TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI TERMIZ FILIALI TALABALARI UCHUN TIBBIYOT KASBIGA KIRISH FANIDAN QO'SHIMCHA O'QUV QO'LANMA

Narkulov Jakhangir

M.F.ZIYAYEVA, O.Z.RIZAYEVA

BOLALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

TOSHKENT – 2016

UO‘K: 616-053.2:614.253.52 (075.32)
KBK 57.3
Z-67

Z-67 M.F.Ziyayeva, O.Z.Rizayeva. Bolalarda hamshiralik parvarishi. – T.: «Fan va texnologiya», 2016, 376 bet.

ISBN 978–9943–11–281–0

UO‘K: 616-053.2:614.253.52 (075.32)
KBK 57.3

Taqrizchilar:

M.O.Adilova – Shahar 1-son bolalar klinik shifoxonasi bosh hamshirasi;

S.A.Xudoyberganova – Sergeli tibbiyot kolleji o‘qituvchisi.

ISBN 978–9943–11–281–0

© «Fan va texnologiya» nashriyoti, 2012;
© «Fan va texnologiya» nashriyoti, 2016.

Narkulov Jakhangir

KIRISH

O‘zbekiston mustaqillikka erishgach ta’lim sohasida olib borilayotgan tub o‘zgarishlar va kadrlar sifatini oshirishga qo‘yilayotgan talablardan, osib kelayotgan yoshlarimizga davlatimizning g‘amxo‘rligidan kelib chiqib, tibbiyot kollejlari uchun mazkur darslik tayyorlandi.

Sog‘liqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar hozirgi zamon tibbiyot hamshirasi oldiga davr bilan hamnafas faoliyat olib borish talabini qo‘ymoqda. Hozirgi kunda ko‘plab qishloq vrachlik punktlari, kunduzgi va oilaviy shifoxonalar xizmati, shoshilinch yordam markazlari ishi rivojlantirilmoqda. Aholi sog‘lig‘ini saqlash borasidagi muammolarni ijodiy hal etishda tibbiyotda hamshira xizmatini tubdan o‘zgartirilib ularning salohiyatini oshirishga e’tibor kuchaytirilmoqda.

Ushbu darslikka Bolalarda hamshiralik ishi fani ta’rifi va tarixi bolalarning rivojlanish xususiyatlari, bolalarning rivojlanishida kommunikatsiya va nazariyalar ahamiyati, hamshiralik jarayoni, bolalar salomatlik darajasini baholash, bolalarga xizmat ko‘rsatayotgan muassalarda va bolalarning sog‘lom o‘sib rivojlanishida hamshiraning roli va vazifalari, kasalliklarda hamshiralik parvarishi, kasalliklarni oldini olish, favqulodda holatlarda bolalarga yordam ko‘rsatish kabi mavzular kiritilgan.

Ushbu darslikning maqsadi hamshira o‘z vazifalarini vijdonan bajarish, aholi orasida profilaktik va davolash ishlarini olib borish, hamshira tashxisini qo‘yish, bemorning holatiga to‘g‘ri baho berish, muammolarni aniqlash, bemorni reja asosida parvarish qilish, ehtiyojlarini qondirish, muolajalar texnikasini to‘g‘ri bajarish, kommunikatsiya va boshqa hamshiralik parvarishi vazifalarini fan orqali chuqurroq o‘rgatishdan iborat.

Darslik bo‘yicha bildirilgan fikr-mulohazalar mualliflar tomonidan mamnuniyat bilan qabul qilinadi.

Narkulov Jakhangir

I bob. BOLALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI FANIGA KIRISH

1.1. Bolalarda hamshiralik parvarishi fanining tarixi

Bolalarda hamshiralik parvarishining xususiyatlari

1. Bolalar haqida tushuncha.

Bolalar – shunday zotki doimiy ravishda rivojlanish jarayonida bir necha (odamiylik, moddiy, biologik, kimyoviy, ma'daniy) bosqichlarni bosib o'tadilar. Hayotlarini boshida ota-onalariga bog'langan bo'ladilar, ammo sekin-asta rivojlanish jarayonida tashqi olam ta'sirida shaxs sifatida shakllanadilar. Asta-sekin ota-ona yordamidan chetlashgan holda mustaqil yashashga o'rganib boradilar (avtonomlik).

1. Bolalar doimiy ravishda o'sib rivojlanib boradi. Ularni sog'lig'ini buzilishi o'sish, rivojlanish davrlarida turli muammolarni keltirib chiqaradi.

2. Bolalar necha yoshga kirishidan qat'i nazar, sog'lom yoki kasal bo'lsa ham doimiy ravishda e'tiborda va parvarishda bo'lishlari kerak. Bolalar yuqumli kasalliklarga tez chalinadi. Ayniqsa, bemor bolalar bilan ishlayotganda hamshira yuqumli kasalliklarni yuqishini oldini olishi va ularga yordam ko'rsata olishi lozim.

3. Bolalarda kasalliklarning klinik belgilari va kechishi o'zgaruvchan bo'ladi. Kutilmaganda noxush holatlar yuzaga kelishi mumkin. Bolalar noxush holatlardan o'zlarini himoya qila olmaydilar.

4. Ayniqsa, ko'krak yoshidagi va go'dak bolalarni diqqat bilan nazorat qilib borishi kerak, chunki ularda kutilmaganda turli o'zgarishlar bo'lib qolishi mumkin. Sababi, ular o'zlarida kechayotgan holatlarni, og'riqni so'z bilan ifodalab bera olmaydilar.

Bolalik – bu kattalarga nisbatan ishonch hosil qilish davridir. Hamshiralar bolalarga nisbatan doimiy ziyrak bo'lishlari kerak. Chunki noto'g'ri xatti-harakat, qo'pol so'z ular ko'nglini og'ritishi mumkin.

Narkulov Jakhangir

Bolalarda hamshiralik parvarishining roli. Bemor bolalarni kasalxonaga yotqizish va ularga yordam ko‘rsatish, hayotga nisbatan qiziqish uyg‘otishni faqatgina tibbiyot hamshirasi bajara oladi. Hamshira bolani qabul qilgach, barcha javobgarlikni o‘z zimmasiga oladi. Bu borada u bolani parvarish qiladi, davolaydi va sog‘lig‘ini tiklab olishiga yordam beradi. Agar bola terminal holatda yotgan bo‘lsa, sog‘ayib ketishiga ishonch bo‘lmasa, hech bo‘lmaganda bemor bolaning qolgan vaqtini qulayliklarda o‘tkazishga harakat qilish kerak. Yana u bolalarda salomatligini tiklab olishiga xohish, ishonch va intilishni kuchaytira olishi kerak.

Bolalar parvarishida hamshiralik jarayonining vazifalaridan biri bemor bolaning oila a’zolari, ayniqsa onasi bilan yaxshi muomala qilish. Davolash jarayonida onaning o‘z bolasi yonida bo‘lishi, bola bilan yanada yaqinlashish, muloqot qilish, uy sharoitida davolash va parvarish qilish ko‘nikmalarini egallashga yordam beradi.

Oila a’zolariga parvarish ko‘nikmalarni o‘rgatishda malakali hamshiralar katta rol o‘ynaydilar. Amalga oshirilayotgan yordam bola va uning oila a’zolarining tabiiy kuchiga ham bog‘liqdir. Oxirgi xulosaga kelishda, bola va uning oila a’zolarining so‘nggi so‘zi muhimdir.

Sog‘liqni saqlashda hamshiralik parvarishi sog‘liqni mustahkamlash va kasalliklarni oldini olishda katta rol o‘ynaydi. Shuningdek, kasallikning yengil og‘irligiga qaramay bemor bolalarda ishonch uyg‘otish, dardiga malham bo‘lish, tanadagi og‘riqni kamaytirish, hayotdan zavqlanib yashashga umid uyg‘otib borishi lozim.

Bolalar bilan ishlayotgan tibbiyot hamshirasidan talab qilinadigan bilim va malakalar.

1. Bolalarda uchraydigan favqulodda yuz beradigan holatlarda tibbiyot hamshirasi yuqori darajada bolalarni nazorat qilib borishi kerak. Binobarin kelib chiqadigan favqulodda holatlarda zudlik bilan harakat qilish, ortiqcha hissiyotlarga berilmasdan to‘g‘ri parvarish olib borish zarur.

2. Bolalar ehtiyojini qondirishda, yordam ko‘rsatishda odamiylik xislatlari birinchi o‘rinda turadi. Boshqacha qilib aytganda saxiylik, jonkuyarlik, to‘g‘ri so‘zlik kattalarga xos xislatlardandir.

Narkulov Jakhangir

3. Bola va uning oila a’zolari bilan yaxshi munosabatlarda bo‘lish, osongina kelishib ketish zarurdir.

4. Shuningdek, bolalarni to‘g‘ri rivojlanishi uchun tushuntirish ishlarini to‘g‘ri olib borish lozim.

5. Bolalarni qalb harorati bilan, yaxshi parvarish qilish kerak. Doimiy ravishda bola bilan ishlaganda shifokor, dorishunos, dietolog, laborant xulosalariga tayanishi lozim.

Bolalarda hamshiralik parvarishi obyektlari. Bolalardagi asosiy xususiyatlardan biri shuki, ular mustaqil yashay olmaydilar va doimo kattalar yordamiga suyanadilar. Shuning uchun hamshiralik parvarishining obyekti faqat bola emas, ularning oila a’zolari hisoblanadi.

Bolalarda hamshiralik parvarishining maqsadi. Bolalarda hamshiralik parvarishining asosiy maqsadi, bolalarning sog‘lig‘ini tiklashga qaratilgan. 1986-yil Ottavada bo‘lib o‘tgan butun dunyo Sog‘liqni Saqlash Assambleyasida shunday deyilgan: «Har bir bolaga yordam ko‘rsatish lozim, vaholangki, ular oila va atrofdagilar ta’sirida o‘z sog‘lig‘ini tiklab olsin, o‘sib, rivojlansin».

Dunyo tarixida pediatriyaning rivojlanishi

Pediatriya terapiyadan ajratilgan holda XIX asrdan boshlab, alohida bo‘lib chiqdi. U bolalardagi spesifik kasalliklarni o‘rganadi. Yevropada 1802-yili Parij shahrida birinchi bo‘lib, bolalar kasalxonasi tashkil qilindi va uzoq yillar mobaynida bolalar shifokarlarini tayyorlash markazi bo‘lib, faoliyat ko‘rsatib keldi. XX asrdan boshlab tibbiyot mustaqil ravishda rivojlana boshladi. Dunyo bo‘ylab tibbiyot kafedralari ochila boshladi. Gretsiyada tavvalud topgan Gippokrat (460-375 yil. e o) tibbiyot faniga asos soldi. U bolalar organizmining xususiyatlariga katta ahamiyat berib, qo‘lyozmalar yozdi. O‘limidan so‘ng bir qancha allomalar u boshlagan ishni davom ettirishdi. Ulardan biri Galen (130-201 yillar) edi. Galen tibbiyot sohasi borasida bir qancha qo‘lyozmalar yaratdi. Ulardan: odam anatomiyasi, biologiya, patologiya, farmakologiya va ichki kasalliklardir. Kitoblarda u kasallik belgilari, bemorlarni parvarish qilish va bolalarni to‘g‘ri ovqatlantirish qoidalarini yozib goldirdi.

Narkulov Jakhangir

O‘zbekistonda pediatriyaning rivojlanishi

O‘rta asr. Avitsenna (tabib) yoki Abu Ali ibn Sino (988-1037-yil) Buxoro yaqinida tavallud topgan. U yaratgan «Kanon meditsinasi» kitobi tibbiyotga yaqqol misol bo‘la oladi. Kitobning katta qismi bolalar tarbiyasi va ularni to‘g‘ri ovqatlantirishga qaratilgan. Avitsennaning aytishicha, bolalarda kelib chiqadigan turli kasalliklar, ularni noto‘g‘ri ovqatlanishiga bog‘liqdir. Turli o‘zgarishlar homilaning ona qornida shakllanayotganida sodir bo‘ladi. Bu holatlarning barchasi zamonaviy tibbiyotda asoslab berilgan. Avitsenna birinchi bo‘lib bolalardagi tomir urish xususiyatlarini, shol kasalligi, gijja kasalliklari haqida yozgan. Avitsenna pediatriyaning xizmat ko‘rsatgan asoschilaridan hisoblanadi.

Yangi va eng yangi davr. 1919-yili Toshkentdagi tibbiyot institutiga asoslanib 1920-yili Turkistonda «Ona va bolalarni himoya qilish» bo‘limi ochildi. Shu yili Turkiston davlat universitetida ham tibbiyot fakulteti ochildi. 1922-yili Toshkentda Roza Lyuksemburg nomli ikkita bolalar ambulatoriyasi va kasalxonasi ochildi. 1927-yili «Ona va bolalarni himoya qilish» instituti ochildi. 1930-yili Turkiston davlat universitetida faoliyat ko‘rsatayotgan tibbiyot fakulteti O‘rta Osiyo tibbiyot instituti bo‘lib faoliyat yurita boshladi. Tibbiyot institutida «Onalar va bolalarni sog‘lig‘ini saqlash» fakulteti ochildi. 1935-yil O‘rta Osiyo tibbiyot institutida faoliyat ko‘rsatayotgan «Ona va bolani sog‘lig‘ini saqlash» fakulteti «Pediatriya» fakulteti deb nomlandi. 1940-yili «Ona va bola sog‘lig‘ini saqlash» instituti yopildi. 1960-yili Samarqand shahrida «Pediatriya» fakulteti, 1965-yili Andijon tibbiyot institutida «Pediatriya» fakulteti ochildi. 1966-yili Toshkentda «O‘zbekiston ilmiy tekshirish» instituti ochildi. 1972-yili Toshkent tibbiyot institutidagi «Pediatriya» fakulteti O‘rta Osiyo tibbiyot pediatriya instituti deb nomlandi. 1974-yil Pediatriya institutidagi «Akusherlik va ginekologiya» bo‘limi, O‘zbekiston ilmiy Tekshirish instituti «Akusherlik va ginekologiya» bo‘limi deb qayta nomlandi. 1991-yili Mustaqillikka erishganimizdan so‘ng O‘zbekistonda tibbiyot yanada rivojlana boshladi. Dunyoviy malakalarga tayangan holda yangicha zamonaviy tibbiyot xizmatlari shakllandi va faoliyat ko‘rsata boshladi.

Narkulov Jakhangir

Bolalarda hamshiralik parvarishini islohotlari

O‘zbekistonning jahon hamjamiyatiga a’zo bo‘lish, xalqaro aloqalarni kengaytirish va keng rivojlangan Sog‘liqni Saqlash infrastrukturasiga ega bo‘lgan davlatlararo hamkorlik, sog‘liqni saqlash chunonchi pediatriya sohasida ham oldida turgan muammolar haqida tushuncha berdi. Yuqorida aytib o‘tilgan muammolar yechimi sifatida O‘zbekiston Respublikasi Prizedenti tomonidan 10-noyabr 1998-yilda qabul qilingan №UP-2107-sonli Qarorida «O‘zbekiston Respublikasida SST da reforma qilishning davlat dasturi SS milliy modeliga bosqich-ma-bosqich o‘tishni belgilab beradi. Bu o‘rinda SSV da quyidagi dasturlar va qarorlarni amalga oshirish yo‘lga qo‘yilgan:

– 1998-yilning 1-aprelida «Ona va bola skriningi».

– 2000-yilning 15-fevralida «Sog‘lom avlod davlat dasturi to‘g‘risida» qarori.

– 2002-yilning 25-fevrali «Ayol va o‘sib kelayotgan yosh avlod sog‘lig‘ini mustahkamlashning qo‘shimcha chora-tadbirlari» haqida.

– Tug‘ish yoshidagi ayollar sog‘ligini himoya qilish tizimini takomillashtirish.

– Ona va bola skriningi.

– Tug‘ish yoshidagi ayollar sog‘lig‘ini yaxshilash, tug‘ilish hamda bolalar tarbiyasini amalga oshirish to‘g‘risida xalqaro hamkorlikni kengaytirish.

– Tug‘ruqxonalar va bolalar muassasalarini moddiy-texnik bazasini mustahkamlash.

2009-yilning 13-apreldagi Sog‘lom avlodni shakllantirish, onalar va bolalar salomatligini muhofaza qilish bo‘yicha qo‘-shimcha choralar to‘g‘risidagi 1096-sonli- PQ qarori.

2016-yil «Sog‘lom ona va bola yili».

1.2. Bolalarda hamshiralik parvarishi nazariyasi va konsepsiyasi

Bolalarda hamshiralik parvarishini nazariyada qo‘llanishi

Eriksonni rivojlanishni epigenetik nazariyasi.

Psixoanolitik Erikson nazariyasiga insonning tug‘ilishidan to o‘limiga qadar bo‘ladigan o‘zgarishlar kiritilgan. Emotsional va

Narkulov Jakhangir

sotsial muhit oldida inson butun umri davomida turli hayot bosqichlarini bosib o‘tadi. Bu hayot bosqichlarida Erikson bolalarni psixologik rivojlanishlarini yoritib bergan.

Bular:

1-Go‘daklik davri. Ishonch yoki ishonmaslikning shakllanishi.

2-Kichik maktabgacha davr. Uyalishni, yakkalanishni va shubhalanishning shakllanishi.

3-Maktabgacha davr. O‘zini ko‘rsatish yoki aybdorlik hissining shakllanishi.

4-Maktab davri. Mehnatkashlikning eplay olish yoki eplay olmaslikning shakllanishi.

5-O‘smirlik davr. Menlikning his qilishni shakllanishi.

6-Kichik katta davr. Sezishning va yakkalanishni shakllanishi.

7-Katta davr. Oldindan sezish hissini shakllanishi.

8-Yetilish davri. O‘zini tenglash yoki farqlash hissining shakllanishi.

Nazariyaning xususiyati shundaki, bu sotsial madaniy kontekst bola tug‘ilishidan to o‘limga qadar butun mohiyatini o‘z ichiga oladi. Har bir psixosotsial bosqich to‘siqlardan iborat bo‘lib, rivojlanish uchun ularni yengib o‘tish darkor.

Piajning kognetiv rivojlanish bosqichi. Biolog olim Piaj bolalarni tekshirish natijasida kognetiv nazariyani rivojlantirdi. Ushbu nazariya shunga asoslanganki, barcha bolalar rivojlanish jarayonida o‘zaro genetik taassurotlar va atrofdagi muhit ta’siridan chetda qolmaydilar. Kognetiv rivojlanish tug‘ilgandan so‘ng boshlanadi va eslab qolish, shakllanayotgan yuqori kognetiv holatlar bosqichma-bosqich rivojlanib boradi. Kognetiv nazariya assimilatsiya va akkomodatsiya yordamida kengayib boradi. Shunday qilib, inson yangi bilim va ko‘nikmalarni tushunib boradi, chuqur darajada anglaydi.

Kognetiv nazariya tug‘ilgandan so‘ng tushunishni, fikrlashni va qabul qilishni shakllanish jarayoni.

0-1 yosh sezgi harakat bosqichi.

1-6 yosh ongning o‘sishi, ya’ni ramziy fikrlash bosqichi.

6-8 yosh aniq oreratsiya bosqichi.

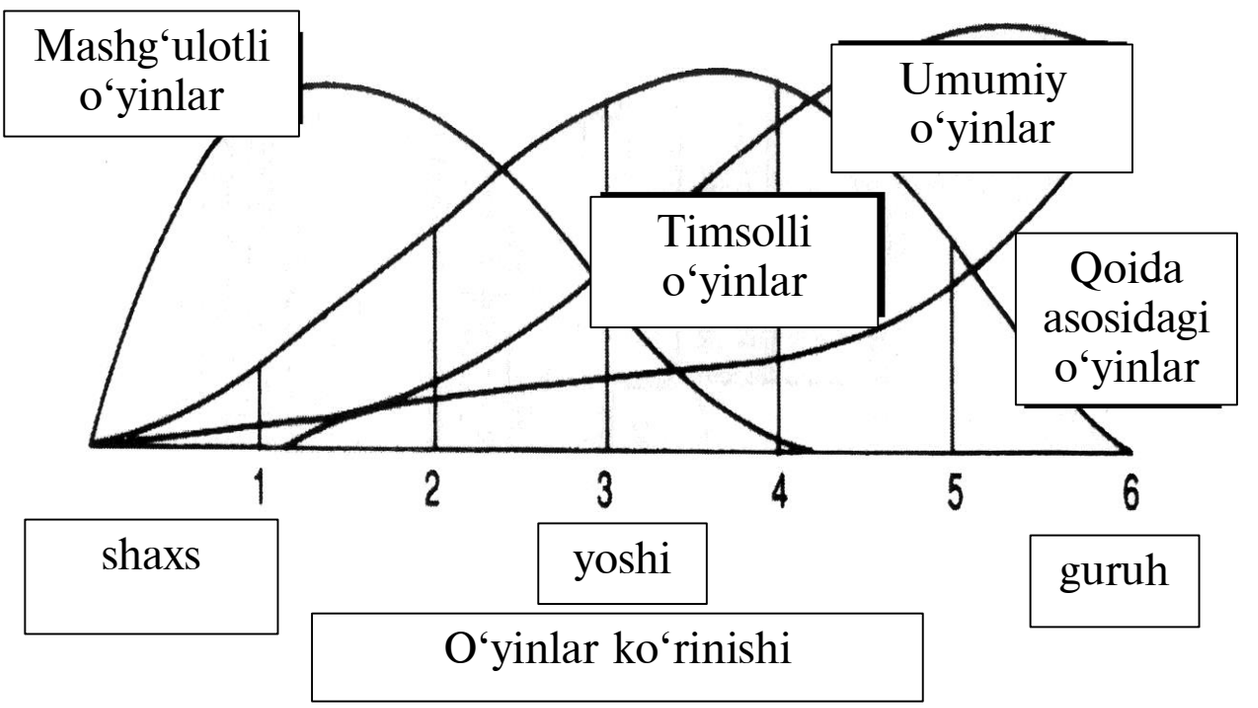
8-12 yosh operatsiyani fikrlash bosqichi.

Bowlby. J. ning nazariy bog‘liqligi. Ona va bolaning bir-biriga bog‘liqligi: ko‘krak so‘rganda, yig‘laganda, kulganda va boshqa

Narkulov Jakhangir

holatlarida shakllanib borib, bir-biriga nisbatan mehr uyg‘onadi. Onaning uzluksiz bola bilan bog‘liqligi eye-to-eye- contact, ikki kishini bir-biriga uzviy bog‘laydi. Bu hissiyotlar esa doimiy bog‘liqlik deb ataladi.

O‘yin nazariyasi. Bolalar turli o‘yinlar yordamida o‘sib, rivojlanib boradilar. Keyinchalik katta bo‘lganlarida ulardan foydalaniladi. Turli o‘yinlar bolani aqliy va jismoniy rivojlanishida katta ahamiyatga ega bo‘lib, tartib qoidalarni tushunishda yordam beradi. O‘yinlar bolalarni aqliy va jismoniy qobiliyatlarini o‘stiradi, tartib-qoidalarni o‘rgatadi. O‘yinlar mazmuni bolalarning o‘sish va rivojlanishiga qarab bir nechta tipga bo‘linadi.



1-chizma. O‘yin ko‘rinishi.

Mashg‘ulotli o‘yinlar bolaning sezgi a’zolari va harakat a’zolarining rivojlanishiga qaratiladi (3 yoshgacha).

Timsolli o‘yinlar natijasida bola o‘zini kimlargadir qiyoslaydi. (3-5-6 yosh). Umumiy o‘yinlar 6-8.

Qoidalar asosidagi o‘yinlar o‘ynash (8 yoshdan keyin).

1 chizmada yoshi kattalashgan sari o‘yinlar kamayib boradi. Qoidalar va umumiy o‘yin ko‘payib boradi. Undan tashqari o‘yinlarni motorli (motor play), predmentlar asosida (object play) va umumiy (social play) o‘yin turlariga bo‘lish mumkin. O‘yinlarga qulay sharoit yaratib berish uchun (1) o‘yin joyini,

Narkulov Jakhangir

(2) o‘yin vaqtini, (3) o‘rtoqlarini va (4) o‘yinchoqlarni inobatga olinadi. Bolalarda o‘yinchoqlarga qiziqish, xohish, muhit inobatga olinadi. Bu masalada bolaning ba’zi kasalliklari va sog‘lig‘idagi o‘zgarishlar ham nazarda tutiladi.

Oremaning parvarish qilish nazariyasi. Orema o‘zining malakali tajribasidan kelib chiqib, uchta nazariyaga asos soladi:

– o‘zini parvarish qilish nazariyasi,

– parvarish qilishni tanqislik nazariyasi,

– sistemali parvarish qilish nazariyasi

O‘zini parvarish qilish u o‘zi uchun qulay sharoit yaratish demakdir. O‘zini parvarish qilish ehtiyoji buzilsa, u holatda o‘z-o‘zini parvarish qilish tanqisligi vujudga keladi. Bu holatni bartaraf etishda ota-onalar va hamshiralar yordam beradi. Bu holatda sistemali parvarish amalga oshiriladi. Bola ota-onasiz va unga qarayotgan hamshirasiz o‘zini-o‘zi parvarish qila olmaydi. O‘zidagi qobilyatlardan foydalana olishda ota-onalar doimo bolalarini qo‘llab-quvvatlab turishlari lozim.

Bronfenbrenning ekologik modeli. Bronfenbrenn bolaning o‘sishi va uning rivojlanishida, hayot tarzida atrofdagilarning ta’sirini tushuntirdi u to‘rtta toifaga asoslanib, shaxsga ta’sir qilishni modellashtirdi. Hayoti davomida unga oilasi bevosita ta’sir etib boradi. (Mikrosistema). Atrofdagilar esa (ish joyi, do‘stlar, davlat sistemasi, iqtisod), madaniyat (til an’analar, bilim olish, din) va tabiat (mikrosistema) ta’sir ko‘rsatadi. Bu ta’sirni qo‘g‘irchoq matryoshka misolida ko‘rish mumkin.

Bolalarni parvarish qilishda axloqiy me’yorlar

Bolalarda hamshiralik parvarishida ba’zi emotsional kelish-movchiliklar hayot va mamot masalasini hal qilayotganda vujudga keladi. Masalan: tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni qachongacha davolash kerak yoki terminal holatlarda bolani davolash jarayonini qachongacha cho‘zish mumkin va shu kabilar. Bolani parvarish qilayotgan hamshira ularni ham huquqlarini bilishlari kerak.

Narkulov Jakhangir

Bola huquqining konvensiyasi

Ma'lumki, bolalarning huquqlari 1924-yili Jeneva deklaratsiyasida qabul qilingandan so‘ng ko‘rib chiqildi. 1957-yil esa «Bolalar huquqi Deklaratsiyasi», 1979-yil esa «Butun dunyo bolalar yili» deb e'lon qilindi. 1989-yili BMT Bosh Assambleyasiga asoslanib bolalar huquqi konvensiyasi qabul qilindi. Konvensiya preambula va 54 ta moddadan iborat bo‘lib, bunda bolalarni nafaqat avaylab-asraydigan obyekt sifatida emas, balki ularni haq-huquqlaridan hech qanday to‘siqlarsiz foydalaniladigan subyekt sifatida qarash kerak. Masalan:

3-moddada «Bolaning qiziqishlari to‘la ta'minlanishi shart» deyilgan. Bu moddada bolani ijtimoiy himoya qilish huquqi to‘la tasdiqlangan bo‘lib, bu esa bolalarni jamoada kattalar bilan teng huquqqa ega ekanliklariga huquq beradi. Bundan tashqari, 12-moddada «O‘z fikrini erkin bayon etish huquqi» bayon etilgan.

28-moddada «O‘qish huquqi», «Erkin fikrlash», «Bayon etish» va «O‘zini himoya qilish» huquqlari bayon etilgan. Quyidagi punktlar kiritilgan: Ota-onalarning burchlari va majburiyatlari shundan iboratki, bolani tarbiyalash, ota-ona mehridan ayirmaslik ehtiyotlash, himoya qilishdan iborat.

Hamshiralik parvarishining axloqiy prinsiplari

Tushuntirish va rozilik olish. Bolalar kerakli bo‘lgan ma'lumotlarni olish huquqiga egadirlar. Shunday hollar borki, ba'zi bir muolajalar va davolash usullari bolalarning roziligisiz, tushuntirilmasdan olib boriladi. Bolalardagi bezovtalanish, qo‘rquvni bartaraf etish, bolani yoshidan kelib chiqib, bu qanday muolaja va nima maqsadda qilinayotganligini tushuntirish kerak.

Invaziyaning minimal darajasi va chegaralanishi. Bola xavfsiz davolanish va hamshiralik parvarishidan cheksiz foydalanish huquqiga ega. U davolanish va parvarish jarayonida nafaqat ruhiy zo‘riqadi, balki azoblanadi ham. Bu hissiyotlar bolada atrofini o‘rab turgan shifokorlarni ko‘rganida ham sodir bo‘ladi. Shuning uchun iloji boricha bolani hayajonlanishini kamaytirishga harakat qilish kerak.

Shaxsiyatni himoya qilish. Bolalar o‘z haqlarini, g‘ururlarini, hayotlarini turli tahlikalardan himoya qilish huquqiga egadirlar. Bolalar va ularni boqib olgan ota-onalarini roziligisiz uchinchi shaxsni qo‘shish mumkin emas.

Bolani ota-ona va oilasidan ajratish taqiqlanadi. Bola davolanish jarayonida oila a’zolari bilan birga bo‘lish huquqiga egadir. Bemor va uning ota-onasining roziligi bilan xabar olish vaqti va qoidasi belgilanadi.

Bilim olish va o‘ynash huquqi. Ko‘krak yoshidagi bolalarning o‘sishi va rivojlanishida o‘yinlar katta ahamiyatga ega. Maktabgacha bo‘lgan bolalarni holati kasallik belgilariga qarab, bilim olishiga sharoit yaratib berish kerak. Bola muolajalarni olayotgan vaqtida ham bilim olishi kafolatlanadi.

Jamiyatning bolaga bo‘lgan munosabati. Jamiyat va ota-onalar «Bola o‘zi kim», «U qanday mavjudot» degan qarashga egadirlar. Agar bolalar va kattalar o‘rtasida ularni chegara ajratib turmasa, kichik yoshdagi bolani katta yoshdagidek qabul qilib mehnatga jalb etish mumkin. Shunday zamonlar bo‘lganki, bolani oldi-sotdi ishlarining obyekti hisoblab, ularning kattalar qalbi bilan bir xil, faqatgina bo‘yi kichkina xolos deb noto‘g‘ri qarashlarga borilgan. Faqatgina yangi davrga kelib, ularning kichkinaligini qalblarida kechayotgan holatlarni tushuna boshlashdi. Shundan so‘ng bolaga odam sifatida qarab hurmat qila boshladilar. Bu holatlarni fransuz yozuvchisi (1712-1778) Jan Russo «Emil» asarida bayon etdi. Bu asarda inson sifatida tan olindi va kattalardan farq qilishi, hayotidagi asosiy maqsadi esa bilim olish ekanligi yoritilgan.

1.3. Bola va uning oila a’zolari bilan kommunikatsion muloqot

Bola bilan muloqot qilish bosqichi so‘zlashuvning birinchi funksiyasi hisoblanib, hayotning birinchi yarmida bir nechta bosqichlarni bosib o‘tadi. 1-bosqichda bola atrofdagilarning so‘zlashishini tushunmaydi va gapira olmaydi, ammo sekin-asta so‘zlashish uchun unda qobiliyat hosil bo‘la boshlaydi. 2-bosqich so‘zlashish qobiliyati yanada takomillashib boradi, bola oddiy so‘zlashishni o‘rganadi. 3-bosqich bolaning 7 yoshida shakllanib, atrofdagilar bilan bemalol muloqot qila oladi. Bu

Narkulov Jakhangir

bosqich so‘zlashuvning asosiy muloqot bosqichi hisoblanadi. Kattalarni bolalarga nisbatan munosabati nafaqat ularning yoshiga, xulq-atvoriga, shakllanishiga, ulardagi tug‘ilayotgan fikrlarga ham uzviy bog‘liqdir. Bularda o‘ziga nisbatan baho berish kriteriyalari shakllanib borishi jarayonida, atrofdagi odamlar, ulardagi fikrlarning to‘g‘ri ekanligini tasdiqlashlarini xohlab boradilar. Maktabgacha bo‘lgan davrda shaxs, o‘z-o‘zini tushunish va dunyoni his qilish tushunchalari hosil bo‘ladi. Bu bosqichlar birinchi navbatda bolaning umumiy psixologik rivojlanishi, psixologik vazifalarining shakllanishida, fikrlash va mustahkam xotiraga ega bo‘lishda muhim o‘rin tutadi. Hayotining 1-bosqichida ular (onasi, otasi, buvisi, buvasi) bilan birinchi bor yuzma-yuz keladi, keyin esa atrof olamni taniydi, o‘zini o‘rab turgan narsalar uning quroli deb biladi.

Bolalarning o‘sishi va rivojlanishidagi muloqot

Ko‘krak yoshidagi bolalar bilan muloqot. Ko‘krak yoshidagi bolalar o‘zlariga kerak bo‘lgan ehtiyojni yig‘lash bilan, kulgi va tinch holat bilan namoyon etadilar. Ularni ona ko‘ksiga qattiq bosganida, erkalaganida tinchlanadilar. Ko‘krak yoshidagi bolalar yig‘lash va tovush chiqarish orqali atrofdagilar bilan muloqotga kirishadilar va ularni silashlarini, erkalashlarini his qiladilar. Ularda chiqayotgan turli tovushlarni ota-onasining nazorat qilib borishi, hamshira uchun bola bilan muloqotda bo‘lishga, xarakterini tushunishga va uning ishonchini qozonishiga yordam beradi, 6 oydan so‘ng bolada shakllanish boshlanadi.

Kichik maktab yoshigacha bo‘lgan bolalar bilan muloqot. Bu yoshda bolalar verbal muloqot qilish qobiliyatiga to‘liq ega bo‘ladilar. Shuning uchun u o‘z xohish va ehtiyojlarini ba’zi so‘zlar va harakatlar bilan ifodalay oladi. Bu davrda bola mukammal yoki qisqa so‘zlar bilan muloqotga kirisha boshlaydi. Kichik bog‘cha yoshidagi bolalar asosiy e’tiborni o‘zlariga qaratadilar va atrofdagilarning ta’siri, fikrlari ularni qiziqtirmaydi. Agar bola hamshiraning qo‘llarini itarib yuborsa, yig‘lasa, demak, u qo‘rqayotgan bo‘ladi. Bu holatda bolani majburlash o‘rniga, bir ozgina u bilan yaqin muloqotga kirishish kerak. Tushuntirish vaqtida hamshira o‘z fikrini o‘yinchoqlar yordamida bildirsa, yaxshi natija beradi.

Narkulov Jakhangir

Maktabgacha yoshdagi bolalar bilan muloqot. Qobiliyatlari yanada takomillashadi, shakllanadi va u bilan bemalol hamkorlik qilish mumkin. Asosan kichik bog‘cha yoshidagi bolalar hamshiralar bilan tez muloqotga kirisha oladilar. Bolalar tibbiy asbob-anjomlarga juda qiziqadilar va ularni ushlab ko‘rgilari, o‘ynagilari keladi. Bularni ushlab ko‘rishga ruxsat berib, bolalarni tinchlantirish mumkin. Bu yoshda oila a’zolarining va ota-onaning ishtirok etishi bolani tinchlanishga yordam beradi. Tekshirishlar vaqtida bolani mustaqil kiyinishiga ruxsat berish kerak.

Maktab yoshidagi bolalar bilan muloqot. Bu yoshdagi bolalar murakkab so‘zlarni ham yaxshi tushunadilar. Tekshiruvdan oldin bu yoshdagi bolalarga tekshiruv va davolash maqsadini, tartibini ularga tushuntirish va ularni roziligini olish kerak. Bu yoshdagi bolalar ham tibbiy asboblarga qiziqadilar, shuning uchun bu yoshdagi bolalarga hamshira tibbiy asboblar haqida tushuntirish berish kerak. Tekshiruv vaqtida bolalarni kerak bo‘lmasa oxirigacha yechintirish shart emas.

Balog‘at yoshidagi bolalar bilan muloqot. Balog‘at yoshidagi bolalarda muloqot qilish kerakli darajada rivojlangan. Bu davrda ba’zi bolalar ishyoqmas, o‘zini tuta olmaydigan bo‘lib qoladilar. Shuning uchun hamshira yuqoridagi holatlarni inobatga olishi kerak. Shu kabi holatlar kelib chiqmasligi uchun hamshira ularni yoshi va davrlarini inobatga oladilar. Bu davrda bolalar shaxsiy ma’lumotlarga ega bo‘lib tekshiruvlar vaqtida ota-onalarini ishtirok etishlarini o‘zlari xohlaydilar.

O‘yinlarni bolalar bilan muloqot qilishdagi ahamiyati.

O‘yinlar – bu bolalar bilan muloqot qilishning asosiy ko‘nikmalaridan biri hisoblanadi. O‘yin – bolalar foaliyatini bir ko‘rinishi bo‘lib, kattalar maktabgacha bo‘lgan tarbiya maqsadida uni qo‘llaydilar. O`yinlar yordamida harakat qilishni va atrofdagilar bilan muloqotni o‘rgatadilar. Aynan o‘yin natijasida bolalarning ruhiy qobilyatlari yoshiga nisbatan rivojlanib boradi. O‘yinlar bola yoshiga qarab murakkablashib boradi va turli-tuman bo‘lib, ular yordamida bolalarning xarakteri, o‘yinga bo‘lgan munosabati va fikrlash qobiliyati shakllanadi.

Bolalarda hamshiralik parvarishida ularning oila a’zolari bilan muloqotning ahamiyati. Bemor bolaning oila a’zolari, tibbiy xodimlar tomonidan yaxshi va qiyin munosabatda

Narkulov Jakhangir

bo‘luvchilarga bo‘linadi. Hamshira yaxshi tushungan oilalar bilan munosabatni shakllantiradi. Bolaning oila a’zolari tibbiy xodimlarni hurmat qiladi, bolalar sog‘lig‘ini nazorat qilib borishiga ishonadilar. Murakkab oilalar bilan ishlash esa bolani parvarish qilishda qiyinchilik tug‘diradi. Ota-ona alohida shaxs bo‘lib, bolalar bilan muloqot o‘rnatish, ular orqali amalga oshiriladi. Ayniqsa, kichik yoshdagi bolalar bilan yuzaga kelgan holatlarda yuqoridagi fikrlar yaqqol misol bo‘la oladi. O‘z bolalari bilan doimiy muloqotda bo‘lganlari uchun, ular haqida ishonchli ma’lumotlar bera oladilar. Bolaning holatiga baho berish asosan bolaning o‘zidan, ota-onasida va hamshiradan olgan ma’lumotlariga qarab baholanadi. Shunga qaramay, verbal muloqot ota-onalar zimmasiga tushadi. Shu sababli ularni muloqotdan chetlatish mumkin emas. Yoshidan qat’i nazar, muloqotlar katta ahamiyatga egadir.

1.4. Bolalar parvarishida hamshiralik jarayoni xususiyatlari

Hamshiralik jarayoni haqida tushuncha, uning maqsadi, aspekti.

Hamshiralik jarayoni bu – sistematik jamlangan ma’lum bir maqsadga qaratilgan ketma-ket harakatlar faoliyati bo‘lib, individual shaxsni salomatlik muammolarini aniqlash bu muammolarni hal qilib yordam ko‘rsatish rejasini tuzish va unga amaliy baho berish va realizatsiya qilishdan iborat bo‘lgan jarayondir. Hamshiralik parvarishining Xenderson bo‘yicha nazariyasi 2-chizmada ko‘rsatilgandek 2 besh etapda amalga oshiriladi.

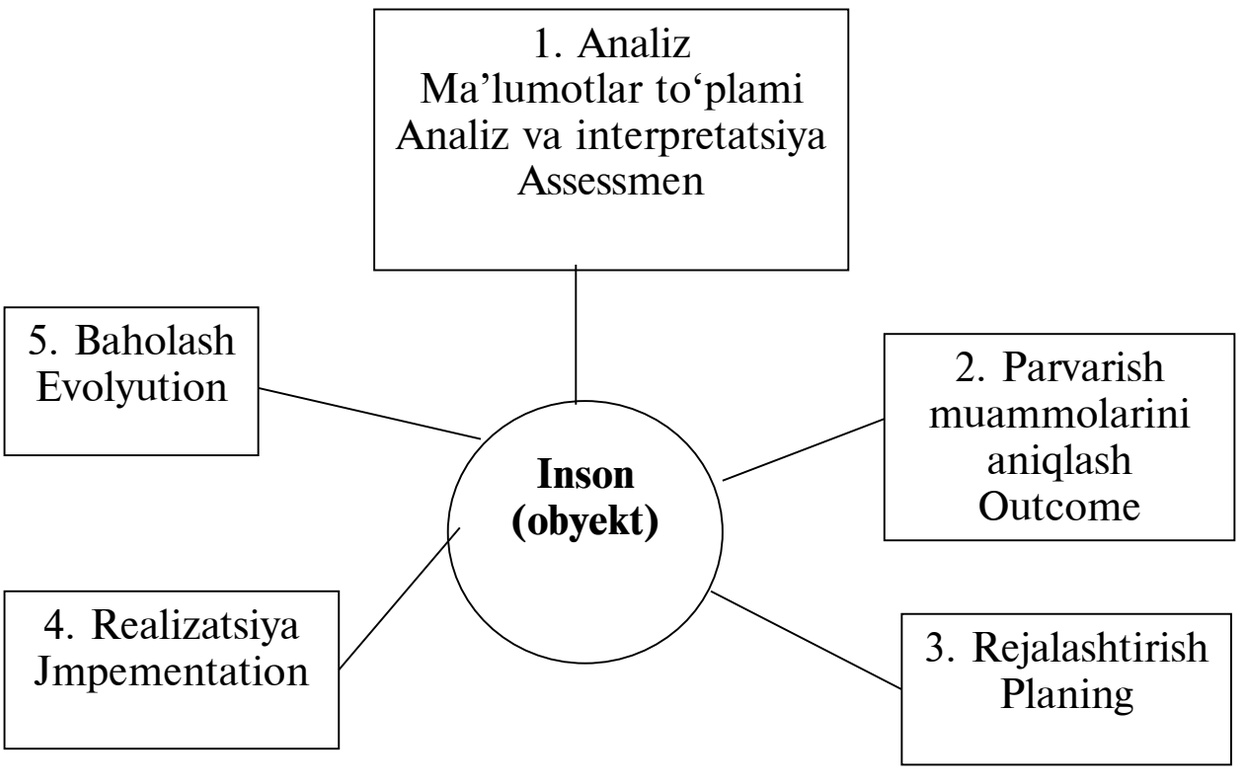
Bolalarda hamshiralik parvarishida hamshiralik jarayonining xususiyatlari.

Bolalarda hamshiralik parvarishi bo‘yicha dars o‘tgan o‘quvchilar bu berilgan dasturda maxsus fan sifatida allaqachon «hamshiralik ishi asoslari» fanida hamshiralik parvarishini Xenderson bo‘yicha strukturasini o‘rganib chiqqanlar. Shuning uchun biz bu yerda bolalarda hamshiralik parvarishi jarayoni xususiyatlarini kattalar bilan taqqoslagan holda o‘rganib chiqamiz.

Bolalar ota-ona tayanchisiz, tashqaridagilar yordamisiz o‘z-o‘ziga xizmat qila olmaydilar va ko‘proq parvarishga muhtoj bo‘ladilar. Bola yoshi qancha kichik bo‘lsa, unda hayotiy ko‘nikmalar kam rivojlangan bo‘ladi. Ular rivojlanish va o‘sish

Narkulov Jakhangir

jarayonida ko‘p narsalarni bilmaydilar, shuning uchun ota-onalar va oila a’zolari ularga doim ko‘makchi bo‘lishlari kerak. Hamshira parvarishi har tomonlama yoki qisman bo‘lishi mumkin. Bolalarda hamshiralik parvarishining xususiyati shundan iboratki, bunda faqat bola emas, balki uni ota-onasi va oila a’zolari ham parvarish obyekti hisoblanadilar, chunki ular ma’lum bir butunlikni hosil qiladilar. Ba’zan bola talablarini u yoki bu tibbiy xizmatlarda oila a’zolari ham talab qilishlari mumkin. Shuning uchun oila a’zolari va ota-onasi talabi bola talabidek amalga oshiriladi.



2-chizma. Xenderson bo‘yicha hamshiralik jarayonining tarkibiy elementlari

Bolalarda hamshiralik jarayonining bosqichlari:

I. ***Ma’lumotlar to‘plami quyidagi punktlar bo‘yicha olib boriladi.***

1. Asosiy parvarishni tashkil qiluvchi 14 elementdan.
2. Asosiy talablarga ta’sir qiluvchi faktik sharoitlar.
3. Asosiy talablarga ta’sir qiluvchi patologik holatlar.

Narkulov Jakhangir

Ma’lumotlar tekshiruvi, ularni ajratish

Ma’lumotlarni yig‘ish	**Ma’lumotlarni tekshirish**	**Ma’lumotlarni ajratish**	**Tahlil va interpre-tatsiya**
Asosiy parvarishni tashkil qiluvchi 14 element	«S» va «O» ma’-lumotlar o‘rtasi-dagi qarama-qar-shiligini tekshirish	Faktlar bilan tasdiqlangan ma’lumotlarni qayta yig‘ish	
2.Asosiy talabga ta’sir qiluvchi faktik sharoitlar	Hamshiraning subyektiv interpretatsiya qilishiga ta’sir etuvchi shakllar yo‘qmi?		
3.Kasallik tufayli asosiy talablarning o‘zgarishi	Raqam va ko‘rsatqichlarda xatolar yo‘qmi?		

Ma’lumotlar taqsimlanishi va tahlili.

1. Asosiy talablarni qondirilishini hisobga olgan holda ular holatini qondirilmayotganligini aniqlash.
2. Qondirilmayotgan talablarni faktik sharoitlar va patologik holat bilan bog‘liqligini.
3. Qondirilmayotgan talablarni asosiy sabablari, faktorlari, jismoniy malaka, iroda va bilimga bog‘liqligi.

Ma’lumotlar tahlili va ularni taqsimlash jarayoni

Taqsimlash va tahlil jarayoni	**harakatda**
Asosiy talablarni qondirilishini aniqlash	Subyektiv ma’lumotlarni normal ko‘rsatkichlar bilan taqqoslash va ularni qondirilishini aniqlash
Asosiy talablarni qondirilmaslik talablarini aniqlash	Qondirilmaslik sabablarini faktik sharoitlar va patologik holatga qarab aniqlash

Narkulov Jakhangir

Zarur bo‘lgan yordamni aniqlash	Asosiy talablarni qondirilmasligiga qarab turib jismoniy kuch iroda va bilimlar yetishmovchiligini ko‘rib chiqish
Taqsimlash va tahlilni umumiylashtirish	Asosiy talablarni qondirilishini, qondirilmaslik sabablarini va kerakli yordamni ko‘rib chiqish va yozish

II. Asosiy talablarni qondirilmasligini va parvarish muammolarini aniqlash. Asosiy talablarni qondirilmasligi sabablari va faktorlarini kuch, iroda va bilim yuzasidan tahlil qilib chiqish kerak. So‘ng shu 3 ta komponentga asoslangan holda asosiy sabab va faktorlarni topish va bu faktorlarni qandayligiga tushunib yetish. «Kuch iroda va bilim» Xenderson ta’rifiga ko‘ra kundalik mustaqil sog‘lom turmush tarzini kaliti hisoblanadi.

III. Bolalar hamshiralik parvarishi rejasini tuzish

Hamshira parvarishiga taalluqli muammolarni aniqlaydi, parvarish rejasi esa shunga asoslanadi. Rejalashtirishda hamma narsa hisobga olingandagina parvarish effektivligiga erishiladi. Parvarish rejasi individual talablarni o‘zida namoyon qilishi mumkin. Bola parvarishi rejasini tuzish va yozish uslubi har bir muassasani o‘ziga xos tarzda tuziladi va bir-biridan farq qiladi. Hamshira parvarishi hamshiraning spetsifik funksiyasi hisoblanadi. Lekin shifokor rejasiga asoslanib tuziladi.

Parvarish rejasi bu parvarish uchun zarur bo‘lgan asbob hisobladi. Va bundan parvarishda ishtirok etuvchilarning hammasi birgalikda foydalanadilar va bu harakatlar ketmaketligini tashkil qiladi.

Parvarish rejasini tuzish

Tahlil	Parvarish muammolarini aniqlash	Rejalashtirish		Reali-zatsiya	Baholash
		Masalalar	Yordam ko‘r-satish usullari		

Narkulov Jakhangir

		- Zaruriy ketma-ketliklarni aniqlash - Masala qo‘yish - Yordam ko‘rsatish usullarini aniqlash		

Parvarish rejasini tuzayotganda zaruratlar ketma-ketligini aniqlash lozim. Asosiy talablar quyidagicha taqsimlanadi. 1. Hayot faoliyatini ushlab turish. 2. Xavfsizlik va komfortni saqlash. 3. Bola ko‘nikmalarini saqlab qolish. 4. Bolani o‘sishi va rivojlanishiga yordam berish. 5. O‘zini ko‘rsata olish.

Parvarishni rejalashtirishning keyingi asosida muammo qo‘yish turadi. Muammoni tez hal qilinuvchi va uzoq vaqt hal qilinuvchi masalalarga bo‘lish mumkin. Oxirida yordam ko‘rsatishni aniq usullarini ko‘rsatish lozim. Bu yozuvlar quyidagi prinsip bo‘yicha qilinadi: Kim (Who), nima (What), qachon (When), qayerda (Where), nimaga (Why, nima maqsadda), qanday usul bilan (How).

Bolalar hamshiralik parvarishida asosiy o‘rinni oila egallaydi va u asosiy parvarish obyekti hisoblanadi. Shuning uchun oila bola parvarishi va davosida faol ishtirok etishi lozim. Parvarish rejasi tuzilayotganda hamma savollar oila bilan hal qilinishi lozim.

IV.Realizatsiyasining asosiy qoidalari. Bola parvarishini hamshiralik jarayonida amalga oshirishda bolalarning beshta o‘ziga xos xususiyatini hisobga olish zarur.

1. Bola sog‘lig‘ini o‘zgarishi o‘sish jarayoniga qarab ko‘rib chiqiladi.
2. Bola sog‘lom nosog‘lomligiga qaramagan holda bola yoshiga qarab doimo parvarish qilinishi lozim.
3. Bolalar organizmi infeksiyalarga beriluvchan.
4. Ular o‘zini xavfdan himoya qila olmaydilar.
5. Kattalarga nisbatan bolalarda kasallik juda tez rivojlanadi.

Bolaning har bir xususiyatini hisobga olgan holda, uning ovqatlanish ratsioni qabul qiladigan ovqatlari bolani kundalik o‘sishi va rivojlanishi uchun kerak bo‘lgan yetarlicha energiya hosil qilishi lozim. Bundan tashqari bolaning ishtahasi va ovqatga bo‘lgan ko‘nikmalari bola sog‘lig‘ini barometri hisoblanadi. Uyquning bola uchun ahamiyati shundaki, u bola

Narkulov Jakhangir

uchun o‘sish gormonlarining ishlab chiqarilishini kuchaytirib beradi. Uyqu instinktiv talab hisoblanadi. Nafas va ovqatlanish talablari qatorida hayotni ushlab turuvchi asosiy talab hisoblanadi. Uyqu holatini baholashda uyquning bolani o‘sish, rivojlanish jarayoni bilan bog‘liqligini hisobga olish kerak. Bola gigiyenasi haqida gapiradigan bo‘lsak, uning tanasi tez ifloslanadi. Chunki ularda modda almashinuvi faol, shuning natijasida o‘sish kuchaygan sari bola harakatlari hajmi ham oshib boradi. Bolaning yoshiga mos holda gigiyenik ko‘nikmalarni shakllanishga, o‘z-o‘ziga xizmat qilish mustaqilligiga erishishga yordam berishi kerak. Gigiyenik parvarishlarni o‘tkazish bolani kundalik ahvolidan xabardor bo‘lishga, qo‘shimcha teri-teriga tegishi natijasida ishonchli munosabatlarni shakllanishiga yordam beradi. Tashqi sharoitlarni hisobga olgan holda bolani shifoxona sharoitiga moslashuviga, shuningdek, uning xavfsizligini va xavfsiz xulq-atvorini ta’minlash kerak. Bola qiziqishlarini hisobga olish va o‘yinlar bilan o‘ynatish bolani o‘sishida, ijtimoiy ko‘nikmalarni shakllanishiga mustaqil bo‘lishiga, aqlli faoliyatiga, harakat faoliyatiga emotsional va boshqa faoliyatlarini shakllanishiga yordam beradi. Ularni bolani rivojlanish bosqichlarini hisobga olgan holda tashkil qilish kerak.

V. Bolalarda hamshiralik parvarishini baholash

Realizatsiya va baholash

Tah-lil	Parvarish muammo-larini aniqlash	Rejalashtirish		Realizatsiya	Baholash
		Masa-lalari	Yordam ko‘rsatish usullari		
				- Reja-ning bajarilishi. - Yozuv-lar va hisob-kitob.	- Muammolarni hal qilish da-rajasini aniqlash. - Rejani korrek-siya qilish zaruratini aniq-lash. - Rejani kor-reksiya qilish.

Narkulov Jakhangir

Ma’lumot yig‘ishning 3 aspekti va uning tarkibi

1. Asosiy talablarni qondirish bo‘yicha harakatlar.

– normal (qoniqarli nafas);
– tog‘ri ovqatlanish;
– ajralmalarning chiqishi;
– tana holatini to‘g‘ri tutish;
– uyqu va dam olish;
– mos kelgan kiyimni tanlash va kiyinish;
– tana haroratining fiziologik holati;
– tana gigiyenasi va tashqi ko‘rinishi;
– jarohat yetkazuvchi predmetlarni yo‘q qilish va atrofdagilar zararlanishini oldini olish;
– muloqot;
– ishonch;
– ishga qiziqish hissi;
– o‘yin va qiziqish;
– ilm olish, o‘qish, qiziqishlarni qondirish.

2. Faktik shartlar.

– Yoshi: (chaqaloq, ko‘krak yoshi, kichik yosh, maktab yoshi, jinsiy voyaga yetish davri).
– Xarakter, emotsional holat, kayfiyat: odatdagidek bezovtalanish, qo‘rquv, dovdirash, tushkunlik va harakatlar aktivligining yo‘qligi.
– Ijtimoiy va madaniy holati: oiladagi yaxshi va mustahkam munosabatlar, sharoitga nomoslashuv, bola tarbiyasi bo‘yicha bezovtalik, moddiy yetishmovchilik.
– Jismoniy va aqliy qobiliyat: standart tana vazni yoki tana vaznining kamligi, rivojlanishdan orqada qolish, aqliy va harakat xususiyatlarning pasayishi, eshitish, ko‘rish, his qilishning pasayishi.

3. Patologik holatlar.

– hayotiy muhim ko‘rsatkichlar;
– tahlil ko‘rsatkichlari (Periferik qon aylanishi);
– elektrolit balansining yaqqol buzilishlari;
– simptomlar: qusish harorati;
– es-hushning buzilishi;
– mahalliy jarohat va yaralar;
– yuqumli kasalliklar;
– operatsiyagacha va undan keyingi ahvoli;

Narkulov Jakhangir

– kasallik bilan bog‘liq davolanish talablari bo‘yicha harakatsiz holat;

– davomiy va surunkali og‘riq.

I bob UCHUN NAZORAT SAVOLLARI

1. Bolalarni rivojlanish xususiyatlarini ayting.
2. Bolalarda hamshiralik parvarishining roli nimalardan iborat?
3. Tibbiyot hamshirasidan talab qilinadigan bilim va malakalar nimalardan iborat?
4. Dunyo tarixida pediatriyani rivojlanishini bilasizmi?
5. O‘zbekistonda pediatriyani rivojlanishini ayting.
6. Eriksonni rivojlanishni epigenetik nazariyasi nima haqida?
7. Piajni kognetiv rivojlanish nazariyasi bosqichlarini ayting.
8. Qanday o‘yinlar nazariyalari bor?
9. Opemaning parvarish qilish nazariyasi nimalardan iborat?
10. Bolalarni parvarish qilishda muloqotning o‘rni.
11. Xenderson bo‘yicha hamshiralik parvarishining tarkibiy elementlarini ayting.
12. Bolalar huquqining konvensiyasi qachon qabul qilingan?
13. Qaysi yil «Butun dunyo bolalar yili» deb e’lon qilingan?

Narkulov Jakhangir

II bob. BOLALARNI O‘SISHI VA RIVOJLANISHI

2.1. Bolalik davrlari va ularning xususiyatlari

Bolani o‘sish va rivojlanishiga ta’sir qiluvchi omillar.

Bolani o‘sishi va rivojlanishi haqida to‘liq ma’lumotga ega bo‘lish uchun genetik va tashqi muhit omillariga e’tibor qilinadi.

Genetik omillar. Bola o‘sishiga ta’sir etuvchi genetik omillarga millati, jinsi, kelib chiqishi va boshqalar kiradi. Ko‘pchilikka ma’lumki, bolaning tana tuzilishi ota-onasining tana tuzilishiga o‘xshash bo‘ladi. O‘smirlik davrdan tashqari, o‘g‘il bolalar tana tuzilishi qizlarnikidan yirikroq bo‘ladi. Bugungi kunda biz o‘tgan davrlarga nisbatan o‘zimizda ekologik oqibatlarni, turli xil zararli omillarni dunyo miqyosida tarqalganini (pestitsidlar, nitratlar, radiatsiya kundalik va ishlab chiqarish kimyosi va boshqa ifloslantiruvchi moddalar va dorilar) ko‘ramiz. Chernobil AES dagi avariya tufayli keyingi yillarda ionlovchi nurlar ta’sir kuchi ko‘payib ketdi. Ona homiladorlik davrida nurlar ta’siri (rentgen nurlari, quyoshda ortiqcha yurish) bundan tashqari qarindoshlar o‘rtasidagi nikoh ham genlar mutatsiyasiga sabab bo‘ladi.

Tashqi muhit omillari. Birinchi o‘rinda o‘sish oziqlanishga bog‘liq. Organizmda rivojlanish uchun zarur bo‘lgan oziq moddalarini, ya’ni oqsil, yog‘, uglevodlar, mineral tuzlar va vitaminlarni yetarlicha to‘liq kompleksi bo‘lishi zarur. Vitaminlar va mineral moddalarni yetarli iste’mol qilmasligi natijasida, boshqacha qilib aytganda mikro va makro elementlar yetishmasligi, o‘sish va rivojlanishda o‘zgarishlarga olib keladi. Masalan: Vitamin A yetishmasligi immun faoliyatini susayishiga va o‘sishdan orqada qolishga sabab bo‘ladi. Aqliy rivojlanishdan orqada qolish, yomon o‘zlashtirish, ish faoliyati va reproduktivlikni susayishi temir va yod yetishmasligiga bog‘liq. Bu 3 ta mikroelementni yetishmasligiga O‘zbekistonda katta ahamiyat beriladi.

Bola hayotining ko‘nikmalari va oilaviy ahvoli. Ma’lum darajada bolalarni o‘sishiga parvarish sifati jismoniy zo‘riqish, uyqu davomiyligi, ruhiy holati, atrof-muhit ta’sir qiladi. Bola

Narkulov Jakhangir

o‘sishdan orqada qoladi, haddan ortiq jismoniy zo‘riqish bo‘lganda yoki yetarlicha jismoniy zo‘riqish bo‘lmaganida.

Sakrashlar va sakrash o‘yinlari (voleybol, basketbol, tennis, bezbol) o‘yinlari o‘sishni kuchaytiradi uyqu vaqtida bola intensiv o‘sadi. Bundan xulosa shuki, agar bola uyquga to‘ymasa yoki erta turishga majbur bo‘lsa, bu bola o‘sishiga yomon ta’sir qiladi. Olimlar shuni isbotladilarki, bolaga bo‘lgan mehr-muhabbati kamayganda bola o‘sishi sustlashadi. Bola quvnoq va baxtli sharoitda, qachonki o‘zini himoyalangan va xavfsiz deb hisoblaganda yaxshi o‘sadi va qarama-qarshi holatlar ruhiy zo‘riqishlar, tushkunlikka tushish, xavfsirash, himoyasizlik, oilada ota-ona mehr-muhabbatining yetishmasligi, bola o‘sishning susayishiga sabab bo‘ladi. Bolani o‘sishi va rivojlanishi ruhiy qiyin holatlarda sustlashadi. Bu holat bola bog‘cha yoki maktabga qiyinchilik bilan ko‘nikayotganda yoki maktabdan tashqari katta zo‘riqishlarda, bola xohlagan mashg‘uloti bilan shug‘ullana olmaganda yuzaga keladi. Unga yana maktabdagi omadsizliklar, oiladagi kelishmovchiliklar, ayniqsa ota-onasi «surunkali janjallar» holatida bo‘lsa, bularning hammasi bolaning o‘sishi va rivojlanishiga salbiy ta’sir qiladi.

Ijtimoiy omillar. Oiladan tashqari do‘stona munosabatlar, o‘qituvchilar o‘quvchilar bilan munosabat, jamoadagi faoliyat, ijtimoiy iqtisodiy holati, bularni hammasi bola o‘sish va rivojlanishiga ta’sir qiladi.

Bolalik davrlari

Homila ichi rivojlanish etaplari. Homila ichi rivojlanishi tuxum hujayralar urug‘lanish vaqtidan to bola tug‘ilguncha bo‘lgan davrni, ya’ni 38-40 haftani o‘z ichiga oladi. Urug‘lanish davridan to 2 haftagacha bo‘lgan davr *hujayra rivojlanish* fazasi deyiladi. 2-9 haftagacha *embrional rivojlanish* fazasi, bu davrda homila shakllanadi. 9 haftadan to tug‘ilguncha bo‘lgan davr *yo‘ldosh rivojlanish* fazasi deyiladi. Bu davrni o‘ziga xos xususiyati ona organizmi hisobiga homila oziqlanadi va tez o‘sadi.

Ona qornidan tashqari rivojlanish etaplari.

– chaqaloqlik davri tug‘ilgandan 4 haftagacha;

Narkulov Jakhangir

– 4 haftadan 1 yoshgacha ko‘krak davri;
– erta yosh (bog‘cha davri) 1-3 yoshgacha;
– maktabgacha bo‘lgan davr 3-6 yoshgacha;
– kichik maktab davri 7-11 yoshgacha;
– katta maktab davri 12-18 yoshgacha.

Chaqaloqlik davri erta va kech neonatal davrlarga bo‘linadi. Erta neonatal davr bola kindigi boylangan vaqtdan boshlanib, bola hayotining yettinchi kunigacha davom etadi. Bu davrda bola tashqi muhit sharoitlariga moslashadi. O‘pkalar, kichik qon aylanish doirasi, termoregulatsiya ishlashni boshlaydi. Bola enteral oziqlanishga o‘tadi. Bola hayotining 1 chi haftasida chegaradosh holatlari yuzaga kelishi mumkin. Kech neonatal davr 8 chi kundan 28 kuchgacha davom etadi. Bu davrda tashqi muhitga moslashuv va markaziy nerv sistemasining intensiv rivojlanishi kuzatiladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar septik va toksik septik holatlar tez rivojlanishga moyil bo‘ladilar.

Ko‘krak yoshi intensiv modda almashuvi, jismoniy va ruhiy rivojlanishni tezligi bilan ifodalanadi. Bolada birinchi 3-4 oyda onadan o‘tgan passiv immunitet saqlanib qoladi. Shuning uchun u qizamiq, skarlatina, qizilcha, suvchechak yuqumli kasalliklarga chidamli bo‘ladi. Shu bilan birga 1 yoshgacha bo‘lgan bolalar kamqonlik, raxit, gipotrofiya, oziqlanishni buzilishiga, shuningdek modda almashinuvining yengil buzilishiga, oshqozon ichak traktining nisbatan yetilmagani va patogen mikroorganizmlarga yuqori sezuvchanligiga moyilligi bilan ajralib turadilar. Bu davrda bolani to‘g‘ri rivojlanishi uchun ratsional ovqatlantirish va kun tartibini aniq rejalashtirish katta ahamiyatga ega.

Bog‘cha davrida bolalarda markaziy nerv sistemasining tez yetilishi, harakat ko‘nikmalari mustahkamlanadi, nutq rivojlanadi. Tug‘ma immunitetni yoqolishi tufayli bolalar havo tomchi infeksiyalariga moyil bo‘ladilar.

Maktabgacha bo‘lgan davrda turli a’zo va sistemalar faoliyati yanada yetilib nutqning keyingi shakllanishi yuzaga keladi. Tana va qo‘l-oyoq mushaklar vazni ortadi. Skelet shakllanishi davom etadi, sut tishlarining doimiy tishlarga almashinuvi boshlanadi. Maktabgacha yoshdagi bolalar ko‘proq o‘tkir respirator kasalliklar va bolalar infeksiyalari bilan kasallanadilar.

Narkulov Jakhangir

Baxtsiz hodisalar xavfi, kuyishlar, zaharlanishlar, ko‘cha va transport jarohatlari ortib boradi.

Kichik maktab davrida mushak sistemasini massasi yanada ortadi. Skelet rivojlanishi yakunlanadi. Sut tishlari doimiy tishlar bilan to‘liq almashinadi. Surunkali kasalliklar kelib chiqishi mumkin. Maktab va uydagi sistematik o‘qishlar gigiyenik qonunlarga bo‘ysunmaslik, ularning buzilishi qadqomatning o‘zgarishiga va ko‘rish faoliyatining buzilishiga olib keladi. Bu davrda o‘limga va kasallikka olib keluvchi sabablarning yuqori foizi bu sportdan va maktabdagi jismoniy mashqlardan olingan jarohatlanishlarga to‘g‘ri keladi.

Katta maktab davri ikkilamchi jinsiy belgilarning shakllanishi va jinsiy yetuklikni tugallanishi bilan yakunlanadi. Bu davrda jinsiy va ruhiy rivojlanish tugallanadi, endokrin tizim faoliyati qayta ko‘riladi. Jinsiy bezlar faoliyati kuchayadi. Jinsiy yetilish muddati jinsga va individual xususiyatlarga bog‘liq: qizlarda 12-16 yoshda, o‘g‘il bolalarda kechroq 13-18 yoshda, qizlarda tana tuzilishi o‘zgaradi, ko‘krak bezlarining o‘sishi, hayz ko‘rishi, qo‘ltiq osti sohasida tuklarning paydo bo‘lishi, o‘g‘il bolalarda tovushning dag‘allashuvi, qovuq ustida, yuzda va qo‘ltiq ostida tuklar paydo bo‘lishi yuzaga keladi. Jinsiy yetilish davridan boshlab jinsiy a’zolar rivojlanish defektlari aniqlanadi, bular dismenorea, amenorea va boshqalar. Gormonlar o‘zgarishlar hisobiga endokrin bezlar disfunksiyasi va modda almashinuvidagi siljishlar (gipertireoz, semirish) paydo bo‘lishi mumkin. Androgenlar ajralishini kuchayishini yog‘ bezlarining faoliyatini kuchayishiga va yuzda, tanada toshmalar hosil bo‘lishiga olib keladi. Nerv, endokrin, modda almashinuvining zo‘riqib ishlashi natijasida surunkali kasalliklar zo‘rayishi mumkin.

2.2. Bolaning jismoniy, psixomotor rivojlanishi

Jismoniy rivojlanish – bu tana og‘irligini, bo‘y uzunligini, bosh va ko‘krak aylanasini o‘z ichiga oladi. Jismoniy rivojlanishini baholashda yuqorida aytib o‘tilgan tarkibiy qismlarni aniq o‘lchash katta ahamiyatga ega.

Tana og‘irligi (massasi). Oy kuni yetib tug‘ilgan sog‘lom chaqaloqni tana og‘irligi 2,5 dan 4,4 kg gacha bor, 6 oylikgacha

Narkulov Jakhangir

bo‘lgan chaqaloq har haftasiga 150-250 gr dan og‘irligiga qo‘shiladi. 6 oydan so‘ng esa har haftasiga 100-150 gr dan, 12-24 oylarda 50 gr dan qo‘shiladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloq 5 oygacha o‘z tana og‘irligini 2 marta, 12 oygacha 3 marta, 3 yoshda 4 marta, 5 yoshda 5 martagacha ko‘payadi.

Bo‘yi (tana uzunligi). Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga va 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga «tana uzunligi» atamasi, 2 yoshdan katta bolalarga esa «bo‘y» atamasi qo‘llaniladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning bo‘y uzunligi 48-52 sm ni tashkil etadi.

Bo‘y o‘sishi – to‘xtovsiz jarayon hisoblanadi. Bu jarayon bolaning har xil yoshida tezlashib yoki sekinlashib ketadi. Bo‘y yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda juda tez o‘sadi, keyingi oylarda esa sekin-astalik bilan pasayadi. 1 chi 6 oylikda bola 16 sm ga va 6 oylikdan so‘ng esa 8 sm dan qo‘shilib boradi. 1 yoshli bolaning bo‘yi tug‘ilgandagi bo‘yiga nisbatan 1,5 marta, 4 yoshda esa 2 martagacha ko‘payadi. Bolaning 4 va 10 yoshligida bo‘yi nisbatan sekin va bir tekis o‘sadi. Bu davrda bo‘yning kattalashuvi yiliga 5-7 sm dan qo‘shiladi. Bo‘y o‘sishining tezlashuvi jinsiy rivojlanishda kuzatiladi.

Bolalardagi bosh va ko‘krak qafasi aylanasining har xil yoshdagi ko‘rsatkichi

Bola yoshi	Bosh aylanasi		Ko‘krak qafasi aylanasi	
	o‘g‘il bola	qiz bola	o‘g‘il bola	qiz bola
1 oy	37.3	36.6	36.3	36.0
2 oy	–	38.4	39.0	38.1
3 oy	40.9	40.0	41.3	40.0
4 oy	41.9	41.0	42.8	42.8
5 oy	43.2	42.2	44.3	43.0
6 oy	44.2	43.2	45.4	44.3
7 oy	44.8	44.0	46.4	45.0
8 oy	45.4	44.3	47.2	46.0
9 oy	46.3	45.3	47.9	46.7
10 oy	46.3	46.0	48.3	47.3
11 oy	46.4	46.0	48.7	47.7
12 oy	47.2	46.0	49.0	47.4
2 yosh	50.0	51.8	52.0	50.0
2 S yosh	51.5	52.3	52.5	51.6

Narkulov Jakhangir

3 yosh	52.5	53.2	53.0	52.6
4 yosh	54.1	53.5	54.0	53.0
5 yosh	55.8	54.9	56.0	55.0
6 yosh	57.6	56.6	57.7	56.6
7 yosh	58.8	57.4	57.5	57.5

Bosh aylanasi. Sog‘lom bolaning bosh aylanasi bosh miyaning o‘sishi haqida dalolat beradi. Bosh aylanasining rivojlanishi bir tekisda rivojlanadi, deyarli hammada bir xil kuzatiladi. Gidrosilfaliya va miya o‘smalarida bosh aylanishini o‘zgarishi kuzatiladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning bosh aylanasi o‘rtacha 35 sm ni tashki etadi, chaqaloqning 1 chi oylarida bosh aylanasi tez kattalashadi (3,5 sm), o‘rtacha bosh aylanasi 3 oylikda 40,5 sm, 6 oylikda 43 sm va 12 oylikda 46 sm da bo‘ladi. 6 yoshli bolaning bosh aylanasi kattalarnikidan 90 % tashkil etadi.

Ko‘krak qafasi aylanasi. Ko‘krak qafasining aylanasi tug‘ilganda o‘rtacha 32-34 sm bo‘ladi. U bosh aylanasiga nisbatan biroz kichikroq, bolaning 4 oyligida aylanalar tenglashadi, keyin esa ko‘krak qafasining o‘sishi bosh o‘sishiga nisbatan tezlashadi.

Psixomotor rivojlanish

Bola 3 haftalik bo‘lganda yuzining qizarishi, mushaklarning taranglashuvi va yig‘lashi kuzatiladi. So‘ng esa asablanish (3 oylikda), yoqtirmaslik (5 oylikda), qo‘rquv (6 oylikda), qizg‘anish (18 oylikda) va boshqalar kuzatiladi. Maktabgacha bo‘lgan davrda o‘zini his qilish va bola o‘zi xohlagan narsani, o‘z istagini amalga oshiradi. Emizikli davrdan to 2 yoshgacha asab-ruhiy rivojlanishi kuzatiladi, so‘ng ular kichik bo‘laklarga tenglashadi va bola 5 yosh bo‘lganda kattalarga tenglashadi.

Jismoniy rivojlanishni baholash va antropometriyaning ahamiyati. Antropometrik ko‘rsatkichlar o‘lchovlari poliklinika va QVP sharoitida o‘tkaziladi.

2 yoshgacha gorizontal tarozi, gorizontal rostometrdan, yumshoq o‘lchov lentasidan va 5 kg gacha bo‘lgan tana og‘irlikdagi bolalar uchun prujinkali tarozidan foydalaniladi. 2 yoshdan katta bolalar uchun vertikal rostometr va tarozidan foydalaniladi.

Narkulov Jakhangir

Bolalarda antropometriyani amalga oshirish

1 o‘lchash	Tug‘ilgan paytda
2 o‘lchov	15 kunlikda
3 o‘lchov	30 kunlikda
Har oyda	1 yoshgacha
Har 3 oyda	1 yoshdan boshlab
Har 6 oyda	3 yoshdan 5 yoshgacha
Har yili	Keyingi yillarda

Bolaning psixomotor rivojlanishni monitoringi. Psixomotor xulq bola rivojlanishidagi asosiy aspektlaridan biri hisoblanadi. Ishonchli va ko‘rgazmali indikator bo‘lib, bolalar tomonidan amaliy ko‘nikmalarning amalga oshirilishi hisoblanadi (tayanchsiz o‘tirish, qo‘l va tizzada emaklash, biror kimsa yordamida oyoqda turish, mustaqil turish va yurish). Nutq va eshitishni rivojlanishi ham katta ahamiyatga ega.

Har xil yoshdagi bolalarni rivojlanish xarakteristikasi:

Yangi tug‘ilgan chaqaloq. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlik davri – bu chaqaloqlarni tashqi muhit sharoitiga intensiv moslashuvi hisoblanadi. Chaqaloq yaxshi eshitadi, mushak tonusi oshishi kuzatiladi. Bolaning oyog‘i bukilgan, qorin sohasida yotganda boshini u yondan bu yonga aylantiradi.

Birinchi oy. Bu oyda chaqaloq ko‘p harakatlarni reflektor bajaradi, ona ko‘kragini emadi. Qitiqlashga javoban qo‘l va oyoqlarni harakatga keltiradi, qo‘llarini musht qilib og‘iziga olib keladi. Vertikal holatda boshini bir necha soniya ushlashga harakat qiladi. Emizish oralig‘ida sog‘lom bola deyarli uxlaydi.

Ikkinchi oy. Bola boshini ko‘taradi va ushlaydi, qornida yotganda boshini ko‘taradi. Boshini tovush kelgan joyga buradi. Mushtini ochib yopishi mumkin, qo‘liga berilgan o‘yinchoq-larni ushlaydi. Onasini taniydi, kattalarni ko‘rganda kuladi, tashqi muhit bilan tanishishga, ko‘p vaqtini uyqusizlikda o‘tkazadi.

Uchinchi oy. Vertikal holatda boshini mustahkamroq ushlaydi, o‘rinda yotganda tirsak va yelka sohasini ko‘tarishga harakat qiladi. Orqasidan yon tomonga o‘giriladi. Harakatlar hajmi oshadi, lekin ularda muvozanatni saqlay olmaslik holati

Narkulov Jakhangir

qoladi. Harakatlanayotgan predmetni aktiv kuzatadi, o‘yinchoqqa intiladi. Kattalar tomonidan murojaatiga quvonchli kulgu, xoholashi, guvillashi musbat emosiyalar orqali namoyon qiladi.

Oltinchi oy. Yordamsiz o‘tiradi, xohlagan tomonga o‘giriladi. Qo‘l yordamida turishga va yurishga, emaklashga harakat qiladi, o‘yinchoqlar bilan mustaqil o‘ynaydi, bir qo‘ldan ikkinchi qo‘lga tushib ketgan o‘yinchoqlarni ko‘taradi. Bir nima deyishga harakat qiladi. Buni rivojlantirish uchun kattalar bolalar bilan muloqotda bo‘lishi kerak.

Yettinchi oy. To‘rt oyoqda turadi va emaklaydi, ishonch bilan o‘tiradi. Tayanch bo‘lganda tizza sohasida turadi. Ikki qo‘lda yordam berganda esa tik turadi va qadam qo‘yadi, chapak chaladi va o‘yinchoqlarni bir-biriga urishni yaxshi ko‘radi. Oynadagi o‘z aksiga intilishga harakat qiladi.

O‘ninchi oy. Tayanch orqali yoki usiz turadi, qo‘lni yoki kolyaskani ushlagan holda yurishi mumkin, o‘ziga yoqqan o‘yinchoqni mahkam ushlaydi va hech kimga bermaydi. Murakkab harakatlarni bajarishi mumkin: qutichaning qopqog‘ini ochadi yoki yopadi. O‘yinchoqlarni, koptokni berkitadi. O‘zini ismi aytilganda javob beradi.

O‘n ikkinchi oy. Agar uni chaqirsa, mustaqil yuradi yaqinlashadi. Agar undan iltimos qilinsa, o‘yinchog‘ini beradi. Yuvinishda, kiyinishda, ishtirok etishda harakat qiladi. 2-4 so‘zlarni biladi va talaffuz qiladi.

O‘n beshinchi oy. Bola mustaqil yuradi, o‘tiradi va egiladi. Oson iltimoslarni bajaradi. 4-6 predmetlarni ko‘rsatganda to‘g‘ri nomini aytadi.

O‘n sakkizinchi oy. Yerda yotgan predmet ustidan hatlab o‘tadi, yuguradi. O‘ntagacha so‘zni biladi. Mustaqil oyoq kiyimini yechadi, ichayotganda piyolani ushlaydi, qoshiqni to‘g‘ri ushlaydi.Uchta kubikni ustma-ust qo‘yishi mumkin.

Ikki yosh. Koptokni boshini orqasidan uloqtiradi, bir joyda sakraydi, qadamlarini galma-galdan qilib to‘siqdan o‘tadi. 2-3 qadam oyoq uchida yuradi, 2-3 so‘zlardan iborat gaplarni aytadi. Sodda rasmdagi predmetlarni nomini aytadi. Mustaqil ovqatlanadi, katta tugmalarni yechadi, qo‘lini yuvadi va artadi. Xohish bilan o‘ynaydi. Kattalar yordamida tishini tozalaydi. Hojatga borishni aytadi. Kubiklar yordamida murakkab

Narkulov Jakhangir

bo‘lmagan konstruksiyalarni qurishga harakat qiladi. U qator ketma-ket harakat qila oladi shu bilan o‘zini ko‘rgazmali o‘yinlarga tayyorlaydi.

Ikki yarim yosh. Murakkab harakatlar bajaradi. Chiziqlar chizadi, do‘stlar va yaqinlarini ismi bilan chaqiradi. Unda tushunarli nutq va «kim» «qayerga» «qayerda» so‘roqlariga talaffuzlar paydo bo‘ladi. Tartibli yeyish, kiyinish va kiyimni yechishi kuzatiladi.

Uch yosh. Bu davr bolani erta davrining yakunlovchisi hisoblanadi. Bolaning nutqi kattalar nutqiga yaqinlashib boradi. Ko‘p harakatlar qiladi va bir joyda o‘tira olmaydigan bo‘lib qolishadi. Obrazli o‘yinlar paydo bo‘ladi, mustaqil va ijodiy harakatlar rivojlanadi. 3 yoshning oxiriga kelib, u 3 g‘ildirakli velosipedni erkin haydaydi. To‘liq kiyinadi, lekin tugmasini taqishni va bog‘ichlarni bog‘lashni bilmaydi.

To‘rt yosh. Qisqa she’rlarni eslab qoladi, sodda savollar beradi, ularga javob beradi. Bir oyoqda sakrashni biladi va muvozanatni guruhlar bo‘yicha predmetlarni sinflaydi. (Mebel, hayvonlar, kiyimlar) kattalar yordamisiz kiyinadi va yechinadi.

Besh yosh. Har bir so‘zlarni talaffuz qiladi, hikoya tuzishni biladi, sodda savollarga to‘g‘ri javob beradi. She’rlarni tez va ishtiyoq bilan eslab qoladi, o‘ngacha sanaydi.

6 yosh va undan katta. Murakkab ko‘nikmalarni o‘rganish, mustaqillik, mas’uliyatni his qilish, musobaqada ishtirok etish olqishlarni olishni istaydi.

Bolani harakat rivojlanishining asosiy 6 ta bajarilgan bosqichiga qarab baholash

Ko‘rsatkichlar	**Baholash kriteriyasi**
Yordamsiz o‘tirish	Bola to‘g‘ri o‘tiradi boshini 10 sekundgacha ko‘taradi, tanasini bir me’yorda ushlashi uchun yoki uni belgilangan holda ushlashida qo‘llaridan foydalanmaydi.
Qo‘l va tizzalar yordamida emaklash	Bola qo‘l va tizzalar yordamida oldinga va orqaga harakat qiladi. Uning qorni tayanch yuzasiga tegmaydi. To‘xtovsiz va ketma-ket harakat qiladi.

Narkulov Jakhangir

Kattalar yordamida turish	Bola ikkala oyog‘ida vertikal turadi. Bunda u qimirlamaydigan narsani ushlagan holda turadi. Tana tayanchga tegmaydi oyoqlar esa asosiy vaznni ko‘taradi.
Yordamchi yordamida yurish	Bola orqasini to‘g‘ri qilgan holatda vertikal turadi. Qimirlamaydigan predmetni ushlagan holda yon tomonga yoki oldinga qadam qo‘yadi. Bir oyog‘i oldinga qarab yuradi, ikkinchi oyoq tana og‘irligini o‘z zimmasiga oladi. Bu holatda u 2-3 qadam qo‘yadi.
Mustaqil turish	Bola ikkala oyog‘ida vertikal yelkasi to‘g‘ri holatda turadi. Bolani oyog‘i tana og‘irligini 100 % ko‘taradi. Bola boshqa odamga yoki predmetga tayanmaydi.

Motor rivojlanishning aniq bosqichlari

Bolani rivojlanish	Yoshi (oylarda)	Bolani rivojlanishi	Yoshi (oyi)
Shiqildoqni ushlash	M O PУ	Qo‘llarni chalishtiradi	3-4
Predmetni ushlaydi	3-4	Obyektni qattiq ushlaydi	5
Qo‘liga kubik oladi	6-7	Narsalarni joyini almashtiradi	10
Yengil ushlaydi	11	Narsani qo‘yib yuboradi	12

Nutqni va eshitishni rivojlanish bosqichlari

Bolaning rivojlanish	Yoshi (oylarda)	Bolani rivojlanishi	Yoshi (oyi)
Kuladi	1-1,5	2 ta so‘z	12
Guvlanadi	2	3 ta so‘z	14
Tovushga o‘girila-di va ovozni taniydi	4	Tushunarsiz gapiradi	12-14
Jiringlashni eshitadi	5	4-6 so‘z	15
Kuladi	4-5	7-20	17

Ming‘illaydi	6-7	2 ta so‘z birga	19-21
Qo‘li bilan ko‘r-satadi, o‘ynaydi	9-10	50 ta so‘z	21-24
Begonaga «oyi» yoki «buvi» deb aytadi	9-11	250 ta so‘z	36
Birinchi so‘zi	11	3 so‘zdan iborat	36
«Oyi» to‘g‘ri insonga qarab gapiradi	10-11	Ko‘p sonli formalarni qo‘llaydi	36

Bola hayot tarzining ahamiyati va uni qo‘llab-quvvatlanishi.

Bola hayot tarzining asosiy kun tartibiga uyqu, toza havoda yurish, ovqatlanish kiradi.

Organizm uchun kerak bo‘lgan tanaffuslar kunni to‘g‘ri rejalashtirishdan iborat bo‘lib, katta va kichik miyani ketma-ketligini ta’minlaydi, charchashni rad etish, gormonik rivoj-lanishni, kun davomida tinch va tetik kayfiyatni ta’minlaydi Yoshiga va individual xususiyatga qarab bolaning erta yoshida sog‘lig‘ini inobatga olgan holda kun tartibi tuziladi.

Jismoniy tarbiya. Sog‘lom bolalarga umumiy massajni gimnastika bilan birgalikda 1-1,5 yoshgacha bajarish tavsiya qilinadi. Asosiy ko‘rsatmalarga binoan massajni oldinroq ham tavsiya qilinadi. 2 yoshli bolalarga jismoniy tarbiyani turli mashqlar bilan amalga oshiriladi, 2-3 yoshda esa ertalabki gimnastikadan boshlashadi. 4 yoshdan katta bolalarga jismoniy tarbiyani sport mashqlari bilan amalga oshiriladi. Sport bilan shug‘ullanish esa 7-8 yoshdan erta bo‘lmasligi kerak (turiga qarab).

Erta yoshdagi bolalarning kun tartibi

№	Yoshi, oyi	Emizish		Maksimal uyqusizlik davri, soat	Uyqu		
					Kunduzgi		Kechki
		Soni	Oraliq, soat		Soni	Davo-miyligi, s	Davo-miyli-gi, s
1	1-3 oy	Talab bo‘yicha		1-1,5	4	2-1,5	10-11
2	2,5-3-5,6 oy	6	3,5	1-1,5	4	2-1,5	10-11

Narkulov Jakhangir

3	5-6-9-10 oy	5	4	2-2,5	3	2-1,5	10-11
4	9-10-12 oy	4-5	3,5-4,5	2,5-3,5	2	2,5-2-1,5	10-11
5	1 yosh–1 yoshu 6 oy	4	3,5-4,5	3,5-4,5	2	2,5-2-1,5-1	10-11
6	1 yoshu 6 oy–2 yosh	4	3,5-4,5	5,0-5,5	1	3	10-11
7	2-3 yosh	4	3,5-4,5	5,5-6,5	1	2,2-2	10-11

Gimnastika – bu qon aylanishini yaxshilaydi, a'zo va to'qimalarda dimlanishlarni kamaytiradi, moddalar almashinuvini yaxshilaydi, gemoglobin va eritrositlar miqdorini, qon va to'qimalarni immunologik aktivligini, bolaning emotsional tonusini oshiradi.

Bolalarning erta yoshli davrida gimnastik mashqlar harakatlarni xarakteriga va bolani ishtirokiga qarab: reflektor, passiv va aktiv turlariga bo'linadi; mushaklar guruhini ishtirokiga qarab, qo'l, yelka, oyoq va tovon, bel, umurtqa pog'onasi, qorin pressiga qarab bo'linadi.

Gimnastik mashqlashni bajarishida koordinatsiya muvozanatini, chuqur nafas olishni ko'paytirishga qaratilgan bo'ladi.

Chiniqtirish – bu har xil tashqi muhit ta'siriga qarshi organizmni mustahkamligini oshirish maqsadi hisoblanadi. Erta yoshdagi bolalar sovuqqa chidamsiz bo'ladi. Shuning uchun ularni chiniqtirish muolajalari termoregulatsiyani mustahkamlashga qaratilgan bo'ladi. Tashqi muhitning tez-tez almashinuviga qarab chiniqtirish ta'siri natijasida organizmning mustahkamligi oshadi, yuqumli kasalliklarga qarshi jismoniy va asab-ruhiy rivojlanishini faollashtiradi, bolani jismoniy va aqliy zo'riqishga chidamligini oshiradi. Chiniqtirish maqsadida tabiiy omillar qo'llaniladi: havo, quyosh, suv orqali mujassamlashtirilgan ta'sir natijasida optimal natijalar kuzatiladi. Chiniqtirishni iloji boricha erta va eng yaxshisi 1 chi kunidan boshlab har kuni, har yili olib borish kerak. Qo'zg'atish ta'sirini asta-sekinlik bilan muolaja davomiyligini oshirish kerak. Har bitta

Narkulov Jakhangir

bolaga individual ravishda chiniqtirishni olib borish foydali hisoblanadi. Chiniqtirishga tibbiy qarshiliklar bo‘lmasligi kerak. O‘tkir yuqumli kasalliklar bilan kasallangan bolalar nomutanosib hisoblanadi. Chiniqtirishda ikki haftadan ko‘p tanaffus qilgan bolalar muolajalarni boshqatdan boshlash kerak.

Chiniqtirishni boshlashdan oldin, bolalarni sog‘lig‘iga qarab guruhlarga bo‘lish kerak. *1-guruh* sog‘lom bolalar, kam kasal bo‘luvchilar, oldin chiniqtirilganlar. Chiniqtirish tartibi hamma chiniqtirish turlarini va jismoniy tarbiyani o‘z ichiga oladi. *2-guruh* sog‘lom bolalar, birinchi marta boshlaganlar.

Tarbiyaviy ta’sirlar. Bolalarning ruhiy rivojlanishi ularning aktiv faoliyati natijasida paydo bo‘ladi, shuning uchun bolaning birinchi oylarida uning uyqusizlik paytini, to‘g‘ri emizish va gigiyenik parvarishni erkin tashkil etish kerak.

0 oydan 3 oygacha bo‘lgan bolalar bilan shug‘ullanish. Shug‘ullanish davrida bola bilan muloyim so‘zlash kerak, unga qo‘shiq aytish, krovatining yon atrofida aylanish, bolaning diqqatini faollashtirish, so‘ng esa predmetlarni kuzatish va tovushni aniqlash hisoblanadi.

3-oydan 6 oygacha bo‘lgan bolalar bilan shug‘ullanish. Bola bilan gaplashish zarur, uning xursandchilik kayfiyati, quvonchi va kulgusini qo‘llab-quvvatlash kerak.

6-12 oygacha bo‘lgan bolalar bilan shug‘ullanish. Bola tomonidan «oyi», «ber» kabi oddiy so‘zlarni va bo‘g‘inlarni talaffuz qilinishiga chaqirish kerak. Nutqni tushunishini rivojlantirishda bola bilan ko‘p gaplashish zarur, predmet va harakatlarni ko‘rsatish kerak.

2 yoshli bola bilan shug‘ullanish. Bolaning esida qoladigan so‘zlarni doimiy ravishda oshirib borish kerak, bunda asosiy harakatlarni va predmetlar ko‘rinishini (rangi, formasi, hajmi) oshirib borish kerak.

3 yoshgacha bo‘lgan bolalar bilan shug‘ullanish. Bolalarning bilimlar zaxirasi va taassurotlarini oshirib borish, unga turli rasmlar, yangi harakatlar, katta bo‘lmagan hikoyalarni, ertaklarni, she’rlarni, o‘zini taassurotlarini boshqalarga o‘tkazishni bolaga o‘rgatish, qo‘shiq kuylash, musiqaga raqs tushish, savollarga javob berish, sakrashni, rag‘batlantirish, velosipedga uchishga o‘rgatishdan iborat.

Narkulov Jakhangir

2.3. Bolalarda anatomo-fiziologik xususiyatlar AFX

Bolalar organizmining o‘ziga xos anatomo-fiziologik xususiyatlari bo‘lib o‘sib, rivojlanib boradi, oy va yillar sayin yetilib boradigan organizmdir.

Organizmning, a’zolarning va a’zolar to‘qimalarining morfologik jihatdan hali yetilmaganligi ularning fiziologik xususiyatlarida ham o‘ziga xosliklarni keltirib chiqaradi. Shundan kelib chiqqan holda, bolalarning rivojlanishini kuzatib borish, parvarish qilish, ovqatlantirish, kasalliklarning ularda kechishini nazorat qilish, davolash ishlarini tashkil etish va boshqa tadbirlarni amalga oshirishda ana shu morfologik va fiziologik xususiyatlarni hisobga olgan holda amalga oshiriladi.

Ana shularni hisobga olgan holda, quyida bola organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlari haqida tegishli ma’lumotlar keltirilmoqda.

2.3.1. Teri, teriosti yog‘ qatlami va shilliq qavatlarning AFX

Teri organizmda nihoyatda muhim bo‘lgan quyidagi vazifalarni bajaradi:

– organizmni turli tashqi mexanik, kimyoviy va biologik ta’sirlardan saqlash;
– nafas olishda qatnashish;
– moddalar almashinuvida qatnashish;
– tana haroratini saqlashda qatnashish;
– sezgi a’zosi vazifasini bajarish;
– D vitaminining hosil bo‘lishida qatnashish.

Teri bu vazifalarini mukammal rivojlanib, yetilib bo‘lgach, to‘liq bajara oladi, lekin bola qancha yosh bo‘lsa, unda terining aytib o‘tilgan vazifalarni bajarishida anchagina yetishmovchiliklar namoyon bo‘ladi. Chunki ularda terming bola yoshiga xos anatomo-fiziologik xususiyatlari mavjud, bu xususiyatlar quyidagilardan iborat:

1. Emizikli sog‘lom bolaning terisi nimpushti rangli, baxmalday muloyim, silliq va juda ham nozik bo‘ladi. Shuning uchun teri tez zararlanadi.

Narkulov Jakhangir

2. Bolalar terisi qon tomirlari (kapillarlar turi)ga juda boy bo‘ladi. Bu esa har qanday shikastlanish natijasida zararli ta’sirlar (mikroblar, kimyoviy moddalar, dori vositalari va boshqalar)ning tezlik bilan qonga tushishi va organizmga tarqalib ketishiga sabab bo‘ladi.

3. Ter bezlari tug‘ilgan vaqtida yaxshi faoliyat ko‘rsatmaydi (ular 3–4 oylikdan zo‘r berib ishlay boshlaydi), shuning uchun chaqaloqning terisi quruqroq bo‘ladi. Bu esa terming parvarishidagi nuqsonlar natijasida tezda shilinishiga sabab bo‘ladi.

4. Yog‘ bezlari bola tug‘ilganidan boshlab yaxshi faoliyat ko‘rsatadi.

5. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda teri mayin tukchalar bilan qoplangan, qosh va kipriklari nisbatan zaif va siyrak, oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqlarda tirnoqlar yaxshi rivojlangan va barmoqlar uchiga yetib kelgan bo‘ladi.

6. Bolalarning terisi kattalarnikiga qaraganda tez tiklanish (regeneratsiya) xususiyatiga ega.

7. Terining ajratish funksiyasi yaxshi rivojlangan.

8. Termoregulatsiya markazining yetarli rivojlanmaganligidan terining tana haroratini idora etish funksiyasi ham yetarli bo‘lmaydi. Shuning uchun bolaning tana harorati tashqi muhit haroratiga tez moslashib qoladi.

9. Terida qon tomirlar ko‘pligidan terining nafas olish funksiyasi bolalarda yaxshi rivojlangan bo‘ladi.

10. Hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalar terisida fosfor-kalsiy almashinuvida muhim rol o‘ynaydigan D vitamini sintezlanadi. Bu esa bolalar suyak tizimining rivojlanishida katta ahamiyatga ega.

11. Terining sezgi a’zosi sifatidagi vazifasi markaziy asab tizimining asta-sekinlik bilan mukammallashib borishiga bog‘liq bo‘lib, yangi tug‘ilgan bolalar terisi aksariyat tashqi ta’sirlarni sezadi, lekin javob reaksiyalari hali yetarli darajada bo‘lmaydi.

12. Teriosti yog‘ qatlami sog‘lom tug‘ilgan bolalarda yaxshi rivojlangan, bu o‘z navbatida bolalarda issiqlikning saqlanishida, zaxira ozuqa sifatida katta ahamiyatga ega.

Narkulov Jakhangir

2.3.2. Suyak tizimining AFX

Bola skeleti o‘sish va rivojlanish jarayonida juda murakkab o‘zgarishlarga uchraydi. Bunga bir qancha tashqi va ichki omillar sabab bo‘ladi.

Avvalambor suyak to‘qimasining bolalardagi o‘ziga xos xususiyatlariga to‘xtalsak: emizikli yoshdagi bolalarning suyak to‘qimasi tolali tuzilishga ega, organik moddalar anorganik (mineral) moddalarga nisbatan ko‘p, suv va qon tomirlarga boy bo‘ladi. Buning natijasida esa bolalar suyagi kattalarnikiga qaraganda yumshoq, egiluvchan bo‘lganligidan, parvarishdagi turli nuqsonlar natijasida tez egilib qolishi va noto‘g‘ri shakl olishi mumkin.

Bu farq 2 yoshlarga kelib kattalarnikiga yaqinlashadi va 12 yoshga to‘lganda batamom yo‘qoladi.

Chaqaloqning boshi katta va odatda dumaloq bo‘ladi. Bosh suyaklarining choklari hali bir-biri bilan suyaklanib ketmagan, peshona suyagi va tepa suyaklari birlashgan joyda rombsimon katta liqildoq, tepa suyaklari bilan ensa suyagi orasida esa kichik uchburchaksimon liqildoq hosil bo‘lgan bo‘ladi. Katta liqildoqning kattaligi taxminan 2 x 2,5 sm bo‘lib, bola hayotining 12-16 oyiga kelib bekilib ketadi. Kichik liqildoq esa atigi 20-25% bolalarda ochiq bo‘ladi va u kechi bilan uchinchi oyga kelib bekilib ketadi.

Chaqaloq umurtqa pog‘onasi to‘g‘ri, hech qanday fiziologik egilmalari bo‘lmaydi. Bo‘yin egilmasi (lordoz) bolaning 2 oyligida, ya’ni boshini tuta boshlaganidan keyin, ko‘krak egilmasi (kifoz) bolaning 6 oyligida, ya’ni bola o‘tira boshlaganidan keyin, bel egilmasi (lordoz) bola 1 yoshga to‘lganida, ya’ni bola yura boshlaganidan keyin paydo bo‘ladi. Parvarishdagi va yurish-turishdagi har qanday salbiy holatlar bolaning umurtqa pog‘onasida ortiqcha va patologik egriliklar kelib chiqishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Ko‘krak qafasi bolalarda silindrsimon yoki konussimon ko‘rinishda, qovurg‘alar gorizontal joylashgan bo‘ladi. Bu esa ko‘krak qafasining nafas olishda yetarli ishtirok etolmasligiga olib keladi va shuning uchun bolalarning nafas olishi birmuncha tez va yuzaki bo‘ladi.

Narkulov Jakhangir

Uzun suyaklarning diafizi va epifizi oralig‘ida ancha vaqtgacha tog‘ay qatlamlari saqlanib turadi, bular epifizar tog‘aylar deyiladi va ularning borligi natijasida suyaklar uzunasiga o‘sib boradi. 25 yoshga kelib, bu epifizar tog‘aylar suyak to‘qimasi bilan batamom almashinadi va odam o‘sishdan to‘xtaydi.

Milliy urf-odatlarimizdan kelib chiqqan holda shuni ta’kidlash lozimki, aksariyat oilalarda bolalar beshikda parvarish qilinadi. Tegishli talab va qoidalarga rioya qilingan hollarda beshik bola qomatining chiroyli va kamchiliksiz shakllanishida katta ahamiyat kasb etadi. Aksincha, ushbu qoidalarga e’tiborsizlik qilinsa (bola bir xil vaziyatda ko‘p yotsa, ko‘krak qafasi ortiqcha qisib qo‘yilsa, oyoqlar bog‘lanayotganda to‘g‘ri joylashtirilmasa, bolaning boshi emizilgan tomonda ko‘p qolib ketsa va hokazolar) suyaklarning noto‘g‘ri o‘sishiga va noto‘g‘ri shakllanishiga sabab bo‘lib qolishi mumkin.

Tishlar bola hayotida muhim o‘rin egallaydi va ular bolada ma’lum vaqt oralab guruh-guruh bo‘lib chiqadi.

Avvaliga bolada sut tishlari quyidagi tartibda chiqadi: o‘rtadagi pastki va ustki kurak tishlar – 6-9 oyda, yon tomondagi pastki va ustki kurak tishlar – 9-12 oyda, kichik jag‘ tishlar – 12-15 oyda, oziq tishlar – 17-20 oyda, katta jag‘ tishlar – 21-24 oyda. Demak, bola ikki yoshga to‘lganida 20 ta sut tishlarining hammasi chiqib bo‘ladi.

Doimiy tishlar bola 6–7 yoshga to‘lganidan keyin chiqa boshlaydi va bu almashinish jarayoni 11-12 yoshga kelib poyoniga yetadi. «Aql tishlari» esa 18-20 yoshlarda chiqadi.

Bolada tishlarning vaqtida chiqishi va almashinishi uning to‘g‘ri ovqatlanishiga, chiniqtirilishiga (ayniqsa, quyoshda) va kasalliklardan ehtiyot qilinishiga bog‘liq.

2.3.3. Muskul tizimining AFX

Chaqaloqlar va emizikli yoshdagi bolalarning muskul tizimi zaifroq rivojlangan bo‘lib, tana vaznining 23-25 % ni tashkil qiladi (kattalarda esa 40-45 %). Bolalarning muskul to‘qimasining tolalari nozik, nafis tuzilishga ega, yosh ulg‘ayishi barobarida u yo‘g‘onlashadi va shuning natijasida muskul tizimining tanadagi ulushi ham ortadi. Hayotining dastlabki oylarida bola-

Narkulov Jakhangir

lar muskul tizimida fiziologik gipertenziya (bukuvchi muskullarning yozuvchi muskullarga nisbatan tonusining ortiqcha bo‘lishi) kuzatiladi, shuning uchun emizikli bolalar yo‘rgakdan yechilganda qo‘l va oyoqlarini bukib, ona qornidagi holatini egallab oladi. Bu gipertenziya asta-sekin yo‘qolib ketadi. Muskullarning kuchi va tonusi bolalarda bo‘shroq bo‘ladi. Muskullarning harakat layoqati avvaliga bo‘yin va gavda muskullarida, keyinchalik qo‘l va oyoqlarda paydo bo‘ladi. Muskul kuchi ham bola ulg‘aygan sayin ortib boradi.

Bolada normal rivojlanish bo‘lganda statik va lokomotor faoliyat ham asta-sekin yoshiga mos ravishda shakllanib boradi. Bu o‘zgarishlar quyidagi asosiy ma’lumotlar bilan ta’riflanadi.

I. Statik funksiyalarning rivojlanishi

A. Bolaning o‘tirish malakalarining rivojlanishi.

1-oy – boshini tik tutolmaydi.

2-3-oylar – boshini tik tuta oladi.

4-oy – qo‘llaridan ushlab turilganda o‘tira oladi.

5-6-oylar – bir qo‘lidan ushlab turilganda o‘tira oladi.

7-8-oylar – hech qanday tayanchsiz o‘tira oladi.

8-9-oylar – yotgan holatidan o‘zi turib o‘tira oladi.

B. Tik turish malakalarining rivojlanishi.

3-3,5 oylik – qo‘ltiq tagidan ushlab turilganda oyoqlarini yerga tirab 30-60 soniyagacha tura oladi.

5-5,5 oylik – ikki qo‘lidan ushlab turilganda uzoqroq vaqt davomida tik turadi.

8-oy – tizzalarini yerga tiragan holda biror narsani ushlab o‘zi mustaqil tura oladi.

9-oy – biror narsaga tayanib o‘zi mustaqil tik turadi.

9-10 oylik – bir qo‘lidan ushlab turilganda tik turadi.

11-oy – hech qanday tayanchsiz tik turadi.

12-oy – hech narsaga tayanmagan holda o‘zi turib o‘tiradi, gavdasini rostlaydi.

II. Lokomotor funksiyalarning rivojlanishi

A. Yotgan holatdagi harakatlarning rivojlanishi.

1-oy – qorni bilan yotqizilganda boshini ko‘tara olmaydi.

2-oy – qorni bilan yotqizilganda boshini ko‘tara oladi.

Narkulov Jakhangir

3-oy – qorni bilan yotqizib qo‘yilganda tirsaklariga tiralib gavdasini ko‘tara oladi.

4-oy – chalqancha yotqizilgan holatdan mustaqil ravishda yonboshiga ag‘darila oladi.

5-5,5 oylik – chalqancha holatdan mustaqil ravishda qorniga ag‘dariladi, qorni bilan yotganda esa qo‘llariga tiralib gavdasini ko‘tara oladi.

6-oy – qorni bilan yotgan holatdan chalqanchasiga ag‘darilib oladi.

7-oy – qo‘l va oyoqlariga tiralgan holda tura oladi.

8-oy – mustaqil ravishda emaklay boshlaydi.

B. Yurish, tirmashish, balandlikka chiqish, buyum va o‘yinchoqlarni irg‘itish harakatlarining rivojlanishi.

5-5,5 oylik – qo‘ltig‘idan ushlab turilganda qadam tashlaydi.

8-oy – ikki qo‘lidan ushlab turilganda qadam tashlaydi.

9-oy – harakatlanmaydigan tayanch narsalarni ushlagan holda qadam tashlay oladi.

10-oy – narvonchaga qo‘1-oyoqlarini tiragan holda emaklab chiqa oladi. Aravacha ketidan yura oladi. O‘tirgan holda koptokni dumalatadi va irg‘ita oladi.

11-oy – bir qo‘lidan ushlab olinsa qadamlar tashlaydi.

12-oy – mustaqil ravishda qadamlar tashlaydi.

Har qanday harakat ko‘nikmalarining rivojlanishi markaziy asab tizimining rivojlanishiga bevosita aloqador bo‘lib, mana shu tizimning yetukligi va mukammallashganligiga bog‘liq. Bolada harakat ko‘nikmalarining o‘z vaqtida rivojlanib borishi uchun hayotining dastlabki kunlaridanoq uning harakatlariga erkinlik berish va bunday malakalarning rivojlanishi va o‘zlashtirib olinishi uchun unga har tomonlama yordam ko‘rsatish kerak bo‘ladi.

2.3.4. Nafas a’zolari tizimining AFX

Nafas a’zolari organizmni kislorod bilan ta’minlash va gazlar almashinuvi natijasida hosil bo‘lgan karbonat angidridni tashqariga chiqarib yuborish vazifasini bajaradi.

Bolalar nafas a’zolari kattalarning nafas a’zolaridan o‘zining anatomik va fiziologik xususiyatlari jihatidan katta farq qiladi.

Anatomik farqlar quyidagilardan iborat:

Narkulov Jakhangir

1. Burun yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda kattalarnikiga qaraganda kichik, burun yo‘llari tor va qisqa, shilliq pardasi juda nozik qon tomirlariga boy, pastki burun yo‘li hali rivojlanmagan bo‘ladi.

Shuning uchun chaqaloqlar va emizikli bolalarda burun bo‘shlig‘ida yallig‘lanish jarayonlari bo‘lganda burun shilliq pardasi tezda shishadi va burun orqali nafas olish va emishga qiyinchilik tug‘iladi.

2. Yordamchi bo‘shliqlar – g‘alvirsimon va Gaymor bo‘shliqlari emadigan bolalarda sust rivojlangan, peshona va asosiy suyak bo‘shliqlari esa umuman bo‘lmaydi. Ular bola yoshiga to‘lganidan keyin rivojlanib, kattalashib boradi.

3. Ko‘z yoshi – burun yo‘li qisqa va tashqi teshigi yopqichlari yaxshi rivojlanmagan bo‘ladi.

4. Halqum tor, eshituv nayi esa kalta va keng bo‘ladi.

5. Hiqildoq – emizikli bolalarda voronkasimon, kattaroq bolalarnikiga qaraganda uzunroq, tog‘aylari nozik va yumshoq, shilliq pardasi qon tomirlariga boy, ovoz tirqishi esa tor bo‘ladi.

6. Traxeya bola hayotining dastlabki oylarida voronkasimon, yo‘li tor, tog‘aylari yumshoq va bir-biriga sust birikkan bo‘ladi. Shilliq pardasi nozik, qon tomirlariga boy, shilimshiq bezlari kam bo‘ladi.

7. Bronxlar tor, tog‘aylari yumshoq, shilimshiq bezlari kam, qon tomirlariga boy bo‘ladi. O‘ng bronx odatda traxeyaning davomi sifatida tik holatda va chapiga qaraganda kengroq bo‘ladi.

8. O‘pka bolaning go‘daklik davrida biriktiruvchi to‘qimalar va qon tomirlariga boy, alveolalar atrofidagi elastik to‘qima sust rivojlangan, nafas olishda qatnashadigan sathi katta yoshdagi odamlardagiga qaraganda katta bo‘ladi. Vaqt birligi ichida bolalarda o‘pka orqali o‘tadigan qon miqdori kattalarnikiga qaraganda ko‘proq bo‘ladi.

9. Emadigan bolalarda plevra yupqa, uning varaqlari oson cho‘ziladigan, diafragma kattalarnikiga qaraganda yuqoriroqda joylashgan va qisqarishlari zaif bo‘ladi.

Fiziologik farqlar quyidagilardan iborat:

1. Emadigan bolalarda nafas yuza bo‘ladi (kattalarnikiga qaraganda 8-10 baravar sayoz). Ular chuqur-chuqur nafas ololmaydi.

Narkulov Jakhangir

2. Bola qancha kichik bo‘lsa 1 daqiqada nafas harakatlari soni shuncha ko‘p bo‘ladi (fiziologik hansirash).

Chaqaloq bir daqiqada 40–60 marta

1-2 oylik bola bir daqiqada 35-48 marta

1-3 yoshli bola bir daqiqada 28-35 marta

4-6 yoshli bola bir daqiqada 24-26 marta

7-9 yoshli bola bir daqiqada 21-23 marta

10-12 yoshli bola bir daqiqada 18-20 marta

13-15 yoshli bola bir daqiqada 17-18 marta nafas oladi.

3. Bola hayotining dastlabki haftalarida nafas aritmiyasi kuzatiladi, ya’ni nafas olish va chiqarish maromi har xil bo‘ladi.

4. Bolalarning nafas olishi ularning yoshi va jinsiga bir qadar bog‘liq bo‘ladi: chaqaloq ko‘proq qorni bilan nafas oladi, emizikli davrida ko‘krak-qorin tipida, 3-4 yoshga kelib yana ko‘krak tipida, 7-14 yoshga kelib esa jinsiga qarab – o‘g‘il bolalar qorin, qiz bolalar – ko‘krak tipida nafas oladigan bo‘lib qoladi.

5. Bola hayotining dastlabki oylarida yo‘tal refleksi sust rivojlangan bo‘ladi.

2.3.5. Yurak-qon tomir tizimining AFX

Yurak-qon tomir tizimi bolalarda o‘zining anatomik va fiziologik jihatidan muhim xususiyatlarga ega. Bularni bilish har bir tibbiyot xodimi uchun nihoyatda muhim. Chunki organizmning barcha faoliyati ana shu tizimning mukammal rivojlanib olishi va ishlashiga bog‘liq,

Bola onasining qornida o‘ziga xos ravishda qon aylanishga ega bo‘ladi. Chunonchi, kichik qon aylanish doirasi faoliyat ko‘rsatmaydi, yurakning chap va o‘ng bo‘lmachalari oval teshikcha orqali qo‘shilgan, arterial hamda venoz (aransiy) tomirlari faoliyat ko‘rsatayotgan, aorta yoyini o‘pka arteriyasi bilan birlashtirib turgan arterial tomir (Botallo yo‘li) ochiq holda, bola barcha organizm uchun kerakli moddalar va kislorodni ona qonidan oladi.

Bola tug‘ilganidan keyin, kindik bog‘lanishi bilan, platsentar qon aylanishi o‘z faoliyatini to‘xtatadi, birinchi marta nafas olish natijasida kichik qon aylanish doirasi faoliyati boshlanadi, o‘pka stvolidan qon o‘tishi keskin kamayadi va u puchayib

Narkulov Jakhangir

qoladi, o‘pkadan chap bo‘lmachaga katta miqdorda qon kela bochlaganidan o‘rtadagi avai techigi klapani berkiladi, oqibatda, kichik qon aylanich doirasi bilan katta qon aylanish doirasi bir-biridan tamomila ajraladi.

Chaqoloqning yuragi qiyosan katta bo‘lib, tana vazniga nisbatan 0,8% ni tashkil etadi va u 20-25 gr keladi.Yurak vazni bolalikning har xil davrida har xil o‘sib boradi va 15-16 yoshga kelganda dastlabki vazniga nisbatan 11 marta ortadi va o‘rtacha 240-250 gr keladi.

Chaqaloqlarda yurak biroz ko‘ndalang va yuqoriroq joylashgan, emadigan va go‘dak bolalarda oval, konussimon, sharsimon shaklda bo‘ladi. 6 yoshlarga kelganda yurakning shakli katta yoshdagi kishilar yuragi shaklini, ya’ni cho‘ziq oval shaklni oladi.

Bolalarda arteriyalar venalarga nisbatan kengroq va sustroq, chaqaloqlarda esa qon tomirlarning devori nafis, egiluvchan va muskul to‘qimasi zaifroq rivojlangan bo‘ladi.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, bolalar yurak-qon tomir tizimining fiziologiyasida ham o‘ziga xos xususiyatlar mavjud ekanligini ko‘ramiz. Ular quyidagilardan iborat:

1. Bolalarda yurak urishi – puls kattalarnikiga qaraganda anchagina tez, ya’ni bola qancha yosh bo‘lsa, puls sonlari ham shuncha ko‘p bo‘ladi.

2. Bolalar pulsi juda ham labil (tez o‘zgaruvchan) bo‘lib, tana vaziyatining o‘zgarishi, jismoniy zo‘riqishlar, chinqirish, yig‘lash va boshqa ko‘pchilik omillar ta’sirida odatdagidan tezlashib qoladi.

3. Sog‘lom chaqaloq va emizikli yoshdagi bolalar pulsining aksariyat hollarda aritmik bo‘lib turishi xarakterlidir.

4. Bolalarda arterial bosim kattalardagiga qaraganda pastroq bo‘ladi. Chaqaloqlarning maksimal arterial bosimi o‘rtacha 70–74 mm simob ustuniga teng bo‘ladi, bola bir yoshga to‘lganida esa 80–85 mm ga tenglashadi.

1 yoshdan oshgan bolalarning arterial bosimi V.I.Molchanovning 80 + (2 x n) formulasiga binoan taxminan aniqlanadi. Bu yerda n – bolaning aniqlanayotgan vaqtdagi yoshini ko‘rsatadigan son.

Narkulov Jakhangir

5. Bolada arterial bosim ham puls kabi labil bo‘lib, yotganda, ayniqsa, uxlayotganda pasayadi, jismoniy zo‘riqishlar va ruhiy kechinmalardan keyin esa ko‘tariladi.

6. Chaqaloqda qon organizmni katta yoshdagi kishilarga qaraganda ikki marta tez aylanib chiqadi. Chunonchi, chaqaloqlarda bu ko‘rsatkich 12 soniyani, 3 yoshli bolada 15 soniyani, katta yoshli odamda esa 22 soniyani tashkil qiladi.

7. Yurak zarbi 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarda to‘rtinchi, 2 yoshdan katta bolalarda esa beshinchi qovurg‘alar oralig‘ida joylashadi.

Yuqorida sanab o‘tilgan yurak-qon tomir tizimining anatomo-fiziologik xususiyatlarini bilish bolaning to‘g‘ri rivojlanayotganligini baholash va kasalliklarni davolash jarayonida katta ahamiyatga ega.

2.3.6. Hazm qilish tizimining AFX

Organizmni kerakli oziq moddalar bilan ta’minlash va moddalar almashinuvining oxirgi mahsulotlarini tashqariga chiqarib yuborishda hazm tizimining ahamiyati nihoyatda katta. Lekin bolalar hazm tizimi o‘ziga xos bir talay anatomik va fiziologik xususiyatlarga egaki, ularni bilish bolani to‘g‘ri ovqatlantirishning asosi hisoblanadi.

Hazm a’zolarining bolalardagi xususiyatlari quyidagilardan iborat:

1. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning hazm a’zolari faqat ona sutini parchalashgagina moslashgan bo‘ladi. Ularda tug‘ilganidayoq so‘rish va yutish reflekslari yaxshi rivojlangan bo‘ladi. Shuning uchun chaqaloq tug‘ilgan zahotiyoq ona ko‘kragi tutiladi.

2. Og‘iz bo‘shlig‘i qiyosan tor, aksiga olib tili keng va kaltaroq, shilliq pardasi nozik, qon tomirlariga boy va ochroq rangda bo‘ladi.

3. 3-4 oylikkacha so‘lak bezlari yaxshi faoliyat ko‘rsatmaydi, shuning uchun bu davrda og‘iz shilliq pardasi quruq va tez shilinadigan xususiyatga ega bo‘ladi.

Narkulov Jakhangir

4. Bola hayotining 4-5 oylariga kelib, so‘lak bezlari zo‘r berib ishlay boshlaydi va bola ajralayotgan so‘lakni yutib ulgurolmasdan qoladi. Natijada, bola og‘zidan doim so‘lak oqib turadi (fiziologik so‘lak oqishi – salivatsiya deb shunga aytiladi).

