

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

Билим соҳаси – Социал таъминот ва соғлиқни сақлаш - 500000

Таълим соҳаси - соғлиқни сақлаш – 510000

«ҲАМШИРАЛИК ИШИ»

Олий ҳамширалик иши- 5510700

Олий маълумотли ҳамшира талабалари учун дарслик

ТОШКЕНТ – 2015й.

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

Билим соҳаси – Социал таъминот ва соғлиқни сақлаш - 500000

Таълим соҳаси - соғлиқни сақлаш – 510000

«ҲАМШИРАЛИК ИШИ»

фанидан

«ҲАМШИРАЛИК ИШИ»

дарслиги

Олий ҳамширалик иши- 5510700

Таълим йўналишлари учун

Профессор Д.И.Ахмедова томонидан таҳрир этилган

УДК 616-053.2(9075.8)

ББК 51.1(5У)

Ташкент – 2015

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

**АХМЕДОВА ДИЛОРМ ИЛХАМОВНА, ТАХИРОВА РОХАТОЙ НОРМАТОВНА
ГРУНИНА ОЛЬГА СТАНИСЛАВОВНА, ГРУНИНА ИНЕССА ИВАНОВНА**

Билим соҳаси – Социал таъминот ва соғлиқни сақлаш - 500000

Таълим соҳаси - соғлиқни сақлаш – 510000

«ҲАМШИРАЛИК ИШИ»

Олий ҳамширалик иши- 5510700

Олий маълумотли ҳамшира талабалари учун дарслик

УДК 616-053.2(9075.8)

ББК 51.1(5У)

ТОШКЕНТ – 2015

АННОТАЦИЯСИ

Мазкур дарслик Давлат таълим стандартлари асосида олий маълумотли хамширалар йўналиши учун яратилган бўлиб “Хамширалик иши” фанининг янги ўқув дастурига ва шу таълим йўналишига мос равишда керакли бўлган тўлиқ маълумотларга эга ҳамда, хамширалик иши фанининг барча талабларига асосланиб тузилган.

Дарслик 2та бўлимлардан иборат: яъни “Хамширалик иши назарияси” ва “Клиник амалиёт”. Дарсликнинг 1-бўлими хамширалик иши назариясига бағишланган. Дарсликнинг II-бўлими асосан клиник амалиётга бағишланган бўлиб, орган ва тизимларнинг анатомио-физиологик хусусиятларига боғлиқ холда соғлом ва бемор болаларни субъектив ва объектив текшириш, ЖССТ (ЮНИСЕФ) ўсиш ва риожланиш стандартлари бўйича жисмоний тарақиётни баҳолаш усуллари, асб-рухий ривожланишнинг ёшига мос равишда ўзгариб бориши ва баҳолаш усуллари тўлиқ ёритиб берилган. Барча орган ва тизимлар бўйича учрайдиган касалликлар симптом ва синдромларини ўрганиш ва уларга хамширалик ташхисини қўйиш эса китобда алохида ўрин эгаллайди.

Дарликда ҳамширалик ташхиси. ҳамширалик касаллик тарихи бобида талабалар беморларга хамширалик ташхисини қўйишда ва касаллик тарихини ёзишда тўлиқ маълумот оладилар.

Дарслик мазмуни талабаларнинг осон қабул қилиши учун тушунарли юқори савияда, равон тилда ёзилган. Дарслик 436 бетдан иборат бўлиб, 2та бўлим, 16та боб, 88та расм, жадвал ва иловадан иборат.

АННОТАЦИЯ

Данный учебник подготовлен для студентов отделений высшего сестринского образования медицинских ВУЗов. Учебник составлен в соответствии с новой типовой программой по дисциплине «Сестринское дело», Государственными стандартами сестринского дела, а также квалификационной характеристикой по данной специальности.

Учебник содержит достаточно полный материал, необходимый для усвоения студентами-медсестрами основных требований данной дисциплины.

Учебный материал содержится в 2-х разделах «Теория сестринского дела» и «Клиническая практика», что полностью соответствует новой типовой учебной программе. Подробно изложены данные об организации питания в ЛПУ, о роли медицинской сестры в фармакотерапии. Большое значение придается овладению студентами навыками коммуникации. Кроме того, в учебнике отражены современные подходы к организации и проведению санитарного просвещения, что является неотъемлемой частью работы медицинской сестры с высшим образованием. Определенная роль отведена этическим и правовым аспектам сестринской деятельности и медицинской защите здоровья медицинских сестер.

При составлении учебника использованы современные материалы ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Учебник написан на 436 страницах машинописи, содержит 2 раздела, 16 глав, 88 рисунков, таблиц и приложение.

ANNOTATION

The course book has been published for the students of Nurses Education faculties in medical institutes. The book has been worked out according to the new standards on “Nursing”, new curriculum on the subject and qualification characteristics.

The text-book includes quite complete necessary material for students-nurses:

main (basic) requirements on the discipline.

The material is divided into 2 sections: “The theory of Nursing” and “Clinical practice”. Learning material has been developed including modern demands to the training of medical nurses with Higher Education, it determines the nursing process its stages as well as reflects the significance of managing the nurses case histories. The course book enables the students to learn and gain the tactic of patient’s examination, to reveal the problems and to plan nurse’s care. The detailed description of methods of physical exam, evaluation of different organs systems condition in the organism diseases children is noted.

The authors found significant to mention about the diet organization, the role of nurses in pharmacotherapy, communicative skills development. Besides that, modern approach to management and organization of sanitarian education as a part of nurses job of highly qualified nurses has been given. The role of ethics and nurses rights aspects as well as protection of nurses’ health is shown.

While designing the course book modern WHO and UNISEF materials have been used.

There are 436 pages in typing, 2 chapters, 16 units, 88 illustrations, charts

МАТНДАГИ ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР

ДСЭНМ - давлат санитария-эпидемиологик назорат маркази

ОИТС – одам иммунотанқислик синдроми

БССТ – Бутун жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти

СЭС - санитария – эпидемиология станцияси

МАТ – марказий асаб тизими

БЦЖ – Силга қарши тирик заифлаштирилган вакцина;

АҚДС – фаолсизлаштирилган коклюш вакцинаси, дифтерия ва қоқшол анатоксини аралашмаси;

АДС – дифтерия - қоқшол анатоксини;

ОПВ – оғиз-полиомиелит вакцинаси;

ИПВ – фаолсизлаштирилган полиомиелит вакцинаси;

ЖКВ – тирик қизамиқ вакцинаси;

ЖПВ – тирик паротит вакцинаси;

ВГВ – В вирусли гепатитига қарши вакцина;

БЦЖ-М, АДС-М да камайтирилган микдорда антиген мавжуд.

ДПМ - Даволаш-профилактика муассасаларида

КИИ - Касалхона ичи инфекцияси

ЎБЕ - Ўткир буйрак етишмовчилиги

СБЕ - Сурункали буйрак етишмовчилиги

НвАО - гемоглобин катталарда

Нв Р - хомила гемоглобини

Нв F - феталь гемоглобин

ОЭЕ - оқсил-энергетик етишмовчилик

ҲХК - ҳамшираларнинг халқаро кенгаши

ҲАХТ – Ҳамширалик амалиётининг Халқаро классификатори

СЎЗ БОШИ

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги ўтказётган Реформалари янги замонавий технолигиянинг нафақат беъморни даволаш ва ташхис қўйишда, балки аҳолига қониқарли тиббий ёрдам кўрсатиш доирасида, айниқса биринчи навбатда тиббий кадрларни тайёрлашда ҳам тадқиқот ишларини олиб боришни талаб қилади. Ҳозирги кунда Республикамизда 275 мингдан ортиқ тиббиёт ҳамширалари ишлайдилар, улар аҳолига кўрсатган ёрдами эса ҳамшираларнинг эгаллаган мутахассислик билимлари ва кўникмаларига, айниқса шошилиш кўрсатилган ёрдам самарасига боғлиқдир. Таълим сифатини яхшилаш ҳамда татбиқ ишларида янги тиббий технологияларни киритиш билан бирга тиббий ҳамшира таълимига бўлган талаблари ҳам ўзгарди. Тиббий ҳамширалик ёрдам беришда тиббий ҳамширалик иши асосий ўрин эгаллайди, у ўз навбатида соғлиқни сақлаш вазирлигининг асосий қисми бўлиб, аҳолига қониқарли ёрдам кўрсатишда асосий омил вазифасини бажаради

1999 йилдан бошлаб Республикада тиббий ҳамшираларни тайёрлаш кетма-кетликда олиб борила бошланди: тиббиёт лицейларида, тиббиёт колледжларида ва Олий ўқув юртли факультетларида тиббиёт ҳамширалари таълимига қўйилган янги талаблар асосан беъморлар хохиши ва эҳтиёжига қараб хизмат кўрсатишга йўналтирилган. Бунинг ҳаммаси тиббиёт ҳамширасидан нафақат чуқур билимга эга бўлишини, балки энг асосийси ҳар хил беъморларга мутахассислик маҳорати ва мутахассислик кўникмаларини ўта чуқур ўзлаштирган ҳолда аҳолига ёрдам беришини талаб қилади. Давлат дастури реформасида соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида тиббий кадрлар тайёрлаш ва уни ислоҳат қилиш асосан узлуксиз тарзда сифатини кўтариш, уларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш назарда тутилган. Асосий эътибор олий малакали ҳамширалар таълимини давлат стандартларига ва ўқув режаларига мос равишда тайёрлашга қаратилган. Дипломдан кейинги узлуксиз кўп даражали малака ошириш (магистратура)

кейинчалик тиббий ҳамшира ёрдамини яхшилаш мутахассислик гувоҳнома бериш билан иш фаолияти сифатини оширади. Узлуксиз тиббий таълим тиббиёт ҳамшираларни исботловчи тиббиёт асосида ташҳис қўйиш ва даволаш усулларини ўзлаштиришда янги қирраларини ўрганадилар, амалиётда қўлланиладиган клиник-амалий қўлланмалар ва баённомалар билан танишадилар,

Тиббиёт ҳамширалик иши ривожланиши билан бирга 100 йил олдин айтилган, лекин шу кунгача ўз кучини йўқотмаган Флоренс Найтингейл сўзларини эсламасликнинг иложи йўқ: “Ҳамшира уч хил малакага эга бўлиши керак: қалбга - беъморни тушиниш учун, илмга – кассалликни тушиниш учун, амалиётга – беъморни парвариш қилиш учун”.

Ҳозирги кунда Республикада тиббиёт ҳамширалик таълими йўналишидаги талабалар учун дарсликлар етарли бўлмаганлиги сабабли мазкур китобни ёзишни лозим топдик ва бизнинг фикримизча бу дарслик ҳамширалар учун катта фойда келтиради.

КИРИШ



Флоренс Найтингейл (1829-1910)

1877 йил Англия тиббий ҳамшираси, ҳамширалик иши асосчиси Флориенс Нантингейл шундай деган эди: *"Тиббий ҳамшира учта тоифали хусусиятга эга бўлиши керак, яъни - илмга - касалликни тушиниш учун; қалбга - беморни тушиниши учун; амалиётга - беморни парвариш қилиши учун"*. Бу сўзларнинг асосий аҳамияти ва хусусиятлари педиатрияда тасдиқланади.

Бирлашган амирликлар даврида Флоренс Найтингейл ҳақида, айниқса, унинг “Ҳамширалик иши” асари бўйича кўп маълумотлар бўлган. Ҳамширалик иши фаолиятининг асосий тарихий кўрсаткичлари 1831-йилдан бошлаб Европанинг баъзи мамлакатларида, хусусан, Англияда ҳамширалик ишини қайта ислоҳ қилишга киришилган. Англияда юқори табақага мансуб шахслар ҳамширалик ишига ўз ҳиссасини қўшишни ўзининг бурчи деб билган. Флоренс Найтингейл Германиянинг Кайзерверте институтида тахсил олган. Олий ўқув юртини тугатгач, Лондоннинг кичик касалхонасини бошқарган ҳамда “Ҳамширалик иши” фанидан ҳамшираларга дарс берган.

У ҳамширалар учун алоҳида бинода бўлим ташкил қилиб, унга раҳбарлик қилади. Бу бино асосан рим жангида иштирок этган Британиялик ҳарбий аскарларига хизмат кўрсатар эди (1-расм).

Шифокорлар томонидан кўрсатилган турли тўсиқларга қарамасдан, улар ўлимни қисқартириш, ўз хизматларини сидқидилдан олиб боришга интилдилар. Флоренс 1860-июлда ўз гуруҳига 15 нафар иқтидорли



Расм 1. Флоренс Найтингейл томонидан ташкил қилинган рим жангида иштирок этган Британиялик ҳарбий аскарларни даволайдиган касалхона

талабаларни ўз мактабига қабул қилгач, замонавий ҳамширалик иши фаолияти расмий тус олди. Улар ўқитишининг асосий тамоиллари:

- назорат қилиш (бошчилик қилиш қобилиятига эга бўлган ҳамширалар гуруҳини тайёрлаш

- илмий асослар (назарий ва амалий билимларни узлуксиз бериб бориш)

- ҳамшираларнинг шахсий хусусиятлари (ҳамширалар танлов асосида қабул қилиниб, уларнинг маънавий-ахлоқий хусусиятлари)га эътибор берилар эди.

Флоренс Найтингейлнинг мактабини тугатган ҳар бир иқтидорли шогирди учун “ҳамширалар тайёрлаш” дастурининг асосчиси ҳисобланди. ҳамширалик ишида Флоренс Найтингейлнинг хизмати шундан иборатки, у ҳамширалик ишини ўқитишга асос солди, бу ишни давомчиларини тарбиялаб берди. Шу билан бирга, соғлиқни сақлаш тизимида ҳамширалар ажралмас бўлаги эканлигини кўрсата олди. У томонидан ҳамширалар қасамёди ҳам қабул қилинди.

Флоренсинг айтишича, “хамшира нафақат тиббиёт ёрдамчиси, балки беморларни парвариш қилувчидир”. Флоренс Найтингейлнинг хизматлари кўпгина мамлакатларда фойда келтирган. У хамширалик ишига асос солар экан, беморларни тезроқ ва самарали соғайиши учун уларни турмуш тарзини ўрганиб, баъзи саволларга жавоб излади.

«Хамширалик иши» тушунчаси машхур инглиз тиббиёт хамшираси

Мен тантанали равишда олоҳ ва инсонлар олдида қасамёд қиламан;

Ўз ҳаётим ва ишимда ростгўйлик, безаразлик ва садоқатли бўлишга ваъда бераман;

Зарар етказмаслик қондасига риоя қилишга ёки инсонга зарар келтирувчи дори-дармонларини қўлламасликка;

Ўз касбим меъёрларини ривожлантириш ва қўлаб қувватлаш учун қўлимдан келганча бажаришга;

Ўз амалиётимда бемор ва унинг оиласи хақида маълумотларни сир тутишга ваъда бераман;

Шифокорнинг ишига ўзимнинг бор кучим, бор имкониятим билан ёрдам беришга ва тан-у жоним билан беморларни даволашга ўз умримни, билимимни, садоқатимни бағишлашга ваъда бераман.

Флоренс Найтингейл томонидан киритилган хамширалик иши назарияси – бу касаллик табиатидан келиб чиқадиган ҳар бир хусусиятни таҳлил қилиб, унинг атроф-муҳитга ҳамда соғлиқни тиклашга таъсирларини чуқур ўрганишдир. 1960-1970 йилларда ишлаб чиқарилган кўпгина назариялар Верджиния Хендерсон томонидан келтирилган бўлиб, бунда хамширалик иши фаолиятининг барча вазифалари белгилаб берилган.

Хамширалар орасида Верджиния Хендерсон (1955) назарияси жуда машхур бўлиб, унда қайд этилишича, айрим шахслар, беморлар ва соғлом кишиларни парваришлаш хамширанинг асосий вазифасидир ва бу вазифа беморнинг ўз саломатлигига бўлган муносабатини баҳолашда етарли

даражада куч ва иродали ҳамда юқори билимга эга бўлган ўз соғлиғини мустакамлаш ва тиклаш учун беморга ўзи бажара оладиган ишларни амалга оширишида ёрдам беришдан иборатдир.

Хендерсон бўйича 14 та асосий инсон эҳтиёжлари қуйидагилар:

1. Яхши нафас олиш.
2. Овқат истеъмол қилиш, етарли даражада сув ичиш.
3. Организмдан ахлатни чиқариш.
4. Ҳаракатланиш.
5. Ухлаш, дам олиш.
6. Кийиниш.
7. Тана ҳароратини меъёрл кўрсаткич атрофида сақлаш.
8. Бадан тозаллигини сақлаш.
9. Хавфни четлаб ўтиш орқали хавфсизликни сақлаш.
10. Мулоқотда бўлиш, ҳис- туйғуларни ифодалаш.
11. Ўз қарашларига ва фикрига содиқ қолиш.
12. Қониқиш ҳосил қиладиган фаолият олиб бориш.
13. Ёқимли фаолият олиб бориш.
14. Ўз саломатлигига доир маълумотларни қидириш.

Соғлом киши мустақил равишда бундай ҳаёт фаолиятини олиб бориш имкониятига эгадир.

“Ҳамшира-шифокор” муносабати ҳам тубдан ўзгариб, ҳамширалар ҳам шифокордек масъулият мавқеига эга бўлди. Улар ўртасидаги муносабат мутаносиблигини таъминлади. Бу хилдаги муносабатлар тиббий хизматни яхшилашга самарали таъсир кўрсатади.

Тиббий хизмат кўрсатувчи ҳар бир шахс ўзаро бир-бирини тушуниш, муносабатлар жараёнида эса биринчи ўринда инсон саломатлигини сақлашга уринмоғи лозим. Ҳар бир тиббиёт ходими беморнинг тезроқ соғайишини кўзлаб, даво усулларини танлайди, албатта. Бу эса, тинимсиз ўқишни, кўпроқ ўз устида ишлаб билим доирасини кенгайтиришни талаб этади.

Ўзаро ахборот алмашилиш, ҳамширалик талаби стандартларини яқинлаштириш мақсадида ривожланган мамлакатлар иш тажрибаларини ўрганишни талаб этади.

Бундан хулоса қиламизки, биздан олдин яшаб ўтган олимларнинг фикри ҳозирда кўпгина ютуқларга эришишга ёрдам бермоқда ва билим асосларининг кучайишига сабаб бўлмоқда. Масалан, W.Рентген томонидан 1895-йилда кашф этилган X-нурлари санокли мамлакатларда тиббий ташхисот усули сифатида ишлатилган ва унинг самарадорлиги талайгина мутахассислар томонидан тан олинган .

Ҳамширалик иши ўзига хос мустақил илм ва ажойиб санъат бўлиб, ҳамшира вазифалари, одам шахси, атроф-муҳити ва соғлиқ билан боғлиқ масалалар унинг фалсафий ўзагини ташкил қилади.

Ҳамшира ўз иш фаолиятида турли беморларга дуч келади ва шунинг учун ҳам ҳар бир касал одамнинг ҳасталиги оғир - енгиллигига қараб, унинг психологияси (руҳий ҳолати) – дунё қараши, маданияти, камгаплиги, андишалиги, асабийлиги ва ҳоказо турфа фазилат ва хусусиятларига қараб муомала усуллари ишлаб чиқиши, беморни юпатиши, бемор кўнглига ўтирадиган гап топиши ва ҳасталанган юрагига ботадиган хатти-ҳаракатларни қилмаслиги ёки ярашмайдиган қилиқлар билан «қовун тушуриб» қўймаслиги, юриш-туриши сокин, майин ва шу билан бир қаторда қат`ийлиги билан таъсир кўрсатиш қобилиятига эга бўлиши керак.

Бемор ва унинг яқинлари билан бўлаётган жараёнда ҳамшира одоби, хатти-ҳаракати, айтаётган гаплари, товуш интонацияси, ундаги вазминлик, қатъийлик ва шу билан бир қаторда илиқ ёки мулойим табассумда бўлиш ҳам катта аҳамият касб этади.

1998 йилда ташкил қилинган Ўзбекистон ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимларининг Ассоциацияси қабул қилган Ахлоқий кодекс (низом) мажмуи ва қасамёди Республикамизда фаолият кўрсатаётган 250 мингдан зиёд ўрта тиббиёт ходимлари ва ҳамшираларининг кундалик ишларида дастур амал вазифасини ўтамоқда.

1997 йилдан Ўзбекистон Республикасида МДХ мамлакатлари ичида биринчи бўлиб «Ҳамшира» журнаlining чоп этилиши ўрта тиббиёт ходимларининг касбий билим мезонининг юқорироқ поғонага кўтарди. Уларнинг маънавий, деонтологик ва этик нуқтаи назардан билим ва салоҳиятларини бойишларига катта ҳисса қўшувчи бу журнал кундалик ўқув дастури вазифасини бажармоқда.

Энди ҳамширалар ўзларининг юксак минбарларига эга бўлдилар. Уларнинг овози, фикр-мулоҳазалари, дарду нидолари, севинч-қувончларини фақат улар ишлаб турган поликлиника ёки касалхона, ёки муассаса жамоаси, раҳбарларигина эмас, бутун Ўзбекистон билади.

Шу сўзларни битаётиб, беихтиёр эсладик-ки, ҳамшира сўзининг ўзи ниҳоятда чуқур мазмунга эга. У ҳар биримиз учун опа ёки сингил. Гап шундаки, ҳамшира айна вақтда тиббиётнинг расмий вакиласи. У шифокор билан беморни боғлаб турувчи ва шу сабабли даволаниш жараёнини бевосита амалга оширувчи воситачи, афсунгардир.

Педиатрия фани нисбатан ёш табобат фани ҳисобланиб, XIX асргача алоҳида мустақил фан сифатида мавжуд бўлмаган. Аммо педиатрия соҳаси бўйича билимнинг илк бор пайдо бўлиши жуда қадим замонларга, эраמידан олдинги IV асрга, табобат илмининг отаси Букрот (Гиппократ)нинг «Бола табиати ҳақида» деб номланган асарини ёзган даврларга бориб тақалади. Кейинчалик I-II асрлар давомида шарда Жолинус номи билан машҳур бўлган. Рим файласуфи, доришуноси ва шифокори Гален, ҳамда Селс ва Соранлар болалар парвариши ва уларнинг даволаб тарбияланиши ҳақида асарлар ёзишган. Ўрта асрда Шарқ мамлакатларида илму фан, жумладан табобат фани ҳам мавжуд бўлиб, йирик шаҳарлар: Боғдод, Астрабод, Ҳамадон, Бухоро, Самарқандда шифохоналар, Самарқандда эса ҳаттоки "Табобат илм маскани" деб номланган тиббий Мадраса 1066 йилдаёқ мавжуд бўлган. Ўша даврда фаолият кўрсатган алломалардан Розий (Абу Бакр Муҳаммад ибн Зокариё ибн Яҳъё АрРозий 865-925йй.) Шарқнинг йирик мутафаккир қомусий олими, табобат, фалсафа, риёзиёт ва кимё фанларини

ривожлантиришга катта ҳисса қўшган, ўрта аср Оврупасида Розес номи билан машҳур бўлган олимдир.

Абу Али Ибн Сино (980-1037йй.) - Шарқнинг буюк энциклопедист олими бўлиб, Оврупада Авиценна номи билан машҳур бўлган. У Бухоро шаҳрига яқин Афшона қишлоғида Бухоро амирлигида бож йиғувчи амалдор оиласида дунёга келади. Зеҳни ўткир, хотираси нодир, такрорланмас истеъдодли Ибн Сино ёшлик чоғидаёқ дунёвий илмларни қунт билан чуқур ўргана бошлайди. У 16-17 ёшларида машҳур ҳаким бўлиб танилади. Ҳатто ўша замон фозил табиблари ҳам Ибн Сино олдига келиб тиб илмини ундан ўргана бошлайдилар.

Ибн Сино қадимий ва ўрта аср бошланиш давридаги Шарқ ва Юнон аллома мутафаккирларини асарларини ўрганибгина қолмай, уларни тартибга солиб, ўзининг тажрибаларига асосланган ҳолда қайта тўлдириб чиққан. Ибн Сино асарлари фаннинг турли соҳаларига, жумладан файласуфлик, табиатшунослик, табобат, астрономия, математика ва бошқа илмларга бағишланган. Аммо ибн Сино тиббиёт илмига алоҳида аҳамият берган ва ўз касбини асосан табиблик деб билган.

1.БОБ. ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТЛАР

1.1 Ҳамширалик иши ривожланишига ва тарихига таъсир этувчи омиллар

1.1.1 Диний маълумотлар ва ислоҳотлар

Инсонларни доимо касалликни олдини олиш ва соғлиқни асраш ташвишга солган. Ҳозирги кунда маиший, иқтисодий, руҳий ва жисмоний зўриқишлар ёки касалланган, ўз ўзига парвариш қилолмайдиган кишиларга парвариш қилиш кенг йўлга қўйилган. Давлат ёрдами ҳажми, парвариш ва суянч жуда кўп омилларга: миллий анъаналар, парваришни тарихий модели, сиёсат ва жамиятни такомиллаштириш асосларига боғлиқ.

Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ВОЗ) экспертлар қўмитаси 60-йиллардаёқ ҳамширалик иши «кишилар ўзаро мулоқот амалиёти», тиббий ҳамширани эса «беморларни касалланиш туфайли келиб чиқадиган эҳтиёжларини аниқлайдиган, беморларни шахс сифатида қабул қиладиган ходим» эканлигини таъкидлаган.

Америкалик тиббий ҳамшира В.Хендерсон 1961- йилда таърифлаган, кейинчалик халқаро миқёсда танилган ибора классик қоида ҳисобланади: Кишига, бемор ёки соғ, ёрдам кўрсатадиган, бу ҳаракатларини амалга оширишда бор кучи, билими, ғайратини ишга соладиган инсондир. Бу ҳаракатларни шундай амалга ошириш керакки, натижада бемор тезда ўзига таяна олсин.

Ҳамширалик ишига биринчи бўлиб, 1859 йилда машҳур Флоренс Найтингейл «Парвариш ҳақида битиклар»да қуйидагича: Атроф муҳитни бемор соғайишига қаратилган мақсадли ҳаракатлар таъриф берган.

Ҳамширалик парвариши мақсадлари:

1. Кишига жисмоний, ақлий ва маиший соғломликка эришишида атроф муҳитни экологик тозаллигини сақлаш.
2. соғлиқни мустаҳкамлаш ва сақлаш.
3. киши ўз соғлиғига кўпроқ эътибор беришини ўргатиш.

4. соғлиқ вақтида ўзгаришларни олдини олиш.
5. касалликни кишига манфий таъсирини камайтириш.
6. касаллик ва ногиронлик вақтида кишиларни жисмоний, руҳий ёки маиший томондан талабларини қондириш.

1.1.2 Уруш оқибатлари ва ҳамширалик ишини ривожланиши

Тарихга назар ташлаганда замонавий ҳамширалик иши бир бирига узвий боғланган уч тизимга таянишини аниқлаш мумкин.

Биринчи. Қадимги анъанавий ёрдам кўрсатиш тизимида кишилар ўз ўзига ёки уларга халқ табиблари ёрдам кўрсатганлар. Халқ табиблари жамиятда алоҳида ўринга эга бўлган. Улар тор доирадаги амалиётга маъсул бўлганлар. Асосий вазифа соғайиш бўлган.

Тиббий ёрдам кўрсатишни иккинчи тизими бутпарастлик пайдо бўлиши билан ривожланган. Беморлар ва етимларга тиббий ёрдам яшаш жойида ёки шу мақсадда қўрилган муассасаларда кўрсатилган. Тиббий ёрдамни ушбу кўриниши биринчи тизим билан биргаликда, замонавий тиббиёт пайдо бўлгунга қадар мавжуд бўлган. Иккинчи усул тизими аста-секин учинчисига ўта бошлаган. Учинчи усул тиббий фанлар ютуқлари билан биргаликда шаклланган.

XIX аср охирида кўпгина ихтиро ва ютуқлар тиббий амалиётга катта таъсир кўрсатган. Шунингдек биргаликда тиббий муассасаларда тиббий билимни ўргатиш авж олган. Айнан шу даврда тиббий ҳамширанинг шифокорга катта ёрдам кўрсатиши аниқланган. Тиббий ҳамшираларни тайёрлашда етакчи бўлиб инглиз тиббий ҳамшираси Флоренс Найтингейл (1820-1910) хисобланади. У ҳамширалик ишини яқка фан сифатида ажратган.

Ҳамширалик иши ривожланишининг тарихий босқичлари

Кишилар динга доимо инсон тақдирини ҳал қилувчи кучдай суянишган.

Дин ўз ичига жуда кенг тушунчани камраб олади. Жуда куп афсун усуллари беморни ташқаридан ёрдамга мухтожлигидан келиб чиққан. Гиёҳлар ва халк табобатининг турли усулларини кўллаш кенг ривожланган. Фолбинлар аввалдан тумор ва афсунлар билан касаликларни даволовчи ёки олдини оловчи кишилар эканлиги маълум. Кейинчалик бу вазифани рухонийлар ва уларни хотинлари бажарган, монахлар эса доривор гиёҳлар учун мурожаат қилишган ва улар беморларга парваришни ҳам қилишган. Афсунгарлик билан шомонлар ва табиблар шугулланишган. Бу даврларда кишига купинча ёвуз руҳлар тажовуз қилиши натижасида касаллик белгилари ва кўринишлари намоён бўлади деган тушунча кенг тарқалаган эди. Шунинг учун «касалликни даволашда ёвуз руҳларни тинчлантириш ва уларни касалланган бемор танасини тарк этишга ундаш зарур» деб таъкидланарди. Шомонлар касалликни даволаш учун турли маросимлар утказардилар. Давонинг бундай усули ўша давр диний ақидаларга таянган.

Шунингдек аждодлар руҳига таъзим қилиш кенг тарқалаган, соғлиқни ёмонлашиши бу маросимлар нотўғри бажарилганидан далолат берарди. Чунки аждодлар улуғланарди, ўлган киши руҳини ўзига сингдирган одам ҳам буюк ҳисобланарди. Бу ҳол эса ўлган танани кўриш ва ўрганишни тақиқларди, шунинг учун тиббиёт билимлар такомиллаша олмасди. Инсоният эволюциясининг ривожланиши билан беморлар худога таъзим қилиш даргоҳларига келтирилар эди ва рухонийлар уларни тузалиши учун Худога илтижо қилишарди. Таъзим даргоҳларида рухонийлар даволашлари учун черковлар барпо қилинди. Кўпчилик беморлар даволаниш учун у ерда қолишарди. Черков ходимлари уларни даволашар эди. Бу ходимлар биринчи ҳамширалар эди, чунки уларни фаолиятлари ҳамширалик парваришига мос келади. Баъзи «иудаизм» йўналишидаги динлар тиббий ёрдам ривожланишига катта ҳисса қўшган. Қадимга иудей монотеистлари бир Худога сиғинардилар. Уларда юқори рухонийлар кенгаши тиббий ёрдам кўрсатиш билан шуғулланишарди ва ҳолатини назорат қилишарди. Улар ўз фаолиятларини Мусо пайғамбар ўғитлари асосида ташкил этишган. Бу

Ўғитлар ўз ичига шахсий гигиена аспекти, аёлларни ҳайз ва туғруқ давридаги гигиенаси, ахлат ва чиқиндиларни тозалаш, юқумли касалликларни назорат қилиш, касалликни аниқлаш усулари, яққалаш (изоляция), карантин, дезинфекцияни қамраб олади.

Қадимги грекларда шифокорлик худоси Апполон эди, ўғли Асклепий эса тиббиёт худоси бўлган. Унинг қизлари Гигея ва Панацея соғлиқ ва шифокорлик маъбудалари эди. Асклепий шаъни учун Асклепион черкови барпо этилган. Кейинчалик уни атрофида тиббиёт шаҳри бунёд этилган.

Тиббиёт отаси Гиппократ ҳам Асклепий авлодидан ҳисобланади. Гиппократ қасами тиббий этика меъёрларини кўрсатади ва уни тиббиёт билан шуғулланувчи шифокорлар беради. Унда дин ва тиббиёт орасидаги боғлиқлик аниқ кўрсатилган.

Бутпарастлик тиббий – санитар ёрдам ривожига катта ҳисса қўшган, чунки бутпарастлар ҳар бир кишини шахс сифатида қабул қилганлар. Инсонга хизмат қилиш Худога хизмат қилиш билан баробар бўлган. Ҳамширалик иши бутпарастликни илк даврларида ривожлана борган. Унга қадар беморни парваришlash оила аъзолари, хизматкор ёки куллар мажбуриятларига кирарди.

Урушлар асорати ва ҳамширалик ишининг ривожланиши.

Урушларда қўлланилувчи қуроллар тиббий ёрдамга муҳтож ярадорлар пайдо бўлишига олиб келди.

Уруш ажал уруғини сочишдан ташқари, кўпгина армияларда гигиена ва санитария шароитлари йўқлиги сабабли юқумли касалликлар эпидемияси ривожланиши хавфини берарди.

Қадимда куллар жангчилар турган жойдан узоқда ярадор ва беморларни парвариш қилардилар. Европанинг кўпгина жойларини қамраб олган Рим империяси юришлари даврида римликлар бемор ва ярадорларни даволаш учун госпиталлар барпо қилишган. Бундай госпиталларда ҳарбийлар билан

бир қаторда қуллар ҳам бемор ва ярадорларни парвариш қилишган. Ҳозирда кенг қўлланиладиган ҳамширалик ишининг кўпгина усуллари ҳарбий ҳамширалик ишига тақалади. Бунда ҳарбий бўлинмаларда риоя қилинувчи катъий қондаларга, шифокор кўриги ва хоналарни режалаш – ката хоналар энгил беморлар учун, ён хоналар оғир беморлар учун ва бокслар ўта оғир беморлар учун амал қилинган.

XIX асрда Европа давлатларида ҳамширалик иши ривожига машҳур инглиз аёли Флоренс Найтингейл (1820 - 1910) фаолияти катта ҳисса қўшган.

Флоренс Флоренцияда аристократлар оиласида дунёга келди ва ўз даври аёли учун кучли билим эгаси бўлган. У 90 ёшида дунёдан ўтди ва Лондондаги Авлиё Павел черковига дафн этилди.

Халқаро Қизил Хочни аҳамияти.

1854 йил Генри Дунан Наполеон III ва Австрия армиясининг Саферинодоги жангидан сўнг ярадор ва ўлганлар азобланишидан эзилиб, ён атрофдаги қишлоқ аҳолисини ярадорларга ёрдам беришга жалб этди.

Кейинчалик у халқаро алоқалар режасини таклиф этди. Унинг асарлари 1863 йил Женева Конвенциясининг Халқаро Қизил Хоч кўмитасини ташкил этишга сабаб бўлди. Қизил Хоч энг гуманистик ҳаракат ҳисобланади.

Халқаро кўмита остида бирлашган турли давлатлардаги Қизил Хоч ташкилоти нафақат жангларда жароҳатланганларга ёрдам беради, балки инсон хатти-ҳаракати натижасида юз берадиган табиий офатлар қурбонларига гуманитар ёрдам ташкил этишни назорат қилади.

Бу ташкилот асосида Халқаро Кўмита туради. Унинг вазифасига халқаро ва ички низолар қурбонларига ҳуқуқий ва моддий ёрдам кўрсатиш киради. Иккинчи орган – 1919 йилда ташкил этилагн Қизил Хоч ва Қизил Ярим Ой жамияти фаолияти офатлар қурбонларига ёрдам бериш ва миллий жамоаларни ўзаро алоқасини кучайтиришга қаратилган. Бу икки орган Халқаро Қизил Хочни ташкил этади.

Ҳамширалик ишини юкори даражага кўтаришга қизиқишни кучайиши XIX аср охирида, 1899 йил Лондонда тиббий ҳамшираларнинг Халқаро Қўмитасини ташкил этишга сабаб бўлди. Унинг штаб – квартираси Швейцариянинг Женева шаҳрида жойлашган.

Халқаро тиббий ҳамширалар Қўмитаси.

◆ Бутун дунёдаги тиббий ҳамширалар миллий Ассоциацияси, федерацияси. Унга 15 географик регионга тегишли 15 киши Миллий қарашлар Қўмитаси ва Директорлар Кенгашига раҳбарлик қилади.

Халқаро тиббий ҳамширалар қўмитаси мақсадлари:

- ◆ Саломатлик хизматлари даражасини кўтариш.
- ◆ Ҳамшира хизмати сифатини кўтариш.
- ◆ Тиббий ҳамширалар иқтисодий ва иш жойида шароитларни яхшилаш.

Назорат учун саволлар

1. Ҳамширалик иши ривожланишига таъсир этувчи омиллар
2. Ҳамширалик иши ривожланишининг тарихий босқичлари
3. Халқаро “Қизил хоч жамияти” тўғрисида тушунча
4. Ҳамширалар халқаро қўмитаси тўғрисида тушунча
5. *Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти*
6. *Ўзбекистон ҳамширалар ассоциацияси*
7. Ҳамшира функцияси ва роли
8. Тиббий ҳамшираси иш фаолиятини юритиш жойлари
9. Оилавий ҳамшира вазифалари

Таянч сўзлар: ҳамшира, Қизил хоч жамияти, оилавий ҳамшира, халқаро қўмита.

2 БОБ. САЛОМАТЛИК КОНЦЕПЦИЯЛАРИ

2.1. Саломатлик ҳақида тушунча.

«Соғлиқ» тушунчасини соғлиқни субъектив тажрибаси ҳам позитив ҳолат кўринишида, соғлиқни нисбий концепцияси – касаллик йўқлиги кўринишида англаш мумкин. 1946 йилда Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ВОЗ) низомида соғлиқ қоидаси урушдан кейинги давр ақидаларини акс эттиради ва унга боғлиқ икки тушунчага чамбарчас боғлиқ. Соғлиқ – бу жисмоний, руҳий ва ижтимоий баркамолликка эга ҳолат бўлиб, факатгина хасталик ва касалликлар йўқлигини ифодалайди.

Соғлиқ фақат бир киши эмас, балки бутун жамият учун катта аҳамиятга эга. 1977 йил Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ВОЗ)нинг қарор қабул қилувчи юқори органи - Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ассамблеяси «2000 йилга барчага соғлиқ» резолюциясини қабул қилди. Ҳукумат Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти 2000 йилгача бутун Дунё аҳолиси ижтимоий шароитида шундай соғлиққа эришиши керакки, у аҳолига ижтимоий баркамол ҳаёт кечиришини асосий мақсад қилиб олган.

Кўпгина мураккаб жараёнлар бизни соғлигимизга катта таъсир кўрсатади. Бу жараёнлар биологик омиллар (инсоннинг генетик маълумотлари) ва сиёсий, имтимоий маиший, тарбиявий омиллар ва атроф муҳит омилларини ўз ичига олади. Бизни соғлигимиз атрофимиздаги кишилар, жамият ва атроф-муҳит билан чамбарчас боғлиқ, яхши маиший ҳимоя, адекват тушум ва атроф муҳитдан ишончли ҳимояга эга кишиларда соғ бўлишига катта имконият бор. Буни англаймизми, ёки йўқми, лекин соғлиқни нисбий даражаси соғлиқни яққа ва жамоа тартибида сақлаш воситаларини бемалол қўллаш олишга боғлиқ. Бу воситаларни қанчалик кам қўлласак, соғлигимиз шунчалик нисбий даражада бўлади.

Бу қарашларни ривожлантириш мақсадида 1978 йил сентябрида Олма Отада бирламчи тиббий ёрдамга бағишланган халқаро анжуман ўтказилди. Олма Ота декларацияси соғлиқни сақлаш масалалари тор доирада ёндошиш,

Бутун Дунё Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти соғлиқни сақлаш масалаларини кенгайтиришда катта аҳамиятга эга бўлди.

Соғлиқ – бу катталиқ бир киши ёки бир гуруҳ кишиларни бир томондан ўз хоҳишларини амалга ошириш ва эҳтиёжларини қондириш, иккинчи томондан атроф муҳитни ўзгартириш ёки тўғирлашдир. Шунинг учун соғлиқ кундалиқ ҳаёт манбаи сифатида кўрилиб, ўз ичига маиший ва шахсий манбалар, шунингдек жисмоний эҳтиёжларни оловчи нисбий концепция ҳисобланади. Бундай баён соғлиқни кўп қирралиги, баъзи омилларсиз ўз хоҳиш, эҳтиёжларни қондириш ва атроф муҳитни ўзгартиришларсиз соғлом бўлмаслиқларини кўзда тутди. Бу маънода соғлиқни жисмоний ва руҳий кучлар захираси ҳисобланади. Соғлиқ инсонлар ўз мақсадларини амалга оширишни ва тўла қонли ҳаёт кечиришларига ёрдам беради. Соғлиқ бизга жамиятда фаол бўлишимизга жамиятни тарбиявий, маиший ва ижтимоий изланишга ёрдам беради. Яхши соғлиқ миннатдорлик ҳисси – қувонч ва байрам ҳиссини келтирувчи омил сифатида намоён бўлади. Шунинг учун соғлиқни мустаҳкамлаш, касаллик ва эрта ўлимни олдини олишдек муҳим ҳисобланади.

Саломатлиқ омиллари:

Ҳамма учун соғлиқ стратегияси соғлиққа тегишли қуйидаги шарт шароитларни белгилайди:

- ◆ Тинчлик. Уруш хавфидан озодлик.
- ◆ Барча учун тинчлик.
- ◆ Асосий эҳтиёжларни қондириш:
 - ✓ Овқат
 - ✓ Эрта таълим
 - ✓ Сув билан таъминлаш ва санитария
 - ✓ Меъёрий бошпана
 - ✓ Хавфсиз иш ва жамоат таянчи.

Бизни соғлигимизга салбий таъсир кўрсатувчи жисмоний шароитлар омилари:

- ◆ Табиий офатлар натижасида ёки бирор киши сабабли рухий зўриқишлар натижасида етказилган жароҳатлар.
- ◆ Атмосфера ҳавосини ифлосланиши, масалан, қўрғошин билан асосан иқтисодий ривожланган марказий туманларда.
- ◆ Уй аллергенлари ва тамаки тутуни
- ◆ Шовқин таъсири, масалан, йўл ҳаракати, транспорт ҳаракати
- ◆ Талабларга жавоб бермайдиган ичимлик суви, антисанитария, чиқиндиларни йўқотиш.
- ◆ Овқат маҳсулотларини кимёвий ва микробиологик ифлосланиши
- ◆ Ишлаб чиқариш чиқиндиларининг токсик таъсири
- ◆ ионлашган радиация таъсири
- ◆ қуёш, сунъий ёритиш манбалари, шунингдек табиий ва сунъий электромагнит майдонларининг ионлашган радиацияси таъсири
- ◆ потенциал канцероген кимёвий моддалар таъсири, органик ёқилғиларнинг тўлиқ ёнмаслиги оқибатида ҳосил бўладиган маҳсулотлар, пестицидлар
- ◆ кўчманчилик ва ёмон уй шароитлари
- ◆ хавфсиз чиқинди ва тинчликни сақловчи етарли воситалар йўқлиги

2.2. Саналогия. Валеология.

Тиббиётнинг асосий вазифаси инсон соғлигини сақлаш ва йўқотган соғлигини тиклашдан иборат. Соғлиқни сақлаш борасида ҳар бир инсоннинг, оиланинг ўз маслаҳатчиси бўлиши, бу албатта билимли, соғлом турмуш тарзига риоя қиладиган, илмий жиҳатдан асосланган ҳаёт меъёрларини тарғиб қиладиган тиббиёт мутахассислари бўлиши лозим.

Охирги йилларда инсонлар соғлигини сақлашда икки атама пайдо бўлди.

Санология- касалликлар, шикастланиш ва бошқа сабаблар туфайли органларнинг бузилган фаолиятини тиклаш жараёни ўрганади.

Валеология- саломатлик ҳақидаги таълимот бўлиб, бу атамани 1980 йилда И.Н.Брехман тавсия қилган. Валеология соғлиқни сақлаш, мустаҳкамлаш, инсон ҳаётини узайтириш ва меҳнат қобилиятини сақлаш йўллариини ўргатади. Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилувчи олий маълумотли ҳамшира саломатлик, шахсий ва жамият саломатлиги тўғрисида аниқ тушунчага эга бўлиши лозим. ЖССТи саломатликка қисқача таъриф беради. “Саломатлик касаллик ёки жисмоний нуқсоннинг йўқлиги эмас, балки инсоннинг жисмоний, руҳий ва ижтимоий жиҳатдан осойишталик ҳолатидир”.

Жамият жисмоний саломатлигининг асосий кўрсаткичларидан бири бу узоқ умр кўришдир.

Тиббиёт ходимларининг вазифаси нафақат инсон саломатлигини сақлаш ёки тиклаш яъни узоқ умр кўришга эришишдир. Инсоннинг соғлиги унинг субъектив кўрсаткичлари яъни шикоятларининг йўқлиги ва объектив кўрсаткичлари унинг юқори меҳнат қобилиятини сақлаши билан белгиланади.

Тиббиёт ходимлари саломатликни тўлиқ ва сифатли баҳолаш учун тиббиёт амалиётида “соғлом” ва “деярли соғлом” тушунчаларини кўлладилар. Одамларни ҳар томонлама текширишда бирор касаллик ҳолати ёки аъзолари тузилишида авж олувчи ўзгаришлар бўлмаса “деярли соғлом” тушунчаси кўлланилади. Бундайлар ер шарида кўпчиликни ташкил қилади. Бўлар сурункали касалликлар билан касал бўлиб тuzалганлар ва соғлигига жиддий нуқсон етмаган одамлардир.

Бузилган ҳолатнинг дастлабки ҳолатига қайтиши тўғрисида гап кетганда тиббиёт ходимлари “кўрсаткичлар меъёрлашди” деган ибора ишлатилади.

Организмнинг қуйидаги ҳолатлари ажратилади:

- қоникарли мослашув ҳолати;

- фаол таранглик ҳолати;
- қониқарсиз мослашув ҳолати;
- мослашувнинг бузилиши;

Бу ҳолатлар саломатликдан касалликка ўтишда ўткинчи давр ҳисобланади. Бу ҳолатларга ташҳис қўйишда махсус замонавий текширувлар ўтказилади. Сўраб-суриштириш, объектив текширув ва бошқалар.

“Жамият саломатлигини баҳолашда” тиббиёт ходимлари социал, табиий ва биологик омилларни инобатга олиши лозим.

Тиббиёт ҳамшираси аҳоли саломатлигини таъминлаш учун профилактик ишларни олиб биришда 3 гуруҳ кўрсаткичлардан фойдаланишади.

- демографик кўрсаткичлар;
- аҳолининг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари;
- касалланиш, шикастланиш, ногиронлик кўрсаткичлари.

Тиббиёт ҳамшираси аҳоли орасида профилактик ишларни олиб боришда уларга саломатлик мезони ва йўналишини тушунтириши лозим.

Инсон саломатлигини таъминлашда нафақат тиббиёт ходимлари, балки илм-фаннинг бошқа тармоқлари ва ҳукумат ҳам иштирок этиши лозим. Қўйилган тадбирга бирламчи профилактик тадбирлар орқали эришилади.

Мақсадга эришиш учун қуйидагиларни бажариш лозим:

1. Инсон онгини (болалиқдан ўз соғлигига нисбатан тўғри тарбиялаш).
2. Меҳнат ва дам олиш тартибини тўғри йўлга қўйиш (рационал овқатлантириш эътиборга олинади).
3. Соғлом турмуш тарзини шакллантириш ва касалликларнинг олдини олиш.

Саломатликнинг диалектик маъноси инсоннинг турмуш тарзига боғлиқдир. Соғлом турмуш тарзини тарғиб қилаётган тиббиёт ҳамшираси унинг тарихини ҳам билиши керак.

Тартибли турмуш кечириш, соғлиқни мустаҳкамлашга йўналтирилган фаол ҳаёт соғлом турмуш тарзининг таркибий кисмидир.

Профилактик тадбирлар инсон саломатлигига таъсир қилувчи турмуш тарзининг замини ҳисобланади, уни ташкил қилиш ҳукуратимиз ижтимоий сиёсатининг муҳим асосий вазифасидир.

Эпидемиологик, социал гигиена ва бошқа замонавий тушунчалар ёрдамида шароит ва турмуш тарзининг инсон соғлигига бевосита таъсирини исботловчи ҳақиқатлар аниқланган.

Гигиена, таботат, экология соҳасидаги билимсизлик, кун тартибига риоя қилмаслик, тўғри овқатланмаслик, меҳнат ва дам олишни тўғри йўлга қўймаслик, спиртли ичимликларни и стеъмол қилиш, чекиш, камҳаракатлик, руҳий-эмоционал зўриқишлар, бу0ларнинг ҳаммаси инсон саломатлигига таъсир кўрсатиб, бир томондан касалликлар сабаби, иккинчи томондан соғлигининг бузилиш омиллари ҳисобланади. Тиббиёт ҳамшираси аҳоли ўртасида олиб бориладиган соғлиқни сақлаш ва мустаҳкамлаш тўғрисидаги тарғибот ишларида бу сабабларнинг инсон соғлигига таъсирига тўхталиб ўтилиши лозим.

Соғлом турмуш тарзи меъёрларига риоя қилиш ва уни ташкил қилишда катта қийинчиликлар юзага келади, аҳоли саломатлигини сақлаш ва яхшилашда бу нафақат амалий балки назарий аҳамиятга эгадир. Соғлом турмуш тарзини ташкил қилиш умумхалқ иши бўлиб, бунга риоя қилишда соғлиқни сақлаш ходимлари намуна бўлишлари лозим.

Соғлом турмуш тарзи жамият ривожланишининг ҳозирги босқичида инсон ҳаёти учун зарур бўлиб, мамлакатда ўтказилаётган катта ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлар кафолати ҳисобланади.

Соғлом турмуш тарзи инсоннинг ҳар томонлама етук ривожланишида маълум даражада таъсир кўрсатади.

Мамлакатнинг келажаги ҳар томонлама соғлом, жисмоний жиҳатдан кучли бўлган ёшларгина ўзларига юклатилган вазифани бажара оладилар. Шу сабабли тиббиёт ходимлари ёшлар орасида соғлом турмуш тарзининг шаклланишига кўпроқ эътибор беришлари лозим.

Сўнги йилларда айрим касалликлар “ёшармоқда”, масалан: юрак-кон томир касалликлари асосан ёши катта одамларда учрар эди, ҳозирда эса ёшлар орасида ҳам кенг тарқалган.

Тиббиёт ҳамшираси ўз санитария-маориф тадбирларида касалликларнинг ривожланиш заминида инсон турмуш тарзи билан боғлиқ омилларни инобатга олиши лозим.

2.3. Саломатликнинг асосий омиллари.

Ҳар бир инсон ота-она томонидан насл-насаб шажарасини яхши билиши, уларнинг соғлиги, касалларга мойиллиги, турмуш тарзини ва ижтимоий келиб чиқишини яхши билиши керак. Янги оиланинг шаклланишида ушбу сабаблар айникса муҳимдир. Ўтмишда хали генетика фани бўлмаганда келин-куёвнинг насл-насаб шажараси уч, беш авлоди муҳокама қилинган. Ҳозирги вақтда бу вазифани генетик хизмат маслаҳатхоналари бажармоқда. Сизнинг саломатлигингиз ва узоқ умр кўришингиз ота-онангизга боғлиқ. Фақат табиий овқат маҳсулотлари билан овқатланиш инсон соғлигини сақлашда муҳим ўрин тутди.

Физиологик овқатланишнинг илмий текширишлар натижасида ишлаб чиқилган асосий қоидалари рационал овқатланишга асосланган бўлиб, улар қуйидагилардан иборат:

- кунлик овқат рационининг калорияси суткалик ишлатилган энергияни қоплаши лозим.
- инсонга керакли овқат калорияси унинг ҳолати, жинси, ёши, касбига боғлиқдир;
- овқат рационидида албатта витаминлар, минерал тузлар, сув бўлиши керак;
- овқат рационининг 1/3 қисми хайвон, 2/3 қисмини ўсимлик маҳсулотлари ташкил қилиши керак;
- овқат маҳсулотлари таркибида балласт моддалар бўлиши лозим;

- таомларнинг ташқи кўриниши, хиди, мазаси иштаҳали, меъда ширасини ишлаб чиқишга таъсир этиши лозим;

- овқатланиш тартибини тўғри ташкил этиш, овқатланиш вақти, унинг кун давомидаги микдори, 1,2 касб гуруҳлари учун 3 маротаба, 3,4 касб гуруҳлари учун 4 маротаба бўлиши лозим.

- калория бўйича овқатни тўғри тақсимлаш: 1-нонушта-25%; 2-нонушта-15%; тушлик-45%; кечки овқат-15%ни ташкил қилиши лозим;

- оқсил маҳсулотлари (гўшт, балиқ, дуккакдилар) асосан куннинг биринчи ярмида, сутли, ўсимликлардан тайёрланган овқатларни куннинг иккинчи ярмида истеъмол қилиш лозим.

- калорияни ҳисоблаганда овқатнинг ўзлаштирилиш фоизини инобатга олиш лозим. (ўсимлик маҳсулотлари-80%гача, хайвон маҳсулотлари-90-96%гача).

- тушлик уч қисмдан иборат: кўкатлар, 1-ва 2- иссиқ таом, 3-ширинликлар.

- қора нон истеъмол қилиш.

- овқат ҳазм бўлишни яхшилаш учун овқатланиш вақтида осойишталик бўлиши лозим.

- ўта тўйиб овқатланиш мумкин эмас, чунки тўқлик ҳисси овқатланиб бўлгандан кейин 15-20 минут ўтгач пайдо бўлади.

Шахсий гигиена омиллари. Тананинг табиий ўсишининг пойафзал, кийим танлашга боғлиқлиги, аввалдан маълум. Аммо ҳозирда кийимлар, пойафзаллар, безаклар, парвариш буюмлари таркибида соғлиққа зарар етказадиган синтетик толалар мавжуд.

Ички аъзоларнинг соғлом бўлиши саломатлик гаровидир. Бунда нафас олиш гимнастикаси, профилактик жиҳатдан гипоксия ва гипертонияга қарши машғулотлар билан шуғулланиш соғлиқни сақлашда муҳим роль ўйнайди. Манфаатлар касбнинг қобилиятга боғлиқлиги психологик ва валеологик занжирнинг кейинги бўғими бўлиб, у инсоннинг ҳаётда ўз ўрнини топиши демакдир.

2.4. Соғлом турмуш тарзининг соғлиқ ривожига аҳамияти. Саломатлик ва оила.

Инсон табиати биологик ва ижтимоий омиллар билан бевосита боғлиқ бўлиб, у нафақат биологик балки ижтимоий ривожланиш маҳсулидир. Унинг жамиятдан ташқарида шаклланиши яшаши мумкин эмас ва инсон доимо мулоқотда бўлиши лозим. Инсон учун энг катта жазо-бу жамиятдан ажралишдир (қамоқхона, ёлғизлик, хайдалиш). Ҳайдалиш, жамиятга кераксиз бўлиш бу- нохуш туйғудир. Жамиятнинг асосини оила ташкил қилади. Оила, унинг аъзолари соғлигини таъминлаб турувчи энг кучли, бақувват омилдир.

Оила- бу инсоннинг ижтимоий экологиясидир. Ҳар бир оила ўзига хос белгилари билан ажралиб туради, аммо ҳамма оилалар учун ҳаёт қонун-қоидалари бир хил. Бир-бирини тушунадиган, яхши муносабат, тинч-тотувлик ҳукм сурадиган оила-соғлом оила демақдир. Инсон кўп вақтини жамиятда ўтказади. Унинг кайфияти, ўзини қандай ҳис қилиши одамларнинг бир-бирига бўлган муносабатига боғлиқдир.

2,4,1. Ҳаракат ва саломатлик.

Таянч ҳаракат тизими ва ички аъзолар мушаклар ҳаракатининг механик шаклини таъминлайди, мушаклар борлигини ўзи асослаб беради.

Япон тадқиқотчиларининг аниқлашича, организмнинг меъёрий фаол ҳолати ва соғлигини сақлаш учун одам кунига 10000 қадам юриши лозим, бу урта ҳисобда 7-8 км ни ташкил қилади.

Узоқ йиллар давомида жисмоний меҳнатнинг 90%и ва ундан кўпини инсон ўзи бажарган. XX асрдан бошлаб эса бунинг акси, яъни инсон саломатлигига салбий таъсир кўрсата бошлади. Шу сабабли тиббиёт ҳамшираси ҳаракатнинг аҳамияти тўғрисида тарғибот ишларини олиб бориши лозим, айниқса ўрта ёшдаги одамлар учун ҳаракат муҳим ўрин

тутади. Чунки бу даврда инсоннинг амалий тажрибаси ва билими ортади, шу билан бирга бу даврда кўшимча имкониятлар ва ташқи муҳит омилларига нисбатан организмнинг қаршилиқ кучи сусаяди.

Соғлом турмуш тарзи 70-75 ёшларда ҳам қониқарли меҳнат қилиш қобилятини сақлашга ёрдам беради, бунинг учун мушакларни ишлатиб туриш, ҳаракат фаоллиги камчилигининг ўрнини босиш учун зарурдир.

Ҳозирда 40-60 ёшлилар учун жисмоний тарбия машғулотилари усуллари ва уларни ташкил қилишнинг етти та йўналиши ишлаб чиқилган:

- организмнинг аниқ талабларини қониқтириш йўналиши.
- жисмоний тарбияда қўлланган усулларнинг ўзига хос сифати;
- бир бутунлик таъсири;
- фаол дам олишни кенг қўллаш;
- “кундалик ва умр давомида” йўналиши;
- таъсир қилиш йиғиндиси;
- Инсон ҳаётида ҳаракатнинг аҳамияти катта ва ҳаётнинг асосий белгиси ҳаракат десак тўғри бўлади.

Гиподинамия (камҳаракатлик)- жисмоний фаолликнинг сусайиши бўлиб, юрак-томир, нафас, нерв, эндокрин, ҳазм, таянч-ҳаракат тизими касалликларининг асосий сабаби ҳисобланади. У 50 ёшга етмаган минглаб одамларни вақтинчалик ногиронлик ва ўлимга олиб келади. Руҳий узилиш ходисалари, оғир неврозлар, меҳнат қобилятининг кескин пасайиши шундай одамларда кўп учрайди.

Тиббиёт ходимлари жисмоний машқлар турларини ва уларни тавсия этишни билишлари керак. Соғлиққа таъсири бўйича югуриш биринчи ўринда туради. У юрак-кон томир тизимсига яхши таъсир қилиб, ўпканинг ҳаётий сифимини оширади. Моддалар алмашинувини, мушаклар, асаб ва эндокрин тизими фаоллигини яхшилайти. Натижада организмнинг меҳнат қобиляти ва ташқи муҳитнинг ноқулай таъсирларига қаршилиги ошади.

Ёши катталарга югуришни тавсия қилишда тиббиёт ҳамшираси 3та асосий қоидага риоя қилиши лозим:

- маълум меъёрсиз тез югуришни тавсия этмаслик;
- толиққанда тез югурмаслик;
- биринчи хавфли белгиларда машқни тўхтатиш кераклигини айтиши лозим.

Югуриш машқларидан олдин юришни қўллаш лозим. Юриш ҳам жисмоний машқларнинг бир тури бўлиб, юришда ҳаракатнинг маълум ўлчови муҳим аҳамиятга эга. Масалан: умумий масофа, қадам узунлиги ва сони, дам олиш даврининг сони ва муддати. Юришдан югуришга ўтиш аста-секинлик билан амалга оширилиши лозим. Чарчаш ва толиқиш меъёрий физиологик ҳолат бўлиб, бу дам олиш кераклигидан далолат беради.

2,4,2, Чиниқиш ва саломатлик.

Чиниқиш- организмнинг совуқ, иссиқ, қуёш радиацияси ва турли хил метеорологик омилларнинг зарарли таъсиротларига чидамлилигини оширишдир. Чиниқишнинг соғлиқни мустаҳкамлаш, шамоллаш ва бошқа касалликларнинг олдини олишда қадимги усуллардан бири эканлигига тиббиёт ҳамшираси ўз тарғибот ишларида тўхталиб ўтиши лозим.

Ўзгариб турувчи иқлим шароитлари:

иссиқ, совуқ, қуруқ ёки нам атмосфера босими таъсирида инсон онги ва иродасига боғлиқ бўлмаган ҳолда организмнинг химоя механизмлари ишга киришади. Натижада қон томирлар тораяди ёки кенгаяди, моддалар алмашинуви бузилади.

Шундай қилиб, организм ташқи муҳит шароитларига мослашиб боради. Чиниқиш даражаси қанча кўп бўлса, одам шунча соғлом бўлади.

Тиббиёт ҳамшираси соғлом турмуш тарзини тарғиб қилар экан, чиниқишнинг қуйидаги қоидаларини билиши лозим:

- мунтазамлик;
- аста-секинлик;
- ўзига хос ёндошиш;

- ҳар томонламалик;
- фаоллик тартиби;
- маҳаллий ва умумий муолажаларни биргаликда ўтказиш;
- ўз-ўзини кузатиб бориш.

Чиниқишда мунтазамлик йўналишларига риоя қилиш муҳим ўрин тутди. Узоқ танаффус қилинганда орттирилган ҳимоя таъсири сусаяди ёки бутунлай йўқолади. Чиниқишни оддий усулларида бошлаш ва аста-секинлик билан яхши натижаларга эришиш мумкин. Ёш болалар ва катта ёшдаги одамларнинг чиниқишда аста-секинлик қоидаларига риоя қилишлари муҳим аҳамиятга эга.

Организмни чиниқтиришнинг ҳаво ванналари, сув муолажалари, қуёш ванналари каби турлари бор.

2.4.3. Ҳиссиёт, стресс ва саломатлик.

Ҳиссиёт- бу одамнинг ичи ҳаяжонини, теварак-атрофга бўлган муносабатини тавсифловчи жараёндр. Рухий ва саломатлик жараёнларини бошқаришда ҳиссиётлар муҳим аҳамиятга эгадир. Инсон ҳиссиёти ва сезгилари ҳаёт фаолиятида ёки шахс ва жамиятнинг ўзаро муносабатида фойдали таъсир даражасини ифодаловчи одоб-ахлоқнинг нозик ўлчови ҳисобланади.

Бирламчи ҳиссий қўзғалишда бош мия қон томирлари, вегетатив ва эндокрин марказлар фаолияти таъсирланади. Одам қаттиқ ҳаяжонланганда юзи оқаради ёки кизаради, тахикардия, брадикардия, гипотония ёки гипертония, мушаклар гипотонуси ёки гипертонуси кузатилади. Тер, ёғ ёки бошқа без фаолияти ўзгаради. Қўрққан одамда кўз катталашиб, қорачиқлар кенгаяди, А/Б кўтарилади.

Ташқи таъсиротлар натижасида организмда ўзгаришлар содир бўлади. Г.Сельо бу ҳолатни “стресс“ деб номлаган. Стресснинг асосий босқичлари:

- Хавотирланиш даври: А/Б, харорат пасайиш, юрак-қон томир тизимсида функционал ўзгаришлар.

- Қаршилиқ даври, А/Б ва харорат кўтарилади.

- Чарчаш даври.

Стресс даврлари- бу умумий мослашиш синдромининг бир кўриниши бўлиб, унинг асосида адреногипофизар тизимдаги бирламчи ўзгаришлар кузатилади. Ҳаяжонланиш, кучли ҳиссиёт анализаторлар билан боғлиқ бўлиб, бўлар ичида кўриш ва эшитиш асосий доминант вазифасини ўтайди.

Стресснинг пайдо бўлишида турли хил омиллар: юқори ва паст харорат, тўкнашув вазиятлари, турмуш шароитларининг кескин ўзгаришлари, турли хил фармакологик воситаларнинг таъсири бўлиши мумкин. Салбий таъсиротларни бартараф этиш йўлларини тиббиёт ҳамшираси беморларга тушунтириши лозим. Аммо ҳамма стресслар ҳам инсон учун зарарли эмас. “яхши стресс” ёки “эутстресс” - организмни янги шароитларга мослашиш учун сафарбар қилади. “Ёмон стресс” – Ёки ”дистстресс” неврозлар ривожланишига сабаб бўлади.

Стресс турлари:

1. Ўткир стресс- бирдан ривожланади.

2. Сурункали стресс- кучли ва нисбатан кучсиз бўлиб, организмга узоқ вақт таъсир қилади.

2.4.4. Экологик омиллар ва саломатлик.

Малакали тиббиёт ҳамширалари ишининг муҳим йўналишларидан бири-бу юқумли касалликлар профилактикаси дир. Юқумли касалликлар ривожланишида атроф-муҳит омиллари муҳим ўрин тутади. Чанг тебраниш, шовқин, кимёвий моддалар, нурланиш, асабий ва жисмоний зўриқиш инсоннинг меҳнат қилиш жараёнига таъсир қилиб, турли касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Атроф-муҳитнинг ифлосланиши ҳам кўпгина касалликларнинг кўпайишига сабаб бўлади.

- меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги;
- атеросклероз, юрак-қон томир тизимси, гипертония касаллиги;
- неврозлар, нейротоксик дистония.

Афсуски, ушбу рўйхат ҳар йили янги касалликлар билан тўлиб бормоқда. Бунинг сабаби ишлаб чиқиш техникасининг ривожланиши, меҳнатни муҳофаза қилишга ажратилган маблағларнинг етишмаслигидир.

Юқорида келтирилган касалликлар моҳиятига қараб касбий ва экологик бўлиши мумкин.

1. Касб касалликларининг ривожланишига маълум бир касб сабаб бўлади. (шовқин, тебраниш, нурланиш ва ҳоказо). Бу касалликлар зарарли шароитларда меҳнат қилганларда кўпроқ ривожланади. М: ўпканинг чангдан касалланиши, пневмосклероз, бронхит, нурланиш, ўткир ва сурункали захарланиш).

2. Экологик касалликлар- атроф-муҳитнинг зарарли омиллари таъсирида ривожланади. Бу омиллар инсонга нафақат ишлаб чиқаришда, балки уйда, кўчада, дам олиш жойларида ҳам таъсир қилиши мумкин. Улар инсон организмига мутаген, тератоген, канцероген, токсик, аллергия, иммунодепрессив таъсир қилади. Улар организмга зарарли кимёвий моддалар, овқат маҳсулотлари, ичимлик сувлари ва бошқалар орқали тушиши мумкин.

2.4.5. Оила ва саломатлик.

Оила жамиятнинг бир бўлаги бўлиб, узоқ йиллар давомида ҳуқуқий қонунлар ва дин асосида шаклланиб келган. Жамиятимизда никоҳ эркак ва аёлнинг тўла ихтиёрийлигига, манфаатларига мос бўлишига асосланган. Ўзбекистон Республикаси конституциясида оиланинг давлат ихтиёрида бўлиши, никоҳ аёл ва эркакнинг ўз ихтиёри билан билдирилган розилигига асосланиши кўрсатилган. Қонунда кишиларнинг бир неча никоҳда

бўлишлари, яъни қариндош-уруғлар, ақли заиф кишилар билан тузилиши таъқиқланади. Бу эса оилада носоғлом фарзанд туғилишининг олдини олади.

Оиладаги шарт-шароит, “руҳий иқлим” одам ҳаётига кўп жиҳатдан таъсир қилади. Чунки оиладан бизнинг ҳаётимиз бошланади, оила бизни дунё билан таништиради, бирламчи кўникмалар, барча қувонч ва ташвишларни кечиришга ёрдам беради. Оилада биз ҳар бир инсон учун муҳим бўлган меҳр-мурувват, таянч-ёрдамни оламиз.

Оилавий ҳаёт эр ва хотиннинг бир-бирлари ва фарзандлари тўғрисида ғамхўрлик қилган ва болаларини тарбиялайдиган мактабдир. Оиладаги соғлом муҳит соғлом оиланинг шаклланишида муҳим ўрин тутди.

Назорат учун саволлар

1. Саломатлик ҳақида тушунча.
2. Валеология ва саналогия нима?
3. Саломатликнинг асосий омиллари.
4. Ҳаракат ва саломатлик тўғрисида тушунча
5. Чиниқишнинг инсон саломатлигига таъсири
6. Ҳиссиёт ва стресснинг инсон саломатлигида ўрни
7. Экологик омилларнинг инсон соғлигига таъсири
8. Оила ва саломатликтушунчаси

Таянч сўзлар: саломатлик, валеология, саналогия, чиниқиш, экология

3 БОБ. ҲАМШИРАНИНГ СОҒЛИГИ. ИШ ЖОЙИДА ХАВҒСИЗЛИГИ.

3.1. Беморлар билан мулоқот.

Мулоқот термини ҳамшира парвариши жараёнида беморга кўрсатадиган ҳар бир муолажаларида, беморларни кўтариш, таянч бўлишда ишлатилади. Беморлар билан мулоқот ҳамшира парваришини амалга оширишда турли жароҳатлар ёки белдаги оғриққа сабаб бўлади. Шунинг учун умуртқа ва танага босимни камайтиришга қаратилган усуллардан фойдаланиш лозим. Белдаги оғриқлар сабаблари: ҳамшира иш тажрибасини йўқлиги, зўриқиш ва жароҳатланиш. Бел жароҳати бир беморни кўтариш зарби, ёки бир неча сабаблар натижаси бўлиши мумкин.

Беморлар билан мулоқот сабаблари:

- ◆ мумкин бўлса, беморларни кўтаришдан сақланиш керак, буни ўрнига таянч воситалари ва кўтариш мосламаларидан фойдаланилади.

Тайёрлаш:

- ◆ ҳалал қилувчи мебелларни олиб қўйиш, арава (каталка)ни тўхтатиб қўйиш, каравот ва арава баландлиги бир хил бўлиши керак.

- ◆ Вазифани бажариш учун энг хавфсиз қулай усуллардан фойдаланиш зарур. Ҳамшира бемор оғирлигини билиши ва бемор қўшимча ёрдамга муҳтожлигини, сезгир ва оғриқли жойлар мавжудлиги томчи инъекцияси, доимий катетер, дренажлар, физиологик ҳолатни назорат қилувчи мосламалар мавжудлигини билиши зарур.

- ◆ Ҳамшира ва бемор кийими мос бўлиши керак. Оёқ кийими паст пошнада бўлиши керак.

1. кўтариш воситалари ва мосламалари: бемор билан мулоқотни баҳолаб, ҳамшира ёрдамчи воситалар ёки мосламалардан фойдаланиши зарур.

2. оёқлари:

ҳамшира оёқларини қўйиши, бемор билан мулоқот хавфсизлигини таъминлашда муҳим ҳисобланади. У оёқларини кенгроқ очиб қўйиши, бемор оғрилиги ва ҳаракат йўналиши тенглигини назорат қилиш керак.

3. қўллари:

сезгир ва оғриқли жойлардан қочиши, бемор билан мулоқот қилганда қатъиятли бўлиш. Шундай қўллаш усулидан фойдаланиш керакки, ўз тана ҳолати ва бемор ҳаракатини максимал назорат қилиш мумкин бўлсин.

4. тана ҳолати:

хамшира умуртқа поғонаси доим тўғри, елкалар бир текис, тос қайси томонга йўналган бўлса шу томонга йўналган бўлиши керак.

5. тана оғирлигини ишлата билиш. Тана оғирлигини ишлатиш, қўл ҳаракати натижасида юзага келадиган кучланишни пасайтириш учун зарур. Агар тана ҳаракатлана олса, у ҳаракат кучига эга бўлади.

Ҳаттоки ёрдамга муҳтож бемор билан ишлаганда кўтаришни амалга ошираётган инсон танаси ҳаракати, кўтариш жараёнини енгиллаштириш учун турки бўлади.

6. ҳамкорликда ишлаш. 2 ёки ундан кўп ҳамшира бўлганда ҳаракатлар текис бўлиши керак. Битта ҳамшира етакчи бўлиб йўлланма бериши зарур. Йўлланмалар қатъий бўлиб, маълум бир ритмга эга бўлиши керак. Ҳамкорлик қилувчиларнинг бўйи тенг бўлиши керак.

3.2, Ҳамшира соғлиғига таъсир қилувчи омиллар

3.2.1. Токсик моддалар ва зарарли микробиологик омиллар.

Соғлиқни сақлаш ходимлари иш жараёнида фармацевтик моддалар, кимёвий моддалар ва газлар таркибидаги кенг қамровли токсик моддалар таъсирига учрайди. Шунинг учун иш берувчилар уларни иш вақтида ва бепул токсик моддалар билан ишлашга ўқитишини таъминлашлари зарур. Ҳар куни ҳамширалар маҳаллий ва тизимли токсик реакцияларни келтириб чиқарувчи кенг қамровли кимёвий моддаларни: дезинфектлар, эритмалар, тозаловчи моддаларни ишлатадилар.

Кимёвий моддалар организмга чанг ёки тутун кўринишида, тери орқали сўрилиши, кўз ва оғиз орқали тушиши мумкин. Уларнинг таъсири тери

таъсирчанлиги, бош айланиши, бош оғриши ва хансираш кўринишида бўлиши мумкин. Кам миқдорда ва доимий таъсир қилиши натижасида бола ташлаш, фарзандсизлик ва туғма нуқсонлар келиб чиқиши мумкин.

Кўпинча касбий дерматит – терини турли оғирлик даражасида зарарланиши ва яллиғланиши кўринишида намоён бўлади. Ҳамширалар кўлини тез-тез ювиши тери таъсирчанлигини оширувчи фармацевтик моддалар, дезинфектлар, тозаловчилар ва ҳаттоки кўлқоплар натижасида хавфга учрайди. Дерматитни 3 гуруҳ моддалар чақириши мумкин:

Терини бирламчи таъсирловчилар – фақат модда (хлор ёки фенол сақловчи моддалар, дезинфикантлар) терига бевосита таъсир қилиши натижасида яллиғланиш чақиради.

Сенсебилизация. Баъзи фармацевтик моддалар (айниқса антибиотиклар) ва антибактериал совун чақириши мумкин

Фотосенсебилизаторлар – бу моддалар таъсирловчи ёки таъсирланишни кучайтирувчи бўлиши мумкин.

Токсик кимёвий препаратлар таъсирида юзага келувчи симптомлар:

- ◆ касибий дерматит;
- ◆ бош оғриғи;
- ◆ тезда ғазабланиш;
- ◆ кўнгил айланиши ва қусиш;
- ◆ бурун бўшлиғи ва томоқни таъсирланиши;
- ◆ тез чарчаш;
- ◆ уйқусизлик;
- ◆ пульмонолик касалликлар;
- ◆ астматик ва экзематоз ҳолатларни оғирлашиши;
- ◆ астматик ва экзематоз ҳолатларни бузилиши;
- ◆ репродуктив фаолиятнинг бузилиши;
- ◆ юрак, ўпка, жигар касалликлари;
- ◆ буйрак зарарланиши;

- ◆ саратон.

3.2.2 Анестезияловчи газлар чиқиндилари

Анестезияловчи газлар чиқиндиларининг ҳаттоки энг паст миқдори ҳам аёл ва эркаклар репродуктив фаолиятни бузилишига олиб келади. Уларнинг таъсирини жигар касалликлари ва саратон билан боғлаш мумкин.

Ионлашган газлар чиқиндиларини соғлиққа потенциал таъсири:

1. репродуктив фаолиятга таъсири.
2. карциноген таъсир.

Симптомлар:

Биринчи белги – жисмоний қувватсизлик, бунда киши кучи камлиги, сурункали чарчаш ва умумий ҳолсизлик ҳис қилади.

Иккинчи белги – руҳий зўриқиш. Кишида ўзига, ишига ва бошқа кишиларга нисбатан ёмон муносабат пайдо бўлади.

Асабий ҳолсизлик аста-секин ривожланиб, бир неча босқич хавфсираш, қаршилиқ кўрсатиш ва ҳолсизланиш кўринишида намоён бўлади. Хавфсираш босқичида киши кундалик зўриқишлар билан курашиш ва иш фаолиятини сақлаш учун ҳимоя механизмлардан фойдаланади. Лекин конфликт ва хайронликни ўсиши билан киши қаршилиқ кўрсатиш босқичига ўтади ва манн-ман мулоқотга киришмайдиган бўлиб яққаланиб қолади. Агар бирор бир чора кўрилмаса киши ҳолсизланиш босқичига ўтади ва асабий зўриқишнинг энг оғир симптомларини ҳис қилади.

3.2.3. Микробиологик зарорли омиллар

Ҳамширалар микробиологик зарарли омиллар таъсирига кўп учрайдилар, чунки улар зарарланган беморлар: уларни ажратмалари, секрециялари, дорилари, жароҳатлари, боғламлари ва ўрин-кўрпалари билан шахсан мулоқотда бўладилар.

Касалхоналар микроблар кўпайиши учун жуда қулайдир.

Инфекция тарқалишининг асосий йўллари:

- ◆ ютиниш (оғиз орқали) – зарарланган озиқ моддалари ёки ифлос кўллар орқали
- ◆ инокуляция (парентерал) – гепатит В ёки ОИТС билан ифлосланган игна орқали
- ◆ имплантация (контакт) – очик жароҳат ёки шилинган жойни зарарланиши
- ◆ нафас олиш (аэроген) – кўпгина микроорганизмлар ҳаво орқали тарқалади ва узоқ вақт чанг ёки бемор ўрнида сақланади.

Инфекциядан сақланишни асосий қоидалари:

- ◆ кесилган ва тирналган жойларга сув ўтказмайдиган боғламлар кўйиш;
- ◆ барча ходисалар ва инфекциялар ҳақида маълум қилиш;
- ◆ инфекция хавфи борлиги ва у билан курашиш йўллари ҳақида сўраш.

3.2.4 Стресс ва асабий зўриқиш

Бошқалар ҳаётига ва фаровонлигига маъсуллик ҳисси ишдан ҳақиқий қаноат берса ҳам, кўпинча ҳамшира жисмоний ва руҳий зўриқиш ҳис қилади. Бу стресс белгилари пайдо бўлиши, жисмоний симптомлар: ошқозон яраси, гипертония уйқунинг бузилиши кўринишида намоён бўлади.

Парвариш кўрсатиш билан боғлиқ ишни ташкиллаштиришда бир бирини кўллаш, билим ва тажрибаларини бирлаштириш катта аҳамиятга эга.

Аёллар учун уй ва оила ишларини иш жойдаги талаблар билан боғлаш энг ката стресс омили ҳисобланади. Талабларни бажара олмаслик стресслар ривожланишига олиб келади.

Доимий стресс салбий таъсир кўрсатиб, асабий зўриқишга олиб келади.

Асабий зўриқиш танқидий фикрлаш, муаммоларни ҳал қилиш ва қарор қабул қилишни сусайишига олиб келади. Асабий зўриқиш – бу жисмоний,

ақлий ва руҳий озиш синдроми бўлиб энергия ва мақсад идеалларини ўсиб боровчи йўқотиши билан ифодаланади. Агар асабий зўриқиш борлиги аниқланса, уни шахсий ва касбий ҳаётингизни пухта режалаштириш, аралаштириш ва баҳолаш билан камайитириш мумкин.

Асабий зўриқишга олиб келувчи омиллар:

- ◆ ҳар куни ўлим билан тўқнашиш;
- ◆ беморлар сонининг кўплиги ёки бюджет йўқлиги ва персонал етишмаслиги натижасида сифатли парвариш кўрсатмаслик;
- ◆ шахсий касбий амалиётига мос келмаслик, чунки кўп вақтни ишда ўтказиш;
- ◆ қисқа муддат ичида бажариш лозим бўлган топшириқларни босим ўтказиши
- ◆ қон ва бошқа экспериментлар кўриниши;
- ◆ иш жойида ижобий таъсир йўқлиги ва салбий таъсиротлар мавжудлиги;
- ◆ ҳар куни бир хил иш;
- ◆ беморлар томонидан ҳаққоний баҳолаш йўқлиги;
- ◆ муолажалар бажариш ва ускуналарга боғлиқ тинимсиз ўзгарувчи технология билан бир маромда юриш натижасида келиб чиқувчи зўриқишлар.

Асабий зўриқишни олдини олиш:

- ◆ иш жойида ўсиши ва ўқиши мумкинлигини ўрганиш;
- ◆ шахсий ва касбий мақсадларни бажара оладиган қилиб қўйиш;
- ◆ иш ва шахсий вақтни ажратиш;
- ◆ ўз ҳаётидаги ижобий кучларини «инвентаризациясини» ўтказиш;

◆ шунингдек ҳамширалар ҳақорат қилувчиларни ўз жойига қўя олиши ва ўз ҳамкасбларидан «дакки» олиш ва беришни ўрганиши керак. Ҳамширалар ўз-ўзига ёрдам беришини ва асабий зўриқиш белгиларини ажрата олишларини ўргатиш зарур.

3. жигарга таъсири (жигарнинг катталашиши).

4. нерв тизимига таъсири (бош оғриғи, тез чарчаш, уйқусизлик).

Касбий ривожланиш.

Замонавий тиббий санитар ёрдамни тезлик билан ўсиши амалий ҳамширани ўз билим ва маҳоратини ошириб боришга мажбур қилди. Ўз билим ва маҳоратингизни доимий ошириш ишда ҳаётдаги ўзгаришлар билан курашишда сизни кучингизни оширади. Ҳамширалик ишини бажариш усулларини иш жойида осон ўрганиш мумкин. Парвариш кўрсатишда кўп савол берадиган, турли манбалардан маълумот оладиган, Янги альтернатив йўналишларни ўрганадиган бўлиши керак. Ҳамширанинг ўсиши уни қанчалик ақлини ишлатишига боғлиқ. Ўзгаришларга мослашувчи ва кераклигини тушунувчи ҳамширалар самарали ишлайдилар ва ўқув жараёнига кўпроқ эътибор берадилар.

Назарот учун саволлар

1. Беморлар билан мулоқот олиб бориш талаблари
2. Ҳамшира соғлиғига таъсир қилувчи омиллар
3. Токсик моддалар таъсири
4. Анестезияловчи газлар чиқиндилари таъсири
5. Микробиологик зарарли омиллар
6. Стресс ва асабий зўриқишнинг таъсири
7. Асабий зўриқишга олиб келувчи омиллар

8. Асабий зўриқишни олдини олиш чоралари

Таянч сўзлар: мулоқот, микробиология, асабий зўриқиш, анестезия.

4 БОБ. САНИТАР-ОҚАРТУВ ИШЛАРИ

4.1 Санитария оқартув ишлари мақсадлари

Санитария оқартуви - бу илм билан асосланган йўналиш бўйича профилактик саволлари ва соғлиқни сақлаш бўйича огоҳлантириш.

Санитария оқартуви халқнинг санитар саводини шакллантиради. Кундалик амалиётида тиббий ҳамшира беморларни касаллик вақтида хатти ҳаракатларга ўргатганда, соғлом кишиларга эса касалликларни олдини олиш ҳақида маълумот бераётганда санитария оқартуви усуллари ва моддаларини ишлатади.

Санитария оқартуви кўйидаги мақсадларни кўзлайди:

1. кишиларга улар организми фаолияти ҳақида маълумот бериш
2. соғлом кишиларга касалликни олдини олиш ҳақида маълумот бериш
3. кишиларга шифокор кўрсатмаларини қандай бажарилишини тушунтириш
4. инсонларга соғлигини яхшилаш учун хулқи ва ҳаёт тарзини ўзгартиришга ёрдам бериш
5. оилаларга бемор оила аъзоларига парвариш қилишни ўргатиш
6. инсонларга соғлиқлари муаммоларини ўзлари хал қилишларига имкон бериш

Санитария оқартуви тиббиёт янги йўналишининг асоси бўлиб ҳисобланади – валеология.

Валеология – профилактик тиббиётнинг замонавий йўналишидир. Бошқача айтганда, **валеология** – бу соғлар соғлиғи ҳақидаги фан.

Бирламчи, иккиламчи, учламчи санитария оқартуви.

Бирламчи санитария оқартуви - одамларининг соғлиғига ҳамда профилактикага йўнатилган.

Иккиламчи санитария оқартуви - мижозларини ўз касаллиги ҳақида танишуви.

Касалликни сурункали шаклига ўтмаслиги ҳақида тушунтириш.

Учламчи санитария оқартуви - мижоз ва оила аъзоларини қолган

имкониятларни соғлиқни тиклаши учун ишлатиш. Реабилитация дастури шунга киради.

4.2. Санитария оқартувининг этик аспектлари

Санитария оқартуви ходимлари олдига 5 асосий этик масалалар қўйилди:

1. Ходим кўрсатадиган намуна.
2. Санитария оқартуви ҳолатларни назорати ва мижозларга босими.
3. Шахсий жавобгарлик ва ижтимоий ўзгаришлар.
4. Аралашни исботланишлари
5. Қарама- қарши қизиқишлар

1. Ходим кўрсатадиган намуна:

Келтирилган маълумотлар ишонарлилиги бемор назаридан қуйидаги ҳолатларни сўндиради:

- тўғри овқатланишни тарғиб қилувчи диетологни ортиқча вазини;
- чекиш зарарлигини тарғиб қилувчи, ўзи чекувчи ҳамширани;
- ўзи бадантарбия билан шуғулланмайдиган, лекин соғлолаштиришни тавсия этувчи шифокорни ва ҳ.к.

Санитария оқартуви ходими соғлом турмуш тарзининг яққол намунаси бўлиши керак.

2. санитария оқартуви ҳолатларни назорати ва мижозларга босими

Санитария оқартуви фалсафаси бир қатор йўналишларни ўз ичига олади

- бир томонда беморни мажбурлаш ва ишонтириш,
- маслаҳат бериш,
- аросатли йўналиш., бунда қарор қабул қилишни беморга қолдириш

Бошқа томонда тиббий санитария ходими учун анча енгил йўл, яъни беморни тинглаш, маълумот бериш, лекин ҳеч қачон маслаҳат бермаслик ва йўналиш кўрсатмаслик.

3. Шахсий жавобгарлик ва ижтимоий ўзгаришлар

Санитария оқартуви вазифаси инсонларни ўзгартириш ва уларни атроф-муҳитга бўлган муносабатларига кўникишга ўргатиш. Бундан ташқари киши ўз соғлиғидаги ўзгаришларга ўзи маъсул бўлиши керак.

Тиббий ходим ўз соғлиғига маъсулликни олувчи кишига ёрдам бериши зарур.

4. Аралашини исботланишлари

Тиббиёт фани жуда тез ўсиб борапти ва кўпинча соғлом одам муаммоларига ёндошиши тез-тез ўзгарапти.

Тиббий ходим ўз билимларини янгилаб туриши ва уларни беморларга етказиб туриши лозим.

5. Қарама- қарши қизиқишлар

Санитария оқартуви амалиётида ходимни муаммоли ҳолатларга тушиб қолиши жуда кўп учрайди:

-касбий нуқтаи назар жамоат фикрига қарши бўлади (абортлар, сувни фторлаш ва х.к.);

- шахсий нуқтаи назар қабул қилинганга қарама-қарши (ҳомиладорликдан сакланувчи воситалардан фойдаланиш);

- маълум бир киши эркинлиги кўпчилик фикрига қарама-қарши (масалан, чекишни тақиқлаш чекувчи эркинлигини чегаралайди).

Аҳоли саломатлигини яхшилашга эришиш учун соғлом ҳаёт тарзини аҳоли онгига сингдириш даркор. Буни амалга оширишда санитар тарғибот ишлари кўмаклашади.

4.3. Санитар тарғибот

Санитар тарғибот, соғлиқни сақлаш тизимининг асосий бўлимларидан бири бўлиб, иш жойи ва БССТимидан қатъий назар барча даволаш-профилактик, илмий текшириш институтлари, ўрта ва олий ўқув юртларидаги тиббий ходимлар фаолиятининг зарур қисмидир.

Санитар тарғиботнинг асосий тамойилларидан биринчиси, соғлиқни сақлаш тизими мақсад ва вазифаларига тўғри келиши ва иккинчидан, катъий илмийликдан иборат.

Санитар тарғиботнинг муҳим тамойили - профилактик йўналишга қаратилганлигидир. Профилактика жамият саломатлигини муҳофаза қилишда муҳим аҳамиятга эга бўлиб, фақат соғлиқни сақлаш тизимининг эмас, балки барча давлат ва жамоа ташкилотларининг ташқи муҳит шароитини яхшилаш, ишлаб чиқариш корхоналарида гигиеник меҳнат шароитини ташкил этиш йўлидаги асосий вазифаси ҳамдир.

Санитар тарғибот барча мамалакатлар соғлиқни сақлаш тизимига мустаҳкам кирган бўлиб, у ҳар бир тиббий ходим ва тиббиёт талабаларининг асосий бурчи сифатида шаклланмоқда. Талабалар ўртасида санитар тарғибот ишларини олиб бориш ҳар бир кафедра ходимларининг асосий бурчидир.

Санитар тарғибот ишларини ташкиллаштириш саломатликни мустаҳкамлаш, иш қобилиятини кўтариш, узоқ умр кўриш, меҳнат шароитини соғломлаштириш, касалликни камайтириш, шикастланиш ва ўлимни олдини олиш, санитар-эпидемиологик фаолиятни юксалтириш йўлида аҳолининг санитар маданият онгини кўтаришга қаратилгандир.

Чунончи, санитар тарғибот тадбирлар давлат ҳарактерига эга, бўлар аҳолини ижтимоий ривожланиши бўйича бажариладиган умумдавлат режаларига киритилган.

Санитар тарғибот оммавий ҳарактерга эга ва шунинг учун барча аҳоли категориялари қизиқишларини ўз ичига олади (боғча болалари, мактаб, лицей ва коллеж ўқувчилари, талабалар, ишчи ва хизматчилар).

Санитар тарғибот тавсиялари илмий исботланган ва амалиётда эришилган натижаларга асосланган тарзда берилиши лозим. Охириги йилларда Ўзбекистоннинг барча вилоятларида, шаҳарларида республика илмий текшириш саломатлик марказлари кенгайтирилди.

4.4. Саломатлик марказлари

Саломатлик марказлари хизматининг мақсади - аҳоли ўртасида гигиеник - экологик билимларни тарғибот қилиб, соғлом турмуш тарзига эришиш натижасида болалар ва оналар ўлимини ва умумий ўлимни камайтиришга, инсон умирини узайтириш, соғлом аволдни вояга етказишга ўз хиссасини қўшишдан иборатдир, яъни соғлом одамнинг соғлиғини мустаҳкамлаш билан шуғулланишдир. Саломатлик марказларининг асосий вазифаси-даволаш-профилактика, санитария-профилактика ва соғломлаштириш муассасаларини соғлом турмуш тарзини тарғиботи учун зарур бўладиган ахборотлар, услубий қўлланмалар, тарғибот матнлари ва бошқалар билан таъминлашдан иборат

Саломатлик марказлари қошида услубий бошқарув ишларини такомиллаштириш мақсадида маъруза бюрolari ташкил этилган. Уларнинг вазифаларига режали маърузалар ўтказиш, соғлиқни сақлаш тизимидаги тиббиётнинг долзарб муаммолари ҳақида савол жавоб кечаларини ташкиллаштириш киради. Бундай бюрolar семинарлар ўтказиш орқали тиббий ходимлар учун малакаларини ошириш, тажриба алмашиш имконини яратади.

Саломатлик марказлари даволаш-профилактика муассаларига ўзларига тегишли бўлган территорияда санитар-оқартув ишларини ташкиллаштиради ва уни олиб боришга кўмаклашади.

Саломатлик маркази хизмати қуйидаги бўлимлардан иборат:

- 1.Ташкилий -усулбий
- 2.Таҳририят ва нашрчилик
3. Консультатив соғломлаштириш
4. Сайёр соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўлими.

4.5. Санитария маорифининг усул ва воситалалари.

Санитария маорифини ўтказиш вақтида қуйидаги усуллар қўлланилади.

1. оғзаки ташкилот
2. ёзма ташкилот
3. кўргазмали ташкилот
4. оммавий ахборот

Оғзаки ташкилот усули санитария маорифининг кенг ёйилган ва машҳур усулидан биридир. Ушбу усулга киради: маърузалар, суҳбатлар, савол ва жавоблар кечаси, радио орқали ўқиш, БССТ ёзиш, плёнкалар ва пластинкага туширилганларни намойиш қилиш.

Маъруза – оғзаки ташкилотларнинг кенг ёйилган усули. Маъруза, суҳбатга тайёргарлик кўришда аввал режа тузилиши, унда қисқача ҳамда қизиқарли мазмунининг ёзилиши ва керакли ўқув воситалари бўлиши керак.

Тезислар – маърузанинг асосий бўлимларининг қисқача мазмуни.

Оғзаки ташкилотларнинг энг фойдали воситаларидан бири суҳбатдир. Суҳбат эшитувчилар билан мулоқат қилишни энгиллаштиради, материалларни ўзлаштириш хусусиятлари ҳисобга олишга имкон яратади. Суҳбат ўтказиш учун энг аввал йиғилганларнинг билим даражаси ушбу тема бўйича бир хил бўлиши лозим. Бунда йиғилганлар сони 25-30 тадан ошмаслиги керак.

Савол ва жавоб кечаси – бу ҳам суҳбатнинг бир тури бўлиб, бу усул қўлланганда йиғилганлар савол берадилар ва шу саволларга суҳбатни олиб боровчи жавоб беради. Бўлиб ўтадиган савол жавоб кечаси ҳақида радиоларда, газеталарда ва афишаларда эълон қилинади.

Ёзма ташкилот санитария маорифининг кенг тарқаган иккинчи иш усули ҳисобланиб, бу матбуот, журнал, китоб, газета, шиорлар, деворий газета, плакат, эсдалик, варақа ва бошқалардан иборат.

Шиор – у ёки бу маслаҳатларни бажаришга чақиради. Шиордаги сўзлар қисқача. Тушунарли маъноси бўлиши керак.

Варақа кенг ўқувчилар доирасига мўлжалланган. Варақа бирон бир соғломлаштириш компаниясининг рўйхати билан чақиради. Эсадилик ўзининг мазмуни бўйича аниқ ва қисқача, у маълум гуруҳ шахсларга мўлжалланган. Эсадилик матни ўз ичига маслаҳатлар, қоидалар олади.

Брошюра – илмий-оммабоп китобча.

Санитария-оқартув деворий газета тиббиёт олийгоҳларини талабалари томонидан чиқарилади.

Санитария маорифининг учунчи усули **кўргазмали ташкилотдир**. Кўргазмали деганда, модел, муляж, макетлар кўрсатиш тушунилади. Кўргазма усули ёки ташкилотни икки гуруҳга бўлиши мумкин: мавжуд объектлар ва ўйлаб топилган кўргазмали воситалар.

Мавжуд объектлар сифатида микроскопик препаратлар, беморни парвариш қилишда ишлатиладиган воситалар ва шу қабиларни мисол қилиш мумкин.

Плакатлар – босма равишда ишлаб чиқилган восита ҳисобланиб, у ташкилотли ва йўллантирувчи (агитация) бўлади. Йўллантирувчи плакатларда рангли бўёқлар, ўта таъсирли расмлар ва қисқа текст кишиларни ўзига жалб қилишга мўлжалланган бўлиши керак..

Ташкилотли плакат бир неча расмларни ва тахминий тўлиқ мазмунли текстни ўз ичига олади. Унинг хизмати у ёки бу тавсияларни бажаришда одамларга баъзи билимларни етказиб беришдан иборатдир.

Расмли варақалар – чизилган расм, туширилган расм ва текстларнинг биргаликда тасвирланиши.

Диопазитивлар-ойнага ва плёнкага туширилган тасвирлар.

Диафильмлар – киноплёнкага туширилган тасвирлар.

Санитария шифокорининг тўртинчи усули – **оммавий ахборот** усулидир (театр, кино, эстрада, телевидение). Оммавий ахборот усулида асосий ўринни - санитар тарғибот ишида кўпроқ самара берадиган **кинофильмлар** эгаллайди.

Санитар тарғиботни бажаришда катта ўрин телевиденияга ажратилади. Телевидения орқали кинодан ташқари аҳоли саломатлигини мустаҳкамлаш бўйича олимлар, шифокорларнинг маърузаларини кўрсатиш мумкин.

Санитар тарғибот ишларини самарали олиб бориш учун авваламбор уни **режалаштириш** муҳим аҳамият касб этади.

Режалаштиришнинг асосий тамойили – бу аҳолининг турли категорияларига дифференцияли ёндошувдир. Санитар тарғибот ишларини режасини тузиб бўлгандан сўнг, унинг бажарилишини назорат қилишни ўрнатиш лозим. Назорат қилиш барча даволаш-профилактик ва санитар-эпидемиологик муассасаларнинг бош шифокорлари зиммасига юклатилади. Бунинг учун ҳар бир олиб борилган санитар-тарғибот ишлари рўйхатга олиб борилиши керак (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан қабул қилинган 38-сонли ҳужжат).

Шундай қилиб, аҳоли саломатлигини мустаҳкамлашда соғлом турмуш тарзи бутун аҳоли ва ҳар бир гуруҳларининг бурчидир.

4.6. Замонавий этапда санитар-эпидемиологик назорат хизматини ташкиллаштириш

- ижтимоий экология ва профилактикада санитар-эпидемиологик хизматининг ўрнини тушунтириш,
- аҳолини санитар-эпидемиологик хизмати билан таъминлашнинг асосий тамойилларини тушунтириш,
- Давлат санитар назорат қонуни ва уни аҳоли саломатлигидаги аҳамиятини тушунтириш

Соғлиқни сақлаш тизимининг асосий тамойилларидан бири ҳисобланган профилактик йўналишда иш олиб бориш фақат давлат профилактика муассасалари фаолиятида эмас, балки давлат санитария-эпидемиологик назорат муассасалари фаолиятида ҳам етакчи ўрин эгаллайди.

Бу йўналиш давлат санитария-эпидемиологик назорати хизматининг профилактик тадбирлар олиб боришда муҳим аҳамиятга эга.

Давлат санитария-эпидемиологик назорат муассасаларининг асосий мақсади бўлган санитар-эпидемиологик хавфсизлик асосан санитария-эпидемиологик хизмати органи ва муассасалари яъни Давлат санитария-эпидемиологик назорат маркази томонидан таъминланади. Давлат санитария-эпидемиологик хизмати муассасалари аҳоли саломатлигини таъминлашда муҳим ўрин эгаллайди. Санитария-эпидемиологик назорат хизматига қуйидагилар киради:

- юқумли касалликларни тарқалишини камайтириш;
- саломатликни муҳофаза қилиш ва атроф-муҳит соҳасидаги политика;
- сувнинг сифатини таъминлаш
- ҳавонинг сифатини таъминланиши.
- озиқ-овқатлар сифатини таъминланиши
- чиқиндилардан тозалаш ва тупроқни ифлосланишдан сақлаш;
- аҳолии яшаш жойларидаги экология,
- ишчи саломатлиги ва бошқалар.

Юқорида келтирилганлар шуни англатадики, Давлат санитария-эпидемиологик назорати хизмати аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш тизимида етакчи ўрин эгаллайди, бундай муассасалар фаолиятини олиб борилаётган профилактик тадбирлар даражаси ва самарасини баҳолайди.

Мамлакатдаги санитар-эпидемиологик ҳолатлардан келиб чиққан ҳолда, давлат санитария-эпидемиологик назорати хизмати муассасалари ва гигиеник илм фаолиятининг асосий йўналишларига киради:

- мамлакатда санитария-эпидемиологик ҳолатларни яхшилашга қаратилган давлат ишларини йўлга солиш, аҳолии саломатлигига салбий таъсир этувчи омилларни бартараф этиш:

- аҳолии ҳолатини яхшилаш борасида санитария-эпидемиологик назоратни таъминлаш;

- санитария-эпидемиологик назорат масалаларини ҳал этувчи қонуний базани мустаҳкамлаш;

- сув манбалари назоратини кучайтириш, ичимлик суви сифатини яхшилашга эътибор қаратиш;

- озиқ-моддаларни сифатини яхшилаш борасида назоратни кучайтириш, овқат рационини биологик актив қўшимчалар, витаминлар, минерал моддалар билан бойитиш, айниқса болалар овқатланишини сифатини ошириш:

- озиқ-овқатларни сифатини яхшилаш борасида меъёрий базаларни ишлаб чиқиш;

- ишлаб чиқариш ва иш жойларини аттестация қилишда иштирок этиш;

- мактаб биноларини ҳолатини мактаб жиҳозлари, ўқув қуроллар ва кўргазма материалларни гигиеник талабга жавоб беришини назорат қилиш;

- ўз ҳуқуқини ҳимоя қилишда давлат санитария-эпидемиологик назорат хизматидан кенг фойдаланиш.

Узоқ вақт давомида мамлакатимизнинг иқтисодий – ижтимоий шароитини ўзгариши билан параллел равишда санитария-эпидемиологик назорат хизматининг таркиби ва вазифалари ҳам бир неча бор ўзгариб келди.

Ўзбекистондаги сиёсий, иқтисодий ва ижтимоий ўзгаришлар санитария-эпидемиологик хизматини такомиллаштириш йўлида соғлиқни сақлаш тизимида раҳбарлар ва мутахассисларни тайёрлашни активлаштириб юборди. Аҳолини санитария-эпидемиологик ҳолатини яхшилашга қаратилган тадбирларни ташкиллаштириш борасида юридик база яратилди.

Аҳолини санитария-эпидемиологик ҳолати деганда жамоат саломатлиги ва аҳолии яшайдиган муҳитнинг шундай ҳолати тушуниладики, бунда одам организмига салбий таъсир этувчи омиллар бўлмади ва ҳаёт фаолияти учун ижобий шароитлар мавжуд бўлади.

1998 йилда Ўзбекистонда «Давлат санитар назорати» қонуни қабул қилинди. Давлат санитар-эпидемиологик хизмати орган ва муассасалари бир ягона тизимни ташкил этади. Бу тизимга республикадаги, Қорақалпоғистон

республикаси, вилоят, шаҳар, туман давлат санитария-эпидемиологик назорат муассасалари, сув ва ҳаво йўллари транспорти, гигиена ва эпидемиология профилидаги илмий-текшириш муассасалари, олий ва ўрта махсус ўқув юртлари, мутахассислар тайёрлайдиган ва уларни малакасини оширадиган ва бошқа санитария-профилактика муассасалари киради.

Давлат санитария-эпидемиологик назорат маркази республика бюджети ва бюджетдан ташқари маблағ билан молиялаштирилади.

Давлат санитария бош шифокорлари, давлат санитария-эпидемиологик назорат хизмати мутахассислари давлат бошқарув органлари вакиллари ҳисобланадилар ва улар давлат ҳимоясида бўладилар. Санитария-эпидемиологик назорат бошлиқлари давлат санитария-эпидемиологик назорат хизмати низомига асосан ишга қабул қилинадилар ва БССТимдан озод қилинадилар.

Шундай қилиб, марказлаштирилган санитар-эпидемиологик хизмати ташкил этилди.

4.7. Давлат санитария-эпидемиологик назорати хизмати

Давлат санитария-эпидемиологик назорати хизматининг асосий муассасаси бўлиб давлат санитария-эпидемиологик назорат маркази (ЦГСЭН) ҳисобланади.

Айтиб ўтилгандек, Давлат санитария-эпидемиологик хизмати органлари ва муассасаларининг асосий мақсади замонавий шароитда аҳолини санитария-эпидемиологик ҳолатини яхшилаш, юқумли касалликларни ўз вақтида олдини олиш ва унга қарши кўрашишдан иборатдир. Бу мақсадга эришиш учун ДСЭНМ ва санитария-эпидемиологик хизмат кўрсатувчи муассасалар зиммасига қуйидаги вазифалар юклатилган:

- аҳоли яшаш шароитини ҳисобга олган ҳолда уларнинг саломатлигини назорат қилиш, баҳолаш ва прогнозини аниқлаш;

- юқумли, паразитар, касбий касалликлар, овқатдан заҳарланишлар келиб чиқиш сабабларини, таъсир этувчи омиллар ва шароитларини аниқлаш. Шунингдек, аҳоли яшаш шароитида салбий омиллар таъсири натижасида келиб чиқадиган оммавий касалликлар келиб чиқиш сабабларини ихтисослашган санитар-эпидемиологик текширувларига асосланган ҳолда аниқлаш;

- барча давлат қарамоғидаги санитария-эпидемиологик хизмат кўрсатувчи органлар, муассасалар, ташкилотлар, жамоат бирлашмалари ва маҳаллий бошқармалар БССТ шахслари томонидан гигиеник ва санитария-эпидемиологик тадбирлар ишлаб чиқиш;

- ишлаб чиқилган гигиеник ва санитар-эпидемиологик тадбирлар, санитар қоидалар, гигиеник меъёрларни бажарилишини назорат қилиш, хулоса натижаларига кўра гигиеник сертификатлар бериш, санитар қоидаларини бузувчи шахсларга қарши маъмурий ҳамда жиноий жавобгарлик тадбирларини қўллаш;

- юқумли, паразитар ва касбий касалликлар, овқатдан заҳарланишлар ва бошқа аҳоли орасида юқувчи касалликларни соғлиқни сақлаш тизимида ҳар бирини рўйхатга олиниши ва санитар-эпидемиологик текширувларга ҳамда санитар-эпидемиологик ҳолатни белгиловчи далилларга асосланган ҳолда бундай касалликларни давлат рўйхатига олиш.

Кўрсатиб ўтилган вазифаларни барчаси ДСЭНМ нинг асосий механизми ва яхши санитар-эпидемиологик ҳолатга эришиш асосий мақсадидир.

Давлат рамкасидаги вазифаларни бажаришда санитария-эпидемиологик назорат маркази мутахассислари аниқ мажбуриятларга эгадирлар. Давлат санитар-эпидемиологик хизмати БССТими шахсларига Қонун қуйидаги ҳуқуқларни белгилайди:

4.8. Аҳоли саломатлигини сақлаш

Аҳоли саломатлигини сақлашда долзарб муаммолардан бири - бу ўта юқумли касалликлар (вабо, холера, сибир яраси ва бошқа касалликлар)ни келиб чиқиши ва тарқалишини олдини олишдир. Бундай вазифаларни бажаришда юқумли касалликларни пайдо бўлиши ва уларга қарши кураш хизмати бўлимнинг ўрни каттадир. Ушбу бўлим қуйидаги вазифаларни бажаради ва ўрганади:

- эпидемиологик вазият;
- юқумли касалликлар пайдо бўлишини олдини олиш, касаллик тарқатувчи микробларни аниқлаш ва тажриба ўтказиш;
- юқумли касалликлар билан касалланганларни аниқлаш;
- юқумли касаллик аниқланган жойни аниқлаш ва кузатиш (карантин, обсервация);
- юқумли касалликлар пайдо бўлишини огоҳлантириш;
- беморларни яқка ҳолда жойлаштириш (изоляция қилиш);
- эпидемик касалланишни ва унинг ўчоғини йўқотиш;
- аҳоли орасида юқумли касалликларга қарши кўрашни ташкил этиш;
- аҳоли орасида оммавий равишда эпидемик касалланишни ўрганиш, уни камайтириш бўйича тадбирларни амалга ошириш.

ЎзР Давлат санитария марказининг бош шифокори санитария-эпидемиологик хизматининг бош давлат санитария шифокори бўлиб ҳисобланади, унинг ишини ЎзР Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг ўринбосари назорат қилади.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги таркибида бош санитария-эпидемиология бошқармаси тузилади. Санитария-эпидемиология ташкилотининг асосий муассасаси санитария – эпидемиология станцияси ҳисобланади (СЭС).

СЭС – бу мустақил санитария профилактик ташкилот бўлиб, у ўз маблағига эгадир. Унинг бир неча кўринишлари мавжуд: республика, вилоят, туман, шаҳар, шаҳарлардаги туман, қишлоқ.

Шаҳар ва туманларнинг сони, аҳолии сони ва маъмурий территориянинг характериға қараб СЭС лар бир неча категорияларға бўлинади. СЭС лар ўз иш фаолиятини соғлиқни сақлаш тизимидаги ташкилот ва органлар билан биргаликда олиб боради. Ҳар бир СЭСда иккита асосий бўлим мавжуд бўлиб, улар санитария-эпидемиология ва дезинфекция бўлимларидир.

Санитария-эпидемиологик бўлимлар ўз навбатида иккига бўлинади: эпидемиологик ва санитария-гигиеник.

Эпидемиология бўлими таркибига эпидемияға қарши ва паразитология группалари антирабик эмлаш кабинети ва бактериологик лабораториялар киради.

Санитар-гигиеник бўлимлари тўртта оператив гуруҳларға бўлинади:

- a. Коммунал гигиена.
- b. Меҳнат гигиена, саноат гигиенаси.
- c. Овқатланиш гигиенаси.
- d. Болалар ва ўсмирлар гигиенаси.

Дезинфекция бўлими ўз ичига қуйидагиларни олади:

- кўчириш бўлими,
- ўчоқни дезинфекциялаш,
- камерали дезинфекциялаш,
- санитария бўйича реабилитация ишлар.

Санитария органларининг вазифалари касалланиш профилактикаси ва аҳолиға санитария бўйича хизмат кўрсатишни таъминлашдан иборатдир.

Аҳолиға санитария бўйича хизмат кўрсатиш ишининг формалари санитария назорати ва огоҳлантиришдан иборат. Огоҳлантирувчи санитария назорати санитария ишининг ҳамма тармоқлари бўйича ўтказилади.

СЭСнинг санитария назорати санитария ишининг ҳамма тармоғи бўйича амалға оширади.

Назорат учун саволлар

1. Санитария оқартув ишлари турлари
2. Санитар тарғибот нима?
3. Саломатлик марказлари хақида тушунча
4. Санитария маорифининг усуллари
5. Замонавий санитар-эпидемиологик назорат хизматини ташкиллаштириш йўллари
6. Давлат санитария-эпидемиологик назорати хизмати
7. Аҳоли саломатлигини сақлаш чоралари
8. Давлат санитария-эпидемиологик назорати хизмати муассасалари ва гигиеник илм фаолиятининг асосий йўналишлари

Таянч сўзлар: санитар оқартирув, саломатлик, назорат.

5 БОБ. ҲАМШИРАЛИК ИШИДА КОММУНИКАЦИЯ АСОСЛАР

5.1. Ўзаро муносабат ўрнатишда коммуникация ўрни

Коммуникация – бу мулоқот демакдир. Барча одамлар жумладан бемор ва тиббиёт ходимлари бир-бири билан мулоқот орқали муносабатда бўладилар, алоқа қиладилар. Коммуникация тушунчаси ва унга тўғри ёндошиш ҳамширалик иши учун катта аҳамиятга эга. Ҳамшира беморлар парваришида ўзининг коммуникация борасидаги кўникмаларини тадбиқ қилиб ва доимо ўз хатти-ҳаракатларини таҳлил қилиши лозим. Агар бемор тушкунликка тушган бўлса, рухий ва жисмоний қийинчиликларни бошидан кечираётган бўлса ҳамшира бу ҳолатда ўзининг мулоқот борасидаги бор маҳоратини, билим ва кўникмаларини ишга солмоғи лозим. Коммуникация кўникмалари муайян вақт ва маъсулият ҳиссини талаб қилади.

Ижобий ва илиқ мулоқот ҳамширалик иши муваффақияти, самараси учун муҳим омилдир. Айниқса пациентни шифохонага ётқизишда, уни бошқа бўлимга ўтказишда, операция ва бошқа оғир муолажаларга тайёрлашда у тўғри мулоқотнинг аҳамияти катта.

Ҳамшира бемор билан самимий, чин кўнгилдан, унинг шахсини ҳурмат қилиб, қўллаб-қувватлаб, аниқ ва тушунарли мулоқат ўрнатиши керак. Беморда мулоқат даврида турли эҳтиёжлар келиб чиқиши мумкин.

Бунда уларга маслаҳатлар бериш, кўнглини кўтариш, тинчлантириш ёки у билан ижтимоий алоқа ўрнатиш лозим, бу вақтда ҳамширага унинг тажрибаси, мулоқат кўникмалари ва муаммоли воситаси катта аҳамият касб этади. Бемор билан мулоқат ўрнатиш учун зарурий коммуникация асослари:

- Иштирок этиш ҳисси.
- Эшита билиш.
- Тушуна билиш.
- Қайғусига шерик бўлиш.
- Ўзи ҳам самимий бўлиши унга кўнглини очиб бориши.
- Бегона қарашларни тўғри қабул қилиш.

- Ҳамдардлик билдириш.
- Ҳақгўйлик.
- Шахсини, ахлоқ-одобини ҳурмат қилиш.
- Инсонпарварлик, инсон шахсини, фазилатларини ҳурмат қилиш.
- Эзгулик, яхшилик хусусияти.

Коммуникация – ҳамширалик парваришининг инсонпарварлик асосларидир.

Ҳамширалик ишида беморга малакали, раҳмдиллик асосида юқори савияда ёрдам кўрсатилади. Бу ҳамшира ва пациент ўртасида бир-бирини тушуниб, маъсулиятни ҳис қилиб мулоқат қилиш демакдир.

1. Иштирок этиш ҳисси – ҳам жисмоний, ҳам ижобий иштирок этиш:

- Пациент кўрган нарсани кўриб, уни ҳис қилиши.
- Қарашлари билан мулоқот ўрнатиб, лекин кўзига тик қарамаслик лозим.
- Пациентнинг гапига суҳбатига қизиқишини, ўз ҳолати билан намоён қилиши (беморнинг сўзига қизиқишини сездиришолдинга эгилиб кулоқ солиш) керак.
- Суҳбатдан қониқаётганлигини бош чайқаш, юз қиёфаси билан билдириш.
- новербал маълумотларнинг маъносини тушунишга ҳаракат қилиш (пациентнинг овоз тони ва қиёфасига қараб).
- иштирок этиш ҳисси бу кенг маънони англатади. Унга бирданига эришиб бўлмайди, бунинг учун вақт керак.

Иштирок этиш ҳисси ҳам жисмонан, ҳам психологик жиҳатдан намоён бўлиши лозим. Бунда илиқлик ҳиссиётини қўллаш лозим. Пациентни тинглар экан, ҳамшира унга илиқ муносабатини, ҳамдардлигини билдириши керак. Илиқлик туйғулари новербал йўллар орқали беморга таъсир қилади, бўлар қуйидагилар:

- Табассум.
- Дўстона оҳангдаги мурожаат.
- Пациентга бевосита таъсир қилиш.

- Пациент билан мулоқотда ҳамшира гавдасини тўғри тутиши, қўллари ҳам, танаси ҳам гавдасига мос бўлиши.

- Пациентга бутун диққат-эътиборини қаратиши лозим.

2. Эшита билиш – Бошқа одамларнинг ҳиссиёти, фикрини эшита билиш эшитиш учун эътибор, сезгирлик, бошқа нарсаларга чалғимаслик лозим. Эшитишда фикри-зикрини фақат мулоқотга жалб этиш, унинг фикри билан қизиқиш, фикрини эътиборга олиш, муаммоларини ҳис этиш керак.

Ҳамшира учун эшита билиш, пациентнинг эҳтиёжларини енгиллаштиради.

Эшита билишнинг асосий принциплари:

Сухбатни тугатиш – Сухбатда фақат бир одам гапиради, ҳамшира ёки бошқа одам унинг сўзини бўлмасдан эшитиши лозим.

Чалғитувчи омилларни йўқотиш.

- Яхши эшитувчи сухбатдошини диққат билан эшитиши лозим. Атрофда чалғитувчи омиллар бўлмаслиги лозим (М: телефон, бошқа одамлар шовқинлари ва ҳоказо).

Шуни ҳам унутмаслик лозимки, газета ўқиётган, бошқа ерга қараб турган, ўйнаб ўтирган одам билан сухбатлашиш қийин кечади. Сухбатдошга қараб қулоқ солиш. Сухбатдошингизнинг мавзуси сизни қизиқтираётганлигини унга сездиришингиз лозим. Пациентнинг кўзига қараб, ўзингизни самимий тутинг. Бу билан сухбатдошингиз билан мулоқотга киришингиз осон кечади. Сухбатдошингизнинг гапларидан асосий ғояни ажратиб олинг, икир-чикирларига эмас асосий деталларга эътиборни қаратинг. Унинг нима демоқчи эканлигини, мақсадини тушунишга ҳаракат қилинг. Ҳис-туйғуларини ажрата билинг.

Инсонни ғоядан ажрата билиш муҳим. Кўпинча одамларни нима тўғрисида гапириш эмас, балки ким гапираётганлиги қизиқтиради. Биз ўзимиз ёқтирган одамларнинг гапини ижобий қабул қилмайдиган одамларнинг гапига эътиборсиз қараймиз, бу нотўғри. Барча одамларга бир хил муносабатда бўлиш лозим. Пациент сўзлаганда нимани сир тутмоқчилигини ким ҳақда гапирмоқчи эмаслигини илғаб олиш лозим, чунки айнан шу нарса аҳамиятли

бўлиши мумкин. Ўзингининг ҳис-туйғунгини жиловлашингиз керак. Ҳар қандай ҳолда ҳам босиқлик билан суҳбатдошингизни эшитишга, уни тушуна билишингиз муҳимдир.

Дарҳол хулоса чиқаришга шошилманг.

3. Маълумотларни тўғри қабул қилишни ўрганиш.

Ҳар бир одам мулоқот даврида бошқа бир одамнинг дарду, хасратини тўғри қабул қилишни ўрганиши лозим. Уни эшитишга, ҳис-туйғуларига, ҳамдардлик билдириш, унга ёрдам бериши керак. Ҳамшира ўз пациентини кўлидан келганча маънавий кўллаб-қувватлаши, уни агар лозим бўлганда парвариш қилиши лозим.

4. Кўнглини олиш.

Бу пациентга ҳамдардлик билдириб, ҳамшира ҳам унга жавобан ўз кўнглини очиши ва демак суҳбатдоши билан самимий муносабатда бўлиши демакдир.

5. «Бегона» қарашларни тўғри қабул қилиш.

- Унга тўғри тушунтира билишингиз, унинг фикрини тўғри томонга ўзгартира олишингиз, ўзингизга ишонтиришингиз лозим. Ҳамшира пациенти нотўғри фикр юритаётган бўлса, бунга уни ишонтириш лозим.

6. Самимий ва адолатли бўлиш.

- Бу ишонч қозонишнинг энг тўғри йўлидир. Ҳар бир одам ўз пациенти, суҳбатдоши билан самимий ва чин дилдан мулоқотда бўлиши, у билан ҳамдард бўлиши лозим. Суҳбатдошига нисбатан адолатли бўлиши ва унга тўғри маслаҳат керак бўлса ёрдам бериши лозим. Шундагина пациент унга ишониб, ўз муаммолари билан ўз вақтида огоҳ этади.

7. Ҳамдард бўлиш.

Суҳбатдошингизни эшитаётганда унинг ўрнига ўзингизни қўйиб кўринг. Унинг ҳар сўзини диққат билан эшитиб таҳлил қилиб олинг.

8. Ҳурмат қилиш.

Ҳар қандай ҳолда ҳам суҳбатдошингизни ҳурмат қилишингиз лозим. Ҳурмат қилиш ҳисси шунчалик юқори бўлиши лозимки, ўзингиз ҳам суҳбатдошингизни устун қўйишингиз лозим.

Коммуникацияда пациентнинг жавоб бера олмаган саволларини ҳам аниқлаб олиш лозим. Ҳамшира бундай саволларни энди бошқача қилиб сўраши лозим. Олинган барча маълумотлар 3 компонентга эга:

- **Эмпирик** – пациентнинг туйғуларини ифода этиш;
- **Тушуниб** – пациентнинг билганини ёки қобилиятини ифода этиш;
- **Аффектив** – пациентнинг ҳис қилганларини ифода этиш.

Инсонни тушунишга ёрдам берадиган восита – унинг ҳис-туйғуларидир. Пациент ўзининг муаммоларини ҳис-туйғуси орқали баён қилади. Бу восита ҳамшира унинг муаммоларини хал қилишга ёрдам бериши керак. Ҳамширанинг асосий вазифаси пациентнинг ишончини қозониш, унга дўстона, самимий муносабатда бўлишдир. Шундагина бемор ҳамширадан у муаммоларини баён этишда кўрқмай муносабат билдиради.

Ҳамшира ўз фаолияти доирасида жуда кўп одамлар билан мулоқотда бўлади. Ҳамшира ўзининг мулоқот кўникмаларини қандай ифода этиши катта аҳамиятга эга. Ҳамшира олдин «Ўз»лигини яхши билиши, сўнгра бошқаларни тушуниши лозим. Ҳамма вақт ўзингиз ҳақингиздаги фикрингиз, бошқаларнинг сиз ҳақингиздаги фикр ва ўзингизнинг бошқалар ҳақидаги фикрини ўйлаб кўришингиз муҳим аҳамият касб этади.

Ҳамширанинг шахсий ҳислатларига қуйидагилар киради:

1. Илиқлик ва тўғри тушуниш.
2. Қатъийлик.
3. Очиқ кўнгиллилик.
4. Кучли ва заиф томони.

5.2 Ҳамширани шахсий уқуви ва илиқлик туйғулари

Ҳамшира суҳбатлашганда ўзини шундай тутиши лозимки, суҳбатдошига илиқ муносабати ва тўғри тушуниши сезилиб туриши учун қуйидагиларга одатланиши лозим:

- Инкор қилиш лозим бўлганда «йўқ» дейиш;

- Истаган нарсани талаб қилиш;
 - Фикрини баён этиш;
 - Керак бўлганда мурасага бориш. Қатъиятликни кўполлик билан чалкаштирмаслик.
2. Очик кўнгиллик – бу афрофдаги нарсаларни ҳис қилиш. Олдинги барча маълумотларни яширмаслик керак, чунки бу ҳозирги маълумотларни тушуниш учун зарур бўлиши мумкин.
3. Тўғри қабул қилиш – бу очик кўнгиллик билан узвий боғлиқдир. Агар одам чин-кўнгилли бўлмаса, у бошқа одамларнинг муаммосини ҳам тўлиғри қабул қила олмайди, натижада пациент бу ҳамширага ўзидаги қийинчиликларни айтишга кўрқади. Ҳар бир муаммони ижобий ҳал этиш учун, уни тўғри қабул қилиши муҳим.
4. Кучли ва заиф томонлари – ҳар бир одам ўзининг кучли ва кучсиз томонини билиши, баҳолаши лозим. Қуйидаги хусусиятларни ҳамшира ўзида бошқара олиши лозим:
- Гавда ҳолати – Ўзингизни бўш тутинг, қўл-оёқларингизни чалкаштирманг, суҳбатдошингизни яхши эшитиш учун бошингизни олдинга эгинг.
 - Суҳбатдошингизга яқинроқ туринг.
 - Юз қиёфаси – Суҳбатга қизиқишни сездирингиз лозим, суҳбатдошингиз юз қиёфангиздан буни пайқашни керак.
 - Қарашингизнинг яқинлиги – кўз ҳаракатларингиз билан суҳбатдошингизнинг сўзларини маъқуланг.
 - Бош тебратиш билан: табассумингиз билан суҳбатдошингизни сўзларини маъқуллаш.
 - Овоз тонлари – овоз тонлари мулойим, ҳамоманг ва дўстона бўлиши.
 - Суҳбат мавзуси – сизнинг жавоб сўзингиз шундай бўлиши керакки, тўғри тушунганингизни суҳбатдошингиз сезсин.

5.3. Мулоқот ўрнатиш

«Мулоқот ўрнатиш» тушунчаси қаторига коммуникациянинг асоси бўлиб хизмат қилувчи ҳозир бўлиш сезгиси, эшитиш маҳорати, қабул қилиш маҳорати, хавотирни билдира олиш, беморга дилни оча билиш, ўзга қарашларни қабул қилиш, бирга қайғуриш ва ўзгани ҳурмат қила билиш тушунчалари киради.

Барча одамлар мулоқот ўрнатиш учун айнан шу компонентлардан маълум даражада бохабар бўладилар. Ҳамширалар учун тушуниш ва жавоб қайтариш жараёнида мақсад беморнинг «сир»ини очиш эмас, балки «сир»ни ўрганиш, яъни мулоқотдавомида инсоннинг феъл-атворини ўрганишдан иборат. Бундай ҳаракатлар орқасидан Сиз ўзгалар ва ўзингиз хақида кўпроқ маълумотга эга бўласиз.

Коммуникация – ҳамширалик ишининг асосидир. Инсонни тушуниш ва у билан мулоқот қилиш учун ҳурмат ва эътибор талаб қилинади.

Ўзаро мулоқот қилиш – коммуникациянинг асосий компонентлари:

Ҳозир бўлиш сезгиси, ҳамширанинг эшитиш маҳорати, қабул қила олиш маҳорати, хавотирни билдира олиш маҳорати. Ўзга қарашларни қабул қилиш, бирга қайғуриш, самимийлик ва ўзгаларни ҳурмат қилиш.

Ҳозир бўлиш сезгиси – кенг маънода ўзга одам билан учрашувни билдиради, бу эътиборнинг аниқ кўриниши бўлиб, қабул қилиш ва қизиқишдан иборат.

Ҳамширанинг эшитиш маҳорати – бунинг учун ҳамширадан сезгирлик, тушуниш, ўзга одамни муҳокама қилишдан ўзини тийиш каби ҳислатлар талаб қилади. Сўз юритилаётган мавзунини чуқур англаш учун, шу ҳислатларни ўзида ривожлантириш ва юксак даражага чиқариш талаб қилинади. Яхши тингловчи бўлиш учун эса бутун фикрини ўзга одамга жамлаш, ўз ўй-фикрларини сўндира ола билиш керак.

Хавотирни билдириш маҳорати – ўзга одамга хавотирни билдириш, унга ёрдам бериш кўзда тутилади. Ҳамширалик амалиётида хавотирни билдириш маҳорати муҳим омил бўлиб ҳисобланади. Ҳамшира учун бу ҳислат кўп нарсани англайди ва бемор тўғрисида ташвиш тортиш, ҳол-аҳвол сўраш, парвариш қилишни ўз ичига олади.

5.4. Эшитиш маҳоратининг умумий тамойиллари

Энди эшитиш маҳоратининг бир неча самарали тамойилларини кўриб чиқамиз. Гапиришни бас қилинг – бу тўғрисида ёзиш жиддий эмасдек туюлади, лекин суҳбат давомида бир вақтда биргина одам гапиради, иккинчиси эса уни тинглайди. Бутун эътиборни беморга қаратинг ва ўзингизга жалб этинг. Уни саволлар ва мулоҳазалар билан чалғитманг, бунинг ўрнига беморга бор гапни сўзлаб беришга имконият беринг.

