

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ**

**РЕСПУБЛИКА ЎРТА ТИББИЁТ ВА ФАРМАЦЕВТИКА ХОДИМЛАРИ МАЛАКАСИНИ
ОШИРИШ ВА ИХТИСОСЛАШТИРИШ МАРКАЗИ АНДИЖОН ФИЛИАЛИ**

**“Болаларда нафас олиш аъзоларининг касалликларида
хамширалик парвариши”**

**(Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва
ихтисослаштириш марказлари ва унинг ҳудудий бўлинмалари тингловчилари
учун ўқув услубий қўлланма)**

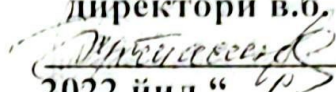


АНДИЖОН 2022 йил

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
РЕСПУБЛИКА ЎРТА ТИББИЁТ ВА ФАРМАЦЕВТИКА ХОДИМЛАРИ МАЛАКАСИНИ
ОШИРИШ ВА УЛАРНИ ИХТИСОСЛАШТИРИШ МАРКАЗИ АНДИЖОН ФИЛИАЛИ

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

Ўз Р ССВнинг Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори в.б.

 Д.С.Тўхтасинова
2022 йил “ 6 ” июль
№ 6 баённома

“БОЛАЛАРДА НАФАС ОЛИШ АЪЗОЛАРИНИНГ
КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲАМШИРАЛИК ПАРВАРИШИ”

Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни
ихтисослаштириш марказлари тингловчилари учун ўқув- услубий қўлланма

Андижон-2022

158
6 июль 22

Тузувчилар:
Д.М.Гаппарова Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари
малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш
маркази Андижон филиали ўқитувчиси

Г.И.Содикова Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари
малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш
маркази Андижон филиали ўқитувчиси

Г.К.Каюмова Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари
малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш
маркази Андижон филиали ўқитувчиси

Такризчилар:
Ш.К. Хакимов. АДТИ шошилиш педиатрия ва неонатология
кофедраси профессори.

Х.А.Хусаинова. АДТИ неонатология бўйича ВМОФ профессори.

Ўқув дастури Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини
ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиал педогогик
Кенгашида кўриб чиқилган

« 7 » сентябрь 2022 й., баённома № 1

Кенгаш раиси

имзо

Г.А.Тураходжаева

Ўқув дастури ССВ ҳузуридаги узлуксиз касбий таълим муассасалараро
мувофиқлаштирувчи Кенгашда кўриб чиқилган ва тасдиқланган

« _____ » _____ 2022й., баённома № _____

Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлар малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш Маркази Андижон филиали ўқитувчиси Д.М.Гаппарованинг “Болаларда нафас олиш органлари касалликларида ҳамширалик парвариши” мавзусида ёзган услубий қўлланмасига

ТАҚРИЗ

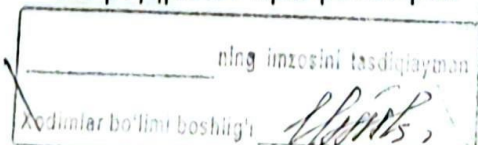
Ўзбекистон Республикасининг “Таълим тўғрисида”ги Қонуни, “Кадрлар тайёрлаш Миллий дастури” ва Соғлиқни сақлаш вазирлиги буйруклари ва Вазирликни Олий ва ўрта тиббий таълим буйича ўқув-ўслуб идораси талабларига амал қилган ҳолда малака ошириш Андижон филиали педагог ходимлари учун услубий қўлланма тайёрлаш бугунги кун талабидир. Шундан келиб чикиб ДПМнинг болалар бўлими ва хоналарида ишлайдиган ҳамшираларни чуқур билимга эга бўлган, кенг мантикий фикрлай оладиган қилиб тайёрлаш ва соҳа буйича янгиликлардан ўз вақтида воқиф қилиш малака ошириш Марказларини бош вазифаларидан бири бўлиб, мазкур қўлланма ана шу фикрларни олиб Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ўқув-ўслубий маркази томонидан тасдиқланган “Соғлом ва бемор болаларда ҳамширалик парвариши”, малакасини ошириш дастури асосида тайёрланган.

Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлар малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш Маркази Андижон филиали ўқитувчиси Д.М.Гаппарованинг “Болаларда нафас олиш органлари касалликларида ҳамширалик парвариши” мавзусида ёзган услубий қўлланмаси вилоят, шаҳар ва тумандаги педиатрия бўлимлари ва ҚВП/ҚОП/ОП ва туман/шаҳар КТМПларнинг фаолият олиб бораётган педиатрия ҳамширалари учун мўлжалланган бўлиб, унда ушиб ривожланаётган бола ҳаёти давомида кузатиладиган нафас олиш органлари анатомияси, физиологияси, касалликларини келиб чиқиши. Ривожланиши ва бемор болаларни парваришlash, даволаш ва олдини олишда ахамиятли эканлиги тўғрисида маълумот берди.

Ўқув услубий қўлланмасининг асосий мақсади ва вазифаларидан бири барча болалар шифохоналарда ва оилавий поликлиникаларда болалар билан ишловчи ҳамшираларни замон талабига мос равишда малакасини ошириш ва ихтисослаштиришдир. Ушбу ўқув услубий қўлланмани услубий кенгашида муҳокама қилиш ва маъқуллаш учун тавсия қиламиз.

Ш.К. Хақимов.

АДТИ шошилиш педиатрия ва неонатология
кофедраси профессори.



Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлар малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш Маркази Андижон филиали ўқитувчиси Д.М.Ганпарованинг “Болаларда нафас олиш органлари касалликларида ҳамширалик парвариши” мавзусида ёзган услубий қўлланмасига

ТАҚРИЗ

Ушбу услубий қўлланма Вилоя, шаҳар ва тумандаги болалар булимлари, ҚВП/ҚОП/ОП ва туман/шаҳар КТМПларнинг фаолият олиб бораётган патронаж/оила ҳамшираларни ўқитишга мўлжалланган. Ҳамширалар зарурият туғилганда малакали биринчи тиббий ёрдамни кўрсата билишлари керак. Шундан келиб чикиб “Болаларда нафас олиш органлари касалликларида ҳамширалик парвариши” бўйича аҳолига маслаҳатлар бериш. Ўқув-услубий қўлланманинг асосий вазифалари тингловчиларга малакали билимларни бериш, уларга назарий ва амалий жихатларини ҳар томонлама ўргатишдан иборат.

Ўзбекистон Республикаси мустақилликка эришгандан кейин кадрлар тайёрлаш давлат дастури тузилиб, тиббиёт соҳасида ўрта тиббиёт ходимларини билим савиясини, малакасини оширишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Ушбу услубий қўлланма ҳам ўрта тиббиёт ходимларининг болалар касалликлар мавзусида бошланғич билимларини шакллантиришда ёрдам беради.

Ўқув қўлланмада Вилоя, шаҳар ва тумандаги болалар булимлари, ҚВП/ҚОП/ОП ва туман/шаҳар КТМПларнинг фаолият олиб бораётган патронаж/оила ҳамшираларни малакавий тавсифномаси ва лавозим йўриқномаларига мувофиқ, лозим бўлган янги билимлар ва кўникмаларни етарли даражада ўзлаштиришга қаратилган материаллар тақдим этилган. Шу муносабат билан беморлар болаларга хавф солувчи асоратларни олдини олиш, тўғри турмуш тарзини шакллантиришга қаратилган парваришни амалга ошириш ҳамда мустақил равишда олиб бориладиган ўқитиш ишларини такомиллаштиришга эришилади.

Х.А.Хусаинова.  АДТИ неонатология бўйича ВМОФ профессори.

ning imzosini tasdiqlayman

Xodimlar bo'limi boshlig'i

XODIMLAR
BO'LIMI

Кириш.

Мазкур ўқув қўлланма педиатрия даволаш профилактика муассасалари ва оилавий поликлиникаларда фаолият олиб бораётган педиатр ҳамшираларни ҳар томонлама етук, ихтисослик фанлари бўйича етарли билим, малака, кўникмаларга эга бўлишларига эришиш, улар мустақил фаолияти яъни, ўқитиш, кўрсатмалар бериш, ўз-ўзини бошқариш ҳамда маслаҳатлар беришга доир тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш, янги назарий билимларни амалий кўникмалар орқали мустақамлаш, психологик парвариш кўникмаларини эгаллашга қаратилган. Ушбу ўқув **қўлланма** мақсади ҳамширалик педагогикасини шакллантириш бўлиб маслаҳатлар бериш йўли билан улар фаолият турини ривожлантиришга қаратилгандир.

Ўқув қўлланмада барча вилоят, шаҳар ва тумандаги педиатрия булимлари ва ҚВП/ҚОП/ОП ва туман/шаҳар КТМПларнинг фаолият олиб бораётган педиатрия ҳамширалари малакавий тавсифномаси ва лавозим йўриқномаларига мувофиқ, лозим бўлган янги билимлар ва кўникмаларни етарли даражада ўзлаштиришга қаратилган материаллар тақдим этилган. Шу муносабат билан бемор болаларга хавф солувчи асоратларни олдини олиш, ёш оналарга бола тарбиясида касалликлар профилактикасини ургатиш, ҳамда мустақил равишда олиб бориладиган ўқитиш ишларини такомиллаштиришга эришилади.

Ушбу услубий қўлланма вилоят, шаҳар ва тумандаги педиатрия булимлари ва ҚВП/ҚОП/ОП ва туман/шаҳар КТМПларнинг фаолият олиб бораётган педиатрия ҳамширалари ўқитишга мўлжалланган. Ҳамширалар зарурият тугилганда малакали биринчи тиббий ёрдамни курсата билишлари керак. Шундан келиб чикиб “Бемор болаларни парвариш килиш” бўйича аҳолига маслаҳатлар бериш. Ўқув-услубий қўлланманинг асосий вазифалари тингловчиларга малакали билимларни бериш, уларга назарий ва амалий жихатларини ҳар томонлама ургатишдан иборат.

“Болаларда нафас олиш органлари касалликларида ҳамширалик парвариши” ўқув-услубий қўлланманинг асосий вазифаси умумий малака ошириш ўқув жараёнини модулли тиббий таълим тамойили бўйича, замонавий, инновацион, далилларга асосланган тиббиёт халқаро илмий-амалий маълумотларни давлат талабларига мос ҳолда тузилган ўқув дастури бўйича тизимли ташкиллаштириш ва бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида кўрсатиладиган профилактик, ташхислаш ва даволаш учун керакли амалий кўникмаларни мустақил қўллашга тайёргарликни шакллантириш.

Ўқув услубий қўлланмада ҳамширалар учун керакли бўлган амалий кўникмалар алгоритми берилган. Бу амалий кўникмалардан бевосита иш жойларида ҳам кенг фойдаланишлари мумкин. Албатта бу уларнинг иш унумдорлигини оширишга ва сифатли тиббий ёрдам кўрсатишига сабаб бўлади. Ушбу ўқув услубий қўлланма “Болаларда нафас олиш органлари касалликларида ҳамширалик парвариши”, ўқув дастурига киритилган назарий ва амалий мавзулар асосида тайёрлаш.

БОЛАЛАРДА НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИНИНГ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИКХУСУСИЯТЛАРИ ВА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Болаларда нафас олиш органлари нисбатан кичик ўлчамли ва анатомо-гистологик ривожланиши тугалланмаганлиги билан фарқланади. Ерта ёшдаги болаларда бурун нисбатан кичик, бурун йўллари тор, пастки бурун йўли бўлмайдди. Бурун шиллиқ қавати нозик, нисбатан қуруқ, қон томирларга бой. Бурун йўллари торлиги ва яхши қон билан таъминланганлиги натижасида кичик ёшдаги болаларда енгил яллиғланиш бурун орқали нафас олишни қийинлаштиради. Болалар ҳаётининг биринчи ярим йилида огиз орқали нафас ололмайди, чунки тили катта, халқум усти тоғайини орқага сиқади. Ерта ёшдаги болаларда бурундан чиқиш - хоана жуда тор, шунинг учун у узок вақт давомида бурун орқали нафасни бузилишига сабаб бўлади.

Чақалоқлар халқуми нисбатан катта ўлчамга ега; катталарникига нисбатан у калта, кенг, воронкасимон, юқори жойлашган ,чиқиш болмайди. бола бир вақтнинг ўзида нафас олади ва ютади. Бу сўриш актида муҳим ахамиятга ега.

Бола ҳаётининг биринчи 3 ёшида ва кейин, жинсий шаклланиш даврида овоз ёриғи яққол катталашади. Чақалоқларда ва болалик даврида халқум мушаги кучсиз ривожланган. Унинг енг интенсив ўсиши жинсий шаклланиш даврига тўғри келади. Бола ҳаётининг биринчи торт йилида халқум тез осадди.

Чақалоқларда халқум тоқайлари юпка, ёш ўтган сари қалинлашади, аммо ўзининг қайишқоқлигини сақлайди.

Чақалоқларда трахея узунлиги 3,2-4,5 см, воронкасимон кўринишда бўлади. Ўрта қисмида кенглиги 0,8 см атрофида. Трахеянинг пардасимон девори нисбатан кенг, трахея тоқайлари яхши ривожланмаган, юпка, майин бўлади.

Чақалоқларда ўпка нотогри қонус шаклда; юқори бўлаклари нисбатан катта болмаган ўлчамда; ўнг ўпка ўрта бўлаги ўлчами бўйича юқори бўлаккатенг, пасткиси нисбатан катта. Бола ҳаётининг 2 ёшида ўпка вазни 57г (39 дан 70 г.гача), хажми 67 см.куб. Бола тугилгандан кейин бронхиал дарахт асосан шаклланган; 1 ёшида интенсив ўсиши кузатилади. Жинсий шаклланиш даврида бронхиал дарахт ўсиши яна кучаяди. 20 ёшларга келиб унинг ҳамма қисмлари ўлчамлари 3,5-4 мартага катталашади

Бола ҳаётининг биринчи йилида ва кейин янги алвеоляр ёлаклар пайдо бўлиши бошланади. Алвеоляр йўлаклар янги шохчаланиши ҳосил болиши 7-9 ёшда тугайди, 15-25 ёшларда ўпка паренхимаси шаклланиши тугайди.

Чақалоқларда ўнг ва чап ўпка пастки чегараси катталарникига қараганда бир қовурға юқорида бўлади. Бола ёши осган сари бу чегара аста - секин тушади. Болаларда нафас чуқурлиги катталарга қараганда кичик бўлади. Бу ўпканинг кичик олчамлиги билан тушунтирилади ва курак қафаси худди нафас олиш ҳолатидагидек бўлади. Катталарга қараганда, болаларда кислородга талаб юқори. Шундай қилиб,1 ёшгача бўлган болаларда кислородга талаб тана вазнининг 1 кг га 8мл/мин ни ташкил қилади, катталарда - 4,5 мл/мин. Болаларда нафас олишнинг юзаки характери нафас олиш сонининг кўплиги билан компенсациялашади (чақалоқларда минутига 40-60 марта, 1 ёшда 30-35 марта,

5 ёшда 25 марта, 10 ёшда -20 марта, катталарда 16-18 марта), нафас олишда ўпканинг катта қисми иштирок этади.

