq hayotining birinchi kunlariga to'g'ri keladi. Ba'zi mualliflar fikricha, bunda organizmning unda sirkulyasiyalanuvchi pirogen moddalarni neytrallashtirish xususiyati pasayadi.

Tranzitor bezgakda hech qanday medikamentoz davolash talab qilinmaydi. Og'iz orqali ko'proq suyuqlik ichirish kerak.

5. Siydik - nordon infarkti. Bola tug'ilgandan keyin hayotining birinchi kunida siydik ajratishdan oldin qattiq (baland) yig'lash kuzatiladi, siydik ajralishi u uchun og'riqli bo'ladi. Bu uratlarning ko'p miqdorda ekanligi, siydikda siydik nordon tuzlari miqdori ko'pligidan dalolat beradi. Odatda, bu uratlar siydikda eriydi, lekin chaqaloqlarda, siydik juda ozligi sababli, bu tuzlar kanalchalar va buyrak jomchalarida to'planadi, siydik nordon infarkti hosil bo'ladi.

Bola ko'p suyuqlik va ko'krak so'tini qabul qilganda siydik miqdori ko'payadi, bunda siydik nordon tuzlari eriydi, siydik ajralishida bola bezovtaligi yo'qoladi. Siydik - nordon infarkti hech qanday davosiz o'z - o'zidan o'tib ketadi.

6. Jinsiy kriz. Chaqaloqlik davri xususiyatlariga kiradi. O'g'il va qiz bolalarda ko'krak bezlarining shishi (chaqaloqlar mastiti) uchraydi. Bu shish hayotining 3-4 kunlarida paydo bo'ladi. Yuqori darajaga 8-9 kunlarida yetadi va 2-3- xaftalarning oxirida yo'qoladi. Bezni siqib ko'rganda, bir necha tomchi xira suyuqlik ajraladi, og'iz so'tini eslatadi. Sekretni siqish man etiladi, chunki bu bezning ifloslanishiga va yiringlashishiga olib keladi. Agar shish katta o'lchamgacha yetsa, bolada bezovtalik tug'dirsa, unda steril yog' bilan iliq boylam qo'yish lozim va ko'krak bezlarini kiyim bilan bosishdan saqlash kerak.

Ko'krak bezlarining kattalashuvi va bez to'qimalari vaqtinchalik giperemiyasini chaqaloqda og'iz so'tini ajralishi va sekretor jarayon deb qarash kerak. Bu holatning sababi chaqaloq organizmiga onasidan gormonlarning o'tishi, bu gormonlar ayollarda laktasiyani chaqiradi, ular bir emas, bir qancha gormonlardir. Jinsiy krizning boshqa ko'rinishi - qindan shilliq, ba'zida qaralash ajralmaning kelishidir. Bu holatlarning sababi, ona organizmi tomonidan gormonal ta'sir bilan tushuntiriladi.

Onadan bolaga o'tadigan gormonlar ta'sirida, qiz bolaning qin va bachadoni giperemiyasi va shilliq qavatini o'zgarishi yuzaga keladi, bu organlar holati katta ayollardagi xayzdan oldingi davrni eslatadi. Bunday holatlarga, qiz bolalarda uchraydigan katta jinsiy lablar shishi va o'g'il bolalarda yorg'oq shishi (tug'ilgandan keyin paydo bo'ladi va bir necha kungacha saqlanadi) kiradi.

Ko'krak yoshi davri

Bu davr uchun oshozon - ichak traktining nisbiy yetishmovchiligi xosdir, bu ichak trakti shilliq qavatining nozikligi, bezlarning past fermentativ faoliyati va fermentlar aktivligi pastligi bilan bog'liqdir. Shuning uchun bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ovqat hazm qilish va oziqlanishning o'tkir va surunkali buzilishlari ko'p uchraydi. Bir yoshgacha bo'lgan bola hayotining boshqa xususiyati, tanasining intensiv o'sishidir.

Bola hayotining birinchi yilida bola tana vazni 200% ga, boyi 50% ga ko'payadi. Bu davrda bola ozining motor va intellektual rivojlanishining birinchi bosqichini o'tadi.

Ko'krak yoshida ba'zi bir qon stituziya nuksonlari uchraydi: ekssudativ, nerv-artritik va limfatik diatez. Bola skeletining intensiv o'sishi, turg'un bo'lmagan moddalar almashinuvi ko'krak yoshidagi bolalarda raxit kasalligini keltirib chiqarishi mumkin.

Birlamchi passiv immunitet sekin - asta kamayadi, orttirilgan immunitet xali kuzatilmaydi. Shuning uchun ko'krak yoshi bolalari 4 - 5 oylikidan boshlab qizamiq, suv chechak, skarlatina, ko'k yo'tal, gripp va boshqa havo tomchi infeksiyalari bilan og'riydi.

Nafas olish a'zolari anatomo - fiziologik xususiyatlari pnevmoniya va boshqa nafas a'zolari kasalliklari ko'payishi bilan tushuntiriladi. Eng ko'p infeksiyaning kirish darvozasi teri, ichak shilliq qavatini va yuqori nafas yo'llari hisoblanadi.

Mavzu : 1-5 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan patologik holatlar

Bu davrlarda bolaning hamma sistem a va organlaririvojlangan bo'lib, emizikli davrga nisbatan o'sish quvvati birmuncha susaygan bo'ladi, sekinlashadi. Bolaning statikfunksiyasi mukammal rivojlanib, u mustaqil yura boshlaydi va o'zini o'rab olgan tashqi muhit bilan aloqadabo'ladi. Tashqimuhit eksteroreseptorlar orqali bosh miyapo'stlog'iningfunksionairivojlanishiga imqoniyat tug'dirishi tufayli, boladano't q sistemasi(ikkinchi signal sistemasi) paydo bo'la boshlaydi.Tana vaznining oshishi va bo'yning o'sishi birinchi yildagigaqaraganda ancha sekin sodir bo'ladi. Bu davrda bolaningbarchaa'zolari ancha baquwat bo'ladi, ulaming ish qobiliyati ortadi.Muskullar va skeletrivojlanadi hamda baquwat bo'Madi: 20 tatishning hammasi chiqib bo'ladi. Ovqat hazm qilish yo'lisezgirligi sal susayadi va saiga shikastlanadi. Ovqat hazm qilishyo'li fermentlarifaoliyati esa kuchayadi, asab tez rivojlanadi.3 yashar bola bemalol yugurib yuradi va gaplari anchama'noli bo'lib qoladi. Shu yoshda unga albatta ko'z-quloq bo'libturish kerak, chunki harakat malakalari (yurish, yugurish, birornarsa ustiga chiqish) yaxshi rivojlangan bo'lishiga qaramasdan,atrof-muhitdagi narsalarga, duch kelishi mumkin bo'lgan xavfxatarlarga bolaning uncha aqli yetmaydi, oqibatda ko'pincha ukatta xavf ostida bo'ladi va qattiq shikastlanadi (lat yeydi, birorbalandlikdan tushib ketadi va hk.).

Yosh bolalar hammadan ko'p yuqumli kasalliklargayo'liqadilar (o'tkir respirator kasalliklar, qizamiq, ko'kyo'tal,suvchechak, dizenteriya, gepatit va hk.). Bolada tug'qjaimmunitet kuchsizbo'lganidan, kasallangan odamlar bilanbirga bo'lsa, unga darhol kasallik yuqishi mumkin(immunitet— yuqumli kasalliklami yuqtirmaslik).Maktabgacha tarbiya yoshida ham (3-7 yosh) bolaorganizmi mustahkamlanishda davom etadi, skelet va payrivojlanadi hamda baquwat bo'la boshlaydi, lekin bola ancha sekin o'sadi. Maktab davriga kelib so't tishlar tushib, doimiy tishlar chiqa boshlaydi. Bu yoshda bola hali tajribasizligi va ko'pincha uning yetarlicha nazorat qilinmasligi tufayli saiga shikastlanib qoladi. Bola albatta to'g'ri rejimga rioya qilishi,

ko'p ishlarni o'zi qilishga o'rgana borishi va mehnatgao'rgatilishi shart.Bola intellektual rivojlanishiga ko'ra, shu davr oxiriga kelibmaktabga kirishga tayyor bo'lishi kerak, 3-7 yashar bolalarko'p rasm solishni, narsalar yopishtirishni, ayrim harflarni,suzlami va hatto qisqa jummalarni yozishni va o'qishni yaxshiko'radilar. Bolalarning yuqumli kasalligi ularda ancha ko'p uchraydi, biroq yengilroq kechadi va kamdan-kam hollarda asorat beradi.Limfa to'qimasining zo'r berib o'sishi, burun bo'shlig'iortiqqlari shakllanishiningtugashi shu yoshdagi bolalarda angina, tonzillit, adenoidlar, gaymorit va boshqa kasalliklar paydo bo'Mishiga olib keladi, bu kasalliklaming ko'pchiligi o'tkir respirator virusli infeksiyalaming asorati yoki qattiq sovqotish oqibati hisoblanadi.Bolaning og'irligi tug'ilgandan keyin birinchi 3*5 kunichida tug'ilgandagi birinchi og'irligiga nisbatan 5-8% ga (150-300 g) kamayadi, so'ngra esa asta-sekin u 10-12kunlik bo'Mganida og'irligi

birinchi tug'ilgandagi vazniga yetadi. Hamma bolalar og'irligining qonunan bundayyo'qotishini fiziologik yo'qotish deyiladi.Og'irlikning ko'p qismibola ona qornidagi qulay

sharoitdan tug'ilgan zamonog, tashqi dunyoning mo't laqo yangi muhitiga tushganligi uchun yo'qoladi,chunki bunday sharoitga bolabirdaniga moslasha olmaydi.Yangi sharoitda bola terisi va o'pkasi orqali o'zidan suvchiqaradi. Bola o'g'irligifiziologik kamayishining birajralgan tug'ilish vaqtidahomila atrofidan olgan suvniqayt qilish hisobiga bo'ladi,deb aytish mumkin. Shuniham nazarga olish kerakki,bola tug'ilgandan keyingi birinchi kunlarda onasini endigina emishni boshlaganligi uchun uning so't i kamlikqilishi mumkin. K o'p hollarda o'g'irlikning «fizio-

logik» yo'qotishini boia tug'ilgan birinchi kundan boshlab,unga fuv va ovqatni yetarlicha berish yo'li bilan birmunchakamaytirish mumkin. Bola og'irligining 300 g dan kamayishini normadan tashqari, deb hisoblash kerak, bu bolaning to'yib o'v q atlanm aganini yoki biror kasallikka chalinganligini ko'rsatadi. Keyinchalik bola 10-12 kunlik bo'Mgach, u sog'lombo'lsa, o'zining tug'ilganligidagi birinchi og'irligiga yetib olib,tez semira boshlaydi. Bunda bola ayniqsa,hayotining birinchi oyida kuniga 25-30 g dan semiradi. So'ngra bola og'irligining

ortib borishi asta-sekin kamaya boradi. Bola hayotining birinchi yilidagi og'irligi va uzunligi I. P.

Kislyakovskayaning 2-jadvalida keltirilgan. Masalan, 3 oylikbolaning og'irligi $3300+2200=5500$ g, bo'yi: $52+8,5=60,5$ sm. Bir yoshdan oshgan bolalar emadigan bolalarga qaraganda birmuncha sekin semiradilar. Bola hayotining ikkinchi yilida 2,5-3,5 kg (oyiga 200-250 g), uch yoshgacha bo'lgan vaqtida esa U t t kg semiradi. Bir yoshdan 12 yoshgacha bolalarning o'rtacha og'irliklarini bilish uchun semirish koeffitsiyentini o'rtacha yillik yoshiga ko'paytirib, bir yoshdagi og'irligiga qo'shish kerak (M aslov bo'yicha). Masalan, 6 yoshdagi bolaning og'irligi: $10,5+6 \times 2$, ya'ni 22,5 kg ga teng. Jinsiy jihatdan rivojlangan davrda bu formula ishlatilmaydi, chunki bu vaqtda uning og'irligi nihoyatda tez ortadi. Shunday qilib, og'irlik ko'payishining umumiy mazmunini quyidagicha ifodalash mumkin: bola 5-6 oylik bo'lganda uning og'irligi tug'ilgandagiga nisbatan ikki baravar, bir yosh bo'lganda uch baravar: 10 kg 500 g ga yaqin bo'ladi; 6-7 yoshlik bolaning og'irligiga qaraganda ikki baravar oshib, 21 kg ga yetadi, 13-14 yoshga kirganda uning og'irligi 6-7 yoshdagiga qaraganda ikki baravar ortadi. Shuni esda tutish kerakki, yuqorida ko'rsatilgan bu raqami artaxminiydir va ko'pincha, tez-tez uchrab turadigan o'rtachamiqdorlarni ko'rsatadi. Bola og'irligining normal ortishida uni o'rab turgan muhit,

ovqatlanirish usuli hamda uning o'ziga xos xususiyatlari ta'sirlanadi. Bolani aralash yoki sun'iy ovqatlanirish, havo vayoru g'ildirakdan yetarlicha bahram and qilm aslik, uy-joy va sanitariyaturm ush sharoitining noqulay bo'lishi turlik asalliklarni vujudga keltiradi, bularning hammasi bola og'irligining to'g'ri ortishiga va uning umumiy rivojlanishiga ko'p jihatdan ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek, bola og'irligining ortishi yilning turli vaqtlarida har xil bo'lishi ham aniqlangan: yil oxiri va kuzda bolalar og'irligi qish va ko'klamdagiga nisbatan birmuncha ortadi. Og'irligi kam va chala tug'ilgan bolalarning ovqatlanirilishi va parvarish qitinishi normal sharoitda o'tkazilsa, ular tez semiradilar. Ularning uch-to'rt oylik bo'lgandagi og'irligi birinchi kundagiga nisbatan ikki baravar, olti oylik bo'lganda esa uch baravar ortadi (3-jadval). Shuni esda saqlash kerakki, ushbu raqami artaxminiy bo'lib, ko'pincha tez-tez uchraydigan o'rtachamiqdorlarni ko'rsatadi. Alohida har bir bolaning va bolalar jamoasining jism oniy rivojlanishiga baho berish uchun muayyan o'rtacha standart, yangi nusxa bilan solishtirib ko'riladi. Lekin bu nusxalarga doimiy va o'zgarmaydigan deb qarash yaram aydi, chunki yuqorida aytilganidek, normal og'irish va rivojlanish doimiy o'zgarib turadi. Bolalarning to'g'ri o'sib rivojlanib borishlarini bilish uchun har bir yoshda bo'lgan o'rtacha raqamni bilish yetarli. Undan keyin bolaning yoshiga qarab, bu raqamlarning qanday o'zgarib turishini ko'zdan kechirib turmoq kerak. Bolaning jism oniy jihatdan og'irishi haqida to'g'ri fikr yuritish uchun uning og'irligi va bo'yini bilishdan tashqari, boshi va ko'krak aylanasi, yelka kengligini, oyoq va qo'lning uzunligini ham o'lchash lozim. Yelka kengligi har qanday yoshda ham

taxminan bo'yining to'rt dan bir qismiga to'g'ri keladi. Yangi tug'ilgan bolalar boshining aylanasi 34-36 sm bo'lib, 32-34 sm keladigan ko'krak aylanasi dan 2 sm ortiq bo'ladi. Hayotining birinchi yili mobaynida: 6 oylik bolaning bosh aylanasi 43 sm, yetmagan har bir oyida 43 sm dan 1,5 g'akamaytiradi, 6 oydan keyin har bir oyda 0,5 sm qo'shiladi. 2-15 yoshgacha: besh yashar bolaning bosh aylanasi 50 sm ga baravar, yetmagan har bir yilda 0,5 sm dan kamaytiriladi; 5 yoshdan keyin har bir yoshda 0,6 sm qo'shiladi. Bola bir yoshga yetganda uning ko'krak aylanasi 48 sm, boshining aylanasi esa 46 sm keladi. Bir yoshdan keyin bolaning boshi juda sekinlik bilan kattalashadi, ko'krak aylanasi esa boshiga nisbatan sezilarli darajada kattalashadi. Masalan, besh yoshlik bola boshining aylanasi 50 sm, ko'kragining aylanasi 56 sm, 10 yoshli bolaning bosh aylanasi 52 sm, ko'krak aylanasi esa 63 sm, 16 yoshda bosh aylanasi 54 sm, ko'kragining 63 sm, 18 yoshda bosh aylanasi 54 sm, ko'kragining 79 sm bo'ladi. Yangi tug'ilgan bolaning oyoq va qo'lning uzunligi gavda uzunligiga (18-18 sm) teng keladi. Professor M. S. Maslovning ma'lumotiga ko'ra, bola 7 yoshlik bo'lganda oyog'ining uzunligi uch baravar, qo'lning uzunligi 2,5 baravar, gavda uzunligi ikki baravar, 16 yoshga kirganda besh baravar, qo'lning to'rt baravar, gavdasining esa uch baravar oshadi. Bolaning garm onik rivojlanishini baholash uchun antropometrik indeksleri ishlatiladi. Tur indeks

ko'krakaylanasi va bosh aylanasi o'rtasidaginisbatidan hisoblanadi. Sog'lom tug'ilgan bolaningko'krakaylanasi bosh aylanasi 1-2 sm kamroq. 2-3 oyda buko'rsatkichlar baravarlashadi, 3 oydan keyin chap-rost bo'ladi, bir yoshgacha ko'krak aylanasi boshdan 1,5-2 sm kattalashadi. Erism an indeksi k o 'krak aylanasi bo'yining yarm iga

nisbatan hisoblanadi. Ikki oydan katta bolaning ko'krakaylanasi bo'yining yarmidan 10-12 sm katta bo'ladi. Bolaoriqlab ketganda Erisman indeksi 9,8-7,6 sm gacha kamayadi, semirganda 14-15-16 smgacha ko'payadi. Chulitskaya indeksi formula bilan hisoblanadi. Yelkaninguchta aylanasi + son aylanasi + bosh aylanasi + bo'yiningko'rsatkichlari, 2 oydan katta bolada bu indeks — 20, yarimyilda —25, bir yoshda yana 20, oriqlab ketishda indeksningko'rsatkichlari 18-15-10 gacha kamayadi, semiiishda esa 30-35 gacha kokpayadi. Bo'yni o'lchash vertikal rostomer yordamida o'lchanadi. Emadigan bolalarning bo'yi esa gorizontal rostomer yordamida o'lchanadi, chunki tekshirish yotgan vaziyatda olib boriladi. Emadigan bolalarning og'irligini o'lchash uchun istalgan sistemadagi va yetarli darajada sezuvchan, yetuk vaziyatda

o 'lchashga imqon beradigan tarozilardan foydalanish mumkin. Kattaroq yoshdagi bolalar og'irligini o'lchash uchun kattalarog'irligini o'lchaydigan tarozi ishlatiladi.

BRONXITLAR

2.10. O'TKIR BRONXIT

O'tkir, oddiy bronxit – bronxlar obstruksiyasisiz, o'pka to'qimasi shikastlanish belgilarisiz kechadigan bronxlar yallig'lanishi. TASHHISOT MEZONLARI 1. Anamnezi

Kasallik ko'p hollarda o'tkir respirator infeksiyadan so'ng

rivojlanadi. 2. Klinik mezonlar □ **Respirator sindromi** - tomoqning shilliq qavati qizargan, rinit, kasallikning boshlang'ich davrida quruq yo'tal, keyinchalik

shilliq balg'am, kam hollarda yiringli shilliq bo'ladi. □ **Nafas etishmovchilik sindromi** - qayd etilmaydi, kasallikning og'ir kechish davrida bir oz kuzatiladi.

□ **O'pka-bronx sindromi** – perko't or tovush o'zgarishsiz yoki qo't ichasimon, dag'al nafas, quruq, katta va o'rta kattalikdagipufakli nam, nafas olganda eshitiluvchi, yo'taldan so'ng o'zgaruvchixirillashlar. Kam hollarda bir-yarim mayda pufakli nam

xirillashlar eshitiladi. □ **Intoksikatsiya simptomi** – teri bir oz oqargan, gavda harorati me'yorda yoki subfebril holatgacha ko'tarilgan. Gavda haroratidavomiyligi 2–3 kundan oshmaydi. Kasallikni adenoviruslar vamikoplazmalar chqo'zg'atsa gavda haroratining ko'tarilishi 8–10 kungacha davom etishi mumkin. 693. Laborator va instrumental tekshiruv natijalari 1. O'pka rentgenogrammasi (zotiljamga shubha qilinganhamma bolalar tekshiriladi), o'pka suratining kuchayishi, o'choqli soyalar qayd etilmaydi. 2. Umumiy qon tahlili – leykotsitlar soni me'yorda yoki

bir oz oshgan, kam hollarda leykopeniya, limfotsitoz, ECHTKo'pchilik bemorlardao'zgarmaydi.

Tasnifi

1. O'tkir oddiy bronxit.
2. O'tkir obstruktiv bronxit.
3. O'tkir bronxiolit.
4. O'tkir obliteratsiyalanuvchi bronxiolit.
5. Qaytalanuvchi bronxit.
6. Qaytalanuvchi obstruktiv bronxit.
7. Surunkali bronxit.
8. Surunkali obliteratsiyalanuvchi bronxit.

Davolash

Simptomatik davo – o'tkir respirator virusli infeksiyaning 1–2 kunlari burunga bir kunda 4–6 marta interferon tomiziladi. Virusli bronxitda bakteriyaga qarshi dori vositalari tavsiya etilmaydi, mikoplazma sababli kelib chiqqan bronxitda eritromitsin yoki sumamed buyuriladi. Yo'talga qarshi dori vositalari: libeksin, bronholitin, faqat quruq yo'tal bo'lganda balg'am ko'chishini engillashtirish uchun ko'p suyuqlik, alteyka damlamasi, bromgeksin.

Qiynaydigan og'iryo'tal qayd etilganda mahalliy ta'sir etuvchi gormon preparatlari(bekotid, beklamet) tavsiya etiladi. Laringotraxeitda bug'liingalyasiya, agar patologik jarayon chuqur kechsa, suvli va 2% natriyxlol, natriy bikarbonat aralashmasi bilan ingalyasiya o'tkaziladi.Bronxitlarda ko'p tavsiya etiladigan gistaminga qarshi dorivositalarining ta'sir kuchining samaradorligi aniqlanmagan,

shuning uchun ularni tavsiya qilish mumkin emas. Bolalargagorchichniklar, bankalar qo'yish tavsiya etilmaydi, chunki ular bolaterisini shikastlaydi, ko'p hollarda terining allergik kasalligiga sabab bo'ladi. Oyoqqa issiq vannalar qilish tomirlarda

qon aylanishini yaxshilaydi va yaxshi ta'sir ko'rsatadi.70 Profilaktikasi

Quyidagilarni o'z ichiga oladi:bolalarni chiniqtirish;ratsional ovqatlantirish (emadigan bolalar sun'iy ovqatlantirilgan bolalarga nisbatan kam kasallanadilar);

virusli kasallik bilan og'rigan bemorlar bilan muloqot

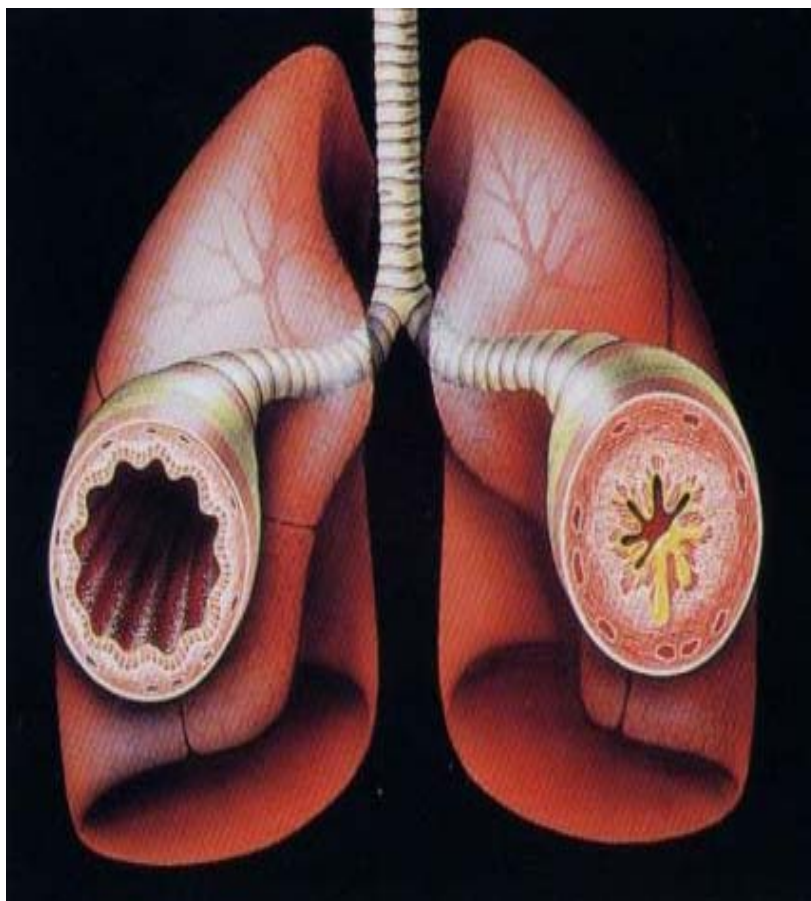
qilmaslik;O'RVIning dastlabki klinik belgilari paydo bo'lgandainterferon tavsiya etiladi.Reabilitatsiyasratsional ovqatlanish;

nafasni tiklash (qorin bilan to'liq nafas olishnitiklash, tez-tez nafas olishni to'xtatish);

Surunkali infeksiya o'choqlarini vaqtida davolash.

2.11. OBSTRUKTIV BRONXIT

O'tkir obstruktiv bronxit – bronxlarning obstruksiyasi Bilankechadigan o'tkir i



yallig'lan ishidir.

Tashhisot mezonlari1. Anamnezi

Obstruktiv bronxit ko'pchilik hollarda o'tkir respirator virusliinfeksiyaning 2–3 kundan so'ng rivojlanadi.2. Klinik mezonlar □ **Respirator sindrom** – og'iz tilchasi va burun-tomoq shilliqqavatining qizarishi, kasallikning boshlang'ich davrida quruq,keyinchalik nam yo'tal, balg'am qiyin ajraladi. □ **Nafas etishmovchiligi sindromi** – 1 daqiqada 50 marta, kamhollarda 60–70 tagacha, yordamchi mushaklar ishtirokida qaydetiluvchi ekspirator xansirash, masofadan eshitiluvchi xirillash,og'iz-lab uchburchagining ko'karishi, ortiqcha harakatdan so'ng kuchayuvchi xansirash.

□ **Bronx-o'pka va bronxobstruktiv sindromlar** – qo't ichasimonperko't or tovush, nafas chiqarishning uzayishi va qiyinlashuvi, dag'al nafas, quruq xushtaksimon, katta va o'rta kattalikdagi, yo'talganda joylashishini va tovushini o'zgartiruvchi nam xirillashlar. Taxipnoe holatda nafas chiqarishning uzayishi kuzatilmaydi. □ **Intoksikatsiya simptomi** – bola bezovta, qulay holatniegallashni xohlaydi, gavda harorati bir oz ko'tarilishi yokimikoplazmali va adenovirusli infeksiya qo'zg'atganda yuqoribo'lishi mumkin.

3. Laborator va instrumental tekshiruv natijalari 1. O'pka rentgenogrammasi – o'pka shishgan, bronx-tomir suratining kuchayishi, o'pka ildizida suyuqlik (infiltratsiya legochnyx korney) 2. Umumiy qon tahlili – leykotsitlar soni me'yorda yoki kamaygan, kam hollarda eozinofillar soni oshgan, ECHT bir oztezlashgan yoki me'yorda.

Davolash

1. O'tkir og'ir kechish davrida nafas olishni yaxshilash kerak, og'ir kechganda – O₂ bilan davolash; 2. Kasallikning boshlang'ich davrida interferon tavsiya etiladi. Bakteriyaga qarshi dori vositalari davolashda ishlatilmaydi. Obstruktiv sindromni bartaraf qilish maqsadida bronxlarni kengaytiruvchi dori vositalari qo'llanadi. Simptomimetik dori vositalari davolash maqsadida tavsiya etilsa, yaxshi natija beradi. Salbo't amol yoki ventolin 0,1 dan gavda vazniga x 3 mahal. Alupent 0,1 – 0,3ml m/o ga 1 mahal. Aerosol ko'rinishidaberotek, salbo't amol, astmopent va h.k. YUqoridagi dorivositalarining ta'siri 20% bolalarda dastlabki qabuldan so'ng yuzaga chiqadi. 80% bolalarda esa keyingi in'eksiyalardan so'ng natija beradi. Eufillin – parenteral, enteral. Bir martalik dozasi 4-7mg/kg. Simptomimetik dori vositalari ta'sir qilmaganda, eufillin venaga yuborilsa, yaxshi natija beradi. YUqoridako'rsatilgan dorilar ta'sir qilmaganda kortikosteroid dorilarni qo'llash yaxshi natija beradi. Ularning 1 martalik prednizolonga nisbatan hisoblangan dozasi enteral yo'l bilan berilganda 2mg/kg, parenteralda 5mg/kg. Og'ir obstruksiya yoki obstruksiya kuchayib borsa (ftorotan, masalan, deksametazon) qisqa muddatli kurs bilan 1–3 kun davomida tavsiya etish va to'xtatish yaxshi natija berishasdiqlangan. 3. Gistaminga qarshi preparatlar – allergiyaning teriko'rinishi bo'lgan bolalarga tavsiya etiladi.

Profilaktikasi

Obstruksiya qaytalanishining oldini olish uchun: bola yashayotgan xonada chekmaslik; obligat allergenlar bo'lmasligi; yashash joyda sharoitni yaxshilash; allergik kasalliklari bor bolalarni 3–6 oy davomidaketotifen yoki zaditen bilan davolash.

2.12. BRONXIOLIT

Bronxlar va bronxiolalarning obstruksiyasi va nafasetishmovchiligi belgilari bilan kechadigan o'tkir infeksiyakasallik asosan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi.

Tashhisot mezonlari 1. Anamnezi Kasallik ko'pchilik hollarda virusli infeksiyaning dastlabki 3–4 kunlarida burun bitishi, burun oqishi, aksirish bilan boshlanadi.

2. Klinik mezonlar □ Respirator sindrom – yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi, qattiq – hurujsimon yo'tal, ayrim hollarda qiyinajraluvchi shilliq balg'am bilan azob beruvchi yo'tal, yo'tal fonida qusish qayd etiladi. □ Nafas etishmovchiligi sindromi – 1 daqiqada 70–90 martagacha, yordamchi mushaklar ishtirokida ekspirator xansirash, og'iz-lab uchburchagining ko'karishi, apnoe huruji va kollaps holati.

□ O'pka-bronx va bronxobstruktiv sindrom – bochkasimon ko'krak qafasi, yuqori qo't ichasimon perko't or tovush, yurak to'mtoqlik chegarasining qisqarishi, jigar va taloq pastki chegaralarining siljishi, kattiq nafas, uzaygan xushtaksimon nafas chiqarish bilan mayda pufakli tarqalgan xirillashlar, nafas olishda va nafas chiqarishda kripitatsiyalanuvchixirillashlar. □ Intoksikatsiya simptomi – kuchli namoyon bo'lmaydi, gavdaharorati subfebril yoki me'yorda, kam hollarda ko'tarilib, adenovirusli bronxiolitda 6–8 kungacha saqlanib turadi. 3. Laborator va instrumental tekshiruv natijalari Ko'krak qafasi rentgenogrammasi – o'choqli soyalarsiz, o'pka surati kuchaygan, o'pka ildizi soyasi kengaygan vayorug'ligi oshgan. Bronxlar o'tkazuvchanligining buzilish

belgilari, o'pkaning havo bilan to'lishi bir xil emas, kam hollarda atelektaz aniqlanadi, ular vaqtinchalik bo'lib, o'z holiga qaytadi. Bronxoskopiyada – bronx devorlarida balg'am bo'laklari va fibrin qoldiqlari kuzatiladi. Bronxografiyada - bronx yo'llari toraygan.

Umumiy qon tahlili – leykotsitlar me'yorda yoki kamaygan, limfotsitlar soni oshgan, ayrim hollarda neytrofilli leykotsitlar bir oz oshgan, ECHT bir oz tezlashgan. Balg'amni tekshirish – balg'am tiniq, oq rangda yoki yiring bilan aralashgan. Qonni biokimyoviy tekshirish – disproteinemiya, gipogammaglobulinemiya. Davolash

2.13. PNEVMONIYA (ZOTILJAM) – O'PKANING O'TKIR YALLIG'LANISHI

O'pkaning infeksiyon o'tkir yallig'lanishi har xil turdagi nafas etishmovchiligi, joylashgan o'pka-bronx sindromi, bir o'choqli va segmentli infiltrativ o'zgarishlar bilan kechadi. **Tashhisot mezonlari** 1. Anamnezi Respirator infeksiya bilan bog'liqligi – shamollash omilidir. 2. Klinik mezonlar □ Respirator sindrom – O'RVIning klinik belgilari, qattiq chuqur yo'tal, shilimshiq yoki shilimshiq yiringli balg'am bilan

xarakterlanadi. □ Toksikoz sindromi – har xil darajada namoyon bo'lishi mumkin. Uyqusizlik, holsizlik, kam harakatchanlik yoki o'ta qo'zg'aluvchanlik, talvasa oldi holati, bir qator hollarda talvasa huruji, ishtaha buzilishi, umuman ovqat iste'mol qilmaslik, gavda haroratining 5 kundan ortiq 38.0S bo'lish, yuqori darajaliterini oqarishi, gavda haroratiga zid ravishda yurak taxikardiyasi, yurak tonlari bo'g'iqli, fiziologik reflekslarning susayishi, mushaklar gipotoniyasi, dispeptik o'zgarishlar, eksikoz rivojlangunga qadar gavda vaznining kamayishi, jigar

kattalashishi. □ Nafas etishmovchiligi sindromi; yordamchi mushaklarishtiropi bilan kechuvchi inspirator xansirash, burun-lab uchburchagi sianozi yoki jismoniy zo'riqishdan so'ng kuchayuvchi

SO'NG ASOSIY SIMPTOMLAR HAQIDA SO'RANG:

tarqalgan sianoz. □ Bronx-o'pka sindromi patoSO'NG ASOSIY SIMPTOMLAR HAQIDA SO'RANG:

Болада йўтал ёки нафас қийинлиги борми?

БОР БЎЛСА, СЎРАНГ:

- Качондан бу-ан?

Кўздан кечиринг, эшитиб кўринг, хис этинг:

Минутдаги нафас сонини санаг:

- Йўрак каффсининг тортилиши борми?
- Йўринг, эшитинг, стрidor борми?

БОЛА ТИНИ БЎЛИШИ КЕРАК

Йўтал ёки нафас қийинлигини таснифланг

Боланинг ёши: 2 ойликдан 12 ойгача 12 ойликдан 5 ёшгача бўлса	Нафас тезлашган: Минутига 50 марта ва ундан кўп Минутига 40 марта ва ундан ортда
---	--

БЕЛГИЛАР	ТАСНИФЛАНГ	ДАВОСИ (Касалдонга аборидан аввал қилинган шовшинг даво жисм каффсин билан ажратилган)
• Бирор бир уқумий харф белгиси ёки «Кўрак каффсининг тортилиши ёки «Тинч қозвудати стрidor	О'РТИР ПНЕВМОНИИ ЕКИ ЖУДА ОГИР КАСАЛЛИК	Узудлик билан стацонарга аборик УТегиндан автнбнотикнинг биринчи дозасин бйринг
•Тезлашган нафас	ПНЕВМОНИИ	Пневмонияга тавадуқли антибактериал препаратни бйринг Хавфсиз восита билан томоқни юмшатиб ва йўтални енгиллаштиринг УНасига качон аудлик билан қайтис келиш кераклигини тушутиринг. УКейинги ташриф 2 кундан сўнг.
•Пневмония ёки жуда огир касалликнинг белгиси йўқ	ПНЕВМОНИИ ЙЎҚ. ЙЎТАЛ ЕКИ ШАМОЛЛАШ	Йўтал 30 кундан кўпроқ бўлса текширинг узу аборик Хавфсиз восита билан йўтални енгиллаштириб, томоқни юмшатиб. УНасига качон аудлик билан қайтис келиш кераклигини тушутиринг. УМабодо ақмои яқинлашмаса, кейинги ташриф 5 кундан сўнг.

logik o'choqning joylashishi bilan bog'liq. Ko'p hollarda patologik o'choq bir tomonlama bo'ladi. Perkussiyada – yallig'langan o'choqning ustida perko't or tovushning to'ntoqlashuvi kuzatiladi. YAllig'lanish o'chog'i ustidan bronxial va sustlashgan nafas orasida mayda pufakli kripitatsiyalanuvchi nam

xirillashlar eshitiladi. Tovush tebranishi va bronxlar o'tkazuvcchanligi yallig'lanish jarayoni ustida kuchaygan bo'ladi. 3. Laborator va instrumental tekshiruv natijalari

1. Umumiy qon tahlili: leykotsitlar soni neytrofillar hisobiga ko'paygan. Leykotsitar formula chapga siljigan. ECHT tezlashgan (20mm/s dan yuqori). Kichik yoshdagi bolalarda kamqonlik erta rivojlanadi. 2. O'pka rentgenogrammasi: infiltrativ o'zgarishlar o'choqda bir yoki bir nechta segmentlarda uchraydi. Kasallikning boshlang'ich fazasi vatuzalish davrida o'pka suratining kuchayishi, o'pka ildizining har xil o'zgarishlari kuzatiladi. **BOLALARDA**

ZOTILJAM TASNIFI 1 oydan katta bolalarda zotiljamni kasalxonadan tashqari va kasalxona ichi zotiljamga bo'lish muxim ahamiyatga ega, chunki bu

zararlanish sharoitini bildiradi va ma'lum bir chaqiruvchiga shubxa kiladi. Kasalxonadan tashqari zotiljam zotiljamni oddiy uy sharoitida maxrum bo'lishini ko'rsatadi. Agar zotiljam 75 kasalxonada 72 soatdan ortiq yoki kasalxonadan chiqqandan keyin 72 soat mobaynida rivojdangan bo'lsa kasalxona ichi zotiljam deb aytiladi.

Davolash

Statsionarga yotqizilgunga qadar davo choralari. o Antibiotiklarni tanlash va tavsiya etish. O'pkaning chegaralangan ma'lum qismida lokal-fizikal o'zgarishlar (lokalmaydapufakli krepatitsiyalanuvchi nam xirillashlar, perko't ortovushning qisqarishi va b.) aniqlangan bemorlarda zotiljam tashhisi bo'lishi taxmini yuqoridir. Bunday bemorlarga antibiotiklar rentgen tekshirishi o'tkazilgunga qadar tavsiya etiladi. Xozirgi kunda ko'pincha β -laktamaza chiqaridigan va shu sababli ananaviy qo'llaniladigan antibiotiklarga rezistetnt bo'lgan mikroorganizmlar bolalar va kattalarda zotiljam va uning asoratlarini kelib chiqishiga sabab bo'ladi. SHuning uchun o'zvaqtida bolani qiynamasdan davolashni boshidan ratsional antibiotikoterapiya qo'llash kerak. Tanlagan antibiotik keng ta'sir doirasiga va kam nojo'ya ta'siriga ega bo'lishi shart. Xamma

etib o'tilgan shartlarga sefalosporinlarni III avlodi to'liq javob beradi. Sefalosporinlarning afzalligi shundaki, juda ko'pmikro-organizmlarga, ya'ni Gr-manfiy va Gr-musbat, aerob va anaerob mikroorganizmlarga ta'sir qiladi. Sefazim (sefotaksim) ko'p tekshiruvlarda ayniqsa nafas yo'llari yallig'lanishda o'zinasamadorligini isbotlagan. Sefazimni kuniga 2 marotaba m/o yokit/i 50-100 mg/tana og'irligiga qo'llaymiz. Sefogram (seftriakson) xuddi Sefazimga o'xshab keng ta'sir doirasiga ega bo'lib, kuniga 1 marotaba bolaning axvolini og'irligiga qarab 20-100 mg/tana

og'irligiga qo'llaniladi. Bolaga faqat 1 marotaba in'eksiya qilish ham onaga, ham bolaga, ham tibbiyot xamshiraga qulay bo'ladi. Sefogram 24 soat davomida o'zini terapevtik qon sentratsiyasini xujayralararo suyuqlikda saqlab turadi. o Bolalarda 1 marta bo'lsa ham gavda harorati 38⁰S dan yuqori bo'lib, davomiyligi 3 kundan oshsa, intoksikatsiya va nafas etishmovchiligi belgilari kuzatilsa, bunday bemorlarga antibiotiklar rentgen xonasiga jo'natilgunga qadar buyuriladi. 1. Gavda harorati 38⁰S bo'lgan, intoksikatsiya va nafas etishmovchiligi belgilari bo'lmagan bemorlarga antibiotik va

rentgen tekshiruvini tavsiya etilmaydi. 2. Zotiljamning o'rta og'ir ko'rinishlarida, asoratsiz kechuvida uyda kasallangan, yoshi 6 oydan katta bo'lgan bolalarga

100000 B/kg so't kada penitsillin tavsiya etiladi. Agar bolastatsionarga etib kelgunga qadar 2 kun davomida penitsillin bilan davolangan bo'lsa va xech qanday natija bo'lmasa, bunday bemorlarga sefalosporin III avlodi Sebaneks (sefoperazon+sulbaktam)

40-80 mg/tana og'irligiga so't kada 2 marotaba m/o yoki t/i buyuriladi. 3. YOshi 6 oygacha bo'lgan bolalarda gramm-manfiy mikroblar va stafilokokk aniqlansa Sefazim, Sefogram,

Sebaneks tavsiya etiladi. 4. Zotiljamning destruktiv shaklida va ko'p miqdorda infiltrativ o'choqlar bo'lganda 2 xil penitsillinaza fermentigachidamli antibiotiklar tavsiya etish kerak. Ulardan biri –sefalosporin – Sefazim so't kada 2 mahal venaga 50-100 mg/kg; Sefogram 20-100 mg/kg 1 maxal venaga yuboriladi. 5. Ampitsillin stafilokokkli zotiljamni davolash uchun qo'llanmaydi. CHunki u mikrobnning penitsillinaza fermenti

ta'sirida parchalanib ketadi. 6. Mikoplazmali zotiljamni davolashda so't kasiga 30–50 mg/kg/ eritromitsin yoki boshqa makrolidlar tavsiya etiladi. 7. Zotiljam qo'zg'atuvchisi ko'k yiringli tayoqcha bo'lsa, so't kasiga 30-100 mg/kg Sefdim (seftazidim) yoki 40–80 mg/kg

Sebaneks tavsiya etiladi. 8. Zotiljam OITS bilan xastalangan bolada kuzatilsayokineytropeniya bilan birga kelsa va boshqa og'ir holatlardatsefalosporinlarning IV avlodi Efipim (sefipim) so't kada 50mg/kg har 12 soatda buyuriladi. **Profilaktikasi** O'tkir nafas yo'llari kasalliklari, shu bilan birga o'tkir zotiljamning birlamchi profilaktikasiga keng qamrovlik kompleks maishiy-gigiena tadbirlari, aholi va bolalarning sog'lom turmush tarzini yaxshilash,

ya'ni to'g'ri ovqatlantirish, uqalash, badantarbiya, chiniqtirish, yashash sharoitini yaxshilash bo'yicha bilimini

o'shinish tadbirlaridir. Ma'lumki, profilaktik emlashlarning to'liq kursini olgan bolalar yuqumli kasalliklar (o'tkir ichak infeksiyasi, O'RVI, zotiljam) bilan kam

kasallanadilar. Pnevmonokokk va gemofil tayoqchaga qarshi vaksinatset elda ishlab chiqarilgan va amaliyotga tadbiriq etilgan. 77 Dispanser kuzatuvini

Umumiy amaliyot shifokori – 3 yoshgacha bo'lgan bolalarni kvartalda 2 marta, 3 yoshdan oshgan bolalarni kvartalda 1 marta ko'zdan kechirib boradi. Kuzatish davomiyligi – 1 yil. Ko'ruvda quyidagilarga e'tibor beriladi: bolaning jismoniy holati, yo'tal, nafas turi va perko't or ma'lumotlar, o'pkadagi xirillashlar. Reabilitatsiyasi Quyidagi tadbirlarni o'z ichiga oladi. Ratsional ovqatlanirish; Surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish; SHifobaxsh giyohlar bilan davolash; CHiniqtirish va badantarbiya mashg'ulotlari bilan shug'ullanirish.

Mavzu : 5-12 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydigan patologik holatlar

Maktab yoshidagi yetuklik – bolalarni jismoniy, ijtimoiy- ruhiy rivojlanishining ma'lum bir darajaga yetganligi bo'lib, bu tizimli o'qitish va tarbiyalashga bog'liq zo'riqishlarga tayyorligidir. Bolaning maktabga tayyorligi jismoniy, axloqiy, aqliy qobiliyatlaridan tashkil topgan bo'ladi. Maktabga tayyor bo'lmagan bolalar o'quv dasturi talablarini bajara olmaydi, natijada bolaning salomatligida o'zgarishlar kuzatiladi.

Maktabga qabul qilishdan oldin bolalarni jismoniy sog'lomligini aniqlash uchun psixologik tekshiruv

Hamma bolalar maktabga tayyorligining yetukligini aniqlashda psixofiziologik tekshiruv quyidagi mezonlar bo'yicha o'tkaziladi:

1. Kern -Yerasik sinamasi.
2. Tovushni talafuz qilishi.
3. So'zlarni assotsiatsiya qilish qobiliyatini tekshirish.
4. Motometrik sinama.

Kern-Yerasik sinamasi 3ta vazifani o'z ichiga oladi:

- 1) erkak kishining rasmini chizish;
- 2) 3ta so'zdan iborat qisqa jumlani ko'chirib olish;
- 3) nuqtalar guruhlarini ko'chirib berish;

So'zning assotsiatsiyasi tajribasi

Bolaga 15ta ta'sir etuvchi so'z taklif qilinadi, bolaning so'zlarni assotsiatsiyasi qobiliyati tekshiriladi. Javoblar mos va mos bo'lmagan javoblarga bo'linadi.

No't q sofligini aniqlash

So'z talaffuzi da nuqson bor-yo'qligini aniqlash. Bola rasmdagi buyumlarning nomini aytib berishi kerak bo'ladi.

Motometrik sinama: - “ aylanani qirg'ish” –

Bolaga bir-birining ichiga 7 aylana chizilgan karton qog'oz beriladi. Bola aylanalardan ichidan qalin qilib chizilgan aylananing qirg'ib olishi kerak.

Ekssudativ diatez (ED) tushunchasi 1905 yilda A. Cherni tomonidan kiritilgan bo'lib, erta yoshdagi bolalar organizmining o'ziga xos reaktivlik xususiyati bo'lib, teri va shilliq qavatlarining infiltrativ-deskvamotoz yallig'lanishga, allergik kasalliklarga moyilligidir. Ekssudativ katta ral diatez limfatik tugunlar giperplaziyasi (kattalashuvi), organizmda tuz va suv almashinuvining tez-tez o'zgarib turishi bilan xarakterlanadi.

Tashhisot mezonlari:

Anamnez: Onasida me'da-ichak yo'li kasalliklari qayd etilganligi, homiladorlik davrida har xil dori vositalari bilan davolangiligi, erta sun'iy ovqatlanishga o'tkazilganligi to'g'risidagi ma'lumotlar, shuningdek, ota-onasida yoshligida ED qayd etilganligi aniqlanadi.

EDning klinik belgilarini namoyon qiluvchi asosiy omillar: ovqat mahsulotlari, sigir so't i, sitrusli mevalar, qulupnay va boshqalar. Tuxum, qulupnay, limon, banan, shokolad, baliq go'shti tarkibida endogen gistaminning libiratorlari bo'ladi.

Ona so't i bilan boqilgan bolalarda EDning klinik belgilari agar bolaning onasi yuqorida ko'rsatilgan ovqat mahsulotlarini ist'emol qilgan bo'lsa, yuzaga chiqishi mumkin.

Klinik mezonlar:

□ Teridagi o'zgarishlar: bola hayotining birinchi oyida teri burmalarida bichilish, qizarish, boshning sochli qismida qazg'oqlar, yuz, quloq, bo'yin atrofida har xil xarakterdagi toshmalar kuzatiladi.

□ Terining shilliq qavatidagi o'zgarishlar, „geografik“ til, cho'ziluvchi ko'z kasalliklari, burun shilliq qavatining yallig'lanishi, nafas yo'llarining katta ral yallig'lanishi, kamqonlik belgilari, siydikda epitelial hujayralar sonining oshishi, vaqti-vaqti bilan ich ketishi.

Laborator tekshiruv

1. Umumiy qon va siydik tahlili.
2. Axlatning umumiy tahlili.
3. Axlatni disbakteriozga tekshirish

Davolash

1. Ratsional to'g'ri ovqatlanish, bola bir yoshga to'lgunga qadar ona so't i bilan boqish muhim ahamiyatga ega. Ovqat tarkibida uglevodlar miqdorining ko'pligi EKD kechishini og'irlashtiradi. EKD bilan kasallangan bolalar terisida qand miqdori sog'lom bolalar terisiga nisbatan ikki baravar ko'pligi aniqlangan.

Ona iste'mol qiladigan ovqat mahsulotlari tarkibida obligat allergenlar bo'lmasligi, sigir so't i bilan ovqatlantirish- ni chegaralash. Ovqat ratsionida mevalar va nordon so't mahsulotlari bo'lishi kerak, chunki ular yengil hazm bo'ladi.

2. Vitaminlar. Kuruq ekzemada 3 haftadavomida gavda og'irligiga 1000 xalqaro birlikda (XB) vitamin A berilishi yaxshi natija beradi, lekin bir kecha-kunduzdagi miqdori gavda og'irligiga nisbatan 10000 XB oshmasligi kerak. V guruh vitaminlari (V6, V5, V15) va vitamin Ye ham davolashda qo'llanadi.

3. Antigistamin dori vositalari 5–7 kun davomida almash- tirish yo'li bilan tavsiya etiladi. Masalan, ketotifen 0,05 mg/gavda og'irligiga kuniga 2 marta, magniy sulfatning 2–5% li eritmasi 1 choy qoshiqdan 3 mahal ichiriladi.

4. Mahalliy davo: bolaning boshiga qizdirilgan o'simlik yog'i surtiladi va bir soatdan so'ng boshini bolalar sovuni bilan yuvib tashlanadi. Terining seboreyali yallig'lanish joylariga intal malhami surtiladi, 3–5% li oltin gugurt, 3–5% li oltin gugurt- naftalan kukuni sepiladi.

Profilaktikasi

Ekssudativ diatezning oldini olish kompleks ravishda olib boriladi: bolaning antenatal rivojlanish davrida homilador onaning ovqat ratsionida kuchli allergen hususiyatiga ega bo'lgan ovqat mahsulotlarini, dori vositalari bilan davolashni cheklash kerak. EDning birlamchi profilaktikasi o'tkazilmagan bolalarda allergik kasalliklarning rivojlanish darajasi yuqori bo'ladi.

Poliklinikada ekssudativ katta ral diatezi bo'lgan bolalar bilan quyidagi ishlar olib boriladi:

1. Ovqat kundaligi to't iladi.

2. Uzoq muddat ona so't i bilan boqiladi, sharbatlar, qo'shimcha ovqatlar muddatidan bir oz kechiktirib beriladi. Turli xil allergik hususiyatga ega bo'lgan meva sharbatlari va ovqat mahsulotlari bolaning kunlik ovqat ratsionidan olib tashlanadi. Qizil va sariq rangli meva sharbatlari tavsiya etilmaydi. Ekssudativ katta ral diatezi bor sun'iy, aralash ovqatlantiriladigan bolalarga nordon so't mahsulotlari beriladi. Yilda 1–2 marta disbakteriozga qarshi bifidumbakterin ichiriladi.

3. Bola bir yoshga to'lgandan so'ng tarkibida allergen xususiyati kuchli bo'lgan ovqat mahsulotlari (tuxum, baliq, har xil shirinliklar, qaxva, banan, qora smrodina, malina, asal, yong'oq, ovqat mahsulotlariga qo'shiladigan qo'shimchalar, qonservalar, achchiq va sho'r ovqat mahsulotlari) bolaning ovqat ratsionidan olib tashlanadi.

4. Uyda gipoallergenli muhit tashkil qilinadi: haftada 2 marta uydagi hamma narsalar namlangan latta bilan artiladi, uy hayvonlari, akvarium, gullarni bola yashayotgan xonada saqlamaslik, kitoblarni yopiq shkaflarda saqlash, bola bor joyda kiyim-ust boshlarni har

xil sun'iy kir yuvish vositalari bilan yuvmaslik, hayvon yungi va qush patlaridan tayyorlangan yostiqlar bo'lmashligi kerak.

5. Davolashda dori vositalarini iloji boricha kamaytirish va obligat allergenli dori vositalari bilan davolamaslik kerak.

6. Surunkali infeksiya o'choqlarini, o't yo'llari diskineziyasi, raxit, gelmintozlarni, gipotrofiya, disbakterioz va shunga o'xshash kasalliklarni o'z vaqtida erta aniqlash va davolash zarur.

Dispanser kuzatuv

UASh (pediatr) 1 yoshgacha bo'lgan bolalarni har oyda 1 marta, 1 yoshdan – 4 yoshgacha bolalarni har 3 oyda 1 marta, 4 yoshdan katta bolalarni yilda 1 marta ko'rib borishi kerak.

Reabilitatsiyasi

Ovqat kundaligi to'tgan holda vitaminlarga boy ratsional ovqatlantirish.

Antigistamin dorilar bilan 5–7 kunli almashuv kursi bilan davolash

Fitoterapiya

Maxsus reja asosida avaylash usulida chiniqtirish Giposensibillovchi dori vositalari fonida emlashni o'tkazish

MAVZU : Jinsiy balogatga yetish davri. (12-16 yosh)

BALOG'ATGA YETISH, balog'at, rasida (rasta) bo'lish, bo'yiga yetish — organizmning bir qancha anatomik va fiziologik o'zgarishlar natijasida biologik jihatdan sekin-asta voyaga yetishi hamda jinsiy jihatdan yetilib, ko'payishga, ya'ni naslni davom ettirishga layoqatli bo'lib qolishi. Qizlar o'g'il bolalarga nisbatan ertaroq balog'atga yetadi. Qizlarda bu davr aksari 12 — 14 yoshdan 16 — 18 yoshgacha, o'g'il bolalarda 13 — 15 yoshdan 16 — 20 yoshgacha davom etadi. Balog'atga yetish muddati o'smirning irsiy xususiyatlariga, sog'lig'iga, ovqatiga, shuningdek hayot tarzi (maishiy, ijtimoiy-iqtisodiy) va iqlim sharoitlariga bog'liq. Turli noxush omillar: og'ir kasalliklar, yolchib ovqatlanmaslik va boshqa odatda jismoniy va ruhiy rivojlanishning kechikishiga sabab bo'ladi. Nimjon, kasalmand bolalar sog'lom bolalarga nisbatan kechroq balog'atga yetadi. Kech yoki erta Balog'atga yetish jinsiy bezlar, buyrak usti bezlari va gipofiz funksiyasining buzilishiga aloqador bo'lishi mumkin. Balog'atga yetish davrida jinsiy instinkt ancha tez shakllanadi. Qizlar hayz ko'radi, bolalarda ixtilom (pollyo'tsiya) kuzatiladi, shuningdek organizmda chuqur o'zgarishlar ro'y beradi: o'smirning bo'yi cho'zilib, ikkilamchi jinsiy belgilari paydo bo'ladi; o'g'il bolalarda soqol-mo'ylov ko'rinib, ovozi do'rillab qoladi, qizlarning badani yumaloq tortib, birinchi galda soni va dumbasida yog' to'planib boradi, so't bezlari kattalashib, chanoq suyaklari eniga kengayadi. Qonda jinsiy gormonlar ko'payib, bir jins ikkinchi jinsga ko'proq e'tibor bera boshlaydi. Balog'atga yetish davrida o'smirning psixikasi ham o'zgarib, nerv tizimining faoliyatida bir qator o'zgarishlar ro'y beradi. Gormonlar, avvalo jinsiy bezlar (moyak, tuxumdon) gormonlari Balog'atga yetishda muhim ahamiyatga ega.

Balog'atga yetishda jismoniy rivojlanishning e'tiborli xususiyatlaridan biri tana qismlari nisbati, ya'ni proporsiyasining vaqtincha buzilishidir. Qo'l-oyoqlar tanaga nisbatan ko'proq o'sadi, shu sababdan harakatlari qo'polroq, kelishmagan bo'lib qoladi. O'g'il bolalarda muskul kuchi zo'r berib ortib boradi, muskullar massasi kattalashadi.

Rastalik davrida o'smirlar organizmining rivojlanib borishida bo'ladigan xususiyatlar haqida otaonalar va pedagoglar o'smirlarga to'g'ri ma'lumot berishlari kerak, bu esa ba'zi yigit-qizlarning behuda qo'rqishi va asabiylashishining oldini oladi. Balog'atga yetish davrida o'smirning jismoniy jihatdan to'g'ri rivojlanishi ham katta ahamiyatga ega. Buning uchun bekamu ko'st ovqatlanish, shuningdek sport va jismoniy mashqlar bilan shug'ullanib turishga alohida e'tibor berish zarur.

Balogʻatga yetish, balogʻat, rasida (rasta) boʻlish, boʻyiga yetish – organizmning bir qancha anatomik va fiziologik oʻzgarishlar natijasida biologik jihatdan sekin-asta voyaga yetishi hamda jinsiy jihatdan yetilib, koʻpayishga, yaʼni nasliy davom ettirishga layoqatli boʻlib qolishi.

Qizlar oʻgʻil bolalarga nisbatan ertarok balogʻatga yetadi. Qizlarda bu davr aksari 12-14 yoshdan 16-18 yoshgacha, oʻgʻil bolalarda 13-15 yoshdan 16-20 yoshgacha davom etadi.

Balogʻatga yetish muddati oʻsmirning irsiy xususiyatlariga, sogʻligʻiga, ovqatiga, shuningdek, hayot tarzi (maishiy, ijtimoiy-iqtisodiy) va iqlim sharoitlariga bogʻliq. Turli noxush omillar: ogʻir kasalliklar, yolchib ovqatlanmaslik va boshqa(lar), odatda, jismoniy va ruhiy rivojlanishning kechikishiga sabab boʻladi. Nimjon, kasalmand bolalar sogʻlom bolalarga nisbatan kechroq balogʻatga yetadi.

Kech yoki erta balogʻatga yetish jinsiy bezlar, buyrak usti bezlari va gipofiz faoliyatining buzilishiga aloqador boʻlishi mumkin. Balogʻatga yetish davrida jinsiy instinkt ancha tez shakllanadi.

Qizlar hayz koʻradi, bolalarda ixtilom (pollyoʻt siya) kuzatiladi, shuningdek, organizmda chuqur oʻzgarishlar roʻy beradi: oʻsmirning boʻyi choʻzilib, ikkilamchi jinsiy belgilari paydo boʻladi; oʻgʻil bolalarda soqol-moʻylov koʻrinib, ovozi doʻrillab qoladi, qizlarning badani yumaloq tortib, birinchi galda soni va dumbasida yogʻ toʻplanib boradi, soʻt bezlari kattalashib, chanok suyaklari eniga kengayadi.

Qoida jinsiy gormonlar koʻpayib, bir jins ikkinchi jinsga koʻproq eʼtibor bera boshlaydi. Balogʻatga yetish davrida oʻsmirning psixikasi ham oʻzgarib, nerv tizimining faoliyatida bir qator oʻzgarishlar roʻy beradi. Gormonlar, avvalo jinsiy bezlar (moyak, tuxumdon) garmonlari balogʻatga yetishda muhim ahamiyatga ega.

Balogʻatga yetishda jismoniy rivojlanishning eʼtiborli xususiyatlaridan biri tana qismlari nisbati, yaʼni proporsiyasining vaqtincha buzilishidir. Qoʻl-oyoqlar tanaga nisbatan koʻproq oʻsadi, shu sababdan harakatlari qpolroq, kelishmagan boʻlib qoladi. Oʻgʻil bolalarda mushak kuchi zoʻr berib ortib boradi, mushaklar massasi kattalashadi.

Rastalik davrida oʻsmirlar organizmning rivojlanib borishida boʻladigan xususiyatlar haqida ota-onalar va pedagoglar oʻsmirlarga toʻgʻri maʼlumot berishlari kerak, bu esa baʼzi yigit-qizlarning behuda qoʻrqishi va asabiylashishining oldini oladi.

Balogʻatga yetish davrida oʻsmirning jismoniy jihatdan toʻgʻri rivojlanishi ham katta ahamiyatga ega. Buning uchun bekamu koʻst ovqatlanish, shuningdek, sport va jismoniy mashqlar bilan shugʻullanib turishga alohida eʼtibor berish zarur.

Jinsiy balogʻatga yetish davri nima degani?

Oddiy qilib aytganda, jinsiy balogʻatga yetish davri jismoniy va hissiy tarafdin katta hayotga eltadigan tezkor poezd kabidir. Bu davrda tanangiz jismonan tezda oʻsadi va gormonal oʻzgarishlar yuz berib, farzandli boʻlishga tayyorlanasiz.

Bu ota-ona boʻlishga tayyorsiz degani emas. Lekin jinsiy balogʻatga yetish davri endi kichik bola emasligingizning belgisidir. Bu hayajonli, ammo bir oz qaygʻuli ham boʻlishi mumkin.

Jismoniy oʻzgarishlar

Ehtimol, jinsiy balogʻatga yetish davrining eng koʻzga koʻrinarli oʻzgarishlaridan biri jadallik bilan oʻsishdir. Muammo shundaki, tananing barcha aʼzolari bir vaqtda oʻsmaydi. Shunday ekan, harakatlaringiz besoʻnaqay boʻlsa, hayron qolmang. Amin boʻlingki, vaqt oʻtib barchasi muvozanatga tushadi.

Jinsiy balogʻatga yetish davrida bir nechta jismoniy oʻzgarishlar yuz beradi.
Jinsiy balogʻatga yetish davri oʻgʻil bolalarda
Jinsiy aʼzolarining oʻsishi
Qoʻltiq, jinsiy aʼzolar atrofida va yuzda tuk oʻsishi

Ovoz o'zgarishi
Jinsiy olatning ko'tarilishi va ihtilom (pollyusiya)
Jinsiy balog'atga yetish davri qizlarda
Ko'krak o'sishi
Qo'ltiq va jinsiy a'zolar atrofida tuk o'sishi
Ilk bor hayz ko'rish
Jinsiy balog'atga yetish davri ikkita jinsda ham
Ter va bakteriyalar tufayli tanadan hid keladi.

Maslahat: tez-tez yuvinib va dezodorant yoki antiperspirantlardan foydalanib, tanangizdan hid kelishini nazorat qila olasiz.

Yog' bezlaridagi bakteriyalar dastidan husnbuzarlar chiqishi.

Maslahat: garchi husnbuzarlar chiqishini nazorat qila olmasangiz-da, yuzingizni tez-tez yuvish va terini tozalaydigan vositalardan foydalanish asqatishi mumkin.

Hissiy o'zgarishlar

Jinsiy balog'atga yetishning jismoniy o'zgarishlariga ta'sir qiluvchi gormonlarning oshishi his-tuyg'ularingizga qattiq ta'sir qilishi mumkin. Hatto kayfyatingiz tez-tez o'zgarishi turgan gap.

«Bir kun yig'laysiz, keyingi kun kulasiz. Bir daqiqa achchig'ingiz keladi, yana bir daqiqa xonangizga kirib, tushkunlikda o'tirasiz». (Oksana)

Ko'p yoshlar jinsiy balog'atga yetish davridan o'tayotganda, uyatchan bo'lib qoladi. Go'yoki hamma ularni kuzatayotganday va hukm qilayotganday tuyuladi. Tashqi ko'rinishingiz keskin o'zgarayotgani ham olovga yog' quyganday bo'ladi!

«O'sayotganimda, atayin bukchayib yurardim va katta ko'ylak kiyardim. Tanam nega o'zgarib borayotganini tushunsam-da, o'zimni noqulay his qilardim va uyalardim. Bu menga notabiiyday tuyulardi». (Jenis)

Ehtimol, eng katta hissiy o'zgarish o'zga jinsdagi insonga boshqacha nuqtai nazar bilan qarash bo'lishi mumkin.

«Barcha o'g'il bolalar jahlni chiqaradi, deb o'ylamay qo'ydim. Ayrimlari hatto yoqa boshladi va sevib qolish uncha yomon emas, deb o'yladim. "Kim kimni sevishi" haqida suhbatlashish eng qiziqarli mavzulardan biriga aylandi». (Aleksis)

Ba'zi yoshlar jinsiy balog'atga yetish davridan o'tayotganda, o'z jinsidagi odamlarni yoqtirishi mumkin. Siz bilan ham bu yuz bersa, gomoseksual moyilligim bor, deb xulosa qilmang. Ko'p hollarda, vaqt o'tgach, bu kabi tuyg'ular o'tib ketadi.

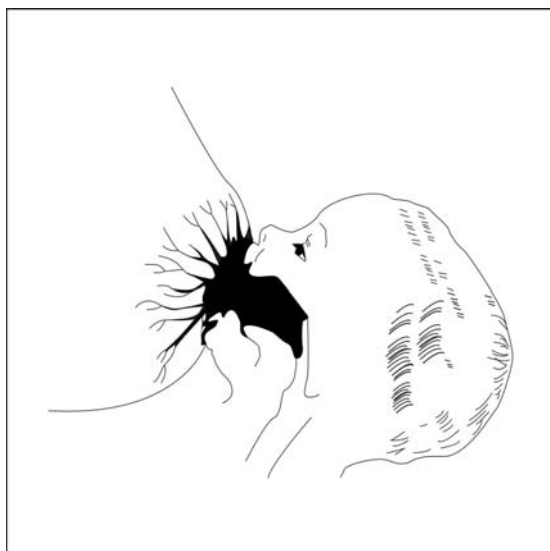
«O'zimni tinmay boshqa o'g'il bolalar bilan solishtiravergach, ularni yoqtira boshladim. Bir oz ulg'ayib, qizlarni yoqtirmagunimcha bu holat davom etdi. Gomoseksual his-tuyg'ular endi o'tmishda qolib ketdi

Mavzu : Ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish.

2.8 Bolani ko'krakka to'g'ri to't ish qoidalari

Bola so't ni qiyinchiliksiz ema olishi maqsadida ko'krak uchini stimullash va undan so't chiqishini ta'minlash, hamda so't ning etarli miqdorda kelishi uchun bolani ko'krakka to'g'ri to't

ish kerak. Bola og'ziga ko'krakni to'g'ri olmagan sababli, yaxshi ema olmaydi va bu bir qator muammolarni keltirib chiqaradi.



6- rasm. Bolani ko'krakka to'g'ri to't ish usuli

Bolani ko'krakka to'g'ri to't ish usulining belgilari:

■ bolaning og'zida areolaning katta qismi va uning ostidagi to'qima (katta naylar bilan birga) bo'ladi;

■ ko'krak to'qimasi uzun «ko'krak uchi» shaklini keltirib chiqaradi,, lekin haqiqiy ko'krak uchi uning faqat uchdan bir qismini tashkil etadi;

■ bolaning tili quyi milk va so't sinusi o'rtasida joylashgan va oldinga biroz chiqqan bo'ladi (aslida bolaning tili «ko'krak uchi»ni o'rab olgan xolda bo'ladi, lekin rasmda bu ko'rinmayapti);

■ bola ko'krak uchini emas, ko'krakni emadi.

a) O'tirgan holda b) YO'tgan holda

8-rasm. Bolani to'g'ri ko'krakka to't ish holati Bola emayotganda ko'krak uchini qattiq



tanglayga bosgan holda, til mushaklarining to'liqinsimon xarakatlari til yoqalab oldindan orqaga o'tadi va so't sinuslaridan so't ni bolaning og'iz bo'shlig'iga siqib chiqaradi, keyin esa bola so't ni yo't a boshlaydi. Bola emayotganda ko'krak to'qimasini yoyish va uni o'z og'zida ushlab turishga harakat qiladi. Oksitotsin refleksi ko'krak so't ini naylardan ajralib chiqishga majbur qiladi va bola til harakati bilan so't ni naylardan siqib chiqaradi. Bolaga ko'krak to'g'ri to't ilgan bo'lsa, uning og'zi va tili ko'krak uchi terisi va areolasiga ishqalanmaydi va ularni

shikastlantirmaydi. Bolaning emishi ona uchun qulay va ko‘pincha yoqimli bo‘ladi. Ona og‘riqni his qilmaydi.

Bolani noto‘g‘ri ko‘krakka to‘t ish

7- rasmda bolaga ko‘krak unchalik to‘g‘ri qo‘yilmaganda nima bo‘lishi ko‘rsatilgan.

Quyidagilarni qayd etish zarur:

- bolaning og‘zida ost to‘qimalar yoki naylar emas, faqat ko‘krak uchi bo‘ladi;
- bolaning tili og‘iz ichida chuqur joylashib, so‘t sinusini bosmaydi.

Bolani ko‘krakka noto‘g‘ri to‘t ib emizish ona uchun noqulay, og‘riqli bo‘lishi mumkin, hamda ko‘krak uchida qizarish, yoriqlar orqali ko‘krak uchi terisi va areolaga shikast etkazishi mumkin. Ko‘krakka noto‘g‘ri to‘t ish – ko‘krak uchi yallig‘lanishining eng keng tarqalgan va eng asosiy sababi bo‘lib (7.6-mavzuga qarang), so‘t ning noto‘liq Emilishiga va etarli miqdorda so‘t ishlab chiqarilmasliga olib kelishi mumkin.

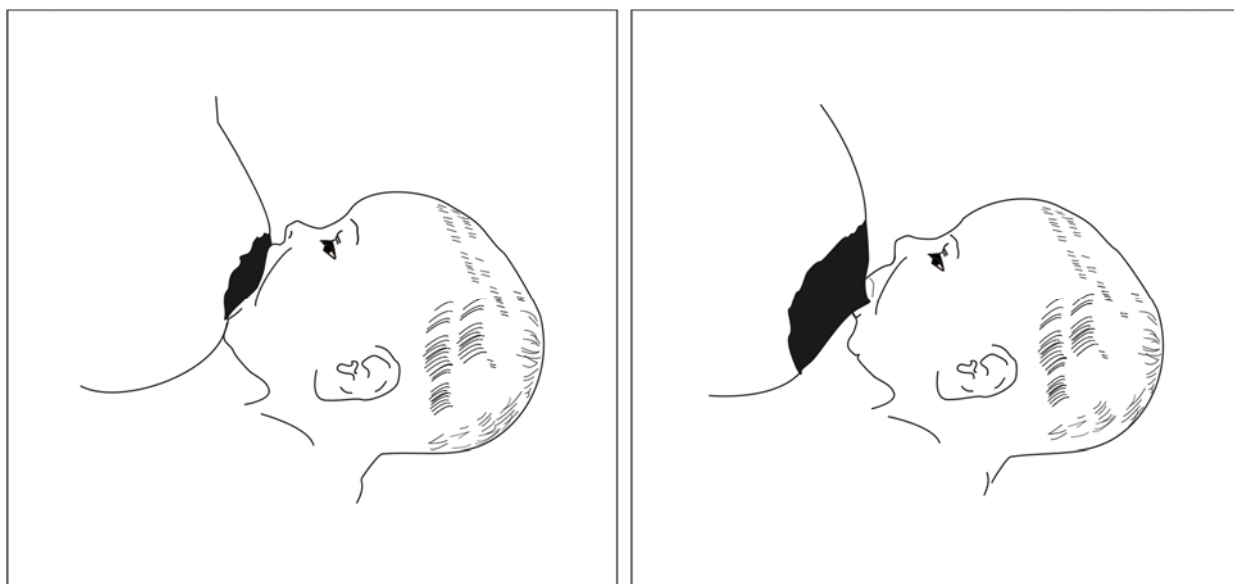
Bolani ko‘krakka to‘t ishning to‘g‘ri va noto‘g‘ri usullari belgilari.

7- rasmda to‘g‘ri va noto‘g‘ri ko‘krak to‘t ishning to‘rt eng asosiy tashqi belgilari ko‘rsatilgan. Bu belgilarga qarab ona va bola maslahatga muhtoj ekanligini aniqlash mumkin.

Bolani ko‘krakka to‘g‘ri to‘t ishning to‘rt alomati:

- areolaning ko‘p qismi bolaning pastki labi emas, yuqori labi ustidan ko‘rinib turadi;
- bolaning og‘zi katta ochiq;
- bolaning pastki labi tashqariga qayrilib ko‘rinib turadi;
- bolaning iyagi ko‘krakka tegib yoki nisbatan tegib turadi.

Bu alomatlar bolaning ko‘krakka yaqinligini va ko‘krakning ko‘p qismini qamrab olish uchun og‘zini ochishini ko‘rsatadi. Birinchi belgi bolaning ko‘krak va ko‘krak uchini pastdan olish orqali ko‘krakning bola tanglayiga tiralishiga va so‘t naylari ustiga bosish uchun tilning ko‘krak bezi to‘qimasi ostiga joylashishiga imqon berishini ko‘rsatadi. Barcha to‘rt alomatning borligi bolaga ko‘krak to‘g‘ri to‘t ilganligidan dalolat 7-rasm. Bolani ko‘krakka noto‘g‘ri to‘t ish usullari



beradi. Bundan tashqari, emizish ona uchun qulay bo‘lishi kerak.

Bolani ko‘krakka noto‘g‘ri to‘t ish alomatlari:

- areolaning ko‘p qismi bolaning yuqori labi emas, pastki labi ustidan ko‘rinib turadi – yoki bo‘lmasa yuqoridan va pastdan bir xil bo‘ladi;
- bolaning og‘zi katta ochilmagan;
- bolaning pastki labi pastga qaragan yoki ichga qayrilgan bo‘ladi;

- bolaning iyagi ko'krakdan uzoqda bo'ladi.

Agar bu alomatlardan birortasi kuzatilsa yoki emizish og'riqli, noqulay bo'lsa, bolaga ko'krakni to'g'ri to't ish amaliyotini qo'llash lozim bo'ladi. Bolani emayotganini baholash jarayonida bola ko'krakka juda yaqin bo'lsa, uning pastki labi qanday joylashganligini ko'rish qiyin bo'ladi.

Ba'zi ayollarning areolasi katta bo'lib, bolaning og'zi uni to'liq qamrab olmasligi mumkin. YA'ni, areolaning ko'p qismi bola og'zidan tashqarida bo'lishi mumkin, bu alomat ko'krakka noto'g'ri to't ilganligining ishonchli belgisi emas. Ko'krak uchi aylanasining o'lchami bola og'zining tepasida va pastida bir xil bo'lsa, yoki areolaning katta qismi bolaning pastki labidan ko'rinib tursa, u holda ushbu belgi bolaning ko'krakka noto'g'ri to't ilganligi bo'lib areolaning tashqi umumiy o'lchamidan ko'ra ishonchliroq alomati hisoblanadi.

2.9 To'g'ri emish refleksi

Agar bola ko'krakka to'g'ri to't ilgan bo'lsagina, u to'g'ri (samarali) emishi mumkin. Emishning to'g'ri refleks belgilari so't bola og'ziga ajralib chiqayotganini bildiradi. Bola bir soniya davomida sekin va chuqur emadi, keyin esa uning yo't inganini ko'rish va eshitish mumkin. Ba'zan bir necha soniyaga emishdan to'xtaydi, bu naylarning yana so't ga to'lishi imqon ini beradi. Bola yana ema boshlaganda, so't oqishini ta'minlash uchun bir necha marta tez emishi mumkin, keyin esa sekin va chuqur ema boshlaydi. Emizish vaqtida bolaning lunjlari yumaloq bo'ladi.

Emizish so'ngida chuqur emishlar soni kamayishi va ular o'rtasidagi pauza uzayishi bilan emish sekinlashadi. Bu paytga kelib so't miqdori kamayadi, lekin eng oxirida keladigan so't yog'larga boy bo'lishini hisobga olib, emizishda davom ettirish kerak. Bola to'ygandan keyin odatda ko'krakni o'z-o'zidan qo'yib yuboradi. Ko'krak uchi bir yoki ikki soniya davomida cho'zilgan bo'lib ko'rinishi mumkin, lekin u tez o'z shakliga qaytadi.

Noto'g'ri emish refleksining belgilari

Ko'krakka noto'g'ri to't ilgan bola yaxshi ema olmasligi mumkin. U yo't inmasdan tez emaverishi, uning lunjlari emish vaqtida tortilib (ichkariga kirib) turishi mumkin, bu so't ning bola og'ziga to'g'ri ravishda kelmayotganligini bildiradi. Bola emishdan to'xtaganda, ko'krak uchi tortilib, tepasida yoki pastida burishmalar bilan biroz yassilashgan bo'lib ko'rinadi, bu ko'krak noto'g'ri to't ilgani sababli ko'krak uchining shikastlanganini ko'rsatadi.

Noto'g'ri emish refleksining oqibatlarini

Bola noto'g'ri emayotgan bo'lsa, u etarlicha so't ni emib ololmaydi va Buning natijasida:

- etarli miqdordagi so't olib tashlanmayotganligi uchun ko'krak shishib qolishi, so't naylarining tiqilib qolishi yoki mastit kelib chiqishi mumkin;
- bola ko'krak so't ini kam iste'mol qilishi va uning vazni kamayishiga olib kelishi mumkin;
- bola ko'krakdan o'zini tortib, emmay qo'yishi mumkin;
- bola to'ymaganligi sababli uzoq muddat yoki juda tez-tez emishi mumkin;
- haddan tashqari uzoq emizish ko'krak uchining uzoq qo'zg'atilishiga va natijada so't ning ortiqcha ishlab chiqarilishiga olib kelishi mumkin. Bu muammolar 7-bobda muhokama qilinadi.

2.10 Bolani noto'g'ri ko'krakka to't ishning sabablari

Ma'lumki, ko'krakdan emish mexanizmi bo't ilkadan emishdan farq qilganligi sababli, ko'krak so't i bilan emizishdan oldin bolani bo't ilkadan ovqatlantirish ko'krakka noto'g'ri to't ish sabablarini keltirib chiqarishi mumkin. Tekis yoki yassi ko'krak uchi, yoki bo'lmasa chaqaloqning juda kichkina va zaif bo'lishi kabi omillar ham bolani ko'krakka noto'g'ri to't ilishi sababi bo'lishi mumkin. SHunga qaramay, eng muhim sabablar – bu onaning tajribasizligi va uni kuzatayotgan tibbiyot xodimlari tomonidan malakali tibbiy maslahat berilmasligidir. Ko'pchilik onalarga tug'ruqdan keyingi ilk kunlarda bolani ko'krakka to'g'ri to't ish va uning

yaxshi emishiga ishonch hosil qilish uchun malakali yordam kerak bo'ladi. SHu o'rinda tibbiyot xodimlari bunday yordamni ko'rsatish uchun zarur ko'nikmalarga ega bo'lishlari talab qilinadi.

2.11 Bolani ko'krakka to'g'ri to't ish uchun ona va bolaning holati

Ko'krakka to'g'ri to't ish uchun bola va uning onasi to'g'ri holatda bo'lishlari kerak. Ular uchun turli holatlar mavjuddir, lekin har qanday holatda ham asosiy qoidalarga rioya qilinishi kerak. Onaning holati

Ona o'z xohishiga qarab o'tirishi, yotishi (8-rasmga qarang) yoki tik turgan xolatda bo'lishi mumkin. Lekin u o'zini umuman bo'sh to't ishi va bezovta bo'lmasligi, ayniqsa bel sohasi tarang holda bo'lmasligi kerak. O'tirgan holatda orqaga tayanch kerak bo'lib, bolani oldinga egilmasdan to't ib tura oladigan holatda bo'lishi kerak.

Bolaning holati

Emizish paytida bola onasiga nisbatan turli holatda – ko'ksida, qornida, qo'li ostida (6-bobdagi 16-rasmga qarang) yoki tanasi yonida bo'lishi mumkin.

Onaning va bolaning onaga nisbatan xolati qanday bo'lishidan qat'iy nazar, amal qilinishi lozim bo'lgan to'rt asosiy qoida bor:

- bolaning boshi va gavdasi bir chiziqda bo'lishi kerak.
- bola ona ko'kragiga qaratilgan bo'lishi kerak. Uning burni ko'krak uchi qarshisida bo'lishi kerak. U onadan uning yuzini ko'rish uchun etarli darajada uzoqlikda bo'ladi. Bu bolaning ko'krakni yaxshi emishi uchun eng qulay holatdir, chunki aksariyat ayollarda ko'krak uchi biroz pastga qaragan bo'ladi.
- bolaning tanasi onaga yaqin bo'lishi kerak, bu uning ko'krakka yaqin bo'lishi va yaxshi emishiga imqon beradi.
- ona bolaning bo't un badanidan to't ib turishi kerak. Bola to'shakka yotqizilgan xolatda, yostiq bilan ushlab turgan yoki onaning tizzasida, yo qo'lida bo'lishi mumkin. Ona bolani faqat boshi, elkasi yoki tananing quyi qismidan to't ib turmasligi kerak, bu bolani ko'krakdan uzoqlashtiradi, buning natijasida esa uning ko'krakka etishib, areola ostini to'liq til bilan qamralishini qiyinlashadi.

Bu qoidalarga amal qilish chaqaloq hayotining ilk ikki oyida ayniqsa muhimdir. (SHuningdek, 5-bobdagi Emizish tarixi, eslatma, 0-6 oylik chaqaloqlar bo'limiga qarang).

2.12 Ko'krak so't i bilan emizishning oralig'i va davomiyligi

Olti oy davomida chaqaloqni istisnosiz ko'krak so't i bilan emizib boqishda etarli miqdorda so't ishlab chiqarilishi va ajratilishi uchun bola kunduzi ham, kechasi ham talabiga binoan istagan vaqt oralig'ida va davomiylilikda emishi kerak. Bu istakka qarab emizish, cheklanmagan emizish yoki bola belgilaydigan emizish deyiladi.

Bola turli vaqt oralig'ida emadi va har emganda turli hajmda so't iste'mol qiladi. Bola bir so't ka davomida emadigan so't hajmi ona-bola juftligiga bog'liq bo'lib, 440-1220 ml oralig'ini, hayotining dastlabki 6 oyi davomida esa kuniga o'rtacha 800 mlni tashkil etadi. Ishtahasiga mos ravishda talab qilishiga qarab emiziladigan chaqaloqlar yaxshi o'sish uchun lozim bo'lgan barcha ozuqa moddalarini qabul qiladi. Bunday chaqaloqlar ko'krakni bo'shatib qo'ymay, onadagi so't ning 63-72 foizini so'rib oladi. So't ning ortiqchasini bola emishdan to'xtaganda ko'krakning bo'shligi emas, balki bolaning to'qligiga qarab sog'ib tashlash mumkin.

Bolaga ko'krak to'g'ri to't ilishi sharti bilan emizish davomiyligi va oralig'ini cheklamaslik kerak. Ko'krak uchining shikastlanishi bolani uzoq emishidan emas, ko'krakni noto'g'ri to't ilishidan kelib chiqadi.

Qorni ochgan bolaning yig'lashidan avvalgi ilk belgilari: bezovtalik, og'zi bilan ko'krak qidirishi yoki barmoqlarini so'rishi. Ona bolaning qorni ochishi va emishga tayyorligi to'g'risidagi belgilarga vaqtida javob berishni o'rganishi muhim. Bola ko'krakni o'z-o'zidan qo'yib yubormaguncha emishda davom etish imqon iga ega bo'lishi kerak. Qisqa dam olgandan so'ng bolaga ko'krakning ikkinchi tarafini to't ish mumkin, bola o'z xohishiga qarab yana emishi yoki emishdan to'xtashi mumkin.

Agar bola juda uzoq muddat emsa (har emizganda yarim soatdan ko'p) yoki juda tez-tez emishni istasa (har yarim yoki bir soatda) ko'krak to'g'ri to't ilayotganini tekshirib ko'rish va,

lozim bo'lsa, to'g'rilash kerak bo'ladi. Haddan tashqari uzoq va tez-tez emish bolaning noto'g'ri emayotgani belgisi bo'lishi mumkin. Buning sababi odatda ko'krakka noto'g'ri to't ishdan bo'ladi, shuningdek ko'krak uchlarining yallig'lanishiga olib kelishi mumkin. Agar ko'krakka to'g'ri to't ilsa, bolaga yaxshi so't kela boshlaydi va emizish davomiyligi va takrorlanishi kamayishi mumkin. Ayni paytda ko'krak uchlari yallig'lanishi havfi ham kamayadi..

QO'SHIMCHA OVQATLANTIRISH

Qo'shimcha ovqat berish deb - emizikli bolalarga ovqat maxsulotlari va suyuqliklarni ko'krak so't iga qo'shimcha ravishda berishga aytiladi. Qo'shimcha ovqat maxsulotlari bolaga 6 oyligidan boshlab beriladi. Nima sababdan qo'shimcha ovqat buyurish zarur va bunda nimaga asoslanish kerak.

3.5 Qo'shimcha ovqat berishning asosiy tamoyillari

6 oylikdan keyin bolaning ozuqaviy ehtiyojlarini istisnosiz ko'krak so't i bilan qoplash qiyin bo'lib boradi. Bundan tashqari, bolalarning aksariyati taxminan olti oydan boshlab boshqa mahsulotlarni qabul qilishga tayyor bo'ladi.

YOmon sanitar-gigienik sharoitlarda olti oydan keyingi davrda qo'shimcha ovqatni bera boshlash bolalarning ovqatdan kelib chiqadigan kasalliklarga chalinishini kamaytirishi mumkin. Lekin bu yoshda bolalar atrof-muhitni faol o'rgana boshlagani uchun, ularga qo'shimcha ovqat berilmasa ham, er va boshqa predmetlardan mikrobyuqish xavfi ortadi. SHunday qilib, 6 oy qo'shimcha ovqat bera boshlashni tavsiya qilinadigan eng maqbul yoshdir.

Qo'shimcha ovqatni bera boshlash vaqtida kam oziqlanish xavfi ortishi kuzatiladi. Bu ko'pincha qo'shimcha ovqatning ozuqaviy sifati to'g'ri kelmasligi, uning juda erta yoki juda kech, kam miqdorda yoki uzoq muddat oralig'ida berilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ko'krak bilan emizishni

erta to'xtatish yoki kamdan-kam emizish ham 6 oydan o'tgan bolalarning to'yib ovqatlanmasligiga sabab bo'lishi mumkin.

Emizikli bolalarga qo'shimcha ovqat bera boshlash bo'yicha 4-jadvalda keltirilgan boshqaruvchi tamoyillar ko'krak so't i bilan emizib boqish bo'yicha mahalliy sharoitlarni hisobga olgan holda tavsiyalar ishlab chiqish standartlarini belgilab beradi. Ularda ovqatlantirishning eng qulay yo'llari, miqdori, ketma-ketligi, oralig'i hamda mahsulotlardagi energetik zichlik va ozuqa moddalari miqdori borasida tavsiyalar beriladi. Boshqaruvchi tamoyillar quyida batafsil muhokama qilinadi.

1- TAMOYIL. Tug'ilgandan 6-oylikkacha istisnosiz ko'krak so't i bilan emizib boqing, 6 oydan (180 kun) boshlab emizishni davom ettirgan holda qo'shimcha ovqat berib boring.

6 oy mobaynida istisnosiz ko'krak so't i bilan emizib boqish bola va onaga qator afzalliklar beradi. Ularning eng asosiysi nafaqat rivojlanayotgan, balki rivojlangan mamlakatlarda ham uchraydigan oshqozon-ichak infeksiyalariga qarshi himoya omilidir. JSSTning bolalar o'sishini baholash me'yorlari bo'yicha, istisnosiz ko'krak so't i bilan parvarishlanadigan bolalar boshqa bolalarga qaraganda hayotining dastlabki 6 oyi mobaynida tezroq o'sadi.

Emizikli bolalarga qo'shimcha ovqat bera boshlash qoidalari

1. Tug'ilgandan 6-oylikkacha istisnosiz ko'krak so't i bilan emizib boqing, 6 oydan (180 kun) boshlab emizishni davom ettirgan holda qo'shimcha ozuqani berib boring.

2. Tez-tez emizib turishni 2 yosh va undan ortiq vaqtgacha davom ettiring.

3. Psixologik yordam tamoyillarini qo'llagan holda bolaning javob berishiga qarab ovqatlantiring.

4. Gigienaga amal qiling va mahsulotlarni xavfsiz tayyorlashga e'tibor qarating.

5. Bolaga olti oydan boshlab tez-tez emizishni davom ettirgan holda kam kamdan, oz miqdorda taom bera boshlang va bola ulg'ayib borishi bilan ozuqa miqdorini ko'paytirib boring.

6. Bola ulg'ayib borishi bilan uning talab va imqoniyatiga qarab ovqat qon sistensiyasi va turli-tumanligini oshirib boring.
7. Bola ulg'ayib borishi bilan qo'shimcha ovqat miqdorini ko'paytirib boring.
8. Bola ehtiyojlarini to'la qoplash uchun ozuqa moddalariga boy turli-tuman oziq-ovqat mahsulotlari bilan parvarishlang.
9. Zarurat tug'ilganda vitaminlari kuchaytirilgan qo'shimcha ozuqa yoki chaqaloqlar uchun vitamin-mineral qo'shimchalardan foydalaning.
10. 6 oydan keyingi davrda bola kasal bo'lganda suyuqlik miqdorini oshiring va tez-tez emizing, hamda bolaning o'zi yaxshi ko'radigan yumshoq mahsulotlarini eyishini rag'batlantiring. Kasallikdan so'ng odatdagidan ko'proq eyishini rag'batlantiring va ozuqa istemolini bolaning yoshiga oid miqdoriga moslashtiring.

Odatga ko'ra, bola 6 oyga kelib tug'ilgandagi vaznidan ikki baravar og'ir bo'ladi va ancha faol bo'lib qoladi. Energiya va ozuqa ehtiyojlarini qoplash uchun istisnosiz ko'krak so'ti bilan parvarishlashning o'zi etarli bo'lmay, qo'shimcha ovqat bera boshlash kerak bo'ladi.

Taxminan 6 oylik davrida chaqaloq boshqa mahsulotlarni ham o'zlashtirishga tayyor bo'ladi. Hazm qilish tizimi so't dan tashqaridagi kraxmal, oqsil va yog'larni hazm qilish uchun etarli darajada rivojlangan bo'ladi. Juda kichkina bolalar mahsulotlarni tili bilan chiqarib tashlashi mumkin, lekin 6 va 9 oy oralig'ida chaqaloqlar quyuc, bo'tkasimon taomni og'zida nisbatan oson ushlab turadi.

2- TAMOYIL. Bola talabiga qarab ikki yoshgacha va undan keyin ham tez-tez emizishni davom ettiring.

Ko'krak so'ti bilan emizish qo'shimcha ovqat berish bilan birga 2 yoshgacha va undan ortiq vaqt davom etishi kerak, shu bilan birga bolaga istaganicha vaqt oralig'ida emish imqoni berilishi kerak. Ko'krak so'ti 6-12 oy oralig'ida bolaning energiyaga bo'lgan ehtiyojining yarmidan ko'pini, 12-24 oy oralig'ida esa energiya va boshqa yuqori sifatli ozuqa moddalariga ehtiyojning uchdan birini berishi mumkin. Ko'krak so'ti qo'shimcha ovqat tarkibiga nisbatan ko'proq himoya omillari va yuqori sifatli ozuqa moddalari bilan ta'minlashda davom etadi. Bola kasal bo'lgan vaqtda ko'krak so'ti energiya va ozuqa moddalarining eng asosiy manbai bo'ladi, shu bilan birga to'yib ovqatlanmaydigan bolalar orasida o'lim holatini kamaytiradi. Bundan tashqari, 1-bobda aytilganidek, ko'krak so'ti o'tkir va surunkali kasalliklar havfini kamaytiradi. Qo'shimcha ovqat berila boshlashi bilan bolaning ko'krak so'tiga intilishi pasayadi va shuning uchun uning emishini faol rag'batlantirib borish kerak.

3- TAMOYIL. Ijtimoiy-psixologik yordam tamoyillarini qo'llagan holda bolaning munosabatiga qarab ovqatlantirishni qo'llang.

Qo'shimcha ovqatning maqbul bo'lishi nafaqat nima bilan ovqatlantirishga, balki qanday, qachon, qaerda va kim tomonidan ovqatlantirilishiga ham bog'liq.

Bolaning munosabatiga qarab ovqatlantirish – bu:

- CHaqaloqni o'zingiz ovqatlantiring va kattaroq yoshdagi bolalarning ovqatlanishiga yordam bering.

- SHoshilmasdan, sabr bilan ovqatlantiring, bolaning ovqat eyishini rag'batlantiring, lekin majburlamang.

- Agar bola ko'p mahsulotlarni eyishdan bosh tortayotgan bo'lsa, turli kombinatsiya, ta'm, tuzilish va rag'batlantirish usullarini qo'llang.

- Agar bola ovqatga qiziqishini tez yo'qotadigan bo'lsa, chalg'ituvchi omillarni kamaytiring.

- SHuni yodda to'tingki, ovqatlantirish vaqti – o'rgatish va mehr-muhabbat paytidir, ovqatlanish vaqtida ko'z ko'zga tushgan holda bola bilan gaplashing.

Ko'pgina tadqiqotlarining natijasi ko'rsatishi bo'yicha hulq-atvorni o'rganishda, ba'zi xalqlarda ovqatlantirishning tasodifiy usuli ustun kelar ekan. Ovqatlanishda bolalar o'z holiga tashlab qo'yiladi, taomga rag'batlantirish kam uchraydi. Bunday sharoitda ovqatlantirishning faol uslubi ratsionni yaxshilashga yordam beradi. «Munosabatga qarab ovqatlantirish» atamasi ijtimoiy-psixologik yordam tamoyillarini qo'llagan holda parvarishlashni ifodalash uchun ishlatiladi.

Parvarishlovchi shaxs bolaning etarlicha ovqatlanayotganini bilishi va nazorat qilib borishi uchun bolaning o'z tovoqchasi bo'lishi kerak. Bolani ovqatlantirish uchun taom turiga qarab qoshiq yoki toza qo'llardan foydalanish mumkin. Idish bolaning yoshiga mos bo'lishi kerak. Ko'pgina davlatlarda bola qattiq ovqat iste'mol qila boshlaganda kichkina qoshiqdan foydalanadi. Keyinchalik katta qoshiq yoki sanchiqdan foydalanish mumkin.

Qo'shimcha ovqat berish uchun eng maqbul vaqt bola ovqatlanishga tayyor bo'lgan vaqt, ya'ni qorni och va ona o'z bolasiga ko'proq vaqt ajrata oladigan vaqtdir. Kunning birinchi yarmi afzalroqdir.

Ko'krak so't i kamayishining oldini olish uchun qo'shimcha ovqatni emizgandan so'ng berish mumkin.

4- TAMOYIL. Gigienaga rioya qiling va mahsulotlarni xavfsiz tayyorlang.

Qo'shimcha ovqatning mikroblar bilan ifloslanishini kuchaytiradi ayniqsa 6 dan 12 oygacha bo'lgan bolalarda tez-tez uchraydigan oshqozon-ichak kasalliklarining asosiy sababchisi hisoblanadi. Qo'shimcha ovqatni xavfsiz holda tayyorlash va saqlash mikroblar tushishini oldini olishi, shu bilan birga diareya xavfini kamaytirishi mumkin. Suyuqlik berish maqsadida so'rg'ichli bo't ilkalardan foydalanish piyoladan (chashka) foydalanishga qaraganda

ko'proq infeksiya yuqishini keltirib chiqarish xavfi kuchliroq, shuning uchun undan imqon qadar kamroq foydalanilgani ma'qul.

CHaqaloq va kichkina bolani ovqatlantirishda ishlatiladigan piyola, tovoqcha va qoshiq kabi barcha buyumlar yaxshilab yuvilishi lozim. Ko'p davlatlarda qo'l bilan eyish odat hisoblanadi, ba'zan «qo'lda eyiladigan taom» deb ataladigan ovqatning qattiq bo'laklarini bolalar qo'lga to't qazish mumkin. Unday holda parvarishlovchining ham, bolaning ham qo'llari ovqatlanishdan avval sovun bilan yaxshilab yuvilgan bo'lishi kerak.

Bakteriyalar issiq haroratda tez tarqaladi, ovqat sovuq joyda saqlansa, sekin tarqaladi. Issiq iqlimda yuzaga kelgan bakteriyalarning ko'pchiligi kasallik xavfini oshiradi. Ovqatni muzlatkichda saqlashning imqon i bo'lmasa, uni tayyorlangandan ko'p o'tmay (2 soatdan ortiq emas) bakteriya ko'paya boshlamasidan iste'mol qilish kerak.

Oziq-ovqat mahsulotlari xavfsizligi bo'yicha asosiy tavsiyalar:

- Tozalikka rioya qiling;
- Xom va qaynatilgan mahsulotlarni alohida saqlang;
- Mahsulotlarga lozim bo'lgan issiqlikda yaxshilab ishlov bering;
- Ovqatni optimal haroratda saqlang;
- Sanitariya normalari bo'yicha xavfsiz suv va yarim tayyor

mahsulotlarni ishlatish.

5- TAMOYIL. 6 oydan boshlab, bolaga kichik miqdorlarda ovqat bera boshlang va bola ulg'ayib borishi bilan, tez-tez emizishni davom ettirgan holda, ovqat miqdorini ko'paytirib boring.

Ovqatning umumiy qiymati odatda oson bo'lishi uchun energiya ko'rsatkichi bilan, ya'ni bola ehtiyojidadagi kilokaloriyalari (kkal) miqdori bilan o'lchanadi. Lekin boshqa ozuqa moddalari ham muhim hisoblanib, ular asosiy ozuqa mahsulotlarining yo bir qismi bo'ladi, yo ularga qo'shimchadir.

Tushunish mumkinki, ko'krak so't i olti oygacha bolaning barcha ehtiyojini qoplaydi, lekin 6 oydan keyin qo'shimcha ovqat hisobiga qoplanishi kerak bo'lgan energiya etishmasligi paydo

bo'ladi. Ko'krak so't iga qo'shimcha ravishda zarur bo'lgan energiya 6-8 oylik bolalarda kuniga 200 kkal, 9-11 oylik bolalarda kuniga 300 kkal va 12-23 oylik bolalarda esa kuniga 550 kkal ni tashkil etadi. Tanqislikni qoplash uchun zarur bo'lgan ovqat miqdori bola katta bo'lgan sari va ko'krak so't ini kamroq iste'mol qilib borgan sari ko'payib boraveradi.

