

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA O'RTA TIBBIYOT VA FARMATSEVTIKA XODIMLARI
MALAKASINI OSHIRISH VA ULARNI IXTISOSLASHTIRISH MARKAZI
ANDIJON FILIALI

«TASDIQLAYMAN»

Respublika o'rta tibbiyot va
farmatsevtika xodimlari
malakasini oshirish va ularni
ixtisoslashtirish markazi Andijon
filiali direktor o'rinbosari
D.M.Gapparova



“PEDIATRIYADA HAMSHIRALIK ISHI.”

MALAKA OSHIRISH GURUHI TINGLOVCHILARI UCHUN

MA'RUZALAR TO'PLAMI.

Uslubiy kengashda ko'rib chiqildi
va ma'qullandi
“ 6 ” yanvar

1- mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Sog'liqni saqlash tizimining amaldagi me'yoriy hujjatlari. Sog'lom va bemor bolalarda hamshiralik parvarishi .
--	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma'ruza mashguloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sog'liqni saqlash tizimining amaldagi me'yoriy hujjatlari 2. Sog'lom va bemor bolalarda hamshiralik parvarishi xususiyatlari.
<p>O'quv mashguloti maksadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

	Faoliyat mazmuni
--	-------------------------

Ish boskichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p align="center">1 boskich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 dakika</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshutiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>
<p>2-boskich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'lik bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini ko'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi.Tinglovlovchilarni Prezident buyruqlari bilan tanishtiradi, sog'lom va bemorlar bolalarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Rol o'ynash (Role play)" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar.Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar." Rol o'ynash (Role play) sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi .Uyga vazifa "Sog'lom va bemor bolalalarda hamshiralik parvarishi .Sog'liqni saqlash</p>	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>tizimining amaldagi me'yoriy xujjatlar.” xaqida o’qib kelish.</p> <p>Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1. K.S.Inomov “Xamshiralik ishi asoslari”</p> <p>2.T.Yu.Umarova “Xamshiralik ishi”</p> <p>3.“Salomatlik-2” va “Ayollar va bolalar salomatligini mustaxkamlash” loyxalarini amalga oshirish bo’yicha qo’shma byurosining “Shaxslararo muloqot ko’nikmalari” bo’yicha o’quv seminarining O’quv qo’llanmasi materiallari.</p>	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Sog’lom va bemor bolalarda hamshira parvarishi to’g’risida umumiy ma’lumotlarni berishi. Hamshiralik jarayoni bosqichlarini va hamshiralik protokollari bilan ishlashni. Respublikada sog’lom turmush tarzi omillarini, aholi orasida tushuntirish ishlarini olib borish usullarini.</p> <p>Sog’lom va bemor bolalarda bo’limlarda faoliyat olib borayotgan mutaxassis hamshiralarning majburiyatlarini.</p> <p>Shaxslararo muloqot ko’nikmalarini. Tibbiyot sohasida insonlar orasidagi o’zaro muloqot turlari va shaxslararo muloqot ko’nikmalarini xaqida ma’lumot beradi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi:Shaxslararo muloqot ikki va undan ortiq shaxslar o’rtasidagi yuzma- yuz muloqot ekanligini, verbal (so’z) va noverbal(imo-ishoralar) muloqot almashinuvidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Qadriyat va idrok ➤ Verbal mulokot ➤ Noverbal mulokot ➤ Faol tinglashni ➤ Suxbat olib borish <p>Resurslar va yordamchi materiallardan foydalanishni</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbal – faol tinglash san’ati ➤ Verbal -savol berish san’ati ➤ Verbal – javob berish, munosabat bildirish san’ati <p>Noverbal</p> <p>Suxbatdoshlar o’rtasidagi masofa va shaxsiy kenglik</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gavda xolati.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Yaqinlik qo‘l tekizish ➤ Konfidentsiallik ➤ Ko‘z qarashlar orkali gaplashish urganish.
O‘qitish metodlari	“ Rol o‘ynash (Role play) ”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.
Qayta a‘loqaning usul va vositalari.	Og‘zaki so‘rov:tezkor so‘rov, yozma so‘rov, test, misol va mashqlar bajarilgan O‘quv topshiriqlarini baxolash

Sog‘lom va bemor bolalalarda hamshiralik parvarishi. Sog‘liqni saqlash tizimining amaldagi me‘yoriy xujjatlar. Hamshiralik jarayonini olib borish.

Mavzu: Sog‘lom va bemor bolalalarda hamshiralik parvarishi.Sog‘liqni saqlash tizimining amaldagi me‘yoriy xujjatlar. Hamshiralik jarayonini olib borish.

Dars rejasi;

1. Sog‘liqni saqlash tizimining amaldagi me‘yoriy hujjatlari
2. Sog‘lom va bemor bolalalarda hamshiralik parvarishi xususiyatlari.

Bolalarda hamshiralik parvarishi fanining tarixi

Bolalarda hamshiralik parvarishining xususiyatlari

1. Bolalar haqida tushuncha.

Bolalar – shunday zotki doimiy ravishda rivojlanish jara-yonida 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 muam-molarni 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. Hamshiralalar bolalarga nisbatan doimiy ziyrak bo'lishlari kerak. Chunki noto'g'ri xatti-harakat, qo'pol so'z ular ko'nglini og'ritishi mumkin.

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 hamshiralalar 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 mustah-kamlash 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 oda-miylik xislatlari birinchi o'rinda turadi. Boshqacha qilib aytganda saxiylik, jonkuyarlik, to'g'ri so'zlik kattalarga xos xislatlardandir.

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

4. Shuningdek, bolalarni to'g'ri rivojlanishi uchun tushun-tirish 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 olmay-dilar va doimo kattalar yordamiga suyanadilar. Shuning uchun hamshiralik parvarishining obyekti faqat bola yemas, 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 shifokorlarini 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 xususiyat-lariga 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 **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. Bronfenbren 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. Bolalarni parvarish qilishda axloqiy me'yorlar tibbiyotning eng nozik va mas'uliyatli sohalaridan biridir. Ayniqsa, bolalarda hamshiralik parvarishida ayrim emotsional kelishmovchiliklar hayot va mamot masalalari bilan bog'liq vaziyatlarda yuzaga keladi. Masalan, tug'ma og'ir nuqson bilan tug'ilgan chaqaloqlarni davolashni qachongacha davom ettirish kerakligi yoki terminal (oxirgi bosqich) holatdagi bolalarda davolash jarayonini qanchagacha cho'zish mumkinligi kabi savollar murakkab axloqiy muammolarni keltirib chiqaradi.

Hayotiylik va inson qadr-qimmatini tamoyili





Har bir bola — uning sog‘lig‘i, tashxisi yoki prognozidan qat‘i nazar — inson sifatida hurmat va qadr-qimmatga ega. Hamshira:

- bolaga mehr, sabr va e‘tibor bilan munosabatda bo‘lishi;
- uning og‘rig‘ini kamaytirishga intilishi;
- bolaning sha‘ni va huquqlarini himoya qilishi kerak.

“Zarar yetkazmaslik” va “foйда keltirish” tamoyillari

Tibbiyot axloqining asosiy tamoyillari:

- **Non-maleficence** — zarar yetkazmaslik;
- **Beneficence** — foйда keltirish.

Terminal holatlarda davolashni davom ettirish:

- bola uchun real foйда beradimi?
- yoki ortiqcha azob-uqubat keltiradimi?

Shu nuqtai nazardan, hamshira shifokorlar jamoasi va ota-onalar bilan hamkorlikda qaror qabul qilish jarayonida ishtirok etadi.

Ota-onaning roziligi va manfaatini inobatga olish

Voyaga yetmagan bola o'zi mustaqil qaror qabul qila olmaydi. Shuning uchun:

- ota-onaning roziligi (informed consent) muhim;
- ularga to'liq, tushunarli va haqqoniy ma'lumot berilishi kerak;
- hamshira ota-onaga ruhiy yordam ko'rsatishi lozim.

Ba'zi hollarda ota-onalar va tibbiyot xodimlari o'rtasida fikrlar farqi bo'lishi mumkin. Bunday vaziyatda etik komissiya yoki konsilium jalb qilinadi.

Adolat va tenglik tamoyili

Har bir bola:

- ijtimoiy kelib chiqishi,
- nogironligi,
- iqtisodiy holatidan qat'i nazar,

teng darajada sifatli tibbiy yordam olish huquqiga ega.

Maxfiylik va sir saqlash

Bolaga oid barcha tibbiy ma'lumotlar maxfiy saqlanadi. Hamshira:

- bemor haqidagi ma'lumotni begona shaxslarga oshkor qilmasligi;
- faqat zarur hollarda va qonuniy asosda ma'lumot berishi kerak

Ruhiy va emotsional qo'llab-quvvatlash

Og'ir yoki terminal kasallikka chalingan bolalarda:

- qo'rquv,
- og'riq,
- yolg'izlik hissi kuzatiladi.

Hamshira:

- bolaga psixologik taskin berishi;
- ota-onani qo'llab-quvvatlashi;
- zarur hollarda psixolog yoki ruhshunos bilan hamkorlik qilishi lozim.

NAZORAT UCHUN 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. Pijani 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?

TEST SAVOLLARI

1. Bolalarda hamshiralik parvarishining asosiy maqsadi nima?

- A) Kasallikni yashirish
- B) Bolaning sog'lig'ini tiklash va rivojlanishini ta'minlash
- C) Faqat dori berish
- D) Ota-onani tinchlantirish

2. Pediatriya qachon mustaqil fan sifatida shakllangan?

- A) XVIII asr
- B) XIX asr
- C) XVII asr
- D) XX asr oxiri

3. Bolalar kasalliklarining o'ziga xos xususiyati nimada?

- A) Sekin rivojlanadi
- B) Klinik belgilari o'zgarmaydi
- C) Tez o'zgaradi va kutilmagan holatlar bo'ladi
- D) Faqat kattalarnikiga o'xshaydi

4. Go'dak yoshidagi bolalarni diqqat bilan kuzatish sababi:

- A) Ular ko'p gapiradi
- B) Og'riqni so'z bilan ifodalay olmaydi
- C) O'zini mustaqil parvarish qiladi
- D) Immuniteti kuchli

5. Yuqumli kasalliklarning oldini olish uchun hamshira nima qilishi kerak?

- A) E'tibor bermaslik
- B) Sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish
- C) Faqat shifokorga topshirish
- D) Ota-onaga yuklash

6. Dorotea Orem nazariyasining asosiy g'oyasi:

- A) Operativ davolash
- B) O'zini parvarish qilish konsepsiyasi

- C) Faqat jarrohlik yordam
- D) Farmakologiya

7. Terminal holatda hamshiraning vazifasi:

- A) Davolashni to'xtatish
- B) Bola uchun qulaylik yaratish va og'riqni kamaytirish
- C) Ota-onani chiqarib yuborish
- D) E'tibor bermaslik

8. Bronfenbrenner modeli nimani tushuntiradi?

- A) Dori ta'sirini
- B) Bola rivojlanishiga atrof-muhit ta'sirini
- C) Jarrohlik usullarini
- D) Laborator tekshiruvni

9. Bolalarda hamshiralik parvarishining obyekti kim?

- A) Faqat bola
- B) Bola va uning oila a'zolari
- C) Faqat shifokor
- D) Faqat ota

10. Axloqiy tamoyillardan biri:

- A) Maxfiylikni buzish
- B) Adolat va zarar yetkazmaslik
- C) Befarqlik
- D) Qo'pol munosabat

TIBBIY ATAMALAR

1. **Pediatriya** – bolalar kasalliklarini o'rganuvchi tibbiyot sohasi.
2. **Neonatal davr** – tug'ilgandan keyingi dastlabki 28 kunlik davr.
3. **Terminal holat** – hayot uchun xavfli oxirgi bosqich.
4. **Avtonomlik** – mustaqil faoliyat yurita olish qobiliyati.
5. **Profilaktika** – kasallikning oldini olish choralari.
6. **Immunitet** – organizmning himoya qobiliyati.
7. **Infeksiya** – yuqumli kasallik qo'zg'atuvchi omillar ta'siri.
8. **Reabilitatsiya** – sog'liqni tiklash jarayoni.
9. **Informed consent** – ongli rozilik.
10. **Parvarish tanqisligi** – o'zini parvarish qila olmaslik holati.

VAZIYATLI MASALALAR

1-masala

3 yoshli bola yuqori harorat bilan shifoxonaga olib kelindi. Onasi juda xavotirda. Bola injiq va ovqat yemayapti. Hamshira qanday harakat qilishi kerak?

- Haroratni o'lchash
- Bolani tinchlantirish
- Onaga tushuntirish berish
- Shifokorga xabar berish
- Suv balansini nazorat qilish

2-masala

6 oylik chaqaloq ich ketish va qusish bilan yotqizildi. Suvsizlanish belgilari bor. Hamshiraning vazifasi:

- Teri elastikligini tekshirish
- Siydik ajralishini kuzatish
- Rehidratatsiya choralari ko'rish
- Dezinfeksiya qoidalariga rioya qilish

3-masala

Terminal bosqichdagi 10 yoshli bola og'riqdan shikoyat qilmoqda. Hamshira:

- Og'riqni baholaydi
- Shifokor ko'rsatmasiga binoan analgetik beradi
- Ruhiy qo'llab-quvvatlaydi
- Ota-onasini yonida bo'lishiga ruxsat beradi

4-masala

Go'dak bola to'satdan ko'kargan va nafas qisilishi kuzatilgan. Hamshira:

- Tezkor yordam choralari ko'radi
- Kislород beradi
- Shifokorni chaqiradi
- Bola holatini doimiy nazorat qiladi

5-masala

5 yoshli bola in'ektsiyadan qo'rqmoqda. Hamshira:

- Bolaga jarayonni tushuntiradi

- Uni chalgʻitadi
- Mehr bilan muomala qiladi

6-masala

Yuqumli kasallik boʻlimida yotgan bola bilan ishlashda:

- Qoʻlqop kiyish
- Niqob taqish
- Qoʻl gigiyenasiga rioya qilish

7-masala

Onasi bolasini uyda notoʻgʻri parvarish qilmoqda.

Hamshira:

- Tushuntirish ishlari olib boradi
- Ovqatlantirish tartibini oʻrgatadi
- Gigiyena qoidalarini tushuntiradi

8-masala

Bola jarrohlikdan keyin qoʻrqib yigʻlamoqda.

Hamshira:

- Psixologik yordam koʻrsatadi
- Ogʻriqni nazorat qiladi
- Ota-onani jalb qiladi

9-masala

Immunizatsiya vaqtida bola bezovta boʻldi.

Hamshira:

- Vaktsina toʻgʻri saqlanganini tekshiradi
- Bolani kuzatadi
- Ota-onaga mumkin boʻlgan reaksiyalarni tushuntiradi

10-masala

Chaqaloq ogʻir tugʻma nuqson bilan tugʻildi.

Hamshira:

- Axloqiy tamoyillarga rioya qiladi
- Ota-onaga ruhiy yordam beradi
- Tibbiy jamoa bilan hamkorlik qiladi

- Bolaga maksimal qulaylik yaratadi

Rol o‘ynash (Role play) interfaol o‘yini ketma-ketligi

Rol o‘ynash — real hayotdagi (masalan, klinik) vaziyatni sahnalashtirish orqali bilim, muloqot va amaliy ko‘nikmalarni rivojlantiruvchi metod.

Maqsadni aniqlash

- Qaysi ko‘nikma shakllantiriladi? (diagnostika, muloqot, maslahat berish va h.k.)
- Nazariy bilimni amaliy vaziyatda qo‘llash maqsadi belgilanadi.

Vaziyat (ssenariy) tayyorlash

- Real yoki shartli klinik holat tuziladi.
- Masalan: “Shifokorga ko‘rak og‘rig‘i bilan bemor murojaat qildi.”
- Kerakli ma’lumotlar (anamnez, simptomlar) oldindan tayyorlanadi.

Rollarni taqsimlash

Ishtirokchilar quyidagi rollarga bo‘linadi:

- Shifokor
- Bemor
- Hamshira (ixtiyoriy)
- Kuzatuvchi/ekspert

Qoidalarini tushuntirish

- Vaqt chegarasi belgilanadi (5–10 daqiqa).
- Muloqot madaniyatiga rioya qilish.
- Kuzatuvchilar baholash mezonlari asosida kuzatadi.

Sahnalashtirish jarayoni

- Vaziyat jonli tarzda ijro etiladi.
- Shifokor bemorni so‘roq qiladi, tekshiradi, taxminiy tashxis qo‘yadi.
- Zarur tavsiya yoki davolash rejasini aytadi.

6 Muhokama (Debriefing)

- Kuzatuvchilar fikr bildiradi.
- Kuchli va zaif tomonlar tahlil qilinadi.

- Xatolar ustida ishlanadi.

Baholash

Mezonlar:

- Muloqot madaniyati
- To‘g‘ri savol berish
- Klinik fikrlash
- Qaror qabul qilish
- Jamoaviy hamkorlik

Afzalliklari

- Amaliy ko‘nikma hosil qiladi
- Muloqot madaniyatini rivojlantiradi
- Klinik fikrlashni shakllantiradi
- Talabalarni faol ishtirokga undaydi

Tavsiya etiladigan adabiyotlar:

1. K.S.Inomov “Xamshiralik ishi asoslari”
2. T.Yu.Umarova “Xamshiralik ishi”
3. “Salomatlik-2” va “Ayollar va bolalar salomatligini mustaxkamlash” loyxalarini amalga oshirish bo‘yicha qo‘shma byurosining “Shaxslararo muloqot ko‘nikmalari” bo‘yicha o‘quv seminarining O‘quv qo‘llanmasi materiallari.

1-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Sog‘lom va bemor bolalarda hamshiralik parvarish asoslari
--	--

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
------------------------	------------------------------------

O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashgulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sog‘lom va bemor bolalarda hamshiralik parvarishi olib borish 2. Sog‘lom va bemor bolalarda hamshiralik jarayonini olib borish

SOG‘LOM VA BEMOR BOLALARDA HAMSHIRALIK PARVARISH

AMALIY MASHG‘ULOT MAQSADI

Tinglovchilar quyidagilarni bilishi va bajara olishi kerak:

- Sog‘lom bolaga to‘g‘ri parvarish ko‘rsatish
- Bemor bolaga individual parvarish rejasini tuzish
- Gigiyenik, profilaktik va davolovchi parvarishni amalga oshirish
- Yosh xususiyatlarini hisobga olish

SOG‘LOM BOLADA HAMSHIRALIK PARVARISHI ALGORITMI

1-bosqich: Bolani baholash

1. Yoshini aniqlash
2. Antropometrik ko‘rsatkichlarni o‘lchash:
 - Bo‘y
 - Vazn
 - Bosh aylanasi
3. Rivojlanish darajasini baholash
4. Oziqlanish holatini aniqlash
5. Emlash kartasini tekshirish

2-bosqich: Kun tartibini tashkil etish

1. Uyqu rejimini belgilash
2. Ovqatlanish vaqtlarini belgilash
3. Toza havoda sayr
4. Jismoniy faollik

3-bosqich: Gigiyenik parvarish

1. Kundalik yuvinish
2. Tish tozalash

3. Tirnoq olish
4. Kiyim-kechak tozaligi
5. Xona shamollatish

4-bosqich: Oziqlantirish

1. Yoshga mos ovqat tanlash
2. Ovqatlanish sonini aniqlash
3. Vitamin balansini nazorat qilish
4. Suv ichish rejimi

5-bosqich: Profilaktika

1. Rejalashtirilgan emlashlar
2. Raxit, anemiya profilaktikasi
3. Shaxsiy gigiyena o'rgatish
4. Ota-onaga maslahat berish

BEMOR BOLADA HAMSHIRALIK PARVARISHI ALGORITMI

1-bosqich: Holatni baholash

1. Shikoyatlarni aniqlash
2. Tana haroratini o'lchash
3. Puls, nafas, arterial bosimni aniqlash
4. Teri va shilliq qavatni ko'zdan kechirish
5. Laborator natijalarni o'rganish

2-bosqich: Reja tuzish

1. Asosiy muammoni aniqlash
2. Asorat xavfini belgilash
3. Parvarish maqsadini qo'yish
4. Individual reja tuzish

3-bosqich: Parvarish amalga oshirish

A) Umumiy parvarish

- Yotoq rejimi
- Tana tozaligi
- Og'iz bo'shlig'i parvarishi
- Ko'z, burun tozaligi

B) Maxsus parvarish

- Dori vositalarini berish
- Inyeksiya qilish
- Kompres qo'yish
- Ingalatsiya
- Parhez ovqat

4-bosqich: Kuzatuv

1. Haroratni qayta o'lchash
2. Holatni baholash
3. Rejani tuzatish
4. Hujjatlashtirish

SOG'LOM VA BEMOR BOLALARDA HAMSHIRALIK JARAYONI

I. Hamshiralik jarayoni – 5 bosqichli tizim

1. Baholash
2. Hamshiralik tashxisi
3. Rejalashtirish
4. Amalga oshirish
5. Baholash

SOG'LOM BOLADA HAMSHIRALIK JARAYONI ALGORITMI

1. Baholash

- Antropometriya
- Psixomotor rivojlanish
- Oziqlanish
- Immunizatsiya holati

2. Hamshiralik tashxisi

Masalan:

- Noto'g'ri ovqatlanish xavfi
- Raxit rivojlanish xavfi
- Infeksiya xavfi

3. Rejalashtirish

- To'g'ri ovqatlanishni tashkil etish
- Vitamin D profilaktikasi
- Emlashni davom ettirish

4. Amalga oshirish

- Onaga tushuntirish
- Vitamin berish
- Oziqlantirish nazorati

5. Baholash

- Vazn qo'shilishi
- Rivojlanish ko'rsatkichlari
- Kasallik yo'qligi

II. BEMOR BOLADA HAMSHIRALIK JARAYONI ALGORITMI

1-bosqich: Baholash

- Shikoyat
- Ob'ektiv ko'rsatkichlar
- Psixologik holat
- Ota-onaning ahvoli

2-bosqich: Hamshiralik tashxisi

Misollar:

- Gipertermiya
- Nafas yetishmovchiligi
- Suyuqlik yetishmovchiligi
- Og'riq sindromi

3-bosqich: Rejalashtirish

- Haroratni tushirish
- Nafasni yengillashtirish
- Suyuqlik balansini tiklash
- Og'riqni kamaytirish

4-bosqich: Amalga oshirish

- Antipiretik berish
- Oksigen terapiya
- Suyuqlik berish
- Shifokor ko'rsatmalarini bajarish

5-bosqich: Baholash

- Harorat normallashti
- Nafas me'yorda
- Bola faollashdi
- Asorat yo'q

1. TANA HARORATINI O'LCHASH ALGORITMI

Maqsad:

Bola tana haroratini aniqlash va baholash.

Jihozlar:

- Termometr (elektron yoki simobli)
- Salfetka
- Dezinfeksion eritma
- Qo'lqop

Algoritm:

1. Qo'llarni yuvish.
2. Qo'lqop kiyish.
3. Termometrni dezinfeksiya qilish.
4. Termometrni tekshirish (simob 35°C dan past bo'lishi kerak).
5. Bolani qulay holatga keltirish.
6. Termometrni qo'lga ostiga joylashtirish.
7. Qo'lni tanaga bosib turish.
8. 5–10 daqiqa (elektron bo'lsa signalgacha) kutish.
9. Termometrni chiqarish.
10. Natijani o'qish.
11. Natijani hujjatlashtirish.
12. Termometrni dezinfeksiya qilish.
13. Qo'lqopni yechish va qo'llarni yuvish.

2. PULSNI SANASH ALGORITMI

Maqsad:

Yurak urish tezligini aniqlash.

Algoritm:

1. Qo'llarni yuvish.
2. Bolani tinchlantirish.
3. 1 yoshgacha – yelka arteriyasidan aniqlash.
4. 1 yoshdan katta – bilak arteriyasidan aniqlash.

5. 2–3 barmoq bilan arteriyani bosish.
6. 1 daqiqa davomida sanash.
7. Ritm va kuchini baholash.
8. Natijani yozib qo'yish.

3. NAFAS SONINI ANIQLASH ALGORITMI

Maqsad:

Nafas olish tezligini aniqlash.

Algoritm:

1. Bola tinch holatda bo'lishi kerak.
2. Ko'krak qafasi harakatini kuzatish.
3. 1 daqiqa davomida sanash.
4. Nafas ritmini baholash.
5. Natijani qayd etish.

4. ANTROPOMETRIYA O'TKAZISH ALGORITMI

A) Vazn o'lchash

1. Tarozini tekshirish.
2. Nol holatga keltirish.
3. Bolani yengil kiyimda qo'yish.
4. Harakatsiz turishini ta'minlash.
5. Natijani yozish.

B) Bo'y o'lchash

1. Bo'y o'lchagichni tayyorlash.
2. Bolani tik turg'izish.
3. Tovon, dumba, kurak, ensa devorga tegishi kerak.
4. O'lchovni aniqlash.
5. Natijani qayd etish.

C) Bosh aylanasi o'lchash

1. Santimetr lentani tayyorlash.
2. Qosh usti va ensa bo'rtig'i orqali o'lchash.
3. Natijani yozish.

5.DORI BERISH ALGORITMI (OG'IZ ORQALI)

Maqsad:

Dorini xavfsiz va to'g'ri berish.

Algoritm:

1. Shifokor buyruğini tekshirish.
2. Dori nomi, dozasi va muddatini aniqlash.
3. Qo'llarni yuvish.
4. Dorini tayyorlash.
5. Bolani qulay o'tqazish.
6. Dorini o'lchab berish.
7. Ichganini nazorat qilish.
8. Nojo'ya ta'sirni kuzatish.
9. Hujjatlashtirish.

6. INYEKSIYA QILISH ALGORITMI (Mushak ichiga)

Maqsad:

Dorini mushak ichiga yuborish.

Jihozlar:

- Shpris
- Dori vositasi
- Spirtli salfetka
- Qo'lqop

Algoritm:

1. Qo'llarni yuvish.
2. Qo'lqop kiyish.
3. Dori tekshirish (nomi, muddati).
4. Shprisga dorini tortish.
5. Inyeksiya joyini tanlash (sonning tashqi yuqori qismi).
6. Terini spirt bilan ishlov berish.
7. Ignani 90° burchak ostida kiritish.
8. Dorini sekin yuborish.
9. Ignani chiqarish.
10. Spirtli tampon bilan bosish.
11. Ishlatilgan materiallarni utilizatsiya qilish.
12. Hujjatlashtirish.

7. GIGIYENIK PARVARISH ALGORITMI

A) Teri parvarishi

1. Har kuni yuvintirish.
2. Teri burmalarini quritish.
3. Bolalar kremi surtish.

B) Og‘iz bo‘shlig‘i parvarishi

1. Ovqatdan keyin og‘izni tozalash.
2. Tish cho‘tkasi bilan yuvish.
3. Oqartiruvchi vositalardan foydalanmaslik.

C) Ko‘z va burun parvarishi

1. Steril salfetka ishlatish.
2. Ko‘zni tashqaridan ichkariga artish.
3. Har ko‘z uchun alohida salfetka.

2- mavzu: O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 2.	Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarishlash va ularning adaptatsiyasi, jismoniy, ruhiy rivojlanishi monitoringi.
---	---

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma’ruza mashg‘ulotining rejasi.	<ol style="list-style-type: none">1. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarishlash va ularni adaptatsiyasi.2. Bolalik davrlari va ularning jismoniy, ruhiy rivojlanishi monitoringi.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vakti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bq'yicha bilimini baxolash.	Tinglovchilar bilimlarini eslab, o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi

<p>bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to‘lik bayon etish 30-40.</p> <p>3.O‘qitish ning noannaviy usullarini ko‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>2.Yangi mavzu mazmunini O‘qituvchi tomonidan “Ma’ruza o‘qish” usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko‘nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to‘gri va samarali olib borish xaqida ma’lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “Klinik keys (Case study)” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>mavzu bayonini yozib oladilar.Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo‘llab javob oladilar.”</p> <p>Klinik keys (Case study)” sxemasi tinglovchilar tomonidan to‘ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi. Uyga vazifa: Bolaning jismoniy, ruhiy, ijtimoiy rivojlanishi.Bolaning antropometrik ko‘rsatkichlarini aniqlash, o‘sishi va rivojlanishini baholash.</p> <p>Tavsiya etilgan adabiyotlar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y 2. V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019 3. O‘zbekiston Respublikasi SSV. “Pediatriya” darsligi, Toshkent. Sh.I. Karimov 2018-yil. 4. O‘zbekiston Respublikasi SSV. “Bolalar kasalliklari”, Toshkent. B.A. Ashurov, M.M. Abdullayeva 2019-yil. 5. TTA nashri. “Hamshiralik ishi asoslari”, Toshkent. N.X. Mavlonova 2017-yil. 6. TTA nashri. “Bolalarda hamshiralik parvarishi”, 	<p>Tinglaydilir,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>Toshkent. D.A. Yuldasheva 2020-yil. 7. SSV. “Bolalar rivojlanishini monitoring qilish bo‘yicha metodik qo‘llanma”. 2019-yil.</p>	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Bolaning antropometrik ko‘rsatkichlarini aniqlash, bolaning o‘ssishi va rivojlanishini baholash. Bolaning psixomotor rivojlanishini boxalash. Bolalarda turmush tarzining ahamiyati va uni qo‘llab-quvvatlash.</p>	<p>O‘quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bolalarning o‘ssish va rivojlanishiga ta’sir etuvchi omillar. – Bola rivojlanishining qonuniyatlari va xususiyatlarini; – Ko‘krak suti va og‘iz sutining axamiyatini – Bolalarning anatomo -fiziologik xususiyatlarini o‘ziga xos tomonlarini; – Bolalarda dori vositalarini yuborish xususiyatini;
<p>O‘qitish metodlari</p>	<p>“Klinik keys (Case study)”</p>
<p>O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli</p>	<p>Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli</p>
<p>O‘qitish vositalari</p>	<p>Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.</p>
<p>O‘qitish shart sharoiti</p>	<p>Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.</p>
<p>Qayta a’loqaning usul va vositalari.</p>	<p>Og‘zaki so‘rov:tezkor so‘rov,yozma so‘rov, test, misol va mashqlar bajarilgan O‘quv topshiriqlarini baxolash</p>

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarishlash va ularning adaptatsiyasi, jismoniy rivojlanishi monitoringi.

Dars rejasi;

1. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni parvarishlash va ularni adaptatsiyasi.
2. Bolalik davrlari va ularning jismoniy rivojlanishi monitoringi.

Har xil yoshdagi bolalarni rivojlanish xarakteristikasi:

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

Birinchi oy. Bu oyda chaqaloq koʻp harakatlarni reflektor bajaradi, ona koʻkragini emadi. Qitiqlashga javoban qoʻl va oyoqlarni harakatga keltiradi, qoʻllarini musht qilib ogʻiziga olib keladi. Vertikal holatda boshini bir necha soniya ushlashga harakat qiladi. Emizish oraligʻida sogʻlom bola deyarli uxlaydi.

Ikkinchi oy. Bola boshini koʻtaradi va ushlaydi, qornida yotganda boshini koʻtaradi. Boshini tovush kelgan joyga buradi. Mushtini ochib yopishi mumkin, qoʻliga berilgan oʻyinchoq-larni ushlaydi. Onasini taniydi, kattalarni koʻrganda kuladi, tashqi muhit bilan tanishishga, koʻp vaqtini uyqusizlikda oʻtkazadi.

Uchinchi oy. Vertikal holatda boshini mustahkamroq ushlaydi, oʻrinda yotganda tirsak va yelka sohasini koʻtarishga harakat qiladi. Orqasidan yon tomonga oʻgiriladi. Harakatlar hajmi oshadi, lekin ularda muvozanatni saqlay olmaslik holati qoladi. Harakatlanayotgan predmetni aktiv kuzatadi, oʻyin-choqqa intiladi. Kattalar tomonidan murojaatiga quvonchli kulgu, xoholashi, guvillashi musbat emosiyalar orqali namoyon qiladi.

Oltinchi oy. Yordamsiz oʻtiradi, xohlagan tomonga oʻgiriladi. Qoʻl yordamida turishga va yurishga, emaklashga harakat qiladi, oʻyinchoqlar bilan mustaqil oʻynaydi, bir qoʻldan ikkinchi qoʻlga tushib ketgan oʻyinchoqlarni koʻtaradi. Bir nima deyishga harakat qiladi. Buni rivojlantirish uchun kattalar bolalar bilan muloqotda boʻlishi kerak.

Yettinchi oy. Toʻrt oyoqda turadi va emaklaydi, ishonch bilan oʻtiradi. Tayanch boʻlganda tizza sohasida turadi. Ikki qoʻlda yordam berganda esa tik turadi va qadam qoʻyadi, chapak chaladi va oʻyinchoqlarni bir-biriga urishni yaxshi koʻradi. Oynadagi oʻz 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 yaqin-lashadi. 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 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. Chiziqqlar 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. Antropometrik ko'rsatkichlar o'lchovlari poliklinika va QVP sharoitida o'tkaziladi. 2 yoshgacha gorizontalar tarozi, gorizontalar rostometr, 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.

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.

TEST SAVOLLARI

1. Yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri qaysi xususiyat bilan xarakterlanadi?

- A) Mustaqil yurish
- B) Tashqi muhitga intensiv moslashuv
- C) Murakkab nutq
- D) Ijtimoiy o'yinlar

2. 2 oylik bola qanday ko'nikmaga ega bo'ladi?

- A) Mustaqil yuradi
- B) Boshini ko'taradi va tovush tomonga buradi
- C) She'r aytadi
- D) Yuguradi

3. 6 oylik bola odatda:

- A) Yordamsiz o'tiradi
- B) Yuguradi
- C) 10 ta so'z aytadi
- D) Sakraydi

4. 10 oylik bolada qaysi ko'nikma kuzatiladi?

- A) O'z ismiga javob beradi
- B) 2-3 gap tuzadi
- C) Velosiped haydaydi
- D) O'ngacha sanaydi

5. 1 yoshli bola:

- A) Mustaqil yurishga harakat qiladi
- B) Murakkab hikoya tuzadi

- C) Bir oyoqda sakraydi
- D) 20 so‘z biladi

6. 2 yoshda bola:

- A) 2–3 so‘zli gap tuzadi
- B) She‘r yodlaydi
- C) 3 g‘ildirakli velosiped haydaydi
- D) O‘ngacha sanaydi

7. 3 yosh oxirida bola:

- A) Emaklaydi
- B) Velosiped haydaydi
- C) Boshini ushlaydi
- D) Faqat reflektor harakat qiladi

8. 4 yoshda bola:

- A) Predmetlarni guruhlarga ajratadi
- B) Emiziladi
- C) Tizza ustida turadi
- D) 2 ta so‘z aytadi

9. Antropometrik o‘lchovlar 1 yoshgacha qanchalik tez-tez o‘tkaziladi?

- A) Har 6 oyda
- B) Har oyda
- C) Har yili
- D) 3 yilda bir marta

10. Psixomotor rivojlanish monitoringida asosiy ko‘rsatkich:

- A) Tana harorati
- B) Amaliy ko‘nikmalar (o‘tirish, yurish)
- C) Qon bosimi
- D) Tish soni

NAZORAT SAVOLLARI

1. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlik davrining asosiy fiziologik xususiyatlarini tushuntiring.
2. 1–3 oylik bolalarda reflektor va ixtiyoriy harakatlar farqi nimada?
3. 6 oylik bolaning psixomotor rivojlanish ko‘rsatkichlarini izohlang.
4. 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarda antropometriya qanday o‘tkaziladi?
5. 2 yoshli bolaning nutq rivojlanish xususiyatlari qanday?
6. 3 yoshli bolada o‘yin faoliyatining ahamiyati nimada?
7. 4–5 yoshdagi bolalarda kognitiv rivojlanish belgilarini sanang.
8. Psixomotor rivojlanishni monitoring qilish nima uchun muhim?
9. 2 yoshgacha va undan katta bolalarda o‘lchov asboblari farqi nimada?
10. Bolaning rivojlanishida ota-ona va muhitning roli qanday?

TIBBIY ATAMALAR

1. **Neonatal davr** – tug‘ilgandan keyingi 28 kun.
2. **Psixomotor rivojlanish** – harakat va ruhiy ko‘nikmalar rivoji.
3. **Antropometriya** – tana o‘lchamlarini o‘lchash usuli.
4. **Rostometr** – bo‘y o‘lchash asbobi.
5. **Refleks** – ixtiyorsiz javob reaksiyasi.
6. **Emaklash** – qo‘l va tizza yordamida harakatlanish.
7. **Avtonomlik** – mustaqillik qobiliyati.
8. **Monitoring** – muntazam kuzatuv.
9. **Nutq rivojlanishi** – so‘z va gap tuzish qobiliyati.
10. **Motorika** – harakat faoliyati.

VAZIYATLI MASALALAR

1-masala

2 oylik bola boshini ushlay olmayapti.

Savol: Bu normal holatmi? Hamshira qanday tavsiya beradi?

Rivojlanish jadvali bilan solishtirish, nevropatologga yo‘naltirish.

2-masala

6 oylik bola o‘tirishga harakat qilmayapti.

Savol: Psixomotor kechikish bormi?

Kuzatuv, massaj, pediatr maslahatini tashkil etish.

3-masala

1 yoshli bola hali yurmayapti.

Savol: Qachon tashvishlanish kerak?

Tayanch bilan yurishi baholanadi, D vitamini qabulini tekshirish.

4-masala

2 yoshli bola 2 so‘zli gap tuza olmaydi.

Savol: Nutq rivojlanishi normaga mosmi?

Logoped yoki nevrolog konsultatsiyasi tavsiya etiladi.

5-masala

3 yoshli bola juda kam gapiradi va ijtimoiy muloqotdan qochadi.

Savol: Qanday tekshiruv kerak?

Autizm spektr buzilishiga skrining.

6-masala

4 yoshli bola bir oyoqda turolmaydi.

Savol: Motor rivojlanish bahosi.

Jismoniy mashqlar va ortoped maslahat.

7-masala

5 yoshli bola sanashni bilmaydi.
Savol: Kognitiv rivojlanish baholash.
Psixologik test tavsiya etiladi.

8-masala

10 oylik bola o'z ismiga javob bermaydi.
Savol: Eshitish muammosi ehtimoli?
Audiometriya tavsiya etiladi.

9-masala

Antropometriyada bola vazni past chiqdi.
Savol: Qanday choralar ko'riladi?
Ovqatlanish tahlili, reabilitatsiya rejasi.

10-masala

Bola har 3 oyda tekshiruvga olib kelinmagan.
Savol: Monitoring ahamiyati nimada?
Rivojlanishdan orqada qolishni erta aniqlash.

Klinik keys (Case study) interfaol o'yini o'ynalish ketma-ketligi

Klinik keys — real yoki shartli klinik holatni tahlil qilish orqali talabada diagnostik fikrlash va qaror qabul qilish ko'nikmasini rivojlantiruvchi metod.

Maqsadni aniqlash

- Qaysi mavzu yoki kasallik mustahkamlanadi.
- Diagnostika, differensial tashxis yoki davolash rejasini tuzish maqsadi belgilanadi.

Klinik vaziyatni tayyorlash

- Bemor haqida ma'lumot beriladi:
 - Yoshi, jinsi
 - Shikoyatlari
 - Anamnez
 - Ob'ektiv ko'rsatkichlar
 - Laborator/Instrumental natijalar (zaruratga ko'ra)

Vaziyat real amaliyotga yaqin bo'lishi kerak.

Guruhlarga bo'lish

- Talabalar 3–5 kishilik kichik guruhlarga ajratiladi.
- Har bir guruh mustaqil tahlil qiladi.

Muammoni tahlil qilish

Guruhlar quyidagilarni aniqlaydi:

- Asosiy muammo
- Yetakchi simptomlar
- Taxminiy tashxis
- Differensial tashxis
- Qo‘shimcha tekshiruvlar
- Davolash rejasi

Taqdimot bosqichi

- Har bir guruh o‘z xulosasini himoya qiladi.
- Boshqa guruhlar savol beradi yoki qo‘shimcha kiritadi.

O‘qituvchi xulosasi

- To‘g‘ri tashxis e‘lon qilinadi.
- Muhim klinik jihatlar tushuntiriladi.
- Xatolar tahlil qilinadi.

Baholash

Mezonlar:

- Klinik fikrlash mantiqi
- Dalillash qobiliyati
- Tashxis aniqligi
- Davolash rejasining to‘g‘riligi
- Jamoaviy ish

Afzalliklari

- Amaliy tajribaga yaqinlashtiradi
- Tahliliy va tanqidiy fikrlashni rivojlantiradi
- Qaror qabul qilish ko‘nikmasini shakllantiradi
- Jamoaviy ishlashni mustahkamlaydi

markaziy asab tizimi holati haqida muhim ma’lumot beradi.

Tavsiya etiladigan adabiyotlar

8. **Salomatlik -3 loyixasi** “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y
9. V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019
10. O‘zbekiston Respublikasi SSV. **“Pediatriya” darsligi**, Toshkent. **Sh.I. Karimov 2018-yil.**

11. O'zbekiston Respublikasi SSV. "Bolalar kasalliklari", Toshkent. **B.A. Ashurov, M.M. Abdullayeva 2019-yil.**
12. TTA nashri. "Hamshiralik ishi asoslari", Toshkent. **N.X. Mavlonova 2017-yil.**
13. TTA nashri. "Bolalarda hamshiralik parvarishi", Toshkent. **D.A. Yuldasheva 2020-yil.**
14. SSV. "Bolalar rivojlanishini monitoring qilish bo'yicha metodik qo'llanma". **2019-yil.**

2-mavzu O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarishlash va ularning adaptatsiyasi, jismoniy rivojlanishi monitoringi
--	---

Amaliy mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulotning rejasi.	Bolalarda antropometrik ko'rsatkichlarni aniqlash

Bolalarda antropometrik ko'rsatkichlarni aniqlash



1-

bosqich. Tayyorlov ishlari

1. Bolaning yoshi aniqlanadi (0–2 yosh yoki 2 yoshdan katta).
2. Kerakli asboblari tayyorlanadi:
 - o 0–2 yosh: gorizontal tarozi, uzunlik o‘lchagich (infantometer), yumshoq santimetr lenta.
 - o 2 yoshdan katta: vertikal tarozi, rostomer (stadiometr), santimetr lenta.
3. Asboblari tozaligi va kalibrovkasi tekshiriladi.
4. Onaga (yoki ota-onaga) jarayon tushuntiriladi.
5. Bola yengil kiyimda yoki ichki kiyimda bo‘lishi ta’minlanadi.

2-bosqich. Tana vaznini o'lchash

0–2 yoshli bolalarda:

1. Gorizontal tarozi nolga keltiriladi.
2. Bolaning kiyimlari yechiladi (yoki yengil kiyimda tortiladi).
3. Bola ehtiyotkorlik bilan taroziga yotqiziladi.
4. Bola tinch holatda turganda ko'rsatkich qayd etiladi.
5. Natija kg va grammda yoziladi.

2 yoshdan katta bolalarda:

1. Vertikal tarozi nolga keltiriladi.
2. Bola yalangoyoq holda taroziga chiqariladi.
3. To'g'ri tik turgan holda vazn aniqlanadi.
4. Natija qayd etiladi.

3-bosqich. Bo'y (uzunlik) o'lchash

0–2 yosh:

1. Bola gorizontal uzunlik o'lchagichga yotqiziladi.
2. Bosh qismi maxsus tirgakka tekkiziladi.
3. Oyoqlar to'g'rilanadi va panjalar 90° holatda ushlanadi.
4. Harakatlanuvchi panel oyoq panjasiga tekkiziladi.
5. Natija santimetrda yoziladi.

2 yoshdan katta:

1. Bola rostomerga tik turadi.
2. Tovon, dumba, yelka va ensa devorga tegib turadi.
3. Bosh Frankfurt tekisligida joylashadi.
4. O'lchov paneli bosh tepasiga tushiriladi.
5. Natija sm da qayd etiladi.

4-bosqich. Bosh aylanasi o'lchash (0–3 yoshda muhim)

1. Santimetr lenta peshona usti va ensaning eng chiqib turgan qismidan o'tkaziladi.
2. Lenta qattiq tortilmaydi.
3. Eng katta aylana ko'rsatkichi aniqlanadi.
4. Natija sm da yoziladi.

5-bosqich. Ko'krak qafasi aylanasi o'lchash

1. Lenta ko'krakning orqa pastki burchagi va oldingi so'rg'ich chizig'i orqali o'tkaziladi.
2. Bola tinch nafas olayotgan paytda o'lchanadi.
3. Natija qayd qilinadi.

6-bosqich. Natijalarni baholash

1. Olingan ko'rsatkichlar yosh normasi bilan solishtiriladi.
2. Percentil jadval yoki Z-ball baholash tizimi qo'llaniladi.
3. Kam vazn, ortiqcha vazn yoki o'sishdan orqada qolish aniqlansa pediatrga xabar beriladi.

4. Natijalar bolaning tibbiy kartasiga yoziladi.

7-bosqich. Monitoring davriyligi

- Tugʻilganda
- 15 kunlikda
- 1 oyda
- 1 yoshgacha har oy
- 1–3 yosh: har 3 oy
- 3–5 yosh: har 6 oy
- Keyin: har yili

3- mavzu: Oʻquv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Koʻkrak sutining afzalliklari. 6 oydan katta boʻlgan bolalarni qoʻshimcha ovqatlantirish. Nutritsiologiya haqida tushuncha.
--	--

Maʼruza mashgʻulotini oʻqitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
Oʻquv mashgʻulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Maʼruza mashgʻuloting rejasi.	1.Koʻkrak sutining afzalliklari. 2.Nutritsiologiya haqida tushuncha

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Taʼlim beruvchi	Taʼlim oluvchi
1-bosqich Oʻquv mashgʻulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy qism 1.1 Oʻqituvchi guruxga kirib tinglovchilarning Oʻquv boʻlimi tomonidan berilgan roʻyxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 Oʻquv mashgʻulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni oʻtkazish rejasini	Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.

	<p>aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.</p>	
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bo'yicha bilimni baxolash.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko'nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Romashka guli" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar. " Romashka guli" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich</p> <p>Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar ragbatlantirilib,baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning ruhiy, ijtimoiy rivojlanish monitoring</p> <p>Tavsiya etilgan adabiyotlar</p> <ol style="list-style-type: none"> A.X. Jalilov & F.A. Achilova, Bolalarni sun'iy va aralash ovqatlantirish, Samarqand nashri, 2022. Salomatlik -3 loyixasi "Bemor bololarni parvarish kilish asoslari" 2014 y V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Ko'krak suti bilan emizishdagi har qanday qiyinchiliklarni aniqlash, 6 oygacha bo'lgan bolani ko'krak suti bilan emizish amaliyotini baholash. Bolani ko'krakga to'g'ri tutish usulining belgilarini bilish. Bir yoshgacha bolalarni ovqatlantirish. Bolalarni yoshiga mos ravishda ovqatlanishini baholash</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bolalarning o'sish va rivojlanishiga ta'sir etuvchi omillar. – Bola rivojlanishining qonuniyatlari va xususiyatlarini; – Ko'krak suti va og'iz sutining axamiyatini – Bolalarning anatomo-fiziologik xususiyatlarini o'ziga xos tomonlarini; – Bolalarda dori vositalarini yuborish xususiyatini;
<p>O'qitish metodlari</p>	<p>“Romashka guli”</p>
<p>O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli</p>	<p>Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli</p>
<p>O'qitish vositalari</p>	<p>Doska-stend, vidiofil'mlar, chizma,nazorat varagi,matnlar.</p>
<p>O'qitish shart sharoiti</p>	<p>Fanga mos jixozlangan o'quv xona.</p>
<p>Qayta a'loqaning usul va vositalari.</p>	<p>Og'zaki so'rov:tezkor surov,yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan O'quv topshiriqlarini baxolash</p>

Mavzu: Ko'krak sutining afzalliklari. 6 oydan katta bo'lgan bolalarni qo'shimcha ovqatlantirish. Nutritsiologiya haqida tushuncha.

Dars rejasi;

1. Ko'krak sutining afzalliklari.
2. Nutritsiologiya haqida tushuncha

Bolalarni ovqatlantirish

Bolalarning to'g'ri va sog'lom unib-o'sishiga ta'sir ko'r-satuvchi omillar ichida ovqatlanish nihoyatda muhim o'rin tutadi. Bola ovqatlanishini to'g'ri tashkil qilish

bolaning jis-moniy, ruhiy rivojlanishini, yuqumli kasalliklarga va atrof-muhitning noqulay ta'sirlariga qarshilik ko'rsatish qobiliya-tining 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.

Chaqaloq birinchi kunlarda ona ko'ragidan 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:

$S_s = n \times 70$, bola vazni 3200 dan past tug'ilgan bo'lsa, $S_s = n \times 80$, bola vazni 3200 dan ortiq tug'ilgan bo'lsa, bu yerda n - bolaning hayot kunlari. Masalan: 5 kunlik bola, 3300 gr tug'ilgan - $5 \times 80 = 400$ ml.

2) Zaytseva formulasi bo'yicha:

$S_s = n \times \text{vaznning } 2\% - i$. n - bolaning hayot kunlari.

Masalan: 5 kunlik bola, vazni 3400 gr, $S_s = (340 \times 2) : 100 \times 5 = 340$ 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 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.

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 quyuc 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 xusu-siyatga 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, shu-ningdek, 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. 132

Ovqatlanish yetarli Ovqatlanish yetarli bo'lmagan darajasi tana vazni yetish-movchiligi 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 qipiqilanishi. 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. 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 mustah-kamlash, 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'rni 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 kunlari-danoq 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 sifatli kamchiliklari, onadagi biror kasallikning qo'zib qolishidan bolani ona ko'kragiga tutishni kamaytirish zarurati tug'ilgan holatlar.

2. Bolaga aloqador sabablar epidermiya, ekssudativ diatezning og'ir va turg'un ko'rinishlari.

3. Ijtimoiy va maishiy sabablar bolaning go'daklar uylarida tarbiyalanishi va boshqalar.

Aralash usulda bolani ovqatlantirishda qo'llaniladigan asosiy mah **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 quyusroqlari 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 ovqatlanishga 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 maktab yoshidagi bolalarda oqsil va yog'larga ehtiyoj 3-3,5 g n 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 tayyor-langani ovqatlarning sifatini nazorat qilish tibbiyot xodim-larining doimiy vazifalari hisoblanadi.

Ovqatlanishning asosiy ko'rsatkichlari tana og'irligi va bo'y uzunligi quyidagi formula bilan aniqlanadi: $OB = \text{bola og'irligi, kg} / \text{bo'y uzunligi } 2,2$.

Ogirlik bo'y indeksi quyidagi 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;
- og'ir kasalliklar o'tkir va surunkali 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, mikroele-mentlarni kerakli miqdorda ta‘minlash;
- harakatning aktivligini oshirish;
- organizmdagi kasalliklarni davolash.

Nazorat savollari

- Qaysi variant ona suti bilan ovqatlantirishning tabiiy turiga to‘g‘ri keladi?***
 - Ona suti bilan qo‘shimcha sut berish
 - Ona suti + sun‘iy aralashma
 - Faqatgo‘na sun‘iy sut aralashmasi
 - Ona ko‘krak suti bilan ovqatlantirish *
- Kichkinalar sutkalik sut miqdorini aniqlashda ishlatiladigan formulalardan biri qaysi?***
 - Body Mass Index
 - Fikelshteyn formulasi *
 - Apgar skori
 - WHO o‘sish jadvali
- “Omfalit” deb ataladigan holat nimaga taalluqli?***
 - Chaqaloqlarda parhezlar
 - Kindik atrofidagi yallig‘lanish *
 - Suvsizlanish
 - Qattiq ovqat olish
- Bolalarda fiziologik axlat va siydik chiqarish soni taxminan nechta bo‘ladi?***
 - 1–2 marta
 - 5–10 marta
 - 10–20 marta siydik, 2–4 marta axlat *
 - 30–40 marta siydik
- Bir yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga kunlik sut miqdori qanchaga teng bo‘lishi kerak?***
 - 100–200 ml
 - 700–500 ml *
 - 1–2 litr
 - 300–400 ml
- Maktabgacha yoshdagi bolaning sutkalik ovqat miqdori qanchaga yaqin bo‘lishi maqsadga muvofiq?***
 - 800 ml
 - 1800 ml *
 - 2500 ml
 - 1200 ml
- Ovqatlanish yetishmovchiligi III darajasi bilan xarakterlanadigan holat qaysi?***
 - Faqat ishtaha kamayishi
 - Skeletdek tashqi ko‘rinish, turgor yo‘qolishi *

- C) Faqat ko‘krak sutida giūr
 D) Vaqti vaqtida qorin og‘rig‘i
8. ***Bolani emizishda tana vazniga taxminan qancha oqsil berilishi tavsiya etiladi?***
 A) 1–1,5 g
 B) 2–2,5 g *
 C) 5–6 g
 D) 8–10 g
9. ***“Qo‘shimcha ovqatlantirish” qachon joriy etilishi kerak?***
 A) 1 oy
 B) 3 oy
 C) 6 oylikdan keyin*
 D) 1 yoshdan keyin
10. ***Ovqatlanish yetishmovchiligi I darajasi bilan qaysi belgilar bog‘liq?***
 A) Funktsional buzuvchilik
 B) Tana vazni 10–20% yetishmovchiligi *
 C) Skelet atrofiyasi
 D) Og‘ir disbalans

Tibbiy atamalar

Atama	Izoh
Tabiiy ovqatlantirish	Ona suti bilan to‘liq ovqatlantirish usuli.
Aralash ovqatlantirish	Ona suti + sun‘iy aralashma bilan oziqlantirish.
Sun‘iy ovqatlantirish	Faqat sun‘iy sut aralashmalari bilan oziqlantirish.
Omfalit	Kindik atrofining yallig‘lanishi.
Turgor	Teri elastikligi ko‘rsatkichlari.
Suvsizlik	Organizmدا suv yetishmasligi holati.
Qo‘shimcha ovqat	Ona sutidan tashqari ovqat mahsulotlari.
Tana massa indeksi (OB)	Og‘irlik va bo‘yga nisbatan baholash indeksi.

Foydalanilgan adabiyotlar

4. **A.X. Jalilov & F.A. Achilova**, *Bolalarni sun‘iy va aralash ovqatlantirish*, Samarqand nashri, 2022.
5. **Salomatlik -3 loyixasi** “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y
6. V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019

Nazorat savollar

1. Ona suti bilan ovqatlantirishning afzalliklari va chaqaloq sog‘lig‘iga ta’siri haqida tushuntiring.

2. Fikelshteyn va Zaytseva formulalariga ko‘ra chaqaloqning sutkalik sut miqdorini hisoblash usullarini tushuntiring va misol keltiring.
3. Kindik parvarishi va omfalit profilaktikasi bo‘yicha nima qilish kerakligini izohlang.
4. Chaqaloqlarda fiziologik chiqarishlar (diurez va axlat) normasi va ularni kuzatish usullarini tushuntiring.
5. Bir yoshdan uch yoshgacha bo‘lgan bolalarni ratsion va kunlik sut miqdori jihatidan qanday boqish kerakligini izohlang.
6. Ovqatlanish yetishmovchiligi darajalari (I, II, III) va ularning belgilarini tushuntiring.
7. Qo‘shimcha ovqatlantirishni qachon kiritish zarurati va sabablarini tushuntiring.
8. Aralash ovqatlantirish sabablari va uni qanday tashkil etish mumkinligini izohlang.
9. Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarning ovqatlanish tartibi va kaloriya/ovqat hajmi ko‘rsatkichlarini tushuntiring.
10. Bolalarni ortiqcha ovqatlanish va yetarli ovqatlanmaslik holatlaridan himoya qilish uchun qanday choralar ko‘rish mumkinligini izohlang.

“Romashka guli” interfaol o‘yini qo‘llanish texnikasi

“Romashka guli” — savol va topshiriqlarni gul yaproqlari ko‘rinishida berish orqali o‘quvchilarni faol ishtirokga jalb qiluvchi metod.

Maqsadni aniqlash

- Yangi mavzuni mustahkamlash
- Takrorlash yoki nazorat qilish
- Talabalarning mustaqil fikrlashini rivojlantirish

Tayyorlov bosqichi

- Karton yoki slaydda **romashka guli** tasviri chiziladi.
- Gul markaziga **mavzu nomi** yoziladi.
- Har bir yaproqqa savol, klinik vaziyat yoki topshiriq yoziladi (6–12 ta).



Masalan (tibbiyotda):

Markaz: “Arterial gipertenziya”

Yaproqlar:

- Belgilari
- Sabablari
- Diagnostika
- Asoratlari
- Davolash
- Profilaktika

Qoidalarni tushuntirish

- Talaba yoki guruh bitta yaproqni tanlaydi.
- Savolni o‘qib, belgilangan vaqt ichida javob beradi (1–2 daqiqa).
- To‘g‘ri javob uchun ball beriladi.

O‘yinni o‘tkazish jarayoni

- Navbat bilan yaproqlar tanlanadi.
- Har bir savol muhokama qilinadi.
- Zarurat bo‘lsa, boshqa guruh javobni to‘ldiradi.

Baholash

- To‘g‘ri va to‘liq javob – maksimal ball
- Qisman javob – yarim ball
- Faollik ham inobatga olinadi

Yakuniy tahlil (Refleksiya)

- Eng qiyin savol qaysi bo‘ldi?
- Qanday yangi bilim olindi?
- Xatolar ustida qisqa izoh beriladi.

Afzalliklari

- Mavzuni tizimli o‘rganishga yordam beradi
- Barcha talabalarni jalb qiladi
- Vizual ko‘rinishi sababli esda yaxshi saqlanadi
- Jamoaviy ishlashni rivojlantiradi

3-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Ko‘krak sutining afzalliklari. 6 oydan katta bo‘lgan bolalarni qo‘shimcha ovqatlantirish. Nutritsiologiya haqida tushuncha.
--	--

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashgulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	1.6 oygacha bo‘lgan bolalarni ko‘krak suti bilan boqish. 2.6 oydan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarni qo‘shimcha

	ovqatlantirish. Mikronutrientlarni qo'llash.
--	---

6 oygacha bo'lgan bolalarni ko'krak suti bilan boqish



Tayyorlov bosqichi

1. Ona bilan salomlashish va emizishning ahamiyatini tushuntirish.
2. Qo'l gigiyenasini bajarish.
3. Onani qulay holatga o'tirg'izish yoki yotqizish.
4. Bolani emizishdan oldin tinchlantirish.
5. Ko'krakni tekshirish (yoriq, mastit yo'qligi).

Bola va onani joylashtirish

1. Ona qulay o'tiradi yoki yotadi (kursi, yostiq bilan).
2. Bola ona qorniga qarab, boshi va tanasi bir chiziqda.
3. Bola og'izini katta ochishi va areolani yetarlicha qabul qilishi uchun to'g'ri joylashtiriladi.
4. Bosh va bo'yin qo'llab-quvvatlanadi.

Bolani to'g'ri joylashtirish

1. Bola onaga qorin-qoringa qaratiladi.

2. Bola boshi va tanasi bir chiziqda bo'ladi.
3. Bola ko'krakka yaqin olib kelinadi (ko'krakni bolaga olib bormaslik).
4. Bola og'zi katta ochilganda areolaning katta qismi og'izga olinadi.
5. Pastki lab tashqariga qayrilgan bo'lishi kerak.

Emizish jarayoni

1. Bola faol emayotganini kuzatish (sekin, chuqur yutish).
2. Har bir ko'krakni 10–15 daqiqa berish.
3. Talabga ko'ra emizish (kuniga 8–12 marta).
4. Kechasi ham emizish tavsiya etiladi.
5. 6 oygacha suv, choy yoki boshqa ovqat berilmaydi.

Emizishdan keyingi parvarish

1. Bolani tik tutib kekirtirish.
2. Ko'krakni toza tutish.
3. Ona ovqatlanishini nazorat qilish (to'liq, balansli ratsion).
4. Bola vaznini har oy nazorat qilish.
5. Muammolar (kam sut, yoriq) bo'lsa, maslahat berish.

6 oydan 5 yoshgacha qo'shimcha ovqatlantirish





6 oylikdan qo‘shimcha ovqat boshlash

1. Bola 6 oylikka to‘lganini aniqlash.
2. Bola o‘tirishga harakat qilishi va boshini ushlay olishi.
3. Dastlab bir xil mahsulot (masalan, sabzavot pyuresi) berish.
4. Kuniga 1 marta, keyin 2–3 marta oshirish.
5. Yangi mahsulotni 3–5 kun oralig‘ida sinash.

6–12 oylik davr

1. Sabzavot va meva pyuresi.
2. Sutli bo‘tqa (guruch, suli).
3. Go‘sh t pyuresi (7–8 oydan).
4. Tuxum sarig‘i (kichik miqdorda).
5. Ko‘krak suti davom ettiriladi.

1–2 yosh

1. Kuniga 4–5 mahal ovqatlanirish.
2. Ratsionga go‘sh t, baliq, dukkakli mahsulotlar qo‘shish.
3. O‘zi mustaqil ovqatlanishga o‘rgatish.
4. Shirinlikni cheklash.
5. Toza ichimlik suvi berish.

2–5 yosh

1. Ratsion xilma-xil bo‘lishi kerak.
2. Kuniga 3 asosiy va 2 qo‘shimcha ovqat.
3. Meva-sabzavot ko‘paytiriladi.
4. Fast-fud va gazli ichimliklar cheklanadi.
5. Jismoniy faollik bilan uyg‘unlikda ovqatlanish.

Mikronutrientlarni qo‘llash algoritmi

Temir (Fe)

1. 6 oydan boshlab temirga boy mahsulotlar.
2. Anemiya xavfi bo‘lsa, temir preparatlari shifokor tavsiyasi bilan.
3. Gemoglobin nazorati.

Vitamin D

1. Tug‘ilgandan boshlab profilaktik dozada.
2. Raxit profilaktikasi.
3. Doza shifokor nazoratida.

Yod

1. Yodlangan tuzdan foydalanish.
2. Qalqonsimon bez faoliyatini nazorat qilish.

A vitamini

1. Ko‘rish va immunitet uchun.
2. Yetishmovchilik hududlarida qo‘shimcha berish.

Sink

1. Immunitetni mustahkamlaydi.
2. Diareya paytida qo'llanadi.

Nazorat va monitoring

1. Bola vazni, bo'yi, bosh aylanasini o'lchash:
 - o Tug'ilgandan 1 yoshgacha har oy.
 - o 1-3 yosh har 3 oyda.
 - o 3-5 yosh har 6 oyda.
2. Nutq va psixomotor rivojlanish monitoringi.
3. Ovqatga reaksiya va allergik belgilarga kuzatuv.
4. Mikronutrientlar ta'sirini laboratoriya tekshiruvlari bilan baholash.

4 - mavzu:	
O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Shaxslar o'rtasidagi muloqot va tibbiy maslahat

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. O'rta tibbiyot xodimlarini shaxslararo muloqot ko'nikmalari. 2. Etika va deontologiya 3. Samarali muloqot ko'nikmalari. 4. Hozirgi zamon tibbiyotida yatrogeniya muammolari va ularning yechimi
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxislikka javobgarlik hissin shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissin shakllantirish 	

- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 dakika</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bo'yicha bilimni baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko'nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Baliq skeleti" (Fishbone)" usuli</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar." Baliq skeleti" (Fishbone)" sxemasi tinglovchilar tomonidan</p>

tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	orqali mustaxkamlanib boriladi.	to'ldiriladi.
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar ragbatlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Bolalarda turli kasalliklarda hamshiraliq parvarishi</p> <p>Foydalaniladigan adabiyotlar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salomatlik -3 loyixasi "Bemor bololarni parvarish kilish asoslari" 2014 y 2. V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019 3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi. <i>Tibbiyot xodimlarining kasbiy etikasi kodeksi</i>, Toshkent, 2020. 4. T.X. Xudoyberdiyev. <i>Tibbiy etika va deontologiya</i>, Toshkent, 2019. 5. S.S. Karimov. <i>Hamshiralik ishi asoslari</i>, Toshkent, 2018. 6. O'zbekiston Respublikasi SSV. <i>O'rta tibbiyot xodimlari uchun qo'llanma</i>, Toshkent, 2021. 7. A.A. Abduqodirov. <i>Tibbiyot psixologiyasi</i>, Toshkent, 2017. 8. 	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Tibbiyot xodimlarini shaxslararo muloqot ko'nikmalari bilan tanishtirish. Etika va deontologiya asoslarini tushuntirish. Samarali muloqot ko'nikmalari bilan tanishtirish. Hozirgi zamon tibbiyotida</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi Tibbiyot xodimlarini shaxslararo muloqot ko'nikmalari bilan tanishadi. Etika va deontologiya asoslari bilan yahshiroq tanishadi. Samarali muloqot ko'nikmalarini bilib oladi. Hozirgi</p>
--	--

yatrogeniya muammolari va ularning yechimini tushuntirish	zamon tibbiyotida yatrogeniya muammolari va ularning yechimi haqida bilimlarga ega bo'ladi
O'qitish metodlari	"Baxs-munozara", "Aqliy xujum", "Issik kartoshka" usuli "Kichik guruxlarda ishlash"
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil'mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o'quv xona.
Qayta a'loqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov: tezkor surov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Shaxslar o'rtasidagi muloqot va tibbiy maslahat

Reja:

1. O'rta tibbiyot xodimlarini shaxslararo muloqot ko'nikmalari.
2. Etika va deontologiya
3. Samarali muloqot ko'nikmalari.
4. Hozirgi zamon tibbiyotida yatrogeniya muammolari va ularning yechimi

Tibbiyot tizimida o'rta tibbiyot xodimlari — hamshiralalar, feldsherlar, akusherlar va laborantlar — sog'liqni saqlash jarayonining eng muhim bo'g'ini hisoblanadi. Ular bemor bilan eng ko'p va bevosita muloqot qiladigan mutaxassislar bo'lib, davolash jarayonining samaradorligi ko'p jihatdan ularning shaxslararo muloqot ko'nikmalariga bog'liq. Shaxslararo muloqot bu ikki yoki undan ortiq shaxs o'rtasida axborot, hissiyot, fikr va tajriba almashinuvi jarayoni bo'lib, tibbiyot amaliyotida u bemorning ishonchini shakllantirish, tashxis qo'yishda to'g'ri ma'lumot olish va davolash rejimiga rioya qilishni ta'minlashda muhim ahamiyat kasb etadi.

Muloqot og'zaki va og'zaki bo'lmagan shakllarda namoyon bo'ladi. Og'zaki muloqotda nutqning ravonligi, aniqligi va tushunarligi muhim bo'lsa, og'zaki bo'lmagan muloqotda mimika, imo-ishora, tana harakati va ko'z bilan aloqa katta rol o'ynaydi. Ovoz tembri, ohang va nutq tezligi ham bemorga psixologik ta'sir ko'rsatadi. Tibbiyot xodimi bemor bilan suhbat davomida xotirjam, hurmatli va sabrli bo'lishi zarur. Ayniqsa, og'ir tashxis yoki noxush xabarni yetkazishda ehtiyotkorlik talab etiladi, chunki noto'g'ri tanlangan so'z yoki qo'pol ohang bemorda ruhiy tushkunlik yoki qo'rquv paydo qilishi mumkin.

Tibbiy etika va deontologiya tibbiyot xodimining kasbiy faoliyatida axloqiy me'yorlarni belgilab beradi. Tibbiy etika insonparvarlik, halollik, mas'uliyat, bemor manfaatini ustun qo'yish va maxfiylik tamoyillariga asoslanadi. Deontologiya esa tibbiyot xodimining kasbiy burch va majburiyatlarini o'rganadi. Bemor sirini saqlash, uning sha'ni va qadr-qimmatini hurmat qilish, kasbiy vakolat doirasida ish yuritish tibbiyot xodimining asosiy majburiyatlaridandir. Tibbiyot xodimi tashqi ko'rinishi saranjom, nutqi ravon va madaniyatli bo'lishi, bemor bilan muomala jarayonida insoniylik va mehr-shafqatni namoyon etishi zarur.

Samarali muloqot tibbiyot amaliyotining ajralmas qismidir. Samarali muloqot deganda axborotni to'liq, aniq va bemor uchun tushunarli tarzda yetkazish hamda bemorning javobini diqqat bilan tinglash tushuniladi. Faol tinglash, ya'ni bemorning so'zini bo'lmasdan eshitish, aniqlashtiruvchi savollar berish va qayta aloqa o'rnatish samarali muloqotning asosiy unsurlaridir. Tibbiy terminlarni oddiy va tushunarli tilda izohlash bemorning davolanish jarayonini to'g'ri anglashiga yordam beradi. Konfliktli vaziyatlarda esa xotirjamlikni saqlash, hissiyotlarga berilmaslik va professional masofani ushlab muhimdir. Bemor bilan iliq va hurmatli munosabat sog'ayish jarayonini tezlashtirishi ilmiy jihatdan isbotlangan.

Hozirgi zamon tibbiyotida dolzarb muammolardan biri yatrogeniya hisoblanadi. Yatrogeniya bu tibbiyot xodimining harakati, muomalasi yoki noto'g'ri so'zi natijasida bemorda yuzaga keladigan salbiy psixologik yoki jismoniy holatdir. Yatrogeniya turli shakllarda namoyon bo'lishi mumkin: psixogen yatrogeniya noto'g'ri tushuntirish yoki qo'rqitish natijasida ruhiy buzilishlarga olib keladi; farmakologik yatrogeniya dori vositalarining noto'g'ri qo'llanishi bilan bog'liq; diagnostik yoki jarrohlik yatrogeniya esa tibbiy xatolar oqibatida yuzaga keladi. Yatrogeniyaning oldini olish uchun tibbiyot xodimlari kasbiy etikaga qat'iy rioya qilishi, doimiy ravishda malaka oshirib borishi va bemor bilan muloqotda ehtiyotkor bo'lishi lozim.

Tibbiyot xodimining ruhiy barqarorligi ham muhim omildir. Stress, ortiqcha ish yuklamasi yoki kasbiy charchoq muloqot sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shu sababli zamonaviy sog'liqni saqlash tizimida kommunikativ kompetensiyani oshirish, psixologik treninglar o'tkazish va jamoada sog'lom muhit yaratish muhim ahamiyat kasb etadi. Tibbiyot xodimi bemorga nafaqat davo, balki ma'naviy ko'mak ham ko'rsatadi. Mehribonlik, samimiyat va kasbiy bilim uyg'unligi yuqori sifatli tibbiy xizmatning asosini tashkil etadi.

O'rta tibbiyot xodimlarini shaxslararo muloqot ko'nikmalari

Shaxslararo muloqot tushunchasi

Shaxslararo muloqot — bu ikki yoki undan ortiq shaxs o'rtasida axborot, hissiyot, fikr va tajriba almashinuvi jarayonidir. Tibbiyotda bu jarayon ayniqsa muhim bo'lib, bemor va tibbiyot xodimi o'rtasidagi ishonchli aloqani ta'minlaydi.

O'rta tibbiyot xodimlari (hamshiralar, feldsherlar, laborantlar) bemor bilan eng ko'p muloqot qiluvchi mutaxassislardir. Shu sababli ularning muloqot madaniyati davolash samaradorligiga bevosita ta'sir ko'rsatadi.

Muloqotning asosiy komponentlari

- **Verbal muloqot** – og‘zaki nutq orqali axborot yetkazish
- **Neverbal muloqot** – mimika, imo-ishora, tana harakati
- **Paraverbal muloqot** – ovoz tembri, ohang, tezlik

Tibbiy amaliyotda muloqotning ahamiyati

- Bemor ishonchini qozonish
- To‘g‘ri anamnez yig‘ish
- Psixologik qo‘llab-quvvatlash
- Konfliktlarning oldini olish

O‘rta tibbiyot xodimiga qo‘yiladigan talablar

- Xushmuomalalik
- Empatiya (hamdardlik)
- Sabrlilik
- Maxfiylikni saqlash
- Stressga chidamlilik

Etika va deontologiya

Tibbiy etika tushunchasi

Tibbiy etika – bu tibbiyot xodimlarining kasbiy faoliyatida axloqiy me‘yor va qoidalarni o‘rganadigan fan.

Deontologiya

Tibbiy deontologiya – bu tibbiyot xodimining bemor, uning qarindoshlari va hamkasblari bilan munosabatidagi kasbiy burch va majburiyatlar tizimidir.

Tibbiy etikaning asosiy tamoyillari

- Insonparvarlik
- Bemor manfaatini ustun qo‘yish
- Maxfiylik
- Halollik
- Kasbiy kompetentlik

Tibbiyot xodimining axloqiy qiyofasi

- Tashqi ko‘rinish saranjomligi
- Nutq madaniyati
- Xushmuomalalik
- Mas‘uliyatlilik

Samarali muloqot ko‘nikmalari

Samarali muloqot tushunchasi

Samarali muloqot — bu axborotni to‘liq, aniq va tushunarli yetkazish hamda bemor tomonidan to‘g‘ri qabul qilinishini ta’minlash jarayonidir.

Samarali muloqot usullari

- Faol tinglash
- Ochiq savollar berish
- Qisqa va tushunarli gapirish
- Tibbiy terminlarni oddiy tilda izohlash
- Qayta aloqa (feedback)

Konflikt vaziyatlarda muloqot

- Vaziyatni tinch baholash
- Bemorni bo‘lmaslik
- Ovozni ko‘tarmaslik
- Professional masofani saqlash

Hozirgi zamon tibbiyotida yatrogeniya muammolari va ularning yechim

Yatrogeniya tushunchasi

Yatrogeniya – bu tibbiyot xodimi harakati yoki so‘zi natijasida bemorda yuzaga keladigan salbiy psixologik yoki jismoniy holat.

Yatrogeniyaning turlari

- Psixogen yatrogeniya
- Farmakologik yatrogeniya
- Diagnostik yatrogeniya
- Jarrohlik yatrogeniyasi

Yatrogeniyaning sabablari

- Noto‘g‘ri muloqot
- Qo‘pol muomala
- Tibbiy xatolar
- Bemorni ortiqcha qo‘rqitish

Yechimlar

- Tibbiy etika qoidalariga rioya qilish
- Doimiy malaka oshirish
- Samarali muloqot treninglari
- Psixologik tayyorgarlik

TEST SAVOLLARI

1. Shaxslararo muloqotning asosiy turi qaysi?
2. Empatiya nimani anglatadi?
3. Tibbiy deontologiya nimani o‘rganadi?
4. Maxfiylik qaysi tamoyilga kiradi?
5. Faol tinglash nima?
6. Yatrogeniya nima?
7. Psixogen yatrogeniya sababi nima?
8. Konflikt vaziyatda qanday munosabat kerak?
9. Bemor ishonchini oshiruvchi omil?
10. Tibbiyot xodimi axloqiy qiyofasiga nima kiradi?

NAZORAT SAVOLLARI

1. O‘rta tibbiyot xodimining muloqot madaniyati nimaga ta’sir qiladi?
2. Tibbiy etika va deontologiya farqi nimada?
3. Samarali muloqot bosqichlarini tushuntiring.
4. Yatrogeniya qanday holatlarda yuz beradi?
5. Psixologik yatrogeniyaning oldini olish yo‘llari?
6. Konfliktni boshqarish usullari?
7. Bemor bilan suhbat olib borish qoidalari?
8. Tibbiy maxfiylik mohiyati?
9. O‘rta tibbiyot xodimining kasbiy burchi?
10. Zamonaviy tibbiyotda kommunikatsiya ahamiyati?

TIBBIY ATAMALAR

1. Empatiya
2. Deontologiya
3. Yatrogeniya
4. Verbal kommunikatsiya
5. Neverbal kommunikatsiya
6. Konflikt
7. Psixogen
8. Farmakologik ta’sir
9. Professional etika
10. Maxfiylik prinsipi

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR (faqat O‘zbekiston manbalari)

1. **Salomatlik -3 loyixasi** “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y
2. V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019
3. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. *Tibbiyot xodimlarining kasbiy etikasi kodeksi*, Toshkent, 2020.
4. T.X. Xudoyberdiyev. *Tibbiy etika va deontologiya*, Toshkent, 2019.
5. S.S. Karimov. *Hamshiralik ishi asoslari*, Toshkent, 2018.

6. O‘zbekiston Respublikasi SSV. *O‘rta tibbiyot xodimlari uchun qo‘llanma*, Toshkent, 2021.
7. A.A. Abduqodirov. *Tibbiyot psixologiyasi*, Toshkent, 2017.

“Baliq skeleti” (Fishbone) interfaol o‘yini qo‘llanish texnikasi

“Baliq skeleti” — muammo sabablarini aniqlash va tahlil qilishga qaratilgan grafik-organayzer usuli. U ayniqsa tibbiyotda kasallik etiologiyasi va patogenezini o‘rganishda samarali.

Maqsadni aniqlash

- Kasallik yoki klinik muammoning sabablarini aniqlash
- Tizimli va mantiqiy fikrlashni rivojlantirish
- Diagnostik tahlil ko‘nikmasini shakllantirish

Tayyorlov bosqichi

- Doskaga yoki slaydda baliq skeleti shakli chiziladi.
- **Bosh qismiga** – asosiy muammo (masalan, “Anemiya”).
- **Suyaklarga** – sabablar yoki omillar yoziladi.
- Har bir katta suyakdan kichik suyaklar chiqib, aniq omillar ko‘rsatiladi.

Guruhlarga bo‘lish

- Talabalar kichik guruhlariga ajratiladi (3–5 kishi).
- Har bir guruh sabablarning ma’lum bir yo‘nalishini tahlil qiladi (masalan: infeksiyon, irsiy, ovqatlanish bilan bog‘liq).

Tahlil jarayoni

- Guruhlar muammo sabablarini yozadi.
- Har bir sabab dalil yoki misol bilan asoslanadi.
- Skelet to‘ldirib boriladi.



Masalan (tibbiyotda):

Muammo: “Arterial gipertenziya”

Sabablar:

- Irsiy omillar
- Stress
- Noto‘g‘ri ovqatlanish
- Kam harakatlilik
- Endokrin kasalliklar

Taqdimot bosqichi

- Har bir guruh o‘z tahlilini himoya qiladi.
- Boshqa guruhlar savol beradi yoki qo‘shimcha kiritadi.

Xulosa va refleksiya

- Eng asosiy sabablar aniqlanadi.
- Qaysi omillar ustuvorligi muhokama qilinadi.
- O‘qituvchi yakuniy xulosa beradi.

Afzalliklari

- Tizimli va vizual tahlil imkonini beradi
- Diagnostik fikrlashni rivojlantiradi
- Jamoaviy ishlash ko‘nikmasini oshiradi
- Sabab-oqibat bog‘liqligini tushunishga yordam beradi

4-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	5 yoshgacha bo‘lgan bolalarning ruhiy, ijtimoiy rivojlanish monitoringi
--	--

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashg‘ulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	5 yoshgacha bo‘lgan bolalarda mayda motorika rivojlanishining muammolari

5 yoshgacha bolalarda mayda motorika rivojlanishining muammolari

Kirish qismi (5–10 daqiqa)

Maqsad: Bolalarning diqqatini jamlash, mashg‘ulotga tayyorlash.

Vazifa: Bolalarni salomlash, qisqa o‘yinlar bilan rag‘batlantirish.

Mashq:

- “Qo‘l-ko‘z bilan salomlash” o‘yini: bolalar qo‘lini ko‘taradi va rangli ob‘ektlarni kuzatadi.

Tibbiy atama: Fine motor skills (mayda motorika), Visual tracking (ko‘z bilan kuzatish)

Qo‘l va barmoqlarni rivojlantirish (15–20 daqiqa)

Maqsad: Barmoqlar kuchini, moslashuvchanligini va koordinatsiyasini oshirish.

Vazifa: Mayda motorika qobiliyatini mustahkamlash, yozishga tayyorlash.

Mashqlar:

- Plastikina yoki loy bilan shakllar yasash.
- Rangli tugmachalarni yoki donga shishlarni tartiblash.
- Qo‘l bilan suv yoki qum bilan o‘ynash (sensor stimulyatsiya).

Tibbiy atama: Dexterity (barmoq chaqishi), Pincer grasp (barmoq va bosh barmoq bilan ushlab)

Qo‘l-ko‘z koordinatsiyasini rivojlantirish (10–15 daqiqa)

Maqsad: Ko‘z va qo‘l harakatlarini muvofiqlashtirish.

Vazifa: Ob‘ektni qo‘l bilan aniqlash va manipulyatsiya qilish qobiliyatini oshirish.

Mashqlar:

- Rangli kublarni mos rangli qutilarga joylashtirish.
- Sharf yoki kichik to‘plarni maqsadga qarab tashlash.
- Oddiy tangram yoki shakl moslash o‘yinlari.

Tibbiy atama: Hand-eye coordination (qo‘l-ko‘z koordinatsiyasi)

Qalam va yozuv harakatlarini rivojlantirish (10 daqiqa)

Maqsad: Bolalarni yozishga va rasm chizishga tayyorlash.

Vazifa: Barmoq mushaklarini kuchaytirish, nazoratli harakatlarni o‘rgatish.

Mashqlar:

- Rasm chizish: chiziqlar, doiralar, oddiy shakllar.
- Chizma orqali yo‘llarni kuzatish (tracing).
- Maxsus bolalar qalamlarini ushlab, chizma chizish.

Tibbiy atama: Prewriting skills (yozishga tayyorgarlik), Grip strength (qo‘l mushak kuchi)

Muammolarni aniqlash va individual mashg‘ulot (15 daqiqa)

Maqsad: Bolaning motorika muammolarini aniqlash va individual mashqlar berish.

Vazifa: Mayda motorika bilan bog‘liq kechikish yoki muammolarni aniqlash.

Mashqlar:

- Barmoqlar bilan kichik ob‘ektlarni ushlab va ko‘tarish.
- Qo‘l bilan kichik narsalarni birlashtirish (puzzle, konstruktlar).

- Bola ko‘rsatmalarga asosan rangli shakllarni moslashtiradi.
Tibbiy atama: Developmental delay (rivojlanish kechikishi), Fine motor dysfunction (mayda motorika buzilishi)

Yakuniy qism va dam olish (5–10 daqiqa)

Maqsad: Mashg‘ulotni ijobiy yakunlash, motivatsiyani oshirish.

Vazifa: Bolalarni rag‘batlantirish, musobaqa orqali mashqlarni mustahkamlash.

Mashqlar:

- “Kim tezroq?” o‘yini: kichik ob‘ektlarni joylashtirish bo‘yicha musobaqa.
- Bolalarni rag‘batlantirish: stikerlar, maqtov so‘zlari.
Tibbiy atama: Reward-based learning (rag‘batlantirilgan o‘rganish), Motivation (motivation)

Qo‘shimcha tavsiyalar

1. Mashg‘ulotlar haftasiga 3–4 marta, har biri 45–60 daqiqa davomida.
2. Bolaga mos rangli, yumshoq va xavfsiz materiallardan foydalanish.
3. Har bir mashq davomida **qisqa tanaffuslar** berish.
4. Agar bola motorika muammolari sezilarli bo‘lsa, **logoped yoki fizioterapevt bilan maslahatlashish.**
5. Har bir mashq tugagach, bolaning qobiliyatini kuzatib, keyingi mashg‘ulotga moslashtirish.

5- mavzu:	
O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi..

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma’ruza mashg‘uloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chaqaloqlik davri kasalliklari tug‘ruq jarohatlari, chaqloqlarning gemolitik kasalligida hamshiralik parvarishi 2. Bolalarda raxit kasalligining kechish xususiyatlari.