5. Qizilo‘ngach go‘daklarda kattalarnikiga qaraganda uzunroq, shilliq pardasi nozik, qon tomirlariga boy, shilimshiq bezlari yaxshi faoliyat boshlamagani uchun quruqroq bo‘ladi. Uning uzunligi chaqaloqlarda 10-11 sm, emizikli bolalarda 12 sm, bola 5 yoshli bo‘lganda 16 sm ni tashkil qiladi.

6. Bola 1 yoshga to‘lgunicha me’dasi gorizontal vaziyatda bo‘ladi, tik yura boshlaganidan keyin birmuncha tik holatni egallaydi.

Shilliq pardasi o‘rtacha rivojlangan, kirish qismidagi sfinkter (qisqich)ishi rivojlanmagan bo‘ladi.

7. Me’daning sig‘imi bola qancha kichik bo‘lsa shuncha kam, ya’ni oy-kuni yetilib tug‘ilgan chaqaloqda 30-35 ml, 3 oylik bolada 100 ml, 1 yoshga to‘lganida 250 ml, 3 yoshda 400-600 ml, 10-12 yoshda esa 1300-1500 ml ni tashkil qiladi.

Bolaning oshqozonini yuvish uchun kerakli miqdordagi suyuqlikni me’daning sig‘imiga qarab olish kerak:

8. Me’da shirasining tarkibi kattalarnikidan farq qilmasada, undagi fermentlarning faolligi nisbatan kamroq bo‘ladi.

9. Emadigan yoshdagi bolalarning ichagi kattalarnikiga qaraganda qiyosan uzunroq (kattalarda tana uzunligidan 4 marta uzun bo‘lsa, bolalarda 6 marta uzun), shilliq pardasi birmuncha kuchli rivojlangan, qon tomirlariga boy, nozikroq, lekin shilliqosti to‘qimasi, muskullari va ko‘ndalang burmalari yaxshi rivojlanmaganligidan salga shikastlanadigan bo‘ladi.

10. Emadigan yoshdagi bolalarning ichaklarining o‘tkazuvchanlik xususiyati yuqoriroq bo‘lganidan turli xil toksik moddalar tezda qonga o‘tib qoladi va toksikoz rivojlanishi osonroq bo‘ladi.

11. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning ichaklari deyarli steril bo‘ladi. Birinchi marta nafas olish, emish va parvarish jarayonida ichaklarga mikroblar tushadi va ularning bir qismi bola hayoti davomida ichaklarning doimiy mikroflorasini tashkil qiladi.

12. Me’daosti bezi va jigar ham bolalarda kattalarnikiga qaraganda hali to‘liq o‘z faoliyatini bajara olish qobiliyatida

Narkulov Jakhangir

bo‘lmasa ham, ovqat hazm qilish jarayonida bevosita ishtirok etadi. Jigar emadigan yoshdagi bolalarda qovurg‘alar ostidan 2-3 sm, 1-2 yoshida ham 1-2 sm gacha chiqib turadi. 3-5 yoshga kelganida qovurg‘alarning pastki chegarasini egallaydi.

13. Iste’mol qilingan ovqat moddasi chaqaloqlarda ichaklardan 4-18 soatda o‘tsa, kattalarda taxminan bir sutka davomida o‘tadi.

14. Bolaning yoshi, ovqatining tarkibi, me’da-ichak yo‘li va hazm bezlarining ahvoliga qarab axlati har xil bo‘ladi. Chaqaloqning dastlabki axlati meqoniy deb ataladi va o‘ziga xos ko‘rinish va konsistensiyaga ega bo‘ladi. Asta-sekinlik bilan go‘dak bolalarnikiga o‘xshay boshlaydi, birinchi hafta davomida sutkasiga 4-5 marta, 1 yoshida 1-2 marta, kattalarda esa 1 marta ich kelib turadi.

Aytib o‘tilganlardan xulosa qilinsa, bolalarning hazm a’zolaridagi o‘ziga xos xususiyatlar ularni turli yoshida ovqatlantirishni to‘g‘ri tashkil qilishni taqozo qiladi.

2.3.7. Buyrak va siydik chiqarish tizimining AFX

Bolalarning siydik ajratish a’zolari ham o‘zining bir talay anatomo-fiziologik xususiyatlari bilan ajralib turadi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloq hayotining dastlabki oylarida buyraklar bo‘lakchali tuzilishga ega bo‘lib, bu bo‘lakchalar asta-sekinlik bilan qo‘shilib boradi va keyinchalik yaxlit tuzilishga kiradi.

Buyraklarning og‘irligi chaqaloqlarda 11-12 grammdan bo‘lib, bola bir yoshga to‘lganida bu og‘irlik 3 marta ortadi, kattalarnikiga qaraganda pastroqda joylashgan, shuning uchun 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarning buyraklarini paypaslab topish osonroq bo‘ladi.

Go‘dak bolalar buyraklarining jomlari va siydik yo‘llari nisbatan keng, muskul va elastik tolalari yetarli rivojlanmaganligidan, ularning devorlari pastroq tonusga ega bo‘ladi. Bu xususiyat buyrak jomlari va siydik yo‘llarida siydikning turib qolishiga sharoit yaratadiki, natijada patologik jarayonlar kelib chiqishi osonlashadi.

Yosh bolalarda siydik pufagi (qovuq) maktab yoshidagi bolalarnikiga qaraganda yuqoriroqda joylashgan, muskul va

Narkulov Jakhangir

elastik to‘qimalari zaifroq rivojlangan bo‘ladi. Chaqaloqlarda qovuqning sig‘imi 50 ml, go‘daklarda 200 ml, 9-10 yoshga to‘lganida esa 600-900 ml ni tashkil qiladi.

Bolalarda qovuqni yuvish uchun ishlatiladigan suyuqlik miqdori qovuq sig‘imidan oshib ketmasligi kerak.

O‘g‘il bolalarning siydik chiqarish kanali (yo‘li)ning uzunligi 5-6 sm, voyaga yetish davrida esa 12 sm ga yetadi (kattalarda 18 sm gacha).

Yangi tug‘ilgan qiz bolalarda 1-2 sm, 12-13 yoshda 3-5 sm uzunlik va orqa chiqaruv teshigiga yaqin joylashgan bo‘ladi.

Shuning uchun qiz bolalar jinsiy a’zolari parvarish qilina-yotganda orqa chiqaruv teshigidan infeksiya uretra (siydik kanali)ga o‘tmasligi uchun, ularning tagini oldindan orqaga qarab artiladi va yuviladi.

Chaqaloqlar sutka davomida 20-25 martagacha, emizikli yoshdagi bolalar 15-17 martagacha, bola 2-3 yashar bo‘lganida 8-10 marta, 6-7 yoshga to‘lganida esa 5-6 marta siyadi. Bolaning necha marta va qancha siyishi uning ovqatlanish xarakteriga, ichilgan suyuqliklar miqdori va sifatiga hamda tashqi muhitning haroratiga bog‘liq. Bir sutkada ajraladigan siydik miqdorini bolalarda taxminan quyidagi formula asosida hisoblab chiqarish mumkin:

$$100 \times (n - 1) + 600$$

Formuladagi 600 – bir yoshli bolaning sutkada ajratadigan siydik miqdorini, n – bolaning yoshini bildiradi. Masalan, 5 yoshli bolaning bir sutkalik siydik miqdori: 100x(5-l)+600= 100x4+600= 1000 ml ni tashkil qiladi.

Chaqaloqlarda buyraklarning filtratsiya qobiliyati sustroq bo‘lgani uchun dastlabki kunlarda siydik bilan birga biroz miq-dorda oqsil ham ajraladigan bo‘ladi (fiziologik albuminuriya).

Chaqaloq va emizikli yoshdagi bolalarda siyish refleksi ixtiyorsiz (shartsiz) bo‘lib, qovuq to‘lishi bilan o‘z-o‘zidan bo‘shatiladigan bo‘ladi. Shartli siyish refleksini bolada paydo qilish 3-4 oyligidan boshlanishi va qunt bilan o‘rgatilishi kerak. Har safar bola uyqudan turganida tagi quruq bo‘lsa, emizib bo‘lgandan so‘ng 10-15 daqiqa o‘tgach, albatta bolani to‘sish lozim. Bolani 8-10 oyligidan boshlab, vaqti-vaqti bilan, aksariyat hollarda uyqudan oldin va keyin tuvakka o‘tqizib turish ham shartli refleksning shakllanishiga yordam beradi.

Narkulov Jakhangir

Bolalarning siydik ajratish a’zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlarini bilish muhim ahamiyatga ega, chunki organizmdagi barcha suyuq chiqindilar, patologik ajratmalar shu tizim a’zolari ishtirokida tashqariga chiqib ketadi. Bas, shunday ekan, ko‘pchilik kasalliklarning tezroq tuzalishi bevosita mana shu tizimning naqadar normal faoliyat ko‘rsatishiga ko‘p jihatdan bog‘liq bo‘lib qoladi.

2.3.8. Qon va qon yaratish hamda limfa tizimining AFX

Qon organizmning ichki muhitini tashkil qiladi va juda muhim bo‘lgan quyidagi vazifalarni amalga oshiradi:

1. Barcha oziq moddalar qon orqali to‘qimalarga boradi, almashinuv mahsulotlari esa to‘qimalardan qon oqimi bilan ajratish a’zolariga olib ketiladi.
2. To‘qimalarga kislorod olib kelib, karbonat angidridini tashqariga chiqarish uchun o‘pkaga yetkazib beradi.
3. Ichki sekretsiya bezlaridan ajraladigan hayot uchun zarur gormonlar qon orqali butun organizmga tarqalib turadi.
4. Qon tarkibidagi oq qon tanachalari organizmni turli mikroblardan himoya qiladi, shuningdek, qon plazmasidagi maxsus oqsil (gammaglobulin)lar immun xususiyatga ega.

Ana shunday muhim funksiyalarni bajaruvchi qon va qon yaratish tizimining o‘ziga xos anatomo-fiziologik xususiyatlari mavjud. Ular quyidagilardan iborat:

Qon hujayralari homila rivojlanishining uchinchi haftasidan boshlab paydo bo‘la boshlaydi. Embrional rivojlanish davrining oltinchi haftalaridan qon yaratish vazifasini jigar oladi, homilalik davrining uchinchi oyidan esa bu vazifaga taloq ham o‘z hissasini qo‘sha boshlaydi. Qizil ko‘mik ham qon yaratish vazifasini embrional rivojlanishning ikkinchi davridan boshlagan bo‘lsa ham, ancha sust rivojlangan bo‘ladi.

Bola tug‘iladigan vaqtga yaqin qolganda asosiy qon yaratish vazifasi qizil ko‘mikka o‘tadi va qolgan a’zolar ikkinchi o‘ringa tushib qoladi. Bola 4 yoshga to‘lganida qon ishlab chiqarayotgan uzun naysimon suyaklarning qizil ko‘migi ilikka aylana boshlaydi va 12-15 yoshlarga borib, faqatgina yassi suyaklar

Narkulov Jakhangir

(qovurg‘alar, to‘sh suyagi, umurtqalar) va naysimon suyaklarning epifizlarida saqlanib qolgan qizil ko‘mik qon yaratuvchi joylar bo‘lib qoladi.

Turli yoshda bolalarning qoni miqdor va sifat jihatidan o‘ziga xos o‘zgarishlarga uchraydi. Chunonchi, ana shu xususiyatlaridan kelib chiqqan holda, gematologik ko‘rsatkichlarga tayanib, bolalik davrini shartli ravishda 3 ga ajratiladi: chaqaloqlik, emizikli va katta yoshli bolalik davri.

Chaqaloq bolalar qonida gemoglobin va eritrotsitlar soni nisbatan ko‘pligi bilan ajralib turadi. Chaqaloqlikning birinchi-ikkinchi kunidan boshlab ularning miqdori kamayib boradi. Rang ko‘rsatkich (gemoglobin va eritrotsitlar miqdori orasidagi nisbat) dastlabki kunlarda yuqori bo‘ladi, keyingi kunlar davomida u ham asta-sekinlik bilan kamayib boradi.

Chaqaloq qoni tarkibida leykotsitlar soni ham ko‘p bo‘ladi, keyingi kunlarda ularning soni ham kamayib boradi. Leykotsitlarning ko‘p bo‘lishini ham chaqaloq organizmining yangi sharoitga moslashuv davrida o‘zini himoya qilish vositasi deb qarash mumkin.

Qondagi trombotsitlar miqdori aytib o‘tilgan davrlarning har birida deyarli farq qilmaydi va 200-300 ming atrofida saqlanadi.

Emadigan bolalarda ham gemoglobin hamda eritrotsitlar miqdori asta-sekin kamayib boradi. Bola bir yoshdan o‘tgach, ularning miqdori qaytadan ko‘tarila borib, kattalarnikiga yaqinlasha boshlaydi.

Xulosa qilib shuni aytish lozimki, hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda qonning morfologik tarkibi keng doirada individual o‘zgarishlarga uchrab boradi, bu o‘zgarishlar bola qon apparatining har xil endogen va ekzogen omillar ta’siriga o‘ta sezgirligining nishonasidir.

Bolalarda ham limfa tizimiga limfa tugunlari, limfoid follikulyar va limfoid to‘qimaning diffuz to‘plamlaridan tashkil topgan ayrisimon bez, taloq va limfatik bezlar kiradi.

Chaqaloqlarda limfa tugunlari kattalarnikidan qiyosan kattaroq, biriktiruvchi to‘qima kapsulasi yupqa va nozik bo‘lib, bo‘lakchalari ichidagi to‘siqchalari deyarli bo‘lmaydi. Limfa tugunlarining rivojlanishi bolaning 12-13 yoshida tugallanadi. Limfa tugunlari tananing qaysi sohalaridan limfa oqib kelishiga qarab joylashadi.

Narkulov Jakhangir

25-50% sog‘lom bolalarda limfa tugunlarini bo‘yinning oldi va orqasidan, qo‘ltiq ostidan, chov sohasidan paypaslab topish mumkin. Ular yakka-yakka, kattaligi tariq donasidan yasmiq kattaligigacha keladigan, yumshoq, harakatchan, bir-biri va atrofidagi to‘qimalarga yopishmagan bo‘ladi.

Limfa tugunlarining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

– organizm uchun himoya vositalari ishlab chiqarish;

– tugunga tushib qolgan zaharli moddalar, bakteriyalar va ularning toksinlarini zararsizlantirish;

– tugunlardagi plazmatik hujayralardan antitelolar ishlab chiqarish.

Ayrisimon bez (timus) oldingi ko‘krak oralig‘ining yuqori bo‘lirmda joylashgan bo‘lib, bolaning 8 yoshlarigacha rivojlanib faoliyatini ko‘rsatib keladi va 9, 13, 15 yoshlarga kelib asta-sekin yog‘ to‘qimasiga aylanib involyutsiyaga uchraydi. Ayrisimon bez limfo-poetik, moddalar almashinuviga aloqador, immunologik va endokrin vazifalarni bajaradi. Bolalar talog‘i ham o‘ziga xos xususiyatlarga ega bo‘lib, qon tomirlariga boy va biriktiruvchi to‘qimasi sust rivojlangan. Uning asosiy vazifasi limfotsitlar hosil qilish, eritrotsitlar va monositlarni parchalash-dan iborat.

2.3.9. Asab tizimining AFX

Organizmdagi ichki jarayonlarning bir-biri bilan yaxlitligini ta’minlovchi va uning tashqi muhit bilan aloqasini tartibga solib turuvchi tizim – asab tizimi hisoblanadi.

Barcha yuqorida ko‘rib chiqilgan a’zolar tizimining ham-korlikda faoliyat ko‘rsatishi bevosita mana shu tizimning naqa-dar mukammal rivojlanganligi va faoliyat ko‘rsatishiga bog‘liq. Lekin bola organizmining hali o‘sib rivojlanishda bo‘lishini hisobga olinadigan bo‘lsa, asab tizimi ham o‘zining anatomo-fiziologik xususiyatlariga egaligi aniq-ravshan bo‘lib qoladi.

Bola tug‘ilishiga yaqin qolganda asab tizimining boshqa a’zolar va tizimlarga qaraganda ham kamroq rivojlanganligi va differensiallashganligi ma’lum bo‘lib qoladi.

Chaqaloqning bosh miyasi og‘irligi qiyosan katta bo‘lib, tana vaznining 1/8-1/9 qismini tashkil qiladi(kattalarda 1/40).

Narkulov Jakhangir

Bolalarning miya to‘qimasi suvga va qon tomirlariga boy, spetsifik oqsil moddalari kam bo‘ladi. Ana shu xususiyatidan kelib chiqib, bolalarning miyasi turli xil patologik jarayonlar va kasalliklar natijasida tez shishadigan bo‘ladi.

Tashqi ko‘rinishida egatchalar va pushtachalari yaxshi ifodalanmagan, miyaning kulrang moddasi oq moddasidan hali ajralmagan bo‘ladi. Egatcha va pushtachalarning yaxshi ifodalanmaganligi bolaning hali hayotiy ko‘nikmalari paydo bo‘lmaganligidan, kulrang moddaning oq moddadan ajralmaganligi esa bolada ichki tizimlarni boshqaruvchi markazlarning hali shakllanmaganligidan dalolat beradi.

Katta yarim sharlardagi hujayralar son jihatidan kattalarniki bilan teng bo‘lishiga qaramay, ular hali yetilmagan bo‘ladi.

Orqa miya tug‘ilish vaqtida ancha mukammallashgan, lekin kattalarnikiga qaraganda umurtqa pog‘onasiga nisbatan olinganda, qiyosan uzunroq bo‘ladi.

Oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloq bir qancha tug‘ma yoki shartsiz reflekslarga ega bo‘ladi. Bularga so‘rish, yutish, ko‘zni pirpiratish, yo‘talish, aksirish, defekatsiya (ich qilish), siydik chiqarish, Babinskiy, Kernig, Moro va boshqa ko‘pgina reflekslarni misol keltirish mumkin.

Aksariyat shartsiz reflekslar ma’lum vaqtga kelib yo‘qolib ketadi yoki shartlisi bilan almashinadi. Ba’zi shartsiz reflekslarning belgilangan muddatda yo‘qolmasligi yoki qaytadan paydo bo‘lishi patologik belgi hisoblanadi. Bunday hollarda bolani nevropatolog shifokor tomonidan konsultatsiya qilinishini ta’minlash zarur.

Bolada hayotining birinchi kunlaridan boshlaboq oliy asab faoliyati rivojlana boshlaydi. Shuning uchun bola atrofdagi tashqi muhit bilan katta yoshdagi odamlarga qaraganda birmuncha osonroq shartli aloqalarga kirishadi, bu aloqalar turg‘un va yorqin bo‘ladi. Shundan kelib chiqib, bola muayyan yurish-turish ko‘nikmalarini, odat-amallarni nisbatan tez hosil qiladi, bular esa uzoq vaqtlargacha, odatda umrbod saqlanib qoladi.

Hosil qilingan reflekslar turli noqulay va kuchli ta’sirlar (ruhiy va jismoniy zarba va zo‘riqishlar, kasalliklar, tarbiyadagi nuqsonlar va boshqalar) natijasida osongina so‘nib ketishi mumkin.

Narkulov Jakhangir

Bolada ta’m bilish yaxshi (shirin va nordonni yaxshi ajratadi), hid bilish kamroq, tuyg‘u hissi esa yaxshi rivojlangan (lablariga qo‘l tekkizish emishga harakatni paydo qiladi, yuz, qo‘l va oyoq terisi tekkizilgan narsalarni yaxshi sezadi, bola tug‘ilishi bilanoq og‘riq ta’sirlaridan ta’sirlanadi).

Bir martagina yanglishib shirinroq sut mahsuloti berib qo‘yish bilan bolani qaytib ona ko‘kragini emmaydigan qilib qo‘yishi mumkin.

Bola tug‘ilganidayoq barcha narsalarni ko‘radigan va ovozlarni eshitadigan bo‘ladi, lekin ularni aniqlay olmaydi. Chaqaloq kuchli tovush ta’siridan cho‘chib tushadi, 2 haftadan keyin tovush kelgan tomonga boshini qaratadi, 2 oyligida esa tovushlarni ajrata oladigan bo‘ladi.

Ko‘z olmalari uyg‘un holda harakat qila olmaganidan chaqaloqlarda aksariyat hollarda g‘ilaylik kuzatiladi, yorug‘likka qaray olmaydi, ba’zida esa nistagm (ko‘z olmasining tartibsiz harakatlari) qayd qilinadi.

Ko‘z yosh bezlari chaqaloqda yaxshi rivojlanganligiga qaramay, hayotining dastlabki kunlarida ko‘zidan yosh chiqmaydi. Bola 2 oylik bo‘lganida ko‘zlaridan yosh kela boshlaydi.

Bolaning xulq-atvorida nutqning, ya’ni ikkinchi signal tizimining ahamiyati nihoyatda katta.

Ana shu maqsadda quyida bolalarning asab-ruhiy rivojlanishi haqida ma’lumotlar keltiriladi.

Bolaning asab-ruhiy rivojlanishi va shartli reflekslarning shakllanishi

«Sog‘lom bola» haqida fikr yuritilganda bolaning xulq-atvori, emotsional kayfiyatu ruhiyati va bilim-malakalarining bola yoshiga to‘g‘ri kelish-kelinmasligi ham muhim ahamiyat kasb etadi.

Hayotining birinchi yilida bolaning asab-ruhiy rivojlanishi quyidagi asosiy bosqichlar bilan ta’riflanadi:

Bola 2 oylik bo‘lganda ko‘zlarini bemalol ochib, osib qo‘yilgan o‘yinchoqlarga termulib yotadi, kattalarning qiliqlariga qarata kuladi, boshini tuta boshlaydi.

Narkulov Jakhangir

Bola 3 oylik bo‘lganida kattalarning qiliqlariga javoban ovoz chiqargan holda tipirchilab shodlanganligini bildiradi. Qorni bilan uzoq yotadi.

Bola 4 oylik bo‘lganda «guvranadi», ovozga qarab ovoz chiqqan joyni aniqlaydi, osib qo‘yilgan o‘yinchoqlar bilan uzoq vaqt mashg‘ul bo‘ladi.

Bola 5 oylik bo‘lganda yana ham «guvranadi», o‘ziga yaqin odamlarni taniy boshlaydi, yaxshi va yomon muomalalarni ajratadi. Qo‘llarini uzatadi, o‘yinchoqlarini qo‘lga olib, uzoq ushlab turadi. Chalqancha holatdan qorniga ag‘dariladi, qo‘ltig‘idan ushlab turilsa qaddini to‘g‘rilab tik turadi.

Bola 6 oylik bo‘lganida ayrim bo‘g‘inlar («ma», «ba», «da» va boshqalar)ni talaffuz qila boshlaydi, o‘zi mustaqil o‘yinchoqlarini olib uzoq o‘ynaydi, qorni bilan yotgan holatdan orqasiga o‘giriladi, emaklashga harakat qiladi, qoshiqchadan ovqatlana oladi.

Bola 7 oylik bo‘lganda o‘zicha har xil ovozlar chiqaradi, o‘yinchoqlarini urib silkitadi, yaxshigina emaklaydi, kattalarning qo‘lidan yoki narsalarni ushlagan holda tik turadi.

Bola 8 oylik bo‘lganda har xil bo‘g‘inlarni takror-takror qattiq ovozda talaffuz qiladi, biror kishi yoki narsaning nomi aytilsa ularni qidiradi. Iltimos qilib so‘ralgan narsalarni bajarishga harakat qiladi, o‘zi mustaqil o‘tiradi va yotadi, biror narsaga tiralib o‘zi turadi, devorlarni ushlab qadamlar tashlaydi.

Bola 9 oylik bolganida turli o‘yinlarni birga bajaradi, bekinmachoq o‘ynaydi, katta yoshdagi kishilarning «qo‘lingni ber», «xayr», «assalom» kabi harakatlarini bajaradi. Ikki qo‘li ushlab turilsa va aravacha bilan yuradi.

Bola 10 oylik bo‘lganida ba’zi narsalar va yaqin kishilarning nomlarini tushunadi, «ular qani deyilganda» ularni axtaradi. Kattalar yordamida tepalikka chiqadi va undan tusha oladi.

Bola 11 oylik bo‘lganida buyurilgan yengilroq topshiriqlarni bajaradi, o‘yinchoqlarini diqqat bilan o‘ynab, ularni taxlaydi, halqalarni o‘rniga kiygizadi va chiqarib oladi. O‘zicha tik turadi va kattalar yordamida yura boshlaydi.

Bola 12-13 oylik bo‘lganida esa o‘zining dastlabki ma’noli so‘zlarini – «oyi», «dada», «ber», «ol», «opa» talaffuz qila boshlaydi. O‘zi mustaqil yuradi va idishlardan bemalol suyuqliklarni icha oladigan bo‘ladi.

Narkulov Jakhangir

Yuqorida aytib o‘tilgan asab-ruhiy rivojlanish ko‘nikmalarining vaqtida paydo bo‘lishi va shakllanishida to‘g‘ri tashkil qilingan kun tartibi, to‘g‘ri ovqatlantirish va bola bilan mashg‘ul bo‘lishning ahamiyati nihoyatda katta.

Asab tizimining yaxshi rivojlanishi va ruhiy jihatdan charchamaslik uchun uyqu bilan faol uyg‘oqlik davrlari to‘g‘ri tashkil etilishi shart.

II bob UCHUN NAZORAT SAVOLLARI

1. Bolalik davrlari necha davrga bo‘linadi?
2. Bolalarni jismoniy rivojlanishini ayting.
3. Bolalarni asab-ruhiy rivojlanish belgilarini bilasizmi?
4. Terining organizmdagi vazifalari nimalardan iborat?
5. Suyak tizimini bolalarda rivojlanish xususiyatlarini ayting.
6. Nafas olish a’zolarini sanab bering.
7. Yurak qon-tomir tizimining tuzilishini ayting.
8. Qaysi a’zolar hazm qilish tizimiga kiradi?
9. Buyrak va siydik tizimini tuzilishini bilasizmi?
10. Qon va qon yaratish tizimini organizmdagi vazifasi nima?
11. Asab tizimini tuzilishini ayting.

Narkulov Jakhangir

III bob. BOLALARNI DAVOLASH, PROFILAKTIKA VA BOLALAR MUASSASALARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI VA IJTIMOIY YORDAM

3.1. Oilaviy poliklinika va QVP da bolalarda hamshiralik parvarishi

QVP va oilaviy poliklinikaning tuzilishi va vazifalari

Poliklinika ishi uchastkaga xizmat ko‘rsatish bilan amalga oshiriladi.

Har bir hamshiraga 1500 tagacha aholi biriktiriladi (qishloq va shahar shifokorlik punktida normativ hujjatlarini faoliyati O‘z.Respublikasining Sog‘liqni saqlash vazirligini 6-dekabr 2004-yil 535-buyrug‘iga asosan olib boriladi). Har bir hudud uchastkalarga bo‘linadi, ularga uchastka shifokorlari va hamshiralari xizmat ko‘rsatishadi. Poliklinika sharoitida bolalarni ixtisoslashtirilgan o‘z vaqtida tibbiy ko‘rikdan o‘tkaziladi va ularni davolash ishlari amalga oshiriladi.

Poliklinikaning tuzilishi va uning vazifalari

Poliklinika tarkibiga quyidagi bo‘limlar kiritilgan: registratura, filtr va boks izolyatorga alohida kirish, shifokor qabuligacha xona, shifokorlar xonasi (bolalar shifokori va tor mutaxassislar) davolash va shifokor xonasi (rentgenologik, funksional, diagnostik, fizioterapevtik, muolaja, ingalyator, davolash, jismoniy mashqlar) va bolalar profilaktik ishlash bo‘yicha xonalar (emlash, massaj va gimnastika, sog‘lom bola xonasi) ko‘pchilik poliklinikalarda biokimyo laboratoriyalar bor.

Registratura. Hamshira registraturaga tashrif buyuruvchilar oqimini boshqaradi. Shifokorlar va yordamchi diagnostik xonalarning ish vaqti haqida xabar beradi. Shifokor qabuliga kirish uchun talon beradi. Ko‘pchilik poliklinikalarda registraturasi kompiyuterlashtirilgan, shifokor mutaxassislar qabuliga kirish uchun oldindan ro‘yxatga olinadi, erkin tanlov bo‘yicha shifokor ro‘yxatiga olinadi. Shifokor chaqiruvini hamshira

Narkulov Jakhangir

tomonidan bemor holatiga, shikoyatiga, tana haroratiga qarab ro‘yxatga oladi, shifokorlarga xabar beradi, kitobiga yozadi.

Filtr. Yuqumli kasalliklar bilan kasallangan bemor poliklinikaga kirmasligi uchun poliklinikada filtr bo‘lishi shart, u yerda malakali tibbiy hamshira ishlashi kerak. U tana harorati ko‘tarilgan, etiologiyasi ma’lum bo‘lmagan toshmali bolalarni qabul qilishi kerak. Bola yuqumli kasallika shubha qilganda ko‘chaga chiqadigan alohida eshikli boks – izolyatorga joylashtiriladi. Bu yerda bolani navbatchi shifokor ko‘zdan kechiradi. Agar bolada haqiqatan ham yuqumli kasallik aniqlangan bo‘lsa, uni kasalxonaga yoki uyga yuboriladi. Izolyatorda zararsizlantirish ishlari, shamollatish va nam yig‘ishtirish ishlari olib boriladi.

Shifokor qabuligacha bo‘lgan xona. U mustaqil va filtr bilan birgalikda faoliyat ko‘rsatishi mumkin. Bu xonada hamshiraning asosiy vazifasi shundan iboratki, har yili o‘tkaziladigan bolalar dispanserizatsiyasiga yo‘llanmalar beradi.

Sog‘lom bola xonasi (SBX) Sog‘lom bolalarni qabuli SBX da o‘tkazish mumkin. Bu xona maslahatxona bo‘lib, hamshira va shifokor ota-onalarga, bolaning rivojlanishi bo‘yicha savollarga, ularni tarbiyalash va sog‘lig‘ini himoya qilish bo‘yicha maslahatlar berib boradi.

Pediatr xonasi. Pediatr shifokori bolalarni qabul qilish uchun mo‘ljallangan xonadir. Xona yaxshi yorug‘, 20-22 ^{o}C haroratdan past bo‘lmasligi kerak. Bu xonada shifokor uchun, yo‘rgaklash uchun stol, kattaroq bolalar uchun kushetka, rostometr, bolalar tarozisi, tibbiy asboblar uchun stol bilan ta’minlangan bo‘lishi kerak. Issiq va sovuq suvli yuvinish moslamalari, sovun, sochiq bo‘lishi shart hisoblanadi. Xonada yana sm lenta, shpatel, tonometr, oson yuviladigan o‘yinchoqlar bo‘lishi kerak, yana bir yoshgacha bo‘lgan bolalarni rivojlanish tarixi va nogiron bolalarni ambulator xaritasi bo‘lishi kerak.

Ambulator poliklinika muassasalarini asosiy tibbiy hujjatlari

№	Formalar nomi	Forma №
1.	Bolalarni rivojlanish tarixi	112/u
2.	Bemorlarning ambulator kartasi	025/u

Narkulov Jakhangir

3.	Davriy ko‘riladigan kartalari	046/u
4.	Maqsadli tibbiy ko‘rikka yuborilishi lozim bo‘lgan shaxslar ro‘yxati	048/u
5.	Profilaktik emlash kartasi	063/u
6.	Profilaktik emlash jurnali	064/u
7.	QVP da birlamchi kasalliklarini ro‘yxatga olish statistik taloni	025-2/u
8.	Dispanser nazorati uchun kartasi	030/u
9.	Shifokorni uyga chaqirish jurnali	031/u
10.	Yuqumli kasalliklar oziq-ovqatdan o‘tkir zaharlanish kasb bilan bog‘liq bo‘lgan zaharlanish emlashga reaksiya haqida shoshilinch xabarnoma	058/u
11.	Ambulator operatsiyalarni ro‘yxatga olish jurnali	069/u
12.	Sanator, kurort kartasi	072/u
13.	Ambulator bemorlarni va kunduzgi statsionarda davolanayotgan bemorlarni ro‘yxatga olish jurnali	774/u 003-2/u
14.	TMEKga yo‘llanma	088/u
15.	Talabalar, litsey, kollej, maktab, maktabgacha bo‘lgan o‘quvchilarning vaqtinchalik ishga yaroqsizlik ma’lumotnomasi	095/u
16.	Patronaj hamshirasining uy ishi daftari	111/u
17.	O‘lim haqida tibbiy hujjat	106/u
18.	Perinotal o‘lim haqida guvohnoma	106-2/u
19.	Yuqumli kasalliklar guvohnomasi	060/u
20.	Dorinoma (kattalar va bolalar uchun)	107/u
21.	Laboratoriya tekshiruvlari uchun jurnal	251/u
22.	Shifoxona vrachining ish kundaligi	039/u
23.	Shifoxona o‘rta tibbiyot xodimining ish kundaligi	039-1/u
24.	Muolaja xonasida qilingan muolajalarni hisobga olish jurnali	029/u
25.	Sog‘ligi haqida ma’lumotnoma	086/u

Narkulov Jakhangir

Poliklinikada tibbiyot hamshirasining ish mazmuni

Tibbiyot hamshirasi faoliyatini filtr, shifokorgacha qabul qilish xonasi, sog‘lom bola xonasi, bolalar shifokori xonalarida olib boradi.

Tibbiyot hamshirasining filtrda shifokorga bolani ko‘rikdan o‘tkazishda yordamlashadi, kerak bo‘lsa shifokorgacha bo‘lgan yordamni ko‘rsatadi. Hamshiraning vazifasiga ichak guruhiga, RIF ga, bo‘g‘maga, enterobiozga materiallar yig‘ish, ekish uchun siydikni olish, antibiotiklar florani sezuchaligini aniqlash kiradi. Hamshira olingan materiallarni o‘z vaqtida tekshiruv ishlarini olib borish uchun joyiga yetkazishni ta’minlaydi. Analizlardan olingan natijalarni yozib oladilar. Ro‘yxatxonada hududlar bo‘yicha taxlaydilar. Chiqqan kasallik bo‘yicha hudud shifokori va hamshirani ogohlantiradi. Uning mas’uliyatiga shoshilinch xabarnomani olishni, poliklinika bo‘yicha yuqumli kasalliklar bilan kasallanishni ro‘yxatga olish va SES tashkiloti bilan har 3 oylikda ma’lumotlarni nazorat qilish. U yuqumli kasalliklar hududlar bo‘yicha maktabga material tayyorlaydi, zararsizlantiruvchi eritmalarni qabul qiladi. Xonaning tasdiqlangan hisob-kitob hujjatlari: bolalar poliklinika izalyatoriga kirish jurnaliga ro‘yxatga olish, yuqumli kasalliklar bo‘yicha har bir infeksiyani alohida jurnalga hisobga olish, analizni ro‘yxatga olish daftari (har bir ko‘rinishiga qarab) yuqumli kasalliklar bo‘yicha shoshilinch xabarnomasini oziq-ovqatdan o‘tkir kasbiy zaharlanishda, emlashda reaksiyalar kuzatilganda, yuqumli kasalliklar bo‘yicha hisobot topshirishni amalga oshiradi.

Shifokor qabuligacha bo‘lgan xonada antropometrik o‘lchovlarni, skrining natijalarini, arterial qon bosimini, tana haroratini, shifkor nazoratida bolalarga tibbiy hujjatlarni tayyorlaydi, maktabgacha va maktab muassasalarida o‘lchashlarni o‘tkazadi, topshirish uchun rivojlanish individual kartasidan ko‘chirmani sanator kurort kartasiga to‘ldiradi. U davolash muassasalaridan, lagerlardan ma’lumotlarni, profilaktik emlashlardan kelganlarning epikrizini ro‘yxatga olib, bo‘lim boshliqlariga beradi. Bolalarga tekshiruvlardan o‘tish uchun ambulatoriyaga yo‘llanmalar beradi. Ota-onalar bolalar orasida sanitar-oqartuv ishlarini olib boradilar.

Narkulov Jakhangir

Sog‘lom bola xonasining hamshirasi ko‘krak bilan emizish afzalligini ota-onalarga tushuntiradi, gigiyenik tozaliklarni va ovqatlantirishlarni o‘rgatadi. Bolalarga ovqat tayyorlash va og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasi haqida maslahatlar beradi. Hamshira bolalarni maktab muassasalari qabul qilishda ishtirok etadi. Massaj va gimnastikani olib boradi. Bolalarning asab-ruhiy rivojiga baho beradi. Bola rivojlanishning o‘zgarishi aniqlanganda va bolalar parvarishida ota-ona tomonidan yo‘l qo‘ygan xatoliklar haqida hudud hamshirasini ogohlantiradi. SBX hamshirasi quydagicha to‘ldiradi.

1. Yil va oylar uchun ish rejasi.
2. F-112 karta ilovasi bilan
3. Sanitar oqartuv ishlari bo‘yicha hisobga olish jurnali
4. Poliklinika o‘rta tibbiyot xodimini ishi.

Bolalar shifokori xonasi hamshirasining faoliyati, shifokor qabuligacha xona. Hamshiraning vazifalariga o‘xshash hamda bu ishda bir necha katta: profilaktik davolash sanitar - oqartuv yo‘nalishlar ajralib turadi.

Hamshiraning asosiy ish yo‘nalishlari: profilaktik, davolash va sanitar-oqartuv.

Profilaktik. Kasalliklarni oldini olish hamshiraning asosiy faoliyati hisoblanadi. Hudud hamshirasi shifokor bilan profilaktik emlashlarni har oyga rejalashtiradi, kerak bo‘lsa ularni emlashlarga tayyorlaydi, bolalarni chaqiradi va emlashdan keyingi reaksiyaga baho beradi. Uydagi sog‘lom bolalarni rivojlanishini doimiy ravishda kuzatadi, sog‘lom bolalarni profilaktik qabulini o‘tkazadi, raxitni oldini olishda shifokor ko‘rsatmasi bo‘yicha amalga oshirilishini nazorat qiladi. Xavfli guruh tarkibiga kiruvchi bolalar ustidan faol nazorat o‘tkazadi va ularni sog‘lomlashtirish bilan shug‘ullanadi.

Davolash. Davolash jarayoni hudud hamshirasining ishida katta ahamiyatga ega. O‘tkir kasallangan bolalarga tibbiy yordam ko‘rsatishda hamshira shifokor ko‘rsatmasi bo‘yicha dori vositalarini organizmga yuboradi. Kerakli muolajalarni va surtmalarni olishni amalga oshiradi. Bemor bola ahvolini kuzatadi. Davolovchi shifokorga boladagi o‘zgarishlar haqida xabar beradi. Ota-onalarni bolani parvarish qilishga o‘rgatadi, ularga bolaning ahvolini yomonlashuvini kelib chiqishi belgilari haqida batafsil tushuntirish ishlarini olib boradi va agar ular

Narkulov Jakhangir

paydo bo‘lsa, tezlikda shifokorga murojaat qilishi kerakligi, hamshira bor paytida bolaning ahvoli yomonlashsa kasalxonaga yotqizishni amalga oshiradi. Agar kasalxonaga yotishdan bosh tortsa hamshira uchastka shifokoriga yoki bolalar bo‘lim boshlig‘iga xabar berishi kerak.

Sanitar-oqartuv – hudud hamshirasining mas’uliyatli ishining bir bo‘limidir.

Hudud hamshirasi shifokor bilan birgalikda yillik reja savollari bo‘yicha bolaning o‘sishi va rivojlanishi asosida sanitar-oqartuv ishlarini amalga oshiradi. Shifokor va hamshira sanitar-oqartuv ishlarning rejasini tuzib, ma’ruzalar o‘qib, suhbatlar o‘tkazadilar. Sanitar-oqartuv ishlari uyga aktiv patronaj asosida borganda, poliklinikada, shifokor qabulida, sog‘lom bola xonasida amalga oshiriladi. Asosiy diqqatni ota-onalar bilan ishlaganda maktab muassasalariga bormayotgan nochor ahvoldagi bolalarga e’tibor berish kerak. Sog‘lom bolani tarbiyalashda broshyuralar va eslatmalar bolani o‘sishi va rivojlanish savollari bo‘yicha katta yordam beradi.

Bolalar dispanserizatsiyasida hamshiraning ishi. Shifokor va hamshira o‘z hududlarida bolalarda dispanser kuzatuv tadbirlarini rejalashtiradi, bolalarda patronaj parvarishini o‘tkazgandan so‘ng uni yangi tug‘ilgan chaqaloqlar hayotining birinchi yiliga, ikkinchi yiliga, uchinchi yiliga, maktabgacha, 15 yoshgacha maktab davri guruhlariga bo‘ladi.

Profilaktik tekshiruvlarning zarurligi haqida hamshira ota-onalar va bolalar bilan tushuntirish ishlarini olib boradi. Bolani uchastka shifokoriga, tor mutaxassislariga, laborator tekshiruvlariga, profilaktik emlashlariga taklif qiladi. Sog‘lom bolalar dispanser kuzatuvidan o‘tkazilib, undagi o‘zgarishlar aniqlanadi. Bu bolalarda surunkali va o‘tkir kasalliklar aniqlanib ro‘yxatga olinadi va nazorat qilinadi. Hamshira dispanser kuzatuvchiga kerak bo‘lgan hujjatlarni yuritadi. Bemor bolani sog‘lomlashgandan so‘ng dispanser nazoratidan o‘chirish, shu bolalarni nazorat ostiga olgan shifokor va mutaxassisning ishtiroki ostida amalga oshiriladi.

Poliklinikada hamshiraning tibbiy psixologik ishining xususiyatlari. Bolalarda poliklinika sharoiti qo‘rquv va hadiklarni hosil qilmasligi kerak. Xoll, xonalardagi tozaliklar, qulayligi, yorqin o‘yinchoqlar, ertak rasmlari bolada ijobiy

Narkulov Jakhangir

taassurotni chaqirishi, tibbiyot xodimlari ularni kutib olishida o‘ziga moslashtirishi kerak. Shifokor xonasida shuni ko‘rishi kerakki, shifokor va hamshirani butun diqqati bolaga qaratilgan, birinchi navbatda bola bilan muloqotda bo‘lishi kerak. Muoalajaga bola qarshilik ko‘rsatmayotganini ota-ona ko‘rsa, ular ham tibbiyot xodimlariga ishonch bilan qarashadi.

Muolaja xonasida asbob-anjomlarni tayyorlash vaqtida bola xonada bo‘lishi kerak emas. U shprislarni, qonli igna va paxtalarni, dokalarni ko‘rishi kerak emas. Muolaja vaqtida hamshira bolani diqqatini chalg‘itish kerak. 5–6 yoshli bolalar shunday muloqotda bo‘lishi kerakki, unda tibbiy muolajalarni bajarishga tushungan holda yondoshish kerak. Bola turli yoshida – u alohida shaxs hisoblanadi. Kattalar tomonidan ularni tushunishga hurmatga, rostgo‘ylikka, o‘ziga samimiy munosabatda bo‘lishlariga muhtoj bo‘ladi. Hamshirani uyga chaqirganda uning tashqi ko‘rinishi va malakasiga, didiga, o‘zini tutishiga, bola bilan munosabatda bo‘lishiga, qarab baho beradi. Xizmat vazifalarini bajarayotganda hamshira elementar madaniyat qoidalarini esidan chiqarmasligi kerak. Uyga kirayotanda oyog‘ini ifloslardan tozalab kirish, ochiq salomlashish, qo‘lini yuvish, bola ko‘ngliga yo‘l topishidan iborat.

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2007-yil 29-dekabrdagi «O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligiga qarashli davolash profilaktika muassasalarida sanitariya-gigiyenik epidemiyaga qarshi va dizenfeksiya tartiblariga rioya qilish to‘g‘risida» gi 600-sonli buyrug‘iga asosan sanitariya-epidemiologik ishlari olib boriladi.

3.2. Shifoxonada bolalarga hamshiralik parvarishi

Bolalar shifoxonasining ish faoliyati va tuzilishi

Bolalar shifoxonasi bu davolash-profilaktik muassasa bo‘lib, u shifoxona tekshiruviga, maxsus yordamga, davolashga, intensiv davoga muhtoj bo‘lgan 14 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun mo‘ljallangan. Bolalar shifoxonasida qabul bo‘limi, davolash bo‘limi, funksional diagnostik bo‘lim, unga mos xonalar, laboratoriya, yordamchi bo‘limlar (apteka ovqatlanish

Narkulov Jakhangir

bloki, tibbiy statistika xonasi, tibbiy arxiv, adminstrativ xo‘jalik) qismidan iborat.

Qabul bo‘limi. Bu yerda bemorlarni qabul qilishadi, ro‘yxatga olish, gigiyenik ishlov berish va transportirovka amalga oshiriladi. Qabul bo‘limi vistibulyar, kutish xonasidan, qabul, ko‘ruk bokslaridan, sanitariya, shifokor xonasi, muolaja, bog‘lov xonasi va ma’lumotlar xizmati bo‘limidan iborat. Bolalar shifoxonaga tez yordam mashinalarida, poliklinika yoki boshqa muassasalar yo‘llanmasi bilan ota-onalari yordami bilan yoki o‘zlari keladilar. Bola shifoxonaga yotishi uchun yo‘llanma, bolani rivojlanishidan yozma xulosa, laborator va instrumental tekshiruvlar haqida ma’lumotlar, yuqumli kasalliklar bilan kontaktda bo‘lgani haqidagi ma’lumotlar kerak bo‘ladi. Bu hujjatlarsiz faqatgina shoshilinch yordamga muhtoj bo‘lgan bolalar qabul qilinadi.

Bolalar bo‘limi. Bolalar bo‘limi palatalar va izolyatorlardan iborat. Bo‘limda palatalardan tashqari qo‘shimcha xonalar: katta hamshira xonasi, shifokor xonasi, muolaja xonalari mavjud. Hamshira po‘sti shunday joylashishi kerakki, u hamma bolalarni ko‘rib turishi lozim. Postda yozuv stoli, stul, shkaf dori vositalari bilan, harakatlanuvchi muolaja stoli bo‘lishi kerak. Postda sovuq va issiq suvdan iborat qo‘l yuvish rakovinasi bo‘lishi kerak.

Bolalar shifoxonasi ish tartibi. Shifoxona bolalarga tibbiy xizmat ko‘rsatadi. Shifoxonada davolash va hamshiralik parvarishi ishlari olib boriladi.

Quyidagi ishlarni amalga oshiradi:

I. Bemorlarni boksda qabul qilish, u alohida tashqaridan kirish eshigiga ega bo‘lib, bola boshqa bemorlar bilan muloqotda bo‘lmaydi.

II. Bolaga shifoxonaga yo‘llanma berayotganda, har xil infeksiyalarni shifoxonaga kirishini oldini olish uchun, bola oxirgi uch haftada yuqumli kasallar bilan uyida, bog‘chada, maktabda muloqotda bo‘lmaganligi aniqlanadi.

III. Bola ko‘rikdan o‘tib bo‘lgach, hamshira bolaga ishlatilgan buyum va jihozlarni zararsizlantiradi.

IV. Agar yuqumli kasalliklarga shubha qilinsa yoki tashxis aniq bo‘lmasa, bolani izolyatorga joylashtiriladi.

Narkulov Jakhangir

V. Bolada yuqumli kasallik aniqlansa, bolani uyiga yoki yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yo‘llanma berib jo‘natadilar.

Bolalar shifoxonasida hamshiralikni roli va vazifalari

1) Qabul bo‘limi hamshirasining funksional vazifalari.

Qabul bo‘limi hamshirasi bemorlar qabulini tashkillashtiradi. Kelayotgan bemorlarni ro‘yxatga oladi va kerakli hujjatlarni to‘ldiradi. Tana haroratini o‘lchaydi, bemor vaznini o‘lchaydi, bemorni teri qoplami va boshini sochli qismini ko‘zdan kechiradi. Kerak bo‘lsa shifokorgacha bo‘lgan yordamni ko‘rsatadi. Shifokor ko‘rsarmalarini bajaradi, bakteriologik tekshiruv uchun analiz oladi. Bolani ota-onasini shifoxona tartibi bilan tanishtiradi. Bo‘lim boshlig‘i va postdagi hamshiraga bemor qabul qilinganligi haqida, uning holati haqida xabar beradi, uning bo‘limga tranportirovkasini tashkillashtiradi. Qabul bo‘limi hamshirasi ichki ishlar xodimlarini yo‘l transporti hodisalari natijasida shikatslangan, ota-onalarisiz bexush kelgan bolalar, tana jarohati olgan bolalar haqida ogohlantiriladilar. Shifoxonadan bosh tortgan holatlarni ro‘yxatga oladilar va poliklinikalarda ambulatoriya davoga muhtoj bolalarga uyga tashrif haqida xabar beradi. Boshqa davolash profilaktika muassasalari davosiga muhtoj bo‘lgan bolalar transportirovkasini, shoshilinch hollarda esa tez yordam stansiyalarini reanimatsion yoki pediatr brigadalarga xabar beradi. Navbatchlik oxirida navbatdagi hujjatlarni tayyorlaydi, tibbiy asboblarni zararsizlantiradi, byukslarni markaziy sterilizatsiya bo‘limiga topshiradi, dezinfeksiya qiluvchi eritmalar tayyorlaydi. Qabul bo‘limi hamshirasi quyidagi hujjatlarni to‘ldiradi: kassallik tarixini titul varaqasini, bemorlarni gospitalizatsiya jurnalini, shifoxonaga yotishdan bosh tortish jurnalini, shifoxonaga yotgan bemorlarni alfavit bo‘yicha jurnalini, bo‘limdagi bo‘sh joylar, yuqumli kassalliklarni hisobga olish, o‘zi kelgan bemorlarni ro‘yxatga olish jurnalini to‘ldiradi. Yuqumli kasallik belgilari bilan kelgan bemorlarga shoshilinch xabarnoma to‘ldiradi va tezda SES ga yuboradi. Harorat, muolaja varaqalarini, tahlillarga yo‘llanmalarni (qon, siydik, axlat) va ovqatlanish varaqasini to‘ldiradi.

Bo‘lim hamshirasini funksional vazifalari. Bolalarni parvarish qiladigan hamshira bolalar AFX sini yaxshi bilishi,

Narkulov Jakhangir

bemor bola holatini baholashni, bola parvarishida tibbiy muolajalarini qila olishi kerak. Bo‘limdagi asbob-uskunalardan foydalanishni bilishi kerak. U hamma muolajalar va manipulatsiyalarni xavfsiz va ko‘proq og‘riqsiz yo‘l bilan bajarish kerak. Shifoxona ichi infeksiyasiga qarshi doimo profilaktika ishlarini olib borishi kerak. Bolalar ovqatlanishini nazorat qiladi o‘zi esa kasal bolalarni va bo‘limda onasiz yotgan bolalarni ovqatlantiradi. Onalarni kasal bola parvarishiga o‘rgatadi, ular bilan bola rivojlanishi bo‘yicha suhbat olib boradi.

I. Navbatchilikni qabul qilish va topshirish.

a. Bemorlar harakati haqida va portsial talablar bo‘yicha xabar tayyorlash.

b. Post topshiruvchi hamshira bilan bemorlarni ko‘rib chiqish, asosiy e’tibor og‘ir kasallarga qaratiladi.

c. Tibbiy asboblar va dori preparatlari qabul qilish, Ava B ro‘yxatida turadigan dorilar seyfi kalitini oladi.

II. Tibbiy hujjatlar

a. Shifoxona bemorini tibbiy kartasi va shifokor davolash varaqasi, kuzatuv varaqasi.

b. Navbatchilikni qabul qilish va topshirish jurnali.

c. Narkotik preparatlarini hisoblash va ishlatish jurnali.

d. Davolash jurnali, unga kasallik tarixida buyurilgan muolajalar laborator va asbob tekshiruvlar yoziladi.

e. Zaharli va kuchli ta’sir qiluvchi preparatlar jurnali.

III. Hamshira parvarishi.

a. Bolalarda gigiyenik muolajalarni bajarish.

b. Hayotiy muhim ko‘rsatgichlarni, tana haroratini o‘lchash, bo‘yini o‘lchash.

c. Tekshiruv va muolajalarga bolalarni kuzatib olib borish.

d. Ovqatlantirish.

e. Dori moddalarni yuborish.

f. Bolalar parvarishi bo‘yicha kundaliklar yozish.

IV. Shifokor ko‘rigida unga yordam beradi, vrach buyurtmalarini bajaradi, bolalar sog‘lig‘i ahvoli haqida unga xabar beradi, bolalar parvarishi bo‘yicha keyingi ko‘rsatmalarni bajaradi.

V. Tahlillar uchun material yig‘adi ularni laboratoriyaga yuboradi, kasallik tarixiga tahlil natijalarini yopishtirib chiqadi.

VI. Nazorat qiladi.

Narkulov Jakhangir

a. Bo‘lim va palatalar sanitar holatini.
b. Kasallik tarixlarini tor mutaxassis shifokor ko‘rigidan qaytishini.
c. Tibbiy anjomlarni.
d. Dori preparatlarni to‘g‘ri saqlashni.
e. Butun navbatchlik mobaynida yetarli toza kiyim-kechaklar miqdoriga.

III bob UCHUN NAZORAT SAVOLLARI

1. Oilaviy poliklinika tuzilishini ayting.
2. Oilaviy poliklinikada tibbiyot hamshirasining faoliyati nimalardan iborat?
3. Bolalarni dispanserizatsiya qilishda hamshiraning roli.
4. Bolalar shifoxonasining tuzilishini ayting.
5. Bolalar shifoxonasida hamshiraning roli va vazifalari nimalardan iborat?

Narkulov Jakhangir

IV bob. GO‘DAKLIK VA KICHIK YOSHDAGI BOLALARGA HAMSHIRALIK PARVARISHI

4.1. Oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqlarning xususiyatlari va hamshiralik parvarishlash

Oy-kuni yetib tug‘ilgan sog‘lom chaqaloq deb, ona qornida to‘qqiz kalendar, 10 akusherlik oyi yoki 38-40 hafta (280 kun)lik to‘liq rivojlanish siklini o‘tgan, 2500 grammdan yuqori vazn va 48 sm dan ortiq bo‘y uzunligi bilan, baland ovozda chinqirib tug‘ilgan chaqaloqqa aytiladi.

Oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqda quyidagi tashqi belgilar ham ifodalangan bo‘ladi:

1. Bosh aylanasi 32-33 sm ni tashkil qilib, ko‘krak qafasi aylanasidan 2-4 sm katta, qo‘llari va oyoqlarining uzunligi bir xil, ko‘krak aylanasi tananing yarim bo‘yidan 3-5 sm ko‘p, son aylanasi esa yelka aylanasidan 2-3 sm kichikroq bo‘ladi.
2. Kindik halqasi qov bilan xanjarsimon o‘simta oralig‘ining o‘rtasida joylashadi.
3. Chaqaloq kallasining yuz qismi miya qismiga nisbatan biroz kichikroq bo‘lib, aksariyat bolalarning boshida yaxshi rivojlangan sochlari bo‘ladi.
4. Chaqaloq terisi och-pushti rangda va baxmalday muloyim, teriosti yog‘ qatlami yaxshi rivojlangan bo‘ladi.
5. Chaqaloqning terisi maxsus sirsimon modda — tug‘uruq moyi bilan, yelka va orqasining terisi nozik tuk bilan qoplangan.
6. Chaqaloqning qo‘l va oyoqlari tartibsiz harakatlar qilib turadi.
7. Shartsiz reflekslari (emish, yutish, aksirish, yo‘talish va boshqalar) yaxshi ifodalangan bo‘ladi.
8. O‘g‘il bolalarning moyaklari yorg‘og‘iga tushib ulgurgan, qiz bolalarda kichik uyatli lablar katta uyatli lablar yopilib turgan bo‘ladi.

Bola tug‘ilgandan so‘ng birinchi va beshinchi daqiqalarda uning ahvoliga baho beriladi, bunda hozirgi vaqtda ko‘pchilik tug‘uruqxonalarda Apgar shkalasidan foydalanilmoqda:

Narkulov Jakhangir

Belgilari	Bahosi		
	0	1	2
Yurak urishlari soni	Aniqlan-maydi	Sekinlashgan, (1 daq. 100 dan kam)	1 daq. 100 dan ortiq
Nafas harakati	Yo‘q	Siyrak, tartibsiz	Yaxshi, bola yig‘laydi
Muskullar tonusi	Bo‘shashgan	Qo‘l-oyoqlari biroz bukilgan	Harakatlari faol
Burun kateteriga javob reaksiyasi yoki oyoq ostini qitiqlash refleksi	Yo‘q	Aftini burishtiradi	Aksiradi va yo‘taladi
Terisining rangi	Oq	Tana terisi och-pushti rangda, qo‘l-oyoqlari ko‘kimtir	Boshdan-oyog‘igacha och-pushti rangda

Baholash ana shu 5 ta belgini ifodalaydigan raqamlarning yig‘indisi asosida olib boriladi.

Agar yig‘indi 8-10 ballni tashkil qilsa, chaqaloq ahvoli yaxshiligini, 6-7 ball bo‘lsa – qoniqarli, 6 balldan past baholansa og‘irligini bildiradi.

Masalan, chaqaloq yurak urishlari soni 92 (1 ball), nafas harakatlari tartibsiz (1 ball), muskul tonusi bo‘sh (0 ball), burun kateteri bilan qitiqlashga reaksiya – aftini bujmaytirish (1 ball), terisining rangi – tanasi pushti rangda, qo‘l-oyoqlari ko‘kimtir (1 ball), umumiy bahosi 4 ballga teng, demak, chaqaloqning ahvolini o‘ta og‘ir, deb baholash mumkin.

Tug‘uruqxonada chaqaloqning dastlabki parvarishi (yuvib-tarashi)ni doya-hamshira (akusherka) amalga oshiradi. Lekin bu ishlarni hamshiralar ham amalga oshira olishlari kerak. Quyida ana shu tadbirlar haqida ma’lumotlar keltiriladi (SSV ning 500-sonli buyrug‘i asosida).

Narkulov Jakhangir

1-rasm. *Chaqaloqni ona ko‘kragiga tutish (Kenguru usuli).*

Chaqaloqni qabul qilish uchun bir martalik steril akusherlik komplektidan foydalaniladi.

Chaqaloqning boshi tug‘ilishi bilan uning yuqori nafas yo‘llaridan shilimshiqlarni rezina balloncha yoki elektr so‘rg‘ich bilan tozalanadi. Tug‘ilgan bolani darhol issiqlik yo‘qotilishini oldini olib va issiqlik zanjiri tamoyillariga amal qilgan holda tezda artib quritiladi va ona qorniga qo‘yiladi. Onasi bilan birga issiq ko‘rpa (adyol) yopiladi, boshiga qalpoqcha kiydiriladi. Bolaning sovuq qotishiga, sababsiz onasidan ajratilishiga yo‘l qo‘ymaslik kerak.

Shundan so‘ng akusherka (taxminan 1 daqiqa o‘tgach yoki kindik tomirlarida pulsatsiya to‘xtagach) kindik halqasidan 10 sm qoldirib birinchi Koxer qisqichini qo‘yadi, ikkinchi Koxer qisqichini kindik halqasidan 8 sm qoldirib qo‘yiladi, uchinchisi esa, iloji boricha onaning jinsiy a’zolariga yaqin masofaga qo‘yiladi. Birinchi va ikkinchi qisqichlar oralig‘ini akusherka 96% li spirt bilan tozalaydi va steril qaychi bilan kesadi. Onasiga ko‘rsatish. Shundan keyin bolani onasiga, uning jinsini e’tiborga olgan holda ko‘rsatiladi va boladagi tug‘ma nuqsonlar ham (agar mavjud bo‘lsa) ma’lum qilinadi.

Apgar shkalasi bo‘yicha 7-8 balldan yuqori baholangan chaqaloqlarni birlamchi qayta tozalovdan so‘ng onasining ko‘kragiga tutiladi (Kenguru usuli) 1-rasm. Ko‘krakka tutishga yo‘l qo‘yilmaydigan holatdagi bolalarni esa onasining yoniga 10-15 daqiqaga yotqizib qo‘yish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Shundan so‘ng, chaqaloqni ikkilamchi tozalov stolga yotqizib qo‘yiladi.

Narkulov Jakhangir

Sog‘liqni saqlash vazirligining 13.1.2003-yildagi 500-buyrug‘iga binoan, tug‘uruq zalida chaqaloqni parvarish qilish uchun maxsus biks tayyorlab qo‘yilgan bo‘ladi. Unda kindik qoldig‘ini ikkilamchi parvarishi uchun alohida paket (to‘plam), ko‘zga profilaktik choralar uchun alohida paket, chaqaloqni yo‘rgaklash uchun alohida paket, terini parvarish qilish uchun alohida paket solingan bo‘ladi. Akusherka ayolga qarab bo‘lgach, qo‘llarini qaytadan yaxshilab sovunli shchyotka bilan oqar suvda yuvadi, antiseptik vositalarning birontasi bilan artadi, qo‘lqop kiyadi va chaqaloqning kindik qoldig‘ini parvarish qilish paketini maxsus kornsang bilan oladi va kindik qoldig‘ining ikkilamchi parvarishini boshlaydi.

Buning uchun kindik qoldig‘ining birinchi qisqichdan bola tomonini 96% li spirt bilan artiladi va bola kindik halqasining terili qismidan 3-4 mm yuqoriroqqa Rogovin qisqichi yoki bir martalik tizimning rezina qismidan tayyorlab sterillab qo‘yilgan halqacha qo‘yiladi. Qisqichdan 3-5 mm yuqoriroqdan esa kindik qoldig‘i kesiladi. Kesilgan yuza, kindik qoldig‘i va kindik halqasi atrofidagi teri spirt bilan artib qo‘yiladi. Onada rezus manfiy qon bo‘lgan hollarda, bola bilan ona qon guruhlari jihatidan mos kelmagan hollarda,shuningdek, chaqaloq chala va og‘ir tug‘ilgan hollarda kindik venalaridan turli xil dori vositalari va qon preparatlari qo‘yilish ehtimoli borligini hisobga olib, kindik qoldig‘iga Rogovin qisqichi qo‘yilmaydi. Bunday hollarda kindik qoldig‘ini uzunroq qoldiriladi (3-4 sm) va maxsus shoyi ligatura bilan bog‘lanadi, bog‘lamdan 5 mm qoldirib kindik kesiladi va yuzalari oldingi tartibda artib tozalanadi. Har ikki holatdan keyin ham kindik qoldig‘i 500-buyruq bo‘yicha ochiq qoldiriladi.

Shundan so‘ng, teri qoplamlarini tozalashga kirishiladi. Bordiyu bolaning terisi qon, shilimshiq, meqoniy, iflos qog‘onoq suvlari bilan ko‘p miqdorda ifloslangan bo‘lsa, bolani tog‘ora ustida ushlagan holda kuchsiz iliq (37-38°C) ko‘zadan suv quyilib yuvintiriladi. Agar teri toza bo‘lsa, faqat tabiiy burmalardagi tug‘uruq movlari steril o‘simlik moyi bilan asta-sekinlik bilan artib olinadi, xolos.

Chaqaloq tug‘ilganidan keyin 2 soat o‘tgach, antropometrik o‘lchovlar o‘tkazishga kirishiladi. Chaqaloq tarozida tortib ko‘riladi, bo‘y uzunligi, ko‘krak va bosh aylanalari o‘lchanadi

Narkulov Jakhangir

(amaliy qismga qarang). Tug‘ma nuqsonlari bor-yo‘qligini aniqlash maqsadida chaqaloq sinchkovlik bilan ko‘zdan kechiriladi.

Profilaktik tadbirlar – ona va bolani tug‘uruqdan keyingi palataga o‘tkazishdan oldin olib boriladi, ya’ni birinchi ikki soat davomida gonoblenoreyaning oldini olish uchun ko‘zlar, qizlarning jinsiy a’zolarini 1% li tetratsiklin, u bo‘lmasa – 1% li eritromitsin malhami yoki 1% li kumush nitrat eritmasi bilan ishlov beriladi.

Keyin maxsus braslet (bilakuzuk)li paketni ochib unga quyidagilarni qayd qiladi: onasining familiyasi, ismi-sharifi, onasining tug‘uruq tarixi raqami, bolaning jinsi, vazni, bo‘yi, tug‘ilgan sanasi va soati. Qo‘llariga qayta ishlov berib brasletlarni bolaning ikki qo‘liga bog‘laydi, bolaga yaktakcha yoki ko‘ylakcha, ishtoncha va qalpoqcha kiydiradi. 2 soatdan so‘ng chaqaloqni ona-bola palatasiga o‘tkaziladi. Chaqaloqni bolalar bloki hamshirasi tekshirib qabul qilib oladi.

Chaqaloqning kundalik parvarishi

Fiziologiya bo‘limida chaqaloq onasi bilan birga bo‘ladi. Har ikki ayolga bitta xona (boks) bo‘lishi kerak. Har bir xonada ikkita chaqaloq va ikkita onalar koykasiga ruxsat beriladi, har bitta ona va bolaga 11 m^2 maydon bo‘lishi kerak. Xonada ikkita rakovina – bittasi chaqaloqni yuvish uchun, bittasi ayolning shaxsiy gigiyenasi uchun bo‘ladi.

Chaqaloqda amalga oshiriladigan kundalik parvarishga chaqaloq vazni va haroratini o‘lchash, kindik qoldig‘i va yarasini parvarishlash, teri va shilliq pardalarni parvarish qilib turish kiradi.

Chaqaloq vaznini bir vaqtda, ko‘pincha ertalabki birinchi ovqatlantirishdan oldin o‘lchash maqsadga muvofiqdir. Tana harorati esa odatdagiday kuniga 2 marta ertalab va kechqurun o‘lchanadi.

Chaqaloqni birinchi marta parvarish qilish ona ishtirokida amalga oshiriladi, negaki kelgusi parvarishlarni onaning o‘zi o‘rganib olishi kerak.

Chaqaloqni yo‘rgaklashning – erkin yo‘rgaklash yoki chaqaloqning uyidan maxsus olib kelingan yaktakcha, ko‘ylakcha

Narkulov Jakhangir

kiygizib, ishtoncha va qalpoqcha kiygizib qoyiladi, yo‘rgaklash vaqtida bola sinchiklab tekshirib ko‘riladi, siygan yoki ich qilgan bo‘lsa, albatta tagi oqar suvda yuviladi, yumshoq salfetka bilan bosib-bosib quritiladi, yuz-ko‘zlari qaynatilgan suv bilan artib tozalanadi va onasiga emizish uchun beriladi.

Kindik qoldig‘ining nazorati shifokor neonatolog tomonidan amalga oshiriladi, parvarishni esa hamshira bajaradi. (Kindik qoldig‘i va yarasini keyinchalik parvarish qilish amaliy qismda bayon qilingan.).

Chaqaloqlarni kindigi tushib ketganidan keyin, har kuni qaynatilgan suvda cho‘miltirib turiladi. Chaqaloqlarni cho‘miltirish 5 daqiqadan oshmasligi lozim. Cho‘miltirib bo‘lgach, chaqaloq boshidan toza suv quyib yuborish kerak.

Chaqaloqni ovqatlantirish

Homilador ayollar ko‘kraklarini emizish uchun bola tug‘ilmasidan oldin tayyorlab borishlari lozim. Hamshiralar tug‘ruqqacha patronajlar vaqtida bo‘lg‘usi onaning sut bezlarini ko‘zdan kechirib, ularni emizishga tayyorlash bo‘yicha maslahatlarini bergan va emizish qoidalarini tushuntirib o‘tgan bo‘lishlari kerak.

Oy-kuni yetib, sog‘lom tug‘ilgan chaqaloqlar tug‘uruq zalidayoq ona ko‘kragiga tutiladi. Ko‘pchilikning ta’kidlashicha, bu vaqtda ona ko‘kraklaridan sut ajralmasada, bunday qilinishining ahamiyati shundaki, bolada emish va yutish reflekslari mustahkamlanadi, bola ona hidini eslab qoladi, bolaga nisbatan ona mehri yanada ortadi, onaning bachadoni qisqarib ortiqcha qon ketishining oldi olinadi, yo‘ldoshning tushishi tezroq va osonroq kechadi.

Keyinchalik ona tug‘uruqdan keyingi umumiy xonaga o‘tkazilgach, bolasini hamshira nazorati ostida emizishni boshlaydi. Bolaga birinchi marta ko‘krak tutilganda u ko‘krakni darrovda olmay tursa, ona ko‘krak uchini bola lablari bo‘ylab silab yurgizadi yoki bir necha tomchi sutni sog‘ib bola og‘ziga tushiradi. Hozirgi tartib bo‘yicha chaqaloqlar va bolalar erkin boqiladi (erkin emizish). Bordiyu onada birinchi sutkalarda sut kelmasdan yoki onaning suti ozligidan bola besaranjom bo‘laversa, bolani donor suti bilan boqib turiladi. Ona sutining

Narkulov Jakhangir

yetishmayotganligini aniqlash uchun nazorat o‘lchash o‘tkaziladi (amaliy qismga qarang).

Chaqaloq birinchi kunlarda ona ko‘kragidan 5 ml dan 30-35 ml gacha sut emib oladi (sutkasiga taxminan 150-200 ml). 3-4-kunlardan boshlab emib olayotgan sut miqdori ortib boradi va 8-9-kunlarga kelib 450-500 ml ni tashkil qiladi.

Oy-kuni yetib o‘rtacha vazn bilan tug‘ilgan chaqaloqlarga birinchi kunlarda kerak bo‘ladigan sutkalik sut miqdorini quyidagi formulalar bilan aniqlab olish mumkin:

1) Fikelshteyn formulasi bo‘yicha:

Ss = n x 70, bola vazni 3200 dan past tug‘ilgan bo‘lsa, Ss = n x 80, bola vazni 3200 dan ortiq tug‘ilgan bo‘lsa, bu yerda n - bolaning hayot kunlari. Masalan: 5 kunlik bola, 3300 gr tug‘ilgan - 5x80=400 ml.

2) Zaytseva formulasi bo‘yicha:

Ss = n x vaznning 2 %-i. n - bolaning hayot kunlari.

Masalan: 5 kunlik bola, vazni 3400 gr, Ss = (340 x 2): 100 x 5 = 340 ml.

3) Chaqaloq 7-10 kunlik bo‘lgach, «sig‘imli» usuldan foydalanish ham mumkin, ya’ni 6 haftalikgacha bola vaznining 1/5 qismi hisobida sut iste’mol qiladi:

Masalan: Vazni 3600 bo‘lgan 16 kunlik chaqaloq sutka davomida – 3600:5=720 ml sut ichadi.

Hamshiralik parvarishi. Kindikka ishlov berish bola tug‘ilishi bilan kindikni rezina halqa bilan mustahkamlash yordamida olib boriladi. Tug‘ilgandan so‘ng 3-4 kundan keyin kindik sekin-asta ko‘chib tabiiy tushishi kuzatiladi. Onasiga har kuni kindik yarasini kuzatish tushuntiriladi, agar qizarish, shish, qizish sezgilari, yiring ajralishi aniqlansa, omfalitga qarshi choralar ko‘rilishi shart.

Chaqaloqning kiyimlari yumshoq paxtadan tayyorlangan matodan bo‘lishi kerak. Choklari tashqi tomonida joylashishi kerak. Kiyimlari bolalar sovunida yuviladi va yaxshilab dazmol qilinadi. Ichki kiyimlari bir kunda bir necha marta almashtiriladi.

Fiziologik chiqarishlar. Chaqaloqlarda diurez bir kunda 10-20 marta, axlat 2-4 marta keladi. Ko‘tliklarni alishtirayotganda bolaning to‘piqlaridan ko‘tarilsa tos-son bo‘g‘imidan chiqib ketishi mumkin, shuning uchun qo‘llarni dumba sohasiga

Narkulov Jakhangir

qo‘yiladi va butun bel ushlab turiladi. Har kuni cho‘miltirish va tozalikni saqlash lozim.

Uyqu. Chaqaloqlarning bir kunlik uyqu davomiyligi 20-22 soatni tashkil etadi. Chuqur uxlayotgan bolani bezovta qilinmaydi.

Ona va bolaning bog‘lanishini shakllanishi. Ota-onalarning bolaga bog‘lanishi shakllanishi uchun bola tug‘ilishi bilan kenguru usulida parvarish amalga oshiriladi va chaqaloq onaning ko‘kragiga yotqiziladi hamda chaqaloqni har kuni parvarish qilish yordamida bu sezgilar mustahkamlanadi.

Chaqaloqda o‘tkaziladigan emlashlar. Yangi emlash; yilnomasi bo‘yicha chaqaloq tug‘ilganidan so‘ng dastlabki sutka davomida (hech qanday moneliklar bo‘lmagan hollarda) virusli gepatit B ga qarshi, 2-5 kunlar oralig‘ida esa silga qarshi BSJ vaksinasi va sholga qarshi OPV vaksinasi bilan emlanadi.

Emlash amaliyoti alohida xonalarda, maxsus tibbiy tayyorgarlikni o‘tgan va tegishli ruxsatnomasi bor bo‘lgan hamshiralar tomonidan bajariladi (bajarish texnikasi darslikning amaliy qismida bayon etilgan). Virusli gepatit B va silga qarshi qilingan emlash haqidagi ma’lumotlar (vaksinatsiya qilingan vaqt, usullar, vaksinalar dozasi, seriyasi, davlat nazoratining nomeri, iloji bo‘lsa ishlab chiqarilgan manzillarigacha) chaqaloqning rivojlanish tarixiga va almashinuv varaqasiga bir xil qilib yozib qo‘yilishi shart.

Silga qarshi emlangan bolalarning onalari bu haqda ogohlantirilib, ularga vaksina yuborilgandan keyin bo‘lib o‘tadigan o‘zgarishlar haqida ma’lumot berib qo‘yish lozim.

Chaqaloqlarni tug‘ruqdan oldingi va birinchi patronajining maqsadi va mohiyati.

1. Tug‘ruqxonadan chiqarilish instruktaji.

Chaqaloqlar chiqarilishidan oldin cho‘miltiriladi va chiqarilish xonasida bolani uyidan olib kelingan kiyimlariga erkin kiyintiriladi.

2. Hamshira onani e’tiborini brasletlardagi va medalonlardagi yozuvlarga qaratadi.

3. Hamshira onani e’tiborini shilliq qavatlar, teri qoplamlari va kindik yarasi holatiga qaratadi.

4. Unga silga, virusli gepatit B va sholga qarshi o‘tkazilgan emlanishlarni xabar qiladi va mahalliy emlashdan keyingi

Narkulov Jakhangir

reaksiyalarni ma’lum qiladi, kerak bo‘lsa chaqaloqlarni uy sharoitida parvarish xususiyatlarida to‘xtalib o‘tadi.

5. Chaqaloqning rivojlanish tarixida hamshira chiqarilish muddatini, teri qoplamlari va shilliq qavatlar holatini belgilaydi. Yozuvlar hamshira va ona qo‘llarini qo‘yish bilan tasdiqlanadi.

6. Hamshira onaga tug‘ruqxonaning yoki shifoxona tug‘ruq bo‘limining bola haqidagi ma’lumot yozilgan almashuv kartasini topshiradi.

7. Tug‘ruqxonada O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2003-yil 1 1. dagi «Perinatal yordam samaradorligini oshirish yuzasidan tug‘ruq komplekslari (bo‘limlari) ishlarini qayta tashkil qilish va shifoxona ichi infeksiyalarini oldini olish to‘g‘risida» gi 500-sonli buyrug‘iga asosan ichki infeksiyalarni oldini olish ishlari olib boriladi.

8. Bolalar chiqarilgandan so‘ng xona dezinfeksiya qilinadi.

9. Chaqaloqlar bo‘limining bosh hamshirasi telefon orqali uyda birinchi patronajni amalga oshirilishi uchun bolalar poliklinikasiga chiqarilgan bola haqidagi ma’lumotlarni beradi, chaqaloqlar bo‘limi jurnaliga chiqarilish muddatini va telefonogramma qabul qilib olgan poliklinika xodimini familiyasini belgilab yozib qo‘yadi.

Chaqaloqlarni tug‘ruqdan oldingi va birinchi patronajining maqsadi va mohiyati.

Birinchi tug‘ruq oldi patronaji.

1. Homiladorlikning 8-10 haftalarida olib boriladi. Ayollar maslahatxonasida homilador ro‘yxatga olingandan so‘ng ma’lumotlar bolalar poliklinikasiga o‘tkaziladi va maxsus jurnalga kiritiladi.

2. Patronajni bolalar poliklinikasining hamshirasi bajaradi. Patronaj maqsadi – anamnez yig‘ish va bo‘lajak onaga instruktaj o‘tkazadi.

3. Anamnez yig‘ishda prenatal xavf-xatar sabablariga ko‘proq e’tibor beriladi:

a) sotsial-biologik;

b) akusher-ginekologik;

s) onaning ekstragenital kasalliklari;

Narkulov Jakhangir

4. Homilador ayollar instruktaji sog‘lom hayot kechirish va xavf soluvchi sabablarni kamaytirish muammolarini o‘z ichiga oladi.

5. Patronaj haqidagi ma’lumotlar bolaning kasallik tarixiga qo‘shib qo‘yiladi.

Ikkinchi tug‘ruq oldi patronaji.

1. Homiladorlikning 31-38 haftalarida olib boriladi. Patronaj maqsadi – oldin berilgan maslahatlarni bajarilishini tekshirish, qayta xavf soluvchi sabablarni baholash, tug‘ruqdan keyingi davrga tayyorlash.

2. Instruktaj ko‘krak bilan ovqatlantirish, sut bezlarini tayyorlash, gipogalaktiya va mastitni oldini olish, bola burchagini tashkil qilish, bolaga kerakli bo‘ladigan kiyimlari va aptechkani tayyorlash, bola tug‘ilishiga tayyorgarlik to‘g‘risida bo‘lajak ona va uning oila a’zolari bilan suhbatlarni o‘z ichiga oladi.

Chaqaloqning birinchi patronaji. Chaqaloq uyiga kelgach, dastlabki 3 kun davomida mahalla shifokori va hamshirasi tomonidan patronaj qilinadi. Bu haqda tegara hamshirasining vazifalari mavzusida ma’lumot berilgan edi. Ana shu patronaj vaqtida berilgan maslahatlar asosida chaqaloqni uy sharotida uning onasi parvarish qilib boradi.

Uyda iloji bo‘lsa ona va bola uchun alohida xona yoki xonada bola uchun alohida burchak ajratib qo‘yilishi va buning uchun eng yorug‘ joy tanlanishi kerak. Xonada ortiqcha buyum va ashyolar bo‘lmasligi maqsadga muvofiqdir. Xona toza saqlanishi va tez-tez shamollatib turilishi kerak. Bola yashaydigan xonada chekish, kiyim-kechaklarni yuvish va quritish mumkin emas.

Bola yonlari to‘r yoki maxsus panjara bilan himoya qilingan alohida karavotchada yotishi kerak. Bolaning oqliklarini alohida saqlash, ozoda bo‘lishini ta’minlash va ularni tez-tez yuvib (kattalarnikidan alohida ajratilgan holda) dazmollab turish lozim. Chaqaloq bola har kuni qaynatib 37°C gacha ilitilgan suv bilan 22°C dan past bo‘lmagan haroratli xonada cho‘miltiriladi. Cho‘miltirishning eng maqbul vaqti kechqurun, oxirgi emizish oldi hisoblanadi.

Narkulov Jakhangir

Bolaning tagi har safar ich qilgach yoki siyganidan keyin albatta ilitilgan oqar suv bilan yuvib turiladi. Tirnoqlari har 7-10 kunda kichkina qaychida ehtiyotlik bilan olinadi.

Chaqaloqni uy sharotida parvarish qilish uchun quyidagi narsalar bo‘lishini ta’minlang:

– steril salfetkalar, bintlar, paxtani saqlash uchun og‘zi keng va berkitiladigan banka;

– vannachadagi suv haroratini o‘lchash uchun termometr;

– steril o‘simlik moyi solingan shisha;

– toza bankada klizma uchun ishlatiladigan rezina ballon-cha;

– bolani cho‘miltirish uchun alohida tog‘ora yoki vannacha;

– bola tagini yuvish uchun ishlatiladigan tog‘ora;

– qaychi va boshqalar.

Chaqaloqlik davrida bolaning infeksiyalarga beriluvchan bo‘lishini hisobga olib, bolaning yuzi va qo‘llaridan o‘pishga, kasal odamlarning unga yaqinlashishiga yo‘l qo‘yilmaydi. Bola so‘rg‘ichga o‘rgatilgan bo‘lsa, so‘rg‘ichlar bir nechta bo‘lishi va albatta qaynatib sterillab turilishi hamda alohida stakanlarda og‘zi berk holda saqlanishi kerak.

Chaqaloqning parvarishi bilan mashg‘ul bo‘ladigan kishilar-ning hammasi shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishlari shart.

Uyda chaqaloqdan boshqa yosh bolalar bo‘lganda bolani ular bilan yolg‘iz qoldirib bo‘lmaydi.

Chaqaloqni ovqatlantirish ishlari bilan faqat onaning o‘zi yoki bu ishni yaxshi bajara oladigan kishi shug‘ullanishi kerak.

Chaqaloqlardagi o‘tkinchi yoki fiziologik (chaqaloqlar uchun odatiy) holatlar

Tashqi dunyo sharotlariga moslashish jarayonida chaqaloqlar organizmida o‘ziga xos o‘zgarishlar bo‘lib o‘tadi. Ushbu o‘zgarishlar chaqaloqning umumiy ahvoliga hech qanday ta’sir ko‘rsatmaydi, lekin ko‘rinishidan qandaydir kasalliklarning belgilarini o‘zida namoyon qiladi. Bu o‘zgarish yoki holatlar ma’lum vaqtda boshlanib, ma’lum bir chegaragacha saqlanib turadi va keyinchalik asta-sekin hech qanday asoratlarsiz yo‘qolib ketadi, hech qanday davo choralari o‘tkazish lozim bo‘lmaydi.

Narkulov Jakhangir

Har qanday o‘tkinchi (fiziologik) holatning belgilangan muddatdan ortiq davom etishi, shu davrda bola ahvolining o‘zgarib borishi, qandaydir patologik holat yoki kasallikning belgisi sifatida xavotirlik tug‘dirishi kerak.

Chaqaloqlarda quyidagi fiziologik holatlar ko‘proq uchrab turadi:

1. Tug‘uruq shishi – chaqaloq qaysi qismi bilan tug‘ilsa, shu joyda, qisilish yoki tashqariga surilish natijasida vena qon tomirlarida qon dimlanishidan kelib chiqadi (aksariyat hollarda bu shishlar chaqaloqning boshi, yuzi va dumbalarida bo‘ladi). Bola hayotining 2-3-kunlariga kelib, bu shishlar hech qanday belgilarsiz so‘rilib, yo‘qolib ketadi.

2. Chaqaloq terisining sirsimon moy bilan qoplangan bo‘lishi – kulrang-oq, deyarli sof yog‘, glikogen, ekstraktiv moddalar, karbonat va sulfat tuzlar, xolesterin va hidli, uchuvchan kislotalardan iborat bo‘lgan moy odatda faqat tabiiy burmalardangina steril o‘simlik yog‘i bilan salfetkada tozalab olinadi. Qolgan sohalardagi moylar dastlabki 2-3 kun mobaynida tozalanmaydi, chunki u bolani sovqotib qolishdan, terini esa mexanik shikastlanishlardan asraydi. Organizm uchun zarur moddalar esa ma’lum miqdorda suriladi.

3. Burun uchi va qanotlari atrofida teri yuzasidan jindek ko‘tarilib turadigan sarg‘ish-oq nuqtalar kuzatilishi — ona qornida rivojlanishning oxirgi oylarida yog‘ bezlarining zo‘r berib ishlashi natijasi bo‘lib, birinchi haftaning oxiri yoki ikkinchi haftaning boshlarida yo‘qolib ketadi.

4. Chaqaloqlar eritemasi yoki fiziologik teri katari — atrof-muhitning yangi sharotlaridan terining ta’sirlanishi natijasida kelib chiqadi va bunda bolaning terisi juda qizarib ketadi (giperemiya), ba’zida esa ko‘kimtirroq bo‘lib turadi. Bunday holat bir necha soatdan 2-3 kungacha saqlanib turadi va keyin mayda-mayda po‘st tashlash sifatida (ayniqsa qo‘l kaftlari va oyoq panjalarida) yo‘qolib boradi. Shu vaqtda teriga steril moy surtib turish lozim.

5. Fiziologik sariqlik — 60-70 f holatlarda yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda 2-3-kunlarga kelib paydo bo‘la boshlaydi. Badan terisi, og‘iz shilliq pardasi va ozroq miqdorda ko‘z skleralari sarg‘imtir tus oladi. Lekin bolaning ahvoli o‘zgarmagan, axlati odatdagi rangda, siydigida o‘t pigmentlari bo‘lmaydi. Ichki

Narkulov Jakhangir

a’zolarida normadan siljish hollari kuzatilmaydi. Bola odatdagiday emishda davom etaveradi. Bunga sabab, bola tug‘ilishi bilan ko‘p miqdordagi eritrotsitlar yemirila boshlaydi va hosil bo‘lgan parchalanish moddalari (bilirubin)ni yetilmagan jigar hujayralari qayta ishlab, chiqarib tashlashga ulgurmay qoladi. Natijada bilirubin tanaga tarqalib ketadi va teri rangining sarg‘ayishiga olib keladi. Odatda sariqlik 4-6-kunlarga kelib maksimal nuqtaga chiqadi va keyinchalik pasaya borib 7-10-kunlarda, gohida 12-kunga kelib yo‘qolib ketadi.

Sariqlik juda barvaqt paydo bo‘lib, tez fursatlarda quyuqlashib borsa va uzoqroq davom etadigan tus olsa, bolaning ahvolida o‘zgarishlar sezila boshlasa, xavotirlik boshlanishi va uning fiziologik ekanligiga shubha tug‘ilishi kerak.

6. Fiziologik mastit – ba’zi chaqaloqlarning jinsidan qat’i nazar, sut bezlarining bo‘rtib turishi bo‘lib, ona qornida rivojlanish davrida bolaga onaning estrogen gormonlarining ortiqcha o‘tishi bilan xarakterlanadi. Fiziologik mastit odatda ikki tomonlama bo‘lib, 3-4-kunlarda paydo bo‘ladi, 8-10-kunlarga kelib maksimal kattalikka yetadi (olxo‘ri kattaligigacha). Ba’zida siqib ko‘rilganda quyuq sut ajralishi ham mumkin. Sut bezlari osongina shikastlanishi, infeksiyalanishi va yiringlanishi xavfi kuchliligidan, ularni ortiqcha ta’sirlardan asrash kerak. Ayrim hollarda yo‘rgaklashdan oldin sut bezlari ustiga steril paxta qo‘yish tavsiya etiladi.

7. Kataral vulvovaginit – ba’zi yangi tug‘ilgan qiz bolalarda (5-10%) onasining follikulyar gormonlari ta’sirida jinsiy yoriqlaridan shilimshiq yoki qon aralashgan suyuqlik ajralib chiqishi, vulvaning va jinsiy a’zolarining shishib turishi kuzatiladi. Bu holat aksariyat hollarda bola hayotining 5-7-kunlari kuzatiladi va taxminan, 1-2 kun davom etadi. Bunda chaqaloqning tagini kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan ehtiyotlik bilan yuvib turiladi.

8. Vaznning fiziologik tushishi – yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning hammasida kuzatiladi va tug‘ilgandagi og‘irligining 3-10% ni tashkil qiladi. Vaznning eng ko‘p tushishi bola hayotining 3-4-kuniga to‘g‘ri keladi. Aksariyat chaqaloqlar dastlabki vaznini hayotining 10-kunlarida, ba’zilari esa kechi bilan 15 kunda qayta tiklaydi. Vaznning fiziologik tushishiga sabab, bolaning dastlabki kunlarda ovqatga yolchimasligi, teri

Narkulov Jakhangir

va o‘pka orqali suv chiqib ketishi, birinchi marta siyish va ich qilish bilan suv yo‘qotish, ichiladigan va chiqariladigan suyuqlik miqdorining bir-biriga mos kelmasligi, qog‘onoq suvlar yutilgan bo‘lsa qayt qilish bilan chiqarib yuborilishi va kindik qoldig‘ining qurishidan namuna yo‘qotishi kabilar hisoblanadi.

9. Fiziologik oliguriya – sog‘lom tug‘ilgan chaqaloqlarning hammasida hayotining dastlabki 3 kunida uchraydi va organizmga nisbatan kam suyuqliklar tushayotganligidan va qon aylanishining o‘ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqadi.

10. Fiziologik albuminuriya – bola hayotining dastlabki kunlarida buyraklarning filtrlash qobiliyati pastligidan siydik bilan oqsil ajralishi hisoblanadi.

11. Buyraklarning urat infarkti – 50% chaqaloqlarda uchraydi va siydik bilan ko‘p miqdorda urat tuzlarining chiqib turishi bilan xarakterlanadi. Siydikda urat tuzlarining miqdori ko‘proq bo‘lsa, siydik cho‘kmasi qizg‘ish rangda bo‘ladi va tagliklarda qizg‘ish jigarrang dog‘lar paydo bo‘lib qoladi. Bolaga ko‘p miqdorda suyuqlik buyurilsa, ko‘p-ko‘p siyib tursa, bu holat bola hayotining dastlabki ikki haftasi davomida o‘tib ketadi.

12. Mekoniy – yangi tug‘ilgan chaqaloqning hayotidagi birinchi axlati bo‘lib, ko‘kimtir-qora, cho‘ziluvchan, quyuq, o‘ziga xos hidli massa ko‘rinishidagi embrion hazm yo‘li ajratmalari, ko‘chib tushgan ichak epiteliysi va yutib yuborilgan qog‘onoq suvlaridan iborat. Bola 3-4 kunlik bo‘lganda oraliq axlat ajrala boshlaydi va axlat ko‘rinishini birinchi haftaning oxiri, ikkinchi haftaning boshlarida oladi.

Yuqorida keltirilgan chaqaloqlardagi fiziologik holatlar hamshira tomonidan mas’uliyat bilan kuzatilishi va har qanday xavotirli belgilar haqida vaqtida shifokorga xabar yetkazilishi va hamkorlikda tegishli choralar ko‘rilishini ta’minlash kerak.

4.2. Chaqaloqlardagi asfiksiya, tug‘ruq jarohatlari va chaqaloqlarning gemolitik kasalliklari

Chaqaloqlik davri kasalliklari pediatriyaning muhim muammolaridan biri hisoblanadi. Chunki yangi tug‘ilgan chaqaloq anatomo-fiziologik xususiyatlarining o‘ziga xosligi jihatidan boshqa yoshdagi bolalardan tubdan farq qiladi. Chunonchi, chaqaloq tashqi dunyoga endi qadam qo‘yar ekan, tashqi

Narkulov Jakhangir

muhitning turli ta’sirlariga o‘ta chidamsizligi bilan ajralib turadi. Har qanday noqulay omillar, parvarishdagi nuqsonlar chaqaloqning turli kasalliklarga chalinishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Bolalik davrlarining ichidagi bolalar o‘limining eng ko‘p miqdori bola hayotining dastlabki yiliga, birinchi yilning birinchi oyiga, birinchi oyning birinchi haftasiga, birinchi haftaning birinchi kunlariga, birinchi kunning esa dastlabki soatlariga to‘g‘ri keladi. Demak, bola qanchalik yosh bo‘lsa kasallikka qarshilik qobiliyati shuncha past va o‘z navbatida o‘lim hollari shuncha ko‘p bo‘lishini nazarda tutish lozim. Shularni hisobga olgan holda, quyida chaqaloqlarda uchraydigan asosiy kasalliklar, ularning sabablari, klinik belgilari, davosi va profilaktikasi haqida batafsil ma’lumotlar keltiriladi.

Chaqaloqlik davri kasalliklarining asosiy sabablari va turlari

Chaqaloqlik davri kasalliklarining sabablarini ta’sir etish vaqtiga qarab uch guruhga ajratish mumkin:

1. Antenatal — homiladorlik davri sabablari;
2. Intranatal — tug‘ish va uning atrofidagi sabablar;
3. Postnatal — bevosita tug‘uruqdan keyingi davrdagi sabablar.

Chaqaloqning homiladorlik davrida kasallikka chalinishiga olib keluvchi sabablar ham o‘z navbatida ikkiga bo‘linadi: homiladorlikning dastlabki uch oyida ta’sir etuvchi va undan keyin ta’sir etuvchi sabablar.

Homiladorlikning dastlabki 3 oyida ta’sir etuvchi sabablar (turli jismoniy va ruhiy travma (jarohat)lar, stress (zarba)lar, o‘tkir yuqumli virusli kasalliklar bilan og‘rib o‘tish, homilaga ta’sir etuvchi dori vositalarini shifokor ko‘rsatmalarisiz iste’mol qilish, spirtli ichimliklar ichish, chekish va boshqalar) bolada turli xil tug‘ma nuqsonlar paydo bo‘lishiga olib keladi (chunki bu davrda bolaning ichki a’zo va tizimlari shakllanayotgan bo‘ ladi).

Homiladorlikning keyingi davrida ta’sir etuvchi sabablar yuqoridagilar va boshqa turli xil somatik kasalliklar, yuqumli kasalliklar (ayniqsa, zaxm, sil, virusli gepatit va boshqalar) bevosita yo‘ldoshning barer (himoya) xususiyatlari susayishi

Narkulov Jakhangir

natijasida bolaga o‘tishi va bola tug‘ilganida shu kasalliklarning klinik belgilari bilan tug‘ilishi mumkin.

Intranatal davr sabablariga bevosita tug‘uruq jarayonini olib borishdagi turli nuqsonlar (bola o‘lchovlari va tug‘uruq yo‘llarining bir-biriga to‘g‘ri kelmay qolishi, turli xildagi tug‘uruq asboblaridan foydalanish hollari, kindikning bola bo‘yniga o‘ralib qolishi yoki qisilib qolishi, ayolda tug‘uruq kuchlarining susayib qolishi, bolaning noto‘g‘ri kelib qolish hollari, uyda va yo‘lda tug‘ilish va boshqalar) hamda aseptika va antiseptika qoidalarining buzilish hollari, parvarishdagi turli nuqsonlarni keltirish mumkin.

Postnatal davr sabablari esa tug‘uruqni qabul qilib bo‘lgandan keyingi davrdagi turli xil salbiy ta’sirlarni o‘z ichiga oladi (asosan, bolani noto‘g‘ri parvarish qilish, noto‘g‘ri ovqatlantirish, onadagi turli yuqumli kasalliklar va boshqalar).

Sabablardan kelib chiqqan holda chaqaloqlik davrida uchraydigan kasalliklar ham shartli ravishda turli guruhlarga ajratilishi mumkin:

1. Tug‘ma nuqsonlar - «quyon labi», «yuqori tanglayning bitmay qolishi», turli xildagi yurak nuqsonlari, me’da-ichak yo‘lidagi turli nuqsonlar va boshqalar.

2. Chaqaloqning nafas faoliyati buzilishi bilan kechuvchi patologik holatlar - asfiksiya, nafas faoliyati buzilishlari sindromi.

3. Tug‘uruqqa aloqador travma (jarohat)lar - tug‘uruq shishi, boshdagi qonli shish (kefalogematoma), turli suyaklar sinishi(o‘mrov, son va boldir suyagi va boshqalar), falajlar (yuz, qo‘l va oyoq asab tolalarining falaji), og‘ir kechgan tug‘uruq vaqtida muskullarning uzilib ketish hollari va boshqalar.

4. Chaqaloqlardagi teri va kindikning yiringli kasalliklari vezikulopustulyoz, chaqaloqlar chilla yarasi, issiqlik toshishi, teri bichilishi, omfalit va chaqaloqlar sepsisi.

5. Chaqaloq va ona qonining kelishmovchiligiga aloqador kasalliklar - chaqaloqlarning gemolitik kasalligi.

Quyida ana shu kasalliklardan asosiylari haqida ma’lumotlar keltiriladi.

Narkulov Jakhangir

Chaqaloqlar asfiksiyasi

Asfiksiya, ya'ni bo‘g‘ilish, chaqaloqda gazlar almashinuvi buzilishi munosabati bilan boshlanadigan va o‘tkir tarzda o‘tuvchi patologik jarayon bo‘lib, qon va to‘qimalarning kislorodga yolchimasdan qolishi hamda organizmda karbonat angidrid miqdorining haddan ziyod ortib ketishi bilan xarakterlanadi.

Chaqaloq asfiksiyasi deganda, chaqaloq tug‘ilganida yurak faoliyati saqlanib qolganligiga qaramasdan, nafas olishning yo‘qligi yoki to‘xtab-to‘xtab, ko‘pincha, yuza-yuza nafas olayotganligi tushuniladi. Chaqaloqni bu holatdan tegishli chora-tadbirlar yordamida chiqarib olsa bo‘ladi. Tug‘ilgan umumiy bolalar sonining 4-6% da asfiksiya holati kuzatiladi. Biroq shunday bo‘lsa ham, asfiksiya chaqaloqlarning o‘lik tug‘ilishiga olib keladigan asosiy sabablarning biri hisoblanadi.

Quyidagi sabablar chaqaloqlarning asfiksiya bilan tug‘ilishiga olib keladi:

1. Homilador ayol qonida turli kasalliklar natijasida kislorod miqdorining kamayib, karbonat angidridning ortib ketish hollari (nafas a'zolari kasalliklari), yurak-qon tomir kasalliklari, qon kasalliklari (ayniqsa, anemiyalar).
2. Kindik tizimchasining tug‘uruq yo‘llarida qisilib qolishi, bolaning bo‘yniga o‘ralib qolishi.
3. Yo‘ldoshdagi turli patologik holatlar (erta ko‘chish, noto‘g‘ri joylashuv va boshqalar).
4. Ona qornida homilaning turli kasalliklarga yo‘liqishi (yurak tug‘ma nuqsonlari, sepsis, toksoplazmoz, listerioz va boshqalar).
5. Chaqaloq yuqori nafas yo‘llarining turli sabablarga ko‘ra qisman yoki batamom bekilib qolishi (qog‘onoq suvlari va shilimshiqlar bilan aspiratsiyalanish, yuqori nafas yo‘llarining nuqsonlari).
6. Chaqaloqning tug‘uruq yo‘llarida uzoq vaqt qolib ketish hollari (tug‘uruq kuchlarining susayib qolishi, chaqaloq o‘lchovlarining tug‘uruq yo‘llariga to‘g‘ri kelmay qolishi va boshqalar).

Narkulov Jakhangir

Chaqaloqlar asfiksiyasi ikkiga - birlamchi (ona qornida boshlangan) va ikkilamchi (ona qornidan tashqarida boshlangan yoki orttirilgan) asfiksiyalarga bo‘linadi.

Chaqaloq birlamchi asfiksiyasining esa ikki formasi tafovut etiladi – ko‘k asfiksiya bilan oq (yoki oqish) asfiksiya.

Ko‘k asfiksiyada bola badani terisi ko‘m-ko‘k ko‘kargan, reflekslar saqlangan, lekin susayib qolgan, muskullar tonusi deyarli qoniqarli, yurak urishlari tezlashgan, lekin yurak tonlari aniq-ravshan eshitiladigan bo‘ladi. Nafas siyrak, yuza, ba’zida esa ahyon-ahyonda nafas olish harakatlari kuzatilishi mumkin. Kindik turgori va pulsatsiyasi ko‘pchilik hollarda saqlangan bo‘ladi. Apgar shkalasi bo‘yicha chaqaloq 5-6 ball bilan baholanadi.

Ko‘k asfiksiyaning ikki xil darajasi farq qilinadi: yengil va og‘ir asfiksiya. Yengil asfiksiyada chaqaloq badani terisining ko‘karishi, yurak urishlarining sekinlashuvi va nafas yuzaligi keskin ifodalangan bo‘lmaydi. Yengil darajadagi ko‘k asfiksiya hech qanday davo choralarisiz tez o‘tib ketadi.

Ko‘k asfiksiyaning og‘ir darajasida bolaning terisi juda ko‘kargan, yurak urishlari anchagina yoki keskin sekinlashgan, yurak tonlari bo‘g‘iqlashgan, ammo ritmik bo‘ladi. Nafas markazi faoliyatining susayib qolishi yoki bola tug‘ilishi jarayonida, yoki birinchi bor nafas olganida nafas yo‘llariga qog‘onoq suvlari, shilimshiq tiqilib qolgani tufayli chaqaloq nafas olmay yotadi. Asfiksiyaning bu darajasida chaqaloqni jonlantirishning u yoki bu usulidan foydalanishga to‘g‘ri keladi.

Oq yoki oqish asfiksiyada chaqaloq nafas olmay yotadi, badan terisi oppoq oqargan, shilliq pardalari ko‘karib ketgan, yurak urishi keskin sekinlashgan, ba’zida aritmik, yurak tonlari esa bo‘g‘iq bo‘ladi. Chaqaloqda muskullari tonusi o‘ta pasaygan yoki yo‘q darajada va reflekslar keskin susayib ketgan yoki umuman chaqirilmaydi. Kindik puchayib, pulsatsiyasi aniqlanmaydi. Apgar shkalasi bo‘yicha chaqaloq 1-4 ball bilan baholanadi.

Demak, chaqaloq birlamchi asfiksiyasining asosiy belgisi uning nafas olmay turishi yoki nafasining keskin izdan chiqishi hisoblanadi.

Chaqaloqning ahvoliga baho berish uchun hozirgi vaqtda Apgar shkalasidan foydalaniladi, chunki u ancha aniq, qulay va maqsadga muvofiqdir.

Narkulov Jakhangir

Asfiksiyaga diagnoz qo‘yishda nafaqat asfiksiya turi (ko‘k, oq) bilan og‘irlik darajasini, balki kalla ichiga qon quyilgan bo‘lishi ehtimol deb, uning belgilarini aniqlab olishga ham ahamiyat berish zarur. Kalla ichiga qon quyilishi asfiksiya oqibati yoki ko‘pincha asfiksiya bilan birga davom etadigan tug‘uruq travmasining oqibati bo‘lishi mumkin. Ko‘k asfiksiya holatida tug‘ilgan chaqaloqni jonlantirishda asfiksiya hadeganda barham topavermaydigan bo‘lsa, bu aksari kalla ichiga qon quyilganidan darak beradi.

Chaqaloqlar asfiksiyasida birinchi yordam ko‘rsatish va davolash ishlari aksariyat hollarda o‘rta tibbiyot xodimlari zimmasiga yuklatiladi. Shularni hisobga olgan holda hamshira chaqaloqni jonlantirish, davolash va parvarish qilish bo‘yicha barcha amallarni aniq va to‘la-to‘kis egallagan bo‘lishi lozim. Chaqaloqqa tug‘ilish jarayonidayoq yordam berish tadbirlari boshlanishi kerak.

Qanday usulda bo‘lmasin, chaqaloqni jonlantirish 3-5 daqiqa davomida davom ettiriladi.

Chaqaloq jonlantirilgach, birinchi bor tozalash o‘tkaziladi, issiq, quruq oqlikka o‘raladi, oldindan isitib qo‘yilgan o‘ringa yotqiziladi va nafas olish doimiy nazorat ostiga olinadi.

Og‘ir asfiksiyadan chiqarib olingan chaqaloqlarga keyinchalik ham ma’lum vaqtgacha burunga kiritilgan kateter yordamida namlangan kislorod berib turiladi.

Chaqaloqlar asfiksiyasining oldini olish ishlari onaning homilador bo‘lganligi aniqlangan kundanoq boshlanishi lozim. Bu ishda ayollar konsultatsiyasi xodimlari va bolalar hamda oilaviy poliklinikalar hamshiralarining hamkorligi yaxshi samara beradi. Ayoldagi ekstragenital kasalliklarni erta aniqlash, to‘g‘ri ovqatlanishi va rejimga rioya qilishini nazorat etish, erta va kechki toksikozlarning oldini olish choralarini ko‘rish, tug‘uruqqacha patronajlarni vaqtida amalga oshirish kabi vazifalar shular jumlasidandir.

Tug‘uruq jarohatlari

Chaqaloqlardagi tug‘uruq jarohatlari chaqaloqlar patologiyasi orasida ikkinchi o‘rinda turadi va jami chaqaloqlik davri patologik holatlarining 50%ni tashkil qiladi. Shuningdek,

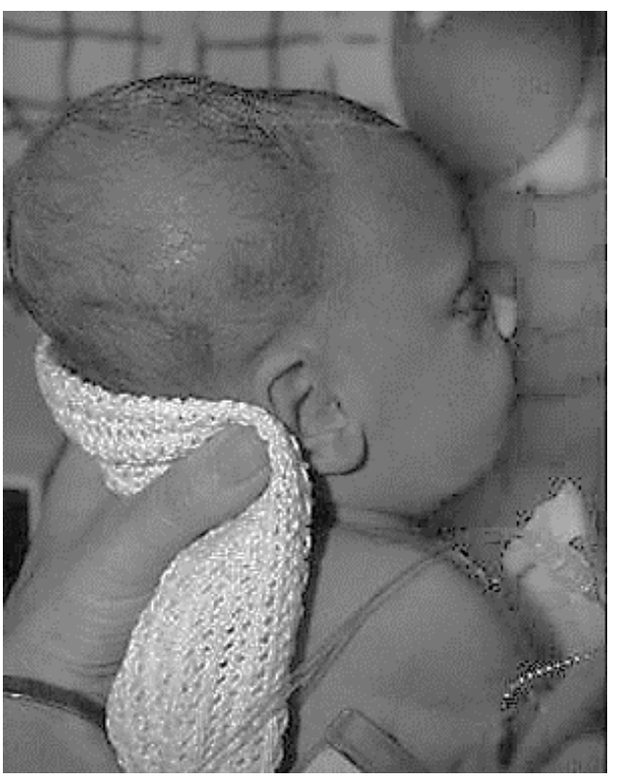
Narkulov Jakhangir

qaytarilmas asoratlar berishi va kalla ichi jarohatlaridan so‘ng bolalarning bir qismida ruhiy nuqsonlar, turli falajlar, epilepsiya (tutqanoq) kabi kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi bilan xarakterli hisoblanadi.

Chaqaloqlarning tug‘uruq jarohatlaridan eng ko‘p uchraydiganlari – tug‘uruq shishi, «qonli shish» yoki kefalogematoma, turli asab tolalarining zararlanishidan kelib chiqadigan falajlar va og‘ir holat hisoblangan kalla ichi jarohatlari hisoblanadi.

Tug‘uruq shishi – bu homila tug‘ilishi vaqtida tug‘uruq yo‘llaridan birinchi bo‘lib o‘tib kelgan sohalarning tug‘uruq yo‘llariga moslashishi va surilishi natijasida kelib chiqqan to‘qimalarning shishi hisoblanadi. Tug‘uruq shishi aksariyat hollarda chaqaloqning boshida (boshi bilan kelganda), yuzida (yuzi bilan kelganda), dumbasida (dumbasi bilan kelganda) kuzatiladi. Ushlab ko‘rilganda yumshoq to‘qima qo‘lga unnaydi, kefalogematomadan suyaklararo choklardan ham o‘tib ketganligi bilan farq qiladi, bolaning umumiy ahvoliga deyarli salbiy ta’sir qilmaydi. Ko‘pchilik hollarda 2-3 kundan so‘ng hech qanday asoratlarsiz yo‘qolib ketadi.

Kefalogematoma – boshdagi qonli g‘urra bo‘lib, aksari chaqaloq uzoq vaqt tug‘uruq yo‘llarida qolib ketganida, vakuum ekstraktorlardan (manfiy bosimli so‘ruvchi asbob) foydalanilganda, tez tug‘ilish natijasida, yo‘lda va uy sharotlarida tug‘ilish hollarida kelib chiqadi (2-rasm). Kefalogematoma suyak ustki pardasining ostiga qon quyilishi bo‘lganligi uchun, quyilgan qonning miqdoriga qarab bolaning ahvoliga ta’sir qilishi mumkin. Tug‘uruq shishidan farqli o‘laroq, kefalogematomada qon quyilishi bitta suyak chegarasidan o‘tmaydi, flyuktuatsiya simptomi aniqlanadi.



2-rasm. *O‘ng tepa suyagi usti kefalogematomasi.*

Narkulov Jakhangir

Agar qonning miqdori ko‘p bo‘lsa, bolaning ahvoli o‘zgaradi, chunki quyilgan qon suyak pardasini suyakdan ko‘chirishi va ma’lum darajada qisilish paydo bo‘lishi natijasida bola og‘riq sezadi. Shuning uchun bolada sababsiz yig‘lash, uyquning yuza bo‘lishi kuzatiladi, g‘urra sohasiga teginish esa bolaning bezovtalanishiga olib keladi.

Chaqaloqda kefalogematomaning paydo bo‘lishi kalla ichi jarohatining ham borligi haqida xavotirlik tug‘ilishiga olib keluvchi patologik holat hisoblanadi.

Kefalogematomasi bor chaqaloqlar maxsus nazorat ostida saqlanishi va tug‘ilishi bilanoq ularning boshiga muz xaltalar qo‘yilishi, iloji boricha ko‘p urintirishdan saqlanishi, yotqizilganda g‘urrani yuqoriga qaratib va boshini balandroq qo‘yilgan holatda saqlash talab etiladi. Bolaga tinchlantiruvchi, qon oqishini to‘xtatuvchi vositalar (vikasol, askorbin kislota, aminokapron kislota va boshqalar) shifokor ko‘rsatmasiga binoan yuboriladi.

Kefalogematomada to‘g‘ri davolash va parvarish olib borilsa, quyilgan qon taxminan 3-4 kunda, kechi bilan ikkinchi haftaning oxirlariga kelib batamom so‘rilib ketadi.

Quyilgan qonning miqdori kam va so‘rilib ketish ehtimoli bo‘lsa, shpris yordamida so‘rib tashlashga urinmang.

Kalla ichi jarohatlari – chaqaloqlar patologiyasida muhim o‘rin egallaydi. Chunki kalla ichi jarohati kallaning ichki yuzasi va bosh miyaning turli sohalariga qon quyilishi bilan xarakterlanadi va bolaning ahvolini juda ham xatarli holatga tushirib qo‘yishi va aksari hollarda bolaning barvaqt o‘limiga ham sabab bo‘lib qolishi mumkin.

Agar qon bosh miya qattiq pardasi va kalla suyaklari orasiga quyilgan bo‘lsa, bolada bosh miyaning qisilishiga xos alomatlar kuzatiladi. Bordiyu qon miya moddasiga yoki qorinchalarga quyilgan bo‘lsa, qon quyilgan sohadagi miya faoliyatining buzilish belgilari bilan namoyon bo‘ladi. Aksariyat hollarda esa qattiq parda va kalla suyagi ichki pardasi oralig‘iga qon quyiladi.

Sabablari. Chaqaloqlarning kalla ichi jarohatlariga asosan quyidagi holatlar sabab bo‘ladi:

1. Asfiksiya va gipoksiya.
2. Homiladorlik toksikozlari.

Narkulov Jakhangir

3. Tug‘uruqning vaqtidan ilgari boshlanishi, kechikib qolishi, tez o‘tishi.

4. Tug‘uruq faoliyatining susayib qolishi, uzoq vaqt suv kelmay turishi, suvning erta ketib qolishi.

5. Kindikning o‘ralib qolishi.

6. Bolaning patologik tarzda kelib qolishi.

7. Tug‘uruq yo‘llarida qisilib qolishi.

8. Operativ-jarrohlik amaliyotlarining qo‘llanishi.

Klinikasi. Kalla ichi jarohati olgan bolalarning asosiy belgilariga nafas faoliyatining buzilishi (tezlashgan, aritmik, yuza, ingraganga o‘xshash, shovqinli, xirillagan), yurak-tomir tizimining o‘zgarishlari (keyinchalik taxikardiya bilan almashinadigan bradikardiya, puls maromining buzilishi), bola rangining oqarib ketishi, tarqoq sianozlar, muskul tonusining avvaliga pasayganligi va keyinchalik patologik ravishda ortib ketishi, tug‘ma reflekslarning pasayganligi yoki umuman chaqirilmasligi, chaqaloq ovozining past, monoton chinqiriq («miya chinqirig‘i») sifatida bo‘lishi, qo‘l va oyoqlar, lablar va pastki jag‘ning titrab turishi (tremor), talvasalar tutib turishi, katta liqildoqning bo‘rtib turishi va pulsatsiyaning yaqqol sezilib turishi, «botayotgan quyosh» (Grefe) simptomining borligini keltirish mumkin.

Klinik simptomlar qanchalik ifodalanganligiga va og‘irligiga qarab kalla ichi jarohatlarining uch darajasi farq qilinadi:

I yengil darajasi – miyadagi o‘zgarishlar o‘tib ketadigan, arzimas ko‘rinishlar bilan xarakterlanadi.

II o‘rtacha og‘ir darajasi – birmuncha og‘irroq o‘zgarishlar bilan xarakterlanadi.

III og‘ir darajasi – belgilarning juda ham yaqqol va og‘irroq ifodalanishi bilan xarakterlanadi va turli asoratlar bilan tugashi kuzatiladi.

Kalla ichi jarohatlarining og‘ir darajalaridan keyin xilma-xil asoratlar: serebral falajlar yoki parezlar, gidrosefaliya, epilepsiya, jismoniy va ruhiy rivojlanishning turli darajadagi buzilish hollari (oligofreniyagacha) va boshqalar qolishi mumkin.

Davosi va hamshiraning vazifalari. Chaqaloqlarning kalla ichi jarohatlarida davolash va parvarish qilish qanchalik barvaqt

Narkulov Jakhangir

va kompleks tarzda olib borilsa, asoratlarning kelib chiqish ehtimoli shunchaga kamayadi. Shularni hisobga olgan holda bunday chaqaloqlarni davolashda parvarishning ahamiyati beqiyos ekanligini unutmaslik kerak. Chunki parvarishdagi har qanday salbiy holatlar bola ahvolining og‘irlashuviga sabab bo‘ladi va davolash jarayoniga putur yetkazadi.

Parvarishning asosiy talablariga quyidagilar kiradi:

1. Chaqaloq boshi balandroq va yonboshlatib yotqizib qo‘yiladi.

2. Chaqaloqning bosh tomoniga bir qarich masofaga muz xalta qo‘yiladi.

3. Chaqaloqni har qanday urintirishdan saqlanadi, ya’ni barcha muolajalar yotgan joyida bajariladi.

4. Chaqaloqdagi so‘rish va yutish reflekslarining qanchalik ifodalanganligiga qarab sog‘ilgan sut bilan so‘rg‘ichdan, yo qoshiqchadan, yoki zond orqali ovqatlantiriladi.

5. Chaqaloqning tana harorati va fiziologik bo‘shalishlariga e’tibor bilan qarab turiladi.

6. Teri va tabiiy burmalarining ahvoli doimiy nazorat qilib, zaruratga qarab ehtiyotlik bilan tozalab turiladi.

Davolash choralari esa qon quyilishini to‘xtatishga (vikasol, askorbin kislota, aminokapron kislota eritmasi), miya shishini qaytarishga (magniy sulfatning 25% li eritmasi, glyukozaning konsentrlangan eritmalari, plazma, albumin va siydik haydovchi vositalar — furosemid, mochevina va boshqalar), talvasaga qarshi kurashishga (GOMK, droperidol, seduksen va boshqalar), asidozga qarshi choralar ko‘rishga(natriy gidrokarbonatning 4% li eritmasi), organizm reaktivligini oshirishga qaratilgan bo‘lishi kerak.

Kalla ichi jarohati bilan tug‘ilgan chaqaloq qanchalik to‘g‘ri parvarish va davo qilinsa, patologik holatdan chiqarish shuncha osonlashadi va asoratlarning oldi olingan bo‘ladi.

Chaqaloqlarda tug‘uruq jarohatlarining oldini olish, eng avvalo, homilador ayollarni vaqtida hisobga olish, tug‘uruqgacha o‘tkaziladigan patronajlarga katta e’tibor qaratish, patologik tug‘uruq xavfi mayjud bo‘lganda homilador ayollarni tug‘uruqqa tayyorlash bo‘limlariga erta jalb etish, chaqaloqlar asfiksiyasining profilaktikasini o‘tkazish, chaqaloqni chala

Narkulov Jakhangir

tug‘ilishdan saqlash va tug‘uruq jarayonini to‘g‘ri va nuqsonlarsiz boshqarish kabi choralarni nazarda tutadi.

Chaqaloqlarning gemolitik kasalligi

Chaqaloqlarning gemolitik kasalligi ona bilan homila qonining rezus-faktori va AVO tizim qon guruhlari bo‘yicha bir-biriga to‘g‘ri kelmasligi, ba’zi hollarda esa boshqa sabablarga ko‘ra paydo bo‘ladigan patologik holatdir.

