

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS
TA‘LIM VAZIRLIGI
O‘RTA MAXSUS, KASB-HUNAR TA‘LIMI MARKAZI

Qodir Inomov, Manzura G‘aniyeva

PEDIATRIYADA HAMSHIRALIK ISHI

Tibbiyot kollejlari uchun o‘quv qo‘llanma

G‘afur G‘ulom nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi
Toshkent — 2007

*Oliy va o'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi ilmiy-metodik
birlashmalari faoliyatini muvofiqlashtiruvchi Kengash tomonidan
nashrga tavsiya etilgan*

Taqrizchilar:

O.S.Toshboyev – Andijon Davlat tibbiyot instituti, tibbiyot fanlari doktori,
professor

D.A.Boboyeva – birinchi Respublika kolleji o'qituvchisi

Inomov Q.S.

Pediatrriyada hamshiralik ishi: Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'll. /
Q.S.Inomov, M.G'.G'aniyeva; O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus
ta'lim vazirligi, O'rta maxsus, kasb-hunar ta'limi markazi. – T.: G'afur
G'ulom nomidagi nashriyot-matbaa ijodiy uyi, 2007. – 304 b.

I.G'aniyeva M.G'.

Ushbu darslik tibbiyot kollejlari talabalari va tibbiyot hamshiralari uchun mo'ljallangan.

Darslikning nazariy qismida bolalar muassasalarining asosiy tiplari, tegara (uchastka) hamda oilaviy hamshiraning funksional vazifalari, bolalarning anatomo-fiziologik xususiyatlari, tekshirish usullari, bolalarni ovqatlantirish, bolalarda uchraydigan somatik va yuqumli kasalliklar haqida ma'lumot berilgan.

Darslikning amaliy qismi esa, bolalarni tekshirish, davolash va parvarish qilish jarayonida bajariladigan amaliy ko'nikmalar va shoshilinch holatlarda bolalarga yordam ko'rsatish chora-tadbirlariga bag'ishlangan.

ББК 57. 3 я 722

I.G'. 4108170000-35 qat'iy buyurtma 2007
M 352 (04)-2007

© Q.S.Inomov, M.G'.G'aniyeva,
G'afur G'ulom nomidagi
nashriyot-matbaa ijodiy uyi,
2007-y.

ISBN 978-9943-03-036-7

SO‘ZBOSHI

O‘zbekiston Respublikasining «Ta’lim to‘g‘risida»gi Qonuni, «Kadrlar tayyorlash Milliy dasturi», «Sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilish Davlat dasturi», «Fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash» to‘g‘risidagi Qonunlarining qabul qilinishi, oilaviy poliklinikalarning tashkil etilishi, xususiy sektorga keng yo‘l ochilishi, kunduzgi va xonadon shifoxonalari xizmatining yo‘lga qo‘yilishi, umumamaliyot va oilaviy hamshira kabi mutaxassisliklarning joriy etilishi, tibbiyot hamshiralarining aholiga tibbiy yordam ko‘rsatishini butun choralar bilan kuchaytirish, onalik va bolalikni muhofaza qilish, sog‘lom avlodni kamol toptirish borasidagi g‘amxo‘rlik – milliy tibbiyotimiz rivojlantirishida katta imkoniyatlar yaratdi.

Respublikamiz Prezidenti tashabbuslari bilan 1998-yilni «Oila yili», 1999-yilni «Ayollar yili», 2000-yilni «Sog‘lom avlod yili», 2001-yilni esa «Onalar va bolalar yili» sifatida e‘lon qilinishi davlatimizning kelajak avlodni sog‘lom va barkamol rivojlanishi yo‘lidagi sa‘y-harakatlarining yaqqol nishonasidir. Bu ishlar o‘z navbatida bolalar salomatligi bilan shug‘ullanuvchi soha xodimlariga katta mas‘uliyatlar yuklaydi. Bolalar salomatligini u tug‘ilib ulg‘ayishi jarayonida, ulg‘ayib ona bo‘lish vaqtida, homiladorligida va o‘z bolasini to‘g‘ri rivojlanishini ta‘minlashida, ayniqsa, tibbiyot xodimlarining hissasi beqiyosdir. Bolaning o‘tib rivojlanishini kuzatish, o‘zgarishlarni o‘z vaqtida payqash, onaga tegishli ko‘rsatma va maslahatlar berish, kasalliklar profilaktikasi bilan shug‘ullanish, bemor bolalarni parvarish qilish kabi ishlarni amalga oshirish aksariyat hollarda o‘rta bo‘g‘in xodimlari zimmasiga yuklanadi.

O‘zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 2002-yil 25-yanvardagi «Ayollar va o‘tib kelayotgan avlod sog‘lig‘ini mustahkamlashga doir qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida»gi Qaroriga binoan, ayniqsa, qishloq joylardagi tibbiyot muassasalari, tibbiy yordam brigadalari xodimlarining qizlarga, ayollarga va yosh oilalarga tibbiy xizmat ko‘rsatish sifatini, oilalarda tibbiy madaniyatni oshirish, ona va bola sog‘lig‘ini muhofaza qilish maqsadida ayollarga tibbiy maslahatlar berish bo‘yicha ishlarni kuchaytirish vazifasi belgilandi. Shuningdek, Oliy va o‘rta-maxsus ta’lim vazirligiga 2002–2003-o‘quv yilidan boshlab akademik litseylar va kasb-hunar kollejlari o‘qitishning

2–3-yillari o‘quv dasturlariga sog‘lom oila va nikoh, sog‘lom avlod tug‘ilishi va uni tarbiyalash masalalari bo‘yicha mutaxassis tibbiy xodimlar tomonidan o‘tkaziladigan maxsus fakultativ darslar kiritish haqida ko‘rsatmalar berilgan.

Ana shu maqsadlarni amalga oshirishda hamda akusherlar, feldsherlar, umumamaliyot hamshiralari hamda hozirgi kunda Jahon Sog‘liqni saqlash Tashkilotining konsepsiyasi sifatida joriy etilgan oilaviy hamshiralalar uchun ushbu darslik muhim yo‘llanma bo‘la oladi, degan umiddamiz.

Darslik ikki qismdan iborat bo‘lib, darslikning birinchi, nazariy qismida O‘zbekistonda pediatriya xizmatining qisqacha tarixi, bolalar salomatligini saqlash borasida olib borilayotgan davlatimiz siyosati, bolalarga xizmat ko‘rsatayotgan muassasalar, bolalik davrlari xususiyatlari, bolalarni ovqatlantirish, bolalar organizmining anatomo-fiziologik xususiyatlari, tekshirish usullari, bolalarda uchraydigan somatik va yuqumli kasalliklar sabablari, asosiy klinik belgilari, diagnostikasi, davosi va ayniqsa, parvarish qilish xususiyatlari sodda, aniq va ravon tilda bayon etilgan.

Darslikning ikkinchi – amaliy qismida esa bolalarni tekshirish, davolash va parvarish qilish jarayonida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar hamda bolalarda uchraydigan shoshilinch holatlar va ularda tibbiyot hamshirasining olib boradigan amallari haqida ma’lumotlar keltirilgan.

I. NAZARIY QISM

1. KIRISH

Pediatriya – yunoncha **paid** – bola, **iatria** – davolash soʻzlaridan olingan boʻlib, bolalar organizmining homila sifatida paydo boʻlish davridan boshlab, tugʻilib, toki oʻsmirlik davrigacha boʻlgan oraliqdagi anatomo-fiziologik xususiyatlari, rivojlanishi va shu orada boʻladigan kasalliklarning kechishining oʻziga xos xususiyatlarini hamda davolash va parvarish qilish jarayonidagi amaliy koʻnikmalarni bajarish yoʻl-yoʻriqlarini oʻrgatadi. Demak, pediatriya – tibbiy davoning faqat bolalarga yoʻnaltirilgan sohasidir.

Pediatriya oʻz navbatida qiyin soha boʻlib, boʻlgʻusi tibbiyot xodimlaridan oʻta qatʻiy masʻuliyat, sabr-qanoat va matonat talab qiladi. Chunki bola tugʻilib rivojlanishi jarayonida, ayniqsa, 5–6 yoshlik davrigacha oʻzida boʻlayotgan oʻzgarishlarni tartibli va tushunarli qilib bayon eta olmaydi. Ikkinchidan, boladagi aksariyat oʻzgarishlarni oʻta sinchkovlik va kuzatuvchanlik hamda chuqur bilim asosidagina payqash va tegishli xulosalar chiqarish, shu asnoda bolaga zarur boʻlgan yordamni tanlash mumkin. Vaqtida tegishli xulosa chiqarilmasa va tayinli yordam koʻrsatilmasa, bolalarning hayoti xavf ostida qolishi mumkin.

Ana shu muammolar insoniyat yaratilishidan boshlab koʻpchilikni qiziqtirib kelgan, bularni bartaraf etish yoʻlida esa juda koʻp tibbiyot allomalari izlanishlar olib borishgan. Pediatriyaning rivojlanishi hamda fan sifatida shakllanishiga salmoqli hissa qoʻshgan olimlar faoliyatini oʻrganish maqsadida pediatriya tarixiga nazar solsak.

1.1. Pediatriyaning qisqacha tarixi

Tibbiyotning asoschisi Buqrot (Gippokrat) hamda tibbiyot allomalari Soran, Galen va boshqa olimlarning asarlarida chaqaloqlarni parvarishlash, ularni ovqatlantirish, bolalarda baʼzi kasalliklarning kechish xususiyatlari kabi maʼlumotlar keltirilgan. Ayrim arab tabiblarining faoliyatlarida esa faqat bolalik davriga xos boʻlgan kasalliklarni tasvirlash hollari kuzatiladi.

Lekin na yunon, na rim, na arab tibbiyotida bolalarning o'ziga xos xususiyatlari to'g'risida aniq bir tizimga solingan ma'lumotlarni topish amri mahol edi. Bolalarni o'rganish yo'l-yo'lakay, kattalarni o'rganish jarayonida olib borilar, buning natijasida bolalarda bo'ladigan aksariyat o'zgarishlar nazardan chetda qolib ketar edi. Bu hol o'z navbatida bolalar, ayniqsa, yosh go'daklar orasida kasallanish va o'limning ko'p uchrashiga sabab bo'lardi. Chaqaloqlar parvarishidagi antisanitariya usullari, tibbiy yordamning yo'qligi, malakasiz doylalar va azayimxonlarning noto'g'ri amallari bolalar orasida o'limning yanada ko'payishiga olib kelar edi.

Bu holatlar tibbiyotda yana bir soha – pediatriyaning rivojlanishiga turtki bo'ldi.

Pediatriyaning tibbiyot fani sifatida rivojlanish jarayonini quyidagi uch davrga bo'lib o'rganish mumkin.

Pediatriya rivojlanishining birinchi davri – XVI asrdan XVIII asrgacha bo'lgan davrni qamrab oladi. Bu davrda juda ko'p bilimlar mavjud bo'lsa ham, ular hali aniq bir tizimga solinmagan edi. Pediatriya ana shu davrda tibbiyotning bir sohasi sifatida ajralib chiqdi. Chunki, aksariyat olimlarning asarlarida bolalar salomatligini saqlash haqida ibratli fikrlar bor edi. Chunonchi, genial rus olimi M.V.Lomonosov asarlaridan birida xalq sog'lig'ini saqlashga taalluqli asosiy chora-tadbirlarni belgilash bilan bir qatorda, tug'adigan, tuqqan ayol to'g'risida davlat yo'li bilan g'amxo'rlik qilish va bolalar o'limiga qarshi kurashish zarurligini ko'rsatib berdi. Jumladan, nikohsiz tug'ilgan bolalar uchun yetimxonalar ochish lozimligi ham ana shu asarida olg'a surildi.

Professor-akusher N.M.Maksimovich-Ambodikning asarlarida bolalarni to'g'ri parvarishlash, yosh go'daklarga xos kasalliklar tasvirlab berilgan.

Pediatriyaning tibbiyotning alohida bir sohasi sifatida rivojlanishida, uning maqsad va vazifalarini yaqqol ta'riflab berilishida professor-akusher S.F.Xotovitskiy juda muhim o'rin egallaydi. U akusherlik klinikasi qoshida birinchi bo'lib bolalar bo'limini tashkil qildi, bolalar kasalliklariga oid dastlabki qo'llanma – «Pediatrika»ni yaratdi. Ana shu asarida u quyidagi olamshumul «... Bola faqat uning o'ziga taalluqli qoidalarga muvofiq o'sib, rivojlanib boradigan zotdir. Bola – katta yoshli odamning shunchaki jajji bir nusxasi emas», degan fikrlarni bayon qilgan edi.

Pediatriya rivojlanishining ikkinchi davri XIX asrning boshidan to 1917 yilgacha davom etdi va bu davrda pediatriya alohida fan sifatida ajralib chiqdi. Bunda o'sha davrda aksariyat rivojlangan shaharlarda bolalar kasalxonalarining ochilishi va universitetlar qoshida bolalar kasalliklari kafedralarining tashkil etilishi muhim omil bo'ldi.

XIX asrning oxiri va XX asrning boshlarida pediatriyaning rivojlanishida yuksalish davri boshlandi. Buyuk shifokor-olimlar N.F.Filatov va N.P.Gundobinlarning samarali faoliyatlari natijasida tibbiyotda pediatrlar maktabi yaratildi.

Klinik olim va pedagog N.F.Filatovning «Bolalar kasalliklari semiotikasi», «Infeksion kasalliklar to'g'risida leksiylar», «Bolalarda uchraydigan me'da-ichak kasalliklaridan leksiylar», «Bolalar kasalliklaridan qisqacha darslik», «Klinik leksiylar» kabi bir qator ishlari uni haqli ravishda pediatriyaning asoschisi deb tan olinishiga sabab bo'ldi.

Bolalarning anatomik-gistologik va fiziologik xususiyatlari haqida juda ko'p izlanishlar olib borgan va bolalar o'limiga qarshi kurash ittifoqining asoschilaridan biri harbiy-tibbiyot akademiyasining professori N.P.Gundobin edi.

«Bolalik davri xususiyatlari» deb nomlangan asari esa hozirgi kunda ham o'zining ilmiy ahamiyatini yo'qotgan emas.

Pediatriya rivojlanishining uchinchi davri 1917 yildan hozirgi mustaqillikka erishilgan vaqtgacha bo'lgan oraliqni o'z ichiga oladi. Bu davrda pediatriyaning rivoji, bolalar salomatligini saqlash, bolalar kasalliklari va o'limini kamaytirish bo'yicha qator ijobiy ishlar amalga oshirildi. Chunonchi, onalik va bolalikni muhofaza qilish, ayollar mehnatini muhofaza qilish, sut oshxonalarining tashkil etilishi, homilador ayollar va tuqqan ayollarga mehnat ta'tillari berish, ayollar va bolalarga xizmat qiluvchi muassasalar tarmog'ining kengayishi shular jumlasidandir.

Ayollar va bolalar salomatligini saqlash va mustahkamlash, pediatriya xizmatini yanada yuqori saviyaga ko'tarish, sog'lom avlodni kamol toptirish O'zbekiston Respublikasi olib borayotgan izchil siyosatning bosh maqsadi hisoblanadi.

Shuning uchun pediatriyaning to'rtinchi rivojlanish davri deb hozirgi muvaffaqiyatlarimizni e'tirof etsak arziydi.

Chunki bolalar salomatligini saqlash, ayollarga g'amxo'rlik qilish, bolalar kasalliklarini oldini olish va davolash haqida vatanimizning buyuk allomalari juda ko'p tadqiqotlar olib borishgani, pediatriya rivojlanishiga salmoqli hissa qo'shganliklari va hozirgi kunda ham qo'shayotganliklari haqida g'urur bilan gapirishimiz va faxrlanishimiz mumkin.

1.2. O'rta Osiyo va O'zbekistonda pediatriyaning rivojlanishi

O'rta Osiyo tibbiyotining rivojlanishida katta turtki bo'lgan va milliy qadriyatlarimizning ko'p qirralarini o'zida mujassamlashtirgan eng muhim yozma yodgorlik «Avesto» hisoblanadi. Zardushtiylik dinining

muqaddas kitoblaridan sanalgan «Avesto» bundan uch ming yil avval Xorazmda yaratilgan.

Ma'lumki, xalqimiz qadimdan serfarzandlikni yoqtiradigan, «o'nta bo'lsa o'rni boshqa» qabilida iloji boricha naslni ko'paytirishga intiladigan xalq hisoblanadi. «Avesto»da ham xalqimizning ana shu olijanob fazilati tangri Yazdon tomonidan olqishlangan. Zardusht Axura Mazdadan: «Serfarzand xonadonga nima berasan?» deb so'ralganda, u: «Bunday odamlarni o'z himoyamga olaman, hayotini farovon, rizqini mo'l qilaman», deb javob beradi. Ushbu din aqidasisiga ko'ra, katta oilalar jamoa himoyasida saqlangan, bir yo'la 2–3 tadan farzand ko'rgan oilalar tuya bilan mukofotlangan, ularga doimiy nafaqa belgilangan. Yer yuzida inson zurriyotining ko'payishiga qarshi chiqib, qasddan turmush qurmay yurgan qiz qopga solinib, 25 darra bilan kaltaklangan, uylanmasdan yurgan erkak doimiy temir kamar bog'lab yurishga majbur qilingan. Umuman, serfarzand oilalar jamoada katta obro'ga, alohida imtiyozlarga ega bo'lishgan.

Kitobda oila pokligi, shaxsiy poklik, bog'-rog'lar, qabristonlar barpo etish qonun-qoidalari ham bayon etilgan. Qabristonlar hududidan 50 qadam narigacha mevali daraxtlar o'tkazmaslik, zirot ekinlari ekmaslik qat'iy talab qilingan. Qabristonlar hududiga archa va meva bermaydigan daraxtlarni o'tkazishgagina ijozat berilgan.

«Avesto»da mingdan ortiq dorivor o'simliklar nomi keltirilgan, bemorlarni davolashning usullari ko'rsatilgan, dori tayyorlash yo'llari bayon qilingan, tabib qasamyodi va tabobat ramzi bo'lmish zahar sochayotgan ilon ilk bor shu asarda bitilgan va chizib ifodalangan.

Shuni ham alohida ta'kidlash joizki, Movarounnahr ilm-fanning hamma sohalari bo'yicha kishilik jamiyatining asosiy markazi bo'lgan. Ar-Roziy, Ibn Sino kabi jahonshumul tabiblarning shu sarzamindan yetishib chiqqanligi bejiz emas.

O'rta Osiyoda taxminan VII – IX asrlar oralig'ida tibbiyotga oid juda ko'p ishlar amalga oshirildi. Bular jumlasiga yirik savdo yo'llarida joylashgan shaharlar – Bag'dod, Damashq, Hamadon, Buxoro, Samarqand, Astrobodda qurilgan kasalxonalar, Samarqandda 1066-yilda faoliyat ko'rsatgan «Tabobat bilim maskani» madrasalarini misol keltirish mumkin. Bulardan tashqari, o'sha davrda Abu Bakr ar-Roziy, Abu Ali ibn Sino kabi Sharqning buyuk allomalari tibbiyotga olamshumul hissa qo'shishgan.

Abu Bakr ar-Roziy (865–925) – Yevropada Razes deb atashgan, tibbiyotda uni o'sha davrning Jolinusi hisoblashgan. U o'zining «Chechak va qizamiq haqida»gi kitobida birinchi bo'lib chechakka qarshi emlash kerakligi haqida fikr yuritgan, «Mansurga bag'ishlangan to'plam»

(Almansorius) asarining bir necha bobi chaqaloqlar va go‘daklarni ovqatlantirish hamda parvarish qilish masalalariga bag‘ishlangan. Roziyning bolalar tarbiyasiga oid mustaqil asari esa Yevropa va butun dunyoda pediatriyaning rivojlanishiga asos solgan.

Abu Bakr ar-Roziy davolayotgan bemorlarining ahvolini doimiy nazorat qilib borish maqsadida kasallik tarixini yozib borgan, hozirgi davrda ham bu amal barcha davolash muassasalarida amalga oshirib kelinmoqda.

Jahon madaniyati va tibbiyotiga katta hissa qo‘shgan qomusiy olim Abu Ali ibn Sino (980–1037) haqli ravishda O‘rta Osiyo xalqlarining madaniyati va tibbiyotini o‘sha davrda dunyo miqyosiga olib chiqqan.

Uning birgina «Tib qonunlari» asari 600 yildan ko‘proq davr davomida tibbiyot xodimlari uchun asosiy qo‘llanma bo‘lib keldi. Ibn Sinoning asarlarida bola tarbiyasi, uning parvarishiga oid alohida boblar keltirilgan, ona sutining bola rivojlanishida naqadar muhimligi haqidagi fikrlari hozirgi kunda ham o‘z isbotini topmoqda.

Ibn Sino o‘zining asarlarida bolalarning tomir urishidagi xususiyatlar, quyonchiq, qoqshol kasalliklari, ularni farqlash, bolalardagi gelmintozlar (gijja kasalliklari) va ko‘pgina boshqa kasalliklar haqida ham ma‘lumotlar qoldirgan.

Shularni hisobga olganda Ibn Sinoni ham pediatriyaning asoschilaridan biri desak, mubolag‘a qilmagan bo‘lamiz.

O‘rta asrlarda Osiyoda anchagina rivojlanishga erishgan tibbiyot ilmi XVIII–XIX asrlarga kelib feodal tuzum ta‘sirida juda orqada qolib, tabobat maktablari yo‘q bo‘lib ketdi.

Tarixchilarning yozishicha, xalq tabobati uyushmagan holda bo‘lib, tabiblik san‘ati otadan meros sifatida qoldirilar, barcha bilim va malakalar boshqalardan sir tutilar edi.

