

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯ ИНСТИТУТИ
СПОРТ ТИББИЁТИ ВА ДЖТ КАФЕДРАСИ**

ТАЖИЕВА НАЗОКАТ НОРМУРАДОВНА

**МОДДА АЛМАШИНУВИ
БУЗИЛИШИДА ДАВОЛАШ
ЖИСМОНИЙ ТАРБИЯСИ**

**(ОТМ жисмоний тарбия, тиббиёт йўналишлари талабалари, магистрлар
ва шифокорлар, ДЖТ йўриқчилари, кадрларни қайта тайёрлаш ва
уларни малакасини ошириш марказлари тингловчилари учун
ЎҚУВ-УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА)**

ТОШКЕНТ- 2014

УДК.796.547

Муаллиф: Назокат Нормурадовна Тажиева-Ўзбекистон давлат жисмоний тарбия институти Спорт тиббиёти ва ДЖТ кафедраси ўқитувчиси

Такризчилар : Д.Д.Сафарова - ЎзДЖТИ Анатомия ва физиология кафедраси профессори, п.ф.н.

А.А.Усманходжаева –ТТА Халқ тиббиёти, реабилитология ва жисмоний тарбия кафедраси мудири, т.ф.н.

КИРИШ.

Бутун дунёда касалликларни даволашда жисмоний машқлардан фойдаланиб, организмнинг патологик жараёнини нафақат тўхтатиш, балки уни тўлиқ бартараф этишга эришилмоқда. Даволаш жисмоний тарбияси барча касалликлар ва жароҳатланишлардан кейинги реабилитация даврининг асосий воситаларидан биридир. ДЖТ фани барча шифокорлар, бўлажак жисмоний тарбия ва спорт мутахассисларининг билимларини шакллантирувчи тиббий биологик йўналиши тайёргарлигидаги якунловчи фан бўлиб, уни ўзлаштириш жараёнида талабаларнинг етук мутахассис бўлишлари инobatга олинган, касаллик ва шикастланишларда, нуқсонларда ДЖТни қўллаш хусусиятлари мукамал ёритилган. Ушбу ўқув-услубий қўлланмада шифокорлар, ДЖТ йўриқчилари, жисмоний тарбия ва спорт соҳасидаги барча мутахассислар учун эндокрин тизим ҳақида қисқача таъриф, модда алмашинувининг бузилишлари, уларда ДЖТ мажмуаларини қўллаш ҳақидаги маълумотларга бой бўлиб, мавзулар бўйича тестлар, таянч иборалар, назорат саволларидан иборат ва шуғулланувчилар учун илмий-амалий савияларини оширишда ёрдам беради.

МОДДА АЛМАШИНУВИ БУЗИЛИШИДА ДЖТ



УМУМИЙ ЎҚУВ МАҚСАДЛАРИ:

- Таълимий:** Талабаларда эндокрин тизим касалликларини тўғри талқин этиш, уларда, ДЖТ машқлар мажмуасини тузиш ва уни қўллаш кўникмаларини шакллантириш.
- Тарбиявий:** Талабаларнинг жамоада, кичик гуруҳларда ва индивидуал ишлаш қобилиятларини шакллантириш, фанга бўлган қизиқишларини ортириш.
- Ривожлантирувчи:** Талабаларда эркин фикрлаш ДЖТ машқларидан мажмуалар тузиш ва мустақил ишлаш қобилиятларини ривожлантириш.

1.-МАВЗУ

: Модда алмашинуви бузилиши.

Ўқув мақсади:

Талабаларда модда алмашинуви бузилиши оқибатида юзага келадиган касалликларининг характеристикаси ҳақидаги билимни шакллантириш.



Асосий маълумотлар

Эндокрин тизимга ишлаб чиқарган гормонларини бевосита қонга (ёки лимфага ва мия суюқлигига) тўқувчи безлар киради. Бу безлар таркибига қуйидагилар киради:

- 1) мия ортиғи – гипофиз;
- 2) гуррасимон – эпифиз;
- 3) қалқонсимон без;
- 4) айрисимон без;
- 5) қалқонсимон безга ёндош безлар;
- 6) ошқозон ости беzi;
- 7) буйрак усти безлари;
- 8) тухумдон (аёллар жинсий безлари);

9) мойк (эркаклар жинсий безлари).

Уларнинг ўлчамлари кичик бўлиб, вазнлари эса, 0,2-20 граммгача кўламли бўлади. Улар тананинг фаолиятини бошқаришда иштирок этишади. Гормонлар – биологик фаол моддалар бўлиб, ферментлар ва витаминларга таъсир этиб, моддалар алмашинувини бошқаришда катнашишади. Улар нерв импульслари ва медиаторлар билан анча юқори қатордаги мажмуаларни ташкил этиб, нейро-гуморал бошқарув тизимга киради.

Медиаторлар – хайвонлар танасида қўзғалишнинг нерв учларидан ички аъзоларга ва бир хужайрадан иккинчисига ўтишида муҳим аҳамиятга эга бўлган моддалар бўлиб, нейро-гуморал омил деб аталади. Медиаторлар қаторига ацетилхолин, симпатин киради. Нейрогуморал бошқарув тизимига бошқа хужайраларга таъсир этувчи биологик фаол моддаларни ишлаб чиқарадиган (ўсиш омили, тўқима гормонлари) хужайра ва тўқимани тааллуқли дейиш мумкин. Ички секреция тизимида бошқарувнинг маълум тартиби мавжуд: унинг энг юқори поғонаси гипоталамус бўлиб, у гипофизнинг фаолиятини бошқарадиган моддаларни ишлаб чиқарадиган миянинг қисми бўлади. Гипоталамусдан бир поғона пастда – иккинчи ўринда гипофиз – мия ортиғи туради. Унинг гормонлари учинчи поғонада турган безлар фаолиятини бошқаради. Гипоталамус ва гипофиз билан четки безларнинг бевосита таъсиридан ташқари, тескари боғланиш ҳам мавжуд, яъни четки безларнинг ортиқча миқдордаги ширалари гипофиз ва гипоталамус фаолиятини сусайтиради.

Ички секреция безлари ўзларининг 50 дан ортиқ бирикмалари билан ички аъзоларнинг фаолиятининг кенг кўламини ва модда алмашинувини қамраб олади. Гормонал бошқариш жараёнига бир вақтнинг ўзида кўпчилик аъзолар ва тўқималар ўзига хос жавоблари билан биргаликда уларни кенг кўламда жалб қила олиши билан ифодаланади. Гормонал таъсир доирасининг кенглиги, ички секреция безлари шираларини қон оқимига қуйилиб, бутун тана бўйлаб тарқалиши билан тушунтирилади. Ички аъзоларнинг гормонлари таъсирига махсуслаштирилган жавобни бериши, улардаги мавжуд бўлган

рецепторларни маълум гормонларнинг қитиқлашига танлаб сезгирлик билан жавоб бериши орқали аниқланади. Хужайраларнинг рецепторлари мураккаб оқликлар молекуласидан иборат бўлиб, “пардага” кириб олиб, цитоплазмада жойлашади. Улар маълум, мос келадиган гормонларни боғлашга мослашган бўлиб хужайрада амалга ошадиган жараёнлар занжирига киради.

Ички секреция безлари гормонларнинг ажралишини жадаллигини тананинг эҳтиёжига кўра, ўзгартириши мумкин. Одат бўйича, тана тинч ҳолатда бўлганда гормонлар энг кам миқдорда ишлаб чиқарилади ва шу боисдан ҳам улар қон таркибида энг кам миқдорда бўлади. Аммо, айрим гормонлар аксинча, тун вақтларда, уйқу жараёнида, қон таркибида катта миқдорда бўлади. Кўпчилик гормонлар учун маълум биологик тартиб-маром ўрнатилган бўлиб, унга кўп гормонларнинг қон таркибидаги миқдорлари бир кеча-кундузги даврий ўзгаришларга учрайди. Бундай гормонлар қаторига гидрокортизон, соматотропин ва ҳ.к. тааллуқли. Бундай даврий ўзгаришлар бир неча-кундуздан узоқ муддат мобайнида кам кузатилиши мумкин (аёлларда эстрогенлар).

Эстрогенлар – эстроген гормонлар – тухумдон, буйрак усти беzi пўстлоғи қавати ва йўлдошда ҳосил бўладиган аёллар гормони (эстрадиол эстрон, триол); аёллар жинсий аъзолари ва иккиламчи жинсий белгилар ривожланганда иштирок этади.

Гормонларнинг қон таркибидаги миқдори, таомни тановул қилиш (инсулин глюкоген) ва тана ҳолатига (альдостерон) қараб ҳам ўзгаради.

Жиддий ўзгаришларни талаб қиладиган юклама, нафақат юрак ва скелет мушакларида, балки бутун танада қатор гормонларни ишлаб чиқарилиши ва уларнинг миқдорининг айтарли даражада ўзгариши билан кечади.

Миянинг ҳаракат марказлари ва фаолият кўрсатаётган мушаклардан келадиган импульслар, симпатoadренал тизимнинг фаолиятини ошириб, инсулин, ренин, панкреатик полипептид, гипоталамус орқали эса,

соматотропин, кортикотропин, пролактин, тиреотропин гормонларининг ишлаб чиқарилишига таъсир этади.

Ички секреция беши касаллигини вужудга келиши, касалликка мос келадиган субъектив ва объектив белгиларнинг пайдо бўлишини беради. Бундай аломатлар мажмуасига беморни сўраб-суриштириш ва уни кўриш пайтида объектив усуллар (артериал қон босимини ўлчаш, электрокардиография, рентгенография, асосий модда алмашинуви, айниқса, қонда гормонлар, пешобда улар метаболитларининг миқдорларини текшириш) ёрдамида олинган тасдиқловчи маълумотлар аниқланади.

Гормонларни текширишнинг замонавий усуллари (Хроматография, спектрофотометрия, флюорометрия, радиоиммун ва иммунфермент таҳлиллари) юклаган синамалар билан бирга ички секреция беши тизмининг (гипоталамус, гипофиз) бирламчи шикастланишини ишончли равишда аниқлаш имкониятини беради.

Моддалар алмашинуви (метаболизм) бу организм ҳаёти ва фаолияти учун зарур бўладиган турли органик ва неорганик моддаларнинг организмга тушиши ва ҳаёт фаолияти учун ишлатилишидир.

Моддалар алмашинуви натижасида организмда ҳосил бўлган энергия фаол ҳаёт кечириш учун зарур бўлса, озик моддалардан организм учун “қурилиш материали” сифатида ҳам фойдаланилади.