	3. Bolalarda spazmofiliya kasalligining kechish xususiyatlari.
<p>O‘quv mashg‘uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta‘limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko‘nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e‘tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta‘lim beruvchi	Ta‘lim oluvchi
<p>1 boskich O‘quv mashg‘ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O‘qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o‘quv bo‘limi tomonidan berilgan ro‘yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O‘quv mashg‘ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo‘llaniladigan usullarni aytib o‘yin qoidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.</p>
<p>2-boskich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O‘tgan mavzu bo‘yicha</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o‘tilgan mavzular bo‘yicha</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o‘qituvchi bergan savollarigi</p>

<p>tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to‘lik bayon etish 30-40.</p> <p>3.O‘qitishning noannaviy usullarini qo‘llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>bilimini baxolash.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan “Ma’ruza o‘qish” usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy kunikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to‘gri va samarali olib borish haqida ma’lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “Sinkveyn” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo‘llab javob oladilar.”</p> <p>“Sinkveyn” sxemasi tinglovchilar tomonidan to‘ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar ragbatlantirilib, baxolar e’lon qilinadi. Uyga vazifa:Nafas olish a’zolari tizimi kasalliklari.</p> <p>Foydalanilgan adbiyotlar:</p> <p>1. Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y</p> <p>2.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019</p> <p>3.Гусев В.С. Педиатрия, Москва: 2020</p> <p>4.Буторина Л.И. Рахит у детей: диагностика и лечение, Санкт-Петербург, 2019</p> <p>5.Мазуркевич И.П. Спазмофилия и судорожные состояния у детей, Москва, 2018</p> <p>6.Бахтиярова М.С. Педиатрическая нутрициология, Ташкент, 2019</p>	<p>Tinglaydilir,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Raxit: ta’rifi, etiologiyasi, belgilari, diagnostikasi, davosi xamshiralik parvarishi. Spazmofiliya sindromi: ta’rifi, etiologiyasi, belgilari, diagnostikasi, davosi xamshiralik parvarishi. Eksudativ kataral diatez kassalligi kelib chiqishi rivojlanishi va sabablari. Bemor bolalar parvarishi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Raxit, spazmofiliyada, konstitutsiya anomaliyalarida bolalarga xamshiralik parvarishini. ➤ Asfiksiya xolatining kelib chiqishi va turlari ➤ Asfiksiyada chaqaloqlar xolatini baxolashni.
O’qitish metodlari	“Sinkveyn”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o’quv xona.
Qayta a’loqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov: tezkor surov, yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

Reja:

1. Chaqaloqlik davri kasalliklari tug’ruq jarohatlari, chaqloqlarning gemolitik kasalligida hamshiralik parvarishi
2. Bolalarda raxit kasalligining kechish xususiyatlari.
3. Bolalarda spazmofiliya kasalligining kechish xususiyatlari.

Bolalarda raxit — bu vitamin D yetishmovchiligi natijasida suyaklarni mineralizatsiyasi va suyak hosil bo‘lishi jarayoni 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, homilador-likni aso ratli kechuvi, chala tug'ilganlik, ko'p homilalik, sun'iy ovqatlantirish, bola kasalliklari, gigienik tartibga rioya qilmaslik, qoniqarsiz uy sharoiti, noxush ob-havo omillari, chiqindilar bilan havoning ifloslanishi, radionuklidlar bilan iflo slangan hududda yashash.

Patogenez:

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

Vitamin D yetishmovchiligida kalsiyni ichak devoridan o'tishi- ni 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'chivyveradigan, sababsiz injiqlik qiladigan bo'lib qoladi.

3) Uyquusi behalovat, notinch bo'ladi.

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'zolarida o'zgarishlar paydo bo'ladi, lekin suyaklarda belgilar yaqqolroq namoyon bo'ladi.

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, oʻrtacha ogʻir yoki ogʻir (II va III darajali) raxitni boshidan kechirgan 2-3 yoshli bolalarda kuzatilib, tishlar va suyaklar shakllarining oʻzgarib qolishi, baʼzan jigar bilan taloqning kattalashib qolgani, u yoki bu dara- jadagi anemiya bilan ifodalanadi.

Klinik koʻrinishlarining ogʻir-engilligiga qarab raxitning uch darajasi - I darajali (engil), II darajali (oʻrtacha ogʻir) va III darajali (ogʻir) farqlanadi.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanmasa va tegishli spetsifik va nospetsifik davochalari koʻrilmasa, bolaning qaddi- qomatida, suyak tizimida juda ham ogʻir va qaytarilmas qoldiq belgilar (asoratlar) qoldirishi mumkin. Bosh miyaning normal joylashuvining buzilishidan kelib chiqadigan patologik holatlar, koʻkrak qafasi shaklining buzilishidan kelib chiqadigan nafas olishga toʻsqinliklar, ayniqsa, boʻlgʻusi onalar qizlarda chanoq suyaklarining deformatsiyalari, oyoqlarning haddan tashqari qiyshayib ketish hollari shular jumlasidandir. Yumshab qolishi, uyquning notinchligi, suyaklardagi oʻzgarishlar, tishlar chi- qishining kechikishi, harakat faolligining kechikishi va boshqalar.

Qoʻshimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik va axlat tah- lillari, qondagi kalsiy va fosfor miqdorini aniqlash, rentge- nologik tekshiruvlar va boshqalar.

Laborator tahlil: Qoʻn zardobida (normada 2,37-2,62 mmol/l) kalsiy va (normada 1,45-1,77 mmo l/l) fosfor miqdori kamayadi. Kalsiy va fosfor nisbati buziladi (normada 2:1) ishqoriy fosfataza aktivligi oʻshadi, asidoz aniqlanadi.

Davolash: Kasallikni davolash kompleks, bola organizmda almashinuv jarayonlarini meʼyorlashga va uni rezistenligini oshishiga qaratilgan no spetsifik chora-tadbirlar asosida oʻtkaziladi.

Raxitni spetsifik davolashda vitamin D qoʻllaniladi. Vitamin D sutkasiga 2000-5000 TB dan 30-45 kun mobaynida ichish tayinlanadi. Terapevtik taʼsirga erishilgandan keyin vitamin D ning davolovchi dozasini profilaktik dozaga almashtiriladi (400500 TB) va bu dozani bola hayotining dastlabki 2-yili mobaynida har kuni va 3 yili qishki davrda qabul qiladi. Raxitni davolashda vitamin D3 ning aktiv metabolitlari kalsiferol yoki kalsitrol bilan 3-4 hafta mobaynida kuniga 10 mkg va 1 mkg dozasi bilan oʻtkazish mumkin, soʻngra vitamin D ning profilaktik dozasi oʻtkaziladi.

Vitamin D preparatlari bilan davolashni Sulkovich sinamasi nazoratida oʻtkazish lozim (siydikni kalsiuriviyaga tekshirish).

Hamshiralik parvarishi: 1) homiladorlar parvarishi: spetsifik va nospetsifik chora-tadbirlaridan tashkil topgan antinatal va postnatalga boʻlinadi.

Antinatal no spetsifik profilaktikaga kiradi:

— homilador ayol kuniga kamida 2-4 soat mobaynida toza havoda boʻlishi bilan kun tartibiga rioya qilish.

— toʻla qiymatli oqsillar, mikro va makroelementlar, yetarli miqdordagi vitaminlar bilan ratsional ovqatlanish (1 kunlik ovqat ratsioni quyidagilarni oʻz ichiga olishi kerak: goʻsht 180-200 g, baliq 100 g, tvoro g 150g, sir 30 g, sut 0,5 l).

— Gestozlar va homiladorlikni ko‘tara olmaslikni oldini olish.

Davolash: Vitamin D yubo rishni zudlik bilan to‘xtatish va bemorni gospitalizatsiya qilish. Zaharlanish belgilarini yo‘qotish, a‘zolari 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

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 laringospazm, 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 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.

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 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 bo'ldirini 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 ehtiyoj- ning 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.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik va axlat tahlillari, qondagi kalsiy miqdorini aniqlash, rentgenologik tekshiruvlar o'tkazish. Qonni bioximik tekshiruvda gipokal- siemiya, 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 sharoitda 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.

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.

Yekssudativ-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.

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 quloqlarning orqasi, bo'yinda, bo'gim sohalari va tizza bukimlarida bo'ladi.

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'ril- ganda (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 o qsilli tarkibi buziladi (gipo va disproteinemiya, albuminlar va gamma-globullinlar miqdo rining kamayishi).

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'ril- ganda (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 o qsilli tarkibi buziladi (gipo va disproteinemiya, albuminlar va gamma-globullinlar miqdo rining kamayishi).

Мавзу:Рахит, Экссудатив – катарал диатез,Спазмофилия

Рахит

- **Рахит** – организмда витамин Д етишмаслиги моддалар алмашинувининг полиэтиологик касаллиги бўлиб, ўсувчи организмнинг фосфор ва кальцийга бўлган талабининг юқорилиги, уларнинг транспорти ва метаболизмга қўшилишини таъминловчи тизимнинг мос келмаслиги билан характерланади. Рахит остеоидларни етарли даражада минерализация бўлмаслиги билан юзага келадиган суяклардаги бузилишлар билан характерланади.

Эрта ёшдаги болаларда фосфат ва кальций тузларининг танқислиги сабаблари куйидагилар:

- Чала туғилиш (ҳомилага кальций ва фосфор тушиши ҳомиладорликнинг охирига ойларида кўпаяди)
- Нотўғри овқатлантириш натижасида кальций ва фосфорни етарли даражада организмга тушмаслиги
- Интенсив ўсиш даврида минералларга бўлган талабнинг юқорилиги (рахит - ўсаётган организм касаллиги)
- Ошқозон - ичак тракти, буйрак, суяклар орқали фосфор ва кальций транспортининг бузилиши, бунинг сабаби органлар патологияси ёки фермент системасининг яхши ривожланмаганлигидир.
- Номувофиқ экологик шароит (организмда хром, стронций тўпланиши, темир, магний танқислиги)

- Ирсий мойиллик (мисол учун, ўғил болалар қиз болаларга қараганда, рахитни оғир ўтказди, О (I) гуруҳдаги болалар рахит билан кам касалланади, А (II) гуруҳдагилар кўпроқ касалланади)
- Эндокрин бузилишлар (қалқонсимон без ва қалқонсимон без олди беши функциясининг бузилиши)
- Экзо- ва эндоген витамин D танқисликлиги

Рахит белгиси:

- Бошнинг квадратсимон булиши, куп терлаш, олимпик пешана, эгарсимон бурун, тишнинг нотугри ва чиқиши, товук кукраги, сочларнинг тукилиши, эмоционал лабиллик, курбака корни, умумий камкувватлик ва бошқалар.

Рахитнинг таснифи

- Рахитнинг ишчи таснифи 1988 йилда Е.М.Лукьянова ва хаммуаллифлар томонидан таклиф қилинган.

Касаллик даври	Оғирлик даражаси	Кечиши
Бошланғич	I даража – енгил	Ўткир Рахитнинг клиникаси
Авж олиш	II даража – ўрта	
Реконвалесценция	III даража - оғир	Ўткир ости
Қолдиқ белгилар		

Рахитнинг клиникаси

- **Бошланиш даври.** Касалликнинг биринчи белгилари бола ҳаётининг 2-3 ойларида пайдо бўлади. Боланинг хатти-ҳаракатлари ўзгаради: безовталиқ, чўчиш, юқори қўзғалувчанлик, ташқи қўзғалишларга қалтираш (қаттиқ шовқин, тўсатдан ёруғлик тушиши). Боланинг уйқуси юзаки ва қўрқувли бўлиб қолади. Тер ажралиши кучаяди, асосан бошнинг соч қисмида ва юзда, турғун қизил дермографизм аниқланади. Тер нордон ҳидли бўлади ва терини қичиштиради. Бола бошини ёстиққа ишқалайди, энса соҳасида соч тўкилиши пайдо бўлади. Бу ёш учун хос бўлган мушаклар физиологик гипертонуси, мушак гипотонияси билан алмашинади. Катта лиқилдоқ чегаралари ва калла чоклари мўртлашади, суяк-тоғай бириккан жойда қовурғалар йўғонлашади (“рахит тасмалари”).



Касалликнинг авж олган даври

- Касалликни авж олган даври бола ҳаётининг биринчи ярим йиллиги охирига тўғри келади ва асаб тизими, таянч-ҳаракат аппаратининг янада кучлироқ ўзгаришлари билан характерланади. Рахитнинг ўткир кечишида яққол намоён бўлувчи остеомаляция жараёни калла ясси суяқларининг юмшоқланишига олиб келади (краниотабес), кейинчалик, кўп ҳолларда энсанинг яссиланиши кузатилади. Кўкрак қафасининг юмшаши ва деформацияланиши кўринади: тўшнинг пастки қисми сиқилади (“этиқдўз кўкраги”) ёки бўртиб чиқади (“товуқ кўкраги”). Узун найсимон суяқларнинг О-симон (кам ҳолларда Х-симон) қийшиқлиги кузатилади.

- Торайган яссирахитик тос шаклланади. Қовурғаларнинг юмшоқлиги натижасида диафрагманинг бириккан чизиғида чуқурча ҳосил бўлади (харрисон эгатчаси). Рахитнинг ўткир ости кечишида устунлик қилувчи остеоид тўқималар гиперплазияси, энса ва пешона дўмбоқлари, кафт соҳасида йўғонлашиш, қовурға-тоғай бириккан жойида ва қўл бармоқлари фалангалараро бўғимларида “билакузуклар”, “рахит тасмалари”, “мунчоқ иплари” билан намоён бўлади.



Реконвалесценция даври

- Бу давр учун бола ўзини яхши ҳис қилиши ва ҳолатининг яхшиланиши хос. Статистик функциялари нормаллашади ёки яхшиланади. Рентгенограммада ўсиш зонасининг бир текис бўлмаган қаттиқлашуви кузатилади. Қонда фосфор миқдори нормаллашади ёки нормадан бирмунча ортади. Унчалик юқори бўлмаган гипокальциемия сақланади, баъзида кўтарилади.

Қолдиқ белгилар даври

- Биохимик кўрсаткичлар нормаллашуви ва рахит фаоллиги йўқолиши касалликнинг фаол даврдан нофаол даврига – қолдиқ белгилар даврига ўтганлигини билдиради. Ўтказилган рахит белгилари (скелет деформацияси ва мушак гипотонияси) узоқ вақт сақланади.

Рахитнинг кечиши ва оғирлик даражаси

- *Рахитнинг ўткир кечиши* учун барча симптомларнинг тез ривожланиши характерли, неврологик бузилишлар яққол ривожланган, аниқ гипофосфатемия, остеомаляция жараёни устунлик қилади.
- *Рахитнинг ўткир ости кечишида* неврологик бузилишлар қисман ривожланган ёки унчалик ривожланмаган, қоннинг биохимик таркиби кам ўзгарган, остеоид гиперплазия жараёни устунлик қилади.
- *Қайталанувчи (тўлқинсимон) кечишида* болада фаол рахитнинг клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилари аниқланади. Ҳозирги вақтда рахитнинг қайталанувчи кечишининг бўлиши гумон бўлиб ҳисобланмоқда.



Рахитнинг давоси

- Рахит давоси комплексли, узоқ муддатли ва рахитни чақирувчи сабабини бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Носпецифик даво катта аҳамиятга эга, болани ёшига мос ҳолда, рационал овқатлантириш, кун тартибига риоя қилиш, тоза ҳавода узоқ сайр қилиш, етарли инсоляция, даво гимнастикаси ва массаж, чиниқтириш, йўлдош касалликларни даволаш.

Специфик давоси кальций, фосфор дорилари, витамин D тавсия қилишдан иборат.

Витамин D нинг даволовчи дозаси

Рахит оғирлик даражаси	Витамин D суткалик дозаси, МЕ	Курс давомийлиги, суткада
I	1000-1500	30
II	2000-2500	30
III	3000-4000	45

Ҳамширалик парвариши режаси

- 1. Бемор болани витаминлар, айниқса витамин D ва кальций билан бой маҳсулотлар билан рационал овқатлантиришни ташкил этиш
- 2. Бемор болани узоқ вақт давомида тоза ҳавода дарахтланинг “олачалпоқ” соясида бўлишини таъминлаш.
- 3. Болага ҳар куни уқалаш ва гимнастик машғулотлар ўтказишни ташкил қилиш
- 4. Ёндош касалликлар қўшилишини олдини олишга қаратилган тадбирларни ишлаб чиқиш.

Ҳамширалик парвариши режаси

- 1. Бемор болани витаминлар, айниқса витамин Д ва кальций билан бой маҳсулотлар билан рационал овқатлантиришни ташкил этиш
- 2. Бемор болани узоқ вақт давомида тоза ҳавода дарахтланинг “олачалпоқ” соясида бўлишини таъминлаш.
- 3. Болага ҳар куни уқалаш ва гимнастик машғулотлар ўтказишни ташкил қилиш
- 4. Ёндош касалликлар қўшилишини олдини олишга қаратилган тадбирларни ишлаб чиқиш.

Рахит профилактикаси

- Ҳозирги вақтда асосий эътибор рахитнинг *носпецифик профилактикаси*га қаратилган бўлиб, у бола туғилганигача ва туғилгандан сўнг олиб борилади.
- Рахитнинг антенатал профилактикаси ҳомиладорларни тўғри овқатлантириш, тоза ҳавода сайр қилиш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш, ҳомиладорлар учун доимий равишда витамин комплексларини микроэлементлар билан бирга қўллаш (прегnavит). Ҳомиладорлик даврида УБН қабул қилган аёлларнинг боласида МНСнинг перинатал зарарланиши кўп учрайди ва оғир кечади. Витамин D катта дозада йўлдош тўсиғини зарарлайди ва ҳомиланинг ҳомила ичи ривожланишини орқада қолишига сабаб бўлади.

Рахит профилактикаси

- Рахитнинг постнатал профилактикаси табиий овқатлантириш, кун тартибига риоя қилиш, болани чиниқтириш, массаж, гимнастика, эмизикли оналарга доимий равишда витамин комплексларини қабул қилиш, очиқ ҳавода сайр қилиш буюрилади. Сайр вақтида боланинг юзини юпқа тўқима билан ёпиш тавсия этилмайди, чунки бу терига қуёш нурлари тушишига тўсқинлик қилади. Шунингдек, болани қуёш тик тушишидан асраш зарур. Ёзда боланинг витамин Dга бўлган ҳафталик эҳтиёжини қондириш учун дарахтлар соясида 10-30 минутли ҳаво ваннаси етарли ҳисобланади.

Tibbiy atamalar

Raxit

1. Hipokalsemiya – qon tarkibida kalsiy yetishmasligi
2. Hipofosfatemia – qon tarkibida fosfor yetishmasligi
3. Kraniotabes – ensa sohasidagi yumshoq suyak chetlari
4. Spazmofiliya – kalsiy yetishmovchiligi bilan bog‘liq mushak spazmlari
5. Osteomalatsiya – suyaklarning yumshashishi
6. Alkaloz – qonning ishqoriylashishi
7. Sulkovich sinami – vitamin D dozalarini nazorat qilish testi
8. Kalsiferol – vitamin D3 preparati
9. Tetaniya – mushaklarning keskin tortilishi
10. Talvasa – kloniko-tonik spazmlar

Spazmofiliya

1. Laringospazm – ovoz tirqishining torayishi bilan nafas qiyinlashishi
2. Karpopedal spazm – qo‘l va oyoqlarda tortishish
3. Xvostek simptomi – yuz mushaklarining qisqarishi
4. Lustning peroneal simptomi – perineal nervni tekshirish simptomi
5. Trusso simptomi – qo‘lning “akusher qo‘li” holatiga kirishi
6. Kloniko-tonik talvasalar – mushaklarning navbatma-navbat tortilishi
7. Hipokalsemiya – qon kalsiyining pasayishi
8. Fenobarbital – spazmofiliya xurujlarini to‘xtatuvchi dorilar
9. Magnezium sulfat – nerv-mushak excitabilitetini pasaytiruvchi dorilar
10. Laringeal asfiksiya – nafas olishning to‘silishi

Ekssudativ diatez

1. Diatez – organizmning konstitutsional patologiyasi

2. Ekssudativ-kataral diatez – teri va shilliq qavatlar bilan ifodalanadigan diatez
3. Seboreya – yog‘li teri qobiqchalari
4. Eozinofiliya – qonda eozinofillar miqdori oshishi
5. Albumin – qon oqsillaridan biri
6. Disproteinemiya – qon oqsillarining buzilishi
7. Gipoproteinemiya – qon oqsillari yetishmasligi
8. Piodermiya – teri infeksiyasi
9. Allergik sinamalar – immunologik tekshiruvlar
10. Ovqat kundaligi – allergenlarni aniqlash uchun bolaning ovqatini qayd qilish

Raxit

1. Raxitning asosiy etiologik omili nima?
 - A) Vitamin A yetishmovchiligi
 - B) Vitamin D yetishmovchiligi
 - C) Protein yetishmovchiligi
 - D) Kaliy yetishmovchiligi
2. Boshlang‘ich davrda bolaning eng tez-tez kuzatiladigan simptomlari:
 - A) To‘liq uyqu, faoliyat pasayishi
 - B) Haddan tashqari terlash va uyqusizlik
 - C) Ko‘krak qafasining deformatsiyasi
 - D) Oyoqlarning qiyshayishi
3. Kraniotabes qaysi suyakda kuzatiladi?
 - A) Qo‘l suyaklarida
 - B) Oyoq suyaklarida
 - C) Ensa suyaklarida
 - D) Ko‘krak qafasida
4. Raxit davolashda qaysi preparat asosiy hisoblanadi?
 - A) Kalsiy xlorid
 - B) Vitamin D
 - C) Magnezium sulfat
 - D) Fenobarbital
5. Sulkovich sinami nima uchun ishlatiladi?
 - A) Kalsiy darajasini o‘lchash
 - B) Vitamin D dozasini nazorat qilish
 - C) Spazmofiliya xurujini aniqlash
 - D) Fosfor almashinuvini tekshirish
6. Qaysi belgilar raxitning boshlang‘ich davriga xos?
 - A) Suv iste‘moli oshishi
 - B) Terining qichishi va soch to‘kilishi
 - C) Ko‘krak qafasining deformatsiyasi
 - D) Oyoq qiyshayishi
7. Raxitning III darajasi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin:
 - A) Yumshoq suyaklar, tish chiqishining kechikishi
 - B) Tez tuzalish
 - C) Minimal asoratlar
 - D) Faqat teri o‘zgarishlari
8. Raxitda kalsiy/fosfor nisbati qanday buziladi?
 - A) Normada (2:1)

- B) Kalsiy ko‘p, fosfor kam
 - C) Kalsiy kam, fosfor ko‘p
 - D) Ikkalasi ham kamayadi
9. Raxitda profilaktik vitamin D dozasi:
- A) 1000 TB/kun
 - B) 400–500 TB/kun
 - C) 2000 TB/kun
 - D) 50 TB/kun
10. Raxitni kechiktirib davolash natijasi:
- A) Hech qanday oqibat yo‘q
 - B) Suyak deformatsiyalari va asoratlari paydo bo‘ladi
 - C) Faqat teri o‘zgaradi
 - D) Faqat tish kechikadi

Spazmofiliya

1. Spazmofiliya bilan bog‘liq asosiy laborator ko‘rsatkich:
- A) Giperkalsemiya
 - B) Hipokalsemiya
 - C) Giponatremiya
 - D) Hiperkalsemiya
2. Laringospazm nima?
- A) Mushaklarning tonik spazmi
 - B) Ovoz tirqishining torayishi bilan nafas qiyinlashishi
 - C) Oyoq panjalarining qattiq bukilishi
 - D) Teri qizarishi
3. Xvostek simptomi qaysi sohada aniqlanadi?
- A) Qo‘l panjasida
 - B) Fossa canina
 - C) Oyoq barmoqlarida
 - D) Bosh orqa qismida
4. Kloniko-tonik talvasa nima?
- A) Mushaklarning navbatma-navbat qisqarishi
 - B) Nafas qisilishi
 - C) Teri qichishi
 - D) Qorin shishishi
5. Spazmofiliyada shoshilinch davolash:
- A) Kislorod, magnezium sulfat, fenobarbital
 - B) Faqat vitamin D
 - C) Faqat kislorod
 - D) Faqat massaj
6. Spazmofiliya bilan bog‘liq eng tez-tez uchraydigan forma:
- A) Karpopedal spazm
 - B) Laringospazm
 - C) Eklampsiya
 - D) Tonik talvasa
7. Trusso simptomi nimani ko‘rsatadi?
- A) Periferik asablar qoczg‘aluvchanligini

- B) Suv balansini
 - C) Yurak faoliyatini
 - D) Tish paydo bo'lishini
8. Spazmofiliya oqibatida bolada:
- A) Nafas organlari kasalliklari kuchayishi mumkin
 - B) Faqat teri o'zgaradi
 - C) Faqat tish kechikadi
 - D) Hech qanday oqibat yo'q
9. Laringospazm xurujida bolani qanday yotqizish lozim?
- A) Boshni yonga burib
 - B) Qattiq bel bilan mustahkamlab
 - C) Qo'llarini bog'lab
 - D) Tik holda
10. Spazmofiliya bilan bog'liq davolash vositalariga kiradi:
- A) Magnezium sulfat
 - B) Fenobarbital
 - C) Aminazin
 - D) Barchasi

EKSSUDATIV DIATEZ

1. Ekssudativ diatezning asosiy belgisi:
- A) Terining qizarishi, bichilishi
 - B) Tish kechikishi
 - C) Oyoq qiyshayishi
 - D) Yumshoq suyaklar
2. Seboreya qayerda kuzatiladi?
- A) Bosh tepasida va sochli qismida
 - B) Oyoqlarda
 - C) Qo'l panjalarida
 - D) Ko'krak qafasida
3. Ekssudativ diatezda qon tahlilida ko'p uchraydigan simptom:
- A) Eozinofiliya
 - B) Leykopeniya
 - C) Hiponatremiya
 - D) Hiperkalemiya
4. Ekssudativ diatezning oqibati:
- A) Odatda 2–3 yoshda yo'qoladi
 - B) Doimiy og'ir asoratlar
 - C) Faqat teri bilan cheklangan
 - D) Hech qachon yo'qolmaydi
5. Ovqat kundaligi nima uchun yuritiladi?
- A) Allergik omillarni aniqlash uchun
 - B) Oziqlanishni nazorat qilish uchun
 - C) Faqat odat uchun
 - D) Davolashni nazorat qilish uchun
6. Ekssudativ diatezda eng ko'p ta'sir qiluvchi omil:
- A) Iqlim va mavsumiy o'zgarishlar

- B) Faqat genetik omil
 - C) Faqat ovqat sifati
 - D) Faqat yosh
7. Ekssudativ diatezning klinik ko‘rinishi:
 - A) Yuz va bosh terisining qichishi va bichilishi
 - B) Suyak deformatsiyasi
 - C) Tish kechikishi
 - D) Kloniko-tonik talvasa
 8. Diatezning eng xavfli oqibati:
 - A) Bronxial astma va me‘da-ichak spastik holatlar
 - B) Faqat teri kasalligi
 - C) Faqat tish kechikishi
 - D) Hech qanday oqibat yo‘q
 9. Ekssudativ diatez bilan bog‘liq hamshiralik tashxisi:
 - A) Qichishish, bichilishlar, uyqusizlik
 - B) Naqadar shifo topgan
 - C) Faqat suyak deformatsiyasi
 - D) Faqat tish kechikishi
 10. Ekssudativ diatezning profilaktikasida nimalar muhim?
 - A) To‘g‘ri ovqatlanish, allergik omillarni bartaraf etish
 - B) Faqat dori berish
 - C) Faqat vitamin D
 - D) Faqat massaj

NAZORAT SAVOLLARI

1. Raxitning boshlang‘ich va avjiga chiqqan davrini ta‘riflab bering.
2. Spazmofiliya va raxit orasidagi bog‘liqlik qanday?
3. Ekssudativ diatezning klinik belgilari va asoratlarini aytib bering.
4. Vitamin D ning raxitdagi roli qanday?
5. Sulkovich sinami nima va qanday qo‘llaniladi?
6. Xvostek, Trusso va Lustning peroneal simptomlarini ta‘riflab bering.
7. Raxitning qoldiq belgilarini sanab bering.
8. Spazmofiliya xurujida birinchi shoshilinch choralar nimalardan iborat?
9. Ekssudativ diatezda ovqat va allergenlarni nazorat qilish qanday amalga oshiriladi?
10. Raxit va diatezda hamshiralik parvarishi prinsiplari nimalardan iborat?

FOYDALANILADIGAN ADABIYOTLAR

1. **1. Salomatlik -3 loyixasi** “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y
2. **2.V.N.Turakulov X.X.Egamov** “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019
3. **Гусев В.С. Педиатрия**, Москва: 2020
4. **Буторина Л.И. Рахит у детей: диагностика и лечение**, Санкт-Петербург, 2019
5. **Мазуркевич И.П. Спазмифилия и судорожные состояния у детей**, Москва, 2018
6. **Бахтиярова М.С. Педиатрическая нутрициология**, Ташкент, 2019

“Sinkveyn” pedagogik metodini o‘tkazish tartibi

1-bosqich. Tayyorlov bosqichi

1. O‘qituvchi mavzuni aniqlaydi (masalan: “Radiatsion xavfsizlik”).
2. Metodning maqsadini tushuntiradi (mavzuni umumlashtirish, fikrlashni rivojlantirish).
3. Sinkveyn tuzilishi bilan tanishtiradi (5 qator qoidasi).
4. Vaqt chegarasini belgilaydi (5–10 daqiqa).
5. Ish shaklini aniqlaydi (individual, juftlik yoki guruhda).

2-bosqich. Qoidalarni tushuntirish

Sinkveyn 5 qatordan iborat bo‘ladi:

- 1-qator – 1 ta so‘z (mavzu nomi, ot).
- 2-qator – 2 ta sifat (mavzuni tavsiflovchi).
- 3-qator – 3 ta fe‘l (harakatni bildiruvchi).
- 4-qator – 4 so‘zdan iborat gap (mavzuga munosabat yoki fikr).
- 5-qator – 1 ta sinonim yoki umumlashtiruvchi so‘z.

3-bosqich. Mustaqil ish jarayoni

1. Tinglovchilar mavzu bo‘yicha fikr yuritadilar.
2. 5 qatorli tuzilma asosida sinkveyn yozadilar.
3. Har bir qatordagi talabga qat‘iy rioya qiladilar.
4. Belgilangan vaqt ichida ishni yakunlaydilar.

4-bosqich. Taqdimot va muhokama

1. 2–3 nafar tinglovchi o‘z sinkveynini o‘qib beradi.
2. Guruh bilan qisqa muhokama qilinadi.
3. Eng mazmunli va to‘g‘ri tuzilgan variant ajratib ko‘rsatiladi.
4. O‘qituvchi umumiy xulosa qiladi.

5-bosqich. Baholash va yakun

1. Sinkveynlar mezon asosida baholanadi:
 - Tuzilishga rioya qilishi
 - Mazmunning aniqligi
 - Mavzuga mosligi
 - Ijodkorlik
2. Faol ishtirokchilar rag‘batlantiriladi.
3. Mavzu bo‘yicha yakuniy xulosa chiqariladi.

5-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
---	--

jami 4 .	
-----------------	--

Amaliy mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashgulot
Amaliy mashg'ulotning rejasi.	Bolalarda uchraydigan allergik diatezda hamshiralik parvarishi

Bolalarda uchraydigan allergik diatezda hamshiralik parvarishi

Mashg'ulot maqsadi:

- Allergik diatezning klinik belgilarini aniqlashni o'rgatish
- Hamshiralik tashxisini qo'yish va parvarish rejasini tuzish
- Allergik reaksiyalarni oldini olish va asoratlarni kamaytirish ko'nikmasini shakllantirish

Allergik diatez tushunchasi

Allergik (ekssudativ-kataral) diatez — bu bolalarda organizmning allergik reaksiyalarga moyilligi bo'lib, asosan teri va shilliq qavatlarda o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi.

Asosiy sabablari

- Irsiy moyillik
- Noto'g'ri ovqatlantirish
- Erta qo'shimcha ovqat berish
- Allergik mahsulotlar (tuxum, sitrus, shokolad, asal va boshqalar)
- Uy changi, hayvon juni

3. Klinik belgilari

- Yuz va yonoqlarda qizarish
- Teri qichishi
- Bichilishlar
- Bosh terisida seboreya (gneys)
- Ich ketishi yoki qabziyat
- Uyqusizlik, bezovtalik

Amaliy mashg'ulot algoritmi (40–50 daqiqa)

1-Bosqich. Bemorni baholash

1.1. Shikoyatlarni aniqlash

- Qichishish bormi?
- Qaysi mahsulotdan keyin kuchaygan?
- Uyqu buzilganmi?
- Ichak faoliyati qanday?

1.2. Ko'rik o'tkazish

- Yuz, bo'yin, qo'ltiq osti, tizza bukimlarini tekshirish
- Qizarish, toshma, namlanish, qazg'oq mavjudligini aniqlash
- Teri harorati va namligini baholash

1.3. Laborator tekshiruvlar

- Umumiy qon tahlili (eozinofiliya)
- Siydik tahlili
- Allergik sinamalar
- Ovqat kundaligini yuritish

2-Bosqich. Hamshiralik tashxislari qo'yish

- Teri butunligining buzilishi
- Qichishish bilan bog'liq uyqusizlik
- Allergik reaksiya xavfi
- Ota-onaning yetarli bilimiga ega emasligi

3-Bosqich. Hamshiralik parvarish rejasi

3.1. Teri parvarishi

- Har kuni iliq suv bilan yuvish
- Oqartirilmagan sovun ishlatish
- Oqartiruvchi vositalardan foydalanmaslik
- Shifokor tavsiyasi bilan antihistamin surtma yoki krem

3.2. Qichishishni kamaytirish

- Tirnoqlarni qisqa qilib olish
- Paxta matoli kiyim kiydirish
- Xonani nam tozalash

3.3. Ovqatlanishni nazorat qilish

- Allergik mahsulotlarni chiqarib tashlash
- Emizikli onaga gipoallergen dieta

- Qo‘shimcha ovqatni asta-sekin kiritish
- Ovqat kundaligini yuritish

3.4. Dori vositalari

- Antihistamin preparatlar (shifokor buyurgan holda)
- Kalsiy preparatlari
- Enterosorbentlar

3.5. Ota-onani o‘qitish

- Allergiya sabablari haqida tushuntirish
- Uy sharoitida profilaktika
- Tozalikka rioya qilish
- Stress va qo‘zg‘atuvchi omillarni kamaytirish

4-Bosqich. Monitoring va baholash

- Toshmalar kamayganmi?
- Qichishish pasayganmi?
- Uyqu yaxshilanganmi?
- Yangi allergik reaksiyalar kuzatildimi?

Natijalar kundalik kuzatuv varag‘iga yozib boriladi.

Vaziyat:

8 oylik bola yonoqlarida qizarish va namlanish bilan keldi. Onasi tuxum berishni boshlaganini aytdi. Bola bezovta va kechasi uxlamaydi.

Talabaning vazifasi:

1. Hamshiralik tashxisini qo‘ying
2. Parvarish rejasini tuzing
3. Onaga tushuntirish ishlari olib boring
4. Profilaktik tavsiyalar bering

Shoshilinch holatlarda harakat algoritmi

Agar allergik reaksiya kuchaysa:

- Nafas olishni tekshirish
- Teri rangini baholash
- Shifokorni chaqirish
- Antihistamin dori berish
- Og‘ir holatda tez yordam chaqirish

Mashg‘ulot yakuni

Talabalar quyidagilarni bilishi kerak:

- Allergik diatezning sabab va belgilarini
- Teri parvarish algoritmini
- Oziqlantirishni nazorat qilish tartibini
- Ota-onalar bilan ishlash usullarini

Kutilayotgan natija:

- Allergik diatezni aniqlay oladi
- Hamshiralik tashxis qo'yadi
- Parvarish rejasini tuzadi
- Profilaktik maslahat bera oladi

6- mavzu:	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nafas olish a'zolari tizimi kasalliklari. <i>2. O'tkir rinofaringit</i> kasalliklarida hamshiralik parvarishi. <i>3. Surunkali (xronik) tonzillit</i> kasalliklarida hamshiralik parvarishi.
O'quv mashg'uloti maqsadi : <ol style="list-style-type: none"> 1.Ta'limiy: <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2.Tarbiyaviy maqsadi: <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish 	

- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e‘tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta‘lim beruvchi	Ta‘lim oluvchi
<p>1 bosqich O‘quv mashg‘ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O‘qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning O‘quv bo‘limi tomonidan berilgan ro‘yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O‘quv mashg‘ulotining mavzusi, maqsadi , rejalashtirilgan natijasi va uni o‘tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo‘llaniladigan usullarni aytib o‘yin qoidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O‘tgan mavzu bo‘yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to‘liq bayon etish 30-40. 3.O‘qitishning noannaviy usullarini qo‘llagan xolda tinglovchilar bilimni</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o‘tilgan mavzular bo‘yicha bilimni baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan “Ma‘ruza o‘qish” usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko‘nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixalogik yordamni to‘gri va samarali olib borish xakida ma‘lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “SWOT” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o‘qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo‘llab javob oladilar.” SWOT” sxemasi tinglovchilar tomonidan to‘ldiriladi.</p>

mustaxkamlash		
<p style="text-align: center;">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Yurak-qon tomir a'zolari tizimi kasalliklari.</p> <p>Foydalanilgan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salomatlik -3 loyixasi "Bemor bololarni parvarish kilish asoslari" 2014 y 2. V.N. Turakulov X.X. Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019 3. World Health Organization – Bolalarda pnevmoniya va ARI bo'yicha qo'llanmalar 4. UNICEF – Bolalar salomatligi bo'yicha materiallar 5. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi klinik protokollari 	<p style="text-align: center;">Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Yuqori nafas olish a'zolarining anatomo-fiziologik xususiyatlari. Yuqori nafas olish a'zolarining kasalliklari: ta'rifi, etiologiyasi, belgilarilari, diagnostikasi, xamshiralik parvarishi. Isitmasi bor bolani olib borish va parvarish qilishning aloxida xususiyatlari.</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nafas olish a'zolari kasalliklarida hamshiralik yordamini ko'rsatishni . – Pnevmoniya kasalligi kelib chiqishi, klinikasi va parvarishini. – Bronxial astma kasalligi kelib chiqishi. klinikasi va parvarishini. – Yo'tal va nafas qiyinlashuvi bilan bog'liq bo'lgan xolatlarda xamshiralik parvarishini.
---	--

O‘qitish metodlari	“SWOT”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.
Qayta a’loqaning usul va vositalari.	Og’zaki so‘rov:tezkor surov, yozma so‘rov, test, misol va mashqlar bajarilgan O‘quv topshiriqlarini baxolash

Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

Reja.

- 1.Nafas olish a’zolari tizimi kasalliklari.
2. *O‘tkir rinofaringit* kasalliklarida hamshiralik parvarishi.
3. *Surunkali (xronik) tonzillit* kasalliklarida 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’zolarida 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 patolo- giyalar kelib chiqishiga ham imkoniyatlar paydo bo‘la boshlayd

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.

Etiologiyasi. Kasallik aksariyat hollarda havo-tomchi yoʻli bilan yuqadigan adenovirus infeksiya, gohida esa termik, mexanik, kimyoviy taʼsirlar natijasida kelib chiqadi. Kasallikning kelib chiqishida parvarishdagi nuqsonlar — bolani sovuq xonada qoldirish, beshikda bola yuzini ikki tomondan ochiq qoldirish, terlab turgan bolani yoʻrgakdan va beshikdan yechib olish va boshqalar ham sabab boʻlishi mumkin.

Klinikasi. Bolalarda rinofaringit har xil oʻtishi mumkin. Tana harorati koʻtarilishi yoki normada ham boʻlishi 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, koʻkrakni emishga ham qiynala boshlaydi. Bola koʻkrak uchini ogʻziga solib soʻra boshlaydi-yu, lekin tez chiqarib tashlaydi. Bola emmay qolishdan tana vazni kamayib ketadi, uyqusi buziladi, juda behalovat boʻlib qoladi. Bunga koʻpincha qayt qilish ham qoʻshiladi, ichi suyuqlashadi, qorin dam boʻlib, diafragma koʻtariladi va nafas olish yanada qiyinlashib qolishi mumkin. Bola ogʻzi bilan nafas olib, havoni yutadi — aerofagiya, bu ham oʻz navbatida qorin dam boʻlishini kuchaytiradi.

Asoratlari. Rinofaringitning koʻp uchraydigan asoratlari oʻrta quloqning oʻtkir yalligʻlanishi (otit), laringit, bronxit, pnev- moniyalar hisoblanadi.

Oqibati. Rinofaringitning oqibati infeksiyaning virulentligiga, bolaga qilinadigan parvarishning toʻgʻri-toʻgʻrimasligiga, davo- lashning qanchalik erta boshlanganligiga bogʻliq. Hayotining dastlabki oylarini yashab kelayotgan bolalarda juda ehtiyot boʻlish talab qilinadi, katta yoshdagi bolalarga yaxshilik bilan tugaydi va kasallik eson-omon oʻtib ketadi.

Hamshiralik tashxislari. Burunning bitib qolishi, burun orqali nafas olishning qiyinlashuvi yoki ololmaslik, burundan suyuqlik ajralib turishi, emishning qiyinlashuvi, bezovtalik, qorinning dam boʻlishi, ich surilishi va boshqalardan bolalar qiynaladi.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Birinchi navbatda burun orqali nafas olishni tiklash choralari koʻrilishi lozim. Bolani har safar emizish oldidan har bir burun teshigiga 1:1000 nisbatdagi adrenalin eritmasidan 2 tomchidan tomizib, keyin kuniga 2 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 taʼsirida ilvirashning oldini olish maqsadida) vazelin surtib turish lozim. Bolani toʻgʻri ovqatlantirib borish(zaruratga qarab sogʻilgan sut bilan boqish), oyoqlariga vannalar qilish, gorchichnik yoki grelkalar qoʻyib turish ham yaxshi naf beradi.

Profilaktikasi. Oʻtkir rinit va rinofaringitning oldini olishda asosiy eʼtibor bolani parvarish qilishda kamchilliklarga yoʻl qoʻymaslikka qaratilmogʻi kerak. Ayniqsa, chaqaloqlar parvarishida xona haroratiga katta eʼtibor qaratishga toʻgʻri keladi. Bolalarni sovqotib qolishini oldini olish choralari koʻrilishi lozim.

Surunkali tonzillit — halqum limfoid to‘qimasining uzoq davom etadigan yallig‘lanish jarayoni bo‘lib, umumiy intok- sikatsiya 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 streptokokk- lar, 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 haddan tashqari kattalashadi, og‘riq kuchayadi, ovqat tomoqdan o‘tmasdan qolishi ham mumkin.

Kasallik uzoq davom etganda bolaning bo‘g‘imlari va yurak sohasida og‘riqlar paydo bo‘lishi kuzatiladi. Bu patologik jara- yonning 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 (poliartrologiya) 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 harora- tining ko‘tarilishi, ovqat o‘tmasligi, bosh og‘rig‘i, bo‘g‘im- lardagi 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 davo- lashda 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.

Mahalliy davo sifatida lakunalarni furatsillin (1: 5000) eritmasi, moychechak damlamasi bilan yuvib, keyin ularga Lyugol eritmasi surtib turiladi.

Konservativ yo‘l bilan davolash kutilgan natijalarni ber- magan 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’zolarida yuzaga keladigan asoratlarning oldini olish uchun konservativ davoni vaqtda 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 boylam- larining sovqotish, sovuq ovqat va suyuqliklar iste’mol qilish oqibatida yallig‘lanishi natijasida ham kelib chiqadi. Kasal- likning 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

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‘zolariga tarqalishi va bolada pnevmoniya rivojlanishi mumkin.

Oqibati. Soxta bo‘g‘maning oqibati bolaning yoshiga, hiqil- doqdagi 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.

Spazmolitik va shishga qarshi dorilar, bronxolitik moddalar, antigestamin preparatlar,

yetiotrop vositalar,
dezintoksikatsiyalovchi vositalar,
diuretiklar keng foydalaniladi (amaliy qismga qarang).



3-rasm. «Soxta bo‘g‘ma» xuruji.

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 strukturasiida 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 polietologik 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 qolishiga olib keladi. Bola organizmining sovqotishi ham kasallik kelib chiqishida muhim o‘rin egallaydi.

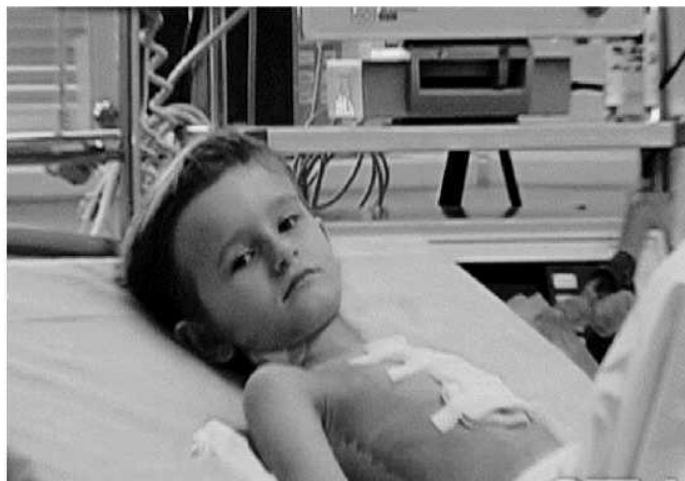
Yurakning tug‘ma nuqsonlari

Yurakning tug‘ma nuqsonlari ichki a‘zolarining 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‘rsa- tishi 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.

Endokrin kasalliklar (qalqonsimon bez va oshqozonosti bezi kasalliklari) bilan ogʻrib qolishi.



4-rasm. Yurak tugʻma nuqsoni.

Klinikasi. Yurak tugʻma nuqsonlari bilan tugʻilgan chaqaloqlarda tugʻilgan zahotiy oq aksariyat hollarda koʻkarish, hansirash kuzatilishi, sezilarli yurak shovqinlari eshinishi mumkin. Koʻkarishsiz yoki oq poroklarni aniqlash ancha qiyinroq boʻlsa-da, bunday poroklari bor bolalarda ham hansirash salga paydo boʻlishi yoki jismoniy zoʻriqish natijasida arziyas koʻkarish kelib chiqishi kuzatiladi.

Aksariyat hollarda emizilayotganda, yoʻrgaklanayotganda, choʻmltirilayotganda bolada sianozlar paydo boʻlayotganligini parvarishni amalga oshirayotgan hamshiralar yoki onalar aniqlab qolishadi va tibbiyot xodimlariga maʼlum qilishadi.

Baʼzi tugʻma yurak nuqsonlarida badan terisi va shilliq pardalarning koʻkarib turishidan tashqari, koʻkrak qafasining oldingi yuzasi, qorin, yelkaning ichki yuzasi, oyoq panjalari terisidagi venalar toʻrining kengayib ketganligi ham koʻrinib turadi.

Bolalarning yurish-turishi xarakterli boʻlib, bunday bola koʻp- roq yotish yoki oʻtirishni maʼqul koʻradi, kam harakat boʻladi.

Baʼzi bolalar esa qoʻllari bilan tizzalarini quchoqlagan holda choʻkka tushib majburiy vaziyatda oʻtiradi yoki orqasi yo boʻlmasa yonboshiga suyanib, yarim yotgan holatni maʼqul koʻradi (4-rasm). Baʼzi bolalarda turli jismoniy zoʻriqishlardan soʻng, oʻtkir kislorod yetishmovchiligiga xos xurujlar (nafas olishning tezlashuvi, burun qanotlarining uchishi, oyoq-qoʻllar va lablar atrofidagi terida sianozning kuchayishi, qusish, ayrim hollarda talvasaga tushish, qisqa muddat oʻzidan ketib qolishi) kuzatilishi mumkin. Aksari bunday bolalar jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi. Bolaning qoʻl va oyoq tirnoqlari



5-rasm. «Nogʻora choʻplari» va «soat oynalari» koʻrinishdagi barmoqlar.

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 kengay- ganligi 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 stenoz, 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, 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 qorin - chalararo to'siqda arziyas 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 boshqa- lardan bo lalarning qiynalishi.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlil- lari, 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 marta, 3 yoshdan oshganidan keyin yiliga bir marta tekshiruvdan o‘tkazib turiladi.

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 — infeksiyon-allergik kasallik bo‘lib, qo‘zg‘atuvchisi A guruhga kiruvchi v-gemolitik streptokokk hisoblanadi.

Halqum bodomcha bezlari, tishlar alveolarining shilliq pardasi, yuqori jag‘ bo‘shliqlari infeksiya kiradigan darvoza vazifasini o‘taydi.

Bolaning tez-tez shamollashi, organizmdagi surunkali infeksiya o‘choqlari (surunkali tonzillit, gajmorit, 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 nafaol bosqichlari farqlanadi. A‘zo va tizimlarning zararlanishi bo‘yicha esa yurak va boshqa tizim hamda a‘zolarining 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 revmatizm tizmda 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'riq bo'g'imlari qizaradi, shishib chiqadi, harakat cheklana boshlaydi. Bo'g'imlarning zararlanishi sim- metrik, og'riqlar esa bo'g'imdan-bo'g'imga ko'chib yuruvchan xarakterda bo'ladi.

Lekin revmatizm 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 char- chash, bosh og'rig'i, ishtaha pasayishi, uyquning behalovatligidan shikoyat qiladi. Bolada badan terisining rangparligi, hansirab turish, taxikardiya, yurak chegaralarining kengayishi, yurak tonlarining bo'g'iqqligi, yurakda sistolik shovqin borligi, yurak ritmining buzilishi, arterial bosimning pasayishi va tana haroratining subfebril darajalargacha ko'tarilishi kabi obektiv belgilar paydo bo'ladi. Revmatik sinamalar musbat natija beradi.

Revmatizm 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 revmatizm asab tizimining xoreya ko'rinishida zararlanishi xarakterli bo'lib, xoreya 5-19 yoshli bolalarda va aksari qizlarda hammadan ko'proq kuzatiladi.

Kichik xoreya odatda 2-3 oy, ba'zan 6-12 oygacha cho'zilib, to'liqsimon 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'riq 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), elektro- kardiografiya va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Revmatizm davo davriylik prinsipida —

statsionar, bolalar kardiorevmatologik sanatoriysi, bolalar poliklinikasining kardiorevmatologik kabineti singari revmatizmga qarshi barcha muassasalarning kelishib, izchillik bilan ish olib borishi tufayli amalga oshiriladi, zarurat tug‘ilganda maxsus kurort davosi qo‘llaniladi.

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 ineksiya qilib turishga o‘tiladi. Fizioterapevtik muolajalar ham buyuriladi (bodomcha bezlariga UVCh toklari, ultrabinafsha nur berish).

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.

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‘zilgan

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, burun - ning 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.

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 yetilma- ganligini, 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 absesslari, ensefalit, meningit, meningoensefalitdir. Mayda o‘choqli pnevmoniyaning birmuncha kamroq uchraydigan asoratlari jumlasiga yiringli perikardit, peritonit, artrit, osteomielit, pielonefrit 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 tah- lillari, balg‘amni turli tekshiruvlari, rentgenologik tekshiruvlar va boshqalar.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Pnevmoniyalarning davosi individual va kompleks bo‘lishi hamda imkoni boricha 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 infeksiyon 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, bezov- talanish, talvasaga tushish bilan birga davom etib, hiyla nafas yetishmovchiligi bilan o'tayotgan pnevmo niyalarda 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.

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 gim- nastika mashqlarini asta-sekin murakkablashtirib borib, uqalab turish o'rinlidir.

O'tkir pnevmoniyani boshidan kechirgan bolalar 1 yil davomida dispanser kuzatuv 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 boshlab bo'lg'usi onaning vaqtida uxlab, vaqtida turishi,

vaqtida mehnat qilib, vaqtida dam olishini koʻzda tutadigan toʻgʻri 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 oʻynaydi.

2. Bola tugʻilganidan boshlab ona suti bilan boqilishini taʼminlash.

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 taʼminlash.

6. Adenoidlari va surunkali tonzilliti bor, burun qoʻshimcha boʻshliqlari yalligʻlangan, bronxit, oʻtkir respirator kasalliklar bilan tez-tez ogʻrib turadigan bolalarni alohida nazorat ostiga olish.

7. Aholi orasida sanitariya maorifi ishlarini keng miqyosda olib borish.

Bronxial astma

Bronxial astma — surunkali, mustaqil, infeksiyon-allergik kasallik boʻlib, bronx mushaklari tortishib qisqarishi natijasida bolaning nafasi qisib, boʻgʻilib qolishi, xurujsimon yoʻtal tutishi va yopishqoq balgʻam ajralishi bilan xarakterlanadi.

Bu kasallik bilan barcha yoshdagi bolalar ogʻriydi, lekin ak-sari bolalarda kasallik hayotining dastlabki 3 yilida boshlanadi.

Yetiologiyasi. Bolalarda bronxial astma rivojlanishida irsiy moyilli muhim oʻrin tutadi. Aksariyat bolalarning oilaviy anamnezida bronxial astma, ekzema, migren, podagra, yogʻ bosishi va shu singari kasallik borligi aniqlanadi. Atrof-muhit omillarning yomon taʼsir qilishi eng avvalo, bola boqishda yoʻl qoʻyilgan jiddiy kamchiliklar har xil infeksiyon kasalliklar, noqulay turmush sharoitlari, yomon asorat qoldiradigan psixogen taʼsirlar ham kasallikning kelib chiqishida muhim ahamiyatga ega.

Organizmga turli allergenlar taʼsir qilishi natijasida uni sensibillashib qolishi bronxial astma kelib chiqishining asosiy patogenetik sababi hisoblanadi.

Allergenlar tashqi (ekzogen) va ichki (endogen), noinfeksiyon (atopik) va infeksiyon boʻlishi mumkin.

Noinfeksiyon allergenlarga quyidagilar misol boʻladi:

1. Ijtimoiy allergenlar: uy changi, yostiq pati, kitob va kutubxona changlari va boshqalar.

2. Hayvon va oʻsimlik allergenlari: daraxt va oʻsimlik changlari pichan, hayvon junlari, mayda hasharotlar qismlari, har xil quritilgan ovqatlar va boshqalar.

3. Ayrim ovqat mahsulotlari: tuxum, qulupnay, shokolad baliq goʻsht va boshqalar.

4. Don moddalari: koʻpchilik antibiotiklar, pirozalon qatori vositalari, vitamin va boshqalar.

5. Kimyoviy moddalar: sunʼiy 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.
2. Turli xil gelmintlar, sodda jonivorlar va nopatogen mikro-organizmlar.

Bular esa infeksiion-allergik bronxial astma kasalligini keltirib chiqaradi.

Bulardan tashqari, bronxial astmaning noimmunologik zo‘ri- qish 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.

Infeksiion-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 qolayot- gander 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. Infeksiion-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.

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. Infeksiion-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 holdagi eufillin, efedrin va boshqalar ichirish kerak. O‘zgarish kuzatilmaganda teri ostiga efedrin, papaverin, no-shpa eritmaları 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 ishonirish, bolaga qulay sharoit yaratish, orqasiga yos-tiqlar 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 (1-2 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

TIBBIY ATAMA

1. **Sianoz** – Teri va shilliq qavatlarning ko‘karishi (kislrod yetishmovchiligi belgisi).
2. **Dispnoe** – Nafas qisishi.
3. **Taxipnoe** – Nafas olish tezlashuvi.
4. **Atelektaz** – O‘pka to‘qimasining cho‘kishi.
5. **Emfizema** – O‘pka alveolalarining kengayishi.
6. **Bronxospazm** – Bronx mushaklarining spazmi.
7. **Stenoz** – Torayish.

8. **Revmatik kardit** – Revmatizmda yurakning yallig‘lanishi.
9. **Ekssudat** – Yallig‘lanishda to‘planadigan suyuqlik.
10. **Gipoksiya** – To‘qimalarda kislorod yetishmovchiligi.

VAZIYATLI MASALA

1-masala

2 yoshli bola. Harorat 39°C, tez nafas, yo‘tal. Burun qanotlari uchadi.

Savol: Taxminiy tashxis?

Javob: Pnevmoniya.

2-masala

6 oylik bola. Tunda “it hurishiga o‘xshash” yo‘tal, shovqinli nafas.

Tashxis: Stenozlovchi laringotraxeit (soxta krup).

3-masala

8 yoshli bola. Nafas qisishi, hushtaksimon nafas, majburiy o‘tirgan holat.

Tashxis: Bronxial astma xuruji.

4-masala

Yangi tug‘ilgan chaqaloq tez charchaydi, emishda qiynaladi, lablari ko‘karadi.

Tashxis: Tug‘ma yurak nuqsoni.

5-masala

10 yoshli bola. Anginadan 2 hafta o‘tib bo‘g‘im og‘rig‘i va yurakda shovqin.

Tashxis: Revmatizm.

6-masala

1 yoshli bola. Burun bitishi, emishda qiynalish.

Tashxis: O‘tkir rinofaringit.

7-masala

Pnevmoniyada bolada sianoz paydo bo‘ldi.

Hamshira harakati: Kislorod terapiyasi.

8-masala

Astma xurujida bola qo‘rqib yig‘lamoqda.

Harakat: Bolani tinchlantirish va bronxolitik berish.

9-masala

Revmatizmda asosiy laborator belgi?

Javob: ASL-O oshishi.

10-masala

Ko'k tug'ma yurak nuqsonida asosiy simptom?

Javob: Sianoz.

TEST SAVOLLARI

1. Pnevmoniyada asosiy simptom:
 - A) Qusish
 - B) Nafas qisishi
 - C) Qichishish
 - D) To'shma
2. Soxta krupga xos belgi:
 - A) It hurishiga o'xshash yo'tal
 - B) Ich ketish
 - C) Qon ketish
 - D) Teri toshmasi
3. Bronxial astmada asosiy mexanizm:
 - A) Yurak yetishmovchiligi
 - B) Bronxospazm
 - C) Ichak spazmi
 - D) Gipertoniya
4. Tug'ma yurak nuqsonida ko'k turiga xos:
 - A) Oqartirish
 - B) Sianoz
 - C) Teri qizarishi
 - D) Qichishish
5. Revmatizm sababi:
 - A) Virus
 - B) Streptokokk
 - C) Zamburug'
 - D) Parazit
6. Pnevmoniya asorati:
 - A) Otit
 - B) Plevrit
 - C) Dermatit
 - D) Rinit
7. Astmada ishlatiladi:
 - A) Antibiotik
 - B) Bronxolitik
 - C) Vitamin C
 - D) Sedativ
8. Rinofaringitda asosiy belgi:
 - A) Burun bitishi
 - B) Sianoz
 - C) Nafas to'xtashi
 - D) Yurak og'rishi
9. Revmatizm ko'proq uchraydi:
 - A) 1 yoshgacha

- B) 6–15 yosh
 - C) 20 yoshda
 - D) 30 yoshda
10. Gipoksiya – bu:

- A) Qon ketish
- B) Kislород yetishmovchiligi
- C) Qon bosim oshishi
- D) Shish

Nazorat savollari

1. Pnevmoniyaning asosiy klinik belgilarini ayting.
2. Soxta krupda birinchi yordam algoritmi qanday?
3. Bronxial astma xurujida hamshiraning harakatlari.
4. Tug‘ma yurak nuqsonlari qanday turlarga bo‘linadi?
5. Revmatizmning asoratlari.
6. Rinofaringit parvarish algoritmi.
7. Pnevmoniyada kislorod terapiyasi qachon qo‘llanadi?
8. Astmada allergik omillarni sanang.
9. Revmatizm profilaktikasi qanday?
10. Sianoz va dispnoe farqi nimada?

Foydalanilgan adabiyotlar

1. **Salomatlik -3 loyixasi** “Bemor bololarni parvarish qilish asoslari” 2014 y
2. V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019
3. World Health Organization – Bolalarda pnevmoniya va ARI bo‘yicha qo‘llanmalar
4. UNICEF – Bolalar salomatligi bo‘yicha materiallar
5. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi klinik protokollari

SWOT usuli haqida ma’lumot

SWOT – bu tahlil va rejalashtirishning interaktiv usuli bo‘lib, muammo, loyiha yoki tashkilotni to‘rt yo‘nalishda baholaydi:

- **S – Strengths (Kuchli tomonlar)**
- **W – Weaknesses (Zaif tomonlar)**
- **O – Opportunities (Imkoniyatlar)**
- **T – Threats (Tahdidlar)**

SWOT usulining maqsadi

- Vaziyatni kompleks baholash
- Qaror qabul qilishni osonlashtirish
- Strategik reja ishlab chiqish
- Muammoli jihatlarni aniqlash

SWOT tahlil algoritmi

1-bosqich: Muammoni aniqlash

Masalan: “Rentgen bo‘limida radiatsion xavfsizlikni yaxshilash”.

2-bosqich: 4 sektorli jadval tuzish

Strengths Weaknesses

Kuchli jihatlar Zaif jihatlar

Opportunities Threats

Imkoniyatlar Tahdidlar

3-bosqich: Ichki omillarni aniqlash

- Malakali xodimlar
- Zamonaviy uskunalar
- Yetarli nazorat tizimi

4-bosqich: Tashqi omillarni aniqlash

- Yangi texnologiyalar
- Qonunchilik o‘zgarishi
- Moliyaviy cheklovlar

5-bosqich: Strategik xulosa chiqarish

- Kuchli tomonlardan foydalanib imkoniyatlarni kengaytirish
- Zaif tomonlarni kamaytirish
- Tahdidlarga qarshi choralar ishlab chiqish

SWOT usuli asosida interaktiv o‘yin

O‘yin maqsadi:

Talabalarni faol fikrlashga, tahlil qilishga va jamoaviy ishlashga o‘rgatish.

6-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
--	--

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashg‘ulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	1. Yuqori nafas olish a‘zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi. 2. Pastki nafas olish a‘zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi.

AMALIY MASHG‘ULOT

1-MAVZU: Yuqori nafas olish a‘zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Mashg‘ulot maqsadi:

Talaba:

- Klinik belgilarni aniqlay oladi
- Hamshiralik tashxisini qo‘yadi
- Parvarish rejasini tuzadi
- Shoshilinch yordam ko‘rsatadi

I. Nazariy qisqacha ma‘lumot

Ko‘p uchraydigan kasalliklar:

- O‘tkir rinofaringit
- Tonzillit
- Laringit
- Stenozlovchi laringotraxeit (soxta krup)

Asosiy belgilar:

- Burun bitishi
- Yo‘tal
- Tomoq og‘rishi
- Ovoz bo‘g‘ilishi
- Nafas qiyinlashuvi

II. Amaliy mashg‘ulot algoritmi

1-QADAM: Bemorni baholash

1. Shikoyatlarni aniqlash:
 - Burun bitishi
 - Yo‘tal turi

- Isitma
- Nafas olish qiyinligi
- 2. Hayotiy ko'rsatkichlarni o'lchash:
 - Tana harorati
 - Nafas soni
 - Puls
 - Oksigen saturatsiya (SpO₂)
- 3. Ko'rik:
 - Burun shilliq qavati
 - Tomoq qizarishi
 - Hiqildoq shishishi
 - Nafas shovqini

2-QADAM: Hamshiralik tashxirlari

- Nafas yo'llari o'tkazuvchanligining buzilishi
- Gipertermiya
- Og'riq
- Uyqu buzilishi
- Ota-onaning bilim yetishmovchiligi

3-QADAM: Hamshiralik parvarishi

1. Umumiy parvarish

- Xonani shamollatish
- Nam tozalash
- Bolani tinchlantirish
- Yotoq rejim

2. Mahalliy muolajalar

- Burunni fiziologik eritma bilan yuvish
- Burun tomchilari
- Tomoqni chayish
- Ingalatsiya

3. Isitmada:

- Antipiretiklar
- Ko'p suyuqlik ichirish

4. Soxta krupda shoshilinch yordam:

- Bolani tik holatga keltirish
- Nam havo
- Kislrod
- Shifokorni chaqirish

4-QADAM: Monitoring

- Nafas tezligi
- Sianoz bor-yo‘qligi
- Isitma dinamikasi
- Yo‘tal xarakteri

2-MAVZU: Pastki nafas olish a‘zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Mashg‘ulot maqsadi:

Talaba:

- Bronx va o‘pka kasalliklarini aniqlaydi
- Nafas yetishmovchiligini baholaydi
- Kislrod terapiyasini qo‘llaydi

Nazariy qism

Ko‘p uchraydigan kasalliklar:

- BronxIt
- Pnevmoniya
- Bronxial astma

Masalan:

- Pneumonia
- Bronchial asthma

Amaliy algoritm

1-QADAM: Holatni baholash

1. Shikoyatlar:
 - Yo‘tal
 - Nafas qisishi
 - Ko‘krak og‘rig‘i
2. Ko‘rik:
 - Nafas soni
 - Ko‘krak qafasi harakati
 - Burun qanotlari uchishi
 - Sianoz
3. Auskultatsiya:
 - Quruq xirillash
 - Nam xirillash
 - Nafas pasayishi

2-QADAM: Nafas yetishmovchiligini baholash

Belgilari:

- Taxipnoe
- Sianoz
- Qo‘shimcha mushaklar ishtiroki
- $SpO_2 < 92\%$

3-QADAM: Hamshiralik parvarishi

1. Yotoq rejimi

- Yarim o‘tirgan holat

2. Kislorod terapiyasi

- Burun kateteri
- Maskali usul
- Saturatsiyani nazorat qilish

3. Dori terapiyasi

- Antibiotik (shifokor ko‘rsatmasi)
- Bronxolitiklar
- Balg‘am ko‘chiruvchilar
- Antigistaminlar

4. Ingalatsiya terapiyasi

- Nebulayzer orqali
- Dori dozasini tekshirish

4-QADAM: Asoratlarning oldini olish

- Atelektaz profilaktikasi
- Nafas mashqlari
- Orqa tomonga urib balg‘am chiqarishga yordam berish

5-QADAM: Monitoring

- Nafas soni
- Puls
- Tana harorati
- Sputum xarakteri
- SpO_2

Vaziyatli mashq

Vaziyat:

3 yoshli bola. Harorat 38.5°C, tez nafas, hushtaksimon xirillash.

Talaba:

1. Tashxisni aniqlaydi
2. Nafas yetishmovchiligini baholaydi
3. Kislorod beradi
4. Parvarish rejasini tuzadi

Kutilayotgan natija

Talaba:

Yuqori va pastki nafas yo'llari kasalliklarini farqlaydi

Nafas yetishmovchiligini aniqlaydi

Kislorod terapiyasini qo'llaydi

Shoshilinch yordam ko'rsatadi

7- mavzu : O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'ulotining rejasini.	<ol style="list-style-type: none">1. Yurak-qon tomir a'zolari tizimi kasalliklari.2. Yurak-qon tomir a'zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi.
O'quv mashg'uloti maqsadi:	
1.Ta'limiy: Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash Amaliy ko'nikmalarni egallash	

Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash

Deontologik tarbiyaning shakllanishi

Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va a'loqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish

Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish

O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash

Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish boskichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashgulotiga kirish 10 daqqa	Tashkiliy kism 1.1 O'qituvchi sinfga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini ,darsga tayyorligini tekshiradi, yangiliklar yeshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashgulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.	Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-	1. Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maksadida ulardan kirish testini olish. 2. Yangi mavzu mazmunini o'kituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Yurak qon tomir tizimi kasalliklari bor bemorlardagi o'zgarishlar, kasalliklar klinikasi, tez tibbiy yordam ko'rsatish xaqida ma'lumot beradi. 3. Xar bir	Tinglovchilar bilimlarini eslab, test savollariga javob beradilar. Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar." tezkor savol-javob"

<p>40. 3.O‘qitishning noannaviy usullarini qo‘llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>mavzu tushuntirilganda “tezkor savol-javob” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>sxemasi tinglovchilar tomonidan to‘ldiriladi</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib,baxolar e’lon qilinadi .Uyga vazifa “Ovqat hazm qilish a’zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi”Tavsiya etiladigan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kuzko N.V. Kardiologiya i revmatologiya v poliklinike izdatelstvo Zdorove, 2001g. 2. Mazur N.A. Ocherki klinicheskoy kardiologii. – M., 1999g. 3. Tereshenko S. I. Xronicheskaya serdechnaya nedostatochnost M., 2008g. 4. Chazov Ye.I. Golitsyn S.P. Rukovodstvo po narusheniyam ritma serdsa. M., 2008g. 5. Shukina T.Yu. Revmatizm: Osnovy sovremennogo lecheniya: Simptomy, lichenie, profilaktika. – Izdatelstvo A.V.K. – Timoshka, 2002g. 6. R.D. Qurbanov. Klinik kardiologiya. Toshkent 2010y. 	<p>Tinglaydilir,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>-Yurak qon tomir tizimi kasalliklari bor bemorlar bilan ishlashda ularni doimiy nazorat qilib turish kerakligini ma'lumot beradi.</p> <p>-Gipertoniya kasalligi mavjud bemorlarni A\B o'lchab doimiy nazorat qilishni,Miokard infarkt bilan Stenokardiya xurujini farqini aniqlashni va xamshiralik parvarishini to'g'ri tashkil yetishni tinglovchilarga tushintiradi.</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi: Yurak qon tomir tizimi kasalliklarida bemorlardan sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlarni yig'ishni,</p> <p>Bemorlarni zamonaviy tekshiruv usullariga tayyorlashni(psixologik va fiziologik),</p> <p>Yurak ishemik kasalliklari xurujida bemorlarga tez tibbiy yordam ko'rsatishni,</p> <p>Yurak, qon - tomir kasalliklarida parhez bo'yicha bemorlarga tavsiyalar berishni. Bemorlarni EKG jarayoniga tayyorlashni o'rganadi.</p>
<p>O'qitish metodlari</p>	<p>“tezkor savol-javob”</p>
<p>O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli</p>	<p>Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli</p>
<p>O'qitish vositalari</p>	<p>Doska-stend,vidiofil'mlar,chizma,nazorat varagi,matnlar.</p>
<p>O'qitish shart sharoiti</p>	<p>Fanga mos jixozlangan O'quv xona.</p>
<p>Qayta a'loqaning usul va vositalari.</p>	<p>Og'zaki so'rov:tezkor so'rov,yozma so'rov,test,misol va mashqlar bajarilgan O'quv topshiriqlarini baxolash</p>

Mavzu: Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
Ma'ruza rejasi

1. Yurak-qon tomir a'zolari tizimi kasalliklari

2. Yurak-qon tomir a'zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi.

1. Yurak-qon tomir tizimining anatomiyasi va fiziologiyasi

Yurak (cor) mushakli organ. Yurak ko'krak qafasining ko'ks bo'shlig'ida joylashgan. Yurakning og'irligi tug'ilishdan to voyaga yetguncha doimiy o'zgarib turadi va vazni tobora ortib boradi. Xaji 250-300 g ni tashkil etadi. Devori 3 qavatdan iborat, ichki endokard, o'rta miokard, tashqi epikard. Yurakni tashqi tomondan o'rab turadigan pardani perikard deyiladi. Yurak venalardan kelayotgan qonni qabul qiladi va qisqarib arteriyalarga haydab beradi. Yurak 4 kameradan iborat, ya'ni 2ta bo'lmacha va 2ta qorincha. Bo'lmachalar arteriya va venalardan qonni qabul qiladi. O'ng bo'lmacha bilan o'ng qorincha o'rtasida 3 tabaqali (trikuspidal) klapan joylashgan, chap bo'lmacha bilan chap qorincha o'rtasida 2 tabaqali (mitral) klapan joylashgan. Qorinchalar qisqarishi natijasida qon bosim ostida arteriyalarga chiqariladi. Yurakning qisqarishini sistola deyiladi, kengayishini esa diastola deyiladi.

Yurak uch qavatdan: ichki — endokard, o'rta — miokard va tashqi — perikarddan tashkil topgan. **Endokard** yurak bo'lmachalari bilan qorinchalari bo'shliklarining ichki yuzasini qoplab turadigan endotelial xujayralardan iborat. Yurakning bir bo'shlig'i ikkinchisiga aylanadigan joyda endokard qalin tortib, burmalar hosil qiladi, yurak klapanlari deb shularga aytiladi. **Miokard** - yurakning o'rta qavatidir. O'ng qorincha miokardi chapinikiga qaraganda sustroq rivojlangan. Qorinchalari muskul qavati bo'lmachalarinikiga qaraganda ancha qalinroq bo'ladi. Miokard tolalari bir-biri bilan chalkashib qo'zgalishi bilan qisqarishning butun yurakka bir lahza ichida tarqalishi uchun sharoit yaratadi. **Perikard** — ichki va tashqi varaqlardan tashkil topgan. Bu varaqlar orasida bo'shliq bor, shu bo'shliqda doimo 20—30 ml seroz suyuqlik bo'ladi. Tana pastki qismlarining venalaridan kelgan qon pastki kovak venaga, yuqori qismlardan kelgan qon esa yukori kovak venaga quyiladi. Bu venalarning ikkalasi o'ng bo'lmachaga quyiladi. So'ngra venoz qon o'ng qorinchaga o'tadi, undan esa o'pka arteriyasi orqali o'pkaga o'tadi.

- **Katta qon aylanish doirasi** chap qorinchadan boshlanib arteriyalar orqali tananing barcha to'qima va hujayralarini qon bilan ta'minlaydi. Arteriya qon tomirlari tarqatuvchi qon tomirlardir. Yurakdan chiqadigan yirik arteriyani aorta deyiladi. Aortani ko'krak va qorin qismlari farqlanadi. Arteriyalar to oxirigacha tarmoqlanib juda mayda, kattaligi soch tolasiday arteriolalarga aylanadi. Arteriolalar keyin juda mayda qil tomirlar kapillyarlarga o'tadi. Har bir hujayraning xususiy kapillyar qon tomirlari bor. Ana shu kapillyarlar hujayralarni to'xtovsiz qon bilan ta'minlaydi va tozalaydi. Kapillyarlardan boshlab yig'uvchi qon tomirlar venalar boshlanadi. Ular juda mayda yo'g'onligi soch tolasiday keladi va venula deyiladi. Venulalar irmoqlar misoli kattalasha borib yiriklashadi va pastki hamda yuqorigi kovak venalarga qo'yiladi. Pastki va yuqori kovak venalari yurakning o'ng bo'lmachasiga quyiladi.

- **Kichik qon aylanish doirasi** yurakning o'ng qorinchasidan boshlanadi va to'g'ri o'pkalarga boradi. Ularda venoz qon oqsada o'pka arteriyalari deyiladi. O'pkalarda qon

tanadan o'zi yig'ib kelgan karbonat anhidridni o'pka alveolasiga chiqaradi va alveolalardan kislorodni o'ziga biriktirib oladi. Kislorodga to'yingan qon o'pka venalari orqali yurakning chap bo'lmachasiga quyiladi. Mana shunday to'htovsiz qonning harakati inson tug'ilgandan to'lguncha davom etadi.

- **Uchinchi qon aylanish doirasi** ham bo'lib buni koronar doira deyiladi, ya'ni faqat yurakni qon bilan ta'minalaydi. Koronar doira to'g'ridan-to'g'ri yurakdan chiquvchi qon tomirlardan boshlanib, yurak hujayralarini qon bilan ta'minlab, yurakning bo'lmacha va qorinchalariga quyiladi.

Yurakni qisqarishga majbur etadigan impulslar o'ng bo'lmachada ustki kovak venaning og'zi yaqinida joylashgan sinus tugunida vujudga keladi. Sinus tugunidan impuls bo'lmachalar orasidagi to'siqda joylashgan bo'lmacha-qorincha tugunga tarqaladi. Yurakning qisqarishi **sistola**, bo'shashish esa **diastola** deb ataladi.

Pulsni aniqlash nuqtalari:

1. Bo'yin (Karotid puls)- uni bo'yindagi traxeya (bo'yindagi katta nafas olish nayi) va bo'yin mushaklari orasidan paypaslab topish mumkin.

2. Yurak (Apikal puls).

3. Tirsakning ichki tomoni (Braxial puls)- uni qo'lning ichki tomonida tirsak buqiladigan joydan yuqoriroqda paypaslab topish mumkin.

4. Bilak (Radial pulsi)-uni ko'rsatkich va o'rta barmoklar orkali bilakning ichki tomonida paypaslab topish mumkin.

5. Oyoqning yuqori kismi (Son arteriyasi/Femoral pul's)

6. Oyoq kaftini tepa qismida (Pedal puls)

Puls urishining me'yorida/daqiqada:

< 1 yosh, 100-160, o'rtacha **140**

1-2 yosh, 90-150, o'rtacha **110**

2-6 yosh, 70-130, o'rtacha **105**

6-14 yosh, 60-110, o'rtacha **90**

14 yoshdan kattalar, 60-100, o'rtacha **75**

Puls tavsiflari

Jadallik (intensivlik) = tulik yoki sust pul's.

Maromi (ritm) = muntazam yoki nomuntazam.

Tezligi (chastota) = kanchalik tez (necha marta 1 dakikada)

Qon bosimini aniqlash

Qon bosimi – yurak urishi davomida qon okimining tomirlar devorlariga qon tomonidan bo‘ladigan kuchlanishli bosimdir.

Qon bosimini ikkita o‘lchovi mavjud:

Sistolik qon bosimi-Arteriya devoridagi eng baland bosimining kuchlanishi bo‘lib-yurak to‘liq kiskargan paytida paydo bo‘ladi. Systolik qon bosimining me‘yori simob ustunining 100-140 mm dir.

Diastolik qon bosimi-Arteriya devorlaridagi eng past bosim bo‘lib, yurak to‘la bo‘shalganda sodir bo‘ladi. Diastolik qon bosimining meyorini o‘rtacha chegara simob ustunining 60-90 mm dir.

Yurak qon tomir tizimi kasalliklarining kelib chiqish sabablari.

1. Nasliy omil.
2. Yuqori qon bosimi (Arterial gipertoniya.)
3. Organizmda yog‘ almashinuvining buzilishi va qonda xolesterin miqdorining ortishi.
4. Chekish.
5. Uglevod almashinuvining buzilishi va qandli diabet.
6. Kamxarakatlilik.
7. Tanadagi ortiqcha vazn (semizlik).
8. Asabiylashish, tajovuzkorlik, serjahl bo‘lish.
9. Xayvon yog‘lariga boy, yog‘li ovqatlarni ko‘p is‘temol qilish.
10. Ruhiiy zo‘riqish.

Ateroskleroz.

Ateroskleroz grek tilidan tarjima qilinganda **atera** - bo‘tqa, **skleroz** -zichlashish degan ma‘noni bildiradi. Arteriya qon tomirlari devorining qalinlashuvi, zichlashishi, qon tomirlarning torayishi va natijada a‘zolarining qon bilan ta‘minlanishini buzilishidir.

Ateroskleroz sabablari:

Kasallikning aniq bir sababi ko'rsatilmagan, kasallikning sabablari hozirgi kungacha oxirigacha o'rganilmagan, lekin olimlar tomonidan kasallikka olib keluvchi bir necha omillar qayd etiladi.

- Insonga bog'liq bo'lmagan omillar; insonni yoshi, jinsi, nasliy omillar.

- Insonga bog'liq bo'lgan omillar; Arterial gipertoniya, chekish, kamxarakatlilik, modda almashinuvidagi o'zgarishlar - semirish, podagra, qandli diabet, shuningdek xayvon yog'larini ko'p miqdorda istemol qilish va asosan qondagi xolesterin miqdorining ortishi.

Aterosklerozning klinik belgilari:

-Yurak qon tomir tizimida – YuIKlariga olib keladi,

-Buyrak tomirlari aterosklerozi - Arterial gipertenziyaga olib keladi,

- Oyoq qon tomirlari aterosklerozi – oyoqlar gangrenasiga olib keladi,

- Miya qon tomirlari aterosklerozi – miyada qon aylanishini o'tkir yoki surunkali buzilishiga olib keladi.

Bemorlarni parvarishlash. Bemor muammolari qaysi a'zo qon tomirlari zararlanishiga qarab, kasallikning klinik belgilari namoyon bo'ladi. Shuningdek bemorlar parhez qilishlari, dori vositalarini o'z vaqtida qabul qilishlari, vrach ko'rsatmalarini bajarishlari lozim.

Parhez bo'yicha beriladigan tavsiyalar: Bemorlarga 10 stol tavsiya etiladi: xayvon yog'lari, xolesteringa boy mahsulotlar chegaralanadi.

Qabziyat xolatida xolesterinning organizmdan chiqib ketishi sekinlashadi, shuning uchun bemorlarga o'simlik tolalariga boy mahsulotlar tavsiya etish kerak.

Baliq tarkibidagi yog' kislotalari qondagi xolesterin miqdorini kamaytirib, trombotsitlarni agregatsiyasini kamaytiradi, tromblar hosil bo'lishini oldini oladi.

1gramm tuz organizmda 50 ml suvni ushlanib qolishiga sabab bo'ladi – tuzni cheklash

Kuniga 40 grammdan margarin is'temol qilish Miokard infarkti bilan kasallanishni 2 barobar oshiradi.

Alkogolning 20 % o'pka orqali chiqib ketadi, u o'pkaning qon bilan to'lishiga sabab bo'lib, bu o'pkada qon dimlanishiga olib keladi.

Arterial bosim mezonlari:

Mezonlari : Arterial bosim (AB) uch martadan ko'p o'lchab ko'rilganida simob ustuni - xisobida 160/100 mm dan yuqori holati - **Gipertoniya** kasalligi. Arterial bosim uch martadan ko'p o'lchab ko'rilganida simob ustuni hisobida 140/90 mm dan yuqori holati - **Chegara**.

Arterial bosim simob ustuni hisobida 140/90 mm yoki bundan past holati-**Norma**. Bir haftadan to'rt haftagacha bo'lgan muddat davomida AB ning ko'tarilish xodisasi bemorda uch marta bo'lib o'tgan bo'lsa, ana shunda «gipertoniya» diagnozi qo'yiladi. Arterial bosimni o'lchash ishini to'g'ri o'tkazish juda muhim. Gipertoniya, yoshi katta kishilar orasida keng tarqalgan, shu sababli gipertoniya krizi yoki yurak ishemiya kasalligi boshlanib qolish xavfi katta bo'ladi. Bosh og'rig'i hamisha ham gipertoniya simptomi bo'lavermaydi.

Balki AB yuqori bo'lsagina, shunday simptom bo'lib hisoblanadi. Kasallikning hakikiy sababini aniqlab olish zarur. Qon bosimi simob ustuni hisobida 160 mm (sistolik)ga 100 mm (diastolik) bo'lsa bemorni uning yoshidan qat'iy nazar davolash zarur. Diastolik bosimning simob ustuni hisobida 90 - 100 mm atrofida bo'lishi hamisha xam patologiya deb bo'lmaydi va davoni talab qilmaydi. Lekin yuz berishi mumkin bo'lgan oqibatlarining hammasini nazarda tutish va asratlar ro'y berishiga yo'l qo'ymaslik zarur.

Tavsiya etilayotgan davodan muddao AB ni bemorlarda simob ustuni hisobida 140/90 mm gacha va bundan past, kandli diabeti bor kasallarda esa 140/80 mm gacha tushirishdir.

Arterial gipertenziya.

Arterial gipertoniya –arterial qon bosimini ko'tarilishi. O'rtacha aholining 30% arterial gipertenziyadan aziyat chekadi. Sababiga ko'ra 2 hil bo'ladi.

1. Simptomatik gipertoniya.
2. Gipertoniya kasalligi.

Arterial gipertenziyadan aziyat chekuvchilarni 100% deb oladigan bo'lsak ularning 20%da simptomatik gipertenziya, 80%da gipertoniya kasalligi kuzatiladi.

Simptomatik gipertoniya.

Simptomatik gipertenziya periferik qon tomirlar funksiyasining buzilishidan kelib chiqadi va bu ba'zi kasalliklar simptomidir, masalan

1.Buyrak kasalliklari (pielonefrit, glomerulonefrit, buyrak tosh kasalligi, buyrak anomaliyalari, buyrak arteriyasi stenozi va h.k.).

2.Qandli diabet.

3.Qalqonsimon bez kasalliklari.

4.Neyrotsirkulyator distoniya gipertonik tipda o‘tishi.

5.Buyrak usti bezi o‘smasi - feoxromotsitoma va h.k.

Davolashda asosiy kasallikni davolash muhim ahamiyatga ega.

Gipertoniya kasalligi.

Gipertoniya kasalligi - essensial gipertenziya bo‘lib, bosh miya qon tomirlar funksiyasining buzilishi va yurak faoliyatining izdan chiqishi bilan xarakterlanadi.

Sababilari:

- 1.Qon tomirlar aterosklerozi.
2. Chekish.
3. Uglevod almashinuvining buzilishi va qandli diabet.
4. Gipodinamiya – kamxarakatlilik
5. Tanadagi ortiqcha vazn.
6. Psixoemotsional zo‘riqish.

Klinikasi. Boshni ensa soxasida og‘riq, bosh aylanishi, yurak bezovtalanishi, havo yetishmaslik, uyqusizlik, xolsizlikga shikoyat qiladilar. Gipertonik kriz holati esa arterial qon bosimini birdan ko‘tarilib ketishi bo‘lib, bunda bosh og‘rig‘i kuchayadi, ko‘ngil aynash, qayd qilish, titrash, yurak tez urishi bezovta qiladi, ba‘zi xollarda miyada qon aylanishini o‘tkir buzilishi belgilari, qo‘l va oyoqda sezgini kamayishi, parezlar, burundan qon ketishi, EKGdagi o‘zgarish kabi belgilar kuzatiladi.