Чалғитувчи омилларнинг олдини олинг – бу омиллар телефон қунғироқлари, автомобил ва техник эихозлар, одамлар шовқини бўлиши мумкин. Газета ўқиётган, қўлида қалам ўйнаётган, дерезадан ташқарига боқаётган ва шу каби машғулотлар билан шуғулланаётган одам билан суҳбат қуриш қийин кечади. Шунинг учун бундай ҳолатларнинг олдини олинг.

- сўзлашаётган одамдан нигоҳингизни олиб қочинг;
- гапираётган одамга, унинг сўзларига қизиқишингиз борлигини кўрсатинг;
- суҳбатнинг асосий мазмунини илғаб олинг;
- инсоннинг кайси мавзуда гаплашишни истамаслигини аниқланг;
- бемор учун қайғуринг.

Беморнинг ҳаёллари ва ҳис-туйғуларини башорат қила ола билиш

Беморнинг айтган сўзларигагина эмас, балки у айта олмаган гапларига ҳам эътибор бериш керак.

Барча маълумотлар 3 та компонентдан иборат:

- **Эшитиш** – бемор кечинмалари тўғрисида маълумот берувчи компонент.
- **Билишга оид** – беморни яқиндан билиш ва унинг нималарга қодирлиги тўғрисида маълумот берувчи компонент.
- **Аффектив** – бемор нималарни ҳис этаётгани ёки кимнинг таъсири остида эканлиги тўғрисида маълумот берувчи компонент.

Бу компонентлар хоҳлаган комбинацияда учраши мумкин.

- Фақат эмпирик компонентдан.
- Фақат билишга оид компонентдан.

- Фақат аффефектив компонентдан.
- Эмпирик ва билишга оид компонентдан.
- Эмпирик ва аффефектив компонентдан.
- Билишга оид ва эффефектив компонентдан.
- Учала компонентдан ҳам.

Асосий эътибор, одатда, беморнинг ҳис-туйғуларига қаратилади, бунда эътибор беморни тушунишда ҳал қилувчи омил бўлиб ҳисобланади. Кўпчилик муаммолар ҳис-туйғуларга тақалади, қандайдир сабабларга кўра беморга қийинчилик туғдиради. Унга ёрдам бериш учун ёки уни қийнаётган ҳис-туйғуларни англаш учун уларга конструктив йўл билан ечим топиш лозим. Ҳамшира шу туйғуларни билдиришга имконият бериб, уларнинг батафсил айтилишига ёрдам бериш керак.

Беморнинг ҳис-туйғуларини аниқлашни хоҳлаган ҳамшира беморга: «Бу ерда ҳис-туйғулар тўғрисида гаплашишимизга ҳеч нарса халақит қилмайди. Ҳис-туйғуларингизни мен билан баҳам кўришингизни хоҳлардим. Сизга ёрдам беришга ҳаракат қиламан» каби гапларни айтиши лозим. Шу пайтда ҳамшира фақат айтилаётган ҳис-туйғуларгагина эмас, балки айтилмаётган туйғуларга ҳам эътибор бериши керак. У беморни диққат билан эшитиб, бемор ўйлаётган аниқ бир муаммо тўғрисида маълумот олиши учун калит бўлиб хизмат қилувчи нарсани қидиради. Беморнинг сўзлари, қилиқлари, ҳаракатлари, имо-ишоралари ва мимикаси калит бўлиб хизмат қилиши мумкин. Шуларнинг барчасини бир бирига жамлаганда бемор тўғрисида кўп нарсани айтиб бериш мумкин.

Беморнинг суҳбатда қайси сўзларни танлаб гапириши ва бу сўзларни қандай айтиши, оҳанги, тезлиги, овознинг баланд-пастлиги унинг гаплари остида ётган ҳис-туйғуларини тушуниш учун калит бўлиб хизмат қилиши мумкин. Эътиборли ҳамшира суҳбат пайтида қайси сўзлар гапирилаётганда ёки қайси сўзларни эшитганда бемор руҳий, асабий ҳаракат қилганини эслаб қолади. Тананинг ҳолати, унинг имо-ишоралари, ҳаракатлари ҳамшира учун катта маълумот беради. Шулардан сўнг ҳамшира беморга: «Мен сизни

айтмаган фикрларингиз ва ҳис-туйғуларингиз тўғрисида шундай фикрладим ... Фикрим тўғрими? Шундай бўлса, нега бу тўғрисида гапирмаяпсиз? Агар фикрим нотўғри бўлса, илтимос менга тўғрисида айтинг» каби сўзлар билан муурожаат қилиши лозим. Афсуски, бундай ҳолатлар кўп учрайди, яъни аввалдан ўз туйғулари тўғрисида гапириб бера олмаслиги кўпчилик беморларга хосдир. Бемор ўз туйғулари тўғрисида гапириб бериши учун имкониятлар қидиради. Лекин унинг ҳаракатлари ноҳуш ҳолатларга тўғри келиб қолиши мумкин. Бундай ҳолатларга кўпинча ҳамшира ҳам сабаб бўлади. Масалан: бемор гапираётганда эътибор бермаслик, гапни бошқа мавзуга буриш ёки: «бўлиши мумкин эмас» каби сўзлар ва ҳаракатлар беморни шаштидан қайтариши мумкин. Ҳамшира бундай ҳолатларнинг олдини олиши лозим.

Иккинчи ҳолат, беморнинг ўз ҳис-туйғуларидан уялиш ва оқибатидан кўрқишидир. Кўпчилик одамлар ўз туйғуларидан уяладилар, уларнинг туйғуларини муҳокама қилинишидан ва кулгу бўлишидан кўрқадилар. Ҳамшира бу қийинчиликларга қарамай беморга катта ҳурмат кўрсатиши лозим. Ва беморга: «Сиз айтаётган ҳисларни мен тушунаман ва Сизни аввалгидек ҳурмат қиламан» деган гапларни айтиб унинг кўнглига таскин бериши керак. Бундай вазият беморга ҳис-туйғуларини батафсилроқ гапириб беришга муҳит яратиб беради.

5.5. Шахсий билим ва хусусиятлар

Ҳамшира ўз иши фаолияти давомида, яъни беморлар билан мулоқотда бўлганда, ўз ишини, билимини ва унга юкланган масъулиятларини бажариши, юқорида айтиб ўтилган хусусиятларни ишлата билиши бемор билан ҳамшира ўртасидаги муҳитни (ҳамшира-бемор) белгилаб беради. Бу бўлимда бутун эътибор Сизга (ҳамширага) қаратилади.

Бу бўлимда шахсий билим ва хусусиятларга кирувчи ширинсуханлик, очик чехралик, ҳозир бўлиш ҳисси, ўз-ўзини тушуниш кабилар кўзда

тутилади. Инсондаги ички «Мен» коммуникацияга ва ўзгаларни тушунишга катта таъсир кўрсатади. Ўз-ўзини тушуниш қийин масала ҳисобланади, чунки ўз тўғримида қандай фикрдалигимиз, ўзгалар биз тўғримида қандай фикрда эканликлари ва аслида ким эканлигимиз ўртасида аниқ чегара қўйиш ҳар доим ҳам осон кечмайди. Ўзгалар ёрдамида ўз хатоларимизни англаш ва ўзимиз тўғримида кўпроқ маълумотга эга бўлишимиз мумкин.

Бу бўлим 6 қисмга бўлинади:

- Илиқлик ва ҳозир бўлиш туйғуси.
- Ўзини намоён қилиш.
- Ўзини англай олиш.
- Ўзини қабул қила олиш.
- Яхши ва ёмон томонлар.
- Ўз билимини ва хусусиятларини қўллаш.

5.5.1. Илиқлик ва ҳозир бўлиш

Илиқлик ва ҳозир бўлиш сезгиси қандай кўринишларда учрашини кўриб чиқамиз. Ҳамшира буни қуйидаги йўллар билан намоён қилиши мумкин.

- Кулги.
- Бемор билан дўстона муносабатда бўлиш, унинг исми билан мурожаат қилиш.
- уни ўзига яқин тутиш.
- Бемор билан ҳеч қандай қийинчиликсиз суҳбат қилиш.
- Беморга нисбатан бефарқ эмаслигини билдириш.

Ҳозир бўлиш сезгиси – бу жисмоний ва руҳий жиҳатдан қатнашишдир. Бу имкониятни орада илиқлик туғдириш учун ишлатиш лозим. Бу имкониятингизни қуйидаги йўллар билан амалга оширишингиз мумкин:

- Беморнинг кўзларига боқиб туринг.
- Кўзларингиз билан мулоқотни қўллаб туринг, тик қараманг.

- Ҳаракатингиз билан беморга қизиқишини кўрсатинг.
- «Ҳа» маъносида бошингизни ирғаб туринг.
- Маълумотларни тушунишга ҳаракат қилинг.

5.5.2. Ўзини намоён қилиш

Ўзини намоён қилиш – бу маҳорат ўзганинг ҳуқуқларини поймол қилмасдан ўз ҳуқуқларини намоён қилишдан иборат. Сиз шундай ҳолатга тушишингиз мумкинки, ходимларнинг иш ўринлари қисқартирилган пайтда Сиздан катта иш унумини талаб қилишади. Бундай ҳолатларда ўзингизни намоён қилишингиз ёки вазиятга тан беришингиз керак. Кўпинча вазиятга тан берган пайтларимизда стресс ҳолатига тушамиз.

Стресс пайдо бўлишига сабаб-биз ҳеч қачон ҳақиқатдан ҳам хоҳлаган нарсамизни талаб қилмаймиз. Шунинг учун бу нарсага эришмаймиз. Стрессни йўқотиш усулларида бири – ўзига ишонч ҳосил қилиш.

- «Йўқ» сўзини айтгимиз келганда, «йўқ дейиш».
- Истаган нарсани талаб қилиш.
- Ўз фикрини билдириш.
- Вазият талаб қилганда, қарама-қаршиликка бориш.

5.5.3. Ўзини англай билиш

Бу, атрофимиздаги борлиққа, жисмларга ўз муносабатимизни билдириш, демакдир. Бу хусусият ўз-ўзини билиш билан кескин боғлиқ, чунки биз ўз сезгимиз ва таъсирчанлигимиз тўғрисида маълумотга эга бўлмай туриб уларни ўзгага бера олмаймиз. Шундай қилиб, ўз-ўзини англаш стрессни бошқариш усулларида биридир.

5.5.4. Ўз-ўзини қабул қила олиш

Бу хислат ўзини англай олиш билан кескин боғлиқдир. Ўз-ўзини қабул қилишда қийинчилик сезган одамлар, ўз-ўзини англашда ҳам қийинчилик сезадилар. Агар биз ўзгаларга ўзимизни очиб бера олмасак, улар биз ҳақимизда маълумотга эга бўлмайдилар. Натижада бизни қабул қила олмайдилар ва ўзидан ўзи қабул қила олмаслик кучаяди. Шунинг учун ўз-ўзини қабул қилиш шахсий ва шахслар аро муносабатлар қуришда муҳим ўрин эгаллайди.

Шахслар аро муносабатда новербал мулоқот кўникмаси

Биз ҳаммамиз сўзлар ёрдамида мулоқот қиламиз. Лекин ўйлаб кўринг, агар биз гапираётган сўзлар, новербал ҳаракатларимиз бизнинг имо-ишораларимиз билан тўғри келмаса-чи?

5.6. Новербал кўникмалар

Новербал кўникмалар гапирилган гапнинг асосий маъносини кўрсатиб беради. Новербал сигналлар сўзларга қараганда кўпроқ маънони англатади. Сиз кундалик ҳаётингизда айтаётган гапларингиз билан новербал сигналлар мос келишини ўз кузатувингиз остига олишингиз керак.

Новербал мулоқот кўникмалари кўйидаги йўллар билан намоён этилади:

- Суҳбатдошингиз билан орадаги масофа.
- Беморни ўзига яқин тутиш.
- Тана ҳарорати.
- Махфийлик.
- Кўз орқали мулоқот.

Беморни ўзига яқин тутиш

Беморни ўзига яқин тутиш оғир руҳий ҳолатларда беморни тинчлантириш учун зарурдир.

Тана ҳарорати

Бизнинг тана ҳароратимиз ўзга одамлар билан мулоқотда бўлиш, доминантлик қилиш ва пассивлик ҳолатларини намоён қилиши мумкин.

Махфийлик

Беморнинг истагига қараб унга махфийликни яратиб бериш лозим. Бемор билан алоҳида суҳбат қуриш ва бу суҳбатни ўзгалар билан муҳокама қилмаслик лозим.

Кўз орқали мулоқот

Инсоннинг нималар ҳақида ўйлаётгани ва нималарни ҳис этаётганини кўзларидан билиб олишимиз мумкин. Инсоннинг кўз ҳаракатларидан унинг феъл-атворини ҳам билиб олиш мумкин.

Суҳбат давомида кўзлар билан тик қараб туравериш ҳам вазиятни асабийлаштиради. Гапираётганда ҳам, беморни эшитаётганда ҳам кўз ҳаракатларини идора этиш меъёрлари мавжуд. Масалан, кўз орқали мулоқот гапиришдан олдин ўрнатилади. Тингловчи унга қизиқиш билдираётганлигини англагач, гапираётган инсон четга қараб унга нималарнидир сўзлайди. Лекин вақти-вақти билан қизиқиш йўқолмаганлигига ишонч ҳосил қилиш учун нигоҳ ташлаб туради. Новербал сигналларга аҳамият бериб туради. Кўзлари орқали унга сўзлашни тўхтаётганлигини билдириб, тингловчига ўз фикрини билдиришга имконият беради.

Новербал кўникмалар – эшитиш маҳорати

Тинглашни билиш – маҳорат ҳисобланади. Биз эшитиш маҳоратининг учта элементини кўриб чиқамиз.

- Рағбатлантирувчи новербал аспектлар.
- Рағбатлантирувчи вербал аспектлар.
- Жим туриш.

Рағбатлантирувчи новербал мулоқот

Эшитиш маҳоратининг новербал компонентларига қуйидагилар киради:

- Кўз орқали мулоқот.
- Эътиборни англатувчи тана ҳолати.

- Беморга қараган тик ёки ўтирган ҳолат.
- Сухбатдошлар орасидаги масофа.
- Бошни ирғаб туриш билан сухбатни қўллаб туриш.

Тинглашни билиш ўзида – концентрацияни, эътиборни, тушунишни жо қилиш.

Рағбатлантирувчи вербал мулоқот

Вербал аспектлар асабий ёки таъсирчан беморларга майин сўзлар орқали унинг сўзларига қизиқишни билдириш демакдир.

Тинчликни сақлаш

Сухбат давомида жим туриш тажрибасиз одамларда ҳаяжонни чақиради. Лекин сухбат давомида жим туриш муҳим паузани юзага келтиради. Пауза гапираётган одамга жиддий сухбат юритишдан олдин фикрини жамлаб олишга ёрдам беради. Бемор жим бўлиб қолганида паузани тўлдиришга шошилманг. Бунинг ўрнига бемор гапирган сўзларни муҳокама қилинг.

5.7. Вербал кўникма

Вербал куникмалар – савол бериш маҳорати

Ҳамширалик амалиётида савол бериш маҳорати катта аҳамиятга эга.

Саволлар қуйидагича бўлиши мумкин:

- Умумий.
- Аниқ.
- Йўналтирилган.
- Синов мақсадида.
- Кенг тармоқли.

Умумий саволлар

Ҳамширанинг бемор билан мулоқот пайтида, умумий саволларга ёндашиши мўътадил муҳитни яратади. Яъни мулоқот пайтида ҳеч қандай кескин, беморни қийин вазиятга солувчи саволлар бермаслик керак.

Сухбатни умумий саволлар асосида кўриб аста-секин аниқ ва бошқа турдаги саволларга ўтиш лозим.

Аниқ саволлар

Тез ва дангал жавоблар олиш учун аниқ саволлардан фойдаланиш мумкин.

Йуналтирувчи ва кенг тармоқли саволлар

Беморлар жавоб бераётган маҳалда ҳамширалар уларга шу саволлар билан жавобга ойдинлик киритиши мумкин.

Савол бериш маҳорати

Ҳамширалик амалиётида асосий икки турдаги савол бериш маҳорати аспектларини кўриб чиқамиз.

- Умумий саволлар.
- Мақсадга йуналтирилган саволлар.

Бемор ўзининг сўзлари орқали, ўз фикрини кенг тарзда ифодалаб бериши учун умумий саволлар катта аҳамият касб этади. Савол берувчи мураккаб бўлмаган саволлар бериши мумкин.

Мақсадга йуналтирилган саволлар ҳамшира хоҳлаган мавзуда, хоҳлаган йўналишда суҳбат қуришда ёрдам беради. Ҳамширага суҳбатни бошқаришга ёрдам беради. Қўшимча маълумотлар олиш учун эса беморга: Сиз менга яна кун тартибингиз, одатларингиз тўғрисида нималарни айтиб бера оласиз? каби савол бериши мумкин.

Мақсадга йўналтирилган саволларга бир қатор мисол келтирамиз:

- Айтолмайсизми, сиз юришга қийналасизми?
- Қийин вазиятларда ўзингизни қўлга ола биласизми?
- Кечалари уйқунгиз қалай?
- Кайфиятингиз тез-тез тушиб турадимми?

Ҳамширага касаллик тарихи тўғрисида, бемор тўғрисида кўпроқ маълумотга эга бўлишда бундай саволлар қўл келиши мумкин. Яна бу саволларни вақтни тежаш мақсадида қўллаш мумкин.

Вербал кўникмалар – ҳозир бўлиши сингари

Сизнинг реакциянгиз беморни тетиклаштириши ёки нейтрал натижа бериши мумкин. Реакция вербал ёки новербал бўлиши мумкин.

Тетиклаштирувчи реакция

Вербал ва новербал ҳаракатлар биргаликда қўлланганда беморнинг ҳамшира билан суҳбатини уйғунлаштириши мумкин. Ҳаётда бу элементлар бир-биридан ажралмасдир, лекин бу бўлимда биз уларни шартли равишда бўлиб ўрганамиз. Бу бўлимда гапирилаётган реакция тўртта кўникмани кўзда тутуди. Улар мураккаб эмас, лекин уларни суҳбатда қўллашда эҳтиёткор бўлиш керак. Ҳозир бўлиш кўникмалари қуйидагиларга қаратилган:

- Айтилаётган гапларнинг тўғри эканлигини билишга.
- Хулоса чиқаришга.
- Беморнинг фикрлаш қобилиятини ривожлантиришга.
- Бемор фикрининг аниқ баён этилишига.

Ҳамширалик ишида шундай нақл борки, инсонлар мулоқотга кириша олиш маҳорати билан туғилмайдилар, балки ҳаёт давомида тарбияланадилар. Фақат томчи дори ва дренаж найчалари тўғрисида билимга эга бўлиб, бемор билан мулоқот маҳоратидан беҳабар бўлган ҳамшира ўз амалиётида кўп қийинчиликларга дуч келади. Лекин охириги ўн йилликда ҳамширалик амалиётида ижобий ўзгаришлар рўй берди. Бугунги кунда ҳамширанинг инсонга ижтимоий, психологик ва жисмоний борлиқ сифатида ёндашишига ва беморни парвариш қилишига катта эътибор берилляпти. Бу эътибор беморларнинг тўлиқ соғайиб кетишлари учун муҳим омилдир.

Демак, сиз бемор билан мулоқотда уз маҳоратингизни намоён этишингиз, зарур кўникмаларни ҳосил қилишингиз керак. Бундай мулоқот биринчи учрашувдаёқ ҳосил бўлиши ва парвариш жараёнининг охирига қадар сақланиши лозим. Диалог, яъни мулоқот ёрдамида ҳамшира беморлар асабининг тикланишига, масаланинг хал этилишида ва беморнинг ҳаётда тўғри йўлдан боришига ёрдам беради.

Ҳамширалик иши амалиёт кўникмаларига асослангандир. Ҳамшира дастлаб гапира олувчи ва сўзловчи пациентига ёрдам кўрсатади. Ҳамширалик парвариши кўрсатиш мақсадида мулоқот ўрнатилади.

Ҳамшира ўзининг мулоқот воситасига назар солиши лозим: қандай сўзларни талаффуз қилади? Новербал мулоқот воситаларининг мақсади нимадан иборат? Ҳамширалик иши нимадан иборат? Ҳамшира ўзининг фаолиятини ёзиб боради. Бу усул унинг муваффақиятга қандай эришишга ва пациент билан мулоқотга киришишга ёрдам беради.

Жараёни ёзиб бориш – ҳамшира ва пациент ўртасидаги суҳбатни узишдир. Буни ҳамшира бажаради, бунда унинг хотираси ва интеллектуал қобилияти ёрдам беради.

5.8. Ҳамширанинг ёзиш жараёни

Ҳамширанинг ёзиш жараёнидаги олинган маълумотлари билан у ўзининг ҳамширалик парвариши фаолиятини тўғри режалаштиради.

Ёзиш жараёни 7 босқичга бўлинади:

1. Ҳамширалик кузатуви.
2. Ҳамширалик ҳаракати.
3. Ҳамширалик сезгиси (ҳиссиёти).
4. Пациент ҳаракати.
- 6 Ҳамширанинг пациент ҳақидаги хулосаси.
7. Суҳбатни таҳлил қилиш.ва баҳолаш.

1. Ҳамширалик кузатуви:

Бунда ҳамшира хотирасини ишга солиб, жараёни таҳлил қилиб ёзиб боради. Ҳамшира суҳбатнинг хотирасида қолганларини ёзади, кузатган жараёнини ёзиб қолдиради.

2. Ҳамширалик ҳаракати:

Суҳбатдан сўнг қуйидаги схема бўйича ёзиб қолдирилади:

- Сўз оҳанглари.

- Пауза.
- Қилиқлари.
- Асосий саволлари.
- Хотиранингиздаги муҳим муурожаатлари (Нимани сиздан сўрайди?).
- Ўзингизнинг хатти-ҳаракатларингиз, ҳолатларингизнинг ўзгариши.
- Ўзингизни қандай ҳис қилдингиз, суҳбатдан олган таассуротингиз.
- Сўз, ҳаракат, ҳиссиёт ва ҳамширанинг ҳулосаси.

Суҳбат жараёнини ёдга олишда пациентнинг қиёфаси, ҳаракати ва гапларини ҳам эсланг.

Пациент суҳбат давомида ўзини қандай ҳис қилди, кайфияти қандайлигини белгиланг.

Суҳбатни ташкил қилиб, биз қуйидаги схема бўйича саволларга жавоб беришимиз лозим:

- Бизнинг ёзувимиздан мақсад?

Бу босқичда суҳбатнинг қандай самараси бўлганлигини билишимиз мумкин.

- Агар бизнинг гапларимиз қовушмаса нимага олиб келиши мумкин?
- 2 шахс ўртасидаги мулоқотдаги кузатув кўникмалари.
- новербал мулоқот ҳақида ўйлаганда қуйидаги қонидани унутмаслик муҳим: доимо кўзлар ёрдамида алоқа қилиш, овоз тони, юз қиёфаси, ҳолат ва ҳаракат сўзсиз бирор бир нарсани ифода этиши лозим. Юқоридаги новербал мулоқот воситалари орқали пациентнинг мақсади, туйғулари ва муносабатини ҳис қиламиз.

Кузатув кўникмаларига юқоридагилардан ташқари қуйидаги новербал ифода воситалари киради:

- Суҳбатдошлар ўртасидаги масофа ва шахсий бўшлиқ.
- Тегиш (бевосита ушлаб).
- Гавда ҳолати ва поза.
- Сир тутиш.
- Кўз ифодаси.
- Паралингвистик ифода воситаси.

1. Суҳбатдошлар ўртасидаги масофа – атрофимиздаги шахсий бўшлиқ – буни ўзимиз сезмаймиз, қачонки биров таъсир кўрсатсагина ўзимизни ноқулай сезамиз.

2. Ҳамшира ва шифокор, аёллар ва эркаклар билан мулоқотда шунчалик, мослашиб кетадиларки, ҳатто улар ечинган ҳолда бўлсалар ҳам бунга эътибор бермайдилар. Ҳамширада шундай вазият бўладики, бу ноқулай бўлса ҳам пациентга жуда яқин ўтиришига тўғри келади, бу эса пациентда тортиниш туйғусини келтириб чиқариши мумкин. Баъзан пациентга бевосита таъсир кўрсатиб (гавдасига тегиб, силаб) уни тинчлантириши мумкин, бу айниқса кучли рухий кечинмаларда яхши самара беради. Агар бу беморнинг дардини енгиллаштиради, ҳамшира буни дарҳол сезади, агар аксинча бўлса пациент новербал каналлар орқали ўз норозилигини билдиради.

3. Гавда ҳолати ва поза – бу бошқа шахсга нисбатан ўзининг устунлигини ёки аксинча пастлигини, доминант ёки пассивлигини англатади (М: қўлини белига тираб, ёки оёғини чалиштириб ўтириши). Гавда ҳолати ёки кийёфаси суҳбатдоши тўғрисидаги барча маълумотни англатиши мумкин. Кўз ҳаракати, мимикаси, юз кийёфасига қараб унинг қайфияти тўғрисида (норозилиқ ёки миннатдорчилик) хулоса чиқаришимиз мумкин.

4. Конфиденциялик – сир сақлаш.

- Суҳбатдош билан очикчасига суҳбат олиб бориш лозим, агар керак бўлган ҳолларда эса унинг баъзи маълумотлари сир сақланади. Бундай ҳолларда яккама-якка гаплашилади.

5. Кўз билан алоқа ўрнатиш.

Кўз қарашлари кўп маълумотлар бериши мумкин, биз ҳис қилган ва ўйлаган маълумотларни кўз қарашларидан билса бўлади. Суҳбатдоши унинг қарашларидан қониқиш ёки норозилиқ туйғуларини сезиши мумкин. Суҳбатга қизиқаётганлигини ҳам билса бўлади, хаттоки агар суҳбат зерикарли бўлса, кўз ифодасидан сезиб, дарҳол суҳбат тўхтатилади.

6. Бош тебратиш ёки қўл ҳаракати билан суҳбатдошининг сўзини мақуллаши ёки аксинча суҳбатни тўхтатиши мумкин.

7. Паралингвистик ҳаракат.

- Овоз тони, суҳбат тембри мулоқотга катта ёрдам беради. Кайфият, рухий кечинмалар паралингвистик ҳаракатлар билан ифодаланади. М: Суҳбат ўртасида баланд овозда гапириш ёки аксинча.

Бемор касалхонада ўз яқинлари ва дўстларидан узоқда, кўпинча ўзини ёлғиз ҳис этади, янги шароитга мослашиши қийин бўлади, шунинг учун ҳам ҳамшира касалларга эътибор билан қараб, ғамхўрлик кўрсатиши даркор. Беморни, кўпинча, бўлимда учрайдиган камчиликлар: даво муолажалари ўз вақтида бажарилмаганлиги, шифохоналарнинг совуқлиги, овқатнинг кечикиб келганлиги ва ҳ.к. асабий ҳолатга олиб келиб, ўзаро муносабатларни чигаллаштиради. Бу эса даво натижасига салбий таъсир кўрсатади. Бу муаммолар ечимида ҳамширанинг тутган ўрни, вазифаси беқиёсдир.

Тиббиёт оламида вужудга келган кўпгина муаммоларнинг ҳал қилиниши ҳамширанинг виждонига, ахлоқий маданиятига ва маънавиятига боғлиқ.

«Маънавият» инсонга ниҳоятда зарур омил бўлиб, бу унинг қалб кўзгусидир. Айнан ҳамширалик маънавиятли, юқори маданиятли бўлмоқлари зарур, чунки улар доимо эл орасидадирлар. Маълумки, киши маънавиятининг асоси билимдир. Юксак билим ва малакага эга бўлган укувли ҳамшира ўта интизомли бўлиб, бошқаларга ҳам ҳар иш, ҳар юмушда ибратли бўлсалар ярашади. Баъзилар муомалани жойига қўйиб: «Амакижон яхши ухлаб турдингизми? Кайфиятлар яхшими? Эрталабки дориларни истеъмол қилиб олдингизми? Кечагидан кўра анча тетиксиз, худо хохласа, яқинда отдай бўлиб кетасиз», - деб юпатади. Бу илиқ сўзлардан касалнинг чиройи очилади. Баъзи ҳамширалар эса «Хали ҳам ётибсизми? Қўл-юзни ювдингизми? Бундай қилсангиз дорининг унуми бўлмайди», - деб қўполлик қилади. Бу албатта бемор руҳиятига ёмон таъсир қилади. Ўз беморига муносабат ҳам шу бўлдимми? Қани оддий маънавият? Қани оддий одоб, интизом тушунчаси? Баъзан бутун бир даво масканида қатор ҳамшира бўлган ҳолда бирорта ҳамшира томирга игна билан тушиш маҳоратини билмайди.

Гоҳида ўн тўрт жойингга игна қадаб «томирингиз қочиб кетаяпти» деб баҳона килади. Бу эса асабга тегеди. Ё дейлик, беморга хуқна (клизма) қилиш зарур бўлиб қолди. Дарҳол «Вазелинингиз бор-ми?» - деб сўрайди. Йўқ деса, чала ювилган резина идишни сувга бир чайиб, ишни бажаришаверади. Бу тўғри эмас. Ҳамшира, албатта керакли нарсаларни аввалдан тайёрлаб қўйиши лозим. Айрим ҳамшираларда диагностика ҳақида тушунча йўқ. Кўпинча у «Бемор ёмон бўлиб қолди» деган иборани ишлатади. Шунингдек, хатто зулук солишни ҳам билмайди. Наҳотки билим юрти талабалари ўқиш, ўрганиш давомида томирга тушиш, зулук солишни ўрганиб олмаса. Бизнинг назаримизда, мусикага ёшдан танланганидек, шифокорлик, ҳамширалик ишига ҳам, кўрик-танлов орқали, алоҳида меҳрибон, эътиборли, инсонпарвар одамларни ўқишга олиш зарур. «Бу ерда математикаси йўқ экан, кираверай», – дейдиган худбин, ўзига ортиқча бино қўйган одамлар тиббиётга яроқсиздирлар. Бизнингча, ҳамшира фақат шифокор айтган ишни хотиржамгина, лоқайдгина бажариши тўғри эмас. Ҳамшира – оддий ижрочи эмас. У ўз шифокори ёнида, гарчи бировга буюрмаса, ҳам яна бир шифокорга айланиши зарур. У – тиббиёт жабҳасида миллатимизнинг обрўси ва маданиятини кўтарувчи ва айна чоғда ўта масъул шахсдир.

Жаҳондаги йирик давлатлар қаторидан жой олган, аҳолисининг ярмидан кўпини ўқув ёшидаги болалар ва ёшлар ташкил қиладиган Ўзбекистон, албатта, аъло даражада ишлайдиган ҳамширалар «қўшин» ига эга бўлиши зарур. Бу «лашкар» халқ соғлиғи учун олиб бориладиган сабр-тоқат ва изчилликни талаб қилувчи асосий кучдир. Бир нарсани кўзда тутайлик: бемор шифокорни кунига фақат бир неча дақиқагина кўради, ҳамшира эса туну-кун билан доимо ёнма-ён. Ҳамшира шифокор кўрсатмаларига амал қилган ҳолда беморнинг соғлиғини тиклашга ҳаракат қилади. Шифохонада иш қизиқ турганда ҳам, ҳамма ишлар тугалланиб, даволовчилар уй-уйларига кетганларида, зим-зиё қоронғилиқ тушганда ҳам беморнинг олдида ҳамроҳ ва ҳамдард бўлиб қолувчи инсон – яккаю-ягона ҳамширадир.

Ҳамшира сўзининг ўзи нихоятда чуқур маънога эга. Ҳамшира бир онадан сут эмган, дегани. Демак, у ҳар биримиз учун туғишган опа ва сингил. Гап шундаки, ҳамшира айни вақтда тиббиётнинг расмий вакиласи. У шифокор билан беморни боғлаб турувчи ва шу сабабли дардини тўғри аниқлаб, зарур дори-дармонларни белгилаши мумкин. Лекин бу кўрсатмаларнинг қай тарзда ижро этилиши ва бинобарин, самараси ҳамширага боғлиқ.

Хўш, ҳамшира бемор билан қандай сўзлашгани макул: узоқми ёки қисқа? Касал билан сузлашиш ҳажми кўпгина омилларга боғлиқ бўлиб, ҳамширадан жуда нозик, ўзига хос меъёрни талаб этади. Суҳбат давомийлиги ва мазмуни беморнинг аҳволи, унинг маданият даражаси, феъл-атвор хусусиятларига бевосита боғлиқдир. Шунга кўра, бемор билан суҳбатлашаётганда ҳамшира меъёрни билиши, касалнинг суҳбатдан қандай таъсирланаётганини синчковлик билан кузата олиши керак. Барча тушунтиришлар лўнда, аниқ, қатъий, беморлар учун мутлақо тушунарли бўлмоғи лозим. Ёқимли ва ширин сўз билан мурожаат қилишда, самимий табассумда ҳамширанинг ўз беморларига ғамхўрлиги ва диққат-эътибори ифодаланади. Бироқ, ҳамширанинг диққат-эътибори ва самимийлиги хуфиёна тарзда бўлмаслиги, ҳамшира беморнинг ўртадаги яқинлик муносабатларини суистеъмол қилишига йўл қўймаслиги ва шунга мувофиқ ўзининг хатти-ҳаракатларини тартибга солиши ва беморнинг хулқ-атворини кузатиб бориши керак. Бемор билан суҳбатда унинг кечинмаларини енгиллаштиришга интилиш белгиланган дори-дармонларга қараганда яхшироқ шифобахш таъсир кўрсатади ҳамда бемор томонидан катта миннатдорчиликка сазовор бўлади. Беморни диққат билан тинглай олиш касал ҳақида зарур маълумотга эга бўлишда ёрдам беради. Ҳамшира ишга келгани захоти ўзининг барча шифохоналаридан хабар олиши ва иш куни якунида ҳеч бўлмаганда жуда қисқа муддатга барча беморларнинг хонасига кириб чиқиши айни муддао бўлар эди. Бе бемор руҳиятига бағоят ижобий таъсир кўрсатади: беморлар ўзларини бир неча соат давомида ҳамширанинг узлуксиз кузатуви остида сезадилар, ҳамшира ана шу вақт ичида ўзларига хизмат кўрсатишига, унинг

жуда ҳам зийрак эканлигига, кун давомида хасталардан бир неча маротаба хабар олишига ишонч ҳосил қиладилар.

5.9. Беморга ёрдам бериш

Эрта билан беморлар ётадиган хоналарга қилинган ташриф 5-10 дақиқа давом этса-да, бу улар учун нақадар катта аҳамиятга эга.

Тиббиётда шундай бир ибора бор: «Яхши парваришланган бемор». Бунда беморларнинг яхши жисмоний, гигиеник парваришигагина (яхши овқатлантириш, жойлаштириш, хона ҳавосини узгартириш, кийим-кечак ва тўшак анжомларининг тозалиги ва х.к.) эмас, аввало мохирлик билан олиб борилган «руҳий парвариш»: беморга тўғри маълумот берилгани, руҳий аҳволи яхшилиги, аста-секин тикланаётганлиги, ҳамшира билан яхши муносабатда эканлиги тушунилади. Иш кунининг боши ва охирида ҳамшираларнинг палаталарига қисқа муддатли ташрифи даволаш муассасаларида «илиқ руҳий иқлимнинг» аратилишига асос бўлади.

Ҳамшира бемор билан ўзаро муносабатда бўлар экан, касалнинг шахсий хусусиятларини, касаллик келтириб чиқариши мумкин бўлган асабий таъсирланишини, маданият даражасини ҳисобга олиши ва албатта шифокор сирини ошкор қилмаслиги керак. Шифокор сири деганда, асосан бемор тўғрисидаги маълумотлар (бу маълумотларни асосан беморнинг ўзидан олинади), – касалликнинг нохуш кечиши, психологик (инсон руҳига) зиён етказувчи ташҳис тушунилади. Тиббиёт ходимининг фаолиятида кўшимча шундай холлар бўладика, шифокор сири «алдаш» билан боғлиқ бўлади, уни «муқаддас ёлғон» деб аталади. Масалан, касаллиги ўлимга олиб борадиган беморга унинг касаллиги оғир эканлигини гапирмаслик керак. Ўлими аниқ бўлган беморларга улар соғайиб кетишига умид тарзи ва унинг қандай тугаши ҳақидаги маълумотларни ҳам ошкор қилиб бўлмайди, чунки бу хол уларга кўшимча азоб-уқубат келтириши ва шифокор, ҳамширага бўлган ишончга путур етказиши мумкин.

Тиббиёт ҳамшираси беморга унинг хақиқий ташҳисини маълум қилиши ёки қилмаслиги хақида фикр юритиши зарур. Агар ҳамшира беморга ташҳисни билдиришга қарор қилса, унинг босқичи, асоратларини енгил шаклда, беморни аста-секин тайёрлаган ҳолда босқичма-босқич айтишни ўйлаб кўриши керак. Табиийки, беморга ҳамма нарсани гапириб бўлмайди, лекин зиёли, тушунадиган киши билан «сукут сақлаш» ёки иккиланиш, фойдадан кўра, кўпроқ, зарар келтиради. Бир қатор касалликларда, жумладан, зарарли ўсмалари бўлган хасталарга ташҳис маълум қилинмайди, онкология шифохонасига келган касал ўзидаги шишнинг «ёмон» ёки «яхши» эканлигини аниқлаш изтиробини бошдан кечиради ва табиийки, буни шифокордан ёки ҳамширадан сўраб билишга ҳаракат қилади. Онкологик касалликка учраган беморлар психикаси жуда нозик ва таъсирчан бўлади, бу ҳол, айниқса, касалликнинг яқинлашиб келаётган оқибатини ҳис қилганда намоён бўлади. Бундай шароитда ҳамширанинг баланд овоз чиқариб гаплашиши, қаҳ-қаҳа билан кулиши беморни руҳий мувозанатдан чиқариб юбориши мумкин. Беморларга ташҳис, даволаш, касалликнинг асоратлари ва қайталашлари олдини олиш билан боғлиқ бўлган кўпгина маълумотлар билдирилади, ўз-ўзига ёрдам бериш йўллари кўрсатилиб, махсус эслатмалар билан таъминланади. Масалан, оддий мисол – қандли диабет касаллигини моҳиятини ҳамшира фақатгина тушунтирмай, балки – диабетга қарши парҳез, инъекцияларни бажариш техникасини ўргатиши, турли хил инсулинлар ва ичиладиган дориларнинг хоссалари, комадан олдинги ҳолат белгилари ва бошқалар хақида маълумот бериши керак. Шу тариқа тушунтиришлар инфаркдан кейинги кардиосклероз, хафақон касаллиги, аритмиялар, ошқозон-ичак яра касаллиги ва бошқа хасталиклари бўлган беморлар учун зарурдир.

Ҳамширанинг ўлим эҳтимоли бўлган оғир бемор тўшаги ёнидаги хатти-ҳаракатлари тиббиёт деонтологиясининг муҳим ва мушкул масаласи бўлиб келмоқда. Масалан, беморга ўлим эҳтимолини маълум қилиш ёки қилмаслик масаласи, агар бу ҳақда маълум қилиш керак бўлса, уни қайси

шароитда ва қай тарзда амалга оширишдадир. Барча замонларда бу масала муқаррар равишда манфий ечимга эга бўлган. Бунинг учун бир қатор кескин асослар ва фикрлар мавжуд. Беморга мутлақо нажотсиз охир-оқибат тўғрисидаги «аччиқ ҳақиқатни» маълум қилиш – бу аввало унинг ҳаётидаги энг муҳим нарса – умидини тортиб олиш, охирги кунлари ва соатларини зимистон тунга, тубсиз қора жарликка тушишга айлантиришдир. Бундай ҳолларда ҳамшира бемор кўнглига соғайиб кетиш умидини солиши ва унда касалликка қаршилиқ кўрсатиш ҳиссиётини уйғотиши зарур.

Ҳамшира билан бемор ўртасидаги муносабатнинг яна бир муҳим томони беморга тайинланган индивидуал тартиб, парҳез, дори-дармонлар билан даволаниши режаларини тушунтириш ва тўғри ташҳис этишдан иборат.

Назорат учун саволлар

1. Муносабат ўрнатишда коммуникация ўрни
2. Ҳамширани шахсий уқуви ва илиқлик туйғулари
3. Эшитиш маҳоратининг умумий тамойиллари
4. Ўзини намоён қилишдеганда нимани тушунасиш?
5. Ўз-ўзини қабул қила олиш нима?
6. Шахсий билим ва хусусиятлари
7. Новербал кўникмалар ва турлари
8. Вербал кўникма ва турлари
9. Ҳамширанинг ёзиш жараёни
10. Беморга ёрдам бериш турлари

Таянч сўзлар: муносабат, новербал, вербал, коммуникация.

6 БОБ. ҲАМШИРАЛИК ИШИДА ЭТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯ

6.1 Тиббиёт этика ва деонтология ривожланишининг қисқача тарихи

Х асрнинг таниқли олими Али Ибн Аббос Ахвазий ўзининг «Шифокорлар учун ўғитлар» асарида ёзганидек, беморларни даволаш жараёнига эътибор бериш ва даво учун фақатгина дориларни эмас, балки тўғри овқатланишни ҳам қўллашга ҳаракат қилиш зарур. Беморларга хавфли дориларни буюриш, худди шунингдек, уларни у ёки бу хасталикни даволаётганда беморлар орасида тарғиб этиш мумкин эмас. Фақатгина тартиб ва маълум дориларни қабул қилиш, парҳез тўғрисида батафсил, қатъий ва ишонтира оладиган даражадаги кўрсатмаларнинг ўзигина эмас, балки қайта алоқани ҳам назорат қилиш зарурдир.

Деонтологияда «**Ятрогения**» тушунчаси бор. Бу шифокорнинг ёки ҳамширанинг фаросатсизлиги, ножўя кўрсатмалари, қўпол хатти-ҳаракатлари, билимсизлиги ва лоқайдлиги, бир сўз билан айтганда, тиббиёт ходимининг айби билан пайдо бўлиши мумкин бўлган яна бир касалликдир. Бу буюк тиб алломаси Букротнинг «*Primum non nocere*», яъни «Беморга энг аввало зарар келтирма» деган деонтологик нақлнинг бузилиши оқибатидир. Бундай касаллик бугунги кунда учрайдиган хасталикларнинг тахминан 10 фоизини ташкил қилади. Бу шифокорлар ва ҳамширалар орасида хали ҳам ўз деонтологик бурчини тўла тушуниб етмайдиганлар борлигидан дарак беради. Шунингек, эгротогения, яъни бир хаста кишига бошқа бир бемор сўзининг салбий таъсири ҳам мавжуд. Шифохоналарда кўпинча баъзи бир беморларнинг ўз хонасидаги хаста қўшнисига маълум даражадаги таъсири сезилиб, у руҳий тангликни, хавотирни келтириб чиқаради. Бундай ҳолатни, ўз фикрича тиббиёт ходимларидан ҳам чуқурроқ билимга эга бўлган, «азалий» беморлар келтириб чиқаришлари мумкин. Улар, касалхонага келгач, беморларга маслаҳат ва тавсиялар берадилар. Аксарият ҳолларда, ўз тингловчиларини руҳий тушкунлик ҳолатига олиб келувчи қайғули ва

машъум «олдиндан айтиш фикрлари» билан ўртоқлашадилар. Бу ўринда беморга танбех бериш услуги сингари хусусий масала тўғрисида тўхталиб ўтиш ҳам фойдадан холи эмас. Танбех бериш зарурияти, кўпчилик холларда бемор шифохона режими, интизоми, бўлим тартибини бузганда юзага келади.

Ҳамшира бундай холларда бемор билан жуда равшан, тушунарли, аниқ, ишонтириб гаплашиши керак. Бу суҳбатнинг фақат натижасигина муҳимдир: бемор танбехни тўғри тушуниши ва ҳамшира сабоқларини тўлиқ қабул қилиши лозим. Шу билан бирга, бундай суҳбат беморнинг ҳеч ҳам ёмон таъсир қилмаслиги даркор. Бемор ҳамшира билан илгаридек меҳрибон ва яқин муносабатда эканини, ётсираш ёки зиддият вужудга келмаганини сезиши зарур.

Шу тариқа, юқори деонтологик кучга эга бўлиш, хусусан, беморлар билан муносабатда уқувли бўлиш – ҳамширалар фаолиятидаги зарурий кўникмадир.

6.3 Ҳамширанинг деонтологик талаблари

Ҳамшира деонтологияси – Ҳамшира этикасининг бир қисми бўлиб, у ҳамширанинг пациент ва жамият олдига касбий бурчидир. А.П.Чехов бу борада шундай деганди: «Тиббиёт ходими бурчи қаҳрамонлик. У ўзини қурбон қилишга, қайсар бўлиши, қалби тоза, тўғри сўз бўлиши лозим. Барча ҳам бунга тайёр эмас».

Тиббиёт ходимига энг қимматли нарса-инсон ҳаёти, соғлиги ва одамлар кадр-қиммати ишониб топширилади. У нафақат бемор, унинг қариндошлари балки бутун давлат олдига ҳам масъулиятлидир. Бахтга қарши ҳозирги даврда беморга, ўз ишига маъсулиятсиз, ўз айбини бошқага ағдарадиганлар, баҳона изловчилар кўп учрайди. Ҳеч бир тиббиёт ходимининг бунга ҳаққи йўқ. Беморнинг қизиқиши, манфаати барча нарсадан юқори бўлиши лозим.

Тиббий ҳамшира мутахассис сифатида ўткир кўзли, фаҳм-фаросатли кузатувчи бўлмоғи лозим. У бемордаги барча майда-чуйда, рухий ва жисмоний ўзгариш ҳолатларини билиш ва баҳолаши лозим. У ўз ўзини ҳар томонлама идора қила олиши, ҳис-туйғуларини бошқара билиш керак.

Тиббий ҳамширанинг ўзини тутиш маданияти 2 турга бўлинади.

1. Ички маданият: Бунга меҳнатга, тартиб интизомга, атрофдаги турли воситаларга бўлган авайлаб муносабатда бўлиши, дўстона ва бирдамлик туйғулари киради.

2. Ташқи маданият: ҳамширанинг ташқи қиёфаси, муомаласи, сўзлаш маданияти ва ҳоказо.

Тиббий ҳамширанинг асосий ички маданиятини белгиловчи хусусиятларига қуйидагилар киради:

- Оддий, соддадиллик, камтарлик – Бу ҳамширанинг ажойиб, гўзал қирраларини кўрсатади.

- Ҳаққонийлик, адолатлик – Цицерон бу ҳақда шундай деганди: «Ҳаққонийлик – бу хусусият ҳеч кимга халақит бермайди ва жамиятга фойда келтиради».

- Ростгўйлик – Ҳамшира ўз фаолиятида ростгўй бўлиши лозим. Акс ҳолда беморга ҳам, шифокорга ҳам фақат зарар келтиради.

- раҳмдиллик – Бу инсон ички маданиятининг энг асосий хусусиятидир. Ҳамширада бу ҳислат бўлмаса, ҳеч қачон ўз пациентига ёрдам бера олмайди.

- Яхши инсон – Ҳамшира ўз навбатида яхши инсон бўлиши лозим.

У ўз атрофидагиларга раҳмдил, софдил, уларнинг ғам-қайгусига шерик бўлиши, керак вақтида ёрдамга тайёр туриши, ўзининг манфаатларидан бемор ва бошқаларнинг манфаатини устун қўйиши лозим.

Ўз навбатида ҳамширанинг ташқи маданиятига унинг қуйидаги хусусиятлари киради.

- Ташқи қиёфаси – Ҳамширанинг ташқи қиёфасини унинг кийимлари белгилайди.

Яъни оппоқ халат, бош кийими, оёқ кийими талабга жавоб бериши лозим. Унинг кийимлари, юз қиёфаси, ўзининг тутиши беморларга бўлган муносабатини билдиради. Гиппократ бу ҳақда шундай деб ёзиб қолдирган: «Тиббий ходимлар беморлар ёнида доимо ўзларини тута билишлари, самимий қиёфада бўлишлари, кийимлари тоза, яъни уларнинг барча ҳислатлари беморга хуш ёқиши керак».

- Нутқ маданияти: ҳам ҳамширанинг асосий ҳислати бўлиб, у аниқ лўнда, содда, равон, тушунарли ва ишончли гапириши лозим.

Ҳамшира қаттиқ овозда, дағал, қўпол, жеркиб гапириши асло мумкин эмас. У беморга лақаб қўйиши, камситиши тақозо этилмайди, чунки бундай муносабатлар беморнинг кайфиятини тушуриб, ишончсизлик туйғусини келтириб чиқариши мумкин ва унинг аҳволи оғирлашади. Баъзи тиббий ходимлар беморни менсимамай унга тушунарсиз сўзларни қўллаб гапириши мумкин (гўёки замонавий сўзларни), бу эса беморда салбий муносабатларни ва ишончсизликни келтириб чиқаради.

Ҳамширалик этика ва деонтологиясини Флоренс Найтингейл тасвирлаган қуйидаги асосий принциплари мавжуд:

1. Инсонийлик, меҳр-оқибатлик, ғамхўрлик, мурувватлилик, муҳаббат, софқўнгиллик.
2. Қайғуга шерик бўлиш.
3. Раҳмдил.
4. Беминнат.
5. ишчанлик, меҳнатсеварлик.
6. Эътиборлик.

6.4 Тиббиёт этикасининг асосий принципи

1. Фалсафа принципи – Ахборотларга рози бўлиш. Пациент ўз аҳволи, даво муолажалари тўғрисида маълумотга эга бўлади, баъзан пациентнинг касаллиги сир тутилади. Беморга даво муолажалар ва уларнинг аҳамияти

тушунтирилади, пациентга эса давони танлаш ва розилиқ бериш ҳуқуқи берилади.

2. Давонинг аҳамияти ва мақсадини.

3. Даво билан боғлиқ асоратларни ва кутилаётган хавфни.

4. Бу даво билан бирга бошқа муолажалар ҳам мумкинлиги ва уларнинг биридан фарқи ва афзалликларини.

5. Юкоридагиларга асосан беморга қайси давони танлаш имконияти берилади, бу айниқса жаррохликда қўлланилади.

6. Раҳмдиллик принципи – Бу фақат яхшилиқ қилишга асосланган. Ҳамшира қайғу ва кулфатда ҳамдard бўлиши лозим, яхшилиқ қилиши керак, беморга ҳар қандай вазиятда ёрдам бериши шарт.

7. Мансаб доирасидаги жиноятлардан эҳтиёт бўлиши – Тиббиёт ходимлари атрофдагиларни хавфдан химоя қилиши, улардаги оғриқ ва азобларни бартараф қилиши лозим.

8. Адолатлилик – Барча пациент ва беморларга нисбатан кенг ҳуқуқлилик, ҳаммани баравар хурмат қилиш, тиббиёт воситаларини барча беморларга бир хил тақсимлаш, уларнинг мансаб ва обрўсига аҳамият бермаслик.

9. Ростгўйлик – Пациентга нисбатан тўғри, рост гапириш. Ҳамшира муолажалари ҳақида уларни доимо очикчасига хабардор қилиши керак.

6.5 Биоэтика тушунчаси

«Биоэтика» ёки ҳаёт этикаси тушунчасини 1969 йилда В.Р.Поттер томонидан киритилган. Биоэтиканинг ўрганиши предмети – инсонлар ўртасидаги муносабатлар тушунчасини ифодалайди. Тиббиёт ва этика ўртасида минг йиллардан бери алоқа мавжуддир.

Тиббиёт – одамларда учрайдиган касалликлар ва уларнинг давосини ўрганади.

Этика – Юнонча сўздан олинган бўлиб «ethos-урф-одат» деган маънони билдиради. Меъёр, қоида, одоб-ахлоқлар одамлар ва жамиятлар ўртасидаги муносабатларни белгилайди.

Тиббиёт этикасига барча тиббиёт ходимлари риоя қилишлари лозим. Этика категориялари қуйидагилар: Мажбурият, бурч, қадрият, виждон, бахт, омад.

- яхшилиққа интилиш, яхшилиқ қилиш, ёрдам бериш. Жамиятда инсон ҳаракатининг қадриятлари бўлиб, бунда тиббиёт ходими беморнинг қалбига кириб бориши, ишончини қозониши лозим. Пациент ҳамширага ўз соғлиғини ишониб топширади, пациент ҳамширадан юқори даражада малака, тажриба, хушмуомалалик кутади.

Қадрият тушунчаси – Бу инсонларнинг жамиятдаги бурч ва вазифалари қоидалари йиғиндисидир. Инсонларнинг ҳар бир ҳаракати, фаолияти уларнинг ҳуқуқ ва бурчларидан келиб чиқади.

Инсон жамиятдаги қабул қилинган меъёрий чегарадан чиқмаслиги лозим, бунда инсоннинг ички ҳиссиёти, ақли ёрдам беради. Ҳамшираларнинг этник (одоб) кодекси, яхшилиқ қилиш, ёрдам бериш бурчи – бу кенг тушунча бўйлаб, уни бурч тушунчаси, деонтология билан аралаштирмаслик лозим.

Шифокорлик (даволаш) бурчи – Бемор ва шифокор ўртасидаги мулоқотдан, тарихий меъёр, талабдан, шифокор ва жамият ўртасидаги муносабатдан келиб чиқади. Касбий бурч – инсонийликка (гуманизмга) асосланади.

Шифокор ва ҳамшира ҳеч қачон тиббий ёрдамни ҳеч кимдан хатто рақибидан ҳам аямаслиги лозим. Шифокор ва ҳамширанинг бу мажбурияти Гиппократ қасамёдида, Женева декларациясида, Президентимиз томонидан такомиллаштирилган қасамёдда ўз ифодасини топган, лекин ҳозирги вақтда бундан четга чиқиш холлари учрайди: М: хусусий шифокорлик амалиётида агар пациент тегишли гонорарни тўпламаса, шифокор ёки ҳамширалар ёрдам беришдан, хизмат кўрсатишдан бош тартади.

Ҳозир «Биотиббиёт этика»сида 4 та модел мавжуд:

1. Гиппократ модели – Бу моделнинг асосий принципи – «Ёмонлик қилма»га асосланган. Даволаш принциплари тиббиёт отаси Гиппократ томонидан қабул қилинган. Бу қоидалар ҳозирги даврда долзарб мавзудир (460-377 й).
2. Парацельс модели (1493-1541 й) – «Яхшилиқ қилиш» – принципи ўрта асрларда келиб чиққан. Пациент ва шифокор ўртасидаги эмоционал мулоқотни билдириб, унинг асосида бутун даволаш жараёни тузилади.
3. Деонтологик модель – 1840 йилда (Петров томонидан) тадбиқ қилинган. Шифокорлик бурч ва мажбуриятларига асосланган моделдир.
4. Биоэтика – Анъанавий биотиббиёт этикасининг замонавий шаклидир. Унинг асоси инсон ҳуқуқларини ва қадриятларини ҳурмат қилишга асосланган. Биоэтика фалсафий билимларнинг асосий бўғинидир. У пациентнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун замонавий тажриба ва назарияга асосланган ҳолда, янги техника, трансплантология, генетика каби фанларни қўллаб фаолият кўрсатишни тақазо қилади. Ҳозирги даврда аборт, уруғлантириш, сунъий уруғлантириш, клонлаштириш, сексология, эвтаназил борасида муаммолар мавжуд. Бу муаммолар жамият, ота-оналар, қариндошлар ва шифокор олдидаги муаммодир. Бунинг барчаси пациентнинг розилиги, ихтиёрига асосланиши шартдир.

Замонавий тиббиётда нафақат беморга ёрдам бериш, балки паталогияларни бошқариш жараёни муаммоси ҳам мавжуд. Биоэтика тиббиётни инсон ҳуқуқлари билан боғлаб, шифокор ва пациент ўртасидаги муносабатни белгилайди.

Назорат учун саволлар

1. Этика ва деонтология ривожланишининг қисқача тарихи
2. Ҳамширанинг ҳуқуқи
3. Ҳамширанинг бурчи
4. Ҳамширанинг деонтологик талаблари
5. Тиббиёт этикасининг асосий принципи
6. Биоэтика тушунчаси

7. «Биотиббиёт этика»сида моделлар

Таянч сўзлар: этика, биоэтика, деонтология, клон, ҳуқуқ, бурч.

7 БОБ. ҲАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ

7.1. Ҳамширалик жараёни тарихи

Ҳамширалик жараёни ҳамширалик ишининг ажралмас шахсидир.

Ҳамширалик жараёни 50-йилларнинг охирида АҚШда ишлаб чиқилди.

Ҳамширалик жараёни бу ҳамшира амалиётда қўллайдиган ва илмий асосланган усул бўлиб, соғлиқни сақлаш амалиётида ҳамшира ўрнининг янги тушунчасини беради ва ундан нафақат амалий томондан яхши тайёргарликни, балки бемор парваришига ижобий ёндошиш, беморга алоҳида шахс сифатида муносабатда бўлишни талаб этади.

Ҳамширалик жараёни босқичлари ва мониторинги

Тиббий ҳамшираларнинг яраларни боғлаш, дорилар тарқатиш, чўмилтириш, овқатлантириш ва юришга ёрдам бериш каби муолажаларни бажариб, бемор парвариш қилишларидан фахрланишлар одатий ҳол бўлиб қолган. Лекин бу муолажалар асосан шифокор томонидан тавсия этилади. Эндиликда тиббий ёрдам кўрсатиш тизими ўзгарди, шу билан бирга тиббий ҳамширалар ҳам ўзгардилар. Ҳозирги пайтда тиббий ҳамширалар хусусий муассасаларда ва давлат муассасаларида соғлом ҳамда бемор мижозлар билан ишламоқдалар. Ҳамширалар тиббий ёрдам кўрсатишдан ташқари координатор, ўқитувчи, маслаҳатчи, адвокат, текширувчи вазифаларини ҳам бажармоқдалар. Амалиёт мураккаблашиши билан ҳамширалар ўз иши натижасини тушуниш ва яхшилаш учун ҳамширалик жараёнини тадқиқ эта бошладилар.

1955 йилда Холл томонидан ҳамширалик жараёни атамаси ишлатила бошлаши билан кўпгина тиббий ҳамширалар «ҳамширалик иши» нимани англатиши ва бунда нималар ҳамширалар муваффақиятига имкон бўла олишини англашга киришдилар. 60-йиллар назариячилари ҳамширалик соғлиқни сақлаш мутахассислари орасида алоҳида ўринга эга эканлигини таъкидлай бошладилар. Шунингдек, ҳамширалик амалиёти жараёнига махсус қадамлар ёздилар. Yura ва Walsh ларнинг ҳамширалик бўйича тўртта қадам – маълумотлар тўплаш, режалаш, даволаш ва баҳолашлари ёритилган биринчи

китоби 1967 йилда чиқди. Бунда ҳамшира ташҳиси элементи маълумотлар тўплаш босқичининг мантикий якуни деб қаралган. Шу билан бир вақтда Gebbie ва Lavin лар (1974й) ҳамшира ташҳисини жараённинг алоҳида қадами деб ҳисобладилар. Бу ва бошқа изланишлар бугунги кунда маълумотлар тўплаш, ташҳис, режалаш, амалга ошириш ва баҳолаш каби беш босқичли ҳамширалик жараённинг ишлаб чиқилишига олиб келди. Ҳамширалик жараёни босқичлари 1973 йилда Америка тиббий ҳамширалари уюшмаси Конгресси ҳамширалик жараёни ижро этилишидаги раҳбарлик учун ҳамширалик амалиёти стандартларини ишлаши вақтида қонунлаштирилди. Бу стандартлар 1991 йилда қайта кўриб чиқилди. Соғлиқни сақлаш ташкилотларини аккредитлаш бўйича қўшма ҳайъат тиббий ёрдам кўрсатиш жараёни ҳамширалик жараёнига мос ҳужжатлаштирилишини талаб қилаётган бўлса, Миллий ҳамширалик лигаси таълим дастурларига ҳамширалик жараёни татбиқ этилишини юклармоқда. 1982 йилда профессионал ҳамширалик амалиёти бўйича давлат назорат ҳайъати қайта кўриб чиқилди. Қайта кўрилган назоратлар беморлардан маълумотлар тўплаш, ҳамширалик ташҳиси қўйиш, ҳамширалик парваришини режалаш, амалга ошириш ва баҳолаш амалий кўникмаларини текшириш тартибида тузилди.

Ҳамширалик ташҳиси атамаси адабиётларда биринчи марта 50-йилларда пайдо бўлди. 1976 йилда Aspinal ҳамшира ташҳисини ҳамширалик жараёнидаги «заиф бўғин» сифатида таъриф этди. 1966 йилда Hammond ҳамширалар ахборот излашда синчков ва назарий билимларнинг мустаҳкам асосига эга бўлишлари лозимлиги, анамнез йиғиш ва ташҳис қўйиш шунга боғлиқлигини эътироф этган. Ҳамширалик жараённинг интеграл компоненти бўлган ҳамширалик ташҳиси эволюциясидаги асосий элементлар қуйидагилар ҳисобланади.

- 1972 йилда ҳамширалик амалиёти бўйича Нью-Йорк Давлат актлари ташҳис профессионал ҳамширалик қонуний доирасининг бир қисми

эканлигини белгиладилар. Кейинчалик кўплаб штатларда ҳуқуқ ва бурч шу тарзда қайта кўрилди.

- 1973 йилда Америка тиббий ҳамширалари уюшмаси Амалиёт стандартларига профессионал ҳамширалик функцияси сифатида диагностикани киритди. 1973 йилда Gebbie ва Lavin (Шим. Луис университети) тиббий ҳамширалар компетенциясига кирган касалликларни аниқлаш, стандартлаш ва таснифлаш миллий тадбирлари бошланиши ҳисобланган Ҳамширалик ташҳисини таснифлаш бўйича Биринчи миллий конференцияни чақирдилар. Конференция икки йилда бир ўтказилиб, ҳамширалик ташҳисининг баёни, таснифи ва тавсифи бўйича ижобий силжишларга эришилди. Кейинчалик Ҳамширалик ташҳиси бўйича Америка уюшмаси деб ном олган Миллий гуруҳ 1973 йилдаги Биринчи мажлисида ўз олдига қуйидаги масалаларни қўйди:

- Ахборот йиғиш ва уни ҳисоб палаталари орқали тарқатиш.
- Ҳамширалик ташҳиси йўлга қўйилишини енгиллаштириш учун регионал ва давлат даражасидаги таълим тадбирларини қўллаш. Бу тадбирлар таркибига кўшимча диагностик номларни аниқлаш бўйича йиғилишлар ва тиббий ҳамшираларни ҳамшира ташҳисига ўқитиш амалий семинарларининг ташкиллаштирилиши киради.
- Ҳамширалик ташҳисининг қайта ишланиши, таснифланиши, илмий синовдан ўтказилиши давом эттирилиши тадбирларини ташкиллаштириш ва қўллаш. Бу тадбирлар ташҳис учун мезонлар аниқланиши бўйича миллий конференцияларни режалаш, жорий илмий тадқиқотларни назорат қилиш ва таснифлашнинг турли усулларини ўрганишдан иборат.

7.1. Ҳамширалик жараёни мақсадлари

Ҳамширалик жараёни ҳамширалик ишининг асосий тушунчаси бўлиб, ҳозирги пайтда у ҳамширалик ёрдамнинг асоси ҳисобланади.

Ҳамширалик жараёни бу амалда беморга кўрсатиладиган ёрдам.

Ҳамширалик жараёни бу амалий соғлиқни сақлаш ҳамшираларининг ўрнини кўрсатади ва ҳамширадан яхши тайёргарликни талаб қилади.

Ҳамширалик жараёни қуйидагиларни ўз олдига мақсад қилади:

1. Бемор парваришида уни эҳтиёжларини аниқлаш.
2. Парваришнинг бир қатор эҳтиёжларидан ва натижалардан кераклигини аниқлаш ва натижани олдиндан кўра билиш..
3. Тиббий ҳамширани бемор эҳтиёжларини қондириш учун қаратилган ҳаракатлари режасини аниқлаш.
4. Ҳамшира бажарган ишини самарадорлигини, ҳамшира аралашувини профессионализмни баҳолаш.
5. Кўрсатган ёрдамни сифатини эътироф этиш ва назорат қилиш.

Ҳамширалик жараёни нима учун соғлиқни сақлаш амалиётига киритиш афзаллиги қуйидагиларда баён этилган:

1. Ҳамширалик парваришига индивидуал ва кетма-кетлик билан ёндошиш.
2. Парваришни режалаш ва кўрсатишда беморни, оиласини фаол қатанишиши зарур.
3. Профессионал фаолиятнинг стандартлари кенг қўлланилишига имконият яратилади.
4. Беморнинг истаклари ва муаммоларини ечишда вақт ва ресурсларни тўғри самарали қўллаш амалга оширилади.
5. Ҳамширанинг профессионаллиги ва сифатли ёрдами гаровланади.
6. Тиббий хизматнинг хавфсизлиги кафолатланади.

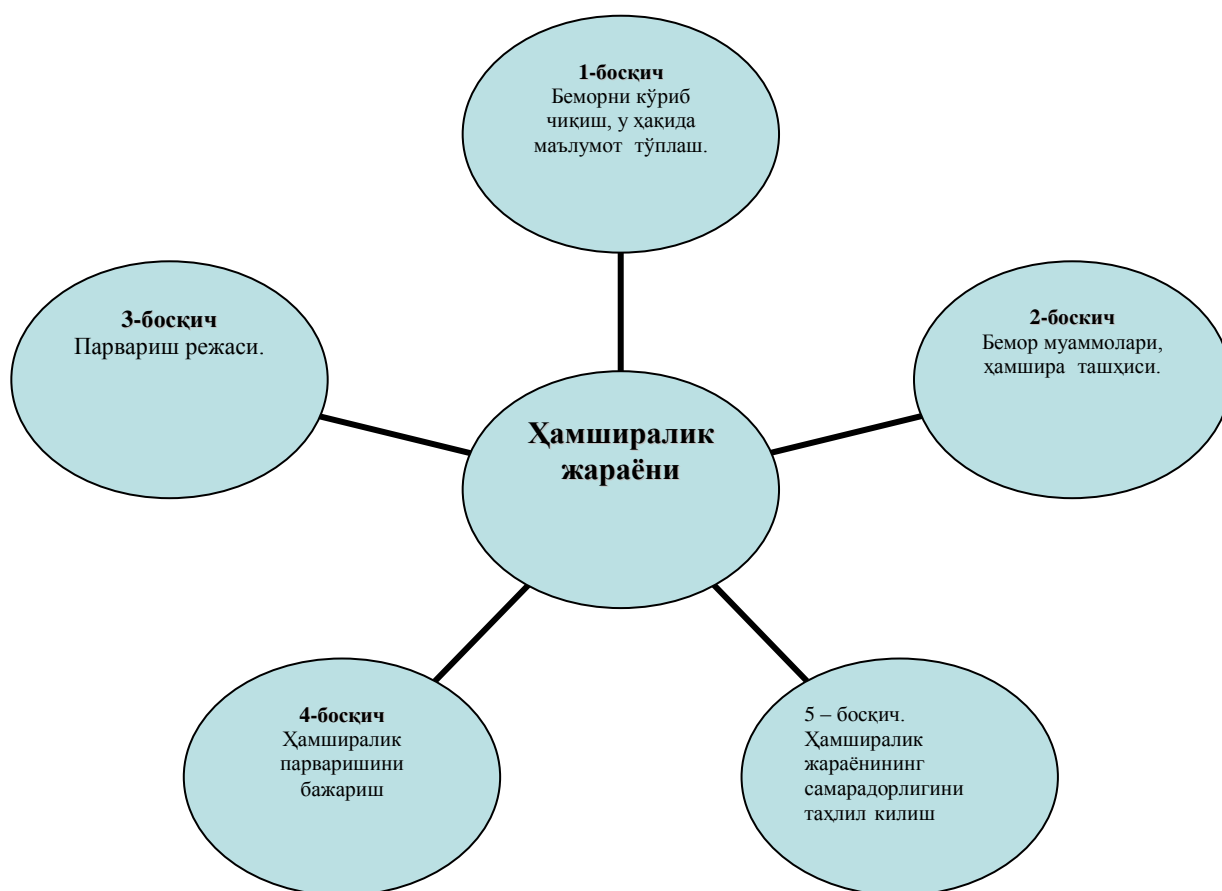
7.3. Ҳамширалик жараёни босқичлари

кутилган натижаларнинг оқибатларини, учинчидан бемор эҳтиёжларини қондиришга йўналтирилган парвариш режасини аниқлайди, тўртинчидан ҳамширалик ишининг самарадорлиги, касбий маҳоратини аниқлайди.

Энг асосийси у ёрдам кўрсатишнинг сифатини назорат қилишини кафолатлайди.

Ҳамширалик жараёнининг афзаллик томонлари:

Ҳамширалик жараёни 5 босқичдан иборат:



Ҳамширалик жараёни: биринчидан беморнинг парваришига бўлган эҳтиёжларини, иккинчидан у беморнинг асосий эҳтиёжлари ва ундан - Ҳамшира парвариши ва унинг оиласининг парваришини режалаштириш ва таъминлашда фаол қатнашиш таъминланади. Касб фаолияти меъзонларини (стандарт) кенг қўллашга имконият яратилади.

- Беморнинг асосий муаммо ва эҳтиёжларини қондиришга йўналтирилган вақт ва воситалардан самарали фойдаланилади.
- Тиббий ҳамширанинг ёрдами ва маҳорат сифати кафолатланади.
- Ҳамширанинг тиббий хизматга оид касбий, маҳорат, жавобгарлик ва ишончлик даражаси намоён бўлади.
- Тиббий хизмат кўрсатишнинг хавфсизлиги таъминланади.

Хендерсон фикрича ҳамширалик кундалик фаолияти 14 турдан иборат:

1. Меъёрий нафас.
2. Тоза ичимлик суви.
3. Организмнинг меъёрий фаолияти.
4. Ҳаракат қилиш.
5. Уйқу ва дам олиш.
6. Тўғри қийиниш.
7. Гавда ҳароратини меъёрда сақлаш.
8. Шахсий гигиенага амал қилиш, ташқи қиёфага эътибор бериш.
9. Ташқи салбий омиллар таъсиридан сақланиш.
10. Бошқалар билан мулоқотда бўлиш, эмоция билдириш, кўрқув, фикр, заруриятини билдириш.
11. Диний, религиоз анъаналарга содиқлик.
12. Натижа берувчи фаолият.
13. Қизиқувчанлик, эҳтиёжларини қондириш, соғлиқни мустаҳкамлаш воситаларини қўллаш.
14. Ўйин ёки бошқа дам олиш турларида қатнашиш.

Ҳамширалик жараёнининг дастлабки босқичи – ҳақиқий аҳволни баҳолайди. Бунда ҳамшира анамнез тўплаш ёрдамида керакли маълумотларни туплайди (структурланган интервью суҳбат). Бунда бемордан, ота-онаси, қариндошлар, кўшнилари ёки касаллик тарихидан фойдаланилади.

Беморни текшириш усуллари қуйидагича: Субъектив, объектив ва қўшимча текшириш усуллари.

7.3.1 Ҳамширалик жараёни 1-босқич. Беморни кўриб чиқиш, у ҳақида маълумот тўплаш.

Субъектив маълумотлар: Пациент тўғрисидаги умумий маълумотлар киради:

- Ҳозирги шикоятлари – физиологик, руҳий, ижтимоий, диний ва ҳ.к.
- Беморнинг сезгилари: Бемордаги турли ўзгаришларга боғлиқ бўлган, мослашув ўзгаришлари, қониқарсиз туйғулар, ўзгаришларнинг келиб чиқиши, саломатлик ёки касаллик даврининг ўзгариши билан боғлиқ шикоятлар.
- Ҳамширанинг маълумот тўплаш жараёни жуда муҳим жараён бўлиб, махсус схема асосида (ВОЗ томонидан қабул қилинган) ҳамширалик ишида қўлланилади.
- Пациент тўғрисидаги маълумотлар тўлиқ, аниқ ва кенг баён этилиши лозим.
- Беморнинг аҳволи тўғрисидаги маълумотлар турли манбалардан олинishi мумкин: (беморнинг ўзидан, оила аъзоларидан, навбатчи шифокор ёки ҳамширадан, тиббий хужжатлардан, кўриш ёрдамида ва диагностик тестлардан). Маълумотлар базаси субъектив маълумотлар тўпламидан бошланади. Бу маълумотлар беморнинг умумий аҳволи, руҳияти, интеллектуал, эмоционал, ижтимоий, руҳий, жисмоний ҳолатига баҳо беришда ёрдам беради. Пациентнинг ташқи кўринишига, ҳолатига, ташқи муҳит билан алоқасига эътибор беради.
- Маълумот туплашда ҳамшира турли мулоқот усулларини (суҳбат, юз қиёфаси, сўзлашиш акценти ва ҳ.к.) кўллаб беморнинг ишончини қозониши лозим. Ҳамшира ва бемор ўртасида илиқ муносабат бўлиши лозим, бусиз керакли давога эришиб бўлмайди.
- Субъектив: Маълумот тўпламига қуйидагилар киради:
 - Пациент тўғрисидаги маълумот.
 - Пациентдан сўраш ва маълумот олиш.
 - Ҳозирги даврдаги имкониятлар.
 - Касаллик тарихи (кечиши).

- Бемордаги ижтимоий турмуш тарзи, одатлари.
- Аллергоанамнез.
- Гинекологик ва эпид анамнез.
- Оғриқлар хусусияти.

Ҳамширалик жараёни қуйидаги босқичлардан иборат:

ҳамширалик текшируви:

- а) Сўраш, анамнез тўплаш орқали керакли маълумотларни олади.
- б) Объектив маълумот натижалари – унга бўй узунлиги, вазни, юз қиёфаси, эс-хуши, ўриндаги ҳолати, тери ранги, нафас сони, пульс, А/Б, табиий ҳолатлар ва ҳоказо.
- в) Пациентдаги руҳий – ижтимоий ҳолатни баҳолаш: Бунда пациентдаги ижтимоий-иқтисодий маълумотлар, хатарли омиллар, атроф-муҳитнинг таъсири, ундаги турмуш тарзи, зарарли одатлар, миллий қадриятлар, оилавий аҳволи, иш шароити, турмуш шароити ва ҳоказо.
- Эмоционал-руҳий кайфияти.

Зарур маълумотларни олиш бемор тушган кундан бошлаб то шифохонадан чиққунча давом этади.

Тўпланган маълумотлар таҳлил қилинганда пациентнинг ҳаётига хавф солувчи омиллар, парвариш қилиш шароитлари белгиланади.

7.3.2 Ҳамширалик жараёни II – босқич . Бемор муаммолари, ҳамшира ташҳиси

Ёки пациентнинг муаммосини аниқлаш. Тўпланган маълумотлар таҳлил қилинганда, шу асосда пациентдаги муаммолар аниқланади. Муаммолар яққол ифодаланган (ҳозирги даврдаги, аниқ) ёки потенциал (яширин ёки келгусида мумкин бўлган) бўлиши мумкин.

Буларни аниқлаш учун ҳамшира шифокор ташҳисига таянади, пациентнинг турмуш тарзи, хатарли омиллари, аҳволини оғирлаштирувчи омиллар, эмоционал ва руҳий ҳолатлар аниқланади.

Ҳамширалик ташҳиси

- Пациентнинг ҳозирги ва кутилаётган аҳволидир.

1087 йилда NANDA–Ғарбий Америка ҳамширалик ташҳис ассоциацияси, асосан келиб чиқиш сабабларини ўрганиш асосида ташҳислар рўйхатини ишлаб чиқди.

Масалан:

1. Хатар (тревога). Бўлғуси операция олдида пациент аҳволдан хавфсираш.
2. Хавф (М. Ётоқ яраси келиб чиқиши хавфи).
3. Органлар фаолиятининг бузилиши.

Халқаро Ҳамширалик Иттифоқи 1999 йилда ҳамширалик жараёнининг Халқаро классификаторини ишлаб чиқди. Бунга асосан барча халқлар учун умумий тиббий ҳужжатлар, умумий бир хил тили белгиланган. Бунга асосан – Ҳамширалик ташҳис – соғлиқ ёки ижтимоий жараёнлар туфайли келиб чиқадиган ҳамширалик фаолияти билан боғлиқ касбий тушунчалар.

7.3.3 Ҳамширалик жараёни 111 – 1У босқичлари. Парвариш режаси.

Ҳамширалик парваришини бажариш

Ҳамширалик парваришини ташкил қилиш.

Ҳамширалик мақсадига эришиш учун (қайси парвариш турини танлаш учун) ишини тартиб билан режалаштиради.

Режалаштириш:

1. Ҳамширалик фаолияти турини аниқлаш.
2. Пациентни парвариш режасини муҳокама қилиш.
3. Бошқа парвариш режалари билан танишиш.

Бажариш:

1. Белгиланган муддатларда парвариш режасини бажариш.
2. Белгиланган режа бўйича ҳамширалик парваришини мувофиқлаштириб туриш.

3. Режалаштирилмаган, лекин лозим бўлган парвариш турларини ҳам мувофиқлаштириш.

7.3.4. Ҳамширалик жараёни V босқич. Натижаларни баҳолаш

Ҳамширалик жараёнининг охириги босқичидир. Унинг таркибий қисмлари.

1. Эришилган натижаларни режалаштирилган натижалар билан қиёслаш.
2. Режалаштирилган фаолиятларнинг афзаллигини баҳолаш.
3. Мабодо кутилган натижага эришилмаса, режалаштириш ва баҳолашни яна давом эттириш.
4. Ҳамширалик жараёнининг барча босқичларига танқидий назар солиш ва лозим бўлса тузатиш киргизиш.

Барча босқичлар ҳамширалик ҳаритасида белгилаб борилади (ҳамширалик касаллик ҳаритасида), ҳамширалик парвариши режаси бу ҳаританинг таркибий қисмидир.

7.2. Ҳамширалик касаллик ҳаритаси

Маълумотлар тўплаш – маълумотларнинг тартибли ва давомли тўпланиши, тасдиқланиши ва ахборотидир. Бу маълумотлар саломатлик ҳолати қанчалик соғлиқни химоя қилиш бўйича кўрилган чоралар билан яхшиланганлиги ёки касаллик билан мавхумлашганлигини акс эттиради. Маълумотлар йиғмаси мижоз учун ҳар томонлама ва эффектив даволаш режасини ишлаб чиқиш ҳамда йўлга қўйишга имкон берадиган тиббий ҳамшира ва соғлиқни сақлашнинг бошқа мутахассислари томонидан мижоз ҳақида тўпланган маълумотларга киритилиши мумкин бўлган барча ахборотларни ўз ичига олади. Мижоз ҳақида маълумотлар тўплаш кейинги барча маълумотларнинг тўлиқлиги ва аниқлиги билан боғлиқ бўлганлиги сабабли ҳамширалик жараёнида зарур қадам ҳисобланади. Маълумотларни ҳар томонлама тўплаш натижасида ҳамшира мижознинг ўз саломатлигини кузатиш қобилияти ва

хамширалик парваришига эҳтиёжини, ҳамшира учун мижоз соғлиги ҳолати тўғрисида мулоҳаза қилиш, зарурат бўйича уни шифокор ёки бошқа мутахассис маслаҳатига юбориш, унга индивидуал даво режаси тузиш ва бажариш имконини берадиган маълумотлар асосини яратади. Мижоз саломатлиги ҳолатининг бирламчи баҳосига қўшимча қилиб ҳамшира жорий баҳолашни бажаради. Саломатлик ҳолати бўйича мижоз муносабати ёки касаллик ўзгаришида жорий баҳо ҳамширага кўмак бўлади ва бошқа мутахассис тавсия этган хамширалик парвариши ёки даволаш чараларига зарур ўзгаришлар киритишни мўлжаллайди.

Ҳамширалик жараёнининг маълумотлар тўплаш босқичида ҳамшира анамнез йиғиш учун сўров йўли, ҳамширалик физикал кўрик усуллари билан маълумот йиғади. Мижознинг кўмакчилари, тиббий варақаси, даволаниши билан шуғулланувчи бошқа мутахассислар ҳам маълумот тўплаш манбалари бўла олади. Ҳамшира томонидан тузилган маълумотлар йиғмаси мижоз саломатлиги ҳолатининг тез ўзгариши муносабати билан кейинчалик тўлдирилиш ва янгиланиши мумкин. Ишга алоқадор барча маълумотлар варақага киритилади, шунингдек, қизиққан шахсларга зурур бўлганда оғзаки тарзда ахборот берилади.

Маълумотларнинг хусусиятлари

Мижоз тўғрисида тўпланаётган маълумотлар тўлиқ, аниқ, ўринли ва ишончли кўрсатмаларга асосланган бўлиши лозим.

Маълумотлар тўлиқлиги. Маълумотлар мижоз соғлигини тушуниш ва уни яхшилаш бўйича ҳамширалик парвариши режасини тузиш учун зарур. Масалан, мижоз вазни камайган ҳисоблайлик. Буни билиш ҳамшира вазн бирор белги (симптом) ёки мақсадли камайтирилганлигини (1), унинг парҳез ўзгартирилиши, жисмоний зўриқиш ёки патология асоси билан боғлиқлиги (2), вазн камайишига мижоз қандай қараётганлигини аниқламагунча аҳамиятсиз, фойдасиздир.

Маълумотларнинг аниқ ва ишончлилиги. Мижоз ҳам, ҳамшира ҳам маълумотларни мақсадли ёки билмаган ҳолда нотўғри тасвирлаши мумкин.

Масалан, озғинликни ёқтирадиган мижоз вазнини камайтириб айтиши мумкин. Ҳамшира сўров йўли билан эшитган ва кузатганларини доимий тарзда турли усуллардан фойдаланиб тасдиқлаб бориши керак, иккиланиш ҳолатларида бошқа ҳамшира билан маслаҳатлашиши зарур бўлади. Кузатилган ҳолатдан хулоса қилишдан уни ёзиб қўйган маъқул бўлади. Масалан, қуйидагича ёзиб қўйиш мумкин: «Мижоз деворга қараб ётган ҳолатни тез-тез кузатиш мумкин. Уни суҳбатга тортиб бўлмайди. У бугунги тушликдан бош тортди, кечки овқатга фақат шўрва ичди». Ҳамшира мижознинг аҳволини «Мижозда депрессив ҳолат» деб хулоса қилиши ҳақиқий ҳисобланмайди. Мижоз аҳволи ҳақидаги ёзув тиббий ходимларга ҳолатнинг бошқа сабабларини ахтаришга имкон яратади.

Маълумотлар тўплаш услублари

Ҳар томонлама тўлиқ маълумотларни тўплаш мушкул вазифа эканлиги сабабли ҳамшира мижоз ҳақидаги маълумотларнинг қайсилари ёки қанчаси олинishi кераклиги (зарур маълумотлар)ни аниқлаши лозим. Фақат тажрибали ўқитувчилар ҳамшираларни ҳар бир муайян ҳолат учун қандай маълумотлар тўпланиши зарурлигини ўргатишади. Қуйида маълумотлар тўплаш услублари баён этилади.

Кузатув – бу маълумотлар тўплаш учун беш хил сезги аъзоларидан онгли ва мақсадли фойдаланишдир. Тажрибали ҳамшира ҳар бир кўриқдан мижозни кузатиш ва маълумотларни таҳлил қилиш учун фойдаланади. Талабалар машқ қилиб, синчиклаб кузатиб ўзларида мутахассисликнинг қуйидаги кўникмаларини мустаҳкамлашлари мумкин:

- Мижознинг ўз аҳволига муносабати қандай (жисмоний ва эмоционал)? Нохушлик белгилари – қийин нафас олиш, қон кетиши, оғриқ, ўта нотинчлик ва шунингдек, меъёрдан ҳар қандай чиқиш холлари – тўсатдан тошма чиқиши, англаш даражасининг ўзгаришлари ва бошқаларга эътиборда бўлинг.
- Мижознинг ўз соғлиғини кузатиш қобилияти қандай (қўшимча ахборот ёки ҳамширалик парваришига эҳтиёж)?

- Атроф ҳолати қанақа? Атроф ҳолат муҳофазаси – кирралар, кескин жойлар борлигини, шунингдек, иш жихозлари (қон-томирлар муолажаси бўйича, кислородли терапия, дренажлаш) аҳолини қараб чиқинг. Хонада бемор билан ким бўлади? Хона хавосининг ҳарорати, хиди.

Ҳамширалик анамнези. Ҳамширалик анамнези алдиндан режалаштирилган суҳбат бўлиб, интервью олиш ҳам дейилади. Маълумотлар тўплаш босқичида ҳамшира мижоз билан ҳамширалик анамнези йиғиш мақсадида суҳбатлашади, индивидуал парваришни режалашда барча эҳтиёжларни ҳисобга олишни мўлжаллаб айна мижоз соғлиғи ҳолати хусусиятларини йиғади ва тиббий варақадаги ёзувга киритади. Ҳамширалик анамнези қисқа вақт ичида йиғилади ва физикал назорат этилади. Ҳамширалик анамнези, масалан, ирсият ёки атроф-муҳит омиллари каби мижознинг мустаҳкам ва заиф томонларини, саломатликка таҳдид омилларини, шунингдек, саломатликнинг айна муаммоларини равшан кўрсатиш керак. Ҳамширалик анамнезининг вазифаси – кишини чуқурроқ ўрганиш. Мижоз ҳақидаги зарур маълумотларни тўплаш, муомала ва махсус кўникмаларидан фойдаланишни талаб этади.

Ҳамшира маълумот олиши тўрт даврга бўлинади – тайёрланиш, киришиш, ишчи ва тугатиш давлари.

Тайёрланиш даврида ҳамшира аввалига мижознинг тиббий варақасида келтирилган маълумотлар билан танишади. Бу даврда ҳамшира-мижоз муносабатини эркинловчи тажрибага берилмаслик зарур. Ҳамширанинг шахсий ҳиссиётлари бемалол эътироф этилиш керакмас. Мутахассис ҳамширалар турли шаклларда ифодаланувчи очиқ кўнгиллик билан ёндашишга ва мижознинг эҳтиёжларини тушунишга ўрганадилар. Тайёрланиш даврида ҳамшира суҳбат ўтказиладиган шароит тинч ва шинам бўлишига ишонч ҳосил қилиши керак. Оила аъзолари ёки кўмакчилари иштирок этишини мижоз талаб қилмаган ҳолларда суҳбат яккама-якка, алоҳида жой ёки хонада ўтказилиши лозим. Креслолар қўйилганлиги ва ҳамшира билан мижоз оралиғи қандайлигига ҳам эътибор бериш керак.

Сухбатлашишга қулай бўлиши учун креслолар бир-бирига нисбатан 90-120 см масофада ва тўғри бурчак ҳосил қилиб жойлашиши зарур. Агар мижоз ётган ҳолатда бўлса, ҳамшира ўтирадиган стул унга нисбатан 450 бурчак ҳосил қилиб жойлаштирилади. Сухбат вақтини шундай танлаш керакки, ҳамшира ҳам, мижоз ҳам чалғимасдан савол-жавоб қила олишлари лозим. Сухбат давомийлигига баъзида 10-15 дақиқа етарли, баъзи ҳолларда бунинг учун бир соат ва ундан кўп вақт зарур бўлади. Шунингдек, ҳамшира мижозга айниқса оғрик, чарчашни сезган бўлса, маълумотларни бир неча учрашув ўтказиб тўплаш мумкин.

Киришиш даври фақатгина сухбат жараёнига эмас, балки ҳамшира-мижоз муносабатининг кейинги аҳволига ҳам таъсир этиши билан аҳамиятлидир. Бу даврдан сўнг мижоз ҳамширанинг исмини билиши, унинг ўз ишига пухта эканлигига ишонч ҳосил қилиши керак. Ҳамшира сухбатда ўзи ва лавозими билан таништиришдан, сухбатнинг мақсадини, ҳамшира ва мижоз ўрнини тушунтиришдан бошлайди.

Сухбат қуйидаги тарзда бошланиши мумкин:

«Ассалому-алайкум. Мен бу шифохонадаги Сизнинг ҳамширангиз Абдуллаева Шахнозаман. Ҳамширалик парваришини режалашимиз учун ҳозир Сиздан баъзи нарсаларни сўрамоқчи эдим. Бу, тахминан, 20 дақиқагача вақтни олади. Сиз толиқиб қолмайсизми? Сухбат бошлашимиз олдидан қандай зарурат бўлса бемалол киришишингиз мумкин».

Ҳамшира қолдирган илк таассурот, айниқса, мижоз биринчи марта шифохонага келган бўлса, жуда аҳамиятлидир. Кейинги ҳамшираларга мижоз илк таассурот асосида муносабатда бўлади. Агар сухбат вақтида ҳамшира мижозга ўз ҳурматини билдирса, чин дилдан ташвишланаётганлигини сездира олса, мижоз ҳам ўз муомалаларини бемалол мулоҳаза этади. Киришиш даврида ҳамшира мижознинг қулайликлари ва сухбатлаша олиш қобилиятини баҳолай билиши аҳамиятлидир. Шунингдек, баъзи маълумотлар сир тутилиши кафолати, ёзувлар қаерда сақланиши, улардан қандай фойдаланилиши, уларни олишга кимга руҳсат этилиши

кабиларни мижоз билишга ҳақли. Баъзи ҳамширалар ёзувни мижоз билан суҳбат вақтида, баъзилари кейинроқ бажаришади. Маълумотларни қайд этиш суҳбат вақтидаги ахборот алмашинувиға халал бермаслиги керак.

Маълумотлар аниқлиги, тўлиқлиги ва ўринлилиги ҳамширанинг муомала ва суҳбат техникасига боғлиқ. Ҳамширалик маълумот олишнинг зарур компонентларини келтирамиз:

- Суҳбат вақтида бутун эътиборни мижозга қаратишингиз, мижоз муаммолари билан ташвишланаётганлигингизни, унга жуда қизиқиб киришаётганлигингизни ифода эта олишингиз керак? Мижозга исмини айтиб, кўзига қараб, уни шошилтирмасдан муомалада бўлишингиз лозим;

- мижозни диққат билан тингланг, ўз навбатида сизнинг айтганларингизга у ҳам тушунсин;

- дастлаб мижозга таниш атамалар билан унинг асосий муаммоси тўғрисида сўранг, шахсий ва масаладан ташқари саволларни ўзаро яхши муносабатлар ўрнатилгунча қолдиригиз. Шунингдек, кам аҳамиятли саволларни ҳам, агар мижознинг умумий аҳволи оғир ёки кайфияти ёмон бўлса, кейинги суҳбатга қолдиришингиз мумкин;

- саволлар ва изоҳларни шундай берингки, у айтилган вазиятга мос бўлсин ва ўзаро ижобий муомала кучайишига олиб келсин;

- аширин саволлар махсус ахборотлар йиғишга ёрдам беради;

- очик саволлар мижознинг эркинроқ гапиришига ёрдам беради;

- таҳлил қилиш шаклидаги саволлар мижозга ўз фикр ва тушунчаларини ўйлаб кўришга ёрдам беради;

- бевосита саволлар ахборотни тасдиқлаш ёки воқеаларнинг аҳамияти бўйича кетма-кетлик тартиби тузилиши учун қўлланилади.

«Қандай қилиб ...» ва «нима учун ...» қаби чўчитувчи, «Ҳа» ёки «Йўқ» жавобинигина талаб этувчи, муомалага тўсиқ бўлувчи изоҳлар ва саволлар берманг. Чалғитувчи ишонтиришлар ясаб маслаҳат беришлар, хулоса чиқаришлар, суҳбат мавзусини ўзгартиришлар қўлланманг.

Сухбатни тугатишга эҳтиётлик билан ёндашиш керак бўлади. Мижозга суҳбат тугаётганлиги билдирилади, айтиб ўтилганларнинг диққатига лойиқларини эслатиб яқунлаш фойдалидир. Мижоз ҳам, ҳамшира ҳам энг зарур маълумотлар йиғилганлигига қаноат ҳосил қилишлари керак. Якуний натижалар келтирилгач, мижоздан қуйидагича сўраб тўлдириш киритиш мумкин: «Даволаш режасига бирор қўшимча таклифингиз борми?». Бу, ҳамшира киритишни ўйламаган маълумотларнинг қўшилишига имкон беради. Кетиш олдида мижозга кейинги сафар қачон учрашишлари эслатилади. «Саволларга жавоб берганингиз учун Сизга катта раҳмат. Агар бирор қўшимча қилмоқчи бўлсангиз, марҳамат, тортинманг, уни биз ҳам билишимизга имкон беринг. Бироздан сўнг мен кетаман, лекин эртага эрта билан ишга келганимда Сиз билан даволашнинг тугал режасини келишиб оламиз. Тушликдан сўнг мен банд бўламан, рентгенга йўлланма тайёрлашим, қон таҳлилларини кўриб чиқишим керак. Тунингиз тинч ўтади, деб умид қиламан. Қандай саволларингиз бўлса, марҳамат. Бирор ёрдам зарурми?».

Объектив ҳамширалик текшируви

Кўрув: Умумий – кўкрак қафаси, танаси, қорни сўнгра ҳар бир соҳа, боши, юзи, бўйни, гавдаси, оёқ-қўллари, териси, суяклари, бўғимлари, шиллик қаватлари, сочи баҳоланади.

- Антропометрия.

- Юз қиёфаси: азобли, шишган, кўрқиброқ (хавфсираган), ўзгаришсиз, оғриқли, эҳтиётли, осойишта, аҳамиятсиз.

- Эс-хуши: Жойда (аниқ), аниқланмайди, бузилган, хиралашган, ступор, сопор, кома, галлюцинация (алаҳсираган), тушкунлик ҳолатида, апатия, депрессия.

- Ўриндаги ҳолати: Актив, пассив, мажбурий.

- Тери ва шиллик қаватлар ҳолати: Ранги, тургорлиги, намлиги, дефектлари (тошмалар, чандиқлар, излар, қон қуюлишлар жойи), шиш, атрофия, оқимтирлик, гиперемия, цианоз, периферик цианоз, акроцианоз, сарғайиш, қуруқ, кўпчиши, пигментация.

- Суяк-мушак тизими: Скелетларда деформация, мушак атрофияси, мушак тонуси (сақланган, кучайган, пасайган).
- Тана ҳарорати: Меъёрда, субфебрил, фебрил (иситма).
- Нафас тизимси: Нафас сони, ҳарактеристикаси, ритми, нафас типи (кўкрак, корин, аралаш), ритми (ритмик, аритмик), чуқурлиги (юзаки, чуқур, сал чуқур), тахипиоз (тезлашган, ритмик, чуқур), брадипиоз (секинлашган, ритмик, чуқур), меъёрида (ёшига қараб).
- Артериал босим: Иккала қўлида бир вақтда (гипотония, нормотония, гипертония).
- Пульс: сони, ритми, тўлалиги, зарби, ҳарактеристикаси, бардикардия, тахикардия, аритмия, меъёрда.
- Табиий ажралмалар: Пешоб ажратиши (сони, миқдори, пешоб тута олмаслик, катетер билан, эркин ва хоказо), нажас (эркин, регуляр, нажас хусусияти, кетиши, колостома қабзият ва хоказо).
- Сизги аъзолари: (эшитув, кўрув, хид билиш, ҳис қилиш, нутқ).
- Хотира: Сақланган, йўқолган, бузилган.
- Ёрдам берувчи воситалар қўлланилиши: Кўзойнак, линза, эшитув аппарати, ўзгалар ёрдамига муҳтож, тиш протези.
- Уйқу: Кундузи ухлашга эҳтиёж.
- Ҳаракат қобилияти: Мустақил юради, ўзгалар ёрдами билан юради.
- Овқатланиш ва ичиш қобилияти: Иштаҳаси бузилган, чайнай олмайди, қайт, кўнгил айнаши, тиш протезлари бор.

Пациентнинг руҳий ижтимоий ҳолатини баҳолаш

Бу борада ҳамшира ўз пациентидаги барча ўзгаришларни кузатиб боради, барча ўзгаришларни дарҳол сезиб шифокорга хабар беради.

Ҳамшира пациентдаги нималарга эътибор бериши керак?

- Аҳволи, эс-хуши.
- Ўриндаги аҳволи.
- Юз қиёфаси.
- Тери ва шиллиқ қаватлари.

- Қон айланиш ва нафас тизимси.

- Ажратиш аъзолари фаолияти (пешоб, нажас).

Аҳволи, эс-хуши

1. Эс-хуши аниқ – пациент саволларга тушунган ҳолда аниқ, тез ва тўғри жавоб беради.

2. Эс-хуши хиралашган – пациент саволларга секинлик билан зўрға, кечикиб лекин тўғри жавоб беради.

3. Ступор – эс-хуши хиралашган, худди мастдек, саволларга зўрға ва нотўғри жавоб беради, нима деганини сезмайди.

4. Сопор – патологик чуқур уйқу, бемор эс-хуши ўзида эмас, ҳушсиз, сезмайди, рефлекслар аниқланмайди, бақирилганда бемор ҳушига келиши мумкин, лекин бу вақтинча, бемор тезда яна ҳушидан кетади.

5. Кома – МАТ (марказий асаб тизими) бутунлай тормозланиш ҳолати, бемор ҳушсиз, мушаклари бўшашган сезиш қобилияти йўқолган, рефлекслар йўқолган. Бу ҳолат кўпинча мия қон қуйилишида, қандли диабетда, буйрак ва жигар етишмовчилигида кузатилади.

6. Алаҳсираш – кучли интоксикацияда (юқумли касалликларда, ўпка силида, зотилжамда).

Юз қиёфаси.

Касаллик турига, кечишига, бемор ёши ва жинсига боғлиқ.

Қуйидаги юз қиёфалари ажратилади:

Гиппократ юз – перитонитда (ўткир қорин синдроми).

Кўз олмаси ичига ботган, бурни узунлашган (фақат бурун кўзга ташланади), кўкимтирлик билан оқимтирлик, совуқ тер билан қопланган.

«Юзи қалқиган» - буйрак касалликларида – юзи оқимтир, шиш, қовоқлари салқиган.

Иситмадаги юз қиёфаси – юзи қизаради.

Митрал «Қизиллик» - чаккаси кўкимтир, юзи оқимтир.

Кўзи бўртиб чиққан, қовоқлари титраган – гипергирезда.

Аҳамиятсиз, эътиборсиз, қайғули, хатарчан кўрқинчли, азобли, оғриқли ва юз қиёфаси аниқланиб, ҳамшира бу ҳақда дарҳол шифокорга хабар беради.

Тери ва шиллиқ қаватлари.

Улар оқимтир, қизарган (гиперемия), сарғимтир, сарғайган, кўкимтир (цианоз), акроцианоз, тошмали, териси қуруқ, пигментация бор, шишлар билан аниқланиши мумкин.

Мана шу ўзгаришларни аниқлаб, таҳлил қилиб беморнинг аҳволини баҳолаш ва ҳамшира шунга кўра унинг ўз-ўзига қай даражада хизмат кўрсатишини хулоса қилади.

Беморнинг ўз-ўзига хизмат қилишини аниқлаш мақсадида унинг аҳволини баҳолаш

- Қониқарли – Бемор актив (фаол), юз қиёфаси ўзгаришсиз, эс-хуши аниқ, патологик белгилар унинг аҳволига таъсир кўрсатмайди.

- Ўртача оғир – Аҳволидан шикоят қилади, мажбурий бўлиши мумкин. Фаол ҳаракат натижасида оғриқ кучайиши ёки аҳволи ёмонлашиши мумкин, аъзо ва тизимларда патологик белгилар кузатилади, тери қопламалари ўзгаради.

- Оғир аҳвол – ўриндаги ҳолатда пассив, мажбурий ҳолат, эс-хуши ўзгарган, аъзо ва тизимлар фаолияти ўзгарган.

Ўз-ўзига хизматни баҳолаш

Беморнинг ўзгалар парваришига боғлиқ (мухтож)лиги аниқланади (қисман мухтож, мухтож эмас, бутунлай мухтож, бировга қарам).

Зарурий субъектив ва объектив маълумотлар тўпланиб, ҳамшира мазкур беморга қандай парвариш лозимлигини билмайди.

1. Инсон учун лозим нарсани, у ўзининг меъёрл аҳволи қандай бўлиши ва унга қандай ёрдам лозимлигини аниқлайди.

2. Инсон эҳтиёжини бузилиши даражаси (қайси эҳтиёжи бузилган), қайси парвариш лозимлиги белгиланади.

3. Пациент билан самарали мулоқот ўрнатиш ва ҳамкорликка жалб қилиш.

4. Пациент билан парвариш эҳтиёжини муҳокама қилиш ва кутилаётган натижаларни аниқлаш.

5. Беморга эътибор ва ёрдам кўрсатиш, унинг эҳтиёжига қараб шароит яратиш.

6. Келажакдаги самарали ўзгаришлар (натижалар) билан қиёслаш мақсадида, ҳамширалик хужжатларини тўлдириб бориш.

7. Бемор (пациент)да янги муаммо келиб чиқишига йўл қўймаслик.

Тиббий эҳтиёжлар бузилиши (қуйидагилар):

- Нафас олиш; Овқатланиш; Ичиш, ажратиш; Уйқу, дам олиш; Озодалик; Хатардан қочиш; Ҳаракатланиш; Мулоқот; Кийиниш, ечиниш; Ҳароратни меъёрида сақлаш; Соғлом бўлиш; Ҳаётдаги моддий ва маънавий қадриятларга эгалик; Ўйнамоқ, ўқимоқ, ишламоқ;

Назорат учун саволлар

1. Ҳамширалик жараёни тарихи
2. Ҳамширалик жараёни мақсадлари
3. Ҳамширалик жараёни босқичлари
4. Ҳамширалик жараёни I –босқичи
5. Ҳамширалик жараёни II – босқичи
6. Ҳамширалик жараёни III – босқичи
7. Ҳамширалик жараёни IV – босқичи
8. Ҳамширалик жараёни V – босқичи
9. Ҳамширалик касаллик харитаси
- 10.Объектив ҳамширалик текшируви

Таянч сўзлар: ҳамширалик жараён, пациент, антропометрия

8 БОБ. ЭМЛАШ АСОСЛАРИ

8.1 Иммунопрофилактиканинг асосий талаблари

Профилактик эмлаш – ҳаво-томчи йўли билан ёш болаларда ривожланувчи инфекцион касалликларнинг олдини олишнинг энг яхши йўлидир. Вакцинанинг организмга тушиши иммунитет жавобини ҳаракатга келтириб, шу орқали табиий инфекцияга бўлган ҳимояни оширади. Эмлаш муддатлари ва улар орасидаги муддатлар эмлаш календари билан белгиланган. Эмлаш графиклари умум қабул қилинган бўлиб, Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БССТ) тавсияларига асосланган.

8.2. Вакцина турлари

Иммунопрофилактика учун қўлланиладиган вакциналар юқумли касалликларнинг ўлган ёки заифлашган касаллик қўзғатувчиларидан ташкил топган. Вакциналар қуйидагиларга ажратилади:

1. Ўлдирилган ёки фаолсизлаштирилган (инактивация қилинган) микроорганизмлар, ёки фаолсизлаштирилган вируслар (коклюш, АКДС). Керакли иммунитет орттириш учун вакцинани қайта киритиш лозим.
2. Тирик заифлаштирилган касаллик қўзғатувчилардан ташкил топган вакцина (қизилча, паротит, полиомиелит, қизамиқ). Полиомиелитдан ташқари бошқа вакциналар одатда бир маротаба қўлланилади, қайта эмлаш эса эпидемия тарқалиш хавфи бўлган пайтлари ўтказилади. Тирик вакциналар одатда инфекцион жараёнга мос вакцинал жараённи қўзғайди, бунда баъзи олатларда мазкур инфекциянинг клиник кўринишлари акс этиши мумкин.
3. Анатоксинлар, уларда микроб-қўзғатувчи ишлаб чиқарадиган, фаолсизлаштирилган токсин бўлади (дифтерия, қоқшол). Касалликнинг клиник кўринишларини келтирмаган ҳолда, токсинларга

қарши иммунитетни ишлаб чиқаради. Фаол иммунитетни ишлаб чиқариш учун кейинчалик қайта эмлаш талаб қилинади.

4. Касал бўлиб тузалган жониворлардан олинган тирик микроорганизмли вакциналар. Инсонга эмлаш билан киритилганда уни оғир кечувчи асосий касалликдан ҳимоя қилади.
5. Минимал реакцияли, ўлдирилган микроорганизмларнинг бутун қисмларига эга кимёвий вакциналар (менингококк вакцинаси, гемофил В-инфекцияси профилактикаси учун ишлатиладиган вакцина).

Профилактик эмлашларни ўтказувчи ва режалаштирувчи, ҳисоби ва ҳисоботини амалга оширувчи асосий таркибий тузилма эмлаш ўтказиладиган хонадан ва эмлаш картотекаси сақланувчи жойдан ташкил топиши лозим.

Эмлаш хонаси ҳамшираси йил давомида эмлаш ўтказишни режалаштиради. Бу жараён давомида ёшига кўра эмланиши ва турли сабабларга кўра муддатида эмланмаган болалар ҳисобга олинади. Профилактик эмлашлар карталари (063у шакли) энг яқин эмлаш ўтказиш муддатига кўра ойма-ой қўйиб чиқилади. Жорий йилда эмлаш кўзда тутилмаган болалар карталари алоҳида жойда сақланади. Ташкиллаштирилган болалар (болалар муассасалари – боғчаларга борувчи болалар) учун картотека алоҳида тузилади.

8.2 Профилактик эмлаш ўтказишнинг тартиб ва қоидалари.

Профилактик эмлашлар эмлаш календарларига асосан ўтказилади
Вакцинация даврида қуйидаги вакциналардан фойдаланилади:

1. БЦЖ – туберкулёзга қарши тирик заифлаштирилган вакцина;
2. АКДС – фаолсизлаштирилган коклюш вакцинаси, дифтерия ва қоқшол анатоксини аралашмаси;
3. АДС – дифтерия - қоқшол анатоксини;
4. ОПВ – оғиз-полиомиелит вакцинаси;
5. ИПВ – фаолсизлаштирилган полиомиелит вакцинаси;

6. ЖКВ – тирик қизамиқ вакцинаси;
7. ЖПВ – тирик паротит вакцинаси;
8. ВГВ – В вирусли гепатитига қарши вакцина;
9. БЦЖ-М, АДС-М да камайтирилган миқдорда антиген мавжуд.

8.4 Вакцинацияга қарши кўрсатмалар

Вакцинация мумкин бўлмаган ҳолатларда, эмлаш қолдирилганлигининг сабаблари тиббий асосланади ва индивидуал вакцинация тузилади. Эмлаш мумкин бўлмаган ҳолатларга қуйидагилар киради: - ўткир инфекцион ва инфекцион бўлмаган касалликлар (эмлаш бемор тузалганидан сўнг бир ой ўтиб ўтказилади); - неврологик касалликлар ёки аввалги эмлашда содир бўлган кучли патологик реакция; - иммунтанқислик ҳолати, ёмон ўтказилаётган касалликларда цитостатиклар билан ёки гормонлар билан даволаниш; - ривожланувчи неврологик патология (АКДСдан фойдаланганда).

8.5 Асоратлара профилактикаси

Эмлаш хонасида доимо: - вакциналардан фойдаланиш бўйича йўриқнома; - йўриқнома-методик тавсиялар; - музлаткич; - нашатир спирти, этил спирти, эфирнинг спирт билан аралашмаси ёки ацетон; - бир марталик шприцлар, термометрлар, тонометрлар, электр сўргич; шокга қарши терапия дорилари – 0,1% адреналин эритмаси, норадреналин ёки мезатон; глюкокортикоид дорилар – преднизолон, гидрокортизон; 1% тавегил эритмаси, 2,5% супрастин эритмаси, 2,4% эуфиллин, 0,9% натрий хлорид; юрак гликозидлари (строфантин, коргликон) кордиамин доимо бўлиши лозим.

8.6 Вакцинация техникаси

Вакцинация ўтказишдан олдин дорининг сифати, унинг маркировкаси, ампула бутунлиги ўрганилади. Ампулани очиш, курук вакциналарни аралаштириш йўриқномага ва тозалик қоидаларига қаттиқ риоя қилинган ҳолда амалга оширилади. Очилган ампуладаги дори сақланмайди. Вакцина киритилган жой 70% спирт билан ишланади, Манту реакцияси қўйилганидан сўнг, БЦЖ киритилган жой эса эфир билан ишланади. Вакциналарни қўллаш усуллари турлича. ОПВ вакцинациясида оғиз орқали вакцина қабул қилинади. Эмлаш ҳажмидаги дорини овқатланишдан бир соат олдин тоза пипетка орқали оғизга томчиланади. Вакцинани сув билан ичиш, вакцинадан сўнг бир соат давомида овқатланиш ва ичиш мумкин эмас. Болаларни АКДС, АДС, АДС-М ва ИВП билан эмлаганда эмлаш мушаклар ичига қилинади. Мазкур вакциналар асосан думбанинг юқори қисми ва белнинг пастига киритилади. Тери остига эмлаш қизамиқ ёки паротит вакциналарини эмлашда қўлланилади. эмлаш жойи – елка усти. Тери ичига вакцина киритилиши елканинг устки қисмида (БЦЖ вакцинаси) ёки тери ости синов эмлашлари пайтида (Манту реакцияси) қўл ва елка бирикадиган ерга қилинади. Эмлаш болаларнинг ўзидан кетиб қолиши олдини олиш учун ўтириш ёки ётган ҳолатида қилинади. Эмланган бола дастлабки 30 дақиқа остида кузатилади, чунки ушбу пайт оралиғида анафилактик реакциялар ривожланиши мумкин, шунинг учун хонада шокга қарши терапияда қўлланиладиган дорилар бўлмоғи лозим. Амалга оширилган эмлаш тўғрисидаги маълумотлар эмлаш журналида, Амбўлаториядаги профилактик эмлашлар картасида ва “Боланинг ривожланиш тарихи”да акс этилади. Эмланган болани кейинчалик кузатувчи тиббиёт ҳамшираси кузатиб, организмдаги реакциялар хусусиятини ўрганади ва бу маълумотларни шифокор-педиатрга етказилади.

Профилактик эмлаш жадвали

жадвал 1

Ёши	Эмлаш номи
1 кунлик	ВГВ – 1
2-5 кунлик	БЦЖ – 1; ОПВ – 0
2 ойлик	АҚДС-1, ВГВ-2 +ХИБ-1, ОПВ-1
3 ойлик	АҚДС-2, ВГВ-3 +ХИБ-2, ОПВ-2
4 ойлик	АҚДС-3, ВГВ-4 +ХИБ-3, ОПВ-3
12 ойлик	КПК - 1
16 ойлик	АҚДС- 4, ОПВ - 4
6 ёш	КПК-2
7 ёш (1-синф)	АДС-М, ОПВ-5, БЦЖ-2
14-15 ёш (8 -синф)	БЦЖ-3
16 ёш	АДС-М-6

Эмлаш лозим бўлган болалар шифокор-педиатр томонидан танлаб олинади. Вакцинани тайёрлангандан сўнг ҳамшира эмлайди.

Иммунизацияни ҳавфсиз ўтказишга доир асосий тавсиялар

1. Вакциналарни улар олинган пайтидан бошлаб то ишлатиладиган вақтигача совутгичда сақланади. Уларни эмлаш кунининг бошидан охиригача совуқ жойда сақлананади.
2. ОПВ вакцинаси флаконидаги ҳарорат индикаторининг ранги ўзгарганми-йўқми, текшириб кўриш шарт.
3. Вакцина, эритувчиси, шприц ва игналарнинг яроқлилик муддатини текшириб кўриш керак. Агар бу муддат ўтиб кетган бўлса, уларни йўқотиш керак.
4. Вакцинани ишлатишдан олдин унга илова қилинган йўл-йўриқлар (инструкция) билан албатта танишиб чиқиш керак.

5. Вакцинанинг эритувчиси, масалан қизамиққа қарши вакцина ёки БЦЖ эритувчиси стандарт эритувчими, яъни уни ишлаб чиқарган корхона эритувчини мазкур вакцина учун мақсус тайёрлаганми-йўқми, текшириб кўрилади. Вакцинани эритиш учун бошқа эритувчини, дори воситаси ёки бидистилланган сув ишлатилмайди.
6. Вакциналарнинг миқдори стандарт эритувчининг миқдорига тўғри келадими-йўқми, текшириб кўрилади ва буларнинг ҳаракатини (қаерга берилиши ва қандай ишлатилишини) № 5 ойлик ҳисобот Шаклигада акс эттириш керак (БЦЖ, қизамиқ ва паротит вакциналари учун).
7. Боланинг терисини артиб, тозалаш учун вакцина ёки эритувчи флаконининг қопқоғини артишга ишлатилган антисептик воситали тампон ишлатилмайди.
8. Стериллик қоидаларига қаттиқ амал қилиш зарур. Игналарни пала-партиш ишлатмаслик керак.
9. Фақат бир марта ишлатиладиган шприц ва игналардан фойдаланилади. Одамларнинг кўлидан сотиб олинган шприцларни ишлатмаслик керак. Ўрови зарарланган ёки тешилган ё бўлмаса, яроқлилик муддати ўтиб кетган бир мартали шприцлар ва игналардан фойдаланилмайди.
10. Вакцина эритувчисини уни ишлаб чиқарган корхона инструкциясида кўрсатилган миқдорларда ишлатиш керак.
11. Игнани эмлаш кунининг бошидан охиригача вакцина ёки эритувчи флаконининг резинка қопқоғида қолдирмаслик керак.
12. Вакцинани фақат белгилаб қўйилган миқдорда, одатда БЦЖ учун 0,05 (0,10) мл ва бошқа вакциналар учун 0,5 мл миқдорда юборинш керак.
13. Вакцинани думбага ёки курак остига юбормай, балки дельтасимон мускулнинг ўртасига ёки сон устки қисмининг олдинги-ён соҳасига юборилади.
14. Қизамиқ, паротитга қарши вакциналарни, БЦЖ, АКДС, АДС, АДС-М, АС, ОПВ ва гепатитга қарши вакцинани эмлаш кунини туганидан кейин (кўпи билан 6 соат ўтганидан кейин) йўқ қилинг. Тиббий муассасадан

- ташқарига олиб чиқилган эритувчи ва вакцинали очик флаконларни эмлаш ишлари тугаганидан кейин дарров йўқ қилиш керак.
15. Очилган вакцина флаконларини ишлатишдан олдин кўринарли даражада ифлосланиш белгилари бор-йўқлигини: ташқи кўринишининг ўзгариб қолгани, сузиб юрган зарралари бор-йўқлиги ва бошқаларни текшириб кўриш шарт.
 16. Ишлатилган игнали шприцга қалпоқчани қеч қачон кийдирмаслик керак.
 17. Ишлатилган шприцлар, игналарни ёқиб, йўқ қилиш учун Жахон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг талабларига мувофиқ, нам ўтказмайдиган контейнерларга йиғилади.
 18. Бир марта ишлатиладиган шприцлар, игналарни вакциналар билан бирга санитария-эпидемиология хизмати муассасалари орқали тақсимланиши таъминланилади.
 19. Болани эмлашдан олдин саломатлигининг аҳволини доимо текшириб кўриш зарурдир.
 20. Эмлашнинг маҳаллий ва умумий ножўя реакциялари ва буларни бартараф этиш усул-амаллари тўғрисида оналарни хабардор қилиш керак.

Назорат учун саволлар

1. Иммунопрофилактиканинг асосий талаблари
2. Вакцина турлари
3. Профилактик эмлаш ўтказишнинг тартиб ва қоидалари
4. Вакцинацияга қарши кўрсатмалар
5. Асоратлари профилактикаси
6. Вакцинация техникаси
7. Профилактик эмлаш календари

Таянч сўзлар: иммунитет, профилактика, вакцина, эмлаш.

9 БОБ. ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИКА МУАССАСАЛАРИДА

ОВҚАТЛАНИШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

9.1. Даволаш-профилактика муассасаларида (ДПМ) овқатланишни ташкил қилиш

Инсон организмини ўсиши ва ривожланишни таъминловчи омиллардан бири бу овқатланишни тўғри ташкил қилишдир. Айниқса бемор учун тўла овқатланиш муҳим аҳамиятга эга, ҳаётий жараёнларни ва тўқималарни қайтадан янги ҳосил бўлишида жуда катта роль ўйнайди. Даволаш-профилактика муассасаларида (ДПМ) овқатланишни ташкил қилишни асосан бош шифокор ёки унинг ўринбосари (даволаш ишлари бўйича), тиббий бўлимларда эса — мудир амалга оширади. Ошхонани озиқ-овқат маҳсулотлари, асбоб-ускуналар, инвентар, идиш-товоқ ва ишловчиларни кийим-бош билан таоминлаш жавобгарлиги асосан хўжалик ишлари бўйича бош шифокор ўринбосарига ва бевосита парҳез овқатланишни ташкил қилиш, тузиш ва бошқариб бориш парҳез шифокори (диет шифокор) зиммасига юклатилади. Парҳез бўйича қилинган барча кўрсатма ва таклифларни бажариш (парҳез шифокори томонидан) ошхона ходимлари учун мажбурийдир. Парҳез шифокори парҳез ҳамширалар ишини бошқаради ҳамда ошхона ходимларининг иш жойини тайинлайди ва уларнинг малакасини ошириш учун машғулотлар олиб боради. Парҳез шифокори асосий парҳез дастурхонлар (стол) бўйича 7 кунлик таомнома тузади, ҳар кунги таомномани назорат қилади, келаётган озиқ-овқат маҳсулотларининг сифатини, сақланиш ва тарқатиш муддатини, уларга тўғри технологик ишлов берилишини назорат қилади, шунингдек ҳар сафар парҳез таомларни беморларга тарқатишдан олдин ўтказиладиган текширишда иштирок этади. Шу билан бирга беморларга кетадиган кундалик озиқ-овқат маҳсулотларининг кимёвий миқдори (меъёрс)ни ва қувватини ҳисобга олган ҳолда, беморларга сарф қилинадиган кундалик маблағни ҳам назорат қилиб туради. Парҳез шифокори ошхонадаги санитария талаб ва қонун-

қоидаларини ҳам назорат қилади. Штатлар меъёртивига мувофиқ, 500 ва ундан ортиқ ўринли шифохоналарга 1 ўрин, 300 дан 500 гача бўлган шифохоналарга эса 0,5 ўрин парҳез, шифокори лавозими берилади. ДПМ ларда ҳар бир 200 ўринга 1 та, 100 ўринга 0,5 та, асаб касалликлари шифохонларида 400 ўринга 1 та, сил ва юқумли касалликлар шифохонларида 100 ўринга 1 та, 75 ўринга 0,5 та парҳез ҳамшираси лавозими тайинланади. Таҷрибали парҳез ҳамшираси ошхона мудирини этиб тайинланади. Парҳез ҳамшираси бўлмаган ДПМ ларда бу ишни катта ҳамширага ёки оддий ҳамширалардан бирига юклатилади. Катта шифохоналарда парҳез ҳамширалар ичидан меъда-ичак ва куйган беморлар бўлимлари учун махсус парҳез ҳамширалари тайинланади. Бу тайинланган ҳамширалар шу бўлим мудирини ва катта ҳамширасига бўйсуниб, керакли маслаҳат ва кўрсатмаларни парҳез шифокорини ва ошхона мудирини томонидан оладилар.

Бош (катта) – ошпаз ошхонанинг ишлаб чиқариш ишига жавоб беради ва бошқаради, хизмат юзасидан ошхона мудиринига бўйсунди. Ошпазлар асосан парҳез ҳамширасига ва бош ошпазга бўйсундилар. Даволаш бўлимларининг буфетчи-санитаркалари ошхонадан тайёр таомларни термостатларда (идишларда) олиб келиб, беморларга тарқатадилар. Буфетчи-санитаркалар асосан, бўлим мудиринига ёки катта ҳамширага ва шу бўлим парҳез ҳамширасига бўйсундилар. 30 ўринли бўлимга 1 та буфетчи-санитарка лавозими, куйганлар бўлими бўлса 3та буфетчи-санитарка лавозими тайинланади.

9.1.1. Парҳез овқатланиш бўйича Кенгаш ва унинг вазифалари

200 ўриндан кўп бўлган ДПМ ларда «**Парҳез овқатланиш бўйича кенгаш**», яъни доимий иш юритувчи маслаҳат органи ташкил этилади. Унинг таркибига: бош шифокор, унинг хўжалик ишлари бўйича (ХИБ) ўринбосари, катта ёки бош ҳамшира, парҳез шифокорини, парҳез ҳамшираси

(яони ошхона мудир), бош (катта) ошпаз, бўлимларнинг мудир ва ҳамширалари киради.

Кенгашнинг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

1. Парҳез овқатланишни ташкил қилиш ва уни яхшилаш йўллари ишлаб чиқиш.
2. Парҳез дастурхон ва таомини ҳамда 7 кунлик парҳезга асосланган таомномаларни тасдиқлаш.
3. ДПМ ни озиқ-овқат маҳсулотлари, технологик асбоб-анжомлар билан таоминлаш масаласи ҳамда озиқ-овқат маҳсулотларининг кундалик миқдорини тўғри аниқлаш масаласи ва тайёр парҳез таомлар сифатини кўриб чиқиш.
4. Бўлимларда беморларнинг овқатланишини тўғри ташкил қилиш.
5. Парҳез овқатланиш масаласи билан боғлиқ ходимларнинг малакасини ошириш режасини тасдиқлаш,
6. ДПМсида барча ходимларининг парҳез овқатланиш бўйича малакасини ошириш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш.

Парҳез овқатланиш хизматини тўғри ташкил қилиш, кўп жиҳатдан ходимларнинг ўз вазифаларини яхши билишларига ва тўғри бажаришларига ҳамда иш тартибини тўғри ташкил қилишга боғлиқ бўлади. Ошхона ходимлари ва ишчиларининг ишлаш тартибини ошхона мудир бош ошпаз билан биргаликда тузиб чиқади. Парҳез ҳамшираси ошхона ва ходимларнинг барча амалий ишлари бўйича бошқарувчиси ҳисобланади. Парҳез ҳамшираси ошхонада ишнинг тўғри ташкил қилинишига, таомларни ўз вақтида тайёрлаб, унинг тарқатилишига, ходимларнинг ва иш жараёнида барча амалдаги санитария-гигиеник қоидаларига тўлиқ риоя қилинишига жавоб беради.

9.1.2. ДПМ парҳез ҳамширасининг асосий вазифалари

Даволаш профилактика муассасаси парҳез ҳамширасининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат:

1. Тиббий бўлимлардан олинган порционниклар (талабномалар) асосида шифохонанинг умумий талабномасини тузиш;
2. Зарур озиқ-овқат маҳсулотларига, асбоб-анжомларга, ҳар хил идиш-товокларга (ошхона учун) талабномалар тузиш;
3. Ошхона омборига келаётган озиқ-овқат маҳсулотларининг сифатини текшириш ҳамда бир кунлик ва ярим тайёр маҳсулотларнинг сақланиш қоидасини назорат қилиш;
4. Парҳез шифокори бошчилигида бош (катта) ошпаз билан биргаликда бир ва етти кунлик таомномалар тузиш, парҳез таомларга тақсимлаб таомнома ёзиш ва парҳез таомлар картотекасини тузиш;
5. Бир кунлик рацион пулини, унинг кимёвий таркиби ва қувватини ҳисоблаб чиқиш;
6. Қозонга солинадиган маҳсулотлар ва тайёр таомларнинг оғирлигини назорат қилиш ҳамда таом тайёрлаш технологик жараёнини бошқариш;
7. Таомларни витамин С билан бойитишни таъминлаш;
8. Тайёр таомларнинг таркибини кўриб, уларнинг сифатини текширади;
9. Қўлга бериладиган маҳсулотлар ва таомларни бўлимларга талабномалар (порционниклар) асосида берилишини ҳамда беморларга оиласидан қўшимча олиб келинаётган ташқи маҳсулотларнинг олиниш тартибини назорат қилиш;
10. Ошхонага келаётган маҳсулотлар ва тарқатилган таомларнинг сонини ҳисоблаб, ҳисоб-китоб бўлимига керакли маълумотларни бериш;
11. Беморларнинг парҳез овқатланишига ишлатилиши зарур бўлган ва ажратилган маблағнинг тўла сарфланишини назорат қилиш;
12. Кичик тиббий ходимлар ва ошхона ишчиларига парҳез овқатланиш бўйича дарс машғулотларнинг ўтказилишини уюштириш ва бошқариш;
13. Ишчи ва ходимларни танлаб ўз ўрнига қўйиш, уларнинг ишга чиқиш

графигини тузиш ва ишда интизомни сақлашни таоминлаш;

14. Ошхонада техника хавфсизлиги ва меҳнатни муҳофаза қилиш бўйича зарур чоралар ишлаб чиқиш ва ходимларнинг ишга киришдан олдин ва иш жараёнида жорий тиббиёт кўригидан ўтишини назорат қилиш;

15. Ошхонада белгиланган санитария-гигиеник қоидаларига тўлиқ риоя қилинишини назорат қилиш.

9.1.3 Шифохона бўлими парҳез ҳамширасининг мажбуриятлари

Бўлим парҳез ҳамшираси даволовчи шифокорлар тайинлаган парҳез дастурхони асосида овқатланишни ташкил қилади ва ошхона билан бўлган алоқани доимий равишда бошқаради ва қуйидагиларни амалга оширади:

1. Беморлар овқатига парҳез дастурхонлар асосида талабнома (порционник) тузиш ва бўлим мудирига тасдиқлатиб ошхонага етказиш;
2. Ошхонадан тайёр таомларни қабул қилиш ва беморларга келаётган ташқи овқат маҳсулотларни назорат қилиш;
3. Таомларни беморларга тўғри тақсимлашни назорат қилиш;
4. Беморларнинг аҳволини баҳолаб, уларга кўрсатиладиган хизматни (овқатлантиришни) ташкил қилиш;
5. Беморларнинг овқатланиш тартибини таоминлаш ва тез-тез овқатланиши зарур бўлган беморлар учун оддий таомлар тайёрлаш ишини (бўтқа, тухум қайнатиш, кисел) бўлимда ташкил қилишни таоминлаш;
6. Шифокорларга содда таомномалар тузишда ёрдам бериш ва беморларга тайинланган парҳез дастурхон хусусиятларини тушунтириш;
7. Катта ҳамширага ва беморларни овқатлантиришни ташкил қилишда иштирок этувчи ходимларга иш вазифасини тақсимлашда яқиндан ёрдам беради.
8. Овқат тарқатиш хонаси ва идиш-товоқларнинг тозалигига ва барча санитария-гигиеник ҳолатига жавоб беради, шунингдек беморларнинг шахсий озиқ-овқат маҳсулотларининг тўғри сақланишларини таъминлашни

9. Бўлимнинг ўрта ва кичик тиббий ходимларининг парҳез овқатланиш бўйича малакаларини ошириш учун машғулотлар олиб бориш.