4-jadvalda turli yosh guruhlarida talab qilinadigan ovqat miqdori, turli yoshda emizikli va erta yoshdagi bolalarga zarur bo'lgan kilokaloriyalar o'rtacha miqdori, hamda bir kunda kerakli bo'lgan energiya hajmi bilan ta'minlaydigan ovqatning taxminiy hajmi keltirilgan. Bola ulg'aygan va rivojlangan sari ovqat miqdori ham ortib boradi. Jadvalda har bir yosh guruhining o'rtacha diapazoni keltirilgan.

Zarur bo'lgan ovqat miqdori uning energetik zichligiga bog'liq. Bu ovqatda 1 ml yoki grammida mavjud kilokaloriyalar sonini bildiradi. 100 ml ko'krak so't ida taxminan 700 kkal yoki 1 ml so't da 0,7 kkal bor. Bu qiymat qo'shimcha ovqatda o'zgaruvchan bo'ladi va odatda bir grammida 0,6 dan 1,0 kkal gacha bo'ladi. Suyuq va aralashirilgan mahsulotlar bir grammida taxminan 0,3 kkal dan oshmaydi. Qo'shimcha ovqat 1 grammida 1,0 kkal bo'lishi uchun ancha quyuuq va tarkibida energiyaga boy hisoblangan yog' yoki moy bo'lishi kerak.

Qo'shimcha ovqat ko'krak so't iga qaraganda ko'proq energetik zichlikka, ya'ni kamida 1 grammida 0,8 kkal bo'lishi kerak. 4-jadvalda tavsiya qilingan taom miqdori mahsulotning 1 grammida 0,8-1,0 kkal bo'lishini nazarda to't adi. Agar qo'shimcha ovqat ko'proq kaloriyali bo'lsa, energiya tanqisligini qoplash uchun uni kamroq miqdorda iste'mol qilish kerak bo'ladi. Agar qo'shimcha ovqat ancha suyultirilgan bo'lsa, ehtiyojni qoplash uchun ko'proq hajmda berilishi talab qilinadi.

Qo'shimcha ovqat berilayotganda bola ko'krak so't iga kamroq intiladi va u iste'mol qilayotgan so't miqdori kamayib boradi, shu yo'l bilan ovqat ko'krak so't ini siqib chiqaradi. Agar qo'shimcha ovqat ko'krak so't iga nisbatan ko'proq suyultirilgan bo'lsa, bola qabul qilayotgan kaloriya miqdori ham istisnosiz

ko'krak so't i emganga qaraganda kamayadi va bu to'yib ovqatlanmaslikning muhim sababiga aylanishi mumkin.

Bolaning ishtahasi odatda berilishi kerak bo'lgan ovqat miqdorini aniqlashda o'lchov birlik bo'lib xizmat qiladi. Biroq kasallik va to'yib ovqatlanmaslik ishtahani pasaytiradi, natijada bola o'ziga kerak bo'lgandan kamroq ovqat eyishi mumkin. Kasallikdan yoki to'yib ovqatlanmaslikdan tiklanayotgan bola iste'moliga kerakligini ta'minlash uchun qo'shimcha yordam talab qilinishi mumkin. Agar bola tuzalishi bilan uning ishtahasi yaxshilansa, berilayotgan qo'shimcha ovqat miqdorini ko'paytirish lozim bo'ladi.

4-jadval Talabiga ko'ra emiziladigan 6-23 oy yoshdagi bolalarga qo'shimcha ovqat berish bo'yicha tavsiyalar

YOsh	Ko'krak so't iga qo'shimcha ravishda energiyaga bo'lgan ehtiyoj	Qon sistensiyasi	Necha marta	Har ovqatlanishdagi taom hajmi *
6-8 oy	Kuniga 200 kkal	Quyuuq guruchli bo'tqa yoki qirg'ichdan yaxshilab o'tkazilgan ovqatdan (masalan, sabzavotli p yure) boshlang.	Kuniga 2-3 marta. Bolaning ishtahasig a qarab, 1-2 marta tamaddi qilish	Har ovqatlanishda 2-3 osh qoshiqdan boshlang, sekin-asta 250 grammlik idishning yarmiga qadar ko'paytirib boring

		Qirg'ichdan o'tkazilgan ovqat berishda davom eting		
9-11 oy	Kuniga 300 kkal	Mayda to'g'ralgan yoki qirg'ichdan o'tkazilgan ovqat yoki bola qo'lida ushlay oladigan ovqat	Kuniga 3-4 marta. Bolaning ishtahasiga qarab, 1-2 marta tamaddi qilish	250 grammlik idish/ovoqchani yarim
12-23 oy	Kuniga 550 kkal	Oilaviy taom, zarurat bo'lganda to'g'ralgan yoki qirg'ichdan o'tkazilgan ovqat	Kuniga 3-4 marta. Bolaning ishtahasiga qarab, 1-2 marta	250 grammlik idish/ovoqchani $\frac{3}{4}$ qismidan to'laligacha qilish ovqat

Qo'shimcha ma'lumot

Jadvalda ko'rsatilgan ovqat miqdori mahsulotning energetik zichligi 0,8 dan 1,0 kkal/g gacha bo'lgan taqdirda tavsiya etiladi.

Agar energetik zichlik taxminan 0,6 kkal/g bo'lsa ona ovqatning energetik zichligini ko'paytirishi (alohida ozuqa mahsulotlarini qo'shish bilan) yoki bir martada qabul qilinadigan ovqat miqdorini oshirishi kerak. Masalan:

- 6 dan 8 oygacha, sekin-asta idishni uchdan ikki qismigacha ko'paytirib borish;
- 9 dan 11 oygacha, idishning $\frac{3}{4}$ qismi hajmida berish;
- 12 dan 23 oygacha, idishni to'ldirib berish.

Mahalliy mavjud shariotlardan kelib chiqqan xolda qo'shimcha ovqatning energetik tarkibiga qarab jadvalni yana moslashtirish mumkin.

Ona yoki tarbiyachi bolaning ochlik va to'yinganlik belgilarini aniqlay olish munosabatiga qarab ovqatlantirish tamoyillaridan kelib chiqqan xolda bolani parvarishlashlari kerak. Bu belgilar har ovqatlantirganda berilishi kerak bo'lgan ovqat miqdorini va qo'shimcha tamaddi (engil ovqatlanish) zaruratini ko'rsatadi.

* Agar bola emizilmayotgan bo'lsa, qo'shimcha berish kerak: kuniga 1-2 idish so't va qo'shimcha 1-2 marta ovqatlantirish.

6- TAMOYIL. Bola ulg'ayib borishi bilan, uning talab va imqoniyatiga qarab, taom qon sistensiyasi va turli-tumanligini sekin-asta ko'paytirib boring.

CHaaloq yoki kichkina bola uchun oziqlanish mahsulotlarining eng maqbul qon sistensiyasi yosh va nerv-mushak tizimi rivojlanishiga bog'liq. Olti oydan boshlab bola pyure, qirg'ichdan o'tkazilgan yoki yarimqattiq mahsulotlarni iste'mol qila oladi. Sakkiz oyga kelib bola odatda qo'lida ushlab eydigan ovqatlarni iste'mol qila boshlashi mumkin. 12 oyga kelib esa bolalarning aksariyati oilaning boshqa a'zolari ham iste'mol qiladigan taomlarni eyishi mumkin. SHunga qaramay, ular ozuqa moddalariga boy ovqatga ehtiyoj sezadilar, lekin yong'oq kabi allergiya qo'zg'ashi mumkin bo'lgan mahsulotlardan tiyilgan ma'qul.

Qo'shimcha ovqat qoshiq uchida turadigan va oqib ketmaydigan darajada quyuq bo'lishi kerak. Umuman olganda, quyuqroq va qattiqroq mahsulotlar suyuq, suvli va yumshoq mahsulotlarga qaraganda ko'proq energetik quvvatga va ko'proq ozuqa moddalari zichligiga ega bo'ladi. Bola quyuq, qattiq ovqat eganda unga ko'proq kkal berish va ozuqa moddalariga boy turli ingredientlarni, shu jumladan, hayvon mahsulotlarini qo'shib berish oson bo'ladi. «To'g'ralgan» («bo'lakchali») ovqat bera boshlashning o'ta muhim davri haqida belgi bor: agar u 10 oylik yoshdan o'tguncha berilmasa, keyinchalik ovqatlantirish bilan bog'liq muammolar

kelib chiqishi mumkin. YArimqattiq ovqat berishda davom etish vaqtni tejashi mumkin, lekin bolaning optimal rivojlanishi uchun sekin-asta ovqat quyugligini oshirib borish muhim.

7- TAMOYIL. Bola ulg'ayib borgani sari qo'shimcha ovqat berish sonini ko'paytirib boring.

Bola katta bo'lib, ko'proq ovqat miqdoriga ehtiyoji har kuni ortib borgani sari ovqatlantirish sonini ko'paytirib borish kerak.

CHaqqoq yoki kichkina bolaga kerak bo'lgan ovqatlanish soni quyidagilarga bog'liq:

- energiya tanqisligini qoplash uchun bolaga zarur bo'lgan mahsulotlar. Bolaga har kuni qancha ko'p ovqat kerak bo'lsa, talab qilinadigan energiya ko'rsatkichiga qarab ta'minlash uchun shuncha ko'p marta ovqatlanish kerak bo'ladi.

- bir o'tirishda bola eyishi mumkin bo'lgan ovqat miqdori. Bu bolaning odatda bir kilogramm vaznga 30 milligrammni tashkil etadigan oshqozoni hajmi va o'lchamiga bog'liq. Sakkiz kilogrammik bola oshqozoni hajmi 240 ml.ga teng bo'ladi, bu katta chashkaga teng deganidir va bolaning bundan ko'p ovqat eyishini ko'tish noto'g'ri bo'lardi.

- berilayotgan ovqatning energiya zichligi. Qo'shimcha ovqatning energiya zichligi ko'krak so't inikidan yuqori, ya'ni kamida bir grammda 0,8 kkal bo'lishi kerak. Agar energiya zichligi past bo'ladigan bo'lsa, unda ovqat miqdorini ko'paytirish kerak (ovqatlanish soni ham shunga yarasha ko'payishi mumkin).

4-jadvalda ko'rsatilganidek, ko'krak so't i bilan emizilayotgan 6-8 oylik bola kuniga 2-3 marta, 9-23 oylik bola esa kuniga 3-4 marta ovqatlantirilishi kerak. Bolaning ishtahasiga qarab, 1-2 marta qisqa tamaddi berish mumkin. Tamaddi deganda bu erda ovqatlanishlar orasida qabul qilinadigan, odatda bola o'zi mustaqil qo'lida eydigan, tayyorlanishi oson va oddiy bo'lgan taom nazarda to't ilyapti. Agar u qovurilgan bo'lsa, energiya zichligi yuqori bo'lishi mumkin. Ikki martalik qo'shimcha ovqatdan uch martalikka, kam miqdordan ko'p miqdorga o'tish bolaning ishtahasi va qanday rivojlanayotganiga qarab, sekin-asta yosh guruxlari o'rtasida amalga oshiriladi.

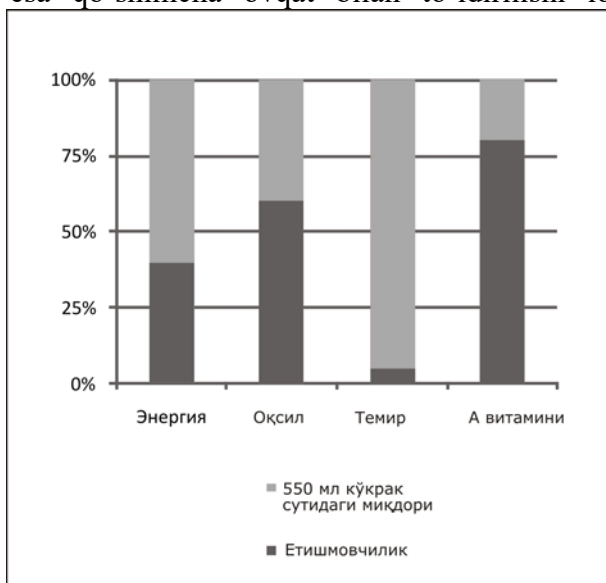
Agar bola juda kam ovqat esa, u energiya ehtiyojini qondirish uchun etarli ovqat qabul qilolmaydi. Agar bola juda ko'p esa, bu uni kamroq emishga yoki emizishni umuman to'xtatishga olib kelishi mumkin (so't dan chiqarish). Hayotning birinchi yilida ko'krak so't ining (qo'shimcha ovqat tomonidan) surib chiqarilishi bola iste'mol qilayotgan ozuqa moddalarining sifati va soni kamayishiga olib kelishi mumkin.

8- TAMOYIL. Ehtiyojlarni qoplash uchun ozuqaviy moddalarga boy turli-tuman mahsulotlar bilan ovqatlantiring.

Qo'shimcha ovqat bolaning energiya va ozuqa tanqisligini qoplash uchun etarli miqdorda energiya, oqsil va mikrono't rientlar bilan ta'minlaydi, demak u ko'krak so't i bilan birga bolaning barcha ehtiyojlarini qondiradi.

9- rasmda istisnosiz ko'krak so't i bilan emizilayotgan 12-23 oylik bola uchun zarur bo'lgan energiya, oqsil, temir va A vitamini tanqisligi ko'rsatilgan. Har bir ustunning quyi (to'q rangdagi) panelida o'rtacha 550 ml ko'krak so't i iste'moli bilan ta'minlanishi mumkin bo'lgan bolaning ozuqa moddalari va energiyaga bo'lgan kunlik ehtiyojlari foizi ko'rsatilgan. YUqori

(och rangdagi) qismida esa qo‘shimcha ovqat bilan to‘ldirilishi lozim bo‘lgan tanqislik



(etishmaslik) ko‘rsatilgan.

9- rasm. 12-23 oylik davrdagi ko‘krak so‘t i bilan emizish davom etib rivojlanayotgan bolalarda ozuqa moddalari va energiya etishmovchiligi.

Eng katta tanqislik bu temir tanqisligidir, shuning uchun qo‘shimcha ovqatda temirning bo‘lishi maqsadga muvofiqdir, imqon i bo‘lsa go’sht, uy parrandasi yoki baliq kabi hayvon mahsulotlarini istemoli juda muhim. Dukkaklilar (no‘xat, loviya, yasmiq) va S vitaminiga boy, temir so‘rilishiga yordam beruvchi mahsulotlar muqobil bo‘lishi mumkin, lekin ular hayvon mahsulotlari o‘rnini to‘liq bosolmaydi.

Yaxshi qo‘shimcha ovqat xususiyatlari:

- energiya, oqsil va mikrono‘t riantlarga (ayniqsa temir, rux, kalsiy, A vitamini, S vitamini va folat kislotasiga) boy;
- achchiq va sho‘r emas;
- bola uni oson iste‘mol qiladi;
- bola uni xush ko‘radi;
- mahalliy darajada (do‘qon yoki bozorda) mavjud va narxi qimmat emas.

Qo‘shimcha ovqatning asosiy tarkibi odatda shu hududda ishlab chiqariladigan va etishtiriladigan asosiy mahsulotlardir. Boshqililar va sabzavotlar asosiy mahsulotlar sarasiga kiradi. Turli-tuman ozuqa moddalari bilan ta‘minlash maqsadida asosiy mahsulotga har kuni boshqa ko‘plab mahsulotlarni qo‘shib borish mumkin. Ularga quyidagilar kiradi:

- Oqsil, temir va ruxning manbai bo‘lgan hayvon mahsulotlari yoki baliq. Jigar A vitamini va folat kislotasiga boy mahsulot. Tuxum sarig‘ida oqsil va A vitamini ko‘p, lekin temir yo‘q. Bola bu mahsulotlarning faqat suyuq (sho‘rva) xolatda emas, qattiq shaklda ham tanovul qilishi kerak.

- So‘t , pishloq va qatiq kabi so‘t mahsulotlari kalsiy, oqsil, energiya va V guruhi vitaminlariga boy hisoblanadi.

- Dukkaklilar – no‘xat, loviya, yasmiq va soya dukkaklarida ko‘p miqdorda oqsil va biroz temir bor. S vitamini manbalari mahsulotlari xom holatdagi mahsulotlarda (masalan, pomidor, sitrus va boshqa mevalar hamda yashil bargli sabzavotlarda) bo‘lib – o‘z vaqtida berilsa ular temir so‘rilishiga yordam beradi.

- Mevalar va sabzi, qovoq kabi to‘q sariq sabzavotlar, ismaloq kabi to‘q yashil barglilar A vitaminidan olinadigan karotin hamda S vitaminiga boy.

- Moy va yog‘lar energiya va bolalar o‘sishi uchun zarur bo‘lgan ma‘lum juda kerakli yog‘larning manbai hisoblanadi.

Vegetarian (tarkibi o'simlik mahsulotlari bo'lgan) qo'shimcha ovqat 6- 23 oylik bolaning barcha ehtiyojlarini qoplash uchun bolaga etarli miqdorda temir va ruxni ta'minlab berolmaydi. Bunga qo'shimcha ravishda tarkibida etarli miqdorda temir va rux bor hayvon mahsulotlarini ham iste'mol qilish lozim bo'ladi. Bundan tashqari, boyitilgan mahsulotlar yoki qo'shimchalari ozuqa tanqislikni ma'lum darajada qoplashi mumkin.

Moylar, shu jumladan yog'lar, mahsulotlarning energetik zichligini oshirib, ularni yanada mazaliroq qilgani uchun ham muhim hisoblanadi. SHuningdek, moylar A vitamini va yog'li muhitda eriydigan boshqa vitaminlarning o'zlashtirilishiga yordam beradi. Ba'zi moylar bola organizmini tengsiz yog' kislotalari bilan ta'minlaydi. Moylar ko'krak so't i va qo'shimcha ovqat tarkibidagi umumiy energiyaning 30-45 foizini tashkil etishi kerak. Moylar miqdori talab qilingan me'yoriy ko'rsatkichdan yuqori ham bo'lmasligi kerak, aks holda, tarkibida oqsillar, hamda temir va rux kabi boshqa muhim moddalar bo'lgan taom etarli darajada iste'mol qilina olmasligi mumkin.

SHakar energiyaning quyuq manbai hisoblanadi, lekin unda boshqa ozuqa moddalari yo'q. U bolalar tishlarining shikastlanishiga hamda ortiqcha vazn va semirishga olib kelishi mumkin. SHakar va gazlangan suv kabi shirin ichimliklarni cheklagan ma'qul, chunki u bolaning ko'proq ozuqa moddalarga ega taomga bo'lgan ishtahasini tushirishi mumkin. CHoy va kofeda temirning so'rilishiga to'sqinlik qilishi mumkin bo'lgan birikma moddalar mavjudligi uchun ularni kichik bolalarga berish tavsiya etilmaydi.

Oilalar chaqaloq va emizikli bolalar ratsionidan ma'lum mahsulotlarni cheklashlari allergiya reaksiyasi bilan bog'liq xavotirlarni kamaytirishiga ham xizmat qiladi. SHunga qaramay, cheklangan parhezning allergiyani oldini olish bo'yicha samarali ekanligini tasdiqlovchi hech qanday klinik tadqiqotlar yo'q. SHunday ekan, chaqaloqlar olti oydan boshlab turli-tuman mahsulotlarni, shu jumladan, sigir so't i, tuxum va baliq kabilarni iste'mol qilishlari mumkin.

9- TAMOYIL. Zarurat tug'ilganda chaqaloqlarga vitaminlar bilan boyitilgan qo'shimcha ovqat yoki vitamin-mineral qo'shimchalarini bering.

Vitaminlari etarli bo'lmagan qo'shimcha ovqatda – asosan o'simlik mahsulotlarida – odatda bolaning ehtiyojlarini qondirish uchun zarur bo'lgan muhim ozuqa moddalari (xususan, temir, rux va V6 vitamini) etarli miqdorda bo'lmaydi. Ba'zi hollarda bunday ovqatga hayvon mahsulotlarini qo'shish moddalar tanqisligini bartaraf etishi mumkin, lekin bu mahsulotning umumiy narxini oshiradi va daromadi kam oilalar uchun to'g'ri kelmaydi. Bu ozuqa moddalariga qarab ehtiyojni qondirishda kelib chiqayotgan qiyinchiliklar faqatgina rivojlanayotgan davlatlar muammosigina emas. agarda temir bilan mahsulotlarni boyitish dasturlari shunchalik keng va hammabop bo'lmaganida, sanoati rivojlangan mamlakatlarda chaqaloqlar iste'mol qiladigan temirning o'rtacha miqdori talab qiligan me'yorga chqin kelmas edi. SHunday ekan, ko'p oilalar uchun hayvon mahsulotlariga erishish mushkul yoki umuman imqon i yo'q bo'lgan sharoitlarda, temir bilan boyitilgan qo'shimcha ovqat, tarkibida ozuqa moddalari yoki lipidlar asosidagi bo'lgan ozuqa qo'shimchalari bilan boyitilgan va vitaminlashtirilgan mahsulotlarga talab ortib boraveradi.

10- TAMOYIL. 6 oylikdan katta bolalar kasallik vaqtida suyuqlik berishni va emizishni ko'paytiring, bolani o'zi xush ko'rgan yumshoq mahsulotlarini eyishga rag'batlantiring. Kasallikdan keyin esa ko'proq odatdagidan ko'proq ovqat eyishga rag'batlantiring va yosh guruxiga mos keladigan me'yorlarga yaqinlashtiring.

Kasallik vaqtida ko'pincha suyuqlikka ehtiyoj ortadi, shuning uchun bolaga ko'proq suv berish va talabiga qarab emizishda davom etish kerak. Ko'pincha bolaning ishtahasi kamayib, emishga ishtiyoq kuchayadi va bunda ko'krak so't i ham suyuqlik, ham ozuqa moddalarining asosiy manbaiga aylanishi mumkin.

SHuningdek, bolaning ko‘proq qo‘shimcha ovqat eyishini rag‘batlantirish kerak, bu ozuqa moddalarining qabul qilinishi va bolaning tezroq sog‘ayishiga yordam beradi. Agar bolaga o‘zi xush ko‘radigan mahsulotlar hamda yumshoq va ishtahaochar taomlar berilsa, bola odatda ko‘proq eya boshlaydi. Bu vaqtda bola egan ovqat miqdori odatdagidan kamroq bo‘lishi mumkin, shundan kelib chiqqan holda parvarish qiluvchi odam bolaga tez-tez, lekin oz-ozdan miqdorda taom berib turishi kerak.

CHaqaloq yoki yosh bolaning sog‘ayish vaqtida ishtahasi yaxshilanadi, bu vaqtda parvarishlovchi odam har ovqatlanish paytida ko‘proq ovqat berishi yoki kun davomidagi ovqatlanish va tamaddilar sonini ko‘paytirishi kerak.

3.6 Ozuqa mikrono‘t rientlar qo‘shimchalari bo‘yicha tavsiyalar

Mikrono‘t rientlar erta yoshdagi bolalarning o‘sishi, rivojlanishi va kasalliklarning oldini olishda muhim hisoblanadi.

A vitamini

Bo‘t jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) va YUNISEF to‘yib ovqatlanmaslik havfi yuqori bo‘lgan davlatlarda 6-59 oylik bolalar uchun A vitaminli universal qo‘shmalarni birinchi o‘rindagi qo‘shimcha vosita sifatida tavsiya etadi (5-jadval).

Izoh. O‘zbekistonda YUNISEF qo‘llab-quvvatlashi bilan 2003 yildan buyon yilning har olti oyda 6 dan 59 oygacha bo‘lgan bolalar orasida A vitamini saplementatsiyasi (ta‘minoti) o‘tkaziladi.

5-jadval A vitamini tanqisligi profilaktikasi uchun universal yuqori dozalar taqsimlanishi jadvali

6-12 oylik chaqaloqlar 100 000 XB ichga, har 4-6 oyda

> 12 oydan yuqori yoshdagi

bolalar 200 000 XB ichga, har 4-6 oyda

Bunday davlatlarda yuqori dozali A vitaminini qizamiq, diareya, nafas yo‘li kasalliklari, suvchechak, boshqa og‘ir infeksiyalar bilan

kasallangan bolalarga yoki A vitamini tanqisligi bor bolalarga bevosita yaqinlikda yashayotganlarga ham berish kerak.

Temir. Odatga ko‘ra, qo‘shimcha ovqat berila boshlagan vaqtda temir moddali biologik faol qo‘shimchalar emas, vitaminlashtirilgan oziq-ovqat mahsulotlari afzalroq hisoblanadi. Bezgak va boshqa infeksiyon kasalliklar keng tarqalgan sharoitlarda temir preparatini berishda ehtiyotkor bo‘lish kerak. Bezgak uchun endemik bo‘lgan hududlarda temir preparatlarini universal qabul qilish tavsiya etilmaydi. Agar yashayotgan xududingizda tarkibida temir bor qo‘shimchalardan foydalanilayotgan bo‘lsa, ularni temir moddasi etarli bo‘lgan bolalarga berish mumkin emas, chunki u bunday bolalarda og‘ir salbiy oqibatlariga olib kelishi mumkin. Bunday hududlarda anemiya profilaktikasi va uni davolash uchun avvaliga temir tanqisligi mavjud bolalarni aniqlash kerak, bunda o‘z o‘rinda bezgakka qarshi va boshqa antibakterial davolash mumkin bo‘lgan imqon borligini ham hisobga olish kerak.

Yod. 1994 yilda JSST va YUNISEF tomonidan barcha odamlarni etarli miqdorda yod bilan ta‘minlashning xavfsiz, iqtisodiy samarali va barqaror strategiyasi sifatida tuzni universal yodlash (TUY) tavsiya etildi. Biroq yod tanqisligi yuqori bo‘lgan hududlarda aholining e‘tiborga muxtoj qatlami – homiladorlar, emizikli ayollar va ikki yoshgacha bo‘lgan bolalarning etarli miqdorda yod qabul qilishlarini ta‘minlash mushkul, agar TUY etarli darajada amalga oshirilmasa, u holda tarkibida yod bor bo‘lgan qo‘shimchalar berilishi kerak bo‘ladi. JSST/YUNISEFning homilador va emizikli ayollar, kichkina bolalarning etarli miqdorda yod iste‘mol qilishlariga erishish bo‘yicha «Qo‘shma bayongomasida» davlatlar toifalarga bo‘linib, yod bilan ta‘minlashni shu asosda amalga oshirish tavsiyalari berilgan.

Rux. Rux qo‘shimchasi diareyani davolashda qo‘shimcha terapiya sifatida tavsiya etiladi. Ruxni (kuniga 20 mg) diareya bilan og‘rigan barcha bolalarga 10-14 kun davomida berish tavsiya qilinadi. Olti oygacha bo‘lgan bolalarda rux dozasi kuniga 10 mg ni tashkil etishi talab qilinadi.

MAVZU : Oziqlanishning buzilishini aniklash va ularni korreksiya qilish

Tavsif: Oziqlanishning surunkali buzilishi Ovqatlanishning surunkali buzilishi - distrofiyalar (grekcha dis- buzilish, trophe- Ovqatlanish) -asosan kichik yeshdagi bolalarda uchraydigan kasallik bulib, organizm tukimalarining ozik moddalarini singdira olmasligi natijasida kelib chikishi bilan xarakterlanadi. Distrofiyalarning quyidagi kurinishlari tafovo‘t kilinadi: 1) tana vazning kamligi bilan kechuvchi, ya’ni gipotrofiya 2) tana vaznining ortishi bilan, normal rost bulgan xolda yeki paratrofiya 3) tana vaznining xaddan ziedligi bilan yeki semirish. GIPOTROFIYA. Gipotrofiya (grekcha hypo- kam, past, trophe- Ovqatlanish) -tana vaznining kamligi bilan xarakterlanadigan Ovqatlanishning surunkali buzilishi. Bu gudak yeshidagi bolalarning tashki yeki ichki salbiy ta’sirlar natijasida ozik moddalarining organizmda o‘t ilizatsiyasining buzilishi Bilan kechib, aloxida nozologik birlik deb atash mumkin emas. VOZ axborotiga karaganda duneda gipotrofiya bilan 10 dan 20 foizgacha kichik yeshdagi bolalarda uchrashi aniklangan

Ma’lumki, insonning salomatligi uchun 40—50 xilga yaqin oziq moddalar, jumladan aminokislotalar, yog‘ kislotalari, bir qancha anorganik elementlar, vitaminlar zarur. Shu munosabat bilan oziqlanishning buzilishi odam patologiyasida muhim o‘rin to‘t adi. Chunonchi, ovqatga yolchimaslik, bnr tomon-dan, immun javob izdan chiqib, hayot uchun muhim almashinuv jarayonlarining buzilishiga olib kelishi mumkin bo‘lsa, ikkinchi tomondan, ovqatga ruju qo‘yib, ko‘p Ovqatt yeyish atero-genlik, kanserogenlik, yog‘ bosishi va boshqalar singari mu-ammolar bilan mahkam bog‘langandir.

Ovqatga yolchimaslik bolalarni turli infeksiyalarga — ko‘pincha bolalar o‘limiga sabab bo‘ladigan bakterial, para-zitar, virus kasalliklariga moyil bo‘lib qolishiga olib ke-ladigan omillarning biridir. Oziqlanishning buzilishi uzoq vaqt kasalxonada yotadigan, ayniksa parenteral yo‘l bi-lan oziqlantiriladigan odamlar orasida ham kuzatilishi mumkin.

Quyidagi sabablar oziqlanish buzilishiga olib kelishi mumkin: 1) ochlik yoki ovqatga yolchimaslik (birlamchi tartib-da oziqlanish buzilishi), 2) so‘rilish va hazm qilish jarayonlarining izdan chiqishi (ikkilamchi tartibda oziqlanish bu-zilishi), 3) ovqatga ehtiyoj ortishi (masalan, homiladorlik paytida).

Oziqlanish buzilishi munosabati bilan odamda patologiya paydo bo‘lishida oqsil yetishmovchiligi, avitaminozlar, mikro-elementlar tankisligi, yog‘ bosishi muhim o‘rinda turadi.

Quyida BAHOLANG VA TASNIFLANG sxemasidagi «Baholang» ustunchasining bir qismi keltirilgan. Unda bolaning ahvolini oziqlanishning buzilishi va kamqonlik bo‘yicha qanday baholash kerakligi tasvirlanadi.

TEKSHIRIB KO‘RING, OZIQLANISHNING BUZILISHI BORMI?

HAMMA bolalarning ahvolini oziqlanishning buzilishi va kamqonlik bo‘yicha baholang.

QARAB KO‘RING, bolada ko‘zga tashlanadigan og‘ir ozg‘inlik belgilari bormi? Yetarlicha to‘yib ovqatlanmaslikning o‘tkir darajadagi muayyan klinik belgilarinibolani vaznini tortishdan avval yechintirish jarayonida aniq kuzatish mumkin. Buborada kexeksiya va bolalar pellagrasi belgilarini aniqlash muhim ahamiyatga ega, chunki ular kechiktirib bo‘lmaydigan ixtisoslashtirilgan parvarishga, jumladan, maxsus ovqatlanish tartibiga, har tomonlama kuzatuvga, antibiotiklarga va boshqadavolash muolajalariga muhtoj bo‘ladi. Bu kabi belgilar mavjud bo‘lgan bolalarvaznidan qat’iy nazar shoshilinch davolash va parvarish uchun yuborilishi zarur. • Kaxeksiya: yetarlicha, to‘yib ovqatlanmaslikning o‘tkir darajadagi ushbu shaklida, bola nihoyatda ozib ketgan ahvolda bo‘lib, mushaklar va yog‘ to‘qimalarini yo‘qotishi

tufayli «teri va suyak» ko‘rinishida bo‘lib qoladi. Bolaning yuzidagi teri osti yog‘qatlami kamaygani tufayli yuzi qariyalarning yuziga o‘xshab qoladi, lekin ko‘zlaribezovta ko‘rinadi. Qovurg‘alari ham aniq ko‘rinib turadi. Dumba va sonlarining terisi, bola xuddi «qopsifat shim» kiyib olgandek, qatlam-qatlam bo‘lib osilibqoladi. Yoshiga nisbatan vazni va bo‘yiga nisbatan vazni nihoyatda past bo‘ladi.

Bolalar pellagrasi – yetarlicha, to‘yib ovqatlanmaslikning juda og‘ir darajadagi shu shaklida, bolaning mushaklari atrofiyaga uchraydi, lekin o‘ta ozg‘inlik bolaning QARAB, PAYPASLAB KO‘RING

§ Og‘ir ozg‘inlik belgilari bormi?

§ Ikkala oyoq panjalarida shish bormi?

§ Vazni yoshiga mosligini aniqlang.96

umumiy shishgani sababli ko‘zga tashlanmasligi mumkin (to‘qimalarda ortiqchasuyuqlik to‘planishi natijasida yuzaga kelgan shish). Bola odamovi bo‘lib qoladi, injiqlik qiladi, ko‘rinishi kasalmand bo‘lib, ovqat yemaydi. Yuzi dumaloq (shishganisababli) va sochlari ingichka, siyrak va ayrim hollarda rangsiz bo‘ladi. Terisidasimmetriya holatidagi rangsiz teri bo‘lakchalari kuzatiladi va keyinchalik terisi po‘sttashlaydi. Pellagra kasalligi bilan og‘rigan bola odatda yetarli vaznga ega bo‘lmaydi, lekin shish haqiqiy vaznni yashirishi mumkin (keyingi betda ikkala oyoqning shishiniqarang). Kaxeksiya va pellagrani birga kechishi. Bolalar pellagrasi va kaxeksiya ikki xilholatdagi kasalliklardir, lekin ular tarqalgan jamoatlarda, juda og‘ir darajadagi yetarlicha ovqatlanmaslik hollarida ikkala holatning belgilari yuzaga keladi. Masalan, bola kaxeksiya holatlarida kuzatiladigan nihoyatda ozg‘in bo‘lishi mumkin, shu bilan birga bolalar pellagrasi hollarida uchraydigan teri va soch o‘zgarishi yokishishlar paydo bo‘lishi bilan birga namoyon bo‘lishi mumkin. Ko‘zga tashlanadigan darajada ozib, holdan toygan bolada marazm - oziqlanish buzilishining og‘ir xili bo‘ladi. Bunday bola juda ozg‘in, teri osti yog‘ qatlamiyo‘qolib ketgan bo‘ladi, u «qoqsuyakdek» bo‘lib ko‘rinadi. Ba‘zibolalarko‘zga ozg‘in bo‘lib ko‘rinadiyu, lekin ular ko‘zga tashlanadigan og‘ir ozg‘inlik alomatlari

bo‘lmaydi. Baholashning bu bosqichi ko‘zga tashlanadigan, og‘ir darajada holdan toygan,

tezlik bilan davolash va kasalxonaga yuborishga muhtoj bo‘lgan bolalarni aniqlab olishda Sizga yordam beradi. Ko‘zga tashlanadigan og‘ir ozg‘inlik alomatlarini topish uchun bolaning kiyimlarini yeching. Yelka, qo‘l, dumba va oyoqlarning muskullari madorsizlanib qolganmi-yo‘qmi, razm soling. Qarab ko‘ring, bola qovurg‘alarining chetlari aniq ko‘zga tashlanadimi? Bolaning sonlarini ko‘zdan kechirib ko‘ring. Ular bolaning ko‘kragi yoki qorniga nisbatan olib ko‘rilganida kichik bo‘lib ko‘rinishi mumkin. Bolaga yon tomonidan qarab, dumbalarida teri osti yog‘ qatlami bor-yo‘qligini tekshirib ko‘ring. Bola haddan tashqari ozib ketgan bo‘lsa, dumbalari bilan sonlarida teri burmalari ko‘p bo‘ladi.

Bola go‘yo xalpillab turadigan ishton kiyib olgandek bo‘lib ko‘rinadi.

Ko‘zga tashlanadigan og‘ir ozg‘in bolaning yuzi hali odatdagicha bo‘lib ko‘rinishi mumkin. Bolaning qorni katta yoki shishib chiqqan bo‘lishi mumkin. Teri rangining oqarib turgani odatda kamqonlik belgisidir.

Qo‘l kaftlarining oqarib qolganini aniqlash uchun bolaning kaftlariga nazar soling. Bolaning qo‘l kaftini yon tomonidan sal ushlab turib, oching.

Barmoqlarini orqaga qayirmang. Bu qon kelishini to‘xtatib qo‘yib, kaft rangining oqarib qolishiga sabab bo‘lishi mumkin. Kaft terisi oqargan yoki oppoq bo‘lib ko‘zga tashlanadigan bo‘lsa, bolaning qo‘l kaftlari sezilarli darajada oqargan deb hisoblanadi.

OZIQLANISHNING OG‘IR BUZILISHI deb tasniflangan bolalarda pnevmoniya, diareya, qizamiq va boshqa og‘ir kasalliklar oqibatida o‘lim xavfi kattaroq bo‘ladi.

Bunday bolalar zudlik bilan kasalxonaga yuborishga muhtoj bo‘ladi, kasalxonada ular diqqat bilan olib boriladigan kuzatuv ostida davolanadi. Ular alohida parhezga, antibiotiklar bilan davolashga muhtoj bo‘lishlari mumkin. Bolada oldin gipoglikemiyaning oldini olish uchun davo o‘tkazing.

*Ikkala oyog'i shishib turgan bolalarda, masalan, nefrotik sindrom singari boshqa og'ir kasalliklar bo'lishi mumkin. Bunday kasalliklarni kvashiorkordan ajratib qo'yishning zaruriyati yo'q, chunki bunday bolalarni ham kasalxonaga yuborish kerak.

.OQSIL YeTISHMOVChILIGI

Oqsil yetishmovchiligi bolalar Ovqattida hayvon oqsilla-ri (go'sht, so't va boshqalar) mudom yetishmaydigan mahallar-da, shuningdek hazm jarayonlari izdan chiqqanida paydo bo'ladi

MAVZU : BKIUOB (ICATT). BKIUOB strategiyasi

YO'TAL YoKI NAFAS QIYINLIGINI BAHOLANG VA TASNIFLANG

Respirator kasalliklar nafas yo'llarining turli qismida, masalan, burun, halqum, hiqildoq, traxeya, bronxiola yoki o'pkada bo'lishi mumkin.

Yo'talayotgan yoki qiynalib nafas olayotgan bolada pnevmoniya yoki boshqa OG'IR respirator infeksiya bo'lishi mumkin. Pnevmoniya, ya'ni zotiljam - o'pka infeksiyasidir. Bu kasallikka viruslar ham, bakteriyalar ham sabab bo'lishi mumkin. Rivojlanayotgan mamlakatlarda pnevmoniyaga ko'pincha bakteriyalar sabab bo'ladi. Bularning eng ko'p tarqalgani Streptococcus pneumoniae va Hemophilus influenzae dir. Bakterial pnevmoniya bilan og'irgan bolalar gipoksiya (kislород yetishmasligi) yoki sepsis (umumiy infeksiya) dan nobud bo'lishi mumkin.

Ko'pgina bolalar unchalik jiddiy bo'lmagan respirator kasalliklar sababli ambulatoriyalarga kelishadi. Yo'talayotgan yoki qiynalib nafas olayotgan bolalarning aksariyatida yengilgina infeksiya bo'ladi, xolos. Masalan, shamollab qolgan bola burnidan chiqib turadigan shilimshiq halqumining orqa devoriga tushib qolgani uchun yo'talishi mumkin. Yoki bolada bronxlarning virusli yallig'lanishi - bronxit bo'lishi mumkin. Bunday bolalar og'ir bemorlar bo'lib hisoblanmaydi. Ular antibiotiklar bilan davolanishga muhtoj bo'lmaydi. Onalar bunday bolalarni uy sharoitlarida davolashlari mumkin.

Tibbiy xodimlar yo'talayotgan yoki qiynalib nafas olayotgan bolalarning qaysilari antibiotiklar bilan davolanishga muhtoj ekanligini bilib, aniqlab olishlari kerak. Ular mana bunday ikkita klinik belgiga: nafas tezlashuvi va ko'krak qafasining tortilishiga qarab pnevmoniyani deyarli hamma hollarida aniqlay oladilar.

QOVURFALAR BURUN TOMOQ O'PKA HIQILDOQ USTI HIQILDOQ TRAXEYA BRONXLAR NAFAS YO'LLARI 15

Bolalarda pnevmoniya boshlanganida ularning o'pkasi rigid (qiyinlik bilan harakatlanadigan) holga kelib qoladi. O'pkaning ana shunday rigid holatiga va kislород yetishmasligiga (gipoksiyaga) javoban organizm ko'rsatadigan reaksiyalarning biri tez-tez nafas olish, nafas tezlashuvidir. Pnevmoniya og'ir bo'lmagan shakldan og'ir shakliga o'tganida o'pka rigidligi yanada kuchayadi va ko'krak qafasi tortilishi rivojlanadi. Ko'krak qafasining ichiga tortilib turishi – og'ir pnevmoniya alomatidir.

3.1. YO'TAL YoKI NAFAS QIYINLIGINI BAHOLANG

Yo'tal yoki nafas qiyinligi bor bo'lgan bolada:

- Ø Yo'tal yoki nafas qiyinligi qanchadan beri davom etib kelayotganligi,
- Ø Nafas tezlashuvi,
- Ø Ko'krak qafasining tortilishi,
- Ø Tinch xolatdagi stridor,
- Ø Astmoidli nafas BAHOLANADI.

Onasi «HA» deb javob bersa, unga keyingi savolni bering. SO'RAB KO'RING: qachondan beri?

Bolada yo'tal yoki nafas qiyinligi 21 kundan ortiq davom etib kelayotgan bo'lsa cho'ziluvchano'tal deb hisoblanadi. Bu - sil kasalligi, astma, ko'kyo'tal yoki boshqa bir kasallik alomati bo'lishi mumkin. Nafas harakatlarining mino't dagi sonini SANAB KO'RING. Bolada

nafas tezlashgan-tezlashmaganligini aniqlash uchun Siz nafasharakatlarining bir mino't dagi sonini sanab ko'rishingiz kerak. Nafasharakatlari sonini sanash paytida bola tinch holatda bo'lishi lozim. Bola qo'rqib turgan, yig'layotgan yoki xarxasha qilayotgan bo'lsa, nafas harakatlarisonini Siz to'g'ri sanay olmaysiz. Bolaning mino't iga necha marta nafas olishini sanab ko'rmoqchi bo'layotganingizni onasiga ayting. Undan bolani tinchlantirishni iltimos

qiling. Agar bola uxlab yotgan bo'lsa, uni uyg'otmang. Nafas harakatlarining mino't dagi sonini sanab ko'rish uchun: 1. Sekund strelkasi va raqamli siferblati bor soatdan yoki taymerdan

foydalaning. a. Boshqa bir tibbiy xodimdan soatning sekund strelkasiga qarab turing va 60 sekund o'tishi bilan buni menga ayting, deb iltimos qiling. Siz bolaning ko'kragiga qarab turib, nafas harakatlarining sonini sanab chiqasiz. b. Agar Sizga yordam bera oladigan boshqa tibbiy xodimni topa olmasangiz, soatni sekund strelkasi ko'rinib turadigan joyga qo'ying. Sekund

strelkasiga qarab turib, bola nafas harakatlarining mino't dagi sonini ham bir yo'la sanab chiqing.

2. Bolaning nafas harakatlarini ko'kragi yoki qornining istalgan joyiga qarab turib kuzating. Bolaning ko'ylagini ko'tarib turishni onasidan iltimos qiling. Bola yig'lay boshlasa, sanoqni boshlashdan oldin bolani tinchitishni onasidan so'rang. Agar sanog'ingizning to'g'riligiga ishonchingiz komil bo'lmasa (masalan, bola doimo qimirlay-versa, ko'kragini kuzatib borish qiyin bo'lgan bo'lsa yoki u yig'layveradigan bo'lsa), sanoqni takrorlang. Tezlashgan nafasning pastki chegarasi bolaning yoshiga bog'liq. 2 oylikdan 12 oylikkacha yoshdagi bolalarda nafas harakatlarining soni 12 oylikdan 5 yoshgacha bolalardagiga qaraganda ko'proq bo'ladi. Demak, tezlashgan nafasning pastki chegarasi 2 oylikdan 12 oylikkacha yoshdagi bolalarda 12 oylikdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalardagiga qaraganda yuqoriroq bo'ladi. Agar bolaning yoshi: Bolaning nafasi tezlashgan deb hisoblanadi, agar sanab ko'rganingizda : 2 oylikdan 12 oylikkacha bo'lsa 12 oylikdan 5 yoshgacha bo'lsa Mino't iga 50 marta va bundan ko'p nafas olsa Mino't iga 40 marta va bundan ko'p nafas olsa Eslatma: 12 oylik bolada sanab ko'rilganida u mino't iga 40 marta va bundan ko'proq

nafas olsa, nafasi tezlashgan deb hisoblanadi.

* * * Keyingi uch belgi – ko'krak qafasining ichga tortilishi, stridorni va astmoidli nafasni tekshirishdan oldin bolani ko'zdan kechirib, uning qachon NAFAS OLIB, qachon NAFAS CHIQRISHINI aniqlang.

QARAB KO'RING: ko'krak qafasining tortilishi bormi?

Ko'zdan kechiring, bola NAFAS OLGAN paytda ko'krak qafasi ichiga tortilishi bormi? Ko'krak qafasining pastki devorini (pastki qovurg'alarini) kuzatib ko'ring. Bola NAFAS OLGAN paytda ko'krak qafasining pastki devori TORTILADIGAN bo'lsa, demak, bolada ko'krak qafasining tortilishi bor. Nafas olish uchun bola odatdagidan ko'ra ko'proq kuch beradigan mahalda ko'krak qafasi tortiladigan bo'ladi. Odatdagicha nafas olishda ko'krak qafasining bo't un devori (yuqori va pastki qismlari) va qorin bola NAFAS OLGAN paytda KENGAYADI. Ko'krak qafasining tortilishi deb bola NAFAS OLGAN paytda ko'krak qafasi pastki qismining TORTILISHIGA aytiladi.

Agar ko'krak qafasining tortilishi borligiga ishonchingiz komil bo'lmasa, yana qarab, takror marta ko'zdan kechiring. Agar bolaning tanasi beli sohasida bukilibroq turgan bo'lsa, ko'krak qafasi pastki devorining harakatlarini payqash qiyinroq bo'ladi. Onadan bolaning holatini o'zgartirib, uni tizzada gorizontol holda yotadigan qilib to't ishni iltimos qiling. Bola NAFAS OLGAN paytda ko'krak qafasi pastki devorining TORTILISHI bu safar ham ko'zingizga chalinmasa, demak, bolada ko'krak qafasining tortilishi yo'q.

Ko'krak qafasining tortilishi yaqqol ko'rinib turadigan va doim seziladigan bo'lishi kerak. Agar ko'krak qafasining tortilishi bola faqat yig'layotgan yoki ovqatlanayotgan mahaldagina Sizga payqaladigan bo'lsa, bu bolada ko'krak qafasining tortilishi yo'q. Bola nafas olgan paytda qovurg'alar orasidagi yumshoq to'qimalarning o'zigina tortiladigan bo'lsa (buni qovurg'alar orasining tortilishi yoki qovurg'alararo 18

Bolada ko'krak qafasining

tortilishi yo'q

Bu - ko'krak qafasi pastki qismining

tortilishi

«retraksiya» deyiladi), bolada ko'krak qafasining tortilishi yo'q. Mazkur o'rinda

ko'krak qafasining tortilishi deganimiz, bu - ko'krak qafasi pastki devorining

tortilishidir.

KO'RING, ESHITING, stridor bormi?

YO'TAL yoki

NAFAS

QIYINLIGIn

ovqatlantirish yuzasidan yoki bolaning ichi ketib turgan bo'lsa, unga suyuqliklar berib turish xususida Siz onaga maslahatlar berishingiz mumkin.

Aniqlangan belgi va simptomlar kombinatsiyasiga qarab kasal bola qizil, sariq yoki yashil rangdagi tasniflarga xos tasniflanadi. Shunday qilib, bola har bir tasnif jadvalida faqat bir marta tasniflanadi.

3.2.1. YO'TAL YO'KI NAFAS QIYINLIGI

Yo'tal yoki nafas qiyinligining uch xil tasnifi bo'lishi mumkin:

Ø OG'IR PNEVMONIYA YO'KI JUDA OG'IR KASALLIK

Ø PNEVMONIYA

Ø PNEVMONIYA YO'Q, YO'TAL YO'KI SHAMOLLASH

** AEROZOL BRONXOLITIKLAR YO'QLIGIDA, ORAL SALBO'T AMOL ISHLATILADI.

5 kun davomida bering**

Ø Havfsiz vositalar bilan tomoqni yumshating va

yo'talni yengillishtiring

Ø Agar yo'tal 3 haftadan ortiq davom etayotgan bo'lsa

yoki astmoid nafas qaytalanayotgan bo'lsa astma yoki

silga tekshirish uchun jo'nating

Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytib kelish

kerakligini tushuntiring

Ø Keyingi tashrif 2 kundan so'ng

Pnevmoniya yoki juda og'ir

kasallik belgilari yo'q

PNEVMONIYA YO'Q,

YO'TAL YO'KI

SHAMOLLASH

2. Bolada og'ir tasnif bo'lmasa, sariq (ikkinchi) qatorga qarang.

Bu bolada og'ir tasnif yo'q. Unda nafas tezlashuvi bormi?

Agar bolada sariq qatordagi belgi - nafas tezlashgan bo'lsa, og'ir tasnif bo'lmasa, sariq qatordagi tasnifni – PNEVMONIYANI TANLAB OLING.

§ Har qanday umumiy xavf

belgisi yoki

§ Ko'krak qafasining

tortilishi yoki

§ Tinch holatdagi stridor

OG'IR PNEVMONIYA YO'KI

JUDA OG'IR KASALLIK

§ Tezlashgan nafas PNEVMONIYA

Pnevmoniya yoki juda OG'IR

kasallik belgilari yo'q

PNEVMONIYA YO'Q, YO'TAL

YO'KI SHAMOLLASH

4. Tasnif jadvalidan foydalanganda tasniflashni yuqorigi pushti qatordan boshlang. Har bir tasnif jadvalida bola faqat bitta tasnif oladi. Agar bolada bittadan ortiq qatorga mansub belgilar bo'lsa, doimo og'irrog tasnifni tanlang. MISOL: Mazkur bolada umumiy xavf belgisi bor va nafasi tezlashgan. Bolani og'irrog tasnif bilan - OG'IR PNEVMONIYa YoKI JUDA OG'IR KASALLIK deb tasniflang.

§ Har qanday umumiy xavf belgisi yoki

§ Ko'krak qafasining tortilishi yoki

§ Tinch holatdagi stridor
OG'IR PNEVMONIYa YoKI
JUDA OG'IR KASALLIK

§ Tezlashgan nafas PNEVMONIYa
Pnevmoniya yoki juda OG'IR
kasallik belgilari yo'q
PNEVMONIYa YO'Q, YO'TAL
YoKI ShAMOLLASH

Kasallikni BAHOLANG VA TASNIFLANG sxemasiga muvofiq tasniflashga doir hamma savollaringizga o'qituvchingiz javob beradi

MAVZU : BKIUOB (ICATT). BKIUOB strategiyasi

Diareya - ich ketishi, ich surishidir, bunda axlatda suv odatdagidan ko'ra ko'p bo'ladi. Diareyani ichi suvdek ketishi deb ham yuritiladi. U ayniqsa 6 oylikdan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq kuzatiladi. Diareya aksari sigir so't i yoki so't li qorishmalar ichadigan bolalarda ko'proq uchraydi. Odatdagicha tez-tez ich kelib turishi diareya emas. Bolaning kuniga necha marta odatdagicha ichi kelishi uning yegan ovqati va yoshiga bog'liq. Ko'pgina mintaqalarda 24 soat davomida bola ichining uch marta yoki undan ko'p ketishi diareya deb ta'riflanadi.

Bolalarida diareya boshlanib qolgan vaqtni onalar odatda bilishadi. Ular bolaning ichi suvdek bo'lib kelayotganini aytishlari mumkin. Onalar «diareya» so'zi o'rniga «ich ketar» yoki «suvdek suyuq bo'lib ich kelishi» degan mahalliy nomlarni ishlatishi mumkin va hokazo.

Faqat emizib boqiladigan bolalarda axlat ko'pincha yumshoq bo'ladi, bu – diareya emas. Bolasini emizib boqadigan ona axlatning suyuq kelayotganiga yoki tez-tez ich surib turishiga qarab diareyani ajratib olishi mumkin.

Diareyaning qanday turlari bor?

Ko'p holatlarda tez-tez va suv bo'lib kechadigan diareya bolaning tanasi suvsizlanib qolishiga asosiy sabab hisbolanadi. Vabo – ana shunday diareyaning misollaridan biridir. Biroq vabo ushbu diareyalarning oz qismini tashkil etadi.

Diareya 14 kundan kam davom etadigan bo'lsa, bu - o'tkir diareya bo'lib hisoblanadi. Suvdek bo'lib ich ketib turadigan diareya bolaning suvsizlanib, quvvatsizlanib qolishiga sabab bo'ladi. O'tkir diareya bilan og'rigan bolaning o'limi odatda suvsizlanish oqibatidir.

Diareya 14 kun va undan ortiqroq davom etadigan bo'lsa, bu – cho'ziluvchan diareya. Diareyaning qanday turlari bor?

Ko'p holatlarda tez-tez va suv bo'lib kechadigan diareya bolaning tanasi suvsizlanib qolishiga asosiy sabab hisbolanadi. Vabo – ana shunday diareyaning misollaridan

biridir. Biroq vabo ushbu diareyalarning oz qismini tashkil etadi.

Diareya 14 kundan kam davom etadigan bo'lsa, bu - o'tkir diareya bo'lib hisoblanadi.

Amyobali dizenteriya bolalarda ko'p uchramaydi. Bolada suvli diareya ham, dizenteriya ham bo'lishi mumkin.

4.1. DIAREYANI BAHOLANG

Diareya bilan og'rikan bolaning ahvoli quyidagi belgilar bo'yicha baholanadi:

Ø bolada diareya qanchadan beri davom etib kelmoqda?

Ø axlatda qon bormi (bolada dizenteriya bor-yo'qligini aniqlash uchun)?

Ø suvsizlanish belgilari bormi?

Diareya bilan og'rikan bolaning ahvoliga baxo berishning quyidagi bosqichlarini ko'rib chiqing:34

Bolada diareya bormi?

BOR BO'LSA, SO'RANG:

§ Qachondan buyon?

§ Axlatida qon bormi?

KO'ZDAN KECHIRING VA HIS ETING

§ Umumiy ahvoliga qarang.

Bola: - Letargik holatda yoki xushsizmi?

- Bezovta yoki betoqatmi?

§ Aniqlang, ko'zlari kirtayganmi?

§ Bolaga suyuqlik taklif eting:

Bola: - Icha olmaydimi yoki yomon ichadimi?

- Yo't oqib ichadimi, chanqoqmi?

§ Qornidagi teri burmasi tekislanish reaksiyasini tekshiring.

Burma tekislanadi:

- Juda sekin (2 sekunddan ortiq).

- Sekin (2 sekundgacha).

◆**ORV ERITMASINI QANDAY TAYYORLASH VA BOLAGA BERISH KERAKLIGINI ONAGA O'RGATING. ONAGA UYDA FOYDALANISH UCHUN 2 PAKET ORV BERING.**

◆**ODATDAGI MIQDORGA QO'SHIMCHA RAVISHDA QANCHA SUYUQLIK BERISH KE~RAKLIGINI ONAGA KO'RSATING:**

2 yoshgacha ichi suyuq kelgandan so'ng har safar 50—100 ml

2 yosh va undan katta ichi suyuq kelgandan so'ng har safar 100 — 200 ml

Onaga ayting:

◆Suyuqliklarni piyolada, tez —tez, mayda xo'g'lam bilan bersin.

◆Mabodo, bola qayt qila boshlasa, 10 mino't ko't ib tursin. So'ng asta — sekinlik bilan davom etsin.

◆Diareya bo't unlay to'xtamaguncha qo'shimcha suyuqliklar berishini davom ettirsin.

QO'SHIMCHA SUYUQLIKLAR BERISH.

Bolaga, u qancha icha olsa, shuncha suyuqlik berilsin. Qo'shimcha suyuqlik berish, di — areya paytida organizm yo'qotgan suyuqlik miqdorini to'ldirishi va pgu yo'l bilan, suv — sizlanishning oldini olishi lozim. Diareya boshlanishi bilanoq odatdagidan ko'proq suyuqlik berib borish juda muxim.

Onaga ko'krakni bolaga tez —tez va har safar uzoqroq vaqt berish kerakligini ayting. Boshqa suyuqliklar berish kerakligini ham onaga tushuntiring. Uy sharoitida suvsizlanishning oldini olish uchun tavsiya etiladigan suyuqliklarning biri ORV erit — masidir.

Mabodo, bola faqat emizib boqilayotgan bo'lsa, bunday bolani odatdagidan ko'ra tez —tez ovqatlantirish muximdir. SHuningdek ORV eritmasini yoki toza suv bering. Faqat ona so't ini

olayotgan, 6 oylikkacha bo'lgan bolalarga avval ona so't ini, so'ngra esa, ORV eritmasini berish zarur.

Mabodo, bola faqat ona so't ining o'zi bilan boqilmasa, unga quyidagi suyuqlik — lardan bitta yoki bir nechtasini bering:

- ORV eritmasi
- Ozuqa moddalar asosida tayyorlangan suyuqliklar
- Toza suv

Suvsizlanmagan bola ko'pchilik hollarda ORV eritmasiga muxtoj bo'lmaydi. Bunday bolaga ozuqa moddalar asosida tayyorlangan suyuqliklardan, masalan, pgo'rva, guruch qay — namasi, so't maxsulotlari — kefir, qatiq, biolakt va toza suv (iloji bo'lsa ovqat bilan birga) bering.

A Rejada ona uy sharoitida ORV berishi lozim bo'lgan 2 hodisa keltirilgan.

1. Bola ushbu tashrifi paytida B yoki V Reja bo'yicha davolangan.

Boshqacha qilib aytganda, bola regidratatsiyalangan. ORV eritmasi bunday bolaga qayta suvsizlanishning oldini olishga yordam beradi.

2. Mabodo, diareya kuchayib ketsayu, bola bilan tibbiy muassasaga yana qaytib ke — lishning iloji bo'lmasa. Masalan, oila tibbiy muassasadan uzoqda yashaydi, yoki ona ishxonasini tashlab keta olmaydi.

• **ORV ERITMASINI QANDAY TAYYORLASH VA BOLAGA BERISH KERAKLIGINI ONAGA O'RGATING. ONAGA UYDA FOYDALANISH UCHUN 2 PAKET ORV BERING.**

Onaga ORV berayotgan paytingizda, unga ORV eritmasini qanday tayyorlash va qan — day bolaga berish kerakligini ko'rsating. Onadan, sizning nazoratingiz ostida erit — ma tayyorlashini iltimos qiling.

ORV ERITMASINI TAYYORLASH BOSQICHLARI:

- Qo'lingizni sovunlab yuving
- Paketdagi barcha poroshokni toza idishga to'king.

Faqat keng tarqalgan idishlardan, masalan banka yoki ko'zachadan foydalaning.

• 1 litr toza suv o'lchab oling (o'lchov idishi sifatida 1 litrli bankadan foydalanish mumkin).

YAxshisi qaynatib, sovo't ilgan suvdan, ammo buning iloji bo'lmasa, toza ichimlik suvdan foydalaning.

• Suvni idishga qo'yin g. Buni asta — sekinlik bilan, poroshok to'liq eriguncha aralashtirib turib, bajaring.

• Eritmani tatib ko'ring va mazasini eslab qoling.

Onaga har kuni ORV ning yangi eritmasini toza idishda tayyorlash, idishni qopqoq bilan yopish va ortib qolgan suyuqlikni to'kib tashlash kerakligini tushuntiring.

Diareyani uyda davolashning ikkinchi va uchinchi qoidalari.

Uyda davolashning ikkinchi qoidasi — **OVQATLANTIRISHNI DAVOM ETTIRISH.**

ONAGA MASLAHAT bering modulida siz ovqatlantirish muammolari bo'yicha onaga maslahat berishni o'rganasiz. Mabodo, bolaning kasalligi **CHO'ZILUVCHAN DIAREYA** deb tasniflangan bo'lsa, siz onaga ovqatlantirish bo'yicha maxsus tavsiyalar berishingiz lozim.

Uyda davolashning uchinchi qoidasi - **QACHON YANA KELISHNI BILISH.**

Siz, ona bolada qanday belgilar paydo bo'lganda, onasi uni zudlik bilan tibbiy muassasaga yana olib kelishi kerakligini o'rgandingiz. Barcha bemor bolalarning ona — lariga q^chshdagi belgilar paydo bo'lishi bilan tibbiy muassasaga qaytib kelish ke — rakligini tushuntiring:

- Ko'krakni ema olmaydi yoki suyuqlik icha olmaydi.
- Bolaning ahvoli yomonlashayapti.
- Harorati ko'tarilayapti.

Bolada diareya bo'lsa, qo'yidagi hollarda ona tibbiy muassasaga qaytib kelishi ke — rakligini ham tushuntiring:

- Bolaning axlatida qon bor

- Bola yomon ichayapti

"Yomon ichayapti" so'zlari "suyuqlik icha olmaydi yoki ko'krakni ema olmaydi", tu—shunchalarini o'z ichiga oladi. Bu belgilar alohida — alohida ko'rsatilgan, lekin tu —shuntirishni soddalashtirish maqsadida ularni birlashtirish mumkin. Siz onaga od — diygina qilib, mabodo, bola "yomon ichsa yoki ko'krakni yomon emsa", tibbiy muassasaga qaytib kelishi zarurligini aytishingiz mumkin.

O'rtacha suvsizlanish.

B —reja asosida davolash. 4 soat davomida ORV eritmasini ichirib boring. ORVning taxminiy miqdorini (ml) bola vaznini (kg —da) 75ga ko'paytirib topish mumkin. 4 soat davomida ona hisoblangan hajmidagi ORV bolaga choy qoshiq bilan yoki xo'platib ichiradi.

Eslatma: Agarda bola ko'krak bilan emizilayotgan bo'lsa emizishni davom ettirili — shi kerak.

Og'ir tasnifli va O'RTACHA SUVSIZLANISHI bo'lgan bola zudlik bilan statsio — narga yuborishga muhtojdir. Bola ambulatoriyadan chiqib ketishi oldidan unda regid — ratatsiya o'tkazishga xarakat qilmang. Onaga tezda biroz ORV eritmasini bering. Unga statsionarga borish yo'lida bu eritmani bolaga qanday qilib tez —tez qultumlab ichi — rishni ko'rsating.

Boshqa hollarda, O'RTACHA SUVSIZLANISHI bo'lgan bola boshqa kasalliklarini davolashga muhtoj bo'lsa, siz, birinchi navbatda suvsizlanishga davo qilishdan bosh — lashingiz zarur. So'ngra davoning boshqa turlarini o'tkazasiz.

4 soatdan so'ng, BAHOLANG va TASNIFLANG sxemasi yordamida bolaning axvolini qayta baholab suvsizlanishi darajasini tasniflang. Suvsizlanish belgilari yo'qo — lishi bilan bolani A Reja bo'yicha davolang. Mabodo, bolaning ahvolini qayta baho — lashda OG'IR SUVSIZLANISH belgilarini topsangiz, bolani V Reja asosida davo — lang.

Endi B Rejani o'rganib chiqing.

◆ B REJA: O'RTACHA SUVSIZLANISHGA ORV YORDAMIDA DAVO QILING.

ORVni tavsiya etilgan miqdorda 4 soat davomida berib turing.

◆ BIRINCHI 4 SOAT DAVOMIDA BERISH LOZIM BO'LGAN ORV MIQDORINI ANIQLANG.

ESHI* 4 OILIKKACHA 4 OILIKDAN 12 OYLIKKACHA 12 OILIKDAN 2 YOSHGACHA 2 ESHDAN 5 YOSHGACHA

VAZNI <6 KG 6 -- <10 KG 10 - <12 KG 12-19 KG

ML -da 200-400 400-700 700-900 900-1400

◆ Bolaning vazni noma'lum bo'lsagina yoshidan foydalaning.

Bolaning vaznini (kgda) 75 — ga ko'paytirish yo'li bilan ham ORVning taxminiy miqdorini aniqlash mumkin.

◆ Mabodo, bola jadvalda ko'rsatilganidan ko'proq ORV ichishni xohlasa, ko'proq bering.

◆ 6 —oylikdan kichik bo'lgan, ko'krak so't i emmaydigan bolalarga, shu vaqt (4 soat) ichida 100 — 200 ml toza suv ham bering.

◆ ONAGA, FARZANDIGA ORV -ni QANDAY BERISH KERAKLIGINI KO'RSATING.

• Suyuqliklarni piyolada, tez —tez, qultumlab bering.

• Mabodo, bola qayt qila boshlasa, 10 mino't ko't ib turing. So'ng asta —sekin davom eting.

• Bola qaysi vaqtda xohlamasin, uni emizib boring.

• 4 SOATDAN SO'NG:

• Bolaning ahvolini qayta baholang va suvsizlanish darajasini tasniflang.

• Davolashni davom ettirish uchun mos keladigan rejani tanlang.

• Bolani ambulatoriyaning o'zida ovqatlanira boshlang.

• MABODO, ONA AMBULAYURIYANI, DAVO TUGAGUNCHA TARK ETISHGA MAJ-

BUR BO'LSA:

• ORV eritmasini uy sharoitida qanday tayyorlash kerakligini unga ko'rsating.

■ 4 soatlik davoni uyda tugatish uchun bolaga qancha ORV berish kerakligini onaga ko'rsating.

Onaga davolashni tugatish uchun etarli miqdorda ORV paketlaridan bering. SHu — iingdek, unga A Rejada tavsiya etilganidek 2 paket ORV bering.

- Onaga Uyda Davolashning 3 — ta Qoidasini tushuntiring:

◆ BIRINCHI 4 SOAT DAVOMIDA BERISH LOZIM BO'LGAN ORV MIQDORINI ANIQLANG.

Qancha ORV berishni aniqlash uchun B Rejaning sxemasidan foydalaning. Jadvalda suyuqliklarning taxminiy miqdori ko'rsatilgan. ORV ning tavsiya etilgan miqdorini aniqlash uchun bolaning vazniga (vazni noma'lum bo'lsa, yoshiga) mos keluvchi ustunga qarang. Masalan, vazni 5 kg bo'lgan bola birinchi 4 soatda, odatda, 200 — 400 ml ORV eritmasiga muhtojdir.

Jadvalda ko'rsatilgan miqdorlardan tavsiya deb bilib foydalanish lozim. Zarur bo'lgan ORV miqdori bolaning vazni va yoshiga, suvsizlanish darajasi va regidratatsiya paytida bolaning ichi necha marta kelganiga bog'liqdir. Bola, odatda organizmi qancha talab qilsa, shuncha ichishni xohlaydi. Mabodo, bola, tavsiya etilganidan ko'proq yoki kamroq ichishni xohlasa, unga suyuqlikni xohishiga qarab bering.

Romkaning tagida tavsiya etiladigan ORV miqdorini (ml — da) aniqlashning yana bir usuli bayon etilgan. Bolaning vaznini (kg —da) 75ga ko'paytiring. Masalan, vazni 8 kg bo'lgan bolaga 4 soat ichida:

8 kg x 75 q 600 ml ORV eritmasi,

Olingan natija jadvalda tavsiya etilgan miqdorga teng ekanligiga e'tibor bering. Jadvaldan foydalansangiz bunday hisoblarga ehtiyoj qolmaydi.

ORV eritmasini tayinlash, ko'krak so't i emadigan bolaning ovqatlanishiga halaqit bermasligi kerak. Mabodo, bolaning qorni ochgan bo'lsa, ona ORV eritmasi berishni to'xtatib, bolani emizishi, so'ng esa ORV eritmasi bilan davolashni davom ettirishi lozim. 6 oylikkacha bo'lgan, faqat ko'krak so't ining o'zi bilan ovqatlanmaydigan go'daklarga, birinchi 4 soat davomida, ORV eritmasiga qo'shimcha ravishda, ona 100 — 200 ml toza suv berishi lozim. Ko'krak so't i va suv go'dakda gipernatriemiyaning oldini olishga yordam beradi.

◆ ORV ERITMASINI QANDAY BERISH KERAKLIGINI ONAGA KO'RSATING.

Tibbiy muassasada qulay xona topib, bolali onani o'tqazing. Kelgusi 4 soat davomida ona farzandiga qancha ORV eritmasidan berishi lozimligini unga tushuntiring. Suyuqlik miqdorini unga stakanlarda ko'rsating. Mabodo, bola 2 yoshdan kichik bo'lsa, qoshiq bilan qanday tez — tez ichirish kerakligini onaga ko'rsating. Mabodo, bolaning yoshi kattaroq bo'lsa, onaga eritmani piyoladan qanday qilib qultumlab berishni ko'rsating. Ona bir necha qoshiq yoki qultumlarni bolaga berguncha, uning yonida o'tirib turing. So'rang, unda savollari bormi.

Mabodo, bola qayt qila boshlasa, ona 10 mino't cha ko't ib turib, so'ng yana ORV eritmasi bilan davolashni asta — sekinlik bilan davom ettirishi mumkin.

Bola emishni istagan zaxoti unga ko'krakni berishi lozimligini onasiga tushuntiring. Bola ko'krakni emib bo'lishi bilan ORV eritmasi yordamida davolashni yana boshlang.

V REJA: OG'IR SUVSIZLANISHGA ZUDLIK BILAN DAVO QILING.

Og'ir suvsizlangan bolalar yo'qotgan suv va tuzlar o'rnini tezdan to'ldirishga mux — tojdirlar. Odatda, bu maqsad uchun venaga yuboriladigan (VI) suyuqliklar qo'llanadi.

Venaga yuboriladigan suyuqliklar va nazogastral (NG) zond yordamida regidratatsiya terapiyasini amalga oshiradigan faqat OG'IR SUVSIZLANGAN bolalardagina o'tka — zish tavsiya etiladi.

Og'ir darajadagi suvsizlanishga davo qilish:

• Sizning ambulatoriyangiz yoki yaqin atrofdagi kasalxona yoki statsionardagi asbob — uskunalarga,

• Sizning tayyorligingiz

• Bolaning suyuqlik icha olish yoki icha olmasligiga bog'liq.

Og'ir suvsizlangan bolani o'z tibbiy muassasangizla V Reja asosida davolashni o'rganib olish uchun, siz tegishli vaziyatga mos keluvchi Ilovani o'qib, o'rganib chiqi — shingiz lozim(112 — betga qarang).

A ILOVA

NAZOGASTRAL ZOND YORDAMIDA REGIDRATATSIYA O'TKAZISH.

1. Toza, rezina yoki plastikdan yasalgan nazogastral zondan foydalaning. Bolalar uchun diametri 2,0 — 2,7 mm, kattalar uchun esa 4,0 — 6,9 mm bo'lgan zondlardan foydala — ning.

2. Bemorni chalqancha yotqizib, boshini bir oz ko'taring. YOshi kattaroq bolalar va kattalar davolash paytida o'tirishni afzal ko'radilar.

3. YUborayotgan zondingizning uzunligini, zondning uchini kindikdan sal balan — droq to't ib turib, o'lchab oling. So'ngra, zondni quloqdan burunning uchiga qarab torting. Zondning burun uchiga tegib turgan joyini yopishqoq lenta bilan belgilang. Bu belgi burunning uchidan oshqozongacha zondning uzunligi qancha bo'lishi kerakligini bildi — radi.

4. Zondga suvda eruvchi moylovchi modda yoki oddiy suv surting, yoglardan foydalan-mang.

5. Zondni burunning katta kerilgan katta giga kiriting. Zondni ehtiyotlik bilan halqumning orqa devoriga tekkuncha kiriting. Har safar bemor yo't inganda, zondni 3,5 sm kiriting. Mabodo, bemor uxlamayotgan bo'lsa, bir oz suv ichishini so'rang.

6. Mabodo, bemor bo'g'ilib, tez —tez yo'tala boshlasa yoki nolib nafas oladigan bo'lsa, chamasi zond traxeyaga ketib qolgan. Yo'tal to'xtab, bemor o'zini yaxshi his qiladigan bo'lguncha zondni orqaga 2 — 4 sm torting. Bir mino't cha ko't ib, so'ngra zondni yana kiri — tishga harakat qiling.

7. Bemor har safar yo't inganda zondni yopishqoq lenta bilan belgilangan joyi bu — run damiga kelguncha kiritib boring. Bemorga qulay va u yo'talmaydigan bo'lsa, zond oshqozonda bo'lishi kerak.

8. Bemorning og'ziga qarang va zond halqumning orqa devoriga taqalib turmagan — ligini tekshirib ko'ring. Zondga, unga shprints ulab, biroz me'da shirasidan tortib olib ko'ring —da, uning oshqozonda turganiga ishonch hosil qiling. Siz stetoskopni bemor tanasining kindikdan sal yuqorirog'iga qo'yib ham buni tekshirishingiz mum — kin. Zondga shprints yordamida havo yuboring. Havo oshqozonga qanday tushayotganligini eshitib ko'ring.

9. Zondni bemorning yuziga yopishqoq lenta bilan mahkamlang va venaga suyuqlik yuborish uchun mo'ljallangan trubkalar yordamida ORV eritmali shishaga ulang. Quyish tezligini soatiga 20 ml/kg yoki bundan kamroq qilib sozlab qo'ying.

10. Sizda venaga suyuqlik yuborishga ishlatiladigan shisha bo'lmasa, shprintsdan (porsheni olingan), idish sifatida foydalanish mumkin. SHprintsni bemorning boshi ustida ushlab, unga ma'lum vaqt oralab ORV eritmasidan quynb turing.

B ILOVA

ORT BURCHAGI

ORT burchagi — bu tibbiy muassasada oral regidratatsion terapiya (ORT) o'tkazish uchun ajratilgan joydir (ORT). ORV eritmasi bilan davolanishga muhtoj bo'lgan bo — lalar onalari bilan birga, bir necha soat davomida tibbiy muassasada bo'ladilar, shuning uchun ham bunday burchak bo'lishi juda zarur.

ORT burchagida diareyali bemor bo'lmagan paytda, bunday burchakdan boshqa kasal — liklarga davo qilish uchun foydalanish mumkin. SHunday qilib, xona bo'sh qolmaydi. Qulay joylashgan va mos ravishda asbob — uskunalari bilan ta'minlangan ORT bur —

chagi tibbiy xodimlarga suvsizlangan bemorlarni davolashni engillashtirishga yordam beradi.

ORT burchagi:

- Tibbiy xodimlar tez —tez xabar olib turadigan xonada joylashgan, lekin yo'l ustida bo'lmasligi lozim. SHunday bo'lgan taqdirda tibbiy xodimlar bolani davola — nishini kuzatib, onaga dalda berib turishlari mumkin.

- Suv manbaiga yaqin joylashgan bo‘lishi kerak.
- Hojatxona va yuvinish xonalariga yaqin bo‘lishi lozim.
- Qulay va yaxshi shamollatiladigan bo‘lishi kerak.
- Bolalar uchun krovat bo‘lishi kerak
- Bolalar tarozisi bo‘lishi kerak.

ORT burchagi quyidagicha jihozlanishi lozim:

- ORV eritmasini tayyorlash va sarflanadigan materiallarni saqlash uchun stol.
- Sarflanadigan materiallarni saqlash uchun tokchalar.
- Bolasi davolanayotgan paytda onasi bemalol o‘tirishi uchun suyanchiqli stullar yoki skameyka.

- ORV eritmali idishni ona bemalol qo‘yib qo‘ya oladigan kichikroq stol.

ORT burchagi qo‘yidagi sarflanadigan materiallar bilan ta‘minlangan bo‘lishi lozim.

Quyida haftasiga 25 — 30 diareyali bemorni qabul qiladigan tibbiy muassasada sarflanadigan materiallar sanab o‘tilgan.

■ ORV paketlari (oyiga kamida 300 paket).

• Bir paket ORV —dan eritma tayyorlash uchun zarur hajmdagi suvni sig‘dira oladi —gan, 6 ta bir litrlik bankalar, shu jumladan, ona uyidan keltirgan idishlar.

- 6 ta piyola
- 6 ta qoshiqcha
- 2 ta tomizg‘ich (go‘daklar uchun, qoshiqdan ko‘ra osonroq bo‘ladi).
- Diareyali bolani qanday davolash kerakligini onaga eslatib turadigan karta yoki bukletlar

(Onaga Eslatma kabilar). Har bir onaga uyga olib ketishi uchun Eslatma

I beriladi.

■ Sovun (qo‘l yuvish uchun)

■ Keraksiz narsalar tashlanadigan savatcha

ORT burchagiga axborot beradigan plakat osib qo‘yish lozim. ORT burchagida onalar uzoq vaqt bo‘lganlari uchun, kasalliklarning oldini olishga doir plakatlarni o‘rganib chiqishga ularda yaxshi imqon bo‘ladi.

Onalar diareya va suvsizlanishga davo qilish va bularning oldini olishga doir plakatlarga qiziqadilar. Plakatlarda ORT burchagi to‘g‘risida toza suvdan foydalanish, bolani emizib boqish, oziq — ovqat mahsulotlari, qo‘llarni yuvish, hojatxonadan

foydalanish va bolani tibbiy muassasaga qachon olib kelish haqida ma‘lumotlar bo‘lishi kerak. Boshqa plakatlarda emlashlar haqida ma‘lumot bo‘lishi kerak.

Onalarga ma‘lumot berish uchun birgina plakatlarning o‘zi kamlik qiladi. Tibbiy xodimlar imqon bo‘lsa, Onaga Eslatma yordamida, onalarga maslahat berishlari ham lozim V - 1 ILOVA MABODO, SIZ VENAGA (VI) SUYUQLIK YUBORIB DAVOLAY OLSANGIZ..

Вена ичига суюқлик юборишни зудлик билан бошланг. Бола ича олса, суюқликни венага юбориш билан бирга ОРВ эритмасини ичишга беринг. Физиологик эритмани 100млФкг миқдорда қуйидагича юборинг:

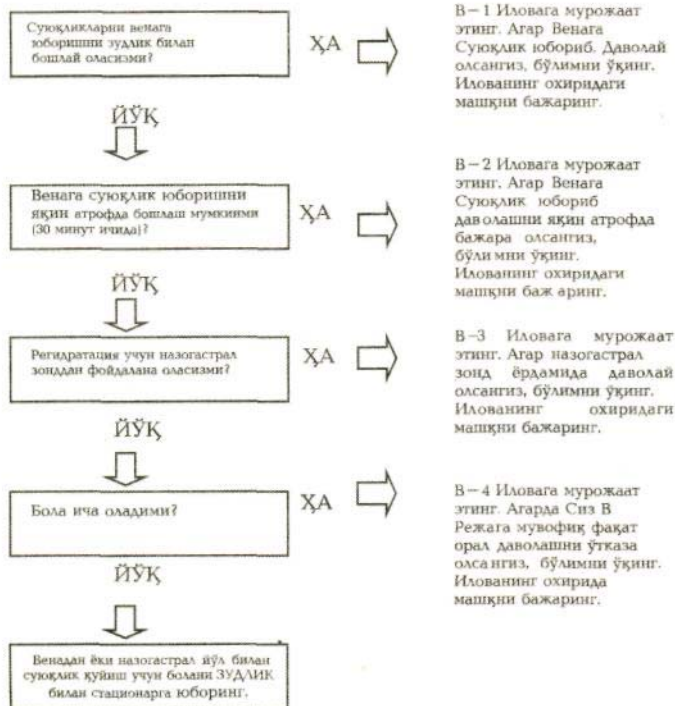
Ёши	Авғал 30млФкг беринг, соатда:	Сўнг 70млФкг беринг, соатда:
Бир ёшгача бўлган гўдаклар (12 ойли қдан кичик)	1 соат	5 соат
Бир ёшдан катта болалар (12 ойлиқдан 5 ёшгача)	30 минут	2 ¹ / _F 2 соат

- Агарда, билақда пульс заиф бўлса ёки аниқланмаса, қайтаринг.
- Боланинг аҳволини ҳар 1–2 соатда қайта баҳоланг. Мабодо, гидратация ҳолати яхшиланмаса, венага суюқлик юборишни тезлаштиринг.
- Бола ича олиши билан ОРВ ни ичишга беринг (соатига 5 млФкг атрофида: одатда 3–4 с оатдан сўнг (бир ёшгача болаларга) ёки 1–2 соатдан сўнг (бир ёшдан катта болаларга).
- Кўкрак ёшидаги боланинг аҳволини 6 соатдан сўнг, бир ёшдан катта боланинг аҳволини эса, 3 соатдан сўнг қайта баҳоланг. Сувсизланиш даражасини таснифланг. Сўнг даволашни давом эттириш учун мос келадиган режани (А, Б ёки В) танланг.

В Режа: Оғир сувсизланишга зудлик билан даво қилинг.

Ё СТРЕЛКАЛАР КўРСАТИШЛАРИГА АМАЛ ҚИЛИНГ. ЖАВОБ «ҲА» БЎЛСА—ЎНГА, «ЙЎҚ» БЎЛСА— ПАСТГА ҚАРАНГ.

ШУ ЕРДАН БОШЛАНГ.



V Rejaning ushbu qismidagi ba'zi atamalar siz uchun yangi bo'lishi mumkin. V Rejada ishlatilgan atamalarni tushunish uchun quyida keltirilgan izohlarni o'qib chiqing.

- Kapelnitsa termini venaga suyuqlik yuborish uchun zarur bo'lgan moslama va eritmani anglatadi.

"Venaga suyuqlik yuborish tezligi" atamasi venaga yuborilayotgan suyuqlikning bir mino'tdagi tomchilar sonini anglatadi.

"Kapelnitsani o'rnatish paytida" atamasi, siz moslamani va venaga yuboriladigan suyuqlikni tayyorlab, ninani bolaning venasiga tiqquncha kerak bo'lgan vaqtni anglatadi.

■ GIDRATATSIYA HOLATI atamasi bolaning normal gidratatsiyalanganini yoki suv — sizlanganmi va buning darajasini anglatadi. Kasalligi SUVSIZLANISH YO'Q deb tasniflangan bola, suvsizlanish belgilari paydo bo'ladigan darajada suyuqlik yo'qotmagan. Kasalligi O'RTACHA SUVSIZLANISH yoki OG'IR SUVSIZLANISH deb tasniflangan bolaning organizmida suyuqlik odatdagidan kam

bo'ladi.

Bolaning gidratatsiya holatini baholash uchun BAHOLANG va TASNIFLANG sxemasida keltirilgan belgilardan foydalaning.

- RADIAL PULS atamasi bilak arteriyasida aniqlanadigan pulsni anglatadi. Bilak arteriyasi— bu qo'lning bosh barmoq tomonidagi asosiy qon tomiridir.

Og'ir Suvsizlanishda Venaga Suyuqlik YUborib Davolang.

OG'IR SUVSIZLANISHDA venaga suyuqlik yuborib davo qilar ekansiz, bolaga tezda I katta miqdorda suyuqlikni bergan bo'lasiz.

Suyuqlik organizmdan katta miqdorda yo‘qolgan suyuqliklarning o‘rnini bosadi.

Venaga darhol V Rejada ko‘rsatilgan hajmda, suyuqlik yuborib davolashni boshlang.

Agarda bola icha olsa, venaga suyuqlik yuborgunga qadar, ORV ni ichishga bering.

So‘ngra,

tezlik bilan (go‘daklar uchun 60 mino‘t ichida, bolalar uchun 30 mino‘t ichida) venadan yuboriladigan suyuqlikning birinchi porsiyasini bering (30 mlG‘kg). Bu—qon hajmini tiklab, shokdan o‘lish hollarining oldini olishga imqon beradi. So‘ngra, regidratatsiyani yakunlash uchun, sekinroq 70 mlG‘kg suyuqlik bering.

Venaga suyuqlik yuborib davolayotganingizda bolaning ahvolini har 1—2 soatda baholang. Bola etarli hajmda venaga suyuqlik olayptimi — yo‘qmi, aniqlang.

misol

Quyidagi misolda, venaga suyuqlik yuborib davolay olsangiz, OG‘IR SUVSIZLA-NISHLI bolani, qanday davolash kerakligi bayon etilgan.

6 oylik (9 kg) Emmaning kasalligi OG‘IR SUVSIZLANISH; KAMVAZNLIK YO‘Q yoki ANEMIYA YO‘Q deb tasniflangan. Qizcha icha olmaydi, lekin unda boshqa kasallik tasniflari yo‘q. Tibbiy muassasa venaga suyuqlik yuborib da -volash uchun jihozlangan, SHuning uchun ham, tibbiy xodim qizchani V Reja asosida, venaga suyuqlik yuborib davolashga qaror qildi.

Birinchi soat ichida tibbiy xodim Emmaning venasiga 270 ml (30 ml x 9kg) fiziologik eritma yubordi. Kelgusi besh soat ichida u qizchanning venasiga 630 ml (70ml x 9kg), ya‘ni soatiga taxminan 125 ml —dan, suyuqlik yubordi. Tibbiy xodim bolaning gidratatsiya holatini (ya‘ni, suvsizlanish darajasini) har 1 -2 soatda baholab turdi. Qizchanning gidratatsiya holati yaxshilanib bordi, shu-ning uchun ham tibbiy xodim Emmaga suyuqlik yuborishni bir maromda davom ettirdi.

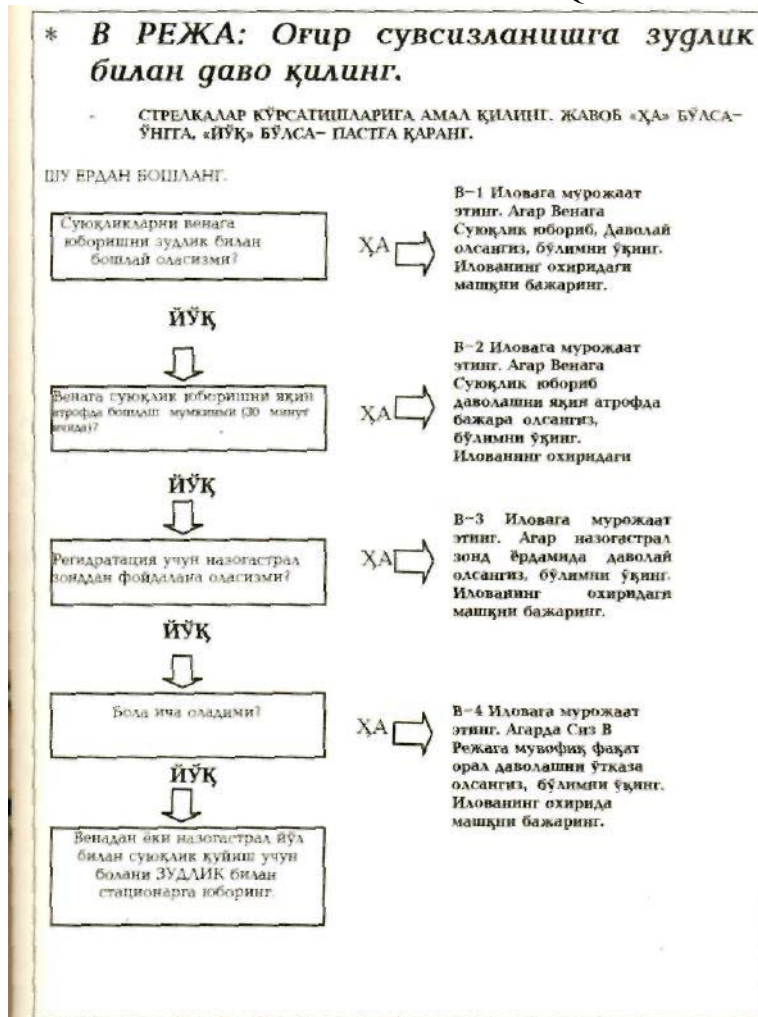
4 soatdan so‘ng Emma icha boshladi. Tibbiy xodim venadan suyuqlik yuborishni davom ettirdi va soatiga taxminan 45 ml miqdorda ORV eritmasini qizchaga ichirdi.

Venadan suyuqlik yuborib, 6 soat davolashdan so‘ng tibbiy xodim qizchanning suvsizlanish darajasini qayta baholadi. Bolaning ahvoli yaxshilandi va uning kasalligi O‘RTACHA SUVSIZLANISH deb tasniflandi. Tibbiy xodim davolashni davom ettirish uchun B Rejani tanladi. Tibbiy xodim venadan suyuqlik yuborishni to‘xtatdi. U Emmaga ORV eritmasini B Reja asosida bera boshladi.

Laktat — Ringer eritmasini yuborish maqsadga muvofiq, chunki fiziologik erit- 1 mani yuborsa ham bo‘ladi, ammo u diareya tufayli yo‘qotilgan kaliyni o‘rnini qoplay olmaydi, shu bilan birga atsidozni ham tuzata olmaydi. Glyukoza va dekstrozalarni og‘ir suvsizlanishni davolashda ishlatish man etiladi.

Agarda vena ichiga suyuqlikni yuborishni imqon i bo‘lmasa, bemorni zudlik bilan shifoxonaga jo‘natish lozim. SHifoxonaga transportirOvqat qilish 30 daqiqadan ko‘p-roq vaqtni oladigan bo‘lsa suyuqlikni zond orqali berilishi kerak.

V-2 ILOVA AGAR SIZ VENAGA SUYUQLIK YUBORIB, DAVOLAY



OLMASANGIZ.

Siz o‘zingizning tibbiy muassasangizdavenaga suyuqlik yuborib davolay olmaysiz. Ammo, venaga suyuqlik yuborib davolashni yaqin atrofdagi (30 mino’t lik yo‘l) dagi tibbiy muassasada yoki statsionarda o‘tkazish mumkin. V Rejaning, xuddi ana shunday vaziyat bayon etilgan bo‘limini o‘qing. Og‘ir suvsizlanishli bolani zudlik bilan yaqin atrofdagi statsionarga yuboring.

Bola icha olsa, farzandiga ORV eritmasini qanday berish kerakligini onasiga ko'rsating. Ona stasionarga borish yo'lida eritmani bolasiga ichirib borishi kerak.

Mabodo, siz nazogastral (NG) zond yordamida davolay olsangiz.

■ Zond yordamida (yoki og'iz orqali) ORV eritmasi bilan regidratatsiya qilishni boshlang: 6 soat mobaynida 20 ml/kg/soat miqdorida (hammasi bo'lib 120 ml/kg) bering.

• Bolaning ahvolini har 1—2 soatda qayta baholang.

— Mabodo, bola yana qayt qilsa yoki qorin shishishi ko'paysa, suyuq — likni sekinroq bering.

— Mabodo, 3 soatdan so'ng bolaning gidratatsiya holati yaxshilanmasa, bolani venaga suyuqlik yuborib davolash uchun yo'llang..

• Bolaning ahvolini 6 soatdan so'ng qayta baholang. Suvsizlanish dara — jasini baholang.

So'ngra, davolashni davom ettirish uchun, mos keladigan rejani (A, B yoki V) tanlang.

ILOVA:

• Regidratatsiya tugegandan so'ng, ona ORV ni og'iz orqali berib, gidrata —siyani davom ettira olishiga ishonch hosil qilmaguncha, iloji bo'lsa, kamida 6 soat davomida, bolani kuzating.

Nazogastral yo'l bilan YUborilgan Suyuqlik Hajmini va Bolaning Gidratatsiya Holatini kuzating.

OG'IR SUVSIZLANISHLI bolani regidratatsiya qilayotganingizda siz unga yubo — rilayotgan suyuqlik hajmini kuzatib borishingiz lozim. Siz quyida keltirilgan shaklga o'xshash shakldan foydalanishingiz mumkin.

Ma'lum vaqt ichida bemorga yuborilgan suyuqlik hajmini yozib qo'yish uchun shakl-ning 4 ustuni bor.

1. Vaqt: Nazogastral zond orqali yuborgan suyuqlik xajmini qachon tekshi-rishingiz kerakligini yozing. Siz yuborilayotgan suyuqlik hajmini har soatda, 6 soat davomida tekshirishingiz lozim.

2. O'rnatilgan paytdagi hajmi: Nazogastral zond orqali suyuqlik yubora bosh — lashingiz bilan, shisha yorlig'idagi suyuqlik hajmini yozib qo'ying. Hajm idishda ko'rsatilgan bo'lishi kerak. Nazogastral suyuqlikli idishni almashtirayotganin — gizda har safar hajmni siz shakldagi tegishli chiziqqa yozib qo'yishingiz lozim.

3. Taxminan qolgan hajmi: Nazogastral suyuqlikdan ko'rsatilgan vaqtda qancha qolibdi, tekshirib ko'ring. Qolgan hajmni aniq o'lchab bo'lmaydi. SHuning uchun hajmni 10 ml —gacha yiriklashtiring (masalan —220 ml, 230ml, 240ml va hokazo deb). Taxminiy xajmni shaklga yozib qo'ying.

4. YUborilgan hajm: Ko'rsatilgan vaqt ichida bolaga yuborilgan nazogastral suyuqlikning hajmini hisoblab chiqing. Buning uchun "O'rnatilgan paytdagi haj — mdan" "Qolgan hajmni" ayirib tashlang. Hosil bo'lgan ayirma ko'rsatilgan vaqt ichida, nazogastral zond orqali bolaga yuborilgan suyuqlikning hajmiga teng bo'ladi. Olingan hajmni shaklga yozib qo'ying.

Ma'lum vaqtdan keyin suyuqlik sathi qancha pasayishi kerakligini shu suyuqlik idishida ruchka yoki yopishqoq lenta yordamida belgilab qo'yish maqsadga muvofiqdir. Masalan, birinchi 30 yoki 60 mino't da, har soatda yoki 3 yoki 6 soatdan so'ng suyuqlik sathining qaerda bo'lishi lozimligini belgilab qo'ying. Bu sizga suyuqlik yuborish tezligini sozlashga yordam beradi. Har soatda nazogastral suyuqlikni kerakli haj — mida yuborish uchun, bir mino't dagi tomchilar sonini to'g'irlab qo'ying.

MISOL

Quyida, tibbiy muassasada, 6 soat ichida bemor A olgan nazogastral suyuqliklar hajmini yozish uchun taxminiy shakl keltirilgan. Tibbiy xodim soat 11:00 dan boshlab, nazogastral zond yordami

Вақт (соат)	Ўрнатилган пайтдаги ҳажми (мл)*	Тахминан қолган ҳажми (мл)	Юборилган ҳажми (мл)
11:00	1000 мл	800 мл	200
12:00		600 мл	400
13:00		400 мл	600
14:00		200 мл	800
15:00		0 мл	1000
16:00		800 мл	1200
17:00			

*Ҳар бир янги шиша учун бошланғич ёки қўшимча ҳажм.



da

bolaga 200 ml ORV eritmasidan (20 ml x 10 kg) yuborgan

Bola ahvolini har 1 — 2 soatda qayta baholang.

Venaga yuboriladigan suyuqliklar uchun taxminiy shakl

* Mabodo bola tez — tez qayt qilsa yoki qorni shisha boshlasa, nazogastral zond orqali suyuqlikni sekinroq yuboring.

* Mabodo, 3 soatdan so‘ng bolaning ahvoli yaxshilanmasa, bolani vena ichiga suyuqlik yuborish uchun, statsionarga yuboring.

* Mabodo, bolaning ahvoli yaxshilansa, nazogastral zond orqali suyuqlik yuborish — ni 6 soat mobaynida davom ettiring.

Suvsizlanish Darajasini Qayta Baholab, Mos Keladigan Davo Rejasini Tanlang

Nazogastral zond orqali suyuqlik yubora boshlaganingizga 6 soat bo‘lgandan so‘ng boladagi suvsizlanish darjasini qayta baholang. Suvsizlanishni tasniflang. Davoni davom ettirish uchun mos keladigan Reja (A, B va V Reja) ni tanlang.

Bola to‘liq regidratatsiyalanib, va uning ahvoli SUVSIZLANISH YO‘Q deb tas — niflanganidan so‘ng, iloji bo‘lsa bolani tibbiy muassasada yana 6 soatga qoldiring. Bu vaqt davomida ona farzandiga, A Reja asosida, qo‘shimcha suyuqlik berishi lozim. Di — areya paytida organizm yo‘qotgan suyuqlikning o‘rnini to‘ldirish uchun onaning etarli bo‘lgan miqdorda suyuqlik berishini kuzating va nazorat qiling. SHuningdek, bolani ovqatlantirishni

davom ettirish lozim. Vaqti — vaqti bilan bolaning ahvolini tek — shiring va suvsizlanish belgilari qayta paydo bo'lmashiga e'tibor bering.

Mabodo, sizning tibbiy muassasangizga OG'IR SUVSIZLANISHLI bola kelsayu, venadan yoki nazogastral zond bilan suyuqlik berib davolay olmasangiz, so'rang, bola icha oladimi.

- ◆ Bola icha olsa, siz oral regidratatsiya o'tkazishga xarakat kilib ko'rishingiz mumkin.

- ◆ Mabodo, bola icha olmasa, siz uni zudlik bilan yaqin atrofdagi, venadan quyib yoki nazogastral yo'l bilan davolashni o'tkazish uchun jixozlangan, ambulatoriya yoki statsionarga yo'llang. Mabodo, bola suyuqlik olmasa, u nobud bo'ladi.

V Rejaning bu qismidagi ba'zi atamalar siz uchun yangi bo'lishi mumkin. Quyida keltirilgan izohlar ularning ma'nosini yaxshi tushunishingizga yordam be — radi.

- Qorin shishi — qorin o'lchamlarining kattalashuvini bildiradi. Teri cho'ziladi.

- Gidratatsiya holati — bola normal gidratatsiyalanganini yoki suvsizlanish borligini va uning darajasini bildiradi. Ahvoli SUVSIZLANISH YUQ deb tasniflangan bola, suvsizlanishning belgilari paydo buladigan darajada suyuqlik yo'qotgan emas. Kasalligi O'RTACHA SUVSIZLANISH deb tasnif etilgan bolaning organizmida suyuqlik odatdagidan kamroq bo'ladi.

Bolaning gidratatsiya holatini baxolash uchun BAHOLANG va TASNIFLANG sxemasidagi belgilardan foydalaning.