1940-yilda Landshteyner va Vinerlar tomonidan qondagi eritrotsitlar tarkibida maxsus rezus-omilning mavjudligi va 85% odamlarning eritrotsitlarida doimiy bo‘lishini (aglyutinogen) aniqlashdi va bunday odamlar rezus-musbat odamlar deb e’tirof etildi. 15% odamlar eritrotsitlarida bu faktor bo‘lmaydi va ular – rezus-manfiy odamlar hisoblanishadi. Ushbu omil dominant tipda nasldan-naslga o‘tishi va aksariyat hollarda bolaga rezus-musbatlilik otadan meros bo‘ladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligiga kamroq hollarda ona bilan homila qonining AVO tizim guruhlari bo‘yicha bir-biriga to‘g‘ri kelmasligi sabab bo‘ladi, ona qoni O (I), bola qoni esa A (II) guruh bo‘lganida shunday kasallik kelib chiqadi.

Homiladagi rezus-musbat qon yoki A(II) guruh qoni ona qoni uchun antigenlik vazifasini bajaradi va ular ona organizmiga o‘tgach, ularga nisbatan maxsus antitelolar ishlab chiqariladi. Ana shu antirezus va antiguruh antitelolar turli patologik holatlar natijasida yo‘ldoshning o‘tkazuvchanlik xususiyati susayishidan foydalanib bola organizmiga o‘tishi va uning eritrotsitlarining yemirilishi (gemoliz)ga va kasallik belgilarining yuzaga chiqishiga sabab bo‘ladi.

Kasallikning klinikasi antirezus yoki antiguruh antitelolarning bolaga qancha erta ta’sir etganligiga, bolaning nechanchi farzandligiga, rezus-manfiy qonli qiz yoki ayolga necha marta tartibsiz qon quyilganligiga bog‘liq.

Aytib o‘tilgan antitelolar homilaga qanchalik erta ta’sir qila boshlasa, kasallik shuncha og‘ir ifodalanadi yoki aksariyat hollarda chaqaloq o‘lik tug‘iladi yoki dastlabki soatlarda o‘lib qoladi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining uchta formasi farq qilinadi:

Narkulov Jakhangir

1. Shishli; 2. Sariqlik; 3. Anemik.

Shishli formasi kasallikning hammadan og‘ir formasi bo‘lib, bola tug‘ilganida a’zoyi badanining shishib, bo‘shliqlarida suyuqlik to‘planib qolgan bo‘lishi, teri qoplamining oqarib (ba’zan sarg‘ayib) turishi, jigar bilan taloqning anchagina kattalashib ketganligi, keskin anemiya borligi (eritrotsitlar soni 1,5-2-10 g/l gacha tushib qolgan va bundan kam, gemoglobin 30-60 g/l va bundan kam bo‘ladi) bilan xarakterlanadi. Qon tahlillarida o‘ta og‘ir o‘zgarishlar aniqlanadi. Kasallikning bu formasi bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni saqlab qolish nihoyatda qiyin bo‘lib, tug‘ilganidan keyin, odatda, dastlabki soatlarda o‘lib qoladi.

Sariqlik formasi kasallikning hammadan ko‘p uchraydigan formasi hisoblanadi. Kasallikning dastlabki simptomi bola badanining sariq tusga kirishi bo‘lib, sariqlik bola tug‘ilishi bilanoq yoki 1-2 kunlari paydo bo‘ladi va tez kuchayib boradi va sariq-gungurt yoki ba’zi hollarda, sariq-jigarrangnamo tusgacha boradi.

Ko‘z sklerasi shilliq pardalari ham sarg‘aygan, jigar va taloq kattalashgan, bolalar bo‘shashgan, quvvatsiz bo‘lib qoladi, onasini yaxshi emmaydi. Chaqaloqlarga xos reflekslar susaygan bo‘ladi. Teri ostiga qon quyilishi va qon ketishga moyillik seziladi. Bolaning siydigi to‘q rangli, axlati esa normal rangda bo‘ladi. Qon tahlilida har xil darajada ifodalangan anemiya, eritroblastoz, retikulositoz, leykotsitoz aniqlanadi. Qondagi bilvosita bilirubin miqdori ko‘payib ketishi hammadan xarakterli bo‘lib, kindik qoni zardobida uning soat sayin 0,85 dan 3,4 mkmol/l gacha oshib borishi bolada sariqlik va intoksi-katsiyaning kuchayishiga olib keladi.

Sariqlik formasi vaqtida davolanmasa og‘ir asorat – bilirubin ensefalopatiyasi yoki yadro sariqligiga olib kelishi mumkin. Bu asorat bolaning bo‘shashib qolishi, adinamiya, so‘rish refleksining susayishi, uyquchanlik, muskullar tonusining pasayishi, qo‘1-oyoqlar tremori, nistagm, opistotonus, Grefe va «botayotgan quyosh» simptomlari bilan namoyon bo‘ladi.

Sariqlik formasi aksariyat hollarda tegishli davo choralari ko‘rilganda yaxshilik bilan tugaydi.

Anemik fornasida bolalar rangining pastligi, birmuncha bo‘shashgan va ko‘krakni yaxshi emmasligi, jigar va taloqning

Narkulov Jakhangir

kattalashganligi, periferik qonda esa anemiya, normablastoz, retikulositoz borligi aniqlanadi. Bilirubin miqdori normada yoki biroz ko‘paygan bo‘lishi mumkin. Kasallikning bu formasi ko‘pincha asoratlarsiz tugaydi.

Davosi va hamshiraning vazifalari. Kasallikning davosi va parvarishi uning og‘ir-yengilligiga bog‘liq.

Anemik formasi bilan tug‘ilgan bolalar donor suti bilan boqiladi, bolaning siydigi kuzatib turiladi, anemiyaga qarshi vositalar qo‘llaniladi, zaruratga qarab bo‘lib-bo‘lib gemotransfuziya – qon quyish o‘tkazib turiladi.

Kasallikning profilaktikasi qiz farzand tug‘ilishidan boshlanishi lozim, ayniqsa, u rezus-manfiy qonli bo‘lib tug‘ilgan bo‘lsa.

Ana shu maqsadlarda quyidagi chora-tadbirlar amalga oshirilishi nazarda tutilishi shart:

1. Rezus-manfiy homiladorlar sensibillashib qolishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun qiz va juvonlarga qon quyiladigan bo‘lsa, har safar retsipiyentlarning qon guruhini va rezus-faktorini hisobga olish.

2. Pala-partish qon quyishlardan asrash:

Antitelolar titri (miqdori) keyingi homiladorlik sayin ortib boradi, bu esa keyingi homilalarning erta o‘lib qolishiga yoki kasallikning og‘ir formalari bilan tug‘ilishiga olib kelishi mumkin.

3. Qoni rezus-manfiy bo‘lgan ayol birinchi homilador bo‘lganida homilasini saqlab qolishning hamma choralarini ko‘rish, chunki birinchi bola, odatda, sog‘lom bo‘lib tug‘ilishi mumkin.

4. Ayollar konsultatsiyasida homiladorlarning hammasi tekshirilib, rezus-faktori, shuningdek, rezus-antigenga qarshi antitelolari bor-yo‘qligini aniqlash, akusherlik anamnezi yaxshi bo‘lmagan (bolasi tushgan, bolasi o‘lik holda yoki chala bo‘lib tug‘ilgan va hokazo) ayollarga alohida ahamiyat qaratish.

5. Bolaning gemolitik kasalligining oldini olish uchun rezus-manfiy faktori bo‘lgan hamma ayollarga tug‘uruq yoki abortdan keyingi 1-kuni antirezus-gammaglobulin yuborish.

6. Qonidagi rezus-antitelolar titri yuqori bo‘lgan homiladorlarda kasallikning oldini olish maqsadida homiladorlikning

Narkulov Jakhangir

37–39-haftasida bolasini Kesarcha kesish operatsiyasi yo‘li bilan olish.

7. Antirezus-antitelolarining titri yuqori bo‘lgan homilador ayollarni homiladorlikning 8, 16, 24, 28, 32 haftalarida 12–14 kunga tug‘uruq oldi bo‘limiga yotqizib, nospetsifik davo o‘tkazish (glyukozaga askorbinat kislota, kokarboksilaza qo‘shib venadan yuborish, rutin, vitamin E, B_6, kalsiy glyukonat inyeksiya qilib turish, kislorod bilan davolash, antianemik terapiya o‘tkazish) buyuriladi.

4.3. Chaqaloqlarda teri, kindik kasalliklari. Sepsis. Chaqaloqlarda birdaniga o‘lim sindromi

Chaqaloqlar kindigi va terisining yiringli-septik kasalliklari ko‘p uchrashi va amaliy ahamiyati jihatidan hayotining 1-oyini yashab kelayotgan bolalarda asosiy o‘rinlardan birini egallaydi. Kindik va terining yiringli infeksiyasi har xil klinik ko‘rinishlarga ega bo‘lishi va ko‘pincha yosh bolalarda uchraydigan sepsis bilan kattaroq bolalarda bo‘ladigan og‘ir kasalliklarning manbaiga aylanib qolishi mumkin.

Kindik kasalliklari. Chaqaloqlardagi kindik kasalliklari hozirgi vaqtda olib borilayotgan qat’iy chora-tadbirlar natijasida oldingi davrlardagiga qaraganda ancha kam uchramoqda. Homilador ayollarni vaqtida patronaj qilish, gigiyenik ko‘nikmalarni shakllantirish natijasida ularda yiringli-septik kasalliklarning oldini olish, chaqaloqni parvarish qilishni amalga oshirishda aseptika va antiseptika malakalarini oldindan o‘rgatish, poliklinikalarda yosh onalar maktablari faoliyatining yaxshi tashkil etilganligi og‘ir formadagi kindik kasalliklarining kamayishida asosiy omil bo‘ldi.

Etiologiyasi. Kindik kasalliklarining kelib chiqishida hozirgi vaqtda stafilokokklar, streptokokklar, ba’zi hollarda boshqa mikroblar (ichak tayoqchasi, pnevmokokk, ko‘k yiring tayoqcha va boshqalar) sabab bo‘lmoqda. Bu xildagi qo‘zg‘atuvchilar kindikka quyidagi hollarda tushishi aniqlangan:

1. Kamdan-kam hollarda ona qornida, yuqorida ko‘rsatilgan infeksiyalar natijasida.

2. Kindik tizimchasi bog‘lanayotgan mahalda, aseptika va antiseptika qoidalariga amal qilinmaganda (aksariyat uydagi va

Narkulov Jakhangir

yo‘ldagi tug‘uruqlarda, xodimlarning mas’uliyatsizligi natijasida).

3. 2-12 kunlar oralig‘ida parvarishdagi nuqsonlar natijasida (kindik cho‘ltog‘i siydik va axlat bilan ifloslanganda, parvarish asboblari yoki xodimlarning qo‘llaridan infeksiya tushib qolishi va bolaga qarovchilardan havo-tomchi infeksiyalari o‘tishi natijasida).

Kindik cho‘ltog‘i tushishi va kindik yarasining bitishi uzoqqa cho‘zilib ketgan hollar bolaning qandaydir infeksiya bilan zararlanganligidan dalolat beradi.

Omfalit – aksari yallig‘lanish jarayonining kindik chuqurchasi sohasida yoki kindik atrofidagi teri va boshqa to‘qimalarga tarqalishi bilan xarakterlanadi.

Mikroblar ko‘pincha kindik yarasidan kindik tomirlariga o‘tib oladi va kindik arteriyalari hamda venasida o‘rnashgan bo‘ladi.

Klinikasi. Omfalitning quyidagi asosiy formalari: oddiy, fibrinoz (yiringli), flegmonoz va nekrotik farq qilinadi.

Omfalitning «pilchirab yoki namlanib turadigan kindik» degan nom bilan ataladigan oddiy formasi, kindik qoldig‘i tushib ketganidan keyin ham kindik jarohatining hadeganda bitavermasligi, seroz yoki yiringli seroz suyuqlik tomchilari yuziga chiqib turadigan granulatsiyalar bilan qoplanib turishi bilan xarakterlanadi. Bu suyuqlik qotib, qora qo‘tir po‘stlar hosil qiladi va u asta-sekin tushib ketadi. Bunday kindik jarohati bir necha hafta davomida bitadi, bolaning umumiy ahvoli esa deyarli qoniqarli bo‘lib, barcha fiziologik hojatlari (ich qilishi, siyishi, uyqusi, ishtahasi va boshqalar) normada bo‘ladi, tana vazni odatdagiday ortib boradi.

Omfalitning yiringli yoki fibrinoz formasi yallig‘lanish jarayonining kindik atrofi va unga yaqin turgan to‘qimalarga tarqalib ketishi bilan xarakterlanadi. Kindik atrofidagi teri qizarib, shishadi va infiltratsiyalanadi, kindik sohasi esa qorin yuzasi ustidan do‘mpayib chiqib turadi. Kindik chuqurchasining tubida esa ko‘pchilik hollarda kichkinagina yara paydo bo‘ladi. Yallig‘lanish jarayoni qorinning oldingi devoriga tarqalib ketishi yoki chegaralangan holda mahalliy bo‘lib qolaverishi ham mumkin. Aksariyat hollarda kindik atrofi bosib ko‘rilganda kindik yarasidan yiring chiqishi kuzatiladi.

Narkulov Jakhangir

Flegmonoz omfalit yiringli formalariga unchalik e’tibor berilmagan hollarda rivojlanadi va infeksiyaning qorin devorining chuqur qatlamlariga kirib borganligidan dalolat beradi. Bunday holat esa bolada peritonit(qorin pardasining yallig‘lanishi) kelib chiqishiga sabab bo‘lib qolishi mumkin. Kasallikning bu formasida bolaning umumiy ahvoli o‘zgarib, tana harorati ko‘tariladi, ishtahasi pasayadi, tana vazni kamayadi, organizmning umumiy zaharlanish belgilari va dispeptik (qayt qilish, ich ketishi va boshqalar) o‘zgarishlar kuzatiladi.

Omfalitning nekrotik formasi hozirgi vaqtlarda olib borilayotgan chora-tadbirlar natijasida kamdan-kam hollarda, odatda ozg‘in, qandaydir sabablarga ko‘ra organizmining reaktivligi pasaygan bolalarda uchraydi.

Omfalitning har qanday formasida infeksiyaning kindik tomirlariga o‘tib ketish xavfi kuzatiladi, chunki kindik sepsisi aksariyat hollarda mana shu yerdan boshlanib ketadi.

Davolash va hamshiraning vazifalari. «Pilchirab turuvchi kindik» yoki omfalitning oddiy formasida faqat mahalliy davolash o‘tkaziladi va uni hamshira ambulatoriya sharotida, bolalar shifokorining nazorati ostida olib borishi ham mumkin.

Omfalitning flegmonoz formasi kuchli davolash o‘tkazilishini taqozo etadi. Bolaga 10-14 kun davomida ta’sir doirasi keng antibiotiklar, mikroblarning sezuvchanligini hisobga olgan holda sulfanilamid vositalaridan foydalanib davolash olib boriladi. Davolash muolajalari bolaning ahvoliga qarab statsionar yoki ambulator sharotda o‘tkazilishi mumkin.

Profilaktikasi. Kindikning turli kasalliklarining oldini olishda asosiy e’tibor chaqaloqning tug‘ilish jarayonidagi, kindik parvarishi vaqtidagi, ona bilan birga olib boriladigan keyingi parvarish mahalidagi aseptika va antiseptika hamda sanitariya-gigiyenik qoidalarning ahamiyati nihoyatda katta. Shularni hisobga olgan holda, tug‘uruq zali va bolalar blokida ishlovchi tibbiy xodimlar zimmalaridagi mas’uliyatni to‘la his etishlari talab etiladi.

Chaqaloq aksariyat vaqtini onasi bilan o‘tkazadi. Demak, kasalliklarning oldini olish onalarning qanchalik bola parvarishi haqida mukammal bilim va malakaga ega bo‘lishiga bog‘liq.

Chaqaloqlarda yuqoridagi kindikning yiringli kasalliklaridan tashqari tug‘ma kasalliklari ham uchraydi. Bularga terili kindik,

Narkulov Jakhangir

amniotik kindik va ko‘proq uchraydigan kindik churralari kiradi.

Kindik churralari — bunda qorin bo‘shlig‘idagi a’zolar kindik halqasi yaxshi rivojlanmaganligi natijasida bo‘rtib chiqib qoladi. Churra ichida aksariyat hollarda ichak charvisi, ichaklar, kamdan-kam hollarda boshqa a’zolar bo‘lishi mumkin.

Kichik hajmdagi churralar qorin bo‘shlig‘iga qaytib kirib ketadi va ko‘pchilik hollarda ko‘rilgan konservativ choralar (bolani churrasi kiritib qo‘yilgan holatda kuniga 2-3 marta, 2-5 daqiqagacha yotqizib qo‘yish, yuqoriga qarab yotgan mahalida churraning chiqib qolishining oldini olish choralarini ko‘rish va boshqalar) natijasida churra teshigi berkilib ketadi. Bordiyu churra hajmi kattaligidan o‘zicha bitib ketishining ehtimoli bo‘lmasa, uni jarrohlik yo‘li bilan davolanadi. Aks holda, ichaklar faoliyati buzilishi, ayrim hollarda esa churraning qisilib qolishidan ichaklar nekrozga uchrab qolishi mumkin.

Bolaning tinmasdan yig‘lashi, tana haroratining ko‘tarilishi, churraning tarang tortilganligi va qorin bo‘shlig‘iga qaytarishning iloji yo‘qligi, qayt qilish va ich kelmay qolishi churraning qisilib qolganligidan dalolat beradi. Bolani darrov jarrohlik bo‘limiga yetkazish choralarini ko‘ring.

Teri kasalliklari – bolalarda ikki xil ko‘rinishda: yiringsiz va yiringli yoki piodermitlar (mop – yiring, derma – teri degani) – terining yiringli kasalliklari ko‘rinishida bo‘lishi mumkin. Terining yiringsiz kasalliklariga chaqaloq va go‘daklar terisiga issiqlik toshishi va terining bichilishini misol keltirish mumkin.

Teriga issiqlik toshishi – aksariyat hollarda semiz bolalarda, tashqi muhitning harorati yuqori bo‘lgani holda bolani ortiqcha o‘rab yo‘rgaklash, kun issig‘ida uzoq vaqt beshiklarga yotqizib qo‘yish va boshqa sabablarga ko‘ra kelib chiqadi. Yuqoridagi sabablar natijasida ter bezlari chiqarish yo‘llarining teri shox qatlamidan o‘tuvchi qismlari bekilib qolishi va ana shu yerlarda terning turib qolishi kuzatiladi.

Belgilari – gavda, bo‘yin terisi, tabiiy burmalarda tariq donalariday keladigan mayda pufakchalar paydo bo‘ladi, ularning atrofidagi teri o‘zgarmaydi va qichishmaydi. Bir kecha-kunduzda nom-nishonsiz yo‘qolib ketishi mumkin.

Ko‘plab ter chiqib turishi va epidermis butunligining buzilishi piodermiyalar paydo bo‘lishiga imkoniyat yaratadi.

Narkulov Jakhangir

Ushbu holatni bartaraf etish uchun keltirib chiqargan sabablariga qarshi choralar ko‘riladi, bolani uy haroratini normaga keltirgan holda ochib qo‘yiladi, bolalar upalaridan badaniga sepib turiladi.

Teri bichilishi – aksariyat chaqaloqlar va hayotining dastlabki oylarini yashab kelayotgan bolalarda uchraydi va tabiiy burmalar, dumba va ko‘pincha jinsiy a’zolar sohalari bichilishi bilan namoyon bo‘ladi.

Teri bichilishi, asosan, tibbiyot xodimlari va ota-onalarning parvarishdagi nuqsonlari natijasidir.

Belgilari: bichilishning qanchalik ko‘pligi va tarqalganligiga qarab uch darajasi ajratiladi:

I darajali yengil bichilish – bunda terining butunligi buzilmagan, biroz qizarish ko‘zga tashlanib turadigan bo‘ladi.

II darajali o‘rtacha og‘ir bichilish – bunda teri anchagina qizargan, shilinish va chaqalanishga moyil sohalar paydo bo‘lgan va ba’zi sohalarda eroziyalar hosil bo‘ladi.

III darajali og‘ir bichilish – bunda terida qip-qizarish va buning ustiga terining pilchirab, shilingan yuzasidan moysimon suyuqlik chiqib turishi kuzatiladi. Bolaning umumiy ahvoli ham o‘zgaradi, u injiq, bezovta, uyqusiz bo‘lib qoladi.

Bichilish chaqaloq va go‘daklardagi ekssudativ kataral diatez (bichilishga moyillik)ning belgisi bo‘lishi ham mumkin.

Davolash va hamshiraning parvarishi. Bichilishning davosini o‘tkazish hamshiradan katta mas’uliyat talab etadi. Chunki har bir aytilgan va tayinlangan muolajaning bekamu ko‘st baja-rilishini ta’minlash va kuzatish uning zimmasidadir. Davolash jarayonida bolaning erkin yo‘rgaklanishi hammadan muhim hisoblanadi, chunki bunda teri ortiqcha ta’sirlanish va ishqalanishdan saqlanadi.

Bichilishning birinchi darajasida qizargan sohalarga streptotsid, talk, bolalar prisipkasi(kukuni) sepib turish, teriga baliq, paxta, kungaboqar, bodom yoki shaftoli moylari (chuchitilgan holda), bolalar kremi surtib turish kerak. Ultrabinafsha nurlardan foydalanish va bolani ochiq usulda davolash yaxshi natija beradi.

Bichilishning ikkinchi darajasida teriga 0,25% li kumush nitrat, 0,5% li rezorsin, 1-2% li tanin, 0,1% li rivanol bilan

Narkulov Jakhangir

malham qo‘yish, streptotsid yoki bolalar kukuni sepib turish, ochiq holda davolash olib boriladi.

Bichilishning uchinchi darajasida esa yuqoridagi muolajalar qunt bilan olib boriladi, ultrabinafsha nurlardan va ochiq usulda davolashdan keng foydalaniladi. Davolashning avvalida turli moylar, malhamlar, primochkalardan foydalaniladi. Terining pilchirashi va suv ajratishi kamaygach, qurituvchi vositalardan foydalaniladi.

Bichilishning qanday darajasi bo‘lmasin, davolash jarayonida bolani yo‘rgaklashda kleyonkalarni ishlatishga yo‘l qo‘yilmaydi.

Terining yiringli kasalliklari – bolalarda uchraydigan teri kasalliklarining deyarli yarmini tashkil etadi. Terining yiringli yallig‘lanishiga har xil mikroorganizmlar, ya’ni stafilokokklar (80%), streptokokk (15-18%), ancha kamroq hollarda ko‘k yiring tayoqchasi, vulgar protey, ichak tayoqchasi va boshqalar sabab bo‘ladi. Bu jarayonlarni aralash streptostafilokokk florasi ham keltirib chiqarishi mumkin.

Bola terisining fiziologik xususiyatlaridan biri hisoblangan arzimas jarohat natijasida ham uning oson chaqalanishi, piodermiyalarning ko‘proq kelib chiqishiga olib keladi.

Parvarishdagi salbiy nuqsonlar yuqorida sanab o‘tilgan mikroorganizmlarning bola terisiga tushishiga va kasalliklar avj olishiga olib keladi.

Piodermiyalarning tug‘uruqxona va bolalarni davolash muassasalarida kelib chiqishi, tibbiyot xodimlarining ishida kamchiliklar sodir bo‘layotganligidan dalolat beradi.

Stafilodermiyalarning hammadan ko‘p uchraydigan formalari vezikulopustulyoz, chilla yarasi va emadigan hamda go‘dak bolalarda uchraydigan osteofollikulit hisoblanadi.

Vezikulopustulyoz – chaqaloqlarda bu kasallik hayotining 1-haftasida paydo bo‘lib, tarqoq xarakterga ega bo‘ladi. Kattaligi tariq donasidan tortib to mayda no‘xatdek keladigan, tiniq seroz yoki loyqa suyuqlik bilan to‘lgan, gir aylanasi shishib va qizarib turadigan yuza joylashgan pustula sifatida namoyon bo‘ladi. Pustulalar gavda, qo‘l va oyoq terisida, boshning sochli qismi va yirik tabiiy burmalarda alohida-alohida joylashgan bo‘ladi. Zaiflashib qolgan va chala tug‘ilgan bolalarda pustulalar to‘da-to‘da bo‘lib joylashadi, ularning asoslari qattiqlashib

Narkulov Jakhangir

boradi. Ular tegishli choralar ko‘rilmaganda miliar abssesslarga yoki flegmonaga aylanib ketishi mumkin.

Chaqaloqlar chilla yarasi – bu kasallik chaqaloq hayotining birinchi kunlarida paydo bo‘ladi, tiniq seroz yoki yiringli seroz och-sariq suyuqlik bilan to‘lgan pufakchalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Pufakchalar no‘xat donidan tortib olxo‘ri yoki yong‘oqdek kattalikda bo‘lib, soni har xil bo‘lishi mumkin. Aksariyat hollarda pufakchalar shishib, qizarib chiqqan teri ustida paydo bo‘ladi, ular tez yorilib, nam chiqarib turadigan eroziyalarga aylanadi. Pufakchalar ko‘proq gavda, bo‘yin, qo‘l-oyoqlar terisida joylashadi va har 7-10 kun oralab, dam-badam toshib turishi mumkin. Har safar paydo bo‘lishida tana harorati ko‘tariladi va bola bezovtalanadi, emishi, uyqusi buziladi, dispeptik o‘zgarishlar paydo bo‘ladi (ichning suyuq va tez-tez kelib turishi, qusish va hokazo).

Kasallik og‘ir o‘tganida va vaqtida tegishli choralar ko‘rilmaganda flegmonoz pnevmoniya, otit, saramas, sepsis kabi asoratlarga sabab bo‘ladi.

Osteofollikulit – aksariyat hollarda bola issiqlab ketganda, gigiyenik parvarishdagi nuqsonlar natijasida, teri bichilganida, kimyoviy yoki mexanik ta’sirlanishlarga uchraganda kelib chiqadi.

Kasallik tarang tortilgan, konussimon yuza pustula ko‘rinishida badanning har qanday tuk yoki soch bo‘ladigan sohalarida paydo bo‘lishi mumkin. Pustulalarning o‘rtasida bitta tuk chiqib turadi va tagi sutdek oppoq yoki qaymoqsimon suyuqlik bilan to‘lgan bo‘ladi. Noqulay sharoitlar natijasida yallig‘lanish jarayoni atrofdagi teriosti yog‘ qavatiga ham tarqaladi va furunkulga aylanadi. Bunda bolaning ahvoli yana ham og‘irlashadi, tana harorati ko‘tariladi, injiq, ko‘p xarxasha qiladigan va uyqusiz bo‘lib qoladi.

Vaqtida tegishli choralar ko‘rilmasa hamda zaif, chala tug‘ilgan, anemiya bilan kasallangan va uglevodlar almashinuvi buzilgan bolalarda furunkullar birin-ketin chiqaveradi va boladagi bu holat furunkulyoz deb ataladi.

Teridagi yiringli kasalliklarning haddan ziyod keng va chuqur tarqalishi va davolash jarayoniga yetarli e’tibor qaratilmasligi sepsis kasalligi rivojlanishining asosiy omili hisoblanadi.

Narkulov Jakhangir

Davolash va hamshiralik parvarishi. Davolashda asosiy e'tibor quyidagilarga qaratiladi:

1. Kasallikning sabablariga qarshi kurashish (antibiotiklar, sulfanilamid vositalar va boshqalar).

2. Parvarishdagi nuqsonlarni bartaraf etish (terini ozoda tutish, aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilinishini ta'minlash, onaga parvarish malakalarini o'rgatish, bo'limlardagi va uy sharotidagi sanitariya-epidemiologik tartibga amal qilishga erishish va hokazo).

3. Organizmning himoya qobiliyatini oshirish.

4. Spetsifik davo usullaridan foydalanish (antistafilokokk gammaglobulin, antistafilokokk plazma, autogemoterapiya va gemotransfuziya va boshqalar).

5. Mahalliy davolashni samarali amalga oshirish furatsilin, romashka eritmalari bilan ishlov berish, dezinfeksiyalovchi va antibiotikli malhamlar surtish.

6. UVCH va ultrabinafsha nur bilan davolash.

Profilaktikasi. Terining yiringli kasalliklari – piodermiyalarning kelib chiqishini oldini olishda quyidagi chora-tadbirlarga alohida e'tibor qaratish lozim:

– chaqaloqlar parvarish qilinadigan palata va xonalarning sanitariya-gigiyenik talablariga qat'iy rioya qilish;

– chaqaloqni parvarish qilishni amalga oshirishda qatnashuvchi xodimlarning doimiy tekshiruvdan o'tib turishlarini ta'minlash;

– terisida yiringli kasalliklari bo'lgan kishilarni chaqaloqlar qaraladigan joylarga qo'ymaslik;

– piodermiyali chaqaloq va bolalarni alohida xonalarga ajratib qo'yish va ularga qarovchi xodimlarni ham boshqa chaqaloqlarga qarashdan ozod etib qo'yish;

– bolalarni to'g'ri ovqatlantirish va chiniqtirish.

Chaqaloqlar sepsisi

Sepsis – to'g'ri ma'noda qonning mikroblar bilan zararlanishi bo'lib, aslida esa mikroblar ta'sirida mahalliy yallig'lanish tufayli paydo bo'lgan toksinlar va oqsil tanalar hamda hujayralar parchalanishidan kelib chiqqan

Narkulov Jakhangir

elementlarning antigenlarga aylanishidan organizm reaktivligi o‘zgarib qolgan holat deb qaraladi.

Sababi. Sepsisning asosiy sababchilari stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar, ichak tayoqchalari, gonokokklar, diplokokklar, ko‘k yiring tayoqchalari va boshqalar hisoblanadi. Ko‘rinib turganidek, sepsis polimikrob kasalliklar jumlasiga kiradi.

Bolaga mikroblar: a) tug‘ilishdan oldin – homilador ayoldagi infeksion kasalliklar natijasida gematogen yo‘l bilan, ifloslangan qog‘onoq suvlaridan teri, me’da-ichak va yuqori nafas yo‘llari orqali; b) tug‘ruq vaqtida – aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinmaganda, tug‘uruq yo‘llaridagi yiringli ajratmalardan aksariyat hollarda teri va kindik orqali; d) tug‘uruqdan keyin – parvarishdagi nuqsonlar, ona va xodimlardagi mikrobli kasalliklar, parvarish buyumlarining yetarli tozalanmaganligidan o‘tib qoladi.

Kasallik qo‘zg‘atuvchilari ko‘pincha bola tug‘ilganidan toki 15 kunlik bo‘lgunicha yuqadi, chunki mana shu davrda bola ko‘proq mikroblarga himoyasiz bo‘ladi, aksiga olib kirish darvozalari ham qolgan davrlarga qaraganda ko‘proq bo‘ladi.

Mikroblar 70-80% hollarda kindik qoldig‘i va kindik yarasidan, 12-15% hollarda esa teri orqali, og‘iz, burun va tomoq shilliq pardalarining shikastlangan joylaridan kiradi. Kamdan-kam hollarda nafas, hazm a’zolari orqali, ko‘z konyunktivasi, quloq va qiz bolalarda jinsiy a’zolar orqali kirishi mumkin.

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda sepsisning kindik, teri, quloq va boshqa turlari farqlanadi.

Klinikasi. Kasallik tipik (odatdagiday) kechganida quyidagi simptomlar bilan namoyon bo‘ladi:

1. Bolaning umumiy ahvoli o‘zgaradi – uyqusi buziladi, bezovta bo‘lib qoladi, sababsiz chinqiraverishi yoki aksincha bo‘shashib qolishi kuzatiladi.

2. Bola odatdagidan sust ema boshlaydi yoki umuman ko‘krakni olmay qo‘yadi.

3. Onasining suti yetarli bo‘lishiga qaramasdan bola vazni sababsiz kamaya boradi.

4. Terisining rangi o‘zgaradi (pasaygan, zaxil tortgan), turgori pasayadi, har xil toshmalar toshishi mumkin.

Narkulov Jakhangir

5. Har xil ko‘rinish va davomlilikka ega harorat reaksiyalari ko‘riladi (aksariyat subfibril isitma).

6. Qusish va sababsiz dispeptik holatlar (ichning o‘zgarib qolishi).

7. Ba’zi hollarda jigar va taloqning kattalashuvi aniqlanadi.

8. Bolaning nafas faoliyati, o‘pkada o‘zgarishlar bo‘lmagani holda buziladi va hansirash, sianoz kabi belgilar kuzatiladi.

9. Yurak tonlari bo‘g‘iqlashadi, taxikardiya va arterial bosimning pasayishi aniqlanadi.

10. Bolada sutkalik siydik miqdori kamayadi, siydikda oqsil ajrala boshlaydi, eritrotsitlar, leykotsitlar, silindrlar miqdori anchagacha ko‘tariladi.

11. Qon tahlilida neytrofil leykotsitoz, anemiya, eritrotsitlar cho‘kish tezligining ortishi aniqlanadi.

12. Qonning bakteriologik tekshiruvida aksariyat hollarda mikroblar topiladi (qonni sterillikka tekshiruv).

Keltirilgan klinik belgilar bolalarda har xil namoyon bo‘lishi mumkin. Har bir konkret holatda individual xulosalar chiqarish va aytib o‘tilgan belgilarning kamida 50% kuzatilgan hollarda hamda etiologik omillarning mavjudligi aniqlanganda sepsis haqida gumon qilish lozim bo‘ladi.

Tashxis. Kasallikka tashxis qo‘yishda yuqoridagi asosiy simptomlar bilan birga anamnezga, mahalliy o‘choqlarning bor-yo‘qligiga, bola organizmining reaktivligi holatiga, ayniqsa, sababsiz isitmaning subfebrill darajalarda uzoq muddat ko‘tarilib turishiga, sababsiz paydo bo‘ladigan dispeptik holatlarga katta e’tibor bilan qarash kerak.

Laborator tekshiruvlardan umumiy qon tahlili, qonning sterillikka tekshiriluvi, ba’zi hollarda patologik ajratmalarning tekshiriluviga ham ahamiyat berish lozim.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Davolashning maqsadi asosan sepsisning qo‘zg‘atuvchisiga ta’sir qilish, bola organizmining himoya qobiliyati (reaktivligi) ni ko‘tarish, moddalar almashinuvini korreksiya qilish va mavjud yiringli o‘choqlarga qarshi kurashishdan iborat bo‘lmog‘i kerak. Davolash muolajalari qanchalik erta boshlansa va kompleks tarzda olib borilsa, shuncha barvaqt va yaxshi natija beradi.

Kasallik qo‘zg‘atuvchilarga qarshi, odatda, antibiotiklardan, ayniqsa, keng ta’sir doirasiga ega bo‘lgan turlaridan

Narkulov Jakhangir

foydalaniladi. Antibiotiklar sutkalik dozasining 50-70% venalar orqali kiritilishi, 30-50% esa muskullar orasiga yuborilishi maqsadga muvofiqdir.

Antibiotiklarni qo‘llashda albatta mikroblarning sezuvchanligini aniqlash lozim, aks holda, davolash befoyda olib borilgan bo‘ladi.

Dezbakteriozga yo‘l qo‘ymaslik uchun antibiotiklar bilan davolash nistatin, levorin, bifidumbakterin va boshqa zamburug‘larga qarshi vositalar bilan birgalikda olib boriladi.

Yuqoridagi davo usullari bilan birgalikda simptomatik davolash, maxsus parvarish olib borilishi lozim. Bolaning terisi, tabiiy burmalari, mavjud mahalliy yiringli o‘choqlari doimiy nazorat qilib turilishi va tegishli muolajalar vaqtida o‘tkazib turilishi shart.

Bolalar tuzalib kasalxonadan chiqarilgach, kasallikning og‘iryengilligiga qarab kamida 1-3 oy davomida dispanser kuzatuv ostida bo‘lishadi. Patronaj vaqtida hamshira ulardagi har qanday o‘zgarishlarni sinchkovlik bilan aniqlashi va shifokor bilan birga aniqlangan holatlarni bartaraf etish choralarini ko‘rishi kerak.

Profilaktikasi. Kasallikning profilaktikasi antinatal davrdanoq boshlanishi lozim. Jumladan, homilador ayollarni yuqumli va yiringli kasalliklardan asrash, to‘g‘ri ovqatlanishini ta’minlash va gigiyenik talablarga rioya qilinishini nazorat qilib borish shular jumlasidandir. Perinatal va postnatal davrlarda esa asosiy e’tibor aseptika va antiseptika qodalariga amal qilishga, bolaga qarovchi xodimlar va kishilarda yuqumli hamda yiringli kasalliklar bo‘lmasligiga, bolani faqat ona suti bilan boqilishini ta’minlashga, har qanday arzimas yiringli jarayonlarni vaqtida aniqlash, boshqa bolalardan ajratish va zudlik bilan davolash choralarini ko‘rishga qaratilgan bo‘lishi kerak.

Chaqaloqni bexosdan o‘limi sindromi

Chaqaloqni bexosdan o‘limi sindromi deb (ChBO‘S), emizikli yoshdagi go‘daklarni kutilmaganda ko‘pincha uyquda paydo bo‘lishi aniqlangan. Keyingi yorishlar shuni ko‘rsatadiki, ularda hech qanday ko‘rinadigan patologiyalar, ya’ni bu o‘limni tushuntrish sababini aniqlanmasligi kuzatiladi.

Narkulov Jakhangir

Sababi: ChBO‘Sni kelib chiqish sababi noaniq ekanligi ko‘rinib turibdi. ChBO‘S rivojlanish omilini qo‘yish uchun bevosita shu sindromini sababini kelib chiqishiga yo‘naltiriladi. Ular quyidagicha bo‘linadi:

I. Ijtimoiy:

– Ota-onaning zararli odatlari, asosan onalarda (chekish, alkogolizim, giyohvandlik v.h.).

– Ota-onaning kam bilimga ega bo‘lishi va bolaga to‘liq e’tibor bermaslik.

– Yumshoq (patli yostiq, bolaning matrasi, qattiq yo‘rgaklash)

II. Biologik.

– Sun’iy emizish:

ChBO‘S ni 2 varianti bor deyiladi.

1. Yurakni birlamchi to‘xtashi. Qorinchalarning fibrilyatsiyasiga bog‘liqligi, ikkilamchi miya o‘limiga yo‘naltirilgan bo‘ladi.

2. Nafas olishning birlamchi to‘xtashi. Keyin esa yurakning sekin to‘xtashi bilan namoyon bo‘ladi.

Hamshiralik parvarishi: ChBO‘S ni birlamchi profilaktikasi shunga yo‘naltirilganki, aholini tibbiy saviyasini va oilani rejalashtirish markazlari ishini amalga oshirish, homiladorlikni rejalashtirish vaqtida ayolni zararli odatlarini (chekish, alkogolizm, giyohvand moddalarni iste’mol qilishni rad etish, ovqatlanish ratsioniga, jismoniy harakatga, hayot tarziga, polivitaminlar, mineral preparatlarni har kuni iste’mol qilish kerak.

Chaqaloq tug‘ilgandan so‘ng ota-onalar uchun muhim:

1. Bolani beli bilan qoringa emas, iloji boricha yostiqsiz qalin matrasga yotqizib uxlatishga harakat qilinadi.

2. Shunga intilish kerakki, bola o‘zini krovatida, lekin ota-onasi bilan bir xonada uxlashi lozim.

3. Bolani isitib va sovutib yubormaslik qattiq yo‘rgaklamaslik.

4. Bolani oldida xonada chekmaslik.

5. Bolalarni o‘tkir hid, tovush, yorug‘liklar, qo‘zg‘atishlarning ta’siridan, birinchi navbatda uyqu paytida, shu bilan birga kunduzgi uyquda ham ehtiyot qilish zarur.

6. Bola hayotining 4 oyigacha hech bo‘lmaganda tabiiy emizishni iloji boricha saqlab qolish.

Narkulov Jakhangir

7. Bola yoshiga qarab massaj, gimnastika va chiniqtirishni o‘tkazish.

4.4. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarga hamshiralik parvarishi

Homiladorlik haftasi 37 hafta, vazni 2500 grammdan past va bo‘y uzunligi 45 sm.ga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar chala tug‘ilgan deb etirof etiladi. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarning pastki chegarasi qilib vazni 1000 gramm va bo‘yining 35 sm bo‘lishi belgilangan.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar darajalari quyidagilarga qarab aniqlanadi:

1. Tug‘ilgandagi vazniga qarab.
1-daraja – 2001 dan 2500 grammgacha.
2-daraja – 2000 dan 1501 grammgacha.
3-daraja – 1500 dan 1001 grammgacha.
4-daraja – 1000 grammdan ham kam.
2. Homiladorlikning muddatiga qarab.
1-daraja – 37-35 haftalik.
2-daraja – 34-32 haftalik.
3-daraja – 31-29 haftalik.
4-daraja – 29 haftalikdan kam.

Muddatiga yetmay tug‘ilsh sabablari

Homila tomonidan kelib chiquvchi sabablar. Homilagacha infeksiyasi (sitomegalovirus, toksoplazmoz, va h/k), tug‘ma anomaniyalar, xromosoma aberratsiyalari.

Ona tomonidan kelib chiquvchi sabablar. Preparatlarni qabul qilish (ichkilik, narkotiklar, chekish), yetarlicha ovqatlanmaslik va semirish, surunkali kasalliklar (buyrak, yurak va h/k). gestatsion qandli diabet, gipertoniya, ona organizmini infeksiyalanishi (zotiljam, infiluyensiya, oddiy gerpes va h/k).

Bachadon va yo‘ldosh bilan bog‘liq sabablar. Yo‘ldoshni noto‘g‘ri joylashuvi, homila pufagining muddatidan avval yorilishi, yo‘ldosh yetishmovchiligi, suvning ko‘pligi, servikal yetishmovchilik, bachadonning o‘zgarishi.

Narkulov Jakhangir

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarning anatomo-fiziologik xususiyatlari

Termoregulatsiya. Tana yuzasining kattaligi va termoregulatsiyani yetarlicha rivojlanmasligi natijasida, tashqi muhit ta’sirida, bola tanasi harorati osongina tushib ketadi yoki ko‘tariladi. Bundan tashqari ter ajratish faoliyatini yetarlicha rivojlanmasligi natijasida, ter ajralishi yetarlicha bo‘lmaydi va tana harorati ko‘tarilib ketadi.

Nafas. Gestatsiya yoshining 22 chi haftasigacha to‘qima va kapillarlar yetarlicha shakllanmagan, shuning uchun homila o‘pkasi gaz almashinuvini yetarlicha amalga oshirish holatida bo‘lmaydi. Gestatsiya yoshining 22–24-haftasidan boshlab hujayralar shakllanadi, lekin surfaktant ishlab chiqarishning yetishmasligi natijasida apnoe kelib chiqishi mumkin.

Ovqat hazm bo‘lish. Hazm qilish faoliyatini yetarlicha rivojlanmasligi va hazm qilish komponentlari miqdorining kamligi natijasida, regulyar ravishda uglevodlar, aminokislotalar va vitaminlar, boshqa ovqat komponentlari bilan bolani o‘sishi va rivojlanishi, shuningdek, suv elektrolit balansini yetarlicha ta’minlash maqsadida yetkazib berish kerak. So‘rish va yutish reflekslari gestatsiya yoshining 33–34-haftasidan rivojlanadi, shuning uchun bolani ovqatlantirayotganda aspiratsiyani oldini olish kerak.

Immunitet. Onadan immun tanachalari bolaga homiladorlikning oxirgi bosqichlarida, yo‘ldosh orqali homilaga o‘tadi, shuning uchun mudatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarda qondagi immunologlobulin miqdori past, shuningdek mustaqil ravishda anti tanachalar ishlab chiqarish past, bundan tashqari leykositlar xemotaksisi darajasi va fagotsitozi ham sust, bu esa bola ahvolining yomonlashishiga va infeksiya yuqishga olib keladi. Teri shox qavatining yetarlicha rivojlanmasligi natijasida terining himoya qilish funksiyasi yaxshi faoliyat ko‘rsatmaydi.

Jigar faoliyati. Jigar faoliyatining yetarli emasligi natijasida bog‘lanmagan bilirubinni bog‘langan bilirubinga o‘tishi va uni organizmdan chiqib ketishi pasaygan, bu bilirubinni to‘planishiga va giperbilirubinemiya rivojlanishiga olib keladi.

Narkulov Jakhangir

Buyraklar faoliyati. Koptokchalar filtratsiyasi faoliyati, buyrak kanalchalari va buyraklarda qon aylanishi juda sust, ularning yetishmovchiligi kuzatiladi.

Siydikni konsentratsiya qilish xususiyati past, shuning uchun tezda suvsizlanish va uremiya rivojlanadi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni morfologik belgilari. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni boshlari tanasidan katta va kindigi pastroqda joylashgan. Terisi nozik, jelatinsimon, tarang, hech qanday burmalarsiz. Birlamchi sochlar ko‘p miqdorda teri osti yog‘ qavati yetarlicha rivojlanmagan, ko‘krak va bosh suyaklari yumshoq. O‘g‘il bolalarda tuxumlar yetarlicha pastga surilmagan, qizlarda esa katta jinsiy lablar tashqarigacha chiqib turadi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni nevrologik belgilari. Normal tug‘ilgan bolalarda bukuvchi mushaklar aktivligi yuqori, bu esa oyoq-qo‘llarni bukilib turishiga sabab bo‘ladi. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni mushaklar tonusi sust va oyoq-qo‘llar yarim bukilgan holatda bo‘ladi. Mushaklar tonusini rivojlanishini pastdan boshga qaragan yo‘nalishida bo‘ladi. Gestatsiya yoshining 32-haftasigacha bukuvchi mushaklar tonusi, ya’ni oyoqlar tonusi ishga tushadi va son bilan tizzani buklash mumkin bo‘ladi. Gestatsiya yoshining 36-haftasidan oyoqlarni bukuvchi mushaklar faoliyati yaqqol bo‘ladi, bundan tashqari qo‘llar aktivligi kuzatiladi. Chaqaloq qaysi gestatsiya yoshida bo‘lmasin, mushaklar tonusini simmetrikligi, chap va o‘ng tomon mustaqil harakatlarining mutanosibligi, bolaning sog‘lomligidan darak beradi. Tremor, ta’sirchanlik mushaklar atrofiyasi, mushaklar regidligi, talvasa va boshqalar nevrologik o‘zgarishlardan darak beradi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar chegara fiziologik holatlari

Tana vaznining kamayishi. Gestatsiya yoshining 24–27-haftasida homila tana vazni kuniga 15-20 gr, haftasiga 100-150 gr ga ko‘payadi. Har bir bola tug‘ilganidan so‘ng tana vaznini fiziologik miqdorda kamaytiriladi, natijada bola tana vazni tug‘ilgandagi tana vaznidan farq qiladi. 1500-2000 gr tug‘ilgan

Narkulov Jakhangir

bolalarda tana vazni 10-15x ga, 2000-2500 gr tug‘ilgan bolalarda 5-10x kamayadi. Tana vaznining kamayishi 4-6 kunga borib eng yuqori cho‘qqiga yetadi.

Sariqlik. Qondagi bilirubin miqdori 5-7 ml/gl dan yuqori bo‘lsa kuzatiladi. Chaqaloqlarni 2/3 qismida kuzatiladi, bu esa fiziologik polisisemiya, eritrotsitlarni qisqa muddat yashashi, bilirubin metabolizmini yetarlicha rivojlanmasligi va organizmdan chiqib ketmasligi tufayli sodir bo‘ladi.

Markaziy nerv sistemasi faoliyatini buzilish hollari ham kuzatilishi mumkin, bilirubin konsentratsiyasini yuqoriligi hisobiga (bilirubin ensefalopatiyasi, kuchli sariqlik). Ba’zan sariqlikni kuchayishiga boshqa faktorlar ham ta’sir qilishi mumkin.

Bola tug‘ilganidan keyin 24 soatgacha paydo bo‘luvchi sariqlik (patologik holat hisoblanadi) darhol chora-tadbirlar qo‘llash lozim. Qon guruhlarining nomutanosibligi kasalliklari, tug‘ma anomaliyalar, infeksion kasalliklar.

Tug‘ilgandan 24 soat keyin 14 kungacha paydo bo‘lgan sariqlik. Fiziologik sariqlik, ona suti bilan bog‘liq sariqlik. Fiziologik sariqlik, ona suti bilan bog‘liq sariqlik, infeksion kasalliklar, gemolitik kasalliklar, polisistemiya hazm trakti o‘tkazuvchanligini buzilishi, nekrotik enterkolit, qon dimlanishlari, gematoma.

14 kundan keyin paydo bo‘lgan sariqlik ko‘krak suti bilan bog‘liq sariqlik, giant hujayrali genatit, bimear atreziya.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarishining 1 etapi tug‘ruqxonada 2 etapi maxsus bo‘limlarda olib boriladi va parvarish qilishda quyidagi shartlarni inobatga olish kerak:

1. Xona harorat rejimining doimiy bo‘lishini ta’minlash;
2. Issiq suv bilan uzluksiz ta’minlanish;
3. Sanitariya-gigiyenik talablarning yuqori saviyada bo‘lishi;
4. Yaxshi yoritilganlik;
5. Bolaga kerakli narsalar va asbob-uskunalarning yetarli miqdorda bo‘lishini ta’minlash.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqning tana haroratini doimiy saqlab turish uchun rezina isitgich (grelka) lar, isitib qo‘yilgan oqliklar, issiq karkaslar, isituvchi yo‘rgaklash stollari, elektrlashtirilgan grelka-karavotlar va kuvezlardan foydalaniladi

Narkulov Jakhangir

(chaqaloqni isitish ko‘nikmalari darslikning amaliy qismida bayon qilingan).

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni isitish muolajalari - bola 1500 grammdan past tug‘ilgan bo‘lsa 5-6 hafta, 1500-2000 gramm tug‘ilganda 2-3 haftagacha davom ettiriladi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarda asfiksiya holatining oldini olish maqsadida boshini balandroq qilib yotqizish va ovqatlantirish, cho‘miltirishdan oldin va keyin dastlabki 2-3 hafta davomida 10-15 soniyadan kislorod berib turish tavsiya etiladi. Bordi-yu asfiksiya boshlanib qolgudek bo‘lsa, bolaga namlangan kislorod beriladi, 5% yoki 10% li glukoza eritmasidan (zaruratga qarab 10% li kalsiy glyukonat eritmasidan qo‘shib) venaga yuboriladi. Shifokor nazorati ostida simptomatik davo choralari olib boriladi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarning kindik qoldig‘i va yarasini parvarish qilishda juda ham ehtiyot bo‘lish lozim. Ularda kindik qoldig‘i sog‘lom tug‘ilgan chaqaloqlarga qaraganda kechroq (2-haftada) tushadi. Bola vazni qanchalik past tug‘ilsa, kindigi shuncha kech tushishi kuzatiladi.

Kindik qoldig‘i tushib, yarasi bitib ketgach, chaqaloq albatta cho‘miltiriladi. Vazni 1500 grammgacha bo‘lgan bolalarning tana harorati beqaror bo‘lgani uchun dastlabki 2-3 hafta davomida cho‘miltirmasdan turish tavsiya etiladi. Cho‘miltirishda suvning harorati 38-39^{o}C, muddati 4-5 daqiqa, xona harorati esa 23-24^{o}C bo‘lishini ta’minlash kerak.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarning vazni kuniga 2-3 marta, ba’zida bundan ham ko‘proq tortib turiladi. Ular kamida bir oylik bo‘lib, vaznlari 2000 grammga yetgach, sayrga olib chiqiladi. Kuniga 2 marta oz-ozdan sayr qildiriladi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarning uylariga javob berilishida quyidagi mezonlarga e’tibor berish lozim:

1. Sog‘lomligi;
2. Vaznining oldingi holatiga qaytganligi;
3. Tana haroratining birmuncha turg‘un saqlanadigan bo‘lishi;
4. Vaznning ortib borishga yo‘nalganligi;
5. Ehtiyojiga tegishli bo‘lgan sutning hech bo‘lmaganda yarmini onasining ko‘kragidan ema olishi;

Narkulov Jakhangir

6. Kiritilgan qo‘shimcha ovqatlarni o‘zlashtira olishi. Yuqoridagi mezonlar bajarilgan taqdirda ham sog‘lom va tug‘ilgan vaqtida vazni 2000 gr.dan 2500 gr.gacha bo‘lgan chaqaloqlar 7 kunlik bo‘lganida, tana vazni 1501 gr.dan 2000 gr.gacha tug‘ilgan chaqaloqlar esa 7-10 kunlik bo‘lganlarida chala tug‘ilgan bolalarni parvarish qilishga moslashgan ikkinchi bosqich bo‘limlariga o‘tkaziladi va bunday bolalar uy sharoitida yashash uchun tayyor holatga kelganlaridan keyingina tegara shifokori va hamshirasi nazorati ostida uylariga javob beriladi. Parvarishning 3-etapi poliklinika sharoitida olib boriladi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni ovqatlantirish

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarni ovqatlantirish juda ham mas’uliyatli vazifa hisoblanadi. Ular chala tug‘ilganlik darajasiga, umumiy ahvoliga, so‘rish va yutish reflekslarining qanchalik rivojlanganligiga qarab ovqatlantiriladi. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarda yutish refleksi yaxshi rivojlanmagan bo‘lib, chalalik darajasi o‘ta yuqori bo‘lmasa, umumiy ahvoli qoniqarli deb hisoblansa, uni onasining ko‘kragiga 6-8 soatdan keyin tutish mumkin. Lekin har qanday holatda ham onasi birinchi marta bolani emizayotganida, hamshira ehtiyotdan birinchi yordam uchun kerakli narsalarni tayyorlab qo‘yishi kerak. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar ko‘krakni emishdan tez charchab qoladi va o‘ziga tegishli sutni oxirigacha ema olmaydi. Shuning uchun qolgan sut so‘rg‘ich yoki qoshiqchada berib to‘ydiriladi.

Bordi-yu chaqaloqda emish refleksi past, lekin yutish refleksi yaxshi ifodalangan bo‘lsa, bolani qoshiqchada yoki tomizg‘ich-da ovqatlantiriladi. Hozirgi vaqtda tomizg‘ichdan ovqatlantirish deyarli qo‘llanilmaydi.

Chaqaloqda emish refleksi ham, yutish refleksi ham rivojlanmagan bo‘lsa, uni odatda elastik polietilen zond orqali ovqatlantirish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Zond burun orqali kiritiladi, bu esa vaqti-vaqti bilan bolada emish va yutish reflekslarining paydo bo‘layotganligini kuzatib turish imkonini beradi (ovqatlantirish texnikasi amaliy qismda ko‘rsatilgan).

Chaqaloqni sutka davomida necha marta ovqatlantirish uning chalalik darajasiga va funksional jihatdan yetukligiga

Narkulov Jakhangir

bog‘liq. Aksariyat hollarda 7-8 marta ovqatlantirishni ma’qul deb hisoblanadi. Agar bola juda chala va biron xil kasallikka uchragan bo‘lsa, ovqatlantirish sonlarini 10 martagacha ko‘paytirish mumkin.

Hayotining birinchi kunlarida chaqaloq bir marta ovqatlanish uchun taxminan 5-10 ml, 2-kuni 10-15 ml, 3-kuni 15-20 ml gacha sut olishi mumkin. Chaqaloqning keyingi kunlarda qancha sut iste’mol qilishi quyidagi formulaga binoan aniqlanadi:

Cc = n + bola vaznining har 100 grammiga 10 *ml.*

Bu yerda n − bolaning hayot kunlarini bildiradi.

Masalan: Vazni 2100 gr bo‘lgan 3 kunlik bola bir kecha-kunduzda (3+10)x21=273 ml sut olishi kerak. Agar bola 7 marta ovqatlantirilsa, har safar taxminan 40 ml sut olib turishi kerak bo‘ladi.

Bola 10 kunlik bo‘lganida «sig‘imli» usulga binoan tana vaznining 1/8 qismi, 10-14 kunlik bo‘lganda 1/7 qismi, 14-21 kunlik bo‘lganda 1/6 va birinchi oyning oxirlariga borib tana vaznining 1/5 qismi miqdorida sut olib turishi lozim.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarga vitaminlar va mineral moddalar ham vaqtida kiritilishi lozim. Shuning uchun bolaning bir oyligidan boshlab meva sharbatlari, 2-3 oyligidan esa meva va sabzavot pyurelari berib turish maqsadga muvofiq. Bolaga 4 oyligidan boshlab tuxum sarig‘i ham bersa bo‘ladi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarga qo‘shimcha ovqatlar sog‘lom tug‘ilgan bolalarga beriladigan muddatlarda kiritiladi.

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloq iloji boricha onasining suti bilan boqilishi kerak, chunki qo‘shimcha kiritiladigan har qanday sun’iy sut mahsuloti hazm tizimining bolada yetarli rivojlanmaganligi natijasida to‘liq parchalanmaydi va so‘rilmaydi.

4.5. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar kasalliklari va ularda hamshiralik parvarishi

Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar uchun xarakterli bo‘lgan kasalliklar, klinik holatlari, davolash va asoratlari

1) Nafas buzilish sindromi (respirator distress sindrom)

Narkulov Jakhangir

Nafas buzilish sindromi noinfeksion patologik jarayon (birlamchi atelektaz, gialin membrana kasalligi, shish gemorragik sindrom) bo‘lib, bolaning perinatal va neonatal rivojlanish davrida kuzatiladi va nafas buzilishi bilan namoyon bo‘ladi.

Bola o‘pkasida dastlab bronx va alveolalar shakllanadi, keyinchalik alveolalarda yuzaki aktiv moddalar (YuAM) ishlab chiqariladi. U o‘pkani kengaytirib nafas olishni tashqaridan ta’minlaydi. Agar bu modda yetishmasa o‘pka yetarlicha kengaymaydi va nafas olish buzilishi kuzatiladi. Bu nafas olish buzilishi sindromi hisoblanadi. YuAM miqdorining yetarlicha ishlab chiqarilishi gestatsion yoshning 32-34 haftasiga to‘g‘ri keladi. Shuningdek gestatsion yoshning 32 haftasigacha tug‘ilgan bolalarda nafas olish buzilishi kuzatiladi.

Davolash uchun o‘rinni bosuvchi terapiya o‘tkazilib, bunda nafas yo‘llariga sun’iy YuAM yuboriladi, bunda tana holati doim o‘zgartirib turiladi. Sun’iy YuAM yuborilgandan keyin pozitiv bosim yordamida sun’iy nafas berish kerak (bosim tashqaridagidan yuqori bo‘lishi kerak). Sun’iy YuAM yuborilgandan keyin o‘pka faoliyati yaxshilansa ham arterial yo‘lakning ochilishi bilan pnevmotoraks holatlari kuzatiladi. Shuning uchun sun’iy nafasning o‘pka faoliyatlariga mos kelishi va shu bilan birga asoratlar bo‘lishi mumkinligiga ahamiyat beriladi.

2) Sepsis. Sepsis infeksiya o‘chog‘idan qonga mikroblarning doimiy yoki vaqt-vaqti bilan tushishi bo‘lib, birlamchi yoki orttirilgan immunodefitsit fonida kechadi.

Sepsis yuqumli kasalliklarning og‘ir ko‘rinishi bo‘lib bunda ko‘p hollarda umumiy ahvol yomonlashadi. Kasallikning qo‘zg‘atuvchisi bo‘lib, tillarang stafilokokk (asosan MRSK – metilenga rezistent stafilokokk), streptokokk, V guruhdagi koliform bakteriya va boshqalar hisoblanadi va ular onadan yoki kasalxona ichidagi gorizontal yo‘l orqali yuqadi. Bakteriyaga qarshi moddalar (antibiotiklar) yuborishdan oldin imkon qadar infeksiya o‘chog‘idan gemokultura olinadi, markaziy venoz kateter yoki qovuq kateteridan yuqadigan hollarda asboblar tashlab yuboriladi.

4.6. Go‘daklik davri kasalliklari. Raxit. Spazmofiliya

Bolalarda raxit – bu vitamin D yetishmovchiligi natijasida suyaklarni mineralizatsiyasi va suyak hosil bo‘lishi jarayoni

Narkulov Jakhangir

buzilishi, fosfor – kaliyli almashinuv sustlashishi natijasida paydo bo‘ladigan erta yoshdagi bolalar kasalligidir.

Etiologiyasi.

Vitamin D ning ultrabinafsha nurlar ta’siri ostida terida hosil bo‘lishining buzilishi yoki uni ovqat bilan organizmga yetarli miqdorda tushmasligi natijasida paydo bo‘ladigan gipovitaminoz D, raxit kasalligini rivojlantiruvchi asosiy omil hisoblanadi.

Raxit paydo bo‘lishida moyillik tug‘diruvchi omillarga quyidagilar kiradi: onaning surunkali kasalliklari, homiladorlikni asoratli kechuvi, chala tug‘ilganlik, ko‘p homilalik, sun’iy ovqatlantirish, bola kasalliklari, gigiyenik tartibga rioya qilmaslik, qoniqarsiz uy sharoiti, noxush ob-havo omillari, chiqindilar bilan havoning ifloslanishi, radionuklidlar bilan ifloslangan hududda yashash.

Patogenez:

Kasallikni rivojlanishida asosan vitamin D regulatsiya qiladigan fosfor-kalsiy almashinuvining buzilishi katta ahamiyatga egadir.

Viamin D yetishmovchiligida kalsiyni ichak devoridan o‘tishini ta’minlaydigan, oqsilni bog‘laydigan kalsiy sintezi kamayadi, natijada qonda kalsiy miqdori kamayadi. Mana shuning natijasida suyaklar yumshab, egri bo‘lib qoladi hamda yupqa tortadi.

Klinikasi. Kasallikning kechishida quyidagi asosiy davrlar farqlanadi:

1. Boshlang‘ich davri.
2. Avjiga chiqqan davri.
3. Rekonvalissensiya (tuzalish) davri.
4. Qoldiq belgilar davri.

Raxitning boshlang‘ich davri belgilari bolaning 1,5-2 oyligida, chala tug‘ilgan bolalarda esa 2-3 haftaligida paydo bo‘ladi va uning ilk belgilari asab tizimiga aloqador funksional o‘zgarishlar bilan xarakterlanadi:

1) Bola sababsiz, haddan tashqari ko‘p terlaydigan bo‘lib qoladi, shuning oqibatida unga issiqlik toshib, badan terisining bichilib turishi, ensa sohasining qichishishi va sochining to‘kilib ketishi kuzatiladi.

2) Bola hadeb cho‘chiyveradigan, sababsiz injiqlik qiladigan bo‘lib qoladi.

3) Uyqusi behalovat, notinch bo‘ladi.

Narkulov Jakhangir

Shuningdek, bolaning ichi tez-tez surilib turishi, siydigidan juda yoqimsiz shiptir hidi kelib turishi va yo‘rgagida juda mayda qum qolishi mumkin.

Raxitning boshlang‘ich davri 2-3 haftadan 2-3 oygacha davom etadi va bu davrning oxirlariga kelib suyak to‘qimasida o‘zgarishlar topiladi, bu o‘zgarishlar katta liqildoq chetlari, choklar hosil qiluvchi suyaklar chetlarining yumshoqroq bo‘lib qolishi va paypaslab ko‘rilganida, ayniqsa, ensa sohasida bo‘rtib turishi (kraniotabes) bilan ifodalanadi.

Kasallik boshlang‘ich davrida aniqlanmasa va tegishli davo qilinmaydigan bo‘lsa, u ikkinchi davrga o‘tadi, bunda ko‘pgina tizim va a’zolarda o‘zgarishlar paydo bo‘ladi, lekin suyaklarda belgilar yaqqolroq namoyon bo‘ladi.

Suyaklardagi o‘zgarishlar bolaning jismoniy rivojlanishiga va parvarish xususiyatlariga bog‘liq holda paydo bo‘lib boradi.

Masalan, ensaning yassi bo‘lib qolishi, peshona va tepa suyaklarida do‘mboqlarning paydo bo‘lishi, kalla syagining turli tomonga qiyshayib qolishi, ko‘krak qafasi shaklining o‘zgarib, «tovuq ko‘kragi», «etikdo‘z ko‘kragi» kabi ko‘rinishni olishi, bilak suyaklarining pastki uchlarida «bilakuzuklar» - kengaymalar paydo bo‘lishi, kichik chanoq og‘zining torayishi, oyoqlarning O yoki X simon shaklda qiyshayib ketishi, umurtqa pog‘onasining pastki ko‘krak va bel bo‘limida kifoz, gohida skolioz (ko‘krak bo‘limida) va lordoz (bel bo‘limida) paydo bo‘lishi, tishlarning kech va noto‘g‘ri chiqishi shular jumlasiga kiradi.

Suyak tizimidagi o‘zgarishlar bilan bir qatorda raxitda muskullar bo‘g‘im apparati tonusining pasayib ketishi – gipotoniyaga xos belgilar ham kuzatiladi:

1) Bo‘g‘imlarning bo‘shangligi natijasida bemorda katta hajmda harakatlar qilish imkoni paydo bo‘lib qoladi.

2) Bola o‘ziga xos vaziyatda bo‘ladi – u oyoqlarini chalishtirib o‘tirib, gavdasini qo‘llariga tirab oladi.

3) Umurtqa pog‘onasi kifoz yoki skolioz ko‘rinishida qiyshayadi (umurtqa pog‘onasi ko‘krak bo‘limidagi pastki ikki-uch umurtqa va ustki bel umurtqalari).

4) Qorni katta, uch bo‘lakli («baqaqorin») bo‘lib qoladi.

5) Maymoqlik paydo bo‘ladi.

Narkulov Jakhangir

Raxit bo‘lgan bolalarda harakat ko‘nikmalari kechikadi, bunday bolalar chetdan yordam olmasdan, o‘z holicha o‘tirishga, tik turishga, yurishga sog‘lom bolalarga qaraganda kechroq o‘rganadi.

Raxitda jigar va taloq kattalashishi, deyarli har bir bola (kasallikning avjiga chiqqan davrida) bir qadar ifodalangan anemiya bilan ham og‘rigan bo‘lishi aniqlanadi.

Kasallik avjiga chiqqan davr raxitning zo‘rayib borishi bilan xarakterlanadi, nafas a’zolari va yurak-qon tomirlar tizimida ham funksional o‘zgarishlar paydo bo‘ladi.

Rekonvalissensiya davri raxit simptomlarining susayib, keyinchalik esa asta-sekin qaytib ketishi bilan xarakterlanadi. Birinchi navbatda asab tizimiga aloqador simptomlar yo‘qoladi, suyaklari qattiqlashib, tishlar paydo bo‘ladi, statik va motor funksiyalar rivojlanib boradi, jigar bilan taloq kichrayadi, ichki a’zolar funksiyalaridagi o‘zgarishlar asta-sekin yo‘qolib ketadi.

Qoldiq belgilar, odatda, o‘rtacha og‘ir yoki og‘ir (II va III darajali) raxitni boshidan kechirgan 2-3 yoshli bolalarda kuzatilib, tishlar va suyaklar shakllarining o‘zgarib qolishi, ba’zan jigar bilan taloqning kattalashib qolgani, u yoki bu darajadagi anemiya bilan ifodalanadi.

Klinik ko‘rinishlarining og‘ir-yengilligiga qarab raxitning uch darajasi - I darajali (yengil), II darajali (o‘rtacha og‘ir) va III darajali (og‘ir) farqlanadi.

Raxitning I darajasida suyak to‘qimasidagi o‘zgarishlar sust rivojlangan bo‘lsa, II darajasida kasallik belgilari o‘rtamiyona rivojlangan bo‘ladi. Hozirgi vaqtda III darajadagi raxit kamdan-kam uchraydi va ko‘pgina tizim bilan organlarda biroz o‘zgarishlar bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanmasa va tegishli spetsifik va nospetsifik davo choralari ko‘rilmasa, bolaning qaddi-qomatida, suyak tizimida juda ham og‘ir va qaytarilmas qoldiq belgilar (asoratlar) qoldirishi mumkin. Bosh miyaning normal joylashuvining buzilishidan kelib chiqadigan patologik holatlar, ko‘krak qafasi shaklining buzilishidan kelib chiqadigan nafas olishga to‘sqinliklar, ayniqsa, bo‘lg‘usi onalar qizlarda chanoq suyaklarining deformatsiyalari, oyoqlarning haddan tashqari qiyshayib ketish hollari shular jumlasidandir. Yumshab qolishi,

Narkulov Jakhangir

uyquning notinchligi, suyaklardagi o‘zgarishlar, tishlar chiqishining kechikishi, harakat faolligining kechikishi va boshqalar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik va axlat tahlillari, qondagi kalsiy va fosfor miqdorini aniqlash, rentgenologik tekshiruvlar va boshqalar.

Laborator tahlil: Qon zardobida (normada 2,37-2,62 mmol/l) kalsiy va (normada 1,45-1,77 mmol/l) fosfor miqdori kamayadi. Kalsiy va fosfor nisbati buziladi (normada 2:1) ishqoriy fosfataza aktivligi oshadi, asidoz aniqlanadi.

Davolash: Kasallikni davolash kompleks, bola organizmda almashinuv jarayonlarini me’yorlashga va uni rezistenligini oshishiga qaratilgan nospesifik chora-tadbirlar asosida o‘tkaziladi.

Raxitni spesifik davolashda vitamin D qo‘llaniladi. Vitamin D sutkasiga 2000-5000 TB dan 30-45 kun mobaynida ichish tayinlanadi. Terapevtik ta’sirga erishilgandan keyin vitamin D ning davolovchi dozasini profilaktik dozaga almashtiriladi (400-500 TB) va bu dozani bola hayotining dastlabki 2-yili mobaynida har kuni va 3 yili qishki davrda qabul qiladi. Raxitni davolashda vitamin D_3 ning aktiv metabolitlari kalsiferol yoki kalsitrol bilan 3-4 hafta mobaynida kuniga 10 mkg va 1 mkg dozasi bilan o‘tkazish mumkin, so‘ngra vitamin D ning profilaktik dozasiga o‘tkaziladi.

Vitamin D preparatlari bilan davolashni Sulkovich sinamasi nazorati ostida o‘tkazish lozim (siydikni kalsiuriyaga tekshirish).

Hamshiralik parvarishi: 1) homiladorlar parvarishi: spetsifik va nospetsifik chora-tadbirlaridan tashkil topgan antinatal va postnatalga bo‘linadi.

Antinatal nospetsifik profilaktikaga kiradi:

– homilador ayol kuniga kamida 2-4 soat mobaynida toza havoda bo‘lishi bilan kun tartibiga rioya qilish.

– to‘la qiymatli oqsillar, mikro va makroelementlar, yetarli miqdorda vitaminlar bilan ratsional ovqatlanish (1 kunlik ovqat ratsioni quyidagilarni o‘z ichiga olishi kerak: go‘sht 180-200 g, baliq 100 g, tvorog 150g, sir 30 g, sut 0,5 *l*).

– Gestozlar va homiladorlikni ko‘tara olmaslikni oldini olish.

Narkulov Jakhangir

Spesifik profilaktikada polivitamin preparat gendevitni kuniga 1-2 drajedan tayinlash ko‘zda tutiladi. (1 draje tarkibida 250 TB vitamin D bor).

Bola parvarishi: postnatal nospesifik profilaktika bola hayotining dastlabki kunlaridan boshlanishi kerak va quydagilarni o‘z ichiga oladi:

1. Bolani to‘g‘ri parvarishlash.
2. Emizikli ayolni ratsional ovqatlanishi har kuni polivitamin preparatlarni qabul qilish bilan birga.
3. Ko‘krak bilan boqishni saqlab qolishni.
4. Ovqat va qo‘shimcha ovqatni o‘z vaqtida korreksiyalashni.
5. Qisman, ko‘krak va sun’iy ovqatlantirishni to‘g‘ri tashkillashtirishni.
6. Chiniqtiruvchi muolajalarni o‘tkazishni (badantarbiya, uqalash) va faol harakatlanish tartibiga rioya qilishni.

Gipervitaminoz D bu a’zo va to‘qimalarda toksik o‘zgarishlar va giperkalsiemiya bilan asoslangan, organizm intoksikatsiya natijasida paydo bo‘ladigan patologik holatdir. Vitamin D ni dozasi oshib ketganda yoki vitamin D ga sezuvchanlik individual oshib ketishi natijasida gipervitaminoz paydo bo‘ladi.

Patogenez: Gipervitaminoz D da kalsiyni ichakda so‘rilishi oshib ketadi va giperkalsiemiya rivojlanadi, natijada trubasimon suyaklarni o‘sish zonasida, buyrakda, tomir devorida, miokardda, o‘pkada va boshqa a’zolarda kalsiy tuzlari to‘planadi va bu qaytarib bo‘lmaydigan kalsinozga olib keladi.

Klinik manzarasi: Vitamin D bilan zaharlanishni o‘tkir va surunkali turi farqlanadi.

O‘tkir zaharlanish qisqa vaqt ichida (2-10 hafta) katta miqdorda vitamin D ni qabul qilishda rivojlanadi. Ichak toksikozi va neyrotoksikozi kasallikning asosiy belgisidir.

Surunkali zaharlanish vitamin D preparatini uzoq vaqt mobaynida (6 oydan ortiq) uncha katta bo‘lmagan miqdorda qabul qilish natijasida paydo bo‘ladi. Kasallikni klinik manzarasi nisbatan namoyon bo‘lgan zaharlanish bilan farqlanadi.

Laborator tahlil:

Qonni biologik tekshiruvida giperkalsiemiya va giperkalsiuriya sekinlashadi. Sulkovich sinamasi yordamida ham qonda katta miqdorda kalsiy borligini aniqlash mumkin.

Narkulov Jakhangir

Davolash: Vitamin D yuborishni zudlik bilan to‘xtatish va bemorni gospitalizatsiya qilish. Zaharlanish belgilarini yo‘qotish, a’zolarni faoliyatini tiklash, minerallar almashinuvini va organizmdan kalsiy chiqarilishini yaxshilash davolashning asosiy maqsadidir.

Spazmofiliya

Spazmofiliya – yosh go‘dak bolalar uchun xarakterli kasallik bo‘lib, faqat hayotining dastlabki ikki yilini yashab kelayotgan bolalarda uchraydi. Aksariyat bolalarda kasallik yashirin, latent holda kuzatilsa, bolalarning bir qismidagina xarakterli klinik simptomlar bilan ro‘yi-rost formada yuzaga chiqadi.

Spazmofiliya bilan raxit kasalligi orasida ma’lum bir bog‘liqlik borligi aniqlangan.

Spazmofiliyaning asosiy klinik ko‘rinishlari spazm bilan talvasalarga kalsiyning sezilarli darajada yetishmay qolishi va buning natijasida nerv oxirlarida qo‘zg‘aluvchanlikning kuchayib ketishi sabab bo‘ladi.

Spazmofiliya yilning har qanday faslida kuzatiladi, biroq ayniqsa, kunlar bulut bo‘lib turgan mahalda birdan ochilib, quyosh chiqib ketadigan ilk bahor kunlarida hammadan ko‘ra ko‘proq uchraydi.

Quyidagi holatlar spazmofiliya hurujlarining tutishiga sabab bo‘lishi mumkin:

1. Harorat ko‘tarilishi bilan o‘tayotgan qanday bo‘lmasin biror kasallik;
2. Me’da-ichak kasalliklari vaqtida tez-tez qusish;
3. Bolaning birdaniga qattiq yig‘lab bezovtalanishi;
4. Qattiq qo‘rqish yoki hayajonlanish;
5. Turli tibbiy muolajalar o‘tkazish va boshqalar.

Klinikasi. Kasallik yuqorida ta’kidlanganidek, ikki xil formada kechadi.

Ro‘y-rost spazmofiliya uchta klinik formada: laringospazm, karpopedal spazmlar va eklampsiya formalarida yuzaga chiqadi.

Spazmofiliyaning eng ko‘p uchraydigan formasi laringo-spazm, ya’ni ovoz tirqishining torayib qolishi bo‘lib, bola tinch turgan mahalda yoki qanday bo‘lmasin biron-bir yuqorida keltirilgan sabablar natijasida to‘satdan nafas olishi qiyinlashadi, nafas vaqtida o‘ziga xos xirillash eshitiladi, ovoz tirqishi

Narkulov Jakhangir

yumilib, bolaning yuzida qo‘rquv ifodasi paydo bo‘ladi, u og‘zini ochib, «havo olmoqchi bo‘ladi», badanining terisi ko‘karib, yuzi bilan gavdasi muzdek ter bilan qoplanadi. Bir necha soniyadan keyin bola shovqin bilan nafas oladi va nafasi asta-sekin asliga qaytadi. Bunday xurujlar kun davomida takror-takror tutib turishi ham mumkin.

Aksariyat bolalarda laringospazm izsiz o‘tib ketishi, lekin nafas uzoq to‘xtab qolgan hollarda bola o‘lib qolishi ham mumkin.

Spazmofiliyaning ikkinchi, nisbatan kamroq uchraydigan formasi -karpopedal spazmlar, ya’ni qo‘l-oyoq muskullari, ayniqsa, panja muskullarining tonik qisqarib turishi bo‘lib, xuruj tutgan vaqtda bola g‘alati ko‘rinishga kirib qoladi: yelkalari gavdasiga taqalib, qo‘llari tirsak bo‘gimlaridan bukilgan, panjalari pastga tushirilgan, go‘yoki «akusher qo‘li» holatini olgan bo‘ladi. Biroq ko‘pincha boshqa barmoqlar ham kaftga taqalgan holda turadi, shunga ko‘ra qo‘l panjasi musht holatida tugilgan bo‘ladi.

Oyoq muskullari ham qo‘llarga o‘xshab chanoq- son va tizza bo‘g‘imlarida, ko‘pincha bukilgan, oyoq barmoqlari va oyoq panjasining butun gumbazi oyoq tagiga qarab keskin bukilgan holatda bo‘ladi, shunga ko‘ra oyoq tagining terisi burmalar hosil qiladi. Qo‘1-oyoqlar muskullarining bunday qisqarishlari bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi va takrorlanib turishi mumkin.

Hammadan kam uchraydigan, ammo eng xatarli bo‘ladigan spazmofiliyaning og‘ir formasi eklampsiya bo‘lib, bunda butun tanadagi ko‘ndalang targ‘il va silliq muskullarga tarqaladigan kloniko-tonik talvasalar kuzatiladi.

Tonik va klonik talvasalar yakka hamda aralash holda ham paydo bo‘lishi yoki ketma-ket tutib turadigan bo‘lishi mumkin.

Klonik talvasalar hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda ko‘proq kuzatilsa, yoshidan oshgan bolalarda esa ko‘proq tonik talvasalar kuzatiladi.

Latent yoki yashirin spazmofiliya ro‘yi-rost formasiga qaraganda bolalarda ancha ko‘proq uchraydi va quyidagi doimiy simptomlari bilan namoyon bo‘ladi:

1. Xvostek simptomi − fossa canina (yonoq ravog‘i bilan og‘iz burchagi o‘rtasi) ga barmoq bilan ohista tukillatib urib

Narkulov Jakhangir

ko‘rilgan zahoti tegishli tomondagi og‘iz, burun yoki ko‘z qovog‘i muskullarining qisqarishi yoki tortishib qolishi kuzatiladi.

2. Lustningperonial simptomi – bola yig‘lab turgani sababli simptomini aniqlash mumkin bo‘lmagan mahalda qo‘llaniladi: n.perineus nervini ta’sirlab ko‘rish uchun kichik boldir suyagi boshchasining orqasi va sal pastiga bolg‘acha bilan urib ko‘riladi. Ayni vaqtda bolaning boldirini chap qo‘l bilan ushlab, oyoq panjasi erkin osilib turadigan holda tutilsa, bola oyoq panjasini dorzal tomoniga bukib, sal tashqari tomonga uzoqlashtiradi.

3. Trusso simptomi – latent spazmofiliyaning periferik asablar mexanik qo‘zg‘aluvchanligi kuchayishidan paydo bo‘ladigan simptomlari jumlasiga kiradi va bolaning yelkasi tomir-asab dastasiga jgut, manjetka yoki shunchaki barmoqlar bilan bir necha daqiqa bosib turiladigan bo‘lsa, qo‘lining panjasi, muskullari tortishib, qisqarib qolishi tufayli «akusher qo‘li» holatini oladi. Ushbu simptom Xvostek simptomi kabi doim ham kuzatilavermaydi.

Spazmofiliyaning yuqorida tasvirlab o‘tilgan ko‘rinishlari bir-biri bilan har xil tarzda qo‘shilgan holda uchraydi, vaqtida oldi olinmasa va tegishli davo choralari ko‘rilmasa, retsidivlanishi, ya’ni qaytalanishi mumkin.

Asoratlari. Spazmofiliya vaqtida aniqlanmasa va tegishli davolash o‘tkazilmasa, uzoq davom etgan laringospazmdan va ayniqsa, eklampsiya xurujlaridan so‘ng bola o‘lib qolishi, miyada turg‘un o‘choqlar paydo bo‘lishi, raxit bilan birga kechishida nafas organlarining kasalliklari avj olib ketishi xavfini tug‘diradi.

Oqibatlari. Vaqtida aniqlash va ko‘riladigan keskin chora-tadbirlar spazmofiliya xurujlarining kamayishi, batamom yo‘qolishi va izsiz tuzalib ketishiga olib keladi. Aksariyat hollarda bolalar 2 yoshdan oshgandan so‘ng ovqatlanishdagi kamchiliklarning keskin kamayishi va kalsiyga bo‘lgan ehtiyojning qondirilishi natijasida kasallik kamroq uchraydigan bo‘lib qoladi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas olishning to‘xtab qolishi, qo‘l-oyoqlarning tirishib tortishishi, kloniko-tonik talvasalar, yurakning to‘xtab qolishi va boshqalar.

Narkulov Jakhangir

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik va axlat tahlillari, qondagi kalsiy miqdorini aniqlash, rentgenologik tekshiruvlar o‘tkazish. Qonni bioximik tekshiruvda gipokalsiemiya, gipofosfatemiya alkaloz aniqlanadi.

Davolash. Spazmofiliya xurujlari boshlanib qolgan mahallarda shoshilinch choralar ko‘rilishi kerak. Buning uchun birinchi navbatda tinch sharoit yaratish, bolaning boshini sal yonga burgan holda yotqizib qo‘yish, lat yemasligi uchun boshi bilan qo‘l-oyoqlarini ehtiyotlik bilan ushlab turish kerak. Statsionar sharotida laringospazm xurujlari tutganda bolaning til ildizini shpatel bilan ta’sirlantirish, kislorodga bo‘lgan ehtiyojni qondirish maqsadida kislorodoterapiya o‘tkazish lozim.

Talvasa xurujlarini to‘xtatish uchun quyidagilar ishlatiladi:

1) 20-30 ml miqdoridagi harorati 38-40°C bo‘lgan 2% li xloralgidrat eritmasi (tozalov klizmasidan keyin) bilan klizma qilish (talvasalar to‘xtamasa, 20-30 daqiqadan keyin muolajani takrorlash kerak).

2) 0,2 ml/kg hisobidan olingan 25% li magneziy sulfatni 2 ml 0,5-1% li novokain eritmasiga qo‘shib muskul orasiga yuborish.

3) Fenobarbital tabletkasidan ichirish va shamlar ko‘rinishida har safar 0,005-0,01-0,015 g miqdorda, klizma yoki shamlar ko‘rinishida har safar 0,01-0,015 g dan ishlatish uchun barbamil qo‘llash.

4) Talvasa xurujlari tana harorati ko‘tarilishi bilan birga davom etayotgan bo‘lsa, 1 kg tana vazniga 1 mg hisobidan 2,5% li aminazin eritmasini muskullar orasiga yuborish ham maqsadga muvofiq hisoblanadi.

5) Kloniko-tonik talvasalar tez-tez tutib turgan, katta liqildoq bo‘rtib chiqib qolgan hollarda kalla ichi bosimini pasaytirish uchun orqa miyani punksiya qilib, 8-10 ml suyuqlik olib tashlash tavsiya etiladi.

Talvasalar bartaraf etilganidan keyin bir necha kun davomida kuniga 2 mahaldan fenobarbital, difenin va bromidlar berib turiladi. Kuniga 4-6 mahal bir choy yoki desert qoshiqdan 5% li kalsiy glyukonat 3-4 mahal 2-3 g dan ichirib turish tayinlanadi.

Narkulov Jakhangir

Hamshiralik parvarishi:

1. Toniko-klonik talvasalar, laringospazmda, nafas to‘xtashi natijasida xushni yo‘qolishida reanimatsiya (jonlantirish)ga o‘tkazish lozim.
2. Laringospazmda nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash.
3. Teriga sovuq suv sepish, til ildizini va yutqinning orqa devorini shpatel bilan ta’sirlash, zaruriyat bo‘lganda birinchi nafas paydo bo‘lguncha sun’iy nafasni o‘tkazish.
4. Xurujdan keyin ho‘l mevali sharbatlarni choy ko‘rinishida ichish lozim.
5. Oila a’zolariga kassalik va uning raxitga bog‘liqligi haqida bola holati haqida ma’lumot berish.
6. Bolaning kalsiyga boy taomlar bilan ovqatlantirish.
7. Bolaga osoyishtalik yaratish.

Ekssudativ diatez

Diatezlar yoki konstitutsiya anomaliyalari bolalar va go‘daklar patologiyasida muhim o‘rin egallab, organizmning muayyan rivojlanish davrida turli organ va tizimlarning funksiyalari hamda moddalar almashinuvining uzoq muddat beqaror bo‘lib turishi bilan xarakterlanadi, asab-boshqaruv mexanizmlari esa organlarning normal faoliyatini, butun moddalar almashinuvining bir tekis davom etishini ta’minlay olmasdan qoladi.

Konstitutsiya (organizmda tashqi va ichki ta’sirlardan qat’i nazar har qanday jarayonlar normal kechishi shart bo‘lgan holat)da anomaliyalari bor bolalar organizmi tug‘ma, nasldan o‘tgan, ba’zan esa turmushda orttirilgan individual xususiyatlari natijasida odatiy bo‘lgan tashqi ta’sirlarga javoban patologik reaksiyalar ko‘rsatishga moyil bo‘lib qoladi, bola organizmining atrof-muhitga moslanuvchanligi o‘zgaradi, o‘ziga xos reaktivlik yuzaga keladi. Agar ushbu ta’sir aniqlansa va vaqtida bartaraf etilsa, bu holat izsiz yo‘qolib ketadi.

Konstitutsiya anomaliyalarining hammadan ko‘proq o‘rganil-ganlari ekssudativ-kataral, limfatiko-gipoplastik va asab-artritik diatezlar hisoblanadi.

Narkulov Jakhangir

Ekssudativ-kataral diatez konstitutsiya anomaliyalari ichida eng ko‘p uchraydi va badan terisi hamda shilliq pardalarning juda nozik bo‘lib, salga yara-chaqa bo‘lib ketishi, allergiya bo‘lishi, infeksiyalarga qarshilikning kamayib ketishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Iqlimiy o‘zgarishlar, mavsumiy omillar ta’siri, ovqatning xili va boshqa ko‘pgina sabablar ekssudativ diatezning kelib chiqishi uchun asosiy sabablar hisoblanadi.

Ekssudativ diatezning klinik belgilarining paydo bo‘lishiga ovqat allergenlari (ayniqsa, ovqatning oqsil va yog‘ moddalari - sigir suti, tuxum), mahalliy fizik, kimyoviy ta’sirlar, iqlim, ob-havo sharotlari (sovqotish, issiqlab ketish), ehtiyotdan emlash uchun organizmga yuboriladigan dorilar va boshqalar asosiy omil bo‘lishi mumkin.

Ekssudativ diatezning asosiy belgilari hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda ko‘proq ifodalangan bo‘ladi. Diatezning dastlabki simptomlari bolalarning 3-5 oyligida, lekin bundan ko‘ra ilgariroq muddatlarda ham paydo bo‘lishi mumkin. Bola hayotining birinchi yili ikkinchi yarmi bilan ikkinchi yilining boshlarida diatez yaqqolroq namoyon bo‘ladi: bola hayotining ikkinchi yilining oxirlariga borib u susayadi va bola ulg‘aygan sayin ko‘pchilik bolalarda yo‘qolib ketadi, lekin ba’zi bolalar organizmining reaktivligi o‘ziga xos ravishda yumshoqroq holda saqlanib qolishi mumkin.

Klinikasi. Diatez turli yoshdagi bolalarda turlicha ko‘rinishda namoyon bo‘ladi. Ularni aniqlab olish uchun bolaning hayot anamnezi va allergologik anamneziga katta e’tibor qaratish lozim

Diatez avjiga chiqqan davrda odatda, u bolaning yuziga «yozib qo‘yilgandek» aniq bilinib turadi.

Diatezning erta paydo bo‘ladigan va uchraydigan belgilari terida o‘zgarishlar bo‘lib, bu o‘zgarishlar avvaliga boshning sochli qismida gneys ko‘rinishida yuzaga keladi: katta liqildoqning tevaragi bilan bosh tepasida yog‘li seboreya tangachalari hosil bo‘ladi. Seboreya tarqalishga moyil bo‘ladi, hadeganda qaytmaydi va ekzemaga aylanib ketishi mumkin. Gneys bilan bir vaqtda bo‘lada badanning bichilishi kuzatiladi: bichilish oldiniga chov, qo‘ltiqosti sohalarida, keyin esa

Narkulov Jakhangir

quloqlarning orqasi, bo‘yinda, bo‘gim sohalari va tizza bukimlarida bo‘ladi.

Bolalar yaxshi parvarish qilib turilishi, oqliklari yetarli bo‘lishi, har kuni vanna qilinishi, terisining burmalariga talk sepib turilishidan qat’i nazar, ularning badani bichilaveradi, bichilish uzoq davom etadi, davo choralari olib borilishiga qaramay, qaytmaydi va ekzemaga aylanishi ham mumkin. Teridagi o‘zgarishlar paydo bo‘lganidan keyin bolaning lunjlarida sutsimon toshmalar paydo bo‘ladi, lunjlar terisining cheklangan qismi qizarib chiqadi, unda oq tangachalar, pufakchalar paydo bo‘ladi. Pufakchalarning suvi asta-sekin, qo‘ng‘ir rangli qalin qora qo‘tirlarga aylanadi. Mana shunday ko‘rinish yuzda, ayniqsa, yaqqol ifodalangan bo‘ladi. Odatda ekzema qattiq qichishish bilan davom etadi, bola bezovta, besaranjom bo‘lib qoladi, chehrasi ochilmay, uyqusi buziladi va yetarli e’tibor qaratilmaganda terini qashlash ikkilamchi infeksiya kirishiga sabab bo‘ladi.

Ekssudativ kataral diatezning ikkinchi asosiy belgisi shilliq pardalarning o‘zgarishi bo‘lib, bolalarda tumov, konyunktivit, blefarit, faringit, angina, soxta bo‘g‘ma, astmatik komponent bilan yoki busiz o‘tadigan qaytalanuvchi bronxit sifatida namoyon bo‘ladi. Bunday bolalar o‘rta quloqning yiringli yallig‘lanishiga moyil bo‘lib qoladi, ularda siydik chiqarish yo‘llarining surunkali infeksiyalari ko‘proq kuzatiladi. Shilliq pardalardagi ushbu o‘zgarishlar arzimas sabablar natijasida kelib chiqadi, uzoq saqlanib turadi, ko‘pincha tez-tez qaytalanadi. Burun-halqumda qaytalanib turadigan katar (yallig‘lanish)lar burun-halqumda adenoid to‘qima o‘sib ketishiga, bodomcha bezlarining kattalashib ketishiga sabab bo‘ladi.

Bolalarning tili ko‘pchilik hollarda «geografik xarita» ko‘rinishida bo‘ladi (epiteliy bo‘rtib, ko‘chib turadigan joylar odatdagi och-pushti joylar bilan navbatlashib boradi).

Shilliq pardalarning tez shikastlanadigan bo‘lib qolishi natijasida bola noto‘g‘ri boqilsa turli darajadagi dispepsiyalar, ichning o‘zgaruvchan bo‘lib qolishi ko‘rinishidagi me’da-ichak kasalliklari kelib chiqadi.

Bo‘yin, ensa, jag‘osti sohasi, quloq atroflaridagi periferik limfa tugunlarining kattalashib ketishi ekssudativ diatezning

Narkulov Jakhangir

xarakterli belgilaridan hisoblanadi (chov va qo‘ltiqosti sohasi limfa tugunlari kamdan-kam hollarda kattalashadi).

Badan terisining kerkib turishi (pastozligi), bo‘sh, oqargan bo‘lishi, teriosti yog‘ qatlami va mushaklarning ilvillab qolganligi, biroz yog‘ bosishi ko‘pchilik bolalarda ekssudativ diatezning tashqi ko‘rinishlari hisoblanadi. Eti oriqlashgan bolalar deyarli kam uchraydi.

Ekssudativ diatezning bolada borligi sog‘lomligida ham, ayniqsa, kasallik davrida ham nojo‘ya fon hisoblanadi. Bunday bolalarda gripp, o‘tkir respirator kasalliklar ko‘proq kuzatiladi, kasalliklar odatda uzoq cho‘ziladigan bo‘ladi, aksariyat hollarda bir qancha asoratlar qolishiga sabab bo‘ladi.

Terida ekssudativ diatez alomatlari bo‘lishi ehtiyotdan emlash ishlarini o‘tkazishga ma’lum muddatgacha—to bularning hammasi bosilib ketgunicha monelik hisoblanadi. Bunday bolalarni ehtiyotdan emlash desensibillovchi terapiya asosida klinik remissiya boshlangan davrdagina juda ehtiyotlik bilan o‘tkaziladi: ba’zi bolalar epidemiologik jihatdan zaruriyat bo‘lgan hollardagina emlanadi.

Asoratlari. Ekssudativ diatezning belgilari aksariyat hollarda bola – hayotining 2-3 yiliga kelib yo‘qolib ketadi. Lekin ba’zi bolalardagi teri kasalliklari, bronxial astma, me’da-ichak yo‘lining spastik holatlariga moyillik ko‘pincha yashirin holda saqlanib qolishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida aniqlanib tegishli chora-tadbirlar ko‘rilganda (parvarishni to‘g‘ri yo‘lga qo‘yish, to‘g‘ri ovqatlantirish, allergik ta’sir qiluvchi omillarni bartaraf etish va hokazolar) diatezning yaxshi natijalar bilan o‘tib ketishiga erishish mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Boshdagi qazg‘oqlar, qichishish, bichilishlar, uyqusizlik, nafas qisishi, ichning surilishi, piodermiyalar va hokazolar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qon, siydikning umumiy tahlillari, ovqat kundaligi yuritish, turli xil allergik sinamalar o‘tkazish. Jarayonni o‘tkirlashuvida qonda eozinofillar miqdori oshib ketadi, qonning oqsilli tarkibi buziladi (gipo va disproteinemiya, albuminlar va gamma-globullinlar miqdorining kamayishi).

Limfatiko-gipoplasik diatez – LGD. LGD konstitutsiya anomaliyasi bo‘lib, ayrisimon bez va limfa tugunlarining generalizatsiyalangan kattalashishi, immunologik yetishmovchilik

Narkulov Jakhangir

bilan bir qator endokrin a’zolarning disfunksiyasi, atrof-muhitning ta’siriga moslashuvni pasayishi hamda allergik reaksiyalarga moyillik bilan farqlanadi.

Etiologiyasi. Diatezning rivojlanishida nasliylik, ona kasalliklari va og‘ir gestozlar, homiladorlik davrida ortiqcha ovqatlanish, bolalardagi cho‘ziluvchan yuqumli kasalliklar, ortiqcha uglevod va yog‘lar kiritish bilan bolani noratsional ovqatlantirish.

Klinik manzarasi. Diatez paydo bo‘lishi ko‘pincha 2 yoshdan - 7 yoshgacha kuzatiladi. Bolalar ortiqcha tana vazniga va disproporsional tana tuzilishiga ega bo‘ladi: nisbatan kalta tana va bo‘yin, qo‘l-oyoqlar uzun, toraygan ko‘krak qafasidir.

Tizimli va generalizatsiyalashgan xususiyatga ega miokard to‘qimalarning giperpiaziyasi xususiyati belgisidir. Barcha guruhdagi limfa tugunlari kattalashadi. Yutqindagi adenoid o‘smalar yaqqol rivojlangan bo‘ladi. Bodomcha bezlari kattalashgan bo‘ladi. Rentgenda ayrisimon bez involyusiyasi to‘xtagani sekinlashadi. Qonda yuqori limfasitoz aniqlanadi.

Nerv-artritik diatez (NAD). NAD – konstitutsiya anomaliyasi bo‘lib, purin almashinuvini buzilishi, MNS yuqori qo‘zg‘atuvchanligi hamda ba’zi ichki a’zolarni faoliyatini o‘zgarishi bilan farqlanadi.

Etiologiyasi. NAD asosan maktabgacha va kichik maktab yoshidagi bolalarda rivojlanadi. Kasallikni shakllanishiga purin almashinuvi kasalliklariga nasliy moyillik, og‘ir gestozlar, homiladorlarda buyrak va gepatobiliar tizim kasalliklari, onaning ovqatlanishi ratsionida yuqori miqdorda purin tutuvchi mahsulotlarni ko‘p bo‘lishi, bolani noratsional ovqatlantirishga moyillik tug‘diradi.

Klinik manzarasi. Diatezning paydo bo‘lishi yoshga bog‘liq. Bola hayotining birinchi yilida nerv tizimining yuqori qo‘zg‘aluvchanligi, notinch uyqu, ishtahaning pastligi, tana vaznining noraso oshib borishi. Purin almashinuvi mahsulotlari bilan MNS doimiy ta’sirlanishi erta ruhiy va emotsional rivojlanishiga olib keladi.

NAD bilan og‘rigan bolalar semizlikka qandli diabetga, bronxial astma, xafaqon kasalligi, almashinuvchi artritlar, o‘t va siydik tosh kasalliklari rivojlanishiga moyil bo‘ladi.

Narkulov Jakhangir

Davolash. Nospetsifik giposensibilizatsiyada antigistamin preparatlar, kislorod, absorbentlar, biologik faol qo‘shimchalar bilan ovqatlar, vitaminlar qo‘llaniladi.

Hamshiralik parvarishi.

1. Ochiq havoda yetarli miqdorda bo‘lishni ta’minlaydigan kun tartibini o‘rnatish muhimdir.

2. Ovqat ratsionidan barcha turdagi allergenlarni chetlatish

3. Ortiqcha tana vazniga ega bo‘lgan bolalarga yuqori miqdorda uglevod tutuvchi mahsulotlarni qabul qilishni cheklash (bo‘tqa, kisel, unli mahsulotlar).

4. Essudativ kataral diatezi bo‘lgan bolalarni iloji boricha ko‘proq ko‘krak suti bilan boqish tavsiya qilinadi. Ko‘kragi bilan boqayotgan ona allergenlar tutuvchi oziq-ovqat mahsulotlarini qabul qilishdan o‘zini tiyishi kerak.

5. Teri qoplamlarini mahalliy davolash uchun har kuni cho‘miltirish kerak.Teri va shilliq qavatlar gigiyenasiga e’tibor berish.

6. Yuqumli, somatik kasalliklarda teri shikastlanishini oldini olish.

7. Oila a’zolariga kasallik va uning asorati haqida ma’lumot berish. Olib borilayotgan parvarish ahamiyatini tushunadilar.

4.7. Bolalarni ovqatlantirish

Bolalarning to‘g‘ri va sog‘lom unib-o‘sishiga ta’sir ko‘rsatuvchi omillar ichida ovqatlanish nihoyatda muhim o‘rin tutadi. Bola ovqatlanishini to‘g‘ri tashkil qilish bolaning jismoniy, ruhiy rivojlanishini, yuqumli kasalliklarga va atrof-muhitning noqulay ta’sirlariga qarshilik ko‘rsatish qobiliyatining shakllanishini ta’minlab beradi.

Bolalarni ovqatlantirish turlari

Emizikli yoshdagi bolalarni ovqatlantirishning uch turi farq qilinadi:

1. Tabiiy, ko‘krak suti bilan ovqatlantirish.

2. Aralash, ko‘krak suti bilan birga qo‘shimcha sut bilan ovqatlantirish.

3. Sun’iy, sutli aralashmalar bilan ovqatlantirish.

Narkulov Jakhangir

Tabiiy ovqatlantirish, afzalliklari, ona sutining xususiyatlari

Tabiiy ovqatlantirish deb bolani hayotining birinchi yarim yiligacha faqat ona suti bilan, undan keyin ona suti va qo‘shimcha ovqatlar bilan birga boqishga aytiladi.

Yangi tug‘ilgan bolaning ovqatlanishi uchun tabiat yaratgan yagona mahsulot, eng yaxshi ovqat bu ona suti hisoblanadi. Ona sutining quyidagi afzalliklari mavjud:

1. Ona sutida bola uchun zarur oziq moddalarning hammasi zo‘r berib o‘sayotgan organizmning barcha ehtiyojlarini hammadan ko‘ra to‘la qondiradigan miqdorda bo‘ladi.
2. Ona sutidagi oqsillar, yog‘lar va uglevodlar hazm qilish va singish uchun o‘ta qulay nisbatda (1: 3: 6) bo‘ladi.
3. Ona sutidagi oqsillar mayda disperslangan fraksiyalar laktoalbumin, laktoglobulin va immunoglobulindan iborat bo‘ladi.
4. Ona sutidagi sut qandi beta-laktozadan iborat bo‘lib, bola ichagida atsidofil mikrofloraning vujudga kelishiga qulaylik yaratadi.
5. Ona sutida to‘yinmagan yog‘ kislotalari birmuncha ko‘proq bo‘ladi.
6. Ona suti bilan bola organizmiga immun omillar o‘tadi.
7. Ona suti bola organizmiga steril holda o‘tadi.
8. Ona suti bola organizmiga me’yordagi haroratda o‘tadi.
9. Ona suti tarkibidagi vitaminlar va mikroelementlar kam miqdorda bo‘lgan taqdirda ham hazm tizimidagi fermentlarning faqat ona sutigagina moslashganligidan to‘liq so‘rilish xususiyatiga ega.

Xulosa qilib aytish mumkinki, hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalar uchun ona suti hech narsa bilan almashtirib bo‘lmaydigan bebaho ovqat mahsulotidir.

Lekin bolani emizib boqishga monelik qiladigan turli xil sabablar va ayrim qiyinchiliklar bolani ona suti bilan boqilishiga vaqtincha yoki batamom to‘sqinlik qilishi mumkin. Quyida ana shu sabablar va qiyinchiliklar haqida to‘xtalib o‘tamiz.

Ko‘krak suti bilan boqishga monelik qiladigan sabablarning mutlaq va nisbiy turlari farqlanadi.

1. Mutlaq monelik qiladigan sabablarga quyidagilar kiradi:

a) Bola tomonidan bo‘ladigan sabablar:

Narkulov Jakhangir

– markaziy asab tizimining og‘ir kasalliklari;
– emolitik kasallik (hayotining dastlabki 7–10 kunida);
– og‘ir darajadagi chalalik (so‘rish va yutish reflekslarining yo‘qligi);
– respirator kasalliklarning og‘ir turlari;
– boshqa kasalliklar.

b) Ona tomonidan bo‘ladigan sabablar:
– buyrak kasalliklarining buyrak yetishmovchiligi bilan kechishi hollari;
– tug‘ma va orttirilgan yurak nuqsonlarining yurak-tomir yetishmovchiligi bilan kechishi, og‘ir kechayotgan endo- va miokarditlar;
– qon va qon yaratish tizimi kasalliklarining og‘ir formalari;
– diffuz-toksik buqoqning og‘ir darajali formalari;
– xavfli o‘smalar;
– o‘tkir ruhiy kasalliklar.

2. Nisbiy monelik qiladigan sabablar ko‘proq ona tomonidan bo‘ladi va ularga quyidagilar kiradi:
– silning faol turlari (BK+);
– zaxm kasalligi;
– toshmali va qaytalama tiflar;
– qorin tifi va paratiflar;
– qizamiq va suvchechak;
– kuydirgi va qoqshol;
– angina, gripp, zotiljam.

Ko‘krak suti bilan boqishga ona tomonidan bo‘ladigan qiyinchiliklarga yana ko‘krak uchlarining noto‘g‘ri shaklda bo‘lishi, ko‘krakning qattiqligi, ko‘krak uchlarining yorilishlari, mastitlar, galaktoreya misol bo‘ladi.

Ko‘krak suti bilan boqishga bola tomonidan ham ma’lum qiyinchiliklar va to‘sqinliklar bo‘lishi mumkin. Og‘iz bo‘shlig‘i va burundagi tug‘ma nuqsonlar va kamchiliklar (ustki lab yoki qattiq tanglayning bitmay qolishi, prognatizm, tug‘ma tishlar borligi va boshqalar) hamda og‘iz va burun bo‘shlig‘ining yallig‘lanish kasalliklari (og‘iz oqarishi, stomatitlar, o‘tkir rinofaringit va bochqalar shular jumlasiga kiradi.

Laktatsiyaning turli davrlarida ona sutining miqdori va tarkibi turlicha bo‘ladi. Chunonchi, ona ko‘kragidan dastlabki 2-3 kun mobaynida og‘iz suti, 4-5 kunlardan birinchi haftaning

Narkulov Jakhangir

oxirlarigacha oraliq sut, ikkinchi haftalardan boshlab yetilgan sut keladi.

Og‘iz suti – tarkibi qon zardobidagi oqsillarga o‘xshash, ta’mi sho‘rtangroq, sarg‘ish rangli, yopishqoq quyuq suyuqlik hisoblanadi. Og‘iz sutining tarkibida oqsillar deyarli 4 baravar, tuzlar esa 2 baravar, vitamin A va karotin, vitamin B, C, B, E, fermentlar, himoyalovchi immun omillar ko‘proq bo‘ladi. Og‘iz suti ko‘p kaloriya (100-150 kkat) beradigan, oson singiydigan va o‘zgarmagan holda ichak orqali surilib o‘ta oladigan xususiyatga ega. Kimyoviy tarkibi jihatidan bolaning to‘qimalariga juda yaqin turadi.

Hozirgi kunda bolalar erkin tartibda boqiladi, ya’ni bola xohlagan vaqtida onasini emishi mumkin.

Bolaning qanchalik to‘yib emganini, emizishdan oldin va keyin uni tortib ko‘rishdan tashqari, bir safar emizish bilan ikkinchi safar emizish o‘rtasidagi vaqtlarda bola o‘zini qanday tutishiga, og‘irligining o‘sib borishiga, ichining qanaqaligi va nechog‘li tez-tez kelib turishiga, necha marta siyishiga, shuningdek, umumiy ko‘rinishiga qarab ham bilib olish mumkin.

Bolani emizib boqishda har 1 kg tana vazniga 2-2,5 gr oqsil, 6-7 gr yog‘ va 12-14 gr uglevod talab qilinadi. Suvga bo‘lgan ehtiyoji esa 1 kg vazniga 150 ml.ni tashkil etadi.

Bola 1-1,5 oylik bo‘lganda vitaminlar va mineral moddalarga bo‘lgan ehtiyoji ortadi, shuning uchun ana shu vaqtdan boshlab unga meva va sabzavotlarning sharbatlaridan 3-5 tomchidan boshlab berib boriladi (olma, sabzi sharbatlari).

Sharbatlarni ovqatdan keyin berish maqsadga muvofiq, chunki ularda anchagina qand bo‘ladi va ovqatdan oldin iste’mol qilish bola ishtahasining pasayishiga olib keladi.

Bola aralash, sun’iy ovqatlantirishga o‘tkazish yoki hayotning birinchi oylarida ko‘krak bilan ovqatlantirish kechiktirilsa bola organizmining kuchsizlanishi, o‘sishi va rivojlanishdan orqada qolishi, ko‘pgina kasalliklarni (ovqatning yetishmasligi, raxit, anemiya va boshqalar) paydo bo‘lishi uchun sharoit yaratiladi.

Ovqatlanishi yetarli bo‘lmagan bolalar uzunligiga nisbatan tana vaznining yetishmasligi ovqatlanishning surunkali buzilishida jismoniy va nerv-ruhiy rivojlanishdan orqada qolishi, moddalar almashinuvining buzilishi va immunitetning pasayishi bilan xarakterlanadi.

Narkulov Jakhangir

Ovqatlanish yetarli bo‘lmagan darajasi tana vazni yetishmovchiligi bilan aniqlanadi.

I yengil — 10-20 %
II o‘rta og‘ir — 20-30%
III og‘ir — 30 % dan ortiq

Ovqatlanish yetarli bo‘lmaganlikning I darajasida namoyon bo‘ladi.

Ishtaha pasayishi, teri silliq, rangpar. Ichki a’zolar va fiziologik ajralmalar o‘zgarishsiz.

To‘qima turgori pasaygan va teri osti yog‘ qatlami qalinligi qorinda sezilarli kamaygan, lekin yuzda va qo‘l-oyoqlarda saqlangan. Ovqatlanish yetarli bo‘lmagan I darajasi tana vazni yetishmovchiligi bilan namoyon bo‘lmaydi.

Ovqatlanish yetarli bo‘lmagan II darajasida namoyon bo‘ladi.

Bola emotsional tonusining va faoliyatining pasayishi, apatiya, darmonsizlik, adinamiya, psixomotor faoliyati va nutq rivojlanishning orqada qolishi. Sezilarli ishtaha pasayishi. Teri qoplamlari rangparligi va quruqligi, uni qipiqlanishi. Teri elastikligi va to‘qima turgori pasayishi, mushaklarning yaqqol gipotoniyasi. Teri osti yog‘ klechatkasi yuzda saqlangan, lekin qorinda va qo‘l-oyoqlarda kamaygan yoki yo‘q. Vaznining oshib borishi notekis, qo‘l-oyoqlari doimo sovuq, taxipnoz, dag‘al nafas. Ko‘pincha qabziyat kuzatiladi.

Ovqatlanish yetarli bo‘lmagan III darajasida namoyon bo‘ladi. Tana uzunligi yoshiga nisbatan 7-10 sm kam. Umumiy ahvolidan o‘zgarishlar sezilarli; uyquchan, atrofdagilarga qo‘shilmaydi, qo‘zg‘aluvchan, yig‘loqi, rivojlanishi keskin ortda qolgan. To‘liq anoreksiya bola tashqi ko‘rinishidan skeletni eslatadi.

Bo‘shashgan quruq teri oqish kulrang rangda bo‘lib, dumba va sonlarida osiluvchi burmalar mavjud. Yuzi «qariyali» ajinli. Teri osti yog‘ qatlami hech qayerda yo‘q. To‘qimalarda turgor to‘liq yo‘q. mushaklar atrofiyalangan. Suvsizlanish belgilari yaqqol: katta liqildoq va ko‘z olmalari cho‘kkan, afoniya, konyuktiva va shox pardalari quruq. Lab shilliq qavatlari yaqqol bo‘yalgan, qorin ichiga tortilgan yoki tarang. Puls kam, kuchsiz, arterial bosim past, yurak tonlari bo‘g‘iq. Ko‘ngil aynishi, qusish ich kelishi ko‘paygan, siydik ajratishi oz.

Narkulov Jakhangir

Qo‘shimcha ovqatlantirish – bu ko‘krak yoshidagi bolalarni ko‘krak bilan ovqatlantirishga qo‘shimcha mahsulotlar va suyuqliklar bilan ovqatlantirishdir.

Qo‘shimcha ovqatlantirish mahsulotlarini 6 oyligidan keyin kiritish kerak.

Nima uchun qo‘shimcha ovqatlantirishni kiritish zarur.

Bola o‘sib borayotgan va faol harakatda bo‘layotganida birgina ona suti fiziologik talablarni qondirish uchun kamlik qiladi va qo‘shimcha ovqat mahsulotlarini kiritish zarur.

Qo‘shimcha ovqatlantirishda ovqat bolani asab-mushak koordinatsiyasini rivojlantirish uchun zarur.

Erta yoshdagi bolalarda tez o‘sish davrida sog‘liqni mustahkamlash, jismoniy rivojlanishini ta’minlash uchun ovqat mahsulotlarini o‘z vaqtida to‘g‘ri kiritish kerak.

Aralash ovqatlantirish, sabablari va qoidalari

Aralash ovqatlantirish deb, qandaydir sabablarga ko‘ra bola onasidan o‘ziga tegishli sutni ololmasligidan, o‘rnini boshqa sun’iy sut mahsuloti yoki sut aralashmalari bilan to‘ldirilgan holda ovqatlantirishga aytiladi. Bunda ona suti umumiy ovqat hajmining 3/5 qismini tashkil qiladi.

Aralash ovqatlantirishga bola hayotining birinchi kunlaridanoq yoki keyinchalik ma’lum sabablarga ko‘ra o‘tilishi mumkin.

Aralash ovqatlantirishga o‘tish sabablari uchta asosiy guruhga birlashtiriladi:

1. Onaga aloqador sabablar – birlamchi va ikkilamchi gipogalaktiya (sut ishlab chiqarilishining kamayishi), ona sutining sifatiy kamchiliklari, onadagi biror kasallikning qo‘zib qolishidan bolani ona ko‘kragiga tutishni kamaytirish zarurati tug‘ilgan holatlar.

2. Bolaga aloqador sabablar epdermiya, ekssudativ diatezning og‘ir va turg‘un ko‘rinishlari.

3. Ijtimoy va maishiy sabablar bolaning go‘daklar uylarida tarbiyalanishi va boshqalar.

Aralash usulda bolani ovqatlantirishda qo‘llaniladigan asosiy mahsulot sigir suti hisoblanadi. Hozirgi vaqtda oziq-ovqat

Narkulov Jakhangir

sanoati tomonidan turli xildagi tarkibi ona sutiga yaqinlashtirilgan sun'iy sut mahsulotlari («Nestle», «Bolajon», «Pahlavon», «Kichkintoy», «Malish» va boshqalar) ishlab chiqarilmoqdaki, ularni tayyorlash nihoyatda oson, onadan unchalik ko‘p vaqt talab qilmaydi va eng muhimi, turli xil vitaminlar va mikroelementlar bilan boyitilgan bo‘ladi.

Yuqoridagi sabablarga ko‘ra, bolani qo‘shimcha sut bilan boqishga zarurat tug‘ilsa, ona quyidagi qoidalarga qat'iy amal qilishi kerak:

1. Qo‘shimcha sut imkoni boricha har safar yangi tayyorlanishi kerak.
2. Qo‘shimcha sut albatta bola ona ko‘kragidan bor sutni emib bo‘lganidan so‘ng berilishi kerak.
3. Qo‘shimcha sut qoshiqchada yoki so‘rg‘ichda berilishi, bordi-yu so‘rg‘ichda berilsa, so‘rg‘ich kaltaroq, elastik, teshigi kichikroq bo‘lishini ta'minlash lozim.
4. Qo‘shimcha sutni hech qachon shirinroq qilishga urinmaslik kerak.
5. Qo‘shimcha sut ortib qolgan taqdirda faqat sovutgichda saqlanishi va berishdan oldin tana haroratigacha isitib olinishi shart.

Yuqoridagi qoidalarga amal qilinsa, bola iloji boricha ona ko‘kragidan ko‘proq sut emib olishga harakat qiladi va borib-borib onada sut ajralishining oshishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Aralash ovqatlantirishda ham bolaga 3,5-4 oyligidan boshlab qo‘shimcha ovqatlar kiritiladi.

Sun'iy ovqatlantirish, o‘tish sabablari, qoidalari

Sun'iy ovqatlantirish deb, bolani tug‘ilganidan boshlab yoki keyinchalik faqat sut aralashmalari yoki sun'iy sut mahsulotlari bilan boqishga aytiladi. Ona suti umumiy ovqat hajmining 1/5 qismini tashkil qilishi ham sun'iy ovqatlantirishga o‘tilganligidan dalolat beradi.

Bolani sun'iy ovqatlantirishga o‘tkazish sabablari onaning og‘ir kasalliklarga chalinib qolishi yoki onada sutning batamom yo‘qligi (yo‘qolib qolishi) bo‘lishi mumkin.

Narkulov Jakhangir

Bola sun’iy ovqatlantirilganda oziq moddalar(oqsil, yog‘, uglevodlar)ga bo‘lgan ehtiyoji tabiiy ovqatlantirilgandagiga nisbatan ko‘proq bo‘ladi (oqsil, yog‘, uglevodlar nisbati 1:1,5:3).

Agar bola aralash ovqatlantirib kelinayotgan bo‘lsa uni sun’iy ovqatlantirishga o‘tkazish ancha osonroq kechadi. Lekin tabiiy ovqatlantirishdan birdaniga sun’iyga o‘tkazishda juda ehtiyot bo‘lish kerak, bunda sun’iy ovqatlantirishni avvaliga suyultirilgan aralashmalardan boshlash (B-aralashma yoki B-kefir), 4-5 kun oralatib B-aralashma yoki B-kefir, 5—6 kundan keyin esa qaynatilgan sut yoki kefirga o‘tkazish mumkin. Sun’iy sut mahsulotlariga o‘tkazishda ham ehtiyotroq bo‘lish lozim. Oz-ozdan boshlab kerakli me’yorga yetkazib borish kerak bo‘ladi.