9.1.2. Бош ошпазнинг мажбуриятлари

Бош ошпаз ошхонада парҳез таомларни ўз вақтида ва сифатли, парҳез таом тайёрлаш қоидаларига тўлиқ амал қилган ҳолда тайёрлаш, тайёр таомларнинг бўлимларга тўғри тарқатилиши шунингдек, ошхона ошпазлари ва бошқа ишчиларнинг фаолиятларини бошқаради ва қуйидаги вазифаларни амалга оширади:

1. Ошхона ишлаб чиқариш жамоасини бошқариш ва назорат қилиш;
2. 7 кунлик парҳез таомномани ишлаб чиқиш ва кундалик тарқатиш таомномасини тузишда иштирок этиш;
3. Омбордан озиқ-овқат маҳсулотларини ёки тайёрлов комбинатларидан ярим тайёр маҳсулотларни олиш ва уларнинг сифатини текшириш;
4. Ошпазларга таом тайёрлаш бўйича зарур кўрсатмалар ва таомномада кўрсатилган овқатларни тайёрлаш учун озиқ-овқат маҳсулотларини бериш, шу маҳсулотларни қозонга тўлиқ тушишини назорат қилиш, тайёр таомларни (оғирлигини) текшириш;
5. Таом тайёрлаш жараёнида бўладиган ҳамма технологик жараёнларга ва ошхонада барча ходимларнинг санитария-гигиеник қоидаларига риоя қилишларини назорат қилиш;
6. Ошхонада мавжуд асбоб-анжомлар, идиш-товоқларнинг санитария-технологик ҳолатларни доимий назорат қилиш;
7. Ошхонада техника хавфсизлигига амал қилиш, механик, иситиш ва совутгич асбобларини тўғри ишлатиш ҳамда ошпаз ва ишчиларга бу тўғрида кўрсатмалар бериш;
8. Бўлимларга тайёр таомларнинг ўз вақтида ва таомнома асосида тарқатилишини назорат қилиш;

9. Ошхона ходимлари ўртасида ишларни тақсимлаш, доимий равишда уларнинг малакаларини ошириш, ошхонада ички интизомни сақлаш ишида фаол қатнашиш.

9.1.5. Овқат тарқатувчи вазифалари

1. Парҳез дастурхон бўйича беморларга парҳез овқатланишни тўғри ташкил қилиш;
2. Тарқатиш (қайдномаси) рўйхати асосида тиббий бўлимга тайёр парҳез таомларни ва буфет маҳсулотларни (шакар, нон, чой, сариёғ) ошхонадан ўз вақтида олиш ва беморларга парҳез дастурхон асосида тўғри тарқатиш;
3. Таомларни тарқатаётганда унинг кўринишига ва иссиқлигига эътибор бериш;
4. Енгил таомларни (тухум, бўтқа пишириш), чой ва ичимликларни тайёрлаш;
5. Буфетда ва овқатланиш хонасида санитария-гигиеник қоидаларига риоя қилишни таъминлаш;
6. Овқат тарқатиш хонаси ва барча идишларни, айниқса, қошиқларни тоза тутиш, дезинфекция қилиш ишларини амалга ошириш;
7. Буфетдаги асбоб-анжомлари, идиш-товоқлари ва бошқа буюмларининг сақланишига жавоб бериш;
8. Ўз вақтида овқат чиқиндиларини чиқариб ташлашни ташкил қилиш;
9. Ўз шахсий гигиенасига риоя қилиш ва иш жойини барча асептик талабларига жавоб берадиган ҳолда тутиш.

9.2. Озиқ-овқатлар ва таомлар мизожи

Мизож - арабча сўз бўлиб, ўзбек тилида ҳам кўп ҳолларда «мижоз» шаклида ишлатилади. Шарқ табобатида, айниқса, Ибн Сино асарларида мизожга катта ўрин берилган. Мизож даволашнинг назарий асоси саналган. Шунинг учун

кадимдан табиблар ҳар бир беморнинг, озиқ-овқатларга ва дори-дармонларга нисбатан мизожини аниқлашган ва билганлар. Ҳозир ҳам маҳаллий аҳоли одам ва овқатлар мизожини кўпроқ эмпирик даражада билади ва унга амал қилади. Лекин мизожларнинг илмий асосларини яхши билмайдилар.

Озиқ-овқатлар ва таомлар мизожини амалда қўллаш учун киши мизожини яхши билиш керак. Чунки озиқ моддалар мизожи уларнинг инсон организмга таъсирига қараб аниқланади.

Ибн Сино кўрсатишича, мизож — бу қарама-қарши сифатларнинг ўзаро таъсиридан, яъни тўртта бирламчи кучларнинг — иссиқлик, совуқлик, хўллик ва қуруқликнинг ўзаро муносабатидан пайдо бўладиган сифат ўзгариши ҳисобланади. Шунинг учун «мизож» сўзи «аралаштириш» деган луғавий маънони билдиради. Ўрта аср давридаги таъбаботда ҳам организмда икки хил куч — «иссиқ» ва «совуқ» бўлиб, уларнинг ўзаро мувозанати бузилиши касалликка олиб келади деб уқтирилган. Организм 4та унсур (ҳаво, сув, ер ва олов) дан ташкил топган бўлиб, уларга тегишли бирламчи хоссалар — хўллик, қуруқлик, совуқлик ва иссиқликдир. Организмда 4 хил суюқлик (қон, сариқ сафро, қора сафро ва шилимшиқ) бўлади. Ибн Сино таърифича, ана шу унсур ва суюқликларнинг тўғри нисбатда аралашуви ва уларнинг сифати мизожни ташкил этади. Мўътадил бўлмаган мизожларни Ибн Сино оддий ва мураккаб мизожларга ажратган. Оддий мизожда битта қарама-қарши сифатлар нисбати ўзгариб икки хил кўринишда бўлади: мизож меъеридан иссиқроқ ёки меъеридан совуқроқ ёки мизож меъердан қуруқроқ ёки хўлроқ бўлади. Иссиқ мизож тана қуруқлигини оширади, меъеридан совуқ мизож одам танасини намлик ҳисобига меъеридан хўлроқ қилади. Керагидан кўп хўллик танани қуруқ танага нисбатан тезроқ совутади. Мураккаб мизожда бир вақтда икки қарама-қарши сифатлар нисбати бузилади. Мизож бир вақтда иссиқ ва хўл ёки иссиқ ва қуруқ бўлиши мумкин. Иккинчи томондан мизож совуқ ва хўл ёки совуқ ва қуруқ бўлиши мумкин. Лекин мизож бир вақтда иссиқ ва совуқ ёки хўл ва қуруқ бўлмайди. Инсонда кўпроқ уч хил мизож эҳтироф этилади: иссиқ, мўътадил ва совуқ.

Мизожларнинг синфланишини ана шу уч хил мизож асосида тузиш мумкин. Ҳар хил парҳезли озиқ-овқатларни тайёрлаш нафақат энергия қийматига ва ундаги овқат компонентлари бўлмиш оксиллар, ёғлар, углеводлар, минерал моддалар, витаминлар турига, балки озиқ-овқатни қайта ишловига ҳам боғлиқ.

9.2. Озиқ-овқат маҳсулотларини тайёрлаш

Тайёр озиқ-овқат маҳсулотларнинг тўйимлилиқ қиймати ва тайёрланиш жараёнлари асосан 2 босқичда олиб борилади:

1. Дастлабки ва иссиқ қайта ишлов.
2. Тўйинтириш ва охирги ишлов

Овқатнинг дастлабки қайта ишлови ярамайдиган, ишлатиб бўлмайдиган қисмлардан холос қилиш (сабзавотларни, балиқни тозалаш), ифлос қисмларини ажратиш (тупроқ қолдиқларидан, паразитлардан) ва ярим фабрикат ҳолига келтириш (майдалаш, шакллантириш) дан иборат бўлади. Дастлабки қайта ишлов куйидаги муолажаларни ўз ичига олади:

1. Ювиш
2. Сувга солиб қўйиш

Қуруқ ҳолатдаги ўсимлик маҳсулотларини узоқ муддатли иссиқ ишлов беришга тўғри келади. Майдаланган ва тозаланган маҳсулотларни сувга солиб қўйиш баъзи бир озиқ компонентларнинг кўп миқдорда ювилиб кетишига олиб келади. Сабзавотлар ва картошкани иссиқлик ишловидан бир неча соат олдин тозалаш мақсадга мувофиқ эмас.

3.Тозалаш

Химик эҳтиётлаш

- Таом таркибига экстрактив моддаларга бой бўлган маҳсулотларни киритмаслик;
- Овқат таркибида шира ишлаб чиқариш жараёнини кучайтирувчи, ошқозон

ва ичакнинг суюқлик ишлаб чиқариш фаолиятини оширувчи маҳсулотларнинг бўлмаслиги, чунончи, беморнинг кундалик овқатида қайнатилган кучли ва ўткир шўрваларнинг, қовуриб тайёрланган таомларнинг, томатли, ёғли, ва шунга ўхшаш қуюқ соусларнинг, аччиқ, зираворларнинг, тузланган сабзавотларнинг, янги ёпилган юмшоқ ноннинг, блинчикларнинг (қуймоқсимон ҳамир таомларнинг) ва шунга ўхшаганларнинг бўлмаслиги керак.

9.4. Парҳез овқатларнинг сифат назорати

Бу вазифа энг аввало тайёрланган кундалик овқат маҳсулотларининг сифат ва миқдор кўрсаткичларини ҳисоблашдан бошланади.

«Овқат маҳсулотларининг озуқавий қиймати ва уларнинг кимёвий таркиби» жадвалидан фойдаланиб, бир кунлик овқат ҳаражатларининг миқдори аниқланади. Ушбу тадбирни амалга оширишда қуйидагиларга кўпроқ эътибор қаратиш лозим бўлади:

1. Бир кунлик овқатнинг калорияси ва кунлик овқатланишга тақсимланиши;
2. Оқсилларнинг бир кунлик миқдorigа (суткалик умумий калориянинг) граммларда ва оқсиллар ҳисобига тақсимланиши (шундан қанчаси ҳайвон ва қанчаси ўсимлик оқсиллари);
3. Ёғларнинг умумий миқдори (кунлик умумий калориянинг граммларда ва ёғлар ҳисобига тақсимланиши) ва алоҳида сариёғ, сут ёғлари, ўсимлик ва бошқа ёғлар миқдorigа;
4. Углеводларнинг умумий миқдори (суткалик умумий калориянинг граммларда ва углеводлар ҳисобига тақсимланиши). Алоҳида шакар ва клетчатка миқдorigа;
5. Бир кунлик овқат маҳсулоти таркибидаги Кальций, фосфор, темир ва бошқа макро ва микроунсурларнинг (миллиграммда) миқдorigа;
6. Бир суткалик овқат маҳсулоти таркибида витаминларнинг (А, В1, В2, РР ва С) миллиграмм миқдори ва овқат тайёрлаш жараёнида витамин С нинг

парчаланишини (50% ини ташкил қилиш) ҳам ҳисобга олиш керак.

Бундан ташқари овқатланиш тартиби (овқатни ейиш вақти, овқатланишлар орасидаги вақт, кундузги ва кечки овқат таркиби, овқатнинг ҳар хиллиги), бир кунлик ва ҳафталик овқат учун олинган овқатлик маҳсулотларининг тури, миқдори, маҳсулотларнинг кимёвий таркиби ҳам назарда тутилади. Жадвалдан фойдаланиб, бир кунлик овқат маҳсулоти орқали олинган калорияни ва шу калорияни ҳосил қилган оқсиллар, ёғлар ва углеводларнинг умумий миқдорини аниқлаш билан бир қаторда лаборатория усули билан умумий калорияни ва асосий овқат маҳсулотларнинг ҳамда витаминларнинг миқдорини аниқлаш тавсия қилинади. Лаборатория натижаларини ҳисоблаш йўли билан олинган натижалар билан таққосланади. Олинган натижалар овқат тайёрлаш жараёнининг сифатини баҳолайди ва йўл қўйилган камчиликларни аниқлашга ёрдам беради. Витаминларни, айниқса витамин С ни овқат тайёрлаш жараёнида сақлаш мақсадида тозаланган сабзавот маҳсулотларини мумкин қадар тез (сувда кам ушланган ҳолда), бутунлигича қайнаб турган тузли сувга солиш ва камроқ қовлаб қозон қопқоғи берк ҳолда пиширган маоқул. Тайёр бўлган овқатни вақтида истеъмол қилиш овқат таркибида витаминларнинг организмга кўпроқ тушиши учун имкон яратади. Тайёр таомларнинг эпидемиологик жиҳатдан ишончли бўлишида уларнинг иссиқ бўлиши муҳим аҳамиятга эга. Суюқ таомларнинг ҳарорати 75°C, қуюқ таомларники эса 65°C дан кам бўлмаслиги керак. Тақсимчалардаги таомлар ҳароратини сақлаш учун термостатлардан фойдаланилади. Кўп миқдордаги ишчиларга хизмат қиладиган замонавий умумий овқатланиш корхоналари, овқат тарқатадиган «Эффект», «Прогресс», «Поток» автомат йўллари билан жиҳозланади. Улар иситиш мосламаларига эга ва хўрандаларга тез хизмат қилишга имкон беради. Ошхонада ичишга мўлжалланган сув гигиена талабларига жавоб бериши шарт (ичимлик сувларига тааллуқли ГОСТ бўйича). Тайёрланадиган ҳар бир овқатга 18—25 (бундан 5 л иссиқ сув) литрдан сув тўғри келиши керак. Музхоналарга алоҳида аҳамият берилиб, гўшт - "О", балиқ -2°C, сут-ёғ маҳсулотлари эса + 2,5°C г сақланиши зарур.

Музхонада мол ва парранда гўштини 5 кун, дудланган гўшти — 20 кун, кайнатилган колбасалар, сосискани 72 соат, сутни 20 соат сақлаш мумкин. Тайёр овқатни зангламайдиган пўлат идишда сақлаш, бўшаганидан кейин тезда ювиш лозим. Ювиш иккита жараёнда бажарилади. Биринчи ваннада идишлар ханталли иссиқ сувда ювилади, иккинчисида иссиқ сув билан чайилади, кейин сим тўрли жавонларда қуритилади.

Хўрандалардан бўшаган идиш-товоқларни ювиш учун учта уяли ванна ёки учта тоғора керак бўлади. Дастлаб идишлар овқат қолдиқларидан тозаланиб ваннанинг биринчи бўлимида ёғли идишлар 1% ли хантал эритмаси ёки 1—2% ли ичимлик сода эритмаси билан (45°C) ювилади. Ваннанинг иккинчи бўлимида микроблардан ҳоли қилиш мақсадида идишлар қайноқ сувда 1% ли хлорли оҳак эритмаси ёки 0,2% ли хлорамин қўшиб ювилади. Учинчи бўлимда (қайноқ (75°C) сувда чайилади ва сим тўрлар устида қуритилади. Тез бузиладиган маҳсулотларни (сут, творог, қаймоқ, гўшт, балиқ) сақлаш учун ошхонада шароит бўлмаса, ҳар кунги маҳсулот алоҳида олиб келинади.

9.5. Ходимлар шахсий гигиенаси талаби

Ошхонада ишлайдиган шахслар шахсий гигиена қоидаларига қатъий риоя қилишлари, ишга жойлашишда ва кейинчалик ҳар уч ойда бир марта терапевт шифокор текширувидан ўтиб туришлари керак. Ишга жойлашишда улар тери-таносил касалликлари шифокори, бактериология мутахассис текшируви, флюорография текширувидан ўтадилар. Кўрик натижаси шахсий санитария дафтарчасига ёзилади ва муассаса маъмуриятига топширилади. Озиқ-овқат тармоғининг барча ходимлари ҳар икки йилда махсус йўналиш бўйича санитария минимуми топширадилар. Тайёр овқатларни тарқатадиган шахсларнинг қўли тоза, тирноқлари олинган ва тозаланган бўлиши керак. Иш бошлашдан олдин ва иш пайтида қўлни юқумсизлантирувчи хлорли оҳак эритмаси билан (айниқса ҳожатхонадан чиққач) яхшилаб ювилади. Иш вақтида қўл ва бармоқларга узук, ҳалқаларни тақиш мумкин эмас. Қўлда

йирингли ярачалар бор-йўқлигига алоҳида аҳамият бериш зарур. Тери доимо тоза бўлиши учун иш бошлашдан олдин ишхонадаги душда яхшилаб чўмилиши лозим. Ҳар куни иш бошланишидан олдин тиббиёт ходими тамонидан ошхона ишчиларининг қўлларида йирингли касалликлар бор-йўқлиги текширилиб махсус дафтарга ёзиб қўйилади. Озиқ-овқат маҳсулотлари билан ишловчи шахслар шахсий гигиена қоидаларига қаҳтий амал қилишлари, иш вақтида коржома (рўмолча, қалпоқ, коржома, куртка, шим, халат ва пойабзал) кийиб олишлари керак. Коржома ва кундалик кийим алоҳида-алоҳида шкафларда сақланади, махсус корхоналарда ювилади. Коржомода хожатхонага бориш мумкин эмас. Масалликлар (гўшт, балиқ) ва пишган овқатлар учун алоҳида тахта ва идишлар бўлиши керак. Масаллик тайёрлашдан олдин албатта қўлларни совунлаб ювиш лозим. Ходимлар фақат махсус ажратилган хонада овқатланишлари керак. Ошхонада ишловчиларнинг санитария малакасини оширишга жуда катта эътибор берилади, ҳафтанинг маолум кунларида санитария тозалаш ишлари ўтказиб турилади.

9.6. Даволовчи овқатланиш тамойиллари.

1. Касалликда буюрилган овқатланиш тартибини, овқатларни ҳар доим бир вақтда беришни ташкил қилиш.
2. Махсулотлар тўғри танланганини таъминлаш, улар тайёрланаётганида оптимал сифатларини сақлашни ташкиллаштириш.
3. Овқатни тўғри тайёрланишини таъминлаш.
4. Бемор учун зарарли бўлган махсулотларни олиб ташлаш.
5. Овқат билан таъминланувчи биологик эҳтиёжларни етарлилигини таъминлаш.

Ҳар бир парҳезга киради:

- даволашга кўрсатма
- даво мақсади

- умумий тавсифнома – маҳсулотлар кимёвий таркиби ва кулинар қайта ишлаш хусусиятлари
- кимёвий таркиби ва энергетик қиймати
- овқатланиш тартиби
- мумкин бўлган ва ман этилган маҳсулотлар ва овқатлар рўйхати, уларни тайёрлаш усуллари.

Оқсил, ёғ, углеводлар, минерал моддалар, микроэлементлар ва витаминлар таркибига алоҳида эътибор бериш лозим.

Даволовчи овқатланишнинг асосий тамойиллари бўлиб, механик, химик ва термик келиб чиқиш тамойиллари ҳисобланади.

Эҳтиётлаш тамойили – яллиғланиш жараёнини тезда йўқотиш, уни фониди микроциркуляция ва репарация жараёнларини кучайтириш учун қўлланилади.

Механик эҳтиётлаш – бу овқат микдорини ҳар бир қабулда камайтириш, уни майдалаш, бўтқасимон консистенцияга келтириш, клетчаткани камайтириш, овқатни қайта ишлаш (буғда, қайнатиш).

Ўрнатилган номенклатура бўйича парҳез таомлар 1-15 гача ва умумий №15 ва 16 бўйича белгиланади.

Парҳез №16 1 ёшу 3 ойдан-3 ёшгача бўлган болалар учун.

№ 15 3 ёшдан - 15 ёшгача ва ундан катталар учун. Бу парҳез боладаги физиологик талабни қондиради.

Парҳез таомларга куйидагилар киради.

Парҳез №0 - Ошқозон ичак тизими жарроҳликларидан кейин. суякли шўрва.

Парҳез № 1а, 1б, 1в. - ошқозон ичак трактининг юқори қисми касалликларида (12-бармокли ичак ярасида, гастродуоденит). Ошқозон ширасини ҳосил қилувчи моддалар берилмайди. Овқат қайнатилган ёки парда пиширилган ва кирғичдан ўтказилган ҳолда берилади.

Парҳез №3 Қабзият бўлган касалларга белгиланади. Бу парҳезда ўсимлик хужайраларга бой овқатлар берилади ичак фаолиятини ошириш учун.

Парҳез №2 Гастрит билан оғриган беморларга белгиланади. Бунда полиз экинлари ва мевалар берилмайди.

Парҳез № 4в, 4б, 4в ичакни шамоллашларда ўткир энтероколитларда тавсия қилинади. Сут ва сут маҳсулотлари берилмайди.

Парҳез №5 -5а Жигар ва ўт йўли касалликларида, панкреатит ва ошқозон шамоллаш касалликларида тавсия қилинади. Ҳайвон ёғлари берилмайди, ҳамма маҳсулотлар қирғичдан ўтказилган ва қайнатилган, парда пиширилган бўлади.

Парҳез №6 - подагра ва уратурияда. Тузлар камайтирилади ва тарвуз берилади.

Парҳез №7, 7а, 7б - буйрак касалликларда. Ош тузи сув ва витамин В, С тутган моддалар берилмайди.

Парҳез №8 Моддалар алмашинув бузилган беморларга тавсия қилинади (ҳазм аъзоларида касалликлар бўлмаганда). Ош тузи камайтирилади, иштаҳа кўзгатувчи моддалар камайтирилади.

Парҳез №9 Қандли диабетли беморларга. Углевод сақловчи моддалар берилмайди. Оксил ва витаминларга бой бўлган овқатлар берилади.

Парҳез №10а, - 10б Юрак қон томир касалликларида осон ҳазм бўладиган углевод, ҳайвон ёғлари ва сувлар камайтирилади.

Парҳез №11 Ўпка сили ва анемияда. Оксил ва витаминга бой озиқ моддалар берилади.

Парҳез №12 - Рак, онкологик касалликларда.

Парҳез № 13 - Инфекцион касалларда, витамин В ва С га бой озиқ-моддалар берилади.

Парҳез № 14 Нефропатия ва диатезда

Назорат учун саволлар

1. Даволаш-профилактика муассасалари
2. Парҳез овқатланиш бўйича Кенгаш ва унинг вазифалари

3. ДПМ парҳез ҳамширасининг асосий вазифалари
4. Шифохона бўлими парҳез ҳамширасининг мажбуриятлари
5. Бош ошпазнинг мажбуриятлари
6. Овқат тарқатувчи вазифалари
7. Озиқ-овқатлар ва таомлар мизожи
8. Озиқ-овқат маҳсулотларини тайёрлаш усуллари
9. Парҳез овқатларнинг сифат назорати
10. Ходимлар шахсий гигиенаси талаби
11. Даволовчи овқатланиш тамойиллари

Таянч сўзлар: гигиена, парҳез, овқатланиш, ошпаз, касалликлар.

10 БОБ. ҲАМШИРАЛИК ИШИДА ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР НАЗОРАТИ АСОСЛАРИ.

10.1 Дезинфекция, дезинсекция, дератизация. Турлари, усуллари, йўллари.

10.1.1. Эпидемияга қарши кураш

Эпидемияга қарши кураш - бу санитар гигиеник воситаларни қўллаб, шифохона шароитида юқумли касалликларни тарқалишини олдини олишни ташкил қилишдир. Бунинг учун қабул бўлимида юқумли касалликни бор йўқлигини аниқлаш учун, беморни териси, томоғи, ҳарорати текшириб кўрилади, бемор теккан нарсалар тозаланади, битни бор йўқлигини аниқланади, санитария кўригидан ўтказилади, чўмилтирилади, бинони хўллаб артиб турилади. Даволовчи бўлимда, каровот, тумбочкаларни, тувакларни, шахсий озодалик учун керак бўладиган ҳамма нарсани тайёрлаб қўйиш, вақтида гигиеник ванна ўтқозиш, кийимларни ҳар 7-10 кунда алмаштириш, хоналарни шамоллатиб, хўллаб артишни, юқумли касалликни аниқлаш ва шубҳали беморни алоҳида хонага олишни кўзда тутилади.

10.1.2. Санитар-гигиеник тартиб

Санитар-гигиеник тартиб – инфекцион ва бошқа касалликларни олдини олиш учун кўриладиган чора – тадбирлар.

Бунга: тиббиёт ходимларини ва касалларни шахсий гигиенаси, ювиниши, чўмилиши, сочи, тирноғини парвариши, ташқи кўриниши кўринади. Шунингдек – хоналарни ювиш, бинони ременти ва унга қўйилган талаблар киради.

Эпидемияга қарши ва санитар гигиеник талаблар даволовчи бўлимда юқумли касалликларни олдини олишга қаратилган тадбирлардир.

Хўллаб артиш техникаси: хўллаб артиш бўлимда ҳар куни 2 маротаба ўтказилади. Хўллаб артишда ишлатиладиган инвентарлар алоҳида сақланади. Хўллаб артишда дезинфекцияловчи моддалар ишлатилади

10.1.3. Дезинфекция

Дезинфекция – (юқумсизлантириш) юқумли касалликларни кўзғатувчи микроорганизмларни (бактериялар, вируслар ва бошқалар) йўқотиш.

Дезинфекция турлари:

А) механик

- бино ва ундаги буюмларни хўл латта билан тозалаш,
- ўрин- кўрпаларни қоқиш,
- чангютгич билан тозалаш, бинони шамоллатиш, оқлаш, бўяш
- қўлни ювиш

Б) химик

- дезинфекцияловчи моддалар (хлор тутган эритмалар) қўллаш
- электрон нурлари

Кимёвий йўл билан дезинфекция қилиш учун кўпроқ хлор тутган моддалар: хлорамин ва бошқа феноллар, крезол ва унинг унумлари, формальдегидлар ишлатилади.

31 октябр 2005йил **530 сонли буйруқ** асосида Ўзбекистон Республикаси тиббиёт муассасаларида фақат 0.5% хлорамин ишлатилади.

В) физик

- қайнатиш,
- қайноқ сув билан ювиш,
- қуёш нури,
- ультрабинафша нурлар (симоб- кварц лампалари) дезинфекция камералари
- сув буғи.

Агар предметларда вегетатив форма микроблари борлиги аниқланса қайнатиш вақти 15- 20 минут, спорали микроблар бўлса 1,5- 2 соат бўлади. Темирдан бўлган предметларни, асбобларни 10- 15 минут қайнатилади. Бунда нарсалардаги ёғни ва оксилни эритиш учун, сувга сода (1- 2% эритма), совун ёки кир тозаловчи порошоклардан (0,5 % эритма) солиб ювилади. Куйдириш йўли билан зарарлантиришда асосан арзон бўлган нарсалар ишлатилади.

Дезинфекцияловчи моддалар турлари: хлор, йод, асослар, спиртлар, феноллар, альдегидлар.

Юқумли ичак касалликларда бемор фойдаланадиган идиш- товоқ 2% ош содаси эритмасида 15 минут қайнатилади. Ич кийимлар 2% ли совун содали эритмада 15 минут қайнатилади. Беморни нажас ва сийдиги курук хлорли оҳак сепиб, 1соат қўйилади. Сўнг канализацияга тўкиб юборилади. Бемор ётган хона поли хлораминли 1% эритмаси билан артилади.

Грипп касаллигида беморни идиши, буюми қайноқ сув билан 2-3 марта ювилади. Сочиклари, рўмолчаси алоҳида бакка тўпланиб ювувчи восита билан ювилади. Палата эса 0,5% хлорамин эритмаси билан 2-3 марта артилади.

Сил касаллигида беморни шахсий туфдони 1/3 қисмигача сув билан тўлдирилади, туфдон балғамга тўлганда унга хлор солиб қўйилади ва 1 соатдан кейин канализацияга тўкиб юборилади. Беморни идиш – товоғи 2,5% ли совун- содали эритмада 15 минут қайнатилади

Чиқиндилар учун ишлатилган идишлар (тувак, туфдон, горшок ва бошқалар)олдин бўшатилиб сўнг ювилади, ва дезинфекция қилувчи эритмалардан бири (хлорамин, фенол эритмалари) солинган бочкаларга солиб қопқоғини ёпиб 30- 60 минут ушлаб турилади.

Устки ва ички кийимлар, кўрпа – тўшаклар дезинфекция қилувчи камераларда зарарсизлантирилади.

Ошхонада ишлатиладиган идишлар, овқат истеъмол қилгандан кейин 1- 2% чой содаси ёки 1% совун эритмаси билан 15 минут қайнатилади, агар

қайнатишни иложи бўлмаса, унда 0,5% хлорамин эритмасига солинади ва қайноқ сув билан чайиб зарарсизлантирилади.

1.Кундалик дезинфекция - бемор аниқланган хонада ўтказилади. Касал атрофларини, ўринларини, идиш- товоқларини у неча кун ётса, шунча кун дезинфекция қилиниб, хасталикни тарқалишига йўл қўйилмайди. Беморни ишлатган нарсаларини, кийимларини, сийдигини, ахлатини зарарсизлантирилади. Бинони ичини дезинфекция қилувчи эритмалар ёрдамида хўллаб артилади.

2.Яқунловчи дезинфекция - юқумли касал бўлган хонадонда, бемор касалхонага ёки бошқа ерга ўтказилгандан кейин ёки ўлгандан кейин 12 соат ичида ўтказилади.

3.Профилактик дезинфекция - юқумли касал бўлса, бўлмаса, юқумли касаллик чиқмаслиги учун ўтқазилади. Масалан: ҳар куни деразани очиб хонани шамоллатиш, кўпчилик кириб чиқадиган жойларни профилактик даволовчи муассаса биноларини ичини 0,5% хлор оҳаги эритмаси билан артиб чиқиш, овқат ейишдан олдин қўлни ювиш, сувни қайнатиб ёки хлорлаб сўнг ичиш ва бошқалар.

Дезинсекция – зарарли ҳашоратларни йўқотиш.

Дератизация – зарарли кемирувчиларни йўқотиш.

10.2. Касалхона ичи инфекцияси тушунчаси

Касалхона ичи инфекцияси (КИИ) – кишиларни юқумли касалликлар билан касалхонада ёки тиббий муассасаларда касалланиши. КИИга шунингдек, касалхонада юқтирган, касалхонадан чиққандан сўнг намоён бўлган беморлар ҳодисаси ҳам киради. Ҳамда тиббий ходимларни зарарланиши ҳам КИИ га киради: энтерококк, пневмококк, ичак таёқчаси, дизентерия таёқчаси, гепатит А.В КИИ билан зарарланиш манбалари:

- Ҳаво йўли (вирусли инфекциялар – қизамиқ, сувчечак, ҳамда сил);

- Томчи йўли – менингит, кўкйутал, зотилжам, дифтерия, грипп, микоплазма, аденовирус, тепки, қизилча;
- Мулоқот йўли – тилларанг стафилакокк, оддий герпес вируси, аденовирус, қичима канаси, битлар.

Инфекцияни утиш мезанизмлари: эндоген ва экзоген зарарланиш.

ОИТС (одам иммунотанқислик синдроми) биринчи бўлиб, XX асрнинг 80 – йилларида ривожланган давлатларда (АҚШ, Австралия, Янги Зеландия, баъзи Европа давлатларида) эркак – гомосексуалистлар орасида аниқланган. Қолган давлатларда эса ОИТС гетеросексуалистлар орасида ҳам аниқланган. Олимлар ОИТС кўзғатувчиси жинсий йўл билан ўтади деган хулосага келдилар. Ушбу касаллик аниқ гуруҳдаги одамларда учрайди:

- Вена ичига инъекция қилувчи наркоманларда;
- Қон қуйилган болаларда;
- Гемофилия билан касалланган катталар ва болаларда;
- Баъзан ОИТС билан зарарланган оналардан туғилган чақалоқларда.

Ушбу беморлар учун умумий омил бўлиб, уларни қон ёки унинг унумларини қабул қилганликлари ҳисобланади. 1983 йилда француз олимлари томонидан ОИТС вируси ва унинг ўтиш йўллари аниқланган. Ҳозирда бу вирус ОИВ (одам иммунтанқислик вируси) номи билан маълум.

ОИТСда биринчи навбатда иммун тизим зарарланади. Бунинг фониди турли патоген флора ўлимга олиб келувчи оғир асоратларни келтириб чиқариши мумкин.

Касалхона ичи инфекцияси профилактикаси

Тиббий муассасаларда беморлар, ҳамда тиббий ходимларни зарарланмасликлари учун қатъий чоралар кўрилмоқда. Олдини олиш қоидалари барча тиббий ходимлар ва муассасалар учун баробар ва мажбурийдир. Биз бу пандемияни тўхтата олмаймиз. Шунинг учун бизнинг вазифамиз беморларни, ҳамда ўзимизни қатъий профилактика чораларини қўллаб ҳимоя қилишдир.

Назорат учун саволлар

1. Дезинфекция хақида тушунча
2. Дезинфекция турлари
3. Дезинсекция
4. Дератизация
5. Касалхона ичи инфекцияси ва профилактикаси тушунчаси
6. Инфекция тарқалиш йўллари

Таянч сўзлар: дезинфекция, дезинсекция, дератизация, инфекция.

11 БОБ. Дори воситани қабул қилиш самарадорлигини баҳолашда хамшира роли

11.1 Тиббиёт хамшираси роли

Энг муҳим терапевтик тадбирлардан бири дори дармонлар билан даволаш ҳисобланади. Тиббиёт хамширасининг асосий вазифаларидан бири дори моддаларини сақлашни, беморларга ўз вақтида дориларни тарқатиши, организмга юбориш йўллари билиши зарур. Бу жудаям катта масъулиятни талаб қилади, чунки бу ишларни ҳаммаси бевосита беморлар билан боғлиқ. Хамшира беморни ҳаёти ва соғлиғи учун жавобгарлик ҳиссини сезиши керак. У дорилар тўғрисида чуқур тушунчага эга бўлиб (дориларни асосий ва қўшимча таъсирларини, ишлатишга монеликларни, асоратларини) билиши шарт. Шунингдек дориларни қандай йўллар билан юбориш ва уни асоратларида биринчи ёрдам кўрсатиш кераклигини билиши керак. Дориларни эффективлигини ошириш ва оғриқсиз муолажаларни бажаришда шароитларни яратиш (палата ҳавосини тозаллиги, танани тўғри жойлаштириш, қилинаётган ишни мақсад ва усулларини тушунтириш) керак. Шунингдек хамшира беморларга мустақил дориларни қабул қилиш йўриқномаси билан ҳам тушунтириш ишларини олиб боради

11.2 Дори воситаларини қабул қилиш усули

Дори моддаларини юбориш усуллари:

- 1) ташқи усул тери қопламалари, шиллик пардалар ёки нафас йўллари орқали
- 2) ички(энтерал)усул оғиз ёки тўғри ичак орқали
- 3) парентериал усул меъда ичак йўллари четлаб, яъни тери ости, тери ичи, мушак ичи ва вена ичи инъекциялари орқали.

Энг кўп тарқалган ва эффекти кучли бўлган усул бу парентериал усулдир. Дори моддаларининг парентериал юборишнинг асосий

афзалликлари юборишнинг тезлиги ва дозанинг аниқлигидадир. Инъекция деб, дори моддаларининг шприц ёрдамида тери орасига, тери остига, мушакка, ва бошқа соҳаларга юборишга айтилади. Бу усул асептика қоидаларига риоя қилишни талаб қилади. Акс ҳолда организмга касаллик кўзгатувчи микроблар тушиб, инфекция асоратлар ривожланишига,бу эса баъзан ўлим билан тугаши мумкин. Шунинг учун тиббиёт ҳамшираси асбобларни стериллашдан олдин тайёрлаш, ўз қўллари ва бемор терисига ишлов бериши, энг муҳими эса антисептика қоидалари жароҳатларни инфекция кўзгатиш эҳтимоли бўлган микроорганизмлардан асрай билиши, инъекция қилаётганда стерил қўлқопларни кийиб олиши керак.

Ҳамшира бемор билан тинч ва осойишта суҳбат ўтказди, уни ҳар бир инъекцияга тайёрлайди, касални қулай жойлаштириш, инъекцияни тўғри олиб бориш кўп беморларда инъекциядан олдин пайдо бўлувчи қўрқув ва оғриқни олдини олади. Бемор ҳеч қачон инъекция вақтида турмаслиги керак, чунки бунда нинанинг чиқиб кетиши ва синиши мумкин. Бунда эса нина мушак ичкарисига кириб кетиши мумкин. Бундай ҳолатларда кўпинча нинани фақатгина жарроҳлик йўли билан чиқариб олиш мумкин.

Бемор турган ҳолда бўлса, унинг думба мускуллари таранг ҳолда бўлади. Инъекция вақтидаги қўшимча таъсирланиш мушакнинг янада тезроқ таранглашувига олиб келади. Бу эса игна синиб кетишига асосий сабабдир.

11.2.1. Инъекцияларнинг асоратлари

Ҳамшира ҳар қандай инъекция ўтказиш қоидаларига риоя қилиши керак. Чунки, кўплаб инъекциялардан келиб чиқувчи асоратлар (аллергик реакциялардан ташқари) ҳамшираларнинг асептика қоидаларига ва шароитга риоя қилмаганликларидан келиб чиқади

Инфилтрат. Кўпинча тери ости ва мушак ичи инъекцияларнинг кейин келиб чиқувчи асоратдир. Кўпинча инфилтрат ўтмас игнадан фойдаланганда, шунингдек агар (игна калта бўлиб) мушак, тери ичи, тери

ости ва вена ичи инъекциялари учун мўлжалланган катта игна мушак ичи инъекциясида қўлланилса ҳам келиб чиқади. Чунки катта игна орқали юборилган дори мушак ичига бормасдан, тўқималарнинг кимёвий таъсирланишига олиб келади. Бунда дори жуда ҳам секин сўрилади ва оқибатда инфилтрат ҳосил бўлади. Инъекция қилинган жойини аниқ копламаганлик ва ҳар доим бир жойга тез-тез инъекция қилиш ҳам инфилтрат ҳосил бўлишининг сабабалридан ҳисобланади. Инфилтратларнинг профилактикаси уларни ҳосил бўлишига олиб келувчи сабабаларга йўл қўймаслик.

Абцесс. Инъекциядан кейин юмшоқ тўқималарнинг йиринглашиши ва устидан пиоген мембрана билан қопланиши, бошқа тўқималарни ажралиб қолиши. Абцесс келиб чиқиш сабаблари ҳам инфилтратники каби, фақат бунда яна асептика қоидаларига риоя қилмаслик ҳам киради.

Профилактикаси: барча асептика қоидаларига риоя қилиш.

- ▶ **Игнанинг синиши:** Инъекция вақтида эски ёки ишлатилган игнадан фойдаланганда ва яна думба мушакларининг бирдан тез қисқаришида вужудга келади.
- ▶ **Медикаментозли эмболия.** Мойли эритмаларни тери остига, мушак ичи инъекцияларда қўллашда юзага келади. Бу асоратларнинг профилактика усуллари: мойли эритмалардан фойдаланганда эритмани юборишдан олдин поршенни ўзингизга тортиб кўринг ва шприцга қон ўтмаганлигини текширинг ва иложи борича игналар томирда бўлмасин.
- ▶ **Ҳаволи эмболия-** Вена ичи инъекцияларида келиб чиқади. Ҳаволи эмболия профилактикаси - шприцдан ёки томизувчи воситалардан ҳавони тўлиқ чиқариб юбориш лозим.
- ▶ **Гематома-** тери остида қон қуйилиши. Бундан ташқари, нотўғри венапункция пайтида келиб чиқади. Тери остида сиёҳ ранг доғ пайдо бўлади. Чунки бунда игна иккала венага теккан ва қон тери остига қуйилган бўлади.

11.2.2. Дориларни оғиз орқали ичириш техникаси.

Ошқозон – хазм тизими орқали дори юбориш – энтерал йўл деб аталади. Қолган йўллар парентерал дейилади. Касал организмга энтерал дори юбориш 3 хил бўлади:

- ▶ оғиз орқали – перорал
- ▶ зонд орқали – ошқозон ва 12 бармоқли ичакка
- ▶ тўғри ичак орқали – хукна ёрдамида

Оғиз орқали дори бериш усули осон, инструментлар керак эмас, лекин бир қанча камчиликлар мавжуд:

- Аччиқ дорилар кўкрак ёшдаги болаларга ичириш қийин.
- Баъзи бир дориларни таъсири ошқозон шираси таъсирида камаяди.
- Баъзи бир дорилар ошқозон- ичак шиллик қаватига ёмон таъсир қилади.
- Дориларни оғиз орқали ичагада аниқ терапевтик дозаси бўлмайди.
- Дориларни оғиз орқали берганда таъсири тез бошланмай, маълум вақт ўтади.

11.3. Дориларни сақлаш

Дори сақлашни Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан қабул қилинган махсус қоидалари бор. Дориларни аптекадан олиш ва уларни сақлаш учун катта ҳамшира жавобгар ҳисобланади.

Тез таъсир қилувчи ва захарли дориларни рецептини ёзишда кўйилган хато бемор соғлиғига манфий таъсир қилиши мумкин. Дорилар кунда ёзилади. Бу билан шифокор кўригида иштирок этаётган ҳамшира шуғулланади, касаллик тарихига ёзилган дориларни ёзиб олади ва аптекага талабнома ёзади.

Кучли таъсир этувчи дориларни алоҳида қоғозга ёзиб олинади.

Дори моддалар хусусиятига қараб сақланади (порошок, эритма, шамчалар).

Ҳамшира дорихонадан дори оларкан, уларнинг ёрлиғини текширади,

талабномадаги рецептларга солиштиради, уларнинг сифатини аниқлайди. Дориларни сақлаш учун махсус шкафлар бўлиб, улар яхши қулфланиши керак. Захарли ва наркотик дорилар алоҳида шкафда қулфланган ҳолда сақланади. Бу “А” шкаф деб аталади. Бу шкафда ушбу дориларнинг дозаси кўрсатилган бўлиши керак. Тез таъсир қилувчи дорилар “Б” рўйхатда бўлади ва алоҳида шкафда сақланади. Бу дорилар махсус зўйхатда бўлади. Талабнома ва ҳисоб дафтари бўлимда 3 йилгача сақланади ва комиссия иштирокида йўқотилади.

Захарли моддалар запаси 5 кунлик меъёрдан ошмаслиги, тез таъсир қилувчи дориларники эса 10 кунликдан ошмаслиги керак. Махсус шкафларда стерил дорилар (томирларга), ичиш учун дорилар ва терига суртиладиган дорилар сақланади. Ўткир хидли дорилар махсус шкафларда сақланади. Спиртли ва эфирли эритмалар оғзи яхши беркиладиган идишларда сақланиши керак, чунки улар буғланиб кетиш хоссасига эга. Суюқ дорилар уй ҳароратида тез бузилади, шунинг учун улар музлатгичда сақланиши керак. Улар фақат 3 кун давомида ишлатилади. Баъзи бир дорилар ёруғда тез бузилади, шунинг учун уларни махсус қора рангли идишларда сақлаш керак.

11.4. Дори тарқатиш қоидаси

1. Дори моддалари аниқ вақтда ва кўрсатма бўйича берилади

- овқатдан олдин
- овқатдан кейин
- овқат пайтида
- ухлашдан олдин

2. Ҳамшира дорини рангини, ҳидини, таъминини билиши керак.

3. Болага дори беришдан олдин ҳамшира ёрлигини, таблетка қутисини, ампулани, флакон ва конвалютани ўқиши керак.

4. 7 ёшгача бўлган болалар қаттиқ дори моддаларини ича олмайди, шунинг учун уларни суюқ ҳолатда настойка, дамлама, экстракт ва микстура ҳолида

берилади. Таблетка ва дражелар майдаланиб, сувга қўшилади. Нохуш ҳидли бўлса сироп билан аралаштирилади, фақат шифокор қўрсатмаси билан.

Кичик ёшдаги болалар дори ичаётганда қаршилик кўрсатадилар. Бундай пайтда ҳамшира бармоғи билан юзни икки яноғини босади, бола оғзини очади ва шу пайтда дори юборилади. Агар бу йўл билан дори юбориш қийин бўлса, болани бурни сиқилади.

Мактаб ёшидаги болаларга суюқ дорилар махсус мензуркаларда берилади (6, 10, 15, 20 мл). Томчи дорилар пипетка орқали берилади. Баъзи бир суюқ дориларни қошиқ орқали бериш мумкин. Бир чой қошиғига 5мл, десерт қошиғига 10мл, ош қошиғига 15мл кетади.

Томчи дорилари пипетка ёрдамида берилади. 1млдаги томчилар сони суюқликка боғлиқ: сувли суюқликда 1мл – 20 томчи, ёғли суюқликда – 30 томчи, спиртлида – 50 томчи.

Назорат учун саволлар

1. Тиббиёт ҳамшираси роли
2. Дори воситаларини қабул қилиш усули
3. *Инъекция турлари ва асоратлари*
4. *Дориларни оғиз орқали ичириш техникаси*
5. Дориларни сақлаш қоидалари
6. Дори тарқатиш қоидаси
7. Дори воситани қабул қилиш самарадорлини баҳолашда ҳамшира роли
8. Дориларнинг турлари

Таянч сўзлар: дори, инъекция, асоратлар, ҳамшира

II. БЎЛИМ. КЛИНИК АМАЛИЁТИ

1 БОБ. СУБЪЕКТИВ ВА ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРУВ УСУЛИ

1.1. Субъектив текшириш усули (сўров)

1.1.1. Шикоятлари

Бола ёки ота-онасининг шикоятлари қисқа, аниқ ва тушунарли акс эттирилади. Аввал асосий, сўнгра иккинчи даражали. Шикоятлар деталлаштирилган бўлиши керак. Бемор ёки ота-она диққат билан эшитиш, ҳамда йўналтирувчи саволлар бериш лозим.

1.1.2. Ҳозирги касаллик тарихи (anamnesis morbi).

Касаллик ривожланиши тўлиқ, яъни биринчи белгилардан кўрик вақтигача акс эттирилиши керак. Қуйидаги саволларни аниқлаш лозим: касаллик бошланиши (ўткир ёки аста-секин), нима билан боғлиқ, касалликка олиб келувчи сабаблар, симптомлар динамикаси, аҳволи оғирлашишининг вақти ва сабаблари, янги симптомларнинг пайдо бўлиши. Даво ва ташҳисий муолажаларнинг самарадорлиги, дори моддаларининг ножўя таъсири. Боланинг ривожланиш картасидаги маълумотларни қўллаш ҳам муҳим.

1.1.3. Беморнинг ҳаёт тарихи (anamnesis vitae).

Бу бўлимга биографик маълумотлар хронологик тартибда киритилади: бола нечанчи хомиладорликдан, нечанчи фарзанд, туғруқ қандай кечган, бола тезда йиғлаганми, қачон эмизишга берилган, қандай эмган, туғилган вақтидаги вазни, бўйи, бир ёшгача ривожланиши, овқатлантириш усули, профилактик эмловлар, қандай касалликлар билан оғриган, боланинг хулқи, мактабдаги ўзлаштириши, ижтимоий-маиший шароитлари, оилавий анамнези ва бошқалар. Ушбу маълумотларни йиғишдан асосий мақсад «Қандай

омиллар бу касалликни келтириб чиқарган?» деган саволга жавоб топишдан иборат.

Лаборатор ва инструментал текшириш усуллари билан бир қаторда умумий кўрик катта ташҳисий аҳамиятга эга.

1.2. Объектив текшириш усуллари

1.2.1. Умумий кўрик аҳамияти

Кўрик ёрдамида фақат бемор соғлиги ҳақида умумий маълумот эмас, балки кўп ҳолларда бир кўришда ташҳис кўйиш мумкин.

Объектив кўрикни она ва бола билан суҳбатлашиш давомида, унинг хулқи, атроф муҳитга таъсирчанлиги, нутқини кузатиш билан бирга олиб борилади.

Кўрикни шошилмасдан, ўйин тарзида олиб бориш лозим. Бола ҳамширанинг дўстона муносабатини, мулойим овозини ҳис қилиши керак.

Кўрикни кундузги ёруғликда ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Бу тери рангини, тошмалар борлигини тўғри баҳолашга ёрдам беради.

Эрта ёшдаги болаларни йўргак столида, катта ёшдаги болаларни кушеткада кўриқдан ўтказилади. Кўрик ўтказиладиган хона ҳарорати 20 – 24⁰ С бўлиши лозим. Кичик ёшдаги болаларни ота-оналари ёнида, катта ёшдагиларни ота-оналарсиз кўриқдан ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Кўрик маълум режа асосида ўтказилади. Бола тўлиқ кўриқдан ўтказилиши лозим. Кўрик кетма-кетлиги бола ёшига боғлиқ. Катта болаларда аввал умумий аҳамиятга эга симптомларни аниқлаш учун умумий кўрик, сўнгра тана соҳалари – боши, юзи, бўйни, танаси, қўл-оёқлари кўриқдан ўтказилади. Тана ва кўкрак қафасини вертикал ҳолатда, қоринни – вертикал ва горизонтал ҳолатларда кўриқдан ўтказиш лозим. Боланинг жисмоний ривожланиши баҳоланади, сўнгра аъзо ва тизимларни маълум режа асосида текширилади. Оғиз, Томок ва тананинг оғриқли соҳаларини энг охирида кўриқдан ўтказилади, чунки у болаларда салбий таъсирланишга олиб келади

ва кейинги кўрикни амалга оширишда халақит беради. Кичик болаларни онаси қўлида турганда кўриктан ўтказиш осонроқ кечади.

1.2.2. Беморни ҳозирги аҳволи (*status praesens*).

Беморни умумий ҳолатини баҳолаш объектив маълумотларга асосланади. Қуйидаги ҳолатлар тафовут қилинади: қониқарли, ўрта оғир ва оғир. Педиатрияда умумий ҳолатни баҳолаш учун 2 асосий мезон: захарланиш синдромларини аниқлаш даражаси ва аъзолар ва тизимлардаги ўзгаришларни аниқлаш қўлланилади. Захарланиш клиник МАТ ўзгаришлари, шунингдек бошқа тизимлар ўзгаришлари билан намоён бўлади.



Расм 3. Беморни умумий ҳолатини баҳолаш

Соғлом бола одатда актив, ҳаракатчан, атроф муҳитга қизиқувчан бўлади. қониқарли ҳолатларда кучсиз намоён бўлган ҳолсизлик, камҳаракат, безовталиқ кузатилиши мумкин. Тана ҳарорати меъёрда ёки субфебрил. Териси оқимтир пушти рангда. Бошқа тизимларда ўзгаришлар йўқ ёки аниқ

эмас. Ўрта оғир ҳолатларда заҳарланиш белгилари аниқ: бола холсиз, хоҳишсиз мулоқотга киради. Тана ҳарорати 38 – 39⁰С. Териси қизарган ёки оқиш – кўкимтир рангда. Нафас олиши бир оз тезлашган, тахикардия, қушиш, суюқ ахлат, қорин дам бўлиши кузатилиши мумкин. Оғир ҳолатдаги беморда эс-хуш бузилишининг турли даражалари, баъзан талвасалар кузатилади. Ступор – бемор саволларга секин, аммо тўғри жавоб бериши билан кечадиган эс-хуш бузилиши. Сопорда парадоксал таъсирчанлик: бемор баланд товушга баъзан жавоб бермайди, секин товушга эса тўғри жавоб олиш мумкин.

Комада – эс-хуш тўлиқ аниқланмайди, ҳаракатлар кузатилмайди. Гипертермия 39 – 40⁰С. Тери оқимтир, цианоз билан, микроциркулятор ўзгаришлар (мармарсимон тери, хансираш, тахи- ёки брадикардия). Қорин дам бўлиши ва ичаклар парези, диарея кузатилади. Диурез суст ёки йўқ.

Беморни умумий аҳволини ўзини ҳиссиётларидан ажрата билиш керак. Умумий аҳволи ва ҳиссиётлари бир тусда бўлиши мумкин ёки йўқ.

Беморни ҳолати фаол, суст ёки мажбурий бўлиши мумкин. Бемор ёток ҳолатида ўз ҳолатини бемалол ўзгартириши мумкин. Суст ҳолат бемор хушсиз ёки ўта кучсиз ҳолатида кузатилади. Баъзи ҳолатларда бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди (менингитда – бошини орқага ташлаб ёнбошида, перитонитда – орқаси билан ҳаракатсиз, зотилжамда – зарарланган томонни босган ҳолатда). Мувозанат сақлаш аномалиялари бор ёки йўқлиги аниқланади. Бунга беморни умумий кўриқдан ўтказиш, аҳволини баҳолаш, эс-хуши, ҳолати ва барча аъзолар ва тизимларни жисмоний текшириш маълумотлари киради:

- ◆ жисмоний ривожланиш
- ◆ асаб-руҳий ривожланиш
- ◆ тери ва тери ости ёғ қавати
- ◆ суяк-мушак тизими
- ◆ нафас олиш тизими
- ◆ юрак қон-томир тизими
- ◆ ҳазм қилиш тизими
- ◆ пешоб ажратиш тизими

- ◆ қон ишлаб чиқариш тизими

Назорат учун савволлар

1. Субъектив текшириш усули
2. *Шикоятлари ва турлари*
3. Ҳозирги касаллик тарихи (anamnesis morbi).
4. Беморнинг ҳаёт тарихи (anamnesis vitae).
5. Объектив текшириш усуллари
6. Умумий қўрик аҳамияти
7. Беморни ҳозирги аҳволи (status praesens).
8. Беъморга хулоса чиқариш

Таянч сўзлар: касаллик тарихи, анамнез, бемор, шифокор.

2.БОБ. БОЛАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИ

2.1 Бола жисмоний ривожланишини қонуниятлари.

2.1.1 Антропометрия

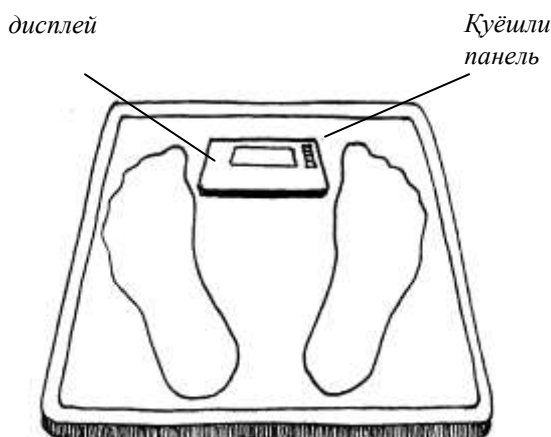
«Вазни ўлчаш»

Болаларни қуйидаги тавсифга эга тарозилардан фойдаланган ҳолда ўлчаш тавсия этилади:

- Ишончли ва мустаҳкам
- Электрон (рақамли дисплей)
- 150 кг гача ўлчаш
- 0,1 кг (100 г) гача аниқлик билан ўлчаш
- Вазни тарирланган ўлчаш имконияти
- Чақалоқлар учун ишлатиладиган тарози, 20г аниқлик билан

«Вазни тарирланган ҳолда ўлчаш» деганда, ҳозиргина вазни тортилган тарозининг устида турган одам билан нолга (тарирлаш) тўғрилаш мумкинлиги тушунилади. Яъни, она тарозига туриши ва унинг вазни ўлчанганидан сўнг, тарозини тарирлаш мумкин. Агар бундан сўнг она тарозида турган ҳолатида унинг қўлига бола берилса, тарози фақат боланинг вазини кўрсатади. Вазни тарирланган ўлчаш иккита яққол афзалликка эга:

- Боланинг вазини аниқлаш учун кимнингдир вазини айиришнинг зарурати йўқ (хатога йўл қўйиш таваккалчилигини камайтирган ҳолда).
- Бола унинг вазини тортиш жараёнида онасининг қўлида тинч туради.



Ҳозирги вақтда тарозиларнинг жуда кўп турлари қўлланилади. Юнискейл (ЮНИСЕФ томонидан ишлаб чиқилган) юқорида санаб ўтилган тавсия этиладиган хусусиятларга эга ва мазкур курсда вазни ўлчаш усулларини намойиш этиш мақсадида фойдаланилади. Юнискейл литийли батареяда, миллион маротаба вазни ўлчаш учун етарлича ресурс билан ишлайди. Тарози қуёшли панель билан ёқилади, шунинг учун ундан фойдаланиш учун етарлича ёруғлик бўлиши зарур. Тарозининг сиртки қисмида одам туриши лозим бўлган оёқ излари чизилган. Мазкур модулда Юнискейл ёки шу каби модель ёрдамида боланинг вазнини қандай ўлчаш зарурлиги тушунтирилган. Юнискейлни ишлатиш ва уни сақлашга оид маълумотлар мазкур модулнинг 4.0 бўлимида таърифланган. Тарирланган тарози енгил ва фойдаланишда ишончли. Лекин ишончли бўлган бошқа турдаги тарозилар ҳам бор, масалан, электрон болалар тарозиси ёки калибрланган педиатрик ричагли тарозилар. Ўзи мустақил тик тура оладиган болаларни тик турган ҳолатда тарозидан ўлчаш мумкин. Ёки онани алоҳида ўлчаб, кейин она ва болани бирга тарозида тортиб, боланинг вазнини аниқлаш учун онанинг вазнини айириш мумкин.

Вазни ўлчашга тайёрланиш

Онага боланинг вазнини ўлчаш сабабларини тушунтиринг. Масалан, боланинг жисмоний ривожланиши, унинг касал бўлгандан сўнг тикланиши ёки боланинг озиқлантириш ва парваришдаги ўзгаришидан таъсирланишини баҳолаш мақсадида буни ўтказинг.

Агар бола икки ёшга тўлмаган бўлса ёки у ўзи мустақил тик тура олмаса, тарирланган тортиш усулидан фойдаланиш керак. Онага тарирланган тортиш усулини тушунтиринг.

Она тарози устида қўлида бола билан ўлчангунга қадар қолишини таъкидланг.

- Она пойафзалини ечади ва аввал ўзи тарозига туради. Тарозининг дисплей ва қуёшли панелини тўсиб қўймаслик мақсадида она қўйлагининг узун этагини кўтариши лозимдир

- Дисплейда онанинг вазни кўринганда, унга тарози устида қолишини айтинг. Тарозининг қуёшли панелини ёпиб (шу йўл билан ёрукликни тўсиб), дисплейни нолга тўғриланг, шу пайтда тарозида боланинг расми кўринади.
- Сўнг болани онанинг қўлига беринг
- Боланинг вазни тарозининг дисплейида кўринади
- Боланинг вазини қайд этинг

Агар бола 2 ёки ундан катта ёшда бўлганда, бола тинч ҳолатда турган бўлса, алоҳида вазини ўлчаш зарур. Бола мустақил равишда тарозига туриши ва ҳаракатланмаслиги зарурлигини тушунтиринг.

Болани ечинтиринг. Аниқ вазн кўрсаткичи олиш учун бола устки кийимини ечиши кераклигини тушунтиринг. Хўл йўргак ёки пойафзал ва хўл памперслар 0,5 кг дан зиёд бўлиши мумкин. Чақалоқларни яланғоч ҳолатда тарозида тортиш лозим; вазини ўлчашдан олдин гўдакни кўрпага ўраб қўйинг. Каттароқ болалар фақат ички кийимда қолиши мумкин.

Агар болани ечинтириш учун хона ҳарорати жуда совуқ бўлса ёки бола инжиқлик қилиб, ечинишни хоҳламаса, бу ҳолатда болани кийимда ўлчаш мумкин, лекин бўйни қайд этиш журналида вазини ўлчаш жараёнида бола кийимда бўлганлигини қайд этиш лозим. Бу ўринда боланинг асабини бузмаслик муҳим, чунки узунлик/бўйни ҳам ўлчаш зарур.

Агар болани урф-одатларга кўра ечинтириш ўринли бўлмаса, фақат мумкин бўлган даражагача ечинтиринг.

Шарҳ: Агар боланинг узунлиги/бўйини ўлчашга халақит қилиши мумкин бўлган сочлари турмакланган ёки сочларида тақинчоқлар бўлса, уларни ўлчашлар ўртасида тўхтаб қолмаслик учун **вазни ўлчашдан аввал** ечинг. Айниқса кичик ёшдаги болалар йиғлаб юбормаслиги учун, уларнинг узунлигини ўлчашда тарозидан тезда стол ёнига ўтиш муҳим аҳамиятга эга.

2.2. Болани вазини алоҳида ўлчаш

Чақалоқлар ва 2 ёшгача бўлган болаларнинг тана вазини ўлчаш



Расм 4. Имконият бўлса, вазни ўлчаш учун рақамли (электрон) тарозилардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Чақалоқлар учун қўлланиладиган тарозилар камида 20 г гача аниқликка эга бўлиши лозим



Расм 5. Ҳар гал вазни ўлчашдан аввал тарози калибровкаланган ва болага мослаштирилган бўлиши керак



Расм 6. Боланинг вазини ўлчашдан олдин болани ётқизганда, фойдаланиладиган йўргакни (пеленка) ўлчаш зарур.



Расм 7. Бола вазини, тўлиқ
ечинтирилган ҳолатда ўлчаш
ЛОЗИМ



Расм 8. 7-8 ойликдан катта
бўлган болаларни ўтирган
ҳолатда ўлчаш мумкин



Расм 9. Боланинг соф вазини
билиш учун унинг йўргак билан
бирга тортилган вазнидан
йўргакнинг вазини айтириш
зарур

2.1.2. 1 ёш ёки ундан катта ёшдаги болаларни тана вазини ўлчаш

Болани ёши 2 ва ундан катта бўлса ва у тинч ҳолатда турган бўлса, алоҳида вазини ўлчаш зарур. Онадан боласини кийимларини ва пойафзалини ечишда ёрдамлашишини сўранг. Бола билан суҳбатлашинг ва уни тарозида турганда ҳаракатланмаслиги зарурлигини тушунтиринг. Бола билан мулойим гаплашинг ва қўрқитманг.

- Тарозини ёқиш учун қуёшли панелни бир сонияга тўсинг. Тарозининг фойдаланишга тайёрлиги 0,0 сони чиқиши билан тасдиқланади.
- Болани тарозининг ўртасига оёқлари орасини бироз очган ҳолда (агар белгиланган бўлса оёқлар изи устида) қимирламасдан туришини илтимос қилинг
- Бола вазини 0,1 кг гача яхлитланг.

Бола тарози устида сакраса ёки тинч турмаса, тарирланган усулдан фойдаланиш керак.

Шунингдек, катталар учун мўлжалланган электрон тарозидан ҳам фойдаланиш мумкин.



Расм 10. Бола ечинган ҳолда бўлиши керак. Ёши каттароқ болалар ич кийимда қолишлари мумкин.

- Вазн ўлчанаётганда, болалар ҳаракатланмасликлари керак.
- Вазн ўлчанганда, бола тарозининг ўртасида туриши керак



Расм 11. Унутманг!

Болаларни кийим-кечакда ўлчаш мумкин эмас — бу бола танасини вазнининг нотўғри кўрсаткичларини беради

2.1.3. Боланинг вазнини тарирланган усул ёрдамида ўлчаш

Тарози текис ва қаттиқ жойда турганига ишонч ҳосил қилинг. Уни гилам ёки палас устига қўйиб бўлмайди. Тарози қуёш энергиясидан ишлагани туфайли, уни эксплуатация қилиш учун ёруғлик етарлича бўлиши лозим.

- Тарозини ёқиш учун қуёшли панелни бир сонияга тўсинг. Тарозининг фойдаланишга тайёрлиги 0,0 сони чиқиши билан тасдиқланади.
- Дастлаб она пойафзалини ечиб, вазнини ўлчатиш учун бир ўзи тарозига турганини текширинг. Ўзингиз ёки кимдир тўшакка ўралган яланғоч болани ушлаб туриши лозим.
- Онани тарозининг ўртасига оёқлари орасини бироз очган ҳолда (агар белгиланган бўлса оёқлар изи устида) қимирламасдан туришини илтимос қилинг. Онанинг кийими дисплей ёки қуёшли панелни тўсиши керак эмас. Унга вазнининг кўрсаткичи пайдо бўлгандан кейин ҳам тарозининг устида қолишини эслатинг, чунки у боласини қўлига олиб, у билан бирга тарозида тортилиши зарур.

- Она тарозида турганида ва унинг вазни кўринганида, бир сонияга қуёшли панелни тўсиб, тарозини тарирланг. Дисплейда она ва бола белгиси ва 0,0 рақами пайдо бўлганда тарози тарирланган ҳисобланади.
- Яланғоч болани эҳтиёткорлик билан онасига беринг ва онаси кимирламасдан туришини илтимос қилинг.
- Дисплейда бола вазнининг кўрсаткичи пайдо бўлади (0,1 кг гача яхлитланган). Ушбу вазн кўрсаткичини боланинг ривожланиш тарихига ёзиб қўйинг.
- Тарози кўрсаткичларини тўғри тартибда синчиклаб ёзиб олинг.

Шарҳ: агар онанинг вазни жуда оғир бўлса (м-н, 100 кг дан) ва боланинг вазни нисбатан кам бўлса (м-н, 2,5 кгдан кам), боланинг вазни тарозида кўринмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда, енгилроқ вазли одам болани тарозида кўтариб туриши лозим бўлади.

мисол



Она вазни



Тарозини тарирлаш



Шуниси эътиборлики, юқорида тасвирланган тарозининг аниқлиги 0,1 кг гачани ташкил этади. **Аниқлик** деганда, тарози ўлчайдиган энг кичик бирлик тушунилади. Бу ўринда, ўлчовларнинг **ишончлилиги** тарозининг калибрланганлиги ва кузатувчи томонидан тўғри ўқилганлигига боғлиқ. Ўлчов асбобларининг юқори аниқлигини таъминлаш мақсадида уларни сақлашга оид маълумотлар мазкур модулнинг 4,0 бўлимида келтирилган.

2.2. Узунлик ёки бўйни ўлчаш

Боланинг ёши ва тик туриш имкониятидан келиб чиқиб, танасининг узунлиги ва бўйини ўлчанг. Боланинг узунлиги ётган ҳолатда, бўйи эса тик турган ҳолатда ўлчанади.

- Агар бола хали 2 ёшга тўлмаган бўлса, узунлигини ётган ҳолатида ўлчанг.
- Агар бола икки ёки ундан юқори ёшда бўлса ва у мустақил тик тура олса, бўйини тик турган ҳолатида ўлчанг.

Тик турган ҳолатдаги бўй кўрсаткичи ётган ҳолатдагидан кўра 0,7 см камроқдир.

Мазкур фарқлик эгри чизикларда фойдаланиладиган ЖССТнинг бўй меъёрларини ишлаб чиқишда ҳисобга олинади. Шунинг учун бўй ўрнига узунлик ва аксинча ҳолатда ўлчовларни тегишли равишда тўғрилаш зарур.

- Агар бола хали 2 ёшга тўлмаган бўлса ва тана узунлигини ўлчаш учун у тахтага ётишни истамаса, унинг бўйини вертикал ҳолатда ўлчаб, кўрсаткични узунликка айлантириш учун **унга 0,7 см қўшинг**
- Агар бола 2 ва ундан юқори ёшда бўлса ва тик туришга ҳоли бўлмаса, тана узунлигини ётган ҳолатда ўлчанг ва кўрсаткичларни бўйга айлантириш учун ундан 0,7 см айиринг.

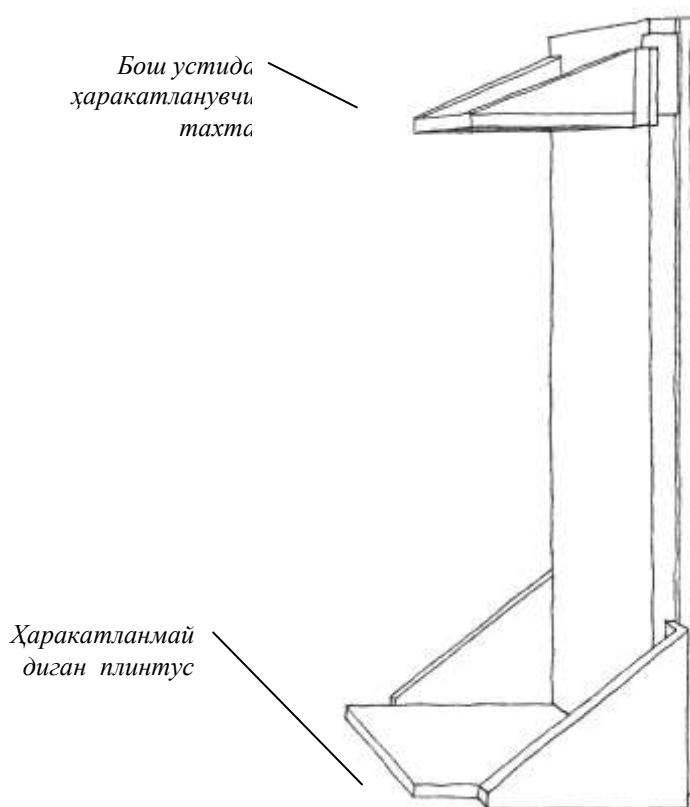
Узунликни ўлчаш учун зарур бўлган асбоб-ускунанинг номи ўлчов доскаси (баъзида инфантомер) деб аталади, уни текис, мустаҳкам юза, масалан стол устига қўйиш лозим.

Тўғри вертикал юзага, масалан девор ёки устунга текис полда тўғри бурчак остида ўрнатилган бўй ўлчагични қўлланг.

Расм 12. Узунликни ўлчаш тахтаси



Ростомер/бўй ўлчагич



Ўлчов столи ёки бўй ўлчагич сифатли текис сув ўтказмайдиган лакланган ёки полировка қилинган доскадан ясалган бўлиши лозим. Горизонтал ва вертикал қисмлари тўғри бурчак остида маҳкам мустаҳкамланган бўлиши керак. Ҳаракатланадиган қисми узунликни

Ўлчашда оёққа тираш ёки бўйни ўлчашда бошга тираш мақсадида хизмат қилади. Агар рақамли асбоб қўлланилмаётган бўлса, ўлчов тасмасини доска бўйлаб ёпиштириш лозим, шунда ҳаракатланадиган қисмлар унга ишқаланмайди ва рақамларни ўчириб юбормайди. Инфантомер ва бўй ўлчагичларни ишлатиш ва уларни сақлаш бўйича маълумотлар 4.0 бўлимда таърифланган

2.2.1..Узунлик ёки бўйни ўлчашга тайёрланиш

Бола ечинган ҳолатда бўлганида вазнини тортишдан сўнг дарҳол унинг бўйи/узунлигини ўлчашга тайёрланинг. Ўлчашдан аввал боланинг пойафзали ва пайпоғи, ўрилган сочлари ва сочдаги тақинчоқлари бўй/узунликни ўлчашга халақит қилмаслиги учун ечилганига ишонч ҳосил қилинг.

Агар болани яланғоч ҳолда вазни тортилса, унда хўл бўлиб қолмаслик учун узунликни ўлчашда қуруқ йўргакларга ўраш мумкин. Агар хона салқин бўлган ва бир оз кутишга тўғри келаётган бўлса, болани бўй/узунликни ўлчагунча иссиқ кўрпага ўраб туринг.

Боланинг узунлиги ёки бўйини ўлчашда, она бу борадаги барча жараёнларга кўмаклашиши, шунингдек, болани овутиши зарур. Онага ўлчаш сабаблари ва бу йўналишдаги босқичларни тушунтиринг. Унинг саволларига жавоб беринг. У сизга қандай ёрдам бериши мумкинлигини кўрсатиб ва тушунтириб беринг. Ўлчовларни талаб этиладиган даражада бажариш учун боланинг тинчлигини сақлаш муҳимлигини айтинг.

Узунликни ўлчаш тахтасини гигиена меъёрларига риоя қилиш ва болага қулайлик яратиш мақсадида юпқа мато ёки юмшоқ қоғоз билан ёпинг.

Онага болани ўлчов тахтасига ётқизиши ва унинг бошини ўлчаш вақтида қимирлатмасдан ушлаб туриши зарурлигини тушунтиринг. Унга болани



ётқизишдан олдин қаерда, яъни сизнинг рўпарангизда, ўлчов тахтасининг бир томонида тасмадан нарироқда туришини кўрсатинг. Шунингдек, унга боланинг бошини қаерга (бош учун мўлжалланган тахтага) қўйиш кераклигини кўрсатинг. Бунда у болани ортиқча безовта қилмаслиги, тез ва дадил ҳаракат қилиши лозим.

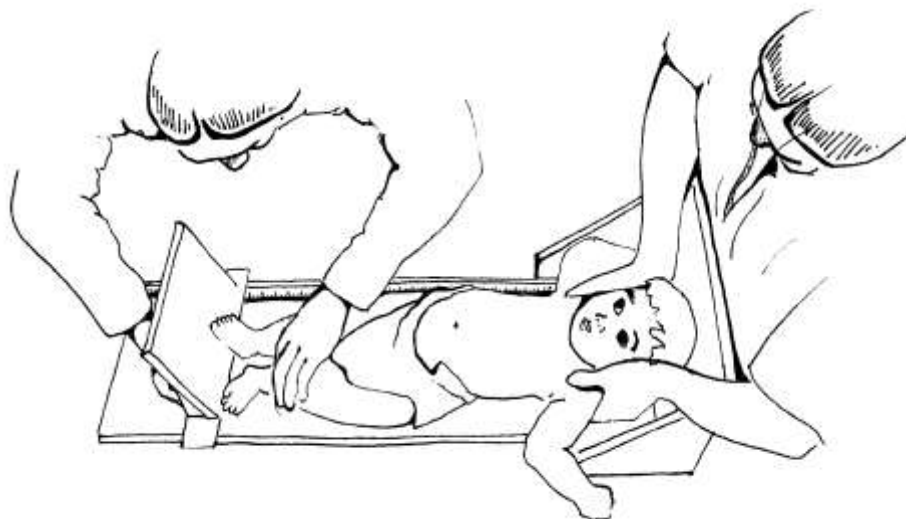
Она Сизнинг йўл-йўриқларингизни тушуниб, ёрдам беришга тайёр бўлганида:

- Бола тахтанинг бош қўядиган жойига боши билан тиралиб туриши учун уни чалқанчасига ётқизишини илтимос қилинг.
- Бошини тезлик ва эҳтиёткорлик билан шундай сурингки, кулоқ каналидан кўзнинг қуйи чегарасигача бўлган фаразий вертикал чизик тахтага нисбатан перпендикуляр ҳолатда бўлиши керак. (Боланинг кўзлари шифтга қаратилган бўлиши лозим). Онани боланинг бош томонида туриб, бошини ушбу ҳолатда ушлаб туришини илтимос қилинг

Бу ўринда тез ишлаш муҳим аҳамиятга эга. Сизга ўлчов тасмаси кўринадиган жойда турунг ва ҳаракатланадиган тахтани суринг:

- Бола тахтада текис ётганига ва ўз ҳолатини ўзгартирмаётганига ишонч ҳосил қилинг. Елкалари тахтага тегиб туриши ва қадди букилмаслиги зарур. Онага агар боласи қаддини букаётган ёки ҳолатини ўзгартираётган бўлса, сизга айтиши кераклигини илтимос қилинг.
- Бир қўлингиз билан боланинг оёқларини аста ушлаб турунг ва бошқа қўлингиз билан тахтани суринг. Оёқларни охиригача текис ва тўғри туришини таъминлаш учун секингина, зиён етказмаган ҳолда тиззаларини босинг. *Шарҳ: чақалоқларнинг тиззаларини каттароқ болаларникига ўхшаб текис ҳолатга олиб келиб бўлмайди. Чунки уларнинг тиззалари ниҳоятда нозик бўлиб, тез шикастланиб қолиши мумкин, шунинг учун камроқ куч ишлатинг.*

- Агар бола жуда инжиқлик қилаётган бўлса ва унинг иккала оёқларини бир ҳолатда ушлаб туриш қийин бўлса, унда керакли ҳолатда бир оёқ билан ўлчанг.
- Тиззаларни ушлаб туриб, тахтанинг паст қисмини боланинг оёқларига тираб қўйинг. Боланинг товони тахтага текис жойлашиши ва оёқ бармоқлари тепага қаратилган бўлиши керак. Агар бола оёқ бармоқларини букаётган ва товони тахтага тегмаётган бўлса, унинг оёғини тагини китиқланг ва бола оёқ бармоқларини тўғрилаганда, тезда тахтанинг ҳаракатланувчи қисмини суринг.
- Бўйни қайд этиш журналининг қабулга келиш карточкасидаги кўрсатмаларни ўқинг ва боланинг узунлигини 0,1 смгача яхлитлаган ҳолда ёзиб қўйинг. Бу сизга кўринган охириги чизикнинг ўзидир (0,1 см=1мм).
- Унутманг: Агар сиз ҳозир узунлигини ўлчаган бола 2 ёки ундан юқори ёшда бўлса, унда узунликдан 0,7 см айириб, натижани ривожланиш тарихига бўй кўрсаткичи сифатида қайд этинг.



Расм 13. Узунликка оид кўрсаткичларни бола инжиқлик қилиб қолмасидан тўғри олиш учун тез ва дадил ҳаракат қилинг

2.2.2. Бўйни тик турган ҳолатда ўлчаш

Бўй ўлчагич текис жойда турганига ишонч ҳосил қилинг. Пойафзал, пайпок ва соч турмаклари ечилганини текширинг.

Она билан бирга ишланг ва бола билан бир хил баландликда бўлиш учун тиззада туриб, қўйидагиларни бажаринг:

- Болага оёқларини бироз икки томонга очган ҳолда тахтага туришига ёрдам беринг. Унинг 5 та нуқтаси: боши, кураги, думбаси, болдири ва товони вертикал тахтага тегиб туриши керак.
- Онани боланинг тиззаси ва тўпиғини тўғриланган ҳолатда вертикал тахтага товон ва болдирларини теккизиб, ушлаб туришини илтимос қилинг. Ундан боланинг эътиборини жалб этиш, зарурат бўлганда уни овунтириш ва агар у ҳолатини ўзгартирган бўлса, сизга айтишини сўранг.
- Бола бошини шундай тутиши керакки, кулоқ каналидан кўзнинг ташқи қиррасигача бўлган горизонтал чизиқ тахта асосига параллель бўлиши лозим. Боланинг боши шу ҳолатда сақланиши учун унинг даҳанидан катта ва кўрсаткич бармоғингиз билан ушлаб туринг.
- Зарурат бўлганда, бола қақдини текис тутишига кўмаклашиш учун унинг қорин қисмини секингина босиб қўйинг.
- Боланинг бошини шу ҳолатда ушлаб туриб, бошқа қўлингиз билан боланинг бошига ўлчов тахтасининг тепадан тушириладиган қисмини сочларига зич тақанг.
- Кўрсаткичларни аниқлаб, болани ривожланиш тарихига, боланинг бўйини 0,1 смгача яхлитлаган ҳолда ёзиб қўйинг. Бу сизга кўринган охириги чизиқнинг ўзидир (0,1 см=1мм).

Эслатма: Агар сиз ҳозир бўйини ўлчаган боланинг ёши 2 дан кам бўлса, унда бўйга 0,7 см қўшиб, натижани Қабул карточкасида тана узунлиги кўрсаткичи сифатида қайд этинг.

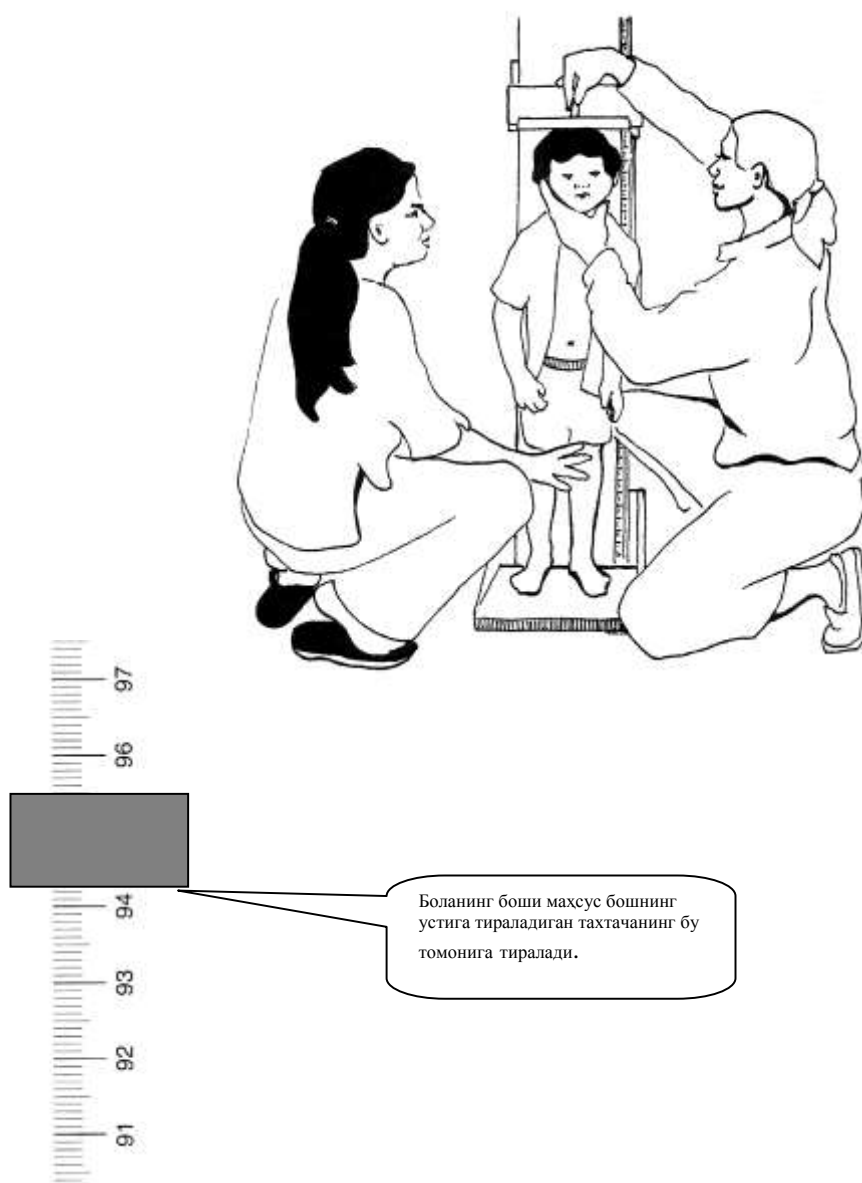
3. Қуйидаги тасвирда 11 ойлик боланинг узунлигини ўлчаш жараёнидаги ўлчов тасмасининг бир қисми кўрсатилган. Узунликни ёзинг:

4. Қисқа жавобли машқлар

Қўйидаги ўлчов тасмалардаги кўрсаткичларни ўқинг ва кўрсаткичларни 0,1 см гача яхлитлаган ҳолатда ёзиб олинг.

1. Мазкур расмда 3 ёшли боланинг бўйини ўлчаш жараёнида ўлчов тасмасининг бир қисми кўрсатилган. Бўйини аниқланг: _____

Расм 14. Бўйни тик турган ҳолатда ўлчаш



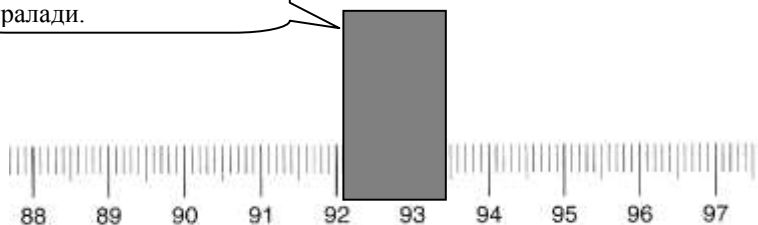


Боланинг оёқлари оёқ тагидаги тахтачининг бу томонига тиралади.

1. Мазкур тасвирда бўй ўлчагичда туришни хоҳламаётган икки ёшдаги боланинг ўлчов тасмасининг қисми тасвирланган. Унинг узунлиги ўлчанади, аммо бўйини кўрсатиш лозим.

Унинг узунлиги қанча? _____ Бўйининг кўрсаткичи неча ташкил қилади? _____

Оёқлар бу томонга тиралади.



Машқни яқунлагандан сўнг жавобларингизни мазкур модулнинг 34 бетидаги жавоблар билан солиштиринг. Агар саволларингиз бўлса, фасилитатор билан суҳбатлашинг.

2.2.3. Ўлчов асбобларини сақлаш

Ўлчовнинг аниқлигини таъминлаш учун тарози ва ўлчов асбоблари/бўй ўлчагичлардан тегишли тарзда фойдаланиш керак. Асбобларни тоза ҳолатда, меъёрл хона ҳароратида, нам теккизмасдан сақлаш лозим.

Юнискейл тарозиси иссиқ ҳароратда ёки ёруғлик етишмайдиган ҳолларда яхши ишламайди. Агар тарози қизиб кетган бўлса, унинг совушини кутинг. Ёруғлик етишмаса, ёруғлик манбаига яқинроқ сурунг. Тарозига туриш

пайтида қуёшли панелга оёқ қўйманг, бу унинг эскиришига олиб келади, бунинг ўринига устига нарса ёпиб, ёруғликни тўсиб қўйинг.

Жиҳознинг аниқлигини харид қилиш пайтида текшириб олинг. Сўнгра ҳар ҳафта, масалан, ҳафтанинг душанба ёки шанба кунлари тарозини ва ўлчаш столларини текшириб турунг.

Тарозини текшириб туриш учун:

- Оғирлиги олдиндан маълум бўлган 3, 5, 10 ва 20 кг ли юкни тортиб кўринг.
- Назорат учун юкни тарирланган ҳолда тортиб кўринг, бунинг учун тарозига аввал 20 кг юкни қўйиб, тарозини тарирлаб, 3 кг қўшинг. Кўрсаткич 3 кг ни кўрсатиши керак.
- Тарози ноаниқ бўлса, имкон қадар уни калибрланг. Акс ҳолда, ноаниқлик доимий равишда (масалан, доимий равишда +0,2 кг га оғиш) кузатилса, тегишли равишда унга тузатиш киритинг (масалан, 0,2 кг ни айирган ҳолда).
- Йўл қўйилиши мумкин бўлган хатоларни кузатинг. Агар ўлчов хатолари ўзгариб турса, масъул ходимга тарозини ўзгартириш ҳақида топшириқ беринг.

Узунликни ўлчаш тахталари/бўй ўлчагичларни текшириш:

Узунликни ўлчаш тахталари/бўй ўлчагичларни йиғиш пайтида узунлиги маълум бўлган новдалардан фойдаланган ҳолда уларнинг тўғри йиғилганлигини текшириш керак.

Мустақкамлагичларнинг текислигини ва зичлигини текширинг. Агар нуқсон топсангиз, уларни текисланг ёки зичланг.

Ўлчов тасмаси ёзувларининг аниқлигини текширинг. Агар ўқиш қийин бўлса, уни алмаштириш зарур.

2.3. Болани жисмоний ривожланишининг бузилишлари

Болаларда бўйига ўсиши ўзгаришлари кўпинча умумий ривожланишни ўзгаришлари билан бир вақтда кузатилади. Камдан-кам ҳолатларда умумий ривожланиш ўзгармасдан бўйига ўсишни бузулиши (масалан нанизмда) ёки тескараси: ривожланиш ўзгаришлари алоҳида учраши (масалан сўзлашиш қобилиятини бузилиши ва х.к.) мумкин.

Қуйида В.И.Малчанов 1970 йил таклиф этган бўйига ўсишни бузилиши классификациясини келтирамиз:

1. Нанизм ва субнанизм.
2. Гигантизм ва субгигантизм.

Бўларнинг ҳар биттаси пропорционал ва непропорционал бўлиши мумкин. Болаларда бўй ўзгариш даражасини уларнинг ёшига меъёрл бўй кўрсаткичларига таққослаб баҳоланади. Паталогик бўйи пастликни ҳамма турларини бир сўз билан ифодаласа - микросомия - паканалик /юнон тилида «микрос» - кичкина, «сома» - тана/ дейилади. Бўй етишмовчилиги кўп бўлса - наносомия ёки нанизм /грек тилида «нанос»- карлик/ дейилади. Карлик билан меъёр орасидаги бўй ўзгаришлари субнанизм дейилади. Агарда болани бўйи меъёрдагидан ортиқ бўлса, бу ҳолат гигантизм деб айтилади. Меъёрдаги билан гигантизм орасидаги бўй ўзгаришлари субгигантизм деб айтилади. Пропорционал нанизмга қуйидагилар тааллуқли бўлади:

1. Бирламчи нанизм- бўлар ота-онаси пакана бўлган оилаларда туғилиб, бошқа болалардан фақатгина ўз танаси ўлчовлари билан фарқ қиладилар.
2. Гипопластик нанизм- бу ирсий белги эмас, онаси қорнида ривожланишни эрта даврларда бўлар бузулишлар таъсирида пайдо бўлиши мумкин.
3. Эндокрин нанизм:

а.) тиреоген нанизм (туғма микседема) - қалқонсимон безни йўқлиги ёки ривожланмаганлиги оқибатида пайдо бўлади. Шундай болаларда паканалик билан бирга терини қуруклиги, шилимшиқсимон шишлар, эси пастлик, тилни катталиги, брадикардия ва қабзият бўлиши кузатилади.

б) гипофизар нанизм бунда паканалик, жинсий аъзоларни ривожланмай қолган ҳолати, иккиламчи жинсий белгиларни ривожланмаслиги ёки кеч пайдо бўлиши кузатилади. Териси юмшоқ нам бўлади, ақли ўзгармаган, кўпинчалик кўкрак ва тос соҳаларида ортиқча ёғ тўпланиш ҳолати бўлиб, терисида ажинлар вақтли пайдо бўлиши мумкин. Ушбу ўзгаришлар гипофизни олдинги қисмини функцияси пасайиб кетганлиги билан тушунтирилади.

4. Дистрофик нанизм - туғилган пайтда меъёрл бўлган бола сурункали касалликлари таъсирида ўсиб ривожланишдан орқада қолади.

5. Аралаш ва ноаник формалар - бўларга Даун касаллигини мисол қилса бўлади. Ушбу касалликда боланинг тузилиши кичкина, икки кўз ораси кенг, тили катта, кўзлари эса ғилайлашган бўлиб, эси пастлиги билан фарқ қиладилар.

Нопропционал нанизмга қуйдагилар киради:

1. Хондродистрофия (юнон тилида «хондрион» - тоғай, «трофия» - овқатланиш, умумийлаштириб айтганда-тоғайни овқатланишини бузилиши). Ушбу касалликда тоғайдан ривожланиб келаётган суяк бўйига секин ўсиб, энига эса ўсиш (периостал суяк ҳосил бўлиши жараёни) ўзгармайди. Касалларни оёқ-қўллари калта, панжалари квадрат шаклида бўлиб, калласи катта, бел умуртқасида лордоз кўзга ташланади.

2. Суякларни туғма мўртлиги - *Osteogenesis imperfecta congenita* (яъни суякни номукамал ташкил топиши). Ушбу касалликда тоғайларни ривожланишни ўзгармасдан, эндостал ва периостал суяк ҳосил бўлиш

жараёнлари бузилади. Периостал ва эндостал остеобластлари суяк тўқимасида етарли ривожланмайди. Натижада асосан суякни энига караб ўсиши сустлашади ва узун, жуда ингичка суяклар ҳосил бўлиб, суяк тўқимаси нимжон, тез синадиган бўлиб қолади. Бу ҳолатда оёқ-қўллар калта бўлиши мумкин, лекин бу ўзгаришлар суяк синиш оқибатида пайдо бўлади.

3. Оғир ўтган рахит ҳам бўйи пастлика олиб келиши мумкин.

Гигантизм ва субгигантизм. Пропорционал гигантизм - мутлақо соғлом, кўпинча ота-онасини бўйи катта бўлган болаларда учрайди.

Нопрорционал гигантизмга гипофизар гигантизм мисол бўлиши мумкин. Кўпинчали бундай болаларни ўсиши 10-12 ёшгача бошқа болалардан фарқ қилмайди. Пубертат ёшида эса уларда гипофизни олдинги бўлимини гиперфункцияси натижасида ўсиш жараёни авж олади. Кўпинча бунда акромегалия белгилари пайдо бўлиб беморни бурни, жағ суяклари, қўл оёқ панжалари ҳаддан зиёд катталашиб кетади.

Болаларда жисмоний ривожланишнинг бузилишини ўз вақтида аниқлаш, кераклик даволаш ва профилактик чораларини муттасил кўриб бориш, болаларни соғломлаштириб боришда муҳим ўрин тутаяди.

Акселерация жараёни тўғрисида тушунча. XX аср давомида кўпчилик давлатларда болаларда жисмоний ўсиш ва ривожланишнинг тезлашуви кузатилган. Бу жараённи 1935 йилда немец олими Кох «Акселерация» деб атаган. Бу жараён ҳар бир ёшдаги болаларда, ҳатто ҳомилани ўсиб ривожланишида ҳам кузатилган. Жумладан охирги 40-50 йил давомида янги туғилган чақалоқнинг бўйи 1-2 см га ортиб, вазни 150г дан 500 г гача кўпайиши кузатилган. Вазни 4000 г ортиқ бўлган чақалоқларнинг сони 10-16% ни ташкил этган. Бир ёшгача бўлган болалар бўйи 4-5 см га, вазни эса 1-2 кг, га ортган. Охирги 100 йил давомида 15 ёшдаги болалар бўйи 20 см га ортган. Акселерация жараёни биологик етувчанликни вақтини ҳам ўзгартирган. Масалан: доимий тишларни эртароқ ўсиб чиқиши олдинги асрни болаларига қараганда бир

йил эртароқ, жинсий етувчанликни ва суяк ядроларни эртароқ пайдо бўлиши кузатилган. Ҳозирда ўғил ва қиз болаларда жинсий етувчанлик олдинги давр болаларига қараганда 1,5-2 йил эртароқ содир бўлмоқда.

Акселерацияга илгари ижобий жараён деб қаралган бўлса, кейинчалик ривожланишнинг диспропорция ҳолатлари ҳам кузатилди. Акселерация гармоник ва дисгармоник хилларига фарқланди. Гармоник акселерацияда антропометрик кўрсаткичлар ва биологик етувчанлик шу ёшдаги болалар кўрсаткичидан юқори бўлади. Дисгармоник акселерацияда бўйига ўсишини тезлашиши жинсий етувчанликни тезлашмаслиги ёки буни акси ва бошқа кўрсаткичларда номоён бўлиши мумин.

Жинсий етувчанлик эртароқ кузатилиши натижасида ёшроқ болаларда асаб ва юрак қон томирлар тизимларини функционал бузилишлари, ўсиш жараёнларини ва жинсий безларни ривожланишини бузилишлари кузатилмоқда. Акселерация жараёни тахминан ҳамма мамлакатларда учраб, бу жараённи тушунтиришда адабиётларда хилма-хил теория ва гипотезалар мавжуд. Қуёш радиацияси, магнит майдони, космик радиацияси, СО- газни юқори концентрацияси, генетик факторлар таъсири, ҳаёт шароитларидаги айрим факторлар (иқтисодий ва иштимой шароит, алиментар, кўп миқдордаги информация) шулар қаторига киради. Охирги малумотларга кўра акселерация жараёни экономик тараққий этган давлатларда пасайиб бормоқда.

Назорат учун саволлар

1. Бола жисмоний ривожланишини қонуниятлари
2. Антропометрия
3. 1ёш ёки ундан катта ёшдаги болаларни тана вазнини ўлчаш
4. Боланинг вазнини тарирланган усул ёрдамида ўлчаш
5. Бўйини ёки тана узунлигини ўлчаш

6. Ўлчов асбобларини сақлаш
7. Хронологик ва биологик ёш тўғрисида тушунча
8. Бўй ва вазн индекси
9. Болани жисмоний ривожланишининг бузилишида учрайдиган касалликлар.
10. Гигантизм ва субгигантизм
11. Нанизм ва субнанизм

Таянч сўзлар: антропометрия, юнисеф, бўй, вазн.

3. БОБ. АСАБ-РУҲИЙ РИВОЖЛАНИШИ

3.1. Асаб - руҳий ривожланиши қонуниятлари

Ҳар томонлама беками кўст соғлом туғилган бола тўғри тарбия ва меъёрл ташқи муҳит таъсирида баркамол жисмоний ўсиб бориш билан бир қаторда ёшига монанд равишда унда ҳаракат ва ақлий ривожланиш белгилари пайдо бўлиб боради. Асаб тизими фаолияти мураккаблашиб ва такомиллашиб боради. Бош мия ва унинг муҳим структураси элементларининг жадал ривожланиши, боланинг бир ёшгача бўлган, айниқса биринчи ойлик даврларида кузатилади. Бу жараён болани ташқи муҳит билан ўзаро муносабатини секин аста такомиллашиб ва асаб- руҳий фаолиятини ривожлантириб бориши билан чамбарчас боғлиқ бўлади. Боланинг бир ёшгача бўлган даври олий асаб фаолиятининг тез ривожланиш даври ҳисобланади. И. П. Павлов таъкидлашича, марказий асаб тизимси хусусияти ирсий ва тарбия омиллари синтези ҳисобланади.

Асаб тизими ҳомиладорликнинг 2- ҳафталарида биринчи бор модуляр пластинка ҳолида пайдо бўлиб, кейинчалик у модуляр найчаси ҳолига айланади. Бу найчанинг юқориги қисми ўсиб мия пуфакчаларини, пастки қисми эса орқа мияни ҳосил қилади. Бирламчи мия пуфакчаларидан ҳомиладорликнинг 5-6- ҳафталарида бош миянинг маълум асосий қисмлари шакилланади; миянинг икки ярим шари қадоқли тана билан боғланган ҳолда; оралик мия; ўрта мия; кўприк мия; узунчоқ мия. Модуляр найчанинг орқа қисмидан орқа мия ҳосил бўлади. Бош мия асаб ҳужайраларининг шиддат билан бўлиниши ҳомиладорликнинг 10-18- ҳафталарига тўғри келиб, бу марказий асаб тизимси шакилланишининг энг нозик (критик) даври деб ҳисобланади. Мана шу даврда вирус, токсин ва дорилар таъсири ҳомила миясига жуда қаттиқ шикаст етказиши мумкин. Кейинчалик ҳужайралар бўлиниши жадаллашади ва бу боланинг икки ёшигача давом этади. Агар катта киши бош миясининг ҳужайралар сонини 100% деб олинса, янги

туғилган чақалоқда мия хужайраларини 25% , 6 ойликда 66% , 1 ёшда 90-95% шакилланган бўлади.

Ҳомиладорликда мия пуфакчаларини ички қаватига нисбатан қобик қисмини тез ўсиб бориши унда бурмача ва ўйиқчалар пайдо бўлишига олиб келади. Бош мия асосий қисмларини ривожланишида ҳар бири ўзига хос муддат ва суратга эга бўлади. Мия қобиғининг кулранг моддасини такомиллашиши нисбатан эрта ва юқори суратда кечади. Мияча ва гипоталамус ядролари таркибий қисмини ўсиб такомиллашиши ҳомиладорликнинг 4-5- ойларида тезлашади. Мия қобиғининг ривожланиши ҳомидаликнинг охириги ва туғилгандан кейин биринчи ойларида айниқса тезлашади. Асаб хужайраларининг ривожланиб такомиллашиши билан бир қаторда ҳомидаликнинг 4 ойларидан ўтказувчи асаб йўлларида миелинизация жараёни бошланади. Туғилгунча бўлган даврда эса орқа ва узунчоқ мия ўтказувчи йўлларида миелинизация жараёни жадал суратда кечади. Асаб толаларнинг ривожланиши ҳомидаликда ва туғилгандан кейин марказга интилувчи ва цефало- каудал йўналишида кечади. Шунинг учун ҳам бирламчи рефлекс реакция шу йўналишда вужудга келади.

БОШ МИЯ. Болани асаб тизимси туғилиш даврида морфологик ва функционал жиҳатдан ҳали бутунлай такомиллашмаган бўлади. Янги туғилганда бош мия ўзини оғирлиги ва ҳажми жиҳатдан энг ривожланган аъзо ҳисобланади. Чақалоқ боланинг бош миясини оғирлиги катталарга қараганда нисбатан катта, 350- 380 граммни ёки тана вазнини 1/9- 1/10 қисмини (9-10%) ташкил этади. Бир ёшлик болаларда 900 граммга яқин ёки тана вазнини 1/11- 1/12 қисмини; катта ёшдаги одамларда эса тана оғирлигини 1/40 қисмини (2-2,5%) ташкил этади. Бош миянинг оғирлиги 9 ойликда 2 маротабагача, 1-3 ёшда 3 маротабагача, 20 ёшда 4- 5 маротабага ортади. Чақалоқ болаларда бош мия нисбатан катта ҳажмда бўлиб, йирик пушта ва эгатлари яхши кўринса ҳам пушталарнинг баландлиги ва чуқурлиги кам бўлади. Майда эгри- бугри йўллари нисбатан кам бўлиб, секин- аста улар кўпайиб, ривожланиб боради.

Янги туғилган чақалоқларда мия тўқимаси сувга бой, кесиб кўрилганда мияни кулранг моддаси оқ моддасидан яхши ажралмаган бўлади. Бош мия кулранг моддаси хужайралари, пирамида йўллари ҳали такомиллашмаган бўлади. Асаб толаларида дендритлар бўлмаслиги хосдир. Асаб толаларининг миелинизацияланиши ривожланмаган бўлади. Асаб толаларининг миелинизацияланиш жараёни асаб тизимининг ҳар ерида ҳар хил муддатда кечади. Бош мия асаб толаларининг миелинизацияланиши боланинг 3-4 ойлик даврида жадал суратда кечиби, 1 ёшда адашган асаб толаларини ҳисобга олмаганда ўз ниҳоясига етади. Умуман асаб тизимида миелинизация жараёни боланинг 3-5 ёшларида уз ниҳоясига етади. Бунга марказга интилувчи асаб толалари, марказдан қочувчи асаб толаларига нисбатан олдинроқ ривожланади. Бош мия хужайраларининг такомиллашиш, ҳамда асаб толаларини ўтказувчанлигини етилиши боланинг 10-12 ёшида ўз ниҳоясига етади. Мияча кам ривожланган бўлиб, яримшарчалари кичик ҳажмда ва қалинликда, пушталари эса саёз бўлади. Миячани такомиллашиши болани 2 ёшида ўз ниҳоясига етади. Гипоталамус ядроларининг таркибий қисмини ривожланиши эса боланинг пубертат даврида ўз ниҳоясига етади. Бола туғилгандан кейин уни бош мияси функционал ва морфологик тез мукамаллашади. Болани ёши катталашган сари пушталар сони ортиб, мия ярим шарлари катталаша боради ва ўз шакли ва топографик ҳолатини ўзгартиради. Бош мия кўриниши беш ёшда катталарникига ўхшаш бўлади, лекин унинг анатомик структураси 20 ёшлардагина катталар миясига ўхшайди. Миянинг қон билан мўл-сероб таъминланиши, тез ўсиб бораётган асаб тизимси тўқимасини кислородга бўлган юқори даражадаги талабини таъминлайди. Аммо қоннинг ортга оқиши бир ёшгача бўлган болаларда, лиқилдоқлар беркилиши вақтида пайдо бўладиган диплоид веналар ҳали йўқлиги учун катталардан фарқ қилади. Шулар сабабли ҳар хил касалликларда токсин моддаларини тез йиғилишига имкон яратилади. Шунинг учун ҳам эрта ёшлик болаларда инфекцияли касалликларни токсик

шаклида кечиши кўп учрайди. Бунда гемато- энцефалитик тўсиқни нисбатан кўп ўтказувчанлиги катта таъсир этади.

Миянинг қаттиқ пардаси янги туғилган болаларда юпка бўлиб, унинг ташқи япроғи калла суяги асосининг кўп қисми билан чатишган ҳолда бўлади. Вена бўшлиқлари ингичка, деворлари юпка бўлади.

Асаб тизимси ривожланиши билан бош миянинг кимёвий таркиби ўзгаради. Бош мияда сув миқдори камайиб, оксил ва липопроteidлар миқдори ортади. Нуклеопроteidлар миқдори эса камаяди.

ОРҚА МИЯ. Янги туғилган чақалоқ болада бош мияга қараганда нисбатан яхши тараккий этган бўлади ва оғирлиги 3- 8 г.ни ташкил қилади. Катталарга нисбатан узун бўлиб, ҳомилада узунлиги думғазагача боради. Орқа миянинг ўсиши, умуртқа поғонасининг ўсишидан орқада қолганлиги сабабли чақалоқларда пастки чегараси 2- бел умуртқасининг пастки киррасига, катта ёшларда 1- бел умуртқасига тўғри келади. Орқа мия суюқлигини олиш учун пункция қилинганда шунга аҳамият қилиш керак. Ёш болалар орқа миясини кесиб қараганда олди шохини орқа шохига нисбатан катта эканлигини кўриш мумкин. Туғилгандан кейин орқа мия бутун ўсиш даврида 8 мартаба катталашади ва ҳақиқий оғирлигига 20 ёшда этади

3.2. Ҳаракат ва асаб руҳиятини ривожланиши.

Ҳомилада тери рецепторларининг қитиқланишидан пайдо бўлган ҳаракат фаолияти, уни «қорин ичи» ҳолатида (қўл, оёқ букилиб йиғилган қўл панжалари юз сатҳида қисилган ҳолда) бўлишини таъминлайди. Бу ҳолат бачадон деворига ҳомилани энг кам қаршилиқ кўрсатувчи қулай ҳолат бўлиб, хомилалик даврини ва туғилиш жараёнини меъёрл кечишида муҳим ўрин тутади. Бу орқа мия рефлектор фаолияти даражасида кечади.

Янги туғилган чақалоқ бола ҳаракати хусусиятлари шу билан белгиланадики, унда организмни ташқи муҳит билан ўзаро муносабатини бошқарувчи марказий орган бош мия қобиғи фаол ҳолатда бўлмай,

экстрапирамидал тизим фаолиятини интеграция қилувчи ҳаракат анализаторларининг қобиғи ости тузилмалари нисбатан шаклланган бўлади.

Янги туғилган чақалоқ ҳаракати рефлектор стереотип характерга эга бўлиб, тартибсиз бирон мақсадга эга бўлмаган, атетоз сифат ҳолатида бўлиб, оёқ қўлларининг йиғувчи мускуллари тонуси ошган бўлади. Бундай ҳаракатни ташкил топиши Бернштейн бўйича «Таламополлидар» даража дейилади. Ҳомила ва 3-5 ойликкача бўлган боланинг барча хилдаги ҳаракатлари мана шу даражада кечади.

Болаларда ҳаракат координацияси туғилгандан кейин ривожланиб бориб, буни бошқарувида «йўл – йўллик тана» ҳамда бош мия қобиғи иштирок этади. Бунда пирамида йўлларини шакллана бошлаши муҳим ўрин тутди. Бундай ҳаракат ташкил топиши «пирамида стриар» даража дейилади. Инсонга хос бўлган юқори даражадаги ҳаракатни ташкил топиши, фақат мия қобиғи даражасида бўлиб, бунга Бернштейн бўйича «предметли ҳаракат» даражаси дейилади. Бу ҳаракат бола катта бўлгунча мутассил такомиллашиб боради. Ҳаракат фаолиятининг такомиллашиб бориши фақат бошқарув звеноларининг шаклланишига боғлиқ бўлмай, ҳаракатни қайта-қайта бажарилишига, ҳаракат тарбиясига, машққа боғлиқ бўлади.

Болада ҳаракат функциялар ривожини маълум қатъий тартибда (катта бўлмаган чекланишлар билан) кечади. Олдин кўз мускуллари координацияси ва бош ҳаракати, кейин қўл ҳаракатлари ва ундан кейин ёнбошга айланиш, эмаклаш, ўрнидан туриш ва юриш ҳаракатлари пайдо бўлади. Бола танасининг ҳаракати юқоридан пастга, бошдан оёқларга томон йўналишида амалга ошади.

Болада ҳаракатни ривожланиши билан бир қаторда шартли рефлекслар секин - аста пайдо бўлиб боради. Бу соҳани ўрганишда И.П.Павловнинг шогирди таниқли педиатр Н.И.Красногорскийнинг хизматлари катта.

Н.И.Красногорский фикрича, чақалоқ бола мия қобиғи хужайралари кифоя қиладиган даражада етилган бўлиб, туғилишнинг биринчи

хафталариданоқ шартли рефлексларни ҳосил қилиш мумкин. 2-3 ҳафталик чақалоқларда чегараланган миқдорда шартли рефлекслар ҳосил бўлади.

Шартли рефлексларни ривожланишида биринчи галда овқат доминанти муҳим ўрин тутаяди. Агар йиғлаётган болани эмизаётгандек ҳолатда кўкракка яқинлаштирилса, у йиғлашдан тўхтайдди. Бошида шартли рефлекслар қийинчилик билан 2 ойликнинг охириги 3 ойликнинг бошларида яхши шаклланиб боради.

Изоҳланаётган материални қўллаш ва яхшироқ ўзлаштириш мақсадида болаларда ҳаракат ва асаб руҳий ривожланишининг ёшга нисбатан асосий кўрсаткичларни жадвал ҳолида келтирдик (Жадвал 10 га қаранг).

3.3. Болаларда уйқу тартиби.

Марказий асаб тизимси фаолиятини меъёрл кечишида уйқу муҳим ўрин тутаяди. И.П. Павлов таълимотига кўра уйқуда бош мия қобиғи хужайраларининг иш фаолиятини тормозланиши кузатилади. Уйқуда бундай фаол тормозланиш мудофаа омили бўлиб, анатомик ва функционал ривожланаётган марказий асаб тизимсини, ташқи муҳитнинг ҳаддан зиёд қитиқлаш омилларидан асрайдди. Уйқу кейинги фаол даврида болани ривожланиши учун зарур бўлган олий асаб тизими меъёрл фаолиятини таъминлаш гарови ҳисобланади. Уйқунинг бузилиши, болани уйғоқлик даврида унинг фаоллигини пасайтириб, бўшаштириб қўядди.

Чақалоқ бола учун кеча ва кундузни фарқи бўлмайд, кунига 4-11 маротаба ухлаши мумкин. Кейинчалик кунлик уйқу муддати асосан кундузги уйқу ҳисобига камайиб боради. Чақалоқ бола бир кеча кундузда 16,5-15,5 соат, 1-2 ёшда 13,75-13,25 соат, 3-5 ёшда 12-11 соат, 6-10 ёшда 10,75-9,75 соат, 11-16 ёшда 9,5-8,5 соат ухлайди. 1 ёшлик бола кундузи 1-2 марта ухлайди. 1,5-2 ёшлик болани кундузги уйқу 1,5-2 соатни ташкил қилади. Боланинг 4 ёшидан кундузги уйқуни ташкил этиш қийинлашади, аммо 5-6 ёшигача кундузги уйқуни сақлаб қолиш лозим.

3.4 Боланинг асаб тизимини ва руҳиятини текшириб баҳолаш

Болани асаб руҳий ҳолати бемор шикоятидан, йиғилган анамнездан, ҳамда объектив текшириш натижаларига асосланиб баҳоланади.

СЎРАШ (анамнез) орқали асаб тизимсида касалликни пайдо бўлишига сабаб бўлувчи омиллар, жумладан ҳомиладорлик ва туғилишни қандай кечганлиги. Ҳомиладор аёлда инфекцион-токсик касалликлар, ҳамда туғилиш даврида болада марказий – периферик асаб тизимсини жароҳатланиши бўлган бўлмаганлигини аниқлаш муҳим ўрин тутди. Туғилганда болада асфиксия, гемолитик касаллик кузатилган ёки кузатилмаганлиги сўралади. Кейинчалик болада асаб – руҳиятини ёшга қараб ривожланиши унинг хулқ атвори, бошқалар билан муносабати, дарсларни ўзлаштириши аниқланади. Каттароқ ёшдаги болаларда ўтказилган касалликлар, айниқса асаб тизимсини жароҳатловчи, менингит, энцефалит, полиомиелит каби касалликлар бўлган бўлмаганлиги аниқланади. Авлодда наслдан ўтган касалликлар бор – йўқлигини сўраб олиш лозим. Анамнезни онадан ташқари каттароқ ёшдаги болалардан (4-5 ёшдан) ҳам аниқлаш лозим.

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ. Чақалоқ болани кўрганда, уни ташқи муҳит шароитига мослашиш даражаси кузатилиб, шартсиз рефлексларни қай даражада ривожланганлиги баҳоланади, ҳамда туғма аномалия ҳолатларини, танани айрим қисмларини диспропорциясини, бош суягини ҳажми ва формасини ўзгаришлари мавжудлигига аҳамият берилади. Каттароқ ёшдаги болаларда эса унинг ақл – ҳуши, руҳий ҳолати, бепарволиги, кўзгалувчанлиги, чеҳрасида акс этган ҳолатлар баҳоланади.

3.4.1. Чақалоқларда шартсиз рефлексларни текшириш.

Чақалоқлар 3 гуруҳ рефлекслар билан туғилади. Биринчи гуруҳга – бир умрга мустаҳкам сақланувчи автоматизм (кўзнинг шох парда, конъюктива,

томоқ, ютиш, оёқ-қўл пайлари, орбикулопальпебрал ёки кош усти) рефлекслари киради.

Иккинчи гуруҳга – орал сегментар автоматизм (сўриш, қидирув, ҳартумча, кафт-оғиз), орқа сегментар автоматизм (ушлаб олиш, Моро, таянч, автоматик қадам ташлаш, эмаклаш, Галант, Перес), ҳамда миелоэнцефал гавда ҳолати тоник (лабиринт, симметрик ва симметрик бўлмаган буйин тоник) рефлекслар киради. Бўлар транзитор рудементар рефлекслар ҳисобланиб, махсус шароитда ҳаракат анализаторларини ривожланиш даражасини ифодалайди ва кейинчалик йўқолиб кетади.

Учинчи гуруҳга мезэнцефал шакилланувчи автоматизм (лабиринт, оддий ва занжирли бўйин ва тана) рефлекслари киради. Бу рефлекслар эндигина пайдо бўлганлиги сабабли, ҳамма вақт ҳам бола туғилиши биланок дарров аниқланавермайди.

Чақалоқларда шартсиз рефлексларни текшириш, ҳамда баҳолаш ёруғ, илиқ хонада, текис, ярим қаттиқ юзада болани орқаси ёки қорни билан ётган ёки вертикал ҳолатда ўтказилади. Бунда рефлекс чақиришдаги қитиқлаш (махсус текширишдан ташқари) оғриқсиз бўлиши шарт. Бу қоидаларга риоя қилинмаган тақдирда салбий таъсуротга бўлган реакция рефлексни босиб кўйиши мумкин.

Ҳартумча рефлeksi. Агар бола лунжини оғиз бурчаги олдига аста урилса, у лабини ҳартумсимон чучайтиради.

Таянч рефлeksi. Шифокор болани қўлтиғидан орқа томонидан ушлаб турғизиб, кўрсатгич бармоқ билан бошини тутиб турганда, бола оёғини тозсон ва тизза бўғимларини букади ва танани тўғрилаб, оёқлари букилган ҳолда оёқ кафтига таяниб туради. Рефлекс 2 ойликда йўқолади.

Автоматик қадам ташлаш рефлeksi. Болани таянч рефлексини текширгандаги ҳолатда тутиб турган ҳолда гавдасини бир оз олдинга эгилса, у қадам ташлаш ҳаракатини қилади. Бунда кўп ҳаракати кузатилмайди, аммо баъзан оёқлари болдирнинг пастки қисмида чалишиб кетиши мумкин.



Расм 15. Автоматик қадам ташлаш рефлекс



Расм 16. Эмаклаш (Бауэр) рефлекс

Бауэр – эмаклаш рефлекс. Болани қорни билан боши ва танасини ўрта чизикда қилиб ётқизилса, у бир неча лаҳзага бошини кўтариб эмакламоқчи бўлади. Агар оёқ кафтига қўл кафтини қўйилса, у рефлектор равишда қўлни итариб, оёқ ва қўли билан эмаклаш ҳаракатини қилади, рефлекс 4 ойда йўқолади.

Қидирув рефлекс. Оғиз бурчаги атрофи териси силанганда, боланинг лаби пастга тушиб, тилининг четлашиши ва бошини силанган томонга бурилиши кузатилади. Рефлекс биринчи йил охирида йўқолади.

Сўриш рефлекс. Агар болани оғзига сўрғич солинса, у фаол сўриш ҳаракатини қилади. Рефлекс биринчи йил охирида йўқолади.

Орбикулопальпебрал рефлекс. Бармоқ билан орбитани юқори ёйига уриб кўрилганда, шу томон кўз қовоғи юмилади. Рефлекс 6 ойликда йўқолади.

Бабкин кафт – оғиз рефлекс. Бола кафтининг тенор олди қисми бош бармоқ билан босилганда унинг оғзи очилиб, боши эгилади. Рефлекс 3 ойликда йўқолади.



Расм 17. Бабкин кафт – оғиз рефлекс



Расм 18. Ушлаб олиш рефлекс

Бабинский рефлекс. Боланинг оёғи кафти ташқи чегарасидан, товондан бармоқларга қараб қитиқланганда, бош бармоқ орқага, бошқа бармоқлар пастга қараб эгилади. Бу рефлекс 2 ёшгача физиологик ҳолат ҳисобланади.

Ушлаб олиш рефлекс. Бола кафтига қўйилган бармоқни маҳкам чангаллаб ушлаб олади. Бунда бармоқни ушлаш кучи шу даражага етадики, хатто бармоқларда болани кўтариш мумкин (Робинсон рефлекс). Худди шундай рефлексни оёқларда ҳам чақириш мумкин. Бунда бола оёқ кафтини 2-3 бармоқ асосига босилса, бармоқлар оёқ кафти томон эгилади. Рефлекс 2-4 ойликда йўқолади.

Моро рефлекс. Бола ётган столга (боланинг бошидан 15-20 см узокликда) урилганда ёки шифокор қўлига тутиб турган болани бирданига 20 см пастга тушириб, кейин илгариги сатҳга кўтарилганда, олдин бола иккала қўлларини ён томонга ёзиб, кейин илгариги ҳолатига қайтаради, бу рефлекс 4 ойгача сақланади.

Перес рефлекс. Болани қорнига ётқизиб, умуртқа ўсимталари устидан, думғазадан бўйингача бармоқларни озгина босган ҳолда юргизилса, у танасини букиб, бошини кўтаради, оёғи ва қўлини йиғиб қичқиради ва баъзан сийиб юборади. Бу рефлекс 4 ойда йўқолади.

Галант рефлекс. Шифокор бош ва кўрсатгич бармоқлари билан ёнбошлаб ётган болани паравертебрал чизиги буйича юқоридан пастга қараб силаса, болани танаси орқага очиқ ёйсимон букилади. Рефлекс 4 ойда йўқолади.

Керниг рефлекс. Бола орқаси билан ётганда оёғини чаноқ-сон ва тизза бўғимида тўғри бурчак ҳолида букиб, кейин тизза бўғимида тик қилиб ёзиб бўлмайди. Рефлекс 4 ойда йўқолади.

Чақалоқлар мушак тонусига бош ва гавданинг ҳолати таъсир этади. Бу лабиринт ва бўйин тоник рефлексларида намоён бўлади.

Лабиринт тонус рефлекс. Бу рефлекс бошнинг ҳолатини фазода ўзгартириш билан чақирилади. Чалқанча ётган болада бўйин, орқа, оёқ ёзувчи мушаклари тонуси ошган бўлса, қорни билан ётган болада йиғувчи мушаклар тонуси ошган бўлади.



Расм 19. Лабиринт тонус рефлекс

Бўйинни симметрик тонус рефлекс. Чалқанча ётган чақалоқ бошини пассив эгаллаганда, қўлни эгувчи, оёқни ёзувчи мушаклари тонуси ошади. Эгилган бошни илгариги ҳолатга келтирилганда эса тескари ўзаро муносабат кузатилади. Мушак тонусини ўзгариши, қўл, оёқни пассив эгиб ёзилганда қаршилиқнинг кўпайиб, камайишига қараб баҳоланади.

Ассимметрик бўйин тонус рефлекс. Чалқанча ётган бола бошини елкага тегадиган даражада бурилганда, бурилган томон оёқ- қўл тонуси камайиб, қарама-қарши томонда ошади. Рефлекс йил охирида йўқолади.

Танани тўғриловчи реакция. Оёқ кафтини таянч қисмига тегилганда бола бошини тўғри тутиб олади. Бу реакция бир ойликдан кейин пайдо бўлади.

Ландаунинг юқори рефлекси. Қорни билан ётқизилган бола бошини, ҳамда тана ва қўлини юқори қисмини кўтаради, текисликка қўли билан таянган ҳолда шу ҳолатни сақлаб туради. Бу рефлекс 4 ойдан кейин шаклланади.

Ландаунинг пастки рефлекси. Қорни билан ётқизилган бола оёқларини ёзиб кўтаради. Бу рефлекс 5-6 ойдан кейин шаклланади.

Одий бўйин ва танани ўрнатиш рефлекси. Бошни бир томонга бурилганда танани ҳам ўша томонга бурилиши кузатилади. Аммо бунда олдин танани кўкрак қисми, кейин эса тоз қисми бурилади. Бу рефлекс туғилгандан кейин пайдо бўлиб, 5-6 ойда шакли ўзгаради.

Тананинг танага занжирли ўрнатиш рефлекси. Бола елкасини бир томонга бурилса, тана ва оёқларини ўша томонга бурилиши кузатилади. Бу бурилиш бир вақтда эмас, айрим-айрим содир бўлади. Тоз суяги қисмини бир томонга бурилишида ҳам танани бурилиши кузатилади. Бу рефлекс 6-7 ойликда шаклланади.

Текшириш натижаларини шартсиз рефлексларни бор-йўқлиги, пайдо бўлиш ёки сўниш вақти, симметриклиги, чақирилиш кучини боланинг ёшига мувофиқлигига қараб баҳоланади. Бу мувофиқликни бўлмаслиги патологик ҳолат ҳисобланади.

3.4.2. Беморни умумий аҳволини баҳолаш

Беморни биринчи кўришдаёқ кузатилган айрим белгилар болада ўтказилган ёки кечаётган асаб касаллиги мавжудлигидан далолат бериши мумкин. Чунончи, бош суягининг гидроцефалия оқибатида одатдагидан катта бўлиши (макроцефалия) ёки туғма кичик бўлиши (микроцефалия) кузатилади. Даун касаллигига бошни кичик, кенг, энса қисмини яссилиги, кўз ёриғини тор, пастки ва ички томонга қийшайганлиги, бурун олдини босиқ, бурунни калта, аммо кенг, оғзини очиқ, тилни катта ўйиқчалар билан

копланганлиги, оёқ-кўлни калта бўлиши хосдир. Юз нервнинг фалажида юз мускулларининг бир томонга қийшайиб тортилган бўлиши касалликни дарҳол аниқлаш имконини беради.

Соғлом чақалоқ болани кўриб текшириш кўпинча унда ҳис- туйғули қийқирикни бўлиши билан давом этиши мумкин. Одатда бундай қийқирик кўпинча оч қолишлик ёки тагликни ҳўл бўлиши ва бошқалар сабабли китикланишлар натижасида пайдо бўлиб, улар бартараф этилгунча давом этиб, кейин ўз-ўзидан тўхтади. Бемор болада каттик, кучлик, зарбалик «мяга оид» чинқирикни пайдо бўлиши субарахноидал қон қуйилиши ва бош мия босимини кўтарилганида кузатилади.

Чақалоқ болада ёки туғилишнинг биринчи ойларида кузатилган марказий асаб тизимсининг патологик ҳолати энцефалопатия дейилиб, бу туғилган бола бош миясини она қорнида ёки туғилиш даврида жароҳатланишидан пайдо бўлади.

Неврологик касалликлар ҳаракат фаоллигини ўзгариши билан кечиши мумкин. Буни аниқлаш учун беморда мушак тонуси ва кучини, фаол ва пассив ҳаракатлар ҳолатини текшириш лозим (мушак тизимсига қаранг). Янги туғилган болада 1-2-3- кунлари қийқирганда, безовталиқда кўли ва пастки жағни титраши, марказий асаб тизимсини жароҳатланиш белгиси ҳисобланмайди. Аммо кўл-оёқнинг доимий ёки узоқ вақт титраши патологик ҳолат ҳисобланади. Мушак тонусини жуда паст ёки йўқ бўлиши ҳатто туғилишнинг биринчи дақиқаларида бўлса ҳам ҳомилани асаб тизимсини жароҳатланганидан далолат беради. Мушак тонусини ортиб кетиши туғилишда бош мия жароҳатланишида (кўпинча субарахноидал қон қуйилишда), йирингли менингитда, гипербилирубин энцефалопатиясида, она қорнида ўтказилган инфекцион касалликларда марказий асаб тизимсининг жароҳатланишидан пайдо бўлиши мумкин. Мушак тонусини ўзгариши, болада танани тутиб туриш ҳолати ва ҳаракатни бузилишига олиб келади.

Беморни кўздан кечирганда баъзан унда тиришишлик ҳолати кузатилади. Тиришишлик синдроми марказий асаб тизимси касалликларида,

шунингдек ҳар турдаги токсикоз ҳолатларида, жароҳатланишда, рухий каттик ҳаяжонланганда кузатилиб туради. Эрта ёшлик болаларда тиришишлик нисбатан кўп учраб, бу уларда бош миянинг морфологик ва функционал жиҳатдан нотакомлиги сабабли марказий асаб тизимсини кўзгалувчанлик чегарасини пастлиги ва тарқоқ реакцияга мойиллиги билан тушунтирилади. Одатда типик шаклдаги тиришишлик тўсатдан бошланади. Кўпинча тиришишлик бемор эс - ҳушини ўзгариши билан кечади. Аммо баъзи метаболик ўзгаришларда, жумладан спазмофилия ва гипокальцемиyani бошқа шаклларида тиришишлик бемор эс - ҳушини ўзгармаган ҳолида ҳам кечиши мумкин.

Тиришишлик ҳарактерига кўра клоник, тоник ва клонико-тоник кўринишида кечади. Тоник тиришишлик кўз олмасини интенсив ҳаракати билан бошланиб, кейин бу ҳаракат тўхтайдиган ва сўнгга кўзи ботиб киртайиб қолади. Бош орқага кескин ташланган бўлиб, қўллари тирсак ва билак бўғимларида эгилиб, маҳкам ўрнашган оёқлари эса зўрайиб тўғрилаб тортилган ҳолда бўлади. Жағлари бир-бирига қаттиқ жипслашган бўлиб, баъзан бемор тилини тишлаб олган бўлиши мумкин. Баъзан нафас олишни тўхташи мумкин. Тиришишлик хуружини тоник фазаси бир неча сониядан бир дақиқагача давом этади. Тоник тиришишликни кузатилиши бош мия қобиғ ости тузилмалар кўзгалувчанлигини ошганидан дарак беради.