Parvarishlash va davolash.

- 1.To‘liq jismoniy va ruxiy osoyishtalik yaratish.
- 2.Bemor boshi yuqori ko‘targan xolda, toza xavo bilan ta‘minlash.
- 3.Chalg‘ituvchi terapiya (ensa soxasiga xantalma, oyoqlarga vannalar)

4.Vrach ko‘rsatmalariga binoan dori vositalari, siydik xaydovchi vositalar(laziks, furasemid, gipotiazid, uregit va h.k.), til ostiga nifedepin, gipotenziv dorilar (in‘eksiyada-magneziya sulfat, dibazol, benzogeksoniy, tabletkada-enam, berlipiril, normadipin, diraton, Tenoks va h.k.), yurak ish faoliyatini yaxshilovchi dorilar (riboksin, mildronat, ripronat va h.k.), simptomatik davolash, immunitetni oshiruvchi dorilar va h.k.

Dori-darmonlarsiz davolash. Arterial bosimni pasaytirish uchun quyidagi choralar muhim:

- Yog'lik va baquvvat ovqatlar iste'molini kamaytirish hisobiga vaznini kamaytirish.

- Jismoniy mashqlarni muntazam ravishda bajarib borish (kuniga kamida 20 minut davomida tabiatda sayr qilib yurish).

-Tuzni va tuzlangan mahulotlar iste'molini kamaytirish (ko'p deganda kuniga 5 g tuz ishlatish) .

- Meva va sabzavotlarni ko'proq iste'mol qilish (kuniga 7 marta ovqatlanish).

-Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilmaslik.

- Chekishga barham berish.

- Hayvon yog'lari iste'molini umuman kamaytirish va ularning o'rniga o'simlik yog'larini ishlatish.

- Baliq moyi iste'molini ko'paytirish.

- Jismoniy mashqlar bilan muntazam shug'ullanib borish.

Gipertoniya kasalligi kechishida ko'pincha **gipertonik kriz** nomini olgan holat— kasallikning yangi simptomlari paydo bo'lishi yoki mavjud simptomlarning kuchayishi bilan xarakterlanadigan holat kuzatiladi. Turli noqulay tashqi ta'sirotlar (o'ta toliqish, qattiq hayajonlanish, issiqlab ketish, ko'p ichkilik ichish, chekish) yoki gipertoniya kasalligi rivojlanishidagi muayyan qonuniyatlar sababli birdaniga bosh aylanishi paydo bo'ladi, bosh og'rig'i kuchayadi, arterial bosim anchagina ko'tariladi. Ba'zan ko'ngil ayniydi, bemor qayt qiladi, birdaniga holsizlanib qoladi, hushidan ketadi. Miyada qon aylanishi buzilishi natijasida harakatlar, nutq buzilishi mumkin. Og'ir hollarda miyaga qon quyiladi (insult). Gipertoniya krizi "yurak turi" bo'yicha rivojlanishi mumkin, bunda yurak toj-tomirlari spazmi bilan birga miokard infarkti yuz berishi ehtimol tutilganda yurak sohasidagi qisadigan og'riq asosiy simptom hisoblanadi.

Bu xolatda bemorga yotoq rejimi yaratish, uni tinchlantirish, zudlik bilan vrachga murojaat qilish va vrach ko'rsatmalarini bajarish lozim.

2.Yurak ishemik kasalliklari.

Yurak ishemik kasalliklari YuIK bu yurak toj tomirlarining zararlanishi natijasida yurak muskullarining qon bilan ta'minlanishining buzilishidir. YuIKlari inson salomatligiga sezilarli darajada salbiy ta'sir qiladi. Bu kasallik bilan kasallangan kishilar orasida nogironlik, katta va qari yoshdagi insonlar orasida esa o'lim ko'rasatkichlari ortib boradi.

YuIKlari rivojlangan davlatlar katta yoshdagi axolisi orasida 10%ni, qariyalar orasida esa 20%ni tashkil etadi.

Yurak ishemik kasalliklariga olib keluvchi omillar:

1. Yurak toj tomirlari aterosklerozi.
2. Arterial gipertoniya.
3. Organizmda yog‘ almashinuvining buzilishi va qonda xolesterin miqdorining ortishi.
4. Chekish.
5. Uglevod almashinuvining buzilishi va qandli diabet.
6. Gipodinamiya – kamxarakatlilik.
7. Tanadagi ortiqcha vazn.
8. Psixoemotsional zo‘riqish.

Yurak ishemik kasalliklarining tasnifi:

2000-yil kardiologlarning IV-se’zida qabul qilingan o‘zgartirishlar bilan.

1. Yurakning to‘satdan o‘limi (Yurakning birlamchi to‘xtashi).

2. Stenokardiya.

2.1. Stabil zo‘riqish stenokardiyasi (funksional sinflar bilan)

2.2. Nostabil stenokardiya.

- Birinchi marta paydo bo‘lgan zo‘riqish stenokardichsi
- Rivojlanib boruvchi zo‘riqish stenokardiyasi
- Angiospasik zo‘riqish stenokardiyasi
- Erta infarktdan keyingi zo‘riqish stenokardiyasi
- Erta jarroxlik amaliyotidan keyingi zo‘riqish stenokardiyasi

3. Miokardning ig‘riqsiz ishemiyasi.

4. Miokard infarkti.

- Q tishchali miokard infarkti
- Q tishchasiz miokard infarkti

5. Infarktdan keyingi kardioskleroz

6. Yurak ritmining buzilishi.

7. Yurak yetishmovchiligi.

Stenokardiya

Stenokardiya YuIK larining eng ko‘p tarqalgan ko‘rinishi bo‘lib, yurak toj tomirlari miokardni qon bilan yaxshi ta‘minlab bera olmasligi natijasida, yurak

soxasidagi og‘riqlar bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Ushbu og‘riklar qisuvchi, bosuvchi, kuydiruvchi xarakterda bo‘lib, odatda chap qo‘l, yelka, kurak, bo‘yin va pastki jag‘ga tarqaladi. Ba’zi xolatlarda to‘sh osti soxasida og‘irlik, nafas olishning qiyinlashishi, xatto xavo yetishmaslik belgilari xam namoyon bo‘lali. Odatda og‘riqlar 15-20 daqiqa davom etadi. Og‘riqlar jismoniy xarakat to‘xtatilgandan so‘ng yoki nitroglitserin qabul qilgandan so‘ng butunlay to‘xtaydi. Odatda og‘riqlar sovuq xavo, jismoniy zo‘riqish, chekish, noqulay ob-xavo, AQBning ko‘tarilishi, ruxiy zo‘riqish oqibatida vujudga keladi.

Ba’zi yoshi katta yoshdagi bemorlarda yuqoridagi belgilar kuchsiz namoyon bo‘lishi mumkin.

Zo‘riqish stenokardiyasi jismoniy zo‘riqish natijasida yurakdagi og‘riqlarni uzoq vaqt davomida (2 oydan kam bo‘lmagan vaqt oralig‘ida) bir xil kuch, bir xil davomiylik va bir xil davrlar oralig‘ida namoyon bo‘lishi bilan xarakterlanadi.

Bemor qanday og‘irlikdagi jismoniy zo‘riqishni ko‘tara olishiga qarab zo‘riqish stenokardiyasi 4 funksional sinfga bo‘linadi.

Nostabil stenokardiyada kasallik belgilari tez-tez namoyon bo‘ladi kuchayib boradi va og‘riqlarning davomiyligi ortib boradi. Ba’zi xollarda ozgina jismoniy zo‘riqish xam og‘riqlarning paydo bo‘lishiga sabab bo‘ladi. Og‘riqlar xattoki bemor tinch xolatda bo‘lganda, jismoniy zo‘riqishsiz xam paydo bo‘lishi mumkin, og‘riqlarni to‘xtatish uchun nitroglitserin dozasini ko‘paytirishga to‘g‘ri keladi.

Stenokardiya xurujida xamshira parvarishi.

1. Bemorga to‘liq yotoq rejimini yaratish
2. Xar 5 minutda 0.0005 nitroglitserinni til ostiga berish
3. AQB va pulni o‘lchash.
4. Vrach ko‘rsatmalariga binoan;
2,0 no-shpa, analgin 50% 2,0 va dimedrol 1% 1,0,
AQB va pulsni qayta o‘lchash.
5. AQB 90/60mm.sm ust dan past bo‘lib, teri oppoq, taxikardiya, og‘riq kuchaysa;
MEZATON 0,1% teri ostiga
Zudlik bilan vrachga xabar berish;
Elektrokardiogramma qilish.

Miokard infarkti.

Miokard infarkti - yurak toj (koronar) tomirlarida patologik o'zgarishlar natijasida, muskullarning qon bilan ta'minlanishi buzilishi oqibatida, miokardning o'tkir ishemik nekrozidir.

Miokard infarktining rivojlanish bosqichlari

Kasallik kelib chiqishida aterosklerozning rivojlanishi katta ahamiyatga ega. Bunda yurak qon tomirlarida aterosklerotik pilakchalar xosil belib, qon tomirlarning torayishiga sabab bo'ladi. Psixosotsional va jismoniy zo'riqish xam katta ahamiyatga ega. Ruxiy zo'riqish oqibatida buyrak usti bezidan ko'p miqdorda adrenalini ajralib chiqib, qon tomirlarning torayishiga olib keladi. Yuqoridagilarga qo'shimcha ravishda qonning ivish xususiyati ortishi oqibatida, aterosklerotik pilakchalar ustida trombotsitlarning yopishib qolishi va tromb xosil bo'lishiga olib keladi.

Yuqoridagi sabablarning barchasi birgalikda, yurak toj tomirining butunlay berkilishiga va ma'lum bir soxadagi yurak muskullariga umuman qon yetib bormasligiga sabab bo'ladi va shu soxada **ishemiya, jaroxatlanish va nekroz** rivojlanadi, miokard infarktining turli klinik kurinishlaridan biri bemorda namoyon bo'ladi. Yurak muskullarida o'tkir miokard infarkti oqibatida, kasallik boshlangandan so'ng bir necha vaqt o'tgandan keyin 3ta zona infarkt bo'lgan soxada 3 ta zona payda bo'ladi. Bular ishemiya, jaroxatlanish va nekroz zonalaridir. Miokard infarktining klinik kechishiga ko'ra, tipik va atipik turdagilari farqlanadi.

O'tkir miokard infarktining klinik belgilari (anginoz forma)

1.Og'riq

Nitroglitserin ta'sirida kamaymaydi,

O'limdan qo'rquv xissi paydo bo'ladi, bexalovatlik

2.Yurak-qon tomirlarga bog'liq belgilar

Taxikardiya, ritmning buzilishi,

Yurak tonlarining bo'g'iqlashuvi,

AQB pasayishi

3.Nekroz o'chog'idan toksinlarni so'rilishi oqibatidagi belgilar

Tana xaroratini ortishi,

Lekotsitoz, EChT ortishi,

S reaktiv oqsil paydo bo'lishi

4.Qon ivish qobiliyatining o‘zgarishi

Fibrinogen miqdorining ortishi

Geparin miqdorining kamayishi

5.EKGdagi o‘zgarishlar

Manfiy T tishcha,

R tishchanning pasayishi

Chuqur Q tishchanning paydo bo‘lishi

6.Asoratlari

Kardiogen shok

Yurak astmasi

Qorinchalar fibrillyatsiyasi

Miokard infarktining atipik turlari

- 1.Miokard infarktining og‘riqsiz turi.
- 2.Miokard infarktining astmatik turi
- 3.Miokard infarktining aritmik turi
- 4.Miokard infarktining abdominal yoki gastrolgik turi
- 5.Miokard infarktining serebral turi

Miokard infarktida tez tibbiy yordam ko‘rsatish va xamshira parvarishi.

- 1.Bemorni tinchlantirish va yotoq rejimini saqlash.
- 2.Zudlik bilan vrachga xabar berish, yoki TTYo chaqirish.
- 3.Vrach ko‘rsatmalariga binoan og‘riq qoldiruvchi vositalar yuborish.
- 4.AQB va pulsni o‘lchash.
- 5.EKGyozish
- 6.Mezaton 0,1% 0,5 teri ostiga yuborish
7. Qat’iy yotoq rejimida зудlik bilan reanimatsiya bo‘limiga yetkazish.

Asosiy yuqumsiz kasalliklar klinik protokollari asosida yurak ishemik kasalliklarini tinglovchilarga tushuntirish, bemorlarga maslahatlar va tavsiyalar berish.

Mashg'ulotning maqsadi: Hamshiralarni yurak ishemik kasalliklari bo'yicha mijozlarga to'g'ri maslahat berish va parvarishlashga o'rgatish.

Mashg'ulotning rejasi: YuIK nima?

YuIK kelib chiqish sabablari va xavfli omillar

YuIKning asosiy belgilari nimalardan iborat?

Tibbiy yordamga qachon murojat qilish kerak?

YuIK diagnostikasi

YuIKlaridan keyin tiklanish

YuIK profilaktikasi

Yurak ishemik kasalliklari nima?

Yurak ishemik kasalliklari - bu yurak toj tomirlarining zararlanishi natijasida yurak muskullarining qon bilan ta'minlanishining buzilishidir. (ishemiya - qonsizlanish)

Yurak ishemik kasalliklarining turlari

1. Stenokardiya.
2. Miokard infarkti.
3. Miokardning og'riqsiz turi.
4. Yurak ritmining buzilishi.
5. Yurak yetishmovchiligi.
6. Yurakning to'satdan to'xtashi.

Yurak ishemik kasalliklari sabablari:

Arteriyalarning aterosklerozi (qon tomir devoriga xolesterinning to'planishi),
Qon ivish xususiyatini ortishi,

Yurakni kislorod va oziq moddalar bilan ta'minlaydigan, yetarlicha qonni yetkazadigan, koronar arteriyalarning har qanday muammosi.

Yurak ishemik kasalliklariga olib keluvchi xavfli omillar:

1. Nasliy omil.
2. Yuqori qon bosimi (Arterial gipertoniya.)
3. Organizmda yog' almashinuvining buzilishi va qonda xolesterin miqdorining ortishi.
4. Chekish.
5. Uglevod almashinuvining buzilishi va qandli diabet.
6. Kamxarakatlilik.
7. Tanadagi ortiqcha vazn(semizlik).
8. Asabiylashish, tajovuzkor, serjaxl bo'lish
9. Yog'li ovqatlar.
10. Hissiyotli holatlar.

Yurak ishemik kasalligining belgilari.

Jismoniy zo'riqishda ko'krak sohasida og'riq. Jismoniy zo'riqishda nafas qisishi.

Yurakning tez urishi, yurak ritmini buzilishi. Bosh aylanishi yoki hushdan ketish. Kuchli holsizlik. Yurakning to'satdan to'xtashi.

Tez tibbiy yordamga qachon murojaat qilish kerak!

1. Ko'krakda og'riq yoki jismoniy zo'riqishdan keyin diskomfort. Og'riqning chap qo'lga va orqa kurakka tarqalishi bo'lganda.
2. Zinadan yuqoriga ko'tarilganda yoki jismoniy mashqlar bajarganda nafas qisganda.
3. Hushdan ketganda.
4. Qorinning yuqori qismida og'riq bo'lganda.
5. Yurak o'ynashi yoki bosh aylanishi kuzatilganda.
6. Jag'da tish og'rig'iga o'xshagan, tushuntirib bo'lmaydigan ko'ngil aynash, qusish yoki terlashda.
7. Kuchli holsizlikda.

Kasallikning oldini olish uchun hamshira maslahatlari

1. Tamaki chekishni to'xtatish.
2. Yog' maxsuloti iste'molini kamaytirish.
3. Qonda xolesterin miqdorini nazorat qilish.
4. Ovqatlanish rejimini saqlash (to'g'ri ovqatlanish).
5. Jismoniy mashqlar bajarish.
6. Qandli diabet kasalligini vaqtida davolash.
7. Qon bosim kasalligini vaqtida davolash.
8. Qonni quyugligini nazorat qilish.

YuIKdan keyin tiklani

Bemorlarni qo'llab quvvatlovchi guruhlar. Ish xizmatiga qaytish. Jinsiy hayot.

Stenokardiya

Yurak sohasida og'riq; og'riqlar chap qo'l, yelka, kurak, bo'yin soxasiga tarqaladi. Nitroglitserin ta'sirida, jismoniy zo'riqishlar to'xtatilganda kamayadi va o'tib ketadi.

Og'riqlardan tashqari bemorlarda chap qo'l, yelka, pastki jag' sohasining uvishishi, sezgining kamayishi kabi belgilar bilan namoyon bo'lishi mumkin.

Yuqoridagi belgilar bemorlar sovuq qotganda, jismoniy va ruxiy zo'riqqanda yuzaga keladi.

Stenokardiya hurujida hamshira parvarishi

Bemorni tinchlantirish; Bemorga yotoq rejimini yaratish; Har 5 minutda nitroglitserin berish;

Vrachga xabar berish; AQB o'lchash; EKG yozish.

Miokard infarkti - bu yurak muskullarining o'tkir ishemik nekrozidir.

O'tkir miokard infarktining klinik belgilari (anginoz forma)

1. Og'riq, o'limdan qo'rquv hissi paydo bo'ladi, behalovatlik, kuchli holsizlik, sovuq ter bosishi.
2. Qon ivish qobilyatining o'zgarishi
3. Taxikardiya, ritmning buzilishi, yurak tonlarining bo'g'iqlashuvi, AQB pasayishi
4. EKGdagi o'zgarishlar
(Manfiy T, R tishchening pasayishi, chuqur Q tishchening paydo bo'lishi.
5. Tana xaroratini ortishi, leykotsitoz, EChT ortishi, S reaktiv oqsil paydo bo'lishi

6. Asoratlari

Kardiogen shok. Yurak astmasi. Qorinchalar fibrillyatsiyasi

Miokard infarktida tez tibbiy yordam ko'rsatish va xamshira parvarishi.

1. Bemorni tinchlantirish va yotoq rejimini saqlash;
2. Zudlik bilan vrachga xabar berish, yoki TTYo chaqirish;
3. Vrach ko'rsatmalariga binoan og'riq qoldiruvchi vositalar yuborish;
4. AQB va pulsni o'lchash;
5. EKG olish;
6. Mezaton 0,1% 0,5 teri ostiga yuborish;
7. Qat'iy yotoq rejimida zudlik bilan kasalxonaga yetkazish.

Yurak yetishmovchiligi va yurak faoliyatini to'xtashi

Yurak yetishmovchiligida quyidagi belgilar bo'lishi mumkin:

Hansirash. Holsizlik (tez charchash). Qo'l va oyoqlarda shish

Kardiogen shok - Es-hushning sustlashishi yoki koma holatida bo'lishi. Oyoq va qo'llarning muzlashi. Siydik ajralishining kamayishi yoki to'xtashi (oligouriya yoki anuriya)

Yurakning tez va noto'g'ri urishi, Hansirash, bo'g'ilish. Rangpar teri

Miokardning yorilishi (yurak yorilishi)

Miokardning yorilishi- yorilish yoki yoriq ko'rinishida bo'lishi mumkin:

Qorinchalar yoki bo'lmachalar devorlari. Qorinchalararo yoki bo'lmachalararo to'siq. Papillyar mushaklar yoki boylamlar. Yurak kameralaridan biri

Yurak qon-tomir kasalliklarida hamshiralik tekshiruvlari

Pulsni sanash. Arterial bosimni o'lchash

Hamshira tana vazni va bo'yini ulchab tana vazn indeksini (TVI) hisoblashni bilishi kerak.

EKG (Elektrokardiogramma) tushirish. Qon tahlili.

Hamshira bajaradigan muolajalar

Yurak urushi va nafas olish to'xtaganda jonlantirish choralari

YuRAK O'PKA REANIMATSIYASI.

Asosiy tadbirlarni "AVS" ketma-ketligida bajarish mumkin.

A-nafas yo'llarini utkazuvchanligi

V-nafas berish

S-sirkulyatsiyani yaxshilash

Yurak xurujida hamshira bajaradigan muolajalar

1. Bemor uchun qulay sharoit yaratish (gorizontal xolatda yotqizish)
2. Siqib turgan kiyimlarini bo'shatish.
3. Xonani toza havo bilan ta'minlash.
4. Bemorni tinchlantirishga harakat qilish.
5. Til ostiga nitroglitserin qo'yish, nitroglitserindan so'ng og'rikning to'la to'xtashi, stenokardiya belgisi hisoblanadi
6. To'liq og'riqni qoldirish va miokard infarktini asoratini oldini olish uchun tinch xolatni yaratish;
7. Asosiy muolaja boshlanguncha, qayta - qayta nitroglitsirinni 1 ta tabletkadan til ostiga xar 5-10 minutda berish;
8. Aspirin 250 mg – 1 grammgacha chaynatib yuborish;

Hamshira bemorni holatini baholash uchun quyidagicha so‘rab surishtirish olib boradi:

Sizda yurak kasalliklari, AG, MI kasalliklari aniqlanganmi?

Sizda yurakda og‘riq, jismoniy zo‘riqishda va yotgan holatda nafas yetishmasligi, qo‘l-oyoqlarning uvushib qolishi yoki zaifligi, ozib ketish, kuchli chanqoq, peshobni ko‘p ajralishi (poliuriya), yuzning salqishi, oyoq tagining shishishi, siydikda qon (gematuriya) va boshqalar bezovta qiladimi? Chekasizmi? Alkogol iste‘mol qilasizmi? Jismoniy faollikka vaqt ajratasizmi?

YuQTK bilan og‘rigan bemor holatini baholash uchun hamshira quyidagi tekshirishlarni amalga oshiradi:

arterial bosimni o‘lchash; bilak arteriyasida tomir urishi sanash; to‘piqdagi shishlarni aniqlash; nafas olish tezligini baholash;

QD aniqlangan bemorlarda oyoq yuzini tekshirish (sezgirligi, tomir urishi va yaralarning mavjudligi); bel aylanasi o‘lchash;

YuQTK bilan og‘rigan bemor va uning oila a‘zolariga tavsiyalar

1. Vrach ko‘rsatmasi asosida dori darmonlarni qabul qilish.
2. Tamaki chekishni va alkogol suiste‘mol qilishni to‘xtatish.
3. Yog‘ maxsuloti iste‘molini kamaytirish.
4. Qonda xolesterin miqdorini nazorat qilish.
5. Ovqatlanish rejimini saqlash(to‘g‘ri ovqatlanish).
6. Jismoniy mashqlar bajarish.
7. Qon bosim kasalligini vaqtida davolash.
8. Qonni quyugligini nazorat qilish.

Kichik guruhlarda ishlash

Vaziyatli masala № 1

50 yoshli erkak, buxgalter bo‘lib ishlaydi, tana vazni 102 kg, bo‘yi 165 sm, bir kun davomida 20 dona sigaret chekadi, och qoringa qondagi glyukoza miqdori 8,0 mmol/l, AB ikki marta o‘lchangandan keyin 160/80 mm.simob.ust. ko‘rsatdi.

Ushbu patsientdagi xavfli omillarni toping, AG darajasi, QD va yurak qon tomir kasalliklari xavfini aniqlang.

Vaziyatli masala № 2

42 yoshli ayol, universitetda o‘qituvchi bo‘lib ishlaydi, tana vazni 58 kg, bo‘yi 165 sm, chekmaydi. AB ikki marta o‘lchangandan keyin 140/90 mm.simob.ust. ko‘rsatdi.

Ushbu patsientdagi xavfli omillarni toping, AG darajasi, yurak qon tomir kasalliklari xavfini aniqlang.

Vaziyatli masala № 3

55 yoshli erkak, fermer, chekmaydi, ichmaydi, ishga velosipedda boradi, yurak qon-tomir kasalliklari yo‘q, bel aylanasi - 90 sm, ovqatlangandan keyingi glyukoza - 9,5 mmol/l, AB ikki marta o‘lchangandan keyin 130/90 mm.simob.ust. ko‘rsatdi.

Ushbu patsientdagi xavfli omillarni toping, AG darajasi, QD va yurak qon tomir kasalliklari xavfini aniqlang.

Vaziyatli masala № 4

56 yoshli erkak, yurist, bir kunda 30 dona sigaret chekadi, ba‘zan spirtli ichimliklar ichadi. AB ikki marta o‘lchangandan keyin 160/95 mm.simob.ust. ko‘rsatdi.

Tekshirganda – umumiy xolesterin – 6,0 mmol/l, ovqatlangandan keyingi glyukoza – 11,4 mmol/l.

Ushbu patsientdagi xavfli omillarni toping, AG darajasi, QD va yurak qon tomir kasalliklari xavfini aniqlang.

Rolli o‘yin

Bemor 56 yoshda ko‘krak qafasida og‘riq hansirash va o‘lim vahimasidan shikoyat qildi. Tamaki iste‘mol qiladi ya‘ni kuniga 20-dona sigaret chekadi. Spirtli ichimliklarni onda-sonda ichib turadi. Tekshirib ko‘rilganda qon bosimi 170/100mm.sim.ust ga teng, puls 95ta.

Savol:

- 1.bemor holatini baholang
- 2.hamshiralik tekshiruvlarini olib boring
3. hamshiralik muolajalarini bajaring
4. maslahat va tavsiyalar bering.

Yurak qon-tomir kasalliklarida hamshiralik parvarishi va maslahatlar berish».

Yurak qon-tomir tizimi kasalliklari mavjud bemorlarda hamshiralik parvarish

Pulsni sanash. Kerakli jihozlar: ikkinchi qo‘lda soat, bemorning kuzatuv kartasi.

Qo‘lni yuvib, quritadi. Muolajani bemorga tushuntirish. Bemorga qulay sharoitni ta‘minlash.

Mijozdan bilak arteriyasi sohasini berkitib turgan kiyimning yengini ko‘tarishini iltimos qiling (agar zarurat bo‘lsa!);

Mijozning qo‘l kafti ya‘ni bilak-kaft bo‘g‘imi sohasini qo‘lingiz bilan o‘rab oling (rasmga qarang); Katta barmoqni bilakning orqa tomoniga joylashtiring; Qolgan barmoqlar bilan (asosan ko‘rsatkich va o‘rta) old tomondagi terini bosing va tomiri urib turgan arteriyani paypaslab toping; 1 daqiqadagi yurak qisqarishlar sonini



hisoblang;

Mijozdan yengini tushirishini so‘rang (agar zarurat bo‘lsa); qo‘lni sovun bilan yuving.

Arterial bosimni o‘lchash - kerakli anjomlar: sfigmomanometr (arterial bosimni o‘lchash uchun asbob), stetoskop, bemorning tibbiy kartasi. **Qon bosim o‘lchash**

texnikasi: qo‘llarni sovun bilan yuving; so‘rang, mijoz yaqin vaqt oralig‘ida kofe ichmaganmi va/yoki chekmaganmi va/yoki davolash muassasisiga tez yurib kelmaganmi? Agar mijoz bir soat ichida kofe ichgan va/yoki chekkan bo‘lsa, QBni 30 daqiqadan so‘ng o‘lchang; Agar mijoz davolash muassasisiga tez yurib kelgan bo‘lsa, QBni 5 daqiqa dam olganidan keyin o‘lchang; Mijozdan issiq yoki qalin kiyimlarini yechishini va yengini tirsak chuqurchasigacha ko‘tarishini iltimos qiling (agar zarurat bo‘lsa); Qo‘lni tirsak bukiladigan joyini yurak bilan bir xil sathda joylashtiring (rasmga qarang); Qo‘lga manjetani bog‘lang; Manjetaning pastki qismi tirsak bukiladigan joydan 2,5 sm. yuqorida va qo‘l bilan manjeta orasiga 1 barmoq sig‘ishini tekshiring; Tirsak chuqurchasida tomir urayotgan joyni aniqlang va o‘sha joyga stetoskopni qo‘ying; Qon bosimni o‘lchash qurilmasini chap qo‘lda va nokchasini o‘ng qo‘lda ushlab turing; Nokcha muruvatini soat mili bo‘yicha aylantiring va nokchaga havo kelishini yoping; Nokchani o‘ng qo‘l bilan bosib, puls yo‘qolguncha va yana 30 mm. simob ustuni qo‘shilguncha manjetaga havo yuboring ing;

Asta-sekin manjetadan soniyasiga 2-3 mm. simob ustuni tezligida havoni chiqarishni boshlang;

Birinchi tomir urishini diqqat bilan eshiting, u paydo bo'lishi bilan hisobni boshlash lozim;

Asta-sekinlik bilan havo chiqarishni davom ettiring va tomir urishi yo'qolgan paytdagi ko'rsatkichni belgilang; Manjetadan hamma havoni chiqarib tashlang va 2 daqiqadan so'ng o'lchashni takrorlang; Ikki marta o'lchash natijalarini qo'shing va o'rtacha qiymatini hisoblang; Mijozdan kiyimlarini kiyishini iltimos qiling (agar zarurat bo'lsa) va qo'lni sovun bilan yuving. Qon bosimni nazorati.

Hamshira kuyidagilarni bajarishi shart:

Qon bosimni muntazam ulchash, ayniqsa AG bor bemorlarda arterial bosimni tez - tez tekshirish. Qon bosimni pasaytirish uchun xayvon yog'larga boy mahsulotlarni kam istemol qilish. Doimo jismoniy mashqlarni bajarish. Vrach buyurgan dori vositalarini doimo o'z vaqtida qabul qilish kabi tavsiyalarni maslahatlar berish. Qon bosimi o'lchashdan oldin mijoz 1 soat oldin tamaki chekmasligi va qaxva ichmasligi kerak. Qon bosimi, mijoz kamida 5-10 daqiqa dam olgandan keyin o'lchanadi. AB ko'rsatkichi kun davomida o'zgarishi mumkin.

Vrach qabuli vaqtidagi bezovtalik, xavotir yoki jaxl hislari, arterial bosimni oshishiga olib kelishi mumkin. Ba'zilar tibbiy muassasalarda tashvishlanadilar va bu AB oshishiga sabab bo'ladi – bu «oq xalat gipertoniyasi» deb ataladi. Bosimning oshish sababini aniqlash uchun, qon va siydik tahlillari, EKG kerak bo'lishi mumkin.

Hamshira parvarishda bemorga quyidagilarni tushuntirishi kerak Har bir AGsi bor bemor uyda qon bosimini muntazam ravishda o'lchab turishi va o'zida o'lchovchi asbobi bo'lishi kerak. Bu simobli, monometrl yoki elektron bo'lishi mumkin. Arterial bosimni me'yoriy sharoitda ertalab va kechkurun o'lchash lozim.

Qon bosimni o'lchashga ko'rsatma: bemorga kuyidagi xolatlarda qon bosimini o'lchash tavsiya qilinadi: bosh og'riganda, axvoli yomonlashganda, xolsizlik bezovta qilganda

Vrach tavsiyasiga ko'ra buyurilgan dori darmonlar nazorati - bemorga tavsiya qilingan dori vositalar qabul qilinishini, bemorda dori vositalari qabulidan kuyidagi nojo'ya ta'sirlar kelib chiqsa, vrachni xabardor qilishni: uyquchanlik, buyrak sohasida og'riq, quruq yo'tal, bosh aylanishi, hushdan ketish, teridagi toshmalar.

YuIK mavjud bemorlarni parvarishiga quyidagilar kiradi: chekishni tashlash, me'yoriy parhezga rioya qilish, jismoniy mashqlarni bajarish, YuIK xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga, kasallikni oldini olish bo'yicha ma'lumot berish, asoratlardan ehtiyot bo'lish va kasallik zo'rayishini oldini olish.

MI bemorlarga reabilitatsiya (qayta tiklanishda) davrida yordam berish.

Parhez: Ovqatdagi tuz miqdorini 5 g gacha kamaytirish va 400 g meva va sabzavotlarni har kuni iste'mol qilish.

Alkogol, ya'ni spirtli ichimliklar - YuIK bor bemorlar spirtli ichimliklarni iste'mol qilishi man etiladi.

Cekish: Cekish stenokardiya, MI va insultning yuqori xavfining sababi. U yana o'pka kasalliklari xavfini ham oshiradi.

Kofein: Bemorlar kofe, choy va boshqa kofeinli ichimliklar iste'molini kamaytirish, chunki ular AB oshiradilar.

YuIK ko'krak qafasidagi og'riqda hamshiralik parvarishi. Ko'krakda og'riq bo'lgan bemorning ahvolini tez baholash. Agar og'riq yurakka xos bo'lsa, bemorga tez yordam berish. Bemorga har tomonlama yordam ko'rsatilishi. Bemorni yarim-o'tirgan holatdan yotqizish. Imkoni boricha muhim hayotiy ko'rsatkichlarni baholash

kerak (harorat, puls, nafas olishlar soni, QB) va EKG. Barcha natijalar zudlik bilan qayd etiladi.

Og'riqni baholash va qayd qilish: huruj vaqti, og'riqning joylashishi, og'riq tabiati, og'riq kuchi, og'riq davomiyligi, og'riq i, og'riqda bemorning harakatlari, yengillashtiruvchi va og'irlashtiruvchi omillar.

Qo'shimcha simptomlarni belgilash: Ko'ngil aynishi va/yoki qayt qilish, Entikib nafas olish,

Yo'tal, Yurak urishining tezlashishi, Terlash, Bosh aylanishi, Teri rangi, rangpar yoki ko'kimtir rangda bo'lishi.

Hamshira, bemorga hayot tarzini o'zgartirish haqida tavsiyalar berishi kerak: Tuz iste'molini kuniga 5 gramgacha kamaytirish. Meva va sabzavotlarni ko'p istemol qilish. Jismoniy faollikka axamiyat berish. Spirtli ichimliklar iste'molini kamaytirish. Chekishni tashlash. Vaznni pasaytirish. Kofe, kola kabi kofeinli ichimliklar iste'molini kamaytirish. Asabga nomedikamentoz davo olib borish, ya'ni yoga, meditatsiya.

Hamshira bemorga tushuntirishi kerak: U qanchalik sog'lom turmush tarziga rioya qilsa, shuncha arterial bosimni pasaytirish imkoni bo'ladi. Sog'lom turmush tarziga rioya qilgan odamlarda, dori vositalarini qabul qilishga ehtiyoj qolmaydi. Yotoq yaralar – bu teri va ichki to'qimalarning shikastlanadigan holatidir. Agar, yotoq yaralar parvarish qilanmasa nafaqat teri, balki teri ostidagi to'qimaning yog' qavatini ham shikastlanadi. Bu holat og'riqli bo'lib uzoq muddat kasalxonada davolanishga sabab bo'lishi mumkin. Infeksiya tushib qon zaharlanishi va suyak kasallanishigacha olib borishi mumkin. O'ta og'ir holatlarda, yotoq yaralar hayotga xavf solishi mumkin. Bemorda yotoq yaralar rivojlanishiga olib keladigan xavf omillarini baholash va ularni o'z vaqtida bartaraf etish. Vrach bilan birga zarur va kerakli muolajalarni qo'llash.

Hamshira parvarish bo'yicha har bir holatni va har bir xavfni baholash kerak:

Bemor ahvoli o'zgarsa, qayta baholash: oddiy bemorlarni xar 24 soatda, ahvoli og'ir bemorlarni har 12 soatda.

Hamshira yotoq yaralarni oldini olish uchun quyidagilarni bajarishi kerak: Odatda bemor tana holatini o'zgartirishi, kiyim va karavotni to'g'irlashi kerak. Bemorda yotoq yaralar rivojlanishiga quyidagi xavf omillari ta'sir etishi mumkin: harakatning pasayishi yoki yo'qolishi, sezuvchanligi yo'qolsa, og'ir holatda, es hush buzilish, keksa yosh.

Hamshira bemorlarni terisini doimo baholab turishi kerak: tovonlar, umurtqaning dumg'aza qismi, quymuch tugunchasi, paypoqlarning tig'iz tasmasi ta'sir etuvchi tana qismlari, sonlar, ishqalanish yoki qiyshayishga uchrovchi tana qismlari, moslama va kiyimlardan tashqi ta'sirga uchrovchi tana qismlari, tirsaklar, kuraklar, boshning chakka qismlari, boshning ensa qismi va asosi.

Hamshira, yotoq yaralarni quyidagi belgilarni bilishi kerak: terining qizarishi yoki giperemiya, terining turg'un qizarishi/eritema, kavariqlar, mahaliy harorat, mahaliy shish, mahaliy zichlashish.

Hamshira yotoq yaralarni vrach ko'rsatmasi asosida davolashi kerak: nam terini artib, shamollatish, mos vositalar bilan yarani tozalash, og'riqni kamaytirish. Qo'shimcha davolash usullari - yotoq yaralarni manfiy bosim yordamida vakuum-davolash, elektr-qo'zg'atish.

Hamshira yotoq yaralarni oldini olishni bilishi kerak: teri ifloslanganda iliq suv bilan uni tozalash. Quruq teriga yumshatuvchi vositalarni ishlatish. Suyak doʻngliklarini qattiq ishqalamaslik. Agarda siydik yoki axlat tuta olmasa, himoyalovchi, suv oʻtkazmaydigan vositalarni yoki soʻrib oluvchi tagliklarni tavsiya qiladi. Bemorni boshqa yonga aylantirayotganda terini ishqalanishini oldini olish uchun, moylovchi vositalar, himoya kiyimlaridan foydalanadi. Bemor terisiga choʻmilgandan keyin loson ishlatish.

“Sogʻlom yurak” parheziga rioya qilish: Osh tuzi miqdorini, shu jumladan, tayyor ovqatlar va boshqa har qanday mahsulotlar tarkibidagi tuz miqdorini kuniga 5 grammgacha (1 choy qoshigʻida) cheklash. Tarkibida osh tuzi miqdori yuqori boʻlgan tayyor mahsulotlar va yarim tayyor oziq-ovqat mahsulotlari (kolbasa, qurt, suzma, pishloq, dudlangan mahsulotlar, chipslar, quritilgan non, marinadlar, sosiskalar, qazi va boshqalar) isteʼmol qilishni cheklash. Meva va sabzavotlar: kuniga mavsumiy meva va sabzavotlarning 5 porsiyasini (400- 500 gramm) isteʼmol qilish: 1 porsiya 1 oʻrtacha kattalikdagi shaftoli, apelsin, olma, 3-4 oʻrik, bir hovuch uzum, anor va 3 osh qoshigʻidagi yangi va qaynatilgan sabzavotlarga (qaynatilgan kartoshka bundan istisno) teng. Yogʻli ovqat. Yogʻli goʻsht isteʼmol qilishni cheklash, boshqa turdagi goʻshtlarni parranda goʻshti (terisiz) bilan almashtirish. Tarkibida yogʻ va margarin miqdori yuqori boʻlgan sutli mahsulotlarni isteʼmol qilishni cheklash (ikki osh qoshigʻidan kam).

Ratsiondan mol yogʻini chiqarib tashlash: palma va kokos yogʻlarini isteʼmol qilmaslik. Zaytun, raps, soyali, pista, makkajoʻxori, kunjut, paxta yogʻlaridan foydalanish. Asosan yogʻli dengiz baligʻini isteʼmol qilishni koʻpaytirish tavsiya qilinadi.

Kuyidagi tekshiruvlar xaqida hamshira bilishi va bemorlarga tushuntirish kerak:

pulsni sanash, arterial bosimni oʻlchash, tana vazni va boʻyini ulchab tana vazn indeksini (TVI) hisoblashni bilishi kerak. Koronar angiografiya (kateter orqali tekshirish nomi bilan ham maʼlum). Magnit-rezonansli tomografiya yordamida sinov oʻtkazish (MRT). Kompyuter tomografiyasi (KT). Koronar angiografiya (kateter orqali tekshirish nomi bilan ham maʼlum)

Magnit-rezonansli tomografiya yordamida sinov oʻtkazish (MRT). MRT yurakni batafsil suratini koʻrish uchun ishlatilishi mumkin. MRT vaqtida bemor tunnel, yaʼni yoʻlak koʻrinishidagi kamerani aks ettirgan skaner ichida yotadi. Skaner butun aylanasi boʻylab magnitdan iborat boʻlib, tasvirlarda suratni aks ettirishi uchun magnit maydoni va radio toʻlqinlardan foydalaniladi. KT rentgen – nur, yaʼni tana ichki aʼzolarining har tomonlama tasvirini hosil qilish uchun nurlar va kompyuterdan foydalaniladi. KT vaqtida bemor karavotda yotadi, katta boʻlmagan, rentgen nurini taratuvchi nay esa organizm atrofida harakatlanadi.

Hamshira bajaradigan muolajalar:

1. Bemor uchun qulay sharoit yaratish (gorizontal xolatda yotqizish)
2. Siqib turgan kiyimlarini boʻshatish.
3. Xonani toza havo bilan taʼminlash.
4. Bemorni tinchlantirishga harakat qilish.
5. Til ostiga nitroglitserin qoʻyish, nitroglitserindan soʻng ogʻrikning toʻla toʻxtashi, stenokardiya belgisi hisoblanadi
6. Toʻliq ogʻriqni qoldirish va miokard infarktini asoratini oldini olish uchun tinch xolatni yaratish;

7. Asosiy muolaja boshlanguncha, qayta - qayta nitroglitsirinni 1 ta tabletkadan til ostiga xar 5-10 minutda berish;

8. Aspirin 250 mg – 1 grammgacha chaynatib yuborish;

Yurak qon tomir kasalliklarida hamshiralik parvarishi va maslahatlar berish. Tibbiy muassasalarga tashrif buyurganda hamshiralalar qon bosimini o‘lchashi kerak.

- Arterial bosim ko‘rsatkichi kun davomida o‘zgarishi mumkin.
- Vrach qabuli vaqtidagi bezovtalik, xavotir yoki jaxl hislari, arterial bosimni oshishiga olib kelishi mumkin.
- Ba’zilar tibbiy muassasalarda tashvishlanadilar va bu arterial bosimni oshishiga sabab bo‘ladi - bu holat «oq xalat gipertoniyasi» deb nomlanadi.

Hamshira parvarishda bemorga quyidagilarni tushuntirishi kerak:

Xar bir arterial gipertoniyasi bor bemor uyda qon bosimini muntazam ravishda o‘lchab turishi kerak va o‘zida o‘lchovchi asbobi bo‘lishi kerak. Bu simobli, monometrli yoki elektron bo‘lishi mumkin. Arterial bosimni me’yoriy sharoitda ertalab va kechkurun o‘lchash lozim. Xar bir bemorga kuyidagi xolatlarda albatta qon bosimini o‘lchash tavsiya qilishi kerak: bosh ogriganda, axvoli yomonlashganda, xolsizlik bezovta qilganda.

Hamshira quyidagilarni bajarishi lozim: Kerakli dori vositalarni qabul qilinishi nazorat qilish. Dori vositalari qabulidan kuyidagi nojo‘ya ta’sirlar kelib chiqsa, bemorni vrachga yuborish: uyquchanlik, bosimning oshish sababini aniqlash uchun, qon va siydik tahlillari, EKG kerak bo‘lishi mumkin.

Hamshira tana vazni va bo‘yini ulchab tana vazn indeksini (TVI) hisoblashni bilishi kerak.

Maksad: TVI ni aniklash - kerakli obekt: bemor, kerakli anjomlar: tarozi, rostomer, santimetr lentasi, bemor kartasi.

- Agar vazn 3 kun ichida 2.5 kgdan oshsa, shifokorga, yoki hamshiralarga xabar berish kerak.

Esda tuting me’yorida bel aylanasi

Erkaklarda – 102 sm, ayollarda – 88 sm

- Tana vazni indeksi TVI bu tana og‘irligi (kg) / bo‘y uzunligi kvadratiga bo‘linidi = TVI (kg/m²). Misol: 1,70 sm x 1,70 sm = 2,89 sm. 70 kg : 2,89 sm = 24,2

Tana vazni	Tana vazni indeksi	AG yuzaga kelish ehtimoli
Tanqislik	18,5past	Past
Me’yorida	18-24,9	Odatiy
Yuqori	25-29,9	Oshgan
1 darajali semizlik	30,0-34,9	Yuqori
2 darajali semizlik	35,0-39,9	Juda yuqori
3 darajali semizlik	40yuqori	Xaddan ziyod yuqori

Kichik guruhlarda ishlash

1– masala.

52 yoshli erkak, QB yuqori bo‘lishi shikoyati bilan birinchi bo‘limga murojaat qildi. Erkakning turmush o‘rtog‘i QB o‘lchaganda 150/90 mm.simob.ust., ko‘rsatgan. Anamnezidan: uylangan, 2ta bolasi bor. Mijozning otasi yurak xurujidan o‘lgan. Onasi nafaqaho‘r. Chekmaydi. Ba‘zan bayram tantanalarida ichib turadi. Kasbi – bosh gidrotexnik.

Topshiriq : Hamshira nimalarni bajarishi kerak?

Bemorga hamshiralik tashhisi qo‘ying

2– masala.

Qabulda 58 yoshli erkak, institut o‘qituvchisi. Jismoniy harakat qilganida (150m piyoda yurish) tush suyagining orqa sohasida nohushlikni his qilishga va bosh og‘rishiga shikoyat qiladi. Anamnezidan: uylangan, 3ta bolasi bor (katta ug‘li 20 yosh – institutda student, kantrakt asosida o‘qiydi, qizi 15 yoshda –9 sinf o‘quvchisi, kichkina o‘g‘li 13 yoshda – yoshligidan nogiron – DSP). Oxirgi 8 yildan buyon arterial gipertoniya bo‘yicha hisobda turadi. QB ko‘tarilganida atenolol qabul qiladi. Chekadi, ba‘zan spirtli ichimliklar ichadi, bo‘yi–160 sm, tana vazni–74 kg. QB ikki marta o‘lchanganda –180/110 mm.simob.ust. ko‘rsatdi. Hamrox kasalliklari: bronxial astma (ko‘ksov) o‘rta og‘ir darajasi. Och qoringa qondagi glyukoza tekshirilganda – 8,2 mmol/l, EKG – 1 daqiqada yurak qisqarish soni 100 marta, sinusli marom, taxikardiya.

Topshiriq : 1. Bemorga hamshiralik tashhisi qo‘ying

Bemorni olib borish taktikasi.

1-vaziyat.

Uyga chaqiriq

58 yoshli Ismoil aka uyiga chaqirganda quyidagilarga: ko‘krak qafasida og‘riq, og‘riq, hansirash, sovuq ter bosishiga shikoyat qildi. Til ostiga nitroglitsirin tabletkasidan foydalangan lekin og‘riq og‘riq to‘xtamaganini aytdi. 3 kun oldin unda ko‘tarilgan AB aniqlangan.

YuRAK, QON-TOMIR KASALLIKLARI BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI DAVOLASNDA FIZIOTERAPIYANI QO‘LLASN

YuRAK ISNEMIK KASALLIGI (YuIK)

Yurak ishemik kasalligi koronar qon aylanish buzilishi xisobiga miokardning kislorodga bo‘lgan ehtiëjining ta‘minoti bilan mos kelmasligi xisobiga kelib chiqadi va yurak funksiyalari buzilishiga olib keladi. YuIKning asosiy sababi (95 -98%) ateroskleroz. Koronar arteriyalar aterosklerozi tomonidan chaqirilgan miokard gipoksiyasi patogenezida asosiy o‘rinni gemodinamik siljishlar turadi: arterial bosim (AB) oshishida taxikardiya diastola qisqarishi bilan, sirkulyatsiyadagi qon xajmi ortishi, qonning ivituvchi va ivishga qarshi sistemalar buzilishi, koronar arteriyalar spazmining patofiziologik mexanizmlari, metabolik buzilishlar (kardiomiotsitlarda anaerobli glikolizning aktivlanishi, laktatning giperproduksiyasi va b.

Natijada bemorlarda stenokardiyaning boshlang‘ich belgilari (og‘riqli sindrom) yuzaga keladi, ishemiyali sohani qon aylanishi tiklangach ma‘lum vaqt miokardning ishemiyadan keyingi disfunksiyasi (—bo‘g‘iq||miokard) saqlanadi .

Asosiy sindromlar:

- koronar tomirlar aterosklerozi va endoteliy disfunktsiyasi;
- o'tkir va surunkali yurak yetishmovchiligi (YuE);
- yurak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi;
- arteriya devorida yallig'lanishli o'zgarishlar va immun disfunktsiya;
- neyrohumoral disfunktsiya;
- giperkoagulyatsion;
- dislipidemik.

Shulardan asosiylari ishemik, giperkoagulyatsion va metabolik buzilishlar sindromi.

Barcha YuIK bilan kasallanganlar (shaklidan qat'iy nazar) davolash tadbirlari xavf omillariga (haet tarzi, parhez, zararli odatlar) ta'sirot bilan birga olib boriladi.

Fizioterapiya vazifalari

- jismoniy zo'riqmalarga tolerantlikning ortishi;
- to'laqonli koronar oqimning va optimal gemodinamik ko'rsatkichlarning tiklanishi;
- preparatlar qabuliga ehtiëjning pasayishi;
- bemorlarning kundalik haetga adaptatsiyasi va sifatining yaxshilanuvi.

Jismoniy davolash usullari asosan YuIKning remissiyasida, kam xurujli stabil kechuvda èki qo'zg'alishning so'ngida qo'llaniladi.

Qarshi ko'rsatmalar

- nostabil stenokardiya;
- Prinsmetall spontan stenokardiyasi
- QAE I bosqichi balneoprotseuralar va II bosqtichdan yuqorisi uchun fizioterapiyaning apparatli usullari;
- AVB I darajadan yuqorisi;
- surunkali yurak anevrizmasi;
- miokard infarktining o'tkir davri;
- ritmning murakkab buzilishlari;
- èrqin vegetoendokrin disfunktsiyalar;
- stabil stenokardiya IV FS.

YuIKli bemorlarni fizioterapevtik davolash usullari

Kardiotonik

Uglerodoksiddli vannalar. Konsentratsiyasi SO₂-0,8-1,2 g/l, temperaturasi 35-36S, davomiyligi 8-12 min.

Quruq uglerodoksiddli vannalar. Maxsus qurilmalarda qo'llanilib, bunda uglerodoksiddning bug'li havoli aralashmasi 30-60%li konsentratsiya, 28-32Sli xarorat bilan 15 min Kursning 1chi yarmida kunaro èki ketma ket 2 kun 3-kunda tanaffus bilan, 2-yarmida xaftasiga 4-6 vanna har kuni. Xar kuni 10-12

Antiishemik

Oksigenobaroterapiya. Kameralarda 100% kislorod bilan, ulardagi atmosferali bosimni 3,0 gPa/s. tezlikkacha ko'paytiriladi, 6,0 gPa/s.dan oshmagan holda, 45-60 min.

Kislorodli vannalar. kislorod konsentratsiyasi 30-40 mg/l, t=35-36S, davomiyligi-10-15 min Durli vannalar t =35-36C, davomiyligi 10-20 min

Ozonli vannalar. Ozon konsentratsiyasi 30-40 mg/l t=35-36C, davomiyligi10-15 min

Qizil lazeroterapiya. Fokuslangan diametri 10 sm.li lazer nuri, to'lqin uzunligi 0,63mkm, energiya oqimi zichligi 0,4-0,5 mVt/sm.2. To'sh, yurak cho'qqisi

soxasi, chap kurak osti soxasi 1 min. davomida nurlatiladi.

Vegetokor-reksiyalovchi

Elektroyquterapiyasi. Ko'zli usul bo'yicha impulsli tok chastotasi 5-10 Gs bilan maksimal oshirilganda 15-20 Gs.gacha, toka kuchi 7-8 mA.gacha. Davomiyligi 30-45min.

Transkraniyal elektroanalgeziya. Tok parametrlari: to'g'ri burchakli impulslar 1000Gs.li chastota bilan davomiyligi -45min Transserebral interferensterapiya. Peshona- so'rg'ichsimon usul bo'yicha impulslar chastotasi 20-100Gs .Davomiyligi -15min Transserebral UYuCh-terapiya. Kor.arteriyalarning II-III darajali aterosklerotik stenoz bo'lgan YuIKda yaxshi kompensatsiyada qo'llaniladi. Bitemporal joylashgan diametri №3 umumiy zazori 5 sm.li birinchi darajali quvvatdagi plastin doimiy (uzluksiz) ish tartibida qo'llaniladi. Davomiyligi-15 min Amplipulsterapiya. Rejimi III-IV PP-2 min, modulyatsiya chastotasi- 70-100Gs, chuqurligi -50%. Bir muolaja davomida 3 maydonga ta'sir qilish mumkin. Avval shikastlangan sohada paravertebral SV-ThIVda, keyin esa chap yelkada o'tkaziladi. 10-15 min.

Xvoyli vannalar. 50-70 gr. Xvoyli ekstrakti 200 l tuzsiz suvda eritiladi, $t=35-37S$, davomiyligi 10-15 min. Suvosti dush - uqalashi. Yoqali soxaga o'qalarda a'vchi uslub bo'yicha: uqalashlovchi suv oqimining bosimi - 1,0-1,5 atm., $t=36-37S$, davomiyligi 8-12 min. Kontrastli vannalar. Muolajaning boshi va oxirida $t=35C$. Sovuq suvda bo'lishning davomiyligi - 1 min., indifferentli e'ki ilig'ida - 2 min, jami 3-5 almashinuv. Umumiy davomiyligi -8-10 min. Davo o'eq vannalaridan boshlanib, 3-5 quruq havoli radonli muolajalardan so'ng umumiy kontrastli vannalar qo'llaniladi. Radonli vannalar. Radon konsentratsiyasi - 40 dan boshlanib, 2-3 vannadan so'ng 80 va 120 nKI/l. gacha oshiriladi, $t=35-36S$, davomiyligi 10-12 min. Quruq havoli radonli vannalar yuqorilaridek o'tkaziladi. Dorili elektroforez. Tomir kengaytiruvchilar (1-2% prokain eritmasi), ganglioblokatorlar (1% geksameton benzosulfonat, 1% azameton bromid) vositalari, 1% lidokain eritmasi, adrenolitiklar (0,1- 0,5% propranolol) yurakka vagotonik ta'sirotni kuchaytirib, ishemiyani kamaytiradi. Yoqali va ko'z-ensa usuli qo'llaniladi. Tok amplitudasi bemorning sezgisiga qarab boshqariladi. Davomiyligi 15-20 min. Past chastotali magnitoterapiya bosh miya va VNTning segmentar apparati soxasiga. Sinusoidal, yarimsinusoidal, to'g'ri burchakli, «yuguruvchi» magnit maydoni 20-40 mTl.li, chastotasi 50-100 Gs.li qo'llaniladi, davomiyligi 15-20 min. Gelioterapiya. Summa va kuchsizlantirilgan radiatsiya ko'rinishidagi vannalar μ biodozadan boshlanib har 2 kunda μ biodozaga oshirilib, 4-5 biodozaga yetkaziladi, $t=17-26S$. Talassoterapiya. Taqsimlangan jismoniy zo'riqmalar kuchsiz (60-100 kDj/m²) e'ki me'eri (100-140 kDj/m²) rejimdagi $t= 20-22S$.li sovuq suv zo'riqmalari bilan birga olib boriladi. Suzish vaqti veloergometrdagi ish davomiyligining 75%idan oshmasligi kerak.

Gipokoagulyatsiyalovchi

Past chastotali magnitoterapiya. Umurtqa pog'onasining ko'krak bo'limi SV-ThIV soxasiga 35 mTl. induksiyali magnit maydoni ta'sirlantiriladi. Davomiyligi-10-15 min. Stenokardiyaning III FS.da yurak soxasiga, 35 mTl. Dorili elektroforez. Antikoagulyantlar va dezagregantlar (5000-10t Yed natriy geparin, 5-10% atsetilsalitsilat kislotasi, 5% ksantinol nikotinat, 1% nikotin kislotasi, 20t ED fibrinolizin). Transkardial yuboriladi davomiydigi 15-20 min. Yodbromli vannalar. Xloridli natriyli yodbromli vannalar 20-30 g/l mineralizatsiyali, $t=35-36C$, I-II

darajali zo'riqish stenokardiyali bemorlarda qo'llaniladi, III.da, YuEning I bosqichida yurak ritmi buzilishsiz kechuvida chegaralangan. Davomiyligi 10-12 min.

To'rtkamerali xlorid-natriyli, yodbromli vannalar. Suvning mineralizatsiyasi 30-40g/l, $t=35-37^{\circ}\text{C}$, davomiyligi 10-12 min, 2-3 vannadan so'ng 40-60 g/l.gacha oshiriladi. Infraqizil lazeroterapiya (LOK). Yorug'lik kiritishning oxirida nurlatish (to'lqin uzunligi 0,63mkm) quvvati 1-2 mVt, davomiyligi – 10 min, 1-2 kun intervalda korotid sinus va yurak soxasi terisini infraqizil nurlanish (to'lqin uzunligi 0,89mkm) bilan birgalikda 3 min davomida olib boriladi. Moddalar almashinuvi va korreksiyasi Infraqizil lazeroterapiya (LOK). Kontakt va stabil usullar. Quyidagi maydonlarga: yurak cho'qqisi, to'shning o'rta uchdan biri, chap kurak osti sohasi, to'lqin uzunligi 0,89mkm, chastotasi 1500 Gs, ikkita nurlatgichning umumiy quvvati 30mVt, impulslar chastotasi -50-100 Gs. uchta muolajaning davomiyligi 1 min, 4-6 –dan 2min, qolganlar – 3 min. Dorili elektroforez. Uchta usul bo'yicha: umumiy ta'sir (joylashgan har bir elektrod o'lchami 150sm², tok zichligi 0,1mA/sm²- ThI-ThIVga va boldirga, bu MNT, VNTga AGda va astenik sindromda maqsadga yo'naltirilgan ta'sir ko'rsatish imkonini beradi); reflektor-segmentar (4x12sm o'lchamli elektrod VNTga ta'sir qilish uchun yuqori ko'krak va bel sohasiga, umurtqadagi og'riq sindromi hamroh bo'lganda); transkardial (elektrodi yurak va chap kurak osti sohasiga eki yurak va chap yelka sohasiga, elektrod o'lchami 10x10sm, indefferent 14x14 sm, tok kuchi 3-7 mA, davomiyligi 10-15 min). Yoqali usul (IIIqerbak bo'yicha galvanizatsiya) – elektrodlar shal eqa ko'rinishida o'lchami 600-1000sm² anod bilan birlashtiriladi, ikkinchi elektrod - 400-600sm² – bel soxasiga qo'yiladi va katod bilan birlashtiriladi, tok kuchi 6mA, davomiyligi 6 min xar ikki muolajada 2mA.ga va 2 min.ga oshirilib, 16 mA va 16 min.ga yetkaziladi. Nevrotik sindromi, bosh miya tomirlari aterosklerozi bo'lgan stenokordiyali bemorlarga qo'llaniladi. Dorili elektroforezda 2-5% kaliy xlorid, 2% magniy sulfat, 1% metionin eritmasi, 1% kaliy va magniy asparaginat eritmasi, 2% tiamin eritmasi, 2% piridoksin, 100-200mkg siankobalamin qo'llaniladi. I-II FSli stenokordiyada transkardial va segmentar tayinlanadi. Vitaminlar elektroforezi intranazal usul bo'yicha tok kuchi 0,3-3,0mA.ga tenglashtirilib 10 min. Davomida qo'llaniladi DMV –yurak soxasi terapiyasi. 10x20 sm o'lchamli to'g'ri burchakli nurlatgich nurlantirilaetgan soxaga 3 sm.masofada 20Vt quvvatda birinchi 2-3 muolajaga, 40Vt.dan – qolgan muolajalarga joylashtiriladi, davomiyligi 10-15 min. Har kuni

YuIK da SANATOR-KURORT DAVOLASH

YuIK bo'lgan bemorlar maxalliy kardiologik sanatoriyalarda (tog'li xududlardan tashqari) va iqlim davoli balneodavoli kurortlarda davolanadilar Iqlimli davolash uchun o'rmonli, adirli va dengiz bo'yi kurortlari qo'llaniladi Akklimatizatsiya va reakklimatizatsiya jaraenlari yurak qon tomir tizimi zahiralari mobilizatsiyasi bilan bog'liqligini inobatga olgan holda turar joydan uzoq, keskin iqlim havoli o'zgarishlar sharoitidagi kurortlarga YuIKning boshlang'ich belgilari bo'lgan bemorlar yuboriladi.

Maxalliy kardiologik sanatoriyalarga og'ir kontingent va kasallik qo'zg'alishidan keyigi erta muddatlarda yuboriladi. YuIKli bemorlarda noqulay havo sharoiti patologik reaksiyalar chaqirgani sababli ular uchun kurort davolanishga eng optimal fasl ob-havo sharoiti turg'un bo'lgani, ya'ni e'zgi iqlim davoli fasldir,

gipersimpatikotoniya, gipertirozli, patologik klimaksli bemorlar issiq, ayniqsa dim havoni ko'tara olmasliklari tufayli bundan mustasnodirlar .

III FS stabil stenokardiyali va QAENing I bosqichidagi yurak ritmi buzilishsiz èki faqat kam sonli ekstrastoliyasi bor YuIK li bemorlar faqat mahalliy kardiologik sanatoriyalarda davolanadilar. Qarshi ko'rsatmalar O'tkir miokard infarkti, zo'riqish va tinch holat stenokardiyasi (IV FS), chap qorincha yetishmovchiligi (yurak astmasi) QAE II A bosqichi uchun mahalliyda va I bosqichdan yuqorisi uchun –uzudagi sanatoriyda, blokada (to'liq atrioventrikulyar - barcha sanatoriy uchun, Giss tutami o'eqchasining to'liq blokadasini va Giss tutami chap o'eqchasi blokadasini, ikki tutamli blokada va uning ritm buzilishining boshqa turlari bilan birgalikda uchrashi uchun – balneologik balchiqli va tog'li kurortlar), miltillovchi aritmiya (MA) QAENing II A bosqichi bilan, tez-tez (minutiga 5 martadan ko'p), politop ekstrastoliya, sun'iy ritm yetakchisida murakkab ritm buzilishi saqlangan holda, tez tez paroksizmal taxikardiya uchun barcha turdagi sanatoriylar (MA, paroksizmal taxikardiya QAENing I bosqichi bilan bo'lganda mahalliy sanatoriylarga ètqizilishi mumkin).

MIOKARD INFARKTI

Miokard infarkti (MI) – koronar arteriyalarining davomiy spazmi va trombozi so'ngra miokarda nekrozli o'choq rivojlanishi bilan xarakterlanuvchi YuIK shakli.

Asosiy sindromlar

- og'riqli;
- ishemik;
- metabolik buzilishlar;
- giperkoagulyatsion.

Fizioterapiyaning vazifalari:

- zo'riqmalarni erta va doimiy oshirib borish YuQTTning ularga bo'lgan adaptatsiya mexanizmlarining yaxshilanuviga va yurakning qisqarish, nasos funksiyalarining tiklanishiga olib keladi . Davolovchi jismoniy omillarni asosan davolashning tiklovchi etapida (Mini o'tkazgandan 1-3 oydan keyin) mahalliy kardiologik sanatoriyalarda olib boriladi.

GIPERTONIK KASALLIK (GK)

Gipertonik kasallik – organizmning surunkali patologik holati bo'lib, turg'un uzoq muddatli sistolodiastolik gipertenziya bilan xarakterlanadi va uning yuzaga chiqishida asosiy sindromi - sababi AB ko'tarilishi bo'lgan patologik jaraenlarga bog'liq bo'lmagan - AG hisoblanadi (ikkilamchi èki simptomatik AG).

Asosiy sindromlar:

- kardialgiya i sefalgiya;
- arterial gipertenziya;
- yurak qon tomir sistemasini remodellashtirish;
- endotelial disfunktsiya;
- MNT disfunktsiyasi;
- neyrogumoral disregulyatsiya;
- membrano-retseptor patologiya;
- buyrak disfunktsiyasi.

Klinik amaliyotda nevroitik, serebrovaskulyar, kardial va vegetodisfunksiya sindromlari farqlanadi.

Fizioterapiya uchun quyidagi sindromlarni farqlash qulay:

- nevroitik, neyrohumoral disregulyatsiya, buyrak disfunksiyasi.

Fizioterapiya vazifalari

- miokardning qayta remodellanishi;
- tonus modulyatsiyasi va retseptiv va yirik arteriyalar tuzilishi;
- MNT va buyrak funksiyasini korreksiyalash.

Asosiy davvolash usullari 8-jadvalda ko'rsatilgan.

Qarshi ko'rsatmalar:

- gipertonik kriz;
- ABning krizning klinik belgilarisiz keskin ortishi;
- IIA bosqichidan yuqori QAE – elektromagnitoterapiya uchun va I bosqichidan yuqori – balneoterapiya uchun;
- erta bosqichlarda o'tkir qon aylanishining yetishmovchiligi (insult)
- miokard infarkti (o'tkir davrda);
- bemorlarda erqin meteolabillik;
- yurak ritmi buzilishi (MA, taxisistolik shakli, paroksizmal taxikardiya, turli kelib chiqishli politop ekstrasistoliya);
- III bosqichli GK diskutabelli hisoblanadi.

GKli bemorlarni fiziologik davolash usullari

Vegetokorreksiyalovchi. Transkraniyal elektroanalgeziya. 80-100 èki 800-1000 Gs chastotali impulsi toklar 15-20 min. davomida qo'llaniladi. Har kuni 6-8 marta kursiga.

Bosh miya va simpatik ustun gangliylari galvanizatsiyasi. Ko'z-ensa (Burginon bo'yicha), bitemporal (chakkali), peshona-retromastoidal usullar hamda elektrodlarni yuzning refleksogen soxalariga joylashtirish (Bergone yarim niqobi) qo'llaniladi. Simpatik ustun gangliylariga galvanizatsiyasi bo'yin, yuqori ko'krak va bel tugunlariga alohida èki butun simpatik zanjirga total ta'sir qilinadi. Vermel bo'yicha galvanizatsiya

qo'llaniladi. Boshning galvanizatsiyasida – tok kuchi 4-5mA 10-20 min. dan. Har kuni èki kunaro. 12-15 marta kursiga. Gipotenziv usul. Transserebral amplipulsterapiya. Ko'z-retromastoidal èki peshona-ensa usullari qo'llaniladi. Ko'z usulida III tur ishi, ChM 100Gs, peshona usulida 30 Gs, GM 75%, navbatlanuvchi rejim qo'llaniladi. Davomiyligi-10-15 min. Har kuni, 3-5 kun tanaffus bilan. 12-15 marta kursiga.

Iliq tuzsiz vannalar diurezni kuchaytiradi. Umumiy vannalar t=37-40C, 12-15 min. dan qo'llaniladi. Kunaro. 10-12 marta kursiga. Natriy-xloridli vannalar konsentratsiyasi 20-30 g/l, indifferent temperaturada 10-20 min. dan. Uglrodoksidli vannalar 7 dan 12 min. gacha va temperaturani 35 dan 32S. gacha pasaytirgan holda Kunaro. 10-12 marta kursiga. Dorili elektroforez adrenolitiklar, ganglioblokatorlar, xolinomimetiklar bilan (1%-xlorpromazin, 0,5%- ganglefen, 5%- azameton bromid, 0,1-0,5% -propanolol,

0,1-0,5% - atsetilxolin, 0,2%- atseklidin). Ko‘z-ensa va simpatik ustun gangliylari usullari bo‘yicha amalga oshiriladi. Tok kuchi-8mA.gacha, davomiyligi- 20-25 min. Xaar kuni. 10-15 marta kursiga.

Pastchastotali magnitoterapiya bosh, simpatik tugunlar, yurak soxasiga.Ensa soxasiga sinusoidal èki yarimsinusoidal shakldagi magnit maydon bilan, bir induktorli usul 10-20 mTl induksiya bilan 15 min.dan qo‘llaniladi.

Segmentar soxalarga (CV-ThIV) ikki induktorli usul 10-15mTl 10 min.dan boshlanib, 30-40 mTl va 15-20 min.gacha qo‘llaniladi. «Yuguruvchi» magnit maydoni èqali soxaga 3-5 juft solenoidlar qo‘llanilib, maydon almashinish chastotasi -100Gs, induktivligi- 30%(5-6mTl), davomiyligi 10 dan 20 min.gacha. 12-15 marta kursiga. 10-12 marta kursiga.UYuCh-terapiya. EP UVCh 27-40MGs chastotada sinokarotid soxaga – 20Vt quvvatda, 5-7 min.dan; quèsh chigali soxasiga 40Vt 7-8 min.dan; simpatik tugunlarga – 20Vt va 7-8 min.dan qo‘llaniladi.Infraqizil lazeroterapiya (LOK). Infraqizil nulanish refleksogen zonalarga paravertebral (SIII-ThIII) II qovurg‘a oralig‘iga to‘shdan o‘ngda va chapda uzluksiz rejimda maydonga PPE 1-10 mVt/sm² (10gacha) 1-2 min davomida va 350-1000 Gs chasotali impulslar paravertebral nuqtalarga100mVt quvvatda 3-4 min. davomida qo‘llaniladi.RAAS- renin-angiotenzin-aldosteronli sistema.

Galvanizatsiya, dorili elektroforez buyraklar soxasiga. Doimiy tok ta’siri tomir kengaytiruvchi vositalar elektroforezi qo‘llanilganda kuchayadi (1-2%-drotaverin, 0,1-0,5% -papaverin, 0,5-2% -bendazol, 0,5%-vinpotsetin, 0,5-1%-nikotin kislota, 0,05-0,1%-gistamin). Preparatlar 15-20 min. davomida buyrak soxasiga yuboriladi. Xaar kuni 10-12 marta kursiga.

Diadinamoterapiya. Elektrodlarni buyraklar soxasiga uzunasiga joylashtirish usulidan foydalaniladi DN toklari 1-2 min, KP-2-3 min davomida.

Amplipulsterapiya. I èki/va IV turdagi ish har biri 5 min.dan, almashinuvchi rejim modulyatsiya chastotasi – 30Gs, chuqurligi -50-100%Pastchastotali magnitoterapiya. Sinusoidal èki yarimsinusoidal magnit maydoni , ikki induktorli usul bo‘yicha 20-30 mTl induksiyada 15 -20 min.dan 50Gs. chastotada qo‘llaniladiDMV-terapiya buyraklar soxasiga. Maydondan chiquvchi quvvat 20-40 Vt bo‘lganda 10-15 min.dan o‘tkaziladi.Yuqorichastotali magnitoterapiya buyraklar soxasiga. 13,56mGs chastotali magnit maydoni, diskli induktor bilan 15-20 min. davomida qo‘llaniladi.Sedativ usullar Bosh miya va segmentar sohalar galvanizatsiyasi. Ko‘z-ensa usuli (Burginon bo‘yicha), bitemporal, èqali usullar (IIIerbak bo‘yicha) qo‘llaniladi. Dastlabki ikkita usulda tok kuchi bemorlar sezgisiga qarab tanlanadi(odatda 5-10 mA.gacha) 15-20 min davomida;èqali usulda 6mA 6 min davomida,keyinchalik tok kuchi va davomiyligi har muolaja oralig‘ida 2mA va 2 min.dan ko‘paytirib boriladi. Har kuni. 12-15 marta.Dorili elektroforez: sedativ, trankvilizator, neyroleptik, antidepressant preparatlar bilan (2-5% natriy (kaliy) bromid, 2-5% magniy sulfat, 0,5% diazepam, 2% benaktizin, 1% -xlorpromazin, 0,5% galoperidol, 1%-amitriptilin, 1,25% klomipramin eritmalari) Bromiddan tashqari barcha preparatlar anoddan kiritiladi. Ko‘z-ensa va èqali usullar tok kuchi 8mA.gacha, 20-25 min davomida qo‘llaniladi. Xaar kuni. 10-12 marta.Mahalliy darsonvalizatsiya bosh va ensa soxasiga 110 kGs chastotali tok uchqunli (boshning sochli qismiga) va «sokinli» razryadli usullar (èqali soxaga), 5-7- va 4-5- pog‘onali quvvatda 3-5 min.dan bir soxaga qo‘llaniladi.Xar kuni 3 kun tanaffus bilan. 10-15 marta.Yodobromli vannalar. Vannadagi yod va brom ionlarining miqdori –10-

25mg/l.dan kam bo'lmashligi kerak, $t=35-37S$,davomiyligi – 10-15 min. Xar kuni. 10-12 marta. Xvovly vannalar. 50-70 g xvov ekstrakti qo'shilgan suv qo'llaniladi, $t=35-37S$. da, davomiyligi 12-15 min. Xar kuni. 10-12 marta. Azotli vannalar. azot konsentratsiyasi -20-25 mg/l, $t=35-37S$, davomiyligi 10-15 min. Sedativ preparatlarning aerofitoterapiyasi. Valeriana, moychechak, siklamen, iforli geran, limonning efir egi'lari qo'llaniladi. Muolajalar fitoerariyalarda eki aerofitoterapiya uchun maxsus apparatlar erdamida bajariladi. Davomiyligi -20-30 min. Xar kuni. 10-12 marta kursiga.

Amaliy ko'nikmalar ro'yxati:

1. QON AYLANISH A'ZOLARI TIZIMINI BAHOLASH

Kerakli jihozlar: lotok – 1 ta, fonendoskop – 1 ta, tanometr – 1 ta, sekundomer – 1 ta, chizg'ich – 1 ta, baholash varaqasi – 1 ta

Kerakli xom ashyolar: suyuq sovun – 1ml, qog'oz sochiq – 20 sm, steril qo'lqop – 1 ta, paxta sharcha – 2- 3 gr

Bajarish algoritmi:

1. Bemor bilan ishonchli munosabat o'rnatiladi.
2. Muolaja mohiyati va ketma-ketligini tushuntiriladi.
3. Bemordan muolajaga roziligini olinadi.
4. Kerakli jihozlar tayyorlanadi.
5. Hamshira qo'llari yuviladi va quritiladi.
6. Ob'ektiv:

Bemor majburiy holatni, yoki yarim yotish holatni olgan bo'ladi

Teri va shilliq qavati sianoz va teri oqarishi

Teri osti yog' qavatidan shishlari

Yurak sohasini ko'zdan kechirganda (yurak bukrliqi, pulsatsiya)

7. Yurak palpatsiyasi:

Yurak cho'qqi turtkisini aniqlash uchun kuzatuvchi o'ng qo'lining ichki kafti shunday qo'yadiki, barmog'i cho'qqi turtkisi sohasiga tushsin

Lokalizasiyasi, kengligi, maydonini kattaligi va kuchini aniqlash uchun o'rta barmoq, uchini shu sohaga qo'yiladi

Tomir urushini paypaslanadi.

8. Yurak perkussiyasi – (nisbiy to'mtoqlik chegarasi)

Bemorga vertikal holatga keltiriladi.

O'pkaning pastki chegarasini aniqlab, plissimetr barmog'ini yurakni o'ng chegarasiga qo'yish (4 qovurg'a soxasi) va o'rta perkutor kuch bilan yurakka qarab urib kelinadi.

Yurakning chap nisbiy chegarasini aniqlash uchun yurak cho‘qqisi turtkisini aniqlanadi yoki 1. Axsillaris mediadan 5 qovurg‘a oralig‘i bo‘yicha perkussiya qilib kelinadi.

Yurakni yuqori chegarasini aniqlash uchun plissimetr barmoqni to‘shning chap tomonidan qovurg‘alarga parallel qo‘yib, 1 qovurg‘a oralig‘idan pastga perkussiya qilib kelinadi.

9. Yurak auskultatsiyasi

Bemor qulay vaziyat beriladi

Bemorga o‘ng tomonidan yondoshiladi

Stetoskop yordamida yurak tonlarni eshtiladi

To‘sh suyagining o‘ng qirradi bo‘ylab, 2 qovurg‘a oralig‘ida (aortal klapani)

To‘sh suyagining chap qirradi bo‘ylab, 2 qovurg‘a oralig‘ida (o‘pka arteriyasi klapani)

To‘sh suyagining chap qirradi bo‘ylab, 4 qovurg‘a orasi (uch tabaqali klapan)

Chap o‘mrov o‘rta chizig‘i bo‘ylab, 5 qovurg‘a oralig‘i (ikki tabaqali klapan)

Hanjarsimon o‘simta sohasi (Botkin-Erba nuqtasi).

10. Hamshira qo‘llari yuviladi va quritiladi.

11. Kuzatuv va baholash natijalarini qayd etib boriladi.

2. RADIAL PULSNI ANIQLASN

KERAKLI JIHOZLAR: sekundomer, harorat varaqasi, ruchka.

KERAKLI XOM ASNYO: suyuq sovun, bir martalik qog‘oz salfetka

BAJARISN ALGORITMI:

1. Qo‘llar yuviladi va quritiladi.

2. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi

3. Bemor qulay xolatda o‘tkaziladi yoki yotqiziladi.

4. Bemorning qo‘li bo‘sh egilgan holatda bo‘lishi kerak.

5. **Radial pulsni** aniqlashda tekshiruvchi bilakning ichki yuzasi, 1/3 pastki qismi, 1 – barmoq asosi bo‘ylab bilak arteriyasi tomirini shunday ushlashi kerakki II, III,IV barmoqlari tomir ustida bo‘lishi kerak.

6. Pulsni tekshirayotgan vaqtda tekshiruvchining IV barmog‘i bemorning I - barmog‘i ro‘parasida bo‘lishi kerak.

7. Pulsatsiya qilayotgan arteriyani uchchala barmoq bilan paypaslab, asta bilak suyagining ichki tomoniga bosiladi

8. Pulsni aniqlayotganda uni maromiga, to‘liqligiga ahamiyat beriladi.

9. Bilak arteriyasida pulsni sanash mumkin bo‘lmaganda uyqu va chakka sohalorida sanaladi.

10. Natijasi harorat varaqasiga qizil ruchka bilan belgilanadi.

ESLATMA :

1. Puls urishini bundan tashqari quyidagi sohalarda aniqlash mumkin:

a) **Karotid puls** – uyqu arteriyasida, ya'ni kekirdakning yon tomonidagi anatomik chuqurchada aniqlanib, kattalarda o'pka – yurak reanimatsiyasini o'tkazganda foydalaniladi..

b) **Braxial puls** - yelka arteriyasida, ya'ni tirsak chuqurchasi markazining kichik barmoq tomonida aniqlanadi, asosan arterial qon bosimini o'lchashda foydalaniladi.

v) **Femoral puls** – son arteriyasida, ya'ni tos suyagining yuqori oldingi qismi va chov birlashmasi o'rtasida aniqlanadi, asosan oyoqlarning qon bilan ta'minlanishi yoki o'pka – yurak reanimatsiyasi o'tkazilganda ko'krak qafasining kompressiyalarini baholashda foydalaniladi.

g) **Pedal puls** – oyoq kaftining dorzal yuzasida va to'piqning ichki(medial) o'simtasini orqa pastroq qismida aniqlanadi, asosan oyoqlarning qon bilan ta'minlanishini baholashda foydalaniladi

d) **Apikal puls** – yurak cho'qqisi turtkisida, ya'ni chap o'mrov o'rta chizig'i bo'ylab, 4 – 5 –qovurg'alararo sohada stetoskop yordamida eshitiladi.

ye) Apikal va radial pulsni aniqlash orqali **puls defitsitini** (tanqisligi) aniqlash:

1. Birinchi hamshira stetoskop yordamida apikal pulsni eshitadi, ikkinchi hamshira esa bilak arteriyasida radial pulsni aniqlaydi, puls to'liq 1 daqiqa davomida 2la hamshira 1ta soatga baravar qarab turib aniqlanadi. Agarda bilakdagi pulsning soni apikal pulsdan kam bo'lsa, oradagi farq **puls defitsiti** (tanqisligi) deb ataladi.

2. Normada puls kattalarda 1 daqiqada 60- 80ta gacha bo'ladi. Pulsni to'liq bir daqiqadagi soni sanaladi yoki puls urushi ritmik bo'lsa 30 soniyadagi soni aniqlanib, natijani 2 ga ko'paytiriladi.

3. ARTERIAL BOSIM (A.B.)NI O'LCNASN

KERAKLI JIHOZLAR: Tonometr, fonendoskop, F- 004 xujjati.

KERAKLI XOM AShYo: suyuq sovun, bir martalik qog'oz salfetka, etil spirti 70%, 1,5 gr paxta

BAJARISH ALGORITMI:

1. Qo'llar yuviladi va quritiladi.
2. Bemorga muolaja maqsadi tushuntiriladi
3. Arterial bosimni o'lchash uchun bemor qulay o'tkaziladi yoki yotqiziladi.
4. Bemorning o'ng yoki chap bilagini yelkasigacha yalang'ochlanadi.
5. Bemor qo'li krovatga yoki stulga kafti bilan yuqoriga qaratib qo'yiladi
6. Tonometr vintelini burab manjetini havosi chiqariladi.

7. Bemorni tirsagidan 2-3 sm yuqoriga manjetni 2 barmok sig'adigan qilib o'rab olinadi.
8. Bemorning tirsak bo'g'imida yelka arteriyasi tomir urishini 2,3,4 barmoklar yordamida topiladi.
9. Tomir urgan joyga fonendoskop membranasini qo'yiladi, eshituv nayi quloqqa ulanadi.
10. Vintelni berkitib rezina ballon yordamida manjetkaga havo yuboriladi.
11. Vintelni ochib, havo asta-sekin chikariladi.
12. Havo chiqish vaqtida fonendoskopda tomir urishi eshitiladi. Bu sistolik bosim ko'rsatgichidir.
13. Havo chiqishi davomida tovushlar eshitilmay qoladi. Bu diastolik bosim ko'rsatgichini bildiradi.
14. Tovushlarning eshitilgan va eshitilmagan joylardagi natijani monometrda yozib olinadi.
15. Vintelni to'lik ochib, manjetkani ichidagi xavo to'lik chiqariladi.
16. Manjetka bemor bilagidan olinadi.
17. Natija xarorat varakasiga belgilanadi.
18. ESLATMA: Normada sistolik bosim kattalarda 100-130 mm.simob ustuniga, diastolik bosim 60-90 mm. simob ustuniga teng bo'ladi.

4. EKG TUSNIRISN TEXNIKASI

Harakatlar ketma – ketligi	Bajarilishi
EKG apparatini tayyorlash	<ul style="list-style-type: none"> - Avval tarmoqlar pereklyuchateli ko'rsatkichini "0" holatga keltirib, keyin elektrokardiografni yoqish. - Yozuv uchun qog'oz borligini tekshirish. - Apparat perosini qog'oz lentasining o'rtasida joylashadigan qilib rostdash va uni o'chirish.
Bemorning holati	Bemordan beligacha yechinishni, elektrodni qo'yish imkoniyati bo'lishi uchun oyog'ining boldir qismini ochishni va kushetkaga yotishini so'rash.
Elektrodlarning tana sohalari bilan bo'ladigan kontaktini oldindan ta'minlash	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt yaxshi bo'lishi uchun elektrodga maxsus gel surtish hamda ular qo'yiladigan sohalarni spirt bilan artish va zarur bo'lsa tuklardan tozalash. Shu bilan birga osh tuzli yoki sovunli suvga botirilgan marlili salftikalarni bilak va boldirning ichki – tekis mushakli sohalariga qo'yish. - Elektrodni salftika qo'yilgan sohalarga rezina bintlar bilan mahkamlash. - Bintlarni elektrod va terining kontakti yaxshi bo'lishi uchun tarang tortib, (qo'l va oyoqlarda qon aylanishini yomonlashtiradigan darajada emas) bog'lash. - Har bir elektrodni shtiri orqali elektrokardiografning shtepseliga tutashtirish.

Elektrodlarni biriktirish	<p>Birinchi navbatda oyoq va qo'llarning elektrodlarini tutashtirish. Buning uchun shtirlar quyidagicha biriktiriladi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qizil ranglisi o'ng qo'lning bilak sohasiga. - Sariq ranglisi chap qo'lning bilak sohasiga. - Yashil ranglisi chap oyoqning boldir sohasiga. - Qora ranglisi o'ng oyoqning boldir sohasiga. - Keyin ko'krak elektrodlari tutashtiriladi - V1- to'shning o'ng cheti IV qovurg'alar oralig'ida. - V2- to'shning chap cheti IV qovurg'alar oralig'ida. - V3- V2 va V4ni birlashtiruvchi chiziqning o'rtasida. - V4- chap o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab V qovurg'a oralig'ida. - V5- chap oldingi qo'litiq osti chiziq bo'ylab V4sathida. - V6- chap o'rta qo'litiq osti chiziq bo'ylab V4 va V5 sathida.
---------------------------	---

5. STENOKARDIYA XURUJIDA XAMSNIRA PARVARISNI.

1. Bemorga to'liq yotoq rejimini yaratish

2. Xar 5 minutda 0.0005 nitroglitserinni til ostiga berish

3. AQB va pulni o'lchash.

4. Vrach ko'rsatmalariga binoan;

- 2,0 no-shpa, analgin 50% 2,0 va dimedrol 1% 1,0,
- AQB va pulnsni qayta o'lchash.