YUborilayotgan ORV eritmasi hajmini kuzatib boring.

Mabodo, siz bolada oral regidratatsiya o'tkazayotgan bo'lsangiz, yuborilayotgan ORV eritmasi hajmini kuzatib borishingiz lozim. Bolaga soatiga 20 mg/kg qisobidan, 6 soat davomida suyuqlik bering.

6 soatdan so'ng siz bolaga ORV eritmasidan hammasi bo'lib 120 ml/kg bergan bo'li — shingiz lozim.

Bolaning gidratatsiya holatini har 1—2 soatda qayta baholab boring.

- Mabodo bola tez — tez qayt qilsa yoki qorni tez shisha boshlasa, nazogastral su — yuqlikni sekinroq yuboring.

- Mabodo, 3 soatdan so'ng bolaning suvsizlanishi kamaymasa, bolani venadan su — yuqlik berib davolash uchun statsionarga yuboring.

Eslab qoling:

Mabodo, bola icha olmasa, zudlik bilan uni venaga suyuqlik yuborib yoki nazogastral usulda davolash uchun asbob-anjom bilan jihozlangan yaqin-atrofdagi am-bulatoriya yoki statsionarga yuboring.

Mabodo, bola suyuqliklar olmasa, u nobud bo'ladi.

G - ILOVA OG'IR SUVSIZLANISHDA VENAGA SUYUQLIK YUBORIB DAVOLASH.

1. Suyuqlik yuborish texnikasi.

Venaga suyuqlik yuborish texnikasi faqat tajribali mo't axassis ko'rsatib berganidan keyingina amadda namoyish etib o'zlashtirilishi mumkin. Faqat o'qib chiqqan tibbiy xodimlargina venaga suyuqlik yuborib davolash ishini bajarishlari mumkin. Quyida bir necha umumiy qoidalar keltirilgan:

Venaga suyuqlik yuborib davolash uchun ishlatiladigan ninalar, naycha, shishalar va suyuqliklar steril bo'lishi kerak.

Venaga suyuqlik yuborib davolash uchun, har bir yuzasi qulay venadan foydalanish mumkin. Eng qulaylari — bu qo'l ichki yuzasi, tirsagi damidagi yoki kaftning orqa tomonidagi venalardir. Go'daklarda eng qulaylari boshning yon tomonida joylashgan venalardir.

Bo'yin venalaridan yoki venani topish uchun tilib ko'rish usuli odatda qo'llanil-maydi va ulardan iloji boricha foydalanmaslik kerak.

Zudlik bilan reanimatsiya o'tkazish kerak bo'lsa, ninani son venasiga kiritish mumkin, Nina kiritilgan joyida qo'zg'almay turadigan bo'lishi va iloji boricha tezroq olib tashlanishi lozim.

OG'IR SUVSIZLANISH hollarida ba'zan ikkita venaga nina kiritish zarurati tug'iladi. Ikkinchi venaga suyuqlik yuborishni, bemorning gidratatsiya holati yaxshila-nishi bilan, to'xtatish mumkin,

Venaga yuboriladigan suyuqlik quyilgan shishalarning turli sathlariga belgilar qo'yib qo'yish o'rinlidir, shunda, qancha vaqt ichida shishadagi suyuqlik sathi qancha past tushishini kuzatib borish mumkin bo'ladi. Bir minotdagi tomchilar sonini soatiga kerakli hajmdagi suyuqlik yuboriladigan qilib to'g'irlab oling.

2. Venaga YUboriladigan Suyuqliklar.

Venaga yuborish uchun turli eritmalar mavjud bo'lishiga qaramay, ularning ham-masida ba'zi elektrolitlar og'ir suvsizlangan bemorlarni davolash uchun zarur qon -sentratsiyada bo'lmaydi. Kerakli elektrolitlar o'rni to'ldirish uchun, bemor icha o'ldigan bo'lishi bilan o'nga, venadan suyuqlik yuborib davolash davom etayotgan bo'lsa ham, oz — ozdan ORV eritmasi bera boshlash lozim. Quyida, venaga quyish uchun tavsiya etiladigan va tavsiya etilmaydigan eritmalarining qisqacha izohi keltirilgan.

Tavsiya etiladigan Eritma.

Normal Fiziologik Eritma, shuningdek Izotonik eritma deb ham ataladi, keng tarqalgan.

Tavsiya etilmaydigan eritma.

Glyukoza va Dekstroza eritmaları ishlatilmasligi kerak. Ular organizmni faqat suv va shakar bilan ta'minlaydi. Ularning tarkibida elektrolitlar yo'q. Ular yo'qotilgan elektrolitlar o'rni qoplamaydi va kislotalikni o'rniga keltirmaydi.

D-ILOVA

AGAR STATIONARGA YUBORISHNING ILOJI BO'LMASA

Odatda, og'ir kasallik bilan og'ir bola eng yaxshi davoni stasionarda olishi mumkin.

Ba'zan stasionarga yuborish mumkin bo'lmaydi yoki tavsiya etilmaydi. Stasionar-gacha bo'lgan masofa juda uzoq bo'lishi mumkin; stasionarda bo'lgan asbob — anjomlar bo'lmashligi yoki uning xodimlari yosh bolalarni parvarishlay olmasligi mumkin; trans-port vositasi bo'lmashligi mumkin. Ba'zan, ota — onalar, tibbiy xodimlarning barcha tushuntirishlariga qaramay, farzandlarini stasionarga olib borishdan bosh torta-dilar.

Mabodo, stasionarga yuborishning iloji bo'lmasa, siz bolani davolash uchun oilaga qo'lingizdan kelgan barcha yordamni ko'rsatishingiz lozim. Stasionarga yuborishning iloji bo'lmagan og'ir kasal bolalar o'rtasidagi o'lim hollarini kamaytirish uchun, siz bolani bir kunda bir necha marta ko'zdan kechirib turish uchun uni ambulatoriyada yoki yaqin atrofda qoldirishga ota — onasini ko'ndirishingiz kerak. Agarda, buning iloji bo'lmasa, uyga borib ko'rishni tashkil eting.

Juda betob bolani stasionarga yo'llashning iloji bo'lmaganda, og'ir tasnifli kasalliklarga qilinadigan davo turlari quyida bayon etilgan. Bu ilova ikki kismga bo'lingan: "Asosiy parvarish" va Davolash uchun ko'rsatmalar: Stasionarga YUborishning Iloji Yo'q, Ogir Kasal Bolalarni Maxsus davolashni Qanday O'tkazish Kerakligi Hakida Tavsiyalar".

Ilovadan foydalanish uchun, birinchi nabatda, bola kasalligining tasnifini to'ping va kerakli asosiy davoni belgilang. So'ngra, BOLANI DAVOLANG sxemasidagi romkalarga va ilovaning ikkinchi kismidagi ko'rsatmalarga murojaat eting. Bolani, kunduzi ma'lum vakt ichida ambulatoriyada yoki uyda davolash kiyin bo'lishi mumkin. Davolash uchun Ko'rsatmalarda turli xil dori preparatlarini 6—soatlik, 8—soatlik va 12—soatlik kilib tayinlash grafigi berilgan.

Esda to'tingki, siz o'zingiz aniqlagan, og'ir bo'lmagan tasniflarni ham davolash uchun zarur. Davoning bu turlari Bemor Bola — YOZUV shaklida yozilgan bo'lishi kerak. Masalan, bolada OG'IR PNEVMONIYA va QULOQNING O'TKIR INFEKSIYASI bo'lsa, siz OG'IR PNEVMONIYANI davolashingiz va QULOQNING O'TKIR INFEKSIYASINI davolash uchun quyidagi ko'rsatmalarga amal qilishingiz zarur.

Juda ogir kasal bo'lgan bola faqat yaxshi jihozlangan, xodimlari maxsus o'qib chiqqan stasionardagina bekamu —ko'st davo olishi mumkin bo'lsa —da, bu ko'rsatmalarga amal qilish kasalxonaga yuborishning iloji bo'lmagan, lekin yuqori xatar ostida qolgan bolalar o'rtasida o'lim hollarining kamayishiga olib kelishi mumkin.

MAVZU : BKIUOB (ICATT). BKIUOB strategiyasi

Unda bolaning ahvolini oziqlanishning buzilishi va kamqonlik bo'yicha qanday baholash kerakligi tasvirlanadi. KAMVAZNLIK

Kasalligi KAMVAZN deb tasniflangan go'dak keyingi kuzatuv uchun 14 kundan keyin tibbiy muassasaga yana kelganida mana bu yo'l-yo'riqlarga amal qiling.

◆ KAMVAZNLIK

14 kundan keyin: Bolani torozuda tortib ko'rib, vazni uning yoshiga nisbatan olinganda hali ham kammi-yo'qmi, aniqlang.

Bolaning ovqatlanishini takror marta baholang. So'ngra "Ovqatlantirish Muammolari yoki KAMVAZNLIK bor-yo'qligini Tekshirib ko'ring" bo'limiga qarang.

◆ Bola og'irligining yoshi uchun kamligi barham topgan bo'lsa, onasini maqtang va davoni davom ettirib borishni unga tavsiya qiling.

◆ Bolaning og'irligi hali ham kam bo'lsa-yu, lekin ovqatlanishi endi mehyoriga tushgan bo'lsa, onasini maqtang. Onasi bolani bir oydan keyin yoki navbatdagi emlash uchun olib kelganida bolani yana tortib ko'rishni so'rang.

◆ Bolada kamvaznlik va uni ovqatlantirishga doir muammolar hali ham qolgan bo'lsa, uni ovqatlantirib borish xususida onasiga maslahat bering. 14 kundan keyin (yoki bolani navbatdagi emlash kuni etganida, lekin 14 kundan kechiktirmay) yana kelishni onasidan iltimos qiling. Bola meyorida ovqatlanib, muntazam ravishda vazniga vazn qo'shib boradigan bo'lgunicha yoki og'irligining yoshi uchun kamligi barham topgunicha uni bir necha hafta davomida kuzatib boring.

Istisno:

Bolani ovqatlantirish yaxshilanishiga ishonchingiz komil bo'lmasa yoki bolaning vazni kamayib qolgan bo'lsa, uni kasalxonaga yuboring.

Go'dakning og'irligi yoshi uchun hali ham kammi, aniqlab oling. SHuningdek, go'dak ahvolini baholashga doir "So'ngra Ovqatlantirish Muammolari yoki Kamvaznlik bor-yo'qligini Tekshirib ko'ring" romkasidagi savollar yordamida bolaning ovqatlanishini takror marta baholang. Bola emadigan bo'lsa, uning emizib boqilishiga baho bering.

◆ Agar bola og'irligining yoshi uchun kamligi barham topgan bo'lsa, go'dakni to'g'ri boqib borgani uchun onasini maqtang. Unga maslahat berib, go'dakni xuddi shu tarzda yoki ahvolni yaxshilash uchun bergan tavsiyalarinigizga asoslangan holda ovqatlantirib borish kerakligini ayting.

◆ Agar bolaning og'irligi hali ham kam bo'lsa-yu, lekin ovqatlanishi endi me'yoriga tushgan bo'lsa, onasini maqtang. Onasi bolani bir oydan keyin yoki navbatdagi emlash uchun tibbiy muassasaga olib kelganida bolani yana tortib ko'rishni undan iltimos qiling. Go'dak yaxshi ovqatlanib, vazniga vazn qo'shib kelayaptimi-yo'qmi, tekshirib ko'rishingiz kerak. Tug'ilganida vazni kam bo'lgan go'daklarning ko'pchiligida ularning og'irligi yoshi uchun kam bo'ladi, lekin ular to'g'ri boqib boriladigan bo'lsa, vazniga vazn qo'shib boradi.

◆ Bolada kamvaznlik va uni Ovqatlantirishga doir muammolar hali ham qolgan bo'lsa, shu muammolar xususida onasiga maslahat bering. Undan 30 kundan keyin go'dakni tibbiy muassasaga yana olib kelishni iltimos qiling. Bola meyorida ovqatlanib, muntazam ravishda vazniga vazn qo'shib boradigan bo'lgunicha yoki og'irligining yoshi uchun kamligi barham topgunicha uni bir necha hafta davomida kuzatib boring.

OG'IZ OQARMASI (MOLOCHNITSA)

Og'zida OQARMASI bo'lgan bola keyingi kuzatuv uchun 2 kundan keyin tibbiy muassasaga yana kelganida mana bu yo'l-yo'riqlarga amal qiling.

OG'IZOQARMASI

2 kundan keyin:

Og'izda yaralar yoki oq dog'lar (oqarmalar) bormi, qarab ko'ring. Bolaning ovqatlanishini takror marta baholang. «So'ngra Ovqatlantirish Muammolari yoki Kamvaznlik bor-yo'qligini Tekshirib ko'ring» bo'limiga qarang.

◆ Agar bolada oqarma kuchaygan yoki uning ko'krak olishi yoxud emishida muamolar bo'lsa, uni kasalxonaga yuboring.

◆ Agar oqarma o'zgarmay turgan yoki kamaygan va bola odatdagicha ovqatlanayotgan bo'lsa, yarmiga suv qo'shib suyultirilgan gensianviolet bilan 5 kun davolashni davom ettiring.

Og'iz oqarmasini tekshirib ko'ring va bolaning ovqatlanishini takror marta baholab chiqing.

◆ Agar go'dakda oqarma kuchaygan yoki uning ko'krak olishi yoxud emishida muammolar bo'lsa, uni kasalxonaga yuboring. Go'dakning davolanib, mumkin qadar tezroq odatdagicha ovqatlanadigan bo'lishi juda muhim.

◆ Agar oqarma o'zgarmay turgan yoki kamaygan va go'dak odatdagicha ovqatlanayotgan bo'lsa, yarmiga suv qo'shib suyultirilgan gensianviolet bilan davolashni davom ettiring. Gensianviolet ishlatishni 5 kundan keyin to'xtating.

TEKSHIRIB KO'RING, OZIQLANISHNING BUZILISHI BORMI?

HAMMA bolalarning ahvolini oziqlanishning buzilishi va kamqonlik bo'yicha baholang.

QARAB KO'RING, bolada ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik belgilari bormi? Yetarlicha to'yib ovqatlanmaslikning o'tkir darajadagi muayyan klinik belgilarini bolani vaznini tortishdan avval yechintirish jarayonida aniq kuzatish mumkin. Buborada kexeksiya va bolalar pellagrasi belgilarini aniqlash muhim ahamiyatga ega, chunki ular kechiktirib bo'lmaydigan ixtisoslashtirilgan parvarishga, jumladan, maxsus ovqatlanish tartibiga, har tomonlama kuzatuvga, antibiotiklarga va boshqa davolash muolajalariga muhtoj bo'ladi. Bu kabi belgilar mavjud bo'lgan bolalar vaznidan qat'iy nazar shoshilinch davolash va parvarish uchun yuborilishi zarur. • Kaxeksiya: yetarlicha, to'yib ovqatlanmaslikning o'tkir darajadagi ushbu shaklida, bola nihoyatda ozib ketgan ahvolda bo'lib, mushaklar va yog' to'qimalarini yo'qotishi

tufayli «teri va suyak» ko'rinishida bo'lib qoladi. Bolaning yuzidagi teri osti yog' qatlami kamaygani tufayli yuzi qariyalarning yuziga o'xshab qoladi, lekin ko'zlaribezovta ko'rinadi. Qovurg'alari ham aniq ko'rinib turadi. Dumba va sonlarining terisi, bola xuddi «qopsifat shim» kiyib olgandek, qatlam-qatlam bo'lib osilibqoladi. Yoshiga nisbatan vazni va bo'yiga nisbatan vazni nihoyatda past bo'ladi. Bolalar pellagrasi – yetarlicha, to'yib ovqatlanmaslikning juda og'ir darajadagi ushbu shaklida, bolaning mushaklari atrofiyaga uchraydi, lekin o'ta ozg'inlik bolaning QARAB, PAYPASLAB KO'RING

§ Og'ir ozg'inlik belgilari bormi?

§ Ikkala oyoq panjalarida shish bormi?

§ Vazni yoshiga mosligini aniqlang.96

umumiy shishgani sababli ko'zga tashlanmasligi mumkin (to'qimalarda ortiqcha suyuqlik to'planishi natijasida yuzaga kelgan shish). Bola odamovi bo'lib qoladi, injiqlik qiladi, ko'rinishi kasalmand bo'lib, ovqat yemaydi. Yuzi dumaloq (shishgani sababli) va sochlari ingichka, siyrak va ayrim hollarda rangsiz bo'ladi. Terisida simmetriya holatidagi rangsiz teri bo'lakchalari kuzatiladi va keyinchalik terisi po'st tashlaydi. Pellagra kasalligi bilan og'rikan bola odatda yetarli vaznga ega bo'lmaydi, lekin shish haqiqiy vaznni yashirishi mumkin (keyingi betda ikkala oyoqning shishini qarang). Kaxeksiya va pellagrani birga kechishi. Bolalar pellagrasi va kaxeksiya ikki xil holatdagi kasalliklardir, lekin ular tarqalgan jamoatlarda, juda og'ir darajadagiyetarlicha ovqatlanmaslik hollarida ikkala holatning belgilari yuzaga keladi. Masalan, bola kaxeksiya holatlarida kuzatiladigan nihoyatda ozg'in bo'lishi mumkin,shu bilan birga bolalar pellagrasi hollarida uchraydigan teri va soch o'zgarishi yokishishlar paydo bo'lishi bilan birga namoyon bo'lishi mumkin. Ko'zga tashlanadigan darajada ozib, holdan toygan bolada marazm - oziqlanish buzilishining og'ir xili bo'ladi. Bunday bola juda ozg'in, teri osti yog' qatlami yo'qolib ketgan bo'ladi, u «qoq suyakdek» bo'lib ko'rinadi. Ba'zi bolalar ko'zga ozg'in

bo'lib ko'rinadiyu, lekin ularda ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik alomatlari bo'lmaydi. Baholashning bu bosqichi ko'zga tashlanadigan, og'ir darajada holdan toygan, tezlik bilan davolash va kasalxonaga yuborishga muhtoj bo'lgan bolalarni aniqlab olishda Sizga yordam beradi. Ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik alomatlarini topish uchun bolaning

kiyimlariniyeching. Yelka, qo'l, dumba va oyoqlarning muskullari madorsizlanib qolganmi-yo'qmi, razm soling. Qarab ko'ring, bola qovurg'alarining chetlari aniq ko'zga tashlanadimi?

Bolaning sonlarini ko'zdan kechirib ko'ring. Ular bolaning ko'kragi yoki qorniga

nisbatan olib ko'rilganida kichik bo'lib ko'rinishi mumkin. Bolaga yon tomonidanqarab, dumbalarida teri osti yog' qatlami bor-yo'qligini tekshirib ko'ring. Bola haddantashqari ozib ketgan bo'lsa, dumbalari bilan sonlarida teri burmalari ko'p bo'ladi. Bola go'yo xalpillab turadigan ishton kiyib olgandek bo'lib ko'rinadi. Ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'in bolaning yuzi hali odatdagicha bo'lib ko'rinishi mumkin. Bolaning qorni katta yoki shishib chiqqan bo'lishi mumkin. **TEKSHIRIB KO'RING, KAMQONLIK BORMI?**

QARAB KO'RING, qo'l kaftlarining oqligi bormi?

Teri rangining oqarib turgani odatda kamqonlik belgisidir.

Qo'l kaftlarining oqarib qolganini aniqlash uchun bolaning kaftlariga nazar soling. Bolaning qo'l kaftini yon tomonidan sal ushlab turib, oching.

Barmoqlarini orqaga qayirmang. Bu qon kelishini to'xtatib qo'yib, kaft rangining oqarib qolishiga sabab bo'lishi mumkin. Kaft terisi oqargan yoki oppoq bo'lib ko'zga tashlanadigan bo'lsa, bolaning qo'l kaftlari sezilarli darajada oqargan deb hisoblanadi.

QARAB, PAYPASLAB KO'RING

Ko'ring,

§ Qo'l kaftlarining oqligi bormi?

Bor bo'lsa, uning darajasi:

-Yaqqolmi?

-O'rtachami?

Bolaning qo'l kaftlari:

Yaqqol oqarganmi? O'rtacha oqarganmi? Oqishlik yo'q

Vaznning yoshga nisbatan mosligi

Bolaning vazni yoshiga to'g'ri kelish-kelmasligini aniqlash uchun uning vaznini shu yoshdagi boshqa bolalarning Vazniga solishtirib ko'rish zarur. Siz vaznining yoshga nisbatini vaznning yoshga to'g'ri kelish-kelmasligini ko'rsatadigan sxemadagi egri chiziqdan pastda turuvchi bolalarni aniqlab olishingiz kerak bo'ladi. Shunday bolalarning vazni ularning yoshi uchun kam deb hisoblanadi. Endi Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining vaznning yoshga mosligini ko'rsatadigan sxemasini o'rganib chiqing. Bolaning vazni yoshiga mosligini aniqlash uchun:

Vazni yoshga nisbatan mosligi bolaning vazni kam yoki juda kam yetishmasligini aniqlash uchun foydalaniladi. Ushbu ko'rsatkich boladagi ortiqcha vazn yoki semizlikni tasniflash uchun foydanilmaydi. Vazni aniqlash oson bo'lgani uchun undan ko'p holatlarda foydalaniladi, biroq bolani yoshini aniqlash qiyin bo'lganda bu ko'rsatkichga ishonch kam bo'ladi. Eslatma: Agar bolaning ikkala oyoq panjalarida shish bo'lsa, bolaning og'irligini oshirib ko'rsatadi va juda kam vazn holatini yashiradi. Bolaning o'sish va rivojlanish kartasiga vaznbo'y va vaznning yoshga nisbatan mosligini ko'rsatuvchi ma'lumotlarni va oyoq panjalrida shish borligini yozib qo'ying. Bu bola to'g'ridan - to'g'ri vazni juda kam bolalar toifasiga kiradi va alohida parvarishga muxtoj. Uch xil turdagi yosh (tug'ilishdan - 6 oygacha, 6 oydan -2 yoshgacha va 2 yoshdan - 5yoshgacha) va alohida o'g'il bolalar va alohida qiz bolalar uchun vazni yoshga nisbatan moslik egrichizig'i keyingi betlarda keltirilgan.

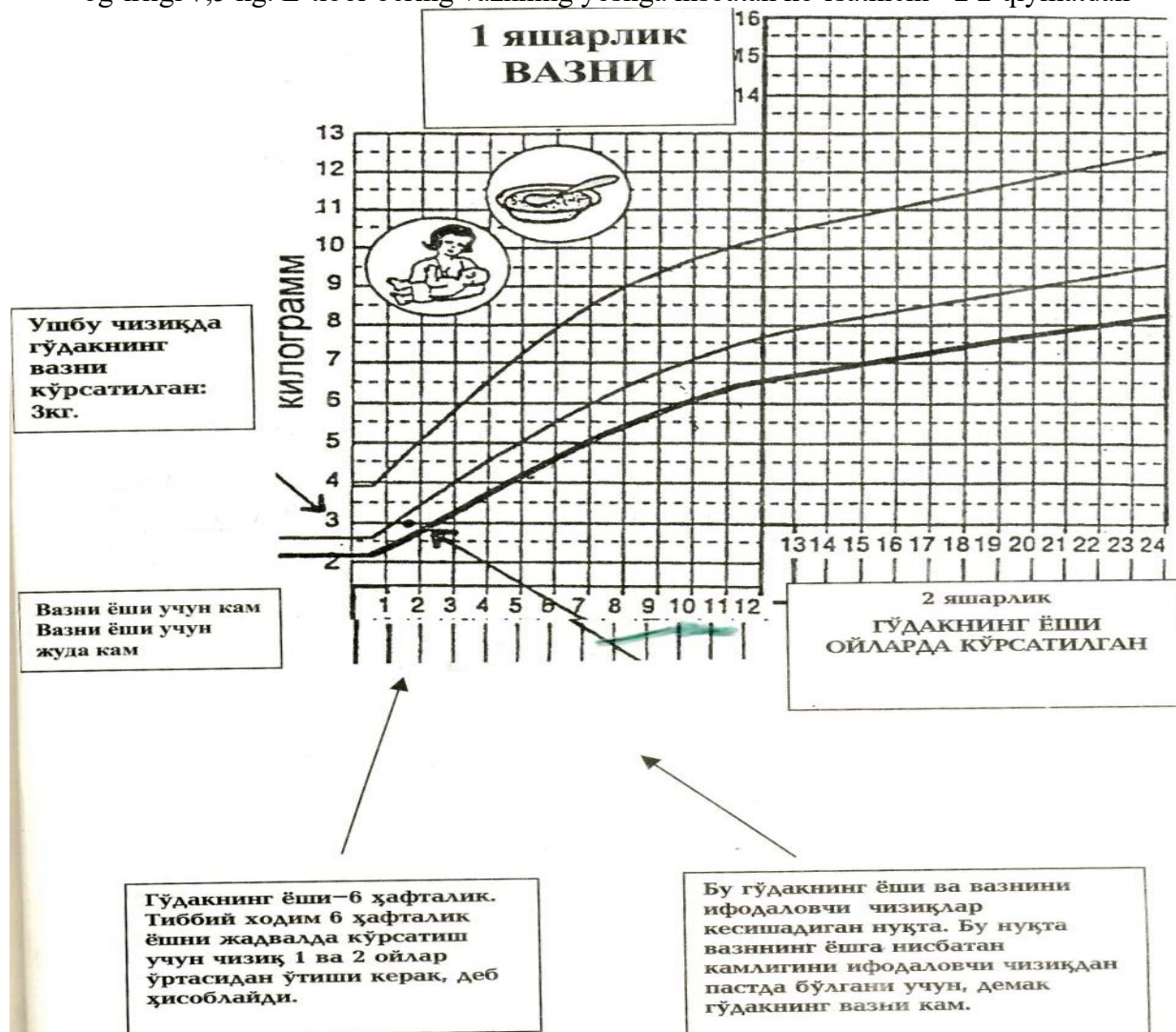
Har bir ushbu holatlardagi egri chiziqlarda X o'qi bolaning yoshini bildiradi, Y

o'qida esa vazn kg larda ko'rsatilgan. 0-3 oygacha bo'lgan bolalar uchun yosh to'liq haftalarda ko'rsatiladi. 3 oydan 12 oygacha bolalarda to'liq oylarda va 1 yoshdan katta

bolalarda to'liq yil va oylarda ko'rsatiladi. Vaznning yoshga nisbatan mosligini jadvalda foydalanish: Gorizontaal chiziqda (faqat ular orasida emas) to'liq haftalarni va oylarni yoki yil va oylarni belgilang. Vertikal chiziqda yoki ular orasida vazn ko'rsatkichini kilogrammning o'ndan biriga xos aniqlikda masalan 7,8 kg qilib belgilang. Jadvaldagi bola yoshi va og'irligi chizig'ini to't ashtiring va nuqtasini toping. Bu nuqta "-2" egri chiziqdan pastdami, o'zidami

yoki yuqoridami, aniqlang. Aniqlangan nuqta “-2” chizig‘idan pastda bo‘lsa bolada “kamvaznlik” bor, “-3” pastda bo‘lsa bolada oziqlanishning og‘ir buzilishi bor. Bunday bolalarda juda ozg‘inlikbelgilari yoki kvashiorkor (bolalar pellagrasi) bo‘lishi mumkin. Ushbu “Vaznni yoshga mosligi” jadvali vaznning yoshga mosligini medianaga (“0” raqamli chiziq) nisbatan taqqoslab beradi. Misol – Vazni kam o‘g‘il bola

1 yosh 1 oylik o‘g‘il bolada vaznning yoshga nisbatan mosligini qarab chiqamiz. Uning og‘irligi 7,5 kg. E’tibor berib vaznning yoshga nisbatan ko‘rsatkichi -2 z-qiyamatdan



pastda turibdi, shuning uchun bu bolaning vazni yoshi uchun kam.

MAVZU : Kamqonlik va ratsional ovqatlanish.

Ayol kuniga 15 mg dan kam bo‘lmagan temir moddasi qabul qilishi kerak. Bu turli mahsulotlar tarkibida bo‘lishi mumkin. Temir moddasiga boy bo‘lgan mahsulotlarni iste’mol qilib turish organizmni temir bilan ta’minlash uchun yetarli. Organizmingiz Siz qabul qilgan temir moddasini qanchalik tez o‘zlashtirishini ham e’tibordan qochirish kerak emas. Chunki turli mahsulotlar turli ravishda hazm bo‘ladi. Ozuqaning tez yoki sekin hazm bo‘lishi esa Sizning jigaringiz qanchalik faol ishlashiga bog‘liq. Agar jigaringiz ifloslangan bo‘lsa, u holda jigarning ovqatdan temir moddasini ajratib olishi sekin va kam miqdorda bo‘ladi. Quyida tez hazm bo‘ladigan temir moddasi mavjud bo‘lgan mahsulotlar ro‘yxati berilgan: Yog‘siz go’sht – temir moddasining qon i. Organizmda eng tez hazm bo‘luvchi temir moddasi asosan jonivorlar

mahsulotlarida topilgan. 170 gr file go'sht tarkibida 6 mg temir moddasi mavjud. Vitamin S ga boy sabzavotlarni xomligicha iste'mol qiling, ularga yog'siz go'sht qo'shib, turli taomlar tayyorlang.

Chunki aynan vitamin S Sizing organizmingizda temirning tezroq so'rilishini ta'minlab beradi. Ovqatdan oldin turli sharbatlarni iste'mol qilish ham organizmda temir moddasining yaxshi o'zlashtirilishiga hissa qo'shadi. Qaynatilgan fasol va noxot temirga juda boy, ularni albatta rasioningizga qo'shing. Agar ularni yog'siz go'sht bilan birga iste'mol qilsangiz, ularning tarkibidagi temir yaxshi so'riladi. Shuni yodda to't ingki, so't va pishloqdagi kalsiy va fosfor temir moddasining so'rilishiga biroz to'sqinlik qilishi mumkin. Shu sababli ularni alohida iste'mol qilishingizni tavsiya etamiz. Ovqatdan keyin darhol choy yoki ichishga shoshilmang. Shuningdek, taxir ta'mli ichimliklar ham temir moddasining so'rilishiga xalaqit beradi. Yana shuni ta'kidlab o'tish joizki, cho'yan idishlarda tayyorlangan ovqatlar tarkibida ko'proq temir moddasi mavjud bo'ladi. [b]Kamqonlikka olib keluvchi zararli odatlar[/b]

Chekish (kashandalik) ham kamqonlikka olib keladi. Fandan shu ma'lumki, sigaretalardagi uglerod monooksidi gemoglobin bilan qo'shilib, "karboksigemoglobin" moddasini hosil qiladi. Gemoglobinning bu ko'rinishi kislorod tashuvchanlik xususiyatiga ega emas. To't unning achchiq hidi ham oqsil va temirni ajratib yuborib, gemoglobinga salbiy ta'sir qiladi. [b]Qanday davolash lozim?[/b] Shifokorlar kamqonlik bilan xastalangan ayollarga temir moddasi mavjud dorilar yordamida olti oylik davolash kursini o'tashni maslahat beradilar. Bu dorilarni qabul qilish albatta shifokor maslahati bilan amalga oshirilishi lozim.

Bolada KAMQONLIK holati xususida uchta tasnif bor:

Ø OG'IR KAMQONLIK

Ø KAMQONLIK

Ø KAMQONLIK YO'Q

§ Kaftlarining

oqligi yaqqol

OG'IR

KAMQONLIK Ø ZUDLIK bilan kasalxonaga yuboring

§ Kaftlarining

oqligi o'rtacha

KAMQONLIK

Ø Temir preparatlarini bering

Ø Agar bolaning yoshi 1 yoshdan katta bo'lsa

va oxirgi 6 oy ichida degelmintizatsiya

o'tkazilmagan bo'lsa, mebendazol bering

Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytish

lozimligini tushuntiring

Ø Keyingi tashrif 14 kundan so'ng

§ Kaftlarining

oqligi yo'q

KAMQONLIK

YO'Q

Ø Bola 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, uning

ovqatlanishini baholang va tavsiyaga

muvofiq, ovqatlantirish bo'yicha onaga

maslahat bering

- Agar ovqatlantirish buyicha muammo

bo'lsa, keyingi tashrif 5 kundan so'ng

Ø Onasiga qachon zudlik bilan qaytish

lozimligini tushuntiring

OG'IR KAMQONLIK

Bolada qo'l kaftlarining yaqqol oqarib turgani bo'lsa, uning kasalligini OG'IR

KAMQONLIK deb tasniflang.

Davosi

OG'IR KAMQONLIK deb tasniflangan bolada pnevmoniya, diareya, qizamiq va boshqa og'ir kasalliklar oqibatida o'lib qolish xavfi yuqori bo'ladi. Bunday bolalar zudlik bilan kasalxonaga yuborilishi lozim. Ular qon quyib davolashga muhtoj bo'lishlari ham mumkin.105

KAMQONLIK

Bolaning qo'l kaftlari o'rtacha oqish bo'lsa, uning kasalligini KAMQONLIK deb tasniflang.

Davosi

KAMQONLIK deb tasnif berilgan bolada og'ir kasalliklar boshlanib qolish xavfi kattaroq bo'ladi. Bolaning ovqatlanishini baholang va ONAGA MASLAHAT BERING sxemasining OVQATLANISH ramkasiga muvofiq bolani ovqatlantirib borish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering.

- Temir preparatlari yordamida bolani davolang. Agar bolani yoshi 1 yoshdan katta bo'lsa va oxirgi 6 oy ichida degelmintizatsiya o'tkazilmagan bo'lsa, mebendazol bering.

Qo'l kaftlari o'rtacha oqish bo'lib turgan bolaning onasiga bolani takror marta ko'rish uchun 14 kundan keyin yana kelish zarurligini tushuntiring.

KAMQONLIK YO'Q

Bolaning kaftlarida oqarganlik belgilari bo'lmasa KAMQONLIK YO'Q deb tasniflang.

Davosi

Bola 2 yoshga to'lmagan bo'lsa, bolaning ovqatlanishini baholang va ONAGA MASLAHAT

BERING bo'limining OVQATLANISH darchasiga muvofiq bolani ovqatlantirib borish masalalari yuzasidan onaga maslahat bering. 2 yoshga to'lmagan bolalarda ovqatlanish muammolari paydo bo'lishi va oziqlanishning buzilish xavfi yuqoriyoshdagi bolalardagiga qaraganda ko'proq bo'ladi.106.

1- kasallik tarixi: Aziza

Aziza 18 oylik. Vazni 7,0 kg. Tanasining harorati 38,5°S daraja. Bolaning badani qizib turgani va unga toshma toshgani uchun onasi Azizani ambulatoriyaga olib kelgan.

Tibbiy xodim Azizaning «qoq suyak» bo'lib qolganini ko'rdi. Tibbiy xodim bolada umumiy xavf belgilari bor-yo'qligini tekshirdi. Azizasuyuqlik icha oladi, qayt qilmaydi, unda shaytonlash bo'lmagan, bola letargik holatdaemas, xushi o'zida.

Bolada yo'tal yoki nafas qiyinligi yo'q. Unda diareya ham yo'q. Azizaning onasi bolaning tanasi qizib turibdi deb aygani va bolaning harorati 38,5°S daraja bo'lgani uchun tibbiy xodim bu qizcha ahvolini isitma bo'yichatasnifladi. Isitma unda 5 kundan beri davom etar ekan. Qizchanning badaniga toshma toshgan va ko'zlari qizarib turibdi. Unda qizamiq bor. Bolaning ensa muskullarida rigidlik yo'q. Tibbiy xodim qizamiq asoratlarining belgilarini baholab chiqdi. Azizaning og'zida yaralari yo'q. Ko'zlari yiringlashgan emas va ko'z shox pardasida xiralashish yo'q. Azizada tomoqqa va quloqqa aloqador muammolar yo'q. So'ngra tibbiy xodim Azizaning ahvolini oziqlanishning buzilishi yoki kamqonlikbo'yicha baholadi. Azizada ko'zga tashlanadigan og'ir ozg'inlik bor. Qo'l kaftlari oqargan emas. Ikkala oyog'ining panjalarida shishlar ham yo'q. Tibbiy xodim uning yoshi uchun to'g'ri keladigan vaznini aniqlab ko'rdi. (Bukletingizda vaznning yoshga to'g'ri kelish-kelmasligini ko'rsatadigan jadval bor, shu jadvalga qarang). Bu bolada uning yoshiga nisbatan olganda vazn kamligi bor-yo'qligini aniqlab, natijasini Yozuv Shakliga yozib qo'ying. Azizadagi belgilarni yozib oling va ularni keyingi betda keltirilgan Yozuv Shaklida tasniflang.

Ovqatlanishda xilma-xil mahsulotlarning bo'lishligi;

Ma'danlar, vitaminlar, oqsil va karbonsuvlar, temir moddasiga boy bo'lgan oziq-ovqatlar; Oziq-ovqatlarning pokizaligi, yangi va barraligi; Mahsulotlarning imqon qadar tabiiyligi;

Ovqatlanish tartibi hamda odoblariga rioya etilishi;

Jismoniy va aqliy zo'riqishlar kuchaygan paytda (sport bilan shug'ullanish yoki imtihonlardan oldin) qo'shimcha vitaminlar ichish; Tuz, qahva, shakar, shirinliklar singarilarni meyorida iste'mol qiling; Uzoq muddat och qolish, doim quyiqlik va quriqlik ovqatlarni, qalampir, murch, sirka, xantal, sarimsoq kabilarni ko'p iste'mol qilishdan saqlanish.

Maktab yoshida ayniqsa, o'smirlik davrida nooqilona ovqatlanish natijasida kelib chiqadigan oqibatlar: Kamqonlik; Semirib ketish yoki ozish; Ovqat hazm qilish tizimi a'zolari faoliyatining buzilishlari; Aqliy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish; Odam umumiy quvvati – immunitetining pasayishi va uning oqibatida yuqimli kasalliklarga chalinishga moyillik. FAST FOOD ta'omlaridan – lavash, hot-dog, gamburger, shurma, chips singarilarni, suniy shakarli gazlangan shirin ichimliklarni kunda, muntazam iste'mol qilish ham sog'likka po'tur yetkazadi.

Abu Ali ibn Sino uyqudan oldin yeyilib, oshqozonda turib qolgan ovqat zahri ko'krakmiya kanali orqali miyaga bug'lanib o'tib, uni zaharlaydi, fe'lni tajang qiladi, deb yozadi. Uyqu va oxirgi tanovul o'rtasida 3-4 soat vaqt o'tishi lozim. Shu bois kechki paytda yengil hazm bo'ladigan ovqat iste'mol qilish va yong'oqlar, qovurmalar, yog'li go'sht, tvorog kabilardan saqlangan ma'qul. Bir ovqat oshqozonda to'liqlik hazm bo'lmasdan yana ovqat yeyish ham zararli. Eng yaxshisi, kuniga 2 mahal ovqatlanishdir.

Ovqatlanish vaqtida chalg'itadigan, kayfiyatni o'zgartiradigan ta'sirlardan (televizor, kitob va hokazo) holi bo'lgan ma'qul. Chunki kayfiyat asosiy tarkibi suvdan iborat bo'lgan yemagingizga ko'chadi. Asabiylashganda oshqozon mushaklari ham taranglashadi va hazm qiluvchi fermentlar ishlab chiqarilishi susayadi, natijada ovqat uzoq vaqt oshqozonda turib qoladi.

Ushbu maqolani ham o'qing: "O'tirib-turish" mashqini to'g'ri bajarish qoidalari Ovqatlanganda oshqozoningizning choragi bo'sh qolgani ma'qul. Oshqozon og'irlik hissini sezguncha to'yib ovqatlanish uning devorlaridagi qon tomirlar kengayishi hisobiga miyaga qon kamroq etib boradi. Odamda lanjlik paydo bo'ladi. Ba'zilar ovqatni qaynoq holda iste'mol qiladi. Bu qizilo'ngach rakiga sabab bo'lishi mumkin. Ovqat yozda iliqroq, qishda issiqroq holda tanovul qilingani ma'qul. Ovqatga ziravorlarni tanlab ishlatish foydali. Ular nafaqat hazm jarayonini yaxshilaydi, balki zararli mikroorganizmlarni yo'qotish xususiyatiga ega.

Ta'omlanishning odoblari! (Muhammad Sodiqlik Qoshg'ariyning «Yaxshi kishilar odobi» kitobidan)

Adabi avval – taomni kam yeyiladi. Va durust ochlik yuz bermasa taom yeyilmaydi va yanataomni ta'bida bir oz ochlik qoldirib yeyiladi; Kattalar taomga qo'l uzatmaguncha kichiklar qo'l uzatmaydilar; Yeb-ichish o'ng qo'lda bajariladi; Taomni o'z oldidan oladi; Nonni ikki qo'l bilan sindirilib, bo'laklarga bo'lib yeyiladi; Taomlanish vaqtida, garchi och bo'linsa ham tez-tez, shitob bilan yeyilmaydi; Luqmani katta ham, kichik ham emas, o'rtacha olinadi va og'izdaluqma yaxshi chaylanib, ohista yo'tiladi.; Taom ustida boshdan oxirigacha xomush o'tirish mumkin emas. Hech qanday taom kamsitilmaydi; Agar imqon bo'lsa taom tanho yeyilmaydi, negaki ko'p qo'l uzatilgan taom barakali taomdir; Ayrim taomlardan so'ng tishni hilol cho'p bilan kavlash mumkin; Qo'l taomlanishdan ilgari ham, so'ng ham yuviladi; Taom yeb bo'lingach hamd va duo aytiladi, so'ng taom egasini duo qilinadi.

MAVZU : Qorinda og'riqlik

Qorin og'irishi, qorindagi og'riqlar – bemorlar tomonida eng ko'p aytiladigan shikoyat. Og'riqlik har xil ko'rinishda kelishi mumkin, chunki qorin bo'shlig'ida turli a'zolar bor: oshqozon, jigar, o't qopi, oshqozon osti bezi, ichaklar va ularga yaqin joylashgan tuxumdon hamda

buyraklar. Ularning har biri uchun og‘riq turi o‘ziga xos va davosi ham farqlanadi. Ba‘zi hollarda uy sharoitida, ba‘zi hollarda tez tibbiy yordamga ehtiyoj seziladi.

Qorinning spastik og‘rishi

Spastik (sudorgi) – to‘lqinsimon ko‘rinishda yuzaga keladi, birdan og‘riq kuchayib ketadi yoki og‘riq birdan kamayadi. Og‘riq ichaklarning deformatsiyasi bilan (kengayishi yoki siqilishi), ichaklarning giperpersitalkasi bilan asoslanadi. Bunday og‘riqlarni ichaklarda ortiqcha gazlar to‘planishida, stress vaqtida va ichaklarning infeksiyon yallig‘lanish kasalliklarida uchratsa bo‘ladi. U turdagi og‘riq ichida eng xavfli va yoqimsizi “o‘tkir qorin” degan termin bilan tushuntiriluvchi jarayon hisoblanadi (o‘tkir pankreatit, peritonit). Bunda og‘riq kuchli, to‘satdan paydo bo‘lgan, tarqoq, umumiy ahvol og‘irlashgan, tana harorati oshgan, kuchli ko‘ngil aynashi va eng asosiysi qorin old devorlari kuchli qisqargan ya‘ni qattiq bo‘ladi. Bemorga har qanday og‘riqsizlantiruvchi preparatlar berish ta‘qiqlanadi, shifokor kelishini ko‘tish kerak yoki jarrohlik bo‘limiga olib borish lozim. Appenditsit boshlanish davrida kuchli og‘riqlar bilan kelmaydi, og‘riq sekin-asta, davomli bo‘ladi, qorin o‘ng qovurg‘a osti sohasida yoki chap tomondan boshlanishi ham mumkin, tana harorati biroz ko‘tarilishi, qayt qilish ham mumkin. Umumiy ahvol vaqt o‘tishi bilan og‘irlashadi va oxir-oqibat “o‘tkir qorin” simptomini beradi.

Qorindagi doimiy og‘riqlar

Qorindagi doimiy og‘riqlar – qorin sohasida doimiy og‘riqlar bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Bemorlar ko‘pincha og‘riqni “qorning yonayapti, kuyayapti” deb ta‘riflashadi, o‘tkir, kesuvchi yoki “och qolgandagi og‘riq” kabi yuzaga keladi. Bunday og‘riqlar oshqozon ichak tizimidagi jiddiy yallig‘lanish kasalliklarida kelib chiqadi, yara kasalligi, o‘t-tosh kasalligi xuruji, absess yoki pankreatit kabi.

Qorindagi surunkali og‘riqlar

Surunkali og‘riqlar – vaqti vaqti bilan paydo bo‘lib yo‘qolib turadigan og‘riqlar. Bunday og‘riqlar turli xil surunkali kasalliklar natijasida kelib chiqadi. Agar shunday og‘riqlar kuzatilsa, albatta, shifokorga murojaat qilish va ayrim savollarga tayyor turish kerak: og‘riq ovqat yeyish bilan bog‘liqmi yo‘qmi (ovqatdan oldin yoki keyin paydo bo‘ladimi, ayrim ovqatlardan keyin paydo bo‘ladimi kabi), qanchalik darajada kuchli, tez-tez paydo bo‘ladimi, voyaga yetgan qizlarda hayz ko‘rishi bilan bog‘liqmi, odatda qorinning qaysi sohasida paydo bo‘ladi va qayerga tarqaladi, qanday choralar foyda beradi (dori preparat qabul qilganda, klizmada, massaj qilganda, tinchlanganda, issiq yoki sovuq qilganda va shu kabilar).

Yuqoridagilardan tashqari qorin og‘rishi qorin bo‘shlig‘ida joylashgan a‘zolarga bog‘liq bo‘lmagan holda ham kelib chiqadi. Bunday og‘riq – nevroitik og‘riq deyiladi. Og‘riq inson nimadandir qo‘rqganda, psixoemotsional stresslarda paydo bo‘ladi. Bemor og‘riq darajasini o‘ta kuchli ta‘riflasa ham tekshirib ko‘rilganda a‘zolarida hech qanday patologiya topilmaydi. Psixolog yoki nevroptolog tavsiyalari kerak bo‘ladi.

Ushbu maqolani ham o‘qing: Jigar hajmi kattalashishi yoxud gepatomegaliya

Ko‘pincha og‘riq qo‘shimcha simptomlar bilan keladi, terlash, ko‘ngil aynishi, qusish, qorin g‘uldirashi (ayniqsa yotganda). Bu simptomlar ichaklar tizimi buzilganida, oshqozondagi o‘zgarishlarda, o‘t yo‘llaridagi ba‘zi patologiyalarda yoki oshqozon osti bezida yallig‘lanish jarayonlarida kelib chiqadi. Tana harorati ko‘tarilishi odatda infeksiyon yallig‘lanishlarda kuzatiladi. Siydik va najas rangi o‘zgarishi o‘t yo‘llari kasalliklarida, tosh tiqilib qolganda paydo bo‘ladi. Siydik rangi to‘qlashadi, najas rangi oqaradi. To‘q qora rangli najas yoki qon bilan kelgan najas ichaklarda qon ketayotganidan dalolat beradi va zudlik bilan shifokorga murojaat qilishga belgi bo‘ladi.

Qorin og‘rishi qancha davom etishi mumkin?

Odatda bir necha soniydan bir necha daqiqagacha davom etadigan og‘riqlar unchalik xavf tug‘dirmaydi. Agar og‘riq soatlab, hattoki kunlab davom etsa, shifokorga murojaat qilishingiz zarur bo‘ladi.

Og‘riqlar qachon paydo bo‘ladi?

Og'riqlar har qanday vaqtda to'satdan paydo bo'lishi mumkin. Quyida ko'p ucharaydigan qorin og'rishi bilan yuzaga keluvchi kasalliklar haqida ma'lumot beramiz:

To'satdan yuzaga chiquvchi, tunda uyqudan uyg'otuvchi og'riq ovqat yegandan keyin paydo bo'lishi mumkin. Sanchuvchi, kesuvchi og'riq ichaklar yara kasalligida bo'ladi, ovqat yeyishdan oldin paydo bo'ladi. O't tosh kasalligida va oshqozon osti bezi kasalliklarida odatda ovqatdan keyin og'riqlar boshlanadi.

Ichaklar disfunktsiyasida og'riq ovqatlangandan keyin qorin dam bo'lishi, gaz yig'ilishi, peristaltikaning kuchayishi, diareya yoki ich qotishi bilan yuzaga chiqadi. Og'riq odatda ich kelgandan keyin o'tib ketadi. Ichaklar yallig'lanish kasalliklarida diareya, spazm va og'riq ich kelgandan keyin yoki oldin paydo bo'ladi. Psixogen kasalliklar ichida 30 %ida qorin og'rishi kuzatilishi mumkin.

Qorinning aynan qayeri og'riydi?

Kasallik diagnostikasida og'riq lokalizatsiyasi ahamiyatli bo'ladi. Qorinning yuqori qismlarida paydo bo'ladigan og'riq odatda qizilo'ngach, oshqozon, o'n ikki barmoq ichak, o't yo'llari, jigar va oshqozon osti bezi kasalliklarida kuzatiladi. O't yo'llari tosh kasalligi va jigar kasalliklarida og'riq o'ng qovurg'a ostida bo'lib, orqa o'ng kurak sohasiga ko'chishi mumkin. Pankreatit va oshqozon yarasi kasalliklarida og'riq orqa umurtqa sohasiga ham tarqalishi mumkin. Kindik tarafida va qorinning o'rta sohalarida paydo bo'ladigan og'riqlar ingichka ichak va yo'gon ichakning ayrim kasalliklarida uchraydi. Chanoq sohasidagi og'riqlar esa to'g'ri ichak bilan bog'liq bo'lgan patologiyalarda kelib chiqadi. Og'riq davomiyligi bir necha daqiqalardan bir necha soatlargacha davom etib, to'mtoq, o'tkir, sanchuvchi-kesuvchi, takroriy xarakterlarga ega bo'ladi. 70 % holatlarda ichaklar motorikasi buzilishi bilan bog'liq bo'lgan o'zgarishlarda og'riq paydo bo'ladi (ich ketishi yoki qotishi).

Qorin og'rishi sabablari nima?

Qorindagi og'riqlarga, asosan, iste'mol qilinayotgan ovqat sabab bo'ladi. Qizilo'ngachning ta'sirlanishiga sho'r mahsulotlar, juda issiq yoki sovuq ovqat sabab bo'ladi. Ayrim yog'li, xolesteringa boy mahsulotlar o't tosh kasalliklarida xurujli og'riqlarga sabab bo'ladi. Ba'zi insonlar so't , so't mahsulotlari, shakar yoki laktozani hazm qila olmaydilar va ularda qorinda og'riq, dam bo'lish va ich ketishlar kuzatiladi.

Qorinda tez-tez og'riq bo'lsa;

Og'riq mehnat faoliyatingizga halaqit qilsa;

Tana vazningiz kamayotganini yoki ishtahangiz pasayotganini sezsangiz;

Og'riq ko'ngil aynishi yoki qusish bilan kechsa;

Ichaklarda qandaydir o'zgarishlar bo'lsa;

Ilgarilari yara kasalligi, o't tosh kasalligi, ichaklar yallig'lanish kasalliklari yoki jarrohlik amaliyotlari o'tkazgan bo'lsangiz; Dori preparatlar qabul qilganangizdan keyin qorin og'rishi sezilsa (aspirin, nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar). Ushbu maqolani ham o'qing: Turli kasallik va holatlar uchun maxsus parhezlar **Qaysi kasalliklarda qorinda og'riqlar kuzatiladi?**

ima bilan keladi **Epigastral sohadagi og'riqlar** Xarakteri: to'mtoq yoki o'tkir, simillovchi; **Qayerga tarqaladi:** oshqozon bo'ylab to'sh orqasiga; N: og'riq kuchayishi cho'qqiga yetganda qayt qilish bilan keladi, qusgandan keyin og'riq o'tib ketadi; Nimadan keyin boshlanadi: jismoniy harakat bilan bog'liq emas, ko'pincha ovqat turiga bog'liq bo'ladi, achchiq, nordon, o'tkir kofe, kuchli stress bo'lganda; **Qanday kasallik bo'lishi mumkin:** gastrit yoki oshqozon yara kasalligi.

Nima qilish kerak: gastroenterolog tavsiyani olish, agar daignoz tasdiqlansa, yara kasalligini 7-14 kunda davolasa bo'ladi. Og'riq xuruj qilgan paytda bemor ahvolini yaxshilash uchun, uni yotqizgan holda iliq grelka qo'yish kerak, iliq suv yoki yumshoq choy ichirish kerak. Agar qayd qilganda qon ham bo'lsa (bu "kofe quyqasi" rangida bo'ladi) darhol tez tibbiy yordam chaqirtirish zarur.O'ng qovurg'a ostida og'riqlarXarakteri: siquvchi, o'tkir birdan boshlanuvchi;

Qayerga tarqaladi: o'ng tomondan belga, ko'krak qafasining o'ng tomoniga, o'ng yelkaga, o'ng kurak ostiga;Nima bilan keladi: og'izda yoqimsiz ta'm, o't safroli qayt qilish, qayt qilgandan keyin yengillik sezish, tana harorati ko'tarilishi;Nimadan keyin boshlanadi: yog'li

ovqatlar iste'mol qilgandan keyin yoki transportda tebrangan vaqtida; Qanday kasallik bo'lishi mumkin: xolesistit. Nima qilish kerak: spazmolitiklar va hazm qilishda yordam beruvchi fermentlar ichish kerak. O'T T tekshiruvida o't qopida tosh bor yoki yo'qligini aniqlash. Agar tosh yo'q bo'lsa, og'riqni yengillashtirish uchun o't qopini yengil harakatlar bilan bo'shashtiring va o't safro haydovchi preparatlardan iching, kam-kamdan 2-3 daqiqa davomida. Shundan so'ng iliq grelka bilan shu sohani isiting, 40-60 daqiqa davomida. Muolajadan keyin yengillik sezasiz. Agar sizda hech qanday o'zgarish sezilmasa, muolajani darhol to'xtating. O't qopida tosh bo'lsa, jarroh bilan maslahatlashing, o'z boshimchalik bilan ish to't mang!

Qorinning hamma joyida og'riq sezish

Xarakteri: qorin yuqori sohasidagi og'riqlar kabi;

Qayerga tarqaladi: orqa bel sohasiga;

Nima bilan keladi: og'izda quruqlik va yoqimsiz ta'm sezish, bir necha marotaba qusish, qusgandan keyin yengillik sezmaslik, arterial bosimning oshishi;

Nimadan keyin boshlanadi: spirtli ichimliklar ichgandan keyin, achchiq va yog'li ovqatlar yegandan keyin;

Qanday kasallik bo'lishi mumkin: o'tkir pankreatit;

Nima qilish kerak: zudlik bilan tibbiy yordamga murojaat qilish kerak. Chunki uning oqibatida oshqozon osti bezi hujayralari o'limi – pankreonekroz kelib chiqishi mumkin, bu esa hayot uchun xavflidir.

Kindik atrofida og'riq sezish

Xarakteri: to'satdan paydo bo'lishi, kuchli, siquvchi og'riq;

Qayerga tarqaladi: hech qayerga tarqalmaydi;

Nima bilan yuzaga keladi: umumiy holsizlik, isitma;

Nimadan keyin boshlanadi: kletchatkaga boy mahsulotlar, o'tkir kofe, shokolad iste'mol qilgandan keyin;

Qanday kasallik bo'lishi mumkin: ichak xuruji (kolika).

Nima qilish kerak: spazmolitik tabletka qabul qilish va tinch yotish. Og'riq o'z-o'zidan 15-20 daqiqadan keyin o'tib ketadi, ammo og'riq yana qayta paydo bo'lishi mumkin. Bunda yana shunday taktika qo'llaniladi. Simptomlar qayta takrorlanmasligi uchun yuqoridagi mahsulotlarni haddan ortiq iste'mol qilmang. Agar og'riq sizni ko'p va takror-takror bezovta qilsa, albatta, shifokorga murojaat qiling.

Qorin o'rta sohasi, bir tomonlama og'riq

Xarakteri: to'satdan paydo bo'ladi, juda kuchil bo'lishi mumkin, bemorlar yotoqda yotib qoladi, o'zini qo'yarga joy topa olmay qoladi;

Qayrga tarqalishi mumkin: bel sohasiga;

Nima bilan keladi: siyish hissini chaqiradi;

Nimadan keyin boshlanadi: ko'p suyuqlik ichgandan keyin, gazli suv yoki tarvuz ko'p iste'mol qilganda;

Bu qanday kasallik bo'lishi mumkin: buyrakdagi toshning ko'chishi;

Nima qilish kerak: spazmolitik, issiq vanna, shu sohani isitish. Agar siydikda qon va og'riq juda kuchli bo'lsa, zudlik bilan tez tibbiy yordam chaqirtiring.

Ushbu maqolani ham o'qing: Xavfsiz ovqatlanishning eng muhim besh tamoyili

Qorin pastki sohasi o'ng tomonda og'riq

Xarakteri: boshlanishida qorin epigastral soxada boshlanib, sekin asta og'riq kuchayib o'ng qovurg'a osti soxasiga ko'chadi;

Qayerga tarqaladi: to'g'ri ichakka, yurganda kuchayadi, chap yonboshga yotganda og'riq kuchayadi;

Nima bilan keladi: tana harorati ko'tarilishi, ko'ngil aynishi;

Nimadan keyin boshlanadi: aniq bir bog'liq narsa yo'q;

Bu qanday kasallik bo'lishi mumkin: appenditsit;

Nima qilish kerak: tez tibbiy yordam chaqirtirish zarur.

Bo't un qorin bo'ylab og'riq sezish

Xarakteri: qorinning barcha sohalarida bir vaqtda og'riq sezish;
Qayerga tarqaladi: qorinning har qanday qismiga tarqalishi mumkin;
Nima bilan keladi: og'iz qurishi, ko'ngil aynishi, tana harorati ko'tarilishi, umumiy holsizlik;

Nimadan keyin boshlanadi: avvalgi ma'lum bir sohadagi og'riqlardan keyin, dori preparatlari ham yordam bermgandan keyin;

Bu qanday kasallik bo'lishi mumkin: qorin parda yallig'lanishi (peritonit), o'lim xavfi bo'lgan kasallik!

Nima qilish kerak: zudlik bilan tez tibbiy yordam chaqirtirish kerak.

Qovuq sohasining o'ng yoki chap tomonida og'riq

Xarakteri: to'satdan paydo bo'lishi, o'tkir, juda kuchli;

Qayerga tarqaladi: orqa chiqaruv sohasiga, yoki hech qayerga (og'riq mahalliy);

Nima bilan yuzaga keladi: bosh aylanishi, umumiy holsizlik, hushdan ketish;

Nimadan keyin paydo bo'ladi: ko'pincha jinsiy aloqadan keyin (kista yorilishi) yoki hayz kelmaganidan keyin 1-2 hafta o'tib (bachadondan tashqari homiladorlik);

Bu qanday kasallik bo'lishi mumkin: tuxumdon kistasi yorilishi yoki bachadondan tashqari homiladorlik;

Nima qilish kerak: darhol tez tibbiy yordam chaqirtirish shart.

MAVZU : Dispeptik buzilishlar Dispepsiya (dis... va yun. pepsis — hazm) — ovqat hazm qilishning buzilishi, me'da-ichak foliyatining izdan chiqishi bilan kechadi. Odam ichagining turli bo'limlarida, mas, ingichka ichakning pastki va yo'g'on ichakning yuqori bo'limida bijg'ituvchi mikroblar, yo'g'on ichakning quyi qismida esa chirituvchi mikroblar ko'p. Sog'lom ichakdagi bijg'ish hamda chirish jarayoni ma'lo'm mo'vozanatda bo'lib, kasal qilmaydi. Ana shu mikroblar o'rtasidagi nisbatning buzilishi D.ga sabab bo'ladi. Bolalar D.si ularni noto'g'ri ovqatlantirish natijasida paydo bo'lib, ich ketishi, qayt qilish va umu-miy ahvolning yomonlashishi bilan kechadi. Asosan bir yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. D.ning A, B va V xillari farq qilinadi. A xilida organizm suvsizlanmaydi, B xilida bir oz suvsizlanadi, V xilida esa og'ir suvsizlanish kuzatiladi. D. ko'proq oddiy va toksik bo'ladi. Oddiy D. hadeb emizaverish (ayniqsa onaning so't i mo'l bo'lganida) yoki emizib yurib, birdan sun'iy ovqatlantirishga o'tish, ovqat tarkibining bola yoshiga mos kelmasligi tufayli paydo bo'ladi. Bolani haddan tashqari issiq kiyintirish, o'rabchirmash ham D.ga sabab bo'lishi mumkin; issiqlab ketganda suyuqlikka ehtiyoj kuchayadi, bola ko'krakka yopishib olib ema boshlaydi, lekin emgan so't i odatdagicha bo'lsa ham, uni hazm qila olmaydi. Bundan tashqari, bolaning me'da-ichak yo'li anatomik funksional jihatdan hali yaxshi rivojlanmaganligi uchun ovqat hazm qili-shi buziladi. Bunda bola emizilgach yoki ovqat berilgach, bir oz vaqtdan keyin emgan so't ini yoki yegan ovqatini qusib tashlaydi, aksari ichi ketadi. Qorin shishadi, bola bezovtalanib, ishtahasi yo'qoladi. Kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'lganda darhol vrachga murojaat etish lozim. Bola D.ning A xili bilan og'riganda uni emizaveriladi, B va V xilida esa vrach tegishli doridarmonlarni buyurib, kasalxonaga yotqizishni tavsiya etadi. Toksik D. Ovqatlanish tartibiga rioya etmaslik va bakterial infeksiya natijasida organizmda moddalar almashinu-ving barcha turlari, shuningdek, ko'pgina a'zo va sistemalar faoliyatining jiddiy buzilishlari bilan kechadi. Ko'pincha kasalliklar bilan og'rib madorsizlangan, nimjon bolalarda kuzatiladi. Ba'zan toksik D. to'satdan avj oladi, bemorning ahvoli yomonlashadi, bo'shshadi, injiq bo'lib qoladi. Tez tez ichi ketadi, vazni tez kamayadi, goho bola hushdan ketadi, qayt qilib, ichi ketganligi bois ko'p suv yo'qotib, organizm suvsizlanib krladi. Bemorning turki o'zgaradi, es-hushi yo'qola boshlaydi, yurak faoliyati susayadi; og'riqni sezmay qo'yadi, terisi bo'zaradi yoki unda qizil doglar paydo bo'ladi. Tomir urishi tezlashadi, arterial bosim tushib ketadi, koma holati kuzatiladi. Toksik D. bola hayoti uchun juda xavfli, bunda zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatish zarur. Bolaning ahvoli bir oz yengillashgach, juda kam miqdorda za-ruriy parhez ovqatlar yoki oz-oz ona so't i yoki

bolalar kefiri, qatig'i bera boshlanadi. Keyinchalik ovqat miqdorini oshira borish va bir maromga yetkazish, oradan 6—8 kun o'tgach bolaning ahvolidan kelib chiqib ovqat miqdorini ko'paytirish, shuningdek, anti-biotiklar, vitaminlar tavsiya etiladi. Parenteral D., odatda, birorta kasallik (otit, o'tkir respirator kasalliklar, zotiljam) bilan birga kechadi. D.ning oldini olish uchun Ovqatlanish rejimiga qat'iy rioya qilish, bolaga haddan tashqari ko'p ovqat ber-maslik, ovqatiga oz-ozdan meva va sab-zavot sharbatlarini qo'shib berish, bolaning issiqlab ketishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Katta kishilarda ham me'da va ichak D.si (yog', oqsil yoki ug-levodlar ko'plab iste'mol qilinganda) kuzatilishi mumkin.

Hayvonlarda asosan 5—7 kunlik buzoqlar, cho'chqa bolalari (ahyonda qo'zi va qulunlar) kasallanadi. Bo'g'oz mollarni oziqlantirishda va parvarish qilishda zoogigiyena qoidalariga rioya qilmaslik, tug'ilgan yosh hayvonning sifatsiz og'iz so't ini emishi D.ga sabab bo'ladi. Buzoklarda hazm jarayoni buziladi, shirdon va ichaklarda yiringlash ro'y beradi, grammanfiy mikroflora ko'payadi, kuchli ich ketishi yuz beradi. Oddiy D.da ich ketsa ham hayvon ishtahasi saqlanadi yoki sal pasayadi, gavda t-rasi normal bo'ladi. Toksik D.da esa ishtaha yo'qoladi, yurak faoliyati susayadi, gavda t-rasi 35° gacha pasayadi, quloq, tumshuq, oyoq va dum soviydi.

Davolash: oddiy D.da iliq fiziologik eritma ichirilgan holda 6—12 soat och holda parhez qilinadi, dastlabki kunlarda yosh hayvonlarga ichiriladigan so't ning so't kalik normasi 35—50% kamaytiriladi, so't berishdan 10—15 min. oldin (so't kada 3—4 marta) buzoq va qulunlarga 500—600 ml dan, qo'zilar va cho'chqa bolalariga 50—100 ml dan iliq fiziologik eritma ichiriladi. Me'daichakdagi bijg'ish jarayonini to'xtatish uchun kasal xayvonga sintomitsin, tetratsiklin, ftalazol, levomitsin, kolimitsin kabi preparatlar beriladi. Teri ostiga, venaga yoki qorin ichiga maxsus tayyorlangan xlorli preparatlar eritmaları yuboriladi. Yurak faoliyatini tiklash uchun glyukoza, kofein yoki kamfora moyi ishlatiladi.

Oldini olish: yangi tug'ilgan mollarni sifatli oziqlantirish, bo'g'oz mollar va yangi tug'ilgan hayvonlarni boqishda, shuningdek, buzoq, qo'zilar tug'ilishida zooveterinariya qoidalariga amal qilish.

Dispeptik holatlar shuni ko'rsatadir. Dispeptik hodisa nima? Tashxis va davolash. Qanday kasallikdan qochish kerak

Yunon dizpepsiyadan tarjima qilingan ovqat hazm qilishning uzilishi degan ma'noni anglatadi. Bu oshqozon-ichak trakti (oshqozon-ichak trakti) ning turli patologiyalarining doimiy sun'iy yo'ldoshi. Bemorlarning 40 foizi gastroenterolog "funktsional dispepsiya" tashxisini qo'yadi. Bunday holda, ovqat hazm qilishning uzilishi oshqozon-ichak traktining organik lezi bilan bog'liq emas. Dispepsiya alomatlari boshqacha. Uning namoyon bo'lish qizilo'ngach, oshqozon yoki ichakda ovqat hazm qilish buzilishiga bog'liq. Davolanishni tayinlashdan oldin, bunday dispepsiya alohida kasallik yoki har xil patologiyalarning alomati ekanligini ta'kidlashlari kerak.

Dispepsiya nima

Ko'ngil aynish, qusish, yurak va xiyonat qilish - bularning barchasi dispepsiya alomatidir.

Dispepsiya - bu turli xil kasalliklar ko'rsatilgan simptom kompleksi. Birinchidan, bemorga gastroenterologga kelganida yoki ovqat hazm qilishning boshqa ko'rinishi bilan bog'liq bo'lsa, klinisyen so'rovni tavsiya qiladi. Ko'pincha, o'qish paytida organik shikastlanish aniqlanadi. Dispepsiya bunday kasalliklarni ko'rsatadi:

Dispepsiyaning asosiy klinik ko'rinishlari nafaqat oshqozon-ichak traktining shikastlanishi bilan kuzatiladi. Ovqat hazm qilishning buzilishi boshqa organlar va tizimlarning patologiyalari natijasida yuzaga keladi. Masalan,;gipo, ya'ni;

yurak kasalligi;bog'lama tizimi kasalliklari;to'qima kasalliklarini ulash; suv va elektrolitlar muvozanatini buzish. Oshqozon-ichak trakti yoki dispetsi bilan birga keladigan boshqa kasalliklarning to'liq tekshiruvidan so'ng bemorlarda aniqlamang. Ovqat hazm qilish kasalliklarining klinik ko'rinishlari bemor tomonidan kamida 6 oyga nisbatan azoblanadi.

Bunday holda klinisyen "funktional dispepsiya" tashxisini qo'yadi. Ushbu kasallik paydo bo'lishiga yordam beradigan omillar:

Spirтли ichimliklarni chekish va suiiste'mol qilish. Nikotirik qaramlik funktsional dispepsiya xavfini 2 baravar oshiradi. Agar siz bemorlarning bu zararli odatlarini rad etsangiz, oshqozonning motor funktsiyasi tiklanadi. Spirтли ichimliklar nafaqat dispepsiya rivojlanishiga hissa qo'shadigan zahar. U asab hujayralarini yo'q qiladi. Shu sababli, jigar azob chekadi, chunki har xil toksinlar bo'lishi kerak, ammo u bardosh bermasa, boshqa organlar zarba ostida qoladilar.

Ovqatlanish xatolari. Dispepsiyaning paydo bo'lishi kuchli choy, qahvaning haddan tashqari ishlatilishiga yordam beradi. Dispeptik bilan og'rigan bemorlar qizil qalampir, piyoz, yong'oq, sitrus, mayonez, shokolad, yong'oqlar, gazlangan ichimliklar ishlatmaslikka harakat qilmoqdalar.

Dori-darmonlarni uzoq muddatli qabul qilish. Obzektiv kasalliklarning paydo bo'lishi hissa qo'shadi: aspirin, antibiotiklar, Theofillin, kaliy va temir preparatlari.

Asab ruhiy omillar. O'tkir stressli vaziyat oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning avtoullovini sekinlashtiradi va bu ovqat hazm qilish kasalliklarining odatiy belgilarining paydo bo'lishiga olib keladi. Funktsional dispeptik bilan og'rigan bemorlarda bezovtalik darajasi oshadi, depressiya, gipoinochilik va nevroitik reaksiyalar mavjud.

H. Pylori. Tadqiqotchilarning bir qismi ushbu bakteriya funktsional dispepsiya rivojlanishida muhim rol o'ynaydi deb hisoblashadi. Bemor ushbu infektsiyani 60-65% hollarida aniqlaydilar, shuning uchun bu omil kasallik rivojlanishida asosiy emas.

Aksariyat bemorlarda funktsional displeyning sababi - bu oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning zaryadlovchisining buzilishi. Dispepsiya belgisi yoki mustaqil kasallik ekanligini aniqlang, ehtimol faqat doktorni faqat shifokorni o'rganmoqda. Aniq tashxis qo'yish uchun, avvalo asosiy alomatlariga e'tibor berish kerak.

Qanday qilib dispepsiya namoyon bo'ldi

Nosilishda bemorlarga "dispepsiya" umumiy atamasini birlashtiradigan turli xil shikoyatlar mavjud. Bu:

disfagiya (qiyin qiyinchilik); epigastral mintaqada og'riq, noqulaylik;

belgilash; ko'ngil aynish, qusish; yurak yonishi; oshqozonda chayqalish; diareya, ich qotishi.

Qizilo'ngach dispepsiya disfagiya tomonidan namoyon bo'ladi. Bemorlar yo't ish qiyinlashgani, suyuqlikni yo't ishga qodir emas (qizilo'ngach spassi) yoki qattiq ovqatlanishdan. Yozish paytida tomoq, og'riyalarni yo't ib, boshqa organlarga ovqat olish hissi mavjud. Disfagiya qizilo'ngachning barcha kasalliklari bilan paydo bo'ladi, masalan: ezofagit; gastroezofageal reflünü kasalligi; ozave qizilo'ngach; qizil qizilo'ngach o'smalari; perisofagit;

Bundan tashqari, disfagiya organik qizilo'ngachning shikastlanishi bilan bog'liq bo'lmagan boshqa kasalliklarni ko'rsatishi mumkin:

Markaziy, periferik asab va mushak tizimlarining kasalliklari. Qizilo'ngach va Axalasiya kartasi bilan og'rigan bemorlar qizilo'ngach dispepsiya haqida shikoyat qiladilar.

Qo'shni jismlar patologiyasi. Disfagiya o'simta yoki mediastinal gilamcha, o'pkaning markaziy saratoni, mitral vitse, tomirlarning anomaliyalari, tomir bezining anomaliyalari, qalqonsimon bezning giperplasiyasi va boshqalar tomonidan olingan qizilo'ngachning torayishi bilan uchraydi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklari tufayli dispepsiya, bemorlar shikoyat qilishadi:

Epigastral hududda og'riq. Bu kuchli bo'lishi mumkin yoki bemorlar qarama-qarshi hududda noqulaylikni his qilishi mumkin.

Tez to'yinganlik, toshib ketish hissi, ko'ngil aynish.

Belgilash. Oshqozon sharbati, bemorlar nordon, yurak depo't atidan shikoyat qiladilar. Ahloronohidroriyda havo va oziq-ovqat bilan ochiq.

Oshqozon dispepsiya qachon bo'ladi:

katta kasallik;gastrit;yaxshi o'smalar;oshqozon saratoni.

Xastak dizpepsiyaga qo'shilgan xavotirli alomatlar - bu ishtahaning yo'qolishi, to'satdan tana vaznini yo'qotish uchun tortishish sababsiz.

Ichak dispepsia bo'lsa, bemorlar shikoyat qilishadi:qorinning pastki va o'rta qismida qo'pol; (Mustahkamlangan gaz; diareya;ich qotishi.

Ichakdagi ovqat hazm qilish kasalliklari Bunday patologiyalar:

ichak yuqumli kasalliklar (dizenteriya, ichak sil, vabo, tppoparatosik kasalliklari);

ichak sindromi; enterit;

kolit; kron kasalligi; ishemik kolit; disbterterozis; ichak o'smalari;

fermopatiya; oshqozon kasalliklari (axlat sindromi, gastrit, saraton); oshqozon osti bezatishi patologiyasi; endokrin tizim kasalliklari; ginekologik kasalliklar; metabolizm patologiyasi.

Funksional dispysiya bilan og'rigan bemorlarda turli xil alomatlar ustunlik qiladi. Bunga qarab, kasallikning klinik yo'nalishi kabi turli xil variantlar ajratib turiladi:

Jazen-taklif. Bemorlar Och va tungi og'riqlardan epigastral hududda shikoyat qilishadi. Ular asab zo'riqish, tashvish, qo'rquv bilan yaxshilanadi.

Diskotinli. Tez to'yinganligi, oshqozonni qamrab olgan hissi bilan ajralib turadi, qorin bo'shlig'ining shishishi noyob va qusish bilan kamdan-kam hollarda.

NonseCecicie. Kasallikning yarasi va dykinetik vankining alomatlarining kombinatsiyasi. Bu ko'pincha oshqozon-ichak traktining ag'darilishi alomatlari (qorin og'rig'i buzilishi, ich qotishi).

Dispepsiyada qanday displeyda, faqat shifokorni so'rov o'tkazib yuboradi. "Xavotir alomatlari" ga alohida e'tibor berilishi kerak:

tungi qorin og'rig'i;qorin og'rig'i - kasallikning yagona belgisi; isitma;

jigar, taloqni ko'paytiring;leykotsitoz;yuqori SST;

qonning biokimyoviy tahlilida normadan og'ish.

Dispepsiya qanday davolash kerak

Dispepsiyaga chalingan kishi kuchli choy va qahvani iste'mol qilishni rad qilishi kerak.

Organik shikastlanish natijasida kelib chiqadigan ovqat hazm qilish buzilishi asosiy kasallikni muvaffaqiyatli davolashdan keyin yo'qoladi. Funksional dispepsiyadan xalos bo'lish uchun integratsiyalashgan terapiya kerak, shu jumladan: Bemorni tayyorlash. Bemorga bezovtalik darajasini pasaytirishga yordam berishga yordam berishga qaratilgan psixologik mashqlar zarur.

Oziq-ovqatni tuzatish va chekish etishmovchiligi. Bemorlarni kuchli qahva, choy iste'mol qilib bo'lmaydi. Quvvat kuniga kamida 6 martadan kam bo'lmagan bo'lishi kerak. Bu mumkin emas, yog '. Erta to'yinganlik alomatlarini, oshqozonda tortishish hissi, ayniqsa samarali oziq-ovqat.

Tibbiy terapiya. Bemorga qanday sabrli dorilar oqim funksional dispeppia parametriga bog'liq.

antisekretor tayyorgarligi; h. Pylori yo'q qilish (agar bakteriyalar guruhi aniqlansa).

Agar kasallik dismincetik variantdan ohsa, eng samarali prokversiya.

Noto'g'ri bo'lmagan dispepsiya, antisetreceptor preparatlari va proketikasi birlashtirilgan.

Ushbu dorilar guruhlariga turli xil dorilar kiradi, ulardan biri olinadi, ular ulardan biri olinadi, shifokor bemorning individik xususiyatlarini, qon trendikatsiya va boshqa kasalliklarning mavjudligini tayinlaydi

MAVZU: Sariqlik

Reja

1. Sariqlik kelib chikish sabablari
2. Sariqlik turlari
3. Sariqlik bilan kechuvchi kasallaiklar
4. Sariqlikni davolash oldini olish choralari

Sariqlik - bu o't pigmentlarining shilliq qavat, sklera va terida yigilishi natijasida ularning sariq tusga kirishidir. Ter iva shilliq kavatlarni sariq tusga kirishini vizual aniklanishi qonda bilirubinning 40mkmol/l dan oshganda kuzatiladi. Shuni nazarda to't ish keraki, suniy yoruglikda bilirubin miqdorii Yuqori bulgan xolatda teri va shilliq kavatning rangini uzgarishi aniklanmay kolishi mumkin. Bemorni umumiy xolati yaxshi bulsa sabzi, kovok va shunga uxshash tarkibida ksantinlarga boy usimlik maxsulotlarini istemol kilishi natijasida kelib chikuvchi sariqlikni bor-yukligini aniklash zarur. Undan tashkari pikrin kislotasini ishlatilishi natijasida teri va ayniksa kul-panjasini sariq tusga kirishi mumkinligini nazarda to't ish kerak. Yuqoridagi xolatlarda sklera shilliq kavatlar va siydik rangi uzgarmaydi qondagi bilirubin miqdori uzgarmaydi. Kun davomida organizmda 0,3- 0,5 mkmol/l bilirubin xosil bulib, asosiy kismi (80%) gemoglobindan, retikuloendotelial sistemada eritrotsitlar parchalanishi natijasida ajraladi. Qon ga bilirubin oz miqdorida boshka sitoxromlardan, asosan suyak kumigi gemin oldi maxsulotidan tushadi.

Sariqliksiz gemopoez bilan kuzatiluvchi kasalliklarda (tallasemiya, pernitsioz anemiya) ko'p miqdorida bilirubinning intermedulyar xosil bulishi bilan kuzatiladi. A.F.Blyuger buyicha kuyidagi sariqlik turlariga bulinadi; gemolitik sariqlikda qonda bilirubinni jigarda glyukuron kislotasi bilan tulik boglanmaydi va malum bir kismi qonda erkin xolatda buladi. Normada jigar katta rezervuar imqon iyatlarga ega bulib kuchli gemoliz xolatlarida xam boglanmagan bilirubin 70 mkmol/l dan oshmaydi. qonda bilirubin 85mkmol/l dan oshganda jigar parenximasi yoki o't xaydalishini buzilganligiga shubxa kilish mumkin. Qon yugirlanmagan bilirubin oqsil bilan boglangan bulib suvda erimaydi va shuning uchun buyrak filtiridan o't maydi. Gemolitik sariqlikda urobilinogen siydik va axlat bilan Yuqori mikdoda ajraladi. Bir vaktning uzida jigar kursatkichlari normada bulgan xolatda davom etayotgan gemoliz belgilari kuzatiladi (gemogloblin kamayishi eritrotsitlar xayotiyligi kamayishi, retikulotsoz, eritrotsitlarning ajralib chikayotgan laktatdegidrogenaza miqdoriini kamayishi). Odatda sariqlik urtacha darajada kuzatiladi.

Jigar ichi sariqligi(parenximatoz) murakkab patogenezga ega. Unda bilirubinni glyukuron kislotasi bilan boglanishi, uning xujayralararo va o't kapilyarlari buylab transporti buziladi. Oilaviy giperbilirubinemiya bilirubinda xujayralarda eliminatsiyasi buziladi. Jigarning boshka barcha kasalliklarida(virusli, bakterial, toksik genezli)bilirubin almashinuvining buzilishi jigar funksiyasi va strukturasi buzilishining bir kismigina xisoblanadi. Parenximatoz sariqlikda jigar ichi mexanizmi ishdan chikadi. Bilirubinni glyukoronirlash uzok vaktgacha saklanadi, lekin xujayra ichi o't kazuvchanligi buzilishi bilirubinni qonda paydo bulishiga olib keladi. Siydikda bilirubin glyukuronid aniklanadi.

Xolestatik sariqlik qon yugirlangan bilirubinning gepototsitlar ekskretsiyasi yoki jigar ichi va jigardan tashkari o't yo'llari orkali passajining buzilishi natijasida kelib chikadi. Xolestazning umumiy belgilari- kichishish, qon zardobida xolestatik fermentlarning oshishi,. kam ifodalangan sitoliz. O't kir¹ jigar ichi xolestazi gepatotsitlarning infeksiyon yoki toksin omillar tasiridan zararlanishi natijasida kelib chikadi. Mexanik obstruktiv bilan kechuvchi jigar ichi surunkali o't to't ilishini jigar ichi o't yo'llari atreziyasida, sklerozlovchi xolangitda, usmalarning jigardagi metastazlanishi va jigar ichi o't yo'llari karsinomasida kuzatiladi. Jigar osti xolestazi(jigardan tashkari) jigardan tashkari o't yo'llari buylab o't suyukligi passajining buzilishi natijasida

kelib chikadi(masalan kuyuklashish sindromi, xolelitiaz, strikturalar, usmalar, rivojlanish anomaliyalari, pankreatit, parazit invaziyasi).

Klinik kechishi.Sariqlikni baxolash uchun o't kazilgan transfuziyalar, ineksiyalar, gepatit kuzgatuvchi bilan kasallangan eki virusini tashib yuruvchilar bilan qon taktlari xakida anamnestik malumotlarni xisobga olish lozim. Tez charchash, xolsizlik,lat eganga uxshash Yuqori xarorat bilan bosh ogrigining kechuvchi artralgiya, dispepsiya,alkogol va egli Ovqatlarni sariqlik paydo bulgunga kadar paydo bulishi gepatit rivojlanishidan darak beradi. Oylar davomida ishtaxaning pasayishi va tana massasining kamayishi singari nomalum genezli umumiy simptomlarning mavjudligini usma natijasida kuzatiluvchi sariqlik belgisi xisoblanadi. Bolalarda va karyialarda urta eshdagi larga nisbatan kam uchrovchi o't kir ogriklar- xolelitiaz uchun xosdir. Similovchi ogriklar, ogirlik xissi, doimiy kuchanuvchi ogriklar gepatit, jigarda to't ilishlar? exinokokkoz, alveolokokkoz,xolangit,abscess,usmalar uchun xarakterlidir. «Ogriksiz» kechuvchi sariqlik jigardan tashkari o't passajining blokadasi uchun tipik belgi xisoblanadi. Sariqlik rivojlanishidan oldin tana xaroratining ko't arilishi jigarning infeksiyon genezli kasalliklarida kuzatiladi. Intermitirlovchi isitma xolangit va abscess uchun xosdir. Agar jigar kasalliklarida shifokor isitma sababini aniklay olmasa,bu xolatda shifokor bemorda peritonit, jigar venalari flnbiti eki darvoza venalari trombozi bor yukligini aniklash lozim. Mexanik sariqlikda jigar kattalashadi va kattiklashadi. Parenximatoz sariqlikda esa- jigar kattalashishi unchalik kuchli rivojlanmagan. Jigar sirrozida praenximatoz sariqlik kuzatilib,assit bilan birga kechishi mumkin. Gemolitik sariqlikda assit bulmaydi.

Laborator tekshiruvlar.

-Jigar funksiyasini va xujayralari membranasini bioximik -immunologik tekshiruvi. Jigar diffuz kasalligida qonda albuminlar kamayishi,surunkali aktiv gepatitda esa IgG va IgM ko'payishi, alkogolli sirrozda IgA ko'payishi kuzatiladi.

-Protein indeksi.

-Jigarda uglevodlar almashinuvining xarakteri. Galaktoza bilan o't kaziluvchi yuklama testlarini o't kazish va uning qon tarkibida mikdroini aniklash.

-Lipidlar almashinuvida-qon tarkibida xolesterin va uning fraksiyalarini aniklash. Xolesterin miqdoriini qonda oshib ketishi xolestatik sariqlikda bulib, ksantinlar paydo bulishiga olib keladi.

-Qon fermentlari miqdoriini aniklash -A/IT,AST, aldolazalar,sorbitdegidrogenaza va boshka fermentlari gepatotsitlar sitoplazmasida joylashadi. Ularning qon zardobi tarkibida ko'payishi ,bu xujayralar membranasini o't kazuvchanligi uzgarishidan darak beradi. ALT va ACT miqdoriining Yuqori kursatkichlargacha uzgarishi o't kir gepatit, surunkali gepatit kuzish davri, toksik gepatit uchun xos. Alkogolli gepatitda ALT ASTdan Yuqori' kursatkichga ega buladi.

-Siydik analizi. Bilirubinuriyada gemolitik sariqlik inkor etiladi. Siydikda bilirubin aniklanishi gepatotselyulyar va obturatsion sariqlik , Dabin-Djonson va Rottar sindromlarida kuzatiladi.

-Exografiya va kompyo't er tomografiya jigardagi uzgarishlar vizual aniklanadi. Kichik ulchamli uzgarishlar, abscesslar va tugunlar- magnit rezonans tomografiya(MRT) usulida yaxshi aniklanadi.

-Jigardan tashkari xolestazlar , jigar ichi o't yo'llarining shikastlanishlari- endoskopik eki transpo't ant retrograd xolangiopankreatografiya(RXPG) usullari erdamida diagnostika kilinadi. Bioximik va vizual tekshiruv usullari ,sinamalar natijalarini kompleks baxolash xamda xulosalash orkali turli uzgarishlarni sindromal kursatib o't iladi.

Sitoliz sindromi.

- ALT,AST va aminotransferaza aktivligi

-Laktatdegidrogenaza aktivligi.

-Zardob tarkibi.dagi temir, ferritin.

Mezenximal yaliglanish sindromi.

-gammaglobulinlar darajasi oshishi.

-timol sinamasi oshishi.

-ECHT oshishi.

-antitelolarni Yuqori titri.

-SGB

Xolestaz sindromi.

- qonda qon yugirlangan bilirubin fraksiyasini oshishi.

-ishkoriy fosfataza aktivligining oshishi.

-xolesterin ko'tarilishi.

-o't kislotalari oshishi.

Parenximatoz etishmovchilik sindromi

-albumining miqdoriining kamayishi.

-protrombin, proqon vertin, seruloplazmin, V-lipoproteidlar ko'tarilishi,

•giperazotemiya,

Bolalardagi sariqlik turlari

Yangi tugilgan chaqaloqlardagi sariqlik «Fiziologik» giperbilirubinemiya(200mkmol/l) aksariyat chaqaloqlarda tugilgan bir necha kun ichida rivojlanadi.

Sabablari;

A) qonda eritrotsitlar va ularning parchalanishi maxsulotlarining ko'payishi. B) albumin miqdoriini kamayishi.

B) jigarda bilirubinni qon yugatsiyalash jaraenini yaxshi rivojlanmaganligi.

G) o't kislotalari eliminatsiyasi buzilishi, ichak florasi etishmasligi xisobiga.

CHakalok xaetining birinchi 24 soatida rivojlangan sariqlik xamisha patologik sariqlik xisoblanadi.

Sabablari;

1)Gemolitik kasallik.

A) rezus- nomo't anosiblik.

B) gurux nomo't anosiblik

2)Eritrotsitlar patalogiyasi: tugma sferotsitoz, G-6-FD defitsiti.

3)Jigarni tugma infeksiyon shikastlanishi (virusli, bakteriyali, sfilitik, toksoplazmali va sitomegalovirusli hepatitlar)

Idiopatik nogemolitik giperbilirubinemiya

ING-bilirubinni xujayra ichi transportini buzilishi bilan kechuvchi xolatdir. Bunda gemoliz eki jigar kasalliklari alomatlari bulmaydi. Bu giperbilirubinemiya xam boglangan xam boglanmagan bilirubin miqdorii oshadi.

1)Boglanmagan bilirubinemiya;

-birlamchi oilaviy giperbilirubinemiya

-Driskop sindromi

-Krigler-Noyyara sindromi

-Jilber sindromi

Birlamchi oilaviy giperbilirubinemiya juda kam uchraydi. Eritrotsit o't mishdoshlarini intramedulyar gemolizi bilan kechadi. Nisbiy retikulotsitoz, eritrotsitlar xaet davomiyli va gemogloblin miqdorii uzgarmagan. Siydikda uro-bilinogen ko'paygan, Shunga uxshash giperbilirubinemiya talassemiyada va pernitsioz anemiyada kuzatiladi.

Driskop sindromi-nasliy giperbilirubinemiya. Ona qon ida steroid, tanalar mavjud bulib, ular bilirubinni qon yugatsiyalanishiga tuskinlik kiladi. Bu xolat bolaga emizish vaktida o't ishi mumkin.

Krigler-Noyyara sindromi -glyukuroniltransferaza defekti giperbilirubinemiyaning kam uchraydigan nasliy shakli. Chaqaloqlarda ulim ko'p uchraydi, chunki bunda yadroli sariqlik buladi.

Jilber sindromi- ko'p uchraydigan nasliy giperbilirubinemiya. Bilirubinni xujayra ichi transporti buzilishi bilan kechadi(boglanmagan bilirubin miqdorii qonda 85mkmol/l oshmaydi). Kasallik bolalikda boshlanadi va tulkinsimon kechadi. Sariqlik och kolganda kuchayadi, Ovqattxazm bulgandan sung qonda gi bilirubin miqdorii kamayadi. Katta eshlarda axvol yaxshilanadi. 40 eshlarga borib sariqlik kuzatilmaydi.

2)Boglangan giperbilirubinemiya- Dabin-Djonson sindromi va Rottor sindromida kuzatiladi.

Gepatotselyulyar sariqlik

O't kir hepatotselyulyar sariqlikni gepatit va toksik eki jigarni dorili zararlanishi bilan kiesiy tashxislashni talab kiladi.

Virusli gepatitlar ko'p uchraydi. Virusli gepatit A gepatit V dan inkubatsion davrining kiskaligi bilan fark kiladi(urtacha 30 kun), ko'prok sanitar axvoli yaxshi bulmagan joylardagi bolalar va usmirlarda uchraydi.

Gepatit V jaroxatlangan teri eki shilliq kavat, gemotransfuziya,qon bilan qon taktda eki zararlangan maxsulotlar bilan qon taktda bulganda, jinsiy alokadan keyin yuzaga keladi.

Inkubatsion davri 1-6 oy.

Klinik kechishi. Erta darajasida gepatit A ni V dan kiesiy tashxislab bulmaydi. Gepatit V ko'pincha ogir kechadi va unda ko'p asoratlar buladi. O't kir gepatit A formasi surunkaliga o't maydi. KoHflalgM sinfidagi NV eki NA-markerlari o't kir virusli infeksiya tashxisini tasdiklaydi. Gepatit S virusining yukishi va kechishi gepatit V ga uxshaydi. Inkubatsion davri 1-12 xafta. Kasallik ko'pincha sariqliksiz o't adi. Tashxis qonda NS antitelasini topish bilan asoslanadi.

Gepatitning sariqlik oldi boskichi tashxislash bazan kiyinchilik tugdiradi. Prodromal boskichda umumiy xolsizlik, kungil aynishi, ishtaxaning pasayishi,noanik tana xaroratining ko't arilishi, artralgiya,urtikariya, transaminaza kursatkichlari Yuqori bulishi gepatit tashxisini kuyishga imqon beradi. Sariqlikni turli darajalarida jigar va talok kattalashadi.Tana xarorati va ECHT uzgarmagan buladi. qonda gi bilirubin umumiy kursatkichi 340 mkmol/l dan oshmaydi.

Bilirubinning paydo bulishi axlatni jigarrang va siydikni rangsizlanishi kabi klassik simptomlardan dalolat beradi. qonda ko'pincha plazmatik xujayralar, leykopeniya, bazan leykotsitoz, bioximik tekshiruvlarda transaminazalar kursatkichlari oshadi. Agarda giper-gammaglobulenimiya aniklansa surunkali gepatit xuruji eki sirroz emon kechaetgani xakida uylash kerak, Gepatitni sariqsiz formasi klinik kechishi sariqlikdagiday kechadi, ammo kardinal simptomlarning bulmasligi sababli bazida tashxislab bulmaydi. Anik tashxislash uchun jigarning kattalashganligini aniklash va laborator uzgarishlar muxim axamiyatga ega. Xozirgi vaktida o't kir virusli gepatitni tashxislash serologik tekshiruv natijalari va maxsus laboratoriyalarda gepatit-A,V,S markerlarini topishga asoslanadi.Gepatit A,V,S dan tashkari, gepatitlarni sitomegaloviruslar, herpes viruslari, Ku va sariq isitma, Koksaki, kizamik, Epshteyn-Bar, mononukleoz, leptospirozlar xam chakiradi. Bazan sariqlik surunkali gepatit xurujida va jigar sirrozida kuzatiladi.

Xolestatik sariqlik. Parenximatoz (gepatotselyulyar) sariqlik va o't yo'llarini kiesiy tashxislashda anamnez natijalari,klinik kurinishi va laborator tekshiruv natijalariga asoslanadi. Jigar ichi va jigardan tashkari xolestazda tashxis kuyish kiyinchilik tugdiradi. Birlamchi tashxis kuyish va texnik jixatdan tez natijalarni olish uchun oddiy bulgan usul exografiyadir. Bu usul jigardan tashkari xolestaz, usmani tekshirish, tosh, o't yo'llarini kengayishlari(«dengiz yulduzlari» simptomi)ni aniklashda erdam beradi. Ammo boshlangich boskich o't yo'llarini yaxshi shakllanmaganda exografiya diagnozi chegaradangan. Ko'prok ishonchli, ammo travmatik usul teri orkali eki endoskopik(RXPG) usul xisoblanadi. Jigar ichi xolestazida qon yugirlangan bilirubinning ajralishi buzilishi bilan boglik. Uning sababi gepatotsitlardagi (Dabin-Djonson sirdromi),o't yo'llari sistemasidagi uzgarishlar bulishi mumkin. Bunday xollarda xolestaz kichish, qonda boglangan bilirubin, xolesterin, ishkoriy fosfatazalar, 5-nukleotidazalar, leysinaminopeptidazalar oshishi bilan xarakterlanadi. Jigar ichi xolestazi jigardan tashkari xolestazidan jigar soxasidagi ogrikni yukligi bilan,xolangit, o't yo'llari kengayishi, jigarning bilinmaydigan kattalashishi bilan farklanadi. Xujayra darajasidagi jigar ichi xolestazi Rottor sindromida, Dabin-Djonson sindromida, jigarni o't kir alkogolli distrofiyasida, sirrozlarda, infeksiyon kasalliklarning ogir formalarida va jarroxlik operatsiyalaridan keyin kuzatiladi. Kapilyar va prekapilyar xolestaz Xodjikin kasalligida va xomiladorlikda kuzatiladi. Duktulyar xolestaz Alajil sindromiga uxshaydi,xavfli kaytalanuvchi xolestazda, narkomanlar sariqligiga(«allergik» xolestatik sariqlikni narkotik formasidagi) uxshaydi.

Duktulyar,introlobulyar xolestaz o't yo'llarining kushilishi bilan Paroli sindromiga xos, jigar ichi o't yo'llari va katta diametrdagi yullar sklerozlanuvchi xolangitda, xolangiosarkomada zararlanadi. Jigardan tashkari xolestaz pnevmoniyada, leptospirozda, salmonelezlarda, siydik yuli infeksiyasida rivojlanishi mumkin. Bu bilan ko'prok bolalar kasallanadi. Aralash xolestazga toksik yaltirok neyetrofillar xos.

Dorili xolestatik sariqlikda virusli sariqlik yukligiga ishonch xosil kilish kerak. Rivojlanish mexanizmiga kura 2formasi; dozaga boglik(metiltesteron kabul kilgandan keyingi sariqlik) va dozaga boglik bulmagan «allergik»(kam uchraydi). Dorili sariqlik ko'pgina dorilar kabul kilgandan (tireostatiklar, gidantoin,eritromitsin,sefalosporin, aymalin, tolbo't amid, oltin preparatlari) keyin kuzatiladi. Prodromal boskichi gepatit kurinishida kechadi. Tana xarorati 2-4 kuni febril, keyin 2-3 hafta davomda subfebril buladi. Kichish,eozinofiliya va bioximik kursatkichlar kasallikni klinik kurinishiri ifodalaydi. Gistologik tekshirganda jigarda eozinofillar va mononuklearlar bilan infiltratsiyalanish aniklanadi. Jigarni toksik zararlanishi parenximatoz va xolestatik sariqlik bilan xarakterlanadi. Toksikomaniya tarkalishi buyicha tez-tez uchraydi. Bularga ekzogen zaxarlar aqon it va amonit, tetroxloruglerod, xloroform, benzol, tanin va boshkalar kirib gepatotsitlarda. nekroz chakiradi. Kasallik o't kir boshlanadi; kusish, ichi kelishining buzilishi, kollaps rivojlanadi, Vir necha kundan keyin jigar' komasi rivojlanadi. Getraxloruglerod bilan zaxarlanishning birinchi belgilari kusish, ichi kelishining buzilishi va sariqlik xisoblanadi. Organizmda katta bulmagan dozada toksinlar tushganda virusli gepatit bilan kiesiy tashxislash kiyinchilik tugdiradi. Dorili sariqlik virusli gepatitga uxshash belgilar gepatotsitlarga bevosita tasir etuvchi dorilar(sitostatiklar, mishyak, Yuqori dozadagi salitsilatlar, tetratsiklinlar va paratsetamol) eki «allergik» xarakterdagi(sudorgiga karshi dorilardan gidantoin, tuberkulo- va sitostatiklar, metildopa) natijasida bulishi mumkin. Dorili sariqlik gepatit tipida rivojlanishi («allergik») kam kuzatiladi.