Bolaga beriladigan vitaminli turli xil mevali va sabzavotli sharbatlar sun’iy ovqatlantirishda tabiiy ovqatlantirishdagiga qaraganda 2-2,5 hafta ilgari, qo‘shimcha ovqatlar esa 1 oy oldin kiritilishi kerak.

Bolalarni sun’iy ovqatlantirib borishda quyidagi qoidalarga rioya qilib borish kerak:

1. Beriladigan aralashma yoki sutning harorati 40-45°C bo‘lishini ta’minlash.
2. So‘rg‘ichlar toza bo‘lishi va tegishli sharoitlarda saqlanishiga erishish.
3. So‘rg‘ichdan sutni tomchilab chiqarish. Shunda bola o‘ziga tegishli miqdordagi sutni 15-20 daqiqada so‘rib bo‘ladi.
4. Sut beriladigan shishachaning og‘zi sutga to‘lib turishini ta’minlash.
5. Uxlab yotgan bolaga sut berish mumkin emas.
6. Bolani ovqatlantirib bo‘lgach, biroz vaqt tik turib turish.
7. Sun’iy ovqatlantirilayotgan bolaning umumiy ahvoli va vaznini doim nazorat qilib dorish.

Qo‘shimcha ovqatlar kiritish qoidalari, muddatlari va turlari

Yuqorida aytilganidek, bola 4 oylik bo‘lganda ona suti miqdor jihatidan yetarli bo‘lsa ham sifat jihatidan yetishmay boshlaydi (bolaning to‘g‘ri o‘sishi va rivojlanishi uchun mineral moddalar yetishmaydi, yangi oziq moddalar talab qilinadi) va bolaga qo‘shimcha ovqatlar kiritishga zarurat tug‘iladi.

Narkulov Jakhangir

Qo‘shimcha ovqat vaqtida kiritilmasa moddalar almashinuvi buzilib, bola o‘sishdan orqada qola boshlaydi, kamqonlik rivojlanadi, kasalliklarga qarshilik qobiliyati pasayadi va nimjonlashib qoladi.

Qanday qo‘shimcha ovqat kiritilishidan qat’i nazar, quyidagi qoidalarga amal qilish shart:

1. Qo‘shimcha ovqatni bola onasini emib bo‘lgach berish.

2. 1-2 qoshiqchadan bera boshlash, 3-4 kun ichida ovqat miqdorini 150-200 grammgacha yetkazish va bitta emizish o‘rnini qo‘shimcha ovqat bilan almashtirish.

3. Bola bir turdagi qo‘shimcha ovqatga o‘rganib olgachgina unga ikkinchi bir qo‘shimcha ovqatni bera boshlash.

4. Bolaga beriladigan ovqat mayin va yutishga qulay bo‘lishi kerak.

5. Bolani asta-sekin qoshiqdan ovqat yeyishga va chaynashga o‘rgatib borish.

Ushbu qoidalarga amal qilgan holda bolaga qo‘shimcha ovqatlar kiritish jarayonini tibbiyot hamshirasi kuzatib boradi va tegishli maslahatlar berib turadi.

1. Bolaning 1-1,5 oyligidan meva sharbati 5-10 ml dan bera boshlanadi va asta-sekinlik bilan ko‘paytiriladi. Avvaliga tomchilab sutga aralashtirilgan holda, keyinchalik esa qoshiqchada beriladi.

2. Bola 4 oylik bo‘lganda unga meva yoki sabzavotlardan tayyorlangan bo‘tqa, yoki manniy bo‘tqasi 40-50 grammdan berila boshlanadi va asta-sekinlik bilan uning miqdori oshirib boriladi.

3. Bola 6 oylik bo‘lganida unga ikkinchi qo‘shimcha ovqat sifatida, agar birinchi qo‘shimcha ovqat sifatida meva yoki sabzavot bo‘tqasi kiritilgan bo‘lsa, manniy bo‘tqasi 35-40 grammdan kiritiladi va aksincha.

4. Bola hayotining 7-oyida unga uchinchi qo‘shimcha ovqat go‘shtli qaynatma sho‘rva (bulon) 5-10 ml dan kiritiladi.

5. Bola 8 oylik bo‘lganida to‘rtinchi qo‘shimcha ovqat kefir 50-100 grammdan kiritiladi.

6. Bola 9-10 oylik bo‘lganida unga go‘shtli frikadelkalar kiritiladi, ular 5-25 grammdan boshlab beriladi.

Qo‘shimcha ovqatlar berish bilan birga bolaga oqsil, yog‘ va uglevodlarga bo‘lgan ehtiyojini qondirish maqsadida 3 oyligidan

Narkulov Jakhangir

boshlab 1/4 miqdordan tuxum sarig‘i, 4 oyligidan 5-10 grammdan tvorog, 5 oyligidan pechenye, 8 oyligidan esa non berish mumkin.

Har qanday qo‘shimcha ovqat yuqorida aytilgan qoidalarga qat’iy rioya qilingan holda, bolaning barcha fiziologik bo‘sha-lishlarini nazorat qilib borish bilan kiritilishi lozim (qo‘shimcha ovqatlarni tayyorlash amaliy qismda bayon etilgan).

Bir yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish

1 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarni ovqatlantirishda ovqatlar har xil masalliqlardan tuzilgan bo‘lishi, suyuq va yarim suyuq ovqatlar asta-sekinlik bilan quyuqroqlari bilan almashtirib borilishi kerak.

Bola ratsionining to‘la qimmatli bo‘lishini ta’minlash maqsadida bolaning har bir kilogrammiga 4 g oqsil, 4 g yog‘ va 15-16 g uglevodlardan iborat ovqatlar beriladi. Bolaga beriladigan oqsillarning 75% ni hayvon oqsillari tashkil qilishi kerak. Bolaga 1,5 yoshligigacha yog‘lar sariyog‘, smetana va qaymoq ko‘rinishida, undan keyin esa o‘simlik moylari sifatida kiritilsa bo‘ladi. Lekin shunda ham o‘simlik moylarining miqdori umumiy yog‘lar miqdorining 15% dan oshib ketmasligi lozim. Bolaga mazkur yoshda avvaliga 700 ml, keyinchalik esa kamida 500 ml dan sut berib turish kerak. Tuxum kunora bittadan bera boshlanadi va keyinchalik har kuni bittadan beriladi.

Bolaning ovqatida meva va sabzavotlar, oshko‘klar ko‘proq ishlatilishiga katta e’tibor berish kerak. 1-3 yoshli bolalarning suvga bo‘lgan ehtiyoji har bir kilogrammiga 80 ml ni tashkil qiladi.

Aksariyat 1-1,5 yoshdan oshgan bolalar 4 mahal ovqat-lanishga o‘tishadi. Bolani ana shu vaqtdan boshlab ovqatlanish rejimi (tartibi)ga o‘rgatishga harakat qilish kerak.

1-1,5 yoshgacha bo‘lgan bolalarning sutkalik ovqat hajmi 1000-1100; 1,5-3 yoshlarida esa 1200-1300 gr bo‘lishi kerak.

Maktabgacha tarbiya va maktab yoshidagi bolalarning ovqatlanishi ham o‘ziga xos xususiyatlarga ega. Maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarning oqsil va yog‘larga bo‘lgan ehtiyoji 3,5-4 g ni, uglevodlarga bo‘lgan ehtiyoji esa 10-15 g ni, kichik

Narkulov Jakhangir

maktab yoshidagi bolalarda oqsil va yog‘larga ehtiyoj 3-3,5 g ni, uglevodlarga ehtiyoj 10-15 g ni tashkil etsa, katta maktab yoshidagi bolalarda bu ko‘rsatkichlar tegishli ravishda 2,5 g va 9-10 g ni tashkil qiladi.

Maktab va maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalar 4 mahalli ovqatlanish rejimida bo‘lishlari maqsadga muvofiqdir. Maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarning sutkalik ovqat hajmi 1800 ml, sutkalik kaloriyasi 2300 kkal ni, maktab yoshidagilar uchun esa bu ko‘rsatkichlar 2 l va 2800-3000 kkal ni tashkil qiladi.

Maktabgacha tarbiya muassasalari va maktablarda bolalarning ovqatlanishini bog‘cha va maktab shifokorlari va hamshiralari tashkil qilishlari, uni muntazam nazorat qilib borishlari va bu ishda ota-onalar bilan yaqindan hamkorlik qilishlari kerak. Oshxonalar va u yerda ishlovchi xodimlarni har tomonlama (tibbiy ko‘rik va laborator tekshiruvlar) nazoratdan o‘tkazib turish, haftalik ovqatlanish uchun taomnoma tuzish, tayyorlanadigan ovqatlar uchun taqsimlagich tuzish va tayyorlangan ovqatlarning sifatini nazorat qilish tibbiyot xodimlarining doimiy vazifalari hisoblanadi.

Ovqatlanishning asosiy ko‘rsatkichlari tana og‘irligi va bo‘y uzunligi quyidagi formula bilan aniqlanadi: OB =bola og‘irligi, kg/ bo‘y uzunligi 2,2.

Ogirlik bo‘y indeksi guyidagi standartlar orqali baholanadi -3CO, -2CO, -1CO, 0, +3CO,+2CO,+2CO,+1CO.

Agar bolaning ko‘rsatkichlari −3CO atrofida bo‘lsa, bunday bola yordamga muhtoj og‘ir hisoblanadi. Ovqatlanishning bunday holati kuchli oqsil energetik yetishmovchligini ko‘rsatadi.

OB ko‘rsatkichlari −2CO va-1CO atrofida bo‘lsa, bunday bola ozg‘in hisoblanadi. Bola doim nazoratda bo‘ladi.

OB ko‘rsatkichlari −1CO va +1CO atrofida bo‘lsa, bunday ko‘rsatkich normal hisoblanadi.

OB ko‘rsatkichlari +1CO va +2CO atrofida bo‘lsa, bolaning bunday holati meyoridan ortiq hisoblanadi. +3CO dan balandlik semizlik hisoblanadi.

Oziqlanishning kamayib ketish sabablari:

− alimentar faktor noratsional ovqatlanish;

Narkulov Jakhangir

– og‘ir kasalliklar o‘tkir va surinkali somatik va surunkali kasalliklar;

– emotsional va ijtimoiy faktorlar.

Muammoni hal qilish yo‘li:

– bolani 2 yochgacha ko‘krak suti bilan ovqatlantirish;

– yoshgacha bo‘lgan bolalarni ratsional ovqatlantirish;

– bolalarda uchraydigan kasalliklarning oldini olish.

Ortiqcha ovqatlanish sabablari:

– elimentar faktor bola organizmiga ko‘p miqdorda uglevodga yog‘ mahsulotlariga boy oqsil moddalarning organizmga kirishi;

– konsitutsional va irsiy patologiya;

– endokrin, asab patologiyasi.

Muammoni hal qilish yo‘li:

– ovqatlanishda oqsil, uglevod, yog‘ mahsulotlari, mikroelementlarni kerakli miqdorda ta’minlash;

– harakatning aktivligini oshirish;

– organizmdagi kasalliklarni davolash.

IV bob UCHUN NAZORAT SAVOLLARI

1. Oy kuni yetib tug‘ilgan chaqaloq deb nimaga aytiladi?
2. Oy kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqning belgilarini ayting.
3. Apgar shkalasi qanday belgilar asosida baholanadi?
4. Chaqaloqlarda bo‘ladigan fiziologik holatlarni ayting.
5. Fiziologik sariqlik qanday kechadi?
6. Kataral vulvovaginitni bilasizmi?
7. Fiziologik mastit nima?
8. Chaqaloqlarga tug‘ruqxonada qanday emlashlar o‘tkaziladi?
9. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloq deb nimaga aytiladi?
10. Muddatiga yetmay tug‘ilish sabablarini ayting.
11. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloq belgilari nimalardan iborat?
12. Bolalarni ovqatlantirish necha turga bo‘linadi?
13. Ona sutining afzalliklarini bilasizmi?
14. Ko‘krak suti bilan boqishga moneliklarni sanab bering.
15. Qo‘shimcha ovqatlar va ularning turlarini ayting.
16. Asfiksiya nima?
17. Asfiksiyaga olib keluvchi omillar.

Narkulov Jakhangir

18. Tug‘ruq shishi nima?
19. Chaqaloqlarda gemolitik kasalligini sababi nima?
20. Chaqaloqlardagi chilla yarasini bilasizmi?
21. Raxit kasalligini sababi nimalardan iborat?
22. Raxit kasalligini belgilarini ayting.
23. Spazmofiliya qanday kasallik?
24. Spazmofiliya qanday klinik ko‘rinishda kechadi?

Narkulov Jakhangir

V bob. KASALLIKLARDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHI

5.1. Nafas olish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi

Nafas a’zolari kasalliklari, ayniqsa, zotiljam (pnevmoniya) bolalarda va aksariyat go‘dak bolalarda uchraydigan kasalliklar orasida asosiy o‘rinlardan birini egallaydi. Nafas a’zolari kasalliklari bolalarni poliklinika va davolash muassasalariga kelib turishga majbur etadigan eng ko‘p uchrovchi sabablardan hisoblanadi.

Bola organizmining morfologik, fiziologik xususiyatlari, immunologik reaktivligining holati, yo‘ldosh kasalliklar – raxit, konstitutsiya anomaliyalari, gipotrofiyalar bo‘lib turishi, shuningdek, atrof-muhit omillari ta’siri, bolaning boqilishi, iqlim sharoitlari va boshqalar ta’sirida pnevmoniyalar bolalarda, ayniqsa, emadigan bolalarda ko‘proq uchraydi va og‘irroq o‘tadi.

Emadigan bolalar o‘rtasida uchrayotgan o‘lim holatlarining aksariyat sababi ham nafas a’zolari kasalliklari hisobiga to‘g‘ri keladi. Chunki organizmning barcha faoliyati uning nechog‘li kislorod bilan ta’minlanishiga bog‘liq, to‘qimalar va a’zolarda kechuvchi moddalar almashinuvi jarayonlari ham ma’lum chegaradagi kislorod ishtirokidagina normada davom etadi. Nafas a’zolari kasalliklarida esa ana shu muhim vazifa izdan chiqadi. Demak, o‘sib rivojlanayotgan organizmda boshqa patologiyalar kelib chiqishiga ham imkoniyatlar paydo bo‘la boshlaydi.

O‘tkir rinofaringit

Rinit – burun shilliq pardasining yallig‘lanishi bo‘lib, emizikli bolalarda rivojlanadigan har qanday rinit rinofaringit hisoblanadi, chunki patologik jarayon bir yo‘la burun bilan burun-halqumga, ba’zan esa hiqildoq, bronxlarga ham tez tarqalish xususiyatiga ega.

Narkulov Jakhangir

Etiologiyasi. Kasallik aksariyat hollarda havo-tomchi yo‘li bilan yuqadigan adenovirus infeksiya, gohida esa termik, mexanik, kimyoviy ta’sirlar natijasida kelib chiqadi. Kasallikning kelib chiqishida parvarishdagi nuqsonlar – bolani sovuq xonada qoldirish, beshikda bola yuzini ikki tomondan ochiq qoldirish, terlab turgan bolani yo‘rgakdan va beshikdan yechib olish va boshqalar ham sabab bo‘lishi mumkin.

Klinikasi. Bolalarda rinofaringit har xil o‘tishi mumkin. Tana harorati ko‘tarilishi yoki normada ham bo‘lishi mumkin. Bolaning burnidan avvaliga och rangli tiniq suyuqlik kela boshlaydi, bu suyuqlik tez orada shilimshiq yoki yiringli tusga kiradi, aksira boshlaydi. Burun odatda shu qadar bitadiki, bola burni bilan nafas ololmay, ko‘krakni emishga ham qiynala boshlaydi. Bola ko‘krak uchini og‘ziga solib so‘ra boshlaydi-yu, lekin tez chiqarib tashlaydi. Bola emmay qolishdan tana vazni kamayib ketadi, uyqusi buziladi, juda behalovat bo‘lib qoladi. Bunga ko‘pincha qayt qilish ham qo‘shiladi, ichi suyuqlashadi, qorin dam bo‘lib, diafragma ko‘tariladi va nafas olish yanada qiyinlashib qolishi mumkin. Bola og‘zi bilan nafas olib, havoni yutadi – aerofagiya, bu ham o‘z navbatida qorin dam bo‘lishini kuchaytiradi.

Asoratlari. Rinofaringitning ko‘p uchraydigan asoratlari o‘rta quloqning o‘tkir yallig‘lanishi (otit), laringit, bronxit, pnevmoniyalar hisoblanadi.

Oqibati. Rinofaringitning oqibati infeksiyaning virulentligiga, bolaga qilinadigan parvarishning to‘g‘ri-to‘g‘rimasligiga, davolashning qanchalik erta boshlanganligiga bog‘liq. Hayotining dastlabki oylarini yashab kelayotgan bolalarda juda ehtiyot bo‘lish talab qilinadi, katta yoshdagi bolalarga yaxshilik bilan tugaydi va kasallik eson-omon o‘tib ketadi.

Hamshiralik tashxislari. Burunning bitib qolishi, burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi yoki ololmaslik, burundan suyuqlik ajralib turishi, emishning qiyinlashuvi, bezovtalik, qorinning dam bo‘lishi, ich surilishi va boshqalardan bolalar qiynaladi.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Birinchi navbatda burun orqali nafas olishni tiklash choralari ko‘rilishi lozim. Bolani har safar emizish oldidan har bir burun teshigiga 1:1000 nisbatdagi adrenalin eritmasidan 2 tomchidan tomizib, keyin kuniga 2

Narkulov Jakhangir

mahal 2% li protargol yoki kollargol eritmasidan 4 tomchidan tomizib turiladi. Boshqa dorilardan 1%li efedrin eritmasi, naftizin, galazolin eritmalaridan ham ishlatish mumkin.

Burun teshiklarining atrofi bilan ustki labga (suyuqlik ta'sirida ilvirashning oldini olish maqsadida) vazelin surtib turish lozim. Bolani to'g'ri ovqatlantirib borish(zaruratga qarab sog'ilgan sut bilan boqish), oyoqlariga vannalar qilish, gorchichnik yoki grelkalar qo'yib turish ham yaxshi naf beradi.

Profilaktikasi. O'tkir rinit va rinofaringitning oldini olishda asosiy e'tibor bolani parvarish qilishda kamchilliklarga yo'l qo'ymaslikka qaratilmog'i kerak. Ayniqsa, chaqaloqlar parvarishida xona haroratiga katta e'tibor qaratishga to'g'ri keladi. Bolalarni sovqotib qolishini oldini olish choralari ko'rilishi lozim.

Surunkali (xronik) tonzillit

Surunkali tonzillit – halqum limfoid to'qimasining uzoq davom etadigan yallig'lanish jarayoni bo'lib, umumiy intoksikatsiya alomatlari va mahalliy o'zgarishlar bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Surunkali tonzillitda bodomcha bezlari lakunalarida tiqinlar paydo bo'ladi yoki bosib ko'rilganda ulardan yiringsimon suyuqlik chiqib, ba'zan og'izdan qo'lansa hid keladi. Bodomcha bezlari oldingi ravoqlar bilan qo'shilib, hatto bitib ham ketadi, oldingi ravoqlarning aksariyat hollarda qizarib turganligi aniqlanadi.

Etiologiyasi. Surunkali tonzillit qo'zg'atuvchilari streptokokklar, stafilokokklar, pnevmokokklar va boshqa mikroorganizmlar bo'lishi mumkin. Aksariyat hollarda tez-tez qo'zib turadigan anginalar ham asta-sekinlik bilan surunkali tus olishi kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallikning oddiy va toksiko-allergik turlari farqlanadi. Oddiy turi bolaning umumiy ahvolini deyarli o'zgartirmasdan davom etadi. Toksiko-allergik turi esa, qish-bahor va kuz-qish paytlarida qo'zib turishi bilan xarakterlanadi va tana haroratining ko'tarilishi, organizmning zaharlanish belgilari (bosh og'rig'i, tez charchash, darmonsizlik va boshqalar) bilan namoyon bo'ladi. Tomoqda bodomcha bezlari

Narkulov Jakhangir

haddan tashqari kattalashadi, og‘riq kuchayadi, ovqat tomoqdan o‘tmasdan qolishi ham mumkin.

Kasallik uzoq davom etganda bolaning bo‘g‘imlari va yurak sohalarida og‘riqlar paydo bo‘lishi kuzatiladi. Bu patologik jarayonning boshqa a’zo va tizimlarga asoratlar bera boshlaganidan dalolat beradi. Shuning uchun surunkali tonzillit yurak (kardiotonzillyar sindrom), buyrak (o‘choqli va diffuz nefrit), o‘t pufagi(angioxolesistit), bo‘g‘imlar (poliartrolgiya) va boshqa organlarda ham o‘zgarishlar paydo bo‘lishi bilan o‘tadigan o‘choqli infeksiya manbai bo‘lib qolishi mumkin. Aksariyat hollarda revmatizm boshlanishidan oldin albatta surunkali tonzillitning qo‘zishi kuzatiladi va revmatizmning kechishi va oqibatlarining og‘irlashib qolishiga sabab bo‘ladi.

Asoratlari. Surunkali tonzillit yuqorida aytib o‘tilganidek, o‘choqli infeksiya manbai sifatida revmatizm, nefrit, yurakning turli xil zararlanishi kabi asoratlar qoldirishi mumkin.

Oqibati. Kasallik vaqtida aniqlangach, kompleks davo choralari o‘tkazilganda batamom tuzalib ketishi yoki hech bo‘lmaganda asoratlarining oldi olinishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Tomoqdagi og‘riqlar, tana haroratining ko‘tarilishi, ovqat o‘tmasligi, bosh og‘rig‘i, bo‘g‘imlardagi og‘riqlar, yurak sohasidagi og‘riqlar, darmonsizlik va boshqalardan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, elektrokardiografiya, qon ivuvchanligi va qon oqish vaqtini aniqlash va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Davolash konservativ va jarrohlik usullari bilan amalga oshiriladi. Konservativ davolashda iqlim omillaridan foydalanish tavsiya etiladi, fizioterapevtik muolajalar, tegishli dori-darmonlar bilan mahalliy va umumiy davo o‘tkaziladi.

Havo, quyosh va suv kabi tabiiy omillardan foydalanish yaxshi naf beradi. Fizioterapevtik muolajalardan har kuni butun badanni yoki bodomcha bezlari sohasini ultrabinafsha nurlar yordamida nurlantirish yoki novokain, penitsillinli elektroforez o‘tkazish buyuriladi. Davolash kurslari 15–20 muolajani o‘z ichiga oladi, zarur bo‘lgan taqdirda, 2-3 oydan keyin davoni takrorlash tavsiya etiladi.

Narkulov Jakhangir

Mahalliy davo sifatida lakunalarni furatsillin (1: 5000) eritmasi, moychechak damlamasi bilan yuvib, keyin ularga Lyugol eritmasi surtib turiladi.

Konservartiv yo‘l bilan davolash kutilgan natijalarni bermagan hollarda, jarrohlik yo‘li bilan davolash, ya’ni bodomcha bezlarini butunlay olib tashlash (tonzillektomiya) mumkin.

Operatsiyadan keyin bemorga beriladigan ovqat, qon ketib qolishi mumkinligini nazarda tutib, suyuq, lekin issiq bo‘lmasligi kerak.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish maqsadida organizmni chiniqtirish, burundan nafas olishni ta’minlash, tishlar va og‘iz bo‘shlig‘ini sanatsiya qilishga katta e’tibor qaratilishi lozim. Qo‘zimay turgan davrda tonzillitni davolash kasallikning qaytalanishiga yo‘l qo‘ymaydi.

Surunkali tonzillit natijasida boshqa a’zolarda yuzaga keladigan asoratlarning oldini olish uchun konservativ davoni vaqtida va to‘g‘ri o‘tkazish, tegishli ko‘rsatmalar bo‘lganda tonzillektomiya amaliyotini amalga oshirish zarur.

Stenozlovchi o‘tkir laringotraxeobronxit (soxta bo‘g‘ma yoki krup)

Stenozlovchi o‘tkir laringotraxeobronxit – soxta bo‘g‘ma (krup) o‘tkir respirator-virusli kasalliklar kechishida ko‘p kuzatiladigan va og‘ir o‘tadigan asoratlardan biri hisoblanadi.

Etiologiyasi. Kasallik yuqorida aytilganidek, o‘tkir respirator-virusli kasalliklar (gripp, paragripp, adenovirusli infeksiya va boshqalar) ning simptomi yoki asorati sifatida hamda alohida kasallik sifatida hiqildoq va ovoz boylamlarining sovqotish, sovuq ovqat va suyuqliklar iste’mol qilish oqibatida yallig‘lanishi natijasida ham kelib chiqadi. Kasallikning kelib chiqishida mikroblarning ham ahamiyati bor.

Klinikasi. Kasallik aksariyat 1 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda, kuz-qish va qish-bahor paytlarida ko‘proq rivojlanadi va yallig‘lanish jarayoni hiqildoqning og‘iz bilan chin tovush boylamlari sohasidan tashqari bog‘lamosti bo‘shlig‘iga ham tarqalishi, ayni vaqtda, nafas qiyinlashib hansirash paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Kasallik birdaniga, tun yarmida to‘satdan boshlanadi. Bola besaranjomlanib yig‘laydi, qo‘llari

Narkulov Jakhangir

bilan og‘zini changallab quv-quvlab qattiq-qattiq yo‘taladi, nafas olish va chiqarishi qiyinlashadi, nafas olish va chiqarish vaqtida esa xirillash (shovqinli nafas) eshitilib turadi. Ko‘pincha to‘shosti sohasi va bo‘yinturuq chuqurchalari ichiga tortilib, bola rangi oqarib ketgan, lablari esa ko‘kargan bo‘ladi (3-rasm). Nafas asta-sekin osoyishtalanib, tekislashib boradi. Kasallik xurujlari tutgan payt va undan keyin bolaning ovozi saqlanib qoladi. Xurujlar ertasiga kechasi yana takror-takror tutishi, ayrim hollarda bir marta xuruj tutishi bilan kifoyalanishi ham mumkin.

Asorati. Tegishli choralar ko‘rilmaganda patologik jarayon quyida joylashgan a’zolarga tarqalishi va bolada pnevmoniya rivojlanishi mumkin.

Oqibati. Soxta bo‘g‘maning oqibati bolaning yoshiga, hiqildoqdagi stenoz darajasiga, intoksikatsiya darajasiga, asoratlar (pnevmoniyalar) va yo‘ldosh kasalliklarning bor-yo‘qligiga bog‘liq. Vaqtida va intensiv davo choralari olib borilganda xayrli tugaydi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas olishning qiyinlashuvi, haroratning ko‘tarilishi, kuchli intoksikatsiya, nafas yetishmovchiligi, bezovtalik va boshqalardan bolalarning qiynalishi.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Bola o‘ringa yotqizilib tinchlantiriladi, unga tinch sharoit yaratiladi (har qanday hayajonlanish yo‘talni qo‘zg‘atadi va ovoz boylamlarining zo‘riqishiga va ovoz tirqishining yanada torayishiga olib keladi), xonadagi havo tozalanadi va namlanadi (suvga kamfora yoki evkalipt barglari solib qaynatib), bolaga ko‘proq issiq choy, suv, meva sharbatlari ichiriladi.

3-rasm. *«Soxta bo‘g‘ma» xuruji.*

Spazmolitik va shishga qarshi dorilar, bronxolitik moddalar, antigistamin preparatlar, etiotrop vositalar, dezintoksikatsiyalovchi vositalar, diuretiklar keng foydalaniladi (amaliy qismga qarang).

Narkulov Jakhangir

Profilaktikasi. Bolalarni turli xil yuqori nafas yo‘llarining virusli kasalliklaridan asrash, yoshligidan boshlab chiniqtirish muolajalarini o‘tkazib borish, gripp, paragripp va adenovirusli infeksiyalar boshlangan hollarda esa o‘z vaqtida va samarali davolash soxta bo‘g‘maning oldini olish choralaridan hisoblanadi.

Pnevmoniyalar

Pnevmoniya (yunoncha ***pneumon*** - o‘pka) — o‘pka to‘qimasining yallig‘lanishi bo‘lib, go‘dak bolalar o‘rtasida uchraydigan kasallanish va o‘lim strukturasida yetakchi o‘rinda turadi.

Pnevmoniya kichik yoshdagi bolalar orasida hammadan ko‘ra ko‘proq uchraydi, shuningdek, bu kasallik 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarning nafas a’zolari kasalliklari orasida 80% dan ko‘proqni egallaydi.

Bola o‘pkasining anatomo-fiziologik xususiyatlari, yosh organizmning immun holati (emadigan bolalar pnevmokokk-lardan bo‘ladigan kasallikka qarshi aktiv immunitet hosil qila olmaydi), atrof-muhit omillariga aloqador bo‘lgan organizm reaktivligi yosh bolalarda pnevmoniyalarning ko‘p uchrashi va og‘ir o‘tishiga sabab bo‘ladi.

Etiologiyasi. Pnevmoniya polietiologik kasallik hisoblanadi. Turli xil bakteriyalar (pnevmokokk, streptokokk, enterokokk, vulgar protey, ichak tayoqchasi va boshqalar), viruslar (gripp, paragripp viruslari, adenoviruslar, qizamiq viruslari va boshqalar), parazitlar (Karini pnevmosistalari, askaridalar va boshqalar), zamburug‘lar, mikoplazmalar ham kasallikni keltirib chiqarishi mumkin.

Bolani noto‘g‘ri ovqatlantirish, parvarishdagi nuqsonlar, kun tartibining buzilishlari, turmush sharoitlarining yaxshi emasligi, shuningdek, o‘tkir kasalliklar bilan tez-tez og‘rib turish, raxit, gipotrofiya, anemiya, konstitutsiya anomaliyalarining mavjud-ligi bolalar organizmi reaktivligining anchagina pasayib qolishi-ga olib keladi. Bola organizmining sovqotishi ham kasallik kelib chiqishida muhim o‘rin egallaydi.

Narkulov Jakhangir

Turlari	Og‘irlik darajasi (klinik manzarasi va asoratlarini hisobga olgan holda)	Kechishi
Chegaralangan (o‘choqli) bronxopnevmoniya Segmentar bronxopnevmoniya	Asoratsiz	O‘tkir
Krupoz pnevmoniya Interstitsial pnevmoniya	Asoratli: toksikoz, kardiorespirator, sirkulator sindromlar, yiringli (o‘pkada va o‘pkadan tashqarida) asoratlar	Cho‘zil-gan

Klinikasi. Kasallikning klinikasi uning turiga va keltirib chiqaruvchi sabablariga bog‘liq bo‘lib, juda xilma-xildir.

O‘choqli pnevmoniya odatda tumov, aksirish, quruq yo‘tal, uncha yuqori bo‘lmagan isitma, bolaning injiqlanishi, burunning bitib qolishi bilan boshlanadi. Kasallikning asosiy sabab-chisi respirator viruslar hisoblanadi. 5-7-kunlarga kelib bolaning rangi o‘zgaradi, yo‘tal kuchayadi, isitmasi ko‘tarilib, unda hansirash paydo bo‘ladi. Bola yig‘laganda va emayotganida lablari, og‘iz atrofida sianoz kuzatiladi. Asta-sekinlik bilan bu belgilar kuchayadi, nafas olish va yurak urishlari soni ortadi. Nafas olishda burun qanotlarining uchishi, qo‘shimcha muskullarning qatnashuvi aniqlanadi (qovurg‘alararo muskullar va bo‘yinturuq chuqurchalarining ichkariga tortilishi va boshqalar).

Kasallik o‘tkir kechganda 6 haftadan oshmaydi, bordiyu 8 haftagacha davom etsa, cho‘zilgan pnevmoniya deb qaraladi. Pnevmoniyaning 8 haftadan ko‘pga cho‘zilishi esa uning surunkali tus olganligini bildiradi.

O‘tkir mayda o‘choqli pnevmoniya ko‘pincha go‘dak bolalarda uchraydi va og‘irroq kechadi.

Segmentar pnevmoniya odatda turli yoshdagi bolalarda uchrashi mumkin, lekin ko‘proq 3-7 yoshli bolalar kasallanishi kuzatiladi.

Narkulov Jakhangir

Krupoz pnevmoniya esa aksariyat maktab yoshidagi bolalarda uchraydi va og‘irroq kechishi bilan xarakterlanadi.

Interstitsial pnevmoniyaga ko‘proq viruslar, pnevmosistalar, mikoplazma va zamburug‘lar sabab bo‘ladi va u aksariyat hollarda chaqaloqlarda, chala tug‘ilgan bolalarda, gipotrofiya, anemiya va boshqa ikkilamchi kasalliklar bilan og‘rigan nimjon bolalarda rivojlanadi.

Chaqaloqlarda pnevmoniyalar o‘ziga xos tarzda, odatda og‘ir formada o‘tadi.

Chala tug‘ilgan bolalardagi pnevmoniyalar markaziy asab tizimi, nafas va issiqlikni idora etuvchi markazlarning yetilmaganligini, nafas va tomirlar tizimining morfologik va funksional jihatdan norasoligi jihatidan o‘ziga xos xususiyatlarga ega bo‘ladi.

Bolaning umumiy ahvoli juda tez og‘irlashadi, yuqoridagi sanab o‘tilgan belgilar chala tug‘ilgan bolalarda yanada yaqqol namoyon bo‘ladi, bola ovqatdan bosh tortib, emgan sutini qaytarib chiqaradi, qayt qilib turadi, ichaklari dam bo‘lib, ichi ketadi, tanasining vazni keskin kamayadi. Bolaning og‘zi, ba’zida burnidan ko‘pikli shilimshiq kela boshlashi xatarli belgi sanaladi. Bola qanchalik kichik bo‘lsa, perkutor va auskultativ ma’lumotlar kam ifodalangan bo‘ladi.

Go‘dak bolalarda bo‘ladigan pnevmoniyalarning eng ko‘p uchraydigan asoratlari otolaringitga o‘tib keladigan kataral yoki yiringli otit, yiringli plevrit, o‘pka abssesslari, ensefalit, meningit, meningoensefalitdir. Mayda o‘choqli pnevmoniyaning birmuncha kamroq uchraydigan asoratlari jumlasiga yiringli perikardit, peritonit, artrit, osteomiyelit, piyelonefrit va boshqalarni kiritish mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Tana haroratining ko‘tarilishi, yo‘tal, hansirash, ko‘karish (sianoz), emishdan bosh tortish, qayt qilish, talvasalar, qorinning dam bo‘lishi (meteorizm), burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi, ichning surilishi va boshqalardan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, balg‘amni turli tekshiruvlari, rentgenologik tekshiruvlar va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Pnevmoniyalarning davosi individual va kompleks bo‘lishi hamda imkoni boricha

Narkulov Jakhangir

barvaqt boshlanishi kerak. Davolashni uy va shifoxona sharoitida o‘tkazish mumkin. Kasallik og‘ir kechganda, chaqaloqlarda, ayniqsa, chala tug‘ilgan chaqaloqlarda, uy sharoiti noqulay bo‘lganda, ota-onalarning tibbiy va sanitariya saviyasi past bo‘lganda bolani statsionarda davolash maqsadga muvofiqdir. Aksari 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarning hammasini kasalxona sharoitida davolash tavsiya etiladi. Qolgan hollarda bolalarni uy sharoitida ham davolasa bo‘ladi.

Pnevmoniya bilan og‘rigan bolalarni palatalarga to‘g‘ri joylashtirish, parvarish qilishda ularni to‘g‘ri ovqatlanishiga katta ahamiyat qaratish talab etiladi. Ko‘krak bilan boqishning ahamiyatini esdan chiqarmaslik kerak.

Nafas yetishmovchiligining og‘ir holatlarida bola sut emolmay va yutolmay qolganida uni zond orqali ovqatlantirib turish tavsiya etiladi. (Zond bilan ovqatlantirish darslikning amaliy qismida bayon qilingan).

Pnevmoniyalarni davolashda kisloroddan keng qo‘llaniladi.

Pnevmoniyalarning infeksion qo‘zg‘atuvchilariga ta’sir ko‘rsatish maqsadida kompleks davolash, ya’ni antibiotik va sulfanilamidlar keng qo‘llaniladi. Samarali natija olish uchun qaysi antibiotikdan foydalanish kerakligini bilish maqsadida etiologik omil va uning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlab olish lozim.

Antibiotiklarning yaxshi naf berishini ta’minlash maqsadida eng kamida 5-7 kun, ko‘pi bilan esa 10-14 kun qo‘llash tavsiya etiladi.

Tana harorati ko‘tarilib, uyqusizlik, qayt qilish, bezovtalanish, talvasaga tushish bilan birga davom etib, hiyla nafas yetishmovchiligi bilan o‘tayotgan pnevmoniyalarda neyroplegik vositalarni ishlatish tavsiya etiladi (ichirish, muskullar orasiga yoki venaga yuborish). Sutkasiga 1-2 mg/kg dozada aminazin, brom, fenobarbital preparatlari, seduksen, GOMK va boshqalar qo‘llaniladi (bolaning yoshiga to‘g‘ri keladigan dozalarda).

Gipertermiyani bartaraf etish uchun muskullar orasiga litik aralashma buyuriladi (bolaning har bir yoshiga 0,1 ml hisobidan). Bular kor qilmaydigan bo‘lsa, aminazin (0,5 mg/kg), pipolfen yoki dimedrol (1 mg/kg) bilan 0,5% li novokain eritmasi qo‘shilgan 50% li analgin eritmasini bolaning har bir yoshiga 0,1 ml hisobidan birga ishlatish maqsadga muvofiqdir.

Narkulov Jakhangir

Shu bilan bir vaqtda bolaning boshiga va sonlarining ichki yuzasidagi yirik tomirlari ustiga muz xaltalar qo‘yish, bolani yalang‘ochlab qo‘yish, me’dasini uy haroratidagi suv bilan yuvish buyuriladi.

Balg‘am ko‘chiruvchi dori-darmonlardan, antigistaminlar, vitaminlar, qo‘llaniladi. Kasallikning tuzalish jarayonida fizioterapevtik vositalar ham yaxshigina foyda beradi.

Sog‘ayish davrida shifobaxsh gimnastika buyurish va gimnastika mashqlarini asta-sekin murakkablashtirib borib, uqalab turish o‘rinlidir.

O‘tkir pnevmoniyani boshidan kechirgan bolalar 1 yil davomida dispanser kuzatuvi ostida bo‘ladi va kasallik yana qaytalanadigan bo‘lsa, bolalar poliklinikasi sharoitlarida kuzatib boriladi.

Profilaktikasi. Bolalarda pnevmoniyalarning profilaktikasi quyidagi tadbirlarni amalga oshirishni o‘z ichiga oladi:

1. Antenatal davrdan boshlaboq bo‘lg‘usi onaning vaqtida uxlab, vaqtida turishi, vaqtida mehnat qilib, vaqtida dam olishini ko‘zda tutadigan to‘g‘ri rejim belgilash kerak. Qish kezlari sutkasiga 3–4 soatdan, yoz mahallari 8 soatgacha ochiq havoda yurishni nazarda tutadigan havo rejimiga rioya qilish ham ancha muhim.Homilador ayolning ovqatlanish rejimi ham katta rol o‘ynaydi.
2. Bola tug‘ilganidan boshlaboq ona suti bilan boqilishini ta’minlash.
3. Gipotrofiya, anemiya va raxit kasalliklarining oldini olish chora-tadbirlarini muntazam olib borish.
4. Bolani toza havodan bahramand qilish, jismoniy tarbiya, uqalash, suv muolajalari, havo vannalari va boshqa omillar bilan chiniqtirish.
5. Bolaning kun tartibiga rioya qilishini ta’minlash.
6. Adenoidlari va surunkali tonzilliti bor, burun qo‘shimcha bo‘shliqlari yallig‘langan, bronxit, o‘tkir respirator kasalliklar bilan tez-tez og‘rib turadigan bolalarni alohida nazorat ostiga olish.
7. Aholi orasida sanitariya maorifi ishlarini keng miqyosda olib borish.

Narkulov Jakhangir

Bronxial astma

Bronxial astma – surunkali, mustaqil, infeksion-allergik kasallik bo‘lib, bronx mushaklari tortishib qisqarishi natijasida bolaning nafasi qisib, bo‘g‘ilib qolishi, xurujsimon yo‘tal tutishi va yopishqoq balg‘am ajralishi bilan xarakterlanadi.

Bu kasallik bilan barcha yoshdagi bolalar og‘riydi, lekin aksari bolalarda kasallik hayotining dastlabki 3 yilida boshlanadi.

Etiologiyasi. Bolalarda bronxial astma rivojlanishida irsiy moyilli muhim o‘rin tutadi. Aksariyat bolalarning oilaviy anamnezida bronxial astma, ekzema, migren, podagra, yog‘ bosishi va shu singari kasallik borligi aniqlanadi. Atrof-muhit omillarning yomon ta’sir qilishi eng avvalo, bola boqishda yo‘l qo‘yilgan jiddiy kamchiliklar har xil infeksion kasalliklar, noqulay turmush sharoitlari, yomon asorat qoldiradigan psixogen ta’sirlar ham kasallikning kelib chiqishida muhim ahamiyatga ega.

Organizmga turli allergenlar ta’sir qilishi natijasida uni sensibillashib qolishi bronxial astma kelib chiqishining asosiy patogenetik sababi hisoblanadi.

Allergenlar tashqi (ekzogen) va ichki (endogen), noinfeksion (atopik) va infeksion bo‘lishi mumkin.

Noinfeksion allergenlarga quyidagilar misol bo‘ladi:

1. Ijtimoiy allergenlar: uy changi, yostiq pati, kitob va kutubxona changlari va boshqalar.

2. Hayvon va o‘simlik allergenlari: daraxt va o‘simlik changlari pichan, hayvon junlari, mayda hasharotlar qismlari, har xil quritilgan ovqatlar va boshqalar.

3 Ayrim ovqat mahsulotlari: tuxum, qulupnay, shokolad baliq go‘sht va boshqalar.

4 Don moddalari: ko‘pchilik antibiotiklar, pirozalon qatori vositalari, vitamin va boshqalar.

5. Kimyoviy moddalar: sun’iy tolalar, penoplast, har xil sintetik kleylar, poroshok va boshqalar.

Bular odatda atopik bronxial astmani keltirib chiqaradigan sabablar bo‘ladi.

Infeksion allergenlarga quyidagilarni misol keltirish mumkin.

1. Turli bakteriyalar, viruslar, qo‘ziqorinlar va boshqa patogen mikroorganizmlar.

Narkulov Jakhangir

2. Turli xil gelmintlar, sodda jonivorlar va nopatogen mikroorganizmlar.

Bular esa infeksion-allergik bronxial astma kasalligini keltirib chiqaradi.

Bulardan tashqari, bronxial astmaning noimmunologik zo‘riqish nevrogen turlari ham ajratiladiki, ular ko‘proq katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi va kattalarga xos belgilar bilan namoyon bo‘ladi.

Klinikasi. Kasallikning asosiy belgisi, nafas qisishi va bo‘g‘ilish xuruji hisoblanadi.

Atopik bronxial astmada bunday xurujlar to‘satdan boshlanib, ko‘pincha bolani burun bitishi, ko‘krak sohasida noxush sezgilar, majburiy yo‘tal bezovta qiladi.

Infeksion-allergik bronxial astmada esa, nafas qisishi xuruji asta-sekinlik bilan rinit, bronxit yoki pnevmoniya belgilarining zo‘riqishi ko‘rinishida boshlanadi.

Kasallik xuruji tutgan vaqtda bola o‘zini bo‘g‘ilib qolayotgandek his qila boshlaydi, nafasi qisadi, aksariyat hollarda, nafas chiqarish jarayoni qiyinlashgan bo‘ladi va og‘ir hollardagina nafas olish ham qiyinlashishi mumkin. Nafas olib chiqarish shovqinli bo‘lib, hattoki uzoqdan ham yaqqol eshitilib turadi, hushtaksimon xarakterda bo‘ladi, bolaning lablari ko‘karib ketadi, xuruj mahalida bolalar o‘zlariga yengillik yaratish maqsadida majburiy holatni egallashadi.

Xuruj vaqtida qiyin ko‘chuvchan, yelimsimon, yopishqoq balg‘am ajralib, nafas qisilishini yana ham qiyinlashtiradi.

Kasallikning yengil turi xurujlarning kamligi, yengilroq kechishi bilan ifodalanadi, xuruj haftasiga bir marta bo‘lishi va dori yoki ingalatsiyadan so‘ng tezda o‘tib ketishi mumkin. Xuruj oraliqlarida esa bolalar o‘zlarini yaxshi his qiladilar, shuningdek, xirillashlar bo‘lmaydi. Infeksion-allergik bronxial astmada xurujlar uzoqroq davom etadi, xurujdan chiqish qiyinroq bo‘ladi va xurujlar oralig‘ida ham bolaning ahvoli unchalik yaxshi bo‘lmaydi – nafas olishi qiyinlashib, o‘pkasida quruq xirillashlar eshitilib turadi.

Ba’zi hollarda, agar xuruj 20–30 daqiqa yoki bir necha soatlarda o‘tib ketmasa, 6 soat va undan ham ko‘proq cho‘zilsa, bolada astmatik holat (status astmaticus) rivojlanganligining nishonasi hisoblanadi.

Narkulov Jakhangir

Asoratlari. Kasallik uzoq davom etib borganida, ayniqsa, bronx o‘pka infeksiyasi bilan, burun-halqumdagi yallig‘lanish o‘zgarishlari bilan birga qo‘shilganida turg‘un emfizema, o‘pka atelektazi, pnevmotoraks, mediastinal emfizema, nevrologik o‘zgarishlar, jismoniy rivojlanishdan ortda qolish ko‘rinishidagi asoratlar qoldirishi mumkin.

Oqibati. Juda ko‘p omillarga bog‘liq bo‘lib, kasallikning atopik turida ancha yaxshi, allergen to‘g‘ri aniqlansa bemor sog‘ayib ketadi. Infeksion-allergik turida esa oqibat kasallikning kechishiga bog‘liq bo‘lib qoladi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas qisishi, bo‘g‘ilish, hayajonlanish, bezovtalik, yo‘tal, qiyinlik bilan ko‘chadigan balg‘am va boshqalardan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, balg‘amning umumiy tahlili, allergik sinamalar, o‘pkaning rentgenologik tekshiruvlari va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Bronxial astmaning davosi va parvarishi kasallik xurujlari va xuruj bo‘lmay turgan davrlarida ham olib boriladi.

Kasallikning yengil xurujlarida bolani toza havoga olib chiqish, oyoq va qo‘llariga issiq vannalar qilish, issiq sodali suyuqliklar ichirish yaxshi naf berishi mumkin.

Bolaning e’tiborini rasmlar ko‘rsatish, kitob o‘qib berish, qiziq hikoyalar so‘zlab berish va boshqa yo‘llar bilan chalg‘itish ham ahvolning yaxshilanishiga olib kelishi mumkin.

Bolaga og‘iz orqali biror bronx kengaytiruvchi vositalarni ingalatsiya qildirish (astmopent, salbutamol), ayrim hollarda tabletka holidagi eufillin, efedrin va boshqalar ichirish kerak. O‘zgarish kuzatilmaganda teri ostiga efedrin, papaverin, no-shpa eritmalari biron xil antigistamin vosita (suprastin, dimedrol, tavegil va boshqalar) bilan birgalikda yuboriladi.

Hamshiraning asosiy vazifasi bola holatini diqqat bilan kuzatish, undagi hayajonni tinchlantirish, kasallikning yaxshi oqibatlariga ishontirish, bolaga qulay sharoit yaratish, orqasiga yostiqlar qo‘yish yoki funksional karavotning bosh tomonini ko‘tarib qo‘yish, derazalarni ochib qo‘yish, qisib turgan kiyimlarini yengillatish va xonaga toza havo kirishini ta’minlashdan iborat.

Balg‘amni suyultirish va ko‘chishini osonlashtirish maqsadida solutan (har safar 7-10 tomchidan), bronxolitin (1-

Narkulov Jakhangir

2 choy qoshiqdan), kaliy yodid (2-4% li eritmasi bir choy qoshiqda sutga qo‘shib) kuniga 2-3 mahal ichish uchun hamda flzioterapevtik muolajalar qo‘llaniladi.

Kasallik bilan og‘rigan bolalar so‘nggi xurujdan keyin kamida 5 yil davomida dispanser hisobida turishadi, 15 yoshga to‘lgach, kattalar poliklinikasining o‘smirlar xonasi nazoratiga o‘tkaziladi.

Profilaktikasi. Nafas yo‘llari kasalliklarining oldini olish, o‘z vaqtida va to‘g‘ri davolash, surunkali ko‘rinishga o‘tkazib yubormaslik choralarini ko‘rish, bolaning to‘g‘ri o‘sishi, ovqatlanishi, jismoniy tarbiyasi, organizmini chiniqtirishi bo‘yicha uzluksiz ishlarni olib borish kasallikning oldini olishda katta ahamiyatga ega.

Allergik kasalliklar va ekssudativ diatezlari bor bo‘lgan oilalarda tug‘ilgan bolalarga alohida e’tibor berish talab etiladi.

5.2. Qon aylanish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi

Yurakning tug‘ma nuqsonlari

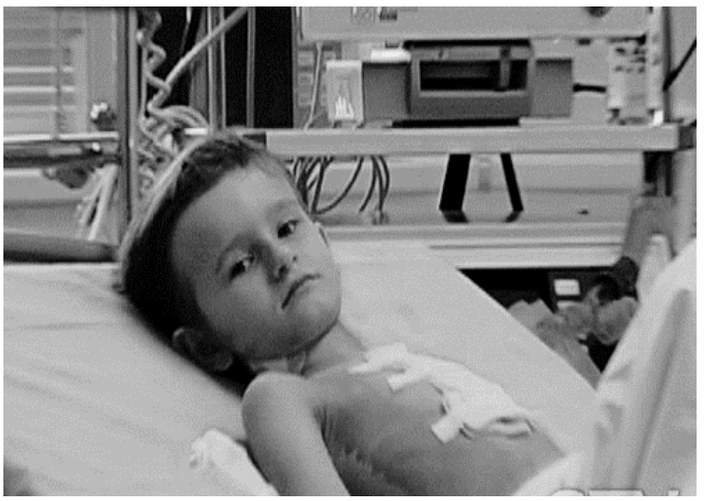
Yuraknung tug‘ma nuqsonlari ichki a’zolarning tug‘ma nuqsonlari orasida ancha keng tarqalgan patologiya bo‘lib, har 100 ta chaqaloqning 7-8 tasida kuzatiladi.

Etiologiyasi. Quyidagi sabablar homiladorlikning dastlabki 3 oyida (ayniqsa, 6–7-haftalarida) homilaga o‘z ta’sirini ko‘rsatishi va yurak tug‘ma nuqsonlarini keltirib chiqarishi mumkin:

1. Irsiy omillar – yaqin qon-qarindoshlarning oila qurish hollari.
2. Onaning turli xil virusli kasalliklar – qizilcha, gripp, parotit bilan og‘rishi.
3. Onaning turli radioaktiv nurlar ta’siriga uchrashi.
4. Turli xil kimyoviy moddalar – benzol, benzin, alkogol va boshqalar.
5. Homilaga ta’sir etuvchi dori vositalarini nazoratsiz iste’mol qilish.
6. Turli xil jismoniy va ruhiy zarbalar.
7. Shuningdek, homilador ayolning noto‘g‘ri ovqatlanishi, vitaminlarning (A, E va boshqalarning) yetishmovchiligi,

Narkulov Jakhangir

endokrin kasalliklar (qalqonsimon bez va oshqozonosti bezi kasalliklari) bilan og‘rib qolishi.



4-rasm. *Yurak tug‘ma nuqsoni.*

Klinikasi. Yurak tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlarda tug‘ilgan zahotiyoq aksariyat hollarda ko‘karish, hansirash kuzatilishi, sezilarli yurak shovqinlari eshitilishi mumkin. Ko‘karishsiz yoki oq poroklarni aniqlash ancha qiyinroq bo‘lsa-da, bunday poroklari bor bolalarda ham hansirash salga paydo bo‘lishi yoki jismoniy zo‘riqish natijasida arzimas ko‘karish kelib chiqishi kuzatiladi.

Aksariyat hollarda emizilayotganda, yo‘rgaklanayotganda, cho‘miltirilayotganda bolada sianozlar paydo bo‘layotganligini parvarishni amalga oshirayotgan hamshiralar yoki onalar aniqlab qolishadi va tibbiyot xodimlariga ma’lum qilishadi.

Ba’zi tug‘ma yurak nuqsonlarida badan terisi va shilliq pardalarning ko‘karib turishidan tashqari, ko‘krak qafasining oldingi yuzasi, qorin, yelkaning ichki yuzasi, oyoq panjalari terisidagi venalar to‘rining kengayib ketganligi ham ko‘rinib turadi.

5-rasm. *«Nog‘ora cho‘plari» va «soat oynalari». ko‘rinishdagi barmoqlar.*

Bolalarning yurish-turishi xarakterli bo‘lib, bunday bola ko‘proq yotish yoki o‘tirishni ma’qul ko‘radi, kam harakat bo‘ladi. Ba’zi bolalar esa qo‘llari bilan tizzalarini quchoqlagan holda

Narkulov Jakhangir

cho‘kka tushib majburiy vaziyatda o‘tiradi yoki orqasi yo bo‘lmasa yonboshiga suyanib, yarim yotgan holatni ma’qul ko‘radi (4-rasm). Ba’zi bolalarda turli jismoniy zo‘riqishlardan so‘ng, o‘tkir kislorod yetishmovchiligiga xos xurujlar (nafas olishning tezlashuvi, burun qanotlarining uchishi, oyoq-qo‘llar va lablar atrofidagi terida sianozning kuchayishi, qusish, ayrim hollarda talvasaga tushish, qisqa muddat o‘zidan ketib qolishi) kuzatilishi mumkin.

Aksari bunday bolalar jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi. Bolaning qo‘l va oyoq tirnoqlari sianoz natijasida tez orada «soat oynalari» shakliga kiradi, keyin esa «nog‘ora cho‘plari» ko‘rinishini oladi (5-rasm).

Murakkab va aralash yurak nuqsonlarida ko‘krak qafasida yurak bukurini ko‘rish mumkin.

Palpatsiya qilib ko‘rilganda chap tomondan yurak titrashi aniqlanadi. Perkussiyada esa yurak chegaralarining kengayganligi ko‘riladi. Tug‘ma yurak nuqsonlarida auskultatsiyada o‘ziga xos yurak shovqinlari eshitiladi.

Yurak tug‘ma nuqsonlarini klinik belgilari ikkiga – ko‘karish bilan kechadigan (ko‘k nuqsonlar) va ko‘karishsiz kechadigan (oq nuqsonlar)ga bo‘linadi.

1. Eng ko‘p uchraydigan ko‘k nuqsonlarga aorta atreziyasi, Fallo triadasi (o‘pka arteriyasining torayishi, qorinchalararo to‘siq nuqsoni, o‘ng yurak gipertrofiyasi), Fallo tetradasi (o‘pka arteriyasi stenozi, aortaning o‘ng tomonga yo‘nalganligi – dekstropozitsiyasi, qorinchalar o‘rtasidagi to‘siq nuqsoni, o‘ng yurak gipertrofiyasi), uch kamerali yurak – Eyzenmenger kompleksi (qorinchalar orasidagi to‘siqda yuqori joylashgan nuqson bo‘lishi, aortaning o‘ng tomonda joylashganligi, o‘ng qorincha gipetrofiyasi), tomirlarning boshqacha joylashgani (transpozitsiyasi) va boshqalar kiradi.

2. Sianoz bo‘lmaydigan yoki bo‘lsa ham notayin va anchadan keyin boshlanadigan oq nuqsonlarga aorta koarktatsiyasi, bo‘lmalar orasidagi to‘siq nuqsoni, qorinchalar orasidagi to‘siq nuqsoni, arterial yo‘l (Botallo yo‘li)ning ochiq qolgani va boshqalar kiradi.

Asoratlari. Tug‘ma yurak nuqsonlari o‘pka gipertenziyasi, qon aylanishi yetishmovchiligi, bakterial endokardit, tez-tez qaytalanadigan respirator kasalliklar, gipotrofiya, anemiya,

Narkulov Jakhangir

yurak ish maromining har xil buzilishlari, miya tomirlari trombozlari natijasida boshlanadigan gemiplegiyalar kabi asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Oqibati. Oval teshik ochiq qolgan, bo‘lmalararo yoki qorinchalararo to‘siqda arzimas nuqson bo‘lganda, arterial yo‘l ochiq qolganda oqibat yaxshi. Bunday kamchiliklar bolalarda hech qanday yoqimsiz sezgilarni keltirib chiqarmaydi, yurakning ish qobiliyatini cheklab qo‘ymaydi. Biroq nuqsonlar katta bo‘lib, yurakning chap yarmidan o‘ng yarmiga anchagina qon o‘tib turishiga olib keladigan va o‘pka gipertenziyasi boshlanishiga sabab bo‘ladigan holda oqibat anchagina yomonlashib qolishi mumkin.

Yurakning murakkab, kombinatsiyalangan tug‘ma nuqsonlarida oqibat xavotirli bo‘ladi.

Hamshiralik tashxislari. Sianoz, hansirash, kislorod yetishmovchiligi, holsizlik, darmonsizlik, tez charchash va boshqalardan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, ko‘krak qafasi rentgenografiyasi, elektrokardiografiya, fonokardiografiya, angiokardiografiya, angiografiya, kompyuter tomografiyasi va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Yurak tug‘ma nuqsonlarini davolashning hozirgi vaqtdagi asosiy yo‘li jarrohlik operatsiyasi hisoblanadi. 90% ga yaqin hollarda yurak nuqsonlari operatsiya qilinadi. Operatsiyalar ikkiga: radikal va palliativ xillarga bo‘linadi. Bo‘lmalar va qorinchalar orasidagi to‘siq nuqsonlari, ochiq arterial yo‘l, aorta va o‘pka arteriyasi stenozlari hamda boshqa nuqsonlar munosabati bilan qilinadigan radikal operatsiyalardan keyin qon aylanishi asliga kelib, bolalar amalda sog‘ayib ketadi. Palliativ operatsiyalar esa ko‘pchilik bolalarning hayotini saqlab qoladi, ularning yashab ketish imkoniyatlarini bir qadar oshiradi.

Hamshiraning asosiy vazifasi bolalarni muntazam kuzatib borish, emizikli bolalarda og‘ir yurak nuqsonlari bo‘lganda emizishdan oldin va keyin profilaktik maqsadda namlangan kislorod berib qo‘yish, ikkilamchi kasallik (ayniqsa, nafas va yuqumli) lardan asrash boyicha ishlarni olib borishdan iborat.

Yurak tug‘ma nuqsonlari bor bolalar doimiy dispanser kuzatuvida bo‘lishadi va 3 yoshgacha bo‘lgan davrda 6 oyda bir

Narkulov Jakhangir

marta, 3 yoshdan oshganidan keyin yiliga bir marta tekshiruvdan o‘tkazib turiladi.

Kompensatsiya buzilganini ko‘rsatadigan alomatlar, keskin ifodalangan ko‘karish, hansirash – ko‘karishsiz xurujlar bo‘lmagan hollarda bolalarning yasli va bolalar bog‘chalariga qatnashlariga ruxsat beriladi.

Bolalarning davolovchi jismoniy tarbiya bilan shug‘ullanib turishlari maqsadga muvofiq hisoblanadi. Sianoz, kompensatsiya buzilganini ko‘rsatadigan belgilar bo‘lmasa, subyektiv shikoyatlari yo‘q paytlarda maktabdagi tayyorlov guruhlarida jismoniy tarbiya bilan shug‘ullanishga ham ruxsat beriladi, lekin ularni jismoniy jihatdan zo‘riqtiradigan sport musobaqalari va o‘yinlarida qatnashishdan ozod qilish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Yurak tug‘ma nuqsonlarining oldini olish asosiy choralari qarindosh-urug‘lar orasidagi nikohlarga yo‘l qo‘ymaslik, homilador ayollarni imkoniyati boricha homiladorlikning dastlabki 6 oy davomida turli xil kasalliklar (ayniqsa virusli infeksiyalar), jismoniy va ruhiy zo‘riqishlardan asrash kabilarni o‘z ichiga oladi.

Revmatizm

Revmatizm – infeksion-allergik kasallik bo‘lib, qo‘zg‘atuvchisi A guruhga kiruvchi в-gemolitik streptokokk hisoblanadi.

Halqum bodomcha bezlari, tishlar alveolalarining shilliq pardasi, yuqori jag‘ bo‘shliqlari infeksiya kiradigan darvoza vazifasini o‘taydi.

Bolaning tez-tez shamollashi, organizmdagi surunkali infeksiya o‘choqlari (surunkali tonzillit, gaymorit, surunkali otit, karioz tishlar va boshqalar)ning borligi ham kasallik kelib chiqishida asosiy o‘rin egallaydi. Bolaning surunkali sovqotishi, nam sharoitlarda ko‘proq bo‘lishi kasallik kelib chiqishiga zamin yaratuvchi omil hisoblanadi.

Revmatizm bilan aksari 6 yoshdan 15 yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallanadi va kasallik biriktiruvchi to‘qimaning tizimli zararlanishi hamda asosan yurak va bo‘g‘imlarning shikastlanishi bilan xarakterlanadi.

Klinikasi. Kasallikning A.I.Nesterov klassifikatsiyasi (1964-yil) bo‘yicha faol (I, II, III darajali) va nofaol bosqichlari

Narkulov Jakhangir

farqlanadi. A’zo va tizimlarning zararlanishi bo‘yicha esa yurak va boshqa tizim hamda a’zolarning zararlanishi kabi kliniko-anatomik turlari ajratiladi. Revmatizm o‘tkir (2 oygacha), yarim o‘tkir (2 oydan 4 oygacha), cho‘ziluvchan (4 oydan ortiq), tinmay qaytalanib turadigan va yashirin (latent) tarzda kechishi mumkin.

Kasallikning klinik belgilari uning kechishiga bog‘liq bo‘lib, juda xilma-xil namoyon bo‘ladi. O‘tkir boshlangan revmatizmda bolaning tana harorati ko‘tariladi, bola lanj, holsiz va kamharakat bo‘lib qoladi. Aksariyat bolalar biron xil streptokokkli kasallikni (angina, surunkali tonzillit, otit va boshqalar) boshlaridan kechirgandan 2-3 hafta o‘tgach, yurak sohalari va bo‘g‘imlarida og‘riq paydo bo‘lganidan shikoyat qiladilar.

Bolaning og‘rigan bo‘g‘imlari qizaradi, shishib chiqadi, harakat cheklana boshlaydi. Bo‘g‘imlarning zararlanishi simmetrik, og‘riqlar esa bo‘g‘imdan-bo‘g‘imga ko‘chib yuruvchan xarakterda bo‘ladi.

Lekin revmatizmda bo‘g‘imlar zararlanishi ko‘rinmagan holda yurak devorlarining zararlanishi, ayniqsa muskul qavatining zararlanish belgilari kuzatilishi mumkin. Bunda bola yurak sohasidagi noxush sezgilardan, og‘riq, ortiqcha charchash, bosh og‘rig‘i, ishtaha pasayishi, uyquning behalovatligidan shikoyat qiladi. Bolada badan terisining rangparligi, hansirab turish, taxikardiya, yurak chegaralarining kengayishi, yurak tonlarining bo‘g‘iqligi, yurakda sistolik shovqin borligi, yurak ritmining buzilishi, arterial bosimning pasayishi va tana haroratining subfebril darajalargacha ko‘tarilishi kabi obyektiv belgilar paydo bo‘ladi. Revmatik sinamalar musbat natija beradi.

Revmatizmda yurak devorining ichki endokard qavatining zararlanishi aksariyat hollarda og‘ir kechadi va ikki xil natija bilan yakunlanishi kuzatiladi: yo yurakning orttirilgan nuqsoni paydo bo‘ladi, yoki bola tuzalib hech qanday asorat qolmaydi.

Bolalik davridagi revmatizmda asab tizimining xoreya ko‘rinishida zararlanishi xarakterli bo‘lib, xoreya 5-19 yoshli bolalarda va aksari qizlarda hammadan ko‘proq kuzatiladi.

Tipik hollarda kasallik asta-sekin avj oladi, uyg‘unlashmagan, poyma-poy harakatlar (giperkinezlar), aftni burishtirish

Narkulov Jakhangir

harakatlari paydo bo‘ladi, yurish, nutq o‘zgarib qoladi, psixika ayniydi (tajanglik, yig‘loqilik, negativizm), muskullar tonusi keskin susayib ketadi. Bu o‘zgarishlarni aksariyat hollarda bog‘cha tarbiyachilari va maktab o‘qituvchilari payqab qolishadi. Bu kabi asosiy simptomlar asta-sekin kuchayib boradi, bu alomatlar yurak-qon tomirlar tizimidagi miokardit, goho endomiokardit ko‘rinishidagi o‘zgarishlar bilan birga kuzatiladi.

Kichik xoreya odatda 2-3 oy, ba’zan 6-12 oygacha cho‘zilib, to‘lqinsimon kechadi, giperkinezlar susayib qoladigan va tag‘in kuchayib ketadigan davrlar almashinib turadi.

Revmatizmning yurakdan tashqarida bo‘lib, birmuncha kam uchraydigan ko‘rinishlariga plevrit, pnevmoniya, peritonit, buyrak va jigarning zararlanishlarini misol qilish mumkin. Gemorragik sindrom ko‘rinishi sifatidagi burundan ba’zan takror-takror qon kelib turishi hozir revmatizm bilan og‘rigan bolalarda birmuncha ko‘p kuzatilmoqda.

Revmatizmning nofaol fazasi bir necha oydan to bir necha yilgacha cho‘zilishi mumkin.

Asoratlari. Revmatizm kasalligi vaqtida aniqlanmasa va to‘g‘ri davolanmasa yurakda turli orttirilgan nuqsonlar kelib chiqishi, bo‘g‘imlarda deformatsiyalar paydo bo‘lishi mumkin.

Oqibati. Bolalikdagi revmatizm vaqtida aniqlanib, kompleks davo choralari o‘tkazilganda deyarli sog‘ayish bilan yakunlanadi. Faqatgina yurak endokard qavatining zararlanishi birmuncha xatarli oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Haroratning ko‘tarilishi, holsizlik, yurak va bo‘g‘imlardagi og‘riqlar, rangparlik, taxikardiya, giperkinez va boshqalardan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, qonning revmatik sinamalari (C–reaktiv oqsil, zardob oqsillari elektroforegrammasi, glikoproteidlar va mukoproteidlarni aniqlash, difenilamin sinamasi va boshqalar), elektrokardiografiya va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Revmatizmda davo davriylik prinsipida – statsionar, bolalar kardiorevmatologik sanatoriysi, bolalar poliklinikasining kardiorevmatologik kabineti singari revmatizmga qarshi barcha muassasalarning

Narkulov Jakhangir

kelishib, izchillik bilan ish olib borishi tufayli amalga oshiriladi, zarurat tug‘ilganda maxsus kurort davosi qo‘llaniladi.

Revmatizmning o‘tkir davrida bola albatta kasalxona sharoitida davolanishi, jismoniy va ruhiy jihatdan imkoni boricha ko‘proq tinch bo‘lishi ta’minlanishi lozim. Ana shu maqsadda bolaga qat’iy yotish rejimi buyuriladi va uning muddati yurakning nechog‘li zararlanganligiga bog‘liq bo‘lib, 1-2 oyni, o‘rtacha taxminan 45 kunni tashkil etadi. Boladagi ijobiy o‘zgarishlar va laborator natijalarga qarab, rejim asta-sekin kengaytirilishi mumkin.

Revmatizm faol bosqichining o‘tkir davrida bolalar ko‘p terlayvergani uchun vaqt-vaqtida gigiyenik vannalardan foydalanish, ahvol og‘irlashganda esa bolaning badanini issiq suvga ho‘llangan sochiq bilan artib tozalab turish zarur.

Revmatizm bilan og‘rigan bolaga oson hazm bo‘ladigan ovqatni bo‘lib-bo‘lib kuniga 4-5 mahal berib turilishi kerak. Suyuqlik taxminan 1 *l* gacha cheklanadi. Tarkibida kaliy tuzlari bo‘ladigan masalliqlar (tvorog, kartoshka, olma, karam, qora olxo‘ri va boshqalar)dan foydalanish kerak. Faqat yog‘siz go‘sht beriladi, qovurdoq, qaynatma sho‘rvalar, ziravorlardan parhez qilinadi.

Ovqat ratsionida meva va sabzavotlarning yetarli miqdorda bo‘lishiga alohida e’tibor qaratiladi (tabiiy holda olib turiladigan vitaminlarga qo‘shimcha qilib vitamin preparatlari berib boriladi).

Kasallikning o‘tkir davrida desensibillovchi vositalar, salitsilatlar, pirazolon qatori preparatlari, steroid gormonlardan keng foydalaniladi.

Mahalliy infeksiya o‘choqlari bo‘lsa, revmatizmning o‘tkir davrida kompleks davoga bolaning yoshiga to‘g‘ri keladigan dozalarda 10-14 kun davomida penitsillin qo‘shiladi, keyin esa 3-4 hafta davomida kuniga 1 marta 1000000-1200000 TB miqdorida bitsillin-1 yoki bitsillin-5 inyeksiya qilib turishga o‘tiladi. Fizioterapevtik muolajalar ham buyuriladi (bodomcha bezlariga UVCH toklari, ultrabinafsha nur berish).

Sezilarli poliartritik sindrom bo‘lganida yoki poliartralgiyalar, ya’ni bo‘g‘im og‘riqlari uzoq davom etganida bo‘g‘imlarga issiq qilish (Minin lampasi, sollyuks, infraqizil nurlar 15-20 daqiqadan kuniga 1-2 mahal), UVCH toklari

Narkulov Jakhangir

berish (10 daqiqadan 5-6 muolaja), parafindan applikatsiyalar qo‘yish (45-50°C, 20-30 daqiqa) yaxshi ta’sir ko‘rsatadi.

Xoreyada qo‘shimcha ravishda bromidlar yoki fenobarbital buyuriladi, bu preparatlar maktab yoshidagi bolalarga 0,01-0,02 g dan kuniga 2 mahal, uyqu notinch bo‘lganda esa 0, 05 g dan yotishdan oldin berib turiladi.

Bolalarni kasalxonadan chiqarilgandan keyin qo‘shimcha davolanish uchun mahalliy revmatologiya sanatoriylariga yuboriladi.

Profilaktikasi. Revmatizmning birlamchi profilaktikasi, bolani chiniqtirib borish, sport bilan me’yorida shug‘ullanib turish, mehnat qilish va dam olishni to‘g‘ri rejalashtirish, vitaminlarga boy ovqatlar bilan bekamu ko‘st ovqatlanib borish, toza havodan mumkin qadar ko‘proq bahramand bo‘lishni o‘z ichiga oladi. Revmatizmning ikkilamchi profilaktikasi quyidagilarni: 1) to‘g‘ri rejalashtrilgan dispanserizatsiyani; 2) ikkilamchi infeksiyalardan saqlanish va kasalliklarni oz vaqtida davolash; 3) revmatizmning qo‘zishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun bitsillin bilan profilaktika qilib borishni o‘z ichiga oladi. So‘nggi yillarda yil davomida bitsillin-5 tayinlash yaxshi natijalarga olib kelmoqda (maktabgacha yoshdagi bolalarga 750000 TB-2 haftada bir marta, 7 yoshdan katta bolalarga 1200000-1500000 TB dan 4 haftada bir marta). Shuningdek, bahor va kuzda 1-1,5 oy davomida (mart-aprel va oktabr-noyabr oylarida) atsetilsalitsilat kislotasi buyuriladi. Bitsillin-5 – bolaga 2-3 yil davomida uzluksiz qo‘llanib boriladi.

5.3. Ovqat hazm qilish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi

Stomatit

Stomatit – og‘iz shilliq pardalarining yallig‘lanishi bo‘lib, emizikli va yosh go‘daklar hazm tizimi kasalliklari orasida yetakchi o‘rinni egallaydi.

Etiologiyasi. Og‘iz shilliq pardasining yallig‘lanishiga turli xil mikroblar va viruslar sabab bo‘lishi aniqlangan.

Bundan tashqari, parvarishdagi turli nuqsonlar (og‘iz bo‘shlig‘i shilliq pardasining bo‘lar-bo‘lmasga tozalash, bolani

Narkulov Jakhangir

so‘rg‘ichga o‘rgatib qo‘yish va so‘rg‘ichning tozaligiga e’tibor bermaslik, noto‘g‘ri saqlash, og‘iz bo‘shlig‘i kasalliklari bor kishilarning bolaga turli xil ovqat mahsulotlarini chaynab berish hollari va hokazolar), bolaning yomon odatlari (barmoqlarini so‘rish, kiyimlari yoqalarini og‘zida ushlab turish va hokazo) kasallik kelib chiqishi uchun sharoit yaratib berishi ham mumkin.

Klinikasi. Og‘iz shilliq pardasi yallig‘lanishining klinik jihatdan kataral, aftoz va yarali turlari ajratiladi.

Stomatitning bolalarda eng ko‘p uchraydigan turi **kataral stomatit** bo‘lib, kasallikning bu turida shilliq parda bir tekisda qizaradi va shishib turadi. Bolada tishlar chiqqan bo‘lsa, lunjlar shilliq pardasiga hamda til chetlariga tushib qolgan tishlarning izlarini ko‘rish mumkin. Bolaning umumiy ahvoli unchalik o‘zgarmagan yoki biroz injiqlik qilib turishi, ko‘krakni yaxshi so‘ra olmasligi yoki ovqatga hushi bo‘lmay qolishi kabi belgilar kuzatilishi mumkin. Lekin aksariyat hollarda asosiy kasallikka qarshi yaxshi davo qilinsa, to‘g‘ri parvarish olib borilsa, kataral yallig‘lanish belgilari tezda barham topadi.

Yarali stomatit ko‘proq kattaroq yoshdagi bolalar va o‘smirlarda uchraydi va asosan, ularning tishlarida kariyes boshlanganligi, og‘iz bo‘shlig‘iga yaxshi e’tibor bermay qo‘yganliklari bilan xarakterlanadi.

Asoratlari. Yarali stomatitlar yiringli limfadenit, tonzilyar abssess, ba’zi hollarda sespis kabi asoratlar berishi kuzatilgan.

Oqibati. Vaqtida davo choralari olib borilganda xayrli.

Hamshiralik tashxislari. Og‘izdagi og‘riqlar, gipersalivatsiya, bosh og‘rig‘i, intoksikatsiya belgilaridan bolalarning qiynalishi.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Stomatitlarga qilinadigan davo umumiy (asosiy kasallikka qaratilgan) va mahalliy (og‘iz shilliq pardasidagi o‘zgarishlarga qaratilgan) bo‘ladi.

Mahalliy davoning maqsadi, ikkilamchi infeksiyaning oldini olish yoki uni bartaraf etishga qaratilgan.Yaralar bo‘lsa, moy-chechak damlamasi, furatsillin ishlatiladi, mikroblarning antibiotiklarga sezgirligi aniqlangan taqdirda antibiotikli applikatsiyalardan qo‘llaniladi.

Aftoz stomatit – bolalarda eng ko‘p uchraydigan stomatit turi bo‘lib, u bola organizmining gerpes virusi bilan birlamchi infeksiyalanishi alomati hisoblanadi. Kasallik havo-tomchi yo‘li

Narkulov Jakhangir

hamda o‘yinchoqlar orqali yuqadi. Yashirin (inkubatsion) davri 2 kundan 6 kungacha davom etishi mumkin.

Aftoz stomatit bilan emadigan bolalar va yosh go‘daklar ko‘proq og‘riydi. Kasallik birdan, aksariyat hollarda tana haroratining ko‘tarilishi, intoksikatsiya hodisalari (lanjlik, ovqatdan bosh tortish, uyqu buzilishi) bilan boshlanadi. Og‘iz shilliq pardasida mayda, yoriladigan pufakchalar yoki sarg‘ish-kulrang tusli fibrinoz aralashmalar bilan qoplangan eroziyalar ko‘rinishida toshmalar paydo bo‘lib, qattiq og‘riq bilan birga davom etadi va bolaning ovqat yeyishi hamda gapirishini ham qiyinlashtirib qo‘yadi. Regional limfa tugunlari paypaslanganda kattalashgan va bezillab turadigan bo‘lib qoladi. Bolaning lablari shishib, yuz terisida alohida-alohida mayda vezikulyar elementlar ko‘rinishidagi toshmalar paydo bo‘ladi. Gipersalivatsiya va og‘izdan qo‘lansa hid kelishi kuzatiladi.

Kasallik aksariyat hollarda 7-10 kun davom etadi, qaytalanmaydi, chunki kasallikdan so‘ng turg‘un immunitet qoladi.

Asoratlari. Asoratlar yarali stomatitlardagi kabi bo‘lishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida va tegishli davo olib borilganda yaxshi.

Hamshiralik tashxislari. Tana haroratining ko‘tarilishi, ovqatdan bosh tortish, uyqusizlik, gapira olmaslikdan bolalarning qiynalishi.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Aftoz stomatit etiologiyasida viruslar xarakterli ekanligi uchun kompleks davo olib boriladi. Desensibillovchi preparatlardan kalsiy glokanat, suprastin, dimedrol, pipolfen va natriy salitsilat bola yoshiga mos dozalarda tavsiya etiladi. To‘g‘ri ovqatlanishni ta’minlash, B guruh vitaminlari, C vitaminidan buyurish, ichaklar faoliyatini nazorat qilib turish kerak.

Og‘iz bo‘shlig‘i yarali stomatitdagi kabi ehtiyotlik bilan tozalab turiladi. Dori preparatlardan sintomitsinli, nistatin, streptotsidli enmulsiualardan foydalaniladi.

Bolalarni ovqatlantirish stomatitlarning turiga hamda shilliq pardaning qanchalik yallig‘langaniga bog‘liq. Keskin ifodalangan yallig‘lanishlarda xona haroratidagi suyuqroq ovqat bo‘lib-bo‘lib (5-6 mahal) beriladi.

Profilaktikasi. Bolalarda stomatitlarning oldini olish asosan bolani to‘g‘ri parvarish qilish, yomon odatlarini bartaraf etish,

Narkulov Jakhangir

so‘rg‘ichlardan foydalanish qoidalariga qat’iy rioya qilish, ovqatlantirish vaqtida sanitariya-gigiyena talablariga amal qilishga asoslangan.

Og‘iz oqarishi

Og‘iz oqarishi emadigan, ayniqsa, chaqaloqlar va chala tug‘ilgan bolalarda ko‘proq uchraydigan stomatitning bir turidir.

Etiologiyasi. Bolalardagi og‘iz oqarishi kasalligini Kandida avlodiga kiradigan achitqisimon zamburug‘lar keltirib chiqaradi. Ushbu zamburug‘lar odatda sog‘lom bola badanining terisi, og‘iz bo‘shlig‘i, ichagi, atrofdagi muhitda ko‘p miqdorda bo‘ladi va organizmning normal florasi tarkibiga kirib, turli kasalliklarda, bolaga dorilar (antibiotiklar, steroid gormonlar, sulfanilamid preparatlar) noto‘g‘ri tayinlangan yoki katta dozalarda buyurilgan hollarda ularning saprofitlik xossalari keskin o‘zgaradi va patogen holga o‘tib, kasallikka sabab bo‘ladi.

Kattaroq yoshdagi bolalarda esa og‘ir kasalliklar vaqtida og‘izning oqarib qolishi kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallik til va milklar shilliq pardasining qip-qizarib, silliq, yaltiroq, quruq bo‘lib qolishi bilan boshlanadi. Emish vaqtida bola og‘riq sezadi, qizargan shilliq pardada oson ko‘chadigan suzma ushoqlari ko‘rinishidagi gungurt oq pardalar holidagi karash paydo bo‘ladi. Bu pardalar ostida yallig‘lanish jarayoni davom etib turadi va artib tozalanadigan bo‘lsa, qonashi kuzatiladi.

Asoratlari. Vaqtida davo choralari olib borilmasa bola ovqatlanishdan qolib, gipotrofiya boshlanishi va jarayonning lunj, lablar, qattiq va yumshoq tanglay, bodomcha bezlari shilliq pardasiga, ba’zida esa nafas; yo‘llari va hazm yo‘liga ham tarqalib ketishi kuzatiladi.

Oqibati. Og‘iz oqarishi vaqtida samarali davolanganda hech qanday asoratlarsiz yakunlanadi.

Hamshiralik tashxislari. Emishdan yoki ovqatlanishdan bosh tortish, uyqusizlik, vaznning pasayishidan bolalarning qiynalishi.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Davolash bolaning umumiy ahvolini hisobga olgan holda, gigiyenik jihatdan to‘g‘ri

Narkulov Jakhangir

parvarish qilish va to‘g‘ri ovqatlanish rejimiga asoslanib olib boriladi.

Kasallangan joylarga Lyugol eritmasi, 5 ml ona sutida tayyorlangan nistatin emulsiyasi (1 tabletka-500000 TE) surtib turiladi.

Nistatin, levorin va zamburug‘larga qarshi boshqa dorilar buyuriladi. Nistatin bir yoshgacha bo‘lgan bolalarga sutkasiga 200000-300000 TB dan, bir yoshdan uch yoshgacha bo‘lgan bolalarga sutkasiga 300000-400000 TB dan, 3 yoshdan katta bolalarga sutkasiga 500000-750000 TB dan (3-4 marta ichish uchun), levorin 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga sutkasiga 25000 TB/kg dan, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga sutkasiga 50000 TB/kg dan, 6 yoshdan katta bolalarga 200000-250000 TB dan kuniga 3-4 mahal ichirib turiladi. Davolash kursi 7-10 kun.

Emizikli bolalarning og‘iz shilliq pardasiga yuqoridagi dorilarni maydalab sepib qo‘yish ham yaxshi natija beradi.

Profilaktikasi. Homilador ayollarda zamburug‘ kasalliklari bor-yo‘qligini aniqlash, bor bo‘lsa vaqtida davolash, chaqaloqlar palatalarida xizmat qiladigan xodimlarni tibbiy tekshiruvdan o‘tkazib turish, parvarish va ovqatlanish rejimiga oid hamma qoidalarga rioya qilish, zamburug‘ kasalligi bor shaxslarni bolalar parvarishiga qo‘ymaslik, kasal bolalarni alohida qilib qo‘yish, glukoza, antibiotiklar va steroid gormonlarni ehtiyotlik bilan ishlatish kasallik kelib chiqishining oldini oladi.

Emadigan bolalarda ovqat hazmi tizimi va ovqatlanish jarayoni buzilishi

Go‘dak bolalarning me’da-ichak yo‘li, asab tizimining anatomo-fiziologik xususiyatlari, moddalar almashinuvining o‘ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqib, hazm organlari kasalliklari va ovqatlanishning buzilishlari bolalar kasalliklari orasida oldingi o‘rinlardan birini egallaydi. Lekin bola to‘g‘ri ovqatlantirilsa, to‘g‘ri parvarish qilib borilsa, atrof-muhit sharoitlarining salbiy ta’sirlariga duch kelmasa ushbu kasalliklar nisbatan kam uchrashi mumkinligini ham hisobga olish kerak.

«Ovqatlanish» – ovqat yeyish, ovqatni hazm qilish, uning ichakdan so‘rilib o‘tishi, hujayra va to‘qima almashinuvi (assimilatsiya va dissimilatsiya)ni o‘z ichiga oluvchi fiziologik

Narkulov Jakhangir

jarayondir. Ushbu jarayonning biron-bir bo‘g‘inining izdan chiqishi ovqatlanish buzilishiga sabab bo‘ladi. Ovqatlanishning buzilish hollari birdaniga boshlanib qoladigan dispepsiyalar va endogen hamda ekzogen xarakterdagi bir qancha omillarga qarab asta-sekin avj olib boradigan ovqatlanishning xronik buzilishi yoki gipotrofiyalar deb ataladigan turlarda namoyon bo‘lishi mumkin.

Pilorospazm

Pilorospazm – pilorus muskullarining qisqarib qolishi, ya’ni spazmi bo‘lib, hazm tizimining diskineziyalari qatoriga kiradi.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqishini me’da pilorus qismining asab tolalari bilan ko‘p ta’minlanganligi bilan bog‘lashadi. Chunki arzimas asabiylashishlar, parvarishdagi nuqsonlar natijasida boladagi qusishlarning ko‘payishi kuzatilgan.

Klinikasi. Chaqaloqda hayotining birinchi kunlaridan boshlaboq sababsiz tez-tez, oz-ozdan qusib turish hollari kuzatiladi. Qusib chiqarib tashlanadigan sut miqdori so‘nggi marta emib olgan sutidan ko‘ra kamroq miqdorda bo‘ladi. Ba’zi kunlarda esa bola umuman qusmasligi ham mumkin. Vaqt-vaqti bilan u bezovta bo‘lib, asta-sekinlik bilan bolada gipotrofiya boshlanadi, qabziyat (ich qotishi) kuzatiladi.

Asoratlari. Kasallikka yetarli e’tibor berilmasa, bolada gipotrofiya rivojlanishi, organizm reaktivligining pasayishi natijasida esa ikkilamchi infeksiyalar qo‘shilishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida tegishli choralar ko‘rilganda pilorostenoz hech qanday og‘ir holatlarga olib kelmaydi.

Hamshiralik tashxislari. Qusish, bezovtalik, uyqusizlik, qabziyat, tana vaznining kamayishdan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Ona suti miqdorini aniqlash, zaruratga qarab rentgenologik tekshiruv, atropinli sinama o‘tkazish va boshqalar. Kasallikni albatta pilorostenozdan ajratib olish kerak (quyida keltirilgan).

Davolash va hamshiralik parvarishi. Birinchi navbatda bolaga har safar beriladigan sut miqdori kamaytiriladi, ovqat berish esa sutkasiga 8-10 martagacha ko‘paytiriladi. Bolaga ovqat oldidan 2-3 mahal bir oz miqdorda (1-2 choy qoshiq) 8-

Narkulov Jakhangir

10 foizli manniy bo‘tqasidan berib turish spazmlarning kamayishiga va keyinchalik yo‘qolib ketishiga olib keladi. Ona ovqati tarkibini vitaminlar, ayniqsa, B guruh vitaminlari bilan boyitish tavsiya etiladi.

Bolaga 1:1000 nisbatda suyuitirilgan atropin (kuniga 1-2 tomchidan 4 mahal) yoki aminazin (tana vaznining har bir kilogrammiga 2,5% li eritmasidan sutkasiga 3-4 tomchini uch martaga bo‘lib) eritmalari buyuriladi. Bolaning me’da sohasini ovqatlantirishdan oldin isitish ham yaxshi naf beradi.

Profilaktikasi. Pilorospazmning oldini olish uchun ona homiladorlik davrini nuqsonlarsiz o‘tkazishga harakat qilishi, vaqtida dam olishi va kaloriyali ovqatlanishi lozim.

Pilorostenoz

Pilorostenoz – me’da-ichak yo‘lining rivojlanish nuqsoni bo‘lib, kasallik asosan o‘g‘il bolalarda ko‘proq uchraydi. Me’daning pilorus qismi muskul qavati qalinlashib, zich, tog‘aydek konsistensiyaga aylanadi, buning natijasida chiqish yo‘li torayib (stenoz) qoladi.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqishida onaning homiladorlik davrida turli xil noxush holatlarga tushib qolishi sabab bo‘lishi taxmin qilinadi. Chunki stenoz xuddi tug‘ma nuqsonlar kabi bola tug‘ilgunicha shakllanib bo‘lgan bo‘ladi.

Klinikasi. Pilorostenoz belgilari bolada asta-sekin avj olib boradi. Sutni qaytarib tashlash hodisasi bola 2-3 haftalik bo‘lganida paydo bo‘ladi, tezda fontandek, varaq-varaq qusishga aylanib ketadi. Ayni vaqtda, qusuq massalarining miqdori bola so‘rib olgan sut miqdoridan ko‘proq bo‘ladi. Uzoq muddat, takror-takror qusaverish natijasida bola organizmi holdan toyadi, suvsizlanish kelib chiqadi.

Pilorostenozning eng yaqqol namoyon bo‘ladigan simptomlaridan biri me’daning peristaltika mahalida qum soat shakliga kirib qolishi bo‘lib, uni bolani ovqatlantirayotganda yoki qornini yuza palpatsiya qilib turgan mahalda ko‘rish mumkin. Bolada siyish muddati va siydik miqdori kamayadi, qabziyat paydo bo‘ladi, dispeptik yoki «ochlikka xos» ich kelishi kuzatiladi.

Narkulov Jakhangir

Pilorostenoz diagnozi rentgenologik tekshiruv natijasiga ko‘ra tasdiqlanadi. Odatda me’daga yuborilgan bariy bo‘tqasi pilorospazmda 4-5 soatdan keyin ichakka o‘tadi, pilorostenozda esa bariy 24 soat va bundan ham ko‘proq vaqtgacha (agar bola qusib bariy bo‘tqasini chiqarib tashlamasa) me’dada qolib ketadi.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanmaganda gipotrofiya, keyinchalik atrofiya rivojlanishi, ikkilamchi kasalliklar qo‘shilib ketishi mumkin.

Oqibati. To‘liq tekshiruvlar natijasida aniqlangan kasallik muvaffaqiyatli o‘tkazilgan operativ davolashdan so‘ng batamom yo‘qolib ketishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Tinmay qusish, qabziyat, tana vaznining keskin kamayishidan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Rentgenologik va rentgenoskopik tekshiruvlar, sutkalik siydik miqdorini aniqlash, kontrol o‘lchash va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Pilorostenoz odatda operativ yo‘l bilan davolanadi. Asosiy e’tibor bolani operatsiyadan keyingi davrda yaxshi parvarish qilib borishga qaratilgan bo‘lmog‘i kerak. Operatsiyadan so‘ng 3 soat o‘tgach, bolaga har ikki soatda sog‘ib olingan sutdan 20 ml dan berib turish tavsiya etiladi. Keyingi kunlari sut miqdori asta-sekinlik bilan (10 ml dan) ko‘paytiriladi va 5-kunlarga kelib bolani kuniga 1-2 marta 5 daqiqadan emizishga ruxsat beriladi. 7-10 kunlarga kelib esa bolani to‘liq ko‘krak suti bilan emizib boqishga o‘tish mumkin. Qolgan barcha davo choralari paydo bo‘ladigan patologik simptomlarga qarab olib boriladi.

Profilaktikasi. Pilorostenozning oldini olish choralari xuddi pilorospazmdagi kabi ishlarni amalga oshirishga asoslangan.

Gelmintozlar

Gelmintozlar, ya’ni gijja kasalliklari organizmda parazitlik qilib yashaydigan chuvalchanglar (gijjalar) tufayli paydo bo‘ladigan, hozirgi vaqtda nafaqat bolalarda, balki kattalarda ham keng tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. Gelmintozlarning bunchalik tarqalishida yashash sharoitining sanitariya

Narkulov Jakhangir

jihatidan qoniqarsiz ahvolda bo‘lishi, sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik va tabiiy omillar sababchi.

Gijjalar bola organizmining barcha a’zolari va to‘qimalarida: me’da-ichak yo‘li, o‘pka, qon, markaziy asab tizimi, muskullar, suyaklarda parazitlik qilib yashay oladi. Lekin odamda uchraydigan gelmintlarning aksariyati ichakda parazitlik qilib, ichak suyuqligi, shiralari hamda to‘qimalar bilan oziqlanib, vitaminlar va mikroelementlarning yetishmovchiligiga sabab bo‘ladi.

Gelmintlarning bolalar organizmida parazitlik qilib yashashi natijasida bolalar o‘sishdan ortda qoladi, ulardagi moddalar almashinuvida hosil bo‘ladigan mahsulotlar hamda ular halok bo‘lganida yuzaga keladigan parchalanish mahsulotlarining toksik-allergik ta’sir ko‘rsatishi, shuningdek, gijjalarning mexanik ta’siriga javoban bolaning ichki a’zolari, ayniqsa, hazm organlari, markaziy asab tizimida zaharlanish yuzaga keladi.

Gelmintozlar boladagi immun tizim ishini susaytiradi, organizmning reaktivligini pasaytirib, kasalliklarga moyillik ortadi, kasalliklarning kechishi og‘irlashadi va turli asoratlar berish xavfi paydo bo‘ladi.

Bolalarning ko‘pincha askaridalar, ostritsalar, qilbosh gijjalar, pakana gijjalar, ba’zi hollarda ho‘kiz va cho‘chqa solityori, serbar gijja, exinokokklar bilan zararlanishi kuzatiladi. Quyida ana shu gelmintozlarning asosiylari haqida qisqacha ma’lumotlar keltiriladi.

Askaridoz

Kasallik odam organizmida ingichka ichakda yashaydigan askarida – dumaloq chuvalchanglarning parazitlik qilib yashashi tufayli yuzaga keladi. Askaridalar ayrim jinsli, urg‘ochisining bo‘yi 25-40 sm, erkagining bo‘yi 15-25 sm, tanasi duksimon, qizg‘ish rangli gijjalar hisoblanadi. Askarida tuxumlari odam ichagidan axlati bilan birga tashqi muhitga chiqariladi va ular tashqi muhitda optimal sharoitlar bo‘lganida (harorat 24-26°C, muhitda yetarlicha namlik, kislorod bo‘lib turganida) 25 kun davomida invaziyalovchi harakatchan lichinka davriga qadar rivojlanib oladi.

Narkulov Jakhangir

Invaziyalovchi lichinkasi bor gijja tuxumlari ifloslangan sabzavotlar, ba’zi mevalar (qulupnay), ba’zan chang, suv va xomligicha yeyilaveradigan boshqa oziq-ovqat mahsulotlari bilan birga yutib yuborilganda odamga gijja yuqadi, bu hol odatda yoz va kuz davrlarida ko‘proq sodir bo‘ladi.

Askaridalarning rivojlanish sikli ikki fazadan iborat:

1. Migratsion faza.
2. Ichak fazasi.

Birinchi, migratsion fazada yutib yuborilgan tuxum ichakka o‘tib, invaziyalovchi lichinka tuxum pardalaridan shu joyda bo‘shanib chiqib, ichak shilliq pardasi, mayda-mayda vena tomirlarini teshib o‘tadi va qon oqimi bilan birga qopqa venasiga, jigar tomirlariga, so‘ngra pastki kovak vena bilan yurakning o‘ng yarmiga yetib boradi. Lichinka o‘pka kapillarlaridan o‘tib borar ekan, ularni teshadi va quyulib qoladigan qon tarkibida o‘pka alveolalari bilan bronxiolalarga tushadi. Nafas yo‘llarining hilpillovchi epiteliysi lichinkaning bronx, traxeya va halqumga qarab surilib borishiga yordam beradi. So‘ngra lichinka og‘izga o‘tib, so‘lak bilan birga yana yutib yuboriladi va shu yerda ikkinchi faza—ichak fazasi boshlanadi. Askaridalarning tuxumidan chiqqan lichinkalik paytdan tortib to birlamchi bor tuxum qo‘yadigan bo‘lib olgunicha oradan 9 haftadan to 15 haftagacha vaqt o‘tadi.

Klinikasi. Askaridozning birinchi fazasi klinik jihatdan olganda simptomsiz o‘tadi yoki subfebril harorat, yo‘talish, tez o‘tib ketadigan bronxitlar, pnevmoniyalar, plevritlar bo‘lib turishi bilan birga davom etadi, ana shunday bronxitlar, pnevmoniyalar, plevritlarda balg‘amda ba’zan lichinkalar topiladi. Aksariyat bolalar yanglishib nafas yo‘llari kasalliklari bilan og‘riganlar qatorida samarasiz davolanadi. Ba’zida bola badaniga polimorf toshma toshadi, terisi qichishib turadi, tana harorati ko‘tariladi va qonda eozinofiliya aniqlanadi.

Askaridozning ikkinchi ichak fazasi xilma-xil klinik manzara bilan kechadi. Ko‘pincha bolaning ishtahasi pasayib, ko‘ngli ayniydi, ba’zan qayt qiladi, so‘lagi oqadi, qornida tutib-tutib turadigan og‘riqlar paydo bo‘ladi, ichi buziladi, tana vazni kamayib qoladi, uyqusi behalovat, tez charchaydigan, injiq bo‘lib qoladi, maktabdagi o‘zlashtirishi pasayib ketadi va hokazo. Ayrim hollarda zo‘rayib boradigan enterit, enterokolit,

Narkulov Jakhangir

meningeal hodisalar kuzatilishi mumkin. Bolaning terisida (ayniqsa yuzida), badan terisida oq dog‘lar paydo bo‘ladi, bola kechalari uxlaganda bezovta bo‘lib tishlarini g‘ijirlatadi, jizzaki bo‘lib qoladi.

Asoratlari. Kasallikning ikkinchi - ichak fazasida ba’zida bo‘lsada, lekin og‘ir asoratlar: obturatsion va spastik ichak tutilishi, askaridoz peritonit kelib chiqishi mumkin. Askaridalarning ichakdan o‘rmalab chiqib, me’da orqali hiqildoq, traxeya va bronxlarga o‘tib qolishi nihoyatda kamdan-kam uchraydigan asoratlar hisoblanadi.

Hamshiralik tashxislari. Tana haroratining ko‘tarilishi, yo‘tal, toshma toshishi, terining qichishishi, ko‘ngil aynishi, qusish, qorindagi og‘riqlar, uyqusizlikdan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Balg‘amning bakteriologik va parazitologik tekshiruvi, o‘pkaning rentgenologik tekshiruvi, axlatni gijja tuxumlariga tekshirish, qonning umumiy tahlili va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Askaridozni migratsion fazasida spetsifik davolash hali ishlab chiqilmagan. Ikkinchi, ichak fazasi esa bir necha xil dori-darmonlar va kislorodterapiya bilan davolab kelinmoqda.

Dori vositalaridan piperazin, naftamon, pirantel, levamizol, dekaris va boshqalardan keng qo‘llaniladi.

Piperazin quyidagi bir martali dozalarda ovqatdan bir soat keyin, ketma-ket 2 kun kuniga 2 mahal ichirish uchun buyuriladi:

– yoshiga to‘lmagan bolalarga – 0,2 g;
– 2-3 yoshli bolalarga – 0,3 g;
– 4-6 yoshli bolalarga – 0,5 g;
– 7-9 yoshli bolalarga – 0,75g;
– 10-14 yoshli bolalarga – 1 g.

Davo vaqtida o‘tkir va sho‘r taomlar istisno qilinadi. Markaziy asab tizimidagi organik kasalliklarda piperazin buyurilmaydi.

Kombantrin – 5-10 mg/kg hisobidan faqat bir marta beriladi (1 tabletkasida 250 mg, 1 ml suspenziyasida 50 mg bo‘ladi). Davo qilib bo‘lgandan keyin surgi dorilar buyurilmaydi.

Narkulov Jakhangir

Dekaris – 2,5 mg/kg hisobidan bir marta (1 tabletkasida 150 mg bo‘ladi) qo‘llaniladi.

Vermoks – 2,5-5 mg/kg hisobidan bir marta ishlatiladi (1 tabletkasida 100 mg).

Askaridozga davo qilish uchun kisloroddan ham foydalanilishi mumkin. Kislorodni 2-3 marta (har kuni yoki kunora) yuboriladi, kislorod yuborilganidan bir sutka o‘tgach, bolaning ichi kelavermasa, surgi dori beriladi. Kislorodterapiyasidan so‘ng o‘lik askaridalar 1-kun bilan 3-kun orasida, ba’zida 4-6 kunlari tushib ketadi.

Yara kasalligining qo‘zib turgan davri, qorin bo‘shlig‘ida o‘tkir va yarim o‘tkir yallig‘lanish jarayonlari borligi kislorod bilan davolash uchun monelik hollari hisoblanadi.

Enterobioz

Enterobioz bolalarda eng ko‘p tarqalgan gijja kasalligi bo‘lib, uni ostritsalar keltirib chiqaradi. Ostritsalar dumaloq, mayda (erkagining bo‘yi 2,5 mm, urg‘ochisining bo‘yi 9-12 mm) gijjalar bo‘lib, yo‘g‘on ichakning pastki bo‘limida, ko‘r ichakda va yuqoriga ko‘tariluvchi chambar ichakning boshlang‘ich qismida yashaydi. Bir talay (12 mingtagacha) tuxumlari bo‘ladigan urg‘ochi ostritsa to‘g‘ri ichakka tushib kelib, bola uxlayotgan mahalda orqa chiqaruv teshigidan tashqariga chiqadi va shu teshik atrofiga tuxum qo‘yadi, o‘zi esa o‘lib ketadi. Ostritsalar uzog‘i bilan 3-4 hafta yashaydi.

Enterobiozda kasallik manbai faqat kasal odam hisoblanadi. Perianal burmalarga qo‘yib ketilgan tuxumlar 4-6 soatdan keyin yetiladi va invaziyalovchi tuxumlarga aylanadi. Bular ifloslangan ichki kiyimdan o‘rin-boshga, ro‘zg‘or buyumlariga yuqadi. Gijja tuxumlarini pashshalar ham tashqi muhitga tarqatishi mumkin. Odam yetilgan ostritsa tuxumlarini turli yo‘llar bilan yutib yuborganida unga gijja yuqadi. Ba’zi hollarda gijja tuxumlari odamning og‘zi bilan burniga chang bilan birga kirib qolishi mumkin.

Enterobiozning yana bir muhim xarakterli tomoni shundaki, urg‘ochi ostritsalar orqa chiqaruv teshigidan o‘rmalab chiqib, tuxumlarini maxsus modda bilan anal teshik atrofiga yopishtiradi, uning o‘rmalashi va ana shu moddaning qichishtiruvchi

Narkulov Jakhangir

ta’siri natijasida bola perianal sohasini qashlab, qo‘l barmoq-larini gijja tuxumlari bilan ifioslantiradi va gijjani o‘z-o‘ziga yuqtirib turadi.

Klinikasi. Enterobioz, odatda, simptomsiz o‘tishi ham mumkin, lekin sinchiklab tekshiruv o‘tkazilsa, kasallik alomatlarini tezda aniqlashga erishiladi. Kasallikning yengil formasida kechqurunlari yoki kechasi orqa chiqaruv teshigi sohasi bir-ikki kun davomida salgina qichishib turadi, bunday qichishish o‘z-o‘zidan yo‘qolib ketadi va 2-3 haftadan keyin yana paydo bo‘ladi. Gijja ko‘plab takror-takror yuqib turgan paytda (reinvaziyada) qichishish doimiy bo‘lib qoladi va bolani juda bezovta qiladi, bola aksari tizza tirsak vaziyatida yotishga harakat qiladi. Onalar kechalari bolaning perianal sohalaridan o‘rmalab yurgan ostritsalarni topishadi.

Orqa chiqaruv yo‘li sohasi qashlanishi tufayli uning ko‘p joylari tirnalib, dermatit, piodermiya paydo bo‘ladi. Ba’zi kasallarda tez-tez ich kelib, axlat shilimshiq aralash bo‘tqa-simon bo‘lib tushadi, goho hojat vaqtida og‘riqli kuchaniqlar tutadi, bosh aylanadi, bola tez charchaydigan, injiq bo‘lib qoladi, uyqusi buziladi. Qiz bolalarda ostritsalar jinsiy organlarga o‘rmalab kirib qolishi va bu aksari og‘ir o‘tadigan va hadeganda qaytavermaydigan vulvovaginitlarga sabab bo‘lishi mumkin.

Asoratlari. Enterobiozga vaqtida davo choralari olib borilmasa, bolada kamqonlik, tana vaznining keskin kamayib ketishi, perianal sohada dermatit, piodermiyalar, qizlarda vulvovaginitlar kelib chiqishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Perianal sohaning qichishi, perianal soha dermatiti, piodermiyasi, qorin og‘riqlari, bosh aylanishi, vulvovaginitlardan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Perianal sohadan qirma olish, qonning umumiy tahlili va boshqalar.

Kasallikka tashxis qo‘yish ostritsalarning tuxumlari yoki gijjalarning o‘zini topishga asoslangan. Buning uchun 1% li o‘yuvchi natriy eritmasi yoki 50% li glitserin eritmasiga ho‘llan-gan kichikroq yog‘och shpatel bilan yo bo‘lmasa, bir bo‘lak sellofan, yoxud yopishqoq selluloza lentasi bilan perianal sohadan qirma olinadi (yopishqoq selluloza lentasi yopishqoq

Narkulov Jakhangir

tomoni bilan buyum oynasiga qo‘yilib, mikroskopning kichik obyektivi ostida tekshirib ko‘riladi).

Kechasi orqa chiqaruv teshigi sohasiga bir bo‘lak paxta qo‘yib yotish, keyin esa shu paxtani chayib, olingan yuvindi suvni tekshirishni tavsiya qilish mumkin (sentrifugadan o‘tkazib).

Davolash va hamshiralik parvarishi. Kasallikning yengil formalarida gigiyena chora-tadbirlarga rioya qilish bilan gijjadan xalos bo‘lish mumkin. Buning uchun natriy gidrokarbonat qo‘shilgan 1-3 stakan suvdan kechqurun klizma qilinadi (har stakan suvga 1/2 choy qoshiq natriy gidrokarbonat). Bolaning ichki kiyim va oqliklari har kuni ertalab almashtiriladi, eskisi albatta qaynatib yuviladi va dazmollanadi. Tirnoqlar kalta qilib olib turiladi, xona har kuni ho‘l latta bilan artib tozalanadi. Bolaning o‘yinchoqlari ham har kuni yuvib tozalab turiladi. Kasallangan bolaning kiyimlarini boshqa bolalarga kiydirish, uning o‘rnida boshqa bolalarning yotishiga yo‘l qo‘yilmaydi. Enterobiozning og‘ir formalarida gigiyena qoidalariga rioya qilish bilan birga dori-darmonlardan ham qo‘llaniladi. Piperazin xuddi askaridozdagi dozalarda 3-5 kunlik davo kursi tarzida tavsiya etiladi. Zaruratga qarab har safar 7 kun oralab davo sikli 3 martagacha takrorlanishi mumkin. Bolada qabziyat bo‘lgandagina surgi beriladi, maxsus parhez talab etilmaydi. Kombantrin, dekaris, vermoks askaridozdagi kabi dozalarda qo‘llaniladi.

Enterobioz kasalligi qaysi oilada paydo bo‘lsa, ushbu oila a’zolarining hammasi dispanser nazoratiga olinishi va butun oilaning barcha a’zolarini bir yo‘la davolash kerak.

Profilaktikasi. Gelmintozlarning profilaktikasi organizmdagi va tashqi muhitdagi gijjalarni barcha usullarni qo‘llagan holda yo‘qotishga qaratilgan choralarni kompleks tarzda olib borishga asoslangam. Vaqti-vaqti bilan ommaviy tekshiruvlar o‘tkazilib, gijja kasalliklari bor bolalar va katta yoshdagi odamlar hamda gijja tashuvchilar aniqlanib, tegishli choralar ko‘rib boriladi.

Tushgan gijjalar yoqib tashlanadi yoki 30 daqiqa davomida qaynatiladi, axlatlarning ustiga 30-60 daqiqaga qaynab turgan suv quyib qo‘yiladi. Hojatxonalar, tuvaklar qaynatilgan suv bilan, so‘ndirilmagan ohak yoki xlorli ohak bilan dezinfeksiya qilinadi. Meva va sabzavotlarni iste’mol qilishda sanitariya-

Narkulov Jakhangir

gigiyena qoidalariga amal qilish, bolalarni yoshligidan shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishga o‘rgatib borish va xalqning madaniyatini oshirish gelmintozlarnimg oldini olishda katta ahamiyat kasb etadi.

5.4. Buyrak va siydik chiqarish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi

Bolalarda uchraydigan noinfeksion kasalliklarning 4-5 foizi buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklariga to‘g‘ri keladi. Bu kasalliklar surunkali kechishi va qaytalanib turishga moyilligi bilan xarakterli bo‘lib, aksariyat kattalarda uchraydigan siydik ajratish tizimi kasalliklari bolalikdagi kasallikning davomi yoki asoratlari bo‘lishi mumkin. Buyrak kasalliklarining yana bir xarakterli tomoni shundaki, kasallik belgilari bilinmasdan boshlanadi, siydikdagi o‘zgarishlar shikoyatlardan ancha oldin paydo bo‘lib qolgan bo‘ladi. Siydik ajratish tizimi kasalliklari orasida birinchi o‘rinni piyelonefrit (43-44%), ikkinchi o‘rinni faqat siydikdagi o‘zgarishlar bilan namoyon bo‘ladigan kasalliklar (28-29%) va nihoyat, uchinchi o‘rinni glomerulonefrit (19-20%) egallaydi. Siydik ajratish tizimi kasalliklari har xil jins va yoshdagi bolalarda o‘ziga xos tarzda kechadi. Shuningdek, siydik tizimi kasalliklari kelib chiqishiga qarab irsiy yoki tug‘ma hamda hayotda orttirilgan bo‘lishi mumkin.

Bu tizim kasalliklari uchun umumiy bo‘lgan belgilar – siydikdagi o‘zgarishlar, arterial bosimning o‘zgarishlari, dizuriya, abdominal (og‘riq) belgilar, surunkali buyrak yetishmovchiligidir. Bolalarda uchraydigan asosiy kasalliklar haqida to‘xtalib o‘tamiz.

Diffuz glomerulonefrit

Glomerulonefrit infeksion allergik kasallik bo‘lib, buyrakning asosiy birligi – koptokchalar(glomerulalar)ning diffuz (barcha koptokchalarning qamrab olinishi) immunologik yallig‘lanishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Bu kasallik paydo bo‘lishidan avval ko‘pincha angina, o‘tkir respirator kasalliklar, gripp, goho (avvalgi yillardagiga qarshi o‘laroq) skarlatina bo‘lib o‘tadi.

Narkulov Jakhangir

Kasallikning etiologiyasida streptokokk, stafilokokk, boshqa turdagi kokklar, shuningdek, virus infeksiyasi hammadan muhim rol o‘ynaydi. Bolaning sovqotishi va zaxda qolishi ham nefritning paydo bo‘lishini osonlashtiradi, organizmning sensibillashuviga zamin yaratadi. Boladagi ekssudativ-kataral diatez, shuningdek, organizmning allergik reaktivlikka irsiy moyilligi ham uni nefritlar kelib chiqishiga moyil qilib qo‘yadi.

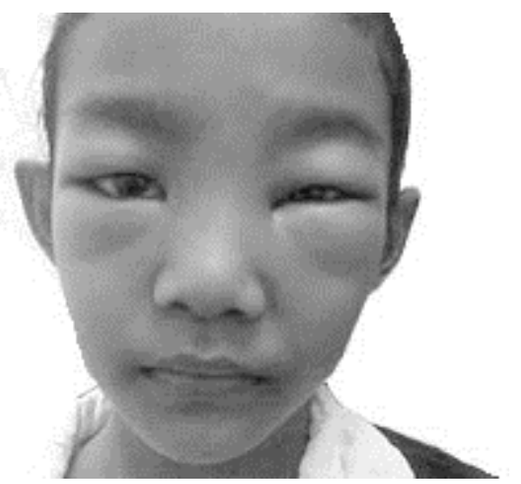
Klinikasi. Kasallik hamma yoshdagi bolalarda uchraydi, biroq maktabgacha tarbiya va kichik maktab yoshidagi bolalar ko‘proq og‘rishadi, bundan tashqari, kasallik o‘g‘il bolalarda qiz bolalarga nisbatan ko‘proq uchraydi.

Diffuz glomerulonefrit odatda birdaniga yoki asta-sekin, belgilarsiz boshlanishi mumkin. Kasallik birdaniga boshlanganida ko‘pincha bolada holsizlanish, bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi kuzatiladi, qusib, ishtahasi pasayadi, tana harorati ko‘tariladi. Bolaning rangi o‘chadi, yuzi ayniqsa, ko‘z qovoqlari ostida ko‘pincha shishlar paydo bo‘lib, shishlar tezda gavda va qo‘l-oyoqlarga tarqalib boradi (6-rasm). Birinchi kunlarda diurez keskin kamayib, siydik rangi go‘sht seliga o‘xshab qoladi. Bolalar bel va qorin og‘rig‘i, siydik vaqtida og‘riq sezishdan shikoyatlar qiladi.

Qaysi sindrom ustunlik qilishiga qarab, o‘tkir glomerulonefritning 3 xil turi farqlanadi:

1. Nefritik turi.
2. Nefrotik turi.
3. Aralash turi.

Diffuz glomerulonefritning ko‘p uchraydigan nefritik turi ko‘pincha streptokokkli kasalliklarni boshidan kechirganidan 2-3 hafta o‘tgach bola rangining oqarishi, qovoqlari va yuzining yengil shishuvi bilan boshlanadi. Bolaning arterial bosimi normada yoki biroz ko‘tarilgan bo‘lishi mumkin. Glomerulonefritning bu turida siydikdagi o‘zgarishlar asosiy o‘rinda turadi. Diurez kamayadi, siydik rangi



6-rasm. *Buyrak shishlarining yuzdagi ifodasi.*

Narkulov Jakhangir

qizaradi, eritrotsitlarning parchalanishidan siydik cho‘kmasi go‘sht seliga o‘xshab qoladi (gematuriya), mikroskopik tekshiruvda siydikda oqsil (proteinuriya), ko‘p miqdorda leykotsitlar (leykotsituriya) aniqlanadi. Ikkinchi, nefrotik turi esa ko‘proq maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarda uchraydi. Kasallikning bu turidagi asosiy belgi butun badan bo‘ylab shishlarning tarqalishi bo‘lib, suyuqliklar ba’zi hollarda tana bo‘shliqlarida ham (qorin bo‘shlig‘ida – assit, plevra bo‘shlig‘ida – gidrotoraks) yig‘ilgan bo‘ladi (7-rasm). Bolaning rangi pasayadi, boshi og‘riydi, ko‘ngli aynib, ishtahasi yo‘qoladi. Arterial bosim unchalik ko‘tarilmaydi. Diurez juda ham kamayib ketadi. Kasallikning shu turi uchun biokimyoviy tahlillarda siydikda proteinuriya, qon zardobida gipoproteinemiya va giperxolesterinemiya bo‘lishi xarakterlidir. Siydik cho‘kmasining mikroskopik tekshiruvida gialin va qizil qon tanachalaridan iborat silindrlar aniqlanadi.

7-rasm. *Nefrotik sindromda umumiy shishlar.*

Kasallikning uchinchi, aralash turida nefrotik sindromga siydikdagi o‘zgarishlar (gematuriya) va arterial qon bosimining ko‘tarilishi (gipertenziya) ham qo‘shilib birga namoyon bo‘ladi. Glomerulonefritning bu turi katta yoshdagi bolalarda ko‘proq uchraydi va kasallikning eng og‘ir turi hisoblanadi. Bolada keng tarqalgan shishlar, siydikning kamaygan va go‘sht seliga o‘xshash bo‘lishi, arterial bosimning yuqoriga ko‘tarilganligi natijasida bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi va qusish hollari kuzatiladi. Aksariyat hollarda kasallikning bu turi o‘tkir buyrak yetishmovchiligiga o‘tib ketishi mumkin. Glomerulonenfritda kasallik bir necha variantlarda: o‘tkir holda, uzoq cho‘zilib, surunkali tarzda, to‘lqinsimon, latent tarzda o‘tishi shular jumlasidandir.

Narkulov Jakhangir

Kasallik latent tarzda o‘tganida ekstrarenal belgilar bo‘lmaydi va siydik cho‘kmasidagi o‘zgarishlar, odatda, dispanser tekshiruvida ma’lum bo‘lib qoladi.

Glomerulonefritning aktiv fazasi gipertenzion sindrom, shish va siydik sindromlarining kuchli bo‘lishi, moddalar almashinuvining buzilishi va buyraklar funksional holatining o‘zgarib qolishi bilan xarakterlanadi. Bu faza har xil o‘tishi mumkin.

Inaktiv fazasi siydikdagi patologik o‘zgarishlar yo‘qolib ketadigan va qon asosiy biokimyoviy ko‘rsatkichlari (qoldiq azot, umumiy oqsil va uning fraksiyalari, xolesterin, umumiy lipidlar va fraksiyalari va h.k.) asliga kelib qoladigan klinik-laboratoriya remissiya deb hisoblanadi.

Asoratlari. Noto‘g‘ri davolash va zarur ehtiyotkorlik choralariga rioya qilinmaganda, diyetoterapiya noto‘g‘ri tashkil etilgan hollarda, bola belgilangan rejimni buzganida kasallik surunkali turga o‘tib ketishi, ba’zi hollarda o‘tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi kabi og‘ir asoratlar ham kelib chiqishi mumkin.

Oqibati. To‘g‘ri va o‘z vaqtida davolangan hollarda 80–95% bolalarda kasallik butunlay sog‘ayish bilan yakun topadi.