O‘rta Osiyoning XIX asr boshlaridagi 5 mln aholisiga atigi 102 ta tabib va feldsherlar xizmat ko‘rsatar edi. Bolalar orasida qizamiq, qizilcha, bo‘g‘ma, ko‘kyo‘tal va boshqa kasalliklar juda keng tarqalgan bo‘lib, taxminiy ma‘lumotlarga qaraganda, XX asr boshlarida O‘zbekistonda har mingta tug‘ilgan boladan 350–400 taga yaqini bir yoshga to‘lmasdan o‘lib ketardi.

O‘zbekistonda xalq sog‘lig‘ini saqlash tizimi 1919-yilning avgustidan, ya‘ni Toshkentda Tibbiyot instituti tashkil etilgan vaqtdan boshlandi. 1920-yilning oktabrida Turkiston Sog‘liqni saqlash xalq komissariati qoshida onalik va bolalikni muhofaza qilish bo‘limi tashkil etildi. Mahalliy tibbiyot xodimlarini tayyorlash ishi 1920-yili Turkiston Davlat universiteti qoshida tibbiyot fakulteti tashkil qilinishi bilan boshlandi. Ana shu fakultetda dastlabki bolalar kasalliklari kafedrasini tashkil etildi.

1924-yilga kelib O‘zbekistonda ikkita bolalar shifoxonasi, tibbiyot fakultetining bolalar klinikasi, uchta bolalar bog‘chasi, 10 ta bolalar va xotin-qizlar konsultatsiyalari, 7 ta go‘daklar uylari, 14 ta bolalar internatlari va bitta sut oshxonasi bor edi.

1931-yili O‘rta Osiyo Tibbiyot instituti tashkil etildi va uning tarkibida 1935-yildan pediatriya fakulteti faoliyat boshladi. 1972-yilga kelib esa bu fakultet O‘rta Osiyo pediatriya institutiga aylantirildi. 1966-yildan beri O‘zbekiston Pediatriya ilmiy-tekshirish instituti faoliyat ko‘rsatib kelmoqda.

1930-yilning mayida Samarqandda, 1955-yili esa Andijonda ham tibbiyot institutlari tashkil etildi.

1942-yili, Jahon urushi davom etayotganligiga qaramay, O‘zbekiston Sog‘liqni saqlash Xalq komissariatida onalik va bolalikni muhofaza qilish bo‘yicha o‘rinbosarlik lavozimi ta‘sis etildi va uni tajribali ilmiy xodim, keyinchalik O‘zbekiston ayollari orasida birinchi pediatriya-professor darajasiga yetishgan S.N.Yo‘ldosheva boshqara boshladi. Uning rahbarligida bolalarga pediatriya yordami ko‘rsatish, tibbiyot tarmoqlarini tashkil etish, milliy mutaxassislar tayyorlash ishi ancha muvaffaqiyatlarga erishdi. Pediatriya sohasida ancha bilimli va yosh olimlar yetishib chiqq boshladi.

Vatanimiz pediatriyasining rivojlanishida uzoq yillar bolalar nafas a‘zolari kasalliklarini o‘rgangan, sobiq Ittifoq davrida o‘zbek pediatrlari orasidan birinchi TFA sining muxbir a‘zosi darajasiga yetishgan, professor S.Sh.Shamsiyevning xizmatlari beqiyosdir. S.Sh.Shamsiyev bolalarni ovqatlantirish, bolalarda yurak, me‘da-ichak kasalliklari, zotiljam va boshqa bir qator pediatriyaning dolzarb muammolari bo‘yicha ilmiy ishlar olib bordi. Uning «Bolalarni sindromlari bo‘yicha davolashning asosiy qoidalari», «Bolalarda klinik elektrokardiografiya», «Bolalar shifokorlari faoliyatida shoshilinch davolash», «Uchastka pediatrlari qo‘llanmasi», «Bolalarda surunkali enterokolit» va boshqa yirik asarlari hozirgi kunda ham pediatrlar uchun dasturilamal bo‘lib kelmoqda.

Mamlakatimiz pediatriyasining jahonga tanilishida bolalarning to‘g‘ri ovqatlanishi bo‘yicha qator ilmiy ishlarni amalga oshirgan professor A.X.Hamroyev, har xil kasalliklarda qon ivish jarayonini o‘rgangan professor X.M.Mamatqulov, ovqat hazm qilish a‘zolarining kasalliklarini o‘rgangan va qimmatli takliflarini kiritgan professor F.N.Nazarmuhamedov, bolalarga ixtisoslashtirilgan jarrohlik yordamini ko‘rsatish borasida ish olib borgan professorlar K.X.Toirov, A.Saidaliyev, M.A.Ahmedov, bolalarning yuqumli kasalliklarini davolash va ularning profilaktikasi muammolari bo‘yicha qator ishlarni

amalga oshirgan professorlar X.A.Yunusova va O.S.Mahmudov, turli institutlarda kafedra mudirlari sifatida ishlab, pediatriya fanining rivojlanishiga katta hissa qo'shgan professorlar D.J.Eshqobulov, A.T.Oqilov, X.N.Fayziyev, N.N.Chukanin, A.T.Sultonov kabi olimlarning munosib hissalarini borligini ta'kidlash joizdir. Ular o'z sohalari bo'yicha pediatriyada katta maktab yaratdilar va ko'plab shogirdlar yetishtirib, xalq xizmatiga yo'naltirdilar.

Mustaqillikka erishishimiz sharofati bilan onalik va bolalikni muhofaza qilish borasida Respublikamiz Prezidenti, Vazirlar Mahkamasi va Sog'liqni saqlash vazirligi muhim farmon, qonun va qarorlar qabul qilib, kelajak avlodning sog'lom va barkamol bo'lishiga har tomonlama g'amxo'rlik qilib kelishmoqda.

Onalar va bolalar salomatligini saqlashda barcha tibbiyot xodimlari qatorida tibbiyot hamshiralarining ham munosib ulushlari bor.

1.3. Pediatriya xizmati, uni tashkil etish

O'zbekiston Respublikasida onalik va bolalikni muhofaza qilish tizimida davolash va profilaktik yordam ko'rsatish ishlari quyidagi bosqichlarda amalga oshiriladi:

I. Homiladorlikdan oldin xotin-qizlarga tibbiy yordam ko'rsatish va ularni onalikka tayyorlash.

II. Homilani antenatal (tug'uruqdan oldin) muhofaza qilish tadbirlarini olib borish.

III. Homilani intranatal muhofaza qilishni amalga oshirish (tug'ish jarayonini to'g'ri tashkil qilish hisobiga).

IV. Chaqaloqlar sog'lig'ini muhofaza qilish.

V. Maktabgacha yoshdagi bolalar salomatligini saqlash.

VI. Maktab yoshidagi bolalar va o'smirlarning salomatligini muhofaza qilish.

Bu vazifalarni amalga oshirishda barcha bo'g'in mutaxassislari, ya'ni akusher-ginekolog shifokorlar, akusherka (doya)lar, feldsherlar, terapevt va pediatrlar hamda maorif tizimi xodimlarining hamkorligi talab etiladi.

Respublikamizda bolalarga davolash-profilaktika yordami bolaning tug'ilgan kundan boshlab toki 15 yoshga to'lgunicha uzluksiz amalga oshiriladi. Bolalarga ko'rsatiladigan tibbiy yordam quyidagi ixtisoslash-tirilgan muassasalarda olib boriladi:

1. Bolalar poliklinikalari.

2. Bolalar kasalxonalarining bolalar bo'limlari.

3. Sohali shifoxonalar.

4. Shahar va qishloq shifokorlik punktlari.
5. Qishloq kasalxonalarining bolalar bo'limlari.
6. Ixtisoslashtirilgan dispanserlar.
7. Sanatoriy va profilaktoriylar.
8. Maktabgacha tarbiya muassasalari va maktablar.
9. Bolalarga mo'ljallangan dam olish uylari va oromgohlar.
10. Bolalar va go'daklar uylari.

70–75 % hollarda bolalarga tibbiy xizmat ambulator yoki poliklinika muassasalarida, 25–30 % hollarda esa kasalxona sharoitida amalga oshiriladi. Kunduzgi va uy statsionarlariga e'tiborning ortishi natijasida, ambulator-poliklinik xizmatning salmog'i yanada oshmoqda. Bu ishlarning amalga oshirilishida asosiy mutaxassis – tegara hamshirasi, umumamaliyot hamshirasi va oilaviy hamshira hisoblanadi.

Quyida ana shu mutaxassislarning asosiy vazifalari haqida ma'lumotlar keltiriladi.

1.4. Bolalar poliklinikasi tegara hamshirasining vazifalari

Tegara hamshirasi shu tegaraga birlashtirilgan pediatrianing asosiy yordamchisi bo'lib, u «shifokorning ko'z-qulog'i» hisoblanadi. Chunki u o'z tegarasida sog'lom bolalarni o'stirishda shifokorning eng yaqin maslahatchisi va hamkori, buyurilgan vazifalarni sidqidildan bajaruvchi shaxsdir.

Tegara hamshirasining ishi bir necha asosiy bo'limlardan iborat:

1. Tegara hamshirasining profilaktik ishlari – hamshira ishlarining eng asosiysi hisoblanadi, chunki kelajak tibbiyoti profilaktik tibbiyotdir. Bu maqsadlarni amalga oshirish uchun hamshira quyidagi vazifalarni amalga oshirishi lozim:

a) Har bir homilador ayolni tug'uruqgacha ikki marotaba patronaj (tegaradagi aholi uylariga borish)dan o'tkazadi. Birinchi patronaj – bo'lg'usi onaga qaratilgan bo'lib, ayollar maslahatxonalaridan homilador ayol haqida xabar kelgan kunlarda amalga oshiriladi. Uning maqsadi homilador ayol haqida, uning salomatligi, oilaviy ahvoli, oldingi homiladorliklarining qanday kechganligi haqida, bolalarining hozirgi ahvoli haqida ma'lumot olishdan iborat. Ikkinchi patronaj – bola tug'ilishiga kamida 10–15 kun qolganda amalga oshiriladi va asosiy e'tibor tug'iladigan bolaga qaratilgan bo'ladi. Chaqaloq tug'uruqxonadan chiqqanidan keyin zarur bo'ladigan oqliklar, parvarish anjomlari, gigiyenik moslamalar, bolaga arjatilgan xona, bola uchun tayyorlangan

joy va bola parvarishida qatnashadigan kishilar haqida aniq ma'lumotlar yig'iladi va kerakli maslahatlar beriladi.

Zaruratga qarab (homilador ayolda turli xil tug'uruqni og'irlashtiruvchi holatlar va kasalliklar bo'lganda) uchinchi patronaj chaqaloq tug'ilishiga 3–4 kun qolganda o'tkaziladi.

Agar sharoit imkon bersa bunday ayollar tug'uruqqa tayyorlash bo'limlariga joylashtiriladi va tug'ish vaqti kelganda to'g'ridan-to'g'ri tug'uruq zaliga o'tkaziladi.

Patronajlarning birinchisini amalga oshirgan kuni tegara hamshirasi bolaga rivojlanish tarixi – 112 hisob shakli ochadi va patronajlar haqida ma'lumotlarni unga qayd qilib qo'yadi. Aniqlangan kamchiliklar haqida tegara shifokori hamda iloji bo'lsa tegara akusher-ginekologiga xabar beradi.

b) Homiladorlik davrida ayollarni yosh onalar maktablariga taklif etadi. Birinchi marta farzandli bo'layotgan homilador ayollarga bolalarni parvarish qilish bo'yicha tushunchalar berish va o'rgatish maqsadida sog'lom bolalar kabinetlarida ko'rgazmali mashg'ulotlar tashkil etiladi.

d) Chaqaloq tug'uruqxonadan chiqqan kundan boshlab uch kun orasida tegara pediatri bilan birgalikda birinchi patronaj o'tkazadi. Birinchi patronajga borishda alohida xalat va niqob olinadi va bolaning uyida qoldiriladi. Uning tozaligiga bolaning onasi qarab turadi. Shifokor bolaning umumiy ahvolini ko'zdan kechiradi, onasiga bolaga qarash va parvarish qilish, gigiyenik vannalar o'tkazish va ovqatlantirish masalalarida kerakli maslahatlar beradi.

Hamshira bolaning kindik yarasini shifokor nazorati ostida tekshirib ko'radi va unga qarash, parvarish qilish, infeksiya tushirmaslik haqida onaga ko'rsatmalar beradi.

Patronaj vaqtida e'tibor faqat bolagagina emas, onaga ham qaratilishi lozim. Onaning dam olishi, ovqatlanishi, sayr qilishi, jismoniy mehnat bilan shug'ullanish qoidalari haqida ham tegishli maslahatlar berilishi lozim. Shuningdek, bolaga qaraydigan oila a'zolarining shaxsiy gigiyena qoidalari amal qilishlariga, xonalarni vaqti-vaqti bilan shamollatib turilishiga, nam tozalovdan o'tkazib turilishiga katta e'tibor berilishi uqtiriladi.

e) Chaqaloqlik davrida bolani uy sharoitida har 7 kunda bir marta, zaruratga qarab bundan ham ko'proq patronaj qilib turiladi.

f) Hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarning nevropatolog, ortoped va oftalmolog mutaxassislar tekshiruviga yuboradi, siydigini fenilketonuriyani aniqlash maqsadida tekshirtiradi, qonning ikki marta umumiy tahlilining o'tkazilishini ta'minlaydi.

g) Maktabgacha yoshdagi bolalarni tegara hamshirasi quyidagi muddatlarda aktiv patronaj qiladi:

Chaqaloq – haftasiga 1 marta
 1 oylikdan 5 oylikgacha – oyiga 2 marta
 5 oylikdan 1 yoshgacha – oyiga 1 marta
 1 yoshdan 2 yoshgacha – 3 oyda 1 marta
 2 yoshdan 3 yoshgacha – 6 oyda 1 marta
 3 yoshdan 7 yoshgacha – 6 oyda 1 marta

h) Raxit profilaktikasi bo‘yicha shifokorning ko‘rsatmalarini beqam ko‘st bajarilishini ta‘minlaydi.

i) Tegasidagi uyushmagan 1 yoshdan 7 yoshgacha bo‘lgan bolalarning quyidagi muddatlarda zarur mutaxassislar ko‘rigidan o‘tishini ta‘minlaydi (1-jadval).

1-jadval

Sog‘lom bolalarning davriy ko‘ruvlari

Shifokorning mutaxassisligi va tekshiruv xili	Bolalar yoshi, yillar							
	Chaqaloq	1	2	3	4	5	6	7
Pediatr	3	14	4	2	+	+	+	+
Okulist	2	+	+	+	+	+	+	+
Otorinolarinolog	-	+	+	+	+	+	+	+
Jarroh	-	+	+	+	+	+	+	+
Ortoped	+	-	-	-	-	-	-	-
Nevropatolog	+	+	+	+	+	+	+	+
Stomatolog	-	+	+	+	+	+	+	+
Logoped	-	-	-	+	-	-	+	+
Antropometriya	+	4	+	+	+	+	+	+
Qon tahlili	-	2	+	+	+	+	+	+
Siydik tahlili	-	2	+	+	+	+	+	+
Gijja tuxumlarini tekshiruv	-	-	+	+	+	+	+	+
Arterial bosim	-	-	-	-	-	+	+	+
Spirometriya	-	-	-	-	-	-	+	+
Dinamometriya	-	-	-	-	-	-	+	+
Yurak-qon tomir tizimining funksional sinamalari	-	-	-	-	+	+	+	+
Qon tahlili:								
Guruhini aniqlash	10 yoshdan boshlab							
Rezus-faktor	14 yoshdan boshlab							

Izoh: Raqamlar – yil davomidagi ko‘ruvlar soni, + va - lar - yilda bir marta ko‘ruv.

j) Emlash rejasi bo'yicha bolalarning emlanishini ta'minlash maqsadida ularni poliklinikaga chaqirtiradi.

k) Yilda ikki marta 15 yoshga to'lgan bolalarni kattalar poliklinikasining o'smirlar xonasiga o'tkazilishini ta'minlaydi. Oilaviy poliklinikalarda esa bolalarning nazorati davom ettirilaveriladi. Sog'lom bolalar alohida ro'yxat bo'yicha, surunkali kasalliklari bor bolalar esa mutaxassisdan mutaxassisga to'liq tekshiruvlar o'tkazilgan va o'tkazish epikrizi yozilgan holda o'tkaziladi.

2. Tegara hamshirasining davolash ishlari – tegarada olib boriladigan ishlarining ikkinchi muhim bo'limi bo'lib, quyidagilarni amalga oshirishni taqozo etadi:

a) Tegaradagi pediatrik va mutaxassislarning dispanser hisobida turuvchi bolalar kartotekasi (30-hisob shakli) bilan ishlash. Chaqirilish vaqti kelgan hisobda turuvchi bolalarni tegishli mutaxassislar qabuliga kelishini ta'minlash va ko'rsatmalarning bajarilishiga erishish.

b) Surunkali kasalliklari bo'lgan bolalarga shifokor tomonidan belgilangan tadbirlarning aniq va vaqtida bajarilishini nazorat qilish.

d) Uy sharoitida o'tkir kasalliklarga chalingan bolalarga shifokor buyurgan ko'rsatmalarni bajarilishini ta'minlash.

e) Uy sharoitida davolanayotgan bolalar salomatligi ahvolini nazorat qilib borish.

f) Barcha olib borilayotgan ishlar va aniqlangan kamchiliklarni patronaj varaqasiga qayd qilish va shifokorni xabardor qilish.

Tegara hamshirasi davolash ishlarini amalga oshirish uchun zarur bo'lgan tibbiy muolajalarni bajarish texnikasini juda ham puxta egallagan bo'lishi, asoratlar kelib chiqqan hollarda shifokorgacha yordam ko'rsatish bo'yicha tegishli choralarni ko'rib qo'yishi lozim.

3. Tegara hamshirasining sanitariya maorifi va jamoatchilik bilan olib boradigan ishlari – tegara aholisi orasida suhbatlar o'tkazish, sanitariya varaqalari chiqarish, mahalla qo'mitalari raislari bilan birgalikda sanitariya faollarini tuzish va ular bilan birga tozalik reydlari uyushtirish, mahalla qo'mitalari idoralarida sanitariya burchaklari tashkil etish, tegaradagi bolalarni yiliga ikki marta ro'yxatga olish va hech bo'lmaganda yiliga bir marta shifokor bilan birga aholi bilan uchrashuvlar tashkil qilish ishlarini amalga oshirishni nazarda tutadi.

1.5. Oilaviy hamshiraning ish faoliyati va vazifalari

Oilaviy tibbiyot — oʻziga xos akademik yoʻnalish boʻlib, aholiga birlamchi, uzluksiz va har tomonlama yordamni amalga oshiradi. Oilaviy tibbiyot hamshirasining asosiy vazifasi aholiga birlamchi tibbiy-sanitariya yordami koʻrsatishdir (SSV ning 1996-yil 22-martdagi 107-sonli buyrugʻi).

Rivojlangan mamlakatlarda (Angliya, Kanada, Daniya, Olmoniya) oilaviy tibbiyot — sogʻliqni saqlash tizimining yetakchi sohasi boʻlib, 93% holatlarda oilaning tibbiy muammolarini hal qiladi.

Oilaviy tibbiyot hamshirasi oʻz patsiyentlarini yaxshi bilgan holda ulardagi boshqa mutaxassislar bilmaydigan, ahamiyat bermaydigan oʻzgarishlarni payqab oladilar.

Oilaviy tibbiyot — faqat patsiyent toʻgʻrisida qaygʻurib qolmasdan, balki uning butun oilasi sogʻligʻi toʻgʻrisida ham gʻamxoʻrlik qiladigan yagona sohadir.

Oilaviy tibbiyot patsiyentlarga “tugʻilganidan to oʻlguniga qadar”, shu jumladan, oilaning barcha aʼzolariga baravar tibbiy, psixologik, ijtimoiy yordam koʻrsatadi.

Oilaviy tibbiyotning asosiy prinsiplari:

- tibbiyot yordamining uzluksizligi;
- har tomonlama yondashish;
- muammolarning bir butunligi;
- tibbiyot yordamining yuqori sifatli boʻlishidan iborat.

Yuqorida qayd etilgan qoidalarga amal qilish sogʻliqni saqlash tizimining QVP, oilaviy poliklinika strukturasiidagi sogʻliqni tiklash bilan bogʻliq qator muammolarni hal etishga yordam beradi.

Oilaviy tibbiyotning avvalgi tipdagi tibbiyot yordami koʻrsatish variantlaridan afzalligi quyidagi asosiy pozitsiyalarda koʻrsatib oʻtiladi:

— oila shifokori, oila tibbiyot hamshirasi sogʻlom turmush tarzi stereotiplariga yoʻnaltirilgan pedagogik va shifokorlik sanʼatini oʻzida mujassam qiladi;

— oila shifokori, oilaviy tibbiyot hamshirasi — oʻtkir kasalliklarni davolashdan surunkali xastaliklarning toʻliq remissiyasiga erishishdan moddiy va maʼnaviy manfaatdor boʻlgan, oila sogʻligʻining advokatlaridirlar;

— oʻzlariga birlashtirilgan oila aʼzolarining yangi kasalliklarini aniqlashda konsultant (maslahatchi)larga nisbatan yaxshi mutaxassisdirlar.

Respublikamiz Sogʻliqni saqlash tizimiga oilaviy tibbiyotning kirib kelishi pozitiv holat boʻlib hisoblanadi. Chunki oilaviy hamshira mahallaning urf-odatlarini yaxshi biladi.

60-yillarda Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ekspertlari hamshiralik ishini “o‘zaro insoniy munosabatlarning amaliyoti” deb aniqlagan edi. Chunki oilaviy tibbiyot hamshirasi patsiyentning hayotiy ehtiyojlarini, talablarini aniqlashni bilishi va har bir insonni, bemorni individual shaxs sifatida ko‘zdan kechirishi lozim.