Шундан сўнг бемор сершовқин нафас олади ва тиришишликнинг клоник фазаси бошланади. Бу юз мускулларининг жуда тез-тез, жуда қисқа, аммо бир биридан бир хил оралиқда бўлмаган оралиқда қисқаришидан, бошқача қилиб айтганда юз мускулларининг учиб туришидан бошланиб, тезда бу оёқ-қўллари ва танага тарқалади. Бола териси оқарган, баланд товушли, хуррак отганга ўхшаб нафас олади, лабларида кўпик пайдо бўлади. Тиришишликнинг давомийлиги ҳар хил бўлиши мумкин. Тиришишлик тўхтагач, бола кўпинча гангиган ҳолатда бўлиб, кейин ухлаб қолади. Агарда бемор тиришишлик хуружидан кейин бардам, тетиклик ҳолатда бўлса, эпилепсия хуружи тўғрисида ўйлаш мумкин.

Клонико-тоник тиришишликда ҳар иккала клоник ва тоник тиришишлик белгилари кузатилади. Бундай тиришишлик чақалоқлар асфиксияси ёки мия жароҳатланишида, менингит – менингоэнцефалитда, оғир токсикоз ҳолатларида, спазмофилияда кузатилади.

Одатда спазмофилия тоник тиришишликдан бошланиб, кейин клоник ҳолатига ўтади. Спазмофилияда кальций-фосфор модда алмашинувининг бузилишидан, асаб тизимси қўзғалувчанлиги ортган бўлади. Баъзан беморда қўл ва оёқ кафти мускулларининг тоник тиришишидан, қўл панжаси «акушер қўли» га ўхшаш ҳолатга келиб, оёқ кафти тўпиғидан букилган ҳолатга келиб қолиши кузатилади. Баъзан касалликда беморда ларингоспазм кузатилиб, бунда товуш чиқариш тешиги мускуллари спазм ҳолатида бўлиб, касаллик нафас олишнинг қийинлашишидан токи баданда жадал кўкаришлик, совуқ тер пайдо бўлиб, нафас тўхтагунча бўлган оғирликда кечиши мумкин.

Беморни кўздан кечирганда баъзан унда фалажлик, яъни ихтиёрий ҳаракат фаолиятини йўқолиши ҳолати кузатилади. Агарда бу ҳолат марказий ҳаракатлантирувчи нейроннинг жароҳатланиши натижасида пайдо бўлган бўлса, бунга марказий фалажлик дейилиб, бунда пай рефлексларини ортган, мускуллар тонуси ошган (спастик фалажлик) бўлади. Агарда фалажлик периферик нейроннинг жароҳатланиш натижасида пайдо бўлган бўлса, бунга периферик фалажлик дейилиб, бунда мускул тонуслари пасайган, пай рефлекслари сусайган ёки йўқолган бўлади.

Агарда беморни ҳар икки қўл ва оёқларида спастик фалажлик кузатилса, бунга спастик тетраплегия дейилади. Бунда беморни қўли тирсак ва билак бўғимларида букилган бўлиб, танага қисилган оёқлари чўзилиб тортилган, оёқ кафтлари букилган ҳолда бўлади.

Фалажликлар айрим ҳолатларда оёқ, қўл, юз мускулларини қисқариши, эпилепсия хуружига ўхшаш ҳаракатлар, бемор ҳушини йўқотиши ҳолатлари билан кечиши мумкин. Мияча атаксиясида беморда туриш ва юришда ишончсизлик пайдо бўлиб, ҳаракати маст одам ҳаракатига ўхшаб тана миячани жароҳатланган томонга оғади. Вестибўляр анализаторни

жароҳатланишида тана мувозанатини тутиш ҳолати бузилиб, беморда омонат кадам ташлаш, бош айланиш, қусиш ҳолатлари кузатилади. Экстрапирамида тизимсини жароҳатланишида мажбурий автоматик ҳаракатлар (гиперкинезлар) пайдо бўлиб, бу ҳаяжонланишда кучайиб, ухлаганда йўқолади. Хорая касаллиги гиперкинезида тартибсиз, ихтиёрсиз мажбурий ҳаракат танани ҳар хил қисмларида пайдо бўлади. Бемор гоҳида кўзларини қисади, гоҳ юзларини буриштириб, тилини чиқаради, гоҳ кўллари юқорига ирғитиб, беўхшов кадам ташлаб юра бошлайди. Хорая гиперкинезида мушак тонуси пасайган бўлади.

Марказий асаб тизимси касалликларида, ҳар хил турдаги нейротоксикоз ҳолатларида бемор аҳволи баъзан оғирлашиб, унинг эс -ҳуши ҳар хил даражада ўзгарган бўлиши мумкин. Меъёрда боланинг эс- ҳуши, аҳлоқи, атрофдагилар билан муносабати, фаоллиги, иштахаси, уйқуси ўзгармаган бўлади. Баъзан беморда кўзғалувчанлик ҳолати кузатилиб, бу ҳаракат фаоллигини ва ўйинга қизиқишликни ортиши, кўп гапиришга мойиллик, атрофдагилар билан алоқани ёмонлашиши (худди мурожатни эшитмагандек) билан кечса, бунга эйфориялик кўзғалувчанлик дейилади. Агарда беморда кўзғалувчанлик инжиқлик, йиғлаш, овқат емаслик, ухламаслик, тери ва пай рефлексларини ортиши билан кечса, бунга негатив кўзғалувчанлик дейилади.

Сомнолент ҳалатида беморда бўшашишлик, уйқу босиш, секин товушга инграшлик, кўриш ва парваришга реакцияни пасайиши кузатилади. Бунда тери ва пай рефлекслари пасайган бўлади.

Ступор ҳолатида беморда қарахтлик кузатилиб, уни бу ҳолатдан қийинчилик билан чиқариш мумкин. Вақти-вақти билан унда кўзғалувчанлик ҳаракатлари пайдо бўлади. Тери ва пай рефлекслари камайган бўлиб, оғриқли қитиқлашга реакция бўлиб, қиска вақт давом этади.

Сопор ҳолатида бемор чуқур уйқуда, гангиган аҳволда бўлади. Тери рефлекслар йўқолиб, пай рефлекслари қийинчилик билан доимий бўлмаган

ҳолда чақиритиш мумкин бўлади. Оғриклик қитиқлашга жавоб яққол бўлмайди. Кўз мугуз пардаси қорачиғ ва ютиш рефлекслари сақланган бўлади.

Бемор ҳушини, атроф муҳит ва ўзини идрок этиш қобилиятини йўқотиб, оғриклик қитиқлашга бўлган реакциянинг йўқолиб боришига - кома ҳолати дейилади.

Болаларда ва катталарда кома ҳолати бош мия қобиғи ва қобиқ ости тузилмаларининг ҳамда марказий асаб тизимсининг пастки қисмларини кучли тормозланиши натижасида ривожланиб, унинг болаларда кечиши ўзига хос хусусиятларига эга бўлади. Комада клиник симптомларни ривожланиб бориши 3 даражага бўлинади.

Биринчи даражали комада бемор ҳушсиз ҳолатда бўлиб, унда мустақил ҳаракат, пай рефлекслари йўқолган бўлади, суюқлик ичирилганда тиқилиб қолиб йўталади. Кўпинча тоз органлари функцияси бузилган бўлади, аммо кўз қорачиғининг ёруғликка бўлган реакцияси сақланган бўлади.

Иккинчи даражали комада кўз қорачиғи кенгайган бўлиб, ёруғга бўлган реакцияси ҳам йўқолади. Ютиш рефлeksi, тоз органларининг функцияси бутунлай бузилган бўлади. Беморда нафас олиш ва юрак қон- томир тизимси фаолиятини спонтан (ўз-ўзидан) бузилиши кузатилади.

Учинчи даражали комада нафас олишнинг патологик тури (Чейн-Стокс, Куссмауль), қон айланишининг оғир даражадаги бузилиши, артериал гипотония (қон босими 60 мм. симоб устунидан паст), кўз олмасини ҳаракатсиз қотиб қолиши кузатилади.

3.5. Асаб тизими касалликлари

Болани кўриш ва у билан суҳбатлашиш орқали унинг рухий ривожланиши, ақл-идрокини ёшига монандлиги ёки бунда озгина бўлса ҳам меъёрдан четга силжишлар мавжудлиги текшириб аниқланади. Боланинг ақлий жиҳатдан юксакланишини орқада қолиши - олигофренияда (кам

ақллиқ) кузатилади. Олигофрения - грек сўзида олинган бўлиб, *olidos* - паст, *phren* - ақл деган маънони билдиради.

Олигофрения 3 даражага бўлинади: дебил - эси паст, имбецил, идиот. Дебил - олигофренияни енгил формаси. Бунақа болалар турмушдаги оддий нарсаларга қийинчилик билан тушунади, ёмон ўқийди. Имбециллар - ўртача даражадаги олигофрения ҳисобланиб, бўларни фикр қилиш, ўйлаши жуда содда, сўз йиғиндилари жуда кам бўлган гапга тушунади. Қисқа гапларни гапириши мумкин. Имбециллар жахлдор, шунинг учун уларни парвариш қилганда эҳтиёт бўлиш керак. Идиотлар - бу жуда оғир даражадаги олигофренияга киради. Бунақа болалар гапиришни билмайди. Ҳеч нарсага тушунмайди, ҳаракатсиз ётиб, ёрдамчисиз яшай олмайди. Бўларда чала фалажлик (парез) ва фалажлик, ҳамда сезиш қобилиятини бузилиши кузатилади. Турли даражадаги олигофрения туғма бўлиши ёки туғилиш жараёнида шикастланишдан, ҳамда туғилгандан кейин кузатилган марказий асаб тизимси касалликлари оқибатида пайдо бўлиши мумкин.

3.5.1. Невроз

Невроз касаллиги ҳақида тушунча. Невроз касаллигида асаб тизимси фаолияти бузилган бўлиб, бу ҳолат руҳий кечинмалар мажмуи таъсирида майдонга келади. Неврозлар асосан 3 хил клиник кўринишда кечади:

1. **Неврастения.** Бу касаллик кўпинча мактаб ёшидаги болаларда учраб, беморда уйқуни бузилиши, бош оғриғи, баджаҳиллик, газабланиш, чарчоқлик, вегето - дистония белгилар кузатилади.
2. **Истерия.** Бу касалликда беморда ҳиссиётга ўта берилувчанлик кузатилиб, у хурсандлик ёки ҳафаликка ҳам ўта тўлқинланиб реакция беради. Касалликда бош оғриғи, қусиш, ҳушидан кетиш, енгил даражалик парез ёки фалажлик, терида сезувчанликни кучайиши ёки йўқолиши белгиларини кузатиш мумкин. Ёш болаларда касаллик қичқириш ва ҳаракат хуружлари пайдо бўлиши билан кечади.

3. Мияга ўрнашган ҳар турли ғоялардан чиқаолмаслик неврози. Бунда беморда шубҳаланишга, кўрқувга, фантазияга мойиллик ҳолати кузатилади. Бу касалликда мактаб ёшидаги болаларда ортиқча қўл ҳаракатлари, кўзни пирпиратиш ва тик аломатлари кузатилади. Бемор кўпинча касалликдан кўрқиб қўлни ҳаддан зиёд кўп ювади, кўпчилик ичида ҳаяжон ва кўрқувдан ўзини ноқулай тутуди ва ҳоказо. Бу ҳолат узок давом этса, руҳиятга салбий таъсир этиб, психоастенияга олиб келиши мумкин.

Беморни текширишда рефлекслар, бош мия асаблари фаолияти сезувчанлик ҳолатлари ўрганилиб баҳоланади. Қўшимча услублардан рентгенографик ҳамда энцефалографик текширишлар ўтказилади, орқа мия суюқлиги ўрганилиб баҳоланади.

Асаб тизимсининг махсус текшириш услублари ва ҳар турли касалликлари симптомларини талабалар «болалар асаб касалликлари» кафедрасида мукамал ўрганишларини назарда тутиб, биз мазкур қўлланмада болаларда нисбатан кўпроқ учраб оғир кечадиган менингит ва энцефалит касалликлари синдромларига тўхтаб ўтишни лозим топдик.

3.5.2.Менингиал синдром

Этиологияси. Бактериал инфекция ёки вируслар.

Шикоят. Тана ҳароратини кўтарилишига, бош оғриғига (кўпинча оғриқ энса, пешона соҳасида, камроқ умумий). Кўкрак ёшидаги болларда бетоқатлик, тиришишлик, қусиш (баъзан тўсатдан, «фантан» симон) ҳам болада қаттиқ бош оғриғи мавжудлигидан далолат беради.

Объектив текшириш: Бемор аҳволи оғир, эс ҳуши сомнолент, сопор, кома ҳолатларида бўлади. Тана мускуллари тонусини рефлектор зўрайиши ҳисобига, бемор ётганда унинг гавдаси ўзига хос кўринишда бўлади: беморнинг боши орқага ташланган, танаси букилган қорни ичига тортилиб, қўллари, кўкрак қафасига қисилган, оёқлари тиззадан букилиб қорнига тортилган ҳолатда ётади. Терисида сезувчанликни ортиши (гиперестезия)

кузатилади, вазаматор ўзгаришлик натижасида оқ ёки қизил доғлар пайдо бўлади. Сизги органларини шовқинга, қаттиқ товушга, ёруғликка гиперестезияси кузатилади. Бош мия қобиғини қитиқланиши натижасида куйидаги симптомлар пайдо бўлади.

Керниг симптоми. Чалқанча ётган болани бир оёғини чаноқ-сон ва тизза бўғимида букилса уни тик қилиб тўғрилаб бўлмайди. Рефлекс 4 ойгача бўлган болаларда ижобий бўлиб бу физиологик ҳолат ҳисобланади. 4 ойликдан кейин ижобий бўлса - патологик белги ҳисобланади.

Энса мускуллари регидлиги симптоми. Энса мускуллари тонусини ошганлиги сабабли бошни олд томонга эгиб бўлмайди.

Брудзинский симптоми (юқори, ўрта, пастки). Юқоригиси - бошни ияк кўкрак соҳасига теккизгунга қадар эгилганда, оёқ тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилади. Ўртаси - қов супчасига (симфиз) босилса, оёқ тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букилади. Пасткиси - бир оёқни чаноқ-сон ва тизза бўғимларида букилса, бошқа оёқда ҳам рефлектор худди шундай букилиш кузатилади.

Лесаж «илинтирмоқ» симптоми. Агар болани қўлтиғидан ушлаганча кўтарилса, у оёғини тизза ва чаноқ-сон бўғимларида букиб қорни томон йиғади, ва шу ҳолатда ушлаб туради (соғлом бола эса оёғини бемалол букиб ёза олади).

Флатау симптоми. Бола бошини тезликда олд томон эгилса, унинг кўз қорачиғи кенгаяди, чақалоқ ва кўкрак ёшидаги боланинг 1,2- ойларида менингиал симптомларни аниқлаш уларда мушак тонусини ошиқлиги мавжудлиги сабабли қийин бўлади. Шунинг учун уларда катта лиқилдоқни таранг бўлиб ёки кўтарилиб қолганлигини, безовта ҳаракатни, тўхтовсиз қичқиришни, асабийлашиш ва ҳушсиз бўлиб қолишни алмашилиб туришини, қусиш ва тиришишликни, ҳароратни ошганлигини аниқлаш ҳам муҳим диагностик белги ҳисобланади. Касалликни оғир шаклида кўрсатиб ўтилган умумий мияни жароҳатланиш симптомларидан ташқари жараённи мияни

маълум бир қисмига таъсирдан, ўзига хос белгилар ҳам пайдо бўлиши кузатилади.

Агар таъсир этаётган жараён мия ярим шарининг бўртган соҳасида бўлса кўпинча безовталиқ, тиришишлиқ, хуружлар билан бошланиб кейинчалиқ парез ва фалажлар пайдо бўлади.

Мия асосида бўлса жуда эрта бош мия асабларини жароҳатланиш белгилари (кўриш ва эшитишни пасайиши, птоз, ғилайлик) бошланади.

III қоринча тубида бўлса гипоталамик, вазаматор бузилишлар (гипотония, гипертония, қон босимини ўзгарувчанлиги, оёқ - қўлни совуши), метаболик тери вегетатив рефлекслар, пешоб чиқариш, дефекацияни бузилиши, нейро - эндокрин ўзгаришлар (хар турдаги модда алмашувни бузилиши, беморни озиб ёки семириб кетиши) кузатилади.

Ликворни ўзгариши. Босими ошган айниқса серозли менингитда (йирингли менингитга нисбатан) босим ошган бўлади. Суюқлик минутига 40 ва ундан кўп томчида оқади (меъёрда минутига 20-40 томчи оқиб бу меъёрдаги ликвор босимига тўғри келади). Чақалоқ болада ликвор босими 80 мм сув устунига тенг бўлиб, катта ёшли болаларда: ётган ҳолда 100-150 мм сув устунига, ўтирганда 150-250 мм сув устунига тенг бўлади.

Тиниқлиги. Йирингли менингитда лойқа, туберкулёз менингитида оқ-сарғиш, сероз менингитда тиниқ (меъёрда янги туғилган болани 14 кунлигигача ксантохромия, тиниқ, катта ёшда рангсиз, тиниқ), цитоз. Плеицитоз (хужайралар сонини кўпайиши) нейтрофиллик - йирингли менингитда кузатилади (меъёрда санокли нейтрофиллар ликворда чақалоқни 14 кунлигигача кузатилиши мумкин). Лимфоцитли серозли менингитда кузатилади (меъёрда болада 3 ойликкача $3/3$ дан $25/3$ гача, 3-6 ойликда $3/3$ - $20/3$, 6 ойликдан катталарда $3/3$ - $10/3$ гача кузатилади).

Оқсил. Кўпайган (0,4 - 1 г/л гача) меъёрда 3 ойликкача 0,2-0,5 г/л, 4-6 ойликда 0,18-0,36 г/л, 6 ойликдан катталарда 0,16-0,24 г/л бўлади. Панди синамаси - ўта ижобий (меъёрда 3 ойликка бўлган болаларда (+/-), 4 ойликдан катталарда манфий бўлади). Ликвор босими ортган бўлсаю, аммо

хужайралар таркиби ва оксил миқдорини ўзгармай қолиши менингизмда кузатилади. Менингизмда юқорида келтирилган менингиал симптомлар кузатилиши мумкин.

Энцефалитик синдром.

Этиологияси: Бактериал инфекция ёки вируслар.

шикояти: Тана ҳароратининг кўтарилишига, кўнгил айниб, қусишга, бош оғриғига, бош айланишига, бўғимларда оғриққа, тиришиш ва уйқуни бузилишига (уйқу босиш ёки уйқусизликка).

объектив текшириш Бемор аҳволи оғир, эс- ҳуши сомнолент, сопор, кома ҳолатларида. Бемор кўпинча кўзгалувчан ҳолатида, эпилептик хуружлар, мушакларни силтаниб учиб туриши, рефлексларни сўниб бориши (сўриш, ютиш, корнеал ва бошқалар) кузатилади. Кўрсатиб ўтилган умум миянинг жароҳатланиш симптомларидан ташқари, мияни маълум бир зонасини жароҳатланишидан ўзига хос белгилар пайдо бўлади.

Зонал жароҳатланиш симптомлари: Кўз ҳаракатини бузилиши. Бунда иккиёқлама птоз, диплопия, ажралувчи гилайлик, конвергенцияни (иккала кўз ўқ чизиғини бир нуқтасида учрашуви) бузилиши, кўз қорачиғини кенгайиши кузатилади.

Дўнглик ости соҳасини жароҳатланишида тахипноэ, тахикардия, артериал қон босимини кўтарилиши ёки ассимметрияси кузатилади.

Қобик ости ядроларини жароҳатланишида хорейсимон, атетоидсимон, миоклоник ва тиксимон кўринишдаги гиперкинезлар кузатилади.

Мияча ва вестибўляр соҳани жароҳатланишида омонат қадам ташлаш, бош айланиши, нистагм, ҳаракатсизлик, нигоҳни бир нуқтага қадалганлиги кузатилиши, бошни буриш, кўз ҳаракати беморда қаттик бош оғриғига, қусишга олиб келади.

Гипоталамик соҳани жароҳатланишида кўпинча эндокрин бузилишлар: иштаҳани бузилиши (пасайиши ёки ортиши) чанқашлик, полиурия, семиришлик ёки озишлик, кўп терлашлик, сўлак оқиш, ёғлик себорея, юзни ёғли бўлиб кўриниши каби белгилар кузатилади.

Менингиал симптомлар. Юқорида келтирилган менингитга хос симптомлар ва ликвор ўзгаришлари кузатилиши мумкин (менингиал синдромга қаранг).

Энцефалитик симптом. Инфекцион касалликлар ва токсикоз реакция ҳолатларида энцефалитни оғир бўлмаган ўтқунчи симптомлари кузатилади. Кўпинча бу реакция тиришишлик симптомлари, катта ёшдаги болаларда эса, гипертермия таъсирида иллюзия, галлюцинацияни кузатилиши билан кечеди. Интоксикацияни камайиши билан бу симптомлар ўз-ўзидан йўқолади.

Сезги аъзоларининг ривожланиши.

Кўриш. Кўз ҳомилаликнинг 3- ҳафтасида бош мия найчасининг охириги қисмидан кўз тўр пардаси хужайраларини ажралиши билан пайдо бўлади. Янги туғилган чақалоқларда кўз олмаси ва кўрув анализаторларини ривожланиши жуда ҳам паст даражада бўлади. Кўз олмаси чақалоқларда ва 12 ёшгача бўлган болаларда катталарга қараганда нисбатан катталиги билан фарқ қилади. Чақалоқларда кўз олмаси оғирлиги 2.29 г. бўлиб, болани бутун ўсиш даврида уни оғирлиги 2 маротаба ортади. Кўз олмасини ҳажми ва вазнини ортиши 3-5 ёшгача жадал суратда кечиб, кейин секинлашади ва пубертат ёшига келиб тўхтайтиди. Кўзнинг оқ пардаси бола туғилганда тиник бўлмай, хира бўлади, эмадиган болаларда эса ҳаво рангда бўлади. Мугуз парда чақалоқларда анча қалин бўлиб, оқ пардадан яққол ажралиб бир оз олдинга чиқиб туради. Катта бўлган сари мугуз парда юпқалашади ва оқ парда билан чегараси йўқола бошлайди. Чақалоқларнинг кўз гавҳари думалоқ шаклда бўлиб, нисбатан катта, шунинг натижасида болалар кўзининг олдинги қисми бўшлиги жуда кичик бўлади. Кўз гавҳарининг вазни чақалоқларда 66 мг., бир ёшда 124 мг., катталарда 170 мг. бўлади. Болани ёши катталашган сари гавҳар узунига ўсиб, ясмикга ўхшаб қолади. Чақалоқларнинг кўз қорачиғи диаметри жуда кичик, бир ёшли болаларда 1.5 мм. дан ошмайди, бир ёшдан кейин 2.5 мм., 6-12 ёшда 3.2 мм. бўлади. Чақалоқларда шишасимон модда тиникқа яқин, кўрув асаби ва тўр парда

яхши ривожланмаган бўлади. Кўриш асабининг айланаси - 0.8 мм., 20 ёшга борганда бу ўлчам 2 баробарга ортади. Кўриш асабининг толалари бола туғилганда миелин билан яхши қопланмаган, миелин билан қопланиш жараёни 3-4 ойлик давригача давом этади. Чақалоқларда кўз косаси нисбатан кенг, горизонтал ўлчами тик ўлчамидан кўп, кўриниши 3 қиррали пирамидага ўхшаш бўлади. Чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда кўз косасининг бундай тузилиши бош суягининг яхши ривожланмаганлиги ҳисобига бўлади.

Чақалоқларда кўз ёши канали нисбатан кенг ва калта, ташқи тешиги ковоқ бурчагида жойлашган бўлиб, коптокчалари яхши ривожланмаган бўлади. Бу ҳолат микробларни, чангларни бурун каналлари орқали тез-тез ковоқ ораларига ўтиб, уни яллиғланишига, конъюнктивит хасталигига олиб келиши мумкин. Чақалоқ болаларда кўз ҳаракати такомиллашмаган, шунинг учун 6-10 хафта ичида физиологик ғилайлик, ҳамда кўз олмасини қимирлаб туриши (нистагм) кузатилиши мумкин.

Янги туғилган чақалоқларда ўрта меёна фотофобия кузатилиб, кўзи деярли доимо юмуқ бўлади, кўриш ўткирлиги 20/300 атрофида бўлади. 2 хафталик даврида ранглик буюмга ўткинчи, 3 ҳафтадан барқарор нигоҳ ташлай олади. 6 ойлик даврда кўриш ўткирлиги 20/200 атрофида бўлади. Ёруғ қизил ва сариқ рангдаги буюмларга тез нигоҳ ташлайди, кўз ҳаракати мувофиқлашган бўлади. Бола 1-2 ёшида кўриш ўткирлиги максимал даражага етади.

Чақалоқ болада кўриш кобилиятини кўзига ёруғлик манбаини яқинлаштириб текшириш мумкин. Бунда бола уйгоқ бўлса кўзини қисиб, юзини ёруғлик томонга буришга ҳаракат қилади. Агар бола ухлаётган бўлса, кўз ковоқларини янада кўпроқ қисиб олади. Катта ёшдаги болалар кўриш кобилияти махсус таблицалар воситасида текширилади.

Эшитиш. Эшитиш органининг ривожланиши ҳомилаликнинг 4-хафтасида, миянинг орқа пуфакчаси соҳасида ички кулоқнинг пайдо бўлишидан бошланади. Чақалоқларда кулоқ супраси катталарга нисбатан

кенг ва катта бўлади. Кулоқ супрасини тоғайи юмшоқ, тери қавати нозик ва юпка бўлади. 3 ёшгача кулоқ супрасини энг тез ўсиши кузатилади ва умуман унинг ўсиши 15- 20 ёшгача давом этади. Ташқи эшитиш йўли суяк қисми таракқий этмаганлиги сабабли чақалоқларда асосан тоғайдан иборат, жуда қисқа ва тор бўлади. Уни узунлиги ва шакли 10- 12 ёшларда катта кишиларникига ўхшатса бўлади. Бола туғилганда эшитиш йўли қуюқ ёғсимон модда билан тўла бўлади. Чақалоқларда ноғора парда катта- кичиклиги катталарники билан баробар бўлади, аммо горизонтал текисликда жойлашган бўлади. Ноғора парда бўшлиғи ҳомилаликда ҳавосиз бўлиб, туғилгандан кейин биринчи нафас олиш ва ютиш ҳаракати биланоқ ҳаво билан тўлади. Ўрта кулоқ бўшлиғининг катта- кичиклиги ва эшитув суяклари катталарникига яқин бўлади. Бўшлиқни юқори қавати юпка ва қўшувчи туқимадан ташкил топган бўлади. Евстахий найчаси нисбатан кенг ва қисқа бўлиб, горизонтал ҳолатда жойлашган бўлади. Чақалоқларда уни узунлиги 19- 20 мм бўлади. Евстахий найчасининг бундай ҳолати бурун ва ҳалқумдан микробларни ўрта кулоққа ўтишини осонлаштиради.

Чақалоқ бола эшита олади. Етарлик кучга эга бўлган товушни ҳатто ҳомилаликнинг охирига ойларида ҳомила қабул қила олиши ҳам исботланган. Чақалоқ бола товушга умумий ҳаракат белгилари йиғлаш, юрак уриши, нафасни тезлашиши билан жавоб беради.

Чақалоқ бола товушни фарқлай олади. Кейинчалик товуш баландлигини фарқлаш такомиллашиб боради. Чақалоқ болани эшитиш қобиляти унинг баланд товушга, қарсақка, шиқилдоқ товушига бўлган жавобига қараб текширилади. Бунда товушни эшитган бола кўзларини қисади, безовталаанади, 7-8 ҳафталик бола бошини товуш келган томонга бура олади. Катта ёшдаги болаларни текширилганда уларнинг пичирлаш, баланд товуши, камертон товушини эшита олиш қобилятига қараб баҳоланади.

Ҳид сезиш. Ҳид сезиш рецепторлари ҳужайралари бурун деворлари ва юқори бурун бўшлиғи шиллиқ қаватларида жойлашган бўлади. Туғилиш

даврида рецепторлар сезувчанлиги юқори даражада такомиллашган бўлади. Бола 2-4 ойлик даврида ёқимли ва ёқимсиз ҳидларга фарқли, ўзгача реакция бера олади. Мураккаб бўлган ҳидларни ажрата билиш қобилияти кичик мактаб ёшида такомиллашади.

Ҳид сезиш қобилиятини текширишда чақалоқ бола бурнига ҳид берувчи, аммо шиллик қаватни қитиқламайдиган нарса яқинлаштирилади. Бунда чақалоқ ҳид ёқмаганда мимикасини ўзгариши, қичқириш, акса уриш, баъзан умумий безовталиқ ҳаракати билан жавоб беради. Катта ёшдаги болаларни бир хил рангдаги ҳар хил ҳидга эга бўлган суюқликларни бурнига яқинлаштириб, ҳидни сезувчанлигини сўраш орқали текширилади.

Таъм сезиш. Таъм сезиш илдизлари ҳомилалаликнинг охириги ойларида ташкил топади. Янги туғилган чақалоқларда таъм сезиш рецепторлари катталарга нисбатан кўп майдонни: бутун тил, лаб, қаттиқ танглай ва оғиз шиллик қаватларини эгаллаган бўлади. Чала туғилган бола ва ҳатто ҳомила ҳам аччиқ, шўр, нордон нарсаларга салбий реакция бера олади. Янги туғилган чақалоқни таъм сезиш қобилияти катта кишиларга нисбатан юқори бўлади. Ширинликка чақалоқ эмиш ҳаракати ва тинчланиш билан, бошқа хилдаги таъми ёқмайдиган нарсаларга- салбий, умумий безовталиқ, юзини буриштириш, баъзан қусиш билан жавоб беради. Каттароқ ёшдаги болаларда таъм сезишни тилга ширин, аччиқ, нордон ва шўр суюқликларни теккизиб кўриш орқали текширилади. Катта ёшдаги бола текқизилган суюқлик таъмини айтиши керак.

Тери сезгиси. Терининг тегизиш (тактил) сезувчанлиги жуда эрта ҳомилаликни 5-6 ҳафталаридан, олдинига оғиз атрофларида пайдо бўлиб, кейинчалик бу (11-12 ҳафтадан) бутун тери юзасига тарқалган бўлади. Одатда тактил сезувчанлик терига пахтани бўлагини ёки чўткачани теккизиш орқали текширилади. Бунда тактил сезувчанлиги сақланганлиги чақалоқларда ва эмиши ёшидаги болаларда шартсиз рефлексларни чақирилиши, улардаги турли хил реакция (ҳаракатланиш, йиғлаш, кулиш)

билан аниқланса, катта ёшдаги болалар кўзи юмуқ ҳолда сезаётганлигини ўзи айтади.

Оғриқ сезгиси. Оғриқни сезиш рефлекси ҳомиланинг 3 ойлигидан бошлаб бошланади. Чақалоқ болаларда оғриқни сезувчанлик мезони катталарга нисбатан юқори бўлади. Одатда оғриққа сезувчанлик игнани санчиб кўриш ёки ўткир ёки уни ўтмас томонини теккизиб кўриш орқали текширилади. Бунда оғриқ сезгиси сақланган бўлса, кичик ёшдаги болаларда умумий безовталиқ: йиғлаш, қичқириш билан жавоб бериб, катта ёшдаги болалар эса кўзи юмуқ ҳолда «ўткир» ёки «ўтмас» деб жавоб беради.

Ҳароратни сезувчанлик. Янги туғилган чақалоқда ҳароратни сезиш ривожланган бўлади. Бунда совуққа бўлган сезувчанлик иссиққа бўлган сезувчанликка нисбатан анча юқори бўлади. Одатда ҳарорат сезувчанлиги бола терисига иссиқ ёки совуқ пробиркани теккизиб текширилади. Бунда ҳароратни сезувчанлик сақланган бўлса, кичик ёшдаги болалар безовталиқ, йиғлаш, қичқириш билан жавоб бериб, катта ёшдаги болалар иссиқ ва совуқ деб жавоб берадилар.

Назорат учун саволлар

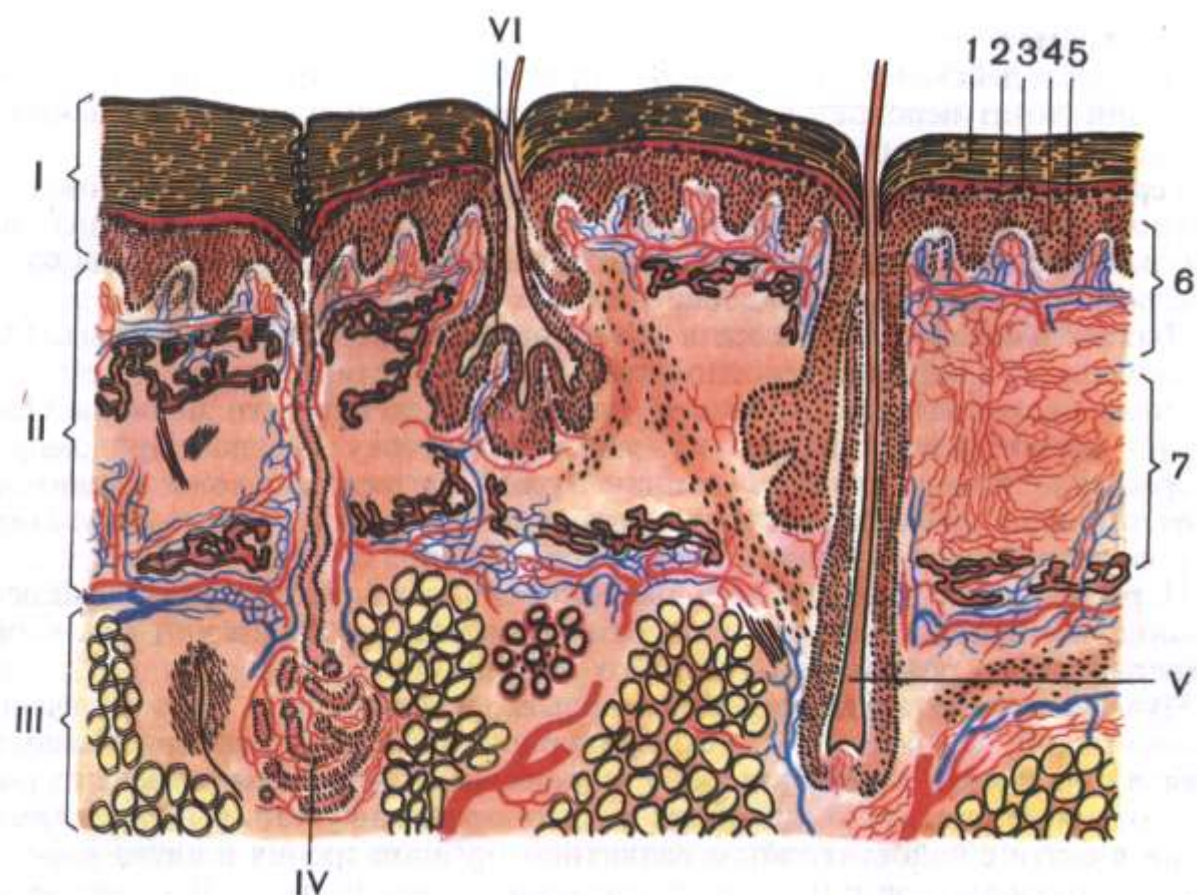
1. Асаб-руҳий ривожланиши қонуниятлари
2. Ҳаракат ва асаб руҳиятни ривожланиши
3. Болаларда уйку тартиби
4. Боланинг асаб тизимини ва руҳиятни текшириб баҳолаш
5. Чақалоқларда шартсиз рефлексларни текшириш
6. Беморни умумий аҳволини баҳолаш
7. Невроз
8. Менингиал синдром
9. Энцефалитик синдром
10. Ликвор таркиби
11. Патологик рефлекслар

Таянч сўзлар: асаб, уйку, руҳият, невроз, энцефалит, менингит.

4.БОБ. ОРГАНИЗМИНИНГ ЁШИГА ҚАРАБ АНАТОМИК ВА ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ. ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

4.1 Тери ва тери ости ёғ қавати

Тери танани ташқи томондан ўраб олган мураккаб орган ҳисобланиб, организмнинг физиологик ва патологик ҳолатларида муҳим вазифани ўтайди. Тери икки асосий қаватдан туради: 1. Тери устки эпидерма қавати (бу беш - базал, тиканакли, доначали, ойнасимон ва мугуз қаватлардан тузилган). 2. Дерма - хусусий тери қавати - бу сўрғичсимон (*papae papillaris*) ва тўрсимон (*papae reticularis*) қисмлардан туради. Тери ости ёғ қаватига гиподерма дейилади. Терининг морфологик ва физиологик тузилиши туғилгандан то балоғатга етгунча такомиллашиб боради.



Расм 20. Тери тузилиши: 1 – эпидермис; II – дерма; III – тери ости ёғ қавати; IV – тер безлари; V – тукли фолликул; VI- ёғ безлари

4.1.1 Терини анатомик ва физиологик хусусияти

Ҳомилаликни эрта даврларида тери устки эпидерма қавати бир қават яссиланган хужайралардан тузилиб, 5-7 ҳафталаридан эса икки қатлам тузилишга эга бўлади. Унинг ички базал қатламдан эпидермиснинг қолган қатламлари ривожланади. Устки перидерма қатлами ҳомиланинг 6 ойлигидан ажралиб, терини қоплаб турувчи мойсимон модда қисмини ташкил қилади. Ҳомилаликда тери ёш кўрсаткичи бўлиб ҳам хизмат қилади. Чунончи, тери бурмалари ҳомилаликнинг 32-34 ҳафтасида оёқ қафтани юқори қисмида кўндаланг йўналишлар пайдо бўлади. 37 ҳафтасида бурмалар оёқ қафтани 2/3 асосан юқори қисмини, 40 ҳафталикда эса оёқ қафтани ҳамма юзини эгаллаган бўлади. 20 ҳафталик ҳомила баданининг ҳамма ерини момиқсоч (lanugo) қоплаган бўлиб, 33 ҳафталикдан бу олди юз, кейин тана кўл-оёқдан йўқолиб бориб, 42 ҳафталикда елкада бироз қолганини ҳисобламаса, бутунлай йўқолиб кетади ҳисоб.

Чақалоқларда терининг мугуз қавати жуда юпқа бўлиб, тўрсимон тузилишга эга бўлади. У икки-уч қатор бир-бири билан мустақкам бирикмаган хужайралардан тузилган бўлиб, булар доимий равишда кўчиб, тўкилиб туради. Базал (асосий) қаватида эпителиал хужайралар қизғин бўлиниб кўпайиши ҳисобига мугуз қаватини тўқилган хужайралари ўрнини тўлдириб туради. Болани олти ойлигигача меланин доначалари миқдорини камлиги кузатилиб, бу пигмент ҳосил бўлишини ҳали тараққий этмаганини кўрсатади.

Терининг усти эпидерма қаватининг қалинлиги янги туғилган чақалоқ ва эрта ёшли болаларда 0,15-0,25 миллиметрга, катта кишиларда эса 0,25-0,36 миллиметрга тенг бўлади. Терининг устки қаватининг ҳамда хусусий тери қавати орасидаги базал мембрана пардаси яхши тараққий этмаган, жуда нозик, майин бўлиб, унда бириктирувчи эластик тўқималар яхши ривожланмаганлиги сабабли терининг эпидерма ва дерма қавати бир бири билан жуда кучсиз бириккан бўлади. Катта кишиларда эса базал мембранасининг бириктирувчи эластик тўқималари яхши ривожланганлиги

сабабли тери қаватларининг бир-бири билан мустаҳкам боғланиши таъминланган бўлади.

Терининг хусусий қаватида, юзада сўрғичсимон қават, чуқурроқда тўрсимон ретикуляр қават жойлашган бўлади. Тери хусусий қавати асосини бириктирувчи тўқима ташкил қилиб, бу ҳомилаликда бир-бири билан зич чатишиб кетган ва эгилувчанлигини таъминловчи коллаген ва эластик толалардан тузилган. Ҳомилаликда олдин коллаген толалар ривожланиб, эластик толалар кечроқ, ҳомилаликнинг тўрт ёки беш ойлигидан аввал тўрсимон кейин сўрғичсимон қаватларида тараққий этади. Бунда биохимик жараён тезкорлик жадаллик билан боради. Айниқса, гиалуронидаза ва гиалурон кислоталар тезкорлик жараёни ўз навбатида ёш болаларда тери ўтказувчанлигини юқори бўлишига олиб келади. Ҳомилаликнинг 6 ойига келиб бириктирувчи тўқиманинг коллаген ва эластик толалари бир-биридан аниқ ажралган ҳолда бўлади. Терининг гистологик тузилиши 6 ёшда катталар тери тузилишига яқинлашган бўлса ҳам, аммо ҳали коллаген толалари ингичка ва эластик толалар яхши ривожланмаган бўлади.

Чақалоқлар терисида қон томирлари юзада жойлашганлиги, капиллярлар ва уларнинг ўзаро тур ҳосил қилиб кўшилиши кўп бўлади. Шунинг учун ҳам бир ёшгача бўлган болаларда терининг юмшоқ, нозик пушти рангда бўлиши кузатилиб, бу капиллярларнинг юзада кўплиги ва уларнинг узоқ вақт кенг ҳолда сақланиши билан боғлиқдир.

Ёғ безларининг бошланғич муртаги ҳомилада 5-7 ҳафталик давридан пайдо бўлиб, ҳомилаликнинг 7-ойларида яхши тараққий этган ва фаол секрет ишлаб чиқара бошлаган бўлади. Шу даврда ёғ безларининг морфологик тузилиши катталардан фарқ қилмайди. Уларнинг ишлаб чиқарган маҳсулоти чақалоқлар терисини қоплаган пишлоқсимон мойловчи модда асосини ташкил этади. Ёш болаларда ёғ безларининг юз терисидаги миқдори 1 см^2 сатҳда катталарга нисбатан 4-8 марта кўп. Бу безларнинг бир ёшгача бўлган болаларда ҳажми катта ва кўплаб маҳсулот ишлаб чиқаради.

Янги туғилган чақалоқларда ёғ безлари махсулотини кўплаб ишлаб чиқарилиши ва без йўлларида туриб қолиши сабабли бурун учиди ва канотларида, лунжда, юз чаккасида оқ сарғиш рангдаги нукталар (milia) кузатилади. Уларнинг катталиги кўкнори уруғидек бўлиб, бир неча кун ёки 1,5-2 ҳафта давомида сақланади, сўнгра ўз-ўзидан йўқ бўлиб кетади. Териди ёғ безларининг фаоллиги бир ёшдан кейин пасайиб, айниқса балоғатга етиш даврида яна кўпаяди. Бу без йўллари сикрет билан беркилиб, ноқулай шароитда микроблар таъсирида яллиғланиб, ўсмирлар юзида ҳуснбузарлар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Тер безларининг муртаги ҳомилаликнинг 8 ҳафтасида, биринчи галда қўл ва оёқ кафтада пайдо бўлади. Янги туғилган чақалоқларда тер безлари чиқарув йўллари ҳали ривожланмаганлиги сабабли тер ажратиш такомиллашмаган бўлади. Чиқарув йўллариининг такомиллаша бошлаши боланинг 5 ойлигида кузатилиб, 7 ёшда ўз ниҳоясига етади. Тер безларининг такомиллашиш ниҳояси олдин боланинг пешона ва бошида, кейинроқ кўкрак ва орқасида кузатилади. Тер ажралиш фаолиятининг ташкил топиш сурати боланинг 1-2 ойлигида жадаллашган бўлади. Тер безлари вегетатив асаб тизимси, ва марказий асаб тизимсининг ҳароратни бошқарув маркази структурасини ривожланиб бориши билан тер ажратишга ўтиш мезони ва хусусияти такомиллашиб боради. Чунончи, 2 ҳафталик бола 35 ҳароратда терлай бошласа, 2 -1/2 ойлик бола 27-28 ҳароратда терлайди. Ташқи ҳароратга монанд терлаш хусусиятини ниҳоясига етиши боланинг 7 ёшгача давом этиб боради. Чақалоқларнинг қўлтиқ ости терисида, қовуғида, анус атрофида аппокрин тер безлари бўлиб, бу безлар бир ойлик болалар танасида ҳам бўлади. Аппокрин тер безлари фаоллиги эрта ёшдаги болаларда умуман бўлмай, фақат 8-10 ёшдан кейингина улар фаоллиги бошланади.

Янги туғилган боланинг сочи етарлик ривожланган, ҳар хил узунликда, рангда бўлиб, юмшоқ бўлади. Уларда соч фолликуласи бўлмаганлиги сабабли тез тўкилиб, катта кишиларда кузатиладиган фолликулитга олиб келмайди. Кейинчалик соч ҳар хил қалинликда ёки сийрак бўлиб ўсиши

мумкин. 2 ёшгача бўлган болаларда сочнинг ўсиши тезлиги бир кеча кундузда камида - 0,2 мм бўлиб, катта ёшдаги болаларда 0,3-0,5 мм бўлади. Янги туғилган чақалоқлар курак ўртаси, айниқса елка терисиди момик тук (лануго) бироз сақланган бўлиб, чала туғилган болаларда бу тук кўпроқ бўлади. Момик тук туғилгандан кейин бир ойда тўкилиб бўлади ва ўрнига доимий туклар ўсиб чиқади. Чақалоқларда кош ва киприклар кам тараққий этган бўлиб, кейинчалик уларнинг узунлигини ўсиши тезлашади, эънига эса қалинлашади. 3-5 ёшли болаларда киприк узунлиги худди катталарникидек бўлади, шунинг учун бу ёшдаги болаларнинг киприги узундек туюлади. Балоғатга етиш даврида юзда (ўғил болаларда), қўлтиқ остида, қов соҳасида сочнинг ўсиши пайдо бўлади.

Ҳомилаликнинг 5- ҳафталаридан бошланиб ва янги туғилган чақалоқларда тирноқлар ҳали юпқа бўлади. Кейинчалик ҳаёт давомида тирноқлар бўйига ўсиб, қалинлашиб, формаси ўзгариб боради. Вақтига етиб туғилган чақалоқларда тирноқлар бармоқни учига етган бўлади, чала туғилган болаларда эса бармоқни тўлиқ ёпмайди. Бу болани етилиб туғилганлиги мезони бўлиб ҳам хизмат қилади. Бола ҳаётининг биринчи кунлари тирноқ ўсиши вақтинчалик секинлашиб, тирноқ пластинкаси юзасида кўндаланг (физиологик) чизиклар пайдо бўлади. Бу чизиклар 3 ойликда тирноқ учига етади. Бу кўкрак ёшидаги болаларнинг ёшини аниқлаш имкониятини беради.

4.1.2 Терини функционал хусусияти

Тери кўпгина вазифаларни бажаради. Терининг асосий вазифаларидан бири муҳофаза вазифасидир. Тери организмни зарарли механик ва химик ҳамда инфекция таъсирларидан сақлайди. Янги туғилган чақалоқларда ва бир ёшгача бўлган болаларда бу хусусият катталарга нисбатан кам ривожланган бўлиб, бу терининг ўзига хос хусусияти: асосан тери мугуз қаватини кам тараққий этганлиги, кўплаб капилляр тўрининг мавжудлиги, ҳамда терида

маҳаллий иммунитет фаоллигини пастлиги билан тушунтирилади. Бундан ташқари чақалоқ болалар терисини коллаген секретда рН нейтрал (6,3-5,8) ҳолатга яқин, ҳамда меланин доначалари миқдори кам бўлади. Эрта ёшдаги болаларда терининг тузилиши ва фаолиятига кўра сурилиш жараёни фаоллашган, ажратиб чиқариш жараёни эса кам ривожланган бўлади. Шулар сабабли бола териси бу ёшда осон жароҳатланишга, ҳар хил касаллик тарқатувчи микроблар ва захарли кимёвий китикловчи таъсиротларга ортиқча ультрафиолет нурларга тез берилувчан бўлади. Шунинг учун бола терисини ниҳоятда тоза сақлаш лозим. Ўткир, захарли таъсир этувчи суртмалар суртиш тавсия этилмайди.

Тери 5 та сезувчи органларнинг бири ҳисобланади. Терида жойлашган кўпгина тактил, оғрикни, ҳароратни сезувчи рецепторлар борки, бўлар билан организм ташқи муҳит билан доимо мослашиб боради. Кўпроқ оёқ кафти, юз терилари ўта сезувчан бўлади.

Ҳароратни бошқарув вазифаси кам ривожланган бўлиб, бола тез иссиқланиб ёки совуқ қотиб қолиши мумкин. Ҳароратни бошқарув марказлари бола 3-4 ойлигидан ташкил топади.

Тери нафас олишда ҳам фаол иштирок этади. Ёш болаларда, айниқса бир ёшгача бўлган болаларда газ алмашинувида яхши қатнашади, чунки бу ёшда тери мугуз қавати юпқа ва қон айланиш юзада, терини сатҳи катталарга қараганда нисбатан 6-8 марта кўп бўлади. Тери синтезловчи вазифани: ферментлар, биологик фаол моддаларнинг, меланин пигментини, витамин Дз ҳосил бўлишида иштирок этади. Бу вазифаларни амалга ошиши тери морфологик ва функционал ривожланиб борган сари такомиллашиб боради.

Чақалоқ туғилганда териси оқ-кул рангидаги пишлоқсимон мойли модда (vernex caseosa) билан қопланган бўлиб, бу ўз таркибида ёғ, эпидермисдан тузилган эпителийлар, ҳамда холестерин, ва кўп миқдорда гликоген тутади. Бу пишлоқсимон қоплама гигиеник шароитда олиб ташланганда чақалоқ териси бироз оқиринқираган, шишгандек кўринишда бўлади. Кейин бу оқаришлик

енгил кўкиш ранг аралашган реактив қизаришлик билан алмашинади. Бу капилляр кон томирларнинг кенгайишидан ҳосил бўлиб, бунга "физиологик қизаришлик" (erithema neonatorum) дейилиб, одатда бу 1-2 кун давомида сақланади. Чала туғилган болаларда бу физиологик қизаришлик кўпроқ, жадалроқ бўлади ва узок вақт давом этади. Физиологик қизаришлик тери мугуз қаватининг пластинкасимон ёки кепаксимон кўринишга эга бўлган пўст ташлаши билан алмашинади.

Туғилишнинг 2-3 кунларида 80% чақалоқларда терининг, склеранинг, шиллик пардаларининг сарғайиши кузатилиб, бунга физиологик сарғайиш (icterus neonatorum) дейилади. Сарғайиш даражаси бироз сарғайишдан (субэктеричность) то тўқ сариқ ранггача бўлиши мумкин. Сариқлик икки-уч кунда ўзининг энг юқори даражасига етиб, сўнгра аста-секин рангсизлана бошлайди ва 7-10 кунда бутунлай йўқолади. Айрим ҳолларда терининг сариқлиги 3-4 ҳафтагача давом этади, аммо ахлат ва пешобнинг ранги ўзгармайди. Чала туғилган, гипотрофик болаларда, касал аёллардан туғилган болаларда сариқлик жуда ривожланиб, 6-8 ҳафтагача давом этиши мумкин. Бу ҳолатнинг замирида эритроцитларнинг гемолизи ётиб, бу ўз навбатида билирубинемияга (қонда билирубиннинг кўпайишига) олиб келади. Янги туғилган чақалоқларда бу белгиларни келиб чиқиши жигарнинг яхши ривожланмаганлиги билан тушунтирилади. Терини ўткинчи сарғайишини келиб чиқишида она сути таъсири ҳам сабаб бўлиши мумкин деган фикрлар мавжуд. Узок давом этган сарғайиш кўшимча лаборатор текширувни талаб этади.

Монголлоид доғи - бу оч кулранг ёки ҳаво рангдаги бир неча см катталиқдаги доғ бўлиб, кўпинча боланинг думбаси, сон, болдирнинг орқа сатҳида, орқаси ва елкасида кузатилади. Бу доғларни тери қавати чуқурдаги пигментлар ҳосил қилади. Бу доғлар биринчи йил давомида, баъзан 5-6 ёшларда йўқолиб кетади. Баъзан етилмай туғилган чақалоқлар териси мармарсимон кўринишда бўлиб, бунда меъёрл рангдаги тери соҳаси пушти-қизғиш ёки кўкиш жимжимадор тўрсимон ранглар билан алмашиниб турган

кўринишда бўлади. Бу ҳолат қон томирлар бошқарувининг такомиллашганлигидан далолат беради. Чақалоқ ривожланиши билан бу ҳолатлар йўқолиб кетади. Эрта ёшдаги болаларни кўпинча иссиқлатиб қўйиш оқибатида тана терисида ва юзида майда қизғиш папула ёки ичида тиник суюқлик тутган пуфакча ҳолидаги тери тошмаси (sudamina) пайдо бўлиши мумкин. Болага сифатли парвариш кўрсатилса, тошма тезда йўқолиб кетади.

Айрим чақалоқларда энса суяги терисида, пешонасида, айрим ҳолларда қошида, юқори қоғоғида, камдан-кам танада ҳар хил катталиқдаги нотекис қизғиш кўкимтир доғлар-телеангиоэктазия учрайди. Бу вена қон томирларининг туғма маҳаллий кенгайиши бўлиб, даволашни талаб этмайди. Ўз-ўзидан ўтиб кетади. Баъзан чақалоқ бошининг терисида, конъюнктивасида майда нуқтали қон қуйилиши ёки бошни юмшоқ қисмида туғилиш шиши кузатилади. Кўпинча туғилиш шишиш бола туғилганидан сўнг 2-3 кунда қайтадан сўрилиб кетади. Кўпинча чақалоқларда уларнинг жинсидан қатъий назар кўкрак безларининг катталашуви кузатилади. Қизларда жинсий органларидан шилимшиқ ва қонсимон суюқлик ажралади. Болалардаги кўкрак безининг катталашуви кўпинча туғилишнинг биринчи, иккинчи кунлари бошланиб, 8-10 кун давом этиб, сўнг қайтадан ўз ҳолига қайтади. Уларнинг катталиги нўхатдай ёки ўрмон ёнғоғидай бўлади. Катталашган без устидаги тери ўзгармай, айрим ҳолларда қисман қизариши мумкин. Кўкрак беги сиқилса, (бу мумкин эмас) оғиз сутини эслатувчи суюқлик ажралади. Бу ҳолат онадан ҳомилага гармонларнинг йўлдош орқали ўтиши оқибатида содир бўлади. Чала туғилган болаларда кўкрак безининг катталашуви кўпинча кўзга ташланмайди.

4.1.3 Тери ости ёғ тўқимаси анатомик ва физиологик хусусияти

Ҳомиланинг 14-20 ҳафталигидан бошлаб ёғ тўқимаси таракқий эта бошлайди, ҳомилаликнинг охириги 1,5-2 ойлигида тери ости ёғ тўқимаси асосан тўпланиб бўлади. Шунинг учун ҳомилани 10-чи ойлигида теридаги

буришганлик ҳолати йўқолади. Етилиб туғилган чақалоқларда ёғ тўқимаси лунжда сонда яхши тараққий этган бўлади. Чала туғилган болаларда тери ости ёғ тўқимаси яхши тараққий этмаган бўлади. Мушак ишига боғлиқ бўлмаган ҳолда иссиқлик ишлаб чиқаришда иштирок этувчи кўнғир, ёғ тўқимаси хомилаликни 13 ҳафталаридан ривожланиб, етилиб туғилган чақалоқларда 30-80 г ни ёки тана оғирлигини 1-3% ни ташкил этади ва туғилишни 1-2 кунлари чақалоқни совуқ қотишдан муҳофаза этишда иштирок этади. Кўнғир ёғ тўқимаси бўйин орқаси, қалқонсимон без, буйрак атрофларида йиғилган бўлиб, туғилгандан кейин бир неча ой давомида йуқолиб кетади. Шулар сабабли дистрофик ёки ўзида кўнғир ёғ тўқимаси жуда оз бўлган чала туғилган болалар совуққа жуда чидамсиз бўладилар. Туғилгандан то 3 ёшгача бўлган болаларда ёғ тўқимасининг кўпайиб бориши жадал бўлиб, кейин 8 ёшгача бу кўпайиш даражаси камайиб боради, 8 ёшдан бошлаб ёғ тўқимасининг кўпайиши яна жадаллашиб, бунда айниқса балоғатга етиш даврида қизларда ўғил болаларга нисбатан танани пастки сегментларида, хусусан сон айланасида ёғ тўқимасини ортиши кузатилади. Ўғил болаларда эса бу даврда ёғ тўқимаси кўпроқ танани юқориги қисмида, ички органлар атрофида йиғилган бўлади. Ўғил болаларда тери ости ёғ қавати умумий ёғ тўқимасини 50% ини, қизларда 70 % ини ташкил этади. Шулар сабабли қиз болалар_тана_тузилиши думалоқроқ, мушак рельефлари ноаниқ кўринишда бўлади.

Ёш болаларда ёғ тўқимасида катта эриш нуқтасига эга бўлган тўйинган қаттиқ (пальмитин, стеорин) ёғ кислоталарининг ортиқ бўлиши, ёғ тўқимасининг қаттиқ, пишиқ бўлишини таъминлайди. Бу ҳолат ёш болаларда тана ҳарорати жуда пасайиб кетганда ёғ тўқимасини онсон қотиб қолишига олиб келади. Ёши катталашини билан тери ости ёғ тўқимаси тўйинмаган суюқ ёғ кислоталарига бой бўла бошлайди. Тананинг ҳар қисмида тери ости ёғ тўқимаси ҳар хил таркибга эгаки, бу ёғ тўқимасининг қоидали мунтазам бирин-кетин ортиб боришига ёки камайишига олиб келади. Ёғ олдиниға қорин деворидан, сўнгра танадан, қўл ва оёқлардан, охирида юздан ва лунждан

йўқолади. Ёғнинг тўпланиши эса тескари тартибда бўлади. Ёш болаларда тери ости ёғ тўқимаси тана оғирлигининг 12 % ни ташкил этади. Ўз навбатида катталарда эса бу 5 % дан кўпроғини ташкил этади. Ёшига қараб ёғ тўқимаси таркиби ҳам ўзгаради. Бир ёшгача бўлган болаларда уч ёғ бурмаси - қат-қат чизиғи соннинг ичи юзасида ва билакнинг пастки учдан бир қисмида кузатилади. Маълумки ёғ тўқимаси ички аъзоларни, қон -томир асаб тизимини барқарор ҳолатда сақлаб, муҳофаза этишда, тана хароратини сақлашда, энергия ишлаб чиқаришда болаларда зарурият туғилганда энергия билан таъминлаб, организмни физиологик ҳолатини сақлашда иштирок этади. Бу вазифаларни амалга ошириши ёғ тўқималарининг такомиллашишига боғлиқ бўлади.

4.1.4 . Тери ва тери ости ёғ тўқимаси ҳолатини баҳолаш усуллари

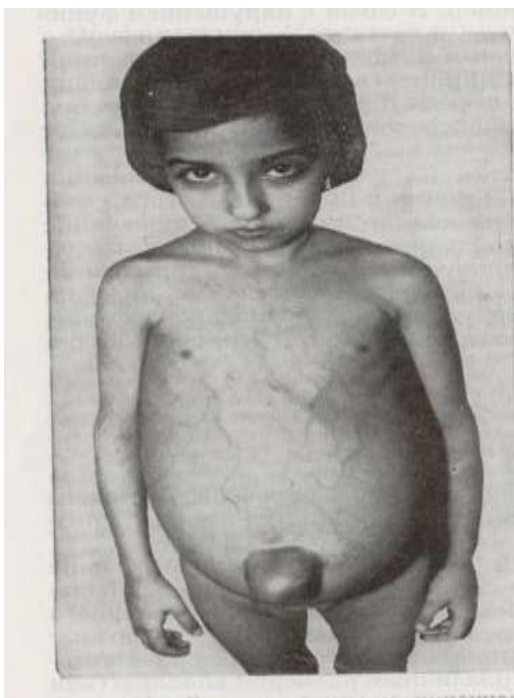
Терини текширишда қуйидаги усуллардан фойдаланилади: сўраш (анамнез), кўриш, пайпаслаб ушлаб кўриш (пальпация), қон томирлар мўртлигини ва дермографизмни текшириш.

Анамнез йиғиш орқали теридаги ўзгаришлар қачон пайдо бўлганлиги ва нималар билан боғликлиги аниқланади.

Кўриш - бола терисини синчиклаб текшириш учун хона харорати меъёрида бўлиши, кундузга ёруғликдан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Эрта ёшдаги болаларни бутунлай ечинтириш зарур. Биринчи навбатда терининг рангига, сўнгра турли хилдаги тошмаларининг, қон қуйилишнинг, вена қон томирларнинг локал кенгайишининг, чандиқларнинг ва бошқа ўзгаришларни мавжудлигига аҳамият берилади. Соғлом болаларда терининг ранги - майин оч пушти ёки буғдой рангда бўлади.

Терининг оқариши. Тери рангининг умумий оқарган бўлиши асосан камқонликда, ҳамда периферик қон томирларнинг қон билан кам таъминланганида, жумладан аорта клапанини етишмаслиги ёки стенозида, лейкозда, гипотиреозда, ҳамда юрак қон -томирини бўшашида дифтерияда

(чин бўлмада), зотилжамда, қон йўқотилганда, шок ҳолатида учрайди. Тери рангини оқариши ҳар доим ҳам камқонликни кўрсатмайди, балки бу соғлом болаларда, айниқса вегетатив қон -томир дистониясида ёки совуқ ҳарорат таъсирида периферик қон томирларини сиқилишидан ёки қон- томирларнинг хаддан ташқари чуқурликда жойлашишидан ҳам ("ёлғондакам" камқонлик) кузатилиши мумкин.



Расм 21. Киндик чурраси, қон-томирларининг кўкрак ва қорин соҳасида бўртиб чиқиши



Расм 22. Терининг қизариши

Ҳақиқий камқонликда шиллиқ қаватлар ранги ҳам оқарган бўлади. Псевдоанемияда эса шиллиқ қаватлар ўз қизғиш рангида бўлади. Баъзи касалликларда терининг оқариши ўзига хос кўринишда бўлади: гемолитик анемияда сарғиш, гипопластик, апластик анемияларда мумшам, септик эндокардитда сутлик кофе, йирингли септик касалликларда ва токсикозда ерсимон кул, хлорозда – кўкимтир рангда бўлади.

Терининг қизариши. Физиологик ҳолатда терининг вақтинча ўтиб кетувчи қизариши ҳаяжонланганда, иссиқ, совуқ ҳарорат таъсирида, тери механик қитиқланишида кузатилади. Патологик қизариш юқори ҳарорат билан кечувчи касалликларда тери куйганда, офтоб урганда (куёш нури

таъсирида кўпроқ бўлганда), ҳамда капилляр қон- томирларини кенгайтирувчи дориларни қабул қилганда, эритроцитозда кузатилади. Терининг чегараланган қизариши, тана терисининг ўчоғлик яллиғланиши - дерматитда, тери флегмонасида, лунж атрофларини қизариши Иценко- Кушинга синдромида кузатилади. Теридаги кескин чегаралик ёрқин қизариш сарамас касаллигига хос

Терини кўкариши. Терининг кўкариши қонда оксигемоглабинни 95% дан камайганида кузатилади. Тери ва шиллиқ пардаларнинг кўкимтир тусга кириши умумий ва маҳаллий (бирор чегараланган ерда) бўлиши мумкин. Қўл панжасидаги, оёқ кафтидаги, кулоқдаги, бурундаги, лабдаги маҳаллий кўкаришлик (акроцианоз) умумий кўкаришликнинг бошланғич белгиси ёки кўзғалишга мойил болалардаги вазомотор ўзгаришларда кузатилиши мумкин. Танадаги ва шиллиқ пардадаги умумий кўкаришлик бутун организмда, тўқимада қон айланишининг бузилганлигини кўрсатиб юрак ёки ўпканинг оғир жароҳатланишида, қонда метгемоглобинни ортишида (нитратлар билан захарланишда), ҳамда оғир инфекцион касалликларда, юрак қон томирни бўшашида, эпилепсия хуружида кузатилади. Тез ривожланувчи ҳатарли кўкариш чақалоқлар асфиксиясида, круппада, ҳиқилдоқнинг торайишида, нафас йўлларида бегона жисмларнинг тушиб қолишида, касаллик туфайли юрак ишининг қисқа муддатда сусайишида кузатилиши мумкин. Туғма ва туғилгандан кейин келиб чиқувчи юрак нуқсонларида кўкарганлик касаллигининг декомпенсация даврида бир вақтда нафас сиқиш ва шиш билан кечади.

Сарғайишлик. Терининг ва кўзнинг шиллиқ пардасини сарғайиши бу қонда ва тўқимада ўт пигменти билирубин миқдорини кўпайишидан пайдо бўлади. Терининг сариқлигини тўқимани қон билан таъминланишини босиб туриш билан камайтирилиб, кундузги ёруғликда кузатилса яхши кўринади. Терининг сариқлиги чақалоқлардаги физиологик сарғайишдан ташқари гепатит касаллигининг ҳар хил турларида, ўт йўлларида туғма тараққий этмаганида, эритробластозда ва бошқа туғма гемолитик камқонликда

учрайди. Янги туғилган чақалоқларда сариқлик кўпинча сепсиснинг белгиси ҳисобланади. Катта ёшдаги болаларда сариқ касаллик кўпинча Боткин касаллигида, циррозда, жигар ўсмасида, жигар эхинококкида, жигар сифилисида ва бошқа касалликларда учрайди. Сариқлик яна қизил қон таначаларининг чидамлигини камайишидан, кўплаб парчаланишидан ҳам келиб чиқиши мумкин. Оғир юрак нуқсонларининг декомпенсация даврида ҳам кўзнинг оқ пардасида бироз сариқлик бўлиши мумкин. Бу хунук белги ҳисобланиб, у жигар вазифасининг бузилишидан V. Portae да қон ҳаракати бузулганлигидан далолат беради. Касалликларда терининг сарғайиши ҳам ўзига хос кўринишда бўлади: гемолитик анемияда лимон рангига, механик сарғайишда - кўкимтир сарғайишлик кузатилади. Касалликнинг бошланишида терида билирубин йиғила бошлаганда сарғайишлик тўқ апельсин рангида бўлади. Терининг сариқлиги узок вақт акрихин, стрептоцид истеъмол қилганда, тухум сариғини истеъмол қилганда ҳам каротин пигменти ҳисобига тери сарғайиши мумкин. Бу ҳолда шиллиқ пардалар сарғаймайди, пешобнинг ранги ўзгармайди. Сарғишлик айниқса оёқ қўл қафтида, юзда яққол кўзга ташланади.

Терининг бронза рангига кириши болаларда кам учраб, буйрак усти безининг етишмаслигида кузатилади. Витамин PP нинг етишмаслигида (пеллаграда) тери гунгурт рангида бўлади.

Пигмент ўзгаришлари. Кўпинча терида ҳар хил катталиқдаги қорамтир доғлар баъзи инфекцион касалликларда, жумладан қизамиқда тошмалар ўрнида пайдо бўлади. Қавариқда механик қитиқланиш натижасида терида олдин пушти рангдаги қавариб, кўтарилиш пайдо бўлиб, кейин ўрнида жигарранг доғ пайдо бўлади. Тери рангини кўпинча танада камроқ юз ва оёқ-қўлларда йўқолиб, ҳар хил катта-кичикликдаги оқариб қолиши педда (вителиго) кузатилади.

Қон томир ўзгаришлари. Янги туғилган соғлом болаларда терининг устки қаватидаги вена томирлари кўринмайди. Аммо баъзи касалликларда (рахитда, захмда, мия ичида суюқлик айланишининг бузилишида, бош мия

ўсмасида, ҳаддан ташқари озиб кетганда) вена томирлари бошда бўртиб туради. Кўкракда ва курак оралиғида вена капиллярларининг яққол кўриниши кўпинча бронхиал ва медиостенал лимфа тугунларининг катталашганида кўринади. Капилляр қон томирларининг VII бўйин умуртқаси соҳасида кенгайиши бронхопульмонал лимфа тугунларининг катталашганини (франка белгиси) кўрсатади. Қорин деворида вена томири турининг пайдо бўлиши жигар V. Portaе тизимсида қон ўтишининг қийинлашганида, қорин ёнидаги веналарнинг кенгайиши, пастки кавак венадан қон ўтиши қийинлашганда бўлади. Баъзан тери томирлари бирлашиб, теридан бироз кўтарилиб турган, қон томир юлдузчаларини ҳосил қилади. Одатда бундай юлдузчалар сурункали жигар касалликларида учраб, бунда қўл-оёқ кафтлари бироз қизарган бўлади. Баъзан болаларда ҳар-хил катталиқда бўлган қон томирлар ўсмаси-ангиома кузатилиши мумкин.

Тери тошмалари. Тери тошмаларини текширганда уларни пайдо бўлган вақтини, жойлашган ерини, ҳажмини (мм ёки см), миқдорини, (онда сонда ўртача кўплиқда, жуда кўп), шаклини (думалок, овал, юлдузсимон, нотўғри), рангини аниқлаш лозим.

Терида парваришнинг бузилиши ва касалликлар оқибатида пайдо бўлган морфологик элементлар иккига: бирламчи (бунда тошма ўзгармаган терида пайдо бўлади) ва иккиламчи (бунда тошма бирламчи элементларни ривожланиши натижасида келиб чиқади) бўлинади. Тошмалар қуйидаги элементларга фарқланади.

Доғ (macula) - маълум чегараланган ерда тери рангини ўзгариши тери сатҳидан кўтарилмаган ҳолда пайдо бўлади. Ҳажми нуқтадан 5 мм гача бўлган оқ қизғиш рангдаги доғга розеола дейилади. Кўп сонли 1-2 мм ҳажмдаги розеолага майда нуқтасимон тошма дейилади. Розеола қорин тифи ва паратиф А ва Б да, сифилисда кузатилади. Скарлатинада терига бирданига қизаринқираган фонда ёрқин қизил рангдаги майда тошмалар тошади. Тошма айниқса кўпроқ билак ва оёқнинг букиладиган соҳасига, чов

учбурчагига тошади. Тошма йўқолиши билан ўрнида йирик пластинкасимон пўст ташлаш (айниқса бармоқ учларида, кафтда) кузатилади.

Қизилчада боланинг юзига, бўйнига ва танасига, айнақса кўпрок оёқнинг ёзиладиган соҳасига, орқасига, думбасига 1-4 мм ҳажмдаги майда, думалоқ оч қизғиш рангдаги тошма тошади. Тошма 2-3 кун ўтгач йўқолади. Тошма ўрнида пигментация қолмайди. Йирик доғли тошма қизамиқда кузатилади.

Теридаги доғлар яллиғланиш жараёнида қон томирлар кенгайишидан пайдо бўлган бўлса, бармоқ билан босилганда йўқолади. Босиш тўхтатилиши билан яна ранг қайта тикланади. Яллиғланиш жараёнисиз тошмаларга қон қуюлиш натижасида пайдо бўлган тошмалар киради. Бундай тошмалар майда нуқтасимон бўлса - петехия, кўп сонли, думалоқ, ҳажми 2-5 мм атрофида бўлса пурпура, ҳажми 5 мм дан ортиқ тўғри бўлмаган формада бўлса - экхимоз дейилади. Яллиғланиш жараёнисиз пайдо бўлган доғлар бармоқ билан босиб кўрилганда йўқолмайди.

Папула (papula) - тери сатҳидан биров кўтарилиб турадиган, 1-10 мм диаметридаги ясси ёки куббасимон тузилма бўлиб, бириктирувчи тўқима ва эпидермисни пролиферациясидан пайдо бўлади. Папула думалоқ, полигенал, конуссимон шаклда бўлиши мумкин. Папула устидаги терипушти-қизил, кулранг, бўз рангда бўлади. Папула қизамиқ, қизилча, геморрагик васкулит, сепсисда кузатилади. Қизамиқда эса макула папулоз тошмаси олдин кулоқ орқаси, юзга тошиб, кейин 2-3 кун давомида танага ва оёқларга тарқалади. Кейин тошма яна 2-3 кун давомида ўша тартибда кулоқ орқасидан бошлаб кейин тана оёқларида йўқолиб, ўрнида тез ўткунчи оч жигарранг пигментация қолдиради. Қизамиқ тошмасидан кейин қипиқсимон тер тўкилиши кузатилади.

Бўртмача (tuberculum) - терининг устидан бўртиб чиққан 5-10 мм ҳажмдаги қаттиқ, бўшлиқсиз элемент бўлиб, тери устидан кўтарилиб туради. Унинг асосини яллиғланиш жараёнида ҳосил бўлган инфилтрат ташкил этиб, у тери хусусий қаватини чуқур қатламида жойлашган бўлади.

Буртмачани папуладан фарқи орқага қайтиш жараёнида некрозга учраб, учида чандиқ, яра қолдиради. Бўртмача сил югургисида, лепрада ва терини замбуруғ касалликларида кузатилади.

Тугунча (nodus) - тери устидан кўтарилиб турган ёки тери қаватлари орасига жойлашган 10 мм ёки ундан катта ҳажмдаги қаттиқ тузилма бўлиб, терида ёки тери ости қаватида хужайралар инфилтратини йиғилишидан пайдо бўлади. Тугунча кейинчалик ярага, чандиққа айланиши мумкин. Кўк-қизғиш, ушлаганда оғриқли тугунчага - тугунчали эритема дейилади. Яллиғланиш жараёнисиз тугунча, терини ўсма (фиброма, липома) касаллигида кузатилади.

Қавариқ (urtika) - ўткир яллиғланиш жараёни элементи ҳисобланиб, тери сўрғич қаватида чегараланган шиш пайдо бўлиши натижасида юзага келади. Ҳажми 20 мм дан катта бўлиб, тери сатҳидан кўтарилиб туради. Қавариқ асоратсиз тезда сўрилиши ёки ўрнида жигарранг доғ пигментация қолдириши мумкин.

Пуфакча (vesikula) - тери тошмаларининг бирламчи морфологик элементи ҳисобланиб, тери устидан биров кўтарилган 1-5 мм ҳажмда бўлиб, ичида сероз ёки геморрагик суюқлик тутди. Кўпинча септик ҳолатларда, чақалоқлар захмида, сарамасда, оддий ва ўраб олувчи пуфакчали лишайда, сувчечакда, иссиқлик тошганда кузатилади. Сувчечакда олдин тошма болани бошига, тана ва оёқларига, шиллиқ қаватларга доғли-папула холида тошади. Кейин қисқа вақт ичида тошма нўхатдек пуфакчага айланади ва 1-2 кун ичида қуриб қобиқ ҳосил қилади. Қобиқ 1-2 ҳафта давомида тушиб кетади.

Пуфак (bulla) - бу пуфакчадан ўзининг катталиги билан фарқланиб, ҳажми 5-15 мм ва ундан катта бўлади. Ичида сероз, геморрагик ёки йирингли суюқлик тутди. Ўзидан кейин қобиғ ёки тери устки қаватини очилиб қолишини (хўл эрозия) қолдириши мумкин. Пуфак куйишда, ўткир дерматитда кузатилади.

Яра (ulcus) - бу терининг ва тери ости қисмларининг чуқур шикастланиши бўлиб, бирламчи тери тошмаларининг лимфа, қон

айланишининг бузилиши, трофик ўзгаришлар натижасида парчаланишидан пайдо бўлади.

Чандик (cicatrix) - бириктирувчи тўқималардан тузилган бўлиб, терининг чуқур жароҳатидан ҳосил бўлади. Чандик ранги олдин қизгиш бўлиб, кейинчалик оқара бошлайди.

Қобик (crusta) - бу пуфакча, пуфак, яра экссудатининг қуриши натижасида пайдо бўлади. Қобик - сероз суюқликдан (оч кулрангда), йирингдан (сарик), қонли суюқликдан (қўнғир рангда) пайдо бўлади. Экссудатив катарал диатезде бола пешонаси ва юзида пайдо бўлган қобикқа "сутли қасмоқ" дейилади.

Геморрагик тошмалар менингококцемияда оч қизгиш ёки қорамтир олча рангида ҳар хил ҳажмда (1-2 мм дан 5-6 см гача) юлдузчасимон кўринишда бўлади. Баъзан тери ичида суюқлик тутган пуфакчалар некрозга учраган соҳалар кузатилиши мумкин. Ноинфекцион касалликлардан геморрагик тошмалар Верльгоф, Шенлейн-Генох касалликларида, цингада, лейкозда, апластик камқонликда кузатилади.

Қипиксимон тангачасимон қоплама (sguama) - эпидермис мугуз қаватининг тўкилишидан пайдо бўлади. Тўкилаётган қоплама ҳар хил катталиқда бўлиши мумкин: 5 мм дан катта бўлса япроқсимон, 1-5 мм оралиғида бўлса пластинкасимон, жуда майда бўлса - киприксимон тери тўкилиши дейилади. Тери тўкилиши қизамиқ, скарлатинадан ташқари себорея ва псориазда кузатилади.

Терини кўриш мобайнида соч ва тирноқлар ҳолатига ҳам аҳамият бериш лозим. Одатда соч ялтироқ кўринишда бўлади. Сочни баҳолашда унинг меъёрдаги ўсганлигига ёки меъёрдан кўп (айниқса орқа ва оёқларда) ёки камлигига аҳамият берилади.

Бошда сочнинг тароқсимон ўсиши болаларда экссудатив диатезде учрайди. Майин тукнинг пешонада кўп ўсиши болаларда пилороспазмда, энса соҳасида сочни тўкилиши- рахитда, перинотал энцефалопатияда, қўл- оёқларда ва орқада сочни кўп ўсиши туберкулёзда кузатилади. Сочни сийрак, қаттиқ,

мўрт бўлиб ўсиши гипотериозга хосдир. Қовуқ соҳасида сочни бевақт ўсиши ички секреция безларининг вазифасини бузилиши билан боғлиқдир. Бел умуртқасида ва думғаза соҳасида бир мунча сочни кўпроқ ўсиши умуртқани туғма беркилмай қолишида (spina bifida) кузатилади. Бошда сочнинг ўчоқлик бўлмаслиги (калик) замбуруғ касалликларига хосдир. Соч ва тирноқнинг туғма ривожланмаган бўлиши терини ирсий дистрофия белгиси бўлиши мумкин.

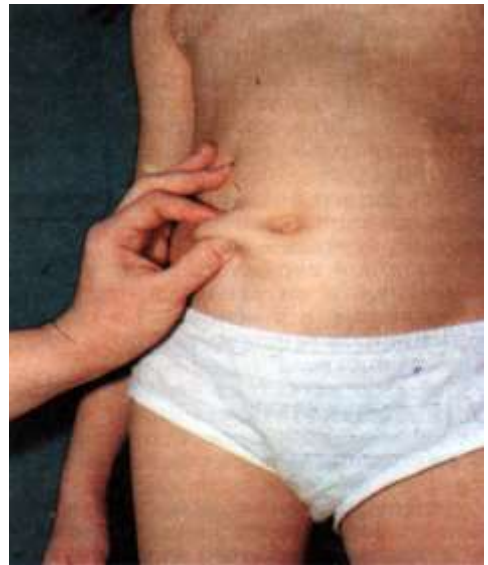
Тирноқлар шаклини ўзгариши, нотўғри ўсиши тирноқ замбуруғ касаллигида, қалқонсимон без касаллигида ёки тирноқни туғма эктодермал дистоплазиясида кузатилади.

Пайпаслаш - аввал юзаки, мулойим ўтказилиб, бунда бола ҳеч қандай оғриқ сезмаслиги зарур. Шифокорнинг қўли илиқ, тоза, қуруқ бўлиши шарт. Текшириш давомида боланинг ҳолатини, мимикасини кузатиб туриш ва унинг диққатини текширишдан бошқа томонга чалғитиш керак. Терининг пайпаслаш туфайли уни қалинлигини, эластиклигини, эгилувчанлигини, намлигини, ҳароратини аниқланади. Терининг эластиклигини аниқлаш учун уни тери ости ёғ қаватсиз қисмидан ўнг қўлнинг катта ва кўрсаткич бармоқлари билан бурма ҳосил қилиб йиғилади ва қўйиб юборилади. Агар бурма бирдан текисланиб кетса, бунда терининг эластиклиги меъёрда, агар бурма секин аста текисланса эластиклиги пасайган ҳисобланади. Терини бурма ҳосил қилиб ушлаш қаерда тери ости ёғ қавати кам бўлган (кўкрак қафаси олди қисмида қовурғалар устида, қўл кафтининг устки қисмида, тирсак бўғимида) ерларда ўтказиш тавсия этилади. Кучли даражада кахексияга олиб келувчи касалликларда, ошқозон ичак касалликларида, қисқа вақтда суюқлик йўқотиш натижасида тери қисқа вақтда юпқаланади ва эластиклигини йўқотади.

Терининг намлиги. Тананинг симметрик соҳаларида шифокор бармоқлари билан силаб кўриш йўли орқалик кўкракда, танада, қўлтик остида, қов оралиғида, қўл ва оёқларда, товонда, кафтда аниқланади. Гўдак болаларда намликни энса соҳасида аниқланиш муҳим ўрин тутди.



Расм 23. Тери элатиклигининг сусайиши қалинлиги қоринда -киндик атрофида аниқланиши



Расм 24. Тери ости ёғ қаватининг

Соғлом болада терининг меъёрдаги намлиги кузатилади. Терининг ҳаддан ташқари қуруқлиги қанд касаллигида, ихтиозда, микседемада (шилликли шишда), катта болаларда тўсатдан озишликда, гиповитаминозда, кахексияда, узок вақт ювинмаган болаларда ваннадан сўнг кузатилади. Тери намлигини ортиши иссиқланиш натижасида кўп терлаганда, рахитда, гипертериозда, ҳароратнинг бирдан тушишида (безгак, қайталама тифда, ўпканинг крупозли зотилжамида), вегетатив асаб бошқарувининг бузилишида (айниқса ўсмирларда) кузатилади.

Пайпаслаш орқали терининг ҳароратини ҳам аниқланади. Касалликларда тери ҳарорати пасайиши ва кўтарилиши умумий тана ҳароратига қараб ўзгаради. Аммо айрим ҳолларда терининг маҳаллий ерини ўзида ҳам ҳарорат ўзгариши мумкин. Ҳароратнинг маҳаллий кўтарилиши бўғинлар яллиғланишида тери флегмонаси ва абсцессида кузатилади. Оёқ-қўлларнинг совуқ бўлиши қон томирлар спазмасида, марказий ва периферик асаб тизимсининг шикастланишида учрайди. Терини текширганда, тери қон-томирлари ҳолатини ҳам баҳолаш лозим.

Қон томирларининг мўртлигини текшириш. Тасма боғич симптоми (Кончаловский-Ремпель-Леде симптоми). Бунда резина тасма ёки қон босим ўлчашда ишлатиладиган манжет билан елканинг ўрта учдан бир қисмига ўралиб, босим орқали вена қон оқиши тўхтатилади, аммо артерия қон оқиши давом этади. Одатда манжет қўйилганда ундаги босим диастолик босимни йўқотмайдиган даражада бўлиши керак. 3-5 минутдан сўнг тирсак бўғими ва билак соҳаси териси кузатилади. Одатда терида ўзгариш кузатилмайди. Агарда терида петехиал тошмаларнинг кузатилиши томирлар мўртлигини ошганлигини кўрсатса, 4-5 та петехиал элементларнинг пайдо бўлиши патологик ҳолат ҳисобланади.

Чимчилаш белгиси. Кўкракнинг ён ёки олди томонида иккала қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан 2-3 мм оралиғида тери қаватларини ушлаб (бунга тери ости ёғ қавати кирмайди) уни тери бурмаси йўналиши кўндалангига, ўнг ва чап қўл бармоқлари билан қарама-қарши томонга сурилади. Чимчилаган ерда геморрагик доғнинг пайдо бўлиши қон томир мўртлигини ошганидан далолат беради.

Болғача белгиси. Перкуссия болғачаси билан ўртача куч билан бола оғриқ сезмайдиган даражада тўш суягига уриб кўрилади. Терида геморрагик белгини пайдо бўлиши ҳам қон томир мўртлигини ошганини кўрсатади.

Дермографизм - бу тери қон томирларининг механик таъсиротга нейровегетатив ҳарактерга эга бўлган жавобидир. Буни текширишда ўнг қўлни кўрсаткич бармоғи тирноғининг ён томони билан ёки болғачанинг дастаси билан кўкрак ёки қорин терисига, юқоридан пастга қараб чизилади. Бунда механик таъсирот йўлларида пайдо бўлган пушти рангдаги чизик бир неча сониядан сўнг йўқолади. Оқ йўл (оқ дермографизм) ни пайдо бўлиши бу симпатик-тоник реакцияни ошганлигини кўрсатади. У одатда экссудатив диатезда, скарлатинада учрайди. Пушти ёки қизил йўл (қизил дермографизм) бироз узоқроқ сақланса, бу вегетонияни, қон томир тонусининг пасайганлигини кўрсатади. Кўпинча бу менингитда, ичак токсикозида кузатилади. Менингитда дермографизм тезда пайдо бўлиб, қизил кенг бўлади

ва узоқ сақланади. Аралаш дермографизм четлари оқ йўллик қалин чизик билан ўралган пушти ёки қизил йўл, қон томир дистониясида кузатилади.

Тери ости ёғ қаватини текшириш. Болани кузатганда тери ости ёғ қаватининг ҳажмига ва тақсимланишига аҳамият бериш зарур, аммо уни баҳолашда фақат пайпаслаб кўрилгандан сўнг хулоса чиқарилади. Бунда тери ости ёғ қаватининг ўғил ва қиз болаларда танада тақсимланишига (айниқса балоғат ёшида) алоҳида аҳамият бериш керак. Ўнг қўлни бош ва кўрсаткич бармоғи билан тери ва тери ости ёғ қаватини қўшиб бурма ҳосил қилиб ушланади. Шу тарика бир ерда эмас, бир неча ерда тери ости ёғ қаватининг қалинлиги консистенцияси, шиш бор йўқлиги аниқланади. Тери ости ёғ қаватининг қалинлиги қуйидаги тартибда аниқланади: аввал қоринда -киндик атрофида ва ундан ташқарида, сўнгра кўкракда - тўш суягининг чеккасида, кураклар орасида, оёқ қўлларда- соннинг ички юзасида ва елкада, юзда- лунж атрофида. 3 ёшгача бўлган соғлом болаларда тери ости ёғ қавати қалинлиги қуйидаги кўрсаткичларга эга бўлади.

Юзда - лунж соҳасида - 2-2,5 см, қоринда - киндик соҳасида - 1-2 см, танада, ўмров ва курак суяклари соҳаси остида 1-2 см, қўл-оёқларда елканинг орқа-четки соҳасида 1-2 см, соннинг ички соҳасида - 3-4 см..



Расм 25. Тери ости ёғ қаватининг қалинлиги кураклар орасида аниқланиши



Расм 26. Юмшоқ тўқималар тургорини аниқлаш

Тери ости ёғ қаватининг қалинлиги 5 ёшдан катта болаларда колипер ёрдамида тўрт тери бурмаси: бицепс устида, трицепс устида, курак суяги остида, ёнбош суяги устида ўлчаниб, улар йиғиндисига қараб баҳоланади.

Юмшоқ тўқималар тургорини аниқлашда ўнг қўлнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари билан елка ва соннинг ички соҳасида юмшоқ тўқималар қисиб кўрилади. Бунда бармоқларга таранглик, қаршилиқ сезилади. Агар юмшоқ тўқималар тургори пасайган бўлса, сиқиб кўрилганда бўшашишлик, шалвирашлик сезилади. Бу ўткир ва сурункали трофикани бузилишида кузатилади.

Пайпаслаб текширилганда тери ости ёғ қаватининг айрим катта бўлмаган жойлари ёки ҳамма ерда қаттиқлашиши – склерема бор йўқлиги аниқланади. Склередемада тери остининг қаттиқланиши билан бирга шиш ҳам бўладики, бармоқ билан босилганда чуқурча ҳосил бўлади. Кўпинча склерема ва склередема чала туғилган болаларда, совуқ ҳарорат ёки сув йўқотиш таъсирида, оғир касалликларда (туғма инфекция, мияга қон қуюлишида) кузатилади.

Текширишда шишларнинг борлиги ва уни тарқалганлигига аҳамият бериш керак. Кузатишда беморда умумий шиш - анасарка ёки чегараланган шиш борлигини кўриш мумкин. Чегараланган шиш зардоб касаллигида, Квинке шишида ва баъзи инфекцион касалликларда учрайди. Оёқда шишнинг борлигини аниқлаш учун ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан катта болдир суяги устига босилади. Соғлом болаларда ўйиқча ҳосил бўлмайди. Агар босганда ўйиқча ҳосил бўлса ва секин аста йўқолса, бу тери ости тўқимасида шиш борлигини кўрсатади. Агар чуқурча йўқолмаса бу шиллик шиш (миксидемада) ҳисобланади. Организмда кўзга ташланмайдиган шиш бор йўқлигини аниқлашда Мак-Клюра-Олдрич синамаси ўтказилади. Бунинг учун тери ичига (кўпинча билакнинг тепа ички ярми соҳасига) 0,2 мл 0,85% натрий хлорид эритмасини юборилади. Ҳосил бўлган теридаги қавариқ меъёрида 1 ёшгача бўлган болаларда 10-15 дақиқада, 1 ёшдан 5 ёшгача 20-25 дақиқада, 5 ёшдан катталарда 40-60 дақиқада сўрилиб кетади. Агар организмда кўзга

кўринмас шиш бўлса коварикни сўрилиш вақти тезлашади. Дегидратацияда эса секинлашади. Танадаги шишлар буйрак, юрак касалликлари ва организмда оксилни камайиши (узоқ вақт оч қолиш, ич кетиш, авитаминоз) ҳисобига бўлади. Юздаги ўткир шиш сарамасда, экземада, қулоқ ости соҳаларида эпидемик паротитда (тепки), бўйин ўмров соҳасида, токсик дифтерияда кўзатилади.

Тери ости ёғининг ҳаддан ташқари кўп тўпланиши - болани тартибсиз овқатлантирилганда, кам ҳаракатчан болаларда учрайди. Меъёрдаги бўй узунлиги ва тана вазни кўрсаткичига нисбатан, тана вазни 20% ва ундан ортик бўлса, семиришлик дейилади. Баъзи болаларда семиришликка монанд равишда бўй узунлиги ҳам ортиб бориши (макросомия) мумкин. Сут безлари атрофига, қоринда, тос соҳасида ва сонда кўплаб ёғнинг тўпланиши гипофизар, церебрал ёки адипоза - генитал дистрофия касалликларда учрайди. Ёғнинг кам тўпланиши (озишлик) оксил-энергетик етишмовчиликда (ОЭЕ) кузатилади.

ОЭЕ нинг биринчи даражаси тананинг оғирлиги 10-12% камайиб, ёғ қавати қоринда кўкракда камаяди ва таранглиги сусаяди. 2 -даража-тананинг оғирлиги 15-30% камаяди, ёғ тўқимаси танада ва оёқ-қўлларда камаяди. 3 даражада тананинг оғирлиги 30% ва ундан кўпроқ камаяди, ёғ тўқимаси ҳамма ердан шу ҳисобда юздан ва қов супачасидан ҳам йўқолади. Тери ости ёғ қаватининг танада умуман бўлмаслиги туғма умумий липодистрофияда кузатилади.

4.1.5 Тери касалликлари семиотикаси

Терининг бичилиши. Бунда терининг эритематоз яллиғланиши кузатилиб, касаллик бошланишида тери қизариб, кейин сирти ёрилади ва суюқлик ажраб турган хўл юза пайдо бўлади. Бу кўпинча кўкрак ёшидаги болалар, айниқса чақалоқларнинг тери бурмаларида, думбасида парваришнинг бузилиши оқибатида пайдо бўлади. Бемор бола бетоқат бўлиб

колади. Агарда тери бичилишига йиринг ҳосил қилувчи инфекция ёки замбуруғлар таъсир этса, касаллик оғирлашиб, чўзилиб кетади.

Тери бичилишининг олдини олишда болаларнинг, айниқса эрта ёшдаги болалар терисини гигиеник парвариш этиш қоидаларига мунтазам риоя қилган ҳолда олиб бормоқ лозим. Тери бичилишига мойиллик сезилса, болани ювинтиргач, тери бурмаларини юмшоқ сочиқ билан яхшилаб қурутиб, стерил ўсимлик мойидан суртиш ёки болалар баданига сепиладиган порошокдан сепиб қўйиш тавсия этилади.

Пиодермия - терини йирингли яллиғланишлик касалликлари.

Чақалоқлик даврида терининг йирингли жароҳатловчи кокк бактериялари, айниқса стафилакокк таъсирида касалланиши жуда хавфлик ҳисобланади. Чунки чақалоқ бола организми стафилакокк инфекциясига ўта берилувчан бўлади. Бинобарин, бу касалликда ҳали мудофаа функцияси, иммунологик жараёни ривожланмаган чақалоқ бола организмни микроблар флораси билан биринчи бор тўқнашуви юз беради. Пиодермияни пайдо бўлишига терининг ифлосланиши, парвариш этиш гигиеник қоидаларининг бузилиши олиб келади.

Пиодермиянинг клиник кечиши жуда хилма хил бўлиб, вазикуло-пустулёз, чақалоқлар терисида пуфакчалик тошмалар (пузырчатка), Риттер эксфолиатив дерматити, сохта фрункулез кўринишларида бўлиши мумкин. Пиодермияда терининг жароҳатланиши чекланган кичик соҳада бўлса, бемор аҳволи ўзгармаслиги, ўзгариш кенг, тарқалган соҳада бўлса, тана ҳарорати кўтарилиб яқин-атроф лимфа тугунлари катталашиб, қон таркибида ҳам ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Касалликни оғир хили сепсисга олиб келиши мумкин.

Везикуло-пустулёз. Касалликнинг бошланишида боланинг қўлтиқ ости, чов бурмаларига, бошнинг сочли соҳасига, танасига оқиш рангдаги, атрофи қизғиш бироз шишган хошия билан ўралган, туғногич бошидан нўҳатгача катталиқдаги ичида сероз суюқлик тутган пуфакча пайдо бўлади. Пуфакча ичидаги суюқлик кейин йирингга айланади. Кейинчалик пуфакча ёрилади ёки

орқага ривожланиб, қуриб, йўқолиб кетади. Одатда боланинг аҳволи деярлик ўзгармайди.

Чақалоқлар терисида пуфакчалик тошмалар (пузырчатка). Бу чақалоқлар пиодермиясининг энг кўп учрайдиган формаси бўлиб, ўзининг ўта юқумлилиги, ҳамда вақти-вақти билан эпидемия холида бирдан тарқалиб туриши билан ажралиб туради.

Кўпинча чақалоқнинг 5-6 кунлигида, унинг ўзгаришсиз ёки бироз кизаринкираган терисида бир неча соат давомида бир нечта ёки кўп миқдорда нўхатдан ўрмон ёнғоғигача катталигидаги пуфакчалар пайдо бўлади. Пуфакчалар ичида сероз суюқлиги бўлиб, атрофи билинар билинмас яллиғланиш хошиялар билан ўралган бўлади. Пуфакча суюқлиги 1-3 кун давомида йирингли сероз суюқлигига айланади. Пуфакча болани бутун баданига тарқалади ва ҳажми тез катталашиб ёрилиб, ўрнида тўқ қизил рангдаги қичийдиган, ҳўл очилиб қолган юза- эрозия пайдо бўлади. Эрозия атрофларида эпидермис қолдиқлари кузатилади. Кўпинча эрозия киндик атрофида, қоринда кўкрак, орқа, қўл-оёқ, думба соҳаларида пайдо бўлади. Кейинчалик айрим эрозиялар қуриб, сероз-йирингли қобиқга айланади. Бемор бола аҳволи оғирлашиб, бетоқат бўлади, тана ҳарорати 38-39 га кўтарилиб, эммай қўяди. Қонда лейкоцитоз кузатилиб, лейкоцитар формуласи чапга силжиган бўлади. Касаллик отит, пневмония, флегмона, сепсис асоратларини қолдириши мумкин.

Сохта фурункулёз. Бунда тер безлари коптокчалари ва чиқарув йўлларига инфекция тушиши натижасида бола бошининг сочли соҳаларида, орқасида, думбасида ва сонларида нўхатдан ловиягача бўлган катталиқда, тўқ-қизил рангда қаттиқ инфилтрат пайдо бўлади. Тезда яллиғланган тугунчалар юмшаб марказ қисмида юмшоқ флюктуация пайдо бўлади ва кейин ёрилиб, ўзидан қон аралаш йиринг тутган суюқлик ажратади. Касаллик кўпинча тана ҳароратини кўтарилиши, кўкракни эммай қўйиш, тана вазнини пасайиши, диспепсия ўзгаришлари билан кечади. Теридаги ўзгаришлар чандиқ ҳосил қилиш билан яқунланади. Касаллик флегмона,

отит, жигар ва қораталоқни жароҳатланиши, сепсис асоратларини қолдириши мумкин.

Пиодермиянинг профилактикаси. Бола парвариши ва гигиена қоидаларига қаттиқ риоя қилган ҳолда тез-тез бола кийими, йўргак, чойшабларини алмаштириб туриш керак. Болани мунтазам равишда тиббиёт ходимлари кўригидан ўтказиб пиодермия ўчоқларини пайдо бўлишини олдини олиш лозим. Хона тоза, болага тегишлик нарсалар стерил ҳолда сақланиши керак. Болани совуқ қотиши ёки иссиқлаб қолишидан сақлаш лозим.

Омфалит-киндикни яллиғланиши. Касаллик киндикка ишлов бериш, парвариш қилишда асептика қоидалари бузилиб, инфекция, (кўпинча стафилакокк инфекцияси) тушиши натижасида пайдо бўлади. Одатда меъёрда киндик тушгач, киндик яраси 7-10 кун давомида битиб кетади. Инфекция тушганда яранинг битиши чўзилиб, яра ва уни атрофларида яллиғланиш жараёни жадал формаларда кечиши мумкин.

Катарал формасида киндик яраси хўлланиб ивиб, сероз ёки сероз геморрагик ажратмадан иборат қобиқ ҳосил қилади. Яра атрофи қизарган бўлади.

Йирингли формасида яллиғланиш жараёни атроф тўқималарга тарқалади. Киндик атрофи қизариб, инфилтрат йиғиб, шишган бўлади, киндик ярасидан сероз-йирингли, йирингли экссудат ажралиб туради. Киндик шишган бўлиб, яра вақти-вақти билан қонаб туради. Киндик ҳалқасининг юқори ва пастки қисмида қаттиқлашган тасмасимон соҳа пальпация қилинади. Инфекция тўқималарга чуқурлашиб борса, яллиғланиш жараёни тарқалиб, олдинги қорин деворида флегмона ёки перитонитга олиб келиши мумкин.

Омфалитнинг гангреноз формаси болаларда кам учраб, иммун тизимси паст, суст, ўзи бўшашиб қолган кучсиз болаларда кузатилади. Омфалитда кўрсатиб ўтилган маҳаллий белгилардан ташқари умумий белгилар: бўшашишлик, эммай қўйиш, тана вазнини камайиши, периферик қонда ўзгаришлар кузатилади.

Профилактикаси. Ҳомилани соғлом ўсишини таъминлаш, ҳомиладор аёлда йирингли касалликларни олдини олиш, аниқлаш, даволаш, туғилишни гигиеник шароитда, қоидалик ўтказиш, чақалоқни сифатли парвариш этишни таъминлашдан иборат.

Аллергик диатезда (Экссудатив катарал диатезда) теридаги ўзгаришлар

ЭҚД туб моҳияти бўйича касаллик эмас, наслдан ўтувчи генетик омиллар сабабли пайдо бўлган конституция аномалиянинг бир формаси бўлиб, бунда тери ва шиллик қаватларда ўзига хос реакцияга, яллиғланиш жараёнига аллергия таъсиротга берилувчанлик бўлади. Бола организмда ички аъзолар фаолияти, модда алмашинуви, асаб тизимси фаолияти ўзгарган бўлиб, касаллик белгилари баъзан жуда эрта, аммо кўпинча 2-5 ёшлик даврда пайдо бўлади. Касалликни бошланишига олиб келувчи факторларга ҳомилани номувофик ривожланиши (токсикоз, гипоксия, онани касалликлари), бола кун тартиби, овқатлантиришни, гигиеник шароитни парвариши бузилиши, тартибсиз, узок муддатда антибиотикларни юбориш ва бошқалар киради. Кўпинча аллергия реакциясига мойил бола организмга овқат аллергияни таъсирида тери ва шиллик қаватлар қитиқланишидан касаллик белгилари пайдо бўлиб кўпайиб боради.

Касаллик кўпинча бош терисининг сочли қисмида кул ранг ёки сарғиш ранглик қазғоқ тангачалар қатлами пайдо бўлиши билан бошланади. Қазғоқ тангачалари кўчирилса, ўрни бироз қизаринқираган ҳолда бўлиб, у ерга инфекция тушишидан экзема пайдо бўлади.

Бола терисининг ранги нозик кўкиш аралаш оқарган бўлиб, бунда умумий мармарсимон кўриниш кўзга ташланиб туради. Қулоқ орқалари ва бўйин бурмалари бичилган ва хўлланган ҳолда бўлади. Тери ости ёғ қавати ортиқ даражада ривожланган бўлиб, гавдада бир хил тарқалмаган (қоринда, сонда кўп) сувга бой, хом семиз бўлади. Тўқималар тургори, мушаклар тонуси, артериал қон босими пасайган бўлади.

ЭҚД нинг эрта даврларида боланинг юзида қобиқ «сутли қасмоқ» пайдо бўлади. Лунж терилари қизариб, шўралаб, қичишади ва онсон дарс

кетиб, ёрилиб, у ерга инфекция тушиши натижасида яхлит экзема қобиғларини ҳосил қилади. Боланинг танаси ва оёқларига қичишадиган майда тугунлик тошмалар ёки оқ-пушти рангдаги кавариқлар пайдо бўлади. Хўл экземани тарқалган хилида бемор аҳволи оғирлашиб, атрофдаги лимфа тугунлар катталашади, терининг жароҳатланган соҳасида йиринг пайдо бўлса, токсикоз ҳолати кузатилади. ЭҚД шиллиқ қаватлар ҳам жароҳатланиб, тил эпителиясини ўзгаришидан географик тил, шиллиқ қават жароҳатланишидан стоматит, конъюнктивит, блефаритлар пайдо бўлади. Натижада нафас йўлларида рецидивли яллиғланиши кузатилиб, кўпинча бронхит ва пневмония, астмоид синдром билан кечади. Кейинчалик касаллик бронхиал астмага болалар экземаси эса нейродерматитга айланиши мумкин.

Профилактикаси. Бирламчи ва иккиламчи профилактикани бажариш қоидаларига қаттиқ амал қилган ҳолда ўтказилиш тавсия этилади.

Назорат учун саволлари

1. Терини анатомик ва физиологик хусусияти
2. Тери ости ёғ тўқимаси анатомик ва физиологик хусусияти
3. Тери ва тери ости ёғ тўқимаси ҳолатини баҳолаш усуллари
4. Тери касалликлари семиотикаси
5. Омфалит
6. Аллергик диатез
7. Фурункулёз
8. Терининг бичилиши
9. Терида учрайдиган тошмалар

Таянч сўзлар: аллергия, тери, физиология, касалликлар, тошма.

4.3 МУШАК ТИЗИМИ

4.3.1 Мушаклар анатомик ва физиологик хусусиятлари

Мушак тизими таянч-ҳаракат аппаратининг фаол қисми ҳисобланиб, бажарадиган ҳаракат вазифалари доирасига кўра скелет (суякларга бириккан), силлиқ (ҳазм аъзо деворлари ва баъзи ички органлар ичидаги нарсаларни ҳаракатлантирувчи) ва юрак мускулларига бўлинади.

Мушак тўқимасининг она қорнида ривожланиши ҳомилаликнинг 3-хафтасидан эмбрион бош қисми остида мезодерманинг бўлинишидан бошланади. Янги туғилган болада мушак тизими морфологик жиҳатдан мушак толасининг ингичкалиги (янги туғилган болада катталарга нисбатан 5 марта ингичка, кўндаланг толалар тўлиқ тараққий этмаган, унда оксил, ёғ, ноорганик тузларни камлиги, сувнинг кўплиги) оралиқ тўқиманинг нисбатан кўплиги, мушак тўқимасида ва оралиқ тўқимада думалоқ ядроларнинг кўплиги билан ажралиб туради. Она қорнида мушак вазнининг ортиши мушак толасининг миқдорини кўпайиши ҳисобига бўлса, бола туғилгандан сўнг миофибриллалар йўғонлашиши ҳисобига бўлади. Бу хусусият бола қанча ёш бўлса, шунча аниқроқ ифодаланади. Чақалоқ болаларда мушак толаси диаметри 7 мкм бўлса, 16 ёшда 28 мкм га етади. Миофибриллалар ўсиши билан тўқима сатҳи бирлигида ядролар сони камайиб (1 ёшда 2 маротабага, 9 ёшда 4 маротабага, 17-18 ёшда 9 маротабага) боради. Боланинг 3 ойлигидан думалоқ ядролар сони камайиши билан бир қаторда таёқчасимон ядролар сони ортиб боради. Мушакларнинг ривожланиши уларда қўшувчи тўқималар каркасини (эндомиозия ва перимизия) шаклланиши билан бир вақтда кечиб, бу жараён 8-10 ёшда ўз ниҳоясига етади.

Мушак хужайра толаси ўз фаолиятига кўра иккига фарқланиб, бўлар оқ ва қизил ёки "тез" ва "секин" мушак толаси элементларидан тузилган. Тез мушак толалари фосфоген ва гликогенолиз йўлида энергия билан таъминлаш ферментларига бой бўлса, секин мушак толалари аэроб оксидланиш ферментларига бой бўлади. Янги туғилган боланинг мушак тизими

ривожланмаган бўлиб, унинг умумий оғирлигини 23% ни ташкил қилади. 15 ёшда 32% ни ташкил этади. Мушаклар айниқса, балоғатга етиш даврида яхши тараққий этади. Мушакларнинг тараққиёти, яшаш тарзи, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланишига боғлиқ. Катта ёшдаги одамларда мушакларнинг умумий оғирлиги: эркекларда тана вазнининг 42 %, аёлларда 38% ни ташкил этади. Туғилгандан кейин ҳеч қандай бошқа тўқима мушак тизими вазнига тенг ўсмайди. Бутун ўсиш жараёнида умумий мушаклар вазни 37 маротаба, суяклар вазни эса 27 маротаба кўпаяди.

Мушак тизими рецепторлари бола туғилганда такомиллашган бўлиб, кейинчалик улар қайта тақсимланиб, мушак толаларининг энг кўп чўзиладиган соҳаларига кўпроқ йиғила бошлайди.

Янги туғилган чақалоқларда ва бир ойликкача бўлган даврларда мушак тонусининг ошиши характерли бўлиб, айниқса бу қўл-оёқни букувчи мушакларда яхши ифодаланади. Шу сабабдан янги туғилган чақалоқнинг оёқ-қўллари букилган ҳолатда бўлади.

Бола ҳаётининг биринчи ҳафтасида мушак асаб тизимининг электр токи таъсирига жавобан кўзғалувчанлиги каттароқ ёшдаги болалар ёки катта кишиларникига нисбатан кам, аммо баъзи гумарал омилларга (ацетилхолин) кўзғалувчанлиги кўпдир. Мушакларнинг механик кўзғалувчанлиги янги туғилган болаларда кучлироқ бўлади.

Ҳаракатлантирувчи асаб толаларининг учлари ҳомилаликни бошланиш даврларида пайдо бўлиб, янги туғилган болада эмбрионал типда тузилган бўлади. Бу асаб толаларини такомиллашиб бориши билан болада янги ҳаракат турлари пайдо бўлиб боради.

Чақалоқ болаларда, катталардан фарқли равишда, уйқуда ҳам мушак бўшашмайди. Скелет мускулларининг бундай доимий фаоллиги, уларда иссиқ ишлаб чиқариш жараёнлар, ҳамда ўсиб бораётган бола организмидаги анаболик жараёнларни ўзига хослиги билан тушунтирилади.

Мактаб ёшигача бўлган болаларда мушак тонуси 8-10 ёшдаги болаларникига нисбатан пастроқдир, балоғатга етиш олдида эса кичик мактаб ёшдаги болаларга нисбатан баланд бўлади.

Болаларда мушак кучи ёш ўсиши билан ортади. Ўнг қўл чап қўлга нисбатан (бундан чапақай болалар мустасно) доим кучлидир. Ўғил болаларда мушаклар кучи қизларга нисбатан кўпроқдир. Ҳаракат қобилияти 14 ёшда энг юқори даражасига етади. Мушак чидамлилигининг (мушак кучли зўриқишига кетган энг кўп вақт) энг юқори кўрсаткичи 7-10 ёшда кузатилади.

Болаларда мушакнинг биокимёвий кўрсаткичлари катталардан фарк қилади. Чақалоқларда мушак тўқимаси миофибрилларидаги оқсил миқдори катта ёшдаги болалар ва катта кишиларга нисбатан 2 маротаба кам бўлади. Чақалоқ бола мускулларида фетал формадаги миозинлар бўлиб, улар тузилишида АТФ фаоллиги камайган, холинэстераза фаоллиги кўпайган бўлади. Ўсиш жараёнида фетал миозинлар йўқолади, мушак тўқималари ўсиб, саркоплазма оқсиллари кўпайиб боради. Ёш катталашиши билан мушак таркибида гликоген, сут кислотаси ва сув миқдори камайиб боради.

Мускуллар ривожланиши болаларда бир текис кечмайди. Олдин елка, биллак йирик мускуллари ўсиб, қўл бармоқ мускуллари кейинроқ ривожланади. Шунинг учун ҳам 6 ёшгача бўлган болалар бармоқлари билан нозик ишларни бажара олмайдилар. Бола 6-7 ёшидан кейин бундай нозик ишларни бажара бошлаб, ёзишни ўргана бошлайди. 15 ёшдан кейин барча майда мускуллар тез ривожланиб, ҳар турдаги майда ҳаракатларни бола мувофиқлашган ҳолда бажара олади.

Мушак тизимини меъёрл ўсиб ривожланиши учун меъёрида жисмоний машғулот (спорт, жисмоний меҳнат) билан шуғулланиш зарур бўлади. Болаларда ҳаракатда бўлишга ўрганиб, жисмоний ҳаракат фаоллигини ошириб бориш тарбиянинг асосий вазифасига киради. Шулар сабабли ҳатто бир ёшгача бўлган болалар учун ҳам, ҳаракатни қўзғатувчи омил сифатида айланишга, эмаклашга ўргатиш, катта ёшдаги болалар учун эса гимнастика, массаж машғулотлари кўзда тутилган.

Ҳаракат ҳажмини камайиши-гипокинезия дейилиб, бу соғломлик даражасини пасайтирувчи омил ҳисобланади. Гипокинезия семириб кетиш, вегетатив қон-томир дистонияси касалликларини келиб чиқишига олиб келиши мумкин. Шу билан бир қаторда назоратсиз ҳаддан зиёд спорт билан шуғулланиш ҳам соғлиқ учун ҳавfli бўлиб, ҳар хил оғир оқибатларга олиб келиши мумкин.

4.3.2 Мушак тизими ҳолатини баҳолаш

Сўраш орқали она ёки бола (катта ёшда бўлса) томонидан қилинган шикоятларни, яъни қўл-оёқ, тана мускуллар группасининг атрофияга учраши, қўл ёки оёқнинг қимирламай қолиши ёки унинг чегараланиши, қўл-оёқларда бўшашишликларнинг пайдо бўлиши, мускуллар кучининг камайиши, юз мимикасининг ўзгаришларига эътибор бериб, уларни қачон ва нималардан кейин пайдо бўлишини аниқлаш керак. Сўраб суриштирилганда болада туғма жароҳатланиш бўлмаганлигини тасдиқлаш учун акушерлик тарихини яхшилаб ўрганиш керак.

Шундан сўнг бола мушакларининг тараққиёт даражасини, ҳажмини, кучини ва ҳаракатланиш қобилиятларини текширилади. Мушаклар ҳажми кўздан кечириниш ва пайпаслаш билан аниқланади. Кўздан кечирганда қанчалик мушаклар тараққий этганлиги билан биргаликда унинг ташқи тузилиши, симметрик тараққий этганлиги ҳам аниқланади. Ёш болаларда тери ости ёғ қаватининг яхши ривожланганлиги сабабли мушакларнинг тараққий этганлиги даражасини аниқлаш қийинроқ бўлади. Меъёрда 5-6 ёшли болаларда барча гуруҳ мускуллар яхши ривожланган бўлади. Мушакларнинг тинч ҳолатда тана ва қўл-оёқда кўзга ташланиб туриши, таранглашганда тортилган мускул рельефлари яққол пайдо бўлиши, мушак тизимининг яхши ривожланганлигини кўрсатади. Кучсиз ривожланишда эса тана ва оёқ-қўл мускуллари вазни камайиб, тонуслари пасайган бўлади.

Мушаклар тонусининг бир неча усулда баҳолаш мумкин. Бола гавдасини тутиши ва кўп оёқлари ҳолатларини кўришни ўзи мушак тонуси ҳақида тахминан тушунча беради. Мушак тонусини текшириш ҳатто хомиланинг ёши тўғрисида ҳам тушунча бериши мумкин. 27-30 ҳафталик чала туғилган бола орқаси билан ётқизилганда қўл-оёғини чўзиб ётади, 30 ҳафтада оёғини сон ва тизза бўғинларида букса ҳам 34 ҳафтагача қўли чўзилган ҳолатда бўлади. 36-38 ҳафтада қўл-оёқ бўғинларида букилган бўлади, аммо қўли ёзиб кўрилганда осонгина чўзилган ҳолатда қолади. 40 ҳафталик болани қўли ёзиб кўрилганда, шу он яна ўз ҳолатига қайтади.

Соғлом бола туғилганда қўли тирсакдан букилган, тизза, сони қоринга тортилган ҳолатда бўлади. Агар чақалоқ қўл-оёғини чўзган ҳолатда ётса, мушак тонуси пасайган (гипотония) ҳисобланади.

Мушак тонуси ошганда, (гипертония) қўл-оёқлари таранг узатилган, бармоқлар мушт ҳолида йиғилган, боши орқага тортилган бўлади.

Мушаклар тонуси ҳақида қўл ва оёқни пассив ҳаракати вақтида қаршилиқ кўрсатиш даражасига, мушак консистенциясига қараб хулоса чиқарилади. Меъёрда симметрик участкалардаги мушак тонуси бир хил бўлиши керак. Чақалоқ болаларда эгувчи мускуллар гипертонуси мавжудлигида "қайтиш симптоми" текширилади. Бунда орқаси билан ётган бола оёғи аста ёзилиб, тўғриланган ҳолатда (5 сония) ушлаб турилади ва қўйиб юборилади. Бунда бола оёғи дарҳол эски ҳолатга қайтади. Агар мушак тонуси бироз пасайган бўлса, эски ҳолатга қайтиш тўлиқ бўлмайди. Эрта ёшдаги болаларда физиологик гипертония йўқолгач, мушак тонуси ҳақидаги маълумотни боланинг кўкрак соҳасидан кучоқлаб унинг оёғидан бошини пастга йўналтирилган ҳолда аста кўтариб бир неча сония ушлаб туриб билиш мумкин. Бола мушагининг тонуси меъёрда бўлса, унинг боши, танаси билан бир хил тик текисликда, аммо осилиб қолмаган ҳолда бўлиб, қўли бир оз букилган, оёғи эса узатилган кўринишда бўлади.

Агар мушак тонуси пасайган бўлса болани боши ва оёғи осилиб тургандек, гипотонияни жуда оғир хилида эса қўли ҳам осилиб тургандек

бўлиб қолади. Мушак гипертониясида эса қўл оёқлар букилган боши орқага қараб ташланган ҳолатда бўлади.

Кўкрак ёшидаги болаларда қўл мушуллари тонусини аниқлашда, текширувчи чалқанча ётган бола билагидан ушлаб ўзига қараб тортиб ўтказмоқчи бўлади. Бунда бола олдин қўлини ёзиб (биринчи фаза) кейин бутун танаси билан худди шифокорга ёрдам бергандек, ўзини кўтармоқчи (иккинчи фаза) бўлади. Мушак тонуси ошса, биринчи фаза камайса, иккинчи фаза йўқолади. Бу ёшда мушкул тонусини текширишда шуни ёдда тутиш лозимки, чала туғилган болаларда умумий мушак гипотонияси 1,5-2 ойгача сақланиб, уларда кейин пайдо бўлган букувчи мушуллар гипертонияси 5-6 ойгача сақланади.

3 ёшгача бўлган болаларда мушак кучи тахминан боланинг у ёки бу хоҳлаган ҳаракатида кўрсатган қаршилигини субъектив сезишга асосан аниқланади (масалан ўйинчоқни қўлидан олиб қўйишда). Катта болаларда мушак кучи динамометр ёрдамида текширилади.

Меъёردа ўнг қўл панжаси динамометри кўрсаткичи қуйидагича: 7 ёшда қиз болаларда 9 кг, ўғил болаларда 11 кг, 11 ёшда мувофиқ равишда 20 ва 23 кг, 15 ёшда мувофиқ равишда 30 ва 33,5 кг.

Мушкул тизимсини текширишда механик ва электрик қўзғалувчанликни асбоб-ускуналар ёрдамида аниқланади. Электромиография усулида мушакларни биоэлектрик фаоллиги аниқланади. Клиник ва электромиографик усулида текшириш ҳаракатнинг бузилиши марказий ёки периферик асаб тизимси ёки мушак аппаратининг жароҳатланишидан эканлигини фарқлаш имкониятини беради. Хроноксиметрия усулида электр қитиқлаш берилган вақтдан мушак қисқаргунча кетган минимал вақтни аниқлаб, мушак қўзғалувчанлиги аниқланади. Мушак тизимининг ирсий касалликларини аниқлашда биохимик усулдаги текширишлар, яъни қон ва пешобда аминокислота ва ферментлар миқдорини аниқланади. Бу касалликларга пешоб билан ажралиб чиқадиган аминокислоталар миқдорини ошиб кетиши характерлидир.

Соғлом, ўз ёшига монанд ўсган болаларда мускуллар меъёрий тарангликда, тананинг симметрик соҳаларида, бир хил ривожланган бўлади. Мускуллар ассиметрияси бир турдаги гуруҳ мускулларни бир хилда ривожланмаганида кузатилиб, буни танани бир еридаги симметрик соҳани кўздан кечириш, елка, биллак, сон, болдир айланаларини кузатиш орқали аниқланади.

Мушак тизимсида турли касалликларда қатор ўзгаришларни кузатиш мумкин. Мушаклар вазнини камайиши, бўшашиши оғир хасталикда, озиб кетганда, кам ҳаракатда кузатилади. Мушак атрофияси неврит, полиомиелитда, узоқ вақт давом этган фалажликда прогрессив мушак дистрофия касаллигида, ОЭЕни II, III даражасида кузатилади. Мушаклар вазнининг ортиши (гипертрофия) спорт билан мунтазам шуғулланган болаларда кузатилади.

Бирон бир мушаклар гуруҳи тонусини ошиши ёки камайиши касаллик аломати ҳисобланади. Мушакларнинг ингичкалашиб кетиши, мушак тонусининг камайиши билан кечади. Бунда қорин катталашиб, пастки қисми осилиб қолади, бел соҳасида лордоз кўпаяди, курак суяклари қанотсимон бўлиб, нафас олганда кўкрак қафасидан орқада қолади, гавдани тутиб туриш бузилади. Бунда «шалвираган елка» симптоми (шифокор болани икки елкасидан икки қўли билан кўтарганда, беморни боши икки елка оралиғида қолиб, елка кулоқ учига тегади) ижобий бўлади. Яхши сифатлик туғма гипотонияда, мушак вазни меъёрда бўлиб, фақат унинг ҳаракат ривожланиши, бошини вақтида тутиши, мустақил ўтириши, юра бошлаши орқада қолади. Мушак тизимсининг умумий гипотонияси рахит, ҳарая, прогрессив мушак дистрофия касаллигида, организмга калий етишмовчилигида кузатилади. Чегараланган гипотония полиомиелит, невритда учрайди. Бунда касалланган асаб бошқарадиган мушаклар гипотония, атрофия ҳолатида бўлади.

Умумий гипертония марказий асаб тизимсининг жароҳатланишида, энцефалитда, мия қобиғининг яхши тараққий этмаганлигида ёки бош мияга сув йиғилишида кузатилади.

Чегараланган мушак тонусини ошиши қорин пардасининг яллиғланиши натижасида, мушак яллиғланиши миозитда, менингитда кузатилади. Қоринни совуқ қўл билан пайпасланганда, муҳофаза сифатида болада қорин деворининг реффлектор тарангланишини кузатишимиз мумкин.

Баъзан беморларда тиришиш холати ҳам кузатилади. Бунда беихтиёр хуруж билан мушаклар қисқариши кузатилиб, бу умумий (кўп гуруҳ мускуллар иштирокида) ёки маҳаллий (айрим гуруҳ мускуллар иштирокида) бўлиши мумкин. Тиришишлик клоник ёки тоник хилида кечиши мумкин. Клоник хилида мушакларнинг тез-тез қисқариши оралиғидаги жуда қисқа вақтдан кейин қайтарилади. Тоник қисқариш узок вақт давомида кечади. Агарда тоник қисқариш узок вақт, соатлаб, ҳатто кунлаб давом этса, бунга тетаник қисқариш (тетанус) дейилади.

Болалар касалликларида учрайдиган тиришишликнинг асосий сабаблари бирламчи, инфекцион токсикоз, юқори ҳарорат, марказий асаб тизимсини яллиғланиши билан кечувчи инфекцион касалликлар (менингит, энцефалит), метаболик жараёнини ўзгариши, (гипокальцемия, гипоглекемия), эпилепсия, ўткир заҳарланиш, жароҳатланиш ва бошқалар ҳисобланади.

Болаларда фаол ҳаракат кичик ёшдаги гуруҳларда ҳар хил ўйин машғулоти вақтида, катта ёшда гимнастик машғулотида, машғулоти бажарилиши ҳаракатларига қараб баҳоланади. Бола ҳаётининг биринчи тўрт ойлигида қўл-оёқ бўғимларида ҳаракатнинг биров чегараланганлиги кўзга ташланиб, бу шу ёшга хос физиологик гипертония билан боғлиқ бўлади. 4-7 ойдан сўнг, бола ҳаракати тез ва шахдам бўлади. Фаол ҳаракатнинг чегараланиши ёки йўқолиши ҳар хил турдаги асаб касалликларида, энгил ёки оғир турдаги фалажликда, мушак, суюқ бўғимларининг жароҳатланишида кузатилади. Болаларда пассив ҳаракат қўл ва оёқ бўғимларида букиш ёки ёзиш орқали текширилади. Пассив ҳаракатнинг чегараланиши ёки қийинлашуви мушак тонусини ошишида ёки бўғимларнинг жароҳатланишида кузатилади. Пассив ҳаракатнинг кўпайиши бўғимларнинг бўшашиб қолиши, мускуллар тонусининг камайиб кетишидан

далолат беради. Болаларнинг 2-3 ойлик давригача мимикаси бироз ассиметрик бўлиб, бу кейинроқ йўқолади. Мушкулларда ассиметрик ҳолат туғма ривожланмаслик натижасида ёки жароҳатланиш оқибатида, юз асаб фалажликларида кузатилади.

4.3.3 Мушак тизими касалликлар семиотикаси

МИОЗИТ. Мушак яллиғланишини этиологияси турлича бўлиб, асосий белгиси мушакда оғриқ (миалгия) ва мушак кучсизлиги, бедармонлиги ҳисобланади. Ўткир йирингли миозит кўпинча организмдаги йирингли жараён сифатида ривожланиб, касалликни стафилакокк, стрептококк, пневмококк, анаэроб микроблари чақиради. Йирингсиз инфекцион миозит ўткир ёки сурункалик инфекцион касалликларда (қорин тифи, бруцеллёзда) ҳамда инфекцион вирус касалликларда (грипп, энтеровируслар) кузатилади.

Клиникаси. Ўткир йирингли миозитда мушакнинг чегараланган ёки тарқалган соҳасида йирингли яллиғланиш кузатилиб, бу кучли оғриқ билан кечиб, ҳаракатда ёки пальпация қилинганда оғриқнинг кучлик зўрайиши билан кечади. Жароҳатланган мушак шишган, кучи камайган бўлади. Кўпинча беморда эт увишишлик, ҳароратни кўтарилиши, қонда эса яллиғланишга хос ўзгаришлар кузатилади.

Йирингсиз миозитда эса касалликнинг асосий белгиси оғриқ ва мушак кучсизлиги йирингли миозитга нисбатан кам ривожланган бўлиши мумкин.

Аутоиммун касалликларда ҳам миозит кузатилиб, полимиозит кўринишида намоён бўлади. Бунда "оғриқ синдроми" ўртача меъёردа ривожланган бўлиб, мушак бедармонлиги эса тобора ривожланиб бораверади.

Паразитар касалликлардаги (трихинеллёз, эхинококк, токсоплазмоз) мушаклардаги ўзгариш организмга паразитларни киришига жавобан мушакларда токсик-аллергик жараёни ривожланиши натижасида пайдо бўлади. Бунда паразитлар ҳаётининг фаоллигида циклилик мавжуд бўлгани учун касаллик тўлқинсимон ҳолатида кечиши мумкин.

Касалликнинг ўзига хос хили оссификацияланиб борувчи ўзгариши бўлиб, бунда мушакнинг ривожланиб борувчи атрофияси ва мушак бўшашишлиги билан бир вақтда қўшувчи тўқималарда кальций бирикмалари йиғилиб боради. Бунда оғриқ синдроми унчалик кучли бўлмайди, лекин мушаклар қалинлашган-зичлашган бўлади. Мушаклар пальпация қилинганда, жуда ҳам қалинлашган сатҳлар (кальцинатлар) аниқланади.

Касаллик ташхиси. Касалликнинг ўзига хос клиник кечишига, баъзан лаборатория усулида қондаги ўзгаришлар, электромиографик, рентгенологик морфологик ўзгаришларга асосланиб қўйилади.