Hamshiralik tashxislari. Ko‘ngil aynishi, qusish, bosh og‘rig‘i, bel sohasidagi og‘riqlar, siydik miqdorining kamayishi, tana haroratining ko‘tarilishi, talvasalar, gidrotoraksdan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Siydikni Zimnitskiy, Addis-Kakovskiy, Nechiporeko, Ambyurje bo‘yicha tekshiruv, qondagi qoldiq azot, mochevina miqdorini aniqlash, sutkalik diurezni aniqlash, suv balansini aniqlash, bolani nazorat o‘lchab turish va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Diffuz glomerulonefrit bilan og‘rigan bolalarni davolash rejimi tayinlash, diyetoterapiya, mikroblarga qarshi kurashish, immun tizimni kuchaytirish va simptomatik dori-darmonlarni samarali qo‘llashdan iborat.

Glomerulonefritning o‘tkir kechishi yoki qo‘zigan davrida bemorlar statsionar sharoitda davolanadi. O‘tkir klinik ko‘rinishlar – gipertoniya, shishlar, makrogematuriya paydo bo‘lgan vaqtdan boshlab hisoblaganda kamida 3-4 hafta davomida bolaga o‘rinda yotish rejimi buyuriladi, ekstrarenal

Narkulov Jakhangir

belgilar yo‘qolib ketgach, yarim yotish rejimi, keyinchalik esa, erkin yoki faol rejim tayinlanadi.

Davolash ishlarini tashkil etishda diyetoterapiyaning o‘rni beqiyosdir. Kasallik o‘tkir o‘tayotganda yoki to‘lqinsimon o‘tib turib, qo‘zib qolgan davrda yengillashtiruvchi qand-meva kunlari buyuriladi. Yengillashtiruvchi kun o‘tkazilganidan keyin tuzsiz va hayvon oqsillari cheklangan ovqat buyuriladi. Bunday ovqat masalliqlari sabzavot, kartoshka, mevalar, o‘simlik moyi, yormalar, un, qand, konfet (shokoladlimasidan) cheklangan miqdordagi sut, tuxum, qaymoq, meva suvlari va ba’zi qandolat mahsulotlari (murabbo, marmelad, zefir), tuzsiz bug‘doy nondan iborat.

Bemor kasalxonaga kelgan birinchi kunlardan boshlab vitaminlar: sutkasiga 200-500 mg dan askorbinat kislota, A, B_6, K, B_{12} vitaminlari ham tayinlanadi.

Kasallik aktiv fazaga kirganida va qo‘zib qolganda hamma bemorlarga antibiotiklar buyurish zarur.

Gipotenziv dori-darmonlar tariqasida bolalarga rezerpin (sutkasiga 0,1-0,25 mg), dibazol (bolaning har bir yoshiga sutkasiga 0,001 g hisobidan), metildofa (kuniga 0,15-0,2-0,25 g dan) ishlatiladi.

Nefritning nefrotik formasi bilan og‘rigan, buyrak yetish-movchiligining alomatlari yo‘q bolalarga glyukokortikoidlar berib turish o‘rinlidir (sutkasiga 2-1,5 mg hisobida pred-nizolon).

Diffuz glomerulonefrit bilan og‘rigan bolalar dispanser kuzatuvi ostida bo‘lishi kerak. Klinik-laboratoriya jihatidan olganda to‘la remissiya holida kasalxonadan chiqarilgan bolalar 1 yil davornida 3 oyda bir martadan tekshirib turiladi, keyin-chalik kasallik qo‘zimaydigan bo‘lsa, 6 oyda bir marta tekshirib boriladi. Oyiga 1 marta siydik, 2 oyda bir marta qon tahlillari o‘tkazib turiladi.

Klinik-biokimyoviy jihatdan remissiya holiga o‘tgan va qoldiq siydik sindromi bo‘lgan bolalar oyiga bir marta tekshirishdan o‘tkazib turilishi kerak, 2 haftada bir marta siydigi, 2 oyda bir marta qoni tahlil qilib turiladi.

Klinik remissiya to‘la-to‘kis bo‘lmasa, bolalarni har oyda, glyukokortikoidlar buyurilganida esa har haftada tekshirishdan

Narkulov Jakhangir

o‘tkazib turish kerak. 2 haftada bir marta siydigi, 2 oyda bir marta qoni tahlil qilib ko‘riladi.

Bola kasalxonadan chiqarilganidan keyin davo buyraklardagi patologik jarayonning aktivligiga bog‘liq bo‘ladi.

Klinik remissiya davrida va qoldiq siydik sindromi bo‘lganida bolalarni ixtisoslashtirilgan sanatoriylarga yuborish mumkin.

Ehtiyotdan emlash ishlari (profilaktik vaksinatsiyalar) klinik-laboratoriya jihatidan to‘la-to‘kis remissiya boshlanganidan bir yil keyin o‘tkaziladi.

Glomerulonefritning gematurik formasi bilan og‘rib o‘tgan bolalar klinik-laboratoriya jihatidan to‘la remissiya boshlangan vaqtdan hisoblaganda 2 yil davomida dispanser kuzatuvi ostida turadi.

Kasallikning nefrotik va aralash formasi bilan og‘rigan bolalar doimo dispanser kuzatuvi ostida bo‘ladi, lekin 15 yoshga to‘lganidan keyin ularni terapevt kuzatuvi ostiga o‘tkaziladi.

Profilaktikasi. Diffuz glomerulonefritning oldini olishda bolalarni yuqumli kasalliklar va anginadan asrash, karioz tishlar va surunkali tonzillitni vaqtida davolash muhim ahamiyatga ega. Bolaga gigiyenik talablarga rioya qilishni o‘rgatish, uni chiniqtirish kasallikni oldini olishda muhim o‘rin egallaydi.

Piyelonefrit

Piyelonefrit buyrak jomlari va interstitsial to‘qimasining mikroblar tufayli yallig‘lanishi bilan xarakterlanadigan kasallik bo‘lib, buyrak kasalliklari orasida eng ko‘p tarqalganligi bilan ajralib turadi. Oraliq to‘qimaning jarayonga qo‘shilib ketishi bu kasallikni qo‘zib turishga moyil qilib qo‘yadigan sabablarning biridir. Piyelonefrit hamma yoshdagi bolalarda ham uchrayveradi, ammo 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda bu kasallik ko‘proq bo‘ladi, buni shu yoshdagi bolalarning anatomo-fiziologik xususiyatlariga bog‘liq deb hisoblash kerak.

Yallig‘lanisli jarayonining tarqaluvchanligiga, xususan, stafilokokk infeksiyasining tarqaluvchanligiga go‘dak bolalarning moyil bo‘lishi ham bir qadar ahamiyatga ega.

Hayotining 1-yilini yashab kelayotgan o‘g‘il bolalar bilan qiz bolalarda piyelonefrit taxminan birdek uchraydi. Bolalar

Narkulov Jakhangir

yoshi ulg‘ayib borgan sayin bu kasallik qizlarda ko‘proq uchraydigan bo‘lib qoladi.

Etiologiyasi. Piyelonefritning asosiy qo‘zg‘atuvchisi ajratilmagan. Lekin aksariyat hollarda ichak tayoqchasi, keyingi o‘rinlarda stafilokokklar, streptokokklar, protey va boshqalar ham kasallik qo‘zg‘atuvchilari bo‘lib qolishlari mumkin.

Klinikasi. Piyelonefritning klinik ko‘rinishlari bolalarning yoshiga va bolaning kasallikdan oldingi umumiy ahvoliga bog‘liq. Kasallikning asosiy belgilari leykotsituriya va bakteriuriya bo‘lib, ular siydik muntazam tekshirib borilganda aniqlanadi. Shuningdek, qorinda va belda og‘riq bo‘lishi, siydikning tez-tez kelib turishi (2 yoshgacha bo‘lgan bolalarda bo‘ladigan «ho‘l ishton» simptomi) yoki, aksincha, hadeganda kelavermaydigan bo‘lib qolishi, kechalari siydik tutolmaslik, achishish hodisalari bo‘lishi, siyish vaqtida og‘riq sezilishi, bolaning majburiy vaziyat olib turishi va har xil intoksikatsiya ko‘rinishlari bo‘lishi mumkin.

Maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarda umumiy intoksikatsiya simptomlari, og‘riq sindromi, dizurik o‘zgarishlar aksari yaqqolroq namoyon bo‘ladi, siydikda ko‘p miqdorda leykotsitlar va bakteriyalar topiladi. Maktab yoshidagi bolalarda intoksikatsiya ko‘pincha asteniya (bo‘shashish, bosh og‘rishi, salga charchab qolish, ishtaha pasayishi va boshqalar) xarakterida namoyon bo‘ladi, siydikdagi o‘zgarishlar arzimas darajada va notayin bo‘ladi, shuning uchun bularni topish uchun maxsus tekshirish usullarini qo‘llashga to‘g‘ri keladi.

Asoratlari. Kasallikning o‘tkir formasi vaqtida va tegishlicha davolanmaganda surunkali kechishga o‘tib qolishi, uning oqibatida buyraklarning bujmayishi, ikkilamchi va surunkali buyrak yetishmovchiligi kabi asoratlar kelib chiqishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida davo choralari olib borilsa xayrli.

Hamshiralik tashxislari. Ishtahasizlik, qorin va bel sohasida og‘riqlar, siydik tutolmaslik, tez-tez siyishlar, qovuq va siydik yo‘lida achishishlardan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Buyraklarning rentgenologik tekshiruvi, siydikning umumiy va Addis-Kakovskiy, Nechiporenko bo‘yicha tekshiruvi, qon umumiy tahlili va boshqalar.

Narkulov Jakhangir

Davolash va hamshiralik parvarishi. Piyelonefritning davosi kompleks tarzda olib borilishi lozim. Bunda harakat faolligi va parhezning ahamiyati nihoyatda katta.

Parhez davolashning muhim sharti, siydikning ravon (3-4 soatda bir marta) oqib turishi va ichakning yaxshi ishlab turadigan bo‘lishini ta’minlashdir.

Antibiotiklarni buyurishda piyelonefritning klinikasi, jarayonning faollik darajasi va mikrob florasining xarakterini hisobga olish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Kasallikning profilaktikasida sanitar-gigiyenik qoidalarga rioya qilish, bolalarni yuqori nafas yo‘llari infeksiyalaridan asrash, ayniqsa, qiz bolalarni yuqori ko‘tariluvchi infeksiyalardan ehtiyot qilish katta ahamiyatga ega.

Sistit

Sistit – siydik pufagi (qovuq) shilliq pardasining yallig‘lanishi bo‘lib, emizikli va yasli yoshidagi bolalarda ko‘proq uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. Chunki aynan mana shu davrda bola parvarishida nuqsonlar yuzaga keladi, bolalarning ho‘l o‘rinda ko‘p vaqt qolib ketishlari, zax joylarda ko‘p o‘ynash hollari ortadi.

Etiologiyasi. Bolalardagi sistitlarning kelib chiqishida turli guruhlarga kiruvchi mikroblar – ichak tayoqchalari, stafilokokklar, streptokokklar, protey yoki aralash mikroflora katta rol o‘ynaydi.

Mikroblar qovuqqa quyidagi yo‘llar bilan tushishi mumkin:

1. Buyraklardan – pastga yo‘naluvchi yo‘l bilan (ko‘proq buyraklarning tuberkulyoz bilan zararlanishida).

2. Siydik chiqarish yo‘li orqali – yuqoriga ko‘tariluvchi yo‘l bilan (vulvit va vulvovaginitlarda, balanopostitda, fimoz, uretritlarda).

3. Gematogen (qon orqali) yo‘l bilan (tonzillit, furunkulyoz, kariyeslarda).

4. Muloqot (kontakt) yo‘li bilan (kamdan-kam hollarda). Yuqoriga ko‘tariluvchi yo‘l aksariyat hollarda qizlarda kuzatiladi, chunki ularda siydik chiqarish yo‘llari keng va qisqa bo‘ladi. Siydik pufagiga mikroblarning tushishiga qovuqni

Narkulov Jakhangir

kateterlash va sistoskopik tekshiruvlar o‘tkazish ham sabab bo‘lishi mumkin.

Sistitning rivojlanishiga imkon yaratuvchi omillar – sovqotish, ko‘p charchash, siydik chiqarish yoki ajralishining buzilishlari ham muhim o‘rin egallaydi. Ostritsalar ham sistitlarning kelib chiqishida ahamiyatlidir.

Klinikasi. Sistitlarning o‘tkir va surunkali turlari farqlanadi. O‘tkir sistit birdaniga, aksariyat hollarda sovqotishdan keyin boshlanadi. Siydik ajralishida va qorinning pastki qovuq sohasida og‘riqlar paydo bo‘lishi, bolaning kam-kam, lekin tez-tez siyishi, ba’zida esa siydik tutolmaslik hollari kuzatiladi.

Bola bezovta bo‘lib uyqusi buziladi, tana harorati ko‘tarilishi ham mumkin. Siydik loyqasimon, o‘tkir hidli, cho‘kmali bo‘ladi. Ba’zida siydik bilan qon ajralishi mumkin.

Bunday holatlar 2–3 kun davom etadi va davo choralari natijasida o‘tib ketadi.

Surunkali sistit hozirgi kunda deyarli uchramaydi.

Asoratlari. Sistit vaqtida davolanmasa yuqoriga ko‘tariluvchi yo‘l bilan mikroblar buyraklargacha chiqishi va nefritga sabab bo‘lishi mumkin. Bundan tashqari, siydik chiqarish kanalining torayib qolishi, siydik tutolmaslik, siydik chiqarish kanalida toshlarning paydo bo‘lishi kabi asoratlar rivojlanishi ham mumkin.

Oqibati. O‘tkir sistit vaqtida aniqlanib, tegishli davo choralari olib borilganda asoratlarsiz batamom tuzalib ketadi. Surunkali sistitning oqibati esa hamisha jiddiy.

Hamshiralik tashxislari. Kam-kam va tez-tez siydik ajralishi, qovuq sohasidagi og‘riqlar, og‘riqli siyish, tana haroratining ko‘tarilishi, uyqusizlikdan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Siydikning umumiy tahlili, sistoskopiya, siydik kanali va qizlarda qin surtmalarini tekshirish va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. O‘tkir sistit bilan og‘rigan bolalarni davolashda yotish rejimi buyuriladi, og‘ir hollarda bola gospitalizatsiya qilinadi. Ko‘p miqdorda suyuqliklar (shakarli choy, glukoza eritmasi, turli sharbatlar, siydik haydovchi damlamalar va boshqalar) tayinlanadi. Ovqati doimgidek, lekin o‘tkir va sho‘r, ziravorlar, konservalar cheklanadi. Og‘riqlarni kamaytirish maqsadida bolani iliq

Narkulov Jakhangir

vannalar(isiriqli, romashka, moychechakli va boshqalar)ga o‘tirg‘izib qo‘yish yoki vannachalar qilish yaxshi naf beradi.

Og‘riqlar kuchli bo‘lganda og‘riq qoldiruvchilar (analgin, boralgin), spazmolitiklar (papaverin, no-shpa) dan foydalanish mumkin. Mikroblarga qarshi kurashish uchun antibiotiklar (ampitsillin, ampioks va boshqalar), sulfanilamid vositalar (biseptol, siprolet va boshqalar), nitrofuran unumlari (furagin, furadonin, furazolidon va boshqalar) dan foydalaniladi. Ba’zi hollarda qovuqni turli dez eritmalar bilan yuvish, qovuqqa dori vositalarini kiritish ham yaxshi naf beradi.

Ba’zi hollarda qovuq sohasiga fizioterapevtik muolajalar o‘tkazish ham tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Sistitlarning oldini olishda bolalarni to‘g‘ri tarbiyalash, gigiyenik qoidalarga muntazam rioya qilish, ho‘l o‘rinlarda qolib ketishiga va zax joylarda ko‘p o‘ynab qolishiga yo‘l qo‘ymaslik kerak.

5.5. Qon va qon yaratish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi

Anemiya

Anemiya – qondagi eritrotsitlar sonining kamayib, qonning hajm birligida gemoglobin miqdori va bitta eritrotsitdagi o‘rtacha gemoglobin miqdorining kamayib qolishi bilan xarakterlanadigan holatdir.

Etiologiyasi. Katta yoshdagi bolalarda anemiyaning kelib chiqishida turli sohalardan qon ketishi, gelmintozlar sabab bo‘lishi mumkin. Bundan tashqari, anemiya boshqa tizim hamda organlar kasalliklari – leykoz, nefrit, jigarning diffuz zararlanishi, infeksiyalar, intoksikatsiyalar, irsiy kasalliklar va boshqalarning alomati sifatida ham paydo bo‘lishi mumkin. Yosh go‘dak bolalarda (aksari 6–18 oylik) uchraydigan barcha anemiyalarning 90 foizi infeksion-alimentar tabiatga ega. Buning sababi, emadigan bola qon yaratish apparatining funksional jihatdan labil hamda juda nozik bo‘lishidir.

Yosh go‘daklarda bo‘ladigan infeksion-alimentar anemiyalar ko‘pincha temir yetishmasligi sababli kelib chiqadi va shuning uchun bunday anemiyalar – temir tanqisligi anemiyalari deyiladi.

Narkulov Jakhangir

Bundan tashqari, keltirib chiqargan sabablarga asoslangan holda kamqonlikning vitamin yoki oqsil yetishmasligidan kelib chiqqan turi, postgemorragik (ko‘p qon yo‘qotish), gemolitik (qonning parchalanishi), postinfeksion (yuqumli kasalliklardan so‘ng), gipoplastik va aplastik (qon ishlab chiqarishning pasayishi yoki batamom yo‘qolishi) turlari ham farqlanadi. Anemiyalarning postgemorragik, gemolitik, postin-feksion va gipoaplastik turlari odatda katta yoshdagi bolalarda ko‘proq uchraydi.

Yosh go‘daklarda temir yetishmasligi tufayli bo‘ladigan anemiyalarning xarakterli belgisi qon zardobidagi temir miq-dorining kamayib ketishidir.

Klinikasi. Kasallik odatda asta-sekinlik bilan avj oladi.

Bolalarda anemiya yengil, o‘rtacha og‘ir va og‘ir formalarda kechadi. Anemiyaning og‘irligi qondagi gemoglobin miqdori bilan belgilanadi va u darajalarda ifodalanadi.

1. Yengil formasi yoki anemiyaning I darajasida qondagi gemoglobin miqdori 90 g/l gacha kamaygan bo‘lib, bolaning umumiy ahvoli qoniqarli, lekin shu bilan bir vaqtda teri qoplamlari, shilliq pardalarining rangi oqargan, ishtahasi past, bolaning avzoyi o‘zgargan bo‘ladi, yurak ichida eshitiladigan I ton bo‘g‘iqlashgan, bo‘yin tomirlarida «pildiroq shovqin» eshitiladi, jigar biroz kattalashadi. Eritrotsitlar soni 3,5—10 g/l dan kam, rang ko‘rsatkichi 0,7-0,75 bo‘ladi.

2. O‘rtacha og‘irlikdagi anemiya yoki kasallikning II darajasida yuqorida aytib o‘tilgan belgilar yanada yaqqolroq ko‘rinishga ega bo‘ladi. Jigar yana ham kattalashadi, ba’zi bolalarda taloq ham kattalasha boshlaydi. Qondagi gemoglobin miqdori 60 g/l gacha kamayadi. Eritrotsitlar soni 3.0—10 g/l dan kam, rang ko‘rsatkichi esa 0,6-0,7 ga teng.

3. Anemiyaning og‘ir formasi yoki III darajasida bolaning umumiy ahvoli anchagina o‘zgaradi. Teri rangi oqargan, mumsimon yoki sarg‘ish tusga kirib quruqlashadi, ko‘z qovoqlari va oyoq panjalari kerkib turadi, og‘iz burchaklari va lablar shilliq pardasida yoriqlar paydo bo‘ladi, bolaning gavdasi, yuzi, qo‘l-oyoqlarida nuqta-nuqta, gohida ancha katta qontalashlar paydo bo‘lishi mumkin. Muskul kuchi pasayib, ilvillab qoladi.

Narkulov Jakhangir

Periferik limfa tugunlari va bodomcha bezlari kattalashib qoladi. Bolaning qorni odatda dam bo‘lib, jigari bilan talog‘i birmuncha kattalashadi. Tinch turganda ham bolalarda taxikardiya, hansirash, yurakda sistolik shovqin borligi aniqlanadi. Ishtaha keskin pasayib, hatto yo‘qolib ham ketadi (anoreksiya). Bola qayt qilishi, ichi suyuq keladigan bo‘lib qolishi mumkin.

Qondagi gemoglobin miqdori 60 g/l dan past, gohida 20-30 g/l gacha, eritrotsitlar soni 3...0-2,5...10 g/l dan kam, goho 1,8-10 1,5·10 g/l, rang ko‘rsatkich esa 0,4-0,5 ga teng bo‘lib qoladi.

Asoratlari. Anemiyalar vaqtida davolanmaganda bolaning jismoniy va asab-ruhiy rivojlanishdan ortda qolishiga, ikkilamchi infeksiyalar va kasalliklarga moyilligi ortishiga, jigar sirrozlarining rivojlanishiga va boshqa bir qancha og‘ir holatlarning kelib chiqishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Oqibati. Kasallik to‘g‘ri va o‘z vaqtida davolansa batamom tuzalib ketadi. Lekin yetarli e’tibor berilmasa, oqibati yomonlik bilan tugashi mumkin (ayniqsa, anemiyalarning postgemorragik, gemolitik va gipoplastik hamda aplastik turlarida).

Hamshiralik tashxislari. Ishtahaning pasayishi yoki ishtahasizlik, qorin og‘riqlari, tana haroratining ko‘tarilishi, qusish, injiqlikdan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan umumiy tahlili, qondagi oqsil va temir miqdorini aniqlash, qondagi bilirubin miqdorini aniqlash, sternal punksiya o‘tkazish va qizil ko‘mik faoliyatini tekshirish va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Kasallikni davolash ikki yo‘nalishda olib boriladi:

1. Etiologik omillar va yo‘ldosh holatlar (raxit, gipotrofiya, ekssudativ diatez va boshqalar) ni bartaraf etishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlarni amalga oshirish.

2. Anemiyaga qarshi maxsus davo usullarini qo‘llash.

Ushbu chora-tadbirlarni amalga oshirishda har bir bolaning qachondan buyon kasalligi hamda anemiyasining og‘ir-yengilligini hisobga olib turib, uning o‘ziga to‘g‘ri keladigan yo‘lni tanlash lozim.

Temir yetishmasligi anemiyalarga maxsus davo qilishda, asosan, tarkibida temir moddasi bo‘lgan preparatlardan foydalaniladi.

Narkulov Jakhangir

Davo chora-tadbirlari orasida kamqonlik bilan og‘rigan bolaga parhez tayinlash va to‘g‘ri kun tartibi belgilashning ahamiyati katta.

Profilaktikasi. Alimentar-infeksion anemiyalar profilaktikasi antenatal davrdan amalga oshirib borilishi kerak. Bunday profilaktika homilador ayol salomatligini mustahkamlash, toksikozlarga qarshi kurashishdan, bolaning chala va vaqtidan o‘tib tug‘ilishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlardan iborat bo‘ladi.

Anemiyaga moyil bo‘ladigan 3-6 oylik bolalar profilaktika chora-tadbirlarini amalga oshirayotganda alohida e’tiborni talab qiladi. Egizak bo‘lib tug‘ilgan, chala tug‘ilgan, vaqtidan o‘tib tug‘ilgan, ona qornida boshlangan gipotrofiya bilan tug‘ilgan bolalarga, homiladorlik paytida anemiya bilan og‘rigan onalardan, platsentasida anomaliyalari bo‘lgan onalardan tug‘ilgan bolalarga profilaktika maqsadida temir preparatlari bilan askorbinat kislota buyurish zarur.

Bunday bolalarning qizil qonini vaqti-vaqti bilan tekshirib turish zarur (3-6 oyligida va 1 yoshligida).

Bolalar jamoalari (bolalar yaslilari, bog‘chalari, go‘daklar uylari)da qizil qonning holatini muntazam tekshirib borish va gematologik o‘zgarishlar (gemoglobin miqdorining 110 g/l, eritrotsitlar sonining 4,5-10 g/l dan kamligi) topilganida davo-profilaktika tadbirlarini ko‘rish zarur.

Gemorragik diatezlar

Gemorragik diatezlar tabiatan har xil kasalliklar guruhini birlashtiruvchi yig‘ma tushuncha hisoblanadi va bunday kasalliklarda organizmning turli sohalarida vaqtincha yoki doimiy ravishda takror-takror qon ketib turishga moyillik paydo bo‘ladi, bunday moyillik turmushda orttirilgan yoki tug‘ma bo‘lishi mumkin. Bu kasalliklarda o‘z-o‘zidan ham, arzimas shikastlar ta’siri bilan ham qon ketib turadigan bo‘lib qoladi.

Qon ketib turishi har xil kasalliklar (leykoz, uremiya, sepsis va boshqalar)da ko‘rilganidek, tasodifiy, vaqtinchalik belgi bo‘lmay, balki kasallikning butun manzarasini belgilab beradigan asosiy simptom bo‘lib hisoblanadi. Qon oquvchanlik holatiga olib keladigan omillarning ikkita asosiy guruhi –

Narkulov Jakhangir

tomirlar devorining o‘zgarishi hamda qon xossalarining o‘zgarib qolishi farqlanadi.

Gemorragik diatezlar quyidagi kasalliklarni birlashtiradi:

1) Gemorragik vaskulit (Shenleyn-Genox kasalligi).
2) Trombotsitopenik purpura (Vergolf kasalligi).
3) Gemofiliya.

Gemorragik vaskulit. Bolalardagi gemorragik diatezlarning hammadan ko‘p uchraydigan shakli (sinonimlari: Shenleyn-Genox kasalligi, kapillyatrotoksikoz, anafilaktoid purpura va hokazo) bo‘lib, bu kasallik hamma yoshdagi bolalarda uchraydi, lekin maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalar va kichik maktab yoshidagi bolalarda ko‘proq kuzatiladi.

Etiologiyasi. Gemorragik vaskulitni ko‘pchilik tadqiqotchilar immunoallergik kasalliklar jumlasiga kiritishadi va bunday kasalliklarda tomirlar endoteliysi (ichki qavati) har xil allergenlarga javoban o‘tkir aseptik yallig‘lanish reaksiyasini ko‘rsatadigan bo‘ladi, ana shunday allergenlar orasida infeksiya asosiy ahamiyatga ega deb hisoblashadi.

Klinikasi. Kasallik aksari birdan boshlanib har xil muddat – 2-3 haftadan bir necha oygacha davom etadi. Uning asosiy belgilari:

1. Badan terisiga toshma toshib ketishi ko‘p uchraydi. Badan terisiga toshadigan toshmalar aksari dog‘simon-papulyoz ko‘rinishida bo‘ladi, kattaligi to‘g‘nog‘ich boshidan to yasmiq urug‘igacha boradi va qo‘l-oyoqlarning yoziluvchi hamda tashqi yuzalarida, asosan, yelka, tizzalarda, sonlarning ichki yuzalarida, dumbalarda, bo‘g‘imlar yonida, goho bolaning yuzi va gavdasiga toshadi.

2. Bo‘g‘imlarning shishib chiqib, bezillab turishi (kamroq uchraydi). Bo‘g‘imlardagi o‘zgarishlar og‘riq, shish paydo bo‘lishi, aktiv va passiv harakatlarning cheklanib qolishi bilan ifodalanadi.

3. Qorinda og‘riq bo‘lishi (kamroq uchraydi). Qorin og‘rig‘i har xil darajada bo‘lishi mumkin, tutib-tutib og‘riydi, og‘ir hollarda og‘riq vaqtida bola qon aralash qusib, ichi ham qon aralashib yoki qora bo‘lib, shilimshiq aralash keladi, tenezmlar bo‘lib turadi. Klinik manzarasiga ko‘ra kasallikning yengil, o‘rtacha og‘ir va og‘ir formalari, kechishi jihatidan o‘tkir, yarim o‘tkir, surunkali formalari farqlanadi.

Narkulov Jakhangir

Asoratlari. Bu kasallik invaginatsiya, peritonit, appenditsit, goho miyaga qon quyilishi kabi asoratlar qoldirishi mumkin.

Oqibati. Kasallik asorat bermaganda va o‘z vaqtida davo choralari olib borilganda eson-omon o‘tib ketadi. Nefrit va jarrohlik asoratlari bo‘lsa, oqibat yomonlashadi.

Hamshiralik tashxislari. Bo‘g‘imlardagi og‘riqlar, bo‘g‘imdagi shishlar, harakat aktivligining kamayishi, qorin og‘riqlari, qon aralash qusish, ichning qorayishi, tenezmlardan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan tahlili, qon ivuvchanligini va qon oqish vaqtini aniqlash, turli allergik sinamalar o‘tkazish va hokazo.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Kasallikning boshlanish davrida ovqatda hayvon oqsillari miqdori biroz cheklanadi. Abdominal sindrom bo‘lganda ovqat mexanik jihatdan avaylaydigan, bekamu ko‘st bo‘lishi, issiq taomlarni berish birmuncha vaqtga ortga surilishi lozim. Desensibillovchi vositalar: dimedrol, suprastin, salitsilatlar, amidopirin, analgin keng qo‘llaniladi, bular bolaning yoshiga to‘g‘ri keladigan dozalarda 3-4 hafta davomida berib turiladi.

5-7 kun davomida sutkasiga 10-15-20 mg dan prednizolon buyuriladi, keyin uning dozasi asta-sekin kamaytirib boriladi.

Tomirlar o‘tkazuvchanligini kamaytirish uchun kalsiy glyukonat (0,3-0,5 g), vitamin C (sutkasiga 300-500 mg), vitamin B, (sutkasiga 10-15 mg), vitamin P (sutkasiga 10,05-0,1 g) qo‘llaniladi. Bu kasallikda simptomatik davo ham qilinadi. Qorinda og‘riq bo‘lib turganda atropin, belladonna, promedol, pantopon, brom, bo‘g‘imlar juda bezillab turganida quruq issiqlik, sollyuks qo‘llaniladi.

Profilaktikasi. Gemorragik vaskulit profilaktikasida bola organizmini mustahkamlovchi umumiy usullar bilan bir qatorda allergiya boshlanishining oldini olish uchun bolani o‘tkir infeksion kasalliklardan asrashga, mahalliy infeksiya o‘choqlarini (xronik tonzillit, adenoidlar, tish kariyesi, xolesistit va boshqalarni) sanatsiya qilish katta ahamiyatga ega.

Anamnezda ovqat yoki doridan bo‘ladigan allergiya borligi aniqlansa, u vaqtda tegishli tadbirlarni amalga oshirish zarur.

Trombotsitopenik purpura yoki Verlgof kasalligi. Bu kasallik hamma yoshdagi bolalarda uchraydi, lekin maktabgacha tarbiya

Narkulov Jakhangir

yoshidagi bolalar bilan kichik maktab yoshidagi bolalarda ko‘proq bo‘ladi. Ko‘pdan-ko‘p izlanishlarga qaramasdan, bu kasallikning etiologiyasi hozirga qadar noma’lum bo‘lib kelmoqda.

Klinikasi. Kasallikning asosiy alomati teri ostiga qon quyilib, qontalash bo‘lib qolishi va shilliq pardalardan tabiiy bo‘shliqlarga qon quyilib qolishidir.

Teriga qon quyilishi katta-kichikligi, rangi va soni jihatidan har xil bo‘ladi (kattaligi kamida to‘g‘nog‘ich boshidek keladi, rangi qip-qizil yangi qontalashlardan tortib, to barcha turdagi ko‘k momataloqlargacha boradi, soni bitta-yarimtadan to juda ko‘pgacha boradi). Bu qontalashlar odatda gavda bilan qo‘l-oyoqlarning oldingi yuzalaridan joy oladi (8-rasm).

8-rasm. *Trombositopenik purpurada toshmalarning ko‘rinishi.*

Aksari burun qonab, burundan goho sharillab qon keladi, milk va umuman, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq pardasi ham qonab turadi. Ana shunday sharoitda tish oldirish va tonzillektomiya qilish, ayniqsa, xatarlidir.

Me’da-ichak, o‘pka, buyraklardan qon ketishi yoki bo‘shliqlarga (plevra, qorin bo‘shlig‘iga), shuningdek, miya, ko‘z sklerasi va to‘r pardasiga qon quyilishi deyarli kuzatilmaydi. Qizlarda bachadondan qon kelib turishi mumkin. Jigar bilan taloqning kattalashuvi hamisha ham uchrayveradigan simptomlar emas; boshqa ichki organlarda o‘zgarishlar deyarli kuzatilmaydi.

Kasallikning asosiy gemotologik belgisi trombotsitlarning son va sifat jihatidan o‘zgarib qolishidir. Trombotsitlar keskin kamayadi va 0 bilan 7-10 – 8-10 g/l atrofida o‘zgarib turadi.

Narkulov Jakhangir

Trombotsitlarning sifat o‘zgarishlari g‘alati shaklli (zanjirchalar ko‘rinishida) juda yirik trombotsitlar paydo bo‘lishidan iborat. Trombotsitlar o‘zgarishidan tashqari, qonning ivish vaqti ancha uzayib ketadi (normada 2-3 daqiqa bo‘lsa, 15-30 daqiqagacha va bundan ortiqroq vaqtgacha qon ivimay turishi mumkin) va qon laxtasi retraksiyasi susayadi yoki bo‘lmaydi. Trombotsitopenik purpuraning klinik ko‘rinishlari va laboratoriya tekshirishlarining natijalariga qarab yengil, o‘rtacha og‘ir va og‘ir formalari, o‘tishiga qarab esa o‘tkir va surunkali formalari farqlanadi. Kasallikning o‘tishi siklikligi, ya’ni retsidivlar bilan remissiyalarining navbatlashib borishi bilan xarakterlanadi, qoida bo‘yicha ancha qon ketganidan keyin odatda kasallikning remissiyasi boshlanadi.

Asoratlari. Turli bo‘shliqlarga qon quyilishi (ayniqsa plevra, yurak pardasi, miya bo‘shliqlari), ko‘z sklerasiga qon quyilishi, ichaklardan qon ketishi kabilar bola ahvolini og‘irlashtirib qo‘yishi mumkin.

Oqibati. Ko‘pchilik hollarda kasallik yaxshilik bilan tugaydi. Ba’zi hollarda bemor qonsirash va hayot uchun muhim organlariga – bosh miyasi va buyrakusti bezlariga qon quyilishidan o‘lib qolishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Qorin og‘riqlari, burundan qon ketishi, bachadondan qon ketishi, injiqlik, ko‘z sklerasiga qon quyilishidan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan tahlili, qon oqish vaqti va qon ivuvchanligini aniqlash, qondagi trombotsitlar miqdorini aniqlash, to‘r pardani tekshirish va hokazolar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Qon keta boshlaganda qonni to‘xtatishga yordam beradigan vositalarning hammasidan, jumladan, tamponada va boshqa jarrohlik chora-tadbirlar bilan bir qatorda mahalliy qon to‘xtatuvchi vositalardan ham foydalanish kerak. Mahalliy qon to‘xtatuvchi vositalar tariqasida trombin, gemostatik bulut, ayol sutiga, yangi plazma yoki zardobga, adrenalin eritmasiga ho‘llangan tamponlar ishlatiladi.

Umumiy ta’sir ko‘rsatuvchi vositalardan 10% li kalsiy glyukonat eritmasidan, yo bo‘lmasa, 10% li natriy xlorid eritmasidan 10 ml ni venadan yuborish, katta dozalardagi (300-500

Narkulov Jakhangir

mg) askorbinat kislotani venadan yuborish, vikasol va aminokapron kislotalardan buyuriladi.

Steroid gormonlar – prednizolon qo‘llaniladi (klinik-gematologik jihatdan remissiya boshlanguncha sutkasiga 1,5-2 mg/kg dozada).

Profilaktikasi. Trombotsitopenik purpurada amalga oshiriladigan profilaktik choralar gemorragik vaskulitdagi choralar bilan bir xil.

Kasallikning surunkali formasida bolalar remissiya davrida maktabga qatnayverishi mumkin, lekin ularni ruhiy va jismoniy travmalardan ehtiyot qilish, sport mashg‘ulotlari va o‘yinlaridan ozod qilib qo‘yish kerak.

Gemofiliya – qon ketib turishiga irsiy moyillikning klassik shakli bo‘lib, bu kasallik bilan, odatda, erkaklar og‘riydi. Kasallik gemofiliyasi bor otadan bunday qaraganda sog‘lom bo‘lib ko‘rinadigan qizi orqali nevaraga o‘tishi mumkin, o‘sha otaning qizi kasallikni o‘tkazuvchi kishi yoki boshqacha aytganda tashuvchi bo‘lib xizmat qilishi mumkin. Gemofiliya patologik jinsiy xromosoma bilan tutashgan retsessiv belgi bo‘yicha nasldan-naslga o‘tib boradi.

Klinikasi. Gemofiliyaning belgilari bola hayotining 1-yilidayoq ma’lum bo‘lib qolishi mumkin. Ko‘pincha badan terisining kesilishi, tilning tishlanib olishi, tish oldirish va hokazo singari travmalarda anchagina qon ketadi, shuningdek, badanning arzimas darajada lat yeyishi ham teri ostiga, muskullar orasiga ko‘p qon quyilib qolishiga sabab bo‘ladi. Chivin chaqishidan ham katta qon gematomasi hosil bo‘lishi mumkin. Gemofiliyaning xarakterli xususiyati bo‘g‘imlarga qon quyilib qolishi – gemartrozlar bo‘lib, ko‘pincha tizza, tirsak va boldir-panja bo‘g‘imlari zararlanadi. Yangi gemartrozlar juda bezillab turadi va harorat ko‘tarilishi bilan birga davom etadi. Bo‘g‘imlarga takror-takror qon quyilishi natijasida zararlangan bo‘g‘imlarda qisman kontraktura paydo bo‘lishi va ularning shakli o‘zgarib qolishi mumkin.

Gemofiliya bilan og‘rigan kasalga qaraydigan tibbiyot xodimi ko‘z qovoqlarini ag‘darib ko‘rish, zond, buj, kateter solish, yo‘g‘on igna bilan venadan qon olish yoki igna, skarifikator bilan ukol qilish singari muolajalar xatarli va hatto o‘limga olib

Narkulov Jakhangir

boradigan darajada qon ketib qolishiga sabab bo‘lishini esda tutishi zarur.

Gemofiliyaning uchta formasi – A, B va C formalari aniqlangan bo‘lib, bular klinik ko‘rinishlari jihatidan bir-biridan farq qilmaydi, ammo laboratoriya ma’lumotlari jihatidan har xil bo‘ladi.

Shu dard bilan og‘rigan kasallarning hammasida qonning ivish vaqti anchagina uzaygan bo‘ladi, qon ketib turishi tufayli yuzaga keladigan anemiyani aytmaganda, qon manzarasida boshqa hech qanday xarakterli o‘zgarish bo‘lmaydi.

Kasallik siklik tarzda o‘tadi – qon ketib turadigan davrlar nisbatan tinch davrlar bilan navbatlashib boradi.

Asoratlari. Gidrotoraks, bo‘g‘imlar kontrakturasi, muskullar ish faoliyatining buzilishlari, buyrakusti beziga qon quyilishi va hokazolar.

Oqibati. Bemorning batamom sog‘ayib ketishi jihatidan olganda oqibat yaxshi emas, ammo yosh ulg‘ayib borgan sayin qon ketib turishi kamroq ifodalangan bo‘lib qoladi. Hozirgi vaqtda davo-profilaktika tadbirlari amalga oshirilayotgani tufayli kasallik oqibati ancha yaxshilanib qoldi.

Hamshiralik tashxislari. Bo‘shliqlarga qon quyilishi, gemartrozlar, teriosti va muskullardagi gematomalar, burun va bachadondan qon ketishi, kontrakturalar, bo‘g‘imlardagi og‘riqlar, harakatning cheklanib qolishidan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan tahlili, qon ivuvchanligi va ivish vaqtini aniqlash, rentgenologik tekshiruvlar o‘tkazish, punksiyalar o‘tkazish va hokazolar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Davo choralarini olib borishda mahalliy va umumiy qon to‘xtatuvchi vositalar qo‘llaniladi. Mahalliy vositalar jumlasiga qon to‘xtatadigan har qanday preparatdan foydalanib, tamponada qilish (qon to‘xtatuvchi bulut – fibrinli bulut va boshqalar bilan), qonab turgan joyga sovuq narsa (muz) bosish, bosib turadigan qilib bog‘lab qo‘yish, qo‘1-oyoqlarni immobilizatsiya qilish kiradi.

Bevosita yo‘l bilan (to‘g‘ridan-to‘g‘ri) qon quyiladi yoki donordan olinganidan keyin ko‘pi bilan 24 soat saqlangan konservalangan qon quyiladi. Hozirgi vaqtda antigemofil plazma, antigemofil gamma-globulin, kriopretsipitatdan keng qo‘llanilmoqda.

Narkulov Jakhangir

Profilaktikasi. Gemofiliya bilan og‘rigan bolalarni har qanday travmadan ham ehtiyot qilish zarur, bunga ota-onalar, o‘qituvchilar va o‘quvchilar orasida sanitariya maorifi ishi olib borish yo‘li bilan erishiladi. Maktab o‘quvchisiga avaylaydigan alohida rejim belgilanishi (fizkultura mashg‘ulotlari, o‘yinlar va boshqalardan ozod qilib qo‘yish), kasallik qo‘zib turgan vaqtda esa mashg‘ulotlarni uyda uyushtirish zarur.

Kuniga 50–100 g dan yeryong‘oq yeb turish tavsiya etiladi, bunda epsilon-aminokapronat kislota bo‘ladi.

O‘smirlarda kasb tanlashda gemofiliyasi bor kasallarni uzoq yurish yoki tik turishga aloqador ishga qo‘yib bo‘lmasligini hisobga olish zarur.

Gemofiliya bilan og‘rigan bemorlar dispanser nazorati ostida bo‘lishi kerak.

5.6. Endokrin bez kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi

Bolalarda ichki sekretsiya bezlari kasalliklari kattalarga qaraganda nisbatan kamroq kuzatiladi. Lekin hozirgi vaqtga kelib ichki sekretsiya a’zolari kasalliklaridan qandli diabet bolalarda ko‘p kuzatiladigan bo‘lib qoldi. Iste’mol qilinayotgan ovqat mahsulotlarida va ayniqsa, tuzda yod miqdorining kamayib ketishi natijasida yosh bolalarda endemik bo‘qoq kasalligi ham ko‘paydi. Ichki sekretsiya bezlari kasalliklari vaqtida aniqlanmay qolganda bolalarning keyingi rivojlanishi va organizmining normal faoliyat olib borishida jiddiy nuqsonlar kelib chiqishi mumkin. Bolalarning jinsiy tomondan to‘g‘ri rivojlanishida ham ushbu tizimning qanchalik to‘g‘ri faoliyat ko‘rsatishi ahamiyatlidir.

Bolalarda qandli diabet

Bolalardagi endokrin kasalliklar ichida qandli diabet ko‘proq uchraydi va me’daosti bezi tufayli yoki undan xoli ravishda organizmda insulin yetishmay qolishiga bog‘liq bo‘ladi, barcha turdagi almashinuv, birinchi navbatda uglevodlar bilan yog‘lar almashinuvining izdan chiqishi bilan xarakterlanadi.

Narkulov Jakhangir

Qandli diabet bilan barcha yoshdagi bolalar og‘riydi, ammo bu kasallik maktabgacha tarbiya, prepubertat va pubertat yoshdagi bolalarda ko‘proq kuzatiladi.

Etiologiyasi. Kasallikning etiologiyasi haligacha to‘la aniqlangan emas. Taxminlarga qaraganda, qandli diabet aksari infeksion kasallik (epidemik parotit, suvchechak, qizamiq, gripp, skarlatina, angina va boshqalar) dan keyin boshlanadi.

Hozir qandli diabetning etiologiyasida irsiy omillar juda muhim rolni o‘ynaydi, degan ma’lumotlar ko‘p.

Klinikasi. Bu kasallik asta-sekin, zimdan, ba’zida esa ko‘pchilik simptomlari tez zo‘rayib, juda shiddat bilan, to‘satdan boshlanishi mumkin. Kasallik dastlab ko‘p chanqash, og‘izning qurib qolishi, tez-tez, ko‘p-ko‘p siyish, tunda va hatto kunduz kunlari siydikni tutolmaslik kabi belgilar bilan boshlanadi. Keyinchalik ishtahasi yaxshi, ba’zida hatto zo‘r bo‘lishiga qaramay, bola ozib boradi, umuman, quvvatsizlanib, boshi og‘riydi, tez charchaydigan bo‘lib qoladi. Bunday bolalarda badan terisining qichishuvi va teriga aloqador boshqa kasallik ko‘rinishlari (piodermiya, furunkulyoz, ekzema) birmuncha kam kuzatiladi.

Bolaning tili quruq, och-qizil rangda, ko‘pincha so‘rg‘ichlari bilinmay ketgan bo‘ladi, gingivit, zo‘rayib boruvchi tishlar kariyesi boshlanadi. Anchadan beri og‘rib kelayotgan bolalarning ko‘pchiligida jigar kattalashgan, qattiq bo‘ladi, ba’zan bezillab turadi. Ba’zi bolalarda dispeptik hodisalar aniqlanadi.

Asab tizimining ta’sirlanishi natijasida bosh og‘rig‘i va tez charchab qolishdan tashqari, injiqlik, salga yig‘lash yoki xursand bo‘lish, quvvatsizlik, xotira yomonlashuvi singari hodisalar paydo bo‘lishi mumkin.

Yuqorida sanab o‘tilgan alomatlar bilan birga qandli diabet uchun glikozuriya, giperglikemiya, qonda keton tanalarining ko‘payib ketishi va atsidoz eng asosiy simptomlar bo‘lib hisoblanadi.

Shuni nazarda tutish kerakki, sog‘lom bolada ham bir kecha-kunduz davomida siydik bilan 1 g gacha qand chiqib turadi, ammo shunday miqdordagi qandni oddiy usullar bilan aniqlab bo‘lmaydi.

Narkulov Jakhangir

Qandli diabetning alohida bir formasi latent diabet (prediabet) dir, bolalarda u ko‘pincha alimentar semizlik yoki infeksion kasalliklar (dizenteriya, virusli gepatit va boshqalar) bilan birga davom etib boradi. Bunday bolalar odatda hech narsadan nolimaydi. Diabetning shu formasini barvaqt aniqlab olish amaliy jihatdan juda katta ahamiyatga ega, chunki o‘z vaqtida va to‘g‘ri davo qilish bilan latent diabetning ro‘yirost diabetga aylanib ketishining oldini olish mumkin.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanib, to‘g‘ri davo olib borilsa, ko‘pchilik hollarda asorat bermaydi. Noto‘g‘ri davo qilinganida qandli diabetning o‘tishi og‘irlashib, bir qancha asoratlar avj olib boradi. Bo‘y o‘sishining sekinlashib qolishi (diabet boshlanganida bola qancha yosh bo‘lsa, bo‘yining o‘sishi shuncha sekinlashib qoladi); jinsiy jihatdan yaxshi yetilmaslik; katarakta; buyraklar funksiyasining buzilishi; jigar sirrozi ana shunday asoratlar jumlasiga kiradi.

Biroq qandli diabetning eng dahshatli asorati, diabetik yoki giperglikemik koma bo‘lib, bunday hodisa ko‘pincha insulin dozasi yetishmay qolganda va ovqatlanish rejimi buzilganida (yog‘lar va uglevodlarga ruju qo‘yilganda) ro‘y beradi. Odatda koma boshlanishidan bir necha kun oldin darakchilari paydo bo‘ladi: chanqash kuchayadi, diurez ko‘payadi, ishtaha pasayib, keskin darmonsizlik, bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi, uyquchanlik paydo bo‘ladi, og‘izdan atseton hidi kelib turadi. Shoshilinch choralar ko‘rilmasa (insulin berilmasa), ahvol og‘irlashib, quvvatsizlik zo‘rayib boradi, Kussmaul tipidagi nafas paydo bo‘ladi, ya’ni kasal chuqur-chuqur, xirillab, ritmik nafas olib turadi, nafasidan chiqadigan havodan keskin atseton hidi kelib turadi, pulsi tezlashib, arterial bosimi pasayadi, qayt qiladi, ba’zan to‘xtovsiz qusaveradi. Badan terisi quruq bo‘lib qoladi, yuzi chakak-chakak bo‘lib ketadi, ko‘z soqqalari yumshoq bo‘ladi. Es-hushi oldiniga joyida bo‘ladi, keyin asta-sekin so‘nib borib, batamom yo‘qolib ham ketadi, pay reflekslari bo‘lmaydi. Koma boshlanganida ko‘pincha qorinda qattiq og‘riq turib, jigar ham ancha kattalashib ketadi.

Diabetik komani gipoglikemik komadan ajratib olish, differensirovka qilish kerak, gipoklikemik koma ko‘pincha insulin dozasi oshirib yuborilganida va insulin yuborilganidan keyin beriladigan ovqat yetarli bo‘lmaganida boshlanadi va

Narkulov Jakhangir

qondagi qand miqdorining keskin pasayib ketishi bilan xarakterlanadi. Diabetik komada bemorga katta dozada insulin berib qo‘yilganida gipoglikemik holat yuzaga kelib qolishi mumkinligini esda tutish zarur.

Oqibati. Kasallikning oqibati diagnozning o‘z vaqtida aniqlanishiga bog‘liq. Og‘ir va asorat bergan hollarda qandli diabetning oqibati yaxshi emas. Bolaga yetarli ahamiyat berilmaganda, ya’ni umumiy rejim buzilsa, to‘g‘ri ovqatlanish va ovqatning sifatiga e’tibor qilinmasa va insulin vaqtida yuborib turilmasa, ayniqsa, yomon bo‘ladi.

Hamshiralik tashxislari. Ko‘p chanqash, ko‘p siyish, quvvatsizlik, bosh og‘rig‘i, teridagi qichimalar, ekzema, ko‘ngil aynishi, qusish, nafas olishning buzilishlari, es-hushning kirarli-chiqarli bo‘lishidan bolalarning qiynalishi.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qonning umumiy tahlili, qondagi va siydikdagi qand miqdorini aniqlash, qondagi keton tanalari miqdorini aniqlash va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Davolashning asosiy maqsadi fiziologik normalarga to‘g‘ri keladigan, sifatli ovqatlar bilan ovqatlantirish, insulin terapiya qilish va gigiyena rejimiga amal qilishga qaratilgan.

Umuman, sog‘lom bolalar uchun belgilangan ovqatda oqsillar, yog‘lar, uglevodlar nisbati 1:1:4 bo‘lsa, qandli diabet bilan og‘rigan bolalarda bu nisbat 1:0, 75:3,5 bo‘lishi kerak. Ayni vaqtda, yog‘lar bilan uglevodlar miqdori bir qadar cheklab qo‘yiladi. Mana shunday parhez jismoniy jihatdan to‘g‘ri o‘sib borishni ta’minlaydi, organizmning immunologik reaktivligini ma’lum darajada saqlab turadi.

Qandli diabet bilan og‘rigan bolalar ratsionidan qandni butunlay istisno qilish bolalarga, ayniqsa, maktab yoshdagi bolalarga og‘ir botadi. Qandni ksillit va sorbit bilan almashtirishning hamisha ham iloji bo‘lavermaydi. Bir qancha olimlarning fikricha, bunday bolalarga sutkasiga 20-30 g qand berish mumkin, bunda shu normani buzmaslik kerak.

Bolaga ovqatni besh mahal berib turgan ma’qul: nonushta, insulin yuborilganidan keyingi 3 soat oralatib beriladigan qo‘shimcha ovqat —2-nonushta, tushlik, tushdan keyingi ovqat,

Narkulov Jakhangir

kechki ovqat. Bola shu tariqa ovqatlanib borganida uglevodlarning bir tekis taqsimlanishi ta'minlanadi. Insulin 3 mahal yuborib turiladigan bo'lsa, 6 marta ovqat berib turish lozim.

Qandli diabet bilan og'rigan bolalar fiziologik to'g'ri ovqatlanib borishi bilan bir qatorda o'rinbosar terapiya tariqasida insulin olib turishlari kerak. Insulinning sutkali dozasi sutkali glikozuriya miqdoriga qarab aniqlanadi (amaliy qismga qarang).

Bolalar yetarli miqdorda C, B_1, B_2, B_{12} vitaminlari bilan ta'minlanib turishi kerak.

Qandli diabet bilan og'rigan bolalarning umumiy rejimi sog'lom bolalar rejimi bilan bir xil. Harakat rejimi cheklanmasligi kerak. Maktabda o'qishga moneliklar yo'q, bemorlar jismoniy tarbiya bilan shug'ullanishlari mumkin, lekin musobaqalarga qatnashmasliklari kerak. Bolaning ahvoliga qarab, ba'zi hollarda mashg'ulotlardan ozod qilib qo'yiladigan qo'shimcha kun belgilash tavsiya etiladi.

5.7. Irsiy kasalliklarda bola va uning oilasiga ko'rsatiladigan hamshiralik parvarishi

Tug'ma nuqsonlarni aniqlash

Tug'ma nuqsonli bola tug'ilishi sabablari, bola dunyoga kelgunga qadar yuz beradi. Bola tug'ilgandan keyin tug'ma nuqson belgilari namoyon bo'ladi. Sababiga ko'ra tug'ma nuqsonlarni irsiy kasallilklar, xromasom kasalliklar, multifaktorial kasalliklar, mediamentlar ta'sirida kelib chiqqan, ona qornida zararlanish ta'sirida kelib chiqqan kasalliklar, tashqi muhitning zararli ta'sirida kelib chiqqan kasalliklarga bo'linadi.

Tashqi muhit faktorlari.

Dorilar qabul qilish natijasida. Infeksiyalar chaqiradigan nuqsonlar. Qarindosn urug'lar o'rtasidagi nikohlar.

Tug'ma nuqsonli bolalar tug'ilishini kutayotgan ota-onalar holati.

Hamma ota-onalar bolalarini sog'lom bo'lishini xohlaydi. Shuning uchun tug'ma nuqsonli bolalar tug'ilguncha ota-onalar shokka tushadilar. UZI vaqtida nuqsonlar haqida eshitganda hayajonlanish va ruhiy bezovtalanish sezadilar. Tashxisga

Narkulov Jakhangir

qaramasdan ota-onalarga bola tashlab ketish haqida qandaydir chora qo‘llash juda qiyin holat. Tug‘ma nuqsonli bola tug‘ilishini kutayotgan ota-onalar holati quyidagilarga bo‘linadi:

1. Shok holati.
2. Inkor etish.
3. Qabul qila olmaslik va g‘amga botish.
4. Moslashish.
5. Oldingi holatda qolish.

Shundan kelib chiqqan holda ota-onalar bilan suhbat o‘tkaziladi.

Ota-onaga bola nuqson bilan tug‘ilganini xabar qilinsa, ota-ona holatini shokka tushiradi va ota-ona buni qabul qilmasligi mumkin. Shuning uchun ota-onalarga yaxshilab vahima qilmasdan tushuntirish kerak. Shokdan chiqqandan keyin ota-onalar o‘zlarini aybdor qilib, jahli chiqadi. 2 chi tomondan o‘z his-tuyg‘ulari bilan kurashadilar. Bu paytda ota-onalarga bor haqiqatni anglashi va tushunib yetishi qiyin, shuning uchun ota-onalarga g‘amini yengillashtirish uchun sharoit yaratish kerak. Hamshira ochiq ko‘ngilli bo‘lishi bolalarni ota-onalari bilan birga o‘stirishi va tarbiyalashi kerak, ota-onalar bilan ishonchli munosabatda bo‘lishi kerak.

Daun sindromi

Xromosoma patologiyalarining bir shakli bo‘lib, normadagi 46 xromosoma o‘rnida 47 xromosoma kariotipi bo‘lishi, 21 chi xrosomada ikkita normal xromosomani o‘rniga uchta bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. Kasallik ruhiy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish, o‘ziga xos tashqi ko‘rinish va boshqa anomaliyalar bo‘lishi bilan kechadi. O‘rtacha 1000 tadan 1 ta da uchraydi.

Sababi kech tug‘ish (35 yoshdan so‘ng) va ba’zi hollarda otaning katta yoshda bo‘lishi hisoblanadi.

Belgilari o‘rta va yuqori darajalarida aqliy va jismoiy rivojlanishdan orqada qolish kuzatiladi. O‘ziga xos tashqi ko‘rinish: yuzning yassi bo‘lishi, ko‘z yoriqlarining qiyshiq joylashishi, burun to‘sig‘i keng bo‘lishi, epikantus (ko‘zning ichki burchagida ko‘z yoshi do‘mbog‘ni yopib turuvchi yuqori qovoq

Narkulov Jakhangir

teri burmasi) bo‘lishi, shuningdek 50% ida yurak nuqsonlari, hazm qilish a’zolarida nuqsonlar uchraydi.

Agar bolalarda tug‘ilgandan so‘ng tug‘ma yurak nuqsonlari kuzatilmasa, ular 50 yoshgacha hayot kechirishi mumkin. Ko‘p hollarda psixomotor rivojlanishdan orqada qolish uchraydi, lekin bu og‘ir kechmay, ko‘krak yoshidanoq bolani maxsus tarbiyalashga, maxsus nutq mashqlarini bajarishga bog‘liq. Agar oilada Daun sindromi bilan tug‘ilgan bolaga nisbatan yaxshi munosabatda bo‘linsa u bemalol o‘sishi va rivojlanishi mumkin.

Davolash. Asoratlar bo‘ladigan bo‘lsa, bola tug‘ilishi bilan davolash boshlanadi.

Parvarishlash.

Shifokor bilan birga tashxislashda qatnashish va bola oila a’zolarini buni qabul qilishlarida quvvatlab turish.

Kuzatish. O‘rta quloq yallig‘lanishi va g‘ilaylik oqibatida eshitish va ko‘rishda o‘zgarishlar bo‘lishi mumkin. Shuningdek, kassallik o‘sish va rivojlanishga ham ta’sir qiladi. Ota-onalar doimiy klinikaga qatnashlari va tekshiruvdan o‘tishlari tushuntiriladi.

Fenilketonuriya

Fenilalaninni (aminokislotalardan biri) tirozinga aylanishini katalizatsiya qiluvchi fermentning tug‘ma yetishmovchiligi oqibatida yuzaga keluvchi nasliy kasallik.

Ota-onalari qarindosh bo‘lgan chaqaloqlarda ko‘p uchraydi. Tug‘ilgandan keyin boshlang‘ich davrda o‘zgarishlar kuzatilmaydi, lekin sekin-asta fenilketonuriyaning simptomlari paydo bo‘ladi. 3 haftadan so‘ng bolalarda qusish boshlanib, ular injiq bo‘lib qoladilar, harakat rivojlanishida va aqliy funksiyalarda yetishmovchilik kuzatiladi. Shu vaqtgacha ushbu kasallikning spetsefik davosi yo‘q, lekin butun hayot davomida kasallikni rivojlanishini oldini olish uchun fenilalaninni cheklovchi maxsus parhezga rioya qilish kerak. Muammo shundan iboratki, bunga oila budjeti ko‘p sarf bo‘ladi. Minimal miqdorda protein saqlagan oziq-ovqatlarni iste’mol qilish kerak, har kungi iste’mol uchun maxsus sut berish mumkin, meva va sabzavotlar cheklanadi, kraxmal saqlovchi oziq-ovqatlar beriladi, bu oziq-ovqatlar oddiy oziq-ovqatlardan 3-10 barobar qimmat.

Narkulov Jakhangir

V bob UCHUN NAZORAT SAVOLLARI

1. Nafas olish a’zolarini ayting.
2. Qaysi kasalliklar yuqori nafas olish a’zolarining kasalliklariga kiradi?
3. Qaysi kasalliklar pastki nafas olish a’zolarining kasalliklariga kiradi?
4. Rinit nima?
5. Pnevmoniya kasalligini sabablarini ayting.
6. Bronxial astma qanday kasallik?
7. Bronxial astma kasalligiga olib keluvchi sabablarni ayting.
8. Bronxial astma kasalligida hamshiralik parvarishi nimalardan iborat?
9. Revmatizm qanday kasallik?
10. Revmatizmning klinik belgilarini ayting.
11. Askaridozni keltirib chiqaruvchi sabablar nimalar?
12. Glomerulonefrit qanday kasallik?
13. Glomerulonefritni turlari va klinik belgilari qanday ko‘rinishda bo‘ladi?
14. Glomerulonefrit kasalligida parhez taomlarni ahamiyatini ayting.
15. Piyelonefritning sababi, klinik belgilarini ayting.
16. Sistit qanday kasallik?
17. Sistitda mikroblarni yuqish yo‘llarini ayting.
18. Anemiyani turlarini bilasizmi?
19. Gemorragik diatezlar qaysi kasalliklarni birlashtiradi?
20. Gemorragik vaskulit kasalligining belgilarini ayting.
21. Qandli diabet qanday kasallik?
22. Gipo va giperglikemik koma farqlarini ayting.
23. Daun sindromi sabablarini bilasizmi?

Narkulov Jakhangir

VI bob. YUQUMLI KASALLIKLARDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Yuqumli kasallik bu muayyan tashqi muhit ta'sirida yuqumli omillar (mikroorganizmlar) va bola organizmi (makroorganizm) ning o'zaro munosabatidan kelib chiqadigan kasallik bo'lib, bu hodisa yuqumli omil ta'siri makroorganizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyatidan ustun kelgandagina ro'y beradi.

Yuqumli (infeksion) kasalliklarni bakteriyalar, viruslar, rikketsiyalar, zamburug'lar paydo qilishi mumkin. Bu kasalliklarning kechishida boshlang'ich yashirin-inkubatsion (yoki prodromal) davr, kasallikning avjiga chiqishi, uning belgilari yo'qolib borishi va tuzalish davrlariga bo'linadi. Ko'pincha infeksion kasallikdan so'ng organizmda immunitet hosil bo'ladi.

Yuqumli kasalliklarning tarqalish manbai yuqumli omillarni tashuvchi kishilar hamda hayvonlar hisoblanadi. Shu jihatdan yuqumli kasalliklar antroponoz va zoonozlarga bo'linadi. Antroponozlar faqat insonlarga xos bo'lib, kasallik odamdan odamga yuqadi. Bularga misol sifatida, chechak, qizamiq, bo'g'ma, dizenteriya, vabo va boshqalarni misol keltirish mumkin. Zoonozlar esa hayvonlarning yuqumli kasalliklari bo'lib, bular jumlasiga kuydirgi, o'lat, quturish, brutselloz kiradi. Zoonozlar har xil yo'l (teri orqali, hayvonlar tishlaganda, go'sht, sut va h.k.) bilan kishilarga yuqadi. Har xil infeksion kasalliklar o'ziga xos tarqalish yo'llariga ega, difteriya suvchechak, tepki va boshqalar bemor gapirganda yo'talganda, aksirganda tarqalishi mumkin.

6.1 Profilaktik emlashlar

Immunoprofilaktikaning maqsadi

Vaksinatsiya Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti tomonidan insonni kasalliklarni oldini olishning ideal metodikasi deb qabul qilingan.

Vaksinatsiya (aktiv immunoprofilaktika) odam tanasiga yuqumli kasallik qo'zg'atuvchilar antigenini yuborib infeksiyaga

Narkulov Jakhangir

qarshi immunitet hosil qilishga qaratilgan chora-tadbirlar kompleksidir. Infeksiyaga qarshi immunitet hosil qilishdan tashqari, vaksinatsiya keng qamrovda o‘tkazilganda ommaviy epidemiologik kasalliklar tarqalishini oldini oladi.

Immunoprofilaktikaning maqsadi maxsus vositalar yordamida yuqumli kasalliklar bilan kasallanish va o‘lim holatlarini kamaytirish va yo‘qotishdir.

– Tumanlarda difteriya bilan kasallanish hollari kamaytirildi va o‘lim hollarini oldi olindi.

– 2010-yilgacha qizamiq va qizilchani eliminatsiya qilishga erishildi.

– Tug‘ma qizilcha sindromi miqdorini 1000 ta tirik tug‘ilgan chaqaloqlarda 0,01 dan kamaytirildi.

– Virusli gepatit B bilan kasallanishni kamaytirish va o‘lim holatlarini oldini olish.

O‘zbekiston Respublikasida Profilaktik emlashlar kalendari

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2007-yil 30-mart 145-sonli buyrug‘i asosida SANPIN № 023907 asosida

Yoshi	Emlash turi
1-sutkada	VGB-1
2-5 kun	OPV-0 + BSJ,
2-oylik	OPV1, Rota-1 (rotavirus vaksinasi og‘iz orqali), penta-1 (AKDS-1, VGB-2, XIB-1), PNEVMO-1
3-oylik	OPV2, Rota-2 (rotavirus vaksinasi og‘iz orqali), penta-2 (AKDS-2, VGB-3, XIB-2), PNEVMO-2
4-oylik	OPV-3, penta-3 (AKDS-3, VGB-4, XIB-3), IPV
12-oylik	QPQ-1, PNEVMO-3
16-oylik	OPV-4, AKDS-4
6 yosh	QPQ-2
1 sinf (7 yosh)	OPV-5, ADS-M-5
12-13 yosh	VPCh
16 yosh	ADS-M-6

Narkulov Jakhangir

Izoh: VGB-gepatit B ga qarshi vaksina
OPV-polioriyelitga qarshi vaksina
BSJ-silga qarshi vaksina
Rota-rotavirus vaksinasi-virusli diareyaga qarshi
QPQ-qizamiq-parolit-qizilchaga qarshi
AKDS-difteriya-ko‘kyo‘tal-qoqsholga qarshi
Pentavalent-difteriya- ko‘kyo‘tal-qoqshol-gepatit B-xib infeksiyaga
ADA-M-difteriya-qoqsholga qarshi vaksina
PNEVMO-pnevmokok infeksiyaga qarshi vaksina
IPV-inaktivlangan pollomiyelit vaksina
VPCh-insondagi papriloma virusga qarshi vaksina 12-13.

Emlash kalendari o‘zgaruvchan bo‘lib, mamlakatdagi holatni o‘zgarishiga bog‘liq.

Vaksinatsiya mumkin bo‘lmagan holatlar.

Amalda hamma mumkin bo‘lmagan holatlar vaqtincha bo‘lib, birinchi mumkinlik bo‘lganda immunizatsiya o‘tkazish maqsadida dinamikada qayta ko‘rib chiqilishi zarur. Hamma vaksinalarga mumkin bo‘lmagan holat bu kuchli reaksiya yoki oldin olingan vaksinadan asoratlanish.

1) O‘rtacha og‘ir va og‘ir somatik va yuqumli kasalliklar, sog‘aygandan so‘ng 3-14 kundan so‘ng o‘tkaziladi.

2) Oldingi vaksina dozasiga jiddiy reaksiya. Agar oldingi qilingan AKDS vaksina dozasiga ensefalik reaksiya, tutqanoq (sudorgi) anafilaksiya, kollaps kuzatilgan bo‘lsa koklyush antigeni bo‘lgan vaksinalarni qilish taqiqlanadi. Emlash kursini tugatish uchun ADS anatoksin ishlatiladi.

3) Nevrologik buzilishlari bo‘lgan bolalar klinik ko‘rinishlari dinamikasida o‘sishi hodisalari kuzatilganda koklyush komponenti bo‘lgan vaksinalar bilan emlashmaydi. Agar nevrologik kasalligi muvozanatda bo‘lsa, vaksinatsiyalar emlash kalendari bo‘yicha bo‘ladi.

4) Allergik kasallari bo‘lgan bolalar – astma, lixoradka, dermatoz va ekzemalari bo‘lgan bolalar (poliomielitga qarshi emlashdan tashqari) remissiya vaqtida, agar kerak bo‘lsa, antigistaminga qarshi preparatlar fonida qilinadi.

Narkulov Jakhangir

5) Silni aktiv formasi bilan kasallangan onadan tug‘ilgan bolalar 2 oyga onasidan izolatsiya qilinadi va silga qarshi vaksinatsiya qilinadi (BSJ).

Vaksina turlariga qarab mumkin emas

Vaksina turlari	Mumkin emas
Hamma vaksinalar	– kuchli allergik reaksiyalar yoki oldingi dozadan asoratida. – yuqumli kasallik va somatik kasallikning o‘tkir davrida.
Hamma tirik vaksinalar	– Immun-tanqisligi holatida – Xavfli o‘simtalar – Homiladorlik
BSJ	– Chala tug‘ilgan bolalarga – oldingi dozadan kolloid chandiqda – og‘ir bosh-miya jarohati tug‘ruq vaqtida – 3-darajali gemolikvor dinamikasining buzilishida
VGV	– Bolaning og‘irligi 1800 g dan kichik bo‘lganda – Nonvoy achitqisiga allergik reaksiyada
OPV	– Dori immunosupressiyasida – Xavfli o‘smalarda
AKDS	– Nerv sistemasining progressiv kasalligida – Anamnezida afibril sudorgilarda
ADS, ADS-M, AD-M	○ Absolyut taqiqlar yo‘q
KPK	– Immun tanqislik holatlarida – Tovuq tuxumi oqsiliga allergiyasida – Immunoglobulin yuborilgandan keyin – Homiladorlikda

Emlashdan keyingi reaksiya va asoratlar

Emlash preparati	Emlashga reaksiya	Kam kuzatiladigan reaksiya va asoratlar
VGV	Og‘riq sezgisi, qizarish va yumshoq to‘qimalarning	Isitma, bo‘g‘imlarda og‘riq, bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi, qusish,

Narkulov Jakhangir

	qattiqlashishi inyeksiya o‘rnida vaksina qilingandan keyin birinchi 5 kunda	ich ketishi, limfoadenopatiya. Anafilaktik shok hollari ba’zida.
BSJ	4-6 haftadan keyin (revaksinatsiyadan 1-2 hafta keyin) dog‘, qizarish, shish, vezikula, yara, chandiq 2-10 mm diametrda	Mahalliy reaksiyaning kuchayishi, limfadenit, sovuq abssess, kolloid chandiq, generallashgan BSJ infeksiya
OPV	Umumiy ahvol buzilmagani holda, ich ketishi	Vaksinoassotsiyalangan poliomielit, ensefalitik va allergik reaksiya
AKDS (ADS-M)	Teri qoplami qizarishi, yumshoq to‘qimalar shishi 5 sm diametrda. Inyeksiya joyida 2 sm gacha infiltrat, qisqa muddatga temperatura oshishi, xolsizlik, vaksina qilingandan 2-3 kun keyin bosh og‘rig‘i	Yumshoq to‘qimalarning shishi va infiltrati, 3 kundan ortiq lixoradka va intoksikatsiya, ensefalopatiya, anafilaktik shok, asmatik sindrom, krup, yelka nervi nevriti, kollaps
KPK	Vaksina qilingandan keyin 6 dan 18 kuni qizamiqning sifat ko‘rinmalari, qisqa muddatli temperatura ko‘tarilishi, qorinda og‘riq, so‘lak bezlari va limfa tugunlar kattalashishi	Toksik, ensefalitik allergik reaksiyalar

Poliklinika va QVPda emlash ishlarini rejalashtirish va tashkillashtirish

Vaksinatsiya o‘tkazish kompleksiga vaksinatsiya qilinadigan shaxslarni tanlash, vaksinalarni aniqlash va undan foydalanish sxemasini o‘rganish, effektivligini kontrol qilish, patologik

reaksiyalarni va asoratlarni yo‘q qilish kiradi. Bularni bajarish tibbiyot hamshirasining harakatlariga bog‘liq.

Bolalarni emlashga to‘liq jalb etishga ota-onalarning qarshiligi yo‘l qo‘ymaydi. Hamshira ota-onalarga emlashning ahamiyati va muhimligi haqida tushuntirish ishlarini olib boradi. Hamshira oldindan og‘zaki yoki xat orqali emlash o‘tkaziladigan kun haqida ota-onalar, maktabgacha va maktab muassasalariga ogohlantirish beradi.

Emlash kuni, emlashga kelgan hamma bolalar shifokor ko‘rigidan o‘tadi, anamnez yig‘iladi, tana temperaturasi o‘lchanadi, o‘tkir kasallanish yo‘qligi aniqlanadi. Vaksinatsiya o‘tkazilganda emlash kalendaridan foydalaniladi.

Poliklinikada epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni tashkillashtirish

Emlash xonasi hamshirasi vazifalari:

– Emlash xonasining sanitar holati uchun javobgar.

– Emlash o‘tkazish texnikasiga amal qiladi.

– Shifokor yo‘llanmasi bo‘yicha bolalarni immunizatsiya qiladi, immunizatsiya qoidalariga amal qiladi.

– Qilingan emlashlar va ishlatilgan vaksinalar bo‘yicha hujjatlarga qayd qilinadi.

– Emlash haqida F112/u ga «Emlashni qayd qilish jurnali»ga (sanasi, emlash turi, dozasi, seriyasi) qayd qilinadi. Emlashga reaksiyalari bo‘lish-bo‘lmasligini tekshirish uchun uchastka hamshirasining faol emlangan bolaning uyiga borishni tashkil qiladi.

– Shifokor nazorati ostida kerakli vaksina, dori-darmon, bog‘lash materiallari va instrumentlar olinadi. Emlash xonasida preparatlar to‘g‘ri saqlashni tashkillashtiriladi.

Emlash xonalariga ekskursiya, emlash xonasi inventari ro‘yxati:

– Vaksina saqlash uchun markalangan bo‘limlari bor xolodilnik.

– Shokka qarshi terapiya o‘tkazish uchun instrument va dori vositalari saqlanadigan javon (shkaf).

Narkulov Jakhangir

– Bir martalik shpris va ninalar zapasi bilan, termometrlar, tonometr, elektrootsos, korsang, steril mateiali bo‘lgan byukslar.
– Zararsizlantiruvchi suyuqliklar uchun idishlar.
– Emlash turiga qarab markalangan alohida stollar.
– Yo‘rgaklash stoli va tibbiy kushetka.
– Hujjat va qaydlarni saqlash uchun stol.
– Qo‘l yuvish uchun rakovina.
– Bakteriosid lampa.
– Termosushka.
– Ishlatilgan shpris va inyeksiya vositalarni zararsiz yig‘ish uchun quticha.

Emlash kabinetida shokka qarshi aptechkaning tarkibi:

– 2 dona jgut, 10 ta bir martalik steril shprislar.
– 0,1% li adrenalin gidroxlorid eritmasi 1,0 10 ampula.
– Prednizolon va gidrokartizon eritmasi 5 ampula.
– Infuzion sistema uchun 5% glukoza eritmasi 500 ml.
– Antigistamin preparatlar 5 ampula.
– Kalsiy preparat va 2,4% eufillin eritmasi ampulada.
– Yurak preparatlari (kordiamin, korglikon, strofantin).

Emlash kabineti hujjatlari:

– Profilaktik emlash o‘tkazishda foydalaniladigan hamma preparatlarni qo‘llanish instruksiyasi.
– Instruktiv hujjatlar.
– Vaksina va boshqa preparatlarni, shpris, nina, qutichalarni qabul qilish va ishlatishni hisob-kitob qilish jurnali.
– Emlashni qayd qiluvchi jurnal.
– Xolodilnik ishining temperatura rejimini registratsiya qiluvchi varaqa.
– Bakteriosid lampa va umumiy tozalash ishlarini qayd etish jurnali.
– Emlashlar monitoringi grafigi.
– Profilaktik emlashning oylik hisoboti. Vaksina qabul qilish va ishlatish haqida №6 forma va yillik hisobot №5 forma statik hisobot tuzish instruksiyasi.

Narkulov Jakhangir

– F№63 «Profilaktik emlash kartasi», O‘zbekiston Respublikasi SSV №145 2007 yil 30.03.

– Aholini yosh bo‘yicha qayd qilish.

– Immunologik komissiya qarorini qayd qilish jurnali.

– Postvaksional reaksiyalar va asoratlarni qayd etish jurnali.

– Ba’zi ekstremal hollarda ko‘rsatiladigan tez yordam plani, muassasa rahbari tomonidan tasdiqlangan.

6.2. Bolalarda tuberkulyoz (sil) ning kechish xususiyatlari

Sil – yuqumli kasallik bo‘lib, uning qo‘zg‘atuvchisi 1882-yilda Robert Kox tomonidan topilgan va hozir Kox bakteriyalari (yoki sil tayoqchalari, sil mikobakteriyalari) deb ataladi.

Sil tayoqchalari quyosh nurining ta’siriga chidamsiz, ammo nam, qorong‘u binolarda ko‘plab oylar mobaynida saqlanadi, chunki ular 269-262°C sovuqlikka va 20 daqiqagacha +80°C issiqqa chiday oladi. Shuning uchun ham bu kasallik epidemiya holida uchramasa ham, lekin aholi orasida anchagina keng tarqalgan. Sil kasalligi va uning qo‘zg‘atuvchisiga xos xususiyat yana shundaki, qariyb barcha odamlar organizmiga hayotlarining ma’lum davrida sil tayoqchalari tushadi, ya’ni yuqadi, lekin hamma ham sil bilan kasallanavermaydi; bolalar sog‘lom, parvarishi yaxshi, hayot tarzi to‘g‘ri tashkil etilgan bo‘lsa, kasallik rivojlanmasligi ham mumkin. Shuning uchun sil bilan zararlanganlik va kasallanganlik haqidagi tushunchalar bir-biridan qat’iy farq qilinadi. Ammo emizikli va 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga sil tayoqchalarining yuqishi ko‘pchilik hollarda kasallik rivojlanish xavfini tug‘diradi sil tayoqchalarining, sil mikobakteriyalarining odam, mol va qushlarda sil kasalligini paydo qiluvchi xillari mavjud.

Kasallik yuqadigan manbalar va yuqish yo‘llari xilma-xildir.

Sil jarayonining ta’rifi: Silning o‘rni va o‘pkada uning bo‘lak va sigmentlariga nisbatan; boshqa a’zolarda esa joylashgan o‘rniga nisbatan aniqlanadi.

Davri:

a) infiltrativ, yemirilish, tarqalish davri;

b) qayta so‘rilish, chandiq hosil bo‘lishi, ohaktosh bilan boyish davrlari.

Narkulov Jakhangir

Batsilla tarqatishi bo‘yicha:

a) Sil mikobakteriyalarini chiqaruvchi (BK+)

b) Sil mikobakteriyalarini chiqarmaydigan (BK−)

Asoratlari. O‘pkadan qon ketishi, pnevmotoraks, o‘pka-yurak yetishmovchiligi va boshqalar.

G. Davolanilgan sildan keyingi asoratlar

a) Nafas a’zolarining fibroz, o‘choqli fibroz o‘zgarishlari, pnevmoskleroz sirroz, bronxoektaz va boshqa o‘zgarishlar; b) boshqa a’zolarda; chandiqli o‘zgarishlar va ularning oqibatlari, ohaktosh bilan boyish, jarrohlik aralashishlardan keyingi holatlar.

Bolalarda sil kasalligining klinik turlari va ularni aniqlash: Umuman sil joylashgan o‘rnidan qat’i nazar mahalliy emas, balki butun organizmning kasalligidir. Bolalarda sil kasalligining o‘ziga xos asosiy xususiyatlari ham uning tarqalgan holda kechishga moyilligi bo‘lib, bunga bolalar organizmining yuqumli omillarga yetarli barqaror emasligidir. Xastalikning kechishi bolaga yuqqan sil mikobakteriyalarining miqdori, qayta yuqishlar soni, uning virulentligidan tashqari, bolaning yashash sharoiti, ovqatlanishi kabi omillariga ham bog‘liq bo‘lib, shu sabab bu kasallik ijtimoiy kasalliklar qatoriga kiritilgan. Sil mikobakteriyalari organizmga tushgan dastlabki paytlarida uni aniqlash ancha qiyin.

Dastlabki sil intoksikatsiyasi. Qandaydir o‘ziga xos belgilarga ega emas. Mikobakteriyalar organizmga tushgach, dastlabki 20−30 kun mobaynida bolaning sil tayoqchalari bilan zararlanganligini aniqlash juda qiyin. Shu davrda bolaning birinchi marta tuberkulin sinamalarining ijobiy bo‘lganligini (viraj, bo‘yin, qo‘ltiq, tirsak, limfa tugunlarining guruch donasidan no‘xat hajmidek (0,8−1,2 sm) kattalashganini ko‘rish mumkin. Bolaning tana harorati subfebril darajada ko‘tarilib, injiq bo‘lib qoladi, ishtahasi pasayadi, ko‘p terlaydi, vaqt-bevaqt holsizlanib yotishni xohlaydi. Bunday bolalar vaznining ortishi ham to‘xtab qoladi. Onda-sonda kuchsiz yo‘tal bo‘lishi, maktabgacha tarbiya va maktab yoshidagi bolalar bosh og‘rig‘idan shikoyat qilishlari mumkin, ularning o‘qishdagi davomatlari tushib ketadi. Diagnostika uchun ijobiy Mantu sinamasi, qonda eozinofilli leykositoz, qizil qon tanachalari cho‘kish tezligining 15-20 mm soatgacha oshganligi e’tiborga olinadi. Shu bilan

Narkulov Jakhangir

birga ana shunday intoksikatsiya belgilari bilan kechishi mumkin bo‘lgan boshqa kasalliklar bo‘lish imkoniyati (surunkali tonzillit, pielonefrit va boshqalar) rad etilishi shart. Dastlabki sil intoksikatsiyasi 1-4 oy davom etishi mumkin. O‘z vaqtida aniqlanib 3 oy mobaynida izoniazid (tubazid) bilan ximioprofilaktika o‘tkazilsa, dastlabki sil intoksikatsiyasi 3-12 oy mobaynida asoratsiz, butunlay o‘tib ketadi va sil kasalligi rivojlanmaydi. Bu muolajalar o‘z vaqtida va sifatli bajarilmaganda, bolalarda tuberkulin sinamalari 1 yildan ziyod vaqt mobaynida ijobiy bo‘lgan hollarda, ularda surunkali sil intoksikatsiyasi tashxisi aniqlanadi. Odatda, bunday bolalarda rivojlanishdan orqada qolish, ishtaha pastligi, injiqlik, subfebril temperatura kuzatiladi. Bundan tashqari, ularda periferik limfa tugunlarining kattalashib ketishi va bularning ko‘p sonli bo‘lib, og‘riqsiz, qattiq ekanligini ko‘rish mumkin. Kichik yoshdagi bolalarda bunday hollarda meda-ichak faoliyati buzilishi, kattaroq yoshdagi bolalarda salga asabiylashish, tez charchab qolish, tana haroratining nomutanosibligi, bosh og‘rig‘i va har ikkala holda nafas a’zolarining yallig‘lanishiga moyillik kuzatiladi. Boshqa a’zolar tekshirib ko‘rilganda jigarning kattalashganini, yurak tovushi eshitib ko‘rilganda unda qisqa sistolik shovqin borligi aniqlanadi. Rentgenologik yo‘l bilan tekshirib ko‘rilganda esa bronxlar atrofidagi limfa tugunlarida ohaktosh o‘tirib qolgan (petrifikat) bezlarni topish mumkin. Yuqorida qayd etilgan intoksikatsiya bilan bog‘liq belgilar surunkali tonzillit, yashirin kechuvchi pielonefrit, revmatizm kabi kasalliklarda kuzatilishi mumkin bo‘lganligi uchun bu borada ham maxsus tekshirishlar utkazilib, bemorda surunkali sil intoksikatsiyasi deb topilsa, bunday hollarda kamida 6 oy mobaynida maxsus silga qarshi dorilar (izoniazid, paraaminosalitsilat-PASK), vitaminlar bilan muolaja o‘tkazilib, sil jarayonining mahalliy sil turlariga aylanishini oldini oladi. Sil intoksikatsiyasidan farqli aniq-tiniq mahalliy turga ega bo‘lgan birlamchi sil infeksiyasining ko‘rinishi bu birlamchi sil kompleksi bo‘lib, u uchta patologo-anatomik tuzilmadan tashkil topadi:

Tashxisi. Sog‘liqni saqlashda silga qarshi kurashishda DOTS uslubi asosiy yo‘nalish hisoblanadi. Sil kasalligi hamon aholi orasida nisbatan keng tarqalganligi sababli, uni barvaqt aniqlash muhim ahamiyat kasb etadi.

Narkulov Jakhangir

D. (Direct): o‘pka silining yuqumli shakli bilan kasallangan bemorlarni laboratoriya usuli bilan aniqlash.

O. (Observed): bemorlar tomonidan silga qarshi dorilarning har bir dozasini o‘z vaqtida qabul qilinishini kuzatish va nazorat qilish.

T. (Treatment): Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining andozalariga muvofiq olib borilayotgan davolashning borishi va natijalarini kuzatish hamda tahlil qilish.

S. (Chort-Course): silga qarshi dorilarni har bir bemorga 6-10 oyga yetadigan miqdorini ta’minlab borish.

O‘pka siliga gumon bo‘lgan bemorlarda 3 ta balg‘am namunasi 2 kunda yig‘ilishi va mikroskopiya tahlil xonasiga yuborilishi zarur:

Birinchi namuna – tashxis qo‘yish uchun bemor birinchi bor murojaat qilganda tibbiy xodim nazorati ostida olinadi.

Ikkinchi konteyner (yon boshiga to‘g‘ri yozilgan belgilash ma’lumotlari bilan) bemorning qo‘liga ertalabki balg‘am namunasi yig‘ish uchun beriladi. Ikkinchi kunning tongida, uyqudan turgandan so‘ng bemor erta tongi namunani yig‘adi.

Uchinchi namuna bemor erta tongi balg‘am namunasini olib kelgan kuni tibbiy xodim nazorati ostida yig‘iladi.

Kasallikni aniqlashgina emas, iloji boricha kasallikni tarqalish manbai bo‘lgan odamni ham topish, bolaning silga qarshi emlangan-emlanmaganini, yaqin orada tuberkulin sinamalari o‘tkazilganmi va ularning natijasi qanday bo‘lganligini aniqlash ham muhimdir (agar yaqin 2-3 oy mobaynida shu sinama natijasiz bo‘lib, qo‘shimcha emlashsiz natija ijobiy bo‘lib qolsa, bu kasallikning yaqinda yuqqanligidan dalolat beradi). Tibbiyotning kundalik amaliyotida silni aniqlash uchun quyidagi usullar qo‘llanadi: tuberkulin sinamalarining ijobiy natijalari, sil mikobakteriyalarini topish, kasallanish o‘chog‘idagi gistologik o‘zgarishlarning silga xos ekanligini isbotlash va tegishli rentgenologik tekshirishlar.

Tuberkulin sinamasi keng qo‘llanadigan va silga xos belgi bo‘lib, organizmga sil mikobakteriyalari tushishi tufayli unda yuz beradigan immunologik o‘zgarishlarni aks ettiradi. Bunday o‘zgarishni kasallik yuqqandan so‘ng 4-6 hafta o‘tgandayoq, ilgari natijasiz sinamaning ijobiy bo‘lib qolganidan bilib olinadi,

Narkulov Jakhangir

chunki bunday natijani organizmga sil mikobakteriyalari tushmasdan paydo qilish iloji yo‘q.

Hozirgi paytda silning diagnostikasi maqsadida 0,1 ml 2 TB (xalqaro tuberkulin birligi) faollikka ega bo‘lgan tozalangan quruq tuberkulinning eritmasi ishlatiladi. Tuberkulin eritmasini (0,1 ml miqdorda maxsus shprisda) shaxsan shifokor yoki maxsus ixtisosga ega tibbiy hamshira teri orasiga yuboradi va uning natijasi ham ularning o‘ziga ma’lum bo‘ladi. Sinama natijasi 48-72 soat o‘tgandan so‘ng infiltrat (papulaning) diametrining bilakning o‘qiga nisbatan, ko‘ndalang, rangsiz (tiniq) millimetrli chizg‘ich yordamida o‘lchab baholanadi: infiltrat diametri 5 mm va undan ortiq bo‘lganda sinama natijasi ijobiy sanaladi. Silni barvaqt aniqlab olish maqsadida 12 oylikdan boshlab barcha bolalar va o‘smirlarga yiliga bir marta Mantu (tuberkulin) sinamasi (odatda kuz paytida) o‘tkaziladi. Shuni hisobga olish kerakki, ommaviy emlashlar sharoitida Mantu sinamasi emlashdan keyingi va sil mikobakteriyalarining yuqishi oqibatida kelib chiquvchi allergiyani ko‘rsatishi mumkin. Infeksiya yuqishi natijasida kelib chiqqan allergiya, emlash allergiyasidan ancha kuchli reaksiya beradi. Sinama qo‘yilgan joyning o‘zida infiltrat mutlaqo bo‘lmasa yoki 1 mm dan oshmasa, natija manfiy; 2—4 mm keladigan infiltrat bo‘lganda shubhali deb hisobga olinadi.

Davosi. DOTS dasturi bo‘yicha, silga chalingan bemorlar 4-5 turdagi dori yordamida 2-4 oy mobaynida kasalxona sharoitida va undan keyin 2-3 turdagi dorilar bilan 4-7 oy davomida uy sharoitida tibbiy xodim kuzatuvida davolanadilar. Preparatlardan rifampisin. Streptomitsin, pirazinamid, izoniozid, etam-buton qo‘llaniladi.

Hamshiralik parvarishi. Aholi orasida sanitar-oqartuv ishlarini yo‘lga qo‘yish. Emlash va mantu sinalmasiga barcha sog‘lom bolalarni qamrab olish. Bemor va uning oilasini qo‘llab-quvvatlash.

Profilaktikasi. Silni oldini olish choralari quyidagilardan iborat:

1. Maxsus profilaktika: silga qarshi emlash va sil kimyoprofilaktikasi.

Narkulov Jakhangir

Silning oldini olishda silga qarshi emlash asosiy o‘rinda turadi. Silga qarshi emlash O‘zbekiston Respublikasida infeksion kasalliklarning immunoprofilaktikasi SanPin 0239 – 07. 2007-yil 7-fevraldagi 145-sonli buyrug‘iga asosan olib boriladi.

2. Sanitar profilaktika choralari: ma’muriy choralar, atrof-muhitni himoyalash, shaxsiy himoyalash choralari.

3. Ijtimoiy profilaktika.

6.3. O‘tkir respirator kasalliklar (O‘RK)

Gripp

Gripp o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, yashirin davrini qisqaligi, klinik belgilarining juda tez rivojlanishi, nafas asab va yurak-tomir a’zolarining kuchli zaharlanishi hamda kataral belgilari bilan ajralib turadi.

Sababi va kasallikning rivojlanishi. Yuqorida aytib o‘tilganidek, grippni viruslar keltirib chiqaradi. Ular bemordan havo tomchilari orqali sog‘lom kishining yuqori nafas yo‘llariga o‘tadi va epitelial qavatida rivojlanadi. Nafas yo‘llarining epitelial to‘qimasi viruslar uchun juda qo‘l keladi, ular juda tez rivojlanib, organizmni zaharlay boshlaydi. Gripp viruslarining rivojlanishi uchun, ayniqsa, bir hujayrali burun epitelial to‘qimasida qulay sharoit mavjud. Gripp virusining yana bir xususiyati shundan iboratki, u o‘zining antigenlik xususiyatini o‘zgartirish qobiliyatiga ega.

E.S.Ketiladzening (1972) ko‘rsatishicha gripp kasalligining rivojlanishi 5 bosqichda amalga oshadi:

I bosqich – viruslarning yuqori nafas yo‘llarini zaharlashi tufayli ularning qayta o‘zgargan holga kirishi va buning natijasida ular ilgari mavjud bo‘lgan surunkali yallig‘lanish jarayonini qo‘zg‘ashi.

II bosqich – viruslarning zararlangan epitelial to‘qimadan qonga tarqalishi va boshqa a’zolarning zararlanishi.

III bosqich – yuqori nafas yo‘llarining yallig‘lanishi.

IV bosqich – organizmda mikroblar paydo qiladigan, ya’ni ikkilamchi tarzda qo‘shiladigan asoratlar.

V bosqich – viruslar tomonidan kelib chiqqan yallig‘lanishning tuzalishi yoki ba’zi hollarda yashirin va surunkali holatlarga o‘tishi.

Narkulov Jakhangir

Gripp kasalligidan keyin qisqa muddatli immunitet hosil bo‘lib, u faqatgina shu xastalikni paydo qilgan virusgagina qarshi qaratilgan bo‘ladi va organizmni gripp virusining boshqa turlaridan himoya qila olmaydi. Kasallik natijasida hosil bo‘lgan faol immunitet A virusli grippda 1-2 yil, B virusli grippda esa 3-5 yilgacha saqlanadi.

Klinik manzarasi. Bolalarda gripp kasalligining klinik belgilarini birinchi bo‘lib, 1889-yilda N.F.Filatov yozib qoldirgan, grippning yashirin (inkubatsion) davri bir necha soatdan 1-2 kungacha cho‘ziladi. Kasallikning boshlanishi aksariyat hollarda o‘tkir bo‘ladi. Bemorda dastlab vegetativ asab sistemasining faoliyati buziladi, organizm zaharlanishining umumiy belgilari namoyon bo‘ladi: bolaning terisi quriydi, tana harorati ko‘tariladi, yurak urishi tezlashadi, qon bosimi oshadi, qorni dam bo‘ladi, boshi og‘riydi, ko‘z soqqasining harakatida og‘riq seziladi, mushaklari qaqshab og‘riydi. Kattaroq yoshdagi bolalar tomog‘ning qirilishi va yutinish paytida og‘riq sezilishidan shikoyat qilishlari mumkin. Bolalarda burun bitib, nafas olishning qiyinlashuvi, burun shilliq pardasining qizarishi va bo‘rtishi, quruq yo‘tal paydo bo‘ladi. Bu holat 2-3 kun davom etadi. Keyinchalik esa parasimpatik asab sistemasi faoliyatining buzilishi kuzatiladi: bola ko‘p terlaydi, yurak urishi sekinlashadi, qon bosimi pasayadi. Og‘ir turdagi grippda kuchli bosh og‘rig‘i, qusish, xolsizlanish, yurak-tomir yetishmovchiligi, teri va shilliq pardalarga qon quyilishi, ba’zan esa burundan qon ketishi kuzatiladi. Virusli kasalliklar uchun periferik qonda oq qon tanachalarining kamayishi (leykopeniya) xos belgi hisoblanadi.

Kichik yoshdagi bolalarda gripp o‘ziga xos kechadi tana harorati tezlik bilan yuqoriga ko‘tariladi, buning natijasida bola alahsiraydi, hushidan ketadi, ba’zan talvasaga tushishi nafasning o‘ta tezlashuvi kuzatiladi. Chaqaloqlarda esa aksincha grippning xos belgilari unchalik ifodalanmasligi mumkin, ularda ko‘krakni emmay qo‘yish, bezovtalanish, qusish, nafasi normada yoki unchalik yuqori bo‘lmagan ko‘rsatkichlarida yuzaga keladi.

Grip kasalligining tashxisida quyidagi laboratoriya usullaridan foydalaniladi: 1) serologik usul – bunda gripp viruslariga qarshi tanachalarning (antitelolarning) titri aniqlanishi, (ularning titri kasallikning 5-6 va 12-14 kunlarida 3-4 marta

Narkulov Jakhangir

ko‘payadi); 2) gripp viruslarining qonda ko‘payishi; 3) burun shilliq pardasidan olingan moddalarda gripp viruslarining aniqlanishi. Ammo gripp kasalligining diagnostika uchun klinik belgilari va epidemiologik vaziyat hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Davolash. Gripp bilan og‘rigan bemorlar albatta uy sharoitida yotib davolanishlari shart. Shunday qilinmasa, hattoki yengil turdagi grippda ham og‘ir asoratlar rivojlanishi mumkin. Bemor yotgan xonaning havosini tez-tez shamollatish, polini namlab, artib turish kerak.

Bemorlar ovqati tez hazm bo‘ladigan va tarkibida organizm uchun kerakli barcha ovqat mahsulotlari bo‘lishi kerak. Organizmdan zaharlovchi moddalarni haydash maqsadida bemorga ko‘p miqdorda suyuqlik ichiriladi.

Donor qoni zardobidan tayyorlangan grippga qarshi gammaglobulin yaxshi davolash xususiyatiga ega. U 1,5-3 ml dozada mushak orasiga yuboriladi. Asosan kasallikning 1-2-kunida yuborilgan, gammaglobulin yaxshi natija berishi mumkin. Yo‘ldosh qonidan tayyorlangan gammaglobulin ham davolash xususiyatiga ega. Bu preparat 1,5 ml miqdorda bir marta mushak orasiga yuboriladi. Bu donor qonidan tayyorlangan gammaglobulinga nisbatan biroz kuchsizroqdir.

Hamshiralik parvarishi. Gripp kasalligida shilliq pardalar va og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasiga e’tibor berish ham muhimdir. Og‘iz bo‘shlig‘ini turli dezinfeksiyalovchi eritmalar yoki shifobaxsh o‘simliklarning qaynatmasi bilan chayib turish (romashka, shalfey, evkalipt) qo‘shimcha asoratlar rivojlanishining oldini oladi.

Grippda organizmning chidami kamayadi va buning natijasida turli bakterial jarayon rivojlanadi (asoratlar). Bunday hollarda albatta antibiotiklardan keng foydalanish kerak, ko‘-pincha penisillin, ampisillin, ampioks, sefazalinlar bolaning yoshi va vazniga hamda asoratning xususiyatiga qarab 7-10 kun davomida qo‘llanadi. Og‘ir va o‘ta og‘ir o‘tadigan grippda va og‘ir asoratlar rivojlangan paytlarda bemorlar albatta shifoxonada davolanishlari lozim.

Paragripp

Bu yuqumli kasallik bo‘lib, uning viruslari dastlab 1956-yili Amerika Qo‘shma Shtatlarida aniqlangan. Viruslar hajmi 150-

Narkulov Jakhangir

200 nm ga teng bo‘lib, ularning uch xil turi ma’lum (1,2, 3 tur paragripp viruslari).

Kasallikka moyillik asosan nimjon, tug‘ma nuqsonli, raxit kasalligiga uchragan, kamqon bolalarda kuzatiladi.

Kasallikning rivojlanishi. Paragripp asosan nafas yo‘llari orqali organizmga tarqaladi. Paragripp viruslari nafas yo‘llari epiteliy to‘qimalarida yaxshi rivojlanib, bu to‘qimalarni zararlaydi. Viruslar nafas yo‘llari orqali qonga o‘tib, organizmning barcha to‘qimalariga tarqaladi. U ba’zi bir asoratlar qoldirishi ham mumkin.

Klinik manzarasi. Paragrippning kechishiga qarab yengil, o‘rta og‘irlikdagi va og‘ir turlari farqlanadi. Kasallikning yengil turida – tana harorati subfebril darajagacha ko‘tariladi (37,5–38°C), burun shilliq qavatida yallig‘lanish belgilari paydo bo‘ladi. Tomoq yo‘llarining yengil yallig‘lanishi, quruq yo‘tal, tez charchash, ishtaha bo‘g‘ilishi kuzatiladi. Bu klinik belgilar 8-10 kungacha davom etishi mumkin.

O‘rta og‘irlikda kechuvchi paragrippda yuqorida qayd qilganlardan tashqari halqum va traxeya shilliq qavatlari yallig‘lanishining klinik belgilari yuzaga chiqadi, yo‘tal kuchayadi, darmonsizlik, bosh og‘rishi, ba’zan qusish belgilari qo‘shiladi.

Chaqaloqlar va emizikli bolalarda kassalik og‘ir kechadi va bronxlarning yallig‘lanishi, ayrim hollarda esa zotiljam rivojlanishiga olib keladi.

Og‘ir turdagi paragrippda tana harorati 39–40°C ga ko‘tariladi, asab sistemasi buziladi (neyrotoksikoz) bemor titrab-qaqshaydi, nafasi tezlashadi, hushini yo‘qotadi, yurak va qon tomirlari faoliyati buziladi, qon bosimi keskin pasayib ketadi. Ba’zi hollarda yurakning o‘tkir yetishmovchiligi (yurak astmasi va o‘pkaning shishi) hamda nafas yo‘llarining shishi natijasida burilish holatlari (krup) paydo bo‘ladi. Soxta krup belgilari asosan oldindan immunologik sezuvchanligi oshgan kamquvvat, raxit, ekssudativ diatezli bolalarda ko‘proq uchraydi. Asorat qoldirmagan paragrippdan bolalar to‘liq sog‘ayib ketadi.

Paragrippning tashxisi halqum shilliq pardasidan olingan surtmadan paragripp viruslarining aniqlanishi va serologik usullarning natijasiga qarab qo‘yiladi.

Narkulov Jakhangir

Paragrippni davolash va oldini olish. Paragrippni davolashda dezoksiribonukleazadan foydalaniladi. U burun bo‘shlig‘iga va ko‘z konyunktivasining xaltachasiga kuniga 3-4 mahal 3-4 tomchidan tomiziladi. Profilaktika va davolash maqsadida oq qon tanachalari interferonidan foydalaniladi: bu preparat har bir burun bo‘shlig‘iga alohida 0,25 ml dan bir kunda 4-6 marta 5 kun davomida tomiziladi. Og‘ir kechgan paragrippda interferonning dozasini 5-6 marta ko‘paytirish mumkin. Epidemik o‘choqlarda esa profilaktika maqsadida gammaglobulindan (1,0 ml mushak orasiga bolaning yoshidan qat’i nazar) qo‘llanadi.

Hamshiralik parvarishi. Paragrippning oldini olishda, bemorni 7-10 kun davomida alohida qo‘yish va shifokor nazoratida uy sharoitida davolanadi. Kasallik og‘ir kechsa, bemor albatta shifoxonaga yotqiziladi. Shaxsiy gigiyenaga rioya qilish kasallikning oldini olishda katta ahamiyatga ega. Bolalarga yengil hazm bo‘ladigan suyuq, vitaminlarga boy ovqatlar tavsiya qilinadi.

Adenoviruslar

Adenoviruslar asosan yuqori nafas yo‘llari, ichki shilliq qavati va unga yaqin bo‘lgan atrof limfa tugunlarida joylashadi. Bu holat esa tezlikda viruslarning qonga surilishiga (virusemiya) natijada burun, halqum, traxeya va bronxlar shilliq qavatlarinig yallig‘lanishiga olib keladi. Yuqorida qayd etilgan a’zolar limfa tugunlari hamda ko‘z konyunktivasining yallig‘lanishi kasallikka xos xususiyatdir. Adenovirusli kasalliklar ba’zi hollarda zotiljam va boshqa xil asoratlar ham qoldirishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallikning yashirin davri 4-7 kun davom etadi, ba’zan biroz cho‘ziladi. Bu kasallik asosan quyidagi klinik turlarda rivojlanadi: 1) halqum va ko‘z konyunktivatsining yallig‘lanishi va tana haroratining ko‘tarilishi; 2) adenoviruslar keltirib chiqaradigan yuqori nafas yo‘llarining yallig‘lanishi 3) o‘pka to‘qimasining yallig‘lanishi, ya’ni zotiljam adenoviruslar ta’sirida ichak ichki qavatlarining yallig‘lanishi adenovirusli mezoadenit (ichak limfa tugunlarining yallig‘lanishi adenovirusli kasallikning yashirin kechuvchi turi.

Adenovirusli kasalliklarga xos klinik belgilar: tana haroratining ko‘tarilishi (38-39^{o}C), organizmning umumiy

Narkulov Jakhangir

zaharlanish belgilari (bosh og‘rig‘i, tez charchash, qusish, ich ketish), burunda nafas olishning qiyinlashuvi, halqum shilliq pardasining yallig‘lanishi, yo‘tal ko‘z konyunktivasining yallig‘lanishi (ko‘zdan yosh oqish bo‘yinga yaqin bo‘lgan limfa tugunlarining shishib ketishi hisoblanadi.

Davosi va oldini olish. Bu maqsadda maxsus kun tartibiga rioya qilish shart emas. Parhez sifatida ko‘proq yengil hazm bo‘ladigan ovqatlar va suyuqlik iste’mol qilish tavsiya etiladi. Dezoksiribonukleaza burunga va ko‘z konyunktivasiga 3-4 tomchidan bir kunda 3-4 mahal tomiziladi. Haroratni tushiruvchi dorilar, antibiotiklar, gammaglobulin va interferon kasallikning og‘ir kechuvchi turlaridagina qo‘llanadi. Kasallikning oldini olish maqsadida bemor alohida qo‘yiladi, xonani tez-tez shamollatib, polini esa dezinfeksiyalovchi moddalarda ho‘llangan latta bilan tez-tez artib turiladi.

6.4. Meningokokk infeksiyasi

Meningokokk infeksiyasining qo‘zg‘atuvchisi Vekselbaum meningkokki bo‘lib, uning hujayralari Gram usul bilan salbiy bo‘yaluvchan diplokokklardir. Kasallik sog‘lom odamga meningokokkli infeksiyaga chalinganlardan yoki uning qo‘zg‘atuvchisini tashib yuruvchilardan havo tomchi yo‘li bilan yuqadi.

Meningokokk infeksiyasining tarqalishi yil fasllariga qarab o‘zgarib turadi, ayniqsa qish-bahor oylarida kasallik juda ko‘p uchraydi. Bunga qish faslida tashqi haroratning o‘zgarib turishi odamlarning uylarda, tor joylarda to‘planishi sabab bo‘lishi mumkin. Meningokokkli meningitdan keyin uzoq muddatli barqaror immunitet hosil bo‘ladi, shuning uchun ham kasallikning ikkinchi marta qaytalanishi juda ham kam uchraydi.

Patogenezi. Meningokokklarning organizmga kirishida tomoq-burun shilliq pardalari kirish darvozasini o‘taydi. Meningokokk mikroblarining burun-tomoq shilliq pardasida joylashishi hamma vaqt ham kasallikning kelib chiqishiga sabab bo‘lavermaydi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisining organnizm bo‘ylab tarqalishi gematogen (qon aylanish sistemasi orqali yoyilish) yo‘l bilan amalga oshadi, bu esa toksinemiya meninokokklar ajratadigan zaharli moddalarning qon bilan tarqalishiga olib keladi.

Narkulov Jakhangir

Klinik manzarasi. Kasallikning yashirin (inkubatsion davri 2 kundan 10 kungacha davom etadi. Meningokokk paydo qiladigan kasalliklarning klinik ko‘rinishlari xilma-xil bo‘lib quyida ularning bolalar o‘rtasida eng ko‘p uchraydiganlarini keltiramiz.

Meningokokkli o‘tkir **nazofaringit**ning asosiy belgilari bosh og‘rig‘i, tomoq qichishishi, burun bitishi va nafasning qiyinlashuvi bo‘lib, ko‘pincha meningokokk infeksiyasining epidemiyasi davrida aniqlanadi. Bemorning tomog‘i qizarib, bodomcha bezlari birmuncha kattalashadi. Tana harorati odatda 37-38^{o}C ga ko‘tariladi, bosh aylanishi kuzatiladi, periferik qonda neytrofilli leykositoz aniqlanadi. Nazofaringit odatda bemorni sog‘ayishi bilan tugaydi, ba’zi hollarda esa meningit meningokokksemiya rivojlanishi mumkin.

Meningokokkli meningit ko‘pincha to‘satdan boshlanadi. Bolaning tana harorati keskin ko‘tariladi, qusa boshlaydi, boshi juda qattiq og‘riydi. Shuning uchun ham bemor va uning oila a’zolaridan kasallikning qaysi kuni va soatda boshlanganligini aniq bilish kerak. Ko‘pchilik bemorlarda kasallikning dastlabki 1 kuniyoq, badanlarida eritematoz toshmalar paydo bo‘ladi va toshmalar 2-3 soat ichida yana yo‘qolib ketadi. Ba’zi bolalar meningitga chalinishdan 3-4 kun oldin, nafas yo‘llarining o‘tkir shamollashi bilan og‘rib o‘tganligi ma’lum bo‘ladi. Emizikli bolalarda esa meningokokkli meningit asta-sekin rivojlanishi mumkin.

Kasallikning dastlabki davrida bemorning es-hushi joyida bo‘lsa-da, keyinchalik u chigallashib, butunlay hushidan ketishi mumkin. Bemor bezovtalanadi, asab sistemasi zararlanishining asosiy belgilari klassik meningeal belgilar: ensa mushaklarining taranglashishi, Kernig va Brudzinskiy belgilari paydo bo‘ladi. Kichik yoshdagi bolalarda Kernig va Brudzinskiy belgilari bo‘lmasligi mumkin, lekin ularda katta liqildoqning bo‘rtib chiqishi va tarangligi aniqlanadi. Bemorlarda tipik meningeal holat yuzaga keladi: bemor yonboshlab yotgani holda kallasi chalqancha ketgan, oyoqlari tizza va chanoq-son bo‘g‘imlarida bukilgan va qoringa tortilgan holatda bo‘ladi. Kasallikning 3-4 kunlariga kelib, bemorning yuzlari va terisining har xil qismida uchuqlar (gerpetik toshmalar) paydo bo‘ladi. Ammo uchuq toshishi faqat meningokokkli meningitga xos bo‘lib qolmay, boshqa kasalliklarda ham uchraydi. Meningit bilan kasallangan

Narkulov Jakhangir

bemorlarning periferik qon tekshirilganda, leykositoz, qizil qon tanachalari cho‘kishining keskin tezlashuvi kuzatiladi. Orqa miya punksiya qilinganda, suyuqlik katta bosim ostida otilib chiqa boshlaydi.

Meningokokkli meningoensefalit. Kasallikning dastlabki kunlaridayoq, bemor hushidan ketadi, talvasa tutadi. Xastalikning dastlabki davrida falajliklar va meningial belgilar yorqin bo‘lmasligi mumkin. Meningokokkli ensefalitda miyacha faoliyatining buzilishi kuzatiladi. Shu sabab kasallikning birinchi kunidayoq mushaklar tonusining pasayishi, statik va psixomotor ataksiya aniqlanadi. Bemor boshini tuta olmaydi, o‘tirish, tik turish va yurish qobiliyatini yo‘qotadi. Oyoq va qo‘l harakatlari tartibsiz bo‘lib, ularda titrash (tremor) paydo bo‘ladi. Yuqorida aytib o‘tilgan holatlar ko‘pincha 1–3 yoshli bolalarda kuzatiladi.

Meningokokksemiya. Meningokokk infeksiyasi ichida 60-70 % ini tashkil qiluvchi meningokokksemiyada miya qobig‘ining zararlanishi kuzatiladi. Kasallik o‘tkir boshlanib, bemorning tana harorati 38–39°C gacha ko‘tarilib ketadi. Meningokokksemiyaga xos belgi terida paydo bo‘luvchi har xil kattalikda (mayda qontalashdan tortib, kattagina qon quyilishgacha) bo‘lgan gemorragik toshmadir. Ular yulduzchalar shaklida bo‘lib, siypalab ko‘rilsa, qo‘lga qattiq tegadi va teri yuzasidan birmuncha ko‘tarilib turadi. Toshmalar bir-ikki donadan tortib, butun tanani qoplab oladi. Toshmalar asosan bo‘ksalarda, oyoqlarning orqa qismi, qovoq, skleralarda, ba’zan yuzda paydo bo‘ladi. Toshmalar o‘rnida har xil dog‘lar, izlar nekrotik o‘rinchalar qolishi mumkin. Toshmalar ichidan olingan suyuqliklarda meningokokklar aniqlanadi.

Meningokokksemiyada ko‘z shilliq pardasining zararlanishi iridosiklit, ko‘z shox pardasi rangining o‘zgarishi, konyunktiv ham kuzatiladi.

Yashin tezligida kechuvchi meningokokksemiyada yoki o‘ta og‘ir kechuvchi meningokokkli sepsisda buyrak usti bezining o‘tkir yetishmovchiligi (Uoterxaus-Friderikson sindromi) kelib chiqadi va bu holat to‘satdan boshlanib, tez avj oladi. Buyrak usti bezlar faoliyatining og‘ir yetishmovchiligi natijasida infeksion-toksik shok rivojlanadi. Tana harorati qisqa vaqt ichida 40-41°C ko‘tarilib, bemor alahlaydi, boshi qattiq

Narkulov Jakhangir

og‘riydi, tinmay qusadi bir necha soat o‘tgach, bolaning badanida ko‘p miqdorda gemorragik toshmalar paydo bo‘ladi. Bemor qattiq bezovtalanadi, hansiray boshlaydi va ko‘karib ketadi. Dastlab arterial qon bosimi ko‘tarilib ketadi va keyin keskin pasayib, 0 gacha tushib qolishi mumkin, tomir urishi susayadi. Bemorning terisida murdanikiga o‘xshash ko‘kimtir dog‘lar paydo bo‘ladi. Tez orada bemor hushidan ketadi. O‘z vaqtida yordam ko‘rsatilmasa, u 48 soat ichida o‘lib qolishi mumkin.

Davolash. Meningokokkli kasallik bilan og‘rigan bemorlar albatta shifoxonaga yotqizilishi shart. O‘tkir nazofaringitda eritromitsin va levomitsetin kabi ta’sir doirasi keng bo‘lgan antibiotiklar ichish zarur. tomoqni furatsillin, 3% li natriy gidrokarbonat eritmalari bilan muttasil chayish lozim.

Meningokokk kasalligi aniqlangan paytdan boshlab, kuchli ta’sir qiluvchi antibiotiklar tavsiya qilinadi.

Antibiotiklardan tashqari, organizmning zaharlanishiga qarshi ko‘p miqdorda suyuqlik ichirish, venaga Ringer eritmasi, glukoza, albumin, reopoliglyukin, gemodez kabi suyuqliklar yuborish zarur. Glukoza va tuzli eritmalar venaga 1:1 yoki 2:1 ga nisbatda yuboriladi. Bundan tashqari, 25-50 mg kokarboksilaza, 2—3 ml askorbin kislotasining 5 % li eritmasi ham tavsiya qilinadi.

Hamshiralik parvarishi. Meningokokkli infeksiyaning parvarishi asosan kasallik tarqalgan o‘choqdan boshlanadi. Bemor shifoxonaga joylashtirilgach, u yashagan uyning xonalari (dezinfeksiya) zararsizlantiriladi. Bemor bilan bir marta bo‘lsa ham muloqotda bo‘lgan barcha bolalar 10 kun mobaynida ko‘rikdan o‘tkazilib, har kuni bir necha bor tana harorati, tomoq-burun yo‘llari tekshirilib turiladi. Ayni paytda ularning tomoq-burun yo‘llaridan meningokokkni aniqlash uchun surtma olinadi va tekshirish natijasi aniqlangunga qadar, bemor bolalar jamoasiga yuborilmaydi. Meningokokkni tashib yuruvchilar aniqlanganda ularga 4 kun mobaynida levomitsetin va eritromitsin kabi antibiotiklar ichirilib, sanatsiya qilinadi va qayta tekshirishdan o‘tkaziladi Bolalar tarbiyalanadigan yopiq jamoalarda bolalar o‘ziga xos (spetsifik) immunoglobulin bilan emlanadi.

Narkulov Jakhangir

Bemorlarga shifoxonadan javob berishdan oldin, tomoq-burun shilliq qavatidan ikki marta surtma olinadi va kasallik belgilari butunlay yo‘qolgandan so‘nggina uyga ruxsat beriladi.

Kasallik tarqalishini oldini olish uchun xonalarni ho‘l latta bilan tez-tez artish, ultrabinafsha nurlar bilan nurlatish, xona havosni doimo almashtirib turish zarur.

6.5. Poliomielit – Geyne-Medin kasalligi

Poliomielit (polio kulrang, myelon orqa miya)ning klinik ko‘rinishni dastlab 1840-yili Geyn, uning birinchi epidemiya-sini esa Medin yozib qoldirgan. Shuning uchun ham ushbu olimlar sharafiga poliomielit - Geyne-Medin kasalligi deb yuritiladi.

Poliomielit qo‘zg‘atuvchisi *poliovirus hominis*ni birinchi bo‘lib Landsteiner va Popper 1909-yili poliomielitdan o‘lgan bemorning orqa miyasidan ajratib olishgan. Virus tashqi muhit sharoitga juda chidamli bo‘lib, xona haroratida uch oydan keyin kuchini yo‘qotadi. 56°C haroratda esa 50 daqiqa mobaynida qizdirilgandagina nobud bo‘lishi mumkin. Dezinfeksiya qiluvchi moddalar, ultrabinafsha nurlar ta’siriga chidamsizdir.

Epidemiologiyasi. Poliomielitga chalingan bemorlar va uning virusini tashib yuruvchilar kasallikning asosiy o‘chog‘i hisoblanadi. Poliomielit virusining tashib yurilishi «tranzitor», ya’ni qisqa muddatli bo‘lishi, ba’zan esa bir necha oylargacha cho‘zilshi mumkin. Bemor virusni nafas yo‘llari va najas orqali ajratib chiqaradi. Poliomielitning kishilarga yuqishi asosan me’da-ichak sistemasi orqali amalga oshadi. Virus iflos qo‘llar, o‘yinchoqlar orqali ham yuqishi mumkin. Virus sut va boshqa xil ovqat mahsulotlari bilan ham yuqadi. Bulardan tashqari, poliomielit havo-tomchi yo‘li bilan yuqishi mumkin. Polio-mielitga 1 oylikkacha bo‘lgan go‘daklar kamdan-kam hollarda chalinadi. Bu kasallik ko‘proq 4 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi (60–80%). Poliomielitni boshidan kechirgan bemor-larda turg‘un immunitet hosil bo‘ladi, kasallik ayrim hollarda-gina qaytalanishi mumkin. Mamlakatimizda 1958-yildan beri qo‘llanib kelinayotgan poliomielit virusining tirik vaksinasi bilan emlash natijasida kasallikka chalinish bolalar orasida ancha kamaydi.