5. AQB 90/60mm.sm ust dan past bo'lib, teri oppoq, taxikardiya, og'riq

kuchaysa;

- MEZATON 0,1% teri ostiga
- Zudlik bilan vrachga xabar berish;
- Elektrokardiogramma qilish.

6, MIOKARD INFARKTIDA TEZ TIBBIY YORDAM KO'RSATISN VA XAMSNIRA PARVARISNI.

- Bemorni tinchlantirish va yotoq rejimini saqlash.
- Zudlik bilan vrachga xabar berish, yoki TTYo chaqirish.
- Vrach ko'rsatmalariga binoan og'riq qoldiruvchi vositalar yuborish.
- AQB va pulnsni o'lchash.
- EKGyozish
- Mezaton 0,1% 0,5 teri ostiga yuborish
- Qat'iy yotoq rejimida zudlik bilan reanimatsiya bo'limiga yetkazish.

7, GIPERTONIK KRIZDA TEZ TIBBIY YORDAM KO'RSATISN VA XAMSNIRA PARVARISNI.

Bu xolatda bemorga yotoq rejimi yaratish, uni tinchlantirish, zudlik bilan vrachga murojaat qilish va vrach ko'rsatmalarini bajarish lozim.

Parvarishlash va davolash.

- 1.To'liq jismoniy va ruxiy osoyishtalik yaratish.
- 2.Bemor boshi yuqori ko'targan xolda, toza xavo bilan ta'minlash.
- 3.Chalg'ituvchi terapiya (ensa soxasiga xantalma, oyoqlarga vannalar)
- 4.Vrach ko'rsatmalariga binoan dori vositalari, siydik xaydovchi vositalar(laziks, furasemid, gipotiazid, uregit va h.k.), til ostiga nifedepin, gipotenziv dorilar (in'eksiyada-magneziya sulfat, dibazol, benzogeksoniy, tabletkada-enam, berlipiril, normadipin, diraton, Tenoks va h.k.), yurak ish faoliyatini yaxshilovchi dorilar (riboksin, mildronat, ripronat va h.k.), simptomatik davo, immunitetni oshiruvchi dorilar va h.k.

8, KARDIOGEN SNOKDA SNOSNILINCN TIBBIY YORDAM KO'RSATISN

Kerakli jihozlar:shtativ, rezina jgut, tonometr, fonendoskop.

Kerakli xom-ashyolar : sistema, paxta, leykoplastir, etil spirt 70 %-30 ml, steril rezina qo'lqop, shpitslar: 5,0; 10,0, 1 % promedol 1 Namlangan kislorod ingalyatsiyasi o'tkaziladi, 0,01 % nitroglitserin, 0,85 % natriy xlorid eritmasi, 0,05 % strofantin 0,5 ml, 0,9 % li natriy xlor eritmasi, gidrokortizon 150 – 300 mg dan 1000 – 1500 mg, 10 % li novokainamid 5 – 10 ml, 1 % li lidokain 5 – 10 ml, geparin 10 – 25 ming birlikda.

Bajarish algoritmi:

Dastlab bemorning ahvoriga ko'ra kislorod bilan nafas berish uchun burunga kateter qo'yish bilan bir vaqtda kardioskop va elektrokardiograf apparatlariga ham ulanadi.

Ikkinchi asosiy davolash muolajalaridan biri o'mrov osti venasiga kateter qo'yish.

Bemorga quyidagi tartibda vrach ko'rsatmasiga binoan birinchi yordam ko'rsatiladi:

1. 1 % promedol 1 ml mushak orasiga yuborib, og'riq belgisini kamaytiriladi.
2. Namlangan kislorod ingalyatsiyasi o'tkaziladi.
3. 0,01 % nitroglitserin 0,85 % natriy xlorid eritmasi bilan vena ichiga tomchilatib yuboriladi.

4. Yurak mushaklarining qisqarishi faoliyatini ko‘tarish va qonning yetib borishini oshirish uchun 0,5 ml 0,05 % strofantin eritmasi, natriy xlorning 0,9 % li eritmasi bilan vena ichiga asta-sekin tomchilab yuboriladi.

5. Qon bosimi o‘zgaruvchan bo‘lganida va o‘pka shishi rivojlangan holatda kardiogen shokka qarshi kurashish uchun glyukokortikoidlar (gidrokartizon 150 – 300 mg dan 1000 – 1500 mg) yoki prednizolon 500 mg miqdorda sutka davomida yuboriladi. Qon bosimi past bo‘lgan holatda infuziya uchun poligiyukin, reopoligiyukin eritmalaridan 1 litrgacha quyiladi.

6. Qorinchalar ekstrasistoliyasini davolash maqsadida 1 % li lidokain 5 – 10 ml vena ichiga tez yuboriladi, 10 % li novokainamid 5–10 ml vena ichiga, 0,1- 0,2 g ichishga beriladi.


7. Tromboemboliya asoratlarining oldini olish uchun antikoagulyantlardan dastlab geparindan 10 – 25 ming birlikda vena ichiga, so‘ngra 5 – 10 ming birlikda 4 – 6 soat davomida teri ostiga yuborib turiladi. Shu bilan birga fibrinoplastin 30.000 B yoki streptokinaza, 25.000 – 70.000 B berib boriladi.

Anamnez to‘plash (birlamchi yoki AYuKni aniqlash uchun)

I	Birlamchi anamnezni to‘lash uchun zarur materiallar: Klinik protokol, tarqatma material; Kasallik tarixi va terapevt hamshirasining kundalik jurnali; Ruchka
II	Terapevt hamshirasi quyidagilarni yodda tutishi lozim: Maxfiylik – anamnez to‘plashni hamshira alohida xonada amalga oshirishi lozim (agar mavjud bo‘lsa vrachgacha xonada); Ma’lumot berish va mijozning roziligi olish.
III	Terapevt hamshirasi mijozdan quyidagilarni so‘rashi lozim: Sizda yurak kasalliklari, insult, tranzitor ishemik hujum, qandli diabet, buyrak kasalliklari aniqlanganmi? Sizni yurakdagi og‘riq bezovta qiladimi(stenokardiya)? jismoniy yuklamada nafas yetishmasligi; yotgan holatda og‘riq; qo‘l-oyoqlarning uvushib qolishi yoki zaifligi; ozib ketganligingizni his qilasizmi? kuchli chanqoq sezasizmi? qanchalik tez-tez siyish uchun chiqasiz (poliuriyani aniqlash uchun)? yuzning salqishi (shishishi), oyoq tagining shishishini sezganmisiz? siydikda qon payqaganmisiz (gematuriya)? qanday dorilarni qabul qilasiz? chekasizmi? (ha/yo‘q) (agar oxirgi 12 oy mobaynida chekkan bo‘lsangiz “ha” javobini bering, “ha” javobi berilgan bo‘lsa, qanchalik tez-tez chekishilishi va va sonini aniqlang);


	<p>alkogol iste'mol qilasizmi? (ha/yo'q) (agar "ha" javobi berilsa, u holda qanchalik tez-tez iste'mol qilinganligi va miqdorini ko'rsating);</p> <p>faoliyat turi: faol bo'lmagan yoki faol;</p> <p>haftada kamida 5 kun davomida jismoniy faollikka 30 daqiqadan ko'p vaqt ajratasizmi; (ha/yo'q)</p> <p>qon-qarindoshlari anamnezida yurak kasalliklari, insult, QD bilan kasallanish va barvaqt o'lim (erkaklarda 55 yoshgacha va ayollarda 65 yoshgacha) holatlari bo'lganmi?</p> <p>oila anamnezida eng yaqin qarindoshlarida yurak kasalliklari yoki insult bilan erta kasallanishning mavjudligi.</p>
IV	<p>Olingan ma'lumotlarni qayd qilish:</p> <p>Ma'lumotlar aniq, tushunarli va batartib yozilishi lozim;</p> <p>Kasallik tarixi yoki hamshira tashxisi kundaligida sana, olingan ma'lumotlar ko'rsatilishi va imzo qo'yilgan bo'lishi lozim.</p>

Bel aylanasi o'lchash

I	<p>Bel aylanasi o'lchash uchun zarur materiallar/uskunalar:</p> <p>Santimetrli o'lchov tasmasi;</p> <p>Kasallik tarixi, terapevt hamshirasining yurgizadigan jurnali;</p> <p>Ruchka;</p> <p>Veshalka yoki stul (mijozning kiyimlari uchun).</p>	
II	<p>Hamshira quyidagilarni yodda tutishi lozim:</p> <p>Maxfiylik – hamshira ushbu o'lchovni alohida xonada (agar mavjud bo'lsa vrachgacha xonada) yoki parda bilan to'silgan joyda amalga oshirishi lozim;</p> <p>Ma'lumot berish va mijozning roziligi olish.</p>	
III	<p>Hamshira quyidagi qadamlarni bajarishi lozim:</p> <p>Qo'llarni sovun bilan yuving;</p> <p>Mijozdan issiq yoki qalin kiyimlarini yechishini iltimos qiling;</p> <p>O'lchashni yupqa kiyim ustidan amalga oshiring;</p> <p>Mijozdan o'lchash tasmasini tanasi atrofidan (pastki qovurg'a va tos suyagining yuqori nuqtasi orasida joylashgan markaziy nuqtada) o'tkazishni iltimos qiling;</p> <p>O'lchash tasmasi bir xil sathda turganligiga ishonch hosil qiling;</p> <p>Mijozdan tanasining og'irligini bir tekisda taqsimlagan holda, oyoqlarini birga qo'yishini iltimos qiling;</p> <p>Qo'llarini bo'shashgan holatda tutishi;</p> <p>Me'yoriy nafas olib so'ngra nafas chiqarishini iltimos qiling;</p> <p>Bel aylanasi uzunligini o'lchang;</p>	

	<p>O'lchash tasmasi qattiq siqmagan holda, teriga yopishib turishi lozim (rasmlarga qarang).</p> <p>Mijozdan santimetrli tasmani qaytarab berishini so'rang;</p> <p>Qo'llarni sovun bilan yuving.</p>	
IV	<p>Olingan ma'lumotlarni qayd qilish:</p> <p>Hamshiralarning yozuvlari mijozning murojaat qilganligining dalili bo'ladi;</p> <p>Ma'lumotlar aniq, tushunarli va batartib yozilishi lozim;</p> <p>Kasallik tarixi yoki hamshira tashxisi kundaligida sana, olingan ma'lumotlar ko'rsatilishi va imzo qo'yilgan bo'lishi lozim.</p>	

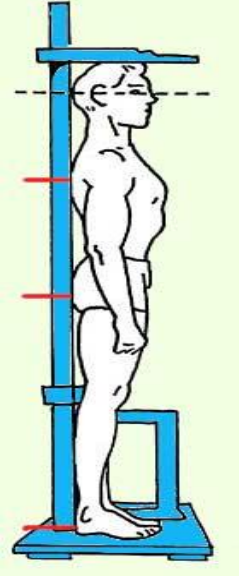
Vazni o'lchash

I	<p>Tana massasi/vaznini o'lchash uchun zarur materiallar/uskunalar:</p> <p>Elektron tarozi;</p> <p>Kasallik tarixi hamshiraning kundalik jurnali;</p> <p>Ruchka;</p> <p>Veshalka ili stul (mijozning kiyimlari uchun).</p>	
II	<p>Hamshira quyidagilarni yodda tutishi lozim:</p> <p>Maxfiylik – hamshira ushbu o'lchovni alohida xonada (agar mavjud bo'lsa vrachgacha xonada) yoki parda bilan to'silgan joyda amalga oshirishi lozim;</p> <p>Ma'lumot berish va mijozning roziligi olish.</p>	
III	<p>Hamshira quyidagi qadamlarni bajarishi lozim:</p> <p>Qo'llarni sovun bilan yuving;</p> <p>Tarozi tekis, qattiq va turg'un yuzaga o'rnatilganligiga ishonch hosil qiling;</p> <p>Har qanday holatda ham TAROZINI GILAM YO'KI NOTEKIS YUZAGA O'RNATMANG;</p> <p>Uskunadan birinchi marotaba foydalanishdan oldin uning g'ilofini yechib oling;</p> <p>Platformada joylashgan va batareyalar uchun mo'ljallangan bo'lmani oching va kontaktlarni ishchi holatga keltirish uchun izolyatsiya varag'ini olib tashlang;</p>	 <p>Izoh:</p> <p>Agar tarozi displeyida nol o'rnatilganidan so'ng, platformaga og'irlik berilmagan bo'lsa, tarozi taxminan 6 soniyadan so'ng avtomatik tarzda o'chadi.</p> <p>Agar o'lchanayotgan vazn yo'l qo'yilgan yuklamadan (150 kg) ortiq bo'lsa, u holda displeyda vaznning yo'l qo'yilgan yuklamadan ortib ketganligini ko'rsatuvchi "Err" yozuvi paydo bo'ladi.</p> <p>Agar tarozining displeyida "LO" yozuvi paydo bo'lsa, bu batareyalarni almashtirish lozimligini anglatadi.</p> <p>Batareyalar saqlanadigan bo'lmaning qopqog'ini oching va batareyalarni ehtiyotlik bilan chiqarib oling.</p>

	<p>O'lchov birliklarini o'zgartiruvchi pereklyuchatelni kg holatiga (kilogrammlar) o'rnatish;</p> <p>Tarozini yoqish uchun qisqa muddatga platformani bosing va displeyda "00.0" o'rnatilishini kuting;</p> <p>Mijozdan oyoq kiyimini yechishi va og'irligini platforma bo'yicha bir maromda taqsimlagan holda, platforma ustida turishi va qimirlamasligini iltimos qiling;</p> <p>Qurilma natijani hisoblab chiqmagunicha kutib turing;</p> <p>Mijozdan tarozidan tushishini iltimos qiling;</p> <p>Qo'llarni sovun bilan yuving.</p>	<p>Qutblarini to'g'ri joylashtirgan holda, yangi batareyalarni qurilmaga o'rnatish.</p>
IV	<p>Olingan ma'lumotlarni qayd qilish:</p> <p>Hamshiralarning yozuvlari mijozning murojaat qilganligining dalili hisoblanadi;</p> <p>Ma'lumotlar aniq, tushunarli va batartib yozilishi lozim;</p> <p>Kasallik tarixi yoki hamshira tashxisi kundaligida sana, olingan ma'lumotlar ko'rsatilishi va imzo qo'yilgan bo'lishi lozim.</p>	

Bo'yni o'lchash

I	<p>Bo'yni o'lchash uchun zarur materiallar/uskunalar:</p> <p>Bo'yni o'lchash qurilmasi;</p> <p>Kasallik tarixi va terapevt hamshirasining kundalik jurnali;</p> <p>Ruchka;</p> <p>Veshalka yoki stul (mijozning kiyimlari uchun).</p>
II	<p>Hamshira quyidagilarni yodda tutishi lozim:</p> <p>Maxfiylik – hamshira ushbu o'lchovni alohida xonada (agar mavjud bo'lsa vrachgacha xonada) yoki parda bilan to'silgan joyda amalga oshirishi lozim;</p> <p>Ma'lumot berish va mijozning roziligi olish.</p>

<p>III</p>	<p>Hamshira quyidagi qadamlarni bajarishi lozim:</p> <p>Qo'llarni sovun bilan yuving;</p> <p>Bo'yni o'lchash qurilmasi devor yonida, turg'un yuzaga o'rnatilganligiga ishonch hosil qiling;</p> <p>Mijozdan oyoq va bosh kiyimlarini yechishini iltimos qiling;</p> <p>Mijozdan bo'yni o'lchash qurilmasida yuzini hamshiraga qaratgan holda turishini iltimos qiling;</p> <p>Mijozdan oyoqlarini birga joylashtirishini so'rang;</p> <p>Mijozdan tizzalarini bukmagan holda turishini iltimos qiling;</p> <p>Mijozdan tovonlarini bo'yni o'lchash qurilmasining ichki qismiga taqab turgan holda joylashtirishini iltimos qiling;Mijozdan boshini tekis ushlashini va qarshisiga to'g'ri qarab turishini iltimos qiling;</p> <p>Mijozning ko'zi va quloqlari bir sathda turganligiga ishonch hosil qiling (rasmga qarang);</p> <p>Mijozning kuragi, dumbasi va tovonlari o'lchash ustuniga tegib turishi lozim (rasmga qarang);</p> <p>O'lchash taxtachasini mijozning boshiga ehtiyotlik bilan tushiring va undan nafas olishi va tekis turishini iltimos qiling;Belgilangan nuqtada santimetrlarda bo'y uzunligini o'qing;Mijozdan bo'yni o'lchash qurilmasidan tushishini iltimos qiling; Qo'llarni sovun bilan yuving.</p>	
<p>IV</p>	<p>Olingan ma'lumotlarni qayd qilish:</p>	

	Hamshiralarning yozuvlari mijozning murojaat qilganligining dalili hisoblanadi; Ma'lumotlar aniq, tushunarli va batartib yozilishi lozim; Kasallik tarixi yoki hamshira tashxisi kundaligida sana, olingan ma'lumotlar ko'rsatilishi va imzo qo'yilgan bo'lishi lozim.
--	--

Tana vazni indeksini (TVI) hisoblash

I	TVIni hisoblash uchun zarur bo'lgan materiallar/uskunalar: Bo'yni o'lchash qurilmasi; Tarozi; Kalkulyator; Kasallik tarixi va terapevt hamshirasining kundalik jurnali; Ruchka; Veshalka yoki stul (mijozning kiyimlari uchun).
---	---

II	<p>Hamshira quyidagilarni yodda tutishi lozim:</p> <p>Maxfiylik – hamshira ushbu o‘lchovlarni alohida xonada (agar mavjud bo‘lsa vrachgacha xonada) yoki parda bilan to‘silgan joyda amalga oshirishi lozim;</p> <p>Ma’lumot berish va mijozning roziligi olish.</p>
III	<p>Hamshira quyidagilarni bajarishi lozim:</p> <p>Qo‘llarni sovun bilan yuving;</p> <p>Vaznni o‘lchang;</p> <p>Bo‘yni o‘lchang;</p> <p>TVIning formula bo‘yicha hisoblang: vazn bo‘y uzunligi kvadratiga bo‘linadi, masalan – vazn 70 kg., bo‘y uzunligi 1,70 m. $TVI = 70 : 1,70^2 = 70 : 2,89 = 24$;</p> <p>Tana vazni darajasini aniqlang:</p> <p>TVI ko‘rsatkichi 8,5dan kam – past;</p> <p>TVI ko‘rsatkichi 18,5dan – 24,9gacha o‘rtacha yoki me‘yoriy;</p> <p>TVI ko‘rsatkichi 25,0dan – 29,9gacha bir oz ortiqcha vazn yoki tana massasi ortiqchiligi I darajasi;</p> <p>TVI ko‘rsatkichi 30,0dan – 34,9gacha o‘rta darajada ortiqcha vazn yoki semizlikning IIa darajasi;</p> <p>TVI ko‘rsatkichi 35,0dan – 39,9gacha yuqori darajada ortiqcha vazn yoki semizlikning IIb darajasi;</p> <p>TVI ko‘rsatkichi 40,0 va undan katta – juda yuqori darajada ortiqcha vazn yoki III daraja yaqqol semizlik;</p> <p>Qo‘llarni sovun yuving.</p>
IV	<p>Olingan ma’lumotlarni qayd qilish:</p> <p>Hamshiralarning yozuvlari mijozning murojaat qilganligining dalili hisoblanadi;</p> <p>Ma’lumotlar aniq, tushunarli va batartib yozilishi lozim;</p> <p>Kasallik tarixi yoki hamshira tashxisi kundaligida sana, olingan ma’lumotlar ko‘rsatilishi va imzo qo‘yilgan bo‘lishi lozim.</p>

To‘piqlardagi shishlarni aniqlash

I	To'piqlardagi shishlarni aniqlash uchun kerak bo'ladigan materiallar/uskunalar: Taymer yoki sekundomer; Kasallik tarixi va terapevt hamshirasining kundalik jurnali; Ruchka; Stul (mijoz uchun).
II	Hamshira quyidagilarni yodda tutishi lozim: Maxfiylik – to'piqdagi shishlarni aniqlash muolajasi alohida xonada (agar mavjud bo'lsa vrachgacha xonada) yoki parda bilan to'silgan joyda amalga oshirilishi lozim; To'piqdagi shishlarni aniqlash lozim bo'lgan joy: oyoq yuzi va barmoqlarining sirti, katta boldir suyagi, dumg'aza (anchadan beri yotgan bemorlarda); Ma'lumot berish va mijozning roziligi olish.

Yurak ishemik kasalliklarining profilaktikasi

1. Ateroskleroz erta rivojlanishini oldini olish;
 - Qonda xolesterin miqdorini 6.5 mmol/l dan oshib ketmasligi
 - Organizmda yog' almashinuvini normada bo'lishi
2. Arterial gipertoniyaning oldini olish va o'z vaqtida davolash
3. Organizmda uglevodlar almashinuvini me'yorda saqlash va qandli diabetni oldini olish
4. Gipodinamiyaning oldini olish, me'yoriy DBT bilan shug'ullanish
5. Stresslarni kamaytirishga xarakat qilish
6. Spirtli ichimliklar ichish va chekishga yo'l qo'ymaslik
7. Tananing ortiqcha vazn to'plashiga qarshi kurashish

Tibbiy atamalar

Ishemiya-qonsizlanish

Infarkt- to'qimaning o'lishi

Profilaktika –kasallikni oldini olish

Atipik - biror bir kasallikka (o'ziga o'xshamagan) o'xshamagan

Simptom- kasallik belgisi

Endokard - yurakning ichki devori

Miokard - yurakning muskul qavati

Perikard - yurakning tashqi devori

Kardiologiya – yurak kasalliklarini o‘rganuvchi fan.

Gipertenziya- arterial bosimning ko‘tarilishi

Yurak paroklari-yurak nuqsonlari

Sistola - yurakning qisqarishi

Diastola - yurakning bo‘shashishi

Test savollari.

1.Kichik qon aylanish doirasidagi a’zolar

1.Yurak, oshqozon, jigar, o‘pka.

2.Yurak, o‘pka*

3.Yurak, miya, jigar, buyrak

4.Yurak, buyrak

2.Katta qon aylanish doirasidagi a’zolar

1.Yurak, miya, oshqozon, buyrak, jigar*

2.Yurak, o‘pka

3.Yurak, qon tomirlar, buyrak,

4.Yurak, miya, qon tomirlar, o‘pka

3.Yurak devorlari necha qavatdan iborat?

1.Ikki

2.Besh

3.Uch *

4.To‘rt

4.Ateroskleroz sabablari nima?

1.Xo‘l mevalarni ko‘p iste‘mol qilish, kamxarakatlilik, ortiqcha vazn, qondagi xolesterin miqdorining ortishi.

2.Xayvon yog‘laridan tayyorlangan ovqatlarni istemol qilish, kamxarakatlilik, ortiqcha vazn, qondagi xolesterin miqdorining ortishi*.

3.AQB tushib ketishi, anemiya, ozib ketish.

4.AQB ko‘tarilishi, anemiya, semizlik.

5. Maxalliy to'qimallardagi qonsizlanish bu?

Ishemiya*

Giperemiya

Anemiya

Gipotrofiya

6. Stenokardiyada shoshilinch yordam?

Til ostida nitropreparatlar berish*

Narkotiklar yuborish

Qon chiqarish

Novshadil (nashatir)spirti xidlatish

7. Miokard infarktda shifokorgacha bo'lgan yordam ?

Bemorni tinchlantirish, nitropreparat til ostiga berish, vrachga xabar berish, AQB, pulsni aniqlash*

Yotkizish, nitroglitserin berish

Yurak soxasiga xantal qo'yish, validol berish

Oksigenoterapiya, morfin yuborish

8. Miokard infarkti tashxisini tasdiqlashda qo'llaniladi?

EKG va qonning bioximik taxlili*

Puls va arterial bosimni tekshirish

Yurakni UTT, kukrak kafasining rentgenografiyasi

Fonokardiografiya, UTT, yurak auskultatsiyasi

9. Yurak ishemik kasalliklarida bemorlarni davolashda qaysi parxez stoli tavsiya qilinadi?

10 parxez stoli*

9 parxez stoli

7 parxez stoli

15 parxez stoli

10. Miokard infarktining asosiy sababi?

Koronar arteriyalar aterosklerozi*

Gipertoniya kasalligi

Qonda qand miqdorining oshishi

Mitral klapan nuqsoni stenoz ustunligi bilan

Vaziyatli masala 1

Kardiologik bo'limda davolanayotgan qariya, tunda to'sh suyagi orqasidagi kuchli og'riqdan uyg'ondi. Bemor bezovta, rangi oqargan, A/B past 105/65 mm sim.ust. Ps tezlashgan 1 min 98 ta, ipsimon, tel ostiga qo'yilgan nitroglitsrin tabletkasi og'riq qoldirmadi. Og'riq 20 min ortiq davom etmoqda.

Savol :

- 1.Xamshira tashxisini qo'ying.
- 2.Bemorga birinchi tibbiy yordamni ko'rsating

Vaziyatli masala 2

Bemor xolsizlikdan, ozgina xarakatdan, tush suyagi ostida og'riq kuchayib, bosh aylanishdan shikoyat qildi. Terisi namli, sovuq. Nafas olishi sustlashgan, ipsimon . Puls tezlangan 104 ta 1¹ da. A/B 90/50 sim.ust.

Savol :

- 1.Xamshira tashxisini qo'ying
- 2.Bemorga birinchi tibbiy yordamni ko'rsating

Vaziyatli masala 3

Kardiologik bo'limga 58 yoshli bemor YuIK: O'tkir miokard infarkti bilan kelgan.

Savol:

I. O'tkir miokard infarktining tipik turiga qanday og'riqlar xos:

- A. to'sh ortidagi o'tkir davomli og'riq*
- B. og'riq chap qo'lga tarqaluvchan*
- V. og'riq nitroglitserin qabulidan so'ng o'tmaydi *

G. qisqa muddatli to'sh ortidagi og'riq

D. nitrogletsirindan so'ng o'tuvchi og'riq

Vaziyatli masala 4

Bemor 55 yoshda, erkak, bo'yi 157 sm, og'irgigi 85 kg, vaqti vaqti bilan boshi aylanib, ensa soxasidagi og'riqlar bezovta qiladi. Bemor qo'shni hamshiraga murojaat qilib qon bosimi o'lchanganda AQB 180/100, puls 1 daqiqada 110 ta. Bemor yog'li qovurilgan, go'shtli, ovqatlarni yaxshi ko'radi, kam xarakatli xayot kechiradi.

1.Sizning tashxisingiz.

2.Bemorga beriladigan tavsiyalar.

Vaziyatli masala 5

Kasalxonaning kardiologiya bo'limiga 45 yoshli erkak bemor keltirildi. Bemorni shikoyatlari yurak soxasida og'riq, AQBning 145/95gacha ko'tarilishi, bosh aylanishi, bosh og'rig'i.

1.Sizning tashxisingiz.

2.Bemorni parvarish qilishda nimalarga ahamiyat berish kerak.

Adabiyotlar.

1. Kuzko N.V. Kardiologiya i revmatologiya v poliklinike izdatelstvo Zdorove, 2001g.
2. Mazur N.A. Ocherki klinicheskoy kardiologii. – M., 1999g.
3. Tereshenko S. I. Xronicheskaya serdechnaya nedostatochnost M., 2008g.
4. Chazov Ye.I. Golitsyn S.P. Rukovodstvo po narusheniyam ritma serdsa. M., 2008g.
5. Shukina T.Yu. Revmatizm: Osnovy sovremennogo lecheniya: Simptomy, lichenie, profilaktika. – Izdatelstvo A.V.K. – Timoshka, 2002g.
6. R.D. Qurbanov. Klinik kardiologiya. Toshkent 2010y.

“Tezkor savol-javob” — bu ishtirokchilarning fikrlash tezligi, bilim darajasi va hozirjavobligini sinovdan o‘tkazadigan qiziqarli o‘yin shakli. Uni maktab darslarida, treninglarda, seminar yoki tadbirlarda qo‘llash mumkin.

1. Tayyorgarlik bosqichi

- O‘yin maqsadini aniqlash (bilimni mustahkamlash, jamoani faollashtirish va h.k.)
- 10–30 ta qisqa va aniq savollar tayyorlash
- Savollarni mavzu bo‘yicha yoki aralash shaklda tuzish
- Vaqt chegarasini belgilash (masalan, 5–10 soniya)
- Baholash mezonini aniqlash (1 savol = 1 ball)

2. Ishtirokchilarni tashkil etish

- Yakka tartibda yoki jamoalarga bo‘lib o‘tkazish mumkin
- Har bir jamoaga nom berish tavsiya etiladi
- Hakam yoki moderator tayinlanadi

3. O‘yinni o‘tkazish tartibi

1. Moderator savolni o‘qiydi.
2. Ishtirokchilar belgilangan vaqt ichida javob beradi.
3. To‘g‘ri javob uchun ball beriladi.
4. Noto‘g‘ri javob bo‘lsa, imkoniyat boshqa jamoaga berilishi mumkin.
5. O‘yin oxirida ballar hisoblanadi.

4. Yakuniy bosqich

- Eng ko‘p ball to‘plagan ishtirokchi yoki jamoa g‘olib bo‘ladi
- Rag‘batlantiruvchi sovg‘alar berish mumkin
- Qisqa tahlil va xulosa qilinadi

7-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
--	--

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va	Amaliy mashgulot

turi	
Amaliy mashg'ulotning rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yurak-qon tomir a'zolari tizimi kasalliklari 2. Tug'ma va ortirilgan yurak-qon tomir a'zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Yurak-qon tomir a'zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi algoritmi

1. Bemorni dastlabki baholash

1.1. Shikoyatlarni aniqlash (ko'krak og'rig'i, nafas qisishi, yurak urish tezlashishi, shishlar).

1.2. Hayotiy ko'rsatkichlarni o'lchash:

- Arterial bosim (AB)
 - Puls (tezligi, ritmi, to'lishi)
 - Nafas soni
 - Tana harorati
- Terining holatini baholash (rangparlik, sianoz, sovuqlik).
 Shishlar bor-yo'qligini tekshirish (oyoqlar, boldir, yuz).
 EKG, laborator natijalar bilan tanishish (agar mavjud bo'lsa).

2. Hamshiralik tashxisini qo'yish

Og'riq bilan bog'liq muammo.

Qon aylanishining yetishmovchiligi.

Nafas yetishmovchiligi.

Shishlar va suyuqlik tutilishi.

3. Parvarish rejasini tuzish

Bemor holatini barqarorlashtirish.

Asoratlarning oldini olish.

Bemorni o'qitish (parhez, dori qabul qilish tartibi).

4. Hamshiralik aralashuvi

Shifokor ko'rsatmasiga asosan dori vositalarini berish (gipotenziv, diuretik, antikoagulyant va boshqalar).

Bemorni yarim o'tirgan (Fowler) holatiga keltirish.

Kislород terapiyasini tashkil qilish (zarur bo'lsa).

Tuzsiz yoki kam tuzli parhezni nazorat qilish.

Sutkalik diurezni nazorat qilish.

Jismoniy yuklamani cheklash.

5. Natijani baholash

Arterial bosimning me'yorlashuvi.

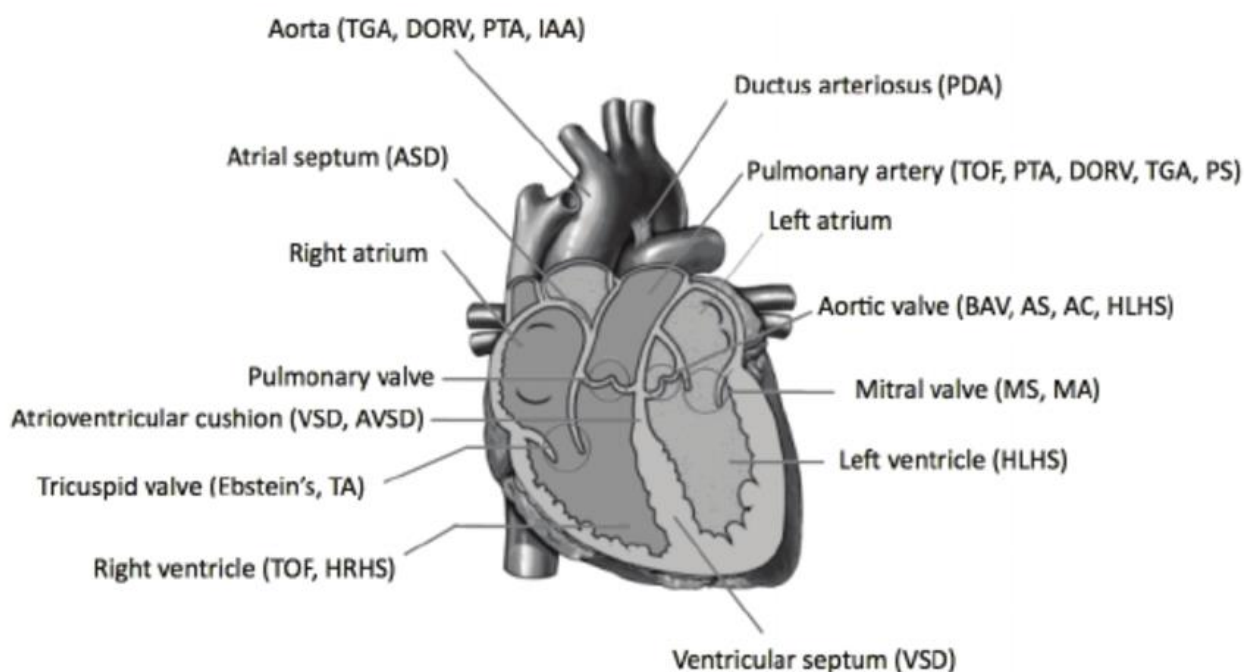
Nafasning yengillashuvi.

Shishlarning kamayishi.

Bemorning umumiy ahvolidning yaxshilanishi.

2. Tug'ma va ortirilgan yurak-qon tomir kasalliklarida hamshiralik parvarishi algoritmi

I. Tug'ma yurak kasalliklarida hamshiralik parvarishi



1. Baholash

Bola terisida sianoz bor-yo'qligini aniqlash.

Emish vaqtida tez charchashni kuzatish.

Nafas sonini hisoblash.

Vazn qo'shish dinamikasini baholash.

2. Parvarish

Bolani tez-tez, oz-ozdan ovqatlantirish.

Kislorod bilan ta'minlash (zarurat bo'lsa).

Infeksiyalardan himoya qilish.

Ota-onaga kasallik haqida tushuntirish ishlari olib borish.

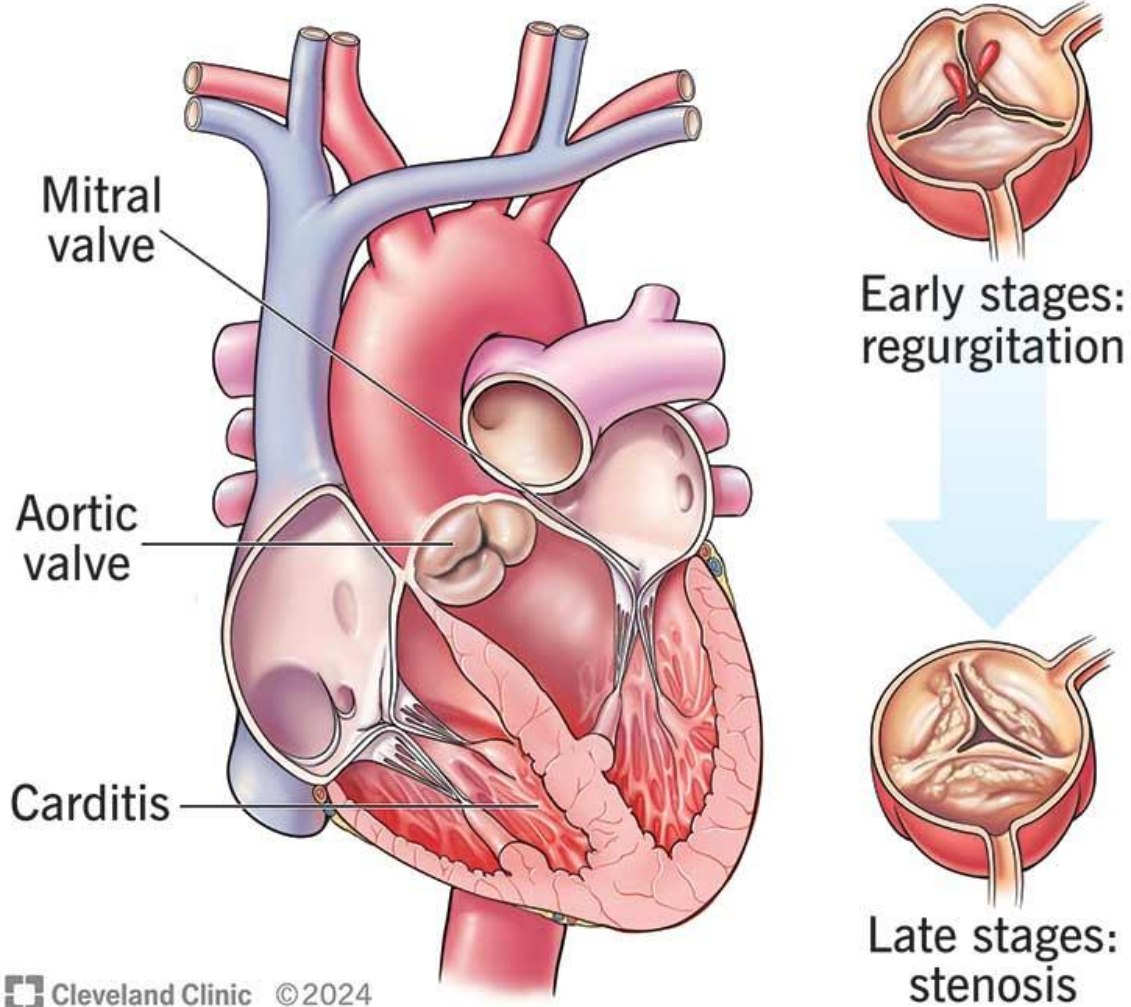
3. Nazorat

Puls va nafasni muntazam kuzatish.

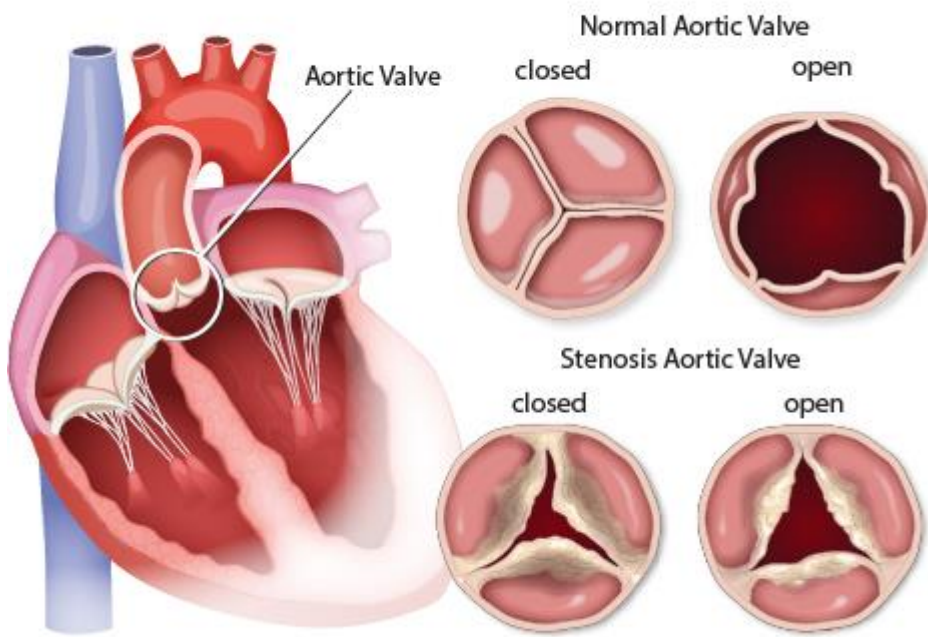
Operatsiyaga tayyorgarlik (agar ko'rsatilgan bo'lsa).

Orttirilgan yurak kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Rheumatic heart disease



Aortic Valve Stenosis



1. Baholash

Revmatik anamnezni aniqlash.
Ko'krak og'rig'i va hansirashni baholash.
Arterial bosim va pulsni o'lchash.

2. Parvarish

Dori vositalarini o'z vaqtida berish.
Tuz iste'molini kamaytirish.

Jismoniy zo'riqishni cheklash.

Stress holatlarini kamaytirish.

3. Profilaktika

Revmatizm qaytalanishini oldini olish.

Sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish.

Dispanser nazoratini tashkil etish.

8 - mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2.	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	1. Ovqat hazm qilish a'zolari tizimi kasalliklari. 2. Bolalarda uchraydigan stomatit kasalligida hamshiralik parvarishi
O'quv mashg'uloti maqsadi: 1.Ta'limiy: <ul style="list-style-type: none">• Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash• Amaliy ko'nikmalarni egallash• Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash• Deontologik tarbiyaning shakllanishi• Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2.Tarbiyaviy maqsadi: <ul style="list-style-type: none">• Mutaxislikka javobgarlik hissini shakllantirish• Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish• O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash• Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan royxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib oyin qoidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu boyicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'lik bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular boyicha bilimni baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko'nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Team-Based Learning (TBL)" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o'qituvchi bergan savollariga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tarikasida yo'llab javob oladilar." Team-Based Learning (TBL)" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Bolalarda qon va qon yaratish a'zolari kasalliklari</p>	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>Foydalanilgan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. S.S. Karimov — Odam anatomiyasi, 2019 yil. 2. A.Q. Qodirov — Ichki kasalliklar propedevtikasi, 2021 yil. 3. M.A. Rasulov — Hamshiralik ishi asoslari, 2020 yil. 4. N.A. Axmedov — Gastroenterologiya, 2018 yil. 5. WHO — Digestive Diseases Guidelines, 2022 yil. 6. Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y 7. V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019 	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Ovqat xazm qilish a’zolarining. anatomo-fiziologik xususiyatlari. Gastrit: ta’rifi, etiologiyasi, belgilari, tashxisoti, xamshiralik parvarish. O’tkir va surunkali gastrit, Diareyani rivojlanishi, bolalarda suvsizlanish belgilari. Enterokolitlar rivojlanishi kelib chikishi. Bemor bolalar parvarishi.</p>	<p>O’quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ovqat xazm qilish a’zolari xamshiralik parvarishini. – Gastritlar kelib chiqishi. Klinikasi va davosi. – Stomatitlar rivojlanishi va klinikasi va davosi. – Hazm sistemasining parazitlar kasalliklari.
O’qitish metodlari	“Team-Based Learning (TBL)”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan ukuv xona.
Qayta a’loqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov: tezkor surov, yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini

Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

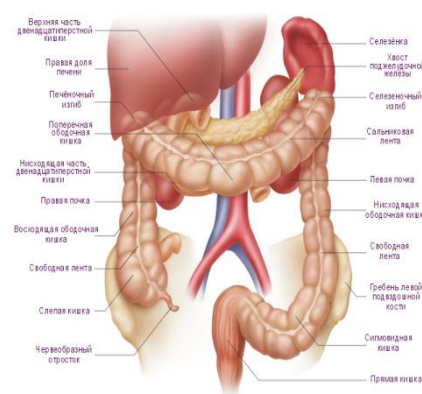
Reja:

- 1.Ovqat hazm qilish a'zolari tizimi kasalliklari.
- 2.Bolalarda uchraydigan stomatit kasalligida hamshiralik parvarishi

Ovqat xazim qilish a'zolarining tizimi xazm qilish kanali va xazim qilish shiralaridan tashkil topgan. Odamda xazim yo'li 8-10 metr uzunlikda bo'ladi.

Ovqat xazim bo'lishi og'iz bo'shlig'idan boshlanadi.

Unda ovqat yuqorigi va pastki jag'lar uylarida joylashgan tishlar bilan chaynalib, maydalanadi va so'lak fermentlari ta'sirida dastlabki kimyoviy ishlovdan o'tadi. Ovqatni xalqum bilan qizilo'ngachga itarilgan muskullar qisqarib, qizilo'ngachga to'liqinsimon qisqarganda me'da yani oshqozonga surulib boradi. Me'da sig'imi 2-3 litr atrofida bo'ladi. Uning shilliq pardasi me'da shirasi ishlab chiqaradigan 14 mil ga yaqin bezlar bo'ladi. Bu bezlar oshqozon shirasini ishlab chiqaradi, oshqozon shirasi tarkibi pepsin, xlorid kislota dan iborat bo'lib oshqozon shirasi inson is'temol qilgan ovqat tarkibidagi oqsillarni parchalash va hazm qilishda qatnashadi. Oshqozondagi ovqat massasai o'n ikki barmoq ichakka o'tadi, o'n ikki barmoqli ichakka oshqozon osti bezi fernmentlari quyiladi va ular uglevodlarni parchalanib so'rilishida qatnashadi. Shuningdek o'n ikki barmoqli ichakka jigardagi o't xaltachasidan o't yo'llari orqali o't suyuqligi quyiladi va u yog'larni parchalanishi va so'rilishida ishtirok etadi. O'n ikki barmoqli ichakdan ovqat massasi ingichka ichakka o'tadi, ingichka ichakda parchalangan oqsil, yog' va uglevodlar vorsirkalardan qonga so'riladi. Qolgan ovqat massasi yo'g'on ichakka o'tadi, yo'g'on ichakda suv so'riladi, qolgan massa sigmasimon va to'g'ri ichak orqali tashqariga chiqariladi.



Xazm qilish tizimi a'zolari organizmga tushayotgan ozik ovqatlarni, parchalanmaydigan, so'rilmaydigan ovqat komponentlarini kichik bo'laklar ko'rinishida parchalab qon va limfaga cha so'rilishiga olib keladi.

Ogiz bo'shlig'i- ovqatni qabul qilish va maydalab, lukma xosil qilishda. Og'iz bo'shlig'ining shilliq pardasiga tushgan va tilda joylashgan ta'm sezuvchi nerv tolalari (retseptorlar) og'iz bo'shlig'iga tushgan ovqat ta'sirida qo'zg'aladi. Bu qo'zg'alish sezuvchi nerv tolalari orqali uzunchoq va oraliq miyadagi ovqatlanish nerv markazlarini qo'zg'atadi

-Ovkatga mexanik va ximik ishlov berish

-Sekretor;

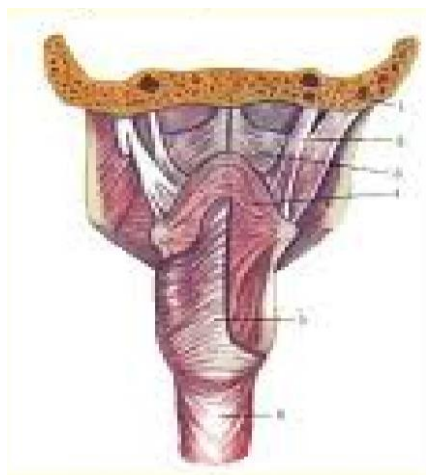
-Ekskretor;

-Surilish;

-Bar'erli- ximoya;

Xazm tizimi qisimlarining bajaradigan vazifalari.

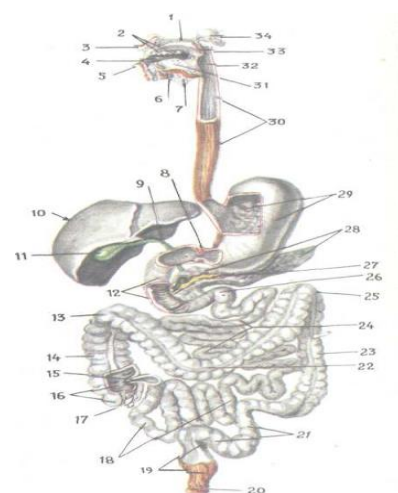
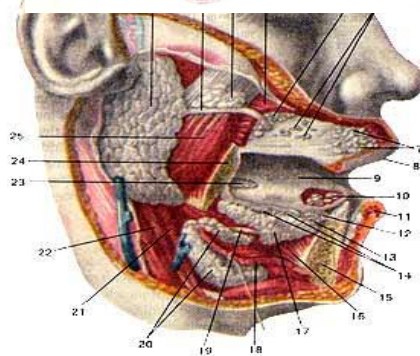
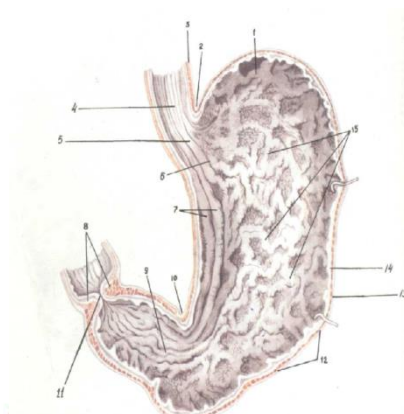
- Xalqum- luqmani yutishda ishtirok etadi;
- Qizilo'ngach- xalqum bilan oshqozonni bog'lab turadi;
- Oshqozon-oqsil xazm bo'lishi va oziq-ovqat parchalanishida;

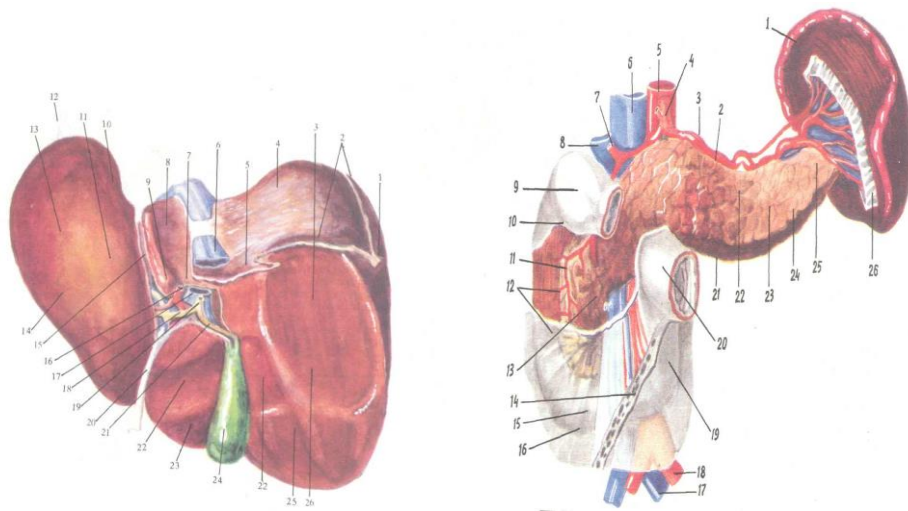


Xalqum Me'da

- 12 barmoqli ichak- xazm bo'lish va so'rilishda;
- Jigar-yog'larni mayda bo'lakchalargacha, oqsil, uglevodlarni parchalashda, ut suyuqligi xosil qilishda.
- Oshqozon osti bezi- kraxmal, oqsil va yog'larni xazmida ishtirok etadi;

Me'da sig'imi 2-3 litr atrofida bo'ladi. Uning shilliq pardasi me'da shirasi ishlab chiqaradigan 14 mil ga yaqin bezlar bo'ladi. Bu bezlar oshqozon shirasini ishlab chiqaradi, oshqozon shirasi tarkibi pepsin, xlorid kislota dan iborat bo'lib oshqozon shirasi inson is'temol qilgan ovqat tarkibidagi oqsillarni parchalash va hazm qilishda qatnashadi.





Jigar

- Kundalang chambar ichak- ovqat so‘rilishi tugallanib, xazm bo‘lishida;
- Yug‘on ichak- suv so‘rilishida;
- To‘g‘ri ichak- axlat massani shakllantiradi va o‘zida saqlaydi;
- Anal teshigi- defekatsiyada ishtirok etadi.

Oshqozon osti bezi.

Meyoriy biokimyoviy taxlil kursatgichlari

1. Umumiy bilirubin- 5-21 mk/mol-l
- a) Boglangan bilirubin- 3,4 mk/mol-l
- b) Boglanmagan bilirubin- 19 mk/mol-l
2. Alaninaminotransferaza (ALT)- 0-0,40 mk/mol-l
3. Aspartataminotransferaza (ACT)- 0,40-0,80 mk/mol
4. Timolovaya proba 0-4,0 birlikda (edunitsa)
5. Ishkoriy fashataza 45-145 birl
6. Temir- 9-21 mk/mol-l
7. Kaliy -3,4- 4,7 mk/mol-l
8. Magniy- 135,0-155,0 mk/mol-l
9. Xolesterin- 0-5,7 mk/mol-l
- 10 Amilaza -28-65 birlikda
11. Albumin- 38-51 g/l

Gastritlar.

Gastritlar o‘tkir va surunkali bo‘ladi.

O‘tkir gastrit me‘da shilliq qavatining o‘tkir yallig‘lanishi bo‘lib, sifatsiz ovqat yeyish, ziravorlar, alkogolli ichimliklar, o‘ta issiq yoki o‘ta sovuq ovqatlar, dori preparatlarini tartibsiz iste‘mol qilish, xaddan tashqari toyib ovqatlanish natijasida kelib chiqadi.

Klinikasi. Oshqozon sohasida kuchli og‘riq, og‘izning bemaza bo‘lishi, kekirish vaqtida palag‘da tuxumni hidi kelishi, jig‘ildon qaynashi, ishtaha pasayishi, ko‘ngil aynash, qayt qilish, ich ketishi, subfebril isitma, yurak oynashi bezovta qiladi. Til ustki qismini oq karash qoplagan. Palpatsiyada oshqozon sohasida og‘riqni seziladi. Tashhis qoyishda qusuq massasi, qon, axlat, me‘da suyuqligi taxlili yordam beradi.

Davosi va parvarishi. 1-yordam maqsadida me‘da yuviladi, 2 hil usul bilan zondli va zondsiz, zondli usulda yo‘g‘on zond bilan yuviladi. Zondsiz usulda bemorga qaynatib ilitilgan kuchsiz kaliy permanganatli suv ichiriladi va qayt qildiriladi, ochlik buyuriladi,

1kundan keyin parhez taom tavsiya etiladi. Dorilardan 5%li glyukoza, 0,9%li natriy xlor eritmasi, disol, trisol kabi dorilar tomchilab quyiladi. Og'riq qoldirish uchun no-shpa, platifillin qilinadi.

Surunkali gastrit.

Surunkali gastrit me'da shilliq qavatining surunkali yallig'lanishidir.

Sababi tartibsiz pala-partish ovqatlanish, spirtli ichimliklar, dorilar ichish, chekish, achchiq, sho'r mahsulotlar, ziravorlarni normadan ortiq is'temol qilish.

Klinikasi. Oshqozon sohasida og'riq, ishtaha pasayishi, og'izda yoqimsiz maza, achchiq suyuqlik bilan kekerish, jig'ildon qaynashi, qusish bezovta qiladi.

Tashhis qoyishda me'da shirasi tekshiriladi, uni ajralishiga qarab, surunkali gastritning 4 hil turi farqlanadi.

1. Anatsid- oshqozon shirasi yo'q.
2. Gipoatsid- oshqozon shirasi kam.
3. Normatsid-oshqozon shirasi normada.
4. Giperatsid-oshqozon shirasi ko'p.

Davosi va parvarishi. Parhez qilish tavsiya etiladi. Me'da shirasi kam holatlarda natural me'da shirasi, me'da shirasi ko'p bo'lganda me'da shirasini kamaytiruvchi dorilar (omez, omeprazol, maaloks, ranitidin, gastrotsepin, kvamatel va h.k.), vitaminlar, immunitit oshiruvchilar, spazmatiklar tavsiya qilinadi. Fizioterapevtik va sanatoriya sharoitida davolanish tavsiya etiladi.

Surunkali gastritli bemorni parvarish qilish tibbiyot hamshirasidan shifobaxsh ovqatlarni bilishni talab qiladi. Bemorga ovqatni qat'iy belgilangan soatlarda yeyish hazm refleksleri hosil bo'lishiga olib keladi. Ichish, chekish, ziravor ovqatlar qat'iy ta'qiqlanishi zarur. Gastritda parvarish qilishning quyidagi xususiyatlari bor. Tibbiyot hamshirasi bemorning me'dasini zond yordamida yuvishni bajara olishi va uy sharoitida me'dani zondsiz yuvish qoidalarini tushuntira bilishi kerak.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi vaqti vaqti bilan oshqozon va ichak shilliq qavatida yara paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladigan kasallik bo'lib, kasallik mavsumiy xuruj qilish xususiyatiga ega.

Kasallik qishloqliklarga nisbatan shaxarliklarda, ayollarga nisbatan erkaklarda ko'proq uchraydi.

Kasallikning sabablari. Kasallik polietiologik (sabablari ko'p) kasalliklar guruxiga kiradi.

Kasallikni kelib chiqishiga oid asosiy va yordamchi sabablar talqin etiladi va ular quyidagilardir

- 1.Mexanik ta'sir – dag'al, achchiq, sho'r, qattiq ovqatlarni shilliq qavatga ta'siri.
- 2.Ruhiy charchash, miyaning jaroxatlanishi,surunkali ruhiy kechinmalar.
- 3.Oshqozon shirasi miqdorining ortib ketishi, xlorid kislata va pepsinni shilliq qavatlarga ta'siri.
- 4.Helikobakter pilori - spiralsimon bakteriyalarni shilliq qavatlarga ta'siri.

5. Yordamchi sabablar. Odam tanasining tuzilishi va irsiyat. Tashqi sharoit ta'siri (chang, bosim, ekologik omillar)

Kasallik belgilari va hamshira tashhisi. Asoratlanmagan yara kasalligining asosiy belgisi **og'riqdir**. Ko'p bemorlarda me'da sohasidagi og'riq kuchli, kesuvchi, sanchiqli bo'lsa ba'zi bemorlarda kuchsiz va siquvchi tusda bo'ladi. Og'riqlar mavsumiy bo'lib baxor va kuz oylarida ko'proq kuzatiladi. Og'riq huruji davrida bemorlar **majburiy holatni egallashga** harakat qiladilar (qoringa yotib, oyoqlarini qoringa bukib, oldinga engashib).

Yara kasalligida og'riqlar ovqatlanishga bog'liq bo'lib, og'riqning erta, kech, och qoringa va tungi turlari kuzatiladi. Ovqatlanishdan keyin qisqa muddat 20-30 daqiqa ichida paydo bo'ladigan og'riqlar me'da yara kasalligiga xosdir. Och qoringa bezovta qiladigan, tungi va kechki, ovqatlangandan 1,5-3 soatdan keyingi og'riqlar o'n ikki barmoq ichak yara kasalligiga xosdir. Bunday og'riqlarda ovqatlanish og'riqning pasayishiga olib keladi. Bundan tashqari yara kasalligining og'riqsiz turi xam mavjud.

Yara kasalligidagi og'riq qator dispeptik belgilar: ko'ngil aynishi, qusish, jig'ildon qaynashi, qusish, kekirish va qabziyat bilan kechadi. Yara kasalligi bilan og'riq bemorlarda ishtaha yo'qolmaydi, ammo ovqatlanish bilan doimiy takrorlanuvchi og'riq tufayli bemorlar ovqatlanishdan yuz o'giradilar. Shu sababli kasallik qaytalanishi davrida bemorlar yana xam ozib ketadilar.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda ularning ozg'inligi, asabiyligi, ko'p terlashga moyilligi, tilni oq karash qoplaganligi, yorilishlar, torfik o'zgarishlar kuzatiladi. Me'da va ichak sohasi yuzaki va chuqur paypaslanganda og'riq, qorin oldi devori mushaklarining taranglashuvi aniqlanadi.

Bemorlarga tashxis qoyish uchun ezofagogastroduadenoskop yordamida tekshirish katta ahamiyatga ega. Laboratoriyada najasni yashirish qonga tekshirish xam bemorga tashxis qoyishda muximdir. Qonni aniqlash yara kasalligi qaytalanishidan dalolat beruvchi belgi hisoblanishi mumkin.

Yara kasalligining asoratlari. Oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yara kasalligida quyidagi asoratlar yuzaga kelishi mumkin:

Yaraning teshilishi – perforatsiya. Bu xolatda bemorlarda "O'tkir qorin" sindromi yuzaga keladi.

Yarani boshqa a'zoga teshib kirishi – penetratsiya, yara oshqozon osti beziga yoki boshqa a'zolarga teshib kirishi mumkin.

Yarani rakka aylanishi – odatda kam sekreteriyali oshqozon yaralari rakka aylanish xususiyatiga ega.

Yaradan qon ketishi – oshqozon yoki ichak shilliq qavatining yemirilishi oqibatida shilliq ostidagi qon tomirlar xam ta'sirlanib, biror bir jismoniy zo'riqish natijasida yorilib ketishi va qon oshqozon yoki ichak bo'shlig'iga tushishi mumkin.

Pilorus stenozi (Stenoz pilorusa) – odatda ko'proq duodenal yaralarda va ba'zi xollarda oshqozon yaralarida kuzatiladi. Bunda oshqozondan o'n ikki barmoq ichakka o'tadigan soxaning torayib qolishi kuzatiladi. Bemorlarda stenoz rivojlanib borishi bilan ovqat qabul qilish og'riqlarni kamayishiga emas, balki kuchayishiga olib keladi.

Bemorlarni davolash va parvarishlash.

Yara kasalligi huruji davrida bemorlarga 1-parhez stoli tavsiya etiladi. Ovqatlanish kuniga 5 marta buyuriladi va bunda ovqatlar yaxshi qaynatilgan, maydalangan va bug'da pishirilgan bo'lishi kerak.

Dag'al, sho'r, achchiq, ovqatlar, kofe, achchiq choy, spirtli ichimliklar, qovurilgan go'sht kabi maxsulotlar tavsiya etilmaydi.

Bemorlarga tavsiya etiladigan dori vositalari; xlorid kislotani neytrallovchi vositalar (fosfor, alyuminiy, magniy saqlovchi), tinchlantiruvchi psixotrop vositalar, spazmolitiklar, shilliq qavatni himoya qiluvchi tarkibida vismut saqlagan vositalar, infeksiyaga qarshi preparatlar

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 so'rg'ichga o'rgatib qoyish 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 karies boshlanganligi, og'iz bo'shlig'iga yaxshi e'tibor bermay qoyganliklari bilan xarakterlanadi.

Asoratlari. Yarali stomatitlar yiringli limfadenit, tonzilyar abscess, 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 bo'larining qiynalishi.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Stomatitlarga qilina- dikan 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 herpes virusi bilan birlamchi infeksiyanishi alomati hisoblanadi. Kasallik havo-tomchi yo'li hamda oyinchoqlar 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 qoyadi. 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, qaytalan- maydi, chunki kasallikdan so'ng turg'un immunitet qoladi.

Asoratlari. Asoratlari 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 etiologi- yasida 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 emulsiyalardan 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, so'rg'ichlardan foydalanish qoidalariga qat'iy rioya qilish, ovqatlantirish vaqtida sanitariya-gigiena talablariga amal qilishga

asoslangan.

Piloro-spazm

Piloro-spazm — 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 arzimmas asabiylashishlar, parvarishdagi nuqsonlar natijasida boladagi qusishlarning ko'payishi kuza-tilgan.

Klinikasi. Chaqaloqda hayotining birinchi kunlaridan boshlab oq 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. Vaqtda tegishli choralar ko'rilganda piloro-stenoz 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 piloro-stenozdan 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) 8-10 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 marta bo'lib) eritmaları buyuriladi. Bolaning me'da sohasini ovqatlantirishdan oldin isitish ham yaxshi naf beradi.

Profilaktikasi. Piloro-spazmning oldini olish uchun ona homiladorlik davrini nuqsonlarsiz o'tkazishga harakat qilishi, vaqtda dam olishi va kaloriyali ovqatlanishi lozim.

Piloro-stenoz

Piloro-stenoz — 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 qusish- ga 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.

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.

Bolalarda gelmintoz kasalliklarida hamshiralik parvarish

Gelmintozlar, ya'ni gijja kasalliklari organizmda parazitlik qilib yashaydigan

chuvalchanglar (gijjalari) tufayli paydo bo'ladigan, hozirgi vaqtda nafaqat bolalarda, balki kattalarda ham keng tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. Gelmintoz- larning bunchalik tarqalishida yashash sharoitining sanitariya jihatidan qoniqarsiz ahvolda bo'lishi, sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmaslik va tabiiy omillar sababchi.

Gijjalari 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 asoratlari berish xavfi paydo bo'ladi.

Bolalarning ko'pincha askaridalar, ostritsalar, qilbosh gijjalari, pakana gijjalari, 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.

Tibbiy atama

1. **Gastrit** – me'da shilliq qavatining yallig'lanishi.
2. **Pepsin** – oqsillarni parchalaydigan ferment.
3. **Xlorid kislota (HCl)** – me'da shirasi tarkibiy qismi.
4. **Duodenum** – o'n ikki barmoqli ichak.
5. **Perforatsiya** – yara teshilishi.
6. **Penetratsiya** – yaraning boshqa a'zoga o'tishi.
7. **Dispepsiya** – hazm buzilishi belgilar majmuasi.
8. **Giperatsid** – oshqozon shirasi ko'payishi.
9. **Anatsid** – oshqozon shirasi yo'qligi.
10. **Stomatit** – og'iz shilliq qavatining yallig'lanishi.

TEST SAVOLARI

1. Me'da shirasi tarkibiga nimalar kiradi?
 - A) Insulin
 - B) Pepsin va HCl *
 - C) O't suyuqligi
 - D) Amilaza
2. O'n ikki barmoqli ichakka qaysi bez shirasi quyiladi?
 - A) Jigar

- B) Oshqozon osti bezi *
 - C) Taloq
 - D) Buyrak
3. Gastritning asosiy belgisi:
- A) Yo'tal
 - B) Qusish
 - C) Oshqozon og'rig'i *
 - D) Qon ketish
4. Yara kasalligida og'riq qachon kuchayadi?
- A) Uyguda
 - B) Ovqatdan keyin yoki och qoringa *
 - C) Yugurganda
 - D) Suv ichganda
5. Perforatsiya nima?
- A) Yara bitishi
 - B) Yara teshilishi *
 - C) Yallig'lanish
 - D) Shish
6. Giperatsid gastritda:
- A) Kislota kam
 - B) Kislota ko'p *
 - C) Ferment yo'q
 - D) O't ko'p
7. Stomatit qaysi a'zoda kuzatiladi?
- A) Ichak
 - B) Me'da
 - C) Og'iz bo'shlig'i *
 - D) Qizilo'ngach
8. Yara kasalligining xavfli asorati:
- A) Yo'tal
 - B) Qon ketish *
 - C) Isitma
 - D) Toshma
9. Me'da sig'imi o'rtacha:
- A) 1 l
 - B) 2-3 l *
 - C) 5 l
 - D) 10 l
10. Gastritda birinchi yordam:
- A) Yugurish
 - B) Me'dani yuvish *
 - C) Issiq ovqat berish
 - D) Qattiq ovqat **berish**

VAZIYATLI MASALALAR

1-vaziyatli masala

35 yoshli ayol ovqatlangandan 20–30 daqiqa o‘tgach epigastral sohada og‘riq paydo bo‘lishidan shikoyat qiladi. Jig‘ildon qaynashi, nordon kekirish va ba’zida qusish kuzatiladi. Ishtahasi pasaygan. Bemor achchiq va qovurilgan ovqatlarni ko‘p iste’mol qiladi. So‘nggi paytlarda stress ko‘p bo‘lgan. Ko‘rikda til oq karash bilan qoplangan, palpatsiyada og‘riq bor. Me‘da shirasi kislotaliligi oshgan.

Savol: Ehtimoliy tashxis nima?

Javob: Giperatsid (kislotaligi oshgan) surunkali gastrit.

2-vaziyatli masala

40 yoshli erkak och qoringa va tunda paydo bo‘ladigan og‘riqlardan shikoyat qiladi. Ovqat yegach og‘riq kamayadi. Bahor mavsumida xuruj kuchayadi. Najasta yashirin qon aniqlangan. Ozib ketgan, asabiy. Epigastral sohada og‘riq mavjud.

Savol: Qaysi kasallik ehtimoli yuqori?

Javob: O‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligi.

3-vaziyatli masala

28 yoshli bemor sifatsiz ovqatdan so‘ng oshqozon og‘rig‘i, qayt qilish va ich ketishdan shikoyat qiladi. Harorati 37,5°C. Til oq karash bilan qoplangan. Umumiy holsizlik bor.

Savol: Tashxis nima?

Javob: O‘tkir gastrit.

4-vaziyatli masala

2 yoshli bolada og‘iz shilliq qavati qizarib shishgan. Til ustida oq qoplama bor. Bola emishda qiynaladi, injiq. So‘rg‘ich gigiyenasi yaxshi emas.

Savol: Ehtimoliy tashxis?

Javob: Kataral stomatit.

5-vaziyatli masala

45 yoshli erkakda to‘satdan “xanjar sanchgandek” og‘riq paydo bo‘lgan. Qorin devori tarang, sovuq ter bosgan, bosim pasaygan. Anamnezida yara kasalligi bor.

Savol: Qanday asorat yuzaga kelgan?

Javob: Yaraning perforatsiyasi (teshilishi).

6-vaziyatli masala

50 yoshli bemor qoramtir qusish va qora najasdan shikoyat qiladi. Holsiz, terisi oqarib ketgan, bosimi past. Oldin yara kasalligi bilan og‘rigan.

Savol: Qaysi asorat haqida o‘ylash mumkin?

Javob: Yara kasalligida qon ketish.

7-vaziyatli masala

38 yoshli ayolda ovqatdan keyin og‘riq, jig‘ildon qaynashi bor. Achchiq ovqatlardan so‘ng belgilar kuchayadi. Chekish odati bor. Me‘da shirasi kislotaliligi yuqori.

Savol: Tashxis nima?

Javob: Giperatsid gastrit.

8-vaziyatli masala

60 yoshli bemor tez to‘yib qolish, hazm bo‘lmagan ovqat bilan qusishdan shikoyat qiladi. Ozib ketgan. Oldin duodenal yara bo‘lgan.

Savol: Qaysi asorat ehtimoli bor?

Javob: Pilorus stenozisi.

9-vaziyatli masala

25 yoshli talaba notekis ovqatlanadi. Jig‘ildon qaynashi, epigastral og‘riq, ich qotishi bor. Stress va uyqusizlik mavjud.

Savol: Qaysi kasallik ehtimoli yuqori?

Javob: Surunkali gastrit.

10-vaziyatli masala

7 yoshli bolada og‘izda yarachalar, isitma 38°C, limfa tugunlari kattalashgan. Ovqatlanishda qiynaladi. Og‘iz gigiyenasi yaxshi emas.

Savol: Tashxis nima?

Javob: Yarali (aftoz) stomatit.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Hazm qilish tizimining asosiy vazifasi nima?
2. Me‘da shirasi tarkibiga nimalar kiradi?
3. Gastritning turlari qanday?
4. Yara kasalligining asosiy belgisi nima?
5. Perforatsiya nima?
6. Penetratsiya nima?
7. Stomatitning turlari qanday?
8. Giperatsid va anatsid gastrit farqi nimada?
9. Yara kasalligining asoratlari qanday?
10. Hamshiralik parvarishining asosiy tamoyillari qanday?

Foydalanilgan adabiyotlar

- 1.S.S. Karimov — **Odam anatomiyasi**, 2019 yil.
- 2.A.Q. Qodirov — **Ichki kasalliklar propedevtikasi**, 2021 yil.
- 3.M.A. Rasulov — **Hamshiralik ishi asoslari**, 2020 yil.

- 4.N.A. Axmedov — **Gastroenterologiya**, 2018 yil.
5.WHO — **Digestive Diseases Guidelines**, 2022 yil.
6.**Salomatlik -3 loyixasi** “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y
7.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019

Team-Based Learning (TBL) nima?

TBL – jamoaviy asosda o‘qitish usuli bo‘lib, talabalar avval mustaqil tayyorlanadi, keyin guruhda muammoni hal qiladi va klinik qaror qabul qiladi.

- ◆ Klinik fikrlashni rivojlantiradi
- ◆ Jamoaviy ishlash ko‘nikmasini shakllantiradi
- ◆ Qaror qabul qilishni o‘rgatadi

Mavzu:

CR (Computed Radiography) tizimida rentgen apparatining ishlash prinsipi va amalda qo‘llash

TBL asosida amaliy mashg‘ulot tuzilishi

1-bosqich: Tayyorgarlik (Pre-class preparation)

Talabalar uyda quyidagilarni o‘qib keladi:

- CR tizimi tuzilishi
- Imaging Plate (IP) ishlash mexanizmi
- Ekspozitsiya parametrlari (kV, mAs)
- ALARA prinsipi

2-bosqich: Individual test (iRAT) – 10 daqiqa

Har bir talaba test topshiradi.

Misol savol:

CR tizimida tasvir qaysi bosqichda raqamli formatga aylanadi?

- A) Ekspozitsiya paytida
- B) Lazer skanerlash jarayonida
- C) Kollimatsiya paytida
- D) Pozitsiya berishda

3-bosqich: Guruh test (tRAT) – 15 daqiqa

Talabalar 4–5 kishidan iborat jamoaga bo‘linadi va shu testni birgalikda muhokama qilib yechadi.

- ◆ Muhokama
- ◆ Dalil keltirish
- ◆ Bir qarorga kelish

4-bosqich: Klinik qo‘llash (Application phase) – 25 daqiqa

Vaziyat:

Shoshilinch bo‘linga qo‘l suyagi singan bemor keldi. CR tizimi orqali tekshiruv o‘tkazish kerak.

Guruh vazifasi:

Algoritm tuzish:

1. Bemorni tayyorlash
2. Pozitsiya berish
3. Ekspozitsiya parametrlarini tanlash
4. Nurlantirish
5. IP ni skanerlash
6. Tasvirni baholash

Qo‘shimcha muammo:

Tasvir xira chiqdi.

Guruhlar tahlil qiladi:

- mAs noto‘g‘ri tanlanganmi?
- Bemor harakat qildimi?
- Kollimatsiya xatosi bormi?

5-bosqich: Muhokama va xulosa

Har bir guruh o‘z algoritmini taqdim qiladi.
O‘qituvchi to‘g‘ri ketma-ketlikni umumlashtiradi.

Tibbiyotda TBL afzalliklari

- ✓ Klinik fikrlash rivojlanadi
- ✓ Amaliy qaror qabul qilish shakllanadi
- ✓ Ekspozitsiya xatolarini tahlil qilish o‘rganiladi
- ✓ Jamoaviy ishlash ko‘nikmasi shakllanadi

Kutilayotgan natija

Talaba:

- CR tizimi ishlash prinsipini tushunadi

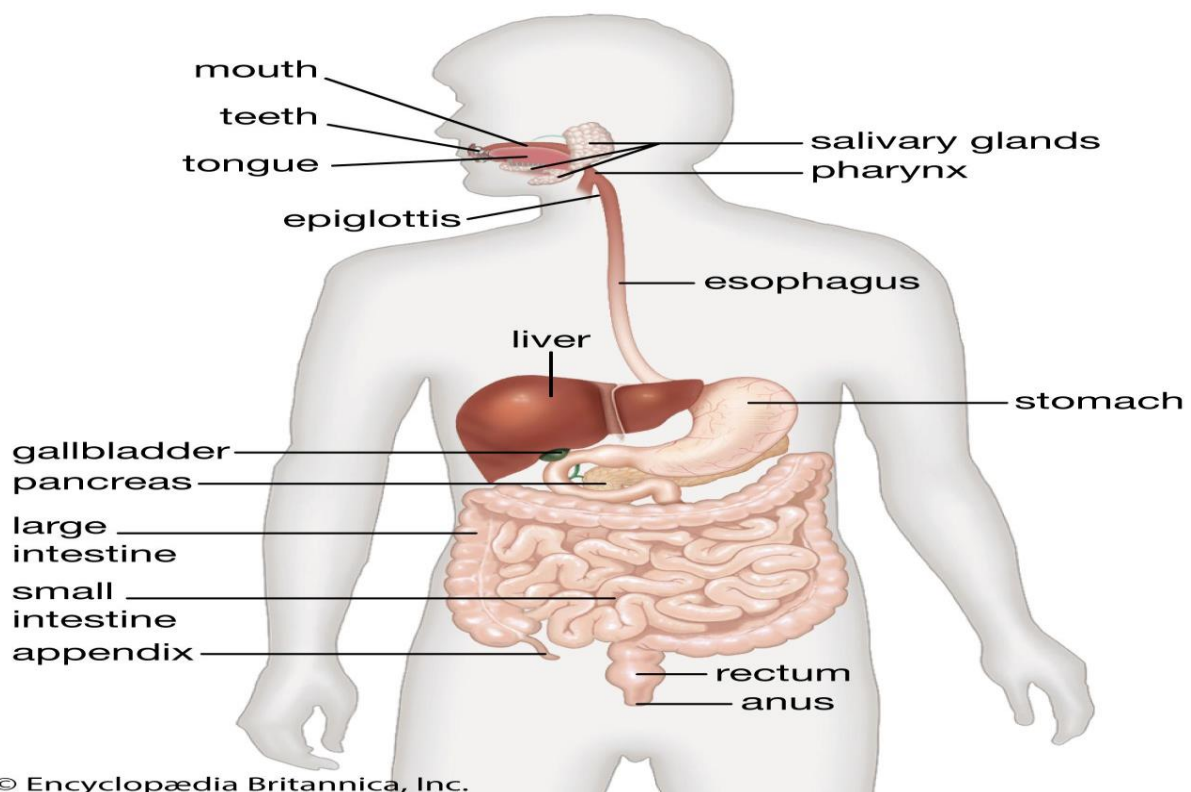
- Amaliy algoritm tuzadi
- Xavfsizlik qoidalariga rioya qiladi
- Tasvir sifatini tahlil qiladi

8-mavzu	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	

Amaliy mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulotning rejasi.	<p>3. Ovqat hazm qilish a'zolari tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi</p> <p>4. Bolalarda uchraydigan gelmintozlarda hamshiralik parvarishi</p>

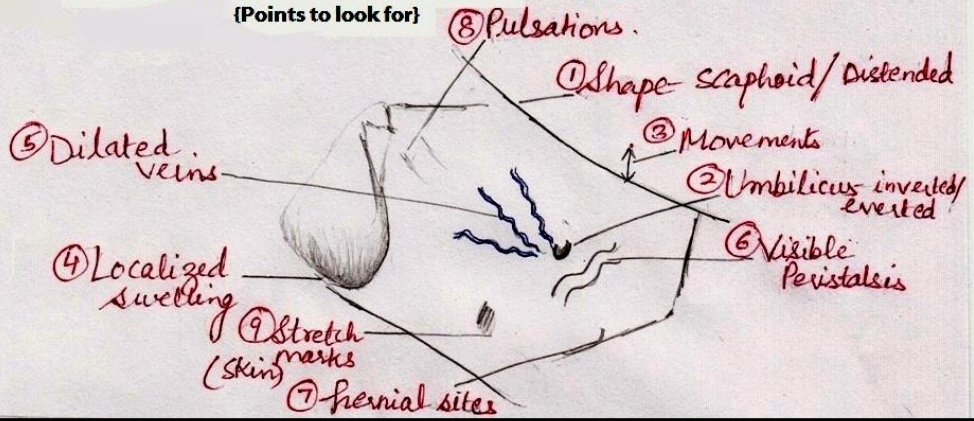
Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi



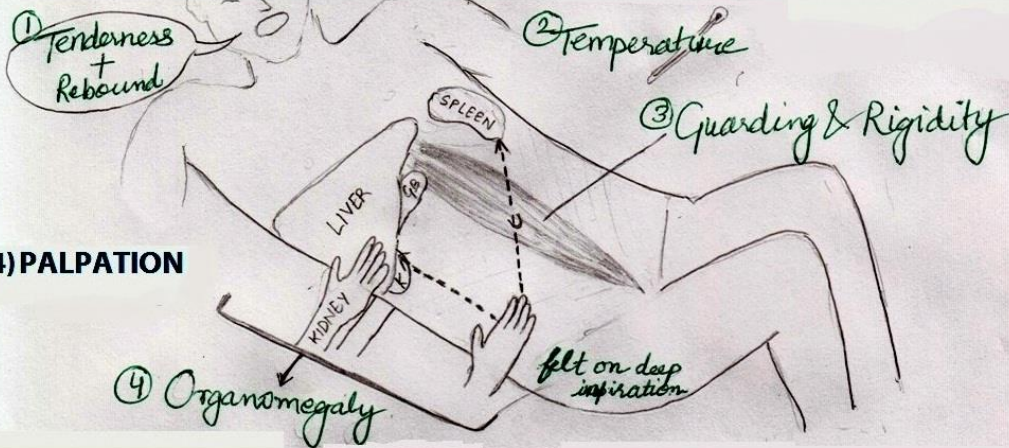
Abdominal Examination

(Points to look for)

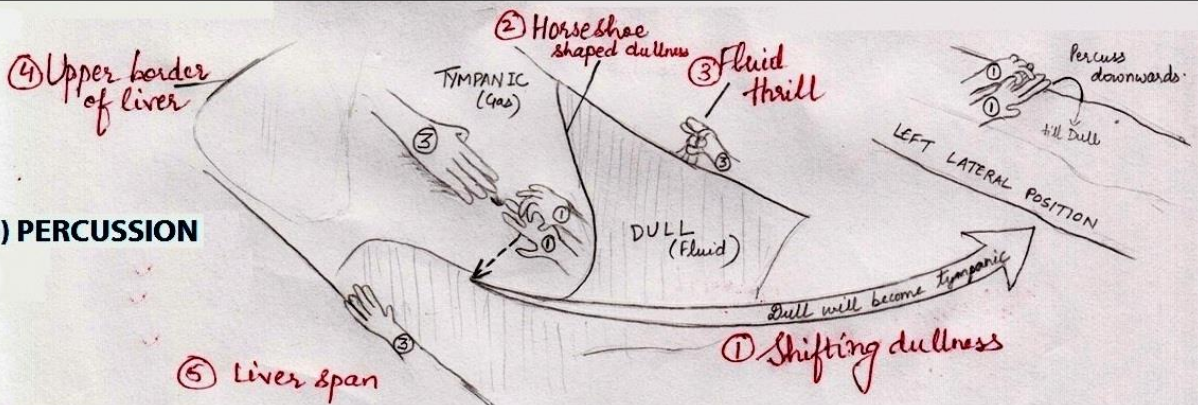
- 1) Exposure
- 2) Lighting and Position
- 3) INSPECTION



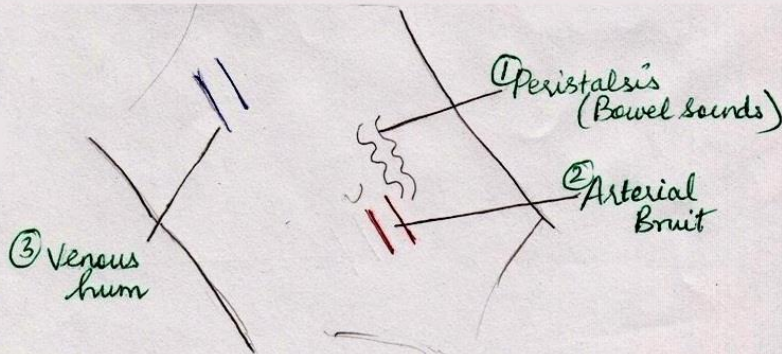
4) PALPATION



5) PERCUSSION



6) AUSCULTATION



Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarida hamshiralik parvarishi bemorni to'liq va tizimli baholashdan boshlanadi. Amaliy mashg'ulot jarayonida talaba yoki hamshira avvalo bemorning shikoyatlarini aniqlaydi: qorin og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, ich ketishi yoki ich qotishi, jig'ildon qaynashi, ishtaha pasayishi kabi belgilar o'rganiladi.

Anamnez yig'ishda ovqatlanish tartibi, parhezga rioya qilishi, zararli odatlar, dori qabul qilishi va stress omillari aniqlanadi.

Obyektiv ko'rikda bemorning umumiy holati, teri rangi, til holati, qorin shakli va palpatsiyada og'riq nuqtalari baholanadi. Hayotiy ko'rsatkichlar – arterial bosim, puls, nafas soni, tana harorati o'lchanadi. Zarur hollarda najas, qon va me'da shirasi tahlillariga tayyorgarlik ko'riladi.