Vilson-Qon ovalov kasalligi miss almashinuvining buzilishi bilan boglik bulib, doim bolalikda boshlanadi. Jigar zararlanishi belgilari(sariqlik, tana massasining kamayishi,assit) kasallik debyo't ida nevrologik simptomlar rakobatlashadi. Asosiy simptomlar-ekstrapiramidal regidlikdremor, ataksiya,jigar sirrozi, oekda limfatik shishlar, qonda seruloplazmin va misning kursatkichlarining pasayishi, asosan D-pensilamin kabul kilgandan keyin siydik misning ko'p ajralishi, jigar biopatlari misning miqdorii oshishi. Jigar dimlanishidagi sariqlik venoz qon bosimining oshishi va kislorodga ochlik natijasida gepatotsitlarning nekrozlanishi,jigar va talokning kattalashishi, qonda transaminaza miqdoriining oshishi natijasida rivojlanadi. Ung korincha etishmovchiligi, obliteratsiyalovchi perikardit, dilatatsion kardiomiopatiyasi bor bemorlarda uchraydi.

Jigar osti(mexanik, xirurgik) sariqlik xoledoxolitiyazda, duodenal surgich strikturasida, kistalarda, usmalarda, tugma jigardan tashkari o't yo'llari stenozlarida rivojlanadi.

Bolalarda o't yo'llari diskineziyasi (UYD)

- bu o't pufagi va o't yo'llarini funksiyasini (motorikasini) buzilishidir **UYD variantlari**
- 1. giperkineziya u/ p - gipotoniya sf. Oddi
- 2. giperkineziya u/p - gipertoniya sf. Oddi
- 3. gipokineziya u/p- gipotoniya sf.Oddi
- 4. gipokineziya u-p- gipertoniya sf.Oddi
- 5 giperkineziya u/p - normotoniya sf. Oddi
- 6. normokineziya u/p - gipertoniya sf. Oddi
- 7. gipokineziya u/p- normotoniya sf.Oddi
- 8. normokineziya u-p- gipotoniya sf.Oddi

O't pufak disfunksiyalarni diagnostikasi

-Ogrik sindromi (ogrik xurujsimon ung kovurga yoki epigastral soxdda) davomiyligi 20 min dan oshmaydi, 3 oy davomida kuyidagi bir yoki bir nechta belgilar bilan kushilib keladi:

- Belga yoki ung kurak ostiga uzatilishi
- Ovqat egandan keyin va tunda paydo bulishi..

- Kungil aynish, kayt kilish
- O't pufagi faoliyati buzilishi
- Biliar tizim struktur uzgarishlarisiz giperkinetik tip
Ogrik sindromi stres yoki biroz fizik zurikish bilan
- O't sanchigi tusatdan paydo bulib kiska vakt davom etadi sariqliksiz kechadi.
- O't pufagi palpatsiyada kuchli ogrikli. Ortnera, Myussi, Merfi simptomlari musbat.
- O't pufagining 4 fazada bushashish tezligi: o't ajralishi 10-15 min davomida, o't tarkibi uzgarishsiz.
- UTT da o't pufagi anik devorlari kalinligi 3 mm dan oshmaydi.
- Ko'proq 12 barmok ichak gipertonusi bilan kushilib keladi.

DIFFERENSIAL-DIAGNOSTIKASI

- Xoletsistit
- o't tosh kasalligi
- Gastroduodenit
- **ASORAT**
- Xoletsistit
- o't tosh kasalligi
- Gastroduodenit

BILIAR TRAKT KASALLIKLARDA DIAGNOSTIK TESTLAR

- Skrining testlar
- «Jigar» bioximiyasi: ALT, ACT, IF, GTP, XE, bilirubin
- Pankreatik fermentlar qon va siydikda
- UZI
- EGDFS

DAVOLASH

Dispanserizatsiya

- Dispanser nazorat 5 yil davomida
- Peshob analizi
- Qon taxlili
- Zardob bioximiyasi
- UTT
- Dietoterapiya
- Jismoniy tarbiya bilan shugullanish maxsus guruxlarda
- Surunkali infeksiya uchoklari sanatsiyalash
- Podderjivayuyayaya terapiya
- Vaksinatziya individual grafik asosoida

6.2 Analitik kism

Yangi pedogogik texnologiyalarni mashgulotda ko'llanilishi

O'yin : «Uz yarmingni top»

Maksad: Sariqlik mavzusini kay darajada bilishni nazorat kilish

-Oldindan tayyorlangan kartochkada kasallikni nomi (birinchi yarmida) va klinik belgilari (ikkinchi yarmida) kartochka xama talabadarga tarkatiladi. YArim tomondagi talabalar kasallikni nomini, ikkinchi tomondagi talabalar shu kasallikni klini belgilarini aytib berishlari kerak. Agar yarmi mos kelsa u tugri xisoblanadi.

Savollar:

1. Sariqlik tarkalishi va rivojlani mexanizmi
2. Sariqlik turlarini sanab o't ing.
3. O't yo'llari diskineziyasi, klinik formalari.
4. Jigarni funksional xolatini baxolash metodlari.
6. Sariqlikni metodik nazorati.

Vaziyatli masalalar. 1. Bola 10 yoshda. Bosh og'rigiga, ung qovirga ostidagi simlovchi og'riga shikoyat qiladi. O't T o't pufagi katta lashgan. Bioximik taxlili: fermentlari normada
I. Sizning tashxisingiz: A. UID, gipotonik tip * B. Xoletsistit V. Surunkali gepatit G. O't kir gepatit D. Pielonefrit

MAVZU : Dizuriya.

Reja:

1. Siydik-tanosil tizimi anatomiyasi va fiziologiyasi
2. Sistit diagnostikasi va davosi.
3. Glomerulonenfritning differensial diagnostikasi.
4. Nefrologik tekshiruvning uziga xosligi. Uash taktikasi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning buyraklari ko'p jihatdan embrional tuzilishini saqlaydi. Ular kattalarnikiga nisbatan ancha qalinroq, yanada dumaloq shaklga ega, bo'sag'a qismi tor va buyraklarning o'zi pallachali tuzilishga ega, qobiq qatlami etarlicha rivojlanmagan. Buyraklar rivojlanish jarayonida biroz cho'ziladi, pallachaligi asta-sekin tekislanib ketadi. Buyraklar mavjud elementlarning differensirovkasi va vazni ortishi hisobiga o'sadi. Bola hayotining ilk 5 yili davomida buyraklar vazni o'sishi hujayralar giperplaziyasi hisobiga, so'ng esa hujayralar gipertrofiyasi, ya'ni o'lchamlari kattalashishi tufayli ro'y beradi. Bola tug'ilishiga kelib buyrakning vazni 10–12 grammga teng bo'ladi; 5–6 oylik chaqaloqda buyrakning vazni ikki baravar, bola bir yoshga to'lganda esa uch baravar og'irlashadi. Keyinchalik buyrak og'irligi sekinroq oshadi, lekin jinsiy etilish davrida buyrak yana jadal o'sishi kuzatiladi. Bu davrda (15 yoshda) buyraklar vazni 10 baravar oshadi. 7 yoshgacha buyrak maydoni har yili, o'rta hisobda, 1 sm ga, 7–15 yoshli bolalarda esa – 1,5 sm ga kattalashadi. 7–8 yoshgacha buyraklar nisbatan past joylashgan bo'ladi, chunki ular nisbatan yirik, umurtqaning bel bo'limi esa nisbatan qisqa bo'ladi. Nafas olish fazasida ikkala buyrak past tomon siljiydi: kichik bolalarda – 1 sm ga, kattaroq bolalarda 2 sm ga. Patologik harakatchanlik mavjud bo'lganda buyrak odatda belning I umurtqasi jismi balandligiga teng masofaga siljiydi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning buyraklarida tugunchalar ixcham joylashgan bo'lib, yuzaning 1 sm da 50 ta, 7–8 oylik bolalarda – 18–20 ta, kattalarda – 7–8 ta bo'ladi. Ikki yoshligacha davrda nefron etarlicha differensirovkalangan bo'lmaydi. Homilada va yangi tug'ilgan chaqaloqda buyrak tugunchasi kapsulasining visseral bargi kub shaklidagi epiteliydan iborat bo'lib, bunday holatda filtratsiya jarayoni qiyinlashgan bo'ladi. Bolaning ikki oylik davrigacha kub shaklidagi epiteliy buyrakning barcha tugunchalarida, to'rtinchi oyida esa miyaoldi tugunchalarda aniqlanadi. SHunda yassi epiteliy paydo bo'ladi; bola umrining 8 oyiga kelib uni periferik tugunchalarda topishadi. Bola hayotining ikkinchi va to'rtinchi yili oralig'ida kub shaklidagi epiteliyning faqat qoldiqlarini topish mumkin, 5 yoshli bo'lganidan keyin esa tuguncha tuzilishi kattalarniki bilan bir xil bo'lib qoladi. YAngi tug'ilgan chaqaloqda tuguncha diametri – 85 mkm, 1 yoshli bo'lganida – 88 mkm, 5 yoshli bolada – 150 mkm, 18 yoshga kelib – 190 mkm, 30 yoshli kishida – 210 mkm, 40 yoshli bo'lganida – 195 mkm bo'ladi. Bola 2–3 yoshli, 5–6, 9–10 yoshli bo'lganida va 16–19 yoshli o'smirlarda tugunchalar ayniqsa jadal kattalashadi. Tugunchalarning kichik o'lchamlari yangi tug'ilgan chaqaloqlar tugunchalarining umumiy filtrlovchi yuzasi kichikligi (kattalar me'yorida taxminan 30%) bilan izohlanadi.

Nefronlarning funksional xususiyatlarini hisobga olib, ular shartli ravishda 3 qatlamga bo'linadi:

– yuzaki (qobiqli) – ular taxminan 20%, kichik va birmuncha kamroq etilgan. 5 yoshgacha nefron soni ushbu qatlam hisobiga ko'payadi. Ularning nefron halqalari qisqa (Genle halqalari) konsentratsion funksiyani shakllantirishda kam ishtirok etadi;

– o'rta kortikal – ularning umumiy sonidan taxminan 60%;

– miya oldi (medullyar) – ularning soni 10–15% tashkil qiladi. Erta yoshdagi bolalarda ultrafiltratdan natriy ionlarining reabsorbsiyasida medullyar nefronlar etakchi rol o‘ynaydi. Shu bilan birga ADG tizimida reabsorbsiya mexanizmlari – renin – angiotezin bola hayotining ilk 2 yili davomida nisbatan etilmagan holatini saqlab turadi.

Buyraklarning morfofunktsional etilishi ham kortikal nefronlar soni ko‘payishi, ham qolganlarning giperplaziyasi hisobiga ro‘y beradi. Buyraklarning gistologik tuzilishi bola maktab yoshiga etgandagina kattalar buyragi bilan bir xil bo‘lib qoladi.

Nefronlar turli qatlamlarining rivojlanish geteroxroniyasi, morfologik etilish tezligi, funksional imkoniyatlar dinamikasi bolaning ilk 7–8 yoshligi va 13–15 yoshligi davrida ayniqsa ifodalangan bo‘ladi.

Bola umrining birinchi yilida uning buyrak tuguni kapsulasi tuzilishining anatomik nomukammalligini kanalchali apparatning anatomik xususiyatlari yanada murakkablashtiradi. YAngi tug‘ilgan chaqaloqlarning kanalchalari kattalarnikidan anchagina kaltaroq, ularning oralig‘i esa kattalarnikiga nisbatan 2 baravar torroroq bo‘ladi. Nefron halqasi (Genle halqasi) to‘g‘risida ham xuddi shunday fikr bildirish mumkin. Bu esa yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda va birinchi yil umr ko‘rayotgan bolalarda kanalcha apparati bilan amalga oshiriladigan provizorlik siydik reabsorbsiyasining pasayishiga olib keladi.

Buyrak jomlari nisbatan yaxshi rivojlangan, lekin mushaklar to‘qimalari va elastik to‘qima unchalik rivojlanmagan. Buning o‘ziga xos xususiyati shundaki, buyraklarning limfatik tomirlari ichaklarning limfatik tomirlari bilan yaqin aloqada bo‘ladi. Infeksiya ichaklardan buyrak jomlariga osongina o‘tishi va pielonefrit rivojlanishi aynan shu bilan izohlanadi. Kichik yoshdagi bolalarda buyrak jomlari ko‘proq buyrak ichida joylashishini kuzatish mumkin. Bolalarda siydik chiqarish yo‘llarining diametri kattalarnikiga nisbatan biroz kattaroq bo‘ladi. Lekin ular ko‘pgina egilishlarga ega. Bolalarning siydik chiqarish yo‘llarining qalinligi o‘rta hisobda 0,3–0,4 sm ga teng. Siydik pufagida (qovuq) elastik to‘qimalar va mushaklar to‘qimalari etarlicha rivojlanmagan, shilliq parda esa yaxshi rivojlangan. Siydik pufagi kattalarnikiga nisbatan yuqoriroq joylashgan, shu bois uni paypaslash osonroq. Birinchi yil umr ko‘rayotgan bolalarda uretraning ichki teshigi tub birikmaning yuqori chekka sathida, birinchi yil oxirida esa – quyi chekka sathida bo‘ladi. YAngi tug‘ilgan chaqaloq qovug‘ining hajmi 30 ml, 1 yoshli bolada – 35–50 ml, 1–3 yoshlida – 50–90 ml, 3–5 yoshlida – 100–150 ml, 5–9 yoshlida – 200 ml, 9–12 yoshlida – 200–300 ml, 72–75 yoshli odamda – 300–400 ml bo‘ladi.

O‘g‘il bolalarda siydik chiqarish kanalining uzunligi 5–6 sm (kattalarda – 14–18 sm), jinsiy etilish davrida 10–12 sm ga etadi. Morfologik jihatdan u elastik to‘qimasi va biriktiruvchi to‘qimadan iborat asosi kuchsiz rivojlanishi bilan ajralib turadi. SHilliq pardasi yaxshi rivojlangan. Qiz bolalarda siydik chiqarish kanalining uzunligi o‘g‘il bolalarnikiga nisbatan kaltaroq (atigi 1–2 sm), uning diametri esa kengroq bo‘ladi. Bu kateterizatsiya va sistoskopiya o‘tkazishda katta amaliy ahamiyatga ega.

Buyrak ikki vazifani bajaradi: almashinuv jarayonlarining oxirgi mahsulotlarini organizmdan ajratib chiqarish va ichki muhitning barqarorligini saqlab turish. Siydik hosil bo‘lishining asosiy jarayonlari quyidagilardan iborat: tugunchali filtratsiya, kanalchali reabsorbsiya va kanalchali sekretsia.

Buyrak tugunchasida hosil bo‘ladigan birlamchi siydik o‘zining tarkibi va fizik xususiyatlari bo‘yicha oqsil moddalari mavjud bo‘lmagan yoki 30 mg dan ko‘p bo‘lmagan miqdorda bor bo‘lgan qon plazmasiga mos bo‘ladi. Kapillyarli tuguncha filtratsiyasi kabi murakkab jarayonda asosiy rolni bazal membranasi o‘ynaydi. Filtratsiya jarayoni tugunchalar tomirlarida qonning gidrostatik bosimi hisobiga ro‘y beradi, buyrakdagi plazma oqsillarining onkotik bosimi va kapsulalar ichidagi bosim bunga qarshilik ko‘rsatadi. Xususan, gipoproteinemiya, onkotik bosim pasayishi, qon bosimi tushishi filtratsiya tuxtashiga olib keladi. Siydik hosil bo‘lishi mumkin bo‘lgan eng minimal arterial bosim simob ustunining 75 ml bosimini tashkil qiladi, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda siydik hosil bo‘lishi jarayonlari yanada pastroq ko‘rsatkichlarda ro‘y beradi, chunki ularning buyrak ichidagi va venadagi bosim pastroq bo‘ladi.

Bolada filtratsiya jarayoni past samarali bo'lishining asosiy sabablari tugunchalar nisbatan past o'tkazuvchanligi va tugunchalarning jamlama filtrlovchi yuzasining nisbatan kichikligi bilan ifodalanadi. Buyrak kanalchalarida qon plazmasi ultrafiltratining (birlamchi siydik) hajmi va tarkibi jiddiy o'zgaradi. Tamomila haqiqiy siydik hosil bo'lishining murakkab jarayoni butun kanalchali tizim davomida ro'y beradigan kanalchali reabsorbsiya, ekskretsiya va sekretsiyadan tashkil topgan bo'ladi.

Reabsorbsiya va sekretsiya – bu faol (aktiv) jarayonlar bo'lib, ularning natijasida ayrim moddalar tugunchali filtratdan qonga qaytadi, boshqalari esa kanalchalar hujayralari bilan birga qondan filtratga ajralib chiqadi. Bolada ushbu ikkala jarayonlarning samaradorligi kattalarnikiga nisbatan ancha pastroq. Jumladan, penitsillinning faol ekskretsiyasi bola 6 oylik bo'lganidan keyingina paydo bo'ladi, glyukozaning teskari shimilishi jarayoni esa bola ikkinchi yil umr ko'rishi boshlarida shakllana boshlaydi. SHu bilan birga, bolaning reabsorbsiya jarayoni kattalarnikiga nisbatan samaraliroq, shuning uchun bolalar natriyni ushlab qolish, shish hosil qilishga moyilroq bo'ladi. Bolaning buyraklari natriyni yuqori darajada reabsorbsiya qilishi sabablari hozircha noma'lum. Erta yoshdagi bolalarda buyrakning azotli almashinuv (mochevina) mahsulotlarini chiqarib tashlash qobiliyati cheklangan. Bolalarning to'yingan siydik hosil qilish qobiliyati ham chegaralangan.

Tugunchalar kapillyarlarida gidrostatik bosim katta kapillyarlardagi o'rtacha bosimdan (simob ustunining 90 mm bosimi) taxminan 50–70% tashkil qilib, simob ustunining 45–65 mm bosimiga etadi. Bu ko'rsatkich boshqa organlar kapillyarlariga nisbatan eng yuqori bosimdir. Bolalarda arterial bosim kattalarnikiga nisbatan biroz pastroq yuradi (14 bobni ko'ring). Tugunchadagi yuqori gidrostatik bosim buyrak qon ta'minotining o'ziga xos xususiyatlari bilan belgilanadi. Ma'lumki, buyrak arteriyalari bevosita aortadan chiqadi, bundan tashqari, tugunchaning olib keluvchi tomiri diametri chiqaruvchi tomirining diametridan 2 baravar kattaroq.

Buyrak qon oqimi nafaqat kattalarda, balki turli yoshdagi bolalarda ham aniqlanishi mumkin (buyrak qon oqimi – bu buyrak qon tomirlari orqali ma'lum vaqtda o'tadigan qon miqdori). Odam organizmida aylanadigan qon taxminan har 5–10 daqiqada buyraklar orqali o'tadi, bir sutkada esa buyraklar orqali 1500 litr qon o'tadi, shu bilan birga qobiq qatlamidan buyrak orqali o'tadigan umumiy qonning 80–93% o'tadi. Buyrakning qobiq moddasi tana vaznining bir birligiga miya moddasiga nisbatan 20–30 baravar ko'proq qon oladi.

Kattalarda filtrlovchi yuza maydoni – 1,5 m². Bolalarda esa tugunchalardagi siydik filtratsiyasi ko'rsatkichlari ular bir yoshga to'lganidan keyingina kattalar ko'rsatkichlariga yaqinlashadi. Tugunchalardagi filtratsiyaning ayniqsa past ko'rsatkichlari yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi, va bu tuguncha tuzilishining xususiyatlari bilan bog'liqdir (tuguncha kapsulasi visseral bargining kub shaklidagi epiteliyi, kichik o'lchamlari, nisbatan past gidrostatik bosim). SHuningdek, bola tug'ilganidan keyin almashinuv mahsulotlari organizmdan chiqarilishi yo'llarining o'zgarishi ham ahamiyatga ega, va bu darhol buraklarga yuklama tushiradi (homila tug'ilgunicha uning asosiy chiqarish organi platsenta bo'ladi).

SHu sababli buyraklarning tranzitor etishmovchiligi yuzaga kelib, tezda yo'q bo'lib ketadi. Bola hayotining birinchi yilida tugunchali filtratsiya tezda ortib boradi va ikkinchi yilining oxiriga kelib kattalarga xos bo'lgan ko'rsatkichlarga etadi.

Pediatrik klinikada tugunchali filtratsiya haqida fikr yuritish uchun endogen kreatinin bo'yicha klirensdan foydalanish ayniqsa keng tarqaldi. Uning miqdori bolaning yoshiga qarab o'zgaradi, va aynan shu buyrakning eng muhim funksiyasini, ya'ni tugunchali filtratsiyani ifodalaydi. Bolalarda siydikning miqdori, kimyoviy tarkibi va zichligi turli yosh davrlarida farqlanadi. Siydik miqdori bola ulg'aygani sari ko'payadi.

Siydik hosil bo'lishining yana bir xususiyati siydik zichligi past darajada bo'lishidan iborat. Ma'lumki, siydik zichligi, asosan, kanalchali apparatning reabsorbsiya funksiyasini ifodalaydi. Bolalarda siydikning osmolyar konsentratsiyasi (to'yinganligi) kattalarnikiga nisbatan ancha pastroq bo'ladi. Bolalar tana vazni fiziologik kamayishi deb nomlanadigan davrda bu ko'rsatkich kattalarnikiga nisbatan taxminan 3 baravar kamroq. Bola beshinchi oy

yashayotganda siydikning osmotik bosimi diurez miqdoriga bog'liqligi namoyon bo'la boshlaydi, 7 oylik bolada esa u kattalarda bo'lgani kabi ifodalangan bo'ladi.

Bolalar siydigining kimyoviy tarkibini tahlil qilish natijasida tafovutlarni aniqlash mumkin. Bir yoshdan oshgan bolalarda fosfatlar, kaliy, xloridlar ajralib chiqishining jadal ko'payishi kuzatiladi. SHu bilan bir vaqtda siydik kislotasining miqdori avvalgi darajada qoladi. YAngi tug'ilgan chaqaloqda umrining ilk 3–4 kunida siydik kislotasi va uning tuzlarining katta miqdori mavjudligi kuzatiladi. SHu vaqtda ko'pincha buyraklarning siydik kislotali infarkti aniqlanadi (taxminan chaqaloqlarning 75%).

Reabsorbsiya va sekretiya jarayoni nefronning uch qismdan iborat distal bo'limida ro'y beradi: a) proksimal kanalcha, b) ingichka segment (nefron halqasining U–simon qismi), v) distal kanalcha.

Nefronning distal bo'limi shartli ravishda 3 qismga bo'linadi, chunki reabsorbsiya va sekretiya jarayonida ularning har birida alohida funksiyalar mavjud.

Proksimal kanalcha buyrakning qobiq moddasida joylashgan. Uning ichida moddalarning aksariyat qismining, shu jumladan taxminan 85% filtratsiyadan o'tgan suv, natriy va xlor, bikarbonatlar, barcha glyukoza, deyarli barcha fosfatlar, kaliy, aminokislotalar va oqsillar teskari shimilishi ro'y beradi. SHu bo'limning o'zida yuqorimolekulyar, organizm uchun begona moddalarning (masalan, oqsil bilan bog'liq diodrast) faol sekretiya ro'y beradi. Reabsorbsiya ham, sekretiya ham proksimal bo'limda enzimatik jarayonlar tufayli amalga oshiriladi.

YAngi tug'ilgan chaqaloqlarda sekretiya funksiyasi etilmagan bo'ladi. U asta-sekin bola hayotining oltinchi oyiga kelib etiladi, va bu jihatni dori vositalarini tayinlashda hamda odam tomonidan o'zgartirilgan yashash muhitidan organizmda toksik (zararli) moddalar to'planishi xavfi yuzaga kelganda, ya'ni ekopatologiya holatida hisobga olinishi lozim.

Nefron halqasining ingichka segmenti miya qatlamida joylashgan. SHakli U–simon bo'lganligi tufayli, ushbu bo'lim buyrakning miya qatlamida osmotik faolligi yuqori bo'lgan muhitni yaratishda jiddiy rol o'ynaydi va shu tufayli siydik yig'ish naychalari orqali o'tayotganida maksimal konsentratsiyaga ega bo'lish imkonini ham yaratadi. Bu jarayon natriyning va qisman suvning (natriyli nasos) fakultativ rezorbsiyasi va sekretiya yordamida amalga oshiriladi.

Distal kanalcha qobiq moddasida joylashgan. Ushbu bo'limda filtratsiyadan o'tgan qolgan 14% suvning reabsorbsiyasi, natriyning tamomila reabsorbsiyasi, bikarbonatlarning teskari shimilishi ro'y beradi. Bu erda Na va K ionlarining sekretiya amalga oshiriladi va bunda ionlar almashinuvi yo'li bilan siydik nordonlashtiriladi, va, asosan, shu erning o'zida organizmga kirib olgan begona moddalarning (bo'yoq moddalar, antibiotiklar) ekskretiya ro'y beradi. Oxirgi aytilganlar orasida penitsillin alohida e'tiborga ega bo'lib, uning konsentratsiyasi (to'yinganligi) kanalchada, qonga nisbatan 6–8 baravar yuqori bo'ladi.

Yig'uvchi naychalar, o'zining embrional rivojlanishi bo'yicha nefronga mansub bo'lmasada, funksional ahamiyatiga ko'ra ularni kanalchani distal qismining davomi deb hisoblash lozim. Aynan shu bo'limda siydikning tamomila konsentratsiyasi (to'yinishi) ro'y beradi, ya'ni eng pirovard siydik hosil bo'lib, siydik yo'llari orqali tashqariga chiqariladi. Nefronning kanalchali apparatida ro'y beradigan turli moddalar reabsorbsiyasi miqdori inulin va kreatin bo'yicha belgilanadigan tugunchali filtratsiya va ushbu modda bo'yicha klirens o'rtasidagi farq darajasiga qarab aniqlanishi mumkin. Bolalarda nefron kanalcha apparatidagi reabsorbsiya i sekretiya jarayonlari qator tafovutlarga ega. Buraklarning suv ajratib chiqarish funksiyasi alohida diqqatga sazovor. Ortiqcha suvni organizmdan samarali ajratib chiqarish va bu jarayonda katta miqdorda gipotonik siydik chiqarish yoki suv etishmayotganda uni tejash va kam miqdorda yuqori to'yingan siydik hosil qilish qobiliyati – bu odam buyragining eng muhim funksiyasidir. Bolada siydik zichligi past bo'lsa-da, lekin bu hali bolaning buyragi ortiqcha suvni yaxshi chiqarib tashlashini anglatmaydi. Aksincha, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning buyraklari organizmni ortiqcha suvdan tezda xalos etishga qodir bo'lmaydi. Jumladan, kattalarda ortiqcha suv yuklamasi mavjud bo'lgan holatda ushbu suv 2 soatdan keyin butunlay chiqarib tashlanadi. YAngi tug'ilgan chaqaloqda umrining birinchi kunida xuddi shu vaqt davomida organizmiga

kiritilgan suyuqlikning 15%, 2–3 kunida – 20–25%, 7 kunida – 45%, 14 kunida – 60% tashqariga chiqarib tashlanadi.

Erta yoshdagi bolalarda buyraklarning kislotali-asosiy holatini tartibga solish mexanizmlari bola tug‘ilishi vaqtiga kelib hali etilmagan bo‘ladi. Turli kasalliklarda atsidoz tez rivojlanishi bundan dalolat beradi. Xuddi shu vaqt ichida bolaning buyragi kattalar buyragiga nisbatan 2 baravar kamroq kislotali radikallarni ajratib chiqaradi.

Peshob ajratishni tartibga solishga ham muhim anatomik-fiziologik xususiyatlar xosdir. Ushbu tartibga solish jarayoni shartli ravishda uch pog‘onali tizimga ajratiladi [A.V. Papayan, D.V. Mavrushkin, 1993]. Har bir pog‘ona yuqori turgan pog‘onaga bo‘ysunadi, lekin yuqoridan «rahbarlik» mavjud bo‘lmaganda tartibga solishni o‘z mexanizmlari bilan amalga oshiradi.

Tartibga solishning quyi qavatini detruzor – ya‘ni siydik pufagining mushagi, ichki va tashqi sfinkterlar tashkil qiladi. Detruzor qisqarishi va sinxronizatsiyalashuv jarayonida sfinkterlar bo‘shashishi peshob ajratishni ta‘minlaydi. Bu darajadagi izdan chiqishlar deyarli faqat quyi siydik yo‘llarining infeksiyalari va anomaliyalari bilan bog‘liq bo‘ladi.

O‘rta qavat siydik pufagining periferik innervatsiyasi va peshob ajratishni tartibga solishning spinal markazlaridan tashkil topgan. Spinal markazi simpatik qismining ta‘siri siydikni ushlab qolishga, parasimpatik qismining ta‘siri esa – uni haydab chiqarishga qaratilgan. Bu darajada tartibga solish jarayonining buzilishi markaziy yoki vegetativ asab tizimi spinal bo‘limlarining rezidual–organik yoki infeksiyon patologiyasi bilan bog‘liq.

YUqori qavat cho‘zinchoq miya, gipotalamus va bosh miyasining peshana va tepa qismlarida joylashgan serebral markazlar bilan ifodalanadi. SHunga muvofiq, tartibga solish bu darajada buzilishi ham organik patologiyasini, ham bosh miyasi, yuqori vegetativ markazlar tomonidan funksional patologiyalarni aks ettiradi yoki bolalarda tizimli nevrozlar bilan bog‘liq bo‘ladi.

Z.Volkova peshob ajratishning shakllanishi va tartibga solinishining hamda o‘z- o‘ziga xizmat qilish ko‘nikmalari shakllanishining qator yoshga oid bosqichlarini ajratadi. Ushbu bosqichlarni modifikatsiya bilan keltiramiz:

I bosqich – tug‘ilganidan 6 oylik bo‘lgunicha. Siydik pufagi darajasidagi avtomatizm bosqichi. Siydik pufagi to‘lishi sari bo‘shatiladi.

II bosqich – 6 oylikdan 1 yoshga to‘lgunicha. SHartli refleksi ishlab chiqish bosqichi. Bola siydik pufagi to‘layotganligini sezadi va yuzaga keladigan vaziyat, onaning xatti-harakatlari va so‘zlarining toniga qarab, siydikni ushlab turish yoki uni chiqarishga o‘rganishi mumkin.

III bosqich – 8 oylikdan 18 oylikkacha. Bola peshob ajratishni tartibga solishi mumkin, lekin voqeaga mos ravishda o‘ziga xizmat ko‘rsata olmaydi.

IV bosqich – 18 oylikdan 36 oylikkacha. YUqori darajada saboq olish va asta- sekin o‘z-o‘ziga xizmat ko‘rsatish ko‘nikmalari shakllanishi bosqichi.

V bosqich – 3 yoshlikdan 4,5 yoshlikkacha. Kunduzi peshob ajratishni butunlay boshqara olish va tunda uyqu vaqtida to‘liq boshqara olmaslik.

VI bosqich – 4,5 yoshlikdan katta. Tunda siydikni ushlab tura olmaslik yakunlanadi, bir hafta yoki bir oy davomida birgina siydik ushlab turmaslik holati kuzatiladi.

Sistit - siydik pufagining shilliq qavatidagi mikrobl- yallig‘lanish yoki immunopatologik jarayon.

TASHHISOT MEZONLARI:

I. Anamnezi:

Organizm rezistentligining tushishi; buyrakning toksik (preparatli) zararlanishi, siydik yo‘llari kateterizatsiyasi; vulvovaginit; tubulopatiyalar; irsiy va orttirilgan moddalar almashinuvining buzilishi; me‘da-ichak yo‘li disfunksiyalari; qabziyatga moyillik.

II. Klinik mezonlari:

1. Og'riq sindromi: qovuq sohasida og'riq, doimiy, sanchiqli, palpatsiyada qorin devori taranglashgan.

2. Dizuriya sindromi - tez- tez (pollakuriya) va kam porsiyadan og'riq bilan siyish; siydik ushlab tura olmaslik.

III. Paraklinik mezonlar:

a) siydik tahlili - tiniq emas, neytrofilli leykotsituriya; proteinuriya, bakteriuriya, eritrotsituriya (o'zgarmagan), yassi epiteliy hujayralari

v) qon tahlili - neytrofilli chapga siljigan leykotsitoz, ECHT oshishi.

g) ekskretor urografiya - tosh, anomalialar, o'simtalar. d) sistografiya – qovuq-siydik yo'li reflyuksi.

Qiyosiy tashhisot:

Vulvit, vulvovaginit, fimoz, balanit, pielonefrit. Tashhis etaloni:

O'tkir o'choqli, gemorragik sistit.

Sistit tasnifi

Kechishi bo'yicha : o'tkir (faqat shilliq qavat zararlanadi); surunkali (shilliq qavat va uning osti sohalari zararlanadi). Maydoni bo'yicha : o'choqli, diffuz.

Morfologiya bo'yicha: katta ral, yiringli, gemorragik, granulyar, bullyoz, nektorik, inkrustatsiya bo'lgan.

Davolash

1. Tartib - o'tkir davrda o'rinda yotish, keyin yotib-turish, o'zni ehtiyot qilish.

2. Parhez – so't li va o'simlik mahsulotlaridan tayyorlangan ovqatlar.

3. Antibiotikoterapiya: yarim sun'iy penitsillinlar, III avlodga mansub sefalosporinlar: Sefazim (sefotaksim) so't kada 50-100 mg/kg 2 marta bo'lib m/o yoki t/i yuboramiz, Sefogram (seftriakson) kasallik og'irligiga qarab 20-100 mg/kg kuniga 1 marotaba qilinadi, Sebaneks (sefoperazon+sulbaktam) – anamnezida ilgari antibakterial davo olib va natija bo'lmagan holatlarda – so't kada 40-80 g/kg 2 marotaga bo'linib m/o yoki t/i yuboriladi; o'tkir davrda 5–7 kunlik kurs bilan ichishga yoki parenteral – nitrofurantoin (furagin, furadonin, furazolidon va b.) jarayon so'nganda 3–5 mg/kg so't . 4 mahal, 5–7 kun (ichishga, rektal, elektroforez 1%li eritmasi qovuq sohasiga).

4. Ko'p 1,5–2 l gacha suyuqlik ichish. Tez-tez siyish.

5. Ko'rsatma bo'yicha almashinuv nefropatiyalar (oksalat- kalsiyli kristalluriya, uraturiya, fosfaturiya) korreksiyasi – parhez va dorilar bilan. 6

6. Mahalliy davolash, sistit ko'rinishiga bog'liq ravishda:

- katta ral va gemorragikda – na'matak, chakanda (oblepixa) moyi 10–15 ml dan, sintomitsin emulsiyasi 5 ml dan 1 mahal №10 instillyasiyasi;

- u bilan birgalikda moychechak (romashka), evkalipt qaynatmasi bilan mikroklizmalar, har kuni №10.

7. Fiziomuolajalar: kalsiy xlorid bilan elektroforez qovuq sohasiga kun oralatib, № 7–10; shu sohaga ozokerit, parafinli applikatsiya №7–10, Kuznetsov bo'yicha diadinamik toklar, kun oralatib № 7–10.

8. Fitoterapiya: yalpiz, suli damlamasi 2–3 hafta .

9. Surunkali infeksiya o'chog'ini, interkurrent kasallikni davolash

- katta ral va gemorragikda – na'matak, chakanda (oblepixa) moyi 10–15 ml dan, sintomitsin emulsiyasi 5 ml dan 1 mahal №10 instillyasiyasi;

- u bilan birgalikda moychechak (romashka), evkalipt qaynatmasi bilan mikroklizmalar, har kuni №10.

10. Fiziomuolajalar: kalsiy xlorid bilan elektroforez qovuq sohasiga kun oralatib, № 7–10; shu sohaga ozokerit, parafinli applikatsiya №7–10, Kuznetsov bo'yicha diadinamik toklar, kun oralatib № 7–10.

11. Fitoterapiya: yalpiz, suli damlamasi 2–3 hafta .

12. Surunkali infeksiya o'chog'ini, interkurrent kasallikni davolash.

BIRLAMCHI GLOMERULONEFRIT

TASHHISOT MEZONLARI

Anamnezi:

Allergik reaksiyalarga moyillik, organizm immunologik reaktivligining susayishi, qarindoshlarda buyrak va yurak-qon tomir tizimi kasalliklari qayd etilishi, boshdan kechirilgan streptokokkli kasalliklar (tonzillit, streptodermiya, skarlatina, saramasli yallig'lanish va b.) va undan keyin (3–4 hafta o'tgach streptokokkli antigen stimulyasiyasi) yuzaga kelgan renal va ekstrarenal klinik-laborator belgilari bo'lgan kasalliklar katta ahamiyat kasb etadi.

BOLALARDA BIRLAMCHI GLOMERULONEFRITNING TASNIFI

(Vinnitsada Umumittifoq simpoziumda qabul qilingan, 1976)

O'tkir glomerulonefrit: o'tkir nefrotik sindrom bilan;

nefritik sindrom bilan;

faqat siydik sindromi bilan;

nefrotik sindrom gematuriya va gipertoniya bilan

Davrlar:

1. Boshlangich ko'rinishi
2. Qaytish
3. Surunkali glomerulonefritga o'tishi

Buyrak funksiyasi xolatiga kura

Buyrak funksiyasi buzilmagan

1. Buyrak funksiyasi buzilgan
2. O'BE (o'tkir buyrak etishmovchiligi)

Surunkali glomerulonefrit :

nefrotik turi;

aralash turi;

gematurik turi;

Davrlar:

- Huruj

- Qisman, remissiya (chastichnaya)

- Tula klinik- laborator remissiya :

Buyrak funksiyasi xolatiga kura

1. Buyrak funksiyasi buzi lmagan
2. Buyrak funksiyasi buzi lgan
3. SBE (surunkali buyrak etishmovchiligi)

Yarim o'tkir glomerulonefrit (zlokachestvennyy)

1. Buyrak funksiyasi buzi lgan
2. SBE (surunkali buyrak etishmovchiligi)

II. Klinik mezonlar:

1. Ekstrarenal simptomlar kasallikning o'tkir va surunkali kechishining turli xil ko'rinishlarni belgilab beradi. Bunda bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qayt qilish, qorin va bel og'rig'i simptomlari, oliguriya keyinchalik poliuriya bilan, allergik reaksiyalar va b. kuzatiladi.

SHishlar glomerulonefritning variantiga kura turli darajada bo'ladi:

- gematurik variantda - shishlar ko'p emas, asosan, yuzda; oligurik fazada, bel sohasida, oyoqlarda, qorinning old qismlarida yaqqol namoyon bo'lishi mumkin; tezda o'tib ketadi ketadi va ular ko'ptokcha filtratsiyasining susayishi hisobiga ro'y beradi.

- nefrotikda esa - shishlar ko'p, tarkalgan, faqat yuzda emas, balki bo'shliqlarda ham: assit, anasarka; shishlar paydo bo'lganda oliguriya kuzatiladi, shishlar mo'tadil bo'lib, bir necha kun ichida ko'payadi; shishlar gipoproteinemiya va onkotik bosimning pasayishi hisobiga rivojlanadi.

- aralash variantda – shishlar turli xil darajada (yuz kerkishidan to periferik va bo'shliq – gidrotoraks, gidroperikard, assit kabi shishlargacha) bo'ladi va tuz-suv almashinuvining buzilishi, gipoproteinemiya hisobiga rivojlanadi.

Arterial gipertenziya ham kasallikning turiga bog'liq:

- gematurik turida – arterial bosim bir oz (yoshiga nisbatan 15– 20 mm simob ustunidan ko'proq); bu qisqa muddatda (oliguriya davrida) gipervolemiya hisobiga ro'y beradi. Kam hollarda gipertonik ensefalopatiya (eklampsiya) talvasa, kurish faoliyatining o'tkir buzilishi va yo'qolishi bilan kechishi mumkin.

- nefrotik turida – arterial bosim o'zgarmaydi, kam hollarda oliguriya davrida qisqa muddatda uncha yuqori bo'lmagan gipertenziya kuzatilishi mumkin.

- aralash turida - arterial bosim yuqori va mo'tadil va qonuniy ravishda angiotenopatiya rivojlanadi. Jarayon og'ir va noxush kechadi.

I.Paraklinik mezonlar:

(Siydik sindromi va buyrakning zararlanish darajasi belgilanadi):

a) Siydik tahlili:

-gematurik turida:

-har xil darajadagi glomerulyar eritrotsituriya (makrogematuriyadan to ko'rish maydonida 10–15 ta eritrotsitlar bo'lishi), uzoq muddat saqlanib, asta-sekin kamayadi;

-proteinuriya uncha yuqori emas (1g/l) yoki yo'q;

-aseptik (eozinofil, limfotsitlar) leykotsituriya, ko'pincha oliguriya davrida;

-nefrotik turida:

-proteinuriya ancha yuqori (3–20 g/l gacha);

-eritrotsituriya (glomerulyar) o'rtacha. 10–20 ta eritrotsit ko'rish maydonida, ko'proq kasallikning birinchi 10–14 kunida yoki umuman bo'lmaydi;

-aseptik leykotsituriya limfotsit va eozinofillar ustunligi bilan;

-silindruriya – o'zgarishlar proteinuriya bilan baravar kechadi.

-aralash turida:

-proteinuriya Yuqori, ko'pincha noselektiv, 3 g/so't .dan ortik;

-eritrotsituriya (10–15 ta eritrotsitdan to makrogematuriyagacha);

-aseptik leykotsituriya;

-silindruriya - donador, gialinli, ba'zida terminal (odatdagidan keng) silindrlar, kamroq gavadchali (xujayrali);

b) Filtratsion klirensni tekshirish - kamayishi patologik jarayonga bog'liq.

v) Qonning biokimyoviy tahlili:

-proteinogramma - gipoalbuminemiya Yuqori, nefrotik va aralash turida α - va γ -globulinlar miqdori ortgan;

lipidogramma – nefrotik turida o'tkir davrida va aralash turida xamma davrlarida umumiy lipid va uning fraksiyalari (xolesterin, b- lipoprotein, fosfolipidlar) keskin oshgan;

-azot chiqaruvchi funksiya – mochevina, kreatinin, siydik kislota ko'rsatkichlari gematurik va nefrotik turlarida, oligoanurik fazasida birmuncha oshgan, ammo aralash glomerulonefritda keskin ko'tarilgan va uzoq muddat saqlanadi;

g) reabsorbsion klirens (suv va glyukozaga nisbatan) – normada yoki birmuncha kamaygan;

d) koagulogramma – o'tkir davrda giperkoagulyasiya belgilari.

surunkali buyrak etishmovchiligi.

Davolash

Tartib: ekstrarenal belgilar yaqqol namoyon bo'lganda – 7–14 kun o'rin-ko'rpa qilib qat'iy yotish, keyin ekstrarenal belgilar va makrogematuriya bartaraf etilguncha yana 3–4 hafta yotish. Proteinuriya 1 g/l gacha va eritrotsitlar ko'rish maydonida 30 gacha bo'lganda o'rindan turishga ruxsat beriladi.

Parhez shishlar, gipertenziya va buyrak holatiga bog'liq: o'tkir glomerulonefritning birinchi kunlarida – oliguriya va shishlarda – «engil parhez» oqsil va tuz cheklanadi. Individual parhez buyuriladi – go'shtsiz, tvorogsiz, tuzsiz ovqat. Guruchli yoki grechkali bo'tqa murabbo yoki shakar bilan, sabzavot bo'tqasi, sho'rvasi; grenkalar, limon shakar bilan. 2–3 kundan – tuzsiz va go'shtsiz ovqat: oqsil 1–1,5 g/kg, yog' 2,5–2,8 g/kg, uglevodlar 13–15 g/kg, tuz 0,5–1 g/so't ., kaloriya – 2000–2400 so't kasiga. Surunkali glomerulonefritda huruj davrida tuzsiz parhez buyuriladi: gematurik turida 1–2 haftaga, nefrotik va aralash turida – 2–4 haftaga. SHishlar yo'qolib, AB normaga kelganda, siydik va qon tahlillari yaxshilanganda parhez kengaytiriladi. Avval gusht kushiladi, 1 haftadan keyin tuz (1g dan to 3g/so't). Gematurik turida parhez tez kengaytiriladi, ammo nefrotik va aralash turida juda extiyotkorlik bilan. 1,5–2 oy o't gach bolaning yoshiga mos ravishda mahsulotlarga tuz qo'shiladi, tarkibi va kaloriyasi mos bo'lishi kerak. Suyuklik kasallikning faol davrida diurezga mos ravishda beriladi va boshlanishda diurez miqdoriga 0,3–0,5 l yoki 0,25 l m2 gavda maydoniga kushiladi. Kasallikning boshlangich davrida vitaminlar tavsiya etiladi: V1, Va, Vb, RR, A, E, V15 (polivitaminlar ko'rinishida bulishi mumkin "Pangeksavit", "Aerovit", "Oligovit", "YUnikap" va b.).

YAllig'lanish mediatorlari va allergiya faolligini tusuvchi preparatlar maksadga muofik buladi:

- nalkrom (natriy kromolin) – 1 kaps. (0,1 g) kuniga 2–4 mahal 2–3 oy;
- ketotifen, astafen, zaditen (kaps, tabl. 0,001 g) – 0,025 mg/kg kuniga 2 mahal, 8–12 hafta;
- dimedrol, pipolfen, suprastin, tavegillarni qisqa kurs bilan almashlab o'tkazish (1/2 – 1 tabl. kuniga 2 – 3 mahal).

1. Etiotrop antibakterial terapiya: penitsillin guruhi preparatlari, ba'zida - eritromitsin, oleandomitsin. Nefrotoksik antibiotiklar man etiladi!

Gematurik turida – yoshiga mos dozada, nefrotikda doza 20 – 50% oshiriladi, aralash turida – yoshiga mos dozadan 20 – 30% kamaytiriladi.

2.Ko'p komponentli, patogenetik terapiya glomerulonefrit davriga, ogirlik darajasiga, turi va sindromiga mos ravishda individual beriladi.

2.1. Glyukokortikosteroidlar.

Ko'rsatma: UGN nefrotik sindrom bilan, ayniqsa cho'zilgan ko'rinishda; SGN nefrotik turi hurujida, yarim o'tkir, zararli glomerulonefritda.

Karshi ko'rsatmalar: SGN da buyrakning parsial funksiyasi keskin buzilganda; azotemiyaga moyillik; o'zgarmas gipertenziya; SBE. Prednizolon (tabl. 0,005 g) 1– 2–2,5 mg/kg/so't . dozada beriladi, maksimal muddat – 4–8 hafta, keyin bo'lib-bo'lib, o'zgaruvchan sxema asosida 6–12 oy davomida beriladi;

2.2. Sitostatiklar.

Ko'rsatmalar: SGN ning nefrotik turida gormonorezistentlik; SGN ning gormonga bog'liq nefrotik turining tez-tez huruj qilishi; SGN aralash turi.

Qarshi ko'rsatma: SBE, anemiya, leykopeniya, trombositopeniya.

- xlorbo't in (tabl. 2; 5 mg) – 0,15–0,25 mg/kg/so't 4–8 hafta mobaynida, asta-sekin quvvatlab turuvchi dozaga o'tib davo dozasining 1/2 kismi 6 oy davomida beriladi;

- azatioprin, siklofosfan (tabl. 0,05 g) – 2–3 mg/kg/so't . 4–8 hafta keyin 6 oy davomida 1/2 qismiga o'tiladi.

2.3. Nosteroid yallig'lanishga qarshi.

Ko'rsatmalar: UGN faqat siydik sindromi bilan, SGN ning gematurik turi (AB normada va shish bo'lmaganda);

«to'la bo'lmagan» nefrotik sindrom (proteinuriya 1–2 g/so't . dan ko'p emas, shishlar bo'lmagan, laborator ko'rsatkichlar birmuncha siljigan).

Qarshi ko'rsatma: glomerulonefritning o'ta faolligi, o'tkir va surunkali buyrak etishmovchiligida (O'BE, SBE).

- aspirin (tabl. 0,1; 0,25; 0,5 g) – 25–50 mg/kg/so't . 3 mahal ovqatdan keyin, kattalar dozasi dan ko'p bo'lmasin, kurs 4– 6 hafta ; - indometatsin, indotsid, metindol, ortofen, voltaren (tabl. va kaps. 0,025 g) – 1/2 terapevtik dozada, 7 kun davomida (1–1,5 mg/kg), keyin – 2–3 mg/kg/so't ., 2–4 hafta davomida, keyinchalik doza kamaytirilib, 3–6 oy davomida berib boriladi.

2.4. 4-aminoxinolin qatori preparatlari:

Ko'rsatmalar: ekstrarenal o'zgarishsiz faqat siydik sindromida (okulist kuzatuv ostida, chunki to'r parda va muguz parda zararlanishi mumkin)

- delagil (tabl. 0,25 g) – 5–6 mg/kg/so't ., 3–6 oy davomida;

- plakvenil (tabl. 0,2 g) – 4–5 mg/kg/so't ., 3–6 oy davomida. 3. Antitrombotik preparatlar:

3.1. To'g'ri antikoagulyantlar.

Kursatma: giperkoagulyasiya; qon zardobida fibrinning parchalangan mahsulotlari oshgan, fibrinogen sathi kamaygan vaqtda buyrak funksiyasining tezlik bilan tushishi; DVS, shish sindromlari, giperlipidemiya. Geparin kilinadi – 150–250 TB/kg/so't . teri ostiga, qorin sohasiga kuniga 2 mahal, qon quyilish vaqti va koagulogramma natijalari nazorat qilib turiladi. Kurs davomiyligi 2–4–6 hafta. Glomerulonefritning o'tkir davrida, shishlar va buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarga geparinni venaga, elektroforez yo'li bilan buyrak sohasiga yuborish, til tagiga tomchilab yoki ingalyasiya yo'li bilan yuborish mumkin. Kurs geparin har dozasi ni sekin-asta kamaytirib borib tugatiladi.

3.2. Antiagregantlar.

a) Trombotsitlar agregatsiyasiga to'sqinlik qiluvchi preparatlar:

- aspirin (2.Z. qarang);

- dipiridamol, kurantil, persantin (tabl., draje 0,025 va 0,075 g) –2–3 mg/kg/so't . kuniga 3 mahal, 2–3oy, ba'zida – 6 oygacha.

b) Eritrotsitlar agregatsiyasiga to'sqinlik qiluvchi preparatlar:

- trental, agapurin, pentoksifillin (tabl., draje 0,1 g) -1,5–5 mg/kg/so't . 2–3 yuborishda.

4. Diuretiklar.

Ko'rsatma: yaqqol shish sindromi va oliguriya. Ko'pincha laziks (furosemid) beriladi – 1–3–5 mg/kg/so't . 1–2yuborishda, v/i yoki m/o (amp., 2 ml 1% li eritmasi=20 mg) 3–5 kun;

TEKSHIRISH USULI

Shikoyatlar va kasallik simptomlari

Siydik tizimining barcha simptomlari renal va ekstrarenal simptomlarga bo'linadi.

Renal simptomlar — bu siydik chiqaruvchi tizim va buyraklar patologiyasining aniq ko'rsatuvchi kasallik belgilari hisoblanadi. Bu belgilar: bel sohasidagi og'riq va siydik sindromining ko'plab ko'rsatkichlari.

Bel sohasidagi og'riq:

1) bu katta yoshli bola bildiradigan shikoyat. Og'riq faqat ikki yoshdan so'ng paydo bo'ladi, chunki ushbu yoshda tashqi qobiq moddasi va kapsula shakllanadi, buyraklar kasallanganida esa buyrakning o'zi emas, balki cho'zilgan kapsula og'riydi;

2) og'riq buyrak palpatsiyasi va Pasternatskiy simptomini belgilash orqali aniqlanadi.

Siydikka oid sindrom – bu siydik ajratish jarayoni va siydikni tekshirish orqali olingan ma'lumotlarning miqdor va sifat ko'ratkichlari.

Miqdoriy ko'rsatkichlar

Diurez — bir kecha-kunduz ichida siyilgan siydik miqdori. Amaliyotda “diurez” siydik ajralish miqdori ko'rsatkichi sifatida qo'llaniladi.

So't kalik diurez yoshga bog'liq bo'ladi va o'rtacha miqdori quyidagicha bo'ladi: chaqaloqlarda – kechki neonatal davrda diurezning muntazam ortib borishi kuzatiladi; 1 oy mobaynida – 300 ml;

6 oylikda – 400 ml;

1 yoshda – 600 ml;

1–10 yoshda – $V = 600 + 100(n-1)$ formulasi qo'llaniladi,

bunda n — yoshi; misol: 8 yoshli bola so't ka davomida $600 + 100(8-1) = 1300$ ml siydik ajratib chiqarishi kerak; 10 yoshdan kattalar – 1500 ml.

Bir martalik siydik ajratish ham yoshga bog'liq bo'lib, o'rta hisobda quyidagicha:

–birinchi yarim yillikda –30 ml;

–ikkinchi yarim yillikda – 60 ml;

–5 yoshda – 100 ml;

–boshlang'ich maktab yoshida – 150 ml;

–katta maktab yoshida – 250 ml.

Poliuriya — bu siydik ajralishining me'yoriy ko'rsatkichlardan 2 barobar yoki undan ham ko'proq ajralishi.

Ko'p holatlarda boshqa tizimlarning kasallanishi oqibatida paydo bo'ladi (yurak genezi shishining kamayishi, diabet, asab buzilishlari, kuchli hayajon).

Renal poliuriya sabablari buyrak faoliyatiga xos bo'lgan shishlarning yo'qolishi, pielo va glomerulonefritdagi surunkali buyrak etishmovchiligi bo'lishi mumkin. Oliguriya — so't kalik siydik miqdori normal hajmning 1/4 va undan kamroqni tashkil etishi.

Renal oliguriya — o'rama filtratsiya pasayishida, kanalseyali reabsorbsiya kuchayganda, spazm olib keluvchi buyrak arteriollari va boshqa buyrak etishmovchiligi xastaliklarida o'ziga xos belgilaridan biri.

Boshqa tizimlar xastaliklari oliguriya sababchisi bo'lishi mumkin. bunday holatlarda buzilishlarning etiologiyasi va patogenezini aniqlanishi shart, chunki muolaja taktikasi unga bog'liq bo'ladi va u deyarli qarama-qarshi bo'lishi mumkin (ingl. contrary, opposed):

–agar bolada oliguriya ko'p qon yo'qotganda, salmonellyoz bilan xastalanganda, vaboga duchor bo'lganda, zaharlanganda paydo bo'lgan bo'lsa, infuzion muolaja hajmi yo'qotilgan suyuqlikdan ko'proq bo'lishi kerak.

–agar siydik kam miqdorda ajralsa, bemorda esa buyrak etishmovchiligi yoki shishlar, assit namoyon bo'lib, ushbu buzilish qanchalik kuchli bo'lsa, muolaja uchun kiritilayotgan suyuqlik hajmi shuncha kam bo'lishi kerak. Chunki bola organizmida suv mavjud, faqat u yo tashqariga ajralmaydi yoki organizmida noto'g'ri taqsimlangan bo'ladi va ko'p miqdordagi infuzion muolaja nafaqat bemorning holati yomonlashishiga olib keladi, hatto o'lim holatiga olib kelishi mumkin.

Anuriya — bu ajratilayotgan siydikning 5 foizgacha kamayib ketishi va so't ka mobaynida uning to'liq to'xtashi. Anuriya bola hayotiga eng katta xavf soladigan simptomlardan biri bo'lib, o'tkir buyrak etishmovchiligi, qisilgan siydik yo'ldan siydik o'tmasligi, zaharlanish (qo'ziqorinlar, kimyoviy moddalar), shok holatga tushish va boshqa sabablar tufayli paydo bo'ladi.

Anuriya turlari quyidagicha bo'ladi:

–haqiqiy, renal – buyrak parenximasi jiddiy jarohatlanishi natijasida unda siydik hosil bo'lmaydi;

–soxta, subrenal, mexanik — buyrakda siydik hosil bo'ladi, ammo u siydik yo'lining yuqori bo'limlaridagi mexanik to'siqlar tufayli siydik pufagigacha etib bormaydi.

Nikturiya. Normal holatda kunduzgi va kechki diurez orasidagi o'zaro nisbat taxminan 2:1 ni tashkil etadi. YA'ni ko'p miqdorda suyuqlik qabul qilingani, bolaning harakatchanligi sababli kunduzi siydik ko'p ajraladi. agar kechki vaqtda siydik miqdori kunduzgidan ko'proq bo'lsa, bu hodisa nikturiya deb ataladi. Ko'p holatlarda u renal simptom bo'lib, buyrak ish faoliyati cho'zilganligi va funksiyasining pasayishidan dalolat beradi.

Siydik ajralishining buzilishi

Dizuriya — siydik ajralishi buzilishi ma'nosini anglatadi. Biroq urolog shifokorlar ko'p holatlarda bu so'zni siydik ajralish paytida og'riq paydo bo'lishi holatiga nisbatan qo'llashadi. Dizuriya ko'p holatlarda siydik ajralishi kechikib qolganda rivojlanadi.

Siydik ajralishi kechikishi – bu ham tibbiy atama bo'lib, u siydik pufagida mavjud bo'lgan peshob hajmining to'la chiqmasligi yoki hatto umuman to'xtashini ifodalaydi.

Og'riq jarayon boshlanishidan oldin, bo't un siyish vaqtida va undan so'ng ro'y berishi mumkin. Og'riq turlicha kechadi:

–xususiyati – achishtiruvchi, jaznuqsonuvchi;

–jadalligi – kuchsiz, kuchli.

Dizuriya sistit, uretrit, sil, siydik-tosh kasalliklari, siydik yo'llari shishishi kasalliklariga tashxis qo'yishda muhim belgi hisoblanadi. Pollakiuriya — bu

siydik ajralishi ketma-ketligi soni oshishi. Buning uchun kun davomida bolada siydik ajralishi miqdor ko'rsatkichlari yoshga oid me'yorlarini bilish lozim bo'ladi, ular quyidagicha:

–emizikli yoshda – shifokorlar orasida quyidagi formula mavjud:siydik ajralishi takrorlanishi bola ovqatlanishini uchga ko'ppaytirishga barobar, misol: 6 oylik bola so't kada $5 \times 3 = 15$ marotaba siydik ajratadi, raqam albatta, unchalik aniq emas, 1–3 siydik ajratishga farqlanishi mumkin;

–bir yoshdan so'ng siydik ajralishi so't kasiga 12–10 gacha kamayadi;

–3–10 yoshda – 8–6 marta;

–10 yoshdan kattalarda 6–5 marta.

Enurez — bu siydik to't olmaslik, ya'ni ixtiyorsiz siydik chiqarish. Bunday holat 1–1.5 yoshdagi bolalar uchun me'yoriy holat hisoblanadi, undan so'ng qolib ketadi.

Enurez turlari:

–kechki – bola faqat tungi vaqtlarda ixtiyorsiz siyib qo'yadi;

–kunduzgi – bu holat kunduzi yoki kechasi ro'y beradi.

Sifat ko'rsatkichlari

Siydik sifatini aniqlash uchun dastlabki usul umumiy peshob tahlili hisoblanadi, uning natijalari quyida ko'rsatib o'tiladi.

Umumiy peshob tahlili bo'yicha me'yoriy ma'lumotlar

Siydikning rangi:

–bola hayotining dastlabki kunida siydik rangsiz;

–keyin 2–4 kun mobaynida – to'q-qizil (siydik kislotasi ko'p ajraladi);

–kechki neonatal davrdan boshlab:

• tabiiy ovqatlantirilgan (emizilganda) siydik deyarli rangsiz (blankda qisqacha – r/s deb yoziladi), keyinchalik sharbatlar qabul qilganda, qo'shimcha ovqatlantirilganda va keyingi bo't un hayotida siydik somon tusli sariq rang kasb etadi (blankda odatda s/s belgisi qo'yiladi);

• chaqaloq hayotining dastlabki haftasidan boshlab sun'iy ovqatlantirilganda xuddi shunday somon tusli sariq rangda bo'ladi.

SHaffofligi. normal holatda noshaffof, ya'ni loyqa, peshob faqat chaqaloqlardagina bir necha kun mobaynida kuzatiladi, keyinchalik sog'lom insonda u doimo shaffof bo'ladi.

Siydik reaksiyasi turli yoshdagi bolalarda har xil bo'lib, iste'mol qilingan ovqatga bog'liq bo'ladi:

–chaqaloqlarda – biroz nordon (rN 5,5-6);

–emizikli davr – tabiiy ovqatlantirish – kuchsiz ishqor ta'mli (rN 7-8); sun'iy ovqatlantirish – biroz nordon (rN 5,5-7); 1 yoshdan keyin — odatda biroz nordon (rN 5–7);

Agarda ovqatda oqsil moddalari ko'proq bo'lsa, peshob nordonlik tomon o'zgaradi, o'simlik mahsulotlari ko'proq bo'lsa – ishqor tomonga.

Solishtirma og'irligi nisbiy zichligi – bu siydikda erigan moddalar qon sentratsiyasi ko'rsatkichi. O'rtacha normativ ko'rsatkichlar:

–ilk neonatal davr – 1018*;

–emizikli davr – 1002–1005;

–2–5 yoshda 1010–1015 (1020);

–5 yoshdan katta 1010–1025.

Odatda peshobda oqsil bo‘lmaydi, normal holatda uning miqdori to $0,033\% = 0,033$ g/l gacha bo‘lishi mumkin (Ayrim hollarda tahlilda quyidagi so‘z yozib qo‘yilishi mumkin – “izlari”).

Kattaroq blankada bayon qilingan umumiy peshob tahlilidagi qand, urobilin, atseton, safro pigmentlari va boshqa ko‘rsatkichlar ko‘pincha siydik tizimiga to‘g‘ridan-to‘g‘ri aloqador bo‘lmaydi, shuning uchun ular shifokorning maxsus ko‘rsatmalari asosida bajariladi hamda bu bo‘limda ko‘rib chiqilmaydi. Siydik o‘tish yo‘llari epiteliy hujayralaridan shilinish oqibatida ajralgan epiteliylar kam miqdorda 2–4 n/m (nazorat maydoni) – doimo siydikning umumiy tahlili mavjud bo‘lishi mumkin. Polimorf hujayralar – siydik pufagidan, tekislari – siydik chiqarish kanalidan. Sog‘lom bolaning siydigi tahlilida buyrak epiteliysi hujayralari (buyraklar kanalchalaridan chiqqan) bo‘lmasligi kerak.

Bolalarda leykotsitlar normasi 1–3 n/m, o‘g‘il bolalarda – to 5 n/m gacha bo‘lishi mumkin, qiz bolalarda – to 10 n/m gacha.

Eritrotsitlar —bo‘lmaydi yoki 1-2 n/m ni tashkil etadi.

Normal holatda peshobning umumiy tahlili faqatgina g‘ialinli silindrlar 2–3 ga 1 n/m miqdoridan oshmasligi lozim. G‘ialinli silindrlar nefron kanalachalarining oqsil donachalarida bo‘ladi. Nordon peshobda ular o‘zgarmasdan saqlanadi, ishqorda esa tez parchalanadi.

Normal holatda tuzlar miqdori kam bo‘ladi.

Odatda natija plyuslar bilan belgilanadi – (+) to (+++++) gacha.

(+) — (++) miqdori normal holat hisoblanadi. Tuzlar miqdorining ko‘rsatib o‘tilganlaridan tashqari, tahlilda qaysi tuzlar aniqlangani yozib qo‘yilishi kerak. Me‘yordagi shilimshiq faqat chaqloqning siydigida kam miqdorda bo‘lishi mumkin.

Bakteriyalar — peshob sterillanmagan idishga yig‘ilganligi sababli olingan umumiy tahlil natijalarida bakteriyalar mavjudligi patologik asorat deb hisoblanmaydi.

Peshobning shaffofligi o‘zgarishi tuzlar, hujayra elementlari, shilimshiq va yog‘ (lipuriya) me‘yoridan ortiqligi bilan izohlanadi. Peshobning rangi tashxis qo‘yishda ahamiyatga ega bo‘lishi mumkin. Peshobning qo‘ng‘ir-qizg‘ish rangda (yoki go‘sht yuvindisi rangida) bo‘lishi qon aralashmasi oqibati hisoblanadi (gematuriya), loyqa – yiring rang (piuriya) yoki tuzlar rangi. Peshobning qo‘ng‘ir-qizg‘ish tusi gemoglobinuriya (gemolitik anemiyaning ayrim shakllarida, mos kelmaydigan qon quyilganda, bertole tuzi bilan zaharlanganda va boshq.) da paydo bo‘lishi mumkin.

Savollar : 1. Siydik yo‘llari kasalliklari qaysi yoshda va kimlarda ko‘proq uchraydi, nima sababdan

2. Glomerulonefrit kasalligini asosiy klinik belgilari.

3. Siydik yo‘llari kasalliklarini diagnostikasida asosiy tekshiruv usullari.

MAVZU : Bo‘g‘im sindromi

REJA :

1. Bo‘g‘im sindromi bilan kechadigan kasalliklarni
2. Revmatoid artrit. Revmatizm. Kechishining o‘ziga xosligi va profilaktikasi.
3. Sonda, tizzada, tovonda og‘riq. Reaktiv artritlar, Reyter va podagra. kasalligi
4. Bo‘yinda, orqada, belda og‘riq- Umurtka pog‘onasi kasalliklari osteoartroz, osteoxondroz, Bexterev kasalligi

Turli etiologiyali shuningdek, tizimli yoki mahalliy xususiyatga ega bo'lgan harakat-tayanch apparati kasalliklari aksariyat hollarda turg'un yoki o'tib ketuvchi bo'g'im sindromi bilan kechadi. Bo'g'im sindromiga sabab bo'luvchi revmatik kasalliklar juda kam holatlarda o'limning asosiy sababi bo'ladi. Lekin ularning aksariyati ichki a'zolari zararlanishi bilan kechib, bemorning ish qobiliyatini yo'qolishiga, nogiron bo'lib qolishiga va umrini qisqarishiga olib keladi. Ushbu guruh kasalliklar turli yosh, jins va irqdagi aholi orasida 20-45% hollarda uchraydi (1-jadval) va bemorlarning 6-10 % nogiron bo'lib qoladi. Aksariyat bemorlar birinchi bor, bo'g'implarda mahalliy yoki tarqalgan og'riqlar bilan UAV ga murojaat qiladilar. Bo'g'im sindromi to'g'ridan-to'g'ri bo'g'im va (yoki) bo'g'im oldi to'qimasi kasalliklari bilan bog'liq bo'lishi, ayrim hollarda esa ruhiy xususiyatga ega bo'lishi mumkin. Bunday hollarda to'g'ri tashhis qo'yish uchun UAV og'riq xarakteri, paydo bo'lish vaqti, sababi, davomiyligini aniqlashi hamda ushbu o'zgarishlar bilan kechishi mumkin bo'lgan kasalliklar va ularning asosiy belgilarini bilishi lozim.

Bo'g'im sindromini turli yosh va jinslarda uchrashi:

Yoshlarda bo'g'im sindromi ko'p hollarda yomon oqibatlarga olib keluvchi og'ir patologik jarayonlarning, ya'ni immun o'zgarishlar va tizimli kasalliklarning bir ko'rinishi sifatida namoyon bo'lsa, katta yoshdagi bemorlarda bo'g'im va tog'ay to'qimalaridagi distrofik o'zgarishlardan dalolat beradi. Shuning uchun shifokor e'tiborini faqat zararlangan bo'g'imni davolashga qaratmasdan, chuqur taqqoslama tashhis o'tkazishi va bemordagi og'riq sindromini baholashda mas'uliyat bilan yondoshishi kerak. Bo'g'im sindromi bilan kechuvchi keng tarqalgan kasalliklar va ularni tashhish uchun lozim bo'lgan laborator-asbobiy tekshirishlarni bilish, o'z vaqtida tashhis qo'yish va patogenetik davo olib borishga, ehtiyoj bo'lganda, bemorlarni ixtisoslashtirilgan davolash muassasalariga (revmatologiya, onkologiya, urologiya, ortopediya va boshqalar) yuborishga yordam beradi.

Bo'g'imdagi og'riqlar – tayanch-harakat tizimining birlamchi va ikkilamchi zararlanishida kuzatiladigan patologik simptomlardan biri bo'lib, 100 dan ortiq turli kasalliklarda uchraydi. Ularni paydo bo'lishi bevosita bo'g'im hosil qiluvchi tuzilmalar (sinovial qobiq, bo'g'im suyaklari, boylamlar) va preartikulyar to'qimada joylashgan nerv oxirlarini ta'sirlanishi bilan bog'liq. Faqat bo'g'im tog'ayida nerv tolalari va tomirlar yo'q va uni chegaralangan zararlanishi og'riq bilan kechmaydi. Bo'g'imdagi og'riqlarni yuzaga keltiruvchi sabablaridan biri artrozlardir. U barcha bo'g'im kasalliklarining 80 % ni tashkil etadi. Ular tog'aydagi degenerativ o'zgarishlar bilan boshlanib, qisqa vaqt ichida uning ostida yotuvchi suyaklarni, bo'g'im qobig'ini, hatto sinovial o'ram va mushaklarni qamrab oladi.

Bo'g'implarni yallig'lanishi - artritlar tarqalishi bo'yicha ikkinchi o'rinda turuvchi og'riq sindromi bilan kechadigan kasalliklar guruhi xisoblanadi. Odatda ular asosida bo'g'im bo'shlig'i va sinovial qobig'da (sinovit) joylashgan patologik jarayon yotadi. Bo'g'imda aniqlanadigan shishlar nafaqat sinovit tufayli, balki sinovial qobiqni va bo'g'im atrofidagi yumshoq to'qimalarni yallig'lanishi sababli xam yuzaga keladi. Artritlar infeksiyon, aot oimmun yallig'lanishlar, modda almashinuvining buzilishi, jarohat tufayli paydo bo'lsa, ayrim hollarda uning sababini aniqlash imqon i bo'lmaydi.

Bo'g'imdagi patologik jarayon boshqa a'zo va tizimlarning revmatik bo'lmagan kasalliklari natijasida ham yuzaga kelishi mumkin. Bunda bo'g'im sindromi artralgiya va artritlar ko'rinishida kechadi. U biriktiruvchi to'qimani tizimli zararlanishi, modda almashinuvi va vegetativ nerv tizimining gormonal holatini buzilishi, toksik, allergik, toksiko - allergik mexanizmlar ta'sirida bo'g'im to'qimasi sezuvchanligini jiddiy o'zgarishi oqibatida rivojlanadi. Ularning joylashishi turlicha bo'lib, asosiy kasallikka bog'liq holda o'ziga xos belgilarga ega bo'ladi.

Quyida bo'g'im sindromi bilan kechuvchi amaliyotda tez-tez uchrab turadigan kasalliklar klassifikatsiyasi keltirilgan.

Revmatizm (revmatik lixoradka).

Biriktiruvchi to'qimaning tizimli kasalliklari (tizimliyozil volchanka (TQV), tizimli sklerodermiya (SSD), SHegren kasalligi, dermatomiozit (DM), diffuz fatsiit, biriktiruvchi to'qimani aralash kasalliklari, revmatik polimialgiya va boshqalar).

Tizimli vaskulitlar (tugunchali pereaarteriit, gemorragik vaskulit, Vegener granulomatozi va boshqalar).

Revmatoid artrit (RA)(poliartrit, RA tizimli shikastlanish bilan, Felti sindromi).

Yuvenil artrit (Yuvenil RA, Still sindromi, surunkali yuvenil artrit).

Bexterev kasalligi.

Spondiloartrit bilan birga kechuvchi artritlar (psoriatik artrit, Reyter kasalligi, ichakni nospetsifik kasalligida (NYAK, Kron kasalligi) kuzatiladigan artritlar).

Infeksiyaga bog'liq artritlar

A. Infeksiyali artritlar:

1. bakteriali (stafilokokk, streptokokk, gonokokk, bro't sellyoz, zaxm, mikobakteriya: tuberkulez va boshqalar), Laym va Uippl kasalliklari;

2. virusli (qizilcha, epidparotit, suvchechak va boshqalar);

3. zamburug'li;

4. parazitar;

B. Reaktiv artritlar:

1. enterokolitdan keyingi- iersinioz, salmanellyoz, shegellyoz va boshqalar;

2. urogenital (Reyter kasalligi va so'zak (gonoreya));

3. burun halqum infeksiyasidan keyin;

4. emlashdan (vaksinatsiya) keyingi.

C. Mikrokristalli artrit: - podagra; -xondrokalsinoz.

D . Osteoartrozlar:

1. deformatsiyalovchi osteoartroz (birlamchi va ikkilamchi);

2. spondilyoz, osteoxondroz, spondiloartroz.

E. Bo'g'implarning kam uchraydigan kasalliklari:

1. polisindrom revmatizm;

2. intermitterlanuvchi gidroartroz;

3. bo'g'im xondromatozi;

4. retsidivlanuvchi polixondrit;

5. o'sma va o'smaga o'xshash kasalliklar (sinovial qobiq gemangiomas, sinovioma, sarkoma, pigmentli vorsinka tugunli sinovit va boshqalar).

F. Revmatik bo'lmagan kasalliklardagi artropatiyalar:

1. allergik kasalliklar (dori va zardob kasalliklari);

2. metabolik buzilishlar (gemoxromatoz, amiloidoz, oxronoz, ksantomatoz, giperlipidemiya);

3. biriktiruvchi to'qima metabolizmini tug'ma nuqsoni (Marfan sindromi, mukopolisaxaridoz, gipermobillik sindromi);

4. endokrin kasalliklar (qandli diabet, akromegaliya, giperparatireoz, gipertireoz, gipotireoz);

5. asab tizimi kasalliklari (SHarko artropatiyasi, algoneyrodistrofiya, kompressiya sindromi, siringomieliya, elka- panja sindromi);

6. qon tizimi kasalliklari (gemofiliya, leykozlar, mielom kasalligi, yomon sifatli limfomalar);

7. paraneoplastik artropatiyalar (turli joylashuvdagi yomon sifatli o'smalar);

8. kasb kasalliklari (vibratsiya kasalligi, silikoz– silikoartrit- Kaplas sindromi, Kesson kasalligi);

9. boshqa kasalliklar (surunkali faol hepatit, sarkoidoz, davriy kasallik, gipovitaminoz).

J. Bo‘g‘imdan tashqaridagi yumshoq to‘qima kasalliklari: mushak kasalligi (miozitalar);

- bo‘g‘im oldi to‘qimasi kasalligi (entezopatiyalar, tendinitlar, tendovaginit, tenosinovit, bursit, periartrit);

- fatsiya va aponevroz kasalligi (fassitlar, aponevrozitlar);

teri osti yog‘ qatlami kasalligi (tugunchali eritema, og‘riqli lipomatoz, panikulitlar);

- polioosteartromialgiya (psixogen revmatizm).

K. Suyak kasalliklari va osteoxondropatiyalar:

- suyak kasalliklari (osteoparoz, osteomalyasiya, gipertrofik o‘pkali osteopatiya, deformatsiyalovchi osteit, osteoliz);

- osteoxondropatiyalar (son suyagi boshchasini aseptik nekrozi, umurtqa pog‘onasi tanasini va boldir suyagi o‘siqlari osteoxondropatiyasi).

Yuqoridagi klassifikatsiyadan ko‘rinadiki, bo‘g‘im sindromi bilan kechuvchi kasalliklar juda ko‘p va uni yana kengaytirish mumkin. Amaliyotda keng tarqalgan ushbu sindrom bilan murojaat qilgan bemorga to‘g‘ri tashhis qo‘yish, davolash va zaruriyat bo‘lganda, tegishli mo‘t axassislarga yo‘llanma berish uchun birlamchi tizimda ishlayotgan UAVdan chuqur bilim va tajriba talab etiladi.

Bo‘g‘im sindromi bilan kechuvchi kasalliklar to‘g‘risida ma‘lumot berishdan oldin bo‘g‘im tuzilishi va faoliyati to‘g‘risida qisqacha to‘xtalib o‘tamiz.

Revmatik kasalliklarni tashhislashda yuqorida sanab o‘tilgan bo‘g‘im sindromiga xos belgilar bilan bir qatorda, teri – mushak tizimi va ichki a‘zolari shikastlanish darajasini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Quyida biz UAV faoliyatida ko‘p uchraydigan va bo‘g‘im sindromi bilan kechadigan kasalliklarga to‘xtalib o‘tamiz

Revmatizm (o‘tkir revmatik isitma)

O‘tkir revmatik lixoradka (O‘RL) - A guruhidagi β -gemolitik streptokokkli o‘tkir infeksiyadan (angina, faringit) keyin rivojlangan asorat, asosan yurak qon-tomir tizimi (kardit), bo‘g‘im (ko‘chib yuruvchi poliartrit), bosh miya (xoreya) va teri (halqasimon eritema, revmatik tugunchalar) shikastlanishi bilan kechuvchi biriktiruvchi to‘qimaning toksik – immunli tizimli yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, ko‘proq moyilligi mavjud bo‘lgan 7-14 yoshdagi o‘smirlar orasida keng tarqalgan. Tashhislashda Kisel-Djons tomonidan taklif qilingan 1992 yilda Amerika kardiologlari uyushmasi tomonidan qayta ko‘rilgan va o‘zgartirishlar kiritilgan, Rossiya revmatologlari uyushmasi tomonidan 2003 yilda taklif etilgan tashhisiy mezonlar majmuasiga asoslaniladi (2- jadval).

O‘tkir revmatik isitmaningtashhisiy mezonlari

Katta mezonlar : kardit, poliartrit, xoreya, xalqasimon eritema, teri osti revmatik tugunchalari

Kichik mezonlar : klinik, artralgiya, lixoradka, laborator, o‘tkir fazali sinamalar ko‘rsatkichini oshishi: ECHT, SRO, ASLO

Agar ikkita katta mezon yoki bitta katta va ikkita kichik mezon hamda A guruhidagi β -gemolitik streptokokkli infeksiya o‘tqazganligini tasdiqlovchi hujjat mavjud bo‘lsa, O‘RL rivojlanishi ehtimoli yuqoriligidan dalolat beradi.

Kardit O‘RLning asosiy sindromi (90-95%) bo‘lib, kasallikni og‘irlik darajasi va oqibatini belgilaydi. Uni negizini ko‘pincha mitral, kam hollarda aortal qopqoqlari valvuliti tashkil etib,

yurak sohasida organik shovqinlar paydo bo'lishi va uni mioperikardit bilan birga kechishi xosdir.

Revmatik poliartritni (60-100% hollarda kuzatiladi) tashhishlashda quyidagilar muhimdir: streptokokk infeksiyasi o'tkazganligi bilan bog'liqlik (1-2 haftadan keyin);

yirik va o'rta bo'g'imlarni (tizza, boldir-tovon, kam hollarda elka va tirsak) oligoartrit yoki monoartrit ko'rinishida zararlanishi, ularni ko'chuvchan xarakterda bo'lishi va bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi;

NYAQV yaxshi samara berishi va bo'g'imlardagi o'zgarishlarni izsiz yo'qolishi;

Revmatik xoreya (kichik xoreya, Sidengam xoreyasi) 6-30% hollarda ko'pincha yosh qizlarda kuzatiladi. Uning klinik ko'rinishi quyidagi beshta sindromlar majmuasidan iborat: xoreyali giperkinezlar, mushak gipotoniyasi (paralichga o'xshash mushaklar bo'shashishi), koordinatsiyani buzilishi va tomir distoniyasi.

Halqasimon (annulyar) eritema 4-17% hollarda kuzatiladi. Och pushti rangdagi diametri bir necha millimetrdan 5-6 smgacha bo'lgan halqasimon toshmalar tanada, oyoq va qo'llarni proksimal qismida joylashadi. U ko'chib yurish xususiyatiga ega bo'lib, teri sathidan ko'tarilmaydi, induratsiya yoki qichish bilan birga kechmaydi, qoldiq elimentlarsiz (pigmentatsiya, qipiqplanish, atrofik o'zgarishlar) tez o'tib ketadi.

Teri osti tugunchalari oxirgi yillarda juda kam - 1-3% hollarda kuzatilsada, o'zini tashhisiy ahamiyatini yo'qotgani yo'q. U dumaloq, kam harakatchan, og'riqsiz, turli hajmdagi hosila bo'lib, bo'g'imlarni tashqi sohasida, to'piq, pay, umurtqa pog'onasi o'siqlari ustida joylashadi va 2-4 hafta ichida izsiz yo'qoladi.

Revmatik anamnezga ega bo'lgan (revmatik yurak nuqsoni mavjud) bemorlarda kasallik belgilari qayta paydo bo'lishi O'RL yangi qo'zg'alish davri deb qaraladi va bunday hollarda tashhis bitta katta va 3-4 ta kichik mezonlarga asoslanib qo'yiladi.

UAV so'ngi yillarda revmatizm turg'un surunkali, 2-3 ta, hatto bir bo'g'im zararlanishi yoki RAni eslatuvchi mayda bo'g'imlardagi proliferativ o'zgarishlar hamda belgisiz sakroileit bilan kechayotganligini uno't masligi kerak. RAdan farqli o'laroq, revmatizmda ertalabki qotib qolish, jarayonni simmetrikligi kuzatilmaydi va qonda revmatik omil aniqlanmaydi. Bundan tashqari, revmatizmni o'rta va keksa yoshdagi erkaklarda tez-tez, har xil vaqt oralig'ida qaytalanib turuvchi, bo'g'imlardagi o'tkir yallig'lanish noaniq etiologiyali polisindrom revmatizmida farqlash lozim. Bunda bir yoki bir nechta bo'g'im (ko'proq tizza, keyin bilak - kaft yoki panja mayda bo'g'imlari) zararlanadi. Xuruj bir necha soatdan bir necha kungacha davom etib, keskin og'riqlar va periartikular to'qimalar shishi bilan kechadi, shuningdek bo'g'imlardagi jarayon to'liq yaxshi bo'lishi bilan xarakterlanadi. Qonda eozinofiliya, limfotsitoz kuzatiladi.

Davolash

1. Funksional sinamalar nazorati ostida yotoq rejimini kengaytirish;
2. Gipoallergen parhez; QAE 2B-3 darajasida – 7-stol (tuzsiz); QAE 2A darajasida – 5-stol; QAE 0 darajasida – 10- stol.
3. Penitsillin qatori antibiotiklari: benzilpenitsillin (fl. 0,25; 0,5; 1; 5; 10 mln TB) 100 ming b/kg/ so't ; ampitsillin (fl. 0,25; 0,5; 1; 2 g) 1–4 g/so't ; karbenitsillin (fl. 1 g) 1–6 g/so't .
4. Sefalosporinlar: Sefazim (sefotaksim) (fl. 0,25; 0,5; 1; 2 g) 1–2 g/so't ; Sefogram 20-100 mg/kg m/o yoki t/i, Sebaneks 40-80 mg/kg m/o yoki t/i, sefazolin (fl. 1g) 1–6 g/so't .
5. Makrolid: eritromitsin (fl. 0,3 g; tab. 0,2; 0,25; 0,5 g) 0,4–1 g/so't ; azitromitsin, sumamed (tab. 0, 125 g; kaps. 0,5 g; sirop fl. 5 ml 0,1 g, 0,25–0,5 g/so't .
6. NYAQP: aspirin (tab. 0,1; 0,25; 0,3; 0,325; 0,5 g) 0,2 g/yoshiga/ so't 2g; indometatsin (tab. 0,025; 0,5 g) 0,001-0,003 g/kg/so't ; ibuprofen (tab. 0,2; 0,4; 0,8 g) 0,01-0,04 g/kg; diklofenak-natriy, voltaren, ortofen (tab. 0,025; 0,1 g; fl. 1 ml 0,025 g) 0,002- 0,003 g/kg/so't .
7. YUqori aktivlik darajasida (3): prednizolon (tab. 5 mg)-1 mg/kg/so't 2-3 hafta asta-sekin kamaytirish.
8. Kechishi cho'zilishiga moyillik bo'lsa: delagil (tab. 0,25g), plakvenil (tab. 0,2g) 100–400 mg/so't 3–12 oy.

9. YUrak glikozidlarini to'yintirish dozasi: digoksin (tab. 0,25 mg) 0,03–0,1 mg/kg.
10. Siydik xaydovchi: laziks 1–2 mg/kg ichishga, m/o, gipotiazid 2–3 mg/kg; veroshpiron 2–3 mg/kg.
11. Panangin 1 tab. dan kuniga 1–3marta.
12. Vitamin V, S.
- Reabilitatsiyasi
1. Surunkali infeksiya uchog'ini sanatsiyalash
 2. 5 yil davomida har yili bitsillinoprofilaktika o'tkazish
 - Bitsillin-1 600000 B m/o, 2 haftada 1 marta – 7 yoshgacha; 1 200 000 B m/o, 4 haftada 1 marta – 7 yoshdan kattalarga;
 - Bitsillin-5 750 000 B m/o, 2 haftada 1 marta; 7 yoshdan kattalarga – 1500000 B m/o, 4 haftada 1 marta.
 3. O'tkir interkurent kasalliklar qo'shilsa 10 kun davomida yallig'lanishga qarshi preparatlar qo'llanladi.
 4. Anginada penitsillin bilan davo 10 kun davomida.
 5. Jismoniy tarbiya mashg'ulotlari: hurujdan keyingi birinchi yilda – DJT; ikkinchi yili – maxsus guruh; uchinchi yili – tayyorlov; to'rtinchi yili – asosiy, musobaqalardan ozod qilingan holda. Beshinchi yil – asosiy guruh.

- Savollar : 1. Revmatizm kasalligini keltirib chiqaruvchi asosiy sababi nima?
2. Revmatizm va reaktiv artrit kasalligini bir-biridan asosiy farqi?

MAVZU : BTDK differensial diagnostikasi

Reja :

1. SKV
2. Sklerodermiya,
3. Dermatomiozit

Sklerodermiya (sklero ... va derma) — terining qotib qolishidan iborat kasallik. Kollagen kasalliklar guruhiga xos. Sklerodermiyaning cheklangan (o'chokli), diffuz (tarqalgan), sistemali turlari bor. O'choqli S. pilakcha shaklida, yo'l-yo'l va yuzaki bo'lishi mumkin. Pilakcha shaklli S.da terining turli joyida qizg'ish, dumaloq yoki uzunchoq dog'lar yuzaga keladi. Keyinchalik ular qotib, teri sarg'imtir tusga kiradi va undagi tuklar to'kilib ketadi. Bu davrda bemor hech qanday og'riq sezmaydi. Bir necha oy yoki yildan so'ng terining qotgan joyi atrofiyalanadi. Yo'l-yo'l S.da yuz va qo'loyoq terisi zararlanadi. Ko'proq bolalarda uchraydi. Yuzaki S. ayollarda ko'p kuzatiladi, bunda ko'krak, orqa va jinsiy a'zolar terisida mayda, qattiq, ko'kishoq dog'lar paydo bo'lib, keyin teri yuzaki atrofiyaga uchraydi. Tarqalgan S.da yuz, qo'loyoq, tana va boshqa terisi shishib, qattiqlashadi, atrofiyalanadi. Bemorning yuzi mumdek qotib turadi, barmoklari qarakatlanmaydi, Sistem al i S. (sistemali avj oluvchi skleroz)da organizmning barcha biriktiruvchi to'qimalari va mayda tomirlarda sklerotik o'zgarishlar yuz beradi. S.ga teztez sovqotish, jismoniy, ruhiy shikastlanish va boshqa sabab bo'ladi. Organizm biriktiruvchi to'qimalari mikrotsirkulyasiyasi va funksiyasining o'zgarishi kasallikning avj olishiga imqon beradi. Kasallik sekinasta, qo'loyoq tomirlarining spazmi (tortishishi), umumiy harakatning cheklanishi, bo'g'imlarning og'rishi va terining zararlanishi bilan boshlanadi. Kasallik oraliq to'qima va ichki a'zolar tomirlariga o'tganda, o'pka, yurak va h.k. faoliyati buziladi.

Skleroderma (tizimli skleroz)

Tizimli skleroz nomi bilan ham tanilgan skleroderma, terining qalinlashishi va davolanishi bilan tavsiflanadigan surunkali otoimmün kasallikdir. Keyinchalik og'ir holatlarda skleroderma ichki organlarga ham ta'sir qilishi mumkin. Sklerodermaning ikkita toifasi bor, cheklangan skleroderma og tarqalgan skleroderma. Ikkinchisi - tizimli sklerozning eng og'ir shakli. So'nggi paytlarda bu holat Gunhild Stordalenga urilganidan keyin ma'lum bo'ldi.

Cheklangan skleroderma va diffuz sklerodermaning belgilari

Engilroq versiyada asosan qo'llar, qo'llar va yuz atrofidagi teri o'zgarishlari namoyon bo'ladi. Ushbu masala CREST sindromi deb ataladi, chunki uning terida kaltsiy cho'kishi ko'rinishidagi xarakterli alomatlar, raynaud fenomeni, qizilo'ngach kasalligi, sklerodaktiliya va telangiektaziya.

Diffuz skleroderma holatning tez yomonlashishi bilan farq qiladi, bu terining katta qismiga, shuningdek, bir yoki bir nechta ichki organlarga ta'sir qiladi - odatda buyraklar, qizilo'ngach, yurak va / yoki o'pka. Ushbu turdagi skleroderma juda halokatli bo'lishi mumkin, chunki kasallikni davolash usuli yo'q - odatda diffuz sklerodermaning yomonlashuviga o'pka asoratlari sabab bo'ladi. Aytishlaricha, ikkinchisining besh yillik tirikligi 70% ni, 10 yillik tirikligi 55% ni tashkil qiladi.

Tashxis va sabab

Skleroderma sababi noma'lum, ammo kasallik bilan irsiy, irsiy va epigenetik bog'lanish topilgan. HLA genidagi mo't atsiyalar ko'p holatlarda rol o'ynashi isbotlangan - ammo barchasi hammasi emas. Erituvchilar va shunga o'xshash narsalarga ta'sir qilish, shuningdek, salbiy ta'sir ko'rsatadigan ko'rinadi.

Kasallik kimga ta'sir qiladi?

Kasallik ayollarga erkaklarnikiga qaraganda 4-9 marta tez-tez uchraydi va odatda 20-50 yoshlarida boshlangan. Kasallik bo't un dunyoda uchraydi va bu holat afroamerikaliklarga boshqalarga qaraganda ko'proq ta'sir qilishi aniqlangan.

Sklerodermani davolash mumkin emas (tizimli skleroz). Semptomlarni engillashtiradigan davolanish keng ko'lamli dorilar shaklida dori-darmonlarni o'z ichiga oladi - qaysi simptomni engillashtirishga harakat qilayotganingizga qarab.

Otoimmün holatlarini davolashning eng keng tarqalgan shakli kiritilgan immünosupresyon - ya'ni tananing o'z mudofaa tizimini cheklaydigan va yostiqlaydigan dorilar va choralar. Immunitetli hujayralardagi yallig'lanish jarayonlarini cheklaydigan gen terapiyasi so'nggi paytlarda katta yo't uqlarga erishdi, ko'pincha yallig'lanishga qarshi genlar va jarayonlarning faollashishi bilan birga.

SISTEMALI QIZIL YUGURUK

Sistemali qizil yuguruk - etiologiyasi noaniq, sistemali ao't oimmun revmatik kasallik bo'lib, immun-boshqaruv mexanizmi—dagi genetik nuqson asosida rivojlanadi. Bunda yadro tarkibiga nisbatan keng spektrli organospetsifik ao't oantitelolar va immun komplekslar ko'p miqdorda ishlab chiqariladi va ular to'qimaning immun yallig'lanishiga hamda ichki organlar funksiyalarining buzilishiga olib keladi.

TASHHICOT MEZONLARI

1. Anamnezi:

Irsiy moyillik, yaqin qarindosh, egizaklarning kasalliklari va HLA tizimi bo'yicha alohida kasalliklarning markerlari aniqlanishi, transplantsentlar o'tadigan surunkali uzluksiz infeksiya, sekinlik bilan ta'sir etadigan viruslar (retroviruslar). Quyidagilar hal qiluvchi omil hisoblanadi: stressli vaziyatlar, sovkotish, giperinsolyasiya, oqsil va kimeviy preparatlarni noto'g'ri qo'llash.

2. Klinik mezonlar:

SQYUning tashhishlash belgilariga (Amerika revmatologlar assotsiatsiyasi mezonlari, 1982) quyidagilar kiradi: eritematoz

«kapalak», diskoid toshma, fotodermatit, ogiz boshligi shilliq qavatlarida yaralar, artrit, serozit (plevrit, perikardit), buyrak va markaziy asab tizimining jarohatlanishi.

Klinik belgilarning qolganlari va ko'p uchraydiganlari (gavda harorati oshishi, distrofiya, limfadenopatiya va b.) qo'shimcha mezonlarga kiritilishi lozim.

Yuqorida qayd etilgan 8 ta mezondan bolalarda tashhishlash uchligi (teri sindromi, artrit, poliserozit) e'tiborni o'ziga tortadi:

Teri sindromi: o'z ichiga 28 xil toshmalarni (eritematoz doglardan to og'ir bullyoz o'zgarishlargacha) oladi. Patognomonik belgi bu «kapalak» – burun usti va atrofida eritema. Surunkali kechishida 25% bemorlarda giperemiya, infiltratsiya, follikulyar giperkeratoz va chandiqli atrofiya bilan kechadigan diskoid o'choqlar paydo bo'ladi. Bolalarda ko'pincha og'iz bo'shlig'i shilliq

qavatlarining nuqtali gemorragiyali enantemasi va eroziyasi uchrab, og'riqsiz eki ovqat iste'mol qilinayotganda og'riq bilan kechadi. Bu jarayonning zo'rayishida enantemalar oq chandiqlarga aylanadi. SQYU da ko'p hollarda teleangioektaziya va teri quruqligi, diffuz soch to'kilishi, tirnoqning deformatsiyasi va sinishi kabi umumiy trofik o'zgarishlar uchraydi.

Lyupus-artrit ko'pincha tranzitor intensiv («morfinli») artralgiya, mialgiya bilan birga kuzatiladi. Poliartritda esa mayda, o'rta bo'g'imlarning asimmetrik zararlanishi (barmoq, kaft-bilak va boldir-oyoq panjasi bo'g'imlari), kam hollarda – yirik bo'g'imlarning zararlanishi ro'y beradi. Sinovial suyuqlikda – revmatoid artritdan farqli o'laroq – yopishqoqlik darajasi Yuqori, kam miqdorda, LE- gavdachalar bo'lishi mumkin. Rentgenologik tekshirishda bo'g'im tirqishi qisqarishi, osteoporoz aniqlanadi.

Poliserozitlar SQYUning erta simptomlaridan biri bo'lishi mumkin va ko'pincha adgeziv perikardit ko'rinishida namoyon bo'ladi: intensiv kardialgiya, taxikardiya, yurak tovushining bo'g'iqligi, xansirash va perikardning nodoimiy ishqalanish shovqini. Plevrit – ikki tomonlama, qaytalanuvchi, fibrinozli quruq yoki ho'l. Kam hollarda peritonit va perigepatit bo'ladi.

Kardial sindrom. SQYU uchun Libman-Saksning so'galli endokardit, keyinchalik mitral klapan etishmovchilining rivojlanishi bilan kechishi: yurak cho'qqisida dag'al sistolik shovqin, uning chap qo'ltiqqa o'tishi, I tovushning susayishi, o'pka arteriyasida II tovush aksenti, rentgenologik - yurakning «mitral» konfiguratsiyasi xarakterli.

Tomir zararlanishi sindromi. Ko'pincha digital kapillyaritlar, koronarit, kam hollarda - aortit. Har to'rttadan bir bemorda huruj vaqtida vaskulitning alomati sifatida oyoqlar tromboflebiti kuzatiladi. Mezenterial arterit SQYUda abdominal krizning sababchisi bo'ladi.

Buyrak sindromi. Lyupus - nefritning milliy tasnifi (V.V. Serov va hammualliflar, 1980) asosida 7 xil morfologik o'zgarishlar yotib (o'choqli proliferativdan to fibroblastik o'zgarishgacha), ular dinamik jarayonning davrlari sifatida qaraladi. I.E Tareevaning tasnifiga asosan nefritning quyidagi formalari ajratiladi: tez rivojlanadigan (2–3 yil) – 10–20%;

nefrit nefrotik sindromi bilan – 30–40%; nefrit kuchaygan siydik sindromi bilan – 30–35%; nefrit minimal siydik sindromi eki subklinik proteinuriya (siydikda oqsil 0,5g. dan kam) bilan. Lyupus-nefrit aktivligining klinik-laborator belgilari: proteinuriya > 1 g/so't kada; eritrotsituriya 1 ml siydikda > 10000. silindrlar gialinli, donador 1 ml siydikda

250 > qon zardobida kreatininning oshishi; koptokcha filtratsiyasining susayishi.

Me'da-ichak yo'li (MIY)ning zararlanishi har ikkinchi bemorda uchraydi. SHikoyatlar-ko'ngil aynishi, ishtaha yo'qligi, jig'ildon qaynashi kabilar. Qorin sohasidagi turli xil og'riqlar

MIY ning u yoki bu sohasidagi patologik jarayonni ko'rsatadi hamda abdominal krizda jarroh ko'rigining zaruriyati tug'iladi.

Neyrolyupus SQYUli bolalarning hammasiga xos bo'lib, migrendan to ensefalomielopoliradikulonevritgacha. Neyrolyupusni tashhislash uchun katta mezonlardan biri yoki kichik mezonning biri va EEG, ssintigrama, serebral agniografiyada yoki serebrospinal suyaklikda (oqsil > 0,5–1,0 g/l, pleotsitoz, bosimning ortishi) o'zgarish mavjud bo'lishi kerak.

Sistemali qizil yuguruk kechishining klinik ko'rinishlari (Nasonova V.A., 1972–1986)
oKasallikning kechish ta'rifi: o'tkir; yarim o'tkir; surunkali; qaytalanuvchi poliartrit, yuguruk sindromi, Reyno, SHegren, Verlgof sindromlari.

oJarayonning davri va faollik darajasi: Faol davri

Faollik darajasi: yuqori (III), o'rta (II),

minimal (I)

Nofaol davri (remissiya)

oZararlanishning klinik-morfologik ta'rifi:

Terida: «Kapalak» sinptomlari, kapillyarritlar, eksudativ eritema; purpura; diskoidli yuguruk va b.

Bo'g'imlarda: artralgiya; o'tkir, yarim o'tkir, surunkali poliartritlar.

Seroz kobiqlarda: poliserozit (plevrit, perikardit) quruq, adgeziv, ho'l; perigepatit; perisplenit.

YUrakda: miokardit; endokardit; mitral klapani etishmov–chiligi.

O'pkada: o'tkir, surunkali pnevmonit; pnevmoskleroz.

Buyrakda: lyupus-nefrit nefrotik yoki aralash turi; siydik sindromi.

Asab tizimida: meningoensefalopoliradikulonevrit; polinevrit.