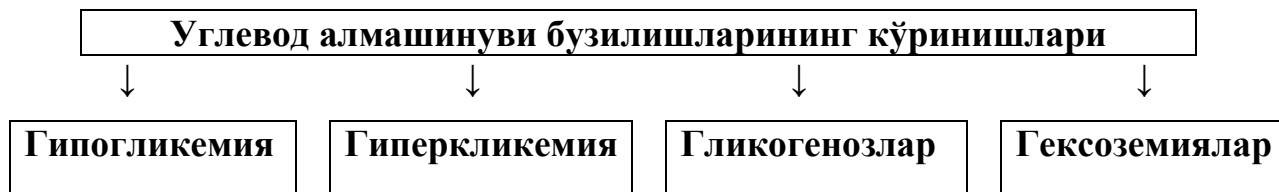
Одам организмда келадиган моддалар алмашинуви жараёнларига углеводлар, ёғлар, оксиллар, сув ва минерал моддалар алмашинуви киради. Уларнинг асосий манбаи эса овқат ҳазм қилиш тизими орқали организмга тушадиган озик моддалардир.

Моддалар алмашинувининг бузилишига олиб келадиган барча омиллар икки хил бўлади: ички ва ташқи омиллар.

Ички омиллар - организмда нерв ва эндокрин тизимлар регуляцияси (бошқарувининг) бузилиши, генетик мойиллик ва бошқалар.

Ташқи омиллар - яллиғланиш, жигар касалликлари, турли травмалар, юқумли касалликлар ва бошқалар.

Углевод алмашинуви бузилишлари. Турли омиллар таъсири остида одамда вужудга келадиган моддалар алмашинуви бузилишларидан бири углевод алмашинуви бузилишларининг турли кўринишлари қуйидаги схемада келтирилган:



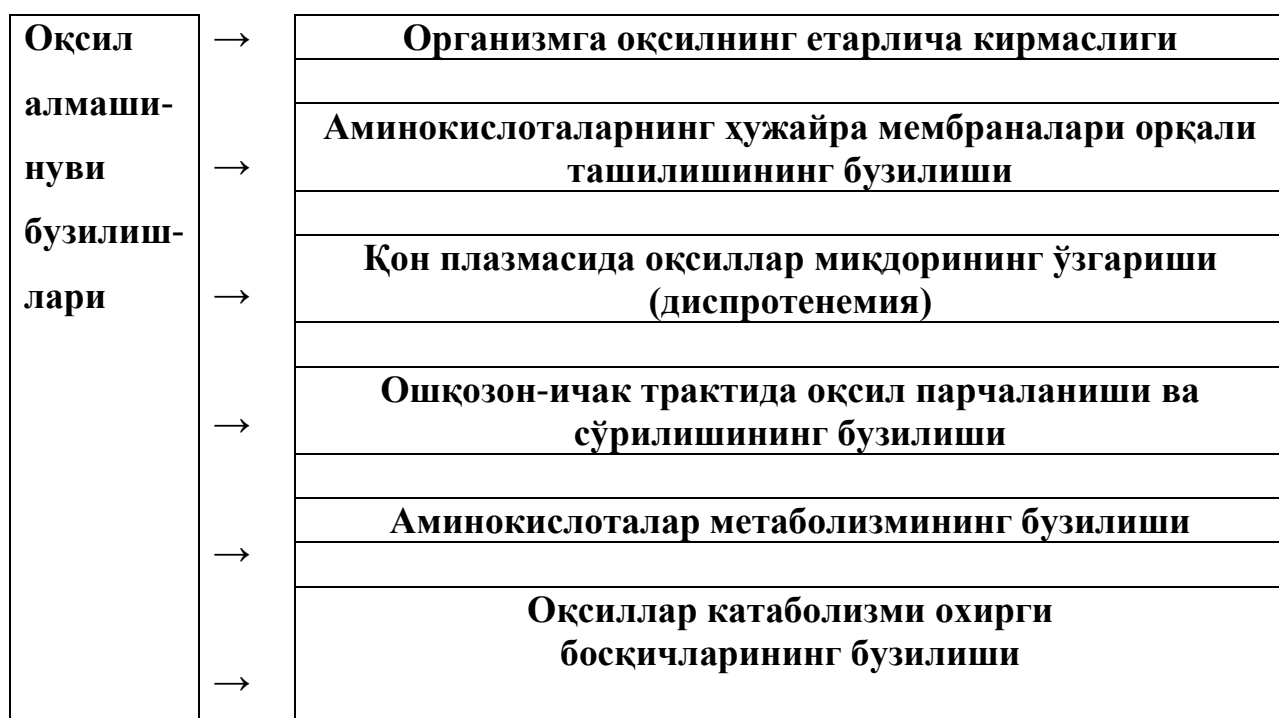
Гипогликемия - одам қонидаги глюкоза (қанд) миқдорининг меъёрдан камайиши (меъёр 3,58-6,05 ммоль/л).

Гипергликемия - одам қонидаги глюкоза (қанд) миқдорининг меъёрдан ошиши (меъёр 3,58-6,05 ммоль/л). Уларга қандли диабет киради.

Гликогенозлар - одам организми ҳужайраларида керагидан ортиқ гликоген (углевод) йиғилиши билан боғлиқ ирсий касалликлар.

Гексоземиялар - одам қонидаги гексозалар (углевод) миқдорининг меъёрдан ошиши (меъёр 6,05 ммоль/л гача).

Оқсил алмашинуви бузилишлари. Организм учун муҳим аҳамият касб этадиган органик моддалардан бири оқсил алмашинуви бузилишлари қуйидаги схемада келтирилган:



Схемада келтирилган ҳар бир омил муҳим аҳамият касб этади, аммо оксил алмашинуви бузилишларида муҳимроқ ўринни оксилларнинг асоси бўлмиш нуклеин кислоталар алмашинувининг бузилиши эгаллайди.

Бундай ҳолат пиримидин ва пурин асослар синтези бузилиши ва деструкцияси (структурасининг бузилиши) билан тавсифланади.

Пиримидин асослар - урацил, тимин, цитозин, метилцитозин ва оксиметилцитозинлар энергия манбаи сифатида намоён бўлади.

Пурин асослар - аденин, гуанин, метиладенин, метилгуанинлар оксил алмашинувида муҳим ўрин тутати, яъни оксил парчаланишининг охириги маҳсулоти - сийдик кислотаси ҳосил бўлишида муҳим ўрин тутати.

Сийдик кислотаси жигар хужайралари - гепатоцит ва ичак шиллик қавати хужайралари - энтероцитларда ҳосил бўлиб, ичакда бактериялар томонидан емирилади ва глиоксал кислотаси ва амиаккача парчаланади.

Пурин асослари алмашинуви бузилишлари кузатиладиган патологик ҳолатларга гиперурикемия, подагра, гипоурикемия, Леш-Нихен синдромлари киради.

Ёғлар (лишидлар) алмашинуви ҳам организм учун жуда муҳим, улар одам ҳаёт фаолиятини таъминлаш учун ишлатадиган энергия манбаидир. Ёғларга ёғ кислоталари, стероидлар ва бошқалар киради. Одам учун бир кунда зарур бўладиган ёғлар миқдори 80-100 граммни ташкил этади.

Одам организмида кечадиган ёғ алмашинувининг бузилишларига қўйидагилар киради: семизлик, озиш, липодистрофиялар, липидозлар, дислипопропротеинэмиялар ва бошқалар.

Юқорида келтирилган органик моддалар (углеводлар, оксиллар ва ёғлар) алмашинувидан ташқари сув ва ионлар (микроэлементлар) алмашинуви ҳам организм учун жуда муҳим. Улар алмашинуви бузилишларида ҳам турли хилдаги патологик жараёнлар келиб чиқади, аммо ДЖТ фани дастурига бу ҳолатлар киритилмаганлиги сабабли биз уларга тўхталишни лозим топмадик.

Ўқув мақсади:

Талабаларда семизлик касаллигининг характеристикаси ҳақида, уларда ДЖТ маишқларини қўллаш мақсади ва шакллари ҳақидаги билимни шакллантириш.

**Асосий маълумотлар**

Семириш ва семириш олиб келувчи сабабларидан-бу ҳозирги замон одамзотининг ҳаёт кечириш жараёни ва айниқса, шаҳарда яшовчи одамларнинг ҳаёт кечириш жараёни бўлса керак. Семиришнинг келиб чиқиши 3 та омилга боғлиқ-нерв тизимининг таранглашиши, жисмоний активликнинг пасайиши ва овқатланиш режимининг бузилишидир. Семизлик- бу ёғ тўқимасининг ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилиши, тери ости ёғ қаватининг сатҳи қалинлашиши, органлар атрофида ёғнинг йиғилиши натижасида келиб чиқадиган касаллик. Кўп ҳолларда семизлик аёлларда 40 ёшдан сўнг ривожланади.

Семизлиика олиб келадиган сабаблар:

1. Организм энергетик жиҳатдан қабул қилган килокалорийни сарфлаш орасида муносабатни бузилганлиги ва килокалорий организмда бутунлай сарфланмаслиги.
2. Наслдан- наслга ўтиши, жисмоний фаолликнинг пасайиши, физиологик ҳолатлар (ҳомиладорлик, лактация, климакс).

Семизлик касаллигини патогенетик асосида гипоталомо-гипофизар буйрак усти тизимида ўзгариш пайдо бўлиши ётади. Гипоталомо-гипофизар- буйрак усти беи тизими активлиги ошиб, АКТГ ишлаб чиқарилиши ошиб, кортикол метабализми тезлашади. Соматотроп гармоннинг, гонадотроп ва жинсий стероидларни ишлаб чиқаришининг пасайиши организмда липолитик функциясини сусайишига олиб келади.

Пиреоид гармонларнинг метабализми бузилиши натижасида, периферик тўқималарнинг бу гармонга нисбатан сезувчанлиги камаяди.

Семизликнинг классификацияси.

I. Сабабига кўра: (Этиология)

1.Алиментар-конституционал

2.Гипоталамик

3.Эндокрин.

II. Турлари: бирламчи ва иккиламчи.

III. Тип: Абдоминал (эркакдаги семизлик). Периферик яъни тоз ва сонда ёғ тўқимасининг кўпайиши (аёлларга хос семизлик).

IV Семизликнинг I, II, III. IV даражалари фарқланади.

V босқичи: авж олувчи.

Алиментар- конституционал семизлик сабаблари: ҳаддан ташқари кўп овқатланиш, овқатланиш режимининг бузилиши, гиподинамия, наслий.