Narkulov Jakhangir

Patogenezi. Tomoq limfa tugunlari halqasi va ichak sistemasi poliomielit virusining asosiy kirish darvozasi vazifasini o‘taydi. Limfa tugunlarining hujayralarida viruslar ko‘payadi va limfa tomirlari orqali qonga o‘tadi va asab hujayralariga borib to‘xtaydi. Poliomielit virusi ko‘proq asab sistemasini va retikuloendotelial sistemani zararlaydi. Poliomielit virusi ta’sirida nafas yo‘llari zararlanib, traxeit, bronxit va o‘pkada zotiljam yuzaga kelishi mumkin. Tomoqda, limfa tugunlarida, Peyer tugunchalarida patologik o‘zgarishlar paydo bo‘ladi. Asab hujayralarining poliomielit virusi bilan og‘ir zararlanishi natijasida harakatlantiruvchi neyronlar (asab hujayralari) nobud bo‘lib, skelet mushaklarining falaji yuzaga keladi.

Klinik manzarasi. Poliomielitning yashirin davri 5 kundan 35 kungacha, o‘rtacha 9–12 kun davom etadi.

a) falaj oldi, b) falajlik, d) qayta tiklanish, e) rezidual yoki qoldiq o‘zgarishlar davri.

Falaj oldi davrida yuqorida aytib o‘tilgan poliomielitning xilma-xil turlarida uchraydigan umumiy belgilarning kuchayishi kuzatiladi, ayniqsa asab sistemasi faoliyatining buzilishi va zararlanishi belgilari: qusish, bosh og‘rig‘i, alahsirash, ba’zida hushdan ketish, tonik va klonik titroq kuzatiladi. Meningeal belgilardan tashqari giperesteziya, bemor tanasining holati o‘zgarganda va asab tolalari bo‘ylab og‘riqlar paydo bo‘ladi. Bu davrda mushaklar gipotoniyasi, reflekslarning susayishi va butunlay yo‘qolishini kuzatish mumkin. Tana haroratining ko‘tarilishi o‘rtacha 4 kun mobaynida davom etadi, keyin esa birdaniga, ba’zida asta-sekin bir necha kun mobaynida pasayib boradi va mo‘tadillashadi.

Falajlik davri tana harorati mo‘tadillashgandan so‘ng to‘satdan paydo bo‘lishi, ba’zan esa harorat yuqori bo‘lgan hollarda ham kuzatilishi mumkin. Falajlik natijasida mushaklar tarangligi pasayadi. ko‘pincha oyoq mushaklari, deltasimon mushak, ba’zan esa bo‘yin, qorin va tana mushaklarining falaji yuzaga keladi. Zararlangan o‘choqlarning joylashishiga qarab, poliomielitming quyidagi turlari tafovut qilinadi: a) oyoq, tana, bo‘yin mushaklari va diafragmaning falaji bilan kechuvchi (spinal); b) yutinish, gapirish va nafas olishning buzilishi bilan kechuvchi; d) yuz asabining yadrosi zararlanishi bilan kechuvchi (pontin turi); e) miyaning zararlanishi bilan kechuvchi

Narkulov Jakhangir

(ensefalitik turi). Spinal asab tolalari va chanoq, asablarining zararlanishi birgalikda, ba'zi hollarda esa alohida-alohida uchraydi.

Qayta tiklanish davrida bemorning ahvoli, ishtahasi, uyqusi yaxshilanadi, meningeal belgilar yo'qola boradi. Bu davrda faqatgina mushaklar falajligi natijasida vujudga kelgan harakat buzilishigina saqlanib qoladi. Falajliklarning turg'un saqlangandagi, mushaklar atrofiyasi, kontrakturalar, tana va oyoq-qo'llar deformatsiyasi ko'pchilik hollarda og'ir nogironlikka sabab bo'ladi.

Falajli poliomielit kechishiga qarab yashirin, yengil, o'rtacha og'irlikdagi va og'ir turlarga bo'linadi.

Poliomielit emlangan bolalarda kamdan-kam hollarda uchraydi. Emlangan bolalar bu dardga chalingan bo'lsalar, kasallik ularda nisbatan yengil va o'zidan deyarli asorat qoldirmay kechadi.

Tashxisi. Hozirgi kunda poliomielit diagnostikasini serologik va virusologik tekshirishlarsiz tasavvur qilish juda qiyin. Laborator usullar yordamida poliomielit virusi va unga qarshi tanachalar aniqlanadi. Poliomielit virusi tomoq-burun shilliq qavatlarida bir haftada, axlatda esa 4-6 xaftada topilishi mumkin. Serologik usullar yordamida yot tanachalar titrining oshishi ham aniqlanadi.

Kasallik oqibatlari. Poliomielitdan o'lish hollari katta yoshdagi kishilarga qaraganda bolalarda kamroq uchraydi. O'limning asosiy sababchisi hayot uchun zarur bo'lgan a'zolar falajligi hisoblanadi. Falajlikning oqibati ularning turlariga va o'z vaqtida to'g'ri davolanganligiga qarab, har xil bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha mushaklar atrofiyasi bilan kechuvchi falajliklar rivojlanib, bemorlar nogiron bo'lib qolishadi.

Davolash. Poliomielit gumon qilingan hollarda bemor darhol shifoxonaga yotqiziladi. Dastlabki kunlarda askorbin kislotasi katta miqdorda tayinlanadi. Meningitni davolashda boshqa etiologiyali seroz meningitlarni davolashdagi kabi chora-tadbirlardan foydalaniladi. Kasallikning falajlik davrida og'riq qoldiruvchi dori-darmonlar, parafin, ozokerit, sollyuks va shunga o'xshash muolajalar qo'llanadi.

Narkulov Jakhangir

Kasallikning tiklanish davrida 3-4-haftasidan boshlab asablar, asab-mushaklar orasidagi o‘tkazuvchanlikni yaxshilovchi prozerin 0,05 % li eritmasidan 10-15 kun mobaynida har kuni (go‘daklarga 0,1-0, 2 ml, katta yoshdagi bolalarga esa yoshining har yili hisobiga 0,1 ml dan) mushaklar orasiga yuboriladi. Dibazol — 0,001-0,005 g da har kuni bir marta ichishga 20-30 kun mobaynida berib boriladi. Nerv to‘qimasida kechuvchi moddalar almashinuv jarayonlariga ta’sir etuvchi modda sifatida glyutamin kislotasi (kuniga 0,5-2,0 g gacha ichishga, 10-15 kun mobaynida) tavsiya etiladi. Tiklanish davrida bemorga ko‘rsatiladigan eng muhim chora-tadbirlardan biri fizioterapevtik usullar: umumiy vannalar, massaj, issiq kiyish, gimnastika, UVCh va shunga o‘xshash muolajalar hisoblanadi.

Poliomielitning falajli turi bilan og‘rigan bemorlar uchun mamlakatimizda maxsus davolash maskanlari, internatlar va maktablar mavjud.

Profilaktikasi. Kasallikka duchor bo‘lgan bemorlar alohida izolyator va bokslarga joylashtiriladi. Bemor shifoxonaga yotqizilgandan so‘ng, u istiqomat qilgan joylarda (uyida, bog-chada, maktabda) yakunlovchi dezinfeksiya o‘tkaziladi. Bemor bilan bir xonada bo‘lgan bolalar 20 kun mobaynida har kuni muttasil tibbiy ko‘rikdan o‘tkazib turiladi.

Kasallikni boshidan kechirgan bola xastalik boshlangan kundan e’tiboran 40 kun o‘tgach, bolalar jamoasiga qatnashi mumkin.

Hozirgi paytda poliomielitning oldini olishdagi eng ishonchli usul emlashdir.

6.6. Difteriya

Difteriya (bo‘g‘ma kasalligi) o‘tkir yuqumli xastalik bo‘lib yuqori nafas yo‘llari (burun, halqum, hiqildoq) shilliq parda-larining yallig‘lanishi va organizmning umumiy zaharlanishi bilan kechadi.

Etiologiyasi. Kasallikni paydo qiluvchi sabab bo‘g‘ma tayoqchasi coryne bacterium diphtheriae bo‘lib, u fakultativ anaerob mikroblar guruhiga kiradi uni 1883-1881-yillarda Klebs

Narkulov Jakhangir

va Leffler aniqlashgan. Bo‘g‘ma tayoqchasining asosiy xususiyati uning ekzotoksin ishlab chiqarishi bo‘lib, bu xususiyatga qarab, ular toksigen va toksigen bo‘lmagan guruhlarga bo‘linadi.

Difteriya tayoqchasi past haroratlarga ancha chidamli (20°C da 7 kun davomida tirik saqlanadi), ammo yuqori haroratga chidamsizdir 58°C da 30 daqiqa ichida halok bo‘ladi.

Bo‘g‘ma tayoqchasi bemor bola o‘ynagan o‘yinchoqlarda va u ishlatgan buyumlarda uzoq vaqt saqlanishi mumkin, lekin zararsizlantiruvchi moddalar (lizol, fenol, vodorod peroksidi, xloramin) ta’sirida tezda halok bo‘ladi.

Patogenezi. Bo‘g‘ma tayoqchasi tomoq, burun va hiqildoq shilliq pardasida o‘rnashib, ko‘payadi va ko‘payish jarayonida; zaharli moddalar toksinlarni ishlab chiqaradi. Difteriya tayoqchasining toksini bevosita to‘qimalarga va markaziy asab sistemasiga ta’sir etadi. Toksinning mahalliy ta’siri natijasida shilliq pardaning epitelial to‘qimasi nobud bo‘ladi, qon tomirlari, kengayib, ularning o‘tkazuvchanligi oshadi. Buning oqibatida qon zardobi va oqsillari, asosan fibrinogen to‘qimalarga o‘tadi va qon zardobining ivishi natijasida shilliq pardalarda ajratib olish qiyin bo‘lgan o‘ziga xos «parda»hosil bo‘ladi (tomoqda, hiqildoqda va h.k.). Bundan tashqari, bo‘g‘ma qanchalik og‘ir turda o‘tsa, limfa bezlari, teri osti yog‘ to‘qimasining zararlanishi shunchalik kuchli bo‘ladi va ularning shishishi kuzatiladi. Mahalliy o‘zgarishlardan tashqari, bo‘g‘mada organizmning umumiy zararlanishi sodir bo‘ladi. Bunda asosan yurak-tomir sistemasida, markaziy va periferik sistemalarda hamda boshqa ichki a’zolarda turli o‘zgarishlar kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Yuqorida qayd qilinganidek, difterit kasalligida turli a’zolar zararlanishi mumkin, shuning uchun uning; klinik manzarasi ham qaysi a’zoning ko‘proq zararlanganligiga qarab, turlicha namoyon bo‘lishi mumkin. Kasallikning tomoq, burun, halqum, traxeya, teri va jinsiy a’zolar zararlanadigan turlari farqlanadi. Ba’zan bir nechta a’zo bir mahalda zararlanishi ham mumkin.

Kasallikning yashirin davri 2-10 kun davom etadi. Yosh bolalarda ko‘pincha tomoq difteriyasi uchraydi. Tomoq difteriyasi yallig‘lanish jarayonining tarqalishiga va zaharlanish

Narkulov Jakhangir

belgilariga qarab mahalliy, tarqalgan va toksik turlarda namoyon bo‘ladi.

Tomoqning mahalliy difteriyasi ancha yengil o‘tadigan tur hisoblanib, bunda yallig‘lanish jarayoni mahalliy xususiyatga ega bo‘ladi va zaharlanish alomatlari deyarli uchramaydi. Bodomcha bezlari shishadi. Bo‘g‘mada hosil bo‘ladigan fibrin «parda»bu turda asosan bodomcha bezlaridan nariga o‘tmaydi. Kasallik holsizlanish ishtahaning pasayishi, yutinish paytida tomoqda og‘riq bo‘lishi va tana haroratining ko‘tarilishi bilan boshlanadi.

Tomoqning mahalliy difteriyasi pardali, orolchali va kataral turlarga bo‘linadi. Burmaning pardali turida bodomcha bezlari qizarib shishadi, unda oqimtir tuproq rang parda hosil bo‘ladi. Pardani yulib olish ancha qiyin, chunki u fibrinli xususiyatga ega bo‘lib, ostki to‘qimalar bilan mustahkam birikkan va uning chegaralari aniq bo‘ladi.

Orolchali turida parda noaniq chegaraga ega bo‘lib, kichik-kichik orolchalar tarzida bodomcha bezlarida joylashgan bo‘ladi.

Tomoq bo‘g‘masi kataral turining klinik tashxisi ancha murakkab, chunki bunda bodomcha bezlari faqat qizaradi, ularda parda hosil bo‘lmaydi, kasallikning bu turida tashxis asosan bakteriologik tekshirishlar natijasiga qarab aniqlanadi.

Ko‘rinib turibdiki, bo‘g‘maning bu turlarida yallig‘lanish jarayoni mahalliy bo‘lib, organizmning umumiy zararlanishi kuchli emas.

Tomoqning toksik difteriyasi bola organizmining kuchli zaharlanishi, haroratning balandligi va fibrinli «parda»ning tomoq chegaralaridan chiqib, boshqa a’zolarga tarqalishi bilan kechadi. Tana harorati 39–40°C ga ko‘tariladi, bodomcha bezlari va ular atrofidagi to‘qimalar shishadi, bolaning rangi oqarib, madorsizlanadi, qayta-qayta qusadi. Tomir urishi tez va zaif bo‘lib, bolaning ahvoli tez orada og‘irlashadi. Shish pastga bo‘yin va ko‘krak qafasining teri osti yog‘ qatlamiga hamda yuqoriga lunj va qovoqlarga tarqaladi. Shish ustidagi terining rangi odatda o‘zgarmaydi. Bolaning tovushi bo‘g‘iq va burnidan gapirganday chiqadi. Kasallikning boshlanishida tomoqda paydo bo‘lgan difteriya pardasi aksariyat hollarda, qisqa vaqt ichida qalinlashadi va ko‘kimtir-tuproq rangiga kiradi. Parda

Narkulov Jakhangir

tomoq chegaralaridan chiqib yumshoq va qattiq tanglaygacha tarqaladi. Toksik difteriyada ko‘pincha boshqa a’zolarning ham zararlanishi kuzatiladi. Yurak tovushlarining jarangdorligi pasayadi, sistolik shovqin paydo bo‘ladi bu o‘zgarishlar asosan yurak mushaklarining zararlanishi tufayli kelib chiqadi. Aksariyat hollarda buyrak, asab sistemasi faoliyatining buzilish alomatlari kuzatiladi.

Toksik difteriya uch darajadagi og‘irlikda kechadi.

I darajasida teri osti yog‘ qavatining shishi bo‘yingacha,

II darajasida shish o‘mrov suyagigacha

III darajali og‘irlikda esa shish o‘mrov suyagidan ham pastga tarqaladi.

Shishning tarqalish darajasi ko‘pincha organizmning zaharlanish darajasiga mos keladi va uning og‘irligini ifodalaydi.

Toksik difteriyaning o‘ta og‘ir o‘tadigan turi gipertoksik va gemorragik difteriyadir. Gipertoksik difteriya mahalliy o‘zgarishlardan tashqari, markaziy asab sistemasining va yurak-tomir a’zolari faoliyatining chuqur buzilishi bilan kechadi va «yashin ichligida»bir necha kun ichida bemorning o‘limi bilan tugaydi.

Gemorragik difteriya ham og‘ir holda kechadi va kasallikning bu turida boshqalaridan farqli, burundan, milklardan, me’da-ichak sistemasidan qon ketishi va bola badanida gemorragik toshma paydo bo‘lishi kuzatiladi. Bu turdagi difteriyaning asorati jiddiy bo‘lib, ko‘pincha o‘lim bilan tugaydi.

Hiqildoq difteriyasi. Hiqildoq difteriyasi ko‘pincha nafas yo‘llarining torayishiga va nafasning qiyinlashishiga olib keladi laringitlarda kuzatiladigan soxta krupdan farqli o‘laroq, chin yoki difteriya krupi deyiladi. Difteriya krupi yallig‘lanish jarayonining tarqalishiga qarab 1) mahalliy (faqatgina hiqildoq zararlanadi) va 2) tarqalgan; a) hiqildoq va traxeyaning zararlanishi, b) hiqildoq, traxeya va bronxlarning zararlanishi bilan kechuvchi turlarga bo‘linadi.

Hiqildoq difteriyasi klinik kechishiga qarab bir necha bosqichda o‘tadi. Odatda kasallik yuqori harorat, dag‘al yo‘tal va tovushni qisman xirillashi bilan boshlanadi. Bu davrda nafas jarayoni odatdagidan unchalik qiyinlashmaydi. Bu hiqildoq difteriyasini I bosqichi yoki kataral bosqich deyiladi. Bu bosqich 2-3 kundan 7-8 kungacha davom etishi mumkin. Kichik bolalarda bu bosqich qisqaroq bo‘ladi. Ikkinchi bosqich stenotik

Narkulov Jakhangir

bosqich bo‘lib bunda nafas yo‘llari ancha torayadi. Bu davrda yo‘tal it hurgandagiga o‘xshagan tus oladi (cho‘ziqroq, qo‘pol yo‘tal), bolaning tovushi butunlay yo‘qolishi mumkin, lab-burun uchburchagi ko‘karadi, nafas jarayoni qiyinlashadi, asta-sekin kislorod yetishmaslik alomatlari paydo bo‘ladi. Bolaning bezovtalanishi kuchayadi, nafas jarayonida ko‘krak qafasining qo‘shimcha mushaklari ishtirok eta boshlaydi.

Tashxisi. Keyingi paytlarda difteriyaning kam uchrashi va uning klinik manzarasida ba’zi o‘zgarishlar bo‘lishi tufayli, uning tashxisi biroz qiyinlashdi. Shunga qaramay, izchillik bilan to‘plangan kasallik tarixi, epidemiologik vaziyat va difteriyaning asosiy klinik belgilari uning tashxisini qo‘yishga imkon beradi. Har bir tashxis bakteriologik yo‘l bilan asoslanishi shart.

Davolash. Asosiy davolash usuli difteriyaga qarshi antitoksik zardobni qo‘llashdir. Kasallikni davolashda uning turiga, og‘irlik darajasiga va qaysi bosqichda ekanligiga katta e’tibor berish zarur. Yuqorida qayd qilinganidek, difteriyada ko‘pincha a’zolarning faoliyati buziladi, shuning uchun ham davolash maqsadida dori-darmonlar ishlatiladi. Agar yurak faoliyati buzilgan bo‘lsa, yurak glikozidlari (masalan, strofantinning 0,5% li eritmasi 0,1-0,3 ml miqdorda 20% li glukoza eritmasi vena tomiriga yuboriladi), vitamin C va B guruh vitaminlari qo‘llanadi.

Hamshiralik parvarishi. Hamshiralik parvarishida kun tartibi, parhez katta ahamiyatga ega.

Kasallikning dastlabki kunlarida tomoq, halqum va hiqil-doqda o‘tkir yallig‘lanish alomatlari borligi tufayli bemorga faqat suyuq ovqat berish kerak. Keyinchalik bolaning yoshiga qarab, ovqat o‘lchamini ko‘paytirib borish mumkin. Bemorning ahvoli juda og‘ir bo‘lib, yutish jarayoni buzilgan bo‘lsa, uni zond orqali ovqatlantirish lozim. Agar bemorda miokardit alomatlari bo‘lsa, uni qimirlatmay, yotqizib qo‘yish kerak. Bemor va uning oila a’zolariga kasallik haqida ma’lumot berish shart.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olishda difteriya tashxisini o‘z vaqtida to‘g‘ri qo‘yish, bemor bolalarni sog‘lomlardan ajratish, epidemiyaga qarshi mahalliy va umumiy tadbirlarni o‘tkazish katta ahamiyatga ega.

Narkulov Jakhangir

6.7. Ko‘kyo‘tal

Ko‘kyo‘tal – havo-tomchi yo‘li bilan yuqadigan kasallik asosan nafas yo‘llari va a’zolarining zararlanishi, xurujli yo‘tal va asab sistemasi faoliyatining buzilishi bilan kechadi. Guruhga kiruvchi kasalliklardan farqli o‘laroq, ko‘kyo‘tal yosh bolalar juda erta, ya’ni hayotining birinchi kunlaridan boshlab kasallanishi mumkin.

Ko‘kyo‘talni qo‘zg‘atuvchi mikroblar 1906-yilda J.Borda va O.Jangu tomonidan kashf etilgan bo‘lib, bu mikroblar tashqi muhitda nihoyatda chidamsiz ekanligi aniqlangan.

Kasallik manbai bo‘lib, bemor odam hisoblanadi. U kasallikning dastlabki davrida xavfli hisoblanadi. Kasallik tarqatish manbai bo‘lib, ko‘kyo‘talning yashirin (latent) turi bilan og‘rigan bemorlar hisoblanadi. 1 yoshgacha bo‘lgan bolalar orasida kasallik ko‘p uchramoqda. Buning sabablaridan biri shuki, 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarning atigi 40 foizi faol emlanadi, qolganlari esa turli sabablar tufayli emlanmay qoladi.

Patogenezi. Ko‘kyo‘tal mikroblari nafas yo‘llarining silindrli epiteliysida o‘rnashib ko‘paya boshlaydi. Bu davrda mikroblarning ko‘pi nobud bo‘ladi va toksin ajratadi. Ajralgan toksin asab sistemasiga, qon tomirlariga, nafas a’zolariga ta’sir qiladi. Buning natijasida bronxlar devorlarining mushaklari qisqarib, bronxospazmga olib keladi, periferik qon tomirlari ham torayadi, nafas mushaklari spastik qisqaradi. Bularning hammasi xurujsimon yo‘talga va nafas faoliyatining keskin buzilishiga sabab bo‘ladi. Ko‘kyo‘talning patogenezida allergiyaning ahamiyati katta. Ba’zan ko‘kyo‘tal paytida ilgaridan sezuvchanligi oshgan bolalarda astmatik sindrom uchraydi, bu ham alergiyaning kasallik rivojlanishidagi ahamiyatini qayta tasdiqlaydi.

Klinik manzarasi. Ko‘kyo‘talning kechishi bir necha davrga bo‘linadi. 1 yashirin (inkubatsion); 2 kataral; 3 spastik, xurujsimon (yo‘tal davri) va 4 sogayish.

Yashirin (inkubatsion) davr 3-4 kundan to 10-14 kungacha davom etadi, o‘rtacha 5-8 kunni tashkil qiladi. Kasallikning yashirin davrida klinik jihatdan deyarli hech qanday o‘zgarish sezilmaydi.

Narkulov Jakhangir

Kataral davr 12-15 kungacha cho‘ziladi. Emlangan bolalarda bu davr uzayishi, go‘daklarda esa aksincha, qisqarishi mumkin. Kasallik boshqa yo‘tallardan farq qilmaydigan yo‘tal bilan boshlanadi. Bemorning umumiy ahvoli unchalik o‘zgarmaydi, klinik tekshirish natijalari esa uning organizmida yuqori nafas yo‘llarining yallig‘lanishi kuzatiladi boshqa o‘zgarishlar aniqlanmaydi. Yo‘tal asta-sekin xurujsimon bo‘lib va bemorning umumiy ahvoli yo‘tal paytida o‘zgara boshlaydi. Bu davr spastik (xurujsimon) yo‘tal davrining boshlanishidan darak beradi. Bemorning ahvoli ancha og‘irlashadi yo‘tal xurujlari uni holsizlantiradi. Bu davrning asosiy belgisi xurujsimon yo‘tal bo‘lib, u o‘ziga xos xususiyatga ega va 2-3 haftagacha davom etishi mumkin: yo‘tal birin-ketin keladigan nafas chiqarish harakatlari bilan boshlanadi va oxirida qisqa shovqinli hushtaksimon nafas olish bilan tugaydi (repriz). Biroz vaqt o‘tmay yana nafas chiqarish bilan kechadigan yo‘tal boshlanadi. Bunday yo‘tal xuruji 2-3 tadan 20 martagacha bo‘lishi va yelimsimon shilliq chiqishi yoki qayt qilish bilan tugashi mumkin. Yo‘tal xuruji vaqtida bemorning ahvoli o‘zgaradi uning yuzi qizaradi, ba’zida ko‘karadi, lablari ko‘karib, biroz shishadi, bo‘yin vena tomirlari bo‘rtib chiqadi, ko‘zlari qon qo‘yilgandek bo‘ladi, tili og‘zidan chiqib turadi, ayrim hollarda burundan qon ketishi kuzatiladi. Ba’zi xuruj vaqtida ko‘zning oq pardasiga qon quyiladi. Xurujlar davrida ham bemorning beti salqib, shishinqirab turadi, lab-burun uchburchagi ko‘kimtir tusda bo‘ladi. Yo‘tal xuruji boshlanishidan oldin, ayrim bolalarda xurujlar oldi belgilari kuzatiladi bemor bezovtalanadi, qo‘rqish alomatlari seziladi ko‘zlari katta ochilib, tayanch nuqtasini qidirgandek harakat qila boshlaydi. Ba’zi bemorlar yo‘tal xuruji o‘rnida oqarish xuruji paydo bo‘ladi. Kasallikning 2-3 haftalariga borib o‘zining eng yuqori darajasiga yetadi va keyin yo‘tal asta-sekin kamayib borib, sog‘ayish davri boshlanadi. Sog‘ayish davri 1 haftagacha davom etadi bu davrda yo‘tal xurujlari kamaya borib, bemorning kayfiyati yaxshilanadi, ishtahasi ochilib, umumiy ahvoli qoniqarli bo‘ladi. Kasallikning avjiga chiqqan davrida periferik qon tekshirilib ko‘rilganda leykositoz kuzatiladi, eritrositlar cho‘kish tezligi deyarli o‘zgarmasligi mumkin.

Narkulov Jakhangir

Ko‘kyo‘talning kechishi yengil, o‘rtacha og‘irlikda va og‘ir turiga bo‘linadi. Kasallikning yengil turida yo‘tal xurujlari kuniga 5-15 tagacha bo‘ladi, xurujlar yengilroq va qisqa bo‘lib, qayt qilish deyarli kuzatilmaydi.

O‘rtacha og‘irlikdagi ko‘kyo‘talda xurujlar kuniga 15-25 tagacha bo‘lib, bemorning ahvoli ancha o‘zgargan bo‘ladi. Og‘ir o‘tadigan ko‘kyo‘talda esa xurujlar sonining kuniga 25-30 tadan oshishi, har bir xurujning uzoq davom etishi va bemor ahvolini og‘irlashishi kuzatiladi.

Ko‘kyo‘tal asoratlari pnevmoniya ensefalit bu asoratlardan tashqari, ko‘kyo‘talda ko‘krak qafasida bosimning ortishi natijasida kelib chiqadigan asoratlar pnevmotoraks, emfizema, kindik va chov churrasi, to‘g‘ri ichakning tushishi kabilar ham kuzatilishi mumkin.

Tashxisi. Agar ko‘kyo‘tal xuruji paydo bo‘lsa, bu bemorning kasallikka (ya’ni ko‘kyo‘talga) chalinganligini bildiradi. Ko‘kyo‘talga tashxis qo‘yishda epidemiologik vaziyatni ham inobatga olish zarur. Periferik qonning tekshirish natijalari ham ma’lum ahamiyatga ega. Ko‘kyo‘talning diagnostikasi juda murakkab bo‘lganda laboratoriya usuli bakteriologik tekshirish ma’lum ahamiyat kasb etadi. Buning uchun maxsus oziq muhiti solingan Petri kosachasi yo‘tal xuruji paytida 4-6 sm masofadan bemorning og‘ziga 10-12 sekund davomida tutib turiladi, keyin uni berkitib, mikrobni o‘stirish uchun 37°C haroratli termostatga qo‘yiladi. Bundan tashqari, halqum tamponi bilan Borde-Jangu muhitida surtma ham tayyorlanib, bir necha kundan so‘ng o‘sgan mikroblarning turi aniqlanadi. Bu usul kataral va xurujsimon yo‘talning boshlang‘ich davrida yaxshi natija berishi mumkin.

Hamshiralik parvarishi. Bolani oila a’zolariga kasallik va uning asoratlari haqida tushuntirish. Bolaga kun tartibini to‘g‘ri tashkil etish zarur. Bemor yetarli darajada uxlashi, yo‘tal xurujini paydo qiluvchi har qanday ta’sirlarni bartaraf qilish. Uni ovqati yoshiga hamda umumiy ahvoliga mos keladigan vitaminli kuchli va to‘q tutadigan bo‘lishi lozim. Toza havoda ko‘proq bahramand bo‘lish muhim ahamiyatga ega bunda yo‘tal xurujlari ancha kamayadi va hattoki yengil hollarda butunlay bo‘lmasligi kuzatiladi.

Narkulov Jakhangir

Davolash. Kasallikni davolash paytida bemorlarga vitamin A, vitamin K va askorbin kislotasi berish tavsiya etiladi. Periferik qon aylanishini yaxshilash maqsadida ularga 10-12 kun davomida vitamin PP (nikotin kislotasi) tayinlanadi.

Ko‘kyo‘talni davolashda antibiotiklar tavsiya etiladi. Antibiotiklardan ampitsillin va eritromitsindan foydalaniladi. Erimtromitsin 1 kg vaznga 5000-10000 TB miqdorida kuniga 3-4 mahal ichishga 10 kun davomida berib turiladi. Ampitsillin esa kuniga 25-50 mg/kg hisobida qilinib, 4 martaga bo‘lib ichishga beriladi, mushak orasiga 10 kun davomida yuboriladi.

Ko‘kyo‘talning og‘ir va asoratlar bilan kechadigan turlarida kortikosteroid gormonlardan foydalaniladi. Bu maqsadda asosan prednizolon (1 kg vaznga 1—2 mg hisobida 10-15 kun mobaynida) qo‘llanadi. Kasallikni davolashda antigistamin preparatlar dimedrol, suprastin, tavegil va boshqalar tavsiya etiladi

Profilaktikasi. Ko‘kyo‘talning asosiy profilaktikasi aholini ko‘kyo‘talga qarshi faol emlashdir.

6.8. Epidemik parotit

Epidemik parotit (tepki) o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib so‘lak bezlari, asosan quloq oldi bezlari hamda asab sistemasi zararlanishi bilan kechadi. Kasallik maktabgacha tarbiya va maktab yoshidagi bolalarda ko‘p uchrab turadi. Bolalar tarbiyalanadigan jamoalarda enidemik parotitning keng tarqalishi ko‘proq kuz oylariga to‘g‘ri keladi.

Etiologiyasi. Epidemik parotitning qo‘zg‘atuvchisi mikroviruslar guruhiga kiruvchi filtrlanuvchi virusdir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor odam hisoblanadi. Bu virus asosan havo-tomchi yo‘li bilan yuqadi, ayrim hollardagina idish-tovoqlar, o‘yinchoqlar orqali ham o‘tishi mumkin. Kasallikni boshidan kechirgan bolalarda bir umrlik barqaror immunitet hosil bo‘ladi.

Patogenezi to‘la o‘rganilgan emas. Epidemik parotit virusini organizmga kirishida og‘iz bo‘shlig‘i, tomoq-burun yo‘llarining shilliq pardalari kirish darvozasini o‘taydi.

Klinik manzarasi. Kasallikning yashirin davri 11 kundan 23 kungacha davom etadi. Odatda kasallik o‘tkir boshlanib,

Narkulov Jakhangir

haroratining 36-39°C gacha ko‘tarilishi, quloq oldi bezlarini bir tomonlama yoki ikki tomonlama kattalashuvi bilan davom etadi. Bezlarning kattalashuvi ostki jag‘ suyagining shoxi bilan so‘rg‘ichsimon suyak o‘rtasidagi chuqurlikni to‘ldirib, quloq sirg‘asining oldingi pastki va orqa tomonlarigacha yoyilib ketadi. Shishning ustida atrofida terining rangi o‘zgarmaydi. Uning chegarasi noaniq bo‘lib, o‘rta qismi qattiq-elastik konsistensiyada bo‘lgani holda atroflari qo‘lga yumshoq tegadi. Kattalashgan bezlar paypaslab va bosib ko‘rilganda yengil og‘riq beradi. Kasallikning 2-3 kuniga borib, ko‘pincha sog‘lom tomondagi quloq osti bezi ham kattalashgandan so‘ng, bemorning yuz tuzilishi o‘zgaradi. Bezlarning kattalashuvi bemor og‘zini ochganda, ovqat chaynaganda og‘riqqa sabab bo‘ladi. Dastlabki 3-5 kunda bezning kattalashishi avj olib boradi, keyinchalik uning hajmi kamayib, kasallikning 8-10-kuniga borib, shish butunlay yo‘qoladi. Ba’zan bu holat bir necha haftagacha davom etadi. Yuqorida qayd etilgan epidemik parotitning og‘ir ko‘rinishlari ba’zan quloq oldi bezlarining unchalik kattalashuvisiz va hattoki bezlar kattalashmagan hollarda ham kuzatiladi. Epidemik parotitning yengil turi 6-7 kun, o‘rtacha og‘irlikdagi turi 9-10 kun davom etishi, og‘ir turida esa kasallik belgilari 2 -3 hafta mobaynida saqlanib turishi mumkin.

Hamshiralik parvarishi. Kasallikning yengil turida bemorga o‘rinda yotish, ko‘p suyuqlik ichish, og‘iz bo‘shliqlarini natriy gidrokarbonatning 2%li eritmasi bilan chayqab turish tavsiya qilinadi. Kattalashgan so‘lak bezlariga ozor bermaslik uchun bemorga faqat suyuq taomlar berilishi lozim. Kattalashgan bez sohasiga quruq yog‘li iliq kompress, sollyuks-chiroq yordamida qizdirish tavsiya qilinadi.

Mamlakatimizda bolalarni epidemik parotitga qarshi emlash yo‘lga qo‘yilgan. Emlash bola hayotini 12 oyligida va olti yoshligida KPK qizamiq paratit qizilchaga qarshi vaksinasi bilan emlanadi. Epidemik parotit vaksinasi 0,5 ml miqdorda teri ostiga yuboriladi. Emlash uchun epidemik parotitga qarshi tirik lekin kuchsizlantirilgan vaksina qo‘llanadi.

Davolash. Davolashda og‘riqni qoldirish, isitmani tushirish maqsadlarida parasetamol, panadol tavsiya qilinadi. Og‘ir holatlarida antibiotiklar qo‘llaniladi.

Narkulov Jakhangir

6.9. Qizamiq

Qizamiq o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, asosan bolalik davrida uchraydi va yuqori nafas yo‘llari shilliq pardalarining yallig‘lanishi hamda badan terisida toshma toshishi bilan kechadi.

Epidemiologiyasi. Qizamiq vaqtida faqat kasal odam infeksiya manbai bo‘lib hisoblanadi. Kasallikning eng yuqumli davri kataral davr hamda toshma toshgan dastlabki kunlar bo‘ladi. Toshma toshgandan keyin 4-kundan boshlab, bemorlar yuqumli bo‘lmay qolishadi, ya’ni ular tashqi muhitga qizamiq virusini chiqarmay qo‘yishadi.

Kasallik havo-tomchi yo‘li bilan yuqadi. Qizamiq virusi bemor yo‘talganda, aksirganda yoki gapirganda havo tomchilari orqali sog‘lom bolalarga yuqadi. Virus havo orqali tarqalganligi sababli tez orada ancha masofaga tarqalishi mumkin (ayniqsa, bir-biri bilan qo‘shilgan yopiq xonalarda).

Bolalarda qizamiqqa moyillik darajasi juda yuqori bo‘ladi. Qizamiq bilan og‘rib tuzalgan bemor bolada kuchli va barqaror immunitet hosil bo‘ladi. Shuning uchun ham qizamiq bilan qayta kasallanmaydi.

Klinik manzarasi. Kasallikning o‘tishida bir necha davr farq qilinadi: yashirin davr (inkubatsion), boshlang‘ich (prodromal) davr, toshma toshish va toshmaning qaytish davri.

Qizamiqning yashirin (inkubatsion) davri asosan 9-10 kun davom etadi. Emlangan yoki gammaglobulin olgan bolalarda yashirin davr ko‘pi bilan 21 kungacha cho‘ziladi. Bu davrda kasallikning klinik belgilari bo‘lmaydi. Shundan so‘ng kasallikning prodromal yoki kataral davri boshlanib, tana harorati 38-39^{o}C gacha ko‘tariladi, kuchli bosh og‘rig‘i, yo‘tal, aksirish, yuqori nafas yo‘llari va burunning o‘tkir yallig‘lanish belgilari paydo bo‘ladi. Bu davrning 2-3-kunida tana harorati pasayadi, ammo nafas yo‘llari yallig‘lanish belgilari kuchayishi mumkin. Bu alomatlarga ko‘z shilliq pardasining yallig‘lanishi konyunktivit qo‘shiladi. Bemor bolaning ko‘zi yoshlanib, qizaradi va yorug‘likka qaray olmaydi. Badanga toshma toshishidan 1-2 kun oldin, yumshoq va qattiq tanglayning shilliq pardasida qizil donachali dog‘lar (qizamiq enantemalari) paydo bo‘ladi. Bu qizamiqning dastlabki belgisi bo‘lib, unga N.F.Filatov katta e’tibor bergan edi. Shu bilan bir vaqtda

Narkulov Jakhangir

qizamiqning boshlang‘ich, ya’ni Bel’gskiy-Filatov-Koplik belgisi paydo bo‘ladi. Ular oqimtir rangli, atrofi qizil gardishcha bilan o‘ralgan bo‘ladi. Bu dog‘lar asosan 2-3 kun davomida saqlanib turadi, ba’zan esa toshma toshish davrining 1-2 kunlarida ham kuzatilishi mumkin. Dog‘lar alohida-alohida joylashgan bo‘lib bir-birlari bilan qo‘shilmaydi, ularni shpatel yoki tampon bilan artib tashlab bo‘lmaydi.

Qizamiqning bu davridan so‘ng, toshma toshish, ya’ni «gullash»davri boshlanadi. Toshma toshishidan oldin tana harorati qaytadan 30-40°C gacha ko‘tariladi. Qizamiq toshmasi deyarli harorat ko‘tarilishi bilan bir vaqtda paydo bo‘ladi. Toshma katta donachali, qizg‘ish dog‘lardan iborat bo‘lib, dastlab bolaning yuzida va quloqlarining orqasida paydo bo‘ladi va tez orada badanning pastki qismiga tarqala boshlaydi. Qizamiq toshmasi skarlatinadan farqli o‘laroq, lab burun uchburchagida ham bo‘ladi. Isitmaning ikkinchi kunidan boshlab, toshma ko‘krak, qorin terisiga, uchinchi kunida esa oyoqlar terisigacha tarqaladi.

Ba’zan bu toshmalar bir-biri bilan qo‘shiladi, lekin toshmalar oralig‘idagi badan terisining rangi o‘z holatida qoladi. Bundan ko‘rinib turibdiki, qizamiq toshmasi badanning hamma qismida birdaniga paydo bo‘lmaydi va ketma-ketlik xususiyatga ega. Toshmaning gullash davri 3 kun davom etadi. Keyinchalik u qanday tartibda paydo bo‘lsa, xuddi shunday tartibda qayta boshlaydi. Toshmaning rangi oqimtirlashib, asta-sekin uning o‘rnida pushtirang dog‘—pigmentatsiya hosil bo‘ladi. Bunday pigmentli dog‘lar 1-2 haftagacha saqlanishi mumkin. Toshmaning «gullash»paytida kataral davrdagi alomatlarning bosh og‘rig‘i, ishtahaning yo‘qolishi uyqusizlik, yallig‘lanish belgilarining kuchayishi kuzatiladi gullash davrida traxeya va bronxlarning yallig‘lanishi avjiga chiqadi ba’zi hollarda zotiljamga olib kelishi mumkin.

Rekonvalessensiya, ya’ni sog‘ayish davrida kasallikning asosiy belgilari asta-sekin kamayib boradi. Ammo bolani nimjonligi, immunologik kuchlarining kamayganligi anchagacha saqlanib turadi, Qizamiq virusi bola organizmining immunologik kuchlarini kamaytirib, boshqa kasalliklarga moyilligini oshiradi. Shu tufayli aksariyat bolalarda og‘ir

Narkulov Jakhangir

asoratlar rivojlanishi kuzatiladi. Bemorlarni davolash jarayonida bu o‘zgarishlarni ham albatta e’tiborga olish zarur.

Tashxisi. Qizamiq o‘ziga xos (tipik) kechayotgan hollarda uning diagnostikasi unchalik qiyin emas. Tashxis qo‘yishda kasallikning klinik manzarasi va epidemiologik vaziyat katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari, toshmaning navbat bilan, gavdaning yuqori qismidan pastga qarab tarqalishi, toshmadan oldin Bel’skiy-Filatov-Koplik alomatining paydo bo‘lishi, konyunktivit kabi xos belgilarga e’tibor berish zarur.

Davolash. Qizamiqning yengil va asoratsiz turlarida bemorlarni uy sharoitida davolash mumkin. Bolaning yoshiga qarab, askorbin kislotasi (vitamin C), B guruhi, vitamin A tayinlanadi. Antigistamin preparatlar va ko‘proq suyuqlik beriladi. Agar qizamiq tufayli zotiljam rivojlangan bo‘lsa, zotiljamni davolashning umumiy usullari qo‘llaniladi.

Hamshiralik parvarishi. Hamshiralik parvarishida gigiyena qoidalariga, kun tartibiga rioya qilish, bolani to‘g‘ri ovqatlantirish, bemor yotadigan xonani tez-tez shamollatib turish kabilar katta ahamiyatga ega. Bemor yotgan xona toza bo‘lishi lozim. Bemorning terisi va shilliq pardalariga diqqat bilan qarab borish: bolaning beti va qo‘llarini tez-tez issiq suv bilan yuvish, burnini tozalab turish zarur. Bolalarga yetarli darajada suyuqlik ichirib turish, kattaroq bolalarga esa kun davomida bir necha marta og‘izni chayish amalga oshiriladi. Bemorning ovqati vitaminlarga boy va yengil singiydigan bo‘lishi lozim. Ikkilamchi infeksiyani yuqishini oldini olish.

Profilaktikasi. Qizamiqning oldini olish asosan ikki yo‘nalishda: epidemiyaga qarshi kurash va maxsus (spesifik) profilaktika tarzida amalga oshiriladi.

Epidemiyaning oldini olish maqsadida bemorlar toshma toshgandan 5-kungacha alohidalab qo‘yiladi yoki yuqumli kasalliklar shifoxonasiga joylashtiriladi. Qizamiq chiqqan bolalar muassasasida 21 kun davomida karantin joriy etiladi. Bemor bilan birga bo‘lgan bolalar tibbiyot xodimlari nazorati ostiga olinib, ularning terisi, shilliq pardalari va tana harorati muntazam tekshirib turiladi.

Hozirgi davrda qizamiqqa qarshi faol immunitet hosil qilinmoqda. Bu maqsadda bola organizmiga tirik, lekin kuchsizlantirilgan qizamiq virusi yuboriladi. Qizamiq bilan og‘rimagan

Narkulov Jakhangir

bolalar qizamiqqa qarshi emlanadi. Qizamiqqa qarshi bola hayotini 12 oyligida va olti yoshligida KPK qizamiq paratit qizilchaga qarshi vaksinasi bilan emlanadi. Qizamiq vaksinasi 0,5 ml miqdorda teri ostiga yuboriladi. Emlangan bolalarda immunitet ancha kuchli bo‘lib u 5-7 yil davomida saqlanadi. Faol emlash tufayli keyingi paytlarda mamlakatimizda qizamiq keskin kamaygan va u yengil turlarda o‘tmoqda.

6.10. Skarlatina

Skarlatina – o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, asosan bolalik davrida uchraydi va organizmning kuchli zaharlanishi hamda tomoqda, badan terisida o‘ziga xos toshma toshishi bilan kechadi.

Etiologiya. Kasallikning qo‘zg‘atuvchisi A guruhiga kiruvchi B-gemolitik streptokokk aniqlangan. Kasallikning rivojlanishida organizmni immunbiologik xususiyatlari katta ahamiyatga ega. Kasallikning yuqishi havo-tomchi yo‘llari bilan amalga oshadi. Kasallik tarqatuvchilar – skarlatina bilan og‘rigan va sog‘lom, ammo kasallik mikrobini tashib yuruvchi bolalar hisoblanadilar. Bundan tashqari, kasallik manbai bo‘lib, streptokokkli angina va nazofaringit bilan og‘rigan bolalar ham xizmat qiladi. Kasallikning yuqishi asosan havo-tomchi yo‘li orqali bo‘lsa-da, bemor o‘ynagan o‘yinchoqlar, uning buyumlari va hatto bolaning kiyimlari ham kasallik tarqalishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Patogenezi. Skarlatina qo‘zg‘atuvchisi asosan tomoq va burun halqum shilliq qavatida, ba’zan zararlangan badan terisida ayrim hollarda esa o‘pkada bo‘ladi. Skarlatinaning qo‘zg‘atuvchisi tomoqning shilliq pardasida mahalliy yallig‘-lanish jarayonini yuzaga keltiradi va qon-tomir hamda limfa yo‘llari orqali yaqin turgan limfa bezlariga o‘tadi, bu yerda ko‘payib, zaharli moddalar ishlab chiqara boshlaydi. Gemolitik streptokokkning zahari (toksini) qonga o‘tib, qon-tomir va vegetativ asab sistemasiga kuchli ta’sir qiladi, natijada organizmning umumiy zaharlanishi, yuqori harorat, toshma toshishi va yurak-tomir a’zolari faoliyatining buzilishi kuzatiladi.

Narkulov Jakhangir

Klinik manzarasi. Skarlatinaning yashirin prodromal davri o‘rtacha 2-7 kun bo‘lib, ayrim sharoitlarda qisqarib (1 kungacha) yoki uzayishi (12 kungacha) mumkin. Kasallik ko‘pinch o‘tkir boshlanadi: tana harorati to‘satdan ko‘tariladi (38-39°C ko‘ngil aynish, qusish kuzatiladi, ayni paytda kuchli tomoq og‘rig‘i paydo bo‘ladi. Keyinchalik skarlatinaga xos bo‘lgan toshma toshadi. Toshma tez orada birato‘la gavda terisining turli qismlariga tarqaladi. Toshmaning o‘ziga xos xususiyati shundan iborat u mayda donali bo‘lib, qizargan teri ustida paydo bo‘ladi va qorin terisining pastki va yonbosh qismlarida, qo‘llarning kaft yuzasida oyoqlarning tizza qismida hamda terining tabiiy burmalar sohasida ko‘proq va zichroq joylashgan bo‘ladi. Betdagi toshma yon qismlarida ko‘proq bo‘ladi, lab-burun uchburchagida esa teri ham qizarmaydi, toshma ham bo‘lmaydi. Bu skarlatinaga xos bo‘lgan muhim belgi hisoblanadi.

Skarlatinada toshma 3 kundan bir haftagacha saqlanib turadi, toshma o‘tib ketgandan so‘ng uning o‘rnida hech qanday dog‘ (pigmentatsiya) qolmaydi. Ammo toshmadan so‘ng (kasallikning 2 haftasiga kelib) terining ko‘chishi (po‘st tashlash) boshlanadi. Skarlatinaning asosiy va doimiy belgilaridan biri bu angina bo‘lib, u tomoqning kuchli qizarishi va yutinganda og‘riq bo‘lishi bilan kechadi. Tomoqning qizarishi bodomcha bezlariga, ularning ravoqlariga va yumshoq tanglay shilliq pardalarigacha tarqaladi, lekin qattiq tanglay chegarasiga o‘tmaydi. Skarlatinada angina kataral, follikulyar, nekrotik va soxta-fibrinoz tarzda o‘tadi va bodomcha bezlarida, lunjining ravoqlarida, burun va halqumning shilliq pardasida nekrotik o‘zgarishlarga sabab bo‘ladi. Bemorning tilida ham o‘ziga xos o‘zgarishlar kuzatiladi: kasallikning boshlang‘ich davrida til sarg‘ish yoki tuproqsimon tusli parda bilan qoplanadi, keyin esa tilning avval chetlari, keyin yuzasi qoplanadi, til so‘rg‘ichlari yaxshi ifodalanadi va u qip-qizil rangiga kiradi.

Tildagi o‘zgarishlar ikki haftagacha saqlanib turishi mumkin. Mahalliy limfa bezlaridagi o‘zgarish, ularda shish va og‘riq paydo bo‘lishi limfadenit tarzida u kasallikning avjiga chiqqan davrida organizmning umumiy zaharlanish alomatlarida yaqqol namoyon bo‘ladi. Skarlatinaning yengil turida tana harorati ko‘tarilmasligi va zaharlanish belgilari bo‘lmasligi mumkin.

Narkulov Jakhangir

Ammo og‘ir o‘tadigan skarlatinada harorat doimo 39-40°C gacha ko‘tariladi, kuchli bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi va qusish, holsizlik, ba’zan esa talvasa tutishi va menipgeal belgilar paydo bo‘ladi. Bemorning umumiy ahvoli og‘irlashib, esi kirarli-chiqarli bo‘lib qoladi. Skarlatinada, ko‘pgina a’zolar faoliyati buziladi, ayniqsa qon-tomir sistemasida bu yaqqol ko‘rinadi. Kasallikning boshlang‘ich davrida tomir urishi tezlashadi (taxikardiya), arterial qon bosimi oshadi. Bir necha kundan so‘ng esa tomir urishi sekinlashadi, qon bosimi biroz pasayadi, yurak faoliyatida aritmiya kuzatilib, sistolik shovqin paydo bo‘ladi. Bu o‘zgarishlar vegetativ asab sistemasidagi o‘zgarish-lardan kelib chiqadi. Skarlatinada jigarning kattalashishi va faoliyatida o‘zgarish kuzatiladi, qonda leykositlar soni ko‘payadi, eritrositlar cho‘kish tezligi keskin oshadi, siydikda oqsil paydo bo‘ladi.

Kasallik kechishiga qarab skarlatina yengil, o‘rtacha og‘irlikda og‘ir turda o‘tishi mumkin.

Skarlatinaning yengil turida tana harorati subfebrildan oshmaydi, zaharlanish alomatlari deyarli bo‘lmaydi, toshma siyrak bo‘ladi va tez orada o‘tib ketadi.

O‘rtacha og‘irlikdagi skarlatinada harorat 39-40°C gacha ko‘tariladi, bemor holsizlanadi, qayt qila boshlaydi. Angina nekrotik xususiyatga ega, ammo bodomcha bezlari chega-rasidan tashqariga chiqmaydi. Limfa bezlari kattalashgan ularda og‘riq paydo bo‘ladi, lekin atrofidagi to‘qimalarining yallig‘lanish (periadenit) belgilari bo‘lmaydi.

Skarlatinaning og‘ir turi toksik yoki septik belgilarning ifodalanganligi bilan ajralib turadi. Skarlatinaning toksik turida organizmning zaharlanish alomatlari juda kuchli ifodalanadi: tana haroratining 40-41°C gacha ko‘tarilishi, to‘xtovsiz qaytalanuvchi qusish, talvasaga tushishi kuzatiladi. Toshma 2-3-kuni paydo bo‘ladi va uning rangi ko‘kimtir tusda bo‘ladi, til oq karash bilan qoplangan va quruq bo‘ladi. Yurak tovushlari bo‘g‘iq, qon bosimi past, tomir urishi kuchsiz bo‘ladi. Toksik skarlatina bemorning hayotiga sezilarli xavf soladi.

Skarlatinaning asoratlari ko‘p va xilma-xil bo‘lib, limfadenit, sinusit, nefrit, otit, miokardit shular jumlasiga kiradi.

Tashxisi. Skarlatinaga tashxisni qo‘yishda kasallikning o‘ziga xos klinik belgilari katta ahamiyatga ega toshma, tomoqdagi va

Narkulov Jakhangir

tildagi o‘zgarishlar, lab-burun uchburchagida toshmaning bo‘lmasligi, toshmaning qizargan teri ustida hosil bo‘lishi asosiy belgilar hisoblanadi.

Hamshiralik parvarishi. Bemor alohida xonada yotishi lozim. Ovqati yengil va tez hazm bo‘ladigan, vitaminlarga boy asosan sut mahsulotlaridan tayyorlangan bo‘lishi lozim (keyinchalik bemorning ahvoli yaxshilangan sayin, uning ovqatini kengaytirilib, umumiy ovqatlantirish tartibiga o‘tkazib boriladi). Bemor yetarli darajada suyuqlik ichib turishi (kuniga kamida 1 litr) kerak. Og‘iz bo‘shlig‘i va tomoqni zararsizlantruvchi eritma bilan chayib turiladi. Tahlil uchun uni qon va siydigini tekshirib turiladi.

Davolash. Tashxis qo‘yilgandan so‘ng, albatta antibiotik tayinlanadi bu bilan kasallikning ko‘ngilsiz asoratlarining oldini olish va bemorning sog‘ayishini tezlashtirish mumkin. Bu maqsadda asosan penitsillin (qo‘llaniladi, chunki streptokokklar unga juda sezuvchandir (500000–150000 TB/kg hisobida 7–10 kun mobaynida mushak orasiga. Kasallikning og‘ir turida antibiotikning dozasi oshirilishi lozim.

Antibiotiklardan tashqari, kasallikning og‘ir turlarida organizmning zaharlanishini kamaytiruvchi dori-darmonlar (gemodez, reopoliglyukin va vitaminlar) ham qo‘llaniladi. Yurak faoliyatini yaxshilash uchun strofantin tavsiya etiladi.

6.11. Suvchechak

Suvchechakning qo‘zg‘atuvchisi Aragao tanachalari deb atalgan filtrlanuvchi viruslardir. Infeksiya manbai kasal odam u eng so‘nggi toshmalar chiqqandan keyin ham 5 kungacha yuqumli bo‘lib turadi. Kasallik faqat havo-tomchi yo‘li bilan tarqaladi. Kasallik ko‘pincha kuz, qish va bahor oylarida kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning inkubatsion davri o‘rtacha 14 kunni tashkil etib, 11 kundan tortib, 21 kungacha yetishi mumkin. Kasallikning klinik belgilari ko‘ringunga qadar bo‘lgan (prodromal) davrda subfebril harorat paydo bo‘ladi, bemorning kayfiyati buziladi, keyinchalik tana harorati ko‘tarilib tanasida toshma paydo bo‘ladi. Toshma odatda bemorning yuzi, sochlarining orasi, tanasi, oyoq-qo‘llarida bir yo‘la

Narkulov Jakhangir

paydo bo‘ladi. Ammo oyoq osti va qo‘lning kaftida deyarli bo‘lmaydi. Toshma dastavval suyuqliksiz bo‘rtma (papula) sifatida paydo bo‘lib, tez orada suyuqlik tutuvchi pufakcha (vezikula) ga aylanadi Vezikulalarning kattaligi va shakli har xil bo‘lishi mumkin. Pufakchalar terida yuzaki joylashgan, atrofi esa hoshiya bilan o‘ralgan bo‘ladi. Igna sanchib ko‘rilsa, bo‘shliq bittagina bo‘lgani uchun pufakcha to‘liq puchayib tushadi. Odatda pufakchalar 1-2 kundayoq qurib, kulrangroq po‘stloqqa aylanadi va 1-3 hafta mobaynida to‘kilib ketadi. Har 1-2 kunda yangidan toshma chiqib turgani uchun bemorning badanida bo‘rtma, pufakcha va po‘stloqni topish mumkin. Toshma badanni qichishtiradi. Ba’zan og‘iz, burun va jinsiy a’zolarning shilliq pardalariga ham toshma toshishi oldidan bemorning harorati 39-40°C ga ko‘tarilishi, har gal toshma qaytadan toshganda, bu hol qaytalanib turishi ham mumkin. Pufakchalarning qurishi borasida 3-5 kunga borib, bemorning harorati mo‘tadillashadi. Periferik qon aylanish sistemasida leykopeniya, neytropeniya va nisbiy limfositoz kuzatiladi.

Odatda suvchechak asoratlar qoldirmaydi, ammo pufakchalar ko‘zda bo‘lsa keratit, ba’zan esa laringit berib, hatto soxta krupga olib keladi. Kamdan-kam hollarda suvchechak nefrit, meningit va pnevmoniyaga sabab bo‘ladi.

Tashxisi. Ko‘pincha kasallikni aniqlash qiyinchilik tug‘dirmaydi. Ammo suvchechakni chinchechakdan farq qilish muhimdir; chinchechak haroratning baland ko‘tarilishi, belning qattiq og‘rib qolishi bilan boshlanadi. Suvchechakda toshma toshishi harorat ko‘tarilishi bilan kechadi chinchechakda toshma chiqish davrida tana harorati keskin pasayadi.

Chinchechakda toshma avval yuzdan boshlanib, tana, oyoqlarda ketma-ket paydo bo‘ladi va shu bilan toshma betartib kelib chiqadigan suvchechak toshmasidan farq qiladi. Bundan tashqari, chinchechakda pufakchalar suvchechakdan farqli o‘laroq, oyoq osti va qo‘l kaftiga ham chiqadi, pufakchalar terida chuqur joylashgan, ular ko‘p xonali bo‘lgani uchun igna bilan teshib ko‘rilganda, puchayib qolmaydi. Chinchechakda pufakning tepasida kindik chuqurchasi bo‘ladi.

Davolash. Suvchechakning asosiy davosi 2% li brilliant yashili surtib turiladi antigistamin preparatlari tavsiya qilinadi.

Narkulov Jakhangir

Yiring asoratlar paydo bo‘lsa, antibiotik va sulfanilamid dorilar qo‘llanadi.

Hamshiralik parvarishi. Bemor bola va uning oyilasiga kassalik va uning asoratlari haqida ma’lumot berish. Gigiyenaga qat’iy rioya qilish og‘iz bo‘shliq gigiyenasini avaylab o‘tkazish. Bemor yotgan xonani muntazam shamollatib turish. Bemor bolaga suyuq va iliq taomlar berish. Bemor bola tirnoqlarini kalta qilib olish.

6.12. Dizenteriya

Dizenteriya (ichburug‘) kasalligi azaldan ma’lum bo‘lib, bolalarda uchraydigan barcha yuqumli ichak kasalliklarining 70 foizini tashkil qiladi.

Etiologiyasi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi dizenteriya bakteriyalari bo‘lib, ularning turli olimlar nomi bilan ataladigan turlari mavjud. Masalan: Grigoryev-Shig, Shtutser-Shmits, Lardj-Saks, Fleksner va Zonne bakteriyalari. Bulardan faqat Grigoryev-Shig turi o‘zida ekzotoksin, qolganlari esa endotoksinlar ishlab chiqaradi. Dizenteriya bakteriyalari quyosh nuriga, yuqori haroratga va dezinfeksiyalovchi eritmalar ta’siriga chidamsiz bo‘ladi. Sovuq harorat ta’siriga esa ancha chidamli bo‘lib, oziq-ovqat mahsulotlarida 15-30 kun, suvda 9-10 kun, tuproqda 3 oygacha yashay oladi. Dizenteriya mikroblari bemor odam yoki mikrob tashuvchining ichagida yashaydi, axlatda esa 3 oygacha saqlanadi, tashqi muhitga uzluksiz chiqib turadi. Bemorlarga dizenteriya bakteriyalari ifloslangan oziq-ovqatlar, sabzavot, idish-tovoq, kiyim-kechak va suv orqali yuqadi. Bundan tashqari, pashsha boshqa yuqumli ichak kasalliklaridagi kabi dizenteriyaning tarqalishida ham muhim ahamiyat kasb etadi. Dizenteriyaga ko‘pincha emlanmagan, nimjon, raxit va gipotrofiya bilan kasallangan bolalar chalinadi.

Patogenezi. Dizenteriya mikroblari organizmga og‘iz orqali tushadi. Me’dadan ingichka ichakka o‘tgach, mikroblarning asosiy qismi halok bo‘ladi, buning natijasida ajralgan toksin esa ichak devorlaridan qonga o‘tadi. Dizenteriya mikroblarining toksinlari yo‘g‘on ichak shilliq pardalari orqali organizmdan chiqa turib, uning yallig‘lanishi va sensibilizatsiyasiga sabab bo‘ladi. Oqibatda dizenteriya bakteriyasining ichak shilliq

Narkulov Jakhangir

pardalariga o‘tishi, shilliq parda va shilliq parda osti follikulalariga kirib olish hamda ko‘payishi uchun qulay sharoit yaratiladi. Organizmda hosil bo‘lgan toksinlar ichak devorlariga to‘g‘ridan-to‘g‘ri ta’sir qilish bilan bir qatorda, qonda aylanib yurib butun organizmning zaharlanishi (intoxicacio) ga olib keladi.

Klinik manzarasi. Kasallikning yashirin davri 2-3 kundan ayrim hollarda 5 kungacha davom etishi mumkin. Tana haroratining ko‘tarilishi (38-40°C), ichning surunkali ketishi, axlatda qon aralash yiring bo‘lishi, holsizlanish, ishtahaning pasayishi, og‘izning qurib qolishi, qusish kabi belgilar kasallikning asosiy alomatlari hisoblanadi. Dizenteriya qaysi turda o‘tishidan qat’i nazar, ya’ni yengil, o‘rta, og‘ir va o‘ta og‘ir turdami bola sog‘lig‘i uchun juda xavfli hisoblanadi, chunki kasallik ayrim hollarda surunkali tus olib, bemorning umumiy ahvolini og‘irlashtirib qo‘yishi mumkin.

Hozirgi kunda dizenteriyaning bir necha tasnifi (klassifikatsiyasi) bo‘lib, yengil, o‘rtacha og‘ir va og‘ir turlari, kasallikning kechishiga qarab o‘tkir (1, 1/2 oygacha), cho‘ziluvchan (1-1/2-2 oygacha) va surunkali xillari (3—4 dan ziyod) tafovut qilinadi.

Dizenteriyaning yengil turida bemorning umumiy ahvoli unchalik o‘zgarmaydi, tana harorati odatdagidek bo‘lib, faqat ayrim hollardagina 37-37,5°C atrofida biroz vaqt ko‘tarilishi mumkin. Bemorning ichi 5-8 martagacha (bir kun davomida) ketadi (axlat tarkibida shilliq moddalar kam, qon esa bo‘lmaydi).

Kasallikning o‘rtacha og‘irlikdagi turida organizmning umumiy zaharlanish (intoksikatsiya) alomatlari aniq ko‘zga tashlanadi. Tana harorati 38-39°C gacha ko‘tariladi, bemor qayt qiladi, ishtahasi pasayadi, qorin sohasida vaqt-vaqti bilan og‘riq paydo bo‘ladi (ayniqsa, hojatdan oldin). Bemorning ichi bir kun davomida 10-12 martagacha ketishi mumkin (axlatda shilliq modda va qon bo‘ladi).

Dizenteriyaning og‘ir turida esa bemor umumiy ahvolining o‘ta og‘irlashishi, kasallik umumiy belgilarining ko‘zga yaqqol tashlanishi kuzatiladi. Bemor bir necha bor qayt qiladi, tana harorati yuqori holda (39-40°C) bir necha kun saqlanadi, intoksikasiya alomatlari paydo bo‘ladi, kuchli toksikoz belgilari,

Narkulov Jakhangir

hattoki tutqanoq holatlari yuz berishi mumkin. Ichning ketishi to‘xtovsiz tus oladi, axlatda shilliq modda va qon bo‘ladi, (bemorning ichi bir kunda 30-50 martagacha ketishi mumkin).

Tashxis. Kasallik belgilari, epidemiologik vaziyat va har xil laboratoriya tekshirishlariga qarab, tashxis qo‘yiladi. Kasallikka uzil-kesil tashxis qo‘yishning asosiy omili axlatni bakteriologik usul bilan tekshirish va Vidal sinamasini qo‘llashdir.

Davolash. Dizenteriya qo‘zg‘atuvchisiga maxsus ta’sir etadigan vositalar sifatida zaharlanishga qarshi ishlatiladigan moddalar bilan bir qatorda (bolaning yoshiga qarab) sulfanilamid preparatlari qo‘llanadi. Kasallik asoratlar bilan kechgan vaqtda antibiotik preparatlari (ampitsillin, oksatsillin, ampioks), shuningdek sefalosporinlar tayinlanadi. Antibiotiklarni uzoq vaqt va tartibsiz qo‘llaganda, disbakterioz kelib chiqishini hisobga olib, bu dorilar bilan birgalikda vitaminlar ham tayinlanadi.

Kasallikni davolashda parhezning ahamiyati kattadir. Dizenteriyada xuddi boshqa yuqumli ichak kasalliklaridagidek parhez bolaning umumiy ahvolini va organizmining zaharlanish darajasini hisobga olgan holda tashkil etiladi. Intoksikatsiya juda og‘ir bo‘lgan hollarda bolaga faqat suv-choy, qotgan non beriladi (go‘daklarga sog‘ilgan ona suti yoki kefir). Ovqat hazm qilish jarayonlarini yaxshilash maqsadida bolaga pankreatin va abomin beriladi.

Dizenteriyami davolashda vitaminlar, fermentlardan tashqari biopreparatlar, ya’ni bifidumbakterin, laktobakterin, bifikol, kolibakterin kabi preparatlar ham tayinlanadi (desbakteriozning oldini olish maqsadida).

Profilaktikasi. Dizenteriyani oldini olishda, xuddi boshqa yuqumli ichak kasalliklaridagi kabi sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish zarur. Kasallarni o‘z vaqtida aniqlash va ularni sog‘lomlardan ajratish, ular, bilan muloqotda bo‘lgan bolalar ustidan nazorat o‘rnatilishi lozim. Tibbiyot hamshirasi bu bolalarning axlatiga e’tibor berishi va o‘z kuzatuv natijalarini maxsus daftarga yozib borishi kerak. Agar bolalar jamoasida yana kasallanish hollari kuzatilsa, barcha bolalar bir yo‘la bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi. Yengil turdagi dizenteriya bilan og‘rigan bolalarni uy sharoitida davolasa ham bo‘ladi. O‘rtacha og‘irlikdagi va og‘ir turdagi dizenteriya bilan

Narkulov Jakhangir

kasallanganlar esa albatta shifoxonaga yotishlari shart. Bemor kasalxonadan chiqishidan oldin bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi, agar bu tekshiruvning natijasi salbiy bo‘lsagina, uyiga javob beridadi.

Ichak yuqumli kasalliklarining oldini olishda shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish, sanitariya-dezinfeksiya tartiblarini joriy etish, ota-onalar butun aholi orasida sanitariya-targ‘ibot ishlarini uzluksiz olib borish zarur.

6.13. Salmonellyoz kasalligi

Salmonellyoz kasalligi o‘tkir yuqumli ichak kasalliklari guruhiga kiradi va ularni salmonella deb ataladigan mikro-organizmlar keltirib chiqaradi. Salmonella tayoqchasini birinchi marta 1885-yilda Salmon degan olim kashf etgan va hozirgi davrda uning 2000 ta turi uchraydi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bo‘lib, salmonellyoz bilan og‘rigan ko‘pgina uy hayvonlari va salmonella mikrobini tashib yuruvchi hayvonlar xizmat qiladi. Kasallikning tarqalishida salmonellyozga yo‘liqqan bemorlar va bakteriya tashib yuruvchilarning ham ahamiyati katta. Bemor organizmidan salmonellalar tashqi muhitga axlat orqali chiqib turadi. Salmonellalar bemor organizmidan siydik va so‘lak orqali bemor qayt qilgan paytda ham tashqi muhitga tarqaladi. Asosiy qismi organizmdan tashqi muhitga axlat orqali chiqadi.

Kasallikning yuqish yo‘li asosan alimentar yo‘l bo‘lib, salmonella tayoqchalari odam organizmiga turli oziq-ovqat mahsulotlari bilan birga tushadi. Bundan tashqari, kasallikning yo‘ldosh orqali homilasiga yuqish yo‘li ham aniqlangan.

Salmonellyoz ko‘pincha go‘sht va boshqa hayvon mahsulotlari orqali yuqishi mumkin. Buning sababi kasallangan hayvon mahsulotini ko‘pchilik bolalar bir vaqtni o‘zida iste’mol qilsa, bolalar jamoalarida guruh bo‘lib kasallanish holatlari kuzatiladi. Go‘daklarda salmonellyozning tarqalishi muloqot usulida, ya’ni bola bilan yaqin munosabatda bo‘lgan odamlar yoki o‘yinchoqlar orqali yuz berishi mumkin. Kasallikning bu yo‘li bilan tarqalishiga bakteriya tashib yuruvchilar va kasallikning klinik belgilari yashirin kechayotgan bemorlar sabab bo‘ladi.

Narkulov Jakhangir

Patogenezi. Kasallikning rivojlanishida bola organizmining immunbiologik holati, uning yoshi va organizmga tushgan mikrobning miqdori hamda patogenlik xususiyati katta ahamiyatga ega. Salmonellalar oziq-ovqat mahsulotlariga tushgach, ko‘paya boshlaydi. Bu mahsulotlar bilan bolalar organizmiga tushgach ular yanada tezroq ko‘payadi va endotoksin ishlab chiqaradi. Endotoksin organizmning barcha a’zolariga tasir qiladi, ayniqsa me’da ichak yo‘llarini zararlaydi. Salmonellalar asosan ingichka ichakda ko‘payib, ichak limfa bezlarini shikastlaydi, keyinchalik qonga o‘tib, turli a’zolar faoliyatini buzadi. Salmonellyozda mahalliy o‘zgarishlar asosan ingichka ichakda bo‘lib, ular kataral yallig‘lanishdan tortib, to yara hosil bo‘lishgacha boradi. Bundan tashqari, uning septik turida barcha hollarida o‘ziga xos o‘zgarishlar ham paydo bo‘ladi.

Klinik manzarasi. Salmonellyozning yuqish usuliga qarab, ovqat toksiko infeksiyalari va kontakt turlariga bo‘linadi. Uning birinchi turida ifloslangan oziq-ovqat mahsulotlari yeyilganidan keyin oradan 8-36 soat vaqt o‘tgach, kasallikning klinik alomatlari paydo bo‘ladi. Bolaning tana harorati 39-40°C gacha ko‘tariladi, boshi, qorni og‘riydi, qayt qiladi, ichi ketadi, ya’ni kasallik o‘tkir gastroenterit yoki gastroenterokolit tarzida o‘tadi. Tez orada bolaning suvsizlanish holati, yani eksikoz rivojlanadi. Bolaning ichi suyuq suvsimon shilimshiq va qon aralash ketadi. Go‘daklarda tutqanoq kuzatiladi. Salmonellaning bu turi ko‘pincha kattaroq yoshdagi bolalarda uchraydi.

Kasallikning kontakt turi turlicha kechadi. Uning ichterlama, septik, ichburmasimon, dispeptik va klinik belgilari ko‘rinishdagi turlari aniqlangan. Salmonellyozning kechishiga qarab, yengil, o‘rtacha og‘irlikda o‘tadigan va og‘ir turlari mavjud. Kasallikning yengil turida bemorning ahvoli unchalik o‘zgarmaydi, tana harorati deyarli ko‘tarilmaydi. Ularda qorin og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi va ich ketishi kabi belgilar kuzatiladi.

Salmonellyozning og‘ir turida tana harorati 38-40°C gacha ko‘tariladi, qorin og‘rig‘i kuchli bo‘ladi, bemor ko‘p qayt qiladi, tez-tez ichi ketadi, a’zoyi badani qaqshab og‘riydi, butun organizmning zaharlanish (toksikoz) holati kuzatiladi.

Salmonellyozning tifsimon (ichterlamasimon) turi asosan katta yoshdagi bolalarda (maktab yoshidagi) uchraydi.

Narkulov Jakhangir

Bemorning boshi qattiq og‘riydi, tana harorati 39–40°C ko‘tariladi, qayt qiladi, darmoni quriydi, meningizm belgilari paydo bo‘ladi. Bolaning es-hushi o‘zgarib, u alahlay boshlaydi, ko‘pgina bemorlarda jigar va taloqning kattalashishi ham kuzatiladi.

Salmonellyozning septik turi asosan emizikli bolalarda uchraydi. Kasallik yuqori harorat bilan o‘tkir boshlanadi va tez orada miya pardalarining yallig‘lanish belgilari va zotiljamga olib keladi. Salmonellyozning bu turiga xos narsa shuki, bunda bola organizmida septikopiemik o‘zgarishlar uchraydi (yiringli meningit, pnevmoniya, osteomielit). Butun kasallik davomida bolaning ichi shilimshiqli, ba’zan esa qon aralash ketadi.

Ichburmasimon salmonellyoz deyarli barcha yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Kasallikning boshlanishi o‘tkir bo‘lib, bemorning harorati ko‘tariladi, qorni og‘riydi, qayt qiladi, qon va yiring aralash ichi ketadi hamda kolitga xos hamma belgilar paydo bo‘ladi. ko‘pgina hollarda bemor organizmining zaharlanishi bilan ich ketishi o‘rtasidagi to‘g‘ri bog‘lanish uchramaydi, ya’ni organizmda kuchli toksikoz paytida ich ketishi unga mutanosib bo‘lmasligi mumkin va aksincha. Ayrim bolalarda kasallik o‘tib ketgandan keyin ham, ich ketib turishi kuzatiladi.

Tashxis. Salmonellyozning diagnostikasida epidemiologik vaziyatni, kasallikning asosiy klinik belgilarini, axlatning o‘ziga xos o‘zgarishlarini va laboratoriya ko‘rsatkichlarini hisobga olish zarur.

Laboratoriya diagnostikasida bakteriologik tekshirish asosiy o‘rin tutadi. Kasallikning boshlanishidan to harorat mo‘tadillashganga qadar bo‘lgan davrda bakteriologik jihatdan tekshirish zarur. Qonda salmonellaning aniqlanishi, shubhasiz salmonellyoz tashxisini qo‘yishga yordam beradi. Bundan tashqari, axlatni bakteriologik tekshirish katta ahamiyatga ega. Bu usul kasallikning dastlabki haftasida yaxshi natija beradi. Tashxis qo‘yishda, siydikni, o‘t suyuqligini, qusuqni bakteriologik tekshirish ham qo‘llanadi.

Differensial diagnostikada salmonellyozni dizenteriya (ichburug‘), gastroenterit, enterokolit kabi me’da-ichak kasalliklaridan farqlash lozim. Bunda o‘ziga xos klinik

Narkulov Jakhangir

belgilardan tashqari bakteriologik tekshirish natijalarining ahamiyati kattadir.

Davolash. Salmonellyoz bilan og‘rigan bemorlarni albatta yuqumli kasalliklar shifoxonasida davolash zarur. Bemorlar kasallikning yengil turida 1-2 hafta, og‘ir turida esa 2-3 hafta-gacha o‘rinda yotib davolanishlari kerak. Kasallikni dastlabki kunlarida bemor organizmining zaharlanishiga qarab, parhez tutiladi, bu davrda bemorlarga Ringer suyuqligi, 5% li glukoza eritmasi, regidron eritmasi kabilar ichirib turiladi. Bemorlarga kuniga (1 kg vazniga) 100-150 ml suyuqlik beriladi. Suyuqlikni kam-kam, ammo tez-tez berib turgan ma’qul. Suyuqlik parhezidan so‘ng emizikli bolalarga oz-ozdan (10 ml dan boshlab) sut beriladi. Katta yoshdagi bolalarga esa suyuqlik parhezidan so‘ng suyuq guruchli taomlar, kisel, kefir va turli vitaminlar tavsiya etiladi. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilangani sari, ovqatning miqdori tobora kengaytirib boriladi.

Kasallikning avjida, bola organizmida kuchli zaharlanish alomatlari bo‘lganda (to‘xtovsiz qayt qilish, tez-tez ich ketishi) bemorning venasiga tomchilatish usulida gemodez, reopo-liglyukin 5-10% li glukoza eritmasi, fiziologik eritma yuborish zarur. Agar bemorning yurak faoliyati buzilgan bo‘lsa, yurak glikozidlari strofantin, korglyukon, digoksin (bolaning yoshiga qarab) qo‘llanadi.

Hamshiralik parvarishi. Kasallikning oldini olishda o‘z vaqtida tashxis qo‘yish, bemorlarni boshqa bolalardan ajratish, oziq-ovqat mahsulotlarini to‘g‘ri saqlash va gigiyena qoidalariga rioya qilishning ahamiyati kattadir. Salmonellyoz hayvonlarda uchragani sababli, go‘sht mahsulotlarini va hayvonlarni veterinariya ko‘rigidan o‘tkazishni to‘g‘ri yo‘lga qo‘yish ham, kasallikning oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

6.14. Yuqumli gepatit

Yuqumli gepatitning qo‘zg‘atuvchisi viruslar bo‘lib, ular tashqi muhitga ancha chidamli. Bu viruslar 56°C da 30 daqiqa va undan ham ko‘proq vaqtgacha o‘z kuchini yo‘qotmaydi, quruq sharoitga, past haroratga va ultrabinafsha nurlar ta’siriga

Narkulov Jakhangir

ham chidamli bo‘lib, bemorlardan olingan qonda va qon zardobida ba’zan uzoq muddat saqlanadi.

Yuqumli gepatit A (infeksion gepatit) va virusli gepatiti V zardob gepatiti klinik jihatdan bir-biriga o‘xshaydi. Keyingi paytlarda C, D va G turlari aniqlangan. Eng ko‘p uchraydigan turi A va B turi hisoblanadi. Birinchi bo‘lib, 1888-yili S.P.Botkin ta’riflagani uchun u Botkin kasalligi deb ham ataladi.

Epidemiologiyasi. Kasallikning tarqalish manbai bemor odam va virus tashuvchi kishilar hisoblanadi. A gepatitga yo‘liqqan bemorlar kasallikni inkubatsion (yashirin) davrining oxiri, sariqlik davrida va sariqlik davrining dastlabki 10 kunida atrofdagi odamlar uchun yuqumli hisoblanadi. Shuning uchun ham bemorlar o‘rtacha bir oy mobaynida (kasallik boshlangandan boshlab) yoki sariqlik paydo bo‘lgan kundan boshlab, uch hafta davomida alohida ajratilishi shart. Zardobli gepatitning yuqumli davri ancha uzoq bo‘lib bemor sarg‘aygandan so‘ng ham virus tashuvchi bo‘lib qolishi mumkin. Virusning yuqishi va tarqalishi bemordan ajralib chiqadigan har xil moddalar va suyuqliklar (so‘lak, qon, siydik axlat, ko‘krak suti, vaginal va seroz suyuqliklar) orqali yuz beradi. Kasallik ifloslangan suv, oziq-ovqat mahsulotlari, o‘yinchoqlar, har xil uy-ro‘zg‘or buyumlari, qon, qon zardoblari, eritrositar massa quyish va jarrohlik muolajalari jarayonida yuqishi mumkin. Havo-tomchi yo‘li bilan – aksirganda, yo‘talganda gaplashganda yuqishi ham ehtimoldan holi emas. Bundan tashqari, virusli gepatit ba’zan onadan yo‘ldosh orqali homilaga ham yuqadi. Virusli gepatit bilan kasallanish ko‘proq kuz va qish oylarida kuzatiladi.

Kasallikning rivojlanish jarayoni davriy kechadi, chunki kasallik qo‘zg‘atuvchi organizmda o‘z joyini hamma vaqt o‘zgartirib turadi: virusning organizmga kirishi va organizmning unga moslashuvi, mahalliy limfa tugunlarida virusning birdan ommaviy ko‘payishi, retikulo-endotelial sistemada birlamchi morfologik o‘zgarishlarning paydo bo‘lishi, dastlabki tarqalish (virusemiya), organizmdagi retikoendotelial hujayralarni (ayniqsa, jigar, taloq, bosh miya) umumiy zararlanishi, ta’siri oqibatida jigar hujayralari (gepatositlar)ning shikastlanishi, ikkilamchi virusemiya va rezidual davr – bu vaqtga kelib

Narkulov Jakhangir

organizm sog‘ayadi yoki kasallikning asoratlari qaytalanishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Yuqumli gepatitning yashirin (inkubatsion) davri 15 kundan 50 kungacha, o‘rtacha 15-30 kun davom etishi mumkin. Zardobli gepatitning yashirin davri esa 60-180 kun davom etadi.

Virusli gepatitning sariqlik va sariqliksiz (atipik) kechgan turlari mavjud. Kasallikning uzoq davom etishini hisobga olgan holda o‘tkir (2-3 oygacha), uzoq cho‘zilgan (3-6 oygacha) surunkali (olti oydan ortiq) turlari ajratiladi.

Virusli gepatitning sariqlik bilan kechadigan turida qo‘zg‘atuvchisida (A yoki B) qat’i nazar, to‘rt davr farqlanadi: sariqlik oldi (prodromal davr, 3—7 kungacha), sariqlik (10—15 sargayishdan keyingi va rekonvalessensiya (tuzalish davri).

Sariqlik oldi davri 2—3 kun davom etib, bemorlarni darmonsizlik, bosh og‘rig‘i, taxikardiya, tana haroratining ko‘tarilishi bezovta qiladi. Ayrim hollarda bemor kuchli qorin og‘rig‘idan ham shikoyat qilishi mumkin. Kasallikning bu davri o‘tkir boshlanishiga qaramasdan, 2—3 kunda bemor o‘zini yaxshi his qiladi.

Kasallikning ikkilamchi toksikoz davri ko‘pincha tana harorati mo‘tadil bo‘lgani holda, to‘satdan boshlanadi. Bemorlarda uyquchanlik, bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, ishtahaning yo‘qolishi, yog‘li ovqatlarni ko‘ngil tusamasligi, ko‘ngil aynishi, tez-tez qayt qilish kuzatiladi. Ko‘pincha bu holatlar ustiga dispeptik va astenovegetativ belgilar ham qo‘shiladi, bemor qorin sohasida paydo bo‘luvchi og‘riqqa shikoyat qiladi. Bu davr uchun xos va hamma vaqt uchraydigan kasallik belgisi — jigarning, ayniqsa, uning o‘ng bo‘lagining kattalashishidir. Bunda jigar birmuncha shishadi, qattiqlashadi va paypaslab ko‘rilganda, og‘riq beradi. Bu davrning oxirgi kunlariga kelib, siydik to‘yingan rangga kiradi, axlat esa rangsizlanadi. Laboratoriya tekshiruvida alanin transaminaza (AlAT), asparakin transaminaza (AsLT) va al’dolazaning faolligi oshishi va keyinchalik siydikda o‘t pigmentlarining paydo bo‘lishi kuzatiladi.

Sariqlik davri o‘rtacha 10-15 kun davom etib, kasallikning sariqlik oldi davrida ko‘rsatiladigan umumiy zaharlanish belgilarining kuchayishi bilan bir qatorda ko‘z oq pardasining,

Narkulov Jakhangir

teri va shilliq pardalarning sariq rangga kirishi bilan ajralib turadi. Jigar kattalashib qattiqlashadi, taloqning kattalashuvi kuzatiladi.

Sarg‘ayishdan keyingi davr 23 hafta, ba’zan esa bir necha oygacha davom etishi mumkin. Bu davrga kelib, bemor o‘zini yaxshi his eta boshlaydi, kasallik belgilari tobora yo‘qola boradi va shu davrning oxiriga kelib, fermentlar faolligi va pigmentlar almashinuvi mo‘tadillashadi, jigar va taloq kichrayib, o‘z holiga qaytadi.

Rekonvalessensiya davri bir necha haftadan bir necha kungacha cho‘zilishi mumkin va u bemorning butunlay sog‘ayishi bilan tugaydi. Lekin ba’zida bemorni parvarish qilish va ovqatlantirish tartibi buzilganda kasallik surunkali tusga o‘tib ketadi.

Virusli gepatit A va B turlarining o‘ziga xos xususiyatlarini alohida ko‘rib chiqadigan bo‘lsak: A turining yashirin davri 11-15 kun, B turiniki esa 40 kundan 180 kungacha davom etadi.

Virusli A gepatitda kasallik to‘satdan boshlanadi, bolaning tana harorati ko‘tariladi, ko‘ngli ayniydi, qusadi, qorin sohasida og‘riq paydo bo‘ladi. Bu kasallik alomatlari 3–6 kun davomida o‘tib ketadi. Virusli B gepatitda esa kasallik asta-sekinlik bilan boshlanadi. Bemorda holsizlanish, tez charchash, bosh aylanishi, uyquchanlik, ishtahaning yo‘qolishi kabi alomatlari kuzatiladi. Kasallikning A turida sariqlik boshlanishi bilan organizmning umumiy zaharlanish belgilari yo‘qoladi. B turida buning aksi bo‘lib, ko‘p bemorlarda zaharlanish belgilari kuchayadi. Virusli B gepatit ko‘p hollarda kasallikning og‘ir kechishi surunkali gepatit rivojlanishiga moyilligi bilan ajralib turadi. O‘zgarishlarga uchragan biokimyoviy ko‘rsatkichlar fermentlar faolligi, bilirubin miqdori B turida sekinroq qaytadi.

Virusli gepatit belgilari rivojlanishining darajasiga qarab yengil, o‘rtacha og‘ir va og‘ir turlari tafovut qilinadi. Kasallikni yengil turida umumiy zaharlanish belgilari bo‘lmaydi, bo‘lgan taqdirda ham kuchsiz rivojlangan bo‘ladi. Bemorning ishtahasi yaxshi, uyqusi maromida bo‘lib, umumiy ahvoli kam o‘zgaradi.

Kasallikning o‘rtacha og‘ir turida umumiy zaharlanish alomatlarining kuchliroq ko‘rinishdagi belgilari paydo bo‘ladi bemorni umumiy ahvoli birmuncha og‘irlashadi, darmonsizlik, ishtahani pasayishi, ko‘ngil aynish, qusish, bosh og‘rig‘i

Narkulov Jakhangir

kuchayadi. Yurak tovushlari susyayib, ayrim hollarda aritmiya kuzatiladi. Bemorni jigari kattalashadi, paypaslab ko‘rilganda, og‘riq beradi. Kasallikning biokimyoviy ko‘rsatkichlari ancha yuqori bo‘ladi.

Kasallikning og‘ir turida bemorning ahvoli ko‘pincha to‘satdan og‘irlashadi. U ko‘p uxlaydi, darmonsizlik, bezovtalanish avjga chiqadi. Ishtaha butunlay yo‘qoladi, bemorning qusishi kuchayadi. Bemor ko‘ngil aynishdan, boshi og‘rishidan va qovurga sohasida og‘riq paydo bo‘lishidan shikoyat qiladi. Sarg‘aish avjiga chiqadi. Jigar va taloq kattalashadi, qattiqlashadi. Bilirubin miqdori va fermentlar faolligi ortishi kuchayadi. Virusli gepatitning og‘ir turida jigar faoliyatiga aloqador koma oldi va koma holatlari ham kuzatilishi mumkin.

Tashxis. Tashxis qo‘yishga quyidagi belgilar asos bo‘ladi kasallikning o‘tkir boshlanishi, jigarning kattalashuvi, siydikning to‘uyingan rangi, axlatning oqarishi, keyinchalik esa sariqlikni paydo bo‘lishi va qondagi biokimyoviy o‘zgarishlar. Kasallikka uzil-kesil tashxis laboratoriya tekshiruvlariga asosan qo‘yiladi. Bunda siydikda o‘t pigmentlari, qonda fermentlar aldolaza, AlAT, AsAT faolligini va bilirubin miqdorini oshishi hisobga olinadi.

Davolash. Davolashda infuzion davo va medikamentoz davo vitaminlar bilan olib boriladi. Parhez taomlar 5 stol buyuriladi. Gepatoprotektor, ya’ni jigar hujayralarini himoya qiluvchi dorilar sifatida eseensiale, karsil, legalon kabi preparatlar tavsiya etiladi.

Hamshiralik parvarishi. Yotoq rejimi jigarda qon aylanishi kuchayadi jigar hujayralarining tiklanishi tezlashadi. Bemorni izolatsiya qilish yani boshqalardan ajratish. Qo‘lini doyimiy yuvishga majburlash. Tozalikka rioya qilish. Bemor oilasini qo‘llab quvatlash. Bemor bilan muloqotdagilarni 35 kun davomida tibbiy nazoratga olish. Observatsiya varaqasini yuritish. Shoshilinch xabarnoma varaqasini to‘ldirib SES ga yuborish. O‘chog‘da dezinfeksiya o‘tkazish. Kasalxonadan chiqqan bemorlar bilan dispanserizatsiya ishlarini olib borish.

Narkulov Jakhangir

6.15. Orttirilgan immun tanqisligi sindromi kasalligida hamshiralik parvarishi

OITS infeksiyalari ta’rif, etiologiya, simptomlari, tashxisi, davosi, hamshiralik parvarishi.

Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi, ya’ni OITS kasalligi o‘ta xavfli yuqumli kasallik bo‘lib, viruslar ta’sirida yuzaga keladi va inson organizmida immunitet sistemasini, ya’ni himoya funksiyasini bajaruvchi sistemani shikastlab yuqumli va yuqumsiz kasalliklarga chidamsiz qilib, hozirgi kunda davosiz hisoblanadi.

OIV – hujayra ichi paraziti bo‘lib hujayralar ichiga kirgandan so‘ng o‘z faoliyatini boshlaydi. Organizmga tushgan viruslar bilan inson hujayralarining birikishi bir necha bosqichdan iborat.

1. Virusning hujayraga birikishi.
2. Virusning tashqi qobig‘dan xolis bolib, hujayra ichiga kirishi.
3. Virusning ko‘payishi, yangi qismlarning (praviruslarni) hosil bo‘lishi.
4. Virus genining xo‘jayin hujayrasi genomiga integratsiyasi.

Bolalarda viruslar asosan onadan o‘tadi, virus yuqish yo‘li

- homilador ayoldan yo‘ldosh orqali
- tug‘ish jarayonida
- bola tug‘ilgandan so‘ng ona suti orqali yuqishi mumkin.

Virus hujayra ichiga kirishi uchun unga birikishi zarur, virus SD4+ retseptorlari mavjud hujayralarga birikadi. SD4+ retseptorlari mavjud hujayralar OIV virusiga sezuluvchan bo‘lib limfa tugunlarda, talog‘da terida, o‘pkada, jigarda, ichakda, jinsiy a’zolarda asosan limfotsitlarda, yani T- xelperlarda, makrofaglarda uchraydi. Virus organizmga tuchgandan so‘ng qon orqali butun organizmga tarqaladi.

Simptomlari. 1. Otkir infeksiya davri: bemorlar kasallangandan bir ikki hafta o‘tgach isitma paydo bo‘ladi Toshmalar, limfa tugunlarning kattalashishi va boshqa belgilar.

2. Asimptomatik davr: bemor immuniteti virusga qarshi kurashadi, lekin virus miqdori zardobda aniq bir nuqtaga yetgach, simptomsiz davr 10 yilgacha cho‘zilishi mumkin, lekin

Narkulov Jakhangir

virus kurasha boradi va CD4+ limfositlar miqdori asta-sekin pasayib boradi.

3. Avj olish davri (OITSni paydo bo‘lishi): Agar limfositlar miqdori 200mkl dan pasayib ketsa u holda shartli patogen infeksiya va o‘smalar paydo bo‘ladi. Agar davo o‘tkazilmasa, bemor 2 yil mobaynida OITS dan keyin o‘lishi mumkin. Agar kasallik boladan onaga o‘tgan bo‘lsa, unda kasallik 2 tur bo‘yicha: 1-tur erta og‘ir shakli bo‘lib (bola tug‘ilgandan keyin 12 oylikkacha shartli patogen infeksiya va o‘smalar hosil bo‘ladi, bola 18 oylikkacha nobud bo‘ladi), 2-tur sekin progressirlanuvchi (asimptom yoki kam simptomli) davr bo‘lib bunda bemor 2-10 yil yasnaydi, keyin shartli patogen infeksiyalar ko‘payib kasallik rivojlanadi.

Tashxis

1. Infeksiylangandan keyin 2 hafta mobaynida antitelolarni aniqlashni iloji yo‘q (negativ antitelolar davri). Agar shu vaqtda zanjirli polimeraza reaksiyasini o‘tkazsa, bu reaksiya 1 hafta mobaynida hech qanday aniq natija bermaydi.

a) Antitelolarga test: skrining uchun immunoferment analizi (EISA-inzyme immunoassay), mikroagglyutinatsiya (pa – partisli agglyutinatsion) va tekshirib ko‘rish uchun VESTTERN – blot (western blot) o‘tkaziladi. Bu yo‘l bilan IgG antitelolari aniqlanadi, Lekin bu usul bilan pozitiv OITS infeksiyali onalardan tug‘ilgan chaqaloqlarda qondagi miqdori aniqlanadi.

2. Zararlangan onadan tug‘ilgan chaqaloqlarda o‘tkaziladigan tahlillar.

Bola tug‘ilgandan keyin 48 soat ichida birinchi analiz olinadi, ikkinchisi 1-2 oylikda, uchinchi analiz 3-6 oylikda albatta DNK PTSR qayta transkriptaza (RT) ribonuklein kislota (RNK) reaksiyalari va OITS ifeksiyasini kultivatsiya usuli bilan aniqlanadi. Agar bola 18 oylik bo‘lganda IgG antitelolari negativ (manfiy) bo‘lsa, va gipogam-maglobulinemiya kuzatilmasa, OITS infeksiya belgilari bo‘lmasa, virusologik tahlil negativ bo‘lsa unda VICH infeksiyasini inkor qilsa bo‘ladi.

3. Bolalarda OIV infeksiyasini monitoring.

Tashxis qo‘yilgandan keyin darhol SD4 limfotsitlar miqdori o‘lchanadi va har 3 oyda tekshirib turiladi. SD4 limfotsitlarning normadagi miqdori bolalik yoshiga bog‘liq.

Narkulov Jakhangir

Shuningdek OIV infeksiyasini ribonuklein kislotasini ko‘payish miqdorini ham o‘lchasa bo‘ladi. Bolalarda kattalarga nisbatan virus miqdori ko‘proq bo‘ladi. Agar infeksiyalanish perenatal davrda bo‘lsa, tug‘ilgandan keyin viruslar miqdori past bo‘ladi. Bola 2 oylikkacha tezda ko‘payadi va 1 yoshga yetganda ko‘payish tempi kuchayib boradi Shuningdek bola 12 oylik bo‘lguncha OIV virusini RNK si 299,000 nusxa mkl.dan oshib ketsa, kasallik tez rivojlanuvchi hisoblanadi.

Davosi. Hammaga ma’lumki bola perenatal davrda infeksylansa viruslar miqdori ko‘p bo‘ladi, shuning uchun immun tizimini buzilishini oldini olish maqsadida OIV ga qarshi darhol davoni boshlash kerak.

Agar davolash yaxshi natija bersa, virus miqdorini nazorat qilib turish kerak. Bundan tashqari immunologik funksiyalar va klinik simptomlari kuzatiladi. OIV ga qarshi davo o‘tkazilganda dorilarni qabul qilishni nazorat qilish kerak. Davo boshlashdan oldin bemor va uni parvarish qiluvchi odam bo‘lishi kerak. Bunda dorilarni qat’iy qabul qilishni va dori qabul qilgandan keyin holatini kuzatish kerakligi tayinlanadi.

Hamshiralik parvarishi.

1. Kuzatish: o‘zgarishlarni erta aniqlash.
2. Dori moddalarni qabul qilish: bemor o‘z holicha dori qabul qilishini to‘xtatish kerak.
3. Ikkilamchi infeksiyalanishni oldini olish. Immun faoliyatini pasayib ketishi natijasida – og‘iz bo‘shlig‘i va nafas yo‘llarini yallig‘lanishini oldini olish kerak.
4. Kontaktda bo‘lgan narsalarga ishlov berish va boshqalarga infeksiya yuqishini oldini olish.
5. Sharoitni ta’minlash: ifloslangan kiyimlarni tozasiga almashtirish.
6. Ovqatlanish.
7. Kasallikka taalluqli ma’lumotlarni bemor va uning oilasiga xabar berish.
8. Bemor va uning qarindoshlarini ruhiyatini ko‘tarishga yordam berish.

Narkulov Jakhangir

VI bob UCHUN NAZORAT SAVOLLARI

1. Immunitet nima?
2. Tabiiy va sun’iy immunitet haqida tushunchangizni ayting.
3. Sil kasalligining zamonaviy tashxis usullarini bilasizmi?
4. Meningit qaysi yo‘llar bilan yuqadi?
5. Meningit necha formaga bo‘linadi?
6. Difteriya qanday kasallik?
7. Difteriya tayoqchasi kim tomonidan aniqlangan?
8. Difteriya kasalligini davosini bilasizmi?
9. Qizamiqni yashirin davri necha kun?
10. Qizamiqda toshmaning xarakterini ayting.
11. Qizamiq kasalligiga qarshi bola hayoti davomida necha marta emlanadi?
12. Suvchechak kasalligini klinik belgilarini ayting.
13. Skarlatina kasalligining qo‘zg‘atuvchisi nima?
14. Skarlatinada toshmaning xarakterini bilasizmi?
15. Epidemik paratitning klinik ko‘rinishini ayting.
16. Yuqumli gepatit necha turga bo‘linadi?
17. Dizenteriyada axlatning ko‘rinishini ta’riflab bering.
18. Poliomelit kasalligining klinik ko‘rinishlarini ayting.
19. Poliomelitga qarshi bola hayoti davomida qachon va necha marta emlanadi?
20. OITS ni yuqish yo‘llarini ayting.

Narkulov Jakhangir

VII bob. KECHIKTIRIB BO‘LMAYDIGAN HOLATLARDA BOLALAR VA ULARNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHI

7.1. O‘tkir nafas yetishmovchiligi

O‘tkir nafas yetishmovchiligi bu – hiqildoq va traxeya shilliq qavatlarining yallig‘lanishi bo‘lib, bunda hiqildoqning ovoz bog‘lami joylashgan sohada, hiqildoq mushaklarining reflektor spazmi kuzatiladi, buning natijasida inspirator hanshirash yuzaga keladi.

Sababi:

– o‘tkir respirator virusli kasalliklar;

– bakterial infeksiyalar (streptokokk, stafilokokk);

– tezda yuzaga keladigan allergik reaksiyalar (Kvinke shishi, anafilaktik shok).

Kasallikni ko‘pincha gripp, paragripp, adenovirus, respirator sintitsial virus keltirib chiqaradi. Ko‘pincha 3 oylikdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallanadilar. Samarali yordam ko‘rsatmasligi natijasida ham stenozni kuchayishi og‘ir gipoksiya rivojlanishiga, gemodinamik buzilishlarga, MNS jarohatlanishiga va o‘limga olib kelishi mumkin.

Belgilari: Kasallik ko‘pincha qishning boshlanishiga va respirator virusli infeksiyalarni epidemik tarqalish vaqtiga to‘g‘ri keladi. Kasallik odatda yuqori nafas yo‘llarini shikastlanishi va keyinchalik tipik quv-quv yo‘tal va tovushning xirillashi bilan boshlanadi. Grippoz infeksiyalarda kasallikning klinik ko‘rinishi yaqqol namoyon bo‘ladi, paragripp va adenovirusli infeksiyaga qaraganda harorat 39,5-40°C ga ko‘tarilishi mumkin, lekin bolada toksik belgilar ko‘rinmaydi. Tekshiruvda birinchi o‘rinda inspirator stridor, taxipnoe, disfoniya, ko‘krak qafasining tortilishi kuzatiladi. Tovushlarni diqqat bilan kuzatish ma’lum darajada kasallikning xarakterini va patologik jarayonni joylashishini ko‘rsatadi. Nafas olganda hushtaksimon tovushning eshitilishi hiqildoq shishishidan, disfogiya esa ovoz boylamlarining yallig‘lanishidan darak beradi. Shishning kuchayib borishi va nafas hajmining kamayishi nafas tovushlarining

Narkulov Jakhangir

kamayishiga va afoniyaga olib keladi. Quv-quv yo‘talning borligi ovoz yorig‘ining to‘la ochilmasligidan dalolat beradi, bu esa reflektor spazm bilan bog‘liq. Qiyinlashgan nafas va tez-tez yuzaga keluvchi progressiv yo‘tal gipersekretsiya va balg‘am bilan hiqildoq to‘lib qolganda kuzatiladi.

Og‘irlik darajasiga qarab 4 ga bo‘linadi:

I daraja (kompensatsiyalashgan). Ahvoli o‘rtacha og‘irlikda. Es-hushi joyida. Bola bezovta, yotog‘ida qulay joy topolmaydi, bezovta bo‘lganda vaqt-vaqti bilan inspirator hansirash va quv-quv yo‘tal kuzatiladi. Tinch holatda nafas ravon, ko‘krak qafasining tortilgan joylari yo‘q. Tovush bo‘g‘iq. Teri rangi odatdagidek. Yurak urishi soni yoshiga nisbatan 5-10% ga oshishi mumkin.

II daraja (subkompensatsiya davri). Umumiy ahvoli og‘ir. Bola qo‘zg‘aluvchan, bezovta, uyqusi buzilgan. Stridor, shovqinli nafas, xurujli qo‘pol quv-quv yo‘tal. Inspirator hansirash ko‘krak qafasining tortilishi bilan kuzatiladi, uyqu chuqurchasi ham tortilgan, burun qanotlari kerilgan. Tovush xirillagan yoki bo‘g‘iqlashgan. Teri qoplamlari oqargan, perioral sianoz bilan, yurak urishlari soni 10-15% ga oshgan.

III daraja (dekompensasiya davri). Bola ahvoli juda og‘ir. Bola qo‘zg‘algan, es-hushi xiralashgan. Nafas olishi qiyinlashgan, ko‘krak qafasi chuqurlashgan, nafasda yordamchi mushaklar qatnashadi. Teri va shilliq qavatlar oqargan, ba’zan yer rangida, akrosianoz, sovuq ter bosgan. Qon aylanish buzilishi belgilari, teri marmar rangida, taxikardiya. Yurak urishlari soni normadan 15% ga oshgan, yurak tonlari bo‘g‘iq, tez-tez kuchsiz aritmik puls, jigar kattalashgan.

IV daraja (asfiksiya). Ahvoli juda ham og‘ir. Es-hushi joyidamas. Ko‘z qorachiqlari kengaygan, talvasalar kuzatilishi mumkin, teri qoplamlari sianotik. Yurak tonlari bo‘g‘iq, bradikardiya-yurak to‘xtashini bildiruvchi xavfli belgi, puls ipsimon yoki umuman yo‘q. Keyin esa nafas va yurakning to‘xtashi kuzatiladi.

Shoshilinch yordam:

1) Medikamentoz davo. I darajali stenozda:

- burun yo‘llariga tomir toraytiruvchi tomchilar (0,05% li galazolin eritmasi) tomiziladi;

Narkulov Jakhangir

- lazolvan eritmasi yoki bargizub shirasi bilan (1:10) ultratovushli ingalatsiyalar o‘tkaziladi.

2) Oksigenoterapiya parakislorod palata sharoiti hollarida.

3) SNO yordamida nafasni ushlab turish.

Hamshiralik parvarishi.

1) Yotoqda ko‘tarilgan holat, toza havo kirishini ta’minlash (nam havo yuborish), ko‘p suyuqlik ichirish.

2) Chalg‘ituvchi muolajalar: gorchichnik, agar unga allergiyasi bo‘lsa, issiq oyoq yoki qo‘l vannalari, bo‘yin va ko‘krak sohasiga yarim spirtli qizdiruvchi kompresslar.

3) Laringoskopiya va traxeya intubatsiyaga tayyorlash.

4) Hamshira shifokor o‘tkazayotgan muolajalarni kuzatadi, bemorni ishlatilayotgan dorilarga reaksiyasini kuzatadi va jurnalga qayd qiladi.

5) Og‘riqli muolajalar haqida ota-onasiga xabar berish va og‘riqni kamaytirish uchun harakat qilish.

6) Ota-onasiga boladagi og‘riqni kamaytiruvchi muolajalar haqida aniq tushuncha berish.

Nafas yo‘llarida yot moddalar

Bolalardagi to‘satdan yuz beradigan asfiksiya turidir. Yot moddalar ko‘proq bronxlarda bo‘ladi. Kattalarda ko‘proq o‘ng bronxda, bolalarda esa ikkalasida baravar uchraydi. Ko‘proq 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda, ya’ni jag‘ tishlari paydo bo‘lguncha bo‘lgan davrda uchraydi.

Sababi. Nafas yo‘llariga ko‘proq tangalar, tugmalar, yong‘oq va o‘yinchoqlar tushib qolishi mumkin.

Belgilari. Yuqori nafas yo‘llarida yaqqol namoyon bo‘lgan stenozi yuzaga kelishi mumkin. Bo‘g‘ilish, kuchli davriy yo‘talishlar bilan birga, yuzda sianoz va chaqmoq tezligidagi asfiksiya yuzaga kelishi mumkin. Agar yot modda harakat qilsa, traxeyada yo‘tal va qichqiriq vaqtida chapaksimon nafas eshitilishi mumkin. Yot moddalar ko‘pincha bronxlarda yaqqol ishemik o‘zgarishlarni keltirib chiqarmaydi. Bola bezovta, qo‘rquvda. Xurujsimon, effektsiz yo‘tal. Bronxospazm, ekspirator hansirash xarakterlidir. Qisman tiqin bo‘lsa auskultatsiyada bir tomonlama quruq hushtaksimon xirillashlar, emfizema belgilari bilan namoyon bo‘ladi. Auskultatsiyada ma’lum

Narkulov Jakhangir

sohada sust nafas yoki nafas yo‘qligi eshitiladi. Tashxis ko‘krak qafasining bronxoskopiya yordamida qo‘yiladi.

Hamshiralik parvarishi.

Qo‘l yordamida yot moddani olib tashlash.

Bronxoskopiya yordamida olib tashlash.

Bolani xotirjamligini ta’minlash maqsadida oila a’zolarini ruhiy qo‘llab-quvvatlash.

1) Yot moddani aniqlash:

- o‘yinchoq xususiyatlari va simptomlari;
- agar bola gapira olsa nima bo‘lganini so‘rash;
- yot moddani joyi va xususiyatlarini aniqlash.

2) Yot moddani olib tashlash:

- bolani oyog‘idan ko‘tarib, silkitish;
- bolani chap qo‘l bilan ushlab, o‘ng qo‘lni ko‘rsatkich barmog‘i bilan til ildizini bosish va bola boshini pastga egish.

Bronxoskopiya, traxeostomiya.

3) Sun’iy nafas va kislorod berish.

4) Medikamentoz davo.

5) Oilani qo‘llab-quvvatlash.

7.2. O‘tkir yurak yetishmovchiligi

O‘tkir yurak yetishmovchiligi bu yurakning to‘liq zo‘riqishi bo‘lib, patologik belgilar (terining, shilliq qavatlarning oqarishi, hanshirash, shishlar va b.) bilan kechadi. Bu kutilmaganda yoki birdan nafas siqish xuruji (yurak astmasi) bilan namoyon bo‘ladi.

Klinik belgilari. Bola bezovta, ko‘krak qisishidan, nafas olishning qiyinlashishi sababli havo yetishmasligidan, o‘lib qolish hissidan shikoyat qiladi, majburiy holatni egallaydi, hansirash, yo‘tal bezovta qiladi. Asorati o‘pka shishishi. Terminal holat rivojlanishi bola hayotini saqlab qolish va uni hayot faoliyatiga qaytarish uchun o‘z vaqtida va to‘g‘ri yurak-o‘pka reanimatsiyasi o‘tkazishni talab qiladi.

Shoshilinch yordam.

1. Bolani tinchlantirish.
2. Siqib turgan kiyimlarini yechish.
3. Havo olishini ta’minlash.
4. Majburiy holatni egallash (oyoqlarini osiltirib o‘tirish).

Narkulov Jakhangir

5. Og‘izda to‘planib qolgan so‘lak kabi nafasga xalaqit qiluvchi omillarni yo‘qotish.

6. Yuqori nafas yo‘llarini erkin o‘tkazuvchanligini ta’minlash.

7. Oksigenoterapiya.

8. Medikamentoz davo, shifokor yordami.

9. Juda og‘ir hollarda traxeya intubatsiyasi o‘tkaziladi va sun’iy nafas oldirishga o‘tiladi.

Hamshiralik parvarishi

1. Nafas siqishini kamaytrish uchun hamshiralik parvarishi 1-5 punktidagi «Shoshilinch yordam» singari o‘tkaziladi.

2. Nafas soni va o‘pkadagi shovqinlar, xirillashlar borligi nazorat qilinadi va shu bilan birga hamshiralik yozuvi muolajalari kiritiladi.

3. Maksimal qulay sharoit va tinchlik yaratish.

4. Tozalikni ta’minlab infeksiyani oldini olish.

5. Bola va uning oilasi bilan tibbiy-psixologik ishlar olib borish.

Tomir yetishmovchiligi – qon aylanishi buzilishi natijasida kelib chiqadi

Obmorok – mushak tonusining yo‘qolishi, miyada qon aylanishi buzilishi natijasida qisqa vaqt hushni yo‘qotish.

Sababi.

1. Tomirlarni nerv regulatsiyasini buzilishi:

vazovagal, ortostatik, reflektor, vaziyatli, giperventelatsion sindromda;

2. Kardiogen: bradiaritmiyalar, taxiaritmiyalar, yurak va yirik qon tomirlardagi qon oqimiga mexanik ta’sir qilishi.

3. Gipoglikemik holatlar.

4. Serebravaskulyar va b.

Olib keluvchi omillar: kuchli ruhiy ta’sirlar (ta’sirlanish, qo‘rqish, kuchli og‘riq, issiq yoki oftob urishi, stresslar va b.).

Kasallikning belgilari: noqulaylik hissi, ko‘ngil aynishi, esnash, ko‘p terlash, oyoqlarda holsizlik, ko‘z oldi qoron-g‘ilashuvi, quloqda shovqin, bosh aylanishi, oyoq-qo‘llar uvishishi, mushak tonusi birdan pasayishi, teri oqargan, qorachiqlar kengaygan, puls kuchsiz to‘liq, AB pasaygan, yurak tonlari bo‘g‘iqlashgan, nafas yuzaki. Agar bola o‘tirishga yoki

Narkulov Jakhangir

yotishga ulgurgan bo‘lsa organizmni ortostatik holatini bartaraf qilish mumkin, eshitmaslik, esnash, ko‘ngil aynishi holatlari bilan chegaralanadi. Chuqur obmorok qisqa vaqtli tonik talvasalar bilan birga kuzatilishi mumkin.

Shoshilinch holat:

1. Bolani gorizontal oyoqlarini biroz ko‘targan holda yotqizib, yoqasi yechiladi, tanani siqib turgan kiyimlarini yechish.
2. Toza havo olishini ta’minlash.
3. Reflektor ta’sirlardan foydalanish:

– yuzga suv sepish yoki ho‘l sochiq bilan yonoqlarga urish;

– nashatir spirti hidlatish.

4. Bu holatdan chiqqandan so‘ng ichishga issiq shirin choy berish.
5. Simptomatikasi bo‘yicha medikamentoz yordamini ko‘rsatish.

Hamshiralik parvarishi:

1. Qon aylanish holatini tez tiklash, 1-4 punkt «Shoshilinch yordam» da ko‘rsatilgan hamshiralik parvarishi kabi o‘tkaziladi.
2. Puls va hushni nazorat qilish.
3. Maksimal qulay sharoit yaratish va tinchlikni ta’minlash.
4. Tozalikni ta’minlab infeksiyani oldini olish.
5. Bola va uning oilasi bilan tibbiy-psixologik ishlar olib borish.

Kollaps – hayotga xavf soluvchi o‘tkir tomir yetishmovchiligi bo‘lib, tomirlar tonusining birdan pasayishi, aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi, miya gipoksiyasi belgilari, hayot uchun muhim funksiyalarning yo‘qolishi bilan xarakterlanadi.

Sababi o‘tkir yuqumli kasalliklarning (ichak infeksiyasi, gripp, O‘RVI, zotiljam, pielonefrit, angina va b.) og‘ir kechishi.

1. O‘tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi.
2. Gipotenziv moddalar dozasini oshirib yuborish.
3. Ko‘p qon yo‘qotish.
4. Og‘ir jarohatlar.

Kasallikning belgilari avj olish davrida rivojlanadi va bemor umumiy ahvolining progressiv yomonlashishi bilan xarakterlanadi. Ko‘pincha kollapsda quyidagi belgilar kuzatiladi: bola qo‘zg‘aluvchanligi, mushaklar tonusining oshishi, teri qoplamlarining oqarishi va marmarsimon tus olishi, oyoq-qo‘l

Narkulov Jakhangir

barmoqlarining sovqotishi, sovuq yopishqoq terlash, tez-tez ipsimon puls, taxikardiya, AB tushib ketishi.

Shoshilinch yordam:

1. Bolani gorizontal boshini orqaga biroz eggan holda yotqizish.
2. Issiq grelkani sochiqqa o‘rab qo‘yiladi.
3. Toza havo kelishini ta’minlash.
4. Yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash.
5. Siqib turgan kiyimlarini yechish.
6. Klinik kechishi bo‘yicha shifokor yordamini ko‘rsatish.
7. Shoshilinch yordam bermagan hollarda reanimatsiya bo‘limiga yotqiziladi.

Hamshiralik parvarishi:

Nafas siqishini kamaytrish uchun hamshiralik parvarishi 1-5 punktidagi «Shoshilinch yordam» singari o‘tkaziladi. Nafas soni va o‘pkadagi shovqinlar, xirillashlar borligi nazorat qilinadi va shu bilan birga hamshiralik yozuvi muolajalari kiritiladi. Maksimal qulay sharoit va tinchlik yaratish. Tozalikni ta’minlab infeksiyani oldini olish. Bola va uning oilasi bilan tibbiy-psixologik ishlar olib borish.

Yurak-o‘pka reanimatsiyasini o‘tkazish texnikasi:

– yurak-o‘pka reanimatsiyasi o‘tkazishga asosiy ko‘r-satmalar;
– nafas, yurak urishi va hushning yo‘qligi;
– uyqu arteriyasi va boshqa atreiyalarda puls yo‘qligi;
– teri rangining oqligi yoki kulrang-yer rangidaligi;
– qorachiq kengayishi, yorug‘likka reaksiyasi yo‘qligi.

Shoshilinch yordam:

– klinik o‘lim yuz bergan vaqtni va reanimatsion choralar boshlangan vaqtni yozib qo‘yish;
– trevoga signalini berish, yordamchilar va reanimatsiya brigadasini chaqirish;
– imkoni boricha klinik o‘lim rivojlanishi vaqtidan qancha daqiqa o‘tgani aniqlanadi. Agar 10 daqiqadan ko‘p vaqt o‘tgan bo‘lsa, bemorda biologik o‘limning erta belgilari («mushuk ko‘zi simptomi» – ko‘z olmasini bosgandan keyin qorachiq gorizontal shaklni oladi va saqlab qoladi va «eriyotgan muzchalar» – qorachiqning xiralashishi simptomi bor bo‘lsa yurak-o‘pka reanimatsiyasini o‘tkazish shubhali.

Narkulov Jakhangir

ABC qoidasi bo‘yicha reanimatsion choralar ketma-ketligi:

A (airways) – nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini tiklash.

B (breathing) – nafasni tiklash.

C (circulation) – qon aylanishini yaxshilash.

– agar yurak urishi va faoliyati tiklanmasa ham SNO o‘tkazishni va yurakni bevosita massaj qilishni to‘xtatmaslik.

– periferik venaga tushishni ta’minlash va shifokor ko‘rsatmasi bo‘yicha dori moddalarni yuborish.

– oksigenoterapiya 100 % yuz niqobi orqali

– qorinchalar fibrilatsiyasida defibrilatsiya qilish ko‘rsatma bo‘ladi (elektrik yoki medikamentoz).

SNO apparatiga ulangan bolalar va ularning oilalarida hamshiralik parvarishi.

SNO o‘tkazishning hamma nozik tomonlarini hisobga olgan holda bolalarni parvarish qilish hamshiradan diqqat va e’tibor talab qiladi. Birinchi o‘rinda SNO dagi bolani parvarish qilayotgan hamshira sanepid tartibga rioya qilishi, tegishli buyruqlar bilan ishlashi kerak. Monitorni nazorat qilishni SNO apparati ishini (namlik va temperatura tartibi, kislorod berilishini va b.) bilishi kerak.