Hamshiralik tashxisi qo'yilgach, parvarish rejasi tuziladi. Bunda bemorga yotoq yoki yarim yotoq rejimi tavsiya etiladi, shifokor buyurgan parhez stoliga qat'iy rioya qilinadi. Ovqat tez-tez va oz miqdorda, iliq holda beriladi. Achchiq, yog'li, qovurilgan va qo'pol taomlar taqiqlanadi. Dori vositalari belgilangan vaqtda berilib, ularning ta'siri va nojo'ya reaksiyalari kuzatib boriladi. Qusish yoki ich ketish bo'lsa, suyuqlik yo'qotilishini nazorat qilish va regidratatsiya choralarini ko'rish muhim.

Asoratlarning oldini olish maqsadida qon ketish, "o'tkir qorin" belgilari, kuchli og'riq yoki hushdan ketish holatlari yuzaga kelsa, zudlik bilan shifokorga xabar beriladi. Bemor va uning yaqinlariga kasallikning mohiyati, parhez ahamiyati, zararli odatlardan voz kechish zarurligi tushuntiriladi. Amaliy mashg'ulot yakunida bajarilgan muolajalar va bemor holati hamshiralik hujjatlarida qayd etiladi.

Askaridoz

Kasallik odam organizmida ingichka ichakda yashaydigan askarida — dumaloq chuvalchaglarning 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.

Invaziyalovchi lichinkasi bor gijja tuxumlari ifloslangan sab-zavotlar, 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. 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.

Asoratlari. Kasallikning ikkinchi - ichak fazasida ba'zida bo'lsada, lekin og'ir asoratlari: 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 asoratlari 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.

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) gijjalari 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 ta'siri natijasida bola perianal sohasini qashlab, qo'l barmoqlarini gijja tuxumlari bilan ifloslantiradi 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 tinalib, 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 tomoni bilan buyum oynasiga qo'yilib, mikroskopning kichik obektivi 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 gigiena 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.

Profilaktikasi. Gelmintozlarning profilaktikasi organizmdagi va tashqi muhitdagi gijjalarni barcha usullarni qo'llagan holda yo'qotishga qaratilgan choralarni kompleks tarzda olib borishga asoslangan. 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-gigiena qoidalariga amal qilish, bolalarni yoshligidan shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilishga o'rgatib borish va xalqning madaniyatini oshirish gelmintozlarning oldini olishda katta ahamiyat kasb etadi.

Gelmintozlarda hamshiralik parvarishi gigiyenik nazoratdan boshlanadi.

Bemorning shikoyatlari – qorin og'rig'i, ishtaha o'zgarishi, vazn yo'qotish, anal sohada qichishish kabi belgilar aniqlanadi. Najas tahliliga to'g'ri namuna olish va laboratoriyaga yuborish tashkil etiladi. Shifokor buyurgan antigelmint preparatlar belgilangan dozada va vaqtda beriladi. Dori qabulidan keyin bemor holati kuzatiladi.

Profilaktika maqsadida qo'l yuvish qoidalari, tirnoqlarni kalta olish, sabzavot va mevalarni yaxshilab yuvish, qaynatilmagan suv ichmaslik, ichki kiyimlarni tez-tez almashtirish kabi gigiyenik chora-tadbirlar tushuntiriladi. Bolalar jamoasida zarur hollarda tekshiruv va dezinfeksiya tadbirlari o'tkaziladi. Amaliy mashg'ulot yakunida bajarilgan ishlar qayd etilib, bemorga sog'lom turmush tarzi bo'yicha tavsiyalar beriladi.

9 - mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda qon va qon yaratish a'zolari kasalliklari 2. Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustaxkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda axloqiy javobgarlik xissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik xissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik xissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	<p>Tashkiliy qism</p> <p>1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, yangiliklar yeshitiladi va aytiladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi,</p>	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	<p>maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.</p>	
<p>2-boskich. Asosiy qism 65 daqiqa</p> <p>1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bo'yicha bilimni baxolash.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy kunikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish kilishni va ularga psixalogik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Klaster usuli" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab,ukituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."</p> <p>Klaster usuli" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar ragbatlantirilib,baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Endokrin tizimi a'zolari kasalliklari</p> <p>Foydalanilgan adabiyotlar:</p> <p>1.Salomatlik -3 loyixasi "Bemor bololarni parvarish kilish asoslari" 2014 y</p> <p>1. V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019</p>	<p>Tinglaydilir,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Bolalarda qon aylanish a'zolari ning anatomo-fiziologik xususiyatlari.</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p>
--	--

Tug‘ma yurak nuqsoni, Revmatizm etiologiyasi, belgilarilari, tashxisoti, xamshiralik parvarishi	– Qon taxlili natijalarini o‘qish va baxolash – Chaqaloqlar gemolitik kasalliklarini. – Tug‘ruq jaroxatlari va uning turlarini. – Tug‘ruq jaroxatlarining asoratlarini.
O‘qitish metodlari	“ Klaster usuli ”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.
Qayta a‘loqaning usul va vositalari.	Og‘zaki so‘rov: tezkor surov, yozma so‘rov, test, misol va mashklar bajarilgan o‘kuv topshiriklarini baxolash

Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

Reja:

1. Bolalarda qon va qon yaratish a‘zolari kasalliklari

2. Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi

Anemiyalar - Qon yaratish a‘zolari sistemasiga –jigar, suyak ko‘migi, limfa tugunlari, taloq kiradi. Eritrotsitlar va trombositlar qizil suyak ko‘migida, leykotsitlar taloqda va limfa tugunlarida ishlab chiqariladi. Sog‘lom odam organizmida 5litrgacha qon bo‘ladi. Qon oziq moddalarni organizmning hamma hujayralariga yetkazib beradi va zararli mahsulotlarni tashqariga chiqarishga ko‘maklashadi. Qon plazma va shaklli elementlardan iborat. Qon plazmasi suv bo‘lib, unda oqsil moddalar, qand, juda mayda yog‘ zarralari, turli hil tuzlar, kislorod erigan holda bo‘ladi.

Kamqonlik qondagi qizil qon tanachalari miqdori va gemogloblin ko‘rsatkichini pasayishi bilan kechadigan kasallik. Anemiya (kamkonlik)-konda eritrotsitlar yoki gemoglobinning urta yoshdagi bolalarda 110 g/l dan, katta yoshdagi bolalarda 120 g/l dan kamayishi bilan tavsiflanadigan xolatdir.

Kamqonlikni kelib chiqishiga qarab turlari:

- qon yo‘qotish bilan kelib chiquvchi postgemmoragik kamqonlik;
- temir yetishmasligi natijasida kelib chiqadigan kamqonlik;
- qon hosil bo‘lishini kamayishidan kelib chiqadigan gipoplastik kamqonlik;
- qizil qon tanachalarini ko‘p parchalanishi natijasida kelib chiqadigan gemolitik kamqonlik.

Temir moddasi qondagi gemogloblin tarkibida mavjud bo‘lib, butun tanamizni kislorod bilan ta‘minlaydi. Temir moddasi yetishmovchiligidan kelib chiqadigan

kamqonlikni belgilari: badan terisini qurishi, og‘iz burchaklarining bichilishi, sochning to‘kilishi, tirnoqlarning tez sinuvchan bo‘lishi, bemorda hid va ta‘m sezgisining buzilishi, uyqusizlik yoki aksincha uyquchanlik, xotira pasayishi kabilardi, lanjlik, tana haroratining ko‘tarilishi, terida qichishishlar, bir necha turdagi qon ketishlar, chap qovurg‘a ostidagi og‘riqlar, teri va shilliq pardalar rangining oqarishi, teri, sochda, tirnoqlardagi trofik o‘zgarishlar, suyaklardagi og‘riq.

Kamqonlik qondagi qizil qon tanachalari miqdori va gemogloblin ko‘rsatkichini pasayishi bilan kechadigan kasallik. Anemiya (kamkonlik)-konda eritrotsitlar yoki gemoglobinning urta yoshdagi bolalarda 110 g/l dan, katta yoshdagi bolalarda 120 g/l dan kamayishi bilan tavsiflanadigan xolatdir.

Parvarishlash va davolash. Kasallikni davolashda avval uni sababini aniqlash va so‘ngra davolash lozim. Ushbu kasallikda to‘la ratsional ovqatlanish tavsiya etiladi, temir preparatlari, vitaminlar, ayniqsa V12, qon va qon preparatlari buyuriladi. Gemolitik anemiyada sababi qon yaratilish anomaliyasi bo‘lsa taloq olib tashlanadi.

Gemorragik diatezlar – xar xil kasalliklar guruppasini birlashtiruvchi yig‘ma tushunchadir, bunday kasalliklarning o‘ziga xos xususiyatlari badanni tez- tez qonab turadigan bo‘lishi, ya‘ni vaqtincha yoki doimi qonab turishiga organizimning moyil bo‘lishidir, bunday moyillik turmushda ortirilgan yoki tug‘ma bo‘lishi mumkin. Bu kasallikda, arziyas shikastlar ta‘sirida xam qon ketib turishi mumkin.

Gemorragik diatezlarda qonash, qon ketib turishi, xar xil kasalliklar (leykoz, uremiya, sepsis va boshqalar)da tasodifiy, vaqtinchalik belgi bo‘lmay, balki kasallikning butun manzarasini belgilab beradigan asosiy simptom bo‘lib xisoblanadi.

Quyidagi kasalliklar gemorogik diatezlar qatoriga kirib keladi:

1. Gemorrogik vaskulit (Shenleyn- Genox kasalligi).
2. Trombotsetopenik purpura (Verlgof kasallig)
3. Gemofeliya.

Qon oquvchilik xolatiga olib keladigan omillarni ikkita asosiy guruppsi tafovut qilinadi: a) tomirlar devorining o‘zgarishi; b) qon xossalarinig o‘zi o‘zgarib qolishi.

Gemorrogik vaskulit - Bolalarda eng ko‘p uchraydigan formasidir. Bu kasallik xamma yoshdagi bolalarda uchraydi, lekin maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarda va kichik maktab yoshidagi bolalarda ko‘proq uchraydi.

Gemorragik vaskulit immunoallergik kasalliklar jumlasiga kiradi va bunday kasalliklarda tomirlar endoteliysi xar xil allergenlarga javoban o‘tkir aseptik yallig‘lanish reaksiyasini ko‘rsatadigan bo‘ladi, shunday allergenlar orasida infeksiya asosiy axamiyatga ega.

Klinikasi. Kasallik birdan boshlanadi, xar xil muddat 2-3xafta 1 oygacha davom etadi. Uning asosiy simptomi quyidagilar: badan terisiga toshma toshib ketishi, qorinda og‘riq bo‘lishi, bo‘g‘imlarnishishib chiqib bezillab turishi. Badan terisiga toshadigan toshmalar asosan dog‘simon-papulyoz ko‘rinishida bo‘ladi.

Verlgof kasalligi, gemofiliya.

Bu kasalliklarning asosiy belgisi qon sistemasida qon ivish mexanizmi buzilganligi va qonning oquvchanligi oshganligi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklardir. Verlgof kasalligida(trombotsitopenik purpura) qonda trombotsitlar kamayadi. Gemofiliya bilan asosan erkaklar kasallanadi. Bu irsiy kasallikdir.

Parvarishlash va davolash. Ratsional parhez, temir preparatlari, vitaminlar, qon va qon preparatlari, gormonlar, immunitet oshiruvchilar, askarbonat kislata, kalsiy xlorid, fibrinogen, aminakapron kislata buyuriladi. Verlgof kasalligida og'ir hollarda taloq olib tashlanadi, kasallik og'ir kechadi, ko'p qon yo'qotish oqibatida yuz bergan anemiya, falajlar bilan o'tadigan pernitsioz anemiya, gemolitik kriz, nekrotik angina va gipoplastik anemiyalardagi boshqa asoratlarda, o'tkir leykoz, gemofiliya va bemorlarning ahvoli og'ir bo'lganda pavarish qilish ayniqsa muhim. Davolashning ta'siri ko'p jihatdan hamshiraning parvarishiga bog'liq. Bunda bemorlarga ovqatlanishda yordamlashish, yotoq yaralarini oldini olish, og'riq qoldirishga xarakat qilish, o'z vaqtida bog'lamlarni almashtirish kabi vazifalarni bajarish hamshiradan talab etiladi.

Leykozlar – qon sistemasi kasalliklari gruppasida leykozlar ko'p uchrashi bilandardinig og'irligi jixatidan dastlabki o'rinda turadi. Leykozlar qon sistemasining oqibati yomon bo'ladigan xavfli kasallikdir. Bu kasallik bilan barcha yoshdagi bolalar kasallanishi mumkin, lekin kasallanish xollarining hammadan ko'p soni 6 yoshgacha davrga to'g'ri keladi.

Leykozlar yoki gemoblastozlar - qon yaratuvchi to'qimalarning o'sma kasalligi hisoblanadi. Leykozlarning 2 ta asosiy turlari farqlanadi;

1. Leykozlar - asosan suyak ko'migining birlamchi o'sma kasalliklari bilan kechuvchi kasalliklar.

2.Limfomalar - suyak ko'migidan tashqari qon yaratuvchi va limfa to'qimalarining birlamchi o'sma kasalligidir.

Kasallikning asosiy sabablari xromasomalardagi o'zgarishlar bo'lib, radiatsiya, ximiyaviy omillar, onkoviruslar ta'sirida rivojlanadi. Leykozda suyak ko'migi, taloq, limfa tugunlari zararlanadi. Periferik qonda ko'p miqdorda yetilmagan leykotsitlar bo'ladi. Leykotsitlarning umumiy miqdori kapaymaydi, ular sifat jihatidan o'zgaradi. Jigar va taloq kattalashadi.

Leykoz kasalligining kechish xususiyatiga ko'ra: o'tkir va yarim o'tkir formada bo'ladi.

Leykoz kasalligi asosan, organizimning muxim sistemalari zararlanadi va kasallik ma'lum bir tartib bilan paydo bo'lib boradi.

Kasallikning dastlabki davrida ishtaxaning pasayishi, injiqlik, charchoq, uyo'u buzulishi, paydo bo'ladi, badan terisi oqarib turadi, teri, shilliq pardalarga qon quyiladi,periferik limfa tugunlar kattalashadi.

Kasallik avjiga chiqqan davrdan boshlab. Dastlab paydo bo'lgan simptomlar zo'rayib boradi, limfa tugunlari, jigar, taloq ancha kattalashgadi, suyaklardagi og'riqlar zo'rayib gemorrogiya ko'rinishlari, isitma va boshqalar kuchayadi.

Diagnostika. Periferik qon va ko'mikni tekshirish kasallikka tashxis qo'yishda hal qiluvchi axamiyatga ega. Anemiya kuchayib boradi,trombotsitlar soni anchagina

ko'payadi, eritrotsitlarning cho'kish tezligi ortadi, leykotsitlar soni ortadi(ba'zan ancha ko'payadi) kamaygan normal bo'lishi mumkin. Kasallikning asosiy xarakterli belgisi ko'mik punktatida yetilmagan shakildagi patologik xujayralar, blast xo'jayralari bo'lishidir.

Parvarishlash va davolash. Leykozni batamom yo'q qilib yuborishning imkoni bo'lmaganligi sababli bemor umrini imkoni boricha uzaytirib faol xayot faoliyatini saqlab qolishdan iborat. Kasallikka qilinadigan davo leykomiya protsessi avj olgan davrda to'xtovsiz davom ettirib boriladi.

Turg'un yoki qisman remissiya boshlanguncha bemorlar kasalxonada davolanib boradi. Poliklinikada qilinadigan davo doimiy shifokor nazorati ostida, davo tadbirlari kompleksini qo'llangan xolda o'tkaziladi. Ratsional parhez, temir preparatlari, vitaminlar, qon va qon preparatlari, gormonlar, immunitet oshiruvchilar buyuriladi. Surunkali leykozlarda limfa tugunlari va taloq rentgen nuri bilan nurlantiriladi, kimyoterapevtik preparatlar qo'llaniladi. Bemorlarni qunt bilan parvarishlash lozim, ularga qulay sharoit yaratish, og'iz bo'shlig'ini nam tampon bilan artish, og'izni tez-tez chayib turish, yotoq yaralarning oldini olish nihoyatda muhim.

TEMIR YETISHMOVCHILIK KAMQONLIGI

Temir yetishmovchilik kamqonligi (TEK) – temir tanqislikligining ko'rinishi bo'lib, birlik qon hajmida va eritrotsitlarda gemoglobin konsentratsiyasining kamayishi, mikrotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz, rang ko'rsatgichining pasayishi, qon zardobida temir va ferritin miqdorining kamayishi, transferrinning temir bilan past darajada to'yinishi, temir bog'lovchi xususiyati va eritrotsitar protoporfirinning oshishi bilan xarakterlanadi.

TEK bolalik davrida kamqonlikning eng ko'p ko'rinishidan biri hisoblanadi. Bola hayotining ikkinchi yilida va o'smirlik davrida, erta yoshdagi bolalarda juda ko'p kuzatiladi. Yashirin temir tanqisliklik davri temir yetishmovchilik kamqonligidan 1,5-2 marta ko'p uchraydi.

Temir yetishmovchilik kamqonligi sabablari:

1. Tug'ilganda temir miqdorining kamligi. Xavf guruhi: chala tug'ilganlar; homiladorlik vaqtida kamqonlikka uchragan onalar, shuningdek "tashlandiq bolalar"; homilaichi rivojlanishidan orqada qolgan bolalar; perinatal davrda ko'p qon yo'qotgan bolalar.
2. Alimentar omillar - temir yetishmovchiligi kamqonligining yetakchi sababi. Xavf guruhi: moslashtirilmagan aralashmalar bilan sun'iy ovqatlantiriladigan bolalar; qo'shimcha ovqatni kech berish; har qaysi yoshda faqat o'simlik, sabzavotlar bilan ovqatlantirish; ratsionda sutni ko'p ishlatish (sutkada 0,5 l dan yuqori).
3. Temirni ko'p miqdorda yo'qotish yoki unga bo'lgan yuqori talab. Xavf guruhi: o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar, asosan oshqozon-ichak trakti; oshqozon-ichak traktining surunkali noinfekcion, yallig'lanish kasalliklari (malabsorbsiya sindromida temirni ko'p yo'qotish yoki yetarli darajada organizmga tushmasligi); yaqqol (melena, burundan qon ketish, gematuriya va boshqalar) va yashirin qon ketishi; yuvenil gormonal o'zgarishlar; toksik omillar; essensial.

Temir tanqislikligida birinchi o'zgarish to'qimalarda sodir bo'ladi- to'qimada temir zahirasi kamayadi, zardobda ferritinning kamayishiga olib keladi, keyin transferrinning temir bilan to'yinishi pasayadi, zardobning umumiy temir bog'lovchi xususiyati ortadi va erkin eritrotsitar protoporfirinlar miqdori - gem manbalari ko'tariladi.

Yuqorida ko'rsatilgan o'zgarishlar bola qon zardobida temir miqdori va gemoglobin konsentratsiyasi, eritrotsitlar hajmining pasayishigacha, ya'ni kamqonlik rivojlanishidan olin kuzatiladi.

Gemoglobinning pasayish darajasiga qarab, anemiyaning yengil (gemoglobin 90-110g/l), o'rta-og'ir (60-80 g/l) va og'ir (gemoglobin 60 g/l dan kam) turlari ajratiladi. Klinik ko'rinishida quyidagi sindromlar kuzatiladi:

Astenonevrotik sindrom: tez charchash, qo'zg'aluvchanlik, asabiylashish, emotsional noturg'unlik, ko'p terlash, jismoniy va psixomotor rivojlanishdan orqada qolish; lanjlik, asteniya, apatiya, ishtaha pastligi, diqqat e'tiborni pasayishi, hushdan ketish, katta yoshdagi bolalarda bosh og'rishi, bosh aylanishi, quloqlarda shovqin, ko'z oldida bijirlash, yurak sohasida og'riq, shuningdek, ishtaha va hid bilishning o'zgarishi, dizurik buzilishlar.

"Epitelial" sindrom. Terining oqimtirligi (asosan kaftda, tirnoqlarda, shilliq qavatlarda va quloq supralarida; terining quruqligi va kepaklanishi; teri, tirnoq, soch, og'iz shilliq qavati, tilning distrofik o'zgarishi (og'iz burchagida bichilish, angulyar stomatit, til so'rg'ichlarining yassiligi, laklangan til, tilning qizarishi, atrofik glossit), qattiq ovqatlarni yutishning buzilishi; gastrit; duodenit, malabsorbsiya va maldigestiya bilan kechuvchi enteropatiya, noturg'un najas; ko'ngil aynashi; ba'zida terining alebastr-yashil rangda bo'lishi (xloroz) kuzatiladi.

Yurak qon-tomir sindromi: taxikardiya, arterial gipotoniya moyillik, yurak tonlarining susayishi va yurak nisbiy chegarasining kengayishi, yurak cho'qqisida funksional sistolik shovqin, ba'zida yirik tomirlar ustida shovqin eshitilishi.

Mushak sindromi: gipotoniya, tez charchash, peshobni ushlab turaolmaslik, qabziyat.

Ikkilamchi immunitet tanqisligi sindromi: temir yetishmasligini yanadi og'irlashishiga olib keluvchi tez-tez O'RVI, pnevmoniya, ichak infeksiyalari bilan kasallanish.

Temir yetishmasligi kamqonligining tashhisoti gematologik ko'rsatgichlarning siljishini aniqlashga asoslangan - gemoglobinning pasayishi (5 yoshgacha 110g/l dan kam va katta yoshdagilarda 120 g/l dan kam), rang ko'rsatgichi 0,8 dan past, bitta eritrotsitda gemoglobinning o'rtacha miqdori 927 pg/eritrotsitdan past, eritrotsitlar o'rtacha hajmining pasayishi, temir almashinuvi ko'rsatgichi - qon zardobida ferritinning pasayishi (30 ng/ml dan past), transferrinning temir bilan to'yinganligi (25% dan past), temir (11,6 mkmol/l dan past; qon zardobida umumiy temir bog'lovchi funksiyasining yuqoriligi (50 mkmol/l dan yuqori. Laborator belgilariga shuningdek, mikrotsitoz, anizo va poykilotsitoz kiradi. Rang ko'rsatgichining pasayishi temir yetishmovchiligining erta bosqichlarida rivojlanmaydi, shuning uchun normoxrom rang ko'rsatkichi temir yetishmovchilik kamqonligini inkor qilmaydi. Eritrotsitlar sonining pasayishi faqatgina og'ir kamqonliklarga xarakterlidir. Suyak ko'migida eritropoezning yosharish belgilari xarakterlidir, bu qonda retikulotsitoz bilan tasdiqlanadi.

Differensial tashhis juda kam uchraydigan mikrotsitar gipoxrom kamqonliklar bilan o'tkaziladi: talassemiya, kumush simob bilan zaxarlanish; sideroblast kamqonlik.

Davosi. Kamqonlikning og'ir shakllarida statsionar davo ko'rsatiladi.

Bolalarning kun tartibi faol bo'lishi kerak, ko'proq toza havoda bo'lishi zarur. Parhez bilan temir tanqislikligini bartaraf etish mumkin emas- temir dorilari tavsiya qilish kerak.

Pediatrriyada temir dorilarini tavsiya qilishning umumiy usullari quyidagilar:

- Dorilarni asosan ichishga tavsiya qilish, parenteral yuborishni cheklash, chunki, dorilarning nojo‘ya ta‘siri yuqori bo‘ladi (allergik reaksiya, in‘eksiyadan keyingi abscess va flebitlar, gipotenziya, bakterial infeksiyalarga xafv yuqori, gemosideroz va boshqalar);
- Dorining sutkalik dozasi elementar temir bo‘yicha 5-6 mg/kg; yuqori doza davolamadorligini oshirmaydi, ammo katta nojo‘ya ta‘sir ko‘rsatadi, dorining sutkalik dozasi uch qabulga bo‘linadi;
- Davoning birinchi bir necha kunida bemor dorini qabul qilishini aniqlash uchun dozasi ikki barobarga kamaytiriladi;
- Temir dorilarni qabul qilishning muddati 3 oydan kam bo‘lmasligi kerak, birinchi bosqichda bu gemoglobin miqdorini va temirni periferik zahirasini to‘ldiruvchi terapiya hisoblanadi, ikkinchi bosqichda temirning to‘qimadagi zahiralarni tiklash zarur va uchinchi bosqichda qaytalanishga qarshi tadbirlarni qo‘llash lozim;
- Temir dorilarini ovqatlanish oralig‘ida berish va ularni sabzavot yoki meva sharbatlari bilan ichish kerak, temir dorilarini sut bilan ichish man qilinadi.;
- Temir preparatlari bilan birga askorbin kislota va Vit Ye birga tavsiya qilish davolamadorasini oshiradi;
- Maxsus ko‘rsatma bo‘lmaganda temir dorilari bilan birga vit V6 va vit V12, folat kislota tavsiya qilishni xojati yo‘q;
- Temir dorilarni parenteral tavsiya qilishga ko‘rsatmalar: ichakda so‘rilishning buzilishi, temir dorilarini ichganda qabul qilaolmaslik. Preparatlar vena ichiga 25 mg dozada tomchilab yuboriladi, keyin 3 kunda 50 mg yuboriladi. Kurs tamomlangandan keyin temir dorilari ichishga buyuriladi.
- Temir dorilarini qo‘llashda kutilayotgan natijalar: 72-96 soatdan keyin retikulotsitozning ko‘tarilishi va 7-10 kundan keyin gemoglobin miqdorining ko‘tarilishi (yaxshi natija haftada 5 g/l) hisoblanadi. Gemoglobin miqdori normallashtirilgandan keyin temir dorilari bilan davolash temirning to‘qimadagi deposini tiklash uchun 4-6 haftagacha davom ettiriladi. Temir dorilari bilan davolash vaqtida qon zardobida uning miqdorini aniqlash ma‘lumotli hisoblanmaydi.
- Eritrotsitar massa quyish hayot ko‘rsatmasiga asosan, gemoglobin miqdori 70 g/l dan kam bo‘lsa buyurtiriladi. Toza qon quyishga shoshilmaslik zarur.

Profilaktikasi. Ayollarda temir tanqisligini oldini olishdan boshlanadi. Chala tug‘ilgan bolalarda 1-oyligidan boshlab profilaktik doza sutka davomida 2 mg/kg beriladi. Bolalar ovqatlanishida tarkibiga temir dorilari qo‘shilgan bo‘tqalarni berish tavsiya qilinadi.

FOLAT TANQISLIK KAMQONLIGI

Folat tanqislik kamqonligi (FTK) megablast kamqonlikguruhiiga kiradi. Megablast kamqonlik (MK) - samarasiz eritropoez natijasidagi kamqonlik bo‘lib, eritrotsitlarning shakllanishi va morfologiyasining o‘zgarishi bilan xarakterlanadi.

FTK kam uchraydigan kasallik, ko‘krak yoshidagi bolalarda, asosan chala tug‘ilganlarda kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Yetuk tug‘ilgan, ratsional tabiiy ovfatlanishda bo‘lgan chaqoloqlarda folat kislotaga talab qoniqarli bo‘ladi. Sabablari: absorsiyaning tug‘ma buzilishi va folat almashinuvining buzilishi (kam hollarda), orttirilgan malabsorbsiya (seliakiya, ekssudativ enteropatiya); chala tug‘ilganlarda folat kislotaga bo‘lgan talab yuqoriligi, gemolitik anemiyalar, ba‘zi bir dorilar bilan davolanganda (metotreksat; sulfanilamidlar; silga qarshi dorilar), uzoq davom etuvchi infeksiyalar.

Folat kislota tanqisligi kamqonligi echki suti bilan boqilgan bolalarda kuzatiladi. Suyak iligida va periferik qonda megablast o'zgarishlar 3-3,5 oydan keyin paydo bo'ladi.

Og'irlik darajasiga qarab klassifikatsiya qilinadi.

Klinikasi. Chala tug'ilgan bolalarda 3-6 oyligidan boshlab, lanj, anoreksiya, glossit, diareya, qon talashlar va bakterial infeksiya yuzaga keladi. Periferik qonda megablast o'zgarishlar, neytropeniya neytrofillar o'lchami kattalashgan, trombositopeniya kuzatiladi. Nevrologik buzilishlar xarakterli emas.

Diagnostikasi. Periferik qonda eritrotsitlar orasida megalotsitlar ustunlik qiladi – 10 dan 12 mkmgacha diametrdagi hujayralar, aylana yoki ellips shaklida bo'ladi. Eritrotsitlarning o'rtacha hajmi 100 dan 146 flga teng. Periferik qon surtmasida anizotsitoz va poykilotsitoz, neytrofillar gipersegmentatsiyasi aniqlanadi. Suyak iligida eritroidli giperplaziya va barcha gemopoetik hujayralarning katta o'lchami xarakterlidir.

Differensial diagnostikasi. V12 tanqislikli kamqonlik bilan o'tkaziladi. Vit12 tanqislikligi kamqonligida peshobda metilmalon kislotasi ajralishi ko'tarilgan, uni folat kislota kamqonligidan farqlaydi.

Davosi. Folat kislota ichishga sutka davomida 2-5 mgdan tavsiya qilinadi, 3 kundan keyin samara bilinadi, davo muddati 3 kundan kam bo'lmasligi kerak. Bemorlarda davo samarasi bo'lmasa, vit 12 tanqisliklik kamqonligi haqida o'ylash kerak. So'rilish nuqsonida folat kislota parenteral tavsiya qilinadi. Chala tug'ilganlarga 2 oyligidan boshlab; talvasaga qarshi va silga qarshi sulfanilamidlar bilan davo olganlarga, seliakiya bilan kasallanganlarga va malabsorbsiyaning boshqa shakllarida xar kuni folat kislotasi 0,2-0,5 mg dozada tavsiya qilinadi.

TIBBIY ATAMALAR

1. **Anemiya** – qonda gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining kamayishi.
2. **Gemoglobin** – eritrotsit tarkibidagi kislorod tashuvchi oqsil.
3. **Eritrotsit** – qizil qon tanachasi.
4. **Retikulotsit** – yetilmagan eritrotsit.
5. **Gipoxromiya** – eritrotsitlarda gemoglobin kamayishi.
6. **Mikrotsitoz** – eritrotsitlar hajmining kichrayishi.
7. **Gemorragik diatez** – qon ketishga moyillik bilan kechuvchi kasalliklar guruhi.
8. **Trombositopeniya** – trombositlar sonining kamayishi.
9. **Leykoz** – qon yaratuvchi to'qimaning o'sma kasalligi.
10. **Ferritin** – organizmda temir zahirasini ko'rsatuvchi oqsil.

TEST SAVOLLARI

1. Anemiyada asosiy laborator belgi:
 - A) Leykotsitoz
 - B) Gemoglobinning kamayishi*
 - C) Trombositoz
 - D) Glyukoza oshishi
2. Temir yetishmovchilik kamqonligida kuzatiladi:
 - A) Makrotsitoz
 - B) Mikrotsitoz*
 - C) Leykopeniya

- D) Giperxromiya
3. Gemofiliya ko'proq kimlarda uchraydi?
A) Ayollarda
B) Erkaklarda*
C) Qariyalarda
D) Chaqaloqlarda
4. Leykozda asosiy zararlanuvchi a'zo:
A) Buyrak
B) Yurak
C) Suyak ko'migi*
D) O'pka
5. Temir preparatlari qachon ichiladi?
A) Ovqat bilan
B) Ovqatdan keyin
C) Ovqat oralig'ida*
D) Sut bilan
6. Trombotsitopenik purpura qanday kechadi?
A) Qon ivish kuchayadi
B) Trombotsitlar ko'payadi
C) Trombotsitlar kamayadi*
D) Eritrotsitlar ko'payadi
7. Gemorragik vaskulit ko'proq qaysi yoshda?
A) Keksalarda
B) Maktabgacha yoshda*
C) Yangi tug'ilganlarda
D) Homiladorlarda
8. Og'ir anemiyada gemoglobin:
A) 110 g/l
B) 90 g/l
C) 60 g/l dan kam*
D) 120 g/l
9. Leykozda periferik qonda:
A) Yetilmagan blast hujayralar ko'p*
B) Eritrotsitlar ko'p
C) Trombotsitlar ko'p
D) Gemoglobin yuqori
10. Temir yetishmovchiligida teri:
A) Qizaradi
B) Oqartiradi*
C) Ko'karadi

D) Sariq bo‘ladi

VAZIYATLI MASALALAR

1-masala

5 yoshli bola tez charchash, bosh aylanishi va ishtaha pasayishidan shikoyat qiladi. Onasi bolaning rangi oqarib ketganini aytadi. Tekshiruvda gemoglobin 85 g/l. Tirnoqlari mo‘rt, sochlari to‘kiluvchan.

Savol: Tashxis?

Javob: Temir yetishmovchilik kamqonligi.

2-masala

7 yoshli bolada burundan tez-tez qon ketadi. Badanida mayda qon quyilish dog‘lari bor. Trombositlar kamaygan.

Savol: Ehtimoliy tashxis?

Javob: Trombotsitopenik purpura (Verlgof kasalligi).

3-masala

6 yoshli bola tez-tez O‘RVI bilan kasallanadi, terisi oqarib, limfa tugunlari kattalashgan. Qonda blast hujayralar aniqlangan.

Savol: Tashxis?

Javob: O‘tkir leykoz.

4-masala

Chala tug‘ilgan 3 oylik bolada lanjlik, glossit va diareya bor. Qonda megalotsitlar aniqlangan.

Savol: Tashxis?

Javob: Folat tanqislik kamqonligi.

5-masala

10 yoshli bolada qorin og‘rig‘i va badanida dog‘simon toshmalar paydo bo‘lgan. Bo‘g‘imlar shishgan.

Savol: Tashxis?

Javob: Gemorragik vaskulit.

6-masala

12 yoshli bolada kichik jarohatdan keyin uzoq qon ketish kuzatiladi. Oilasida erkaklarda shunday kasallik bor.

Savol: Tashxis?

Javob: Gemofiliya.

7-masala

4 yoshli bola injiq, ishtahasiz. Gemoglobin 70 g/l. Hushdan ketish epizodlari bor.

Savol: Anemiyaning og'irlik darajasi?

Javob: Og'ir darajali anemiya.

8-masala

9 yoshli bolada suyak og'riqlari, isitma va terida qon quyilishlar mavjud. Qon tekshiruvda leykotsitoz va blastlar aniqlangan.

Savol: Tashxis?

Javob: Leykoz.

9-masala

2 yoshli bola echki suti bilan oziqlantirilgan. Oqartir teri, ishtaha yo'q, qonda megaloblastlar aniqlangan.

Savol: Qaysi anemiya turi?

Javob: Folat tanqislik kamqonligi.

10-masala

8 yoshli bola tez charchaydi, yurak urishi tez, tirmoqlar mo'rt. Qon zardobida ferritin past.

Savol: Tashxis?

Javob: Temir yetishmovchilik kamqonligi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Anemiyaning asosiy belgilari nimalar?
2. Temir yetishmovchilik kamqonligining sabablari?
3. Gemorragik diatezlar nima?
4. Gemofiliya qanday kasallik?
5. Leykozning asosiy belgisi nima?
6. Temir preparatlarini qabul qilish qoidalari?
7. Folat tanqislik kamqonligi sabablari?
8. Og'ir anemiyada qanday asoratlar kuzatiladi?
9. Trombotsitopeniyaning xavfi nimada?
10. Anemiyani profilaktikasi qanday olib boriladi?

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Hamidov T.T. – **Pediatriya**, 2018 yil.
2. Axmedov A.K. – **Ichki kasalliklar**, 2020 yil.
3. Karimov Sh.I. – **Bolalar kasalliklari**, 2019 yil.
4. Abduqodirov K.M. – **Gematologiya asoslari**, 2021 yil.
5. WHO – **Iron Deficiency Anaemia Guidelines**, 2017 yil.

Klaster usuli nima?

Klaster (Cluster) usuli – bu bilimni **vizual, markaziy mavzu atrofida bog‘langan kichik tushunchalar orqali tashkil qilish** usulidir. Odatda, mavzu **markazda** joylashadi va unga tegishli tushunchalar, jarayonlar yoki hodisalar “shoxlar” (branches) shaklida chiqadi. Bu usul ayniqsa murakkab, ko‘p komponentli mavzularni o‘rganishda samarali.

Asosiy xususiyatlari:

1. **Markaziy g‘oya:** Har bir klasterning markazida asosiy tushuncha yoki mavzu bo‘ladi.
2. **Shoxlar va sub-shoxlar:** Markaziy g‘oyaga tegishli kichik tushunchalar, jarayonlar yoki xususiyatlar shoxlar bilan chiqadi. Har bir shox yanada kichik sub-shoxlarga bo‘linishi mumkin.
3. **Vizual o‘rganish:** Talabalar klasterni ko‘rganida mavzu tuzilishini, elementlar o‘zaro bog‘liqligini tezroq tushunadi.
4. **Moslashuvchanlik:** Klasterlar murakkab jarayonlarni soddalashtiradi va yangi tushunchalarni qo‘shish imkonini beradi.

Afzalliklari:

- Mavzuni **tizimli va tartibli** tarzda ko‘rsatadi.
- **Kognitiv jarayonni** yaxshilaydi: talaba faktlar, tushunchalar va jarayonlarni bog‘laydi.
- O‘rganishni **tezlashtiradi va yodlashni osonlashtiradi**.
- **Amaliy ko‘nikmalarni** shakllantirishda foydalidir: murakkab jarayonlarni qadam-baqadam tasavvur qilish mumkin.

9-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
--	--

Amaliy mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulotning rejasi.	<ol style="list-style-type: none">1. Anemiyada hamshiralik parvarishi.2. Anemiyada universal-progressiv modeldan foydalanish3. Gemorragik diatezlarda hamshiralik parvarishi

ANEMIYADA HAMSHIRALIK PARVARISHI

(Universal-progressiv model asosida amaliy mashg'ulot)

Pallor (Paleness)

Paleness is an abnormal loss of colour from normal skin or mucous membranes. Pallor is mostly regarded as a clinical sign of severe anemia in children.

Causes

1. Anemia
2. Arterial blockages
3. Poor nutrition
4. Respiratory illness
5. Infection
5. Vitamin deficiency

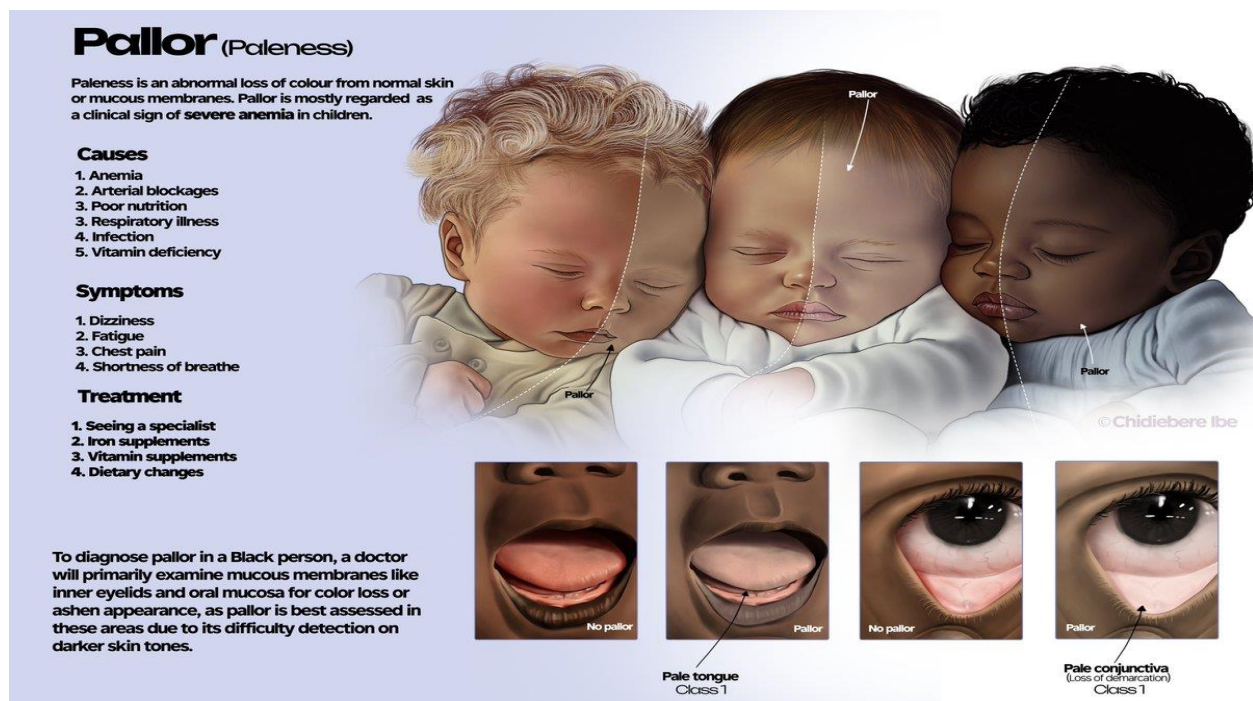
Symptoms

1. Dizziness
2. Fatigue
3. Chest pain
4. Shortness of breathe

Treatment

1. Seeing a specialist
2. Iron supplements
3. Vitamin supplements
4. Dietary changes



















To diagnose pallor in a Black person, a doctor will primarily examine mucous membranes like inner eyelids and oral mucosa for color loss or ashen appearance, as pallor is best assessed in these areas due to its difficulty detection on darker skin tones.



© Chidiebere Ibe



FOODS HIGH IN IRON

 KIDNEY BEANS	 SALMON	 TUNA
 CHICKPEAS	 SHRIMP	 BEEF
 LENTILS	 CHICKEN	 TURKEY
 BLACK BEANS	 OYSTERS	 MUSSELS
 QUINOA	 PUMPKIN SEEDS	 SUNFLOWER SEEDS
 SPINACH	 BRUSSEL SPROUTS	 APRICOTS

Amaliy mashg'ulot maqsadi

Talabalarga anemiyada bemorni baholash, hamshiralik tashxisini qo'yish va universal-progressiv model asosida parvarish rejasini tuzishni o'rgatish.

Universal–progressiv model bosqichlari asosida algoritm

Holatni baholash (Assessment – universal bosqich)

Bemorning shikoyatlari aniqlanadi: tez charchash, bosh aylanishi, teri oqarishi, yurak urish tezlashuvi, nafas qisishi.

Anamnez yig'iladi: ovqatlanish, surunkali qon yo'qotish, homiladorlik, surunkali kasalliklar.

Obyektiv ko'rik: teri va shilliq qavat rangi, tirnoq va soch holati, puls, arterial bosim.

Laborator ko'rsatkichlar: gemoglobin, eritrotsit, ferritin darajasi.

Hamshiralik tashxisi (Diagnosis)

- To'qimalarda kislorod yetishmovchiligi
- Tez charchash
- Oziqlanish yetishmovchiligi
- Bosh aylanish bilan bog'liq yiqilish xavfi

Rejalashtirish (Planning – progressiv bosqich)

- Gemoglobin ko'rsatkichini me'yorga yetkazish
- Holsizlikni kamaytirish
- Ovqatlanishni yaxshilash
- Asoratlarning oldini olish

Amalga oshirish (Implementation)

- Yotoq yoki yarim yotoq rejimi
- Temir preparatlarini shifokor ko'rsatmasiga binoan berish
- Temirga boy mahsulotlar (go'sht, jigar, loviya, ismaloq) tavsiya qilish
- Dori qabulidan keyin nojo'ya ta'sirlarni kuzatish
- Og'ir anemiyada qon quyishga tayyorgarlik

Baholash (Evaluation)

- Holsizlik kamayishi
- Teri rangining yaxshilanishi
- Gemoglobin oshishi
- Bemorning umumiy ahvoli barqarorlashishi

GEMORRAGIK DIATEZLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI



Amaliy mashg‘ulot maqsadi

Gemorragik diatezlarda qon ketish xavfini baholash va hamshiralik parvarishini tashkil etish ko‘nikmasini shakllantirish.

Algoritm

Holatni baholash

- Burundan qon ketishi
- Terida gemorragik toshmalar (petexiya, gematoma)
- Milk qonashi
- Qon ivish va trombosit ko‘rsatkichlari

Hamshiralik tashxisi

- Qon ketish xavfi
- Teri butunligining buzilishi
- Qo‘rquv va bezovtalik
- Shikastlanish xavfi

Rejalashtirish

- Qon ketishni to‘xtatish
- Asoratlarni oldini olish
- Bemor xavfsizligini ta‘minlash
- Oila a‘zolarini o‘qitish

Amalga oshirish

- Qon ketishda bosuvchi bog‘lam qo‘yish
- Burun qonashida boshni oldinga egib, sovuq qo‘yish
- Mushak ichiga in‘yeksiyalardan saqlanish
- Tish yuvishda yumshoq cho‘tkadan foydalanish

- Shifokor buyurgan gemostatik preparatlarni berish

Baholash

- Qon ketish to‘xtashi
- Yangi gematomalar paydo bo‘lmasligi
- Laborator ko‘rsatkichlar yaxshilanishi
- Bemorning umumiy ahvoli barqarorlashishi

11 - mavzu:	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	

Ma’ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma’ruza mashg‘ulotining rejasi.	1. Endokrin tizimi a’zolari kasalliklari 2. Endokrin tizimi a’zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi
<p>O‘quv mashg‘uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta’limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko‘nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish 	

	Faoliyat mazmuni
--	-------------------------

Ish boskichlari va vaqti	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, yangiliklar eshutiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.</p>
<p>2-boskich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bo'yicha bilimni baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko'nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Baxs-munozara" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."Baxs-munozara" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Buyrak va siydik chiqarish a'zolari tizimi kasalliklari</p> <p>Foydalanilgan adabiyotlar</p> <p>1.Makarova S.M., <i>Endokrinologiya va diabet.</i> T., 2018.</p>	<p>Tinglaydilir,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>2.Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish qilish asoslari” 2014 y</p> <p>3.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019</p>	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Qandli diabetning bolalar orasida kuzatilishining sabablari, klinik belgilari, diagnostikasi. Giper va gipoglikemik komada bemor bolalarga va uning oilasiga yordam kursatish. Diabet kasalligiga chalingan bemor bolalarni parvarishlash xususiyatlari</p>	<p>O‘quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Endokrin sistemasi kasalliklarida xamshiralik parvarishini. – Qandli diabet kasalligini. – Endemik buqok kasalligini.
O‘qitish metodlari	“Baxs-munozara”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.
Qayta a’loqaning usul va vositalari.	Og’zaki so‘rov: tezkor so‘rov, yozma so‘rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o‘quv topshiriqlarini baxolash

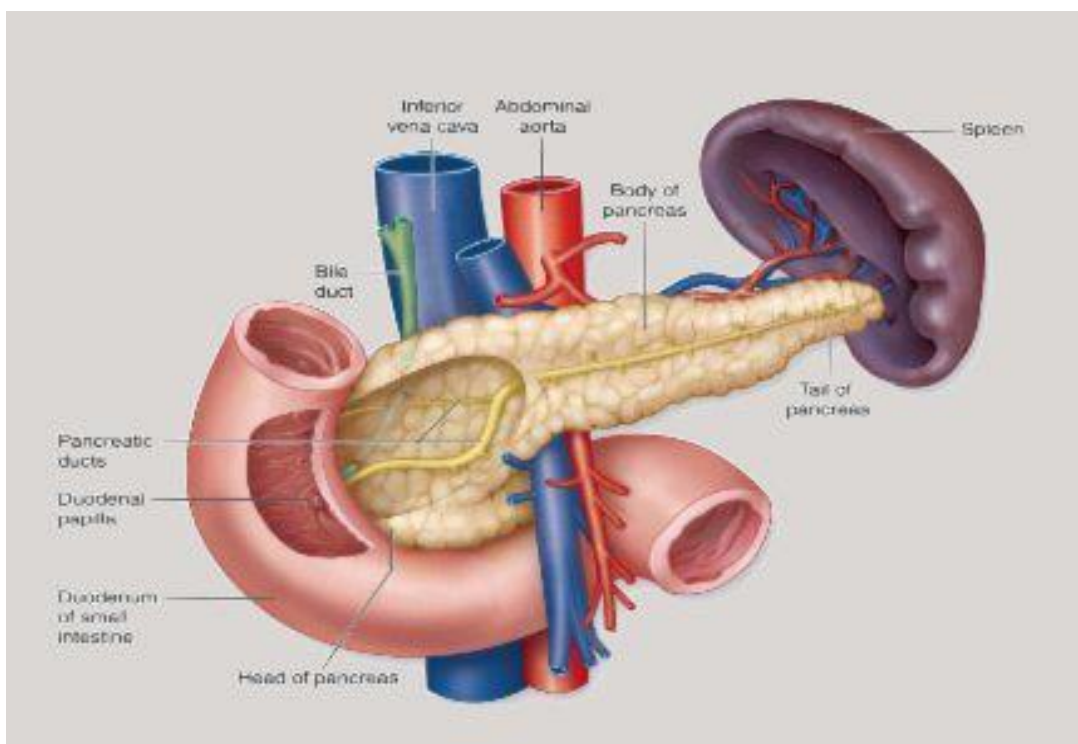
Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

Reja:

- Endokrin tizimi a’zolari kasalliklari.
- Endokrin tizimi a’zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi

Qandli diabet (QD) - insulin sekretsiyasi va ta’siri yoki ushbu ikki omillar nuqsoni natijasidake lib chiqadigan hamda giperglikemiya bilan kechadigan bir guruh modda almashinuvi buzilish kasalliklaridir. QD jahonda keng tarqalgan xastaliklardan biri bo‘lib, yer kurrasining taxminan 6,6% aholisi unga chalingan va yil sayin ular soni ortib bormoqda. Kasallikning paydobo‘lishida oshqozon (me‘da) osti bezidagi o‘zgarishlar yetakchi o‘rin egallaydi.

Oqozon osti bezi anatomiyasi. Oshqozonosti bezi oshqozon ostida, qorin orka devorida, o'n birinchi, o'n ikkinchi ko'krak va birinchi, ikkinchi belumurtqalari sohasida joylashgan bo'lib, uch qismdan iborat: bosh, tana va dum qismlari. Tana va bosh qismiorasida ingichkalashgan bo'yin qismi farqlanadi. Bezning og'irligi 70-80 g bo'lib, uzunligi 16-22 sm, kengligi 3-9 sm va qalinligi 2-3 sm ni tashkil qiladi. Oshqozon osti bezida insulindan tashqari glyukagon— β hujayralarda, somatostatin - δ hujayralarida ishlab chiqariladi. Ulardan glyukagon insulinning antagonista hisoblanadi. Yuqoridagilardan tashqari, bezda ishlab chiqariladigan pankreatik peptid gormoni oshqozon-ichak tizimiga ta'sir ko'rsatadi hamda uglevodlar va lipidlar almashinuvida qatnashadi.



Klinik sinflar

I. Qandli diabet

1. Insulinga qaram qandli diabet (kandli diabet 1 - tip)

A) normal vaznli shaxslarda

2. Insulinga qaram bo'lmagan qandli diabet (qandli diabet 2-tip)

B) semizlik bo'lgan shaxslarda;

QD klinik sinflariga quyidagilar kiradi: QD (ikki marotaba tekshirganda, kapillyar qonda glyukoza miqdorini 6,1 mmol/l yoki 110 mg % ortiq yoki kun davomidagi ovqatga bog'lik bo'lmagan ma'lum bir muddatsiz glyukozaning kapillyar qonda 11,0 mmol/l dan yuqori, venoz qonda 10 mmol/l ko'p bo'lishi, glyukozaga bo'lgan chidamlilikning buzilishi (semizlik yoki tana vaznini me'yorida bulishi bilan), Xomiladorlarda kuzatiladigan QD (faqat homiladorlik davrida) va simptomatik diabet.

QD rivojlanishiing ishonchli xavfi bulgan sinflar. Unga glyukozaga chidamlilik me'yorida bo'lgan, ammo QDrivojlanishiga olib keluvchi xavf omillari mavjud kishilar (semizlikka chalingan, nasliy moyilligi bo'lgan, ilgari glyukozaga chidamliligi buzilgan, homiladorlik davrida QDaniqlangan va 4,0-4.5 kg vaznli bola tuqqan ayollar, oshqozon osti bezi β -hujayralariga antitelalar aniqlangan) kiradi

Yuqoridagi sinflardan tashqari, JSST QDning etiologik kelib chiqishiga ko'ra quyidagi turlarini farqlashni tavsiya etadi.

Glikemik o'zgarishlarning etiologik klassifikatsiyasi .

1. Qandli diabetning 1-tipi (odatda mutlaq insulin yetiishovchiligiga olib keladigan β -hujayralarning shikastlanishi):

A. autoimmun;

B. idiopatik;

2. Qandli diabetning 2-tipi (nisbiy insulin yetiishovchiligi bilan namoyon bo'luvchi insulingaturg'unlik hamda insulin sekretsiasining buzilishi)

3. Diabetning boshqa spetsifik turlari:

A. β -xujayralar retseptorlaridagi irsiy nuqsonlar;

B. Insulin ta'sir qiluvchi hujayralar retseptorlaridagi irsiy nuqsonlar;

V. Me'da osti bezi endokrin qismi kasalliklari;

G. Endokrinopatiyalar (akromegaliya, gigantizm, Itsenko-Kushinga va boshqalar);

D. Dorilar va kimyoviy moddalar ta'sirida kelib chiqqan diabet;

Ye. Infeksiyalar;

J. Immunitet buzilishi oqibatida kuzatiladigan sindromlardagi ikkilamchi diabet;

Z. Ba'zan diabet bilan birga kuzatiladigan irsiy sindromlar;

4. Gestatsion qandli diabet

Keltirib chiqaruvchi sabablari. QD 1 tipi aksariyat xollarda 12-14 yoshlarda uchraydi (30 yoshgacha ko'proq uchrasa ham, ba'zan chaqaloqlar va qariyalarda aniqlanadi) va deyarli barcha hollarda nasliy moyilligi bo'lgan kishilarda rivojlanadi. Bemorlar qonida β -xujayralarga antitelalar aniqlanib, organizmdagi immun o'zgarishlar ularning o'limiga sabab bo'ladi. Bu jarayon insulin ishlab chiqarilishining keskin kamayishiga (90% β -xujayralar faoliyati to'xtagandan so'ng) va uning mutlaq yetiishovchiligiga olib keladi. Shuning uchun u insulinga bog'lik QD (IBQD) ham deb ataladi. Yuqoridagi o'zgarishlar natijasida bemor organizmida glyukoza parchalanishi keskin kamayib, oshkozon osti bezida insulinga qarshi kontrinsulyar gormonlar sintezining kompensator oshishi kuzatiladi. So'nggi gormon jigarda oqsillar katabolizmini kuchaytiradi va natijada aminokislotalardan glyukoza hosil bo'lishi ko'payadi. Bir vaqtning o'zida insulinga qarshi gormonlar yog' to'qimasida lipolizni jadallashtiradi va oqibatda qon zardobida yog' kislotalari oshib ketadi. Ulardan jigarda keton tanachalari hosil bo'ladi, yog' to'qimasida esa yog'miqdori kamayib boradi. O'z navbatida qon tarkibida keskin kamayib ketgan insulin rivojlanib boruvchi glyukoneogenez, lipoliz va ketogenezni to'xtata olmaydi. Oqibatda qonda glyukoza hamda keton tanachalari miqdori oshib boradi va insulin bilan davo choralari ko'rilmasa, bemorda diabetik ketoatsidoz rivojlanadi glyukoza miqdori 9,5- 10mmol/l (170-180 mg %)ga yetganda glyukozuriya kuzatiladi. Siydida glyukoza miqdorining oshishi uning osmolyarligi ko'tarilishiga sabab bo'ladi va bemorlarda osmotik diurez (poliuriya) rivojlanadi. Organizmdan ko'p miqdorda suv yo'qolishi suvsizlanish va chanqash rivojlanishiga olib keladi.

Kasallikning klinik belgilari ham yuqoridagi metabolik o'zgarishlardan kelib chiqadi. **QD 1 tipiga chalingan bemorlar** chanqash, poliuriya, ko'ngil aynishi, quvvatsizlik, tez charchash, ishtaxa va tana vaznining kamayishi (ayrim hollarda ishtaxa keskin kamaymagan, hatto ba'zan oshgan bo'lsa ham), doimiy och kolish xissiga shikoyat qiladilar. Bolalarda enurez kuzatilishi kasallikka xos belgilardan biri hisoblanadi. Bemorlarda siydik tuta olmaslik paydo bo'lishi giperglikemiya rivojlanayotganidan dalolat beradi.

QD 2-tipi aksariyat hollarda 35-yoshdan keyin uchraydi, semizlik, stress xolatlar, keksa yosh, sust jismoniy faollik, kator dorilar ta'sirida kasallikka nasliy moyilligi mavjud

bo‘lgan kishilarda rivojlanadi. Uning paydo bo‘lishidan oldin yog‘, mushak to‘qimalari hamda jigar hujayralarini insulin ta‘siriga chidamliligi kuzatiladi. QD 2-tipi rivojlanishining boshqa bir sababi, oshkozon osti bezi β -xujayralarini glyukoza bo‘lgan sezuvchanligini kamayib ketishidir. Unga chalingan bemorlarning ko‘pchiligi insulin bilan davolanishga muxtoj bo‘lmaydilar va diabetli ketoatsidoz rivojlanishiga chidamlilik kuzatiladi. Shuning uchun kasallikning ushbu turi insulinga chidamli QD deb ataladi. Ushbu tip barcha QD chalinganlarning 85-90% ni tashkil etib, yosh oshgan sari bemorlar soni ko‘payib boradi va katta yoshdagilar umumiy bemorlar sonini 50% ni tashkil etadi. QD 1-tipi kabi chanqash, kuvvatsizlik, tez charchash xollari kuzatilsa ham, ularda ushbu belgilar asta-sekinlik bilan rivojlanadi hamda 60-80% bemorlarda semizlik bilan birga kechadi. Yaqqol namoyon bo‘lmagan giperglikemiya va kasallikning belgilersiz kechishi sababli QD 2 - tipi ko‘p xollarda tasodifan aniqlanadi. Bemorlarda aksariyat xollarda teri infeksiyalari (chipkonlar, yiringli yaralar), uning kichishishlari, ayollarda vaginitlar kuzatiladi. Ba‘zan sanab o‘tilganlar kasallikning boshlang‘ich davrida uning yagona belgisi bo‘lishi mumkin. Ularda yog‘ to‘qimasi ko‘prok tananing yuqori qismida va qorinda to‘planadi hamda kasallik AG, giperlipidemiya, ateroskleroz belgilari bilan birga kechadi. Ushbu kasalliklarning birga kelishi adabiyotlarda «X» yoki “metabolik” sindrom deb ataladi.

QD 1 va 2-tiplarining bir-biridan klinik va patogenetik farqlari

Belgilar	QD 1-tipi	QD 2-tipi
Kasallik boshlanishida Bemor yoshi	Navqiron, odatda 25 yoshgacha	35 yoshdan yuqori
Kasallik boshlanishi	O‘tkir	Asta-sekin (oy, yillar)
Tana vazni	Kamaygan	Ko‘p xollarda oshgan
Jinsi	Erkaklar ko‘prok yoki ikkala jinsda bir xilda	Ko‘prok ayollar
Klinik belgilarni ifodalanishi	Yaqqol-chanqash, poliuriya, oriqlash, polifagiya	Engil yoki 40-50% bemorlarda belgilersiz
Diabet kechishi	Qisman notekis	Turg‘un
Ketoatsidoz	Moyillik	Odatda rivojlanmaydi
Qon da keton tanachalari miqdori	Ko‘pincha yuqori	Odatda me‘yor atrofida
Kasallik boshlanishi mavsumiyliigi	Ko‘proq kuz-qish oylarida	Fasl bilan aloqasi yo‘q
Irsiy markerlar	HLA-B8, V15, DR3, DR4, DRw bilan birgaliqda	HLA tizimi genlari sog‘lom populyatsiyadan
Gomozigot egizaklarda	50% dan kam	90% dan yuqori
Yaqinligi birinchi darajali bo‘lgan qarindoshlarda	10% dan kam	20% dan ortiq
Davolash	Parhez, insulin (bemor xayoti va salomatligini saqlash uchun insulin in‘eksivasi)	Parhez, glyukoza miqdorini kamaytiruvchi og‘iz orqali qabul qilinadigan dorilar

Patogenezi	β -xujayralar destruksiyasi va kasallik boshlanishidan bir yil o'tgach ularni 10% kam qolishi. Insulinni mutlaq yetishmovchiligi	β -xujayralar saklangan, periferik to'qimalarning insulinga bo'lgan chidamliligining oshishi, insulinning nisbiy
Etiologiyasi-nasliylik,	Viruslarning roli;	Aksariyat xollarda
NA bilan aloqadorlik, autoimmun belgilar	Ba'zan oilaviy 11-sinf; DKZ, DK4, V8 bilan aloqadorlik kuzatilishi	oilaviy; Yo'q Yo'q
Asoratlari: nefropatiya; retinopatiya; neyropatiya	Og'ir kechadi; Kasallikni 10 yillaridan; Aksariyat xollarda mavjud	Engil kechadi; Kasallikni 5 yilidan; Aksariyat hollarda mavjud
Boshqa autoimmun kasalliklar bilan birga uchrashi	Ko'p xollarda Xashimoto tireoiditi, Addison va vitamin V12 yetishmovchiligi kamqonligi kasalligi bilan birga	Kuzatilmaydi

Homiladorlarda qandli diabetni aniqlash. QD rivojlanishining yuqori xavfi hamda uning 1-2 tipi kuzatilish ehtimoli bo'lgan barcha ayollarda homiladorlikning 24-28 xaftalarida qondagi glyukoza miqdorini aniqlashi zarur. Mabodo qon zardobida nahorgi glyukoza miqdori 5,85 mmol/l (kapillyar qonda 5,0 mmol/l) va undan ko'p bo'lsa, bu glyukoza miqdoriga chidamlilik sinamasini o'tkazishga ko'rsatma hisoblanadi.

QD mavjudligi aniqlangan homiladorlar doimiy kuzatuvda bo'lishlari (UAV, endokrinolog va akusher-ginekolog) va patronaj xamshirasining vazifasi xam juda katta muxim rol o'ynaydi. Xomiladorlikni to'xtatish masalasi vrachlar konsiliumi tomonidan individual hal qilinishi lozim.

QD 1 tipini davolash quyidagi uchta tarkibiy qismdan iborat: parxez, me'yorlashtirilgan jismoniy yuklama va insulin bilan davolash. QD 2 tipini davolashda quyidagi qator usullardan foydalaniladi: fakat parxez bilan davolash, parxez va og'iz orkali qabul qilinadigan qandni tushiruvchi dorilardai birga foydalanish, ayrim hollarda ular bilan birga insulin qo'llash. Ikkilamchi mutlaq insulin yetishmovchiligi rivojlangan hollarda (kasallik rivojlangandan so'ng 10-15- yil o'tgach) bemorlar 1 tipdagi QD kabi parxez va insulin bilan davolanadilar. Jarroxlik amaliyoti **o'tkazish** davrida, og'ir o'tkir va surunkali kasalliklarda, homiladorlik davrida (faqat parhezdan foydalanish samara bermaganda), jigar kasalliklarida (uning faoliyati buzilgan hollarda), SBE belgilari kuzatilganda QD 2 tipiga chalingan bemorlar insulin bilan davolashga o'tkaziladilar. Me'yorlashtirilgan jismoniy yuklamadan foydalanish ushbu gurux, bemorlarda ham qondagi glyukoza miqdorini kamayishiga olib keladi.

QD har ikkala turini davolashda parxez muxim. axamiyatga ega va uning asosiy qoidalari quyidagilardan iborat: tana vazni indeksi me'yorida bo'lganda (18 dan 25 kg/m²), bemorni kunlik ovkat bilan qabul qiladigan kaloriyasi yoshi va jismoniy faolligidan kelib chiqib 1600-2500 kaloriya bo'lishi; tana vazni indeksi ortiqcha bo'lganda (26-29 kg/m²), kunda 1300-1200 kkal; bemorda semizlik bo'lgan hollarda (tana vazni indeksi >30 kg/m²) kunlik kaloriya 1200-1000; yuqori darajadagi semizlikda kunlik kaloriyani 600 gacha kamaytirish lozim. QD bilan bir qatorda, semizligi mavjud bo'lgan bemorlarni tana vaznini kamaytirishga erishilsa, ular qonida glyukoza miqdori, lipid ko'rsatkichlari va QB me'yoriga tusha boshlaydi. Tana vazni indeksi past (< 20

kg/m²) bulgan hollarda (QD 1 tipiga chalingan deyarli barcha bemorlarda) kunlik kaloriya 3000-3500 bo'lganda me'yor darajasida hisoblanadi.

Ovqatning tarkibi 55-60% uglevodlardan, 15-20% oqsillardan, 20-30% yog'lardan, jumladan, undan 2/3 qismi o'simlik, 1/3 hayvon yog'laridan iborat bo'lishi kerak. Bemorlar iste'mol qiladigan kundalik taomlar tarkibidagi xolesterin miqdori (ayniqsa giperxolesterenemiya mavjud bo'lganda) 300 mg% dan ortiqbo'lmasligi lozim. O'zbekistonda keng iste'mol qilinadigan oziq-ovqatlar tarkibi va kaloriyasidadvalda keltirilgan.

O'zbekistonda keng iste'mol qilinadigan oziq - ovqatlarning tarkibi va kaloriyasi

№	Oziq - ovqatlar	Oksillar	Yoglar	Uglevodlar	100 g maxsulotdagi kaloriya miqdori
1	Ok non	5.32	0.84	39.86	193.1
2	Oora non	7.69	0.74	39.20	186.8
3	Grechka	8.62	2.27	62.41	313.3
4	Kartoshka	1.05		14.25	62.7
5	Pivoz	1.80		8.04	40.3
6	Sabzi	0.88		6.29	29.4
7	Rediska	0.77		3.34	16.9
8	Sholgom	0.72		4.79	22.6
9	Lavlagi	0.96		7.07	32.97
10	Karam	1.15		3.91	19.5
11	Gul karam	1.06		2.65	15.2
12	Taryuz	0.31		4.97	21.6
13	Ko'k nuxat	4.88		10.29	62.2
14	Oovun	0.45		7.69	33.4
15	Pomidor	0.76		3.07	15.7
16	Kabachka	0.36		2.93	13.5
17	Bodring	0.72		1.84	10.5
18	Tuzlangan	0.38		0.97	5.5
19	Oq kuzikorin (kuritilgan)	22.02		29.33	234.4
20	Oq kuzikorin (vangi)	2.24	3.04	24.04	24.3
21	Anslsin	0.58		6.1	27.5
22	Olcha	0.75		11.5	49.5
23	Nok	0.31		10.27	43.4
24	Kulupnav	0.81		8.38	37.7
25	Limon	0.26		4.64	20.1
26	Malina	0.72		7.80	34.9
27	Shaftoli	0.45		10.06	43.1
28	Olxo'ri	0.54		11.34	48.7
29	Olma	0.40		9.27	39.6
30	Olma sharbati	0.43		11.59	49.3
31	O'rik	2.5		34.8	1.57
32	Kuritilgan o'rik	5.2		66.4	302
33	Uzum	1.6		63.8	273
34	Sarivog	0.48	79.33	0.49	741.7
35	Kungaboqar vog'i		94.81		881.7
36	Mol suti	3.26	3.52	4.41	64.2
37	Oavmog'	2.88	28.50	2.45	2.86
38	Yog'li pishloq (45%)	19.0	21.85	4.06	297.7
39	Yog'li pishloq	14.4	17.1	0.98	222.1
40	Kefir (qatiq)	3.36	3.33	4.21	62.0
41	Oo'v go'shti	12.62	11.37		157.5
42	Mol go'shti	15.39	7.80		136.6
43	Buzoq go'shti	14.26	5.33		108.6

44	Mol jigari	16.79	3.77	2.73	115.1
45	Kolbasa	11.64	13.32	1.16	176.4
46	Sosiska	11.78	17.46	0.33	212.3
47	Tuxum	10.56	10.03	0.43	138.3

Qandli diabetii 2 tipini insulin bilan davolash

Insulin bilan davolashga kursatmalar:

- parhez va og'iz orqali qabul qilinadigan kandni pasaytiruvchi dorilarii yuqori dozalari samara bermaganda;
- glikirlangan gemoglobin (NvA1s) 7,5%dan yuqori bo'lganda;
- tana vazni indeksi 25 kg/m^2 dan kichik, nahorgi glikemiya 8 mmol/l dan yuqori bo'lganda;
- ketoatsidoz rivojlanganda;
- jarroxlik amaliyoti ko'llanilganda (vaqtincha insulinga o'tish);
- o'tkir kasalliklarda (vaqtincha insulinga o'tish).

Qandli diabetii 2 tipi bo'lgan bemorlarni insulinga o'tkazishdan oldinkuyidagilarni amalga oshirish zarur:

- bemornio'zini-o'zi nazorat qilishga o'qitish;
- bemorni gipoglikemiya kuzatilishi ehtimoli borligi tug'risida ogoxlantirish hamda uning oldini olish va bartaraf etish usullarini urgatish;
- parhezga rioya qilish asoratlarini qayta ko'rib chiqish.

Insulin bilan davolash turlari

Ertalabki ovqatlanishdan	Tushki ovqatlanishdan oldin	Kechkurungi ovqatlanishdan oldin	Uyquga yotishdan oldin
O voki (A)	K voki (A)	O veki (A)	O'
K voki (A)+U	K voki (A)	O voki (A)	O'
O voki (A)+ U	K voki (A)	O voki (A)+ U	-
Ovoki (A)+ U	Keki (A)+ U	O voki (A)	O'
O voki (A)+D	K voki (A)	O voki (A)	-
Q yoki (A)	K yoki (A)	Q yoki (A)	D

Q-qiska ta'sirli insulin

U-ta'siri o'rtacha davom etadigan insulin

A-o'ta qisqa ta'sirli insulin analoglari- xumalog, novorapid

D-ta'siri uzoq davom etadigan insulin analoglari - lantus

Insulin dozasini kun davomida taqsimlash rejasi:

- ertalab va tushki ovqatlanishdan oldin bir kunlik dozaning 2/3 qismi;
- kechkurungi ovqatlanish yoki uyqudan oldin bir kunlik dozaning 1/3 qismi

Siydiqda glyukoza miqdori oshib borgan sari osmotik diurez rivojlanadi va ko'plab suyuqlik yuqotilishi oqibatida organizm suvsizlanadi. Atsidozni kuchayib borishi miokardni qisqarish faoliyatini va uning pressor aminlarga bo'lgan sezuvchanligini susaytiradi. Natijada bemorda gipotoniya kuzatilib, qonda kreatinin miqdori oshib ketadi va ko'ptokchalar filtratsiyasi kamayadi. Bemorda avval depressiya, keyinrok sopor va koma holati rivojlanadi.

Ob'ektiv ko'riqda tanasi suvsizlanganligi sababli bemor terisi quruq, elastikligi pasaygan, ko'z soqqalari yumshoq va mushaklar gipotoniyasi aniqlanadi. Nafas olganda chiqaradigan havodan atseton hidi kelib, u depressiv holatda bo'ladi. Ularda atrofdagilar bilan muloqatda bo'lish istagi yo'qolib boradi va savollarga qiyinlik bilan javob beradilar. Arterial konda pH kursatkichi 7,2 va undan pastga tushishi bilan Kussmaul nafas olish boshlanadi. Keyinrok (pH 7,0 pastga tushgandan sung) nafas olish shovqinlari yo'qolib, bemorda yuqori giperglikemiya, atsidoz, organizmni keskin suvsizlanishi sababli DKA

belgilari rivojlanib borib soporoz holat yuzaga keladi va keyinroq shok rivojlanadi. Koptokchalar filtratsiyasi keskin kamayganligi oqibatida qonda giperglikemiya oshib boradi va uning osmolyarligi ko'tarilib, bemor ahvolini yanada og'irlashtiradi. Agarda zudlik bilan tegishli davo choralari ko'rilmasa va bemor 1-2 kun koma xolatida qolsa, aksariyat holatlarda o'lim yuz beradi.

Davolash. DKAni davolash hujayralardan tashqaridagi suyuqlik va kon zardobi miqdorini tiklash, qon bosimini mo'tadillashtirish, buyraklarda qon aylanishini tiklash va ionlar ekskretsiyasini ko'paytirish, giperglikogenezni, giperketogenezni kamaytirish, glyukoza, keton tanachalari va qonda elektrolitlar miqdorini me'yoriga keltirishga qaratilgan bo'lishi kerak. 1-tip KD davosi parhezga rioya qilish, jismoniy zo'riqishdan saqlanish, insulin bilan davolanishdan iborat. Bemorlarga o'zlarini qay holatlarda qanday tutishlarini o'rgatish muhim ahamiyatga ega. Chunki ular tibbiyot tavsiyalarini asosiy bajaruvchilari hisoblanadi.

DAVOLASH MAQSADI: 1-tip KD kasallarni davolashning asosiy maqsadi glikemiyaning nazorat qilish, nahorga 6 mmol/l.gacha, ovqatlangach 2 soatdan keyin 8 mmol/l.gacha. Umumiy holatni yaxshilash: Bo'yi, tana og'irligi, jinsiy yetilish, qon bosimining nazorati (130/80 mm.sim.ust.) qondagi lipidlar miqdori (xolesterin KZLP 3 mmol/l.gacha) xolesterin YuZLP > 1,4 mmol/l., triglitseridlar 2 mmol/l.gacha qalqonsimon bez funksiyasining nazorat qilish.

SHIFOXONAGA YOTQIZISHGA KO'RSATMALAR 1-tip KD ilk bor aniqlangan davrda bemorlarni shifoxonaga yotqizish (insulinoterapiyani tanlab tavsiya qilish, glikemiyaning nazorat qilish, ovqatlanish, mehnat qilish tartibini o'rgatish va boshqalar)ni o'z ichiga oladi. 1- tip KDda ba'zan reanimatsiya bo'limida maxsus tibbiy yordam ko'rsatish talab qilinadi. Bemorni diabetik ketoatsidozdan chiqargach kompleks davolash zarur. Bunda bemorlarga o'zlarini qanday tutish o'rgatiladi va insulin terapiyaning rejasi tanlanadi. Diabetik ketoatsidoz (ketonuriya bilan giperglikemiya). Koma oldi yoki koma (ketoatsidotik, gipoglikemik). Qon tomirlarda asoratlarni zo'rayib borishi. Urgent holatlar: infeksiya, intoksikatsiya, operativ aralashuv zarurligi, gastroenteritlar, suvsizlanish. Metabolik atsidozning tezlik bilan zo'rayishi, giperglikemiya va insulin so'rilishining buzilishi ham bemorni kasalxonaga yotqizish zarurligini ko'rsatadi.

DORILARSIZ DAVOLASH Ovqatlanish 1-tip KDda ovqatlanish tartibiga normal kaloriyali parhezga rioya qilish va qabul qilinayotgan uglevodlarni hisoblash kiradi. Sutkalik kaloriyada oqsillar 15%, yog'lar 25-30%, uglevodlar 55% ni tashkil qilishi kerak. Tez hazm bo'ladigan uglevodlar (1/3 gacha saxaroza va glyukozadan tashqari) miqdori chegaralanadi. Kletchatka va boshqa oziq tolalariga boy murakkab uglevodlar afzal ko'riladi. Bemorlarga qulay bo'lishi uchun non birligi (NB) tushunchasi kiritilgan 1 ta non birligi 10-12 g. uglevodga to'g'ri keladi, uning so'rilishi uchun 1-2 ta'sir birlik insulin kerak. Tarkibida uglevod bo'lgan har qanday mahsulotni NB da ifodalash mumkin. Bemor non birligi hisob qilingan va glikemiya, hamda insulin dozasi ko'rsatilgan kundalik yuritishi kerak.

Jismoniy faollik . Jismoniy faollik insulinning gipoglikemik ta'sirini kuchaytiradi. Shuning uchun rejalashtirilayotgan yuklamani hisobga olib, insulinning dozasi belgilash kerak. Bunda bemorga individual yondoshish asosiy mezonlardan biridir. Jismoniy harakatda va 12-40 C0 gacha uzoq va og'ir jismoniy zo'riqishdan keyin

gipoglikemiya havfi oshadi. Yengil va o'rtacha jismoniy zo'riqishlar 1 soatdan oshmasa, zo'riqishlardan oldin va keyin qo'shimcha uglevodlar qabul qilinadi (40 minut jismoniy harakatga 15 g. yengil hazm bo'ladigan uglevod). Jismoniy zo'riqish 1 soatdan oshsa va jadal jismoniy zo'riqishda, mashq paytida va mashqdan 6-12 soat o'tgach insulin dozasi 20-50% ga pasaytiriladi. Qonda glyukoza miqdori jismoniy zo'riqishdan oldin, mashq paytida va undan keyin aniqlanadi.

DORILAR BILAN DAVOLASH. Insulinoterapiya Tamoyillari 1-tip KD davolash asosini umr bo'yi o'tkaziladigan insulinoterapiya tashkil qiladi. Undan maqsad bemor hayot faoliyati to'laqonliligi jarayonini ta'minlashdir. Insulinoterapiya mo'ljallangan jismoniy harakatlar, ovqatdagi uglevodlar miqdori, 1-tip KD davomiyligi va uning asoratlariga qarab hisoblanadi. 1-tip KD li katta yoshli bemorlarning 1 yil mobaynidagi insulinga taxminiy ehtiyoji tana og'irligiga 0,6-0,8 TB. Balog'at yoshdagilarda bu ko'rsatkich o'rta hisobda 1,0-1,5 TB/kg. ni tashkil qiladi. Asabiy zo'riqish, infeksiya, operatsiyalar paytida insulinga talab yanada oshadi. Surunkali buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda va jismoniy zo'riqishda aksincha unga talab pasayadi. 1-tip KDda insulinterapiyaning maqsadi insulin sekretsiyasini sun'iy yo'l bilan yaratish (shuning uchun ta'sir davomiyligi o'rtacha insulinni 2 marta yoki insulin analogi glargin 1 marta yuboriladi) va ovqatdan oldin va keyin qisqa ta'sirli insulin glikemiyaning normallashtirish uchun qo'shimcha beriladi. Qisqa yoki past ta'sirli insulinlarni glikemiyaning oshgan qiymatlarini pasaytirish uchun ovqat qabul qilmay yuborish ham mumkin. 1-tip KDda bemor har kuni o'zi – o'zini nazorat qilayotganda olingan glikemiya qiymatlaridan kelib chiqqan holda yuboriladigan insulin miqdorini korreksiya qilishi kerak. Gipoglikemik reaksiyalar rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik, mabodo ular paydo bo'lganda tezlik bilan bartaraf qilish lozim. Zamonaviy insulinterapiyaning mohiyat e'tibori bilan farqi, uni yuqori plastikligi bo'lib, asosan ovqatdan keyin glikemiyaning normallashtirish uchun yuborishdir. Bemorlar har bir ovqatga bitta NB uchun kerakli insulin ehtiyojini taxminan bilishlari lozim. Bu NB ga taxminan kerak insulin miqdorini boshqarish imkoniyatini beradi. Insulin teri ostiga, qisqa ta'sir qiladigan qorin sohasiga, o'rtacha ta'sir qiladigan son yoki dumberaning yog' qavatiga yuboriladi. Insulinga bir kunlik talabning taxminan taqsimlanishi: 50-60% o'rtacha, qolgan qisqa ta'sirli insulinni tashkil qiladi.

Insulinoterapiya asoratlari. Gipoglikemiya Mahalliy va sistem allergik reaksiyalar (odam insulinini yuborilganda kamdan - kam) In'eksiya o'rnida yog' hujayralarga insulinning mahalliy lipogen samarasi natijasida fibroz va yog' to'qimasidan tuzilgan o'smasimon hosilalar paydo bo'lishi. Odam insulinini qo'llanganda va lipogipertrofiya sohalariga in'eksiyalar to'xtatilganda hosilalar o'lchami kichrayishi.

Boshqa dori vositalari Atsetilsalitsilat kislota. 1-tip KDli bemorlarni davolashda birlamchi va ikkilamchi yirik qon tomir asoratlarining oldini olishda qo'llaniladi. Kunlik miqdori 100 – 300 mg. Asosan 30 yoshdan oshganlarda, ikki va undan ortiq ateroskleroz rivojlanishining havf omillari (irsiyat, yosh, dislipidemiya, AG va b.q.) bo'lganda aspirin qo'llanilishi maqsadga muvofiq.

Gipotenziv dori vositalari. 1-tip KD uzoq kompensatsiya davrida saqlash omillaridan biri AB 130/85 mm.s.ust.dan pastda ushlab turish hisoblanadi. Mavjud AG dorilarsiz davolash natija bermaganda (tana og'irligini saqlab qolish, tuz iste'molini kamaytirish, jismoniy faollik) dorilar buyuriladi. Ulardan APF ingibitorlari birinchi tanlov preparatlari hisoblanadi. Ushbu gurux yuqori qon bosimini davolaganda yaxshi prognostik samaradan tashqari nefropatiya rivojlanish havfini kamaytiradi. APF ingibitorlarini ko'tara olmaslik yoki tavsiya etish mumkin bo'lmagan hollarda

angiotenzin II retseptori yoki kalsiy kanallari blokatorlari selektiv β – adrenoblokatorlar buyuriladi.

2 – TIP QANDLI DIABET Ikkinchi tip qandli diabet (2-tip QD) ko‘pincha insulinga rezistentlik va sezilarli insulin yetishmovchiligi yoki insulinga rezistentlik bilan bog‘liq insulin sekretsiyasidagi nuqson yoki usiz kechuvchi surunkali kasallikdir. 2-tip QD barcha QD ning 80% ini tashkil qiladi. **EPIDEMIOLOGIYA**SI 2-tip QD garchi barcha yoshda uchrasa ham, ko‘proq 35-40 yoshdan keyin rivojlanadi. 2-tip QD keng tarqalgan kasallik bo‘lib, 5-7% ni tashkil qiladi va kasallanish o‘rta hisobda har 15-20 yilda ikki martagacha ko‘payib bormoqda. Ko‘pincha ayollar kasallanadi.

KLASSIFIKATSIYASI QD ning og‘irlik darajasi. QD ning yengil kechishi: makro-mikrotomirlar asoratlari yo‘q. QD ning o‘rtacha og‘irlikda kechishi: diabetik retinopatiya proliferativ bo‘lmagan davri . Mikroalbuminuriya bosqichidagi diabetik nefropatiya. Diabetik polinevropatiya. QD ning og‘ir kechishi: diabetik retinopatiya preproliferativ yoki proliferativ bosqich . Diabetik nefropatiya proteinuriya yoki surunkali buyrak yetishmovchiligi bosqichi .Avtonom polinevropatiya Makroangiopatiyalar: infarktdan keyingi kardioskleroz, yurak yetishmovchiligi bosh miyada qon aylanishi o‘tkir buzilishidan keyingi holat, oyoqlarning okklyuzion shikastlanishi. Xavf omillari. QD rivojlanish xavf omillariga quyidagilar kiradi: 2-tip QDga irsiy moyillik,(oilaviy anamnez: 2-tip QD aniqlanganda, jumladan, glitserol 3-fosfat dehidrogenaza 2 genlarida yetishmovchilik mavjudligi, glyukokinaza, glyukagon va insulin retseptorlarida nuqson borligi) Semizlik , Anamnezida gestatsion QD, Qonda triglitseridlar miqdori oshishi, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar tarkibida xolesterin saqlanishining kamayishi.

KLINIK BELGILARI Kasallik odatda asta - sekin boshlanadi va belgilari kam yuzaga (ketoatsidozga moyillik yo‘qligi sababli) chiqadi. Ko‘pincha semizlik (80% da) va AG bilan birga uchraydi. Ko‘p hollarda insulinga rezistentlik sindromi (metabolik sindrom): semizlik, AG, giperlipidemiya va dislipidemiya (triglitsseridlarning yuqori va yuqori zichlikdagi lipoproteidlarda xolesterinning past konsentratsiyasi), shuningdek, giperurikemiya bilan namoyon bo‘ladi. Ateroskleroz – 2-tip QDning ko‘p uchraydigan asoratidir, jumladan YuIK, oyoq tomirlari ateroskelerozi, bosh miya (bosh miyaga qon quyilib insult rivojlanishi) va boshqa yirik qon tomirlar ateroskleroz kuzatiladi.