Опканинг тириклик сифими (ОТС), бу ҳаво миқдори (миллилитрларда), максимал нафас олгандан кейин максимал чиқарилган ҳаво, болаларда катталарга нисбатан паст бўлади.

Кўкрак ёшидаги болаларда нафас олишнинг хусусиятлари

Кўкрак ёшидаги болаларда нафас олишнинг асосий ва **биринчи хусусияти** унинг юзаки характери, яъни унчалик катта бўлмаган чуқурлигидир.

Иккинчи хусусияти - бир минутда нафас олиш сонининг кўплиги. Чақалоқлар бир минутда 50-60 марта нафас олишади, бу физиологик ҳолат ҳисобланади. Аста-секин ёшга қараб, нафас олиш сони камаяди.

Учинчи хусусияти - бола ҳаётининг биринчи 2 ҳафталигида нафас аритмияси, яъни нафас олиш ва нафас чиқариш паузаларининг нотоғри алмашилиши, нафас олиш нафас чиқаришга нисбатан қисқа ва баъзи ҳолларда танаффуслар билан бўлади, уйқу вақтида нафас бир меъёрга бўлади.

Нафас олиш тизими шикастланиши семиотикаси ва синдроми.

Текишириш усуллари

Болани кўрув вақтида бурундан ажралма келиши ва бурун орқали нафас олиш қийинлашувини сезиш мумкин. Ташқи кўрикда нафас етишмовчилиги тери сианози, лаб шиллиқ қавати ва тил сианози билан билинади.

Йўтал ва овознинг ўзгариши - нафас тизими зарарланишига хос белгилардан бири. Йўтал қуруқ, дағал, "акилловчи", хўл балғам ажралиши билан бўлиши мумкин. Корик вақтида оғиз бошлиғида томоқ ва бодомча безлари ҳолатига еътибор бериш керак. Шунингдек, кўрикда нафас турига еътибор бериш керак (кичик болаларда нафас олишнинг қорин тури), болани корик вақтида нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг (қорин тўғри мушаги, кўкрак-ўмров, кўкрак) қатнашиши нафас олишнинг қийинлашуви, яъни ҳансирашдан далолат беради. Бунда ерта ёшдаги болаларда бурун қанотлари керикиши ва зўриқиши кузатилади.

- **инспиратор хансираш** - нафас олиш қийинлашган;
- **експиратор хансираш** - нафас чиқариш қийинлашган
- **аралаш хансираш** - экспиратор-инспиратор
- **стенотик нафас** - юқори нафас йулларидан ҳаво утишининг қийинлашуви
- **нафас етишмаслиги хуружи** - астмада кузатилади (нафас олиш ва чиқариш жарангдор, масофадан ешитилади)
- **туғма стридор**. Ерта ёшдаги болаларда бўлади. Нафас олишда инспиратор шовқин билан характерланади, 2-3 ёшда ўз-ўзидан йўқолади.

Палпасияда кўкрак қафасида оғриқни аниқлаш мумкин. Плеврал оғриқлар нафас олиш ва чиқаришда кучаяди, эпигастрал ва қовурға ости соҳасига узатилади. Агар кўкрак қафасига босилса, камаяди.

Овоз дириллаши - бемор кўкрак қафасининг икки томонига, симметрик қисмларга қўл қўйилганда сезилади, бу вақтда бемор овозга катта вибрасия берадиган сўзларни айтади (кўпроқ "р" харфи бўлган созлар, "арра", "қир? тўрт" ва бошқалар). Овоз дириллашини аниқлаш учун боладан юқоридаги сўзларни айтиш талаб этилади, кичик ёшдаги болаларда йиғлаганда аниқланади.

Овоз дириллашининг кучайиши ўпка тўқимаси қаттиқлашуви, ўпкада бўшлиқлар борлиги билан боғлиқ. Овоз дириллаши пасайиши бронхлар тикилиб (тўлиб) қолганда (ўпка ателектази), кукрак деворларида бронхларнинг сиқилишларида (екссудат, пневмоторакс,) кузатилади. Нафас олиш сонини санаш болага билдирилмаган ҳолда утказилади, кукракка ёки қоринга қўл қўйиб, чақалоқлар ва кўкрак ёшидаги болаларда - нафас олиш сонини боланинг бурнига стетоскўпни қўйиб (уйқу вақтида) аниқлаш ҳам мумкин. Нафас олиш сонини санаш бир минутда ўтказилади.

Соглом болаларда нафас олиш сони (минутда)

Чақалоқлар - 40-60 та

ой - 35-40 та

1 ёш - 30-35 та

4-6 ёш - 24-26 та

10-12 ёш - 18-20 та

13-15 ёш - 16-18 та

Кўкрак қафасини перкуссия қилганда болани ҳолати тугрилигига ўтибор бериш керак. Ерта ёшдаги болаларда кўкрак қафаси олд юзасини бола ётган ҳолатда перкуссия қилиш қулай, кичик болани кимдир ушлаб туриши керак. Бошини ушлаб олмайдиган болаларда, қоринга ётқизиб ёки болани чап ҳолга олиб перкуссия қилинади.

Кичик ёшдаги болаларни стулга утказиб перкуссия қилинади. Катта ёшдаги болаларни тик турган ҳолда перкуссия қилинади.

Нафас етишмовчилиги 4та даражага бўлинади:

Нафас етишмовчилиги **1- даражаси** - тинч ҳолатда унинг клиник кориниши бўлмайди ёки унчалик ривожланмаган булади. Лекин енгил жисмоний зориқишдан кейин қисман ҳансираш, оғиз атрофи сианози ва тахикардия пайдо булади.

Нафас етишмовчилиги **2- даражаси** - тинч ҳолатда қисман ҳансираш кузатилади (нафас қони 25% га нормага нисбатан кучайган), тахикардия, тери ранги оқариши ва оғиз атрофи сианози. Пулс тезлашган, артериал босим кўтарилишига мойиллик бор, асидоз. Кислород берилганда беморни ахволи яхшиланади.

Нафас етишмовчилиги **3- даражаси** - нафас жуда тезлашган (50% дан юқори), ер рангидаги сианоз кузатилади, маржон тер оқади. Нафас юзаки, артериал босим пасайган, нафас резерви нолгача тушади.

Нафас етишмовчилиги **4- даражаси** - аритмик, вақти-вақти билан, юзакинафас олиш. Умумий сианоз (акросианоз) кузатилади, бўйин веналари бўртиши, гипотония. Кислород ингалясияси хар доим хам аҳволни энгиллаштирмайди, баъзида умумий аҳволини ёмонлаштиради.

НАФАС ОЛИШ ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ. БРОНХИТЛАР.

Бронхит - бронхларнинг турли етиологияли яллигланиш касаллиги (инфекцион, аллергияк, физик-химик ва бошқ). Болаларда бронхитларнинг қуйидаги шакллари ажратилади:

1. Ўткир оддий бронхит (ОБ)
2. Ўткир обструктив бронхит (ООБ)
3. Ўткир бронхиолит
4. қайталанувчи бронхит (ҚБ)
5. қайталанувчи обструктив бронхит (ҚОБ)
6. Сурункали бронхит (СБ) - бирламчи ва иккиламчи
7. Сурункали бронхиолит облитерасия билан бирга

Ўткир оддий бронхит

Ўткир оддий бронхит - бронхларнинг обструкция белгиларисиз кечадиган бронхитдир. Етиологияси. Ўткир оддий бронхит етиологик омили вируслар (парагрипп, аденовируслар, грипп вируси, ситомегаловирус) ҳисобланади. Физик омиллар, совуқ қотишда, бурун-томоқда аутофлоранинг активлашувида кузатилади.

Бронхит қуйидаги болалар инфекцияси, жумладан, қизамиқ ва кок ётал кечиш жараёнида пайдо бўлади.

Клиникаси. Касаллик тана хароратининг котарилиши, бош оғриши, ўзини ёмон ҳис қилиш, иштаҳа пасайиши билан бошланади. Ўткир оддий бронхит ўткир вирусли респиратор инфекциялардан сунг ривожланади, касалликнинг биринчи кунларида юқори нафас ёллари зарарланиш белгилари кузатилади. Ўткир оддий бронхит асосий белгиси йутал ҳисобланади. Касаллик бошида йутал қуруқ булади. Трахеобронхитда йутал қичишиш ва туш суягининг орқасида огриқ билан кечади. Ерта ёшдаги болаларда йуталганда юзнинг қизариши ва йиглаш туш суягининг орқа қисмида огриқдан далолат беради. Бир неча кундан кейин йутал юмшоқ, нам, кўп бўлади. Кичик ёшдаги болалар балгамни чиқара олмайди ва ютиб юборади.

Ўпка аускултасиясида ўткир бронхитда дағал нафас, диффуз қуруқ, нам, хириллашлар ешитилади, йуталгандан кейин унинг миқдори камаяди. Ўткир бронхитнинг давомийлиги 2 ҳафтадан ошмайди.

Ўткир обструктив бронхит

Ўткир обструктив бронхит (ООБ) - бронхлар обструкцияси синдроми билан кечадиган касаллик. Катталарга қараганда, болаларда кўп учрайди, оғирроқ кечади. Майда бронхлар ва бронхиолаларнинг вирусли етиологияли зарарланиши билан кечади. Ўткир бронхит билан асосан икки ёшгача бўлган

болалар касалланади.

Ўткир обструктив бронхитни асосий етиологик омил РС-вируслар, парагрипп ИИИ туридаги вируслар, аденовируслар келтириб чикаради.

Клиникаси. Ўткир обструктив бронхит тана хароратининг кутарилиши, юқори нафас йуллари катарал ўзгаришлари билан ўткир бошланади. Боланинг умумий аҳволи бирдан ўзгармайди.

Респиратор бузилишлар белгилари касалликнинг биринчи кунда юзага келиши мумкин, баъзида 3-5 кунда юзага чиқади. Аста-секин нафас олиш ҳаракати ва нафас чиқариш давомийлиги бир минутда 50 мартагача етади, шовқинли, хуштаксимон бўлади.

Бронхиал безлар гиперсекресияси натижасида, кичик ёшдаги болаларда майда ва ўрта пуфакли нам хириллашлар ешитилади. Хириллашлар масофадан эшитилади.

Обструкция ривожланиши кучайганда бола безовталанади, кўзгалувчанлиги ортади, кулларига таянган ҳолда мажбурий ўтирган ҳолатни танлайди.

Нафас олишда йўрдамчи мушаклар қатнашади, бурун қанотлари кериккан, қовургалар оралигида ва эпигастрал соҳада тортилиш кузатилади. Баъзида оғиз атрофида енгил сианоз кузатилади.

Ўткир бронхиолитда обструкциянинг оғирлик даражаси ва нафас етишмовчилигининг яққоллиги яллигланишнинг майда бронхларда жойлашиши, ерта ёшдаги болаларда бронх-опёка тизимининг анатомио-физиологик хусусияти ва вирусли яллигланишнинг ўзига хослигига боғлиқ. Нафас йўллари енгил катаридан 2-4 кундан кейин ҳансираш нафас ҳаракатининг минутига 70-90 тага етиши кузатилади, нафас чиқаришнинг қийинлашиши, ёрдамчи кўкрак мушакларининг иштирок етиши, кўкрак қафаси чиқиб турган жойларининг тортилиши, бурун қанотларининг керикиши, оғиз атрофи сианози кузатилади.

Касаллик бошида йўтал қуруқ, кейинчалик нам, балҳамли бўлади. Тана қарорати 38-39°С гача кўтарилади. Бу ҳолат 1-2 кун давом этади.

Боланинг умумий аҳволи оғир, нафас етишмовчилиги яққол билинади. Кўкрак қафаси шишган, перкуссияда қутичасимон товуш аниқланади, аускултасияда узайган нафас чиқариш ёки хуштаксимон нафас чиқариш, нафас олишда ва нафас чиқаришда кўп майдахириллашлар ешитилади.

Ресидивланувчи бронхит болалик даврларида кўп учрайди. Сурункали бронхитдан фарқи прогрессивланувчи кечиши кузатилмайди, бронх-ўпка тизимида қайтмас функционал ва морфологик ўзгаришлар аниқланади. Ресидивланувчи бронхит ерта ва мактабгача ёшдаги болаларда кўп учрайди. қайталанувчи бронхитда экзоген ва эндоген омиллар катта аҳамиятга ега, болаларда респиратор касалликларга сабаб бўлади.

Қайталанувчи бронхитга хуружларни мавсумийлиги характерлидир, бу вирусли респиратор инфекцияларнинг эпидемик кўтарилишига тўғри келади, кўп

ҳолларда хуружларни ривожланишига сабаб булади. Болаларда қайталанувчи бронхитнинг шаклланиши ва кечишида бактериял инфекцияларни урни катта:

Клиникаси. Бола қанчалик кичик бўлса, хуружлар шунчалик кўп учрайди. Қайталанувчи бронхит хуружи ўтки бошланади, тана ҳарорати субфебрилгача, баъзида фебрилгача кутарилади, қуруқ ётал 2-3 кундан кейин нам балҳамли йўталга айланади.

Мактаб ёшидаги болаларда қайталанувчи бронхит хуружи тана ҳароратининг кутарилмаслиги билан кечади. Йўтал одатда кун давомида бир хил ёки ерталаблари кучайган булади. Узоқ вақт (3-4 ҳафтадан кам бўлмаган) қисман йўтал сақланади, ерталаблари шиллиқ ёки шиллиқ йирингли балғам ажралиши билан кузатилади.

Оқибати. қайталанувчи бронхитда йўмон емас, баъзида сурункали шаклга ўтиши мумкин. 2% беморларда қайталанувчи бронхит бронхиал астмага ўтиши мумкин.

Сурункали бронхит.

Бирламчи сурункали бронхит - катталардаги сурункали бронхитга ухшаш, болаларда жуда кам учрайди.

Болаларда сурункали бронхитларга ташхис қуйиш мезонлари.

- 1) Балғамли йўтал;
- 2) 3 ой ва ундан кўп вақт давомида доимий хириллашлар;
- 3) Йилида уч ва ундан кўп марта хуружлар такрорланиши;
- 4) Бронх деворида морфологик белгиларнинг аниқланиши.

Клиникаси. Бронхообструктив синдром характерлидир. Ташқи нафас текширилганда кўкрак ичи босими ортганлиги, упканинг қолдиқ ҳажми ошганлиги, бронхиал о'тказувчанлик бузилганлиги аниқланади. қайталанувчи ё'тал, аускултасияда зарарланган ўчоқ устида сушт нафас, майда пуфакчали нам хириллашлар ешитилади. Улар доимий ешитилиши мумкин, бу еса пневмония билан ташқис ўтказишда қийинчилик туғдиради. Нафас етишмовчилик белгилари кузатилади.