Hamshiralik parvarishi:

1. Gigiyenik muolajalar o‘tkazisish (ichki va o‘rin oqliklarini almashtirish, yuvintirish, umumiy gigiyenik muolajalar, ostni yuvish, og‘iz bo‘shlig‘ini parvarishlash va b.)
2. Intubatsion trubka sanatsiyasi.
3. Yotoq yaralarni oldini olish (vibromassaj, bemor tana holatini har 2-3 soatda almashtirib turishni.
4. Inyeksiyadan keyingi asoratlarni oldini olish.
5. O‘mrov osti kateterini parvarish qilish.
6. Siydik kateterini parvarish qilish.
7. Operatsiyadan keyingi yarani parvarish qilish.
8. Oila bilan tibbiy-ruhiy ish olib borish.

Yurak-o‘pka jonlantirishi o‘tkazishdan bosh tortish va to‘xtatishning yuridik asoslari. Yuridik va etik aspektlardan kelib chiqib YuO‘J quyidagi hollarda qo‘llanilmaydi:

– Yurak to‘xtashi vaqtidan boshlab (normal atrof-muhit haroratida) 25 daqiqadan ko‘p vaqt o‘tganda.

– Birdaniga o‘lim holati kuzatilsa, shu bemor uchun ko‘rsatilgan to‘liq kompleks davolash o‘tkazilgan bo‘lsa.

Narkulov Jakhangir

– Agar bemorda progressivlanuvchi kasallikning terminal bosqichi bo‘lsa, shifokorning o‘rangan va oldindan hujjalashtirilgan, konsilium kasallik tarixiga yozib qo‘yilganda (o‘smaning oxirgi bosqichida, miyada qon aylanishi og‘ir buzilishida, og‘ir travmalarda va b.).

– Agar bemor oldindan YuO‘J dan bosh totrishini tibbiy hujjatlarda yozib qo‘ygan bo‘lsa.

YuO‘J quyidagi hollarda to‘xtatilishi mumkin:

- YuO‘J ning hamma yetarli usullari qo‘llab bo‘linganda ham 30 daqiqa davomida natija belgisi bo‘lmasa.

- Agar ko‘p marta yurak to‘xtashi kuzatilsa, tibbiy yordam berilganda ham.

7.3. Allergik shoshilinch va komatoz holatlar

Allergik shoshilinch holatlar

Eshakem – otkir allergik holat bo‘lib, terida va ba’zan shilliq qavatlarda birdaniga urtikar toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi.

Eshakemning sababi ham Kvinke shishi bilan bir xil. Ko‘pincha dorilar va ovqat allergenlari, hasharotlar chaqishi, ba’zi hollarda bevosita sababi aniq emas.

Klinikasi bolalarda isib ketish hissi, teri qichishishi, terining «qichitqi o‘t bilan kuyganga o‘xshab» o‘zgarishi kuzatiladi. Eshakem elementlari har xil shaklda va o‘lchamda bo‘lib, bir-biri bilan qo‘shilib ketib gigant elementlarga aylanadi. Element rangi och pushti rangdan qizil ranggacha. Toshmalar tananing hamma joyida va shilliq qavatlarda, ba’zan qorinda, orqada, ko‘krakda, sonda joylashadi. Umumiy simptomlar: isitma, artralgiya, kollaps bo‘lishi mumkin.

Shoshilinch yordam

1. Darhol allergen kirishini to‘xtatish.
2. Bemorni tinchlantirish va kasalligi to‘g‘risida unga to‘g‘ri tushuntirish.
3. Shifokor ko‘rsatmalarini bajarish.
4. Somatik bo‘limga gospitalizatsiya qilish.

Hamshiralik parvarishi

Narkulov Jakhangir

1. Bemorni tinchlantirish va kasalligi to‘g‘risida unga to‘g‘ri tushuntirish.

2. Ota-onani tinchlantirish, bolaga qulay sharoit yaratish, bola bilan muloqotni quvvatlash, bolaga tashxis uchun, tekshirishga jo‘natish.

Hamshiralik parvarishi.

Bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ish olib borish, bolaga yetarlicha qulay sharoit yaratish, bola bilan muloqot qilish, bolani tashxisni tekshirish uchun yuborish.

Kvinke shishi otkir allergiya turi bo‘lib, teriga, teri osti yog‘ qavatiga, shilliq qavatlarga angionevrotik shishning tarqalishi bilan namoyon bo‘ladi.

Etiologiyasi kvinke shishi ko‘pincha dori yoki ovqat allergenidan, hasharotlar chaqqandan so‘ng kelib chiqishi mumkin, ba’zi hollarda bevosita sababi ma’lum bo‘lmasligi mumkin. Kvinke shishi xavfli bo‘lib yuqori nafas yo‘llari shishishidan kelib chiqqan holda asfiksiyaga olib keladi.

Klinikasi. Bolada hiqildoq shishishida it hurishiga o‘xshagan yo‘tal, tovush pasayishi, nafas olish qiyinlashishi, bronxospazm qo‘shilishi hisobiga nafas chiqarish ham qiyinlashishi mumkin. Til shishgani uchun gapirish qiyinlashadi, chaynash va yutish jarayonlari buziladi.

Shoshilinch yordam

1. Darhol allergen kirishini to‘xtatish.

2. Medikamentoz yordam.

3. Rivojlanib boruvchi hiqildoq shishishi obturatsion nafas yetishmovchiligi bilan bo‘lganda intubatsiya yoki traxeotomiya qilinadi.

4. Somatik bo‘limga yotqizishga yordam berish.

Hamshiralik parvarishi: ota-onani tinchlantirish, bolaga yetarlicha qulay sharoit yaratish, bola bilan muloqotni quvvatlash, bolani diagnostika tekshiruviga yuborish.

Komatoz holatlar

Hushdan ketish va harakat, sezish hamda somatovegetativ funksiyalarning buzilishi bilan xarakterlanadigan holat. Bunday holda bemorni har qanday kuchli qo‘zg‘atuvchilar bilan ham uyg‘otib bo‘lmaydi.

Narkulov Jakhangir

Bolalik davrida komatoz holatlar rivojlanish sabablari turli xil. Intensiv davolash talab qiladigan har qanday holat koma asoratini berishi mumkin. Odatda ekzogen va endogen omillar farq qilinadi, biror bir kasallikning belgisi hisoblanmaydi, lekin bosh miyaning og‘ir zararlanishidan darak beradi va sababi noaniq bo‘lgan komatoz holat shoshilinch yordam va to‘g‘ri keluvchi davo talab qiladi.

Bolalarda komatoz holat rivojlanishiga olib keluvchi asosiy omillar quyidagilar hisoblanadi:

– tug‘ma o‘zgarishlar;

– miyada qon aylanishning yetishmasligi (bosh miyaga qon quyilishi, gemodinamikaning buzilishi);

– bosh miya bosimining oshishi (gidrosefaliya);

– yirik o‘choqli shikastlanish (bosh miya shikastlanishi, miya o‘smasi va abssessi);

– miya to‘qimasining diffuz zararlanishi (meningit, ensefalit, infeksion toksikoz);

– turli zaharlanishlarda miyaning toksik zararlanishi;

– metabolik o‘zgarishlar (gipoksiya, gipo- va giperkapniya, kislota-ishqor, suv- elektrolit balansining buzilishi), jigar va buyrak yetishmovchiligi;

– endokrin buzilishlar (giper va gipotireoz);

– termopegulatsiya buzilishi (gipertermik sindrom, gipotermiya).

Komatoz holatlat bolalarning yoshiga bog‘liq bo‘ladi. Chaqaloqlarda avval perinatal shikastlanishlar (tug‘ruq shikastlari, miyaga qon quyilishi), sepsis, respirator distress, metabolik o‘zgarishlar. 1 yoshdan so‘ng bolalarda hayot bilan bog‘liq sababli omillarga ko‘pincha infeksion kasalliklar va bosh miya yallig‘lanish kasalliklari (meningit, ensefalit) kiradi. Kattaroq yoshdagi bolalarda komatoz holatlar asosan og‘ir infeksiyalar, bosh miya travmalari, zaharlanishlar, jigar va biyrak zararlanishidan, endokrin kasalliklarda kelib chiqadi.

Klinikasi. Komaning og‘irligiga ko‘ra 4 darajasi farq qilinadi:

1 daraja yengil shakli – hush yo‘qolishi, kuchli tovush ta’siriga javob reaksiyasi yo‘q, lekin kuchli og‘riq qo‘zg‘atuvchisiga ingrash va mimik reaksiya kuzatiladi, qorachiqlar toraygan, yutish saqlangan, lekin qiyinlashgan.

Narkulov Jakhangir

2 daraja yuzaga chiqqan koma – og‘riqqa reaksiyasi yo‘q, qorachiqlar nuqtadek, ko‘z olmalari harakati yo‘q, desere-bratsion holat, tomir gipotoniyasi rivojlanib borishi bilan stvol va spinal markazlar tormozlanishi kelib chiqadi.

3 daraja chuqur koma – turli qo‘zg‘atuvchilarga javob reaksiyasi yo‘q, ko‘z olmalari qotib qolgan yoki suzish harakatlarini qiladi, qorachiqlar kengaygan, qorachiq reflekslari yo‘q, mushaklarning to‘liq atoniyasi, nafas va qon aylanishi buzilishi.

4 daraja terminal koma – orqa miya funksiyasining buzilishi, bolaga sun’iy nafas orqali va inotrop quvvatlash bilan yordam beriladi.

Koma rivojlanishida hammadan oldin nafas va qon aylanish tizimi holatiga baho beriladi: (tabiiyki nafas va yurak qon tomir yetishmovchiligida shu a’zolarga yordam berish bilan boshla-nadi).

Koma og‘irligini obyektiv baholashda Glazgo shkalasidan foydalaniladi.

Asosiy zararlovchi omillarga bog‘liq holda ajratiladi:

1. Metabolik komalar: ichki a’zolar kasalliklarida diabetik, gipoglikemik, xlorpenitik, jigar, uremik.
2. Nevrologik komalar: apopleksik, travmatik, elektrotrav-mada termik, epileptik
3. Infeksion nevrologik komalar: meningitda va ensefalitda.
4. Diabetik komalar.

Qandli diabet bilan og‘rigan bolalarda ko‘pincha giperg-likemik va gipoglikemik komalar uchraydi.

Patogenezi asosida giperketonemiya va ketonuriya bilan giperglikemiya yotadi, natijada suv-tuz almashinuvining kuchli buzilishi va kislota-ishqor balansining asidoz tomonga suljishi kelib chiqadi.

Sababi: Qandli diabet bilan og‘rigan bolalarda giperglikemik koma rivojlanishining sabablari quyidagilar:

1. Qandli diabetga kech tashxis qo‘yish.
2. Davolash tartibining buzilishi: davolashdagi tanaffuslar, insulinni noadekvat dozada berish.
3. Boshqa kasalliklarning qo‘shilishi.
4. Jarrohlik aralashuvi.
5. Shikastlanishlar.

Narkulov Jakhangir

6. Emotsional stress holatlari.

Belgilari:

– holsizlik, uyquchanlik;

– kuchli chanqash va poliuriya;

– ko‘ngil aynishi, qusish, qorinda kuchli og‘riq, qorin old devori mushaklarining tarangligi («o‘tkir qorin» simptomi), labarator giperleykositoz, tayoqcha yadroli surilish bilan neytrofilyoz bilan namoyon bo‘ladigan zo‘rayib boruvchi ketoasidozning abdominal sindromi;

– teri quruq, oqargan va kulrangsimon shish, yuzda «diabetik qizarish», to‘qimalar turgori pasayishi;

– taxikardiya, yurak tonlarining bo‘g‘iqlashuvi, AB pasaygan;

– nafas chiqarganda aseton hidi;

– qonda glukoza miqdori 15 mmol/l;

– siydikda glukoza miqdori ko‘p bo‘lishidan tashqari aseton aniqlanadi.

Shoshilinch yordam:

1. Reanimatsiya yoki maxsus endokrinologiya bo‘limiga yotqizishga yordam berish.

2. Yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash, oksigenoterapiya.

3. Regidratatsiya o‘tkazish uchun vena o‘zaniga tushishni ta’minlash.

4. Tahlil uchun qon va siydik olish.

Hamshiralik parvarishi: bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ishlar olib borish, bolaga qulay sharoit yaratish.

Gipoglikemik koma

Qonda glukoza miqdorining qisman yoki birdaniga kamayishi natijasida bosh miyaning glukoza va kislorod bilan ta’minlanishining buzilishi.

Qandli diabetda gipoglikemiyaning asosiy sabablari :

1. Ovqat miqdorining kamligi.
2. Jismoniy zo‘riqish.
3. Insulin dozasini oshirib yuborish.
4. Alkogol iste’mol qilish.

Gipoglikemiyaning diabetdan tashqari sabablari:

Narkulov Jakhangir

1. Buyrak yetishmovchiligi.
2. Jigar yetishmovchiligi.
3. Uglevod metabolizmi fermentlarining nuqsoni (glikogenozlar, galaktozemiya, fruktoza ko‘tara olmaslik).
4. Buyrak usti bezi gipofunksiyasi.
5. O‘sish gormoni yetishmasligi (ko‘pincha gipofizar nanizm).

Birinchi kompensator simptomlar namoyon bo‘ladi: bezovtalik, agressivlik, kuchli qorin ochishi, ko‘ngil aynishi, gipersalivatsiya, qaltirash, sovuq ter bosishi, taxikardiya, qorinda og‘riq, diareya, ko‘p siyish.

Keyinchalik neyroglikopenik simptomatika qo‘shiladi: asteniya, bosh og‘rishi, diqqat buzilishi, qo‘rquv hissi, gallyustinatsiyalar, nutq va ko‘rish buzilishi, dezorientatsiya, amneziya, hushning buzilishi, falajlikka almashinuvchi talvasalar, koma.

Gipoglikemik koma tez rivojlanadi, har doim 3 ta belgisi bo‘ladi: hushdan ketish, mushaklar gipertonusi, talvasalar. Diagnoz labaratoriya ko‘rsatmalariga asoslanadi.

Shoshilinch yordam:

1. Bemorga shirin choy, murabbo, asal yoki shirin pechenelar berish.
2. Darhol somatik bo‘limga yotqizish.
3. Vena o‘zaniga tushish.
4. Yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash, oksigeno-terapiya.
5. Tahlil uchun qon, siydikni to‘g‘ri olish.
6. Shifokor ko‘rsatmalarini bajarish.

Hamshiralik parvarishi: bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ishlar olib borish, bola uchun yetarlicha qulay sharoit yaratish.

Uremik koma

O‘tkir buyrak yetishmovchiligi (O‘BY)- o‘tkir rivojlanuvchi sindrom bo‘lib, buyrakning gomeostazni ta’minlash funksiyasining buzilishi bilan xarakterlanadi, suv-tuz balansining va kislota-ishqor holatining buzilishi, azotemiya kuchayib uremiya rivojlanishi, barcha sistemalar va funksiyalarning patologik zararlanishi bilan namoyon bo‘ladi.

Narkulov Jakhangir

Klinikasi bosqichma bosqich kechadi, dastlabki bosqich odatda 3 soatdan 3 kungacha, oligoanurik bosqich-bir necha kundan 3 haftagacha, poliurik bosqich- 1-6 hafta va undan ko‘p, tuzalish bosqichi 2 yilgacha davom etadi.

Diurezning kamayishi, oliguriya, anuriya, bosh og‘rishi, qo‘zgalish, qusish, eshitish va ko‘rishning pasayishi, mushaklar titrashi tonus va pay reflekslarining oshishi bilan, aritmiya, holsizlik, karaxtlik, yurakdagi o‘zgarishlar, keyinchalik koma va talvasalar bilan namoyon bo‘ladi.

Shoshilinch yordam:

1. Darhol gemodializ yoki reanimatsiya bo‘limiga yotqizish.
2. Vena o‘zaniga tushish.
3. Tahlilni to‘g‘ri olish.
4. Shifokor ko‘rsatmalarini to‘g‘ri bajarish.
5. Yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash, oksigenoterapiya.

Hamshiralik parvarishi: bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ishlar olib borish, bola uchun yetarlicha qulay sharoit yaratish.

7.4. Shok holatidagi bolalarda va ularning oilalarida hamshiralik parvarishi

Shok o‘tkir rivojlanuvchi, hayot uchun xavfli patologik holat bo‘lib, MNS faoliyatining, qon aylanishi, nafas va modda almashinuvi o‘g‘ir buzilishi bilan xarakterlanadi.

Shokni kechish vaqtiga qarab 3 bosqichga bo‘lish mumkin:

1. Shok oldi holati, gipertoniya (MNS qo‘zg‘alishi).
2. Gipotoniya va oligouriya aniqlanganda ham, a’zolar disfunksiyasining orqaga qaytmas holati bo‘lmasligi.
3. Ortga qaytmas shok holati.

Intensiv davolash.

– Aylanib yuruvchi qon hajmini tiklash.
– AB tiklash va stabillash.
– Mikrosirkulyatsiyani yaxshilash.
– Travma bilan bo‘g‘liq reflektor impulsatsiyaning kamayishi.
– Asidozni va metabolik o‘zgarishlarni likvidatsiya qilish.

Bu muammolar intensiv terapiya kompleksida hal qilinadi.

Narkulov Jakhangir

Gipovolemik shok

Aylanib yuruvchi qon hajmining patologik kamayishi natijasida yurak bosim hajmi pasayadi. Aylanib yuruvchi qon hajmi qon ketishi yoki suvsizlanish (qusish, ich ketishi, poliuriya, kuyganda va b.) natijasida kelib chiqadi.

Asosiy patologik mexanizm – venoz qon oqimi yetishmasligi natijasida, yurak urishi yetishmasligi va qon bosimi pasayichi kuzatiladi.

Sababi:

– Qon ketganda tomir ichida qon hajmining kamayishi.

– Nogemorragik tomir ichida qon hajmining kamayishi (qusish, ich ketishi, qandsiz diabet, peritonit, pankreatit, kuyish, atssit, diabetik ketoasidoz va b.).

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi.

1. Bemorni gorizontal holatda oyoqlarini 15-20 daraja ko‘targan holatda yotqizish.
2. Yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta’minlash.
3. Zich yopishib turuvchi niqob yoki burun kateteri orqali namlangan kislorod berish.
4. HZK ni o‘lchash.
5. Sabablarni aniqlash va bartaraf qilish (qon oqishini to‘xtatish).
6. Qon aylanish dekompensatsiyasi belgilarida venaga tushish va o‘pka shishi va belgilari bo‘lmasa kristall ko‘rinishli infuzion terapiya o‘tkazish (Ringer eritmasi, 0, 9 % li natriy xlorid eritmasi). Infuzion terapiya yurak urishlar sonini, AB, o‘pka auskultatsiyasi ko‘rinishlarini, diurezni nazorat qilgan holda o‘tkaziladi.
7. Aylanib yuruvchi qon hajmini to‘ldirish (qon guruhini va rezus faktorini aniqlash.).
8. Zarur hollarda yurak-o‘pka reanimatsiyasini o‘tkazish.
9. Traxeya intubatsiyasi va yordam ko‘rsatish.

Kardiogen shok

Miopatik kasalliklar natijasida va qonning qorinchaga oqimi va uning otilishi mexanik buzilishi sababli kelib chiqadi. O‘tkir miokard infarkti yoki dilatatsion kardiomiopatiya miopatik shok

Narkulov Jakhangir

sabablarini keltirib chiqarishi mumkin. Boshqa tomondan massiv mitral regurgitatsiya yoki qorincha anevrizmi kardiogen shokning mexanik sababi bo‘lishi mumkin.

Sababi

- Aritmiyalar, kardial mexanik omillar, regurgitatsiyadagi buzilishlar (o‘tkir mitral yoki aortal regurgitatsiya, qorincha-lararo to‘siq nuqsoni, chap qorincha anevrizmasi, qorincha erkin devorining yorilishi).

Obstruktiv kasalliklar, chap qorincha tashlash fraksiyasining pasayishi (aorta klapani stenozi, idiopatik gipertrofik subaortal), chap qorinchaga qon kelish obstruksiyasi (mitral stenoz, chap bo‘lmacha miksomasi va boshqa yurak o‘smalari)

– Kardiomiopatiyalar.

Birlamchi nasos funksiyasining buzilishi kam uchraydi. Ikkilamchi quyidagi hollarda rivojlanadi:

– gipoksiyada;
– asidozda;
– gipoglikemiyda;
– gipotermiyada;
– prepatlarning toksik ta’sirida.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi.

Yuqorida ko‘rsatilgan punktga mos keladi. Lekin yurak zo‘riqishlarini bartaraf qilish uchun gorizontal holat qo‘llaniladi. (1 punkt almashtiriladi)

Metabolik shok

Grammanfiy infeksiyalarda endotoksinlar va I tip allergik reaksiyalardagi anafilaktik shok chaqiradigan shok metabolik shokning sababi bo‘ladi.

Sababi

Sepsis yoki endotoksemiya bolalarda har qanday yoshda kuzatiladi va ko‘pincha grammanfiy (ichak tayoqchasi, kleb-siella) ba’zan grammusbat (pnevmokokk, tillarang stafilokokk, yashil streptokokk B) mikroorganizmlar va ularning toksini chaqiradi.

Metabolik omillar (o‘tkir nafas yetishmovchiligi, o‘tkir buyrak yetishmovchiligi, jigar yetishmovchiligi, og‘ir asidoz yoki alkoloz, dori moddalar dozasini oshirib yuborish).

Narkulov Jakhangir

Endokrinologik buzilishlar (qandli diabet ketoasidoz bilan, giperosmolyar ketonsiz giperglikemik koma, buyrak usti bezi yetishmovchiligi, qandsiz diabet, gipoglikemiya)

Mikrosirkulatsiya buzilishi (chin polisitemiya, qon ivishining oshish sindromi, yog‘ emboliyasi)

Neyrogen omillar.

Anafilaksiya.

Shoshilinch holat va hamshiralik parvarishi.

* yuqorida ko‘rsatilgan 1) punktga mos keladi.

Travmatik shok

Travmatik shok – bu travmadan so‘ng kelib chiqqan shok holati. Ko‘pincha ikkilamchi shok kuzatiladi. Gemorragik shokdan tashqari shok holati buyraklar zararlanishida ham kuzatiladi, shuningdek, kuyganda va to‘qimalar ezilganda sog‘lik uchun zararli moddalar qonga tushadi. Teri ostiga qon quyilish sindromida, butun tana shikastlangan yoki ezilgan yarasida (guruhli tajovuzda vab.) shok sababi qon quyilishi va ezilish sindromi hisoblanadi. Bunday hollarda qon quyilishi ko‘p miqdorda kuzatiladi va qon quyilishi asosiy omil hisoblanadi.

A) Mexanik ta’sirlardan.

B) Kuyish.

C) Sovuq.

D) Uzoq ezilish sindromi.

E) Elektr ta’siri.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi:

* yuqorida ko‘rsatilgan 1) punktga mos keladi.

Anafilaktik shok

O‘tkir kechuvchi, hayotga xavf soladigan, organizmga allergen kirishi natijasida yuzaga keladigan tez kechar allergik jarayon bo‘lib, og‘ir qon aylanish, nafas, MNS faoliyati buzilishi bilan xarakterlanadi.

Sababi ko‘pincha dori moddalarni (penitsillin, sulfanilamidlar, zardoblar, vaksinalar, oqsil preparatlarini va b.) paren-

Narkulov Jakhangir

teral yuborishga javoban hamda chang ba'zan ovqat allerenlariga vaksinatsiya sinamasi o'tkazilganda, hasharotlar chaqqanda kelib chiqadi.

Anafilaktik shokni klinik sindromlariga qarab ikki turiga bolinadi:

– o'tkir nafas yetishmovchiligi;

– o'tkir tomir yetishmovchiligi.

Anafilaktik shokning otkir nafas yetishmovchiligini klinik belgilari, ko'krak qisishi bilan birga havo yetishmayotgandek his qilish, qiynovchi yo'tal, bosh og'rig'i, yurak sohasida og'riq, qo'rquv paydo bo'ladi. Terida birdan oqarib ketish ko'karish bilan almashinadi, og'izdan ko'pik kelishi, nafas chiqarganda hushtaksimon nafas quruq xirillashlar bilan birga eshitiladi.

Anafilaktik shokning tomir yetishmovchiligida klinik belgilar holsizlanish, quloqda shovqin, ko'p terlash paydo bo'ladi. Terida rivojlanib boruvchi oqarishi, akrosianoz, rivojlanib boruvchi arterial bosimning tushishi, ipsimon puls, yurak tonlari susayishi aniqlanadi. Bir necha daqiqadan so'ng hushdan ketish, talvasalar bo'lishi mumkin. Tomir yetishmovchiligi zo'rayib borishidan o'lim yuz berishi mumkin.

Shoshilinch yordam:

1. Bemorni oyoqlarini ko'tarilgan holda yotqizish, til orqaga tortib ketmasligi, asfiksiya va qusuq massalari aspiratsiyasini oldini olish uchun yonboshiga yotqizish va pastki jag'ni itarish kerak.

2. Toza havo kelishini ta'minlash yoki kislorod ingalatsiya qilish.

3. Organizmga allergen kirishini to'xtatish.

4. Venaga tushish.

5. Medikamentoz muolajalar shifokor ko'rsatmasiga asosan.

Hamshiralik parvarishi.

Bemor va uning oilasi bilan tibbiy-profilaktik ish olib borish, bolaga yetarlicha qulay sharoit yaratish, bola bilan muloqot qilish, bolani tashxisni tekshirish uchun yuborish.

Infeksion-toksik shok

Sababi. Stafilokokk va streptokokklar ishlab chiqargan toksinlar hisobiga arterial bosimning pasayishi va og'ir belgilar kuzatilishi bilan xarakterlanadi.

Narkulov Jakhangir

Belgilari:

Birdaniga quyidagi simptomlar kuzatiladi:

– Tana haroratining 39-40°C ga ko‘tarilishi;

– Kuchli bosh og‘rig‘i;

–Tomoqda og‘riq;

– Charchash hissi;

– Qushish va ich ketishi (suyuq);

– Terida toshmalar.

Asosan 48 soat ichida hushni yo‘qotish, arterial bosim pasayishi, shok holati kuzatiladi. 3-7 kunda kaft va tovon terisi ko‘chib tushadi.

Shoshilinch holat va hamshiralik parvarishi.

* yuqorida ko‘rsatilgan 1 punktga mos. Lekin yuqorida ko‘rsatilgan simptomlar boshqa sabablar orqali chaqirilgan bo‘lishi mumkin. Shuning uchun tashxis to‘g‘riligini qon tahlili orqali tasdiqlanadi.

7.5. Bolalarda atrof-muhit ta’sirida yuzaga keladigan shoshilinch holatlar

Atrof-muhit ta’sirida vujudga keladigan shoshilinch holatlar: sababi, klinik belgilari, shoshilinch yordam, asoratlari, hamshiralik parvarishi.

Kuyishlar

Sababi – issiq, kimyoviy vositalar, elektr toki, radiatsion ta’sirlarning to‘qimani shikastlashi. Bu teri va boshqa to‘qimalarga olov, qizdirilgan metal, gazlar, issiqlik nurining to‘g‘ridan-to‘g‘ri ta’siri natijasida kelib chiqadi. Kuyish bilan shikastlanganlarning eng katta guruhini 6 yoshgacha bolalar tashkil qiladi, undan so‘ng 2 yoshdan kichik bolalar. 6 yoshgacha bolalarning 80% dan ko‘pini qaynoq suvdan kuyganlar tashkil qiladi. Kuyishlar odatda ota-ona qarovsiz qoldirganda ro‘y beradi.

Bolalarda har qanday kuyishning tana yuzasining 5% ini egallashi og‘ir holatlar rivojlanishi va shokka olib kelishi mumkin. Kuygan joylarda to‘qima parchalanishining natijasida moddalar hosil bo‘ladi va organizmga so‘rilib butun organizmga

Narkulov Jakhangir

tarqaladi. Kuygan sohalarga bakteriyalar tushadi, yaralar yiringlay boshlaydi. Qon plazmani yo‘qotadi, quyuqlashadi o‘zining asosiy funksiyasi-organizmni kislorod bilan ta’minlashini bajara olmaydi. II darajali kuyishda tana yuzasining yarmidan ko‘p joyni egallashi bemor hayoti uchun katta xavf tug‘diradi.

Klinik belgilari:

Kuyishning 4 darajasi farq qilinadi:

I daraja – terining turg‘un qizarishi, sezilarli shish va og‘riq, epidermisning faqat yuzaki qavatlari kuyishi.

II daraja – epidermis ko‘chishi bilan terining qizarishi va shishishi va kuchli og‘riq bilan kuzatiladigan ichida sarg‘ish tiniq suyuqlik tutgan pufaklar hosil bo‘lishi.

III daraja – teri nekrozi hosil bo‘lishi.

III A – epidermis nekrozi va chin terining to‘liq bo‘lmagan nekrozi.

III B – teri hamma qavatlarining ba’zan teri osti yog‘ qavatining nekrozi.

IV daraja – to‘qimalarning ko‘mirga aylanishi (chuqur joylashgan to‘qimalar nekrozi).

Agar bolalarda kuyishlar yuzda yoki qo‘l yoki oyoq mayda bo‘g‘imlari sohasida bo‘lsa kuyish yuzasining o‘lchamidan qat’i nazar kasalxonaga yotqiziladi. Kuyish yuzasini aniqlash uchun esda tutish kerakki, bemor qo‘lining kaft yuzasi uning butun tana yuzasining 1% ini tashkil qiladi. Kasalxonaga yotqizish shart, bolalarda II-IV darajali kuyishlarda kichik yoshdagi, II-III darajali kuygan hamma bolalar.

Kuyish maydoni (% larda) va chuqurligini aniqlash

Kuyish sohasi	Cha-qa-loqlar	0-1 yosh	1-5 yosh	3 yosh	5-14 yosh	12 yosh	Kattalar
Bosh	18	21	19	15	15	6	9
Tana	40	32	32	40	32	38	36
Qo‘llar	16	9, 5	9, 65	16	9, 5	18	9
Oyoqlar	26	14	15	29	17	38	18

Narkulov Jakhangir

Asoratlari. Suvsizlanish, yuqumli kasalliklar, gipertrofik chandiq, keloid kontraktura, o‘pka shishi, kuyish shoki.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi:

1. Termik omil ta’sirini to‘xtatish.
2. Qaynoq suv, issiq ovqat va boshqa termik kuyishlarda jabrlanuvchini darhol yechintirish kerak.
3. Teri sohasiga yopishib qolgan kiyimni tortmasdan, balki qaychida qirqib olish kerak.
4. Olovda kuyganda yonib turgan olovni o‘chirish va jabrlanuvchini kislorod kirmasligi uchun zich qilib matoga o‘rash kerak.
5. Ko‘p miqdorda suyuqlik-choy, mineral suv ichiriladi.
6. Bola kiyimini yechgandan so‘ng toza oqlikka o‘raladi (yaxshisi steril) va kasalxonaga olib boriladi.
7. Tana harorati nazorat uchun o‘lchanadi, negaki, bug‘lanish orqali issiqlik yo‘qotish bolalarda birdaniga harorat ko‘tarilishiga olib keladi.

Oftob urishi

Oftob urishi – bu shunday holatki, ultrabinafsha nurlarni ko‘p miqdorda ta’siri (issiq urishining o‘ziga xos shakli bo‘lib, bola boshiga quyosh nurining to‘g‘ri ta’siri natijasida kelib chiqadi).

Klinik simptomlari:

Oftob urishining klinik manzarasi dastlabki 1-24 soat ichida rivojlanadi.

Belgilari: og‘ir nevrologik buzilishlar (bosh og‘rishi, tutqanoqlar, koma), tana haroratining juda yuqori bo‘lishi (41°C va undan yuqori), terining issiq, quruq bo‘lishi va ter ajralmasligi xarakterli.

Oftob urishining boshlang‘ich belgilari: holsizlik, ko‘ngil aynishi, ko‘rish o‘tkirligining pasayishi, tana haroratining oshishi, nafas tezlashishi, taxikardiya. Keyinchalik bosh og‘rishi, puls tezlashishi, bosh aylanishi, kuchli terlash, taxikardiyaning bradikardiya bilan almashishi aniqlanadi. Lablar sianozi, qorachiqlar kengayishi, oyoq-qo‘l mushaklarining titrashi, gallyutsinatsiyalar kuzatiladi. Og‘ir hollarda hushdan ketish,

Narkulov Jakhangir

talvasalar va o‘tkir yurak qon-tomir yetishmovchiligi ro‘y beradi.

Asoratlari: Hushdan ketish, talvasalar, komatoz holatlar.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi.

Bemorni salqin joyga olinadi.

Kiyimidagi tugmalar yechiladi.

Boshiga sovuq suvli xaltacha va sovuq kompress qo‘yiladi (tana harorati 37-38°C gacha pasayishi kerak).

Qabul qilingan va ajratilgan suyuqlik miqdorini hisoblash (yozib borish).

Elektrotravma

Elektrotravma – elektr toki urishi natijasida kelib chiqib mahalliy va umumiy o‘zgarishlar bo‘ladi. Bolalarda ko‘p hollarda elektrotravma uy elektr uskunalaridan va to‘g‘rilan-magan rozetkalardan foydalanish bilan bog‘liq.

Elektr toki jabrlanuvchi tanasidan o‘tib nerv stvoli va tomirlar bo‘ylab tarqaladi. Ko‘pincha tokning kirgan va chiqqan joylarida og‘ir shikaslanishlar kelib chiqadi. Agar tok bir qo‘ldan kirsa va ikkinchisidan chiqsa yoki, bir qo‘ldan kirib qarama-qarshi oyoqdan chiqsa (o‘ng qo‘l-chap oyoq va teskarisi), unda yurak orqali o‘tishi mumkin va qorinchalar fibrillatsiyasi yoki asistoliya kuzatiladi. Tomirlar bo‘ylab o‘tib tok ularning tonusini yo‘qotadi. Bundan tashqari, diafragmaning talvasali spazmi-organizmda bosh, nafas mushaklari, yurak spazmi yuz beradi.

Klinik simptomlari: Travmaga umumiy reaksiyaning 4 darajasi ajratiladi:

1 daraja – hushni yo‘qotmasdan.

2 daraja – hushni yo‘qotish bilan mushaklarning talvasasi-mon qisqarishi.

3 daraja – yurak-respirator faoliyatining buzilishi.

4 daraja – klinik o‘lim.

Asoratlari: Asfiksiyadan yoki qorinchalar fibrillatsiyasidan o‘lim. Miya shishishi. Jigar va buyrak funksiyasi buzilishi. Tomir tizimi zararlanadi-tromboz, nekroz, tomirlar spazmi rivojlanadi. Tomirlar yorilishi qon ketishiga olib keladi.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi.

Narkulov Jakhangir

1. Elektrotravma olgan odamni elektr manbaidan ajratish.
2. Elektr toki olgan odamni xavfsizligiga ishonch hosil qilgach, birinchi bo‘lib nafas erkinligi ta’minlanadi.
3. Mustaqil nafas bo‘lmaganda, yurak to‘xtagan hollarda reanimatsiyaga tayyorgarlik ko‘riladi.
4. Jarohat sohasiga ishlov beriladi.
5. Gigiena tartibiga rioya qilinadi.
6. Issiq ko‘rpa bilan o‘raladi.

Sovuq urishi

Sovuq urishi-sovuq harorat va sovuq sharoitning teri va teri osti yog‘ qavatiga ta’siri. Erta davolash o‘tkazilmasa to‘qimada ortga qaytmas zararlanish yuzaga keladi. Sovuq olgan sohada gipoksiya sababli nerv zararlanadi. Sovuq olgan joy boshida purpura rangida bo‘lib, keyinchalik qora rangga o‘zgaradi. Nervlarning kuchli zararlanishi kuzatiladi va sezishi yo‘qoladi. Bundan tashqari pufaklar paydo bo‘lishi mumkin. Agar to‘qima o‘lib boshlasa, amputatsiya qilish kerak bo‘ladi.

Klinik belgilar: teri hajmiga ko‘ra sovuq olishni 4 darajaga ajratiladi:

I daraja – qon aylanish buzilishi bilan xarakterlanadi. Teri oqargan, akrosianoz, biroz shish, sezish pasayadi. Bundan keyin qon tomirlar o‘tkazuvchanligi oshishi hisobiga shish va qizarish kuzatiladi.

II daraja – teri yuza qavatlarining nekrozi. To‘qima nekrozi tez rivojlanadi, sovuq olgan sohada kuchli og‘riq, tana harorati ko‘tariladi, qaltirash, ishtaha va uyqu buzilishi kuzatiladi.

III daraja – qon aylanishi buzilishi (tomirlar trombozi) teri va ostidagi to‘qimaning nekroziga olib keladi o‘ta qizil va to‘q jigarrang suyuqlik bilan to‘lgan pufaklar paydo bo‘ladi.

IV daraja – yumshoq to‘qimalar va suyaklar o‘lishi. Zararlangan soha tez qorayadi va quriy boshlaydi.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi:

1. Agar pufaklar paydo bo‘lishi kuzatilmasa, unda barmoqlar mashqi va massaj qilinadi. Bundan tashqari, sezishni tiklash uchun issiq suvga solib turiladi. Ozginadan issiq suv harorati oshirib boriladi.

Narkulov Jakhangir

2. Pufaklar paydo bo‘lganda ular bosilmaydi va zararlangan soha qisilmaydi. Ifloslanganlik va yiringlash ehtimoli bo‘lsa steril doka bilan bog‘lanadi va iloji boricha tezroq shifokor ko‘rigidan o‘tiladi.

Cho‘kish

Cho‘kish o‘tkir shoshilinch holat. Suvga bo‘kish natijasida kelib chiqadi. Bunda alveolalar shikastlanadi, surfaktant parchalanadi, o‘pka shishi va gipoksiya rivojlanadi. Cho‘kkanda zich suvda gipervolemiya (aylanib yuruvchi qon hajmining oshishi) va suv intoksikatsiyasi, sho‘r suvga cho‘kkanda esa-gipovolemiya (aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi) kelib chiqadi.

Bolalarda jismoniy o‘sish jarayonida, quloqni burun bilan bog‘lab turuvchi eshitish (Evstaxiy) nayi kattalarnikiga qaraganda kalta bo‘ladi. Shuning uchun suv eshitish nayigacha kirib boradi, natijada ichki quloqda bosim oshadi va o‘rta quloqqa qon quyiladi. Simptomlar rivojlanib borishi bilan yarim aylana kanal falaji, bosh aylanishi, simptomlar yomonlashib boradi va natijada hech nima bilan nafas ololmay hushdan ketish kelib chiqadi.

Hamda vannada cho‘milganda, agar suv vanna bo‘g‘zigacha to‘dirilsa bola cho‘kishi mumkin, shuning uchun boladan ko‘z uzib bo‘lmaydi.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi:

Cho‘kkanda yordam – «Birlamchi reanimatsion choralar» ni qarang.

Zaharlanishlar

Aniqlash. Zaharlanish – organizmga toksin (zahar)ning ko‘p miqdorda tushishidan kelib chiqadigan patologik holat bo‘lib, hayot uchun muhim funksiyalarni buzilishini chaqiradi va hayot uchun xavf soladi.

Klinik belgilari. Organizmga tushgan zaharga bog‘liq. Masalan: neyrotoksik zaharda MNS zararlanadi. Nefrotoksik zaharda o‘tkir buyrak yetishmovchiligi, gepatotoksik zaharda-jigar zararlanishi va jigar komasi kelib chiqadi. FOSS (fosfor-

Narkulov Jakhangir

organik-birikmalar) bilan zaharlanishda – yurak va yurak qon-tomir tizimi zararlanadi.

Zaharlanish turlari: toksik ensefalopatiya, toksik nefropatiya. toksik nevrit, toksik buqoq, toksik gepatit, toksik gastrit va b.

Asoratlari: kuyishlar, shok, o‘pka shishi, miya shishi, buyrak yetishmovchiligi, to‘qimalar nekrozi, yurak va nafas to‘xtashi.

Shoshilinch holat va hamshiralik parvarishi:

1. Zaharlovchi modda kirishini to‘xtatish.
2. Organizmdan zaharli moddani chiqib ketishini tezlashtirish.
3. Kirgan toksik modda ta’sirini yumshatish va umumiy ahvolni kuzatib borish.
4. Peroral zaharlanganda sun’iy qusish chaqirish. Oshqozonni yuvish.

Hasharotlar va ilon chaqishi

It tishlashi. Quturish – bu faqat itlar va hayvonlar kasalligi, balki odam va hamma kichik hayvonlarni kasalligi. Samarali davolash usullari yo‘q. Nevrologik simptomlar bilan namoyon bo‘ladi, deyarli 100% o‘lim bilan tugaydi, xavfli zoonoz kasallik, sababchisi quturish virusi hisoblanadi.

Ayniqsa bosh va yuzdan tishlash tishlangan joy miya nervlariga yaqin joylashgani uchun xavfli hisoblanadi.

Bundan tashqari, prodromal davrida (2-10 kun) tishlangan joyda qichishish va isib ketish hissi kuzatiladi. Keyingi o‘tkir davrida quturish simptomi, qo‘zg‘alish, falajlik, alahsirash kabi nevrologik simptomlar kuzatiladi. 27 kundan keyin komatoz holatga va nafas buzilishiga o‘tadi va o‘lim kelib chiqadi.

Nevrologik simptomlarsiz kechganda falajlik butun tanani (paralitik shakli) egallaydi, bu asosan ko‘rshapalak tishlaganda kuzatiladi va kasallanish davri o‘limgacha uzoq.

Chayon chaqishi. Chayonlar tunda faol bo‘ladi, lekin bolalar kunduzgi yashiringan joyidan topib o‘ynaganda chayon chaqishi mumkin. Chaqqan joy kuchli og‘riydi, og‘riq nerv stvollari bo‘ylab 30-60 daqiqada tarqaladi. Limfangit, limfadenit kelib chiqadi. Chaqqandan 1 soat o‘tgach yutish, nutq buziladi, bosh og‘rig‘i, nafas siqishi, yurak urib ketishi, terlash, qorinda og‘riq, ko‘ngil aynishi kuzatiladi. Umumiy bezovtalik MNS buzilishi

Narkulov Jakhangir

bilan almashinadi. Og‘ir hollarda kollaps, paralich va o‘tkir yurak-tomir yetishmovchiligidan o‘lim kelib chiqishi mumkin.

Shoshilinch yordam: Bolalarda bu holat kuzatilganda antibiotiklardan foydalaniladi. Yotoq tartibiga rioya qilinadi va 8-12 soat mobaynida ovqat iste’mol qilinmaydi. Og‘riqni qoldirish uchun jarohat yuzasiga muz kubigi qo‘yiladi. Umumiy isitish qo‘llaniladi, glyukokortikoidlar, atropin yuboriladi, tishlangan joyga 1% li novokain yuboriladi.

Qoraqurt chaqishi. Chaqqanda yaqqol ko‘rinadigan mushaklar kuchsizligi, yurish o‘zgarishi, ataksiya, mushaklar titrashi, butun tanaga tarqaluvchi (bo‘g‘imlar, bel, qorinda) va 2-3 kun davom etuvchi o‘tkir kuydiruvchi og‘riq bilan namoyon bo‘ladi. Mahalliy kuchsiz reaksiya. Ko‘proq umumiy reaksiya - kuchli holsizlik va og‘riq namoyon bo‘ladi. Chaqish kuchli ruhiy buzilishlar, tonik va klonik talvasalar bilan kuzatiladi; ko‘krak qafasi mushaklari tortishishlaridan nafas siqishi va o‘limdan qo‘rqish kelib chiqadi. Qorin mushaklari taranglashgan qo‘l barmoqlari buralgan. Sfinkter spazmi bilan bog‘liq siyish qiyinlashadi. Hansirash, yurak urib ketishi, nafas ritmi buzilishi, bosh aylanishi, qaltirash, terlash, ko‘ngil aynishi, yuz qizargan, gapirish qiyin. Qorachiq reaksiyasi buzilishi, ko‘rish buzilishi, qovoqlar shishi va ptoz aniqlanadi. Arterial bosim oshgan. Siydik tahlilida –proteinuriya, eritrosituriya. 3-4 kunda harorat 38°C gacha ko‘tariladi, terida toshma paydo bo‘ladi.

Shoshilinch yordam:

1. Antibiotiklar fiziologik eritmada eritilib in’eksiya qilinadi.
2. Talvasani bartaraf qilish uchun grelka yordamida isitiladi, kompress, vannalar qilinadi.
3. Og‘riq qoldiruvchilar, spazmolitiklar.
4. Og‘ir hollarda bemorni SNO ga ulanadi miorelaksantlardan foydalaniladi, antigistamin preparatlardan, glyukokortikoidlar va boshqalardan foydalaniladi. Yurak-tomir funksiyasini quvvatlab turiladi.

Ari va asalari chaqishi. Chaqqanda o‘tkir achituvchi, bir necha soatlar davom etuvchi og‘riq kuzatiladi. Chaqqan joyda og‘riq, qizarish va shish aniqlanadi.

Chaqish og‘irligi zaharga individual sezuvchanlikka bog‘liq: bitta chaqqanda yengil fraksiyasidan anafilaktik shokkacha reaksiya kuzatilishi mumkin. Og‘ir hollarda yurak urib ketishi,

Narkulov Jakhangir

taxikardiya, hansirash, oyoq-qo‘llar sovqotishi, teri oqarishi kuzatiladi. Kuchli og‘riq tufayli bezovtalik kelib chiqadi. talvasalar, ko‘rish buzilishi, astmatik nafas xuruji kelib chiqishi mumkin. O‘lim anafilaktik shokdan yoki nafas markazi falajidan kelib chiqishi mumkin.

Shoshilinch yordam:

1. Ari nishini olib tashlash. Bevosita zaharni siqib tashlash (barmoqlar bilan siqqanda ajraladi), suv bilan yuvib sovutiladi.

2. Chaqqan joyga kompress (borat kislotasi, mentol eritmasi bilan), sovuq vannalar.

3. Mushak orasiga − dimedrol, pipolfen, seduksen, kalsiy preparatlari.

Zaharli ilon chaqishi

Zaharli ilonlar ikki guruhga bo‘linadi:

1-guruh − gadyuk va chuqurcha boshlilar.

2-guruh − aspidlar va dengiz ilonlari.

Gadyuklar va chuqurchaboshli ilonlar zahari gemorragik zaharlarga kiradi. Zahar oqsilni eritadi, tomirlar to‘qimasini zararlaydi. Shuning uchun chaqqanda birdaniga kuchli og‘riq kelib chiqadi, ichki qon ketish kuchayadi. Qon ketishi hisobiga zararlangan joy shishadi, o‘tkir hollarda qon aylanishi buzilishi hisobiga mushak hujayralari nekrozi kelib chiqadi va zararlanish kuchayadi. Kech o‘tkazilgan tozalash hamda chaqqan joy sohasiga, zahar miqdoriga qarab buyrak va qon aylanish a’zolarida zararlanish tarqaladi, og‘ir hollarda o‘lim kuzatiladi.

Aspidlar va dengiz ilonlari zahari neyrotoksin tutadi, ular chaqqandan keyin nervlarni falajlaydi, odam harakat qilolmaydi. Chaqqandan so‘ng simptomlar: uvishishi, harakat falajligi va sezishni yo‘qotish, nafas qiyinlashishi. O‘lim hollari gemorragik zahardan kelib chiqadi. O‘lim xavfi neyrotoksik zahar tushganda yuqori, lekin gemorragik zahar tushganda o‘lim xavfi past bo‘lsa ham natijasi xavfli.

Shoshilinch holat va hamshiralik parvarishi:

1. Gorizontal holatda to‘liq tinchlik yaratish va issiq ushlash.

2. Jarohat sohasida yurakka yaqin joyga jgut bog‘lash.

3. Chaqqandan song darhol jarohatdan zaharni so‘rib tashlash.

4. Jarohat teshigini muzlatish, zaharni organizmga so‘rilishini sekinlatish.

Narkulov Jakhangir

5. Iloji boricha tez yaqin orada joylashgan kasalxona muassasasiga olib borish.

7.6. Gipertermik sindromda, talvasada bolalarga va ularning oilalariga hamshiralik parvarishi

Gipertermik sindrom ichki issiqlik ishlab chiqarish va tana yuzasining issiq ajratishi hisobiga tana harorati oshishi kuzatiladi. Issiqlik ishlab chiqarish va issiqlik ajratish gipotalamusdagi issiqlik markazi tomonidan regulatsiya qilinadi. Lekin issiqlikni boshqarish markaziga pirogen moddalar ta'sirida (patogen qo'zg'atuvchilar, gematologik kasalliklar, allergiya va b.)issiqlikni ajralishi buziladi, issiqlikni tarqatish kamayishi (issiqlikni ushlab turish), qaltirash va titrash hisobiga issiqlik ishlab chiqarish oshishi kuzatiladi. Shunday qilib, tana harorati normal darajaga oshadi normada (36-37°C).

Bolalarda tana haroratining oshish darajasiga qarab quyidagi turlari ajratiladi:

Subfebril harorat – 37-37,5°C; febril – o'rtacha harorat 38-38,9°C, gipertermik – 39°C va yuqori.

Bolalarda isitmaning ko'p uchraydigan sabablari quyidagilar hisoblanadi:

1. Infeksion-toksik holatlar.
2. Og'ir metabolik buzilishlar.
3. Isib ketish.
4. Posttransfuzion holatlar, allergik reaksiyalar.
5. Dori moddalarni yuborish bilan va farmakologik ta'sirlari bilan bog'liq sabablar.
6. Endokrin buzilishlar.
7. Bosh miya o'smasi va miya ichiga qon quyilishi hisobiga termoregulatsiya markazining buzilishi (markaziy tipdagi isitma).

Gipertermik sindrom isitmaning patologik varianti bo'lib hisoblanadi, bunda tana haroratining tez va noadekvat ko'tarilishi, mikrosirkulatsiya buzilishi, metabolik o'zgarishlar va hayot uchun muhim a'zo va sistemalarning funksiyasi buzilishi bilan birga kuzatiladi.

Klinik tashxisi:

Narkulov Jakhangir

Bolada tashxis jarayonida isitma bilan farq qiluvchi «qizil» va «oq» gipertermiyani ajratish hamda sabablarini aniqlash kerak.

Qizil gipertermiya (issiq urishi): Yuqori harorat va namlikni kamayishi hisobiga yutiladigan issiqlik hajmi oshadi va tana harorati ko‘tariladi va issiqlikni berish (issiqlikni ushlab qolish) pasayishi holati kuzatiladi. Gipotalamusda issiqlikni boshqarish markazining funksiyasi buziladi va ter ajratish to‘xtaydi.

Issiqlik ajratishning birdan pasayishi bilan tana harorati ko‘tariladi, agar harorat 42°C gacha oshsa hujayralar buzilishi, MNS, buyraklar, jigar, yurakda o‘zgarishlar va ko‘p a’zolar yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. O‘lim kelib chiqish xavfi yuqori.

Oq gipertermiya (issiqlik kamayishi, issiqlik talvasasi). Issiqlik kamayishi – bu ko‘p terlash tufayli suyuqlik va tuz miqdorining kamayishi bo‘lib, yoz oylarida harorat yuqori bo‘lganda suvsizlanish bilan xarakterlanadi.

Issiqlik talvasasi – ko‘p terlash va tuzni kam iste’mol qilish natijasida qonda tuzlarning kamayib ketishidan mushaklarning og‘riqli talvasasimon qisqarish holati. **Gipertermiyada shoshilinch yordam va davolash:**

Simptomlari, davolash va hamshiralik parvarishi, shoshilinch yordam

	Issiq urishi	Issiqlik kamayishi	Issiqlik talvasalari
Tana harorati	40-42°C (rektal harorat 40°C dan yuqori)	-normal yoki biroz oshgan	* Issiqlik kamayishi punkti bilan bir xil
Kuzatiladi-gan simptomlar	-butun tanadan ter ajralishi - ter ajralishining birdan to‘xtashi -bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, holsizlik	-bosh aylanishi, bosh og‘rishi, ko‘ngil aynishi, charchash hissi, ishtaha yo‘qolishi	* Issiqlik kamayishi punkti bilan bir xil

Narkulov Jakhangir

Teri simptomlari	-quruq «issiq» -dastlab qizil rangda keyin kul rang -ter ajralishining to‘xtashi	-rangpar va nam -ter ajralishi, sovuq ter	-oqargan - uzoq vaqt ko‘p terlash
Hush holati, nevrologik simptomlar va b.	-hushning buzilishi, uvishish, koma -talvasa, harakat ataksiyasi, kuchsiz falajlik, markaziy asab tizimining boshqa belgilari	-hushning vaqtinchalik buzilishi -uyquchanlik	-hushi joyida -mushak og‘riqlari va talvasali harakatlar
Shoshilinch holat va hamshiralik parvarishi	1. Bola kiyimlarini yechish. 2. Bolani chalqanchasiga yotqizish, boshini pastroq, oyoqlarini yuqoriroq qo‘yish. 3. Spirt bilan artish, ventilatordan foydalanib bolani sovutish (bundan tashqari bo‘yniga, qo‘ltiq ostiga, chov sohasiga, yirik qon tomirlar	1. Salqin joyda bola yotqiziladi, izotonik ichimlik yoki suv ichishga beriladi. Masalan: bolani daraxt soyasiga olinadi, kiyimlari yechiladi, suv purkalib tana harorati tushiriladi. Bundan tashqari og‘izga suv olinib bolaning butun tanasiga purkash yoki nam sochiq qo‘yish mumkin.	* Issiqlik kamayishi punkti bilan bir xil. Fiziologik eritma yuborish (0, 9 % li) (shoshilinch yordamda tuzli suv ichiriladi)

Narkulov Jakhangir

	sohasiga muzli xalta qo‘yish) * o‘lim xavfi bo‘lgan shoshilinch hollarda bemor tana haroratini tushirish bilan bir vaqtda intensiv terapiya ko‘rsata oladigan kasalxonaga olib borish kerak.	2. Agar ko‘ngil aynishi tufayli suyuqlik ichirish qiyin kechsa tomchilab yoborishga to‘g‘ri keladi.	

Profilaktika choralari:

1. Havoni yaxshi o‘tkazuvchi kiyim kiyish.
2. Ko‘p syuqlik ichish, tuz balansini ta’minlashni buyurish.
3. Ko‘krak yoshidagi bolani yuqori havo harorati sharoitida qoldirmaslik kerak.

Talvasa – tananing ma’lum qismi mushaklarining (skelet mushaklarining) o‘z-o‘zidan xurujsimon qisqarish holati. Talvasalar harakat nervi qo‘zg‘algan sohasiga bo‘gliq qisqarishlar joylashishiga qarab har xil bo‘lishi mumkin.

Davomli kuchli qisqarishlar tonik, regulyar takrorlanib turuvchi qisqarishlar klonik talvasalar deb ataladi. Talvasa kelib chiqishi sabablari har xil kasalliklar bo‘lishi mumkin. Hamda bola yoshi ham talvasalar kelib chiqish chastotasiga ta’sir qiladi. Chaqaloqlik davridan maktab yoshigacha davrda febril talvasalar, pubertat davrda asosiy qism isterik talvasalar kuzatilib bu yoshning ta’sirini ifodalaydi. Lekin talvasalar kelib chiqishida meningit va ensefalit kabi yuqumli kasalliklar turli yoshlarda bir xil kechadi.

Bolalarda talvasalarning ko‘p uchraydigan sabablari quyidagilar hisoblanadi:

1. Metabolik buzilishlar (qonda qand va kalsiyning kam miqdori).

Narkulov Jakhangir

2. Infeksion kasalliklar (meningit, ensefalitlar, Reye sindromi).

3. Tutqanoq.

4. Boshqalar (febril talvasalar, paroksizmal talvasalar, isterik talvasalar, giperventilatsion sindrom, kechasi qo‘rqishlar) kuzatiladi.

Chaqaloqlarda talvasalar. Talvasalar fonida gipoglikemiya, gipokalsemiya, kalla ichiga qon quyilishi va b. kabi og‘ir kasalliklar bo‘lishi mumkin.

Febril talvasalar. 5-6 yosh bolalarda talvasalarning sababi hisoblanadi.

Asosan birdan isitma ko‘tarilishida kelib chiqadi. Ko‘z olmasi tepaga qaraydi yoki bir nuqtada qotib qoladi, oyoq-qo‘llarida toniko-klonik talvasalari kuzatiladi.

Paroksizmal talvasalar. Asosan 6 oylikdan bir yarim yoshgacha bolalarda kuzatiladi. Bunda isitma kuzatilmaydi. Og‘riq va jahli tufayli kuchli yig‘lash nafas to‘xtashi sababli lablar sianoziga, xotirani yo‘qotishga, toniko-klonik talvasalarga sabab bo‘lishi mumkin. Odatda simptomlar maktabgacha yoshda yo‘qoladi.

Yuqumli kasalliklar natijasida kelib chiqadigan talvasalar. Kelib chiqishining foizli yuqori va prognoz nuqtayi nazaridan katta e’tibor talab qiladi. Talvasalar meningit, ensefalit va boshqa yuqumli kasalliklardan so‘ng kelib chiqadi.

Meningit bosh va orqa miya suyuqligiga kasallik chaqiruvchi organizmlar tushishidan kelib chiqadi va isitma, meningial simptomlar (bosh og‘rishi, qusish) ensa rigidligining oshishi kabi meningial simptomlar bilan kuzatiladi.

Agar isitmadan va talvasa xurujidan keyin hush buzilishi davom etsa bunda ensefalit deb taxmin qilinadi.

Shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi:

1. Nafas holatini kuzatish uchun siqib turgan kiyimlarini va yoqasini yechish.

2. Qulay holda yotqizish.

3. Talvasa davomiyligi vaqtini o‘lchash.

Agar xuruj 10 daqiqadan ko‘p davom etsa tez yordam chaqirish zarur.

Narkulov Jakhangir

Agar 10 daqiqagacha davom etsa bosh miyadagi buzilishlar unchalik sezilarli bo‘lmasada, lekin sabablarini aniqlash uchun tekshiruvdan o‘tish lozim.

4. Talvasa xurujini tarqalishini qarash (umumiy, lokal)

Agar talvasa xuruji butun tana bo‘ylab kuzatilsa, qusuq massalari tiqilib qolmasligi uchun bemor yuzini yonga qaratish kerak.

5.Tilini chaynab yubormasligi uchun til ildizini bosish.

6. Hush holatini aniqlash.

Dastlab shifokorni chaqiriladi, agar javob bo‘lmasa, mushtni ko‘krakka bosib og‘riq turtkisi beriladi.

7. Talvasadan so‘nggi kuzatiladigan holatlar.

- Falajlik, ko‘ngil aynishi, bosh og‘rishi, uyquchanlik holatlar.

Talvasa bilan kuzatiladigan kasalliklar prognozi yuqoridagi punktlarda ko‘rsatilgan kabi davolashga bog‘liq, keyin darhol klinikaga murojaat qilish zarur.

VII bob UCHUN NAZORAT SAVOLLARI

1. O‘tkir nafas-yurak qon tomir yetishmovchiligi deganda nimani tushunasiz?
2. Bronxial astma xurujida shoshilinch yordam.
3. Nafas yo‘llarida yod moddalar bo‘lganda yordam berish usullari.
4. Obmork nima, keltirib chiqaruvchi sabablarini ayting?
5. Eshak yemda shoshilinch yordam ko‘rsatishni aytib bering.
6. Anafilaktik shokda shoshilinch yordamni bilasizmi?
7. Gipoglikemik va giperglikemik komalarda shoshilinch yordam ko‘rsatishni ayting.
8. Shok nima, uning qanday turlarini bilasiz?
9. Kuyishda terining o‘zgarishi necha darajaga bo‘linadi?
10. Sovuq urganda qanday yordam ko‘rsatasiz?
11. Zaharlanish turlarini aytib bering.
12. It tishlaganda qanday yordam ko‘rsatasiz?
13. Zaharli ilon chaqqanda qanday yordam ko‘rsatishni ayting?

Narkulov Jakhangir

AMALIY QISM

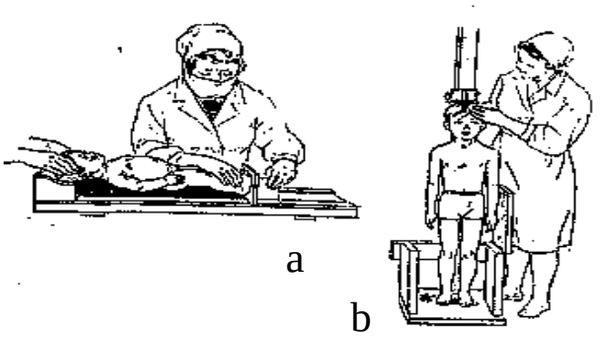
BOLALARNING O‘SISHI VA RIVOJLANISHI, PARVARISH QILISHGA DOIR AMALIY KO‘NIKMALAR

Antropometriya – bolaning jismoniy rivojlanganligini tanasini o‘lchash yo‘li bilan aniqlashdir. Hamshira bo‘y va ko‘krak aylanasini o‘lchaydi. Eng oddiy antropometrik tekshirishlarni ham tibbiyot hamshiralari (statsionarlarda, poliklinikalarda, sanatoriylarda, dam olish uylarida) o‘tkazadilar.

1.1. Bolaning bo‘yini o‘lchash

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: bo‘y o‘lchagich, xlorli ohakning 1% li eritmasi, 96% li spirt.
3. Bolaga oyoq kiyimini yechish taklif qilinadi.
4. Bo‘y o‘lchagichning plankasi shkala bo‘yicha yuqoriga ko‘tariladi.
5. Bolani 4 nuqtasi (tovonlari, dumbalari, kuraklari, ensasi) bilan tegadigan qilib qo‘yiladi.
6. Plankani ohista bemor boshigacha tushiriladi va shkalada belgi qoldiriladi.
7. Olingan natija kasallik tarixiga yozib qo‘yiladi.
8. Bo‘y o‘lchagichga ishlov beriladi. Yoshiga yetmagan bolalar uchun gorizontal rostometr (bo‘y o‘lchagich) qo‘llaniladi. Bola boshi rostometrning bosh tomoniga zich taqalib turadigan qilib yotqiziladi, bolaning boshini onasi yoki xodimlardan biror kishi shu holda ushlab turadi. Tibbiyot hamshirasi bolaning tizzalarini ohista bosib, oyoqlarini rostlaydi va shu vaqtda surma tagligini oyoq panjasiga surib keladi. Rostometrning shu tagligi bilan bosh tomoni orasidagi masofa bolaning bo‘yini ko‘rsatib beradi (biriktirib qo‘yilgan santimetr lentasiga qarab aniqlanadi) (9-rasm).

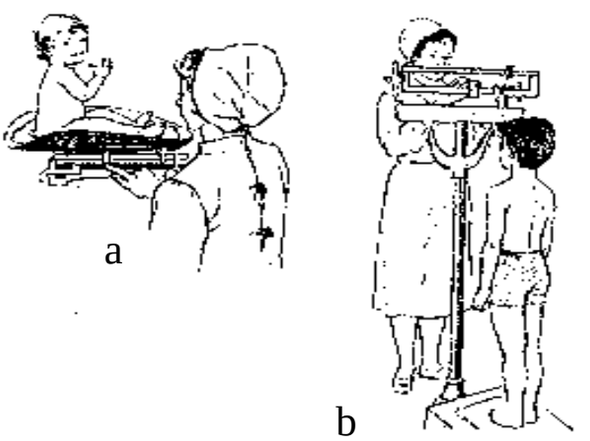
Narkulov Jakhangir



9-rasm. *Bolaning bo‘yini o‘lchash: a – gorizontal boy o‘ichagichda; b – vertikal bo‘y o‘lchagichda.*

1.2. Tana og‘irligini o‘lchash

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: tarozi, xlorli ohakning 1% li eritmasi, 96 % li spirt.
3. Tarozidagi ilgak ochib qo‘yiladi.
4. Tarozi sozlanadi.
5. Bolaga tarozi maydonchasi o‘rtasiga turishni taklif qilinadi.
6. Tarozi sozlanadi.
7. Olingan natija kasallik tarixiga yozib qo‘yiladi.
8. Tarozi maydonchasiga ishlov beriladi. Go‘dak bolalarni maxsus bolalar tarozisida, yaxshisi, emizishdan avvalgi ertalabki soatlarda tortiladi (10-rasm). Bolani tortilayotgan mahalda tagiga iliq yo‘rgak solish, tarozining pallasini har kuni sovunlab yuvib qo‘yish va tarozining holati hamda ko‘rsatishlarining to‘g‘riligini sinchiklab kuzatib borish kerak.



10-rasm. *Bolaning vaznini aniqlash: a – gorizontal (pallali) tarozida; b – tibbiy tarozida.*

Narkulov Jakhangir

1.3. Ko‘krak aylanasini o‘lchash

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: santimetrli lenta, xlorli ohakning 1% li eritmasi, 96% li spirt.
3. Bolaga ust kiyimini yechish taklif qilinadi.
4. Santimetrli lentani olib orqadan kurak suyaklari ostidan, oldindan ko‘krak bezining so‘rg‘ichlari orqali aylantiriladi.
5. Olingan natija kasallik tarixiga yozib qo‘yiladi.
6. Santimetrli lentaga ishlov beriladi (11-rasm).

11-rasm. *Ko‘krak aylanasini o‘lchash: a – katta yoshli bolalarda; b – emizikli bolalarda.*

1.4. Bosh aylanasini o‘lchash

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: santimetrli lenta, xlorli ohakning 1% li eritmasi, 96% li spirt.
3. Bolaning bosh kiyimi yechiladi.
4. Santimetrli lenta bilan bola bosh aylanasi o‘lchanadi: orqadan ensa do‘ngliklari, oldindan qosh usti do‘ngliklari qamrab olinadi (12-rasm).
5. Olingan natija kasallik tarixiga yozib qo‘yiladi.
6. Santimetrli lentaga ishlov beriladi.

12-rasm. *Bosh aylanasini o‘lchash.*

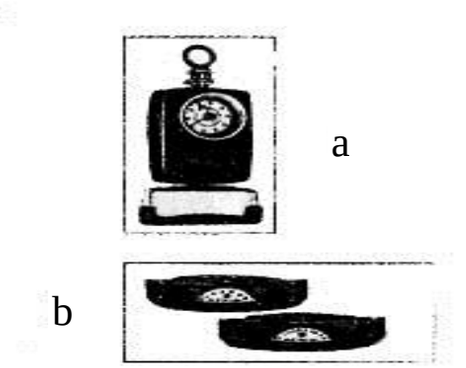
Narkulov Jakhangir

1.5. O‘pkaning tiriklik sig‘imini aniqlash

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: spirometr, 96% li spirt.
3. Spirometr mundshtugiga 96% li spirt eritmasi bilan ishlov beriladi.
4. Bolaga chuqur nafas olishdan keyin nafasni spirometrga chiqarish taklif qilinadi.
5. Spirometr ko‘rsatkichi qayd qilinadi va kasallik tarixiga yozib qo‘yiladi.
6. Spirometr mundshtugiga 96% li spirt eritmasi bilan ishlov beriladi.

1.6. Muskul kuchini o‘lchash

Muskul kuchi – dinamometr asbobida, ko‘pincha katta yoshdagi bolalarda qo‘l va oyoqlarda alohida o‘lchanadi (13-rasm).



13-rasm. *Dinamometrlar: a – oyoqlar uchun; b – qo‘llar uchun.*

1.7. Bolaning terisini baholash

Hamshira oldin qo‘llarini yuvib, quritib va isitib olgach, imkon qadar issiq xonada bolaning terisini ko‘zdan kechirishi kerak. Bola yalang‘och qilib yechintiriladi, kattaroq bolalar esa bundan xijolat bo‘lib tortinishi mumkin, shuning uchun ularni navbati bilan yechintiriladi. Kichik bolalar odatda yo‘rgaklash stolida ko‘zdan kechiriladi. Bordi-yu, bola yig‘lab xarxasha qiladigan bo‘lsa, unga rangdor o‘yinchoqlar berish va muloyim

Narkulov Jakhangir

gapirish bilan ovutishga harakat qilinadi, shundan keyingina uni ko‘zdan kechirishga o‘tiladi.

Bola terisining holatiga baho berishda quyidagilar aniqlanadi:

1. Rangi.
2. Namligi.
3. Tozaligi.
4. Elastikligi.
5. Turgori.

1. Sog‘lom bolalarning terisi nimpushti rangda, baxmalday mayin, tekis bo‘ladi. Ba’zi bir bolalarning terisi bug‘doyrang bo‘lishi, oftobda qoraygan joylar ko‘rinib turishi mumkin. Teri rangi o‘zgarib turishi (sianoz - ko‘karinqiraganlik, qizarishlik, sarg‘aygan bo‘lishi) bolaning biror-bir dardga chalinganligidan guvohlik beradi.

2. Ter bezlarining yetarli darajada rivojlanmaganligi oqibatida bolaning terisi bir qadar quruq bo‘ladi. Terining ortiq darajada nam bo‘lishi ayrim kasalliklarda, bola issiqlab qolganda, chopib yoki o‘ynab kelgandan so‘ng bo‘lishi mumkin.

3. Terining tozaligini aniqlashda, albatta, bolani yalang‘och qilib yechintirib, terisi yaxshilab ko‘zdan kechiriladi, chunki toshmalarning ba’zi elementlari, ko‘chib tushishlar, qon quyilishlar kiyimlar ostida ko‘rinmay qolishi mumkin.

4. Terisining elastikligini o‘ng qo‘lning katta va ko‘rsatkich barmoqlari bilan bolaning qornidagi teri burmalarini ushlab ko‘rib aniqlanadi. Teri normal, elastik bo‘lsa, barmoqlar bilan ushlab paydo qilingan burma qo‘yib yuborilgan zahotiyoq qayta o‘z holiga tiklanadi. Bordi-yu, terining elastikligi yo‘qolgan bo‘lsa, hosil qilingan burma sekinlik bilan yoziladi.

5. Terining turgori – bu teri va barcha mushak to‘qimalarni barmoqlar bilan bosib ko‘rilganda seziladigan qarshilik. Turgor yelka yoki son sohasida aniqlanadi.

1.8. Teriosti yog‘ qatlamini baholash

Teriosti yog‘ qavati qalinligi hammavaqt bir joydan – qorin devoridan, ya’ni yonboshdan (kindik to‘g‘risidan) yoki ko‘krakdan (qovurg‘alarning quyi chetidan) o‘lchab baholanadi. Teriosti qatlamini o‘ng qo‘lning bosh va ko‘rsatkich barmoqlari bilan paydo qilingan burmaning qalinligini ushlab ko‘rib

Narkulov Jakhangir

aniqlanadi. Barmoqlarga ilingan burmalarning yo‘g‘onligiga qarab tanadagi yog‘ning normal, ortiqcha yoki kamligi haqida xulosa chiqariladi. Yig‘ilgan yog‘ normal bo‘lganda burmaning yo‘g‘onligi 1-1, 5 sm, kam, ya’ni yetarli bo‘lmaganda 1 sm, ortiqcha bo‘lganda esa 2-3 sm va undan ko‘p bo‘ladi.

Bazi bir kasalliklar vaqtida bola to‘yib ovqatlanmaganda, teriosti yog‘ qavati kamayib ketadi. Yog‘ning ortiqcha yig‘ilishi ortiq darajada ko‘p ovqat berilganda, kam harakat qilinganda va shuningdek, moddalar almashinuvi buzilganda paydo bo‘ladi.

1.9. Shilliq pardalarni baholash

Sog‘lom bolalarning shilliq pardalari pushti rangda, toza, silliq va yuzasi nam bo‘ladi. Ko‘z shilliq pardasi (konyunktiva) ni ko‘zdan kechirish uchun quyi qovoq pastga tortib turib ko‘riladi.

Og‘iz shilliq pardasi shpatel yordamida ko‘zdan kechirilishi va buning bolaga yoqmasligini hisobga olib uni tekshirishning oxirida bajargan ma’qul. Bunda lunj, milk, til, shuningdek, bodomcha bezlarning shilliq pardalari diqqat bilan ko‘zdan kechiriladi va baholanadi. Og‘iz shilliq pardalarining oqargan yoki qizargan bo‘lishi, quruqshab turishi, chaqalashganligi, har xil karash bog‘lashi va qon quyilish belgilarining aniqlanishi bolada qandaydir kasallik borligidan darak beradi.

Tili toza, pushti rang, nam, so‘rg‘ichlari sezilarli darajada bo‘rtgan bo‘lishi kerak. Bola ekssudativ diatez bilan og‘riganda ko‘pincha «geograflk til» deb ataluvchi belgi - shakli noto‘g‘ri, yo‘1-yo‘l oqish, xuddi geografik xaritani eslatuvchi dog‘lar paydo bo‘ladi. Emizikli bolalarda og‘iz shilliq pardasining zamburug‘li yallig‘lanishida butun og‘iz shilliq pardasi, til va tanglayni oq qattiqsimon karash qoplaydi. Me'da-ichak yo‘li va isitmali kasalliklarda esa tilni kulrang namroq karash qoplaydi.

1.10. Suyak tizimini baholash

Bolaning suyak tizimiga baho berish uchun uning kalla suyagi paypaslab ko‘riladi, shuningdek, ko‘krak qafasi, umurtqa pog‘onasi, qo‘1-oyoqlari va tishlari ko‘zdan kechiriladi.

Narkulov Jakhangir

Boshini ko‘zdan kechirayotganda uning shakliga, o‘lchamiga e'tibor beriladi. Emadigan yoshdagi bolalarning boshi nisbatan katta, shakli yumaloq bo‘ladi. Kichik yoshdagi bolalarning boshini yaxshilab paypaslab ko‘rib, liqildoqlari, choklarining holatiga, katta-kichikligiga, suyaklarining qattiqligiga ahamiyat beriladi. Boshi bir yo‘la ikki qo‘l bilan paypaslab ko‘riladi, bunda bosh barmoqlar peshonaga, kaftlar esa bosh chekkalariga qo‘yiladi. Gumbaz va ensa suyaklari, liqildoqlar, liqildoqlarning chetlari o‘rta va ko‘rsatkich barmoqlar bilan tekshirib ko‘riladi, bular sog‘lom bolalarda qattiqroq bo‘ladi. Normada liqildoq sohasidagi to‘qimalarda tomir urishi sezilib turadi, bola chinqirganda esa biroz ko‘tariladi.

Ko‘krak qafasini ko‘zdan kechirayotganda uning shakli, simmetrikligi, qovurg‘alarning to‘sh suyagiga va umurtqa pog‘onasiga nisbatan joylashganligi ko‘rib chiqiladi. Hayotining dastlabki oyini yashab kelayotgan bolalarning ko‘krak qafasi qisqa, kesik va konus shaklida bo‘ladi. Qovurg‘alar gorizontal joylashgan bo‘ladi. Yoshiga yaqinlashgach, ko‘krak qafasi uzunlashib cho‘ziladi, qovurg‘alarning fiziologik tushishi paydo bo‘ladi.

Umurtqa pog‘onasi ko‘zdan kechirilayotganda, unda bukilmalar bor-yo‘qligi, bolaning qaddi-qomati, umurtqa pog‘onasida bo‘lishi mumkin bo‘lgan fiziologik qiyshayishlar bor-yo‘qligi ko‘rib chiqiladi. Umurtqa pog‘onasidagi fiziologik qiyshayishlar boladagi yangi harakat ko‘nikmalari paydo bo‘lishi va takomillashishi natijasida paydo bo‘lib boradi. Chunonchi, bola boshini ushlay boshlashi bilan bo‘yin egilmasi, 6 oyga to‘lib, bola o‘tira boshlashi bilan ko‘krak egilmasi, bola yura boshlashi bilan esa, ya’ni yoshiga to‘lganda bel umurtqasidagi egilma paydo bo‘ladi.

Bolaning qomati uning tuzilishiga, kun tartibiga va parvarishning qanday tashkil qilinishiga bog‘liq. Sog‘lom, to‘laligi normal, qaddi-qomati to‘g‘ri rivojlangan bolaning kuraklari ko‘krak qafasiga tutashib turadi, umurtqa pog‘onasida esa faqatgina fiziologik qayrilishlar bo‘ladi. Ayrim parvarishdagi nuqsonlar va harakat ko‘nikmalarini erta, majburiy ravishda bolaga singdirish natijasida umurtqa pog‘onasida turli xil patologik qiyshayishlar, ko‘pincha belda lordoz – oldiga chiqib ketish, ko‘krakda kifoz – orqaga chiqib ketish va skolioz –

Narkulov Jakhangir

umurtqa pog‘onasining yonga qiyshayishi, ko‘p hollarda ko‘krak bo‘limida kelib chiqadi.

Bolaning oyoq-qo‘l suyaklari tekshirilganda ularning tuzilishiga, uzunligiga e'tibor beriladi. Bolaning raxit bilan kasallanishi natijasida oyoqlar «O» yoki «X» harfi shaklida qiyshayib qoladi. Ayrim bolalarda ko‘pincha tuyapaypoqlik (yassi oyoqlik) uchraydi. Buni aniqlash uchun bolaning paypog‘ini yechib, oyog‘ini tekis yuzaga qo‘yiladi. Bolaning oyog‘i yassi bo‘lsa, oyoq kafti yerga bir tekis tegib turadi. Bo‘g‘imlarni tekshirganda ularni shakli, harakatchanligi aniqlanadi.

Bola qaddi-qomatining to‘g‘ri rivojlanishida milliy xususiyatlari-mizdan kelib chiqqan holda bola parvarishida qo‘llaniladigan beshik haqida ham qisqa to‘xtalib o‘tishni lozim topdik. Haqiqatan ham beshik qadimdan bola qomatinining chiroyli bo‘lishi, to‘g‘ri rivojlanishi, toza saqlanishida muhim o‘rin egallab kelgan. Lekin hamma narsaning ham me'yorda bo‘lishini hisobga oladigan bo‘lsak, ayrim onalarning beshikdan noto‘g‘ri foydalanishlari, bolani haddan ziyod beshikda qoldirishlari natijasida suyaklarning normal rivojlanishiga to‘sqinliklar paydo bo‘lmoqda va bola qaddi-qomatining buzilish hollari kelib chiqmoqda. Bolalar tishlarini ko‘zdan kechirayotganda ularning soni, shakli va katta-kichikligi, joylashishi, yuqori va pastki tishlarning o‘zaro munosabati (prikus) aniqlanadi. Bola 5-6 oylik bo‘lganida dastlab pastki oldingi kesuvchi tishlar chiqa boshlaydi, shundan keyin muayyan bir tartib bilan birin-ketin boshqa tishlar ham ko‘rina boshlaydi. Bola ikki yoshga to‘lganida 20 ta sut tishi chiqib bo‘lishi kerak. Ikki yoshga to‘lgan bolaning nechta tishi chiqqanligini aniqlash uchun oy sonidan to‘rt soni olib tashlanadi. Masalan, 1, 5 yoshli bolada 18-4, ya’ni 14 ta tishi bo‘lishi kerak.

Bola 5 yoshga to‘lgach, sut tishlari o‘rniga doimiy tishlar chiqa boshlaydi, ular o‘zining kattaligi, sarg‘ish rangda bo‘lishi, chaynov yuzalarida do‘mboqchalar bo‘lishi bilan sut tishlaridan farq qiladi. Turli xil kasalliklarda, shuningdek, yomon odatlar – barmoqlarni so‘rish, so‘rg‘ichni uzoq vaqtgacha so‘rib yurish kabilar prikusning noto‘g‘ri bo‘lishi va tishlarning noto‘g‘ri joylashishiga olib keladi. Tish emalining buzilishi, kariyesning

Narkulov Jakhangir

juda barvaqt paydo bo‘lishi bolaning ayrim kasalliklari yoki uni noto‘g‘ri ovqatlantirishning oqibati bo‘lishi mumkin.

1.11. Muskul tizimini baholash

Muskul tizimini baholash uchun muskullarning kuchi va tonusi aniqlanadi. Katta yoshdagi bolalarning kuchi dinamometr asbobida o‘lchab aniqlanadi. Kichik yoshli bolalarning muskul kuchini esa taxminan, ya’ni bolaning biron bir harakat uchun sarflaydigan kuchi yoki o‘yinchoqlarni qancha vaqt ushlab tura olishiga qarab aniqlash mumkin. Muskul tonusi muskul to‘qimasini paypaslab ko‘rish bilan, shuningdek, passiv harakatlar vaqtidagi paydo bo‘ladigan qarshilikka qarab aniqlanadi.

Muskul tizimining normal rivojlanayotganligini boladagi harakat funksiyalarining o‘z vaqtida paydo bo‘layotganligiga, ya’ni uning o‘z vaqtida boshini tuta boshlashi, o‘tira olishi, emaklashi, oyoqqa turishi va yurib ketishiga qarab bilib olish mumkin.

1.12. Teri va shilliq pardalarni parvarish qilish

Bola terisi va shilliq pardalarini parvarish qilishda shaxsiy gigiyena qoidalari va ozodalikka qat’iy rioya qilish talab etiladi. Terini muntazam ravishda qunt qilib parvarish qilib borish kerak. Bunda bolani yoqimsiz ta’sirlanishlardan avaylashga katta e’tibor beriladi. Teri va shilliq pardalarni parvarishlash elementlariga quyidagilar kiradi:

1. Bolani yuvintirish.
2. Taglarini yuvish.
3. Teri burmalarini artib tozalash.
4. Tirnoqlarini kalta qilib olish.
5. Ko‘z, burun va quloqlarini tozalash.
6. Toza kiyimlar va o‘ziga loyiq poyabzallar kiydirish.

Tibbiyot hamshirasi yoki bolaning onasi nafaqat o‘zlari shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishlari, balki bolalarga gigiyenik malakalarni singdirishlari, avvalo ozodalikka talabchanlikka o‘rgatib borishlari lozim.

Narkulov Jakhangir

Bolalarni avval iliq suv bilan, keyinroq uy haroratidagi suv bilan yuqoridan oqizib turib yuvintiriladi. Bolani yuvintirishga xotirjamlik bilan qarashga, ijobiy munosabatda bo‘lishga o‘rgatish, iflos yurishga esa unda salbiy munosabatlar uyg‘otish (so‘z bilan, so‘z ohangi bilan), iflos yuz-qo‘llarini shu zahotiyoq yuvishga ko‘nikma hosil qilish juda zarur.

Chaqaloq va emizikli bolalarning tagi tez-tez yuvib turiladi. Ularning tagini yuvishda suv oqimi o‘g‘il bolalarda qaysi tomondan bo‘lishining farqi yo‘q, lekin qiz bolalarda siydik chiqarish kanalining kaltaligi va orqa chiqaruv teshigidan mikroblarni jinsiy a’zolariga tushib qolish xavfi kuchli bo‘lganligi uchun suv oqimi oldindan orqaga qarab yo‘naltirilishi lozim.

2 yoshdan boshlab bola mustaqil yuvina oladi. Kattalar uning yuvinishini kuzatib turishlari, sovunni qanday ishlatish kerakligini, yuz-qo‘llarini qanaqa qilib artish lozimligini, uning sochig‘i qayerda turishini ko‘rsatib berishlari kerak.

Bolani 1-2 yoshdan boshlab dastro‘molchadan mustaqil foydalanishga o‘rgatib borish lozim. 2 yoshdan boshlab bolalar, odatda, dastro‘molchasidan zaruriyat tug‘ilganda mustaqil foydalanadigan bo‘ladilar. Kiyimlarida albatta dastro‘molcha uchun cho‘ntak bo‘lishi kerak. Bolalarning tirnoqlari kichikroq, yaxshisi, yoy shakliga keltirilgan, uchlari qayrilgan qaychi bilan olinadi. Bolalar jamoasida foydalaniladigan qaychilarga ishlatishdan oldin spirt bilan ishlov beriladi. Bolaning tirnoqlarini olayotgan vaqtda tirnoqlar uning og‘ziga, burun va ko‘zlariga yoki to‘shagiga tushib qolishidan ehtiyot bo‘lish kerak. Bolaning kiyimi uning yoshiga, yil fasliga, kunning haroratiga, bola o‘lchami (razmeri) ga mos kelishi, havo o‘tkazadigan, issiqlik almashinuviga xalaqit bermaydigan, qulay bo‘lishi kerak. Kiyim-kechaklar chiroyli, rangi ochiq, gullar va rasmlar bilan bezatilgan bo‘lishi maqsadga muvofiq, chunki ular bolalarda yangidan-yangi taassurot uyg‘otadi va bolaning kayfiyatini ko‘taradi. Kiyimlar albatta doimo toza bo‘lishi, alohida saqlanishi va yuvilishi kerak. Bolaning choyshab va yostiq jildlari ham alohida bo‘lishi, ko‘pi bilan haftasiga bir marta yuvilib, tozasi bilan almashtirilishi lozim.

Bolaning poyabzali o‘zining o‘lchami (razmeri) ga qarab tanlanishi, katta ham, kichik ham bo‘lmasligi kerak. Yassi

Narkulov Jakhangir

oyoqlikning oldini olish maqsadida poyabzal tagiga qoplama, poshna urilgan bo‘lishi kerak. Bolani o‘zining poyabzallarini tozalash, quritishga o‘rgatish lozim. Bolalarning kiyim-kechaklari va poyabzallari oson kiyiladigan va tugmachalari tez taqiladigan bo‘lishi kerak.

1.13. Nafas organlari holatini baholash

Bolaga va uning oilasiga muolajaning maqsadi tushuntiriladi
Qo‘llar yuvilib quritiladi.

Tayyorlab qo‘yiladi: Fonendoskop, sekundomer, shpatel, tonometr, o‘quv gemogrammalari:

1. Ko‘ruv: yuz, ko‘krak qafasi, barmoqlar, tirnoqlar, hansirash borligini.
2. Palpatsiya: yuzaki va chuqur.
3. Perkussiya: tekshiruvchi va bolani to‘g‘ri joylashuvi, o‘pkalar solishtirma perkussiyasini o‘tkazish qoidalari (oldidan, yonidan, orqadan) va perkutor tovushlarni (o‘pkaning aniq, to‘mtoq, qisqargan, timpanik, qutichali).
4. Auskultatsiya: auskultatsiyaning umumiy qoidalari, nafas shovqinlari (vezikulyar, pueril, kuchsiz vezikulyar, bronxial), qo‘shimcha nafas shovqinlari-xirillashlar (qattiq, quruq, nam, krepitatsiya, plevraning ishqalanish shovqini).
5. Tomoqni ko‘ruvi: tomoqni ko‘ruvi qoidalari, bodomcha bezlari ko‘ruvida uning kattaligiga, yuzasining holatiga, konsistensiyasiga, shilliq qavat rangiga, chandiqlar yiringli parda va probkalar borligiga e’tibor beriladi.
6. Instrumental va funksional tekshirish usullari (rentgenografiya, rentgenoskopiya, o‘pkalar tiriklik sig‘imini o‘lchash, nafas chastotasi va xarakterini aniqlash).

1.14. Qon aylanish organlari holatini baholash

1. Ko‘ruv: o‘rinda joylashishi, teri va ko‘rinarli shilliq qavatlarning rangi, shishlar borligi, ko‘krak qafasi deformatsiyasi, ko‘rinarli pulsatsiyalar.
2. Palpatsiya: yurak sohasini, pulsni.

Narkulov Jakhangir

3. Perkussiya: yurak perkussiyasini o‘tkazish qoidalari, yurakning nisbiy to‘mtoqlik chegaralarini (o‘ng, chap, yuqori) aniqlash.

4. Auskultatsiya: yurak auskultatsiyasi nuqtalari (1-nuqta – mitral klapan- yurak uchi IV-V qovurg‘alar orasi, 2-nuqta – aorta II qovurg‘alar orasi to‘shning o‘ng cheti, 3-nuqta – o‘pka arteriyasi- II qovurg‘alar orasi to‘shning chap chetida, 4-nuqta – 3 tavaqali klapan- to‘shning 1/3 qismi to‘shning o‘ng chetida IV qovurg‘alar orasi. 5-nuqta – botkin nuqtasi- mitral klapan- III qovurg‘a orasi to‘shning chap chetida) auskultatsiya vaqtida I- II to‘nlarning balandligi, sistolik va diastolik shovqinlarni ularning funksional yoki organik xarakterdaligini aniqlagan holda borligi tekshiriladi.

5. Turli yoshdagi bolalarda A/B ni o‘lchash usullari va formula bilan aniqlash.

6. Bolalardagi EKGni tushunchalari va uning diagnostikadagi ahamiyati.

7. Yurak-qon tomirlar sistemasining funksional probalari.

1.15. Qon yaratish sistemasi holatini baholash

1. Ko‘ruv va palpatsiya: teri va ko‘rinarli shilliq qavatlarning rangi, qon quyilishlar, jigar va taloq kattalashishi, periferik limfatik bezlarning kattalashishi.

2. Laborator tekshirish usullari: umumiy qon analizi, qonning ivish sistemasini tekshirish (qon ketishning davomiyligi, qon ivishini vaqti, trombotsitlar soni)

3. Turli yoshdagi guruhlarda qon ko‘rsatkichlari bilan tanishtirish, o‘quv gemogrammalari bo‘yicha qon analizini natijalarini baholash.

1.16. Limfatik sistemaning holatini baholash

1. Bo‘yin, qo‘ltiq osti, tirsak, chov limfa bezlari. Limfa bezlarini ko‘ruvida ularning kattaligi, miqdori, ko‘ruv;

2. Palpatsiya: ensa, engak osti, jag‘ osti, old va orqa konsistensiyasi, harakatchanligi, teriga va atrofdagi to‘qimalarga bo‘lgan munosabati, sezgirligi aniqlanadi.

Narkulov Jakhangir

1.17. Ovqat hazm qilish a’zolarinig holatini baholash

Tayyorlab qo‘yiladi: Fonendoskop, qo‘lqoplar, ko‘rish uchun to‘shak, shpatel, yoritgichli ruchka.

Ko‘rik:

Kunduzgi yorug‘likda va lampalarni yoritgan holatda o‘tkaziladi.

Lab, og‘iz bo‘shlig‘i (til, lunj shilliq qavati, milk, qattiq va yumshoq tanglay, bodomcha bezlari holati) tishlar ko‘riladi.

Bemorni qorni tik turgan yoki yotqizilgan holatda ko‘riladi, shakliga, o‘lchamiga, nafas aktida ishtirokiga, simmetrikligiga, peristaltikasiga e’tibor beriladi.

Oxirgi navbatda anus sohasi ko‘riladi. Buning uchun dumbalar sohasi ohista ochiladi va anus atrofi terisiga va uning ochilishiga e’tibor beriladi.

Palpatsiya:

- Palpatsiya o‘tkazish uchun qo‘llar isitilishi kerak. Sekin va ehtiyotkorlik bilan, belgilangan joyga asta-sekin yaqinlashib, yuzaki palpatsiyadan keyin, chuqur palpatsiya qilinadi. Palpatsiya vaqtida bolaga yaxshi muomalada bo‘lib har bir harakatni tushuntirib, har xil o‘yinchoqlar ishlatiladi.
- Harakatlar sekin, ehtiyotlik bilan belgilangan shikastlanish joyiga sekin-asta yaqinlashgan holda olib boriladi va bolani suhbatlar, o‘yinchoqlar, yorqin rasmlar bilan chalg‘itib palpatsiyaga ehtiyotkorlik bilan o‘tiladi.
- Katta bolalarda qorin palpatsiyasi turgan yoki yotgan holatda o‘tkaziladi, kichik bolalarda yotqizib o‘tkaziladi. Bemor kushetkaga yoki to‘shakga yostiqsiz qo‘llarni yozib va oyoqlarni tizza bo‘g‘imida bukilgan holatda yotqiziladi. Tekshiruvchi bemordan o‘ng tomonda o‘tiradi, diqqat bilan uning mimik reaksiyasi kuzatiladi.
- Yuzaki palpatsiya yengil tegish harakatlari bilan olib boriladi. Soat strelkasi bo‘yicha o‘ng yon bosh sohasidan boshlab o‘tkaziladi. U qorin terisi holatini muskul tonusini va qorin devori qattiqligini aniqlashga imkon beradi.
- Chuqur palpatsiyada og‘riqli nuqtalar, infiltratlar, bor yo‘qligini ichki a’zolar (jigar, oshqozon, taloq, ichaklar) holatini, ularning xarakteristikasini (shakli, o‘lchamlari, zichligi, harakatchanlik darajasini, og‘riqlarini) aniqlanadi.

Narkulov Jakhangir

Kichik bolalarda chuqur palpatsiya bitta qo‘lni qorin sohasiga qo‘yib 3 ta harakat ketma-ketligi bilan olib boriladi.

1-qorin ichkarisiga, orqa qorin devoriga;

2-keyin yuqoriga, a’zoga teginish holida;

3-yana pastga, a’zodan sirpantirgan holda.

1.18. Nerv sistemasi holatini baholash

1. Chaqaloqlarning fiziologik reflekslarini baholash va analiz qilish:

- Moro refleksi (ushlash) – kichkintoy boshining ikki tomonidan 15-20 sm uzoqlikda stol ustida turish: bola bunga javoban oldin qo‘llarini yonga yozadi, barmoqlarini yozadi, keyin qo‘llarini oldingi holatga qaytaradi, bu bilan u xuddi ushlash harakatini bajargandek bo‘ladi.
- Emaklash refleksi-bolani qorniga yotqiziladi va uning oyoq tovonlariga kaftni qo‘yiladi, bunda bola emaklovchi harakatlar qiladi.
- Ushlab olish refleksi-bola qo‘liga ingichka predmet qo‘yilganda, uni tutib qattiq ushlaydi.
- Kaft-og‘iz refleksi-bola kaftiga bosh barmoq bilan qattiq bosiladi, bunda u og‘zini ochadi va boshini egadi.

2. Maktabgacha yoshdagi (5 yoshdan keyin) bolalarni baholash. Bola yechintiriladi, qo‘l oyoqlari bukilib mushaklari bo‘shashtiriladi. Bolg‘acha yordamida bir xil kuch bilan urib ko‘riladi va pay reflekslarida buzilishlar yo‘qligi tekshiriladi: reflekslar simmetrikligi, mushaklar tonusi gipertoniyasi susayishi yoki yo‘qolishi.

- Kaft usti-bilak pay refleksi: tirsakni stol ustiga qo‘yiladi, kaft ustidan 2, 5 sm pastroq sohaga urib ko‘riladi. Qo‘llarning pronatsiyasi va yelka sohasida bukilish ro‘y beradi. Ikkala qo‘llarning orasida farq bo‘lmasligi kerak.
- Tizza pay refleksi: o‘tirgan holatda o‘tkaziladi, tizzalar bukilgan bo‘lishi kerak. Oyoqlar polga tegmasligini kuzatib turish kerak. Hamshira bolg‘acha bilan tizza qopqog‘i pastki sohasiga urib ko‘radi. Tizza bo‘g‘imida yozilish kuzatiladi. Agar tizza bo‘g‘imida yozilish kuzatilsa va ikkala tomon reflekslarida farq bo‘lmasa, natija ijobiy hisoblanadi. Bundan tashqari biseps

Narkulov Jakhangir

triseps, axil paylari va boshqa paylarda reflekslarni baholash olib boriladi.

- Qorin refleksi: bolani yuzini yuqoriga qaratib yotqiziladi va uning qornini bolg‘acha dastasi bilan silanadi. Kindik sohasidagi muskullarning tortilishi kuzatiladi.

1. Nerv sistemasining meningial simptomlarini baholash va analiz qilish.

- Ensa mushaklarining regidligi qo‘llarni bolani ensa sohasiga qo‘yilishi kerak (beliga yotgan holatda) va boshni shunday egiladiki bola engagi bilan ko‘kragiga tegishi kerak, reaksiya ijobiy bo‘lsa, ensa sohasida og‘riq bo‘ladi.
- Kerning simptomi tizza va tos son bo‘g‘imida bukilgan holatda tizza bo‘g‘imini to‘liq yozishga urinish kerak, ijobiy reaksiyada belda og‘riq va oyoqni yoza olmaslik kuzatiladi.
- Brudzinskiy simptomi qo‘llarni ensa va ko‘krakka qo‘yib bola boshi birdan bukiladi, bunda ijobiy reaksiyada oyoqlarni tizza bo‘g‘imida sinxron bukilishi va belda og‘riq paydo bo‘ladi.
- Romberg holatida tura olish tekshiriluvchiga ko‘zlarni yumgan holatda turish so‘raladi, oyoq uchi va tovonlar yaqinlashtirilib bir-biriga tegib turishi kerak, patologiyada shikastlangan tomonga yiqiladi.

1.19. Sezgi a’zolarining holatini baholash

1. *Ko‘rish qobiliyati.*

Chaqaloqlarda ko‘rish funksiyasining uning ko‘zlarini oldiga yorug‘lik manbaini keltirib tekshirish mumkin. Agar bola tetik bo‘lsa, u ko‘zlarini yumadi va yuzini yorug‘likga qaratishga harakat qiladi. Yorqin va to‘satdan yoqilgan chiroqga bolaning qovoqlari yumiladi va boshini orqaga tashlaydi. Agar bola uxlayotgan bo‘lsa, uning ko‘zlarining oldiga yorug‘lik manbai yaqinlashtirilsa, uning qovoqlarini yumilishi tezlashadi. 2 oylikdan boshlab ko‘ra oladigan bola, yuzi oldida harakat qilayotgan yorqin rangdagi o‘yinchoqlarini kuzatadi. Katta yoshdagi bolalarda ko‘rish analizatori (ko‘rish o‘tkirligi, ko‘rish maydoni hajmi, ranglarni sezish) maxsus jadvallar to‘plami yordamida tekshiriladi.

2. *Eshitish.*

Narkulov Jakhangir

Chaqaloqning analizatori funksiyasini baland ovoz, qarsak yoki shiqildoqlarining shovqiniga javob reaksiyasi orqali tekshiriladi. Eshitadigan bola qovoqlarini yumadi va boshini tovush kelayotgan tomonga burishga harakat qiladi. Ba'zida reaksiya natijasida umumiy harakatli bezovtalanish tarzida namoyon bo'ladi: chaqaloq qo'llarini uzatadi, og'zini ochadi, so'rish refleksi sodir bo'ladi, uning yuzida yig'lamsirash paydo bo'ladi. Bola 7-8 haftadan boshlab boshini tovush qo'zg'atuvchilari tomoniga qaratadi. Bir necha oylik bolada eshitishni quyidagi ravishda tekshiriladi: uning ko'zi oldida o'yinchoqni, u qayerga tushganini ko'rmaydigan qilib tashlanadi. Sog'lom bola o'yinchoqni tushishini kuzatib, uning polga tushishi vaqtida, hosil bo'ladigan zarb tomonga intiladi. Agar bola eshitmasa, o'yinchoqning tushishidan hosil bo'lgan tovushga ta'sir bildirmaydi. Katta yoshdagi bolalarning eshitish funksiyasi pichirlab, baland so'zlash va komerton tovushi orqali tekshiriladi. Ovoz spektirining alohida to'lqinlarini ilg'ashini audiometriya orqali tekshiriladi.

3. *Hid bilish.*

Chaqaloqning burniga, burun shilliq qavatini qitiqlamaydigan, masalan: valeriana tomchisi hidli modda keltiriladi, agar bolada xid sezish saqlangan bo'lsa, bezovta mimika, chinqirish yoki aksirish, gohida umumiy harakatli bezovtalanish bilan javob beradi. Katta yoshdagi bolalar burni oldiga hidli va hidsiz bir xil bo'yalgan eritmalar ketma-ket keltiriladi, bunda undan «hidi bormi yoki yo'qmi?» deb so'raladi.

4. *Ta'm bilish.*

Tilga shirin, nordon, achchiq va tuzli eritmalar tekkizilib tekshiriladi. Katta yoshdagi bolalar tekkizilgan ta'mni aytib berishlari kerak. Chaqaloq shirin eritmalarga emish va so'rish bilan achchiq tuzli va nordonlarga lablarini cho'chaytirish, so'lak oqishi va yuzini burushtirish, ba'zida bezovta harakat, chinqirish, yo'tal, qayd qilish bilan javob qaytaradi.

5. *Taktil sezgi.*

Taktil yoki teginish sezgisini saqlanganligini bola terisiga paxta bo'lagi yoki mo'yqalam yordamida tekkizib tekshiriladi. Eng sezgir sohalar, barmoq uchlari, labning qizil cheti va jinsiy a'zolar hisoblanadi. Katta yoshdagi bolalarda bu xildagi sezgi tekshirilganda, ko'zlarni yumish so'raladi va teginish sonlarini

Narkulov Jakhangir

«ha» so‘zi bilan aytilganda hisoblanadi. Chaqaloqlarda taktil sezgini shartsiz reflekslar sodir bo‘lishi bilan baholanadi: bolaning kipriklariga va qovoqlariga teginilsa, ko‘zlarini yumadi, lab va tilga tegish so‘rish refleksini chaqiradi, chakka terisiga qitiqlanganda bola boshini o‘sha tomonga o‘giradi, tovonlarni silaganda, oyoq barmoqlari bukiladi, kaftga tegish ushlab olish refleksi bilan namoyon bo‘ladi. 2-3 oylik bola ta’sir qilingan joyga qo‘llarini uzatadi. 3-6 oylikda taktil sezgini saqlanganligini bola o‘zini qo‘llarini, oyoqlarini oyisini ko‘kragini ushlab ko‘rishidan xulosa qilsa bo‘ladi. Bola hayotining 2 chi yarmida tovon, bo‘yin, qo‘ltiq sohalarini qitiqlaganda emotsional javob reaksiyasi (yig‘i, kulgi) chaqiriladi. Haroratni sezgisi, teriga sovuq va issiq suvli probilkalarni qo‘yish bilan aniqlanadi. Chaqaloq harorat qo‘zg‘atuvchisiga harakatli bezovtalanish va yig‘lash bilan javob qaytaradi. Katta yoshdagi bolalar «issiq» yoki «sovuq» deb javob beradi.

Og‘riq sezgisi. Boladan ko‘zini yumish so‘raladi va unga bir necha marta igna sanchiladi, ora-orada ninani o‘tmas uchi bilan ham teginiladi. Og‘riq sezgisi saqlanganda, bola teginishni «o‘tkir» va «to‘mtoq» deb javob berib farqlaydi. Yosh bola o‘tkir sanchishga bezotalanish va chinqiriq bilan javob qaytaradi.

1.20. Endokrin sistemasini baholash

Endokrin kasalliklar juda ko‘p sonlidir va ko‘plab turli klinik ko‘rinishlar bilan farqlanadi. Bolani so‘roq qilish va obyektiv klinik tekshirish vaqtida uning somatik va jinsiy a’zolari rivojlanishiga yosh normalari bilan taqqoslab e’tibor beriladi. Bunda irsiyatga, tashqi ko‘rinish, antropometrik ko‘rsatkichlar (bo‘yi, og‘irligi), tana proporsiyasi, hayotining turli davrlarida psixomotor rivojlanish, jinsiy a’zolar yetilish muddati inobatga olinadi.

Narkulov Jakhangir

GO‘DAKLIK VA KICHIK YOSHDAGI BOLALARGA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO‘NIKMALAR

2.1. Ko‘zlarni parvarish qilish va yuvish

Bolaga yoki uning onasiga muolajaning zarurligi va bajarilish ketma-ketligi tushuntiriladi. Bajarish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Eritmalardan biri furatsillinning 0,2% li eritmasi, qaynatilgan iliq suv, steril tamponlar, ishlatilgan tamponlar uchun steril lotok tayyorlab qo‘yiladi.
3. Qo‘llarga ishlov beriladi, qo‘lqoplar kiyiladi.
4. Steril lotokka 8-10 ta tampon solinadi, ustidan yuqoridagi eritmalardan biri quyiladi.
5. Tampon biroz siqib, kiprik va qovoqlarni ko‘zning tashqi burchagidan ichki burchagi yo‘nalishida artiladi, ishlatilgan tamponlar boshqa lotokka solinadi.
6. Tamponlarni almashtirib muolaja 4-5 marta qaytariladi.
7. Doka salfetkalari yordamida eritma qoldiqlari shimdiriladi.
8. Xuddi shu tartibda ikkinchi ko‘z ham yuviladi.

Muolaja davomida bolaning ahvoli bilan qiziqib turish kerak.

Ishlov berish: ishlatilgan tamponlar ustiga xloraminning 3% li eritmasidan quyib, 60 daqiqaga qoldiriladi. Lotokni xlorli ohakning 3% li eritmasiga 1 soatga solib qo‘yiladi, so‘ngra yuvib tashlab, sterilizatsiya oldi tozalash ishlari o‘tkaziladi va lotok sterillanadi.

2.2. Burunni parvarish qilish

Qo‘llar yuvib, quritiladi va qo‘lqoplar kiyiladi.

1. Tayyorlab qo‘yiladi: paxta piliklar, iliq vazelin yoki glitserin, o‘simlik yog‘i, tomizg‘ich, pinset.
2. Bolaga yoki uning onasiga muolaja zarurligi va bajarilish ketma-ketligi tushuntiriladi.
3. Bolaning boshi biroz orqaga tashlanib, teskari tomondagi yelka tomonga buriladi.

Narkulov Jakhangir

4. O‘ng qo‘lga tomizgich olinadi va unga yog‘lardan biri tortiladi.

5. Chap qo‘l bilan burun uchini biroz yuqoriga ko‘tariladi va tomizgichni kirgizmasdan turib har bir burun katagiga 5-6 tomchidan tomiziladi.

6. 2-3 daqiqadan keyin paxta pilikchani aylanma harakatlar bilan burun katagiga kiritiladi va olib tashlanadi.

7. Muolaja burun katagi qatqaloqlardan tozalanguncha qaytariladi.

8. Agar bola og‘riq seza boshlasa muolaja to‘xtatiladi.

9. Xuddi shu tartibda muolajani ikkinchi burun katagida ham bajariladi.

10. Ishlatilgan buyumlarga xloraminning 3% li eritmasi bilan ishlov beriladi.

Dezinfeksiya: paxta pilikchalar ustidan xloraminning 3% li eritmasidan quyiladi va 60 daqiqadan keyin tashlab yuboriladi.

2.3. Quloqlarni parvarish qilish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: vodorod peroksidning 3% li isitilgan eritmasi, tomizg‘ich, paxta pilikchalari, lotok, choyshabcha, qo‘lqop.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolajaning bajarish ketma-ketligi tushuntiriladi.

4. Qo‘lqoplar kiyiladi, bolaning ko‘kragiga suvqog‘oz to‘shaladi.

5. Qolgan buyumlar qo‘l oson yetadigan joyga qo‘yiladi.

6. Bolaning boshi teskari tomonga buriladi.

7. O‘ng qo‘lga tomizg‘ich olinadi va unga isitilgan vodorod peroksidning eritmasidan tortiladi.

8. Chap qo‘l bilan quloq suprasi orqa va yuqoriga qaratib tortiladi.

9. Tashqi eshituv yo‘liga eritmadan 3- tomchi tomiziladi.

10. Paxta pilikchani aylanma harakatlar bilan kiritib tashqi eshituv yo‘li quritiladi. Zarurat tug‘ilsa, paxta pilikcha almashtirib turiladi.

11. Kerak bo‘lsa shu tartibda ikkinchi tashqi eshituv yo‘liga ham ishlov beriladi.

Narkulov Jakhangir

12. Ishlatilgan material solingan lotokni bir chetga olib qo‘yiladi.

13. Qo‘lqoplar yechiladi va dezinfeksiyalovchi eritma solingan idishga solib qo‘yiladi.

14. Suvqog‘oz yechib olinadi va bolaga qulay joylashishga yordam beriladi.

15. Bemor to‘shagi tartibga keltiriladi.

16. Ishlatilgan buyumlarga ishlov beriladi

17. Qo‘llarga ishlov beriladi.

2.4. Yuqori nafas yo‘llaridan shilimshiqlarni so‘rib olish

Yuqori nafas yo‘llaridan shilimshiq va qog‘onoq suvlarini yumshoq uchli steril rezina ballonchalar va bosh tomoni elektr so‘rg‘ichga tutashtirilgan rezina kateter bilan so‘rib olinadi.

Ayrim hollarda chaqaloqlarda ehtiyotlik bilan bir martalik steril shprislardan ham foydalansa bo‘ladi.

2.5. Kindik yarasini parvarish qilish

Chaqaloq taxminan 3-4 kunlik bo‘lganda kindik qoldig‘i qurib tushib ketadi va o‘rnida kindik yarasi qoladi. Kindik yarasiga SSV ning 500-sonli buyrug‘iga binoan, hech qanday ishlov berish shart emas. Faqat kindik yarasining tozaligi ustidan nazorat qilib borilsa bo‘ladi. Uy sharoitida ham bolaning kindik yarasiga katta e'tibor berib, toza saqlash haqida qayg‘urib turiladi. Siydik va najas bilan ifloslangan kiyimlar va tagliklarning kindik yarasigacha chiqib namlanib ketishi yaraga mikroblar tushishi va yiringli jarayonlar boshlanib ketishiga olib kelishi mumkin. Ana shu maqsadda chegara hamshirasi ham chaqaloqni ko‘rgani borganda doimo kindik yarasining bitib borishini nazorat ostida saqlashi lozim.

2.6. Bolalarni havo bilan chiniqtirish

Bolalarni havo bilan chiniqtirishda havo vannalarini tinch va harakat qildirish yo‘li bilan tashkil qilinadi. Tinch holatdagi havo vannasini asosan go‘dak bolalarga – 2-3 haftalik davridan boshlab, harorati 22°C bo‘lgan, oldin bir sidra shamollatib

Narkulov Jakhangir

olingan xonada amalga oshiriladi. Dastlab bolani kuniga 1-2 daqiqadan 2-3 marta yechintirib qo‘yiladi, keyin chiniqtirish vaqtini asta-sekinlik bilan 15 daqiqaga yetkaziladi, xona haroratini esa asta-sekin 16-17°C ga tushiriladi. Ko‘krak yoshidagi bolalarni havo vannasini, odatda, uqalash yoki quruq artish bilan birga qo‘shib olib boriladi. Bog‘cha yoshidagi bolalarni yoz kunlari ochiq havoda sayr qildirib ham chiniqtirsa bo‘ladi.

2.7. Bolalarni suv bilan chiniqtirish

Bolalarni suv bilan chiniqtirish artinish, yuz-qo‘llarni yuvish, oyoqlardan va umuman, ustdan suv quyish, tomoqni chayish, soy, daryo va dengizda cho‘milish kabi muolajalar bilan amalga oshiriladi.

Artinish muolajasi 6 oylikdan oshgan bolalarda qo‘llaniladi. Oldin quruq artiladi, so‘ng namlangan qo‘l bilan suvni siqib tushirib artiladi. Artinish muolajasi quyidagicha bajariladi: qo‘l panjasidan yelkagacha, oyoq panjasidan songacha, so‘ng ko‘krak, qorin va belga o‘tiladi. Har qaysi gavda qismini artib bo‘lgandan keyin o‘sha joyni sochiq bilan to qizarguncha ishqalanadi. Suvning harorati (1 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun) oldiniga 33-35°C, keyin uni har 2-3 kunda 1-2°C ga tushirib borilib, 28-30°C gacha pasaytiriladi, 3 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun 25-26°C va maktabgacha yoshdagi bolalar uchun esa 16-18°C gacha tushirish mumkin.

Ustidan suv quyishga faqat 1,5-2 yoshdan boshlab o‘tiladi, suv ko‘zadan yoki dush yordamida quyiladi. Chiniqtirish boshida suv harorati 33-35°C, keyin uni 27-28°C gacha, maktabgacha yoshdagi bolalar uchun esa 22-25°C gacha sekin-asta pasaytiriladi. Oyoqlarga ko‘zadan suv quyilgandan keyin ularni sochiq bilan to qizarguncha ishqab artiladi. Suvning harorati 32-30°C dan 16-18°C gacha pasaytiriladi.

Bolalarni 3 yoshidan boshlab daryo, dengizlarda cho‘miltira boshlash mumkin. Bunda qator qoidalarga rioya qilishga to‘g‘ri keladi: ovqatdan keyin, quyosh vannasi olgandan so‘ng cho‘miltirish mumkin emas, uzoq cho‘miltirish ham yaramaydi (2-3 daqiqadan 10 daqiqagacha mumkin, xolos). Suvning harorati 22°C dan past bo‘lmasligi kerak.

Narkulov Jakhangir

2.8. Bolalarni quyosh nuri bilan chiniqtirish

Quyosh nuri bilan chiniqtirish muolajasini ehtiyotlik bilan olib borish kerak, chunki undan ma’lum darajada foydalanilmasa, birinchi navbatda bolalarning markaziy asab tizimi zarar ko‘rishi mumkin, shuningdek, organizm issiqlab qolishi ham va hatto oftob ko‘rishi ham mumkin. Ko‘krak yoshidagi bolalar uchun faqat olachalpoq va aks ettirayotgan (qaytayotgan) quyosh nurlaridan foydalanish mumkin.

Yoshidan oshgan bolalarni quyosh nuri bilan faqat ertalab soat 9:00 dan 11:00 gacha vaqt oralig‘ida chiniqtirish mumkin. Quyosh vannasini bir necha daqiqagina, dastlab esa 10 daqiqagacha olinadi. Bunda bolaning qorni bilan ham, chalqanchasiga ham yotishiga bir xil vaqt sarflanishi kerak. Bolaning boshiga oq panama kiydirib qo‘yish lozim. Quyosh vannasini kattalar kuzatuvida olib borish kerak. Tibbiyot hamshirasi kuzatuvida bo‘lsa, yanada yaxshi.

Narkulov Jakhangir

DORI VOSITALARINI QO‘LLASHGA DOIR AMALIY KO‘NIKMALAR

3.1. Ko‘zlarga dori tomizish

Ko‘z kasalliklarida ko‘z tomchilari qo‘llaniladi. Tomchi dorilar steril bo‘lishi lozim, chunki nosteril eritmalarni tomizish ko‘zga infeksiya tushishiga sabab bo‘ladi. Buning uchun ishlatishdan oldin qaynatiladigan maxsus tomizg‘ich qo‘llanadi. Bajarish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: dori vositasi (ilitilgan), tomizg‘ich, ko‘z yuvish uchun anjomlar.
3. Bolani qulay vaziyatga keltiriladi.
4. Ko‘zlar yuviladi.
5. Dori moddasini tomizg‘ichga (3-4 tomchi) tortiladi.
6. Pastki qovoqni pastga tortib, 1-2 tomchi dori vositasini konyunktival xaltaga tomiziladi.
7. Boladan ko‘zlarini bir necha marta ochib-yumish so‘raladi.

Ishlov berish: ishlatilgan anjomlar, tomizg‘ich qismlarga ajratiladi, shishali qismlari 30 daqiqa distillangan suvda qaynatiladi va artiladi.

3.2. Ko‘zlarga malham surtish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: malham, steril tayoqcha, ko‘zga ishlov berish uchun antiseptik vosita, paxta tugunchalar, lotok.
3. Bolaga qulay vaziyat tanlash taklif qilinadi.
4. Ko‘zlar sanatsiya qilinadi.
5. Bolaning boshi biroz orqaga engashtiriladi.
6. Malhamni shisha tayoqchaga olinadi.
7. Bemor ko‘zi oldida tayoqchani gorizontal holda ushlab, tayoqchaning malhamli uchini burun tomonga qaratiladi.
8. Pastki qovoqni pastga tortib, ko‘z olmasiga qaratib tayoqchaning malhamli uchini qovoq ortiga solinadi.
9. Qovoq qo‘yib yuboriladi va bemordan ko‘zini yumish so‘raladi.

Narkulov Jakhangir

10. Tayoqchani chakka tomon yo‘nailshida yumuq ko‘zdan asta-sekinlik bilan tortib olinadi.

11. Qovoqlar barmoqlar bilan yengil uqalanadi.

12. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

Maxsus tyubikdagi ko‘z malhamini qo‘llash

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: ko‘z malhami (tyubikda).

3. Bolaga qulay vaziyat tanlash taklif qilinadi.

4. Ko‘zlar sanatsiya qilinadi.

5. Bolaning boshi biroz orqaga engashtiriladi. Tyubik ishchi qo‘lga olinadi.

6. Ishchi bo‘lmagan qo‘l bilan pastki qovoq pastga tortiladi.

7. Tyubikni ko‘zning ichki burchagi sohasidan tashqi burchagi tomonga yo‘nalishda asta-sekinlik bilan harakatlantiriladi, bunda ichidagi malham siqib chiqarib boriladi. Malham bir tekisda qovoqning ichki yuzasini qoplashi kerak.

8. Qovoq qo‘yib yuboriladi, tyubik ko‘z oldidan olinadi, qovoq ko‘z olmasiga bosiladi.

9. Qovoqlar barmoqlar bilan yengil uqalab qo‘yiladi.

3.3. Quloqlarga dori tomizish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Qo‘lqoplar kiyiladi.

3. Tayyorlab qo‘yiladi: suvli hammomda isitilgan dori moddasi, tomizg‘ich, pilikcha.

4. Bolani o‘tqizib, boshini teskari tomonga o‘giriladi.

5. Tomizg‘ichga dori moddasi tortiladi.

6. Chap qo‘l bilan quloq suprasini orqaga va tepaga tortiladi.

7. Quloqqa 3-4 tomchi tomiziladi va pilikcha o‘rnatiladi.

8. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

3.4. Burunga dori tomizish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: dori vositasi (isitilgan), tomizg‘ich, paxta tugunchalar, o‘simlik yog‘i, lotok.