3. Paraklinik mezonlar:

1) qonning umumiy tahlili – ECHTning oshishi, leykopeniya, gipoxrom anemiya, trombositopeniya, SRO(S reaktiv oqsil) oshishi;

2) siydikning umumiy tahlili - proteinuriya, gematuriya, leykotsituriyaning ifoda etilishi yuguruk nefritining klinik- morfologik ko'rinishiga bog'liq.

3) biokimyoviy tadqiqotlar - biokimyoviy ko'rsatkichlarning o'zgarishi xos emas va ular ichki organlarning zararlanish darajasiga va kasallik davriga bog'liq.

4) immunologik tadqiqotlar – gipergammaglobulinemiya, Ig G, Ig M ko'tarilishi, antinuklear omillar mavjudligi, antinuklear antitelolar;

5) boshqa laborator o'zgarishlar – LE-gavdachalar mavjudligi (lupus erythematosus da), immun birikmalar, revmatoid omillar. Qiyosiy tashhisot:

SKYUni biriktiruvchi to'qimaning zararlanishi bilan kechadigan boshqa diffuz kasalliklar, neoplastik jarayonlar, sepsis, septikopiemiya bilan kiesiy tashhis o'tkaziladi.

Tashhis etaloni:

SQYU, yarim o'tkir kechishi, II faollik darajasi, terining

«kapalak» ko'rinishidagi zararlanishi, endokardit, poliartralgiya, polinevrit.

Davolash

1.1. Parhez, oqsil va vitaminlarga boy, tuz va engil o'zlashtiriladigan uglevodlarni cheklash. Parhez korreksiyasi buyrak va yurak funksiyalari buzilganda olib boriladi.

1.2. YUqori faollik darajasida qat'iy yotoq tartibi va bemorning holatiga mos ravishda funksional tekshiruvlar natijasi asosida bu tartib kengaytirilib boriladi

1.3. O'pka, yurak, bo'g'im funksiyalarini yaxshilash maqsadida shifobaxsh jismoniy tarbiya muolajalari.

2.1. Glyukokortikosteroidlar:

a) yuqori faollik darajasida – prednizolon 2–5 mg/kg/so't ka, 3 mahal bioritmga mos ravishda. Jarayonning so'nib borishiga bilan mos ravishda dozasi 5–10 mg/so't kagacha kamaytiriladi.

b) kasallikning eng yuqori faolligida – puls- terapiya: metipred v/i 600–800 mg/so't .gacha 2–3 kun mobaynida, keyinchalik – 1 mahal har 3 oyda.

2.2. Nosteroid yallig'lanishga karshi preparatlar – kasallikning minimal faollik darajasida , bo'g'im sindromida.

3.1. Immunodepressantlar tashhis qo'yilgan kundan boshlab bir necha yil mobaynida

3.2. 4-aminoxinolin qatoridagi preparatlar – SQYUning minimal faollik darajasida – 1–3 yil.

3.3. Immunogramma natijalari asosida – timaktid, timozin

- alfa (tabl. 0,25 g) 1/4-1 tabl. til ostiga 1 mahal № 5–7.

3.4. Plazmaferez – 3 seans 5 kun oralatib, keyinchalik – 1 mahal 3 oyda, puls-terapiya bilan birgalikda.

3.5. Gemosorbsiya.

3.6. Giperbarik oksigenatsiya № 7–10.

4.1. Mikrotsirkulyasiyani ravonlashtiruvchi preparatlar:

- kurantil, dipiridamol, persantin (dr.0,025; 0,075 g) 1 oy davomida kuniga 0,025 g dan 2–3 mahal;

- ksantinola nikotinat (tabl.0,15 g) 1 tabl.dan kuniga 2– 3 mahal, kurs –1 oy;

- trental, pentoksifillin, agapurin, ralofekt, dartelin, tidof-leks, fleksital (tabl., dr. 0,1; 0,2; 0,4).

g) 0,1–0,4 g dan kuniga 2–3 mahal, kurs –1 oy.

4.2. Sedativ terapiya – MAT jarohatlanganda va neyrotsirkulyator distoniyalarda.

4.3. Nefropatiyani davolash ("Glomerulonefrit" bo'limiga qarang).

4.4. Qon aylanishi etishmovchiligini davolash.

4.5. Antibakterial terapiya – glyukokortikosteroidlarning yuqori dozasi va sitostatiklar bilan davolaganda, bakterial infeksiyalar qo'shilganda.

4.6. Anabolik preparatlar - distrofiya rivojlanganda:

- retabolil (amp. 5% – 1 ml) 0,4 mg/kg m/o 1 mahal 3–4 haftada №5, glyukokortikosteroidlar dozasi kamaytirilgan yoki muolajadan olib tashlangan davrida beriladi.

- kaliy orotat (tabl.0,1; 0,5 g) 0,25–0,65 g dan kuniga 2–3 mahal, 2–3 hafta mobaynida.

Reabilitatsiyaning poliklinik bosqichi:

1. Me'yorni ushlab turuvchi terapiya:

a) Prednizolon 5–10 mg/so't . yoki nesteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar davolovchi dozaning 1/3–1/2 qismi , uzoq muddat davomida (3–5 yil va undan ham ko'p – ko'rsatmaga muvofiq);

b) Sitostatiklar davolovchi dozasining 1/3-1/2 qismi yoki 4- aminoxinolin qatori preparatlari davolovchi dozasining 1/2 qismi.

2. Parhez terapiya.

3. Mikrotsirkulyasiyani ravonlashtiruvchi preparatlar (4.1 ga qarang), 1 oydan yiliga 2–3 marta.

4. SHifobaxsh jismoniy tarbiya.

5. Surunkali infeksiya o'chog'ini davolash, interkurrent kasalliklarni antibiotiklar bilan 10 kun davomida davolash, kasallikning o'tkir davrida glyukokortikosteroidlar dozasini oshirish.

SISTEMALI QIZIL YUGURUK

Sistemali qizil yuguruk - etiologiyasi noaniq, sistemali aot oimmun revmatik kasallik bo'lib, immun-boshqaruv mexanizmi- dagi genetik nuqson asosida rivojlanadi. Bunda yadro tarkibiga nisbatan keng spektrli organospetsifik aot oantitelolar va immun komplekslar ko'p miqdorda ishlab chiqariladi va ular to'qimaning immun yallig'lanishiga hamda ichki organlar funksiyalarining buzilishiga olib keladi.

TASHHICOT MEZONLARI

1. Anamnezi:

Irsiy moyillik, yaqin qarindosh, egizaklarning kasalliklari va HLA tizimi bo'yicha alohida kasalliklarning markerlari aniqlanishi, transplantsentlar o'tadigan surunkali uzluksiz infeksiya, sekinlik bilan ta'sir etadigan viruslar (retroviruslar). Quyidagilar hal qiluvchi omil hisoblanadi: stressli vaziyatlar, sovkotish, giperinsolyasiya, oqsil va kimeviy preparatlarni noto'g'ri qo'llash.

2. Klinik mezonlar:

SQYUni tashhishlash belgilariga (Amerika revmatologlar assotsiatsiyasi mezonlari, 1982) quyidagilar kiradi: eritematoz

«kapalak», diskoid toshma, fotodermatit, ogiz bushligi shilliq qavatlarida yaralar, artrit, serozit (plevrit, perikardit), buyrak va markaziy asab tizimining jarohatlanishi.

Klinik belgilarning qolganlari va ko'p uchraydiganlari (gavda harorati oshishi, distrofiya, limfadenopatiya va b.) qo'shimcha mezonlarga kiritilishi lozim.

YUqorida qayd etilgan 8 ta mezondan bolalarda tashhishlash uchligi (teri sindromi, artrit, poliserozit) e'tiborni o'ziga tortadi:

Teri sindromi: o'z ichiga 28 xil toshmalarni (eritematoz doglardan to og'ir bullyoz o'zgarishlargacha) oladi. Patognomonik belgi bu «kapalak» – burun usti va atrofida eritema. Surunkali kechishida 25% bemorlarda giperemiya, infiltratsiya, follikulyar giperkeratoz va chandiqli atrofiya bilan kechadigan diskoid o'choqlar paydo bo'ladi. Bolalarda ko'pincha og'iz bo'shlig'i shilliq

qavatlarining nuqtali gemorragiyali enantemasi va eroziyasi uchrab, og'riqsiz eki ovqat iste'mol qilinayotganda og'riq bilan kechadi. Bu jarayonning zo'rayishida enantemalar oq chandiqlarga aylanadi. SQYU da ko'p hollarda teleangioektaziya va teri quruqligi, diffuz soch to'kilishi, tirnoqning deformatsiyasi va sinishi kabi umumiy trofik o'zgarishlar uchraydi.

Lyupus-artrit ko'pincha tranzitor intensiv («morfinli») artralgiya, mialgiya bilan birga kuzatiladi. Poliartritda esa mayda, o'rta bo'g'imlarning asimmetrik zararlanishi (barmoq, kaft-bilak va boldir-oyoq panjasi bo'g'imlari), kam hollarda – yirik bo'g'imlarning zararlanishi ro'y beradi. Sinovial suyuqlikda – revmatoid artritdan farqli o'laroq – yopishqoqlik darajasi Yuqori, kam miqdorda, LE- gavdachalar bo'lishi mumkin. Rentgenologik tekshirishda bo'g'im tirqishi qisqarishi, osteoporoz aniqlanadi.

Poliserozitlar SQYUning erta simptomlaridan biri bo'lishi mumkin va ko'pincha adgeziv perikardit ko'rinishida namoyon bo'ladi: intensiv kardialgiya, taxikardiya, yurak tovushining bo'g'iqligi, xansirash va perikardning nodoimiy ishqalanish shovqini. Plevrit – ikki tomonlama, qaytalanuvchi, fibrinozli quruq yoki ho'l. Kam hollarda peritonit va perigepatit bo'ladi.

Kardial sindrom. SQYU uchun Libman-Saksning so'galli endokardit, keyinchalik mitral klapan etishmovchilining rivojlanishi bilan kechishi: yurak cho'qqisida dag'al sistolik shovqin, uning chap qo'ltiqqa o'tishi, I tovushning susayishi, o'pka arteriyasida II tovush aksenti, rentgenologik - yurakning «mitral» konfiguratsiyasi xarakterli.

Tomir zararlanishi sindromi. Ko'pincha digital kapillyaritlar, koronarit, kam hollarda - aortit. Har to'rttadan bir bemorda huruj vaqtida vaskulitning alomati sifatida oyoqlar tromboflebiti kuzatiladi. Mezenterial arteriit SQYUda abdominal krizning sababchisi bo'ladi.

Buyrak sindromi. Lyupus - nefritning milliy tasnifi (V.V. Serov va hammualliflar, 1980) asosida 7 xil morfologik o'zgarishlar yotib (o'choqli proliferativdan to fibroblastik o'zgarishgacha), ular dinamik jarayonning davrlari sifatida qaraladi. I.E Tareevaning tasnifiga asosan nefritning quyidagi formalari ajratiladi: tez rivojlanadigan (2–3 yil) – 10–20%;

nefrit nefrotik sindromi bilan – 30–40%; nefrit kuchaygan siydik sindromi bilan – 30–35%; nefrit minimal siydik sindromi eki subklinik proteinuriya (siydikda oqsil 0,5g. dan kam) bilan. Lyupus-nefrit aktivligining klinik-laborator belgilari: proteinuriya > 1 g/so't kada; eritrotsituriya 1 ml siydikda > 10000. silindrlar gialinli, donador 1 ml siydikda

250 > qon zardobida kreatinning oshishi; koptokcha filtratsiyasining susayishi.

Me'da-ichak yo'li (MIY)ning zararlanishi har ikkinchi bemorda uchraydi. SHikoyatlar-ko'ngil aynishi, ishtaha yo'qligi, jig'ildon qaynashi kabilar. Qorin sohasidagi turli xil og'riqlar MIY ning u yoki bu sohasidagi patologik jarayonni ko'rsatadi hamda abdominal krizda jarroh ko'rigining zaruriyati tug'iladi.

Neyrolyupus SQYUli bolalarning hammasiga xos bo'lib, migrendan to ensefalomielopolaradikulonevritgacha. Neyrolyupusni tashhish uchun katta mezonlardan biri yoki kichik mezonning biri va EEG, ssintigamma, serebral agniografiyada yoki serebrospinal suyuqlikda (oqsil > 0,5–1,0 g/l, pleotsitoz, bosimning ortishi) o'zgarish mavjud bo'lishi kerak.

Sistemali qizil yuguruk kechishining klinik ko'rinishlari (Nasonova V.A., 1972–1986)

oKasallikning kechish ta'rifi: o'tkir; yarim o'tkir; surunkali; qaytalanuvchi poliartrit, yuguruk sindromi, Reyno, SHegren, Verlgof sindromlari.

oJarayonning davri va faollik darajasi: Faol davri

Faollik darajasi: yuqori (III), o'rta (II),

minimal (I)

Nofaol davri (remissiya)

oZararlanishning klinik-morfologik ta'rifi:

Terida: «Kapalak» sinptomlari, kapillyarritlar, eksudativ eritema; purpura; diskoidli yuguruk va b.

Bo'g'imlarda: artralgiya; o'tkir, yarim o'tkir, surunkali poliartritlar.

Seroz kobiqlarda: poliserozit (plevrit, perikardit) quruq, adgeziv, ho'l; perigepatit; perisplenit.

YUrakda: miokardit; endokardit; mitral klapani etishmov–chiligi.

O'pkada: o'tkir, surunkali pnevmonit; pnevmoskleroz.

Buyrakda: lyupus-nefrit nefrotik yoki aralash turi; siydik sindromi.

Asab tizimida: meningeensefalopolaradikulonevrit; polinevrit.

3. Paraklinik mezonlar:

1) qonning umumiy tahlili – ECHTning oshishi, leykopeniya, gipoxrom anemiya, trombositopeniya, SRO(S reaktiv oqsil) oshishi;

2) siydikning umumiy tahlili - proteinuriya, gematuriya, leykotsituriyaning ifoda etilishi yuguruk nefritining klinik- morfologik ko'rinishiga bog'liq.

3) biokimyoviy tadqiqotlar - biokimyoviy ko'rsatkichlarning o'zgarishi xos emas va ular ichki organlarning zararlanish darajasiga va kasallik davriga bog'liq.

4) immunologik tadqiqotlar – gipergammaglobulinemiya, Ig G, Ig M ko'tarilishi, antinuklear omillar mavjudligi, antinuklear antitelolar;

5) boshqa laborator o'zgarishlar – LE-gavdachalar mavjudligi (lupus erythematosus da), immun birikmalar, revmatoid omillar. Qiyosiy tashhisot:

SKYU biriktiruvchi to'qimaning zararlanishi bilan kechadigan boshqa diffuz kasalliklar, neoplastik jarayonlar, sepsis, septikopiyemiyalar bilan kiesiy tashhis o'tkaziladi.

Tashhis etaloni:

SQYU, yarim o'tkir kechishi, II faollik darajasi, terining

«kapalak» ko'rinishidagi zararlanishi, endokardit, poliartralgiya, polinevrit.

Davolash

1.1. Parhez, oqsil va vitaminlarga boy, tuz va engil o'zlashtiriladigan uglevodlarni cheklash. Parhez korreksiyasi buyrak va yurak funksiyalari buzilganda olib boriladi.

1.2. YUqori faollik darajasida qat'iy yotoq tartibi va bemorning holatiga mos ravishda funksional tekshiruvlar natijasi asosida bu tartib kengaytirilib boriladi

1.3. O'pka, yurak, bo'g'im funksiyalarini yaxshilash maqsadida shifobaxsh jismoniy tarbiya muolajalari.

2.1. Glyukokortikosteroidlar:

a) yuqori faollik darajasida – prednizolon 2–5 mg/kg/so't ka, 3 mahal bioritmga mos ravishda. Jarayonning so'nib borishiga bilan mos ravishda dozasi 5–10 mg/so't kagacha kamaytiriladi.

b) kasallikning eng yuqori faolligida – puls- terapiya: metipred v/i 600–800 mg/so't .gacha 2–3 kun mobaynida, keyinchalik – 1 mahal har 3 oyda.

2.2. Nosteroid yallig'lanishga karshi preparatlar – kasallikning minimal faollik darajasida , bo'g'im sindromida.

3.1. Immunodepressantlar tashhis qo'yilgan kundan boshlab bir necha yil mobaynida

3.2. 4-aminoxinolin qatoridagi preparatlar – SQYUning minimal faollik darajasida – 1–3 yil.

3.3. Immunogramma natijalari asosida – timaktid, timozin

- alfa (tabl. 0,25 g) 1/4-1 tabl. til ostiga 1 mahal № 5–7.

3.4. Plazmaferez – 3 seans 5 kun oralatib, keyinchalik – 1 mahal 3 oyda, puls-terapiya bilan birgalikda.

3.5. Gemosorbsiya.

3.6. Giperbarik oksigenatsiya № 7–10.

4.1. Mikrotsirkulyasiyani ravonlashtiruvchi preparatlar:

- kurantil, dipiridamol, persantin (dr.0,025; 0,075 g) 1 oy davomida kuniga 0,025 g dan 2–3 mahal;

- ksantinola nikotinat (tabl.0,15 g) 1 tabl.dan kuniga 2– 3 mahal, kurs –1 oy;

- trental, pentoksifillin, agapurin, ralofekt, dartelin, tidof-leks, fleksital (tabl., dr. 0,1; 0,2; 0,4).

g) 0,1–0,4 g dan kuniga 2–3 mahal, kurs –1 oy.

4.2. Sedativ terapiya – MAT jarohatlanganda va neyrotsirkulyator distoniyalarda.

4.3. Nefropatiyani davolash ("Glomerulonefrit" bo'limiga qarang).

4.4. Qon aylanishi etishmovchiligini davolash.

4.5. Antibakterial terapiya – glyukokortikosteroidlarning yuqori dozasi va sitostatiklar bilan davolaganda, bakterial infeksiyalar qo'shilganda.

4.6. Anabolik preparatlar - distrofiya rivojlanganda:

- retabolil (amp. 5% – 1 ml) 0,4 mg/kg m/o 1 mahal 3–4 haftada №5, glyukokortikosteroidlar dozasi kamaytirilgan yoki muolajadan olib tashlangan davrida beriladi.

- kaliy orotat (tabl.0,1; 0,5 g) 0,25–0,65 g dan kuniga 2–3 mahal, 2–3 hafta mobaynida.

Reabilitatsiyaning poliklinik bosqichi:

1. Me'yorni ushlab turuvchi terapiya:

a) Prednizolon 5–10 mg/so't . yoki nesteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar davolovchi dozaning 1/3–1/2 qismi , uzoq muddat davomida (3–5 yil va undan ham ko'p – ko'rsatmaga muvofiq);

b) Sitostatiklar davolovchi dozasining 1/3-1/2 qismi yoki 4- aminoxinolin qatori preparatlari davolovchi dozasining 1/2 qismi.

2. Parhez terapiya.

3. Mikrotsirkulyasiyani ravonlashtiruvchi preparatlar (4.1 ga qarang), 1 oydan yiliga 2–3 marta.
4. SHifobaxsh jismoniy tarbiya.
5. Surunkali infeksiya o‘chog‘ini davolash, interkurrent kasalliklarni antibiotiklar bilan 10 kun davomida davolash, kasallikning o‘tkir davrida glyukokortikosteroidlar dozasini oshirish.

POLIMIOZIT VA DERMATOMIOZIT

Dermatomiozit (DM) va polimiozit- bu yallig‘lanuvchi idiopatik miopatiyalar bo‘lib, ko‘ndalang – targ‘il va liq mushaklarning sistem zararlanishi bilan xarakterlanib, bemor harakat faoliyatining buzilishi bilan kechadi. DM da esa ko‘pincha terining ochiq joylari eritema va shish shaklida zararlanadi. YAllig‘lanuvchi idiopatik miopatiyalarning quyidagi turlari farqlanadi: ● Polimiozit ● Dermatomiozit ● Biriktiruvchi to‘qimaning sistem kasalliklari tarkibidagi polimiozit ● Paraneoplastik polimiozit va DM ● Hujayra ichi kiritmalari bo‘lgan polimiozit. Statistik ma‘lumotlar: Kasallanish 100 000 aholiga 0,2 – 0,8 Ustunlik qiluvchi yosh: kasallanishning ikkita yuqori cho‘qqisi 5

– 15 yosh va 40 – 60 yosh belgilanadi. Ustunlik qiluvchi jins – ayollar (2:1). Etiologiyasi: noma‘lum ● Virusli omillarning etiologik roli ehtimol to‘t iladi, avvalo pikornaviruslar ● O‘sma kasalliklari bilan bog‘liqligi faraz qilinadi.

Patogenezi. DM patogenezida asosiy rol gumoral reaksiyalardagi komplementni faollashtiruvchi va vaskulopatiyaga olib keluvchi reaksiyalar faraz qilinadi, shu bilan birga polimiozitda asosiy e‘tibor xujayraviy sitotoksik reaksiyalarga qaratiladi. Patogenezdagi bu farq gistologik ko‘rinishda aks etadi. DM da perivaskulyar infiltratlar tarkibida SD4 + – T – limfotsitlar, V – limfotsitlar va makrofaglar topiladi. Polimiozitda mononuklyar infiltratlar sitotoksik SD4 + – T – limfotsitlar endomiziyada topilishi mumkin.

KLINIK MANZARASI

- Proksimal mushak zaifligi: soch taralganda, tish tozalanganda, past stuldan turganda, transportga chiqqanda kuzatiladi ● Teri zararlanishi □

Fotodermatit va paraorbital sohaning «geliotrop» shishi

□ YUz terisi va «dekolte» sohaning eritemasi ustida eritematoz ko‘chuvchi toshmalar (Gotron simptomi) □ Kaft terisining qizarishi va ko‘chishi (mexanik qo‘li) ● Disfagiya ● SHegren sindromi ● Reyno fenomeni, ayniqsa antisintetaz kesishma sindromida Reyno sindromidan tashqari, isitma,

«mexanik qo‘li» rivojlanishi, o‘pkaning interstitsial fibrozi va revmatoidga o‘xshash artrit kuzatilishi mumkin ● O‘pka zararlanishi: o‘tkir diffuz alveolit, interstitsial o‘pka fibrozi ● Miokardning zararlanishi

□ Ritm va o‘tkazuvchanlikning to‘liq AV – blokadasigagacha bo‘lgan murakkab buzilishlar (kamdan – kam hollarda) □ Dilyatatsion kardiomiopatiya rivojlanishi mumkin (kamdan-kam) ● Deformatsiyasiz simmetrik poliartit- ko‘pincha kasallik debyo‘t ida uchrab panjaning mayda bo‘g‘imlarini zararlaydi

- Panja usti kanali sindromi: Panja shishi I – III barmoqlarda sezuvchanlikni yo‘qolishi va og‘riq. 4 – barmoqning bilak tomonida sezuvchanlikni yo‘qolishi va og‘riq kuzatiladi ● Teri kalsinozi (bolalarda)

- Buyrak zararlanishi (kamdan-kam): Proteinuriya, nefrotik sindrom SBE olib keluvchi mikroglabinuriya.

Laborator ma‘lumotlar ● Kasallik boshlanishida qon shaklli elementlari miqdorining oshishi, oxirgi bosqichlarida va paraneoplastik miozitada mushak atrofiyasi kuzatiladi ● Qon zardobi aldolazasi kreatinfosfokinaza oshgan ● Kreatinin miqdorini oshishi (50% dan kam bemorlarda) ● Mioglobinuriya ● Sistem ko‘rinishlarida ECHT oshadi ● RF titrining yuqori bo‘lishi (50% dan kam bemorlarda) ● ANAT borligi (50% dan ko‘p bemorlarda) ● Ko‘pchilik

miozitspetsifik AT lar orasida tRNK ning anti jo – 1, antisintetaz markeri, aminoatsintetaz tRNK AT si diagnostik ahamiyatga ega.

Instrumental ma'lumotlar • EKG – aritmiya, o'tkazuvchanlikning buzilishi • Elektromiografiya – mushak qo'zg'aluvchanligi oshgan, harakat potentsiallari polifazligi va amplitudasi pastligi, fibrillyasiya • Mushaklar biopsiyasi (deltasimon yoki sonning to'rt boshli mushagi): o'ziga xos yallig'lanish o'zgarishlari 75% hollarda aniqlanadi • Bo'g'imlarning rentgenologik o'zgarishi xos emas (bolalarda yumshoq to'qimalarda kalsinatlar ho bo'lishi mumkin) • Rentgenologik tashxis uchun (o'pkaning interstitsial fibrozida) ko'krak qafasi a'zolarini rentgenografiya qilinadi va (sezgirlikni kuchaytirish uchun) – KT. Differensial diagnostika • Revmatik kasalliklar • Miopatik sindrom bilan kechuvchi nevrologik patologiya (miasteniya, Lemberg – Iton sindromi, Dyushenn, Bekkerning mushak distrofiyasi) • Endokrin patologiya (gipertireoz, gipoparatiroidizm, giperaldosteronizm) • Infektsion miozit (virusli, bakterial, parazitari) • Dori miopatiyalari (gipolipidemik vositalar, kolxitsin, GK, etanol, delagil, zidovudin qo'llanilganda kelib chiqishi mumkin) • Elektrolit buzilishlari (magniy, kalsiy, kaliy).

Diagnostik mezonlar • Hech bo'lmaganda bir tipdagi teri jarohatlanishi kuzatilganda va kamida 4 ta belgi bo'lganida DM diagnozi ishonarli hisoblanadi (sezgirlik 94,1% spetsifiklik 90,3%). Kamida 4 xil belgi borligi polimiozit tashxisiga mos keladi (sezgirlik 98,9%, spetsifiklik 95,2) • Teri zararlanishi □

Geliotrop toshma • Qovoqlarda qizil – binafsha rangli eritematoz toshmalar □ Gottron belgisi – panjaning yoziluvchi yuzasidagi bo'g'imlar ustida qizil – binafsha rangli qipiqilanuvchi eritema yoki dog'larning bo'lishi □ Tirsak va tizza bo'g'imlari ust yuzasida eritema • Proksimal mushak zaifligi (qo'l va oyoqlar, tanada) • KFK faolligining oshishi yoki qon zardobida aldolaza oshishi

• Mialgiyada yoki palpatsiya qilinganda mushaklarda og'riq • Elektromiografiyada o'zgarishlar (qisqa polifaz motor potentsiallari birligining fibrillyasiya spontan potentsiallari bilan borishi) • AT jo – 1 ni topish (gistidil – tRNK- sintetazaga AT ta'siri) • Destruksiyalanmagan artrit yoki artralgiyalar • Sistem yallig'lanish belgilari (370S dan yuqori isitma, SRO oshishi yoki ECHT 20 mm/s dan yuqori) • Gistologik o'zgarishlar: skelet mushaklarida mushak fibrillalarining degeneratsiyasi yoki nekrozi bilan boruvchi yallig'lanish infiltratlari; faol fagotsitoz yoki faol regeneratsiya belgilari.

DAVOSI

Davolash asosi – yallig'lanishga qarshi terapiya va keyin remissiya holatini ushlab turish.

DORILAR BILAN DAVOLASH

• GK □ Tanlov preparati bo'lib xizmat qiladi (prednizolon) □ Kasallikning o'tkir davrida prednizolonning boshlang'ich dozasi so't kasiga 1 mg/kg. 4 hafta davomida yaxshi tomonga o'zgarish bo'lmasa dozani oyiga 0,25 mg/kg dan 2 mg/kg gacha ko'paytiriladi. Bunda klinik – laborator tekshirish natijalari hisobga olinadi □ Klinik – laborator remissiyasiga erishilgandan so'ng (davolash boshlangandan 4 – 6 hafta keyin) prednizolon dozasi asta – sekin kamaytiriladi (1/4 kunlik doza har oy davomida klinik – laborator belgilar nazorati ostida kamaytiriladi, salbiy dinamikada doza yana ko'paytiriladi)

□ Davolashning umumiy vaqti taxminan 2 – 3 yil □ Puls – terapiya yuvenil polimiozitda yoki kattalarning avj olib ketgan disfagiya va sistem belgilari bo'lgan polimiozit/dermatomiozitda qo'llaniladi □ 80 mg/kunda va undan yuqori dozada 4 oy davomida prednizolon qabul qilingandan so'ng mushak kuchi oshmasa, steroid miopatiya, «kiritmali» miozit, yallig'lanish miopatiyalarga aloqasi bo'lmagan mushaklar patologiyasi to'g'risida o'ylash lozim.

• «Steroid saqlovchi» natijaga erishish maqsadida immunodepressiv moddalar ishlatiladi □ Metotreksat ♦ Og'iz orqali qabul qilinganda boshlang'ich dozasi 7,5 mg/haftadan haftagacha

0,25 mg oshirib boriladi, to klinik natijaga erishilguncha (haftasiga 25 mg dan oshmasligi kerak). Vena ichiga yuborilganda boshlang'ich dozasi 0,2 mg/kg (klinik natijaga erishilguncha haftadan 0,2mg/kg) oshirib boriladi ♦ Bu patologiyada metotreksat mushak orasiga yuborilmaydi! ♦ Preparatning klinik natijasi 6 haftadan keyin maksimal natija esa 5 haftadan so'ng ko'riladi ♦ Remissiyaga erishilgandan keyin asta – sekin dozasi kamaytirilib (haftasiga 1/4) metotreksat berish to'xtatiladi ♦ Davolash vaqtida qon, siydik umumiy tahlilini hamda jigar sinamalarini o'tkazish lozim ♦ Metotreksatni homiladorlikda, jigar, buyrak, suyak ko'migi kasalliklarida berish taqiqlanadi; Bu dori antikogulyantlar, salitsilatlar va qon yaratilishini to'xtatuvchi dori vositalari bilan mos kelmaydi □ Azotioprin (metotreksatdan faolligi pastroq) ♦ Dozasi 2 – 3 mg/kg/kunda. Maksimal natijaga 6 – 9 oydan so'ng erishish mumkin ♦ Keyin kunlik dozani har 4 – 8 haftada minimal natijaga erishguncha 0,5 mg/kg. dan kamaytirib boriladi ♦ Azotioprinni gemopoez ishi susayganda, jigarning og'ir kasalliklarida, homiladorlikda berish taqiqlanadi ♦ Allopurinol azotioprinning zaharligini oshiradi. Azotioprin leykopeniya va trombositopeniya chaqiruvchi dori vositalari bilan mos kelmaydi □ Siklosporin GK ga rezistent bo'lgan dermatomiozit/polimiozidta yaxshi natija berishi mumkin ♦ Boshlang'ich dozasi 2,5 – 3,5 mg/kg. ♦ Ushlab turuvchi dozasi 2 – 2,5 mg/kg. □ Siklofosamid interstitsial o'pka fibrozi rivojlanganda kunda 2 mg/kg. qo'llaniladi.

- Aminoxinolin hoalari (gidroksixloroxin 200 mg/kunda).

- Immunoglobulin. Immunoglobulin vena ichiga 0,4 – 0,5 g/kg. dozada (davolash davomli, qimmatbaho).

Dorilarsiz davolash • Plazmaferez, limfotsitoferez vaskulit yoki davolashning boshqa turlariga chidamli bo'lgan og'ir mushak buzilishlari bo'lgan bemorlarga buyuriladi.

Asoratlari • Uzoq davom etgan immunodepressiv terapiya zaminidagi rekurrent infeksiyalar • YAqqol mushak zaifligi, o'pkaning interstitsial zararlanishi natijasida kelib chiqqan nafas etishmovchiligi • Aspiratsion pnevmoniya Yo'ldosh patologiya •

Xavfli o'smalar (DM da ko'pincha o'smalarning nazofaringeal joylashuvi kuzatiladi) • Sistem sklerodermiya • Vaskulit • Sistem qizil volchanka.

Prognozi. Kasallik oqibatlarini og'irlashtiruvchi omillar: bemorlarning yoshi ulug'ligi, kasallik boshlanishidagi monand bo'lmagan davo, miozitning og'ir kechishi, paraneoplastik miozit, antisintetaz sindrom.

Sinonimlari • Vagner kasalligi • Vagner – Unferrixt- Xepp sindromi.

Qisqartmalar • DM – dermatomiozit.

XKK – 10 • M33 Dermatopolimiozit.

Savollar : 1. SKV kasalligiga xos asosiy belgilar.

2. Sklerodermiya kasalligining qiyosiy tashxisoti

3. Polimiozit va dervatomioziti bir-biridan farqi

MAVZU : Dalillarga asoslangan tibbiyot

Reja

1. Dalillarga asoslangan tibbiyot

Sog'liqni saqlash qarorlarini ilmiy dalillar asosida asoslash - dalillarga asoslangan tibbiyot (EBM) deb nomlanadigan amaliyot - odatda oqilona yondashuvdir, ammo sizning xabardor tibbiyot iste'molchisi sifatida tan olish kerak bo'lgan ayrim bahs-munozaralar mavjud.

Klinik tadbikotlar sinovdan o'tkazilgan davolanishning dalillarini izlash uchun mo'ljallangan ilmiy tajribalardir. Klinik tadbikotlar natijalari bilan belgilanuvchi DMQ bemorlar

va ularning shifokorlariga davolash qarorlarini qabul qilishda yordam berish uchun ob'ektiv qaror qabul qilish vositasi bo'lishi kerak.

Ammo dalillarga asoslangan natijalar har doim ham aniq ko'rinmasligi mumkin.

Ilmiy dalillarga asoslangan tibbiyot qanday qilib ixtilofli bo'lishi mumkin?

Dalillarga asoslangan tibbiyot uning ob'ektivligi, aniqligi va qo'llanilishi bo'yicha ba'zi tortishuvlarni keltirib chiqaradi. Shuning uchun ba'zilar davolanish uchun qaror qabul qilish uchun asos sifatida foydalanish kerakligini shubha ostiga olishadi.

Dalillarga asoslangan tibbiyot haqidagi bahslar uchta asosiy dalilga asoslangan:

Dalillar shaxslar emas, balki odamlar guruhlarida yordamida to'planadi.

Barcha bemorlar bir xil qadriyatlariga ega emas.

Eksperimentlar rejalashtirilayotgan ko'rinishda qorin bo'shlig'ida bo'lishi mumkin, bu foyda sababi bo'lishi mumkin.

Keling, bu fikrlarni birma-bir o'rganib chiqaylik.

1. Dalillar guruh natijalariga asoslangan holda ishlab chiqiladi va shaxsiy natijalar emas

Klinik tadqiqotlar xuddi shunday xususiyatlarga ega bo'lgan bir guruhga qaratilgan. Biroq, bu yondashuv bilan bog'liq ayrim muammolar mavjud.

Natijalar turli populyatsiyalarga tarjima qilinmasligi mumkin. Odatda Kavkaz va erkak kishilarga qaratilgan klinik tadqiqotlar odatda tanqid qilinadi va natijalar ayollarga yoki boshqa irq'larga tegishli bo'lmasligi mumkin. Klinik tekshiruv natijalarini turli populyatsiyalarga qo'llashda yosh boshqa omil.

Ba'zi odamlar uchun sinovlarning aksariyati muvaffaqiyatsizlikka uchraydi. Davolash deyarli 90% samarali bo'lsa ham, demak, bu 10% odam uchun samarasiz. Va u erda davolanish yanada samarali bo'lishi mumkin.

Tadqiqot etarlicha katta yoki etarlicha uzoq bo'lmasligi mumkin. 5000 kishidan olingan natijalar va xulosalar, masalan, sudda faqatgina 200 kishi ishtirok etganidan ko'ra aniqroq bo'lishi kerak. Ikki yil davom etgan sud jarayoni faqat olti oy davom etganidan ko'ra aniqroq bo'lishi mumkin.

2. Barcha bemorlarda qadriyatlar bir xil emas

Dalillarga asoslangan tibb ilmga asoslangan. Biroq, odamlar o'zlarining davolanishlari haqida qaror qabul qilishlari kerak bo'lsa, ular dalillarni o'z qadriyatlariga asoslanib turli yo'llar bilan ko'rib chiqishlari mumkin.

Misol uchun, saraton kasalligiga chalingan ayol uning homiladorligi va davosi homilaga zarar etkazishi mumkin bo'lsa, uning davolanishiga dalillarga asoslangan yondashuvni tanlashi mumkin emas.

Dalillarga asoslangan tibbiyot qiymatini baholash uchun joy ajratmaydi. Tibbiy mo't axassislarining aksariyati, agar ular DMDDa hisoblanmasa ham, bemorning qiymatlari e'tiborga olinishi kerak.

3. Tajribalar ishlab chiqarilgan joyda bu erda joylashtirilgan bo'lishi mumkin

Shunisi ajablanarli emaski, dalillarga asoslangan natijalarning bu jihati boshqalardan ko'ra ko'proq tortishuvlarni keltirib chiqaradi. Tanqidchilar quyidagi dalillarni keltirishi mumkin:

Tadqiqotlar ko'pincha manfaatlar to'qnashuviga ega. Oxirgi bir necha yilgacha klinik sinovlar va tajribalar natijalari tibbiy jurnallarda chop etilishi mumkin, kimning homiyligidan qat'i nazar. Bu farmatsevtika kompaniyasi o'z tadqiqotining natijalarini nashr etishi mumkinligini anglatadi, bu uning dori muayyan kasallik uchun eng yaxshi dori ekanligidan dalolat beradi.

Ko'pgina tibbiyot jurnallari tadqiqotchilarga moliyaviy mablag' va nizolarga oid to'liq tushuntirishlar berishlari kerakligi haqida ma'lumot berishga kirishdilar. Biroq, ba'zi odamlar, bu nafaqat manfaatdor firmalarning o'zlarining noqulay tadqiqotlarini qo'llab-quvvatlash uchun ko'proq ijodiy yo'llarni qidirishi uchun foydasi borligiga ishonishadi.

Noqulay tadqiqotlar va natijalar e'lon qilinmasligi mumkin. Tadqiqotlar o'tkazadigan va ular haqida jurnal maqolalarini nashr etadigan odamlar o'z bizneslariga salbiy ta'sir ko'rsatadigan tadqiqot natijalarini aniqlashga majbur emaslar. Ular faqat o'zlarining ijobiy natijalarini namoyish etishlari mumkin.

Qo'shimcha, muqobil va integral tibbiyot yaxshi o'rganilmagan. Giyohvand moddalar va qo'shimchalar, yoga, massaj va ako'punktur kabi terapiya farmatsevtika preparatlaridan ancha past turadi, chunki foyda keltiradigan guruhlar ularni o'rganish uchun kamroq rag'batga ega. Va bu tadqiqotlar olib borilmagani uchun, ular samarali bo'lishiga qaramay, qo'shimcha, muqobil yoki integral terapiyani qo'llashni qo'llab-quvvatlash uchun ozgina adabiyot mavjud.

Dalillar asosida tibbiyot qanday ishlatilishi kerak?

Ko'pgina tibbiyot mo't axassislari tibbiyot ilm-fan kabi juda ko'p san'at ekanligini aytishadi. Dalillarga asoslangan tibbiyotning ko'pchiligi davolanish usullarida oltin-standart hisoblanadi, "san'at" aspektini saqlab qolish, siz va shifokoringiz davolanishingiz kabi yaxshi yondashuv hisoblanadi.

Jurnal maqolalariga qarang, siz topgan ma'lumotlarning dolzarbligiga ishonch hosil qiling va shifokor bilan bo'lgan imqon iyatlarni muhokama qiling. Sizga o'xshagan kishilar guruhlarini o'rganish uchun dalillarni izlang. Har qanday tibbiyot tadqiqotining va ishlab chiqarilgan dalillarning yuzaga kelishi mumkin bo'lgan ortiqcha va noaniqliklarini tushuning. Va qadriyatlaringiz va e'tiqodlaringizga sodiq qoling.

EBM optimal integratsiya vajlari ilm-fan va bemorning ehtiyoji bilan klinik tajriba ifodalaydi. Bu bemorlarning davolash qaror qabul qilish jarayonida eng yaxshi zamonaviy yo't uqlari batafsil va oqilona foydalanish hisoblanadi. Bu tizimli sanasi olingan faqat dalillarni foydalanadi. Dalillarga asoslangan tibbiyot hisobga bemorning manfaatlarini hisobga olgan holda, klinik tegishli tadqiqot hisoblanadi. dalillar xulosa ishonchliligi va tashxis sinovlari va tekshiruvlar, prognozlarini ishlashi, hosildorlik va davolash, rehabilitatsiya va oldini olish xavfsizligi ahamiyati aniqligi bor.

BOSQICHLARI

dalillarga asoslangan tibbiyot besh darajalari bor:

javob olish imqon iyati mavjud bo'lgan bir savol so'ra.

Eng yaxshi tekshirish toping.

tanqidiy ma'lumotlarni baholash.

dalillar asosida klinik tajriba va bemorning manfaatlarini o'ylab ko'ring.

Qanday mumkin qo'llab-quvvatlash texnologiyalaridan foydalanishni baholash.

Savollar : 1. Dalillarga asoslangan tibbiyot qaysi asosiy dalilga asoslangan ?

2. dalillarga asoslangan tibbiyot besh darajalari bor?

MAVZU : Arterial gipertoniya

Reja:

- 1.Arterial gipertoniya (essensial, simptomatik).
2. JSST tasnifi.
- 3.Diagnostikasi.
4. Arterial gipertoniya essensial, olib borish taktikasi va davosi.

Gipertoniya kasalligi, birlamchi (essensial) arterial gipertoniya, idiopatik arterial gipertoniya — odamlarda ko‘p uchraydigan (75% gacha) arterial qon bosimining oshishi. Sabablari: turli o‘tkir yoki surunkali ruhiy (emotsional) iztiroblar, irsiy yoki kasbiy omillar, ovqatlanish tartibiga rioya qilmaslik va b.

G.k. klinik kechishiga qarab ikki xil bo‘ladi: 1) sokin, uzoq muddat davom etadigan va 2) shiddatli, tez rivojlanadigan va qisqa vaqt ichida bosh miya, buyrak yetishmovchiligi hamda ko‘rishning keskin pasayishiga olib keladigan shakl.

Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tomonidan 1978 y.da qabul qilingan G.k.ning tasnifi quyidagi bosqichlardan iborat:I bosqich qon bosimi oshishining ko‘rsatkichi 140/90 mm simob ustunidan yuqori bo‘lib (mas, 150—180/90-* 105) markaziy nerv sistemasi, yurak-tomir va buyrak sistemasining zararlanishi belgilarisiz kechadi, uzoq muddat davom etmaydi va bemor iztirobdan qo‘t ilgandan so‘ng hamda qon bosimini tushiruvchi, tinchlantiruvchi dorilar ichilgandan va organizmga ma‘lum muddat dam berilgandan keyin uning ahvoli yaxshilanadi va arterial bosim ko‘rsatkichlari tez orada mo‘‘tadillashadi.

II bosqichda arterial bosimning sistolik ko‘rsatkichi 160–179 mm simob ustuniga, diastolik ko‘rsatkich esa 100–109 mm simob ustuniga teng bo‘lishi va undan ham yuqoriga ko‘tarilishi mumkin. Bu bosqichda patologik o‘zgarish asosan yurakning chap qorinчасi gipertrofiyasi bilan belgilanadi, shuningdek, to‘r parda tomirlarining yoyilgan yoki fokal torayishi, mikroalbuminuriya, ya‘ni siydikda oqsil moddasi va qon plazmasida keratinin qon sentratsiyasining qisman oshishi (1,2—2,0 mg/dl) kuzatiladi. Ultratovush tekshiruvi yoki angiografiya (son arteriyalarida, aortada, yonbosh va son arteriyalarida o‘tkazilgan) orqali aterosklerotik o‘zgarishlar (pilakchalar)nianiqlash mumkin. Klinik shikoyatlari tez-tez bosh og‘rishi, bosh aylanishi (gipertonik krizlar), yurak sohasida og‘riq, noxushliklardan iborat.

III bosqichda bemorlarda qon bosimi ko‘rsatkichlari yanada yuqori (sistolik-180—209 mm, diastolik esa 110–119 mm simob ustuniga teng va undan ham yuqori) va doimiy bo‘ladi. Bu bosqichning klinik manzarasi rang-barang bo‘lib, nafaqat yurak-tomir sistemasida (stenokardiya, miokard infarqti), balki bosh miya qon tomirlarida ham patologik o‘zgarishlar (gemorragik insult, ensefalopatiya), buyrak yetishmovchiligi (nefroangioskleroz) hamda ko‘z to‘r pardasiga qon quyilishi kuzatiladi. Bunday og‘ir asoratlar sodir bo‘lgan paytlarda qon bosimi ko‘rsatkichlari pasayishi, hatto normallashishi ham mumkin.

G.k.ga to‘g‘ri tashxis qo‘yish bemorda ikkilamchi arterial gipertenziya sabablarini bartaraf etishga bog‘liq. G.k.ni davolash murakkab va uzoq, davom etadigan jarayon bo‘lib, bemordan vrach ko‘rsatmalarini qat‘iy bajarishni talab etadi. Avvalo bemor o‘zining hayot faoliyati, ovqatlanish, ishlash va dam olish rejimlarini o‘zgartirishi, mas, spirtli ichimlik ichish va chekishdan voz kechishi, sho‘r, yog‘liq ovqatlarni kam iste‘mol qilishi, semirishga yo‘l qo‘ymasligi, kam suyuqlik ichishi, yengil jismoniy mashqlar qilishi: bir oz yurishi, sekin yugurishi (puls o‘lchab turiladi), chang‘ida yurishi, velotrenajordan foydalanishi, dam olish kunlarini unumli o‘tkazishi (shahardan chetga chiqish, toza havodan nafas olish, tiniqib uxlash), ao‘t otrening bilan shug‘ullanish, turli asabiy-ruhiy his-hayajonlardan uzoqroq bo‘lishga harakat

qilishi kerak. Shuningdek, psixoterapiya, giperbarik oksigenatsiya, elektruyqu, ako'punktura va massaj usullaridan foydalanish lozim.

Doridarmonlar bilan davolanish oilaviy vrach yoki kardiologning ko'rsatmasi asosida olib boriladi. Hoz. qon bosimini tushiradigan preparatlarning turlari va son-sanog'i juda ko'p. Davolovchi vrach G.k.ning bosqichini hisobga olib, bir yoki bir necha gipotenziv preparatlarni bemor mizojini e'tiborga olgan holda ma'lum muddatga tavsiya etadi va davo natijasini muntazam nazorat qilib boradi.

Gipertoniya: kelib chiqish sabablari, asoratlari, tashxis va davolash usullari

Gipertoniya, ya'ni qon bosimining oshishi kasalligi, uning kelib chiqish sabablari, tashxis qo'yish, davolash hamda oldini olish yo'llari haqida barcha ham bilavermasa kerak. Gipertoniya qanday xastalik?

Gipertoniya — qon tomirlarining nerv-funksional faoliyati buzilishi natijasida kelib chiqadigan kasallikdir. Kasallik asosan 40 yoshdan kattalarda uchraydi, lekin so'nggi yillarda yoshlarda ham tez-tez kuzatilmoqda. Bu darddan ayollar ham, erkaklar ham bir xil aziyat chekishadi. Gipertoniya yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bilan xastalangan kishilarning o'limiga sabab bo'luvchi asosiy sabablardan biri hisoblanadi.

Tadqiqotlarga ko'ra, gipertoniya sayyoramizdagi nogironlikning asosiy sabablaridan biridir. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, qon bosimi oshganda birinchi yordam kech ko'rsatilsa, bemorlarning ahvoli juda og'irlashishi, hatto o'lim holati kuzatilishi mumkin.

Qon bosimi oshishi belgilari

Gipertoniyaning asosiy alomati — miya tomirlarining spazmi va torayishi tufayli bosh og'rig'idir. Shuningdek, ko'pincha quloqlarda shovqin, ko'rish holati susayishi, holsizlik, uyqu buzilishi, bosh aylanishi, boshda og'irlik hissi, yurak urishi tezlashishi namoyon bo'ladi. Bu alomatlar kasallikning erta bosqichida seziladi. Keyinchalik, yurakning uzoq vaqt davomida zo'riqib ishlashi tufayli yurak yetishmovchiligi yuzaga keladi.

Shuningdek, ko'plab bemorlarda quyidagi belgilar uchraydi: burunning tez-tez qonashi; qayt qilish; uyqusizlik; xotira buzilishi; har qanday jismoniy faollikdan so'ng teri yuzasining qizarishi; ko'zdagi kuchli bosim (bemor atrofga qaraganda ko'zlarda og'riq paydo bo'ladi, shuning uchun ular dam olishni va ko'zlarini yopiq to't ishni afzal ko'rishadi); yurakning tez urishi; to'qimalarda shishlar paydo bo'lishi; charchoq.

Gipertoniyaning kelib chiqishi sabablari

Kasallikning rivojlanish sababi uzoq vaqt davomida stress va tushkunlik holatida yurish, tez-tez psixologik zo'riqishlardir. Ko'pincha, bularni doimiy emotsional taranglikni talab etadigan ish faoliyati keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, miya chayqalishiga uchragan bemorlarda ham kasallik rivojlanishi xavfi yuqori bo'ladi. Irsiy moyillik ham sabablar qatorida: agar kishining avlodida bu kasallik uchragan bo'lsa, unda ham ushbu kasallik rivojlanishi xavfi bir necha barobarga ortadi.

Kasallik rivojlanishiga ta'sir o'tkazuvchi omillardan asosiysi — kamharakat turmush tarzi. Yosh o'tib borgani sari insonlarda ateroskleroz rivojlanishi mumkin, bu o'zgarish fonida qon bosimining oshishi esa vaziyatni yanada jiddiylashtirib yuboradi. Bu hayot uchun o'ta xavfli hisoblanadi, chunki toraygan qon tomirlar orqali miya, yurak, buyraklarning bir qismiga qonning bormay qolishi yoki yetarli bormasligi kuzatiladi. Agar qon tomir devorlarida tromb va

xolesterin to'planmalari bo'lsa, ular kuchli bosim vaqtida ajralib, kapillyar qon tomirlarida tiqilib, qon o'tishiga to'sqinlik qilishi mumkin. Bu holda miokard infarkti yoki insult yuzaga keladi.

Ayollarda qon bosimi oshishiga sabab menopauza davridagi gormonal o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Tuz yoki aniqrog'i, unda mavjud natriy, shuningdek, chekish, alkogolli ichimliklarni iste'mol qilish, semizlik ham yurak-qon tomir tizimiga bosim o'tkazadi.

Gipertoniya rivojlanishiga ta'sir etuvchi omillar quyidagilardan iborat:

Ortiqcha vazn, metabolik kasalliklar, endokrin kasalliklar, kam harakat turmush tarzi;

muntazam emotsional stresslar, ruhiy tushkunlik, fojiali voqealarni boshdan o'tkazish, yaqin insonlarni yo'qotish; biznesdagi, ishdagi muammolar tufayli kuchli asabiy taranglik; bosh miya jarohatlari (avtohalokat, yiqilish, gipotermiya); yurak-tomir tizimiga salbiy ta'siri bor surunkali kasalliklar (qandli diabet, podagra, revmatoid artrit); irsiy moyillik; virusli va yuqumli kasalliklar (meningit, sinusit, gaymorit);

Qon tomirlarida yosh bilan bog'liq o'zgarishlar;

qonda xolesterin miqdorining yuqori bo'lishi, natijada qon tomir devorlarida to'planmalar hosil bo'ladi; zararli odatlar (chekish, alkogolli ichimliklar ichish, me'yordan ortiq qahva iste'mol qilish); kun davomida ko'p miqdorda tuz iste'mol qilish; qonda adrenalinni oshirish; kompyo't er qarshisida uzoq vaqt o'tirish; ochiq havoda kam yurish va hokazo.

Gipertoniyani tashxislash

Bemorga aniq tashxis qo'yish uchun shifokor bir nechta laboratoriya tahlillari va apparat tekshiruvlari o'tkazishi kerak bo'ladi. Tashxisning maqsadi kasallikning bosqichi va gipertoniya darajasini aniqlash hisoblanadi. Ushbu ma'lumotlar bilan shifokor samarali davolash usulini tanlash imqoniyatiga ega bo'ladi. Kasallikning dastlabki bosqichlari yashirin kechgani bois ko'pchilik bemorlar shifokor huzuriga kech kelishadi. Kasallikni bo't unlay davolash juda mushkul hisoblanadi, shuning uchun bemorlar sabr-toqatga ega bo'lishlari kerak, zero kasallik ularga qolgan umrlari davomida hamrohlik qilishi mumkin. Shuning uchun kasallikni o'z vaqtida oldini olish, shubhali belgilar paydo bo'lsa, shifokor ko'rigidan o'tish zarur.

Uy sharoitida har bir inson o'z qon bosimini muntazam o'lchab turishi kerak, eng optimal ko'rsatkich 120/80 mm sim.ust (quyida birlik deb keltiriladi), yoshi kattalar uchun 130/90. Atrof-muhit ta'siri yoki jismoniy faollik natijasida bosim 5-10 birlikka ortishi mumkin. Quyi va yuqori bosim o'rtasidagi juda katta farq ham havotir uchun belgi bo'ladi — odatda bu ko'rsatkich 50 birlikdan oshmasligi kerak. Agar qon bosimining tez-tez o'zgarishi kuzatilsa, shifokor bilan uchrashish tavsiya etiladi.

Qon bosimi ko'tarilishini davolash

Davolash paytida bemorlar har qanday stress yoki hissiy zo'riqishdan yiroq bo'lgani ma'qul. Bemorlar ochiq havoda: hovuz atrofida, bog'da, o'rmonda sayr qilishlari tavsiya etiladi. To'g'ri ovqatlanish gipertoniyani muvaffaqiyatli davolashda muhim hisoblanadi.

Gipertoniya bosqichlari va oldini olish yo'llari

Zamonaviy tibbiyot arterial gipertoniyaning 3 bosqichini farqlaydi:

1 bosqich — Qon bosimi 140-159 / 90-99 mm sim.ust oralig'ida bo'ladi. Qon bosimi vaqti-vaqti bilan me'yorga kelishi va yana ko'tarilishi mumkin;

2-bosqich — Qon bosimi 160-179 / 100-109 mm sim.ust oralig'ida. Arterial qon bosimi tez-tez ko'tarilib turadi va kam hollarda me'yorga tushadi.

3 bosqich — bosim 180/110 mm sim.ust. dan yuqori ko'tariladi. Bosim doimiy ravishda yuqori bo'ladi va uning pasayishi yurak kasalliklari tufayli yuzaga keladi.

Ovqatlanish tartibi

Avvalo, kundalik ovqatlanish rejimidan «yomon» xolesterin va ko'p miqdorda tuz saqlagan mahsulotlarni chiqarib tashlash kerak. Ularga:

yog'li go'sht; charvi, qovurilgan ovqatlar; dudlangan mahsulotlar;

tuzlamalar kiradi. Bundan tashqari, tandirdan uzilgan yangi non o'rniga bir-ikki kun turgan nonni iste'mol qilish foydalidir. Kundalik ratsionga servitamin, minerallarga boy va kasallikka qarshi kurashishga yordam beruvchi mahsulotlardan ko'proq kiritish kerak.

- Savollar :
1. Arterial gipertoniya kasalligini kelib chiqish sabablari ?
 2. Arterial gipertoniya kasalligini nechta darajasi bor ?
 3. Arterial gipertoniya kasalligini davolash usullari ?

MAVZU: Yurak-qon tomir tizimi va nafas tizimi a'zolari bilan bog'liq bo'lmagan ko'krakdagi og'riq

Reja:

1. Ko'krak qafasi a'zolari: yurak, qon tomirlari, nafas tizimi a'zolari va b. anatomiyasi va fiziologiyasini muhokama qilish.
2. Yurak-qon tomir tizimi va nafas tizimi a'zolari bilan bog'liq bo'lmagan ko'krakdagi og'riq (qovurg'alararo nevrалgiya, oshqozon yara kasalligi va b.
3. EKG ni olish, normal EKG

Yurak tananing barcha qismlariga qon va kislorod etkazib beradigan organdir. Bu ajoyib mushak kardiyak uzatish degan jarayon orqali elektr impulslarini ishlab chiqaradi. Ushbu impulslar yurakni yurak urishiga olib keladi, keyin esa gevşeyerek yurak urishi deb nomlanadi. Yurakning kaltaklanishi qonni hujayralarga va to'qimalariga qon quyadigan yurak siklini boshqaradi.

Qon tomirlari

Qon tomirlari bo't un vujudga qonni olib boradigan murakkab teshiklar tarmog'idir. Qon yurakdan arteriya orqali kichikroq arteriollar, keyin kapillyarlarga yoki sinusoidlarga, venulalarga, tomirlarga va yurakka qaytadi. Kichik sirkulyatsiya jarayonida kislorod, karbon dioksid, ozuqa moddalari va chiqindilar kabi moddalar qon va hujayraning atrofidagi suyuqlik o'rtasida almashiniladi.

Qon

Qon hujayralarga ozuqa moddalarini etkazib beradi va hujayrali nafas olish kabi hujayralar jarayonida hosil bo'lgan chiqindilarni olib tashlaydi. Qon qon tomirlari, oq qon hujayralari, trombositlar va plazmadan tashkil topgan. Qizil qon hujayralari gemoglobin deb ataladigan ulkan miqdorda proteinni o'z ichiga oladi. Kislorod molekullari o'pkadagi qon tomirlariga kirib, tananing turli qismlariga olib boradi. Kislorodni to'qima va hujayralarga joylashtirgandan so'ng, eritrotsitlar CO₂ ni vujudan chiqarib yuboradigan o'pka tashish uchun karbonat angidrid (CO₂) ni olishadi.

Qon aylanish tizimi

Qon aylanish tizimi organizm to'qimalarini kislorodga boy qon va muhim oziq moddalar bilan ta'minlaydi. Gazsimon chiqindilarni (CO₂ kabi) olib tashlashdan tashqari, qon aylanish tizimi zararli moddalarni olib tashlash uchun qonlarni organlarga (jigar va buyraklar kabi) olib boradi. Ushbu tizim hujayra xujayrasi va gomeostazaga gormonlarni va tanadagi turli hujayralar va organ tizimlari o'rtasidagi signallarni etkazib berishga yordam beradi. Qon aylanish tizimi qonni o'pka va tizimli davr bilan birga o'tkazadi. O'pka o'chog'i yurak va o'pkaning yurishi yo'lini o'z ichiga oladi. Tizimli devordagi yurak va tananing qolgan qismi o'rtasida aylanish yo'lini o'z ichiga oladi. Aorta organizmning turli mintaqalariga kislorodli boy qonni tarqatadi.

Yurak-qon tomir kasalliklarini davolash

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari — yurak, arteriyalar va venalar kasalliklari. Ular juda ko'p va xilma-xil. Bu kasalliklarning ba'zilari (revmatizm, miokardit va boshqalar) yurakni, ayrimlari arteriya (ateroskleroz) yoki venalarni (masalan, tromboflebit), boshqalari bo't un yurak-qon tomir tizimini shikastlaydi (gipertoniya kasalligi). Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari dunyo bo'yicha hozirgi kunga qadar nogironlik va o'limning asosiy sababi ekanligicha qolmoq-da. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, barcha o'lim holatlarining 56 foizi yurak-qon tomir tizimi kasalliklari oqibatida kelib chiqadi. Yevropa mamlakatlarida yurak-qon tomir kasalliklari yiliga 4,3 mln (48%) aholi o'limiga sababchi bo'ladi. Davlat statistika qo'mitasi xabariga ko'ra, O'zbekiston Respublikasida 2019 yilning yanvar-iyun oylarida vafot etgan fuqarolarning 62,1 foizi holatda aynan qon aylanish tizimi kasalliklari sabab qilib ko'rsatilgan. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari insonning turmush tarzi va mavjud xavf omillari bilan uzviy bog'liq. Ko'pgina xavf omillari turmush tarzini o'zgartirish orqali nazorat qilinsa, ayrimlari (arterial gipertoniya, dislipidemiya va qand miqdori) medikamentoz yo'li bilan korreksiya qilinadi.

Kardiomiopatiya - miokardning birlamchi shikastlanishi bilan bog'liq kasalliklar bo'lib — yurak-tomir kasalliklari, arterial gipertoniya, orttirilgan va tug'ma yurak poroklari bo'lmagan holda yurak mushaklarida tizimli va funksional salbiy o'zgarishlar mavjudligi hisoblanadi. Kardiomiopatiya yuzaga kelishi va rivojlanishining asl sabablari hali aniqlanmagan. Ushbu kasallikni yuzaga kelishiga turtki bo'luvchi bir qator omillar mavjud: irsiyat, tashqi muhitning salbiy ta'siri, virusli infeksiyalar, aoo't oimmun kasalliklar, endokrinologik kasalliklar, allergenlar ta'siri, alkogolizm, yurak patologiyalari va boshqalar. Boshlang'ich bosqichida kardiomiopatiya odatda belgilsiz kechadi. Bemorda quyidagi shikoyatlar yuzaga kelishi mumkin: yurak sohasidagi og'riqlar, kuchli charchoq, umumiy holsizlik, o'ng qovurg'a osti qismida kuchli og'irlik, nafas yetishmasligi, nafas qisib qolishi va boshqa shu kabi alomatlar yuzaga keladi. Kardiomiopatiyani davolash uning qanday turdagiligiga bog'liq hisoblanadi: gipertofik kardiomiopatiya bu yurak muskullarini qalinlashib ketishi va natijada yurakning qon surish vazifasini buzilishidir. Bunda shifokorlar tomonidan dori vositalari yozib beriladi, ammo xavf mavjud hollarda septal mioktomiya jarrohlik amaliyoti tavsiya etiladi. Amaliyot natijasida qalinlashib ketgan yurak muskullari kichraytiriladi va normal qon aylanishi qayta tiklanadi.

- restriktiv kardiomiopatiyada esa yurak mushaklari qattiqlashadi va ularda elastiklik kamayib ketadi. Natijada yurak kengaymaydi va yurak urishi intervalida yurak yetarlicha qon bilan to'lmaydi. Sekin uruvchi yurak uchun impulslar hosil qiluvchi elektron yurak stimulyator, o'ta xatarli darajada noturg'un uruvchi yurak uchun defibriliator, qon surish faoliyati buzilgan yurak uchun yordamchi ventrikulyar implanti bemorni turli holatlarda ayniqsa dori-darmonlar yordam bera olmaydigan vaziyatda holatini yaxshilash uchun yechim sifatida bemorga maslahat berilishi mumkin -, deb shifokor tomonidan ta'kidlab o'tildi. Yurak klapanlarining orasidagi devori nuqsoni - yurakning anatomik tuzilishidagi turg'un nuqson, kamchilik va o'zgarishlar normal qon oqimiga xalaqit beradi. Bu 3 yoshdan katta bolalarda eng tez-tez uchrab turadigan tug'ma yurak nuqsonlaridan biridir. Bunday holatda, yurakdagi o'ng va chap atriumni ajratib turadigan interdisferik septum(devorda)da teshik(lar) mavjud bo'ladi. Bu teshikning mavjudligi chap atriumdan o'ngga patologik qon oqimiga sabab bo'ladi va kelajakda yurak va o'pka muammolarini keltirib chiqarishi mumkin

Kasallikni tadqiqot qilishning asosiy usuli – ekokardiografiya, bu nuqson, yurakning holati va boshqalar haqida batafsil ma'lumot beradi. Kasallikni davolashning zamonaviy usuli endovaskulyar usul hisoblanadi. Bunda son venasi orqali uzun naycha shaklidagi kateter yurakka kiritiladi va maxsus qoplama yordamida nuqson berkitiladi.

Kardiovaskulyar sistema ozuqa moddalarini tashish va tanadan gazli chiqindilarni olib tashlashga javobgardir. Ushbu tizim yurak va qon aylanish tizimidan iborat . Yurak-qon tomir tizimining tuzilishi yurak, qon tomirlari va qonni o'z ichiga oladi. Limfatik tizim ham yurak-qon tomir tizimi bilan chambarchas bog'liq.

ME'DA YARA KASALLIKLARI

Surunkali kasallik bo'lib, me'da shilliq pardasining yaralanishi bilan ifodalanadi. Kasallik turli xil klinik manzara bilan namoyon bo'ladi, zo'rayish va remissiya davrlari bilan kechadi.

Tashhisot mezonlari

1. Anamnezi:

Ovqat hazm qilish organlari kasalliklari bo'yicha genealogik anamnez mavjudligi, yara kasalligi rivojlanishida ishtirok etuvchi bir yoki bir necha omillar majmuiga ko'rsatmalar, yaradan oldingi holat: ovqatlanish tartibining buzilishi, ovqatning miqdori va sifat jihatidan qo'pol buzilishi, surunkali infeksiya o'choqlari, intoksikatsiyalar, parazitlar, allergik va boshqa yo'ldosh kasalliklar; uzoq davom etgan salbiy-emotsional ta'sirlar

(oiladagi, maktabdagi ixtiloflar, qo'shimcha zo'riqishlar).

2. Klinik mezonlar:

1. Og'riqli sindrom va dispepsiya:

YAra me'dada joylashganda – dag'al, yog'liq q ovqat yoki xom sabzovotlar iste'mol qilganidan 25–30 daqika o'tganda aniq ritmda epigastriya sohasida ilk og'riq paydo bo'lishi, havo bilan kekirish, ishtahaning kamayishi, ovqat iste'mol qilgan zamon qusish, qorin devorining antral qismida turg'un og'riq proeksiyasi, to'satdan paydo bo'lgan og'riq yo'qolganidan keyin ham saqlanib qoladigan og'riq; me'dadan yashirin qon ketish belgilari, kislotaga hosil bo'lishi me'yordan pasaygan holda ferment hosil qilish funksiyasining kuchayishi.

2. Astenovegetativ sindrom: uyquning buzilishi, emotsional labillik, tez charchash, jizzakilik, lokal gipergidroz, arterial gipotenziya, bradikardiya, qizil dermografizm.

3. Paraklinik mezonlar:

A) Me'daning bariyli massa bilan rentgenoskopiyasi. YAra kasalligining rentgenoskopik belgilari haqiqiy va bilvosita bo'ladi.

Xaqiqiy belgilariga: yara teshigining devori bilan birga yallig'lanishi, me'da qonturining chandiqli deformatsiyasi, burmachalarning «teshik» yo'nalishi yoki yara chandig'i tomon radial qonvergensiya kiradi.

Bilvosita belgilariga: me'da tonusining o'zgarishi, o'n ikki barmoq ichak qontrasti stazi yoki uning tezlikda bo'shab qolishi, ma'lum joyida ichak shilliq pardasi relefining buzilishi, lokal og'riq, pilorospazm, me'da mushaklarining mahalliy sirkulyar spazmlarining paydo bo'lishi, nahorda sekretor suyuqliq darajasi mavjudligi va b. kiradi.

B) Endoskopiya: shilliq pardaning har xil o'lchamli, shaklli va chuqur tubli defekti aniqlanadi, tubi fibrin bilan qoplangan, yo'ldosh kasallik sifatida gastrit, gastroduodenit, duodenogastral reflyuks, yara-chandiqli deformatsiya belgilari uchraydi.

V) Me'da sekretsiasini tekshirish: xlorid kislota va pepsinning, ayniqsa, sekretsianing bazal bosqichida gipersekretsiyasi.

Qiyosiy tashhisot

YAra kasalligini me'da-ichak yo'lining yuqori qavatidagi boshqa kasalliklardan farqlash o'tkaziladi: diafragmaning qizil- o'ngach kovagi churrasi, gastroduodenit, pankreatit; o't yo'llari kasalliklari; buyrak patologiyasi, Zollinger-Ellison sindromi, me'da va o'n ikki barmoq ichakning o'tkir yaralari shular jumlasiga kiradi.

Davolash

1. Gastritdagi kabi parhez.

2. Davolashda me'da shirasining kislotaliligini pasaytirish etakchi o'rinni egallaydi.

Antatsidlar – yaxshisi suyuq holidagi; so'rilmaydigan alyuminiy yoki vismo't bilan (ovqatlangandan 1–3 soat o'tgach 4–6 haftadavomida kuniga 4–6 marta.

3. Sekretsiani to'xtatuvchi vositalar ancha qulay va ishonarli: N2 – blokatorlar 3–4 haftadavomida kuniga 3 marta beriladi. Ularni uzoq muddat (kechasi -1 doza) berish retsidivlar sonini kamaytiradi. Blokatorlarni berish asta-sekin to'xtatiladi.

4. Prostaglandinga o'xshash – mizoprostol (kuniga 2–4 marta 0,2 mg 4–6 haftadavomida) dan foydalaniladi.

5. YAra va eroziyalarning bitishiga sukralfat yordam beradi:

½ tab.dan kuniga 4 marta.

6. N. pylori ni yo'qotish uchun bir necha davolash jadvallari taklif qilingan.

7. Og'riq paydo bo'lganida spazmolitiklardan foydalaniladi (papaverin 20–40 mg kuniga 3–4 marta, 2%li eritmasi 0,5–1,5 ml m/o, no-shpa 20–40 mg kuniga 1–3 marta).

Amoksitsillinni ampitsillin, eritromitsin, tetratsiklin bilan almashtirish mumkin. Xelikotsinni (0,75 amoksitsillin + 0,5 metronidazol) qo'llash qulay.

Elektrokardiografiya

Elektrokardiogramma (EKG) yurak biotoklari egri chizig'i yozuvi ifodalaydi. Bugungi kunda umumiy qabul qilingan 12 ta tarmoqlar ishlatiladi: qo'l- oyoqlardan 3 ta standart (klassik), 3 ta bir qo't bli va 6 ta bir qo't bli prekardial tarmoqlar.

qo'l-oyoqlardan 3 ta standart tarmoq Eyntxoven tomonidan taklif etilgan. Navbatma-navbat I, II, III rim raqamlari bilan belgilanadigan tarmoqlarda quyidagilar orasidagi potentsiallar turlichaligi qayd qilinadi:

I tarmoqda — o'ng va chap qo'llar bilan;

II tarmoqda — o'ng qo'l va chap oyoq bilan; III tarmoqda — chap qo'l va chap oyoq bilan.

Qo'l-oyoqlardan 3 ta bir qo't bli tarmoqlarni (Goldberger bo'yicha) belgilashda — aVR, aVL va aVF — birinchi ikki harf quyidagilarni anglatadi: a — ko'paytirilgan (inglizchadan augmented), V — potentsial, uchinchi harf esa faol elektrod joylashgan joyni ko'rsatadi: R — o'ng qo'lida, L — chap qo'lida va F

— chap oyog'ida.

bir qo't bli prekardial ajratishlar V harfi bilan belgilanib, uning yonida quyida arab harflar bilan faol elektrodning joylashuvi ko'rsatiladi:

V1 — IV ko'krak suyagining o'ng chetida qovurg'alar oralig'i;

V2 — IV ko'krak suyagining chap chetida qovurg'alar oralig'i; V3 — II va IV tarmoqlar orasidagi chiziq o'rtasida;

V4 — V qovurg'alar oralig'i va chap o'rta-o'mrov chizig'i kesishgan joyi;

V5 — chap old qo'ltiqosti chiziq va gorizontal chiziq V4 nuqtasida kesishgan joyi; V6 — chap o'rta qo'ltiqosti chiziq va gorizontal chiziq V4 nuqtasida kesishgan joyi;

EKG ni qayd qilish qoidalari:

–apparat erga ulangan bo'lishi yoki kabinet maxsus ekran bilan to'silgan bo'lishi lozim;

–yozuv kiritish issiq xonada amalga oshiriladi;

–tekshiruv och qoringa yoki ovqat iste'mol qilgandan keyin 2 soatdan so'ng o'tkaziladi;

–yozuv kiritish, ayniqsa bir necha bor yozish ishlari bemorning bir holatida, 15– 20 daqiqa dam olganidan so'ng, yaxshisi orqasida yotganda amalga oshiriladi;

–erta yoshdagi bemorni ushbu muolaja xavfsiz ekanligiga ishontirish, yozuvlarni onasining kuzatuvida kiritish lozim; katta yoshdagi bola bezovtalanayotgan holatda avval uning ishtirokida boshqa yuvosh mijozni shunga o'xshash tekshiruvdan o'tkazish kerak;

–pediatriyada EKG ni qayd qilish jarayonini tez amalga oshirish lozim;

–muolaja qilish arafasida bola uchun kuchli ta'sir qiladigan va sedativ dori vositalari bekor qilinadi;

–suv va fizioterapevtik muolajalardan so'ng yozuv kiritish mumkin emas;

–lenta harakatlanishining 50 mm sek. ga teng tezligi eng ko'p qo'llaniladi

Savollar : 1.Ko'krak qafasi a'zolarini anatomik joylashuvi

2. Normal EKG ni olish nuqtalarini aytib bering

MAVZU : Yurak etishmovchiligida nafas qisishi

Reja:

1. Nafas yetishmovchiligi qanday kasallikning belgisi?

2. Yurak etishmovchiligida nafas qisishi. Differensial diagnostikaning o'ziga xosligi. UASH taktikasi.

4. Miokardit, kardiomiopatiyalarda YuE ning dif.diagnostikasi.

5.Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari. Bolalarda o'ziga xosligi.

Nafas yetishmovchiligi doimo ogohlantiruvchi belgi hisoblanadi. Agar turli mashqlardan keyin nafas siqilishi kuzatilsa, unda jismoniy harakat organizmda qiyinchilik tug'dirgan bo'ladi. Bordi-yu, hech qanday harakatsiz nafas qisishi ro'y bersa, darhol shifokorga ko'rinish tavsiya etiladi. Nafas yetishmovchiligi pnevmoniya (harorat ko'tarilmaydigani) yurak xastaligi, o'smalar, shuningdek, xavfli o'smalar, o'pka gipertenziyasi va barcha yurakni to'xtatishga olib keladigan kasallik belgilari bo'lishi mumkin.

Nafas siqlishi asosiy, ammo o'pka gipertenziyadagi rivojlanishiga hamroh bo'ladigan yagona alomat emas. Masalan, charchoqning kuchayishi, agar to'satdan bo'lsa, shuningdek, kelib chiqishi noma'lum yo'tal, tez va davriy puls, tez-tez bosh aylanishi va hushdan ketish kabi alomatlar ham kasallikdan ogohlantirayotgan bo'lishi mumkin.

Kasallikdan gumon qilinganda nima qilish kerak?

Eng avvalo, umumiy-amaliyot shifokori bilan uchrashish va qabulda barcha alomatlar haqida to'liq ma'lumot berish kerak. Shifokor rentgen natijalarini olishi zarur. Shuningdek, yurakning harakatlanuvchi tasvirini olish va uning o'ng tomonini tekshirish uchun

exokardiogrammaga murojaat qilish mumkin. Oxirgi tekshiruv o'pka tomirlaridagi qon bosimini o'lchash va va tashxisni tasdiqlash imqon iyatini beradi.

Nafas qisishi, hansirash - nafas olish tezligi, chuqurligi va maromining buzilishi, odatda, havo yetishmasligi bilan kechadi. Fiziologik va patologik xillari tafovo't qilinadi. Fiziologik Nafas qisishi jismoniy ish qilayotganda organizmning kislorod ehtiyoji oshishi natijasida paydo bo'ladi. Nafasning chuqurlashuvi vatezlashuvi tufayli organizmga o'pka or-qali kiradigan kislorod miqdori N.qla 2—3 barobar ko'payadi. Ayni vaqtda organ izmdan nafas bilan ortiqcha karbonat angidrid gazi ham chiqiriladi. Havodagi kislorod miqdori odatdagidan ancha kam bo'ladigan balandlikka ko'tarilganda, tashqi muhit temperaturasi oshganda va shahri k. hollarda Nafas qisishi ro'y beradi. Odam o'z ixtiyoriga ko'ra, ya'ni ongli ravishda nafasning tezligi va chuqurligini o'zgartirishi mumkin. Patologik Nafas qisishi ayrim kasallik holatlarida yuz beradi. Markaziy Nafas qisishi nafasning idora qilinishi buzilganda yoki bosh miyadagi nafas markazi zaharlanganda, organizm, Mas, uxlatadigan dorilar yoki narkotik moddalardan zaharlanganda sodir bo'ladi. O'pkaga aloqador Nafas qisishi ko'krak qafasi shikastlanganda, o'pka kuchli zaharlanganda (o'pka yallig'lanishi, sil, bronxiol astma, o'pka emfizemasi va boshqalar) kuzatiladi. Nafas qisishining bu turi nafas chuqurligi va tezligining buzilishi, aksari nafas chiqarishning qiyinlashishi, teri va shilliq qavatlarining ko'karib ketishi (qarang Sianoz), bo'yin venalarining bo'rtib chiqishi, yuz ko'karishi bilan o'tishi mumkin. O'pkadan bo'ladigan Nafas qisishi hatto ozgina jismoniy harakat qilganda ham kuchayadi. Yurakka aloqador Nafas qisishi yurak kamchiligida ro'y beradi, bunda teri ko'karib ketishi, oyoq-qo'llar sovuq qotishi mumkin. Jismoniy ish qilganda bunday Nafas qisishi keskin kamayadi. Odatda, bo'g'ilib qolishgacha olib keladigan Nafas qisishi bronxial astma va yurak astmasida kuzatiladi. Nafas qisishi avj olganda bemorning ko'kragini qisib turgan kiyimini yechish, nafas olishini yengillatish uchun o'rniga o'tkazib qo'yish, u yotgan xona derazasini ochib, zudlik bilan tez yordam chaqirish kerak. O'pkaga bog'liq holda Nafas qisishi bilan kechadigan kasalliklarning oldini olishda organizmni muntazam chiniqtirish, jismoniy mashqlar va nafas gimnastikasi bilan shug'ullanish, nafas yo'llarining yuqumli va allergik kasalliklarini o'z vaqtida davolatish, to'g'ri ovqatlanish, semirishga yo'l qo'yimaslik lozim.[1]

Ko'pincha nafas qisilishi yurak yoki o'pka kasalliklari bilan bog'liq. Yurak va o'pka kislorodni to'qimalarga tashish va karbonat angidridni ajratib chiqarish bilan shug'ullanadi. Bu jarayonlarning har ikkalasi bilan bog'liq muammolar bevosita hamda bilvosita nafas olishga ta'sir qiladi.

Nafas qisishi sabablari

To'satdan paydo bo'ladigan nafas qisishi quyidagi omillar sabab yuzaga kelishi mumkin:

Kuchli allergik reaksiya;

Astma;

Is gazi bilan zaharlanish;

Yurak tamponadasi;

O'pka surunkali obstruktiv kasalligining kuchayishi;

COVID-19 (Koronavirus);

Yurak xuruji;

Aritmiya;

Yurak yetishmovchiligi;

Pnevmoniya (va boshqa o'pka infeksiyalari);

Pnevmotoraks;

O'pka emboliya;

To'satdan qon yo'qotish;

Yuqori nafas yo'llarida yot jism;

Bir necha hafta yoki undan uzoq davom etgan nafas yetishmovchiligi ko'pincha quyidagilarga bog'liq:

Astma;
O'pka surunkali obstruktiv kasalligi;
Yurak disfunktsiyasi;
Interstitsial o'pka kasalligi;
Semirib ketish.

Bir qator boshqa sog'liq bilan bog'liq muammolar ham nafas olishni qiyinlashtirishi mumkin. Bunga quyidagilar kiradi:

Ushbu maqolani ham o'qing: Arterial bosim
O'pka bilan bog'liq muammolar
Krup (ayniqsa yosh bolalarda);
O'pka saratoni;
Plevrit (o'pkani o'rab turgan membraning yallig'lanishi);
O'pka fibrozi (o'pka chandig'i va shikastlanishi);
O'pka gipertenziyasi;
Sarkoidoz;
Sil kasalligi.
Yurak muammolari
Kardiomiopatiya (yurak mushagi bilan bog'liq muammo);
Yurak yetishmovchiligi;
Perikardit.
Boshqa muammolar
Anemiya;
Qovurg'alar sinishi;
Yot jism;
Epiglottit;
Kifoskolioz (ko'krak qafasi devorining deformatsiyasi);
Miasteniya (mushaklarning kuchsizlanishiga olib keladigan holat).
Quyida nafas qisishi sabablari bilan bog'liq ayrim bir holatlarga qisqacha to'xtalib o'tamiz

Tug'ma yurak nuqsonlari.

Tug'ma yurak nuqson larining shakillanishida virusli infektsiyalar, kizamik, kizilcha, suvchechak, poliomielit, parotit, toksoplazmoz sababchi bo'lishi mumkin. Bundan tashkari radiatstiya.nurlarini ta'siri, homila ayolga ximoyaviy va zaxarli omillarning ta'siri xam xam anamaliyani vujudga keltirishi mumkin.

Homilador ayolning ko'p och-naxor yurishi, vit. A va V guruxining organizmda etishmovchiligi, sheningdek abortlar, bola tashlashlari, 35 yoshdan utib homilador bo'lishi, yurak nuqson ini rivojlanishi uchun zamin yaratdi. Nasliy ya'niy irsiy omillarning xam ta'siri bundan xoli emas. Homilador ayollarda rivmatizm, sil, zaxm, o'pkada bo'ladigan yalliglanishlar homilaga uz ta'sirini kursatibgina kolmay, balki bu infektsiyalar homila endokardini yalliglanishiga keyinchalik Tug'ma yurak nuqson i shakillanishiga yordam beradi.

Ota - onasining zararli odatlari ya'ni chekish, spirtli ichimliklar ichish toksomaniyalar va x. k lar homilada Tug'ma yurak nuqson ini keltirib chikarishi xech gap emas. Embriogenezda homiladorlikning 1- yarmida yurak va uning tomirlarida nuqson lar yuzaga kelishi mumkin. Homiladorlikning 1- yarmida kritik davr deb xisoblanadi.

Tug'ma yurak nuqson ining klinik manzarasi uning kechish fazasi bog'liqdir. 3-ta fazasi bor: I. faza – birlamchi adaptastiya yoki ifloslashishi deyiladi. Bunda yurakning nuqson tufayli uzgargan gemodinamikada asta-sekin bola moslashadi.

II faza- nisbiy kompensastiya.

III faza – terminal yoki dekomnensastiya.

Xar fazani davomiyligi yurakdagi nuqson ning turiga, kechishiga bog‘liqdir

Tug‘ma yurak nuqsonlari 0,8-1,0 % chakaloklarda uchraydi.

Tug‘ma yurak nuqsonlarini poligen-multifaktorial nasliy kasalliklar 90% chakiriladi. Atrof-muxitning nojuy ta’sirlari: ionlashtiruvchi radiatsiya, kimyoviy moddalar (kislota, ishqor, spirtlar, tuzlar, ogir metallar va boshk.), xavo, suv va tuproqning ifloslanishi mutagen ta’siri, dori vositalari (akrixin, aminazin, vinkristin va boshk.).

Tug‘ma yurak nuqsonlarining 5% i ko‘plab organ va tizimlarning tug‘ma nuqsonlari bilan birgalikda keladi.

Patogenez. Homila yuragi homiladorlikning birinchi trimestrida shakllanadi. Homilada kon aylanishi aralash turda bo‘lib, pushtning rivojlanishi bu anomaliyalarda deyarli uzgarmaydi. Tug‘ilgandan so‘ng 6-8 kunlarda tomir kommunikatsiyalari asta-sekin yopiladi.

TYUN larda gemodinamikaning buzilishi, klinik simptomatika va patofiziologiyasi anatomik defektning darajasiga karab xar xil bo‘ladi.

Tug‘ma yurak to‘siqda kukarishlar periferik kondagi o‘zgarishlar politsitemiya, gipergemoglobinemiya bilan xarakterlanadi. Tug‘ma yurak to‘siqning kechishi 3ta fazaga ajratiladi.

Yurakning tug‘ma nuqsonlarini kechish davrlari. (K.F.SHiryaeva)

1. Birlamchi moslashish davri.
2. Nisbatan kompensatsiya davri.
3. Terminal davri

1. Birinchi faza (birlamchi moslashish) – bola organizmining nuqson bilan chakirilgan gemodinamik o‘zgarishlarga moslashishi tushuniladi. Bunda bolaning adaptatsiyasi va kompensator holati sust bo‘lib, nokulay shart-sharoitlar natijasida dekompensatsiya yuz berishi mumkin.

2. TYUN dan bola xayotining birinchi fazasida ulmasa, 2-3 yoshiga borib, holati va rivojlanishi biroz yaxshilanadi, nisbiy kompensatsiya fazasi boshlanadi. Bolada sub’ektiv shikoyatlari kamayadi. Bemorning jismoniy rivojlanishi va motor faoliyati yaxshilanadi.

3. Terminal faza. Organizmning, to‘qimalar, parenxematoz organlar, yurak mushaklarida distrofik va degenerativ o‘zgarishlar natijasida kompensator kobiliyati kamayib boradi. Bu fazadagi xar xil kasallik va asoratlar bemorning ulimiga olib keladi.

Tug‘ma yurak nuqsonining tasnifi (Marder).

Gemodinamika buzilishi	Ko‘karishsiz	Ko‘karishli
Kichik kon aylanish doirasining boyishi	Ochiq arterial yulak. Bo‘lmachalararo to‘siqning to‘siq. Qorinchalararo to‘siqning to‘siq. Ochiq atrioventrikulyar kanal	Eyzenmenger kompleksi. Magistral tomirlarning transpozitsiyasi. Umumiy arterial poya. CHapga bo‘linishlik sindromi.
Kichik kon aylanish doirasining qashshoqlashishi.	Alohida o‘pka arteriyasi stenozi.	Fallo kasalligi. Trikuspidal atreziya.

		Asosiy tomirlarning transpozitsiyasi o'pka arteriyasining stenoz bilan. Umumiy arterial poya. Ebshteyn anomaliyasi.
Katta qon aylanish doirasining qashshoqlashishi	Alohida aortal stenoz Aorta koarktatsiyasi	-
Gemodinamikani buzilishisiz.	Xaqiqiy va soxta dekstrakardiya. Tolochinov – Roje kasalligi. Tomirlar vaziyatining anomaliyasi. Tomirli xalqa.	

Aorta koarktatsiyasi

Aorta koarktatsiyasi – yurakning tug'ma to'siq bo'lib, aorta ravogi va pastga tushuvchi aorta orasidagi qismda (aortaning buyinchasida) segmentar torayish bilan ta'riflanadi.

Bu nuqson ko'p uchraydigan yurakni tug'ma nuqsonlari katoriga kirib, YAngi tug'ilgan chakaloklarda uchraydigan nuqsonlar orasida 4 urinni egallaydi va barcha YUTN larining 7,5% ni tashkil kiladi. Aorta koarktatsiyasi ugil bolalarda kizlarga karaganda 2-2,5 marta ko'prok uchrar ekan.

Gemodinamikasi. Segmentar torayishdan yuqorida arterial bosim kutariladi, chap qorincha bosim natijasida zurikadi. Torayishdan pastda arterial bosim pasayadi, kon bilan ta'minlanish kollaterallar orkali bajariladi.

Diagnostik mezonlari.

1. Klinik:

- A) shikoyatlari bosh og'rishi, burundan kon ketishlar, oyoklarning sovuk kotishi;
- B) ko'rikda – elka sohasining yaxshi rivojlanganligi va pastki qismning rivojlanishdan orkada kolishi;
- V) kullarida arterial bosim oshgan, oyoqlarida bosim past yoki aniklanmaydi;
- G) auskultatsiyada – yurakning barcha nuktalarida urtacha sistolik shovkin, anikrok kurak sohasi va umurtqa pog'onasi sohasida.

2. Instrumental-grafik:

- a) EKG- chap qorincha gipertrofiyasi belgilari;
- b) Exo-KG – chap qorincha miokardi gipertrofiyasi belgilari.

3. Rentgenologik: chap qorincha soyasining kattalashuvi, aorta yuqoriga chikuvchi sohasi kengayishi, aorta ravog'i ko'pincha aniklanmaydi.

Qorinchalar aro to'siq nuqsoni.

Bu nuqson ning muskul yoki membran qismida joylashishi va yurak nuqson ilari ichida 150 25 % tashkil etadi.

Gemodinamika. Qorinchalar aro to'siq nuqson ining ulchami 1,5 sm dan katta bo'lsa, bu qon ning ko'p miqdorda chap qorinchadan o'ng qorinchaga utishi va kichik qon aylanish dorasidagi tomirlarda qon ning dimlanishiga, chap qorin va chap bo'lmachaning zurikib ishlashiga olib keladi.

Anamnezda – tez-tez URVI, kaytalanuvchi zotiljam bo'lishi aniklangan.

Klinik kriteriyasi:

- A. Jismoniy rivojlanishdan orkada kolish,
- B. yurak bukrisi.

V. 3-5 nchi qovurg'alar orasida tush suyagining chap kirasida sistolik titrash.

G. perkussiyada yurak nisbiy chegarasini xoslashishi.

EKG da – kichik qon aylanish doirasida dimlanish, o'ng qorinchaning kengayishi.

EXO KG – chap bo'lmacha, chap qorincha bo'shlig'ining kengayishi.

Rentgenda – o'pka rasmining kengayishi, yurak ulchamlarining chap bo'lmalari xisobidan kengayishi kuzatiladi.

Kechishi: kuyidagicha bo'lishi mumkin:

bemor bolalardan 50 % dan ko'pi 1 yoshgacha bo'ladi, ushandan 3/ qismi 6-oygacha nobud bo'lishi mumkin.

agar bolada jismoniy jixatidan orkada kolishi kuzatilmasa, yurak etishmovchiligi, o'pkasiga gipertenziya bo'lmasa 8 yoshgacha jaroxlik yuli bilan davolanishdan saklanib tursa bo'ladi.

45 % xolatda 4-5 yoshgacha to'siqdagi nuqson ning uzi yopilib kolishi mumkin, ayniksa nuqson ning ulchami kichik bulsa.

Eyzenmeyer simptomokompleksining vujudga kelishi.

Qorinchalar aro to'siq nuqson i bilan bolalar o'rtacha 23-24 yil umr ko'ra dilar.

Davolash: Jarroxlik yuli bilan davolanguncha bemorlarga kuyidagi qon servativ davolash ishlari olib boriladi:

- yurak glikozidlari, asosan digoksin bilan kuniga 0,05-0,075 m o'rtacha terapevtik davoda, ximoyalovchi dozada 0,01 mg/kg tavsiya etiladi.

- Kaliy preparatlari: panangin, kaliy oratat, asparkam v ax.k.

- O'pkada gipertenziya bo'lgan, takdirda rezerpin 0,003- 0,005 mg/kg kuniga 3-4 marta beriladi.

Eufillin 2,4 % 0,1 mg/kg bir yoshgacha, o'pka gipertenziasini pasaytiradi. YUrak etishmovchiligining II daarjasida siydik xaydovchi preparatlar: laziks 1-3 mg/kg, furasemid. Miokard metabolizmini yaxshilash maksadida kokarboqsilaza, ask, kislotasi, RR-vitaminitavsiya etiladi. SHu maksadda anabolik gormonlardan: retabolil 1 kg, oyiga 1 marta kilinadi. Davolashda yana aeroksiterapiya, massaj, LFK, dieta tugri yulga kuyish lozim.

Bo'lmachalar aro to'siq nuqsoni.

Bu nuqson da bo'lmachalararo to'siqda bir yoki bir necha teshik bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu nuqson 8 - 16 % uchragydi, ko'pincha bolalarda uchraydi. Eng ko'p uchraydigan variantlari kuyidagicha:

1. Nuqson 60 % gacha aval teshikning joyida rivojlanadi.
2. pastki kavat vena kuyiladigan joyda.
3. Bir necha nuqson birlashib kelishi mumkin.
4. Bo'lmachalar – aro nuqson butunlay rivojlanmay koladi.

Gemodinamikasi. Bo'lmachalararo bu to'siqning ochiq joyidagi qon chap bo'lmachalar o'ng bo'lmachaga utadi, bu esa o'ng bo'lmachaning va kichik qon aylanish doirasi tomirlarning zurikib ishlashga olib keladi.

Klinik kriteriyalari: Auskultastiyada – 2-3 qovurg'a oraligi kuchsiz sistolik shovqin, 2-chi tonning ikkilanishi va o'pka arterichsida akstent aniklanadi.

FKG da chapdan 2-3 qovurg'a oraligida o'rta va yoki past amplitudali sist, shovqin, o'pka arteriyasida 2-chi ton amplitudasining kengayishi.

EKG da o'ng tomonlama yo'nalishi (pravogramma) Giss tutamining oyokchasining blokadasi.

EXOKG da o'ng qorincha bo'shlig'i ulchamining kengayishi.

Rentgenda – o'rta rasmini kuchayishi, yurak o'ng bo'lmacha va qorincha bilan kundalangiga kengaygan, o'pka arteriyasining yoyini bo'rtishi.

Kechishi va davolash: agar yurak etishmovchiligi belgilari bo'lsa, digoksin va siydik xaydovchi dorilar tavsiya etiladi. YUrak glikozidlari 10-12 oy davomida beriladi. YUrak ijobiy natija kuzatilmasa, jaroxlik yuli bilan davolash tavsiya etiladi. Bu yul bilan davolash yurak ko'pincha yaxshi natija beradi.

Aorta koarktatsiyasi.

Bu nuqson da aorta buyinchasida (torayish) yoyida va pastga tushuvchi qismida torayish kuzatiladi. Bu nuqson xamma yurak Tug'ma nuqson lari orasida 15% ni tashkil kiladi, ko'pincha ugil bolalarda uchraydi.

Gemodinamika. Toraygan kigsmdan yuqorida arterial bosim kutariladi, bunda chap qorinchaga zurayish yuz beradi. Torayishdan pastki qismida arterial bosim pasayadi, qon bilan ta'minlanish kollaterallar xisobida bo'ladi.

Klinik kriteriyasi: SHikoyatlari - boshining ogrib turishi, burindan zamondan qon ketishi, oyog'larining sovqotishi.

Ob'ektiv tekshirganda – elkalari: umuman tanasining yuqori qismi yaxshi rivojlangan, pastki, qismi ayniksa oyoklari ustidan orkada kolganligini aniklash mumkin.

Arterial bosim elkalarida kutarilgan, oyolarda pasaygan.

Auskultatsiya yurak sohasining eshitib kurganda, uncha kuchli bo'lmagan sist, SHovqin, orkadan ikki ko'ra k orasida yaqqolrok eshitiladi.

EKG da – qorincha gipertrofiyasi.

EXOKG da - chap qorincha miokardining gipertrofiyasi.

Rentgenda – chap qorincha hajmi kattalashgan aortaning yuqoriga kutariladigan qismida kengayishi, aorta yoyi uzgarmagan.

Davolash: YUrak etishmovchiligi yaqqol rivojlangan bo'lsa, jarroxlik yuli bilan davolash tavsi etiladi. Operastiya uchun kuyidagi yosh 3 yoshdan – 12 yoshgacha bo'lgan, davr. Operastiyadan so'ng agar arterial gipertenziya saklansa, gipotenziv preparatlar beriladi.

Tug'ma yurak nuqson lari bilan tug'ilgan bolalarni dispanser nazorati ostiga olish kuyidagilarni talab etadi:

Nuqson ni kechiktirmasdan aniklash.

Uzluksiz tartibda «D» nazoratiga olish, qon aylanish va gemodinamikaning buzilganligi yoki bo'lmaganligini uz vaktida aniklash.

Qon servativ daaolashni uz vaktida tavsi etishga yullanma berish.

Jarroxlik yuli bilan davolash tayinlangandan so'ng tezda kardioxirurgiyaga yullanma berish.

Tug'ma yurak nuqson i bolalarni operastiyadan so'ng nazorat ostiga olish va oyokka turgazish choralarini kurish.

Bolalarni soglomashtirish rejimini tugri tashkil etishni nazorat ostiga olish.

OCHIQ ARTERIAL YUL. (BOTALLOV YULINING OCHIQLIGI)

Arterial yo'l - bu aorta va o'pka arteriyasining bir-biri bilan birlashtiradigan tomirdir. Bunday nuqson tug'ma yurak nuqsoni bilan tug'ilgan bolalar orasida 20-30% ni tashkil qiladi, ko'pincha qiz bolalar o'rtasida uchraydi. Nuqsonning nomlanishi L.Batallo italyan olimiga ta'luqli bo'lib, birinchi bo'lib XVI asrda shu nuqson haqida ma'lumot bergan.



GEMODINAMIKASI. Ochiq arterial yo‘l orqali qon aortadan o‘pka arteriyasida o‘tadi, keyin esa kichik qon aylanish dorasiga qushiladi. pkada ko‘p miqdorda qoni oqimi o‘pka tomirlarining zo‘riqishiga chap bo‘lmacha va chap qorinchalarni zo‘r berib ishlashiga sababchi bo‘ladi.

Bemorlarning anamnezini sinchiqlab so‘raganda ularning tez-tez URV bilan, zotiljam, brono‘itlar bilan kasallanib turishi aniqlangan. Burakovchkiy V.I., Kostantinova V.A. lar fikricha ochiq arterial yo‘lni klinik kechishi 3 xil variant bilan kechadi.

1- variant - yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi va hayotining 1-kunlaridan yurak etishmovchilik belgilari kuzatiladi. Pul bosimining yuqori bo‘lishi, ya‘ni 40 mm simob ustidan balandligi, qisqa sistolik shovqun yurak asosida to‘sh suyagi chap eshitiladi.

2- variant - ko‘pincha 2 oylikdan 6 oygacha kuzatiladi. Bunda II tonning akstenti 2ga bo‘linishi o‘pka arteriyasining usti qavatida, doimiy sistolik shovqun, qovurga oraligida chap dan sistolik ditrash, sistolik bosim ko‘tariladi, diatolik pasayadi.

3- variant - ko‘pincha boydan o‘tgan bolalar o‘rtasida kuzatiladi. Har akterli doimiy sistolo-diastolik SHovqun o‘pka arteriya ustida eshitiladi. Bu shovqun buyik tomirlarida va ko‘klar orasida o‘tkaziladi.

EKG da - chap qorincha gipertrofiyasi belgilari yoki 2 –qorinchalar gipertrofiyasining belgilari kuzatiladi.

FKG- da - chapdan 2-qovurga oraligida sistolo-diastolo SHovqun ham 2-ton amplitudasining kengayishi kuzatiladi.

EXO KG - da - chap qorincha va chap bo‘lmacha o‘ajmining kengayishi kuzatiladi.

Rentgenografiyada - o‘pkada gipervolemiya belgilari, ya‘ni o‘pka rasmi kuchayishi, chap bo‘lmacha va chap qorincha o‘ajmining kengayishi o‘pka arteriyasining yoyining burtishi kuzatiladi.

Aortografiyada - qon trast moddaning aortadan o‘pka arteriyasiga o‘tishini ko‘rsatadi.