ПНЕВМОНИЯ

Пневмония (юнон тилидан рнеумон - "ўпка"; син: ўпка яллигланиши)- ўпканинг респиратор бўлимларидаги яллигланиш жараёни бўлиб, алоҳида касаллик ёки бирор бир касалликнинг асорати сифатида кузатилади.

Келиб чиқиши бўйича:

- Уй пневмонияси
- Касалхона пневмонияси
- Перинатал
- Иммуниет танқислигидаги пневмония

Морфологик кориниши бўйича:

- Ўчоқли
- Сегментар
- О'чоқлар қосқилиши

- Крупоз
- Интерстициал

Кечини бўйича:

- Ўткир
- Чо'зилган

Асоратлар бўлишига қараб:

- Асоратланмаган
- Асоратланган

Касалхона ичи пневмонияси, шифохонада бўлганда 48 соатда ёки шифохонадан чиққандан кейин 48 соат ичида ривожланади. Пневмонияни оғирлик даражаси (енгил, ўрта оғир, оғир) токсикоз ривожланиши, нафас етишмовчилиги ва юрак қон томир ўзгаришларига қараб белгиланади. Уй шароитида касалланган 6 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда пневмониянинг енг кўп тарқалган кўзгатувчиси – пневмококк, гемофил таёқчаси, тилла ранг стафилококк ҳисобланади.

Вируслар асосан бир ёшгача бўлган болаларда вирусли пневмония ривожланишида катта аҳамиятга эга. Кўп қусадиган, нафас йуллари аспирасияси бор, заифлашган болаларда пневмониянинг сабабчиси ичак таёғчаси, тилла ранг стафилококк ҳисобланади. Микробларнинг бронхлар шиллиқ қаватида жойланиб олишига бола иммун механизмининг заифлашуви олиб келувчи ўткир респиратор вирусли инфекциялар сабабчи бўлади.

Сепсисда микроб таначаларининг қон орқали гематоген йўл билан ўпкага ўтиши кузатилади. Ўпка тоқимасидан инфекция лимфоген йўл орқали яқин органларга ва плеврага тарқалади. Инфисирланганда майда бронхларда яллигланиш ривожланади. Ателектаз (алвеолалар ёпишиши) ва ўпка тўқимаси яллигланиши кузатилади. Газ алмашинувининг бузилиши натижасида барча органларда гипоксия юзага келади.

Ўпканинг яллиғланган соҳасидаги ателектаз ёки йирингли жараённинг сурилиши учун 4-6 ҳафта керак бўлади. Плевранинг зарарланишидан кейинги соғайиш 2-3 ойгача давом этади.

Пневмонияда вужудга келувчи кислород етишмовчилиги МНСнинг фаолиятига таъсир қилади. Болаларда касаллик авж олган даврда асаб тизимининг вегетатив қисмида симпатик қисмининг устунлиги билан характерланувчи дисфункция вужудга келади. Токсикоздан чиқиш даврида еса холинергик реакция устунлик қилади.

Пневмонияда бемордаги юрак қон-томир томонидан кузатиловчи ўзгаришлар МНСнинг бузилиши, ҳамда нафас етишмовчилиги, ўпканинг толақонлиги, токсикоз билан боғлиқ. Болаларда пневмония касаллигида бошқа тизимларда ҳам функционал ўзгаришлар келиб чиқади: ҳазм қилиш тизимида, эндокрин тизимида, сийдик айириш тизимида иммунологик реактивликнинг бузилиши кузатилади.

Ўчоқли пневмония.

Ўчоқли пневмония- ўпканинг енг кўп учрайдиган яллигланиш тури бўлиб, ерта

ёшдаги болаларда, мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда турли хил кечади.

Клиникаси: Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда ўчоқли пневмония клиникаси "ўпка" (респиратор) шикоятлари, интоксикасия белгилари кузатилади. ЎРИ билан касалланган болада, қисқа муддат аҳволини яхшиланиши ёки интоксикасия белгилари кучайиши мумкин: тана қарорати кўтарилиши, бош оғриши, ўзини ёмон ҳис қилиш ва иштаҳани пасайиши, ланжлик ва атроф-муҳитга бўлган қизиқишни пасайиши, безовталиқ, уйку бузилиши, тил қараш билан қопланган, тахикардия, ноадекват безгак даражаси кузатилади.

Клиник қон таҳлилида лейкоцитоз, лейкоформуланг чапга силжиши, ЕЧТ ортиши кузатилади. Рентгенологик текширишда битта ўпкада ўчоқли соялар аниқланади.

Ерта ёшдаги болаларда касалликнинг бошланиш даврида катарал белгилар аниқланади: тумов, акса уриш, куруқ йўтал, субфебрил ёки фебрил тана қарорати, умумий аҳволининг ўзгариши кузатилади. Кўрик вақтида бола ланж, адинамия, мушаклар гипотонияси, ҳансираш, нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштирок етиши, тери ранги оқариши, перорал ва тарқалган сианоз аниқланади. Ҳансирашдан ташқари, нафас аритмияси, қисқа вақтли апное кузатилиши мумкин.

Оқибати. Яхши тугайди, антибиотикларга боғлиқ. Клиник ва рентгенологик соҳайиш 3-4 ҳафтадан сўнг юз беради.

Крупоз пневмония

Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда крупоз пневмониянинг типик кўриниши кузатилади. Болаларда крупоз пневмонияда ўпканинг барча болаклари ҳам зарарланмайди, яллиғланиш очоқлари бир нечта сегментларда бўлишига мумкин.

Клиник кўриниши: Касаллик тўсатдан ОРИсиз, тана қароратининг 39-40°C гача кўтарилиши билан бошланади, бош оғриши, умумий ҳолатнинг бирдан ўзгариши, йўтал "зангсимон" балҳамли булади, кўкрак қафасида оғриқ. Продромал даври бир неча соатгача давом этади. Кўпгина беморлар касалликнинг бошланиш даврида ўнг ёнбош соҳасида ва киндик атрофидаги оғриқдан шикоят қилади. Баъзи мактабгача болаларда касалликнинг бошланишида юқори тана ҳарорати, бош оғриши, қусишдан ташқари, алаҳлаш, енса мушаклари таранглиги, клоник талвасалар кузатилади, бу белгилар менингитни клиник қуринишини еслатади. Пневмониянинг бу кечиши патологик жараёни унг ўпканинг юқори бўлагида жойлашганида кузатилади.

Бемор кўрилганда, бош мия тормозланиши, тери рангининг оқариши, ёноқларнинг қизариши, кўзларининг ялтироқлиги, лаблари куруқ, лабларида ва бурун қанотларида герпес, ҳансираш, нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштирок етиши кузатилади.

Текшириб кўрилганда кўкрак қафасининг бир томони нафас олишда орқада қолади ва овоз титраши пасайган, бронхофония кучайган, териси керишган, зарарланган ўчоқ устида қисқарган тимпаник товуш аниқланади. Касалликнинг биринчи соатларида нафас олиш ўзгаради, қисқа ва оғриқли йўтал, шиламшиқ,

ойнасимон балгам ажралиши билан характерланади. Бола чуқур нафас олганда ён томонда оғриқ сезади. Кейинчалик тана харорати юқори даражада ушланади, йутал кучаяди, азобли ва оғриқли булади, ҳансираш кучаяди, сианоз, юз ва лаблар шиши аниқланади.

Крупоз пневмония авж олган даврида ўпкадан ташқаридаги ўзгаришлар ҳам кузатилади: юрак қон-томир тизими (юрак тонлари боғиқлиги, юрак нисбий чегараси кенгайган, майин систолик шовқин, томир тонуси пасайиши - гипотензия); асаб тизими (уйқусизлик, бош оғриши, пай ва тери рефлекслари ўзгариши); жигарда (катталашиш ва оғриқ), лаборатор текширишда - зарарсизлантириш функцияси бузилиши); буйракда (унчалик катта бўлмаган албуминурия, баъзида еритроцитурия ва цилиндурия). Клиник қон таҳлилида лейкоцитоз, нейтрофилез, формуланинг чапга силжиши, ЕЧТ ортиши кузатилади. Рентгенда болакли ўчоқли соялар аниқланади.

Кечиши. Болаларда касалликнинг давомийлиги ўтказилган терапия ва организмнинг реактивлигига боғлиқ. Бемор ҳолати аста-секин яхшиланади, йутал нам бола бошлайди, аммо катталарга хос бўлган "зангсимон" балҳамли йутал болаларда кам учрайди.

Оқибати. Крупоз пневмонияда ерта бошланган давода оқибати яхши тугайди.

БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма (БА) - нафас йулларининг сурункали яллигланиш касаллиги бўлиб қуйидаги белгилар билан намоён бўлади: нафас ёлларининг тулиқ ёки қисман қайта обструкцияси, бронх силлиқ мушакларининг спазми, шиллиқ қават шиши, шиллиқ гиперсекресияси, базал мембрананинг қалинлашиши; асосан кечқурин ёки ерталаб пайдо бўлувчи йутал эпизодлари, ҳуштаксимон хириллашлар, ҳансираш, кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси; нафас йуллари гиперреактивлиги.

Тарқалиши. Болалик даврида бронхиал астма енг кўп тарқалган сурункали касалликлардан бири ҳисобланади.

Бронхиал астма етиологиясида икки гуруҳ омиллари фарқланади: антиген ва ноантиген. Антиген омилларга экзоген аллергенлар киради, улар орасида ноинфекцион аллергенлар муҳим рол ойнайди. - "маиший" аллергенлар (чанг, эпидермал, ҳашорат ва қурт-қумурскалар, аквариумдаги баликларнинг овқати)

-гул чанги аллергенлари

-овқат аллергенлари

-дорилардан, жумладан гамма глобулин ва оксил дорилари.

Ноантиген омиллар. БА хуружига кўп физик омиллар (совуқ қотиш, инсолясия, қизиқ кетиш ва бошқалар), метеорологик шароит (шамол, атмосфера босими ва температуранинг тушиши), психоген омиллар (қорқув, қайгуриш, қўзғалиш), жисмоний зориқиш сабаб бўлади.

Ирсият:

1. Агар боланинг ота-онасида атопия бўлмаса болада касллик ривожланиш хавфи 0-20% ни ташкил қилади
2. Агар атопия белгилари фақат отасида бўлса атопик белгилар болада 33%, астма еса 25% да ривожланади.
3. Агар атопия белгилари фақат онасида бўлса у ҳолда атопия 48% сибсларда, астма еса 38% болаларда намоён бўлади
4. Агар атопия белгилари отасида ва онасида бўлса, у ҳолда атопия ва бронхиаластма ривожланиш хавфи 60-100% ни ташкил қилади.

Соглом одам организмнинг иммун системаси эътиборга олмайдиган атроф муҳитдаги аллергенларга бўлган гиперсезувчанлик ирсият орқали утади. Атопик касалликларга ирсий мойиллик бўлган ҳолларда БА ерта ёшда бошланади ва оғир кечади. Кичик ёшдаги болаларда БА нинг енг кўп учрайдиган сабабчиси организмга кучли сенсibilловчи таъсир корсатувчи ўткир респиратор вирусли инфекция бўлиб келтириб чикаради.

КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ТАШХИСОТ МЕЗОНЛАРИ

Бронхиал астма бу турли ёшдаги болаларда турли хил клиник кўриниши билан фаркланади. Касаллик аллергияга наслий мойиллик билан боғлиқ бўлади. 70-80% болаларда бронхиал астманинг ривожланиши ерта ёшдаги болаларга тўғри келади. Болаларда бронхиал астманинг ерта ривожланишига ҳомила ичи сенсibilлизасияси, турли таъсирлар натижасида юзага келган фетопласентар барернинг юқори ўтказувчанлиги сабаб бўлади. Касбий зарарли одатлар, актив ва пассив чекиш ҳам таъсир қилади. Бола ҳаётининг биринчи йилида асосий сенсibilловчи омил овқат аллергенлари ҳисобланади. Енг аҳамиятлиси, товук оксили, сигир сути, буғдой ва бошқа донлилар, балиқ, ёнғоқ, какао, ситруслар ва бошқа сариқ-қизил рангли мевалар, сабзавотларга бўлган сенсibilлизасия ҳисобланади. Бола ҳаётининг биринчи йили охирида маиший аллергенларнинг ўрни ортади. Бу ёшда уй чангига ва қапа аллергенларига сенсibilлизасия кўпгина беморларда аниқланади. 3- 4 ёшларга келиб, чанг аллергенларининг ўрни ортади, бу турли хил иқлим географик зоналарда ҳар-хил бўлади. Болаларда бронхиал астманинг ерта ривожланишида патологик кечган ҳомиладорлик оқибатида МНСнинг перинатал зарарланиши, ҳомиланинг анти ва интранатал гипоксияси, тугрук жароҳатлари сабаб бўлади. Бола ҳаётининг биринчи йилида гипоксия ва жароҳатдан кейинги перинатал енцефалопатия белгилари асосий рол ўйнайди. 25% бемор болаларда неврологик бузилишлар катта ёшда ҳам сақланади.

1-2 кун олдин хуруж даракчиси пайдо бўлади (бола йиғлоқ, қўзғалувчан ёки ланж бўлиб қолади), иштаҳаси пасаяди, терида қичишиш ва бошқа аллергик реакциялар пайдо бўлади. Йўталиш аста-секин қайталанувчи қуруқ йўталга айланади. Нафас қисиш хуружи сутканинг ҳар қандай вақтида пайдо бўлади ва кўкрак қафаси тортилиши, емфизематоз шиш, баъзан қусишгача олиб келувчи

асабли куруқ йўтал, куруқ ёки нам балғамли йўтал, ўпкада тарқоқ куруқ хириллашлар, шунингдек, турли калибрдаги нам хириллашлар эшитилади. Шовқинли ҳуштаксимон нафас масофадан эшитилади, тери ранги оқарган, оғиз-бурун учбурчагининг кўкариши, акросианоз аниқланади. Хуруж динамикасида куруқ йўтал нам йўталга айланади. Ерта ёшдаги болаларда тўлиқ даволанмаган ёки тез-тез қайта хуружлар астматик ҳолатга олиб келади. Экспиратор ҳансираш яққол ифодаланмайди, аммо баъзан жисмоний зўриқишдан кейин зўраяди, болани доимий куруқ йўтал безовта қилади, кўкрак қафаси шишади, ўпкада кучсиз нафас, тарқоқ хириллашлар эшитилади, тери ранги оқариши, акросианоз кузатилади. Уткир хуружлар ривожланиши бола ҳолатининг ёмонлашишига олиб келади.

Болаларда бронхиал астма патогенезида биринчи ўринда бронх шиллик қаватининг яллиғланиши, шиш ва шиллик гиперсекресияси туради. Бронхиал астма хуружининг ўткир респиратор вирусли инфекция томонидан қўзғатилиши, ўткир обструктив бронхит билан клиник кўриниши, функционал ва лаборатор ўзгаришлари ўхшаш бўлиши дифференциал ташҳисни қийинлаштиради. Ерта ёшдаги болаларда узок вақт давомида, бронхиал астма "бронхообструктив синдром билан кечувчи ЎРВИ", "қайталанувчи обструктив бронхит" деб талқин қилинади ва беморлар норасионал даво олишади. Бир неча йиллардан кейин обструктив бронхит типик бронхиал астмага ўтганлиги аниқланади. Алоҳида кузатувлар натижаси шуни кўрсатдики, 8-10 йил ўтгандан кейин бу болалардан ярмида бронхиал астма билан касалланганлик аниқланади.