3. Qo‘llarga ishlov beriladi.

Narkulov Jakhangir

4. Burun yo‘llari qatqaloq va ajralmalardan tozalanadi.
5. Bolaning boshi orqa tomonga o‘giriladi.
6. Dori tomizg‘ichga tortiladi.
7. 2-3 tomchi dori burun yo‘liga tomiziladi.
8. Xuddi shu tartibda dori ikkinchi burun yo‘liga ham tomiziladi.
9. Burun qanotlari burun to‘sig‘iga bosib turiladi.
10. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.
11. Qo‘llar yuviladi.

3.5. Ingalatsiya usulida dorilarni qo‘llash

Ingalatsiya – dori moddalarini nafas yo‘llari orqali kiritish usuli bo‘lib, gazlar (kislorod, karbonat angidrid), shuningdek, chang holidagi mayda moddalardan nafas olish mumkin. Ularni hosil qilish uchun pulverizator kabi ishlangan maxsus apparatlar yoki bug‘ ingalyatorlari ishlatiladi - qisilgan havo yoki kislorod eritmalari changsimon holatga keltiriladi, ulardan bemor nafas oladi. Ingalatsiyalarni, shuningdek, dori solinadigan dastaki (cho‘ntak) ingalyatorlari yordamida ham o‘tkazish mumkin.

1. Tayyorlab qo‘yiladi: cho‘ntak ingalyatori.
2. Bolaga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
3. Ingalyator ballonchasi qo‘lga olinadi.
4. Balloncha qopqog‘i yechiladi, mundshtuk kiydiriladi.
5. Balloncha silkitiladi.
6. Balloncha tubini yuqoriga qaratib katta va ko‘rsatkich barmoqlar bilan vertikal holda ushlanadi.
7. Boladan mundshtukni lablari bilan ushlashi so‘raladi.
8. Boladan chuqur nafas olib, uni ushlab turishi so‘raladi, shu vaqtning o‘zida balloncha tubi bosilib, aerozolni nafas yo‘llariga siqib chiqariladi.
9. Boladan 10 soniya nafasini ushlab turishi so‘raladi.
10. Ingalyator tortib olinadi va qopqog‘i kiydiriladi.

Izoh:

– cho‘ntak ingalyatori individual qo‘llaniladi;
– kuniga 5-7 martadan ortiq qo‘llab bo‘lmaydi.

Narkulov Jakhangir

NAFAS OLISH A'ZOLARI KASALLIKLARIDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

4.1. Tana haroratini o'lchash

Termoregulatsiya deb, organizmda issiqlik hosil bo'lishi va issiqlik chiqarishini boshqarib turadigan murakkab jarayonlarga aytiladi. Tana harorati shu tufayli doimiy bo'ladi.

Bolalarda harorat normada kattalarnikidan birmuncha yuqori bo'ladi, chunki ularning o'sishi uchun zarur oksidlanish jarayonlari jadalroq boradi.

Harorat kun mobaynida darajaning bir necha o'nlik ulushiga o'zgarishi oksidlanish jarayonlarining bola yoshi yoki ovqat yeyishi bilan bog'liq bo'lgan o'zgarishlariga bevosita bog'liqdir. Sog'lom bolalarda harorat kechqurundagiga nisbatan, odatda ertalab gradusning o'ndan bir necha ulushigacha past bo'ladi. Harorat qayerdan o'lchanganiga qarab ko'rsatkichlar ham har xil bo'ladi. Chunonchi, og'iz bo'shlig'i, qin, to'g'ri ichak shilliq pardasining harorati qo'ltiq va chov sohalari terisining haroratidan 0,2-0,4°C yuqoridir.

Katta odamning qo'ltiq sohasida o'lchangan o'rtacha harorati 36,5- 37°C ga teng deb qabul qilinsa, bolalarda u 0,5-1°C yuqori (37-37,5°C), keksalarda esa pastroq (35,5-36,5°C) bo'ladi.

Biroq haroratning fiziologik o'zgarishlari nimalarga bogliq bo'lishidan qat'iy nazar, normada 1°C dan oshmasligi kerak.

Tana haroratini o'lchash uchun hozirgi vaqtda juda ko'p modifikatsiyadagi termometrlar tavsiya etilmoqda. Bularga og'iz-qo'ltiqosti, rektal, past haroratlarni o'lchovchi, kimyoviy, timpanik va elektron termometrlarni keltirish mumkin. Ushbu termometrlardan kimyoviy, timpanik va elektron termometrlar hali tekshiruv va sinov bosqichida hisoblanadi. Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: tibbiy termometr, sochiq, haroratni qayd qilish jurnali, dezinfeksiyalovchi eritma (xloraminning 1% li eritmasi) solingan idish.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
4. Bolaga qulay vaziyat egallash taklif qilinadi.

Narkulov Jakhangir

5. Termometrni qo‘lga olib, simobning rezervuarda ekanligiga ishonch hosil qilinadi, kerak bo‘lsa silkitib simobni rezervuarga tushiriladi.

6. Haroratni o‘lchash sohasida mahalliy yallig‘lanish jarayoni bor-yo‘qigini tekshirish uchun ko‘zdan kechiriladi.

7. Haroratni o‘lchash sohasi quruq sochiq bilan artiladi.

8. Termometrni teri burmasida shunday joylashtiriladiki, simob rezervuari har tomonlama teriga tegib turishi kerak.

9. Termometrni 7-10 daqiqadan keyin olinadi.

10. Termometr ko‘rsatkichini simob ustunining balandligi bo‘yicha baholanadi.

11. Termometr ko‘rsatkichi haroratni qayd qilish jurnaliga kiritiladi.

12. Termometrni simob rezervuariga tushguncha yoki 35°C ko‘rsatkichiga qadar tushgunicha silkitiladi.

13. Termometrga ishlov beriladi.

14. Haroratni qayd qilish jurnalidagi ko‘rsatkich harorat varaqasiga grafik egrilik ko‘rinishida kiritiladi.

Termometrlarga ishlov berish:

– quyidagi dezinfeksiyalovchi vositalar xloraminning 2% li eritmasiga 30 daqiqaga;

– vodorod peroksidining 3% li eritmasiga 80 daqiqa, dezoksonning 0,5% li eritmasiga 20 daqiqaga solib qo‘yiladi;

– oqar suv bilan hidsizlanguncha yuvib quritiladi;

– termometrlarni quruq holda ostida paxta bo‘lgan idishda saqlanadi. Chaqaloqlarda harorat chov burmasidan yoki to‘g‘ri ichakdan o‘lchanadi. Termometrni chov burmasiga qo‘yib, oyoqni chanoq son bo‘g‘imidan bukiladi. Termometr rezervuariga vazelin surtiladi va orqa chiqaruv yo‘liga 2-3 *sm* kiritiladi. O‘lchash vaqtida dumbalarni qisib turish lozim. Termometr chiqarib olingandan so‘ng tozalab yuviladi va dezinfeksiya qilinadi.

Og‘iz bo‘shlig‘idan o‘lchash uchun termometr rezervuarini tilning pastki yuzasi bilan og‘iz bo‘shlig‘i tubining orasiga qo‘yiladi. Bemor og‘zini yumib termometrni tutib turadi.

Qo‘ltiq va chov sohasidan haroratni o‘lchash muddati 7-10 daqiqa, bo‘shliqlardan o‘lchash muddati 5 daqiqa.

Kasalxonada harorat hamma bemorlarda ertalab soat 7-00 dan 9-00 gacha, kechqurun soat 17-00 dan 19-00 gacha

Narkulov Jakhangir

o‘lchanadi. Ba’zan kuniga 3-4 marta yoki har 2-soatda o‘lchash talab etiladi, chunki harorat ko‘tariladigan vaqt hamma bemorlarda ham uni odatdagi o‘lchash vaqtiga mos kelavermaydi.

Olingan ma’lumotlar kasallik tarixiga yozib boriladi. Bundan tashqari, har bir bemorga harorat varaqasi tutilib, uni kasallik tarixiga qo‘shib qo‘yiladi. Har bir o‘lchash natijasini shu varaqqa yozish, so‘ngra kasallik tarixiga ko‘chirish kerak.

4.2. Nafas sonlarini sanash

Nafas olishning chastotasini (tezligini) bola tinch turganda aniqlanadi. Bola yo‘talganida, yig‘laganda, qo‘rqqanda nafas olish tezlashadi, shuning uchun bolani ovutib olish kerak. Ba’zan bolani nafas olishini uxlagandagina hisoblash mumkin bo‘ladi.

Nafasni sanash uchun tibbiyot hamshirasi bolani qulay vaziyatga o‘tqazib qo‘yadi yoki yotqizadi, o‘z qo‘llarini isitib oladi va qo‘lini bolaning qorniga yoki ko‘kragiga (nafas olish tipiga qarab) qo‘yib, iloji boricha bolaga bilintirmasdan sanay boshlaydi (bola tez-tez nafas ola boshlashi yoki nafasni to‘xtatib turishi mumkin). Bajarish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Pulsni aniqlayotgan kabi bolaning kaftini qo‘yib yubormasdan, bo‘sh qo‘lni bemor ko‘kragiga qo‘yiladi.
3. Bolaga bildirmasdan 1 daqiqa ichida nafas sonlari hisoblanadi.
4. Qo‘li qo‘yib yuboriladi.
5. Nafas olish natijalari baholanadi, kerak bo‘lsa, shifokorgacha bo‘lgan yordamni ko‘rsatiladi.
6. Natijalar bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi: raqamli natijalarni kasallik tarixiga, nafas sonini grafik ko‘rinishida harorat varaqasiga ko‘k qalam bilan qayd qilinadi.

4.3. Namlangan kislorod berish

Turli xil kasalliklarda birdan boshlangan gipoksiya (kislorod yetishmasligi) bilan kurashishning asosiy usuli ingalyatsion oksige-noterapiya (kislorodli aralashmani nafasga oldirish) hisoblanadi.

Bolaga kislorod berishning quyidagi usullari mavjud:

Narkulov Jakhangir

– oddiy mundshtuk, voronka (maska) yoki so‘rg‘ich orqali og‘iz-burun sohasiga kislorod yuborish;

– burun kateterlari orqali kislorod yuborish;

I-maxsus niqoblar yordamida kislorod berish;

– kislorodli palatka (HKIT-1) dan foydalanish. Kasal bola organizmiga kislorod kiritishning eng samarali usuli kislorodli palatka yordamida ingalyatsiya amalga oshiriladigan usul bo‘lib, mazkur usul kislorodni dozalash, ya’ni uning konsentratsiyasini ko‘paytirish yoki kamaytirish imkonini beradi va bolaning harakat aktivligini cheklab qo‘ymaydi.

Burun kateteri yoki voronka (maska) yordamida kislorod berish o‘zining ahamiyatini butunlay yo‘qotmagan bo‘lsa-da, har holda hozirgi paytda kamroq qo‘llaniladi, chunki bu usulda sarf qilinayotgan kislorodning juda kam miqdorigina o‘pkaga kirib boradi, kislorodning jadal oqimi esa nafas yo‘llarining shilliq pardasini quritib, ta’sirlaydi, bolani nafas harakatlari va yurak urishining ritm va chastotasini reflektor ravishda izdan chiqarishi mumkin.

Ingalyatsion oksigenoterapiyaning birdan-bir sharti bolaning nafas yo‘liga kirayotgan kislorod oqimini namlab turish hisoblanadi. Buning uchun odatda Bobrov apparatidan yoki kislorodni suv o‘rtasidan o‘tkazib, gazni bir qadar namlaydigan boshqa qurilmalardan foydalaniladi. Bobrov apparatining suv ichiga tushirilgan naychasi kislorod manbaiga ulansa, ikkinchisi, suv sathidan yuqorida joylashgan naychasidan namlanib chiqayotgan kislorod bemorga qo‘yilgan kislorod berish moslamasiga ulanadi.

Bunda Bobrov apparatidagi suvning ichida pufakchalarning paydo bo‘lishi kislorodning namlanayotganidan darak beradi.

4.4. Tomoqdan va burundan tekshirish uchun surtma olish

Tomoqdan (burundan) bakterial floraga surtma metall sterjen yoki tayoqcha uchiga biriktirilgan steril tampon yordamida olinadi.

Shuni hisobga olish kerak bo‘ladiki, mazkur muolaja nahorga, dori qabul qilinmasdan turib, og‘iz hamda tomoqni dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan chayqashdan oldin bajariladi. Kichik yoshdagi bolalardan surtma olish paytida boshni ushlab

Narkulov Jakhangir

tutib turadigan yordamchi kerak bo‘ladi yoki bu ishning bajarilishini bolaning onasiga tushuntiriladi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo‘yiladi: steril shpatel, bakteriologik laboratoriyadan olingan kraft-paketga joylangan tamponli steril probirka, yo‘llanma.
4. Bolani yorug‘lik manbai yoniga o‘tkaziladi.
5. Qolqoplar kiyiladi.
6. Chap qo‘lga shpatel va steril probirka olinadi.
7. Boladan og‘zini ochishi so‘raladi va shpatel bilan til ildizi bosiladi.
8. O‘ng qo‘l bilan probirkadan tampon olinadi, tampon bodomchalarga, ravoqlar va halqum orqa devoriga tekkazib olinadi (bunda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatiga tegib ketmaslik lozim).
9. Ehtiyotkorlik bilan probirkaning tashqi yuzasiga tekkiz-masdan tampon probirka ichiga tushiriladi.
10. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.
11. Yo‘llanma probirkaga biriktiriladi va bakteriologik laboratoriyaga olib boriladi.
12. Natija 7-10 kundan keyin olib kelinadi.
13. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Burundan surtma olish tartibi

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo‘yiladi: bakteriologik laboratoriyadan olingan sterjenli sterill probirka, yo‘llanma.
4. Bolani yorug‘lik manbaiga qaratib o‘tqaziladi, bolaning boshi biroz orqaga tashlangan bo‘lishi kerak.
5. Qo‘lqoplar kiyiladi.
6. Chap qo‘lga probirka olinadi va birinchi barmoq bilan burun uchini biroz yuqoriga ko‘tariladi.
7. O‘ng qo‘l bilan probirkadan tamponli sterjen chiqariladi va yengil aylana harakatlar bilan tampon chap tarafdagi pastki burun yo‘liga kiritiladi.

Narkulov Jakhangir

8. Tampon ehtiyotkorlik bilan probirka tashqi yuzasiga tekkazmasdan ichiga joylanadi. Probirkaga "H" belgisi qo‘yiladi.

9. Chap qo‘lga 2-probirka olinadi va birinchi barmoq bilan burun uchini biroz yuqoriga ko‘tariladi.

10. O‘ng qo‘l bilan probirkadan tamponli sterjen chiqariladi va yengil aylana harakatlar bilan tampon o‘ng tarafdagi pastki burun yo‘liga kiritiladi.

11. Tampon ehtiyotkorlik bilan probirka tashqi yuzasiga tekkazmasdan ichiga joylanadi. Probirkaga "Y" belgisi qo‘yiladi.

12. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

13. Yo‘llanma biriktiriladi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.

14. Natija 7-10 kundan keyin olib kelinadi.

15. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

a) Balg‘amni umumiy tahlil uchun olish tartibi

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: toza keng bo‘gizli, qopqoqli shisha flakon, og‘iz chayish uchun eritma (furatsillinning 1:5000 yoki natriy gidrokarbonatning 2% li), yo‘llanma.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

4. Qo‘lqoplar kiyiladi.

5. Bolaning og‘zi tayyorlangan antiseptik eritmalardan biri bilan chayiladi.

6. Bolada balg‘am yaxshi ko‘chishi uchun bronxlar drenaji o‘tkaziladi.

7. Boladan yaxshilab yo‘talib, balg‘amni flakon chetlariga tekkizmasdan tupurish so‘raladi.

8. Flakonning qopqog‘i berkitiladi.

9. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

10. Flakonga yo‘llanma biriktiriladi va klinik laboratoriyaga yuboriladi.

11. Natija o‘sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.

12. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Izoh: Analiz uchun balg‘amni ertalab nonushtadan oldin yig‘ish kerak. Bronxlar drenaji quyidagicha o‘tkaziladi: karavotning bosh qismi tushiriladi va oyoq qismi ko‘tariladi. Bola qorniga yotqizilib, orqasiga yengil tukillatiladi.

Narkulov Jakhangir

b) Balg‘amni mikroflora va antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun yig‘ish tartibi

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: bakteriologik laboratoriyadan olingan steril flakon, ogiz chayish uchun eritma (furatsillinning 1:5000 yoki natriy gidrokarbonatning 2% li eritmasi), spirtovka, gugurt, yo‘llanma.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

4. Qo‘lqoplar kiyiladi.

5. Bolaning og‘zi tayyorlangan antiseptik eritmalarning biri bilan chayiladi.

6. Bolada balg‘am yaxshi ko‘chishi uchun bronxlar drenaji o‘tkaziladi.

7. Chap qo‘l bilan steril flakon olinadi, o‘ng qo‘l bilan tiqini ochiladi.

8. Boladan yaxshilab yo‘talib, balg‘amni va lablarini flakonning chetlariga tekkizmasdan tupurishi so‘raladi.

9. Flakon chetlari va tiqinini spirtovka alangasi ustida kuydirib olinadi.

10. Flakon tiqini bilan berkitiladi.

11. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

12. Flakonga yo‘llanma biriktiriladi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.

13. Natija 7-10 kundan keyin olib kelinadi.

14. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Izoh: Tahlil uchun balg‘amni ertalab nonushtadan oldin yig‘ish kerak.

Balg‘amli idishda bemorning ismi-sharifi hamda tekshirish maqsadi yozilgan qog‘oz bo‘lishi kerak. Hamshira balg‘amga ishlatiladigan bankalarning hammavaqt toza bo‘lishini kuzatib borishi lozim. Buning uchun har kuni ularni issiq suv bilan yuvish va 30 daqiqa mobaynida 2 foizli natriy gidrokarbonat eritmasida qaynatish lozim. Tufdon tubiga 5 foizli karbol kislota eritmasi, 2 foizli kaliy permanganat yoki 30 foizli xloramin eritmasi quyiladi. Umumiy tufdonlarni zararsizlantirishda balg‘am ustiga zararsizlovchi xloramin eritmasi, tindirilgan (balg‘am ustiga) xlorli ohak eritmasi quyiladi, so‘ngra kanalizatsiyaga to‘kiladi.

Narkulov Jakhangir

Silga qarshi tibbiyot muassasalarida tufdondagi balg‘amni maxsus pechlarda kuydiriladi.

Balg‘amda ipir-ipir yoki ko‘p miqdor qip-qizil qon paydo bo‘lishi, o‘pkadan oqayotgan qonni bildiradi.

4.5. Oyoqlarga isituvchi vannalar qilish

Oyoqqa qilinadigan issiq vannalar aksariyat yuqori nafas yo‘llari kasalliklarida, ayniqsa hiqildoq yallig‘lanishi, tinkani quritadigan yo‘tal, nafas qisishi kabi holatlarda samarali vosita hisoblanadi.

Buning uchun chelak yoki boshqa shunga o‘xshash chuqurroq idishga 37-40°C li issiq suv yoki 10 *l* (bir chelak) s'uvga 10 gr hisobida xantal solib tayyorlangan va filtrlangan eritma qo‘yiladi. Keyin bolaning oyoqlarini unga tushirib, chelak bilan birga adyolga o‘rab qo‘yiladi.

Vaqt-vaqti bilan issiq suv solib turib suv haroratini 38-40°C da ushlab turiladi. Oradan 10-15 daqiqa o‘tkazib, oyoqlarini iliq suvga chayiladi va quritib artiladi, paypoq kiygiziladi, keyin karavotga yotqizib issiq qilib o‘rab qo‘yiladi.

4.6. Quloqqa isituvchi kompress qo‘yish texnikasi

Bolalar (ayniqsa, chaqaloqlar va kichik yoshdagi) da ichki quloqning nafas yo‘llarining boshlanish qismi bilan yaqin joylashganligi natijasida yallig‘lanish jarayonlari yuqori nafas yo‘llaridan o‘rta quloqqa o‘tib qolishi hollari kuzatiladi. Bolalarning quloqlaridagi og‘riqlar ularni emishida qiyinchiliklar tug‘diradi. Ana shu maqsadda quloqlardagi og‘riqlarni kamaytirish zarurati tug‘iladi.

Issiq suv yoki 1:1 nisbatda suyultirilgan spirt, kamfora, kungaboqar moyi, bir necha qavat qilingan bir parcha bo‘z mato, mumlangan qog‘oz, paxta, enli bint tayyorlanadi. Mato va qog‘ozning o‘rtasi bolaning qulog‘iga moslab kesiladi. Keyin matoni suvga ho‘llab siqib olinadi va quloq atrofi bo‘ylab teriga qo‘yiladi, ustidan mumlangan qog‘oz (quloq suprasidan o‘tkazib) va paxtani shunday qo‘yiladiki, har qaysi keyingi qo‘yilgan qavat ostidagisidan 2-3 sm chiqib uni yopib tursin va shundan so‘ng bint bilan boshini gir aylantirib bog‘lab qo‘yiladi.

Kompressni 3-4 soat qo‘yib qo‘yiladi, shuning uchun uni kechasi qo‘yib yotish tavsiya etilmaydi. Ba’zi hollarda quruq

Narkulov Jakhangir

issiq kompresslar qilinadi. Buning uchun o‘zida issiqlikni tutib turadigan biror xil matoni issiq choynak, dazmol va boshqa isitish manbalariga tutib turiladi va zudlik bilan bolaning quloqlariga bosib turiladi. Vaqti-vaqti bilan yangi isitilgani bilan almashtiriladi. Yoki ustidan yana bir necha qavat paxta qo‘yib chirmab bog‘lab qo‘yiladi.

4.7. Laringospazm (xuro‘zak) va soxta bo‘g‘mada shoshilinch yordam ko‘rsatish

Laringospazm sindromi, asosan, yosh bolalarda uchraydigan spazmofiliya kasalligining ro‘yirost namoyon bo‘ladigan birinchi formasi bo‘lib, ovoz tirqishining torayib qolishidir. Laringospazm sindromi aksariyat ikki yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi.

Laringospazm xurujlarini bartaraf etish uchun bolaga sovuq suv sepish, dumbalariga urib ko‘rish yoki chimchilash, umumiy ta’sir berish, til ildizini, tomoq devorlarini shpatel yoki zaruratga qarab toza ko‘rsatkich barmoq bilan ta’sirlantirish, bir necha marta yurakni massaj qilish, burnidan nafas paydo bo‘lguncha sun'iy nafas oldirish kifoya qiladi. Zaruratga qarab bolaga spazmolitiklar, talvasa qoldiruvchilar va albatta kalsiy preparatlari (10 % li kalsiy glyukonat yoki xlorid - 1-2-5 ml, kalsiy glyukonat tabletkalari 0, 5 g) berish tavsiya etiladi.

O‘tkir stenozlovchi laringotraxeit yoki **«soxta bo‘g‘ma»** sindromi ham aksariyat 3-7 yoshli bolalarda uchraydigan, o‘tkir respirator virusli kasalliklarda ko‘p bo‘lib turadigan va og‘ir o‘tadigan asoratlar jumlasiga kiradi. Shoshilinch yordam quyidagicha olib boriladi: 1. Bola o‘rniga yotqizilib, ko‘kragi bilan orqasiga gorchichnik, oyoqlariga gorchitsali vannalar qilinadi, xonadagi havo namlanadi (suvga kamfora yoki evkalipt barglari solib qaynatib), bolaga ko‘proq issiq choy, suv, meva sharbatlari ichiriladi. 2. Burun ichidan gidrokortizon emulsiyasi bilan 1 % li novokain eritmasi, shu aralashma 0, 5 ml dan ikki tomondagi pastki burun chig‘anoqlarining oldingi uchlaridagi shilliq parda ostiga yuboriladi.

3. Spazmolitik va shishga qarshi dorilar (efedrin, adrenalin, papa-verin, eufillin), antigistamin preparatlar (prednizolon, gidrokortizon emulsiyasi), ta’sir doirasi keng antibiotiklardan har xil tarkibda qilib tayyorlasa bo‘ladigan aralashmalardan iliq-

Narkulov Jakhangir

nam holda ingalyatsiyalar beriladi. Ingalyatsiyani kuniga 1-3 mahaldan buyurib turish tavsiya etiladi. Bir martali ingalyatsiya uchun 3-5 ml eritma sarflanadi.

4. Stenotik nafas hodisalari zo‘rayib borganida bronxolitik moddalarni antigistamin preparatlar bilan birga qo‘shib parenteral yo‘l bilan ishlatish yaxshi naf beradi. Etiotrop vositalar (grippga qarshi gammaglobulin, grippga qarshi zardob, interferon, oksolinli malham), shuningdek, antibiotiklar qo‘llaniladi. Burun, to‘sh, oyoq panjalari sohalariga ultrabinafsha nur berish, hiqildoq, traxeya sohasiga UVCH toklari berish, parafin bilan ozokeritdan «etikchalar» qilish o‘rinlidir.

5. Bolaning umumiy ahvoli og‘irlashadigan bo‘lsa, narkoz ostida bevosita laringotraxeoskopiya, uzaytirilgan nazotraxeal intubatsiya, o‘ta og‘ir hollarda, traxeya punksiyasi, traxeo-stomiya qilinadi.

4.8. Bronxial astma xurujida shoshilinch yordam ko‘rsatish

Bemorni tinchlantirish va qisib turgan kiyimlarini yechib, uni toza havo bilan ta’minlash. Oyoqlariga issiq vanna qilish, boshini baland qilib yotqizish.

Astmopent, solbutamol yoki novodrin ingalyatsiya qilish, vena ichiga 10, 0 ml 2,4% li eufillinni 0,5 ml 0,05 % li strofantin bilan birga yuborish. Og‘ir holatlarda prednizolon 30-90 mg v/i ga yoki deksametazon 4-16 mg v/i ga. Ko‘krak qafasini vibratsion massaj qilish, v/i ga dimedrol yoki suprastin 2, 0 ml miqdorida yuboriladi.

4.9. Plevral punksiyada qatnashish

Plevra bo‘shlig‘ida suyuqlik yig‘ilib qolganda plevrani tashxis va davo maqsadida punksiya qilish zarur bo‘ladi.

Plevra punksiyasini shifokor bajaradi. Bunda hamshiraning vazifasi asboblarni, bemorni tayyorlash va muolajani bajarish vaqtida shifokorga yordam berishdan iborat. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va uslubi tushuntirib beriladi.

2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

3. Quyidagilar tayyorlanadi: anesteziya uchun to‘plam (shpris 5 ml, 10 ml, teriosti, mushaklar orasiga ineksiya qilish

Narkulov Jakhangir

uchun ignalar, 0,5% li novokain ampulada, 70% li spirt, steril paxta), plevral punksiya uchun rezina nayli igna, qisqich, drenaj naychalar tizimi, Poten shprisi yoki Bobrov apparati, yoki elektroso‘rg‘ich, ko‘krak qafasining to‘g‘ri va yon proyeksiyalardagi rentgenogrammalari, plevral suyuqliklarni yig‘ish uchun idishlar, steril bog‘Iov anjomlari bo‘lgan biks, kleol yoki leykoplastir, laboratoriyaga yo‘llanma, probirkalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar.

4. Shifokorga qo‘lini yuvishda yordam beriladi.

5. Stul suyanchig‘iga yostiq qo‘yiladi, bolani stul suyanchig‘i tomonga qaratib o‘tkaziladi, bolaning qo‘llari yostiqda turishi kerak.

6. Bolaga stul suyanchig‘i ustiga engashish buyuriladi (qovurg‘alararo masofaning kengayishi uchun).

7. Qo‘llarga ishlov beriladi, qo‘lqoplar, niqob, qalpoqcha va steril xalat kiyiladi.

8. Punksiya paytida shifokorga yordam berib turiladi, bola ahvolidan xabardor bo‘lib turiladi.

9. Muolajadan keyin bolani aravachada xonasiga olib boriladi.

10. Laboratoriyaga punksiya paytida olingan suyuqlik olib boriladi.

11. Tahlil natijasi olingach, kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

12. 3 soat davomida bolani tinimsiz kuzatiladi (qat'iy yotoq tartibi).

4.10. Ingalatsiya

1. Soch va tirnoqlarni tartibga keltirish, qollarni yuvish.

2. Kerakli jihozlarni tayyorlab olish.

3. Purkagichning ishga yaroqliligini tekshirib olish.

4. Muolaja maqsadi va uni o‘tkazish usullari haqida bemorga to‘g‘ri ma’lumot berish

5. Bemorni o‘tkazib qo‘yish.

6. Bemorni engagidan boshlab, ko‘kragini sochiq bilan yopib qo‘yish.

7. Mundshtukni purkagichga ulab, ko‘rsatilgan miqtordagi steril distillangan suvni solib, apparatni ishga tushirish, siqilgan havo kelishini va purkalishini tekshirish.

Narkulov Jakhangir

8. Bemorga qanday nafas olishni tushuntirish (chuqur nafas olib, 3 soniya nafasni ushlab turish va nafas chiqarish)

9. Mundshtukni bemorga uzatib, ingalatsiyani boshlash.

10. Ingalatsiya vaqtida bemorning pulsi, xirillashlar va ahvolini kuzatish.

11. Ingalatsiya vaqtida ajralib chiqadigan bog‘lamni maxsus idishga tuflash kerakligini bemorga oldindan tushuntirish.

12. Ingalatsiya tugagach, bemor og‘zini chayib tashlashini iltimos qilish. Bemorni avvalgi holatiga qaytarish.

13. Purkagichni qismlarga ajratish.

14. Hayot uchun muhim ko‘rsatkichlardagi o‘zgarishlar, bemorning nafas olishi, ajralgan balg‘am miqdori va xususiyatlarini kuzatib borish.

15. Ingalatsiya davomiyligi, bemorni nafas olishi va umumiy ahvolidagi o‘zgarishlar, ajralgan balg‘am miqdori va xususiyatlarini yozib qo‘yish.

4.11. Shilliq va balg‘amni so‘rib olish (og‘iz va burun bo‘shlig‘idan)

1. Soch va tirnoqlarni tartibga keltirish, qo‘llarni yuvish.

2. Kerakli jihozlarni tayyorlab olish: sochiq, spirt, paxta sharchalari, qaynatilgan suv, elektr so‘rg‘ich apparati.

3. So‘rg‘ich, so‘rib olingan suyuqlik yig‘iladigan idish va so‘rg‘ich naychasini bir-biriga ulab, tok manbaiga ulash.

4. Muolaja maqsadi va uni o‘tkazish usullari haqida bemorga to‘g‘ri ma’lumot berish.

5. Bemorni kerakli xolatga keltirish.

6. Spirtga ho‘llangan sharchalarni tayyorlab, qo‘lqoplarni kiyish.

7. Kateterning keraksiz qismlarga sababsiz teginmasdan uni so‘rg‘ich naychasiga ulash.

8. Kateter uchini steril suvga (6-8 sm) tushurish va oz miqdorda suv so‘rib olish.

9. So‘rish bosimini 100-200 mm. sim. ust (13-26 kPa) darajasida o‘rnatish.

10. Og‘iz bo‘shlig‘i: bemorni hamshiraga qaratib, og‘zini katta ochishni iltimos qilish.

Burun bo‘shlig‘i: bemor boshini bir oz orqaga engashtirishni iltimos qilish.

Narkulov Jakhangir

11. Bir qo‘l bilan kateterni ulangan joyidan ushlab turish. Ikkinchi qo‘lga kateter uchini (6-8 sm) olish.

12. Og‘iz bo‘shlig‘i: kateterni bukilgan holda ushlab turib og‘iz bo‘shlig‘iga kiritish va so‘rib olishni boshlash.

Burun bo‘shlig‘i: kateterni bukilgan holda ushlab turib 15-20 sm ichkariga kiritish. Kateter halqumga yetganidan keyin so‘rib olishni boshlash.

13. Bosh va korsatkich barmoq bilan kateterni ushlab turgan holda uni o‘ng va chapga aylantirish. Kateterni yuqori va pastga harakatlantirib turib, ehtiyotlik bilan uni chiqarib olish (10-15 sekund mobaynida)

14. Bemor nafasini normallashtirish.

15. Kateterga yopishib qolgan ajralmalarni spirtda ho‘llangan paxta bilan artib tashlash.

16. Kateterni chayib tashlash uchun, yuvish eritmasini kateterga sorib olish. Undan keyin kateterni chayib tashlash uchun sterillangan suvni so‘rib olish.

17. Agar bir martada keraklicha balg‘am so‘rib olinmasa, bemor nafasini rostlab olishini poylab turish va qaytadan so‘rib olishni takrorlash.

18. Muolaja tugagach, kateterni so‘rgich naychasidan ajratib olish va uni dez eritmali idishga solib qo‘yish.

19. Bemor nafas olishini, nafas olishdagi shovqinlarini, qiynalib nafas olish rivojlanishini, bemorning umumiy ahvolini kuzatish.

20. Kuzatuv natijalarni yozib borish: so‘rib olish davomiyligi, nafas olish holati, balg‘am miqdori va xususiyatlari, bemorning umumiy ahvoli va hokazo.

Narkulov Jakhangir

QON AYLANISH A'ZOLARI KASALLIKLARIDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

5.1. Bolalarda pulsni aniqlash

Bolaning tomir urishi (puls) ni u tinch turgan paytda aniqlanadi. Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Sekund milli soat tayyorlab qo'yiladi.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
4. Bolaga qulay vaziyat egallash taklif qilinadi.
5. Bolaning kaftini bilak-kaft bo'gimi sohasida barmoqlar bilan ushlanadi.
6. Bilak arteriyasi pulsatsiyasini 2, 3, 4-barmoqlar bilan paypaslab aniqlanadi.
7. Pulsning to'liqligi aniqlanadi.
8. Pulsning tarangligi bilak suyagiga bosib aniqlanadi.
9. Pulsning ritmi aniqlanadi.
10. Puls zarbining sonlari aniqlanadi:

a) agar ritm noto'g'ri bo'lsa - 1 daqiqa ichida;

b) agar ritm to'g'ri bo'lsa - 15 soniya ichida sanab, natijani 4 karra ko'paytiriladi, 20 soniya ichida sanab, 3 karra ko'paytiriladi.

11. Natijaga baho beriladi, kerak bo'lsa shifokorgacha bo'lgan yordam ko'rsatiladi.
12. Natijalar bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi: raqamli natijalarni bolaning kasallik tarixiga kiritiladi, puls sonlari grafik ko'rinishida harorat varaqasiga qizil qalam bilan qayd qilinadi.

5.2. Arterial bosimni o'lchash

Arterial bosimni rus shifokori Korotkov tomonidan taklif etilgan usulda sfigmomonometr yoki tonometr asbobi bilan aniqlanadi. Arterial bosimni aniqlash uchun fonendoskop bilan birga bolalar uchun chiqarilgan eni qisqa manjetkasi bor sfigmomonometr yoki tonometr kerak bo'ladi. Manjetkalarning o'lcham (razmer) i:

Narkulov Jakhangir

1 yoshgacha 3.5x7 sm, 2 yoshgacha 4,5x9 sm, 4 yoshgacha 5,5x11 sm, 7 yoshgacha 6,5x13 sm, 10 yoshgacha 8,5x15 sm, 10 yoshdan keyin standart razmerda bo‘ladi.

Bajarish tartibi:

l. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: fonendoskop, tonometr.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

4. Bola shunday joylashtiriladiki, uning qo‘li tekis yuzada joylashsin.

5. Bolaning qo‘l kaftini yuqoriga qaratib, tirsak bo‘g‘imida yozgan holda joylashtiriladi.

6. Yelkasi shunday ochiladiki, bunda kiyim yelkani manjetkadan yuqoriga siqmasligi kerak.

7. Tonometr manjetkasini bolaning ochiq yelkasiga tirsak bo‘g‘imidan 2-3 sm yuqorida, manjetka va yelka oralig‘iga 1 barmoq sig‘adigan darajada bo‘shliq qoladigan qilib joylashtiriladi. Bunda rezina naychalar yon tarafda qolishi kerak.

8. Tonometrni manjetka bilan ulanadi.

9. Tonometr milini shkalaning 0 belgisiga nisbatan to‘g‘ri joylashtiriladi.

10. Shu qo‘l bilan bilak arteriyasining pulsatsiyasi aniqlanadi.

11. Bo‘sh qo‘l bilan rezina nokdagi ventilni yopib, manjetkaga havoni arteriyadagi pulsatsiya yo‘qolgunga qadar damlanadi.

12. Tonometr ko‘rsatkichi eslab qolinadi.

13. Ventil ochiladi va havo chiqara boshlanadi.

14. Fonendoskop boshchasi tirsak chuqurchasiga qo‘yiladi.

15. Rezina nokdagi ventilni yopib, manjetkaga avvalgi ko‘rsatkichgacha va 20-30 mm simob ustuniga ko‘proq havo yuboriladi.

16. Ventil ochiladi va havoni asta-sekinlik bilan chiqariladi, tonometrning mili yoki simob ustuni bir tekisda pasayib borishi kerak.

17. Fonendoskopdagi tovushlar diqqat bilan tinglanadi, birinchi puls zarbi paydo bo‘lgan payt qayd qilinadi – bu sistolik bosimdir, birinchi bor eshitgan zarbga to‘g‘ri kelgan raqam eslab qolinadi.

Narkulov Jakhangir

18. Fonendoskopdagi tovushlar diqqat bilan tinglanadi, puls zarbalarining tugash payti qayd qilinadi – bu diastolik bosimdir, pulsatsiya to‘xtagan paytdagi ko‘rsatkich eslab qolinadi.

19. Havo chiqarib yuboriladi, manjetka yechib olinadi. Bola avvalgi holatiga keltiriladi.

20. O‘lchash natijasi baholanadi. Kerak bo‘lsa, shifokor kelgunga qadar yordam ko‘rsatiladi.

21. A/B o‘lchash ko‘rsatkichlari bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi: kasr ko‘rinishida (suratida sistolik bosim, mahrajida diastolik bosim) va harorat varaqasiga grafik ko‘rinishida chizib qo‘yiladi.

22. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

Arterial bosim doimiy kattalik emas. U bolaning ahvoliga yoki asab tizimining holatiga, yoshiga bog‘liq. Bola qancha yosh bo‘lsa arterial bosim shuncha past bo‘ladi.

Bolaning yoshiga qarab arterial bosimini taxminan quyidagi formula bilan aniqlasa bo‘ladi:

Bir yoshgacha arterial bosim = 70 + n (bu yerda, n – oylarda ifodalangan bolaning yoshi) ;

Bir yoshdan keyin = 80 + 2n, (bu yerda, n – yillarda ifodalangan bolaning yoshi).

Narkulov Jakhangir

OVQAT HAZM QILISH A’ZOLARI KASALLIKLARIDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO‘NIKMALAR

6.1. Stomatitlarda og‘iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: antiseptik eritmalar (natriy gidrokarbonatning 0,2% li eritmasi, furatsillinning 1:5000 eritmasi), lotok, pinset, Koxer qisqichi, doka salfetkalar, shpatel, xloraminning 3% li eritmasi, og‘iz kengaytirgich, til tutgich.
3. Bola yoki uning onasi ogohlantiriladi va og‘iz bo‘shlig‘ini parvarishlash zarurligi tushuntiriladi.
4. Bola boshi yon tomonga buriladi, lunji ostiga suvqog‘oz va buyraksimon lotok qo‘yiladi.
5. Qo‘lqoplar kiyiladi.
6. Bolaga og‘izni kattaroq ochish va tilni chiqarish taklif qilinadi, agar bola o‘zi og‘zini ocha olmasa, og‘iz kengaytirgich va til tutgich yordamida ohista tili tashqariga tortiladi.
7. Qisqich yordamida tampon olinadi va yuqoridagi eritmalarning birida ho‘llanadi.
8. Bola lunji shpatel yordamida tortiladi.
9. Tampon bilan bolaning barcha tishlari, milki, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati, tili ishqalanadi.
10. Lablari qurigan va yorilgan bo‘lsa ularga vazelin yoki sariyog‘ surtib qo‘yiladi.
11. Qo‘lqoplar yechilib, ishlov beriladi.

6.2. Og‘iz oqarishida og‘iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi

Bunday hollarda og‘iz bo‘shlig‘ida ishqoriy muhitni saqlab turish juda muhim, buning uchun natriy bikarbonat (soda) ning 2% li eritmasi bilan og‘iz chayiladi yoki shilliq pardadagi oq karashlar yo‘qolgunicha artib chiqiladi. Shuningdek, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq pardasiga ba’zan metilen ko‘kining suvdagi 1% li eritmasi, 100% li qand sharbati bilan ishlov berish ham

Narkulov Jakhangir

samarali bo‘lib chiqadi. Og‘iz oqarishiga asosan zamburug‘lar sabab bo‘lishini hisobga olib, shilliq parda artib tozalangach, unga nistatin yoki levorin tabletkalaridan maydalab sepib turish yaxshi natija beradi.

6.3. Oral regidratatsiya o‘tkazish

Dispepsiyada bolani parvarish qilishda me'da-ichak yo‘llarini ovqatdan xalos etish uchun uni 6-12-18 soat mobaynida suv-choyli parhezga o‘tkazish juda muhim. Bunday paytda bolaga choy, qaynatilgan suv, izotonik natriy xlorid eritmasi, 5% li glukoza eritmasi, Ringer eritmasi beriladi, albatta, bularni toksikozning og‘ir-yengilligiga qarab bola vaznining har bir kilogrammiga sutkasiga 150-200 ml hisobidan beriladi.

Masalan: Bola 3 oylik bo‘lgan, vazni 5000 gr. Toksik dispepsiya tufayli ovqatlantirish 12 soatga to‘xtatilgan. Binobarin, butunlay ovqat berish bekor qilinib, o‘rniga sutkalik miqdorida suyuqlik berish kerak. 150 mix 5 = 750 ml. Biroq suv-choyli parhez faqat 12 soatga buyurilgan, shuning uchun bu vaqt mobaynida uning yarmi beriladi: 750 ml: 2 = 375 ml, ya’ni taxminan 400 ml. Suyuqliklardan qaynagan suv, shirin choy (5% qand), Ringer eritmasi, glyukozaning 5% li eritmasi kabilarni ichimlik o‘rnida oz-ozdan sovitib har 5-10 daqiqada 2-3 choy qoshig‘ida, ketma-ket qusganda esa, pipetka bilan tomchilab beriladi.

6.4. Qusayotganda yordam ko‘rsatish

Ko‘krak yoshidagi bola qusganda bolaning boshini yonga buriladi, shunday qilinganda qusuq massalari bilan aspiratsiya bo‘lmaydi. Yoshi kattaroq bola qusganda esa o‘tirgizib qo‘yib oyoqlari orasiga tog‘ora qo‘yiladi, boshini sal oldinga engashtiriladi va boshi ushlab turiladi. Bola qusib bo‘lganidan keyin og‘zini chayib tashlash uchun suv beriladi, emadigan yoshdagi bolaga bir necha qoshiq qaynagan suv ichirib yuboriladi.

Narkulov Jakhangir

6.5. Me’dani yuvish texnikasi

1. Tayyorlab qo‘yiladi: steril yo‘g‘on oshqozon zondlari, voronka, oshqozonni yuvish uchun eritma (natriy gidrokarbonatning 4,2% li eritmasi) solingan chelak, suv (1 litrli obdastada), suvqog‘ozli fartuk, suvqog‘oz, yuvindi suvlari uchun tog‘ora, sochiq, Jane shpritsi, qo‘lqoplar.

2. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

3. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

4. Qo‘lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.

5. Bolaga ko‘ylak yoqasi, galstuk, kamarini yechish taklif qilinadi.

6. Bola to‘g‘rilab o‘tkaziladi. U stul suyanchig‘iga suyanib, boshini oldiga egib, oyoqlarini yon tomoniga yozib o‘tirishi kerak.

7. Bola bo‘yni va ko‘kragiga suvqog‘ozni shunday yopish kerakki, uning oyoqlari orasiga qo‘yilgan tog‘oraga suvqog‘ozning chetlari tushib tursin.

8. Pinset bilan idish ichidagi sterillangan nam zond olinadi. Uni to‘mtoq uchidan 10-15 sm uzoqlikda o‘ng qo‘l bilan ushlanadi, chap qo‘l bilan esa erkin uchi ushlanadi.

9. Zonddagi belgilarga qarab (yoki oldingi qoziq, tishlardan kindikkacha bo‘lgan masofagacha), zondning kiritilish uzunligi aniqlanadi.

10. Bolaga og‘izni ochish va burun orqali chuqur-chuqur nafas olish taklif qilinadi va zondning to‘mtoq uchi til ildiziga qo‘yiladi.

11. Har bir yutinish harakati bilan zond qizilo‘ngach orqali oshqozonga kerakli belgigacha yuboriladi.

12. Voronka zondning erkin uchiga ulanadi.

13. Voronka bolaning tizzasi sathigacha tushiriladi va unga yuvuvchi suyuqlik to‘ldiriladi.

14. Suyuqlik to‘ldirilgan voronka asta-sekin yuqoriga ko‘tariladi, bunda suyuqlik sathi voronka bo‘g‘zigacha tushishi kerak.

15. Voronka oshqozondagi moddalar bilan to‘lishi uchun bolaning tizzasi sathigacha tushiriladi va voronka tog‘oraga bo‘shatiladi.

Narkulov Jakhangir

16. 13-15 punktlardagi muolajalar toza suv paydo bo‘lgunga qadar takrorlanadi.

17. Zondning erkin uchi salfetka bilan o‘raladi.

18. Zond salfetka orqali asta-sekinlik bilan tortib olinadi.

19. Boladan suvqog‘ozni yechib olinadi, muolaja uchun ishlatilgan buyumlar yig‘ishtiriladi, so‘ng ularga ishlov beriladi.

20. Muolajadan keyin bola ahvolidan xabardor bo‘lib turiladi.

Izoh: Shifokor ko‘rsatmasi bilan yuvindi suvlar laboratoriyaga yuboriladi, qolganlari tegishli talablarga binoan ishlov beriladi.

6.6. Najasni umumiy tahlilga yig‘ish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Quyidagilar tayyorlanadi: keng og‘izli shisha idish, suyuq najas massalari uchun qoshiq yoki shpatel, tuvak va yo‘llanma.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

4. Rezina qo‘lqoplar kiyiladi, bola yuvintiriladi, qovug‘ini bo‘shatish taklif qilinadi, tuvak chetga olib qo‘yiladi.

5. Bolaga toza tuvak beriladi va unga najasni yig‘ish buyuriladi.

6. Najas massalarining tashqi ko‘rinishi ko‘zdan kechiriladi.

7. Bir necha joydan shpatel yoki qoshiq bilan 30-40 g miqdorda najas olinadi.

8. Qo‘lqoplar yechiladi.

9. Shisha idishga yo‘llanma biriktiriladi.

10. Shisha idish klinik laboratoriyaga yuboriladi.

11. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.

12. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

6.7. Yashirin qonni aniqlash uchun najas yig‘ish (Gregersen reaksiyasi uchun)

Bola 3 kun davomida tayyorlanadi. Quyidagilar istisno qilinadi:

a) Ovqat moddalaridan tarkibida temir, go‘sht, baliq, jigar, ikra bo‘lgan taomlar, anor, bo‘tqalar, ko‘k sabzavotlar;

Narkulov Jakhangir

b) Tarkibida temir moddasi bo‘lgan dori-darmonlar;

d) Bolaga tish yuvish taqiqlanadi, og‘izni 2% li natriy bikarbonat eritmasi bilan chayish tavsiya qilinadi.

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Quyidagilar tayyorlanadi: keng og‘izli shisha idish, suyuq najas massalari uchun qoshiq yoki shpatel, tuvak va yo‘llanma.
3. Rezina qo‘lqoplar kiyiladi, bola yuvintiriladi, qovuqni bo‘shatish taklif qilinadi, tuvak chetga olib qo‘yiladi.
4. Najas tuvakka yig‘iladi, yangi qon aralashmasi bor-yo‘qligini aniqlash uchun najas ko‘zdan kechiriladi. Yashirin qon aralashmasi aniqlangan holda - zudlik bilan shifokorga xabar beriladi.
5. Agar qon aralashmasi aniqlanmasa, najas aralashtiriladi.
6. Hosil bo‘lgan massadan 30-40 g olib, tayyorlangan shisha idishga solinadi.
7. Qo‘lqoplar yechiladi.
8. Idishga yo‘llanma biriktiriladi.
9. Material bioximik laboratoriyaga olib boriladi.
10. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.
11. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

6.8. Najasni gijja tuxumlarini aniqlash uchun yig‘ish

Najasni gijja tuxumlarini aniqlash uchun yig‘ishda bolaning ichi toza tuvakka bo‘shatilgach, uning kamida 5-6 joyidan najas yuqoridagi kabi olinadi va zudlik bilan (najas issiqligini yo‘qotib qurib qolmagunicha) laboratoriyaga yo‘llanma bilan jo‘natiladi. Gijja tuxumlarining tezda yemirilib ketishini hisobga olib ushbu najas imkon qadar tekshiriladigan joyda olingani ma’qul.

6.9. Qorin dam bo‘lgan (meteorizm) da yordam ko‘rsatish

Ko‘pchilik kasalliklarda (ayniqsa, zotiljamda – chaqaloq bolalarda, hazm a’zolari kasalliklarida, o‘tkir intoksikatsiyalarda katta yoshdagi bolalarda) bolalarning qorni dam bo‘lishi uning ahvolini keskin og‘irlashtirib qo‘yadi. Shuning uchun, tibbiyot hamshirasi kasal bolaning ichaklari funksiyasini diqqat bilan kuzatib borishi, meteorizm rivojlanishini o‘z vaqtida oldini olishi, qorni dam bo‘lib qolganda esa tezroq gazlarni yurishtirib

Narkulov Jakhangir

chiqarib yuborishga harakat qilishi kerak bo‘ladi. Buning uchun tozalovchi huqna qilish va eng avvalo, gaz chiqaruvchi naycha qo‘yish, qornini uqalash yoki issiq grelka qo‘yish lozim. Bajarish tartibi:

1. Tayyorlab qo‘yiladi: steril gaz chiqaruv nayi, suvqog‘oz, tuvak, to‘siq, vazelin, salfetka.
2. Zaruriyat bo‘lsa to‘siq o‘rnatiladi.
3. Bola choyshab va suvqog‘oz solingan kushetkaga chap yonboshiga yotqiziladi, bunda uning oyoqlari tizzada bukilib, qoringa keltirilgan bo‘lishi kerak.
4. Bola oyoqlari oldiga suv qo‘yilgan tuvak qo‘yiladi.
5. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
6. Qo‘lqoplar kiyiladi.
7. Steril gaz chiqaruvchi naychaga vazelin surtiladi.
8. Dumbalarni chap qo‘l barmoqlari bilan ochib, o‘ng qo‘l bilan aylana harakatlar yordamida gaz chiqaruvchi nay to‘g‘ri ichakka kiritiladi, avval kindik yo‘nalishida 3-4 sm, keyin umurtqa pog‘onasiga parallel 20-30 sm.
9. Nay ichakda gazlar to‘liq chiqib ketguncha qoldiriladi, lekin 1 soatdan ko‘p emas.
10. Asta-sekinlik bilan nay tortib olinadi, orqa peshob atrofi artiladi va vazelin surtiladi.
11. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.
12. Anjomlarga ishlov beriladi.

6.10. Tozalovchi huqna qilish texnikasi

1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga uchligi yumshoq rezina balloncha bilan huqna qilinadi, yoshidan oshgan bolalarda Esmarx krujkasi yoki uchligi qattiq rezina ballon (nok) yordamida bajariladi.

Tozalovchi huqna uchun uy haroratidagi suv ishlatiladi, kichik yoshdagi bolalar uchun esa suv harorati 24-26°C bo‘lishi lozim. Huqna qilinadigan ballon oldin 15 daqiqa qaynatib sterillanadi, uchligiga esa vazelin surtiladi. Yuboriladigan suvni ballonga to‘ldirib olinadi, buning uchun uni oldin yaxshilab qisib, havosi chiqarib yuboriladi.

Bolani chap yonboshi bilan kleyonka va choyshab ustiga yotqiziladi. O‘ng oyog‘ini bukib qorniga tortiladi. O‘ng qo‘l

Narkulov Jakhangir

bilan hech qanday kuch ishlatilmasdan ballon uchligini to‘g‘ri ichakka 4-5 sm kiritiladi. Keyin ballonni qisib, suyuqlikni ichakka kiritiladi va bo‘shashtirib yubormasdan, uni to‘g‘ri ichakdan chiqarib olinadi. Suyuqlik chiqib ketmasligi uchun bola dumbalarini bir necha daqiqa yumib ushlab turiladi.

Ko‘krak yoshidagi bolalarga huqnani chalqancha yotqizib qo‘ygan holda, oyoqlarini sal balandga ko‘tarib turib qilinadi.

Tozalovchi huqna uchun suyuqlik miqdori bolaning yoshiga bog‘liq: 1-3 oylik bolaga 60 ml, 3 oylikdan 1 yoshgacha - 90 ml dan 150 ml gacha, 1-2 yoshli bolaga 200 ml; 2-9 yoshli bolaga 400 ml/gacha, 9 yoshdan oshganlarga 500 ml. Katta yoshdagi bolalarga tozalovchi huqna bajarish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: Esmarx krujkasi, uchlik, shtativ, vazelin, tuvak, suvqog‘oz, qo‘lqop, bemor mustahabi uchun to‘plam, to‘siq, choyshabcha, niqob, fartuk.

3. Bola ruhiy jihatdan tayyorlanadi.

4. Bola mo‘ljallanayotgan muolaja haqida, uning o‘tkazilish joyi va vaqti haqida ogohlantiriladi.

5. Qo‘lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.

v 6. Xona haroratidagi (20°C) 1-1, 5 litr suv Esmarx krujkasiga quyiladi.

7. Krujka shtativga ilib qo‘yiladi.

8. Rezina krujkadagi ventil ochiladi va suv bilan to‘ldiriladi, ventil yopiladi.

9. Uchlik vazelin bilan yog‘lanadi, kushetka ustiga suvqog‘oz to‘shaladi. Bunda uning chetlari pastga qo‘yilgan tog‘oraga tushib turishi kerak.

10. Bolani chap yonboshiga yotqiziladi. Bolaning oyoqlari tizzadan bukilgan va biroz qoringa keltirilgan bo‘lishi kerak.

11. Dumbalari orasi chap qo‘lning 4 ta barmog‘i bilan ochiladi, o‘ng qo‘l bilan esa uchlik anal teshikka ehtiyotkorlik bilan kiritiladi. Bunda avval kindik yo‘nalishida 3-4 sm, keyin esa umurtqa pog‘onasiga parallel yo‘nalishda 8-10 sm kiritiladi.

12. Suvning tez oqishi og‘riq chaqirishi mumkin, shuning uchun ventilni qisman ochish kerak.

13. Agar suv ichaklarga bormasa, krujka balandroq ko‘tariladi yoki uchlik holati o‘zgartiriladi: u biroz chuqurroq kiritiladi yoki sirtdan tortib ko‘riladi. Agar bu yordam bermasa, uchlikni

Narkulov Jakhangir

chiqarib, boshqasiga almashtiriladi (u najas bilan tiqilib qolgan bo‘lishi mumkin).

14. Ichakka suv borishi to‘xtagandan keyin ventil berkitiladi va uchlik ehtiyotlik bilan chiqariladi.

15. Bolaga suvni ichakda bir necha daqiqa ushlab turish kerakligi tushuntiriladi.

16. Unga tuvak beriladi.

17. Defekatsiya aktidan keyin najas ko‘zdan kechiriladi. Agar tuvakda faqat najas toshlari aralash suv bo‘lsa huqnani shifokor ko‘rigidan keyin qaytarish zarur.

18. Defekatsiyadan keyin bolaga mustahab qildiriladi.

19. Asboblar, parvarish buyumlari va bemor ajralmalariga ishlov beriladi.

20. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

6.11. Sifonli huqna qilish texnikasi

Odatdagi tozalash huqnalari ta’sir qilmaganda sifonli huqnalar quyidagi hollarda qilinadi:

1) Ichakning tutilib qolishi.

2) Turli xil zaharlanishlar.

3) Davolash maqsadida gazlarni haydash va yo‘g‘on ichakning pastki qismini yuvish.

Ichakning tez bo‘shalishi uchun sifon usuli (ichakni ko‘p marta yuvish) eng yaxshi usul hisoblanadi, bu usulda tutashadigan idishlardan foydalaniladi. Bunday idishning biri - ichak, ikkinchisi - to‘g‘ri ichakka kiritilgan rezina naychaning tashqi uchidagi voronkadir. Bajarish tartibi:

1. Bola ruhiy jihatdan tayyorlanadi.

2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

3. Tayyorlab qo‘yiladi: 2 ta yo‘g‘on, uzunligi 1 m keladigan bir uchiga shishali naycha ulangan oshqozon zondi, 1 litr hajmli voronka, xona haroratidagi 10 litr suv, 1 litrli obdasta, yuvindi suvlarini yig‘ish uchun chelak, suvqog‘oz, fartuk, vazelin, qo‘lqoplar, to‘siq, mustahab uchun to‘plam.

4. Zaruriyat bo‘lsa to‘siq o‘rnatiladi.

5. Qo‘lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.

Narkulov Jakhangir

6. Bola choyshab va suvqog‘oz solingan kushetkaga yotqiziladi, bunda uning oyoqlari tizzada bukilib, qoringa keltirilgan bo‘lishi kerak.

7. Zondning to‘mtoq uchiga 30-40 sm uzunlikda vazelin surtiladi.

8. Bolaning dumbalarini ochib zondning to‘mtoq uchi ichakka 30-40 sm masofaga kiritiladi.

9. Voronka ulanadi.

10. Voronka bemor sathidan biroz pastda egik holda ushlanadi.

11. Voronka suv bilan to‘ldirilib, asta-sekin 80 sm balandlikka ko‘tariladi.

12. Voronkadagi suv uning bo‘g‘ziga yetgach, voronka tog‘ora ustiga tushiriladi va ichakdagi suv voronkani to‘ldirmaguncha to‘nkarilmaydi.

13. Voronkadagi suv to‘kib tashlanadi.

14. Voronka yana suv bilan to‘ldiriladi, yuqoridagi muolajalar ichakdagi gazlar to‘liq chiqib ketmaguncha va toza suv paydo bo‘lmaguncha qaytariladi.

15. Voronka ajratiladi, rezina nay to‘g‘ri ichakda yana 10-20 minutga qoldiq suvlar chiqib ketishi uchun qoldiriladi.

16. Muolajadan so‘ng bolaga mustahab qildiriladi.

17. Asboblar, parvarish buyumlari va bemor ajralmalariga ishlov beriladi.

18. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

6.12. Dorili huqnalar o‘tkazish texnikasi

Dori moddalarini og‘iz orqali kiritishga monelik qiladigan hol bo‘lsa, ularni to‘g‘ri ichak orqali kiritish mumkin, bunda ular suriladi va jigarni chetlab o‘tib, tezda qonga o‘tadi. Dori huqnalari mahalliy va umumiy ta’sir qiladigan bo‘ladi. Birinchisi – yo‘g‘on ichakda yallig‘lanish jarayonini kamaytirish maqsadida, ikkinchisi – organizmga ba’zan uzoq vaqtgacha dori yoki oziq moddalarini kiritish uchun qo‘llanadi va tomchili huqnalar deb yuritiladi.

Dorili mikrohuqnalarning miqdori bola yoshiga qarab 10, 20, 50-100 ml dan oshmasligi kerak. Dori moddalari oddiy 20 g li shpris, Jane shprisiga yoki sig‘imi 50 dan 100 ml gacha bo‘lgan

Narkulov Jakhangir

rezina ballonchaga olinadi (14-rasm). Dori moddasining harorati 40°C dan past bo‘lmasligi kerak, chunki bundan past haroratda defekatsiyaga ehtiyoji paydo bo‘ladi va dori surilmaydi. Dori huqnasidan 30-40 daqiqa oldin tozalash huqnasi qilinadi va ichak batamom bo‘shalganidan so‘ng dori kirita boshlanadi. Bajarish tartibi:

1. Tayyorlab qo‘yiladi: 10-20-30 ml shifokor tomonidan buyurilgan dori (40-42°C da), rezina nokcha, uchlik, Jane shprisi, glitserin, vazelin, salfetka, tuvak, suvqog‘oz, tozalovchi huqna uchun to‘plam, to‘siq.

14-rasm. *Rezina noksimon ballonchalar.*

2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
3. To‘siq o‘rnatiladi.
4. Qo‘lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.
5. Bolaga tozalovchi huqna o‘tkaziladi.
6. Bolaga mustahab qildiriladi.
7. Uchli rezina ballonchaga yoki Jane shprisiga (yosh bolalarda 20 grammli shprisga) dori vositasi tortiladi.
8. Bolani chap yonboshiga, oyoqlarini tizzada bukilgan, qoringa keltirilgan holda yotqiziladi.
9. Uchlikka glitserin yoki vazelin surtiladi.
10. Chap qo‘l bilan dumbalar ochiladi.
11. O‘ng qo‘lga uchlikni olib, asta-sekinlik bilan 5-6 sm uzunlikda kiritiladi.
12. Asta-sekin dori vositasi yuboriladi.

Narkulov Jakhangir

13. Uchlikni ichakdan chiqarib (ballonchani qo‘yib yubormasdan), bolani 20-25 daqiqaga yotqizib qo‘yiladi.

14. Asboblar, parvarish buyumlari va bemor ajralmalariga ishlov beriladi.

15. Bola ertalabgacha yotish kerakligi haqida ogohlantiriladi (agar yog‘li eritma yuborilgan bo‘lsa).

Ushbu muolajani rezina noksimon ballonchada ham bajarsa bo‘ladi. Ichakning mexanik, termik va kimyoviy ta’sirlanishini oldini olish uchun iliq izotonik natriy xlorid eritmasi yoki 50 gr gacha kraxmal qaynatmasi yuborish kerak.

Mikrohuqnalarda ko‘pincha og‘riqsizlantiradigan, tinchlantiradigan va uxlatadigan, ichak infeksiyalariga ta’sir qiladigan dori moddalari yuboriladi.

Narkulov Jakhangir

BUYRAK VA SIYDIK CHIQARICH A'ZOLARI KASALLIKLARIDA BOLA VA UNUNG OILASIDA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

7.1. Siydikni umumiy tahlil uchun yig'ish

Siydik yigib olishdan oldin tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va yaxshilab artiladi. Qaynoq suvda tozalangan, quruq idish tayyorlab, boladan (agar u katta yoshli bo'lsa) shu idishga (og'zi keng shisha bankaga) o'rtacha siydik porsiyasini yig'ish so'raladi. Ko'krak yoshidagi boladan siydigining «o'rta oqimi» ni olish uchun siyishi tezlashtiriladi, ya'ni oldin qaynagan suv beriladi va bolani biroz sovuqroq ushlanadi (qalin kiyimlarini yechib). Shuni yodda saqlash lozimki, siydik olish bilan uni tekshirishning oralig'i qancha qisqa bo'lsa, tahlil shuncha aniq bo'ladi. O'g'il bolalarda siydikni tahlil uchun yig'ish unchalik qiyinchilik tug'dirmagan holida, qiz bolalardan tahlilga siydik yig'ishda birmuncha qiyinchiliklarga duch kelish mumkin. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo'llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo'yiladi: keng bo'g'izli toza flakon, tuvak, qo'lqoplar, bolaning mustahabi uchun to'plam, paxta-dokali tampon, yo'llanma.
4. Qo'lqoplar kiyiladi.
5. Bolaga mustahab qildiriladi.
6. Bolaga toza tuvak beriladi.
7. Boladan siydigini tuvakka chiqarishi so'raladi.
8. Tayyorlangan flakonga 100-150 ml siydik quyib olinadi.
9. Flakonga yo'llanma biriktiriladi.
10. Qo'lqoplar yechiladi, ularga ishlov beriladi.
11. Siydik klinik laboratoriyaga olib boriladi.
12. Natija o'sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.
13. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Izoh: Qizlarda qindan ajralmalar bo'lsa, mustahabdan keyin qinga paxta-dokali tampon kiritiladi.

Narkulov Jakhangir

Dezinfeksiya: tuvakni xlorli ohakning 3% li eritmasiga solib, 60 daqiqa ushlanadi, yuvindi suvlari ustiga quruq xlorli ohakdan solinadi (1 litr siydikka 200 g hisobida), ekspozitsiya - 60 daqiqa.

7.2. Sutkalik diurezni aniqlash

Sutkalik siydik miqdorini aniqlash uchun tekshiruv ertalab boshlanadi. Bola ertalab soat 6. 00 da qovug‘ini bo‘shatadi va shu vaqtdan boshlab har safar ajralgan siydigini alohida idishga yig‘ib boradi. Shifokorning ko‘rsatmasiga binoan siydikning faqat miqdorini aniqlash tayinlangan bo‘lsa, har safargi siydik miqdori o‘lchab yozib olingach, to‘kib tashlanadi. Bordi-yu, siydik to‘plansin deyilsa, uni qorong‘i va salqin joyda saqlab o‘lchab boriladi. Ertasiga ertalab bola soat 6:00 da uyg‘otiladi va qovug‘ini o‘lchanayotgan idishga bo‘shatib berishi so‘raladi. Chunki qovuqdagi siydik tekshirilayotgan sutkaga taalluqli hisoblanadi. Olingan ma’lumot shifokorga yetkaziladi va kasallik tarixiga qayd qilib qo‘yiladi.

7.3. Suv balansini aniqlash

Ichilgan suyuqlik miqdori bilan ajratilgan suyuqlik miqdori o‘rtasidagi nisbat suv balansi deyiladi. Odatda ichilgan suyuqliklarning 70 foizi organizmdan turli yo‘llar bilan qaytib chiqariladi.

Suv balansini aniqlash uchun hamshira sutka davomida bemor iste'mol qilgan barcha suyuqliklarni (ovqat, meva, sabzavotlar, suyuqliklar, suyuq dori vositalarining hammasini) hisobga olib boradi. Shu davr ichida ajratgan axlati, siydigi, terlash xususiyatlarini ham aniqlaydi. Olingan nisbatga asoslangan holda suv balansi haqida xulosalar chiqariladi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: toza shisha idish (2-3 litr), tuvak yoki siydik yig‘gich.
3. Bolaga sutka davomida ichadigan suyuqliklar miqdorini yozib borish taklif qilinadi.

Narkulov Jakhangir

4. Boladan tekshiruv o‘tkaziladigan kuni ertalab soat 06:00 da qovuqni bo‘shatish so‘raladi (siydikning bu miqdori hisobga olinmaydi).

5. Bolaga sutka davomida ajralgan siydiklarini tayyorlab qo‘yilgan shisha idishga yig‘ishi taklif qilinadi (siydik ertalab soat 06:00 dan keyingi kun ertalab soat 06:00 ga qadar yig‘iladi).

6. Bolaning sutka davomida ichgan suyuqliklari miqdori hisoblanadi.

7. Sutka davomida yig‘ilgan siydik miqdori hisoblanadi. Natijalar bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi.

8. Kerak bo‘lsa siydikni va ishlatilgan buyumlarni dezinfeksiya qilinadi.

7.4. Siydikni Addis-Kakovskiy bo‘yicha tekshirish uchun yig‘ish

Siydikni olishdan avval, bemorning tashqi jinsiy a’zolari yaxshilab yuvilishi lozim. Oldin shishaga konservant – bir necha timol kristallchasi yoki 2 kristallcha formaldegid yoki 0,5 ml xloroform solinadi. Siydikli shishani sovuqda saqlagan qulay.

Addis-Kakovskiy usuli bo‘yicha hisoblash kamerasida siydik elementlari sanaladi. Siydikning kunlik umumiy miqdoridagi soni hisoblab chiqariladi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

3. Tayyorlab qo‘yiladi: siydikni yig‘ish uchun toza shaffof bo‘lmagan idish, konservant (timol yoki formaldegid kristallari yoki xloroform), yo‘llanma, mustahab uchun to‘plam.

4. Bolaga soat 22:00 da qovuqni bo‘shatish taklif qilinadi va ertasi soat 08:00 gacha siymaslik buyuriladi.

5. Bolaga ertalab soat 08:00 mustahab qildiriladi va tayyorlangan idishga siydigini yig‘ishi so‘raladi.

6. Flakonga yo‘llanma biriktiriladi.

7. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

8. Material klinik laboratoriyaga yuboriladi.

9. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.

10. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Narkulov Jakhangir

Izoh: Agar bolada siydik tuta olmaslik holati kuzatilsa, siydikni 22:00 dan 08:00 gacha konservant qo‘shilgan idishga yig‘iladi.

7.5. Siydikni Ambyurje bo‘yicha tekshirish uchun yig‘ish

Buning uchun 3 soatlik siydik olinadi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo‘yiladi: siydikni yig‘ish uchun toza quruq idish, kateter, steril paxta-doka tamponi, yo‘llanma, mustahab uchun to‘plam.
4. Boladan ertalab soat 06:00 da qovug‘ini bo‘shatishi so‘raladi.
5. Bolaga 3 soatdan keyin soat 09:00 da mustahab qildiriladi.
6. Tayyorlangan idishga qovuqni bo‘shatish so‘raladi yoki kateter bilan siydik olinadi.
7. Flakonga yo‘llanma biriktiriladi.
8. Qo‘lqoplar yechiladi.
9. Material klinik laboratoriyaga yuboriladi.
10. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.
11. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Dezinfeksiya: tuvakni xlorli ohakning 3% li eritmasiga solib, 60 daqiqa ushlanadi, yuvindi suvlari ustiga quruq xlorli ohakdan solinadi (1 litr siydikka 200 g hisobida), ekspozitsiya - 60 daqiqa.

Izoh: Qizlarda qindan ajralmalar bo‘lsa, mustahabdan keyin qinga paxta-dokali tampon kiritiladi.

7.6. Siydikni Nechiporenko usuli bo‘yicha tekshirish uchun yig‘ish

Siydikni qunt bilan gigiyenik tozalashdan so‘ng, istalgan vaqtda yig‘ish mumkin, biroq laboratoriyaga ertalabki siydikni yetkazgan ma’qul. Siydik elementlari hisoblash kamerasida sanaladi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

Narkulov Jakhangir

2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

3. Qo‘lqoplar kiyiladi.

4. Tayyorlab qo‘yiladi: toza quruq flakon yoki probirka, mustahab uchun to‘plam.

5. Bolaga mustahab qildiriladi.

6. Chap qo‘l bilan flakonni ushlab, o‘ng qo‘l bilan qopqog‘i yechiladi.

7. Boladan siyishi so‘raladi.

8. Flakon siydik yo‘nalishida tutiladi (siydikning birinchi qismi flakonga olinmaydi).

9. 10 ml siydik yig‘iladi, qolgan siydikni bola tuvakka chiqarib tashlasin.

10. Flakonga yo‘llanma biriktiriladi va klinik laboratoriyaga yuboriladi.

11. Qo‘lqoplar yechiladi.

12. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.

13. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Dezinfeksiya: tuvakni xlorli ohakning 3% li eritmasiga solib, 60 daqiqa ushlanadi, yuvindi suvlari ustiga quruq xlorli ohakdan solinadi (1 litr siydikka 200 g hisobida), ekspozitsiya – 60 daqiqa.

Izoh: Siydik yig‘ishdan oldin qo‘lqoplar kiyiladi va bolaga mustahab qildiriladi.

7.7. Siydikni Zimnitskiy bo‘yicha sinama uchun yig‘ish

Buyrakning konsentrlash va mochevinani chiqarish xususiyatini aniqlash maqsadida Zimnitskiy bo‘yicha sinama qo‘llanadi. U odatdagi suv va ovqat rejimida o‘tkaziladi. Tekshirish qoidasi buyraklarning fiziologik sharoitlardagi suv rejimiga moslashuvini aniqlashga asoslangan. Sinama o‘tkazishga monelik hollar yo‘q. Rejim odatdagicha. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

3. Tayyorlab qo‘yiladi: siydikni yig‘ish uchun 8 ta toza quruq flakonlar, har bittasiga yo‘llanma yopishtirilgan bo‘lishi kerak, qo‘shimcha flakonlar, yo‘llanma, mustahab uchun to‘plam.

Narkulov Jakhangir

4. Boladan ertalab soat 06:00 da qovug‘ini bo‘shatishi so‘raladi (siydikning bu qismi hisobga kirmaydi).

5. Bolaga soat 09:00 da siydigini 1-flakonga yig‘ish so‘raladi. Agar siydik ko‘p bo‘lsa, qo‘shimcha flakon beriladi va unga 1-porsiyaga qo‘shimcha belgisi qo‘yiladi.

6. Soat 09:00 dan 12:00 ga qadar siydikni ikkinchi flakonga yig‘ish kerakligi eslatiladi va har 3 soat davomida siydikni alohida flakonlarga yig‘ishi kerakligi tushuntiriladi.

7. Bolaning ertasi kuni ertalab soat 06:00 gacha hamma 8 ta flakonni to‘ldirishi nazorat qilinadi.

8. Hamma flakonlarni klinik laboratoriyaga yuboriladi.

9. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.

10. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Izoh:

a) Og‘ir ahvoldagi bolalardan siydik yig‘ish paytida qo‘lqop kiyiladi;

b) Har porsiya siydik yig‘ishdan oldin bola mustahab qiladi;

d) Flakonlarning birida siydik bo‘lmagan taqdirda ham shu flakon klinik laboratoriyaga jo‘natiladi.

Narkulov Jakhangir

QON VA QON YARATISH A'ZOLARI KASALLIKLARIDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

8.1. Muzli xaltachadan foydalanish

Muz solingan xaltacha qon ketganda, o'tkir yallig'lanish jarayonlarining boshlang'ich bosqichlarida, lat yeganda (og'riqni kamaytirish uchun), xasharotlar chaqqanda, pediatriyada esa chaqaloqlarning kalla ichi jarohatlarida ishlatiladi. Muzli xaltachada past harorat uzoq vaqt saqlanadi. Muz solinadigan xaltacha og'zi anchagina katta va probkasi burab berkitiladigan rezina qopchiqdan iborat. Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: muz uchun xalta, muzlatgichdan olingan muzlar uchun idish, sochiq. Xaltachaning butunligi tekshiriladi.
3. Xaltachani olib, uni muz bilan shunday to'ldiriladiki, xaltacha tubi yassiligicha qolsin.
4. Xaltacha teshigi tiqin bilan berkitiladi.
5. Muzli xaltacha sochiq bilan o'raladi.
6. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
7. Bolaga qulay vaziyat tanlashda yordam beriladi.
8. Muzli xaltachani kerakli joyga qo'yiladi.
9. Xaltachani har 30 daqiqada teri isiguncha olib turiladi.
10. Muzli xaltacha 2 soatdan keyin olib qo'yiladi.
11. Bolaga qulay vaziyat tanlashda yordam beriladi.
12. Xaltachaga ishlov beriladi.

Xaltacha ho'l bo'lib qolsa, uni artish kerak. Xaltachani bosib turishi qattiq og'riq paydo qilsa, uni kasal soha ustiga osib qo'yiladi. Muz erigan sayin suvi to'kiladi va yangi muz parchalari solinadi.

8.2. Burundan qon ketishida yordam ko'rsatish

Burundan qon ketishi – ko'pincha burun shilliq pardasi qon tomirlari shikastlanganda, yuqori nafas yo'llari yallig'lanishlarida, ayrim jigar kasalliklarining asorati sifatida hamda

Narkulov Jakhangir

gemorragik diatezlarda kuzatiladi. Burundan ko‘p qon ketganda qonning bir qismi og‘iz bo‘shlig‘iga, undan me'daga tushadi. Natijada bolada qon qusish va axlatining qorayishi kuzatiladi.

Burundan qon ketganda bolani yarim o‘tirgan, boshi ozroq oldinga yengashtirilgan holatga keltiriladi. Bola tinchlantirilib, iloji boricha gapirmasligi, yo‘talmasligi va ortiqcha harakatlar qilmasligi ta’minlanadi.

Bemor bola agar hushida bo‘lsa, gorizontal holatda yotqizilib, boshi yonboshga o‘giriladi. Burun sohasiga muzli xalta yoki sovuq suvga ho‘llangan sochiq qo‘yiladi. Burun qanotlarini burun devoriga 3-5 daqiqa bosib turiladi.

Agar qon oqishi to‘xtamasa, burun bo‘shlig‘iga vazelin surtilgan yoki 3% li vodorod peroksid, adrenalin eritmasiga ho‘llangan paxta-tampon kiritilib, statsionarga yuboriladi.

Statsionarda sharoitga qarab oldingi yoki orqa burun tamponadasi qilinadi. Bunda tampon kornsang bilan burun bo‘shlig‘iga oldindan kiritilib, tamponlanadi va orqadan tamponlanib oldingisi bilan bog‘lanadi.

8.3. Suyak ko‘migi punksiyasi

Suyak ko‘migi punksiyasi qon yaratish funksiyasini tekshirish uchun o‘tkaziladi. Punksiya kuchli og‘riq bilan kuzatilib asosan bolalar uchun yuqori darajali invaziyaga ega. Qon kasalliklarida bu muolaja bir necha marotaba o‘tkaziladi bu bolalarda qo‘rquv va bezovtalik chaqiradi shuning uchun biz bu holatlarni yengillashtirish uchun chora tadbirlar qo‘llashimiz lozim. Muolajadan oldin muolaja haqida bola va uning ota-onasiga tartib bilan tushuntiriladi. Mahalliy anesteziya va og‘riqsizlantiruvchi preparatlar qo‘llanganda kislorod va so‘rish apparatlarini tayorlash lozim. Monitor orqali puls va nafas holatini kuzatib boriladi.

1) Quyidagi qon kasalliklari tashxisida: gipoplastik anemiya, qon yaratilishning buzilishi leykemiya, limfoma, mielodisplastik sindrom, qon yaratish a’zolarining o‘sma kasalligi, gemofagotsitar sindrom va boshqalar.

2) Modda almashinuvining tug‘ma buzilishi tashxisotida.

3) Suyak ko‘migi o‘smasi metastazi va leykemiyani davolash samaradorligini aniqlash.

Narkulov Jakhangir

Kerakli jihozlar: suyak ko‘migi punksiyasi uchun igna, (katta o‘rta kichik), shpris (5 ml 2 dona), shpris uchun igna steril-langan mato tirqishi bilan, steril qo‘lqop, steril paxtali sharik, steril pinsetlar, zararsizlantiruvchi eritma spirt, mahalliy anes-teziya uchun asboblar to‘plami, buyum oynachasi fen (surtmani quritish uchun).

Ko‘krak yoshida naysimon va yassi suyakda suyak ko‘migi kuzatiladi lekin o‘sishi bilan kichiklashadi. Pubertat yoshda suyak ko‘migi faqat ko‘krak ,chanoq, bosh suyaklari va umurt-qada kuzatiladi. Asosan ko‘krak yoshidan maktab yoshigacha punksiya uchun yonbosh suyagi tanlanadi shuningdek punksiya qilayotganda bu sohada joylashgan hayot uchun muhim organlarni shikastlanishidan extiyot bo‘lish lozim.

Suyak ko‘migi punksiyasini o‘tkazish va hamshiralik parvarishi.

1. Bolaga muolaja haqida unga tushunarli tilda tushuntirish.
2. Bolani hojatga chiqishini so‘rash va keyin muolaja xonasiga olib kelish.
3. Og‘riq qoldirish maqsadida vena ichiga og‘riq qoldiruvchi dorilarni yuborish.
4. Kerakli tana sohasini joylashtirish punksiya sohasini yalang‘ochlash va zararsizlantirish. Tana haroratini saqlash va faqat kerakli joyni yalang‘ochlash.
5. Og‘riqsizlantirish uchun mahalliy anesteziya qilish.
6. Teshigi bo‘lgan ko‘ylak kiyish va punksiya o‘tkazish. Hamda kislorod va so‘rish apparatini tayorlash monitor orqali nafas va puls holatini nazorat qilish.
7. Punksiya sohasi qimirlamasligi uchun bolani yelkasi va sonidan ikki kishi ushlab turadi.
8. Bu vaqtda kislorod va so‘rib olish uchun apparatni tayyorlanadi monitor orqali nafas va puls holati kuzatib boriladi.
9. Ignani chiqarib olgandan keyin punksiya qilingan joyni steril paxta bilan artib turiladi va qon to‘xtashi kutiladi. Punksiya joyi zararsizlantiriladi va doka qo‘yib bog‘lam mustahkamlanadi.
10. Muolaja tugagach 30-60 minut davomida bola tinch yotishi kerak. Buni ota-onaga tushuntirish va tinchlikni saq-lashda yordam berish kerak. Bola holatini kuzatish (qo‘zg‘alish va nafas holati), o‘zgarishlar bo‘lishini nazorat qilish miqdori albatta ko‘rsatilishi kerak.

Narkulov Jakhangir

ENDOKRIN BEZLARI KASALLIKLARIDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO‘NIKMALAR

9.1. Siydikni qandga tekshirish uchun yig‘ish

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo‘yiladi: tuvak, siydikni sutka davomida yig‘ish uchun idish, toza quruq flakon, shisha tayoqcha, mustahab uchun to‘plam, yo‘llanma.
4. Tayyorlangan idishga yorliq yopishtiriladi.
5. Boladan ertalab soat 06:00 da qovuqni unitazga bo‘shatishi so‘raladi (siydikning bu qismi yig‘ilmaydi).
6. Siydikning qolgan porsiyalari sutka davomida tayyorlangan idishga yig‘iladi (keyingi kun ertalab soat 06:00 gacha).
7. Ertasiga ertalab siydikning umumiy miqdori o‘lchanadi.
8. Hamma siydikni shisha tayoqcha bilan yaxshilab aralashtirib, tayyorlangan flakonga 100 ml solinadi.
9. Flakonga yo‘llanma biriktiriladi.
10. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.
11. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Izoh: Siydik yig‘ishdan oldin qo‘lqoplar kiyiladi va bolaga mustahab qildiriladi.

Yo‘llanmada sutka davomida ajralgan va yuborilayotgan siydik normalari bilan taqqoslab etibor beriladi. Bunda irsiyatga, tashqi ko‘rinish, antropometrik ko‘rsatkichlar (bo‘yi, og‘irligi), tana proporsiyasi, xayotning turli davrlarida psixomotor rivojlanish, jinsiy a’zolar yetilish muddati inobatga olinadi.

9.2. Insulin dozasini hisoblash va yuborish

Har kuni yuborish lozim bo‘lgan insulin dozasini bola ajratgan bir kunlik siydik miqdoriga va laboratoriyada analiz qilib aniqlangan siydikdagi qandga qarab hisob-kitob qilinadi. Oldin bola bir kecha-kunduzda ajratgan siydigidagi qand miqdori grammlarda hisoblab chiqiladi, keyin insulinning

Narkulov Jakhangir

sutkalik dozasi aniqlanadi. Sutkalik siydikdagi har 4-5 gr qandga bir birlik (B) insulin olinadi.

Masalan: Bola bir kecha-kunduzda 200 gr qand ajratadi. Demak, u bir sutka mobaynida 40 yoki 50 TB insulin olishi kerak. Insulin organizmga kichik dozadan boshlab kiritiladi, aks holda, gipoglikemiya vujudga kelishi mumkin. Insulinning sutkalik dozasini bemorning ahvoliga qarab 2 yoki 3 martaga bo‘linadi. Shunday qilib, mazkur holda bolaga insulinni 20 TB dan 2 marta buyurish kerak bo‘ladi.

Hisoblab chiqilgan insulin yuborishning asosiy qoidalarini tibbiyot hamshirasi puxta bilishi kerak. Tibbiyot sanoati insulinning turli xil preparatlarini – oddiy insulin hamda ta’siri uzoq davom etadigan insulin ishlab chiqarmoqda. Tibbiyotda ishlatiladigan insulin sut emizuvchilarning me'daosti bezidan olinadi. Insulin spetsifik antidiabetik vosita hisoblanadi. Insulin organizmga kiritilganda qonda qand miqdori kamayadi, siydik bilan kam ajrala boshlaydi, diabetik koma holati bartaraf etiladi.

Insulin ta’sir birlikda (TB) yoki internatsional birlikda (IB) dozalanadi. Asosiy qoidalar quyidagilardan iborat:

1. Tibbiyot hamshirasi qutidagi va flakondagi yozuvlarni diqqat bilan o‘qib chiqishi zarur. Odatdagi insulin tiniq va flakonda 5 ml, har ml.da 40 TB bo‘ladi.

2. Insulin faqat teri ostiga yuboriladi. U qonga so‘rilar ekan, inyeksiyadan keyin oradan 30-40 min o‘tgach, eng yuqori konsentratsiyaga yetadi, shuning uchun odatdagi insulinni ovqatlanishdan 15-20 min oldin yuboriladi.

3. Insulin yuborish uchun yaxshisi, maxsus shprislarni ishlatish kerak. Bunday shprislarni ikkita shkalasi bo‘ladi: bittasida preparat hajmini ifodalovchi darajalar, boshqa shkalasida ta’sir birligini ko‘rsatuvchi darajalari bor. Insulin shpris-lari 1 ml. va 2 ml bo‘ladi, 1 ml li shpris 40 ga bo‘lingan, ya’ni har qaysi bo‘linish bir birlik insulinga to‘g‘ri keladi. Bunday shpris insulin shprisi deyiladi.

4. Shprislarni sterillaganda tibbiyot hamshirasi zinhor soda ishlatmasligi lozim, chunki suvga soda aralashganda insulinni yemirib yuboradi, nega deganda insulin ishqoriy sharoitda yemiriladi.

5. Insulinni aniq dozalash lozim, ya’ni shprisga shunday miqdorda insulin olish kerakki, ignaning o‘tkazuvchanligini

Narkulov Jakhangir

tekshirib ko‘rgandan keyin shprisda buyurilgan dozaning aniq miqdori qolsin, chunki dozaning kamayib qolishi ham, ko‘payib ketishi ham, diabet bo‘lgan bolaning hayoti uchun xavfli.

6. Insulin inyeksiya qilinadigan joy (son, yelka, kurakosti sohalari, qorin va h. k) larni vaqti-vaqti bilan o‘zgartirib turish kerak, chunki hadeb bir joyga inyeksiya qilinganda teriosti infiltratlari va boshqa asoratlar kelib chiqishi mumkin.

7. Bir shprisda ta’siri uzoq davom etadigan insulin va oddiy insulinni yuborishiga ruxsat etilmaydi; ularni alohida-alohida yuborish kerak.

8. Tibbiyot hamshirasi insulin dozasini va uni yuborish vaqtini o‘zicha o‘zgartirishga haqqi yo‘q.

9. Insulinni katta dozada yubormaslikka harakat qilish kerak.

10. Tibbiyot hamshirasi bolaga insulin qilgach, 15-20 daqiqadan kechiktirmay uning ovqatlanishini ta’minlashi kerak.

9.3. Giperglikemik komada shoshilinch yordam ko‘rsatish

Komatoz holatdagi bemorga yordam ko‘rsatish quyidagilarni o‘z ichiga oladi: birinchi navbatda bemorni tekis va qattiq joyga gorizontal holatda yotqiziladi va uning boshi orqaga qayiriladi, chunki birinchi galdagi vazifamiz yuqori nafas yo‘llarining erkin o‘tkazuvchanligini ta’minlashdir. Keyingi vazifa esa insulino-terapiyadir. Insulinoterapiya o‘z ichiga quyidagilarni oladi:

a) insulinni inyeksiya qilish har bir bemor uchun individual bo‘lishi lozim. Insulinni yuborishdan oldin bemor avval ham insulin olganmi-yo‘qmi, qaysi insulindan qanday dozalarda olgan, oxirgi marta qachon va qancha insulin qilingan, bemor uzoq ta’sir qiluvchi insulin olganmi yoki yo‘qligini aniqlab olishga harakat qilinadi;

b) agar bemor avval insulin bilan davolanmagan bo‘lsa, u holda oddiy insulindan vena ichiga 40-60 TB miqdorida yuboriladi va agar zarurat bo‘lsa, xuddi shu dozani har 1-2 soatda qaytarib turiladi (qaytadan insulin yuborishda qondagi qand miqdorini laboratoriyaviy nazorat qilib turiladi) ;

d) agar bemor avval ham insulin olib yurgan bo‘lsa, u holda to‘liq sutkalik doza miqdoridagi insulin vena ichiga yuboriladi, lekin bunda gipoglikemiyaning oldini olish maqsadida 5% li

Narkulov Jakhangir

glukoza bilan 0,9% li natriy xlorid eritmalarini 1:1 nisbatda vena ichiga infuziya qilib turiladi;

e) insulinning keyingi dozalari 6 soat davomida har 1-2 soatda qilib turiladi, keyin bemorning ahvoli yaxshilanib borishiga qarab dozalar oralig‘idagi vaqtni ko‘paytirib boriladi.

Atsidozga qarshi kurashish va unga barham berish maqsadida vena ichiga 4 % li natriy bikarbonat eritmasi infuziya qilinadi.

Yurakni quvvatlab turish maqsadida yurak glikozidlaridan strofantin "K" yoki korglikon vena ichiga 0,025 % li eritma ko‘rinishida 0,5 ml miqdorida yuboriladi.

Qon-tomir yetishmovchiligini davolash uchun pressor aminlar (dofamin, tenzamin) arterial bosimni nazorat qilgan holda 1-2 mkg-kg/min dan 5 mkg-kg/min gacha dozalarda infuziya qilinadi.

Ikkilamchi infeksiyaning oldini olish uchun keng ta’sir spektriga ega antibiotiklar (sefalosporinlar, aminoglikozidlar va h. k.) buyuriladi.

"B" guruhi vitaminlari, askorbin kislotasi buyuriladi.

Moddalar almashinuvi jarayonlarini yaxshilash uchun lipotrop vositalar (metionin, lipokain, lipostabil va h.k) qo‘llaniladi.

Gemosorbsiya qilish ham yaxshi samara beradi. Simptomatik terapiya o‘tkaziladi.

Shoshilinch yordam ko‘rsatish. Avvalo, glukoza sinamasi qilinadi, chunki komaning giper-yoki gipoglikemik ekanligini aniqlab olishga yordam beradi. Buning uchun bemorning venasiga 20-60 ml miqdorida 40% li glukoza eritmasi yubo-riladi, agar bemorda gipoglikemiya holati bo‘lgan bo‘lsa, bemor tezda hushiga keladi. Bemorning hushi tiklanishi bilan glukoza yuborish to‘xtatiladi va bemorni zudlik bilan shifoxonaga olib boriladi.

Narkulov Jakhangir

YUQUMLI KASALLIKLARDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO‘NIKMALAR

10.1. Mantu sinamasini o‘tkazish va baholash

Tuberkulin bilan diagnoz qo‘yishga ruxsat - hujjati bo‘lgan tibbiyot hamshirasi steril tuberkulin shprisiga tuberkulindan 0,2 (ikkita doza) oladi. Bilakning ichki yuzasi terisini spirt yoki efir bilan artib, ignaning kesik uchini yuqoriga qaratgan holda va qo‘lga parallel ravishda teri orasiga kiritiladi va uchini yuqori ko‘tarib ignaning kesigi teri orasiga kirguncha suqiladi, bunda ignaning uchi teri qatlamini ko‘tarib bo‘rtib turganligi shundoqqina ko‘rinib turadi. Tuberkulin qat'iy ravishda shprisning 0,1 ml darajasida, ya’ni bir dozada yuborilishi kerak.

Tuberkulinni yuborish texnikasiga to‘g‘ri rioya qilinganda bilakda «limon po‘sti»ga o‘xshash oqish kichkinagina qattiqroq infiltrat (do‘mbayma) hosil bo‘ladi.

Tekshirilayotgan har qaysi bola uchun alohida steril shpris va steril igna ishlatiladi. Shpris eritmani porshenning orqasiga ham, ignaning kanyulyasidan ham o‘tkazib yubormaydigan bo‘lishi kerak. Ana shu maqsadlarda hozirgi vaqtda bir martalik steril shprislardan foydalanilmoqda.

Mantu sinamasi oradan 48-72 soat o‘tgandan keyin infiltratni tiniq (rangsiz) millimetrli lineyka bilan o‘lchab baholanadi.

Infiltratning razmerini millimetrlarda ko‘ndalangiga (bilak o‘qiga nisbatan) o‘lchanadi. Olingan natija profilaktik emlashlar qayd qilinadigan 063-shaklga yozib qo‘yiladi.

Infiltrat (papula) diametri 5 mm va undan ortiq bo‘lsa, shuningdek, infiltrat razmeridan qat'i nazar limfangit yoki usiz vezikulonekrotik reaksiyalar bo‘lsa, bu giperergik reaksiya hisoblanadi.

Postvaksinal allergiya, odatda, ro‘yirost yuzaga chiqmaydi (5-8 mm), u sust rivojlanib tez (2-3 yilda) so‘nishga moyil bo‘ladi.

Tez avj oladigan va pufagi ro‘yirost yuzaga chiqqan (12-17 mm) ancha barqaror Mantu reaksiyasi ko‘pincha sil yuqqanligidan darak beradi.

Narkulov Jakhangir

Tuberkulin sinamasi musbat chiqqan bolani silga qarshi dispanserga - ftiziatr-shifokorga jo‘natiladi, bu yerda tuberkulin bilan diagnoz qo‘yishdan tashqari klinik, rentgenologik, bakteriologik, laboratoriya va boshqa tekshiruvlaridan diqqat bilan o‘tkaziladi.

10.2. Profilaktik emlashlar o‘tkazish texnikasi

Respublikamizda **silga qarshi** yoppasiga emlash BSJ vaksinasi (shodasida 20 doza) bilan o‘tkaziladi. Vaksinani "O‘zbiofarm" korxonasi ishlab chiqaradi va bolalar tug‘uruqxonadayoq duch keladigan birinchi vaksinalardan biri sanaladi. Keyingi qayta emlash bolalarga 7, 15 yoshida salbiy Mantu reaksiyasi manfiy bo‘lganda 2 TB bilan o‘tkaziladi.

BSJ vaksinasi chaqaloqlarga (2-4 kunda) teriosti applikatsiyasi usuli bilan 0,1 ml hajmda 0,05 mg dozada chap yelka tashqi yuzasi 1/3 yuqori va o‘rtasi chegarasiga yuboriladi.

Silga qarshi immunitetning shakllanishi emlashdan bir yil o‘tib, emlashdan keyingi chandiqchaning paydo bo‘lishiga qarab baholanadi. Natijalar tahlil qilinayotganda quyidagi guruhlar inobatga olinadi:

– emlash samarali emas - chandiqcha yo‘q;

– emlashdan keyingi zaif immunitet 2-4 mm kattalikdagi chandiqcha;

– adekvat immunitet javobi 5 mm va undan katta chandiqcha.

Bolalar ko‘kyo‘tal, bo‘g‘ma va qoqsholga qarshi susaytirilgan ko‘kyo‘tal vaksinasini, shuningdek, bo‘g‘ma va qoqshol anatoksinlarini AKDS vaksinasini tutgan aralash preparat bilan emlanadi. Mushak ichiga 0, 5 ml dozasida yuboriladi. Emlash kursi 2 oylikda yuboriladigan uch marotabada 30 kunlik oraliq bilan 3 emlashdan iborat bo‘ladi. Qayta emlash 16 oylikda bir marotaba o‘tkaziladi:

Bo‘g‘ma va qoqsholga qarshi immunitet darangligi zo‘riqishiga bolalarni serologik tekshirish, ko‘zdan kechirish emlash yakunlangan kursdan keyin kamida 2 oydan so‘ng o‘tkaziladi. Bo‘g‘maga va ko‘kyo‘talga qarshi antitelolarning darajasi RPGAda eritrotsitar diagnostikumdan foydalangan holda bakteriologik amaliyotda umumqabul qilingan usul bo‘yicha

Narkulov Jakhangir

o‘tkaziladi. Natijalarni baholash quyidagi tamoyillarni inobatga olgan holda amalga oshiriladi:

– serologik noxush zardob;

– antitelolar darajasi past bo‘lgan zardoblar titrlari 1:20 1:40;

– antitelolar darajasi o‘rtacha va yuqori bo‘lgan zardoblar titrlari 1:80 1:1280.

Bo‘g‘maga nisbatan antitelolarning himoya titri 1:40, qoqsholga 1:20 va undan ortiq tarzida qabul qilingan.

Qizamiqqa qarshi vaksina 0,5 ml dozada kurak ostiga yoki yelka qismiga (tashqi tomondan yelkaning quyi va o‘rta uchdan birining chegarasida) teri ostiga (mushak ichiga) yuboriladi. Emlash 9 va 16 oylikda ikki marotaba o‘tkaziladi. Bolalarning aksariyatida qizamiqqa qarshi emlash qandaydir klinik alomatlar bilan birga kechmaydi.

Qizamiqqa qarshi immunitet zo‘riqishiga bolalar qizamiqqa qarshi emlanganidan kamida 40 kun o‘tkazib tekshiriladi. Qizamiqqa eritrotsitar qarshi antigenning diagnostikumidan foydalangan holda umumqabul qilingan usul bo‘yicha sust gemaglyutinatsiya (PIirA) ga reaksiya qizamiqqa qarshi antigemaglyutininlar darajasi aniqlanadi. Ko‘zdan kechirish natijalarini tahlil qilish va baholashda quyidagi guruhlar inobatga olinadi:

– serologik noxush zardoblar, antitelolar darajasi past bo‘lgan zardoblar titrlari 1:10 1:20;

– antitelolar darajasi o‘rtacha bo‘lgan zardoblar titrlari 1:40 i:80;

– antitelolar darajasi yuqori bo‘lgan zardoblar titrlari 1:80 va bundan yuqori.

Qizamiqqa qarshi antitelolarning himoya titri 1:10 tarzida qabul qilingan.

Epidemik parotitga qarshi emlash bir marotaba, bola 16 'oylik bo‘lganda 0,5 ml dozada, teri ostiga, kurak ostiga yoki yelkaning tashqi qismida o‘tkaziladi.

Oral polivaksina (OPV) bilan emlash AKDS vaksinasida emlash bilan bir mahalda 2 oylik bo‘lganda, 1 oylik oraliq bilan uch marotaba (chaqaloqlarga yuborilgan doza "nol" hisoblanadi) o‘tkaziladi. Vaksina ovqatdan 1 soat oldin emlash dozasi 2 tomchi steril tomizg‘ich bilan og‘iz ichkarirog‘iga tomiziladi. Ayni mahalda, emlangandan keyin, bolaga suv yoki qandaydir

Narkulov Jakhangir

boshqa ovqat bermaslik kerak. Emlashdan keyin antitelo hosil qilish holati qon zardobidagi I, II, III tipdagi poliviruslarga virusni bartaraf etuvchi antitelolarning "El' 41" chizig'ining to'qima kulturalarida rangli sinamasiga ta'sirini aniqlash yo'li bilan belgilanadi. Antitelolarning himoya titri barcha uchala turi uchun ham 1:16 tarzida qabul qilingan.

Profilaktik emlashlar taqvimiga muvofiq, **gepatit B ga qarshi** emlash tug'uruqxonada chaqaloq tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlarda o'tkazila boshlanadi. Ikkinchi va uchinchi marta emlash tegishlicha 2 va 9 oylikda o'tkaziladi. Vaksina mushak ichiga yuboriladi, emlash dozasi 0,5 ml, vaksinani yuborishning tavsiya etiladigan qismlari: 14 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun sonning old lateral qismiga, kattalarga deltasimon mushakka. Bolalarning immunitet zo'riqishiga ko'zdan kechirish immuno-ferment tahlil usuli (IFA) bilan emlashning tugallangan qismidan kamida 36 oy o'tgach o'tkaziladi. Natijalarni tahlil qilish va baholashda quyidagi guruhlar inobatga olinadi:

Anti HBs 10mME (ml ga teng yoki bundan ortiq bo'lgan serologik salbiy, serologik ijobiy guruhlar shular jumlasiga kiradi).

10.3. Turli zardoblarni yuborish

Tezkor tipdagi (shok) va sekinlashgan tipdagi (zardob kasalligi) allergik reaksiyalarning oldini olish uchun zardob yuborish zarur bo'lgan hamma hollarda Bezredko bo'yicha modifikatsiyalangan metod bilan desensibilizatsiya qilinadi. Shu maqsadda zardobni 3 ga bo'lib yuboriladi: boshlab teri ostiga 0,1 ml zardob yuboriladi, so'ng oradan 30 daqiqa o'tkazib turib muskul orasiga 0,2 ml, 1-1,5 soatdan keyin esa qolgan hamma dozasi yuboriladi. Zardobni 37-40°C gacha isitib, quymich nervi shoxlaridan holi bo'lgan dumbaning yuqori tashqi kvadratiga, sekin-asta yuboriladi.

Antirabik sivorotka yordamida immunizatsiya o'tkazish.

Profilaktik emlash 4 haftada 2 marta amalga oshiriladi. Bundan tashqari 6 oydan yoki 12 oydan keyin 3 vaksinatsiya amalga oshiriladi.

1 marta 1, 0 ml;

2 marta 10 ml 4 haftadan so'ng;

Narkulov Jakhangir

3 marta 10 ml 6-12 oydan so‘ng.

1-2 yilning ichida yana bir marta vaksinatsiya amalga oshiriladi.

3 vaksinatsiyadan so‘ng 6 oy davomida hasharot chaqib olsa xuddi shu kuni va 3 kun 2 marta vaksinatsiya qilinadi. Agarda 6 oydan so‘ng hasharot chaqib olsa immunizatsiya VOZ bo‘yicha olib boriladi. 0, 3, 7, 14, 30, 90 kunlari 6 marta.

Narkulov Jakhangir

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. *Q.Inomov, M.G‘aniyeva.* Pediatriyada hamshiralik ishi. –T.: G‘.G‘ulom nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi, 2007.
2. Проект усовершенствования медсестринского образования в Узбекистане. Учебная программа и руководства по преподаванию. Представительство JICA в Узбекистане. Т., 2008.
3. *A.J.Hamrayev, M.A.Xamedova.* Xirurgiya. –T.: «O‘qituvchi», 2002.
4. *Ya.Allayorov, Ya.Tojiboyev*. Favqulotda vaziyatlarda tez tibbiy yordam asoslari. –T.: «Zar qalam», 2005.
5. *А.М.Запруднов, К.И.Григоръев.* Наука о детских болезней. Москва. 1997.
6. *J.Eshqobulov; AMahmudov.* Bolalar kasalliklari fani. –T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1993.
7. *K.Svyatkina, E.V.Belogorskaya, N.P.Kudryavsev.* Bolalar kasalliklari fani. –T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1990.
8. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarni ovqatlantirish xususiyatlari. –T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 2002.
9. Bolalar kasalliklari propedevtikasi. –T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1997.
10. *Y.K.Subulkina.* Bolalarga tez tibbiy yordam. –T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1991.
11. *А.Ф.Краснов.* «Сестринское дело». 2-том. Москва, 2000.
12. «Семейная медицинская сестра». Копенгаген. ВОЗ, 2002.
13. *А.Р.Майерс.* «Терапия». М.: ГЭОТАР, 1996.
14. *К.Н.Бодяжина, К.И.Жмакина.* «Акушерство и гинекология». –М.: Медицина, 1997.
15. *N.P.Shabalova.* «Bolalar kasalligi». –T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1998.
16. Керпель-Фрониус Э. «Педиатрия». Москва, 1998.

Narkulov Jakhangir

17. *Н.П.Шабалов.* «Неонатология». Санкт-Петербург, 1995.
18. *А.С.Ефимов.* «Энциклопедия семейного врача». Киев, 1995.
19. *А.Ф.Краснов.* «Семейная медицина». Самара, 1994.
20. *A.N.Buraya.* «Sog‘ va kasal bola parvarishiga doir amaliy mashg‘ulotlardan qo‘llanma». –T.: «Meditsina», 1989.
21. *Т.Ч.Чубаков.* «ЛЕМОН». Бишкек. «Киргизстан». 1997.
22. «Медсестрица на все руки мастерица». –T.: «Камалак», 1996.
23. *T.Umarova, M.Ibrohimova.* «Hamshiralik ishi». Qo‘llanma. –T.: «Qatortol-Kamolot», 1998.
24. *А.Н.Инкова.* «Справочник врачаскорой и неотложной медицинской помоши». «Феникс». Ростов-на-Дону «АСТ». Москва, 1999.
25. *M.S.Ziyayeva, I.Pirimbetova.* «Hamshiralik ishi mutaxassisligi bo‘yicha amaliyot standartlari». –T.: Abu Ali ibn Sino$_r$ nomidagi tibbiyot nashriyoti, 2001.
26. *Л.Алминде, Д.Селвидж, Д.Христенсен, Т.Умарова.* «Руководство для преподавателей сестринского дела и практи-куюших медицинских сестер». –T.: «Абу Али ибн Сино», 2002.
27. *U.Z.Qodirov va boshqalar.* «Bolalar fiziologiyasi». –T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 1999.
28. *S.S.Esonturdiyev, M.E.Qarshiboyeva.* «Bolalar va o‘smirlar gigiyenasi». –T.: Cho‘lpon, 2002.
29. *T.Umarova, A.Qayumova, M.Ibrohimova.* «Hamshiralik ishi». –T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 2003.

Narkulov Jakhangir

MUNDARIJA

Kirish..... 3

1. Bolalarda hamshiralik parvarishi faniga kirish

1.1. Bolalarda hamshiralik parvarishi fanining tarixi... 4

1.2. Bolalarda hamshiralik parvarshi nazariyasi va konsepsiyasi..... 8

1.3. Bola va uning oila a'zolari bilan kommunikatsion muloqot..... 13

1.4. Bolalar parvarishida hamshiralik jarayoni xususiyatlari..... 16

2. Bolalarni o'sishi va rivojlanishi

2.1. Bolalik davrlari va ularning xususiyatlari..... 24

2.2. Bolaning jismoniy, psixomotor rivojlanishi..... 27

2.3. Bolalarda anatomo-fiziologik xususiyatlar (AFX). 37

2.3.1. Teri, teriosti yog' qatlami va shilliq qavatlarning AFX..... 37

2.3.2. Suyak tizimining AFX..... 39

2.3.3. Muskul tizimining AFX..... 40

2.3.4. Nafas a'zolari tizimining AFX..... 42

2.3.5. Yurak-qon tomir tizimining AFX..... 44

2.3.6. Hazm qilish tizimining AFX..... 46

2.3.7. Buyrak va siydik chiqarish tizimining AFX..... 48

2.3.8. Qon va qon yaratish hamda limfa tizimining AFX 50

2.3.9. Asab tizimining AFX..... 52

Narkulov Jakhangir

3. Bolalarni davolash profilaktika va bolalar muassasalarida hamshiralik parvarishi va ijtimoiy yordam

3.1. Oilaviy poliklinika va QVPda bolalarda hamshiralik parvarishi..... 57

3.2. Shifoxonada bolalarga hamshiralik parvarishi..... 63

4. Go‘daklik va kichik yoshdagi bolalarga hamshiralik parvarishi

4.1. Oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqlarning xususiyatlari va hamshiralik parvarishlash..... 68

4.2. Chaqaloqlardagi asfiksiya, tug‘ruq jarohatlari va chaqaloqlarning gemolitik kasaliklari..... 81

4.3. Chaqaloqlarda teri, kindik kasalliklari. Sepsis. Chaqaloqlarda birdaniga o‘lim sindromi..... 94

4.4. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarga hamshiralik parvarishi..... 106

4.5. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar kasalliklari va ularda hamshiralik parvarishi..... 112

4.6. Go‘daklik davri kasalliklari. Raxit. Spazmofiliya.. 113

4.7. Bolalarni ovqatlantirish..... 128

5. Kasalliklarda bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi

5.1. Nafas olish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi..... 141

5.2. Qon aylanish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi..... 155

Narkulov Jakhangir

5.3. Ovqat hazm qilish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi..... 163
5.4 Buyrak va siydik chiqarish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi..... 177
5.5 Qon va qon yaratish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi..... 186
5.6. Endokrin bez kasalliklarida bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi..... 196
5.7. Irsiy kasalliklarda bola va uning oilasiga ko‘r-satiladigan hamshiralik parvarishi..... 200
6. Yuqumli kasalliklarda bola va uning oilasiga hamshiralik parvarishi
6.1. Profilaktik emlashlar..... 204
6.2. Bolalarda tuberkulyoz (sil) ning kechish xususiyatlari..... 211
6.3. O‘tkir respirator kasalliklar (O‘RK)..... 216
6.4. Meningokokk infeksiyasi..... 221
6.5. Poliomielit – Geyne-Medin kasalligi..... 225
6.6. Difteriya..... 228
6.7. Ko‘kyo‘tal..... 233
6.8. Epidemik parotit..... 236
6.9. Qizamiq..... 238
6.10. Skarlatina..... 241
6.11. Suvchechak..... 244
6.12. Dizenteriya..... 246
6.13. Salmonellyoz kasalligi..... 249

Narkulov Jakhangir

6.14. Yuqumli gepatit..... 252
6.15. Orttirilgan immun tanqisligi sindromi kasalligida hamshiralik parvarishi..... 257
7. Kechiktirib bo‘lmaydigan holatlarda bolalar va ularning oilasiga hamshiralik parvarishi
7.1. O‘tkir nafas yetishmovchiligi..... 261
7.2. O‘tkir yurak yetishmovchiligi..... 264
7.3. Allergik shoshilinch va komatoz holatlar..... 269
7.4 Shok holatidagi bolalarda va ularning oilalarida hamshiralik parvarishi..... 275
7.5. Bolalarda atrof-muhit ta’sirida yuzaga keladigan shoshilinch holatlar..... 280
7.6. Gipertermik sindromda, talvasada bolalarga va ularning oilalariga hamshiralik parvarishi..... 289
Amaliy qism..... 295
Foydalanilgan adabiyotlar..... 365

Narkulov Jakhangir

AMALIY QISM

1. **Bolalarning o‘sish va rivojlanishini, parvarish qilishga doir amaliy ko‘nikmalar**..... 295
1.1. Bolaning bo‘yini o‘lchash..... 295
1.2. Tana og‘irligini o‘lchash..... 296
1.3. Ko‘krak aylanasini o‘lchash..... 297
1.4 Bosh aylanasini o‘lchash..... 297
1.5. O‘pkaning tiriklik sig‘imini aniqlash..... 298
1.6. Muskul kuchini o‘lchash..... 298
1.7. Bolaning terisini baholash..... 298
1.8. Teriosti yog‘ qatlamini baholash..... 299
1.9. Shilliq pardalarni baholash..... 300
1.10. Suyak tizimini baholash..... 300
1.11. Muskul tizimini baholash..... 303
1.12. Teri va shilliq pardalarni parvarish qilish..... 303
1.13. Nafas organlari holatini baholash..... 305
1.14 Qon aylanish organlarini holatini baholash..... 305
1.15. Qon yaratish sistemasi holatini baholash..... 306
1.16. Limfatik sistemaning holatini baholash..... 306
1.17. Ovqat hazm qilish a’zolarining holatini baholash.. 307
1.18. Nerv sistemasi holatini baholash..... 308
1.19. Sezgi a’zolarining holatini baholash..... 309
1.20. Endokrin sistemasini baholash..... 311
Go‘daklik va kichik yoshdagi bolalarda hamshiralik parvarishida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar

Narkulov Jakhangir

2.1. Ko‘zlarni parvarish qilish va yuvish..... 312
2.2. Burunni parvarish qilish..... 312
2.3. Quloqlarni parvarish qilish..... 313
2.4. Yuqori nafas yo‘llaridan shilimshiqlarni so‘rib olish..... 314
2.5. Kindik yarasini parvarish qilish..... 314
2.6. Bolalarni havo bilan chiniqtirish..... 314
2.7. Bolalarni suv bilan chiniqtirish..... 315
2.8. Bolalarni quyosh nuri bilan chiniqtirish..... 316

Dori vositalarini qo‘llashga doir amaliy ko‘nikmalar

3.1. Ko‘zlarga dori tomizish..... 317
3.2. Ko‘zlarga malham surtish..... 317
3.3. Quloqlarga dori tomizish..... 318
3.4. Burunga dori tomizish..... 318
3.5. Ingalatsiya usulida dorilarni qo‘llash..... 319

Nafas olish a’zolari kasalliklarida bola va uning hamshiralik parvarishida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar

4.1. Tana haroratini o‘lchash..... 320
4.2. Nafas sonlarini sanash..... 322
4.3. Namlangan kislorod berish..... 322
4.4. Tomoqdan va burundan tekshirish uchun surtma olish..... 323
4.5. Oyoqlarga isituvchi vannalar qilish..... 327
4.6. Quloqqa isituvchi kompress qo‘yish texnikasi..... 327
4.7. Laringospazm (xuro‘zak) va soxta bo‘g‘mada shoshilinch yordam ko‘rsatish..... 328

Narkulov Jakhangir

4.8. Bronxial astma xurujida shoshilinch yordam ko‘rsatish..... 329
4.9. Plevral punksiyada qatnashish..... 329
4.10. Ingalatsiya..... 330
4.11. Shilliq va balg‘amni so‘rib olish (og‘iz va burun bo‘shlig‘idan) 331

Qon aylanish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasida hamshiralik parvarishida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar

5.1. Bolalarda pulsni aniqlash..... 333
5.2. Arterial bosimni o‘lchash..... 333

Ovqat hazm qilish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasida hamshiralik parvarishida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar

6.1. Stomatitlarda og‘iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi..... 336
6.2. Og‘iz oqarishida og‘iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi..... 336
6.3. Oral regidratatsiya o‘tkazish..... 337
6.4. Qusayotganda yordam ko‘rsatish..... 337
6.5. Me’dani yuvish texnikasi..... 338
6.6. Najasni umumiy tahlilga yig‘ish..... 339
6.7. Yashirin qonni aniqlash uchun najas yig‘ish (Gregersen reaksiyasi uchun) 339
6.8. Najasni gijja tuxumlarini aniqlash uchun yig‘ish... 340

Narkulov Jakhangir

6.9. Qorin dam bo‘lgan (meteorizm) da yordam ko‘rsatish..... 340
6.10. Tozalovchi huqna qilish texnikasi..... 341
6.11. Sifonli huqna qilish texnikasi..... 343
6.12. Dorili huqnalar o‘tkazish texnikasi..... 344

Buyrak va siydik chiqarich a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasida hamshiralik parvarishida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar

7.1. Siydikni umumiy tahlil uchun yig‘ish..... 347
7.2. Sutkalik diurezni aniqlash..... 348
7.3. Suv balansini aniqlash..... 348
7.4. Siydikni Addis-Kakovskiy bo‘yicha tekshirish uchun yig‘ish..... 349
7.5. Siydikni Ambyurje bo‘yicha tekshirish uchun yig‘ish..... 350
7.6. Siydikni Nechiporenko usuli bo‘yicha tekshirish uchun yig‘ish..... 350
7.7. Siydikni Zimnitskiy bo‘yicha sinama uchun yig‘ish..... 351

Qon va qon yaratish a’zolari kasalliklarida bola va uning oilasida hamshiralik parvarishida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar

8.1. Muzli xaltachadan foydalanish..... 353
8.2. Burundan qon ketishida yordam ko‘rsatish..... 353
8.3. Suyak ko‘migi punksiya..... 354

Narkulov Jakhangir

Endokrin bezlari kasalliklarida bola va uning oilasida hamshiralik parvarishida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar

9.1. Siydikni qandga tekshirish uchun yig‘ish..... 356

9.2. Insulin dozasini hisoblash va yuborish..... 356

9.3. Giperglikemik komada shoshilinch yordam ko‘rsatish..... 358

Yuqumli kasalliklarda bola va uning oilasida hamshiralik parvarishida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar

10.1. Mantu sinamasini o‘tkazish va baholash..... 360

10.2. Profilaktik emlashlar o‘tkazish texnikasi..... 361

10.3. Turli zardoblarni yuborish..... 363

Narkulov Jakhangir

M.F.ZIYAYEVA, O.Z.RIZAYEVA

BOLALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

(Qayta nashr)

Toshkent – «Fan va texnologiya» – 2016

Muharrir:	M.Hayitova
Tex. muharrir:	M.Xolmuhamedov
Musavvir:	D.Azizov
Musahih:	N.Hasanova
Kompyuterda sahifalovchi:	Sh.Mirqosimova

E-mail: tipografiyacnt@mail.ru Tel: 245-57-63, 245-61-61.
Nasr.lits. AI№149, 14.08.09. Bosishga ruxsat etildi: 20.09.2016.
Bichimi 60x90 $^{1}/_{16}$. «Times Uz» garniturasi.
Ofset usulida bosildi. Shartli bosma tabog‘i 23,0.
Nashr bosma tabog‘i 23,5. Tiraji 1368. Buyurtma №158.

«Fan va texnologiyalar Markazining bosmaxonasi» da chop etildi.
100066, Toshkent shahri, Olmazor ko‘chasi, 171-uy.

Narkulov Jakhangir