LABORATOR TEKSHIRUVLAR Laborator tekshiruvlarda glikemiyaning xarakteriga (odatda 10-12 mmol/l. dan ko‘p bo‘lmagan), metabolik atsidozga moyillik bor-yo‘qligi, triglitseridlar va xolesterin miqdorining oshishi va YuZLP xolesterin miqdorining pasayishiga e‘tibor berish lozim. Diaqnoz faqat glikemiya natijalariga asoslangan holda qo‘yiladi.

DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI Quyidagi holatlar bilan olib boriladi: Giperglikemiya bilan kechuvchi boshqa endokrin kasalliklar (feoxromotsitoma, poliglandulyar autoimmun sindrom, «steroid» diabet); Xavfsiz buyrak glyukozuriyasi; Oshqozon osti bezi kasalliklari (pankreatit, mukovissidoz); Insulinga rezistentlikning irsiy buzilishi (masalan, qora rangga kiruvchi teri akantoz); Semirish; Kimyoviy moddalar va DV orqali chaqirilgan (masalan, salitsilatlardan o‘tkir zaharlanish) glyukozaga tolerantlikning buzilishi; O‘xshash klinik belgilar QD ning monogen shakllarida va 35-40 yoshdan oshgan bemorlarda uchraydigan 1-tip QD boshlang‘ich davrlari kuzatiladi.

DAVOLASH MAQSADLARI 2-tip QD bilan kasallangan bemorlarni davolashning asosiy maqsadi glikemiyani me‘yorda saqlab turish hisoblanadi. Shuningdek, ABni (135/85 mm.sim.ust.gacha), qonda lipidlarni (PZLP tarkibidagi

xolesterin 3 mmol/l.gacha, YuZLP tarkibidagi xolesterin 1.4 mmol/l.dan ko'proq, triglitseridlar 2 mmol/l.gacha) me'yorda saqlash zarurdir. Davolash QD ning tomirlardagi asoratlari rivojlanishini oldini olishga, giperosmolyar giperqlikemik holatlar va gipoglikeymiya profilaktikasiga qaratilgan.

DORILARSIZ DAVOLASH Ovqatlanish 2-tip QDda ovqatlanish qoidalari: to'yingan yog'lar cheklagan holda normal kaloriyali parhezga (semizlikda-past kaloriyali), xolesterin va yengil hazm bo'luvchi uglevodlar qabul qilishni kamaytirishga rioya etish. 9 – parhez – maqsad semiz bemorlarning vaznini kamaytirish. Parhezga rioya qilish ko'pincha metabolik buzilishlarning normallashtirishiga olib keladi. Tana vazni ortiqcha bo'lganda – kam kaloriyali parhez (1800 kkal.). Yengil hazm bo'luvchi uglevodlarni cheklash (shirinliklar, asal, shirin ichimliklar). Kaloriya miqdori bo'yicha tavsiya etiladigan ovqat . Murakkab uglevodlar (makaronlar, yorma, kartoshka, mevalar, sabzavotlar) 50-60% To'yingan yog'lar (sut, pishloq, hayvon yog'i)

Jismoniy faollik insulinning gipoglikeymik ta'sirini oshiradi, antiaterogen lipoproteidlar miqdorini ko'paytiradi va tana og'irligining kamayishiga imkon yaratadi. Jismoniy faollik birga qo'shib keladigan kasalliklar, QD asorati borligi, bemorning yoshi hisobga olib, individual tanlanadi. Mashinada yurish o'rniga piyoda sayr etish, liftidan foydalanish o'rniga zinapoya orqali ko'tarilishni tavsiya etish zarur. Yana bir asosiy shart – jismoniy faollikning muntazamligi (masalan, har kuni 30 minut sayr qilish, haftasiga 3 marta 1 soatdan cho'milish). Intensiv jismoniy faollik o'tkir yoki davom etuvchi gipoglikeymik holatni keltirib chiqarishi mumkinligini unutmaslik kerak. Shuning uchun yuklama tartibini glikemiyaning o'z-o'zini nazorat qilganda «ishlab chiqish»; zarurat bo'lganda jismoniy faollikdan oldin qandni tushiruvchi vositalar dozasini qayta ko'rib chiqish zarur. Qondagi glyukoza konsentratsiyasi 13-15 mmol/l. bo'lganda jismoniy zo'riqlik tavsiya etilmaydi.

DORILAR BILAN DAVOLASH Gipoglikeymik vositalar: Dietoterapiya va jismoniy faollikning samarasi bo'lmaganda, qandni kamaytiruvchi dori vositalari buyuriladi. Nahorgi glikemiya 15 mmol/l. bo'lganda parhez bilan davolashga darhol peroral gipoglikeymik dori vositalari qo'shiladi. Nahorgi glikemiyaning me'yorga keltirish uchun tanlanadigan dori metformin hisoblanadi. Uni qo'llashga mone'lik bo'lganda ta'sir davomiyligi o'rtacha insulin tunga 0,1-0,15 TB/kg. dozada buyuriladi. Insulin o'rnini bosuvchi, boshlanish dozasi 10 TB bo'lgan uzoq ta'sirli glarginni tayinlash ham mumkin. Metformin bilan davolashga qo'shimcha ravishda insulin rezistentligiga to'g'ridan-to'g'ri ta'siriga bog'liq bo'lgan tiazolinedionlar guruhidagi preparatlar (pioglitazon, rozigitazon) qo'llash ham maqsadga muvofiqdir. Ammo insulin sekretogenlarining nahorgi glikemiyaning normallashtirish jihatidan klinik samaradorligi past ekanligini unutmaslik kerak. Glikemiyaning normallashtirish uchun ovqatlanishdan 2 soat keyin sekretogenlardan (meglitinid, glinid) foydalaniladi. Ijobiy samara kuzatilib, lekin glikemiyaning kutilgan ko'rsatkichiga erishilmasa davolashga α glyukozidaz blokatorlari, metformin yoki tiazolinedionlarni qo'shish mumkin. Tabletkalar ko'rinishidagi dori vositalari samara bermaganda insulin yoki uning o'rnini bosuvchilar bilan davolashga o'tiladi. 2-tip QD uzoq muddat kechishi to'g'ridan-to'g'ri β – hujayralarning sekretor faoliyatini pasayishiga olib keladi. Shuning uchun bemorlarning aksariyat qismiga 7-10 yildan so'ng davoga insulin ham qo'shish talab etiladi.

Boshqa dori vositalari va asoratlari Atsetilsalitsilat kislotasi. 2-tip QDli bemorda kuzatiladigan tomir asoratlarning birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi hamda davolash uchun ishlatiladi. Kunlik dozasi – 100-300 mg.

Gipotenziv DV. 2-tip QD kompensatsiya davrida saqlash choralardan biri AB 135/85 mm.sim.ust. dan past ko'rsatkichda saqlab turishdir. Yuqori bosimni dorisiz tushirish choralari (tana og'irligini normal holatda saqlash, tuzni kam iste'mol qilish, jismoniy faollik) samara bermasa gipotenziv vositalardan foydalanish buyuriladi. Asosiy dori sifatida AAF ingibitorlaridan qo'llaniladi, ular QD AG da yaxshi samaraga ega bo'lib, nefropatiyaning rivojlanish havfini kamaytiradi. Bemorda AAF ingibitorlarini qo'llashga mone'lik bo'lgan hollarda angiotenzin II – retseptori yoki kalsiy kanallari blokatorlari (degidropiridin qatori), shuningdek selektiv β – adrenoblokatorlardan foydalanish mumkin. Kasallik YuIK bilan birga kechganda AAF ingibitorlarini adrenoblokatorlar bilan ishlanish maqsadga muvofiqdir.

Dislipidemiya. 2-tip QD bemorlarda dislipidemiya ko'proq yakka holda uchraydi. Lipid spektrining barcha ko'rsatkichlari orasida ZPLP dagi xolesterin miqdorini 2,6 mmol/l.dan past darajada ushlab turish juda muhim hisoblanadi. Bu ko'rsatkichga erishish uchun to'yingan yog'lar chegaralangan (barcha qo'llaniladigan ovqat yog'larining 1/3 qismi) gipoxolesterinli parhez (kuniga 200 mg.dan kam xolesterin) buyuriladi. Parhez bilan davolash natija bermaganda statinlardan foydalaniladi. Statinlar bilan davolash nafaqat ikkilamchi, balki YuIK va makroangiopatiyalar rivojlanishining birlamchi profilaktikasi sifatida ham maqsadga muvofiqdir.

Triglitsridlar. Uglevod almashinuvining kompensatsiyasi ko'p hollarda qondagi triglitsridlar ko'rsatkichining normallasuviga olib kelmaydi. Bemorda gipertriglitsridemiya yakka holda uchrasa fibrat kislota unumlari (fibratlar). tanlov preparatlari sifatida foydalaniladi. 2-tip QDda triglitsridlarni 1,7 mmol/l.dan past ko'rsatkichida ushlab turish lozim. Dislipidemiyaning aralash turlarida statinlar qo'llaniladi.

Nefropatiyalar. Nefropatiyalar 2-tip QDning eng ko'p uchraydigan asorati hisoblanadi. Kasallik boshlanish davrida 25 – 30% bemorlarda mikroalbuminuriya kuzatiladi. Nefropatiyalarni davolashni mikroalbuminuriya bosqichida boshlash zarur. APF ingibitorlari samarali dori vositalari hisoblanadi. Boshqa DV bilan birgalikda APF ingibitorlaridan foydalanish AB ni normaga keltirish bilan bir qatorda nefropatiyani avj olishini ham susaytiradi. Proteinuriya paydo bo'lganda AB me'yoriy ko'rsatkichlarini 120/75 mm.sim.ust. ushlab turish lozim.

Polinevropatiyalar. Nevropatiya oyoqlarda yarali nuqsonlar shakllanishining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi (diabetik oyoq tovon sindromi). Periferik nevropatiya diagnozi vibratsion va taktil sezuvchanlikni tekshirishga asoslanib qo'yiladi. Periferik nevropatiyaning og'riqli turlarini davolashda tritsiklik antidepressantlardan karbamazepin qo'llaniladi.

Avtonom nevropatiylar. Davolashning maqsadi ortostatik gipotenziya, gastroparez, enteropatiyalar, erektil disfunksiya va siydik pufagidagi neyrogen alomatlarini yo'qotishdan iborat.

Retinopatiya. Yangi aniqlangan 2-tip QDli bemorlarning taxminan 1/3 da retinopatiya uchraydi. Diabetik retinopatiyaning patogenetik davosi yo'q. Proliferativ diabetik retinopatiya rivojlanishini kamaytirish uchun lazerli fotokoagulyatsiyadan foydalaniladi.

Katarakta. 2-tip QD kataraktaning tez rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, uning kompensatsiya davrida bo'lishi ko'z gavhari xiralashish jarayonini rivojlanishini kamaytiradi.

BEMORNI O'RGATISH Har qanday surunkali kasallikka chalinganda bemor nima bilan kasallanganligini, unga nima havf solishi, nogiron bo'lib qolganda va shoshilinch hollarda nima qilish kerakligini bilishi kerak. Shuningdek, u davolash

taktikasi va uni nazorat qilish yo'llaridan xabardor bo'lishi lozim. Agar texnik imkoniyatlar mavjud bo'lsa, kasallik kechishini laborator hamda fizikal nazorat qilish yo'llari hamda ketma-ketligini bilishi zarur. Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni o'rgatish dasturiga kasallikning umumiy masalalari, o'z-o'zini nazorat qilish, ovqatlanish, dorilar bilan davolanish va xastalik asoratlarni oldini olish bo'yicha muammolar qamrab olinishi maqsadga muvofiqdir. Bularni amalga oshirishda bemorning eng yaqin ko'makdoshi umumiy amaliyot vrachi hisoblanadi.

2-tip QD chalingan asoratlari bo'lmagan bemorlarni kuzatish

Glikemiya ko'rsatkichini nazorat qilish – kasallikning boshlanishida va dekompensatsiyasi davrida har kuni. Glikozlangan HbAk – 3 oyda 1 marta. 955 Qonning biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, xolesterin triglitseridlar, bilirubin, aminotransferaza mochevina, kreatinin, kaliy, natriy, kalsiy) – yiliga 1 marta. Qon va peshobning umumiy tahlili – yiliga bir marta. Mikroalbuminuriyani aniqlash – QD diagnozi qo'yilgandan so'ng yiliga 2 marta. Arterial bosim nazorati – har gal vrach bilan uchrashganda. EKG - yiliga 1 marta. Kardiolog maslahati - yiliga 1 marta. Oyoqlar terisi qo'rigi – vrach bilan har gal uchrashganda. Oftalmolog ko'rigi (har gal qorachiq kengaytirilib bevosita oftalmoskopiya) – qandli diabet diagnostika qilingandan so'ng yiliga 1 marta, ko'rsatmalar bo'lganda tez-tez. Nevropatolog maslahati - qandli diabet aniqlangandan so'ng yiliga 1 marta.

2-tip QD dekompensatsiya davriga o'tish sabablari Glikemiyani yetarli daraja nazorat qilmaslik, bemorga zarur axborotlarning berilmaganligi va uning tajribasizligi. Ovqatlanish, jismoniy faollik, dori vositalarini qabul qilish tartibining buzilishi. Davolash dasturining tez - tez o'zgarishi. Betartib va ko'p jismoniy zo'riqish. Endokrin buzilishlar (masalan gipotireoz). Surunkali kasalliklar, infeksiyalar bilan birga kuzatiladigan dekompensatsiya. Senil (qarilikdagi) o'zgarishlar.

PROGNOZI. Qondagi glyukoza darajasini normal holda ushlab turish asoratlar rivojlanishini sekinlashtiradi va uning oldini oladi. Odatda asoratlar kasallik boshlangandan keyin 10-15 yil o'tgach paydo bo'ladi. Bemor hayot sifatini yaxshilash, asoratlar paydo bo'lish muddatini orqaga surish ko'p hollarda umumiy amaliyot vrachi faoliyati bilan uzviy bog'liqdir. Chunki yuqorida ko'rsatilgan tadbirlarni endokrinolog faqat bemorni doimo nazorat qilayotgan umumiy amaliyot vrachi bilan hamkorlikda amalga oshirishi mumkin.

Diabetik komalar.

Diabetik komada moddalar almashinuvi chuqur izdan chiqadi, bemor qonida modda almashinuvi buzilishi natijasida zaxarli moddalar to'planib qoladi va asosan markaziy asab tizimiga ta'sir etadi. Insulinni yetarli miqdorda berib turmaslik, infeksiyalar, ruhiy jarohatlar, xirurgik operatsiyalar va boshqalar koma boshlanishiga turtki bo'lishi mumkin.

Qandli diabetda qondagi qand miqdorining o'zgarishiga qarab komalar 2 hil bo'ladi:

1. Gipoglikemik koma.
2. Giperglikemik koma.

GIPER VA GIPOGLIKEMIK KOMA

Belgilari	Giperglikemik koma	Gipoglikemik koma
Komani boshlanishi	Asta–sekin boshlanib uzoq davom etib prekomatoz holatga tushib qoladi.	Birdaniga tez boshlanib bemor hushini yo'qotadi, tirishishlar kuzatiladi.

Bemorning terisi	Quruq bo'ladi	Ho'l ter bilan qoplanadi, qaltiraydi
Kusiqdan atsetonhidi keladi, Atseton siydikda	Atsetonhidi bor Bor	Atsetonhidi yo'q Yo'q
Qondagi qandning miqdori	Oshib ketadi.	3,33dan kam bo'ladi.
Suv almashuvi	Bemor chanqaydi teri va shilliq pardalar quruq bo'ladi.	Gipergidroz, teri nam bo'ladi
Davolash effekti	Insulin.	Tez v/v glyukoza, shirin choy.

QANDLI DIABET ASORATDARI.

Diabetli mikroangiopatiya. Kichik tomirlarning (ko'prok kapillyarlarni) total shikastlanishi QDgaxos uzgarishlardan biri xisoblanadi. Uning I tipida ushbu asorat 5-10 ba'zan 15 yil o'tgandan so'ng rivojlansa, 2 tipda kasallikning ilk belgisi sifatida namoyon bo'lishi mumkin. Klinik nuqtai nazardan buyrak ko'ptokchalarining diabetik glomeruloskleroz (nefropatiya), ko'z tomirlarining (diabetik retinopatiya, proliferativ retinit), teri, yurak va nerv kapillyarlarining (dermopatiya, kardiopatiya, periferik va avtonom neyropatiya) shikastlanishlari muhim amaliy ahamiyatga ega. Ushbu o'zgarishlarga kapillyarlar devorining insulinga bog'lik; emasligi oqibatida glyukozani ulardan bemalol o'tishi natijasida yuzaga kelgan surunkali giperglikemiya sabab bo'ladi degan nazariyalar mavjud.

Diabetik glomeruloskleroz (nefropatiya - Kimmelstil - Uilson sindromi). Ko'ptokcha kapillyarlar ichi bosimining oshishi natijasida filtratsiyaning bir daqiqada 150-160 ml gacha ko'tarilishi va mikroalbuminuriya (bir kecha kunduzda 30-40 mg va undan ko'p) ushbu asoratning klinik namoyon bo'lganga qadar kuzatiladigan belgilari hisoblanadi. Bu davrda UTTda buyraklar o'lchamining kattalashishi kuzatilishi mumkin. Undan so'ng doimiy bo'lmagan (tranzitor bir-kecha kunduzda 1,0-1,5 g), keyinrok doimiy (bir kecha-kunduzda 3,0 g gacha) makroproteinuriya aniqlanadi. Ushbu davr bir necha yil davom etsada, bemorlarda shikoyatlar bo'lmasligi, ammo ikkilamchi AG kuzatilishi mumkin. Undan so'ng kunlik proteinuriya 3,0 g va undan ko'p (7,0-10-15 g) gacha kupayib, nefrotik sindrom belgilari paydo buladi. Ushbu sindrom aksariyat xollarda AG va diabetik kardiopatiya bilan birga kuzatiladi. Pirovard natijada bemorlarda SBE belgilari (ko'ptokchalar filtratsiyasining keskin kamayishi, kamqonlik belgilari, qonda kreatinin miqdorini oshishi) paydo bo'lib, keyinrok uremiya holati yuzaga keladi.

Diabetli retinopatiya (DR) - ko'z to'r pardasi mayda qon tomirlarining buzilishi va o'zgarishi, terminal bosqichda esa ko'rish kobiliyatining to'lik yo'qolishiga olib keluvchi asorat xisoblanadi.

Diabetli kardiopatiya. QD ushbu asorati avval yaqqol namoyon bo'lmagan chap qorincha gipertrofiyasi ko'rinishida kuzatilsa, keyinrok turli ritm buzilishlari va SYuE qo'shiladi. QD 1 tipiga chalingan bemorlarda kardiopatiya odatda NFS rivojlanishi bilan birga namoyon bo'lib o'ng qorincha yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi va AG ko'shilishi bemorlar ahvolini yomonlashtiradi.

Diabetli dermopatiya. Oyoq terilarida trofik o'zgarishlarning paydo bo'lishi QDoqibatida kuzatiladigan dermopatiyaning ilk belgisi hisoblanadi. Bemor. boldirida malla rangli dog'lar paydo bo'ladi. Teri oziklanishining buzilishi yengil jarohatlarni ham bitishini kiyinlashtiradi. Boldirda hamda oyoq panjalarining distal qismida trofik yaralar paydo bo'ladi va ular gangrena rivojlanishi bilan yakunlanishi mumkin. Terining kichishi va uning yiringli kasalliklarga moyilligi diabetli dermopatiyaning belgilaridan biri hisoblanadi.

Qandli diabetga chalingan bemorlar ovqatlanishda quyidagi tamoyillarga amal qilishlari lozim :

- taomni tez-tez va oz-ozdan iste'mol qilish;
 - ovkatlarni 5 qismga bo'lish - nonushta, ikkinchi nonushta, tushlik, tushlikdan keyingi tamaddi, kechki ovqat. U uyqudan kamida uch soat oldin iste'mol qilinishi kerak;
 - kunlik ratsionda oqsillar (go'sht, tuhum) - 16% ni, uglevodlar - 60% ni, yog'lar - 24% ni tashkil kilinishi lozim;
 - kabul kilinayotgan ovqatning asosiy qismini sekin singuvchi uglevodlar, ya'ni qondagi qand miqdorini asta-sekinlik bilan oshiruvchi va to'qlik hissini tug'diruvchi mahsulotlar tashkil qilishi zarur. Bu mahsulotlarga barcha turdagi sabzavotlar, mevalar, non mahsulotlari va yormalar kiradi;
 - ratsionda yengil singadigan uglevodlar qabul qilishni jiddiy chegaralash . Chunki ular (shakar, murabbo, qiyom, muzkaymok, shokolad, kuyultirilgan sut, konfetlar, qovun, uzum va anjir) qondagi qand miqdorini tez oshirish xususiyatiga ega;
 - ovkatlar, asosan qaynatilgan, dimlangan shaqlda, o'zining sharbati yoki bug'ida tayyorlanishi lozim; agar ovqat tayyorlash jarayonida yog'lardan foydalanish zarur bo'lsa, u xolda xayvon yeg'larini o'simlik (zaytun, kungaboqar, makkajuxori) yog'lari bilan almashtirish maqsadga muvofiq;
 - go'sht mahsulotlaridai foydalanganda (tovuq, balik, mol, qo'y), ularning yog'siz turiga ahamiyat berish lozim. Go'shtdagi ko'zga ko'rinuvchi yog'larni esa olib tashlash kerak;
 - sabzavotlardan tayyorlangan hamda o'simlik yog'i bilan aralashtirilgan salat yoki garnirlarni kunlik ratsionga qo'shish tavsiya etiladi;
 - organizmda shirinliklarga ehtiyoj kuchayganda, kand o'rnini bosuvchi mahsulotlardan foydalanish mumkin.
- Kuyidagn jadvalda QDga chalingan bemorlarga haftada va oyda tavsiya etiladigan oziq-ovqatlar ro'yxati keltirilgan.

Esda tuting me'yorida bel aylanasi

- Erkaklarda 102 sm
- Ayollarda 88 sm
- Tana vazni indeksini hisoblash: Tana vazni indeksi (kg/m.2)= tana vazni og'irligi(kg):bo'y uzunligi kvadrati (m2).

Misol: Sizning og'irligingiz 70 kg, bo'y uzunligingiz 1,70 m. Dastlab bo'y uzunligining kvadratini aniqlab olamiz: $1,70 \times 1,70=2,89$
Tana vazni og'irligini $70:2,89=24,22$

Tana vazni	Tana vazni indeksi (kg/m2)	Qandli diabet yuzaga kelish ehtimoli
<i>tanqislik</i>	18,5 past	Past
<i>me'yorida</i>	18,-24,9	Odatiy
<i>yuqori</i>	25-29,9	Oshgan
<i>1 darajali semizlik</i>	30,0-34,9	Yuqori
<i>2 darajali semizlik</i>	35,0-39,9	Juda yuqori

3 darajali semizlik

40 yuqori

Xaddan ziyod yuqori

TIBBIY ATAMALAR

1. **Giperglikemiya** – qon glyukoza miqdorining me'yordan oshishi.
2. **Insulin sekretsiyasi** – oshqozon osti bezining β -hujayralari tomonidan insulin ishlab chiqarilishi.
3. **Insulin rezistentligi** – periferik to'qimalarning insulinga sezuvchanligi kamayishi.
4. **Ketoatsidoz** – qonda keton tanachalari ko'payishi bilan kechadigan metabolik buzilish.
5. **Poliuriya** – tez-tez va ko'p miqdorda siydik ajralishi.
6. **Polidipsiya** – kuchli chanqash va suv iste'moli.
7. **Polifagiya** – ortiqcha ochlik va iste'mol qilish.
8. **Glyukozuriya** – siydikda glyukoza mavjudligi.
9. **Metabolik sindrom** – semizlik, giperglikemiya, giperlipidemiya va aterosklerozning birgalikda kelishi.
10. **Gestatsion diabet** – homiladorlik davrida rivojlanadigan qandli diabet turi.

TEST SAVOLLARI

1. QD 1 tipining asosiy patogenezi nima?
A) Insulin rezistentligi
B) β -hujayralar destruksiyasi *
C) Semizlik
D) Stress
2. QD 2 tipining eng ko'p uchraydigan belgisi?
A) Ketoatsidoz
B) Belgisiz giperglikemiya *
C) Tez og'irlashuv
D) Polifagiya
3. QD 1 tipida odatda kasallik boshlanishi:
A) Asta-sekin
B) O'tkir *
C) Yalpi
D) Hech qachon
4. Glyukozuriya nima?
A) Qonda glyukoza miqdorining oshishi
B) Teri infeksiyasi
C) Siydikda glyukoza mavjudligi *
D) Yog' to'qimasining kamayishi
5. QD 2 tipida qaysi muammo asosiy?
A) Mutlaq insulin yetishmovchiligi
B) Nisbiy insulin yetishmovchiligi va insulin rezistentligi *
C) β -hujayralar destruksiyasi
D) Ketoatsidoz

6. Polidipsiya bilan nimani tushunasiz?
 - A) Chanqash *
 - B) Tez charchash
 - C) Ko‘p siydik chiqarish
 - D) Ishtaha oshishi
7. Gestatsion diabetda qon glyukoza darajasini qachon tekshirish tavsiya etiladi?
 - A) 8-10 hafta
 - B) 24-28 hafta *
 - C) Tug‘ishdan oldin 1 hafta
 - D) Tug‘ilgandan keyin
8. Metabolik sindromga nima kiradi?
 - A) Semizlik, giperglikemiya, ateroskleroz *
 - B) Faqat semizlik
 - C) Faqat giperglikemiya
 - D) Faqat ketoatsidoz
9. QD 1 tipida insulinni kim berishi kerak?
 - A) Og‘iz orqali qabul qilinadigan dorilar
 - B) Parhez bilan faqat
 - C) Insulin in‘yeksiyalari *
 - D) Jismoniy mashqlar
10. QD bilan semizlik bo‘lgan bemorda parhez kaloriyasi qancha bo‘lishi kerak?
 - A) 1000-1200 kkal *
 - B) 2000-2500 kkal
 - C) 3000-3500 kkal
 - D) 600-800 kkal

VAZIYATLI MASALALAR

1. 12 yoshli bola tez charchash, ko‘p chanqash, tez-tez siydik chiqarish bilan shifokorga keldi. Glyukoza 15 mmol/l. Qaysi QD turi ehtimoli yuqori? **QD 1 tipi.**
2. 45 yoshli ayol qorin va yuqori tanada yog‘ to‘planishi, teri infeksiyalari bilan murojaat qildi. Glyukoza 7,5 mmol/l. **QD 2 tipi.**
3. Homiladorlikning 26 haftasida qon glyukoza 6,2 mmol/l. Keyingi qadam? **Glyukozaga chidamlilik testi.**
4. 30 yoshli erkak QD 1 tipida ketoatsidoz bilan yotqizildi. Eng muhim davolash? **Insulin, suv, elektrolitlarni to‘g‘rilash.**
5. 50 yoshli bemor uzoq vaqt semizlik, QD 2 tipi bilan. Tana vaznini kamaytirish bo‘yicha maslahat? **Parhez + me‘yoriy jismoniy mashqlar.**
6. Bola doimiy ochlik va polidipsiya bilan shikoyat qiladi. Qon glyukoza 16 mmol/l. **Tezkor insulin davosi.**
7. 60 yoshli ayol teri yaralari kech bitadi, vaginitlar ko‘p. QD turi? **QD 2 tipi.**
8. QD 1 tipida qon keton tanachalari oshgan. Qanday asorat rivojlanishi mumkin? **Diabetik ketoatsidoz.**

9. 35 yoshli erkak glikozaga chidamlilik buzilishi bilan semizlik. Qanday tavsiya? **Ovqatlanish va jismoniy faollikni yaxshilash.**
10. Homilador ayolda qon glyukoza 5,9 mmol/l. Keyingi qadam? **Qolgan homiladorlikda nazorat va dieta.**

NAZORAT SAVOLLARI

1. QD 1 va QD 2 tipini klinik belgilar bilan farqlang.
2. Insulin rezistentligi nima va QD rivojlanishidagi roli.
3. Diabetik ketoatsidozning patofiziologiyasi.
4. Qandli diabetning asosiy asoratlarini sanab bering.
5. Gestatsion diabetni aniqlash qoidalari.
6. QD bilan semizlikda parhez prinsiplari.
7. QD 2 tipida qondagi glyukoza darajasini kamaytirish usullari.
8. Polifagiya, poliuriya va polidipsiyaning mexanizmini tushuntiring.
9. Metabolik sindrom va uning QD bilan aloqasi.
10. Oshqozon osti bezidagi β -hujayralarning vazifasi va patologiyasi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Makarova S.M., *Endokrinologiya va diabet*. T., 2018.
2. **Salomatlik -3 loyixasi** "Bemor bololarni parvarish qilish asoslari" 2014 y
3. V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019

Baxs-munozara o'yini: ketma-ketlik va texnikasi

Tayyorlov bosqichi

1. O'qituvchi mavzuni qisqacha tushuntiradi:
 - o Rentgen buyumlarini tayyorlash, kimyoviy ishlov berish, xavfsizlik va tasvir sifati.
2. Talabalar 2 guruhga bo'linadi:
 - o **Guruh A:** Tasvir sifati birinchi o'rinda.
 - o **Guruh B:** Xodim xavfsizligi birinchi o'rinda.
3. Har bir guruh o'z rollari va vazifalarini oladi.

Texnika: Guruhlar o'zaro 5-10 daqiqa ichida argumentlar va dalillar tayyorlaydi.

Vaziyatli savol tayyorlash

1. Moderator (o'qituvchi) 1 vaziyatli masala beradi:
 - o Masalan: "Rivojlantirish jarayonida eritma qoldiqlari paydo bo'ldi. Siz qanday harakat qilasiz?"
2. Guruhlar 2-3 daqiqa ichida yechimni muhokama qiladi va tayyorlaydi.

Texnika: Savollar real fotolaboratoriya vaziyatlariga mos bo‘lishi lozim.

Argumentlarni taqdim etish

1. **Guruh A** o‘z pozitsiyasini 2-3 daqiqa ichida himoya qiladi:
 - o Masalan, tasvir sifatini oshirish uchun qanday harakatlar muhim.
2. **Guruh B** o‘z pozitsiyasini 2-3 daqiqa ichida himoya qiladi:
 - o Masalan, xodim xavfsizligi va PPE kiyish zarurligi.

Texnika: Har bir guruh dalillarni amaliy tajriba yoki xavfsizlik qoidalariga bog‘laydi.

Savol-javob bosqichi

1. Guruhlar bir-birining argumentlariga savol beradi:
 - o Masalan: “Siz tasvir sifatini oshirish uchun eritmani harorati bilan tajriba qilishingiz xavfli emasmi?”
2. Moderator har bir savol va javobni 1-2 daqiqa davomida kuzatadi.

Texnika: Talabalar tanqidiy fikrlash va tezkor javob berish ko‘nikmalarini ishlatadi.

Murosaga kelish va xulosa chiqarish

1. Moderator ikki guruhning fikrlarini solishtiradi.
2. Amaliy va xavfsiz yechimni aniqlaydi:
 - o Masalan, “Tasvir sifati va xodim xavfsizligi bir vaqtning o‘zida muhim, shuning uchun eritmalar bilan ishlashda PPE va shamollatishni nazorat qilgan holda rivojlantirish jarayonini amalga oshirish kerak.”
3. Talabalar o‘z xulosalarini yozadi va baham ko‘radi.

Texnika: Bu bosqichda talabalar o‘z pozitsiyalarini qayta baholash va real ish sharoitida qo‘llashni o‘rganadi.

Takroriy vaziyatlar bilan mashq

1. 2-3 yangi vaziyat beriladi, yuqoridagi ketma-ketlik takrorlanadi.
2. Har safar turli rollar beriladi: oldingi Guruh A, endi Guruh B va aksincha.

Texnika: Takroriy mashq talabalarda mavzuni mustahkamlash va qaror qabul qilish tezligini oshiradi.

Refleksiya va baholash

1. O‘qituvchi o‘yin natijalarini tahlil qiladi:

- Kim xavfsizlikni yaxshiroq himoya qildi?
 - Kim tasvir sifatini optimal darajada ta'minladi?
2. Talabalar o'z o'rganishlarini yozadi: "Keyingi safar nima qilardik?"

10-mavzu O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 6 .	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
---	--

Amaliy mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 240 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulotning rejasi.	<p>4. Bolalarda uchraydigan qandli diabet kasalligida hamshiralik parvarishi</p> <p>5. Yod moddasi yetishmovchiligida universal-progressiv modeldan foydalanish</p>

Bolalarda Qandli Diabet Kasalligida Hamshiralik Parvarishi

Maqsad

Bolalarda qandli diabet bilan og'riqan bemorlarni hamshiralik parvarishi orqali glyukoza darajasini me'yorlashtirish, ketoatsidoz va boshqa asoratlarni oldini olish, ota-onani kasallik bo'yicha o'qitish.

Belgilar va Ko'rsatkichlar

- **Poliuriya** – tez-tez siydik chiqarish
- **Polidipsiya** – doimiy chanqash

- **Polifagiya** – ortiqcha ochlik
- **Tez charchash va zaiflashish**
- **Tana vazni kamayishi**
- **Bolalarda enurez (siydik peshonasi nazoratining buzilishi)**



Amaliy Mashg‘ulot Rejasi (Universal-Progressiv Model)

Bosqich	Hamshira harakati	Bemor / Ota-ona harakati
1. Tashxis va tayyorgarlik	Glyukoza va keton testlarini tayyorlash; bemorni test uchun tayyorlash	Shikoyatlarni tushuntirish, testga tayyorlanish
2. Ma'lumot berish va o'rgatish	Kasallik va uning oqibatlarini tushuntirish; vizual qo'llanmalar ko'rsatish	Savollar berish, tushunishga harakat qilish
3. Insulin davosi	In'yeksiyani namoyish qilish va bemor/ota-onaga o'rgatish	Amaliyotda qatnashish, in'yeksiyani o'rganish
4. Glyukoza monitoringi	Glukometrni ishlatish, natijani qayd etish	Qon glyukoza o'lchashni o'rganish
5. Dieta va jismoniy mashqlar	Parhez jadvalini tushuntirish, mashqlar tavsiyasi	Oziq-ovqat va mashqlarni nazorat qilish
6. Asoratlarni aniqlash	Ketoatsidoz va boshqa asorat belgilarini kuzatish	Belgilarni aytish, nazorat qilish
7. Psixologik qo'llab-quvvatlash	Suhbat va maslahat berish	Ochiq muloqot qilish, hissiyotlarni ifodalash

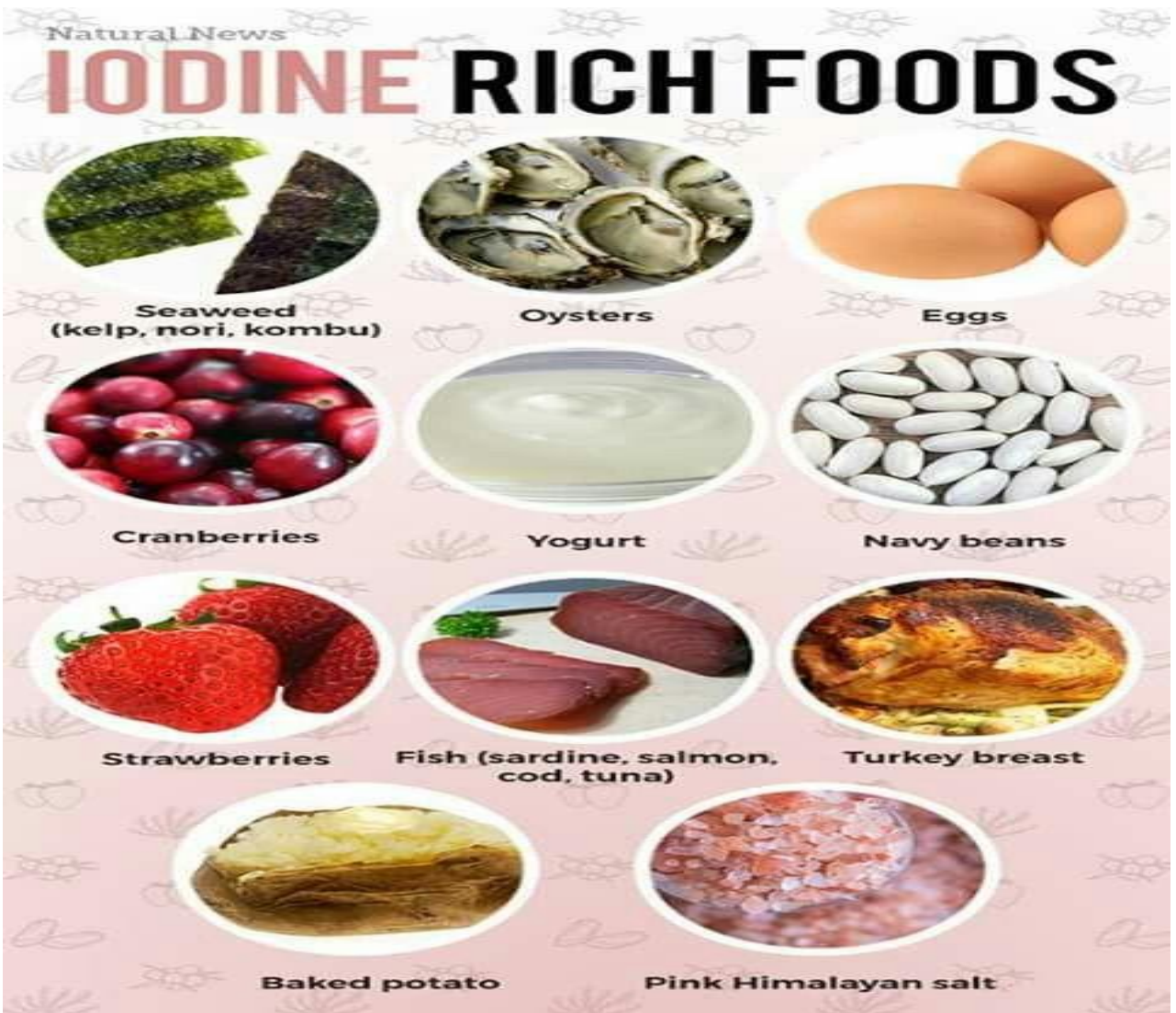
Yod Moddasi Yetishmovchiligida Hamshiralik Parvarishi

Maqsad

Bemorda yod yetishmovchiligini aniqlash, davolash va profilaktika choralarini amalga oshirish, shuningdek bemor va oilani yod boy ovqatlar va dori-darmonlar bo'yicha o'qitish.

Belgilar va Ko'rsatkichlar

- Charchoq va sustlik
- Vazn ortishi
- Sezilarli goiter (qalqonsimon bez kattalashishi)
- Sovuqqa sezuvchanlikning oshishi
- Quruq teri va soch to'kilishi
- Sekinlashgan reflekslar



Amaliy Mashg‘ulot Rejasi (Universal-Progressiv Model)

Bosqich	Hamshira harakati	Bemor / Ota-ona harakati
1. Baholash	Goiter va boshqa simptomlarni tekshirish; simptomlarni qayd etish	Belgilarni tushuntirish, shikoyatlarni aytish
2. Laboratoriya monitoringi	TSH va T4 natijalarini tayyorlash va kuzatish	Testga tayyorlanish
3. Ma'lumot berish	Kasallik sabablarini tushuntirish; vizual qo'llanmalar ko'rsatish	Savollar berish, tushunishga harakat qilish
4. Dieta va profilaktika	Yodga boy ovqatlar va tavsiyalarni berish	Oziq-ovqat tanlash va nazorat qilish
5. Dori-darmonlar	Yod qo'shimchalarini tayyorlash va bemorga berish	Dori qabul qilish va belgilash
6. Monitoring	Belgilar va laboratoriya natijalarini tekshirish	Belgilarni kuzatish va qayd etish
7. Psixologik qo'llab-quvvatlash	Stressni kamaytirish va maslahat berish	Ochiq muloqot qilish

11 - mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	1 Buyrak va siydik chiqarish a'zolari tizimi kasalliklari. 2.Bolalarda pielonefrit, glomerulonefritning kechishi xususiyatlari

<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustaxkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda axloqiy javobgarlik xissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik xissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik xissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar Tinglaydilar, Yozib oladilar.</p>

<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bo'yicha bilimni baxolash.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko'nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Blits-so'rov usuli" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar." Blits-so'rov usuli" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Buyrak va siydik ajratish a'zolarining asosiy tekshiruv usullari, klinik xolati, belgilari, davosi va parvarishi</p> <p>2. Salomatlik -3 loyixasi "Bemor bololarni parvarish qilish asoslari" 2014 y</p> <p>3. V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019 Bolalar kasalliklari – I.B. Mirzaahmedov, A.K. Mirzayev. Toshkent, 2016.</p> <p>4. Hamshiralik ishi asoslari – S. Islomova. Toshkent, 2017.</p> <p>5. Pediatriya – S.M. Sul'tonov, Sh.A. Mamadaliyev. Toshkent, 2019.</p>	<p>Tinglaydilar,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

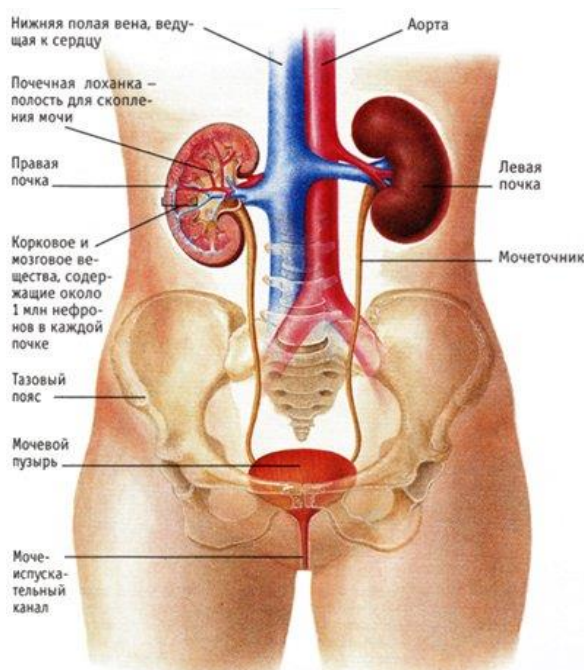
	6. Bolalar siydik chiqarish tizimi kasalliklari – O‘zbekiston Pediatriya jamiyati materiallari, 2021	
--	--	--

– Ayrish sistemasining anatomiyasi va fiziologiyasi. Ayrish sistemasining kasalliklari. piyelonefrit va glomerulonefrit, buyrak tosh kasalliklari keltirib chiqaruvchi omillar. Kasallikni rivojlanishi. Belgilari. Kechishi. Turlari, bemor bolalarni parvarishlash.	O‘quv faoliyatining natijalari: Tinglovchi – Buyrak va siydik ajratish a‘zolari xamshiralik parvarishini. – O‘tkir buyrak etishmovchiligi. – Piyelonefrit va glomerulonefrit kasalligi. – Buyrak tosh kasalligi
O‘qitish metodlari	“Blits-so‘rov usuli”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varag‘i, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.
Qayta a‘loqaning usul va vositalari.	Og‘zaki so‘rov: tezkor surov, yozma so‘rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o‘quv topshiriqlarini baxolash

Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

Reja:

1. Buyrak va siydik chiqarish a‘zolari tizimi kasalliklari.
2. Bolalarda pielonefrit, glomerulonefritning kechishi xususiyatlari



Erkaklar va ayollar jinsiy organlari:

- urug‘don
- tuxumdon
- prostata bezi,
- bachadon,
- tashqi tanosil a‘zolari (qin)

Siydik va tanosil a‘zolari

- Buyraklar
- Siydik yo‘llari,
- Siydik pufagi,
- Siydik chiqaruv kanalchasi.

Siydik ajratish a‘zolarining asosiy vazifalari-Ularning asosiy vazifasi modda almashinish jarayonida sodir bo‘lagan chiqindi moddalarni tashqariga chiqarib

berish.

Bolalarda uchraydigan noinfekcion 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 pielonefrit (43-44%), ikkinchi o‘rinni faqat siydikdagi o‘zgarishlar bilan namoyon bo‘ladigan kasalliklar (28-29%) va nihoyat, uchinchi o‘rinni glomerulo- nefrit (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 yetishmov- chiligidir. Bolalarda uchraydigan asosiy kasalliklar haqida to‘xtalib o‘tamiz.

Piyelonefrit

Pielonefrit 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. Pielonefrit

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 pielonefrit taxminan birdek uchraydi. Bolalar yoshi ulg‘ayib borgan sayin bu kasallik qizlarda ko‘proq uchraydigan bo‘lib qoladi.

Etiologiyasi. Pielonefritning 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. Pielonefritning klinik ko‘rinishlari bolalarning yoshiga va bolaning kasallikdan oldingi umumiy ahvoriga bog‘liq. Kasallikning asosiy belgilari leykotsituriya va bakte- riuriya 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.

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 davolash choralarini 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.

Davolash va hamshiralik parvarishi. Pielonefritning 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 pielonefritning klinikasi, jara- yonning faollik

darajasi va mikroflorasining xarakterini hisobga olish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Kasallikning profilaktikasida sanitar-gigienik qoidalarga rioya qilish, bolalarni yuqori nafas yoʻllari infeksiyalaridan asrash, ayniqsa, qiz bolalarni yuqori koʻtariluvchi infeksiyalardan ehtiyot qilish katta ahamiyatga ega.

Sistit

Sistit — siydik pufagi (qovuq) shilliq pardasining yalligʻlanishi boʻlib, emizikli va yasli yoshidagi bolalarda koʻproq uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. Chunki aynan mana shu davrda bola parvarishida nuqsonlar yuzaga keladi, bolalarning hoʻl oʻrinda koʻp vaqt qolib ketishlari, zax joylarda koʻp oʻynash hollari ortadi.

Etiologiyasi. Bolalardagi sistitlarning kelib chiqishida turli guruhlariga kiruvchi mikroblar — ichak tayoqchalari, stafilokokklar, streptokokklar, protey yoki aralash mikroflora katta rol oʻynaydi.

Mikroblar qovuqqa quyidagi yoʻllar bilan tushishi mumkin:

1. Buyraklardan — pastga yoʻnaluvchi yoʻl bilan (koʻproq buyraklarning tuberkulyoz bilan zararlanishida).

2. Siydik chiqarish yoʻli orqali — yuqoriga koʻtariluvchi yoʻl bilan (vulvit va vulvovaginitlarda, balanopostitda, fimoz, uretritlarda).

3. Gematogen (qon orqali) yoʻl bilan (tonzillit, furunkulyoz, karieslarda).

4. Muloqot (kontakt) yoʻli bilan (kamdan-kam hollarda). Yuqoriga koʻtariluvchi yoʻl aksariyat hollarda qizlarda kuzatiladi, chunki ularda siydik chiqarish yoʻllari keng va qisqa boʻladi. Siydik pufagiga mikroblarning tushishiga qovuqni kateterlash va sistoskopik tekshiruvlar oʻtkazish ham sabab boʻlishi mumkin.

Sistitning rivojlanishiga imkon yaratuvchi omillar — sovqotish, koʻp charchash, siydik chiqarish yoki ajralishining buzilishlari ham muhim oʻrin egallaydi. Ostritsalar ham sistitlarning kelib chiqishida ahamiyatlidir.

Klinikasi. Sistitlarning oʻtkir va surunkali turlari farqlanadi. Oʻtkir sistit birdaniga, aksariyat hollarda sovqotishdan keyin boshlanadi. Siydik ajralishida va qorinning pastki qovuq sohasida ogʻriqlar paydo boʻlishi, bolaning kam-kam, lekin tez-tez siyishi, baʼzida esa siydik tutolmaslik hollari kuzatiladi.

Bola bezovta boʻlib uyqusi buziladi, tana harorati koʻtarilishi ham mumkin. Siydik loyqasimon, oʻtkir hidli, choʻkmali boʻladi. Baʼzida siydik bilan qon ajralishi mumkin.

Bunday holatlar 2—3 kun davom etadi va davo choralari natijasida oʻtib ketadi.

Surunkali sistit hozirgi kunda deyarli uchramaydi.

Asoratlari. Sistit vaqtida davolanmasa yuqoriga koʻtariluvchi yoʻl 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'rikan 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 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, gigienik qoidalarga muntazam rioya qilish, ho'l o'rinlarda qolib ketishiga va zax joylarda ko'p o'ynab qolishiga yo'l qo'ymaslik kerak

Buyrak kasalliklari.Etiologiyasi.Kuplab ekzogen va endogen faktorlar buyrakni turli strukturalarini jaroxatlanishiga sabab buladi. Buyrak kasalliklarini klinik va morfologik polimorfizmi aynan shu kup sonli faktorlarga boglik.

1. Etiologik faktorlarni kuyidagi guruxlarga bulish mumkin.

Normal buyrak.



Risunok 1

Buyrak kasalliklarini etiologik faktorlari

1. 1-gurux — infeksiyalar (birlamchi va ikkilamchi)
2. 2-gurux — immunopatologik faktorlar(toksik immun komplekslar, antitelolar)
3. 3-gurux — intoksikatsiyalar (turli zaxarli moddalar, ogir metallar tuzlari)
4. 4-gurux — dissirkulyator buzilish (utkir - shok, kollaps, va surunkali — nefroskleroz)
5. 5-gurux- metabolik buzilishlar (kandli diabet, podagra)
6. 6-gurux—irsiy faktorlar
(Alport sindromi, amiloidoz, naylar displaziyalari)

Tasnifi .

1. Glomerulopatiyalar
2. Tubulopatiyalar
3. Stromal kasalliklar
4. Rivojlanish anomaliyalari
5. Usmalar.

Glomerulopatiyalar

Glomerulopatiyalar— turli etiologiya va patogenezga ega bulgan, buyrak koptokchalarini birlamchi jaroxatlanish kasalliklaridir. Etiologiyasi buyicha barcha glomerulopatiyalar orttirilgan va irsiy, patologik jarayonni xarakteri buyicha yalliglanishli (glomerulonefrit) va distrofik (amiloidoz, diabetik va jigar glomerulosklerozlari) buladi.

Glomerulonefrit — infeksiyon-allergik yoki noma'lum etiologiyali kasallik bulib, uning asosida buyrak koptokchalarini ikki tomonlama diffuz, yiringsiz yalliglanishi yotadi.

Bunda buyrakka xos va xos bulmagan siptomlar rivojlanadi

Buyrakning stromal kasalliklari.

Buyrakning stromal kasalliklari odatda orttirilgan bulib, yalliglanish xarakteriga ega buladi. Bu guruxga tubulointerstitsial nefrit va pielonefritlar kiritiladi.

Pielonefrit- Pielonefrit birlamchi va ikkilamchi buladi:

Kechishi buyicha – utkir va surunkali.

Morfologik utkir pielonefritning seroz, yiringli va aralash shakllari farklanadi.

Rivojlanish anomaliyalari.

Ular tugma xarakterga ega buladilar va asosan bolalarda kuzatiladi. Kattalarda fakat ayrimlari uchraydi; jumladan buyraklar polikistozi. Ba'zan buyraklar aplaziyasi va takasimon buyraklar uchraydi

Siydik yo'llari kasalliklari.

Bel, qorin, pastki soxasi, kichik chanoq va tashqi jinsiy a'zolaridagi og'riq.

Og'riq tushunchasi: Og'riq bemorning sub'ektiv sezgisi xisoblanib, asab tolalari toshlar, tuz konglomeratlari va buyraklar, prostata, tuxumlar, tuxum ortiqlari, kavernoza tanalar va boshqa a'zolarini chandiklarini yalliglanishlari tufayli asab tolalarining qisilishi natijasida paydo bo'ladi. O'tkir og'riqlar genezida buyrak qon tomirlarida tromboz vujudga kelganda yoki buyrak fibroz kapsulasini taranglashganda, ishemiya bo'lganda paydo bo'ladi. Kasallik nozologik shakliga qarab og'riq sindromi turlicha bo'ladi. Shu munosabat bilan UASh avvalo og'riq sindrom turi va keyin uning paydo bo'lishi sabablarini aniqlash vazifasini bajarishi va uning natijasiga ko'ra davolash usulini ko'llashi ko'zda tutiladi.

Klassifikatsiya:

Og'riqlar o'tkir va surunkali turlarga bo'linadi.

O'tkir og'riqlar qo'qqisidan paydo bo'ladi.

Surunkali og'riklar kuchsiz, uzoq yillar mobaynida kuzatilishi mumkin.

Og'riq sindromi qanday a'zo kasalligiga ko'ra bel soxasida, qorin ostki qismi, kichik chanoq va tashqi jinsiy a'zolarida bo'lishi mumkin. Biroq buyrak va yuqori siydik yo'llarida paydo bo'ladigan og'riqlar ko'pincha qovurg'a osti soxasiga, qorin pastki qismiga, son ichki soxasiga irradiatsiya beradi. Aksincha ichki va tashqi jinsiy a'zolaridan kelib chiqadigan og'riqlar bel soxasiga irradiatsiya berishi mumkin. Bu va boshqa xolatlar turlicha lokalizatsiyada uchraydigan o'tkir xamda surunkali og'riqlar sabablarini aniqlash zarurligini takozo etadi.

Buyrak sanchig'ini kelib chiqish sabablari quyidagilardan iborat: toshlar va boshqa obstruktiv faktorlar bilan yuqori siydik yo'li to'silib qolganda, siydik jomi kengayadi va buyrak xamda yuqori siydik yo'llarining nervlari qisiladi, uning oqibatida og'riqlar paydo bo'ladi. Og'riq sindromi paydo bo'lishi buyrak qon tomirlari va siydik nayining siqilib qolishiga, spazmga olib keladi va buyrakda qon aylanish xolatini buzadi, ya'ni arterial qonning oqib kelishini xamda venoz qonning oqib ketishini qiyinlashadi, natijada kamqonlik (ishemiya) paydo bo'ladi va qattiq og'riq kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Bir tomondan buyrakdan siydik ajralishining buzilishi va venoz qon oqib ketishi qiyinlashuvi tufayli gidronefrotik transformatsiya vujudga keladi va u ko'p sonli sezgi nervlari bilan ta'minlangan buyrak fibroz kapsulasining taranglashishiga imkon yaratadi, aynan shu xolat buyrak sanchig'ini paydo bo'lishiga olib keladi.

1. Korin pastki kismidagi asosan yonbosh soxalari va chov soxa utkir ogriklar xuddi buyrak sanchigi singari tusatdan kunduzi va kechasi, kupincha achchik ovkat iste'mol kilgandan keyin paydo buladi.
2. Siydik pufagining chanok bushligidagi kasalliklar tufayli korin pastida utkir ogriklar bulish sabablari:
3. Toshlar, tuz konglomeratlari kabi moddalar bilan yukori siydik yullarii va siydik pufagi, aynan pufak buyinchasi shillik kavatining asab tolalarining shikastlanishi
4. Pufak, uretraning atrov asab tutamining yalliglanishi sababli asab tolalarining sikilib kolishi;
5. O'utkir ishuriya rivojlanishi xolatida detruzor asab tolalarining taranglashuvi;
6. Siydik kanali va pufagidagi toshlar utkir shamollashga va yaralar paydo bulishiga olib keladi va u yerdagi asab tolalarini ta'sirlanishi yoki shikastlanishi okibatida ogriklar paydo buladi.
7. Shunday kilib, korin pastidagi kuchli ogriklar siydik yullari pastki kismi va siydik pufagining yalliglanish kasalliklari tufayli paydo buladi. Siydik nayining chanok kismi okklyuziyasi korinparda asab tolalariga uz ta'sirini kursatganda, peritonitda uchraydigan ogriklar paydo buladi, undan UASh xabardor bulishii lozim.

Kichik chanoqdagi o'tkir og'riqlar.

Uretra va jinsiy a'zolar kasalliklari tufayli kichik chanokdagi utkir ogriklar shamollash okibatida kuprok achchik ovkat yegandan keyin kunduzi yoki kechasi paydo bulad

Kichik chanokdagi utkir ogriklar sabablari:

1. Yalliglanish shishi bilan pufak uretral kismidagi asab tutami va nervlarning sikilishi va tarng bulib tortilishi;
2. Toshlar, tuzlar bilan uretraning shillik kavatidagi asab tolalarining shikastlanishi;
3. Prostata yoki ayollar jinsiy a'zolarining utkir yalliglanishi kichik chanok a'zolari kon tomirlari va uretra spazmiga xamda asab tolalari taranglashib utkir ogriklarga sabab buladi.
4. Demak, siydik-tanosil a'zolari utkir yalliglanish kasalliklarida yoki uretra yulini okklyuziyalovchi toshlar bulganda yuzaga keladi.

Kichik chanokdagi utkir ogriklarning uziga xos xususiyati shundaki, utkir yalliiglanish jarayoni tezda bir a'zodan boshkalariga tarkaladi, bu xolat asosiy, ya'ni xastalikni birinchi manbasini aniklashni kiyinlashtiradi. Shunga karamasdan kuchli ogrik manbalarini erkaklarning sperma, prostata bezi shirasi yokisiydik tarkibidagi uzgarishlar orkali aniklanadi. Kup xollarda kichik chanok siydik-tanosil a'zolaridagi xastaliklarni utkir ogriklarga boglikligini UTT usuli aniklashga imkon beradi.

Diagnostika.Buyrak, siydik yullari va jinsiy a'zolar kasalliklaridagi utkir ogriklar tashxisi an'anaviy usul bilan amalga oshirilidi, ya'ni bemorlar shikoyatlari, kasallik anamnezi urganilib, fizikal va kushimcha tekshiruvlar utkazilib amalga oshiriladi. Ogrik sindromi manbasini aniklashda maxsus diagnostika usullari orasida UTT alo-xida urin egallaydi.

Bemor shikoyatlari urganilganda asosiy e'tibor ogrik kaerda paydo bulganligiga va uning muddatiga, irradiatsiyasiga, bemor xolatiga va x.o. karatiladi.

Siydik chiqaruv yo'liga aloqador kasalliklar.

Epispadiya siydik chiqarish kanali nuqsonlaridan biridir. Bunda siydik chiqarish

kanalining dorsal devori yirilib, olatning g'ovak tanalari xam bir-biri bilan zich yopishmagan bo'ladi.

Klinikasi. Asosan epispadiya shakliga bog'liq. Olat boshi epispadiyasida, olat boshi ham yassilan bo'ladi. Siyish jarayoni buzilmagan, lekin siydik turli tomonga sachraydi. Ereksiyada olat tanasi oz yoki ko'proq qorin tarafga egilgan bo'ladi. Tana epispadiyasida uretra teshigi olat tanasida joylashadi. Qov suyaklari ham simfizdan uzoqlashgan, qorinning tug'ri mushagi yuk, yoki kam rivojlangan. Olat ereksiyalanganida qorin tomonga ancha egiladi. Ayrim hollarda bola kulganida, kuchanganida siydik tomchilaydi. Siyish paytida bola tizzasiga suyanadi (siydik sachramasligi uchun).

Total epispadiyada uretraning dorsal devori bo'lmaydi, olat haddan tashqari egilgan bo'ladi. Qov suyaklari birlashadigan simfiz soxasida dahansimon teshik bo'lib, undan to'xtovsiz siydik chiqib turadi. Ayrim xollarda qovuk, shilliq qavati ham shu teshikdan ko'rinadi. Qov suyaklari orasidagi diastaza 8-12 sm gacha boradi. Bemor "o'rdak yurish" qilib yuradi. Yorg'ok, rivojlanmagan, uning atrofi va son terilari chaqalangan. Epispadiyaga duchor bo'lgan bemorlarning 30 % ida kriptorxizm, yuqori siydik yo'llari nuqsonlari xam kuzatiladi.

Davosi. Epispadiyaning olat boshi va klitor turlarida davo tadbirlari ko'rilmaydi. Tana va total shaklidagi epispadiyalarni operatsiya qilish zarur. Agar siydik tuta olmaslik aniqlansa, eng avvalo shu nuqsonni bartaraf etish lozim. Uretrani tiklashda Yung, Tirsh va Dyupley-Tirsh operatsiyalari bajariladi.

Gipospadiya. Gipospadiyada uretraning old devorining bo'lmasligi, siydik chiqarish kanali tashqi teshigining qisman yoki olat volyar yuzasining turli joylarida bo'lishi kuzatiladi. Gipospadiya paydo bo'lishida embrion bilan ona urtasidagi gormonlar disbalansi katta ahamiyatga ega. Bu hol homiladorlikning boshlanish davrida ruxiy shikastlanishlar sababli aniqlanadi.

Klinikasi. Siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi olat boshi cho'qqisida bo'lmay, olat toj egati yoki tanasining turli joylarida xamda yorg'ok, va oraliqda bo'lsa, buni gipospadiya, deb tushunmok, kerak. Bunda uretra teshigi qoerda joylashganligiga qarab uning shakli aniqlanadi.

Shunisi muximki, gipospadiya teshigidan to olat boshigacha horda tortqisi va fibroz chandiqlar mavjud bo'lib, ular olatning volyar yuza tomonga egilishini ta'minlaydi. Shuning uchun ham gipospadiyaga uchragan olat xuddi vergulga yoki o'roqqa o'xshab egilib qoladi. Yillar o'tishi bilan g'ovak tanalar o'saveradi, biroq xorda tortqisi va fibroz chandiqlar uzunligi o'zgarmasdan qolaveradi. Shu sababli ham olatning egikligi tobora orta beradi. Mana shu egiklik tufayli gipospadiyaning yorg'oq, tana-yorgoq va oraliq turlarida bolalar o'tirib siyishga majbur bo'ladilar.

Davosi. Gipospadiyani davolash asosan 3 ta bosqichda olib boriladi. Olat egriligini to'g'irlash, uretrotastika orqali yasalgan neouretra bilan uretrani ulash.

Fimoz. Chekka kertmak teshigining ancha torayishi shu termin bilan ifodalaniadi. Bu jinsiy olat boshchasini ochishga to'sqinlik qiladi. Odatda bunday patologiya bolalarda uchraydi va tug'ma xarakterda bo'ladi. Katga yoshdagi kishilarda fimoz chekka kertmak travmasidan yoki yallig'lanishdan (ko'pincha suzakli yallig'lanishdan) keyin vujudga keladi. Chekka kertmak teshigi torayganda siydik chiqishi qiyinlashadi (siydik ingichka oqim bilan chiqadi). Siydik ushlanishga

yallig‘lanish ko‘shilishi mumkin, bu anchagina og‘riqqa sabab bo‘ladi. Davosi. Chekka kertmak aylantirib qirqiladi yoki kesiladi (sunnat). Balanopostitda antiseptikli maxalliy vannachalar buyuriladi.

Diffuz glomerulonefrit

Glomerulonefrit infeksiyon 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. 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 sen- sibillashuviga 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 boshlan- ganida 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 glomerulo- nefritning 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 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 gipoproteiniya va giperxolesterinemiya bo'lishi xarakterlidir. Siydik cho'kmasining mikroskopik tekshiruvda gialin va qizil qon tanachalaridan iborat silindrlar aniqlanadi.



6-rasm. Buyrak shishlarining yuzdagi ifodasi.



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'shib 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‘x- shash 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 yetishmov- chiligiga o‘tib ketishi mumkin. Glomerulonefritda kasallik bir necha variantlarda: o‘tkir holda, uzoq cho‘zilib, surunkali tarzda, to‘lqinsimon, latent tarzda o‘tishi shular jumlasidandir.

Kasallik latent tarzda o‘tganida ekstrarenal belgilar bo‘lmay- di va siydik cho‘kmasidagi o‘zgarishlar, odatda, dispanser tekshiruvda 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 cho- ralariga rioya qilinmaganda, dietoterapiya 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 asoratlari 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- Kakovski, Nechiporeko, Ambyurje bo‘yicha tekshiruv, qon- dagi 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, dietoterapiya, mikroblarga qarshi kurashish, immun tizimni kuchay- tirish 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 belgilar yo'qolib ketgach, yarim yotish rejimi, keyinchalik esa, erkin yoki faol rejim tayinlanadi.

Davolash ishlarini tashkil etishda dietoterapiyaning o'rni beqiyosdir. Kasallik o'tkir o'tayotganda yoki to'liqsimon 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 masalliq-lari sabzavot, kartoshka, mevalar, o'simlik moyi, yormalar, un, qand, ko'nfet (sho koladlimasidan) 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, B6, K, B12 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'rikan, buyrak yetishmovchiligining alomatlari yo'q bolalarga glyukokortikoidlar berib turish o'rinlidir (sutkasiga 2-1,5 mg hisobida prednizolon).

Diffuz glomerulonefrit bilan og'rikan bolalar dispanser kuzatuv ostida bo'lishi kerak. Klinik-laboratoriya jihatidan olganda to'la remissiya holida kasalxonadan chiqarilgan bolalar 1 yil davornida 3 oyda bir martadan tekshirib turiladi, keyinchalik kasallik qo'zimaydigan bo'lsa, 6 oyda bir marta tekshirib boriladi. Oyiga 1 marta siydik, 2 oyda bir marta qon tahlillari o'tkazib turiladi.

Profilaktikasi. Diffuz glomerulonefritning oldini olishda bolalarni yuqumli kasalliklar va anginadan asrash, karioz tishlar va surunkali tonzillitni vaqtida davolash muhim ahamiyatga ega. Bolaga gigienik talablarga rioya qilishni o'rgatish, uni chiniqtirish kasallikni oldini olishda muhim o'rin egallaydi.

Urologik bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari.

Urologik bemorlarni parvarish qilishning asosiy usullari umumiy ixtisoslikdagi jarroxlik bemorlarini parvarish qilishdagi kabidir. Biroq uning o'ziga xos tomonlari xam bor. Operatsiyadan oldingi davrda buyraklar funksiyasini yaxshilashga alohida ahamiyat beriladi. Shu maqsadda oqsillar va tuz cheklangan parhez taomlar (stol №7) tayinlanadi, diurezni ko'paytiradigan vositalar (40% li glyukoza eritmasi) yuboriladi. Siydik infeksiya bilan zararlanganda mikroblarning dori moddalariga sezuvchanligini xisobga olgan xolda antibakterial dorilar tavsiya etiladi.

Urologik kasalliklari bor bemorlarning ko'pchiligi yoshi ulg'aygan va keksa kishilar bo'ladi, shu munosabat bilan ular organizmining ayniqsa operatsion jaroxatga kompensator imkoniyatlari pasayib ketishini nazarda tutish zarur. Yoshi o'tgan odamlarning nerv sistemasi tez charchaydi. Tibbiyot xodimining vazifasi bemordagi qo'rquv, operatsiyaning kandy natija bilan tugashidan ko'rqish xissini yo'qotish maqsadida uning psixikasiga ta'sir qilishdan iborat.

Keksa yoshdagi kishilarning ko'pchiligida ko'pincha yurak-tomir sistemasi o'zgarib, qon aylanishi yetishmovchiligi, jigar va boshqa a'zolar ishining buzilishi alomatlari kuzatiladi. Bularning hammasi kasallikning o'tishini ancha og'irlashtiradi va operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni uzaytiradi.

Operatsiyadan keyingi davrda qon oqayotgani, shuningdek drenajning bekilib qolgani yoki surilganini uz vaqtida aniqlash uchun bog'lamlar va drenajlarni yaxshilab kuzatish zarur. Odatda urologik operatsiyalardan, jumladan sistotomiyadan keyin siydik oqib chiqishi uchun drenajlar qoldiriladi va kateterlar ki-ritiladi. Krovatga shisha bog'lab kuyiladi, unga drenajdan chiqadigan suyuqlik yig'iladi.

Ichidagi suyuqlikni kuzatib turish uchun shishalar tiniq va infeksiya tushishining oldini olish uchun steril bo'lishi shart. Siydik xidini yuqotish maqsadida odatda shishaga ozgina miqdorda dezodoratsiya qiladigan moddalar kuyiladi. Uzaytirgichlar sifatida rezina sistemalar ishlatiladi.

Diurezning aniq xisobini olib borish: tabiiy yo'l va drenaj orqali chiqadigan siydik miqdorini xamda naycha yonidan sizib chiqqan siydik miqdorini alohida-alohida aniqlash zarur. Odatda drenajlarni doka bog'ichlar bilan maxkamlanadi, bunda tana aylantirib bog'lanadi yoki yopishqoq, plastir bilan yopishtirib ko'yiladi. Matseratsiyani profilaktika kilish uchun drenajlar atrofidagi teriga indifferent maz suriladi.

Yorg'oqdagi operatsiyalardan keyin dokadan tayyorlangan steril suspensoriy ishlatiladi. Kateterlar va drenajlarni vrach almashtiradi. Hamshiraga qovuqni drenaj qilish yoki kateter orqali yuvish vazifasi topshiriladi. q o v u q n i y u v i s h uchun Esmarx krujkasi yoki Jane shipritsidan foydalaniladi. Odatda biror antiseptikning kuchsiz eritmasi qo'llaniladi: qovuqqa 50-100 ml eritma kiritiladi, so'ngra chiqariladi. Bunday muolajalar bir necha marta, to sof suyuqlik paydo bo'lguncha qilinadi. Sutkasiga kam deganda 3 marta yuviladi. Choklar olingandan keyin vannalar tavsiya etiladi. Drenaj yetarlicha bo'lmaganda siydik chuntaklari hosil bo'ladi. Ajralmalarning drenaj orqali chiqmay qolishi va tana xaroratining ko'tarilishi siydik chuntaklari paydo bo'lganidan dalolat beradi.

Qovuqni kateterlash usuli. Yumshoq (rezina) va qattik (metall) kateterlar fark, silinadi. Kateterlar 30 xil bulib, ularning diametri 1/3 mm dan fark qiladi. Odatda o'rtacha nomerlilari (14-18) ishlatiladi. Avval yumshok, kateter bilan kateterlanadi, bu natija bermaganda metall kateter qo'llaniladi.

Erkaklarga kateter qo'yish: bemor oyoqlarini kerib chalqancha yotadi. Oyoqlari orasiga toza tuvak qo'yiladi. Chap qo'l bilan jinsiy olat ushlanadi, uning boshchasiga dezinfeksiya qiladigan eritma (furatsellin eritmasi) surtiladi. Steril kateter uchiga steril glitserin yoki vazelin moyi qo'yiladi. Yumshoq kateter pinset bilan qo'yiladi metall kateter qarama-qarshi uchidan ushlanadi va avvaliga deyarli

pastga tushirilib, kateterning uchi qovuqqa kiritiladi va siydik yig'iladi.

Ayollarga kateter qo'yish. Buning uchun chap qo'l bilan jinsiy lablar keriladi, vulva dastlab furatsillin eritmasi bilan yaxshilab yuviladi va kateter siydik chiqarish kanaliga kiritiladi.

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.

Izoh: Agar bolada siydik tuta olmaslik holati kuzatilsa, siydikni 22:00 dan 08:00 gacha konservant qo‘shilgan idishga yig‘iladi.

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.

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.

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 flakoni 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.

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‘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 flakoni 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.

Tibbiy atamalar

1. Pielonefrit – buyrak jomlari va to'qimalarining yallig'lanishi.
2. Sistit – siydik pufagining yallig'lanishi.
3. Dizuriya – siydik chiqarishda og'riq va qiynalish.
4. Bakteriuriya – siydikda bakteriyalar mavjudligi.
5. Leikotsituriya – siydikda oq qon hujayralari.
6. Glomerulonefrit – glomerullar yallig'lanishi.
7. Surunkali buyrak yetishmovchiligi – buyraklarning funksiyasi asta-sekin kamayishi.
8. Antibiyotiklar – mikroblarga qarshi dori vositalari.
9. Kateterlash – siydik yo'lini sun'iy ochish yoki siydik chiqarish uchun naycha qo'yish.
10. Intoksikatsiya – organizmda zaharli moddalarning to'planishi.

Test savollari

1. Pielonefrit qanday kasallik hisoblanadi?
 - a) Yurak kasalligi
 - b) Buyrak yallig'lanishi
 - c) Jigar shikastlanishi
 - d) Oshqozon kasalligi
2. Sistit nimaga ta'sir qiladi?
 - a) Qon tomirlar
 - b) Siydik pufagi
 - c) O'pka
 - d) Mushaklar
3. Dizuriya nima?
 - a) Terining rangi o'zgarishi
 - b) Siydik chiqarishda og'riq
 - c) Qon bosimining oshishi
 - d) Ovqat hazm qilish buzilishi
4. Bakteriuriya nima?
 - a) Qon tarkibidagi bakteriyalar
 - b) Siydikda bakteriyalar
 - c) Teri infeksiyasi
 - d) O'pka infeksiyasi
5. Pielonefritda eng ko'p uchraydigan mikroorganizmlar qaysi?
 - a) Viruslar
 - b) Ichak tayoqchalari

- c) Zamburug‘lar
 - d) Parazitlar
6. Surunkali buyrak yetishmovchiligi nima?
 - a) Buyraklar ish faoliyatining to‘xtashi
 - b) Buyrak funksiyasining asta-sekin kamayishi
 - c) Buyrak infeksiyasi
 - d) Buyrakda tosh paydo bo‘lishi
 7. Sistitning asosiy klinik belgisi nima?
 - a) Ko‘ngil aynishi
 - b) Siydik chiqarishda og‘riq
 - c) Ko‘z yoshi kelishi
 - d) Bosim oshishi
 8. Leikotsituriya qaysi holatda kuzatiladi?
 - a) Siqilish paytida
 - b) Siydikda oq qon hujayralari ko‘payganda
 - c) Yurak urishida
 - d) Mushaklarning og‘rig‘ida
 9. Antibiotiklar qaysi maqsadda qo‘llaniladi?
 - a) Qon bosimini tushirish
 - b) Mikroblarni yo‘qotish
 - c) Yurakni mustahkamlash
 - d) Ovqat hazm qilishni yaxshilash
 10. Kateterlash nima?
 - a) Mushaklarni massaj qilish
 - b) Siydik yo‘lini sun‘iy ochish yoki siydik chiqarish uchun naycha qo‘yish
 - c) Qon quyish
 - d) Jigar biopsiyasi

Vaziyatli masalalar

1. 5 yoshli bolada tez-tez siyish, siydik chiqarishda og‘riq paydo bo‘ldi. Ishtahasi kamaydi, tana harorati ko‘tarildi. Siz qanday tashxis qo‘yasiz? Hamshiralik parvarishi qanday bo‘lishi kerak?
2. 3 yoshli bola siydikda yomon hid sezilgan va qon aralashgan. Bola bezovta, doimiy siydik tutolmaslikdan shikoyat qilmoqda. Siz nima qilasiz?
3. 7 yoshli qiz bolaning siydik pufagida yallig‘lanish borligi aniqlangan. U qattiq og‘riq his qiladi, siydik chiqarishda qiynaladi. Parvarish rejasi qanday bo‘lishi kerak?
4. Bola uyqusizlanmoqda, ko‘p siyiydi, siydikda leykotsitlar bor. Bu qanday kasallik alomati? Siz qanday yordam berasiz?
5. 2 yoshli bolaning siydik chiqarish yo‘lida infeksiya paydo bo‘ldi. Davolashda qanday qadamlar bo‘lishi kerak?
6. Bola tez-tez siyishdan aziyat chekmoqda, ammo siydik kam miqdorda kelmoqda. Siz qanday qo‘shimcha tekshiruvlar o‘tkazasiz?

7. 10 yoshli bolada surunkali buyrak yetishmovchiligi tashxisi qo'yilgan. Hamshira qanday parvarish choralarini ko'radi?
8. Bola siydik chiqarishda achishishdan shikoyat qilmoqda, qovuq sohasida og'riq bor. Bu simptomlarni qanday baholaysiz?
9. Bola harorat ko'tarishi va siyish paytida og'riqlar bo'lishi bilan shikoyat qilmoqda. Siz qanday shoshilinch choralarni ko'rasiz?
10. Siydik chiqarish tizimi kasalliklarida parhez qanday bo'lishi kerak? Buni bola oilasiga qanday tushuntirasiz?

Nazorat savollari

1. Pielonefrit nima va uning asosiy belgilari qanday?
2. Sistit kasalligining etiologiyasi va asosiy simptomlarini sanab bering.
3. Buyrak kasalliklarida dizuriya nimani anglatadi?
4. Surunkali buyrak yetishmovchiligining asosiy oqibatlarini nimalardan iborat?
5. Pielonefritda qaysi mikroblar ko'proq uchraydi?
6. Sistitni davolashda qaysi usullar qo'llaniladi?
7. Buyrak kasalliklarida hamshiraning asosiy vazifalari nimalardan iborat?
8. Siydikda bakteriyalar paydo bo'lishining sabablari qanday?
9. Siydik chiqarish tizimi kasalliklarining oldini olish uchun qanday profilaktika choralarini ko'rish kerak?
10. Pielonefrit va sistit o'rtasidagi asosiy farqlar nimalardan iborat?

Foydalanilgan adabiyotlar

1. **Salomatlik -3 loyixasi** "Bemor bololarni parvarish qilish asoslari" 2014 y
2. V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019
Bolalar kasalliklari – I.B. Mirzaahmedov, A.K. Mirzayev. Toshkent, 2016
Bolalar kasalliklari – I.B. Mirzaahmedov, A.K. Mirzayev. Toshkent, 2016.
3. **Hamshiralik ishi asoslari** – S. Islomova. Toshkent, 2017.
4. **Pediatriya** – S.M. Sultonov, Sh.A. Mamadaliyev. Toshkent, 2019.
5. **Bolalar siydik chiqarish tizimi kasalliklari** – O'zbekiston Pediatriya jamiyati materiallari, 2021.

Blits-so'rov usuli haqida

Blits-so'rov – bu interaktiv va tezkor pedagogik metod bo'lib, o'qituvchi yoki murabbiy talabalarga qisqa, aniqlik va tezlikni talab qiladigan savollar berib, ularning bilimini sinash, fikrlashini faollashtirish va diqqatini jalb qilish usulidir.

Asosiy xususiyatlari:

1. **Tezkorlik:** Savollarga javob berish odatda 10–30 soniya oralig'ida bo'ladi.
2. **Aniqlik:** Savollar aniq, qisqa va to'g'ri javobni talab qiladi.

3. **Faollik:** Talabalar passiv emas, balki tezkor javob berishga majbur bo'ladi.
4. **Baholash osonligi:** O'qituvchi yoki murabbiy darhol javoblarni eshitib, baholay oladi.
5. **Xulosa chiqarish:** Qisqa va tezkor savollar asosida bilim darajasini tez aniqlash mumkin.

Blits-so'rovning pedagogik afzalliklari:

- Talabalarni diqqatini jalb qiladi.
- Bilim va ko'nikmalarni mustahkamlaydi.
- Interaktiv muloqot muhitini yaratadi.
- Javoblar tezkor bo'lgani uchun vaqtni tejaydi.

11-mavzu O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda turli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
---	--

Amaliy mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashgulot
Amaliy mashg'ulotning rejasi.	6. Buyrak a'zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi 7. Siydik chiqarish a'zolari kasalliklarida hamshiralik parvarishi

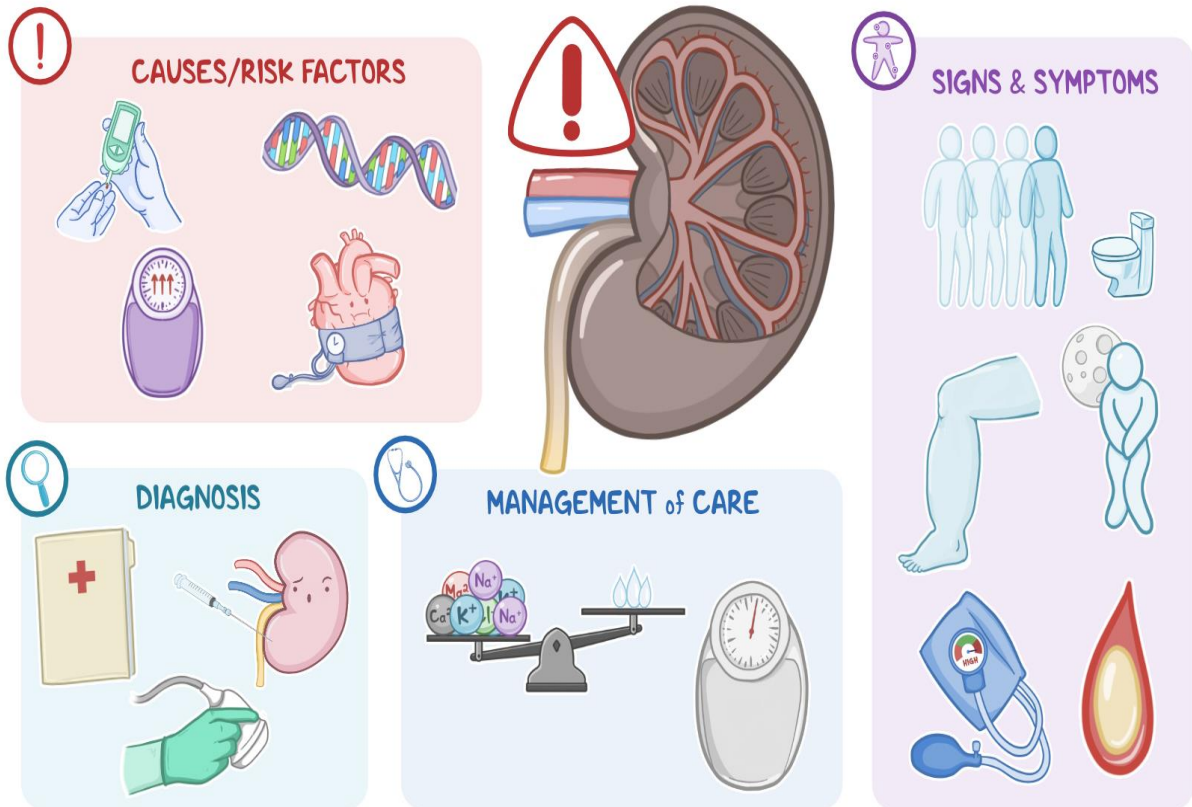
Buyrak A'zolari Kasalliklarida Hamshiralik Parvarishi

Maqsad

Buyrak kasalliklarida bemorning suvsizlanish, elektrolit buzilishlari va toksinlar yig'ilishini oldini olish, bemorni parvarish qilish, suyuqlik va dieta nazorati orqali kasallik asoratlarini kamaytirish.

Belgilar va Ko'rsatkichlar

- Qorin va bel sohasida og‘riq
- Siydik chiqarish buzilishi (kamayishi, rang o‘zgarishi)
- Oshqozon-ichak buzilishlari (ko‘ngil aynishi, qusish)
- Shishlar (oyoq, qo‘l, yuz)
- Tez charchash, bosh aylanishi
- Qon bosimi oshishi yoki pasayishi





Steps for chronic kidney disease self-care



Eating mindfully



Monitoring your health



Staying active



Getting quality sleep



Managing stress



Seeking support

 Cleveland Clinic

Amaliy Mashg'ulot Rejasi (Universal-Progressiv Model)

Bosqich	Hamshira harakati	Bemor / Ota-ona harakati
1. Baholash	Tananing shishishini, qon bosimi va suyuqlik balansini tekshirish	Belgilarni aytish, shikoyatlarni tushuntirish
2. Laboratoriya monitoringi	Kreatinin, ureya, elektrolitlar va siydik tekshiruvi	Testga tayyorlanish, ko'rsatmalarni bajarish
3. Ma'lumot berish	Kasallik xususiyatlari, dieta va suyuqlik cheklovlarini tushuntirish	Oziq-ovqat va suyuqlik nazoratini tushunish
4. Dieta va suyuqlik	Kunlik suyuqlik va tuz miqdorini belgilash	Tavsiyalarga amal qilish

Bosqich	Hamshira harakati	Bemor / Ota-ona harakati
5. Dori-darmonlar	Diuretiklar va boshqa buyrak davolash dorilarini tayyorlash	Dorilarni qabul qilishni o‘rganish
6. Asoratlarni aniqlash	Shish, gipertoniya, elektroli buzilishlarini kuzatish	Belgilarni tez aytish
7. Psixologik qo‘llab-quvvatlash	Stressni kamaytirish va maslahat berish	Suhbatda qatnashish, hissiyotlarni ifodalash

Siydik Chiqarish A’zolari Kasalliklarida Hamshiralik Parvarishi

Maqsad

Siydik chiqarish tizimi kasalliklarida infeksiyalar, siydik yo‘llari obstruksiyasi va asoratlarni oldini olish, bemorning qulayligini va gigiyenasini ta’minlash, bemor o‘zini kuzatish va to‘g‘ri odatlarni shakllantirish.