Ерта ёшдаги болаларда бронхиал астманинг обструктив бронхитдан фарқи наслий аллергия касалликларга юқори мойиллик, дориларга, овқат маҳсулотларига, профилактик емлашларга аллергия реакциянинг юқорилиги, ЎРВИнинг бошланиш даврида бронхообструктив синдромнинг тез авж олиши ва кам давомийлиги; бронхолитик терапиянинг аниқ самарадорлиги, иммунологик реакциянинг яққол ривожланганлигидир.

Ташҳислаш

Анамнез ва физикал текширишлар.

Анамнез йигилганда қуйидагиларга эътибор бериш керак.

Атопик дерматит, аллергия риноконъюнктивит, оиласида бронхиал астма ёки бошқа атопик касалликлар мавжудлиги.

Қуйидаги симптомлардан биттаси борлиги:

- йўтал, кечқурунлари кучаяди;
- қайталовчи ҳуштаксимон хириллашлар;
- қийинлашган нафас қайта эпизодлари;
- кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси.

Симптомларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши:

- тунги вақтларда;
- ҳайвонлар билан мулоқотда бўлса;

- химик аэрозоллар билан;
- уй чанги;
- гул чангланиши;
- тамаки тутуни;
- атроф-муҳит ҳарорати тушганда;
- аспирин, адреноблокаторлар қабул қилинганда;
- жисмоний зўриқишдан сўнг;
- ЎРВИ;
- кучли эмоционал зўриқишдан сўнг;
- Физикал текширишда БАнинг қуйидаги белгиларига аҳамият бериш зарур:
- кўкрак қафаси гиперекспансияси;
- нафас чиқаришнинг узайиши;
- қуруқ йўтал;
- ринит;
- периорбитал цианоз "аллергик соялар" (кўз тагида қоронғи айлана, веналардагидимиқиш ҳисобига, назал обструкция фонида юзага келади)
- бурун қанотларида кўндаланг бурмалар
- атопик дерматит.

Бронхиал астма касаллигида бемор болалар парвариши.

БА ни даволашдан мақсад касалликни назорат қилишга эришиш ва уни ушлабтуриш. Болаларда БАни даволаш қуйидагиларга қаратилган:

- ҳаёт учун хавfli бўлган ҳолатларни ва ўлимнинг олдини олиш;
- Клиник белгиларни бартараф қилиш ёки камайтириш;
- Ташқи нафас функцияси кўрсаткичларини нормаллаштириш ёки яхшилаш;
- Боланинг активлигини тиклаш, жисмоний юкларга чидамлиликини ошириш;
- Бронхолитик препаратларга муҳтожликни камайтириш;
- Давонинг ножўя таъсирининг олдини олиш;
- Ногиронлиكنинг олдини олиш.

Бронхиал астманинг комплекс давоси қуйидаги компонентларни ўз ичига олади:

- Касал болаларни ва уларнинг ота-оналарини қуйидагиларга ўргатиш: давонинг мақсадини билиш, ўзини назорат қилишни ўрганиш, ингаляция қилиш техникаси, хуруж бошланганда ўзига ёрдам бериш
- Касалликнинг авж олишига сабаб бўлувчи омилларни бартараф қилиш (елиминация)
- Касаллик авж олишини олдини олувчи (яллиғланишга қарши) ва хуруж

вақтида симптомларни камайтирувчи

- дориларни рационал қўллашни билиш (бронхолитиклар)

- Специфик иммунотерапия

-Доимо врач назоратида бўлиш ва ўз вақтида даवони коррексия қилиш ҳозирги вақтда БАни даволашда поғонали терапия усулидан фойдаланилмоқда, яъни, касалликни оғирлик даражасига қараб, дори моддаларни қўллаш тавсия этилмоқда. Дориларни қабул қилиш дозаси вақти касалликнинг оғирлик даражаси кўтарилганда ёки симптомлар бартараф қилинишига боғлиқ ҳолда ўзгартирилади.Яллиғланишга қарши дорилар пролонгирланган таъсирга эга

(адреномиметиклар ёки теофиллин препаратлари) бронхкенгайтирувчилар билан бирга қўлланилади.

Амбулатор босқичда бронхиал астманинг енгил хуружидида бирламчи ёрдам тезтаъсир қилувчи адреномиметиклар дозали аэрозол ингаляторларни қўллашдан иборат. Ўрта оғир ва оғир хуружларда адреномиметиклар такрор бир соат мобайнида 20-30минут интервал билан қўлланилади, кейин заруриятга қараб, ҳар 4 соатда қўлланилади.Небулайзер терапиядан ҳам фойдаланилади. Бронхкенгайтирувчи таъсирни бромидлар қўллаш билан кучайтириш мумкин.Агар эффект етарли бўлмаса, преднизолон ичишга 1 ёшгача 1-2мг/суткада, 1-5 ёшда 10-20мг/сут) берилади ёкипарентерал юборилади. БА нинг кўзиш даврида будесонид суспензияси билан даволанади, уни физиологик эритмага аралаштириб қўлланилади, шунингдек,бронхолитик еритмалари (салбутамол, бромид билан қўшиб берилади. Дозаси болаларучун 0,25-0,5мг (1мг гача) кунига 2 марта берилади.Беморларда оғир кўзиш даврида клиник картинасида ҳамма симптомлар ҳам намоён бўлмаслиги мумкин,сианоз, "соқов ўпка", умумий ҳолсизлик, нафас чиқаришнинг юқори тезлиги30%дан паст бўлса, шифокор бундай беморларни касалхонага ётқизиш ҳақида ўйлаш керак.Бир соат давомида ўтказилаётган даво эффективлиги билинмаса,беморни шопилинч равишда шифохонага юбориш зарур. БА ва аллергия ринитда базис терапия поғонали усулидан фойдаланиб ўз вақтида ва расионал қўллаш, узок ремиссияга сабаб бўлади, аллергия касалликларни авж олишини олдини олади.

Бирламчи профилактика - юқори хавф гуруҳидаги шахсларда касалликни пайдо бўлишигани олдини олиш. Постнатал профилактика қуйидаги тадбирларни ўтказишга қаратилган:

-гўдак ёшидаги болаларда кўкрак сути билан овқатлантиришни тарғибот қилиш;

-чекувчи ота-оналарга чекишни бола учун зарарли томонларини тушинтириш;

Иккиламчи профилактика. БА касаллиги ривожланмаган лекин организмда сенсibiliзасия бор болалар учун ўтказиладиган чора-тадбирларни ўз ичига олади.

-БА оилавий анамнез ёки аллергия (она томонидан ирсий мойиллик бор бўлса БАривожланиш хавфи 50% гача).

-болада бошқа аллергия касалликлар мавжудлиги (атопик дерматит, аллергия ринит, рискБА - 10-20%).

Учламчи профилактика. БАни чақирувчи омилларни камайитишга қаратилган.

Елиминасион режим

-Уй чанги ва аллергияларни йўқотишга қаратилган чора-тадбирлар.

-Гидамларни линолеум билан алмаштириш зарур.

-Барча оқликларни ҳар ҳафтада иссиқ (55-60 °С) сувда ювиш.

-Гидамларни танин кислотаси билан тозалаш керак;

-Тозалаш учун ХЕПА-филтрли чанг ютгичлардан фойдаланиш зарур;

-Юмшоқ ўйинчоқларни иссиқ сувда ювиш ёки вақти-вақти билан музлатиш;

-Уй ҳайвонларини ётоқ хонага ва яшаш жойига қоймаслик зарур.

-Шахар уйларида сувараклар кўпайишига йўл қўймаслик керак.

Ерта ёшдаги болаларда овқат аллергияси камдан-кам қўлларда БА қайталаниши омили бўлиб ҳисобланади.

Болаларда нафас олиш органлари касалликларида қўлланиладиган амалий куникмалар.

1.ХАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ БОСҚИЧЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ.

1. Маълумот тўплаш.

Субъектив маълумотлар - ҳамшира бемор билан суҳбатлашиш жараёнида олади.

Бу маълумотлар беморнинг ҳолатига, кайфиятига боғлиқ ҳолда ўзгариши мумкин

1. Бемор соғлигидаги муаммоларнинг пайдо бўлиши.

2. Ижтимоий аҳоли.

3. Ривожланиш тарихи.

4..Маданий аҳоли.

5. Рухий аҳоли.

Объектив маълумотлар .

1. Кўздан кечириш.

2. Пальпация.

3. Аускультация.

4. Артериал босимни ўлчаш.

5. Пульсни санаш.

6. Тана ҳароратини ўлчаш.

2. Ташҳис қўйиш.

2.Бемор муаммолари: -мавжуд муаммолар (бирламчи, иккиламчи, оралик)
пайдо бўладиган муаммолар(бирламчи, иккиламчи, оралик)

3. Парвариш режасини тузиш.

Мақсадлар: қисқа,узоқ(бемор ва унинг оиласи иштирокида)

4.Парвариш режасини амалга ошириш.

Категориялар: мустақил-боғлиқ бўлмаган, боғлиқ бўлган, ўзоро боғлиқ.
Пациентнинг ёрдамга бўлган талаби: вақтинча, доимий.
Парвариш усуллари: терапевтик, хирургик ва ҳаётий эҳтиёж.
Кўзда тутилган мақсадни бажариш.

5. Баҳолаш :

Бажарилган ишларни баҳолаш

2.НАФАС ТЕЗЛИГИНИ САНАШ ТЕХНИКАСИ.

МАҚСАД:

-Боланинг нафас тизимининг функционал ҳолатини баҳолаш учун нафас ҳаракатини аниқлаш.

КЎРСАТМА:

– Шифокор кўрсатмаси.

МОЎНЕЛИК: Йўқ

КЕРАКЛИ ЖИХОЗЛАР: Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка,секундомер, ҳарорат варағи, ручка.

БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Беморга нафас олиш тезлигини санашимизни атайлаб, бемор нафас маромини ўзгартиришини олдини олиш мақсадида айtilмайди.
2. Беморни чалғитиш мақсадида пульсини аниқламоқчилигингиз айтилади.
3. Беморга қулай ҳолат берилади.
4. Бир қўл билан бемор билагини пульсини аниқламоқчи бўлиб ушланади.
5. Иккинчи қўл беморнинг кўкрак қафасига (нафас олишнинг кўкрак типига), ёки қорнига (нафас олишнинг қорин типига) қўйилади.
6. Ҳамшира ўзини бемор пульсини санаётгандек тутати, аслида нафас олиш тезлигини саналади.
7. Нафас олиш ва чиқариш 1 дақиқа давомида саналади. Нафас олиш тезлиги ритмик бўлса, 30 сония давомида санаб, натижани иккига кўпайтирса ҳам бўлади.
8. Беморга нафас олиш маромини аниқлаганингиз айтилади.
Натижа ҳарорат варақасига белгиланади.

СОГЛОМ БОЛАЛАРДА НАФАС ОЛИШ МЕЎЁРИ

Боланинг ёши	Нафас олиш сони
Янги тугилган чақалоқларда	40-60
1 -2 ёшгача	30-35
3-4 ёшгача	25-30
5-6 ёшгача	20-25

10-12 ёшгача	18-20
16-18 ёшгача	16-18

3.ПУЛЬСНИ АНИҚЛАШ НУҚТАЛАРИ.

МАҚСАД:

- Юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатини баҳолаш учун пульснинг ҳаракатини аниқлаш(ритм,частота,напряжение).

КЎРСАТМА:

- Шифокор кўрсатмаси.

МОЎНЕЛИК: Ёўқ

РАДИАЛ ПУЛЬСНИ АНИҚЛАШ

КЕРАКЛИ ЖИҲОЗЛАР: Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка. секундомер, ҳарорат варақаси, ручка.

БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Қўллар ювилади ва қурилади.
2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади
3. Бемор қулай ҳолатда ўтказилади ёки ётқизилади.
4. Беморнинг қўли бўш эгилган ҳолатда бўлиши керак.
5. Радиал пульс аниқлашда текширувчи билакнинг ички юзаси, 1/3 пастки қисми, 1 бармоқ асоси бўйлаб билак артерияси томирини шундай ушлаши керакки II, III,IV бармоқлари томир устида бўлиши керак.
6. Пульс текшираётган вақтда текширувчининг IV бармоғи беморнинг I - бармоғи рўпарасида бўлиши керак.
7. Пульсация қилаётган артерияни уччала бармоқ билан пайпаслаб, аста билак суягининг ички томонига босилади
8. Пульс аниқлаётганда уни маромига, тўлиқлигига аҳамият берилади.
9. Билак артериясида пульс санаш мумкин бўлмаганда уйқу ва чакка соҳаларида саналади.
10. Натижаси ҳарорат варақасига ручка билан белгиланади.

Турли ёшдаги болаларда юракнинг қисқариш меъёри.

Боланинг ёши	Юракнинг қисқариш сони
Янги тугилган чақалоқларда	140-160
1 ёшгача	120
5 ёшгача	100
10 ёшгача	80-85
15 ёшгача	70-80

ЭСЛАТМА :

Пульс уришини бундан ташқари қуйидаги соҳаларда аниқлаш мумкин:

- а) Каротид пульс – уйқу артериясида, яъни кекирдакнинг ён томонидаги анатомик чуқурчада аниқланиб, катталарда ўпка – юрак реанимациясини ўтказганда

фойдаланилади..

б) Брахиал пульс - елка артериясида, яъни тирсак чуқурчаси марказининг кичик бармоқ томонида

в) Феморал пульс – сон артериясида, яъни тос суягининг юқори олдинги қисми ва чов бирлашмаси ўртасида аниқланади, асосан оёқларнинг қон билан таъминланиши ёки ўпка – юрак реанимацияси ўтказилганда кўкрак қафасининг компрессияларини баҳолашда фойдаланилади.

г) Педал пульс – оёқ кафтининг дорзал юзасида ва тўпиқнинг ички(медиал) ўсимтасини орқа пастрок қисмида аниқланади, асосан оёқларнинг қон билан таъминланишини баҳолашда фойдаланилади

д) Апикал пульс – юрак чўққиси турткисида, яъни чап ўмров ўрта чизиги бўйлаб, 4 – 5 –қовурғалараро соҳада стетоскоп ёрдамида эшитилади.

е) Апикал ва радиал пульсни аниқлаш орқали пульс дефицитини (танқислиги) аниқлаш:

1. Биринчи ҳамшира стетоскоп ёрдамида апикал пульсни эштади, иккинчи ҳамшира эса билак артериясида радиал пульсни аниқлайди, пульс тўлиқ 1 дақиқа давомида 2ла ҳамшира 1та соатга барабар қараб туриб аниқланади.Агарда билакдаги пульснинг сони апикал пульсдан кам бўлса, орадаги фарқ пульс дефицити (танқислиги) деб аталади.