Hamshiralik parvarishi shaxsga, uning kasallik tufayli paydo bo‘ladigan jismoniy, psixologik, ijtimoiy muammolariga va uning oilasiga qaratilgan bo‘lishi kerak.

Oilaviy tibbiyot hamshirasi nafaqat oila shifokori bilan, balki bemor, uning qarindosh-urug‘lari bilan kelishgan holda aniq qo‘yilgan maqsadga erishish uchun tadbirlar rejasini tuzadi. Oila hamshirasi ko‘proq vaqtni bemor bilan birga o‘tkazadi, shuning uchun oila hamshirasining davolash muvaffaqiyati patsiyentning, uning oila a‘zolarining sog‘liq, kasallik va parvarishga bo‘lgan ehtiyojini tasavvur qilishiga bog‘liq.

Oilaviy tibbiyot hamshirasining hal qiladigan muammolari doirasi tegara hamshirasinikidan anchagina kengdir.

Oilaviy tibbiyot hamshirasining vazifalariga quyidagilar kiradi:

Sanitariya-oqartuv ishlari va epidemiyaga qarshi kurashish, immunoprofilaktika aholini o‘zaro va o‘z-o‘ziga tibbiy yordamning oddiy usullariga o‘rgatish, bolalarga va bemorlarga parvarishni tashkil qilish, oila shifokori buyurgan diagnostik, davolash, reabilitatsion tadbirlarni o‘z imkoniyatidan kelib chiqib amalga oshirish, o‘tkir kasalliklarda shifokorga qadar shoshilinch yordamni ko‘rsatish, zaharlanganda, shikastlanganda, baxtsiz hodisalar sodir bo‘lganda shoshilinch yordam ko‘rsatish, bolalarga shoshilinch yordam talab qiluvchi sindromlarda parvarishni amalga oshirish, ularning hayotiy ehtiyojlarini qondirishdan iborat.

Oilaviy tibbiyot hamshiralik ishining tarkibiy qismi bo‘lib, shaxsga, oilaga, umuman, jamiyatga xizmat qiladi. Oilaviy hamshiralar faqat hamshiralikni chuqur o‘zlashtirmasdan, balki terapiya, jarrohlik, akusherlik va ginekologiya (gorizontal), fanlararo hamkorlik (vertikaliga), pedagogika, psixologiya kabi fanlarni bilishi zarur. Oilaviy prinsip bo‘yicha birlamchi tibbiy sanitariya yordamini tashkil qilishga o‘tish oilaviy tibbiyot hamshirasining patsiyent oldidagi mas‘uliyati va rolini oshiradi. Shu jumladan, patsiyentning ham o‘z sog‘lig‘iga nisbatan javobgarlik hissi ortadi. Oila hamshirasi yuqori malakali mutaxassis — hamshiralik ishining internalogiyasini, jarrohlik, pediatriya, akusherlik va ginekologiya sohasini to‘liq biladigan, ma‘lum hajmdagi bilimlar kvotasiga ega bo‘lgan, otolaringologiya, ko‘z, teri kasalliklarida maxsus tibbiy yordamni ko‘rsata oladigan, keng gumanitar tayyorgarlik asosida

ijtimoiy muammolarni hal qila oladigan bo'lishi kerak. Mahalla yoki har bir oila shifokor yoki hamshirani o'zlari tanlashga haqlidirlar.

Oilaviy hamshiraning ish hajmini litsenziya aniqlaydi, bu ambulatoriya qabuli, patsiyentning uyiga borish, ijtimoiy patronajni amalga oshirish, shoshilinch yordam ko'rsatish, profilaktik, davolash va diagnostik tadbirlarni o'tkazish, oilaning tibbiy-ijtimoiy muammolarini hal qilishga yordamlashishdan iboratdir.

Oila hamshirasi oila shifokorining ko'rsatmalarini ko'r-ko'rona bajaribgina qolmasdan, balki uning hamkori, yordamchisidir. Oila hamshirasi ideal ma'noda oliy ma'lumotli hamshiradir. Quyida oila hamshirasini qisqacha oddiy "kabinet" hamshirasidan farqlovchi bilim va ko'nikmalari ro'yxatini keltiramiz:

— EKGni yozish, portativ apparatda tashqi nafas funksiyasini aniqlash (pikfluometriya);

— ko'rish va eshitish o'tkirligini aniqlash;

— ko'z tonometriyasi;

— qon, siydikning ekspress tahlili, glyukotest, bilirubin, o't pigmentlarini aniqlash;

— fizioterapevtik muolajalarni bajara bilish;

— davo massajining asoslarini bilish;

— o'pka-yurak reanimatsiyasi, hayotiy ko'rsatmalar asosida elektr toki bilan defibrillyatsiya qilish;

— tibbiyot statistikasining asoslarini bilish;

— personal kompyuterdan foydalana bilish.

Oila sog'lig'ini mustahkamlash va himoyalash dasturi bo'yicha ish olib borayotgan oila hamshirasi har bir oilani ma'lum bir tizim sifatida baholashni bilishi lozim, uning madaniy, etnik xususiyatlari, oila a'zolarining o'zaro munosabatlari, oilaning ovqatlanish tarzi, zararli odatlari, xavfli omillari, oila tarkibidagi o'zgarishlarning oila a'zolarining sog'lig'iga ta'sirini aniqlaydi.

Oila hamshirasi oila sog'lig'ini baholab, aniqlangan kamchiliklarni bartaraf etish bo'yicha tavsiyalar beradi, oila va oila shifokori bilan hamkorlikda o'tkazilgan profilaktik tadbirlar natijasini baholaydi. Shunday qilib, oila hamshirasi oila sog'lig'i turli aspektlarining birlamchi skriningini o'tkazadi.

Oila hamshirasi shifokor bilan bir qatorda tegarada amalga oshiriladigan barcha turdagi davolash-profilaktika ishlarining to'laqonli, teng huquqdi ishtirokchisidir.

Jahon standartlari talabiga ko'ra, oilaviy tibbiyot hamshirasi patsiyentlarga unikal shaxs sifatida qarashi, ularning har qanday muammolarini, shu jumladan, oiladagi ichki muammolarni ham

aniqlay bilishi, patsiyentning butun hayoti davomida tibbiyot yordamini muvofiqlashtirishi lozim.

Oila shifokori va hamshirasining yaxshi tashkil qilingan ishlarining samarasi: kasallikni kamaytirish, o'z tegarasida sog'liq ko'rsatkichi yuqori bo'lishining garovidir.

1.6. Pediatriyada hamshiralik ishi jarayonining o'ziga xos xususiyatlari

Pediatriyada hamshiralik ishi jarayoni: sog'lom va bemor bolaga hamshiralik yordamini tashkil etish va ko'rsatish usuli bo'lib, bemor bola va uning ota-onasi bilan hamshiraning o'zaro munosabatlarini o'z ichiga oladi. Hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilishda bemor bolaga faqat bemor deb emas, balki shaxs sifatida qaraladi va uning atrofidagi qarindoshlari, yaqinlarining munosabati ham inobatga olinadi. Shuning uchun ham hamshiralik ishi jarayonining klinik fanlarni o'qitish jarayonida o'rganilishi o'rta tibbiy xodimlar tayyorlashda birinchi o'rinda turadi, chunki u biror vaziyatni yoritish muammolarini har taraflama hal qilish, bemor bolaga sifatli yordam ko'rsatishni ta'minlaydi.

Bolalar bilan ishlashda ko'pincha qiyinchiliklarga duch kelamiz. Chunki hamshira nafaqat bemor bola, balki uning atrofidagilar (ota-onasi, buvasi) bilan ham muomala qilishiga to'g'ri keladi, bu esa o'z navbatida hamshiralarga katta mas'uliyat yuklaydi. Hamshiralar ish faoliyatida bola organizmining anatomik, fiziologik xususiyatlarini va ayrim kasalliklarning kechishini yaxshi bilishlari lozim.

Hamshiralik ishi jarayonini tatbiq etishda avvalo hamshira hamshiralik ishi jarayonining maqsadini aniqlab olishi kerak. Shu holdagina bola nimaga muhtojligini aniqlash imkoniyati tug'iladi.

Boladagi asosiy muhtojlik yoki muammolar quyidagilardan iborat:

Universal muammolar aniqlab olinadi, ya'ni har bir yoshdagi bolalarga yoshiga qarab ovqatlantirish, ozodalikka rioya qilish, tana haroratini bir maromda ushlab, kiyinish, yechinish, uxlash va hokazolar.

Odatda, universal talablarni ajratish qiyin emas, chunki ular bolaning yoshiga qarab rivojlanish xususiyatlaridan kelib chiqadi (ratsional ovqatlantirish to'g'risida tushuncha, rejali ovqatlantirish, uyquning buzilishi, bolaning shaxsiy gigiyenasi, kiyinishi va hokazo).

Bundan tashqari, hamshira bemor bolaning potensial muammolarini aniqlashi kerak, uning o'sishi va rivojlanishiga tegishli (aqliy va jismonan o'z tengdoshlaridan orqada qolishi, tarbiyasizlik, fikrlash qobiliyatining yo'qligi).

Aynan shu muammolar bolalar hamshirasi uchun qiyinchiliklar tugʻdiradi, chunki koʻpincha ular bemor bola bilan muloqotda boʻlmaganlari sababli bolaning xulq-atvorini kuzata olmaydilar.

Bolalarga yordam koʻrsatishdagi yana bir muammo — bu bemor bolani tekshirish jarayonida uning sogʻligʻidagi oʻzgarishlardir. Shifokorlar yosh bolalarni tekshirishda ancha qiyinchiliklarga duch keladilar, chunki 3—4 yoshgacha boʻlgan bolalar oʻz shikoyatlarini tushuntirib bera olmaydilar, ogʻriyotgan joyini koʻrsata olmaydilar, yana bir qiyinchilik tomoni, ular tana harorati koʻtarilganda ham oʻynab yuraveradilar.

Muammolarning barcha uch turini aniqlash, hamshiralik ishi jarayonining ikkinchi maqsadini amalga oshirish uchun muhim, yaʼni bemor parvarishi natijalari, vaziyatga qarab birinchi oʻrinda yosh bolalarning shaxsiy gigiyenasiga rioya qilish yoki bolaning tarbiyasi bilan bogʻliq muammolarni hal qilish yotadi.

Hamshiralik ishi jarayonini tashkil qilishda hamshira kasallik faqat bemorning muammosigina emas, balki uning qarindosh-urugʻlarining ham muammosi ekanligini esdan chiqarmasligi lozim.

Bemorni statsionarga yotqizishda uning oilaviy sharoitini inobatga olish zarur.

Hamshiralik ishi jarayoni 5 asosiy qismdan iborat:

- 1) tekshiruv (muammolarni aniqlash);
- 2) hamshira tashxisi (xulosalar chiqarish);
- 3) parvarish rejasini tuzish (bajariladigan ishlarni tartiblash);
- 4) amalga oshirish (rejadagi ishlarni bajarish);
- 5) natija (bajarilgan ishlarni baholash).

1. Asosan, hamshiralik ishi sogʻlom yoki bemor bolani tekshirishdan boshlanadi. Odatda 4—5 yoshgacha boʻlgan bolalar ogʻriyotgan joyini koʻrsata olmaydilar. Shu sababli tibbiyot hamshiralari aksariyat maʼlumotlarni bolaning onasi yoki uning yaqinlaridan olishlari mumkin.

2. Agar tekshirish vaqtida kerakli axborot yigʻilgan boʻlsa, hamshira tashxisini qoʻyish qiyin emas. Pediatriyada hamshiralik tashxisi 3 qismdan iborat:

a. Bio-geneologik rivojlanish xususiyatlari, avvalgi kasalliklari, jarohatlar, akusherlik anamnezi;

b. Sotsial (ijtimoiy tarbiyalash tipi, oilaviy sharoit);

d. Klinik (sogʻligʻi bilan bogʻliq boʻlgan asosiy muammolar).

3. Hamshiralik ishi parvarish rejasini tuzishda qoʻshimcha tekshiruv, shoshilinch yordam, parhez va medikamentoz korreksiya dan tashqari, bemorning himoya modelini ham inobatga olish zarur.

4. Hamshira nafaqat biror-bir tadbirni rejalashtirishi, balki uni amalga oshirish lozim.

Amalga oshirishning 3 asosiy turi mavjud:

1. Biror-bir narsaga bog‘liq faoliyat turi, masalan, bemorga shifokor ko‘rsatmasiga binoan antibiotiklar buyuriladi, hamshiradan uni amalga oshirish uchun faqat bilim va ko‘nikma talab qilinadi;

2. Biror narsaga bog‘liq emas – hamshiraning mustaqil ishlashi (masalan, bolaning onasini massajga yoki ovqat pishirish texnologiyasiga o‘rgatish);

3. Bir-biriga bog‘liq holda — hamshiraning boshqa mutaxassislar bilan hamkorlikda ishlashi (masalan, stomatolog maslahatidan so‘ng og‘iz bo‘shlig‘ini parvarishlash).

Amalga oshirish bosqichida hamshira ish jarayoni xaritasini olib boradi, realizatsiya grafasida kim, qachon va qayerda bajarishini aniq ko‘rsatadi, bajarilgan ishlar haqida o‘z vaqtida qaydlar o‘tkazadi.

5. Shundan so‘ng, hamshira keyingi bosqichga o‘tadi. Bu bosqichda quyidagi ko‘rsatkichlar e‘tiborga olinadi:

1. Bemorning muolajalarga bo‘lgan reaksiyasini baholash (masalan, qat‘iyan yotish rejimiga rioya qilinganda bemorning sudno qo‘yilishiga reaksiyasi);

2. Muolajalar to‘g‘risida bemorning fikri;

3. Qo‘yilgan maqsadga erishishni baholash, hamshira amalga oshirgan tadbirlarning to‘g‘riligini aniqlash uchun kerak. Agar ma‘lum muddatda maqsadga erishilmasa, xato taktika qo‘llangan yoki patsiyentni tekshirish to‘la hajmda amalga oshirilmagan bo‘lsa, demak, hamshiralik jarayonini birinchi bosqichdan boshlash kerak;

4. Ko‘rsatilgan yordamni baholash.

Hamshiralik ishi jarayoni pediatriyada tashkil etilgan eng zamonaviy modellardan bo‘lib, hamshirada mavjud bo‘lgan barcha imkoniyatlarni amalga oshirishga imkon beradi. Hamshirani shifokor buyurgan vazifani ado etuvchi shaxsdan yuqori malakaga ega bo‘lgan mutaxassis darajasiga ko‘taradi.

2. SOG‘LOM BOLA

2.1. Bolalik davrlari

Bolalar organizmi muayyan qonuniyatlarga asoslangan holda tinmay o‘sib, rivojlanib boradi. Bola o‘sib rivojlanish jarayonida ma‘lum bir davrlarni boshidan kechiradi. Har bir davr boladagi o‘ziga xos anatomo-fiziologik xususiyatlar bilan ta’riflanadiki, ushbu

xususiyatlar jamlanib bola organizmining reaktiv xossalari va qarshilik qilish qobiliyatiga o'z ta'sirini o'tkazadi. Bu esa o'z navbatida turli yoshdagi bolalarda aniq bir kasallikning o'tishiga va patologik jarayonlarning o'ziga xos kechishiga olib keladi. Pediatriyada bolalik davrlarining N.P.Gundobin taklif etgan sxemasi amaliy jihatdan qulayligi uchun qabul qilingan. Bunga muvofiq bolalik quyidagi davrlarga bo'linadi:

I. Bolaning ona qornida rivojlanish davri – urug'lanishdan to tug'ilgungacha (9 kalendar oyi, 10 akusherlik oyi, 39–40 hafta yoki 270–280 kungacha) davom etadi:

- a) Embrional davr (embrion) – homiladorlikning dastlabki 3 oyi;
- b) Platsentar davr (homila) – 3 oydan keyingi davr.

II. Chaqaloqlik davri.

III. Emizikli davri (kichik yasli yoshi).

IV. Sut tishlari davri:

a) Maktabgacha tarbiya yoshidan oldingi davr – (katta yasli yoshi);

b) Maktabgacha tarbiya yoshi – (bolalar bog'chasiga qatnash) davri.

V. O'smirlik davri (kichik maktab yoshi).

VI. Balog'atga yetish davri (katta maktab yoshi).

Yuqoridagi davrlarning har birida e'tiborga olinishi zarur bo'lgan ma'lumotlar haqida to'xtalib o'tishga to'g'ri keladi.

Bolaning ona qornida rivojlanish davri – urug'langan tuxum bachadon devoriga implantatsiyalangan davrdan toki bola tug'ilgungacha bo'lgan davrni o'z ichiga oladi. Ana shu davrning eng qaltis oralig'i embrional davr bo'lib, bola organ va to'qimalarining shakllanishi va platsenta (yo'ldosh)ning rivojlanishi aynan shu davrga to'g'ri keladi. Onaning shu davrda turli o'tkir va ayniqsa, virusli kasalliklar bilan kasallanishi, turli jismoniy va ruhiy zarbalarga duch kelishi bolada tug'ma nuqsonlar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Platsentar davrda esa bola bevosita yo'ldosh orqali qon bilan ta'minlana boshlaydi. Shuning uchun bolaning rivojlanishi va o'sishi bevosita onaning umumiy ahvoriga bog'liq bo'lib qoladi. Har qanday onadagi kasallik va patologik holatlar bolaga o'z ta'sirini ko'rsatishi, keyingi rivojlanishini izdan chiqarishi mumkin. Yo'ldoshning baryerlik (himoya) qobiliyati susayishi natijasida esa, bola turli xil tug'ma somatik va infeksiyon kasalliklar bilan tug'ilish hollari kuzatiladi.

Chaqaloqlik davri – bola tug'ilgan kundan boshlab 28 kungacha, ya'ni 3–4 hafta, milliy an'analarga binoan esa 40 kungacha davom etadi (chillalik davri). Chaqaloqlik davrida bola yangi, tashqi dunyoga

moslashish jarayonida bo'ladi. Har qanday noqulay holatlar va parvarishdagi nuqsonlar bolaning umumiy ahvoriga juda tez ta'sir qilishi va hali organ tizimlari yetilib ulgurmagan organizmni kasalliklarga chalintirib qo'yishi mumkin. Ayniqsa, chaqaloqlar infeksiyalarga qarshi o'ta himoyasiz. Infeksiya kindik qoldig'i, kindik yarasi, oson jarohatlanadigan va nozik teri orqali osonlikcha kiradi va piodermiyalar, kindik kasalliklari, ba'zi hollarda esa sepsis kabi og'ir kasalliklar kelib chiqishiga olib keladi. Infeksiyalanish aksari ona qornida, tug'uruq vaqtida va tug'uruqdan keyin aseptika va antiseptika qoidaloriga rioya qilinmagan hollarda sodir bo'ladi.

Emizikli davri – chaqaloqlik davridan boshlab toki bola sutdan chiqarilgungacha davom etadi (aksari qiz bolalar 12–16 oyligigacha, o'g'il bolalar 16–24 oylikgacha).

Bu davrning xarakterli tomonlaridan biri, bo'y va vaznning juda tez ortib borishi, moddalar almashinuvining shiddatli kechishidir. Bola markaziy asab tizimi takomillashib boradi, o'tirish, emaklash, tik turish, ba'zi bolalarda esa hattoki yurish kabi harakat ko'nikmalari shakllanadi, bolalar ayrim bo'g'in va so'zlarni ham chiqara boshlaydi. Harakatlar ko'lami kengayganligi uchun bolalarning ovqatga bo'lgan ehtiyoji ham ortadi. Lekin hazm organlarining rivojlanishi hali oxiriga yetmaganligini hisobga olinadigan bo'lsa, bolani iloji boricha tabiiy ovqatlantirishga ko'proq e'tibor qaratish lozim. Shu davrda bolalarda aksari me'da-ichak kasalliklari (dispepsiyalar, diareyalar), raxit, spazmofiliya, turli diatezlar, ovqatlanish va ovqat hazm qilishning surunkali buzilishlari (distrofiyalar, ayniqsa, gipotrofiyalar), nafas organlari kasalliklari ko'proq kuzatiladi. O'tkir yuqumli kasalliklardan qizamiq, ko'kyo'tal va boshqalar ham shu davrda ko'proq uchrashi aniqlangan.

Shunisi ham xarakterliki, emadigan yoshdagi bolalarda yuqoridagi kasalliklar og'ir, umumiy belgilarning ustun turishi va mahalliy simptomlar kam ifodalanishi bilan o'tadi.

Sut tishlari davri – emizikli davrning o'rtalaridan boshlab bola 6–7 yoshga to'lgunigacha davom etadi. Bu davr o'z navbatida quyidagi mayda davrlarga bo'linadi:

Maktabgacha tarbiyadan oldingi davr – 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan oraligni o'z ichiga oladi. Bu davrning xarakterli tomonlari shundan iboratki, bola juda serharakat, qiziquvchan, atrof-muhit bilan ko'proq muloqotda bo'ladigan bo'lib qoladi. Shuning uchun bolaga gigiyenik ko'nikmalarni ko'proq singdirish zarurati tug'iladi. Bu davrda bolalarda qizamiq, ko'kyo'tal, suvchechak, dizenteriya, virusli gepatit, gripp, o'tkir respirator kasalliklar, skarlatina, difteriya

va boshqa kasalliklar bilan og‘rish hollari ko‘proq uchraydi. Ayniqsa, shu yoshdagi bolalarda organizmning turli sabablarga ko‘ra zaiflashishi sil intoksikatsiyasining yuzaga chiqishiga, ba’zida esa uning lokal formalariga o‘tib ketishiga ham olib keladi.

Maktabgacha tarbiya davri – 3 yoshdan 6–7 yoshgacha oraliqni o‘z ichiga oladi va bu davr bola organizmining oldingi davrlariga nisbatan anchagina mustahkamlanishi, muskullarining rivojlanib baquvvatlashishi, katta yoshdagi kishilar bilan bir xil ovqatlanishga o‘tilishi bilan xarakterlanadi. Bu davrning oxirlariga kelib bolada sut tishlari almashina boshlaydi, bola intellektual jihatdan mukammallashadi va maktabga borishga tayyorlanadi.