Миотония. Бу касалликда навбатдаги қисқарувдан кейин, мускул гуруҳида бўшашишлик кузатилмай, бир неча сония давомида тоник тортилиш кузатилиб туради. Бунда мускул гуруҳида бўшашишликнинг қийинлашуви хужайра мембранасида ўтказувчанлигининг қийинлашуви, модда алмашинувининг бузилиши натижасида юз беради. Бундай ҳолат Томпсон туғма миотониясида учраб, касаллик ўғил ва қиз болалар орасида бир хил даражада содир бўлади. Бемор болалар югуришда, сакрашда, фаол ҳаракат бошланишида қийинчилик сезиб, бу ҳолат совуқ ҳарорат, манфий таъсирот, кайфиятни бузилишида кучайиб, иссиқ ҳароратда бўшашади. Бундай ҳолат оёқ-қўлдан ташқари, юз, тил, чайнов, бўйин, тана мускулларида ҳам кузатилади. Баъзан тил ва кўз мускулларидаги тортилиш, талаффузни бузилишига, ғилайликка олиб келиши мумкин. Касаллик тобора прогрессив ривожланиб, бемор ўсишдан орқада қолиб, ниҳоят ногирон бўлиб қолиши мумкин.

Касаллик ташхиси. Касалликни ўзига хос клиник кечишига мушакнинг механик ва электрик кўзғалувчанлиги натижалари ва генетик текширишларга асосланиб қўйилади.

Миастения. Асаб-мушак тизими касаллиги бўлиб, бунда мушак фаол ҳаракатда жуда кучсизланиб, тез чарчаб қолади. Касалликнинг келиб чиқиши ҳалигача номаълум. Айрисимон без касаллигида аутоиммун жараён ўзгариб, ацетилхолин синтезини бузилиши, кўзғалувчанлик импульсини

асабдан мушакка ўтишини қийинлашуви касалликка олиб келади деган фикрлар мавжуд.

Клиникаси. Миастеник ҳолат барча скелет мушакларида (тарқалган шаклида) кузатилиши мумкин, аммо кўпинча кўз мушаги (айниқса қовоқни кўтарувчи мушак), мимик ҳаракатда, чайнашда, ютишда, гапиришда иштирок этувчи мушакларда кузатилади. Бунда касалликнинг биринчи белгиси ғилайлик, овқатни чайнаш ва ютишда, гапиришда қийинчилик бўлиши мумкин. Касаллик белгиси тобора жадал ривожланиб, бемор ўта чарчаганда, асабийлашганда, бошқа касаллик қўшилганда, организмда ҳаётий зарур вазифалари (ютиш, нафас олиш) бузилиши мумкин. Бундай ҳолатга миастеник криз дейилади.

Касаллик ташҳиси. Касалликнинг ўзига хос кечишига, электромиографик текширишларга, ҳамда функционал синамалар (асабдан мушакка қўзғалувчанлик ўтишининг яхшиловчи антихолинэстераз дорилардан 0,2-1 мл 0,05% прозерин юбориб, натижасига қараб аниқланади.

Прогрессив мушак дистрофияси. Бунда прогрессив равишда мушак кучсизланиб, атрофиялашиб ҳаракатни бузилиши кузатилади. Касалликнинг ривожланиши вегетатив асаб тизимси фаолиятини, метаболизмни бузилиши (гипогликемия, гипохолестеринемия, гиперкальцемиа, креатинурия ва бошқалар) билан боғлиқ бўлади.

Клиникаси. Касаллик белгиси баъзан жуда эрта бола туғилганидаёқ кўзга ташланиши мумкин, аммо кўпинча 5-15 ёшлар ўртасида ривожланиб, беморда айрим гуруҳ мушаклари, айтиқса елка ва тос мушаклари атрофиялашиб, кучсизланиб, кейинчалик пай рефлекслари ҳам йўқолиб боради. Бунда мушаклар гуруҳининг ўзгаришига қараб, ҳар турдаги суяк-мушак ҳолатнинг ўзгариши, қанотсимон курак, лардоз, ўрдаксимон юриш, чумоли бел, (қорин девори мушаклари атрофиясида қорин белбоғ билан тортиб қўйилгандек бўлиб қолади) кўринишларида намоён бўлади. Юз мушаклари атрофиясида, бемор пешонаси силлиқ, қошлари ҳаракатсиз, пастки лаб осилган кўринишга эга бўлади. Тос белбоғи ва қўл, оёқ мушаклари

жароҳатланишида беморни горизонтал ҳолатидан вертикал ҳолатига ўтиши қийинлашади. Оёқни дистал гуруҳ мушаклари жароҳатланишида беморда «хўрозча юриш» кузатилади. Болдир мушак мушаги атрофиясида ўрнини ёғ тўқимаси тўлдириши ҳисобига, «псевдогипертрофия» кўринишида намоён бўлади. Маҳаллий чегараланган мушак атрофияси касалликнинг бошланишида кузатилиб, кейинчалик касаллик прогрессив ривожлангач, мушак атрофияси организмнинг барча мушак гуруҳларига тарқалиб, мушак кахексиясига олиб келиши мумкин.

Касаллик ташхиси. Оилавий анамнез, касалликнинг клиник кечиши, электромиография, модда алмашинувидаги биокимёвий ўзгаришларга асосланиб қўйилади.

Назорат учун саволлар

1. Мушаклар анатомик ва физиологик хусусиятлари
2. Мушак тизимини кўздан кечириш
3. Мушаклар тонусини аниқлаш усуллари
4. Мушак тизими касалликлар семиотикаси
5. Патологик гипертонус белгилари
6. Гипотонус аломатлари
7. Миозит ва миостения ҳақида тушунча
8. Прогрессив мушаклар дистрофияси белгилари

Таянч сўзлар: мушак, тонус, патология, миозит, гипертрофия.

4.2 СУЯК БЎҒИМ ТИЗИМИ

4.2.1 Суяк тизими анатомик ва физиологик хусусияти

Маълумки суяк тизими организмни муайян ҳолатда сақлаб муҳофаза этувчи, ҳаракатга келтирувчи таянч бўлиш билан бир қаторда ҳаётий зарур бўлган қон ишлаб чиқаришда, модда алмашинувида иштирок этади.

Ёш болаларда суяк тўқимасининг анатомио-физиологик хусусиятлари ўзига хослиги билан ажралиб туради. Ҳомилаликда суяк тўқимасининг биринчи бор муртаги бошқа тизимлардан бироз кечроқ (5 -хафтада) пайдо бўлиб, мезенхимал хужайралардан ташкил топган бўлади. Онтогенезда суяк тўқимаси икки хил: дермал (қўшувчи тўқималардан) ва хондрал (тоғайдан) йўллари билан пайдо бўлади. Биринчи йўл билан бевосита мезенхимадан олдиндан тоғайга айланмаган ҳолда бош, юз, пастки жаг суяклари, ҳамда ўмров суягининг диафизи пайдо бўлади. Тана скелетини қолган қисмлари иккинчи йўлдан, яъни мезенхима йиғиндисидан тоғайга ўтиш йўли билан пайдо бўлади. Ҳомилаликда суякланишнинг бошланиш даврларида тоғай тана вазнини 45% ини ташкил қилади.

Бола туғилганда трубкасмон суякларнинг диафизларигина суякка айланган бўлиб, қолган аксарият эпифизларда қўл панжасининг барча ва қисман оёқ панжаси ғоваксимон суяклари ҳали тоғай холида бўлади.

Суякнинг асосий хужайра элементлари остеобласт, остеоцит ва остеокластлардан иборат. Остеобластлар ўсувчи суяк сиртки қисмида жойлашган бўлиб, суяк матриксини ҳосил қилиш учун ўзида кўп ишқорий фосфатаза тутади ва каллоген, гликозо-аминогликан, гликопротеидларни ишлаб чиқаради. Остеобластлар ҳаётий даври қисқа, бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом этади. Остеоцитлар - остеобластлар «қолдиғи» формасида бўлиб, минераллашган матриксга чўккан ҳолда, қисқа вақтга калций гомеостазини бошқаради. Остеокластлар ҳажми катта, кўп ядролик бўлиб, суяк сиртки қисмига жойлашган бўлади. Суякнинг сурилиши ва қайта қурулишида кальций гомеостазини таъминлайди. Ўзидан

суяк тузилишини бузувчи лизоцим гидролаза ва каллогеназаларни ишлаб чиқаради.

Суяк пайдо бўлиши жараёни уч босқичдан иборат. Остеогенезнинг биринчи босқичи жадал анаболик жараён бўлиб, бунда суяк тўқимасининг оксил асоси матрикс ташкил топади. Бу жараёни меъерий кечиши учун организм етарлик миқдорда оксил, А, С ва В гуруҳ витаминлари билан таъминланиши керак. Матрикс ташкил топишини бошқарувчи гармонлар тироксин, саматомединлар, гипофизнинг саматотроп гармони, инсулин, паратгармон ҳисобланади.

Иккинчи босқичда остеоидда кристаллашган марказни ташкил топиши ва кейинчалик унинг минераллашиши жараёни кечади. Бу босқичда организмни кальций, фосфор, микроэлементлар (фтор, марганец, магний, рух, мис), витамин Д етарли таъминланиши ҳал қилувчи роль ўйнайди. Иккинчи босқич қон РН нордон томонга сурилса ҳам бузилади. Эрта ёшли болаларда, остеогенез овқатланишни ўзгаришида, ҳар хил ўткир ёки сурункали касалликларда осон бузилади. Остеогенезни ҳар икки босқичи мушак тонуси, ҳаракат билан ҳам бошқарилади. Шу сабабли массаж, ҳаракат остеогенез фаоллигини оширади.

Учинчи босқич - доимий ўзини янгилаш ва тузилишини ўзгартириш жараёни бўлиб, бу қалқонсимон олди беши томонидан бошқарилади ва организмни витамин Д билан таъминланишига боғлиқ бўлади. Остеогенез жараёни кальций миқдорини меъерда бўлиши билан таъминланади. Кальцийнинг қон зардобадаги миқдори жуда ҳам турғун бўлиб, $2,44 \pm 0,37$ ммоль/л ёки $0,98 \pm 0,015$ % г/л ни ташкил қилади. Суякланишнинг жадал даврларида (2 ёшгача ҳамда балоғатга етиш даврида) суякда йиғиладиган кальций миқдори ошган бўлади. Бир кеча кундузда суякда йиғиладиган кальций миқдори ҳомилаликнинг 35- ҳафтасида 380 мг, 2 ёшда ўғил болаларда 89 мг, қиз болаларда 93 мг, 10 ёшда мувофиқ равишда 125 мг ва 147 мг, 14 ёшда 269 мг ва 390 мг, 16 ёшда 394 мг ва 240 мг, 20 ёшда 60 ва 40 мгни ташкил этади.

Киши организмида 200 га яқин суяк мавжуд бўлиб, ташқи сатҳи компакт зич модда билан ўралган бўлади. Ичкаридан ҳар хил йўналишдаги ғовак моддадан тузилган. Суякнинг пишиқлиги, чидамлилиги, таранглиги таркибидаги органик ва ноорганик моддаларнинг ўзаро нисбатига боғлиқ бўлади.

Болаларда суяк тўқимаси ўзининг кимёвий таркибига кўра сувнинг кўплиги ва қаттиқ моддаларнинг камлиги билан фарқ қилади. Катталарга нисбатан суякнинг юмшоқлиги, эгилувчанлиги ва кам синувчанлиги шу билан тушунтирилади. Ҳатто соғ болаларда ҳам пайпасланганда кўкрак кафасининг енгилгина эгилиб, сиқилишини кузатиш мумкин. Ёш болаларда суякнинг ўсиш ва қайта тикланиш жараёни катталарга нисбатан тез кечади. Буни қуйидаги ҳолатдан билиш мумкин, яъни синган суякнинг битиши учун болаларда катталарга нисбатан камроқ вақт кифоя қилади, айниқса қарияларга нисбатан. Болаларда суяк тўқимасининг жароҳатланишига нисбатан чидамлироқ, эгилувчанлиги кўпроқ бўлади.

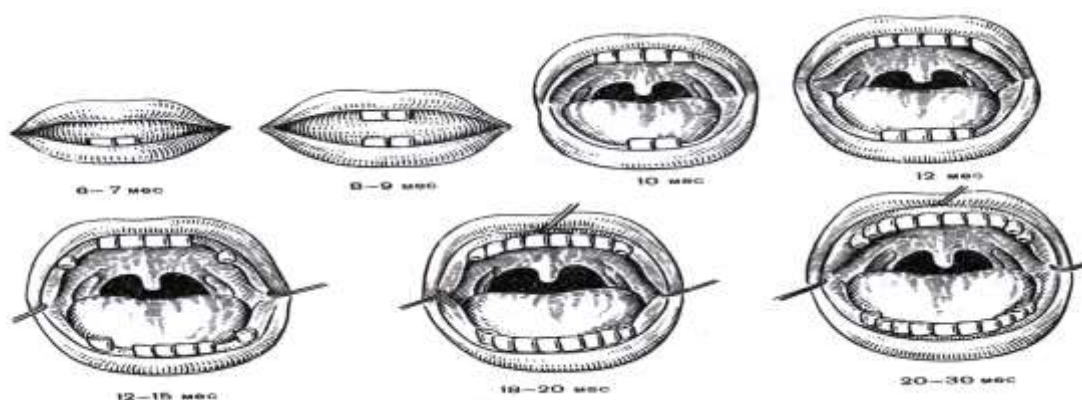
Болаларда суяк тўқимасининг гистологик тузилиши катталарга нисбатан ўзига хос хусусиятга эга эканлиги билан фарқланади. Янги туғилган бола суягини микроскопда текширганда дағал толали, тўрсимон тузилишга эга бўлади, катталарда бўлса пластинкалик тузилишга эгадир. Болаларда суяк тўқимасининг кўп бўлмаган пластинкалари нотўғри жойлашган бўлиб, гаверс каналлари кенг ва нотўғри жойлашган бўшлиқ кўринишга эга бўлади. Бола туғилгандан кейинги ҳаётида суяк қайта тузила бошлайди: остеокластлар эски пластинкаларни парчалаб, уларнинг ўрнига остеобластлар иштирокида суякнинг янги, тўғри жойлашган пластинкалари пайдо бўла бошлайди. Суяк тўқимасининг сурилиши ва янги пайдо бўлиши сезиларли даражада фаол жараёнда рўй беради. Болалар суяги қон -томирга бой бўлади. Бу жараённи жадал кечишида муҳим ўрин тутди. Аммо баъзан суякда гематоген остеомиелитни нисбатан осон бошланишига ҳам олиб келиши мумкин. Суяк устки пардаси қалин, ички қавати яхши ривожланмаган бўлади. Амалиётда ҳар

бир суякланиш нуқталарни пайдо бўлиш, лиқилдоқларни бекилиши, чокларни битиши ва тишларни чиқиш вақтини аниқлаш муҳим аҳамиятга эгадир. Янги туғилган болада билак олди суяклари бўлмайди. Суякланиш ядролари бунда қуйидаги тартибда пайдо бўлади: биринчиси 6 ойда, иккинчиси 1 ёшда, кейин ҳар йилига ўртача 1 тадан ядро пайдо бўлиб боради. Пайдо бўлган суяк нуқталари мажмуи боланинг биологик ўсишини ифодалайди ва суяк ёши деб аталади.

Шу бобда тиш тўғрисида ҳам тўхтаб ўтиш зарурдир, чунки тиш чиқиш вақти билан суякланиш нуқталарининг пайдо бўлишида ва уларнинг бузилишида маълум бир хилдаги боғланишлар мавжуд.

Тишларнинг ташкил топиши ҳомилалик даврининг 2- ой охирларида бошланиб, 2 хил муртак: эпителий ва мезенхима муртакларидан ривожлана бошлайди. Эпителий муртаклардан эмал, мезенхимадан дентин ташкил топади. Одатда бола тишсиз туғилади. Биринчи тиш боланинг 6-8 ойлигидан чиқа бошлайди: аввал пастки ўрта, сўнгра юқори ўрта ва ён томонидан кескич тишлар чиқа бошлайди. Бир ёшнинг охирида пастки ён кескич тишлари чиқади. Шундай қилиб, боланинг икки ёши бошларида 8 та тиши бўлиши керак. Иккинчи йилнинг бошларида олдинги жағ, ўртасида қозиқ ва охирида кейинги жағ сут тишлари чиқиб, ҳамма 20 та сут тишлари чиққан бўлиши керак. Сут тишининг сонини ҳисоблаш учун боланинг 6-24 ойлик даврида, унинг неча ойлик бўлганлиги сонидан 4 рақами айрилади. Масалан: бола 10 ойлигида $10-4=6$ та тиши бўлиши керак. 20 ойлигида $20-4=16$ тиши ва ҳаказо.

Расм 27. Тишларнинг чиқиш тартиби.



Бола 5-6 ёшга тўлганда биринчи доимий катта жағ тиши (молярлар) чиқиб, кейинчалик СУТ тишлар қандай кетма-кетликда чиққан бўлса, тахминан шу йўсинда сут тишлари ўрнига доимий тишлар чиқа бошлайди. 11 ёшда иккинчи доимий катта жағ тишлари чиқа бошлайди. Учинчи маляр тишлар (ақл тиши) 17-25 ёшда чиқади. Қиз болаларда тишнинг чиқиши ўғил болаларга нисбатан бироз олдинда боради. Доимий тишлар чиқишини тахминан баҳолашда қуйидаги формуладан фойдаланиш мумкин.

X (доимий тишлар сони) = $4n-20$. Бунда n -боланинг неча ёшдалиги.

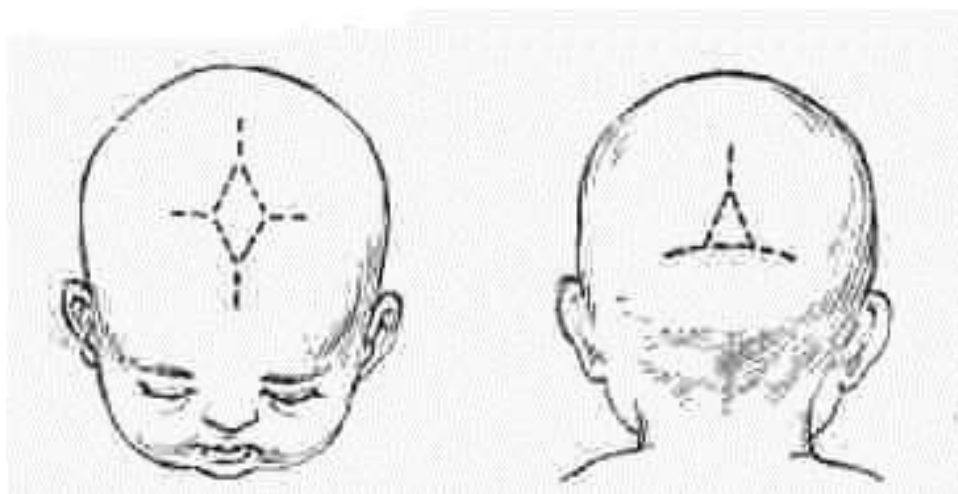
Тиш чиқишнинг бирламчи даврларида (3-3,5 ёшгача) тишлаш (икки қатор тишларни бир бирига тегиб туриши ҳолати) ортогнотик ҳолатда бўлиб, тепа қатор тишлар пастки қатор тишларни $1/3$ қисмини беркитиб туради. Кейинчалик (3-6 ёшларда) тишлаш тўғриланади. Меъёрда доимий тишлаш тўғри ёки бироз ортогнотик ҳолатда бўлади. Тишнинг чиқиши физиологик ҳолат бўлиб, ҳеч қандай касаллик белгилари кузатилмаслиги керак. Касалманд болаларда, айниқса асаб тизимси ожизларда тиш чиқиш қийинроқ кечиши мумкин. Бунда ҳолсизланиш, безовта бўлиш, уйқусизлик, қисқа муддатга ҳароратни кўтарилиши, енгил ич бузилиши белгилари, ўсишдан тўхташ, терида тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Тиш чиқиш даврида болада юқумли касалликларга ва бошқа ташқи муҳит таъсирига умумий чидамлилиқни камайиши кузатилиши мумкин.

Сут ва доимий тишларнинг ривожланиб ташкил топиши, боланинг биологик етилишини баҳолашда кўрсаткич ҳисобланади. Шунинг учун ҳам болани биологик етилганлигига баҳо беришда тиш ёши тушунчасидан фойдаланади.

4.2.2 Сскелет тузилиши хусусияти

Болада мия қутиси катталардан фарқланиб юз суягига нисбатан яхшироқ ривожланган бўлади. Бу кичик ёшдаги болаларда жағ оралиғини очиб турувчи тишларнинг йўқлиги, бурун ва кўшимча бўшлиқларнинг

ривожланмаганлиги билан боғлиқдир. Ёш боланинг бош суяги қуйидаги хусусиятлари билан фарқланади: у бўлак-бўлак суякларидан ташкил топган бўлиб, бир нечта суяклар бирлашган жойда бутунлай суяги бўлмаган ораликлар (лиқилдоқлар) бўлади. Мия қутисининг ҳар бир томонида 2 тадан ёнбош лиқилдоқлар жойлашган: 1. Энса, чакка, тепа суяклари орасида. 2. Пешона, тепа, чакка суяклари орасида. Бу лиқилдоқлар меъёрда бола туғилишидан аввал ёки бола ҳаётининг биринчи кунларида беркилади. Бу лиқилдоқларнинг муайян вақтдан кечроқ мавжудлиги одатда бола чала туғилганда ёки мия бўшлиқларида сув йиғилганлигида кузатилади.



Расм 28. Катта лиқилдоқни аниқлаш ва кичик лиқилдоқни аниқлаш

Кичик лиқилдоқ энса суяги билан тепа суяклари орасида жойлашган бўлиб, янги туғилган болаларнинг тахминан 25 % ида очик, учбурчак кўринишда бўлади ва бола ҳаётининг биринчи 3-ойлигида беркилади. Катта лиқилдоқ пешона ва тепа суяклари оралиғида жойлашган бўлиб, унинг ўрта нуқтасидан қарама-қарши томондаги чегарагача бўлган оралик 3x3 смдан, 1,5x2 см гача бўлади. Лиқилдоқ ромбсимон кўринишда бўлиб, бола бир ёшга тўлганда, кечи билан 1,5 ёшда беркилган бўлади. Найзасимон, тожсимон ва энса чоклари бола туғилганда очик бўлиб, 3-4 ойлик даврдан кейингина беркила бошлайди, аммо уларнинг мулойимлиги (юмшоқлиги) бирмунча вақт сақланиб қолиши мумкин.

Умуртқа поғонаси янги туғилган болаларда катталарники сингари эгиклик кўринишга эга бўлмай, деярли тўғри кўринишда бўлади. Бола бошини ушлай бошлаганда умуртқа поғонасининг бўйин қисмида олдинга чиққан эгилиши (бўйин лордоз) ҳосил бўлади, кейинроқ (6 ойликда) бола ўтиришга бошлаганда умуртқа поғонасининг кўкрак қисмида дўнглик орқага чиққан эгилиши (кўкрак кифози), юришга ўргана бошлаганда (9-12 ойда) умуртқанинг бел қисмида дўнгги олдинга чиққан эгилиши (бел лордоз) пайдо бўла бошлаб, мактаб ёшида бу эгилишлар тамомила муайян шаклга кирган бўлади. Бошланишда бу эгилишлар доимий бўлмай бола горизонтал ҳолатда ётганда, улар текисланади.

Кўкрак қафаси бола янги туғилганда кенг ва калта бўлиб, кўндаланг диаметри орқа-олд диаметрига нисбатан 25% гача кўп бўлади.

Қовурғалар умуртқа поғонасидан тахминан тўғри бурчак ҳосил қилиб тарқалган бўлиб, горизонтал йўналишига эга бўлади. Кўкрак қафасининг бундай тузилиши сабабли бола нафас олганда ўпка кенгайиши фақат диафрагманинг пастга тушиши ҳисобига бўлади, қовурғалар эса доим чуқур нафас олингандек ҳолатда туради. Кейинчалик кўкрак қафаси бўйига ўсиб, кўндаланг диаметри ортиб боради, қовурғанинг олд қисми пастга йўналиб мактабгача ёшда, айниқса мактаб ёшида қовурға катталарникига ўхшаш олд қисми пастга йўналган кўринишга эга бўлади. Боланинг 12 ёшида кўкрак қафаси нафасни чуқур чиқарган ҳолатга ўтади.

Чаноқ суягининг кичик ёшдаги ва мактаб ёшигача бўлган болаларда жинсий фарқи бўлмайди, фақат 6-7 ёшдан, баъзан ундан ҳам кечроқ қизларда чаноқ суягининг тез таракқий этиб ўсиши кузатилади. Катта ёшдаги аёлларнинг тос суяги эркакларникига қараганда кенг бўлади.

Бир ойгача бўлган болаларни оёқлари қийшиққа ўхшаб кўринади, лекин бу физиологик ҳолат бўлиб, юмшоқ тўқиманинг ўзига хос таракқиёти билан боғлиқдир. Бир ёшгача бўлган болаларда бир неча ой давомида оёқ кафтининг яссилиги меъёрий ҳолат ҳисобланади. Оёқ кафтлари бир-бирига бироз қараган бўлади.

Тоғай тўқимаси суякланиш жараёнида асосан суякка айланиб, унинг вазни катта кишиларда тана вазнининг 2 % ини ташкил қилади холос. Тоғай тўқимаси тузилиш жиҳатидан гиалин, толалик ва эластик толалардан тузилган. Бўлардан гиалин толаси тузилиш жиҳатдан зич таранг бўлиб, суяк бўғимлари ташқи сатҳини ҳамда коворға, бурун, ҳиқилдоқ, трахея тоғайларини ташкил қилади. Толалик тоғайлар умуртка поғонаси оралиғи гардишини, пай ва боғламларни суякка бирикиш ерларини ташкил қилади. Эластик толалик тоғай асосан қулоқ супраси ва ҳиқилдоқ устки лаклукини ташкил қилади Тоғай тўқимасида қон томир ва асаб толалари бўлмайди. Тоғай тўқимасида модда алмашинув хондроцитларда гликолиз йўлида асосан аноэроб усулда кечади.

Боғламлар қўшувчи тўқималардан тузилган бўлиб, асосан суякларнинг бўғимларга бириктириш ва бўғимларни мустаҳкамлаш вазифасини ўтайди. Янги туғилган болаларда бўғимлар анатомик жиҳатдан шаклланган, аммо пишиқлиги кам, чўзилувчан бўлади.

Бўғимлар - скелет суякларида ҳаракатни сақлаган ҳолда, уларни бири-бирига боғлаб турувчи восита бўлиб, бўғим сатҳи, бўғим бўшлиғи ва бўғим сумкасидан туради. Бўғимларни ривожланиши ҳомилаликнинг эрта даврларида мезенхимадан бошланиб, ҳомилани ҳаракати, бўғим сатҳини шаклланишига бўғим тешикчаларидан бўғим бўшлиқларини ҳосил бўлишига олиб келади. Бўғим тешикчаларини елка ва чаноқ - сон бўғимларида пайдо бўлиши ҳомилаликнинг 6-ҳафтасига, тирсак ва тизза бўғимларида 8-ҳафталарига тўғри келади. Янги туғилган болаларда бўғимлар анатомик шаклланган бўлиб, кейинчалик минералланиш, иннервацияланиш жараёнлари такомиллашиб боради.

4.2.3 Суяк бўғим тизимини баҳолаш усуллари

Шикоятни аниқлаганда суяк ва бўғимлардаги ўзгаришларни, ҳаракатни чекланиши ва оғриқни ҳарактерига, пайдо бўлиш вақтига, об-ҳаво шароитига

боғлиқ-боғлиқмаслигига алоҳида эътибор бериш керак. Сўраб суриштирилганда эътиборни касалликнинг келиб чиқиш сабабларига, жароҳатланишга, яқинда ёки аввалроқ ўтказилган юқумли касалликлар (ангина, скарлатина) билан боғлиқ-боғлиқмаслигига, юқумли касаллик тарқатувчи инфекция ўчоғи, бор-йўқлигига қаратиш керак. Касалликнинг кечиши, кўрилган чоралар ва даволашнинг натижаларини аниқлаш лозим. Жисмоний, асаб ва рухий тараққиётининг хусусиятларини аниқлаш лозим, чунки бола скелетининг, қадди-қоматининг тузилиши шуларга боғлиқдир.

Кўриш. Суяк тизимининг ўтирган ва тик турган ҳолда кузатилиб, болани хонада юришига, чўққайиб ўтиришига, қўл-оёқни букиб тўғрилаш ва бошқа машқларни бажарилишига аҳамият берилади. Ёш болаларда суяк-бўғим тизимсини ҳолатини баҳолашда унинг ўйнаб ўтирган ҳолатида кузатилади. Олдиндан кузатиш бола ҳолатини, боши, бўйин, кўкрак қафаси ва қўл оёқларининг пропорциясини, шаклини аниқлашга ёрдам беради. Орқадан кузатишда эса курак суяклари ҳолатига, умуртқа поғонасининг шакли, белдаги учбурчакларнинг симметриклигига эътибор бериш керак. Ён томондан кузатиш ҳам аҳамиятга эга, бунда чаноқ суягининг ҳолатини, чаноқ суяги ва оёқнинг ўзаро муносабатини, умуртқа поғонасининг эгилишлари, бўғимларининг эгилиш ва ёзилишларини баҳолаш мумкин.

Бир меъёрда қадам ташлаш умуртқа поғонаси ва оёқ бўғимларининг меъёрий ҳолатидан далолат беради. Қадам ташлаганда тез да тана оғирлигини оғриган оёқдан соғ оёғига олиш (анталгик қадам ташлаш) умуртқа поғонасини пастки қисми ёки чаноқ - сон, тизза бўғимлари ва оёқ кафтини жароҳатланишида кузатилади. Чаноқ - сон бўғимининг жароҳатланишда тренделенбург қадам ташлашни (жароҳатланган оёқда турганда қарама-қарши томонда чаноқ суягини пастга тушиб бориши), чаноқ-тизза бўғимини икки томонлама жароҳатланишида "товуқча" қадам ташлаш (ўзини у-бу ёққа ташлаб юриш) кузатилади.

Суяк тизимси қуйидаги тартибда текширилади: аввал бош (бош суяги), сўнгра тана (кўкрак қафаси, умуртқа поғонаси), қўл ва оёқлар.

Бошни кўздан кечирганда унинг катта-кичиклиги, шакли аниқланади, аммо аниқроқ тасаввур этиш учун сантиметр лентаси билан ўлчаб баҳоланади. Эътиборни бош ҳажмининг катталашган (макроцефалия) ёки аксинча кичиклашганлигига (микроцефалия) қаратиш керак. Меъёрда бош суяги думалоқ бўлади, беморларда квадрат, минорасимон, думбасимон ва бошқа шаклларда бўлиши мумкин.

Кўкрак қафасини ташқи кўринишига, шаклига (цилиндрсимон, бочкасимон, конус шаклида) ва симметриклигига, ҳамда мавжуд ўзгаришларига эътибор бериш керак (товуқ кўкрагисимон, косиб кўкрагисимон, гаррисон пуштаси, юрак букирлиги ва бошқалар). Ошқозон усти (эпигастриум) бурчагининг ҳолатига катта-кичиклигига эътиборни қаратиш керак.

Пайпаслаш. Бу усул билан лиқилдоқлар, чоклар ва суякларнинг қотганлиги текширилади. Пайпаслаш иккала қўлда олиб борилади, катта бармоқ пешонага, кафт чаккага қўйилган ҳолда, кўрсаткич ва ўрта бармоқлар билан тепа, энса суяклари, чоклар, лиқилдоқлар, яъни бошни ҳамма юзаси текширилади. Эътиборни бош суякларда юмшаган, айниқса энса, тепа ва чакка суякларида ёки қотиб қолган жойлар бор-йўқлигига қаратилади. Катта лиқилдоқни пайпаслашда, унинг катта-кичиклиги, икки қарама-қарши томонлар оралигини ўлчаб аниқланади. Лиқилдоқнинг четини пайпаслашда унинг юмшоқлиги, осон эгилувчанлигига эътибор бериш керак. Суяк чокларини ҳолатини, ажралишлар бор-йўқлигини ёки юмшоқлигини баҳолай билиш керак.

Кўкрак қафасини пайпаслаб текширишда қовурғанинг тоғайга ўтиш қисмидаги сезилар-сезилмас қалинлашишлар мавжудлиги аниқланади. Пайпаслаш бармоқ учида, қовурға йўналишида, яъни олдинги қўлтиқ ости чизигидан тўш суяги йўналишида бажарилади. Нормостеник конституциясида эпигастрал бурчак 90° - га тенг, гиперстеникларда у ўтмас, гипостеникларда ўткир бўлади. Ошқозон устки бурчагини аниқлаш учун, иккала қўлимизни кафти бир-бирига қараган ҳолда қирраси билан қовурға ва тўш суягидан ташкил топган бурчак томонларининг устига қўямиз.

Умуртқа поғонасини кўздан кечирганда лордоз, кифоз, сколиоз (умуртқа ёнга қийшайиши) бор йўқлигига эътибор бериш керак. Агар сколиоз бўлса болани орқадан қараганда бир елкаси бошқасидан пастроқ, бир қўл танасига ёпишган, бошқа қўли бўлса бўш осилиб турган, бел учбурчакларининг жойланиши асимметрик ҳолда эканлигини аниқлаш мумкин.

Умуртқа поғонасини ҳаракатчанлиги 4 йўналишда (олдинга, орқага ва икки ён томонга) текширилади. Меъёрда бола тиззаси букилмай олдинга эгилганда қўл бармоқ учлари полга тегиши керак. Томайер белгиси бўйича бармоқ учлари билан пол оралиғи соғлом болада 0-5 смга тенг бўлиши мумкин. Агар тик турган ҳолатда 5-бел умуртқа поғонаси ўсимтаси ва ундан 6-10 см юқоридаги нукта оралиғи сантиметр лентасида ўлчаниб, болани 50% га олдинга эгилган ҳолатида бу оралиқ қайта ўлчанса, умуртқанинг меъёрда ҳаракатчанлигида оралиқ кўрсаткичи ортиб боради. Бунга Шебер синамаси дейилади. Умуртқа поғонасини ҳаракатчанлигини чекланиб бориши алкилозли спондилитда кузатилади.

Қўлни кўздан кечирганда елка, билак суякларининг калта-узунлигига эътибор бериш керак. Узун қўлли, қўшувчи тўқиманинг туғма касаллигига (Марфан касаллигига) хосдир. Баъзан қўлнинг билак ёки панжа суякларини калталигини кузатиш мумкин. Пайпаслаш йўли билан билак суяги эпифизи йўғонлашганлиги ёки бармоқларнинг диафизиди шундай йўғонлашиш мавжудлигига аҳамият берилади. Оёқларни кўздан кечирганда думба, соннинг бир-бирига қараган қисмидаги тери қатламларининг симметриклигига ва уларни миқдорига (айниқса бир ойгача бўлган болаларда), оёқнинг калта-узунлигига, қийшайишлар бор-йўқлигига, оёқ кафтининг текислигига эътибор бериш керак.

Бўғимларни текширишда одатда унинг шаклига, бўғимни қоплаган тери рангига, уларнинг ўзгаришига эътибор бериш керак. Бўғимнинг катта-кичиклиги, симметриклиги, сантиметр лентаси билан ўлчанади. Бўғимларнинг актив ва пассив ҳаракатдаги фаоллигини пайпаслаб (айниқса бемор оғриқ сезаётган бўлса) бунда бўғим устидаги тери ҳарорати,

сезувчанлиги, қалинлиги ва ҳаракатчанлиги, шишлар, оғриқ чегаралари белгиланади.

4.2.4 Касалликлар семиотикаси

Болаларда суяк тизимсининг касалликлари туғма ёки ҳаётда орттирилган бўлиши мумкин. Туғма аномалиялардан кўпинча туғма сон суягининг чиқиши, ҳамда ҳар турдаги суяк ўсиши нуқсонлари кузатилади. Сон суягининг чиқишини туғилишни 1-, 2- кунлари аниқланади. Бунда чиққан суякни Берлоу усулида ўрнига солинганда ўзига хос шиқирлаш сезилади. Иккинчи ўринда скелетнинг туғма дисплазияси учраб, бунда таянч-ҳаракат аппарати аномалияси ўсиш жараёнида ҳар турдаги скелет шаклининг ўзгариши билан кечади. Туғма дисплазия хондро ва остеодисплазияга бўлинади. Туғма генетик конституционал касалликлардан «osteogenesis imperfecta»да суякни ўта мўртлиги тез синишлиги кузатилади. Бунда бола баъзан ҳомилаликдаги суяк синиши асоратлари билан туғилиши мумкин.

Бола туғилгандан сўнг, ҳаётининг биринчи кунларида бошини текширилганда туғилишга боғлиқ бўлган ҳар бир деформацияларни кузатиш мумкин, чунки бунда чок ва лиқилдоқларнинг мустақкам эмаслиги сабабли туғилиш вақтида суяклар ўз ўрнидан силжийди. Бундай ўзгаришлар туғилишнинг 2-, 4- кунлари давомида кузатилиб, сўнгра бош яна ўз шаклига қайтади. Янги туғилган бола бошининг қийшайиши бош терисини маълум қисмини туғилаётганда сиқилишдан пайдо бўлган юмшоқ ҳамирсимон шиш натижасида юзага келиши мумкин. Агар бола туғилишда оғирроқ жароҳатланса кефологематома ҳосил бўлади, яъни суяк пардаси остига қон қуйилади, бунда шиш, суяк чоки чегарасидан ўтмайди (туғилиш шишдан фарқи). Минорасимон бош мия суяги туғма сифилисда учрайдиган белгиларидан бири ҳисобланади. Микроцефалия, кранеостенозда лиқилдоқ ва чокларнинг вақтли беркилиши кузатилади. Макроцефалия, рахитда, мия ички босими ошганда лиқилдоқларни беркилиши кечикади. Агарда болада

1,5 ёшдан сўнг катта лиқилдоқ очик қолса, бу ҳол рахит, гидроцефалия ёки микседема касалликлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шу билан бирга лиқилдоқнинг бошқа хусусиятларига ҳам эътибор бериш керак. Одатда лиқилдоқни бола нафас олиши ва пульсига монанд тебраниши яхши кузатилади, аммо бунда лиқилдоқ мия суяги билан бир текисликда бўлади. Катта лиқилдоқ бола каттиқ йиғлаганда, юқори ҳароратли касалликларда, айниқса мия босими ошганда, гидроцефалияда, мия пардаси яллиғланишларида бўртиб чиқади. Аксинча мия босими пасайганда, юрак ишлаши сусайганда, кўп қусиб, ич кетганда, тана сувсизланганда катта лиқилдоқ ботиқ бўлиб қолади.

Суяк орасидаги чоклар янги туғилган болада яхши пайпасланади, агарда у каттароқ ёшдаги болаларда аниқ пайпасланса мия босимининг ошганлигидан дарак беради. Бош суяклари одатда меъёрда каттиқликда бўлиб, лиқилдоқ олдилари бироз эгилувчан бўлади. Суякнинг патологик юмшаб қолиши иккала қўлнинг 4 бармоғи билан энса суягини босиб кўриб текширилади. Бунда энса суягининг осон перғамент қоғози сингари букилувчи бўлиб қолишига краниотабес дейилади.

Тиш чиқиш вақтини билган ҳолда, болаларда тиш чиқиш тартибига ёки мавжуд бўлган ўзгаришларга аҳамият бериш керак. Тишларнинг нотўғри жойлашиши, ҳар хил қатталиқда бўлиши, эмалнинг емирилиши ёки етишмаслиги, ички безлар фаолияти, модда алмашинувининг бузилишида, витаминлар етишмаслигида, силда, сифилисда, тутқаноқли касалликда учрайди. Туғма сифилис касаллигида юқори жағ кесувчи тишлари бочкасимон шаклда бўлиб, кесувчи чегараси ярим ойсимон қирқилган кўринишда бўлади. Бундай тишлар бошқалардан катта ёки кичик бўлиб, Гетчинсон кесувчи тишлари деб аталади.

Умуртқа поғонасининг физиологик эгриликларидан ташқари кучли даражадаги сколиоз ва кифоз ҳолатида қийшайиши рахитда, сил спондилитида бўлиши мумкин. Аммо сил спондилитида умуртқа поғонаси бурчак ҳосил қилиб қийшаяди.

Кифо-сколиоз партада доимо нотўғри ўтирадиган, мушаклари бўшашган, нимжон, кам ҳаракатли, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланмайдиган ва узок вақт рахит билан оғриган болаларда кузатилади. Патологик кифоз ёки лордоз, одатда умуртқа поғонасининг физиологик кифоз лордозига хос бўлмаган қисмида жойлашган бўлади Бундай кифозлар рахит, умуртқа поғонасининг сил касалликларида кузатилади. Чуқур бел лордозидики томонлама чанок-сон бўғими чиққанда ёки қотиб қолганда, ясси оёқда, хондродистрофияда бўлади. Умуртқа поғонасининг силида, баъзан умуртқа формаси ўзгарган бўлмаса ҳам, бола ҳаракат вақтида уни аяйди, чунки оғриғи безовта қилади. Оғриқни умуртқа поғонасини перкуссия қилиб ҳам аниқлаш мумкин.

Оёқ кафти яссилигини аниқлашда болани стулга оёқ қўллари осилган ҳолда, тиззаси билан қўйиб ҳаёлан товон ўртасидан бош бармоқ асосига (биринчи чизик) ва товон ўртасидан иккинчи бармоқ оралиғига (иккинчи чизик) чизик тортилади. Меъёрда оёқ кафти гумбази ўйиғининг чизиги ташқаридан иккинчи чизикдан ҳам ўтиб кетади. Агар бундай чизик биринчи чизикқа ҳам етиб бормаса - бу аниқ бўйлама оёқ юзи яссилиги ҳисобланади. Агар бу чизик-чизиклар орасида қолса оёқ юзи гумбази ўйиғининг торайганидан дарак беради. Кўндаланг оёқ юзи яссилигида оёқ юзи кўндалангига кенгайган бўлиб, бармоқлар елпиғич шаклида бир-биридан қочган бўлади.

Суякда оғриқ ҳар турдаги яллиғланиш, ўсма касалликларида, дистрофик жараёнларда кузатилади. Болани бўйига чўзилиш давридаги оғриқ суякларни тез ўсиши билан боғлиқ бўлади. Тунги оёқлардаги оғриқ, нервно-артретик диатезде кузатилади. Остеомиелитда оғриқ маҳаллий, аммо жуда кучли бўлиб, оғриқли жойни қизариши, шишиши ва танада юқори ҳарорат билан кечади. Остеомиелит ўчоғи трубкасимон суякларни метафиз ва диафизларида бўлиб, кўпинча бўғимларни ҳам жароҳатлайди. Суяк силида яллиғланиш жараёни кам ривожланган бўлади.

Бўғимлардаги оғриқлар, уларни шаклини ўзгариши, шишлар, специфик ёки носпецифик полиартритда, ўзак касаллигида, дизентерия ва бошқа турли бактериялар кўзғатган артритларда бўлади. Бўғимдан юқори ёки пастроқдаги оғриқлар одатда ясси товонли болаларни узок вақт тик турганда безовта қилади.

Симметрик артритни ривожланиб борувчи бўғим деформацияси билан кечиши, ҳамда эрталабки ҳаракат ночорлиги ювенил ревматоид артритга хос. Инфекцион вирус касалликларида кузатилган артрит реактив артритга хос. Асосан ўрта ва катта бўғимлар жароҳатланишидаги бўғимлардан бўғимларга кўчиб юрувчи артрит ва артралгия ревматизм касаллигига хос. Бўғимлар ҳамда илео-соқрал уламасини жароҳатланишини, умуртқа поғонасини тортилиши билан бирга кечиши Бехтерев касаллигида (анколожли спондилоартрит) кузатилади.

Рентген нурлари воситасида суяк тизимсини текшириш ҳар хил турдаги мақсадда қўлланилади. Жумладан суякнинг синиши, деструктив яллигланишлар (остеомиелит) ташҳисида, даволаш натижасида суякдаги ўзгаришларни назорат қилишда, суяк ёшини аниқлашда, модда алмашинуви касалликларида суяк структурасидаги ўзгаришни аниқлашда қўлланилади. Суяк зичлигини камайиши эрта ёшдаги болаларда кальций фосфар баланси бузилганда (рахит), катта ёшдаги болаларда эндокрин модда алмашинуви касалликларида кузатилади. Суяк зичлигининг маҳаллий (ўчоғлик) камайиши гиперпаратиреозда, умумий камайиши буйрак усти беги фаоллиги ошганда ёки глюкокортикоидлар билан узок даволаганда кузатилади.

Баъзан суяк тизимси касалликлари ташҳисида лаборатор, жумладан биокимёвий текширишлар ўтказилади. Суяк модда алмашинув касалликларида қон зардобидида кальций ва фосфор миқдори, ҳамда уларни пешоб билан чиқарилиши текширилади. Қон зардобидидаги ишқорий фосфатаза миқдори ҳамда қон ва пешобдаги оксипиридин миқдори суякнинг сурилиш ва шаклини ўзгаришида текширилади.

Қуйида эрта ёшдаги болаларда кўпроқ кузатилиб суяк тизимсини жароҳатланиши билан кечадиган рахит касаллининг асосий белгиларига тўхталамиз.

РАХИТ. Рахит жадал ўсиб бораётган 2 ёшгача бўлган болалар касаллиги ҳисобланади. Рахит умум организмда моддалар алмашинуви, реактивлик жараёни ўзгариши билан кечиб, бемор болада касалликларга қарши курашиш ҳолатлари пасайган бўлади.

Рахит касалиги бола организмни витамин Д, кальций, фосфор, магний каби қатор микроэлементлар ва баъзи аминокислоталар билан етарли таъминланмаслиги натижасида келиб чиқади. Қайд этилган етишмовчиликларга боланинг чала туғилиши, ферментатив етилмаганлик, ҳазм аъзо, буйрак ва эндокрин (қалқонсимон олди ва қалқонсимон беzi) безлар фаолиятини ўзгариши, ҳамда инфекциян касалликлар ҳам замин яратиши мумкин.

Рахитда витамин Д етишмаслиги сабабли фосфор, кальций модда алмашинуви бузилиб, улар ичакдан етарли сўрилмайди ва қонда, хужайрадан ташқаридаги суюқликда ва суякда фосфор, кальций миқдори камаяди. Буйрак орқали фосфатларнинг чиқарилиши кўпайиб, ацидоз ҳолати юзага келади. Бу ҳолат фосфор-кальций тузларини суякларни ўсиш зонасига йиғилишига тўсқинлик қилиши билан бир қаторда, уларни суякдан ювилиб чиқарилишини кучайтиради. Шулар билан бир қаторда оқсил алмашинуви ҳам бузилиб, пешоб орқали муҳим аминокислоталарнинг чиқарилиши ўзгарган оқсил минерал комплексини пайдо бўлишига олиб келиб, меъёрда остеогенез жараёнига тўсқинлик қилади. Натижада суяк юмшоқ, эгилувчан, шакли осонгина ўзгарувчан бўлиб қолади.

Рахит касаллиги белгилари кўпинча боланинг 1-1,5 ойлик даврида бошланса ҳам, 1 ёшга тўлгунча касалланиш ҳавфи сақланади. Касалликнинг бошланиш даврига вегетатив асаб тизими функционал ҳолатининг бузилишига хос белгилар кузатилади. Бемор бола тез чўчийдиган, безовта, серҳарҳаша бўлиб қолади. Уйқуси бузилиб уйқуда, айниқса қаттиқ товуш, ёрқин нур таъсирига сесканиб тушадиган бўлиб қолади. Шулар билан бир

каторда бола беҳад кўп терлаб, ёстиғи-кийимлари хўл бўлиб, беморни безовта қилади. Бола бошини ёстикқа ишқалашидан энса соҳасидаги сочлар тўкила бошлайди. Катта лиқилдоқ четлари бироз юмшай бошлайди. Бу давр 2-3 ҳафта давом этади.

Касаллик вақтида аниқланиб, даволанмаса уни кучайиб, авжига чиққан даври бошланади. Бунда юқоридаги ўзгаришлар янада ривожланиб, касалликка хос суяк тизими ўзгаришлари ва ички аъзолар фаолиятини бузилишлари кузатилади. Катта лиқилдоқ четлари юмшаб, беркилиб бориши секинлашади.

Бош чаноғи чоклари юмшаб, айниқса энса соҳасида краниотабес пайдо бўлади. Остеоид тўқималар гиперплазияси сабабли пешона ва чакка дўнгликлари пайдо бўлиб, бош квадрат, думбасимон шаклига ўхшаб қолади. Бунда агар фақат пешона дўнги бўртиб чиқса, бунга «олимпия пешонаси» дейилади.

Рахитда кўкрак қафаси формаси ҳам ўзгаради. Агар бунда қовурғалар бироз юмшаб, мушакларнинг тонуси пасайиб қолса, диафрагма бириккан жойлари ичкарига тортилиб қолади ва чуқур эгатча (Филатов Гаррисон эгатчаси) пайдо бўлади. Қовурғалар суяк қисмини тоғай қисмига ўтиш қисмида ярим шарсимон йўғонлашиши кузатилиб, буни рахит тасбеҳи дейилади. Болаларда кечки рахитда ясси тос белгиси пайдо бўлиши мумкин.

Туғма ёки ортирилган юрак нуқсониде кўкрак қафасининг юрак усти соҳасида юрак букури пайдо бўлади, яъни кўкрак қафасининг юрак устки қовурғалар қийшайиб кўтарилган ҳолда бўлиб қолади.

Рахитда умуртқа поғонасида ёйсимон қийшайиши (кифоз) кузатилади. Аммо бу қийшайиш беморни горизонтал ҳолатида тўғриланади ва шу билан тсил спондилитидаги умуртқа қийшайишидан фарқланади.

Рахит касаллигида биллак суягининг пастки қисмида остеоид тўқималарнинг ўсишидан бироз йўғонлашуви кузатилиб, (буни кўздан кечирганда ёки пайпаслаб аниқлаш мумкин) бунга "рахит биллак узуги" деб аталади. Худди шу ҳолат кўл ва оёқ бармоқларида ҳам бўлиши мумкин, бунга



Расм 29. “Рахит тасбехлари”



Расм 30. «Бақасимон қорин»



Расм 31. «Товуқ тўш»



Расм 32. “Рахитик билакузук”

"рахит марварид иплари" деб аталади. Рахитда товук кўкрагига ўхшаш кўкрак қафасининг қийшайиши ҳам мумкин, бунда тўш суяги олдинга чиққан бўлиб, кўкрак қафаси икки ён томондан қисилган бўлади.



Расм 33. Рахит касаллигидаги оёқларнинг «Х» , «О» ва «килич»симон қийшайишлари

Рахитда кўкрак қафасининг бошқа бир шакли «косиб кўкраги» белгиси кузатилиб, бунда тўш суягининг айниқса пастки ҳанжарсимон ўсимтаси олдидан ичга ботган бўлади. Мушаклар тонусини пасайиши натижасида статик ва ҳаракат фаоллигини ривожланиши орқада қолиб, "бақасимон қорин", "ўйноқи бўғим" белгиларини пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. Рахит касаллигида суяклар юмшоқлиги туфайли, айниқса бола юришни бошлаган даврларида тана оғирлиги таъсирида оёқлар О-симон ёки Х-симон шаклда қийшайиб, қолиши мумкин. Худди шундай рахитга ўхшаш суяк деформациясини болаларда 2 ёшдан кейин кузатилиши, буйрак рахитига хос (фосфат диабет, Дебре Де Тони Фанкони касаллиги) бўлиши мумкин. Шулар билан бирга рахитда сут тишлари чиқиши кечикиб, тишни чиқиш вақти ва тартиби бузилади.

Касалликнинг тузалиш (реконвалесцент) даврида кузатилган рахитдаги ўзгаришлар орқага қайтиб секин аста йўқолиб боради ва организмнинг меъёрий ҳолати тикланади. Баъзан бемор рахитдан тузалиши, аммо суяклар ва мушаклардаги шакл ва функционал ўзгаришлар сақланиб қолиши мумкин. Бунга рахитнинг қолдиқ даври дейилади.

Рахит 3 хил оғирликда кечади: I-енгил хилида вегетатив асаб ва суяк тизимида бирозгина ўзгаришлар кузатилади. II-ўртача оғир ва III-оғир хилида касалликдаги ўзгаришлар ўртача даражада ёки ривожланган бўлади. Касалликнинг кечиши ўткир, ярим ўткир, рецидивли бўлади. Кўпинча рахитнинг аста-секин ривожланиши кузатилади.

Ташҳиси. Клиник кузатув билан бир қаторда биокимёвий текширишда рахит касаллигида қон зардобидида умумий кальций (меъёрда 2,44 ммоль/л) ва анорганик фосфор (меъёрда 1,3-2,3 ммоль/л) миқдорини камайиши, ишқорий фосфотаза фаоллигини 200 Ед/мл дан ошганлиги, паратгармон концентрациясини ошганлиги, пешобда кальцийурия ва аминокислоталар миқдорининг ошганлигига хосдир. Рентгенограммада рахитда эндохондрал суякланиш соҳаларида остеопороз ҳолати, метафиз ва эпифиз оралиғидаги тешикнинг катталашуви ҳисобига метафизнинг кенгайиши, суякланиш нуқталарининг ноаниқлиги кузатилади.

Назорат учун саволлар

1. Суяк тизими анатомик ва физиологик хусусияти
2. Бола скелети тузилиши хусусияти
3. Суяк бўғим тизимини баҳолаш усуллари
4. Бошни пайпаслаш усули
5. Кўкрак қафасини кўздан кечириш ва пайпаслаш
6. Рахит касаллиги белгилари

Таянч сўзлар: суяк, скелет, скалиоз, рахит.

4.4 НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИ

Нафас олиш тизими қатор комплекс тузилмаларидан иборат бўлиб, энг муҳими, организм, хужайра тўқималарини кислород билан таъминлаб, карбонад ангидрид газини чиқариш вазифасини ўтайди.

4.4.1 Нафас олиш тизими анатомик хусусиятлари

Нафас олиш тизимсининг ривожланиши эмбрион даврнинг 3-хафтасидан бошланади. Бунда ичак найчаси олдинги қисмидан бўртма ўсиб чиқиб, кейинчалик ундан ҳикилдоқ, кекирдак, бронх ва ўпкалар пайдо бўлади.

Ҳомилаликнинг бошланиш даврларида ўпканинг мураккаб тузилишдаги безга оид ривожланиши кузатилиб, 4 -хафтада бўртма 2 га (бўлғуси ўнг ва чап ўпкага), кейинчалик яна майда – майда бўлақларга (бўлғуси ўпка бўлақларига) бўлиниб боради. Шу билан бир қаторда бронх дарахтининг майдалашган шохчалари ҳам пайдо бўлиб боради. 6- хафтада ўпка бўлаги бронхлари, 8- 10 -хафтада сегмент бронхлари, 16- хафтасидан бронх каналларининг ҳосил бўлиш босқичи бошланиб, 24- хафтасидан бўлғуси ацинусларни такомиллашиб бориш босқичи бошланади. Аммо охири босқич бола туғилганда ҳам тугалланмаган бўлиб, кейин ҳам давом этади.

Ҳомилаликда нафас йўллари (ҳикилдоқ, трахея, бронх, альвеолалари) кенгайган ва хужайралар секрецияси суюқлиги билан тўлган бўлади. Бу суюқлик таркибида оксил ҳам тутиб, ёпишқоқлиги жуда оз бўлганлиги сабабли, бола туғилиб нафас олиши тикланиши биланоқ тезда сурилиб кетади.

Сурфактант- альвеола юзасини қоплаб олган юпқа парда (0,1- 0,3 мкм.) бўлиб, липопротеидлардан ташкил топган бўлади. Сурфактант 22- 24 хафталик ҳомилада пайдо бўлади. Меъёрдаги нафас олиш вазифасини намоён

бўлиши, яъни сурфактант фаоллигини етилиши ҳомилаликнинг 34- 38- хафталарида кузатилади. Сурфактантнинг етишмаслиги кўпинча чала туғилган болаларда учраб, бунда нафас етишмасликнинг оғир шакли респиратор дисстрес синдроми кузатилади.

Одатда нафас йўллари юқориги (бурун, ҳалқум), ўрта (ҳикилдоқ, трахея, бўлак ва сегмент бронхлари) ва пастки (бронхиола ва альвеолалар) қисмларига бўлинади.

Юқори нафас йўллари (бурун, ҳалқум).

Бурун тузилмаси ҳавони илитишда, механик тозалашда (майда туклари билан), ҳамда шиллиқ қаватдаги муҳофаза этиш иммунологик таркиби билан микробларни емиришда иштирок этади.

Чақалоқларда бурун бўшлиғи яхши ривожланмаган бўлиб, бурун йўллари тор, қисқа, пастки бурун йўли деярли бўлмай, фақат 4- 5 ёшлардагина такомиллашади. Бурун шиллиқ қавати жуда нозик қон ва лимфа томирларига бой бўлади. Шулар сабаб нафас олганда ҳаво бурун бўшлиғида етарлича исимайди ва тозаланмайди. Шу билан бир қаторда енгилгина шамоллашлиқда бурундан нафас олиш қийинлашиб, бола безовта бўлади, эмишга қийналади. Шиллиқ ости ғовак тўқималари эрта ёшдаги болаларда яхши ривожланмаган бўлиб, у 8- 9 ёшдан ривожлана бошлаб, балоғатга етиш даврида такомиллашади. Шунинг учун ҳам бурун қонаши эрта ёшдаги болаларда кам учраб туради.

Юз суякларининг (юқори жағ) ўсиши, тишларнинг чиқиши билан бурун йўллари бўйига чўзилиб, энига кенгайиб боради.

Бурун кўшимча бўшлиқлари ҳомилалик давридан ривожлана бошлаган бўлса ҳам, чақалоқларда жуда кам тараққий этган бўлади. Улар асосан 2 ёшдан катталашиб, 6 ёшда нўхат донаси катталигида бўлиб, 12- 15 ёшларида батамом такомиллашади. Гаймор бўшлиғи янги туғилган чақалоқларда бошланғич ҳолатда бўлса ҳам, 2 ёшдан кейин сезиларли даражада катталашиб боради. Худди шунингдек асосий (spinoidealis) ва ғалвирсимон бўшлиқлар янги туғилган болаларда жуда кичик бўлиб, улар 6 ёшдан кейин

тез катталашиб боради. Эрта ёшли болаларда бурун қўшимча бўшлиқлари хали ривожланмаганлиги сабабли бурун шиллик қаватидан яллиғланиш жараёни бу бўшлиқларга деярли тарқалмайди.

Кўз - ёш бурун канали калта, ташқи тешик канали хали ривожланмаганлиги сабабли инфекциянинг бурун шиллик қаватидан кўзга ўтишига қулай шароит мавжуд бўлади.

Бурун бўшлиғида кеча кундузда 0,5- 1 л. ўзида бактериоцид модда ва иммуноглобулин А тутган шилимшиқ суюқлик ажралади.

Ҳалқум чақалоқ болаларда кичик ва ингичка бўлиб, лимфа безлари хали яхши ривожланмаган бўлади. Ҳар икки танглай бодомча безлари оғиз бўшлиғига чиқмаган бўлади. Бодомча безлар тузилиши жиҳатдан лимфа безларига ўхшаш бўлади. Бир ёшдан кейингина лимфа тугунлари гиперплазияга учраб катталашиши (гипертрофияси) мумкин. Шу сабабли бир ёшгача бўлган болаларда ангина касаллиги кам учрайди. 4- 5 ёшларда бодомча безлари яхши тараққий этган бўлиб, баъзан улар гипертрофиясини ҳам кузатиш мумкин. Бодомча безлар микроблар учун фильтр вазифасини ўтайди, тез- тез такрорланувчи яллиғланиш жараёнида катталашиб, доимий инфекция учоғига айланиб, сурункали тонзиллит касали келиб чиқади. Бурун - ҳалқум бодомча безлари катталашишига- аденоидлар дейилиб, бунда бурун орқали нафас олиш қийинлашади, болада интоксикация белгилари, эътиборсизлик, аллергик жараёнга берилувчанлик кузатилади.

Юқори нафас йўллари касалликларидан болаларда кўпинча ринит, ангина учрайди.

Ўрта ва пастки нафас йўллари.

Ҳиқилдоқ ёш болаларда воронкасимон шаклда бўлиб, катта ёшда цилиндр шаклига киради. Ҳиқилдоқ чақалоқларда юқорида жойлашган бўлиб, пастки чегараси 4- бўйин, катталарда эса 7- бўйин умуртқасида бўлади. Тоғай қисми нозик, юмшоқ бўлади. Овоз ёриғи 6- 7 ёшгача тор бўлади. Чин овоз бойлами катталарга нисбатан калта бўлганлиги сабабли, ёш болаларнинг овоз тембри юқори бўлади. 12 ёшда овоз бойлами ўғил

болаларда кизларга нисбатан узун бўлади. 3 ёшгача ҳиқилдоқ шакли ўғил ва киз болаларда бир хил бўлади. 3 ёшдан кейин ўғил болаларда қалконсимон без пластинкаси кўшилиш бурчаги ўткир бўла бориб, бу айниқса 7 ёшларда сезиларли даражада кузатилади. 10 ёшда ҳиқилдоқ катталарникига ўхшаш бўлади.

Шиллиқ қавати қон ва лимфа томирларига бой бўлиб, шиш ҳосил бўлишига мойиллик кузатилади. Шулар сабаб 2- 3 ёшлик болаларда ларингит кўпича ҳиқилдоқ йўлини торайиши (стенозли ларингит, круп) билан кечади.

Кекирдак (трахея) янги туғилган болаларда бутунлай шаклланган бўлиб, воронкасимон кўринишга эга бўлади. Шиллиқ қавати қон томирларига бой, мушак қисми яхши ривожланган, тоғай қисми юмшоқ бўлади. Чақалоқларда трахеянинг юқори чегараси 4- бўйин умуртка поғонасида, катталарда эса 7 бўйин умуртка поғонасида бўлади. Узунлиги чақалоқларда 4 см. , 14- 16 ёшда 7,2 см. бўлади. Эластик тўқималари кам ривожланган бўлади. Трахея бифуркацияси катталарга нисбатан юқорида жойлашган бўлади. Бу тахминан *spina scapulae* дан умуртка поғонасига тортилган чизикқа тўғри келади. Трахея шиллиқ қавати безчаларга бой бўлиб, улар ишлаб чиқарган секрет – кекирдак сатҳини шиллиқ суяқлиги билан таъминлайди.

Трахея тоғайларини юмшоқлиги, эластик туқималари кам ривожланганлиги, ҳамда кўзгалувчанлик, унинг йўллари торайишига, хуррак отганга ўхшаш шовқинли нафас олишининг пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Болаларда трахея шикастланиши алоҳида трахеит ёки ларинготрахеит, трахеобронхит ҳолида кечиши мумкин.

Бронхлар туғилишда етарлича ривожланмаган бўлади. Ўнг бронх кекирдакнинг худди давомидек ҳисобланади, чап бронхга нисбатан калта ва кенг бўлади. Шунинг учун ҳар хилдаги моддалар боланинг ҳалқумидан ўнг бронхга тушади. Ҳар бир бронх майда бронхларга, улар эса жуда майда бронхиолаларга бўлинади, улар эса альвеолалар билан тамом бўлади. Майда

бронх ва бронхиолалар шиллик қаватлари жуда нозик, қон томирларга бой бўлиб, юпка шиллик қават билан ўралган бўлади. Эрта ёшли болаларда мушак ва эластик толалар етарлича ривожланмаган, бронх йўллари ингичка бўлади. Шулар сабаб бир ёшгача бўлган болаларда обструкция синдромлари билан кечувчи бронхиолитлар кўп учрайди. Бронхлар бир ёшгача яхши ўсиб, кейин ўсиш сурати секинлашиб, балоғат ёшида яна тезлашади. 12- 13 ёшда бош бронхлар узунлиги икки баробар ошади.

Ўпкалар. Чақалоқ болалар ўпкаси 50- 60 г., гавда оғирлигининг 1/50 қисмини ташкил қилади. Кейинчалик ўпка вазни тез ортиб боради (11 жадвал). Ўпка вазни 6 ойликда икки маротабага, 4-5 ёшда 5 маротабагача, 12- 13 ёшда 10 маротабага, 20 ёшда 20 маротабага ортади.

Ўнг ўпка чап ўпкага қараганда каттароқ бўлади. Ўнг ўпкада 3 та (юқориги, ўрта ва пастки) бўлак, чап ўпкада эса 2 та юқориги, пастки ва ўртада тилсимон бўлак бўлади. Ўпканинг бўлаклари: олдиндан ўнг ўпкани 4-ковурға устида юқори бўлаги, остида ўрта бўлаги, чап ўпкани 4-ковурға устида юқори бўлаги жойлашган бўлади. Орқадан ўнг ва чап *spina scapulae* устида ўнг ва чап ўпкаларнинг юқориги остида пастки бўлаклари жойлашган бўлади.

Чақалоқларда ўпка тўқимаси қон томирларига жуда бой бўлиб, ўзида кам ҳаво тутаяди. Эластик тўқималар кам ривожланган бўлади. Шу сабабли ўпка касалликларида осонгина эмфизема пайдо бўлиши мумкин. Бола туғилишида ўпканинг асли нафас олувчи қисми, яъни атмосфера ҳавоси билан қон ўртасида газ алмашувини таъминловчи ацинуслар ҳали етарли ривожланмаган бўлади. Альвеолаларнинг ривожланиши туғилишнинг 4- 6-ҳафталаридан бошланиб, улар сони биринчи йил давомида тез ортиб, 8 ёшгача кўпайиб боради. 8 ёшдан кейин ўпка ҳажмини ортиши ҳисобига бўлади. Альвеолалар сонини ортиши билан ўпканинг нафас олувчи сатҳи ортиб боради. Айниқса, бу биринчи йил давомида тез (4 маротаба) ортади. Бунга мос равишда кислородга бўлган талаб ҳам ортади. Бола туғилганда терминал бронхиолалар ёриғи 0,1 мм. бўлиб, 2 ёшда икки, 4 ёшда уч, 18 ёшда

5 маротаба ортади. Эрта ёшдаги болаларда бронхиолаларнинг ингичкалиги сабабли уларда ателектаз кўпроқ кузатилади.

Ҳар бир ўпка бўлаги сегментларга бўлинади. Ҳар бир сегмент мустақил кон томир ва асаб толаси билан таъминланган. Ўнг ўпкада 10 сегмент, чап ўпкада 9 сегмент бўлади. Ўнг ва чап ўпканинг юқориги бўлаги 3 сегментдан иборат: 1- юқори- чўкки, 2- юқори- орқа. 3- юқори- олдинги сегментлар. Ўнг ўрта бўлак 2 сегментдан иборат. Ўрта ён латерал (4) сегменти орқада, ўрта- олдинги (5) медиал сегменти жойлашган бўлади. Чап ўрта бўлак ҳам иккита тилча сегменти, юқориги тилча (4) ва пастки тилча (5) сегментлардан иборат. Ўпканинг ўнг ва чап пастки бўлаклари: базал- чўкки (6), базал- олдинги (8), базал- латерал (9) ва базал- орқа (10) сегментлардан иборат. Ўнг пастки бўлакда яна базал- медиал (7) сегменти бўлади.

Болаларда сегментларнинг жойлашиши, ҳаво ўтиш ва секрет чиқариш фаолиятининг ўзгаришига қараб, пневмония кўпинча 6 -сегментда ва яна 10 ва 2- сегментларда кузатилади. Ўрта ёнбош (4) ва ўрта олдинги (5) сегментлар бронхлари узун, ёриғи тор бўлганлиги, бронх пульмонал лимфа тугунларига яқин бўлганлиги ва безлар катталашганда бронхлар эзилиши ва нафас оладиган сатҳ камайишидан пневмония оғир нафас етишмаслиги билан кечиши мумкин. Ўпканинг ривожланишини А. И. Струков 4 даврга бўлади. I- 2 ёшгача альвеолалар сонини жадал ортиши, II- (2- 5 ёшда) эластик ва мушак толаларини жадал ўсиши ва лимфатик тўқималарини кўшилиши, ихтимол пневмонияни шу ёшда баъзан чўзилиброқ ўтиши шулар билан тушунтирилар. III- (5- 7 ёш) ацинуслар тамомила етилади, пневмонияни бу ёшда яхши, безарар кечиши заминидан шулар ётиши мумкин. IV- (7- 12 ёш) етилган ўпка тўқимаси вазнини ортиб бориши.

Плевра чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда жуда юпқа, чуқур нафас олганда ва плевра оралиғида суюқлик йиғилганда ўз ўрнидан осон кўзгалади. Плевра бўшлиғи ҳажми катта кичик бўлиб ўзгариши мумкин, чунки париетал қаватлари жуда бўш бириккан бўлади. Плевра бўшлиғига суюқлик йиғилса кўкс оралиғидаги органларни, айниқса юрак ва пастки

кавак венани ўрнидан жуда осон кўзғатади. Шунинг учун болаларда плевра бўшлиғида суюқлик йиғилганда қон айланиш тизимсининг фаолияти тез ўзгаради. Ундан ташқари аорта, трахея, қизилўнғач, диафрагма ҳам ўз ўрнидан силжийди, бу эса шу органларнинг фаолиятини ўзгаришига олиб келади.

Кўкс оралиғи болаларда катталарникига нисбатан каттароқ бўлиб, унинг юқори қисмида трахея, йўғон бронхлар, айрисимон без, лимфа безлари, артериялар, асаб толалари жойлашган, пастки қисмида эса юрак, томир ва асаб толалари жойлашган бўлади.

Ўпканинг лимфа тугунларига 1) трахеобронхеал, 2) бифуркацион (кекирдакни икки бронхга бўлинган жойида жойлашган), 3) бронхопультмонал (бронхларни ўпкага кириш ерида жойлашган), 4) йирик томирлар тугунлари- юқориги, ўртадаги ва пастдагилар киради. Ўпка лимфа тугунлари эрта ёшлик болаларда яхши ривожланган бўлиб, ўзининг тузилиши жиҳатидан яллиғланиш жараёнига мойил бўлади. Боланинг 7- 9 ёшидангина лимфа тугунлари орқага қараб ривожланади.

Биринчи нафас олиш механизми.

Соғлом бола туғилиши биланоқ баланд товушда қийқиради ва шу билан биринчи бор чуқур нафас олади, ўпка эса рисоладагидек ёзилади. Бунга сабаб бола туғилгач киндик йўли сиқилишидан, йўлдош орқали ўзида етарли кислород тутган қон келиши тўхтаб, натижада бола қонида кислороднинг парциал босими (PO_2) камайиб, PCO_2 босими эса кўпаяди, pH камаяди. Бунда аорта ва уйқу артерияси, ҳамда PO_2 тери рецепторлари орқали борган импульс нафас олиш марказини қитиқлайди. Марказ атрофида ҳам бу кўрсаткичлар ўзгаради. Жумладан соғлом чақалоқда PO_2 80 дан 15 мм. симоб устунига камайиб, PCO_2 40 дан 70 мм. симоб устунига кўтарилади. pH 7,35 дан пасайган бўлади. Диафрагмани қисқариши кўкрак қасаси ичида манфий босим яратиб, нафас йўлларида ҳаво киришини енгиллаштиради. Альвеолалар сатҳини таранглигини сурфактант

камайтиради. Ўпка кенгайганда ундаги суюқликлар лимфа томири ва қон-томир капиллярлари орқали сўрилиб кетади.

Нафас олиш маркази мия стволининг 4- қоринча туби соҳасида жойлашган бўлиб, уч қисмдан иборат бўлади: медуляр қисми нафас олиш ва чиқариш алмашувини ушлаб турса, ўрта ва пастки мия кўприги соҳасида жойлашган- апноэтик қисми давомли инспиратор спазм чақиради. Мия кўпригининг юқорисида жойлашган пневмотоксик қисми апноэтик қисмига тормозлантирувчи таъсир кўрсатади.

Нафас олиш марказий ва периферик хеморецепторлар орқали бошқарилиб, бунда марказий хеморецепторлар асосий (80%) ўрин тутди. Марказий рецепторлар РН ўзгаришига сезувчан бўлса, периферик хеморецепторлар (айниқса, каротид ва аорта соҳасида) кислород ва карбонат ангидрид газини ўзгаришига сезувчан бўлади. Бўлар бола туғилганда фаол ҳолатда бўлади.

Нафас марказининг пневмотоксик қисми эса бола ҳаётининг биринчи йили давомида етилади. Шунинг учун ҳам бу даврда нафас олиш аритмияси чала туғилган болаларда эса апноэ ҳолатини кузатилиб туришига олиб келади.

4.4.2 Нафас олиш тизими физиологик хусусиятлари

Болаларда туғилишни биринчи соат ёки кунлари кузатилган нафас олиш ритминини нотекислиги одатда тезда йўқолиб кетади. Баъзан чақалоқларда, айнақса янги туғилган болаларда, биринчи нафасдан сўнг ўпка тўла ёзилмай физиологик ателектаз келиб чиқишига олиб келиши мумкин. Бундай ҳолатда ўпкада яллиғланиш жараёни ривожланишига шароит туғилади.

Нафас олиш фаолиятини баҳолашда ташқи нафас олишни, яъни атмосфера ҳавосини билан ўпка капилляр қони ўртасидаги газ алмашинувини текшириш катта аҳамиятга эгадир. Буни аниқлашда оддий клиник

услуглардан, ҳамда махсус аппаратлар талаб қилинадиган нисбатан мураккаб услублардан фойдаланилади.

Нафас олганда олинган ҳаво ҳажми чақалоқларда кам бўлиб, бу кўрсаткич бола ёши катталашган сари ортиб боради. Бу бола ўсиб ривожланиши билан бир қаторда ўпка вазнининг ортиб бориши, ҳамда нафас олганда кўкрак қафаси экскурсиясини кенгайиб бориши билан боғлиқ бўлади.

Болаларда тўқима нафас олиши катталарга нисбатан жадал суратда (бу чақалоқларда ферментларни катталарга нисбатан фаоллиги билан тушунтирилади) кечади. Карбонат ангидрид газини парциал босими қонга нисбатан тўқимада ошган бўлади.

Янги туғилган чақалоқларда, айниқса, чала туғилган болаларда фермент карбоангидразанинг фаоллиги жуда паст бўлганлиги сабабли (бир ёшларнинг охирларида катталар меъёрига яқинлашади) эрта ёшлик болалар касалликларида, айниқса, ўпка касалликларида кўпинча гиперкапния кузатилади.

Кўрсатиб ўтилган нафас олиш ва чиқариш жараёнини болаларда ўзига хослиги уларда нафас олиш тизимсининг анатомик ва физиологик хусусиятларига боғлиқ бўлади, бу ҳолат уларда бу тизимни осон жароҳатланишига, нафас олишнинг тез бузилишига имкон яратади.

4.4.3 Болаларда нафас олиш органларини текшириш.

Анамнез. Касал болани ўзидан ёки уни ота – онасини сўраб аниқлашда, болани илгари ўтказган нафас йўли касалликлари тўғрисида, об – ҳаво ўзгаришидан совуқ қотиш фактори, инфекцион касалликлар ёки сил билан оғриган болалар билан алоқада бўлган, бўлмағалиги тўғрисида суриштирилади

Касални кўриқдан ўтказиш.

Беморни кўриқдан ўтказишда, унинг ҳолати, эс – ҳуши, феъл атворига, юз кўринишига, қандай нафас олаётганига (оғиз ёки бурун орқали), ташқи кўринишида нафас олиш аъзолари касалликларига хос белгилар мавжудлигига аҳамият берилади. Беморда ҳароратни кўтарилиши билан бир қаторда кўкариб оқаришлик, бўшашишликнинг акс этиб туриши, нафасни тезлашиб, бунда бурун қанотларини иштироки ва ҳар нафас олганда кенгайиши кўпинча бронхопневмонияга хос бўлади. Одатда бронхопневмонияда нафасни ўзгаришида – тахидиспноэ кўкаришликка нисбатан биринчи ўринда туради. Касалликни енгил хилида кўкаришлик бўлмаслиги ҳам мумкин. Касалликнинг оғир холида кўкаришлик оғиз ва бурун, юзга тарқалган бўлиб, бу айниқса, нафас қисишида зўраяди. Кўпинча енгилгина кўкаришлик оғиз, бурун атрофида кузатилиб, бу бола йиғлаганда ва бақирганда кучаяди.

Чақалоқ ва 2- 3 ойлик болаларда оғиз бурчагидан ёки тил остидан кўпик сифат суюқлик ажралиши зотилжам касаллигида кузатилади. Бунга сабаб ўпка ва бронхлардаги экссудат оғиз бўшлиғига чиқиши билан боғлиқдир. Нафас етишмаслик қанча зўрайса, терининг кўкариши шунча кўпаяди ва тарқалган бўлади. Терининг кўкариши артериал қонининг кислородга тўйинганлиги (оксигемоглабин) 95% дан камайганда кузатилади.

Кўк йўтал ва сурункали ўпка касалликлари билан оғриган болалар ташқи кўринишига юзни ва қовоқларни оқариб салқиган, оғиз шиллиқ қаватларини кўкарган, тери вена қон томирларини бўртиб туриши, ҳамда кўз шиллиқ ва тери ости қаватига қон қуйилиши хосдир.

Бурунни текширишда она ёки ҳамшира қўли билан чойшабга ўралган болани тиззасида ушлаб ўтиради. Шифокор бола бошини орқага ташлаган ҳолда, бурун учидан кўтариб, бурун бўшлиғини кўздан кечиради. Бурун шиллиқ қавати яллиғланишида сероз, шиллиқли, шиллиқ йирингли, геморрагик суюқлик ажралиши мумкин. Ринит кўпинча ўткир респиратор вирус инфекциясида кузатилади.

Йўтал – нафас олиш аъзолари касалланганлигининг асосий белгиларидан ҳисобланади, шунинг учун йўтал бор йўқлигини ва унинг характерини аниқлаш керак. Қўпол ит вовуллаганига ўхшаган, "худди бочкага" йўталгандек йўтал ларингитда ва ҳақиқий крупда бўлади. Қийнайдиған куруқ йўтал – фарингитда, трахеитда ва бронхитнинг бошланишида учрайди. Бронхит тузалаётганида йўтал хўл бўлади ва балғам чиқиши кузатилади. Калта оғриқли йўтал – плевритда учрайди. Вақти – вақти билан бўладиган йўтал, яъни хуружли (пароксизмал йўтал) кўк йўталда бўлади. Бунда йўтал пайтида нафас олиш чўзилган бўлади, бемор юзлари кизариб кетади ва қусиб юборади. Битонал йўтал, яъни 2 ўзакли – бири кўпол йўғон, иккинчиси эса ингичка бўлади, бундай йўтал – бронхиал лимфа безларининг катталашганида учрайди (чунки безлар катталашиб трахеянинг 2 га бўлинган соҳасини қитиклайди). Бундай йўтал сил бронхоаденитида, лимфа саркомада, лейкозда кузатилади.

Йўталганда кўп балғам ажралиши, кичик ёшдаги болаларда ўпка абсцесси ёки кистани ёрилиб бўшашида бўлса, катта ёшдаги болаларда бронхоэктазия билан кечувчи сурункали пневмонияда кузатилади.

Беморни текширишда унинг овозига ҳам эътибор бериш керак, чунки овоз ҳалқум ва овоз пайлари шикастланганда ўзгаради. Болаларда ларингит кўпинча нафас олишнинг қийинлашуви круп билан кечади. Круп ҳақиқий ва сохта бўлиши мумкин. Ҳақиқий круп дифтерияда пайдо бўлиб, бунда овоз пайларни крупоз яллиғланиши ва плёнкага ўралиши кузатилади. Сохта круп – кўпинча ўткир респиратор вирус инфекциясида кузатилиб овоз пайлари остида шиш пайдо бўлади. Сохта круп одатда тўсатдан, ҳақиқий круп эса аста секин бошланади. Димоғида манқаланиб гапириш сурункали муртак безларини яллиғланишида, бурун безларини катталашиши – аденоидларда, "бўри танглайда", ҳалқум орасида юмшоқ танглай параличида (дифтерия асоратида) учрайди. Йўғон паст овоз ва хириллаб нафас олиш микседемада учрайди.

Беморни текширишда бурун қанотларининг кенгайиши, нафас олганда ёрдамчи мушакларнинг иштирок этиши нафас қисилишининг мавжудлигидан далолат беради. Нафас қисиши гипоксемия, гиперкапния, қонда, мияда чала оксидланган моддалар тўпланишида, ацидозда кузатилади.

Беморни текширишда унинг оғзи ҳалқум ва бодомча безлар ҳолатига аҳамият бериш керак (буни болани безовталаб қўймаслик мақсадида текшириш ниҳоясида ўтказган маъқул). Одатда мактабгача бўлган болаларда лимфатик тўқималар, бодомча безларни гиперплазияси кузатилиб туради. Кўпинча болаларда ҳар хил турдаги ангиналар учрайди. Катарал ангинада ҳалқум бодомча беzi яллиғланишидан қизарган, бўртган, шишган бўлади. Фалликуляр ангинада катталашган, шишган бодомча безлари юзасида майда оқиш кўринишдаги қарашлар пайдо бўлади. Лакунар ангинада яллиғланиш даражаси кўпайган бўлиб, бодомча беzi юзасидаги чуқурчаларни қоплаган бўлади. Ҳалқум дифтериясида бодомча безларида хира кулранг кўринишдаги парда пайдо бўлиб, бунда қизаришлик меъёрида бўлади. Парда кўчирилса, шиллик қаватда қон оқиши кузатилади. Скарлатинада ангина ҳар хил кечиши мумкин. Касалликнинг енгил хилида оддий ангина кўринишида қатъий чегараланган қизаришлик билан кечса, оғир хилида шиллик қаватининг некрози билан (некротик ангина) кечиши мумкин. Флегманоз ангинада яллиғланиш атроф туқималарга кенг тарқалган бўлади. Бунда баъзан бодомча беzi абсцессида, без бир томонлама шишиб, катталашиб, чайнов мушакларининг спазми натижасида бола оғзини очолмай қолиши мумкин. Бурун, ҳалқум бодомча безларининг патологик гиперплазиясида, хоаналар йўллари бекилишидан, нафас олиш қийинлашиб бола оғиз орқали нафас олишга мажбур бўлади. Натижада беморда аденоидга хос белгилар (юзини оқариб бироз шишиши, салқиганлиги, юқори лаб кўтарилган, оғизни очик бўлиши, пичиллаб гапириш, эшитиш қобилиятини бузилиши) пайдо бўлади.

Кўкрак қафасини кўздан кечирганда унинг шаклига (суяк тизимсига қаранг), нафас олишда унинг ҳар иккала бўлагини бир хилда иштирок этишига аҳамият берилади. Плевритда, сил бронхоаденитида, ўпка

ателектазида, сурункали пневмонияни бир томонда кўпроқ кузатилишида, шу томонда кўкрак қафасини нафас олишда орқада қолиши кузатилади. Бронхиал астмада, ўпка эмфиземасида кўкрак қафаси максимал нафас олган ҳолатдаги (бочкасимон) кўринишида бўлади, экссудатив плевритда жароҳатланган томонда кўкрак қафаси кўтарилиши, сурункали пневмонияда эса чўкиши кузатилади. Чақалоқ болаларда кўкрак қафасини кўтарилган бўлиб қолиши – пневмоторакс, пневмомедиастенумда кузатилади.

Қовурғалар оралиғини диафрагмага бириккан ерини нафас олганда бир оз ичга ботиши 3 ойгача бўлган болаларда меъёр ҳисобланиб, ундан катталарда қовурғалар юмшоқлигида (рахит) ёки инспиратор нафас қисиши билан кечувчи нафас йўллари касалликларида кузатилади. Бу ҳолатни кучли даражада бўлиши стенодик нафас олиш крупда кузатилади.

Кўкрак қафасини силжиб ҳаракатланиши (экскурсияси) сантиметр лентаси ёрдамида, тинч ҳолатда, максимал нафас олганда, максимал нафас чиқарганда ўлчанади. Бунда сантиметр лентаси олдинда кўкрак беши, орқадан курак суяги бурчагига қўйилади.

Текширишда нафас олишнинг типига аҳамият берилади. Эрта ёшли болаларда меъёрда қорин типини нафас олиши кузатилиб, бу ўғил болаларда ўзгаришсиз қолади. Қиз болаларда эса 5- 6 ёшлиқдан кўкрак типини нафас олиши кузатилади. Кўкрак қафаси экскурсиясини пасайиши ўпкани ўткир шишида, бронхиал астмада, ўпка фиброзида, диафрагма ости абсцессида, қовурғалар аро невралгияда кузатилади.

Текширишда яна нафас олишнинг ритмига ва сонига эътибор бериш керак. Кузатиш мумкин бўлган ҳаво етишмаслигида, нафас олиш сонини кўкрак қафасининг ҳаракатидан осонгина санаш мумкин. Катта болаларда санашни болага сездирмасдан, яхшиси ухлаб ётганда болада секингина қўлни кўкрагига ёки қорнига қўйиб ёки стетоскоп ёрдамида бажариш мумкин. Эрта ёшли болаларда стетоскопни варонкасимон уч қисмини боланинг бурнини олдига келтириб бир дақиқа ичида нафас олиш саналади.

Нафас олишнинг тезлашиши – **тахипноэ** дейилади. Нафас олишнинг тезлашиши қуйидаги ҳолатларда кузатилади: 1) ҳаяжонланганда, 2) оғир иш бажарганда, 3) тана ҳарорати кўтарилганда, 4) нафас олиш органлари шикастланганда, 5) юрак қон томир тизимси касалликларида, 6) кам қонликда.

Нафас олишнинг секинлашуви – **брадипноэ**. Болаларда нисбатан кам учрайди. Масалан, кома ҳолатларида (уремияда), захарланишда (масалан, уйқу доридан), мия босимининг кўтарилиб кетишида, чақалоқларда дистресс синдромни терминал босқичида кузатилади. Меъёрада нафас олиш сони билан пульснинг ўртасидаги нисбат 1 ёшда 1: 3,5 га, 1 ёшдан катталарда 1: 4 га тенг. Нафас олиш органлари шикастланганда бу фарқ ўзгариб, 1: 2 ёки 1: 3 га тенглашади.

Бемор нафас олганда ёрдамчи мушаклари иштирок эта бошлаши, нафас олишни қийинлашганидан, нафас қисиш бошланганидан далолат беради.

Нафас қисилишини формалари:

1. инспиратор нафас қисиши
2. экспиратор нафас қисиши
3. аралаш нафас қисиши
4. Шика нафас қисиши

Инспиратор нафас қисиши – юқори нафас йўллариининг торайиши ва ингичкаланишида (крупда, ёт жисм, ўсма ёки шиш пайдо бўлганда, трахея, бронхни туғма торайишида, орқа томоқ абсцессида ва б.лар) кузатилиб, бунда ҳаво олиш оғирлашади. Бунда бурун қанотларининг таранглашиши, қовурға оралиғининг, ошқозон атрофининг, ўмров соҳасининг ярим чуқурчасининг ичига тортилиши кузатилади.

Экспиратор нафас қисишида нафас чиқариш қийинлашади. Кўкрак қафаси кўтарилган ҳолда бўлиб, нафас олишда умуман иштирок этмайди. Нафас чиқараш қорин тўғри мушаклари иштирокида, баъзан хуштаксимон овоз чиқариш билан кечади. Нафас чиқариш эса секинлик билан давом этади. Бу эмфиземада, бронхиал астмада, астматик бронхитда кузатилади.

Аралаш нафас қисишда нафас олиш ва чиқариш қийинлашади. Нафас олиш процесси бунда одатда тезлашади. Бундай ҳолат кўпгина касалликларда кузатилади: ҳар хил ҳажмдаги бронхларнинг шикастланишида, пневмонияда, бронхитда кузатилади.

Шика нафас қисиши – экспиратор "пишиллаш" билан кечиб, бу тсил инфилтрати ёки лимфа тугунларини, ўпка илдизи, бронхларнинг пастки қисмини босишдан пайдо бўлади. Бунда нафас олиш жараёнида ҳаво тўсиқсиз ўтади. Кичкина болаларда хуррак отганга ўхшаш нафас туғма сифилисга хос бўлади.

Болаларда нафас олиш ритми ҳар хил бўлиши билан фарқ қилади. Чуқур бўлмаган нафас олиш ҳаракатларини чуқур нафас олиш ҳаракатлари билан алмашилиши нафас олишнинг марказий бошқарувини функционал етишмаслиги билан боғлиқ бўлади. Ритмнинг Чейн - Стокс, Биот, Куссмауль типларида ўзгариши нафас олишнинг оғир даражадаги бузилганлигини кўрсатади.

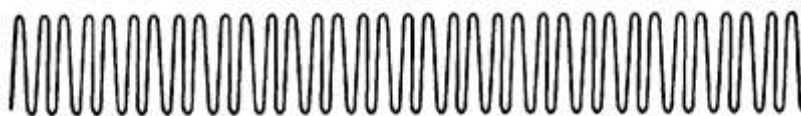
Чейн - Стокс типидан нафас олишда нафас олиш озгина паузадан кейин тикланади. Нафас олиш чуқурлиги ҳар нафас олганда катталашиб, ритми эса тезлашиб боради ва нафас олиш чўққисига чиққандан кейин нафас олиш аста - секин секинлашиб боради ва ниҳоят бир қанча муддатга тўхтади.



Биот типидан нафас олиш - Чейн - Стокс нафас олишидан фарқ қилиб, бунда танаффусдан олдин ва кейин нафас олиш ҳаракатларини тугаб ва бошланиши секин - аста бўлмай тўсатдан бўлади. Чейн - Стокс типидан нафас олиши менингитда, энцефалитда, морфин ёки бошқа токсинлар билан оғир захарланишда кузатилади. Биот нафас олиши ўткир ва сурункали мия қон айланиши етишмаслигида кузатилади.



Куссмауль типда нафас олиш "қувилган ҳайвон" нафас олишини эслатиб, бунда нафас олиш фақатгина нафаснинг тезлашиши ва чуқурлашиши билан ажралиб қолмасдан одатдаги танаффус (пауза) йўқлиги билан характерланади. Бундай нафас олиш нафас олиш бузилишининг оғир хилида учрайди.



Хаотик нафас—аритмик ва ҳар хил чуқурликдаги нафас.



Туғма зикир. Болалар нафас олганда баъзан чийиллаган шовқин эшитилиб, бу мушук хириллашига, каптар гуруллашига, товук қоқоғлашига ўхшаб кетади. Бу шовқин бола ҳаяжонланганда, йўталганда, йиғлаганда кучайиб, иссиқ хонада, ухлаганда, тинчиганида камаяди. Боланинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди. Касалликни кўпчилик муаллифлар ҳиқилдок ташқи ҳалқасининг чўмичсимон тоғайларини аномал тараққий этиши билан боғлашади. Зикир бола туғилгандан кейин тезда бошланиб, 2- 3 ёшларда йўқолиб кетади. Болада зикир кузатилганда айрисимон безнинг катталашмаганлигига, бронхоаденид, туғма юрак нуқсони йўқлигига ишонч ҳосил қилиш лозим бўлади.

4.4.4. Кўкрак қафасини пайпаслаш

Кўкрак қафаси пайпаслаш авваламбор кўриш натижаларини аниқлашга имкон беради. Пайпаслаш икки қўлда ўтказилади. Қўл қафтини ўрганилаётган соҳага симметрик қўйилади. Бунда тери қалинлигини, кўкрак қафаси оғриқларини, эластик ёки резистент (қаршилиқ кўрсатиш) ҳолатини, овоз титрашини аниқланади. Шикастланган томонда кўкрак қафаси терисининг қалинлашиши экссудатив плевритда кузатилади (Филатов симптоми). Кўкрак қафасида оғриқ қўйидаги ҳолатларда кузатилади: оғриқлар кўкрак қафасининг юза ёки чуқур қисмидан - плеврадан бўлиши мумкин, кўкрак қафасини юза қисмидаги оғриқлар кўкрак қафасининг юмшоқ тўқималари шикастланишида, зотилжамда, қовурғалар ораси мушаклари ва нервлари шикастланганда, қовурғалар ва курак шикастланганда кузатилади.



а



б

Расм 34. Овоз титрашни аниқлаш: а – олдиндан; б – ён томондан.

Кўкрак қафасининг чуқур қисмидаги плеврал оғриқ нафас олганда ва чиқарганда кучайиб, кўкрак ости соҳаларига берилади. Агарда кўкрак қафаси сиқилса оғриқ камаяди. Оғриётган томонга гавда букилса, оғриқ камаяди, невралгияда эса аксинча кучаяди. Кўкрак қафасини резистентлик ҳолатини

аниқлашда, болани олд ва орқа ёки ён томонидан кафт билан сиқиб текширилади. Ўпка тўқимасини қалинлашиб қолишида экссудатив плевритда, ўсма пайдо бўлганда қаршилиқ ортади.

Овоз титраши (*fremitus vocalis*) - бу кўкрак қафасининг бир хил жойларида икки томондан қўлларни қўйган ҳолда текширилади. Бунда касал кўкрак қафасини ҳаракатга келтирувчи р - товушли сўзларни айтади (трактор). Ёш болаларда - овозни титраши унинг йиғлаётган ёки қичқираётган пайтида текширилади. Меъёрда соғлом болаларда кўкрак қафасининг бир хил жойларида овозли титраш бир хил куч билан сезилади. Патологик ҳолатларда овоз титраши кўпайган, пасайган ёки умуман йўқолиши мумкин. Овоз титраши ўпка тўқимаси қалинлашганда, ҳамда ўпкада бўшлиқ пайдо бўлганда кузатилади. Семириб кетилганда, бронх йўли бекилганда, ўпка ателектазида овоз титраши сусаяди.



Расм 35. Кўкрак қафаси резистентлигини аниқлаш
1- олдиндан орқага; 2 – ён томондан

4.4.5 Нафас олиш тизимини перкуссияси

Бунда асосан боланинг тўғри ҳолатда, яъни кўкрак қафасининг тўғри симметрик жойлашишига аҳамият бериш керак. Агар кўкрак қафаси нотўғри ҳолатда бўлса, унинг симметрик соҳаларида перкуссия товуши бир хил бўлмай, янглиш хулосага келиб қолиш мумкин. Ҳали бошини ушламаган чақалоқларни қорни билан ётқизиб ёки болани чап қўлга олган ҳолда перкуссия қилиш мумкин. Бунда бола шифокорнинг чап қўлининг кафтида кўкраги билан ётади, шифокорнинг катта бармоғи боланинг чап қўлтиқ ости чуқурчасида, кўрсаткич бармоғи ўнг ўмров суяги устида ва бошқа бармоқлари кўкрак қафасининг ён томонида бўлади. 1 - 2 ёшдаги болаларни яхшиси столга қўйилган ёстикчага ётқизиб, катта болаларни эса тик турган ҳолатда перкуссия қилиш лозим. Бунда кўкрак қафаси перкуссия қилинганда касалнинг қўллари олдинга қовуштирилган бўлиши керак ва бемор олдинга озгина эгилади. Кўкрак олдини перкуссия қилганда бола қўлларини тушириш керак. Оғир касалларни ўтирган ҳолда перкуссия қилиш мумкин. Перкуссия билвосита ёки бевосита усулларда ўтказилади.



Расм.36. Бевосита перкуссия.



Расм.37. Билвосита перкуссия.

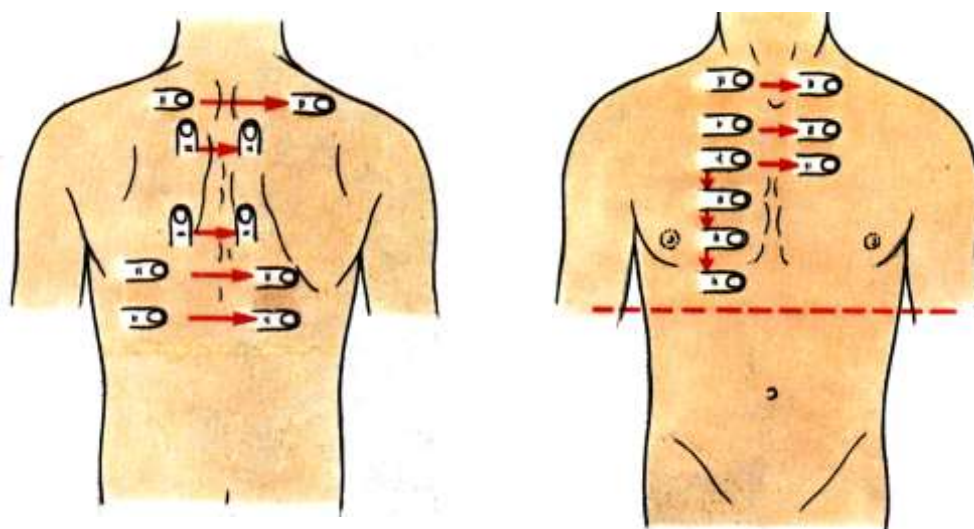
Билвосита перкуссия бармоқларни бармоққа уриш йўли билан ўтказилиб, бунда чап қўлнинг ўрта бармоғи ёки плессиметр, текшириладиган жойга яхшилаб қўйилади. Перкуссия қилганда ўнг қўлнинг ўрта бармоғи билан урилади, бу бармоқ бўғимларида ярим букилиши ва бошқа бармоқларга тегмаслиги керак. Перкуссия қисқа ва фақат қўлнинг бармоқ қисми билан бажарилиши шарт. Боланинг кўкрак қафаси эластиклигини ҳисобга олган ҳолда перкуссия зарби кучли бўлмаслиги керак. Перкуссия аниқ овоздан овознинг ўзгаришига қараб баҳоланади.

Бевосита перкуссия кўрсаткич ва ўрта бармоқлар ёрдамида қовурғаларга уриб кўриш йўлида ўтказилади. Перкуссия пайтида билан ҳаракатланмайди, фақатгина тирсак ва бармоқлар бўғимлари ёрдамида бўлади. Перкуссия енгил уриш йўли билан ўтказилиши керак, чунки бунда ҳаволи жойлардан ҳавосиз жойларга ўтишни аниқлаш осон бўлади.

Бевосита перкуссияни Образцов усулида ўнг қўлнинг кўрсаткич бармоғи ёрдамида сирғаниб боровчи ҳаракат билан ҳам ўтказиш мумкин. Бунда сезиш орқали тўқималар қаршилигининг ўзгариши баҳоланади. Перкуссиянинг бу методи асосан эрта ёшдаги болаларни текширишда қўлланади.

Перкуссия солиштирма ва топографик перкуссияларга бўлинади. Солиштирувчи перкуссия - кўкрак қафасининг симметрик жойларида ўтказилади. Ўпканинг ҳамма жойида ҳам ҳар доим бир хил тиник, иложи бориша паст товуш эшитилавермайди. Ўнг томонда жигар бўлганлиги учун перкуссия овози анча калта, чапдан олд томон пастки қисмида одатда тимпаник товуш эшитилади. Бу ерда Траубе майдони жойлашган. Ўпкада ҳар хил патологик ҳолатлар вужудга келганда перкуссия овозининг ўзгариши ҳар хил бўлади.

Топографик перкуссия воситасида ўпка ва унинг бўлақлари, ўпка тепа чўққиси чегаралари аниқланади. Ўпканинг перкуссия йўли билан топографик чегарасини аниқлаш учун бармоқ - плессиметрни қовурғага параллел қўйилади, курак суяклари орасидаги соҳа эса умуртқага параллел қўйилади.



Расм 38. Солиштирма перкуссия: чапда -орқадан; ўнгда –олдиндан

Ҳар хил ёшдаги болаларда ўпканинг тепа чўққи чегараси турлича бўлади. Бунинг учун бармоқ - плессиметр ўмов суяги устига қўйилади ва бунда sternocleidomastoideus мушакнинг ташқи қиррасидан юқорига перкуссия қилиб, токи перкуссия товушини бўғила бошлаши пайдо бўлгунча борилади. Меъёрда бу масофа ўмов суягининг ўртасидан 2 - 4 см масофада жойлашган бўлади. Белгини бармоқ плессиметрда аниқ товуш эшитилган чегарасига қўйилади. Орқадан плессиметр *spinascapula* га қўйилади ва 7 бўйин умуртқасига қараб перкуссия қилиб борилади. Бўғила бошлаган товуш пайдо бўлган захотиёқ перкуссия тўхтатилади. Меъёрда орқадан ўпка чўққисининг баландлиги 7- бўйин умуртқасининг ўткир ўсимтаси даражасида аниқланади.

Кренинг майдони кенглигини аниқлаш. Кренинг майдони елкадан бўйингача борадиган эни 4 - 6 см бўлган аниқ товуш чизиғини англатади. Бармоқ - плессиметри трапециясимон мушакнинг қиррасини ўртасига қўйилади. Бу нуқтадан навбатма-навбат елкага ва бўйинга қараб товуш бўқиқлашгунча перкуссия қилиб бориш керак. Шу икки узоқлашган нуқталар орасидаги аниқ товуш эшитилган масофа Кренинг майдони кенглигини кўрсатади. Перкуссия орқали ўпканинг пастки чегаралари ҳамда пастки қирраларини экскурсияси аниқланади.

Патологик ҳолатда ўпка чегараси ўзгаради. Ўпка чегарасининг пастга кенгайиши эмфиземада ва ўпкада шиш бўлганда ёки диафрагманинг пастда турганлигида (қорин бўшлиғидаги органларнинг пастга тушишида) кузатилади.

жадвал 2

Ўпкани пастки чегаралари.

Тана чизиқлари	Ўнг ўпка	Чап ўпка
Ўрта ўмров	VI қовурға	аниқланмайди
Ўрта қўлтиқ ости	УШ қовурға	IX қовурға
Курак	IX қовурға	X қовурға
Паравертебрал	XI-Кўкрак умуртқасининг ўткир ўсимтаси соҳасида	XI-Кўкрак умуртқасининг ўткир ўсимтаси соҳасида

Ўпканинг пастки чегараси қуйидаги ҳолларда кўтарилган ҳолатда бўлади.

1. Ўпка бужмайишида (кўпроқ бир тарафлама узоқ чўзилган яллиғланишда).
2. Ўпкани газ ёки плеврадаги суюқлик билан итарилишида.
3. Қорин бўшлиғидаги босим ҳисобига диафрагманинг кўтарилиши, диафрагмани орган билан ёки суюқлик билан кўтарилиши (жигар, талок катталашганда, газ ёки сув йиғилганда).

Ўпканинг пастки чегарасини экскурсияси қуйидагича олиб борилади: қўлтиқ ости орқа ва қўлтиқ ости ўрта чизиғи бўйича ўпканинг пастки чегараси аниқлангач, касалга чуқур нафас олиб ушлаб туришини илтимос қилиб ўпканинг пастки тушиш нуқтаси аниқланади (белгини аниқ товуш эшитилган жойга қўйилади). Худди шундай нафас чиқарганда ҳам аниқланади, бунинг учун касалдан чуқур нафас чиқариб туришини сўралади. Ёш болаларда ўпка экскурсиясини йиғилганда ёки бақирганда аниқлаш мумкин.

Ўпка экскурсиясининг камайиши қуйидагиларда кузатилади:

1. Ўпка тўқимасининг эластиклигини йўқолишида эмфизема ва бронхиал астмада;
2. Ўпка тўқимасининг бужмайишида;
3. Яллиғланишда ёки ўпка тўқимасининг шишида;
4. Плевра пардаларида ёпишқоқлик пайдо бўлганда;

Ўпка ҳаракатининг умуман бўлмаслиги қуйидагиларда бўлади:

1. Плевра бўшлиғини суюқлик (плеврит, гидроторакс) ёки газ билан (пневмоторакс) тўлиб қолишида;
2. Плевра бўшлиғини бутунлай битишиб кетганида;
3. Диафрагма параличида.

Меъёردа перкуссия қилинганда ўпкада тиниқ ўпка товуши эшитилади. Аммо, бу товуш баъзи органлар (жигар, ошқозон) яқинида ўз характерини ўзгартиради. Патологик ҳолатларда перкутор товуши бўғиқлашган, бўғиқ, тимпаник, қутисимон бўлиши мумкин. Перкутор товушнинг бўғиқлашган ёки бўғиқ бўлиши патологик жараёни интенсив кечиш даражасига боғлиқ бўлиб, қуйидаги ҳолатларда кузатилади:

1. Ўпкада ҳаво камайганда:

- А) ўпка зотилжамида;
- Б) ўпка тўқималарига қон қуйилганда;
- В) ўпкада шиш пайдо бўлганда;
- Г) ўпкада чандиқли ўзгаришлар бўлганда;
- Д) ўпка ателектазида.

2. Ўпкада ҳавосиз тузилма пайдо бўлганда:

- А) ўсмаларда;
- Б) ўпкада бўшлиқ пайдо бўлиб, унда суюқлик йиғилганда.

3. Плевра оралиғига суюқлик йиғилиб қолганда.

Баъзан перкуссияда ўпка товуши нисбатан жаранглироқ бўлади - бунга тимпаник товуш дейилади.

Тимпаник товуш қуйидаги жойларда эшитилади.

1. Ўпканинг ўзида ҳаво тутган бўшлиқ ҳосил бўлганда (тсил кавернасида);
2. Абсцесслар ёрилганда, ўсмалар ёрилганда;
3. Бронхоэктазлар ҳосил бўлганда;
4. Пневмотораксда.

Қутисимон товуш - бу жуда баланд товуш бўлиб, худди бўш қутига ургандек товуш чиқади - бу асосан эмфиземада, ўпкада ҳаво кўпайганда эшитилади.

Ўпкада девори силлиқ, катта бўшлиқлар бўлганда перкуссияда худди металга урганда чиқадиган товуш ҳосил бўлади. Агар шундай бўшлиқ ўпкада юза жойлашиб ингичка бронхлар билан бириккан бўлса - "дарз кетган кўза" дан чиққан товушга ўхшаш товуш эшитилади.

Перкуссия орқали трахеобронхиал, трахея бифуркацияси, ўпка илдизи лимфа тугунларининг ҳолатини ҳам аниқлаш мумкин. Филатов пиёласи симптоми. Бунда I-II қовурғалар оралиқларида ўнг ва чап томонлан тўш суяги томон перкуссия қилинади. Меъёрда перкуссия товушини бўғиқлашуви тўш суяги устида аниқланади. Агарда перкуссия товушини бўғиқлашуви тўш суягига етмай эшитилса, бунда симптом ижобий ҳисобланади. Филатов симптомида - перкуссия товушини бўғиқлашуви тўш суягини дастаси соҳасида кузатилади. Филатов ва Философов симптомларини ижобий бўлиши - олдинги кўкс оралиғи лимфа тугунларини катталашганини кўрсатади. Трахеобронхиал лимфа тугунларини катталашшида VII бўйин умуртқаси соҳасида терининг юзаки капилляр қон томирлари кенгайган бўлади (Франко симптоми).

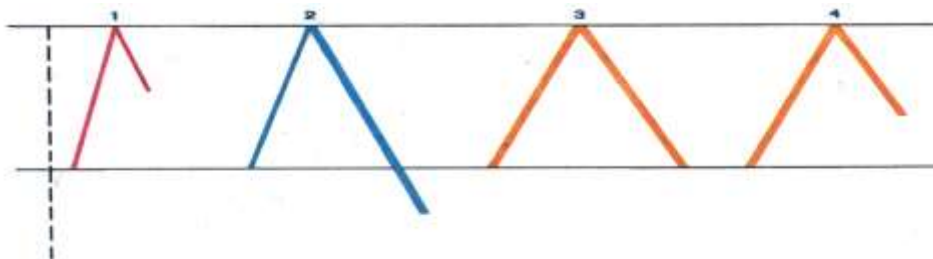
Кораньи симптоми - бунда 7-8 -кўкрак умуртқасининг ўткир ўсимтаси бўйлаб пастдан юқорига қараб бевосита перкуссия қилинади. Меъёрда перкуссия товушининг бўғилиши кичик ёшлик болаларда II кўкрак умуртқасида, катта ёшли болаларда IV кўкрак умуртқасида эшитилади. Агарда бўғиқ перкутор товуш кўрсатилган умуртқалардан пастки соҳаларда эшитилса, бифуркация лимфа безларининг катталашганлигидан далолат беради.

Аркавин симптоми - бунда олдинги кўлтиқ ости чизиғидан пастдан юқорига кўлтиқ остига караб перкуссия қилинса, меъёрда бу соҳада бўғиқ перкуссия товуши эшитилмайди. Агар эшитилса бу бронхопальмонал лимфа безларининг катталашганидан далолат беради. Бунда паравертебрал чизиғида ўпка илдизи соҳасида ҳам перкуссия товуши бўғиқлашган бўлади.

4.4.6 Нафас олиш тизимини аускультацияси

Бунда беморнинг ўтирган ёки ётган ҳолатларида эшитиб кўриш мумкин. Эшитганда авваламбор нафас шовқини ҳаракатига эътибор бериб, баҳолаш керак.

Янги туғилган чақалоқларда ва 3-6 ойлик болаларда суст нафас олиш эшитилади. 6 ойдан 5-7 ёшгача пуэрил нафас олиш эшитилиб, бу кучайган везикуляр нафас олишни эслатади. Бунда нафас товуши нафас олишнинг ҳар икки фазасида кучлироқ ва давомлироқ бўлади. Пуэрил нафас олишнинг пайдо бўлишига бронх йўллариининг торлиги, қисқалиги, кўкрак қафасининг эластиклиги, кичиклиги ҳамда интерстициал тўқималарнинг ривожланганлигидан, ўпка тўқимасида ҳавони кам бўлиши сабаб бўлади. 7 ёшдан катталарда везикуляр нафас олиш эшитилади. Везикуляр нафас олиш «ф» ҳарфи товушини эслатиб, бунда нафас чиқариш нафас олишнинг 1/3 қисмини ташкил этади.



Расм 39. Нафас турлари: 1-везикуляр; 2- бронхиал; 3-4 – пуэриль

4.4.7 Нафас олиш тизимининг касалликлар семиотикаси

Патологик нафас турлари

Суст нафас олиш. Бу хилда нафас олиш тўла ва ҳолсиз болаларда, чала туғилган болаларда бўлади: ўпка эмфиземасида, ўпканинг бир қисмида нафас йўли беркилиб қолиши, ўпкани суюқлик (плеврит), ҳаво (пневмоторакс) билан сиқиб қўйишида, плевра пардасини қаттиқ қалинлашиб кетганида, ўпка яллиғланишининг бошланғич ва охири давларида, альвеола эластиклигининг бузилишида кузатилади.

Қаттиқ нафас. Майда бронхларни торайишида (уларни яллиғланиши ёки спазми ҳисобига) пайдо бўлиб (нафасни кучайиши нафас чиқариш ҳисобига бўлади) бу бронхиолит, астма хуружида кузатилади.

Қаттиқ (дағал) нафас. Бунда меъёрада везикуляр нафас олишнинг кўполланиши ва нафас чиқаришнинг чўзилиши кузатилади. Бу бронхитда ва бронхопневмонияда кузатилиб, майда бронхларнинг жароҳатланганини кўрсатади. Бундай касалликларда яллиғланиш натижасида ажралиб чиққан экссудат бронхлар кенглигини торайтиради, бу эса шу типдаги нафас олишга шароит яратади.

Бронхиал нафас. Бронхиал нафас олиш «Х» ҳарфи товушини эслатиб, бунда нафас чиқариш нафас олишга қараганда ҳар доим кучлироқ ва давомлироқ бўлади.

Соғлом болаларда бронхиал нафас ҳиқилдоқ устида, трахеяда, курак суяклари аро соҳасида 3-4- кўкрак умуртқаси оралиғида эшитилади.

Патологик ҳолатларда бронхиал нафас олиш ўпка тўқимасининг қалинлашиб дағаллашишида (сегментар ёки бўлаклараро зотилжамда, ўпка абсцессида) эшитилади.

Амфорик нафас. Амфорик нафас олиш бронхиал нафас олишнинг бир тури бўлиб, у кучли ва мусиқа товушларига ўхшаган бўлади. Бундай товушни текис бўшлиқлар устида (бронхоэктаз ва каверна) эшитиш мумкин.

Хириллашлар. Ўзининг табиати бўйича қўшимча шовқин бўлиб, улар нафас йўлларида суюқлик, қон, шилимиқ моддаларни ҳаракатга келишидан ҳосил бўлади.

Хириллашлар қуруқ ва нам бўлади.

Қуруқ хириллашлар бронхларнинг шиллиқ қаватида шиллиқ ипларнинг ҳосил бўлишидан келиб чиқади. Нафас олиш пайтида ҳаво оқими бу ипларни мусиқа асбобининг ториға ўхшатиб ҳаракатга келтиради. Бошқа ҳолларда шишиб кетган бронхларнинг қавати ҳаво оқимиға қаршилиқ кўрсатиши натижасида товушларнинг ҳосил бўлиши келиб чиқади. Қуруқ хириллашлар овози бўйича ҳуштак овозиға ва мусиқа асбобининг овозиға ўхшаган бўлиб, юқори ёки паст товушда эшитилиши мумкин. Улар ўзгарувчанлиги билан ажралиб туради. Улар ларингит, фарингит, бронхит касалликларида учрайди.

Нам хириллашлар. Бунда бронх ва бронхиолаларда суюқлик йиғилиши натижасида нафас олиш ва чиқариш пайтида келаётган ҳаво оқими пуфакчалар ҳосил қилади. Овози бўйича улар сув пуфакларининг ёрилишини эслатади. Нам хириллашлар катта бронхларда, бронхоэктазда, кавернада, майдалари эса жуда кичик бронхларда (бронхиолитда) эшитилади. Майда пуфакли хириллашларни аҳамияти муҳим бўлиб, кўпинча улар яллиғланиш жараёнини ўпка тўқимасиға тарқалаётганидан далолат беради. Катта пуфакли хириллашлар пайдо бўлиши асосан маълум бўлса ҳам айрим пайтларда муҳим аҳамиятга эга бўлади. Чунончи, бундай товушларнинг катта бронхлари йўқ ўпка бўлакларида пайдо бўлиши каверна борлигидан далолат беради.

Ўпка яллиғланишининг бошланиши даврида ва сил инфильтрацияланишининг бир неча турларида, ўпка инфарктида майда хириллашлардан фарқли равишда крепитация эшитилади.

Крепитация. Крепитация келиб чиқишиға сабаб ёпишиб ётган бронхиола, альвеола деворларининг нафас олиш пайтида кирган ҳаво таъсирида ажралишида пайдо бўлади. Крепитация фақат нафас олиш пайтида

ҳосил бўлади. Крупоз пневмонияда касалликнинг 1-3- кунлари (crepitatio indur) экссудатни қуйилиш даврида, 7-10- кунлари (crepitatio redux) - экссудатни сурилиш даврида крепитация эшитилади.

Боланинг биринчи яшаш ойларида хириллаш кўп ҳолларда қийин эшитилади. Бунга кўкрак қафасининг экскурсиясининг бўшлиғи сабаб бўлади.

Плевранинг ишқаланиш шовқини. Плевранинг париетал ва висцерал пардаларнинг ишқаланиши натижасида ҳосил бўлади ва қуйидаги патологик ҳолатларда эшитилади: 1. Плевранинг яллиғланиши натижасида у фибрин билан қопланиб, унда яллиғланган ўчоқлар ҳосил бўлиб, кейин эса плевра сатҳида нотекис ғадир - будирлар ҳосил бўлганда. 2. Яллиғланиш натижасида плеврада нозик ёпишишлар пайдо бўлганда. 3. Плевра юзасида ўсма бўлганда, плевра силида. 4. Танадан кўп суюқлик йўқотилганда. Баъзан плеврани ишқаланиш шовқини крепитацияга ўхшаб кетади. Крепитация ва пуфакчали хириллашлардан плеврани шовқини қуйидагилар билан ажралади: 1. Йўталгандан баъзан майда пуфакли хириллашлар йўқолади, плеврани ишқаланиш шовқини эса ўзгармай қолади. 2. Плеврани ишқаланиш шовқини нафас олишнинг ҳар икки фазасида, крепитация эса фақат нафас олганда эшитилади. 3. Бемор оғзи ва бурнини беркитиб нафас олганда (бронхларда ҳаво ҳаракати камайганда) хириллашлик эшитилмайди, плевранинг ишқаланиш ҳаракати товуши эса эшитилади. 4. Фанендоскоп билан кўкрак қафасига босилса плеврани ишқаланиш шовқини зўраяди, крепитация эса ўзгаришсиз қолади. 5. Плеврани ишқаланиш шовқини юзароқда, майда пуфакчали хириллаш ўпканинг чуқурида эшитилади.

Нафас олиш тизимининг жароҳатланиш синдромлари.

Нафас олишнинг етишмаслиги синдроми. Баъзи касаллик ҳолатларида организмни ҳаво билан етарлича таъминланмаслиги оқибатида бемор болада нафас олишни етишмаслиги синдроми кузатилади. Бу ҳолат нафас олганда

хавода кислород босими кам бўлганида, нафас олиш ва юрак қон- томир тизимини жароҳатланишида, оғир кечувчи камқонликда ва қон таркибини ўзгаришида (қон орқали газни тўқимага етказишни бузилишидан), тўқима гипоксияси ҳолатларида (хужайраларда ферментатив жараёни бузилишидан) кузатилади. Беморларда кўпинча келиб чиқиш механизмига кўра аралаш формадаги нафас олишни етишмаслиги учраб, бу турли хил даражадаги оғирликда кечиши мумкин.

Нафас олишнинг етишмаслигини 4 даражаси фарқланади.

1 – даражали нафас олишни етишмаслиги клиник белгиси тинч ҳолатда кузатилмай, енгил жисмоний ҳаракат натижасида енгил даражада нафас қисишлик, тахикардия, лаб атрофларини биров кўкариши симптомлари пайдо бўлади. Бунда қоннинг кислородга тўйинганлиги меъёردа ёки 90% гача камайган бўлиши мумкин (PO_2 – 80-90 мм симоб устуни) га тенг бўлади.

2 – даражали нафас олишнинг етишмаслигида беморнинг тинч ҳолатида ҳам ўртача меърада нафас қисишлик (нафас олиш сони меърдан 25% га ошган), тахикардия ва лаб атрофларини кўкариши кузатилади. Қонни кислородга тўйинганлиги 70 – 80% гача камайган бўлади (PO_2 70 – 80 мм симоб устунига тенг бўлади).

3 – даражали нафас олишнинг етишмаслигида нафас олишлик жуда тезлашган (меъерга нисбатан 50% га ошган), тахикардия, терида ерсимон рангда кўкаришлик, терлашлик кузатилади. Қоннинг кислородга тўйинганлиги 70% дан кам бўлади (PO_2 70 мм симоб устунидан кам).

4 – даражали нафас олишнинг етишмаслигида гипоксемик кома ҳолати кузатилади. Бунда бемор ҳушсиз бўлиб, нафас олиш ритми бузилган (вақти – вақти билан юзаки), терида умумий кўкаришлик кузатилади. Бўйин вена томирлари бўртган, артериал қон босими жуда пасайган бўлади. Қоннинг кислородга тўйинганлиги 50% дан кам (PO_2 50 мм симоб устунидан кам). Нафас олишнинг етишмаслиги ўткир ва сурункали кечиши мумкин. Нафас олишнинг етишмаслиги кўкрак ёшидаги болаларда айниқса чақалоқларда кўп учрайди.

Нафас олиш функциясини ўзгариши.

Туғилгандан кейинги асфиксия – бунда чақалоқ нафас олишининг бузилиши кузатилиб, бу ҳомила тугагунча ёки туғилиш даврида текган салбий таассурот натижасида пайдо бўлади.

Янги туғилган бола ҳолатини Апгар шкаласи бўйича, туғилгандан кейин 1 дақиқа, такроран 5 дақиқадан кейин аниқланиб, 5 та асосий кўрсаткич: юрак ритми, нафас олиш фаоллиги, мушак тонуси, терининг ранги ва рефлектор кўзгалувчанлик бўйича баҳоланади. Ҳар бир кўрсаткич уч баллик тизим (0 – 1 – 2) бўйича баҳоланади. Соғлом болаларда 8 – 10 балл кузатилиб, 6 – 7 балл енгил, 4 – 5 балл ўртача оғирликда, 1 – 3 балл оғир асфиксия деб баҳоланади.

жадвал 3

Апгар шкаласи.

Симптомлар:	Баллар		
	0	1	2
Тери ранги	Кўкариб, оқарган	Тана пушти рангда, оёқ-қўллари кўкимтир	Бутун гавда териси пушти рангда
Томир уриши сони (1 дақиқада)	Аниқланмайди	100 тагача	100 дан кўп
Тери ёки шиллик қаватни китиклашга жавоб	Аниқланмайди	Юзини бужмайтиради (гримасса)	Йўтал, аксириш, қийқирик
Мушаклар тонуси	Оёқ– қўлларда осилган ҳолда	Оёқ-қўлларида тўлиқ бўлмаган ҳолда бўлади	Фаол ҳаракат
Нафас олиш ҳаракати	Аниқланмайди	Секин-аста, мунтазам эмас	Фаол, қаттиқ қийқирик

Чақалокларда респиратор дистресс синдром. Касаллик оғир формадаги нафас олиш етишмаслиги билан кечиб, бунда боланинг кийқириғи жуда секин ёки бутунлай эшитилмайди. Тери оқарган ёки кўқарган, мушаклар тонуси жуда паст, ихраб нафас олади. Касаллик нафас олиш аъзоларининг аномалиясида ёки ҳар турдаги жароҳатланишида, асфиксияда, туғма ёки перинатал инфекциялар ва бошқа таассуротлар натижасида майдонга келади. Болани кўриқдан ўтказишда ундаги клиник белгиларга асосланиб, касалликнинг оғир енгил кечиши тўғрисида тасаввур қилиш мумкин.

Трахеит этиологияси бактериал жароҳатланиш бўлса, касаллик юқори нафас йўллари жароҳатланиши ёки крупга хос йўтал билан бошланиб, кейинчалик бемор аҳволи оғирлашади. Беморда токсикоз ҳолати ва инспиратор нафас қисиш кучаяди. Ўпка устида перкутор, аускультатив ўзгаришлар кузатилмайди.

Бронхит. Этиологияси. Болаларда касалликни асосан респиратор вируслар чақириб, тоза бактериал бронхит камдан – кам учрайди. Аммо вируслар таъсирида бактерияларни фаоллашуви одатий ҳол бўлиб, касалликни бактериялардан кўпинча стафилококк, стрептококк, пневмококклар чақиради. Бронхитда касалликка берилувчанлик муҳим ўрин тутаяди. Шулар сабабли баъзи болалар бошқаларга нисбатан бронхит билан кўпроқ оғрийди. Бронхит баъзи болаларда инфекция касалликларини, жумладан қизамиқ, кўк йўтални одатдаги клиник кўриниши ҳисобланади.

Клиникаси. Бронхитни асосий симптоми йўтал бўлиб, касаллик бошланишида куруқ, баъзан давомли кўкракда оғриқ билан кечади. Иккинчи ҳафталарда йўтал юмшаб, бемор шилимшиқ, шиллиқ – йирингли балғам ажрата бошлайди. Перкуссия товуши ўзгармаган бўлади, баъзан ўпкани ҳаво сифими ошганда қутисимон товуш эшитилади. Аускультацияда куруқ ёки йирик ва ўрта калибрли нам хириллашлар эшитилади. Агарда патологик жараёнга майда бронх ва бронхиолалар ҳам қўшилса, майда пуфакчали

хириллалар пайдо бўлиб, улар сони йўталганда кўпаяди. Бронхит асосан икки томонлама бўлиб, баъзан бир томонлама ҳам бўлиши мумкин.

Рентгенологик ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин, аммо кўпинча, айниқса эрта ёшдаги болаларда бронх – қон томирлар кўринишини икки томонлама бир меъёردа кучайиши кузатилади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти критерияси бўйича, агарда балғамли ҳўл йўтални йил давомида 3 ой ёки ундан кўп давом этиши, кетма – кет икки йил давомида сақланиб туриши сурункали бронхитга хосдир.

Обструктив (спастик) бронхит. Бунда ҳам бронхитга хос симптомлар кузатилади, аммо обструктив синдромлар: экспиратор нафас қисиш, кўкрак қафаси кенгайган, перкуссия товушини қути товушига оид бўлиши, нафас чиқаришни чўзилиши ва бунда хуштаксимон хириллаларни эшитилиши жуда ривожланган бўлади. Бунда бронх йўлларида яллиғланиш инфильтрациясини, кўп миқдорда шиллиқли суюқликлар ва шишни пайдо бўлиб, бронх йўлларида туриб қолиши обструкцияни пайдо бўлишига олиб келади. Агарда бунда бронх йўллари бутунлай беркилса, ўпканинг ўша сегменти ёки бўлагида хириллалар йўқолиб, нафас товушлари жуда пасаяди ёки умуман эшитилмайди.

Бронхиолит. Касаллик эрта ёшдаги болаларда, айниқса туғилишнинг биринчи ойларида нисбатан кўп учрайди. Одатда оилада катталар энгил респиратор инфекция ўтказганда бола тезда касалланиб қолади.

Клиникаси. Касаллик бошланишда энгил тумов субфебрил температура билан бошланиб, 2-3 кун ўтгач бемор аҳволи тезда оғирлашади. Бунда нафас қисиш (ёрдамчи мушаклар иштироки билан), бурун қанотларини кенгайиши, оғиз атрофи соҳасини кўкариши пайдо бўлади. Обструктив жараёни кўпайиши билан бемор бетоқатланиб, нафас олишни етишмаслиги ортади. Нафас олиш сони 1 дақиқада 70 – 90 га етади. Перкуссияда қоробқа товушига оид товуш эшитилади. Аускультацияда мусиқасимон, хуштаксимон қуруқ ва кўп миқдорда майда пуфакчали хириллалар эшитилади. Рентгенологик

текширишда ўпка бўлаклари тиниклигини ҳамда бронх қон -томир кўринишини ортиши кузатилади.

Зотилжам. Этиологияси. Зотилжамни бактериял қўзғатувчиси пневмококк, стафилококк, стрептококк, гемофилус инфлюэнца Пфейффера, клебсиелла (Фредлендера) ҳисобланади. Аммо кўпинча анамнезда ўтказилган респиратор вирус инфекцияси қайд қилинади. Клиникаси. Касаллик бошланишидаёқ унинг оғир энгил кечишига мос равишда бемор ҳолатини оғирлашиши фебрил температура, нафас қисиши, тахикардия, бурун -лаб учбурчагини кўкариши кузатилади. Ўпканинг жароҳатланган соҳасида перкуссия товушини бўғилиши кузатилиб, шу соҳани ўзида пасайган, дағал ёки бронхиал нафас товушлари эшитилади. Агарда жароҳатланган соҳа кичик бўлса, перкутор ўзгариш ноаниқ бўлиб, шу соҳани ўзида бир тутам майда пуфакчали хириллашлар эшитилади. Одатда касалликни биринчи кунлари хириллашлар эшитилмай, яллиғланишни орқага қайтиши бошларида эшитилади. Зотилжамда майда пуфакчали хириллашларни юқори жарангдорликда эшитилиши хосдир.