Нормада пульс катталарда 1 дақиқада 60- 80та гача бўлади. Пульсни тўлиқ бир дақиқадаги сони саналади ёки пульс уруши ритмик бўлса 30 сониядаги сони аниқланиб, натижани 2 га кўпайтирилади.

4.АРТЕРИАЛ БОСИМНИ ЎЛЧАШ ТЕХНИКАСИ.

МАҚСАД:

– Юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатини баҳолаш

КЎРСАТМА:

– Ташхис қўйиш ва А/Б динамикасини назорат қилиш .

МОЎНЕЛИК: Ўқ

Танометр манжети бемор боланинг ёшига қараб танланади.

– 1 ёшгача -3.5-7 см

– 2-4 ёш -4-9см

– 4-7 ёш -6.5-13 см

– 10 ёшгача -8.5-15 см

КЕРАКЛИ ЖИҲОЗЛАР: Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка Тонометр, фонендоскоп, ҳарорат варақаси, Ф- 004 хужжати, этил спирти 70%, 1,5 гр пахта

БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Қўллар ювилади ва қурилади.

2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади

3. Артериал босимни ўлчаш учун бемор қулай ўтказилади ёки ётқизилади.

4. Беморнинг ўнг ёки чап билагини елкасигача яланғочланади.
5. Бемор қўли кроватга ёки стулга кафти билан юқорига қаратиб қўйилади
6. Тонометр винтелини бураб манжетини ҳавоси чиқарилади.
7. Беморни тирсагидан 2 см юқорига манжетни 1-1.5 бармок сиғадиган қилиб ўраб олинади.
8. Беморнинг тирсак бўғимида елка артерияси томир уришини 2,3,4 бармоқлар ёрдамида топилади.
9. Томир урган жойга фонендоскоп мембранасини қўйилади, эшитув найи кулоққа уланади.
10. Винтелни беркитиб резина баллон ёрдамида манжеткага ҳаво юборилади.
11. Винтелни очиб, ҳаво аста-секин чиқарилади.
12. Ҳаво чиқиш вақтида фонендоскопда томир уриши эшитилади. Бу систолик босим кўрсаткичидир.
13. Ҳаво чиқиши давомида товушлар эшитилмай қолади. Бу диастолик босим кўрсаткичини билдиради.
14. Товушларнинг эшитилган ва эшитилмаган жойлардаги натижани монометрдан ёзиб олинади.
15. Винтелни тўлиқ очиб, манжеткани ичидаги ҳаво тўлиқ чиқарилади.
16. Манжетка бемор билагидан олинади.
17. Натижа харорат варакасига белгиланади.

ТУРЛИ ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА АРТЕРИАЛ БОСИМ КЎРСАТКИЧИ.

Боланинг ёши	Систолик А\Б (мм сим.устуни)	Диастолик А\Б (мм сим.устуни)
Янги тугилган чақалоқларда	60	Барча ёшдаги грухларда систолик босимни 1\2 ташкил этади
1 ёшгача	80-84	
5 ёшгача	100	
10 ёшгача	110	
15 ёшгача	120	

5. ТАНА ХАРОРАТИНИ ЎЛЧАШ ТЕХНИКАСИ.

МАҚСАД:

- Боланинг тана хароратини аниқлаш.

КЎРСАТМА:

- Тана харорати кўтарилганд шифокор кўрсатмаси.
- Режали равишда тана хароратини назорат қилиш.

МОЎНЕЛИК:

- Харорат ўлчанадиган жойда бичилиш бўлганда.

КЕРАКЛИ ЖИҲОЗЛАР: – Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка,Тиббий термометр, курук сочик. Харорат варақаси,ручка.
БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Қўллар ювилади ва қуригилади.
2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади
3. Термометр силкитиш йўли билан симоб резервуарига ёки симоб устуни шкаласи 35 даражага .
4. Бемор қулай вазиятга жойлаштирилади (стулга ўтирган ёки кушеткага ётган ҳолатда).
5. Беморни қўлтиқ ости соҳаси курук сочик билан артилади (қўлтиқ остида моънелик қиладиган ҳолатлар бўлмаслиги керак).
6. Термометрнинг симобли учини териға ҳамма томонидан тегиб турадиган қилиб 2/3 қисми қўлтиқ соҳасига қўйилади
7. Бемор қўлини кўкрагига яқинлаштириб термометрни қўлтиғида қисиб туради.
8. Ўлчаш вақтида бемор қимирламай ўтиради ёки ётади (бемор ухлаганда ўлчаш мумкин эмас).
9. Термометр қўлтиқ остида 5-10 дақиқа ушлаб турилади.
- 10.Термометр кўрсаткичи аниқланади.
- 11.Термометр кўрсатмаси ҳарорат варақасига белгиланади.
- 12.Термометр ҳарорат даражаси силкитилиб, 34-35 даражага туширилади ва оқар сув остида совунлаб ювиб, чайилади ва салфеткада қуригилади.

ЭСЛАТМА: тана ҳароратини яна чов соҳасида ўлчаш мумкин, бунда чов соҳаси салфеткада курук қилиб артилади ва термометрни 2/3 қисми чов соҳасига қўйиб, оёқ

тизза соҳасида букилиб, чаноқ – сон соҳасида қисиб 5- 10 дақиқа ушлаб турилади ва

натижа аниқланади.

6.БОЛАЛАРДА ДОРИ ЮБОРИШ ТЕХНИКАСИ.

КЕРАКЛИ ЖИҲОЗЛАР: Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка, 5-10 мл шприц,

керакли бўлган дори воситалари, стерил лоток, ёстикча, жгут, 0,5% гипохлорид

натрий эритмаси, 70⁰ этил спирти, стерил пахта шарча, стерил қўлқоп.

БЕМОРНИНГ ХОЛАТИ: чалқанча ётган холда

БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Беморнинг ота-онасига муолажа мақсадини тушунтириб, розилиги олинади ва қулай шароит яратилади.

2. Қўллар суяқ совунда ювилади, бир марталик қоғоз салфеткада қуритилади, стерил қўлқоп кийилади.
3. Керакли бўлган флакон ёки ампула олинади, сақланиш муддати, бутунлиги, ранги герметик ёпилганлигига эътибор берамиз.
4. Бемордан қўллариини максимал ёзиб, тирсаги тагига стерил салфеткага ўралган ёстиқча қўйилади.
5. Елканинг пастки 1/3 қисмига жгутни осон ва тез ечиладиган қилиб боғланади.
6. Инъекция қилинадиган соҳа аввал каттароқ майдон, сўнгра кичикроқ майдон спиртли стерил пахта шарча билан марказдан периферияга қараб, айлана ҳаракатлар билан 76⁰ стиртга хўлланган пахтали шарча билан артилади.
7. Шприцни ўнг қўлингизга олинг. Дори моддасининг юқорига кўтарган холда шприцга тортилади. Кўрсаткич бармоқ билан игна канюласини фиксация қилинади, қолган бармоқ билан шприц цилиндрини устидан ушланади.
8. Игнани венага параллел, кесимини юқорига қилиб, терини 45⁰ бурча остида тешилади, ундан ўткирроқ бурчак остида вена деворини тешиб игнани яна бироз ичкарига киритилади.
9. Шприц поршенини ортга тортинг, шприцда қон пайдо бўлиши керак.
10. Жгутни ечилади дори моддасини аста –секин юборилади шприц ичида 0.1мл ичида қолдирилади.
11. Чап қўл билан спиртли стерил пахта шарчани қўйиб, игнани муфтасидан ушлаб тортиб олинади ва қўллар тирсак бўғимида букилади.
12. Шприц ва игна зарарсизлантирилиб, утилизация қилинади.
13. Қўллар ювилади ва қуритилади.

7.ОРАЛ РЕГИДРАТАЦИЯ.

МАҚСАД:

- Организмдаги туз-сув балансини тиклаш.
- Сувсизланиш(экцикоз)ни олдини олиш ва қайта ривожланишига йўл қўймаслик
- **КЎРСАТМА:**
- Сувсизланиш(экцикоз)да
- **МОНЪЕЛИК:**
- Йўқ

– **КЕРАКЛИ ЖИХОЗЛАР:**

- суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка,
- ўлчамли идиш (қошиқ, пипетка, стакан)
- керакли суюқликлар: қайнаган сув, ширин чой, газланмаган минерал сув, регедрон, смекта.
- **ИЗОХ:**
- Бир кунлик оғиз орқали бериладиган суюқлик шифокор томонидан белгиланади
- Тайёрланган суюқликларни сақланиши бир суткадан ошмаслиги керак.
- Беморни назорат қилишда: пешоб ажралиши, пульс, терининг ранги, тана вазнининг ошиши.

БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Қўллар ювилади ва қурилади.
2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади.
3. Керакли бўлган суюқликларни тайёрланади.
4. Олти соат давомида ичириш керак бўлган суюқликни белгиланган идишга солинади.
5. Кўкрак ёшидаги болаларга 1-2 чой қошиқдан ҳар 5-10 минутда суюқлик ичирилади.
6. Ёши катта болаларга 1-2 ош қошиқдан ҳар 5-10 минутда суюқлик ичирилади.
7. Бемор бола ичган суюқлик ва пешоб ажралмасининг ҳисоби олиб борилади.
8. 4-5 соатдан кейин болани ҳолати ҳисобга олиниб, болада сувсизлагҳниш сақланган бўлса юқоридаги муолажалар қайта бажарилади.

9. НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИ ТИКЛАШ

КЕРАКЛИ ЖИХОЗЛАР: Суюқ совун , валик ёки ёстиқча , қисқич. 0,5% гипохлорид натрий эритмаси, стерил дока салфетка ёки тоза рўмолча.

БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Беморнинг ҳуши ўзидалиги аниқланади.
2. Агар ҳушидан кетган бўлса, нафаснинг бор – йўқлиги текширилади. (эшитиб
3. кўриб, ойна тутиб, ип орқали).
4. Агар жабрланувчи нафас олмаётган бўлса, қаттиқ , текис жойга чалқанчасига ётқизилади.
5. Бўйиннинг орқасига валик ёки ёстиқча қўйилади.
6. Сиқиб турган кийимлар бўшатилади.
7. Чап қўл билан пешонадан, ўнг қўл билан беморни пастки жағи остидан ушлаб жағи олдинга сурилади ва оғзи очилади.
8. Аган оғиз бўшлиғи меъда суюқлиги, овқат қолдиқлари ёки бошқа ёт моддалар билан тикилган бўлса, бармоқ, қисқич , салфетка ёки ноксимон баллонча ёрдамида чиқариб олинади. (нафас йўллари аспирациясини олдини олишда электросўрғичдан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир).
9. Юқори нафас йўллариининг ўтказувчанлиги тиклангач, оғиздан – оғизга сунъий нафас бериш ўтказилади.

11.Бронхиал астмада 1 ёрдам кўрсатиш.

1. Беморга нафас олиш учун қулай ҳолат яратиш, елкасига 2-3та ёстик қўйиш.
2. Тоза ҳаво билан таъминлаш, аллергияларни таъсирини тўхтатиш.
3. Беморни совуқотмаслиги учун кўрага ўраш, елвизаклардан асраш.
4. Ортиқча жисмоний ва рухий зўриқишдан асраш.
5. Қисиб турган кийимларини ечиш.
6. Иссиқчой, ёки 4/1 чой қошиқ ичимлик содаси қўшилган илиқ сут бериш.
7. Чалғитувчи терапия, оёқларга ванна, кўкрак қафасига ханталма қўйиш.
8. Чўнтак ингаляторларидан фойдаланиш (астмопент, сальбутамол, беротек, беродуал ва ҳ.к.).
9. Врач кўрсатмаларига биноан дори воситаларини қўллаш.

ЭСЛАТМА:Хуруж вақтида 1-ёрдам мақсадида эуфиллин 2,4%-5,0-10,0мл т/и қилинади. Эуфиллин ёрдам бермаганда гормонлар тавсия этилади. Теофиллин, эуфиллин таблеткаларини ичиб туриш ҳам мумкин.

12.Гипертермияда биринчи ёрдам бериш

№	Ҳамшира фаолияти	Илмий асос
1	Бемор ётқизиб қўйилади.	Иситмани кўтарилиши – интоксикация белгисидир.
2	Сиқиб турган кийимлар бўшатилади.	Ўпкада ҳаво айланишини яхшилаш учун.
3	Тоза ҳаво билан таъминлаш.	Гипертермияда гипоксияни олдини олиш учун
4	Гипертермия турини аниқлаш керак. Агар «оқ» бўлса, «қизилга» ўтказиш керак: беморни иситилади: ношпа 0,2 мл ёшига нисбатан ёки папаверин, никотин кислотаси, 0,2 мл ёшига нисбатан; қилинади – улар спазмолитиклар ҳисобланади.	Оқ гипертермияда периферик қон томирлар спазми бўлади – бу иссиқлик йўқотишни қийинлаштиради.
5	Иситмага қараб қуйидаги муолажалар қилинади: А) 37-37,5 С°- кўп суюқликлар бериш керак (чай, шарбатлар, минерал сувлар) Б) 37,5-38 С° жисмоний йўл билан совитилади. В) 38-38,5 С°- парацетамол ёки	Спирт билан артиш ва катта қон томирларга совуқ қўйиш.

	панадол ёки нурофен ёки иссиқ тушурувчи шамчалар қўйилади. Г) 38,5 дан юқори бўлганда м/о ёки в/и литик аралашма юборилади: - аналгин 50%, -0,1 мл ёшига нисбатан - папаверин 1% 0,2 мл ёшига нисбатан Эслатма: аспирин ва цефекон шамчалари болаларга тавсия этилмайди.	
6	Кислород терапия ўтказиш.	Гипертермияда тўқималарни кислородга эҳтиёжи ортади.
7	20-30 дақиқалар ичида беморни сийдириш керак	Бу организмдан токсинларни чиқишини тезлаштиради.
8	20-30 дақиқадан сўнг термометрия қилиш керак.	Қилинган муолажаларни таъсирини билиш учун.
9	Қайта ўлчанган термометрия кўрсаткичига қараб кейинги босқич даво чораларини кўриш.	20-30 дақиқадан сўнг иситма 0,2 С°-0,3 С°га тушиши керак
10.	Ҳарорати тушмаса бемор шифохонага ётқизилади.	Касалликни сабабини аниқлаш ва тўғри даволаш учун.

Эслатма: дорилар шифокор тавсияси билан қилинади.

Назорат саволлари:

1. Нафас олиш органлари системаси анатомияси ва физиологияси.
2. Бронхит қандай касаллик ва унинг турлари қандай?
3. Бронхит касаллигини келтириб чиқарувчи сабабларга нималар киради?
4. Бронхит касаллигини клиник белгиларига нималар киради?
5. Бронхит касаллигини даволаш ва бемор болалар парвариши қандай амалга оширилади?
6. Пневмония қандай касаллик?
7. Пневмония касаллигини келтириб чиқарувчи сабаблар?
8. Пневмония касаллигини турлари ва клиник белгилари қандай?
9. Бронхиал астма қандай касаллик?
10. Бронхиал астма касаллигининг болаларда кечиши қандай?
11. Бронхиал астма касаллигини клиникаси қандай?
12. Бронхиал астма касаллигида бемор болалар парвариши?

Тавсия этиладиган адабиётлар:

Т.А.Даминов.
Б.Т.Холматова.
У.Р.Бобиева.

“Болалар касалликлари.”
(Тошкент -2012 й)

К.С.Иномов.
Б.Кораходжаев.
И.Салимов.
М.Абдуллаева.

“Хамширалик иши асослари”
(Тошкент -2007 й.)
“Болалар касалликлари
препедевтикаси.”
(Тошкент -2006 й.)

ССВ амалдаги хужжатлари

*Интернет
материаллари*

[http://www. minzdrav.uz./](http://www.minzdrav.uz/)-Ўзбекистон
республикаси соғлиқни сақлаш
tizимига оид меёрий хужжатлар;
[http: //www.ziynet.uz./](http://www.ziynet.uz/)
[http: //www.referat.uz./](http://www.referat.uz./)

Ички секреция безлари анатомияси ва физиологияси.

Эндокрин система ички секретсия безларини ташкил этади, уларнинг ўзига хос хусусияти шундаки, ташқарига чиқариш йўллари бўлмайди. Шунинг учун улар моддаларни бевосита қон ва лимфага чиқаради. Бу моддаларни организмнинг ички муҳитга ажралиб чиқиш жараёни ички ёки эндоген секретсия номини олган. Эндокрин система тушунчаларнинг ривожланиши ички секретсия безлари ва улар ажратадиган биологик актив моддалар- гармонларни тадқиқ қилиш билан боғланган. Ички секреция безларининг тузилиши, функцияси ва фаолияти бузилишини ўрганадиган фан эндокринология номини олган.

Эндокринга гипофиз билан узвий боғланган марказий нерв системасининг бир қисми ҳисобланмиш гипоталамус (дўмбоқ ости), гипофиз, гуррасимон без (эпифиз), қалқонсимон без, қалқонсимон безолди безлари, меъда ости безининг оролча қисми, буйрақусти безлари, меъда ва ичак деворларида жойлашган эндокрин хужайралар, тухумдон ва мойқлар киради. Эндокрин системани ташкил этувчи ички секретсия безларининг шакли ва катта кичиклиги турлича бўлиб, тананинг турли қисмларидан жой олган, гармонлар ажратиш улар учун умумийдир.

Гармонлар йуқори биологик фаол моддалар бўлиб, миллиграммнинг мингдан бир улушидан ошмайдиган жуда кичик концентрасияси ҳам тасир этади, шу билан бирга уларнинг таъсир кўрсатиш, ўсиш ва жисмоний ривожланиш, моддалар алмашинуви, жинсий ривожланиш, шу жумладан иккиламчи белгиларнинг ривожланиши каби жараёнларни белгилаб беради.

Қалқонсимон без ички секретсиянинг бир мунча катта беги бўлиб, у бўйин соҳасида, кекирдакнинг олд томонида хиқилдоқдан бир оз растда жойлашган. Қалқонсимон без тоқ орган бўлиб, бўйинча билан бириккан икки палладан иборат. Катта ёшдаги кишиларда қалқонсимон безнинг вазни 30-40 г. Тупроғи, сув ва озиқ овқат маҳсулотларида йод етишмайдиган туманларда қалқонсимон безнинг вазни бирмунча катта бўлиши мумкун. Ёш улғайган сари, безнинг кичиклашиши кузатилади.

Қалқонсимон безда иккита гармон- тироксин ва трийодтиронин ишлаб чиқарилади. Улар бевосита қонга ажратилади. Бу гармонларни ҳосил бўлиши учун тирозин имуноокислатаси ва йод зарур бўлади. Қалқонсимон безда тироксин ва трийодтирониндан ташқари калцитонин ҳам ишлаб чиқарилади. Калцитонин организмда калций алмашинувини бошқаради. Қалқонсимон без гармонлари организмга ҳар томонлама таъсир кўрсатади. Бу гармонлар тўқима ва органларни етилишини идора этиб, уларни функционал активлиги ўсиши ва моддалар алмашинувини белгилаб беради.

Қалқонсимон без гармонларининг етишмаслиги, бўлмаслиги, шунингдек, ортиқча бўлиши организмни турли касалликларга олиб келади. Қалқонсимон без функцияси камчилигида гипотиреоз деб аталувчи касаллик пайдо бўлади, айнаи вақтда, барча моддалар алмашинуви жараёнини

секинлашуви кузатилади, шу муносабат билан кўпинча орган ва тўқималарда бузилишлар рўй беради.

Қалқонсимон безнинг орқа томонидан катталиги 10-15 мм келадиган нўхатга ўхшаш таначалар бор. Булар қалқонсимон без олди безлари паратиреоид безлардир. Улар сони 2 тадан 12 тагача бўлиши мумкун, кўпроқ 4 та бўлади. Қалқонсимон безолди безлари организмда калций ва фосфор алмашинувини ростлаб турадиган парагармон – паратиреоид гармон ишлаб чиқарвди. Бу безлар ўсмадан зарарланганда гиперпаратиреоз касаллиги пайдо бўлади. Буйракусти безлари ички секреция безлари орасида алоҳида ўрин тутати. Улар гармонларнинг ортикча ажралиши баъзан гипофиз функциясининг кучайиши билан боғланган. Исенко- кушинг касаллигини юзага келишига сабаб бўлади. Буйрак усти безларининг пўстлоқ қисмида етарли миқдорда гармон ишлаб чиқарилмаганда, Аддиссон касаллиги рўй беради.

Гипоталамус ва гипофиз эндокрин системаси алоҳида ўрин тутати. Булар ички секрециянинг бошқа безлари фаолиятини ишга туширувчи безлар хисобланади. Гипоталамуснинг кимёвий тузилиши содда бўлиб, гипофизга таъсир кўрсатади, ва уни турли хил мураккаб безлар ажратишга мажбур қилади.

Гипофиз- ички секретсиянинг марказий безидир, калла суяги асосида турк эгаридан жой олган бўлиб, гипофизар оёқча деб аталган махсус тузилма орқали бош мия билан бириккан. Гипофизнинг олдинги, ўрта ва орқа бўлаги бор. Олдинги бўлак бутун безнинг 70% ини ташкил қилади. Олдинги гармон 7 хил гармон ажратади, булар орасида организмни ўстирадиган гармон бор, у тўқималарда нгз берадиган биокимёвий жараёнларга бевосита таъсир кўрсатади. Гипофиз гармонлари жумласига буйракусти безлари пўстлоғининг фаолиятини стимулловчи адренокортикотроп, қалқонсимон без фаолиятига таъсир ўтказувчи тиреотроп , жинсий безларга тасир қилувчи гонотроп , сут безлари функциясини стимулловчи пролактин гармони ишлаб чиқарилади. Ўрта бўлак тўқималарда меланин пигментини ҳосил бўлиши ва тақсимланиши , кўзнинг тўр пардаси эса кўрув пурпураларини тартибга солиб турадиган гармон ишлаб чиқаради.

Орқа бўлак анча кичик ва мия гипофизар оёқчасининг гўё давоми хисобланади. Гипофизнинг орқа бўлагида гармонлар ажратилмайди, у гармонларнинг ўзига хос хос йиғиладиган жойидир.

Гипофиз гармонлари секретсияси бузилиши организмда турли хил касалликларни келтириб чиқаради. Ўсиш гармони 20-25 ёшдан юқори ёшда ажралса акромегалия деб аталувчи бошқа касаллик келиб чиқади. Ўсиш гармонинг етарлича ажралмаслиги билан боғланган ва ўсишнинг кескин даражада тўхтаб қолишида гипофизар паканалик ёки гипофизар нанизм касаллиги келиб чиқади.

Эндокрин система касалликларини асосий аломатлари ва текшириш усуллари.

Ички секреция безлари гармонлари организмнинг турли хил фаолиятига таъсир этганлиги сабабли эндокрин касалликларда ҳам турли туман клиник белгилар билан намоён бўлади. Шу билан бир қаторда , беморда айрим клиник белгиларнинг мавжудлиги шифокорда эндокрин безлари касалликлари мавжудлиги тўғрисида шубҳа тугдириши лозим.

Касалик анамнези. Бемордан сўраб суриштирилганда касаллик эндокрин тизими зарарланиши туфайли келиб чиққанлигини тахмин қилишга имкон берувчи айрим омилларни , жумладан бемор ва унинг яқинлари эрта болалик пайтидан бошланганлиги ҳақидаги кўрсатмаларини синчковлик билан таҳлил қилиши лозим. Чунки унинг ёрдамида қатор туғма эндокрин касалликларни аниқлаш имкони туғилади. Шунингдек, анамнез йиғиш жараёнида касалликдан илгари бўлиб ўтган турли хил рухий таъсирларга алоҳида аҳамият бериш керак.

Хаёт анамнези. Бемор ҳаёти давомида бошидан кечирган кейинчалик ички секреция безлари касалликларига олиб келиши эҳтимоли бўлган ҳолатларни шифокор аниқлаши жуда муҳим. Масалан, қалқонсимон безнинг ўткир яллиғланишига баъзан зотилжам, ўткир танзилит ёки синусит олиб келади.

Оилавий анамнезда наслий мойиллик, диффуз токсик бўқоқ касалликларини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Айрим ҳолларда бемор соғлиғига, яшаш шарт шароитлари жумладан, атроф муҳитда йоднинг кам бўлиши эндемик бўқоқ келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Эндемик бўқоқ касаллиги.

Эндемик бўқоқ деганда , асосий аломати қалқонсимон безнинг катталашишидан иборат бўлган бутун организмнинг касаллиги тушунилади.

Этиологияси: одам организмига ташқи муҳитдан йоднинг етарлича миқдорининг камайиб кетишига боғлиқ бўлиб , овқат маҳсулотлари ва ичимлик сувининг йодга кам тўйинишидан келиб чиқади. Эндемик бўқоқ нафақат озик-овқат маҳсулотларида йод , балки бошқа элементлар : мис, марганес, кўрғошин, рух, кўлбалт, бром, ва бошқалар миқдорининг етишмаслигидан ҳам пайдо бўлади. Бу касаллик тоғли туманлар аҳолиси орасида кўп учрайди. Беморнинг аксарият қисмини аёллар ташкил қилади. Килиникаси. Касаликнинг асосий белгиси қалқонсимон безнинг

катталашуви хисобланади. Беморнинг вақт бевақт юрак уриши, иш қилганда нафас қисиши, бироз терлаш, серзардалик, ориқлаб кетишдан хотин-қизлар, хайиз кўриш циклининг бузилишидан шикоят қилишади. Эндемик буқоғи бор қизларда жинсий жихатдан етишиш кечикади. Буқоқ жуда катталашиб кетса баъзан трахея, қизилўнгач, ҳалқум нервининг босилиб қолишига хос аломатлар пайдо бўлади. Бундай ҳолларда беморларнинг нафас олиши ўзгариб уларда қуруқ йўтал пайдо бўлади, овоз бўғилиб қолади, ютиш қийинлашади.

Юрак-қон томирлар системаситомонидан: рулс лабиллиги юрак чап чегарасининг кенгайганлиги, юрак товушларининг кучайиши ва функционал систолик шовқин кузатилади, максимал артериал босим, одатда нормал ёки бироз кўтарилган минимал босим эса ўртача пасайган кўз аломатлари бўлмайди. Кўпинча қўллар олдинга чўзиб турилганда бармоқ учларининг титираши кўринади. Асосий алмашинув, одатда бироз ошган.

Лаборатория таҳлили. Қонда кўпинча лейкопения, ўртача лимфотситоз ва эритроцитлар чўкиш реакциясини тезлашгани кўрилади.

Даволаш ва профилактикаси. Болаларга ҳафтада кичик дозада ёд берилади, ёд профилактикаси ўтказилади. 4 ёшдан 10 ёшгача-25мкг/сут 10 ёшдан 17 ёшгача-50 мкг/сут; ҳомиладор аёлларда 50-75мкг/сут миқдорда калий ёдид тавсия этилади. Узоқ таъсир қиладиган ёдмарин 200 ҳам қўлланилади.

Шифокор кўрсатмасига биноан, тиреоидин 0,05-0,2 г.дан ичилади, кунига бир марта. Териокомб катталарга кунига 1 маҳал 1 таблеткадан берилади. Тиреотом 0,05 мг кунига 1-3 таблеткадан берилади. Триёдтиронин гидрохлорид бир кеча кундузда 5-20 мкг.дан ичилади, зарур туғилганда дўзасини аста секин ошириб бориб, кунига 60-100мкг.гача етказилади.

Тугунли ва аралаш буқоқ касалликларида жарроҳлик йўли билан даволаш тавсия этилади.

Ёд қўшилган туз қўлланиш йўли билан оммавий профилактика ўтказиш катта аҳамиятга эга. Эндемик буқоқ билан касалланиш кузатиладиган туманларда яшовчи аҳоли ёд қўшилган туз билан таъминланади (1 тонна ош тузига 25 г калийёд қўшилади, шундан тузнинг 10-15 г билан организмга ёд, яъни суткалик ёд эҳтиёжининг ярми киради). Аҳолининг санитария гигиена турмуш шароитларини яхшилашдан иборат. Сув манбаларини яхшилаш, уларнинг санитария муҳофаза, аҳолини яъни мева ва савзавотлар билан таъминлаш муҳим профилактик аҳамият касб этади.

Базедов касаллиги. Тиреотоксикоз.

Хасталик биринчи булиб 1840 йилда немис шифокори Базедов томонидан тасвирлаб берилган. Касаллик асосида тироксин гармонини кўп миқдорда ишлаб чиқиш оқибатида қалқонсимон безнинг катталашиб кетиши ҳамда унинг гиперфунксияси етади. Бу касаллик билан 20-40 ёшдаги кишилар касалланади. Аёллар эркакларга нисбатан бир неча баравар кўпроқ касалланадилар. ички секретсия безлари касаллари ичида кўп тарқалган касаллиг хисобланади.

Этиологияси асаб ва рухий жароҳатлар, марказий нерв системасининг шикасланиши, энсефалит, грипп, ангина, безгак, сарамас, қизилча, қорин тифи касалликлари, жинсий безлар ва гирофиз безининг яллиғланиши, қуёш нурининг узоқ таъсир этиб туриши катта аҳамиятга эга.

Клиникаси. Немис шифокори Базедов касалликка хос уч аломатни (учлик – триада аломати) белгилаган. Булар:

1. қалқонсимон безнинг катталашиши;
2. Кўзнинг чакчайиб туриши.