Bolalardagi kasalliklar deyarli yengilroq va asoratlarsiz o‘tadi, lekin sil bilan kasallanish xavfi yuqoriligicha qoladi, turli xil endokrin kasalliklar paydo bo‘lish ehtimoli ortadi.

Kichik maktab yoshi yoki o‘smirlik davri – 6–7 yoshdan 11–12 yoshgacha bo‘lib, suyak tizimining rivojlanishi oxiriga yetadi, muskullari zo‘r berib rivojlanishda davom etadi, fikrlash, yozish va uyg‘unlashgan nozik harakatlarni bajarish ko‘nikmalarining mukammallashishi bilan xarakterlanadi. Sut tishlari doimiy tishlar bilan almashinib bo‘ladi, bola bog‘cha sharoitidan maktab sharoitiga moslashadi.

Bu yoshdagi bolalarda ham o‘tkir yuqumli kasalliklar katta ahamiyat kasb etsa ham, kamroq va yengilroq o‘tishi bilan qolgan davrlardan farq qiladi. Lekin bu davrda bolalarda revmatizm bilan kasallanish darajasi ortadi.

Katta maktab yoshi yoki balog‘atga yetish davri – 11–12 yoshdan 17–18 yoshgacha bo‘lgan davrni o‘z ichiga oladi va endokrin tizimdagi katta o‘zgarishlar bilan xarakterlanadi. Chunonchi, jinsiy bezlar, qalqonsimon bez, gipofiz funksiyalari kuchayadi, bu esa bolalarda va o‘smirlarda shu bezlar funksiyalarining buzilishiga xos endokrinopatiyalar paydo bo‘lishiga sabab bo‘ladi. Bolalarning bo‘yi o‘sishda tezlashadi va intellektual xususiyatlari o‘zini namoyon qila boshlaydi.

Bu davrda boladagi kasalliklar kattalarda uchraydigan kasalliklar kabi kechadigan bo‘lib qoladi, yurak-qon tomir tizimining funksional o‘zgarishlari (vegetotomir distoniyalari), fe‘l-atvorning o‘zgarishi, xatti-harakatlarning dag‘allashishi va turli xil nevrozlar kuzatiladi.

Bu davrdagi tarbiyadagi nuqsonlar bolaning asab-ruhiy va endokrinologik rivojlanishiga (ayniqsa, jinsiy) salbiy ta’sir qilishini yodda tutish lozim. Shuningdek, ikkilamchi jinsiy belgilarning paydo bo‘lishi va ularning bola qanday qabul qilishi yuzasidan ham ota-ona, ham tibbiy xodimlar nazorat olib borishlari hamda vaqtida tegishli maslahatlar berib borishlari talab etiladi.

2.2. Bolalarning jismoniy rivojlanishi

Bolalarning jismoniy rivojlanishini baholash katta ahamiyatga ega bo‘lib, olib borilayotgan barcha parvarish va kuzatuv ishlarining ko‘rsatkichi yoki nishonasi hisoblanadi. Bolaning asosiy xususiyatlaridan biri, uning o‘sishi va rivojlanishidir. Bu ikki tushuncha yoki jarayonga alohida to‘xtalishni lozim topdik.

O‘shish – bolada massa (og‘irlik) to‘planishi va ortib borishi hisob-lansa, *rivojlanish* – boladagi turli organ va tizimlarning mukam-mallashuvi va differensiallashuvini bildiradi. Bu ikki jarayon bolada doimiy davom etadi, lekin hammavaqt ham baravar kechmaydi, qaysisidir ma’lum bir davrda ustunlik qilsa, ikkinchisi ikkinchi o‘ringa tushib qoladi va aksincha.

Bolaning turli davrdagi yoshiga xos farqlari ham ana shu jarayon-larning qay birining ustun turishi bilan xarakterlanadi.

Bolalarning jismoniy rivojlanishi ularning vazni (og‘irligi), bo‘yi, ko‘krak qafasi va bosh aylanasi, kattaroq bolalarda o‘pkasining tiriklik sig‘imi va muskul kuchi, shuningdek, umumiy ahvolini aniqlash bilan baholanadi.

Chaqaloqning vazni tug‘ilganidan keyin 3–5 kunlarga kelib 150–200 gr, ko‘pi bilan 300 gr kamayadi (chaqaloqlardagi fiziologik holatlarga qarang). 10–12 kunlarga kelib bolaning vazni oldingisiga qaytadi va kun sayin ortib boradi (2-jadval).

2-jadval

Hayotining birinchi yilida bola vaznining ortib borishi

Bolaning yoshi (oylar)	Oy sari qo‘shilishi (gr)	O‘tgan davrda qo‘shilgani (gr)	Bolaning yoshi (oylar)	Oy sari qo‘shilishi (gr)	O‘tgan davrda qo‘shilgani (gr)
1	600	600	7	600	4900
2	800	1400	8	550	5450
3	800	2200	9	500	5950
4	750	2950	10	450	6400
5	700	3650	11	400	6800
6	650	4300	12	350	7150

Bir yoshdan oshgan bolalarning tana og‘irligini (10 yoshgacha) aniqlash uchun quyidagi formuladan foydalanish mumkin:

$$(9,5 - 10 \text{ kg}) + 2 \times n$$

Bu formuladagi n – bolaning yoshi, 2 – har yili qo‘shilib boradigan o‘rtacha og‘irlikni bildiradi. Masalan, 5 yoshli bolaning vaznini topish uchun quyidagicha yo‘l tutiladi:

$$9,5 + 2 \times 5 = 9,5 + 10 = 19,5 \text{ kg}$$

10 yoshdan oshgan bolalarning vaznini topish uchun esa quyidagi formuladan foydalaniladi:

$$30 \text{ kg} + 4 \text{ kg} \times (n - 10)$$

Bu formuladagi n – bolaning yoshi, 30 – 10 yoshli bolaning o‘rtacha vazni. Masalan, 13 yoshli bolaning vazni quyidagicha aniqlanadi:

$$30 + 4 \times (13 - 10) = 30 + 4 \times 3 = 30 + 12 = 42 \text{ kg}$$

Hayotining birinchi yilida bolalarning bo‘yi juda tez o‘sib boradi va bolaning yillik bo‘yining uzayishi $20\text{--}25 \text{ sm}$ ni tashkil qiladi. Ikkinchi yilda bolaning bo‘yiga 11 sm , uchinchi yili 8 sm va 4–7 yoshlar orasida yiliga $5\text{--}7 \text{ sm}$ dan qo‘shilib boradi. 6–7 yoshligidan 11–12 yoshligigacha har yili bo‘yiga $4\text{--}5 \text{ sm}$, balog‘at yoshi davrining har yili esa $7\text{--}8 \text{ sm}$ gacha bo‘yning uzayishi kuzatiladi (3-jadval).

3-jadval

Turli yoshdagi bolalarning bo‘yi

Bolaning yoshi (yillar)	Bo‘y uzunligi (sm)	Bolaning yoshi (yillar)	Bo‘y uzunligi (sm)
1	72,5	9	123,5
2	83,0	10	126,5
3	92,5	11	134,0
4	97,5	12	137,0
5	102,0	13	142,0
6	109,0	14	150,0
7	113,0	15	152,5
8	119,0		

Bolaning bo‘yini dastlabki 4 yil davomida taxminan quyidagi formula yordamida aniqlash mumkin:

$$100 \text{ sm} - 8 \text{ sm} \times (4 - n)$$

Bu yerda 8 – bolaning bo‘yiga yil davomida qo‘shilib boradigan o‘rtacha uzunlik, n – esa bolaning yoshi. Masalan, 3 yoshli bolaning bo‘yi quyidagicha aniqlanadi:

$$100 - 8 \times (4 - 3) = 100 - 8 = 98 \text{ sm.}$$

4 yoshdan oshgach esa, quyidagi formuladan foydalaniladi:

$$100 \text{ sm} + 6 \text{ sm} \times (n - 4)$$

Bu yerda 6 – bolaning bo‘yiga yil davomida qo‘shilib boradigan o‘rtacha uzunlik, n – esa bolaning yoshi. Masalan, 8 yoshli bolaning bo‘yi quyidagicha aniqlanadi:

$$100 + 6 \times (8 - 4) = 100 + 6 \times 4 = 100 + 24 = 124 \text{ sm.}$$

Bolalarning jismoniy rivojlanishini baholashda ularning bosh va ko‘krak qafasining aylanasi ham muhim ahamiyat kasb etadi. Bolalarning bosh aylanasi tug‘ilganida 34–35 sm, ko‘krak aylanasi esa undan 1–2 sm kamroqni tashkil etadi (32–34 sm). Bu ko‘rsatkichlar bola 2–4 oylik bo‘lganda bir-biriga tenglashib qoladi. Keyinchalik ko‘krak aylanasi bosh ayanasidan ustunlik qila boshlaydi va bu ustunlik doimiy bo‘lib qoladi (4-jadval).

4-jadval

Turli yoshdagi bolalarning bosh va ko‘krak aylanasi

Bolaning yoshi	Bosh aylanasi		Ko‘krak aylanasi	
	O‘g‘il bola	qiz bola	O‘g‘il bola	qiz bola
1	47,2	46,0	49,0	47,7
2	-	-	52,0	50,0
3	-	-	53,0	52,5
4	-	-	54,0	53,0
5	-	-	56,0	55,0
6	-	-	57,0	56,5
7	-	-	59,0	57,5
8	-	-	59,5	58,2
9	-	-	62,0	60,0
10	-	-	64,0	62,6
11	-	-	66,0	64,3
12	-	-	66,3	67,5
13	-	-	69,6	70,0
14	-	-	73,0	73,0

O'g'il bolalarning bo'yi, vazni va ko'krak aylanasi bolalikning 11 yoshigacha qiz bolalarnikidan ustunlik qiladi, 11 yoshga kelib esa bu o'lchovlar bir-biriga tenglashadi, keyinchalik 15 yoshgacha qiz bolalar ustunligi sezilib qoladi. 15–16 yoshdan keyin esa o'g'il bolalar doimiy ravishda ustunlikni saqlab qolishadi.

Bolalarning jismoniy rivojlanishiga juda ko'p omillar, jumladan, tashqi muhit omillari (kun tartibi, ovqatlanish, sayrlar, jismoniy tarbiya va sport bilan shug'ullanish, chiniqish va boshqalar) va har xil kasalliklar (ayniqsa, yurak tug'ma nuqsonlari, markaziy asab tizimining tug'ma va orttirilgan kasalliklari, endokrinopatiyalar va kasalliklar) salbiy ta'sir qilishi mumkin.

Bolalarning jismoniy rivojlanishini to'g'ri baholash uchun antropometrik o'lchovlar o'tkazib turiladi. Bu o'lchovlarni aksariyat hollarda tibbiyot hamshirasi o'tkazadi va qanchalik to'g'ri aniqlanishi bolaning o'sib-rivojlanishi haqida aniq xulosalar chiqarilishini ta'minlaydi (ushbu o'lchovlarni o'tkazish darslikning amaliy qismida bayon qilingan).

2 yoshgacha bo'lgan bolalarning vazni, bo'yi, ko'krak va bosh aylanalari chaqaloqlardagi kabi poliklinikalarda o'lchanadi.

Hozirgi davrga kelib bolalar va o'smirlarning o'sishi va rivojlanishida akseleratsiya jarayoni sodir bo'layotganini ham hisobga olish zarur. Akseleratsiya jarayoni jismoniy va jinsiy rivojlanishning tezlashishi bilan xarakterlanadi va quyidagilarda o'z aksini topadi:

1. Chaqaloqlarning kattaroq tug'ilayotganligi; 2. Sut tishlarining ertaroq chiqayotganligi; 3. Hamma yoshda bolalarning vazni va bo'yining kattaroq bo'lib borishi; 4. Bosh, ko'krak va boshqa o'lchovlarning kattalashib borayotganligi; 5. Qiz bolalarning erta hayz ko'ra boshlayotgani va o'g'il bolalarda balog'atga yetishishning erta sodir bo'layotganligi; 6. O'g'il va qiz bolalarda suyaklanish yadrolarining ertaroq paydo bo'layotganligi.

Xulosa qilinganda, bolalarning jismoniy rivojlanishini kuzatish va doimiy baholab borish bevosita tibbiyot hamshirasining asosiy vazifalaridan biri bo'lib, aniqlangan har qanday kamchiliklar vaqtida shifokorga ma'lum qilinishi va tegishli chora-tadbirlar ko'rilishini ta'minlash talab qilinadi.

3. BOLALARNING ICHKI A'ZO VA TIZIMLARINING ANATOMO-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI (AFX)

Bolalar organizmining o'ziga xos anatomo-fiziologik xususiyatlari va ularga bog'liq holda bolaning sog'lom o'sishi, rivojlanishi va parvarishida maxsus omillarga bo'lgan ehtiyoj pediatriya fanining paydo bo'lishiga asosiy turtki bo'ldi. Bolalar kattalarning bir kichik nusxasi

emas, balki o'sib, rivojlanib boradigan, demak, oy va yillar sayin yetilib boradigan organizmdir.

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

Lekin bola organizmi hali yetilmagan va rivojlanish jarayonida ekanligiga qaramasdan, tabiatan tashqi muhitning salbiy ta'sirlariga kattalarga qaraganda chidamliligi va yashovchanligi bilan ajralib turadi. Bola hayotida ro'y beradigan ba'zi og'ir patologik holatlarni aksari kattalar ham ko'tara olmasligi mumkin. Va aksincha, ko'rinishidan oddiy bir hol deb hisoblangan patologik holatlar, bola ahvolini bir onda og'irlashtirib qo'yishi yoki o'limiga ham sabab bo'lib qolishi mumkin.

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

3.1. Teri, teriosti yog' qatlami va shilliq qavatlarining AFX

Teri organizmda nihoyatda muhim bo'lgan quyidagi vazifalarni bajaradi:

- organizmni turli tashqi mexanik, kimyoviy va biologik ta'sirlardan saqlash;

- nafas olishda qatnashish;
- moddalar almashinuvida qatnashish;
- tana haroratini saqlashda qatnashish;
- sezgi a'zosi vazifasini bajarish;
- D vitaminining hosil bo'lishida qatnashish.

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

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

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

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

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

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

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

7. Terining ajratish funksiyasi yaxshi rivojlangan.

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

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

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

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

12. Teriosti yog‘ qatlami sog‘lom tug‘ilgan bolalarda yaxshi rivojlangan, bu o‘z navbatida bolalarda issiqlikning saqlanishida, zaxira ozuqa sifatida katta ahamiyatga ega. Lekin go‘dak bolalarning teriosti yog‘ qatlami tarkibidagi yog‘lar suyuqlanish nuqtasi birmuncha yuqoriroq bo‘lgan yog‘ kislotalardan iborat bo‘lganligidan, ularning teriosti yog‘ qatlami sovuq ta’sirida yoki og‘ir patologik jarayonlar natijasida tezgina qotib qolishi kuzatiladi.

Aytib o‘tilgan xususiyatlardan ko‘rinib turibdiki, bolalar terisini kuzatish, uning holatini uluksiz baholab borish va parvarish qilishda nihoyatda ehtiyotkorlikka rioya qilish, terining sanab o‘tilgan funksiyalarini bajarishiga har tomonlama imkoniyat yaratish, hamshiraning kundalik vazifasi hisoblanadi.

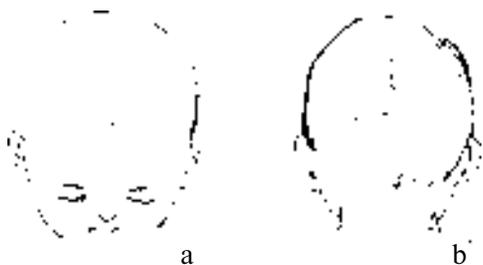
3.2. Suyak tizimining AFX

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

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

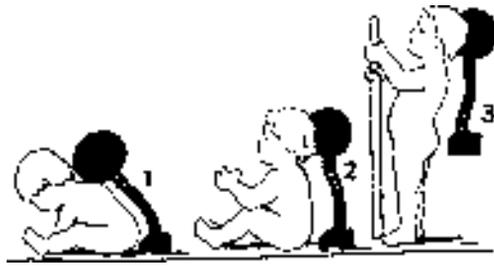
Bu farq 2 yoshlarga kelib kattalarnikiga yaqinlashadi va 12 yoshga to‘lganda batamom yo‘qoladi.

Chaqaloqning boshi katta va odatda dumaloq bo‘ladi. Bosh suyaklarining choklari hali bir-biri bilan suyaklanib ketmagan, peshona suyagi va tepa suyaklari birlashgan joyda rombsimon katta liqildoq (1-a rasm), tepa suyaklari bilan ensa suyagi orasida esa kichik uchburchak-simon liqildoq hosil bo‘lgan bo‘ladi. Katta liqildoqning kattaligi taxminan $2 \times 2,5 \text{ sm}$ bo‘lib, bola hayotining 12–16 oyiga kelib bekilib ketadi. Kichik liqildoq esa atigi 20–25% bolalarda ochiq bo‘ladi va u kechi bilan uchinchi oyga kelib bekilib ketadi (1-b rasm).



1-rasm. a – katta va b – kichik liqildoqlar.

Chaqaloq umurtqa pog‘onasi to‘g‘ri, hech qanday fiziologik egilmalari bo‘lmaydi. Bo‘yin egilmasi (lordoz) bolaning 2 oyligida, ya‘ni boshini tuta boshlaganidan keyin, ko‘krak egilmasi(kifoz) bolaning 6 oyligida, ya‘ni bola o‘tira boshlaganidan keyin, bel egilmasi (lordoz) bola 1 yoshga to‘lganida, ya‘ni bola yura boshlaganidan keyin paydo bo‘ladi (2-rasm). Parvarishdagi va yurish-turishdagi har qanday salbiy holatlar bolaning umurtqa pog‘onasida ortiqcha va patologik egriliklar kelib chiqishiga sabab bo‘lishi mumkin (3-rasm).



2-rasm. Umurtqa pog'onasidagi egilmalarning paydo bo'lishi.



3-rasm. Patologik egriliklarning paydo bo'lish sabablari: a— og'ir jismlar ko'tarilganda; b — stulda noto'g'ri o'tirilganda.

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

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

Milliy urf-odatlarimizdan kelib chiqqan holda shuni ta'kidlash lozimki, aksariyat oilalarda bolalar beshikda parvarish qilinadi. Tegishli

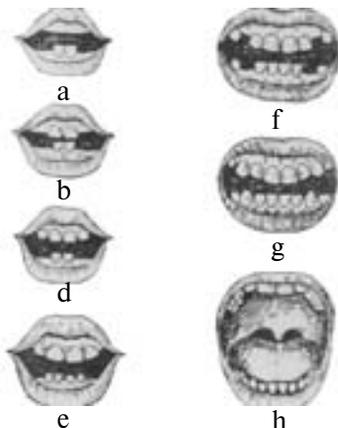
talab va qoidalarga rioya qilingan hollarda beshik bola qomatining chiroyli va kamchiliksiz shakllanishida katta ahamiyat kasb etadi. Aksincha, ushbu qoidalarga e'tiborsizlik qilinsa (bola bir xil vaziyatda ko'p yotsa, ko'krak qafasi ortiqcha qisib qo'yilsa, oyoqlar bog'lanayotganda to'g'ri joylashtirilmasa, bolaning boshi emizilgan tomonda ko'p qolib ketsa va hokazolar) suyaklarning noto'g'ri o'sishiga va noto'g'ri shakllanishiga sabab bo'lib qolishi mumkin.

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

Avvaliga bolada sut tishlari quyidagi tartibda chiqadi: o'rtadagi pastki va ustki kurak tishlar – 6–9 oyda, yon tomondagi pastki va ustki kurak tishlar – 9–12 oyda, kichik jag' tishlar – 12–15 oyda, oziq tishlar – 17–20 oyda, katta jag' tishlar – 21–24 oyda. Demak, bola ikki yoshga to'lganida 20 ta sut tishlarining hammasi chiqib bo'ladi (4-rasm).

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

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



4-rasm. Sut tishlarining chiqish tartibi: a – 6–7 oyda; b – 7–8 oyda; d – 8–9 oyda; e – 10–12 oyda; f – 14–16 oyda; g – 18–20 oyda; h – 2 yoshda.

Unutmang!

Sog'lom o'sayotgan bolalarda tishlarning chiqishi ularning umumiy ahvoriga hech qanday salbiy ta'sir qilmaydi.

