

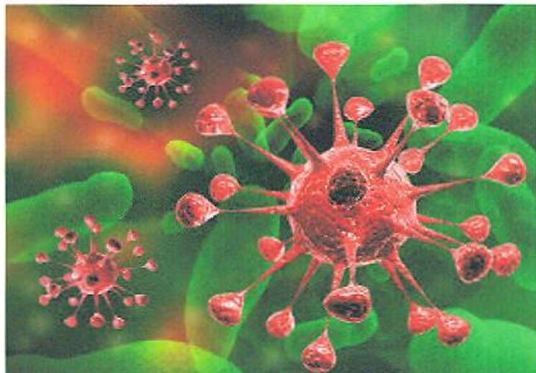
615.83

М/У ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТИББИЙ БИЛИМЛАРНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

МАВЛЯНОВА З.Ф., ЯРМУХАМЕДОВА Н.А.



«ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

УСЛУБИЙ ТАВСИЯНОМА
тиббиёт олий билим юртлари YI курс
талабалари учун

САМАРҚАНД – 2015

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГ'ЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўз Р ССВ Фай ва ўқув турлари
бош бошқармаси бошлиғи

У.С. Немаилов
У.С. Немаилов

2015 й *12* «*22*» *декабрь*
№ *3* баённома

«КЕЛИШИЛДИ»

Ўз Р ССВ Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори

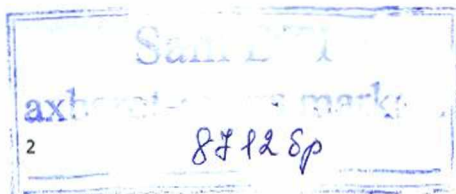
М.Х. Алимова
М.Х. Алимова
2015 й *12* «*22*» *декабрь*
№ *3* баённома

“ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ”

Тиббиёт олий таълим муассасалари VI курс талабалари
учун услубий тавсиянома



Самарқанд – 2015



ТУЗУВЧИЛАР:

Мавлянова З.Ф. – Самарқанд давлат тиббиёт институти медицина реабилитацияси ва спорт медицинаси кафедра мудири, т.ф.н.

Ярмухамедова Н.А. – Самарқанд давлат тиббиёт институти юкумли касалликлар, эпидемиология ва тери-таносил кафедра мудири, т.ф.н., доцент.

ТАҚРИЗЧИЛАР:

Гузлов П.И. – Россия соғлиқни сақлаш вазирлиги ДБТМ ОПТ Мечников И.И. номидаги «Шимолий - Ғарбий давлат тиббиёт университети», медицина реабилитацияси ва физиотерапия кафедраси доценти, т.ф.н.

Подеєва О.С. – Россия соғлиқни сақлаш вазирлиги ДБТМ ОПТ «Ижевск давлат тиббиёт академияси» болалар юкумли касалликлари кафедраси мудири, т.ф.н. доцент

Орзикулов А.О. – Самарқанд давлат медицина институти юкумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедрасининг катта ўқитувчиси, т.ф.н.



Ушбу услубий тавсиянома СамДТИ МИУК томонидан муҳокама қилинди

«4» сентябрь 2015 й. баённома № 6

МИУК раиси З.Б. доц. Курбаниязов З.Б.

Ушбу услубий тавсиянома СамДТИ илмий кенгаши томонидан муҳокама

қилинди «6» март 2015 й. баённома № 6

Илмий кенгаш котиби Н.А. доцент Ярмухамедова Н.А.

© Самарқанд Давлат тиббиёт институти

ҚИСҚАРТМАЛАР РҲЙХАТИ

- АЦЦ** – ацетилцистеин
БАМ – биологик актив модда
ВТД – вегетатив-томир дистонияси
ДМТ – дециметрли тўлқин
ДЭНС – динамик электронейростимуляция
БСХ – бош саҳифа ҳолати
ЮКХ – юкумли касалликлар хонаси
ДГ – даволовчи гимнастика
ДЖМ – даволовчи жисмоний маданият
ТХА – таянч-ҳаракат аппарати
ЎИИ – ўткир ичак инфекцияси
ЎРК – ўткир респиратор касаллик
ЎММ – ўзгарувчан магнит майдон
ЁПО – ёғларни пероксидли оксидланиши
ЎЮЧ – ўта юкори частота
СМТ – синусоидал модулланган ток
УТ – ультратовуш
ТГГ – тонги гигиеник гимнастика
УБН – ультрабинафша нур
МНС – марказий нерв системаси

МУНДАРИЖА

Кириш	6
1. Реабилитация усуллари ва принциплари	6
1.1. Жисмоний даволаш маданияти	11
1.2. Бруцеллёз артритида шифобахш жисмоний тарбия	11
1.3. Менингококкли инфекциясида ШЖТ	14
1.4. Тиф-паратифоз касалликларида ШЖТ	15
2. Физиотерапия	19
2.1. Ўтқир респиратор инфекцияларида физиотерапия	19
2.2. Вирусли гепатитларда физиотерапия	21
2.3. Менингококкли инфекцияда физиотерапия	25
2.4. Полиомиелитда физиотерапия	26
2.5. Кўкйўталда физиотерапия	29
2.6. Дифтерияда физиотерапия	31
2.7. Қизамиқда физиотерапия	31
2.8. Сувчечакда физиотерапия	31
2.9. Паротитли инфекцияда физиотерапия	32
2.10 Қизилчада физиотерапия	33
2.11. Ўтқир ичак инфекцияларда физиотерапия	34
2.12. Бруцеллёзнинг ўтқир ва ўтқир ости босқичларида физиотерапия	36
Ўзини баҳолаш учун тест саволлари	37
Адабиётлар	39

КИРИШ

Юкумли касалликлар – патологик микроблар чақирадиган бир гуруҳ касалликлар бўлиб, юкумлилиги, яширин даври бўлиши, кўзгатувчини организмга реакцияси, циклик кечиши, инфекциядан кейин иммунитет ҳосил қилиши билан характерланади.

Охирги йилларда реабилитация ва диспансеризация сўрови юкумли касалликларда ишлаб чиқилмоқда. Касалликнинг ўтқир даврида, айниқса бошланғич реканвалесценция даврида нохуш ҳолатларни оғохлантирувчи ва организм функциясини қайта тиклашни тезлаштириш маълум бир мақсадга қаратилган ҳаракатлардир. Касал бўлиб ўтганларни бузилган меҳнат фаолиятини тиклаш учун уларга реабилитацион чора-тадбирлар ўтказилади. Системали ва кетма-кетли реабилитациялар касал бўлиб ўтган беморларни тез ва меҳнат қобилиятини бутунлай тикланишига олиб келади. Шахсий диспансеризацияни ўтказиш реабилитациянинг изчил ва мантикий давомидир. Диспансеризациянинг афзаллиги юкумли касалликларнинг ўтказганлигига эмас, балки реабилитацион ҳаракатларни олдин ўтказганлигига боғлиқдир.

Шундай қилиб юкумли касалликларда реабилитация ва диспансеризация бир-бири билан узвий боғлиқ. Бошқа вилоятлардаги клиницист шифокор (терапия, хирургия, психиатрия ва б.) лар тасавурида бу чора-тадбирлар олдиндан маҳкам илдиз отган. «Реабилитация» термини айрим мутахассисларда юкумли касалликларни ўрганишда ҳалигача тушунарсизча қолмоқда. Диспансеризация маъносида эса шуни тушунишадикки маълум вақт давомида ва маълум тезликда бактериологик текширув ва кўрик ёки даво муолажасини амбулатор-поликлиника шароитида давом эттирмоқдир. Бундай вазият вақт талабига жавоб бермайди. «Реабилитация» тушунчаси туғрида ҳалигача аниқ бир фикр йўқ.

Юкумли касаллик билан касалланган бемор реабилитацияси касаллик туфайли йўқотилган меҳнат фаолияти, тезлик билан соғлигини тиклашга, комплекс тиббий ва социал чора-тадбирлардир. Реабилитация организмнинг ҳаёти учун зарур бўлган ҳолатини қўллаб-қувватлаш ва касалликдан кейинги шароитларга ундан кейин меҳнатга, жамиятга мослаштиришга қаратилган ҳаракатдир. Шундай қилиб инсоннинг тиббий реабилитацияси юкумли касалликлар ўтказган беморларни тўлиқ соғлигини ва меҳнат қобилиятини тиклашга қаратилган чора тадбирдир.

РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ УСУЛЛАРИ ВА ПРИНЦИПЛАРИ.

Юкумли касалларга қўллашда кўйидаги асосий реабилитация принциплари қўлланилади:

1. Тикланиш чора-тадбирларини эрта бошлаш. Улар ўткир даврда ёки бошланғич реконвалесценция даврида, қачонки беморнинг ҳаётига ҳавф солувчи омиллар ортда қолганда ва реадaptация босқичи бошланганда бошланади.
2. Тикланиш чора-тадбирларини қатъий изчиллиги ва кетма-кетлигини, ҳар хил босқичларда бузилмаслигини таъминлаш.
3. Ҳар хил мутахассислар билан тиклантирувчи чора-тадбирларни комплекс характерли ва ҳар хил усулларни таъсир қилишини қўллаш.
4. Реабилитацион-тикланувчи чора-тадбирларни ва реконвалесцент заҳира қобилиятини мослаштириш.
5. Ўтказилган чора-тадбирларни самарадорлигини ҳар доим кузатиш. Бунда касал бўлиб ўтганларнинг организмни функционал ҳолати даражаси ва тезлиги, профессионал-муҳим вазифалари ҳисобга олинади (тўғри ва қўндаланг усулларда).

Маълум тоифали юқумли касалларда қайта ишлаш, диспансеризация ва реабилитация дастурида юқорида келтирилган принципларида ўз аксини топади (касалликни кечиши, оғирлик даражаси, клиник ва назологик шаклини инобатга олмасдан таққослаш).

Бундай дастурни тузиш тўғри ташхис қўйишда реабилитацияга муҳтожлик даражасини аниқлашга замин яратади. Дастурда аниқланиши керак: юқумли касалликларда мана шу реабилитация ва диспансеризацияни асосий босқич категорияси; реабилитацион чора-тадбирларининг самарадорлигини ва мутаносиблигини баҳолаш тизимини назорат қилиш; реабилитацияни таъсир усулини ва организмнинг тикланиш тадбири ўтказишнинг энг қулай вақти; бундай дастурни амалга ошириш реабилитация ва диспансеризация ҳар бир реконвалесцент учун махсус индивидуал режа тузилиши шарт.

Бу режада ҳар бир бемор учун бир режим реабилитациясидан бошқасига ўтиш вақтини белгилайди, Даволаш ва қайта тиклаш ҳаракатлари усулларини ифода этади, Бундан ташқари бузилган функцияларни тиклашда методологик тиклаш (шу жумладан профессионал муҳитлар); реконвалесцентнинг шахси учун мурожати индивидуал режани тузишда ва бажаришда даволовчи-тикланувчи босқичида унинг иштироки энг муҳим ҳолатлардан биридир.

Юқумли касалликлар билан оғриган беморларда ҳар хил усулларни ва таъсир этувчи омилларни реабилитация ва диспансеризация босқичида ишлатиб қўриш мумкин. Шартли равишда иккита асосий йўналишга бўлиш мумкин: функционал ҳолатни бошқаришга ва реконвалесцентлар меҳнат қобилиятини коррегирлашга. Биринчи йўналиш тўғридан-тўғри реконвалесцентга таъсир қилишига боғлиқ. Иккинчиси эса касал бўлиб

тузалганларнинг меҳнат ва яшаш муҳитига таъсир қилади. Бу йўналиш реабилитация ва диспансеризациянинг яқунловчи босқичида муҳим ўринни эгаллайди. У ҳамма меъёрларни ўз ичига олади: касал бўлиб ўтганларни профессионал фаолиятини тиклашга, шароитни яхшилашга, дунёқарашини шакиллантиришга йўналтирилган. Рационал ишга жойлашиши касал бўлиб ўтганларни меҳнат фаолиятини профессионал даражага олиб келиши ва соғлигини тўлиқ тикланишига таъсир қилади.

Булар орасида умумий даво ва тикланувчи чора-тадбирларни қўйидагича ажратиш керак:

Тартиб. Даволовчи ва тикланувчи чора-тадбирларда муҳим ўринни эгаллайди. Тартиб илмий исботланган ҳолда турли хил иш тартибини кўрсатиб беради ва профессионал, тикланувчи, даволовчи дам олиш вақтларини ташкил қилади.

Даволи овқатланиш. Юқумли касалликни ўтказганларнинг оғирлик даражаси ва қандай ўтказганлигига қараб овқатланиш рациони буюрилади. Калорияси ва таркиби тулақонли булиши шарт. Албатта қўшимча тарикасида витаминлар буюрилади. Чунки иситма қилган даврда, химиопрепаратлар, антибиотиклар қабул қилганда организмдан кўп витаминлар йўқотилиши билан боғлиқ.

Реконвалесцентнинг актив ҳаракати ва даволовчи жисмоний тарбия курси. Ҳозирги вақтда шунини тақидлаш керакки бемор касалхонада шифохона ўриндиғида ётганда абсолют ҳаракатсизлик ва бирданига актив ҳаракатнинг чекланиши эскирган усул ҳисобланади. Ҳар қандай ҳолатларда беморнинг оғирлик даражасига ва маҳаллий ўзгаришларнинг ҳолатига қараб даволовчи гимнастикасини ўтказиш шарт. Актив ҳаракатлантирувчи иш тартиби организмнинг тезроқ тикланишига сабаб бўлади, бу эса реконвалесцентни организмни ҳимоя қилувчи тизимига ва вегетатив марказига таъсир қилади. Қанча кўп жисмоний тарбия билан шуғулланса организмнинг меҳнат фаолиятини жавоб реакцияси шунча яхши бўлади.