Гипоталамик семизлик- гипоталамус функциясини бузилиши натижасида келиб чиқади.

Эндокрин семизлик эндокрин безларнинг бирламчи патологияси: гиперкортицизм, гипотиреоз, гипогонадизм.

Семизликнинг бирламчи турининг сабаблари:

1. Ҳаддан ташқари кўп овқатланиш.
2. Эмоционал стресс таъсирида, нерв тўқимасининг қўзғалиши , (компульсив кўп овқатланиш).
3. Алкоголизм, чекишни бирдан тўхтатиш.
- 4.Андидепрессантларни истеъмол қилиш.
- 5.Ҳомиладор аёлнинг ёғли ва углеводли овқат маҳсулотларини ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиши, хомилада ёғ хужайраларини кўп ҳосил бўлишига олиб келади.

Ҳомиладорлик даврида ёғ тўқимасининг ҳосил бўлиши, адипоцитларни ривожланишдан бошланади, бола туғилгандан кейин икки йилгача давом этади.

Иккиламчи семизликда асосан эндокрин безлар функциясининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Болаларда иккиламчи семизликда бўйининг паслиги, тана вазнининг ошганлиги, бўй ўсишининг орқада қолиши.

Гипоталамик семизликда бемор қуйидагиларга шикоят қилади: куннинг иккинчи ярмида иштаҳанинг юқори бўлиши, тунда оч қолганлик ҳисси, чанқаш кузатилади. Аёлларда ҳайз циклининг бузилиши.

Семизликнинг 4 даражаси фарқланади:

I-даража- 29% тана вазни идеал тана вазнидан ошиши.

II- даража- 30-40% га тана вазни идеал тана вазнидан ошиши.

III- даража-50-99% га тана вазни идеал тана вазнидан ошиши.

IV-даража- 100% ва ундан юқори тана вазни идеал тана вазнидан ошиши.

Семизлик даражасини тана вазни индекси бўйича ҳам ҳисобланади:

Тана вазни (кг)/бўйи (м)

Норма тана вазнинг индекси 20-24,9

I-даража-индекс 25-29,9

II-даража-индекс 30-40

III-даража-индекс 40

Идеал тана вазнини аниқлашда Купер формуласидан фойдаланилади:

Эркакларда идеал тана вазни (кг):

(Бўйи (см) $\times$ 4,0: 2,54-128) $\times$ 0,453

Аёлларда идеал тана вазни (кг):

(бўйи(см) $\times$ 3,5:2,54-108) $\times$ 0,453

Аёллар учун: $M = (P-100) \times 0,9$

Эркаклар учун: $M = (P-100) \times 0,85$

M-нормал тана вазни, кг , P-бўйи, см

Семизликнинг I-II даражасида касаллар шикоят қилмайдилар, лекин III-IV даражасида холсизлик, уйқучанлик, кайфиятнинг бузилиши, жаҳлдорлик, кўнгил айланиши, оғиз бўшлиғида аччиқ таъм, нафас қисиши, оёқларнинг шиши, бўғимларда, умуртқа поғонасида оғриқ.

Шуни эсдан чиқариш керак эмаски, одамзот ўзининг эволюцион шаклланишида ҳар доим актив мушаклар фаолияти билан шуғулланишга мажбур бўлади. Интенсив мушаклар-бу ҳаёт кечириш ва замини шартидир.

Жисмоний активликни оптимал босқич чегарасида ушлаб туриш-бу бутун ҳаётнинг жараёнларини нормал ўтказишда зарурдир. "Табиат ҳаракатнинг тўхталишини тан олмайди ва ҳаракатсизликни жазолайди",-деган эди Гёте.

Илмий-техника революцияси шароитида одамзот жисмоний активлигини кескин пасайтирди, ваҳоланки, у модда алмашилиш жараёнида муҳим стимулятор бўлиб ҳисобланади.

Жисмоний машғулот ҳаддан ташқари таранглашган ва ички органларнинг ишини бошқарувчи нерв (асаб) тизимининг ишини яхшилайдди.

Ҳозирги цивилизациялашган жамоада жисмоний активликнинг пасайиши нафақат айрим тизимлар ишини бузади, балки баъзи бир касалликларнинг ривожланишига олиб келади.

Бу масалани Мустақил Давлатлар Ҳамдўстлиги ва чет эл давлатларида ўрганилганда, жисмоний иш ва жисмоний тарбия билан шуғулланувчилар хизматчиларга нисбатан юрак қон-томирлари атеросклерози билан 8 баробар, миокард инфаркти билан 2 баробар (И.А.Ривкин) кам касал бўлар эканлар. Вольф (АҚШ)нинг кўрсаткичлари бўйича спортчилар хизматчиларга нисбатан атеросклерозга 12 маротаба кам дучор бўлар эканлар.

Семириш келиб чиқишининг бирдан-бир сабабларидан-бу наслий омилдир. Семириш билан касал бўлганларнинг 40-50% наслга боғлиқдир.

Бу масалани Бостонда (АҚШ) ўрганилиш шунга олиб келди: оилада ота-оналар нормал оғирликка эга бўлсалар ҳам, лекин болаларнинг 7% семиришга дучор бўлишади. Агар ота-онанинг бирортасида семиришга мойиллик бўлса, унда болаларда 40% гача семириш аломатлари мавжуд бўлади. Агарда ота-оналарда семириш бўлса, унда болаларда 80% семириш содир бўлар экан. Англияда ўтказилган текширишлар ҳам бу кўрсаткичларни тасдиқлади.

Бу касаллик, организмда ортикча ёғни тўқимада йиғилиши билан характерланади. (Эркаларда 20%дан кам эмас, аёлларда 25% умумий одам организмида бўлади). Экономик ривожланган давлатларда 25-30 % аҳоли касалланади. Алиментар омил асосий бўлиб ҳисобланади, калорияли овқат

истеъмол қилиш, асосан ёғ ва углеводлар ҳисобига (бирламчи семизлик). Ҳаракатнинг камлиги асосий ўринни эгаллайди.

Семиришнинг 3 шакли ажратилади:

1.Алиментар –конституционал. 2.Эндокрин. 3.Марказий.

Алиментар –конституциял шаклида организмнинг физик-жисмоний ҳаракатининг камлиги ҳисобига углевод тўпланади.

Семиришнинг эндокрин шакли, эндокрин системаси безлари функциясининг бузилиши билан боғлиқ. Семиришнинг марказий шакли келиб чиқишида ёғ алмашинувининг марказий бошқарилишини бузилиши ётади,бу пўстлоқ-диэнцефал соҳа функциясини травма ва инфекция билан зарарланишидан кейин келиб чиқади.

Семиришнинг 4 та даражаси мавжуд;

Агарда оғирлиги нормадан 15-29%дан ортиқ бўлса-биринчи даража; 30-49%-иккинчи; 50-100%гача-учинчи ва 100%дан ортиғи-тўртинчи даражага киритилади.

Семиришга дучор бўлганларнинг ишчанлиги паст бўлади, улар тез чарчайдилар ва қаттиқ терлайдилар. Иштаҳа кучайган, лекин семиришда одамларнинг иштаҳаси пастлари ҳам учрайди, шунга қарамасдан, улар семиришни давом эттиришади.

Семиришнинг яна бир ноҳуш кўрсаткичларидан-бу нафас сиқиши. Сабаби юрак мушаклари атрофида, яъни перикардда ёғларнинг йиғилишидир. Шу сабабли коронар қон томирларига ва бошқа томирларга салбий таъсир этиб, юрак етишмовчилигига олиб келади.

Бу ўз навбатида, жисмоний аъзолар функциясининг ёмонлашишига олиб келади. Кўпинча жигар катталашади ва ўт-тош касалликлари ривожланади. Артритлар, периферик нерв тизимининг касалликлари, нерв тизимининг функционал бузилишлари содир бўлади.

Кечиши бўйича семиришни 2 типга бўлиш мумкин: атологик ва анемик типлар.

Биринчи, яъни атологик типдаги ёшлар кўриниши чиройли, ҳаётда ҳаракатчан, ҳар доим актив, қон таркиби нормада ва яхши иштаҳага эга бўлишади.

Иккинчи, яъни анемик типдаги семиз одамлар ранги оқиш, ҳар доим қувватсиз ва яхши ҳаракатда бўлишмайди, мушаклари ривожланмаган, нафас сиқиши, терлаш ва бош оғриқлар буларга характерлидир.

Жисмоний машқлар билан шуғулланиш таъсирида оксидланиш-тикланиш жараёнлари ўсади, айниқса, ишловчи мушаклар тизими, ферментлар роли активлашади, кўпроқ кислород (O_2)нинг таъсири остида тўқималарнинг кислороддан фойдаланиши ўсади. Организмда модда алмашиниш жараёнлари яхшиланади. Даволаш жисмоний тарбия юрак қон-томир тизимининг ишига ижобий таъсир этади. Жисмоний машқлар юракка қон боришини ўстиради, қон томирлар кенгайиб боради, ишловчи капиллярларнинг сони ошади, оксидланиш-тикланиш жараёнлари ошади ва булар юрак мушакларининг озикланиш ишини яхшилайдди.

Ўсиб боровчи ва доимий миқдордаги машқларнинг таъсирида юрак миокардининг қисқарувчи функцияси яхшиланади ва тўлиқ қон айланишига олиб келади.

Семиришда чуқур нафас олиш муҳим аҳамият касб этадики, у диафрагмал нафас олишни ривожлантиради. Қон айланишига ёрдам берувчи омиллар функциясининг яхшиланиши семизликнинг юрагини осонлашган шароитда ишлашига ёрдам беради.

Семириш билан касал бўлганларда, агар улар мунтазам жисмоний машқлар билан шуғуллансалар, ташқи нафас олиш функцияси такомиллашган бўлади: организмга кўпроқ миқдорда кислород келади, оксидланиш жараёнларининг активлиги ошади. Булар ҳаммаси касалнинг ҳар хил жисмоний юкламаларга яхши ёндашишига ёрдам беради.

Семиришда ДЖТ билан шуғулланиш овқат ҳазм қилиш тизимининг ишига ижобий таъсир этади. Қорин бўшлиғи мушакларига бериладиган жисмоний машқлар овқат ҳазм қилиш жараёнига таъсир этади, ошқозон ва

ичаклар ҳаракат функцияларини активлаштиради, қорин бўшлиғидаги оғирликни пасайтиради, ўт қопининг қисқариш функциясини ва сафронинг ичакларга тушишини кучайтиради.

ДЖТни семиришда ўтказишнинг мақсадлари:

1.Модда алмашинув жараёнини фоаллаштириш.