3.3. Muskul tizimining AFX

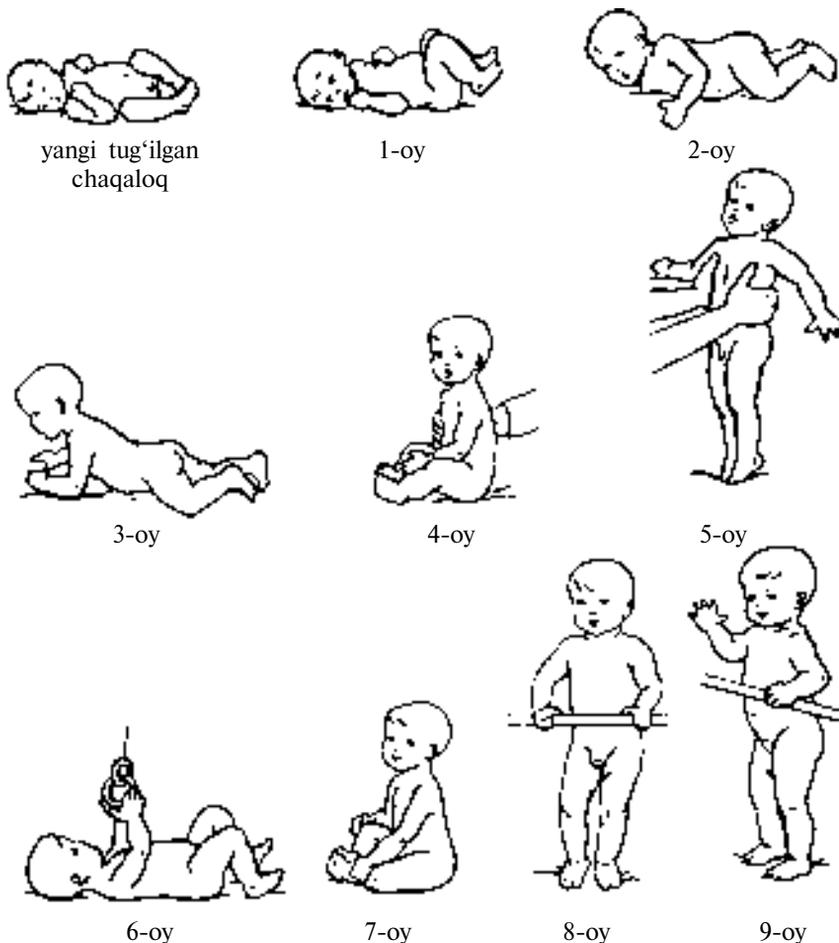
Chaqaloqlar va emizikli yoshdagi bolalarning muskul tizimi zaifroq rivojlangan bo'lib, tana vaznining 23–25 % ni tashkil qiladi (kattalarda esa 40–45 %). Bolalarning muskul to'qimasining tolalari nozik, nafis tuzilishga ega, yosh ulg'ayishi barobarida u yo'g'onlashadi va shuning natijasida muskul tizimining tanadagi ulushi ham ortadi. Hayotining dastlabki oylarida bolalar muskul tizimida fiziologik gipertenziya (bukuvchi muskullarning yozuvchi muskullarga nisbatan tonusining ortiqcha bo'lishi) kuzatiladi, shuning uchun emizikli bolalar yo'rgakdan yechilganda qo'l va oyoqlarini bukib, ona qornidagi holatini egallab

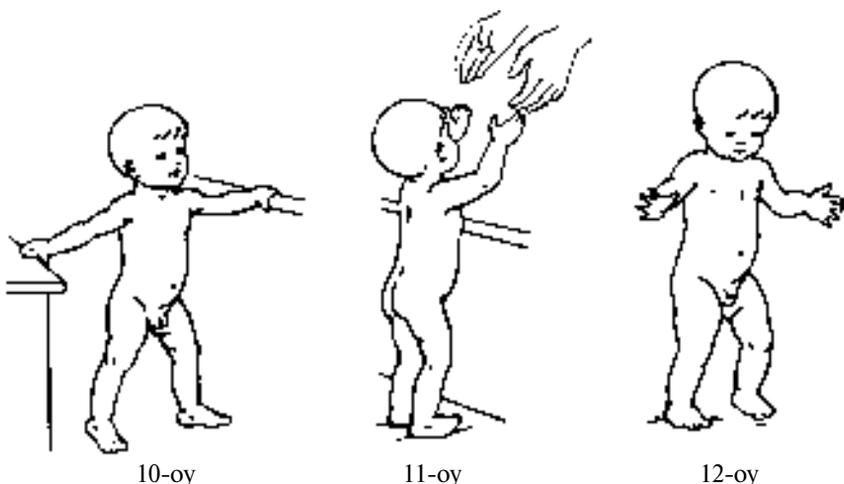
oladi. Bu gipertenziya asta-sekin yo‘qolib ketadi. Muskullarning kuchi va tonusi bolalarda bo‘shroq bo‘ladi. Muskullarning harakat layoqati avvaliga bo‘yin va gavda muskullarida, keyinchalik qo‘l va oyoqlarda paydo bo‘ladi. Muskel kuchi ham bola ulg‘aygan sayin ortib boradi.

Unutmang!

Muskullar kuchi va harakatlarda qatnashuvini takomillashtirish uchun bolaning dastlabki rivojlanish davrlaridanoq turli xil gimnastik mashqlar qildirish tavsiya etiladi.

Bolada normal rivojlanish bo‘lganda statik va lokomotor faoliyat ham asta-sekin yoshiga mos ravishda shakllanib boradi. Bu o‘zgarishlar quyidagi asosiy ma’lumotlar bilan ta’riflanadi (5-rasm).





5-rasm. Statik va lokomotor funksiyalarning oylar bo'yicha rivojlanib borishi.

I. Statik funksiyalarning rivojlanishi

A. Bolaning o'tirish malakalarining rivojlanishi.

1-oy – boshini tik tutolmaydi.

2–3-oylar – boshini tik tuta oladi.

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

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

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

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

B. Tik turish malakalarining rivojlanishi.

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

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

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

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

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

11-oy – hech qanday tayanchsiz tik turadi.

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

II. Locomotor funksiyalarning rivojlanishi

A. Yotgan holatdagi harakatlarning rivojlanishi.

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

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

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

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

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

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

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

8-oy – mustaqil ravishda emaklay boshlaydi.

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

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

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

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

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

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

12-oy – mustaqil ravishda qadamlar tashlaydi.

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

Diqqat!

Bola hayotining birinchi yilida harakat ko‘nikmalarining paydo bo‘lishi va rivojlanishi biroz bo‘lsa ham kechiksa, markaziy asab tizimining qandaydir patologiyasi haqida o‘ylash va xavotirga tushish, tegishli mutaxassislarga konsultatsiya qildirish choralarni ko‘rish lozim.

3.4. Nafas a'zolari tizimining AFX

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

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

Anatomik farqlar quyidagilardan iborat:

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

Diqqat!

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

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

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

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

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

Yodda tuting!

Eshituv nayi torligidan o'rta quloqqa infeksiya tez o'tadi. Hiqildoq torligi va shilliq pardasi qon tomirlariga boyligidan ovoz tirqishi juda tez torayib (stenoz) qoladi.

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

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

Unutmang!

Yot jismlar (tugmacha, pista, yostiqliqlari) aksariyat hollarda o'ng bronxga tushadi.

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

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

Fiziologik farqlar quyidagilardan iborat:

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

Diqqat!

Ana shu xususiyatdan kelib chiqib, bolalar o'pkasining tiriklik sig'imi bola qancha yosh bo'lsa shuncha kichik bo'ladi. Chunonchi u (V. I. Molchanov bo'yicha):

3–4 yoshli bolada 400–500 ml

5–7 yoshli bolada 800–1000 ml

8–10 yoshli bolada 1350 ml

14 yoshli bolada 1800 ml

15 yoshli bolada 2500 ml

Kattalarda esa 3000–5000 ml ga teng.

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

Yodda tuting!

Chaqaloq bir daqiqada 40–60 marta

1–2 oylik bola bir daqiqada 35–48 marta

1–3 yoshli bola bir daqiqada 28–35 marta

4–6 yoshli bola bir daqiqada 24–26 marta

7–9 yoshli bola bir daqiqada 21–23 marta

10–12 yoshli bola bir daqiqada 18–20 marta

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

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

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

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

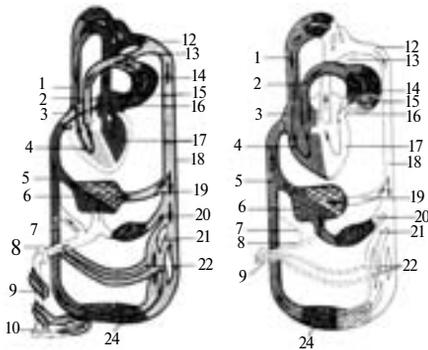
3.5. Yurak-qon tomir tizimining AFX

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

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

Bola tug'ilganidan keyin, kindik bog'lanishi bilan, plasentar qon aylanishi o'z faoliyatini to'xtatadi, birinchi marta nafas olish natijasida kichik qon aylanish doirasi faoliyati boshlanadi, o'pka stvolidan qon o'tishi keskin kamayadi va u puchayib qoladi, o'pkadan chap bo'lmachaga katta miqdorda qon kela boshlaganidan o'rtadagi oval teshik klapani berkiladi, oqibatda, kichik qon aylanish doirasi bilan katta qon aylanish doirasi bir-biridan tamomila ajraladi (6-rasm).

Chaqaloqning yuragi qiyosan katta bo'lib, tana vazniga nisbatan 0,8 % ni tashkil etadi va u 20–25 gr keladi. Yurak vazni bolalikning har



6-rasm. Homilada qon aylanish doirasi sxemasi (chapda), bola tug'ilgandan keyingi qon aylanish sxemasi (o'ngda).

1 – yuqori vena; 2 – o'pka arteriyasi; 3 – o'ng bo'lma; 4 – o'ng qorincha; 5 – pastki vena; 6 – jigar; 7 – Aransi vena yo'li; 8 – kindik venasi; 9 – kindik arteriyasi; 10 – placent darvoza venasi; 11 – 12 – aorta; 13 – Botallo arteriya yo'li; 14 – o'pka venalari; 15 – o'pka venalari; 16 – chap bo'lma; 17 – chap qorincha; 18 – umumiy yonbosh arteriya; 19 – jigar arteriyasi; 20 – ichaktutqich arteriyasi; 21 – ichki yonbosh arteriya; 22 – kindik arteriyalari; 23 – bosh va qo'llarning kapillyar tarmog'i; 24 – oyoqlarning kapillyar tarmog'i.

xil davrida har xil o'sib boradi va 15–16 yoshga kelganda dastlabki vazniga nisbatan 11 marta ortadi va o'rtacha 240–250 *gr* keladi.

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

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

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, bolalar yurak-qon tomir tizimining fiziologiyasida ham o'ziga xos xususiyatlar mavjud ekanligini ko'ramiz. Ular quyidagilardan iborat: 1. Bolalarda yurak urishi – puls kattalarnikiga qaraganda anchagina tez, ya'ni bola qancha yosh bo'lsa, puls sonlari ham shuncha ko'p bo'ladi.

Unutmang!

Chaqaloqda puls normada – 140–160 tagacha
6 oylik bolada – 130–135 tagacha
1 yoshga to'lganda – 120–125 tagacha
6 yoshda – 90–95 tagacha
10 yoshida – 78–85 tagacha
13 yoshida – 72–80 tagacha
15 yoshga to'lganida – 70–76 tagacha bo'ladi.

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

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

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

Diqqat!

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

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

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

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

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

3.6. Hazm qilish tizimining AFX

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

Hazm a'zolarining bolalardagi xususiyatlari quyidagilardan iborat:

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

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

3. 3–4 oylikgacha so'lak bezlari yaxshi faoliyat ko'rsatmaydi, shuning uchun bu davrda og'iz shilliq pardasi quruq va tez shilnadigan xususiyatga ega bo'ladi.

Diqqat!

Ana shu xususiyatdan kelib chiqqan holda, mana shu davrda og'iz shilliq pardasi zarurat tug'ilmasa tozalanmaydi.

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

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

6. Bola 1 yoshga to'lgunicha me'dasi gorizontal vaziyatda bo'ladi, tik yura boshlaganidan keyin birmuncha tik holatni egallaydi (7-rasm).



Shilliq pardasi o'rtacha rivojlangan, kirish qismidagi sfinkter (qisqich)i yaxshi rivojlanmagan bo'ladi.

7-rasm. Bir yoshgacha va bir yoshdan keyin bola me'dasining shakli.

Yodda tuting!

Ana shu xususiyatni hisobga olgan holda, bolani emizib bo'lgach boshini balandroq holda tutish yoki yotqizish kerak, aks holda, me'dadagi sut qaytib tashqariga (qayt qilib) chiqarib tashlanishi mumkin.

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

Diqqat!

Bolaning oshqozonini yuvish uchun kerakli miqdordagi suyuqlikni me'daning sig'imiga qarab olish kerak.

8. Me'da shirasining tarkibi kattalarnikidan farq qilmasa-da, undagi fermentlarning faolligi nisbatan kamroq bo'ladi.

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

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

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

12. Me'daosti bezi va jigar ham bolalarda kattalarnikiga qaraganda hali to'liq o'z faoliyatini bajara olish qobiliyatida bo'lmasa ham, ovqat hazm qilish jarayonida bevosita ishtirok etadi. Jigar emadigan yoshdagi bolalarda qovurg'alar ostidan 2–3 *sm*, 1–2 yoshida ham 1–2 *sm*

gacha chiqib turadi. 3–5 yoshga kelganida qovurgʻalarning pastki chegarasini egallaydi.

13. Isteʼmol qilingan ovqat moddasi chaqaloqlarda ichaklardan 4–18 soatda oʻtsa, kattalarda taxminan bir sutka davomida oʻtadi.

14. Bolaning yoshi, ovqatining tarkibi, meʼda-ichak yoʻli va hazm bezlarining ahvoliga qarab axlati har xil boʻladi. Chaqaloqning dastlabki axlati meqoniy deb ataladi va oʻziga xos koʻrinish va konsistensiyaga ega boʻladi. Asta-sekinlik bilan goʻdak bolalarnikiga oʻxshay boshlaydi, birinchi hafta davomida sutkasiga 4–5 marta, 1 yoshida 1–2 marta, kattalarda esa 1 marta ich kelib turadi.

Aytib oʻtilganlardan xulosa qilinsa, bolalarning hazm aʼzolaridagi oʻziga xos xususiyatlar ularni turli yoshida ovqatlantirishni toʻgʻri tashkil qilishni taqozo qiladi.

3.7 Buyrak va siydik chiqarish tizimining AFX

Bolalarning siydik ajratish aʼzolari ham oʻzining bir talay anatomo-fiziologik xususiyatlari bilan ajralib turadi.

Yangi tugʻilgan chaqaloq hayotining dastlabki oylarida buyraklar boʻlakchali tuzilishga ega boʻlib, bu boʻlakchalar asta-sekinlik bilan qoʻshilib boradi va keyinchalik yaxlit tuzilishga kiradi.

Buyraklarning ogʻirligi chaqaloqlarda 11–12 grammdan boʻlib, bola bir yoshga toʻlganida bu ogʻirlik 3 marta ortadi, kattalarnikiga qaraganda pastroqda joylashgan, shuning uchun 2 yoshgacha boʻlgan bolalarning buyraklarini paypaslab topish osonroq boʻladi.

Goʻdak bolalar buyraklarining jomlari va siydik yoʻllari nisbatan keng, muskul va elastik tolalari yetarli rivojlanmaganligidan, ularning devorlari pastroq tonusga ega boʻladi. Bu xususiyat buyrak jomlari va siydik yoʻllarida siydikning turib qolishiga sharoit yaratadiki, natijada patologik jarayonlar kelib chiqishi osonlashadi.

Yosh bolalarda siydik pufagi(qovuq) maktab yoshidagi bolalarnikiga qaraganda yuqoriroqda jolashgan, muskul va elastik toʻqimalari zaifroq rivojlangan boʻladi. Chaqaloqlarda qovuqning sigʻimi 50 *ml*, goʻdaklarda 200 *ml*, 9–10 yoshga toʻlganida esa 600–900 *ml* ni tashkil qiladi.

Unutmang!

Bolalarda qovuqni yuvish uchun ishlatiladigan suyuqlik miqdori qovuq sigʻimidan oshib ketmasligi kerak.

Oʻgʻil bolalarning siydik chiqarish kanali(yoʻli)ning uzunligi 5–6 *sm*, voyaga yetish davrida esa 12 *sm* ga yetadi (kattalarda 18 *sm* gacha).

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

Yodda tuting!

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

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

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

Formuladagi 600 – bir yoshli bolaning sutkada ajratadigan siydik miqdorini, n – bolaning yoshini bildiradi. Masalan, 5 yoshli bolaning bir sutkalik siydik miqdori: $100 \times (5 - 1) + 600 = 100 \times 4 + 600 = 1000 \text{ ml}$ ni tashkil qiladi.

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

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

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

3.8. Qon va qon yaratish hamda limfa tizimining AFX

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

1. Barcha oziq moddalar qon orqali to'qimalarga boradi, almashinuv mahsulotlari esa to'qimalardan qon oqimi bilan ajratish a'zolariga olib ketiladi.

2. To'qimalarga kislorod olib kelib, karbonat angidridini tashqariga chiqarish uchun o'pkaga yetkazib beradi.

3. Ichki sekretsiya bezlaridan ajraladigan hayot uchun zarur gormonlar qon orqali butun organizmga tarqatib turiladi.

4. Qon tarkibidagi oq qon tanachalari organizmni turli mikroblardan himoya qiladi, shunigdek, qon plazmasidagi maxsus oqsil (gamma-globulin)lar immun xususiyatga ega.

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

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

Bola tug'iladigan vaqtga yaqin qolganda asosiy qon yaratish vazifasi qizil ko'mikka o'tadi va qolgan a'zolar ikkinchi o'ringa tushib qoladi. Bola 4 yoshga to'lganida qon ishlab chiqarayotgan uzun naysimon suyaklarning qizil ko'migi ilikka aylana boshlaydi va 12–15 yoshlarga borib, faqatgina yassi suyaklar (qovurg'alar, to'sh suyagi, umurtqalar) va naysimon suyaklarning epifizlarida saqlanib qolgan qizil ko'mik qon yaratuvchi joylar bo'lib qoladi.

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

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

Diqqat!

Chaqaloq qonida gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining ko'proq bo'lishi ona qornida rivojlanishning oxirgi kunlarida ham, tug'uruq vaqtida ham bolaning kislorod bilan yetarli ta'minlanmay qolishining o'rni bosish uchun yaratilgan sharoit hisoblanadi. O'pka orqali nafas olish tiklanishi bilan gemoglobin va eritrotsitlar soni tezlik bilan pasayib ketadi.

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

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

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

Yodda tuting!

Har xil yoshdagi sog'lom bolalarning gemogrammasi:

Gemoglobin chaqaloqda – 170–247 g/l

1 oydan – 5 yoshgacha – 120–140 g/l

6–14 yoshda – 120–140 g/l

Eritrotsit chaqaloqda – 1 mm da 4,5–7,5 mln

1 oydan – 5 yoshgacha – 1 mm da 4,0–4,5 mln

6–14 yoshda – 1 mm da 4,0–4,5 mln

Rang ko'rsatkich – chaqaloqda – 0,9–1,3

1 oydan – 5 yoshgacha – 0,8–1,0

6–14 yoshda – 0,8–1,0

Leykotsit chaqaloqda – 1 mm da 10–30 ming

1 oydan – 5 yoshgacha – 1 mm da 7–10 ming

6–14 yoshda – 1 mm da 6–8 ming

Trombotsit chaqaloqda – 1 mm da 200–250 min

1 oydan – 5 yoshgacha – 1 mm da 150–300 min

6–14 yoshda – 1 mm da 150–300 min

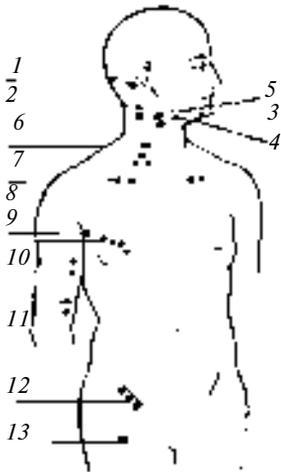
ECHT chaqaloqda – 2–3 mm/soat

1 oydan – 5 yoshgacha – 6–8 mm/soat

6–14 yoshda – 6–8 mm/soat

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

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



8-rasm. Periferik limfa tugunlari:
 1 – ensa; 2 – so‘rg‘ichsimon o‘simta sohasi; 3– 4 – jag‘osti; 5 – bo‘yinoldi; 6-bo‘yinorti; 7 – o‘mrovusti; 8 – o‘mrovosti; 9 – qo‘ltiqosti; 10 – torakal (ko‘krak); 11 – tirsak; 12 – chov; 13 – son.

Chaqaloqlarda limfa tugunlari kattalarnikidan qiyosan kattaroq, birlashtiruvchi to‘qima kapsulasi yupqa va nozik bo‘lib, bo‘lakchalari ichidagi to‘siqchalari deyarli bo‘lmaydi. Limfa tugunlarining rivojlanishi bolaning 12–13 yoshida tugallanadi. Limfa tugunlari tananing qaysi sohalaridan limfa oqib kelishiga qarab joylashadi (8-rasm).

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

Limfa tugunlarining asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- organizm uchun himoya vositalari hisoblangan limfatsitlar ishlab chiqarish;
- tugunga tushib qolgan zaharli moddalar, bakteriyalar va ularning toksinlarini zararsizlantirish;

– tugunlardagi plazmatik hujayralardan antitelolar ishlab chiqarish.

Ayrisimon bez (timus) oldingi ko‘ks oralig‘ining yuqori bo‘limida joylashgan bo‘lib, bolaning 8 yoshlarigacha rivojlanib faoliyatini ko‘rsatib keladi va 9–13–15 yoshlarga kelib asta-sekin yog‘ to‘qimasiga aylanib involyutsiyaga uchraydi. Ayrisimon bez limfopoetik, moddalar almashinuviga aloqador, immunologik va endokrin vazifalarni bajaradi.

Bolalar talog‘i ham o‘ziga xos xususiyatlarga ega bo‘lib, qon tomirlariga boy va birlashtiruvchi to‘qimasi sust rivojlangan. Uning asosiy vazifasi limfatsitlar hosil qilish, eritrotsitlar va monositlarni parchalashdan iborat.

3.9. Asab tizimining AFX

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

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

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

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

Bolalarning miya to‘qimasi suvga va qon tomirlariga boy, spetsifik oqsil moddalari kam bo‘ladi.

Diqqat!

Ana shu xususiyatidan kelib chiqib, bolalarning miyasi turli xil patologik jarayonlar va kasalliklar natijasida tez shishadigan bo‘ladi.

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

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

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

Unutmang!

Shundan kelib chiqqan holda, bolalarda orqa miya funksiyalari kattalarnikidan farqli o‘laroq, III–IV bel umurtqalari oralig‘idan amalga oshiriladi. Aks holda, orqa miya zararlanishi va turli xil falajlar kelib chiqishi mumkin.