Рентгенологик текширишда ўпка сегменти ёки бўлаги соҳасида қора сояларни кузатилиши орқали сегментар ёки ўпка бўлаги зотилжамси ташхиси тасдиқланади. Майда ўчоқли зотилжамда, ҳар бир ўчоқни сояси кичик бўлганлиги сабабли, рентген орқали аниқлашни иложи бўлмайди. Бунда майда ўчоқлар бир бирига қўшилиб, яхлит инфильтрация кўринишини беради. Стафилококк зотилжамни бошланиш даврида рентгенда дунг чегаралик, қаттиқ, йирик соя кузатилиб, одатда бу бутун ўпка бўлагини эгаллаган бўлади.

Плеврит. Плеврани яллиғланиш касаллиги бўлиб, мустақил касаллик ёки зотилжамни қолдиги сифатида пайдо бўлади.

Қуруқ плеврит – ўпкани ўткир бактериял инфекциясида, силда, коллагенозда кузатилади.

Клиникаси. Қуруқ плевритга оғриқ синдроми хос бўлиб, бу нафас олганда кучаяди ва қовурғалар бўйлаб диафрагма жароҳатланганда эса қоринга

тарқалади. Бемор оғрикни камайтириш мақсадида касал томонга ён бошлаб ётишга ҳаракат қилади. Аускультацияда жароҳатланган томонда нафас шовқини пасайиши ва плеврани ишқаланиши эшитилади.

Серозли плеврит. Келиб чиқишига қараб специфик (силда) ҳам носпецифик (пневмококк, стрептококк, грипп вируси таъсирида) бўлади.

Йирингли плеврит. Кўпинча зотилжамни қолдиги сифатида, баъзан эса мустақил равишда пайдо бўлади.

Клиникаси. Беморни аҳволи оғир бўлиб, фебрил температура тезда гектик характердаги температурага алмашинади. Нафас олишни етишмаслиги зўрайиб боради. Бемор чуқур, ҳўл йўталади.

Экссудатив ёки йирингли плевритда агар суюқлик плевра соҳасининг бир томонлама кўп қисмини эгаллаган бўлса, унда нафас олишда кўкрак қафасини ярми (касалланган томон) орқада қолади. Перкуссияда Эллис – Дамуазо – Соколов чизиғи аниқланади, бунда бўғиқ перкуссия товушининг юқориги чегараси орқа аксилляр чизиғининг юқориги қисмида бўлиб, бу ердан у ичкарига ва пастга қараб боради. Бу чизиқ плеврадаги суюқликнинг энг баланд туриш сатҳини кўрсатади. Бунда ўпка суюқлик туфайли илдиз томон сурилган бўлади. Жароҳатланган тарафда учбурчак шаклида бўғиқ тимпаник товуш (Гарлянд учбурчаги) ҳосил бўлади. У қисилган ўпка соҳасига тўғри келади. Унинг гипотенузаси – Соколов – Дамуазо чизиғининг давоми, катети эса умуртқа поғонаси ва Соколов – Дамуазо чўққисидан туширилган перпендикуляр чизиқ бўлади. Соғ тарафда ҳам учбурчак ҳосил бўлиб, бунга Раухфус – Грокко учбурчаги дейилиб, бу кукс оралиғидаги аьзоларининг сурилиши натижасида пайдо бўлади. Бунда перкуссияда бўғиқ товуш эшитилади. Унинг бир катети – умуртқа поғонаси, иккинчиси эса – ўпканинг пастки чегараси, гипотенузаси – Соколов – Дамуазо чизиғида бўлади.

Аускультацияда нафас товуши ва хириллашликни жуда пасайган баъзан эса эшитилмас даражада бўлишлиги кузатилади. Рентгенологик ва плевра

суяқлигини текшириш орқали плеврит диагнози ва унинг этиологияси тасдиқланади.

Назорат учун саволлар

1. Нафас олиш тизими анатомик хусусиятлари
2. Нафас олиш тизими физиологик хусусиятлари
3. Болаларда нафас олиш органларини кўздан кечириш
4. Кўкрак қафасини пайпаслаш
5. Нафас олиш тизимини перкуссияси
6. Перкуссия турлари
7. Ўпка чегараларини аниқлаш
8. Нафас олиш тизимини аускультацияси
9. Нафас олиш шовқинлари (бронхиал, везикуляр ва пуэрил нафас)
10. Нафас шовқинларини эшитиш жойлари
11. Патологик нафас турлари
12. Нафас тизими касалликлари симптом ва синдромлари
13. Нафас етишмовчилик синдроми

Таянч сўзлар: нафас, перкуссия, аускультация, зотилжам.

4.5 ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМИ

Юрак қон -томир тизими ҳомилаликда, шу тизимни муртакчаси пайдо бўлиш пайтидан, токи бола балоғатга етгунча морфологик ва физиологик жихатдан муттасил ўзгариб боради. Ҳар бир болалик давридаги бу ўзгаришларни ўрганиб билиб олиш, юрак қон томир тизимсидаги ўзгаришларни ўз вақтида баҳолаб олиш имкониятини беради.

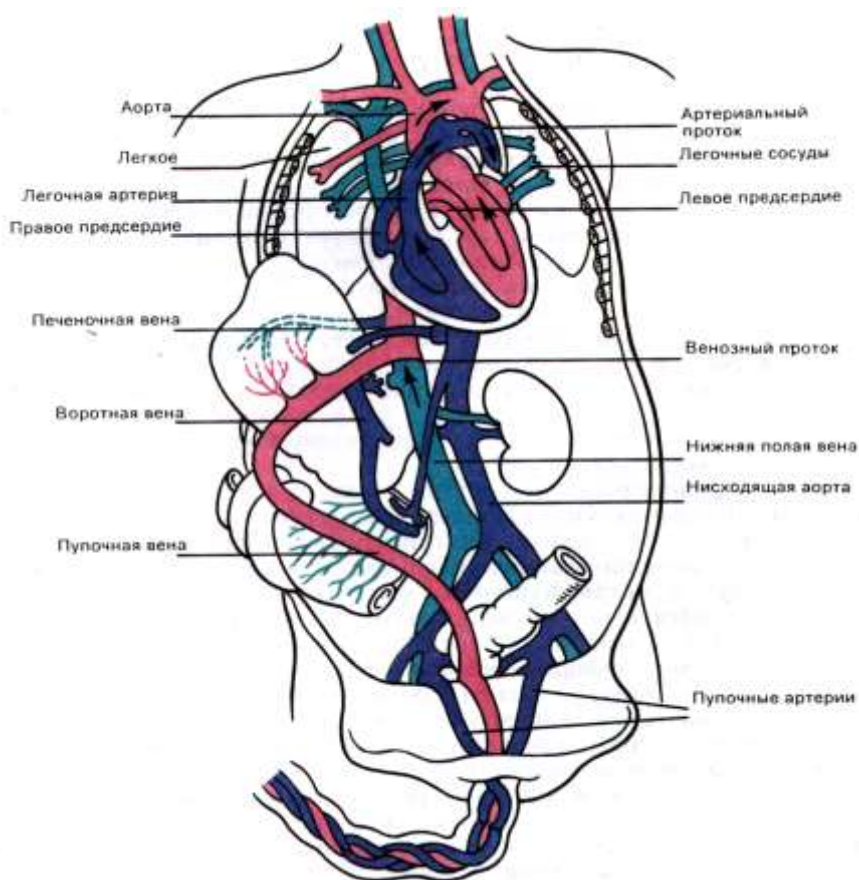
Юракнинг ривожланиши ҳомилаликнинг иккинчи - учинчи хафтасидан, иккита алоҳида жойлашган юрак муртакчасининг пайдо бўлган вақтидан бошланади. Ҳомилаликнинг 4-хафтаси охирларидан, бўлмача ва қоринча йўналишига қоринчалараро ўйиқчага тўғри келадиган ҳолда, юракнинг мушак қисмидан қоринчалараро пардевор (septum inter ventriculare) ўсиб, юқоридан бироз жой қолган ҳолда қоринчани иккига, ўнг ва чапга бўлади. Кейинчалик юқорида қолган жойни фиброз тўқимаси тўлдиради. Демак, қоринчалараро пардевор икки қисмдан пастки мушак ва юқориги фиброз тўқималаридан ташкил топган бўлади.

Юракнинг ўтказувчи тизими жуда эрта, эмбрионнинг 28-30 кунлик вақтидан тараққий эта бошлайди. Бу тизим ривожланиш жараёнида асаб хужайралари ва қон- томирларга жуда бой таъминланган бўлади.

4.5.1 Ҳомилада қон айланиши

Ҳомилада қон айланиш - ҳомила она организми билан йўлдош орқали боғланган бўлиб, у орқали ўзини ўсиши, ривожланишига зарур бўлган моддаларни, қабул қилади ва модда алмашинув жараёнида ҳосил бўлган моддаларни чиқаради. Эмбрионал ҳаётни бошланғич, токи хорион ворсинкалари ва киндик қон томирлари пайдо бўлгунча бўлган даврларда ҳомила ўзига керак бўлган моддаларни гистотрофик йўлида онасининг тўқималаридан олади.

Ҳомила учун асосий бўлган хорионал (йўлдош орқали) қон айланиш хомилаликнинг 3-4 ҳафталаридан бошлана бошлайди. Кейинчалик бунда онанинг қони, бачадон артерияси орқали йўлдошнинг ворсинкалари аро бўшлиғига боради, аммо ворсинка томирларида оқиб турган ҳомила қонига қўйилмай, улар алоҳида-алоҳида ҳолида айланиб оқиб турадилар. Бу ерда қон айланиш секинлашиб, ворсинкалар эпителияси хужайраларининг фаол иштироки туфайли, ҳомила қонига унинг учун зарур моддалар ўтиб, чиқаришга мансуб моддалар она қонига ўтади. Натижада ҳомила учун зарур бўлган кислород ва овқат моддаларига бой бўлган қон йўлдош хорион ворсинкалари капилляр тормағидан киндик венасига (*vena umbilicalis*) ўтади. Киндик венасидаги (*vena umbilicalis*) тоза ва тўйимлик моддаларга бой қон киндик тешиги орқали ҳомила организмга ўтгач, пастки ковак венасига қўйилишдан олдин, киндик венаси тормағи орқали жигарга тоза қон беради.



Расм 40. Хомилада қон айланиш тизими

Тоза қонни асосий қисми эса қисқа Аранциев йўлчаси (ductus venosis Aranti) орқали пастки ковак венасига (vena cava inferior) қуйилади ва ҳомила танасининг пастки қисмидан келаётган вена қони билан қўшилиб кетади. Бироз юқорирокда пастки ковак венага жигар орқали ўтган қон ҳам қуюлади. Пастки ковак венадаги аралаш қон ўнг бўлмачага қуюлади. Шу ерга ҳомила танасини юқори қисмидан қон юқориги ковак вена (vena cava superior) орқали қуюлади. Аммо ҳомилада юракнинг бу қисмини тузилиши шундайки, ўнг бўлмачага тушган бу икки қон оқими бутунлай аралашмай, юқориги ковак вена орқали келган қон, асосан ўнг бўлмача вена тешиги орқали йўналиб ўнг қоринчага қуюлади. Пастки ковак венаси орқали келган аралаш қоннинг асосий қисми эса овал тешиги орқали чап бўлмачага ўтади. Демак, ўнг қоринчага тушган қон таркибида кислород жуда кам, чап бўлмачадаги қон таркибида эса кислород кўп бўлади. Чап бўлмачадаги кислородга бой бўлган қон, чап қоринчага ва аортага ўтади. Аортанинг бошланғич қисмидан кислородга бой бўлган қон билан ҳомила танасини юқори қисми, бош мия, юрак томирлари, қўллари таъминланади. Ўнг қоринчадаги қон, ўпка артерияси орқали, қисман ҳали вазифасини бажармиётган ўпкани таъминлаш учун борса, асосий қисми Баталлов йўли орқали аорта ёйининг пастга тушиш қисмига қуйилади. Аортанинг пастга тушиш қисми орқали аралаш қон қисман ҳомила танасининг пастки қисмига, қорин бўшлиғи органлари, оёқларига борса, қисман иккита киндик артерияси орқали киндик тешигидан ўтиб, йўлдош ворсинкаларига ўтади.

Демак, ҳомилалик даврида ҳаётий зарур органлар: жигар, бош мия, юрак қон -томирлари кислород ва овқат моддалари билан таъминлашда ҳомила танасининг пастки қисмларига нисбатан яхши шароитда бўлади. Йўлдош орқали қон айланиш ва газ алмашув ҳомилаликнинг барча босқичида ҳомиланинг меъёрий ўсишини таъминлайди. Қоннинг кислородга тўйининганлиги ҳомилаликнинг 22 -ҳафтасида киндик венасида 60% бўлса, киндик артериясида 40% ни ташкил этади. Эмбрионда юрак уриши ҳомилаликни 22- кунидан эмбрион бўйи 3 мм атрофида бўлгандан бошланиб,

унинг сони дақиқасига 15-35 маротаба бўлади. Ҳомилада қон айланиши ривожланиши билан юрак уриш сони ортиб 6 ҳафталикда дақиқасига 112 га, 8-9 ҳафталикда 165-175 га етиб, туғилиш олдидан бироз (130-140) камаяди.

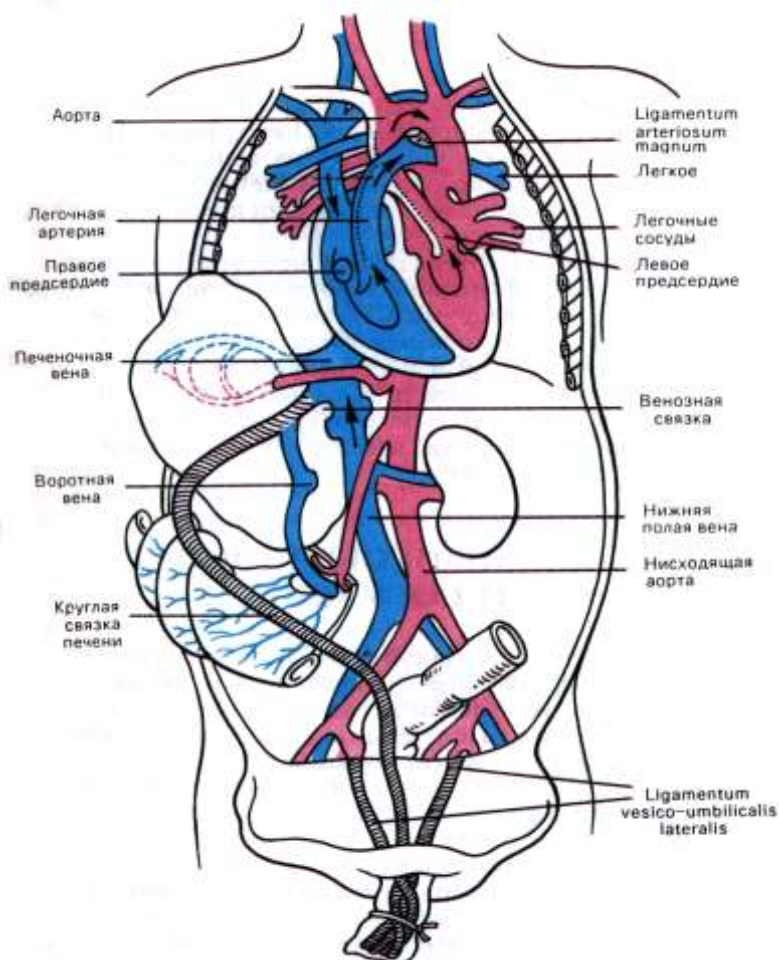
4.5.2 Катталарда қон айланиши

Бола туғилгач, ўпка орқали нафас олишнинг бошланиши биланок, ўпка артерияси орқали чиққан қон ўпкага бориб, кислородга тўйиниб юракнинг чап бўлмачаси орқали чап қоринчага ўтиб организмга тарқалади. Бунда ўпка орқали қон айланиш 5 маротабага ортади. Кичик қон айланиш доирасида қон томирлар қаршилиги 2 ойлик болада 5-10 маротабага камаяди. Эндиликда юракдан чиққан қоннинг барчаси ўпка орқали ўтади. Ваҳоланки бу кўрсаткич ҳомилаликда 10% ни ташкил этган ҳолос.

Йўлдош орқали қон айланишда иштирок этган киндик томирлари бутунлай беркилиб, кейинчалик киндик венаси аранциев йўлчаси билан биргаликда жигарни юмалоқ боғламига, киндик артерияси эса қовуқ - киндик боғламига айланиб кетади. Юрак бўлмачаларида қон босимини ўзгартириб бўлмачалараро фарқни камайтириб йўқолиб бориши туфайли, овал тешиги орқали қоннинг ўтиши тўхтабди. Овал тешигини функционал беркилиши болани тахминан 3 ойлигида, бутунлай беркилиши эса биринчи йил охирида кузатилади. Баъзи кишиларда овал тешиги бутунлай беркилмаслиги ҳам мумкин. Қон айланишга таъсир этмайдиган ингичка, игнанинг учидек тешик 5 ёшгача бўлган болаларда 50%, катталарда 10-25% гача сақланган бўлади.

Баталлов йўлида биринчи нафас олишдаёқ кислород парциал босимининг ортиши туфайли қисилиш йўл деворлари силлиқ мушаклар қисқаришидан соғлом болаларда ҳаётни 10-15 -соатида йўл тешигини беркилиши (бунда биологик актив моддалар - простогландин, ацетилхолин, брадикинин таъсири бўлиши эҳтимолдан ҳоли эмас) кузатилади. Аммо Баталлов йўлини анатомик беркилиши бироз кечроқ, боланинг 2 ойлигида юз

беради. Шундай қилиб, ўпка орқали кичик ҳамда катта қон айланиш доираси ишга тушади.



Расм 41. Катталарда қон айланиш тизими

4.5.3 Юрак қон -томир тизими анатомик ва физиологик хусусиятлари

Юрак. Болаларда юракнинг вазни, катталарга солиштирганда нисбатан катта. Чақалоқ болада юракнинг вазни унинг тана оғирлигини 0,8%-ни ташкил қилса, катталарда 0,4%-ни ташкил этади. Янги туғилган чақалоқ бола юрагининг вазни (22 гр.), унинг 8 ойлигида икки маротабага, 3 ёшлигида уч маротабага ортади, 5 ёшида эса тўрт маротабага, 10 ёшида 6 маротабага,

катталарда эса 11 маротобага ортади. Юрак вазнининг жадал ўсиши асосан 3 даврда: 2 ёшгача, 12-14 ва 17-20 ёшларда кузатилади.

Миокард янги туғилган болада жуда ингичка, бир биридан яхши чегараланмаган мушак толаларидан иборат. Чақалоқда мушак толасининг ядролари кўп, аммо майда, яхши такомиллашмаган бўлади. Қўшувчи тўқималар ҳам нозик, кам тараққий этган бўлади. Юрак деворлари калинлигини ўсиши мушак толаларининг кўндаланг ўлчамини ва қўшувчи тўқималар жумладан эндокард қатламини ортиши ҳисобига бўлади. Боланинг 3-7 ёшларида юрак тўқималарининг такомиллашиши, қўшувчи ва эластик тўқималарга бойиши, мушак толаларини қалинлашиб бориши кузатилади. Боланинг 10 ёшлигида барча юрак тўқималарини тез ўсиб, айниқса қўшувчи ва эластик тўқималарини такомиллашиши ва у ер бу ерда ёғ тўқималарини жойлашиши кузатилади. Миокард қон ва лимфа томирлар билан катталарга нисбатан яхши таъминланган бўлади.

Болаларда юрак ҳажми нисбатан катта бўлганлиги сабабли, кўкрак қафасида кўп жойни эгаллайди. Юрак шарсимон шаклида бўлиб, диафрагмани юқорида жойлашгани сабабли, кўкрак қафасида горизонтал ҳолда ётиб IV-VIII кўкрак умуртқаси оралиғини эгаллаган бўлади. Шулар сабали юрак учини уруш жойи чақалоқларда 4 -қовурға оралиғига тўғри келиб, 1,5 ёшларда эса 5- қовурға оралиғига кўчади.

Болаларнинг бир ёшлик ва ўсмир даврларида юракнинг қатор бурулиши ва ўрнини ўзгартириши кузатилиб, натижада юракнинг кўкрак қафасида жойлашиши секин аста катталарникига ўхшаб боради.

Болаларда юрак қон-томир тизимининг бошқаришининг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Маълумки парасимпатик асаб тизими таъсирида юрак уриши тезлиги секинлашса, симпатик асаб таъсирида тезлашади. Шу билан бир қаторда экспериментал текширишлар шуни кўрсатдики, эрта ёшдаги болаларда вагус маркази кўзгалувчанлиги етарли даражада бўлмайди. Симпатик асаб тизим маркази эса ҳатто ҳомилалик даврида ҳам етарли кўзгалувчанликда бўлади. Вагуснинг юрак қон- томир тизимига таъсири

болаликнинг эрта ёшлик даврининг охирларида пайдо бўлади. Шу сабабли боланинг 2-3 ёшида юрак уришининг нисбатан секинлашуви, синус аритмияси кузатилади. Демак, чақалоқ ва боланинг эрта ёшлик даврининг бошларида юрак ва қон -томир тизимсига симпатик асаб тизимсининг таъсири вагус таъсиридан устун бўлади.

Қон томирлар. Янги туғилган болаларда қон томир деворлари юпка, мушак ва эластик толалари яхши такомиллашмаган бўлади. Болаларда юракнинг ўсиб бориши билан бир қаторда асосий магистрал қон томирлари ҳам ўсиб боради, аммо бу ўсиш бирмунча секин даражада бўлади. Масалан, боланинг 15 ёшлигида юракнинг ҳажми туғилган вақтидагига нисбатан 7 маротобага ошса, аорта айланаси 3 маротобага ортади холос. Ўсиш жараёнида, ўпка артерияси ва аорта тешигининг кенглиги ҳам ўзгариб боради. Агар янги туғилган вақтда ўпка артерияси тешиги, аортаникига нисбатан 20—25% кенг бўлса (аортаники 16 мм, ўпка артериясиники 21 мм), боланинг 10-12 ёшлигида улар тенглашади. Катталарда аорта тешиги ўпка артериясиникидан кенг бўлади (аортаники 80 мм, ўпка артериясиники 74 мм).

Болаларда артерия қон томирлари тешиги нисбатан кенг бўлади. Вена ва артерия қон томирлари тешиги кенглигининг нисбати 1:1 га тенг бўлади. Вена қон томирлари артерияга нисбатан тез ўсганлиги сабабли, боланинг 16 ёшлигида вена томирлари артерияга нисбатан икки баробар кенг бўлади. Капилляр қон томирлари эрта болалик даврида айниқса кенг бўлади. Бу ёшда ўпка, буйрак, тери, ичак капилляр қон томирлари кейинги даврларга нисбатан ҳақиқий кенг бўлади.

4.5.4 Юрак қон- томир тизими функционал хусусиятлари

Пульс. Болаликнинг ҳамма ёшида пульс катталарга нисбатан тез бўлади. Бу ҳолат болаларда модда алмашинувининг жадал кечиши ва маълум даражада вагус таъсирининг кеч ривожланиб бориши билан тушунтирилади.

Чақалоқ болаларда пульс катталарга нисбатан жуда тез бўлиб, уларда томир уришининг нотекислиги, аритмия ҳолатлари кузатилиб туради. Қиз болаларда қайси ёшда бўлишдан қатъий назар томир уриши ўғил болаларникидан тезроқ бўлади. Болаларда безовталиқ, қичқириш, жисмоний ҳаракат ва овқатланишда, катталарга нисбатан айниқса томир уришининг тезлашиши кузатилади. Ҳаракатчан, спорт билан шуғулланган болаларда томир уриши кам бўлади. Уйқуда томир уриш сони камаяди. Бола ёши катталашган сари пульс тезлигини катталар билан фарқи камайиб боради. Соғлом болаларда бир дақиқада пульс тезлиги ўртача қуйидагича: чақалоқларда 135-140 та, 1 ёшда 120-125 та, 5 ёшда 98 - 100 та, 10 ёшда 78 -85 та, 14 ёшда 72-78 та.

Болаларда ёшга қараб томир урушининг камайиб бориши парасимпатик нерв тизимси тонусининг ошиши ва модда алмашув даражасининг пасайиб бориши билан тушунтирилади.

Артерия қон босими. Кичик ёшдаги болаларда артериал қон босими нисбатан паст бўлиб, бу юрак қон ҳайдаш кучининг камлиги, қон томирларнинг кенглиги, ҳамда кенгайишга мойиллиги билан тушунтирилади. Боланинг ёши катталашган сари артериал қон босими кўтарилиб, бунда систолик (максимал) қон босимининг, диастолик (минимал) қон босимига нисбатан жадалроқ ўсиб бориши кузатилади. Артериал қон босимни нисбатан жадалроқ ўсиб бориши боланинг 2-3 ёшлиқ, балоғатга етиш олди ва балоғатга етиш даврларга тўғри келади. Артериал қон босимининг ўсиб бориш даражаси, боланинг жисмоний ўсишига, вазни ортиб бўйига ўсиб бориш жадаллигига боғлиқ бўлади. Катта мактаб ёшида артериал қон босимининг ўзгаришига, эндокрин тизимсининг такомиллашиши, айниқса буйрак усти беги фаолиятини ошиши ва минералокортикоид, катехоламинларнинг кўп ишлаб чиқарилиши билан боғлиқ бўлади.

Болаларда меъёрдаги артериал қон босими турли муаллифларнинг кўрсаткичларига караганда ўзаро катта фарқланади. Янги туғилган болаларда максимал қон босими 66-76 мм, минимал қон босими 34-36 мм симоб

устунига тенгдир. Бир ёшгача максимал қон босим даражаси ҳар ойда ўртача 1 мм симоб устунига кўпаяди.

Бир ёшдан катта бўлган болаларга В.И.Молчанов (1970) бўйинча артериал қон босими қуйидаги формула ёрдамида аниқланади:

$$X = 80 + 2п$$

Бунда X-максимал қон босими

80-бир ёшдаги боланинг максимал қон босимининг ўртача кўрсаткичи

п- боланинг ёши

Минимал қон босими максимал қон босимининг 1/2 - 2/3 қисмини ташкил қилади.

Юрак-томир тизимининг балоғатга етилиш давридаги функционал ҳолати. Маълумки, балоғатга етилиш даври организмнинг умуман ўсишини тезлашиши ва кўпгина аъзоларининг функционал ўзгариши, ички безлар фаолиятининг кучайиши билан ҳарактерланади. Бунда турли орган ва тизимларнинг ўсиши ва фаолиятини ўзгариши бу орган ва тизимлар ўртасидаги муносабатларни вақтинча ўзгаришига олиб келиши мумкин. Агар ўсмирнинг юрак қон томир тизимсининг функционал етилиши ва ривожланиши бу даврда организмнинг ўсиши билан бир хил муносабатда кечса, бу тизимда функционал ўзгариши деярли рўй бермаслиги мумкин.

Бироқ айрим ҳолларда юрак ва қон -томирларнинг ривожланиши организмнинг ўсишидан орқада қолади, айрим ҳолларда эса миқдор ва сифат жиҳатдан ўзиб кетиши ҳам мумкин. Бу ҳолат эса юрак - қон томир тизимсининг балоғатга етиш даврида функционал ўзгариши учун шароит яратади. Бунда болалар юракнинг тез-тез урушидан, кўкрак атрофида ноқулай сезги сезишдан ва тезда чарчаб қолишдан шикоят қилиши мумкин. Юрак товушларига қулоқ солишганда эса I- тоннинг соф эмаслигини, ўпка артериясида II- тоннинг кучайиши ва иккига бўлинишини, юрак чўққиси ва ўпка артериясида эса доимий бўлмаган систолик шовқин эшитилади. Бўйи новча аммо юраги кичик ҳажмда (томчисимон юрак) бўлган айниқса қиз болаларда бош айланиши, юракнинг уриб кетиши, хушдан кетиш ва бош

оғриғи ҳолатлари кузатилиб, бу ҳолатни кўпинча зўриқишдан сўнг рўй бериши характерлидир. Баъзи ўсмир ёшдаги болаларда эса юрак чегарасини бироз чапга кенгайишидан ташқари, артериал босимнинг нисбатан кўтарилиши, юрак уриш товушларининг баландлашиши кузатилади. Бунда пульс секинлашган характерга эга бўлади. Юқорида қайд қилинган юрак ва қон -томир тизимсидаги ўзгаришлар асосан вояга етиш даврида кузатилиб, кўпинча ёш катталашган сари ўтиб кетади. Баъзан эса ташҳисни аниқлашда қийинчилик туғдириши мумкин.

4.5.5. Юрак қон- томир тизими ҳолатини баҳолаш

Кўрик. Кўрик асосан бемор ҳолатини, гавдани тутиш вазиятини, терининг рангини аниқлашдан бошланиб, бунда юрак қон -томир касаллиги натижасида кўзга кўринган ўзгаришларни баҳолаш катта аҳамиятга эга бўлади. Боланинг жисмоний ўсишдан орқада қолиши юрак хасталиги узок давом этиб, гемодинамикани ва тўқималар трофикасини давомли бузулганлигидан далолат беради. Агар боланинг юқориги ва пастки тана тузилишида диспропорция ҳолати кузатилса, айниқса тананинг юқориги қисми яхши ўсиб, тананинг пастки қисми кўл оёқлари ўсишдан орқада қолган бўлса аорта аномалияси (коарктация)ни гумон қилиш мумкин.

Терининг кўкариши-қон айланишнинг етишмовчилигида қонда PO_2 нинг камайиши ҳисобига кузатилади. Юрак касалликларида кўкариш акроцианоз кўринишида (бармоқ учлари, бурун учи, лаб, кўл ва оёқ кафтида) бўлади. Бунда тери мармарсимон кўринишда бўлиб, ушлаб кўрганда доимо совуқ, ёпишқоқ бўлади. Кўк-зангори тарқоқ ранг баъзан аортани туғма нуқсонларида, бинафша рангидаги ўзгариши эса томирларни тўлиқ ўрин алмашишида (транспозиция) учрайди. Тери ва шиллик қопламларнинг оқариши одатда клапанларининг етишмовчилигида, юрак ички пардасининг яллиғланишида (эндокардит), коллапсда учрайди. Септик эндокардитда тери қоплами сутли кофе рангини эслатади. Митрал тешигининг

стенозида лунжида оқариш билан бинафша ва малина ранглари бирлашмаси «қизиллик югириш» (*facies mitralis*) кузатилади.

Кўриш пайтида қон айланишининг бузулиши натижасида пайдо бўлган шишларни кузатиш мумкин. Кўпчилик болаларда шишлар оёқ кафтига, ва болдир қисмига йиғилади. Ўринда ётиб қолган болаларда шиш бел ва думғаза қисмларига йиғилиши мумкин. Кўкрак ёшидаги болаларда шиш кўпинча мойак халтасида, қорин бўшлиғи (асцит) ва плевра бўшлиғида (гидроторакс) суюқлик йиғилади. Шиш пайдо бўлганда тери текис, ялтирок ва одатда кўкимтир рангли бўлади. Шишлар ўнг қоринча етишмовчилигига хос хусусият ҳисобланади.

Кўриш жараёнида шунингдек, бармоқларнинг ташқи кўриниши, қўл ва оёқ тирноқларига эътибор берилиши лозим. Қўл ва оёқ бармоқларнинг «ноғора таёқчаси», тирноқларнинг «соат шишаси» кўринишида бўлиши оғир туғма юрак нуқсонларида, сурункали зотилжамда, бронхоэктазия (бронхларнинг кенгайиши) касалликларида учрайди.

Тананинг юрак жойлашган қисмини кўздан ўтказганда, у ерда юрак усти дунглигини (юрак букурлиги) кўриш мумкин, яъни бу ерда кўкрак қафаси бир текисда бўртиб чиққан бўлиб, бу болада юрак гипертрофияси мавжудлигини ва у анча катталашганини кўрсатади. Агар юрак гипертрофияси, кўкрак қафаси тўлиқ ривожланмаган ҳали юмшоқ пайтидан бошланган бўлса, бу ўзгариш янада сезиларли бўлади. Перикардитда, юрак олди халтасига суюқлик йиғилганда ҳам шундай манзарани кузатиш мумкин.

Кўриш жараёнида яна уйқу артериясини пульсациясини (уйқу артериясининг кучли пульсациясига «каротид рақси» дейилади) ҳамда бўйин веналарининг бўртиб туришини кузатиш мумкин. Одатда соғлом болаларда уйқу артериясини кучсиз пульсацияси кузатилади. Пульсацияни кучли бўлиши аорта клапанининг етишмаслигида кузатилади. Бўйин веналарининг бўртиши ва пульсацияси асосан патологик ҳолатда учраб, қон томирда, ўнг бўлмачада димиқиш

мавжудлигини кўрсатади. Бўйин венасини пульсацияси уч табақалик клапаннинг етишмовчилигида учрайди.

4.5.6. Юрак қон томир тизимини пайпаслаш

Болаларда юрак чўққиси зарби бу кўкрак қафаси юрак чўққиси соҳасининг юрак қоринчаларининг систоласига (асосан чап қоринча систоласига) монанд ритмик кўтарилишидир. Юрак чўққиси зарби астеник тана тузулишига эга бўлган, тери ости ёғ қаватлари яхши шаклланмаган болаларда яхши кўзга ташланса, аксинча тўла-семиз болаларда у қадар яхши аниқланмайди. Юрак чўққиси зарбининг ташқи чегараси одатда юракнинг ҳақиқий чап чегарасига тўғри келиб, у қоринчалар систоласининг бошланишида юзага келади. Кенглигининг диаметри 1 см² бўлади. Юрак ишини баҳолашда юрак учи чўққиси зарбининг жойлашган жойини, кучини ва тарқалиши, кенглигини аниқланади. Баландлиги юрак учидаги тўлқинлар амплитудаси билан ҳарактерланади: бунда юқори ва паст юрак учи чўққиси зарбига бўлинади. Юрак чўққиси зарби кучи, унинг пайпаслаш пайтидаги бармоқларга кўрсатиладиган босими билан ўлчанади. Юрак чўққиси зарби кучли, ўртача ва кучсиз турларга бўлинади.

Жадвал

Соғлом болаларда юрак чўққиси зарбининг ёшига қараб жойлашиши

Ёши	2 ёшгача	2 дан 7 ёшгача	7-12 ёш
Юрак чўққиси зарбининг жойлашиши	чап ўмров ўрта чизиғидан 1-2 см ташқарида	Чап ўмров ўрта чизиғидан 1см ташқарида	Ўмров ўрта чизиғида ёки 0.5 см ичкарида
4-чи коворға оралиғи		5-чи коворға оралиғи	

Юрак чўққиси зарбининг силжиши юрак ташқарисидаги сабабларга ёки юрак ўзгаришига боғлиқ бўлиши мумкин. Диафрагманинг юқори жойлашган ҳолатларида (асцит, метеоризмда) ҳам юрак чўққиси зарби юқорига силжиши мумкин. Плевра бўшлиқларидан бирортасида босим ошиб кетганида (масалан эксудатив плеврит, пневмоторакс ва бошқаларда) юрак учи тепкиси қарама қарши (соғ) томонга силжийди. Чап қоринчани гипертрофиясида ва кенгайганида (масалан: митрал клапанини етишмаслигида, аорта клапанини етишмаслигида, стенозида) юрак чўққиси зарби чапга силжийди. Юрак чўққиси зарбининг чапга силжиши, одатда унинг пастга силжиши билан бирга бўлади. Юрак чўққиси зарбининг ўнгга силжиши ички органларнинг ойнада акслангандек жой алмашганига шубҳаланишга мажбур этади.



Расм 42. Юрак чўққисини пайпаслаш



Расм 43. Юрак турткисини аниқлаш

Баланд, тарқалган, кенг, кучли юрак чўққиси зарби асосан чап қоринча гипертрофиясида бўлади ва юрак фаолиятининг бузилишида кузатилади. Юрак чўққиси зарби баланд бўлиши, юрак чегараларининг асосан чапга силжиганлигидан далолат беради. Чап қоринчанинг кескин гипертрофияси билан давом этувчи, аорта клапанининг етишмовчилигига хос юрак

чўққиси зарби "гумбазсимон" ёки "кўкракни кўтарувчан" бўлиб, фақат юқорига эмас, пастга ҳам силжиган бўлади. Жисмоний зўриқишда, хароратнинг кўтарилишида, асабийлашганда, анемия, ориқлаш ҳолатларида юрак чўққиси зарби кучли бўлиши мумкин. Семизлик, ўпка эмфиземаси, чап томонлама эксудатив плеврит, коллапсда эса юрак чўққиси зарбининг сусайишини кузатиш мумкин. Касалликларда баъзан манфий юрак чўққиси зарби ҳам кузатилади. Бунда юрак қисқариши вақтида кўкрак қафасида юрак чўққиси соҳасида ботиклик кузатилади.

Юрак уриши зарби - бу умуман юракнинг шу жумладан ўнг қоринчанинг қисқаришидан кўкрак қафасининг тебраниши бўлиб, бу тебраниш тўш ва эпигастрал соҳага тарқалиши мумкин. Бу ҳолат соғлом болаларда кузатилмайди. Юрак уриши зарбининг кузатилиши юрак чегарасининг умуман, айниқса ўнгга кенгайганлигидан далолат беради.

Пайпаслаш усули билан дастлаб, боланинг пульси текширилади. Пульсни нур, чакка, уйқу, сон, тизза ости, катта болдир орқаси, артерияларида ҳам оёқ юзи орқа артериясини пайпаслаш усулида текшириб кўриш мумкин. Аммо одатда пульснинг хусусияти асосан билакнинг нур артериясида текшириб аниқланади. Болаларда нур артериясини пайпаслаш худди катталардагидек, қўлни юрак сатҳида жойлаштирилиб, ўнг қўл билан кафт билак соҳасида ички томондан эркин ушланиб, бунда текширувчининг бош бармоғи билакнинг орқа томонидан ўраб, кўрсатгич ва ўрта бармоқлар билан артерия пайпаслаш қилинади. Пульс билак мушакларини бўш тутган ҳолда, болани ўтирган ёки ётган ҳолатида текширилади. Дастлаб пульс бир вақтда икки қўлда, агар уларнинг ҳолатида фарқ бўлмаса, ўнг қўлда текширилади. Пайпаслаш воситасида пульс текширилганда унинг сонига, ритмига тўлиқлигига, таранглигига ва формасига эътибор қилинади. Пульс сони бир дақиқадан кам бўлмаган вақт давомида саналади.

Болаларда пульс жуда ўзгарувчан бўлиб, пульснинг ҳақиқатга яқин бўлган кўрсатгичини, эрталаб уйқудан уйғониш билан ҳали ўрнидан турмаган ҳолда текширгандагина олиш мумкин. Лекин амалда кўпинча

пульс болани 10-15 дақиқа давомида тинчлантириб кейин текшириш лозим. Болаларда пульс сонини меъёрдан 10-15% кам ёки кўп бўлиши меъёрли ҳолат деб ҳисоблаш мумкин.



Расм 44. Билак соҳаларида пульснинг аниқлаш

Меъёрда пульс сони янги туғилган чақалокларда 135 -140 марта, 6 ойда 130-135 марта, 1 ёшда 120-125 марта, 2 ёшда 110-115 марта, 3 ёшда 105-110 марта, 4 ёшда 100 - 105 марта, 5 ёшда 98 - 100 марта, 6 ёшда 90 - 95 марта, 7 ёшда 85 -90 марта, 8 ёшда 80 - 85 марта, 9 ёшда 80 - 85 марта, 10 ёшда 78 - 85 марта, 11 ёшда 78 - 84 марта, 12 ёшда 72 - 82 марта, 13 ёшда 72 - 80 марта, 14 ёшда 72 - 76 марта, 15 ёшда 70 - 78 мартага тенг бўлади.

Пульснинг тезлашиши – тахикардия соғлом болаларда ҳаяжонланишда, жисмоний зўриқишда, овқатланганда, беморларда тана ҳарорати кўтарилганда (тана ҳарорати 1° кўтарилса пульс тезлиги 10-15 тага ошади) буқоқ беи фаолияти ортганда (гипертериоз), инфекцион касалликларда, перитонитда, камқонликда, юрак етишмовчилигида кузатилади.

Пульсинг секинлашиши - брадикардия кўпроқ сайёр нерв тонуси таъсирини ошишида бўлади. Брадикардия, соғлом болаларда уйқуда, беморларда сариқ касаллигида, уремияда, бош мия босими ошганда, ич терламада, юракнинг ўтказувчи нерв тизимси – Гисс толалари жароҳатланганда, миксидемада, менингитнинг бошланиш даврида ва наперстянка билан даволанганда кузатилади.

Пульс таранглиги – бу пульс тўлқинининг йўқотиш учун сарфланган куч билан баҳоланади. Пульс таранглиги меъёрда, кучли - қаттиқ - *pulsus durus* , ва юмшоқ - *pulsus mollus* бўлиши мумкин. Кучсиз пульс - юракнинг кучсизланиши, артериал қон босимининг пасайганида - гипотонияда кузатилади. Таранг, қаттиқ пульс артериал қон босими ошганда (гломерулонефрит, гипертония касаллигида) аниқланади. Тез кўтарилиб, тез пастга тушадиган ёки сакровчи пульс (*pulsus celer*) аорта клапанининг етишмаслигида кузатилади. Секин кўтарилиб, секин пасаядиган (*pulsus tardus*) - аорта тешиги торайишида кузатилади.

Пульс тезлигини текширишда қон томир пульс тўлқинини йўқотгунча босилиб, кейин қўйиб юборилади ва қон томирни қон билан қанчалик тўлганини ҳис қилиш орқали аниқланади. Бунда тўлиқ пульсга - *pulsus plenius*, тўлиқлиги камайган пульсга, бўш пульс *pulsus vacuus* дейилади.

Яна пульс тўлқинининг кўтарилиш даражасига қараб-баланд пульс - *pulsus altus* ва кичик (паст) пульс *pulsus parvus* га бўлинади. Баъзан шок ҳолатида, ўткир юрак етишмовчилигида кичик пульсни аниқлаш шунчалик сезилмаслик даражада бўлиб қоладики, бундай пульсга ипсимон - *pulsus filiformis* дейилади.

Пульсни бир маромда ритмиклиги, пульс тўлқинлари ўртасидаги интерваллар тенглигига қараб баҳоланади. Пульсинг бир маромда ритмик бўлишига ритмик пульс (*pulsus regulans*), норитмик бўлишига-аритмик пульс (*pulsus irregularis*) дейилади. Болаларда айниқса кичик ёшлик болаларда аритмик пульс, катталарга нисбатан кўпроқ учрайди. Бола нафас олганда

пульс тезлашади, нафас чиқарганда эса секинлашади ва бу касаллик ҳисобланмайди. Бунинг пайдо бўлиши сайёр нерв тонусининг рефлектор таъсири билан боғланади.

Агар пульс хуружсимон бирдан жуда тезлашиб сони 200, ҳатто ундан ҳам ортиб кетса бунда пароксизмал тахикардия дейилади.

Пайпаслаш усулида чакка артерияси пульси II-III бармоқ учлари билан, чакка чуқурчасининг ўзида аниқланади. Уйқу артерияси пульси M.Sternocleidomastoideus нинг ички томонидан, ҳикилдоқ тоғайи соҳасида, бир томонлама енгил босиб кўриш йули билан аниқланади.



Расм 45. Уйқу артериясида пульсни аниқлаш

Сон артерияси пульси боланинг турган ёки ётган ҳолида, кўрсатгич ва ўрта бармоқлар билан чов бурмаси соҳасида, артериянинг пупарт бойлами остидан чиқиш жойида аниқланади.

Тизза ости артерияси пульси, тизза ости ўйиғи чуқурчасида, болдир орқа артерияси пульси ички тўпиқ орқаси мушак тарновчасида, оёқ юзи орқа артерияси пульси оёқ кафти ташқи қирғоғининг четки ва ўрта қисми чегарасида аниқланади.



Расм 46. Сон артериясида пульсни аниқлаш

Расм 47. Тўпик артериясида пульсни аниқлаш

Юрак соҳасини пайпаслаш, кўриқда олинган маълумотларни тўлдиради ва аниқлайди. Дастлаб текширувчи ўнг кафтини бемор кўкрак қафасининг юрак соҳасига кўяди. Бунда бармоқлар қовурғалароро бўйламаси бўйича аксилляр соҳасига йўналтирилган ҳолда бўлади. Шу йўл билан юрак чўққисининг жойлашган ери, хусусияти ҳамда юрак тепкисини ва икки табақалик юрак клапанининг устида титраган тебраниш бор йўқлиги аниқланади. Кейин шифокор кафтини тўш суягига чап томондан параллел ҳолда кўйиб юрак тепкисини кучини, тарқалганлигини, ўпка артерияси соҳасида юрак титрашлик мавжудлиги ёки йўқлигини аниқланади. Кафтни ўнг томонга яъни тўш суягига ва ўнг кўкрак қафаси томонга суриш йўли билан аорта зарби ва аорта соҳасида юрак тебраниши мавжудлигини аниқланади.

Бундан кейин юрак чўққиси зарбини баҳолаш учун, 2- ёки 3- бармоқлар ёрдамида уларни бироз буккан ҳолда текширишга киришилади. Бунда унинг жойлашган ери, юзаси (майдони), кучи ва баландлиги аниқланади.

Юрак чўққиси зарбининг майдонини баҳолашда шуни эсдан чиқармаслик керакки, болалар кўкрак қафасининг юпқалиги, юрак чўққиси

зарбининг тарқоқ бўлишига шароит туғдиради. Шунинг учун ҳам юрак чўққиси зарбининг жойини аниқлашда, бутун чўққи зарбидан тарқалаётган юза эмас, балки юрак чўққиси зарби бир хил кучда сезилаётган жой ҳисобга олинади ҳолос. Яна шуни назарда тутиш лозимки, юрак чўққиси зарби жойлашган ер боланинг вазиятига, ўтирган чап ёки ўнг ёнбошида ётган ҳолатига қараб ўзгариши мумкин. Дастлаб, юрак чўққиси зарбини уни кўз билан кўриладиётган қовурға ораллиғида кафт билан пайпасланади. Кейин ундан юқорида ва пастда жойлашган қовурға оралари ҳам текшириб кўрилади. Меъёрда юрак чўққиси зарби майдони 2 см^2 ни ташкил қилади.

Агар юрак чўққиси майдони меъёрдан кам жойини эгалласа чекланган, кўп жойини эгалласа тарқалган юрак чўққиси дейилади. Тарқалган юрак чўққиси зарби асосан юрак чапга кенгайганда, митрал, аортал клапанларининг нуқсонларида учрайди. Юрак чўққиси турткисининг баландлиги, кўкрак қафасининг чўққи соҳасида тебраниш амплитудасига қараб баҳоланади. Шу сабаблик паст ва баланд юрак чўққиси зарбига фарқланади. Чўққи баландлиги кўриш орқали ёки эркин пайпаслаш усулида босмасдан аниқланади. Аорта клапанини етишмовчилигида, чап қоринча ҳаддан ташқари кенгайиб, қисқариш кучи ошиб кетади, ва юрак чўққисининг зарби амплитудаси ошади.

Юрак чўққиси (ёки юрак тепкиси) кучи, пайпаслаш қилинганда (босилганда) панжага юрак қисқариш жараёнда кўрсатиладиган қаршилиқ кучи билан баҳоланади. Мана шу қаршилиқ босим ҳолатига қараб, кучсиз, ўрта кучли ва кучли юрак чўққиси (ёки юрак тепкисига) фарқланади. Юрак чўққисининг зарбининг кучайиши, асосан чап қоринча кенгайганда ва унинг қисқариш кучи ошганда, ўнг қоринчанинг гипертрофияси кузатилади.

Эпигастрал соҳада кузатилган пульсация характери, унинг келиб чиқишига қараб, ҳар хил бўлади. Агар эпигастрал пульсация келиб чиқиши юрак орқали бўлса, унинг йўналиши юқоридан пастга қараган бўлиб, нафас олганда кучаяди. Аорта орқали берилган пульсацияда, унинг максимал кўзга ташланган ери пастга жойлашган бўлиб, йўналиши умуртқадан қорин

деворига қаралган бўлади. Нафас олганда пульсация пасаяди. Жигар катталашганда - пульсация йўналиши ўнгдан чапга қаралган бўлади. Жигар пульсациясида, вена пульси пайдо бўлиши билан характерли бўлиб, бу уч табақали клапаннинг етишмаслигида - жигар томирларида қон тўлишининг ритмик ўзгаришидан пайдо бўлади. Жигар вена пульси асосан бўйин веналарида аниқланиб, вена пульсини пайдо бўлиши билан характерлидир. Бунда жигарга босиб кўрилганда бўйин вена томирларининг бўртиб кўриниши кузатилади.

Пайпаслаш усулида «мушук хириллаши» белгисини аниқлаш касаллик ташхисидида муҳим аҳамиятига эга бўлади. Бунда юрак соҳаси пайпаслаганда ёки қафтни қўйилганда титрашлик сезилиб, бу систолик ёки диастолик фазада кузатилаши мумкин. Систолик фазадаги титрашлик юрак зарби вақтида, диастолик фазадаги эса юрак қисқариши оралиғида кузатилади. Агар бундай титрашлик иккинчи қовурға оралиғида тўш суягидан ўнгда сезилса - бу аорта клапанини тешиги стенозида, тўш суягидан чапда - Баталлов йўлининг беркилмаганлигида, камдан-кам ўпка артерияси клапани тешигининг тор бўлишида, юрак чуққисидида диастолик титрашлик митрал клапанини тешигининг стенозида кузатилади.

П е р к у с с и я . Юракнинг перкуссия қилиш услуги 4 ёшдан катта болаларда катталарнинг перкуссия қилиш услугидан фарқ қилмайди. Эрта ёшдаги болаларда эса уни бироз бошқачароқ хилда ўтказиш зарурати туғулади. Кўкрак қафаси кичик бўлган болада текшириш натижаси аниқ бўлиши учун плессиметр бармоқ сатҳини камайтириш зарур. Бунинг учун бевосита перкуссияда 2-3 -бармоқ ёрдамида эмас, биргина бармоқ ёрдамида перкуссия қилинади. Билвосита перкуссияда эса текшириладиган ерда бир бармоқ - плессиметр қўйилган ҳолда 1 бармоқ билан перкуссия қилинади.

Перкуссия тартиби: юракнинг - ўнг, юқори, чап чегараси аниқланади. Перкуссияда одатда юракнинг нисбий (ҳақиқий) ва абсолют (юракнинг ўпка билан қопланмаган) чегаралари аниқланади. Перкуссияни бемор ҳолатига қараб горизонтал ёки вертикал ҳолатда ўтказиш мумкун.

Юракнинг ўнг нисбий чегарасини аниқлаш учун бармоқ плессиметрни 2-чи қовурға орасига ўнг ўмров суягига параллел қилиб қўйилади ва секин перкуссия билан ўрта ўмров чизиғидан ўпкани пастки чегараси ёки жигарнинг юқори чегараси топилади. Сўнгра бармоқ плессиметрни тўғри бурчак остида буриб, бир қовурға юқорига, юракнинг ўнг чегарасига параллел қўйиб, тўш суяги томон перкутор товуш бўғиқлаша бошлаган жойигача перкуссия қилинади.

Юракнинг юқори нисбий чегарасини аниқлашда бармоқ - плессиметрни биринчи қовурғада чап парастернал чизиққа қўйиб, қовурға ва қовурға оралиғига галма-гал перкуссия қилиниб аста пастга тушилади ва товуш бўғиқлаша бошлаган жойигача давом этилади.

Юракнинг чап нисбий чегарасини аниқлаш учун сигнал перкуссиясидан фойдаланилади. Бунинг учун аввало, юрак учи уришини топиш керак. Худди шу қовурға оралиғидан олдинги қўлтиқ ости чизиғидан бошлаб перкуссия қилинади. Бунда бармоқ юрак томон изланган чегарага параллел қўйилиб перкутор йўналиш олдиндан орқага бўлган ҳолда перкутор овознинг бўғиқлаша бошлаган ергача етиб борилади.

Юракнинг нисбий чегарасини аниқлаб бўлгач унинг абсолют чегараси ҳам аниқланади. Уни текшириш услуби катталарни текшириш услубидан фарқ қилмайди. Бунда перкуссия билан бўғиқлаша бошлаган перкуссия товушдан, бўғиқ товушгача перкуссия қилинади. Қуйида соғлом болаларда перкуссия услубида аниқланган юрак чегаралари келтирилган.

Юрак чегарасининг чапга кенгайиши митрал клапаннинг етишмаслигида, аортал клапани нуқсонларида, сурункали гломерулонефритда кузатилади. Юрак чегарасининг ўнгга кенгайиши кўпроқ туғма ва туғилгандан кейинги юрак касалликларида - ўпка артерияси клапанининг стенози ва етишмаслигида, уч табақали клапаннинг етишмаслигида, Баталлов йўли беркилмай очиқ қолганда ва қоринчалар ораси тўсиқнинг нуқсонидида, митрал стенозда кузатилади. Юрак чегарасини юқорига кенгайиши одатда ўнг

коринча ва чап бўлмачанинг (митрал клапаннинг нуқсони) гипертрофияси ва кегайишига боғлиқдир.

Аускультация. Юракнинг эшитиб кўриш боланинг ниҳоятда хотиржам ҳолатида, унинг турган, чалқанча ва чап ёнбошига ётган ҳолатларда олиб борилади. Шифокор одатда беморнинг ўнг томонида жойлашиши керак. Юракнинг нафаси тўлиқ олиб, нафасни тўхтатиб турганда ва нафасни тўлиқ чиқарганда эшитиб кўриш мақсадга мувофиқдир. Аускультацияда, юрак тонлари эшитилиш хусусиятларини ва кейин юрак шовқинларни ҳам ва хусусиятини аниқлашга аҳамият бериш зарур. Болаларни айниқса кичик ёшдаги болаларни аускультация қилишда педиатрик стетоскопнинг кўкрак қафасига кўйиб эшитиладиган сатҳи 20 мм дан ошмаслиги лозим.

Болалар юрагини эшитиш, катталарникига ўхшаш 5 та нуқтада ўтказилади:

1. Юрак чўққиси тепкиси соҳасида (митрал клапанда ҳосил бўлувчи товушлар эшитилади.
2. Тўш суягининг ўнгида 2-чи қовурға оралиғида аортадан тарқалувчи товушлар эшитилади.
3. Тўш суягининг чапида 2-чи қовурға оралиғи ўпка артериясидан тарқалувчи товушлар эшитилади.
4. Тўш суягининг пастки учдан бир қисмида, ханжарсимон ўсимтаси соҳасида ўнроғида учтабақали клапандан тарқалувчи товушлар.
5. Боткин нуқтаси - бу 3-4 -қовурғанинг тўш суягига бириккан жойида ёки 3 -қовурға оралиғида аорта ва митрал клапанларидан тарқалувчи товушлар яхши эшитилади. Болаларда буткул юрак соҳаси, ҳамда бўйин томирлари ўнг ва чап томондан эшитилиб кўрилиши лозим.

Янги туғилган болаларда юрак тонлари қисқа вақт бирмунча бўғиқроқ бўлади. Кейинчалик айниқса 1,5-2 ёшдан эса юрак тонлари катталарга нисбатан баландроқ ва аниқ бўлади.

Юрак чегаралари

жадвал 4

Юрак чегараси	Ёши	2 ёшгача	2 ёшдан 7 ёшгача	7 ёшдан 12 ёшгача
	Чегара			
Ўпка билан қопланмаган қисми чегараси	Юқори чегара	II қовурға	III қовурға ораси	II I қовурға
	Чап чегара			
	Ўнг чегара	ўнг парастернал чизиқ	ўнг парастернал чизиқдан ичка-рирок	тўш суяги қиррасига яқин.
	Кўндаланг ўлчами	6-9см	8-12см	9-14см
Ҳақиқий чегараси	Юқори чегара	III қовурға	II қовурға ораси	III-1У қовурға
	Чап чегара	ўрта ўмров чизиғига яқин	ўрта ўмров чизиғи ўртасида	парастернал чизиққа яқин
	Ўнг чегара	ҳамма ёшда тўш суягининг чап қирғоғида	- ҳамма ёшда тўш суягининг чап қирғоғида	ҳамма ёшда тўш суягининг чап қирғоғида
	Кўндаланг ўлчами	2-3 см	4 см	5-5,5 см

Юрак тонларининг эшитилиш даражаси ҳам ўзаро ҳар хил бўлади. Янги туғилган чақалоқ болаларда 2-3 кун давомида юрак чуққисида ва Боткин нуқтасида II тон I тондан кучлироқ эшитилиши мумкун. Кейин улар тенглашиб боланинг 2-3 ойлигидан бошлаб I тон кучлик эшитилади. Юракнинг асос қисмида эса бутун чақалоқлик даврида II тон кучли эшитилади. Кейин I-II тонлар эшитилиш товуши тенглашади. Боланинг 1-2 ёшлик вақтидан яна II тон кучлик эшитилади. Боланинг 2-3 ёшидан 11-12 ёшлик давригача иккинчи қовурға оралиғида II тон чап томонда ўнг томонга

нисбатан кучлироқ эшитилади. Боланинг 12 ёшида ҳар икки томондаги товушлар баландлиги тенглашади. Кейин II тон ўнг томонда (аорта устида) кучлик эшитилади.

Баъзан юрак чўққисида ва перкуссия товушининг абсолют бўғиқ соҳасида чуқур нафас олгандан кейин ёки жисмоний ҳаракатдан сўнг қисқа, бўғиқ тембрдаги, юмшоқ III тон эшитилиши мумкун.

Чақалоқлик даврида юрак тонларининг оҳангдорлиги эмбриокардияга яқин бўлади. Эмбриокардияда ритм метроном зарбини эслатиб, I ва II тонлар товуши баландлиги, ҳамда I-II ва II-I тон оралиқлари бир хил бўлади. Чақалоқ ва чала туғилган болаларда эмбриокардия, миокардни ҳали такомиллашмагани натижасида пайдо бўлиб, катта ёшдаги болаларда эса касаллик белгиси ҳисобланади.

Юракнинг иккала тонининг кучсизланиши, семиз болаларда, ўпка эмфиземасида, чап томонли эксудатив плевритда, кўп зардоб йиғилувчи юрак қобиғи яллиғланишида, юрак мушаги жароҳатланишига олиб келувчи юқумли касалликларда кузатилади.

Юракнинг иккала тонининг кучайиши кўкрак қафаси нозик бўлган астеникларда, асабийлашганда, оғир иш бажарганда айниқса кам қонлик ва ҳар хил сабабларга кўра пайдо бўлган юрак гипертрофиясида содир бўлиши мумкин.

1-чи тоннинг юрак чўққиси тепкиси соҳасида кучсизланиши митрал ва аорта клапанларининг етишмаслигида, эндокардитларда, юрак кучсизлигида бўлади. Биринчи тоннинг юрак чўққиси тепкиси соҳасида кучайиши чап атриовентрикуляр тешикнинг торайиши натижасида қоринчанинг вақтида қонга етарлича тўлмаслиги, шу сабабли систолода юракнинг тез қисқаришида пайдо бўлади. Шундай баланд товушли қисқа вақтда эшитиладиган 1-чи тон «қарсаксимон» товушли I тон номини олган. 1-чи тон айниқса юракнинг тўлиқ атриовентрикуляр блокадасида баланд бўлади, қоринча ва бўлмачаларнинг бир вақтда қисқарганида «тўп овози» (замбарак) симон товуш эшитилади. II-чи тоннинг аортада кучсизланиши аорта

клапанининг етишмаслигида (ярим ой клапани тўқимасининг жароҳатланишида ва яллиғланиш чандиқларининг кўпайиши натижасида тебранишнинг пасайишидан) ва юрак кучсизланишида бўлади. II тоннинг ўпка артериясида пасайиши ўпка артерияси клапанининг етишмаслигида бўлиши мумкин.

Аорта устида II тоннинг акценти катта қон айланиш доирасида артерия қон босими ошганда (гломерулонефрит, гипертония касалликларида) бўлади.

II тоннинг ўпка артерияси устида акценти кичик қон айланишида, артериал қон босимининг ошишида (митрал клапаннинг нуқсониди, Баталлов йўлининг битмаганлигида) ўпка эмфиземасида, пневмосклерозда аниқланади.

I тоннинг иккига бўлиниши икки ва уч табақали клапанларнинг бир вақтда етилмаганлигининг натижасида содир бўлади. Физиологик ҳолатда бу ҳол нафас чиқариш вақтида рўй беради, бунга кўкрак қафасида ҳаво босимининг ошиши, қоннинг чап бўлмачага катта куч билан тушиши ва митрал клапаннинг ёпилишини секинлашиши сабаб бўлади. Касалликда эса бу ҳол чап ва ўнг қоринчаларнинг бир вақтда қисқармаслиги билан давом этадиган касалликларда, яъни юрак мушаги жароҳатланиб, Гисс тутамининг бир томонида ўтказувчанлиги бузилганда (блокада) аниқланади.

Иккинчи тоннинг ўпка артериясида иккига бўлиниши ўпка артерияси ва аорта клапанларининг бир вақтда ёпилмаслигидан бўлиб, бунга артериал қон босимининг (кўпроқ кичик қон айланиш доирасида) ортиши сабаб бўлади. II тоннинг ўпка артериясида иккига бўлиниши шунингдек физиологик ҳолатларда, чуқур нафас олиш ва чиқариш вақтда ўпка томирларини қон босимининг вақтинча ўзгариши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Беморларда ўпка артериясида иккинчи тоннинг иккига бўлиниши чап атреовентрикуляр тешикнинг торайишида учрайди.

Юрак мушаги функциясининг оғир бузилишида юрак учиди ёки 5 нуқтада «от дупири» ритмисимон товушни эшитиш мумкин, бунда асосий тоннинг бўлиниш қисми уч бўлимли ритм ҳосил бўлишига сабабчи бўлади. Бунда протодиастолик (кўшимча тон) - диастола бошида, мезодиастолик -

диастола ўртасида, пресистолик - диастола охирида эшитилади. «От дупирисимон» товуш болаларда юрак жароҳатланишида (ревмокардитда), буйрак яллиғланишида (гломерулонефрит), оғир озишда (кахексия) эшитиш мумкин.

Юрак шовқинлари. Юрак шовқинлари юрак фаолиятининг қайси даврида пайдо бўлишига қараб систолик (I ва II тон оралиғида) ва диастолик (II ва I тон оралиғида) шовқинларга бўлинади. Агар юрак шовқини диастола даврининг бошланишида пайдо бўлса протодиастолик, ўртасида - мезодиастолик, охирида - пресистолик шовқинлар дейилади.

Юрак шовқинларини аниқлашда унинг эшитилишдаги баланд пастлиги, тембри, давомийлиги, қаерда максимал эшитилишига, ҳамда юракнинг систола ва диастола даврига боғлиқлиги ва қайси соҳага товушнинг ўтказилишига аҳамият берилади.

Юрак шовқинлари органик ва функционал бўлади. Органик шовқинларнинг пайдо бўлиши юрак деворлари, тешик ва клапанларининг анатомик ўзгаришидан келиб чиқади. Бунда юракнинг туғма ва ҳаётда орттирилган нуқсонларидаги, эндокарднинг яллиғланиши оқибатидаги шовқинлар киради. Функционал шовқинлар пайдо бўлишида эса юрак деворлари ва клапанли аппаратларда анатомик ўзгаришлар бўлмайди.

Мушак тонусининг ўзгаришидан келиб чиқувчи шовқинлар. Бу шовқинларнинг келиб чиқиши папилляр мушаклар тонусининг пасайиши ва клапанларнинг тўлиқмас (функционал) ёпилиши билан изоҳланади. Бу шовқинлар асосан юрак чўққисида тўш суягининг чап қиррасида 3 – 4-қовурға оралиғи соҳасида озғин болаларда кўпроқ эшитилади. Юрак ва папилляр мушаклари тонусининг пасайиши миокардда ўткир ёки давомли дистрофик ўзгаришлар ҳамда юрак мушакларида модда алмашинувининг бузилиши асорати ҳисобланади. Бундан ташқари вегетатив асаб тизимининг фаолиятининг бузулиш натижасида папилляр мушакларнинг тонусини ошириши кузатилиши мумкун, бу эса клапанларни тўлиқ беркилмасликка олиб келади. Кўпинча бундай ҳолат ўсмир ёшдаги болаларда учраб, уларда

нейровегетатив функциясининг бузилишидан ташқари, калқонсимон без фаолияти ҳам ошган бўлиши мумкин.

Юрак ривожланишининг шовқинлари. Бу шовқиннинг келиб чиқишини юракнинг ҳар хил бўлимларининг нотекис ўсиши билан боғлайдилар. Бу шовқин ўпка артериясининг проекциясида кўпроқ эшитилади.

Умуман функционал шовқинлар аускультация қилинганда, кўпинча қисқа муддатда, майин эшитилиб, тана ҳолати ўзгарганда, жисмоний зўриқишдан кейин шовқин эшитилишини ўзгариши кузатилади. Баъзан эса шовқин бутунлай йўқолиши ҳам мумкин. Аммо функционал шовқинларни аниқлашда катта аҳамият билан текшириш, лозим бўлганда электрокардиофонокардиографик усулларни қўллаган ҳолда ҳақиқий функционал шовқинларни, юракдаги бирор касаллик натижасида эшитиладиган шовқинлардан ажратиш зарур.

Юрак шовқинлари туғма ва ҳаётда орттирилган юрак нуқсонларида эшитилади. Туғилгандан кейин пайдо бўлган қуйидаги юрак нуқсонларида систолик шовқин эшитилади.

Чап атрио-вентрикуляр клапаннинг етишмаслигида систолик шовқин пуфлагансимон характерга эга бўлиб, энг баланд товушда юрак чўққисиди ҳамда V нуқтада, пасайган 1 тон дан сўнг эшитилади ва товуш юрак асосига ва чап қўлтиқ остида берилади. Баъзан систолик шовқинни орқа томондан чап курак суягини бурчагида ҳам эшитиш мумкин.

Ўнг атрио-вентрикуляр клапаннинг етишмаслигида систолик шовқин тўш суягининг пастки, учдан бирида эшитилиб, ўнг ва юқорига берилади.

Аорта оғзининг торайишида (туғма юрак асоратларида ҳам учрайди) - систолик шовқин дағал характерли бўлиб, юракнинг ҳамма томонидан эшитилади, орқага ҳам ўтади.

Юрак туғма асоратларидан қуйидаги ҳолатларда систолик шовқинлар эшитилади:

1. Қоринчалар орасидаги девор нуқсониди - шовқин дағал бўлиб 3-4-ковурға оралиғида тўш суягининг чап қиррасиди эшитилади.

2. Бўлмачалар орасидаги девор нуқсонида - шовқин дағал, энг кучли эшитиш нуқтаси тўш суягининг чапроғида 11 қовурға оралиғига тўғри келади.

3. Ўпка артериясининг бошланиш қисми торайганда - шовқин дағал, энг кучли эшитиш нуқтаси тўш суягининг чап қирраси бўйлаб II - III қовурға оралиғига тўғри келади, аорта ва йирик қон томирларига тарқалган бўлиб, курак оралиғида ҳам эшитилиши мумкин.

4. Фалло тўртлигида - шовқин тўш суягининг чап қиррасида 3-4 -қовурға оралиғи бўйлаб эшитилади. Шовқиннинг шиддатлилиги нуқсоннинг катталиғига қарама-қарши (тескари) пропорцияда бўлади.

Диастолик шовқин - қоринчаларнинг диастола вақтида қоннинг клапанларнинг торайган тешикларидан қоринчаларга тушиш вақтида аниқланади. Диастолик шовқин қуйидаги ҳолларда эшитилади.

1. Чап атриовентрикуляр тешик торайганда диастолик шовқин кўпинча систола олдида (пресистолик), баъзан диастоланинг ўртасида ва охирида юрак чўққисида эшитилади.

2. Аорта клапан етишмовчилигида протодиастолик шовқин максимал даражада V нуқтада эшитилади. Бу шовқин жуда нозик ва секин эшитилади.

Систолик ва диастолик шовқинлар юракнинг бирга учрайдиган мураккаб юрак нуқсонларида эшитилади. Туғма юрак нуқсонларидан, систола-миастолик шовқинлар артериал йўлнинг очик қолганда, тўш суягининг чап қирраси бўйлаб II – III қовурғалар оралиғида эшитилади.

Артериал қон босимни ўлчаш. Қон босимини ўлчаш техникаси бўйича ўлчов, беморни дам олгандан сўнг, тинч ҳолатида ўтирган ҳолда меъёрли ҳаво температурали хонада бажарилади. Боланинг манжет бойланадиган елкаси, қўли қўйилган юзага нисбатан 45 градус бурчак остида жойланиши керак. Бемор болани ҳолига қараб, ўтирган ёки ётган ҳолида ўлчаш мумкин. Ўлчов аппарат манжети елка узунлиги ва айланасига мос бўлиши керак. Манжетнинг эни янги туғилган чақалоқлар учун 2,5-4 см, узунлиги 5-10 см, эрта ва мактабгача ёшдаги болалар учун мувофиқ равишда 6-8 ва 12-13 см, кичик ва ўрта мактаб

ёшидаги болалар учун мувофиқ равишда 9-10 ва 17-22.5 смга тенг бўлиши керак. Меъёрли вазндаги ўсмир ва катта кишилар учун стандарт эни 12-13 см, бўйи 22-23.5 см бўлган манжет ишлатилади. Вазни меъёрдан ошиқ (семиз) ўсмир ва катта кишилар учун эни 15.5 см, бўйи 30 см бўлган манжет ишлатилиши лозим.

Шуни эсдан чиқармаслик керакки, ёшига мос бўлмаган, яъни катта манжетлар ишлатилса, артериал босим ҳақиқийсидан паст, кичиги ишлатилса эса, босим юқори бўлишига олиб келади.

Манжетни шундай жойлаштириш керакки, унинг паст қирғоғи тирсак бўғимидан 2-3 см юқорида бўлиши, терига эркин аммо зич, остига бир икки бармоқ сиғадиган даражада қолдириб резина қопчасининг ўртаси эса елка артерияси проекциясида бўлиши керак. Ўлчашдан олдин манжеткага нур артериясида пульс тўлқини йўқолгунгача босим юбориб, қўшимча 30-40 мм симоб устунига тенг ҳаво юборилади. Манжетдаги ҳаво босимини тушириш секин, яъни 2 мм/сек бўлиши керак, бу эса артериал босимни 2 мм симоб устунига тенг аниқликда ўлчашни таъминлайди. Систолик артериал босим кўрсаткичига Коротков бўйича биринчи тон пайдо бўлгандаги шкала кўрсаткичи, диастолик босимга эса ана ўша тон йўқолгандаги шкала кўрсаткичи қабул қилинади. Артериал босимни уч марта қайтарилиб ҳар хил ўлчовдан кейин, манжеткадаги ҳаво тўлиқ чиқарилиши ва ундан кейин иккинчи ва учинчи ўлчовлар ўтказилиши лозим. Бунда биринчи ўлчов ҳисоби эмас, балки иккинчи ва учинчи ўлчовлар ўртача кўрсаткичларини ҳисобга олиб, бола ёшига мувофиқ меъёрли босим билан солиштирилади.

Артериал босим кўрсаткичларини центил усулида муҳим ва катта аҳамиятга эга бунда берилган таблицалар ёрдамида қон босимини соматотипга ориентация қилган ҳолда содда ва холис баҳолаш имконияти туғилади.

4.5.7 Юрак қон - томир тизими касалликлар семиотикаси

Миокардит. Хасталик инфекцион-аллергик касалликлар ва кўпинча ревматизм касаллигида пайдо бўлади. Касаллик эрта ёшдаги болаларда, айниқса чақалоқларда оғир кечади. Бунда бола бетоқат бўлиб, йиғлаб кичкиради, терилари оқариб оёқ қўллари совиб, кўкариш белгилари кузатилади. Қорин ва бел терилари салқиб, мойк халтасига сув йиғилиши мумкин. Юрак урушлари тезлашиб, чегаралари кенгаяди. Юрак тонлари айниқса 1-тон бўғиқлашади. Бунда ўпкада майда пуфакчали хириллашлар пайдо бўлиши – қон айланишнинг етишмаслиги мавжудлигига хосдир. Кўпинча юрак чўққисида ва Боткин нуқтасида систолик шовқин этишилади. Фонокардиограммада шовқин амплитудаси паст бўлади, кўпинча систоланинг 1/3 қисмини эгаллайди. Электрокардиограммада ЭКГ тишлари вольтажини пасайиши, синоаурикуляр экстросистолиялар регистрация қилиниши мумкин.

Катталарда миокардитнинг клиник белгиси кўпинча кам бўлиб, касаллик нисбатан енгил ўтади ва қон айланишнинг етишмаслиги деярли кузатилмайди, бунда бош айланиш, бўшашишлик, юрак атрофида оғриқ, юракнинг уриб кетиши ёки нотекис уришига шикоят қилишади. Юрак чегаралари деярли ўзгармаслиги ёки бироз чапга кенгайиши мумкин. Аускультацияда тахикардия, баъзан брадикардия, ҳар хилдаги аритмиялар, баъзан «от дўпири» ритми эшитилиши мумкин. ЭКГ да меъёрдан тортиб токи кўзгалувчанлик ёки ўтказувчанликни бузулиши, қоринчалар комплекси ниҳоясини (S-T ва T) ўзгаришига бўлган белгилар кузатилиши мумкин.

Эндокардит. Юрак ички пардасининг яллиғланиши бўлиб, бундай жараён юрак клапанларининг жароҳатланиши вувулитда ҳам кечади. Асосан ревматик ва инфекцион (бактериал ёки септик) эндокардитлар кузатилади.

Ревматик эндокардит ангина ёки сурункали тонзиллит хуружидан кейин бошланиб, беморлардаги ҳароратни кўтарилиши, токсикоз ҳолатларига, бўғимларда оғриқ, терида тошмаларни пайдо бўлиши, мушаклар гипотонияси

кўшилади. Булар билан бир қаторда перефирик қонда ўзгариш кузатилиб, айниқса эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ошади. Касалликнинг иккинчи – учинчи ҳафталарида митрал клапан жароҳатланган бўлса, унинг проекциясида енгил шамолсимон тембрдаги систолик шовқин эшитилади. Кейинчалик шовқин даволаш жараёнида йўқолиб кетиши ёки аксинча шовқин тембри кучайиб, доимий бўлиб қолиши мумкин. Бунда бир неча ой мабойнида, болаларда ревматизм асоратидан митрал клапанининг етишмаслиги симптомлари комплекси пайдо бўлиши мумкин.

Худди шунингдек аорта клапанининг жароҳатланишида тўш суягини чап томонида 3-ковурға оралиғида майин протодиастолик шовқин эшитилади. Бу шовқин ҳам даволаш жараёнида йўқ бўлиб кетиши мумкин ёки доимий бўлиб қолиб, кучга кириб, зўрайиши, аорта клапанининг етишмаслиги симптомлар комплекси пайдо бўлиши мумкин.

Бактериал (септик) эндокардит 2 хил формада - ўткир ва секин - аста, давомли кечиши мумкин. Касалликнинг ўткир кечишида бемор ҳарорати юқори, токсикоз ҳолати ва қонда жиддий ўзгаришлар билан кечади. Касалликни хос белгилардан жароҳатланган юрак клапанлари проекциясида вульвитга хос аускультатив ўзгаришлар эшитилади. Бунда ревматик эндокардитдан фарқли ўлароқ юрак клапанларида ўзгариш жуда тез, интенсив равишда ривожланиб, унинг белгилари жуда эрта, касалликнинг биринчи кунлариданоқ пайдо бўлиши мумкин. Жароҳатланган қопқоқчаларда ярали некротик ўзгариш пайдо бўлиб, баъзан бу клапан деворларини шикастлаб, тешиб, ундан яллиғланган моддалар кўчиб қон орқали бемор организмга тарқалиши мумкин. Бу тромбоземболик ҳолатни келтириб чиқариши мумкин. Бунда тромбоземболик асоратни тарқалиши у ёки бу қон айланиш доирасида бўлади. Яъни митрал ва аортал клапанларидан тарқаладиган тромбоземболия асорати катта қон айланиш доирасида, уч табақали клапандан тарқаладигани - ўпкада кузатилади. Касаллик ниҳоясида юрак нуқсонлари пайдо бўлади.

Касалликни секин-аста, давомли кечишида, субфебрил ҳарорат, бўшашишлик мушак-бўғимларда оғриқ, тери оқариб, ерсимон рангга

кириши ва бошқа белгилар кузатилиб, секин аста юрак клапандаги ўзгаришлар белгиси намоён бўлиб боради.

Перикардит- юрак олди сумкасини яллиғланиши. Перикардит алоҳида касаллик ҳолида кам учраб кўпинча юрак жароҳатланишларидан эндокардит, миокардитлар билан биргаликда учрайди. Касаллик юрак олди сумкасида эксудат бўлиш бўлмаслигига караб курук ва эксудатли перикардитга бўлинади.

Курук перикардит инфекцион (вирус, бактерия) касалликлар давомида ёки ниҳоясида пайдо бўлиб, бунда кузатиладиган асосий симптомлардан бири юракда оғриқ ҳисобланади. 3 ёшдан катта болалар юракни оғриётган ерини аниқ кўрсатади. Кўкрак ёшидаги болаларда безовталиқ, рангини оқариши, тахикардия ва тахипноэ кузатилади. Иккинчи симптом «перикардни ишқаланиш шовқини» бўлиб, бу юрак олди сумкаси деворларига фибрин йиғилгандан далолат беради. Шовқинни эшитиш нуқтаси иккинчи – учинчи қовурға оралиғида, тўш суягининг чап томонида бўлиб, бемор ўтирган ва бироз олдинга эгилган ҳолида яхши эшитилади. Юрак шовқинлари систолик, диастолик бўлиб, юрак тонлари олдидан уларга қўшилмаган ҳолда эшитилади.

Юрак олди сумкасига экссудат йиғила бориши билан юракдаги оғриқ ва перикардни ишқаланиш шовқини йўқолиб бориб, беморни ҳолати оғирлашиб боради. Бемор бетоқат бўлиб, терилари оқариб, кўкаринкираган, бўйин веналари бўртган бўлади. У доимо кўрқувда бўлиб кўтарилиброк ўтиришга ҳаракат қилади. Юрак чегаралари кенгайиб, тонлари жуда бўғиқ бўлиб қолади. Юрак чўққисини турткисини аниқлаш мумкин бўлмай қолади. Рентген, ЭКГ, ФКГ орқали текшириш экссудатли перикардитни ташхисида катта аҳамиятга эга.

Митрал клапанининг етишмаслиги- Бунда систола даврида чап қоринчадан қон доимо орқага чап бўлмачага оқиб, натижада улар ҳажми секин аста кенгайиб, узоқ вақт зўриқиш юракнинг чап бўлмачасига тушади. Кейинчалик касаллик зўрайиб бориши билан кичик

қон айланишда, сўнг ўнг қон айланиш доирасида димланиш кузатилиб, ниҳоят жигар катталашиб, баданда шиш пайдо бўлади.

Болаларда узоқ вақт шикоят бўлмай, касаллик ташхисида бирдан-бир кўрсаткич систолик шовқин бўлиб, бу шовқин кучсизланган I-тон билан кўшилган ҳолда асосан юрак чўққисидан ёки V-нуқтада эшитилади ва шовқин чап қўлтиқ ости соҳасига берилиб туради. Касаллик узоқ давом этиб, ривожланиб бориши натижасида юрак чўққиси тепкиси кучайиб, чапга силжийди. Юрак чегараси чапга кенгайиб, секин аста кўкрак қафаси чап томонида дўмбойишлик «юрак букрилиги» пайдо бўлади. II-тон ўпка артериясида кучайган бўлади.

Митрал стенози. Бу юрак нуқсони асосан ревматизм асорати бўлиб, гемодинамик жиҳатдан ноқулай кечади. Бунда торайган чап атреовентрикуляр тешик орқали қон чап қоринчага қийинчилик билан ўтиб, чап бўлмачада босим ортади ва натижада бўлмача миокарди гипертрофияси содир бўлади. Чап бўлмачада босим ортиши рефлексор ҳолатда ўпка артеролаларида торайиш (спазм) чақириб (Китаев рефлекси), натижада ўпка гипертензиясини ортиб кетиши кузатилади.

Бемор хансираш ва чарчашликка шикоят қилади. Терида оқаришлик кузатилади, бемор юзида ўзига хос кўриниш, лунж ва лабларида кўкаришлик-қизиллик (facies mitralis) кузатилади. Юрак чўққиси тепкиси кучсиз, «мушук хириллаши» пайпаслаш қилинади. Юрак чегараси асосан юқорига ва ўнгга кенгайган бўлади. Аускультацияда юрак чўққисидан баланд овозда, қисқа «қарсаксимон» товушли I тон ва диастолик шовқин эшитилади.

Митрал нуқсонларининг комбинацияси. Бунда бир вақтда митрал клапанининг етишмаслиги ва митрал стенози симптомлари кузатилади. Одатда болаларда олдин митрал клапани етишмаслиги симптомлари пайдо бўлиб, кейинчалик митрал стенози симптомлари қўшилиб боради. Кўпинча бу ўсмир ёшларида кузатилади.

Аорта клапанининг етишмаслиги. Бунда гемодинамик ўзгариш, диастола фазасида қон аортдан чап қоринчага қайтиб тушганлиги

сабабли, чап қоринча дилатацияси ва гипертрофияси пайдо бўлиб, секин аста кичик қон айланиш доирасида димиқиш, кейинчалик ўнг қоринча декомпенсацияси кузатилади. Беморлар хансираш, юракни уриб кетиши, баъзан юракда оғриққа шикоят қиладилар. Бемор териси оқарган, баъзан уйқу артерияси пульсацияси (коротид ракси) кузатилади. Артерия қон босимида максимал қон босими меъёрида ёки бироз кўтарилган, минимал қон босими паст бўлади. Юрак чўққиси тепкиси кучайган, чапга ва пастга силжиган. Юрак чегараси чапга кенгайган, юрак чўққисида I тон ботиқ, тўш суягини чап томонида 3-4-ковурға оралиғида, протодиастолик шовқин эшитилади. Шовқин майин бўлиб, турган ҳолатда ва танани олдинга бироз энкайганда яхши эшитилади.

Уч табақали клапаннинг етишмаслиги. Бу юрак нуқсони болаларда кам учраб, асосан узлуксиз қайталанувчи ревматизм асорати ҳисобланади. Болаларда хансираш, бўшашишлик, юз - лабларида кўкаришлик, бўйин веналари пульсацияси, оёқларда шиш, асцит кузатилади. Баъзан жигар пульсациясини кузатиш мумкин. Юрак чегараси ўнгга кенгайган. Тўш суягининг пастки 1/3 қисмида систолик шовқин эшитилиб, товуш ўнг кўлтлик ости соҳасига берилади.

4.5.8 Туғма юрак нуқсонлари

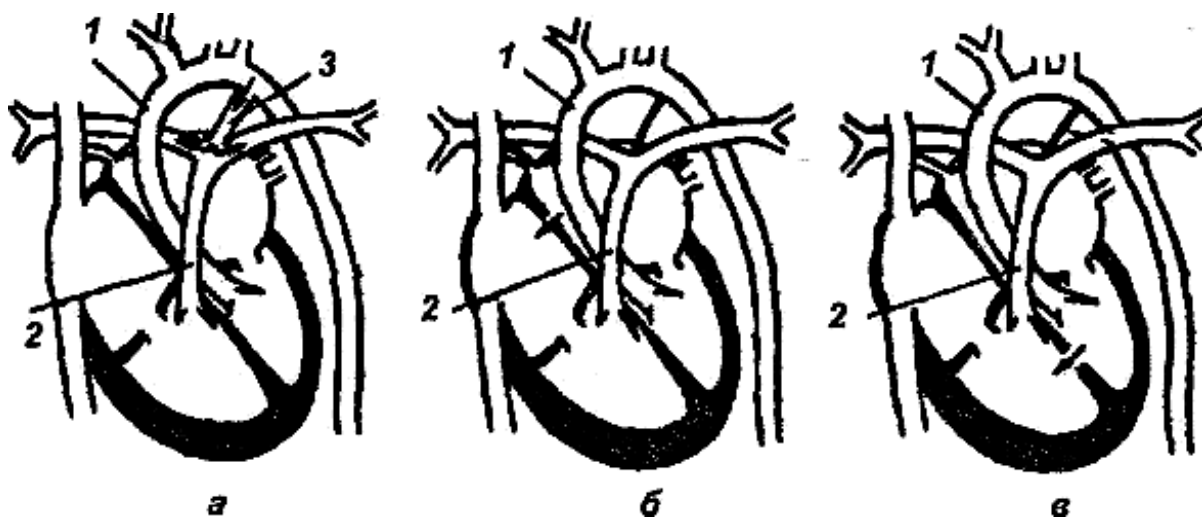
Бунда юрак нуқсонларининг анатомик вариантлари хилма-хил бўлганлиги сабаблик юрак ичида ва юракдан ташқарида турли гемодинамик ўзгаришлар вужудга келиб, ўзига хос клиник кўринишга эга бўлади. Туғма юрак нуқсонларининг клиник кечишида уч фаза фарқланади.

I фаза - биринчи адаптация даври деб аталиб, бунда юрак нуқсонидagi гемодинамик ўзгариш туфайли вужудга келган ўзгача шароитга мослашиш рўй беради. Бу фазада бир ёшгача бўлган бемор болалар орасида ўлим адабиётда кўрсатилишича 50%-дан ошганини ташкил қилади.

II-фаза нисбий компенсация даври деб аталиб, бунда 2-3 ёшгача омон қолиб, шароитга маълум даражада мослашиб олган болаларни аҳволи ва жисмоний ўсиши бирмунча яхшиланади.

III-фаза - терминал фазаси деб аталиб, бунда организмни компенсатор имконияти тугаб, органларда дегенератив ўзгаришлар рўй беради. Турли касалликларни кўшилиши ва улар асорати нохуш оқибатга олиб келувчи III фазани ривожланишини тезлатади.

Туғма юрак нуқсонлари тафсифномаси вариантлари кўп бўлиб, улар ичида кўпчилик эътироф этгани Marder (1953) классификацияси ҳисобланади. Бу классификация бўйича гемодинамик ўзгаришлар кичик қон айланиш доирасида қоннинг кўпайиши, ҳамда қоннинг камайиши, катта қон айланиш доирасида қоннинг камайиши ва ниҳоят гемодинамик ўзгаришларсиз кечувчи туғма юрак нуқсонларига бўлинади.



Расм 48. Нуқсонлар: а) Боталлов йўли нуқсони; б) бўлмачалар аро нуқсон; в) қоринчалараро нуқсон; 1) аорта стенози; 2) ўпка артерияси стенози;

Кичик қон айланиш доирасида қоннинг кўпайиши билан кечувчи туғма юрак нуқсонлари.

Бу юрак нуқсонларида гемодинамик ўзгариш кичик қон айланиш доирасида қоннинг кўпайиши билан кечади. Натижада ўпкада қоннинг димиқиши, ўпка гипертензияси, ўпка артериясида босимнинг ортиши кузатилади. Бемор болалар тез-тез бронхит, зотилжам билан оғриб уларни даволаш кўпинча узоққа чўзилади. Бу гуруҳ туғма юрак нуқсонларидан асосан қуйидагилари кузатилади. Бемор болалар тез - тез бронхит, зотилжам билан оғриб, уларни даволаш кўпинча узоққа чўзилади. Бу гуруҳ юрак туғма нуқсонларидан асосан кузатиладигани қуйидагилар:

Қоринчалараро пардевор дефекти. Бу нисбатан кўп учрайдиган касаллик бўлиб, туғма юрак нуқсонлари ичида 11-23% ни ташкил қилади. Бунда дефект 2 хил вариантда, пардеворнинг мембрана ёки мушак қисмида жойлашиши мумкин Касалликнинг клиник белгиси одатда боланинг 1-2 ойлигидан бошлаб, бемор кўкракни эмишда қийналади, инжиқ бўлиб қолади, хансирайди, оч қолиб оза бошлайди. Юрак чегараси ўнгга ва чапга кенгайган бўлиб, секин - аста юрак букрилиги пайдо бўла бошлайди. Тўш суягини чап қиррасида 3-4 қовурға оралиғида кенг соҳада дағал систолик шовқин эшитилади. Ўпка артериясида 2- тон кучайган бўлади.

Дефект мушак қисмида бўлса, (Толочинов - Роже касаллиги) шикоят бўлмайди. Фақат тўш суягининг чап қиррасида 4-5- қовурға оралиғида, ўртача интенсивликда атрофга тарқалмаган ғижирлаган товушдаги шовқин эшитилади. Ўпка гипертензияси бўлмайди. Баъзан дефектни клиник белгиларини йўқолиши мушак толаларини ривожланиши ҳисобига бўлиши мумкин.

Артериал (баталлов) йўлининг очиқ қолиши. Касалликнинг клиник белгилари кўпинча 1 ёшнинг охирида ёки 2-3 ёшлик вақтидан бошланади. Бунгача бола кўпинча яхши ривожланади. Касаллик бошланишида бола тез - тез респиратор касаллик билан оғриб туради. Олдин тўш суягининг чап томонида 2-3 -қовурға оралиғида систолик шовқин эшитилиб, кейин бунга диастолик шовқин қўшилиб, натижада узлуксиз систола - диастолик шовқин

эшитила бошлайди. 2- тон ўпка артериясида кучайган бўлади. Юрак чегараси асосан чапга кенгайган бўлади.

Бўлмачалараро пардевор дефекти. Бу туғма юрак нуқсонлари ичида 8-16% ни ташкил қилади. Бу ҳасталикда юрак чегараси асосан ўнга кенгайиб, тўш суягининг чап томонида 2 - 3 -ковурға оралиғида систолик шовқин эшитилади. Ўпка артериясида 2- тон кучайган бўлади. Йиллар ўтиши билан юрак букрилиги пайдо бўлади. Кичик қон айланишида қоннинг камайиши билан кечувчи туғма юрак нуқсонлари. Бу хилдаги юрак нуқсонларида ўнг қоринчадан оқиб чиқувчи қон тўсикқа учраб, натижада ўнг қоринчада босим ортиб, миокард гипертрофияси кузатилади. Кичик қон айланиш доирасида қоннинг камайиши, кислород танқислиги ва унинг давом этиши бемор организмда дегенератив ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бу гуруҳ туғма нуқсонларидан асосан кузатилади:

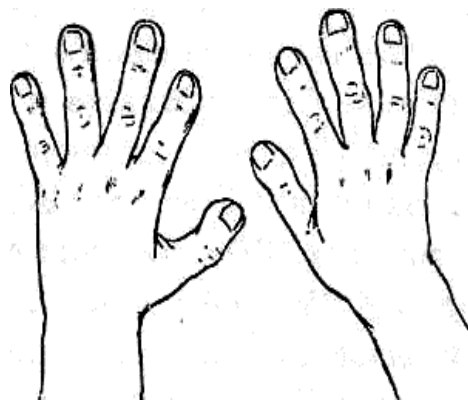
Ўпка артерияси стенози. Бунда гемодинамик ўзгаришни ривожланиши ўпка артерияси стенозининг катта - кичиклигига боқлиқ бўлади. Беморлар хансирашга, юракда оғриққа шикоят қиладилар. Юрак чегараси ўнга кенгайган бўлади. Тўш суягининг чап томонидан 2-3 қовурға оралиғида кучли, дағал систолик шовқин эшитилади. 2 - тон ўпка артериясида жуда бўғиқ эшитилади ёки. бутунлай эшитилмайди.

Фалло тўртлиги. Бу туғма юрак нуқсониди, ўнг қоринчадан оқиб чиқувчи қон йўлининг қисилиши (ўпка артерияси стенози) қоринчалараро пардеворнинг мембрана қисмида дефект, аортани ўнг позицияда жойлашиши ва ўнг қоринча гипертрофияси кузатилади. Бу туғма юрак нуқсонининг асосий клиник белгиси кўкариш ва хансираш, беморнинг мажбурий ҳолати ҳисобланади. Кўкаришлик бола туғилиши билан ёки биринчи ярим йилликдан бошланиб, кейинчалик ривожланиб боради. Юрак чегараси асосан ўнгга кенгайган бўлади, организмда мавжуд гипоксия ҳисобига қўл бармоқлари «барабан таёқчалар», тирноқлари «соат ойнаси» га ўхшаб қолади. Тўш суягининг чап томонида ўпка артериясида систолик шовқин эшитилади. 2- тон эса бўғиқ бўлади.

Магистрал қон томирлар транспозицияси ўпка артерияси стенози билан. Бунда аорта ўнг қоринчадан, торайган ўпка артерияси чап қоринчадан чиқади. Бунда фақат қоринчалар, бўлмачалар ёки магистрал қон томирлар аро йўл очик қолгандагина бола ҳаёт қолиши мумкин. Касалликнинг асосий белгиси кўкаришлик бўлиб, бу бола туғилганданок кузатилади. Тезда нафас етишмаслик бошланиб, гипоксемик хуружлар кузатилади. Юрак чегараси ўнга кенгайган бўлади. Аускультацияда шовқин эшитилмаслиги мумкин, ёки ўпка артериясида систолик шовқин эшитилади. Юрак етишмаслиги белгилари ривожланади.



Расм 49. Фалло тўртлигида беморнинг мажбурий ҳолати



Расм 50. «Барабан таёқчалари»

Катта қон айланиш доирасида қоннинг камайиши билан кечувчи туғма юрак нуқсонлари. Бундай юрак нуқсонларига киради:

Аорта тешиги стенози. Бунда беморларда хансираш, тез чарчаш, юрак атрофида оғриқ, бош айланиш, ҳушидан кетиш ҳолатлари кузатилади.

Терилари оқарган, артериал қон босими пасайган бўлади. Юрак чегараси чапга кенгайиб, тўш суягини ўнгида 2- коворға оралиғида систолик шовқин эшитилади.

Аорта коарктацияси. Бунда торайиш аортанинг бўйин қисмида, ёйида ёки ёйидан пастга тушиш қисмида бўлиши мумкин. Эрта ёшдаги болаларда, туғилишининг биринчи куниданок ўпка - юрак ҳаво етишмаслиги, кучли хансираш, ўпкада кўп микдорда хириллашларни пайдо бўлиши билан кечиши мумкин. Кўпинча 2 - коворға оралиғида тўш суягини ўнг ёки чап томонида систолик шовқин эшитилади. Юрак чегараси чапга ёки икки томонга кенгайган бўлади. Аортанинг торайиш қисмидан юқорида гипертензия кузатилиб, тананинг юқори қисми қон билан яхши таъминланиб яхши ривожланади. Бунда беморнинг қўлида пульс тўла, баланд, артериал қон босими меъёрда ёки кўтарилган бўлади. Боланинг оёқларида эса пульс кучсиз артериал қон босим паст бўлади. Тана тузилишида диспропорция кузатилади.

Юрак фаолиятининг етишмаслиги синдроми.

Юрак фаолиятининг етишмаслигида юракка тушадиган зўриқиш унинг бажариши мумкин бўлган имкониятдан кўп бўлиб, натижада миокарднинг қисқариш фаолиятини бузилиши кузатилади. Юрак фаолиятининг етишмаслиги ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Касалликнинг бошланиши даврларида бемор болаларда хансираш, юрак уришининг тезлашиши - тахикардия кузатилади. Касалнинг териси оқариб – кўкимтир тус олади, мрамор кўринишига эга бўлади. Кўкаришлар айниқса бемор лабларида, тананинг дистал соҳаларида, қўл-оёқларида ривожланган бўлади. Касаллик ривожланиши билан ўпкада димланиш ҳолати пайдо бўлиб, беморда нафас олишни янада тезлашиши, йўтал кузатилади. Бунда ўпкада кўпинча майда пуфакчали хўл хириллашлар эшитилади. Агарда димланиш ҳолати катта қон айланиш доирасида бўлса, жигарнинг

катталашishi, баъзида шиш, тана вазнини ортиши, диурезни камайиши кузатилади.

Юрак қон- томир етишмовчилик синдроми

Юрак фаолиятининг етишмаслиги - ҳар хил босқичдаги ўнг ва чап қоринчалар етишмаслигига фарқланади:

I А босқичда клиник олди юрак фаолиятининг етишмаслиги ҳисобланиб, минимал даражадаги юрак фаолиятининг етишмаслиги зўриқишдан кейингина кузатилиб бунинг фақат асбоб ускуналар орқали текширибгина аниқлаш мумкин.

II А босқичда тахикардия ва хансираш тинч ҳолатда ҳам кузатилади. Беморлар тез чарчайдиган ва асабийлашган бўлишади. Чап қоринча етишмаслигида юрак уриши ритми тинч ҳолатда меъёрга нисбатан 15-30% га нафас олиш 30-50% га тезлашган бўлади. Ўнг қоринча етишмаслигида беморни қорни катталашган, пешоби камайган бўлади. Жигар ўнг қовурға қиррасидан 2-3 см га чиққан бўлади.

II Б босқичда. Чап қоринча етишмаслигида юрак уриш ритми тинч ҳолатда меъёрга нисбатан 30-50% нафас олиш тезлиги 50-70% га кўпайган бўлади. Ўнг қоринча етишмаслигида жигар катталашган (3-5смга) оёқларда, мойк ҳалтасида шиш, юзлари кериккан ҳолатда бўлади.

III босқичда организм аъзоларида дистрофик ўзгаришлар ривожланиб, бемор аҳволи оғирлашиб боради. Чап қоринча етишмаслигида юрак уриш ритми меъёрга нисбатан 50-60% нафас олиш тезлиги 70-100% га ошган бўлади. Ўпкада шиш пайдо бўлиб, нафасни бўғилиши, баъзан тўхтовсиз йўтал кузатилади. Ўнг қоринча етишмаслигида баданда шиш, гепатоспленомегалия, олигурия ривожланган бўлади.

Назорат учун саволлар

1. Хомилада қон айланиш хусусиятлари

2. Катталарда қон айланиши
3. Юрак қон -томир тизими анатомик хусусиятлари
4. Юрак қон -томир тизими функционал хусусиятлари
5. Юрак қон -томир тизими ҳолатини баҳолаш
6. Юрак қон -томир тизимини текшириш усуллари
7. Юрак соҳасини кўздан кечириш
8. Юрак тепкисини пайпаслаш
9. Пульсни аниқлаш жойлари ва баҳо бериш
- 10.Юрак чегараларини перкуссия ёрдамида аниқлаш
- 11.Юрак аускультацияси, эшитиш нуқталари
- 12.Юрак қон -томир тизими касалликлари симптомлари
- 13.Юрак туғма нуқсонлари
- 14.Юрак қон -томир етишмовчилик синдроми

Таянч сўзлар: юрак, қон-томирлар, перкуссия, аускультация, нуқсонлар

4.6. ОВҚАТ ҲАЗМ ҚИЛИШ ТИЗИМИ

4.6.1. Овқат ҳазм қилиш тизими анатомик ва физиологик хусусиятлари

Оғиз бўшлиғи: Боланинг оғиз бўшлиғи жуда кичкина бўлади. У оғиз дарвозаси ва шахсий оғиздан иборат. Тиш чиқишидан олдин оғиз бўшлиғи милк қаторлари билан бўлинади.

Чақалоқнинг чайнаш азолари – ҳартумчасимон лаблар, милк мембраналари, бўртиб чиққан юмшоқ ёғли юз – она кўкрагини эмишга мўлжалланган. Сўриш маркази узунчоқ мияда жойлашган. Сўриш акти 3 фазадан иборат : асперация, кўкракни сўриш ва асперацияланган сутни ютиш. Оғиз бўшлиғида овқат сўлак яъни юз ва тил ости безларидан ажралиб чиқувчи суюқлик билан аралашади. Улар болаларда туғилибон ишлай бошлайди, лекин бошланғич пайтида сустроқ ишлайди. 4-6 ойдан сўнг чақалоқларда сўлак ажралиши кучаяди. Чақалоқлар сўлакни ютиб улгуролмаганларидан баъзида физиологик нуқтаи назардан сўлак оқиши ҳолати юз беради.

Ошқозон: Биринчи йил тугашига ошқозон оғирлиги уч марта, 3-5 ёшга келиб 6 марта, 10 ёшда 10 марта, 20 ёшда 24 марта ортади. Эпителий тўқималарининг суюқ қатлами янгилашиши 12-24 соат ташкил қилади.

Ошқозоннинг физиологик ва анатомикмослигини фарқлайдилар. Физиологик сиғими туғилгандан сўнг 7 мл., 10 кунда 80 мл. Кейинчалик ойма ой 25мл га катталашиб боради.

Янги туғилган чақалоқларда ост ва кардиал қисмларнинг суст ривожланиши кузатилган. Овқат ютиш йўлининг калталиги ва камдан кам очилиши сабабли, ошқозон қопчаси юқори кириш қисми диофрагма устида яъни кўкрак атрофида жойлашади ва овқат ютиш йулининг диофрагмадаги йўғон қисми орқали, қорин қисмида жойлашган ошқозоннинг бир қисми билан алоқа ўрнатади.

Кардиал марказ ривожланиш хусусиятига ҳам эга. Бунга янги туғилган чақалоқларда учрайдиган ўқчиш, қусишга мойиллик билан тушунтирилади.

Ошқозоннинг кардиал бўлими ривожланиши 8 йилда тугайди. Ошқозоннинг пилоритик қисми функционал яхши ривожланган, бу ҳолатда кардиал суст ривожланган, боланинг ошқозонини очик бўш шиша идиш билан таққослашимиз мумкин.

Ҳаракатдаги ошқозон деворининг фарқи: А) пересталтика – ритмик тўлқинлар қисқариши, ошқозонга киришдан то привратникгача ўтадиган. Б) перестола – ошқозон қисқариши, овқатнинг чўзилиш ҳолларида юзага келади. В) даврий қисқариш. Г) Рефлектор очилиш ва привратникнинг тутилиши.

Ошқозон ширасининг таркиби: янги туғилган чақалоқларда ошқозон шираси асосий органик (ферментлар, муцин, оксил) ва ноорганик (HCl , суюқ туз) моддалардан иборат. Ферментлардан: пепсин, катепсин, химозин, липаза. 3 ойгача асосан хазим қилиш хлорид кислота эмас айнан сут (молочной) кислотаси ҳисобидан бўлади.

Ичаклар: Бола туғилганда унинг ичаги танасига нисбатан каттароқ болалар ёки ўсмирларга қараганда узунроқ бўлади. Янги туғилган чақалоқларда ичак узунлиги нисбати 8,3:1, чақалоқнинг биринчи йилида 7,6:1. Ингичка ичак узунлиги 1,2 – 2,8 м.

Ингичга ичак 3 га бўлинади: 1) 12 бармоқли ичак, 2) Йўғон ичак, 3) чамбар ичаклар.

Янги туғилган чақалоқларда **12 бармоқли ичакнинг** узунлиги 7,5 – 10см. Катталарда 24 – 30см. Сфинктер аппарати: а) бўльбодуоденаль б) медиодуоденаль в) сфинктер Окстера.

Йўғон ва кўтарилувчи чамбар ичак - Йўғон ва кўтарилувчи чамбар ичак орасида аниқ чегара йўқ. Йўғон ичак ичакнинг 2/5 қисмини ташкил қилади, кўтарилувчи чамбар ичак эса 3/5 қисмини.

Ингичка шиллик қоплама, силлик хусусиятига эга айниқса боланинг биринчи йилида. Ичакда лимфоид толалар тарқоқ бўлади.

Ингичка ичак қон-томирга бой. Мезентерал қисмида қон-томир миқдори, умумий қон-томир миқдорининг 10-30% ташкил қилади.

Йўғон ичак - Янги туғилган чақалоқларда тасмалар суст ривожланган ва гаустралар 6 ойгача бўлмайди. 4 ёшгача бўлган болаларда кўтарилувчи ичак бутун узунлиги бўйича тушувчи ичакдан каттароқ бўлади. Фақат 3-4 йилга келиб йўғон ичак тузилиши катталарникига ўхшайди.

Янги туғилган чақалоқларда кўр ичак конуссимон ёки варонкасимон тузилишда бўлади ва узунлиги тахминан 5см бўлади. Болаларданинг апендиксининг мушак қатламлари жуда суст ривожланган бўлади.

Кўтарилувчи чамбар ичак ёш болаларда калта бўлиб, тутқичларининг яхши ривожланмаганидан кам ҳаракатлидир ва фақатгина йўғон ичак қорин қисмида жойлашгандан сўнг чўзилади. Бу ҳол кўпинча 1 ёшда 15см 10 ёшда унинг узунлиги 35см бўлади. Кўтарилувчи чамбар ичакнинг пастки қисми 5ёшда 13см, 10 ёшда эса 16см бўлади.

Тўғри ичак янги туғилган чақалоқларда узун ва кичик тосни эгаллаган бўлади. Орқа ўтиш устуниси ва синуслари, ёғ клетчаткалари ривожланмаган шунинг учун у яхши фиксацияланмайди. Бу ҳол болаларда кўпинча учрайдиган пролапсга олиб келади. Мушак қисми жуда суст ривожланган бўлади.

Ингичка ичакнинг ҳаракатланиши:

1. Маятниксимон
2. Ичак деворининг тонусли ҳаракати
3. Перистола

Йўғон ичак ҳаракатланиши:

1. Маятниксимон
2. Перистола
3. Антиперестал

Жигар - Жигар болаларда нисбатан катта. Чақалоқ болаларда уни оғирлиги тана вазнини 4,38%, катталарда эса 2% ташкил қилади. Абсолют оғирлиги жигарни чақалоқларда 130 гр, йилни охирига келиб 450 гр, 3 ёшда 500 грамдан ортиқ. 14-15 ёшга борганда жигар жадал ривожланади. Боланинг жигари жуда конга бой. 6-8 ёшгача бола жигари ривожланиши тўхтамайди.

Чақалоқ биринчи кунлари бирламчи, меконий чиқаради. Меконий тўқроқ рангни ташкил қилиб, ҳидсиз 60-90 гр ташкил қилади.

Меконий термини - бола туғилишадан олдин ошқозонида йиғилиб қолган суюқликка айтилади. Меконий таркиби ичак тўқималари эпителий билан ютилган, ичак беши секрецияси ва у ошқозондан биринчи 12 соат ичида чиқиб кетади.

Боланинг ахлати унинг биринчи куниданоқ овқатланишига боғлиқ. Табiiй яъни кўкрак билан эмизилган болада тилласимон сариқ рангда, нордон хидли, суюқ кўринишида бўлади. Боланинг биринчи йилида кунига 5 марта, 6 ойдан кейин кўпинча кунига 2-3 марта ичи келади.

Боланинг сунъий овқатлантиришда уларнинг ахлати қуюқ суртмасимон, оч сариқ рангда ва кўпинча сассиқ чириндисимон хидли бўлади. Болаларда биринчи ярим йилликда кунига 3-4 марта, иккинчи ярим йилликда эса 1-2 марта ичи келади.

Катталарнинг ахлати (калбаса кўринишда) тўқ жигарранг ва ҳеч қандай потологик қўшимчаларсиз (суюқлик, қон), кунига 1-2 марта келади. Ошқозон ичак трактини ўрганиш уни кўриб чиқишдан, пайпаслаш ва перкуссия усулларида иборат, аускультация эса камдан кам ишлатилади ва унчалик катта аҳамиятга эга эмас.

4.6.2. Овқат ҳазм қилиш тизими ҳолатини баҳолаш

Кўрик. Қоринни кўздан кечириш горизонтал ва вертикал ҳолатда амалга оширилади. Аввало қориннинг тузулишига, унинг катта кичиклигига, симметриклигига, кўринишидан аниқлаш мумкин бўлган ошқозон ичак перестальтикасига ва нафас олишга этибор қилинади. Аввал қориннинг ранги, унинг зичлиги, ялтираши, ичаклар ва думба қисми (тортишган, текис, шишган) кўздан кечиралади.

Анус кўригида ундаги суюқлик чиқиши, атрофи ёрилиши ёки ичак чиқишини аниқлаш шарт.

Оғиз бўшлиғини кўриги жараёнида шиллик қатлам, милклар, оғизнинг юқори қисмига, тил ва тишларга ҳам катта аҳамият қилиш керак. Бу пайтда оғиз бўшлиғининг яхши ёритилгани жуда муҳим. Ёш гўдакларнинг оғиз бўшлиғини кўриб чиқиш қийинлиги сабабли бунда болани силаб чалғитиш керак. Бунинг учун ёрдамчи ёки ҳамшира боланинг орқасини ўзига қаратган ҳолда тиззасига ўтқизиб оёқларини тиззаси билан сиқиб олади: ўнг қўли билан боланинг баданини силайди, чап қўли билан боланинг бошини. Шифокор боланинг ўнг томонида туриб, оғиз бўшлиғига тушаётган чирок нурини ёпиб қўймаслиги керак.

Оғиз бўшлиғини шпател ёки қошиқ билан кўриш керак ва ҳеч қачон боланинг истагига кўра шпателсиз кўриш керак эмас.



Расм 51. Катта ёшли болаларда кўрик оғиз бўшлиғини кўришдан бошланади

Авваламбор оғизнинг, лабнинг шиллик қаватини, юз, милқ, оғизнинг юқори қисмидаги юмшоқ ва қаттиқ қатламни, тишни кўриш лозим. Эътиборни шиллик қават рангига, унинг намлигига, гиперемия, яра, Филатов-Коплик доғларига, милкларнинг қонашига қаратиш керак. Алоҳида эътиборни тилнинг (глоссит, макроглоссия, яра, караш, географик тил ва х.з) ва тишнинг (сони, доимий ёки бошланғич, кариес борлиги) кўринишига

каратиш керак. Кўрикни оғиз бўшлиғи ва лунжларни кузатиш билан тугатилади. Бунинг учун шпателни тилнинг ичкари тарафига секин аста тиқиб уни эҳтиёткорлик билан босиш, болага оғзини каттароқ очишга ундаш керак. Бу пайтда тил оғиз бўшлиғида бўлиши лозим. Агар бола оғзини ёпиб олса ва шпател бола оғзида қолса, бундай ҳолда шпател учини секин асталлик билан охирги жағ тиш милкига олиб келиб аста босиш керак. Шунда боланинг лунжи ва ҳатто томоқ қисмини кўриш мумкин.

4.6.3. Овқат ҳазм қилиш тизими органларини пайпаслаш

Қорин бўшлиғини пайпаслаш овқат ҳазм аъзоларидаги жароҳатланиш ташхисини қўйишда муҳим аҳамиятга эгадир. Пайпаслаш усули жуда мураккаб бўлиб, тажрибали қўлланмалар асосида машқ қилиш керак. Пайпаслаш техникаси турли клиницистларда турличадир. Лекин биз Образцов, Стражеско мактабида яратилган усулни ўрганамиз.

Пайпаслашнинг умумий қоидалари. Текшириб олиб борилаётган хона ёруғ, ҳарорати мўътадил бўлиши шифокорнинг қўли иссиқ, курук, тирноқлари олинган бўлиши, узуклари бўлмаслиги керак.

Қорин мушакларини бўшашини таъминлаш мақсадида беморга аниқ бир ҳолатда ётиш тавсия қилинади, яъни бемор ётган кушеткани бош тарафи озгина кўтарилган бўлиши, оёқлари тизза ва сон -чанок бўғимларидан бироз букилган бўлиши, қўлларини ёни узра узатиб юбориши ёки кўкрак қафасига қўйиши, нафас олиши унчалик чуқур бўлмаслиги керак. Тиббиёт ходими беморнинг ўнг тарафида (ўтирган ўриндан бемор ётган кушетка билан бир сатҳда бўлиши) текширувни олиб бориши керак.

Текширувни жуда эҳтиёткорлик билан ўтказиш, пайпаслаш, беморда оғриқ чақирмаслиги, агар беморнинг қорни (шишган) димланган бўлса, аввал хукна қилиш ёки дори бериш керак.

Пайпаслашдан асосий мақсад шуки, аъзо жисмонан ва топографик ўз жойидан агар патологик ўзгаришлар бўлса, унинг морфологияси,

топографияси ва функцияси таассуроти ва бу патологик жараённинг локализацияси, унинг табиати тўғрисида тушунча олишдир.

Бунинг учун чуқур ва юзаки пайпаслаш керак.

Юзаки пайпаслаш. Шифокор юқорида ифодаланган ҳолатни эгаллаб, ўнг қўлини беморнинг қорнига, 2-,3-,4-, 5-бармоқларини қўяди ёки бармоқларини озгина буккан ҳолатда аста-секин эҳтиёткорлик билан, жуда чуқур кирмаган ҳолда, қорин бўшлиғининг ҳамма қисмини юзаки пайпаслаб чиқиш керак. Ёш болаларни пайпаслаганда қориндаги таранглик фаол ёки пассивлигига ҳам аҳамият берилиши керак. Бунинг учун болани чалғитиш керак. Агар чалғитганда қориндаги таранглик йўқолса-фаол сақланса пассив ҳисобланади.

Пайпаслаш одатда чап чов соҳасидан (агар шу соҳада оғриқ бўлмаса) бошланади. Симметрик қисмлар пайпаслашиб, эпигастрал соҳа билан яқунланади.



Расм 52. Юзаки пайпаслаш

Пайпаслашда теридаги гиперэстезия, яъни Захарьин - Геде зоналари жуда муҳим аҳамиятга эгадир. Катта ёшдаги болаларни пайпаслаганда иккала қўл билан оқ чизикнинг ўнг ва чап томонлари симметрик зоналари аста силаб пайпасланади.

Демак қуйидаги зоналар Захарьин-Геде гиперэстезия зоналари

ҳисобланади:

- 1 **Холедуходуадэнал зона** - юқори квадрат соҳасига жойлашган бўлиб, юқоридан - ўнг қовурға равоғи, чапдан - оқ чизик, пастдан - киндикдан ўнг ёнбошга ўтказилган перпендикуляр чизик билан чегараланган.
- 2 **Эпигастрал зона** - эпигастритини эгаллайди. Пастдан ўнг ва чап қовурғалар равоғини бирлаштирувчи чизик билан, юқоридан ўнг ва чап қовурғалар равоғи билан чегараланган.
- 3 **Шофффар зонаси** - киндикдан ўнг қовурға равоғининг ўртасига биссектриса ўтказилади ва ана шу биссектрисанинг чап томонидаги майдон ташкил қилади. Бу зона юқоридан ўнг қовурға равоғи билан чапдан оқ чизик билан ундаги биссектриса билан чегараланади.
- 4 **Панкреатик зона** - киндикдан мезогастриум бўйлаб бел умуртқагача ўтган белбоғсимон йўл ҳисобланади.
- 5 **Аппендикуляр зона** - ўнг пастки квадрат бўлиб, юқоридан киндикдан, ўнг ёнбош суягининг юқори олд қирраси билан чегараланади.
- 6 **Сигмал зона** - пастки чап квадрат бўлиб, юқоридан киндикдан ўнг ёнбошга ўтказилган перпендикуляр билан, ўнг томондан оқ чизик билан, пастдан ўнг ёнбош суягининг юқори ва олд қирраси билан чегараланади.
- 7 **Штернберг зонаси** ёки қорин бўшлиғидаги лимфа тугунларини пайпаслаш зонаси. Юқори чап ва пастки ўнг квадратларини эгаллайди.

Пайпаслаш жараёнида қорин бўшлиғидаги оғриққа, унинг локализациясига, шунингдек тери ва тери ости ёғ қавати, мушакларнинг таранглигига, чуррага ва бошқа ўзгаришларга эътибор бериши керак.

Агар маҳаллий яллиғланиши бўлса (аппендицит, холецистит) локал босим кучли оғриқни чақиради, агар локал босимни бирдан кесиб қўйилса (қўлни бирдан олиниши оқибатида) оғриқ, янада кучаяди. Шеткин-Блюмберг симптоми - юзаки пайпаслаш ёрдамида паренхиматоз аъзоларни катталашганини, ўсмани, ошқозон ва ичаклар таранглигини аниқлаш мумкин.

Лекин Образцов-Стражеско усули билан чуқур пайпаслаш кўпроқ маълумот беради. Шунинг учун ҳам чуқур пайпаслаганда маълум қонун-

қоидаларга риоя қилиш керак. Яъни сигмасимон, кўр ичак, ёнбош ичакнинг кўтарилувчи ва тушувчи қисмларини, кўндаланг чамбар ичакни, жигар, 12-бармоқли ичак, ошқозон ости беши, буйракларни пайпаслашда ўнг қўл ёки иккала қўл (бимануал усулдан) фойдаланилади.

Пайпаслаш усулида қуйидаги 4 та ҳолат муҳим ўринни эгаллайди:

1-чи ҳолат-шифокор қўлини қорин бўшлиғининг олдинги деворига шундай қўядики, текширилаётган ичак ўқига ёки аъзонинг чекка қиррасига перпендикуляр ҳолатда жойлаштирилади.

2-ҳолат - терида бурма ҳосил қилинади.

3- ҳолат қўлни қорин ичига ботириш, чуқур пайпаслашда қўл бемор ҳар нафас олганда қорин бўшлиғига аста - секин киритиб, текширилаётган аъзога ёки ичак деворига етиб боради.

4 ҳолат - бармоқлар учи ёрдамида текширилаётган ичакни ёки аъзонинг кўндаланг ўқи бўйлаб, сирғалувчан ҳаракат қилинади. Аъзонинг ҳолатига, жойлашишига қараб сирғалувчан ҳаракати ичкаридан ташқарига (сигмасимон ва кўр ичакларда) ёки юқоридан пастга қараб (ошқозон, кўндаланг чамбар ичакларда) ва ниҳоят кўндаланг ичакни кўтарилувчи ва тушувчи қисмларини пайпаслаш мумкин (медиалдан латералга қараб пайпаслаш мумкин).

Сигмасимон ичакни пайпаслаш учун шифокор ўнг қўлини бармоқларини бир оз буккан ҳолда чап ёнбошга, сигмасимон ичакнинг узунасига бармоқлар учини параллел равишда қўйилади, бармоқлар аста-секин нафас чиқарганда ичкарига яъни ичак деворига томон йўналтириб, ичакнинг кўндаланг ўқига нисбатан перпендикуляр равишда сирғалувчан ҳаракат қилинади. Қўлнинг кафт қисми марказга, яъни киндикка қараган бўлиши ҳам мумкин.



Расм 52. Сигмасимон ичакни пайпаслаш



Расм 53. Кўр ичакни пайпаслаш

Кўр ичакни пайпаслаш усули ҳам сигмасимон ичакнигига ўхшаш бўлади, лекин ўнг ёнбош соҳасида жойлашган бўлиб, пайпаслаганда бармоқлар ҳаракати ўнгдан юқоридан, пастга ва чапга қараб йўналтирилади.

Кўндаланг чамбар ичакни қўл билан, яъни бимануал усулида пайпасланади. Бунинг учун 2-3 см киндикдан юқорида, тўғри мушакларнинг чекка қиррасидан, уларни бир оз марказга итариб, сўнг бармоқларни нафас чиқарган вақтда ичкарига киритилади ва сирғалувчан ҳаракат билан юқоридан пастга йўналтирилади.

Кўндаланг чамбар ичакни кўтарилувчи қисмини пайпаслаш учун чап қўлни белини ўнг соҳасига шундай қўйиш керакки, бармоқлар умуртқа поғонаси соҳасига параллел равишда туриши керак. Ўнг қўл бармоқлари ичак кўтарилувчи қисмининг кўндаланг ўқиға перпендикуляр равишда, нафас чиқарган вақтда чап қўлга томон бармоқлар учи тўқнашгунча йўналтирилади. Тушувчи қисмини пайпаслаганда, чап қўлни чап бел соҳасига юқорида айтилган тартибда жойлаштирилади, ўнг қўл бармоқларини озгина буккан ҳолатда, чап қўл томонга (нафас чиқарганда) йўналтирилади. Бунда ҳам ичак ўқиға перпендикуляр бўлиши керак.

Ошқозонни пайпаслашда беморни ҳам вертикал, ҳам горизонтал ҳолатда бўлиши кераклигини ҳисобга олиш керак, чунки ошқозоннинг кичик эгрилигини беморнинг горизонтал ҳолатида пайпаслаш имкониятига эга

бўламиз. Пайпаслаш усули ёрдамида аъзоларнинг жойлашишини, кўзгалувчанлигини, оғриқ бор ёки йўқлигини аниқлаш мумкин.

Жигарни пайпаслаш. Жигарни 2 хил усул билан пайпаслаш мумкин.

- 1) **Стражеско усули** билан сирғалувчан пайпаслаш. Бунинг учун бемор ётқизилади (бошидаги ёстик олиб қўйилади), оёқлари тизза, сон, чанок бўғимларида букилади. Қўлларини танаси узра узатади ёки кўкрак қафаси устига қўяди. Шифокорнинг пайпаслаётган қўл бармоқлари бир сатҳини эгаллаб, жигарнинг пастки чегарасига параллел равишда аста-секин юқоридан пастга сирғалувчан ҳаракат билан жигарнинг пайпаслашга берилувчан қисмини пайпасланади. Кўпинча бу усулдан чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларни текширишда фойдаланилади.



Расм 54. Жигарни пайпаслаш



Расм 55. Талоқни пайпаслаш

- 2) **В.П.Образцов – Строжеско** усули бўлиб, бемор юқорида айtilган ҳолатни эгаллайди. Шифокор ўнг қўлини қорин бўшлиғига киндик соҳасига ёки ундан ҳам пастроққа, чап қўлни эса ўнг кўкрак қафасининг пастки қисмига қўяди. Ўнг қўлни қорин бўшлиғига бемор нафас чиқарганда киргазиб чуқур нафас олиш таклиф этилади. Бунда жигар пайпаслаётган бармоқларни айланиб ўтишга ҳаракат қилади (пайпаслашда бармоқларнинг йўналиши олдинга ва юқорига бўлади). Жигар чегарасини пайпаслаш усули билан консистенциясини, оғриқ бор йўқлигини аниқлаш мумкин.

Талоқни пайпаслаш. Агар талоқ катталашган бўлса, у ҳолда

пайпаслаш унчалик мураккаблик туғдирмайди. Талокни ҳам *Н.Д.Строжеско* усули билан сирғалувчан пайпасланади. Бунинг учун бемор чалқанча ётади. Сирғалувчан ҳаракат чап қовурға равоғидан бошланади ва аста пастга тушиб, талокни пастки чегараси, олдинги томони ва пастки томон кўрсаткич ва ўрта бармоқлар ёрдамида пайпасланади. Нафас олганда талок диафрагма ҳисобига пастга тушади. Агар талок аниқ пайпасланса, у ҳолда беморни ўнг ёнбошга ёнбошлатиб 2 та қўл ёрдамида пайпаслаш керак. Шифокор чап қўлини чап қовурғалар равоғига (диафрагма ҳаракатини чеклаш мақсадида) қўйиб ўнг қўлининг бармоқларини озгина буккан ҳолда чап қовурға равоғи соҳасига қўйиб аввал терида бурма ҳосил қилиб, бемор нафас чиқарганда бармоқларини, қорин бўшлиғига ва юқорига киргизиб беморга чуқур нафас чиқаришни таклиф этади. Диафрагма босими ҳисобига, талок пастга тушади ва текширувчи талокни пастки қисмини пайпаслаш имкониятига эга бўлади. Албатта пайпаслаганда талокни консистенциясига, оғриқ бор йўқлигига ва юзасида ғадир- будирлик бор -йўқлигига эътибор бериш керак.



Расм 56. Талокни пайпаслаш



Расм 57. Ундуляция усули

Меъда ости безини пайпаслаш. Грот усули билан меъда ости безини пайпаслаш. Бунинг учун беморни чалқанчасига ётқизилади, оёқлари тизза ва сон чаноқ бўғимларидан букилади. Шифокор чап қўлини (ёки беморнинг ўзи чап қўлини) мушт қилиб бел умуртқаси соҳасига қўяди. Ўнг қўли билан бемор қорнидаги чап тўғри мушагининг ташқи қирғоғи бўйлаб, умуртқа

поғонасига томон йўналтириши керак. Киндик соҳасида умуртқа поғонасига етиб борилади. Меъда ости беzi тасмасимон бўлиб, умуртқа поғонаси устида ётади. Бу усул соғлом болаларда ҳам оғриқ чақиритиши мумкин.

Қорин бўшлиғида жуда кўп **оғриқ нуқталари** бўлиб, улар патологик жараёнларни қайси аъзода эканлигини кўрсатади.

Улар қуйидагилардир:

1. Кера нуқтаси ёки ўт пуфаги нуқтаси, ўнг тўғри мушак ташқи қирғоғи билан ўнг қовурға равоғининг бириккан нуқтаси.
2. Мейо - Робсон ёки панкреатик нуқта (меъда ости безининг тана ва дум қисмининг оғриқ нуқталари). Чап квадрат бўйлаб киндикдан чап қовурға равоғига ўтказилган биссектрисанинг юқорига $1/3$ қисмидаги нуқтага жойлашган.
3. Дежарден нуқтаси (меъда ости безининг бош қисми оғриқ нуқтаси). Киндикдан ўнг қовурға равоғига ўтказилган биссектрисадаги, киндикдан 5 см юқорида.
4. Боас нуқтаси. X,XI,XII кўкрак умуртқа поғонасининг кўндаланг ўсимтаси босилганда, ошқозонда ёки 12 бармоқли ичакда яра бўлса, оғриқ пайдо бўлади.
5. Опенжовский нуқтаси. X,XI,XII кўкрак умуртқа поғоналарининг ўткир ўсимтаси босилганда ҳам, агар оғриқ пайдо бўлса, ошқозонда ёки 12 бармоқли ичакда яра борлигидан далолат беради.