2.Қон айланиш ва нафас олиш функциясини меъёрлаш.

3.Қорин бўшлиғи органларининг фаолиятини бошқаришни, қорин мушакларини кучайтириш, ичакнинг мотор функциясини яхшилаш.

4.Ҳаракат координациясини яхшилаш , қадди-қомат нуқсонини олдини олиш.

Даволаш жисмоний тарбия кўпроқ семиришнинг экзоген шаклида ўз самарасини кўрсатади.

Машғулотларнинг бошланғич мақсади - қон айланиш, нафас олиш тизимларига берилаётган ошиб борадиган жисмоний юкламаларга мослашиши, тана оғирлигининг пасайиши, ишчанликнинг кўтарилиши билан чегараланади. Юрак қон томир тизимига юклама ошмаслиги учун , жисмоний ҳаракатларни миқдорли берилиши лозим.

ЭГГ, сузиш, миқдорли юришлар, секин темпда югуриш.

Муолажадан кейин тана оғирлигининг пасайиши 200-400 гр бўлиши шарт. Касаллар 2 гуруҳга бўлинади:

1. Ёшлар-45 ёшгача чуқур эндокрин ўзгаришларсиз.

2. 45 ёшдан сўнг юрак қон-томир тизимининг юкламаларга мослашиши билан.

Жисмоний машқларни танлаганда улар сатҳи ва интенсивлиги бўйича “чидамлилиқка” қаратилган бўлиши керак (миқдорли юриш, югуриш, сузиш, чанғида юриш ва ҳ.к.). Жисмоний машқлар натижасида кўп миқдорда углеводларнинг парчаланишини, ёғларнинг деподан чиқишини, оксидланиш-қайтарилиш реакциясини кўчайтиради.

Семиришда даволовчи массажни тадбиқ этиш қуйидаги усуллар билан бажарилади; силаш, ишқалаш, қоқиш, гоҳ-гоҳ силтишлар, актив ва пасив

ҳаракатлар, шу билан бирга, бу усулларни, аниқ алмашишларни ҳам эътиборга олиш зарур.

Семиришда даволовчи массажни тадбиқ қилишда уқалаш усулининг муҳим аҳамияти бор. Уқалашни мушаклар учун пассив гимнастика деб ҳисобласа бўлади. Умумий массаж ва бошқа муолажалар силаш усули билан бошланиб, силаш усули билан тамомланади.

Семириш оқибатида юрак -қон- томир системаси ўзгаришларга учрайди.(миокард дистрофияси,каронар қон айланишни бузилиши,мия ва пастки қисмларда қон айланишни бузилиши), нафас системаси(нафас ҳаракатини камайиши бу диафрагмани ҳаракати камлиги ҳисобига), овқат ҳазм қилиш системасида (ошқозон ширасининг гиперсекрецияси), таянч – ҳаракат аппарати (бўғимларда юкламани ошиши ва моддалар алмашинуви бузилиши ҳисобига артроз). Сув-туз алмашинувини бузилиши ҳисобига шиш кузатилади. Бирламчи семириш натижасида ички секреция безлари функциясини бузилиши яъни гиперинсулинемия, гипокортицизм, самототроп гормони функцияси сусайиши ва бошқалар. Рационал даволаш натижасида семириш камаяди. Беморни даволаш принципида организмда липолизни кучайтириш мақсадида манфий энергия баланси вужудга келтирилади. Бунда сут парҳезси олиб борилади, организмда углеводни камайтириш мақсадида, яна энергия сарфини кўпайтириш яхши натижа беради. Парҳез ва ҳаракатни ошириш яъни, патогенезга табиий ва жисмоний омилларни биргаликда олиб бориш организмни қайта тиклаш учун муҳим омилдир. Жисмоний ҳаракат ва кам каллорияли парҳез тана массасини камайишига яхши натижа беради, қайта тикловчи ёки жисмоний ҳаракатни стимуляция қилади. Исталмаган метоболик ўзгаришлар коррекцияси, организмнинг носпецифик резистентлиги семизликни даволаш ва профилактик чоралари кўрилаётганда асоратли ҳисобланади. Семириш билан касалланган беморларни комплекс даволаш ҳамда санатор-курортлар тавсия қилинади.

Семириш билан касалланган беморларни санатор-курортда тана вазнини камайтириш, доимий парҳез таомларни истеъмол қилишга огоҳлантириш,

кўшимча касалликларни даволашда ёрдам беради ва бемор ҳаракати ва иш қобилиятини оширади. Комплекс даволашга аниқ ҳаракатланиш режими, балчиқ ва сув билан даволашнинг ҳар-хил турлари, пеллоидотерапия киради. Парҳез билан даволаш семизликни даволашда асосий ўринни эгаллайди. Бу эса кам калория парҳезга асосланади, алмаштириб бўлмайдиган овқат моддалари оқсил, кам тўйинган ёғ кислоталари, витаминлар, минерал моддалар киради. Бу парҳез билан даврий равишда 1-2 ҳафтада 1-2 марта юкламали кун ўтказилади.(сут маҳсулотлари, творог, мевалар). Баъзида оч коринга минерал сувлар билан юкламали кун ўтказиш самарали ҳисобланади. Семириш билан касалланган беморларни жисмоний юкламалар ёрдамида тана вазнини камайтириш, даволашнинг шарти ҳисобланади. Унинг асосий мақсади тана массасини энергия сарфи ҳисобига организмни кардиореспиратор системасини чиниктириш, беморни психоэмоционал тонусини ошириш, ҳамда кўникмаларни мустақил равишда бажаришни таъминлаш. Семизликда бир неча хил жисмоний машқлар олиб борилади. Эрталабки гимнастика, масалан чегараланган саёҳат ва терренкур, спорт машқлари, ҳаракатли спорт ўйинлари ва механотерапия. ДЖТга кўрсатмаларда ҳаракат режали бўлиши, машқ бажарувчи тонусининг ошиб бориши, умумий аҳволига, семиришни функционал ҳолатига, юрак-қон-томир системаси ҳолатига қаралади. Массаж ва ўз-ўзини массаж тана массасини камайишига таъсир этмайди. Бироқ манипуляциялашган массаж (силлаш, ишқалаш, уқалаш) мушак тонусини оширади, қон ва лимфа айланишини яхшилайдди. Семизликда беморларга терренкур-жисмоний активликни оширади, юқори эффект беради, респиратор функцияни яхшилайдди ва юрак–қон томир системаси жисмоний машқларга мослашади. Спорт машқлари (югуриш, эшкак эшиш) яна ҳаракат ва спорт ўйинлари (волейбол, теннис ва бошқ..) фойдали, чунки у организм энергия сарфини оширади. Климатотерапия-семизлик билан касалланган беморларни комплекс даволаш усулларида бири , иқлим омиллари таъсирида нейроэндокрин алмашинув яхшиланади, чириш жараёни активлиги ошади, кардиореспиратор

тизимининг жараёнини яхшиланиши ҳисобига гипоксия камаяди, организм чидамлилиги ошади.

Семизликда Даволаш жисмоний тарбияси.

Даволовчи жисмоний тарбия машқларига қарши кўрсатмалар: семизликда юрак-қон томир тизими касалликлари билан оғриган беморларга тавсия этилмайди. Семизликда даволаш жисмоний тарбиянинг асосий мақсади: модда алмашинувини яхшилаш, оксидланиш-қайтарилиш жараёнини активлаштириш, ёғ парчаланишини кучайтириш, ортиқча тана вазнини камайитириш.

ДЖТ машқлари семизликда қуйидаги дастлабки ҳолатларда бажарилади: турган, ўтирган, ётган. Даволовчи машқлар семизликда тананинг йирик мушакларга берилади. Даволовчи жисмоний машқларнинг қуйидаги шакллари қўлланилади: эрталабки гигиеник гимнастика (ЭГГ) машқлари (15-20 дақиқа) миқдорли юриш, ҳар хил спорт ўйинлари (волейбол, бадминтон, теннис), туризм, югуриш.

Даволовчи жисмоний тарбия воситалари: сузиш, механотерапия, меҳнат терапия, очиқ ҳавода гигиеник машқларини бажариш, даволовчи массаж тавсия этилади.

Семизликда ДЖТ мажмуаси:

1. Д.х- турган ҳолатда юриш 30 сония давомида:

а) ўртача темпда, бир жойда туриб оддий юриш 5-6 маротаба такрорлиги ;

б) оёқларнинг панжа қисмларида юриш 5-6 маротаба такрорлиги;

в) оёқларнинг тавон қисмида юриш 5-6 маротаба такрорлиги.

2. Д. х- турган ҳолатда-товонлар бирлашган, бармоқлар узоқлашган, қўллар тананинг ён бошида турган ҳолатда. Қўлларни олдинга узатиб, олдинга ўнг оёқни кўтариш ва орқага узатиб бармоқларда туриш (нафас олиш). 8 маротаба ҳар бир оёқ билан машқлар бажарилади.

- 3.Д. ҳ- турган ҳолатда. Ўнг оёқ билан ўнг томонга узатиш, қўллар ён томонга, кафтни юқорига қаратиб узатиш. Дастлабки ҳолатга қайтиш. Секин темпда 5 маротаба икки томонлама бажарилади.
4. Д. ҳ-турган ҳолатда, оёқлар елка кенглигида. Гавдани секин ён томонларга букиш, қўллар оёқ бўйлаб силжийди. Ўнг томонга эгилганда нафас олиш, чап томонга эгилганда нафас чиқариш. 5-8 маротаба такрорланади икки томонга.
- 5.Д. ҳ- турган ҳолатда, оёқлар елка кенглигида, қўллар белда. Гавдани ўнгга ва чапга айлантериш. Нафас олиш эркин. 5-8 марта икки томонга.
6. Д. ҳ-ўтирган ҳолатда, тиззаларни букмаган холда , қўлларни олдинга узатиб нафас олиш, қўлларни ён томонга туширган холда нафас чиқариш. 8-10 маратоба такрорланади.
7. Д. ҳ-ўтирган ҳолатда, қўлларни қорин соҳасига занжирсимон қилиб гавдани бироз кўтариб нафас олиш ва нафас чиқариш 8-10 маратоба такрорланади.
8. Д.ҳ- ётган ҳолатда чап ва ўнг оёқни олдинга узатиш ва букиш велосипед машқи. 6-7 маротаба.
9. Д.ҳ- ётган ҳолатда чап ва ўнг оёқларни қайчисимон машқини бажариш 6-7 маротаба.
10. Д. ҳ-ётган ҳолатда, оёқлар узатилган ва бирлашган, қўллар бошни орқасига бирикган холда бирданига чап биқинга букиш, сўнг ўнг биқинга букиш. 12-15 маратоба такрорланади.
11. Д. ҳ- турган ҳолатда, оёқлар елка кенглигида, қўллар белда. Айланасимон ҳаракатларни чапга ва ўнгга сонларни бирлаштириб бажариш. Бош ва кўкрак кафаси ҳаракатсиз. Икки томонга 10 марта такрорлаш. Нафас олиш эркин.
12. Д. ҳ- турган ҳолатда. Гавдани чапга ва ўнгга буриш, оёқлар ҳаракат қилмайди. 10 марта икки томонга такрорлаш.
13. Д. ҳ- турган ҳолатда, қўллар билан айланасимон ҳаракатлар олдинга ва орқага, нафас олиш эркин.
14. Д. ҳ- ўнг ён бош билан стулнинг ён томонга туриб, тепа қисмидан ушлаб. Аввал чап оёқ билан олдинга ва орқага узатиш машқларини бажариш. Нафас олиш эркин. Сўнг чап ёнбош билан стулнинг ён томонига қараб туриб, тепа

қисмидан ушлаб, ўнг оёқ билан олдинга ва орқага узатиш машқларини бажариш. 10 марта машқлар такрорланади.

15. Д. ҳ- турган ҳолатда ,арғимчоқ (скалка) билан сакраш 1-3 дақиқа давомида.

16. Д. ҳ- Секин юриш 1-3 дақиқа давомида.

3.-МАВЗУ

Қандли диабет касаллигида ДЖТ.

Ўқув мақсади:

Талабаларда қандли диабет касаллигининг хараakterистикаси ҳақида, уларда ДЖТ машқларини қўллаш мақсади ва шакллари ҳақидаги билимни шакллантириш.



Асосий маълумотлар

Қандли диабет (ҚД) касаллиги. Тиббиётнинг етакчи муаммоларидан бири. Ҳозирги кунда тиббий-ижтимоий аҳамияти жиҳатидан бевосита қон-томир ва онкологик касалликлардан кейин туради. ЖССТ бўйича бутун дунёда 50 млн. аҳоли қандли диабет билан касалланган. ҚДнинг тиббий-ижтимоий аҳамияти унинг фақат кенг тарқалганлиги билан эмас, балки сурункали касаллик сифатида жамиятга етказётган зарари билан ҳам белгиланади (ўлим даражасини 2-3 марта, юрак ишемик касаллиги ва инсультлар сонини 2-3 марта оширади, ҚД билан оғриган беморлар орасида кўрлик умумий аҳолига нисбатан 10 марта, гангрена ва оёқ қўл ампутацияси 20 марта кўп, ҚД буйрақларнинг ўлимга олиб келадиган даражада шикастланиши сабаби бўйича 2 ўринга ва ҳ.к., ва ниҳоят ҚД кутилатган ҳаёт давомийлигини 2-12%га оширади (турли мамлакатларда турлича). ҚД – организмда инсулиннинг мутлоқ ёки нисбий етишмовчилиги билан келиб чиқадиган касаллик бўлиб, углеводлар алмашинуви чуқур бузилиши гипергликемия ва глюкозурия билан характерланади. Тўқималар томонидан углеводларнинг ўзлаштирилишини қийинлашиши, МНС, юрак қон-томир тизими, жигар, мушак тўқималари функцияси бузилишига, натижада иш қобиляти камайишига олиб келади. Ёғ алмашинуви бузилиши ёғларнинг

оксидланиши-қайтарилиши тезлашиши ва кетон таначалар ҳосил бўлиши, қонда қанд миқдорининг кўпайиши натижасида МНСга токсик таъсир этади. Қандли диабетда оксил синтези ҳам бузилиб энергетик алмашинув даражаси камаяди. Қандли диабет билан оғриган беморларда энергетик алмашинув бузилиши мушак куч фаолияти камайиши билан бевосита боғлиқ. Шундай қилиб Қандли диабетда фақат углевод алмашинуви бузилиши билан эмас, балки оксил, ёғ, минерал ва модда алмашинуви бошқа турлари бузилиши билан характерланади. Инсулин етишмовчилиги фонида беморларда турли асоратлар ва ёндош касалликлар ривожланади. Тахминан 70% беморларда юрак қон-томир тизими шикастланиб, диабетик микроангиопатия ҳамда юрак, бош мия, оёқ томирларида атеросклероз ривожланиши билан макроангиопатия сифатида намоён бўлади. Қандли диабетда тишларнинг парадонтоз, кариес, гингивит, стоматит касалликлари эрта шикастланиши кузатилади. Булар билан бир қаторда гастрит, энтероколит, диабетик гепатодистрофия, холецистит пайдо бўлади. Қандли диабет учун тери қоплами шикастланиши тери қуриши, қичиши, дерматитга мойиллиги, фурункулез, экзема характерли бўлади. Нерв системаси патологияси невралгия, неврит, полиневрит сифатида намоён бўлади. Шундай қилиб қандли диабет касаллигида турли патологик кўринишда намоён бўлади. Қандли диабетни даволаш кўп қиррали бўлиб асосий касалликни, ҳамда унинг кечишини оғирлаштирувчи асоратларни йўқотишга қаратиш керак. Бунда комплекс даволаш ва ДЖТни қўллаш муҳим аҳамиятга эга. Санатор-курорт даволаш ўз-ўзидан қанд миқдорини меъёрлаштирувчи таъсир кўрсатмайди, лекин беморга таъсир этувчи соғломлаштирувчи омиллар ДЖТ мажмуаси қандли диабетда самарали восита ҳисобланади. Бу комплекс парҳез, қанд миқдорини туширувчи препаратлар, иқлим билан даволаш, ДЖТ, бальнеологик ва физиотерапевтик усулларни қўллаш орқали қандли диабет асоратларини олдини олишни ўз ичига олади. Санатор-курорт даволашга кўрсатма бўлиб компенсацияланган қандли диабет касаллигининг енгил ва ўрта оғир даражаси ҳисобланади.

Диабет касалликлари углевод алмашилишининг бузилиши, меъда ости беши фаолиятининг, гипофизнинг, буйрак усти беши ва нерв тизимининг марказидаги бошқаришнинг бузилишлари орқали юзага келиши мумкин.

Углевод алмашилишининг бузилиши қонда қанд миқдорининг ошиши (гипергликемия) ва унинг пасайишига (гипогликемия)га олиб келади. 160-180% гипергликемия сийдикда қанд миқдорининг ошиб кетишига (глюкозурия)га олиб келади. Углевод алмашилишининг касалликларидан қандли диабет кенг тарқалгандир. Унинг асосида меъда ости безининг инсулинни ишлаб чиқаришни етишмаслигидир.

Қандли диабет-ошқозон ости безини етарли даражада инсулин ишлаб чиқармаслиги сабабли юзага келувчи углевод алмашувини бузилиши. Бу касаллик кўп учрайди. Унинг сабаблари: марказий асаб бошқарувини бузилиши, наслий мойиллик, инфекцион касалликлар углеводларини меъёрдан ортиқ истеъмол қилиш. Инсулин етишмовчилигини тўқмалардан глюкоза ўзлаштирилишини бузилишига ва глюкоген ҳосил бўлишини камайишига олиб келади. Натижада, қонда қанд миқдори ошади (гипергликемия) ва уни пешоб таркибида ажралиши кўпаяди (глюкозурия). Диабетнинг асосий белгилари: доимий чанқаш, кўп пешоб ажралиши (полиурия), иштаҳани кучайиши, мушаклар сустлиги, тери қичиши. Қандли диабет фурункулёз, атеросклероз, гипертония (ҳафақон) касаллиги, сил, гангеренага ўтадиган облитерауцияловчи эндартерит каби асоратларга олиб келади. Қандли диабет касаллиги намоён бўлишини 2 хил кўриниши: гипогликемик ва гипергликемик кома ҳаёт учун хавфли ҳисобланади. Гипогликемик кома қонда қанд миқдори кескин камайганда (инсулин кўп миқдорда қабул қилинганда), гипергликемик кома ёғларни тўла бўлмаган парчаланилиши натижасида пайдо бўладиган моддалар билан организмни заҳарланиши (кетон таначаларини тўпланиши) натижасида ривожланади.

Қандли диабет касаллигининг енгил ва ўрта оғирликда кечишида жисмоний машқларнинг таъсири остида қондаги миқдори нормал миқдорга тушиши мумкин.

Миқдорли берилган жисмоний машқлар инсулиннинг таъсирини кучайтириб, аста-секин инсулин препаратини киритишни камайтиради. Ортиқча тана оғирлиги бор касаллар даволаш гимнастика билан шуғулланганда уларда ёғлар алмашиши яхшиланади ва ёғнинг йиғилиши камаяди, зарарланган орган ва тизимлар фаолиятига ижобий таъсир этиб, организмнинг қаршилигини оширади.

Қандли диабет касаллигининг енгил шаклида машқлар ҳамма мушаклар гуруҳига берилади. Ҳаракатлар катта амплитуда, осойишталик ва ўрта тезликда бажарилади, кичик мушаклар гуруҳига эса тезлик билан бажарувчи машқлар ўтказилади. Аста-секин қийинчилик билан бажариладиган машқлар асбоблар билан (гимнастик девор, скамейка) ўтказилади. Машғулотларнинг давомийлиги 30-40 мин., зичлиги ўртача. Даволаш гимнастikasi миқдорли юришлар, кичик ва ўртача интенсив спорт машқлари (чанғида юриш, сузиш), волейбол, бадминтон, теннис ўйинлари билан биргаликда олиб борилади, лекин булар ҳаммаси врач-педагогик назорат остида ўтказилади.

Қандли диабет касаллигининг ўртача оғирликдаги шаклида даволаш гимнастikasi таркибида кичик ва ўртача интенсивликдаги машқлар берилади. Давомийлиги 25-30 дақиқа, машғулотнинг зичлиги пастроқ. Ўрта ва кекса ёшдаги одамларда атеросклероз ва қон босими ошиши касалликлари билан бирга учрайди, шунинг учун даволаш гимнастikasiдан ташқари, миқдорли юришлар ва сайллар тадбиқ этилади.