Belgilar va Ko‘rsatkichlar

- Tez-tez siydik chiqarish yoki siyish qiyinlishuvi
- Siydik rangining o‘zgarishi, quyuq yoki qonli siydik
- Og‘riq yoki yonish hissi siyish paytida
- Qorin pastki qismida og‘riq yoki bosim
- Tez charchash, isitma
- Siydik yo‘llari infeksiyalari (kasallikni qayta boshlashi)

Symptoms of a Urinary Tract Infection (UTI).



Problems peeing.



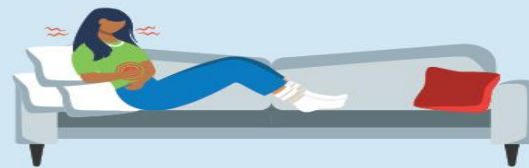
Fever.



Chills.



Cloudy, foul-smelling and/or dark pee.



Pain in your flank, abdomen, pelvic area or lower back.



Pain while peeing.



Pain during sex.

 Cleveland Clinic

Amaliy Mashg'ulot Rejasi (Universal-Progressiv Model)

Bosqich	Hamshira harakati	Bemor / Ota-ona harakati
1. Baholash	Siydik chiqarish tezligi, rang va miqdorini kuzatish	O'zgarishlarni xabar berish
2. Laboratoriya monitoringi	Siydik tahlili (urinogramma, bakteriologiya)	Testga tayyorlanish
3. Gigiyena va profilaktika	Siydik yo'llari gigiyenasi, kateter parvarishi	To'g'ri gigiyena amaliyotlarini bajarish

Bosqich	Hamshira harakati	Bemor / Ota-ona harakati
4. Dori-darmonlar	Antibakterial yoki simptomatik dorilarni tayyorlash	Dori qabul qilishni kuzatish
5. Suyuqlik va dieta	Suyuqlik balansini saqlash, me'yorlashtirilgan dieta	Tavsiyalarga rioya qilish
6. Asoratlarni kuzatish	Infeksiya belgilari, qon yoki pus ko'rinishini kuzatish	Belgilarni tez xabar berish
7. Psixologik qo'llab-quvvatlash	Suhbat va maslahat berish	His-tuyg'ularni ifodalash

12- mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2.	Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklar profilaktikasi va hamshiralik ishi
--	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Havo - tomchi yo'li bilan yuqadigan va toshma bilan kechadigan kasalliklarda hamshiralik parvarishi. 2. Universal-progressiv reja asosida bolalarda profilaktik emlash

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish boskichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
1 boskich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.	Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bo'yicha bilimini baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza	Tinglovchilar bilimlarini eslab,o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib

<p>baxolash 20-25 daqiqa</p> <p>2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40.</p> <p>3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko'nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixalogik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xakida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Cluster" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar."</p> <p>Cluster" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Ichak infeksiyalari, profilaktikasi va hamshiralik parvarishi xususiyatlari</p> <p>Foydalangan adabiyotlar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi. Milliy emlash kalendari. 2. Bolalar yuqumli kasalliklari darsligi. 3. Hamshiralik ishi asoslari o'quv qo'llanmasi. 4. Epidemiologiya va infeksiyon kasalliklar bo'yicha metodik qo'llanmalar. 5. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari 6. Salomatlik -3 loyixasi "Bemor bololarni parvarish qilish asoslari" 2014 y 7. V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019 	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Oilaviy shifokorning</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p>
--	---

ko'rsatmasiga asosan reja bo'yicha bolalarni profilaktik ko'riklarga chaqirish. Har bir onaga, xonadondagi boshqa oila a'zolariga emlashning ahamiyati to'g'risida suhbat o'tkazish. Profilaktik emlash uchun taklif qilingan bolalarni emlashga kelinishini nazorat qilish, ayrim sabablarga ko'ra emlashga kelmagan bolalar haqida oila shifokoriga xabar berish. Immunitet tushunchasi.	Tinglovchi – Yuqumli kasalliklarda bolalarga va ularning oilalariga xamshiralik parvarishini – Immunoprofilaktika. – Gripp kasalligi etiologiyasi , klinikasi va davosi. – Gripp kasalligini profilaktikasini. – Qizamik, suvchechak , diftereya kasalliklari etiologiyasi, klinikasi, davosi.
O'qitish metodlari	“Cluster”
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil'mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o'quv xona.
Qayta a'loqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov: tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

Dars rejasi;

1. Havо - tomchi yo'li bilan yuqadigan va toshma bilan kechadigan kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

2. Universal-progressiv reja asosida bolalarda profilaktik emlash

YUQUMLI KASALLIKLARDA BOLA VA UNING OILASIGA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Yuqumli kasallik bu muayyan tashqi muhit ta'sirida yuqumli omillar (mikroorganizmlar) va bola organizmi (makroorga-nizm) ning o'zaro munosabatidan kelib chiqadigan kasallik bo'lib, bu hodisa yuqumli omil ta'siri makroorganizmning qar-shilik ko'rsatish qobiliyatidan ustun kelgandagina ro'y beradi.

Yuqumli (infeksion) kasalliklarni bakteriyalar, viruslar, rik-ketsiyalar, zamburug'lar paydo qilishi mumkin. Bu kasalliklar-ning kechishida boshlang'ich yashirin-inkubatsion (yoki prodromal) davr, kasallikning avjiga chiqishi, uning belgilari yo'qolib borishi va tuzalish davrlariga bo'linadi. Ko'pincha infeksiyon kasallikdan so'ng organizmda immunitet hosil bo'ladi.

Yuqumli kasalliklarning tarqalish manbai yuqumli omillarni tashuvchi kishilar hamda hayvonlar hisoblanadi. Shu jihatdan yuqumli kasalliklar antropoz va zoonozlarga bo'linadi. Antropozlar 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 infeksiyon kasalliklar o'ziga xos tarqalish yo'llariga ega, difteriya suvchechak, tepki va boshqalar bemor gapirganda yo'talganda, aksirganda tarqalishi mumkin.

O'tkir respirator kasalliklar (O'RK)

Gripp

Gripp o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, yashirin davrini qisqa-ligi, 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.

Ye.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‘zolarining 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‘la-nishning tuzalishi yoki ba‘zi hollarda yashirin va surunkali holatlarga o‘tishi. 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 qoldir-gan, grippning yashirin (inkubatsion) davri bir necha soatdan 1-2 kungacha cho‘ziladi. Kasallikning boshlanishi aksariyat hollarda o‘tkir bo‘ladi. Bemorda dastlab vegetativ asab sistema-sining 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 olish-ning 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 sekinlasha-di, 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 usul-laridan foydalaniladi: 1) serologik usul – bunda gripp viruslariga qarshi achalarning (antitelolarning) titri aniqlanishi, (ularning titri asallikning 5-6 va 12-14 kunlarida 3-4 marta ko‘payadi); 2) gripp viruslarining qonda ko‘payishi; 3) burun hilliq 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 shamol-latish, polini namlab, artib turish kerak.

Ko‘kryo‘tal

Ko‘kryo‘tal – havo-tomchi yo‘li bilan yuqadigan kasallik asosan nafas yo‘llari va a‘zolarining zararlanishi, xuruji yo‘tal va asab sistemasi faoliyatining buzilishi bilan kechadi. Guruhga kiruvchi kasalliklardan farqli o‘laroq, ko‘kryo‘tal yosh bolalar juda erta, ya’ni hayotining birinchi kunlaridan boshlab kasallanishi mumkin.

Ko‘kryo‘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 kasal-likning dastlabki davrida xavfli hisoblanadi. Kasallik tarqatish manbai bo‘lib, ko‘kryo‘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‘kryo‘tal mikroblari nafas yo‘llarining silindri 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 ham-masi xurujsimon yo‘talga va nafas faoliyatining keskin buzi-lishiga sabab bo‘ladi. Ko‘kryo‘talning patogenezida allergiyaning ahamiyati katta. Ba’zan ko‘kryo‘tal paytida ilgaridan sezuvchanligi oshgan bolalarda astmatik sindrom uchraydi, bu ham allergiyaning kasallik rivojlanishidagi ahamiyatini qayta tasdiqlaydi.

Klinik manzarasi. Ko‘kryo‘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.

Universal-progressiv reja asosida bolalarda profilaktik emlash

Profilaktik emlash bolalar salomatligini saqlash va yuqumli kasalliklarning oldini olishda eng samarali choralaridan biridir. Immunizatsiya orqali bola organizmida ma'lum kasalliklarga qarshi himoya kuchi shakllanadi. Bu nafaqat alohida bolaning, balki jamiyatning umumiy sog'lig'ini ta'minlashda ham muhim ahamiyat kasb etadi.

Asosiy qism

Profilaktik emlash tushunchasi

Profilaktik emlash — bu organizmga maxsus tayyorlangan vaksina yuborish orqali sun'iy immunitet hosil qilish jarayonidir. Vaksina tarkibida kasallik qo'zg'atuvchisining zaiflashtirilgan yoki o'ldirilgan shakli bo'ladi. U organizmga kasallik chaqirmagan holda, himoya antitanachalar ishlab chiqilishiga yordam beradi.

Emlashning maqsadi va vazifalari

Bolalarda profilaktik emlashning asosiy maqsadi og'ir va asoratli kechadigan yuqumli kasalliklarning oldini olishdir. Shuningdek, epidemiyalarning tarqalishini cheklash, bolalar o'limini kamaytirish va sog'lom avlodni shakllantirish ham muhim vazifalardan hisoblanadi.

Milliy emlash taqvimi

Har bir davlatda bolalar uchun maxsus emlash taqvimi ishlab chiqilgan. O'zbekistonda ham bolalar tug'ilgan kundan boshlab ma'lum yosh davrlarida bosqichma-bosqich emlanadi. Ushbu taqvimga muvofiq bolalar sil, gepatit, ko'kyo'tal, difteriya, qoqshol, poliomyelit, qizamiq kabi kasalliklarga qarshi emlanadi.

Asosiy vaksinalar haqida ma'lumot

Silga qarshi vaksina



Sil kasalligiga qarshi qo‘llaniladigan BCG vaksina tug‘ruqxonada qilinadi. Bu vaksina bola organizmini silning og‘ir shakllaridan himoya qiladi.

Poliomiyelitga qarshi vaksina



Poliomiyelitga qarshi vaksina og‘iz orqali tomchi shaklida yoki in‘eksiya ko‘rinishida yuboriladi. Ushbu emlash asab tizimini zararlovchi og‘ir kasallikning oldini oladi.

Qizamiqqa qarshi vaksina



Qizamiq kasalligi juda tez yuqadigan infeksiya bo‘lib, unga qarshi vaksina bolalarni og‘ir asoratlardan himoya qiladi.

Emlashga tayyorgarlik va kuzatuv

Emlashdan oldin bola shifokor ko‘rigidan o‘tkaziladi. Bola sog‘lom bo‘lishi, tana harorati me‘yorida bo‘lishi kerak. Emlashdan so‘ng ayrim hollarda yengil isitma yoki in‘eksiya joyida qizarish kuzatilishi mumkin. Bu holatlar odatda vaqtinchalik bo‘ladi va organizmning himoya reaksiyasini bildiradi.

Emlashning ahamiyati

Profilaktik emlash tufayli ko‘plab xavfli kasalliklar kamaygan yoki butunlay yo‘qolgan. Jamoaviy immunitet shakllanishi natijasida hatto emlanmagan shaxslar ham ma‘lum darajada himoyalanaadi. Shu sababli ota-onalarning emlashga mas‘uliyat bilan yondashishi muhimdir.

O‘zbekiston Respublikasi milliy emlash kalendari (bolalar uchun)

Quyidagi jadval O‘zbekiston Respublikasida amalda qo‘llaniladigan milliy profilaktik emlash taqvimini asosida tuzilgan bo‘lib, bolalarni asosiy yuqumli kasalliklardan himoya qilishga qaratilgan.

Yosh davri	Emlash nomi	Qaysi kasallikka qarshi
Tug‘ilganda	BCG	Sil

Yosh davri	Emlash nomi	Qaysi kasallikka qarshi
Tug‘ilganda	Gepatit B	Virusli gepatit B
Ikki oylikda	DTP (AKDS)	Ko‘kyo‘tal, difteriya, qoqshol
Ikki oylikda	IPV yoki OPV	Poliomiyelit
Ikki oylikda	Xib vaktsina	Gemofil infeksiya
Ikki oylikda	Pnevkokk vaktsina	Pnevkokk infeksiyasi
To‘rt oylikda	DTP (takror)	Ko‘kyo‘tal, difteriya, qoqshol
To‘rt oylikda	Polio (takror)	Poliomiyelit
To‘rt oylikda	Xib (takror)	Gemofil infeksiya
Olti oylikda	DTP (uchinchi doza)	Ko‘kyo‘tal, difteriya, qoqshol
Olti oylikda	Polio (uchinchi doza)	Poliomiyelit
Olti oylikda	Gepatit B (takror)	Virusli gepatit B
Bir yoshda	MMR	Qizamiq, qizilcha, epidemik parotit
Bir yoshda	Pnevkokk (takror)	Pnevkokk infeksiyasi
O‘n sakkiz oylikda	DTP revaksinatsiya	Ko‘kyo‘tal, difteriya, qoqshol
O‘n sakkiz oylikda	Polio revaksinatsiya	Poliomiyelit
Olti yoshda	MMR (takror)	Qizamiq, qizilcha, epidemik parotit
Maktab yoshida	Td	Difteriya, qoqshol

 **Emlash orqali himoyalangan kasalliklar**



Ushbu milliy emlash kalendari bolalarni quyidagi kasalliklardan himoya qiladi:

- Sil
- Poliomyelit
- Ko'kyo'tal
- Difteriya
- Qoqshol
- Virusli gepatit B
- Qizamiq
- Qizilcha
- Epidemik parotit
- Pnevkokk infeksiyasi
- Gemofil infeksiyasi

Test savollari

Silga qarshi vaksina mavzusi bo'yicha testlar:

1. BCG vaksina qaysi kasallikka qarshi qo'llaniladi?
 - A) Qizamiq
 - B) Sil
 - C) Poliomyelit
 - D) Ko'kyo'tal
2. BCG vaksina qaysi yo'l bilan yuboriladi?
 - A) Mushak orasiga
 - B) Tomir ichiga
 - C) Teri ichiga
 - D) Og'iz orqali
3. BCG vaksina qachon qilinadi?
 - A) Maktab yoshida
 - B) Tug'ilgandan so'ng
 - C) O'smirlilik davrida
 - D) Bir yoshda

4. BCGdan keyin hosil bo‘ladigan chandiqlik nimani bildiradi?
 - A) Asoratni
 - B) Allergiyani
 - C) Normal immun javobni
 - D) Infeksiyani
5. Sil kasalligi asosan qaysi a‘zoni zararlaydi?
 - A) Yurak
 - B) Jigar
 - C) O‘pka
 - D) Buyrak
6. BCG vaktsinaning asosiy maqsadi:
 - A) Yengil shamollashni oldini olish
 - B) Silning og‘ir shakllaridan himoya qilish
 - C) Allergiyani kamaytirish
 - D) Isitmani tushirish
7. Sil qanday yo‘l bilan yuqadi?
 - A) Havotomchi
 - B) Qon orqali
 - C) Oziq-ovqat orqali
 - D) Teri orqali
8. BCGdan keyin kichik papula paydo bo‘lishi:
 - A) Xavfli holat
 - B) Normal reaksiya
 - C) Operatsiya talab qiladi
 - D) Davolash kerak
9. Hamshiraning asosiy vazifasi:
 - A) Faqat ineksiya qilish
 - B) Ota-onani xabardor qilish va kuzatish
 - C) Dori yozish
 - D) Jarrohlik qilish
10. Silning og‘ir asoratlaridan biri:
 - A) Otit
 - B) Sil meningiti
 - C) Gastrit
 - D) Angina

Tibbiy atamalar

- **BCG vaktsina** — silga qarshi tirik zaiflashtirilgan vaktsina
- **Immunitet** — organizmning kasallikka qarshi himoya qobiliyati
- **Inkubatsion davr** — kasallik yashirin davri
- **Antitana (antitelo)** — kasallikka qarshi hosil bo‘ladigan oqsil
- **Infeksiya** — kasallik qo‘zg‘atuvchi mikroorganizmlar tushishi
- **Revaksinatsiya** — qayta emlash
- **Kontraindikatsiya** — emlash mumkin bo‘lmagan holat

- **Mikobakteriya** — sil qo‘zg‘atuvchisi
- **Profilaktika** — kasallikning oldini olish
- **Epidemiologiya** — kasalliklarning tarqalishini o‘rganadigan fan

Nazorat savollari

1. Sil kasalligining qo‘zg‘atuvchisi nima?
2. BCG vaksinaning maqsadi nimadan iborat?
3. BCG qaysi usulda yuboriladi?
4. Emlashdan keyingi normal reaksiya qanday bo‘ladi?
5. Qaysi holatlarda BCG qilish mumkin emas?
6. Hamshira emlashdan oldin nimalarni tekshiradi?
7. Sil qanday yo‘l bilan yuqadi?
8. BCGdan keyingi chandiqlik nimani bildiradi?
9. Silning og‘ir shakllari qaysilar?
10. Yuqumli kasalliklarda oilaga tushuntirish ishlari nima uchun muhim?
11. Immunitet nima?
12. Tabiiy va sun‘iy immunitet haqida tushunchangizni ayting.
13. Sil kasalligining zamonaviy tashxis usullarini bilasizmi?
14. Meningit qaysi yo‘llar bilan yuqadi?
15. Meningit necha formaga bo‘linadi?
16. Difteriya qanday kasallik?
17. Difteriya tayoqchasi kim tomonidan aniqlangan?
18. Difteriya kasalligini davosini bilasizmi?
19. Qizamiqni yashirin davri necha kun?
20. Qizamiqda toshmaning xarakterini ayting.
21. Qizamiq kasalligiga qarshi bola hayoti davomida necha marta emlanadi?
22. Suvchechak kasalligini klinik belgilarini ayting.
23. Skarlatina kasalligining qo‘zg‘atuvchisi nima?
24. Skarlatinada toshmaning xarakterini bilasizmi?
25. Epidemik paratitning klinik ko‘rinishini ayting.
26. Yuqumli gepatit necha turga bo‘linadi?
27. Dizenteriyada axlatning ko‘rinishini ta’riflab bering.
28. Poliomeilit kasalligining klinik ko‘rinishlarini ayting.
29. Poliomeilitga qarshi bola hayoti davomida qachon va necha marta emlanadi?
30. OITS ni yuqish yo‘llarini ayting.

NAZORAT UCHUN 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. Poliomeilit kasalligining klinik ko'rinishlarini ayting.
19. Poliomeilitga qarshi bola hayoti davomida qachon va necha marta emlanadi?
20. OITS ni yuqish yo'llarini ayting.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi. Milliy emlash kalendari.
2. Bolalar yuqumli kasalliklari darsligi.
3. Hamshiralik ishi asoslari o'quv qo'llanmasi.
4. Epidemiologiya va infeksiyon kasalliklar bo'yicha metodik qo'llanmalar.
5. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari.
6. **Salomatlik -3 loyixasi** "Bemor bololarni parvarish qilish asoslari" 2014 y
7. V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019

"Cluster" (Tarmoqlash) interfaol o'yini qo'llanish texnikasi

“Cluster” — ma’lumotlarni vizual tarzda **guruhlash va tizimlashtirish** orqali o‘quvchilarning mantiqiy tafakkuri va tushunchalarni bog‘lash ko‘nikmalarini rivojlantiruvchi metod. Tibbiyot fanlarida simptomlar, kasalliklar, diagnostik belgilar va davolash usullarini tizimlashtirishda samarali.

Maqsadni aniqlash

- Mavzuni tizimli o‘rganish
- Bilimlarni bog‘lash va guruhlash ko‘nikmasini shakllantirish
- Klinik va nazariy ma’lumotlarni esda saqlashni yaxshilash

Tayyorlov bosqichi

- Doska, slayd yoki A4 varaq ustida markaziy mavzu yoziladi
 - Masalan: “Pnevmoniya”
- Talabalar uchun asosiy kategoriya yoki yo‘nalishlar belgilanishi mumkin
 - Belgilar, simptomlar, diagnostika, davolash

Talabalarni guruhlash

- Individual yoki kichik guruhlar (2–5 kishi)
- Har bir guruh markaziy mavzuni tahlil qilib, ma’lumotlarni tarmoqlaydi

Ma’lumotlarni tarmoqlash

- Markaziy mavzudan chiziqlar chiqariladi (asosiy kategoriyalar)
- Har bir asosiy kategoriya ostida kichik chiziqlar bilan detallarga ajratiladi
- Talabalar mavzuni logik va mantiqiy tarzda guruhlaydi

Masalan (Pnevmoniya tarmoqlari):

- **Belgilari:** isitma, yo‘tal, nafas qisilishi
- **Sabablari:** bakterial, virusli, aspiratsion
- **Diagnostika:** rentgen, laborator testlar
- **Davolash:** antibiotiklar, kislorod terapiyasi, profilaktika

Taqdimot bosqichi

- Har bir guruh o‘z “Cluster”ini auditoriyaga taqdim qiladi
- Boshqalar savol berishi yoki qo‘shimcha kiritishi mumkin

Xulosa va refleksiya

- Ma’lumotlar to‘g‘ri va mantiqiy guruhlanganligini tekshirish
- Asosiy tushunchalar ustida yakuniy izoh berish
- Xatolar va tushunmovchiliklarni tahlil qilish

Afzalliklari

- Ma'lumotlarni vizual tarzda tizimlashtirish imkonini beradi
- Klinik fikrlash va mantiqiy bog'lashni rivojlantiradi
- Talabalarni faol ishtirokga jalb qiladi
- Murakkab mavzularni oson tushunishga yordam

12-mavzu O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklar profilaktikasi va hamshiralik ishi
---	---

Amaliy mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Amaliy mashg'ulot
Amaliy mashg'ulotning rejasi.	1. Universal-progressiv reja asosida bolalarda profilaktik emlash 2. Ichak infeksiyalari, profilaktikasi va hamshiralik parvarishi

Universal-progressiv reja asosida bolalarda profilaktik emlash

Maqsad:

Bolalarda yuqumli kasalliklarning oldini olish va immunitetni shakllantirish.

Amaliy mashg'ulot algoritmi

1-bosqich. Tayyorgarlik

- Emlash xonasini tayyorlash
- Steril asbob-uskunalarni tekshirish
- Vaksinaning saqlash sharoitini nazorat qilish
- Bemor kartasini ko'rib chiqish

2-bosqich. Bola holatini baholash

- Tana haroratini o‘lchash
- Shikoyatlarni aniqlash
- Allergik anamnezni so‘rash
- Qarshi ko‘rsatmalarni tekshirish

3-bosqich. Ota-onaga tushuntirish

- Emlash maqsadini bayon qilish
- Mumkin bo‘lgan reaksiyalarni tushuntirish
- Rozilik olish

4-bosqich. Vaksinani tayyorlash

- Amal qilish muddatini tekshirish
- To‘g‘ri dozani tayyorlash
- Aseptika qoidalariga rioya qilish

5-bosqich. Vaksinani yuborish

- To‘g‘ri joyni tanlash
- Belgilangan usulda yuborish
- Inyeksiya joyiga ishlov berish

6-bosqich. Kuzatuv

- Bolani ma’lum vaqt kuzatish
- Allergik reaksiya belgilari nazorati
- Zarur hollarda tez yordam ko‘rsatish

7-bosqich. Hujjatlashtirish

- Emlash sanasini qayd qilish
- Vaksina nomi va seriyasini yozish
- Keyingi emlash sanasini belgilash

8-bosqich. Uy sharoitida parvarish bo‘yicha tavsiya

- Isitma kuzatilsa nima qilish kerakligi
- Inyeksiya joyini parvarish qilish
- Qachon shifokorga murojaat qilish

Ichak infeksiyalari: hamshiralik parvarishi va profilaktika algoritmi

1. Kirish va tayyorgarlik

1. Ma'lumot yig'ish

- Bolaning shikoyatlari: diareya, qusish, isitma, qorinda og'riq.
- Kasallik tarixini bilish: so'nggi ovqat, suv manbai, kontaktda bo'lgan odamlar.
- Allergiya, surunkali kasalliklar va immunitet holatini aniqlash.

2. Shaxsiy himoya

- Qo'l yuvish, steril qo'lqop, maska.
- Toza ishlash maydoni tayyorlash, steril buyumlar tayyorlash.

2. Kasallikni baholash va diagnostika

1. Jismoniy tekshiruv

- Harorat, puls, nafas olish tezligi.
- Qorin bo'shlig'ini palpatsiya qilish (og'riq, shish, tenderlik).
- Teri va shilliq qavat holati (dehidratatsiya belgilarini aniqlash).

2. Laboratoriya tekshiruvlari

- Ichak chiqindilarini tahlil qilish (shilliq, qon, parazitlar).
- Suv va elektrolitlar balansi (Na, K, Cl)ni baholash.

3. Davolashni qo'llab-quvvatlash

1. Rehidratsiya (suv va tuz balansini tiklash)

- Og'iz orqali rehidratsiya (ORS) yoki intravenoz eritmalar (agar jiddiy dehidratatsiya bo'lsa).
- Qo'shimcha elektrolitlarni kuzatish.

2. Dori terapiyasi

- Shifokor ko'rsatmasi bilan: antibiotiklar (faqat bakterial infeksiya bo'lsa), antiparazitar dorilar.
- Diareya oldini oluvchi preparatlar faqat zarurat bo'lganda.
- Parazit yoki virusli infeksiyalarda simptomatik davolash.

4. Hamshiralik parvarishi

1. Kundalik monitoring

- Harorat, puls, diareya chastotasi, qusish, suv va oziq qabulini yozib borish.
- Tana vazni va dehidratatsiya belgilarini kuzatish.

2. Ovqatlanish va parvarish

- Engil, hazm qilinadigan ovqatlar (masalan, guruch, banan, sabzavotli pyure).
- Kichik porsiyalar, tez-tez ovqatlanish.
- Sut va sut mahsulotlarini muvofiqlashtirish.

3. Gigiyena va profilaktika

- Qo'l yuvish, alohida idish-tovoqlar.
- Bolani uyda boshqa bolalardan ajratish zarurat bo'lsa.

- Chiqindilarni to‘g‘ri yo‘naltirish va dezinfeksiya qilish.

5. Profilaktika bo‘yicha ishlar

1. Ta‘lim va tushuntirish

- Oila va bolaga suvni qaynatish, oziq-ovqatni to‘g‘ri tayyorlash, gigiyena qoidalarini tushuntirish.
- Bolaga qo‘lni yuvish va shilliq qavatni toza saqlashni o‘rgatish.

2. Emlash

- Shifokor ko‘rsatmasi bilan: rotavirus, poliomielit, boshqa relevant emlashlar.

3. Atrof-muhit nazorati

- Suv manbai, o‘yin maydonchasi, oshxona va sanitariya sharoitlarini nazorat qilish.
- Kasal bilan kontaktni kamaytirish.

6. REABILITATSIYA VA MONITORING

1. Kundalik kuzatish

- Belgilar pasayishi, diareya to‘xtashi, vazn tiklanishini yozib borish.
- Tana suvi va elektrolit balansini tekshirish.

2. Oila bilan ishlash

- Bolani uy sharoitida to‘g‘ri parvarishlashni o‘rgatish.
- Reinfeksiya oldini olish bo‘yicha tavsiyalar berish.

13 - mavzu: O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklar profilaktikasi va hamshiralik ishi
--	---

Ma‘ruza mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Nazariy mashg‘ulot
Ma‘ruza mashg‘uloting rejasi.	1.Bolalarda sil kasalligining kechishi 2.OIV/OITS infeksiyasi bilan kasallangan bolalarni parvarishlash

<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiridi, ichki tartib qoidalariga rioya qilishni tasdiqlovchi tilxat oladi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.</p>

<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O‘tgan mavzu bo‘yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to‘liq bayon etish 30-40. 3.O‘qitishning noannaviy usullarini qo‘llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o‘tilgan mavzular bo‘yicha bilimni baxolash.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini o‘qituvchi tomonidan “Ma’ruza o‘qish” usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko‘nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to‘gri va samarali olib borish hakida ma’lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “INSERT” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o‘qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo‘llab javob oladilar.” INSERT” sxemasi tinglovchilar tomonidan to‘ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib,aktiv qatnashgan tinglovchilar rag‘batlantirilib,baxolar e’lon qilinadi. Uyga vazifa: Bolalarda tug‘ma nuqsonlar va irsiy kasalliklar</p> <p>Foydalanilgan adabiyotlar:</p> <p>1.Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y</p> <p>2.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019</p> <p>3. Pakirdinov A. B., Valixonov U. A. — <i>OIV/OITS, 2013</i></p> <p>4.Parpieva N. N., Agzamova F. R., Mukhamedov K. S., Xodjayeva M. I., Yusupov N. E. — <i>Mycobacterium</i></p>	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p><i>tuberculosis ni aniqlash bo'yicha zamonaviy tadqiqotlar, 2006</i></p> <p>5.Parpieva N. N., Mukhamedov K. S., Khagai L. N. — <i>O'zbekistonda sil kasalligining epidemiologik xususiyatlari, 2006</i></p> <p>6.Parpieva N. N. — <i>Bolalarda tuberkulyozni boshqarish bo'yicha milliy qo'llanma, 2014</i></p> <p>7.Parpieva N. N. va boshqalar — <i>Silga qarshi yordamni takomillashtirish, 2014</i></p> <p>8.Mirkulov S. A. — <i>Tuberkuloz kasalligini profilaktika va davolash asoslari, 2018</i></p> <p>9.Tursunov B. N. — <i>Bolalar ftiziatriyasi asoslari, 2016</i></p> <p>10.Yakubov R. K. — <i>Tuberkuloz va immunitet, 2019</i></p> <p>11.Mamurov U. T., Qodirov A. S. — <i>OIV infeksiyasi: zamonaviy qarashlar, 2021</i></p>	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Sil kasaligining klinik belgilari. Sil kasaligining turlari. Sil kasaligida bemorlarni parvarish qilish.Sil bilan kurashish.Spetsifik profilaktika.Mantu sinamasini o'tkazish va baholash</p>	<p>O'quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mantu sinamasini qo'yish va baxolash. – Regidronni tayyorlash texnikasi. – Bolalarni oshqozonini yuvish texnikasi.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> – Bemor bolalarni klizma kilish texnikasi. – Tana xaroratini o'lchash texnikasi. – Tana xaroratini tushirish texnikasi. Dezinfeksiya qilish usullari.
O'qitish metodlari	“INSERT”
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil'mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o'quv xona.
Qayta a'loqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov:tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

Dars rejasi:

- 1.Bolalarda sil kasalligining kechishi
- 2.OIV/OITS infeksiyasi bilan kasallangan bolalarni parvarishlash

Sil etiologiyasi.

Sil – bu infeksiyon allegrik va ishtimoyi faktorlar bilan bogliq bo'lgan kasallik. Ftiziatriya – ftisicus – oriqlash so'zidan kelib chiqqan.

«Ftiziologiya» - sil haqida traktat - Morton 1689 yil.

Sil, ya'ni – «Tuberkulez» («tubercule» - «tuguncha») ma'nosini anglatadi.

«Ftiziatriya» (Phthisis – ozg'inlik va treat – davolovchi, shifokor) deb yuritiladi.

Ftiziatriya yunalishlari:

Ftiziatriya

Ftiziopediatriya

Ftizioxirurgiya

Ftziourologiya

Ftizioortopediya

Ftiziatriya rivojlanish davrlari:

Emperik davr –uzoq o'tmishdan XVIII asr boshigacha davom etgan.

Klinik-anatomik kuzatishlar davri – XVIII asr boshidan XIX asr boshigacha davom etgan.Funksional yo'nalish davri – fizika, mikrobiologiya fanlari yutuqlari, shu jumladan R. Kox tomonidan qo'zg'atuvchining aniqlanishidan bo'lgan davr.

antibiotiklargacha bo'lgan davr – XIX asr oxiridan XX asr 40- yillari oxirigacha antibiotiklar davri – XX asr 50-yillar boshlari va hozirgi davrgacha davom etmoqda O'rta Osiyoda ftiziatriya tarixi

Ibn Sino –“Tib qonunlari”;Ismoil Al-Xusayniy; Ubaydulla Ibn Yusuf Ali;

1580 yilda Mansur ibn Maxmud - “Tashrixii badan” (“Tana tuzilishi”) deb nomlanagan kitob yaratdi. Laennek 1819 yilda silning morfologik birligi – «do'mboqcha» – «tubercula» aniqladi.

Tuberkulez atamasi ommaviy qabul qilingan.

Rus olimi Pirogov 1852 yilda o'z tadqiqotlari asosida gigant hujayralarni tasvirlab berdi. Vilmen (1865) laborator tajribalari bilan silning yuqumliligini isbotladi. 1882 yilda R. Kox sil qo'zg'atuvchisini aniqladi. O'z tadqiqotlarini natijasini u 1882 yili 24 martda Berlinda “Fiziologik jamiyat” majlisida e'lon qildi. U 1905 yilda Nobel mukofotiga erishdi.

1890 yilda tuberkulin olindi. Robert Kox 1907 y.Klemens Pirke Kox tuberkulini-ni diagnostika uchun taklif qildi.1909 y. Mantu teri ichi sinamasini ishlab chiqdi (RMantu 2TB).1919 y. Kalmett va Giren profilaktika uchun BSJ vaksinasini kashf etishdi.Tuberkulyoz kasalligining etiologisini o'rganishda :

- Galen,
- Aristotel,
- Gippokrat,
- Abu Ali Ibn Sino,
- Levenguk,
- Morgan Veysman,
- Robert Kox va boshqalarning roli katta.

1894 yilda Karl Forlanini sun'iy pnevmotoraks tadbiq etdi.1943 yilda Vaksman yaratgan streptomitsin qo'llanila boshlandi.

1887 yilda Edinburgda (Shotlandiya) sil bemorlari uchun 1- dispanser tashkil etildi.

Birinchi tuberkulez ilmiy tekshirish instituti Moskvada 1921 yili tashkil qilindi.

1928 yilda emlash sil o'choqlarida o'tkazila boshlandi;1950 yildan emlash majburiy ravishda tadbiq qilindi. 1947–48 yillarda silni aniqlashda flyuorografiya yo'lga qo'yilindi.

Bu davrda silga qarshi kurashishga Semashko N.A., Solovev Z.P., Munblant Ye.G. lar o'zlarining beqiyos xissalarini qo'shdilar

O'zbekistonda ftiziatriya fan sifatida 1922 yildan boshlab rivojlana boshladi.

Tibbiyot fakultetida 1928 yilgacha ftiziatriya masalalarini prof. Solomin M.I. fakultativ terapiya kurslarida yoritib borardi.

Sil kasalligi, yuqumli kasallik bo'lib, sil mikobakteriyalari ta'sirida rivojlanadi, birlamchi surunkali, to'lqinsimon kechadi va ko'pgina a'zolari zararlaydi. Sil kasalligini keltirib chiqaruvchi sil mikobakteriyalari Mycobacterium tuberculosis va M. africanus, mollarda esa M.bovis xisoblanadi, 1882 yil Robert Kox tomonidan aniqlangan bo'lib, 1919 yili A.Kalmet va S.Gerenlar tomonidan kasallikka qarshi vakcina shtammlari yaratilgan. Kasallik nafas yo'llari sil bilan zararlangan bemordan havo-tomchi yo'li orqali yuqadi, ba'zi xollarda tuberkulin sinamasi ijobiy bo'lsada, infeksiya namoyon bo'lmasligi mumkin. 95 % ga yaqin sil bilan

ogʻriganlar juda uzoq muddatlik, baʼzan umrbod yashirin davrini boshdan kechiradi, ularda hamma vaqt kasallik oʻtkir stadiyaga oʻtish ehtimoli boʻladi. Ammo yuqtirganlarning faqat 5% qismidagina oʻpka yoki boshka aʼzolar sili rivojlanadi. Davo tadbirlari oʻtkazilmasa bemorlarning yarmi ikki yil ichida oʻlib ketadi, ammo zamonaviy ximioterapiya deyarli yuz foiz davolanib ketishiga kafolat beradi. Davo mobaynida mijozning ahvoli klinik (yoʻtal, balgʻam ajralishi, vazn kamayishi) instrumental (rentgenologik), laboratoriya (bakteriologik) usulida tekshirishlar mobaynida nazorat etib turiladi. Sil asosan 80-90% hollarda 15-49 yoshgacha boʻlgan aholini xastalaydi. Silning mehnatga yaroqli aholiga va davlatning iqtisodiy rivojiga koʻrsatadigan ulkan zarari eʼtiborga olinsa u bilan kurashish maqsadga qanchalik muvofiq ekanligi ayon boʻladi. XIX asr mobaynida sildan oʻlim Buyuk Britaniyada 1815 yildagi har 100000 aholiga 450 tadan, 1890 yilda 180 tagacha kamaydi. Bular aholi sanitariya holati va oziklanishning yaxshilanishi hisobiga boʻldi. Sutni pasterlab qoʻllash, sil bilan ogʻrigan mollarni yoʻqotish «oq oʻlat» bilan kurashishda katta ahamiyatga ega boʻldi. Kam taʼminlangan oilalarda va ayrim irsiy moyil oilalarda odamlar koʻplab sil bilan xastalanishi kuzatiladi. Kox tomonidan 1882 yili sil tayoqchasini topilishi unga qarshi antibakterial terapiyaga keng yoʻl ochdi.

Bugungi kunda yer sharida sil tayoqchasi yuqqa 1,7 mlrd aholi bor. Har yili 7-8 mln odamga sil yangidan yuqadi va 2-3 mln odam bu xastalikdan oʻlib ketadi.

Oxirgi yillarda butun dunyo boʻyicha sil kasalligining oʻsishi kuzatilmoqda, bundan iqtisodiy jihatdan rivojlangan davlatlar ham mustasno emas. Shuning uchun hozirgi kunda ftiziatriyaning dolzarb muammolaridan biri kasallikni oldini olish va bemorlarni effektiv davolash choralarini qoʻllashdan iboratdir.

Sil odatda oʻpkaga taʼsir qiladi va kishi yoʻtalganda, aksa urganda, gapirganda va tupurganda bemor odamdan jamoa koʻp tuplanadigan joylarda: jamoa transportida, bogʻchada, maktabda boshqa muassasalarda xavo tomchi yuli orkali yukadi. Upka sili bilan ogʻrigan, lekin davolanmayotgan kishi yil davomida 10-12 ta soglom odamga kasallikni yuktirishi mumkin. Sil kasalligi oʻz vaqtida va toʻgʻri davolansa, 100% tuzalishi mumkin.



Sil kasalligining birlamchi belgilari - xolsizlik, kalta-kalta va 2 haftadan ortiq davom etuvchi yoʻtal, subfebril temperatura, tungi terlash, ishtaxani pasayishi, kqkrak qafasida ogʻriqlar, ozib ketish.

Ikki haftadan ortiq davom etuvchi yutal- ikki haftadan ortiq davom etuvchi yutal kattalarda sil kasalligini aniklashning eng oson belgisi. Agar biror bir bemor ikki haftadan ortiq tuxtovsiz yutalayotgan bulsa, uni albatta QVP yoki poliklinikaga

murojaat kilishini surashingiz lozim. Sil kasalligi kanchalik erta aniklansa, uni davolash shunchalik samarali buladi. Sil kasalligiga uchragan kishilarning kupchiligida yutal ertalab uykudan uygonganda kattik keladi. Sil kasalligi yukkan odam kukrak va orka kismidagi ogriklarga shikoyat kiladi. Yutaluvchi kishi sil kasalligiga shubxa kilsa yoki sil tashxisi kuyilgan bulsa, xar kachon yutalganda yoki aksa urganda ogzini dastrumol bilan tusishi lozim.

Yutalganda balgam kelishi, ba'zida kon bilan-sil kasalligi yukkan kishi kupincha yutalganda sarik rangli balgam keladi. Bu balgamni tibbiy muassasa mikroskop ostida tekshiradi va sil batsillasi bor yukligini aniklaydi. Agar sil batsillasi bulsa, uodamga sil tashxisi kuyiladi. Ba'zida balgam bilan ozrok kon xam keladi. Bu sil kasalligining uziga xos belgisi.



Isitma kutarilishi-sil kasalligiga uchragan odamning isitmasi kunduzi yoki kechasi oshishi mumkin. Ba'zi bemorlarda isitma bulmasligi xam mumkin.

Kup terlash, asosan kechasi-ba'zi sil kasalligiga uchragan odamlar kechasi kup terlaydi, lekin xamma bemorlar xam emas.

Umumiy xolsizlik-kupincha, sil kasalligi bilan ogrigan bemorlar uzlarini xolsix xis kiladilar va kundalik ishlarni bajarish kiyin tuyuladi. Davolanishni boshlagandan sung kishi uzining kuvvatga kirayotganini sezadi.

Ishtaxa yukolishi-sil kasalligi yukkan kishilarda kupincha ishtaxa yukoladi. Bemorning oilasi uni ovkat yeyishga undashi lozim. Davolanish davomida xam bu juda muxim, chunki bemor yaxshi ovkatlansa, dorilarning tanaga singishi va uzlashtirilishi oson kechadi.

Ozish-bemor odamning ozishi sil kasalligining belgisi ekanligini esdan chikarmaslik lozim. Ba'zida bu bolalarda sil kasalligining yagona belgisi buladi. Xar doimgidek oila bemorni yaxshi ovkatlanishga undashi lozim.

Bu belgilardan kurib turganingizdek, sil ogir kasallik, shu sababdan uni oldini olish juda muxim. Agar bu belgilarni esda saklab kolsangiz, biror kishininng iztirobdan kutkarishingiz yoki xatto xayotini saklab kolishingiz mumkin!

Sil bilan kurashish.

1. O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirligitomonidan 2014 yil 24 oktyabirda chiqarilgan “O‘zbekiston Respublikasida sil kasalligiga qarshi kurashish chora tadbirlarini takomillashtirish” №383 buyruq bo‘yicha ish olib borish
2. Kasallikning klinik faol shakllari bilan og‘rigan bemorlarni aniklash.
3. Klinik, bakteriologik va gistologik tekshirishlar, teri tuberkulin testi, ko‘krak qafasi rentgenografiyasi, balg‘amni tekshirish kabi tashhis usullarini keng qo‘llash
4. Xavfli guruxdagi aholini tekshirish va kasalliklarni o‘z vaktida anikdash
5. Bemorlar bilan kontaktda bo‘lganlarni anikdash
6. Infeksiyani tarqalishini oldini olish maqsadida bemorni boshlang‘ich davolash etaplarida izolyatsiyalash
7. Kontaktda bo‘lganlarni boshlang‘ich kuzatish va profilaktik davolar o‘tkazish
8. Shubhali shikoyatlar va alomatlar-paydo bo‘lganida umumiy tekshirish
9. Xavo-tomchi yo‘li bilan yuqish yo‘lini qirqish maqsadida atrof muhitni nazorat qilish
10. Tibbiy xodimlarni sil bo‘yicha bilimlarini oshirish

Spetsifik profilaktika.

Spetsifik profilaktika fransuz olimlari Kalmett va Geren tomonidan 1919 yili ajratib olingan vaksina bilan o‘tkaziladi. Sil mikrobakteriyasi maxsus oziqli muxitda o‘stiriladi, uni olib har xil muhitda qayta-qayta ekib ko‘rilgandan keyin u patogen xususiyatini yo‘qotib qo‘yadi. Ana shunday vaksina tirik organizmga yuborilsa, kasallik kelib chiqmaydi. Organizm sil infeksiyasiga chidamli bo‘lib qoladi. (Kalmett-Geren batsillalari-BCG).

Teri ichiga yuboriladigan quruq vaksina dozasi chaqaloqlar va kichik yoshdagi hamda maktabgacha yoshdagi bolalar uchun 0,02 mg ni maktab yoshdagilar, o‘smirlar va kattalar uchun 0,05 mg ni tashkil qiladi. 5 yoki 7 kunlik chaqaloqlar terisi ichiga silga qarshi vaksina yuboriladi. Agar biror sabab bilan bolalar tug‘ilganidan keyin dastlabki kunlarda vaksinatsiya qilinmagan bo‘lsa u holda ularni dastlabki oylarda oldindan tuberkulin bilan sinab ko‘rmay vaksinatsiya o‘tkazish kerak.

Qo‘yidagi hollarda vaksinatsiya o‘tkazish mumkin emas:

- 1) tug‘ilish jarohatlarining klinik alomatlari mavjud bo‘lsa;
- 2) tana temperaturasi yuqori bo‘lganda 37⁰ dan yuqori.
- 3) dispeptik o‘zgarishlar.
- 4) bolaning umumiy ahvoriga ta’sir qiluvchi kasalliklar-piodermiya, puzырchatka, abscesslar, flegmonalar, otit, gripp, o‘pka yallig‘lanishi.

Teri ichiga yuborish usuli bilan sil yuqmagan barcha bolalar, o‘smirlar, oliy o‘quv yurtlari va maxsus bilim yurtlari talabalari, shuningdek davolash-profilaktika muassasalarining 30 yoshgacha bo‘lgan xodimlar (agar ular klinik jihatdan sog‘lom

bo'lsalar va Mantu reaksiyasi ularda manfiy natija bersa) revaksinatsiya qilinadilar. Ilgari peroral usul bilan vaksinatsiya yoki revaksinatsiya qilganlarga birinchi marta 2 yoshdan teri ichiga yuborib revaksinatsiya qilinadi, so'ng 7 yoshda 10-11 yoshda, 13-14 yoshda, 16-17 yoshda, 22-23 yoshda va 27-30 yoshda revaksinatsiya qilinadi.

Qo'yidagi hollarda teri ichiga yuborish yo'llari bilan revaksinatsiya qilish mumkin emas.

- 1) Mantu sinovi musbat natija bergan har qanday yoshdagi shaxslar.
- 2) Sil bilan og'rigan yoki sil yuqqan shaxslar.
- 3) Teri kasalliklari bilan, shuningdek o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar bilan og'riyotgan allergiya holatdagi (o'tkir va yarim o'tkir fazadagi revmatizm, bronxial astma, ovqat idosinkraziyasi va boshqa idiosinkraziyalar) shaxslar.

Vaksinatsiyaning mohiyati shundaki, u immunitet hosil qilish yo'li bilan organizmning silga qarshiligini oshiradi. Ko'rsatilgan tadbirlardan tashqari sil mikobakteriyasining tarkalishiga qarshi qaratilgan choralar ham qurilishi kerak. Buning uchun birinchi navbatda balg'amni zararsizlantirish zarur. Sil kasallar cho'ntaklarida maxsus tufdon olib yurishlari kerak.

Uyda emallangan tufdonlardan foydalanish mumkin, lekin ularda balg'am ko'rib havoga chang bilan tarqalmasligi uchun o'nga suv qo'yib qo'yiladi. Balg'am ishqor eritmasidagi krezol-60% va ishqor eritmasidagi paraxlormetakrezol-40% bilan zararsizlantiriladi yoki kuydirib tashlanadi.

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 infil-tratni 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 yuqqan-ligidan darak beradi. 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.

Silga qarshi turg'un dori vositalari bilan davolash.

Silni aniqlash va davolash usullari odamzodga ko'p yillardan beri ma'lum. 100 yildan ortiq davr ichida sil kasalligini qo'zg'atuvchi mikobakteriyalarni mikroskopiya yordamida aniqlash mumkin, silga qarshi samarali dorilardan esa, 50 yilga yaqin vaqt ichida foydalanilayapti. Shunga qaramasdan, xar yili 2 millionga yaqin odam sil tufayli dunyodan ko'z yumadi. Silni aniqlash va davolashning samarali usullari borligiga qaramasdan, bemorni, ayniqsa yuqumli bemorlarni aniqlash va davolash tizimining yetarlicha yaxshi tashkil qilinmaganligi muammosi saqlanib qolmoqda.

JSST tavsiya qilgan silga qarshi kurashish strategiyasi tibbiy va ma'muriy tadbirlar majmuasi bo'lib, axoligacha yetib boruvchi silni aniqlash va davolash dasturini ishlab chiqish va ishlatishga yo'naltirilgan. Bu strategiya infeksiyani tarqalishini oldini olish bilan birga ko'p xollarda o'lim xolatlarini ko'paytiradigan va katta xarajat talab qiladigan doriga chidamli silning rivojlanishini oldini oladi.

Silni kiyoviy terapiyasining standart sxemalari JSST va Sil va o'pka kasalliklariga qarshi kurashish ittifoqi tomonidan tavsiya qilingan. Ular silni samarali davolash va xamda doriga chidamli sil rivojlanishini oldini olish imkoniyatini beradilar. Xar bir silga qarshi dori qisqartirilgan belgi-harf bilan belgilanadi, masalan:

- Izoniazid – N
- Rifampitsin – R
- Pirazinamit – Z
- Etambutol – E
- Streptomitsin – S

Sil bemorlari kimyoviy terapiyasi 2 bosqichdan iborat:

Davolashning jadal bosqichi va quvvatlovchi bosqich.

Jadal bosqich – davolashning birinchi bosqichida (2-3 oy) bemor unga tayinlangan davolashining rejimiga asosan 4-5 silga qarshi dorilarni qabul qiladi va bu vaqtda M. Tuberculosis ning tez nobud bo'lishi kuzatiladi. Natijada bemor yuqumli bo'lmay qoladi va doriga chidamlilik paydo bo'lishining oldi olinadi. Bemor tayinlangan dorilarning xamma dozasi qabul qilishi muximdir. Buning uchun bemor dorilarini qabul qilishini bevosita nazorat qilish kerak. Jadal bosqich davomida bemor ixtisoslashgan sil kasalxonasida davolanadi. Ba'zida davolashni ambulator sharoitda o'tkazish mumkin.

Quvvatlovchi bosqich – silni davolashning 2 – bosqichida (jadal davolash bosqichiga nisbatan bu davrda qabul qilinadigan dorilar soni kamayadi) shikastlangan o'choqni zararsizlantirish uchun M. Tuberculosis ning persist shakllariga ta'sir qilinadi. Bu bosqichda bemor ambulator davolanadi. Bu davrda bemor o'zini yaxshiroq his qilishi va boshqa xar xil sabablarga ko'ra davolash

ustidan to'la nazorat o'tkazish qiyin bo'lib qoladi, bu bosqichda kimyoviy terapiya kursini uzilish xavfi ko'payadi.

O'pka rentgenografiyasi surati umumiy oldingi to'g'ri proeksiyada olinishdan boshlanadi (plyonkali kasseta oldingi ko'krak devorida). Agar patologik o'zgarishlar o'pkaning orqa qismida bo'lsa umumiy surat yaxlit orqa to'g'ri proeksiyada o'tkaziladi (plyonkali kasseta orqa ko'krak devorida).

Keyin umumiy surat yon proeksiyalar – o'ng va chapda o'tkaziladi. O'ng tomonlama yon suratda plyonkali kassetaga ko'krak qafasining o'ng yon sathi tegib turadi, chapda- chap tomoni. Yon proeksiyadagi rentgenogrammlar o'pkaning bo'lak va segmentlaridagi patologik jarayonning joylashishini, bo'laklararo tirqishlardagi, o'pka va yurak soyasi ortidagi o'zgarishlarni aniqlash uchun zarurdir. Ikki tomonlama o'pka patologiyalarini yaxshiroq aniqlashda o'ng va chap o'pkaning alohida tasvirini olishda suratlarni qiyshiq proeksiya (sath) da olish yaxshiroqdir.



Kompyuter tomografiya (KT)da - rentgoenologik tekshirish usuli bo'lib, uni butun dunyo tan olgan va hamma klinik tibbiyotlarda qo'llaniladi. KT odam tanisini ko'ndalang qavatlarini suratlarni olishni ta'minlaydi (aksial proeksiya). Rentgen trubkasi bemor tanasining bo'ylama o'qi atrofida aylanadi. Ingichka nur tekshirilayotgan qavat orqali turli burchaklardan o'tadi va nay bimlan birga harakatlanayotgan ko'p sonli ssintillyatsion detektori orqali tutiladi. Rentgen nurlari o'tayotgan to'qimalarning zichligi har xil bo'lganligi uchun uni tutami turli xil intensivlikda bo'ladi.

U detektorlar orqali yuqori aniqlikda qayd qilinib, kompyuterda qayta ishlanadi va televizion ekranda ko'ndalang kesimining ko'rinishiga aylanadi. Shunday qilib KT surat emas, balki kompyuter tomonidan turli zichlikdagi to'qimalarni rentgen yutish xususiyatini matematik analizi hisoblanadi (hisoblanilgan tomografiya).

Bronxoskopik (kompyuterli bronxoskopiya), bronxografik (kompyuterli bronxografiya), vena ichi kontrastlashtirish - angiografiya (kompyuterli angiografiya) o'xshash suratlarni olish imkoniyatini berdi.

Nurlanish xavfi kamayadi, sababi qaytadan kesimlarni diagnostik savollarni aniqlashtirish uchun olish ehtiyoji kamayadi. Multiplanar tomografiyada aniqlashtirish detektorlarini soni ko'paytirilganligi hisobiga skanirlash vaqtit

kamayadi, artefakt miqdori kamayadi va tasvirni qayta ishlash imkoniyatlari kengayadi.

Magnit rezonansli tomografiya (MRT).

MRTning ko'pgina yutuqlari bosh va orqa miya, suyak va bo'g'im, ko'krak bo'shlig'ining yirik tomirlarini, yurakni va boshqa ichki a'zolari tekshirish imkonini beradi.

Bu usulning eng asosiy yutuqlaridan biri bemor va tibbiyot xodimi uchun nurlanishning yo'qligidir. Bemor tomograf stoliga yotqiziladi. Tananing tekshiriluvchi qismi kuchli magnit maydoniga joylashtiriladi. U yo'nalishi bo'yicha protonlarni aylantirish orqali tashqi magnit maydoniga parallel ravishda to'qimada magnit maydon hosil qilinadi.

MRT kardiostimulyator yoki boshqa metall implantatlari bor bemorlarda qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Tekshirish kerakligicha uzoq davom etishi mumkin, shuning uchun bolalar va og'ir kasallarda bajarish qiyinroqdir.

Angiopulmonografiya o'pka arteriyalari va uning shoxlarini kontrastlash va rentgen tekshirishdan iborat. Angiografiya 2 ta asosiy usuli umumiy va selektivga bo'linadi.

Bronxial arteriografiyaga asosiy ko'rsatma bo'lib o'pkadan noma'lum etiologiyali va lokalizatsiyali qon ketish hisoblanadi. Bunaqa holatlarda arteriogrammalarda bronxial arteriyalarning kengayganligi, patologik buralmalarning bo'lishi, kontrast moddaning ularning chegarasidan chiqishi (ekstravazatsiya), o'choqli va diffuz gipervaskulyarizatsiya, bronxial arteriyalar anevrizmalari, ularni trombozlari, arterio-arterial anastomozlar orqali o'pka arteriyasining periferik tarmoqlarini retrograd to'lishi aniqlanadi.

Tekshirishga qarshi ko'rsatmalar: yaqqol ateroskleroz, bemorning semizligi, o'pkayurak yetishmovchiligi. Bronxial arteriografiyaning asorati bo'lib son arteriyalari punksiyasi sohasida gematoma bo'lishi mumkin. Judayam kam hollardagi og'ir asorati bo'lib orqa miya tomirlarining zararlanishini, oyoqlarning va chanoq a'zolarining funksiyasi bilan birga kelishidir. Asoratlarini profilaktikasi uslubiy va texnik prinsiplariga va tekshirish qismlariga aniq e'tibor qilinganda bo'ladi.

Bronxografiya. Bronxlarni kontrast rentgenologik tekshiruvi bo'lib, mahalliy anesteziya orqali pozitsion (yo'naltirilmagan) yoki selektiv (yo'naltirilgan) bronxografiya ko'rinishida bo'ladi. Pozitsion bronxografiyada katetri traxeyaga burun orqali kiritiladi, kontrast modda yuborilayotgan vaqtda bemor tanasiga optimal holat beriladi.

Selektiv bronxografiya tekshirilayotgan bronxning kateterizatsiyasiga asoslangan. Uni amalga oshirish uchun turli xil konstruksiyadagi katetr va texnik uslublardan foydalaniladi. Oldin bronxografiya keng qo'llanilgan. Hozirga vaqtda KT ni keng ishlatilishi tufayli Ushbu usul o'zining oldingi ahamiyatini yo'qotgan.

Plevrografiya. Plevra empiemasi bilan kasallanganlarda yiring bo'shlig'i chegaralarini aniqlash va kontrastlash imkonini beradi. Dastlab pleural punksiya qilinadi, pleural suyuqlik aspiratsiya qilinadi, keyinchalik rentgenotelevidenie nazorati ostida plevra bo'shlig'iga 40-50 ml iliq kontrast eritma yuboriladi (propilyodon, urografin).

Rentgenogrammani bemor holati o'zgartirilib turli xil proeksiyada qilinadi. Tekshiruv tugagandan so'ng kontrast moddani plevra suyuqligi bilan birga so'rib olinadi. Plevrografiya orqali olinadigan ma'lumotlarni ko'p hollarda KT orqali olish ham mumkin.

Radionuklidli usullar. O'pkadagi regional ventilyatsiyani baholashda yetakchi o'rinni egallaydi. Ular radiofarmatsevtik preparatlarni, xususan nishonlangan gamma nurlanuvchi nuklidlarni ingalyatsion yoki ko'pincha vena ichiga jo'natilishiga asoslangan. Ularga ksenon-havoli aralashma (133 Xe), albumin makroagregati (133m In yoki 99m Ts), indiy sitrat (133m In), albumin mikrosferalari (99m Ts yoki 133m In) va h.k. kiradi. kiritilgan preparatni taqsimlanishining registratsiyasi kompyuterli stintilyatsion gamma kamera yordamida amalga oshiriladi.

Bunda old, orqa va yon proeksiyalarda statik hamda dinamik ssintigrafiya bajarilad, barcha parametrlarni o'pkani maydonlarini yuqori, o'rta va pastki zonalarga bo'lgan holda foizlarda aniqlanadi. Biroq matematik modellashtirish o'pkadagi qon aylanishi va ventilyatsiyasini absolyut kattaliklarda hisoblash imkonini beradi.

Ultratovush tekshiruvi. Ultratovushli skanirlash xavfsizligi, ko'p marotaba o'tkazish mumkinligi, yuqori aniqlik xususiyati bilan ajralib turadi. Ftiziatrik amaliyotda ultratovush usullari periferik limfa tugunlarini (bo'yin, qo'ltiq osti, chov) o'lchamlarini aniq nazorat qilish uchun kerak. Ultratovush yordamida plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligini aniqlasa bo'ladi. Ultratovushli nazoart plevra bo'shlig'ini punksiya qilishda nuqta tanlash imkoniyatini beradi. Erkaklar, ayollar jinsiy a'zolari siliga shubha bo'lganda ultratovushli diagnostika ko'pincha hal qiluvchi rolni o'ynaydi.

O'pkani regional funksiyalarni radionuklidli usullar bilan tekshirish rentgenokonstrast tekshiruvlardan oldin amalga oshirilishi kerak. Olingan informatsiya nafaqat ventilyatsiya va qon aylanish, balki o'pkadagi jarayonning og'irligini, lokalizatsiyasini, tarqalganligini aniqlab beradi.

Sil kasalligida bemor bolani parvarish qilish.

- Bemor bola va oila a'zolariga kasallik va uning asoratlari borasida ma'lumot berish
- Bemor bola va uning oila a'zolari ma'lumot olish huquqiga ega.
- Bemor bola va uning oila a'zolari amalga oshiriladigan parvarish tadbirlarini maqsadga muvofiqligini tushunadilar.

- Bemor bola va uning oila a'zolari bilan ruhiy-tarbiyaviy tadbir olib boriladi.
- Bemor bolani alohidalashtirish.
- Infeksiyaning tarqalishini oldi olinadi.
- Bemorni parvarishlashda doka niqobdan foydalanish.
- Kox tayoqchalari tashqi muhitda chidamli bo'lib, maishiy buyumlarda uzoq saqlanishi mumkin. Bu hol kasalliklarni uchinchi odam yoki maishiy buyumlar orqali yuqishiga imkon yaratadi
- Bemor yotgan xonani muntazam shamollatib turish, kuniga kamida 2 mahal namlab artish (ayniqsa bemor atrofidagi 2 m masofadagi buyumlarga yaxshilab ishlov berish).
- Tashqi muhitda qo'zg'atuvchilar konsentratsiyasi kamayadi.
- Xona havosi tozalanib, bemorning nafas olishi yengillashadi.
- Sil tayoqchalari atrofga 2 m masofagacha tarqala oladi.
- Bemorni vitaminlar va kalsiyga boy taomlar (mevalar, sabzavotlar, tabiiy sharbatlar, qatiq, pishloq, tvorog va shu kabilar) bilan ovqatlantirish
- Vitaminlar organizmning himoya kuchlarini oshiradi.
- Kalsiy yordamida sil do'mboqchalari kalsifi-katsiyalanib, kasallik asoratsiz yakunlanishi mumkin.
- Bemor bolani ishtahasini yaxshilashga e'tibor berish, kuniga kamida 4-5 mahal ovqatlantirish
- Sil kasalligida bola ishtahasi bo'lmaydi va jismoniy rivojlanishda ortda qolishi kuzatiladi.
- Bemor bolani «to'g'ri yo'talish qoidalariga» o'rgatish
- Kasallikni havo – tomchi yo'li orqali yuqishini oldi olinadi.
- Atrof-muhitga qo'zg'atuvchilarni tarqalishini oldi olinadi.
- Xona haroratini 18-20°C atrofida saqlash.
- Salqin havo nafas olishni yengillashtirib, balg'am ko'chishiga yordam beradi.
- Yuqori harorat bolaning terlashiga, sovuq havo esa shamollab qolishiga sabab bo'lishi mumkin.
- Gigienik tadbirlarni o'z vaqtida o'tkazilishiga, oqliklarni muntazam almashtirilib turilishiga ahamiyat berish.
- Bemor bolalar ko'p terlaydilar.
- Bemor bolaga tinch sharoit yaratish.
- Bemor bolalar injiq, yig'loqi bo'lib qoladilar.
- Bemorlarda holsizlik, kam harakatlilik kuzatiladi.

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 parazit 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'zolarida asosan limfotsitlarda, yani T- xelperlarda, makrofaglarda uchraydi. Virus organizmga tushgandan so'ng qon orqali butun organizmga tarqaladi.

Simptomlari. 1. Otkir infeksiya davri: bemorlar kasallan-gandan 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 virus kurasha boradi va CD4+ limfositlar miqdori asta-sekin asayib 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 yasaydi, keyin shartli patogen infeksiyalar ko'payib kasallik rivojlanadi.

Tashxis

1. Infeksiyilangandan 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‘tkazi-ladigan 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 kislotasi (RNK) reaksiyalari va OITS infeksiyasini kultivatsiya usuli bilan aniqlanadi. Agar bola 18 oylik bo‘lganda IgG antitelolari negativ (manfiy) bo‘lsa, va gipogam-maglouli-nemiya kuzatilmasa, OITS infeksiya belgilari bo‘lmasa, viruso-logik 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. 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 infek-sylansa 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.

TIBBIY ATAMALAR.

ALT – alaninaminotransferaza

ARVT – antiretrovirusnaya terapiya

ARV – antiretrovirusnyy

AKSM – advokatsiya, kommunikatsiya, sotsialnaya mobilizatsiya

BSJ - batsilla Kalmetta – Gerena

OIV – Odam immunotanjis virus

O'TTB – O'pkadan tashqari tuberkulez
JSST –Jaxon sog'liqni saqlash tashkiloti
UASh – Umumiy amaliyot shifokori
DNK - Dezoksiribonukleinovaya kislota
DSA – Dori preparatlariga sezgirlikni aniqlash
KTB – Kislotaga turg'un bakterialar.
L-Y- M- Levenshteyna-Yensena muxiti
LU -TB - Lekarstvenno-ustoychivaya forma
TBLCh -TB - Lekarstvenno-chuvstvitelnaya forma TB
MLU -TB - Formы TB s mnojestvennoy lekarstvennoy ustoychivostyu
MBT - mikobakteriya tuberkuleza
MBT- - Mazok mokrotы s otritsatelным rezultatom issledovaniya na KUB
MBT+ - Mazok mokrotы s polojitelным rezultatom issledovaniya na KUB –
kisloustoysivaya bakteriya
MSKT - multislaysnaya kompyuternaya tomografiya
MRT - magnitno-rezonansnaya tomografiyasi
TNOD – To'g'ridan to'g'ri nazorat ostida davolash
QUA –Qoning umumiy analizi
PLU TB - Polirezistentnaya forma TB
BSTM – Balg'am surmasining tug'ridan –to'g'ri mikroskopiya
BTSYo – birlamchi tibbiy-sanitar yordam.
TODT (PPD) – Tozalangan oqsilliy derivat tuberkulini (Purified Protein
Derivative)
SQX – Silga qarshi xizmat
SQD - Silga qarshi dispanser
SQM - silga qarshi muassasalar.
KQAR – Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi
TTB – Tuman tibbiyot birlashmasi
RSQSh – Respublika silga qarshi shifoxonasi
OITS – Ortirilgan immunitet tanqisligi sindromi

TEST SAVOLLARI

1. Sil kasalligining qo'zg'atuvchisi:

- A) Stafilokokk
- B) Virus
- C) **Mycobacterium tuberculosis**
- D) Zamburug'

2. Sil tayoqchasini qaysi olim aniqlagan?

- A) Paster
- B) Mechnikov
- C) Robert Koch

D) Fleming

3. Silga qarshi BCG vaksinasini kim yaratgan?

- A) Jenner
- B) Albert Calmette va Camille Guérin
- C) Koch
- D) Vaksman

4. Silning asosiy yuqish yo‘li:

- A) Alimentar
- B) Kontakt
- C) Havo-tomchi
- D) Transmissiv

5. Mantu sinamasi nechanchi soatda baholanadi?

- A) 12 soat
- B) 24 soat
- C) 48–72 soat
- D) 5 kun

6. Silni jadal davolash bosqichi davom etadi:

- A) 1 hafta
- B) 2–3 oy
- C) 1 yil
- D) 10 kun

7. OIV qaysi hujayralarni zararlaydi?

- A) Eritrotsit
- B) CD4+ limfotsit
- C) Trombosit
- D) Neytrofil

8. OITS bosqichida CD4 miqdori:

- A) 1000 dan yuqori
- B) 500 dan yuqori
- C) 200/mkl dan past
- D) O'zgarmaydi

9. OIV asosan bolalarda yuqadi:

- A) Havotomchi
- B) Ona orqali
- C) Suv orqali
- D) Hasharot orqali

10. Streptomitsin kim tomonidan yaratilgan?

- A) Selman Waksman
- B) Koch
- C) Pirke
- D) Laennek

VAZIYATLI MASALALAR

1-masala (Sil)

15 yoshli o'smir 3 haftadan beri yo'taladi.
Yo'tal ertalab kuchayadi.
Balg'am ajraladi.
So'nggi oyda 4 kg vazn yo'qotgan.
Kechasi ko'p terlaydi.
Harorati 37.4°C.
Ko'krak qafasida og'riq bor.
Oilada sil bilan og'riqan bemor bo'lgan.
Rentgen tekshiruvda infiltrat aniqlangan.
Balg'am mikroskopiyasida sil tayoqchasi topildi.

Savol: Tashxis va hamshiralik taktikasi?

Javob: O'pka sili, izolyatsiya, DOTS nazorati, dezinfeksiya.

2-masala

7 yoshli bola BCG bilan emlanmagan.
Mantu sinamasi 14 mm.
Limfa tugunlari kattalashgan.
Holsizlik bor.
Subfebril harorat kuzatiladi.

Ishtaha pasaygan.

Ota-onasi sil bilan og‘rigan qarindosh bilan aloqada bo‘lganini aytadi.

Rentgen tekshiruv tayinlandi.

Ftiziatr ko‘rigiga yuborildi.

Dispanser nazoratiga olindi.

Savol: Bu qanday reaksiya?

Javob: Giperergik reaksiya, infeksiya ehtimoli yuqori.

3–masala (OITS)

2 oylik bola.

Onasi OIV musbat.

Bola tez-tez kasallanadi.

Og‘iz bo‘shlig‘ida kandidoz.

Limfa tugunlari kattalashgan.

CD4 darajasi past.

RNK test musbat.

Vazni yaxshi oshmayapti.

Infeksionist nazoratida.

ARV terapiya boshlandi.

Savol: Tashxis?

Javob: Perinatal OIV infeksiyasi.

4–masala

30 yoshli erkak.

2 haftadan ortiq yo‘tal.

Balg‘am qon aralash.

Tungi terlash.

Ozg‘inlashish.

Rentgenogrammada kavernoza o‘choq.

Balg‘amda BK+.

Davolash boshlanmagan.

Oilada 3 farzandi bor.

Uy sharoiti tor.

Savol: Epidemiologik xavf?

Javob: Yuqumli ochiq sil, yuqori xavf.

5–masala

10 yoshli bola.

Onasi OIV bilan yashaydi.

Bola 8 yoshgacha sog‘lom.

So'nggi 1 yilda tez-tez pnevmoniya.
Limfopeniya.
CD4 <200.
Vazn yo'qotish.
Teri toshmalari.
Laborator tekshiruv OIV musbat.
Ikkilamchi infeksiyalar mavjud.

Savol: Bosqich?

Javob: OITS bosqichi.

6–masala

Sil bilan og'rikan bola.
Ishtaha yo'q.
Ozib ketgan.
Jismoniy rivojlanish sust.
Kuniga 5 mahal ovqat tavsiya qilindi.
Vitamin va kalsiy buyurildi.
Xona shamollatilmoqda.
Doka niqob ishlatilmoqda.
Balg'am dezinfeksiya qilinmoqda.
Davolash nazorat ostida.

Savol: Qanday parvarish turi?

Javob: Kompleks hamshiralik parvarishi.

7–masala

Mantu sinamasi 6 mm.
Oldingi yil 2 mm edi.
BCG chandiq bor.
Klinik belgi yo'q.
Rentgen normal.
Bola sog'lom.
Oilada sil yo'q.
Ftiziatr ko'rigi o'tkazildi.
Nazorat tavsiya qilindi.
Profilaktik davo belgilanmadi.

Savol: Holat?

Javob: Postvaksinal allergiya.

8–masala

Sil bemor davoni 2 oydan keyin to'xtatdi.
Holati yaxshilangandi.
3 oydan keyin qayta yo'tal boshlandi.
Rentgen yomonlashgan.
Balg'amda dori chidamli shtamm.
Davolash qayta boshlandi.
Kengaytirilgan sxema qo'llandi.
Psixologik suhbat o'tkazildi.
DOTS nazorat kuchaytirildi.
Dispanser nazorati davom etdi.

Savol: Asorat?

Javob: Doriga chidamli sil.

9–masala

OIV bilan kasallangan bemor.
Antiretrovirus dori qabul qilmaydi.
CD4 kamaygan.
Tez-tez og'ir infeksiya.
Vazn yo'qotish.
Psixologik tushkunlik.
Qarindoshlar qo'llab-quvvatlamaydi.
Hamshira maslahat berdi.
Davo qayta boshlandi.
Nazorat kuchaytirildi.

Savol: Hamshiraning roli?

Javob: Dori qabulini nazorat, ruhiy yordam.

10–masala

5 kunlik chaqaloq.
Tug'ruqxonada BCG qilinmadi.
Tana harorati 37.5°C.
Terida piodermiya bor.
Holati o'rtacha.
Shifokor ko'rsatmasi bilan emlash kechiktirildi.
Kasallik davolandi.
Sog'aygach tuberkulin sinamasiz emlandi.
Reaksiya normal.
Nazorat davom etmoqda.

Savol: Qarshi ko'rsatma sababi?

Javob: O'tkir kasallik va isitma.

NAZORAT UCHUN 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.

Adabiyotlar ro'yxati

1. **1.Salomatlik -3 loyixasi** "Bemor bololarni parvarish kilish asoslari" 2014 y
2. 2.V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019
3. Pakirdinov A. B., Valixonov U. A. — *OIV/OITS, 2013*
4. Parpieva N. N., Agzamova F. R., Mukhamedov K. S., Xodjayeva M. I., Yusupov N. E. — *Mycobacterium tuberculosis ni aniqlash bo'yicha zamonaviy tadqiqotlar, 2006*
5. Parpieva N. N., Mukhamedov K. S., Khagai L. N. — *O'zbekistonda sil kasalligining epidemiologik xususiyatlari, 2006*
6. Parpieva N. N. — *Bolalarda tuberkulyozni boshqarish bo'yicha milliy qo'llanma, 2014*
7. Parpieva N. N. va boshqalar — *Silga qarshi yordamni takomillashtirish, 2014*
8. Mirkulov S. A. — *Tuberkuloz kasalligini profilaktika va davolash asoslari, 2018*

9. Tursunov B. N. — *Bolalar ftiziatriyasi asoslari*, 2016
10. Yakubov R. K. — *Tuberkuloz va immunitet*, 2019
11. Mamurov U. T., Qodirov A. S. — *OIV infeksiyasi: zamonaviy qarashlar*, 2021

“INSERT” metodi interfaol o‘yini qo‘llanish texnikasi

“INSERT” — matn bilan ishlash orqali o‘quvchilarning **tushuncha, tahlil va tanqidiy fikrlash** ko‘nikmalarini rivojlantirishga qaratilgan metod. Tibbiyot fanlarida nazariy bilimni mustahkamlash va diagnostik tafakkurni shakllantirishda samarali.

Maqsadni aniqlash

- Matnni tushunishni va asosiy g‘oyalarni ajrata olishni rivojlantirish
- Talabalarning aktiv o‘qish ko‘nikmalarini shakllantirish
- Mavzuni mustahkamlash va mustaqil tahlil qilish

Tayyorlov bosqichi

- Tegishli mavzuga oid matn tayyorlanadi
 - Masalan: “Arterial gipertenziya: etiologiya, simptomlar, asoratlar”
- Talabalar uchun belgilar yoki kodlar tayyorlanadi:
 - “+” – bilgan ma’lumot
 - “-” – noto‘g‘ri deb hisoblangan ma’lumot
 - “?” – tushunarsiz yoki savol tug‘ilgan joy
 - “!” – yangi yoki hayratlanarli ma’lumot

Qoidalarni tushuntirish

- Matnni o‘qib chiqib, har bir jumla yoki fikrni tegishli belgi bilan belgilash
- Talabalar individual yoki guruh bo‘lib ishlashi mumkin
- Vaqt belgilanadi (5–10 daqiqa)

Matnni o‘qish va belgilash

- Talabalar matnni o‘qib, belgilarni qo‘yadi: +, -, ?, !
- Har bir belgi asosida tahlil va muhokama qilinadi

Muhokama bosqichi

- Talabalar o‘z belgilari va sabablarini izohlaydi
- Boshqalar bilan fikr almashadi
- Noto‘g‘ri tushunilgan yoki yangilik sifatida qabul qilingan ma’lumotlar aniqlanadi

Xulosa chiqarish

- O‘qituvchi matn bo‘yicha asosiy tushunchalarni mustahkamlaydi
- Savollar va tushunmovchiliklar aniqlanadi
- Kerakli qo‘shimchalar beriladi

Afzalliklari

- Tanqidiy va mantiqiy fikrlashni rivojlantiradi
- Bilimni mustahkamlash va yangi ma’lumotni ajratib olishga yordam beradi
- Talabalarni faol ishtirokga jalb qiladi
- Murakkab matnlarni tushunishni osonlashtiradi

13-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi
---	---

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashgulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	1.Diareyada universal-progressiv modeldan foydalanish 2.Sil kasalligi bilan kasallangan bolalarni parvarishlash

Diareyada universal-progressiv modeldan foydalanish

Maqsad:

Diareyada bemorni universal-progressiv model asosida bosqichma-bosqich baholash va yordam ko‘rsatishni o‘rganish.

Universal-progressiv model bosqichlari

1-bosqich: Muammoni aniqlash

1. Ich ketish davomiyligini aniqlash.
2. Kunlik ich ketish sonini hisoblash.
3. Axlat xarakterini aniqlash.
4. Qayt qilish mavjudligi.
5. Suvsizlanish darajasini baholash.
6. Tana haroratini o'lchash.
7. Oziqlanish holatini baholash.
8. Epidemiologik ma'lumot yig'ish.
9. Bola yoshini hisobga olish.
10. Umumiy ahvolni baholash.

2-bosqich: Muammoni rejalashtirish

1. Regidratatsiya hajmini aniqlash.
2. Parhez rejasini tuzish.
3. Dori vositalarini rejalashtirish.
4. Kuzatuv chastotasini belgilash.
5. Asoratlarning oldini olish choralari belgilash.
6. Ota-onaga tushuntirish rejasi.
7. Gigiena choralari rejalashtirish.
8. Laborator tekshiruvlar rejasini tuzish.
9. Yotoq rejimini belgilash.
10. Monitoring jadvalini tuzish.

3-bosqich: Amalga oshirish

1. Regidron eritmasini berish.
2. Zaruratda vena ichiga suyuqlik yuborish.
3. Parhezni bosqichma-bosqich kengaytirish.
4. Tana haroratini nazorat qilish.
5. Ich ketish sonini qayd etish.
6. Dori vositalarini o'z vaqtida berish.
7. Dezinfeksiya ishlarini olib borish.
8. Shaxsiy gigienani ta'minlash.
9. Hujjatlarni to'ldirish.
10. Shifokor ko'rsatmalarini bajarish.

4-bosqich: Baholash

1. Ich ketish kamayganini aniqlash.
2. Suvsizlanish belgilarining yo'qolishi.
3. Tana haroratining me'yorlashuvi.
4. Bemorning umumiy ahvoli yaxshilanishi.

5. Siydik ajralishining tiklanishi.
6. Laborator ko'rsatkichlarning normallashuvi.
7. Ishtahaning tiklanishi.
8. Asoratlar yo'qligi.
9. Ota-onaning parvarish ko'nikmasi shakllanishi.
10. Bemorni chiqarishga tayyorlash.

Sil kasalligi bilan kasallangan bolalarni parvarishlash

1.1. Kasallikni tushunish

- **Sil (tuberkulyoz)** – Mycobacterium tuberculosis bakteriyasi bilan yuzaga keladigan yuqumli kasallik.
- Bolalarda asosan o'pka siliga uchraydi, ammo limfa tugunlari, suyaklar va boshqa organlarda ham bo'lishi mumkin.
- Bolalarda kasallik tez rivojlanishi mumkin, ayniqsa immuniteti past bo'lsa.

1.2. Kasallik belgilari

- Uzoq davom etuvchi yo'tal (2 haftadan ortiq)
- Ishtahaning kamayishi, vazn yo'qotish
- Harorat ko'tarilishi (asosan kechqurun)
- Umumiy holsizlik, charchoq
- Ba'zan terlash, ayniqsa tunda

1.3. Amaliyot ketma-ketligi (parvarish)

1. Kirish va tayyorgarlik

- Bolani va oilani kasallik haqida xabardor qilish.
- Shaxsiy gigiyena vositalari: maska, qo'l yuvish, steril buyumlar.
- Bolaning holatini baholash: tana harorati, puls, nafas tezligi, vazn, o'sish.

2. Davolanishni kuzatish

- Shifokor ko'rsatmalariga binoan antibiotiklar (isoniazid, rifampisin va boshqalar)ni berish.
- Dozani va muddatni aniq kuzatish (DOTS strategiyasi – bevosita nazorat qilinadigan davolanish).
- Yon ta'sirlarni kuzatish: teri allergiyasi, oshqozon-ichak muammolari, jigar funksiyasi.

3. Ovqatlanish va parvarish

- Yuqori kaloriya va oqsilga boy dietani ta'minlash.
- Kichik porsiylar, tez-tez ovqatlanish.
- Suv va vitaminlarni yetarli miqdorda berish.

4. Gigiyena va profilaktika

- Uyda havo aylanishini ta'minlash.

- Bolani boshqa bolalardan ajratish (zarurat bo'lsa) – ayniqsa bolalar maktab va bog'chalarda.
- Gigiyenik mashg'ulotlar: qo'l yuvish, tana tozaligi.

5. Reabilitatsiya va monitoring

- Davolanish davomida va undan keyin muntazam tibbiy tekshiruv.
- Psixologik qo'llab-quvvatlash: bolani ruhiy tarbiya qilish, depressiya va qo'rquvni kamaytirish.
- Jismoniy mashqlar va o'yinlar orqali immunitetni mustahkamlash.

14- mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.
---	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	1. Virusli hepatitlar turlari, 2. Virusli hepatitlar klinikasi 3. Virusli hepatitlar epidemiologiyasi
O'quv mashg'uloti maqsadi: 1.Ta'limiy: <ul style="list-style-type: none"> ● Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash ● Amaliy ko'nikmalarni egallash ● Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash ● Deontologik tarbiyaning shakllanishi ● Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash 2.Tarbiyaviy maqsadi:	

- Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi
<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshirdi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bo'yicha bilimni baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko'nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o'qituvchi bergan savollariga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar." Fishbone" sxemasi tinglovchilar tomonidan</p>

<p>usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “Fishbone” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa : Virusli gepatitlar, turlari, klinikasi, epidemiologiyasi</p> <p>Foydalanilgan adabiyotlar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y 8. V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019 9. V.F. Uchaikin, N.I. Nisevich. <i>Bolalar yuqumli kasalliklari.</i> — Moskva: GEOTAR-Media, 2018. 10. V.I. Pokrovskiy, N.I. Briko. <i>Yuqumli kasalliklar va epidemiologiya.</i> — Moskva: GEOTAR-Media, 2016. 11. A.A. Vorobyev. <i>Tibbiyot mikrobiologiyasi.</i> — Moskva: Meditsina, 2014. 12. World Health Organization. <i>Hepatitis A Fact Sheet.</i> — Geneva: WHO, 2022. 13. World Health Organization. <i>Hepatitis B Fact Sheet.</i> — Geneva: WHO, 2023. 14. 	<p>Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Virusli hepatitlarning etiologiya, epidemiologiyasi, patogenezi. Virusli hepatitlarning tasnifi, tekshirish usullari, Gepatitni tashxislash uchun qo‘shimcha uslublar. Zamonaviy laborator tekshiruv, davolash usullari. Virusli hepatit bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilish.</p>	<p>O‘quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Virusli hepatit va uning turlarini. – Virusli hepatitda bolalarda hamshiralik parvarishi ularning oilalarida xamshiralik parvarishini olib borishni bilishi kerak. - Qon taxlili natijalarini o‘qish va baxolash bilishi kerak.
<p>O‘qitish metodlari</p>	<p>“Fishbone”</p>
<p>O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli</p>	<p>Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli</p>
<p>O‘qitish vositalari</p>	<p>Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.</p>
<p>O‘qitish shart sharoiti</p>	<p>Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.</p>
<p>Qayta a’loqaning usul va vositalari.</p>	<p>Og’zaki so’rov: tezkor so’rov, yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o‘quv topshiriqlarini baxolash</p>

Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi.

Dars rejasi:

1. Virusli hepatitlar turlari,
2. Virusli hepatitlar klinikasi
3. Virusli hepatitlar epidemiologiyasi

Yuqumli hepatitning qo‘zg‘atuvchisi viruslar bo‘lib, ular tashqi muhitga ancha chidamli. Bu viruslar 56oC da 30 daqiqa va undan ham ko‘proq vaqtgacha o‘z kuchini yo‘qotmaydi, quruq sharoitga, past haroratga va ultrabinafsha nurlar ta’siriga ham chidamli bo‘lib, bemorlardan olingan qonda va qon zardobida a’zan uzoq muddat saqlanadi.

Yuqumli gepatit A (infekzion 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 boshlan-gandan boshlab) yoki sariqlik paydo bo'lgan kundan boshlab, uch hafta davomida alohida ajratilishi shart. Zardobli gepatitning yuqumli davri ancha uzoq bo'lib bemor sarg'ay-gandan 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 gaplashgan-da 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 organizm sog'ayadi yoki kasallikning asoratlari qaytalanishi kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Yuqumli gepatitning yashirin (inkubat-sion) 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 darmon-sizlik, 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. Bemor-larda 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 – jigarining, 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. Labo-ratoriya 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, 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.

Rekonvalesensiya 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 kuchayadi. Yurak tovushlari susayib, 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, bezov-talanish 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 avjga 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.