Шунингдек оғриқ симптомлари ҳам мавжуд бўлиб, уларга қуйидагилар киради:

1. Георгиевский - Мюсси - (Френикус) симптоми жигар ёки ўт пуфаги жароҳатланган бўлса, тўш- ўмров сўрғичсимон мушаки оёқчалари орасини босса, ўнг томонда оғриқ пайдо бўлади.
2. Мерфи симптоми: ўт пуфагини жароҳатланиш жараёни бўлса, мусбат бўлади. Бу симптомни текшириш учун, беморни ўтирган ва бироз энгашган ҳолда нафас олиш таклиф этилади. Ўнг қўл бармоғини кафт юзаси томони билан ўнг қовурға равоғига, ўт пуфак проекциясига киргизиш керак. Агар бемор

нафас олганда оғриқ пайдо бўлса, симптом мусбат ҳисобланади.

3. Ортнер-Греков симптоми: ўнг қовурға равоғи бўйлаб, кафтни ташқи қирраси билан урилса, агар ўт пуфағи ёки жигар жароҳатланган бўлса, оғриқ пайдо бўлади.
4. Мендель симптоми: Бу симптомни қилиш учун, беморга қорин типидида чуқур нафас олиш таклиф этилади. (мақсад ошқозоннинг олдинги деворини қорин бўшлиғи деворига яқинлаштириш ва ошқозонни текширишга янада осон бўлишидир). Эпигастрал соҳани бармоқ билан ёки болғача ёрдамида аста - секин уриб кўрилса, агар оғриқ пайдо бўлса, демак яраинг аниқ топографик жойлашган соҳасининг Мендель симптоми ёрдамида аниқлаш мумкин.

Қорин бўшлиғидаги эркин суюқликни пайпаслаш усули билан ундуляция ёрдамида аниқлаш мумкин. Бунинг учун чап қорин бўшлиғининг ён томонига кўйилади, ўнг қўл бармоғи ёрдамида аста - секин қорин бўшлиғининг қарама - қарши томонига уриб кўрилади. Агар қорин бўшлиғида эркин суюқлик бўлса, суюқлик берилаётган урилиши оқибатида тўлқин пайдо қилиб, чап қўлнинг кафтига узатади. Келаётган тўлқин қорин суюқлик ҳисобига янада тўлиқроқ ишонч ҳосил қилиш мақсадида ҳамшира қўл кафти равоғи билан қорин бўшлиғининг ўртаси босиб турилса ва юқоридаги ҳолат қайтарилса, агар тўлқин ичак ёки қорин бўшлиғи деворларидан келаётган бўлса, у ҳолда тўлқин ўтмайди.

4.6.4 Овқат ҳазм қилиш тизими органлари перкуссияси

Перкуссия қилиш учун болани чалқанчасига ётқизилиб, қорин бўшлиғининг олдинги деворини киндикдан ён томонга перкуссия қилинади. Бунинг учун бевосита перкуссиядан фойдаланилади, яъни плессиметр бармоқни оқ чизикқа параллел қўйиб, аввал ўнг, сўнг чап ёнбошга қараб уриб борилади. Агар икки томонлама ёнбош соҳасида перкутор товушнинг қисқариши кузатилса, қорин бўшлиғида эркин суюқлик борлигидан далолат беради.

Эркин суюқлик, ўсма, тўла ичакни бир - биридан дифференция қилиш

учун, беморни ёнбошлатиш керак ва перкуссия юқорида ёзилган тартибда қайтарилади.

Агар тўмтоқлашиш қорин бўшлиғининг юқори қисмида йўқолса, у ҳолда асцит суюқлиги тўғрисида фикр юритиш керак, агар тўмтоқлашиш сақланса, у ҳолда бошқа патологик ҳолат сабаб бўлади.

5 ёшгача бўлган болаларни жигарини перкуссия усули билан чегарасини аниқлаш учун учта чизик, яъни ўнг ўрта қўлтиқ ости, ўрта ўмров ва ўрта чизиклардан фойдаланилади.

Жигар чегараларини перкуссия қилиш. Юқори чегараси ўрта ўмров нисбатан, чизигига плессиметр бармоғимизни жигарнинг юқори чегарасига нисбатан параллел равишда қўйиб, аниқ ўпка товушидан тўмтоқ товушгача уриб борамиз. Тўмтоқ товушни аниқлаб шу соҳага нуқта қўйиб ўрта чизикқа перпендикуляр ўтказилиб, жигарнинг юқори чегараси аниқланади. Пастки чегара 2 та чизикда аниқланади: ўрта ўмров чизикдан плессиметр бармоғини жигарга параллел равишда қўйиб, пастдан юқорига перкуссия қилинади. Қорин соҳасида тимпаник товуш эшитилади, жигарнинг пастки чегарасига етганда тўмтоқ товуш эшитилади. Ўрта чизикда - оқ чизик бўйича пастдан юқорига перкуссия қилинади. Қаерда тўмтоқ товуш эшитилса, жигарнинг пастки чегараси ўша соҳада бўлади.

Катталарда ва 5 ёшдан катта болаларда жигар чегараси Курлов усули бўйича аниқланади. Яъни бу усулда 3 та чизик 1 - ўрта ўмров чизиги юқоридан, пастдан перкуссия қилиб жигар юқори ва пастки чегаралари аниқланади. Меъёрда жигарнинг юқори чегараси у қовурға соҳасида жойлашган. Яъни аниқ ўпка товушдан тўмтоқ товушгача, пастдан тимпаник билан тўмтоқ товуш чегараси ҳисобланади. 2 - ўрта чизикдан, жигарнинг юқори чегараси ўрта ўмров чизигидан, яъни у қовурғадан тўшга перпендикуляр ўтказилади. Бу перпендикуляр ханжарсимон ўсиқ соҳасига тўғри келади. Пастдан ўрта чизикдан киндик соҳасидан юқорига қараб, тимпаникдан тўмтоқ товушгача перкуссия қилинади ва шу усул билан иккинчи ўлчами аниқланади. 3 - кўндаланг чизик чап қовурға равоғидан

ханжарсимон ўсимта томон перкуссия қилиб борилади. Плессиметр бармоғимиз чап қовурға равоғига перпендикуляр равишда чап ўрта ўмров чизиғидан тўшга қараб перкуссия қилиб борилади. Қайси соҳада тўмток товуш эшитилса, шу соҳа учун ўлчами ҳисобланади.

Талок чегараларини перкуссия қилиш. Талокни перкуссия қилиш учун иккита чизикдан чап ўрта қўлтиқ ости чизиғидан - юқори ва пастки чегараси аниқланади. Шу чизик X қовурға бўйлаб талокнинг олдинга ва орқа чегаралари аниқланади. Соғлом болаларда талокни олдинги чегараси олдинги қўлтиқ ости чизиғидан нарига ўтмайди. Сантиметрли тасма ёрдамида талокни кўндаланг ва узунаси размерлари ўлчаниб касаллик тарихига ёзилади. Меъёрада 1 ёшдаги бола талоғининг улчами 4x4 см, 2-3 ёшда 5x5 см, 10 ёшдан катталарда худди катталарникидек бўлади.

Жигар ва талокни бевосита ва билвосита усул билан перкуссия қилиш мумкин. Аускультацияда соғлом болаларда ичакларни перестальтикасини ва товуш интенсивлигини кучайиши, сусайиши ёки умуман йўқолиши мумкин.

4.6.5 Овқат ҳазм қилиш тизими органлари аускультацияси

Аускультофрикция - аускультация билан перкуссияни бир вақтда ўтказиб ошқозонни пастки чегарасини аниқлаш.



Расм 58. Аускультофрикция

Бунинг учун стетоскоп ошқозон соҳасига қўйилади, оқ чизик бўйича

юқоридан пастга, яъни ханжарсимон ўсимтадан, то киндиккача перкуссия қилиб, ошқозоннинг пастки чегараси аниқланади. Яъни ошқозон пастдан кучайиши билан ифодаланади.

4.6.6 Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлар семиотикаси

Ҳаётининг биринчи йилида Болалар кардиал сфинктери суст ривожлангани учун кўпинча ҳаво аралаш ютиш учрайди (аэрофагия). Бунинг сабаби овқатлантириш тизимси бузилганликда. Бошланғич даврда болаларда қусиш кўп учрайди.

Қайт қилиш марказий механизми ёки гастродуоденаль муҳит бузилганлигидан. Қайт қилиш қайт марказига таъсир кўрсатилганда ҳар хил инфекция менингит ёки бош чаноғига шикаст етганда юзага келади. Унинг асосий омили бирданига пайдо бўлишидир.

Бола ҳаётининг биринчи йилидаёқ бошланғич қайт қилиш аломатлари яъни лўхчиш ҳеч қандай оғриқсиз, кўкрак қафасига огирлик тушмасдан юзага келади. Лўхчиш ичак инфекциясининг бошланғич даврларида бўлиши ҳам мумкин. Лекин кўпинча лўхчиш соғлом болаларда ҳам кузатилади.

Нотўғри ўргатилган ёки эмизиш қоидаларига риоя қилмасдан куч ишлатиб яъни мажбурий эмизиш, болаларда доимий қайт қилиш ҳолларга олиб келади ва бу ҳол ҳар сафар она эмизганда юз беради. Боланинг бошланғич ойларида қайт қилиши фавворасимон бўлиши мумкин, бу ҳол пилоростеноз бўлиб бундай кўриниш доимий ўрганиб борилади.

Қусиш ва лўхчишни фарқлашда ажралиб чиқаётган овқат ва суюқлик, яъни ошқозонга етиб бормаган овқат, кўпинча (кислотасимон суюқликлар билан куйганда) ошқозон стенозида кўришимиз мумкин.

Ич қотиш органик ва функционал келиб чиқишга эга бўлиши мумкин. беморларда ич қотиш кўпинча колитларда кузатилади. Ич қотиш ҳоллари кўпинча доимий бир хил овқатланишдан ва ошқозон химуси билан шиллик қатламнинг яқин боғлиқлиги ҳолатида юзага келади. Бундан ташқари ич

қотиш холлари спастик кўринишда ёки овқатланиш жараёнида, овқат таркибида ёғ миқдори кўпайиб кетганлигидан бўлиши мумкин.

2-3 ойлик болаларда ич қотиши функционал кўринишга эга бўлади. Янги туғилган чақалоқларда бир неча кун ахлат келиши кузатилмаса, унда боланинг ичагидаги туғма носозлик ҳақида ўйласа ҳам бўлади.

Метеоризм – қоринда газнинг тўпланиши (**димланиш**), оғир бўлиб, буралиб оғриш. Метеоризминг сабабчилари: 1) ичакда газ ҳосил бўлишнинг тезлашиши, яъни енгил бижғиш жараёнига сабаб бўладиган ўсимлик клетчаткасидан истеъмол қилиниши; 2) ичак деворларининг тонуси пасайиш ҳисобига ҳаракатлантириш вазифасини пасайиши; 3) мўътадил ҳосил бўлган газнинг ичак деворларида сўрилишини бузилиши; 4) аэрофагия – кўп миқдорда ҳавонинг ютилиши ва ютилган ҳавонинг ошқозон орқали ичакларга ўтиши.

Қорин бўшлиғида ошқозон- ичак трактидан ташқари паренхиматоз аъзолари ҳам жойлашган бўлиб, бўларга жигар, меъда ости бези киради.

Жигар ёки ўт пуфағи жароҳатланса, ўнг қовурға равоғида оғриқ бўлиши мумкин. Баъзи бир ҳолларда узоқ чўзилувчи тўмтоқ оғриқ бўлса, бошқа ҳолларда ўткир, тутиб қолувчи оғриқ билан характерланади. Диафрагмал асаб глиссон қобиғини, ўнг бўйин ва елка камарини иннервация қилгани учун оғриқ ўнг елка камарига, куракка ва кураклар оралиғига беради. Хуружсимон оғриқ, жуда тез, бирданига бошланади ва чидаб бўлмас даражасигача етади. Бундай оғриқ аввалига фақат ўнг қовурға равоғи билан чегараланади сўнг аста-секин атрофга тарқалиб, бутун қорин соҳасини эгаллайди. Юқорига, ўнгга ва орқага иррадиация беради. Хуруж бир неча соатдан, бир неча кунгача давом этади. Бундай оғриқ ўт пуфағида тош бўлганида кузатилади.

Диспептик бузилишлар ўз навбатида ошқозон ва ичак формаларига бўлинади.

Ошқозон шаклидаги диспептик ўзгаришларга кекириш, кўнгил айланиши, жиғилдон қайнаши, қайт қилишлар киради.

Кекириш деганда 1 та ҳолатни тасаввур қилиш керакки ошқозонда ёки қизилўнгачда йиғилиб турган ҳавони оғиз орқали бирдан товуш билан чиқиши б) ошқозондаги, истеъмол қилинган овқатни ҳаво билан бирга, яъни ошқозон таркибидагини кекириш билан бирга қайтиб чиқиши. Кекириш кардиал очик тешик ва ошқозон мушакларнинг қисқарилиши эвазига бўладиган жараён, чақалоқларни эмизганда кўп миқдорда атмосфера ҳавосини ютиш ва уни кекириб чиқариб юбориш аэрофагия дейилади.

Беморда чин ахалия бўлгани учун амалиётда сассиқ кекириш уларда кузатилмайди. Сассиқ кекириш ошқозондаги ҳаракат доирасининг бузилиши, туриб қолган овқатнинг бижғиши ва чириши, унинг натижасида ҳосил бўладиган кўп миқдордаги газнинг қайтиб чиқишдир. Бемор аввалига ёғ ва сут кислоталари ҳисобига аччиқ таъмли ҳидсиз газни кекиради, сўнг бижғиш жараёни бошланади. Бунинг оқибатида сассиқ кекириш кузатиш мумкин (палағда тухум хидига ўхшаган). Нордон кекиришда-ошқозон ширасининг гиперсекрецияси ҳисобига бўлса, аччиқ кекиришда-сафрони 12-бармоқли ичакдан ошқозонга ўтиши натижасида содир бўлади.

Жиғилдоннинг қайнаш-эпигастрал соҳада ва тўш орқасида ўзига хос оғриқни, ачишни ҳис қилиш. Рефлекс гастроэффагит ҳисобига, қизилўнгачнинг пастки қисмига, ошқозондан нордон ошқозон ширасининг ўтиши ҳисобига бўлади. Жиғилдон қайнаши эзофагитда, яра касалликларида, холециститда, гиперсекрецияда, соғлом болаларда маълум бир овқат турини истеъмол қилганда учратиш мумкин.

Кўнгил айниши -рефлектор акт бўлиб, адашган нервни таъсирланиши натижасида эпигастрал соҳада ўзига хос оғир босимли ҳолатни объектив ҳис қилиш билан кечадиган ҳолатдир. Кўнгил айнаш-бемор рангининг учиши, умумий беҳоллик, бош айланиши, тер ажратиши, сўлак оқиши, артериал босимнинг пасайиши, оёқ-қўлларнинг музлаши, баъзан эса ҳушини йўқотиши билан бирга боради. Қусишдан аввал кўнгил айниши мумкин. Кўнгил айниш механизми шу пайтгача аниқланмаган. Қусишдан аввал кўнгил айнишини инобатга олсак, асаб тизимсига, шунингдек ошқозон, 12-

бармоқли ичак ва ингичка ичаклар тонусига боғлиқ деймиз. Лекин айрим касалликлар борки, уларда юқорида санаб ўтилган фактларимиз асосий ўринни эгалламайди. Жумладан қон айланишининг бузилиши, буйрак хасталиклари, айрим болаларда ёқимсиз нарсани эсга олиш ҳам кўнгил айланишга сабабчи бўлиши мумкин. Кўнгил айланиши гастрит, ошқозон раки, панкреатит, гепатит, қон касалликларида ҳам кузатилади.

Назорат учун саволлар

1. Овқат ҳазм қилиш тизими анатомик ва физиологик хусусиятлари
2. Овқат ҳазм қилиш тизими кўздан кечириш
3. Қорин бўшлиғини юзаки пайпаслаш
4. Қорин бўшлиғини чуқур пайпаслаш
5. Ичакларни пайпаслаш
6. Жигарни пайпаслаш
7. Талоқни пайпаслаш
8. Жигар перкуссияси
9. Аускультофрикция методи
10. Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлар семиотикаси

Таянч сўзлар: ҳазм тизими, жигар, ичаклар, пайпаслаш.

4.7. ҚОН ВА ҚОН ҲОСИЛ ҚИЛИШ ТИЗИМИ

Қон тизимси деганда қоннинг ўзини, қон ишлаб чиқарувчи аъзоларни ва қонни парчаловчи органлар тушунилади. Қон организмда ягона ҳаракатланувчи тўқима ҳисобланади. Унинг моддалар алмашинувида иштрок этиши шаклли элементлар ва плазма орқали амалга ошади. Болаларда қоннинг ўзига хос хусусияти бола организмни физиологик хусусиятларига боғлиқ.

4.7.1. Қоннинг анатомик ва физиологик хусусиятлари

Болаларда қонни миқдори доимий бўлмай, уни ёшига, оғирлигига қараб ўзгариб туради. Чақалоқларни 1 кг оғирлигига 140 мл қон тўғри келади, 1 ёшли болада эса 100 мл гача бўлади.

Қоннинг ивиш-вақти болаларда катталарга нисбатан фарқи йўқ, бошланиш вақти 4-6 мин(катталарда 5 мин), охири 9-10 мин, қон оқиш вақти 2-4 мин. Эмадиган болаларни эритроцитларининг осмотик босимига чидамлилиги ўртача 0,36-0,4 мин, минимум - 0,44-0,48 мин. Ўғил ва қиз болаларда эритроцитларнинг осмотик чидамлилигининг фарқи йўқ.

Қоннинг морфологик таркиби ва тўқима ичидаги модда алмашинуви ҳолати ўртасида яқин боғлиқлик бор. Болаларнинг чақалоқлик даврида қоннинг ферментлари: амилаза, каталаза, липаза кам бўлиб, 1 ёшидан бошлаб соғлом болаларда кўпая бошлайди.

Қон ишлаб чиқарилиши инсон эмбрионида жуда эрта ҳомиланинг 2-ҳафта охирида ва 3 -ҳафта бошида бошланади. Томирлар ва қон элементлари мезенхимадан ҳосил бўлади. Олдин сариқлик қопчасида(эмбрион танасидан ташқарида, кейинчалик тана мезенхимасидан) содир бўлади. Қон ишлаб чиқариш ўзининг тараққиёти 3 даврни ўз ичига олади.

1. ангиобластик ёки мезенхимал
2. экстремедуллар

3. медуллар

Лимфа тизимси эмбрионда кейинроқ ривожланади, фақатгина 2чи ойнинг охирида 3чи ойнинг бошларида эмбрион ҳаётида биринчи лимфатик копчалари пайдо бўлади. Периферик қон плазма ва шаклли элементлар: эритроцит, лейкоцит ва тромбоцитлардан ташкил топган. Периферик қоннинг таркиби чақалоқларда ва ёш болаларда ўзига хос хусусиятга эга ва катталардан анча фарқ қилади. 7 ёшгача қиз ва ўғил болаларнинг қони ўртасида фарқ бўлмайди.

Чақалоқлик даврида қон ўз таркибида кўп миқдорда гемоглобинни, эритроцитни, лейкоцитларни ва бошқа морфологик таначаларни тутиши билан ажралиб туради. Етилиб туғилган болаларнинг чақалоқлик даврида эритроцитларнинг сони $3,58 - 7,20 \times 10^{12}$ л, гемоглобин миқдори 17г\170г, гемоглобиннинг 4\5 қисмини фетал гемоглобин ташкил қилади. Бу эса боланинг 1 ойлик даврида катталарнинг гемоглобини билан алмашинади.

4.7.2. Турли ёшда қон ҳарактеристикаси

Болада туғилиш вақтида 2 хил гемоглобин бўлади. НВГ — 80% ва НВА — 20%, ретикулоцитлар миқдори ошган(8—13%), нормобластлар, катта ҳажмли эритроцитлар(макроцитоз), ҳар хил ҳажмдаги анизоцитоз ва полихроматофилия(ҳар хил рангда) бўлиши кузатилади. Осмотик чидамлилиги кўп ва кам бўлган эритроцитлар бўлади. Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги секинлашган. Етилиб туғилган боланинг 1—4 кунлик ҳаётида эритроцитлар ва гемоглобиннинг миқдори 1 хил бўлиб, озгина ўзгариши мумкин.

5 кундан бошлаб эритроцит ва гемоглобин камая бошлайди ва 1-ҳафтанинг охирида ҳамма кўрсаткичлар максимал камайиши кузатилади. 2-ҳафтадан бошлаб эритроцит ва гемоглобин миқдори 1 хил даражада туради.

1 ой ичида эритроцитларни миқдори $4,49 \times 10^{12}$ л, гемоглобин 14,28 г\л, чақалоқларда лейкоцитларнинг сони кўп бўлиб, ўртача $10,25 \times 10^9$ л бўлади.

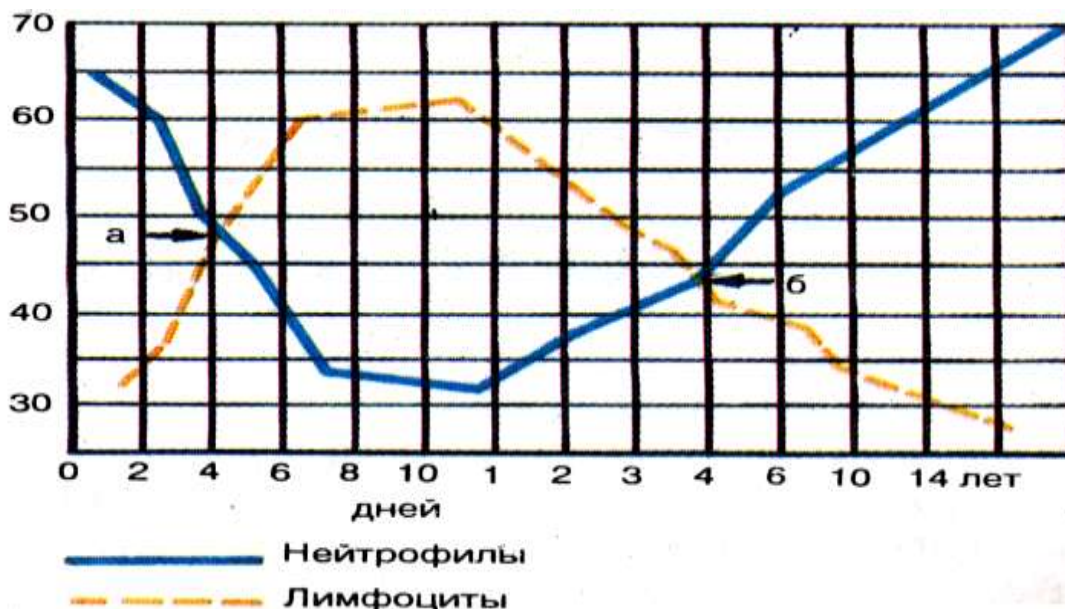
Чақалоқларда лейкоцитоз гормонал назария билан тушунтирилади. Бу назария бўйича ҳомилага она организмдаги гормонлар йўлдош орқали ўтади. Бу гормонлар бола туғилгандан кейин ҳам унинг организмда 1 оз сақланиб, болаларнинг жинсидан қатъий назар кўкрак безларининг катталашшига олиб келиб, қизларда жинсий аъзосидан пушти ранг суюқлик ажралади. Қон зардобининг лейкоцитар формуласида 1 куни нейтрофиллар кўп(69—65%) бўлади, кўпинча чапга миелоцитлар ва металилоцитлар томонга силжиш билан; лейкоцитлар миқдори $8—14 \times 10^9$ г\л, эозинофиллар 0,5—0,64, базофиллар, бўлмаслиги мумкин. Тромбоцитлар миқдори 1 мл қонда 143 000 дан 413 000гача бўлиб, ўртача $2,78 \times 10^9$ л ташкил қилади. Анизоцитоз ва жуда катта пластинкалар фарқланади.

Чала туғилган болаларнинг қони катта даражада ўзига хос ўзгаришларга мойил бўлади. Эритроцитларнинг миқдори $7,0 \times 10^9$ л, гемоглобин миқдори 233 г\л гача бўлиб, 90%ни фетал гемоглобин ташкил қилади. Бу кислородни ўзига яхши бириктириб олиши туфайли туғилишдан олдин ҳомила организмнинг ва туғилгандан кейин ҳам бола организмни кислород билан таъминлайди. Чала туғилган болаларнинг қон ўзига хос хусусиятга экалиги шундаки, туғилгандан кейин эритроцит ва гемоглобинни миқдори тезда камая бошлайди. Шунинг учун 2—5 ойда қонни яхшилаб кузатилса камқонлик келиб чиқади (Нв — 50—83 г\л, эритроцитлар $2,0 — 3,0 \times 10^{12}$ г\л) аммо аста—секин бу камқонлик ёшига келиб йўқолади.

Чақалоқларга нисбатан эмадиган болаларнинг қони кам ўзгаради. Меъёрда туғилган бола 6 ойлик бўлганида эритроцитлар ўртача $4,55 \times 10^{10}$ г\л, гемоглобин 132 г\л гача камаяди. Ретикулоцитларнинг энг кўпайган вақти эритроцит ва гемоглобиннинг камайган вақтига тўғри келади. Рангли кўрсаткич ўртача 0,8 дан 0,9 гача бўлади, бу эса эритроцитларнинг шу ёшда етарли миқдорда гемоглобин билан тўйинганини кўрсатади.

1 ёшли болаларда лейкоцитларнинг сони ўртача $8,4 — 10,5 \times 10^9$ г\л бўлиб, 5—6 ойликда камайиб ($8,4 \times 10^9$ г\л), 9—12 ойда анча кўпайиб $8—9 \times 10^9$ г\л га етади. Лейкоцитар формулада лимфоцитоз сақланади, 2 ёшгача 50—

60% ташкил қилади, нейтрофилларнинг сони эса 26—30% гача бўлади, метамиелоцитлар кам учрайди. Эозинофиллар миқдори ўртача 2.6 —5,3% гача бўлади.



Расм 59. а) биринчи кесишув; б) иккинчи кесишув.

Эозинофиллар сони ёшга қараб кам ўзгаради ва бир ёшгача бир хил миқдорда бўлади. Кўкрак ёшли ва бир ёшли болаларда ўртача лейкоцитоз (6,6 дан 7% гача), баъзан плазматик хужайралар учрайди.

2 дан 7 ёшгача бўлган болаларнинг лейкоцитлар формуласи ўзига хос хусусиятларига эга, Лейкоцитлар сони 4,6 дан $15,7 \times 10^9$ г/л гача ўзгаради, ўртача $8,0—9,0 \times 10^9$ \л бўлади ва ёшга қараб кам ўзгаради, нейтроцитлар сони ёшга қараб ортиб боради, лимфоцитлар сони эса камаяди. 4—6 ёшга келиб “иккинчи кесишув” бўлади, яъни лимфоцитлар сони нейтрофиллар сонига тенглашади, 6 ёшдан бошлаб нейтрофиллар сони ортади.

Эозинофиллар, базофиллар, моноцитлар сони унчалик ўзгаришга учрамайди ва ёшга боғлиқ хусусиятларига эга эмас.

4.7.3 Қон ҳосил бўлиш тизими ва қон ҳолатини баҳолаш

Касал болани кўришда биринчи бўлиб шикоятлари йиғилади, умумий ҳолати. тўшакдаги ҳолати, тана тузилиши баҳоланади ва териси, тери ости ёғ

тўқимаси, суяк мушак ва лимфа тизими, юрак қон-томир ва нафас тизими ҳамда ҳазм қилиш ва пешоб ажратиш тизими баҳоланади. Қон тизимини текширишдан олдин, юқорида кўрсатилган тизимлардаги ўзгаришларни аниқлаш керак, чунки ҳамма аъзолар ўзаро функционал жиҳатдан боғланган бўлади.

4.7.4. Периферик лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш

Қон ҳосил бўлиш тизимини текширишда асосан лимфа тугунларини баҳолаш зарур ва қайси гуруҳ лимфа тугунларини текшираётганига боғлиқ. Периферик лимфа тугунларини текшириш қийинчилик туғдирмайди, айниқса озғин болаларда, лекин юқори малака талаб қилади. Периферик лимфа тугунларини текширишда йиғилган шикоятларга, анамнезига қараб текширилади, кўриш, пайпаслаш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Периферик лимфа тугунлари қуйидаги гуруҳларга бўлинади: энса, сўрғичсимон, олдинги ва орқа бўйин, мия ости, ўмров усти ва ўмров ости, кўкрак, қўлтиқ ости, чов, тирсак, тизза ости. Пайпаслашда қуйидаги белгилар аниқланади: миқдори, касалликлари, катталиги, консистенцияси, кўзғалиши, атрофдаги юмшоқ тўқималар билан боғлиқлиги, ҳамда томирлар деворининг синувчанлиги аниқланади.

Энса лимфа тугунлари. Энса суяги соҳасида жойлашган. Пайпаслашда текширувчини қўлини энса суягини асосига қўйилади. Айланма ҳаракат билан бармоқлар билан энса суягини босиш орқали аниқланади. Соғлом болаларда улар аниқланмайди.

Қулоқ олди лимфа тугунлари. Сўрғичсимон ўсимта атрофида жойлашган. Уларни аниқлаш учун сўрғичсимон ўсимта атрофини аста-секин пайпасланади. Бунинг учун икки қўлни бармоқларини симметрик икки томондаги сўрғичсимон ўсимтага қўйилади ва айланма ҳаракатлар билан аниқланади. Соғлом болаларда аниқланмайди.



Расм 60. Энга лимфа тугунлари



Расм 61. Қулоқ олди лимфа тугунлари

Ияк ости лимфа тугунларини пайпаслашда бемор бошини аста пастга қаратилади. Бармоқлар билан ияк ости соҳаси пайпасланади, пастки жағ лимфа тугунлари босилади. Соғлом болаларда аниқланмайди.



Расм 62. Ияк ости лимфа тугунлари текшириш



Расм 63. Жағ ости лимфа тугунларини текшириш

Жағ ости лимфа тугунларини пайпаслашда беморнинг боши бироз пастга қаратилган бўлади. Тўртта бармоқлар билан ярим букилган ҳолда пастки жағ қирғоғини симметрик соҳаси пайпасланади. Одатда осон пайпасланади, нўхатсимон шаклда бўлади.

Олдинги бўйин лимфа тугунлари тўш-ўмров – сўрғичсимон мушакнинг олдинги қирғоғининг олдида жойлашган. Пайпаслашда текширувчи бармоқлари букилган ҳолда сирпанувчи ҳаракат билан тугунлар пайпасланади. Соғлом инсонларда аниқланмайди.



Расм 64. Олдинги бўйин лимфа тугунларини текшириш



Расм 65. Орқа бўйин лимфа тугунларини текшириш

Орқа бўйин лимфа тугунлари тўш-ўмров – сўрғичсимон мушакнинг орқа қирғоқлари орасида жойлашган. Пайпаслашда бармоқлар мушак толаларига параллел ҳолда пайпасланади. Соғлом инсонларда аниқланмайди.

Ўмров усти лимфа тугунлари ўмров усти чуқурчасида жойлашган. Пайпаслашда тўш-ўмров –сўрғичсимон мушак оёқчалари ораси пайпасланади, мушак толалари бўйлаб пайпасланади. Соғлом инсонларда аниқланади.



Расм 66. Ўмров усти лимфа тугунларини текшириш



Расм 67. Ўмров ости лимфа тугунларини текшириш

Ўмров ости лимфа тугунлари ўмров ости чуқурчасида жойлашган. Пайпаслашда ўмров суяги остидан, юқориғи қовурға бўйлаб пайпасланади. Қўллар кўкрак қафасининг икки томонлама қўйилади ва ярим букилган бармоқлар билан лимфа тугунлар пайпаслашланади, қовурғалар босилади. Соғлом инсонларда аниқланмайди.

Қўлтиқ ости лимфа тугунлари қўлтиқ ости соҳасида жойлашган. Пайпаслашда бемордан қўлини ён атрофга кўтарилиши сўралади, яъни текширувчи қўлини қўлтиқ ости соҳасига қўйиши учун. Сўнг бемор қўлини туширади, текширувчи лимфа тугунини аниқлайди.



Расм 68. Қўлтиқ ости лимфа тугунларини текшириш

Тирсак лимфа тугунлари бармоқлар билан болани елкасини пастки учдан бир қисмини ушлаб, тўғри бурчак остида тирсак бўғимида букилади ва кўрсатгич, ўрта бармоқлар билан сирпанувчи ҳаракат билан икки бошли мушакнинг ариқчаси бўйлаб пайпасланади. Соғлом болаларда аниқланмайди.

Кўкрак лимфа тугунлари катта кўкрак мушакининг пастки қирғоғида жойлашган. Пайпаслашда тўртта бармоқлар ярим букилган ҳолда кўкрак қафасининг олдинги юзаси катта кўкрак мушакини пастки қирғоғи пайпасланади. Соғлом инсонларда аниқланмайди.



Расм 69. Тирсак лимфа тугунларини текшириш



Расм 70. Кўкрак лимфа тугунларини текшириш

Чов лимфа тугунлари пупарт бойлами бўйлаб жойлашган. Пайпаслашда текширувчининг қўллари сонга пупарт бойламига параллел ҳолда қўйилади, ярим букилган ҳолдаги тўртта бармоқ билан сирпанувчи ҳаракат орқали пупарт бойлами пайпасланади. Соғлом инсонларда нўхат ўлчамида аниқланади.

Талокни перкуссия йўли билан чегараларини аниқлаш усули. Перкуссия йўли билан талокни чегаралари икки чизик бўйлаб аниқланади: Ўрта қўлтиқ ости (юқориги ва пастки чегараси аниқланади, соғлом болаларда талок IX-XI қовурға атрофида жойлашади) чизиги бўйлаб X қовурға бўйлаб аниқланади.

Соғлом болаларда талокни олдинги чегараси олдинги қўлтиқ ости ва орқа қўлтиқ ости чизигидан чиқмайди.

Янги туғилган болаларни қонни ивитувчи ва қон ивишига қарши тизими I, II, V, VII, IX, X, XII чи омиллар ва тромбоцитларни ҳамда қон ивишига қарши омиллар, (тўқима ва плазма антитромбопластини ва бошқалар) камлиги билан ифодаланади. Ҳаётининг дастлабки кунларда гипергепаринемия кузатилади. 2 чи ҳафтада қоннинг ивиш хусусияти ошиб боради ва бу 1 ёшдан 14 ёшгача бўлган даврда меъёрга тўғри келади.



Расм 71. Талокни перкуссияси

Қонни ивитувчи ва қонни ивишига қарши моддаларни ўзгариши болаликни ҳамма даврларида, айниқса ивитувчи тизимини бузилиши геморрогик синдром кўринишида бўлади. Касал болани кўришда биринчи бўлиб шикоятлари йиғилади, умумий ҳолати, тўшакдаги ҳолати, тана тузилиши баҳоланади ва териси, тери ости ёғ тўқимаси, суяк мушак ва лимфа тизими, юрак қон-томир ва нафас тизими ҳамда ҳазм қилиш ва пешоб ажратиш тизими баҳоланади. Қон тизимини текширишдан олдин, юқорида кўрсатилган тизимлардаги ўзгаришларни аниқлаш керак, чунки ҳамма аъзолар ўзаро функционал жиҳатдан боғланган бўлади.

4.7.5. Қоннинг патологик ўзгаришлари.

Қизил қон таначаларининг ўзгариши Қоннинг қизил қисмининг ўзгариши сифат жиҳатдан бўлиши мумкин.

Эритроцитлар миқдорини ортиши — полицитемия полиглобулия ҳақиқий ва сохта бўлиши мумкин. Ҳақиқий полицитемия физиологик бўлади — янги туғилган чақалоқларда, юқорига, яъни тоққа чиққанда вва патологик бўлади — хансирашнинг ҳамма турида, болаларда туғма юрак порокларида,

хақиқий полицитемия 5000 000 — 10000000 4—5 ёшли болаларда камрок учрайди. Сохта полиглобулия вақтинчалик бўлади ва бу бола организми кўп суяқлик йўқотганда, ўткир диспепсияда, дизентерияда, баъзи оғир инфекцион касалликларда, тери ажралиши кучайганда, организмга кам суяқлик тушганда кузатилади.

Эритроцитлар ва гемоглобинни миқдорини камайиши анемия дейилади, у ҳам хақиқий ва сохта бўлади.

Полихроматофиллар — эритроцитларнинг ёш регенерацияланган шакли(ранг билан бўлган) қон ҳосил бўлиш жараёнида кўпаяди.

Ретикулоцитлар — эритроцитларнинг ёш шакли бўлиб, тўрсимон тузилишга эга, уларнинг миқдорини ортиши, суяк кўмигини фаолиятини яхшилигини кўрсатади.

Макроцитлар — катта эритроцитлар ва гемоглобинга бой, янги туғилган чақалоқларнинг қонини регенерация хусусиятини яхшилигини кўрсатади.

Гиперхромия – эритроцитлар ўлчамини катталашини гемоглабин билан бойиши.

Гипохромия – бу гемоглабин миқдорини камайиши – анизоцитоз – ҳар хил катталиқдаги эритроцитлар ҳосил бўлиши (макро ва микроцитлар, мегалоцитлар).

Пайкилоцитоз – қонда шакли ўзгарган эритроцитлар пайдо бўлиши.

Қоннинг оқ қон таначаларининг ўзгариши лейкоцитларнинг миқдорининг ортиши ва камайиши билан, лейкоцитар формулани ўзгариши билан, лейкоцитлар сифатини ўзгариши, ёш ва дегенерацияланган шаклларнинг пайдо бўлиши билан ифодаланади.

Нейтрофилли лейкоцитоз – нейтрофил лейкоцитларни миқдорини ортиши, бу физиологик бўлиши ёки йирингли – септик касалликларда учраши мумкин.

Лимфатик реакция – бу ўткир инфекцияларга қарши қон айланиш тизимининг ўзига хос реакцияси. Бу ҳолатда периферик қонда лимфоцитлар

сони 50-70% га ортади, бу махсус инфекцион касалликларда (бруцеллез, сил) учрайди.

Моноцитоз – моноцитларнинг сонининг ортиши, ўткир инфекцион касалликларда, қизамиқ, безгак, сил, инфекцион моноклеозда учрайди.

Эозинофилия – эозинофиллар миқдорини ортиши, бир қанча патологик ҳолатларда: болаларда экссудатив диатезда, айниқса теридаги аниқ кўринишда, бронхиал астмада, зардоб касалликларида, анафилактик ҳолатларда, скарлатина, лейкомия, лимфагранулематозда учрайди.

Базофилия – ўткир ва сурункали лейкозда, лимфагранулематоз, полицетамия, ҳавfli анемияда учрайди. Лейкоцитлар миқдорини камайиши – лейкопения, бир қанча инфекцион касалликлар учун хос, масалан, қорин тифидан тузалаётган пайтда, қизамиқ, қизилча пайтида, сепсис, йирингли жараёнларда, зотилжамда учрайди.

Сохта лейкопения – совукда тери томирларини торайиши натижасида капиллярлар тўрида қоннинг нотўғри тақсимланишига боғлиқ.

Нейропения – нейтрофилларни миқдорини камайиши, кўп ҳолларда лейкопения билан бирга боради ва инфекцияни ўткир шакли ва сепсисни ифодалайди. Абсолют нейропения агранулоцитоз ва алейкемия учун хос. Алейкемия – бу қон ҳосил қилувчи тизимнинг чуқур шикастланиши билан кечадиган касаллик ва периферик қонда лейкопения бўлиши билан ифодаланади.

Лимфопения – лимфоцитлар миқдорини камайиши, лейкоцитларни пайдо бўлиши билан кечадиган инфекцион касалликларда учрайди.

Периферик қонда дегерацияланган қон элементлари пайдо бўлиши мумкин – гигант нейтрофиллар ёки тескари уларни ҳажмини камайиши ёки тезда ядрони кичрайиб қолиши кузатилади. Дегенарацияланган лейкоцитларни пайдо бўлиши – Шиллинг бўйича ўнга силжиш дейилади.

Токсик лейкоцит доначаси – бу протоплазмада токсик нейтрофия доначасини пайдо бўлиши. Бу реактив хусусиятга эга ва хужайраларни

Ўзгаришга олиб келадиган токсик моддалар таъсирида юзага келади. Бу ҳолат оғир яллиғланиш жараёнларида, лейкозда кузатилади.

Переферик қонда гигант нейтрофилларни ҳосил бўлиши уларни суяк кўмигида ҳосил бўлиши ва шаклланиши бузилишидан келиб чиқади.

Тромбоцитоз – тромбоцитлар миқдорини ортиши, инфекцион касалликларда учрайди (зотилжам, ревматизм ва бошқалар).

Тромбопения – тромбоцитлар миқдорини камайиши, анемиянинг оғир турида, лейкоз, Верльгоф касаллигида учрайди.

Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги катта диагностик аҳамиятга эга, у организмнинг инфекцияга қарши реакциясини ифодалайди. ЭЧТ ни кучайиши инфекцион жараённи ўтиб кетганини, ЭЧТ ни камайиши эса – яхшилигини, инфекцион жараённи пасайганини билдиради. Кўкйўталда ЭЧТ ўзгармайди ва ЭЧТ ни кучайиши асорат кўшилганини билдиради. Агар болани ҳолати ёмонлашса ЭЧТ эса ўзгармаса, бу боланинг инфекцияга қаршилигини камайишини кўрсатади. ЭЧТ гипертонияда, хавфли ўсмаларда бўлади. Жисмоний зўриқишда ҳам қисқа муддатга ЭЧТ ни кучайиши мумкин, шунақа кўриниш эмоционал ҳолатларда (чинқирганда, болани кўзғалишида) кузатилади.

Назорат учун саволлар

1. Қоннинг анатомик ва физиологик хусусиятлари
2. Турли ёшда қон ҳарактеристикаси
3. Чақалоқлар қон таркиби хусусияти
4. Лимфоцит ва нейтрофиллар кесишув вақтлари
5. Қон ҳосил бўлиш тизимини кўздан кечириш
6. Переферик лимфа тугунларини пайпаслаш ва ҳарактеристикаси
7. Қизил қон таначаларининг патологик ўзгаришлари
8. Оқ қон таначаларининг патологик ўзгаришлари

Таянч сўзлар: қон, лимфа, эритроцит, лейкоцит, анемия.

4.9. ПЕШОБ ҲОСИЛ БЎЛИШ ВА ПЕШОБ ЧИҚАРИШ ТИЗИМИ

4.9.1. Пешоб ҳосил бўлиш тизими анатомик ва физиологик хусусиятлари

Пешоб ҳосил қилиш ва пешоб ажратиш тизими болаларда турли даврларда морфологик ва функционал хусусиятларга эга.

Чақалоқларда буйрак эмбрионал бўлакчали тузилишларни сақлаб, каналчаларнинг кучсиз ривожланганлиги билан фарқланади. Буйракларнинг бўлакчалиги 2 - 4 йилга бориб йўқолади. Буйракнинг асосий функционал бирлиги нефрон бўлиб, жуда кўп қон -томирлар билан таъминланган, бириктирувчи тўқима билан ўралган буйрак коптокчалари ва каналчалар тизимидан иборат. Умумий буйракларда 2 млн нефрон бўлиб, гломеруляр, фильтрация, каналчалар реабсорбцияси ва секрециясини таъминлайди.

Эрта ёшли болаларда буйрак катталарга қараганда юқори жойлашган пастки қутби тахминан IV—V бел умуртқаси оралиғида жойлашган. Ўнг буйрак чапга нисбатан 0,5—1 см пастда жойлашган бўлади. Буйракнинг жойлашиши ёшга, конституцияга ва жинсга боғлиқ ҳолда ўзгаради.

Пешоб қопи эрта ёшдаги болаларда юқори жойлашган бўлиб, қисман қорин бўшлиғига киради.

Пешоб чиқарув канали ўғил болаларда катталарга нисбатан эгилганроқ бўлиб, унинг узунлиги янги туғилган болаларда 5—6 см, балоғат ёшида 12 см гача катталашади.

Чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунлари пешоб кам миқдорда ажратади, баъзан соғлом чақалоқлар, буйракнинг пешоб-кислотали инфаркти натижасида, пешобида кўп миқдорда кислоталар ажралади: бунга туғилгандан кейин биринчи кунларида қон ивиши ва пешоб кам миқдорда бўлганлиги сабабли пешоб каналчаларини гиалин билан, каналчалар эпителийси маҳсулоти ва пешоб кислота тузлари билан бекилиб қолиши сабаб бўлади. Бу соғлом бола йўрғагида қизғиш жигарранг доғлар пайдо бўлиши билан аниқланади. Кейинчалик ичиладиган сув миқдори ортиши

билан, пешоб каналчаларидаги тузлар ювилиб, пешоб кислотали инфаркти асоратсиз тузалиб кетиши мумкин.

Янги туғилаган чақалоқлар бир кеча—кундузда 20—25 марта, кўкрак ёшида 15 марта пешоб ажратади. Пешоб ажратиш 2—3 ёшда 10 марта, мактабгача ёшда 6—7 марта бўлади.

Бир кеча кундуздаги пешоб миқдорини қуйидаги формула ёрдамида ҳисоблаш мумкин.

$$100x(n+5)$$

n — болаларнинг ёши

$$600 + (100x(n-1))$$

600 — 1 ёшли боланинг суткалик диурези.

Бу формулалар 10 ёшгача бўлган болаларда қўлланилади.

Чақалоқларда пешобнинг нисбий оғирлиги 1006 — 1018, кўкрак ёшидаги болаларда 1003 — 1005 гача пасаяди, 3—5 ёшдан катталарда 1003—1016 гача ошади.

Айрим соғлом чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунида пешоб билан майда дисперсли оқсиллар альбуминларни ажралиши кузатилади (физиологик альбуминурия). Бунга туғруқ вақтида буйракларда қон димланиши ва буйрак коптокчаларини оқсиллар учун ўтказувчанлиги ошиши сабаб бўлади. Ҳаётининг 1чи ойларида пешоб ажратиш шартсиз рефлекс ҳисобланади, 6-ойда бола мустақил ўтира бошлагач пешоб ажратишни шартли рефлекслари ҳосил бўлади.

4.9.2. Пешоб ҳосил бўлиш ва пешоб чиқариш тизимини баҳолаш

Пешоб ажратиш тизимини бевосита текшириш - кўрув пайпаслаш ва перкуссиядан ташкил топган.

Кўрувда тери ранги (оқарган), шишларнинг жойлашиши (асосан қовоқларда), юз ва қорин ҳажмининг катталашишига, бел соҳасининг ҳолатига аҳамият берилади. Бундан ташқари ўғил ва қиз болаларда уретрит

ва вульвовагинитни аниқлаш мақсадида ташқи жинсий аъзоларни кўриш шарт.

Пайпаслаш. Буйрақларни пайпаслаш горизонтал ҳолатда Образцов усулида ва вертикал ҳолатда С.П. Боткин усулида ҳамда вертикал бимануал пайпаслаш бўйича амалга оширилади.

Образцов усули: Бемор орқаси билан оёқларини бироз буккан ҳолда ётади. Текширувчининг чап қўли бармоқлари бирлаштирилган ва текис ҳолда бел остига қовурга ёйининг пастки қирраси соҳасида жойлашади. Ўнг қўли қовурга ёйи оралиғида қоринни тўғри мушакларидан ташқарида жойлашади. Қўллар қориннинг олдинги ва орқа деворлари билан чуқур ҳаракатлантирилади. Яқинлашганда бемордан чуқур нафас олиш сўралади буйрақнинг тушувчи пастки қутби пайпасланади. Чап буйрақ пайпасланаётганда чап қўл чап бел соҳасида ҳаракатлантирилади.

Буйрақни пайпаслашда Гуйон симптомини, яъни гидронефрозни текшириш мумкин. Чап қўл билан турткисимон урилади ва ўнг қўл билан туртки сезилади.



Расм 72. Буйрақни пайпаслаш

Беморни турган ҳолатда пайпаслаш (С.П. Боткин): бемор гавдаси тўғри бурчак ҳолида эгилади, қўллар туширилади. Текширувчининг чап қўли беморнинг бел соҳасида, ўнг қўли қовурга ёйи соҳасида қориннинг тўғри

мушаги ташқарисида жойлашади. Пайпаслаш усули бемор ётган ҳолатдагига ўхшайди.



Расм 73. С.П. Боткин усули бўйича буйракни пайпаслаш

Пешоб ажратиш аъзолари патологиясида оғрик нуқталарини аниқлаш.

Юқори нуқтаси аниқланади, у қориннинг перпендикуляр оқ линияси билан тўғри мушакнинг ташқи чаккасидан ўтувчи чизикда жойлашган.

Пастки нуқтаси *spina iliaca anterior superior* билан тўғри мушакни ички чеккасини бирлаштирадиган чизикда жойлашган.



А)



Б)

Расм 74. Юқори (А) ва пастки (Б) пешоб йўли оғрик нуқталари

Перкуссия. Перкуссия ёрдамида қорин бўшлиғидаги суюқлик ва пешоб пуфагининг юқори чегараси аниқланади.

Қорин бўшлиғида суюқликни аниқлаш. Бунинг учун бемор орқаси билан ётади. Перкуссия қориннинг ён соҳалари йўналишида олиб борилади. Текширув билвосита перкуссияни қўллаш орқали олиб борилади. Плессиметр бармоқ киндик соҳасида қориннинг оқ чизиғига параллел қўйилади ва ўнг қўлнинг ўрта бармоғи билан перкутор тўқиллатиб олдин ўнг, кейин чап фланкаларга аста секин ҳаракатлантирилади. Фланкалар соҳасида 2 томонлама қисқариш бўлганда қорин бўшлиғида эркин суюқлик бўлиши мумкин. Асцитни дифференциал диагностикаси учун ва бошқа сабабларга асосланган қорин бўшлиғини бўғиқлашувида (тўлган ичак, ўсма) болани ён томонга ўгириб ва қорин перкуссиясини шу йўсинда олиб бориш керак. Агар бўғиқлашиш шу ҳолатда йўқолса, қорин бўшлиғида суюқлик борлиги тўғрисида ўйлаш мумкин, агар бўғиқлашиши йўқолмаса, бошқа сабабларга асосланган бўлади.

Пешоб пуфагининг юқори чегарасини аниқлаш. Бунинг учун қориннинг оқ чизиғидан киндикдан пастга қараб билвосита перкуссия қилинади, плессиметр бармоқ қориннинг пастки чегарасига параллел қўйилади. Пуфак тўла бўлганда қов устида перкутор товушни бўғиқлашиши аниқланади ва қанчалик қовдан юқори бўлса, шунчалик пешоб пуфаги тўла бўлади. Қисқариш кузатилганда, пешоб пуфаги бўшагандан сўнг перкуссия қайта қилиниши керак.

Пастернацкий симптоми — (буйрак соҳасида оғриқни аниқлаш). Умуртқанинг икки томонида белнинг симметрик соҳаларини эгилган бармоқлар билан перкуссия қилинади. Олдин пешобнинг умумий анализи аниқланади, кейин перкуссия олиб борилади ва яна пешобнинг умумий анализи аниқланади.

Пешоб пуфагини пайпаслаш. Эрта ёшли болаларда тўлган ҳолатда аниқлаш мумкин, яъни бунда пешоб пуфаги кичик чаноқ бўшлиғидан озгина чиқади.



Расм 75. Пешоб пуфагининг юқори чегарасини аниқлаш



Расм 76. Пастернацкий симптоми

Лаборатория усулида текшириши.

Кўрак ёшидаги болаларда пешоб йиғиш, пешоб чўкмасини миқдорий текшириш Нечипоренко бўйича, Аддис Каковский бўйича, шунингдек Зимницкий бўйича функционал синамалар, коптокчалар фильтрациясини текшириш, эндоген креатинини клиренси.

4.9.3. Пешоб ҳосил бўлиш ва пешоб чиқариш тизими касалликлари семиотикаси

Пешоб ҳосил қилиш ва пешоб чиқариш аъзоларини текширишда анамнез йиғишдан бошлаш керак.

Шикоятлар: бош оғриғи, белда оғриқ, дизурия (сийганда оғриқ бўлиши), қандай касалликлар билан оғриганлиги (ОРВИ, ангина, скарлатина), яқин орада эмлаш олганми, ажраладиган пешоб миқдори, ранги аниқланади.

Кўрувда: тери қоплами оқарган, юзнинг салқиганлиги, юзда кўпинча шишлар, гавда ва пастки соҳаларда эса кам ҳолларда аниқланади.

Эхинококк, ўсма, гидронефроз натижасида буйрак ҳажми катталашганда, бел соҳасининг зарарланган томонида бўртишни кўришимиз мумкин. Қон босимини ўлчаганимизда гипертонияни аниқлашимиз мумкин.



Расм 77. Юз ва оёқдаги шиш



Расм 78. Буйрак анасаркаси

Бу буйруқларни қон билан таъминланиши бузилганлигига ва буйрак прессор омилини ажралиши ошиши билан боғлиқ.

Буйрак касалликларида кузатиладиган асосий синдромлар.

Протеинурия пешоб билан $0,033\%$ дан кўп оқсил ажралиши. Буйракдан ташқари (ортостатик спортсменларда ва буйракларни

пайпаслашдан сўнг), буйрак протеинурияси буйрак ва пешоб йўлини яллиғланиши касалликларига асосланган протеинурия фаркланади.

Пешобда кўп миқдорда эпителий ҳужайралари кузатилади ва гиповитаминоз А ва пешоб йўли яллиғланиш касалликларида учрайди.

Пиурия (пешобда йиринг бўлиши) ўғил болалар пешоби микроскопия қилинганда лейкоцитлар сони 5 -бта, қиз болаларда эса 8 -10тача мавжудлиги аниқланади. Пиурия пешоб чиқарув йўлларининг инфекциясида, пиелонефритда, буйрак силида кузатилади. Ҳақиқий пиурияни қиз болалар жинсий аъзо касалликларида кузатиладиган псевдопиуриядан ажратиш лозим. Бунинг учун “ 3 стакан синамаси” ишлатилади, бемор 3 стаканга сияди, 1 стаканда лейкоцитлар пайдо бўлса, уретрит ёки вульвит, вангинит бўлиши мумкин, 2-3 стаканларда бўлса, касаллик пешоб йўли яллиғланиши эканлигидан далолат беради.

Цилиндрурия пешоб чўкмасида цилиндрлар ҳосил бўлиши. Меъёردа буйрак паренхимасида, оқсиллар буйрак каналчаларидан ўтаётганда ҳосил бўлади. Пешоб чўкмасида гиалин ва доначали цилиндрларнинг ҳосил бўлиши протеинуриядан, мумсимон цилиндрларни топилиши буйракларда оғир дистрофик шикастланишлар борлигидан далолат беради. Қонли цилиндрлар буйракда гематурия ривожланганлигини кўрсатади.

Гематурия - пешоб билан қон ажралиши (оддий микроскопияда пешобда 2-3та эритроцитлар ва синамалар бўйича кўрсаткичлар ошиши: Кановский Аддис, Нечипоренко усулларида аниқланади). Гематурия келиб чиқиши, бўйича буйракка боғлиқ бўлиши (гломерулонефрит) ва пешоб тизимининг турли қисмлари билан боғлиқ бўлиши мумкин (ўсмаларда, тошнинг ҳаракатланишида). Ташхисни аниқлаш учун “3 стакан синамасидан” фойдаланилади ва бу синама қон кетаётган манбани аниқлайди.

Пешоб миқдорининг ўзгариши:

Полиурия пешоб миқдорининг меъёрга нисбатан 2 марта ортиқ бўлиши кўп миқдорда суюқлик қабул қилганда, қандли ва қандсиз диабетда, танадаги

шишларнинг қайтишида кузатилади. Компенсатор полиурия буйракнинг сурункали етишмовчилигида учрайди.

Олигурия бир кеча кундуздаги пешоб миқдорининг камайиши. қусиш ва ич кетишида, юрак қон -томир тизими нуқсонлари декомпенсацияда ёки буйракда қон айланиши бузилганда кузатилади.

Анурия бир кеча кундуздаги пешобнинг бўлмаслиги меъёрга нисбатан $1/15$ камайиши, ўткир буйрак етишмаслигида кузатилади.

Гипостенурия - пешоб оғирлигининг ўзгариши пешобнинг паст оғирлиги (1002-1050 кўп миқорда суюқлик қабул қилганда, танадаги шишларнинг қайтишида, қандсиз диабетда, сурункали буйрак етишмовчилигида кузатилади). Изостенурия пешобнинг оғирлиги 1010-1012га тенг - буйрак етишмовчилигига хос. Пешобнинг зичлиги юқори - (1030 ва ундан ортиқ) суюқлик кириши чегараланганда, қандли диабетда кузатилади.

Поллакиурия пешоб чиқариш сонининг меъёрга нисбатан ортиши бемор совуқ қотганда. Циститда, пешоб пуфаги яллиғланганда.

Дизурия - пешоб чиқаришини оғриқли бўлиши уретритда (пешоб чиқариш жараёнида) ва циститда пешоб чиқариш охирида) кузатилади.

Энурез - пешобни ушлаб туrolмаслик, 3 ёшдан катта болаларда асосан тунги уйқуда кузатилади. Бу кўпинча тез ҳалжонланишга мойил беморда, пешоб йўллари касаллигида, орқа мия жароҳатланишда, асаб - рухий ривожланиш орқада қолган болаларда, гижжа касаликларида кузатилади.

Азотемик уремия - организмда азот шлаklarини ушланиб қолиши - буйрак функциясининг тотал етишмовчилиги натижасида ҳосил бўлади.

Ўткир ва сурункали буйрак етишмовчилиги фарқланади.

Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) - ўткир гломерулонефритда ва пиелонефритда келиб чиқиши мумкин. Турли касалликлар синдроми кўринишида кузатилади: травмада, сепсисда, гемолитик касалликда, оғир металл тузлари билан заҳарланганда, оғир келмайдиган қон қуйилганда.

Сурункали буйрак етишмовчилиги – (СБЕ) буйрак функцияссининг орқага қайтмас равишда бузилиши, буйрак билан боғлиқ (Альпорт синдроми, Фанкониини нефропатияси, орттирилган - гломерулонефрит, пиелонефритда), шунингдек тизимли қизил югургида ҳам учрайди.

Клиникаси ЎБЕ бош оғриғи, кўнгил айнаши, қайт қилиш. Нафас ритми бузилиши, буйрак функцияссининг бузилиши талваса ва зарарланиши билан намоён бўлади.

Назорат учун саволлар

1. Пешоб ҳосил бўлиш тизими анатомик ва физиологик хусусиятлари
2. Чақалоқлар пешобининг таркибий хусусияти
3. Пешоб ҳосил бўлиш ва пешоб чиқариш тизимини кўздан кечириш
4. Буйракларни пайпаслаш
5. Пешоб пуфагини перкуссияси
6. Пешоб ҳосил бўлиш ва пешоб чиқариш тизими касалликлари симптомлари
7. Асцитни аниқлаш усуллари
8. Пешобнинг патологик ўзгаришлари
9. Буйрак етишмовчилиги синдроми

Таянч сўзлар: буйрак, нефрит, буйрак етишмовчилиги синдроми

5 БОБ. ҲАМШИРАЛИК ТАШХИСИ. ҲАМШИРАЛИК КАСАЛЛИК ТАРИХИ

Ҳамширалик жараёни замонавий ҳамширалик иши моделининг асосий ва ажралмас тушунчаларидан ҳисобланади. Бу ислоҳат концепцияси 50-йилнинг ўрталарида АҚШда юзага келди ва клиник шароитларда тўрт ўн йилликлар давомида баҳоланиб, мақсадга мувофиқлигини тўлиқ исботлай олди. Ҳозирги вақтда ҳамширалик жараёни ҳамширалик ёрдамнинг илмий асосини ишлаб чиқиб, ҳамширалик таълими ва амалиётининг ўзаги ҳисобланади.

1999 йилнинг июнида ХХКнинг (ҳамшираларнинг халқаро кенгаши) махсус комиссияси ХХКнинг 100 йиллигига бағишланган Лондонда бўлиб ўтган Халқаро конференция аъзоларига ҳужжатнинг иккинчи таҳририни ҳавола этди. Ҳужжатнинг тўлиқ номи – Ҳамширалик амалиётининг Халқаро классификатори ҚАХТ ёки International classification for Nursing practice (ICNP). Ҳамширалик иши учун унинг аҳамияти катта.

ҚАХТ – тиббий ҳамшираларнинг мутахассислик тилини стандартлаштириш, ҳамширалик амалиётини ҳужжатлаштириш, кадрлар тайёрлаш учун зарур бўлган касбий ахборот қуроли.

Ҳамширалик жараёни – тиббий ҳамширанинг тизимтик кетма–кетликда амалга оширадиган касбий парвариши.

Ҳамширалик жараёнининг мақсади – организмнинг асосий эҳтиёжларини қониқтиришда беморнинг мустақиллигини қўллаб–қувватлаш ва тиклаш бўлиб, қуйидаги масалаларни ҳал этиш билан амалга оширилади:

- Бемор ҳақидаги ахборот маълумотлар базасини яратиш;
- Беморнинг тиббий хизмат кўрсатишдаги эҳтиёжларини айнан тенглаштириш;
- Бемор эҳтиёжларига мос келадиган парвариш режасини тузиш ва парваришни амалга ошириш;

- Беморни парвариш қилиш жараёнининг самарадорлигини аниқлаш ва беморга тиббий хизмат кўрсатиш мақсадига эришиш.

Ҳамширалик жараёни бирин-кетин амалга ошириладиган 5 та босқичдан иборат:

- беморни текшириш;
- унинг аҳволини ташхислаш;
- беморга зарур бўлган ёрдам режасини тузиш;
- ҳамширалик аралашувларини амалга ошириш;
- олинган натижаларни баҳолаш.

Ҳамширалик жараёнининг яқунловчи натижаси олинган натижаларни ҳамширалик касаллик тарихига ҳужжатлаштириш ҳисобланади.

Ҳамширалик касаллик тарихи – бу ҳамширанинг мустақил касбий фаолияти доирасидаги юридик ҳужжат.

ҲКТ нинг мақсади – тиббиёт ҳамширасининг фаолиятини назорат қилиш, унинг парвариш режасини амалга ошириш ва шифокор маслаҳатлари, ҳамширалик ёрдамини кўрсатишнинг таҳлили ва ҳамширанинг касбий маҳоратини баҳолаш.

Биринчи босқич – **ҳамширалик текшируви** – бу бемор соғлиги ҳақида маълумот тўплаш ва уни ҳужжатлаштириш жараёни.

Текширув мақсади – маълумотни тўплаш, олинган маълумотни асослаш ва ўзаро боғлаш, ёрдам сўраб мурожаат қилган вақтга бемор ҳақида, унинг соғлиги тўғрисида ахборотлар базасини яратиш.

- Беморни сўраб-суриштириш
- Оила аъзолари ва атрофдагиларни сўраб-суриштириш
- Тиббий ёрдам кўрсатиш бригадасининг бошқа аъзоларидан маълумот олиш
- Беморни физикал текшириш

- Беморнинг тиббий картаси ва бошқа тиббий хужжатлари билан танишиш
- Парвариш бўйича тиббий ва махсус адабиётларни ўқиш

Ҳамширалик текшируви усуллари

Сўраб-суриштириш

Беморни сўраб-суриштириш вақтида тўпланган маълумотлар субъектив текшириш каби кўриб чиқилади, лекин беморнинг шикоятлари реал асосга эга, шунинг учун сўраб-суриштиришни диққат билан ва қуйидаги бўлимларни ўз ичига оладиган, маълум қолип бўйича олиб бориш керак бўлади:

1. Паспорт қисми.
2. Бемор шикоятлари ва уларни батафсил текшириш.
3. Касаллик анамнези.
4. Ҳаёт анамнези.
5. Беморни объектив текшириш.

Тўпланган маълумотлар ҳамширалик касаллик тарихига ёзиб қўйилади.

Паспорт қисми

1. Фамилияси, исми, шарифи.
2. Жинси.
3. Ёши.
4. Доимий турар жойи.
5. Иш жойи, мутахассислиги, лавозими.

Беморнинг шикоятлари

Шикоятларни аниқлаш бемор муаммоларини тасаввур қилиш имконини беради. Беморлар ҳар доим ҳам ўз дардлари ҳақида аниқ гапириб бера олишмаслигини эсда тутиш керак, шунинг учун уларнинг ёшини, маълумотини инобатга олиш лозим. Яхшиси таъкидлайдиган ёки рад

этадиган жавобни кўзда тутадиган саволларни бермаган маъқул, чунки бу вазиятни нотўғри таҳлил қилишга сабаб бўлиши мумкин.

1. Асосий саволлар

2. Орган ва тизимлар бўйича қўшимча саволлар:

а) нафас олиш тизими: нафас олиш бурун орқали (қийналмасдан, қийналиб), бурундаги ажралмалар, бурундан қон кетиши, кўкрак кафасидаги оғриқлар (оғриқ қаерда эканлиги, жадаллиги ва табиати, нафас билан боғлиқлиги), хансираш, нафас сиқишининг хуружлари, куруқ йўтал, балғам ажрайдиган ҳўл йўтал (балғам қуюқ, суюқ, кўпикли, сарғиш-кўк, тиниқ, қон аралаш, ҳидсиз, қўланса ҳидли, сассиқ, балғамнинг ажралиши гавда ҳолатига боғлиқлиги, қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши);

б) юрак-томир тизими: юрак уриши, ритмининг бузилиши, юрак соҳасидаги оғриқ (оғриқ қаерда эканлиги, интенсивлиги, тарқалиш соҳаси, пайдо бўлиш шароити);

в) овқат ҳазм қилиш тизими: иштаҳа, чанқов (чайнаш, ютиш, қизилўнгач орқали овқатни ўтиши, кекириш ва унинг хусусияти (ҳаволи, овқат аралаш, ноҳуш ҳидли, нордон), кўнгил айниши, қоринда оғриқ бўлиши (овқат қабул қилиш ва овқат тури билан боғлиқлиги, оғриқ соҳаси ва тарқалиши), ошқозон ва ичаклардан қон кетиши, метеоризм, нажас хусусиятлари (ич кетиши ва қотиши, патологик аралашмаларнинг борлиги);

г) гепато-лиенал тизим: қовурғалар остида оғриқ (уларнинг хусусияти, пайдо бўлиш шароити, жигар санчиғи), тери ва шиллиқ пардаларнинг сарғайиши (унинг оғриқ хуружи бошланишига боғлиқлиги), пешоб ва нажас рангининг ўзгариши;

д) пешоб ажратиш ва таносил тизими: пешоб ажратиш хусусиятлари (пешоб ажратиш сони, дизурия, пешоб тутилиши), пешоб ранги, бел соҳасида, қориннинг паст қисмида оғриқ бўлиши (уларининг

хусусиятлари ва тарқалиши), суткалик диурез, никтурия, гематурия, хайз кўриш цикли (унинг бузилиши, охирги хайз кўриш санаси)

е) ҳаракат тизими: мушак, бўғим, суяқлардаги оғриқ, ҳаракатдаги тинч ҳолатдаги оғриқ;

ж) асаб тизими: уйқу (меъёрл, бузилган, бузилиш хусусияти), бош оғриғи (хусусияти, кучи, жойлашиш соҳаси), бош айланиши, диққат-эътиборнинг ва хотиранинг бузилиши.

Касаллик тарихи

Касалликни аниқлашда қуйидагиларга аҳамият бериш керак:

- касаллик қачон ва қандай белгилар билан бошланганлиги, ўткир ёки аста-секин бошланиши;
- симптомлар динамикаси: уларнинг кучайиши ёки сусайиши. Вақт ўтиши билан пайдо бўлган янги симптомларни аниқлаш. Сўраб-суриштиришда касалликни узоқ вақт ичидаги ривожланиши билан қизиқиш керак, бу устивор муаммоларни ажратиб олишга ёрдам беради;
- беморга қандай текширишлар ўтказилган ва қандай натижалар олинган. Аввалги ўтказилган даво ҳақида сўраб-суриштириш зарур: қайси препаратлар буюрилган, уларнинг дозалари, уларнинг таъсири, ножўя таъсирларнинг борлиги;
- албатта шифокорга мурожаат қилишидан олдинги даврда касаллик қандай кечгани ҳақида батафсил сўраб-суриштириш зарур. Сўраб-суриштириш вақтида суҳбатни йўналтирувчи саволлар бериб назорат қилиб туриш керак, чунки кўпчилик ҳолларда беморлар ўз эътиборини кераксиз тафсилотларга қаратишлари мумкин. Бундай ҳолларда касаллик кечиши ҳақидаги беморнинг ўзидан олинган маълумот жуда кўп (касаллик узоқ вақт давом этаётган бўлса) ёки жуда қисқа (ўткир

кечаётган касалликларда ёки энди касаллик белгилари пайдо бўлаётганида) бўлиши мумкин.

Ҳаёт тарихи

- бемор қандай ўсган, ривожланган, қачон мактабга борган, меҳнат фаолияти қачон бошланган;
- ҳаёти давомида қандай касалликларни бошидан кечирганлиги, улар бирорта асоратлар билан кечганми, қандай даво қилинганлиги, стационар шароитида даволанганми, албатта аниқлаб олиш керак;
- меҳнат шароити, ишлаб чиқаришдаги зарарли омиллар, маиший захарланишлар борлиги, алкоголь истеъмол қилиш, чекиш натижасидаги зарарланишлар борлиги аниқланади;
- беморнинг овқатланиш хусусиятлари;
- ота-онаси, яқин қариндошлари ҳақидаги маълумотлар аниқланади, уларнинг аҳволи, ҳаёт даврида қандай касалликлар билан оғриганликлари, қайси касалликдан вафот этишганликларини аниқлаш.
- аллергологик анамнез аниқланади, бирорта дори воситага, кимёвий моддаларга, уй-рўзғор чангига, ўсимликларга ва бошқа нарсаларга аллергик реакциялар бўлганлиги. Бўларни аниқлаш ривожланган касаллик асосида аллергик реакциялар бўлганлигини ва келгусида медикаментлар билан даволаш вақтида шундай реакцияларни олдини олиш учун аҳамиятга эга бўлиши мумкин;
- аёлларда ҳайз кўриш санаси, давомийлиги, даврийлиги аниқланади, ҳомиладорликлар бўлганлиги, улар қандай кечганлиги, туғруқ қандай кечгани сўралади. Климактерик даврнинг бошланиши, қандай кечаётганини билиш зарур;
- бемор жинсий ҳаётининг хусусиятлари ҳам аниқланади.

Объектив текшириш

Текшириш беморни кўздан кечириш, умумий аҳволни баҳолашдан бошланади, сўнгра пайпаслаш, перкуссия ва аускультацияга ўтилади.

Беморни кўздан кечириш

Беморни кўздан кечириш анамнез йиғиш мобайнида давом эттирилади.

Кўздан кечиришни маълум режа асосида бир катор қоидаларга риоя қилган ҳолда, тарқоқ табиий ёруғликда олиб бориш маъқул, чунки сунъий ёруғлик тери ва шиллик қопламларнинг рангини ўзгартириб юборади. Агар бемор сунъий ёруғликда кўздан кечирилса, ёруғлик кучли бўлиши керак.

Кўздан кечирганда қуйидагилар аниқланади: бемор ҳолати, умумий аҳволи, териси, кўзга кўринадиган шиллик қопламлар ҳолати, сўнгра юз, бош, бўйин, гавда, қўл ва оёқларни кўздан кечиришга ўтилади.

Беморнинг умумий аҳволи

Беморнинг эс-хуши, ўриндаги вазияти, юз қиёфаси, тери ва шиллик қаватлар ҳолати ва касаллик симптомлари қанчалик намоён бўлганлиги билан баҳоланади.

Қониқарли ҳолат - беморнинг ўриндаги ҳолати актив, юз қиёфасида ўзгариш йўқ, эс-хуши жойида, бемор фаол.

Ўрта оғирликдаги ҳолат – шикоятлар кўпайган, бемор кўпроқ вақтини ўринда ўтказди, эс-хуши сақланган, юз қиёфасида касаллик белгилари бор, ички аъзолар томонидаги патологик ўзгаришлар намоён бўлади.

Оғир ҳолат - бемор доимо ўринда бўлади, шикоятлар ва касаллик белгилари анча кўпайган, эс-хуши кирди-чиқди бўлиши мумкин. Юз қиёфасида азобланиш белгилари бор. Актив ҳаракатларни қийналиб бажаради.

Эс-хуш ҳолати

Эс-хуши: сақланган ёки кирди-чиқди бўлиши мумкин. Ступор (караҳтлик ҳолати), сопор (чуқур ухлаш ҳолати), кома (эс-хушининг бутунлай йўқолиши) ҳолатлари тафовутланади.

Эс-хуши кирди-чиқди бўлганида бемор саволларга қийналиб жавоб беради.

Ступор ҳолатида бемор қаттиқ қичқиришга жавоб беради, лекин жавоблари маъносиз бўлади.

Сопор ҳолатида саволларга жавоб бермайди, лекин рефлекслар сақланган бўлади.

Кома ҳолатида МАТ функциясининг бутунлай сўниши кузатилади (эс-хуши бутунлай йўқолган, мушаклар бўшашган, сезиш ва ҳаракат рефлекслари бутунлай сўнган). Эс-хушининг йўқолиши узоқ ёки қисқа муддатли, кўзғалиш ва алаҳлаш даврлари билан биргаликда кузатилиши мумкин.

Тана ҳолати

Ўриндаги ҳолатлар: актив, пассив, мажбурий.

Актив ҳолат – бемор мустақил ўтира олади, тура олади, ўрнида ҳаракат қила олади, ёнбошига ёта олади.

Пассив ҳолат – бемор ҳаракатсиз, ўз ҳолатини мустақил ўзгартира олмайди. Бу ҳушсиз ётган, ёки узоқ давом этаётган оғир касалликлар: параличлар, оғир шикастланишлар.

Мажбурий ҳолат – бемор ўзига қулай ҳолатда жойлашиб олади, бунда ноҳуш сезгилар (оғриқ сезгиси) камайиши кузатилади. Мажбурий ҳолат ташхис учун аҳамиятга эга, чунки, у ёки бу касалликларда беморлар касаллик учун хос ҳолатни эгаллашади.

Гавда тузилиши

Маълум конституцияга эга шахслар баъзи бир шароитларда бирор бир касалликка мойилликлари, бошқа конституцияга эга шахслар эса, бошқа касалликларга мойилликлари қайд қилинган.

Астеник тури: қўл-оёқлари узун ва ингичка, кафтлари ингичка ва кафт бармоқлари узун, скелети ингичка. Бўйни узун, қовурға оралиқлари кенгайган бўлсада, кўкрак қафаси ингичка. Мушаклари ва тери ости клетчаткаси яхши ривожланмаган.

Гиперстеник тури: қўл-оёқлари ва бўйни калта ҳамда йўғон. Кўкрак қафаси кенг ва калта. Мушаклари яхши ривожланган.

Нормостеник тури: астеник ва гиперстеник турларнинг ўртасида.

Тери қопламларини кўздан кечириш

Тери ва шиллик қаватлар ҳолати: ранги, эластиклиги, намлиги, шиш, нуқсонлар.

Терининг ранги бир қанча сабабларга боғлиқ: томирларнинг жойлашиш чуқурлигига, қонда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини кўпайиши ва камайиши, терида пигментлар тўпланиши (билирубин, меланин).

Терининг оқариши гемоглобин ва эритроцитларнинг камайиб кетиши (анемия), томирлар спазмига боғлиқ.

Гиперемия (қизариш - томирларнинг кенгайиши) иссиқ ванна қабул қилиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, алкоголь қабул қилиш ёки қаттиқ ҳаяжонланишга боғлиқ. Баъзи дори воситаларини қабул қилишда гиперемия кузатилади – никотин кислотаси ва унинг ҳосилалари.

Доимий гиперемия эритроцитлар кўпайиб кетишига боғлиқ бўлиши мумкин.

Кўкариши - цианоз умумий ва маҳаллий бўлади. Умумий цианоз ўпка капиллярларида қон кислородга етарли тўйинмаслиги натижасида бўлади, ўпка касалликларида кузатилади.

Маҳаллий цианоз (периферик) акроцианоз ҳам деб аталади, юрак касалликларида бармоқ учлари, бурун учи, юзи, лаби, кулоқ супраларида кузатилади.

Сарғайиш - тери ва шиллик қаватларининг сарғайиши, билирубин пигментларининг қонда кўпайиши натижасида терида тўпланиши (ўт суюқлигининг умумий ўт йўлидан оқиб чиқиши қийинлашганда ошқозон ва ичак касалликларида ва ошқозон ости безининг бошчаси ўсмаларида, гемолизда – эритроцитларнинг парчаланиши, жигар ҳужайраларининг парчаланишида – цирроз, гепатитлар).

Тери пигментацияси меъёрда ва касалликларда (офтоб таъсирида) кузатилади.

Депигментация (теридаги оқ доғлар) – витилиго. Баъзи ҳолларда теридаги пигментация бутунлай бўлмайдиган (альбинизм). Терида чегараланган пигментация соҳаларини аниқлаш мумкин – сепкил, туғма доғлар.

Сочли соҳаларни синчиклаб кўздан кечириш керак (соч тўкилган соҳалар, аёлларда хаддан ташқари кўп соч ўсиши – вирил синдром).

Кўздан кечирганда нуктасимондан (петехиялар), то қўшилиб кетган кенг (пурпура) геморрагик тошмаларгача аниқлаш мумкин. Терида ҳар хил тошмаларни аниқлаш мумкин; юқумли ва тери касалликларда аҳамиятга эга бўлади.

Юзини кўздан кечириш

Юз қиёфасига патологик ҳолатлар, беморнинг ёши, жинси таъсир қилиши мумкин.

Кўз ва қовоқларни кўздан кечириш буйрак касалликлари (нефрит), анемиялар, узок вақт йўталиш таъсиридаги шишларни аниқлашга имкон беради.

Қовоқларнинг рангига аҳамият бериш керак: тиреотоксикозда, Аддисон касаллигида – тўқ рангда.

Ксантомаларнинг борлиги холестерин алмашинуви бузилишини кўрсатади.

Қовоқлар ёпилмасдан кўзнинг очилиб туриши кўз нервларининг параличида кузатилади. Кўз юмулиб қолиши шишда, микседемада кузатилиши мумкин.

Қорачиқларнинг ўзгариши ҳам бир қатор касалликлар ташхисотида аҳамиятга эга бўлади.

Қорачиқларнинг кенгайиши коматоз ҳолатларда, атропин билан захарланишда кузатилади.

Қорачиқларнинг ҳар хил бўлиши (анизокария) нерв тизимининг зарарланишида кузатилади.

Филайлик кўрғошиндан захарланишда, ботулизмда, дифтерияда, бош мия зарарланишида (захм, сил, менингит, қон қуйилишлар) кузатилади.

Кўз оқ пардасининг рангига аҳамият бериш керак – жигар ва ўт йўллари касалликларида сарғиш рангли бўлади.

Буруннинг кескин катталаниши ва қалинлашиши ёки тузилишининг ўзгариши (эзилган бурун - гуммоз захм; юмшоқ тўқималар деформацияси – қизил волчанка) билан ўзига жалб қилиши мумкин.

Оғиз бўшлиғини кўздан кечиришда унинг шакли, лабларнинг рангига, герпес, бичилиш бор-йўқлигига аҳамият берилади. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати ҳолатини кўздан кечиришга аҳамият берилади (афта, пигментация, қон талашишлар борлиги).

Милкларнинг ўзгариши қандли диабетда, цинга (зангила), ўткир лейкозда кузатилиши мумкин.

Тилни кўздан кечириш тил ҳаракатининг бузилишини аниқлаши мумкин (МНС зарарланиши, интоксикация, инфекциялар); рангининг ўзгариши: малина рангида – скарлатинада, қизил – ошқозон яра касаллигида; тилнинг қуруқ бўлиши интоксикация ва инфекциялар учун хос; оқ қараш боғлаши – гастрит.

Пайпаслаш

Пайпаслаш (пайпаслаб кўриш) кўздан кечириш билан биргаликда олиб борилади. Пайпаслашда бир қатор қоидаларга риоя қилиш керак бўлади: бемор ва ҳамширанинг ҳолати текшириш ўтказиш учун қулай, қўллари илиқ бўлиши керак. Пайпаслаш юмшоқ ҳаракатлар билан олиб борилади. Пайпаслаш ёрдамида терининг қуруқ, намлиги, эластиклиги, таранглиги (тургор) аниқланади. Меъёрда бурма қилиб олинган терини қўйиб юборса, у тезлик билан ёзилиши керак.

Пайпаслаш тери ости клетчаткаси қанчалик ривожланганлигини, шиш борлигини аниқлайди, шиш борлиги тахмин қилинаётган соҳани эзиб кўриб (эзилган соҳада чуқурча қолади) аниқланади.

Пайпаслаш ёрдамида мушаклар, лимфа тугунларининг ҳолати ҳақида тасаввурга эга бўлиш мумкин. Меъёрда лимфа тугунлари катталашмаган,

оғрмайдиган, ҳаракатчан, ўзаро ва атроф тўқималр билан чатишмаган бўлади.

Суякларни пайпаслаш оғрийдиган соҳаларни, унинг букилганлигини, суяк тўқимасининг ўсиб кетганлигини (остеофития), бўғимга суюқлик йиғилганлигини аниқлашга имкон беради.

Қоринни, юрак соҳасини ва периферик томирларни пайпаслашда жуда кўп маълумот тўплаш мумкин.

Перкуссия

Ички аъзолар жойлашишини эшитиб кўриш ёрдамида аниқлаш усули.

Бемор тана юзасини дукиллашиб кўриш ёрдамида, товушнинг ўзига хос ўзгаришига асосланиб, текшириладиган аъзо ҳолатини аниқлаш.

Перкуссия бевосита ва билвосита бўлади:

Бевосита – бармоқ билан бевосита танага зарба берилади.

Билвосита – текшириладиган соҳага жипс қўйилган бармоққа бошқа бармоқ билан зарба бериш.

Аъзонинг ҳавога тўлганлигига, жойлашиш чуқурлигига қараб, ҳар бир аъзо ўзига хос товуш чиқаради. Бу ички аъзолардаги патологик ўзгаришлар борлиги ҳақида, унинг жойлашиши, аъзоларнинг чегаралари ҳақида тушунчага эга бўлиш имконини беради.

Перкуссия вақтида ҳосил бўлган тўлқинлар 6–8 см чуқурликкача боради, айнан шу чуқурликда аъзо топографиясини аниқлаш мумкин.

Перкутор товушнинг 3 хили тафовут қилинади:

1. баланд, аниқ – кучли, яхши ажратиб олиннадиган товуш
2. тимпаник – ҳаво ва суюқлик бор аъзолар соҳасида эшитиладиган давом этувчи баланд товуш. Меъёрда ошқозон ва ичак соҳасида эшитилади.
3. тўмтоқ – меъёрда ҳавосиз тўқималар соҳасида ҳосил бўладиган бўғиқ, паст, тез сўнадиган товуш (сон соҳаси).

Қуйидагилар фарқланади:

- солиштирма перкуссия, кўкрак кафаси ва қорин деворининг симметрик соҳаларида галма-галдан амалга оширилади;
- топографик перкуссия – аъзо ёки патологик ҳосиланинг чегараси, ўлчами ва жойлашишини аниқлаш

Аускультация

Баъзи аъзо ва тизимларда содир бўлаётган физиологик жараёнларнинг кечишини акс эттирувчи товушларни аниқлайдиган текшириш усули.

Юракни аускультация қилганда нафас олиш ва чиқаришда, юрак клапанларининг ҳаракатланиши ва қоринча, бўлмачалар деворининг тебранишидан келиб чиқадиган шовқинлар эшитилади

Юрак ва ўпка патологиясида кўшимча товушлар пайдо бўлади ва товуш тембри ўзгаради.

Иккинчи босқич – ҳамширалик ташхиси

Ҳамшира бемор ҳолатини бирламчи баҳолаб олиб ва олинган маълумотларни ёзиб бўлгач, олинган натижаларни умумлаштиради, таҳлил қилади ва маълум хулосага келади. Бу хулосалар бемор муаммолари, яъни ҳамширалик ташхислари бўлиб қолади ва улар ҳамширалик парваришининг мақсади бўлади. Сиз ҳамширалик ташхисларини ажратиб олишингиз керак: ҳозирги, яъни беморнинг бугунги, эртага бўладиган ва стационардаги ҳамширалик парвариши олиб бориладиган давр мобайнида мумкин бўлганлари.

Потенциал (яширин, лекин юзага чиқиши мумкин бўлган) – парвариш даврида юзага келадиган ёки асосий касаллик сабаб бўлиши мумкин бўлган муаммолар.

Ҳамширалик ташхислари ҳамширалик касаллик тарихига “Ҳамширалик таҳлили ва асбоблар билан текшириш маълумотлари”дан кейин ёзиб қўйилади.

Ундан кейин сиз ҳамширалик жараёни ҳаритаси бўйича ишлашга киришасиз. Унда ажратилган устунчаларни (графалар) тўлдирасиз. Беморни

парвариш қилиш режасига ва уни амалга оширишга алоҳида эътибор беришингиз керак.

Учинчи босқич – ҳамширалик парвариши мақсадларини, устиворликни аниқлаш, парвариш режасини тузиш

Режалаштириш – маълум мақсадларни аниқлашда ҳамшира ўзини қандай тутиши кераклигини аниқлайдиган, беморга қаратилган ва мақсадга эришиш стратегиясини ўрнатиш категорияси. Режалаштириш вақтида устиворликлар ажратилади, мақсадлар аниқланади, ҳамширалик парвариши режаси шаклланади.

Устиворликларни аниқлаш – бемор билан ҳамшира биргаликда беморнинг хоҳиши, эҳтиёжлари ва унинг хавфсизлигини инобатга олиб, ташхис қўйиш усули. Беморга бир неча ташхис қўйиладиган бўлса, ҳамшира уларнинг ҳаммаси бўйича бараварига ҳамширалик парваришини амалга ошира олмайди. Амалга оширишнинг шошилиничилиги бўйича ҳамшира ташхисларни устуворини танлаб олади.

Устиворликлар бирламчи, оралик ва иккиламчи қилиб тавсифланади. Шошилинич ёрдам кўрсатмаслик натижасида беморларни ўлимга олиб келиши мумкин бўлган ҳамширалик ташхислари, бирламчи устиворликка эга бўлади.

Оралик устиворлилик ҳамширалик ташхислари беморнинг ҳаёти учун жуда хавфли ва хавф туғдирмайдиган эҳтиёжларни ўз ичига олади.

Иккиламчи устиворлилик ҳамширалик ташхислари: касаллик ва унинг қандай тугалланишига таъсир қилмайдиган бемор эҳтиёжлари.

Беморлар учун мақсадлар икки хил қилиб белгиланади: қисқа муддатли (бир ҳафтадан кам), узоқ муддатли (бир неча ҳафта, бир неча ой, кўпинча даволаш муассасидан чиққанидан кейин). Улар асоратларни олдини олиш, реабилитация, соғлиқ ҳақида янги таълим олишга қаратилган.

Агар узоқ муддатли мақсадлар ажратилмаган бўлса, бемор даволаш муассасидан чиққанидан кейин, ҳамширалик парваришини давом эттириш режасини тузишга ҳалал беради.

Мақсадларни ажратиб олгач, ҳамшира беморни парвариш қилиш режасини, яъни парвариш мақсадига эришиш учун ҳамширанинг махсус ҳадди-ҳаракатларни ифодаловчи ёзма қўлланма тузади. Парвариш режаси ҳамширалик парваришини ўзаро мувофиқлаштиради, парваришни давом эттиришни таъминлайди, парваришни баҳолайдиган натижалар кўрсатгичини санаб ўтади.

Тўртинчи босқич – парвариш режасини амалга ошириш

Беморларни парвариш қилиш режаси, беморнинг ушбу муаммосини ҳал этишга қаратилган парвариш хусусиятларини акс эттириши керак. Уларни “Ҳамширалик аралашувининг хусусиятлари” графасига кайд этилади.

“Парвариш режасини амалга ошириш” графасига Сиз парвариш режасини амалга ошириш бўйича қилган ҳамма ҳаракатларингизни аниқ кўрсатиб, ёзиб қўясиз.

Бешинчи босқич – баҳолаш

Мунтазам баҳолаш жараёни, кутилаётган ва эришилган натижаларни солиштиришда ҳамширадан аналитик фикр юритишни талаб этади.

Сиз натижаларни баҳолашни қўйилган мақсадларга мувофиқ олиб боришингиз керак.

Сўнгра ҳамширалик жараёни ҳаритаси, ҳамширалик кузатуви кундалиги тўлдирилади, беморга ва унинг оиласига уйига кетганидан кейинги ҳаёт тарзи ҳақида берилган ҳамширалик тавсиялари, касаллик тарихига тикиб қўйилади.

жадвал 5

Ҳамширалик жараёни ҳаритаси

Сана	Бемор муаммолари	Ҳамширалик аралашувининг режаси			Парвариш режасини амалга ошириш	Баҳолаш
		Парвариш мақсадлари		Ҳамширалик аралашувининг тури		
		Қисқа муддатли	Узоқ муддатли			

Ҳамширалик амалиётида шахслараро мулоқат

кўникмалари

Олий маълумотли ҳамшира амалиётида шахслараро мулоқат қилишни билиш муҳим аҳамиятга эга бўлади.

Ҳамшира бемор билан биринчи учрашганида ишонч қозона олиши ва уни ўзига қарата олиши лозим. Ҳамширалик ташхисини тўғри қўйилиши, кўпинча ҳамшира керакли маълумотларни қанчалик тўғри йиға олганлигига боғлиқ бўлади.

Касаллик тарихининг тўлдириб бўлинган қисми билан танишиш.

Бемор билан учрашишдан аввал касаллик тарихига кўз югиртириб чиқинг. Ёзилган маълумотларга аҳамият беринг. Ёши, жинси, ирқи, оилавий ҳолати, турар жойи, касби ва диний эътиқоди ҳақидаги маълумотлар беморнинг ҳаёти ҳақида дастлабки тушунчага эга бўлишингизга ва ташхисни шакллантиришингизга сизга ёрдам бериши мумкин. Беморни ким юборган ва нима мақсадда даволаш муассасига келган? Касаллик тарихи билан танишаётганингизда сиз авваллари қўйилган ташхислар ва ўтказилган даво ҳақида жуда бой маълумотлар олишингиз мумкин. Лекин, бу сизга янгича ёндошишларни шакллантиришга ва ташхис бўйича тахминлар қилишингизга ҳалал бермаслиги керак.

Атроф муҳит. Балки, сиз бемор билан суҳбатингизни ноқулай шароитда (мисол учун, шошилинич жарроҳлик бўлимидаги кўп ўринли палата ёки коридорда) олиб боришингиз керак бўлар. Бемор билан ўтириб, юзма-юз гаплашиш мумкин бўлган жой топишингиз керак бўлади. Агар сиз суҳбатни рўйхуш бермай деворга суяниб туриб, эшикка қараб кета туриб ёки кўчани томоша қила туриб олиб борсангиз, беморнинг суҳбатлашиш хоҳиши йўқолади. Ўз устунлигингизни намоён қилиш ёки беморни беҳурмат қилиш (мисол учун, сиз гинекологик текширув учун чалқанча ётган беморни суҳбатга жалб этсангиз) суҳбат олиб боришга салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Сухбат вақтида сиз билан бемор орасида бир мунча масофа сақлансин: кераксиз яқинлашув бўлмаслиги учун жуда яқин эмас ва сухбатни қийинлаштирмаслик учун жуда узоқ ҳам эмас. Беморлар учун ҳамшира билан ёнма-ён ўтириб сухбатлашиш, стол ортида ўтириб сухбатлашишга нисбатан қулайроқдир. Бемор яқинлашишни хоҳламаса, сизга белги беради. Ёруғлик ҳам катта аҳамиятга эга. Ўтирганингизда сиз билан бемор орасида кучли ёруғлик манбаи ёки ойна бўлмаслигига ҳаракат қилинг. Сиз уни яхши кўра олсангиз ҳам, у сизга қараётганида кўзлари юмилиб кетади. Сухбатни ўзингизни эркин тутиб бемалол олиб боринг.

Ҳамширанинг хулқи ва ташқи кўриниши. Сухбат вақтида беморни сиз қандай кузатсангиз, у ҳам сизни шунақа кузатади. Сухбат вақтида сизнинг гапларингиз ва ўзингизни тутишингиз, сизга боғлиқ бўлмаган ҳолда, уни сиз ҳақингиздаги маълумот билан таъминлайди. Бу маълумотларга эътиборли бўлишингиз ва уни мумкин қадар назорат қилишингиз керак. Сизнинг гавда ҳолатингиз, ҳаракатларингиз, қарашингиз, нутқингиз беморга нисбатан қизиқиш уйғотаётганлик, эътибор қаратаётганлик, уни тушунаётганлик ҳиссини акс эттириши мумкин. Тажрибали ҳамшира вақти тиғиз бўлса ҳам сухбатни хотиржам, шошмасдан олиб боради. Аччиғланиш, маъқулламаслик, сабрсизлик, шошқалоқлик ёки зерикиш, ҳамда бир хил, ҳомийларча ёки кинояли сўзлаш сухбатга халақит беради. Бундай ҳиссиёт ўринли бўлса ҳам, уларни кўрсатиш керак эмас. Бу ҳақда бемор билан сухбат вақтидагина эмас, балки ҳамкасабалар ва ўқитувчилар билан сухбатлашаётганда ҳам, беморнинг олдида ҳам, аудиторияда ҳам унутиб бўлмайди.

Сизнинг ташқи кўринишингиз бемор билан муносабатни яхшилашга ҳам ёрдам беради. Озода, сарамжон бўлишга, одми қийим қийишга ҳаракат қилинг. Шу билан бирга болалар ёки ёш беморлар билан мулоқатда эскиликка ёпишиб олишдан эҳтиёт бўлиш керак.

Олинган маълумотларни ёзиш. Барча маълумотларни тўлиқ эслаб қолиш қийин, шунинг учун қисқа ёзувлар билан белгилаб боринг. Кўпчилик

беморлар маълумотларни ёзиб боришга бемалол қарайдилар, аммо баъзи бирларида ишонч йўқолиши мумкин. Бундай ҳолларда уларнинг безовталаниш сабабини аниқланг ва маълумотларни аниқ кўрсатиш мақсадида ёзиб бораётганингизни тушунтиринг. Вақт ўтиши билан маълумотларнинг кўпчилигини (анамнез, беморнинг аҳволи, оила анамнези, аъзо ва тизимлар ҳақидаги маълумотлар) бемор билан суҳбат вақтидаёқ охириги кўринишда ёза оладиган бўласиз. Ёзувга овора бўлиб, эътиборингиз бемордан чалғимаслигига ва унинг суҳбатдаги ташаббусини йўқотиб қўймасликка ҳаракат қилиш керак. Касалликнинг хусусиятлари, руҳий-ижтимоий анамнез ва касаллик тарихининг бошқа қийин бўлимларини аниқлаётганингизда, ҳамма маълумотни бирданига охириги кўринишда ёзишга ҳаракат қилманг. Фақатгина қисқа ибора, алоҳида сўз, саналардан фойдаланинг. Суҳбат нозик масалаларга тегишли бўлса, ёзишни тўхтатиш маъқул.

Бемор билан учрашув. Энди сиз бемор билан учрашишга, суҳбат қилишга, диққат-эътиборингизни бемор муаммоларига қаратишга тайёрсиз. Қулай бўлса, қўлини сиқиб қўйинг. Беморни исмини айтиб, бемор бола ёки ўспирин бўлмаса исми шарифи билан мурожаат қилинг. Нотаниш беморга фамилияси билан ёки эркалатувчи сўзлар билан, ҳамда ёши улуғ аёлни “бувижон”, бемор боланинг онасига “онаси” деб мурожаат қилиш ҳурматсизлик ва беандишалик бўлади. Ўзингизни таништиринг, агар ўқувчи бўлсангиз, беморга ўз вазифангизни тушунтириб беринг.

Бемор учун қулайликлар. Беморга эътиборли бўлинг. Тиббиёт муассасаларида беморнинг устки кийими ва бошқа нарсалари учун алоҳида жой ажратилиши лозим. Клиникада бўлганингизда бемор ўзини қандай ҳис қилаётганини, сизнинг ташрифингиз унга ҳалал бермадими, деб сўранг. Беморнинг ноқулай вазияти, оғриқ борлигига, безовталаниш ёки ҳожатга бориш истаги борлиги каби ноҳуш белгиларига аҳамият беринг. Бемор кроватда қулай вазият эгаллагунича, ҳожатга бориб келгунича ёки йўқлаб келганлар билан хайрлашгунича бир оз кутиб туришингиз, анамнез йиғишни

осонлаштиради ва қисқа вақтда касаллик тарихини тўлдиришингизга имкон бериши мумкин.

Сухбатни бошлаш. Нима учун даволаш муассасига келгани, қандай шикоятлари борлиги (агар улар бўлса) ва касалини (баъзида, ҳеч қандай касали, шикоятлари бўлмасдан соғлиги ҳақида маслаҳатлашиш ва назорат учун кўриқдан ўтишга келган бўлиши мумкин) аниқлаб олинг. Жавоб учун тўлиқ эркинлик берувчи умумий саволлардан бошланг: “Нима мақсадда келдингиз?” ёки “Қандай қийинчиликларингиз бор?”. Бемор жавоб бериб бўлгандан кейин яна бир бор, керак бўлса, бир неча марта “Яна нима?” деб сўранг. Жавобларни олиб бўлгач, сухбатни давом эттириш учун беморни йўналтиринг, шикоятларини гапириб беришини, агар улар кўп бўлса, уларнинг биттасини гапириб беришини сўранг: “Бош оғриғингиз ҳақида гапириб беринг” ёки “Сизни нима кўпроқ безовта қилади?”. Бемор жавоб бергунича унинг фикр юритишини диққат билан кузатинг.

Ташаббусни беморга бериш. Кўпчилик беморлар оддий патология бўйича ёрдам сўраб келишади. Аммо бошқаларнинг касали мураккаб сабабли бўлиши мумкин; ўзининг бетоблиги, қандай даво тайинланиши, ҳатто ким даволаши ҳақида қайғуришади. Сухбат бошида қандай бемор билан мулоқат бошлаганингизни билмайсиз. Буни аниқлаш учун, сўраб-суриштириш шундай олиб борилиши керак-ки, бемор ўзи ҳақида тортинмасдан бемалол гапириб бера олсин. Агар сиз беморни ўз саволларингиз билан вақтидан олдин бўлиб кўйсангиз, ундан сизни қизиқтирувчи маълумотларни олмаслигингиз мумкин. Лекин, сиз сухбатдошингизни фаоллик билан, асосий симптомларга, руҳий кечинмаларга, воқеаларга аҳамият бериб эшитишингиз керак. Сухбатни шундай қуриш керак-ки, кейинчалик бемор сиз сўраган нарсаларни тўлиқ ёритиб бера оладиган бўлсин.

Сухбатни керакли йўналишда олиб бориш усулларига қуйидагилар киради: рағбатлантириш, рефлексия, тушунтириш, ҳамдард бўлиш, конфронтация (таққослаш), интерпритация (изоҳлаш) ва туйғу хиссиётларни ёритиб берувчи саволлар бериш.

Рағбатлантириш. Гавда ҳолатингиз, ўзингизни тутишингиз, сўзларингиз бемор айтганларини аниқлаштирмасдан, уни кўпроқ маълумот беришга ундайдиган усул. Жим туриб, диққат билан қулоқ солиш ҳам беморни рағбатлантириши мумкин. Олдинга энгашиб, беморга қараб туриб, “Ҳа”, “Илтимос, давом этинг”, “Мен сизни эшитаман” деб туришингиз ҳам бемор баёнини давом эттиришга чорлайди.

Рефлексия. Рағбатлантиришга яқин усул. Бемор сўзларини қайтариб туришингиз, беморни қўшимча маълумотлар беришга ундайди. Рефлексия сизни қизиқтирувчи нарсаларни аниқлаб олишда, ҳамда бемор чекинмаларини билиб олишда фойдали бўлиши мумкин. Мисол учун:

Рефлексия усулига хос бўлган савол жавоб кўриниши

жадвал 6

Бемор	“Оғриқ кучайди ва тарқоқ бўлди”. Сукунат
Савол	“Тарқоқ?”
Бемор	“Ҳа, оғриқ чап елкамга ва қўлим бўйлаб бармоқларимгача тарқалди. Шунақа ёмон бўлдим-ки, худди ўлиб қолаётгандек бўлдим”. Сукунат.
Савол	“Ўлиб қолаётгандек бўлдингизми?”
Бемор	“Ҳа. Менинг отам ҳам юрак хуружи вақтида шунақа оғриққа шикоят қилган эдилар, меники ҳам шунақа бўлса керак, деб кўрқиб кетдим”.

Бу воқеада рефлексия оғриқ соҳасини, кучини ва беморнинг оғриққа муносабатини аниқлашга ёрдам берди.

Тушунтириш. Баъзида беморнинг сўзлари, гапириб бераётган ҳис-туйғулари аниқ тусли бўлмайди. Сиз уларнинг маъносига тушунишга қийналаётган бўлсангиз, ундан тушунтириб беришини илтимос қилишингиз

мумкин, мисол учун: “Шамоллаш, деганда нимани тушунасиз?” ёки “Сиз ҳам онангиз қилганларидек қилибсиз. Буни қандай тушуниш мумкин?”.

Ҳамдардлик. Сиз билан суҳбат вақтида бемор ўзини безовта қиладиган, ҳижолат қиладиган ва яширадиган туйғуларини сўз билан ёки сўзсиз ифодалаш мумкин. Бу туйғулар унинг касалини тушунишда ва парвариш режасини тузишда ҳал қилувчи омил бўлиши мумкин. Агар сиз уларни аниқлай олсангиз, тушуниб ёндошсангиз, ҳамдардлик билдира олсангиз, ўзингизни шундай тутинг-ки, бемор тинчлансин ва суҳбатни давом эттира олсин. Ҳамдард эканлигини “Ҳа, мен сизни тушунаман” деган оддий ибора билан билдириш мумкин. “Сиз жуда ҳафа бўлган кўринасиз” ёки “Сиз жуда қийналаётган кўринасиз”, деб ифодалашингиз ҳам мумкин. Ҳамдардликни сўзсиз ҳам ифодалаш мумкин (мисол учун, йиғлаб юборганда дастрўмол узатиш, ёки уни тушунганингизни билдириш учун, қўлини ушлаб кўйиш). Беморга ҳамдардлик билдираётганда сизнинг ҳадди-ҳаракатингиз тўғри эканига амин бўлишингиз керак. Сиз беморга ота-онасининг вафоти билан ҳамдардлик билдира туриб, бу ўлим уни узоқ давом этган молиявий ва руҳий ташвишлардан қутултирди деб тушунган бўлсангиз, сиз вазиятни нотўғри тушунган бўласиз.

Конфронтация (таққослаш). Ҳамдардлик беморларнинг туйғуларини инобатга олса, конфронтация эса беморнинг гапи ёки хулқ-атворидан бирор нарсани ажратиб олади. Мисол учун, сиз ғазабланиш, безовталиқ ёки депрессия белгиларини сезсангиз, конфронтация беморга туйғуларини ифода олишига ёрдам беради. “Мен ҳаяжонланмаяпман, десангиз ҳам, бу ҳақида гапирганингизда қўлларингиз қалтираяпти, кўзларингизга ёш олаяпсиз”. Бемор кетма-кетликда гапирмаганида ҳам конфронтация ёрдам бериши мумкин. “Ошқозондаги оғриқ сабабини билмайман, десангиз ҳам, оғриқ пайдо бўлганида овқат емаслигингизни айтаяпсиз”.

Интерпретация (изоҳлаш). Суҳбат чоғида беморнинг гапларига фаолроқ аралашиниш. Бунда сиз оддий мулоҳаза билдирмасдан, унинг гапларига яқин ясайсиз. “Бугунги кун сиз учун енгил бўлмади. Касалхонадан

тўйиб кетган кўринасиз”; “Сиз рентгенологик текширув ҳақида кўп сўраяпсиз. Бундан кўрқаяпсизми?”. Шу билан бирга бемор гапларини нотўғри тушуниб қолиш ҳавфи бор, бу суҳбат ўтказишни қийинлаштириши мумкин. Бу усул тўғри қўлланса, ҳамдардлигингизни ҳам, тушунганингизни ҳам ифодалай оласиз.

Бемор дардларини аниқлаш. Айтиб ўтилган усулларни қўллашдан ташқари, у ёки бу воқеа ёки касаллик белгисига қандай қарашини сўрашингиз мумкин. Агар бемор қиёфасида, овозида, сўзларида ёки ҳадди-ҳаракатида кучли, лекин айтилмаган туйғуларни сезсангиз, бу ҳақида ундан сўранг. Агар бемор унинг туйғуларига қизиқишингиз, далилларга қизиқишингиз каби эканини кўрса, сизга қимматли маълумотларни айтиб бериши мумкин.

Кўшимча маълумот олиш. Суриштиришнинг эркин суҳбат куриш усулини қўллаб, одатда беморнинг дарди ҳақида умумий тушунчага эга бўлиш мумкин. Воқеаларни хронологик кетма-кетликда ўзгаришини аниқлаш мақсадида “Кейинчи?” ёки “Ундан кейин нима бўлди” каби саволлар беришингиз мумкин. Бирок, вақтингизни кўп қисмини кўшимча тавсилотларни аниқлашга сарфлашингиз керак бўлади. Бемор суҳбат чоғида нималарни айтмаган бўлса, батафсилроқ билиб олиш мақсадида аниқ саволлар бериб воқеаларни ёритиш лозим. Агар беморнинг дарди оғриқ билан намоён бўлса, қуйидагиларни аниқлаш керак:

Сиптомни (оғриқни) батафсил аниқлаш

1. Оғриқ соҳаси. Оғриқ қаерда жойлашган? Қаерга тарқалади?
2. Оғриқ қандай. Нимани эслатади?
3. Кучи. Оғриқ кучлими?
4. Оғриқ бошланган вақти. Қачон бошланди (бошланаяпти)? Қанча давом этади? Қанчада такрорланади?
5. Оғриқ пайдо бўлиши, атроф муҳит шароитлари, рухий реакциялар ва бошқа сабабларни инобатга олган ҳолда.
6. Оғриқни енгиллаштирувчи ва оғирлаштирувчи омиллар.

7. Бир вақтда содир бўладиган ҳолатлар.

Бошқа симптомларни ҳам шундай қилиб ёзиб чиқасиз. Касаллик белгиларини шундай қилиб ёзиш уни аниқлашда ва дифференциал ташхис ўтказишда асосий ўрин тутди.

Клиник фикр юритиш. Касаллик белгилари ҳақида суриштириб бўлгач, патологик жараёнда қайси тизим ва аъзолар қатнашаётганини аналитик йўл билан аниқлаш керак бўлади. Мисол учун, оёқдаги оғриқ қон томир, таянч ҳаракат ёки асаб тизими зарарланишининг натижаси бўлиши мумкин. Тўпиклардаги шиш вена томирлари ҳам зарарланганлигини кўрсатади. Бўғимлардаги оғриқ суяк-мушак тизими зарарланганини, белдан тизза ортига “отиладиган” оғриқ эса, орқа мия шоҳларининг сиқилиб қолганлигини кўрсатади. Етишмаётган маълумотларни аниқлаш учун “Орган ва тизимларни таърифлаш” бўлимидаги маълумотлардан фойдаланинг. Шундай қилиб, тахмин қилинаётган ташхис учун сиз тегишли ва тегишли бўлмаган далиллар олишингиз мумкин.

Очиқ саволлар. Аниқ маълумотлар олиш учун очиқ саволлар ўринлидир. Уларни тузишда қуйидаги принципларга асосланилади. Очиқ саволлар кўриляётган симптомларни аниқлаштириш мақсадида, мисол учун, қуйидаги кетма-кетликда тузилган саволлар: “Тўш ортидаги оғриқ нимани эслатди? Қаерингизда сездингиз? Кўрсатинг. Фақат шу ерингиз оғридими ёки бошқа соҳаларга ҳам тарқадими? ... қайси бармоқларга?” мантиққа тўғри келади.

Очиқ саволлар **йўналтирувчи бўлиши керак эмас.** Агар бемор сиз берган “Ичингиз сақичсимон келдими?” деган саволингизга тасдиқлайдиган қилиб жавоб берса, бемор сақичсимон ахлат ҳақида тўғри тушунчага эга эканлигига сизда шубҳа туғилиши мумкин. Мисол учун, саволни “Ахлатингизни ранги қанақа?” деб тузиш маъқулроқ бўлади. “Ҳа” ёки “Йўқ” деб жавоб берадиган саволларни имкон қадар берманг. Мисол учун, “Зинадан чиққанингизда ҳансирайсизми” деган саволга нисбатан, “Нечта

зинага чиққанингиздан кейин ҳансирай бошлайсиз?” деб сўраганингиз афсалроқ бўлади. Баъзида бемор касаллик белгиларини бошқалар ёрдамисиз изоҳлаб бера олмайди. Бундай ҳолларда беморга бир нечта жавобли савол тавсия қилинг: “Бу оғриқ сиқувчи, ачиштирувчи, тарқоқ, ўткирми?”. Барча очик саволлар камида 2 та жавобни кўзда тутиши мумкин (“Йўталинингиз куруқми ёки балғам кўчаяптими?”).

Бирданига бир нечта савол берманг. Мисол учун, “Сиз плеврит, сил, астма, бронхит ёки зотилжам билан оғрияпсизми?”, беморни бесарамжон қилади ва у нотўғри жавоб беради.

Бемор билан у тушунадиган тилда гаплашинг. Сиз бемор тиббиёт ходими бўлса диспноэ ҳақида сўрашингиз мумкин, лекин бошқа вақт “ҳансираш” иборасини ишлатиш керак. Энг яхшиси, бемор ишлатадиган ибораларни тўғри талқин қилиб олиб, улардан фойдаланинг.

Бемор ҳаётининг нозик томонларига тегишли маълумотларни йиғиш. Талабалар нозик, ҳис-туйғуга тўла мавзуларда бемор билан суҳбатлашишда ҳар доим қийинчилик сезишади. Аввалига бундай саволлар кўп ва шаҳфоний фаоллик, ўлимга бўлган муносабат, молиявий ташвишлар, ирқига ва маданиятига тегишли муаммолар, оиладаги муносабатлар, оилавий тушунмовчиликлар, руҳий касалликлар, жисмоний заифлик, пешоб ажратиш тизими ва ичакнинг фаолияти каби маълумотларга тегишли бўлиши мумкин. Шулардан баъзилари муҳокама қилинаётганда ўзингизни ноқулай сезишингиз мумкин. Бироқ, ёши катталарнинг кўпчилиги бундай саволларга енгилгина жавоб бера олишади, бунда сиз касалликка сабаб бўлган муҳим нарсаларни аниқлаб олишингиз мумкин.

Бундай ҳолларда ўнғайсизликдан холис бўлишнинг бир нечта усули бор: махсус курслар, умумий ва махсус адабиёт ўқиш, ҳаётий тажриба орттириш. Уларнинг ҳаммасидан фойдаланинг. Бир нечта йўналтирувчи саволларни ўрганиб олинг ва эсда тутинг, яна қандай маълумотлар шахсий фикрга эга бўлишингизга ёрдам бериши мумкин. Иложи бўлса, тажрибали ҳамшираларнинг ушбу мавзулардаги суҳбатига қулоқ тутинг ва шундан сўнг

беморлар билан ўзингиз суҳбатлашишга ҳаракат қилинг. Суҳбат чоғида сизни ҳижолат қиладиган саволлар рўйхати камайиб бораётганини сезасиз.

Алкоголь ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш. Бу саволларни аниқлаш кўпчиликка қийинлик туғдиради. Ваҳоланки, кўпинча касаллик белгилари алкоголь ва гиёҳванд моддалар истеъмол қилиш билан боғлиқ бўлади, гиёҳванд моддаларга ўрганиб қолиш эса, даво ва парваришга тубдан таъсир қилиши мумкин. Беморни қоралаш сизнинг вазифангизга кирмайди; сиз (бемор шуни хоҳласа) бемор аҳволини тўғри баҳолашда ёрдам берадиган маълумотларни тўплаб, парвариш режасини тузишингиз керак. Сизнинг беморни қораламайдиган муносабатингиз, бемор “ичини ёриш”ига сабаб бўлади.

Одатда, алкоголь ва гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш ҳақидаги саволларни чой, кофе, тамаки истеъмол қилиш ҳақидаги саволлардан кейин берилади. Суҳбатни бошлаш учун “Сиз алкогольни қанча истеъмол қила оласиз?” деган савол оддий “ҳа” ва “йўқ” жавобларидан ҳолис қилади, бироқ беморнинг алкогольга мойиллигини аниқлай олишга ёрдам беради. Шунинг учун яна бир жуфт савол беришга ҳаракат қилинг: “Спиртли ичимликлар истеъмол қилганингизда ўзгаришлар бўлганини сезганмисиз?” ва “Охири марта қачон ичгансиз?”. Биринчи саволга тасдиқловчи жавоб берса ва яқин кунларда спиртли ичимлик ичган бўлса, алкоголизмни тахмин қилиш мумкин.

Жинсий ҳаёт. Сиз жинсий ҳаёт ҳақида савол бериб, камида тўртта мақсадни кўзда тутасиз. Биринчидан, кўпчилик беморларда мутахассис билан маслаҳатлашиб олмоқчи бўлган, жинсий ҳаёт ва ундаги ўзгаришлар билан боғлиқ саволлар бўлади. Биринчи суҳбатда бу саволларни муҳокама қилишдан қочишса ҳам, кейинчалик бу ҳақида гап очсангиз, уялмасдан гапириб беришади. Иккинчидан, эътибор талаб қиладиган, жинсий ҳаёт билан бевосита боғлиқ бўлган бир нечта симптомлар бўлиши мумкин. Учинчидан, баъзида жинсий ҳаётдаги ўзгаришлар дори воситалар қабул қилишга ҳам боғлиқ бўлади, уларни аниқлай олса, беморни тузатиш мумкин

бўлади. Тўртинчидан, жинсий ҳаёт режалаштирилмаган ҳомиладорлик ёки жинсий йўл билан юқадиган касалликларни юқтириш ҳавфи билан боғлиқ, шу жумладан ОИТС билан, шунинг учун буни муҳокама қилиш профилактик аҳамиятга ҳам эга.

Жинсий ҳаёт масалалари касаллик тарихининг бир нечта бўлимига тегишли бўлиши мумкин. Агар беморнинг асосий шикоятлари пешобтаносил тизимининг касалликлари билан боғлиқ бўлса, жинсий ҳаёт ҳақидаги маълумотлар “Касалликнинг ривожланиш тарихи” бўлимига киритилади. Беморнинг сурункали касаллиги ёки жиддий симптомларнинг (мисол учун, оғриқ ёки хансираш) бўлиши жинсий ҳаётдаги ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин. Одатдаги кетма-кетликда беморни сўраб суриштириш бундай таъсирни фақатгина жинсий ҳаётга эмас, балки бемор ҳаётининг бошқа томонларига ҳам таъсир қилишини кўзда тутаяди. Кўпинча жинсий ҳаёт ҳақидаги маълумотлар орган ва тизимларни ёритадиган бўлимдан олинади. Бу бўлим касаллик тарихининг охирида жойлашганлиги, сизга олдиндан беморнинг ишончини қозониб мулоқат қилишингизда имкон беради.

Суҳбат вақтида мавзунини ўзгартириш. Касаллик тарихининг битта бўлимидан кейингисига ўтаётганингизда “Энди мен сиздан олдинги соғлигингиз ҳақида сўрамоқчиман” ёки “... бошқа аъзоларингиз ҳақида” каби қисқа бириктирувчи ифодалардан фойдаланган маъқул.

Тизимлар бўйича аъзоларни таърифлаш. Бу бўлимнинг асосий мақсади, бемор билан суҳбат вақтида унинг ҳасталигидаги ҳали тўхтаб ўтилмаган томонларига тегишли, касалликнинг бирорта зарур белгиларини эътиборсиз қолдирмаслик. У ёки бу тизим ёки аъзо ҳолатини аниқлаш мақсадида умумлаштирувчи саволлар беришдан бошланг. Бу бемор эътиборини суҳбатда мужассамлаштиришга, сизга ҳар бир тизим муҳокамасида, сўрашни умумийдан хусусийга қаратиб олиб боришга ёрдам беради. Баъзида битта шу савол билан чегараланишингиз мумкин. Мисол учун:

-Эшитишингиз қанақа, қулоғингизга шикоят қилмайсизми?

-Ўпкангиз, нафас олишингиз қалай?

-Юрагингиз безовта қилаяптими?

-Овқат ҳазм қилишингиз қанақа? Ичак фаолияти қанақа?

Аниқлик киритувчи қўшимча саволлар, бўлардан ташқари, беморнинг ёши, умумий аҳволи ва мурожат қилиш мақсадига боғлиқ бўлади.

Юрак хасталиги, хавфли ўсма ва қулоғи оғирлашиш ҳавфи бўлган кекса одамга соғлом, кўриниши 20 ёшлар чамасидаги кишига нисбатан аниқловчи саволларни кўпроқ бериш керак.

Баъзи ҳамширалар аъзо ва тизимлар ҳақида сўраб-суриштиришни уларни текшириш билан бирга (мисол учун, қулоғини текшириб туриб, эшитиши ҳақида сўрайди) олиб боришади. Агар симптомлар кам бўлса, бу усул сифатли ҳисобланади, агар белгилар кўп бўлса, ноқулай бўлади ва текширишни қийинлаштиради. Агар сиз сўраб-суриштиришни текшириш билан бирга олиб бормоқчи бўлсангиз, олдин беморни текшириш усуллари ўрганиб олишингиз керак бўлади.

Хулоса. Сўрашни тугатгач, ташаббусни беморга беринг: “Яна нима ҳақида гаплашмадик?” ёки “Ҳамма нарса ҳақида гаплашиб бўлдикми?”. Касалликнинг умумий кўринишини тасаввур қилиш учун, қисқача умумлаштириб олиш лозим бўлади. Сухбат якунида беморга кейин нима бўлишини тушунтиринг: “Энди мен сизни текшириб кўришим керак. Мен бир неча дақиқага чиқиб тураман. Илтимос, бу халатни кийиб олинг.” Беморга халатни қандай кийишни кўрсатиб, беморни ўзингизга янада мойил қиласиз ва бир неча дақиқани тежайсиз.

Кексалар билан суҳбатлашишнинг ўзига хослиги

Кекса беморлар шундай хусусиятларга эга бўлишадикки, бу хусусиятлар улар билан мулоқатни енгиллаштириши ҳам, оғирлаштириши ҳам мумкин. Уларда таъсирланиш, кўриш, эшитиш пасайган бўлиши мумкин. Улар

кўпинча сурункали ҳасталикларга чалинган бўлади, бу касалликлар уларга ноқулайликлар туғдиради, ҳаракатни чегаралайди. Кекса беморлар ўзларидаги касаллик белгиларини айтмаслиги мумкин, баъзилари буни овоз чиқариб айтишдан кўрққанликларидан, бошқалари даво нархи ошиб кетишидан ёки ташхис ва даволаш муолажалари билан боғлиқ бўлган ноқулайликлардан қутулиш учун айтмасликлари мумкин. Учинчилари, ўзидаги касаллик белгиларини қариликнинг намоён бўлиши, деб тушунади ёки эсларидан чиқариб қўяди.

Кекса беморлар ўзлари ҳақида, ёшларга нисбатан секинроқ гапиришади. Саволларга жавоб беришлари учун уларга кўпроқ вақт ажратинг. Шошмасдан ва овозни кўтармасдан гаплашинг. Иложи бўлса, сизни ҳеч нарса чалғитмайдиган, шинам, тинч хонада суҳбатлашинг. Ҳамма нарсани бирданига яқунлашга ҳаракат қилманг. Бир нечта суҳбат нисбатан толиқтирмайдиган ва унумдор бўлиши мумкин.

Ўрта ёшга етиб, инсон ўз ёшини янада кўпроқ англай бошлайди. Улар ўз умрларини яшаган йиллари билан эмас, умрларининг қанчаси қолгани билан ўлчай бошлашади. Ўтмишни эслаб, аввалги хурсандчиликлар, мажаролар, афсусланишлар ҳақида фикр юритишга мойиллик пайдо бўлади. Беморнинг ўз умри ҳақидаги гапларини эшитиб, уни яхшироқ тушуна оласиз ва касаллик ташвишларини енгишида ёрдам бера оласиз.

Кексаларга нисбатан умумлаштириш мақсадга мувофиқ бўлса ҳам, улар сиз ўзингизни бир хил тахлитда тутишингизнинг сабаби бўлиши мумкин, сизга уларнинг индивидуаллигини тушунишингизга халақит бериши мумкин. Беморнинг аввалги касаллик тажрибасини ва интилишларини аниқлашга ҳаракат қилинг. Аввалари касаллик хуружи билан қандай курашганини билиб олинг. Чунки, у ҳозирги вазиятда ҳам ўзини аввалгидек тутиши мумкин, бўларни билишингиз вазиятни тушуниб етишга ёрдам беради. Бемор ўзининг аҳволини қандай баҳолайди, ўзига, ёшига қандай муносабатда эканини аниқлаб олинг. “Айтингчи, сизни энг кўп нима хурсанд

қилади, нима безовта қилади, ўзгартириш имкони бўлса, ҳаётигизда нимани ўзгартирган бўлардингиз?”.

Кексалардан, шунингдек сурункали касалликлари бор барча кишилардан, улар кундалик турмушда ёрдамга муҳтожмилар, қандай юрадилар, овқатланадилар, кийинадилар, ўзларини парвариш қиладилар, ванна ва ҳожатхонадан қандай фойдаланадилар; пешоб ва нажас тута олмасликларидан, тез-тез йиқилишларидан шикоят қиладиларми; телефондан фойдаланишадими, харид қилиш учун ўзлари боришадими, овқат пиширишадими, хўжалик юритишадими, машина ҳайдашадими ёки транспорт воситасидан фойдаланишадими, тўловларни тўлаш бўйича молиявий ҳисобларни юритишадими; зинадан чиқишга қийналишадими; магазин, банк узоқда жойлашганми; шахсий ҳавфсизлиги безовта қиладими, ким ёрдам бера олади деган саволларни ишлатинг. Бу сизга уларни яхшироқ тушуниш ва парвариш қилиш имкониятини яратади, ундан ташқари бемор ҳолатини динамикада кузатишга ва баҳолашга имкон беради.

БЕМОРЛАР БИЛАН СУҲБАТДАГИ ҚИЙИНЧИЛИҚЛАР ВА УЛАРНИ ЕНГИШ УСУЛЛАРИ

Беморнинг ёшидан қатъий назар, феъл-атвориغا хос хусусиятлар ва баъзи вазиятлар ҳамширани аччиғини чиқариши ёки уни саросимага солиши мумкин.

Сукунат. Тажрибасиз тиббиёт ходими суҳбатни узмасдан олиб бориш керак, деб ўйлаб, сукунат вақтида ҳижолат бўлиши мумкин. Бу нотўғри. Сукунат ўз мазмун ва моҳиятига эга. Бемор ўз дардларини гапириб бераётганида, фикрини жамлаб олиш, батафсил эсга тушуриш ёки бирорта маълумотларни беришда сизга ишониши мумкинлигига ишонч ҳосил қилиш мақсадида, бир оз жим туришлари мумкин. Бундай ҳолларда ҳамширанинг хушмуомалалик билан жимлик сақлаши ва кейинчалик суҳбатни давом

эттиришни рағбатлантириш мақсадидаги қисқа жумласи бу ҳоллардаги энг яхши муносабатни кўрсатади. Сукунат вақтида қийин назорат қилинадиган ҳис-туйғуларни ифодаловчи, новербал ҳиссиётларнинг намоён бўлишига айниқса аҳамиятли бўлинг. Агар бемор қаттиқ асабийлашаётган бўлса, тинчлантириш мақсадида “Бу ҳақда гапириб, ҳафа бўлиб қолдингиз шекилли?” деб сўраш ёрдам беради. Реакцияси сусайган беморларда ёки деменция билан оғриган беморларда ҳис-туйғуларни ифодалаш бузилган бўлиши мумкин; улар саволларга тез жавоб бериб, жим бўлиб қолишади. Шундай ўзгаришларни сезсангиз, рухий статусга аҳамият беринг.

Баъзида, ҳамшира йўл қўйган хатолик ёки унинг ҳозиржавоб бўлмагани, бемор сукут сақлашининг сабаби бўлади. Бунда бемор ташаббусни сизга бериб, ўзи сўроқ-жавоб вақтида пассив роль ўйнай бошлайди. Бирор нима билан беморни ҳафа қилмадингизми (мисол учун, маъқулламаслик ёки айиблаш). Оғриқ ёки ҳансираш каби устивор симптомларни сезмай қолмадингизмикан? Агар шундай бўлса, суҳбатни тўхтатиш ёки қистқартириш керак ва бемор учун қулай фурсат туғилганда давом эттириш керак.

Сергап беморлар. Сергап беморлар ҳам қийинчиликлар туғдиради. Вақтнинг тиғизлиги ва беморнинг ҳамма гапини тўлиқ эшитиш керак, деган тушунча ҳамширани бетоқатликка, ҳатто жаҳлини чиқаришгача олиб келиши мумкин. Бундай вазиятдан чиқишнинг аниқ йўли бўлмасада, баъзи усуллар фойда бериши мумкин. *Биринчидан*, мўлжалланган савол-жавоб режасини ўзгартириш ва тўлиқ бўлмаган анамнез тўплаш. *Иккинчидан*, беморга 5-10 дақиқа давомида гапиришига тўла эркинлик беринг. Бу сизга беморнинг нутқини ўрганиб чиқишингизга имкон беради. Унда асосланмаган кўрқув ёки майда-чуйда тавсилотларга берилиш мойиллиги бормикан? Унда психоз борлиги ҳақида далолат берувчи ўзаро боғланмаган жумлалар ёки фикр юритишнинг бузилиши бормикан? Балки, бемор уни безовта қилаётган фикрларни баён қилишга эҳтиёж сезаётгандир. Учинчидан, сизга муҳимроқ туйилган бемор фикрини бир жойга тўплашга ҳаракат қилинг. Бунга

кизиқаетганингизни кўрсатинг ва тегишли саволлар беринг. Агар керак бўлса, илтифот билан уни тўхтатинг. Қисқача хулоса сизга суҳбат мавзусини ўзгартиришга, сиз уни эшитганингиз ва тушунганингиз ҳақида беморни ишонтира олишингизга ёрдам бериши мумкин. “Менинг тушунишимча, сизда кўкрак соҳасидаги оғриқ тез-тез бўлиб, узоқ давом этар экан ва ҳар доим ҳам бир жойда бўлмас экан. Энди нафас олишингиз ҳақида гапириб беринг”. Ҳеч қачон бетоқат бўлаётганингизни кўрсатманг. Агар режалаштирган вақтингиз тугаган бўлса, беморга буни тушунтиринг ва кейинги учрашувни тайинланг. Бунда ўз ихтиёрингизда бор вақтни тайинлашингиз мумкин: “Биламан, ҳали кўп нарсалар ҳақида гаплашамиз. Суҳбатимизни эртага давом эттиришимиз мумкин. Ихтиёримизда ярим соат бўлади”.