Физиотерапия, физик ва физиолого-гигиеник чора ва усуллар. Юқумли касаллик билан касалланган беморларга сувли даволаш тадбирлари (душ, ванна ва б.), ҳаволи ва қуёшли ванналар, умумий УБН ва бошқалар кенг қўлланилиши мумкин. Кўрсатмага биноан электрофизиологик уқалаш усулини қўллаш мумкин – ЎЮЧ, диатермия, диадинамика, соллюкс, Дарсонвал токи, чиқарувчи нафаснинг манфий ионизацияси, электроуйку («Ленар» аппарати), асаб-мушак электростимуляция аппарати ва бошқа юқумли касалликларга охириги вақтларда тикланувчи чора-тадбирларга терининг биологик актив нуктасига таъсир қилишни ишлаб чиқармоқда. Оғир юқумли касалликларда кузатиладиган астеник синдромдан чиқариш

учун, гипоксияси бор касалларга нормал ёки кўп босимли кислород ингаляцияси яхши самара беради (гипербарик оксигенотерапия).

Психотерапевтик чоралар ва усуллар. Реконвалесцентлар билан мақсадга мувофиқ ҳолда суҳбат ўтказиш. Бунда аутоген машғулотлар, бошқа таъсир қилувчи усуллар (гипноз, функционал ашула ва б.) ни ўтказиш мумкин.

Фармокологик чора. Юқумли касаллик билан касалланган беморларга бериладиган дорилардан бир нечта гуруҳига ажратишимиз мумкин: «психоанолептиklar» ёки стимуляторлар. Уларга стимулятор феномен каторидан кофеин ва бошқа препаратлар киради. Бу препаратлар меҳнат фаолиятини қисқа вақт ичида оширади («допинглар»). Препаратларни истеъмол қилгандан кейин узоқ муддат дам олиш керак. Бундай турдаги препаратлар юқумли касаллик билан оғриган беморларга тўғри келмайди, улар фақатгина мажбур бўлганда, критик ҳолатларда истеъмол қилиш мумкин. «Психоэнергизаторлар» - бу препаратлар энергетик балансни нормаллаштиради, метоболик жараёнларни кенг спектрини оширади. Бу гуруҳ препаратларга ноотроплар киради. «Актопротекторлар» - бу препаратлар макроэргик – метаболитлар, кислород ишлатишни тежайди, гипоксияни олдини олади, тикланиш босқичини кучайтиради. Препаратлардан бири – бемитил, у вирусли гепатитларда меҳнат қобилиятини тиклашда мувоффақиятли синовдан ўтган. «Энергия берувчи субстратлар ва аралашмалар» - буларга калий ва магний аспаргинат (панангин), янтарь кислотаси, В гуруҳидаги витаминлар, глутамин кислотаси, рибоксин, мецилурацил, пентоксил ва бошқалар киради. «Адаптогенлар» - булар организмнинг ташқи муҳит фактори кенг доирали носпецифик қаршилигини оширади: дибазол, хайвон адаптогенлари (сапарал, пантокрин) ва айниқса ўсимликдан тайёрланган (элеутерококк, жень-шень, хитой лимонники, заманиха, олтин илдиш ва б.). Юқорида келтирилган умумий усуллар инфекция касалликлар билан касалланган касалларни реабилитациясини тезлаштиради. Бундан ташқари орган ва системаларни тиклаши учун ёрдам берадиган қўшимча воситаларни қўллаш мумкин. Бу препаратлар вирусли гепатит билан оғриган беморларда жигар функциясини тиклашда ишлатилади (гепатотроп препаратлар) – эссенциал, легален ва бошқалар; иммуномодуляторлар ва иммуностимуляторлар. Грипп, ўРК, қизамиқ билан касалланган беморларда бронхиал дарахт тонусини ва секрециясини нормаллаштиради.

Юқумли касалликлар билан касалланган беморларда реабилитация ва диспансеризацияни ташкиллаштириш саволларига даволовчи ва тикланувчи чора-тадбирларни этароқ бошлашини таъкидлаб ўтиш лозим. Бу чора-

тадбирлар стационардан бошланиши керак, касал бўлиб тузалган, ўзининг хар кунги меҳнат фаолиятига киришганда. Шу сабабли, реабилитация ва диспансеризацияни битта мутахассис томонидан ташкил этилиб амалга оширилиши мумкин эмас (фақат стационар шифокори томонидан ёки реабилитация бўлими (маркази) шифокори томонидан, ёки поликлиника шифокори томонидан). Тиклаш тадбирлари реабилитация ва диспансеризациянинг хар бир босқичи турли шифокор-инфекционистлар томонидан амалга оширилади. Бу шароитларда ўтказиладиган даволаш-тиклаш тадбирларининг қатъий кетма-кетлиги ва бири иккинчисининг давоми бўлиши таъмин этилиши ва реабилитация жараёнига ягона методологик ва методик муносабат бўлиши ва диспансеризация таъминланиши талаб этилади. Бундай қараш турли босқичларда шифокор-инфекционистларнинг ягона тасаввур қилишларига, юқумли касалликка чалинган беморларнинг реабилитация ва диспансеризация тамойиллари ва услубларини қўллашни назарда тутди. Шу сабабали юқумли касалликка чалинган беморларнинг реабилитацияси босқичли схемасини аниқлаш зарурлигини кўрсатади. Мазкур схеманинг бир варианты реабилитация асосий босқичлари ва тадбирлари касаллик даврларига тўғри ўтказилишини назарда тутди.

Асосий босқичлар бўлиб: 1. стационарнинг юқумли касалликлар бўлими; 2. реабилитация бўлими (маркази) ёки санатория; 3. турар жой бўйича поликлиника (ИКК) ёки ташкилотнинг тиббий қисми ҳисобланади.

Касалликнинг ўткир даврида биринчи босқичда ва илк реконвалесценция даврида реабилитациянинг тиббий тадбирлари ўтказилади. Иккинчи босқичда реабилитация бўлими (маркази) ёки санатория шароитида кечки реконвалесценция даврида тиббий тадбирларга ижтимоий-иқтисодий (шу билан бирга махсус профессионал) тадбирлар қўшилади. Охирида, учинчи босқичда (поликлиника, ташкилотни тиббий қисми) юқумли касалликни бошидан ўтказган даврида тиббий компонентнинг роли анча камаяди, асосан ижтимоий-иқтисодий тадбирлар ўтказилади (ИИТ, рационал ишга жойлаштириш ва бошқалар). Баъзи ҳолларда, инфекция касаллар госпитализация қилинмайди, асосий ва ягона босқичи амбулатория-поликлиника босқичи бўлади. Бу ерда юқумли касалликлар инфекция кабинетларида (ИКК) ўтказиладиган реабилитацион ва диспансер тадбирларнинг ташкил этилиши етакчи ролни уйнайди. Мураккаб ҳолларда, ИКК инфекционисти аниқ диагноз қўйишга қийналганда тўғри дастур ва касалликни бошидан кечирган беморнинг реабилитация режаси тузилганда, у реконвалесцентларни махсуслаштирилган стационарга ёки марказга консультацияга йўлланма бериши мумкин.

1. ЖИСМОНИЙ ДАВОЛАШ МАДАНИЯТИ

ЖДМ воситаларини даволаш мақсадида қўллаш ўтказилган юкумли касалликдан кейинги асоратларни йўқотиш ва организмнинг муҳит билан мувозанатини тиклаш мақсадида қўйилган вазифаларни хал қилишга мулжалланган. Касалларни соғайиш даврида даволаш учун орган ва системаларнинг касалланиш даражасига нисбатан инфекциянинг бошланиши унча муҳим бўлмайди. Барча инфекцион касалликлар жараёнида, қоидага кўра, юрак-томир ва бронх-ўпка системалари зарарланади, шунинг учун тикланиш даври беморларнинг юрак-томир ва бронхо-ўпка касалликлари тиклаш услуги тамойили бўйича қўрилади. Агар асорат кўпроқ ичак-ҳазм қилиш тизими ёки таянч-ҳаракат аппаратида бўлса ЖДК услуги тегишли клиник-функционал тадқиқотларга асосланиши керак.

ЖДК воситалари соғайишнинг бошланғич даврида қўлланилиши керак, беморнинг умумий ҳолати яхшиланганда ва тана ҳарорати нормаллашганда, баъзи ҳолларда субфебрил ҳолларда қўлланилади. Бу даврда жисмоний машқлар тоник таъсир қилади, барча орган ва системаларнинг функциясини аста-секин активлаштиради ва ўпкада содир бўладиган турли енгил (пневмония, плеврит, бронхит), периферик томирлар (тромбофлебит), таянч-ҳаракат аппарати (артрит, бўғимларнинг деформацияси ва бошқалар) асоратлар олдини олади.

1.1. Бруцеллез артритида шифобахш жисмоний тарбия.

Бруцеллезнинг ўткир ва ўткир ости шаклларида ШЖТ воситалари.

Беморлар ҳаракат фаоллигининг режими даволашнинг уч босқич тикланишини кўзда тутати:

1-босқич (бошланғич) касалликка қарши организмнинг физиологик ҳимоя қилиш механизмларини мобилизация қилиш фазасига тўғри келади.

ШЖТ вазифалари: бемор организмга умумий ҳолат тонусини кўтаришга қаратилган; организм асосий тармоқларининг нейрогуморал бошқариш функцияларини яхшилашга қаратилган.

Машғулотларга кичик бўғимларнинг ва мушак гуруҳларининг умумий тонусини кўтариш бўйича машқлар нафас олиш машқларини бирга ўз ичига олади ва дастлабки ҳолат – ётиб, кейин ўтириб ўтказилади. Касал бўғимлар учун пассив ва пассив-актив ҳаракатлар тавсия этилади. Оғрикни агар бемор сезмайдиган бўлса унда актив ҳаракатларни енгиллаштирилган шароитларда (сирғаланадиган юзалар, роликли тележжалар) ўтказилади. Қўл-оёқлар бўғимларининг дистал бўлимлари касалланишида сув муҳитида машқ бажариш тавсия этилади. Масалан, ҳажми ва катталиги турлича бўлган предметларни илиқ ванночкада тўплаш.

Спазмага учраган мушакларни релаксациясига йўналтирилган массаж турли услублари (силаш, эзиш), жисмоний машқлар билан тўлдирилади. Машғулотлар ҳолатни коррекция қилиш билан тугайди.

Изоҳ! Оёқ бўғимларининг зарарланишида статик оғирлик таъсир қилиш олди олинади, бу эса оғрик юзага қилишни камайтиради.

2-босқич даволашни тиклаш (илк реконвалесценция).

ШЖТ вазифаси – организм турли функциялари бузилишининг патологик бўзилишларини тезроқ йўқотишга қўмаклашади, юрак-томир функциясини яхшилайти ва бронх-ўпка системасини, тўқималардаги трофик жараёнларни яхшилайти. ШЖТ воситаларининг диапазони кенгайти – палатада жисмоний машқларни қўллаш, меҳнат ва психология кабинетларида машғулотлар. Машғулотларда изотоник жисмоний машқлар ва статик характердаги машқлар алмашиб ўтказилади, беморлар ётган ҳолда, ўтирган ҳолда ва тик бўлиб бажарадилар. Тренажерларда машқ ўтказиш тавсия этилади, гимнастик девор, гимнастик туплар катта мушак гуруҳларини ва бўғимларни ишга солиб машқ ўтказиш тавсия этилади. Маълум чегарада юриш микдори; оёқ бўғимларининг касалланишида нарвонда юриш тавсия этилади. Беморларга бу даврда психологик кабинетларга ва меҳнат терапияси кабинетларига йўлланма берилади.

Оғрикни хис қилишни олдини олишда, касалликка чалинган бўғимларга ҳаракат ҳажмини ошириш, бемор умумий ҳолати қониқарли бўлганда даволаш тикланиш босқичининг кейингисига ўтказилади.

3-чи босқич тиклашни даволаш.

ШЖТ вазифаси: касалликка чалинган бўғимларнинг олдидаги мушакларни мустаҳкамлаш; ҳаракат ҳажмини ошириш ва таянч қобилиятини тиклаш (оёқ бўғимларининг касалликка чалинганида), маиший кўникмалар (кўл бўғимлари касалликка чалинганида); оптимал ҳаракат қилиш стереотипини тиклаш.

ШЖТ воситаларини танлаш, ҳажмини аниқлаш ва зўриқиш интенсивлигини касалликнинг клиник ҳолатига, беморнинг ёшига, иккиламчи касалликларга ва ошиб борувчи жисмоний зўриқишлар толерантлигига боғлиқдир. ШЖТ машғулотлари жисмоний зўриқишларнинг ошиши тамойили бўйича кўрилади, тренировка ҳажмини аста-секин ошириш ниятида, организмнинг асосий тармоқларнинг кучланишига йўл қўймасдан ва беморнинг хис қилиши ёмонлашмасдан танлаб олинади.

Бруцеллезда, бошқа сурункали касалликлар каби патологик жараён беморнинг психик доирасига маълум из қолдиради. Унинг характери ўзгаради, кайфиятида турғун ўзгаришлар содир бўлади, бу эса ўз навбатида беморларнинг шифокорлар (методистлар) билан муносабатига таъсир қилади

ва тиклаш бўйича олиб бориладиган даволашни қийинлаштиради. Беморнинг ўз касаллигига бўлган муносабати турини аниқлаб (ипохондрик, неврастеник, эйфористик, сенситив ва х.з.), индивидуал ёки гуруҳ бўлиб психотерапия ўтказиш асосий элементларидан бири бўлган шифокор тикланиш бўйича олиб бориладиган даволаш дастурини тўғри туза олади.

Сурункали бруцеллёзда ШЖТ воситалари.

ШЖТ вазифаси: касалликка чалинган бўғимларга таъсир қилиш мақсадида уларнинг ҳаракатчанлигини ошириш ва кейинчалик уларнинг функцияси бузилишини профилактикаси; гиподинамиянинг манфий таъсир қилиши профилактикаси (юрак-томир стимуляцияси ва бронхо-ўпка тармоқ, моддалар алмашинуви ва бошқа); бемор организмнинг умумий тонусини кўтариш; маиший ва касбий зўриқишларига адаптацияси.

ШЖТ воситаларини тавсия қилишда инфекцион жараён активлиги даражаси ҳисобга олинади, беморнинг умумий ҳолати, унинг ёши ва жисмоний зўриқишларга муносабати, шунингдек бўғимларининг касалликка чалиниш типини инобатга олинади.

И.Л.Касаткина таклиф қилган классификация, бруцеллёзнинг барча асосий суяк-бўғимлар шаклини ўз ичига олиб, улар 4 гуруҳга бўлинган: 1-гуруҳ – асаб-вегетатив келиб чиққан артралгия; 2-гуруҳ – суяклар, бўғимларнинг метастатик (хусусан микстли) касалланиши; 3-гуруҳ – ревматик типдаги бўғимларнинг инфекцион-аллергик касалланиши; 4-гуруҳ – аутоиммун генез бўғимлар системали-профессионал касалланиши.

Артралгияларда, уларнинг асосида вегетоневротик спазмлар ётади, ШЖТ воситаларини ўткир даврдан бошлаб тайинлаш зарур, чунки улар томирлар спазмини олдини олиб бўғимлар аппаратини микроциркуляциясини яхшилайти ва оғриқни қолдирувчи таъсир беради.

Бўғимлари инфекцион-аллергик зарар кўрган беморларга ўткир давр сусайганда (оғриқ, периартикуляр тўқималар шиши, мушак гуруҳларнинг кучланиши, ҳаракатчанликни чегараланиши бўғимларда) ва қон айланиши органлари функциясини яхшилашга қаратилган, бўғимлар суст ҳаракатланиши профилактикаси, қўл-оёқлар мушакларининг ригидлигини пасайтириш. ШЖТ машғулотларида (биринчи кунлар) умумий тонусни кутарувчи машқлар (изотоник характердаги) кичик ва ўрта мушак гуруҳлари ва бўғимларга қаратилган бўлиб, нафас олиш машқлари қўлланилади (статик ва динамик характерда), касалланган бўғимларда пассив ва пассив-актив ҳаракатлар; мушакларни сусайтиришга қаратилган машқлар.

Бўғимлар олдидаги мушаклар ригидлиги касалланганда уларнинг яллиғланиши камайиши билан қўл-оёқларнинг фаол ҳаракатлар қилиши киритилади – бошланишида енгиллашган шароитларда, кейин

кийинлаштириб қаршилиқ билан ўтиш мўлжалланади. Машғулотлар массаж ва физиотерапия билан тўлдирилади.

Бўғимларнинг касалликка чалиниши системали ошиб бориши билан биринчи планга бўғимлар юзаси ўзаро таъсирини камайтиришга қаратилган машқлар қўлланилади. Ўткир даврида қўл-оёқлар чиқиб кетиши ва оғриқни камайтириш мақсадида функционал ҳолатда ётқизилади (ҳолат коррекцияси). Бу ҳолатда пассив ҳаракатлар бажарилади касалланган бўғимларда: проксимал касалланган бўғимларда жойлашган сегментлар массажи тавсия этилади. Кейин беморнинг динамик стереотипи тикланади юқорида кўрсатилган услубиёт бўйича.

Касаллиги сурункали ўтаётган беморлар соғлиғини тиклаш дастури ТХА функционал ҳолатини яхшилашга қўмаклашади, динамик стереотипни тиклайди.

1.2. Менигококкли инфекциясида ШЖТ

Беморларга ШЖТ воситаларининг терапевтик таъсирини баҳо беришда организмга физиологик жараёнларни стимуллаш қобилиятини ҳисобга олиш зарур. Стимуллаш орқали таъсир этиш асаб ва гуморал механизм орқали амалга оширилади. Мушак тармоғи, пўстлоқ ва пўстлоқ ости ва хоҳлаган ички орган орасидаги асаб механизми асаб боғларининг кучайиши билан характерланади.

ШЖТ воситаларининг психоген таъсири беморларнинг кайфияти яхшиланиши ва мусбат эмоциялар пайдо бўлиши билан характерланади, бу эса даволаш муваффақиятларини оширади. ШЖТ воситалари ўзини яхши ҳис қилиш ҳиссини пайдо қилиб, «касалликка кетиш»дан сақлайди, кўрқиб ҳиссини олдини олиш ва асаб-психик мувозанат ҳолатини яратади.

ШЖТ вазифаси: бемор организми астенизациясига қаршилиқ қилиш; бош мия томирларида бузилган микроциркуляцияни яхшилади; юрак-томир ва бронхо-ўпка тармоғи функциясининг яхшиланиши; беморнинг бутун организмни мустаҳкамлаш.

ШЖТ воситалари. Бош мия юмшоқ тўқималарининг йирингли яллиланишида интоксикация симптомлари яққол кўринганда ШЖТ воситалари тавсия этилмайди.

Изоҳ! Ўткир даврда жисмоний зўриқишлар тавсия этилмайди, чунки улар бош мия ички босимини ошириб бош оғриғини кучайтиради ва бошқа умумий ҳолатларига манфий таъсир кўрсатади.

ШЖТ воситалари беморнинг умумий ҳолати яхшиланганда интоксикация симптомлари йўқолганда ва менингеал симптомлар йўқолганда, бош оғриқ интенсивлиги камайганда тавсия этилади. Илк даврда машғулотларда нафас олиш машқлари (динамик характерда), мушакларни

сусайтиришга қаратилган машқлар ва қўл-оёқларнинг дистал бўлимлари учун машқлардан фойдаланилади. Мушакларни сусайтириш мақсадида массаж (силаш ва енгил суртиш) тавсия этилади. Умумий ҳолат яхшиланганда, лаборатория кўрсаткичлари стабиллашганда беморнинг ҳаракат режими кенгайтирилади.

Тескари жараён даврида диққат организмнинг бутун тармоқларини мустаҳкамлашга қаратилади, юрак-томир ва нафас олиш системасининг функцияларини яхшилашга қаратилади. Бу мақсадларда машғулотларда умуммустаҳкамловчи машқлар нафас олиш машқлари билан алмаштириб шуғуллантирилади ва беморнинг ётган ва ўтирган холида ўтказилади. Бу даврда интенсивлиги кичик жисмоний зўриқишлар мақсадга мувофиқ, машқлар изотоник характерга эга, ортиқча кучланишсиз, секин темпда ўтказилади. Кескин ҳаракатлар, ҳаммадан ҳам бош билан ман этилади. Бош ҳолатини ўзгартириш билан бажариладиган машқлар давр бошида ҳаракат амплитудасини чегаралаб ўтказилади, кейин аста-секин ошириб борилади.

Беморнинг умумий ҳолати яхшиланганда, қон айланиши ва ликвоциркуляция стабиллашганда жисмоний зўриқиш оширилади, бемор фаол тренировка режимига ўтказилади. Аста секинлик билан жисмоний зўриқиш оширилиб юрак мушаклари адекват тарзда тренировка қилинади, марказий ва периферик томирлар тонуси нормаллаштирилади, бемор маиший ва профессионал зўриқиш бажаришга тайёрланади. Жисмоний зўриқишларнинг катталиги машғулот жараёнида бу даврда беморнинг соматик ҳолатига боғлиқ ва касалликнинг неврологик юзага келишига боғлиқ. Машғулотларда бошнинг кескин айлантириш ва пастга энгашишлар билан боғлиқ статик характердаги, умум мия симптоматикасини кучайтиришга олиб келувчи машқларни бажариш тавсия этилмайди.

Кўпгина кўрсаткичлар бўйича касалликни бошидан кечган беморларда узоқ вақт постинфекцион астения, вегето-томирлар дистонияси ва гипертензион синдром сақланади. Бу ходисалар 3 ойдан бир йилгача давом этиши мумкин. Шу сабабли бемор касалхонадан чиққанида ҳам унга поликлиника ва уй шароитида ШЖТ машқлари билан шуғулланиш тавсия этилади. Даврий ва доим ШЖТ воситаларидан фойдаланиш бу муддатларни қисқартиришга ва тезроқ меҳнат қобилиятини тиклашга имконият яратади.

1.3. Тифо-паратифоз касалликларида ШЖТ

Тифо-паратифоз касалликлари – бу гуруҳ ўткир юқумли касалликлар турига кириб салмонеллар ва шунга ўхшаш клиник кўрсатмаларга эга бўлган фекал-орал механизм орқали ўзатилади. Безгак тутиши, интоксикация, энетрит ва ичакларнинг лимфатик аппарати зарарланиши

билан характерланади. Ичак витропонозларига киради. Энг кўрқинчли асоратлари – ичак яралари перфорацияси ва ичак қон кетишидир.

Комплекс даволаш тадбирлари комплексига ШЖТ воситалари киради (жисмоний машқлар, массаж, ҳаракат режими, сайр ва бошқалар). ШЖТ воситаларининг терапевтик таъсири, аввало, уларнинг асаб системасини мустаҳкамловчи ва нормаллаштирувчи таъсиридир.

ШЖТ воситалари. Модда алмашинуви жараёнларини активлаштириш ва ҳаракат аппаратининг проприорецепторлари томонидан бош мия пустлоғига импульслар келишининг ошиши ШЖТ воситалари орқали МНС тонусини оширишга имкон беради ва овқат ҳазм қилиш системаси функциясининг кортикал регуляциясини оширади. Даврий равишда дозали мушак зўриқиши пустлоқ динамикасини нормаллаштиради, бу эса овқат ҳазм қилиш органлари нормал фаолиятини тиклашга алоҳида аҳамиятга эга бўлиб бу асаб системасининг олий функциялари бузилиши сабаб бўлган касалликларга хос.

ШЖТ воситалари тўқималарда алмашишни активлаштиради. Бу эса тўқималарнинг ва органларнинг озикланишини яхшилайдди, беморларнинг организми умумий тонуси ошади. Махсус машқлар таъсири остида қорин бўшлиғи органларида қон айланиши яхшиланади ва деполанган қон миқдори камаяди. Бу эса ичак тракти органларида яллиғланиш жараёнларини тўхтатади ва уларда регенерация жараёнларини тезлаштиради (масалан, яраларнинг чандикланиши). ШЖТ воситалари ёрдамида ичак тракти функциясининг яхшиланиши мотор-висцерал рефлексларга боғлиқдир. Маълумки, мушаклар рецепторлари, пайлар ва бўғимлар фақатгина ҳаракат қилишга эмас, балки муҳим вегетатив функцияларни бошқариш учун, шу ҳисобдан ичак тракти фаолиятини ҳам яхшилашга қаратилган.

Қорин тифи ва паратифда ШЖТ воситаларини тайинлашда индивидуал ёндашиш зарур, ҳаммадан ҳам беморда юқорида кўрсатилган асоратлар бўлганда. Шу сабабли, ҳаракатларни бажариш вақтида машқ жараёнида оғриқ пайдо бўлса, ва ахлатида қон кўринса хабардор бўлиш тавсия этилади. Шунга эътибор қаратиш зарурки, беморларнинг арзлари объектив ҳолатдан дарак бермайди ва асосий касаллик асоратлари субъектив ҳолат яхши бўлганда ҳам вужудга келади (масалан, оғриқ йўқолиши). Шу сабабли беморларни даволаш жараёнида қорин соҳаси авайланиши ва эҳтиёткорлик билан қорин мушакларни пресси бўйича зўриқиш оширилади. Шу билан бирга, аста-секин кўп машқларни бажариш жараёнида беморнинг ҳаракат режими активлаштирилади умумий зўриқишни ошириш бўйича, шу ҳисобдан диафрагмал нафас олиш ва қорин бўшлиғи прессиға мўлжалланган машқларни бажаришда.

ШЖТ воситалари тана даражаси нормаллашгандан ва беморнинг умумий ҳолати яхшилангандан бошланади. Беморнинг ҳаракат режими нуктаи назаридан: ётоқ режими 7-кунлик температура реакцияси давомида катъий амал қилинади.

ШЖТ воситалари вазифаси – гиподинамияга қарши кураш ва беморни ҳаракат активлигини кенгайтириш, ЮҚТТ адаптациясини аста-секин ошириш ва бронхо-ўпка системасини ўсиб борувчи жисмоний зўриқишга ўргатишдан иборат.

Изоҳ! Беморнинг жисмоний зўриқишларга адаптацияси жараёнида касаллик оғир кечishi, интоксикация симптомларининг кўриниши, безгак даврининг узоқлиги, асоратлар мавжудлиги, беморнинг ёши ва жисмоний кучланишга толерантлиги таъсир қилади.

Жисмоний машқлар. Машқларга кичик ва ўрта бўғимлар ҳамда қўл-оёқларнинг мушак гуруҳлари нафас олиш машқлари билан бирга жалб қилинади. Катта бўғимларда ҳаракат энгиллаштирилган шароитларда, мушакларни сусайтиришга қаратилган дам олиш паузалари ва машқлари билан ўтказилади. Қорин бўшлиғи мушакларига зўриқиш мумкин эмас, патологик жараёнлар (ингичка ичакда яралар борлигини инобатга олган ҳолда) содир бўлиши ҳавфи бор. Масалан, қўлларни юқорига кўтариб умуртқа поғонасининг кўкрак бўлимида букланиш кўкрак қафасини кўтариб қорин бўшлиғи мушакларини тортишишига олиб келади. Даволашнинг бу даврида қўлларни унча юқори кўтармасдан тана билан тенг бўқилмасдан бажарилади, қорин бўшлиғи мушакларига тортишишга олиб келмайдиган машқлар бажарилади. Машқлар секин темпда ўтказилади, дозаси ҳар бир касал учун индивидуал танланади.

Тушак режими (нормал ҳароратнинг 7-кунли).

ШЖТ воситалари вазифаси – гиподинамиянинг бемор организмга манфий таъсир қилишини олдини олиш учун, юрак-томир ва бронхо-ўпка системаси авайлаб тренировкаси ўтказилади, ҳаракат активлигини кенгайтиришга тайёргарлик кўрилади.

Жисмоний машқлар ётган-ўтирган-ётган ҳолатда бажарилади, ҳаракатлар қўл-оёқнинг дистал бўлимларида мураккаблаштириб борилади, йирик бўғимларда ҳаракатлар билан тўлдирилади (изотоник ва изометрик характерда), нафас олиш ва дам олиш паузалари билан алмаштириб ўтказилади. Қорин бўшлиғи пресси мушакларига зўриқиш чегараланади. ДГ дан ташқари беморларга эрталабки гигиеник гимнастика ва қўл-оёқ мушаклари массажи ўтказилади.

Озод режим (нормал ҳароратнинг 12 - кунлида).

ШЖТ воситалари вазифаси – бемор система ва органларининг ўсиб боровчи жисмоний зўриқишга адаптацияси, беморни стационардан чиқишга тайёрлаш ва меҳнат фаолияти бошланишига тайёрлаш.

Жисмоний машқлар ётган ҳолда, ўтирган ва тикка турган ҳолда бажарилади (ШЖТ залида). Машғулотларга йирик мушак гуруҳлари учун (изотоник ва изометрик характерда), нафас олиш ва дам олиш паузалари билан алмаштириб ўтказилади ҳаракатлар қўл-оёқнинг дистал бўлимларида мураккаблаштириб борилади, ҳаракатлар оғирлаштириб дозали қарама-қаршилиқ билан алмаштириб олиб борилади. Комплекс орқа мушаклари ва қорин бўшлиғи пресси учун машқлар билан тўлдирилади, юриш бошида ШЖТ зали чегарасида, бўлим, кейин – стационар. Гимнастик девор олдида ўтказиладиган машқлар кўрсатилган, гимнастик предметлар билан (туп, булава, таёқ ва бошқалар). Массаж муолажалари мушакларни мустаҳкамлаш учун давом этади.

Агар асоратлар пайдо бўлса (ичак яралари перфорацияси, ичакдан қон кетиши) касалликнинг ўткир ва ўта ўткир даврида қорин бўшлиғи пресси учун машқлар ман этилади, кейинги даврда эса қоринни авайлаш тавсия этилади. Шу сабабли қўлларни танадан баланд кўтариш ва букиш ҳаракатлари, бурилишлар, ҳар томонга қараб букилиш, оёқлар учун мулжалланган машқлар букиш, кўтариш ва тўғри оёқларни томонга кўтариш қорин бўшлиғи мушаклари иштирок этиладиган машқлар мақсадга мувофиқ эмас.

Машғулотлар жараёнида аввалги ҳолат ўтириш бўлганда олдин энгил вариантлар тавсия этилади – орқани стулнинг орқа томонига тираган ҳолда машқларни бажариш тавсия этилади. Бу ҳолда машқларни бажаришда организм умумий тонусини кўтариш учун тавсия этилган машқларда қорин бўшлиғи тинч ҳолатда бўлади.

Изоҳ! Дастлабки ҳолат – ўтириб, стул орқасига суянмасдан: қорин мушаклари кучланиши оёқ-қўллар билан ҳаракат қилганда пайдо бўлади.

Тиклаш жараёнининг 3-4 ҳафтасида қорин мушаклари пресси учун энгиллаштирилган машқларни бажариш тавсия этилади, дастлабки ҳолат ўтирган ҳолда, ярим айлана ва ярим букилишлар тарзида қорин мушакларига кучланиш бўлмайдиган ва қорин бўшлиғи органлари тинч ҳолатда бўлади. Кейинчалик худди шу машқлар дастлабки ҳолат – тик турганда бажарилади. Тик туриб машқларни бажаришда дастлабки ҳолатни оёқларни елка кенглигига қўйиб бажариш мақсадга мувофиқ. Бу дастлабки ҳолатда жисмоний кучсизланган бемор мувозанатини йўқотмайди ва демак, танани вертикал ҳолда саклаш билан боғлиқ бўлган қорин бўшлиғи мушакларига қаттиқ кучланиш содир бўлмайди.

Нафас олиш машқларидан биринчи 1-2 хафтада максимал нафас олмай статик нафас олиш машқларини бажариш тавсия этилади. Динамик нафас олиш машқларига 2-хафтадан бошлаб ўтилади, агар бу машқларни бажариш қорин соҳасида оғрик келтирмайдиган бўлса. Барча машқлар секин силлик, тез ва кескин ҳаракат қилмасдан бажарилиши зарур. Қўлларга мулжалланган машқларни дозали қарама-қаршилиқ билан, гимнастик предметлар билан оғирлаштириш тавсия этилади. Қўллар билан бажариладиган машқлар учун ўртача темп, оёқлар учун эса – олдин секин аста секинлик ўрта темпдан ошириб бажариш тавсия этилади. Қорин бўшлиғи пресси мушаклари қатнашадиган машқларни бошида тўлиқ бўлмаган амплитуда, кейинчалик аста-секин ошириш тавсия этилади.

Бемор поликлиникада даволашга ўтказилганда жисмоний машқларни ўтказишнинг қулай шакли эрталабки гигиеник гимнастика (ЭГГ), қўшимча асаб системаси тонусини машқдан кейин ўтказиладиган сув муолажалари билан ошириш тавсия этилади. Бошида ЭГГ стационарда ўтказиладиган машқ ҳажмида ўтказилади, кейинчалик мутахассисларнинг тавсиясига қўра тикланиш даволаниши олиб борилади. ШЖТ турларидан бу даврда ҳар кунги пиёда сайрлар, велосипед хайдаш, енгил жисмоний меҳнат (уйда, боғда).

Тавсия этилмайди: яқин ва узок жойларга туризм, оғирлик кўтариш билан боғлиқ бўлган ишлар, кескин ҳаракат қиладиган, овқатланиш режимини бузадиган ишлар мумкин эмас.

2. ФИЗИОТЕРАПИЯ

Охириги йиллар физиотерапия ва курортология соҳасида бир неча йиллардан бўён олиб борилган илмий ва амалий изланишлар натижаси юқумли касалликлар жараёни турли давр ва фазаларида янги технологияларни қўллаш имконини беради. Маълумки, даволашнинг физик услублари кучли қўп қиррали самарага эга: касаллик келтириб чиқарувчига бактериоцид таъсир қилиш элиминация билан; детоксикация; гипосенсибилизация, биостимуляция; оғрик хисларини йўқотиш; яллиқланишга қарши; метаболизмни ва регенерацияни касал тўқималарда яхшилаш ва ҳоказо.

2.1. Ўткир респиратор инфекцияларида физиотерапия

Физиотерапия вазифалари: катарал ҳолатларни кучсизлантириш; асоратларни олдини олиш; организмнинг қаршилигини кучайтириш, шунингдек марказий ва вегетатик асаб системасини тонусини ошириш.

Ўткир яллиғланишларни даволашда симптоматик медикаментоз даволаш билан бирга агар тана температураси юқори бўлмаса: юз ва тана соҳасида УБН, 0,5 биодозадан бошлаб кейин 0,5 биодозага ошириб, № 3-5 муолажалар; бурун шиллик ва томоққа УБН-тубус 1 биодоза, қар қуни, курс

№4-7 нурланиш; аэрозол ингаляция (бализ, эктерицид, ишқорли, 0,5% диоксидин эритмаси) №8-10, вакти – ёшга қараб белгиланади.

Ёши кичик болаларда (1 ёшгача) оёқ товонини нурлантирадилар, «этичка» жойларини, ультрабинафша нурларининг эритема дозалари билан товоннинг олд ва орқа қисмларини навбат билан, курси 3-4 марта нурлантириш;

Ўтқир катарал ҳолатларда бурун томоқ соҳасида диққатни бошқа қаратиш мақсадида оёқ ва қўл ванночкалари сув температурасини 37 дан 40°C гача узоклиги 10 минут ўтказилади. «Бионик» аппарати ёрдамида «Простуда» («Шамоллаш») услубияти бўйича – бўйин чап ва ўнг томондан (хар томон 6 минутдан) ёритилади. Курси бир кунда 1-2 муолажа, катарал ҳолатлар йўқолиб кетгунга қадар.

Ларингит ва ларинготрахеит симптомларида, юкорида кўрсатилган даволаш муолажаларидан ташқари, тавсия этилади:

*лазолван, беротека, беродуала ингаляцияси «небулайзер» ингаляцион аппарати орқали, хар 2 соатда;

*томоққа УЮЧ, кучсиз иссиқ доза, кучланиши 30 Вт, муолажанинг вакти беморнинг ёшига боғлиқ (5 дан 10 дақиқагача) №5-7 муолажа, хар куни;

*круп синдромида – глюкокортикоидлар, интерферон қўшиб ингаляция қилиш;

*интерферон электрофорези эндоназал ҳолда №5-6 муолажалар;

*3%ли хлорид кальцийнинг электрофорези томоққа №8-10 муолажалар.

Обструктив бронхит ривожланганда касалликнинг биринчи кунидан бошлаб:

- Кукрак кафасига УЮЧ, олиготермик доза, курс № 6 муолажа; кичик болаларда «ЭВТ» - УВЧ аппаратидан, доза олиготермик бир курсга 6-8 муолажа.

- Небулайзер орқали ингаляция беротек, беродуал, лазолван билан № 7-8, вакти 3-5-8 дақиқа.

Шунингдек: ишқорли календула билан; 2% зуфиллин эритмаси билан; гидрокортизон билан; балғам чиқарувчи малхамлар (мать и мачеха, чабрец, подорожник, трех цветная фиалка ва бошқалар); УБН- кўкрак кафаси № 8 муолажа; кккрак кафасига лазеротерапия инфрақизил нурлар билан курси 6-8 муолажа; дори воситалари билан электрофорез:

- 2% ли зуфиллин эритмаси бронхолитик таъсир кўрсатади;

- 1-3% калий йодид эритмаси балқам чиқишини енгиллаштириб бириктирувчи тўқималарга таъсир кўрсатади унинг тез чиқиши учун;

- 2-3% ли кальций хлорид эритмаси болаларда кальций алмашинуви бузилганда ва вагосимпатик мувозанатни сақлаш учун қўлланилади, аллергияга қарши ҳаракат қилади;
- гепарин 15000 дан 20000 ЕД – микроциркуляцияга таъсир кўрсатади, капиллярлар ўтказувчанлигини тиклайди, қон айланишини яллиғланиш жойида яхшилайти ва десенсибилизатор ҳаракат қилишга эга;
- 3% тиосульфат натрий эритмаси яллиғланишга қарши, бронхолитик, десенсибилизация қилади;
- алоэ экстракти 1:3 нисбатда кечки асоратларда, организмнинг инфекцияга резистентлигини ошириш учун, тез битиши учун қўлланилади.

Шунингдек, 0,5-1% мис сульфат электрофорези қўлланилади узок давом этса ва анемия бўлса, 1% аскорбин кислотаси эритмаси қўлланилади; ўпка ателектазаси бўлса – 0,2% платифилик эритмаси қўлланилади, вегетатив тугунларнинг холино-реактив системасини эзати, бронхал безлар секрециясини камайтиради, бронхлар спазмини пасайтиради, бронхлар тикланишига қўмаклашади ва балғам кучишига ёрдам беради.

Пневмония асоратларида – қўлланилади:

Дэнс-терапия – кўкрак қафасининг зоналарига иммуномодуляция услуби бўйича: 7-бўйин умуртқаси – 7 дақиқа ПР, ярема чуқурчаси – 2-3 дақиқа.ПР, «арча», «слонявчик» 15 дақиқача ПР, курс №10-12 муолажа.

2.2. Вирусли гепатитда физиотерапия

Даволашда физиотерапия тавсия этиш учун кўрсатмалар: холестаза синдроми; дисхология окрик синдроми билан; гипотоник типдаги ўт чиқариш йўллари дискинезияси; холецистопанкреатит окрик синдроми билан; гастродуоденит.

Физиотерапиянинг асосий вазифалари: гепатоцитлар репарацияси; жигар бузилган функцияларини максимал имконият бўйича тиклаш; ўт йўллари инфекциясига таъсир кўрсатиш, агар гепатит шулар билан кечаётган бўлса; холестазани даволаш; оғриқ синдромини йўқотиш.

Вирусли гепатитнинг ўткир остки даврида физиодаволашлар

Тавсия этилмайти: ферментемия юқори бўлса 2-2,5 мартадан; сурункали актив гепатит; портал гипертензия синдроми; цирроз, асцит.

Тавсия этилади. Жигар функциялари кўрсаткичлари 2-2,5 мартадан ошмаганда физиодаволашлар тавсия этилади (АлАт, билирубин). Парҳез ва медикаментоз даволаш билан бирга енгил иссиқлик муолажалари жигар соҳасида йўл қўйилади. Улар қон ва лимфа айланишини кучайтиради, гепатоцитларга озуқа моддалари келишини кўпайтиради, токсик моддалар чиқарилишига ва парчаланаш моддалари чиқарилишига қўмаклашади, моддалар алмашинувини кучайтиради, ўт ҳосил бўлишини, организмнинг

ҳимоя реакцияларини кучайтиради (лейкоцитлар сони ошади, уларнинг фагоцитар активлиги ошади, ретикулоэндотелиал система функциялари ошади). Оғриклар йўқотилади ёки камайтиради. Иситувчи компресслардан фойдаланилади (сув билан ёки спирт қўшиб), соллюкс лампаси (Вт 0,5-1 м масофада), инфрақизил нурлар (70 см масофада), Мининг лампаси (5-15 см) 10-20 минутга 6-8 муолажа.

Минерал сувларни таъсия этиш мақсадга мувофиқ (Ессенуки № 4, Боржоми, Славяновская, Смирновская) ½-1/3 стакан овқатдан олдин илик ҳолда истеъмол қилиш. Таъсир этиш эффекти фақат ўтти хайдаш хусусияти билан эмас, балки коллоидларга, хужайра мембраналарига, капиллярлар деворига таъсир қилишидадир.

Тери кичишини камайтириш мақсадида игнабаргли дарахт барги ваннаси (t 37°C) буюрилади, кун ора ёки ҳар куни 7-12 мин. №10.

Жигар соҳасига индуктотермия. Узгарувчан юкори частотали магнит майдони вихирли токи жигар тўқимасни индуцирлайди, бунинг натижасида эндогенли иссиқлик ҳосил бўлади. Биринчи навбатда нерв системаси реакция қилади, ундан кейин эса бошқа системалар: қон-айланиш тизими кучайтиради, коллатериаллар очилади, гепатоцидларнинг метаболизми кучаяди, яллиғланишга қарши трофики, спазмолитикли ҳаракатлар кўрсатилади.

Усули: катта ёшли болаларга (5 ёшдан катталарга) жигар соҳасига индуктор-диск ҳар куни 10 кун давомида 10-15 дақ.га қўйилади. Ёш болаларга эса 10-12 марта 10-12 дақ. давомида ЭВТ қўлланилади. Бу юкори майдондаги магнит майдони ўт хайдашини ва ўт чиқишини кучайтиради, антикоагулянтларни синтезини стимуллади, иммун реакциясини ҳосил бўлишини тормозлайди.

УЮЧ. Эффективлиги патологик процесс оғирлигига боғлиқ. Билирубин миқдорини, сулемали тест ва протромбин индекси нормаллашиши кузатилади. Энергия молекуласини ютиши натижасида хужайра мембранасида гелий структураси ўзгаради. Жигарнинг пролифератив процесси, метаболизм активизацияси, микроциркуляцияни кучайиши кузатилади. Бундан ташқари лейкоцитларнинг фагоцитар активлиги кучаяди, альбумин миқдори ошади ва қон плазмасидаги глобулинлар миқдори камади. Актив нейрогуморал процесси қондаги триглицеридлар ва липопротеинларнинг паст зичлигини пасайишига, липопротеинларнинг юкори зичлигини кўпайтиришга, бундан ташқари фибриноген миқдорини кўпайишига ва плазманинг гепаринга толерантлигини ўсишига олиб келади. Натижада организмнинг носпецифик резистентлиг процессини активлайди.

Усули: электролитларнинг кўндаланг жойлашиши, 20-30 Вт кучликда 6-10 дақ.дан 6-7 муолажа.

Паст частотали ўзгарувчан магнит майдони (ПЧЎММ). Таъсир механизми: переориентациясига, эркин зарядга ва ионлар оқимини кучиб юришига боғлиқ; ЁПО тезлиги ўзгаради, мембрана тўқимаси поляризациясини ўзгартиради. Гепатоцидлар регенерациясини оширади, жигар трофик процессини активлайди. Бундан ташқари, ПЧЎММ организмнинг вегетатив функциясини нормаллаштиради, меъданинг моторика функциясини ва кон-томир тонусини пасайтиради. Паст частотали магнит майдон гипофизнинг учламчи гармони ва гипоталамуснинг релизинг фактори процессини ҳосил қилишини кучайтиради. Бу эса бўйрак усти, қалқонсимон без ва бошқа эндокрин безлар функциясини стимуллади. Натижада организмда мослашиш реакцияси шакилланади. Юқорида келтирилганларни ҳисобга олиб, йўлдош касалликлари бўлган гепатит билан касалланган беморларда ўзгарувчан магнит майдон қўлланилиши тавсия этилади (ВТД, гастропатология, эндокринли патология).

Усули: цилиндрли индуктор, танаффуссиз режим, частотаси 50 Гц, магнит индукциясининг интенсивлиги 10-12 мГц, 6-12 дақ.дан 8-10 муолажа жигар соҳасига.

Лазерли терапия. Таъсир мақсади: жигар ҳужайрасини функционал активлигини ошириш; уларнинг регенерациясини стимуляциялаш; холестазда муҳим бўлган ўт ишлаб чиқаришини активлайди; ўн икки бармоқли ичакка ўт суяқлигини тушишини нормаллаштириш.

Лазерли терапия таъсирида беморларда билирубин концентрацияси, актив трансаминаза, алмашинув процесси яхшиланиши, микроциркуляция процессининг нормаллашиши пасаяди, ҳужайра репаратив регенерацияси стимулланади. Инфракизил нур тўлқин узунлиги 0,89-1,3 мкм терига қўлланилади. Нурланиш майдони: жигарнинг чап бўлаги, жигарнинг ўнг бўлаги, ўн икки бармоқли ичак проекцияси, тирсакнинг букилиш соҳаси. Нурланиш кучи – 1-3 Вт, экспозиция вақти – 1-2 дақ. юзага, импульс частотаси 80 Гц, курс №10. Хар куни ҳар битта майдон нурлантирилади.

Дециметрли терапия. ДМТ нурланувчи тўқималарда нафас ҳужайралари активациясини, энзиматик активлигини, плазмолемма гликолипидларини қайта конформацион тикланишини, мембрананинг функционал ҳолатини ва ўтказувчанлигини ўзгаришини чақиради. Бундан ташқари ҳужайра оксиди ва нуклеин кислотасини синтезланишини, митохондрияда фосфорилланиш процесс интенсивлигини оширишни активирлайди. Одам ҳужайраларига ДМТ ни ичига утиши 9-11 см.ни ташкил қилади. Бунда иситиш, регионар қон утишини кучайтириш, яллиғланиш

учоғи дегидратацияси ва қон-томир ўтказувчанлигини ошириш юзага келади. Натижада трофик, гепатоцид метаболизми яхшиланишига, жигар хужайралари репарацияси тезлашишга олиб келади.

Усули: айлана ёки тўғри бурчакли нурланишда 3-5 см оралигида 10-12 дақ. давомийликда ҳар кун 10 та муолажа ўтказилади.

Электрофорез жигар проекцияси соҳасига 2-3 % $MgSO_4$, 0,1-0,5 % папаверин. Сульфат ионининг холаген самараси, папавериннинг спазмолитик самараси ишлатилади. Кўндаланг усул: ҳар кун 10 та муолажа 10-15 дақ. давомида 0,03-0,05 мА/см ток кучида.

Сурункали гепатитда физиотерапия.

Парафин ва озокерит билан даволаш. Аппликация соҳасига тўқима регионар ҳароратини ($1-3^{\circ}C$ га) кўтариш ва иссиқликни ўтказувчи йўл орқали парафин (озокерит) юборилади. Натижада жигарда маҳаллий қон оқиши кучаяди, репаратив регенерация кучаяди, ноцицептив ўтказувчи компрессия камаяди. Бу эса тўқима озикланишини яхшилайдди, оғриқ сезгисини камайтиради. Прокладка номли салфеткали аппликация усули ишлатилади. Прокладка $t-45^{\circ}C$ парафинга шимдирилиб жигар соҳасига, унинг устидан – $50^{\circ}C$ парафинга шимдирилган катта майдонли проклатка, унинг устидан эса клёнка ва пелёнка билан 20-30 дақ. 2 кун давомида 3 кун дам олиш вақти билан ёки кун ора ўраб қўйилади, ёки ҳар кун 1, ёки кун ора 10-15 марта.

Кимёвий таркиби гидрокарбонат сульфат, хлор, магний тутувчи кам ёки ўртача минераллашган ичиладиган минерал сувлар. Илик ҳолда овқатдан 1,5 соат олдин (5-7 ёшдан кейин ёшига) нисбатан 50-100 мл истеъмол қилинади. Спазмолитик ва сийдик чиқарувчи таъсирга эга. Тюбаж ўтказишда ишлатилади.

Тюбаж: эрта тонгда илик ҳолда $\frac{1}{2}$ стакан минерал сув ичилади ва ўнг ёнбош билан грелка қўйиб 30 дақ. ётилади. 10-12 муолажа 5 кун давомида 4 марта.

Балчиқ билан даво (торфли, сапрофилли балчиқ) ўнг коворға ости ва сегментар соҳага аппликация усулида ($t^{\circ} - 38-42^{\circ}C$, 15-20 дақ., кун ора 8-10 та муолажа) ва галвано ботқоқ – кўндаланг усулда, ток кучи мА, 8-10 дақ. давомида 8-10 та муолажа.

Электрофорез 3 % $MgSO_4$, 0,1-0,5% папаверин эритмаси.

Маржонли, игнабаргли дарахтли, радонли ванналар (10-20 мин. давомида $t^{\circ} - 35-39^{\circ}C$ иссиқликда кун ора 8-10 та муолажа ёки 2 кун кетма-кет, 3-кун танаффус).

Гастропатология қўшилган ҳолда УЮЧ – терапия ўтказилади. Миллиметрли тўлқин таъсирида эндокрин системаси ва ВАТ фаолиятида ўзгаришлар кузатилади. Бу гастро-дуоденал худуди безли аппарат

худудининг шиллик кавати трофикани яхшилашга, иммуногенез индуцирланади, организмнинг антиоксидант системасини активирлашга олиб келади. $X=5,6$ мм ва $7,1$ мм тўлқин узунлиги ишлатилади. Частотали модуляцияси 100 МГц, тўлқин тарқатувчидан чиқувчи энергия оқими зичлиги $2-5$ мВт*см². Тухтовсиз режимда $15-20$ дақ.дан 10 та муолажа.

Санатор-курорт даволаш ўткир даврдан кейин 6 ой ўтгач ўтказилади. Бунда буюрилади:

ДЭНС – терапия – динамик электростимулловчи терапия. «иммуномодулирли усул» ва 3 та нуктага жигар соҳасига 1 сеансдан: жигар соҳасига – 5 дақ.; меъда ости беши соҳасига – $3-5$ мин.; «табакерка» - $5-7$ мин.

Сувли даво: «Тонус + С» (1 та ваннага 20 гр.) № 6 , 2 кун $3-$, t^0 – $36-37^0$ С да $10-12$ дақ.

2.3. Менингококкли инфекцияда физиотерапия

Физиотерапия вазифалари: 1. Менингококк ташувчисиди – бактериоцид таъсир кўрсатиш; 2. Менингококк назофарингитта, тонзиллитда – яллиғланишга қарши таъсир; 3. Ўткир ости даврда - яллиғланишга қарши, дегидротацияловчи, оғрик қолдирувчи таъсир; 4. Асоратларида – сўрилувчи, оғрик қолдирувчи таъсир, бузилган функцияни тиклаш.

Менингококк ташувчиси, менингококкли назофарингит, тонзиллит:

- бурун ва томоққа УБН – тубус билан яллиғланишга, оғрик қолдирувчи, бактериоцид таъсир, маҳаллий микроциркуляция ва оқим яхшиланади, $1-2$ биодоздан $6-7$ та муолажа.
- $0,5-1\%$ диоксид, календула эритмаси билан ингаляция. Антисептик таъсирга эга. $6-10$ дақ. дан 8 та муолажа.

Тана ҳарорати нормал бўлган ҳолатда бўлганда ўткир ости ва тикланиш даврида қўйидагилар қўлланилади:

- трансцеребрал электрофорез, 3% ли калий йод билан. Шунингдек бром билан умумий электрофорездан навбатма-навбат фойдаланиш мумкин. Йод ионини сурилтирувчи ва яллиғланишга қарши, бром ионини МАСга кўзғалиш ва тормозланиш жараёнини нормаллаштиришга таъсир қилади. Ток кучи $3-5$ мА. 10 та муолажа.

- кўз-энса усули бўйича гальванизация. Доимий ток таъсирида ионларни ҳужайралар, ҳужайралараро ионлар билан аралаштириб мембранани қутубланишини ўзгартириш мумкин. Бундан ташқари биологик мембрана ўтказувчанлиги ўзгариб, оксилларни ва электролитларни пассив транспорти ошади; локал қон айланишни бошқариш системаси активлашади ва биологик актив моддалар (БАМ) миқдори ошади; яллиғланиш учоғида шиш камаюди, трофик-алмашинув, мия тўқималарда нейрогумарал жараёнлар стимулланади. Натижада яллиғланишга қарши (дренирловчи-

дегидротирланувчи), аналгетик, метоболик таъсир қилади. Ток кучи 2-3 мА, 10 та муолажа 10-15 дақиқа.

2.4. Полиомиелилда физиотерапия

Физиотерапия вазибалари:

- препаративтик даврда – оғрикни бартараф қилиш.

- паралитик даврда – яллиғланишга қарши, дегидратацион, десенсибилизацияловчи ва оғрик қолдирувчи таъсир қилиш.

- тикланиш даврида – МАТда тикланиш жараёнини кучайтириш, тананинг зарарланган қисмида қон айланишини стимуллаш ва ҳаракат аппарати функциясини яхшилаш, вегетатив-трофик бузилишларни камайтириш.

Препаративтик даврда. Оғрикни камайтириш мақсадида соллюкс, Миннин лампасини 5-6 муолажани 8-10 дақ. қўллаш мумкин. Умурткага УБН 1-2 биодоздан бошлаб ҳар куни ½ биодоздан ошириб, 5-6 муолажа курси ўтказилади. Анальгетиклар билан электрофорез ўтказиш мумкин.

Паралитик даврда. Тана ҳарорати тушгандан ва параличлар стабиллашгандан кейин: иссиқ оғрик қолдирувчи, яллиғланишга қарши ва спазмга қарши таъсирли компресслар буюрилади.

Усули: юмшоқ жунли тўқима иссиқ сувда (60°C) хўллаб, яхшилаб сиқиб, оёқ-қўлга ўралади. Бундай компрессларни умуртка бўйлаб, ҳар куни 4-6 ҳафта давомида қўйиш мумкин. Компресс қўйишнинг Кенни усули: жунли мато (50x50 см ёки 80x80 см) совуқ сувга хўллаб сиқилади ва парда 70-80°C гача иситилади. 50°C бўлганда уни оёқ-қўл (бўғимларни очик қолдириб) ва танани юқори қисмига қўйиб, усти клёнка ва чойшаб билан 15 дақ. ўралади. Иссиқ компресслар нафақат касалликнинг ўткир даврида, балки касалликнинг бошқа даврида ҳам қўлланилади.

Дастлабки ҳолатда УЮЧ (зарарланган соҳада), давомий усул. Тарқалган зарарланишларда – бир электрод бўйин қисмида, иккинчиси – орқа мианинг бел соҳасига, 10-15 дақ. ораликда, олигатермик дозада 10-12 ҳар куни ёки кун ора, 10-12 муолажа ўтказилади. Дастлабки ҳолат УЮЧ таъсирида орган ва тўқимани иситиш таъсир жойига турғун, узок ва чуқур гипертермияга сабаб бўлади. Гипертермия таъсирида капиллярлар кучли кенгайиб, қон айланишини оширади. Шу билан бирга регионар лимфодинамикасини тезлаштириб, эндотелий ўтказувчанлигини оширади, лейкоцитлар миқдори ва уларни фагоцитар активлигини қўпайтиради. Бу эса яллиғланиш учоғида дегидротацияга ва сўрилишга олиб келиб, оғрикни камайтиради. Таъсир жойида асаб тўқимаси озикланишини яхшилайди.

Индуктотермия. Чегараланган учокли зарарланишларда кичик ёшдаги болаларда ЎЮЧ – 30 аппаратидан ЭВТ индуктори резонанси билан, катта болаларда (5 ёшдан) ИКВ – 4 дискли аппарати орқа мианинг зарарланган

соҳасига жойлаштирилади. Дозали кучсиз иссиқ, 10 дақ., 10-12 муолажа, ҳар куни қўйилади. Таъсир механизми: иссиқлик токи таъсирида нурлантирувчи тўқимада ҳарорат $2-4^{\circ}\text{C}$ га ва 8-12 см чуқурликка ошади. Яққол капиллярлар, артериола ва венулалар кенгайиб, қон айланиши кучаяди, нерв тўқимаси метаболизми, томир эндотелиysi ўтказувчанлиги ошади, лимфа оқими яхшиланиши юзага келади. Натижада шиш камаяди, ҳужайра аутолизи маҳсулоти дисперслиги ошади, фагоцитар активлигини кўпайтириб, яллиғланиш учоғини сўрилтиради. Магнит майдон соматик ва висцерал ўтказгичларда ўтказувчанликни камайтириб, марказий ва периферик нерв системасида кўзгалувчанликни камайтиради.

Тикланиш даврида: интерференттерапия нафақат тикланиш даври балки жараёни узок (10-15 дақ.дан кўпроқ) давом этганда ҳам яхши натижа беради. Бунда доимий 100 Гц частотали (вегетатив бузилишни бартараф қилиш учун), ритмик 1-100 Гц (трофикани яхшилаш ва регенерацияни стимуллаш учун) ва 1-100 Гц электрогимнастика учун қўлланилад. Орқа мия ва зарарланган оёқ-қўлга таъсир қилади. Даволаш курси 40-50 муолажа, ҳар куни 15-20 дақ.дан.

Дорили электрофорез эуфиллин, прозерин умуртқа соҳасига кўндаланг ват тўғри қўйилади. Ток кучи 0,06 тА, ҳар куни 10-15 дақ. 10-12 муолажа курси қўлланилади. Мусбат электрод умуртқанинг зарарланмаган соҳасига, манфий – зарарланган оёқ-қўлга қўйилади. Вермель бўйича умумий гальванизация невротик бузилишларга яхши самара беради.

Зарарланган мушакни электростимуляция қилиш. Параличдан кейин 2 ой ўтгандан кейин, электродиагностика тўғри келгандан ўтказилади. Синусоидал модуллашган токдан фойдаланади. Оғрикни қолдириш учун бошқарилмайдиган режим, кейин III ва IV PP 30 дақ.дан 2-3 дақ.лик танаффус билан 100 Гц частотада қўлланилади. 3-4 муолажадан кейин: мушакни стимуллаш учун – бошқарилмайдиган режимда, II турда 3-50 Гц частотада, модуляция чуқурлиги 75-100%, 3-5 дақ., 1-1,5 дақ. танаффус билан ҳар куни 10-12 муолажа курси қўлланилади.

Иссиқлик билан даволаш. Озокерит, парафин аппликациялари умуртқа бўйлаб ва шикастланган оёқ-қўлга қўйилади. Парафин ва озокерит юкори иссиқлик активлигига ва минимал иссиқлик ўтказувчанликка эга. Уларнинг даволовчи самараси иссиқлик ва механик фактор сифатида аҳамиятга эга бўлса, озокеритдан кимёвий фактор яъни таркибидаги минерал мойлар, асфальтенлар, смола, газ ҳосил қилувчи углеводлар муҳим ҳисобланади. Аппликация соҳасидаги тўқималардан иссиқлик ўтиб, тўқимада регионар температура $1-3^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади, метаболизм кучаяди, силлиқ мушаклар спазми камаяди.

Совиганда (кристаллизация) маҳсулот ҳажми камайиб, тўқима юзасини компрессия қилади, термомеханосезгир структураларини кузғатиб, маҳаллий ва рефлектор-сегментар реакцияларга таъсир қилади. Қаватлаш ва юклаш аппликация усуллари ҳар куни 10-12-15 муолажа курси қўлланилади.

Қаватлаш усули. Юмшатирилган парафин ($t^0 - 55^0\text{C}$), озокерит ($t^0 - 55^0\text{C}$) тананинг тегишли қисмига 1-2 см қалинликда қўйилади.

Юклаш усули. Кафт ёки товонга парафин (озокерит) қаватлаб қўйилгандан кейин, махсус суюлтирилган парафин ёки озокеритли ванночка билан юкланади.

Аппликация усули. Таъсир қилинадиган соҳага 1-2 қават суртилгандан кейин $t^0 - 65^0 - 70^0\text{C}$ салфетка, 8 - 10 қават марлили парафин (озокерит) шимдирилган ҳолда қўйилади, тана қисми плёнка билан ёпилиб, иссиқ чойшаб билан ўралади.

Балчиқли аппликациялар (пеллоидотерапия) $t^0 - 36^0 - 39^0\text{C}$, ўткир даврдан 4-6 ой ўтгач қўлланилади. Муолажа давомийлиги 20 дақ. 10-15 та муолажа кунора ўтказилади. Бу аппликациялар нерв толалари трофикасини яхшилаб, регенирацияни тезлаштиради. Шунингдек гальванобалчиқ давомий электродлар билан қўлланилади.

Сув билан даволаш. Маҳаллий ($t^0 - 37^0 - 39^0\text{C}$) ва умумий ($t^0 - 36^0 - 37^0\text{C}$) ҳар куни қўлланилади. 10-15 муолажа курси (игна баргли дарахтли, маржонсимон, денгиз дузи билан), сув ости душли массаж 1,5 атм. Босимида 3-5 мин. давомида (ёшга боғлиқ ҳолда) кунора 10-12 муолажа курси ўтказилади. Радонли, йодобромли ва водород сульфидли ванналар $t^0 - 35^0 - 37^0\text{C}$ ли 10-12 дақ. 10-12 муолажа курси яхши натижа беради. «Тонус + С» ванниси 6 муолажа 2 кундан кейин 3 чи кун қўлланилади.

Ўткир жараён сўнгандан кейин. Массаж, ШЖТ комплекси, Кебот бўйича даволовчи пассив гимнастика ва ванна ёки бассейнда сув ости гимнастикаси буюрилади.

Кечки тикланиш даврида (2 - 5 ойгача) даволаш худди эрта давридагидей, бироқ қўйидагилардан ташқари:

- Балчиқли аппликациялар оёқ-қўлларга ($t^0 - 38^0 - 42^0\text{C}$) 10-20 дақ.дан кун ора;
- Билак соҳасига галантамин билан электрофорез. Ток кучи 5 мАгача 10-15 дақ. кун ора;
- УТ терапия шикастланган оёқ-қўл соҳасига. Узлуксиз режим асосида, лабил усулида, 0,4-0,6 Вт/см² ППм микдорда 5-7 дақ. кун ора 10-12 муолажа курси;
- Ҳаволи, қуёшли ванналар ҳар куни схема бўйича (1- жадвал).

Санатор-курорт даволашда касалликнинг ўткир давридан кейин 6 ой ўтгач ўтказилади.

1 – жадвал.

Полиомиелитдан кейин физиотерапевтик даволаш усуллари.

Физиотерапевтик таъсирнинг йўналиши	Даволашнинг физик усуллари
МАТ (орка мия сегментининг шикастланиши)	УЮЧ терапия – умуртка сегментар соҳасига. Индуктотермия умуртканинг сегментар соҳасига.
Шикастланган мушакни ҳаракат функциясини тиклаш ва вегето-контомирлар бузилишларини камайтириш	Оёқ-қўлларга УЮЧ терапия. Оёқ-қўлларга ванночка оркали электрофорез. Мушакларни электростимуляция қилиш. Товон ва тизза соҳасига УТ. Зарарланган мушаклар массажи. Сув ости даволовчи гимнастикаси.
Организмнинг иммунобиологик реактивлигини ошириш.	Умумий УБН. Умумий аэронизация. Карбонат ангидридли, игна баргли дарахтли ванналар. Куёш – ҳаволи ванналар.
Оғрик синдроми билан кураш, реактив шиш ва трофик бузилишларни бартараф этиш.	Диадинамик ёки СМТ – терапия. УЮЧ – терапия. Эритемотерапия. Маҳаллий аэронизация. Ёруғлик-иссиқли ванна. Даволовчи гимнастика, массаж.

2.5. Қўйўталда физиотерапия

Физиотерапия вазибалари.

1. Ўткир даври: бош мия ва ўпкада қон айланишини яхшилаш, йўтал маркази қўзғалувчанлигини камайтириш, яллиғланишга қарши ва спазмолитик таъсир, бронхлар дренаж функциясини яхшилаш.
2. Асоратларни даволаш.
3. Реконвалесценция даври – организмнинг қарши курашувчанлигини ошириш. Тоза ҳаво барча босқичлари учун асосий даволаш фактори хисобланади.

Катарал даврда. «Соллюкс» лампаси ва УБ нурлар билан умумий УБН кўринишида кун ора қўллаш (бундай нурлантириш бошқа босқичларда ҳам қўлланилади). Нурлантириш натижасида фотодеструкция маҳсулотлари ҳосил бўлиб, улар лангерганс ҳужайралари толасида ушлаб қолинади, фагоцитозни стимуллади, булар ҳисобидан Т, В – лимфоцитлар фаоллиги оширади, IgA, М, G микдори кўпаяди. Теридаги нерв охирларини таъсирлантириш МАТ даги афферент импульсацияни оширади, қон айланишни нурланган сегментар соҳада оширади ва яллиғланишга қарши, спазмолитик таъсир қилади.

Бурун ва ҳалқум УБН-тубуси, 1-2 биодозда. Бактериоцид таъсир қилади. 5-6 муолажа курси. Бу нафақат даволовчи, балки профилактик таъсир кўрсатади.

Спазматик йўтал даврида: дорили электрофорез 3 % ли CaCl_2 эритмаси билан бўйинбоғ соҳасида ўтказилади. Мияда қон айланиши яхшиланади, ҳикилдоқ, трахея шиллиқ қаватидаги рецепторлар кўзгалувчанлигини камайтиради, МАТ даги кўзгалган учокга таъсир қилади.

Кўкйўтални ўрта оғир ва оғир шаклида касалланганларда йўтал марказини кўзгалувчанлигини камайтириш учун электрофорез: 0,6 % ли аминазин эритмаси, 0,1 5 ли дионин эритмаси тавсия этилади. Биринчи муолажада анод S 200-300 cm^2 бўйинбоғ соҳасига жойлаштирилади (0,6 % - 1% аминазин эритмаси), катод S 150 cm^2 бел-думғаза соҳага, ток зичлиги 0,01 – 0,03 тА/см^2 10 дақ. қолдирилади.

Асматик синдром кузатилганда электрофорез 3 % ли магний сульфат билан, 2 % ли эуфиллин билан кўкрак қафасига одатдаги усулда ҳар куни 10-15 муолажа 10 дақ.дан қўлланилади.

Умумий аҳволига ва хуруж оғирлик даражасига қараб 1 % ли эуфиллин эритмаси, содали эритма билан электроаэрозолли ингаляция, манфий гидроаэроионизация 6-10 дақ. давомида қўлланилади.

Болаларда кўкйўтал оғир кечганда, бронхлар дренаж функцияси бузилганда, ёпишқоқ, қийин ажралувчи балғам бўлганда ферментлар билан электроаэрозолли ингаляция қўлланилади. Ферментлар балғам ва шиллиқни суюлтириб, бактерияларни ажратиб, балғамни кўчиради ва антимикроб таъсир қилади. Шунингдек химотрипсин ва химопсин, АЦЦ антигистаминлар фонида қўлланилади. Кўкйўталнинг асорати бўлиб ҳисобланадиган ателектазларни тикланиши учун дионин (0,1 % ли эритма) ёки клофеллин (0,02 % ли эритма) билан электрофорез тавсия этилади. Пневмонияни давоси умумий принципга асосланган ҳолда олиб борилади.

Реконвалесценция даври. Кўкйўтал билан оғирган бола организмдан биологик силжишлар клиник тузалишда тулик нормал ҳолатга келмайди. Реконвалесценцияда уларга умумий қувват берувчи ва чиниктирувчи даволаш чора-тадбирлари олиб борилади: ШЖТ, массаж, УБН одатдаги схемада; ДЭНС – терапия «иммуномодуляция усулида» 7- бўйин умуртқаси соҳасида, 7 дақ., ПР лобил; «табакерка» 3 дақ. ПР стабил; муолажа 5-7 курсли ҳар куни.

2.6. Дифтерияда физиотерапия

Дифтерияда физиотерапия реконвалесценция даврида, яъни дифтерия таёқчасини узоқ ташувчилик даврида ўтказилади.

Физиотерапиянинг вазифалари: оғиз бўшлиғи шиллик қаватига бактериоцид таъсир кўрсатиш; организмнинг иммун функциясини стимулляциялаш.

Физик усуллардан даво мақсадида буюрилади: УБН – ҳалқум ва бодомча беши шиллик қавати тубуси кунига 1,5 биодоздан ёшига қараб 7 кун давомида. УБН – умумий схема бўйича кун ора; антибиотик, балиаза, эктерицид, 0,5 % диоксидин билан аэрозол, ингалиция ҳар куни 7 кун давомида. Сурункали ўчоғ бўлганда (сурункали тонзиллит) – лазеротерапия: инфрақизил нур таъсирида «Узор», «Аола», «Мустанг» аппаратларида тўлқин узунлиги 0,89 мкм, частотаси 1500 Гц, давомийлиги 2 дақ., бодомча беши соҳасига 7 та муолажа.

«Химоя кучини кучайтириш» дастури асосида биоптронли рангли терапия.

Усуллари: а) тўқ сариқ рангда – оғиз бўшлиғи ва томоқ 1 дақ.; б) қизил – бўйин, ўмров 1 дақ., бўйиннинг пастки қисмига ўнг ва чап жағ остига; в) туш суяги – яшил 1 дақ.; г) талок – сариқ 2 дақ.; д) қўллар – «табакерка» - сариў 1 дақ.дан ўнг ва чап қўлларга ҳар куни 8 муолажа курси.

2.7. Қизамиқда физиотерапия

Тана ҳарорати тушгандан кейин бурун ва томоқ шиллик қаватига УБН – тубус қўлланилади. Усули: ½ - 1 биодоздан 6-7 (1-1,5 ёшгача бўлган болаларга – УБН қўлланилмайди). УБН яллиғланишга, шишга қарши, бактериоцид таъсир кучига эга.

Юқори нафас йўллари некрозга учраши мумкин, бунда иккиламчи бактерия флоралари тўпланиши мумкин. Бундай болаларда профилактика ва даво мақсадида УБН – тубусни томоқ шиллик қаватига 1 биодоздан 5-6 муолажа, 0,5-1 % диоксин эритмаси билан 5-6 ингалиция қилиш мумкин, 6-7 муолажа. Иккиламчи бактериал зотилжамда, ларинготрохеитда, бронхитда, отитда физиотерапевтик даво умумий қабул қилинган стандарт асосида қўлланилади.

2.8. Сувчечакда физиотерапия

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, сувчечакнинг асосий белгиларидан бири бу тери ва шиллик қаватларда тошмалар тошишидир. Шунинг учун бунда физиотерапевтик даво махсус органларга қаратилган. Физиотерапиянинг вазифалари: организм қаршилигини кучайтиради; сувчечак элементларини тезда қуришини таъминлаш; иккиламчи инфекцияни олдини олиш.

«Юз соҳаси ва тана терилари муаммоси» дастури бўйича биоптронли рангли терапия. Усули:

1. Юз, бўйин, ўмров – кўк, 2 дақ.

2. Жигар, ўт пуфаги – сарик, 1 дак.
3. Киндик – яшил, 1 дак.
4. Куёш чигали белбоғи – тўқ сарик, 2 дак.
5. Бош: пешонанинг юқори қисмидан то энса соҳасигача – бинафша, 1 дак.дан, бошнинг ўрта чизигининг ўнг ва чап томонидан 3 см.
6. Муаммоли майдон – кўк, 1-3 мин.дан муаммоли майдоннинг катта кичиклигига қараб.
7. Оёқ қафти – тўқ сарик, 1 дак.дан товон буртиғи остидан. Ҳар куни 8 муолажа курси.

«Иммун реактивлигини ошириш» дастури бўйича « ДЭТА » аппарати билан БЭПНРТ ҳар бир частота 1,7 + 1,75 + 8,1 + 9,4 + 9,6 Гц. Давомийлиги 120 сек. ҳар куни 10 та муолажа курси.

Касалликнинг ўтқир даврида иккиламчи инфекцияни олдини олишдаги давода асосий эътиборни боланинг шахсий гигиенасига аҳамият бериш керак, пуфакчаларни бриллиант кўки ёки 1-2 % перманганат калий суюқлигини суртиш, кучсиз дезинфекцияли суюқлик билан оғиз бўшлигини чайиш.

Тошмалар тошиши тамом бўлгандан кейин: умумий УБН 1 ёшгача бўлган болаларга секинлаштирувчи схема бўйича 1/8 биодоздан ¼ биодозгача кун ора кўпайтириб борамиз. Марганцовкали ванна ($t^{\circ} 37-38^{\circ}C$), муолажанинг давомийлиги 8-10 дак. ҳар куни. Терини дазмолланган юмшоқ мато билан қуриштиш. Даво муолажа курси 5-7. Элементлар йиринглаган вақтида УБН кун ора 2-3 биодоза билан элемент устига 2 – 3 кун қилинади (кам сонли майдонда). 1 курс давоси 6-7 муолажадан иборат.

2.9. Паротитли инфекцияда физиотерапия

Физиотерапиянинг вазифалари: яллиғланишга қарши таъсир; оғриксизлантирувчи таъсир кўрсатиш; шиш сўрилишини тезлаштириш.

Эпидемик паротитда физиотерапия. Соллюкс лампа билан маҳаллий нурлантириш ёки Минина лампа билан 10-15 дак. 2 марта кунига оғрикни, шишни камайтириш, ҳар куни.

Стационар шароитида – Дастлабки ҳолат УЮЧ қулоқ олди безининг бир тарафига ёки иккала томонга бирин кетин. Конденсаторли пластина №1, 1 см оралиғида илиқроқ 5 дак.дан 10 дак.гача (ёшига қараб) ҳар куни 3-5 муолажа курси.

«Химоя кучини кучайтириш» дастури асосида биопронли рангли терапия утказиш.

Усули:

- а) оғиз бўшлиғи ва томоқ – тўқ сарик, 1 дак.
- б) бўйин-ўмров – кизил, 1 дак.

в) кўкрак суяги – яшил, 1 дақ.

г) талоқ – сарик, 2 дақ.

д) кўл « табакерка » - сарик, 1 дақ.дан чап ва ўнг қўлга №8.

Денс – терапия усули бўйича 1- кун 3- йўлак, 6 та нуқта ИДР + ПР. 2- кун 3 – йўлак. 3 – кун 3 – йўлак 6 та нуқта ПРда. Хар куни №3.

2.10. Қизилчада физиотерапия

Этиологик агентни кучсизлантирадиган физик омил буюрилади ва касалликнинг асосий симптомини афаол юқотиш, патогенез ҳалқасига кўшилиши.

Физиотерапияни вазифаси: касалликни ўткир даврида токсикоз белгисини камайтириш; иккинчи (аллергик) даврда асоратини олдини олиш; асорати бўлганда яллиғланишга қарши ва бактериостатик таъсир кўрсатиш; организмнинг ҳимоя функциясини стимуллаш.

Усули: «иммун реакциясини ошириш» дастури асосида «ДЕТА» аппарати билан БЭПНРТ 1,7 + 1,75 + 8,1 + 9,4 + 9,6 Гц хар куни тезлиги 120 сек., даволаш куни №10.

«Маънавий мувозанат» дастури асосида биоэлектронли рангли терапия

а) оёқ кафтлари – бинафша, 1 дақ.дан оёқ товонидан то бош бармоқгача чап ва ўнг оёқга.

б) бўйин – энсанинг ўрта қисми – бинафша, 2 дақ.

в) қуёш чигали – яшил, 2 дақ.

г) оёқ кафтининг ички қирраси (умуртқа устунининг рефлектор соҳаси – оёқ кафти) – сарик, 1 дақ.

д) гипосенсибил таъсир кўрсатиш.

«Гипосенсибилизация таъсири» дастури асосида «ДЭТА» аппарати билан 3,9 + 6,3 Гц БЭПНРТ хар бир частота 120 сек. №10 муолажа курси хар куни.

Некротик ангинада: 1 биодоздан УБН бўйинбоғ майдонида. 1 биодоздан кунига кўпайтириб бориш то 6 биодозгача №6 муолажа.

Катарал отитда – Минина ёки соллюкс лампа билан қулоқ соҳасини 10 дақ. нурлантириш, йирингли отитда – дастлабки ҳолат УЮЧ (жаррохлик ишловидан сўнг).

Лимфаденитда – Минина ёки соллюкс лампа; Дастлабки ҳолат УЮЧ кучсиз илиқ ёшига мос ҳолда миқдорлаш, қар куни, №6-10 муолажа.

Болалар ташкилотида қизилчани камайтириш мақсадида соғлом болаларга УБН – тубус оғиз бўшлиғига ва томоғига буюрилади. Реконвалесценлара 1-2 биодоздан № 5-6 та муолажа.

3.4. Ўткир ичак инфекциясида физиотерапия

Физиотерапия вазибалари: вегетатив марказларни ва ичакнинг нерв аппаратини нормаллаштириш; йўғон ичакнинг оғрикли спазмларини йўқотиш ва зарарланган ичак шиллиқ қаватининг регенерациясини стимуляциялаш. Бу омилларнинг организмга эффективлигини десенсибилизация ва дезинтоксикацион таъсири ҳисобланади.

Ўртача интоксикация даврида ичаклар спазмини ва оғриқни камайтириш учун қар куни 10 дақдан 37-37,5⁰С иссиқликдаги ванна 2 – 3 муолажа ўтказилади. Қорин соҳасига грелка, соллюкс, Минина лампаси билан нурлантириш кунига 1 – 2 марта 20 – 30 см масофада ўтказиш. Организмга оғриқ қолдирувчи, гипосенсибилизирловчи таъсири ва ҳаёт кучини ошириш мақсадида УВ – эритемотерапия қўлланилади. Бу таъсир қилувчи механизм дермада фотодеструкцияни ишлаб чиқаради ва тери майдонида механосенсорларни оширади. МАТ да оқиб келадиган афферент импульсини интенсивлигини чақиради. Пўстлоқ қават дифференциация процессини тўхтатишга олиб келади, ички марказий тормозланишини секинлаштиради ва устун турган оғриқни децентрациялайди. Яллиғланишга, гипосенсибилизацияга қарши таъсир шу билан боғланганки, нурлантирилган тана майдони микроциркуляция системасини биологик актив моддалар активлайди. Бу эса тўқима шишини, инфилтратив-экссудатив яллиғланиш фазасини камайтиришга олиб келади. Қорин ва бел – думғаза соҳаси бирин кетин нурлантирилади, 2 биодоздан бошланиб 3 – муолажадан сунг ½ - 1 биодозга кўпайтирилиб боради. Бир курс муолажа 6-8 даврдан иборат.