Қандли диабет касаллигининг оғир шаклида биринчи машғулотлар юрак - қон томир тизими касаллигида махсус тартиб вақтида ўтказиладиган услубда кўшилади, ўрта ёшдагилар ва ёшларда парҳез ҳамда дори-дармон ёрдамида қанд миқдори сийдикда ва қонда пасайиши даврида жисмоний машқлар юкламаси катта эмас, ҳамда ўртача маромдан паст берилади. Умумий куч билан бажариладиган тезкор машқлар мушаклардаги анаэроб жараёнларини

кучайтиради . Юкламалар бериш пайтида, яъни интенсив қисқа вақт ичидаги мушаклар ишида қонда қанд ошиб кетади, узоқ давомли ва секин темпда бажарилган жисмоний машқлар аксинча қандни пасайтиради, нега деганда у нафақат гликогенни ва қонда қандни ҳам сарфлайди. Машқлар енгил нонуштадан сўнг ўтказилади (гипогликемиянинг олдини олиш мақсадида).

Махсус тартибда оддий гимнастик машқлар ётган ҳолатда берилади, бу машқлар скелет- мушаклар тизимини мустаҳкамлайди, юрак - қон томир, нафас олиш, ҳазм қилиш тизимларида алмашилиш жараёнларини ва фаолиятини яхшилайдди, катта мушаклар гуруҳига ўрта темпда аста-секин, секин амплитуда ҳаракатлар берилади. Машғулотлар бир кунда 2 марта 10-12 дақиқада ўтказилади.

Қасалнинг умумий аҳволи яхшиланиши, мушаклар дармонсизлигининг пасайиши ва юкламаларга мослашишининг ўсишини эътиборга олиб дастлабки ҳолатни ўтирган ҳолда, ҳаракат бутун асосий мушакларни жалб этиб, тўлиқ амплитуда ва ҳар хил темпларда бажарилади,

Диққат учун қам ҳаракатли уйинлар ўтказилади. Ундан кейин турган ҳолатда ва қисқа вақтли юришлар киритилади. Машғулотларнинг давомийлиги 15-20 дақиқагача ошади,

Секин-аста юкламалар берувчи машқлар (булава, гимнастик таёқча, кичик оғирликда гантеллар, медроцинбол), қам ҳаракатли ўйинлар, секин тезликда юришлар масофани узоқлаштириш билан (400-500 м). Машғулотнинг давомийлиги 20-25 дақиқа,

Озиб кетишда, яъни маълум даражада озиш, дармонсизлик ва ишчанлик пасайишида махсус тартиб ва эркин тартибга ўтказилади, Мушакларнинг тонусини, қучи ва рельефни тез тиклаш ва маиший ҳамда ишлаб чиқариш юкламаларига мослашишини таъминлайди. Даволаш гимнастикаси, эрталабки гигиеник гимнастика, даволовчи юриш, сайллар қўлланилади. Даволаш жисмоний тарбия воситаларидан ҳамма асосий скелет мушакларига бериладиган машқлар, гимнастик ўтиргичда бажариладиган машқлар, ҳаракатли уйинлар, қисқа югуришлар берилади.

Санатория шароитидаги даволанишда даволовчи машқлантириш (иккинчи) ва машқлантириш (учинчи) ҳаракатли тартибда ўтказилади. Даволаш гимнастикаси 30 дақиқа терренкур, волейбол, экскурсия 4-6 кмгача ва х.к., киш шароитида чанғида сайллар, конькида учиш.

Қандли диабетни даволашда асосий вазифа парҳезга риоя қилиш (кам миқдорда углеводлар ва ёғлар истеъмол қилиш), қонда қанд миқдорини камайтирувчи доривор воситалар, даволовчи жисмоний тарбия. Жисмоний машқлар ёрдамида организмда қандни парчаланишига стимуловчи таъсир кўрсатиш, инсулин етишмовчилигини ўрнини босиш, организмни углеводларга бардошлигини ошириш каби махсус вазифалар ҳал этилади.

Даволаш гимнастикаси машғулотида барча мушак гуруҳлари учун машқлар қўлланилади. Йирик мушак гуруҳлари учун ҳаракатлар катта амплитудада секин ва ўртача суръатда; майда мушак гуруҳлари учун тез суръатда бажарилади. Оғирлаштириш билан ва гимнастик ускуналарда (гимнастик девор гимнастик курси ва х.к) бажариладиган машқлар кенг қўлланилади. Машғулотлар давомийлиги 30-45 дақиқа. Қандли диабет касаллигининг енгил шакли билан хаста беморларга миқдорланган тарзда юриш, (2-10 км ва ундан кўп), спорт машқлари, чанғи ва коньки учиш, сузиш, теннис ва бошқа ўйинлар тавсия этилади. Бунда жиддий тиббий-педагогик назорат амалга оширилиш керак.

Даволаш гимнастикасидан ташқари, миқдорланган тарзда юриш қўлланилади. Қандли диабет кўп ҳолларда, (айниқса, ўрта ёшдаги ва кекса беморларда) юрак-қон томир тизими касалликлари (атеросклероз ва гинертания касаллиги) билан асоратланади. Бундай беморлар билан шуғулланади, диабетни асоратлайдиган касаллик учун хос бўлган услубиёт қўлланилади. Юклама юрак-қон томир тизимини мосланиш даражаси, қон ва пешобда қанд миқдори кўрсаткичлари билан белгиланиши керак. Касалликни оғир шаклида даволовчи жисмоний тарбия машғулотида беморларни оғир ҳолатдан олиб чиққандан сўнг (гиподинамия ва моддалар алмашуви бузилиши билан боғлиқ асоратларни олдини олиш учун), бошлаш

зарур. Беморларни жисмоний юкламага мосланиши аста-секин рўй бериши керак.

Дастлабки машғулотлар юрак-қон томир тизими касалликларида қўлланиладиган (тайинланган стационар тартибга боғлиқ ҳолда) услубиёт бўйича ўтказилади. Компенсация (қон ва пешобда қанд миқдорини парҳез ва воситалари таъсирида камайтиши) бошлангунча қадар ёш ва ўрта ёшдаги беморларда организмга бўлган умумий юклама кичик ёки ўртача бўлиши керак. Кичик ва ўрта мушак гуруҳлари учун машқлар кенг қўлланилади. Йирик мушак гуруҳлари учун машқлар аста-секин, эҳтиёткорлик билан, организмни юкламага мосланиши сайин қўлланилади. Кейинчалик 500 метрдан 2 км.гача миқдорланган юриш ва кам ҳаракатчан ўйинлар (крокет, кетельбан) қўшилади.

Юкламани миқдорлашда шуни ҳисобга олиш керакки, мушакларни жадал суръатда ишлашида қонда қанд миқдори ошади, ва аксинча, секин суръатда узоқ вақт бажариладиган жисмоний машқлар қанд миқдорини камайтиради. Қандли диабет билан хаста беморларга ёрқин намоён бўлган умумий кучламали зўриқишлар мавжуд машқлар ва тезликни ривожлантирувчи машқларни бажариш тақиқланади, чунки уларни бажаришда мушакларда анаэроб жараёнларни устунлиги кузатилади ва қонда кислотали моддалар миқдори кўпаяди.

4.-МАВЗУ

: Подагра касаллигида ДЖТ.

Ўқув мақсади:

Талабаларда подагра касаллигида ДЖТ машқларини қўллаш мақсади ва шакллари ҳақидаги билимни шакллантириш.



Асосий маълумотлар

Подагра- оксил (пурин) алмашувининг бузилиши натижасида ривожланадиган касаллик. Пурин асослари нуклеин кислоталар ва айрим ферментларнинг тузилиш бирликлари ҳисобланади. Подагра этиологияси (келтириб чиқарувчи сабаблар)- наслий мойиллик

оқсилли овқат маҳсулотларини, айниқса, гўшти кўп истеъмол қилиш, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш. Подаграда пурин асослари алмашувининг охириги маҳсулоти бўлмиш сийдик кислотаси, бўғимлар ва бошқа тўқмаларда тўпланиб, яллиғланишини келтириб чиқаради. Айрим ҳолларда бўғимларни шаклини бузувчи чандиқлар ҳосил бўлади.

Бўғимларни шикастланиши уларни қизариши шишиб кетиши, ҳаракатланиши чекланиши, кучли оғриқлар ҳуружи билан кечади. Оғриқлар 5-6 кун давом этиши мумкин ва сийдикни кўп миқдорда ажиралиши билан яқунланади. Подагра кўпроқ, кафт ва товонларининг кичик бўғимларини шикастлайди. Даволаш учун сут маҳсулотлари, кўкатлар, кўп суюқлик истеъмол қилиш, радонли ва водород сульфатли ванналар гормонал дори воситаларни қабул қилиш, даволовчи жисмоний тарбия машғулотларининг қўллаш тавсия этилади.

Жисмоний машқлар моддалар алмашувини яхшилаш, организмдан сийдик кислотасини чиқариш, бўғимларининг бузилган ҳаракатчанлигини тиклашга ёрдам беради. Даволаш жисмоний тарбиянинг турли шаклларида даволаш гимнастикаси (асосан, фоал машқлар, перт-артикуляр аппаратни чўзилиши учун-суст машқлар) кенг қўлланилади. Шу тариқа бўғимларда максимал ҳаракат кенглиги эга бўғимлар гимнастикаси қўлланилади.

Фоал машқлар турли дастлабки ҳолатларда тик турган, ўтирган ва ётган ҳолатда, қўл бўғимлари учун пассив машқар-ўтирган ҳолатда, оёқ бўғимлари учун-ётган ҳолда бажарилади. Бўғимларда ҳаракатчанликни яхшилаш учун бўғимларни анатомик шаклини ҳисобга олган ҳолда оёқ-қўлларни силтанувчи, ротацион ва айланма ҳаракатлари қўлланилади. Гимнастик таёқча, енгиллаштирилган гантеллар ва тўлдирма коптоклар (вазни 2кг. гача бўлган) билан бажариладиган машқларни қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Гимнастик деворчада бажариладиган ва оёқ-қўл бўғимларини ҳаракатга жалб қилувчи машқлар, шунингдек кафт бўғимлари учун турли

машқлар ҳам фойдалидир. Даволаш гимнастикаси машғулотида бир вақтда оёқ-қўлларни ҳаракатлантириш билан қийинлаштирилган юриш кичик коптоклар ва валејбол тўплари билан машқлар, шунингдек копток билан бажариладиган ҳаракатчан ўйинлар қўлланилади. Оғриқлар бўлганда илиқ ваннада гимнастик машқлар бажариш тавсия этилади. Бундан ташқари, беморларга ҳар куни уйда гимнастика билан шуғулланиш мунтазам равишда пиёда сайр қилишлар тавсия этилади.