Симптомлари кўп беморлар. Баъзи ҳолларда бемор сиз айтган барча симптомларни ўзида тасдиқлаши мумкин. Чиндан ҳам кўп органларида ҳасталиклар бор бўлса ҳам, руҳиятидаги жиддий ўзгаришлар эҳтимоли кўпроқдир. Бу ҳолда ҳар бир симптомни батафсил текшириш ўзини оқламаслиги мумкин. Ижтимоий-руҳий статусини ўрганиш керак бўлади.

Патологик қўрқув. Қўрқув касалликка, даволашга ва даволаш муассасига нисбатан кўп учрайдиган ва табиий таъсирланиш. Баъзи беморларда қаттиқ ҳаяжонли вазиятга нисбатан жавоб реакцияси қўрқув билан ўралган бўлади. Қўрқув касалликни оғирлаштириши мумкин. Мисол учун, бундай беморлар зўриққан ҳолатда ўтиради, бармоқларини навбатма-навбат ҳаракатлантиради ёки асабийлашиб кийимларини тортқилайди. Улар тез-тез хўрсиниб қўйиши, қуруқ лабларини ялаши, одатдагидан кўпроқ терлаши ёки қалтираши ҳам мумкин. Уйқу артерияси пульсациясининг кўзга ташланиши юрак уриши тезлашганини кўрсатади. Баъзи беморларнинг гаплашишга ҳоли бўлмайди. Баъзилари ўзининг безовталаниш сабаблари ҳақида гапирмасликдан қочиб, ўз ҳиссиётларини гап билан беркитмоқчи бўлишади. Агар сиз беморда қўрқув борлигини сезиб қолсангиз, уни ўз ҳиссиётларини гапириб беришга унданг.

Тинчлантириш. Кўрқув сезаётган бемор билан суҳбатлашаётганда куйидагини айтиб, тинчлантириш истаги пайдо бўлади “Кўрқманг, ҳаммаси яхши бўлади”. Бироқ, бундай ёндошиш тескари таъсир кўрсатиши ҳам мумкин. Сизнинг тинчлантиришларингиз кўрқув сабабини аниқлама-гунингизгача ноўрин бўлади. Ундан ташқари, вақтдан олдин тинчлантириш суҳбатни давом эттиришга ҳалақит бериши мумкин, чунки кўпчилик кишилар кўрқувни тан олишни заифлик белгиси деб тушунишади. Аввалига беморнинг кечинмаларини тушуниб олиш зарур. Бу беморда ишонч ҳисси пайдо бўлишига ёрдам беради. Кўрқув, сиз сўроқ жавобни, текширишни тугатиб бўланингиздан кейин, ҳаттоки баъзи лаборатар текширишлар тугагандан кейин, батамом йўқолиши мумкин. Шунда сиз беморга унга нима қилганини тушунтиришингиз, ва уни безовта қилаётган саволларни очик муҳокама қилишингиз мумкин.

Ғазаб ва душманлик. Беморларда ғазабланишга сабаб бўладиган нарсалар: улар соғлиғини йўқотди, одат бўлиб қолган турмуш тарзи бузилди, ўзларини ночор қилиб сездилар. Улар ўзининг ғазабини сизга қаратиши мумкин. Эҳтимол, сиз уларнинг ғазабига лойиқдирсиз. Балки қабулга кеч қолгандирсиз, эътиборсиз бўлгандирсиз, ҳозиржавоб бўлмагандирсиз, асабийлашгандирсиз? Агар шундай бўлган бўлса, ўз айбингизни ювишга ҳаракат қилинг. Кўпинча, тушунмовчиликлардан келиб чиққан ғазабини бемор ҳамширага сочади. Кўнглини бўшатишига ёрдам беринг. Уларнинг ҳиссиётларига ҳотиржам қаранг. Беморнинг бошқа бўлимга ёки клиникага бўлган душманлик муносабатига шерик бўлманг, ич-ичингиздан уни ҳақлигини билсангиз ҳам. Бемор тинчланиб бўлгач, сиз кейинги қадамларингизни белгилаб олишингиз мумкин. Бироқ, рухий зиддиятликларни ҳар доим ҳам ҳал қилиб бўлмайди, инсон вақт ўтиши билан ўз ғазабларини енга олади.

Ичкилик жонсараклиги. Беморлардан қайсиси, маст кишичалик клиникада иш жараёнини буза олади. Одатда улар асабийлашган, агрессив ва бошқариб бўлмайдиган бўлишади. Улар билан суҳбатлашишдан олдин

касалхона хавфсизлик хизматини огоҳлантириб қўйинг. Сухбат бошлашдан олдин бемор билан саломлашинг, ўзингизни таништиринг, қўл беринг. Хайрихоклик билан, жиғига тегмасдан ўзини тутиш аҳамиятга эга бўлади. Маст кишининг кўзига қармасликка ҳаракат қилинг, ўзингизни дўстона ва бемалол тутинг, қўлларингизни мушт қилмасдан бўшаштириб ўтиринг. Бундай беморни тўполон қилмасликка, сўкинмасликка зўрламанг. Унинг гапларига диққат билан қулоқ солинг, гапираётганларини тушунишга ҳаракат қилинг. Бундай беморлар тор хонада ўзини қопқонга тушиб қолгандек сезишади, шунинг учун улар билан кенг хонада сухбатлашган маъқул; бу унга ҳам сизга ҳам дадиллик бағишлайди. Унга кофе ёки чой таклиф қилишингиз мумкин, бу уни анча тинчлантириди ва шароитни юмшатади.

Йиғи. Йиғи ҳам, ғазаб сингари рухий кечинмаларни ифодалашда аҳамиятли ҳисобланади. Камдан-кам ҳолларда бу ҳолат тўхтатилади. Бемор йиғламоқчи бўлса, уни юпатишга ҳаракат қилинг ёки ҳамдардлингизни билдиринг ва йиғлаб олишини кутиб туринг. Бу ҳолатга хотиржамлик билан қаранг. Дастрўмол узатинг. Тинчланиб олишини кутиб туринг. “Йиғлаб олганингиз яхши бўлди” деб, руҳини кўтариб қўйишингиз мумкин. Бундай муносабатни кўрган бемор ўзини қўлга олади ва сухбатни давом эттира олади.

Депрессия. Чарчаш, озиб кетиш, уйқусизлик ва тушунарсиз оғриқлар билан намоён бўлиб, энг кўп учрайдиган клиник синдромларнинг бири ҳисобланади. У кўпинча аниқланмай қолади ёки сезмасликка ҳаракат қилинади. Шунинг учун зийрак бўлинг, бу ҳолатни ўтказиб юборманг, уни ўрганиб чиқинг. Бу қанчалик жиддий эканини билишингиз керак. Кўкрак соҳасидаги оғриқни баҳолай олганингиз каби, депрессиянинг оғирлигини ҳам баҳолай олишингиз керак. Бу иккала синдром ҳам яшаш учун ҳавф-ҳатар уйғотади. Жонига қасд қилиш ҳақида фикр бўлганмикан, деб сўрашдан қўрқманг.

Бемор ўзини одатдагидан бошқача тутиши ва касаллик тарихида боғлиқлик йўқлиги. Баъзида бемор билан муносабатларингиздан ҳайрон

бўлишингиз ёки қониқмаслигингиз мумкин. Беморнинг жавоблари аниқ ёзиб борилади, лекин касаллик тарихи саёз ва тушунарсиз бўлиб кўринади; унда баён қилинган фикрлар боғланмаган, тушунарсиз кўринади. Саволларингизни ўйлаб, аниқ берсангиз ҳам, уларга аниқ жавоб ололмаслигингиз мумкин. Симптомлар ғалати жумлалар билан ёзилган бўлиши мумкин: “Менинг тирноқларим қийналаяпти” ёки “Ошқозоним илон каби ўрмалаяпти”. Касалликни бундай ёритилиши сизни шизофрениядек руҳий касаллик борлиги ҳақида огоҳ бўлишингизни талаб қилади. Билвосита саволлар бериб, ғалати симптомлар ҳақида қўшимча маълумот олишингиз мумкин. Савол-жавоб жараёнида руҳий статусни баҳолашга эътиборингизни қаратишингиз лозим, хусусан унинг кайфияти, фикрлаши, англаши.

Психозли кўпчилик беморлар жамиятга мослаша олишади. Кўпинча улар ўз ташхиси, клиникадаги ҳаёти ва қабул қиладиган препаратлари ҳақида очикчасига гапириб беришади. Уларни уялмасдан камсуқумлик билан суриштириш керак.

Делерия ёки деменция белгилари бор баъзи беморларда фикрлаш хусусиятлари бузилган бўлиши мумкин.

Делерия ва деменцияда шундай хусусиятлар намоён бўлиши мумкин бўлган маст кишилар ва касалликнинг ўткир белгилари бор беморлар, қариялар билан мулоқат вақтида ҳушёр бўлинг. Бундай ўзгаришлари бўлган беморлардан аниқ маълумотлар олиш қийин бўлади. Улар барча симптомларни мужмал, мантиқсиз ифодалашади, уларга нима қилганини гапириб бера олишмайди. Улар одатда сизнинг саволларингизга эътиборсиз бўлишади ва иккиланиб жавоб беришади. Баъзида бундай беморлар ҳар хил нарсаларни ўйлаб топишади, яъни эсидан чиққан бирор нарса ўрнига ўйлаб топганларини маълум қилишади. Агар бундай ўзгаришлар борлигини гумон қилсангиз (масалан, деменция) маълумотларни аниқлашга кўп вақт сарфламанг. Ўз диққатингизни руҳий статусни, жумладан эс-хушини, мослаша олиш қобилиятини, хотирасини баҳолашга қаратинг. Суҳбат давом эттирилса, эҳтиёткорлик билан бошланғич саволлардан фойдаланишингиз

мумкин: “Сиз охирги марта қачон шифокорга боргансиз? Кўрайликчи қанча бўган экан?”; “Ҳозир яшайдиган манзилингиз..., сизнинг телефон рақамингиз?”. Жавобларнинг тўғрилигини касаллик тарихидан текшириб олиш мумкин (агар унда тўғри маълумотлар ёзилган бўлса).

Ақл-идроки (интеллект) чегараланган беморлар. Ақл-идроки ўртача чегараланган беморлар одатда касаллик тарихи учун сизга тўғри маълумот бера олишади. Сиз камчиликни сезмасдан беморга у тушуна олмайдиган йўлланма беришингиз мумкин. Агар сиз шундай ўзгаришлар борлигини гумон қилсангиз, беморнинг мактабда қандай ўқиганига эътибор қаратинг. Мактабда неча йил ўқиган, нима учун ўқишни ташлаган, қанақа ўқиган, қайси тўғарақларга борган. Секин-аста унинг руҳий статусини ўрганишга ўтинг, шу жумладан, санаш, сўз бойлиги, умумий билимдонлиги ва абстракт фикрлаш қобилиятларини ўрганинг.

Агар беморда оғир ақли заифлик намоён бўлса, касаллик тарихини унинг қариндошлари ва яқинлари ёрдамида тўлдиринг. Бироқ, беморнинг ўзига қизиқиш намоёиш қилиб ва содда суҳбат олиб бориб, у билан алоқа ўрнатишга ҳаракат қилинг. Болалар билан муомала қилаётгандек ақлан устунлигингизни кўрсатмасликка ҳаракат қилинг, қаттиқ ҳаяжон билан суҳбатлашманг ва ўзингизни менсимай тутманг, чунки буни беморнинг ўзи сезмаса ҳам, унинг қариндошлари ва дўстлари сезиши мумкин.

Ўқиш қобилияти. Ёзма тавсиялар беришдан олдин беморнинг ўқиш қобилиятини баҳолаш тўғри бўлади. Баъзи беморлар тил билмаганидан, ўқишга қобилияти пастлигидан ёки яхши кўрмаслигидан ўқий олмаслигини тан олади, баъзилари эса тан олмайди. Сиз буни уларнинг кўриш ўткирлигини текшираётгандек, бир нечта сўз ёки гапни сиз учун ёзиб беришни илтимос қилиб текширишиб олишингиз мумкин. Саводсиз кишилар ўқишни билмаслигини яшириши мумкин. Бу ҳолатга одоб билан қаранг, саводсизлик ва ақл-идрок бир хил нарса эмаслигини унутманг.

Тил билмаслик. Агар сиз тил билмаганингиздан ўз беморларингиз билан мулоқат қила олмасангиз, таржимон топиш учун қўлингиздан келган ҳамма

ишни қилинг. Яхши таржимон, иккала тилни мукамал биладиган, бетараф шахс бўлиши керак. Оила аъзолари ёки дўстлари ёрдам беришга ҳаракат қилмоқчи бўлишса, маъно бузилиши мумкин, ундан ташқари суҳбатнинг ошкоралиги бузилади. Кўпчилик таржимонлар таржима қилиш жараёнини тезлаштириш мақсадида гапларни қисқартириб юборишади. Таржимонга бошидан тушунтиринг, олинган маълумотлар қисқартирмасдан, тўла-тўқис таржима қилиниши керак. Саволларни қисқа ва аниқ қилиб ифодаланг. Касаллик тарихидаги ҳар бир бўлимнинг мақсадини тушунтириб, таржимонга ёрдам беришингиз мумкин.

Икки хил тилдаги саволномалар, айниқса орган ва тизимларни таърифлашда бебаҳо хизмат кўрсатиши мумкин. Лекин, улардан фойдаланишдан олдин, бемор ўз она тилида ўқий олишига ва саволномадан фойдалана олишига ишонч ҳосил қилинг.

Яхши эшитмасликдан келиб чиқадиган қийинчиликлар. Эшитиш қобилияти пасайган беморлар билан суҳбатлашиш бошқа тилда гаплашадиган беморлар билан мулоқат қилишни эслатади. Бундай ҳолларда ёзма равишда жавоб бериш мумкин бўлган саволномалар катта ёрдам беради. Бу кўп вақт талаб қилса ҳам, савол ва жавобларни қўлда ёзиш муаммо ечимининг бирдан-бир йўли бўлиши мумкин. Агар бемор кинетик нутқни биладиган бўлса, буни биладиган, гаплашадиган ва эшитадиган таржимон топинг. Агар беморнинг эшитиши қисман бузилган бўлса ёки у лаблардан ўқишни билса, яхши ёруғлик тушишини таъминлаб унинг қаршисига ўтиринг. Паст товушда ва секин гапиринг. Гап охирида овозингизни пасайтирманг, оғзингизни ёпиб қўймасликка ҳаракат қилинг ва сўзларингизни мустаҳкамлаш учун имо-ишоралардан фойдаланинг. Агар беморнинг битта қулоғи “яхши” бўлса, шу қулоғидан фойдаланиш мумкин бўладиган қилиб жойлашиб олинг. Эшитиш аппаратлари бор беморлар, улардан фойдаланиши керак, сиз унинг созлигини текширишингиз керак. Кўзойнақдан фойдаланадиган беморлар, уни ечмаслиги керак; улар сизни

яхшироқ тушунишига, сизни кузатиб туриш ёрдам бериши мумкин. Ёзма тавсияларни оғзаки тавсиялар билан мустаҳкамлаб боринг.

Кўзи ожиз беморлар. Кўзи ожиз беморлар билан мулоқатда бўлганда эътиборли бўлинг, хонада борлигингизни айтинг, қаерда турганингиз, кимлигингиз ва келишингиз мақсадини тушунтиринг. Беморни қўлини ушлаб, қаерда турганингизни билдирасиз, ва мулоқат ўрнатишни енгиллаштирасиз. Агар бемор бегона хонага келган бўлса, хонани таърифлаб берасиз ва хонада яна ким борлигини айтасиз. Сизни ташқи кўринишингиз, имо-ишораларингиз беморга таъсир кўрсатмайди, шунинг учун унинг гапларига сўз билан таъсир кўрсатинг, шу билан бирга бирор заруратсиз овозингизни кўтарманг.

Тузалишидан умид бўлмаган беморлар. Ўлим тўшагидаги ёки тузалишидан умид бўлмаган беморлар билан мулоқатда бўлган кўпчилик ҳамширалар ноқулайлик, кўрқув, ўлим ҳақида гапирмаслик иштиёқи, ўлим ҳақида гапирмасликдан ёки бемордан ўзини олиб қочиш билан боғлиқ бўлган қийинчиликларни сезишади. Сиз бу туйғуларни енгишингиз керак. Ҳар қандай клиник вазиятдаги каби бемор фикрини ва ҳис-туйғуларини билган маъқул. Kulber-Ross яқинлашиб келаётган ўлимга нисбатан бемор таъсирланишининг бешта босқичини таърифлаб берган: ёқтирмаслик ва ёлғизланиш; кўрқув; муҳокама қилиш; депрессия; ноиложлик ва кўникиш. Бу босқичларнинг ҳар бирида сизнинг ёндошишингиз ҳатти-ҳаракатларингиз ўзгармасдан қолади. Беморнинг ҳис туйғуларига ва сиз билан ҳасратлашиш хоҳишига эътиборли бўлинг. Ўз ҳаяжонларини гапириб беришига ёрдам беринг. Бундай саволлардан фойдаланишингиз мумкин: “Мен билмоқчи эдим, операцияга тегишли, ... касаллигингизга тегишли, ... уйда ўзингизни қандай тутишизга тегишли бирорта саволингиз борми?”. Буни аниқлаб олинг ва уни қизиқтирган саволга жавоб беринг. Асосламасдан тинчлантиришларга қизиқманг. Агар бемор ҳиссиётларини билолсангиз, ҳозиржавоблик бўлишга ҳаракат қилинг. Агар сиз унинг ҳамма саволларига жавоб бера олсангиз,

касаллик даврида у билан бўлишга тайёр эканингиз ҳақида уни ишонтира олсангиз, бемор учун зарур бўлган ички хотиржамликка эриша оласиз.

Ўлим тўшагидаги ёки тузалишидан умид бўлмаган беморлар камдан-кам ҳолларда ўз касали ҳақида ҳамма вақт гапириш истаги борлигини билдиради. Бундай беморга гапириш имконини беринг ва уни диққат билан эшитинг, бироқ у жиддий бўлмаган нарсалар ҳақида гапиришни афзал кўрса, ишингиз унмади деб ўйламанг. Табассум, қўл текказиш, беморнинг оила аъзоларига қизиқиш билдириш, футбол ўйинини муҳокама қилиш беозор ҳазил бўларнинг ҳаммаси беморни тушунишга ва ёки уни қўллаб-қуватлашга имкон беради.

Беморнинг оила аъзолари ва унинг дўстлари билан суҳбатлашиш.

Баъзи беморлар касаллик тарихи учун бирор бир маълумот бера олмайди (мисол учун, талваса вақтида ўзини қанақа тутганлиги ҳақида), бошқалари эса, чала маълумотлар беришади. Бундай ҳолларда етишмаётган маълумотларни тўлдириш учун сиз яна битта шахсни топишингиз керак бўлади. Баъзида, бемор ҳақида тўлиқ маълумот тўпланган бўлиб кўринса ҳам, бошқа манбаълар кутилмаган ва муҳим маълумот бериши мумкин. Мисол учун, турмуш ўртоғи оиладаги ёмонлашган муносабатлар ҳақида, депрессия белгилари, спиртли ичимликлар суистеъмол қилишини (беморнинг ўзи рад этадиган маълумотлар) айтиб бериши мумкин. Агар сиз шундай мос келмасликларни аниқласангиз, қўшимча маълумотларни бошқа кишилардан олишга ҳаракат қилинг.

Учинчи шахсни сўраб-суриштиришдан олдин, иложи борича беморнинг розилигини олсангиз ёмон бўлмайди. У берган маълумотларни сир сақлашингиз ҳақида беморни ишонтиринг, ёки улар билан баъзи маълумотлар бўйича фикр алмашиб олишингиз учун руҳсат беришини илтимос қилинг. Учинчи шахслардан олинган маълумотларни ҳам ошкора қилманг.

Қариндошлар ёки дўстлари билан суҳбатни ҳам беморни сўраб-суриштиришнинг асосий йўналишлари бўйича олиб боринг. Суҳбат учун

танҳо жой топинг; касалхона коридорининг деворига суяниб турмасликка аҳамият қилинг. Ўзингизни таништиринг, мўлжаллаган ишларингизни эълон қилинг. Уларни нима безовта қилиши, юзага келган вазиятда ўзларини қандай сезишини аниқлаб олинг. Бўлган воқеалар ҳақида гапириб беришаётган вақтда уларни эшитиб туриб, бемор билан ўзаро муносабатларини тушунишга ҳаракат қилинг. Бу сизга маълумотларнинг қанчалик тўғри эканини баҳолашга ва парвариш режасини тузишга ёрдам бўлади.

Баъзида қариндошлар ёки дўстлар сўраб-суриштириш, хатто текшириш вақтида ҳам қатнашишлари кераклигини талаб қилишади. Нима учун қатнашмоқчи эканини, ҳамда беморнинг бунга муносабатини аниқлашга ҳаракат қилинг. Бемор дарди ҳақида тайинли нарса гапириб бера олмаса, биладиган кишининг ёрдами зарур бўлади. Агар бемор қандай бўлса ҳам мулоқат қила олса, мисол учун имо-ишора ёки мимика билан, унга бундай имконни ҳолисона яратиб бериш аҳамиятга эгадир. Саволни икки қисмга бўлиб олган қулай: бемор билан, бемор ва учинчи шахс билан бирга.

Беморнинг саволларига жавоб. Текшириш натижаларини олиш мақсадида беморлар савол бериши мумкин, бироқ бу саволлар орқали ўз ҳис-ҳаяжонларини исҳор қилишади. Берилган саволларга тўғри жавоб бериш учун уларнинг ҳис-туйғуларини тушунишга ҳаракат қилинг. Шахсий саволлар бўйича маслаҳат олмоқчи бўлса, ўзгача эҳтиёткорлик билан ёндошиш керак. Мисол учун, зўриқтирадиган ишдан кетиш, бошқа шахарга кўчиш ёки аборт қилиш керакми? Саволларга жавоб беришдан олдин бемор ўз муаммоларини ҳал қилишга қандай ёндошаётганини, бу муаммоларни ҳал қилишдаги “яхши ва ёмон томонлар”нинг асоси нимада эканини ҳал қилиб олинг. Одатда сизнинг барча жавобларингиздан кўра, сиз билан бу ҳақда гаплаша олиш имконияти анча муҳимроқ бўлиши мумкин.

Ва ниҳоят, беморлар ўз ташхиси, касалликнинг зўрайиши ёки даволаш ва парвариш қилиш режаси ҳақида маълумот олмоқчи бўлса, иложи борича жавоб беринг, лекин жавобларингиз бошқа манъбалардан олинган

маълумотларга зид бўлмаслиги керак. Агар жавобларингизда тўлиқ ишонч сезмасангиз, даволовчи шифокор билан маслаҳатлашинг, кўпроқ маълумотга эга шифокорга бемор муружат қилиши мумкинлигини тавсия қилинг. Бирок бу усулдан фақатгина қийинчиликлардан қочиш мақсадида фойдаланманг.

КАСАЛЛИК ТАРИХИНИ ТЎЛДИРИШ ВА МУЛОҚАТ КЎНИКМАЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Катталар ва болаларнинг касаллик тарихидаги яққол кўришиб турадиган фарқдан ташқари анамнезига ва бемор болани кўраётган вақтдаги ҳолатига тегишли хусусиятлар, ҳар хил ёшдаги болалар ва ўсмирларнинг биологик ёши ва ривожланиш даражасига мос келадиган хусусиятлар ҳам мавжуд. Боланинг касаллик тарихи ҳам катта ёшдагиларнинг касаллик тарихи каби, қуйида кўрсатилган қўшимчалар билан тўлдирилади.

Анкетадаги маълумотлар. Туғилган санаси ва туғилган жойи кўрсатилади, айниқса 2 ёшдан 10 ёшгача; ота-онасининг исмлари ва фамилияси, хизмат тури ва иш вақтида уларни қаердан топиш мумкинлиги.

Асосий шикоятлари. Симптомлар беморнинг ўзини ёки ота-онасини безовта қилаётганини аниқланг. Баъзида учинчи шахс, мисол учун, ўқитувчи боладан ҳавотирланиши мумкин.

Касалликнинг ривожланиш тарихи. Боладаги касаллик белгиларига оила аъзоларининг муносабати қандай эканини кўрсатинг, бу ҳақида нималарни ўйлашади, боланинг аҳволи озгина бўлса ҳам яхшиландими.

ҲАЁТ АНАМНЕЗИ

Перинатал давр ҳақида маълумот. Бу маълумот неврологик статуси бор ва ривожланишида ўзгаришлар кузатиладиган бола ҳаётининг биринчи икки йилида жуда аҳамиятли маълумот ҳисобланади. Агар ота-онаси билан суҳбатлашганда ҳомиладорлик, туғруқ даврида ёки туғруқдан кейинги

даврдa бирорта ўзгариш кузатилган бўлса, бу маълумотлар ёритилган керакли тиббий ҳужжатларни сўратиб олиш керак.

Пренатал давр. Онасининг ҳомиладорликкача ва ҳомиладорлик давридаги соғлигини, овқатланишининг бузилиши ва бошқа ҳомиладорлик патологиялари ҳақида суриштиринг; дори воситаларининг дозаси ва уларни қабул қилиш давомийлиги, бошқа зарарли моддалар, шу жумладан алкоголь истеъмол қилиши ва чекиши ҳақида ҳам маълумот тўпланг. Тана массасининг кўпайиши, бачадондан қон кетиш кузатилганлиги, ҳомиладорлик давомийлиги, ҳомиладорликка, умуман болаларга ва боласига муносабатини кўрсатинг.

Туғруқ. Туғруқнинг кечиши, қандай қийинчилик бўлган ва қандай кечган, туғруқ оғриксизлантирилганми, қандай асоратлар бўлган, ҳисоб бўйича нечанчи туғруқ, боланинг туғилганидаги оғирлиги.

Неонатал давр. Бола қандай қилиб нафас олган, мустақилми ёки реанимациядан кейинми. Апгар шкаласи бўйича неча балл аниқланган.

Эмизишда қандай қийинчиликлар бўлган, нафас тизими томонидан дистресс-синдром, цианоз, сарғайиш, анемия, тиришишлар, туғма нуқсонлар инфекциялар кузатилганми? Туғруқдан кейин онанинг соғлигини кўрсатинг, бола онадан алоҳида жойлаштирилганми, алоҳида бўлса, сабаби; она болага қандай муносабатда бўлган, меҳрибонлик туйғуси. Нажас ва пешоб ажратишда ўзгаришлар бўлганми, бола қандай ухлаган?

Овқатлантириш. Айниқса биринчи икки йил ичидаги овқатланиш ҳақида маълумот олиш жуда муҳим (керагидан кўп ёки кам овқат ейиш).

Кўкрак ёши. Кўкрак билан эмизиш: неча марта ва неча дақиқадан эмизган. Сутли аралашмалар ва кўшимча овқат қачон бера бошлаган, бўлган қийинчиликлар, кўкракдан ажратиш муддати. Сунъий овқатлантириш: тури, концентрацияси, ҳажми; неча марта берилган, кузатилган қийинчиликлар (ўқчиш, санчиқлар, ич кетиши). Витаминлар ва темир препаратларини кўшиш: тури, ҳажми, неча марта ва қабул қилиш даври. Қуюқ овқат: тури, ҳажми, боланинг бунга муносабати, умумий столга ўтказиш муддати,

мустақил овқатланиш, ота-она ва боланинг овқатланиш жараёнига муносабати.

Болалик. Овқат билан боғлиқ одатлар: у ёки бу овқатни ёқтириш ва ёқтирмаслик, ейдиган овқатининг тури ва хажми, ота-онасининг овқатланишга, хусусан шу боланинг овқатланишига муносабати, кам ёки кўп овқат еб кўйиш. Овқатланишда ўзгаришлар сезилса, уни аниқроқ баҳолаш мақсадида 1-2 ҳафта ичидаги таомномани аниқлаб олиш мумкин.

Ўсиши ва ривожланиши ҳақида маълумотлар жисмоний ривожланишида ва ҳулқида ўзгариш бўлганида, психомотор ва ақлий ривожланишда орқада қолиш ҳақида гап кетганида аҳамиятга эга.

Жисмоний ривожланиши. Туғилгандаги ва 1, 2, 3, 5 ёшдаги тана массасини, гавда узунлигини кўрсатинг; тана массанинг кўпайиши ёки камайиши; сут тишларининг чиқиш ва тушиш муддатлари.

Ривожланишдаги муҳим даврлар. Қорнида ётиб, қайси вақтдан бошлаб бола бошини кўтарган ва ушлай олганини, қорнига ва курагига ўгирила бошлаганини, ёрдам билан ва мустақил ўтира бошлаганини, оёғида тура бошлаганини, ёрдам билан ва мустақил юра бошлаганини, биринчи сўзларни, сўз бирикмаларини, гап тузиб гапира бошлаган, оёқ кийим ипини бойлаган, мустақил кийина олганини аниқлаб олинг.

Ижтимоий ривожланиши. Қуйидаги факторларга диққатни қаратиш керак:

Уйқу. Кундузги ва тундаги уйқунинг давомийлиги, уйқу режими, бола кроватининг тури ва унинг жойлашиш жойи, уйқусираш, кўрқувлар, кўрқинчли тушлар.

Гигиеник кўникмалар: сарамжон-саришталикка ўргатиш усуллари, энурез ёки энкопрезнинг борлиги ва бунга ота-онасининг муносабати; болани касалхонада қолдираётганда унинг оиласида пешоб ажратиш ва дефекацияни англатувчи қандай иборадан фойдаланишини билиш муҳим аҳамиятга эга.

Нутқ: гапираолмаслик, дудуқланиш, тили чиқаётган боланинг гув-гувланиши, сирғалувчи товушларни бузиб гапириш (“ш” “ж”лаб гапириш), сўз бойлиги.

Одатлар: кўлда аллалаб ухлатиш, ҳар хил мушакларнинг қимирлаши, бармоқ сўриш, тирноқ чайнаш, иштаҳанинг бузулиши, диний йўналишдаги хулқ-атвор.

Тартиб-интизом: боланинг феъл-атворига ота-онасининг баҳо бериши, унинг интизомлилиги, интизомлиликни тарбиялаш усуллари ва уларнинг самарадорлиги; негативизм, ғазабланиш, тушкунликка тушиш, тажовузкор хулқ-атвор.

Таълим бериш: болага қараб туриш, болалар боғчаси (боғчага борган ёши ва мослашиши), боланинг ва ота-онасининг қониққанлиги, ютуқлари ва ўқишдаги қийинчиликлари.

Жинсий ривожланиш: қарама-қарши жинсга мансуб кишиларга муносабати, жинсий муносабатларга, жинсий тафовутга, ҳомиладорликка бўлган қизиқиши, боланинг саволларига ота-онасининг жавоби, онанизм (капаки), ҳайз кўриш, иккиламчи жинсий аломатлар пайдо бўлиши, жинсий яқинлик истаги, ОИТС ва жинсий йўл билан юқиши мумкин бўлган бошқа касалликлар ҳақида тарбиявий суҳбатлар.

Бола - шахс: мустақиллик даражаси, ота-оналари, ака-укалари, опа-сингиллари ва тенгдошлари билан муносабати, гуруҳда ўзини тутиши, шахсий фаоллик, яқин ўртоқлари (мавжуд ва тасаввур қиладиган), фазилат ва қобилиятлар, ўзи ҳақидаги тасаввури.

Болалар касалликлари. Бўлиб ўтган соматик касалликларидан ташқари, охириги вақтда юқумли касалликлар билан мулоқатда бўлганини кўрсатиш лозим.

Бахтсиз ходисалар ва шикастланишлар, операциялар, касалхонага жойлаштириш. Бу воқеаларга боланинг ва ота-онасининг муносабатини аниқланг. Бола тушунадиган қилиб, ундан ҳавфсизлик қоидалари ва шикастланишларни олдини олиш ҳақида сўраш керак.

Кузатув бошлаш вақтида беморнинг аҳволи

Аллергия. Болалардаги экзема, эшак еми, сурункали аллергик ринит, бронхиал астма, баъзи озик овқатларни истеъмол қила олмаслик ва хашаротлар чақишига юқори сезувчанлик ошганида аллергиянинг намоён бўлишига айниқса эътибор бериш керак.

Эмлаш. Ҳар бир вакцинация қилинган санани аниқ кўрсатинг. Ота-оналар кундалик юритишлари ва унда бирорта эмлашга бўлган реакцияни ёзиб боришлари керак.

Махсус текширишлар. Ҳар бир текшириш ўтказилган санани ва унинг натижаларини ёзиб бориш зарур. Махсус текширишларга артерия қон босимини ўлчаш, эшитиш ва кўришни текшириш, туберкулин синамаси, пешоб анализи, гематокритни аниқлаш, генетикага боғлиқ бўлган модда алмашинуви бузилиши билан ўтадиган фенилкетонурия, галактоземия ва бошқа касалликларда ўтказиладиган тестлар киради; қонда ўроксимон хужайралар, кўрғошин, холестериннинг ва альфа 1-антитрипсиннинг бўлишини аниқлаш киради, кўрсатмалар бўлганида бошқа текширишлар ҳам ўтказилади.

Оилавий анамнез. Ота-онаси ёки васийларнинг маълумоти, иш тури, эмоционал статусини ва оила муҳити, даромади, яшаш шароити, кўшнилари ўз ичига олган оиланинг ижтимоий-иқтисодий кўрсаткичларини кўрсатиб беринг; ота-онасининг иш жадвали; оиланинг мустаҳкамлиги; қариндош, ўртоқлар ва кўшнилари қўллаб-қувватлаши; оила яшайдиган этник ва маданий муҳит; ота-оналарнинг орзу-умидлари, касал болага унинг оиласидаги бошқа болаларнинг муносабати (бу маълумотларнинг ҳаммаси ёки бир қисми “Оилавий анамнез” бўлимига таллуқли бўлса, шу ерда ёки “Руҳий ижтимоий анамнез” бўлимида кўрсатилиши мумкин). Ота ва онаси яқин қариндош эканлигини аниқланиши керак.

Энди, сизга қандай маълумотларни тўплаш кераклиги маълум бўлганидан кейин, бемор билан мулоқат қилишингизга ҳалақит бермаслиги учун савол- жавобнинг аниқ қолипидан бирор вақт чалғиганингиз маъқул. Умуман олганда, савол жавобни бошлай туриб, баъзида олиб бораётганда ҳам, биринчи навбатда бемор нима гапираётгани ва нима қилаётганига таяниш керак.

Ота-оналар билан суҳбатлашиш. 5 ёшгача бўлган болаларнинг анамнезини аниқлашда ҳамма маълумотларни ёки деярли ҳаммасини учинчи шахсдан, ота-онанинг бирортаси ёки ваъсийсидан оласиз. Одатда ота-оналардан ҳам, боладан ҳам маълумот олинади. Бу ота-оналарни ва болаларни кузатиш имконини беради. Бунда уларнинг муносабатларини, ҳамда ота-онанинг ўзаро муносабатларини тушунишингиз, болани алаҳситишингиз, қўрқувни енгиб хотиржам савол жавобга ўтиш имконини яратасиз.

Бироқ, ота-оналарни боланинг олдида сўраб-суриштиришни ўзига яраша камчиликлари бор. Анамнез, фақат ота-оналар сўралгандагига нисбатан, чала ва ноаниқ бўлиб қолиши мумкин. Бола иштирок этаётгани учун нозик мавзуларга оид суҳбатни тўлиқ ўтказишнинг имкони бўлмаса, етишмаган маълумотларни олиш ёки бирор нарсани аниқлаш мақсадида ота-оналарни кейинроқ (кўпинча қабулнинг охирида, бола чиқиб кетгандан кейин) сўраб-суриштириш керак бўлади.

Ота-оналарни сўраб-суриштириш услуби кўп жиҳатдан катта ёшли беморлар билан суҳбатлашишга ўхшаб кетади, бироқ ўзига хослиги бор. Ота-оналар болада бор симптомларни таърифлаб беришганда, улар объектив бўлишмайди, ўз тахминлари, ҳис-туйғулари, баҳоларини қўшиб гапиришади. Мисол учун, боланинг сурункали йўталиши бронхиал астманинг намоён бўлиши эмас, балки кўп шамоллаш оқибати деб ҳисоблашади; боланинг мактабда ўзлаштириши ёмонлигидан қайғуришади, бунинг сабаби боланинг ўқишга қобилияти йўқлигида эмас, балки ўқитувчи жуда кўп топшириқлар бериши деб тушунишади. Ёки, ўз фарзандини нодир бола деб ҳисоблаб,

боланинг атрофдаги воқеаларга ноадекват муносабатига кўнгилчанлик билан карашади. Она-оналар ҳамма нарсани тўғри қилишаётгандек туюлади. Боланинг соғлиги ҳақида онасини сўраб-суриштираётганингизда, қайсидир маънода унга она сифатида баҳо берасиз, шунинг учун унинг жавобларини шу маънода баҳолаш керак бўлади. Боласининг муаммоларини енгишга ҳаракат қилиб, танбеҳ бермасдан уларни қўллаб-қувватлайдиган шифокор ва ҳамшира ёрдамига муҳтож бўлишади.

“Нимага болани вақтлироқ олиб келмадингиз?” ёки “Бу ишни қилишингиз керак эмас эди!” каби саволлар бетоб боланинг ота-онаси ва тиббиёт ходими бир бирини тушунмаслигига олиб келади.

Бола ҳақида сўраганингизда, “у”, “бола” сўзларини ишлатмасдан, уни исми билан чақиришга ҳаракат қилинг. Онасининг оилавий аҳволини дарров аниқлашга иложи бўлмаса, отаси ҳақида сўраб уни ҳижолатга қўймаслик мақсадида “Турмуш ўртоғингиз соғмилар?” деб сўрагандан кўра “Адҳамнинг отаси соғмилар?” деб сўраган маққул. Ота-оналарга исми ёки “отаси”, “онаси” деб мурожат қилмасдан “жаноб Н”, “жаноба Н” деб мурожат қилган маққул. Ота-оналар билан узоқ вақт таниш бўлганингизда ҳам, уларнинг руҳсати билан исмларини айтиб мурожат қилишингиз мумкин. Шу билан бирга ота-оналар ҳам сизга шундай мурожат қилиши мукинлигини тайёр турунг.

Беморларни сўраб-суриштиришда йўналтирувчи саволлар, тўғри саволларга нисбатан самаралироқ бўлади. Агар суҳбатингиз руҳий муаммоларга тегишли бўлса, тўғри очик саволлар ўринли бўлади, чунки, йўналтирувчи саволлар бериб шароит яратиб берилса ҳам, ота-оналар бундай мавзуларни камдан-кам ҳолларда ўзлари ёритиб беришади. Ва ниҳоят, мурожат қилишнинг чин сабаби асосий шикоятлар билан боғлиқ эканини аниқлаб олишингиз керак бўлади. Шикоятлар даволаш ва парвариш қилиш учун бамисоли “кириш чиптаси” бўлиб хизмат қилади, яъни ота-оналар “ижобий” деб ҳисобламайдиган, мурожат қилишнинг чин сабабини беркитишига имкон беради. Ота-оналар ўз ғам ва ташвишларини сизга

гапириб бериша оладиган муҳит яратишга ҳаракат қилинг. Сухбатни енгиллаштириш учун вазиятга мос саволлар беришингиз мумкин: “Аҳмаджондаги яна қайси ўзгаришларни сиз менга гапириб бермоқчи эдингиз? Бугун бу ерга келаётиб, қандай ёрдам олмақчи бўлдингиз? Аҳмаджон ҳақида яна нималарни тушунтириб беришимни хоҳлар эдингиз? Балки сиз бошқа фарзандларингиз ёки турмуш ўртоғингиз ҳақида ҳам гаплашмоқчидирсиз?”.

Бола билан суҳбатлашиш. 5 ва ундан катта ёшдаги болалар касаллик тарихини тўлдиришда аҳамиятли қўшимчалар киритиши мумкин, ва ота-оналарига нисбатан бор симптомларни ва уларга бўлган ўз муносабатларини изоҳлаб беришлари мумкин. Баъзида олинган маълумотларни, боладан ота-онаси йўқлигида аниқлаб олиш мумкин. Одатда савол-жавобни қизиқарли, “қўрқинчли бўлмаган” нарсалар ҳақида (мисол учун, мактабдаги машғулотлар қандай ўтганлиги, эғнидаги чиройли кийими) фикрлашишдан бошлаш яхшироқ бўлади. Сухбатни расмиятчиликсиз, меҳрибонлик ва болага қизиқиш билдириб олиб борган маъқул.

Шундан кейин ўзингизни эркин тутиб, оддий йўналтирувчи саволлар билан боладан уни нима безовта қилаётганини аниқлаб олинг: қорнинг жуда каттиқ оғриётгани ҳақида онанг менга гапириб берди. Бу ҳақида гапириб бер, оғриқни таърифлаб бергин. Сен мактабдаги машғулотларни кўп қолдирасанми? Оғриқни нима енгиллаштириши мумкин? Сенингча бу нимадан бўлади?

Бола ўзида бор симптомларга субъектив баҳо беришини аниқлаш учун ҳам саволлар бериш мумкин: Қаеринг оғриётганини менга кўрсатгин. Бу оғриқ тўмтоқми ёки нина санчгандакками? Оғриқ бир жойдами ёки бошқа жойга ўтадимми? Оғриқ бўлганида кўнглинг айнаб қусасанми?

Ўспиринлар билан суҳбатлашиш. Ўспиринлар билан суҳбатлашиб, кўпинча қийинчиликлар сезишади ва умидсизликка тушишади, чунки уларнинг жавоблари тузилиши бўйича “катталардака эмас” ва менсимагандек ва қисқа бўлиб туюлади. Бироқ, ҳар доим ҳам шунақа эмас. Ўспиринлар ҳам,

кўпчилик инсонлар каби, уларга “воқеа”га эмас, инсонга қарагандек қизиқиш билдира олганларнинг ҳаммасига дўстона муносабатда бўлишади. Агар суҳбат самарадор бўлишини хоҳласангиз, бу қизиқишни суҳбатнинг энг бошидан намоен қилиш керак. Савол ўспиринларнинг муаммоларига эмас ўзларига тегишли бўлса, кўнглидагини очик гапириб беришади. Шунинг учун савол-жавобни расмиятчиликсиз ўзингизни эркин тутиб, дўстлари, мактаби, қизиқишлари, оиласи ҳақида сўрашдан бошлаган маъқул.

Ўспиринлар даволаш муассасига ўз хоҳишлари, ҳамда ота-онасининг талаби ёки илтимоси билан мурожат қилишади. Шунинг учун тиббий ёрдам кўрсатишда маълум махфийлик керак бўлиши мумкинлигини ота-оналарига ва ўспириннинг ўзига тушунтириш керак бўлади. Ота-оналаридан маълумот олиб бўлгач, ўспирин билан ёлғиз суҳбатлашинг. Махфийлик “сирларни сақлаш” эмас, балки ўзаро ҳурматга асосланган. Агар махфий маълумот ҳақида бирор киши билан фикр алмашиш керак бўлиб қолса, бу ҳақида ўспирин хабардор бўлиши керак.

Катта кишилар билан муносабатни яхшилайдиган баъзи усулларни, ўспиринлар билан бўлган мулоқатда қўллаб бўлмайди. Фикр юритиши шаклланмаган ўспиринлар билан суҳбатлашиш вақтида рефлексияни қўлламасликка ҳаракат қилиш керак, чунки, рефлексия ўспиринлар ҳали эгалламаган, фикрлашнинг маълум кўникмаларини ҳосил қилишни талаб қилади. Сукунат сақлаш, беморни гапиртирадиган усул деб қўлламаган маъқул, чунки бундай рағбатлантириш усулига таъсирланиш учун ҳали уларда етарли ишонч ҳисси ҳосил бўлмаган. Конфронтация (таққослаш) ҳавотирланиш ва гаплашиш хоҳишини йўқотишга олиб келиши мумкин; ўспириннинг туйғуларига тегишли саволлар ҳам худди шундай, уларга жавоб бериш катталарда ҳам қийинчилик билан амалга ошади.

Бу огоҳлантириш чоралари ўспирин билан суҳбатлашинингизни тўхтатмаслиги керак. Кўпинча дўстона ва норасмий шароит яратиб, ўспиринни ўзингизга мойил қилиб, у билан суҳбатлаша олишингиз мумкин.

Ўзингизни табиий ва ўз ёшингизга монан тутсангиз, катта ютуқларга эриша оласиз.

жадвал 7

ЎЗИНИНГ ШАҲСЛАРАРО МУНОСАБАТГА БАҲО БЕРИШ

Беморим билан учрашганда мен...	Ҳеч қачон	Камдан -кам	Баъзан	Одатда	Ҳар доим
1. Бемор билан сўрашаман.					
2. Беморни диққат билан тинглайман, унга ўзини бемалол тутишига ёрдамлашаман.					
3. Беморни ошкора мулоқотга чақираман					
4. Бемор жавоб бера оладиган саволлар бераман					
5. Нейтралитетни сақлайман ва беморни муҳокама қилмайман					
6. Беморда қизиқишни уйғотаман.					
7. Бемор бироз енгил тортиши учун ҳазиллашаман					
8. Агар бемор тўғри хулоса чиқараётган бўлса уни мақтайман					
9. Бемор айтган муҳим муаммоларни бошқача қилиб ифода этаман					

10.Бемор кўллаётган атамаларни ишлатиб, унга тушунарли тилда гапираман					
11.Содда қилиб гапираман ва оддий қилиб тушунтираман					
12.Менинг ахборотим ҳаққоний ва юзаки эмас					
13.Беморга таъсир кўрсатиш учун ўз фикримни тиқиштирмайман					
14.Беморнинг қадриятларини тушунаман ва унинг стандартларини тан оламан					
15.Табассум билан муомала қиламан. Дўстона ва мулойимман.					
16.Бемор ўзининг ёқимли суҳбатдош эканлигини сезиб туради.					
17.Беморга эҳтиром билдираман					
18.Бемор билан мулоқот қилаётганда шошилмайман.					
19.Беморнинг фикрини хурмат қиламан.					
20.Беморга таниш сўзларни ишлатаман.					
21.Беморни исмини айтиб чақираман.					

22.Тўғри ҳаракатларни қўллаб-қувватлайман.					
23.Беморнинг муаммоларига ҳамдард эканлигимни кўрсатаман.					
24.Кўз билан алоқа қила оламан.					
25.Ўринли имо-ишоралардан фойдаланаман.					
УМУМИЙ БАЛЛ: _____					

жадвал 8

БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

Балларни ҳисоблаш калити:

Ҳар бир «Доимо» жавоби учун ўзингизга 4 балл қўйинг.

Ҳар бир «Одатда» жавоби учун ўзингизга 3 балл қўйинг.

Ҳар бир «Баъзан» жавоби учун ўзингизга 2 балл қўйинг.

Ҳар бир «Камдан-кам» жавоби учун ўзингизга 1 балл қўйинг.

Ҳар бир «Ҳеч қачон» жавоби учун ўзингизга 0 балл қўйинг.

БАЛЛАРНИНГ ШАРҲИ

- Агар сиз 50 ва ундан кам балл тўплаган бўлсангиз, ўзингизнинг ШАМ кўникмаларингизни яхшилаш учун қаттиқ ҳаракат қилишингизга тўғри келади.
- Агар сиз 50дан 85гача балл тўплаган бўлсангиз, сиз ўрта даража ШАМ кўникмаларига эгасиз. Ўзингизнинг мулоқотингизда яхшилаш талаб этиладиган соҳаларни топинг, аниқланг. Рўйхат тузинг ва уни кўзга ташладиган жойга осиб қўйинг. Сиз

кўникмаларни муайян шароитда ишлатасиз, лекин сиз уларни ишлатмайдиган вазиятларни таҳлил қилишингиз керак ва бунга эътибор беришингиз керак.

- Агар сиз 85 дан 100 баллгача натижа кўрсатган бўлсангиз. Сиз яхши шахсларро мулоқот кўникмаларига эгасиз ва беморлар билан яхши алоқа ўрната оласиз. Бу йўналишда ишингизни давом эттиравинг!

ГЛОССАРИЙ

Абцесс - Инъекциядан кейин юмшоқ тўқималарнинг йиринглашиши ва устидан пиоген мембрана билан қопланиши, бошқа тўқималарни ажралиб қолиши.

Аборт - аборт, ҳомилани олдириш, ҳомилани тушириш

Агрессия - агрессия, тажовузкорлик, босқинчилик

Анализ - таҳлил, текшириш, ишни таҳлил қилиш қонни текшириш

Антропометрия - антропометрия, одам танаси ва аъзоларини ўлчашга асосланган текшириш усули

Аффектив компонент – бемор нималарни ҳис этаётгани ёки кимнинг таъсири остида эканлиги тўғрисида маълумот бериши

Anamnesis morbi - Ҳозирги касаллик тарихи

Anamnesis vitae - Беморнинг ҳаёт тарихи

Биоэтика - ҳаёт этикаси тушунчасини 1969 йилда В.Р.Поттер томонидан киритилган. Биоэтиканинг ўрганиши предмети – инсонлар ўртасидаги муносабатлар тушунчасини ифодалайди. Анъанавий биотиббиёт этикасининг замонавий шаклидир.

Брошюра – илмий-оммабоп китобча.

Бюллетень варақа - касаллик варақаси; 2. Сайлов варақаси; 3. расмий ахборот

Валеология - саломатлик ҳақидаги таълимот бўлиб, бу атамани 1980 йилда И.Н.Брехман тавсия қилган. Валеология соғлиқни сақлаш, мустаҳкамлаш, инсон ҳаётини узайтириш ва меҳнат қобилиятини сақлаш, йўлларини ўргатади.

Вербал куникмалар – савол бериш маҳорати

Гематома - тери остида қон қуйилиши. Бундан ташқари, нотўғри венапункция пайтида келиб чиқади. Тери остида сиёҳ ранг доғ пайдо бўлади. Чунки бунда игна иккала венага теккан ва қон тери остига қуйилган бўлади.

Гипертермия – тана ҳароратининг кўтарилиши (39-40°)

Дерматит – терини турли оғирлик даражасида зарарланиши ва яллиғланиши кўринишида намоён бўлади. Ҳамширалар кўлини тез-тез ювиши тери таъсирчанлигини оширувчи фармацевтик моддалар, дезинфектлар, тозаловчилар ва хаттоки кўлқоплар натижасида хавфга учрайди.

Диопазитивлар-ойнага ва плёнкага туширилган тасвирлар.

Диафильмлар – киноплёнкага туширилган тасвирлар.

Иммуннопрофилактика - Профилактик эмлаш – ҳаво-томчи йўли билан ёш болаларда ривожланувчи инфекциян касалликларнинг олдини олишнинг энг яхши йўлидир. Вакцинанинг организмга тушиши иммунитет жавобини ҳаракатга келтириб, шу орқали табиий инфекцияга бўлган ҳимояни оширади.

Имплантация (контакт) – очик жарохат ёки шилинган жойни зарарланиши

Инокуляция (парентерал) – гепатит В ёки ОИТС билан ифлосланган игна орқали зарарланиши

Инфилтрат. Кўпинча тери ости ва мушак ичи инъекцияларнинг кейин келиб чиқувчи асоратдир.

Коммуникация – бу мулоқот демакдир. Барча одамлар жумладан бемор ва тиббиёт ходимлари бир-бири билан мулоқот орқали муносабатда бўладилар, алоқа қиладилар.

Кома – эс-хуши тўлиқ аниқланмайди, ҳаракатлар кузатилмайди.

Конфиденциялик – сир сақлаш.

Новербал кўникмалар - гапирилган гапнинг асосий маъносини кўрсатиб беради. Новербал сигналлар сўзларга қараганда кўпроқ маънони англатади

Ликвор – орқа мия суюқлиги таркиби

Паралингвистик ҳаракат.- Овоз тони, суҳбат тембри мулоқотга катта ёрдам беради. Кайфият, рухий кечинмалар паралингвистик ҳаракатлар билан ифодаланади. М: Суҳбат ўртасида баланд овозда гапириш ёки аксинча.

Пациент – Шифокор олдига келган бемор. Умуман тиббиёт соҳасида беморларни пациент деб аташади.

Санитария оқартуви - бу илм билан асосланган йўналиш бўйича профилактик саволлари ва соғлиқни сақлаш бўйича огохлантириш.

Санитария оқартуви халқнинг санитар саводини шакллантиради

Санология - касалликлар, шикастланиш ва бошқа сабаблар туфайли органларнинг бузилган фаолиятини тиклаш жараёнинг ўрганади.

Сенсебилизация - Баъзи фармацевтик моддалар (айниқса антибиотиклар) ва антибактериал совун чақириши мумкин

Стресс - Ташқи таъсиротлар натижасида организмда ўзгаришлар содир бўлади. Унинг асосида адреногипофизар тизимдаги бирламчи ўзгаришлар кузатилади. Хаяжонланиш, кучли ҳиссиёт анализаторлар билан боғлиқ бўлиб, бўлар ичида кўриш ва эшитиш асосий доминант вазифасини ўтайди.

Ступор – бемор саволларга секин, аммо тўғри жавоб бериши билан кечадиган эс-хуш бузилиши

Сопор - парадоксал таъсирчанлик: бемор баланд товушга баъзан жавоб бермайди, секин товушга эса тўғри жавоб олиш мумкин

Status praesens - Беморни ҳозирги умумий ҳолати

Ҳамшира деонтологияси – Ҳамшира этикасининг бир қисми бўлиб, у ҳамширанинг пациент ва жамият олдидаги касбий бурчидир.

Ҳамширалик жараёни - бу ҳамшира амалиётда қўллайдиган ва илмий асосланган усул бўлиб, соғлиқни сақлаш амалиётида ҳамшира ўрнининг янги тушунчасини беради ва ундан нафақат амалий томондан яхши тайёргарликни, балки бемор парваришига ижобий ёндошиш, беморга алоҳида шахс сифатида муносабатда бўлишни талаб этади.

Ҳамширалик ташхиси- Пациентнинг ҳозирги ва кутилаётган аҳволидир.

Масалан: 1. Хатар (тревога). Бўлғуси операция олдида пациент аҳволидан хавфсираш. 2. Хавф (М. Ётоқ яраси келиб чиқиши хавфи). 3. Органлар фаолиятининг бузилиши. Ҳамширалик ташхис – соғлиқ ёки ижтимоий жараёнлар туфайли келиб чиқадиган ҳамширалик фаолияти билан боғлиқ касбий тушунчалар.

Халқаро Қўмита - Унинг вазифасига халқаро ва ички низолар қурбонларига ҳуқуқий ва моддий ёрдам кўрсатиш киради. Иккинчи орган – 1919 йилда ташкил этилаган Қизил Хоч ва Қизил Ярим Ой жамияти фаолияти офатлар қурбонларига ёрдам бериш ва миллий жамоаларни ўзаро алоқасини кучайтиришга қаратилган. Бу икки орган Халқаро Қизил Хочни ташкил этади.

ҲХК - ҳамшираларнинг халқаро кенгаши махсус комиссияси ҲХКнинг 100 йиллигига бағишланган Лондонда бўлиб ўтган Халқаро конференция аъзоларига ҳужжатнинг иккинчи тахририни ҳавола этди. Ҳужжатнинг тўлиқ номи – Ҳамширалик амалиётининг Халқаро классификатори ҲАХТ

Экология - атроф-муҳитни ўрганадиган фан

Эмпирик компонент – Ҳамширанинг мулоқат жараёнида пациентнинг туйғуларини ифода этишига эътибор бериши

Эстетика - ҳаётдаги гўзалликлар ҳақидаги фалсафий таълимот
этап босқич

Этика – юнонча сўздан олинган бўлиб «ethos-урф-одат» деган маънони билдиради. Меъёр, қоида, одоб-ахлоқлар одамлар ва жамиятлар ўртасидаги муносабатларни белгилайди.

Фотосенсебилизаторлар – бу моддалар таъсирловчи ёки таъсирланишни кучайтирувчи бўлиши мумкин.

Ятрогения - Бу шифокорнинг ёки ҳамширанинг фаросатсизлиги, ножўя кўрсатмалари, қўпол хатти-ҳаракатлари, билимсизлиги ва лоқайдлиги, бир сўз билан айтганда, тиббиёт ходимининг айби билан пайдо бўлиши мумкин бўлган яна бир касалликдир.

ЮНЕСКО - БМТнинг таълим, фан ва маданият масалалари бўйича ташкилоти

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Детские болезни. Учебник/Под ред. А.А.Баранова.Москва, 2002. 880 С
2. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми. М.,2006.
3. Материалы конференции « Ҳамширалик иши асослари». 27 марта-1 апреля 2006 г. Т..
4. Материалы научно-практической конференции «Перспективы развития высшего сестринского дела», 12 мая 2009 г., Т.
5. Материалы конференции «Oliy hamshiralik ishi yonashida oquv jarayonini takomillashtirish» 29-30 апреля 2010 г., Т.
6. Мостицкая Р.М. Медсестра шифокора общей (семейной) практики. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2006 г.
7. Основы сестринского дела. С.А.Мухина, И.И. Тарновская. Москва, 2002 г.
8. Пропедевтика детских болезней. Под ред. А.С. Калмыковой. М., 2010 г
9. Руководство для преподавателей сестринского дела и практикующих медицинских сестер. «Абу Али Ибн Сино», Т., 2002 г.
10. Сестринское дело. 1-2 том. Под ред. А.Ф.Краснова., М.,1999 г.
- 11.Сестринский уход за здоровым и больным ребенком. Под ред.проф. Файзиева Х.Н., Т., 2009 г.
- 12.Соглом ва бемор болани парвариши. Под ред.проф. Файзиева Х.Н. Т.,2009 г.
- 13.Учебные материалы по основам сестринского дела. Программа «Jaika», 2006 г.
- 14.Файзиев Х.Н., Грунина И.И. Сестринский уход за детьми. Т., «ILM ZIYO», 2008 г.
- 15.Hamshiralik ishi asoslari. K.U.Zakirova, D.U.Toxtamatova. Toshkent.,2010.
- 16.Hamshiralikishi jarayonida bemorlarni tekshirish usullari. Orziyev Z.M., Tuxtayeva D.M., Hazratov Ў.Н., Т., 2010 г.216 bet.
- 17.Шпорт Н.В., Кравцова О.С., Дыгало И.К. Семейная медсестра. Ростов-на Дону, 2005 г.

МУНДАРИЖА

СЎЗ БОШИ.....

КИРИШ.....

1 БЎЛИМ. ҲАМШИРАЛИК ИШИ НАЗАРИЯСИ

1 БОБ. Тарихий маълумотлар

1.1. Ҳамширалик иши ривожланишига ва тарихига таъсир этувчи омиллар

1.1.1. Диний маълумотлар ва ислоҳатлар

1.1.2. Уруш оқибатлари ва ҳамширалик ишини ривожланиши

1.2. Ҳамширалик иши ривожланишининг тарихий босқичлари

1.3. Урушлар асорати ва ҳамширалик ишининг ривожланиши.

1.4. Ўзбекистонда ҳамширалик ишининг ривожланиши

1.5. Халқаро ҳамширалик ишининг ривожланиши

1.5.1. Халқаро “Қизил хоч жамияти”

1.5.2. Ҳамширалар халқаро қўмитаси

1.5.3. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти

1.5.4. Ўзбекистон ҳамширалар ассоциацияси

1.6. Ҳамширалик иши назариясининг ривожланиши

1.7. Инсон ҳамширалик ишида объект сифатида

1.8. Ҳамшира функцияси ва роли

1.9. Тиббий ҳамшираси иш фаолиятини юритиш жойлари

1.10. Оилавий ҳамшира

2 БОБ. Саломатлик концепцияси

2.1. Саломатлик ҳақида тушунча.

2.2. Саналогия. Валеология.

2.3. Саломатликнинг асосий омиллари.

2.4. Соғлом турмуш тарзининг соғлиқ ривожига аҳамияти. Саломатлик ва оила.

2,4,1. Ҳаракат ва саломатлик.

- 2,4,2. *Чиниқиш ва саломатлик.*
- 2.4.3. *Ҳиссиёт, стресс ва саломатлик.*
- 2.4.4. *Экологик омиллар ва саломатлик.*
- 2.4.5. *Оила ва саломатлик.*

3 БОБ. Ҳамшира иш жойидаги хавфсизлиги, Ҳамшира соғлиги

- 3.1. Беморлар билан мулоқот.
- 3.2. Ҳамшира соғлиғига таъсир қилувчи омиллар
 - 3.2.1. *Токсик моддалар*
 - 3.2.2. *Анестезияловчи газлар чиқиндилари*
 - 3.2.3. *Микробиологик зарарли омиллар*
 - 3.2.4. *Стресс ва асабий зўриқиш*

4 БОБ Санитария оқартурув иш

- 4.1. Санитария оқартув ишлари мақсадлари
- 4.2. Санитария оқартувининг этик аспектлари
- 4.3. Санитар тарғибот
- 4.4. Саломатлик марказлари
- 4.5. Санитария маорифининг усул ва воситалалари
- 4.6. Замонавий этапда санитар-эпидемиологик назорат хизматини ташкиллаштириш
- 4.7. Давлат санитария-эпидемиологик назорати хизмати
- 4.8. Аҳоли саломатлигини сақлаш

5 БОБ Ҳамшира ишида коммуникация асослари

- 5.1. Ўзаро муносабат ўрнатишда коммуникация ўрни
- 5.2. Ҳамширани шахсий укуви ва илиқлик туйғулари
- 5.3. Мулоқот ўрнатиш
- 5.4. Эшитиш маҳоратининг умумий тамойиллари
- 5.5. Шахсий билим ва хусусиятлар

5.5.1. Илиқлик ва ҳозир бўлиш

5.5.2. Ўзини намоён қилиш

5.5.3. Ўзини англай билиш

5.5.4. Ўз-ўзини қабул қила олиш

5.6. Новербал кўникмалар

5.7. Вербал кўникма

5.8. Ҳамширанинг ёзиш жараёни

5.9. Беморга ёрдам бериш

6 БОБ. Ҳамшира ишида этика ва деонтология

6.1. Тиббиёт этика ва деонтология ривожланишининг қисқача тарихи

6.2. Ҳамширанинг ҳуқуқи ва бурчи

6.3. Ҳамширанинг деонтологик талаблари

6.4. Тиббиёт этикасининг асосий принципи

6.5. Биоэтика тушунчаси

7 БОБ. Ҳамширалик жараёни

7.1. Ҳамширалик жараёни тарихи

7.2. Ҳамширалик жараёни мақсадлари

7.3. Ҳамширалик жараёни босқичлари

7.3.1. Ҳамширалик жараёни I -босқич. Беморни кўриб чиқиш, у ҳақида маълумот тўплаш.

7.3.2. Ҳамширалик жараёни II – босқич . Бемор муаммолари, ҳамшира таъҳисси

7.3.3. Ҳамширалик жараёни III – IV босқичлари. Парвариш режаси. Ҳамширалик парваришини бажариш

7.3.4. Ҳамширалик жараёни V -босқич. Натижаларни баҳолаш

7.4. Ҳамширалик касаллик ҳаритаси

8 БОБ. Эмлаш асослари

- 8.1. Иммунопрофилактиканинг асосий талаблари
- 8.2. Вакцина турлари
- 8.3. Профилактик эмлаш ўтказишнинг тартиб ва қоидалари.
- 8.4. Вакцинацияга қарши кўрсатмалар
- 8.5. Асоратлари профилактикаси
- 8.6. Вакцинация техникаси
- 8.7. Профилактик эмлаш календари

9 БОБ. Даволаш-профилактика муассасаларида овқатланишни ташкил қилиш

- 9.1. Даволаш-профилактика муассасаларида (ДПМ) овқатланишни ташкил қилиш

- 9.1.1. Парҳез овқатланиш бўйича Кенгаш ва унинг вазифалари*
- 9.1.2. ДПМ парҳез ҳамширасининг асосий вазифалари*
- 9.1.3. Шифохона бўлими парҳез ҳамширасининг мажбуриятлари*
- 9.1.4. Бош ошпазнинг мажбуриятлари*
- 9.1.5. Овқат тарқатувчи вазифалари*

- 9.2. Озиқ-овқатлар ва таомлар мизожи
- 9.3. Озиқ-овқат маҳсулотларини тайёрлаш
- 9.4. Парҳез овқатларнинг сифат назорати
- 9.5. Ходимлар шахсий гигиенаси талаби
- 9.6. Даволовчи овқатланиш тамойиллари.

10 БОБ. Ҳамширалик ишида юқумли касалликлар назорати асослари.

- 10.1. Дезинфекция, дезинсекция, дератизация. Турлари, усуллари, йўллари.
 - 10.1.1. Эпидемияга қарши кураш*
 - 10.1.2. Санитар-гигиеник тартиб*
 - 10.1.3. Дезинфекция*
- 10.2. Касалхона ичи инфекцияси ва профилактикаси тушунчаси

11 БОБ. Дори воситаларини қабул қилиш самарадорлигини баҳолашда ҳамшира роли

11.1. Тиббиёт ҳамшираси роли

11.2. Дори воситаларини қабул қилиш усули

11.2.1. Инъекцияларнинг асоратлари

11.2.2. Дориларни оғиз орқали ичириш техникаси.

11.3. Дориларни сақлаш

11.4. Дори тарқатиш қоидаси

II БЎЛИМ. КЛИНИК АМАЛИЁТИ

1 БОБ. Объектив ва субъектив текширув усули

1.1. Субъектив текшириш усули (сўров)

1.1.1. Шикоятлари

1.1.2. Ҳозирги касаллик тарихи (anamnesis morbi).

1.1.3. Беморнинг ҳаёт тарихи (anamnesis vitae).

1.2. Объектив текшириш усуллари

1.2.1. Умумий қўрик аҳамияти

1.2.2. Беморни ҳозирги аҳволи (status praesens).

2 БОБ. Жисмоний ривожланиш

2.1 Жисмоний ривожланишини қонуниятлари.

2.1.1. Антропометрия

2.1.2. 1 ёш ёки ундан катталар тана вазнини ўлчаш

2.1.3. Вазнини тарирланган усул ёрдамида ўлчаш

2.2. Бўйини ёки тана узунлигини ўлчаш

2.2.1. Бўйни ўлчашига тайёрланиш

2.2.2. Бўйни тик турган ҳолатда ўлчаш

2.2.3. Ўлчов асбобларини сақлаш

2.3. Жисмоний ривожланишнинг бузилишида учрайдиган касалликлар.

3 БОБ. Асаб- рухий ривожланиши

3.1. Асаб- рухий ривожланиши қонуниятлари

3.2. Ҳаракат ва асаб руҳиятини ривожланиши.

3.3. Уйқу тартиби.

3.4. Асаб тизимини ва руҳиятни текшириб баҳолаш.

3.4.1. Чақалоқларда шартсиз рефлексларни текшириш.

3.4.2. Беморни умумий аҳволини баҳолаш

3.5. Асаб тизими касалликлари

3.5.1. Невроз

3.5.2. Менингиал синдром

3.5.3. Энцефалитик синдром

4 БОБ Организмнинг ёшига қараб анатомик ва физиологик хусусиятлари. Текширув усуллари

4.1. Тери ва тери ости ёғ қавати

4.1.1. Терини анатомик ва физиологик хусусияти

4.1.2. Терини функционал хусусияти

4.1.3. Тери ости ёғ тўқимаси анатомик ва физиологик хусусияти

4.1.4. Тери ва тери ости ёғ тўқимаси ҳолатини баҳолаш усуллари

4.1.5. Тери касалликлари семиотикаси

4.3 Мушак тизими

4.3.1. Мушаклар анатомик ва физиологик хусусиятлари

4.3.2. Мушак тизими ҳолатини баҳолаш

4.3.3. Мушак тизими касалликлар семиотикаси

4.2 Суяк бўғим тизими

4.2.1. Суяк тизими анатомик ва физиологик хусусияти

4.2.2. Скелет тузилиши хусусияти

4.2.3. Суяк бўғим тизимини баҳолаш усуллари

4.2.4. Касалликлар семиотикаси

4.4 Нафас олиш тизими

4.4.1. Нафас олиш тизими анатомик хусусиятлари

4.4.2. Нафас олиш тизими физиологик хусусиятлари

4.4.3. Нафас олиш органларини текшириш усуллари

4.4.4. Кўкрак қафасини пайпаслаш

4.4.5. Нафас олиш тизимини перкуссияси

4.4.6. Нафас олиш тизимини аускультацияси

4.4.7. Касалликлар семиотикаси

4.5. Юрак қон томир тизими

4.5.1. Хомлада қон айланиши

4.5.2. Чақалокларда қон айланиши

4.5.3. Юрак қон томир тизими анатомик ва физиологик хусусиятлари

4.5.4. Юрак қон томир тизими функционал хусусиятлари

4.5.5. Юрак қон томир тизими ҳолатини баҳолаш

4.5.6. Юрак қон томир тизимини пайпаслаш

4.5.7. Юрак қон томир тизими касалликлар семиотикаси

4.5.8. Туғма юрак нуқсонлар.

4.6 Овқат ҳазм қилиш тизими

4.6.1. Овқат ҳазм қилиш тизими анатомик ва физиологик хусусиятлари

4.6.2. Овқат ҳазм қилиш тизими ҳолатини баҳолаш

4.6.3. Овқат ҳазм қилиш тизими органларини пайпаслаш

4.6.4. Овқат ҳазм қилиш тизими органлари перкуссияси

4.6.5. Овқат ҳазм қилиш тизими органлари аускультацияси

4.6.6. Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлар семиотикаси

4.7. Қон ва қон ҳосил қилиш тизими

4.7.1. Қоннинг анатомик ва физиологик хусусиятлари

4.7.2. Турли ёшда қон ҳарактеристикаси

4.7.3. Қон ҳосил бўлиш тизими ва қон ҳолатини баҳолаш

4.7.4. Периферик лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш

4.7.5. Қоннинг патологик ўзгаришлари

4.9. Пешоб ҳосил бўлиш ва пешоб чиқариш тизими

4.9.1. Пешоб ҳосил бўлиш тизими анатомик ва физиологик хусусиятлари

4.9.2. Пешоб ҳосил бўлиш ва пешоб чиқариш тизимини баҳолаш

*4.9.3. Пешоб ҳосил бўлиш ва пешоб чиқариш тизими касалликлари
семиотикаси*

5 БОБ. ҲАМШИРАЛИК ТАШҲИСИ. ҲАМШИРАЛИК КАСАЛЛИК ТАРИХИ

ИЛОВА.....

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ.....

ВВЕДЕНИЕ.....

1 РАЗДЕЛ. ТЕОРИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

ГЛАВА1. Исторические сведения

1.1 Развитие сестринского дела и факторы, оказавшие влияние на историю
Сестринского дела

1.1.1 Религиозные верования и аспекты

1.1.2 Последствия войн и развитие сестринского дела

1.2 Исторические этапы развития медсестринского дела

1.3 Влияние войн на развитие сестринского дела.

1.4 Развитие медсестринского дела в Узбекистане

1.5 Развитие Международного медсестринского дела

1.5.1 Международный Красный Крест

1.5.2 Международный Комитет медсестер

1.5.3 Всемирная организация здравоохранения – ВОЗ

1.5.4 Ассоциация медсестер Узбекистана

1.6 Развитие теории медсестринского дела

1.7 Человек как объект сестринского дела

1.8 Роль и функции медицинской сестры

1.9 Места осуществления медсестринской деятельности

1.10 Семейная медицинская сестра

ГЛАВА 2. КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЯ

2.1 Понятие о здоровье.

2.2. Саналогия. Валеология.

2,3. Основные факторы, формирующие здоровье.

2.4. Значение здорового образа жизни в формировании
здоровья. Семья и здоровье.

2,4,1. Физическая нагрузка и здоровье.

2,4,2, Закаливание и здоровье.

2.4.3. Нервное истощение, стресс и здоровье.

2.4.4. Экологические факторы и здоровье.

2.4.5. Семья и здоровье.

ГЛАВА 3. БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ, ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.

3.1. Общение с больными.

3.2. Факторы, влияющие на здоровье медицинской сестры.

3.2.1 Токсические вещества.

3.2.2 Отходы анестезирующих газов.

3.2.3. Микробиологические вредные факторы.

3.2.4 Стресс и нервное истощение.

ГЛАВА 4. Санитарно-просветительная работа.

4.1 Цели санитарного просвещения.

4.2 Этические аспекты санитарного просвещения.

4.3 Санитарная пропаганда.

4.4 Центры здоровья.

4.5 Методы и средства санитарного просвещения.

4.6 Организация службы санитарно-эпидемиологического контроля на современном этапе.

4.7 Государственная служба санитарно-эпидемиологического контроля.

4.8 Охрана здоровья женщин.

ГЛАВА 5. ОСНОВЫ КОММУНИКАЦИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ.

5.1 Роль коммуникации в построении взаимоотношений

5.2 Наблюдательность и сопереживание.

5.3. Искусство реагирования.

5.4 Искусство активного слушания.

5.5. Личные умения и качества медицинской сестры.

5.5.1. Теплота и чувство присутствия.

5.5.2. Знание своих сильных и слабых сторон.

5.5.3. Самораскрытие.

5.5.4. Самопринятие.

5.6 Невербальные навыки.

5.7 Вербальные навыки.

5.8. Запись процесса общения.

5.9. Помощь пациентам.

ГЛАВА 6. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

6.1 Краткая история развития медицинской этики и деонтологии.

6.2 Права и обязанности медицинской сестры.

6.3 Этический Кодекс медсестры.

6.4 Основные принципы медицинской этики.

6.5 Понятие о биоэтике.

ГЛАВА 7. Сестринский процесс.

7.1. Схема сестринского процесса.

7.2. Цели сестринского процесса.

7.3. Этапы сестринского процесса.

7.3.1 Сестринский процесс I - этап. Обследование больного, сбор сведений о пациенте.

7.3.2 Сестринский процесс II - этап. Выявление проблем пациента, сестринский диагноз.

7.3.3 Сестринский процесс III -IV этапы. Планирование сестринского ухода, осуществление ухода.

7.3.4. Сестринский процесс V этап. Оценка результатов ухода.

7.4. Сестринская история болезни.

ГЛАВА 8. ОСНОВЫ ИММУНИЗАЦИИ.

8.1 Основные требования к иммунопрофилактике.

8.2. Виды вакцин.

8.3 Правила и порядок проведения профилактических прививок.

8.4 Противопоказания к вакцинации.

8.5 Профилактика осложнений.

8.6 Техника вакцинации.

8.7 Календарь профилактических прививок.

ГЛАВА 9. Организация питания в детских лечебно-профилактических учреждениях.

9.1 Организация работы пищеблока в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ).

9.1.1. Обоснование и задачи лечебного питания

9.1.2. Основные задачи медсестры ЛПУ по осуществлению лечебного питания

9.1.3. Обязанности больничной медсестры по осуществлению лечебного питания.

9.1.4. Обязанности главного повара и диетолога.

9.1.5. Обязанности раздатчицы.

9.2. Составление порционника.

9.3. Подготовка пищевых продуктов.

9.4. Контроль качества диетического питания.

9.5. Санитарные требования к личной гигиене персонала.

9.6. Принципы составления диет.

ГЛАВА 10. ОСНОВЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ.

10.1 Дезинфекция, дезинсекция, дератизация. Виды, методы, способы.

10.1.1. Противоэпидемический режим.

10.1.2. Санитар-гигиенческий режим.

10.1.3. Дезинфекция

10.2 Понятие о профилактике внутрибольничных инфекций.

ГЛАВА 11. РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.

11.1 Роль медицинской сестры.

11.2 Способы приема лекарственных средств.

11.2.1. Осложнения от инъекций.

11.2.2. Техника перорального приема лекарств.

11.3 Хранение лекарств.

11.4 Правила хранения лекарств.

II РАЗДЕЛ. КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА.

ГЛАВА 1. МЕТОДЫ СУБЪЕКТИВНОГО И ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА.

1.1. Субъективные методы исследования (распрос).

1.1.1. Жалобы.

1.1.2. История болезни пациента (anamnesis morbi).

1.1.3. История жизни пациента (anamnesis vitae).

1.2. Объективные методы исследования.

1.2.1 Значение общего осмотра.

1.2.2. Общее состояние пациента (status praesens).

ГЛАВА 2. ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ.

2.1. Закономерности физического развития детей.

2.1.1 Антропометрия

2.1.2 Измерение массы тела

2.1.3. Измерение массы тела ребенка методом тарированного взвешивания.

2.2. Измерение длины тела или роста.

2.2.1. Подготовка к измерению роста.

2.2.2. Измерение роста в вертикальном положении.

2.2.3. Хранение измерительного инвентаря.

2.3. Заболевания, наблюдающиеся при нарушении физического развития детей.

ГЛАВА 3. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ.

3.1. Закономерности психомоторного и психо-эмоционального развития

3.2. Моторика и психическое развитие

3.3. Режим сна и бодрствования

3.4. Оценка нервно-психического развития

3.4.1. Исследование безусловных рефлексов новорожденного.

3.4.2. Оценка общего состояния больного.

3.5. Заболевания нервной системы.

3.5.1. Невроз.

3.5.2. Менингеальный синдром.

3.5.3. Энцефалитический синдром.

ГЛАВА 4. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ. МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ.

4.1 Кожа и подкожно-жировая клетчатка.

4.1.1 Анатомо-физиологические особенности кожи.

4.1.2 Функциональные особенности кожи.

4.1.3 Анатомо-физиологические особенности подкожно-жировой клетчатки.

4.1.4 Методики оценки состояния кожи и подкожно-жировой клетчатки.

4.1.5 Семиотика заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки.

4.2 Мышечная система.

4.2.1 Анатомо-физиологические особенности мышц у детей.

4.2.2 Оценка состояния мышечной системы.

4.2.3 Семиотика заболеваний мышечной системы.

4.3 Костно-суставная система.

4.3.1. Анатомо-физиологические особенности костной системы.

4.3.2 Особенности строения скелета ребенка.

4.3.3 Методики оценки состояния костно-суставной системы.

4.3.4 Семиотика заболеваний костной системы.

4.4 Система дыхания.

4.4.1 Анатомические особенности системы дыхания.

4.4.2 Физиологические особенности системы дыхания.

4.4.3 Методика исследования органов дыхания.

4.4.4 Пальпация грудной клетки.

4.4.5 Перкуссия дыхательной системы.

4.4.6 Аускультация дыхательной системы.

4.4.7 Семиотика заболеваний дыхательной системы.

4.5 Сердечно-сосудистая система.

4.5.1 Плацентарное кровообращение плода.

4.5.2 Кровообращение новорожденного.

4.5.3 Анатомо-физиологические особенности сердца и сосудов.

4.5.4 Функциональные особенности сердечно-сосудистой системы.

4.5.5 Оценка состояния сердечно-сосудистой системы.

4.5.6 Пальпация сердечно-сосудистой системы.

4.5.7 Семиотика нарушений сердечно-сосудистой системы.

4.5.8 Врожденные пороки сердца.

4.6 Система пищеварения

4.6.1 Анатомо-физиологические особенности системы пищеварения.

4.6.2 Оценка состояния системы пищеварения.

4.6.3 Пальпация органов пищеварительной системы.

4.6.4 Перкуссия органов пищеварительной системы.

4.6.5 Аускультация органов пищеварительной системы.

4.6.6 Семиотика нарушений системы пищеварения

4.7. Кровь и система кроветворения

4.7.1 Анатомо-физиологические особенности крови.

4.7.2 Характеристика крови в разные периоды детства.

4.7.3 Оценка состояния системы кроветворения и крови.

4.7.4 Оценка состояния периферических лимфоузлов.

4.7.5 Семиотика нарушений системы крови и кроветворения.

4.8 Система мочеобразования и мочевыведения.

4.8.1 Анатомо-физиологические особенности системы мочеобразования и мочевыведения.

4.8.2 Оценка системы мочеобразования и мочевыведения.

4.8.3 Семиотика нарушений системы мочеобразования и мочевыведения.

**ГЛАВА 5. СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ. СЕСТРИНСКАЯ ИСТОРИЯ
БОЛЕЗНИ.....**
ПРИЛОЖЕНИЕ.....

CONTENT

ANNOTATION.....

INTRODUCTION.....

1st PART. THEORY OF NURSING

CHAPTER 1. Historical data

1.1 Development of Nursing and the factors that influenced to the history of nursing

1.1.1 Religious beliefs and aspects

1.1.2 The consequences of war and the development nursing

1.2 Historical stages of development of nursing

1.3 Influence wars on the development of nursing.

1.4 Development of nursing in Uzbekistan

1.5 Development of the International Nursing

1.5.1 International Red Cross

1.5.2 The International Committee of Nurses

1.5.3 World Health Organization - WHO

1.5.4 Nurses Association of Uzbekistan

1.6 Development of the theory of Nursing

1.7 Human, like an object of Nursing

1.8 Role and functions of the nurse

1.9 Designated implementation of nursing

1.10 The Family Health care Nurse

CHAPTER 2. THE CONCEPT OF HEALTH

2.1 The concept of health.

2.2. Sanology. Valueology.

2,3. The main factors forming human health.

2.4. The value of a healthy lifestyle in the creating of health. Family and health.

2,4,1. Physical activity and health.

2,4,2, Tempering and health.

2.4.3. Nervous exhaustion, stress and health.

2.4.4. *Environmental Exposures and health.*

2.4.5. *Family and health.*

CHAPTER 3. NURSE SAFETY IN THE WORKPLACE, HEALTH PROTECTION NURSES.

3.1. Communication with patients.

3.2. Factors influencing to the health of nurses.

3.2.1 *Toxic substances.*

3.2.2 *Wastes of anesthetic gases.*

3.2.3. *Microbiological harmful factors.*

3.2.4 Stress and nervous exhaustion.

CHAPTER 4. Sanitary – educational experience.

4.1 Objectives of the sanitary education.

4.2 Ethical aspects of the sanitary education.

4.3 Sanitary promotion.

4.4 Health care centers.

4.5 Methods and tools for sanitary education.

4.6 Organization of the service for Disease Control at the present stage.

4.7 The State Service for Disease Control.

4.8 Women's Health care protection.

CHAPTER 5. BASICS OF COMMUNICATION IN NURSING.

5.1 Role of communication in building relationships

5.2 Observation and compassion.

5.3. Experience response.

5.4 Experience of active listening.

5.5. Personal skills and the quality of nurse.

5.5.1. *The warmth and feeling of presence.*

5.5.2. *Knowing ones strengths and weaknesses..*

5.5.3. *Self-disclosure.*

5.5.4. *Self-acceptance.*

5.6 Non-verbal skills.

- 5.7 Verbal skills.
- 5.8. Entry of the communication process.
- 5.9. Assistance to the patients.

CHAPTER 6. ETHICS AND DEONTOLOGY IN NURSING

- 6.1 A brief history of medical ethics and deontology.
- 6.2 Rights and responsibilities of nurses.
- 6.3 Code of Ethics nurses.
- 6.4 Basic principles of medical ethics.
- 6.5 The concept of Bioethics.

CHAPTER 7. NURSING PROCESS.

- 7.1. The scheme of the nursing process.
- 7.2. The objectives of the nursing process.
- 7.3. Stages of the nursing process.

7.3.1 Nursing Process I - stage. Examination of the patient, collecting patient information.

7.3.2 Nursing process II - Stage. Identification of the patient's problems, nursing diagnosis.

7.3.3 Nursing process stages III -IV. Planning nursing care, exercise care.

7.3.4. Nursing process V - Stage. Evaluation of the results of care.

- 7.4. Nursing medical history.

CHAPTER 8. FUNDAMENTALS OF IMMUNIZATION.

- 8.1 Basic requirements for immunization.
- 8.2. Types of vaccines.
- 8.3 Rules and procedure of preventive vaccination.
- 8.4 Contraindications to the vaccination.
- 8.5 Prevention of complications.
- 8.6 Vaccination technique.
- 8.7 Calendar of preventive vaccinations.

CHAPTER 9. CATERING TO THE CHILDREN'S HEALTH-CARE FACILITIES.

9.1 Organization of the work of the kitchen in the health care setting (HCS).

9.1.1. Rationale and objectives of clinical nutrition

9.1.2. The main tasks of nurses health facilities to implement therapeutic feeding

9.1.3. Duties of hospital nurses in the implementation of clinical nutrition.

9.1.4. Acting Chief cook and nutritionist.

9.1.5. responsibilities of the spreadments.

9.2. Drafting

9.3. Preparation of foodstuffs.

9.4. Quality control of dietary.

9.5. Sanitary requirements for personal hygiene of staff.

9.6. Principles of compiling diets.

CHAPTER 10. BASIC INFECTION CONTROL NURSING.

10.1 Disinfection and disinfestation. Species, methods, techniques.

10.1.1. Epidemic control mode.

10.1.2. Sanitary-hygienic regimen.

10.1.3. Disinfection

10.2 The concept of the prevention of nosocomial infections.

CHAPTER 11. ROLE OF THE NURSE IN ASSESSING THE EFFECTIVENESS RECEPTION OF MEDICAL PRODUCTS.

11.3 The role of the nurse.

11.4 Methods administration of the drugs.

11.2.1. Complications from the injections.

11.2.2. Technique of oral drugs.

11.3 Storage of medicines.

11.4 Terms of storage of medicines.

2nd PART . CLINICAL PRACTICE.

CHAPTER 1. METHODS SUBJECTIVE AND OBJECTIVE EXAMINATION OF THE PATIENT.

1.1. Subjective methods of investigation (questioning).

1.1.1. *The complaints.*

1.1.2. Patient medical history (*anamnesis morbi*).

1.1.3. The history of the patient's life (*anamnesis vitae*).

1.2. Objective research methods.

1.2.1 The value of the total inspection.

1.2.2. The general condition of the patient (*status praesens*).

CHAPTER 2. PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN.

2.1. Laws of the physical development of children.

2.1.1 anthropometry

2.1.2 Measurement of body weight

2.1.3. Measurement of body weight of the child by calibrated weighing.

2.2. Measuring the length and height.

2.2.1. Preparing for measurement of growth.

2.2.2. Measurement of growth in vertical position,.

2.2.3. Storage of measuring equipment.

2.3. Disease observed in violation of the physical development of children.

CHAPTER 3. NEURO-PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN.

3.1. Laws of psychomotor and psycho-emotional development

3.2. Motor skills and mental development

3.3. Sleep and wakefulness regime

3.4. Evaluation of neuropsychological development

3.4.1. The study of unconditioned reflexes newborn.

3.4.2. The general condition of the patient.

3.5. Diseases of the nervous system.

3.5.1. neurosis.

3.5.2. meningeal syndrome.

3.5.3. encephalitic syndrome.

CHAPTER 4. ANATOMICAL AND PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ORGANS AND SYSTEMS CHILDREN IN THE AGE ASPECT. RESEARCH METHODOLOGY.

4.1 Skin and subcutaneous fat.

4.1.1 Anatomical and physiological features of the skin.

4.1.2 Functional features of the skin.

4.1.3 Anatomical and physiological characteristics of subcutaneous fat.

4.1.4 Methodology for assessing the condition of the skin and subcutaneous fat.

4.1.5 Semiotics of diseases of the skin and subcutaneous fat.

4.2 muscular System.

4.2.1 Anatomical and physiological characteristics of muscle in children.

4.2.2 Assessment of the state of the musculoskeletal system.

4.2.3 Semiotics of diseases of the musculoskeletal system.

4.3 Bone and joint system.

4.3.1. Anatomical and physiological features of the skeletal system.

4.3.2 Structural features of the skeleton of the child.

4.3.3 Methodology for assessing the state of the of bones and joints systems.

4.3.4 Semiotics of diseases of the skeletal system.

4.4 Respiratory system

4.4.1 Anatomical features of the respiratory system.

4.4.2 Physiological characteristics of the respiratory system.

4.4.3 Technique to study respiratory.

4.4.4 Palpation of the chest.

4.4.5 Percussion of the respiratory system.

4.4.6 Auscultation of the respiratory system.

4.4.7 Semiotics of diseases of the respiratory system.

4.5 Cardiovascular system.

4.5.1 Fetal placental circulation.

4.5.2 Circulation of the newborn.

4.5.3 Anatomical and physiological characteristics of the heart and blood vessels.

4.5.4 Functional features of the cardiovascular system.

4.5.5 Evaluation condition of the cardiovascular system.

4.5.6 Palpation of the cardiovascular system.

4.5.7 Semiotics of disease of the cardiovascular system.

4.5.8 Heart failure.

4.6 Digestive System

4.6.1 Anatomical and physiological characteristics of the digestive system.

4.6.2 Evaluation condition of the digestive system.

4.6.3 Palpation of the digestive system organs.

4.6.4 Percussion of the digestive system organs.

4.6.5 Auscultation of the digestive system.

4.6.6 Semiotics of diseases of the digestive system

4.7. Blood and hematopoietic system

4.7.1 Anatomical and physiological characteristics of the blood and hematopoietic system.

4.7.2 Characteristics of the blood in different periods of childhood.

4.7.3 Evaluation condition of the blood and hematopoietic system.

4.7.4 Evaluation condition of the peripheral lymph nodes .

4.7.5 Semiotics of diseases of the blood and hematopoietic system.

4.8 The system of urine formation and urination.

4.8.1 Anatomical and physiological characteristics of the urine formation and urination.

4.8.2 Evaluation of the urine formation and urination.

4.8.3 Semiotics of diseases of the urine formation and urination.

CHAPTER 5. NURSING DIAGNOSE. NURSING MEDICAL HISTORY.... APPLICATIONS.....

ИЛОВА 1

3 ёшгача бўлган соғлом болаларда ҳаракат ва асаб - рухий ривожланишининг ёшга нисбатан асосий кўрсаткичлари.

Болани ёши	№	Белгиси
0 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 	<p>«Хомилалик» ҳолати сақланган, йиғувчи мускуллар тонуси ошган.</p> <p>Чақалокдаги шартсиз рефлекслар яхши ифодаланган.</p> <p>Таламопаллидар даражадаги ҳаракат мавжуд.</p> <p>Предметни нистагмга оид нигоҳда кузатади.</p> <p>Бехосдан келган қаттиқ товушга чўчиб тушади.</p>
1 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 	<p>Ҳаракатдаги предметни охиста нигоҳда кузатади (2-3 хафталигида ёрқин предметга нигоҳ ташлай олади).</p> <p>Товушга эътибор бериб, қулоқ сола бошлайди.</p> <p>Эркалаб гаплашганда биринчи бор жилмаяди ва бўғиздан майин товуш чиқаради.</p> <p>Қорин билан ётганда бошини 1-2 секунд тутиб туради.</p> <p>Қитиқлаганда ҳаракат билан жавоб беради.</p>
2 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 	<p>Товуш манбаини бошини буриб қидиради.</p> <p>Предметга нигоҳ ташлаб узоқ термулиб туради.</p> <p>Эркалаб гаплашганда тезда жилмайиш билан жавоб беради.</p> <p>Қорни билан ётганда бошини яхши тутиб тура олади.</p> <p>Товуш чиқаришга (нутқга тайёрловчи босқич) ҳаракат қилади.</p>
3 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 	<p>Ҳаракатсиз предметга эътибор бериб нигоҳини қаратади.</p> <p>Ҳис - туйғусини комплекс «жонланиш» билан ифодалайди.</p> <p>Қорни билан ётганда билак тирсагига таянган ҳолда танасини кўтаришга ҳаракат қилади.</p> <p>Оёқлари ярим букилган ҳолда қаттиқ таянчга тиралиб туради.</p> <p>Бола ётганда орқасидан ёнбошга айлана олади.</p> <p>Гувиллаб унли товушлар чиқаради.</p>
4 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 	<p>Онасини танийди, уни кўрганда шодланиб, қувонади.</p> <p>Қатгалар билан мулоқотда, эркалаганда баланд товушда кулади.</p> <p>Нигоҳи билан келаётган товуш манбаини топади.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ўйинчоқларини чангаллаб ушлаб олиб, унга қизиқиш билан қарайди, оғзига олиб боради. 4. Ландаунинг юқориги рефлекси пайдо бўлади. 5. Орқасидан ёнбошга фаол айлана олади. 6. Физиологик мускуллар таранглиги йўқолади 7. Ўзига яқин кишиларни ўзгалардан ажратади, майин эркаловчи товушларни, ҳамда онасини товушини ва қараганда мимика ҳолатини ажратади.
5 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. Катталар кўлидан ўйинчоқларни олади. 2. Қорни билан ётганда, ёзилган кўллари кафтига таяниб, бошини ва кўкрак қафасини кўтаради. 3. Катталар ёрдамида, оёқ бўғимларини тўғри тик тутиб туради. 4. Чалқанча ётганда қорнига ағдарила олади. 5. Болани гувиллаши узоқ ва оҳангдор бўлади. 6. Ўзини, ўз яқинларини ва ўзгалар исмини эшитганда хар хил таъсиротда бўлади.
6 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ўйинчоқларни онсонлик билан кўлга олиб, уни кўлидан кўлига олган холда узоқ вақт давомида ўйнайди. 2. Кўллари билан бирор нарсани ушлаганча сурилиб эмаклайди. 3. Қорни билан ётганда онсонликча орқасига айлана олади. 4. Тили чиқаётган бола гувранишига хос баъзи сўз бўғимларини (ба – та - па) айта бошлайди. 5. Кошик ёрдамида овқатланиб, пиёлада чой ича бошлайди. 7. Ойнада ўзини кўриб, унга хурсандчилик билан талпинади.
7 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ўйинчоқларни хар томонга силкитиб, тақиллатади, тахлаб, териб, отиб юбориб ўйнайди. 2. Яхши эмаклайди. 3. Узоқ вақт гувиллаб, сўз бўғинларини айтади. 4. Таниш бўлган нарсани «қани» деб суралса, ахтаради ёки нигоҳи билан топади. 5. Суюқликни пиёладан бемалол ича олади.
8 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оддий ўйинларни тақлид килади, ўйончоқни тортиб олади, тақиллатади, юмалатади.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. 3. 4. 5. 	<p>Бемалол ўтиради, ётади, бирон нарсани ушлаб оёғида тик туради.</p> <p>Катталар илтимосига кўра «қўлингни бер», «чапак чал» ва «хайирлаш» ва бошқа ҳаракатларни бажаради.</p> <p>Аниқ ва баланд товушда сўз бўғинларини бир нечтасини айта олади.</p> <p>Печенье ёки сухарини қўлида ушлаган ҳолда оғзида чайнаб ивитиб ея олади.</p>
9 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 	<p>Бошқа болалар оддий ҳаракатларини тақлид қилиб қайтаради.</p> <p>Таянчга таянган ҳолда юради. Бемалол эмаклаб мўлжалга етиб боради.</p> <p>«Қаерда», «бер» деган саволларага, предметни бир неча жойларда қидириб топа олади.</p> <p>Исмини айтиб чақирилса, жавобан ўгирилиб қарайди.</p> <p>Қаршиликсиз тувакда ўтиради.</p> <p>Муסיқа товушига рақсга ўхшаш ҳаракат қилади.</p>
10 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 	<p>Болалар гуруҳида яхши ўйнайди.</p> <p>Илтимос қилинса, ўрганган хатти – ҳаракатларни қайта бажаради.</p> <p>Баланд бўлмаган зинапояларга чиқиб, тушади.</p> <p>«Бер» деган илтимосга предметни топиб беради.</p> <p>Катталар кетидан янги сўз бўғинларини айта олади.</p> <p>Ётган ҳолатда бир қўлига таяниб ўтира олади.</p>
11 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 	<p>Гуруҳдаги болалардан ўзи хоҳлаган – хоҳламаганини танлайди, «ажратиш» муносабатида бўлади.</p> <p>Кубик, пирамидаларни тахлайди.</p> <p>Мустақил туриб, биринчи бор қадам ташлайди.</p> <p>Биринчи бор қўғирчок, кубик, машина, коптокчаларни умумлаштира олади.</p> <p>Сўз, мотор нутқи ривожлана боради, оёғи ада сўзларини айтади, ҳамда онги равишда тушунган ҳолда ав – ав (кучук), би – би (автомобил) ва оддийлаштирилган сўзларни айта бошлайди.</p>
12 ойда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 	<p>Кубик, думалок, ғиштчалар каби предметларни шаклига қараб фарқлайди.</p> <p>Машинани хайдаш, қўғирчокқа овқат бериш, ухлатиш каби</p>

1 ёшу 6 ойгача	<p>мазмунли ўйинларни бажара бошлайди.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Мустақил кадам ташлай юра бошлайди. 4. Оддий топшириқларни бажаради, ман этилса тушунади. 5. 8-10 та енгил сўзларни айта олади. Ўзи тушунадиган сўз бойлиги тез ортиб боради. <ol style="list-style-type: none"> 1. Гапирадиган оддий сўз бойлиги 30 – 40 га етади, ва айрим сўзларни ноаниқ гудурланиб гапиради. 2. Ўзи жуда қизиққан ҳолатда ҳамда катталар билан мулоқотда айрим енгил сўзларни тўлалигича айтади. 3. Узоқ вақт тўғри ва яхши юра олади, йўлни ўзгартиб чопишга интилади, энгаша олади, ўтириб туради, ён атрофга ўгирилади. 4. Аввал ўрганган кўғирчоғини ечинтириш, овқатлантириш каби хатти ҳаракатларни қайтаради. 5. Мухим бир белгига эга бўлган предметларни, буюмларни умумлаштиради. 6. Шакли бўйича кескин фарқ қилувчи (куб, шар) ва катта – кичик предметларни ажратиб териб чиқади. 7. 5 – 10 см баландликдаги тусикдан кадам ташлаб ўта олади. Хар қандай қуюқ ва суюқ овқатларни қошиқ билан мустақил 8. равишда истеъмол эта олади. 9. Кийими ва ўйинчоқларини сақланадиган жойни билади. 1 метр баландликдаги икки томонга очиладиган нарвон 10. поғоначаларига олдин бир, сўнг иккинчи қадамни қўйган ҳолда 11. кўтарилиб туша олади. Хар хил хайвон ва асбоб товушларини: вов – вов (итлар), муу – 12. муу (сигир), тик – тик (соат) ўзи қизиққан вақтида такрорлайди.
1 ёшу 6 ойдан 2 ёшгача	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сурагга қараб мураккаб бўлмаган хикоя айтилса тушунади, сўралса жавоб беради. 2. 3-4 сўздан иборат оддий гапларни гапира олади. Грамматик ўзгаришлар кузатилади. 3. Бир биридан 3 смгача бўлган катталиқда фарқ қилувчи предметларни ажратади. 4. Кубчалар ёрдамида мураккаб бўлмаган қурилиш ишларини (уйча, дарвоза, курсича) бажаради.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 	<p>15-20 см баландликдаги ва кенгликдаги ёғоч брусда юра олади.</p> <p>Қисман ечина бошлайди, бир оз ёрдам берилса пайпоғи, қалпоғини ечади.</p> <p>Сўз бойлиги тезда ортиб боради. (2 ёшда 300 тага етади). Гапларида феъллар пайдо бўла бошлайди, аммо отларни кўп ишлатади.</p> <p>10-13 см баландликдаги тўсиқдан қадам ташлаб ўта олади.</p> <p>1.5 м баландликдаги икки томонга очиладиган нарвон поғоначаларига олдин бир, сўнг иккинчи қадамни қўйган холда ёки навбатма- навбат қадамда кўтарилади, туша олади.</p> <p>Намунага қараб ва илтимосга кўра 3 хилдаги рангни ажратиб беради.</p> <p>Қисман кийина бошлайди: қалпоқ, пайпоқ, пойафзални ўзи кияди.</p> <p>Бир қатор мантиқий, бир- бирига боғланган сюжетлик ўйинларни ўйнайди.</p>
2 ёшу 6 ойгача	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 	<p>Кўп сўздан иборат гапларни гапира олади, аммо хамма вақт хам грамматик тўғри бўлавермайди.</p> <p>Гапларида «қаерда», «қачон», «қаерга» каби саволлар пайдо бўла бошлайди.</p> <p>Нутқ катталар ва болалар билан мулоқотда асосий восита бўлиб қолади.</p> <p>Сюжетлик ўйинларни фикрлаб, тартибга солиб, мураккаблаштириб ижро эта бошлайди.</p> <p>Хикоячиларни иллюстрациясиз тушунади.</p> <p>2-3 бола бўлиб ўйнай бошлайди.</p> <p>Оддий қурилишларни бажариб, улар номини айта олади.</p> <p>20-28 см баландликдаги тўсиқдан қадамлаб ўта олади.</p> <p>20 см баландликдаги табуреткага чиқиб туша олади.</p> <p>Коптокни бир қўли билан 80-90 см даги нишонга ота олади. Овқатни тартибли равишда истеъмол қилади.</p> <p>Мустақил кийинади, аммо хали тугмачаларини қадашни, пойафзални ипларини боғлашни урдалай олмайди.</p>
2 ёшу 6 ойликда	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 	<p>Кичик хажмдаги шеър ёки қўшиқларни осон эслаб қолади.</p> <p>Сўз бойлиги 1200-1500 тага етади.</p>

<p>н 3 ёшгача.</p>	<p>3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.</p>	<p>Кўпинча «нима учун», «каерда», «качон» саволларини беради. Нутқида кўпинча эргашган гаплардан фойдаланади, аммо ҳамма вақт ҳам буларни грамматик тўғри талаффуз эта олмайди. 4 хилдаги асосий рангларни билади, тўғри айтиб кўрсатиб беради. Ўйинларда рол ижро этиш элементлари пайдо бўлади. Қалам ёрдамида элементар расмларни чизиб, пластилиндан оддий фигураларни ясайди. Мураккаб сюжетли қурилишларни ясайди. Тасвирий фаолиятни бошлайди. 30-35 см баландликдаги тўсикдан қадамлаб ўтади. Катталарни бир озгина ёрдамида мустақил кийинади. Керак бўлганда эслатишсиз даструмол ва сочикдан фойдаланади.</p>
------------------------	---	---

3 ёшдан катта болаларда рухият ва нутқни ривожланиши у билан бўлган турли мунсабатлар, уни сева билиш, тарбия омилларига боғлиқ бўлиб, ёш катталаниши билан булар мураккаблашиб боради. Адабиётларда келтирилишича болада умуман ақлий ривожланишни 50% тўрт ёшгача бўлган даврга, 30% 4-8 ёшда, 20% 8-7 ёшлик даврга туғри келади.

ІЛОВА 2
ЖИСМОНІЙ РИВОЖЛАНІШ ЖАДВАЛІ

ЎЛЧАШ МУДДАТЛАРИ

дастлабки ўлчаш	туғилганда
иккинчи ўлчаш	15 кунликда
учинчи ўлчаш	30 кунликда
ой сайин	1 ёшгача
ҳар 3 ойда	3 ёшгача
ҳар 6 ойда	5 ёшгача
йил сайин	кейинги йилларда

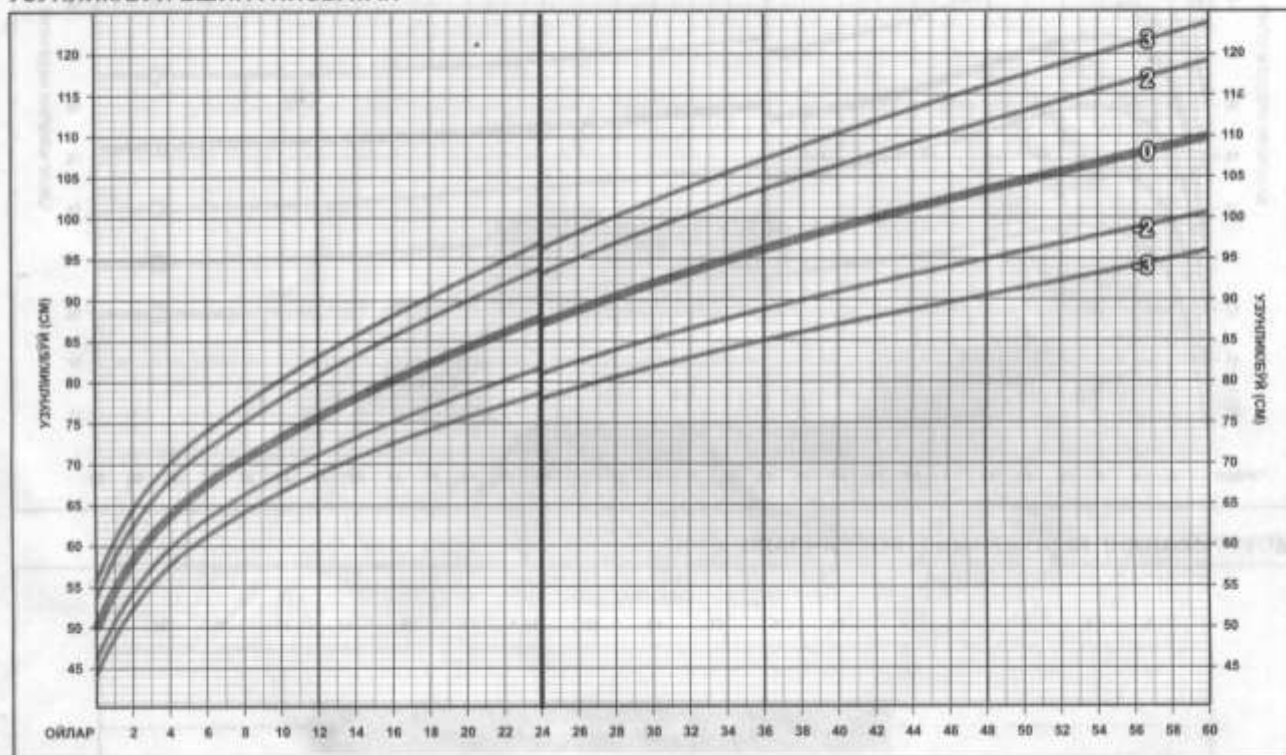
болонинг фамилияси ва исми



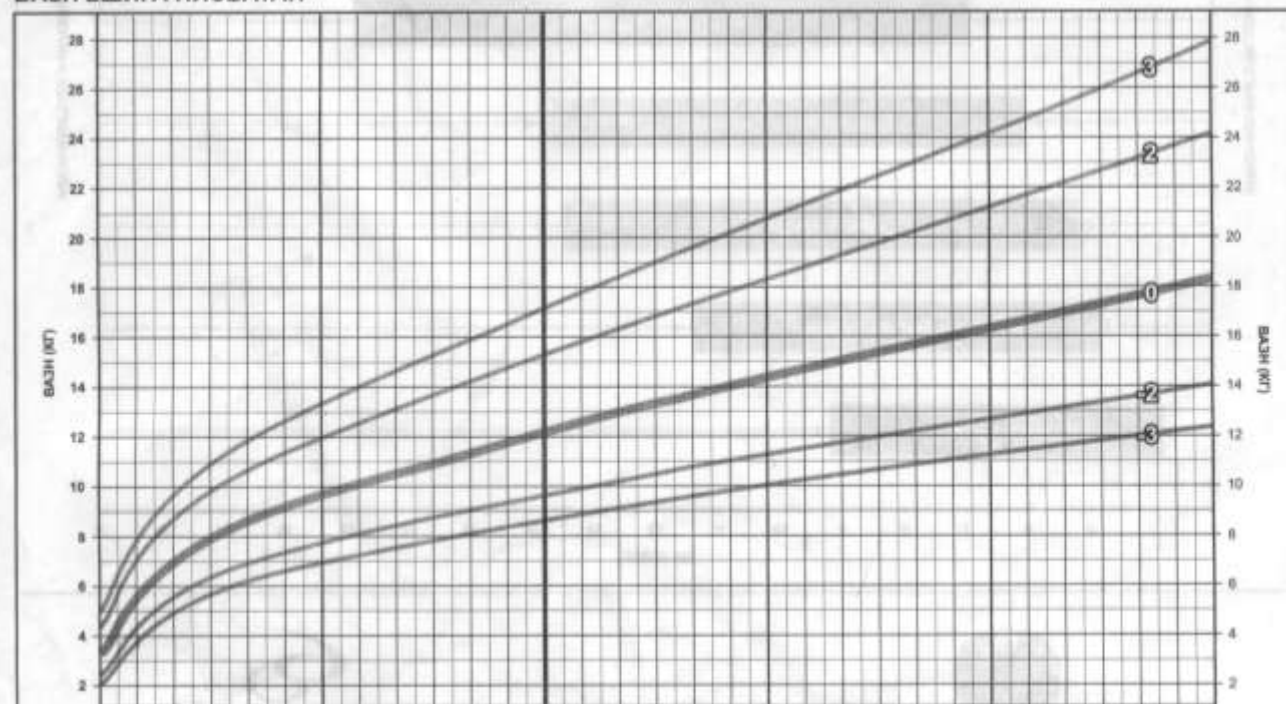
туғилган сана

Эсда тутиш: болани овқатлантиришдаги камчиликлар, шунингдек ўсиши ва ривожланишида четланишлар намоён бўлганда бола тана вазини тез-тез ўлчаш зарур бўлади.

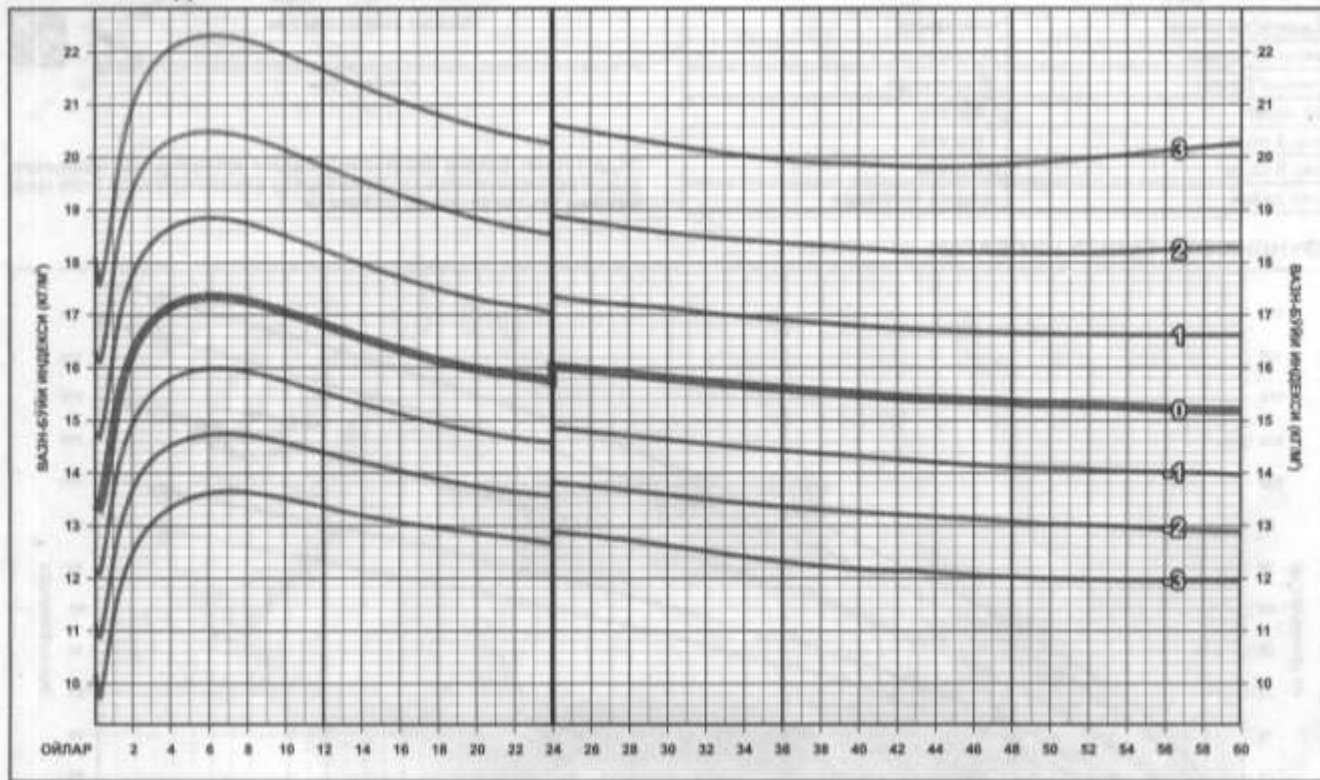
УЗУНЛИК/БЎЙ ЁШИГА НИСБАТАН



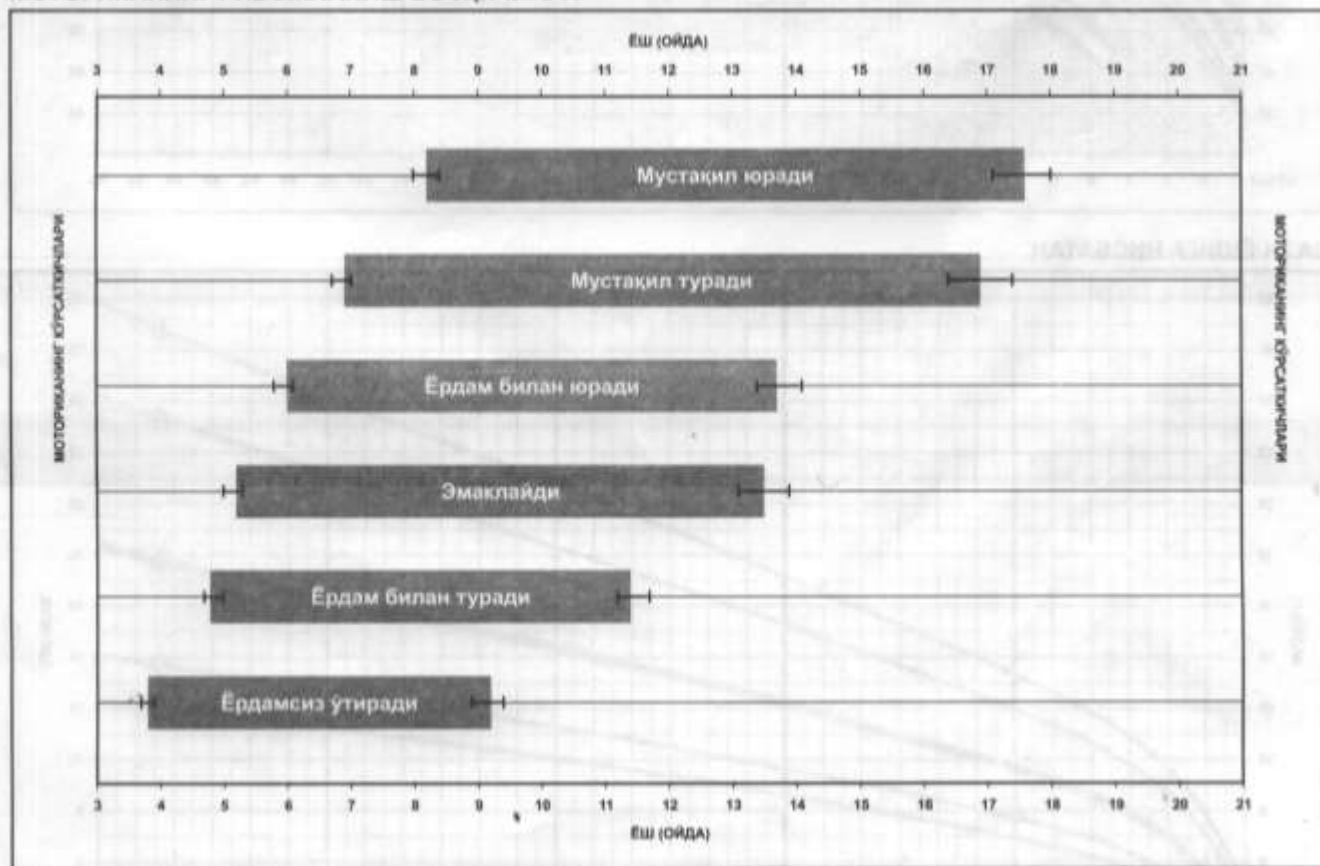
ВАЗН ЁШИГА НИСБАТАН



ВАЗН-БУЙ ИНДЕКСИ ЁШИГА НИСБАТАН



МОТОРИКАНИНГ РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ



ЎЛЧАШ МУДДАТЛАРИ

дастлабки ўлчаш	тугилганда
иккинчи ўлчаш	15 кунликда
учинчи ўлчаш	30 кунликда
ой сайин	1 ёшгача
ҳар 3 ойда	3 ёшгача
ҳар 6 ойда	5 ёшгача
йил сайин	кейинги йилларда

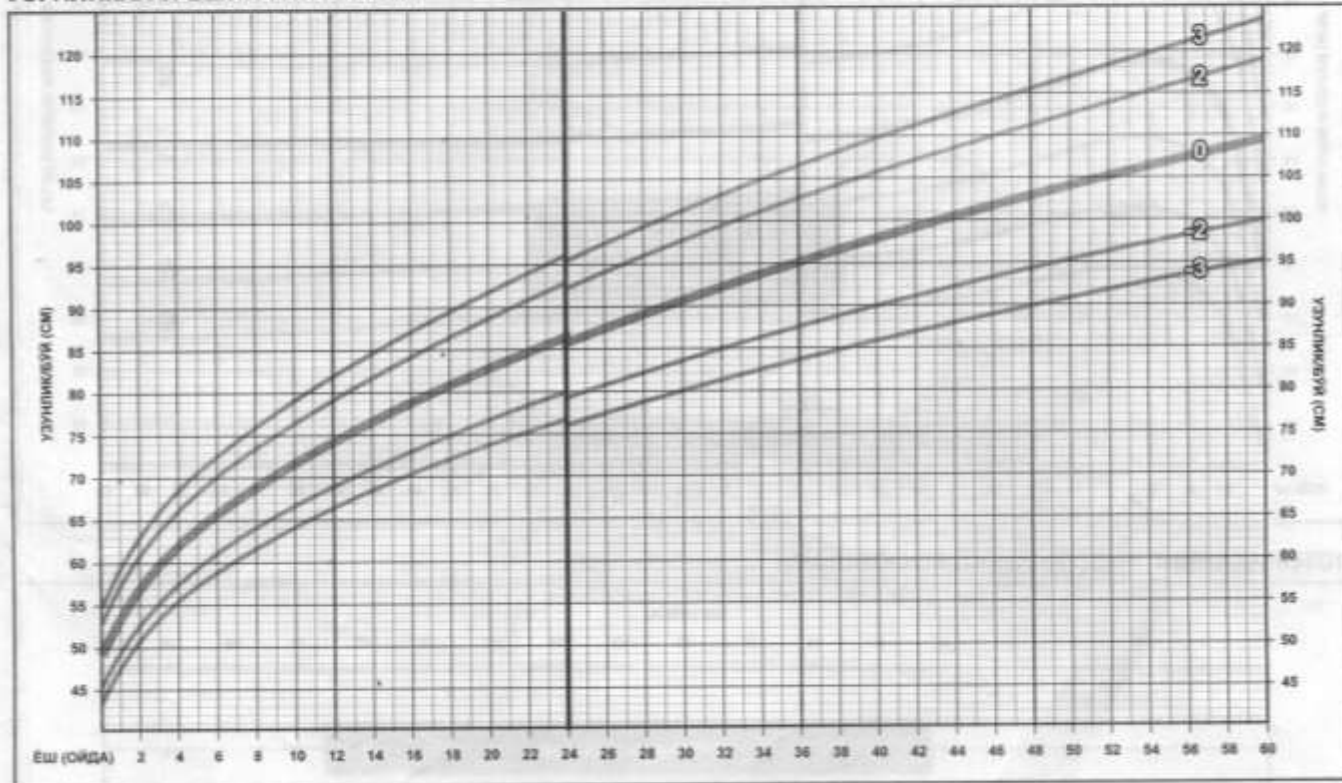
Боланинг фамилияси ва исми

туғилган сана

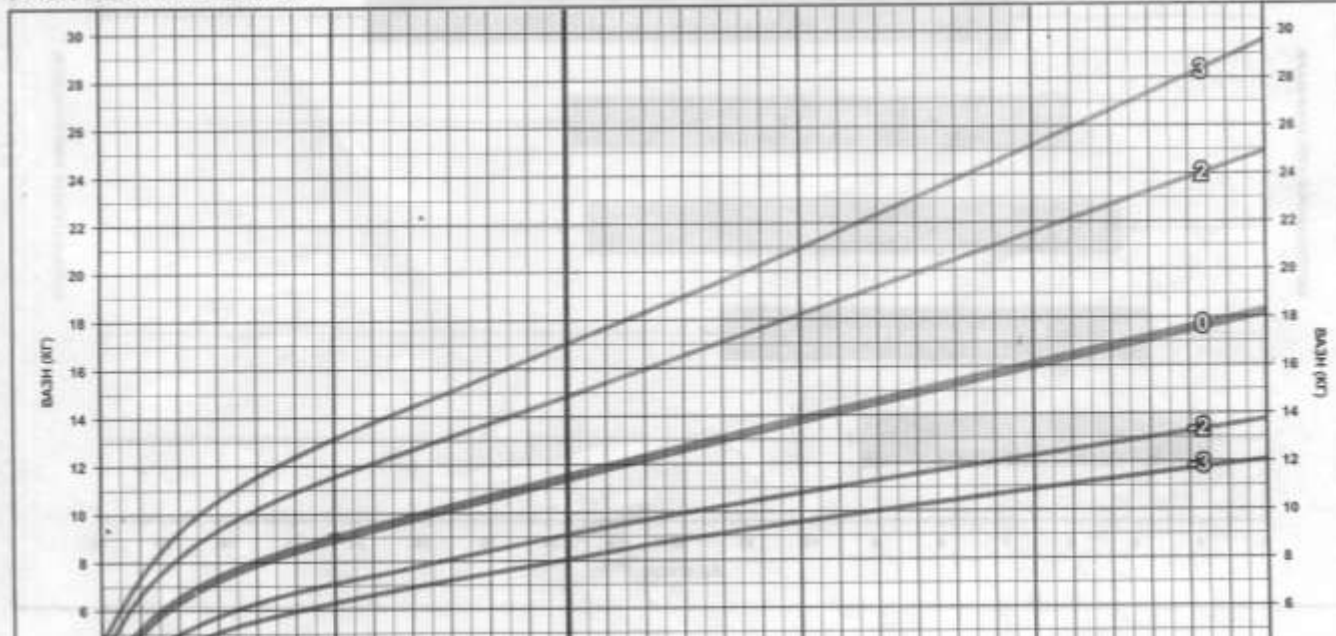


Эсда тутиш: болани овқатлантиришдаги камчиликлар, шунингдек ўсиши ва ривожланишида четланишлар намоён бўлганда бола тана вазини тез-тез ўлчаш зарур бўлади.

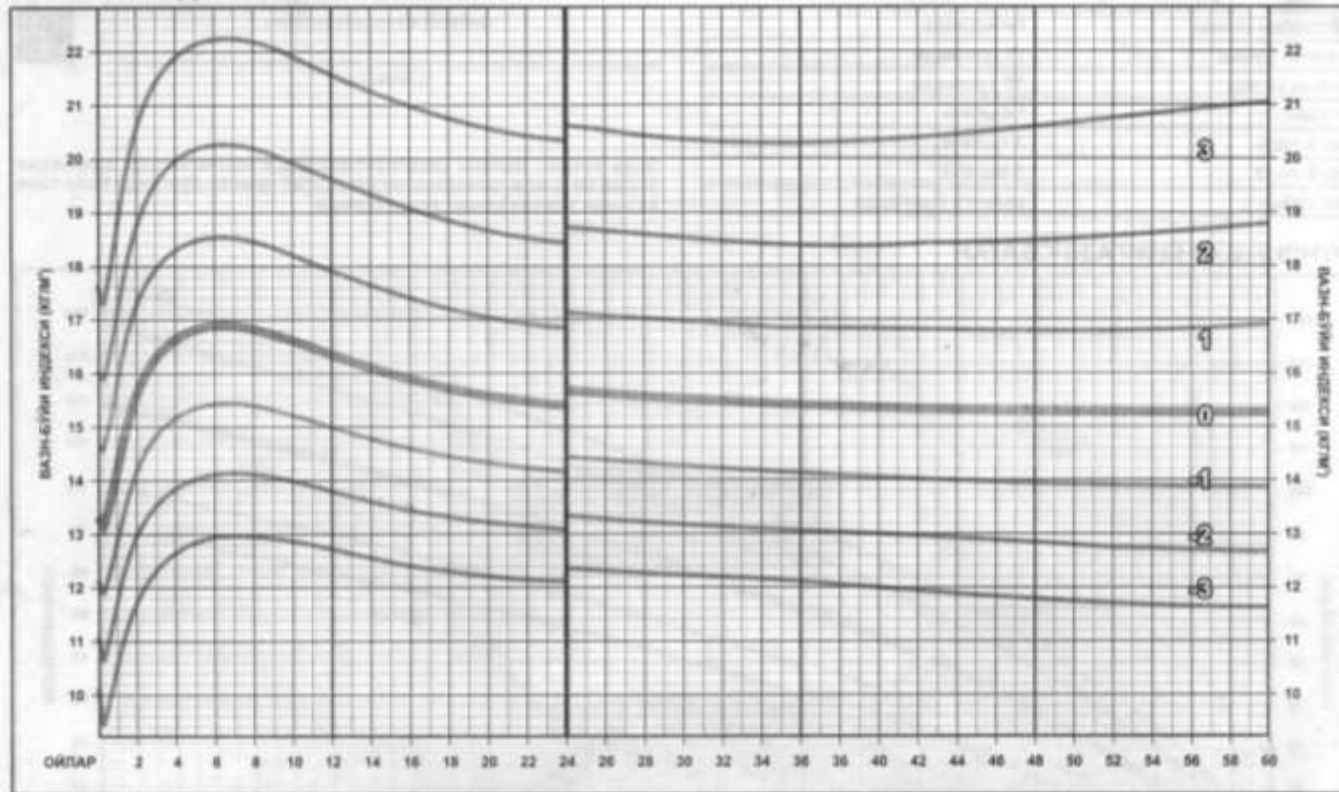
УЗУНЛИК/БЎЙ ЁШИГА НИСБАТАН



ВАЗН ЁШИГА НИСБАТАН



ВАЗН-БЎЙ ИНДЕКСИ ЁШИГА НИСБАТАН



МОТОРИКАНИНГ РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ