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

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

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

Yodda tuting!

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

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

Unutmang!

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

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

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

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

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

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

3.10. Bolalarning asab-ruhiy rivojlanishi va shartli reflekslarning shakllanishi

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

Hayotining birinchi yilida bolalarning asab-ruhiy rivojlanishi quyidagi asosiy bosqichlar bilan ta'riflanadi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Unutmang!

Bola qanchalik kichik bo‘lsa, uning uyqu davri uzunroq, faol uyg‘oqlik davri esa qisqaroq, yoshi ulg‘aygan sari buning aksi bo‘lib boradi.

Bolalarni yoshligidan gigiyenik qoidalarni bajarib borishga, kiyimlarini toza va saranjom saqlashga o‘rgatib borish lozim. Har bir paydo qilingan ko‘nikma kasalxonada davolanish jarayonida ham muntazam mustahkamlanib turilishi va yangilari bilan to‘ldirilib borilishi ta‘minlanishi shart.

4. OY-KUNI YETIB VA CHALA TUG‘ILGAN CHAQALOQLARNING XUSUSIYATLARI VA PARVARISHLASH

4.1. Oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloq, belgilari, tug‘uruq zalida parvarish qilish

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

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

1. Bosh aylanasi 32–33 *sm* ni tashkil qilib, ko‘krak qafasi aylanasidan 2–4 *sm* katta, qo‘llari va oyoqlarining uzunligi bir xil, ko‘krak aylanasi tananing yarim bo‘yidan 3–5 *sm* ko‘p, son aylanasi esa yelka aylanasidan 2–3 *sm* kichikroq bo‘ladi.

2. Kindik halqasi qov bilan xanjarsimon o‘simta oralig‘ining o‘rtasida joylashadi.

3. Chaqaloq kallasining yuz qismi miya qismiga nisbatan biroz kichikroq bo‘lib, aksariyat bolalarning boshida yaxshi rivojlangan sochlari bo‘ladi.

4. Chaqaloq terisi och-pushti rangda va baxmalday muloyim, teriosti yog‘ qatlami yaxshi rivojlangan bo‘ladi.

5. Chaqaloqning terisi maxsus sirsimon modda – tug‘uruq moyi bilan, yelka va orqasining terisi nozik tuk bilan qoplangan.

6. Chaqaloqning qo‘l va oyoqlari tartibsiz harakatlar qilib turadi.

7. Shartsiz reflekslari (emish, yutish, aksirish, yo‘talish va bosh-qalar) yaxshi ifodalangan bo‘ladi.

8. O‘g‘il bolalarning moyaklari yorg‘og‘iga tushib ulgurgan, qiz bolalarda kichik uyatli lablar va klitorni katta uyatli lablar yopib turgan bo‘ladi.

Bola tug‘ilgandan so‘ng birinchi va beshinchi daqiqalarda uning ahvoriga baho beriladi, bunda hozirgi vaqtda ko‘pchilik tug‘uruq-xonalarda Apgar shkalasidan foydalanilmoqda:

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

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

Diqqat!

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

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

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

Chaqaloqni qabul qilish uchun bir martalik steril akusherlik komplektidan foydalaniladi.

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



9-rasm. Chaqaloqni onasiga ko'rsatish.

Shundan so'ng akusherka (taxminan 1 daqiqa o'tgach yoki kindik tomirlarida pulsatsiya to'xtagach) kindik halqasidan 10 *sm* qoldirib birinchi Koxer qisqichini qo'yadi, ikkinchi Koxer qisqichini kindik halqasidan 8 *sm* qoldirib qo'yiladi, uchinchisi esa, iloji boricha onaning jinsiy a'zolariga yaqin masofaga qo'yiladi. Birinchi va ikkinchi qisqichlar oralig'ini akusherka 96 % li spirt bilan tozalaydi va steril qaychi bilan kesadi. Shundan keyin bolani onasiga, uning jinsini e'tiborga olgan holda ko'rsatiladi va boladagi tug'ma nuqsonlar ham (agar mavjud bo'lsa) ma'lum qilinadi (9-rasm).

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



10-rasm. Chaqaloqni ona ko'kragiga tutish (Kenguru usuli).

Sog'liqni saqlash vazirligining 13.11.2003-yildagi 500-buyrug'iga binoan, tug'uruq zalida chaqaloqni parvarish qilish uchun maxsus biks tayyorlab qo'yilgan bo'ladi. Unda kindik qoldig'ini ikkilamchi parvarishi uchun alohida paket(to'plam), ko'zga profilaktik choralar uchun alohida paket, chaqaloqni yo'rgaklash uchun alohida paket, terini parvarish qilish uchun alohida paket solingan bo'ladi. Akusherka ayolga qarab bo'lgach, qo'llarini qaytadan yaxshilab sovunli shchotka bilan oqar suvda yuvadi, antiseptik vositalarning birontasi bilan artadi, qo'lqop kiyadi va chaqaloqning kindik qoldig'ini parvarish qilish paketini maxsus kornsang bilan oladi va kindik qoldig'ining ikkilamchi parvarishini boshlaydi.

Buning uchun kindik qoldig'ining birinchi qisqichdan bola tomonini 96 % li spirt bilan artiladi va bola kindik halqasining terili qismidan 3–4 mm yuqoriroqqa Rogovin qisqichi yoki bir martalik tizimning rezina qismidan tayyorlab sterillab qo'yilgan halqacha qo'yiladi. Qisqichdan 3–5 mm yuqoriroqdan esa kindik qoldig'i kesiladi. Kesilgan yuza, kindik qoldig'i va kindik halqasi atrofidagi teri spirt bilan artib qo'yiladi. Onada rezus manfiy qon bo'lgan hollarda, bola bilan ona qon guruhlari jihatidan mos kelmagan hollarda,



a



b



d

11-rasm. Kindik tizimchasini kesish va bog'lash.

shuningdek, chaqaloq chala va og'ir tug'ilgan hollarda kindik venalaridan turli xil dori vositalari va qon preparatlari qo'yilish ehtimoli borligini hisobga olib, kindik qoldig'iga Rogovin qisqichi qo'yilmaydi. Bunday hollarda kindik qoldig'ini uzunroq qoldiriladi (3–4 sm) va maxsus shoyi ligatura bilan bog'lanadi, bog'lamdan 5 mm qoldirib kindik kesiladi va yuzalari oldingi tartibda artib tozalanadi. Har ikki holatdan keyin ham kindik qoldig'i 500-buyruq bo'yicha ochiq qoldiriladi (11-rasm).

Shundan so'ng, teri qoplamlarini tozalashga kirishiladi. Bordiyu bolaning terisi qon, shilimshiq, meqoniy, iflos qog'onoq suvlari bilan ko'p miqdorda ifloslangan bo'lsa, bolani tog'ora ustida ushlagan holda kuchsiz iliq (37–38° C) kaliy

permanganat eritmasi bilan koʻzadan suv quyilib yuvintiriladi (12-rasm). Agar teri toza boʻlsa, faqat tabiiy burmalardagi tugʻuruq moylari steril oʻsimlik moyi bilan asta-sekinlik bilan artib olinadi, xolos.



12-rasm. Chaqaloqni yuvintirish.

Chaqaloq tugʻilganidan keyin 2 soat oʻtgach, antropometrik oʻlchovlar oʻtkazishga kirishiladi. Chaqaloq tarozida tortib koʻriladi, boʻy uzunligi, koʻkrak va bosh aylanalari oʻlchanadi (amaliy qismga qarang). Tugʻma nuqsonlari bor-yoʻqligini aniqlash maqsadida chaqaloq sinchkovlik bilan koʻzdan kechiriladi.

Profilaktik tadbirlar – ona va bolani tugʻuruqdan keyingi palataga oʻtkazishdan oldin olib boriladi, yaʼni birinchi ikki soat davomida teri-teriga aloqa oʻtkazilgandan soʻng: gonoblenoreyaning oldini olish uchun koʻzlar, qizlarning jinsiy aʼzolarini 1% li tetratsiklin, u boʻlmasa – 1% li eritromitsin malhami yoki 1% li kumush nitrat eritmasi bilan ishlov beriladi.

Keyin maxsus braslet(bilakuzuk)li paketni ochib unga quyidagilarni qayd qiladi: onasining familiyasi, ismi-sharifi, onasining tugʻuruq tarixi raqami, bolaning jinsi, vazni, boʻyi, tugʻilgan sanasi va soati. Qoʻllariga qayta ishlov berib brasletlarni bolaning ikki qoʻliga bogʻlaydi, bolaga yaktakcha yoki koʻylakcha, ishtoncha va qalpoqcha kiydiradi. 2 soatdan soʻng chaqaloqni onabola palatasiga oʻtkaziladi. Chaqaloqni bolalar bloki hamshirasi tekshirib qabul qilib oladi.

4.2. Chaqaloqning kundalik parvarishi

Fiziologiya boʻlimida chaqaloq onasi bilan birga boʻladi. Har ikki ayolga bitta xona (boks) boʻlishi kerak. Har bir xonada ikkita chaqaloq va ikkita onalar koykasiga ruxsat beriladi, har bitta ona va bolaga 11 m kvadrat maydon boʻlishi kerak. Xonada ikkita rakovina – bittasi chaqaloqni yuvish uchun, bittasi ayolning shaxsiy gigiyenasi uchun boʻladi.

Chaqaloqda amalga oshiriladigan kundalik parvarishga chaqaloq vazni va haroratini oʻlchash, kindik qoldigʻi va yarasini parvarishlash, teri va shilliq pardalarni parvarish qilib turish kiradi.

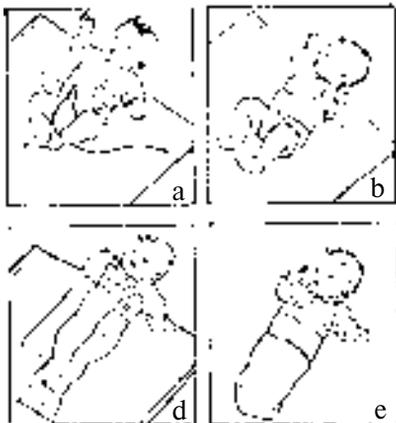
Chaqaloq vaznini doim bir vaqtda, koʻpincha ertalabki birinchi ovqatlantirishdan oldin oʻlchash maqsadga muvofiqdir. Tana harorati esa odatdagiday kuniga 2 marta ertalab va kechqurun oʻlchanadi.

Diqqat!

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

Chaqaloqni yo'rgaklashning ikki usulidan foydalanib kelingan edi.

Birinchi usulda bolaning qo'llari va boshi birga o'rab, ustidan bog'lab qo'yiladi, bu usul ko'pincha bolaning 2–3 kunligida qo'llaniladi. Bu



usulning bir qator kamchiliklari bor, chunonchi, siqib o'rash bolaning nafas olishini qiyinlashtiradi, qon aylanishiga to'sqinliklar paydo bo'lishi mumkin, asosiysi bolaning harakatlari cheklab qo'yiladi. Shularni hisobga olgan holda, hozirgi vaqtda aksariyat tug'uruqxonalarda fiziologik jihatdan qulay bo'lgan ikkinchi usul – keng yo'rgaklash yoki chaqaloqning uyidan maxsus olib kelingan yaktakcha, ko'ylakcha, ishtoncha va qalpoqcha kiygizib qo'yish qo'llanilyapti (13-rasm).

13-rasm. Ko'krak yoshidagi bolani yo'rgaklash: a–e – yo'rgaklash tartibi.

Har safar yo'rgaklash vaqtida bola sinchiklab tekshirib ko'riladi, siygan yoki ich qilgan bo'lsa albatta tagi oqar suvda yuviladi, yumshoq salfetka bilan bosib-bosib quritiladi, yuz-ko'zlari qaynatilgan suv yoki kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan artib tozalanadi va onasiga emizish uchun beriladi.

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

Unutmang!

Kindik qoldig'ining tushishi kechiksa, qandaydir patologik holat haqida gumon qilish lozim.

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

Chaqaloqning onasi bilan birga bo'lishining tadbiiq etilishi, sanitariya-epidemiya qarshi chora-tadbirlarning qat'iy amal qilinishini taqozo etadi.

4.3. Chaqaloqni ovqatlantirish

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

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

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

Chaqaloq birinchi kunlarda ona ko'kragidan 5 ml dan 30–35 ml gacha sut emib oladi (sutkasiga taxminan 15–200 ml). 3–4-kunlardan boshlab emib olayotgan sut miqdori ortib boradi va 8–9-kunlarga kelib 450–500 ml ni tashkil qiladi.

Diqqat!

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:

$S_s = n \times$ 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.

Chaqaloqlarni emizib boqishda onalar quyidagi zarur qoidalarga rioya qilishlari kerak:

1. Emizishdan oldin ona qo‘llarini sovunlab yuvadi, sochlarini ro‘mol bilan yaxshilab berkitadi, dastlabki kunlarda iloji boricha niqob taqib olishi kerak.

2. Ko‘krakni bolaga tutishdan oldin ko‘krak uchlarini toza paxta bilan artib olinadi.

3. Sut bezlarining chiqarish yo‘llarida to‘planib qolgan iflosliklarni chiqarib tashlash uchun emizish oldidan bir necha tomchi sut sog‘ib tashlanadi.

4. Dastlabki 3–4 kunda bola yotgan holda, 4–5 kundan keyin esa, o‘tirgan holda emiziladi (14-rasm).



14-rasm. Bolani emizish: a – karavotda yotib emizish; b – karavotda o‘tirib emizish; d – stulda o‘tirib emizish.

5. Har safar emizishda ko‘krakning bir tomonini tutiladi, ko‘krakning to‘la bo‘shalishiga ahamiyat beriladi. Bola bir ko‘krakka to‘ymagan deb gumon qilinsagina, ikkinchi ko‘krak beriladi, keyingi emizish esa shu ko‘krakdan boshlanishi kerak. Bordiyu, sut ortib qolsa, sog‘ib tashlanishi kerak.

6. Emizib bo‘lingach, ko‘krak qaynagan suv bilan yuviladi va paxta bilan quritiladi. Ko‘krak uchini asrash maqsadida uning ustiga bir bo‘lak doka yopib qo‘yish va ko‘krakni kengroq siynaband bilan bog‘lab olish lozim.

Sut ortiqcha bo‘lganda uni sog‘ib tashlash ko‘krak bezlarining normal faoliyat ko‘rsatishi uchun zarur choralardan biri hisoblanadi.

Buning uchun rezina ballonchali yoki vakuum apparatli sut soʻrgʻichlardan foydalaniladi. Soʻrib olish oldidan sutsoʻrgʻichlar sterillab olinishi kerak. Sutsoʻrgʻichlar boʻlmagan hollarda, sutni qoʻl bilan sogʻib olish ham mumkin. Qoʻl bilan sutni sogʻib olishdan oldin ona qoʻllarini sovunlab yuvishi va quruq qilib artib olishi kerak.

Yodda tuting!

Atrofdagi havo harorati 25° dan yuqori boʻlgan hollardagina bolaga qaynatilgan suv, 5% li glyukoza yoki 5% li glyukoza bilan Ringer eritmalari aralashmasidan kichik teshikli soʻrgʻich bilan emizishlar oraligʻida berib turish kerak. Dastlabki kunlarda beriladigan suyuqlik miqdori bola vaznining har bir kilogrammiga 20–30 ml, keyinchalik 30–50 ml boʻlishi kerak.

4.4. Chaqaloqlardagi oʻtkinchi(tranzitor) yoki fiziologik (chaqaloqlar uchun odatiy) holatlar

Tashqi dunyo sharoitlariga moslashish jarayonida chaqaloqlar organizmida oʻziga xos oʻzgarishlar boʻlib oʻtadi. Ushbu oʻzgarishlar chaqaloqning umumiy ahvoriga hech qanday taʼsir koʻrsatmaydi, lekin koʻrinishidan qandaydir kasalliklarning belgilarini oʻzida namoyon qiladi. Bu oʻzgarish yoki holatlar maʼlum vaqtda boshlanib, maʼlum bir chegaragacha saqlanib turadi va keyinchalik asta-sekin hech qanday asoratsiz yoʻqolib ketadi, hech qanday davo choralari oʻtkazish lozim boʻlmaydi.

Diqqat!

Har qanday oʻtkinchi(fiziologik) holatning belgilangan muddatdan ortiq davom etishi, shu davrda bola ahvolidning oʻzgarib borishi, qandaydir patologik holat yoki kasallikning belgisi sifatida xavotirlik tugʻdirishi kerak.

Chaqaloqlarda quyidagi fiziologik holatlar koʻproq uchrab turadi:

1. Tugʻuruq shishi – chaqaloq qaysi qismi bilan tugʻilsa, shu joyda, qisilish yoki tashqariga surilish natijasida vena qon tomirlarida qon dimlanishidan kelib chiqadi(aksariyat hollarda bu shishlar chaqaloqning boshi, yuzi va dumbalarida boʻladi). Bola hayotining 2–3-kunlariga kelib bu shishlar hech qanday belgilersiz soʻrilib, yoʻqolib ketadi.

2. Chaqaloq terisining sirsimon moy – vernix caseosa bilan qoplangan boʻlishi – kulrang-oq, deyarli sof yogʻ, glikogen, ekstraktiv moddalar, karbonat va sulfat tuzlar, xolesterin va hidli,

uchuvchan kislotalardan iborat bo'lgan moy odatda faqat tabiiy burmalardagina steril o'simlik yog'i bilan salfetskada tozalab olinadi. Qolgan sohalardagi moylar dastlabki 2–3 kun mobaynida tozalanmaydi, chunki u bolani sovqotib qolishdan, terini esa mexanik shikastlanishlardan asraydi. Organizm uchun zarur moddalar esa ma'lum miqdorda suriladi.

Unutmang!

Tug'uruq moyining sariq, sarg'ish-yashil yoki gungurt rangda bo'lishi ona qornidagi patologik jarayonlar (gipoksiya, gemolitik jarayonlar va boshqalar) bo'lib o'tganidan dalolat beradi.

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

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

5. **Fiziologik sariqlik** – 60–70 foiz holatlarda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 2–3-kunlarga kelib paydo bo'la boshlaydi. Badan terisi, og'iz shilliq pardasi va ozroq miqdorda ko'z skleralari sarg'imgir tus oladi. Lekin bolaning ahvoli o'zgarmagan, axlati odatdagi rangda, siydigida o't pigmentlari bo'lmaydi. Ichki a'zolarida normadan siljish hollari kuzatilmaydi. Bola odatdagiday emishda davom etaveradi. Bunga sabab, bola tug'ilishi bilan ko'p miqdordagi eritrotsitlar yemirila boshlaydi va hosil bo'lgan parchalanish moddalari (bilirubin) ni yetilmagan jigar hujayralari qayta ishlab, chiqarib tashlashga ulgurmay qoladi. Natijada bilirubin tanaga tarqalib ketadi va teri rangining sarg'ayishiga olib keladi. Odatda sariqlik 4–6-kunlarga kelib maksimal nuqtaga chiqadi va keyinchalik pasaya borib 7–10-kunlarda, gohida 12-kunga kelib yo'qolib ketadi.

Yodda tuting!

Sariqlik juda barvaqt paydo bo'lib, tez fursatlarda quyushlab borsam va uzoqroq davom etadigan tus olsa, bolaning ahvolidan o'zgarishlar sezila boshlasa, xavotirlik boshlanishi va uning fiziologik ekanligiga shubha tug'ilishi kerak.

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

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

8. Vazning fiziologik tushishi – yangi tug’ilgan chaqaloqlarning hammasida kuzatiladi va tug’ilgandagi og’irligining 3–10% ni tashkil qiladi. Vazning eng ko’p tushishi bola hayotining 3–4-kuniga to’g’ri keladi. Aksariyat chaqaloqlar dastlabki vaznini hayotining 10-kunlarida, ba’zilari esa kechi bilan 15 kunda qayta tiklaydi. Vazning fiziologik tushishiga sabab, bolaning dastlabki kunlarda ovqatga yolchimasligi, teri va o’pka orqali suv chiqib ketishi, birinchi marta siyish va ich qilish bilan suv yo’qotish, ichiladigan va chiqariladigan suyuqlik miqdorining bir-biriga mos kelmasligi, qog’onoq suvlar yutilgan bo’lsa qayt qilish bilan chiqarib yuborilishi va kindik qoldig’ining qurishidan namini yo’qotishi kabilar hisoblanadi.

Diqqat!

Tana vaznining 10% dan ko’proq tushib ketishi qanday bo’lmasin biror kasallikning dastlabki belgilaridan biri bo’lishi mumkin. Bunday hollarda albatta uning sabablarini aniqlash va tegishli chora-tadbirlar ko’rish lozim.

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

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

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

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

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

4.5. Chaqaloqda o‘tkaziladigan emlashlar

Yangi emlash yilnomasi bo‘yicha (SanKvaM) chaqaloq tug‘ilganidan so‘ng dastlabki sutka davomida (hech qanday moneliklar bo‘lmagan hollarda) virusli gepatit B ga qarshi, 2–5-kunlar oralig‘ida esa silga qarshi БЦЖ vaksinasi bilan emlanadi.

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

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

Diqqat!

Vaksina yuborilgandan keyin 4–6 hafta o‘tgach, emlash o‘tkazilgan joyda 5–6 mm keladigan infiltrat – emlash reaksiyasi paydo bo‘ladi, bu infiltrat esa 3–4 oy davomida qaytib ketib o‘rnida chandiqlik qoladi, infiltrat paydo bo‘lgan kuni bolani tegara pediatriga ko‘rsatish lozimligini tushuntirib qo‘yish kerak.

4.6. Chaqaloqlarga javob berish

Oy-kuni yetib tug‘ilgan bolalarga o‘rnatilgan tartibga ko‘ra 6–7 kunlik bo‘lganda uylariga javob beriladi. Bunda asosiy e‘tibor ona va bolaning umumiy ahvoli va kindik qoldig‘ining tushganligiga qaratiladi. Bolalar blokining hamshirasi uylariga ruxsat berilgan onalarni alohida xonaga to‘playdi va bolalarning keyingi parvarishi, ovqatlantirilishi, kasalliklardan asrash yo‘l-yo‘riqlari, davom etayotgan fiziologik holatlarning keyingi xususiyatlari va boshqalar haqida batafsil maslahatlar beradi.

Har bir chaqaloq alohida-alohida, maxsus javob berishga moslashtirilgan xonalardagi yo‘rgaklash stolida onasiga yechintirib ko‘rsatiladi, birinchi marta ona bo‘lganlarga yo‘rgaklash malakalari yana bir bor o‘rgatiladi va uylaridan olib kelingan oqliklarga yo‘rgaklab, chaqaloqning rivojlanish tarixiga ona bolasini qabul qilib olganligi haqida imzo qo‘yib tasdiqlagach, javob beriladi.

4.7. Chaqaloqlarni uy sharoitida parvarish qilish

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

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

Bola yonlari to‘r yoki maxsus panjara bilan himoya qilingan alohida karavotchada yotishi kerak. Bolaning oqliklarini alohida saqlash, doim ozoda bo‘lishini ta‘minlash va ularni tez-tez yuvib (kattalarnikidan alohida ajratilgan holda) dazmollab turish lozim.

Chaqaloq bola har kuni qaynatib 37° C gacha ilitilgan suv bilan 22° C dan past bo‘lmagan haroratli xonada cho‘miltiriladi. Cho‘miltirishning eng maqbul vaqti kechqurun, oxirgi emizish oldi hisoblanadi.

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

Diqqat!

Chaqaloqni uy sharoitida parvarish qilish uchun quyidagi narsalar bo'lishini ta'minlang:

- steril salftkalar, bintlar, paxtani saqlash uchun og'zi keng va berkitiladigan banka;
- vannachadagi suv haroratini o'lchash uchun termometr;
- steril o'simlik moyi solingan shisha;
- toza bankada klizma uchun ishlatiladigan rezina balloncha;
- bolani cho'miltirish uchun alohida tog'ora yoki vannacha;
- bola tagini yuvish uchun ishlatiladigan tog'ora;
- qaychi va boshqalar.

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

Chaqaloqning parvarishi bilan mashg'ul bo'ladigan kishilarning hammasi shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishlari shart.

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

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

4.8. Chala tug'ilgan chaqaloq, sabablari, belgilari, parvarish qilish xususiyatlari

«Chaqaloq (homila)nig tirik va oy-kuni (yetilib) tug'ilganligini aniqlash mezonlari to'g'risidagi» ko'rsatmaga binoan 38–40 haftalik, 9 kalendar va 10 akusherlik oylariga teng bo'lgan homiladorlik muddatini o'tamasdan turib, vazni 2500 grammdan past va bo'y uzunligi 45 *sm* ga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar chala tug'ilgan deb e'tirof etiladi. Chalalikning pastki chegarasi qilib vaznning 1000 gramm va bo'yning 35 *sm* bo'lishi belgilangan. Belgilangan chegaradan past o'lchovlarda tug'ilganlar yetilmagan homila deb yuritiladi va ular bordiyu yashab qolib uylariga chiqariladigan bo'lsa, ularga chala tug'ilganlik haqida ma'lumotnoma beriladi, xolos.

Vazn va bolaning bo'yi haqidagi ma'lumotlardan tashqari, chala tug'ilgan bolalarning quyidagi obyektiv(tashqi) belgilarini ham hisobga olish kerak.

Diqqat!

Chalalikning darajalari quyidagilarga qarab aniqlanadi:

1. Tug‘ilgandagi vazniga qarab:

- I daraja – 2005 dan 2001 grammgacha,
- II daraja – 2000 dan 1501 grammgacha,
- III daraja – 1500 dan 1001 grammgacha,
- IV daraja – 1000 grammdan ham kam.

2. Homiladorlikning muddatiga qarab:

- I daraja – 37–35 haftalik,
- II daraja – 34–32 haftalik,
- III daraja – 31–29 haftalik,
- IV daraja – 29 haftalikdan ham kam.

Chala tug‘ilgan chaqaloqlarning teriosti yog‘ qatlami sust rivojlangan, teri turgori va elastikligi past (shuning uchun serajin), badani, qo‘l-oyoqlari va asosan yuzlarini bir talay tuk qoplagan bo‘ladi. Chala tug‘ilgan bolalarda kalla suyaklari ko‘pincha bir-biriga kirgan, kichik liqildoq aksariyat bolalarda ochiq bo‘ladi. Quloq tog‘aylari yumshoq, boshga yopishib turadigan, kalla o‘lchamlari ko‘krak qafasinikidan anchagina katta bo‘ladi.

Chaqaloqning tirnoqlari barmoqlari uchigacha o‘sib yetmagan, qiz bolalarda katta uyatli lablar jinsiy yoriq va klitorni berkitmagan, o‘g‘il bolalarda esa moyaklar yorg‘oqqa tushib ulgurmaganligi aniqlanadi. Kindik halqasi xanjarsimon o‘simta bilan qov birlashmasinig o‘rtasidan o‘tgan chiziqdan pastda joylashgan bo‘ladi.

Yodda tuting!

Bola qanchalik chala bo‘lsa, kindik halqasi aytib o‘tilgan chiziqdan shuncha pastda joylashgan bo‘ladi.

Bulardan tashqari, chala tug‘ilgan bolalarning fiziologik (organ va tizimlarning hali yetilmaganligidan kelib chiqadigan) xususiyatlari ham mavjud. Chunonchi, markaziy asab tizimining yetarli rivojlanib ulgurmaganidan turli hayotiy zarur markazlar faoliyatining yetishmovchiligiga aloqador kamchiliklar – termoregulyatsiya jarayonlarining bir-biriga mos kelmasligi (tez sovqotish va issiqlab ketish), nafas aktining nomukammalligi (apnoe, aritmik nafas, asfiksiya), meteorizmga moyillik, shartsiz reflekslar – emish va yutish, yo‘talishning sust ifodalanganligi ham aniqlanadi.

Chala tug‘ilgan chaqaloqlarning asosiy belgilaridan biri – chaqaloqning tug‘ilganda past ovozda yig‘lashi, ba‘zi hollarda esa umuman ovozining chiqmasdan qolishida ham ko‘riladi.

Yuqorida sanab o'tilgan belgilar chaqaloq qanchalik yuqori darajadagi chalalik bilan tug'ilgan bo'lsa, shuncha yaqqolroq ifodalangan bo'ladi.

Qanday sabablar chaqaloqlarning chala tug'ilishiga sabab bo'ladi? Chala tug'ilish sabablari juda ham ko'p va xilma-xil bo'lib, hozirgi kunda olib borilayotgan profilaktik chora-tadbirlar natijasida ularni birmuncha bo'lsa ham bartaraf etishga erishilmoqda.

Chala tug'ilishga olib keluvchi sabablar quyidagilardan iborat:

1. Homilador ayolning o'tkir va surunkali infeksiyon kasalliklar (ayniqsa gripp, respirator kasalliklar, dizenteriya, tif, virusli gepatit, sil va boshqalar) bilan og'rib qolishi;

2. Homilaning egizak bo'lishi, jinsiy sferadagi kasalliklar;

3. Homiladorlik toksikozlari, buyrak, ichki sekretiya bezlari kasalliklari, yurakning organik kasalliklari;

4. Ona qornidagi bola va placentaning turli anomaliyalari (nuqsonlari);

5. Jismoniy va ruhiy zarba yoki jarohatlar, zararli korxonalarda ishni davom ettirish, homiladorlik davrida spirtli ichimliklar va narkotiklar iste'mol qilish, chekish;

6. Ona bo'lish vaqtiga yetmasdan turib homilador bo'lish, homiladorliklar oralig'iga rioya qilmaslik (kamida 3 yil), 35 yoshdan keyingi homiladorliklar;

7. Homiladorlikning erta yakunlanib qolishiga noto'g'ri ovqatlanish (sifatiy kamchiliklar va vitaminlar hamda hayotiy zarur mikroelementlarning yetarli bo'lmasligi) ham sabab bo'lib qolishi mumkin.

Unutmang!

Sanab o'tilgan sabablar homilador ayolga alohida-alohida emas, balki bir nechtasi bir vaqtning o'zida ta'sir qilishi bilan xarakterlidir.

Yuqorida sanab o'tilgan, chala tug'ilgan chaqaloqlarning o'ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqib, ularni o'ta mas'uliyat va sabr-qanoat bilan parvarish qilish talab etiladi.

Hozirgi vaqtda chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilishga tayyorgarlik ishlari ayollar konsultatsiyasidayoq boshlanmoqda. Yuqoridagi sabablar ta'siriga uchragan ayollar tug'uruqqa tayyorlash bo'limlariga jalb etilib, iloji boricha homiladorlikni davom ettirish choralari ko'rilmoqda.

Bordiyu tug'uruq jarayoni boshlanadigan bo'lsa, tug'uruq vaqtida kelib chiqishi mumkin bo'lgan asfiksiyaning oldini olish va tug'uruq vaqtida xona haroratining 22–24° C bo'lishini ta'minlash ishlari amalga

oshiriladi. Tugʻuruq vaqtida qoʻllaniladigan barcha oqliklar va asboblar isitilgan boʻlishi kerak. Chala tugʻilgan chaqaloqda, tezlik bilan faqat onadan ajratish va oftalmoblenoreyaning profilaktikasi amalga oshiriladi, xolos. Qolgan barcha muolajalar isitiladigan stolda bajariladi. Bola 2000 grammdan past tugʻilgan hollarda antropometrik oʻlchovlarni oʻtkazish keyinga qoldirilishi mumkin.

Chala tugʻilgan chaqaloqlarni parvarish qilishda quyidagi shartlarni inobatga olish kerak:

1. Xonaning harorat rejimining doimiy boʻlishini taʼminlash;
2. Issiq suv bilan uzluksiz taʼminlanish;
3. Sanitariya-gigiyenik talablarning yuqori saviyada boʻlishi;
4. Yaxshi yoritilganlik;
5. Bolaga kerakli narsalar va asbob-uskunalarining yetarli miqdorda boʻlishini taʼminlash.

Chala tugʻilgan chaqaloqning tana haroratini doimiy saqlab turish uchun rezina isitgich(grelka)lar, isitib qoʻyilgan oqliklar, issiq kar-kaslar, isituvchi yoʻrgaklash stollari, elektrlashtirilgan grelka-karavotlar va kuvezlardan foydalaniladi (chaqaloqni isitish koʻnikmalari darslikning amaliy qismida bayon qilingan).

Chala tugʻilgan chaqaloqlarni isitish muolajalari – bola 1500 grammdan past tugʻilgan boʻlsa 5–6 hafta, 1500–2000 gramm tugʻilganda 2–3 haftagacha davom ettiriladi.

Chala tugʻilgan chaqaloqlarda asfiksiya holatining oldini olish maqsadida boshini balandroq qilib yotqizish va ovqatlantirish, choʻmil-tirishdan oldin va keyin dastlabki 2–3 hafta davomida 10–15 soniyadan kislorod berib turish tavsiya etiladi. Bordiyu asfiksiya boshlanib qolgudek boʻlsa, bolaga namlangan kislorod beriladi, 5 yoki 10% li glyukoza eritmasidan (zaruratga qarab 10% li kalsiy glyukonat eritmasidan qoʻshib) venaga yuboriladi. Shifokor nazorati ostida simptomatik davo choralari olib boriladi.

Chala tugʻilgan chaqaloqlarning kindik qoldigʻi va yarasini parvarish qilishda juda ham ehtiyot boʻlish lozim. Ularda kindik qoldigʻi sogʻlom tugʻilgan chaqaloqlarga qaraganda kechroq (2-haftada) tushadi. Bola vazni qanchalik past tugʻilgan, kindigi shuncha kech tushishi kuzatiladi.

Yodda tuting!

Chala tugʻilgan chaqaloqlarni infeksiya tushib qolishidan saqlash kerak. Shuning uchun chaqaloqqa qarovchilar sogʻlom va ishlatiladigan barcha parvarish buyumlari va oqliklar yaxshilab yuvilgan, dazmollangan va sterillangan boʻlishi lozim. Barcha muolajalar aseptika va antiseptika qoidalari asosida bajarilishi shart.

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

Chala tug'ilgan bolalarning vazni kuniga 2–3 marta, ba'zida bundan ham bot-botroq tortib turiladi. Ular kamida bir oylik bo'lib, vaznlari 2000 grammga yetgach, sayrga olib chiqiladi. Kuniga 2 marta oz-ozdan sayr qildiriladi.

Diqqat!

Chala tug'ilgan bolalarning uylariga javob berilishida quyidagi mezonlarga e'tibor berish lozim:

1. Sog'lomligi;
2. Vaznining oldingi holatiga qaytganligi;
3. Tana haroratining birmuncha turg'un saqlanadigan bo'lishi;
4. Vaznning ortib borishga yo'nalganligi;
5. Ehtiyojiga tegishli bo'lgan sutning hech bo'lmaganda yarmini onasining ko'krigidan ema olishi;
6. Kiritilgan qo'shimcha ovqatlarni o'zlashtira olishi.

Yuqoridagi mezonlar bajarilgan taqdirda ham sog'lom va tug'ilgan vaqtida vazni 2000 g dan 2500 g gacha bo'lgan chaqaloqlar 7 kunlik bo'lganida, tana vazni 1501 g dan 2000 g gacha tug'ilgan chaqaloqlar esa 7–10 kunlik bo'lganlarida chala tug'ilgan bolalarni parvarish qilishga moslashgan ikkinchi bosqich bo'limlariga o'tkaziladi va bunday bolalar uy sharoitida yashash uchun tayyor holatga kelganlaridan keyingina tegara shifokori va hamshirasi nazorati ostida uylariga javob beriladi.

4.9. Chala tug'ilgan chaqaloqni ovqatlantirish

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

Bordiyu chaqaloqda emish refleksi past, lekin yutish refleksi yaxshi ifodalangan bo'lsa, bolani qoshiqchada yoki tomizg'ichda ovqatlantiriladi. Hozirgi vaqtda tomizg'ichdan ovqatlantirish deyarli qo'llanilmaydi.

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

Chaqaloqni sutka davomida necha marta ovqatlantirish uning chahalik darajasiga va funksional jihatdan yetukligiga bog'liq. Aksariyat hollarda 7–8 marta ovqatlantirishni ma'qul deb hisoblanadi. Agar bola juda chala va biron xil kasallikka uchragan bo'lsa, ovqatlantirish sonlarini 10 martagacha ko'paytirish mumkin.

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

$$Cc = n + \text{bola vaznining har 100 grammiga } 10 \text{ ml.}$$

Bu yerda n – bolaning hayot kunlarini bildiradi.

Masalan: Vazni 2100 *gr* bo'lgan 3 kunlik bola bir kecha-kunduzda $(3+10) \times 21 = 273 \text{ ml}$ sut olishi kerak. Agar bola 7 marta ovqatlantirilsa, har safar taxminan 40 *ml* sut olib turishi kerak bo'ladi.

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

Yodda tuting!

O'ta chala tug'ilgan chaqaloqlarga kerakli ovqat miqdori avvaliga haqiqiy vazniga qarab, keyinchalik esa taxminan bo'lishi lozim bo'lgan vazniga qarab hisoblanishi kerak. Taxminan bo'lishi lozim bo'lgan vazn bolaning haqiqiy vazniga 20% qo'shish bilan aniqlanadi: Masalan, bolaning vazni 2100 *gr* bo'lsa, bo'lishi kerak bo'lgan vazni $2100+420=2520 \text{ g}$. Shartli ravishda 1500 grammgacha tug'ilgan bolaga hayotining birinchi oyida ovqatni haqiqiy vazniga, bir oydan keyin esa taxminiy bo'lishi lozim vazniga qarab, 1500–2000 *gramm* tug'ilgan bolalar uchun 2 haftaligigacha haqiqiy vazniga, keyin taxminiy bo'lishi lozim vazniga qarab, 2000 *gramm* dan ortiq tug'ilgan bolalar uchun esa tug'ilganidan boshlaboq taxminiy bo'lishi lozim vazniga qarab hisoblanadi.

Chala tugʻilgan chaqaloqlar sutka davomida oʻzlariga kerakli suyuqliklarni ham yetarli miqdorda olib turishlari kerak. Hayotining birinchi sutkasida tana vaznining har bir kilogrammiga 20–40 ml hisobida, keyinchalik, 4–7 kunlarga kelib sutkasiga 100–160 ml/kg, 2-hafta oxirlariga kelib 150–200 ml/kg hisobida suyuqlik isteʼmol qiladi. Bola ichadigan sut ham shu suyuqlik hisobiga qoʻshiladi. Bolaga 5% li glyukoza bilan izotonik natriy xlorid eritmasi aralashmasi yoki qaynatilgan suv berish mumkin.

Chala tugʻilgan chaqaloqlarga vitaminlar va mineral moddalar ham vaqtda kiritilishi lozim. Shuning uchun bolaning bir oyligidan boshlab meva sharbatlari, 2–3 oyligidan esa meva va sabzavot pyurelari berib turish maqsadga muvofiq. Bolaga 4 oyligidan boshlab tuxum sarigʻi ham bersa boʻladi.

Chala tugʻilgan bolalarga qoʻshimcha ovqatlar sogʻlom tugʻilgan bolalarga beriladigan muddatlarda kiritiladi.

Unutmang!

Chala tugʻilgan chaqaloq iloji boricha onasining suti bilan boqilishi kerak, chunki qoʻshimcha kiritiladigan har qanday sunʼiy sut mahsuloti hazm tizimining bolada yetarli rivojlanmaganligi natijasida toʻliq parchalanmaydi va soʻrilmaydi.

4.10. Chala tugʻilgan chaqaloqlarda fiziologik holatlarning kechish xususiyatlari

Chala tugʻilgan chaqaloqlarda ayrim fiziologik holatlar bola organizmining hali toʻla yetilib ulgurmaganligi bois oʻziga xos tarzda oʻtadi. Chunonchi, fiziologik sariqlik ularda uzoqroq choʻzilishi, kuchliroq ifodalanishi mumkin, chala tugʻilgan bolalarda vaznning fiziologik kamayishi birmuncha koʻproq boʻladi va ogʻirlikning asliga qaytishi odatda sekinroq boradi, buyraklar urat infarkti esa bu chaqaloqlarda kamdan-kam hollarda kuzatiladi va nisbatan tezroq barham topadi.

Fiziologik holatlardan chaqaloqlar eritemasi, fiziologik mastit, kataral vulvovaginit kabilar bolaning erta tugʻilib qolganligi sababli kamroq paydo boʻladi, meqoniy ham bunday chaqaloqlarda oz miqdorda va unchalik odatiy koʻrinishga ega boʻlmaydi.

4.11. Chala tugʻilgan chaqaloqning keyingi rivojlanishi

Chala tugʻilgan chaqaloqni muntazam kuzatib borish va vaznini tortib koʻrib tegishli tahlil qilib turish, uni parvarish qilish va boqish ishlaridagi kamchiliklarni erta bilib olishga yordam beradi, shu bilan

birga, turli kasalliklarni boshlanish davridayoq aniqlab olishga imkon yaratadi. Shuning uchun chala tugʻilgan chaqaloqlar birinchi oyda 5–7 kunda bir marta, ikkinchi oyda va keyingi oylarda oyiga ikki marta tortib, tahlil qilib turiladi.

Bunday bolalarda anemiyani erta aniqlash maqsadida hayotining birinchi yilida har oyda bir marta qonning umumiy tahlili oʻtkazib turiladi.

Chala tugʻilgan chaqaloqlar ayniqsa raxitga moyil boʻladilar. Raxitning dastlabki belgilari bunday bolalarda hayotining birinchi oyi oxirida yoki ikkinchi oyning boshlarida maʼlum boʻla boshlaydi. Agar bolada raxit borligi aniqlansa, toʻgʻri rejimda boqilayotganligi va yaxshi parvarish qilinayotganligidan qatʼi nazar, davolash oʻtkaziladi. Bolaga 1–1,5 oy davomida kuniga 10000–15000 XB miqdorida vitamin D berib boriladi. Yoz kunlarida boʻlsa tegishli ehtiyotkorlik choralariga amal qilgan holda quyosh vannalari oʻtkaziladi. Kasallik belgilari yoʻqolib ketgach, davo muolajalari toʻxtatiladi va profilaktik tadbirlar olib boriladi.

Chala tugʻilgan bolalarda tishlari kechroq chiqadi. Maʼlumotlarga qaraganda, tana vazni tugʻilganda 2000–2500 grammgacha boʻlgan bolalarda tishlar 7–9 oylikda, tana vazni 1000 dan 1500 grammgacha boʻlgan bolalarda esa tishlar 10–11 oyligida chiqa boshlaydi.

Chala tugʻilgan bolalarda psixomotor rivojlanish ham anchagina kech boradi. Sogʻlom tugʻilgan chaqaloqlarga qaraganda 1500 grammdan past vaznda tugʻilgan bolaning psixomotor koʻnikmalari 1–2 yoshligida odatda 2–3 oyga, tana vazni 1501–2000 grammgacha tugʻilgan bolalarda esa 1–2 oyga kech paydo boʻladi. Tugʻilganida 2001 grammdan 2500 grammgacha boʻlgan bolalar bir yoshga toʻlganlarida psixomotor rivojlanish boʻyicha sogʻlom tugʻilgan tengqurlari bilan tenglashib oladilar.

5. BOLALARNI OVQATLANTIRISH

Bolalarning toʻgʻri va sogʻlom unib-oʻsishiga taʼsir koʻrsatuvchi omillar ichida ovqatlanish nihoyatda muhim oʻrin tutadi. Bola ovqatlanishini toʻgʻri tashkil qilish bolaning jismoniy, ruhiy rivojlanishini, yuqumli kasalliklarga va atrof-muhitning noqulay taʼsirlariga qarshilik koʻrsatish qobiliyatining shakllanishini taʼminlab beradi.