Умумий ҳолат яхшиланганда терренкур, экскурсиялар, саёҳатга чиқиш, спорт ўйинлари, чанғи ва конкида учиш билан шуғулланиш мумкин. Подагрик артрит ёрқин намоён бўлган соҳалардаги мушаклар бўғимларни уқалаш ҳам фойдалидир.



Таянч иборалар: *гипогликемия, гипергликемия, полиурия, глюкозурия, кетонацидоз.*



Бўлим юзасидан саволлар:

1. Эндокрин безлар фаолиятини тавсифланг.
2. Қандли диабет касаллигига қандай омиллар сабаб бўлади?
3. Қандли диабетда ДЖТнинг мақсади қандай??
4. Қандли диабетда ДЖТнинг қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатларни айтиб беринг.
5. Семизликка таъриф беринг.
6. Семизликнинг ривожланиш сабаблари қандай?
7. Семизлик касаллигида ДЖТ мақсадларини таърифлаб беринг.
8. Қандли диабет касаллигининг асосий симптомларини биласизми?
9. Подагра касаллиги ҳақида нималар биласиз?



Тестлар

1. Қандли диабет касаллиги қандай касаллик?

- А. углеводларни бузилиши билан боғлиқ касаллик, ошқозон ости безини инсулин ишлаб чиқаришни етимовчилигидан келиб чиқадиган касаллик;
- Б. липид алмашишининг бузилиши билан боғлиқ, ошқозон ости безини инсулин ишлаб чиқаришини етимовчилигидан келиб чиқадиган касаллик;
- В. оксил-ёғлар алмашишини бузилиши билан боғлиқ касаллик;
- Г. ошқозон ости безини инсулин ишлаб чиқаришини етимовчилидан келиб чиқадиган касаллик.

2. Қандли диабет касаллигини ривожланишига нималар ёрдам беради:

- А. психик жароҳатлар, овқатланишни бўзилиши, углеводларни кўп истеъмол қилиш, инфекцион касалликлар;
- Б психик жароҳатлар, овқатланишни бўзилиши, углеводларни кўпроқ истеъмол қилиш, инфекцион касалликлар, шишлар, ошқозон ости безини яллигланиши ва склеротик ўзгаришлар, наслий;
- В. психик жароҳатлари, овқатланишни бўзилиши, инфекцион касалликлар, шишлар ошқозон ости безини яллигланиши ва склеротик ўзгаришлар;
- Г. овқатланишни бузилиши, углеводларни кўпроқ, таъмин этиш, ошқозон ости безини шиши.

3. Қандли диабет касаллигининг енгил шаклида ДЖТни ўзига хослиги?

- А. ҳамма мушаклар гуруҳига машқлар, машқлар амплитудаси баланд, асбоблар билан машқлар, ускуналарда юклантириш машқлари. Давомийлиги 15-20 дақиқа зичлиги паст;
- Б. ўрта ва кичик мушаклар гуруҳига машқлар, юклантириш машқлари, машқлар амплитудаси ўртача, асбоблар билан машқлар, ускуналарда юкламалар билан машқлар, давомийлиги 30-45 дақиқа, зичлиги баланд;
- В. ҳамма мушак гуруҳига машқлар, машқлар амплитудаси катта, асбоблар билан машқлар, ускуналарда юкламалар билан машқлар давомийлиги 15-20 дақиқа;

Г. ҳамма мушаклар гуруҳига машқлар, ускуналарда юкламалар билан машқлар, асбоблар билан машқлар амплитудаси баланд, зичлиги баланд, давомийлиги 30-45 дақиқа.

4. Қандли диабет касаллиги ўртача оғирлигида ДЖТ услуби:

А. кичик етарли интенсивликдаги жисмоний машқлар кичик ва ўрта мушак гуруҳларига, давомийлиги 25-30 дақиқа. Зичлиги баланд эмас;

Б. ҳамма мушак гуруҳларига кичик етарли интенсивликдаги машқлар, давомийлиги 25-30 дақиқа;

В. кичик, ўрта ва катта мушак гуруҳларига бериладиган баланд интенсивлигидаги машқлар. Зичлиги баланд давомийлиги 25-30 дақиқа;

Г. ҳамма мушак гуруҳларига кичик ва етарли интенсивликдаги машқлар, зичлиги баланд эмас, давомийлиги 10-15 дақиқа.

5. Қандли диабет касаллини оғир шаклида ДЖТ услуби:

А. кичик ва ўрта мушак гуруҳларига машқлар секин темпда узоқ бажарилувчи ва қонда қанд миқдорини тушурувчи машқлар;

Б. қон айланиши етишмовчилигининг I даражасида берилладиган услуб;

В. қон айланиши етишмовчилигининг III даражасида берилладиган услуб;

Г. биринчи машғулоти юрак-қон томир тизимидаги касалликдаги услуб, умумий юкланиш катта эмас. Кичик ва ўрта гуруҳлардаги мушакларга машқлар. Катта мушакларга секин-аста берилади, машқ секин темпда.

6. Ортиқча ёғлар йиғилишида организмда нималар содир бўлади?

А. диафрагманинг ҳаракатлари ва юрак иши қийинлашади, миокардаги дистрофик ўзгаришлар, ташқи нафас олиш ва ошқозон-ичак трактлари функцияларининг бузилиши, қон айланиши етишмовчилигининг I даражаси ҳолати;

Б. диафрагманинг ҳаракатлари ва юрак иши қийинлашади, ташқи нафас олиш ва ошқозон-ичак трактлари функцияларининг бузилиши, периферик нерв тизими касалликлари келиб чиқиши, артритлар, МНТнинг функционал бузилишлари;

В. диафрагманинг ҳаракатлари ва юрак иши қийинлашади, ташқи нафас олиш ва ошқозон-ичак трактлари функцияларининг бузилиши, артритлар келиб чиқиши, периферик нерв тизими касалликлари, неврозлар;

Г. миокарда дистрофик ўзгаришлар келиб чиқади, қон айланишини етишмовчилигининг I даражаси, диафрагманинг ҳаракати ва юрак иш қийлашиши, ташқи нафас олиш ва ошқозон-ичак трактлари функцияларининг бузилиши, ёндош касалликларни келиб чиқиши, атеросклероз, гипертоник касаллиги, стенокардия, ташқи нафас олиш ва ОИТларининг функциялари бузилиши, артритлар, ПНТ касалликлари, неврозлар.

7. Семириш касаллигида комплекс даволаш:

А. сув муолажалари, дори—дармонлар, ҳаракат фаоллиги режими;

Б. рационал ҳаракат фаоллиги режими ДЖТ билан, диетотерапия, массаж;

В. диетотерапия, сув муолажалари, дори-дармон, массаж, ҳаракат фаоллиги билан ДЖТнинг қўлланилиши;

Г. дори – дармонлар терапияси, сув муолажалари ва ДЖТ.

8. ДЖТнинг семиришдаги вазифалари:

А. ҳамма алмашиш турларини меёрлаш, юрак қон-томир ва нафас олиш тизимлари функцияларини яхшилаш, таянч-ҳаракат аппарати функцияси, гиподинамияни пасайтириш ва умумий ишчанликни кўтариш;

Б. ҳамма алмашиш турларини меёрлаш, юрак қон-томир ва нафас олиш тизимлари функцияларини яхшилаш, ҳаракат фаоллигини меёрлаш, мушакларни мустаҳкамлаш;

В. тана оғирлигини пасайтириш, гиподинамияни, ҳамма алмашиш турларини меёрлаш, ҳар хил органларда липолитик жараёнларни кучайтириш, ошқозон-ичак тракти фаолиятини яхшилаш;

Г. ҳамма алмашиш турларини меёрлаш, юрак қон-томир ва нафас олиш тизимлари функцияларини яхшилаш таянч-ҳаракат аппарати функциясини, ҳар хил органларда липолитетик жараёнларни кучайтириш, тана оғирлигини тушириш, гиподинамияни пасайтириш, умумий ишчанликни ошириш, бузилишларни қуритиш даражасини пасайтириш (метеоризм, қабзият),

9. Семиришда тадбиқ этиладиган махсус машқлар?

- А. чидамлилиikka бериладиган машқлар, катта мушакларга нафас олиш машқлари билан алмашиб берилувчи машқлар;
- Б. катта мушакларга нафас олиш машқлари билан алмашиб берилувчи машқлар, чидамлилиikka бериладиган машқлар, скелет мушакларини мўтаҳкамловчи машқлар;
- В. тезлаштирувчи машқлар, чидамлилиikka бериладиган нафас олиш машқлари;
- Г. чидамлилиikka бериладиган машқлар, нафас олиш машқлари, мушакларни статик тирантириш.

10. Семизликнинг асосий формалари ?

- А) Алиментар , эндокрин , церебрал.
- Б) Эндокрин, церебрал, кардиал.
- В) Алиментар, нефроген, эндокрин.
- Г) Церебрал, нефроген кардиал.

11. Қайси касалликлар ортиқча вазн келиб чиқишига мойиллик туғдиради?

- А) Артериал гипертензия, томирлар варикоз кенгайиши, отит.
- Б) Артериал гипертензия, томирлар варикоз кенгайиши, қандли диабет, юрак ишемик касаллиги, умуртқа поғонаси ва бўғимлар касаллиги.
- В) Бўғимлар, умуртқа поғонаси, пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги.
- Г) Томирлар варикоз касаллиги, тромбофлебит, миопия, отит.

12. Семизликда жисмоний тарбиянинг қайси формалари самарали?

- А) Сузиш, бодибилдинг, шейпинг.
- Б) Даволовчи гимнастика, соғломлаштирувчи югуриш, сузиш, велосипед.
- В) Саломатликнинг ҳолатига боғлиқ, жисмоний тарбиянинг барча шакллари.
- Г) Тоғ чанғиси, сузиш. Тренажёрлар.

13. Ёғ моддаларини куйдирувчи моддалар – бу:

- А) Эстерогенлар

- Б) Инсулин
- В) Билирубин
- Г) Кортизол

14. Қайси оғирликдан семириш бошланади?

- А) Меъёрдан 10 кг дан ошиқ.
- Б) Меъёрдан 30 кг дан ошиқ
- В) Меъёрдан 20 кг дан ошиқ
- Г) Меъёрдан 5 кг дан ошиқ.

15. Қандли диабет касаллигининг енгил шаклида ДЖТ ўзига хослиги?