Бундан ташқари, беморларда сержахллик, бесарамжонлик, ёмон ухлаш, дармонсизлик, меҳнат қобилятининг пасайиши, кўп терлаш, баданнинг қизиб кетгандек сезгисининг пайдо бўлиши, мускулларнинг қувватсизланиши ва титраши, озиб кетиш, қўл бармоқлари ростланганда тез-тез титраб туриши ҳамда бутун гавдага ёйилиши каби аломатлар кўрилади. Қорин оғриб туради, қайт қилади, ичи кетади, оғир холларда жигар катталашади, оғриқли бўлади, бадан сарғаяди, тана харорати субфебрил (37-37,5).

Юрак тез уради, пулс тезлашиб, минутига 120-140 мартагача уради. Тахикардия тинчликда ҳам йўқолмасдан, доимий бўлиши билан характерланади. Юрак чапга кенгайган, юрак тонлари зўрайган бўлади. Артериал босим кўтарилади, кўпинча миокардиодистрофия бошланади, бу – юрак етишмовчилиги ва титроқ аритмия пайдо бўлишига олиб келиши мумкун.

Аломатлари:

1) Графе аломати-типик хисобланади, бунда кўз соққаси юқоридан пастга ҳаракатланганда устки қовоқ орқада қолади, натижада, қовоқ ва рангдор парда орасида склеранинг оқ йули кўриниб туради.

2) Мебиус аломати- кўз конвергенсияси етишаслиги. Беморнинг кўзи олдида бирор нарса яқинлаштирилганда кўзлар бир нуқтага узоқ қараб тура олмайди. Бир ёки иккала кўз ғайририхтиёр равишда бир томонга олиб кетади.

3) Делримпл аломати-кўзнинг одатдагидан кўра, каттароқ очилиб туриши ва ковоқларнинг меёридан кўра, камроқ очилиб- юмилиши

Кўзда бўладиган бу ўзгаришларнинг ҳаммаси тегишли кўз мускулларининг иннервация қиладиган симптоматик нервлар функцияси ошишига боғлиқ. Бўқоқ консистенцияси турлича: без юмшоқ. Унинг устида пулсация қиладиган шовқинларни эшитса бўлади. Айрим ҳолларда унинг фақат бир бўлаги каталашади, баъзида эса қалқонсимон без кўкрак орқасида жойлашади ва рентгенологик текшириш йўли билан аниқланади.

Лаборатория тахлили. Қонда эритроцитлар, лейкоцитлар, нейтрофиллар сони камайиб, гемоглабин пасаяди. Гипергликемияга мойиллик пайдо бўлади, қон зардобиддаги холестерин миқдори кўринча раст бўлиб чиқади, қоннинг ивиш хусусияти сусаяди, қон ёпишқоқлиги камайиб қолади.

Даволаш. Базедов касаллигига учраган беморлар консерватив ва жаррохлик йўли билан даволанадилар, консерватив даво дастлаб осойишта режим яратишдан, кўп ва сифатли таомлардан иборат. Бемор меҳнат қилиш , дам олиш ва ухлаш режимига қатъий риоя қилиши зарур.

Дори дармонлардан эндокринолог кўрсатмасига биноан қуйидагилар ишлатилади: мерказолин , диодтирозин, люгол еритмаси. Сўнги вақтларда бу касалликка радиактив йод йубориш йўли билан даво қилинмоқда. Қалқонсимон без йодни йиғиб оладиган бўлгани учун йоддан сочиладиган нур фақат шу без тўқимасига таъсир кўрсатиб , унинг хужайраларини емиради. Касалликнинг оғир шакллариغا операция йўли билан даво қилиниб, безнинг бир қисми олиб ташланади.

Микседема.

Микседема “шилимшиқ шиш” демакдир. Касаллик асосида қалқонсимон без функциясининг етишмовчилиги ётади, яъни тироксин гармонинг етишмаслиги натижасида касаллик пайдо бўлади. 1873-йилда бу касалликни биринчи марта Галло тасвирлаб берган . Касаллик 30-60 ёшлардаги кишиларда учрайди. Аёллар эркакларга нисбатан 4 баравар касалланади. Бу касаллик кўпинча ёши ўтган аёлларнинг климакс даврига тўғри келмоқда.

Этиологияси. Безнинг травмадан шикастланиши, қалқонсимон без атрофияси , безни бутунлай олиб ташлаш, қалқонсимон безни узок муддатли гиперфункцияси, безнинг баъзан атеросклероз билан аълоқадор бўлган

касаллик инволютсияси, безнинг туғма камчилиги ва гиперфунксияси, безнинг туғма камчилиги ва гиперфунксияси, эндемик бўқоқ, айрим касалликлар, захм, ревматизм, тиф, сифилис касаллигидан кейин. Қалқонсимон без ҳар хил нурлардан, рентген, радиоктив йод таъсиридан кейин келиб чиқади.

Клиникаси . Беморларда дармонсизлик, тез чарчаш, бош оғриши, қулоққа шовқин эшитилиши, баданда чумоли юргандек сезгининг пайдо бўлиши, белда, бўғинда, орқада оғриқ, вазнининг ортиб бориши, паришонхотирлик, нутқнинг бузилиши, ичнинг қотиши кузатилади.

Бундан ташқари юзлари шишган, шиш бадан ва оёқларда ҳам пайдо бўлади. Юз шишиши натижасида қуруқлашади, кўз юмилиб, лаблар қалинлашиб кетади, юзи ниқобсимон рангсиз, худди қотиб қолгандек бўлади, кўзнинг атрофи кериккан, бўйин соҳаси, энса чуқурлари шишган. Териси қуруқ пўст ташлаб туради, тез инфекцияланади, ўзига ҳос шишганлигига кўра, уни бурма қилиб йиғиш қийин.

Одатаги шишлардан фарқли равишда босганда, чуқурча ҳосил қилмайди. Бошдаги сочлар ўзининг ялтироқлигини йўқотади, тушиб, қошларнинг ташқи бўлимлари тўкилиб кетиши характерли, тирноқлар мўрт бўлиб қолади. Шиллик парда қалинлашади, натижада қулоқ оғирлашади, товуш бўғилади, там билиш сезги йўқолади.

Нафас олиш минутага 8-12 гача камайиб кетади, пулс минутага 50-60 зарбгача камайиб кетади, тана ҳарорати пасаяди.

Лаборатория тахлили. Асосий модда алмашинуви паст – 40 % га камайган. Қонда холестерин миқдори ошган – 3000 мг% ва ундан ортиқ, эритроцитлар миқдори пасайган, гемоглабин миқдори 85г, ЭЧТ тезлашган- 65мм/соат, гипохром анемия кузатилади. сийдикда оксил ажралади.

Электрокардиографияда грамма волтажи паст, Р ва Т тишчалари суст кўринади. Оғир ҳолларда миокардда дистрофик ўзгаришлар ва кескин коронасклерозлар топилади, бу –юракнинг иккаласи қоринчаси бўшлиғининг кенгайишига сабаб бўлади.

Даволаш. Касалликни даволаш тиреодин ёки триодтиронин билан ўтказиладиган ўринбосар терапия буюрилади.

Калориялиги жихатидан ҳам, оксил, ёғ, углевод, ва витаминлар сақлаши жихатидан ҳам сифатли овқатлар бериши керак. семиришга мойиллик бўлса, суткалик овқатдаги ёғ ва углеводлар миқдори камайтирилади.

Қалқонсимон без касалликларида беморларни парваришлашга оид

хужжатларни юритиш.

Керакли жихозлар: касаллик тарихи, қизил ва кўк ручка

Хом ашё: талаб этилмайди.

Бажариш алгоритми: Ҳамшира янги келган беморнинг хужжатларини расмийлаштиришни касаллик тарихини титул варақасини (паспорт қисми) тўлдиришдан бошлайди.

1. Касаллик тарихининг рақами беморни шифохонага қабул қилиш журналидаги рақам билан бир хил бўлади.
2. Сўнгра беморнинг исми, шарифи ва шифохонага келтирилган санаси ва вақти аниқ қилиб кўрсатилади(агар бемор беҳуш ҳолда келтирилган бўлса, ёнида танишлари ёки хужжатлари бўлмаса, исми, шарифи “ номаълум шахс” деб ёзилади ва милицияга хабар берилади)
3. Беморнинг манзилгоҳи, касб – кори , агар ёш бола бўлса қайси боғча ёки мактабга бориши ёзилади.
4. Беморни дори моддаларига аллергия реакцияси бўлса, қизил рангли ручкада ёзиб қўйилади.
5. Агар бемор оғир аҳволда ёки беҳуш ҳолатда келтирилган бўлса, бу маълумотлар уни олиб келган кишилардан олинади.
6. Агар бемор даволаш муассасаси томонидан юборилган бўлса, йўлланмасидаги ташхиси, агар тез тиббий ёрдам машинасида келтирилган бўлса кузатув варақаси қайд этилади.
7. Беморни санитария тозалаш ишларидан ўтказилганда педикулёз аниқланса, касаллик тарихига қизил ручкада “Р” ҳарфи белги қилиб қўйилади ва шошилинч хабарнома (Ф – 058) тўлдирилиб, СЭС га хабар қилинади.

Беморлар билан шахслар аро мулоқот кўникмаларини қўллаган ҳолда суҳбатлашиш.

Керакли жихозлар: маълумотларни қайд этиш варақаси, ручка, қалам.

Керакли хом ашё: ЕРАКЛИ ХОМ АШЁ: хом ашё талаб этилмайди

БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Мулоқот жараёни 3 босқичдан иборат бўлиб, 1 – босқичи суҳбатлашга киришиш ва суҳбатни бошлаш ҳисобланади.
2. Пациент кириб келганида безътибор бўлмай , қилаётган ишни бироз четга суриб, унга жой кўрсатиб, ўтириш таклиф қилинади.
3. Суҳбат учун тинч , осуда, ёқимли, илиқ муҳит яратиш мақсадида масалан: об- ҳаво, жамоат транспорти ҳақида бироз суҳбатлашилади.
4. Гармоник муносабатларни ўрнатиш мақсадида ўзини таништириш, сизга муурожаат қилинганлиги учун миннатдорчилик туйғулари билдирилади.

5. Суҳбатлашиш жараёнининг 2 – босқичи суҳбатнинг асосий мавзусини ва муаммоларини ҳал этишга қаратилади.
6. Бунда энг асосий маълумотлар тўпланади, пациентнинг асосий эҳтиёжларини кондиритиш учун фактлар аниқлаштирилади.
7. Суҳбатлашиш жараёнининг 3 – босқичи суҳбатни якунлаш ҳисобланади.
8. Суҳбатлашиш якунида пациент сиз билан бўлган суҳбатдан қониқиш олиб, яна суҳбатлашиш истагида қолсин.
9. Суҳбатга якун ясаб, келгуси учрашув ҳақида келишиб олинади.
10. Суҳбатлашиш самарали бўлиши учун доимо пациент позициясини ҳисобга олган ҳолда ҳаракат қилиш, унинг ҳоҳиш - истаklarини инобатга олиш, қувончига шерик бўлиш, табиий жилмайиш, самимий, очиқ ва камтарин бўлиш, ҳамдардлик кўрсатиб, унинг елкасини ёки қўлларини силаш, керак пайтда ўринли ҳазиллар қилиш, ҳиссиётларни назорат қила олиш ва ўз вазифасини аъло даражада бажариш керак.
11. Самарасиз суҳбатга олиб келувчи омиллар: суҳбатни тўсатдан ёқимсиз мавзудан бошлаш, лоқайд ёки мансимай, кибор билан қараб туриш, шахсиятга тегувчи саволлар бериш, бесабаб сукут сақлаш ёки кулиш, ҳурматсизларча тўсатдан суҳбатни тўхтатиш ёки унинг мавзусини сабабсиз ўзгартириб юбориш, суҳбатдошни гапиришга қўймаслик ва унга ҳамдард бўлмаслик сабаб бўлади.

Мулоқотда савол бериш техникаси

1. “Очиқ саволлар “ суҳбатдошингиз кўнглидаги, ичидаги дардларни очиб гапиришида қўлланилади: “Қачон?”, “Қандай қилиб?”, “Аутолмайсизми?”, “Менда кўрсата олмайсизми?”, “Нега?” каби саволлардан бошланади.
2. “Ёпиқ саволлар” пациент суҳбатлашишни истамаётганда ёки унинг сўзлари кутилаётган натижани бермаса ва нутқи йўқолган, гапира олмайдиган (мотор афазия) ҳолатларда қўлланилади. Ёпиқ саволларга содда ва аниқ қилиб, “Ҳа”, “Йўқ” каби жавоблар олинади.

.

Физикал текширувлар.

Эндокрин безлари тизими касалликлари орасида қалқонсимон без зарарланганда, бемор юз кўринишида сезиларли кўринишлар кузатилади. Қалқонсимон без гиперфункциясида катта, кенг очилган, чакчайиб турган, кам пирпировчи, ялтироқ кўзлар бемор юз кўринишига қўрқув ёки дахшат ифодасини беради. Унинг фаолияти сусайишида (миксодема) бемор юзи думалок, кенг ажинларсиз, кўзлари худди қотиб қолгандек ифодали бўлгани учун кўриниши бефарқлик ва калтафахмлик таасуротини қолдиради.

Интеллект ва рухиятнинг ўзгариши. Эндокрин безларининг функционал бузилишларида турли хил рухий ўзгаришлар қайд қилинади. Бундай беморларда рухий қўзғалувчанлик. Кайфиятнинг тез-тез ўзгариб туриши,

Базедов касаллигида доимий хавотирлик , миксодемада камхаракатлилиқ, апатия ва мимиканинг бўлмаслиги кузатилади. Депрессия кайфиятнинг тез-тез ўзгариб туриши климактерик синдромда ҳам кузатилади. Эндокрин касалликлардаги рухиятнинг ўзгариши, бемор нутқида ҳам ўз ифодасини топиши мумкун. Масалан. Базедов касаллиги билан оғриган беморларда нутқнинг тезлашиши кузатилиб, уларда суҳбатдошни фикрини бўлишга, ўз фикрини билдиришга интилиш ва бошқа ҳаракатлар кузатилади. Миксодемада эса секинлашган, бўғиқлашган нутқ, саволларга тез жавоб қайтармаслик ёки жумлаларни охиригача етказмаслик ҳоллари аниқланади.

Кўриш аъзосидаги ўзгаришлар. Қалқонсимон без гиперфункциясида чақчайган ялтироқ кўзлар ва шу туфайли бемор доимий хавотир ҳолатда кўринади. Чақчайиш тахикардия ва бўғоқ билан бирга базедов касаллигига хос бўлган учликни ташкил қилади. Гипофиз ва гипофизар соҳа ўсмаларида кўриш ўткирлигини аниқлаш катта ташхисий аҳамиятга эга.

Пайпаслаш.

Пайпаслаш қалқонсимон без касалликларини ташхислашда муҳим текшириш усулларида бири хисобланади. Соғлом кишиларда , одатда, қалқонсимон без пайпасланмайди. Унинг пайпасланиши безнинг у ёки бу даражада катталашганидан далолат беради.