Орқага ва қорин соҳасига УЮЧ дастлабки ҳолат ишлатилади (олдинги орқа соҳаларига конденсорли пластина 2-3 см ораликда, паст илиқ ҳолда ҳар куни 5 муолажа). Дастлабки ҳолат УЮЧ яллиғланишга қарши ва спазмолитик таъсир этади. Гликопротеидли, глобуляр сувда эрувчи оқсилларни силжиш мўлжали таъсирида ҳосил бўлади. Полеризация тўқималарни физикавий – кимёвий хусусиятини ўзгартиради, тўқимада ферментларни ва боғланмаган радикалли процессни оксидланишини фаоллайди. Яллиғланишнинг альтернатив фазасида маҳаллий макрофагларни активлайди, сув ва оқсил комплексларини танлаб ўтказувчанлигини камайтиради, яллиғланиш медиатри активлигини тормозлайди (гистамин, плазмокинин).

Ўткир белгиларини пасайиш даврида катта болаларга «ИКВ» аппарати билан қоринга 10-15 ҳар куни ёки кун ора пасайтирилган иссиқлик қўлланилади, №8 муолажа. Кичик ёшдаги болаларда (5 ёшгача) – «УЮЧ – 30» аппаратида резонансли 30 Вт қувватли индуктор (ЭВТ) ишлатилади, давомийлиги 8-10 дақ. ҳар куни 8-10 та муолажа.

Таъсир механизми: Бемор танасига вақти вақти билан магнит майдон киритилади, электр зарралари вихрли ҳаракатлар билан унинг тўқималарида тебранади. 7-8 см чуқурликда зарранинг ишқаланиши ва тебраниши натижасида иссиқлик ҳосил бўлади. У кучли қўзғатувчи ҳисобланади, контомирлар кенгайиши содир бўлади, қон айланишини тезлаштиради, капиллярлар функциясини кучайтиради. Периферик нервлар таъсирланишини, МАТ тормозланиш процессини кучайтиради. Оғриқ колдирувчи, спазмолитик, седатив таъсир кўрсатиши бошланади, мушаклар тонуси пасаяди.

МАТ га таъсири мақсадида болаларга 3 % CaCl₂ эритмаси билан 1-электрод бўйинбоғ соҳага, иккинчи электрод бел соҳасига қўйилиб электрофорез тавсия этилади. 2-3 мА гача ток кучини аста-секинлик билан ҳар куни кучайтириб борилади, №10-12 муолажа.

Тўғри ичак тушганда олдин вазелин суртилган салфетка била аста-секин тўғирланади, кейин эса орқа тешикка яхтак компресс қўйилади.

Оралиқ мушакларни мустақкамлаш учун массаж, махсус даво гимнастикаси, умумий илиқ ванна, умумий кувватлантирувчи даво қилинади.

Реконвалесценция даврида иммунологик реактивлигини, организмнинг қаршилигини ошириш, зарарланган функцияларни тикланишини тезлаштириш мақсадида болаларни максимал даражада тоза ҳавода бўлишини, чиниктириш муолажасини кучайтириш тавсия этилади. Қишги – кузги даврларда ¼ биодоздан бошлаб то 2-3 биодозгача умумий УБ – нурланиш 10-15 марта тавсия этилган.

Усули:

- а) оғиз бўшлиғи ва томоқ – тўқ сариқ, 1 дақ.
- б) бўйин – ўмров суяги – қизил, 1 дақ.дан бўйиннинг пастки қисми ўнг ва чап жағ ости йўналишига.
- в) кўкрак қафаси (туш суяги) – яшил, 1 дақ.
- г) талок – сариқ, 2 дақ.
- д) қўллар « табакерка » - сариқ, 1 дақ.дан ўнг ва чап қўлларга ҳар куни №8 муолажа.

Чўзилувчан даври. Ичак эпителийс репарациясини кучайтириш мақсадида корин соҳасига кўндаланг усул бўйича гумизол билан электрофорез буюрилади. Ток кучи 0,03-0,05 мА дан 10-15 дақ. ҳар куни ёки кун ора 10 та муолажа ўтказиш.

2.12. Бруцеллёзнинг ўткир ва ўткир ости даврида физиотерапия

Физик усул стационар ва поликлиника шароитида даво босқичларини ўтказиш кўрсатилган.

Физик терапиянинг вазифалари: умумий ва маҳаллий (бўғимларда) патологик процессга, касалликнинг оғрик ҳолатига, мушак дисбалансига таъсир қилиш, зарарланган майдонга трофик процессини яхшилаш, бемор организми носпецифик резистентлигини ошириш. Яллиғланишнинг фаол пбоскичида ЮЧ – терапия (13,56 мГц – индуктотерапия) яхши терапевтик таъсир қилади. Беморларда бруцеллёз артритида илликлантирувчи ва кучсиз илик миқдорида факат бўғимларга ЭМП УЮЧ таъсир этади. Бўғим соҳасига ЮЧ ва УЮЧ – терапияга қарши кўрсатма бўлганда доривор препаратлар билан электрофорез ўтказишга маслаҳат берилади. Улар яллиғланишга қарши ва оғрик қолдирувчи таъсир кўрсатади. Агарда яққол экссудатли яллиғланиш бўлса, унда зарарланган бўғимга эритмали миқдорда УБ - нуруланиш (интегралли ёки ДУФ спектрли) ўтказилади.

Ультратовуш яллиғланишга қарши эффе́кт, мушаклар спазмини камайтириш, гипотонияда мушакларни кўзгатиш, оксил алмашинувини, ферментатив процессини яхшилаш хусусиятига эга. Шу билан биргаликда зарарланган бўғимга ультратовуш таъсири қон-томир тўқимаси ўтказувчанлигини ошириш, экссудатив яллиғланишни кучайтиришга эга. Синусоидли модулирланган ток (СМТ) оғрик қолдирувчи таъсирга, мушаклар спазмини олишга, бўғим тўқималари ва мушаклари трофик процессини яхшилашга эга. Шунинг учун ЖДК ни актив қўллашга ёрдам беради. Ремиссия фазасида бальнеотерапия (йодобромли, натрий хлоридли, водород сульфидли ванна) тавсия этилади. Бўғимларни унумли яллиғланишида, сурункали синовит, нерв-мушак аппаратларида яққол трофик ўзгаришлар, бўғимлар деформацияси ва ҳаракатнинг чекланиши бўлган беморларга пелоидотерапия муолажасини буюриш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

ЎЗ - ЎЗИНИ БАҲОЛАШ УЧУН ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Организмнинг нормал адаптациясига қайтиш ҳолати бу - ?

- А. реадаптация
- Б. реабилитация
- В. дезадаптация
- Г. переадаптация

2. Қайси препарат «психоанолептик» гуруҳига киради?

- А. кофеин
- Б. бемитил
- В. панангин
- Г. рибоксин

3. Қайси препарат «актопротектор» гуруҳига киради?

- А. аспаркам
- Б. пентоксил
- В. мецилурацил
- Г. бемитил

4. Вирусли гепатитда жигар функциясини қайси препарат тиклайди?

- А. церебралезин
- Б. доксиум
- В. эссенциале
- Г. метацил

5. Бруцеллезли артритда оёқда қайси машк бажарилмайди?

- А. динамикали
- Б. статикли
- В. зинапояда дозировкали юриш
- Г. тонги гигиеник гимнастика

6. Бруцеллезнинг 1 – гуруҳ суяк-бўғим шакли

- А. нерв-вегетатив артралгияни келиб чиқиши
- Б. ревматизмга ўхшаш инфекцион-аллергик келиб чиқиши
- В. метастатик шикастланиш
- Г. аутоиммун генезли системали-профессионал зарарланиш

7. Бруцеллезнинг 2 – гуруҳ суяк-бўғим шакли

- А. нерв-вегетатив артралгияли келиб чиқиши
- Б. Ревматизмга ўхшаш инфекцион-аллергик келиб чиқиши
- Д. Метастатик шикастланиш
- Г. Аутоиммун генезли системали-профессионал зарарланиш

8. Бруцеллезнинг 3 – гуруҳ суяк-бўғим шакли

- А. нерв-вегетатив артралгияли келиб чиқиши
- Б. Ревматизмга ўхшаш инфекцион-аллергик келиб чиқиши
- Д. Метастатик шикастланиш
- Г. Аутоиммун генезли системали-профессионал зарарланиш

9. Бруцеллезнинг 4 – гуруҳ суяк-бўғим шакли

- А. нерв-вегетатив артралгияли келиб чиқиши
- Б. Ревматизмга ўхшаш инфекцион-аллергик келиб чиқиши

Д. Метастатик шикастланиш

Г. Аутоиммун генезли системали-профессинал зарарланиш

10. Менингококкли инфекцияда жисмоний давонинг вазифалари

А. бемор организмнинг астенизацияга қарши таъсири

Б. бош мия қон-томирлари микроциркуляциясини бузилишини яхшилаш

В. Ўпка-бронх тизими ва юрак қон-томир функциясини яхшилаш

Г. ҳамма жавоб тўғри

11. Тиф-паратифоз касалликларда эркин тартиб қачон бошланади

А. тана ҳарорати нормаллашганда 3 – суткасида

Б. тана ҳарорати нормаллашганда 7 – суткасида

В. тана ҳарорати нормаллашганда 10 – суткасида

Г. тана ҳарорати нормаллашганда 12 – суткасида

12. Ўткир респиратор инфекцияда нечи кун УБН ўтказилади

А. 3 - 5

Б. 5 - 10

В. 8 - 10

Г. 1 - 3

13. Чўзилувчан ўткир ичак инфекциясида ток кучи қанча

А. 0,3 - 0,5 мА

Б. 0,03 - 0,05 мА

В. 0,1 - 0,5 мА

Г. 0,03 - 0,5 мА

14. Полиомиелитда қайси препарат билан электрофорез олиб борилади

А. прозерин

Б. кальций хлорид

В. Новокоин

Г. Калий йодид

15. Териди везикуляр тошмалар тошиши билан характерланидиган инфекциянинг касаллик

А. қизил кўйлак

Б. қизамик

В. сувчечак

Г. қизилча

ЖАВОБЛАР ЭТАЛОНИ

1. А

6. А

11. Г

2. А

7. В

12. А

3. Г

8. Б

13. Б

4. В

9. Г

14. А

5. Б

10. Г

15. В

ҚЎЛЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Александров, В. В., Алгазин А. И. Основы восстановительной медицины и физиотерапии: учеб. пособие - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 144 с.
2. Боголюбов В. М. Техника и методики физиотерапевтических процедур: справ. - 5-е изд., перераб. - М.: Изд-во фил. ОАО "ТОТ", 2011. - 405 с
3. Боголюбов В.М. «Физиотерапия и курортология». - Изд-во БИНОМ, 2009г. - 247 стр
4. Гафиятуллина Г. Ш. и др. Физиотерапия М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.
5. Германенко И.Г. Диагностика и лечение острых респираторных инфекций у детей: уч-методич. пособие / И.Г. Германенко. – Минск:БГМУ, 2007. - 44 с.
6. Демиденко Т.Д., Гольдблат Ю.В. «Физиотерапия». - Киев, 2006 г. - 126 с
7. Дубовой Р. М., Никулина Г.П. Реабилитационный потенциал: Методическое пособие - Изд.: СтГМУ, 2013. — 32 с.
8. Дубровский В. И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учеб. для студ. мед. ВУЗов. - М.: МИА, 2006. - 598 с.
9. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328с.
10. Епифанов В. А. Восстановительная медицина: справ. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 592 с.
11. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура: учеб. пособие - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 568 с.
12. Журавлева А. И. Лечебная физкультура и спортивная медицина вчера и сегодня / Лечебная физкультура и спортивная медицина. - 2012. - № 4 (100). - С. 5-12
13. Кузьменко О.В. Основы лазеротерапии: Учебное пособие. – 2005 г.
14. Лукомский И. Физиотерапия, лечебная физкультура и массаж.: Учебное пособие. – 2008 г.
15. Лагир Г.М. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций у детей в условиях поликлиники: уч.-метод. пособие – Минск. - 2010. - 40 с.
16. Матюхин В.А., Разумов А.Н. Экологическая физиология человека и восстановительная медицина. - 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. И.Н. Денисова - М.: Медицина, 2009. - 423 с.
17. Мухин В.М. Физическая реабилитация: учебное издание. - К.: Олимпийская литература, 2005. – 470 с.
18. Пономаренко Г. Физиотерапия. Национальное руководство. - М., 2009 г.
19. Пономаренко Г. Общая физиотерапия: Учебное пособие. - М., 2012 г.
20. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия. - М., 2005
21. Попов С. Н. Физическая реабилитации. Изд. 3-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2005.

22. Разумов А.Н., Ромашин О.В. Оздоровительная физкультура в восстановительной медицине. - М.: МДВ, 2007. - 264 с.
23. Тимченко В.Н. Инфекционные болезни у детей: учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, 2006. - 576 с.
24. Толоконин А.О. Мировые оздоровительные системы в практике восстановительной медицины. - М.: Медицина, 2007. - 312 с.
25. Улащик В. Общая физиотерапия: Учебник. - М., 2005 г.
26. Улащик В.С. "Физиотерапия". Универсальная медицинская энциклопедия. - М., 2008 г.
27. Цыркунов В.М., Васильева В.С., Астапова А.А. Детские инфекционные болезни. Лечебная практика: учебное пособие - Минск: АСАР, 2013. - 512 с.
- <http://www.neuro.net.ru>
- <http://www.obraz.geiha.ru/data/>
- <http://www.infectology.ru/forall/reabilitac.aspx>
- http://www.kniga.com/books/preview_txt.asp?sku=ebooks33871
- <http://www.eurolab.ua> › Восстановительная медицина
- <http://www.medbe.ru/.../lechebnaya-fizkultura-pri-brutselleznom-artrite-sredstva-lfk/>