- А) Ҳамма мушаклар гуруҳига машқлар, ҳаракатлар амплитудаси катта, предметлар билан машқлар, ускуналарда оғирлик билан.Давомийлиги 15-20 дақиқа, зичлиги паст.
- Б) Ўрта ва кичик гуруҳ мушакларига машқлар, предметлар билан, ускуналарда оғирлик билан.Давомийлиги 30-45 дақиқа, зичлиги баланд.
- В) Ҳамма мушаклар гуруҳига машқлар, ҳаракат амплитудаси баланд, машқлар предметлар,ускуналарда оғирлик билан.Двомийлиги 15-20 дақиқа.
- Г) Машқлар ҳамма мушаклар гуруҳига, оғирлик билан машқлар , ускуналарда предметлар билан ҳаракат амплитудаси катта зичлиги баланд.Давомийлиги 30-45 дақиқа.

16. Қандли диабет касаллигининг ўрта оғирлигида ДЖТ услуби?

- А) Машқлар қониқарли ва ва кичик интенсивликда кичик ва ўрта мушаклар гуруҳига берилади.Давомийлиги 25-30 дақиқа.Зичлиги баланд эмас.
- Б) Машқлар қониқарли ва кичик интенсивликда , ҳамма мушаклар гуруҳига зичлиги баланд эмас.Давомийлиги 25-30 дақиқа.
- В) Интенсивлиги кичик бўлган машқлар, ўрта ва катта мкшаклар гуруҳига, зичлиги баланд.Давомийлиги 25-30 дақиқа.
- Г) Машқлар қониқарли ва кичик интенсивликда ҳамма мушаклар гуруҳига, зичлиги баланд эмас.Давомийлиги 10 дақиқа.

17. Қандли диабет касаллигининг оғир шаклида ДЖТ услуби.

А) Машқлар секин темпда, узоқ давом этувчи ва қонда қандни камайтирувчи машқлар.

Б) Қон айланиши етишмовчилигини 1-даражасидаги услубга тўғри келиши.

В) Қон айланиши етишмовчилигининг 3-даражасидаги услубга тўғри келиши.

Г) Биринчи машқлар юрак қон-томир тизими касалликларидаги услубга, умумий юклама катта эмас, қониқарли .Машқлар кичик ва ўрта мушаклар гуруҳига . Катта мушакларга темп секин. Машқлар инсулиндан сўнг ва енгил нонуштадан кейин ўтказилади.

18. Қандли диабет касаллигининг ривожланишига нима таъсир этади ?

А) Психологик бузилишлар, овқатланишнинг бузилиши, углеводларни кўпроқ таъмадди қилиш, юқумли касалликлар , насл.

Б) Психологик бузилишлар, овқатланишни бузилиши, углеводларни кўпроқ таъмадди қилиш, юқумли касалликлар,насл, шишлар, яллиғланиш ва ошқозон ости безини склеротик ўзгаришлари.

В) Психологик бузилишлар, овқатланишни бузилиши. Углеводларни кўпроқ таъмадди қилиш, юқумли касалликлар.шишлар, яллиғланиш ва ошқозон ости безини склеротик ўзгаришлари.

Г) Овқатланишни бузилиши, углеводларни кўпроқ таъмадди қилиш, насл, ошқозон ости безини шиши.

19. Семиришда махсус машқлар.

А) Чидамликка машқлар, катта мушакларга машқлар нафас олиш машқлари билан алмашиб.

Б) Тезкорлик машқлари, чидамлиликка нафас олиш машқлари.

В) Тезкорлик машқлари, чидамлиликка, нафас олиш машқлари

Г) Чидамлиликка машқлар, нафас олиш машқлари, мушакларни статик таранглаштириш.

20. Қандли диабет касаллиги нима?

А) Углевод алмашинуви билан боғлиқ касаллик, ошқозон ости безининг инсулинни ишлаб чиқаришнинг етишмовчилигидан.

Б) Липид алмашинуви билан боғлиқ касаллик. Ошқозон ости безининг инсулинни ишлаб чиқаришнинг етишмовчилигидан.

В) Оксил-ёғлар алмашинуви билан боғлиқ касаллик.

Г) Углевод алмашинуви ва инсулин ишлаб чиқарилишин етишмовчилиги(1-типли диабет ёки метаболик синдромда 2-типдаги диабет)

21. Ёғларни кўплаб йиғилишида организмда нималар содир бўлади?

А) Диафрагмани ҳаракати қийинлашади, юракни фаолияти бузилиши, миокардда дистрофик ўзгаришлар, ташқи нафас олиш, ошқозон ичак тракти функциялари бузилади, қон айланиши етишмовчилигининг 1-даражаси ҳолати.

Б) Юрак иши ва диафрагма ҳаракати қийинлашади, ташқи нафас олиш ва ошқозон ичак тракти функциялари бузилади, периферик нерв тизими касалликлар содир бўлиши мумкин, артритлар, МНТ функционал бузилишлар.

В) Диафрагма ҳаракати ва юрак иши қийинлашади, ташқи нафас олиш функцияси ва ошқозон ичак тракти функциялари бузилади, артритлар ва периферик нерв тизими касалликлари, неврозлар.

Г) Миокардда ва дистрофик ўзгаришлар, етишмовчилини I даражасикўринишлари, диафрагма ва юрак иши қийинлашади, йўлдош касалликлар, атеросклероз, қон босимини ошиши, стенокардия, тешқи нафас олиш ва ошқозон ичак функциялари бузилиши, артритлар, периферик нерв тизимикасалликлари, неврозлар.

22. Семизликни мажмуавий даволаш нималардан иборат?

А) Диетотерапия, сув муолажалари, фармакотерапия, ҳаракатлар фаоллиги тартиби.

Б) Ҳаракатлар фаоллигини ДЖТ билан рационал тартиби, диетотерапия, массаж.

В) Диетотерапия, Сув муолажалари, фармакотерапия, массаж, ҳаракатлар фаоллигини ДЖТ билан рационал тартиби.

Г) Фармакотерапия, сув муолажалари, ҳаракатлар фаоллигини ДЖТ билан рационал тартиби.

23. Семизликда ДЖТ қўллашдан мақсад.

А) Модда алмашнувини мейёрлаштириш, қон-томир ва нафас олиш тизими функциясини яхшилаш, таянч-ҳаракатлар аппаратини функциясини, ҳаракатлар фаоллигини мейёрлаштириш, мушакларни мустаҳкамлаш.

В) Модда алмашнувини мейёрлаштириш, қон-томир ва нафас олиш тизими функциясини яхшилаш таянч-ҳаракатлар аппаратини, гиподинамияни пасайтириш, ошқозон – ичак тракти фаолиятини яхшилаш.

Г) Модда алмашнувини мейёрлаштириш, қон-томир ва нафас олиш тизими функциясини яхшилаш, таянч-ҳаракатлар аппаратини функциясини, ҳаракатлар фаоллигини, ҳар хил органларда липолитик жараёнларни кучайтириш, гиподинамияни тушириш.



Қўшимча адабиётлар ва электрон таълим ресурслари рўйхати.

1. Закон Республики Узбекистан о физической культуре и спорте, от 27.05.2000г. //Ўзбекистоннинг янги қонунлари, Тошкент, Адолат, 2001, с. 199-210.
2. Ўзбекистон Республикаси Президенти Фармони: “Ўзбекистон болалар спортини ривожлантириш жамғармасини тузиш тўғрисида”. Тошкент, 2002й. 24 октябрь.
3. Абидов А.А., Новиков Ю.В. Искусство быть здоровым. 2-ое изд. Ташкент, Издательско-полиграфическое объединение, 1994, 104с.
4. Васильев В.Н. Здоровье и стресс. Москва, «Знание», 1991, 160с.
5. Дубровский В.А. “Лечебная физкультура” М. 2004 с. 450
6. Дубровский В.И. «Лечебная физическая культура (кинезотерапия)»: учеб. для студ. высш. учеб. заведений.- 2 изд., с тер.-М., 2001.-608 с.:илл.
7. Дубровский В.И. Реабилитация в спорте. Москва. «Физкультура и

спорт», 1991, 208с.

8. Дубровский В.И. Спортивная медицина. Учебник для вузов. Владос. 2002, 480с.

9. Епифанов В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина. Москва, «Медицина», 1999, 304с.

10. Епифанов В.А. “Лечебная физическая культура” М. 2003 с.674

11. Журавлева А.И., Граевская Н.Д. Спортивная медицина и ЛФК. Москва, «Медицина», 1993, 433с.

12. Змановский Н.Ф. К здоровью без лекарства. Москва. «Советский спорт», 1990, 64с.

13. Избранные лекции по спортивной медицине (Под ред.Б.А.Поляева). Москва, 2003, Т.1, 188с.

14. Макарова Г.А. Спортивная медицина. Москва. «Советский спорт», 2003, 480с.

15. Материал из Википедии – свободной энциклопедии (интернет).

16. «Медицинская реабилитация» под ред. Боголюбова В.М. книга I,II,III Изд.3-е испр. и доп.-М.: 2010.-416с., илл.

17. «Медицинская реабилитация» под ред. Боголюбова В.М. М.- 2007 г. 3-х томник

18. «Медицинская реабилитация» под ред. В.А. Епифанова Москва 2005. 400с

19. Рихсиев А.И., Ходжаев Ш.Г., Бондаренко С.К. Влияние индивидуализированных физических тренировок в реабилитации больных артериальной гипотензией. Халқаро илмий анжуман. “Жисмоний тарбия ва спорт. Давлат, жамият, шахс”. 17-20.11.2005. Тошкент, с.82-85.

20. Русча-лотинча-ўзбекча тиббий терминлар изоҳли луғати. Тошкент, “Камалак-Хазина”. 1996, 525б.

21. Дубровский В.И. Спортивная медицина (учебник). Владос., 2002, 480с.

22. Юлдашева З.Э., Рахматуллаева М.Э., Барсукова Т.Ф. Саломатлик ва

фаол ҳаракатчанлик. Халқаро илмий анжуман “Жисмоний тарбия ва спорт: Давлат, жамият, шахс”. 17-20.11.2005. Тошкент, 2005, 43-44б.

23. Marlis Gonzalez-Fernandez, MD, PhD, Jarrod David Friedman, MD **Physical Medicine and Rehabilitation Pocket Companion**

24. Mark Harrast, MD, Jonathan Finnoff, DO **Sports Medicine Study Guide and Review for Boards**

Интернет ресурслар:

<http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/index.html>,

<http://dir.rusmedserv.c>,<http://www.medlinks.ru/>,

<http://www.kosmix.com/>,

<http://www.medpoisk.ru/>,

<http://www.tripdatabase.com/>,

<http://www.klinrek.ru/cgi-bin/mbook>,

<http://www.intute.ac.uk/medicine/>