Қалқонсимон безни қадамма-қадам пайпаслаш

Кўрик.

1. Диққатни бўйин ва ҳикилдоқнинг олд ҳамда трахеянинг юқори қисмига қаратиш керак.
2. Бемордан сўлагини ютиш сўралади.
3. Бу пайтда эътибор йуқорида қайд этилган соҳаларга қаратилади.
4. Қалқонсимон без меёрида кўрикда ва ютиниш вақтида кўзга кўринмайди.

Қалқонсимон без соҳасини бармоқлар билан пайпаслаш.

Олдиндан ёндашиш.

1. Беморга юз билан ёндашиб, иккала қўлнинг букилган 2-5 бармоқлари м. Sternocleidomastoideus нинг орқа қиррасига , бош бармоқлар эса қалқонсимон тоғай соҳасига, юқорида айтилган мушакларни олд қиррасини ички қисмига қўйилади.

2. Пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш сўралади, натижада қалқонсимон без хиқилдоқ билан биргаликда силжийди ва шифокор бармоқларига сезиларли бўлади.
3. Қалқонсимон без бўйинчасини пайпаслаш бош бармоқни сирпанувчи ҳаракатлари билан бўйиннинг ўрта чизиғи бўйлаб пастдан тепага силжиган ҳолда амалга оширилади.

Орқадан ёндашиш.

1. Беморни орқасидан ёндашилади ва иккинчи ҳамда учинчи бармоқлар бўйинни ўрта қисмига қўйилади. Улар бармоқ кенглигида тўшдан тўшдан юқорида Sternocleidomastoideus нинг медиал қиррасида 10,5см ичкарида жойлашган.
2. Бу ҳолатда бўйинчани аниқлашга, сўнгра без бўлақларини аниқлашга киришилади.
3. Тугунлар ёки без ассиметрияси аниқланганда, ўзгарган бўлақни яхшилаб аниқлаш зарур.
4. Бунда бир қўл билан трахеяни, бошқа қўл билан без бўлагини қимирлатмай ушлаб туриш керак.
5. Пайпасланганда без юмшоқ, эластик, силлиқ, оғриқсиз ва ютиниш пайтида енгил силжувчан бўлади.
6. Қалқонсимон безнинг ўнг бўлагини яхшироқ пайпаслаш учун, бемордан бошини ўнг томонга букиш илтимос қилинади. Қарама қарши ҳаракатлар билан чап бўлақни пайпаслаш амалга оширилади. Бўйиннинг ёйилиши тўш орти бўқоқни пайпаслашга имкон беради.
7. Пайпаслаш вақтида шифокор қалқонсимон безни жойлашиши, ўлчами, консистенцияси, катталашганлик даражаси ва тугунлар борлигини аниқлаш зарур.

Тахлил.

- 1-даража:** Без аниқ пайпасланади, аммо ютинишда сезилмайди.
- 2-даража:** Без пайпасланади ва ютинишда сезилади.
- 3-даража:** Катталашган без кўрикда аниқланади.
- 4-даража:** Без шакли сезиларли ўзгарган.
- 5-даража:** Катта ўлчамдаги без.

Перкуссия.

Перкуссия усули тош орти бўқокни аниқлашга имкон беради. Бу ҳолатда тўш сопи устида перкутор товушни қисқариши қайт қилинади.

Аускултация.

Қалқонсимон без аускултациясида диффуз токсик бўқокли беморларда, баъзан уни васкуляризацияси ва қон айланишининг тезлашиши туфайли вужудга келган шовқинлар эшитилади.

Радиял пулсни аниқлаш.

Керакли жихозлар: секундомер, ҳарорат варақаси, ручка.

Керакли хом ашё: суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка

Бажариш алгоритми: Қўллар ювилади ва қуритилади.

10. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади
11. Бемор қулай ҳолатда ўтказилади ёки ётқизилади.
12. Беморнинг қўли бўш эгилган ҳолатда бўлиши керак.
13. Радиял пульсни аниқлашда текширувчи билакнинг ички юзаси, 1/3 пастки қисми, 1 – бармоқ асоси бўйлаб билак артерияси томирини шундай ушлаши керакки II, III, IV бармоқлари томир устида бўлиши керак.
14. Пульсни текшираётган вақтда текширувчининг IV бармоғи беморнинг I - бармоғи рўпарасида бўлиши керак.
15. Пульсация қилаётган артерияни уччала бармоқ билан пайпаслаб, аста билак суягининг ички томонига босилади
16. Пульсни аниқлаётганда уни маромига, тўлиқлигига аҳамият берилади.
17. Билак артериясида пульсни санаш мумкин бўлмаганда уйқу ва чакка соҳаларида саналади.
18. Натижаси ҳарорат варақасига қизил ручка билан белгиланади.

Эслатма:

1. Пульс уришини бундан ташқари қуйидаги соҳаларда аниқлаш мумкин:
 - а) Каротид пульс – уйқу артериясида, яъни кекирдакнинг ён томонидаги анатомик чуқурчада аниқланиб, катталарда ўпка – юрак реанимациясини ўтказганда фойдаланилади..
 - б) Брахиал пульс - елка артериясида, яъни тирсак чуқурчаси марказининг кичик бармоқ томонида аниқланади, асосан артериал қон босимини ўлчашда фойдаланилади.
 - в) Феморал пульс – сон артериясида, яъни тос суягининг юқори олдинги қисми ва чов бирлашмаси ўртасида аниқланади, асосан оёқларнинг қон билан таъминланиши ёки ўпка – юрак реанимацияси ўтказилганда кўкрак қафасининг компрессияларини баҳолашда фойдаланилади.
 - г) Педал пульс – оёқ қафтининг дорзал юзасида ва тўпикнинг ички(медиал) ўсимтасини орқа пастроқ қисмида аниқланади, асосан оёқларнинг қон билан таъминланишини баҳолашда фойдаланилади
 - д) Апикал пульс – юрак чўққиси турткисида, яъни чап ўмров ўрта чизиги

бўйлаб, 4 – 5 –ковурғалараро соҳада стетоскоп ёрдамида эшитилади.

е) Апикал ва радиал пульсни аниқлаш орқали пульс дефицитини (танқислиги) аниқлаш:

1. Биринчи ҳамшира стетоскоп ёрдамида апикал пульсни эшитади, иккинчи ҳамшира эса билак артериясида радиал пульсни аниқлайди, пульс тўлиқ 1 дақиқа давомида 2ла ҳамшира 1та соатга баравар қараб туриб аниқланади.Агарда билакдаги пульснинг сони апикал пульсдан кам бўлса, орадаги фарқ пульс дефицити (танқислиги) деб аталади.

2. Нормада пульс катталарда 1 дақиқада 60- 80та гача бўлади. Пульсни тўлиқ бир дақиқадаги сони саналади ёки пульс уруши ритмик бўлса 30 сониядаги сони аниқланиб, натижани 2 га кўпайтирилади.

Артериал босимни ўлчаш.

Тонометр, фонендоскоп, Ф- 004 хужжати.

Керакли хом ашё: суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка, этил спирти 70%, 1,5 гр пахта

Бажариш алгорит:

18. Қўллар ювилади ва қуригилади.

19. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади

20. Артериал босимни ўлчаш учун бемор қулай ўтказилади ёки ётқизилади.

21. Беморнинг ўнг ёки чап билагини елкасигача яланғочланади.

22. Бемор қўли кроватга ёки стулга кафти билан юқорига қаратиб қўйилади

23. Тонометр винтелини бураб манжетини ҳавоси чиқарилади.

24. Беморни тирсагидан 2-3 см юқорига манжетни 2 бармок сиғадиган қилиб ўраб олинади.

25. Беморнинг тирсак бўғимида елка артерияси томир уришини 2,3,4 бармоқлар ёрдамида топилади.

26. Томир урган жойга фонендоскоп мембранасини қўйилади, эшитув найи кулоққа уланади.

27. Винтелни беркитиб резина баллон ёрдамида манжеткага ҳаво юборилади.

28. Винтелни очиб, ҳаво аста-секин чиқарилади.

29. Ҳаво чиқиш вақтида фонендоскопда томир уриши эшитилади. Бу систолик босим кўрсатгичидир.

30. Ҳаво чиқиши давомида товушлар эшитилмай қолади. Бу диастолик босим кўрсатгичини билдиради.

31. Товушларнинг эшитилган ва эшитилмаган жойлардаги натижани монометрдан ёзиб олинади.

32. Винтелни тўлиқ очиб, манжеткани ичидаги ҳаво тўлиқ чиқарилади.

33. Манжетка бемор билагидан олинади.

34. Натижа харорат варакасига белгиланади.

35. **Эслатма:** Нормада систолик босим катталарда 100-130 мм.симоб устунига, диастолик босим 60-90 мм. симоб устунига тенг бўлади.

Назорат саволлари:

13. Калконсимон безниинг анатомияси ва физиологияси.
14. Калконсимон без кандай гармонлар ишлаб чикаради?
15. Эндемик букок кандай касаллик?
16. Эндемик букок касаллигини келтириб чикарувчи сабаблар кандай?
17. Эндемик букок касаллигида беморларда кузатиладиган клиник белгилар кандай?
18. Эндемик букок касаллигида хамширалик парвариши кандай?
19. Базедов касаллиги кандай касаллик?
20. Базедов касаллигини клиник белгилари кандай ?
21. Базедов касаллигини келтириб чикарувчи сабаблар кандай?
22. Микседема касаллиги сабаблари ва риволаниш боскичлари кандай?
23. Микседема касаллиги клиник белгилари ва давоси кандай?
24. Қалконсимон без касалликларида ташхис қўйиш усуллари .
25. Базедов касаллигида учлик белгиси кандай?
26. Қалконсимон без касалликларида беморларниинг яширин ва мавжуд муоммоларини аниқлаш.
27. Қалконсимон без касалликлари билан оғриган беморлар ҳолтини баҳолаш учун маълумот йиғиш.

Тест саволлари.

1. Калконсимон без касалликлари кандай система касалликларига киради?
 - A. хазм системаси касалликлари.
 - B. айриш системаси касалликлари.
 - C. Эндокрин системаси касалликлари.
 - D. суяк бугим системаси касалликлари.
2. Калконсимон бездан неча хил гармонлар ишлаб чиқарилади?
 - A. 2 хил гармон.
 - B. 3 хил гармон.
 - C. 4 хил гармон.
 - D. 5 хил гармон.
3. Эндемик букок касаллиги сабаблари кандай?
 - A. йод етишмаслигидан.
 - B. калконсимон без фаолияти ортиб кетишидан.
 - C. калконсимон без фаолияти пасайиб кетишидан.
 - D. калсий етишмаслигидан.
4. Калконсимон без касалликлари қупрок қимларда кузатилади?
 - A. қарияларда.
 - B. эрқакларда.
 - C. аёлларда
 - D. болаларда.
5. Эндемик букок касаллигида беморларда кузатиладиган клиник белгилар

- А. Калконсимон безнинг катталашиши, асабийлашиш, озиб кетиш, кур терлаш.
- В. Корин соҳасида огрик ,кунгил айланиши, кайт килиш, терининг саргайиши.
- С. Бош огриги ,бош айланиши, хайз сиклини бузилиши, беморни хушидан кетиши.
- Д. ҳамма жавоблар тугри.
6. Эндемик буқок касаллигида ҳомиладор аёлларга профилактика мақсадида йод препаратлари неча мкгда берилади?
- А. 50-75 мкг суткасига
- В. 50 мкг суткасига
- С. 25 мкг суткасига
- Д. 15 мкг суткасига
7. Микседема қандай маънони англатади?
- А. Яллиғланиш
- В. Шилимшиқ шиш
- С. Емирилиш
- Д. Парчаланиш
8. Учлик триада аломати қайси касалликда кузатилади?
- А. Микседема
- В. Эндемик буқоқ
- С. Базедов касаллиги
- Д. Ҳамма жавоб тўғри
9. Грефе аломати қайси касалликга хос?
- А. Микседема
- В. Эндемик буқоқ
- С. Базедов касаллиги
- Д. Ҳамма жавоб тўғри
10. Қайси касаллигида бемор семириб кетади?
- А. Базедов касаллигида
- В. Микседема касаллигида
- С. Эндемик буқоқ касаллигида
- Д. Қандсиз диабет касаллигида.

Муоммоли масалалар.

Масала № 1.

Бемор шикояти юракнинг тез-тез уриши, кўп терлаш, кўл оёқларнинг терлаши ва тажанг бўлиб қолишидан.

Объектив: Бемор асабий, кўзлари чақчайган (эзофтальм), териси нам, пульс 120 марта тезлашган, А/Б-140/100 мм сим уст. юрак уриши тезлашган.

Анамнезида: Беморни турмуш шароитида кўп асабий, рухий жароҳатлар

бўлган.

Савол:Хамширалик ташхиси, қандай лаборатория текшириш усуллари қўлланилади, касалликни олдини олишга қаратилаган чора-тадбирлар?

Масала№2

Бемор диффуз токсик буқоқ касаллиги билан оғриган ва жарохлик усули билан даволанган. Кейинги пайтларда беморда ланжлик, уйқучанлик, хотиранинг пасайиши, сочларнинг тўкилиши кузатилган.

Объектив: бемор юзи шишган, лаблари қалинлашган, териси қуруқ, А/Б-100/60 мм сим уст. пульс 56 марта, нафас олиш сийраклашган.Аускультацияда юрак тонлари бўғиқ эшитилади.Тана харорати 34,5С .

Савол: беморда қандай касаллик ривожланган, хамширалик жараёнини олиб боринг.

Масала№3

Бемор қалтираш, кўп терлаш, лаб атрофининг увишиши, ҳолсизлик, очлик, юракнинг тез уришига шикоят қилди. Қон босим ўлчанганда 110/60 мм.сим.уст. пульс- 85 та, нафас олиш сони 20тага тенг.

Савол: бемор ҳолатини баҳоланг.Беморга ҳамширалик текшируви ва муолажаларини бажаринг.Ҳамширалик ташхисини қўйинг.

Масала№4

Беморда қалқонсимон безнинг катталашиб кетиши, кўзнинг чақчайиб туриши, юракнинг тез уриши бундан ташқари сержахилик ,бесаранжомлик, ёмон ухлаш, дармонсизлик, меҳнат қобилиятининг бузилиши , кўп терлаш кузатиляпти.

Савол: Ҳамширалик ташхиси.

Тавсия этиладиган адабиётлар:

А. Гадаев

Ички касалликлар
пропедевтикаси.

Х.Х.Эгамов

Тизимида назарий машгулотлар
учун терапия фанидан услубий
қулланма

ССВ амалдаги хужжатлари

*Интернет
материаллари*

[http://www.minzdrav.uz./](http://www.minzdrav.uz/)-Ўзбекистон
республикаси соғлиқни сақлаш
тизимида оид меёрий ҳужжатлар;
[http://www.ziynet.uz./](http://www.ziynet.uz/)
[http://www.referat.uz./](http://www.referat.uz/)