Tibbiy atamalar

1. **Virusli gepatit** – Jigar hujayralarining viruslar ta’sirida yallig‘lanishi.
2. **Gepatotsit** – Jigar hujayrasi.
3. **Virusemiya** – Virusning qonda aylanishi.
4. **Prodromal davr** – Kasallikning boshlang‘ich (sariqlik oldi) davri.
5. **Rekonvalessensiya** – Tuzalish davri.
6. **Giperbilirubinemiya** – Qonda bilirubin miqdorining oshishi.
7. **Transaminazalar (AlAT, AsAT)** – Jigar shikastlanishini ko‘rsatuvchi fermentlar.
8. **Astenovegetativ sindrom** – Holsizlik, tez charchash, uyquchanlik bilan namoyon bo‘ladigan holat.
9. **Gepatomegaliya** – Jigarning kattalashuvi.
10. **Jigar komasi** – Jigar yetishmovchiligi natijasida hushning yo‘qolishi.

TEST SAVOLLARI

1. Yuqumli gepatit A qanday yo‘l bilan yuqadi?

- A) Parenteral
- B) Alimentar
- C) Transmissiv
- D) Jinsiy

2. Gepatit B ning inkubatsion davri:

- A) 5–10 kun
- B) 15–30 kun
- C) 40–180 kun
- D) 1 yil

3. Sariqlikning sababi:

- A) Gemoglobin kamayishi
- B) Bilirubin oshishi
- C) Qon bosimi tushishi
- D) Glyukoza kamayishi

4. Gepatitda qaysi fermentlar oshadi?

- A) Amilaza
- B) Pepsin
- C) AlAT va AsAT
- D) Insulin

5. Botkin kasalligi deb ataladi:

- A) Gepatit B
- B) Gepatit C
- C) Gepatit A
- D) Gepatit D

6. Gepatit B ko‘proq qaysi yo‘l bilan yuqadi?

- A) Havо-tomchi
- B) Qon orqali
- C) Suv orqali
- D) Oziq-ovqat orqali

7. Sariqlik davri o‘rtacha davom etadi:

- A) 1–2 kun
- B) 10–15 kun
- C) 2 oy

D) 1 yil

8. Gepatomegaliya nima?

- A) Jigar kichrayishi
- B) Jigar kattalashuvi
- C) Buyrak kattalashuvi
- D) Taloq kichrayishi

9. Og'ir turdagi gepatitda kuzatiladi:

- A) Yengil holsizlik
- B) Faqat bosh og'riq
- C) Jigar komasi
- D) Yo'tal

10. Parhez terapiyada buyuriladi:

- A) 1-stol
- B) 5-stol
- C) 9-stol
- D) 15-stol

VAZIYATLI MASALALAR

1–masala

12 yoshli bola 5 kundan beri holsiz. Dastlab tana harorati 38°C bo'lgan. Ko'ngli aynigan, 2 marta qusgan. Ishtahasi pasaygan. So'nggi 2 kunda siydigi to'q rangga kirgan, axlati oqarib qolgan. Ko'z sklerasi sarg'aygan. Paypaslaganda jigar kattalashgan va og'riqli. Qonda bilirubin va AlAT oshgan.

Savol: Tashxis?

Javob: Virusli gepatit A.

2–masala

16 yoshli o'smir asta-sekin holsizlanib bormoqda. 2 haftadan beri ishtahasi yo'q, tez charchaydi. Tana harorati normal. 1 haftadan so'ng terisi va ko'zlari sarg'aygan. Anamnezida 3 oy oldin qon quyilgan. Jigar kattalashgan.

Savol: Qaysi tur?

Javob: Virusli gepatit B.

3–masala

8 yoshli bola sariqlik bilan shifoxonaga keldi. Teri qichishadi, siydik to‘q rangda. Axlat oqarib ketgan. Jigar va taloq kattalashgan. Bola ko‘p uxlaydi, holsiz. Laboratoriyada bilirubin keskin oshgan.

Savol: Og‘irlik darajasi?

Javob: O‘rtacha yoki og‘ir tur.

4–masala

10 yoshli bemorda sariqlik boshlanganidan so‘ng umumiy ahvoli yaxshilandi. Harorati tushdi, ko‘ngil aynishi kamaydi. 2 haftadan keyin fermentlar me‘yorga keldi.

Savol: Qaysi turga xos?

Javob: Gepatit A.

5–masala

Bemor hushyor emas, tez-tez qusadi. Sarg‘ayish kuchli. Jigar kattalashgan, qattiq. Bilirubin juda yuqori.

Savol: Qanday asorat?

Javob: Jigar komasi xavfi.

NAZORAT SAVOLLARI

1. Gepatit A va B etiologiyasi.
2. Epidemiologik xususiyatlari.
3. Inkubatsion davr farqlari.
4. Patogenez bosqichlari.
5. Klinik davrlari.
6. Gepatit A va B farqi.
7. Laborator diagnostika.
8. Davolash prinsiplari.
9. Parhez terapiyasi.
10. Profilaktika va hamshiralik parvarishi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. **Salomatlik -3 loyixasi** “Bemor bololarni parvarish kilish asoslari” 2014 y
2. V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019
3. **V.F. Uchaikin, N.I. Nisevich.** *Bolalar yuqumli kasalliklari.* — Moskva: GEOTAR-Media, 2018.
4. **V.I. Pokrovskiy, N.I. Briko.** *Yuqumli kasalliklar va epidemiologiya.* — Moskva: GEOTAR-Media, 2016.
5. **A.A. Vorobyev.** *Tibbiyot mikrobiologiyasi.* — Moskva: Meditsina, 2014.
6. World Health Organization. *Hepatitis A Fact Sheet.* — Geneva: WHO, 2022.

7. World Health Organization. *Hepatitis B Fact Sheet*. — Geneva: WHO, 2023.

“Fishbone” (Baliq skeleti) interfaol o‘yini texnikasi


“Baliq skeleti” usuli — muammo sabablarini tizimli va vizual tarzda aniqlashga qaratilgan interfaol metod. Tibbiyot darslarida kasallik etiologiyasi, patogenez va diagnostika tahlilida samarali qo‘llaniladi.

Maqsadni aniqlash

- Klinik muammo yoki kasallikning sabablarini aniqlash
- Diagnostik fikrlash va sabab-oqibat munosabatlarini o‘rgatish
- Jamoaviy tahlil va muloqotni rivojlantirish

Tayyorlov bosqichi

- Doskaga yoki slaydda **baliq skeleti** chiziladi:
 - **Bosh qismiga** – asosiy muammo yoki kasallik nomi yoziladi
 - **Katta suyaklarga** – asosiy sabablar yoziladi
 - **Kichik suyaklar** – asosiy sababni aniqlovchi qo‘shimcha omillar yoziladi

 Masalan (tibbiyotda):

Muammo: Arterial gipertenziya

Asosiy sabablar: Irsiy omillar, stress, ovqatlanish, kam harakatlilik, endokrin kasalliklar

Guruhlarga bo‘lish

- Talabalar kichik guruhlarga ajratiladi (3–5 kishi)
- Har bir guruh muammoning ma’lum bir yo‘nalishini tahlil qiladi

Muammoni tahlil qilish

- Guruhlar asosiy sabablarni va ularning kichik omillarini aniqlaydi
- Skelet to‘ldiriladi va har bir sabab dalil bilan asoslanadi

Taqdimot bosqichi

- Har bir guruh o‘z tahlilini auditoriyaga taqdim qiladi
- Boshqa guruhlar savol beradi yoki qo‘shimcha kiritadi

Xulosa va refleksiya

- Eng asosiy sabablar aniqlanadi
- Sabab-oqibat munosabatlari tahlil qilinadi

- O‘qituvchi yakuniy ilmiy xulosa beradi

Afzalliklari

- Tizimli va vizual tahlil imkonini beradi
- Diagnostik fikrlashni rivojlantiradi
- Jamoaviy ishlash ko‘nikmasini oshiradi
- Sabab-oqibat bog‘liqligini tushunishga yordam beradi

14-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Bolalarda uchraydigan yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi
---	---

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashg‘ulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	1.Virusli hepatitlar bilan kasallangan bemor bolalarda hamshiralik parvarishi 2.Virusli hepatitlarni profilaktikasi

Virusli hepatitlar bilan kasallangan bemor bolalarda hamshiralik parvarishi

Mashg‘ulot maqsadi:

Talabalarga virusli hepatit (ayniqsa A va B) bilan kasallangan bolalarda hamshiralik jarayonini to‘g‘ri tashkil etish, bemorni kuzatish, asoratlarning oldini olish va reabilitatsiya choralarini o‘rgatish.

I. Tayyorlov bosqichi

1. Izolyatsiya xonasini tayyorlash.
2. Dezinfeksiya vositalarini tayyorlash.
3. Individual himoya vositalarini (xalat, niqob, qo‘lqop) tayyorlash.
4. Kuzatuv varaqasini ochish.

5. Termometr, tonometr, pulsoksimetr tayyorlash.

II. Bemorni dastlabki baholash

1. Shikoyatlarni aniqlash: holsizlik, ko'ngil aynishi, qusish, qorin og'rig'i.
2. Tana haroratini o'lchash.
3. Teri va skleraning sarg'ayishini tekshirish.
4. Siydik rangini baholash (to'q rang).
5. Axlat rangini aniqlash (oqarishi).
6. Jigarning kattaligi va og'riqliligini baholash.
7. Puls va qon bosimini o'lchash.
8. Oziqlanish holatini baholash.
9. Laborator natijalarni kuzatish (bilirubin, AlAT, AsAT).
10. Ruhiy holatini baholash (uyquchanlik, bezovtalik).

III. Hamshiralik tashxisi

- O'tkir virusli jigar yallig'lanishi bilan bog'liq intoksikatsiya.
- Ishtaha yo'qligi bilan bog'liq oziqlanish yetishmovchiligi.
- Qusish bilan bog'liq suvsizlanish xavfi.
- Jigar yetishmovchiligi rivojlanish xavfi.
- Infeksiya tarqalish xavfi.

IV. Rejalashtirish

1. Yotoq rejimini ta'minlash (qat'iy yotoq rejimi).
2. Parhez №5 stolni tashkil etish.
3. Suyuqlik balansini nazorat qilish.
4. Dori vositalarini o'z vaqtida berish (gepatoprotektorlar).
5. Vitaminoterapiya tashkil qilish.
6. Har kuni jigar hajmini kuzatish.
7. Asoratlarni erta aniqlash rejasi.
8. Ota-onaga tushuntirish ishlari.
9. Dezinfeksiya tadbirlarini rejalashtirish.
10. Dispanser kuzatuvini belgilash.

V. Amalga oshirish

1. Rejim

- Bola to'liq tinch holatda bo'lishi kerak.
- Jismoniy zo'riqish taqiqlanadi.

2. Parhez

- Yog‘li, qovurilgan taomlar taqiqlanadi.
- Qaynatilgan, bug‘da pishirilgan ovqat.
- Ko‘p suyuqlik (kompot, mineral suv).

3. Dori vositalari

- Gepatoprotektorlar (Essentiale, Karsil).
- Vitaminlar (B guruhi, C vitamini).
- Zarurat bo‘lsa infuzion terapiya.

4. Kuzatuv

- Har 4 soatda harorat nazorati.
- Siydik va najas rangini qayd qilish.
- Diurezni hisoblash.
- Laborator ko‘rsatkichlarni nazorat qilish.

5. Profilaktik choralar

- Idish-tovoqni alohida ajratish.
- Oqartirish eritmalari bilan tozalash.
- Qo‘l gigienasini qat’iy nazorat qilish.

VI. Baholash

1. Sariqlik kamayishi.
2. Ishtahaning tiklanishi.
3. Bilirubin me‘yorlashuvi.
4. Jigar hajmining kamayishi.
5. Bola umumiy ahvolining yaxshilanishi.

Virusli gepatitlarni profilaktikasi

Maqsad: Virusli gepatit A va B ning oldini olish choralari o‘rganish.

I. Birlamchi profilaktika

1. Gepatit A profilaktikasi

- Ichimlik suvini qaynatish.
- Oziq-ovqatni gigienik tayyorlash.
- Qo‘lni sovunlab yuvish.
- Bolalar bog‘chasida sanitariya nazorati.
- Sariqlik aniqlangan bolani 21–30 kun izolyatsiya qilish.

2. Gepatit B profilaktikasi

- Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga emlash.
- Steril tibbiy asboblarni ishlatish.
- Qon quyishda qat’iy tekshiruv.
- Bir martalik shpritslardan foydalanish.
- Jarrohlik amaliyotlarida aseptika qoidalari.

II. Ikkilamchi profilaktika

1. Kasallikni erta aniqlash.
2. Laborator tekshiruvlarni o‘tkazish.
3. Kontakt shaxslarni 35 kun kuzatish.
4. Dezinfeksiya o‘tkazish.
5. Favqulodda xabarnoma yuborish.

III. Uchlamchi profilaktika

1. Dispanser nazorati (6–12 oy).
2. Parhezni davom ettirish.
3. Jismoniy yuklamani cheklash.
4. Biokimyoviy ko‘rsatkichlarni tekshirish.
5. Surunkali shaklning oldini olish.

IV. Emlash algoritmi

- Tug‘ruqxonada 1-doza (24 soat ichida).
- 1 oyligida.
- 6 oyligida.
- Revaksinatsiya zarur hollarda.

V. Amaliy mashg‘ulot yakuni

Talaba quyidagilarni bilishi kerak:

- Gepatitli bemorni parvarish qilish
- Dezinfeksiya o‘tkazish tartibi
- Izolyatsiya qoidalari
- Emlash jadvali
- Asoratlarni aniqlash

15- mavzu: O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Tug‘ma nuqsonlar va irsiy kasalliklarda hamshiralik parvarishi
---	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolalarda tug'ma nuqsonlar hamshiralik parvarishi 2. Irsiy kasalliklar hamshiralik parvarishi
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi

<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalirini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar, yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni o'tilgan mavzular bo'yicha bilimni baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy ko'nikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xaqida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Aqliy xujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab, o'ituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar." Aqliy xujum" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib,baxolanadilar.Uyga vazifa: Favqulotda vaziyatlar va shoshilinch holatlar tez tibbiy yordam ko'rsatish oydalanilgan adabiyotlar 15.Salomatlik -3 loyixasi "Bemor bololarni parvarish kilish asoslari" 2014 y</p>	<p>Tinglaydilir,uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>16.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019</p> <p>17.O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. Pediatriya bo‘yicha milliy qo‘llanma, Toshkent, 2021.</p> <p>18.T.X. Xudoyberdiyev. Tibbiy genetika asoslari, Toshkent, 2019.</p> <p>19.S.S. Karimov. Bolalar kasalliklari, Toshkent, 2018.</p> <p>20.O‘zbekiston Respublikasi SSV. Neonatologiya bo‘yicha klinik protokollar, Toshkent, 2020.</p> <p>21.A.A. Abduqodirov. Tibbiyot psixologiyasi, Toshkent, 2017.</p>	
--	---	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>Tug‘ma nuqsonlar va irsiy kasalliklar to‘g‘risida tushuncha. Daun va fenilketonuriya va tug‘ma gipotireoz, moddalar almashinuvining irsiy buzilish ta‘rifi, etiologiya, belgilari, diagnostikasi, hamshiralik parvarishi. Skrining markazining asosiy maqsadi va vazifalari.</p>	<p>O‘quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tug‘ma nuqsonlarga va irsiy kasalliklarga olib keladigan omillarni. – Tug‘ma nuqsonlarni va irsiy kasalliklarni oldini olish uchun qo‘llaniladigan chora-tadbirlarni. Skrining markazi to‘g‘risida ma‘lumotni – Daun kasalligi va hamshiralik parvarishi. – Fenilketonuriyada bolalarda va ularning oilalarida xamshiralik parvarishini. – Tug‘ma nuqsonli va irsiy kasalligi bor bolalarni parvarishlashni o‘ziga xos tomonlarini – Tug‘ma nuqsonlar bilan tug‘ilgan bolalarni ovqatlantirishni. – Irsiy kasalliklarda bolalarni tekshirishni
O‘qitish metodlari	“Aqliy xujum”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli

shakli	
O'qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil'mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o'quv xona.
Qayta a'loqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov :tezkor so'rov, yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Tug'ma nuqsonlar va irsiy kasalliklarda hamshiralik parvarishi

Dars rejasi:

1. Bolalarda tug'ma nuqsonlar hamshiralik parvarishi
2. Irsiy kasalliklar hamshiralik parvarishi

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 kasalliklar, xromosom 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 garamasdan 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. Inkori 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 xromosomada 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 jismoniy 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 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. Asratlar 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 kuzatil-maydi, 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.

TIBBIY ATAMALAR

1. **Tug‘ma nuqson** – homila rivojlanish davrida yuzaga keladigan anatomik yoki funksional buzilish.
2. **Irsiy kasallik** – genlar orqali nasldan-naslga o‘tadigan kasallik.
3. **Xromosoma patologiyasi** – xromosomalar soni yoki tuzilishining buzilishi bilan bog‘liq kasallik.

4. **Multifaktorial kasallik** – irsiy va tashqi omillar ta'sirida rivojlanadigan kasallik.
5. **Epikantus** – ko'zning ichki burchagida teri burmasi mavjudligi.
6. **Kariotip** – hujayradagi xromosomalar to'plami va ularning soni.
7. **Daun sindromi** – 21-xromosoma trisomiyasi bilan kechuvchi xromosoma kasalligi.
8. **Fenilketonuriya** – fenilalanin almashinuvi buzilishi bilan bog'liq irsiy kasallik.
9. **Psixomotor rivojlanish** – bolaning harakat va aqliy rivojlanish jarayoni.
10. **Genetik maslahat** – irsiy kasallik xavfini aniqlash va tushuntirish jarayoni.

TEST SAVOLLARI

1. Tug'ma nuqsonlar qachon yuzaga keladi?
 - A) Bola tug'ilgandan keyin
 - B) Maktab yoshida
 - C) Homila rivojlanish davrida
 - D) O'smirlik davrida
2. Daun sindromida nechta xromosoma bo'ladi?
 - A) 45
 - B) 46
 - C) 47
 - D) 48
3. Daun sindromi qaysi xromosoma bilan bog'liq?
 - A) 18-xromosoma
 - B) 21-xromosoma
 - C) 13-xromosoma
 - D) 22-xromosoma
4. Fenilketonuriya nimaning yetishmovchiligi natijasida yuzaga keladi?
 - A) Insulin
 - B) Fenilalaninni parchalaydigan ferment
 - C) Gemoglobin
 - D) Vitamin D
5. Tug'ma nuqsonlarning tashqi muhit omillariga qaysi kiradi?
 - A) Qarindoshlar nikohi
 - B) Dori vositalari
 - C) Infeksiyalar
 - D) Barchasi to'g'ri
6. Daun sindromida ko'p uchraydigan qo'shimcha nuqson:
 - A) Buyrak yetishmovchiligi
 - B) Yurak nuqsoni
 - C) Jigar sirrozi
 - D) Qon ketish
7. Fenilketonuriyada asosiy davolash usuli:
 - A) Jarrohlik

- B) Maxsus parhez
 - C) Antibiotiklar
 - D) Radioterapiya
8. Qarindoshlar o'rtasidagi nikoh qanday xavfni oshiradi?
 - A) Yuqumli kasallik
 - B) Irsiy kasallik
 - C) Allergiya
 - D) Gipertoniya
 9. Daun sindromi xavfi qachon ortadi?
 - A) Ona 20 yoshgacha bo'lsa
 - B) Ona 35 yoshdan katta bo'lsa
 - C) Ota 25 yoshda bo'lsa
 - D) Bola 2 yoshga yetganda
 10. Tug'ma nuqsonli bola tug'ilganda ota-onaning birinchi reaksiyasi:
 - A) Moslashish
 - B) Shok holati
 - C) Xursandchilik
 - D) Beparvolik

NAZORAT SAVOLLARI

1. Tug'ma nuqsonlarning asosiy sabablari nimalardan iborat?
2. Tashqi muhit omillarining homila rivojlanishiga ta'siri qanday?
3. Qarindoshlar nikohi nima sababdan xavfli?
4. Daun sindromining klinik belgilari qanday?
5. Daun sindromida yurak nuqsonlari necha foiz hollarda uchraydi?
6. Fenilketonuriya qanday mexanizm asosida rivojlanadi?
7. Fenilketonuriyada dietoterapiyaning ahamiyati nimada?
8. Tug'ma nuqsonli bola tug'ilganda ota-onalar qanday psixologik bosqichlardan o'tadi?
9. Hamshiraning ota-onalar bilan ishlashdagi roli qanday?
10. Genetik maslahatning ahamiyati nimada?

FOYDALANILADIGAN ADABIYOTLAR

1. **Salomatlik -3 loyixasi** "Bemor bololarni parvarish kilish asoslari" 2014 y
2. V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatriyada xamshiralik parvarishi" 2019
3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi. **Pediatriya bo'yicha milliy qo'llanma**, Toshkent, 2021.
4. T.X. Xudoyberdiyev. **Tibbiy genetika asoslari**, Toshkent, 2019.
5. S.S. Karimov. **Bolalar kasalliklari**, Toshkent, 2018.
6. O'zbekiston Respublikasi SSV. **Neonatologiya bo'yicha klinik protokollar**, Toshkent, 2020.
7. A.A. Abduqodirov. **Tibbiyot psixologiyasi**, Toshkent, 2017.

“Aqliy hujum” (Brainstorming) interfaol o‘yini qo‘llanishi

“Aqliy hujum” — muammoni qisqa vaqt ichida ko‘plab g‘oyalar orqali hal qilishga qaratilgan interfaol metod. Tibbiyot darslarida tashxis qo‘yish, davolash usullarini aniqlash va muammoli vaziyatni tahlil qilishda samarali.

Maqsadni aniqlash

- Muammo yoki savol aniq belgilanadi.
- Masalan: “Isitma bilan kelgan bemorda qanday sabablar bo‘lishi mumkin?”

Qoidalarni tushuntirish

- Har qanday fikr qabul qilinadi (tanqid qilinmaydi).
- Tezkorlik muhim.
- Qisqa va aniq javob beriladi.
- Fikrlar soni ko‘p bo‘lishi rag‘batlantiriladi.

Muammoni e‘lon qilish

- O‘qituvchi savolni doskaga yozadi.
- Vaqt belgilanadi (3–5 daqiqa).

G‘oyalarni yig‘ish

- Talabalar navbat bilan yoki erkin tarzda fikr bildiradi.
- O‘qituvchi barcha javoblarni yozib boradi.
- Baholash yoki tahlil bu bosqichda qilinmaydi.

Tahlil bosqichi

- Bildirilgan g‘oyalar guruhlariga ajratiladi.
- Asosli va mantiqli variantlar tanlab olinadi.
- Keraksiz yoki takroriy javoblar chiqarib tashlanadi.

Xulosa chiqarish

- Eng to‘g‘ri yoki samarali yechim aniqlanadi.
- O‘qituvchi ilmiy asoslangan yakuniy xulosani beradi.

Tibbiyotda qo‘llanish misoli

Savol: “Arterial gipertenziyaning xavf omillari nimalar?”

Talabalar:

- Irsiylik

- Semizlik
- Stress
- Kam harakatlilik
- Tuzni ko‘p iste‘mol qilish
- Chekish

So‘ngra javoblar tizimlashtiriladi va asosiy xavf omillari ajratib ko‘rsatiladi.

Afzalliklari

- Tez fikrlashni rivojlantiradi
- Faollikni oshiradi
- Erkin fikr bildirishga o‘rgatadi
- Muammoni keng qamrovda ko‘rishga yordam beradi

16-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Tug‘ma nuqsonlar va irsiy kasalliklarda hamshiralik parvarishi
---	---

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashg‘ulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	1.Tug‘ma nuqsonlarda hamshiralik parvarishi 2.Irsiy kasalliklarda hamshiralik parvarishi

TUG‘MA NUQSONLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Bemorni qabul qilish va dastlabki baholash algoritmi

1. Bemorni identifikatsiya qilish (F.I.Sh., yosh, tug‘ilgan vaqti).
2. Onadan homiladorlik va tug‘ruq anamnezini yig‘ish (infeksiyalar, dori qabul qilishi, qarindoshlar nikohi, radiatsiya ta‘siri).
3. Hayotiy ko‘rsatkichlarni baholash:

- Tana harorati
 - Nafas soni
 - Yurak urishi
 - Teri rangi
4. Tugʻma nuqson turini aniqlash (yurak nuqsoni, lab-tanglay yorigʻi, asab tizimi nuqsonlari va boshqalar).
 5. Shoshilinch holat belgilarini aniqlash (nafas yetishmovchiligi, sianoz, konvulsiyalar).
 6. Shifokorga darhol xabar berish.

Hamshiralik tashxisi qoʻyish algoritmi

1. Nafas olish buzilishi xavfi
2. Oziqlanish yetishmovchiligi
3. Infeksiya rivojlanish xavfi
4. Ota-onada psixologik stress
5. Harakat faoliyati cheklanishi

Parvarish rejasini tuzish algoritmi

1. Muammoni ustuvorlik darajasiga koʻra aniqlash
2. Qisqa va uzoq muddatli maqsadlarni belgilash
3. Hamshiralik aralashuvlarini rejalashtirish
4. Nazorat va baholash mezonlarini aniqlash

Parvarish amalga oshirish algoritmi

Nafas buzilishida:

1. Bolani yarim oʻtirgan holatga keltirish
2. Nafas yoʻllarini tozalash
3. Kislorod terapiyasini tayyorlash
4. Saturatsiyani nazorat qilish

Oziqlantirishda:

1. Yoriq lab/tanglayda maxsus shprits yoki qoshiqdan foydalanish
2. Kichik porsiyalar bilan tez-tez ovqatlantirish
3. Qayt qilishni nazorat qilish

Infeksiya profilaktikasi:

1. Qoʻl gigiyenasiga rioya qilish
2. Antiseptik ishlov
3. Tana haroratini nazorat qilish

Ota-onalar bilan ishlash:

1. Kasallik haqida tushuntirish berish
2. Parvarish ko'nikmalarini o'rgatish
3. Ruhiy qo'llab-quvvatlash

Natijani baholash algoritmi

1. Bola umumiy holatini qayta baholash
2. Hayotiy ko'rsatkichlar barqarorligini aniqlash
3. Ovqat hazm qilish va vazn qo'shishini nazorat qilish
4. Ota-onaning parvarish ko'nikmalarini baholash

IRSIY KASALLIKLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

Dastlabki baholash algoritmi

1. Bemorning oilaviy anamnezini yig'ish (nasliy kasalliklar mavjudligi).
2. Klinik belgilarni aniqlash (aqliy rivojlanish, skelet o'zgarishlari, metabolik buzilishlar).
3. Laborator va genetik tekshiruv natijalarini ko'rib chiqish.
4. Hayotiy ko'rsatkichlarni baholash.

Hamshiralik tashxisi algoritmi

1. Rivojlanishdan orqada qolish
2. Oziqlanish buzilishi
3. Harakat cheklanishi
4. Ijtimoiy moslashuv muammosi
5. Oila a'zolarida ruhiy zo'riqish

Parvarish rejasini tuzish

1. Individual yondashuvni belgilash
2. Dieta va dori rejimini aniqlash
3. Reabilitatsiya rejasini ishlab chiqish
4. Ota-onalarni o'qitish rejasini tuzish

Amaliy parvarish algoritmi

Metabolik kasalliklarda:

1. Maxsus parhezni nazorat qilish
2. Qon glyukoza yoki boshqa biokimyoviy ko'rsatkichlarni monitoring qilish
3. Dori vositalarini o'z vaqtida berish

Asab tizimi kasalliklarida:

1. Konvulsiyalarni kuzatish
2. Xavfsiz muhit yaratish
3. Fizioterapiya mashqlarini bajarishga yordam berish

Psixologik yordam:

1. Oila bilan suhbat o'tkazish
2. Irsiy kasallikning mohiyatini tushuntirish
3. Genetik maslahatga yo'llash

Monitoring va baholash

1. Klinik simptomlarning kamayishi
2. Rivojlanish dinamikasini baholash
3. Oila a'zolarining moslashuv darajasi
4. Reabilitatsiya samaradorligi

AMALIY MASHG'ULOTDA O'RGATILADIGAN KO'NIKMALAR

- Hayotiy ko'rsatkichlarni o'lchash
- Kislorod terapiyasini tayyorlash
- Enteral oziqlantirish texnikasi
- Infeksiya profilaktikasi
- Ota-onalarga maslahat berish
- Favqulodda holatda tezkor yordam ko'rsatish

HAYOTIY KO'RSATKICHLARNI O'LCHASH ALGORITMI

1. Qo'llarni gigiyenik tozalash.
2. Asbob-uskunalarni tayyorlash (termometr, tonometr, stetoskop, pulsoksimetr, sekundomer).
3. Bemorni tanishtirish va muolaja haqida tushuntirish.
4. Bemorni qulay holatga keltirish (yotgan yoki o'tirgan).

Tana harorati:

5. Termometrni dezinfeksiya qilish.

6. Qo'ltiq ostiga joylashtirish (yoki elektron termometrda foydalanish).
7. Natijani qayd etish.

Puls:

8. Radial arteriyada 1 daqiqa davomida sanash.
9. Ritm va to'lishini baholash.

Nafas soni:

10. Ko'krak harakatini kuzatib 1 daqiqa sanash.
11. Nafas turi va chuqurligini baholash.

Arterial bosim:

12. Manjetni to'g'ri joylashtirish.
13. Bosimni o'lchash va ko'rsatkichni yozib olish.

Saturatsiya:

14. Pulsoksimetrni barmoqqa o'rnatish.
15. SpO₂ ko'rsatkichini qayd etish.

16. Natijalarni tibbiy hujjatga yozish.
17. Og'ishlar aniqlansa shifokorga xabar berish.

KISLOROD TERAPIYASINI TAYYORLASH ALGORITMI

1. Qo'llarni dezinfeksiya qilish.
2. Kislorod manbaini tekshirish (ballon yoki markaziy tizim).
3. Namlagich idishini steril suv bilan to'ldirish.
4. Kerakli jihozlarni tayyorlash (niqob, nazal kateter).
5. Oqim tezligini shifokor ko'rsatmasiga muvofiq sozlash.
6. Bemorni yarim o'tirgan holatga keltirish.
7. Niqob yoki kateterni to'g'ri joylashtirish.
8. Nafas olishni va saturatsiyani nazorat qilish.
9. Teri va shilliq qavatni kuzatish (qizarish, qurish).
10. Muolaja davomiyligini nazorat qilish va qayd etish.

ENTERAL OZIQLANTIRISH TEXNIKASI ALGORITMI

1. Qo'l gigiyenasini bajarish.
2. Oziqlantirish uchun mos aralashmani tayyorlash.
3. Zond yoki shprits holatini tekshirish.
4. Bemorni yarim o'tirgan holatga keltirish.
5. Zond joylashuvini tekshirish (oshqozon tarkibini aspiratsiya qilish yoki havo yuborib auskultatsiya qilish).
6. Oziq aralashmani asta-sekin yuborish.
7. Ovqatlantirishdan so'ng 20–30 ml suv bilan yuvish.
8. Bemorni kamida 20–30 daqiqa yarim o'tirgan holatda saqlash.

9. Qayt qilish yoki noqulaylikni kuzatish.
10. Jarayonni hujjatlashtirish.

INFEKSIYA PROFILAKTIKASI ALGORITMI

1. Qo'lni sovun va antiseptik bilan tozalash.
2. Shaxsiy himoya vositalarini kiyish (niqob, qo'lqop).
3. Asbob-uskunalarni steril holatda saqlash.
4. In'yeksiya joyini antiseptik bilan ishlov berish.
5. Chiqindilarni maxsus konteynerga tashlash.
6. Palatani muntazam shamollatish.
7. Tana haroratini nazorat qilish.
8. Bemor va ota-onaga gigiyena qoidalarini tushuntirish.

OTA-ONALARGA MASLAHAT BERISH ALGORITMI

1. Ota-onani suhbatga taklif qilish.
2. O'zingizni tanishtirish va suhbat maqsadini aytish.
3. Kasallik haqida sodda va tushunarli tilda tushuntirish.
4. Parvarish usullarini amaliy ko'rsatish.
5. Dori berish tartibini tushuntirish.
6. Ogohlantiruvchi belgilarni aytish.
7. Savollarga javob berish.
8. Ruhiy qo'llab-quvvatlash.
9. Tavsiyalarni yozma shaklda berish.

FAVQULODDA HOLATDA TEZKOR YORDAM KO'RSATISH ALGORITMI

1. Holatni tez baholash (ong, nafas, puls).
2. Shoshilinch yordam chaqirish.
3. Nafas yo'llarini ochish (A – Airway).
4. Nafasni baholash va sun'iy nafas berish (B – Breathing).
5. Yurak massajini boshlash (C – Circulation).
6. Kislorod berish.
7. Zarurat bo'lsa, dori vositalarini tayyorlash.
8. Hayotiy ko'rsatkichlarni uzluksiz monitoring qilish.
9. Holat barqarorlashgunga qadar yordamni davom ettirish.
10. Voqea tafsilotlarini hujjatlashtirish.

<p>16 - mavzu:</p> <p>O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .</p>	<p>Favqulotda vaziyatlar va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish. Bolalarda shoshilinch xolatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish</p>
---	---

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashgulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favqulotda vaziyatlar. Tasnifi, uning turlari, kelib chiqish sabablari 2. Tibbiy saralash bosqichlari. 3. Ommaviy talofat o'chog'ida jabrlanuvchilarni evakuatsiya qilish va birinchi tez tibbiy yordam ko'rsatish tamoyillari.
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi

<p style="text-align: center;">1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p style="text-align: center;">Tashkiliy qism</p> <p>1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshirdi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi.</p> <p>1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.</p> <p>1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni utilgan mavzular buyicha bilimini baxolash.</p> <p>2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy kunikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xakida ma'lumot beradi</p> <p>3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "Blits-so'rov" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab,o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar." Blits-so'rov" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p style="text-align: center;">3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Favqulotda holatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish. Favqulotda vaziyatlarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha, ko'p uchraydigan kritik va shoshilinch holatlar</p> <p>Foydalanilgan adabiyotlar</p>	<p style="text-align: center;">Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>1.S.S. Qodirov. Pediatriya. – Toshkent: Ibn Sino nomidagi nashriyot, 2019.</p> <p>2.R.A. Axmedov. Bolalar kasalliklari propedevtikasi. – Toshkent, 2020.</p> <p>3.Sh.I. Karimov tahriri ostida. Shoshilinch tibbiy yordam asoslari. – Toshkent, 2018.</p> <p>4.M.A. Xudoyqulov. Reanimatsiya va intensiv terapiya asoslari. – Toshkent, 2021.</p> <p>5.O‘zbekiston Respublikasi SSV. Klinik protokollar to‘plami (pediatriya). – Toshkent, 2022.</p> <p>6.D.X. Yuldashev. Hamshiralik ishi asoslari. – Toshkent, 2019.</p> <p>7.N.A. Usmonov. Bolalarda shoshilinch holatlar. – Toshkent, 2021.</p> <p>8.B.T. Rasulov. Bolalar reanimatsiyasi. – Toshkent, 2020.</p> <p>9.Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish qilish asoslari” 2014 y</p> <p>10.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019</p>	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>O‘tkir nafas yetishmovchiligida reanimatsiya tadbirlari. Nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligining buzilishlari. O‘tkir qon tomir yetishmovchiligida xamshiralik yordami. O‘pka- yurak reanimatsiyasi. Koma xolatlaridagi bemorlarning parvarish qilish va kuzatishning o‘ziga xos xususiyatlari . Shok va uning turlarida birinchi yordam kursatish.</p>	<p>O‘quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bemor bolalarning xolatini shoshilinch baxolash va tez tibbiy yordam kursatishni. – O‘tkir nafas yetishmovchiligida bolalarda hamshiralik parvarishini. Krup sindromi, sabablari, shoshilinch yordam.Bronxial astmaning og‘ir xurujlari. Nafas yo‘llarida yot jismlar tushishida shoshilinch yordam ko‘rsatish.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> – O‘tkir yurak yetishmovchiligida bolalarda hamshiralik parvarishi. – Qon-tomir yetishmovchiligida shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi. – Yurak-o‘pka reanimatsiyasini o‘tkazish texnikasini. O‘pkani sun’iy ventilyatsiya apparatiga ulangan bolalarda hamshiralik parvarishini. – Gipertermik sindromda bolalarda xamshiralik parvarishini. Talvasada bolalarda xamshiralik parvarishini
O‘qitish metodlari	“Blits-so‘rov”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.
Qayta a’loqaning usul va vositalari.	Og’zaki so‘rov: tezkor surov, yozma so‘rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o‘quv topshiriqlarini baxolash

Favqulotda vaziyatlar va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko‘rsatish.

Dars rejasi:

1. Favqulotda vaziyatlar. Tasnifi, uning turlari, kelib chiqish sabablari, Tibbiy saralash bosqichlari.

2. Ommaviy talofat o‘chog‘ida jabrlanuvchilarni evakuatsiya qilish va birinchi tez tibbiy yordam ko‘rsatish tamoyillari.

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. Grippozi 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 joyla-shishini ko'rsatadi. Nafas olganda hushtaksimon tovushning eshutilishi hiqildoq shishishidan, disfogiya esa ovoz boylam-larining yallig'lanishidan darak beradi. Shishning kuchayib borishi va nafas hajmining kamayishi nafas tovushlarining 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, uyquasi 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 qorachiq-lari 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;

- lazolvan eritmasi yoki bargizub shirasi bilan (1:10) ultratovushli ingalatsiyalar o‘tkaziladi.

2) Oksigenoterapiya parakislod 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, ekspi-rator hansirash xarakterlidir. Qisman tiqin bo‘lsa auskultatsiyada bir tomonlama quruq hushtaksimon xirillashlar, emfize-ma belgilari bilan namoyon bo‘ladi. Auskultatsiyada ma‘lum 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.

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).
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: bradiaritmialar, taxiaritmialar, 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 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 gorizontol 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 ahvolidning 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 barmoqlarining sovqotishi, sovuq yopishqoq terlash, tez-tez ipsimon puls, taxikardiya, AB tushib ketishi.

Shoshilinch yordam:

1. Bolani gorizontol 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 gorizental shaklni oladi va saqlab qoladi va «eriyotgan muzchalar» – qorachiqning xiralashishi simptomi bor bo‘lsa yurak-o‘pka reanimatsiyasini o‘tkazish shubhali.

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‘rsat-masi 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‘tkazish (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‘xta-tishning 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.

– Agar bemorda progressivlanuvchi kasallikning terminal bosqichi bo‘lsa, shifokorning o‘rangan va oldindan hujjalash-tirilgan, konsilium kasallik tarixiga yozib qo‘yilganda (o‘sma-ning 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.

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

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. Medikamentozi 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.

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 absessi);
- miya to‘qimasining diffuz zararlanishi (meningit, ensefalit, infeksiyon 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 holatlar 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 infeksiyon 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 buyrak 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, qorachiqqlar toraygan, yutish saqlangan, lekin qiyinlashgan.

2 daraja yuzaga chiqqan koma – og‘riqqa reaksiyasi yo‘q, qorachiqqlar 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, qorachiqqlar kengaygan, qorachiq refleksleri 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, xorpenitik, 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'rikan 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'rikan 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.
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), laborator 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:

Gipertermik sindromda, talvasada bolalarga va ularning oilalariga hamshiralik parvarishi

Gipertermik sindrom ichki issiqlik ishlab chiqarish va tana yuzasining issiq ajratishi hisobiga tana harorati oshishi kuza-tiladi. Issiqlik ishlab chiqarish va issiqlik ajratish gipotala-musdagi 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: 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 42oC gacha ohsa 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 pasayishi		Issiqlik talvasalari
Tana harorati	40-42oC (rektal harorat 40oC dan yuqori)	-normal yoki biroz oshgan	* Issiqlik pasayishi 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 pasayishi punkti bilan bir xil

Buyrak yetishmovchiligi.

1. Jigar

2. Buyrak usti bezi gipofunksiyasi.

3. O'sish gormoni yetishmasligi (ko'pincha gipofizar na-nizm).

Birinchi kompensator simptomlar namoyon bo'ladi: bezov-talik, agressivlik, kuchli qorin ochishi, ko'ngil aynishi, gipersa-livatsiya, qaltirash, sovuq ter bosishi, taxikardiya, qorinda og'riq, diareya, ko'p siyish.

Keyinchalik neyroglükopenik simptomatika qo'shiladi: asteniya, bosh og'rishi, diqqat buzilishi, qo'rquv hissi, gallyusti-natsiyalar, 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. Diaqnoz laboratoriya 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 funksiya-sining 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.

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 kama-yishi.
 - Asidozni va metabolik o'zgarishlarni likvidatsiya qilish.
- Bu muammolar intensiv terapiya kompleksida hal qilinadi.

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 pasayishi 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 gorizontol 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

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 stenoz, 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;

– gipoglikemiya;

– 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).

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, sulfanila-midlar, zardoblar, vaksinalar, oqsil preparatlarini va b.) paren-teral yuborishga javoban hamda chang ba’zan ovqat alleren-lariga vaksinatsiya sinamasi o‘tkazilganda, hasharotlar chaq-qanda 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 hushtaksimom 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 oolib 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.

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 tarqaladi. Kuygan sohalarga bakteriyalar tushadi, yaralar yiringlay boshlaydi. Qon plazmani yo‘qotadi, quyuvlashadi o‘zining asosiy funksiyasi-organizmni kislorod bilan ta‘min-lashini 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.

<i>Kuyish maydoni (% larda) va chuqurligini aniqlash</i> 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

NAZORAT UCHUN 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?

TEST SAVOLLARI

1. O‘tkir nafas yetishmovchiligida asosiy klinik belgi qaysi?

- A) Ekspirator hansirash
- B) Inspirator stridor
- C) Bradipnoe
- D) Gipotenziya

2. O'tkir stenozning II darajasida kuzatiladi:

- A) Nafas ravon, teri rangi normal
- B) Stridor faqat bezovtalikda
- C) Perioral sianoz, ko'krak qafasi tortilishi
- D) Bradikardiya

3. Nafas yo'llarida yot modda tushganda birinchi yordam:

- A) Bolani suv ichirish
- B) Bolani orqasiga yotqizish
- C) Nafas yo'lini ochish va yot moddani chiqarishga urinish
- D) Antibiotik berish

4. Anafilaktik shokda birinchi navbatda bajariladi:

- A) Antibiotik yuborish
- B) Allergen kirishini to'xtatish
- C) Issiq kompress qo'yish
- D) Ovqat berish

5. Gipoglikemik komaning asosiy belgisi:

- A) Aseton hidi
- B) Gipertermiya
- C) Talvasa va hushdan ketish
- D) Quruq teri

6. Giperglikemik komada qonda glyukoza miqdori:

- A) 3 mmol/l
- B) 5 mmol/l
- C) 15 mmol/l va yuqori
- D) 2 mmol/l

7. Kollapsda kuzatiladi:

- A) AB oshishi
- B) Ipsimon puls, arterial bosim tushishi
- C) Bradikardiya
- D) Qizarish

8. Kuyishning II darajasida:

- A) Faqat qizarish
- B) Nekroz

- C) Ichida tiniq suyuqlik bo'lgan pufaklar
- D) Ko'mirlanish

9. Gipovolemik shokda asosiy patogenez:

- A) Bronxospazm
- B) Yurak mushagi nekrozi
- C) Aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi
- D) Gipertermiya

10. Gipertermik sindromda tana harorati:

- A) 36°C
- B) 37°C
- C) 38°C
- D) 39°C va undan yuqori

TIBBIY ATAMALAR

1. **Stridor** – hiqildoq torayishida eshitiladigan hushtaksimon nafas tovushi.
2. **Asfiksiya** – kislorod yetishmovchiligi natijasida nafas va qon aylanish buzilishi.
3. **Gipoksiya** – to'qimalarning kislorod bilan yetarli ta'minlanmasligi.
4. **Kollaps** – o'tkir tomir yetishmovchiligi natijasida AB keskin pasayishi.
5. **Anafilaktik shok** – allergen ta'sirida rivojlanuvchi og'ir allergik reaksiya.
6. **Giperglikemiya** – qonda glyukoza miqdorining oshishi.
7. **Gipoglikemiya** – qonda glyukoza miqdorining kamayishi.
8. **Koma** – hushning chuqur buzilishi.
9. **Gipovolemiya** – aylanib yuruvchi qon hajmining kamayishi.
10. **Nekroz** – to'qimalarning o'limi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

- 1.S.S. Qodirov. **Pediatrica**. – Toshkent: Ibn Sino nomidagi nashriyot, 2019.
- 2.R.A. Axmedov. **Bolalar kasalliklari propedevtikasi**. – Toshkent, 2020.
- 3.Sh.I. Karimov tahriri ostida. **Shoshilinch tibbiy yordam asoslari**. – Toshkent, 2018.
- 4.M.A. Xudoyqulov. **Reanimatsiya va intensiv terapiya asoslari**. – Toshkent, 2021.
- 5.O'zbekiston Respublikasi SSV. **Klinik protokollar to'plami (pediatrica)**. – Toshkent, 2022.
- 6.D.X. Yuldashev. **Hamshiralik ishi asoslari**. – Toshkent, 2019.
- 7.N.A. Usmonov. **Bolalarda shoshilinch holatlar**. – Toshkent, 2021.
- 8.B.T. Rasulov. **Bolalar reanimatsiyasi**. – Toshkent, 2020.
- 9.**Salomatlik -3 loyixasi** "Bemor bololarni parvarish qilish asoslari" 2014 y
- 10.V.N.Turakulov X.X.Egamov "Pediatricada xamshiralik parvarishi" 2019

“Blits-so‘rov” interfaol o‘yini texnikasi


“Blits-so‘rov” — qisqa vaqt ichida tezkor savollar orqali talabalar bilimini aniqlash va mustahkamlashga qaratilgan interfaol metod. Ayniqsa tibbiyot darslarida terminlar, simptomlar, tashxis va dori vositalarini takrorlashda samarali.

Maqsadni aniqlash

- Mavzuni mustahkamlash yoki nazorat qilish
- Tez fikrlash va aniqlikni rivojlantirish
- Qisqa vaqt ichida bilim darajasini baholash

Savollarni tayyorlash

- 10–20 ta qisqa va aniq savollar tuziladi
- Bitta to‘g‘ri javobli bo‘lishi kerak
- Osondan murakkabga qarab joylashtiriladi

 Masalan (tibbiyotda):

- Normal arterial bosim ko‘rsatkichi?
- Qandli diabetning asosiy belgisi?
- Taxikardiya deganda nimani tushunasiz?

Qoidalarni tushuntirish

- Har savol uchun 5–10 soniya vaqt
- Javob og‘zaki yoki yozma shaklda
- Xato javob uchun boshqa ishtirokchiga imkon berilishi mumkin

O‘yinni o‘tkazish

- O‘qituvchi savolni tez va ravon o‘qiydi
- Ishtirokchi darhol javob beradi
- To‘g‘ri javob shu zahoti e‘lon qilinadi

Ballarni hisoblash

- Har to‘g‘ri javob uchun 1 ball
- Eng ko‘p ball to‘plagan ishtirokchi yoki guruh aniqlanadi

Yakuniy tahlil

- Qiyin savollar muhokama qilinadi
- Xatolar ustida qisqa tushuntirish beriladi

Afzalliklari

- Diqqatni jamlaydi
- Tezkor fikrlashni rivojlantiradi
- Raqobat muhitini yaratadi
- Qisqa vaqt ichida nazorat qilish imkonini beradi

16-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Favqulotda vaziyatlar va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko‘rsatish. Bolalarda shoshilinch xolatlarda tez tibbiy yordam ko‘rsatish
---	--

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashg‘ulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	1.Terminal holatlarda birinchi yordam ko‘rsatish. 2.Yurak-o‘pka reanimatsiyasi va uni bajarish algoritmi.

TERMINAL HOLATLARDA BIRINCHI YORDAM KO‘RSATISH

Terminal holat tushunchasi

Terminal holat — bu hayot uchun muhim funksiyalarning (nafas, qon aylanish, markaziy nerv tizimi) keskin buzilishi bilan kechuvchi og‘ir klinik holat bo‘lib, preagoniya, agoniya va klinik o‘lim bosqichlarini o‘z ichiga oladi.

Holatni tezkor baholash algoritmi

1. Voqea joyi xavfsizligini ta‘minlash.
2. Bemorni chaqirib ko‘rish (ovoz berish, yelkasidan engil silkitish).
3. Ong holatini baholash.
4. Nafasni tekshirish (10 soniya davomida ko‘rish–eshitish–his qilish usuli).
5. Pulsni aniqlash (karotid arteriyada 10 soniya).

Agar nafas va puls aniqlanmasa → klinik o‘lim deb baholanadi va reanimatsiya boshlanadi.

Shoshilinch choralar algoritmi

1. Zudlik bilan tez yordam chaqirish.
2. Bemorni qattiq va tekis joyga yotqizish.
3. Nafas yo‘llarini ochish (boshni orqaga egish va iyagini ko‘tarish).
4. Og‘iz bo‘shlig‘ini tekshirish (yot jismlar bo‘lsa olib tashlash).
5. Yurak-o‘pka reanimatsiyasini boshlash.

TERMINAL HOLATDA BIRINCHI YORDAM (CAB ALGORITMI ASOSIDA)

Holatni baholash

1. Voqea joyining xavfsizligini ta’minlash.
2. Bemorni chaqirib ko‘rish (ovoz berish, yelkasidan silkitish).
3. Ong yo‘qligini aniqlash.
4. Nafasni 10 soniyadan ko‘p bo‘lmagan vaqt ichida baholash (nafas yo‘q yoki agonial nafas).
5. Pulsni (karotid arteriya) 10 soniya ichida tekshirish.


Agar nafas va puls aniqlanmasa → **darhol ko‘krak qafasini bosishni boshlash (C).**

YURAK-O‘PKA REANIMATSIYASI

CAB ALGORITMI (KATTALARDA)

C – CIRCULATION (QON AYLANISHINI TIKLASH)

1. Bemorni qattiq va tekis yuzaga yotqizish.
2. Kaftning pastki qismini ko‘krak suyagining o‘rtasiga qo‘yish.
3. Ikkinchi qo‘lni ustiga qo‘yib barmoqlarni birlashtirish.
4. Qo‘llarni tirsakdan bukmasdan vertikal bosish.
5. Bosish chuqurligi: **5–6 sm.**
6. Tezligi: **100–120 marta/minut.**
7. 30 marta bosish bajariladi.

 Bosishlar orasida ko‘krak to‘liq tiklanishiga imkon berish kerak.

A – AIRWAY (NAFAS YO‘LINI OCHISH)

8. 30 bosishdan so'ng boshni orqaga egish – iyagini ko'tarish usuli bilan nafas yo'lini ochish.
9. Og'iz bo'shlig'ini tekshirish (yot jismlar bo'lsa olib tashlash).

B – BREATHING (SUN'IY NAFAS)

10. Burunni qisish.
- 11.1 soniya davomida og'iz orqali havo puflash.
12. Ko'krak ko'tarilishini kuzatish.
- 13.2 marta sun'iy nafas berish.

NISBAT:

30 bosish : 2 nafas

REANIMATSIYANI DAVOM ETTIRISH

1. 5 sikl (taxminan 2 daqiqa) davom ettirish.
2. Pulsni qayta tekshirish.
3. Tez yordam kelguncha yoki hayotiy belgilar tiklanguncha davom ettirish.

AVTOMATIK TASHQI DEFIBRILLYATOR (AED) BO'LSA

1. Qurilmani yoqish.
2. Elektrodlarni ko'rsatmaga muvofiq joylashtirish.
3. Tahlil vaqtida bemorga tegmaslik.
4. Zarba tavsiya qilinsa – zarba berish.
5. Darhol ko'krak bosishni davom ettirish.

BOLALARDA CAB ALGORITMI

- Puls 10 soniya ichida baholanadi.
- Bosish chuqurligi: ko'krak qafasining 1/3 qismi.
- Kichik bolalarda bir qo'l bilan.
- Chaqaloqlarda 2 barmoq bilan.
- Nisbat:
 - 1 yordamchi: 30:2
 - 2 yordamchi: 15:2

REANIMATSIYADAN KEYINGI BOSQICH

1. Nafas va puls tiklansa – yonbosh (tiklanish) holatiga o'tkazish.
2. Kislorod berish.

3. Hayotiy ko'rsatkichlarni monitoring qilish.
4. Hujjatlashtirish.

17 - mavzu: O'quv moduliga ajratilgan kredit jami 2 .	Favqulotda vaziyatlar va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish. Bolalarda shoshilinch xolatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish
--	--

Ma'ruza mashg'ulotini o'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi.	1.Shok va koma turlari. 2.Bolalarda uchraydigan anafilaktik shokda birinchi yordam
<p>O'quv mashg'uloti maqsadi:</p> <p>1.Ta'limiy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko'nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash <p>2.Tarbiyaviy maqsadi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mutaxassislikka javobgarlik hissinini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissinini shakllantirish • O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish 	

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta'lim beruvchi	Ta'lim oluvchi

<p>1 bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa</p>	<p>Tashkiliy qism 1.1 O'qituvchi guruxga kirib tinglovchilarning o'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshirdi, yangiliklar eshitaladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib o'yin qoidalarini tushintiradi.</p>	<p>Javob beradilar tinglaydilar yozib oladilar.</p>
<p>2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimni tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning noannaviy usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimni mustaxkamlash</p>	<p>1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ularni utilgan mavzular buyicha bilimni baxolash. 2.Yangi mavzu mazmunini o'qituvchi tomonidan "Ma'ruza o'qish" usulida tushuntiriladi. Mavzuga oid klinik belgilar, amaliy kunikmalar, bemorlarni parvarishlar xususiyatlari bilan tanishtiradilar. Bemorlarni parvarish qilishni va ularga psixologik yordamni to'g'ri va samarali olib borish xakida ma'lumot beradi 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "INSERT" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.</p>	<p>Tinglovchilar bilimlarini eslab,o'qituvchi bergan savollarigi aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar.Tushinmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar." INSERT" sxemasi tinglovchilar tomonidan to'ldiriladi.</p>
<p>3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa</p>	<p>Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi. Uyga vazifa: Favqulotda holatlarda tez tibbiy yordam ko'rsatish. Favqulotda vaziyatlarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha, ko'p uchraydigan kritik va shoshilinch holatlar Foydalanilgan adabiyotlar</p>	<p>Tinglaydilir, uyga vazifalarni belgilab oladilar.</p>

	<p>1.S.S. Qodirov. Pediatriya. – Toshkent: Ibn Sino nomidagi nashriyot, 2019.</p> <p>2.R.A. Axmedov. Bolalar kasalliklari propedevtikasi. – Toshkent, 2020.</p> <p>3.Sh.I. Karimov tahriri ostida. Shoshilinch tibbiy yordam asoslari. – Toshkent, 2018.</p> <p>4.M.A. Xudoyqulov. Reanimatsiya va intensiv terapiya asoslari. – Toshkent, 2021.</p> <p>5.O‘zbekiston Respublikasi SSV. Klinik protokollar to‘plami (pediatriya). – Toshkent, 2022.</p> <p>6.D.X. Yuldashev. Hamshiralik ishi asoslari. – Toshkent, 2019.</p> <p>7.N.A. Usmonov. Bolalarda shoshilinch holatlar. – Toshkent, 2021.</p> <p>8.B.T. Rasulov. Bolalar reanimatsiyasi. – Toshkent, 2020.</p> <p>9.Salomatlik -3 loyixasi “Bemor bololarni parvarish qilish asoslari” 2014 y</p> <p>10.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019</p>	
--	--	--

<p>Pedagogik vazifalar.</p> <p>O‘tkir nafas yetishmovchiligida reanimatsiya tadbirlari. Nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligining buzilishlari. O‘tkir qon tomir yetishmovchiligida xamshiralik yordami. O‘pka- yurak reanimatsiyasi. Koma xolatlaridagi bemorlarning parvarish qilish va kuzatishning o‘ziga xos xususiyatlari . Shok va uning turlarida birinchi yordam kursatish.</p>	<p>O‘quv faoliyatining natijalari:</p> <p>Tinglovchi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bemor bolalarning xolatini shoshilinch baxolash va tez tibbiy yordam kursatishni. – O‘tkir nafas yetishmovchiligida bolalarda hamshiralik parvarishini. Krup sindromi, sabablari, shoshilinch yordam.Bronxial astmaning og‘ir xurujlari. Nafas yo‘llarida yot jismlar tushishida shoshilinch yordam ko‘rsatish.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> – O‘tkir yurak yetishmovchiligida bolalarda hamshiralik parvarishi. – Qon-tomir yetishmovchiligida shoshilinch yordam va hamshiralik parvarishi. – Yurak-o‘pka reanimatsiyasini o‘tkazish texnikasini. O‘pkani sun‘iy ventilyatsiya apparatiga ulangan bolalarda hamshiralik parvarishini. – Gipertermik sindromda bolalarda xamshiralik parvarishini. Talvasada bolalarda xamshiralik parvarishini
O‘qitish metodlari	“ INSERT ”
O‘quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy, guruxlarda ishlash, yakka tartibli
O‘qitish vositalari	Doska-stend, vidiofil’mlar, chizma, nazorat varagi, matnlar.
O‘qitish shart sharoiti	Fanga mos jixozlangan o‘quv xona.
Qayta a’loqaning usul va vositalari.	Og‘zaki so‘rov: tezkor surov, yozma so‘rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o‘quv topshiriqlarini baxolash

**Favqulotda vaziyatlar va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko‘rsatish.
Bolalarda shoshilinch xolatlarda tez tibbiy yordam ko‘rsatish**

Reja:

1. Shok va koma turlari.
2. Bolalarda uchraydigan anafilaktik shokda birinchi yordam

Shok turlari

Shok — bu organizmning hayotiy muhim a’zolariga yetarlicha qon yetkazilmasligi natijasida yuzaga keladigan patologik holat. Bolalarda shok tez rivojlanadi, chunki ularning kompensator mexanizmlari kattalarga nisbatan cheklangan. Shokning turli sabablari va mexanizmlari mavjud, shuning uchun uni turlarga ajratish muhim.

Gipovolemik shok qon hajmi keskin kamayganda yuzaga keladi. Bu qon yo‘qotish, og‘ir diareya, qusish, suvsizlanish yoki katta kuyishlardan kelib chiqishi mumkin. Bolada teri sovuq va nam, puls zaif va tez, arterial bosim tushgan bo‘ladi.

Nafas tezlashadi, hush buzilishi mumkin. Shoshilinch yordam – qon hajmini tiklash va suyuqlik bilan to‘ldirish.

Kardiogen shok yurakning yetarlicha qon pompalanmasligi natijasida keladi. Yurakni shikastlaydigan holatlar, masalan, miokard infarkti (bolalarda juda kam uchraydi), tug‘ma yurak nuqsonlari yoki og‘ir aritmiyalar kardiogen shokka olib keladi. Belgilar orasida puls zaifligi, arterial bosim tushishi, sianoz, nafas qiyinlashuvi va bolada hushning buzilishi kuzatiladi. Davolash uchun yurak faoliyatini qo‘llab-quvvatlovchi dorilar va intensiv nazorat kerak.

Septik shok og‘ir infeksiyalar, masalan, sepsis natijasida yuzaga keladi. Bolalarda tez rivojlanuvchi isitma, arterial bosim tushishi, tez va zaif puls, ba’zan qon ivish buzilishi kuzatiladi. Patologik jarayon tezligi tufayli bolalarni shoshilinch shifoxonaga yotqizish va antibiotiklar bilan davolash zarur.

Travmatik shok og‘ir jarohatlar, suyak sinishi, katta qon yo‘qotish yoki ichki organ shikastlanishi natijasida yuzaga keladi. Bolada og‘riq, hushning buzilishi, sovuq ter, arterial bosim pasayishi va tez puls kuzatiladi. Bunday shokda birinchi yordam – qon yo‘qotishni to‘xtatish, suyuqlik bilan to‘ldirish va tez yordam chaqirish.

Anafilaktik shok allergik reaksiyaning eng og‘ir ko‘rinishidir. Odatda allergen ta’siri (dori, oziq-ovqat, hasharot chaqishi) natijasida bir necha daqiqa ichida rivojlanadi. Bolada to‘satdan nafas qiyinlashadi, arterial bosim tushadi, terida toshmalar paydo bo‘ladi, ko‘z va lab shishadi. Birinchi yordam — allergen ta’sirini to‘xtatish, adrenalin berish, bolani yonbosh holatga yotqizish va shoshilinch tibbiy yordam chaqirish.

Shokning umumiy belgilariga arterial bosimning pasayishi, pulsning zaiflashishi, teri sovuq va nam bo‘lishi, hushning buzilishi, nafas tezlashishi kiradi. Shok tez rivojlanadigan va hayot uchun xavfli holat ekanligi sababli uni vaqtida aniqlash va to‘g‘ri yordam ko‘rsatish juda muhim.

Koma turlari

Koma — bu markaziy nerv tizimi faoliyatining chuqur buzilishi, hushning yo‘qolishi bilan tavsiflanadi. Bolalarda koma turli sabablar bilan yuzaga kelishi mumkin.

Gipoglikemik koma qonda glyukoza darajasi keskin pasayganda yuzaga keladi. Sabablari — insulinning ortiqcha berilishi, oziqlanish yetishmovchiligi yoki qandli diabetdagi davolashning noto‘g‘ri rejimi. Bolada talvasa, terlash, qalqish, keyinchalik hushdan ketish kuzatiladi. Tez yordam – glyukoza eritmasini yuborish.

Giperglikemik koma qandli diabetning asoratidir. Qonda glyukoza darajasi juda yuqori bo‘ladi, organizm suvsizlanadi, chuqur tez nafas olish, atseton hidi bilan

ajralib turadi. Davolash – insulin, suyuqlik bilan to‘ldirish va elektrolitlar balansini tiklash.

Travmatik koma bosh miya shikastlanishi natijasida yuzaga keladi. Sabablari boshga zarba, jarohatlar, ichki qon ketish bo‘lishi mumkin. Belgilar: hushning yo‘qolishi, pupillalarning kengayishi yoki torayishi, nafas qiyinlashuvi.

Infeksion koma meningit, ensefalit yoki boshqa og‘ir infeksiyalar natijasida keladi. Belgilar: yuqori isitma, bosh og‘rig‘i, qusish, hushning buzilishi. Davolash tezkor diagnostika va antibiotik yoki antivirus terapiyani talab qiladi.

Toksik koma zaharlanish, dori ortiqcha qabul qilish yoki kimyoviy moddalar bilan zaharlanish natijasida yuzaga keladi. Belgilar: hushning tez yo‘qolishi, nafas va yurak faoliyatining buzilishi, teri rangi o‘zgarishi. Tez yordam – zaharni yo‘qotish, qondagi toksinlarni tozalash va intensiv terapiya.

Koma holatida birinchi yordam: nafas yo‘lini ochish, bolani yonbosh holatga yotqizish, hayotiy ko‘rsatkichlarni nazorat qilish, shoshilinch tez yordam chaqirish.

Bolalarda anafilaktik shok

Anafilaktik shok — bu allergik reaksiyaning eng og‘ir, hayot uchun xavfli shakli bo‘lib, organizm allergen (dori, oziq-ovqat, hasharot chaqishi va boshqalar) ta‘siriga keskin javob beradi. Bu holat bir necha daqiqa ichida rivojlanishi mumkin va hayotiy organlar faoliyatining buzilishiga olib keladi.

Sabablari

Bolalarda eng ko‘p uchraydigan allergenlar:

- **Oziq-ovqat:** sut, tuxum, yong‘oqlar, dengiz mahsulotlari
- **Dori-darmonlar:** antibiotiklar (penitsillinlar), aspirin va boshqa dorilar
- **Hasharot chaqishi:** ari, chumolilar, oqariqlar
- **Lateks** va boshqa kimyoviy moddalar

Patofiziologiyasi

Allergen tanaga tushganda, organizm mastotsitlar va bazofillar orqali histamin, prostaglandin va boshqa mediatorlarni chiqaradi. Bu qon tomirlarining kengayishi, qon bosimining pasayishi, teri va shilliq pardalarning shishishi, bronxospazm va nafas qiyinlashuviga olib keladi.

Belgilari

Bolalarda anafilaktik shok quyidagi belgilar bilan namoyon bo‘ladi:

- **Nafas olish bilan bog‘liq:** tez va qiyin nafas olish, yo‘tal, nafas yo‘llarining shishi, gurillash
- **Teri belgilar:** qizarish, toshmalar, lab va ko‘z shishi, sovuq ter
- **Nerv tizimi:** bezovtalik, hushning qisqa vaqtli yo‘qolishi
- **Qon bosimi va yurak:** arterial bosim pasayishi, puls tezlashishi yoki zaiflashishi

Bolalarda anafilaktik shok tez rivojlanadi, shuning uchun birinchi yordam juda muhim.

Bolalarda birinchi yordam

Anafilaktik shokda birinchi yordam **tez, qat’iy va tartibli** bo‘lishi kerak:

Darhol chaqiriladigan shoshilinch yordam:

- Bolaning holati og‘irlashsa, shoshilinch tibbiy yordam (tez yordam) chaqiriladi.

Allergenni aniqlash va ta’sirini to‘xtatish:

- Agar allergen oziq-ovqat bo‘lsa, uni darhol og‘izdan chiqarish yoki iste’molni to‘xtatish.
- Dori bilan bog‘liq bo‘lsa, dorini qo‘llashni to‘xtatish.

Adrenalin (epinefrin) berish:

- Bolada shoshilinch belgilari bo‘lsa (nafas qiyinlashuvi, arterial bosim pasayishi, hushning buzilishi), **auto-injektor orqali adrenalin** mushak ichiga beriladi.
- Ta’rif: odatda **sonning yuqori tashqi qismiga**, mushak ichiga 0,01 mg/kg doza.

Bolani qulay holatga qo‘yish:

- Bolani yotqizish yoki yonbosh holatga qo‘yish, boshini biroz ko‘tarish
- Agar qusish bo‘lsa, boshini yon tomonga burish

Nafas yo‘lini ochish va kuzatish:

- Agar bolada nafas yetishmovchiligi bo‘lsa, og‘ir holatlarda sun’iy nafas yordamidan foydalanish
- Hayotiy belgilar (puls, nafas, arterial bosim) muntazam nazorat qilinadi

Qo‘shimcha choralar:

- Odatda shifoxonaga yetkazish davomida kislorod berish

- Shokni kamaytirish uchun suyuqliklar (natriy xlorid yoki Ringer eritmasi) yuborilishi mumkin
- Keyinchalik allergolog ko‘rigiga yuborish va allergiya profilaktikasini belgilash

Amalga oshiriladigan tezkor amaliyotlar

1. Bolaning shoshilinch belgilari aniqlansa, darhol yordam chaqiriladi
2. Allergenga ta’sirni to‘xtatish
3. Adrenalin mushak ichiga berish
4. Nafas yo‘lini ochish, bolani yonbosh holatga yotqizish
5. Hayotiy belgilarni kuzatish
6. Kislorod berish va suyuqlik bilan to‘ldirish
7. Tez yordam kelgunga qadar doimiy nazorat

TEST SAVOLLARI

1. Shokning asosiy belgisi?
 - A) AB oshishi
 - B) AB pasayishi
 - C) Harorat ko‘tarilishi
 - D) Bradikardiya
2. Anafilaktik shokda birinchi yuboriladigan dori?
 - A) Dimedrol
 - B) Adrenalin
 - C) Analgin
 - D) Insulin
3. Gipoglikemik komada qonda glyukoza:
 - A) Yuqori
 - B) Past
 - C) Normal
 - D) O‘zgarmaydi
4. Septik shok sababi:
 - A) Allergiya
 - B) Infeksiya
 - C) Jarohat
 - D) Qon yo‘qotish
5. Anafilaktik shok rivojlanish vaqti:
 - A) Bir necha kun
 - B) Bir necha hafta
 - C) Bir necha daqiqa

- D) Bir oy
6. Koma — bu:
A) Qisqa muddatli hushdan ketish
B) Chuqur hush yo‘qolishi
C) Isitma
D) Hansirash
7. Gipovolemik shok sababi:
A) Qon yo‘qotish
B) Allergiya
C) Zaharlanish
D) Stress
8. Anafilaktik shokda AB:
A) Ko‘tariladi
B) Tushadi
C) O‘zgarmaydi
D) Sekin ko‘tariladi
9. Kardiogen shok sababi:
A) Yurak yetishmovchiligi
B) Infeksiya
C) Allergiya
D) Zaharlanish
10. Asosiy xavf —
A) Gipoksiya
B) Isitma
C) Qichishish
D) Toshma

NAZORAT SAVOLLARI

1. Shokning patogenezi qanday?
2. Gipovolemik shok sabablarini ayting.
3. Kardiogen shok belgilarini sanang.
4. Koma nima va uning asosiy belgilari?
5. Gipoglikemik va giperglikemik koma farqi?
6. Anafilaktik shokning klinik belgilari?
7. Bolalarda anafilaktik shokda birinchi yordam bosqichlari?
8. Adrenalin dozasini ayting.
9. Shok bosqichlarini sanang.
10. Shok va kollaps farqi nimada?

Foydalanilgan adabiyotlar

- 1.S.S. Qodirov. **Pediatriya**. – Toshkent: Ibn Sino nomidagi nashriyot, 2019.
- 2.R.A. Axmedov. **Bolalar kasalliklari propedevtikasi**. – Toshkent, 2020.
- 3.Sh.I. Karimov tahriri ostida. **Shoshilinch tibbiy yordam asoslari**. – Toshkent, 2018.
- 4.M.A. Xudoyqulov. **Reanimatsiya va intensiv terapiya asoslari**. – Toshkent, 2021.
- 5.O‘zbekiston Respublikasi SSV. **Klinik protokollar to‘plami (pediatriya)**. – Toshkent, 2022.
- 6.D.X. Yuldashev. **Hamshiralik ishi asoslari**. – Toshkent, 2019.
- 7.N.A. Usmonov. **Bolalarda shoshilinch holatlar**. – Toshkent, 2021.
- 8.B.T. Rasulov. **Bolalar reanimatsiyasi**. – Toshkent, 2020.
- 9.**Salomatlik -3 loyixasi** “Bemor bololarni parvarish qilish asoslari” 2014 y
- 10.V.N.Turakulov X.X.Egamov “Pediatriyada xamshiralik parvarishi” 2019

“INSERT” metodi interfaol o‘yini qo‘llanish texnikasi

“INSERT” — matn bilan ishlash orqali o‘quvchilarning **tushuncha, tahlil va tanqidiy fikrlash** ko‘nikmalarini rivojlantirishga qaratilgan metod. Tibbiyot fanlarida nazariy bilimni mustahkamlash va diagnostik tafakkurni shakllantirishda samarali.

Maqsadni aniqlash

- Matnni tushunishni va asosiy g‘oyalarni ajrata olishni rivojlantirish
- Talabalarning aktiv o‘qish ko‘nikmalarini shakllantirish
- Mavzuni mustahkamlash va mustaqil tahlil qilish

Tayyorlov bosqichi

- Tegishli mavzuga oid matn tayyorlanadi
 - Masalan: “Arterial gipertenziya: etiologiya, simptomlar, asoratlar”
- Talabalar uchun belgilar yoki kodlar tayyorlanadi:
 - “+” – bilgan ma’lumot
 - “-” – noto‘g‘ri deb hisoblangan ma’lumot
 - “?” – tushunarsiz yoki savol tug‘ilgan joy
 - “!” – yangi yoki hayratlanarli ma’lumot

Qoidalarni tushuntirish

- Matnni o‘qib chiqib, har bir jumla yoki fikrni tegishli belgi bilan belgilash
- Talabalar individual yoki guruh bo‘lib ishlashi mumkin
- Vaqt belgilanadi (5–10 daqiqa)

Matnni o‘qish va belgilash

- Talabalar matnni o‘qib, belgilarni qo‘yadi: +, -, ?, !
- Har bir belgi asosida tahlil va muhokama qilinadi

Muhokama bosqichi

- Talabalar o‘z belgilari va sabablarini izohlaydi
- Boshqalar bilan fikr almashadi
- Noto‘g‘ri tushunilgan yoki yangilik sifatida qabul qilingan ma’lumotlar aniqlanadi

Xulosa chiqarish

- O‘qituvchi matn bo‘yicha asosiy tushunchalarni mustahkamlaydi
- Savollar va tushunmovchiliklar aniqlanadi
- Kerakli qo‘shimchalar beriladi

Afzalliklari

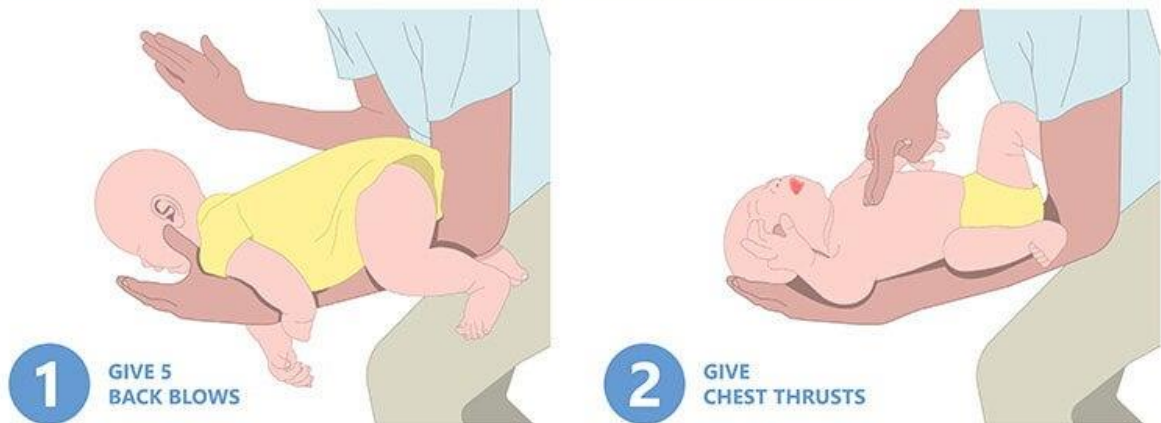
- Tanqidiy va mantiqiy fikrlashni rivojlantiradi
- Bilimni mustahkamlash va yangi ma’lumotni ajratib olishga yordam beradi
- Talabalarni faol ishtirokga jalb qiladi
- Murakkab matnlarni tushunishni osonlashtiradi

17-mavzu O‘quv moduliga ajratilgan kredit jami 4 .	Favqulotda vaziyatlar va shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko‘rsatish. Bolalarda shoshilinch xolatlarda tez tibbiy yordam ko‘rsatish
---	--

Amaliy mashg‘ulotini o‘qitish texnologik modeli.

Vaqt: 160 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O‘quv mashg‘ulotining shakli va turi	Amaliy mashg‘ulot
Amaliy mashg‘ulotning rejasi.	1.Bo‘g‘ilish, strangulyatsiya, aspiratsion sindrom va asfiksiyani oldini olish 2.Boladagi to‘satdan o‘lim sindromi (BTO‘S)ning oldini olish chora tadbirlari

CHOCKING FIRST AID FOR INFANT



REPEAT STEP 1 AND 2 UNTIL THE OBJECT IS EJECTED OR THE PERSON FORCEFULLY COUGHS

DIAL FOR AN AMBULANCE IMMEDIATELY IF THE OBJECT HAS NOT DISLODGED AFTER 3 REPETITIONS OF STEP 1 AND 2

1-bosqich: Xavf omillarini aniqlash

- 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda kichik predmetlar mavjudligini tekshirish.
- Mayda o‘yinchoqlar, tangalar, yong‘oq, uzum, qattiq konfetlarni olib tashlash.
- Ovqatlanish vaqtida nazoratni ta‘minlash.

2-bosqich: Ota-onalarni o‘qitish

- Bolani ovqatlantirishda tik o‘tirgan holatda bo‘lishi kerak.
- Ovqatni mayda bo‘laklarga bo‘lib berish.
- Bolani ovqat vaqtida yugurtirmaslik.

3-bosqich: Favqulodda vaziyatda harakat algoritmi

- Bola yo‘tala olsa – yo‘talishiga imkon berish.
- Nafas to‘liq to‘silsa:
 - 1 yoshgacha: 5 marta orqaga urish + 5 marta ko‘krakka bosish.
 - 1 yoshdan katta: Heimlich usuli.
- Zarurat bo‘lsa tez yordam chaqirish.

II. Strangulyatsiya profilaktikasi



1-bosqich: Uy sharoitini tekshirish

- Deraza pardasi arqonlarini balandga yig'ish.
- Bola kiyimlarida uzun ip va tasmalarning yo'qligini tekshirish.
- Beshik atrofida arqon va sim bo'lmasligi.

2-bosqich: Ota-onalarga maslahat

- Bolani arqonli buyumlar bilan yolg'iz qoldirmaslik.
- Emzikni ip bilan bo'yniga osib qo'ymaslik.

Aspiratsion sindrom profilaktikasi



Option 1: Hold the baby in your arms, on their side, head lower than stomach. Put the back of your hand under their mouth and nose to keep checking that they are breathing. If you are unsure, wet the back of your hand as it makes it more sensitive. Call an ambulance.



Option 2: Roll them into the recovery position on a blanket or coat to insulate them from the ground and use a rolled-up jumper or something to keep them on their side. Keep checking that they're breathing. Call an ambulance.



1-bosqich: Ovqatlantirish texnikasi

- Bolani yarim o'tirgan holatda ovqatlantirish.
- Emizgandan keyin 10–15 daqiqa tik tutish.
- Ko'p qusuvchi bolalarni yonbosh yotqizish.

2-bosqich: Tibbiy nazorat

- Refluks belgilarini aniqlash.
- Zaruratda shifokorga murojaat qilish.

IV. Asfiksiya profilaktikasi



1-bosqich: Nafas yo‘llarini nazorat qilish

- Tug‘ruq zalida chaqaloqni baholash.
- Zaruratda nafas yo‘lini tozalash.

2-bosqich: Kislrod terapiyasini tayyorlash

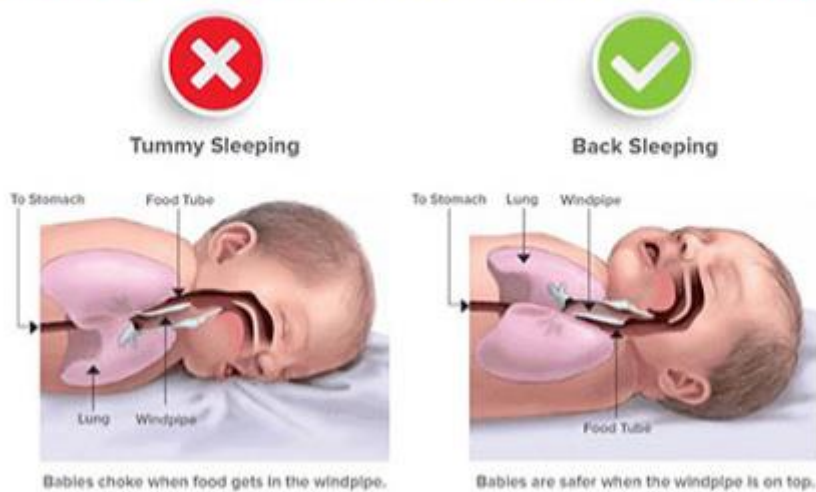
- Maskani mos o‘lchamda tanlash.
- Oqim tezligini tekshirish.

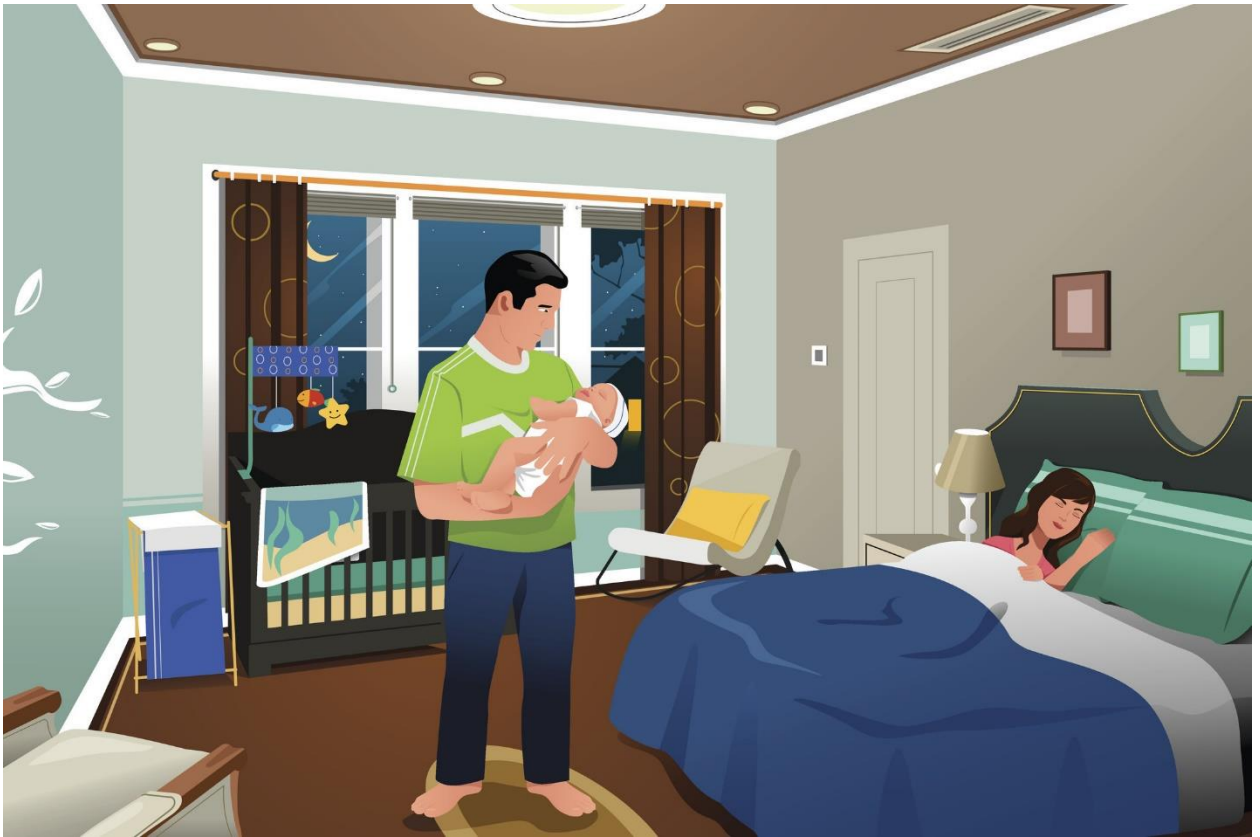
3-bosqich: Hayotiy ko‘rsatkichlarni monitoring qilish

- Nafas soni.
- Yurak urish tezligi.
- Teri rangi.

BOLADAGI TO‘SATDAN O‘LIM SINDROMI (BTO‘S) OLDINI OLISH

Place Babies on their Backs to Sleep.





1-bosqich: Xavf omillarini aniqlash

- Bola qorni bilan uxlashi.
- Yumshoq yostiq va ko‘rpa ishlatilishi.
- Ota-onaning chekuvchiligi.
- Muddatidan oldin tug‘ilish.

2-bosqich: Xavfsiz uyqu qoidalari

- Bolani doimo chalqancha yotqizish.
- Qattiq va tekis matrats.
- Beshik ichida ortiqcha buyumlar bo‘lmasligi.
- 6 oygacha ota-ona bilan bir xonada, lekin alohida yotoqda uxlash.

3-bosqich: Ota-onalarni o‘qitish

- Chekishni taqiqlash.
- Haddan tashqari o‘rab qo‘ymaslik.
- Emizishni qo‘llab-quvvatlash.
- Rejalashtirilgan profilaktik ko‘riklarga qatnashish.

4-bosqich: Favqulodda vaziyatga tayyorgarlik

- Ota-onalarga YOR (CAB) algoritmini o‘rgatish.
- Tez yordam chaqirish tartibini tushuntirish.

AMALIY MASHG‘ULOTDA SHAKLLANTIRILADIGAN KO‘NIKMALAR

- Xavf omillarini aniqlash
- Uy sharoitini baholash
- To‘g‘ri ovqatlantirish texnikasi
- Xavfsiz uyqu muhitini tashkil qilish
- Favqulodda vaziyatda birinchi yordam ko‘rsatish