Davosi: ochiq arterial yo‘l nuqsonining og‘ir kechishida, nuqson ning dekompensastiya davrida operativ davo utkazish kat‘iyan ma‘n etiladi. Jarroo‘lik yo‘li bilan davolanganga kadar bemorlarga quyidagi qon servativ davolash ishlari olib boriladi:

- yurak glikozidlari, asosan digoksin bilan kuniga 0,05-0,075 mg o‘rtacha terapevtik davoda, ushlab turuvchi dozada 0,01 mg/kg tavsiya etiladi. Miokard kiskarish kobiliyatini yaxshilash maksadida strofantin 0,05% 0,5 ml, 2,5% li 0,2-0,5 ml aminazin bilan birgalikda shularni yuborilgandan so‘ng ma‘lum vakt hansirash, stianoz xul xirillashlar miqdori kamayadi.

- Kaliy preparatlari: panangin, kaliy oratat, asparkam v ax. k.

- O‘pkada gipertenziya bo‘lgan taqdirda rezerpin 0,003- 0, 005 mg/kg kuniga 3-4 marta beriladi.

- Eufillin 2,4 % 0,1 mg/kg bir yoshgacha, o'pka gipertenziyasini pasaytiradi, 40% li glyo'qoza bilan yuborilganda yaxshi effekt beradi.

- YUrak etishmovchiligining II darajasida siydik o'aydovchi preparatlar: laziks 1-3 mg/kg, furosemid, mannitol. Mannitol - kuchli degidratastiyalovchi, barcha xususiyatga ega, toksikligi kam preparat. Bu moddalar almashinuvida ishtirok etmaydi. To'qimada xujayradan tashkari suyo'qlikda tarkaladi va organizmdan tez chikarib yuboriladi. 1 gr quruq moddasi 1 kg tana massasiga 15-20% li eritma shaklida 20%li glyuza yoki izatonik natriy xlor eritmasi bilan birga yuboriladi, vena ichiga 1 minutda 10-20 tomchilab yuboriladi. Mannitolning gipertonik eritmasi v/i ga yuborilganda buyraklardan Na va K ajralishini oshiradi. Osmatik diuretiklarni (mannitol, mochevina) juda sekinlik bilan yuboriladi va kuzatib turiladi. CHunki bular uz ta'sirini birinchi boskichda OSTKni ko'paytiradi va jaroxatlangan yurakni zuriktiradi.

- Miokard metabolizmini yaxshilash maqsadida kokarboqsilaza, askorbin kislotasi, RR-vitamiini tavsiya etiladi.

- Anabolik gormonlardan: retabolil 1 kg, oyiga 1 marta qilinadi.

- O'pka shishida asossiy effektni periferik qon omirlarni kengaytiruvchi Vazodilatatorlar (Fentalamin, Nitroglistirin, Natriy nitroprussid), shu bilan birga ganglioblokatorlar (geksoniy, arfonad, pentanil) kullaniladi, bular qon tomirlarni arterial kapillyar qon okimida kengaytiradi OKXni asosiy qismini kichik qon aylanish doirasidan ushlanib turishini ta'minlaydi.

Davolashning bu turini «Qon siz» qon chikarish deb ataladi. Nitroprussid natriy 15-200 mkg/min v/i arfonad 100 mg 200 ml Fiz rastvor eritmaga kushib v/i tomchilab yuboriladi.

Arfonaz yuborilganda ortastatik kollapsni oldini olish maqsadida kravatning bosh qismi kuyirok xolatda kilib saklanadi. Vazodilatatorlar va Ganglioblokatorlar yuborilganda arterial bosim kuzatuv ostida bo'lishi kerak. Sistolik bosimni 25% gacha tushishiga yul kuyish mumkin. Agar undan ohsa vazopressoraminlardan foydalaniladi: Noradrenalin. Mezaton 1 ml 0,1% gacha eritmai v/iga yuboriladi.

Dekompensastiyani bartaraf etish maqsadida kursatmaga binoan yurak glikozidlarini tez, o'rt va asta-sekinlik bilan tuyintirish dozalarda kullash mumkin.

Dozani xisoblash dozis-faktor buyicha olib boriladi.

Kattalar uchun yurak glikozidlarining tuyintirish dozasi:

Glikozid	Doza, mg /kg					
	Minimal		O'rtacha		Maksimal	
	Ichishga	T/i	Ichishga	T/i	Ichishga	T/i
Strofantin	-	0,004	-	0,008	-	0,017
Izolanid	0,042	0,014	0,067	0,028	0,096	0,040
Digoksin	0,018	0,013	0,033	0,023	0,090	0,058
Digitoksin	0,014	-	0,028	-	0,034	-

Kattalar uchun bo'lgan, dozani mg/kg dozis-faktorga va bolaning tana ogiriligiga ko'paytiriladi. Yoshga qarab dozis-faktor

№	YOSHI	Dozis-faktor
1.	0-6	2,4
2.	6 oy – 1 yosh	1,8
3.	1-6 yosh	1,6
4.	6-10 yosh	1,4
5.	10-14 yosh	1,2
6.	14 yoshdan katta	1,0

Aniqlangan dozani 1 sutkada (tez tip); 5 kunda (umerennoy tip), 7 kunda (medlennyy tip) kullash mumkin.

To'yingandan keyin ushlab turuvchi dozaga o'tiladi. Sutkalik ushlab turuvchi dozasi q tuyintirish doza x eliminatsiya koeffitsienti % / 100. YUrak glikozidlari kabul kilayotgan bolalar doimiy xakim nazoratida bo'lishlari lozim.

JARROXLIK YO'LI BILAN DAVOLASH

Kasallikning okibati. SHuni ta'qidlash kerakki, yangi tug'ilgan chaqaloqlarga indometatsin berganda Batallov yo'li yopilgan. Indometatsin ingibitor hisoblanib, yo'lni spazmga olib keladi va keyinchalik obliteratsiyaga uchratadi.

Jarrohlik yo'li bilan davolash 2 yoshdan 12 yoshgacha yaxshi natija berishi kuzatilgan.

Bemorlarning o'rtacha yashashi 39-40 yoshgacha umr ko'rishi mumkin, juda kam hollarda 50-60 yoshgacha yashaganlar bor.

TETRADA FALLO

Ko'k nuqson guruxida eng kup uchraydigan shakllardan biri Tetrada Fallodir.

Tetrado Falloda quyidagi o'zgarishlar bo'ladi:

1. o'pka arteriyasining stenozi yoki atreziyasi
2. qorinchalar aro to'siqning defekti
3. aorta dekstropozitsiyasi
4. o'ng qorincha gipertrofiyasi

Etiologiya:

YUrak tug'ma nuqsoni etiologiyasi tulik urganilmagan. Poroklar rivojlanishda genetik, nasliy moyillik ham katta ahamiyatga ega:

1. **Birlamchi genetik faktor**- porok boshka anomal rivojlanish nuqsonlari va xromasom kasalliklar bilan birga keladi. Genetik va embriogenez buzilishlarga misol kilib: trisomiya 13 (Edvars sindromi), trisomiya 21 (Daun sindromi), monosomiya X va boshqalar.

2. **Teratogen faktor**- alkogolizm, qandli diabet, dori-darmonlarning nojuya ta'siri, TORCH infeksiya, teriotoksikoz xam misol bo'ladi. (Tiroksin doimiy ta'siri natijasida yurak faoliyati va kon aylanishning buzilishga olib keladi, buning natijasida organizmda oksidlanish jarayoni oshib boradi, bu esa organizmning kislorodga bulgan talabini oshiradi.)

3. **genetik va tashqi noqulay ta'sir**- agar ikkala faktorlar birga kelganda kuzatilishi mumkin.

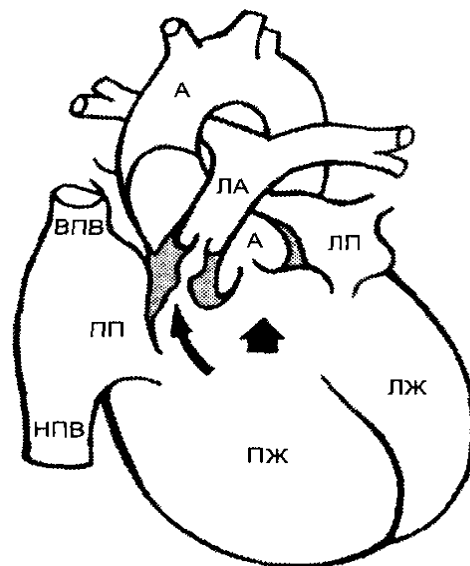
Patogenez :

3 ta asosiy uzgarishlarga bogliq;

1. Anatomik deffekt xarakteri
2. Gemodinamik buzilish darajasi
3. Organizmda distrofik uzgarishlarning rivojlanish tempiga qarab.

Gemodinamika:

-O'ng qorinchadan qon toraygan o'pka arteriyasi va qorinchalar aro to'siq ustidagi aortaga o'tadi.



- Aortaga kon o'ng (arterial) va chap (venoz) qorinchalardan utadi. Aortaga aralash qon kelishi sababli sianoz rivojlanadi.
- O'ng qorinda zo'riqish kuzatiladi.
- Asta – sekinlik bilan katta qon aylanish doirasi va o'pka orasida kompensator kollateral qon aylanish kelib chikadi, bu holat bronxlar arteriyasi, ko'krak qafasi, plevra, perikard, qizilo'ngach va diafragma tomirlari hisobiga yuzaga keladi.
- Vaqt o'tgan sari politsitemiya rivojlanadi. (Nb 250g/l; er-8*10¹²)

Klinika;

Bolalar ko'pincha normal bo'y va vazn bilan tug'iladi. Onalarning shikoyatlari bola emish paytida kiynalishiga va ko'karayotganligiga. Ba'zi bolalar tug'ilgandan birdan kukarganligi aniqlanadi. Bir necha oylardan yoki birinchi yilning oxirlarida bola harakatlenganda, yig'laganda yoki tinch turganda kukarishi kuzatiladi. Sianoz bilan birgalikda barmoklar «barabansimon», tirnoklar «soat oyna»si ko'rinishda bo'ladi, ba'zan bolalarda bu belgilar tug'ilgandan birdan kuzatilishi mumkin. Kasallikning asosiy simptomi hayotning birinchi yilida yaqqol namoyon bo'ladi. Onalar bolalarining hansirashiga, bosh aylanishiga, xushdan ketishiga, jismoniy rivojlanishdan orkada kolishga shikoyat kilishadi. Erta yoshdan bolalarning terisi va shillik pardalari oqargan, kulrang-kukimtir, tirnoklari ko'kargan bo'ladi.

Bolalar tengdoshlariga nisbatdan rivojlanishdan orkada koladi. Tananing distal kismalari boshka joylarga nisbatdan kukimtirok, mushaklar tonusi pasaygan bo'ladi. Bundan tashkari ko'krak qafasi deformatsiyasi kuzatiladi, yurak bukrisi rivojlanadi. Bunday buzilishlar avjlanib boradi. Tetrado Fallo uchun tipik xolat bo'lib «**hansirash xurujlari**» xisoblanadi. Bunday xurujlar paytida bola majburiy xolatda – chukka tushib utirish, oyoklarni korniga bukish. Hansirash xurujlari bir necha dakikadan soatlargacha davom etishi mumkin. Ba'zi bolalar hansirash xurujlari paytida xushdan ketishi xattoki ulim kuzatilishi mumkin. 4-5 yoshdan katta bolalarda hansirash xurujlaridan tashkari davriy kollaps xurujlari kuzatiladi (bu miokardning kiskaruvchanlik funksiyasi bilan bog'liq).

Palpatsiyada:

CHap tomondan 2-3 qovurg'alar oraligida sistolik dirrilash va epigastriyda pulsatsiya aniqlanadi.

Auskultatsiya;

O'pka arteriyasida 1-2 ton susayishi, chapdan 2-3 qovurga oralig'ida dagal sistolik shovqin (skrebyaniy), yurak cho'qkisida qarsak chaluvchi tovush.

EKG:

Yurakning elektrik o'qidan o'ngga siljishi (/_ a A QRS +100+180*), o'ng qorincha miokardning gipertrofiya belgilari, kupincha xarakterli $Rv1 > 7mm$, $Rv1 + Sv5 > 10,5mm$. Kam xollarda V1-V2 ulanishlarda S-T intervallarning izoliniyadan pastga siljishi. **ExoKG:**

O'pka arteriyasining stenozi, katta qorinchalararo tusik nuksoni, mitral-aortal davomiyligi va aortaning o'nga siljishi. Tetrado Falloning ogir shakllarda o'ng qorincha gipoplaziyasi va rotatsiyasi xisobiga o'pka arteriyasini kurish kiyinchillik tugdiradi.

O'ng qorincha bo'shlig'i va aorta yuzasining kengayishi, chap qorincha bo'shlig'i ulchamlarning kamayishi.

FKG:

Bu tekshirishda nuksonning darajasini baxolash mumkin. Sistolik shovqinning intensivligi o'ng qorincha va o'pka o'zanning bosimiga bog'liq. Sistolaning birinchi yarmida rombsmon shakldagi sistolik shovkin, o'pka komponentidagi 2-ton susaygan yoki aniklanmaydi(keskin stenozda). Ko'pincha chuzilgan aorta toni kuzatiladi, bunda 1 tondan 0,05-0,07s. orkada koladi.

Rentgenologik;

Ko'krak qafasi rentgenogrammasida o'pka surati susaygan, kam xollarda kollaterallar xisoboga kuchaygan bo'ladi. YUrak tipik xollarda "yog'och kalishcha" shakliga ega bo'ladi. Boshka rentgenologik belgilardan o'pka arteriyasi yoyining tushishi; o'ng qorincha miokardining gipertrofiyasi; 2 kundalang proeksiyada kattalashmagan chap koricha kurinadi; chap konturda

ko‘pincha bo‘rtish aniqlanadi («uchinchi qorincha»); 30% larda o‘ngda joylashgan aorta kurinadi.

Difdiagnostika;

Belgilar	Tetrada Fallo	Bo‘lmachalararo to‘siq def.	Ochiq arterial yul	DMJP
Hansirash	+	+	+	+
Sianoz	+	+	+	+
Palpatsiyada	2-3 qovurga oraligida sistolik qaltirash	2-3 qovurga oraligida qaltirash	YUrak cho‘qqisida dagal qaltirash	CHapdan 3-5 qovurga sohasida sistolik qaltirash
Auskultatsiya da	O‘pka arteriyasida 2 ton susaygan, chapdan 2-3 qovurga oraligida sistolik shovqin	Urtacha sistolik shovqin, 2-3 qovurga orasida qaltirash. O‘pka arteriyasida 2 ton aksenti va ikkilanish	Uzluksiz sistola-diastolik shovqin	Qo‘pol sistolik shovqin. O‘pka arteriyasida 2-ton aksenti
Ekg	O‘ng qorincha gipertrofiyasi, metabolitik buzilishlar, ritm va utkazuvchanli-ning buzilishi.	O‘ng qorincha va bo‘lmacha gipertrofiyasi. Gis tutamining o‘ng oyoqcha blokadasi	CHap qorincha gipertrofiyasi belgilari yoki ikkala qorinchalar zuriqish belgilari	O‘ng qorincha gipertrofiyasi
Exo	O‘ng qorincha bo‘shligi va aorta yuzasining keng, chap qorincha o‘lchamining kamayishi	O‘ng bo‘lmacha hajmining kengayish, bo‘lmachalararo to‘siq paradoksal harakati	CHap qorincha va bo‘lmacha hajmining kengayishi, mitral klapan amplitudasida harakat o‘zgarishi	CHap bo‘lmacha va qorincha kengayishi, qorinchalararo to‘siqda aks sado yo‘qolishi
Rentgen	O‘pka surati susaygan yurak “yogoch kalish” shaklida	O‘pka surati kuchaygan, yurak o‘ng tomonga kengaygan, o‘pka arteriyasi yoyning burtib chiqishi	O‘pka surati kuchaygan, o‘pka arteriyasi yoyning burtib chiqishi	O‘pka suratining kuchayishi, yurak chap qismi xisobiga kengayishi

Magistral tomirlar transpozitsiyasi-tug‘ilgandan birdan sianoz. Rentgenologik belgilardan yurak «tuxum» shaklida bo‘ladi.EKG- o‘ng qorincha gipertrofiyasi belgilari.

O‘ng qorincha gipoplaziyasi – tug‘ilgandan tashxislanadi, kupincha bir oy umr kurishadi. Klinikada keskin hansirash (n.o.s.100marta 1 minutda). SHish, akrotsianoz, puls susayishi xos.

O'pka arteriyasining stenozi- chapdan 2-3 qovurg'a oraligida dagal sistolik shovkin, o'pka arteriyada 2 ton susaygan. Rentgenda yurakning o'ng kismining kengayishi aniklanadi.

Aorta stenozi- teri okargan, puls susaygan, o'ngdan 2 qovurg'ada sistolik shovkin. Rentgenologik yurak chap tomonga kengaygan.

Asorati va oqibati

Tetrado Fallo nuqsoni bor bolalar urtacha yashash umri 12-15 yil. Kupincha bu bolalarda erta yoshda ulim kuzatiladi. Ulimning asosiy sabablari gipoksiya, gemo- va likvarodinamik buzilishlar, bosh miya tomirlarning trombozi va absessi, insult, infeksiyon endokardit bu kup (uchraydigan asoratlardan biri), yurak etishmivchiligi hisoblanadi.

Davolash;

Tetrada Falloning asosiy davosi bo'lib xirurgik davo muolajasi xisoblanadi. Bunda nuqsonning anatomik strukturasi, klinik xususiyatlari va bemor yoshiga qarab; ko'krak yoshli bolalarga polliativ (aorta-o'pka anastomozini qo'yish) va 5-7 yoshda radikal (stenozni bartaraf qilish va qorinchalararo nuqson plastikasi) operatsiya kilinadi. Qulayrogi radikal operatsiya xisoblanadi. Agar bemorda gipoksik xurujllar konservativ yul bilan bartaraf qilinmasa polliativ operatsiya qilinadi.

Yuqoridagi ma'lumotlardan bizga ma'lumki hansirash-sianotik xurujlar vaktinchalik xisoblanadi(3yoshgacha). Pediatr buni inobatga olishi kerak va xurujga olib keluvchi barcha sabablarni oldini kerak. Bemorlar doimo tor mutaxassislar konsultatsiyalarni olib turishlari kerak. Buning uchun yuldosh kasalliklarni aktiv davolab, kullab-kuvvatlovchi davo muolajalarni olib borishi kerak.

Bemorlarga:

Stol №10- 10a buyuriladi (bunda osh tuzini cheklash, meva-sabzavotlarni berish, bugdoy non).

Preparatlardan

b-adrenoblokatorlar – **obzidan** 1 mg/kg/sut.

Miokard metabolizmini va kon aylanishni yaxshilovchi preparatlardan:

Riboksin 2%- 0,2 mg/kg; kokarboqsilaza

Kaliy saklovchi preparatlar- **asparkam**

Vitaminlar V gurux vitaminlar V1. V6. V 12

Sedativ preparatlar –**valeriana ekstrakti** 1 tomchi/yoshiga

Anemiyaga karshi preparatlar- temir preparatlari

Degidratatsion terapiya- glyo'qoza, reopolyuglyo'qin

Atsidozga karshi preparatlar

YUrak glikozidlari yurak etishmovchiligi kuzatilganda kullaniladi.

“ Gipoksik krizda” davu sxemasi;

1. Majburiy holatga o'tqazilib doim kislorodoterapiya, bunda kislorod berish tezligi 5-8 l/min.

2. Morfin gidroxlorid 0,1-0,2 mg/kg vena ichiga

3. Talvasa bulganda natriy oksibuterat 50-100mg/kg

4. Vena ichiga glyo'qoza 5-10 %, reopolyuglyo'qin, atsidozni kamaytirish uchun bikorbonat natriy 4%

5. Mushak ichiga V-blokatorlar anaprilin 20%-10.0 (0,2 mg/kg)

PROFILAKTIKA

1. Homilador ayollarni yomon odatlardan ximoyalash (tamaki chekish, alkogolli ichimliklar iste'mol qilish)
2. Ximik va radiologik faktorlarni chetlashtirish.
3. Homilador ayolni ratsional ovqatlanish, dam olish va xokazolarni tashkillashtirish
4. Patronajlarni uz vaktida utkazish.

Profilaktika emlashlar: ogir Tug'ma yurak nuqsonli bolalarda gemodinamikaning buzilish belgilari bo'lsa, terminal fazada bo'lsa, profilaktik emlashlar utkazilmaydi. Gipertenziya bilan kechadigan Tug'ma yurak nuqsonlari agar operatsiya kilingan bo'lsa, 2 yildan keyin emlashga ruxsat beriladi.

Agar Tug'ma yurak nuqsonida qon aylanishning buzilish belgilari bo'lmasa, ya'ni qon aylanish normada bo'lsa, III fazada va I fazada emlashlar utkazilmaydi

- Savollar :
1. Nafas yetishmovchiligining qanday asosiy belgilari bor ?
 2. Tugma va orttirilgan yurak nuqsonlarini sanab bering
 3. Kichik qon aylanish doirasini boyishi bilan kechadigan kasalliklarni sanab bering ?

Mavzu : Aritmiyalar

Reja

1. Aritmiyalarning EKG diagnostikasi, aritmiya turlari, davosi.
2. O'tkir miokard infarkta, YUIK, stenokardiya bilan dif. diagnostikasi.
3. Xushdan ketish (Syncope).
4. O'tkazuvchanlikning buzilishi, yurak blokadalar.

ARITMIYA

Aritmiya – yurak ritmi va o'tkazuvchanligining yurak qisqarishlarining va yurakning asosiy funksiyalari o'zgarishida kameralar munosabatining vaqtinchali buzilishi.

Yurakda asosiy funksiyalari o'zgarganda yuzaga keladi:

- avtomatizm: sinusli taxi- va bradikardiya;
- qo'zg'aluvchanlik: ekstrasistoliya, paroksizmal taxikardiya;
- o'tkazuvchanlik: blokadalar;
- qisqaruvchanlik: alternirlovchi va paradoksal puls;
- kombinirlangan aritmiyalar: sinus tugunidan, qorinchalardan vaqtdan oldin qo'zg'alishi, A- V dissotsiatsiyasi.

Aritmiyaning asosiy klinik shakllari tasnifi (N.M.Shevchenko, A.A. Gross, 1992)

1. Vaqtdan oldingi komplekslar (ekstrasistoliya, parasistola):
 - qorincha usti
 - qorincha
2. Yurak ritmining ektopik tezlashishi:
 - bo'lmacha
 - AV bog'lanishlar ritmi
 - idioventrikulyar
3. Taxiaritmiyalar:
 - qorincha usti: (sinusli taxikardiya; bo'lmacha taxikardiyasi; titroq aritmiya, AV taxikardiya-1) tugunli va 2) qo'shimcha o'tkazuvchi yo'llar);
 - qorincha: taxikardiya, titrash va qorinchalar fibrillyasiyasi.
4. Sinus tuguni disfunktsiyasi:

- sinusli bradikardiya;
- 2-darajali sinoatrial blokada ;
- 5. AV buzilish va qorinchalararo o'tkazuvchanlikning buzilishi:
- AV blokada;
- qorinchalararo blokada;
- qorinchalar oldi qo'zg'alishi.

Davolash

1. Gipokaliemiyada – kaliy preparatlari: panangin (asparkam) ½-1 tab.dan kuniga 2–3 mahal.
2. Giperkaliemiyada – 10%li kalsiy xlorid 5–10 ml m/o. 3.Riboksin, inozie-F (tab. 0,2 g) ½-1 tab.dan kuniga 2–3 mahal;
4. KKB 50–100 mg m/o № 20–30; piridoksin gidroxlorid 0,001– 0,0025 g/so't yoki 6%li eritmasidan 0,5–1 ml dan m/o, № 15–30;
5. Xinidin (tab.0,1 g) 0,1–0,5 g/so't ; novokainamid (amp. 10%–5 ml; tab. 0,25 g) 0,01–0,03 g/kg/so't ; aymalin (amp. 2,5% – 2 ml; tab. 0,05 g) v/i tomchilab 100 ml 0,9%li natriy xlorid eritmasida, ichishga 1/8–1 tab.
6. β-adrenoblokatorlar: obzidan, anaprilin, propranolol (tab. 0,01; 0,04 g; amp. 0,1% – 5ml) 1–2 mg/kg/so't .
7. Repolyarizatsiyani pasaytiruvchi preparatlar: amiodaron, kordaron (tab. 0,2 g; amp. 1 ml = 0,05 g) 8–10 mg/kg/so't ; ornid (amp. 1 ml = 0,05 g) 2–4 mg/kg/so't m/o yoki v/i;
8. Kalsiy kanallarini bloklovchi: verapamil, izoptin, finoptin (tab., dr. 0,04; 0,08; 0,12; amp. 1 ml=2,5mg) 20–40 mg til ostiga; v/i 1–3 ml (1–3 mg/kg/so't);

Paroksizmal qorinchalar usti taxikardiyasi:

1. Sedativ preparatlar: korvalol, valokordin, valeriana, arslonquyruq (pustyrnik) 1 tomchidan/yoshiga yoki seduksen, elenium, tazepam ½-1 tab.dan kuniga 1 marta.
2. Panangin ½-1 tab. kuniga 1 marta. 3.Adashgan nervni reflektor qo'zg'atish.
4. 15–30 min. davomida nafi bo'lmaganda – verapamil (izoptin) 1/2–1 tab. (20–40 mg) til ostiga ezilgan holda qo'yiladi.
5. 40–60 min.davomida nafi bo'lmaganda – strofantin 0,05% v/i 0,05–0,1 ml/yoshiga 0,5 ml dan 10–20 ml fiziologik eritmada.
6. Qaytaluvchi hurujlarda – izoptin yoki kordaron yarim dozasida 1– 2 oy davomida QB va EKG.

Aritmiyasi bor bolalarning dispanser kuzatuv va reabilitatsiyasi

Mo't axassis lar ko'rigi Yilida 2 marta – pediater, LOR, stomatolog. Kardiorevmatolog – yilida 1–2 marta, ko'rsatma bo'yicha – psixonevrolog, endokrinolog, ginekolog.

Ko'ruvda ahamiyat bering SHikoyatlari: tez charchash.AB, puls ko'rsatkichlari, yurakdagi o'zgarishlar dinamikasi, jismoniy zo'riqtirish. Asosiy sindromni ajratish : kardial, nevrotik, astenik, vegeto-distonik.

Qo'shimcha tekshiruv- lar Yilida 2 marta: umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, axlat tahlili; FKG; funksional sinama (30 sekundda 20 marta o'tirib turish,); vegetativ tonusni tekshirish, kardiointervalografiya.

Asosiy sog'lomlashtirish yo'llari 1.Surunkali infeksiya o'chog'ini sanatsiya qilish 2.Interkurrent kasalliklarni davolash

3. Kardirotrofik preparatlar yilda 1–2 marta ko'rsatma bo'yicha
4. Nevrotik sindromda sedativ preparatlar 5.Vegetodistoniyada:
 - vagotonik turida: belloid, belladonna, atropin, bo'yin sohasiga Ca bilan elektroforez;
 - simpatikotonik turida: magneziya bilan elektroforez, v/blokatorlar (obzidan, inderal)- ko'rsatma bo'yicha.

6. Toza xavoda yurish, suzi sh, sirkulyar dush, davovannalari.
7. Sanatoriya-kurortda davolash: Qrim, Qora dengiz, Kavkaz tog'larida.
Kuzatuv 2 yildan kam emas, yurak ritmi buzilganda – doimiy kuzatuv.
Jismoniy tarbiya Yurak ritmi buzilganda - ozod qilish. Toksik formalarida 1- yili - tayyorlov guruhlarida, keyinchalik holatiga qarab.
Profilaktik emlash Mumkin

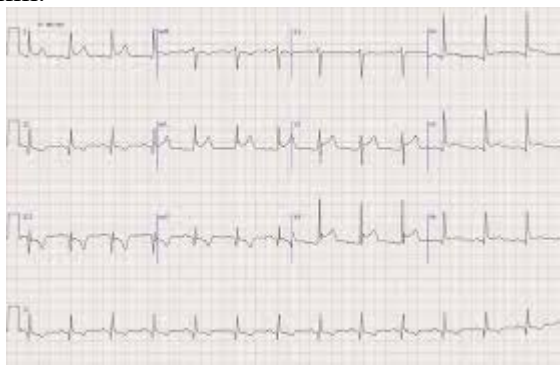
Kasalxonaga yotqizishga ko'rsatma

- SHoshilinch Rejali
- Gemodinamika buzilishi
- Reanimatsion ko'rsatma - Aritmiya, 1- marta aniqlanganda, qoniqarli holatda
- davolash samarasi bo'lmaganda (og'ir aritmiya)
- xirurgik davov kerak bo'lganda.

MIOKARD INFARKT

Miokard infarkti yuzaga kelishi xavfining asosiy sabablari:

Miokard infarktining rivojlanishiga gipertoniya (xafaqon) kasalligi, qandli diabet, semirib ketish, kamharakatlilik, ruhiy kechinmalar, kashandalik, alkogolizm va boshqalar sabab bo'lishi mumkin.



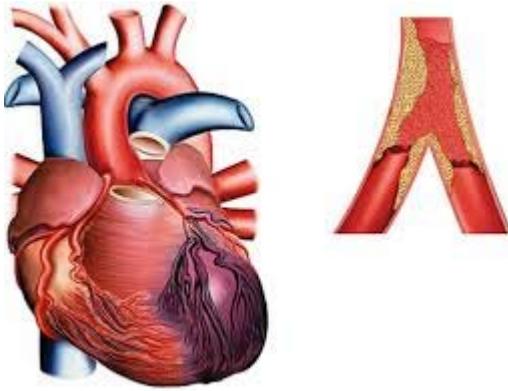
Miokard infarkti -bo't un dunyoda yurak qon-tomir kasalliklaridan, o'limga olib keluvchi eng asosiy kasalliklardan biri sanaladi.

Bu dardlardan har yili minglab insonlar olamdan ko'z yumayapti.

YUrak odam vujudining nihoyatda murakkab a'zosi sanaladi. YUrak-qon kasalliklari keyingi 20-25 yil ichida ancha ko'paydi va shifokorlarni tashvishga solmoqda. Kasallik inson o'z salomatligiga e'tiborsiz bo'lsa, dard avj olib bezovtalik kuchayib ketsa-da, shifokor huzuriga bormasa, o'z salomatligiga xavf solib qo'yishi aniq. YUrak-qon kasalliklari orasida miokard infarkti to'satdan ro'y beradigan eng og'ir va xavfli kasallik hisoblanadi. Qon aylanishi buzilishi natijasida yurak mushagining bir yoki bir qancha qismi nobud bo'lib, yurak faoliyati izdan chiqadi.

Miokard infarkti yuzaga kelishi xavfining asosiy sabablari:

Miokard infarktining rivojlanishiga gipertoniya (xafaqon) kasalligi, qandli diabet, semirib ketish, kamharakatlilik, ruhiy kechinmalar, kashandalik, alkogolizm va boshqalar sabab bo'lishi mumkin.



-Miokard infarktning asosiy belgilari.

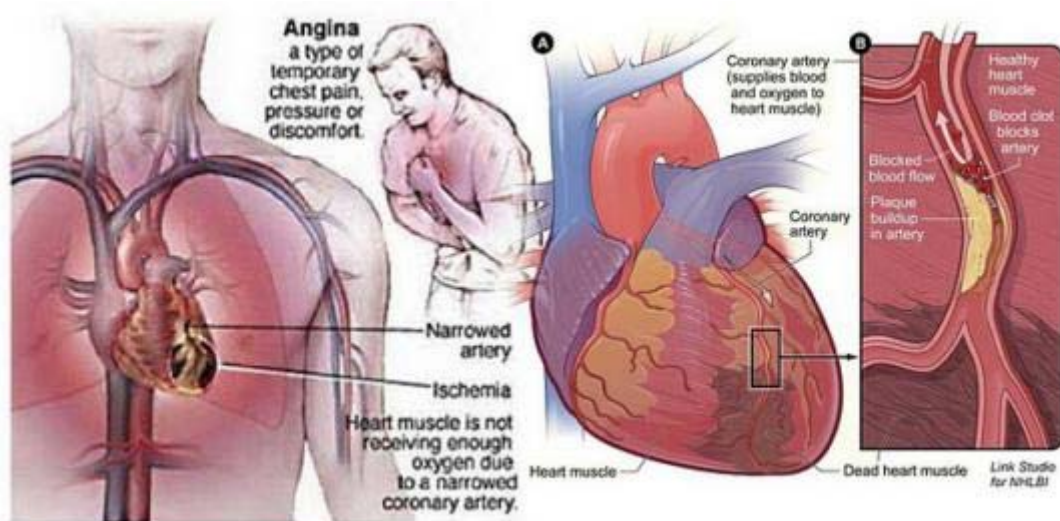
Miokard infarktning asosiy belgilari -ko'krak qafasining markazi (to'sh orqasi) g'ijimlab, achishib og'riydi. YUrak bezovta bo'lganida, ikkala qo'lga, yuqoriga, orqaga, oyoqlarga, pastki jag' sohasiga tarqalib havo etishmay qoladi. Og'riq bir necha soat, ba'zan bir necha so't ka davom etadi va bemor bo'shshadi, muzdek ter bosadi, hatto o'lim vahimasi boshlanadi, ozgina yursa, zinadan ko'tarilsa hansirab qoladi. Miokard infarkti ko'pincha yurak ishemik kasalligining zo'rayishi davrida yuz beradi, bunda stenokardiya xurujlari kuchayib, tez-tez takrorlanib turishi kuzatiladi.

- Miokard infarkti nihoyatda ehtiyotkorlik va qunt bilan davolanishi zarur bo'lgan og'ir kasallik turi hisoblanadi. Bemorni, albatta, kasalxonaga yotqizish kerak. Agar bemor uyda davolanayotgan bo'lsa, doimiy shifokor nazorati ostida davolash tavsiya etiladi. Bemorning yaqinlari bu paytda bemorni toliqtirib qo'ymasliklari zarur bo'ladi. Bemor kasalxonadan chiqqandan keyin shifokor nazorati ostida davolanishni davom ettirib, kundalik tartibi qat'iy belgilanadi. Uyqu 7 soatdan kam bo'lmasligi zarur. YArim soatdan boshlangan toza havoda sayr qilish muddati asta-sekin ikki soatgacha uzaytirilib, keskin harakat qilish, sovuq havoda tez yurish xurujning qaytalanishiga olib kelishi mumkin.

Stenokardiya

Stenokardiya ishemik kasalliklarning engil xili bo'lib, «ko'krak qisilishi» ma'nosini bildiradi. CHap tomon ko'krak ustida og'riq, achishish alomatlari paydo bo'ladi. Siz aytgandek, agarda xuruj inson asabiylashmagan, tinch holda ham uchrab tursa, bu stenokardiyaning og'ir turi hisoblanadi. Agarda bemor qunt bilan davolansa, kasallik asoratsiz o'tib ketadi.

Ushbu omillar qatoriga yana bir muhim bandni — kishi atrofida yuz berayotgan voqealarni yuragiga yaqin olaverishi holatini qo'shish mumkin. Afsuski, turmushning har turli qiyinchiliklarini jiddiy va fojiviy qabul qilish; hammasini ichga yo't ib yuraverish; yolg'iz qolishga intilib, hech kimning maslahatiga quloq solmaslik; yaqinlar, do'stlar yordamini olmaslik; tajribali ruhshunos yoki shifokorlarga murojaat etmasdan, ilojsiz (tuyilgan) vaziyatlardan chiqishga urinish ko'proq erkaklar tabiatiga xos. SHu «chora»lardan birini tanlaganlar vaqtinchalik stress, tushkunlik holatida kishini kuchdan qoldirib, xastaliklarga sabab bo'luvchi uzoq muddatli ruhiy zarbalarga aylantirib yuborishadi.



YUrak ishemik kasalligining kelib chiqishini tezlashtiruvchi faktorlar.

- YUrak ishemik kasalliklari (stenokardiya, miokard infarkti, kardioskleroz) hozirgi vaqtda keng tarqalgan dardga aylangan. Buning asosiy kelib chiquvchi sabablari quyidagilar:

Birinchi sabab - tarkibida ko'p miqdorda yog', xolesterin, uglevodlar, tuz bo'lgan yuqori kaloriyali ovqat iste'mol qilishdadir.

Ikkinchi sabab - chekishda. YUrak ishemik kasalligidan to'satdan o'lish hodisasi chekmovchilarga nisbatan kashandalar orasida besh marta ko'p sodir bo'lishi kuzatilgan.

Uchinchi sabab - kam harakatlilik. Kam harakatli hayot tarzi, ma'lumki, kishi organizmidagi kaloriya balansi buzilishi natijasida semirishga sabab bo'ladi.

To'rtinchi sabab- alkogol'. Spirtli ichimliklar ko'pincha miokard infarktining ro'y berishiga sabab bo'lib, to'satdan yuz beruvchi o'lim hodisalarining qariyb 39 foizi ichkilik ichish bilan bog'liqdir.

Bundan tashqari, inson hayotida ro'y berib turadigan hayajonlanish, oilalardagi yoki ishxonalardagi har xil ikir-chikirlar, janjallar singari turli omillar ham yurak xastaliklarining rivojlanishiga turtki berib, yana ham zo'raytiradi.

Infarkt takrorlanishi mumkinmi?

- Afsuski, takrorlanishi mumkin. Insultni boshidan kechirgan bemorlarning taxminan 14 foizi yana shu dardga chalingan. SHuni aytishim lozimki, kasallik qaytalanmasligi uchun hadeb bilib-bilmasdan qimmatbaho dorilarni sotib olmag, birinchi navbatda yuqorida nomi tilga olingan omillarni bartaraf eting. Ayrim bemorlarimiz yurak qon-tomirlari kasalliklarining og'ir turlarini boshlaridan kechirgan bo'lsalar-da, spirtli ichimlik iste'mol qilaveradilar, chekishni tashlamaydilar, yog'li, qovurilgan, dudlangan taomlarni iste'mol qilishdan o'zlarini tiymaydilar.

- YUrak qon-tomir kasalliklariga chalinganlar o'zlarini qanday nazorat qilishlari kerak? Bu paytda qanday dorilar yonlarida bo'lgani ma'qul?

- Infarkt va insult tomirlarga tromb tiqilib qolishidan kelib chiqadi. Miokard infarktida tromblar toj (kronar) arteriyada, ishemik insultda esa miya tomiriga tiqilgan bo'ladi. Tromb qon laxtasi bo'lib, tomir devoriga yopishib oladi. U miya yoki yurak tomirlarini tiqiltirib, ma'lum bir

qismini qondan mahrum qiladi. SHuning uchun yoningizda tromblarga qarshi eng ko'p qo'llaniladigan dorilardan biri-bu aspirin bo'lishi lozim. Mo't axassislarning aytishicha, aspirin qabul qilish ayollarda infarkt qaytalashi xavfini 25 foizga, insul't xavfini 22 foizga kamaytiradi. Eraklarda esa 19 va 17 foizga kamaytiradi. Statinlar guruhidagi dorilar ham yurak qon-tomir kasalliklariga qarshi keng ishlatiladi. Ular organizmda xolesterin miqdorini kamaytirishga yordam beradi. Bu kasallikka chalingan bemorlar jismoniy mashqlar bajarishimiz mumkinmi, deb so'rashadi. Jismoniy mashg'ulotlarni boshlashdan oldin o'zingizning tayyorligingizni, imqoniyatlaringizni hisobga oling. Mo't axassis shifokorning tavsiyasiz o'z bilganingizcha ish qilmang, degan bo'lardim.

Xushdan ketish – (lotincha syncope, ruscha «obmorok») – bu bosh miyada qon aylanishining buzilishi natijasida qisqa muddatga ongni yo'qolishi xuruji xisoblanadi. Bunda organizmning tashqi ta'sirlarga (savollarga javob bermaslik, chimchilaganda yoki tarksaki tushirganda) javob reaksiyasini buziladi.

Xushdan ketish sabablari

- is gazidan zaxarlanish;
- sovuq qotish;
- shok;
- epilepsiya (to't qanoq);
- insult (miyaga qon quyilishi);
- issiq urishi;
- diabetik koma;
- kuchli qon yo'qotish;
- alkogoldan kuchli mast bo'lish;
- narkotiklarni dozasini ortishi;
- ovqatdan zaxarlanish;
- bosh miya shikastlanishi (travmalari);
- gipoglikemiya (qonda qand miqdorini tushib ketishi);
- aritmiya (yurak urishini xadday ziyod tezlashuvi yoki sekinlashuvi);
- yurak xurujlari;
- ayrim dori preparatlari;
- yurak klapanlari zararlanishi.

Xushdan ketish belgilari

Agar Sizda tez-tez bosh aylanishi va xushdan ketish, bo'shshish, ko'ngil aynishi va teri qoplaalari rangini oqarishi xolatlari uchrasa vrachlarga murojaat qilish tavsiya etiladi. Odaida bu shikoyatlar 30 srniyagacha davom etadi.

Xushdan ketish asoratlari

Xushini yo'qotgan odam uchun eng kuchli asorat bo'g'ilish xavfi xisoblanadi.

Xushdan ketganda birinchi yordam

Xushdan ketgan odam uchun nafas olishni engillashtirish kerak. Ko'yilagi yoqalarini echib, belini siqib turuvchi belbog'i bo'lsa echish kerak. Agar bemor nafas olmayotgan bo'lsa – sun'iy nafas oldirish kerak. Puls va nafas normaga kelgach esa, bemorni qulay pozada qoldirib, xar 5 daqiqada pulsi nazorat qilinadi. Bemorni xushiga kelmauncha yoki vrach kelguncha yolg'iz qoldirmaslik kerak.

Xushdan ketishni profilaktikasi.

Xronik kasalliklari bor bemorlar (masalan qandli diabetda) yon-atrofdagilar xabardor bo'lishi uchun maxsus bilaguzuk taqib yurishlari kerak. Ular qondagi qand miqdorini keskin

tushib ketmasligi oldini olishi, xushdan ketish xolatining birinchi belgilaridayoq turli shikastlar olmasligi uchun o'tirib yoki yotib olish, boshini tizzasiga keltirish tavsiya etiladi.

YURAK SHIKASTLANGANLIGINING ASOSIY SINDROMLARI

Yurak ritmini (maromini) o'lchash

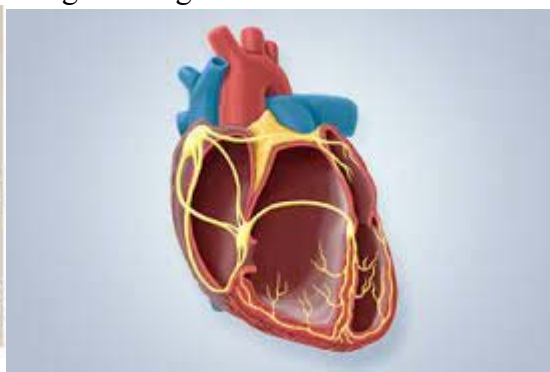
Sinus taxikardiyasi T va R tishlari orasida intervallar davomiyligi kamayishi bilan ifodalanadi. Taxikardiya keskin ifodalanganda R tishi T ning ustiga qatlam bo'lib tushib qolishi mumkin. Boshqa tishlar o'zgarmagan.

Sinus bradikardiyasi T-R intervallari davomiyligi ortishi, ba'zan sayyor asab ta'siri ustunlik qilganligi sababli R-Q intervali davomiyligi ortishi bilan ifodalanadi.

Atrioventrikulyar ritm. Sinus tugunining avtomatizmi buzilganda ham, yurak bo'lmachasi-qorincha (atrioventrikulyar) tugunining faolligi ortishi sababli ham paydo bo'lishi mumkin. Impuls manbasining turli lokalizatsiyasi va o'tkazishning turli holatidagi o'zaro nisbat bo'yicha ante- va retrogradli yo'nalishda R tishlari va qorinchalar kompleksi izchilligining turli variantlari shakllanadi. Birinchi variantda R tishi musbat bo'lib qoladi va R-Q intervali biroz qisqarganda normal QRS kompleksidan avval yuzaga keladi. Ikkinchi variantda R musbat tishi QRS kompleksining ustiga qatlam bo'lib tushib qoladi va shu sababli mazkur kompleks deformatsiyaga uchraydi. Uchinchi variantda musbat R tishi QRS kompleksining ketidan keladi, lekin T tishigacha etib bormaydi.

Koronar sinusning ritmi (maromi). Impulsatsiya manbai (peysmeker) o'ng yurak bo'lmachasining quyi qismida, koronar sinus og'zining yonida joylashgan. EKG da R tishi QRS kompleksidan oldin keladi, lekin II, III, aVR tarmoqlarida musbat va aVL tarmog'ida manfiy bo'ladi. R-Q intervali, odatdagidek, qisqargan bo'ladi.

Ritm (marom) manbai migratsiyasi – uning sinus tugunidan yurak bo'lmachasi-qorincha yo'nalishi bo'yicha, so'ng yana orqaga ko'chishi sinus tugunining avtomatizmining pasayishidan dalolat beradi, lekin parasimpatik asab tizimi tonusi oshganda sog'lom bolalarda ham kuzatilishi



mumkin.

Ulangan ritm. Sinus va yurak bo'lmachasi-qorincha tugunlarining bir vaqtdagi faoliyati. Yurak bo'lmachalari va qorinchalar o'z ritmida qisqaradi, lekin muntazam ravishda ritmlar "ulanishi" yuz berib, normal EKG-sikllari shakllanadi. Bu har 5–10 siklda yuzaga keladi.

Sinoaurikulyar blokada – sinus tugunidan yurak bo'lmachasi miokardiga qo'zg'atish o'tishining buzilishidir. Bu jarayonda mo't azam ravishda bir vaqtda yurak bo'lmachalari va qorinchalar komplekslari 1, 2, 3 va undan ko'p normal sikllardan keyin tushib qoladi. Davomli to'xtamlar vaqtida qorinchalarning yakka qisqarishlari paydo bo'lishi mumkin. Bunday holatlar emadigan chaqaloqlarda baqirish, bezovtalanishda, tungi uyqu vaqtida kuzatilishi mumkin. Kattaroq bo'lganda vegetativ asab tizimi yuqori labillikka ega bo'lgan bolalarda uchratiladi.

Ichki yurak bo'lmachasi blokadalari. Faqat yurak miokardi yaqqol zararlangandagina kuzatiladi va Xilpillovchi aritmiyadan oldin yuzaga kelishi mumkin. R tishi I tarmoqda 0,09% dan ortiq sezilarli darajada kengayishi hamda I, II, V5 tarmoqlarida ikki chiqirlari orqali namoyon bo'ladi.

Atrioventrikulyar blokadalar. SHunday blokadalar to'liq va noto'liqlarga ajratiladi. Bolalarda to'liq blokadalar ko'pincha tug'ma xususiyatga ega, biroq yurak revmatik shikastlangan holatda ham paydo bo'lishi mumkin. Noto'liq blokadalar ko'pincha miokardning turli yallig'lanuvchi va distrofik kasalliklarini ifodalaydi. To'liq blokada yurak bo'lmachalari va qorinchalar o'z ritmida bir-biriga bog'liq bo'lmagan holatda qisqaradi. Qorinchalar ritmi doimo yurak bo'lmachalarining ritmidan pastroq bo'ladi. Noto'liq blokadalar ikki turga ajratiladi. Birinchi turi ikki darajaga ega. Birinchi turdagi noto'liq blokadaning I darajasida faqat PQ intervalining yurakning ushbu ritmi uchun normal kattaliklarga nisbatan uzayishi aniqlanadi. II darajasida ushbu interval doimo o'sishi va siklning oxirgi qismida qorinchalar komplekslarining biri tushib qolishi kuzatiladi (Samoylov–Venkebax davrlari). So'ng ushbu jarayonning barchasi takrorlanadi. Ikkinchi turdagi blokada R-Q intervalining normal davomiyligi saqlanishi, lekin qorinchalar komplekslarining biri muntazam tushib qolishi bilan ifodalanadi. Bu holat 3, 4, 5 va shu kabi sikllarning birida ro'y berishi mumkin. YUrak bo'lmachasi-qorinchalar bog'lami (Gis to't ami) oyoqchalarining blokadasida. Bu holda qorinchalardan birining ichida qo'zg'ash kechikishi ro'y beradi. Ayni paytda R tishi bilan aloqa normal darajada, R-Q intervali davomiyligi ham o'zgarmagan. Faqat qorinchalar kompleksining o'zigina deformatsiya bo'ladi. YUrak bo'lmachasi-qorinchalar bog'lami oyoqchalari blokadaga uchraganining asosiy alomati qorinchalar kompleksining boshlang'ich qismi kengayishidan iborat. Ko'pincha bu yagona belgi bo'ladi. Ichki og'ish vaqtining ko'payishi yanada katta diagnostik ahamiyatga ega. V1 tarmog'i uchun bu vaqt 0,03 s dan ortiq bo'lmasligi, ilk 3 yillik hayoti davomida V5 tarmog'i uchun esa - 0,02–0,03 s dan oshmasligi, barcha yosh guruhlariga mansub bolalarda – 0,04 s dan katta bo'lmasligi lozim.

Ichki og'ish vaqti QRS boshlanishidan R tishi cho'qqisigacha hisob-kitob qilinadi. Ikkinchi muhim alomat – QRS kompleksining tishlari shakli arrasifatligi, qalinlashganligi va parchalanganligidan iborat. Keyin esa QRS kompleksi tishlaridan eng kattasining voltaji ko'payishi hisobga olinadi. Keyingi alomat – I va III tarmoqlarda hamda ko'krakdagi o'ng va chap tarmoqlarida QRS kompleksi bosh tishining yo'nalishi diskordantligi bilan ifodalanadi. Bundan tashqari, kompleks bosh tishining yo'nalishi va uning T va S-T dan iborat yakuniy qismining disqon tligi qayd etiladi. Bolalarda Gis to't amining chekka tarmoqlari blokadasida kam kuzatiladi. Blokadaning ushbu shaklida R tishi saqlanib qolishi mumkin, biroq QRS kompleksining voltaji keskin pasaygan, kompleks sezilarli kengaygan.

Ekstrasistoliya – bu yurak navbatdan tashqari muddatdan oldin qisqarishi bo'lib, yurak bo'lmachalari yoki qorinchalarda qo'zg'atishning ektopek o'chog'i paydo bo'lishi sababli yuzaga keladi. Bolalarda ekstrasistoliya anchagina tez-tez aniqlanadi. Bunda vagusning ustun ta'siri bilan bog'liq osoyishtalik ekstrasistoliyasi va simpatik asab tizimi haddan ortiq qo'zg'atilishida paydo bo'ladigan kuchlanish ekstrasistoliyasi ajratiladi. Ektopek impulsning lokalizatsiyasiga qarab, ekstrasistoliyaning turli shakllari ajratiladi.

Yurak bo'lmachasi shakli – R tishi – muddatdan avval qisqarishda QRS kompleksidan avval kuzatiladi. Qorinchalar kompleksi o'zgarmagan, R-Q intervali normal holatda yoki biroz kattalashgan. T-R biroz kattalashgan yoki o'zgarmagan. Ekstrasistola har bir normal qisqarishdan keyin, har bir ikkinchi, uchinchi va shu kabi qisqarishdan so'ng yuzaga kelishi mumkin. Xuddi shular bigeminiyalar, trigeminiyalar, kvadrigeminiyalar va shu kabilar turidagi alloritmiyalar to'g'risida aytiladi. YUrak bo'lmachasi-qorinchalar tugunidan ekstrasistolalar uning turli qismlaridan kelib chiqishi mumkin. Bu holda ekstrasistolaning EKG tarkibida yurak bo'lmachasi-qorinchalardan chiqadigan tugun ritmi variantlari uchun ta'riflangan barcha nisbatlar paydo bo'ladi.

Qorinchalar ekstrasistolalari R tishlari yo'qligi, QRS kompleksining shakli o'zgarishi va uning voltaji ko'tarilishi bilan farqlanadi. T tishi bosh kompleksiga bevosita to't ashadi, S-T intervali mavjud emas. T tishining yo'nalishi qorinchalar kompleksi yo'nalishiga diskordant hisoblanadi. CHap qorinchalar ekstrasistolalari III tarmog'ida QRS bosh tishining manfiy yo'nalishi va I tarmoqda musbat yo'nalishi bilan, o'ng qorinchalari esa aksincha, I tarmoqda manfiy, III tarmoqda esa musbat yo'nalish bilan ifodalanadi. EKG da – chap qorinchasi

ekstrasistolasi va yurak bo'lmachasi-qorinchalar bog'lami o'ng oyog'i blokadasini hamda o'ng qorinchasi ekstrasistolasi va yurak bo'lmachasi- qorinchalar bog'lami chap oyog'i blokadasini ifodalashda o'xshashlik mavjud.

Paroksizmal taxikardiya. Yurak bo'lmachasi shakli: R tishi ko'pincha T tishi ustiga qatlam bo'lib tushadi va uni deformatsiyaga olib keladi, R-Q intervali o'rtamiyona uzayishi mumkin. QRS kompleksi o'zgarmagan.

Atrioventrikulyar shakli: R tishi musbat, qorinchalar kompleksidan avval va keyin, ba'zan u bilan yoki T tishi bilan qo'shilib ketadi. Ajratish murakkabligi supraventrikulyar shakli ajratilishiga olib keladi va uning asosiy alomati qorinchalar kompleksining o'zgarish shaklidir.

Qorinchalar shakli uning deformatsiyasi va QRS kompleksi kengayishi bo'yicha aniqlab olinadi. O'ng va chap qorinchalar topikasi – QRS kompleksi bosh tishlarining yo'nalishlari bo'yicha qorinchalar ekstrasistoliyasiga o'xshash – I va III tarmoqlarda..

Xilpillovchi aritmiya – yurak bo'lmachasining mushaklar tolalari bir daqiqada bir necha yuz marta tebranishi tezligidir. SHunda R tishlari umuman yo'q bo'lib ketishi mumkin, ularni kichik tebranishlar – f to'lqinlari almashtiradi. Ushbu to'lqinlarning o'lchamiga qarab, mayda to'lqinli va dag'al to'lqinli tebranish shakllari ajratiladi. Ancha kam uchraydigan yurak dukillashida R tishlari saqlanadi va «arra tishlari» - qayd qilish lentasining bo't un uzunligini intervalsiz to'ldiradi. Bolalarda yurak dukillashi tezligi bir daqiqada 450 va hatto 500 qisqarishlarga teng bo'lishi mumkin. Qorinchalar qisqarishi soni bo'yicha Xilpillovchi aritmiyaning taxiaritmik va bradiaritmik shaklini ajratishadi.

Sinus tuguni disfunktsiyasi sindromi (STD) yoki sinus tuguni zaifligi sindromi (STZS), turli tabiatga va turli elektrokardiografik holatlarga ega bo'lishi mumkin.

M.A. SHkolnikova va hammualliflari (1997) bunday holatlarning quyidagi klinik- EKG-variantlarini ajratib ko'rsatishadi.

- Savollar :
1. Aritmiyalarning kelib chiqish sabablari ?
 2. Stenokardiya ya miokard infarkt kasalligining asosiy farqlari.
 3. Xushdan ketishda 1 chi yordam ko'rsatish ?

Mavzu : O'pka kasalliklarida obstruktiv sindrom

Reja

1. O'pka kasalliklarida obstruktiv sindrom. O'pka surunkali obstruktiv kasalligi, bronxial astma). PEN protokollari.
2. Nafas yo'llari kasalliklari dif. diagnostikasi - bronxit, pnevmoniya, bronxoektatik kasallik, o'pka absessi.
3. Yo'tal va qon tuflash bilan kechuvchi turli holatlarning diagnostikasi. Plevrit, o'pka raki, UATE. O'pka shishi.
4. Nafas yo'llaridagi yot jism

Amaliy faoliyat uchun ushbu simptom majmuasining etiologiyasini hisobga olgan holda, bronxial obstruksiyani 4 ta variantga bo'lish mumkin:

Virusli yoki natijasida rivojlanadigan yuqumli variant bakterial yallig'lanish bronxlar (obstruktiv bronxit, bronxiolit);

Allergik variant, bronxial spazm yallig'lanish hodisalaridan ustun bo'lganda (bronxial astma);

Obstruktiv variant - begona jismlarning aspiratsiyasida paydo bo'ladi.

Gemodinamik variant yurak kasalliklarida chap qorincha yurak etishmovchiligi rivojlanganda paydo bo'lishi mumkin.

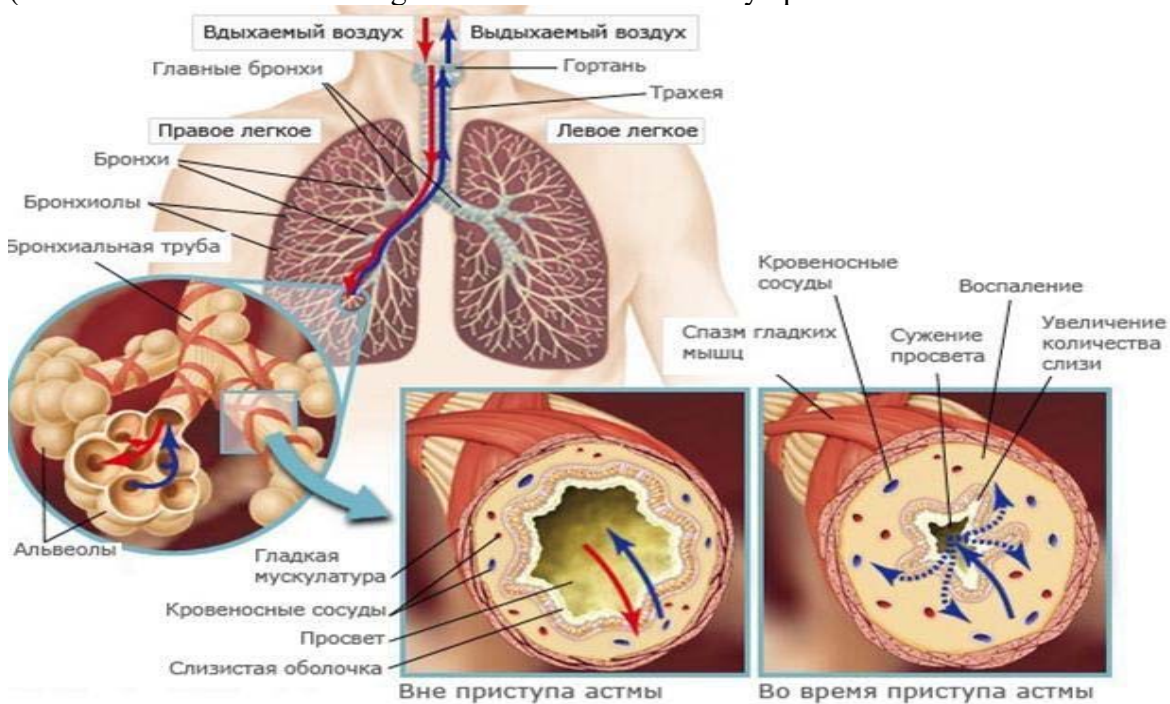
Amalda, birinchi ikkita variant eng ko'p uchraydi.

Shuning uchun biz ularni batafsilroq ko'rib chiqamiz.

Bronxo-obstruktiv sindrom bilan nafas yo'llarining torayishi yoki tiqilib qolishi tufayli bronxial o'tkazuvchanlikning buzilishi kuzatiladi.

Bu juda keng tarqalgan patologiya.

Ushbu sindrom bilan birga keladigan ko'plab kasalliklar ma'lum. Nafas olish tizimi kasalliklarida, yurak-qon tomir tizimining patologiyasida, zaharlanishda, markaziy asab kasalliklarida paydo bo'lishi mumkin. asab tizimi, irsiy metabolik anomaliyalar va boshqalar (100 ga yaqin kasallik).



Yo'tal quruq va samarali bo'lishi mumkin. Quruq yo'tal atesleme jarayonining kob davriga xosdir. Samarali yo'talning paydo bo'lishi shilliq qavat kasalliklari va bronxial drenajning buzilishidan dalolat beradi.

Bir qator yuqumli agentlarda ko'pincha obstruktiv sindromdan aziyat chekadi, respirator sinsitial viruslar (50% ga yaqin), parainfluenza virusi, pnevmoniya mikoplazmasi va boshqalar - gripp virusi va adenovirus.

Bolalardagi obstruktsiyaga moyillik ularning anatomik va fiziologik xususiyatlari bilan bog'liq:

Bolalardagi bronxlar kattalarga qaraganda kichikroq diametrga ega, bu esa aerodinamik qarshilikning oshishiga olib keladi;

Bronxial daraxtning xaftaga tushishi kattalarnikiga qaraganda ancha moslashuvchan;

Katta yoshdagi goblet hujayralariga qaraganda bronxlar devorida ko'proq goblet hujayralari mavjud. Bu ko'proq shilimshiq ishlab chiqarishga olib keladi;

Bronxial shilliq qavatning shishishi turli tirnash xususiyati beruvchi omillarga javoban tez rivojlanadi;

Bronxial sekretsialarning viskozitesi kattalarga nisbatan ortadi (sialik kislota miqdori ko'payganligi sababli);

Kam ta'minlangan shamollatish;

Bronxlarning silliq mushak tizimi kam rivojlangan;

Nafas olish yo'llarida interferonlar, sekretor va qon zardobida immunoglobulin A ning kamayishi.

Ushbu turdagi obstruktsiyaning xarakterli xususiyati shish, infiltratsiya va shilliq qavatning bronxospazmga nisbatan gipersekretsiyasi ustunligidir.

Obstruktiv bronxit bilan bronxo-obstruktiv sindrom respirator virusli infeksiya boshlanganidan 2-4 kun o'tgach rivojlanadi. Ekspiratuar xarakterdagi nafas qisilishi, uzoqdan xirillash, shovqinli nafas olish... O'pka ustidan perkussiya qo't ilangan tovushdir. Auskultativ nafas chiqarish cho'zilgan, diffuz quruq xirillashlar, ikki tomondan xirillashlar. Yosh yoshda turli xil nam rallar mumkin.

Bronxiolit 2 yoshgacha bo'lgan bolalar kasal (ko'pincha 6 oygacha). Bronxiolit bilan bronxiolalar va kichik bronxlar ta'sirlanadi. II-III darajali og'ir nafas etishmovchiligi bilan tavsiflanadi. Taxipnoe, akrosiyanoz. Auskultatsiyada ikkala tomonda ko'p miqdorda mayda pufakchali tirnash xususiyati bor. Intoksikatsiya sindromi ifoda etilmaydi.

Radiografik jihatdan o'pka naqshining o'sishi, qovurg'alarining gorizontal holati, qovurg'alararo bo'shliqlarning kengayishi, diafragma gumbazi o'tkazib yuborilgan.

Obliteratsiya qiluvchi bronxiolit — jiddiy kasallik tsiklik oqimga ega. Uning sababi asosan adenovirus infeksiyasi (ko'k yo'tal va qizamiq bilan ham sodir bo'lishi mumkin). 3 yoshgacha bo'lgan bolalar kasal. O'tkir davr odatdagidek davom etadi bronxiolit, ammo aniqroq nafas olish buzilishi bilan. Obstruktsiya uzoq vaqt davomida (2 haftagacha) ushlab turiladi, u hatto o'sishi mumkin. Odatda rentgenogrammada - "wadded soyalar".

Ikkinchi davrda holat yaxshilanadi, ammo obstruktsiya davom etadi, vaqti-vaqti bilan astmatik hujumda bo'lgani kabi kuchayadi. "O'ta shaffof o'pka" fenomeni shakllanmoqda. Davolash juda qiyin.

Allergik kelib chiqishi bronxo-obstruktiv sindromi bronxial astma bilan sodir bo'ladi. Bu holda obstruktsiya asosan bronxlar va bronxiolalarning spazmlari va kamroq darajada bronxial daraxtning shilliq qavatining shishishi va gipersekretsiyasi tufayli yuzaga keladi. Allergiya tarixi bor (allergik dermatit, allergik rinit va boshqalar) Obstruktsiya hujumlari allergen mavjudligi bilan bog'liq va infeksiya bilan bog'liq emas. Soqchilik bir xil turdagi va takrorlanadi.

Klinik jihatdan intoksikatsiya belgilari yo'q. Hujum kasallikning birinchi kunida sodir bo'ladi va qisqa chiziqlarda (bir necha kun ichida) olib tashlanadi. Hujum paytida, yordamchi

mushaklarni o'z ichiga olgan ekspiratuar dispna. Auskultatsiyada xirillashli xirillashlar soni namga qaraganda ko'proq. Jiddiy bronxospazm bilan, o'pkaning pastki qismlarida nafas olish zaiflashadi. Bronxospazmolitiklarning yaxshi ta'siri bor.

Virusli infektsiya fonida obstruksiyaga uchragan ba'zi bolalarda bronxo-obstruktiv sindrom relapsli kursga o'tishi mumkin.

Qaytalanish sabab bo'lishi mumkin:

Bronxial giperaktivlikning rivojlanishi (eng keng tarqalgan sabab);

Bronxial astma debyo'ti;

Yashirin surunkali o'pka kasalliklarining mavjudligi (masalan, kistik fibroz, bronxopulmoner tizimning malformatsiyasi).

Haddan tashqari faol bronxlar virusli infektsiya yoki obstruktiv sindromli pnevmoniya bilan kasallangan bolalarning yarmidan ko'pida rivojlanadi. Bunday giperaktivlik holati bir haftadan bir necha oygacha (3-8 oy) davom etishi mumkin.

6 oygacha bo'lgan bolalarda obstruksiyaning takrorlanishi qayd etildi. - bu 3 yoshgacha bo'lgan bronxial giperaktivlik, keyin bu bronxial astmaning boshlanishi.

Bronxo-obstruktiv sindromni davolash.

Bolalarda bronxo-obstruktiv sindromni davolashning asosiy yo'nalishlari quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak:

1. Bronxlarning drenaj funksiyasini yaxshilash;
2. Bronxodilatator terapiyasi;
3. Yallig'lanishga qarshi terapiya.

BRONXIAL ASTMA

Bronxial astma (BA) – bronxlar va o'pkaning surunkali kasalligi bo'lib, bronxlarning obstruksiyalanishi bilan kechadi va uning asosida bronxlarning giperreaktivligi va nafas yo'llarining surunkali allergik yallig'lanishi yotadi.

Tashhisot mezonlari

1. Anamnezi:

Og'ir individual va oilaviy allergiyaga moyillik, ko'pincha tunda xansirash, hushtakli xirillashlar, yo'tal. Kasallikning allergen, virusli infektsiya, jismoniy zo'riqish, irritantlardan so'ng zo'rayishi.

Simptomlarning yo'qolishi allergenlar eliminatsiyasida yoki bronxodilatator qo'llanganidan keyin kuzatiladi.

2. Klinik mezonlari.

Darak beruvchi davr – hurujdan bir necha soat yoki kun oldin burun bitib qolishi yoki burundan ko'p miqdorda, suvdek suyuqlik ajralishi, aksirish, yo'tal, qichishish, tomoq qichishi, qon'yunktivit, polimorf toshma, hulq-atvor va kayfiyatda o'zgarish paydo bo'lishi mumkin (bolalar ancha harakatchan, sergap, o'ta yoqimtoy yoki aksincha injiq, tajovvuzkor bo'lib qolishi mumkin, ba'zi bemorlar kam harakat qiladi, bo'shshish, bezovtalik boshlanadi), ishtaha va uyqu buzi ladi.

Huruqli bosqich: bo'g'ilish simptomlari – nafas diskomforti, bemorning havo etishmayotganligini sezishi, to'satdan ko'krak qafasining siqilishi va bir necha daqiqada zo'rayib ketishi.

- nafas etishmovchiligi sindromi – ekspirator xarakterdagi nafas siqishi huruji (nafas olish qisqa, kuchli va chuqur, nafas chiqarish sekin, titrab-qaqshab bo'ladi), o'pka chekka

qismlarining shaffofligining ortishi, diafragma gumbazlarining past turishi, qovurg'alar orasidagi masofaning kengayishi);

- ildiz rasmini kuchayishi;
- qon va balg'amda eozinofiliya;
- spetsifik allergenlar bilan teri sinamalarining ijobiyligi;
- sinash davosi – β_2 -agonistlarning yuqori samaradorligi. Astmatik holat: (AH) nafas etishmovchiligi rivojlanib boradigan og'ir davomli huruj, bronxlarning β - adrenergik retseptorlar funksional bloki

oqibatida bronxodilatatorlarga rezistentlik bo'ladi.

Astmatik holat rivojlanishiga olib keluvchi omillar:

- allergenlarning salmoqli ta'siri, bronxlar yoki LOR organlar infeksiyasi;
- ingalyasion β_2 - agonistlar dozasi ko'payib ketishi;
- gormonga bog'liq bo'lib qolgan bemorlarda glyukokortikosteroidlarning noto'g'ri

berilishi yoki tezda to'xtatilishi.

Astmatik holat mezonlari:

- BA hurujining kamida 6 soat davomida to'xtamasligi;
- bronxlarda drenaj funksiyasining buzilishi;
- gipoksemiya va giperkapniya;
- simpatomimetiklarga rezistentlik.

AH ning og'irlik darajasiga qarab 3 bosqichi farq qilinadi (A.G.CHuchalin, 1997)

I bosqich – nisbiy kompensatsiya – bo'g'ilish huruji uzoq vaqt bartaraf bo'lmasligi bilan xarakterlanadi. Bemor hushini yo'qotmaydi, mos, majburiy o'tirish holatini oladi. Ko'maklashuvchi mushaklar kuchli ishtirokidagi hansirash. Yo'tal samarasiz.

Perkussiyada – qo't icha tovushi, auskultatsiyada – nafasning zaiflashuvi, hamma bo'limlarga o'tadi, quruq xirillashlar ko'p.

II bosqich – dekompensatsiya – bronxoobstruksiyaning zo'rayib borishi bilan ifodalanadi. O'pkada distansion xirillashlar saqlangan holda nafasning «mozaik» o'tishi yoki juda zaiflashuvi («go'ng» o'pka). Ko'krak qafasining emfizematoz shishishi, nafas ekskursiyasi sezilmaydi. Puls zaif, AB pasaygan.

III bosqich – gipoksik, giperkapnik koma – juda og'ir holat, es- hushning buzilishi, nevrologik o'zgarishlar bilan ifodalanadi. Nafas siyrak, yuzaki, paradoksal. Puls ipsimon, gipotoniya, kollaps.

Bronxial astma tasnifi

1. SHakli:

- atopik;
- atopik bo'lmagan (infeksiya bilan bog'liq, ao't oimmun, aspirinli astma, psixogen).

2. Kechish davrlari:

- zo'rayish;

- remissiya.

3. Kechish og'irligi:

- engil;
- o'rtacha og'ir;
- og'ir.

4. Asoratlari:

- atelettaz;
- pnevmotoraks;
- teri osti va mediastinal emfizema;
- o'pka etishmovchiligi;
- o'pka yurak.

Qiyosiy tashhisot

Allergik bronxit, surunkali pnevmoniya, mukovissidoz, bronx-o'pka aspergillyozi, traxeobronxial daraxt kovagidagi begona jismlar, neyrogen va psixogen genezdagi nafas buzilishlari bilan o'tkaziladi.

Davolash

1. Tartibi-allergenga nisbatan ehtiyot bo'lish, iloji boricha ahamiyatga ega allergenlarni to'la eliminatsiya qil

СИМПТОМЫ АСТМЫ



ish.

2. Bronxial astmaning o'tkir davrida bronxlar o'tkazuvchanligini tiklashga yo'naltirilgan davo amalga oshiriladi.

Bronxial astma hurujini bartaraf qilish uchun β_2 – adrenoretseptorlarga tanlab ta'sir qiluvchi simpatomimetik dorilar aerzollari (berotek, salbo't amol, terbo't alin, klenbo't erol)ning ingalyasiyasi buyuriladi, samaradorligi etarli bo'lmagan hollarda, dorining aerzolli dozasi ingalyasiyasi 15 daqiqadan so'ng takrorlanadi.

Terapevtik samara, odatda, 10–15 daqiqadan so'ng boshlanadi va ingalyasiyadan 1 soat keyin maksimal darajaga etadi.

BA ning atopik bo'lmagan shaklida, tungi azobli yo'talda, o'pkada nam xirillashlar ko'p bo'lganda, simpatomimetiklarni qabul qilib bo'lmaganda ingalyasion holinolitiklar buyuriladi. Atrovent (ipratropium bromid) 1 doza = 0,02 mg, 20–30 daqiqadan keyin samarasi boshlanadi, ta'siri 4–8 soat davom etadi; 7 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1 dozadan kuniga 2–3 marta, 7 yoshdan katta bolalarga 2 dozadan kuniga 2–3 marta. Berodual (1 doza =

fenoterol 0,05 mg + ipratropium bromid 0,02 mg): 7 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1 dozadan kuniga 3 marta, 7 yoshdan kattalarga 2 dozadan kuniga 3 marta.

Og'ir hurujlarda selektiv simpatomimetiklar (yoki β_2 – qisqa vaqt ta'sir qiluvchi agonistlar) ingalyasiyasi buyuriladi. Samarasi 3–5 daqiqadan so'ng boshlanadi, ta'siri 4–6 soat davom etadi. Berotek -100 (fenoterol) ingalyasiya dozasi 100 mkg; ventolin (salbo't amol) 1 dozada 250 mg.

Qo'llanishi: 1–2 dozadan kuniga 4 martagacha. Agar birinchi ingalyasiya hurujni bartaraf qilmasa, 10 daqiqadan so'ng ingalyasiyani takrorlash mumkin.

Ehtiyoj bo'yicha β_2 - agonistlar qo'llashning tezlashishi astmaning kechishi yomonlashganligidan darak beradi va yallig'lanishga qarshi davoni kuchaytirishni talab qiladi.

Simpatomimetiklar (salbo't amol, brikanil) tabletka holida yoki sharbat (spiropent, klenbo't erol) buyurilganda bronxial astmaning engil va o'rtacha og'irlikdagi hurujlarida bronxlarning o'tkazuvchanligi qayta tiklanishi mumkin.

Bronxial astmaning og‘ir huruji teri ostiga adrenalin yuborilganda ham bartaraf bo‘lishi mumkin. 0,1%li adrenalin eritmasi 0,005 ml har yoshiga teri ostiga yuboriladi: qarshi ko‘rsatma: hurujning 4 soatdan ortiq davom etishi, dorining (anamnestik ma‘lumotlar bo‘yicha) samarasizligi, gormonga bog‘liq astma. Agar adrenalin yuborishga qarshi ko‘rsatma bo‘lsa, u holda efedrin gidroxloridning 5%li eritmasini 0,1 ml/ har yoshiga, ammo 1 ml ortiq emas m/o, 12 yoshdan katta bolalarga 100–150 ml fiziologik eritmaga 0,3–1 ml qo‘shib venaga tomchilab yuboriladi. Bunday hollarda alupentning 0,005%li eritmasini 0,1 ml/ har yoshiga teri ostiga yoki mushak orasiga yuborish ham yaxshi samara beradi.

Bronxial astmaning engil va o‘rtacha og‘ir hurujlarida shoshilinch terapiya eufillin buyurishdan boshlanishi mumkin; unga β_2 - agonistlar ingalyasiyasining samarasizligi (β_2 - adrenoretseptorlar asoratining oqibati), virus-bakterial infeksiya qo‘zg‘atgan huruj; ilk bolalikdagi BA ko‘rsatma bo‘lishi mumkin. Eufillin 2,4%li eritmada buyuriladi (ampulada 10 ml); to‘yinish dozasi 4 yoshgacha bolalarga 0,25 ml/kg; 4 yoshdan kattalarga 0,2 ml/kg. Preparatni 70–100–150 fiziologik eritmaga qo‘shib venaga tomchilab yuboriladi. Bir maromda saqlab turuvchi

doza venaga tomchilab: 6 oylikkacha bolalar uchun 0,2 ml/kg/soat, 6 oylikdan – 16 yoshgacha 0,25 ml/kg/soat ni tashkil qiladi. Eufillin samara berganda keyingi 3 kunda bir maromda saqlab turuvchi doza (tab. 0,15 g) kuniga 4–6 mg/kg da 4 marta ovqatdan so‘ng ichiladi.

Nafas etishmovchiligi kuchayib borganida prednizolon 1–4 mg/kg dozada yoki gidrokortizon 7 mg/kg dozada venaga yuboriladi.

Astmatik holatning I bosqichida eufillinning 24 mg/kg kunlik dozasi infuziyasi bilan davolash o‘tkaziladi; nafas etishmasligi kuchayib borganda eufillin glyukokortikosteroidlar bilan qo‘shib venaga yuboriladi. Agar ko‘rsatilgan davo etarlicha samara bermasa, u holda kuniga 1,0–1,5 mg/kg prednizolon ichiladi, ayni vaqtda u 1 mg/kg dozada venaga yuboriladi.

Astmatik holatning II bosqichida bronxlar o‘tkazuvchanligi tiklanishi uchun eufillin venaga tomchilab yuboriladi, prednizolonning kunlik dozasi 3–5 mg/kg gacha ko‘paytiriladi, uning 1,5–2,0 mg/kg dozasi ichishga buyuriladi, qolgan miqdori venaga tez yoki tomchilab yuboriladi.

Astmatik holatning III bosqichida o‘pka ventilyasiyasini me‘yorda saqlash hamda gipoksemiya va giperkapniyaning xavfli darajasini bartaraf qilishga yo‘naltirilgan reanimatsion tadbirlar amalga oshiriladi. Ularga o‘pkaning sun‘iy ventilyasiyasi, infuzion terapiya (eufillin, 5%li glyukoza eritmasini, kolloid eritmalarini venaga yuborish), glyukokortikosteroidlarning katta dozasini (prednizolon kuniga 6–10 mg/kg) qo‘llash kiradi; yurak etishmovchiligi rivojlangan hollarda yurak glikozidlari beriladi.



Bronxial astma zo‘rayganda, balg‘am ajralishi susayganda, bronxlar obstruksiyasi alomatlari uzoq vaqt saqlanib turganida balg‘am ko‘chiruvchi vositalar (kaliy yodid, bisolvon, termopsis, ipekakuana, senega damlamalari) buyuriladi.

Mukolitiklar: bromgeksin (dr. 0,004 g) 2–5 yoshli bolalarga – kuniga 4 mg 2 marta, 5–10 yoshlilarga 4 mg dan 3 marta; 10 yoshdan kattalarga 8 mg dan 3 marta beriladi.

Ekspektorantlar: mukaltin (tab. 0,05 g) 7 yoshgacha bolalarga $\frac{1}{2}$ dan 3 marta, 7 yoshdan kattalarga 1 tab. dan 3 marta; terpingidrat

(tab. 0,25 g) 2–5 yoshli bolalarga 0,1 g dan 3 marta, 5 yoshdan kattalarga 0,15 g dan 3 marta, har kuni; ko‘krak eleksiri har yoshiga 1 tomchidan kuniga 4–5 marta.

Allergiya alomatlarini davolash: tavegil (tab. 0,001 g) $\frac{1}{2}$ -1 tabletkadan kuniga 2 marta, suprastin (tab. 0,025 g) $\frac{1}{2}$ -1 tabletkadan kuniga 2 marta; klaritin (tab. 0,005 g) $\frac{1}{2}$ -1 tabletkadan kuniga 2 marta beriladi.

Nafas qiyinlashish huruji bartaraf qilinganidan so‘ng bronxospazmolitiklar bilan davolash (simpatomimetiklar, eufillin va ular kombinatsiyasi) 7–10 kun davom etadi.

Glyukokortikosteroidlar parenteral (mushak orasiga yoki venaga ichiga) qo‘llanganda ular in‘eksiyasi huruj bartaraf etilganidan so‘ng bekor qilinadi.

Prednizolon bilan davolash ichiladi astmatik holatning ifodalanish darajasiga qarab 10 kundan 14 kungacha davom etadi.

Bronxial astmaning og‘ir bo‘lmagan hurujlari ignarefleksoterapiya, elektroako‘punktura, lazeroterapiya usullari bilan bartaraf qilinishi mumkin.

Bronxial astmaning zo‘rayishi tez-tez takrorlanib turadigan bolalarni hurujdan chiqarishda retsidivga qarshi davolash o‘tkaziladi. Bronxial astma hurujining kamdan-kam uchrashi, uning engilroq kechishi va kasallikning remissiyasiga quyidagilar yordamida erishish mumkin:

Kromolin - natriy (intal) -0,02 g kuniga 3–4 marta ingalyasiya shaklida, 6–9 oy davomida;

- ketotifen (zaditen) 0,025 mg/kg kuniga 2 marta 6–9 oy davomida ichiladi;

- allergoglobulin 5 ml mushak orasiga – 5 in‘eksiya va ular oralig‘i 3 kun.

- allergiyaga qarshi immunoglobulin 1–2 ml dan mushak orasiga 5– in‘eksiya va ular oralig‘i 4 kun.

- organizmdan sekin ajraladigan teofillin dori shakllari (teopek, durofillin, teostat, teodur). Teopekning kunlik dozasi 15–19 mg/kg dan 2 marta qabul qilinadi, 3–4 hafta davom etadi, zarurat tug‘ilsa, davolash uzoqroq davom ettiriladi.

Ajralish mexanizmi nazorat qilinadigan salbo‘t amol saqlovchi volmaks preparati retsidivga qarshi ta‘sir ko‘rsatadi. Dorining kunlik dozasi 6–8 mg, 2 bo‘lib qabul qilinadi, davolash muddati 2–4 hafta. U bronxlar o‘tkazuvchanligining tiklanishiga yordam beradi.

PNEVMONIYA (ZOTILJAM) – O‘PKANING O‘TKIR YALLIG‘LANISHI

O‘pkaning infeksiyon o‘tkir yallig‘lanishi har xil turdagi nafas etishmovchiligi, joylashgan o‘pka-bronx sindromi, bir o‘choqli va segmentli infiltrativ o‘zgarishlar bilan kechadi.

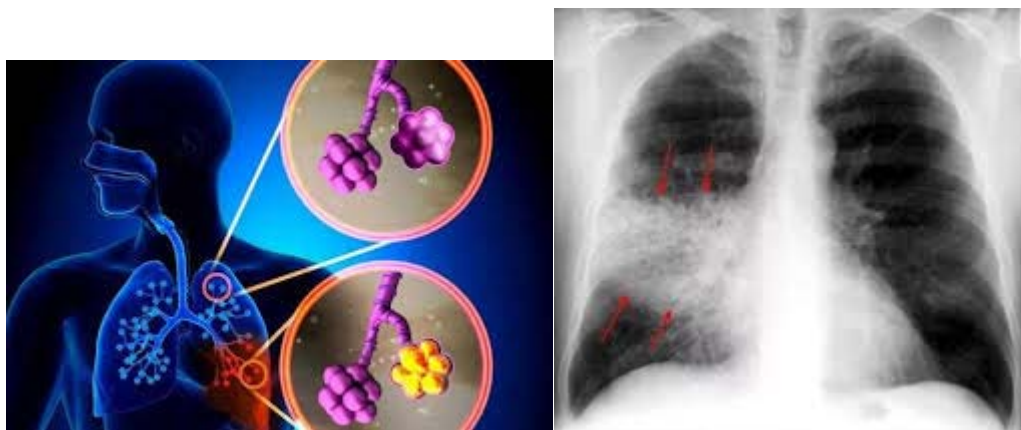
Tashhisot mezonlari

1. Anamnezi

Respirator infeksiya bilan bog‘liqligi – shamollash omilidir.

2. Klinik mezonlar

□ Respirator sindrom – O‘RVIning klinik belgilari, qattiq chuqur yo‘tal, shilimshiq yoki shilimshiq yiringli balg‘am bilan xarakterlanadi.



□ Toksikoz sindromi – har xil darajada namoyon bo‘lishi mumkin. Uyqusizlik, holsizlik, kam harakatchanlik yoki o‘ta qo‘zg‘aluvchanlik, talvasa oldi holati, bir qator hollarda talvasa huruji, ishtaha buzilishi, umuman ovqat iste‘mol qilmaslik, gavda haroratining 5 kundan ortiq 380S bo‘lish, yuqori darajali terini oqarishi, gavda haroratiga zid ravishda yurak taxikardiyasi, yurak tonlari bo‘g‘iqli, fiziologik reflekslarning susayishi, mushaklar gipotoniyasi, dispeptik o‘zgarishlar, eksikoz rivojlangunga qadar gavda vaznining kamayishi, jigar kattalashishi.

□ Nafas etishmovchiligi sindromi; yordamchi mushaklar ishtiroqi bilan kechuvchi inspirator xansirash, burun-lab uchburchagi sianozi yoki jismoniy zo‘riqishdan so‘ng kuchayuvchi tarqalgan sianoz.

□ Bronx-o‘pka sindromi patologik o‘choqning joylashishi bilan bog‘liq. Ko‘p hollarda patologik o‘choq bir tomonlama bo‘ladi. Perkussiyada – yallig‘langan o‘choqning ustida perko‘t or tovushning to‘mtloqlashuvi kuzatiladi. YAllig‘lanish o‘chog‘i ustidan bronxial va sustlashgan nafas orasida mayda pufakli kripitatsiyalanuvchi nam xirillashlar eshitiladi. Tovush tebranishi va bronxlar o‘tkazuvchanligi yallig‘lanish jarayoni ustida kuchaygan bo‘ladi.



3. Laborator va instrumental tekshiruv natijalari

1. Umumiy qon tahlili: leykotsitlar soni neytrofillar hisobiga ko‘paygan. Leykotsitar formula chapga siljigan. ECHT tezlashgan (20mm/s dan yuqori). Kichik yoshdagi bolalarda kamqonlik erta rivojlanadi.

2. O‘pka rentgenogrammasi: infiltrativ o‘zgarishlar o‘choqda bir yoki bir nechta segmentlarda uchraydi. Kasallikning boshlang‘ich fazasi va tuzalish davrida o‘pka suratining kuchayishi, o‘pka ildizining har xil o‘zgarishlari kuzatiladi.

BOLALARDA ZOTILJAM TASNIFI

1 oydan katta bolalarda zotiljamni kasalxonadan tashqari va kasalxona ichi zotiljamga bo‘lish muxim ahamiyatga ega, chunki bu zararlanish sharoitini bildiradi va ma‘lum bir chaqiruvchiga shubxa kiladi. Kasalxonadan tashqari zotiljam zotiljamni oddiy uy sharoitida maxrum bo‘lishini ko‘rsatadi. Agar zotiljam

kasalxonada 72 soatdan ortiq yoki kasalxonadan chiqqandan keyin 72 soat mobaynida rivojlangan bo'lsa kasalxona ichi zotiljam deb aytiladi.

Davolash

Statsionarga yotqizilgunga qadar davo choralari.

o Antibiotiklarni tanlash va tavsiya etish. O'pkaning chegaralangan ma'lum qismida lokal-fizikal o'zgarishlar (lokal mayda pufakli krepatitsiyalanuvchi nam xirillashlar, perko't or tovushning qisqarishi va b.) aniqlangan bemorlarda zotiljam tashhisi bo'lishi taxmini yuqoridir. Bunday bemorlarga antibiotiklar rentgen tekshirishi o'tkazilgunga qadar tavsiya etiladi. Xozirgi kunda ko'pincha β -laktamaza chiqaridigan va shu sababli ananaviy qo'llaniladigan antibiotiklarga rezistent bo'lgan mikroorganizmlar bolalar va kattalarda zotiljam va uning asoratlarini kelib chiqishiga sabab bo'ladi. SHuning uchun o'z vaqtida bolani qiynamasdan davolashni boshidan ratsional antibiotikoterapiya qo'llash kerak. Tanlagan antibiotik keng ta'sir doirasiga va kam nojo'ya ta'siriga ega bo'lishi shart. Xamma etib o'tilgan shartlarga sefalosporinlarni III avlodi to'liq javob beradi. Sefalosporinlarning afzalligi shundaki, juda ko'p mikro-organizmlarga, ya'ni Gr-manfiy va Gr-musbat, aerob va anaerob mikroorganizmlarga ta'sir qiladi. Sefazim (sefotaksim) ko'p tekshiruvlarda ayniqsa nafas yo'llari yallig'lanishda o'zini samadorligini isbotlagan. Sefazimni kuniga 2 marotaba m/o yoki t/i 50-100 mg/tana og'irligiga qo'llaymiz. Sefogram (seftriakson) xuddi Sefazimga o'xshab keng ta'sir doirasiga ega bo'lib, kuniga 1 marotaba bolaning axvolini og'irligiga qarab 20-100 mg/tana og'irligiga qo'llaniladi. Bolaga faqat 1 marotaba in'eksiya qilish ham onaga, ham bolaga, ham tibbiyot xamshiraga qulay bo'ladi. Sefogram 24 soat davomida o'zini terapevtik qon sentratsiyasini xujayralararo suyuqlikda saqlab turadi.

o Bolalarda 1 marta bo'lsa ham gavda harorati 38.0S dan yuqori bo'lib, davomiyligi 3 kundan oshsa, intoksikatsiya va nafas

etishmovchiligi belgilari kuzatilsa, bunday bemorlarga antibiotiklar rentgen xonasiga jo'natilgunga qadar buyuriladi.

1. Gavda harorati 38.0S bo'lgan, intoksikatsiya va nafas etishmovchiligi belgilari bo'lmagan bemorlarga antibiotik va rentgen tekshiruvi tavsiya etilmaydi.

2. Zotiljamning o'rta og'ir ko'rinishlarida, asoratsiz kechuvida uyda kasallangan, yoshi 6 oydan katta bo'lgan bolalarga 100000 B/kg so't kada penitsillin tavsiya etiladi. Agar bola statsionarga etib kelgunga qadar 2 kun davomida penitsillin bilan davolangan bo'lsa va xech qanday natija bo'lmasa, bunday bemorlarga sefalosporining III avlodi Sebaneks (sefoperazon+sulbaktam) 40-80 mg/tana og'irligiga so't kada 2 marotaba m/o yoki t/i buyuriladi.

3. YOshi 6 oygacha bo'lgan bolalarda gramm-manfiy mikroblar va stafilokokk aniqlansa Sefazim, Sefogram, Sebaneks tavsiya etiladi.

4. Zotiljamning destruktiv shaklida va ko'p miqdorda infiltrativ o'choqlar bo'lganda 2 xil penitsillinaza fermentiga chidamli antibiotiklar tavsiya etish kerak. Ulardan biri – sefalosporin – Sefazim so't kada 2 mahal venaga 50-100 mg/kg; Sefogram 20-100 mg/kg 1 maxal venaga yuboriladi.

5. Ampitsillin stafilokokkli zotiljamni davolash uchun qo'llanmaydi. CHunki u mikrobnning penitsillinaza fermenti ta'sirida parchalanib ketadi.

6. Mikoplazmali zotiljamni davolashda so't kasiga 30–50 mg/kg/ eritromitsin yoki boshqa makrolidlar tavsiya etiladi.

7. Zotiljam qo'zg'atuvchisi ko'k yiringli tayoqcha bo'lsa, so't kasiga 30-100 mg/kg Sefdim (seftazidim) yoki 40–80 mg/kg Sebaneks tavsiya etiladi.

8. Zotiljam OITS bilan xastalangan bolada kuzatilsa yoki neytropeniya bilan birga kelsa va boshqa og'ir holatlarda sefalosporinlarning IV avlodi Efipim (sefipim) so't kada 50 mg/kg har 12 soatda buyuriladi.

Yo'tal quruq va samarali bo'lishi mumkin. Quruq yo'tal ateşleme jarayonining kob davriga xosdir. Samarali yo'talning paydo bo'lishi shilliq qavat kasalliklari va bronxial drenajning buzilishidan dalolat beradi.

PLEVRIT

Plevrit – plevraning bakterial, virusli yoki allergik tabiatli o'tkir yallig'lanishi.

Tashhisot mezonlari

1. Anamnezi:

SHikoyati: nafas olganda, yo'tal paytida og'riq paydo bo'lib, ko'pincha qoringa tarqaladi, bu holat ko'pincha gavda harorati ko'tarilishi bilan kechadi.

2. Klinik mezonlar:

1) Surunkali intoksikatsiya simptomokompleksi – gavda haroratining fibril raqamlargacha ko'tarilishi, et uvishishi, behollik, bosh og'rishi, mialgiya, taxikardiya.

2) O'pka-plevra o'zgarishi simptomlari: nafas tezlashishi va yuzaki bo'lishi, nafas ekskursiyasi ba'zan asimmetrik, shikastlangan tomonda cheklangan; og'rigan yonboshda majburiy holat; sianoz, ovoz titrashining zaiflashishi, katta ko'krak mushaklarining palpatsiyasida sezuvchanligi (SHternberg simptomi), o'pkaning chegaralangan qismi ustida perko't or tovushning bo'g'ilishi, auskultatsiyada – nafasning zaiflashuvi; plevraning ishqalanish ovozi, nafas to'la emasligi, shikastlangan tomoqdan qarama-qarshi tomonga ko'ks oralig'ining siljish; shikastlangan tomonda teri burmasi qalinligining ortishi (Vintrix simptomi).

3. Paraklinik mezonlar:

1) QO'T zo'rayishi davrida leykotsitoz, neytrofil yadrolarning chapga siljishi, ECHT ortishi;

2) o'pka rentgenogrammasi – ekssudativ plevritda – Sokolov- Damuazo qiyshiq chizig'i shaklida xiralashishi, quruq plevritda – plevraning qalinlashish belgilari;

3) plevral punksiya – serozli, seroz-fibrinozli yoki yiringli ekssudat olinadi;

4) plevral ekssudatni bakterial floraga, mikobakteriyaga tekshirish – infeksiya qo'zg'atuvchisini aniqlash;

5) Tashqi nafas funksiyasi – gipoventilyasiya, restriktiv o'zgarishlar;

6) Kislota-ishqor holati – gipoksiya, metabolik atsidoz.

Qiyosiy tashhisot

O'pka atelektazi, keng yoyilgan pnevmoniya, o'pka o'smasi, yurak etishmovchiligida qonning o'pkada dimlanishi kabilar bilan o'tkaziladi.



PLEVRITLAR TASNIFI

Turi : kuruq, ekssudativ (serozli, gemmorrhagik)

seroz- fibrinozli, yiringli,

Patogenez :

- 1) sinpnevmonik
- 2) metapnevmonik
- 3) metastatik
- 4) simptomatik
- 5) jarohatdan so'ng
- 6) sil

Lokalizatsiya: kostal, diafragmal, paramediastinal, bo'laklararo, plashsimon, xaltachali

Davolash

Nospetsifik plevritlarni davolash (sinpnevmonik va metapnevmonik).

1. Tartib: birinchi kundan beshinchi kungacha – yotib davolanish rejimi, 5 kundan 10 kungacha yarim yotib davolanish.
2. Oqsilga va vitamininga boy parhez, suyuqlik va tuzni cheklash.
3. Plevral bo'shliqdan ekssudat evakuatsiyasi. Punksion usul – har kuni ekssudatni aspiratsiya qilish va bo'shliqni antiseptiklar (0,02%li furatsilin eritmasi, 0,1%li furagin eritmasi, 1%li yodinol eritmasi) ga 2 g tripsin, ximotripsin qo'shib yuvish.

NAFAS YO'LLARIDAGI YOT JISM

Nafas yo'llaridagi yot jizm – bolalarda eng ko'p uchraydi. Bolalarda uchrash soni 80 – 97%, 5 yoshdan kattalarda 60 – 93%. YOt jism halqumda 13%, traxeyada 22%, bronxlarda 65%. YOt jismlar ko'proq o'ng bronxga tiqiladi (57-67 %). YOt jismlar ichida ko'proq kelib chiqishi o'simliklardan bo'lgani tiqiladi (70-80% hodisalar). Patomorfologiyasi. SHiliq qavat zararlanishi (ba'zan a'zoning chuqur qismigacha), shish, infeksiya. Uzoq vaqt davom etsa yotoq yoki chandiq paydo bo'ladi.

KLINIK MANZARASI

- Halqumdagi yot jizm – o'tkir boshlanadi, inspirator hansirash, yaqqol stridor nafas, sianoz, xurujsimon koklyushsifat yo'tal, o'tkir uchli yot jizm bo'lsa ko'pincha qon tupurish va qon kelishi uchraydi.

- Traxeyada yot jizm – o'tkir boshlanadi, yo'tal bilan kechadi, to'sh orqasida o'tmas og'riq, stridor nafas, yot jizm tezkor surilish paytida qarsak belgisi xarakterli.

- Bronxlarda yot jizm ♦ O'tkir respirator buzilishlar bosqichi (yuqori nafas yulida yot jizm bo'lishi). O'tkir xurujsimon yo'tal, sianoz va bo'g'ilish ♦ YAshirin kechishi (yot jismning periferik bronxlarda bo'lishi). Davomiyligi bir necha soatdan 10 kungacha ♦ Asoratlar bosqichi:
 - Erta asoratlar: qon ketishi, atelektazlar, o'tkir pnevmoniya, bakterial o'pka destruksiyasi, kuks oralig'ining zo'rayib boruvchi emfizemasi, piopnevomotoraks, peritonit ♦ Kechki asoratlar bronxostenozlar va bronxoektaz.

Maxsus tekshiruvlar • Halqum yoki ko'krak qafasini rentgenografiyasida – rentgen qon trast yot jismni, shuningdek atelektaz va emfizemani aniqlash • To'g'ridan-to'g'ri laringoskopiya, traxeoskopiya, bronxoskopiyalarning birini qo'llash, yot jismning joylashgan joyiga qarab.

Differensial diagnostikasi. Traxeya bifurkatsiyasida joylashgan yot jismlarni o'pka atelektazi bilan.

DAVOLASH • To'g'ri laringoskop usuli bilan halqumdagi yot jismni olib tashlash

- YOt jism traxeyada bo'lsa – traxeoskopiya yordamida olib tashlanadi. Iloji bo'lmagan holatlarda bola boshini pastga qilib kilash lozim. Favqulotda holatlarda bolani boshini pastga qaratib kitish • YOt jism bronxlarda – bronxoskopiya yordamida, iloji bo'lmaganda tezkor shifoxonaga yotqizilib, bronxotomiya yoki torakotomiya muolajasi bajariladi.

XKK – 10 • T17 Nafas yo'llaridagi yot jizm.

Savollar : 1.Obstruktiv sindrom bilan kechuvchi kasalliklarni sanab bering ?

2. Nafas yo'llari kasalliklarini tashxislashda asosiy tekshiruv usullari ?

3. Nafas yo'llaridagi yot jizmda 1-chi y'ordam ko'rsatish ?

Mavzu : Dunyoda va O'zbekistonda reproduktiv salomatlik

Reja

1. Dunyoda va O'zbekistonda reproduktiv salomatlik. Ayollar jinsiy a'zolari anatomiyasi va fiziologiyasi. Maslahat berish asoslari. JSST tasnifi. Gormonal qon tratsepsiya.

2. KOK lar, ko'rsatma, qarshi ko'rsatma, nojo'ya ta'sirlari. TPK lar, ko'rsatma, qarshi ko'rsatma, nojo'ya ta'sirlari

9 yil 11 mart kuni «Fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash to'g'risida»gi qonun prezident tomonidan imzolandi.

Mazkur qonunning maqsadi, fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlashni tartibga solishdan iborat.

Qonunga muvofiq, fuqarolar qon tratsepsiya usullarini tanlash, ulardan foydalanish, shuningdek ularni rad etish huquqiga ega.

Fuqarolarga sog'lig'ining holati, yoshi va individual xususiyatlari hisobga olingan hamda nomaqbul oqibatlar haqida ogohlantirgan holda qon tratsepsiya usullarini yakka tartibda tanlash bo'yicha tibbiy yordam ko'rsatiladi.

Qon tratsepsiyaning jarrohlik usuli voyaga yetganlarning yoki er-xotinning yoxud muomalaga layoqatsizlar vasiylarining roziligi bilan amalga oshiriladi.

Qonunga ko'ra, homiladorlikni sun'iy tushirish quyidagi holatlarda amalga oshiriladi:

homiladorlikning o'n ikki haftasigacha ayolning xohishiga ko'ra;

homiladorning hayotiga xavf soluvchi tibbiy ko'rsatmalar bo'lganida homiladorlikning istalgan muddatida.

Qonunga ko'ra yordamchi reproduktiv texnologiyalar qo'llanilishi haqidagi, shuningdek ularning ishtirokchilari haqidagi ma'lumotlar shifokorlik siri sifatida qo'riqlanadi.

O'zbekistonda onalar va bolalar hamda reproduktiv yoshdagi ayollar salomatligini mustahkamlash uchun budjetdan 26 mlrd so'm ajratiladi

O'zbekiston Prezidenti Shavkat Mirziyoyev "Sog'liqni saqlash sohasini kompleks rivojlantirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida"gi qarorni imzoladi.

Qarorga ko'ra, onalar va bolalar, reproduktiv yoshdagi ayollar salomatligini ta'minlash uchun zarur dori va tibbiyot vositalari (C vitamin, surfaktant va boshqalar) bilan qo'shimcha ta'minlash uchun davlat budjetidan 2021-yilda 26 milliard so'm ajratilishi, 2022-yildan boshlab esa ushbu xarajatlar uchun zarur mablag'larni davlat budjeti parametrlarida ko'zda to't ish belgilandi.

Shuningdek, bolalar tibbiyot va tugʻruq muassasalarida yuqori texnologik laborator uskunalardan toʻlaqonli va samarali foydalanish maqsadida 2022-yildan boshlab davlat budgetidan reaktiv, reagentlar, sarflov anjomlari hamda servis xizmatlar uchun qoʻshimcha 8 milliard soʻm ajratiladi.

Qaror bilan, shuningdek, 2021-yil 1-avgustdan boshlab Qoraqalpogʻiston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahrida perinatal va skrining markazlari hamda birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalaridagi onalar va bolalar salomatligiga masʼul tuzilmalar (“Ayollar maslahatxonasi”, perinatal skrining xonasi, “tibbiyot brigadalari” tarkibidagi oilaviy shifokor, pediater va boshqalar)ning homilador ayolni kompleks kuzatuv boʻyicha quyidagi choratadbirlarni nazarda toʻt uvchi oʻzaro hamkorlik va muvofiqlashtirilishini taʼminlovchi yagona tizim joriy etiladi:

homilador ayolning kompleks kuzatuv yagona maʼlumotlar bazasini yaratish;
perinatal va skrining markazlari hamda birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalaridagi onalar va bolalar salomatligiga masʼul tuzilmalar tomonidan yagona maʼlumotlar bazasiga zarur maʼlumotlarni kiritish, shuningdek, homilador ayollarning tibbiy kartasini yuritish;
shakllangan maʼlumotlarga asosan homilador ayollarga zarur maslahatlarni berish.

Bundan tashqari, sogʻliqni saqlash vazirining oʻrinbosari A.Azizov bilan birgalikda homilador ayolni eng erta muddatlarda hisobga olinishi, uning har kungi holatidagi oʻzgarishlarni kompleks nazorat qilib borish uchun 2021-yil yakuniga qadar yagona elektron baza yaratilishi qayd etilgan.

Eslatib oʻtamiz, Senatning Sud-huquq masalalari va korrupsiyaga qarshi kurashish qoʻmitasi raisi Narimon Umarov Oʻzbekistonda oʻtgan yilga nisbatan goʻdaklar va onalar oʻlimi oshganini maʼlum qilgandi.

Qoʻmita raisining maʼlum qilishicha, Oʻzbekistonda reproduktiv salomatlikni, onalik va bolalikni muhofaza qilishga oid qonun hujjatlari ijrosini taʼminlashdagi kamchiliklar oqibatida 2019-yilga nisbatan goʻdaklar oʻlimi 428 taga (2019-yilda 6432 ta, 2020-yilda esa 6860 ta), onalar oʻlimi 10 taga (145—155) oshgan.

Shuningdek, Surxondaryoda 2020-yilda onalar va bolalar oʻlimi soni oshgani ham qayd etilgan. Xususan, Surxondaryo viloyatida yashovchi qariyb 2,7 million nafar aholining 900 ming nafarga yaqini yoki 33,2 foizini voyaga yetmaganlar, 600 ming nafardan ortigʻini tugʻish yoshidagi ayollar tashkil etadi. 2020-yil davomida jami 35 ta (2019-yil 16 ta) onalar oʻlimi qayd etilgan boʻlib, 2019-yilning shu davriga nisbatan 19 taga koʻpaygan. Shuningdek, bolalar oʻlimi darajasi 2020-yil davomida 586 tani tashkil qilgan boʻlsa, bu koʻrsatkich oldingi yillarga nisbatan kamaymagan.

Prezident Shavkat Mirziyoyev 11-martda fuqarolarning reproduktiv salomatligini saqlash sohasidagi munosabatlarni tartibga soladigan qonunga imzo chekdi.

"Fuqarolarning reproduktiv salomatligini muhofaza qilish toʻgʻrisida"gi qonun sunʼiy urugʻlantirish (EKU – ekstrakorporal urugʻlanish) amaliyotiga yoʻl ochadi.

Qonun nega muhim: bu qonun ayollar va erkaklar bepushtligiga barham berish, shuningdek, sunʼiy urugʻlantirish va kasallangan tuxum hujayralarini olib tashlash orqali sogʻlom genofondni shakllantirish kabi xorijda keng qoʻllanayotgan texnologiyalarni Oʻzbekistonda qoʻllashga huquqiy asos yaratadi. Bunday qonunni anchadan beri ham tibbiyot moʻt axassislari, ham keng jamoatchilik istayotgan edi.

Dunyoda reproduktiv yoshdagi juftliklarning o'rtacha hisobda 10-15 foizi bepushtlikdan aziyat chekadi.

O'zbekistonda oila qurgan ayollar orasida birlamchi bepushtlik 4,9-5,3 foizgacha yetadi. Hozir respublika bo'yicha 25 mingdan ziyod ayol va 7 ming erkakka bepushtlik tashxisi qo'yilgan.

Aksariyat o'zbek bepusht oilalari Turkiya, Hindiston, Janubiy Koreya va hattoki qo'shni Qozog'istonning Chimkentida Eku qildirib kelayotgan edi. Ular Eku uchun chet elda o'rtacha 3 mingdan 15 ming dollargacha sarflaydi.

Qonunda shuningdek ayollar, erkaklar va voyaga yetmaganlarning reproduktiv salomatligini saqlash tamoyillari, ularning bu boradagi huquqlari belgilangan.

- Savollar : 1. Reproductive salomatlik deganda siz nimani tushunasiz ?
2. Sog'lom ona-sog'lom bola tushunchasiga ta'rif bering

Mavzu : Qalqonsimon bez kasalliklari

Reja :

1. Qalqonsimon bez kasalliklari (gipotireoz, gipertireoz). Tashxislashning o'ziga xosligi va davosi. UASH taktikasi.
2. Qandli diabet klinikasi, diagnostikasi, davosi. UASH taktikasi. Asoratlarni oldini olish, skrining va aholini o'qitish. Dori vositalarini tavsiya etish.
3. QD da komalar. UASH taktikasi.

Buqoq qanday kasallik? Turlari, belgilari, alomatlari...

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti bergan ma'lumotlarga ko'ra, Yer yuzi bo'yicha 665 milliondan ortiq odam endemik bo'qoq va qalqonsimon bezning boshqa kasalliklaridan aziyat chekmoqda. 1,5 milliard inson esa yod tanqisligi xastaligi rivojlanish xavfiga ega. Ushbu kasalliklar orasida buqoq keyingi yillarda dunyoning aksariyat mamlakatlari, shu qatorda O'zbekiston uchun ham dolzarb masalaga aylanib bormoqda.

- Xo'sh, ushbu xastalikning paydo bo'lishiga qanday omillar sabab bo'ladi?

— Inson bo'ynining old qismida shaklan kapalakni yodga soluvchi qalqonsimon bez joylashgan bo'lib, ushbu tana a'zosi asab tizimi faoliyati, ovqat hazm qilish, suyak to'qimalari va moddalar almashinuvida muhim o'rin to'tadi.

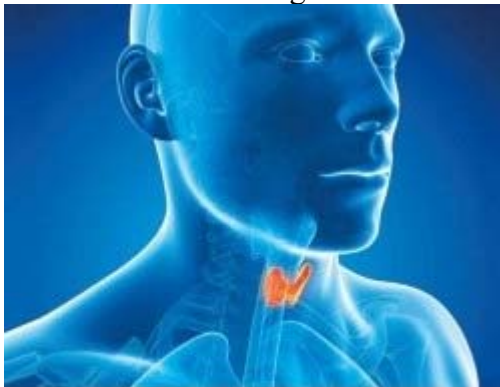
Qalqonsimon bez o'zidan 3 xil gormon ajratib, ular tananing normal o'sishi, yetilishi, rivojlanishini ta'minlaydi, oshqozon-ichak kabi organlarning bir me'yorda ishlashiga ko'mak beradi. Agar ularning qaysi birini sintez qilish jarayonida muammolar kuzatilsa, bu o'z-o'zidan inson tanasida jiddiy kasalliklarga yo'l ochadi.

Buqoq ushbu bezning kattalashishi hisoblanib, (normal holatda qalqonsimon bezning vazni 20-30 gramm) kasallik asosan yod yetishmasligi sababli yuzaga keladi. Yod tanqisligiga esa insonning turmush-tarzi, ovqatlanishi, stress, ekologik vaziyat va yana bir qancha omillar sabab bo'lishi mumkin.

Inson tanasida yod tanqisligi kuzatilganda, qalqonsimon bez hujayralarga kam miqdorda yod yuboradi. Buning oqibatida esa gormonlar sintezi kamayadi va organizm bu jarayonni bir

maromga keltirish uchun bosh miya gipofizi orqali ta'sir o'tkazadi. Natijada qalqonsimon bez kattalashib, buqoq kasalligi rivojlanadi.

Surunkali yod yetishmasligi va qalqonsimon bez faoliyatining buzilishi zehning susayishi, depressiya, teri qurishi, soch to'kilishi, qabziyat, ich ketishlar, bepushtlik, jinsiy faoliyatning susayishi, suyak rivojlanishining o'zgarishi, past bo'ylik va osteporoz, gipertoniya va ateroskleroz kabi xastaliklarga sabab bo'ladi.



— Buqoq kasalligining turlari :

— Tibbiyotda buqoqning asosan, endemik va sporadik turlari mavjud. Jumladan, endemik buqoq qalqonsimon bezning jadal kattalashishi bilan xarakterlanib, ushbu xastalik ko'pincha atrof-muhitda yod yetishmasligi, okean va dengizlardan uzoqda joylashgan (O'zbekiston shular jumlasidan) hududlarda ko'p uchraydi. Endemik buqoqning diffuz, tugunli va aralash turlari mavjud.

— Kasallikning asosiy belgilari qanday?

— Buqoqning ilk bosqichlarida uning eng kichik belgilari ham sezilmaydi. Biroq keyinchalik bo'yinning oldi qismi bo'rtib chiqadi. Natijada kattalashgan qalqonsimon bez asab va qon tomirlarini ezib qo'yadi. Bu orqali bemorda nafas qisilishi, ovoznig birdaniga o'zgarib qolishi va xirillashi, bo'g'ilishlar, ko'p terlash, yo't inishdagi qiyinchiliklar, bosh aylanishi kabi salbiy holatlar kuzatiladi.

Shu bilan birga, asab tizimida buzilishlar sodir bo'ladi, kayfiyat tez-tez o'zgaradi, tanadagi barcha jarayonlar sekinlashadi, ayniqsa, oshqozon-ichak faoliyati buziladi.

Afsuski, ko'pchilik insonlar o'zlarida bu kasallik rivojlanayotganiga jiddiy e'tibor bermaydi. Biroq mo't axassis sifatida shuni ayta olamanki, bu xastalikka beparvo bo'lish yaxshi oqibatlariga olib kelmaydi.

Qalqonsimon bez — odam va hayvonlarning ichki sekretiya bezi. Qalqonsimon bezning rivojlanishi homilalik davrida boshlanib, bola 1 yoshga yetganda uning vazni 1—2 g ni tashkil etadi, o'sish jarayonida u kattalashib 15—20 g gacha yetadi. Qalqonsimon bez embrion jabra xaltachasi epiteliysidan rivojlanadi. Qalqonsimon bez odam embrioni taraqqiyotining 8—9 oyida to'liq shakllanib, gormon ajrata boshlaydi, u bo'yinda, hiqildoq tog'aylari sohasida joylashgan; 2 palla va bo'yinchadan iborat. Qalqonsimon bezni bir juft yuqori va bir juft pastki arteriyalar qon bilan ta'minlaydi, simpatik va parasimpatik nerv tolalari innervatsiya qiladi. U organizmda modda va energiya almashinuvini regulyatsiyasida ishtirok etuvchi yodli gormon tiroksin (T4), triyodtironin (TZ) va tireokaltsitonin ishlab chiqaradi. Qalqonsimon bez funksiyasini markaziy nerv sistemasi, faoliyatini esa gipofiz bezi boshqaradi.

Gipofizning tireotrop gormoni Qalqonsimon bez funksiyasi va rivojlanishini kuchaytiradi. Organizmda Qalqonsimon bezning ahamiyati juda katta, u bosh miya faoliyati, moddalar almashinuvi, suyak o'sishi, immun sistemalar, jismoniy va aqliy rivojlanish, jinsiy yetilish jarayonlari, adaptatsiya va boshqalar reaksiyalarni ta'minlaydi. Bu bez faoliyatining buzilishi buqoq, gipotireoz, gipertireoz va boshqalar kasalliklarga olib keladi.

Homila shakllanishi va rivojlanishida hamda sog'-omon dunyoga kelishida ichki sekresiya bezlarining faoliyati muhim ahamiyatga ega. Afsuski, hozir endokrin kasalliklar (ichki sekresiya bezlar kasalliklari) keng tarqalgan va homiladorlikning kechish jarayoniga ko'pincha salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Endokrin kasalliklarning anchagina qismini qalqonsimon bez xastaliklari tashkil qilib, bunda asosan yod tanqisligi yetakchi o'rin to't adi. Yod tanqisligi o'rta va og'ir bo'lgan hududlarda (yurtimiz ham bunday hududlar qatoriga kiradi) meyoridan kam miqdorda yod iste'mol qilinishi homilador ayollarda qalqonsimon bez kattalashishiga va yoyma zaharsiz buqoq rivojlanishiga olib keladi.

Qalqonsimon bez kasalliklarining homila rivojiga ta'siri

Homila qalqonsimon bezining faoliyati mo't laq onadan qorindagi bolaga o'tadigan yod miqdoriga bog'liq. Homilador ona organizmiga yetarli miqdorda yod tushmasligi homila tanasida yod tanqisligini vujudga keltiradi. Bu esa homilada ham keyinchalik buqoq paydo bo'lishiga olib keladi. Homilada va neonatal davrda gipotireoz yuzaga kelishi tufayli tug'ilgan bola aqliy va jismoniy jihatdan nuqsonli (endemik kretinizm) bo'lishi mumkin.

Yoyma zaharsiz buqoqning oldini olish uchun

Yod tanqisligi mavjud hududlarda yoyma zaharsiz buqoqning oldini olish va davolash uchun bir kecha-kunduzda 150-200 mkg hisobida yod qabul qilish tavsiya etiladi. Ya'ni, har kuni bir tabletkadan «Yodomarin -200» yoki «Yodbalans-200» preparatlari qabul qilish buyuriladi.

Bu preparatlar odatda buqoqning kattalashishini to'xtatadi, ba'zi hollarda uni kichiklashtiradi. Ayol homilador bo'lguniga qadar unda katta buqoq kuzatilsa va homiladorlikning boshlang'ich davrlarida buqoq tez kattalashayotgan bo'lsa yodni qalqonsimon bez gormonlari bilan birga qabul qilish maqsadga muvofikdir. Buning uchun har kuni 50-100 mkg L-tiroksin qabul qilish bilan birga «Yodomarin-200» yoki «Yodbalans-200» dorilarini bir tabletkadan qo'llash tavsiya etiladi. Bu muolaja homilador ayolda qalqonsimon bezning meyoriy faoliyatini tiklashga imqon beradi.

Yoyma zaharli buqoq

Qalqonsimon bez kasalliklarida, uning faoliyati buzilishi bez gormonlarining meyoridan ortiq (gipertireoz) yoki kam (gipotireoz) ishlab chiqilishi bilan ifodalanadi. Modda almashinuvining gipertireoz holati bilan kechadigan kasalliklar orasida yoyma zaharli buqoq uchrab turadi.

Yoyma zaharli buqoq qalqonsimon bez gormonlarining meyoridan ortiqcha ishlab chiqarilishi va qalqonsimon bezning hajmi ham bir tekisda kattalashishi bilan kechadigan kasallikdir. Nasliy omillar va ao't oimmun jarayonlar kasallikning kelib chiqishida ishtirok etadi. Xastalik ko'proq 20-50 yoshli ayollarda uchraydi. Jismoniy va ruhiy zo'riqishlar ham kasallikning ro'yobga chiqishiga sharoit tug'diradi.

Yoyma zaharli buqoq kasalligining asosiy belgilari

Kasallikning asosiy belgilari (bemorning ozib, vaznini yo'qotishi, ruhiy bezovtalik, xotirjamlikni yo'qotish, asabiylashish, yurakning doimo tez urishi, teri nam va issiq bo'lishi, oldinga cho'zilgan qo'l barmoqlarida mayda titroqlar kuzatilishi, ko'z soqqasining chaqchayib turishi — ekzoftalm) aniq namoyon bo'lgan hollarda zaharli buqoq tashxisini qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi.

Agar kasallikning belgilari sust yuzaga chiqqan bo'lsa, tashhis qo'yish qiyinlashishi mumkin. Kasallik borligini tasdiqlash uchun qalqonsimon bez gormonlari — erkin tiroksin (er T4) va erkin uch yodtironin (er T3) larning hamda tireotrop (TTG) gormonning miqdori aniqlanadi. Yoyma zaharli buqokda gormonlar (er T3, er T4) ning miqdori meyoridan ortiq, TTGning miqdori esa kamaygan bo'ladi.

Homilador ayollarda qalqonsimon bezning gormonal faoliyatini aniqlashda ko'p uchraydigan holatlardan biri umumiy tiroksin (um T4) va umumiy uch yodtironinning (um T3) qondagi miqdorini aniqlashdir.

Homilador ayollar qonidagi oqsillarni qalqonsimon bez gormonlari bilan bog'lanish xususiyatining ortishi homilador ayol qonida um T3 va um T4 miqdoriini ko'paytiradi. Ammo qalqonsimon bez gormonlarining oqsillar bilan bog'langan shakllari gormonal ta'sir ko'rsatmaganligi uchun ularning umumiy miqdori ortishi homilador ayollarda tireotoksikoz borligiga asos bo'lmaydi. Buning uchun qalqonsimon bez gormonlarining ta'sirchan shakllari (ya'ni er T3 va er T4)ning miqdorii ortgan bo'lishi kerak.

Gormonlar tanqis bo'lsa...

Qalqonsimon bez gormonlarining yetishmasligi natijasida gipotireoz kasalligi vujudga keladi. Gipotireozning ko'p (90-95%) qismini birlamchi gipotireoz tashkil qiladi va tireoidit, qalqonsimon bez rezeksiyasi, radioaktiv yod bilan davolash, o'sma va boshqalar bunga sabab bo'ladi. Gipotireozda homiladorlik kam uchraydi, chunki qalqonsimon bez gormonlarining tanqisligi nasl berish va ko'payishga javobgar ichki a'zolarining faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Tuxumdonlarda primordial follikulalar yetilishi sekinlashadi, ovulyatsiya jarayoni buziladi, sariq tana rivojlanishi susayadi.

Xotiraning susayishi, atrofdagi hodisalarga qiziqishning kamayishi, holsizlik, terining quruq va och sariq rangda bo'lishi, tana vaznining ortishi, yuz va ko'z qovoqlarining shishishi, tilning kattalashishi, no't qning noaniq bo'lishi, hayz tartibining izdan chiqishi gipotireozning asosiy belgilaridir. Homilador ayollarda birlamchi gipotireoz ko'pincha surunkali ao't oimmun tireoidit yoki diffuz toksik buqoq va boshqa xil buqoqlar jarrohlik yo'li bilan olib tashlangandan so'ng yuzaga keladi.

Ao't oimmun tireoidit

Surunkali ao't oimmun tireoiditda kuzatiladigan gipotireoz odatda homiladorlikdan avval aniqlanadi. Ammo ao't oimmun tireoiditning boshlanishi ba'zi hollarda homiladorlik davriga to'g'ri keladi. Ao't oimmun tireoiditni homiladorlikning erta davrlarida aniqlash uchun qalqonsimon bez faoliyatida buzilish borligi shubha qilingan homilador ayollar qonidagi ao't oimmun tanachalarni aniqlash tavsiya etiladi. Gipotireoz tashxisini tasdiqlash uchun qon

zardobida TTG, T3 va erkin T4 miqdori aniqlanadi. Birlamchi gipotireozda TTG ning qon zardobidagi miqdori meyoridan (1-3 mkg/l) ortadi, T4 va T3 kam bo'ladi.

Gipotireozga chalingan ayollarda homiladorlik og'ir kechadi. Ularda homiladorlikning toksikozlari, kamqonlik, bola tushish hollari ko'p uchraydi. Shuningdek, tug'ruq harakatlarining sust bo'lishi, qon ketish ehtimoli ortadi. Gipotireoz homila tuzilishida salbiy ta'sir ko'rsatib, ko'pincha uning bosh miyasi hamda skeleti rivojlanishida patologik o'zgarishlar yuz berishiga sabab bo'ladi. Ayol gipotireozga chalingan davrda yaxshi davolanmasdan homilador bo'lsa, garang, soqov, keyinchalik aqliy rivojlanishi orqada qoladigan esi past, skelet taraqqiyotida tug'ma nuqsonlari bor bolalar tug'ilishi ehtimoli ortadi.

Gipotireoz muolajasi yetishmagan qalqonsimon bez gormonlarini tashqaridan berib turish orqali amalga oshiriladi. Bemorga kuniga bir marta, ertalab 25 mkg tiroksin qabul qilish buyuriladi. Tiroksin miqdori har hafta ko'tarilib, kasallikning og'ir-yengilligiga qarab bir kechakunduzda 150-200 mkg ga yetkaziladi. Homiladorlikning oxirigacha tiroksin shu miqdorda berib turiladi. Ayol ko'zi yoriganidan so'ng uning ahvoriga qarab tiroksin miqdori (dozasi) o'zgartiriladi. Tiroksin bilan davolash ayollarning emizikli davrida ham davom

QANDLI DIABET

Qandli diabet – patologik holatning geterogen guruhi bo'lib, unga absolyot yoki taxminiy insulin etishmovchiligi bilan bog'liq bo'lgan surunkali moddalar almashinuvining buzilishi asosidagi giperglikemiya xos.

TASHHISOT MEZONLARI:

1. Diabetning belgilari mavjud glikemiya darajasi 11,1 mmol/l dan oshgan.
2. Diabetning klinik belgilari bo'lmaganda, diabet tashhisi quyidagi hollarda qo'yiladi:

- 2 marta och qoringa olingan kapillyar qonda glyukoza miqdori 7,8 mmol/l dan oshiq bo'lsa;

- standart glyukozatolerant sinamada och qoringa 6,7 mmol/l dan oshiq, glyukoza (1 kg gavda vazniga 1,75 g, faqat 75 g dan oshmagan) iste'mol qilgandan keyin 11,1 mmol/l dan oshiq bo'lganda. Glyukozaga tolerantlik buzilganda qonda qand miqdori och qoringa 6,7 mmol/l dan kam, glyukoza iste'mol kilgandan keyin esa 7,8 dan 11,1 mmol/l gacha bo'lganda.

Klinik sindromlar va ularning laborator markerlari:

1. Giperglikemiya sindromiga qonda glyukoza miqdori oshishi xos bo'lib, och korindagi me'yorda miqdori glyukozooksidi yoki ortotoluidin uslubi bilan o'lchanganda 3,3 dan 5,5 mmol/l gacha bo'ladi hamda glikozillargan gemoglobin (HbA_{1c}) fraksiyasi 6% dan oshishi kuzatiladi. Klinik belgilari: ovqatdan so'ng uyqu kelaverishi va o'tkinchi ko'rish qobiliyatining buzilishi.

2. Glyukozuriya sindromi ko'p hollarda giperglikemiya 8,8 mmol/l dan oshgan vaqtda yuzaga keladi. Polga tushgan siydik dogi yopishqoq, «kraxmallangan kiyim» simptomi, tashqi jinsiy organlar sohasida qichishish, poliuriya, bu erta yosh bolalarda enurez bilan birga keladi.

3. Suvsizlik sindromi va elektrolit almashinuvining buzilishi – polidipsiya, teri va shilliq qavatlarning qurishi, to'qima turgori va ko'z kosasi tonusi pasayishi, gipotoniya. Laborator belgilari: gematokrit ko'tarilishi, qon zardobida

natriy miqdori 135 mmol/l dan, kaliy esa 3,5 mmol/l dan kamayishi, EKG da gipokaliemiya belgilari.

4. Astenik sindrom energetik ochlik va elektrolitlarni yo'qotish hisobiga rivojlanadi. Aqliy va jismoniy qobiliyat susaygan, holsizlik, darmonsizlik, emotsional adinamiya.

5. Oqsil kamayishi sindromi energiya manbai sifatida aminokislotalar ishlatilishi sababli ro'y beradi: gipoalbuminemiya, o'sish sekinlashishi, mushak darmonsizligi, jarohatning yomon bitishi, yiringli va kandidozli kasalliklarga moyillik.

6. Poligipovitaminoz sindromi: teri, soch, tirnoq trofikasi buziladi, giperkeratoz, angular stomatit, glossit, xeyloz.

7. YOg' almashinuvining buzilishi: insulin etishmovchiligi natijasida yog' to'qimalarida lipolitik jarayonning ustunligi giperlipidemiya, gavda vaznining kamayishiga, ksantoxromiyaga, jigarning yog' infiltratsiyasiga olib keladi.

8. Ketoatsidoz sindromi: yog' va ketogen aminokislotalar o't ilizatsiyasi buzilishi sababli ketogenez jarayoni kuchayadi. Natijada qon zardobida keton gavdachalari miqdori ko'payadi, siydikning atsetonga reaksiyasi musbat bo'ladi. Giperketonemiya o'z navbatida metabolik atsidozni keltirib chikaradi: laborator belgilari: qonning rN 7,3 dan past. Klinik belgilari: nafas chiqarganda atseton hidi kelishi, holsizlik, apatiya, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, «diabetik yuz qizilligi», yurak sohasida og'riq, Kussmaul nafasi, anoreksiya, Sorkin-Algauzen gematorenal sindromi (leykotsitoz, neytrofilez, proteinuriya va siydik cho'kmasida leykotsitlar, silindrlar, eritrotsitlar); abdominal sindrom (qorinda og'riq).

Og'irlik darajasi diabetning kechishi va asoratlarning mavjudligi bilan belgilanadi:

I daraja – parhez yordamida normoglikemiya va aglyukozuriya bo'lsa; II daraja – uglevod almashinuvi insulin va qand tushiruvchi peroral preparatlar yordamida barqaror bo'lsa; III daraja – insulin rezistentlik, ketozga moyillik va asoratlar bulishi bilan belgilanadi.

Savollar : 1.Qalqonsimon bez kasalliklarini kelib chiqish sabablari ?

2. Qandli diabet kasalligini klinik turlarini aytib bering

MAVZU : Talvasa va es-hushning buzilishi

Reja

1.Talvasa va es-hushning buzilishi.

2.Bolalarda o'ziga xosligi. Ushbu patologiyada bemorlar nevrologik ko'ruvining o'ziga xosligi.

3. Ota-onalar va bolalarga maslahat berishning o'ziga xosligi.

4.Epileptik to't qanok va hushdan ketishning farqi (sinkopal paroksizm). Birinchi yordam va keyingi davolash-diagnostik taktikasi.

Epilepsiya (yun. — to't aman), to't qanoq, quyonchiq — bosh miyaning surunkali kasalligi; ko'pincha tirishish, hushdan ketish, bemor shaxsining o'zgarishi, ayrim hollarda aqliy qobiliyatning susayib borishi bilan kechadi (fe'latvor o'zgaruvchan, serjahl, ginaxon bo'lib qoladi va h.k.). Bosh miyaning to't qanoq to't ishiga nisbatan tug'ma yoki turmushda orttirilgan o'ta moyilligi, shuningdek, nasliy tug'ma nuqsonlar, bosh va orqa miyaning yuqumli kasalliklari, jarohatlari, tug'ruq chog'idagi noxushliklar, endokrin omillar, nogahon qo'rquv va h.k. E.ga sabab bo'ladi. E. mustaqil kasallik (genuin E.) yoki simptomatik (bosh miyaning yallig'lanishi, o'smasi, shikastlanishi va boshqalar oqibatida) bo'lishi mumkin. E. ko'p uchraydi. Aksari bolalik va o'smirlik davrida, ba'zan keksayganda ham kuzatiladi. Katta va kichik to't qanoqlar E.ning asosiy belgisidir. Ko'pincha hech bir sababsiz, ba'zan qattiq hayajon, horish va boshqalardan so'ng to't qanoq to't adi. Aksari to't qanoq to't ishidan avval bemor kayfiyati o'zgaradi; serzarda yoki ma'yus bo'ladi, boshi og'riydi, lanj tortadi. Ba'zan hech qanday belgisiz, shuningdek, uyquda ham to't qanoq to't adi. Deyarli ko'pchilik hollarda bevosita to't qanoq to't ishidan oldin bir necha sekund davomida o'tkir ruhiy holat — aura (yun. aiga — "shabada esishi") yuz beradi. Bunda bemor o'zini yomon his qiladi, boshi aylanadi, eti uvishadi va h.k. Shuningdek, bemor

ko'ziga dahshatli manzaralar ko'rinishi, burniga qo'lansa, kuyundi hidlar kelishi, shovqinsuron eshivilishi va achchiq, sho'r ta'm sezilishi mumkin. Ba'zida bemor bu vaqtda bir xildagi harakatlarni takrorlayveradi; mas, og'zini chapillataveradi, oldida turgan narsani yig'averadi yoxud bir joyda gir aylanadi, o'z-o'zidan yugurib ketadi va boshqalar Auradan so'ng kuchli to't qanoq to't adi. Bemor hushdan ketib yiqiladi, so'ng gavdasining barcha muskullari qisqarib (tonik talvasa) qo'loyoqlari cho'ziladi yoki bukilganicha qotib qoladi, jag'larini mahkam qisib oladi (bunda bemor ko'pincha tilini tishlab oladi). Nafas muskullarining qisqarishi tufayli bemor ko'karib (ayniqsa, yuzi) ketadi, ko'z soqqalari orqaga tortib, qorachig'i kengayadi va nurdan ta'sirlanmaydi. Bir necha sekunddan so'ng bu holat gavda muskullarining ritmik qisqarishi (klonik talvasa) bilan almashinadi. Bunda bemor boshini yotgan yeridagi narsalarga uradi, og'zidan ko'pik chiqadi, 1—2 mino't dan keyin asta-sekin tirishish tugab, bemor nafas ola boshlaydi, rangi o'ziga keladi. Lekin bu vaqtda u yiqilgandagi shikastlar og'rig'ini sezmaydi, chaqirsa eshitmaydi; ko'pincha o'ziga kelmay turib chuqur uyquga ketadi. Uyg'onganidan so'ng hech narsani xotirlay olmaydi; darmonsizligi, shikastlanganligidan to't qanoq to't ganini biladi. Kichik to't qanoq, odatda, talvasasiz yoki kamroq talvasa (bolalarda) bilan o'tib, bir necha sekundda tugaydi. Bunda aksariyat bemor bir lahza eshushini yo'qotib (mas, yurgan bo'lsa birdan turib qoladi, gapirayotgan bo'lsa so'z o'rtasida to'xtaydi va boshqalar), yana o'ziga kelishi mumkin. E.da kichik to't qanoqlardan tashqari talvasasiz faqat ruhiy o'zgarishlar — E. ekvivalentlari ham kuzatiladi. Ayrim vaqtlarda ular aura kabi ko'proq qisqa muddatli ruhiy holatlar tarzida o'tadi. Bunda bemor hayot voqeligini idrok etolmay qoladi. E.da (ayniqsa genuin E.da) sekin-asta bemor shaxsi (xarakteri) o'zgarib, aqliy qobiliyati susayib boradi, ya'ni E.ga xos esi pastlik kuzatiladi, bunda bemor to'satdan bajarayotgan ishini boshqa maqsadsiz tomonga yo'naltiradi, mas, ishdan uyga qaytayotib boshqa joyga ketib qoladi, biror xat yozayotgan bo'lsa, uning mazmunini (shaklini) buzib yuboradi va h.k. Bemor bir mavzudan ikkinchisiga, bir mashgulotdan boshqasiga o'tishga qiynaladi, qiziqish doirasi tor, atrofdagilarga kek saqlaydigan, qasoskor, ichi qora yoki adolatgo'y, nasihatgo'y, boshqalari haddan tashqari sarishta, muloyim bo'lib qoladi. Genuin E. surunkali kechib, avj olib boradi, bunda katta to't qanoqlar 1 yilda 1—2 marta yoki bir kunda bir necha marta ketmaket to't adi, ba'zan (ya'ni ketmaket to't ganda) miyaga qon quyilishi yoki miya va o'pkaning shishishi, asfiksiya, og'ir hollarda o'lim yuz berishi mumkin. Davosi: qat'iy kun tartibi, parhez, mehnat bilan davolash va vrach tavsiya etgan doridarmonlardan iborat. E.si bor bemorlar psixonevrologik dispanserlar nazoratiga olinadi.



Talvasa sindromi – bu organizmning tashqi va ichki ta'sirotlarga nospesifik reaksiyasi bo'lib, birdaniga va ixtiyorsiz ravishda muskullarning qisqarishi bilan xarakterlanadi. Ular bosh miyaning bir gurux neyronlarini patologik kelishilgan (sinxron) faolligi fonida rivojlanib, kattalarda xam, chaqaloqlarda xam kuzatilishi mumkin.

Bolalarda talvasa sindromi belgilari xuruj boshida paydo bo'ladi: bolani ko'zlari o'ynab «olma terishni boshlaydi», nigoxi ma'nisiz va tashqi dunyo bilan bog'liqligi yo'qoladi. Tonik

fazada bolalar boshini orqaga tashlashi, jag'larini yumishi, oyoqlarini uzatishi, qo'llarini bo'g'imlarida bukib olib teri qoplamalarini oqarishi kuzatiladi.

Febril talvasalar

Bolalarda talvasa sindromining eng ko'p uchraydigan turi febril talvasalar deyilib, tana xarorati 38,5 gradusdan ortganda rivojlanadi. U asosan chaqaloqlar va 5 yoshgacha bo'lgan 3-4% bolalarda uchraydi. Bunda bosh miya pardalarini infeksiyon yallig'lanishi belgilari bo'lmaydi. Febril talvasalarning oqibati asoratsiz tugaydi. Bunda ayrim talvasa xolatlarini epilepsiyadan farqlash lozim.

Yangi tug'ilgan chaqaloklarda talvasa sindromi o'z vaqtida tug'ilgan bolalarda - 1,4%, chala tug'ilganlarda - 20% xolatlarda kuzatiladi. Ularda bu xolat boshlanishi chaqaloq ko'zini o'ynashi, tovushlarga reaksiyasini yo'qolishi bilan boshlanib, keyincha qusish, nafasni buzilishi, ko'karishi kuzatilib, bu xolat 20 daqiqagacha davom etadi.

Chaqaloqlarda talvasa sindromini kuzatilsa, uning sababini aniqlash (tug'ruq travmalari, qon quyilishlar, irsiy omil) uchun tezlik bilan tekshiruvlardan o'tish talab etiladi.

Talvasalarda tez yordam

Talvasalarda tez yordam istalgan odam tomonidan amalga oshirilishi mumkin. Eng asosiysi u talvasa turini to'g'ri aniqlashi va vrachlargacha qanday xajmda yordam ko'rsata olishini bilishi kerak. Bemor organizmiga jiddiy shikastlar yetkazmasligi uchun ko'rsatiladigan tezkor yordam aniq va bosqichma-bosqich bo'lishi kerak.

Talvasalarda tez yordam ko'rsatish katta ahamiyatga ega! Tez yordamga bu patologiyani davolashning birinchi bosqichi sifatida qaraladi. Aks holda bemorda o'lim xolatlarini kuzatish xam mumkin bo'ladi.

Tasavvur qiling Sizning tanishingiz gaplashib o'tirib birdaniga yerga quladi. Unda talvasa xurujining barcha belgilari kuzatilayapti, ustiga-ustak yerga qulab qo'shimcha shikast (travma) xam oldi. Shuning uchun bunday vaziyatlarda iloji boricha tezlik bilan xarakat qilish va odamning yiqilishini oldini olish kerak.

Keyingi ko'rsatiladigan yordamlar ketma-ketligi quyidagicha:

1. Tezlik bilan «tez yordam» brigadasini chaqirib, talvasa xuruji boshlangani xaqida xabar bering.
2. Bemorga toza xavo oqimini kelishini ta'minlang: ko'ylagi tor bo'lsa yechib, tugmalarini bo'shatib, yokalarini qaytaring.
3. Bemor tilini tishlab va tishlarini sindirib olmasligi uchun og'ziga kichikroq sochiq yoki ro'molchasini buklab tiqing.
4. Bemorning boshini yonboshga buring, yoki iloji bo'lsa bo't un tanasini yonboshlating. Bu bemorning qusuq massalari tashqariga chiqishini ta'minlab, nafas yo'llariga tiqilib qolishi va bo'g'ilishini oldini oladi.
5. Bemorning yonidan xuruj paytida shikast yetkazishi mumkin bo'lgan barcha buyumlar olib tashlanadi. Boshi ostiga yumshoqroq narsa topib qo'yiladi.
6. Agar bolaning xuruji oldidan kuchli yig'i va isterika kuzatilib, xuruj paytida rangi oqarishi, xushdan ketishi, yurak faoliyatini buzilishi belgilari kuzatilsa – nafas olishini to'xtab qolmasligi uchun, yuziga suv sepish, nashatir spirtini xidlatish, yoki qoshiqni toza mato bilan o'rab bolaning tili o'zagiga yengi bosish kerak. Bolani tinchlantirishga va chalg'itishga xarakat qiling.

Talvasa sindromini davolash.

Talvasa sindromini davolash uni keltirib chiqaruvchi omilni topishdan boshlanadi. Xuruji isitma yoki infeksiyon kasallik xisobiga rivojlangan bo'lsa – asosiy kasallik davolangach uning belgilari o'zi o'tib ketadi.

Birinchi yordam ko'rsatilgach quyidagilar buyuriladi:

1. Tinchlantiruvchi preparatlar: Seduksen, Trioksazin, Andaksin.
2. Kuchli xurujlarda vena ichiga Droperidol, Oksibo't irat natriy va boshqalar.
3. To'laqonli oziqlanish va dam olish rejimini belgilash.

Statistik bo'yicha talvasa sindromi bolalarning xar mingtasidan 17-25 tasida kuzatiladi. maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda u 5 barobar ko'p kuzatiladi. Bunda talvasa xurujlarning asosiy qismi 3 yoshgacha bo'lib o'tadi.

Kattalarda talvasa sindromini uchrash chastotasi 2 foizni tashkil etadi. Ko'pchilik insonlar xayoti davomida xech bo'lmasa bir marta talvasa xuruji kuzatiladi. Ularning uchdan bir qismidagina talvasa sindromini qaytalanishi kuzatilib, ularga epilepsiya tashxisini qo'yish mumkin. Boshqacha aytganda talvasa xurujlari – bu aloxida epizod, epilepsiya esa – kasallik xisoblanadi.

Talvasa sindromi turlari

Talvasa sindromida muskul qisqarishlari ikki xil bo'ladi:

1. Chegaralangan (lokal, parsial) – bunda to't qanok ma'lum guruxdagi muskullarga tarqaladi.
2. Umumiy (general) – bunda talvasa bemorning bo't un tanasini egallab oladi, og'zidan ko'pik chiqadi, xushini yo'qotadi, noixtiyoriy ravishda kichik va katta xojatlarini amalga oshirishi mumkin, tilini tishlashi yoki davriy ravishda nafasini to'xtashi mumkin.

Klinik belgilariga qarab talvasalar 3 xil bo'ladi:

1. Klonik talvasalar – ularda muskul qisqarishlari ritmik va tez-tez bo'lib, duduqlanishga xam sabab bo'lishi mumkin.
2. Tonik talvasalar – ular tananing bo't un muskullarini qamrab olib, nafas yo'llariga xam tarqalishi mumkin. Bunda muskullarning uzoq vaqt davomida sekin qisqarishi kuzatilib, bemorlar tanasini rostlagani, qo'llarini bukib olgani, tishlarini qisib olishi, boshi orqaga qarab tashlashi va muskullarini taranglashishini ko'rish mumkin.
3. Klonik-tonik talvasalar – aralash turi bo'lib, tibbiyotda ular koma va shok xolatlarida kuzatiladi.

Talvasa sabablari.

Talvasa sabablariga markaziy nerv tizimini tug'ma defektlari va patologiyalarini, irsiy kasalliklarni, o'smalarni, yurak-qon tomir tizimi faoliyatini buzilishini kirgizish mumkin.

Bolalarda talvasa sindromi kuchli emotsional zo'riqish va tana xaroratini baland ko'tarilishi natijasida rivojlanishi mumkin. Quyidagi yoshga bog'liq bo'lgan xoldagi talvasa sabablari keltirib o'tiladi.

Bemor yoshi 10 yoshgacha

- markaziy asab tizimi kasalliklari;
- isitma;
- bosh shikastlanishlari;
- tug'ma moddalar almashinuvi buzilishi;
- idiopatik (noma'lum) epilepsiya;
- Kanavana va Batten kasalliklari;

- Bolalarda serebral parlich.

Bemor yoshi 11-25 yosh

- bosh miya o'smalari;
- boshning shikastlanishlari;
- toksoplazmoz;
- angioma.

Bemor yoshi 26-60 yosh

- alkogol iste'mol qilish;
- bosh miya o'smalari va uning metastazlarie;
- bosh miya pardalarini yallig'lanish jarayonlari.

Bemor yoshi 61 yoshdan ortiq

- dorilarni dozasini oshib ketishi;
- serebrovaskulyar kasalliklar;
- buyrak yetishmovchiligi;
- Alsgeymer kasalligi.

uchraydi.

Talvasani keltirib chiqaruvchi faktorlarni bilish bu sindromni davolash rejasini belgilash imqon ini beradi.

- Savollar :
1. Talvasa kasalligi bilan kechuvchi kasalliklar ?
 2. Talvasa sindromi turlari ?
 3. Talvasalarda tez yordam ?

Mavzu : Dermatologiya.

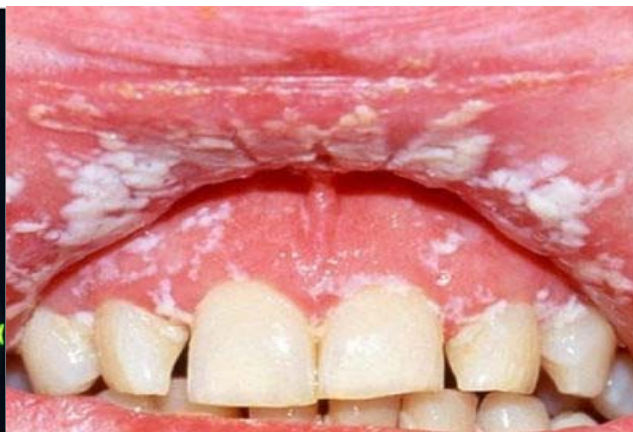
Reja

1. Terining patologik elementlari.
2. Terining infeksiyon va parazitarn kasalliklari: impetigo, saramas, teri, genitaliy yaralari, yotok yarasi. Toshmalar. Husnbuzar, uyali allopetsiya, follikulit. Psoriaz, pushti lishay, qizil yassi lishay.
3. Terining zamburug'li kasalliklari: dermatofitiya, kandidoz, kepaksimon lishay.
4. Pigmentatsiyaning buzilishi: nevus, melanoma.
5. Terining hajmli kasalliklari - so'gal, lipomalar, rak

Dermatologiya (dermato... va ...lo-giya) — teri kasalliklari haqidagi fan; klinik tibbiyotning bir sohasi. Terining buzilishi vazifasi, sog'lom teri va kasallik holati, shuningdek, organizmning boshqa kasalliklarida terida bo'ladigan o'zgarishlarni o'rganadi. Teri kasalliklarini aniqlash, davolash va oldini olish masalalarini ishlab chiqadi. D. umumiy va xususiy qismlarga bo'linadi. Umumiy D. sog'lom hamda kasal terining anatomiyasi va fiziologiyasini, teri kasalliklarining yuzaga kelish sabablari, davolash va oldini olish usullarini, xususiy D. esa teri, soch va tirnokda paydo bo'ladigan ayrim kasallik belgilarini, qo'zg'atuvchilarini, davolash usullarini o'rganadi. D. venerologiya, ichki kasalliklar, nevropatologiya, endokrinologiya, psixiatriya va b. tibbiyot fanlari bilan chambarchas bog'langan.



tirnoq



kandidozi

ichak kandidozi

D. uzoq tarixga ega. Qad. Misrda kichima, sachratqi, qo'tir, moxov kabi teri kasalliklarini turli moy dorilar, malhamlar bilan davolashgan; terini kosmetik usulda parvarish qilish ham keng rasm bo'lgan. Yunoniston va Rimda teri va tanosil kasalliklarini davolash bilan shug'ullanganlar. Gippokrat teri kasalliklarini bir tartibga solib qo'tir, moxov, soch to'kilishi, qadoq kabi kasalliklarni o'rgangan va ularni davolash haqida ma'lumotlar bergan. Qad. Rim vrachi Selz chipqon, trixofitiya, psoriaz va b. kasalliklar to'g'risida batafeil yozib, bu dermatozlarni davolashda ultrabinafsha nurlar, iliq fizik omillardan foydalanishni tavsiya etgan. O'rta osiyolik olim Abu Ali ibn Sino o'zining "Tib qonunlari" kitobida po'rsildoq yara, qichima, gush (ekzema), zaxm, moxov va b. teri kasalliklarini tasvirlash bilan birga ularning bir-biridan farqini ham ko'rsatib, davolash usullarini yozib krdirdigan. D. fanining shakllanishi 16-asrning ikkinchi yarmida fizika, kimyo, biol. fanlarida qilingan kashfiyotlar bilan uzviy bog'liq. 18-asr da teritanosil kasalliklarining etiologiyasi, patogenezi va klinikasini o'rganish avj oldi va ingliz, fransuz, nemis, rus D. maktablari paydo bo'ldi. O'zbekistonda O'rta Osiyo davlat universiteti tibbiyot fakultetida teri va tanosil kasalliklari kafedrasini tashkil etilganidan (1920) boshlab D. va venerologiya sohasi rivojtopdi. 1924-yilda Toshkentda teri va tanosil kasalliklari dis-panseri, 1932-yilda Dermatologiya va venerologiya ilmiy tadqiqot instituti tashkil qilinishi bu fanning rivojlanishiga keng yo'l ochib berdi. So'zak, zaxm, terining zamburug'li kasalliklari, vitiligo kabi kasalliklarning tarqalishi, etiologiyasi, patogenezi, diagnostikasi, davosi, oldini olish masalalari o'rganildi (A. A. Akovbyan, X. N. Xidirov, I. A. Gelinsevskiy, T. T. Tojiboyev, K. S. Sulaymonov va b.) Teri kasalliklari (zaxm, kal) da ichki a'zolarining zararlanishi; kasbga aloqador teri kasalliklari; dermatomikozlar qo'zg'atuvchilarining turini aniqlash bo'yicha ilmiy izlanishlar olib borildi (U. K. Beluxa, H. Husanov, R. A. Kapkayev, U. M. Mirahmedov va b.). O'zbekistonda hozirgi 1- va 2- Toshkent tibbiyot instituti, Toshkent pediatriya tibbiyot intsi, Vrachlar malakasini oshirish instituti, Buxoro, Samarqand, Andijon tibbiyot institutlarida dermatologiya va venerologiya kafedralari faoliyat ko'rsatadi.

Olimlardan A. A. Akovbyan, U. M. Mirahmedov, R. A. Kapkayev, M. M. Obidov, A. X. Abdullayev, A. Sh. Vaysov, Sh. A. Hamidov, X. Sh. Shodiyevlarning ijodiy izlanishlari keng tarqalgan teri kasalliklarini keskin kamaytirishga imqon berdi.

Dermatolog terining, sochlarning, tirnoqlarning va shilliq pardalarni, masalan, og'iz bo'shlig'i, burun va ko'z qovoqlari bo'ylab davolashga ixtisoslashgan shifokor (MD). Barcha

dermatologlar dermatologiyaning to'rtta filialida: tibbiy dermatologiya, kosmetika dermatologiyasi, jarrohlik dermatologiyasi va dermatopatologiyada ta'lim oladi. Shu bilan birga, dermatolog ushbu maxsus tarmoqlardan birida ixtisoslashishni tanlashi mumkin:



Tibbiy dermatologiya: Dermatolog diagnostika, terini davolash, teri, soch va tirnoqlarga ta'sir etadigan kasalliklarning oldini olishga yordam beradi.

Jarrohlik dermatologiyasi: Dermatolog teri, soch va tirnoqlarga ta'sir qiladigan kasalliklarni terining saratonini olib tashlash kabi jarrohlik muolajalar orqali davolashadi.

Kosmetik dermatologiya: Dermatolog terining, soch va tirnoqlarning ko'rinishini yaxshilash uchun davolanish usullarini qo'llaydi. Kosmetik dermatologiya faqat kosmetik vositadir. Bu sog'lom turmushni saqlashning muhim tarkibiy qismi emas. Bu yoshroq ko'rinishga, kimyoviy peellarga, soch ko'chirib olish va lazer jarrohligiga jarohatlar, ajinlar, varikoz tomirlari va boshqalarni kamaytirish uchun in'ektsiya to'lg'azish vositalarini kiritish kabi jarayonlarni o'z ichiga oladi.

Dermatopatologiya: Dermatolog dermatologiya va patologiya sohasida ixtisoslashgan. Kasalliklarni aniqlash va davolash uchun teri, soch va tirnoq namunalari tekshiradi.

Qanday qilib dermatolog bo'lish mumkin

Tibbiyot sohasidagi ko'p martaba kabi, dermatolog bo'lish juda muhim ta'lim talab qiladi.

Barcha dermatologlar tibbiy dermatologiya, kosmetika dermatologiyasi, jarrohlik dermatologiyasi va dermatopatologiyada malaka oshiradilar.

Ko'plab dermatologlar pediatriya, jarrohlik yoki kosmetika singari dermatologiyaning aniq sohalarida tajriba orttirish uchun qo'shimcha treningda ishtirok etishni afzal ko'radilar va ba'zilari bemorlarni davolashda o'zlarining barcha usullarini ishga solishi mumkin.

Dermatologga qachon borish kerak

Bemorlarga tez-tez dermatolog shifokor orqali murojaat qilinadi. Ammo, oilaviy shifokorga tashrif buyurib, dermatolog bilan uchrashuvni rejalashtira oladigan ikkita holat bor: agar siz teri saratoni bo'lishi mumkinligi haqida shubha qilsangiz yoki teri saratoni rivojlanish ehtimolini oshiradigan xavf omillari bo'lsa, . Shuningdek, dermatologga har yili bir marta terining to'liq tekshiruv uchun tashrif buyurish tavsiya etiladi.

IMPETIGO

Impetigo – intraepidermal joylashgan yuzaki pufakcha – yiringchali toshmalar rivojlanishi xos bo'lgan kasallik. Odatda og'riqli eritematoz tugunlar ho bo'lishi bilan boshlanadi, ular avval pufakka, so'ng missimon po'stloqli qo'tirga aylanadi.

Etiologiyasi. Jarohatlardan ajraluvchi suyuqliklarda 80% hollarda tillarang stafilokokk yoki uning safdoshi – A guruhiga mansub β – gemolitik streptokokk aniqlanadi.

Xavf omillari • Tropik yoki subtropik iqlim (iliq nam sharoitlar) • YOz yoki yomg'ir ko'p yog'adigan vaqt • Teri qoplamlarining katta bo'lmagan jarohatlari, hasharotlar chaqishi • Qoniqarsiz tozalik sharoitlari, epidemiyalar, urushlar • Impetigoning oilada mavjudligi •

Kamqonlik va etarlicha ovqat iste'mol qilmaslik oqibatida sog'likni yomonlashishi • Impetigo pedikulyoz, qo'tir, suvchechak, ekzema asorati sifatida rivojlanishi mumkin • Aloqaviy dermatit.

Klinik manzarasi. Toshmalar asta – sekinlik bilan yoki juda tez paydo bo'lishi mumkin • Birlamchi elementlar – og'riqli qizil dog'li – tugunchali toshmalar. So'ngilari pufakchaga va undan keyin odatda og'riqsiz pufakka aylanadi. Pufaklar yopishgach, yuza joylashgan namlanib turuvchi qizil yaralar paydo bo'ladi, so'ng ularni mis rangli po'stloq qoplaydi. Toshmalar ko'proq yuzda, og'iz va burun atrofida yoki teri qoplamlarining jarohatlangan sohalarida yuzaga keladi • Pufakli impetigo. Asosiy qo'zgatuvchisi – tillarang stafilokokk. Jarohatlar mayda pufakchadan to katta o'zaro birikib ketadigan pufaklargacha tez avj olib boradi. Limfadenopatiya kuzatilmaydi • YUzaki follikulit – stafilokokk impetigosi (Bokxart impetigosi). Asosiy qo'zgatuvchi – tillarang stafilokokk. Kasallik soch follikulalari zararlanishi bilan ifodalanadi.

Tekshirish usuli. Qo'zgatuvchini aniqlash. Tekshirish uchun modda birlamchi element tubidan olinadi, buning uchun uning po'stlog'i olib tashlanadi. Qonli agarda stafilokokk va A guruhidagi streptokokklarni ham aniqlash mumkin.

Differensial diagnostika • Suvchechak • Uchuq • Erizipeloid • Hashoratlar chaqishi • Og'ir ekzemali dermatitlar • Qo'tir • Kuyish • Oddiy po'rdoq yara • Pufakli (bullyozli) pemfigoid • Stivens – Jonson sindromi.

DAVOLASH

Olib borish tamoyili • Ko'pincha mahalliy davo olib boriladi. YUvinish ta'qiqlanadi, sog'lom teri salitsil kislotaning spirtli eritmasi bilan tozalanadi. Po'stloqlarni olib tashlash, anilin bo'yog'ining spirtli eritmasi, fukorsin, antibakterial va yallig'lanishga qarshi malhamlar (1% eritromitsin malhami, flumetazol + klio xenol va h.k.) surtish. Jarayon keng tarqalganda va uzoq muddat kechganida antibiotiklar qo'llaniladi • Po'stloqlarni olib tashlash, teri qoplamlari tozaligini saqlash uchun kuniga 2 – 3 marta ehtiyotkorlik bilan yuvib turish. Toshmalar tarqalishi oldini olish uchun shaxsiy tozalik qoidaloriga amal qilish • Davolash muddati: pufaksiz shaklida – 7 kun (toshmalar kam) va/yoki 10 kun (tarqoq toshmada); pufakli (bullyozli) shaklida – 10 kun.

Tanlov preparati • Mahalliy – mupirotsin (malham) kunda 3 marta (faqat Staphylococcus aureus va Staphylococcus pyogenes bilan chaqirilgan pufaksiz shaklida). Samara bo'lmaganda qo'shimcha 3 – 5 kun davomida antibiotiklar ichishga buyuriladi • Birinchi avlod sefalosporinlari, masalan sefaleksin 25 – 50 mg/kunda 4 marta (bolalarga), 250 mg. dan kunda 4 marta (kattalarga) • Eritromitsin (streptokokklar bilan zararlenganda) – 0,5 g. dan har 4 – 6 soatda (kattalarga), 30 – 40 mg/kg/kunda 4 marta (14 yoshgacha bo'lgan bolalarga).

Zahira preparatlari. Amoksitsillin 500 mg dan kunda 3 marta (kattalarga, 125 – 250 mg. dan kunda 3 marta (2 yoshdan katta bolalarga) 20 – 40 mg/kg/kunda 3 marta 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga).

Asoratlari • Ektima • O'tkir glomerulonefrit • CHuqur sellyulit • Sepsis. Kechishi va prognozi. O'tkazilayotgan davo asosida 7 – 10 kun mobaynida to'liq sog'ayish. Antibiotiklar bilan davolash glomerulonefrit rivojlanishi oldini olmaydi yoki jarayonni to'xtatmaydi.

Sinonimlari • Piodermiya • YUqumli impetigo • Oddiy impetigo • Tulki impetigosi.

NEVUS

Nevus (hollar, norlar) – terining gamartomasifat nuqsonlari bo'lib, epidermis elementlardan ham, dermadan ham (biriktiruvchi to'qimalar, tomir elementlari yoki melanotsitlardan) rivojlanishi mumkin. Nevuslar – pigmentlangan hoalar hisoblanadi va odatda teri yuzasidan bo'rtib turadi. Xollar deyarli har bir odamda bo'lib, tug'ma bo'lishi yoki hayot davomida, ayniqsa pubertat davrda, ayollarda homiladorlik davrida, gormonal disfunktsiyada vujudga kelishi mumkin. Klinik ko'rinishi: ularning soni, o'lchamlari, morfologik turlari va alohida elementlari – dog'lar, tugunchalar, toshmalar pigmentlashuvi darajalariga ko'ra

nihoyatda xilma-xil bo'lib, bahaybat nevuslarda teri qoplamining subtotal zararlanishigacha boradi. Yirik tug'ma nevuslar deganda >20 sm. li yoki tana yuzasining 2,5% ni qoplagan elementlar tushunilib, ular malignizatsiya xavfi bo'lgan omillar hisoblanadi.

• Epidermal nevuslar (so'galli yoki hol tipi bo'yicha) ko'pincha tug'ilish vaqtida ko'zga tashlanadi, ammo bolalik davrida (juda kam hollarda kattalarda) rivojlanishi ham mumkin. Tashqi ko'rinishi jihatdan papillomalarga (virusli genez) o'xshashi mumkin, lekin odatda katta chiziqli toshmalar yoki mayda papula maydonlari ko'rinishida paydo bo'ladi. Epidermal nevuslar ko'proq alomatsiz kechadi. YOg' bezlari nevusini e'tiborga olmaganida, malignizatsiya kam kuzatiladi (5% hollarda bazalioma yuzaga keladi). Gistologik jihatdan akantoz va giperkeratoz bilan xarakterlanadi. YOg' bezlari nevuslariga shuningdek, ko'p miqdordagi yog' va apokrin bezlarining mavjudligi ham xosdir. Atipik hujayralanish kuzatilmaydi. Davolash asosan kosmetik maqsadlarda amalga oshiriladi. YOg' bezlari nevusini profilaktika uchun olib tashlash malignizatsiya xavfi bo'lgani sababli emas, klinik namoyon bo'lishi tufayli (unda sochlar o'smaydi) bajariladi.



Dermal nevuslar □ Biriktiruvchi to'



qimali nevuslar ko'proq tug'ma bo'lib, odatda, qattiq, yakka holdagi papulalar hamda tana rangidagi toshmalar ko'rinishida bo'ladi. Ularda sochli follikulalar miqdori anchagina uchrashi mumkin («cho'chqa terisi»). Nevuslarning bunday varianti idiopatik hisoblanib, boshqa kasalliklar bilan bog'liq emas, tuberoz sklerozdagi

«sahtiyon teri» bundan mustasno. Gistologik jihatdan kollagen hamda cho'ziluvchan tolalarning tartibsiz zich yig'indisidan iborat. Prognozi – xavfsiz va mo't laqo kosmetik nuqtai nazardan olib tashlanadi □ Tomirsimon nevuslar (gemangiomas) – endoteliy bilan qoplangan tomirsimon hoalar, asosan kapillyarli, ammo, yirik nevuslarda kavernoza tuzilmalar ham uchraydi. 3 ta klinik turi tipik hisoblanadi: qulupnaysimon nevus, olchasimon nevus va kavernoza gemangioma. Qulupnaysimon nevus hamda kavernoza gemangioma o'z- o'zidan rivojlanishdan to'xtashi mumkin, olchasimon nevus esa bo't un umr davomida o'saveradi. Xirurgik yo'l bilan davolash kosmetik ko'rsatmalar bo'yicha funksional izdan chiqishlarda (qon 'yunktiva va lablar atrofida joylashganda) yoki olchasimon nevus trombozida (malignizatsiyaga gumon paydo bo'lganda) amalga oshiriladi □ Melanotsitar nevuslar klinik jihatdan muhimligi bilan ajralib turadi, bunda melanoma bilan differensial diagnostika o'tkazish zaruratini hisobga olish lozim.

NEVUSNING KLINIK TURLARI

- Bazal hujayrali nevus – irsiy kasallik – qovoq, burun, yonoqlar, bo‘yin, yuqori jag‘lar terisining (odatda, bezarar) zararlanishi bilan xarakterlanadi, tana rangidagi papula sifatida namoyon bo‘lib, eroziya izlari uchramaydi, gistologik jihatdan bazal hujayra rakidan farqlanmaydi.

- So‘galli nevus – teri rangidagi (yoki bir oz to‘qroq) epidermisning zararlanishi, so‘galga o‘xshaydi, ko‘pincha chiziqli, tug‘ilish chog‘ida yoki bolaligida paydo bo‘ladi, turli o‘lchamlarda, har xil shaklda chegaralanadi, alohida-alohida yoki ko‘p sonli bo‘lishi mumkin □ verrukoz nevus.

- Sochli (tukli) nevus – ko‘p miqdorda o‘sadigan tuklar bilan qoplangan hol.

- Bahaybat pigmentli nevus – katta, tug‘ma, yaqqol ko‘rinuvchi tuklar bilan qoplangan, ko‘pincha oyoqlarda joylashadigan pigmentli nevus □ pigmentli – tukli nevus.

- Moviy nevus – keng asosli, kulrang moviy rangning har xil tuslariga ega bo‘lgan papula yoki pilakchadan iborat. Gistologik jihatdan dermada epidermisga parallel ravishda o‘rnashgan o‘simtali melanotsit to‘plamlari topiladi, ko‘rinadigan spektr nuri tushganda optik moviylik ko‘rinishining yuzaga kelishi shundan □ YAdasson-Tishe nevisi.

- Intradermal nevus-melanozit uyalarining epidermis va derma oralig‘ida emas, dermada joylashuvidir.

- Ito nevus – o‘mrov usti nervining lateral shoxobchasini hamda elkaning lateral teri nervi joylashgan teri uchastkasining pigmentlanishi: dermada tartibsiz yotgan nevus hujayralari.

- Qulupnaysimon nevus – o‘lchamlari, shakli va rangi qulupnayga o‘xshash uncha katta bo‘lmagan tomirsimon – och qizil rangli, g‘alvirsimon zichlikdagi solitar hoa. CHaqaloqlarning 3% da kuzatiladi, ko‘pincha 6-7 yoshgacha o‘z-o‘zidan yo‘qoladi

- kaverno gemangioma □ kavernoma □ g‘orsimon gemangoma.

- Bir tomonlama nevus – tug‘ma chiziqli nevus, nerv yo‘nalishi bo‘ylab yoki tananing bir tomonida yoki qo‘l-oyoqning bir qismida joylashadi □ chiziqli nevus.

- Ota nevus (okulodermal melanoz) – uch tarmoqli nerv va ko‘z qon ‘yunktivasi sohasida terining pigmentlanishi, ko‘kintir-kul rang dog‘lardan iborat bo‘lib, Osiyoda, ko‘proq ayollarda uchraydi. Davolash – kosmetik nuqtai nazardan amalga oshiriladi.

- To‘q - ko‘k nevus – ko‘z kosasi – yuqori jag‘ nevisi.

- CHegaralovchi nevus – bazal qavat yaqinida, epidermis va derma chegarasida joylashgan nevus hujayralari uyalaridan iborat nevus, kichkina, yassi, tuksiz, bir oz bo‘rtgan pigmentlangan (to‘q jigarrang yoki qora) o‘smaga o‘xshash □ epidermo – dermal nevus.

- Orttirilgan nevus – tug‘ilgandan keyin dastlabki vaqtlarda ko‘rinmaydigan, ammo bolalik paytida yoki katta yoshdagi kishilarda paydo bo‘ladigan melanotsitar nevus.

- Olov rang nevus (vino dog‘i) – katta vaskulyarlangan nevus, to‘q qizil rangga ega, odatda, bosh va bo‘yinda joylashadi. Boshqa tomirsimon nevuslardan farqli o‘laroq, bu holatda ko‘p sonli tomir elementlarining proliferatsiyasi kuzatilmaydi, balki teri tomirlari normal miqdorining kengayishi qayd etiladi. Tomirlar o‘lchamlari ortishi bilan nevus teri satxidan ko‘tariladi, rangi pushtidan to‘q qizilgacha o‘zgaradi.

- YOg‘li nevus (YAdasson) – epidermis papillyar akantozini bilan kechadigan yog‘ bezlarining tug‘ma giperplaziyasi.

- Quyuq jingalak sochli nevus – boshning sochli qismida spiralsifat jingalak sochlar o‘sgan tug‘ma o‘choqlar □ cheklangan (simmetrik) allotrixiya.

- Atipik nevus sindromi (XKK-10: D22 Melanoform nevus; 155600, 15601 (SDKN2A geni 2A ingibitori siklin – qaram kinaza, OMIM 600160.0001 mo‘t atsiyasi) – irsiy kasallik, oilaviy xarakteri yaqqol ko‘rinadi. Tarqalganligi: AQSHda umumiy populyasiyaning 5% gacha qismi, 90-yillarning oxiriga kelib 40 mingga yaqin oilaviy holatlar va 4,6 mln sporadik shakllar qayd etilgan. O‘zbekistonda uning tarqalishi to‘g‘risida aniq statistik ma‘lumotlar yo‘q. Sinonimlari: displastik melanotsitar nevus □ Klinik manzarasi. Odatda dog‘li elementlar, lekin papulyoz, toshma ko‘rinishida, markaziy papulasi yoki mikropapulalari bor, ular cho‘ziq yumaloq yoki noto‘g‘ri shaklda, ba‘zan o‘simtasi bo‘lib, 5 mm. va undan katta, mayda pistonli aniq chegarasi bor, jigarrangning har xil tuslarida (qora ranggacha), chekkalari bo‘ylab

eritematoz kichik chambari bo'ladi □ Patogistologiyasi. Nevus diagnostikasining umum qabul qilingan mezonlari yo'q. Uning arxitektonikasi tugallanuvchi qismlarda gipertrofiyasi bo'lgan epidermal o'simtaning notekis giperplaziyasini nazarda to't adi. YOnma-yon o'sgan melanotsitlar to'plamlari ko'pincha birikib ketadi. Epidermal melanotsit orasida sitologik o'zgarishlar spektri: o'rtacha pleomorfizmdan to yaqqol atipiyagacha xillari qayd etiladi. So'nggi xilining aniq ifodalangan darajasi in situ melanoma sifatida talqin etilishi mumkin.

• YUvenil nevus – charxsimon hujayrali yoki epiteloid – hujayrali (yuvenil melanoma, xavfsiz yuvenil melanoma, Spits nevisi) – zararsiz melanotsitar nevus, odatda, orttirilgan bo'ladi, o'ziga xos gistologik tuzilishga ega, boshqa tipdagi melanotsitar nevuslardan farq qiladi. Avval ko'proq bolalarda paydo bo'ladi, deb hisoblangan, lekin hozirda yuvenil nevus ko'proq (60% gacha) kattalarda uchrashi aniqlangan □ Klinik manzarasi: odatda yarim shar shaklidagi, kamroq – yassi ekzofit hoa; zich elastik tuzilishga ega, chegaralari aniq; rangi och qizildan to'q jigar ranggacha, ba'zan qora, usti liq yoki papillomatoz.

Davolash. Displastik, tugunli va bahaybat pigmentlangan nevuslarda ularning malignizatsiyaga uchrash ehtimoli bo'lgani sababli davolash kerak deb hisoblanadi. SHuning uchun umumiy amaliyot vrachi o'z kuzatuvidagi aholi orasida nevisli bemorlarni aniqlashi, undan keyingi davo taktikasini mo't axassis shifokor bilan birga olib borishi lozim • Har qanday pigmentlangan hoani kesib olib tashlashga quyidagilar ko'rsatma hisoblanadi □ Rangi, o'lchamlari, shakli va tuzilishining o'zgarishi □ Og'riq sindromi □ Regionar limfadenopatiya □ Xirurgik amaliyotni ixtisoslashgan tibbiyot muassasasida amalga oshirish maqsadga muvofiq hisoblanadi. XKK-10 • D22 Melanoform nevis • I78.1 O'smasiz nevis • Q82. Tug'ma o'smasiz nevis.

- Savollar : 1.Tibbiy dermatologiya fanining vazifalari ?
2. Impetigo va nevisning bir-biridan farqi ?
3.Toshmalarning bir-biriga o'xshash va farqli belgilarini ayting ?

MAVZU : Qichima

Reja:

1. Qichima. Eshak emi (krapivnitsa), qo'tir, pedikulez.
2. Qichima dermatozlar: dermatit (kontaktli, seboreyali neyrodermatit)
3. Ekzema (disgidrotik, tangasimon, quruq)

QICHIMA — SABABLARI, ALOMATLARI, TASHXISLASH, DAVOLASH, KATTALAR VA BOLALARDA

Qichima (lot. prurigo, prurio — qashinish) — qichimali dermatoz, toshmalarning asosiy elementi markazida kichik pufakchalari bo'lgan kichik tugunchalardir. Yaqqol qichish toshma toshgan joyni qashishga va natijada terida chuqur ekskoriatsiya (chuqurchalar) hosil bo'lishiga olib keladi. Qichimaning o'ziga xos xususiyati shundaki, toshma qo'l-oyoqlarning yoziluvchi sohasida joylashgan bo'ladi va bukiluvchi yuzani qamrab olmaydi. Qichimani tashxislash dermatologik ko'rik, oshqozon-ichak trakti a'zolarini tekshiruv va shunga o'xshash teri kasalliklarini istisno qilish yo'li bilan amalga oshiriladi. Davolash parhez, vitaminlar, fizioterapiya, antigistamin va sedativ preparatlarni tayinlashdan iborat.

Bolalar qichimasi;

Bolalar qichimasi asosan hayotning birinchi yilida rivojlanadi, ammo 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda ham paydo bo'lishi mumkin. Kattalar qichimasidan asosan keksa yoshdagi kishilar aziyat chekadi.

Tugunli qichima- Tugunli qichima odatda 50 yoshdan keyin va ko'pincha ayollarda kuzatiladi. Tugunli qichima surunkali va uzoq davom etishi bilan ajralib turadi. Toshmalar yarimshar shakldagi zich papulalar bilan namoyon bo'ladi. Ularning kattaligi 6 dan 15 mm gacha o'zgarib turadi. Tugunli qichimada toshmalar asosan oyoqlarning yoziluvchi yuzasi terisida, kamroq hollarda — qo'l va gavadada joylashgan bo'ladi. Qichima elementlarini qashish tufayli infektsiyalanishi ostiofollikulit, follikulit, pioderma yoki furunkulyoz rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

QICHIMA YUZAGA KELISHI SABABLARI

Qichima rivojlanishining asosiy sababi teridagi allergik yallig'lanish rivojlanishiga olib keladigan tananing sensibilizatsiyasi (sezuvchanligi) hisoblanadi. Organizmni sensibilizatsiyalovchi asosiy agentlar oziq-ovqat mahsulotlari hisoblanadi. Emizikli chaqaloqlarda bu sigir yoki ona so't idagi oqsil, biroz kattaroq yoshda — qo'ziqorin, un mahsulotlari, tuxum, sitrus mevalar, shokolad, qulupnay, ba'zi baliq turlari bo'lishi mumkin. Kattalarda oziq-ovqat sensibilizatorlari sifatida dudlangan mahsulotlar, asal, qahva, alkogol, achchiq mahsulotlar va ziravorlar xizmat qilishi mumkin.

Bolalarda qichima rivojlanishida ekssudativ diatez, shuningdek hazm qilish traktining turli fermentopatiyalari kabi namoyon bo'ladigan allergik reaksiyalarga qon stito't sion moyillik muhim ahamiyatga ega. Bolalarda ham, kattalarda ham disbakterioz, gelmintoz, o't chiqarish yo'llarning diskineziyasida organizmning ichakdan ao't osensibilizatsiya va ao't ointoksikatsiyalanishi kasallik rivojlanishiga turtki bo'ladigan omillar sanaladi. Kattalarda qichima rivojlanishida nerv-emotsional buzilishlar (uyqu buzilishi, nevrasteniya) va ba'zi umumiy kasalliklar (qandli diabet, ichki a'zolar o'smalari, limfogranulematoz, surunkali gepatit, jigar sirrozi, xolesistit va boshqalar) provokatsion omillar bo'lishi mumkin.

Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, qichima hasharotlar chaqishi (chivin, burga, kana) tufayli yuzaga keladi va kasallikni epizoonozga oid qilishni taklif qilishadi. Bu gipoteza kasallikning qishloq joylarda keng tarqalganligi, uning mavsumiyligi va ko'pchilik bemorlarda hasharot antigenlari bilan allergik probaning ijobiy natija berishi bilan tasdiqlanadi.

QICHIMA ALOMATLARI

Bolalar qichimasi terida 3-5 mm keladigan tarqoq va ko'plab toshma toshishi bilan boshlanadi, ularning yuzasida vaqt o'tib pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar yorilib, seroz qobiq bilan qoplangan eroziyalar hosil qiladi. Gavda va yuz terisida toshma mavjudligi bilan bir qatorda, oyoq-qo'llarning yoziluvchi yuzasida ko'p miqdorda toshmalar mavjudligi odatiydir. Qichimada papulovezikulalar qo'l va oyoq kafti terisida ham joylashgan bo'lishi mumkin. Bunda ular kattaroq o'lchamga (5-7 mm) ega, asosi shishgan va atrofi yallig'langan bo'ladi. Qichimaning o'ziga xos xususiyati kuchli qichishishdir. Qashish tufayli toshmalar o'rnida ko'plab ekskoriatsiyalra paydo bo'ladi.

Qichima bilan kasallangan bolalarda toshma toshishi bilan bir qatorda asab-ruhiy buzilishlar ham kuzatilishi mumkin: injiqlik, yomon uxlash, yig'loqilik, yuqori ta'sirchanlik. Bu alomatlar ham kasallikning o'zi (kuchli qichishish va organizmning ao't ointoksikatsiyasi tufayli), ham qon stito't siyasining o'ziga xosliklari natijasida asab tizimining tug'ma labilligi tufayli yuzaga kelgan bo'lishi mumkin.

Ko'p hollarda bolaning ratsionidan sigir suti va bolalar uchun qo'shimchalarni chiqarib tashlagandan keyin qichima alomatlarining mustaqil regressi kuzatiladi. Biroq bolalar qichimasi atopik dermatit, pruriginoz ekzema yoki kattalar qichimasiga aylanishi mumkin. Bunday

transformatsiya belgisi oq dermografizm paydo bo'lishi, qorin refleksining kamayishi va oyoq kaftinikining yo'qolishidir. Bunday bolalarda teri quruqligi, angidroz, son va chov limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi.

QICHIMA TASHXISI

Qichimani tashxislashda, dermatolog toshmani ko'rishi va dermatoskopiya o'tkazishi kerak. Ikkilamchi infeksiya qo'shilganiga gumon qilganda qo'zg'atuvchini aniqlash uchun bakterial ekish va uning antibakterial preparatlarga sezgirligi aniqlash bajariladi. Qichimani oshqozon-ichak trakti buzilishi yoki endokrin patologiya fonida yuzaga kelishida gastroenterolog yoki endokrinolog maslahati talab qilinadi. Gelmintlar tuxumlarini o'rganish va disbakteriozni tahlil qilish uchun axlat namunasi olinadi. Zarurat tug'ilsa, qichimasi mavjud bemorlarga jigar va me'da osti bezi tekshiruvi, jigar probasi, me'da osti bezi fermentlarini o'rganish belgilanadi.

Qichimani tashxislashda muhim ahamiyatga ega bo'lgan nuqta, xuddi shunday klinik ko'rinishga ega dermatologik kasalliklarni istisno qilishdir. Toshmaning joylashuvi va qichima elementlarining morfologik xususiyatlari ko'p hollarda kasallikni atopik dermatit, qo'tir va toksikodermiyadan ajratish imqon ini beradi.

Atopik dermatitda, qichimadan farqli o'laroq, toshmalar oyoq-qo'llarning bukiluvchi sirtida joylashgan bo'ladi.

Qo'tirda dermatoskopiya o'ziga xos yo'llarni aniqlash imqon ini beradi, qo'tirga sinov o'tkazilganda ijobiy natija olish tashxisni tasdiqlaydi.

Toksidermiya dori vositalarini qabul qilish va toshma toshish o'rtasidagi bog'liqlik bilan tavsiflanadi. Tugunli qichimani qizil yassi lishaydan farqlash kerak.

QICHIMANI DAVOLASH

Qichima kasalligini davolashda parhez muhim o'rin to't adi. Emizikli chaqaloqlarda ona so't iga organizmning sensibilizatsiyasini kamaytirish uchun emizishdan 15 daqiqa oldin unga 10 tomchi sog'ilgan so't berish tavsiya etiladi. Qichimada ratsionga qatiq, tvorog va sabzi sharbatini ertaroq kiritish kerak. Homilador va emizikli ayollar ko'p miqdorda sitrus mevalar, tuxum, baliq, tuzlamalar iste'mol qilishdan qochishlari kerak.

Qichimadan aziyat chekayotgan kattaroq bolalar va kattalarga achitqi so't mahsulotlari (ryajenka, tvorog, kefir), qaynatilgan mol go'shti, kungaboqar moyi, meva va sabzavotlar (ayniqsa sabzi, karam, ismaloq va no'xat) tavsiya etiladi. Gelmintli invaziya aniqlanganda degelmentatsiya o'tkaziladi. Shuningdek surunkali infeksiya o'choqlari sanatsiyasi darkor, masalan karioz tishlar, otit, sinusit, surunkali tonzillit, disbakterioz va oshqozon-ichak kasalliklarini davolash.

Qichimani davolashda hazm qilishni yaxshilaydigan fermentlar (pankreatin va boshqalar), B guruhi vitaminlari, A va C vitaminlar, antigistamin vositalar (fenkarol, loratadin, dezloratadin, klemastin, xloropiramin va boshqalar), kaltsiy preparatlari va tinchlantiruvchi dorilar (pion, valeriana damlamasi) belgilanadi. Kepak, eman daraxti po'sti, ittikanak va boychechakli shifobaxsh vannalar qabul qilish ham yaxshi samara beradi. Qo'shimcha vositalar sifatida qichimada glyukokortikoidlar saqlagan krem va malhamlar qo'llash mumkin. Og'ir holatlarda glyukokortikosteroidlarni ichga qabul qilish belgilanadi.

Fizioterapevtik usullardan qichimada buyrak usti bezlari sohasiga mikroto'lqinli terapiya, suberitem dozada ultrabinafsha nurlanish, elektroson, gidrokortizon bilan fonoforez,

induktoterapiya, bo'yin simpatik tugunlari sohasiga diadinamoterapiya, shifobaxsh elektroforez qo'llaniladi.

Qichimaning oldini olish uchun parhez saqlash, shirinliklar, achchiq, sho'r, dudlangan ovqatlar iste'mol qilmagan ma'qul. Bemorga antigistaminlar, tinchlantiruvchi dorilar, parhez buyuriladi; Q. ga qarshi kortikosteroid surtma dorilar surtiladi, sanatoriy va kurortlarda davolanish tavsiya etiladi.

ALOQALI (KONTAKT) DERMATIT

Aloqali dermatit - o'tkir yoki surunkali teri kasalligi bo'lib, ekzogen omillarning ta'sirlovchi yoki sensibilizirlovchi ta'siri natijasiga bog'liq.

Kasallanish:669,2: 100000 aholini.

Klassifikatsiyasi: birlamchi dermatit (oddiy aloqali dermatit). Allergik aloqali dermatit va fototoksik dermatit.

Etiologiya va patogenezi • Birlamchi dermatit – terining zararlanishi bilan bog'liq bo'lib, ta'sirlovchi moddalar ta'sir qilishi: kimyoviy moddalar (kislota, ishqor, fenol) ba'zi o'simliklar fizik (ultrabinafsha nurlar, yuqori va past harorat va b.), mexanik (uzoq muddat boish) omillar yallig'lanish reaksiyalarini chaqiradi. Allergik aloqali dermatit sensibilizatsiya bilan bog'liq bo'lib, IV- tip allergik reaksiya rivojlanadi. Uning ko'p uchraydigan sabablari xrom, nikel, kobalt tuzlari, (bejo't eriya, taqinchoqlar, soatlar va b.) buyoqlar (ursol, P- fenilindiamin unumlari va boshqalar); o'simliklar (sulax, eman); rezina ishlab chiqarishda qo'llaniladigan lateks va turli xil qo'shimchalar, fototoksik aloqali dermatitlar esa teriga ba'zi bir moddalarning ta'siridan keyin (quyosh nuri spektorning ultrabinafsha nurlarining) ta'sirida kelib chiqadi.

Xavf guruhi • Allergenlar bilan kasbiy, maishiy aloqa, kimyoviy vositalar bilan aloqada



bo'lish.



Klinik ko'rinishi

- Patognomonik belgisi – toshma qirg'oqlarining keskin chegaralanishi.
- Jarayonga birinchi bo'lib nozik epidermisli teri sohalari (qovoq, jinsiy a'zolar va boshqalar) qo'shiladi.

- Kaft va tovon terisi ta'sirlovchi moddalarga nisbatan chidamli; chuqur burmalar terisi zararlanmaydi.

- Aloqali dermatit shakllari ♦ Oddiy aloqali dermatit- eritematoz, vezikulo- bulyoz, nekrotik yarali. ♦ Allergik aloqali dermatit ♦ O'tkir shakllari: papula, vezikula, vezikulo-eritema bilan, xo'l qichishish. Avval toshmalar ta'sirlovchi modda yoki allergen bilan aloqa bo'lgan sohada chiqadi, keyinchalik ular tarqalishi mumkin ♦ Surunkali shaklli: zichlashish, lixenifikatsiyasi bilan, eritema, qipiqlanish, ba'zi hollarda eroziyalar.

Tekshirish usullari:

- Allergik aloqali dermatitga shubhalanganda standart aloqali allergen to'plami bilan aptikatsiya sinamasi o'tkaziladi. Bunda plasterli lentalar teriga 38-72 soatgacha maxkamlanadi. Reaksiya allergen olib tashlangandan 20 mino't o'tgandan keyin baholanadi.
- Fotosensibilizatorni aniqlash imqon i ham bor.

Differensial diagnostika

- VPG chaqirgan infeksiyalar • Bullyoz pemfigoit, • Seboreyali dermatit, •Atopik dermatit.

DAVOLASH

Olib borish tamoyillari • Etiologik omilning ta'sirini yo'qotish, • Parhez o'tkir ovqatlarlarni chegaralash, spirtli ichimliklarni qat'iy man qilish; osh tuzi, uglevodlar miqdorini cheklash.

Dorilar bilan davolash

- Mahalliy ♦ Sovuq dezinfeksiyalovchi bog'lamlar - 2% rezorsin eritmasi, 3% bor kislotasi, Burov suyuqligi (1:40 suyultirilgan), ♦ YUqori aktivlikdagi GK- malhami, masalan, fluatsinolon atsetonid (0,025% li malham) 3-4 marta kun davomida, namli bog'lam ostida. YUZ terisiga va teri burmalariga past aktivlikdagi GK-mahamlari surtish tavsiya qilinadi ♦ Ikkilamchi infeksiyada antibiotiklar (masalan: gramitsidin, gentamitsin, eritromitsin).

- Sistemli ♦ GK (faqat og'ir shakllarida katta maydon zararlangan bo'lsa), odatda prednizalon 0,5-1,0mg/kg/kunda beriladi va asta sekin 10-14 kun davomida bekor qilinadi. ♦ Antigistamin dorilar- gidroksizin 25-50 mgdan kunda 4 mahal yoki difengidramin 25-50 mg.dan kunda 4 mahal ♦ Ikkilamchi infeksiya qo'shilganda- antibiotiklar: eritromitsin 250 mg.dan kunda 4 mahal

Asorati

- Piogen, achitqili infeksiya qo'shilishi • Nurli dermatitlarda malignizatsiya (nurli rak) • Allergik dermatit ekzemaga aylanishi.

Prognosi yaxshi.

Profilaktikasi. Gigena qoidalariga rioya qilish, ratsional mehnat sharoitini

EKZEMA

Ekzema-o'tkir yallig'lanish belgilari bilan kechadigan surunkali qaytalanuvchi kasallik. U terida seroz yallig'lanish va polimorf toshmalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Har xil yoshda uchraydi.

Klinik ko'rinishi va klassifikatsiyasi

- Xaqiqiy (idiopatik) ekzema o'tkir yallig'lanish va shishli eritema hamda mayda, xo'l va po'stloq ho bo'lgan pufakchali toshmalar bilan birga kechadi.

- Mikrobl ekzema surunkali infeksiya o'rnida rivojlanadi va o'tkir yallig'lanishli, chegaralangan yirik tilsimon o'choq xo qiladi.

- Qazg'oqli ekzema bemorlarda terining qazg'oqlashgan sohalarida, yog' bezlariga boy joylarda (boshning sochli qismi, quloq supراسi) rivojlanib, eritimatoz- qazg'oqli dog'li sariq-kulrang rangli papula ko'rinishida bo'ladi.



Disgidrotik ekzema tovon va falangalarda tarqalgan bo'lib mayda guruh-guruh pufak ko'rinishida joylashuvchi vezikulalardan iboratdir.

- Professional ekzema zararli ta'sir natijasida terining ochiq joylarida paydo bo'ladi.
- Bolalardagi rivojlangan eksudativ tarkibidagi ekzema, ko'plab toshmalar va ikkilamchi infeksiya asoratiga moyillik paydo bo'lishi bilan kechadi. Differensial diagnostikasi • Atopik dermatit • Gerpitaformli dermatit • Dyuring • Piodermiya • Ekzematizirlangan epidermofitiya.

Davolash • Giposensibilizatsiyalovchi terapiya: (kalsiy glyuqon at va xlorideritmalari) • Ratsional giposensibilizatsiyalovchi parhez • Antigistamin dorilar(xlorpiramin 25 mg.kunda 2 marta, ketotifen 1mg.ertalab va kechkurun) • Detoksikatsiyalovchi moddalar • Immunomodulyatorlar bilan terapiya (prodigiozan, taktivin) • Varikoz belgilari kuzatilganda - pentoksifillin, diprofen- pirikarbat • Bolalarga atsedofil laktobakteriya, bifidobakteriya, bifidum+ichak tayoqchasi, antibakterial terapiya,vitaminlar bilan birgalikda qo'llaniladi • Mahalliy • YAllig'lanishga qarshi, antibakterial preparatlarni nam bog'lamlarda qo'yish • Tarkibida ixtiol bo'lgan malham • GK (fluatsionolon atsetonid) • Impetignizatsiyada –

antibiotikliglyukokortikoidli malham (neomitsin + fluotsinolon atsetonid) • Surunkali shakllarida-lazeroterapiya, reflektor fizioterapiya.

Prognozi yaxshi.

Profilaktikasi Professional va maishiy salbiy ta'sir etuvchi omillarni yo'qotish. Gigiena qoidalariga rioya qilish, fokal infeksiya o'chog'ini sanatsiya qilish, tovonning mikotik zararlanishlarini davolash. Ratsional hayot tarzi va ovqatlanish tartibi.

Savollar : 1. Qichima kelib chiqish sabablari ?

2. Atopik dermatitda, qichimadagi toshmalarning farqini ayting.

Glossariy

Abscess (xuppos, gazak) - Bakteriya yoki boshqa infeksiya tufayli kelib chiqqan yiringli xalta.

Alkogolizm (ichkilikbozlik) - Ichkilikbozlik odamning pivo, vino, aroq kabi spirtli ichimliklarga doimiy ehtiyoji.

Allergiya - Atrofdagi narsalarga(ovqat, chang, dori-darmon vaboshqalarga) o'ta manfiysezgirlik. Bu holatda odamda toshmalartoshish, chuchkirish, nafas qisish vaengog'irholatshokkelibchiqishi mumkin.

Almashlab ekish - Bir dalada birin- ketin turli ekinlarnialmashtiribekish,bundatuproqyildanyilga kuchsizlanish o'rniga, boyroq bo'laboshlaydi.

Amyobalar - Suv yoki ichakdayashovchi faqat mikroskop ostidako'rinadigan juda kichik mavjudotlar. Ular ich ketar, ich burug' (dezinteriya)vajigarabsesslarigaolib kelishi mumkin.

Ampo't atsiya - Tananing biror qismini kesib tashlash.

Anemiya - Kamqonlikka qarang.

Antatsidlar - Oshqozondagi kislotani nazorat qilish va oshqozonog'rig'ini pasaytirishga yordam beradigan dorilar.

Antibiotik - Bakteriya orqali kelib chiqqan infeksiyalarga qarshi kurashuvchi dorilar.

Antigistamin - Isitma va qichishishkabi allergik ta'sirlarda ishlatiluvch dorilar. Shuningdek qayt qilishnito'xtatib, ko'p uxlashga sabab bo'lishi mumkin.

Antiseptik - Bakteriyaning ko'payishiga to'sqinlik qiladigan moddalar.

Antispazmatik (Spazmolitik) 'Spazmg qarshi-ga qarang.

Antitoksin - Zardobga qarang.

Aorta - Yurakdan chiqib tanaga qontarqatuvchi yo'g'on tomir.

Appenditsit - Chuvalchangsimono'simtaning yallig'lanishi.

Arteriya - Yurakdagi qonni tanagatarqatuvchi qon tomiri. Arteriyadapuls bo'ladi. Vena(tomir) qonniyurakka qayta olib keluvchi tomirlarda puls bo'lmaydi.

Askarida (kurt) - Odamlarning ichaklarida yashovchi va noqulayliklar, qorin og'rig'i, quvvatsizlikvaba'zanichakningto'silishiga olibkeluvchi katta qurtlar.

Asoratlar - Ba'zan kasallik sababli kelib chiqadigan ikkinchi darajali sog'liq muammolari. Masalan,meningit qizamiqning xavfli asoratisifatida kelib chiqishi mumkin.

Ateroskleroz - Organizmda turlisabablar tufayli kelib chiqadigan,kimyoviy (yog'simon) moddalar almashinuvining buzilishi va sho't ufayli qon tomirlarining ichki qavatini shikastlab, jiddiy kasalliklarga(insult, infarkt) olib kelishi mumkin.

Aerozol - Nafas yo'llariga sepiladi, odatda qalpog'ini ezganingizda dorisochiladi.

Bavosil (gemorroy) - Orqa peshovichidagi yoki tashqarisidagi og'riqli, kichik shishiq. Ular shishgan venalardir (tomirlardir).

Bakteriya Faqat mikroskopostidako'rinadigan vaturlii infeksiyon kasalliklarga olib keluvchi mikrobalar.

Balg'am - nafas yo'llari (bronxlar)ning shilliq qavatlarining yo'talganda tashqariga chiqadigan ajramasi. U yiringli yoki qonli bo'lishi mumkin.

Balg'am ko'chiruvchilar - Nafasyo'llaridagi shilimshiq larni chiqarishga yordam beruvchi dorilar.

Bachadon - Ayollarning bola rivojlanadigan qorin sohasidagi xaltasimon a'zosi.

Bachadon bo'yinchasi - Qin orqasidagi bachadonning ochilish joyi. Bachadonni qisqartiruvchi

dorilar - Bachadon va uning ichidagi qonarteriya va venalarning qisqarishiga olib keluvchi xavfli dorilar. Ular faqatgina bola tug'ilgandan keyin, onaning ko'p qon yo'qotish hollarida ishlatilishi kerak.

Belgilar - Odamning qanday kasallik bilan og'riyotganini bilish uchun uni tekshirish jarayonida qidirilayotgan narsalar yoki holatlar.

Boylam - Suyak yoki ichki a'zolar ni bir-biriga biriktirib ushlab turadigan pishiq biriktiruvchi to'qima tolalarga to'g'ri.

Bronxlar - O'pkaga havo olib boruvchi naylar. Ular orqali odam nafas oladi.

Bronxit - Bronxlarning infeksiyalanishi (yallig'lanishi).

Buyraklar - Katta loviya ko'rinishidagi belning pastki qismidagi organlar bo'lib, qonni filtrlaydi vachi qindilaridan siydik hosil qiladi.

Buyrak toshi - Buyrakda hosil bo'ladigan va siydik yo'llaridan pastga suriladigan kichik toshlar. Ular belning pastki qismidagi bir taraf lama, siydik yo'llari yoki qorinning pastki qismidagi qattiq og'riqlarga sabab bo'lishi mumkin.

Bujama (husnbuzar) - yuz, ko'krak yoki orqadagi uchi bir oz yiringli yoki kirdan bo'lgan qora qalpoqchalishishchalar. Ko'pincha yoshlarda uchraydi (bo'ydoqlik).

"Bo'ri og'iz" - Bunday tug'ilgan bolaning tanglayi bo'lingan yoki og'iz bo'shlig'ining tepa qismida odatdantashqari bo'lgan tirtiq joyi bo'ladi.

Bo'yoq - Yodni kam iste'mol qilish natijasida, bo'yinning oldingi qismida rivojlanib boruvchi shish (qalqonsimon bezning kattalashishi).

Vazelin - Teri mazlarini (surtmalarini) tayyorlashda ishlatiladigan yog'.

Venalar (tomirlar) kengayishi (varikoz venalar) Venalarning odatdantashqarishishib, to'planib qolishi, odatda, bu katta yoshdagidamalar, homilador ayollari yoki ko'pinchalarining goyoqlarida uchraydi.

Virus Bakteriyalardan ham kichik bo'lgan mikroblar bo'lib, ular ba'zi infeksiyon (yuqumli) kasalliklarga olib keladi.

Vitaminlar - Organizmning to'g'ri ishlashi uchun kerak bo'ladigan "himoya qiluvchi" moddalar.

Gormonlar Maxsus ish bajarish uchun organizmning a'zolarida ishlab chiqariladigan kimyoviy moddalar. Masalan: estrogen va progesteronlar ayollarning hayzini nazorat qiluvchi va homiladorlikdan

saqlovchi gormonlardir.

Gemorroy - Bavosilga qarang.

Gigiyena - Salomatlik uchun muhim bo'lgan shaxsiy tozalik ishlari va chora tadbirlar.

Gips - Binti va albasterdan qilingan singan suyakni tuzalgunga qadar joyida saqlab turuvchi qattiq

bog'lam.

Glyukoza - Organizm oson va tez

ishlatilishi mumkin bo'lgan shakarturi. U mevalar, asal tarkibida bo'ladi, U Suvni Tiklovchi Ichimlik tarkibida ham bo'ladi.

Grija - Churraga qarang.

Gripp - Isitma, bo'g'inlardagi og'riqva ba'zan ich ketish bilan kechadigan qattiq shamollash.

Gul changi - Urug'li o'simliklarga gullari chiqaradigan chang. Gulchangiga allergiyasi bor odamlardadaraxt va o'simliklar gullab havoda gul changi ko'p bo'lgan vaqtdaburunoqishi,ko'zlarning qichishishikabi xolatlar yuz beradi.

Dermatit - Teri kasalliklarining birturi.

Dieta- Parhezga qarang.

Dizenteriya- Ichburug'ga qarang.

Yotoq yaralari - Yotgan joyidaboshqa tarafiga ag'darila olmaydigan kasal odamlarda paydo

bo'ladigan surunkali ochiq yaralar.

Jigar - O'ng tomonda qovurg'alarostidagi qonni tozalashga yordamberuvchi va uni zaharlardan xalosqiluvchi organ.

Zardob- Ilon chaqishi kabi zahardan davolash uchun ishlatiladigan antitoksin (dori).

Illatlar - Tug'ma illatlar: bolaningjismoniy yoki aqlan zaif tug'ilishi,masalan quyon lab, bo'ri og'iz,ortiqcha qo'l yoki oyoq barmoqlarbilan tug'ilgan bolalar.

Immunizatsiya - Emlashga qarang.

Insulin - Oshqozon osti bezi ishlabchiqaradigan, qon tarkibidagi qandmiqdorini nazorat qiluvchi modda.Insulin ukollari qandli diabete borkasallarini davolashda ishlatiladi.

Insult - Miyaga Qon quyilishigaqarang.

Infeksiya - Bakteriya yoki boshqa mikroblar orqali kelib chiqqankasallik. Infeksiyalar tananing birorqismi (infeksiyalangan barmoq) yokibo't un tanaga (qizamiq) ta'sir qilishimumkin.

Isitma - Tana haroratining odatdagidan ortib ketishi.

Ichburug'- Shilimshiq va qonli ichketish.U odatda infeksiyadan kelib chiqadi.

Ich ketar - Tez-tez keladigan suyuqaxlatlar.

Ich qotishi - Quruq, qattiq, chiqishiqiyin va kam keladigan axlatlar.

Ichak - ovqatni hazm qiladigan naysimon ichki a'zo. Oshqozon va orqapeshovorasiyajoylashgan kanal.

Ichak invaginatsiyasi - Ichakningbir qismi ikkinchi, yonidagi ichakkasirg'alib, kirib qolishi, bunda odatdaichakning to'silishi kuzatiladi.

Ich yumshatuvchilar - Ich qotishiga qarshi ichni yumshatib, tez-tezkeladigan qiluvchi dorilar.

Ich yurgizuvchilar - Ich ketishgaolib keladigan kuchli yumshatuvchi.

Irsiy - Ota-onadan bolaga ma'lumkasallik va belgilarning o'tishi.

Yo'ldosh - Bachadon ichidagi to'qqalin va yumshoqqatlam,bolavaonaorganizmlariqo'shiladigan joy.Yo'ldosh odatda bola tug'ilgandanso'ng 15-30 mino't ichida chiqadi.

Yo'g'on ichak - Orqa peshovgayaqin bo'lgan ichakning tugash joyi.

Kamqonlik - Qon tarkibidagi qizilhujayralarning kamligi natijasidaqonning suyuqlashishidan kelibchiqadigan kasallik. Belgilarigacharchash, rangning oqarishi vakam harakatlilik kiradi.

Kana - O'rmalovchi hayvongao'xshash hashorat bo'lib, u boshiniteri ostigakirgizibqonniso'radi.

Kariyes - Tishdagi kovak.

katta rakta - Bu ko'z muammosibo'lib, bunda ko'z pardasi asta-sekin xiralashib ko'rish qobiliyati pasayadi. Ko'z qorachig'igayorug'lik tushirilganda u kul rangyoki oq bo'lib ko'rinadi.

Kateter - Qovuqdagi siydikni chiqarish uchun ishlatiladigan rezinali naycha.

Kvashiorkor (ho'l to'yamaslik) -Oqsillarni yetarli darajada iste'molqilmaslik natijasida kelib chiqadiganog'ir to'yinmaslik. Kvashiokorgachalingan bolaning oyoq-qo'llariva yuzlari shishgan, archilayotganyaralari ko'p bo'ladi.

Kindik tizimchasi - Bola kindiginiona bachadoni ichidagi yo'ldoshgabog'lab turuvchi tizimcha.

Kindik churrasi - Kindikning kattabo'lib tashqariga chiqib qolishi, buichakni ushlab turuvchi qorin pardasining shikastlanishidan kelibchiqadi.

Kista - Organizmdagi odatdantashqari haltasimon, suv bilan to'libo'sib borayogan, bo'shliq.

Kovak - Tishga bakteriya kiribuni shikastlashi natijasida paydobo'lgan teshik yoki qora dog'.

Klizma (huqna) - Yo'g'on ichakkayuborilib, ichning kelishiga olib keluvchi muolaja.

Kolostrum (og'iz so't) - Onako'kraging birinchi bor ishlabchiqargan so't i. Uning ko'rinishi suv

kabi bo'lsa-da, u oqsillarga boybo'lib bolani infeksiyalardan saqlaydi.

Koma - Odamning o'ziga keltiribbo'lmaydigan darajada hushidanketishi. Bu kasallik, jarohat, zaharlanish yoki boshqa kasallik natijasida kelib chiqib ko'pincha o'limgaolib keladi.

Kompress - Tananing biror qismigaqo'yiladigan taxlangan latta yokibolishcha. U issiq yoki sovuq suvdaho'llangan bo'lishi mumkin.

Qon tratseptiv - Homiladorlikningoldini olish uchun ishlatiladigan harqanday usul.

Qon 'yuktiva - Ko'z oqini qoplab turuvchi vaqovoqningichkitarafidaginozik,himoyalovchiparda.

Kraxmal - Makka, guruch, bug'doy,kartoshka va mevali sharbatlar kabiquvvatberadiganovqatlar tarkibidabo'ladigan modda.

Kretinizm - Bolaning aqlan zaif vako'pincha kar tug'ilishi. U ko'pinchaona parhezida yod miqdoriningkamligidan kelib chiqadi.

Kserofthalmiya - "A" vitamininingyetishmovchiligidan kelib chiqadigan ko'zning odatdan tashqari quribketishi.

Ko'krak abssessi - Mastitga qarang.

Ketlik-yurgak toshmasi - Bolaoyoqlari orasidagi uning ko'tlik yokiyotog'idagi siydikdan kelib chiqqanqizg'ish bichilishlar.

Limfa tugunlari - Tananing turlijoylaridagi kichik teri osti mikroblarga qopqon bo'lib xizmat qiladiganshishchalar. Ular infeksiyalangandashishib og'riqli bo'lib qoladi. Sil varakda ular ko'pincha shishib qoladi,ammo og'rimaydi.

Lyambliya - Ichaklarni infeksiyalaydigan, ko'pikli sariq ich ketishga sabab bo'ladigan mikroskopik parazit.

Marazm - Yetarli ovqatlanmaslikdan kelib chiqadigan kasallik. O'taochlik. Odam juda ozg'in vazniyetarlicha emas va ko'pincha qornishishgan bo'ladi.

Mastit (ko'krak abssessi) -

Bolemizilishiningbirinchihaftalaridayuzberadiganko'krakinfeksiyasi.

ko'krakning bir qismi qizishi, qizarishi va shishishiga olib keladi.

Menopauza - Ayollardagi hayzko'rish siklining tabiiy ravishdato'xtashi, ko'pincha bu 40-5yosh

orasida yuz beradi.

Migren - Qattiq bosh og'riq, ba'zanfaqat bir taraflama bo'ladi. Ko'pincha qayt qilishga olib keladi.

Mikroblar - Tanada yashovchi judakichik organizmlar bo'lib, ular ba'ziinfeksiyon kasalliklarga olib keladi.

Minerallar - Organizmga kerakbo'lgan temir, kalsiy va yod kabioddiy moddalar.

Miya tomirlarida qon aylanishining keskin buzilishi (insult)- Miya ichiga qon quyilishi yoki qonbo'lakchasi (tromb)dan birdan kelibchiqqan hushsizlanish.

Mongoloidizm (Daun sindromi) -Bolaning aqlan zaif, ko'zlari g'ilay,yuzi yumaloq va qayg'uli, qo'llarikeng, barmoqlari qisqa bo'lib tug'ilishi.

Muguz parda- Ko'zning tiniq tashqiqoplami, u rangdor parda bo'lib ko'zqorachig'ini qoplab turadi.

Muskul ichi ukollari - Muskullargako'pincha qo'l yoki dumbaga qilinadigan ukollar, venaga qilinadigan ukollardan farqlidir.

Nafas soni - Odamning bir mino't ichida olgan nafaslarining soni.

Nerv - Miyadan organizmninghamma joylariga tarqalgan kichikorganik tolalar. Ular odamga sezgiva harakatlar haqidagi ma'lumotniyetkazadilar.

Ninalog'ich (govmichcha) - Kiprikoldidagi qizil, shishgan infeksiyatufayli kelib chiqqan tuguncha, uko'pincha ko'z qirg'og'iga yaqinjoyda bo'ladi.

Ovqatga yolchimaslik- Organizmga kerakli darajada yetarli ovqatiste'mol qilmaslik natijasida kelibchiqadigan sog'liq muammolari.

Oziq (Ozuqali) - Organizmgao'sish, sog'lom bo'lish va kasalliklarga qarshi kurasha olish uchun kerak bo'lgan moddalarga egaovqat ozuqali hisoblanadi.

Organ (ichki a'zo) - Maxsus vazifani bajaruvchi va qisman mustaqilbo'lgan organizmning bir qismi. Masalan: o'pka, uning vazifasi nafasolish.

Organizmlar - Kichik tirik jonzotyoki o'simliklar.

Oshqozon - Ovqat hazm bo'ladigan xaltasimon a'zo. Xalq orasidaoshqozon - qorin deb aytiladi.

Oshqozon osti bezi - Oshqozonostida joylashgan insulin gormoniishlab chiqaruvchi organ.

Oqsil - To'g'ri o'sish va quvvatolishga kerak bo'ladigan o'sishgayordam beruvchi moddalar.

"Og'izdan og'iz"ga nafas berish -Nafasi to'xtagan odamga boshqaodam yordamida nafas berish usuli.

OITS (SPID) - Orttirma ImmunitetTanqisligi Sindromi.

PayMuskullarnisuyaklargabog'lovchito'qimalar(bog'lam,suyaklarnisuyaklargabog'labturu vchilardan farq qiladi).

Parazitlar - Odam va hayvonlardayashovchi va ularga zarar yetkazuvchi gijja va kichik hayvonlar. Burga, ichak qurtlari (gijja) va amyobalar parazitlar qatoriga kiradi.

Paralich - Sholga qarang.

Parhez - Odam sog'lom bo'lishiuchun iste'mol qilishi kerak bo'lganovqatlar miqdori va turi.

Peritonit - Qorin pardasining yallig'lanishi. Bu xavfli kasallik. Qorintaxta singari qattiq bo'lib kasal,ayniqsa oyoqlarini cho'zishgaharakat qilganda qattiq og'riq sezadi.

Prostata bezi - Erkak kishiningsiydik nayi (yoki uretra) asosidagimuskulli, qattiq bez.Ko'pincha qarierkaklarning prostata bezi shishib,siyish qiyinchiliklarini tug'diradi.

Profilaktik - Kasallikning oldiniolish.

Pterigium - Ko'z chetidan muguzpardasida o'sib boruvchi go'shtlio'simta.

Puls - «Qon tomiri urishi»ga qarang.

Rak - Tananing turli joylarida o'sibboradigan o'simta. Jiddiy hollardao'limga olib kelishi mumkin.

Rangdor parda - Ko'zning qorachig'i atrofidagi rangli yoki qoraqism.

Refleks - Odam harakat qilmasidan avval yuz beradigan avtomatikharakat yoki ta'sir.

Ruhiy tushkunlik (Depressiya) - O'z qobiliyatiga ishonmaslik,g'amginlik, umidsizlik, istaklarning kamayishi, shuningdek, ichkia'zolar faoliyatining buzilishi (yurakmuammolari, ozib ketishi, ishtahayo'qolishi, bosh va bel sohasidagiog'riqlar kabi) ga olib keladi.

Salbiy (nojo'ya) ta'sirlar - Doriniishlatishdan kelib chiqqan yomonta'sirlar. Bulardan ba'zilar jiddiy vaba'zilar esa zararsizdir.

Sanitariya - Odamlarni tozalikka,kasallikning oldini olishga, gigiyenaga e'tibor berish va jamoa joylarinitoza to't ishga chorlash.

Sarg'ayib ketish - Teri va ko'zlarning sarg'ayishi. Bu jigar, o't, oshqozon osti bezi yoki qon kasalliklaribelgisidir.

Safro - Jigar ishlab chiqaradigan o'tpufagiga yig'iladigan achchiq, zangori suyuqlik. U ichaklarda yog'ningparchalanishiga yordam beradi.

Seboreya dermatiti - Surunkaliteri kasalligi turi. Ko'krak, yuz, bosh(quloq orqasida),ko'krakning yuqoriqismlarida, yelka, tizza va tirsakbukiladigan joylarda uchraydi.

Siydik sistemasi - Siydikni xosil qiladigan organlar majmuasi:buyraklar, siydik naychalari, qovuqva siydik yo'li.

Sinus (bo'shliq) - Inson boshiningsuyakli qismida ko'zning tepa vapastida joylashgan bo'shliqlar. Ushbu bo'shliqlar shilliq qavatlariningyallig'lanishi - Sinusit kasalligi deb aytiladi.

Sog'lom oilani shakllantirish -Bolali bo'lish yoki bo'lmasliginihomiladorlikdan saqlanish usullariyordamida rejalashtirish.

Spazm - Odam nazorat qila olmaydigan muskullarning birdanqisqarishi. Ichakdagi spazmlar

muskullarning tortishib og'rishigasabab bo'ladi. Bronxlardagi spazmastmada namoyon bo'ladi. Jag' vaboshqa muskullar spazmi qoqsholda uchraydi.

Spazmga qarshi - Tortishish vaichakning burab og'rishlarini pasaytirishda ishlatiladigan dori.

Spastik - Miya shikastlanishi bilanbog'liq bo'lgan muskullarning odatdan tashqari surunkali qisqarganholati. Spastik bola oyoqlari qaychiko'rinishida bo'ladi.

Sprinsellash - Qin ichini suv sochish orqali yuvish yo'li.

Steril - (1) Juda toza va tirik mikroorganizmlardan xoli. Narsalar qaynatish yoki isitish orqali sterillanishimumkin.(2) Steril, shuningdek, bepusht degan ma'noni ham anglatadi.

Sterillash - (1) Instrument(asbob),shisha va boshqa narsalarni qaynatish yoki isitish orqali tozalash.(2) Shuningdek, ayol yoki erkaknioperatsiya yordamida bepusht qilish.

Stetoskop - Tug'ilmagan bolaningbachadon ichida chiqarayotgantovushlarni eshitish uchun ishlatiladigan asbob.

Stress - Haddan tashqari kuchli taassurotlar natijasida odamda sodir bo'ladigan o'ta kuchli asabiy holat.

Suvni Tiklovchi Ichimlik -Suvsizlanishni davolash uchun ishlatiladigan maxsus ichimlik.

Suvsizlanish - Organizm qabul qilganiga nisbatan ko'proq suv yo'qotishi. Ushbu suvning yetishmovchiligi bolalar uchun, ayniqsa, xavflidir.

Suspenziya - Suyuqlikka aralastirilgan, lekin erimaydigankukun.

Toksikoz - Homiladorlikning birinchi oylarida, ko'pincha ertalabbo'ladigan ko'ngil aynishlar va qaytqilishlar.

Talassemiya - Ma'lum davlatlardamavjud bo'lgan nasliy kamqonlikturi. Bola 2 yoshgacha juda kamqonbo'lishi, jigar va talog'i shishib ketishi mumkin.

Tanosil kasalliklari - Jinsiy aloqaorqali yuqadigan kasallik.

Ta'sir doirasi keng antibiotiklar -Mikro organizmlarning ko'turlarigaqarshikurashuvchidorilar.

Ta'sir doirasi tor antibiotiklar -

Faqatgina ma'lum turdagi bakteriyalarga qarshi kurashuvchi dorilar.

Tarvoq - Teriga nisbatan ko'tarilgan, qichishadigan dog'lar. Ularhammasi birdan paydo bo'lib birdanyo'qolib ketishi va bir joydan ikkinchi joyga ko'chishi mumkin. Allergikta'sirning bir turi.

Termometr - Odamning tana haroratini tekshirish uchun ishlatiladiganasbob.

Tinchlantiruvchi - asabiylashishgava xavotirlanishga qarshi ishlatiladigan dorilar.

Toksemiya - Organizmdagi ma'lumzaharlardan kelib chiqqan kasallik,masalan, siyishtoksemiyasi (yokiuremiya, siydik bilan zaharlanish).

Tola (kletchatka). Tolali ovqatlar-Asosan ko'katlarning tarkibidabo'lib, o'simlikning kimyoviy moddalaridan iborat. Odam tanasida to'liqhazm bo'lmay ichning yumshashigaolib keladi.

Tumov - Burun shilliq pardasiningyallig'lanishi, ko'pincha allergiyalarda uchraydi. Pichan isitmasi.

To't qanoq - Kasal odamda nazoratqilib bo'lmaydigan titrashlar. Odatdameningit yoki epilepsiya kabi kasalliklarda uchraydi.

Tuxumdon - Ayol qornida bachadonga yaqin joylashgan ikki kichikxaltachalar. Ular erkak spermasi(urug'i) bilan qo'shilib, bola hosilqiluvchi tuxumlarni chiqaradi.

Tulg'oq - Tugruq davrida bachadonmuskullarining qisqarib qotishi.

Umumiy nom - Turli firmalar tomonidan berilgan nomlardanfarqlash uchun dorining maxsus nomi.

Firma tomonidan berilgan nom.Sotilish nomi. Firmaning mahsulotga qo'yadigan nomi. Firma tomonidan berilgan nom, odatda maxsusbo'lib, ko'pincha bir xil tibbiy nomdagi dorilarga nisbatan qimmatroqsotiladi.

Folat kislotasi - To'q yashil bargli sabzavotlar tarkibida bor ozuqali modda.

Xelikobakter pilori - Mikroblarguruhiga kiruvchi, oshqozon va o'nikki barmoqli ichak yarasini hosilbo'lish sababi.

Chipqon - Shishgan, yallig'langanterining ostida yiringlagan shish.Absessning bir turi.

Chov - Oyoqlar tanaga qo'shiladigan joy. Jinsiy organlarga yaqin.

Churra (grija) - Ichakning qorinmuskullaridagi ochiq joy yoki yirtilgan joyidan tashqariga chiqib teriostidan to'pcha yoki shishchaninghosil qilishi.

Chuvalchangsimon o'simtaningyallig'lanishi (Appenditsit) - Kattaichakka qo'shilgan, barmoqchalikkeladigan kichik ichakchaning yallig'lanishi.

Shamecha - O'q ko'rinishidagiyo'g'on ichak yoki qinga solinadigandorining shakli.

Shankr - Zahmning dastlabki belgisidan bo'lgan, jinsiy organ, barmoq yoki labdagi og'riqsiz yaralar.

Shok - Og'ir quvvatsizlik, tananingsovuq bo'lishi yoki hushsizlik vatez, yuzaki qon tomiri urishi bilankuzatiladigan holat. U suvsizlanish,qon ketish, jarohat, kuyish yoki og'irkasallik tufayli kelib chiqadi.

Shol - Tananing biror qismini yokibo't un tanani harakatlantira olmaslik.

Eklampsiya - Homiladorlik yokitug'ruqdagi ko't ilmagan to't qanoq.Homiladorlikdagi kech toksikozqibati.

Embrion - Endi rivojlanayotganbolaning ona qornidagi shakli.

Emlash (Imunizatsiya) - Maxsuskasalliklardan saqlash uchun ishlatiladigan dorilar. Masalan: difteriya,qoqshol, ko'k yo'tal, poliomielit, silva qizamiq kabilar.

Epidemiya - Yuqumli kasalliklarning tez va keng tarqalish jarayoni.

Et uzilishi (et cho'zilishi) - Pay yokibog'lamlar qo'shilgan joylarning

ko'karishi, tortilib qolishi yoki uzilishi. Et uzilishi et cho'zilishiga nisbatan yomonroq.

Yallig'lanish - Ko'pincha infeksiya tufayli qizib, qizarib, og'rib vashishib qolgan joy.

O'simta (o'sma) - Organizmdaodatdan tashqari o'sib boruvchito'qima. Ba'zi o'simtalar rakkasalligiga olib kelishi mumkin. Yallig'lanishsiz normal bo'lmagan to'qimabo'lishi mumkin.

O't pufagi - Jigar ostidagi kichikmuskulli xalta.O't pufagida safro to'planadi.

"O'tkir qorin" - Ko'pincha tezkorjarrohlik aralashuvini talab qiluvchiqorin sohasidagiko't ilmagan og'riq.Qorindagi qayt qilish va ich ketishsiz bo'lgan og'riq o'tkir qorindan dalolat bo'lishi mumkin.

Qon bosimi - Qonning qon tomirlari (arteriya)ga urish kuchi. Uodanning yoshi va sog'lig'iga qarabo'zgaradi.

Qon tomirining urish tezligi (puls)- Odam yuragining bir mino't dagiurish soni.

Qorachiq - Ko'z o'rtasidagi qora vayumaloq joy. U yorug'da kichrayib,qorong'ida kattalashadi.

Qorataloq - Bir musht kattaligidagikuraklarning chap pastki tarafdajoylashgan a'zo. Uning vazifasiqonni filtrlash va eski qon xujayralarini parchalab qayta ishlabchiqarishga yordam berish.

Qorin pardasi- Ichaklar va tanaorasidagi yupqa qatlam. Ichaklarjoylashgan xalta.

Qog'onoq suvi - Bachadon ichidajoylashgan bola turadigan xaltaningsuyuqligi. U yirtilib suvchiqa boshlashi, tug'ruqning boshlanganligidandalolat beradi.

“Quyov lab” (og‘iz tirtig‘i) - Yuqorilabning og‘izdan burungachabo‘lgan yirtig‘i. Ba‘zi bolalar quyovlab bo‘lib tug‘iladilar.

Hayz davri (hayz) - Ayollardagi haroyda keladigan qon.

“Himoyalovchi ovqatlar” - Vitaminva minerallarga boy bo‘lgan ovqatlar. Ular sog‘lom bo‘lish uchun vakasalliklarga qarshi kurashishgayordam beradi.

Homila - Bachadon ichida rivojlanayotgan bola.

Homilaning tushib ketishi -Bachadondagi rivojlanayotganbolaning o‘lishi, qon ketish vaquyuqlashgan qon bo‘laklari bilanayol homilani yo‘qotadi.

“Homiladorlik niqobi” - Yuz,ko‘krak yoki qorinning o‘rta qismidagi to‘q rangli homiladorlikka xosbo‘lgan dog‘lar. Prezentatsiya na temu: " Qorinda og‘riq sindromi Bajardi

Mavzu yuzasidan test savollari

1. Bronxolitin sifatida kullanilidigan dori vositasi, birtasidan tashkari.
atropin
efedrin
berotek
ipratropium bromid
2. Gipotrofiyaning eng ko‘p sababchisi bulib xisoblanadi:
sun‘iy Ovqatlantirishni erta boshlash
pnevmoniya
respirator allergozlar
tabiiy Ovqatlantirish
3. Kisel-Djons-Nesterov buyicha revmatizmning asosiy belgilariga kaysi xolat kirmaydi
stress xolat bilan bogliklik
poliartrit
artralgiya
anulyar toshmalar
4. Surunkali yurak etishmovchiligini davolashda kullaniladigan asosiy preparatlar :
yurak glikozidlari, siydik xaydovchi a. antibiotiklar, nitrofurani
sitostatiklar, gormonlar, siydik xaydovchi dorilar
talvasaga karshi preparatlar
sulfanilamidlar, vitaminlar
5. O‘t kir norevmatik kardit bilan ogrigan 10 yashar bolada nafas kaytishi, taxikardiya va yurishida akrotsianozi yuzaga chikadi, yurak etishmovchiligi darajasini aniklang.
2 A daraja
1 daraja
2- daraja
.3 -araja
6. 1 darajali aktivlikdagi revmatizmnda EKG kursatkich:
kam informatsiya beradi
R-O intervalning uzayishi
ekstrasistoliya
interfrentsiyali dissotsiatsiya
7. 12 barmoqli ichak yara kasalligini davolashda ?uyidagi preparatlarni birgalikda ?o‘llash maqsadga muvofi?:
antatsidlar Qantibiotiklar Q M-xolinolitiklar
antatsidlar Q sitoprotektorlar
M-xolinolitiklar Q antibiotiklar
Gistaminning N2-retseptorlari blokatorlari Q M-xolinolitiklar

8.2 oylik bolani raxit kasalligiga olib keluvchi sabablar
onasining surunkali kasalligi va bolaning toza xavoda kam bulishi
tabiiy Ovqattlantirish

onasi bolaga kaltsiy glyuqon at beradi
bolaga vitamin D berilgan

9.3 darajali aktivlikka ega revmatizmning xos bulmagan klinik belgilari:
bugimlar deformatsiyasi va ankilozi bilan kechadigan surunkali artrit
pankardit

o'tkir va urta o'tkirlikdagi miokardit urta o'tkirlikdagi eki surunkali revmokardit qon
aylanishining buzilishi bilan

10.5 eshli bola,jismoniy rivojlanihdan orkada kolgan,10 ta dizembriogenez stigmatalari
bor.Qon bosimi 80G`40 mm sm ust ga teng Siydikda oqsil miqdorii-0,89 gG`l,eritr-10-
15.Nechiparenko buyicha leyk.-3x4 9darajada, eritr-2,5x10 9G`l.Siydik zichligi 1004-1009,
nikturiya. Katta akasida 10 eshida surunkali buyrak etishmovchiligi rivojlangan.Tashxisingiz:

nasliy nefrit
glomerulonefrit
tubulopatiya
buyrak-tosh kasalligi

11.5 yashar bolada yuzi,kul-oeklarida shishlar,xolsizlik,sustlik kuzatiladi. qonda
giperxolesterinemiya,SOE-40mmG`s.Sizning tashxisingiz

nefrotik sindrom
oksilsiz shishlar
Kvinke shishi

Qon aylanishi buzilishi 2 B darajasi

12.5oylik bolada 3 so't kalik isitma,yo't al,bezovtalik,xansirab nafas olish,upkada
krepitatsiyalovchi xirillashlar

pnevmoniya
plevrit
perikardit
orvi

13.Anemiya bilan ogrigan bemorda kandy yurak tomir uzgarishlar buladi

taxikardiya
bradikardiya
xech kandy uzgarish bulmaydi
xamma javoblar tugri

14.Anemiya bulgan bolalarni dispanser nazoratdan chikarish uchun kursatmalar
gemoglobin miqdorii 120g/l va undan Yuqori bulsa

gemorragiyalar bulmasligi
subfebrilitet bulmasligi
trombotsitlar miqdorii normada bulishi

15.Anemiya davolashda temir preparatining surilishini yaxshilash maksadida kaysi dori
vositasi beriladi

askorbin kislotasi
antibiotiklar
antigistaminlar
me'da xazm tizimi sekretsiyasi kuchaytirilib temirni yaxshi surilishiga olib keladi

16.Anemiya nima
qon tarkibidagi eritrotsit va eritrotsitlardagi gemoglobin miqdoriining kamayishi
eritrotsit va leykotsitlarning qonda kamayishi

qonda gi barcha shaklli elementlarning kamayishi
qon suyuk kismining nokulay sharoitda kamayishi

17.Anemiyada rang uzgarishi kandy

- 1 dan kichik
- 1 dan katta
- 0 dan katta
- xammasi notugri
- 18. Anemiyada sog'lomlashtirish yo'llari
- V gurux vitlar
- antibiotiklar
- sharbatlar
- Siydik xaydovchilar
- 19. Anemiyalar kanday davolanadi
- etiologik omilga va yuldosh kasallik bilan kurashib
- nerv sistemasini faoliyatini yaxshilab
- bemor ishtaxasini ko'tarib
- xammasi notugri
- 20. Anemiyalar uchun asosiy simptomlar
- shilliq pardalarning okarib ketishi
- toshmalar toshishi
- terining kichishi
- shilliq kavatlarga qon kuyilishi
- 21. Aralash Ovqatlantirish bu
- ona so'ti va sun'iy aralashmalar
- sun'iy aralashmalar va kushimcha Ovqatlar
- na so'ti va kushimcha Ovqat
- ona so'ti
- 22. Aralash ovqatlantirishga o'tishning eng ko'p uchraydigan sabablari (ortiqchasini ko'rsating)
- gipergalaktiya
- qiymati past so't
- gipogalaktiya
- ona so'tidagi qandni ko'tara olmaslik
- 23. Aralash ovqatlantirishda mahsulotning energetik qiymati oshadi so't kasiga tana vazni hisobiga:
- 5 kkal/kg
- 18 kkal/kg
- 20 kkal/kg
- 30 kkal/kg
- 24. Aralashmalar tarkibi nimasi bilan ona so'tidan farq:
- yog'lar miqdorini pastligi va uglevodlar miqdorining yuqoriligi
- yog'lar miqdorini yuqoriligi va uglevodlar miqdorining pastligi
- yog' va uglevodlar miqdorining bir xilligi
- faqat yog'lar miqdorini yuqoriligi
- 25. BA xuruj davri klinikasi
- Xammasi tugri
- O'tkir bronx obstruksiyasi bilan ifodalanadigan
- Ekspirator turdagi nafas sikilishi
- SHovkinli nafas masofadan eshitiladi
- 26. BA ga remissiyaga erishish uchun kullaniladigan preparatlar
- Adrenalin
- Eufillin
- Salbo't amol
- Demidrol
- 27. BA da 1-5 eshda salbo't amol dozasi

- 1mg * 3 maxal
 2mg * 2 maxal
 1mg* 2 maxal
 2,5mg * 3 maxal
- 28.BA da intal preparatining dozasi va muddati
 1-2 dozadan 2 oy davomida
 0,5 dozada 10 kun davomida
 5 dozada 3 oy davomida
 1-2 dozada 6 oy davomida
- 29.BA da maxsus giposensibilizatsiyada kullaniladigan preparatlar
 Xammasi tugri
 Salbo't amol tabletkasi
 Zaditen
 Beklozon-Eko
30. BA klinikasining kaysi boskichida burundan seroz ajralib aksirish bezovta kiladi
 Xuruj oldi
 Xuruj
 Remissiya
 Xurujdan keyingi
- 31.BA klinikasining kaysi davrida bolani kechalari yo't al ko'p bezota kiladi
 Xuruj oldi
 Xuruj
 Remissiya
 Xurujdan keyingi
- 32.BA ni davolash etaplari ketma-ketligi : 1 maxsus giposensibilizatsiyada, 2 o't kir davrda
 3 remissiyaga erishish uchun kilinadagan terapiya
 2,3,1
 3,1,2
 1,2,3
 3,2,1
- 33.Glomerulonefritning nefrotik sindromida patogenetik davo:
 gormonlar
 antibiotiklar
 Diuretiklar
 giposensibillovchi
- 34.BA ni kuyidagilardan kaysilari bilan differensial tashxis kilinadi
 Xammasi tugri
 Soxta krup
 Traxeo bronxial diskineziyalar
 Xammen-Rich kasalligi
- 35.Erta yoshdagi bolalarning me'da-ichak trakti xamma bo'limlariga xos morfologik xususiyatini ko'rsating:
 shilliq osti qavati nozik
 elastik va mushak tuqima yaxshi rivojlangan
 bez tuqimalarini yuqori sekretor faoliyati
 shilliq osti qavati qon bilan yaxshi ta'minlanmagan
- 36.BA ning diagnostikasi
 Xammasi tugri
 Nafas olishning kiyinlashuvi
 Perkussiyada upkada ko't ichasimon tovush
 Kuruvda xushtakli kuruk xirillashlar
- 37.BA ning kaysi davrida yo't al nam ok va shillimshik balgam bilan tamomlanadi

Xurujdan keyingi davrida
 Xuruj davrida
 Xuruj oldi davrida
 Xuruj orasidagi davrida
 38.BA ning klinikasining kaysi davrida bola kaysar, tez asabiylashish kuzatiladi
 Xuruj oldi
 Xuruj
 Remissiya
 Xurujdan keyingi
 39.BA ning o't kir davrida kilinadigan dorilar
 Eufillin, efedrin
 Adrenalin, Zaditen
 Alupept, Beklezon-Eko
 Salbo't amol tabletkasi
 40.Surunkali enterokolit – bu
 ingichka va yo'g'on ichaklarning yallig'lanish-degenerativ zararlanishi
 Yo'g'on ichakning yaralanishi
 Yo'g'on ichakning tugma anomaliyasi
 yo'g'on ichakning infeksiyon zararlanishi
 41.Umumiy xolsizlik, bosh og'rishi, ko'zini ostida biroz shishlar, peshobi «go'sht yuvindisi» rangida, peshobida makrogematuriya va biroz proteinuriya xos:
 o'tkir GN chegaralangan siydik sindromi bilan
 Surunkali GN, aralash shakli
 o'tkir GN nefrotik sindromi bilan
 o'tkir GN nefritik sindromi bilan
 42.BA ning xuruj baland chukkisida kuyuk shillimshik va chuziluvchan balgamli yo't al paydo bulishi kaysi davrda kuzatiladi
 Xuruj
 Xuruj oldi
 Xurujdan keyingi
 Remissiya
 43.BA ning xuruj oldi davrida kandy boshlanadi
 Bolaning axvoli uzgarishi bilan boshlanadi.
 O't kir bronx obstruksiyasi bilan ifodalanadi
 SHovkinli nafas masofadan eshitiladi
 Tugri javod yuk
 44.Bolalarda bronxial astmani tekshirish rejasiga kirmaydi:
 seromukoid, ASG,ASLO titrini aniqlash
 spirometriya
 pnevmotaxometriya
 ko'krak qafasi rentgenografiyasi
 45.Bolalarda zoltijamnng asorati bo'lib hisoblanmaydi:
 Parotit;
 Piotoraks;
 Pnevmotoraks;
 O'pka absessi
 46.Bolalarda pnevmoniya belgisi
 Tezlashgan nafas
 Otit
 Obstruktiv bronxit
 Pnevmotoraks
 47.Bolalarda o'tkir xoletsistitning asosiy sababi nima?

infeksiya
 jismoniy zo'riqish
 nerv-psixik omil
 travma
 48. Bolalarda o't-tosh kasalligini diagnostika usuli hisoblanadi:
 ultratovush tekshirish
 xoletsistografiya
 gepatobilissintigrafiya
 EFGDS
 49. Bolalarda eng ko'p uchraydigan surunkali gepatit:
 virusli
 bilial
 alkogol
 tug'ma
 50. Bronxial astma bilan ogrigan bemorda perkussiyada nimani eshittish mumkin
 ko't icha tovushi eshitiladi
 perko't or tovush kuchaygan
 tumtok tovush
 perko't or tovush pasaygan
 51. Bronxial astma bilan ogrigan bemorni auskultatsiya kilganda nimani eshitasiz
 *bir talay kuruk xirillashlar
 bedana sayrashi
 kichik kalibrdagi nam xirillashlar
 xech narsa eshitilmaydi
 52. Bronxial astma bilan ogrigan bemorning balgami tekshirilganda nima aniklanadi
 Kurshman spirallari va SHarko Leyden kristallari
 yiringli badbuy balgam
 qon aralash balgam
 nekroz tukimalari
 53. Glomerulonefrit bu-:
 buyrak immunkompleks kasalligi
 buyrak naychalarining zararlanishi
 buyrak naychalarining ko'prok zararlanishi bilan kechadigan immun yalliglanishi
 buyrak bazal membranasining irsiy zararlanishi
 54. Glomerulonefrit bu-:
 buyrak naychalari va interstitsial tukimasining mikrobl yalliglanishi
 buyrak chulgamlarining mikrobl yalliglanishi
 buyrak uramchalarining ko'prok zararlanishi bilan kechadigan immun yalliglanishi
 buyrak barcha strukturalarining immun
 55. Glomerulonefritda morfologik o'zgarishlar qaerda joylashadi
 Buyrak kopokchalarda
 Kanalchalarning distal kismida
 Interstitsial to'kimada
 Yig'uvchi naychalarda
 56. Dermatomiozitning diagnostik kriteriysiga kirmaydi:
 yuzidagi kapalaksimon eritema
 paraorbital eritema
 SOEning tezlamuvi
 Miokardit
 57. Diareya kuzgatuvchilarini kursating
 rotavirus
ODDIY VIRUS

xammasi
 lyambliya
 58.O'tkir pielonefritning asosiy klinik simptomlarini belgilang:
 bakteriuriya.
 To'qimalar shishishi; gematuriya;
 piuriya;
 arterial gipertoniya
 59.Diareyada bola kandy Ovqatlantiriladi
 tula kimmatli ozik moddalarga boy
 past kkal
 fakat ona so't i
 chala kimmatli maxsulotlar
 60.Dizurik sindromga nima kiradi?
 siyishning tezlashgani, siyish vaqtida og'riq
 proteinuriya
 silindruriya
 gematuriya
 61.Duodenit bu - ...
 12 barmokli ichak shilliq kavatining a.12 yalliglanishi
 12 barmokli ichak devorining distrofik yalliglanishi.
 Oshkozon shilliq kavatning yalliglanishi.
 Oshkozon va 12 barmokli ichak shilliq kavati yalliglanishi
 62.Qaysi belgi yara teshilishida eng xarakterli?
 *Qorindagi xanjarsimon og'riqlar
 Qorindagi to'mtoq og'riqlar
 Qorindagi xurujsimon og'riqlar
 Rangparlik, hushdan ketish
 63.Kaysi vaksina organizmga mushak osti orkali yuboriladi
 AKDS
 poliomielit
 kizamik
 BSJ
 64.Kaysi vaksinatsiya fakat enteral yul bilan yuboriladi
 poliomielit
 AKDS
 Kizamikka karshi
 bugmaga karshi
 65.Kaysi vaksinatsiyadan sung maxalliy reaksiya kuzatilmaydi
 poliomielit
 AKDS
 epid parotit
 BSJ
 66.Nikturiya bu
 kechqurun tez-tez siyish
 Kunduzgi tez-tez siyish
 Og'riqli siyish
 Siydik chiqarishning kamayishi
 67.Nikturiya qaysi kasalliklarda uchraydi
 hammasi
 Nefratsirrozda
 Buyrak va qovuq silida
 YUarak qon tomir kasalliklarida0

68. Nima sababdan ekskretor urografiya oxirgi rentgen vertikal xolatda tushiriladi
 siydik pufagida rentgenoqon trast modda satxini aniklash uchun
 umurtka pogonasida kompressiya borligini aniklash uchun
 buyrakning kuzgaluvchanligini aniklash uchun
 qon trast moddani siydik pufagiga tula tushishi uchun
69. Pielonefritga xarakterli emas:
 gematuriya
 leykotsituriya
 oksaluriya
 uraturiya
70. Pielonefritda qaysi dori preparatlarini qo'llash mumkin emas:
 kanamitsin
 ampitsillin
 laziks
 furodonin
71. Pielonefritda kreatinin indeks:
 pasaygan
 normal
 oshgan
 glomerulonefritdagi klirensiga teng
72. Pielonefritdagi laborator tekshirishlar (ortiqchasini ko'rsating):
 makrogematuriya
 leykotsituriya
 bakteriuriya
 mikrogematuriya
73. Pielonefritning aktiv bosqichini davolashda quyidagilardan qaysi biri qo'llanilmaydi?
 glyukokortikosteroidlar
 antibakterial terapiya
 antigistamin terapiya
 buyrak to'qimasida qon aylanishini yaxshilovchi preparatlar
74. Piotoraksga xos bulmagan belgini kursating.
 yurakda sanchuvchi ogrik.
 xansirash
 pal'patsiyada ovoz dirilashi
 kukrak kafasida ogrik
75. Platsenta kaysi davrda vujudga keladi
 neofetal
 gormonal
 etilish
 embrional
76. Plevra bushligidan suyuklik olish uchun punksiya kilinadi:
 7 va 8 kovurgalar orasidan urta umrov liniyasidan
 2 va 3 kovurgalar orasidan urta umrov liniyasidan
 3 va 4 kovurgalar orasidan urta umrov liniyasidan
 5 va 6 kovurgalar orasidan urta umrov liniyasidan
77. Plevritning etiologiyasi buyicha turini belgilang
 A va V tugri
 infeksiya va aseptik
 travmatik va infeksiya
 tugri javob yuk
78. Pnevmaniya kaysi kasallikni boshdan kechirganda ko'prok uchraydi
 Grippdan keyin

- Yo't aldan keyin
 Faringit va laringitdan keyin
 Bronxitdan keyin
 79.Jinsiy kriz holatiga kiruvchi xolatni ko'rsating:
 ko'rak bezlarining kattalashishi
 mastit
 terida toshmalar
 gipertermiya
 patalogik tug'ruq asorati
 80.Pnevmaniya kechishi buyicha necha xil buladi
 O't kir va chuziluvchan
 O't kir va surunkali
 Retsidivlovchi
 Latent kechadi
 81.Pnevmaniya klinik morfologik uzgarishlari buyicha necha xil buladi
 Parenximatozli, giperstzial
 Toksik, termik
 Aspiratsiya va bronxlar ezilishi natijasida
 Rikketsiozli, zamburugli
 82.Revmatoid artrit qaysi kasalliklar bilan taqqoslanadi:
 bro't sellez
 surunkali va o't kir pankreatit
 sepsis
 surunkali gastrit
 83.Pnevmaniya necha boskichda kechadi
 3 ta boshlangich, avj olish, tuzalish
 2 ta boshlangich va tuzalishi
 Avj olgan davri, remissiya davrla
 Boskichlari bulmaydi
 84.Erta yoshdagi bolalarda teri osti yog' qatlami tashkil etadi:
 tana massasini 12%
 tana massasini 18%
 tana massasini 14%
 tana massasini 10%
 85.Pnevmaniya nima
 Upkaning xavoalmashinishi (alveola, oralik tukima va qon tomirlar tizimi) kismida oylashgan o't kir yalliglanishi jaraeni
 Bronxlarning yalliglanishi
 Yuqori nafas yo'llari kasalliklari
 Bronxlarga ed jismlar kirib kolishi
 86.Pnevmaniya ogirlik darajalarini toping
 O't a ogir, ogir, urtacha ogir, engil va abortiv
 O't a ogir, ogir, urtacha ogir
 engil va abortiv
 O't a ogir, ogir, urtacha ogir abortiv
 87.Bolalarning qaysi yoshida limfa tugunlarning tuzilishi va funksiyasi kattalarnikiga o'xshaydi:
 12-13 yoshda
 5
 7
 10
 88.Pnevmaniya patogenezi buyicha necha xil buladi

I lamchi va II lamchi

Krupozli

Ornitozli

Uchokli

89. Pnevmaniya etiologiyasi buyicha kanaka turlari bor

Xammasi tugri

Bakteriyali, virusli, mikoplazmali

Ornitozli, rikketsiozli, zamburugli

Allergiyali, mikoplazmali

90. Limfatik - gipoplastik diatez simptomlariga kiradi:

*limfa tugunlarning diffuz kattalashishi, xarakatchanligi va og'riqsizligi

limfa tugunlarning maxalliy kattalashishi va xarakatsizligi

limfa tugunlarning maxalliy kattalashishi, atrofdagi tukimalar bilan jipslangani

limfa tugunlarning diffuz kattalashishi va xarakatsizligi

91. Pnevmaniyada asosiy uzgarishlar kaysi organlarda buladi

Xammasi tugri

Nafas a'zolari

YUrak-qon tomir

Nafas tizimi

92. Pnevmaniyada upka tukimadagi necha boskich uzgarishlari buladi. Patologik anatomiyasi kura

4 boskich kuyilish, kizil jigarlanish, kulrang jigarlanish, surilish

1 boskich surilish

3 boskich kulrang jigarlanish, kulrang jigarlanish

2 boskich kuyilish va surilish

93. Qaysi kasallikda buyrak koptokchalari zararlanadi?

Glomerulonefritda.

Gepatitda.

Piyelonefritda.

Gipertoniya.

94. Oshqozon yarasining ko'proq uchraydigan sohasini ko'rsating:

antral qism, pilorik qism

kichik egrilik, pilorik qism

kardial qism, katta egrilik

pilorik qism, katta egrilik

95. O'tkir revmatik isitmaning kechish variantlari noto'grisini toping

Surunkali

O'tkir osti

Cho'zilgan

O'tkir

96. Virusli hepatitlarning asoratlari

1. Giperbilluribinemiya. 2. Anemiya. 3. Jigarning kattalashuvi. 4. Leykopeniya. 5. Sariqlik.

6. Astenizatsiya.

1,3,6

2,4,5

2,3,6

1,3,4

97. Pasternatskiy simptomi qaysi kasallikda aniqlanadi?

pielonefritda

jigar sirrozida

uremik komada

qandli diabetda

98. Jigar kasalliklarida quyidagi parhez stoli belgilanadi:

5-parhez stoli.

4-parhez stoli.

1-parhez stoli.

2-parhez stoli.

99. O'tkir pnemoniyaning eng ko'p uchraydigan asorati.

o't kir nafas etishmovchiligi

yurak etishmovchiligi

o'tkir buyrak usti etishmovchiligi

o'tkir jigar etishmovchiligi

100. O'tkir pnemoniyaning eng xarakterli klinik simptomi

xansirash, burun-lab uchburchagini ko'karishi

yo'tal

akrotsianoz

tirnoq falangalarining rangparligi

Bolalar kasalliklarini integrirlashgan usulda olib borish strategiyasi asosida vaziyatli masalalar

Vaziyatli masala № 1

«Bolalar kasalliklarini integrirlashgan usulda olib borish» strategiyasiga asoslanib quyidagi klinik xolatni baxolang va tasniflang. Quyidagi klinik xolatni uking va tugri tasnif(lar) ko'yin g: Akbar 3 yoshda. Vazni 9,4 kg. Uning isitmasi 37,5 S. Onasi bolaning badani issikligi va yo't ali borligini aytdi.

Akbar icha oladi, u Ovqattdan sung kumadi, unda shaytonlash bulmagan. Bola xushida, u letargik emas.

Akbar 3 kundan beri yo't almokda. Mino't dagi nafas soni 51 marta. Unda kukrak kafasining kuchli tortilishini kurmadi, tinch xolatda stridor va astmoid nafas kuzatilmadi.

Akbar da diareya yuk.

Akbarning isitmasi 37,5 S ligi uchun uni isitmaga baxoladingiz. Bolaning isitmasi 5 kun davom etgan. Unda ensa muskullari rigidligi yuk, lekin tumov va tarkalغان toshmalar bor. Unda kuz shox pardasi xiralashuvi, kuzdan yiring okishi va ogizdagi yaralar yuk.

Akbar dagi tasniflarni yozing, BKIUOB strategiyasi asosida bolani davolang.

Vaziyatli masala № 2

«Bolalar kasalliklarini integrirlashgan usulda olib borish» strategiyasiga asoslanib quyidagi klinik xolatni baxolang va tasniflang

Quyidagi klinik xolatni uking va tugri tasnifni yozing:

Xoshim 3 yoshda. Vazni 10 kg. Tana xarorati 37 S. Uning onasi Xoshimda diareya borligi uchun olib keldi.

Unda umumiy xavf belgilari yuk. Unda nafas kiyinligi va yo't al yuk. «Diareya necha kundan beri davom etyapti » - deb suralganda, «2 xaftadan ortik»- deb javob berdi. Axlarda qon bor. Kurik payti bola injik, lekin kuzlari kirtaymagan. U icha oladi, chankok emas, teri burmasi sekin tekislanadi.

Xoshimdagi tasniflarni yozuv shaklida yozing, BKIUOB strategiyasi asosida bolani davolang

Vaziyatli masala № 3

«Bolalar kasalliklarini integrirlashgan usulda olib borish» strategiyasiga asoslanib quyidagi klinik xolatni baxolang va tasniflang.

Quyidagi klinik xolatni uking va tugri tasnifni yozing:

Karim 11 oylik. Vazni 8 kg, tana xarorati 37S. Onasi suzidan bolada 3 xaftadan beri kuruk yo't al. Karimda umumiy xavf belgilari yuk. Yo't alni baxoladingiz. Yo't al 21 kun davom etgan. Mino't dagi nafas soni 41 ta, kukrak kafasi tortilishi, tinch xolatdagi stridor yuk. Unda kasallik davomida isitma ko't arilmadi. Karimda Ovqatlanishning buzilishi va anemiya buyicha baxoladingiz. Unda ogir ozginlik belgilari yuk. Uning kul kaftlari yakkol okargan, oyok panjalarida shish yuk. Rivojlanish xaritasiga karab Karimdagi tana vaznining mos kelishini aniklang. Davoni belgilang va davolang.

Karimdagi tasnif (lar) ni yozing, BKIUOB strategiyasi asosida bolani davolang

Vaziyatli masala № 4

Oydin 5 oylik. Vazni 5 kg. Tana xarorati 39° S, bolaning badani kizib turgani va 2 kundan beri yo't alayotgani uchun ota – onasi uni ambulatoriyaga olib kelishgan. Oydin suyuklik icha oladi, unda kayt kilish, tirishib talvasaga tushish xodisalari bulmagan, bola letargik xolatda emas, xushi xam joyida. Tibbiy xodim “Bolaning yo't alini tekshirib ko'rmokchiman” deb aytdi. U Oydinning mino't iga 43 marta nafas olayotganligini anikladi. Bu bola kukrak kafasining ichga tortilishi yuk, tinch xolatda stridor xam yuk. Oydinda diareya bulmagan. Bolada 2 kundan beri isitma bor va uning badani kizib turibti. Sunggi 3 oy mobaynida bolada kizamik bulgan emas. Ensa muskullari rigidligi yuk. Oydinning badanida toshmalar toshag. Ko'zlari qizarib turibti. Og'zida yaralari bor. Ular chukur va katta emas. Bolaning ko'zlari yiringlashmagan. Ko'z shox pardasining xiralashuvi yuk.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang.

Vaziyatli masala № 5.

Diyora 12 oylik, vazni 7,2 kg, isitmasi 37,5° S,. Bolaning badani kizib turganligi uchun onasi uni olib ambulatoriyaga olib kelgan. Diyorada umumiy xavf belgilari yuk. Yo't al va nafas kiyinligi xam yuk. Tibbiy xodim diareya tugrisida surushtirib ko'rganida onasi bolaning 2 yoki 3 kundan beri ichi ketayotganligini va axlatida qon kurganligini aytdi. Diyora letargik xolatda emas, xushi joyida. Bolaning ko'zlari kirtaygan emas. U suyuklikni odatdagicha ichadi. Terisining burmasi darxol tekislanadi. Tibbiy xodim “Diyoraning badani kizib turganligi uchun uni olib kelibsiz. Men uni kurib kuyaman” dedi. Sunggi 3 oy mobaynida bolada kizamik bulgan emas. Unda ensa muskullari rigidligi yuk, badanida toshmalar xam yuk. Bolada isitmaning boshka sabablari yuk. Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang.

Vaziyatli masala № 6.

Saltanat 18 oylik, vazni 9 kg. Tana xarorati 37° S. Onasi bolaning kulogidan kun davomida yiring okayotganligini aytdi. Saltanatda umumiy xavf belgilari yuk. Yo't al va nafas kiyinligi xam yuk, diareya xam yuk. Tibbiy xodim “Saltanatning badani kizib turganligi uchun uni olib kelibsiz. Men uni kurib kuyaman” dedi. Sunggi 3 oy mobaynida bolada kizamik bulgan emas. Unda ensa muskullari rigidligi yuk, badanida toshmalar xam yuk. Bolada isitmaning boshka sabablari yuk. tibbiy xodim kulokka alokador muammolar tugrisida surushtirib kurdi. Onasi bolaning kulogida ogrik yuk, lekin 3- 4 kundan beri kulogidan yiring okayotganligini aytdi. Tibbiy xodim bolaning o'ng qulog'idan yiring kelayotganligini topdi. U ikkala kulok orqasida bezillab turgan joy yukligini xam aniqladi.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 7.

Mansur 9 oylik, vazni 9,5 kg, isitmasi 39,5° S,. Bolaning badani kizib turganligi uchun onasi uni olib ambulatoriyaga olib kelgan. Manchsurda umumiy xavf belgilari yuk. Yo't al va nafas

kiyinligi xam yuk. Tibbiy xodim diareya tugrisida surushtirib ko'rganida onasi bolaning 1 xaftadan beri ichi ketayotganligini va axlatida qon yukligini aytdi. Mansur letargik xolatda emas, xushi joyida. Bolaning ko'zlari kirtaygan. U suyuklikni yo't okib ichadi. Terisining burmasi sekin tekislanadi. Mansurda tomok ogrigi bor. Bolaning tomogida yiring kuzga tashlanadi. Tibbiy xodim bo'yin limfa tugunlarini kattalshgan deb topmadi. Bolada kulokka alokador muammolar yuk. Tibbiy xodim oziklanishning buzilishi va anemiyaga xos belgilar bormikan deb tekshirib kurdi. Mansurda ozib, madorsizlanish belgilari yuk. Unda kul kaftlarining okarganiga xos belgilar yuk. Ikkala oyogining panjasida shishlar xam yuk. Tibbiy xodim bolaning vazni yoshiga mos kelish – kelmasligini anikladi..

Mansur. Mana bu emlashlarni olgan: Gepatit V1, Gepatit V2, Gepatit V3, BSJ, AKDS1, AKDS2, OPVo, OPV1, OPV2 va OPV3 bilan xam emlangan.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang.

Vaziyatli masala № 8

SHoira 3 yashar, vazni 11 kg, isitmasi 37,1° S. Bolada yo't al va diareya bilan ogrib kolganligi uchun onasi uni olib ambulatoriyaga olib kelgan. SHoira umumiy xavf belgilari yuk. Yo't al va nafas kiyinligini baxolab chikdi. Sanab kurib bolaning mino't iga 36 marta nafas olayotganini anikladi. Bolada kukrak kafasining tortilishi va stridor yuk.. Tibbiy xodim diareya tugrisida surushtirib ko'rganida onasi bolaning 2 xaftadan ortik ichi ketayotganligini va axlatida qon kurmaganligini aytdi. SHoira letargik xolatda emas, xushi joyida. Bolaning ko'zlari kirtaygan emas. U suyuklikni odatdagicha ichadi, chankok emas. Terisining burmasi darxol tekislanadi. Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang.

Vaziyatli masala № 9

Kasallik tarixi. SHirin 6 oylik, vazni 5 kg. Tana harorati 37S°. SHirin yo'talib turgani uchun onasi uni ambulatoriyaga olib keldi. SHirinni ozib ketgani onasini xavotirlantirdi.

Tibbiy xodim bolada hech qanday umumiy xavf belgilarini topmadi. Tibbiy xodim boladagi yo'talga baxo berib chiqdi. Onasining so'zidan SHirinning yo'tali 4 kundan beri davom etib keladi. Tibbiy xodim sanab ko'rib SHirinni mino't iga 52 marta nafas olayotganini aniqladi. Bolada ko'krak qafasining ichga tortilishi va tinch holatda seziladigan stridor yo'q. Astmoi nafas ham yo'q.

SHirinda diareya va isitma yo'q. Quloqqa va tomoqqa aloqador muammolar ham aniqlanmadi. Tibbiy xodim bolada og'ir ozg'inlik belgilarini topdi. Bolaning qo'l kaftlari oqargan emas. Oyoq panjalarida shishlar ham yo'q. Tibbiy xodim bolaning vazni yoshiga to'g'ri kelish-kelmasligini aniqladi.

Bu qizcha Gepatit V 1, Gepatit V2, BSJ, OPV0, OPV1, AKDS 1 vaksinalarini olgan. Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang.

Vaziyatli masala № 10

Kasallik tarixi. Jamila 37 oylik, vazni 15,3 kg. Tana harorati 38,5 S°. Jamilaning oshqozoni og'rib, tanasi qizib turgani va toshma toshib, yo'talgani uchun uni ambulatoriyaga olib kelishgan.

Tibbiy xodim bolada hech qanday umumiy xavf belgilarini topmadi. Tibbiy xodim boladagi yo'talga baxo berib chiqdi. Onasining so'zidan Jamilaning yo'tali 2 kundan beri davom etib keladi. Tibbiy xodim sanab ko'rib Jamilani mino't iga 55 marta nafas olayotganini aniqladi. Bolada ko'krak qafasining ichga tortilishi va tinch holatda seziladigan stridor yo'q. Astmoid nafas ham yo'q.

Jamilada diareya yo‘q. Isitma 2 kundan beri davom etadi. So‘nggi 3 oyda qizchada qizamiq bo‘lmagan. Qizchani bo‘yni bemalol egiladi. Toshma bolaning faqat qo‘llarida toshgan.

Quloqqa va tomoqqa aloqador muammolar ham aniqlanmadi.

Tibbiy xodim bolada ko‘rinarli ozg‘inlik belgilarini topmadi. Bolaning qo‘l kaftlari oqargan emas. Oyoq panjalarida shishlar ham yo‘q. Tibbiy xodim bolaning vazni yoshiga to‘g‘ri kelish-kelmasligini aniqladi.

Bu qizcha Gepatit V 1, Gepatit V 2, Gepatit V 3, BSJ, OPV 0, OPV 1, OPV 2, AKDS1, AKDS 2, AKDS 3, vaksinalarini olgan.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 11

Kasallik tarixi. Furqat 11 oylik, vazni 8 kg. Tana harorati 37S°. Onasi bolada so‘nggi 3 haftadan beri quruq yo‘tal borligini aytdi.

Tibbiy xodim bolada hech qanday umumiy xavf belgilarini topmadi. Tibbiy xodim boladagi yo‘talga baxo berib chiqdi. Onasining so‘zidan yo‘tal 21 kundan beri davom etib keladi. Tibbiy xodim sanab ko‘rib bolani mino‘t iga 41 marta nafas olayotganini aniqladi. Bolada ko‘krak qafasining ichga tortilishi va tinch holatda seziladigan stridor yo‘q. Astmoid nafas ham yo‘q. Furqatda diareya yo‘q. Isitma bo‘lmagan. Quloqqa va tomoqqa aloqador muammolar ham aniqlanmadi.

Tibbiy xodim bolada ko‘rinarli ozg‘inlik belgilarini topmadi. Bolaning qo‘l kaftlari oqargan va deyarli oppoq bo‘lib ko‘rinadi. Oyoq panjalarida shishlar ham yo‘q. Tibbiy xodim bolaning vazni yoshiga to‘g‘ri kelish-kelmasligini aniqladi.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 12

Kasallik tarixi. Timur 37 oylik, vazni 11 kg. Tana harorati 37,5S°. Onasi bolaning tanasi qizib turganini aytdi. Bola yig‘lab qulog‘ini ishqalaydi.

Tibbiy xodim bolada hech qanday umumiy xavf belgilarini topmadi.

Timurda yo‘tal va diareya yo‘q. Tomoqqa aloqador muammolar ham aniqlanmadi.

Tibbiy xodim bolada ko‘rinarli ozg‘inlik belgilarini topmadi.

Onasi Timurning qulog‘i og‘riyatganini 5 kundan beri qulog‘idan ajralma kelayatganini aytdi. Tibbiy xodim bolaning qulog‘idan yiring oqayatganini topdi. Quloqlari orqasida og‘riqli shish yo‘qligini aniqladi.

Timur ozg‘in bo‘lib ko‘rinadi lekin haddan tashqari ozg‘inlik yo‘q. Bolaning qo‘l kaftlari rangsiz emas. Oyoq panjalarida shishlar ham yo‘q. Tibbiy xodim bolaning vazni yoshiga to‘g‘ri kelish-kelmasligini aniqladi.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 13

Kasallik tarixi. Muyassar 3 yoshda, vazni 13 kg. Tana harorati 37,5S°. Onasi bolani 2 kundan beri tanasi qizib turganini aytdi. Bola kechasi yig‘lab qulog‘ini oqayotganini aytdi.

Tibbiy xodim bolada hech qanday umumiy xavf belgilarini topmadi.

Muyassarda yo‘tal, nafas qiyinlashuvi va diareya yo‘q. Tibbiy xodim boladagi isitmani ASORATSIZ ISITMA deb tasnifladi.

Bola qulog‘i og‘rigani uchun deyarli tuni bo‘yi yig‘lab chiqqan. Onasining so‘zidan 1 yildan beri bolaning yiring oqishi dam boshlanib dam to‘xtab turadi.

Tibbiy xodim bolaning qulog‘idan yiring oqayatganini topmadi. Bir qulog‘i orqasida og‘riqli shish borligini aniqladi.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 14

Kasallik tarixi. Aziza 18 oylik, vazni 8 kg. Tana harorati 38,5 S°. °. Onasi bolaning tanasi qizib turganini va unda toshma toshgani uchun uni ambulatoriyaga olib kelishgan.

Azizada yo'tal, nafas qiyinlashuvi va diareya yo'q..

Isitma 5 kundan beri davom etadi. Toshma bolaning badanida toshgan va ko'zlari qizarib turibdi.

Unda qizamiq bor. Ensa mushaklari rigidligi yo'q. Azizaning og'zida yaralar yo'q.

Quloqqa aloqador muammolar ham aniqlanmadi.

Tibbiy xodim bolada ko'rinarli ozg'inlik belgilarini topmadi. Bolaning qo'l kaftlari oqargan emas. Oyoq panjalarida shishlar ham yo'q. Tibbiy xodim bolaning vazni yoshiga to'g'ri kelish-kelmasligini aniqladi.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 15

Kasallik tarixi. Alisher 10 oylik, vazni 7 kg. Tana harorati 36,8 S°. °. Onasi boladagi diareyadan xavotirlangani uchun uni ambulatoriyaga olib kelishgan.

Alisherda yo'tal, nafas qiyinlashuvi va umumiy xavf belgilari yo'q..

Diareya 5 kundan beri davom etadi. Axlatida qon ko'rishmagan. Alisherda ortiqcha injiqlik yo'q.

Xushi joyida ko'zlari kirtaymagan, suvni yo't oqib ichadi, teri burmasi sekin tekislanadi.

Bolada isitma, quloqqa va tomoqqa aloqador muammolar ham aniqlanmadi.

Tibbiy xodim bolada ko'rinarli ozg'inlik belgilarini topmadi. Bolaning qo'l kaftlari oqargan emas. Oyoq panjalarida shishlar ham yo'q. Tibbiy xodim bolaning vazni yoshiga to'g'ri kelish-kelmasligini aniqladi

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 16

Kasallik tarixi. Sonya 3 yosh, vazni 11,5 kg. Tana harorati 38 S°. °. Onasi bolaning yo'talaytgani va badanida toshma toshgani uchun uni ambulatoriyaga olib kelishgan. Sonyada umumiy xavf belgilari aniqlanmadi. Sonyada yo'tal, nafas qiyinlashuvi va diareya yo'q..

Tibbiy xodim boladagi yo'talga baxo berib chiqdi. Sonyani mino't iga 42 marta nafas olayotganini aniqladi. Bolada ko'krak qafasining ichga tortilishi va tinch holatda seziladigan stridor yo'q. Astmoid nafas ham yo'q. Sonyada diareya yo'q. Isitma 3 kundan beri davom etadi. Ensa mushaklari rigidligi yo'q. Toshma bolaning badanida toshgan va ko'zlari qizarib turibdi, og'zida yaralar yo'q.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 17

Kasallik tarixi. Karim 5oylik, vazni 5,2 kg. Tana harorati 37,5 S°. Onasi bolaning ishtahasi pasaygani va badani qizib turgani uchun uni ambulatoriyaga olib kelgan. Karim da umumiy xavf belgilari aniqlanmadi, yo'tal, nafas qiyinlashuvi va diareya yo'q..

Isitma 4 kundan beri davom etadi. Ensa mushaklari rigidligi yo'q. So'nggi 3 oyda qizchada qizamiq bo'lmagan, qizamiqqa ishora qiladigan belgilar ham yo'q.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 18

Kasallik tarixi. Renat 10 oylik, vazni 8 kg. Tana harorati 38,5 S°. Onasi bolada 3 kundan beri diareya davom etayotgani uchun uni ambulatoriyaga olib kelgan. Onasi bolaning axlatida qon borligini sezgan.

Renatda yo'tal, nafas qiyinlashuvi va umumiy xavf belgilari yo'q.

Renatda ortiqcha injiqlik yo'q. Xushi joyida, ko'zlari kirtaymagan, suvni odatdagicha ichadi, teri burmasi darhol tekislanadi.

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 19

Kasallik tarixi. Zulfiya 7 oylik, vazni 6,5 kg. Tana harorati 37 S Onasi bolada diareya kuzatilgani uchun uni ambulatoriyaga olib kelgan. Zulfiyada umumiy xavf belgilari aniqlanmadi, yo'tal, nafas qiyinlashuvi va diareya yo'q.

Diareya 2 kundan beri davom etadi. Axlatda qon yo'q. Zulfiyada ortiqcha injiqlik yo'q. Xushi joyida, ko'zlari kirtaygan, suvni oshiqib ichadi, teri burmasi darhol tekislanadi

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Vaziyatli masala № 20

Kasallik tarixi. Doniyor 10 oylik, vazni 8,2 kg. Tana harorati 37,5S°. Doniyor yo'talib turgani va badanida toshma bo'lganligi uchun onasi uni ambulatoriyaga olib keldi.

Tibbiy xodim bolada hech qanday umumiy xavf belgilarini topmadi. Tibbiy xodim boladagi yo'talga baxo berib chiqdi. Onasining so'zidan Doniyorning yo'tali 5 kundan beri davom etib keladi. Tibbiy xodim sanab ko'rib Doniyorni mino't iga 43 marta nafas olayotganini aniqladi.

Bolada ko'krak qafasining ichga tortilishi va tinch holatda seziladigan stridor yo'q. Astmoid nafas ham yo'q.

Doniyorda diareya yo'q. Quloqqa va tomoqqa aloqador muammolar ham aniqlanmadi.

Bolaning badani 2 kundan beri qizib turibdi. Ensa mushaklari rigidligi yo'q. Kasallik tumovdan boshlangan. Toshma bolaning bo't un badanida toshgan va ko'zlari qizarib turibdi, og'zida yaralar yo'q

Boladagi belgilarni yozib olib, yozuv shaklida tasniflang. Bolaga davoni belgilang va BKIUOB strategiyasi asosida davolang

Glossariy

Abssess (xuppos, gazak) - Bakteriya yoki boshqa infeksiya tufayli kelib chiqqan yiringli xalta.

Alkogolizm (ichkilikbozlik) - Ichkilikbozlik odamning pivo, vino, aroq kabi spirtli ichimliklarga doimiy ehtiyoji.

Allergiya - Atrofdagi narsalarga(ovqat, chang, dori-darmon vaboshqalarga) o'ta manfiysezgirlik. Bu holatda odamda toshmalartoshish, chuchkirish, nafas qisish vaengog'irholatshokkelibchiqishi mumkin.

Almashlab ekish - Bir dalada birin- ketin turli ekinlarnialmashtiribekish,bundatuproqyildanyilga kuchsizlanish o'rniga, boyroq bo'laboshlaydi.

Amyobalar - Suv yoki ichakdayashovchi faqat mikroskop ostidako'rinadigan juda kichik mavjudotlar. Ular ich ketar, ich burug' (dezinteriya)vajigarabssesslarigaolib kelishi mumkin.

Ampo't atsiya - Tananing biror qismini kesib tashlash.

Anemiya - Kamqonlikka qarang.

Antatsidlar - Oshqozondagi kislotani nazorat qilish va oshqozonog'rig'ini pasaytirishga yordam beradigan dorilar.

Antibiotik - Bakteriya orqali kelib chiqqan infeksiyalarga qarshi kurashuvchi dorilar.

Antigistamin - Isitma va qichishishkabi allergik ta'sirlarda ishlatiluvchi dorilar. Shuningdek qayt qilishnito'xtatib, ko'p uxlashga sabab bo'lishi mumkin.

Antiseptik - Bakteriyaning ko'payishiga to'sqinlik qiladigan moddalar.

Antispazmatik (Spazmolitik) 'Spazmga qarshi-ga qarang.

Antitoksin - Zardobga qarang.

Aorta - Yurakdan chiqib tanaga qontarqatuvchi yo'g'on tomir.

Appenditsit - Chuvalchangsimo' simtaning yallig'lanishi.

Arteriya - Yurakdagi qonni tanagatarqatuvchi qon tomiri. Arteriyadapuls bo'ladi.

Vena(tomir) qonniyurakka qayta olib keluvchi tomirlarda puls bo'lmaydi.

Askarida (kurt) - Odamlarning ichaklarida yashovchi va noqulayliklar, qorin og'rig'i, quvvatsizlikvaba'zanichakningto'silishiga olibkeluvchi katta qurtlar.

Asoratlar - Ba'zan kasallik sababli kelib chiqadigan ikkinchi darajali sog'liq muammolari. Masalan,meningit qizamiqning xavfli asoratisifatida kelib chiqishi mumkin.

Ateroskleroz - Organizmda turlisabablar tufayli kelib chiqadigan,kimyoviy (yog'simon) moddalar almashinuvining buzilishi va sho't ufayli qon tomirlarining ichki qavatini shikastlab, jiddiy kasalliklarga(insult, infarkt) olib kelishi mumkin.

Aerozol - Nafas yo'llariga sepiladi,odatda qalpog'ini ezganingizda dorisochiladi.

Bavosil (gemorroy) - Orqa peshovichidagi yoki tashqarisidagi og'riqli,kichik shishiq. Ular shishgan venalardir(tomirlardir).

BakteriyaFaqatmikroskopostidako'rinadiganvaturliinfeksionkasalliklargaolibkeluvchimikr oblar.

Balg'am - nafas yo'llari (bronxlar)ning shilliq qavatlarining yo'talganda tashqariga chiqadigan ajramasi .U yiringli yoki qonli bo'lishi mumkin.

Balg'am ko'chiruvchilar - Nafasyo'llaridagi shilimshiq'larni chiqarishga yordam beruvchi dorilar .

Bachadon - Ayollarning bola rivojlanadigan qorin sohasidagi xaltasimon a'zosi.

Bachadon bo'yinchasi - Qin orqasidagi bachadonning ochilish joyi .Bachadonni qisqartiruvchi dorilar -Bachadon va uning ichidagi qonarteriya va venalarning qisqarishiga olib keluvchi xavfli dorilar. Ularfaqatgina bola tug'ilgandan keyin,onaning ko'p qon yo'qotish hollaridaishlatilishi kerak.

Belgilar - Odamning qanday kasallik bilan og'riyotganini bilish uchununi tekshirish jarayonida qidirilayotgan narsalar yoki holatlar.

Boylam - Suyak yoki ichki a'zolaribir-biriga biriktirib ushlab turadiganpishiq biriktiruvchito'qima tolalarto't ami.

Bronxlar - O'pkaga havo olib boruvchi naylar. Ular orqali odam nafas oladi.

Bronxit - Bronxlarning infeksiyalanishi (yallig'lanishi).

Buyraklar - Katta loviya ko'rinishidagi belning pastki qismidagiorganlar bo'lib, qonni filtrlaydi vachiqindilaridan siydik hosil qiladi.

Buyrak toshi - Buyrakda hosilbo'ladigan va siydik yo'llaridanpastga suriladigan kichik toshlar.Ular belning pastki qismidagibir taraflama, siydik yo'llari yokiqorinning pastki qismidagi qattiqog'riqlarga sabab bo'lishi mumkin.

Bujama (husnbuzar) - yuz, ko'krakyoki orqadagi uchi bir oz yiringliyoki kirdan bo'lgan qora qalpoqchalishishchalar. Ko'pincha yoshlardauchraydi (bo'ydoqlik).

“Bo’ri og’iz” - Bunday tug’ilgan bolaning tanglayi bo’lingan yoki og’izbo’shlig’ining tepa qismida odatdantashqari bo’lgan tirtiq joyi bo’ladi.

Bo’qoq - Yodni kam iste’mol qilishnatijasida, bo’yinning oldingi qismida rivojlanib boruvchi shish (qalqonsimon bezning kattalashishi).

Vazelin - Teri mazlarini(surtmalarini) tayyorlashda ishlatiladigan yog’.

Venalar (tomilrar) kengayishi (varikoz venalar) Venalarningodatdantashqarishishib, to’planibqolli, odatda, bu katta yoshdagi odamlar, homilador ayollari yoki ko’pbolalionalarningoyoqlarida uchraydi.

Virus Bakteriyalardan ham kichik bo’lgan mikroblar bo’lib, ular ba’zi infeksiyon (yuqumli) kasalliklarga olib keladi.

Vitaminlar - Organizmning to’g’ri ishlashi uchun kerak bo’ladigan “himoya qiluvchi” moddalar.

Gormonlar Maxsus ish bajarish uchun organizmninga’zolarida ishlab chiqariladigan kimyoviy moddalar. Masalan: estrogen va progesteronlar ayollarning hayzini nazorat qiluvchi va homiladorlikdan

saqlovchi gormonlardir.

Gemorroy - Bavosilga qarang.

Gigiyena - Salomatlik uchun muhim bo’lgan shaxsiy tozalik ishlari va chora tadbirlar.

Gips - Bint va albasterdan qilingan singan suyakni tuzalgunga qadar joyida saqlab turuvchi qattiq

bog’lam.

Glyukoza - Organizm oson va tez

ishlatishi mumkin bo’lgan shakarturi. U mevalar, asal tarkibida bo’ladi, U Suvni Tiklovchi Ichimlik tarkibida ham bo’ladi.

Grija - Churraga qarang.

Gripp - Isitma, bo’g’inlardagi og’riqva ba’zan ich ketish bilan kechadigan qattiq shamollash.

Gul changi - Urug’li o’simliklarga gullari chiqaradigan chang. Gulchangiga allergiyasi bor odamlar daraxt va o’simliklar gullab havoda gul changi ko’p bo’lgan vaqt dabrunoqishi, ko’zlarning qichishishikabi xolatlar yuz beradi.

Dermatit - Teri kasalliklarining birturi.

Dieta - Parhezga qarang.

Dizenteriya - Ichburug’ga qarang.

Yotoq yaralari - Yotgan joyidaboshqa tarafiga ag’darila olmaydigan kasal odamlarda paydo

bo’ladigan surunkali ochiq yaralar.

Jigar - O’ng tomonda qovurg’alar ostidagi qonni tozalashga yordamberuvchi va uni zaharlardan xalos qiluvchi organ.

Zardob - Ilon chaqishi kabi zahardan davolash uchun ishlatiladigan antitoksin (dori).

Illatlar - Tug’ma illatlar: bolaning jismoniy yoki aqlan zaif tug’ilishi, masalan quyon lab, bo’ri og’iz, ortiqcha qo’l yoki oyoq barmoqlar bilan tug’ilgan bolalar.

Immunizatsiya - Emlashga qarang.

Insulin - Oshqozon osti bezi ishlab chiqaradigan, qon tarkibidagi qandmiqdorini nazorat qiluvchi modda. Insulin ukollari qandli diabeti borkasallarini davolashda ishlatiladi.

Insult - Miyaga Qon quyilishiga qarang.

Infeksiya - Bakteriya yoki boshqa mikroblar orqali kelib chiqqan kasallik. Infeksiyalar tananing biror qismi (infeksiyalangan barmoq) yoki bo’t un tanaga (qizamiq) ta’sir qilishim mumkin.

Isitma - Tana haroratining odatdagidan ortib ketishi.

Ichburug’ - Shilimshiq va qonli ichketish. U odatda infeksiyadan kelib chiqadi.

Ich ketar - Tez-tez keladigan suyuq axlatlar.

Ich qotishi - Quruq, qattiq, chiqishiqiyin va kam keladigan axlatlar.

Ichak - ovqatni hazm qiladigan naysimon ichki a'zo. Oshqozon va orqapeshovorasidajoylashgan kanal.

Ichak invaginatsiyasi - Ichakningbir qismi ikkinchi, yonidagi ichakkasirg'alib, kirib qolishi, bunda odatdaichakning to'silishi kuzatiladi.

Ich yumshatuvchilar - Ich qotishiga qarshi ichni yumshatib, tez-tezkeladigan qiluvchi dorilar.

Ich yurgizuvchilar - Ich ketishgaolib keladigan kuchli yumshatuvchi.

Irsiy - Ota-onadan bolaga ma'lumkasallik va belgilarning o'tishi.

Yo'ldosh - Bachadon ichidagi to'qqalin va yumshoqqatlam,bolavaonaorganizmlariqo'shiladigan joy.Yo'ldosh odatda bola tug'ilgandanso'ng 15-30 mino't ichida chiqadi.

Yo'g'on ichak - Orqa peshovgayaqin bo'lgan ichakning tugash joyi.

Kamqonlik - Qon tarkibidagi qizilhujayralarning kamligi natijasidaqonning suyuqlashishidan kelibchiqadigan kasallik. Belgilarigacharchash, rangning oqarishi vakam harakatlilik kiradi.

Kana - O'rmalovchi hayvongao'xshash hashorat bo'lib, u boshiniteri ostigakirgizibqonniso'radi.

Kariyes - Tishdagi kovak.

katta rakta - Bu ko'z muammosibo'lib, bunda ko'z pardasi asta-sekin xiralashib ko'rish qobiliyati pasayadi. Ko'z qorachig'igayorug'lik tushirilganda u kul rangyoki oq bo'lib ko'rinadi.

Kateter - Qovuqdagi siydikni chiqarish uchun ishlatiladigan rezinali naycha.

Kvashiorkor (ho'l to'yimaslik) -Oqsillarni yetarli darajada iste'molqilmaslik natijasida kelib chiqadiganog'ir to'yinmaslik. Kvashiokorgachalingan bolaning oyoq-qo'llariva yuzlari shishgan, archilayotganyaralari ko'p bo'ladi.

Kindik tizimchasi - Bola kindiginiona bachadoni ichidagi yo'ldoshgabog'lab turuvchi tizimcha.

Kindik churrasi - Kindikning kattabo'lib tashqariga chiqib qolishi, buichakni ushlab turuvchi qorin pardasining shikastlanishidan kelibchiqadi.

Kista - Organizmdagi odatdantashqari haltasimon, suv bilan to'libo'sib borayogan, bo'shliq.

Kovak - Tishga bakteriya kiribuni shikastlashi natijasida paydobo'lgan teshik yoki qora dog'.

Klizma (huqna) - Yo'g'on ichakkayuborilib, ichning kelishiga olib keluvchi muolaja.

Kolostrum (og'iz so't) - Onako'kragingning birinchi bor ishlabchiqargan so't i. Uning ko'rinishi suv

kabi bo'lsa-da, u oqsillarga boybo'lib bolani infeksiyalardan saqlaydi.

Koma - Odanning o'ziga keltiribbo'lmaydigan darajada hushidanketishi. Bu kasallik, jarohat, zaharlanish yoki boshqa kasallik natijasida kelib chiqib ko'pincha o'limgaolib keladi.

Kompress - Tananing biror qismigaqo'yiladigan taxlangan latta yokibolishcha. U issiq yoki sovuq suvdaho'llangan bo'lishi mumkin.

Qon tratseptiv - Homiladorlikningoldini olish uchun ishlatiladigan harqanday usul.

Qon 'yuktiva - Ko'z oqini qoplab turuvchi vaqovoqningichkitarafidaginozik,himoyalovchiparda.

Kraxmal - Makka, guruch, bug'doy,kartoshka va mevali sharbatlar kabiquvvatberadiganovqatlar tarkibidabo'ladigan modda.

Kretinizm - Bolaning aqlan zaif vako'pincha kar tug'ilishi. U ko'pinchaona parhezida yod miqdoriningkamligidan kelib chiqadi.

Kseroftalmiya - "A" vitamininingyetishmovchiligidan kelib chiqadigan ko'zning odatdan tashqari quribketishi.

Ko'krak abssessi - Mastitga qarang.

Ketlik-yurgak toshmasi - Bolaoyoqlari orasidagi uning ko'tlik yokiyotog'idagi siydikdan kelib chiqqanqizg'ish bichilishlar.

Limfa tugunlari - Tananing turlijoylaridagi kichik teri osti mikroblarga qopqon bo'lib xizmat qiladigan shishchalar. Ular infeksiyalangandashishib og'riqli bo'lib qoladi. Sil varakda ular ko'pincha shishib qoladi, ammo og'rimaydi.

Lyambliya - Ichaklarni infeksiyalaydigan, ko'pikli sariq ich ketishga sabab bo'ladigan mikroskopik parazit.

Marazm - Yetarli ovqatlanmaslikdan kelib chiqadigan kasallik. O'taochlik. Odam juda ozg'in vazniyetarlicha emas va ko'pincha qornishishgan bo'ladi.

Mastit (ko'krak absessi) —

Bolemizilishining birinchi haftalarida yuz beradigan ko'krak infeksiyasi.

ko'krakning bir qismi qizishi, qizarishi va shishishiga olib keladi.

Menopauza - Ayollardagi hayz ko'rish siklining tabiiy ravishdano'xtashi, ko'pincha bu 40-5yosh

orasida yuz beradi.

Migren - Qattiq bosh og'riq, ba'zan faqat bir taraflama bo'ladi. Ko'pincha qayt qilishga olib keladi.

Mikroblar - Tanada yashovchi judakichik organizmlar bo'lib, ular ba'zi infeksiyon kasalliklarga olib keladi.

Minerallar - Organizmga kerak bo'lgan temir, kalsiy va yod kabioddiy moddalar.

Miya tomirlarida qon aylanishining keskin buzilishi (insult)- Miya ichiga qon quyilishi yoki qonbo'lakchasi (tromb)dan birdan kelib chiqqan hushsizlanish.

Mongoloidizm (Daun sindromi) - Bolaning aqlan zaif, ko'zlari g'ilay, yuzi yumaloq va qayg'uli, qo'llaririkeng, barmoqlari qisqa bo'lib tug'ilishi.

Muguz parda- Ko'zning tiniq tashqiqoplami, u rangdor parda bo'lib ko'zqorachig'ini qoplab turadi.

Muskul ichi ukollari - Muskullarga ko'pincha qo'l yoki dumbaga qilinadigan ukollar, venaga qilinadigan ukollardan farqlidir.

Nafas soni - Odamning bir mino't ichida olgan nafaslarining soni.

Nerv - Miyadan organizmning hamma joylariga tarqalgan kichik organik tolalar. Ular odamga sezgiva harakatlar haqidagi ma'lumotni yetkazadilar.

Ninalog'ich (govmichcha) - Kiprikoldidagi qizil, shishgan infeksiyatufayli kelib chiqqan tuguncha, u ko'pincha ko'z qirg'og'iga yaqin joyda bo'ladi.

Ovqatga yolchimaslik- Organizmga kerakli darajada yetarli ovqat iste'mol qilmaslik natijasida kelib chiqadigan sog'liq muammolari.

Oziq (Ozuqali) - Organizmgao'sish, sog'lom bo'lish va kasalliklarga qarshi kurasha olish uchun kerak bo'lgan moddalarga ega ovqat ozuqali hisoblanadi.

Organ (ichki a'zo) - Maxsus vazifani bajaruvchi va qisman mustaqil bo'lgan organizmning bir qismi. Masalan: o'pka, uning vazifasi nafas olish.

Organizmlar - Kichik tirik jonzotyoki o'simliklar.

Oshqozon - Ovqat hazm bo'ladigan xaltasimon a'zo. Xalq orasida oshqozon - qorin deb aytiladi.

Oshqozon osti bezi - Oshqozon ostida joylashgan insulin gormoni ishlab chiqaruvchi organ.

Oqsil - To'g'ri o'sish va quvvat olishga kerak bo'ladigan o'sishgayordam beruvchi moddalar.

"Og'izdan og'iz"ga nafas berish - Nafasi to'xtagan odamga boshqa odam yordamida nafas berish usuli.

OITS (SPID) - Ortirma Immunitet Tanqisligi Sindromi.

Pay Muskullarni suyaklarga bog'lovchit o'qimalar (bog'lam, suyaklarni suyaklarga bog'lab turuvchilardan farq qiladi).

Parazitlar - Odam va hayvonlarda yashovchi va ularga zarar yetkazuvchi gijja va kichik hayvonlar. Burga, ichak qurtlari (gijja) va amyobalar parazitlar qatoriga kiradi.

Paralich - Sholga qarang.

Parhez - Odam sog'lom bo'lishi uchun iste'mol qilishi kerak bo'lgan ovqatlar miqdori va turi.

Peritonit - Qorin pardasining yallig'lanishi. Bu xavfli kasallik. Qorintaxta singari qattiq bo'lib kasal, ayniqsa oyoqlarini cho'zishgaharakat qilganda qattiq og'riq sezadi.

Prostata bezi - Erkak kishiningsiydik nayi (yoki uretra) asosidagimuskulli, qattiq bez. Ko'pincha qarierkaklarning prostata bezi shishib, siyish qiyinchiliklarini tug'diradi.

Profilaktik - Kasallikning oldini olish.

Pterigium - Ko'z chetidan muguzpardasida o'sib boruvchi go'shtlio'simta.

Puls - «Qon tomiri urishi»ga qarang.

Rak - Tananing turli joylarida o'sib boradigan o'simta. Jiddiy hollarda o'limga olib kelishi mumkin.

Rangdor parda - Ko'zning qorachig'i atrofidagi rangli yoki qoraqism.

Refleks - Odam harakat qilmasidan avval yuz beradigan avtomatik harakat yoki ta'sir.

Ruhiy tushkunlik (Depressiya) - O'z qobiliyatiga ishonmaslik, g'amginlik, umidsizlik, istaklarning kamayishi, shuningdek, ichkia'zolar faoliyatining buzilishi (yurakmuammolari, ozib ketishi, ishtahayo'qolishi, bosh va bel sohasidagi og'riqlar kabi) ga olib keladi.

Salbiy (nojo'ya) ta'sirlar - Dorini ishlatishdan kelib chiqqan yomonta'sirlar. Bulardan ba'zilari jiddiy vaba'zilari esa zararsizdir.

Sanitariya - Odamlarni tozalikka, kasallikning oldini olishga, gigiyenaga e'tibor berish va jamoa joylarini toza to'rt ishga chorlash.

Sarg'ayib ketish - Teri va ko'zlarning sarg'ayishi. Bu jigar, o't, oshqozon osti bezi yoki qon kasalliklariga belgisi.

Safro - Jigar ishlab chiqaradigan o'tpufagiga yig'iladigan achchiq, zangori suyuqlik. U ichaklarda yog'ning parchalanishiga yordam beradi.

Seboreya dermatiti - Surunkaliteri kasalligi turi. Ko'krak, yuz, bosh (quloq orqasida), ko'krakning yuqori qismlarida, yelka, tizza va tirsakbukiladigan joylarda uchraydi.

Siydik sistemasi - Siydikni xosil qiladigan organlar majmuasi: buyraklar, siydik naychalari, qovuqva siydik yo'li.

Sinus (bo'shliq) - Inson boshiningsuyakli qismida ko'zning tepa vapastida joylashgan bo'shliqlar. Ushbu bo'shliqlar shilliq qavatlarining yallig'lanishi - Sinusit kasalligi deb aytiladi.

Sog'lom oilani shakllantirish - Bolali bo'lish yoki bo'lmasligini homiladorlikdan saqlanish usullari yordamida rejalashtirish.

Spazm - Odam nazorat qila olmaydigan muskullarning birdanqisqarishi. Ichakdagi spazmlar

muskullarning tortishib og'rishiga sabab bo'ladi. Bronxlardagi spazmastmada namoyon bo'ladi. Jag' vaboshqa muskullar spazmi qoqsholda uchraydi.

Spazmga qarshi - Tortishish va ichakning burab og'rishlarini pasaytirishda ishlatiladigan dori.

Spastik - Miya shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan muskullarning odatdan tashqari surunkali qisqargan holati. Spastik bola oyoqlari qaychiko'rinishida bo'ladi.

Sprinsellash - Qin ichini suv sochish orqali yuvish yo'li.

Steril - (1) Juda toza va tirik mikroorganizmlardan xoli. Narsalar qaynatish yoki isitish orqali sterillanishi mumkin. (2) Steril, shuningdek, bepust degan ma'noni ham anglatadi.

Sterillash - (1) Instrument (asbob), shisha va boshqa narsalarni qaynatish yoki isitish orqali tozalash. (2) Shuningdek, ayol yoki erkakni operatsiya yordamida bepust qilish.

Stetoskop - Tug'ilmagan bolaning bachadon ichida chiqarayotgan tovushlarni eshitish uchun ishlatiladigan asbob.

Stress - Haddan tashqari kuchli taassurotlar natijasida odamda sodir bo'ladigan o'ta kuchli asabiy holat.

Suvni Tiklovchi Ichimlik - Suvsizlanishni davolash uchun ishlatiladigan maxsus ichimlik.

Suvsizlanish - Organizm qabul qilganiga nisbatan ko'proq suv yo'qotishi. Ushbu suvning yetishmovchiligi bolalar uchun, ayniqsa, xavflidir.

Suspenziya - Suyuqlikka aralashirilgan, lekin erimaydigankukun.

Toksikoz - Homiladorlikning birinchi oylarida, ko'pincha ertalabbo'ladigan ko'ngil aynishlar va qaytqilishlar.

Talassemiya - Ma'lum davlatlardamavjud bo'lgan nasliy kamqonlikturi. Bola 2 yoshgacha juda kamqonbo'lishi, jigar va talog'i shishib ketishi mumkin.

Tanosil kasalliklari - Jinsiy aloqaorqali yuqadigan kasallik.

Ta'sir doirasi keng antibiotiklar -Mikro organizmlarning ko'turlarigaqarshikurashuvchidorilar.

Ta'sir doirasi tor antibiotiklar -

Faqatgina ma'lum turdagi bakteriyalarga qarshi kurashuvchi dorilar.

Tarvoq - Teriga nisbatan ko'tarilgan, qichishadigan dog'lar. Ularhammasi birdan paydo bo'lib birdanyo'qolib ketishi va bir joydan ikkinchi joyga ko'chishi mumkin. Allergikta'sirning bir turi.

Termometr - Odamning tana haroratini tekshirish uchun ishlatiladiganasbob.

Tinchlantiruvchi - asabiylashishgava xavotirlanishga qarshi ishlatiladigan dorilar.

Toksemiya - Organizmdagi ma'lumzaharlardan kelib chiqqan kasallik,masalan, siyishtoksemiyasi (yokiuremiya, siydik bilan zaharlanish).

Tola (kletchatka). Tolali ovqatlar-Asosan ko'katlarning tarkibidabo'lib, o'simlikning kimyoviy moddalaridan iborat. Odam tanasida to'liqhazm bo'lmay ichning yumshashigaolib keladi.

Tumov - Burun shilliq pardasiningyallig'lanishi, ko'pincha allergiyalarda uchraydi. Pichan isitmasi.

To't qanoq - Kasal odamda nazoratqilib bo'lmaydigan titrashlar. Odatdameningit yoki epilepsiya kabi kasalliklarda uchraydi.

Tuxumdon - Ayol qornida bachadonga yaqin joylashgan ikki kichikxaltachalar. Ular erkak spermasi(urug'i) bilan qo'shilib, bola hosilqiluvchi tuxumlarni chiqaradi.

Tulg'oq - Tugruq davrida bachadonmuskullarining qisqarib qotishi.

Umumiy nom - Turli firmalar tomonidan berilgan nomlardanfarqlash uchun dorining maxsus nomi.

Firma tomonidan berilgan nom.Sotilish nomi. Firmaning mahsulotga qo'yadigan nomi. Firma tomonidan berilgan nom, odatda maxsusbo'lib, ko'pincha bir xil tibbiy nomdagi dorilarga nisbatan qimmatroqsotiladi.

Folat kislotasi - To'q yashil bargli sabzavotlar tarkibida bor ozuqali modda.

Xelikobakter pilori - Mikroblarguruhiga kiruvchi, oshqozon va o'nikki barmoqli ichak yarasini hosilbo'lish sababi.

Chipqon - Shishgan, yallig'langanterining ostida yiringlagan shish.Absessning bir turi.

Chov - Oyoqlar tanaga qo'shiladigan joy. Jinsiy organlarga yaqin.

Churra (grija) - Ichakning qorinmuskullaridagi ochiq joy yoki yirtilgan joyidan tashqariga chiqib teriostidan to'pcha yoki shishchaninghosil qilishi.

Chuvalchangsimon o'simtaningyallig'lanishi (Appenditsit) - Kattaichakka qo'shilgan, barmoqchalikkeldigan kichik ichakchaning yallig'lanishi.

Shamecha - O'q ko'rinishidagiyo'g'on ichak yoki qinga solinadigandorining shakli.

Shankr - Zahrning dastlabki belgisidan bo'lgan, jinsiy organ, barmoq yoki labdagi og'riqsiz yaralar.

Shok - Og'ir quvvatsizlik, tananingsovuq bo'lishi yoki hushsizlik vatez, yuzaki qon tomiri urishi bilankuzatiladigan holat. U suvsizlanish,qon ketish, jarohat, kuyish yoki og'irkasallik tufayli kelib chiqadi.

Shol - Tananing biror qismini yokibo't un tanani harakatlantira olmaslik.

Eklampsiya - Homiladorlik yokitug'ruqdagi ko't ilmagan to't qanoq.Homiladorlikdagi kech toksikozoqibati.

Embriyon - Endi rivojlanayotganbolaning ona qornidagi shakli.

Emlash (Imunizatsiya) - Maxsuskasalliklardan saqlash uchun ishlatiladigan dorilar. Masalan: difteriya, qoqshol, ko'k yo'tal, poliomielit, silva qizamiq kabilar.

Epidemiya - Yuqumli kasalliklarning tez va keng tarqalish jarayoni.

Et uzilishi (et cho'zilishi) - Pay yokibog'lamlar qo'shilgan joylarning ko'karishi, tortilib qolishi yoki uzilishi. Et uzilishi et cho'zilishiga nisbatan yomonroq.

Yallig'lanish - Ko'pincha infeksiya tufayli qizib, qizarib, og'rib vashishib qolgan joy.

O'simta (o'sma) - Organizmdaodatdan tashqari o'sib boruvchito'qima. Ba'zi o'simtalar rakkasalligiga olib kelishi mumkin. Yallig'lanishsiz normal bo'lmagan to'qimabo'lishi mumkin.

O't pufagi - Jigar ostidagi kichikmuskulli xalta. O't pufagida safro to'planadi.

"O'tkir qorin" - Ko'pincha tezkorjarrohlik aralashuvini talab qiluvchiqorin sohasidagiko'tilmagan og'riq. Qorindagi qayt qilish va ich ketishsiz bo'lgan og'riq o'tkir qorindandalolat bo'lishi mumkin.

Qon bosimi - Qonning qon tomirlari (arteriya)ga urish kuchi. Uodamning yoshi va sog'lig'iga qarabo'zgaradi.

Qon tomirining urish tezligi (puls)- Odam yuragining bir mino'tdagiurish soni.

Qorachiq - Ko'z o'rtasidagi qora vayumaloq joy. U yorug'da kichrayib, qorong'ida kattalashadi.

Qorataloq - Bir musht kattaligidagikuraklarning chap pastki tarafdajoylashgan a'zo. Uning vazifasiqonni filtrlash va eski qon xujayralarini parchalab qayta ishlabchiqarishga yordam berish.

Qorin pardasi- Ichaklar va tanaorasidagi yupqa qatlam. Ichaklarjoylashgan xalta.

Qog'onoq suvi - Bachadon ichidajoylashgan bola turadigan xaltaningsuyuqligi. U yirtilib suvchiqa boshlashi, tug'ruqning boshlanganligidandalolat beradi.

"Quyvonlab" (og'iz tirtig'i) - Yuqorilabning og'izdan burungachabo'lgan yirtig'i. Ba'zi bolalar quyvonlab bo'lib tug'iladilar.

Hayz davri (hayz) - Ayollardagi haroyda keladigan qon.

"Himoyalovchi ovqatlar" - Vitaminva minerallarga boy bo'lgan ovqatlar. Ular sog'lom bo'lish uchun vakasalliklarga qarshi kurashishgayordam beradi.

Homila - Bachadon ichida rivojlanayotgan bola.

Homilaning tushib ketishi -Bachadondagi rivojlanayotganbolaning o'lishi, qon ketish vaquyuqlashgan qon bo'laklari bilanayol homilani yo'qotadi.

"Homiladorlik niqobi" - Yuz,ko'krak yoki qorinning o'rta qismidagi to'q rangli homiladorlikka xosbo'lgan dog'lar. Prezentatsiya na temu: " Qorinda og'riq sindromi Bajardi

Asosiy va qo'shimcha o'quv adabiyotlar hamda axborot manbaalari

Asosiy adabiyotlar

1. Poliklinik pediatriya va reabilitologiya E.A.SHomansurova va boshqalar Toshkent, 2010.
2. Poliklinik pediatriya va reabilitologiya (lotin tilida) E.A.Shomansurova va boshqalar. Toskent, 2010
3. Dj.Merta. Spravochnik vracha obshey praktiki. Perevod s angliyskogo yazыka, Moskva. 1998.
4. Gadoev A.G.UASH uchun amaliy ko'nikmalar to'plami, 2010

Qo'shimcha adabiyotlar

5. Umumiy amaliyot shifokori uchun qo'llanma. F.G.Nazirov, A.G.Gadoev tahriri ostida. GEOTAR, Media, M.2007.
6. Obshaya vrachebnaya praktika. Rukovodstvo pod red. F.G.Nazirova, A.G.Gadaeva. - M.: GEOTAR, 2005.
7. Ensiklopediya klinicheskogo obsledovaniya bolnogo. B.Beyts va boshk. Ingliz tilidan tarjima. M.: GEOTAR, 1998.
8. Bolalar kasalliklarini integratsion usulda olib borish. O'quv kullanma. UzRSSV/YUNISEF,2011. 205s

9. Spravochnik vracha obshchey praktiki. Alimov A.V. i 14 soavtorov. Toshkent, 2010.
10. Primenenie metodov reabilitatsii v lechenii bolnykh s zabolevaniyami serdechno-sosudistoy sistemy. SH.A.Agzamova Toshkent 2010.
11. YUrak qon - tomir kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarini qoʻllash. SH.A.Agzamova va muap., Toshkent 2010
12. YUrak qon - tomir kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarini kullash (lotin tilida) SH.A.Agzamova va muap., Toshkent 2010
13. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike, lecheniyu i profilaktike pervichnoy arterialnoy gipertonii u vzroslykh v pervichnom zvene zdravooxraneniya. Toshkent, 2005
14. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike, lecheniyu i profilaktike gelmintofov u detey do 14 let v pervichnom zvene zdravooxraneniya. Toshkent, 2009
15. Klinicheskoe rukovodstvo po skriningu, profilaktike i lecheniyu jelezodefitsitnoy anemii Toshkent 2004
16. Klinicheskoe rukovodstvo po diagnostike ostryx infeksiy verxnix i niynix dyxatelnykh po't ey u detey do 5 let v ambulatorno-poliklinicheskom zvene zdravooxraneniya Tashkent, 2007
17. Rost i razvitie detey do 5 let metodicheskoe rukovodstvo Toshkent 2009
18. Interpretatsiya rezultatov laboratornykh analizov, provodimyy v SVP Tashkent, 2010
19. KVPda bajariladigan laboratoriya taxlillari natijalarining sharxi, Toshkent, 2010
20. Tayanch - xarakat apparata va asab tizimi kasalliklari bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda reabilitatsiya usullarining qoʻllanilishi Toshkent, 2010
21. Pediatriyada reabilitatsiya usulini qoʻllash. Oʻquv uslubiy qoʻllanma. (Uzbek, lotin) Toshkent 2012
22. Saxarniy diabet: klinika, diagnostika, lechenie i oslojneniya. Oʻquv uslubiy kullanma. (Rus, uzbek, lotin). Toshkent, 2012

Internet saytlari

1. <http://www.pediatr-russia.ru>
2. <http://med-study.ru>
3. <http://www.pediatrics-nmo.com>