5.1. Bolalarni ovqatlantirish turlari

Emizikli yoshdagi bolalarni ovqatlantirishning uch turi farq qilinadi:

1. Tabiiy, koʻkrak suti bilan ovqatlantirish.
2. Aralash, koʻkrak suti bilan birga qoʻshimcha sut bilan ovqatlantirish.
3. Sunʼiy, sutli aralashmalar bilan ovqatlantirish.

5.2. Tabiiy ovqatlantirish, afzalliklari, ona sutining xususiyatlari

Tabiiy ovqatlantirish deb bolani hayotining birinchi yarim yilligigacha faqat ona suti bilan, undan keyin ona suti va qo'shimcha ovqatlar bilan birga boqishga aytiladi.

Yangi tug'ilgan bolaning ovqatlanishi uchun tabiat yaratgan yagona mahsulot, eng yaxshi ovqat — bu ona suti hisoblanadi. Ona sutining quyidagi afzalliklari mavjud:

1. Ona sutida bola uchun zarur oziq moddalarning hammasi zo'ra berib o'sayotgan organizmning barcha ehtiyojlarini hammadan ko'ra to'la qondiradigan miqdorda bo'ladi.

2. Ona sutidagi oqsillar, yog'lar va uglevodlar hazm qilish va singish uchun o'ta qulay nisbatda (1: 3: 6) bo'ladi.

3. Ona sutidagi oqsillar mayda disperslangan fraksiyalar laktoalbumin, laktoglobulin va immunoglobulindan iborat bo'ladi.

4. Ona sutidagi sut qandi beta-laktozadan iborat bo'lib, bola ichagida atsifofil mikrofloraning vujudga kelishiga qulaylik yaratadi.

5. Ona sutida to'yinmagan yog' kislotalari birmuncha ko'proq bo'ladi.

6. Ona suti bilan bola organizmiga immun omillar o'tadi.

7. Ona suti bola organizmiga steril holda o'tadi.

8. Ona suti bola organizmiga me'yordagi haroratda o'tadi.

9. Ona suti tarkibidagi vitaminlar va mikroelementlar kam miqdorda bo'lgan taqdirda ham hazm tizimidagi fermentlarning faqat ona sutigagina moslashganligidan to'liq so'rilish xususiyatiga ega.

Xulosa qilib aytish mumkinki, hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalar uchun ona suti hech narsa bilan almashtirib bo'lmaydigan bebaho ovqat mahsulotidir.

Lekin bolani emizib boqishga monelik qiladigan turli xil sabablar va ayrim qiyinchiliklar bolani ona suti bilan boqilishiga vaqtincha yoki batamom to'sqinlik qilishi mumkin. Quyida ana shu sabablar va qiyinchiliklar haqida to'xtalib o'tamiz.

Ko'krak suti bilan boqishga monelik qiladigan sabablarning mutloq va nisbiy turlari farqlanadi.

1. Mutloq monelik qiladigan sabablarga quyidagilar kiradi:

a) Bola tomonidan bo'ladigan sabablar:

- markaziy asab tizimining og'ir kasalliklari;
- gemolitik kasallik (hayotining dastlabki 7—10 kunida);
- og'ir darajadagi chalalik (so'rish va yutish reflekslarining yo'qligi);
- respirator kasalliklarning og'ir turlari;
- boshqa kasalliklar.

b) Ona tomonidan bo'ladigan sabablar:

- buyrak kasalliklarining buyrak yetishmovchiligi bilan kechishi hollari;
- tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlarining yurak-tomir yetishmovchiligi bilan kechishi, og'ir kechayotgan endo- va miokarditlar;
- qon va qon yaratish tizimi kasalliklarining og'ir formalari;
- diffuz-toksik buqoqning og'ir darajali formalari;
- xavfli o'smalar;
- o'tkir ruhiy kasalliklar.

2. Nisbiy monelik qiladigan sabablar ko'proq ona tomonidan bo'ladi va ularga quyidagilar kiradi:

- silning faol turlari (BK+);
- zaxm kasalligi;
- toshmali va qaytalama tiflar;
- qorin tifi va paratiflar;
- qizamiq va suvchechak;
- kuydirgi va qoqshol;
- angina, gripp, zotiljam.

Ko'krak suti bilan boqishga ona tomonidan bo'ladigan qiyinchiliklarga yana ko'krak uchlarining noto'g'ri shaklda bo'lishi, ko'krakning qattiqligi, ko'krak uchlarining yorilishlari, mastitlar, galaktoreya misol bo'ladi (15-rasm).



15-rasm. Ko'krak uchlari (so'rg'ich)ning shakllari a, b – normadagi so'rg'ich, d, e – yassi so'rg'ich.

Ko'krak suti bilan boqishga bola tomonidan ham ma'lum qiyinchiliklar va to'sqinliklar bo'lishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i va burundagi tug'ma nuqsonlar va kamchiliklar (ustki lab yoki qattiq tanglayning bitmay qolishi (16-rasm), prognatizm, tug'ma tishlar borligi va boshqalar) hamda og'iz va burun bo'shlig'ining yallig'lanish kasalliklari (og'iz oqarishi, stomatitlar, o'tkir rinofaringit va boshqalar) shular jumlasiga kiradi.



16-rasm. Yuqori labning bitmay qolishi.

Har qanday holatda ham bolani qanday boqishni mutaxassis shifokor tanlaydi va tegishli maslahatlar berib turadi.

Laktatsiyaning turli davrlarida ona sutining miqdori va tarkibi turlicha bo'ladi. Chunonchi, ona ko'krigidan dastlabki 2–3 kun mobaynida og'iz suti, 4–5 kunlardan birinchi haftaning 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 quyuuq suyuqlik hisoblanadi. Og'iz sutining tarkibida oqsillar deyarli 4 baravar, tuzlar esa 2 baravar, vitamin A va korotin, vitamin B, C, B, E, fermentlar, himoyalovchi immun omillar ko'proq bo'ladi. Og'iz suti ko'p kaloriya (100–150 *kcal*) beradigan, oson singiydigan va o'zgartmagan holda ichak orqali surilib o'ta oladigan xususiyatga ega. Kimyoviy tarkibi jihatidan bolaning to'qimalariga juda yaqin turadi.

Bolani ko'krak berib ovqatlantirish qoidalari haqida darslikning «Chaqaloqlarni ovqatlantirish» mavzusida bayon etilgan edi. Ko'krak bilan ovqatlantirishda keyinchalik ham ana shu qoidalarga amal qilish lozim.

Hozirgi kunda bolalar erkin tartibda boqiladi, ya'ni bola xohlagan vaqtida onasini emishi mumkin. Lekin bolani ovqatlantirishda erkinlikni suiiste'mol qilmaslik lozim va hadeb bolaga ko'krak tutaverish yaramaydi. Bola o'ziga tegishli sutni emib olganligiga ishonch hosil qilinsa, albatta kam deganda 3–3,5 soat oraliqni saqlashga harakat qilish kerak.

Bolaning qanchalik to'yib emganini, emizishdan oldin va keyin uni tortib ko'rishdan tashqari, bir safar emizish bilan ikkinchi safar emizish o'rtasidagi vaqtlarda bola o'zini qanday tutishiga, og'irligining o'sib borishiga, ichining qanaqaligi va nechog'li tez-tez kelib turishiga, necha marta siyishiga, shuningdek, umumiy ko'rinishiga qarab ham bilib olish mumkin.

Bolaga kerakli bir martalik va sutkalik sut miqdorini aniqlash, chaqaloqlar uchun tegishli mavzuda, keyinchalik aniqlash esa darslikning amaliy qismida keltirilgan.

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).

Diqqat!

Sharbatlarni ovqatdan keyin berish maqsadga muvofiq, chunki ularda anchagina qand bo'ladi va ovqatdan oldin iste'mol qilish bola ishtahasining pasayishiga olib keladi.

Bolalar 4 oylik bo'lganlaridan keyin ona sutiga miqdor jihatidan to'yishsa ham sifat jihatidan to'ymaydilar. Chunki ana shu vaqtga kelib bolaning harakat ko'lamini kengayadi, uyg'oqlik davri ko'payadi, organizmning oziq moddalarga bo'lgan ehtiyoji ortadi, tuzlar (jumladan, temir, kalsiy, fosfor va boshqalar) kamayib qoladi, hujayralar ichida fermentlarning normal ko'payib borishi buziladi va ovqat hazmi reflektor fazasining yanada murakkablashishiga zarurat tug'iladi.

Ana shu maqsadda bolalarga qo'shimcha ovqatlar kiritishga to'g'ri keladi. Qo'shimcha ovqat organizmning asosiy oziq moddalar va murakkab uglevodlarga bo'lgan ehtiyojini qondiradi, me'da-ichak yo'lining to'g'ri ishlab turishi uchun zarur bo'lgan ballast moddalarni kletchatka ko'rinishida organizmga kiritib turilishini ta'minlaydi. Shuningdek, qo'shimcha ovqat berib borish bolani yangi ovqat turlariga o'rgatadi va uni ko'krakdan osonroq ajratishga asta-sekin tayyorlab boradi.

Qo'shimcha ovqatlarni kiritish muddatlari va qoidalari haqida keyingi mavzularda ma'lumot berilgan.

5.3. Aralash ovqatlantirish, sabablari va qoidalari

Aralash ovqatlantirish deb, qandaydir sabablarga ko'ra bola onasidan o'ziga tegishli sutni ololmasligidan, o'rnini boshqa sun'iy sut mahsuloti yoki sut aralashmalari bilan to'ldirilgan holda ovqatlantirishga aytiladi. Bunda ona suti umumiy ovqat hajmining 3/5 qismini tashkil qiladi.

Aralash ovqatlantirishga bola hayotining birinchi kunlaridanoq yoki keyinchalik ma'lum sabablarga ko'ra o'tilishi mumkin.

Aralash ovqatlantirishga o'tish sabablari uchta asosiy guruhga birlashtiriladi:

1. Onaga aloqador sabablar – birlamchi va ikkilamchi gipogalaktiya (sut ishlab chiqarilishining kamayishi), ona sutining sifatli kamchiliklari, onadagi biror kasallikning qo'zib qolishidan bolani ona ko'kragiga tutishni kamaytirish zarurati tug'ilgan holatlar.

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

3. Ijtimoiy va maishiy sabablar — ona ish joyining uzoqda joylashganligi, bolaning go‘daklar uylarida tarbiyalanishi va boshqalar.

Aralash usulda bolani ovqatlantirishda qo‘llaniladigan asosiy mahsulot sigir suti hisoblanadi. Hozirgi vaqtda oziq-ovqat sanoati tomonidan turli xildagi tarkibi ona sutiga yaqinlashtirilgan sun‘iy sut mahsulotlari («Nestle», «Bolajon», «Pahlavon», «Kichkintoy», «Malish» va boshqalar) ishlab chiqarilmoqdaki, ularni tayyorlash nihoyatda oson, onadan unchalik ko‘p vaqt talab qilmaydi va eng muhimi, turli xil vitaminlar va mikroelementlar bilan boyitilgan bo‘ladi.

Yuqoridagi sabablarga ko‘ra, bolani qo‘shimcha sut bilan boqishga zarurat tug‘ilsa, ona quyidagi qoidalarga qat‘iy amal qilishi kerak:

1. Qo‘shimcha sut imkoniyat boricha har safar yangi tayyorlanishi kerak.

2. Qo‘shimcha sut albatta bola ona ko‘krigidan bor sutni emib bo‘lganidan so‘ng berilishi kerak.

3. Qo‘shimcha sut qoshiqchada yoki so‘rg‘ichda berilishi, bordiyu so‘rg‘ichda berilsa, so‘rg‘ich kaltaroq, elastik, teshigi kichikroq bo‘lishini ta‘minlash lozim.

4. Qo‘shimcha sutni hech qachon shirinroq qilishga urinmaslik kerak.

Unutmang!

Bola tug‘ilgan kundan boshlab ovqatlar ta‘mini yaxshi ajratadi, shuning uchun shirin sut berib qo‘yilsa bola qaytib ona ko‘krigini emmay qo‘yadi.

5. Qo‘shimcha sut ortib qolgan taqdirda faqat sovutgichda saqlanishi va berishdan oldin tana haroratigacha isitib olinishi shart.

Yuqoridagi qoidalarga amal qilinsa, bola iloji boricha ona ko‘krigidan ko‘proq sut emib olishga harakat qiladi va borib-borib onada sut ajralishining oshishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Aralash ovqatlantirishda ham bolaga 3,5 — 4 oyligidan boshlab qo‘shimcha ovqatlar kiritiladi.

5.4. Sun‘iy ovqatlantirish, o‘tishga sabablar, qoidalari

Sun‘iy ovqatlantirish deb, bolani tug‘ilganidan boshlab yoki keyinchalik faqat sut aralashmalari yoki sun‘iy sut mahsulotlari bilan boqishga aytiladi. Ona suti umumiy ovqat hajmining 1/5 qismini tashkil qilishi ham sun‘iy ovqatlantirishga o‘tilganligidan dalolat beradi.

Bolani sun'iy ovqatlantirishga o'tkazish sabablari onaning og'ir kasalliklarga chalinib qolishi yoki onada sutning batamom yo'qligi(yo'qolib qolishi) bo'lishi mumkin.

Bola sun'iy ovqatlantirilganda oziq moddalar(oqsil, yog', uglevodlar)ga bo'lgan ehtiyoji tabiiy ovqatlantirilgandagiga nisbatan ko'proq bo'ladi (oqsil, yog', uglevodlar nisbati 1:1,5:3).

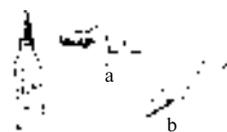
Agar bola aralash ovqatlantirib kelinayotgan bo'lsa uni sun'iy ovqatlantirishga o'tkazish ancha osonroq kechadi. Lekin tabiiy ovqatlantirishdan birdaniga sun'iyga o'tkazishda juda ehtiyot bo'lish kerak, bunda sun'iy ovqatlantirishni avvaliga suyultirilgan aralashmalardan boshlash(B-aralashma yoki B-kefir), 4–5 kun oralatib B-aralashma yoki B-kefir, 5–6 kundan keyin esa qaynatilgan sut yoki kefirga o'tkazish mumkin. Sun'iy sut mahsulotlariga o'tkazishda ham ehtiyotroq bo'lish lozim. Oz-ozdan boshlab kerakli me'yorga yetkazib borish kerak bo'ladi.

Bolaga beriladigan vitaminli turli xil mevali va sabzavotli sharbatlar sun'iy ovqatlantirishda tabiiy ovqatlantirishdagiga qaraganda 2–2,5 hafta ilgari, qo'shimcha ovqatlar esa 1 oy oldin kiritilishi kerak.

Yodda tuting!

Bolalarni sun'iy ovqatlantirib borishda quyidagi qoidalarga rioya qilib borish kerak:

1. Beriladigan aralashma yoki sutning harorati 40–45° C bo'lishini ta'minlash.
2. So'rg'ichlar toza bo'lishi va tegishli sharoitlarda saqlanishiga erishish.
3. So'rg'ichdan sutni tomchilab chiqarish. Shunda bola o'ziga tegishli miqdordagi sutni 15–20 daqiqada so'rib bo'ladi.
4. Sut beriladigan shishachaning og'zi doim sutga to'lib turishini ta'minlash.
5. Uxlab yotgan bolaga sut berish mumkin emas.
6. Bolani ovqatlantirib bo'lgach, biroz vaqt tik tutib turish.
7. Sun'iy ovqatlantirilayotgan bolaning umumiy ahvoli va vaznini doim nazorat qilib borish.



17-rasm. Bolani ovqatlantirishda shishani tutish:
a – noto'g'ri tutish;
b – to'g'ri tutish.

5.5. Qo'shimcha ovqatlar, kiritish qoidalari, muddatlari va turlari

Yuqorida aytilganidek, bola 4 oylik bo'lganda ona suti miqdor jihatidan yetarli bo'lsa ham sifat jihatidan yetishmay boshlaydi (bolaning to'g'ri o'sishi va rivojlanishi uchun mineral moddalar yetishmaydi,

yangi oziq moddalar talab qilinadi) va bolaga qo‘shimcha ovqatlar kiritishga zarurat tug‘iladi.

Qo‘shimcha ovqat vaqtida kiritilmasa moddalar almashinuvi buzilib, bola o‘shidan orqada qola boshlaydi, kamqonlik rivojlanadi, kasalliklarga qarshilik qobiliyati pasayadi va nimjonlashib qoladi.

Diqqat!

Qanday qo‘shimcha ovqat kiritilishidan qat’i nazar, quyidagi qoidalarga amal qilish shart:

1. Qo‘shimcha ovqatni bola onasini emib bo‘lgach berish.
2. 1–2 qoshiqchadan bera boshlash, 3–4 kun ichida ovqat miqdorini 150–200 grammgacha yetkazish va bitta emizish o‘rnini qo‘shimcha ovqat bilan almashtirish.
3. Bola bir turdagi qo‘shimcha ovqatga o‘rganib olgachgina unga ikkinchi bir qo‘shimcha ovqatni bera boshlash.
4. Bolaga beriladigan ovqat mayin va yutishga qulay bo‘lishi kerak.
5. Bolani asta-sekin qoshiqdan ovqat yeyishga va chaynashga o‘rgatib borish.

Ushbu qoidalarga amal qilgan holda bolaga qo‘shimcha ovqatlar kiritish jarayonini tibbiyot hamshirasi kuzatib boradi va tegishli maslahatlar berib turadi. Zaruratga qarab shifokordan kerakli qo‘shimcha ko‘rsatmalarni oladi va bajarilishini ta‘minlaydi. Boladagi har qanday salbiy o‘zgarishlar haqida tegara shifokorini vaqtida xabardor qilib boradi. Emizikli davrida bolaga qo‘shimcha ovqatlar quyidagi muddatlarda va taxminiy miqdorlarda kiritiladi:

1. Bolaning 1–1,5 oyligidan meva sharbati 5–10 ml dan bera boshlanadi va asta-sekinlik bilan ko‘paytiriladi. Avvaliga tomchilab sutga aralashtirilgan holda, keyinchalik esa qoshiqchada beriladi.

2. Bola 4 oylik bo‘lganda unga meva yoki sabzavotlardan tayyorlangan bo‘tqa, yoki manniy bo‘tqasi 40–50 grammdan berila boshlanadi va asta-sekinlik bilan uning miqdori oshirib boriladi.

3. Bola 6 oylik bo‘lganida unga ikkinchi qo‘shimcha ovqat sifatida, agar birinchi qo‘shimcha ovqat sifatida meva yoki sabzavot bo‘tqasi kiritilgan bo‘lsa, manniy bo‘tqasi 35–40 grammdan kiritiladi va aksincha.

4. Bola hayotining 7-oyida unga uchinchi qo‘shimcha ovqat – go‘shltli qaynatma sho‘rva (bulon) 5–10 ml dan kiritiladi.

5. Bola 8 oylik bo‘lganida to‘rtinchi qo‘shimcha ovqat – kefir 50–100 grammdan kiritiladi.

6. Bola 9–10 oylik bo‘lganida unga go‘shltli frikadelkalar kiritiladi, ular 5–25 grammdan boshlab beriladi.

Shunday qilib, bola taxminan 10–11 oylik bo‘lganida 1 marta onasini ko‘kragini emadi va 4 marta qo‘shimcha ovqat oladi. Ana shu ko‘krak bilan emizish ham asta-sekinlik bilan kamaytirib boriladi va bola hech qanday qiynchiliklarsiz ko‘krakdan ajraladi.

Yodda tuting!

Har qanday holda ham bolani yozning issiq kunlarida, kasallik vaqtida va profilaktik emlashlar paytida ko‘krakdan ajratish maqsadga muvofiq emas.

Qo‘shimcha ovqatlar berish bilan birga bolaga oqsil, yog‘ va uglevodlarga bo‘lgan ehtiyojini qondirish maqsadida 3 oylikdan boshlab 1/4 miqdordan tuxum sarig‘i, 4 oylikidan 5–10 grammdan tvorog, 5 oylikidan pechenye, 8 oylikidan esa non berish mumkin.

Har qanday qo‘shimcha ovqat yuqorida aytilgan qoidalarga qat‘iy rioya qilingan holda, bolaning barcha fiziologik bo‘shalishlarini nazorat qilib borish bilan kiritilishi lozim (qo‘shimcha ovqatlarni tayyorlash amaliy qismda bayon etilgan).

5.6. 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 quyuproqlari bilan almashtirib borilishi kerak.

Bola ratsionining to‘la qimmatli bo‘lishini ta‘minlash maqsadida bolaning har bir kilogrammiga 4 *gr* oqsil, 4 *gr* yog‘ va 15–16 *gr* 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 gr ni, uglevodlarga bo'lgan ehtiyoji esa 10-15 gr ni, kichik maktab yoshidagi bolalarda oqsil va yog'larga ehtiyoj 3-3,5 gr ni, uglevodlarga ehtiyoj 10-15 gr ni tashkil etsa, katta maktab yoshidagi bolalarda bu ko'rsatkichlar tegishli ravishda 2,5 gr va 9-10 gr ni tashkil qiladi.

Barcha yoshdagi bolalarning ovqat ratsionida oqsil, yog' va uglevodlardan tashqari mineral moddalar (natriy, kaliy, kalsiy, fosfor, magniy va boshqalar) ham yetarli miqdorda bo'lishi kerak. Kalsiy tuzlariga bo'lgan ehtiyoj sut va sut mahsulotlari hisobidan; fosfor – baliq, sut, go'sht, tuxum sarig'idan; magniy – o'simlik masalliqalaridan; temir – jigar, til, tuxum sarig'i, dukkakli o'simliklar, ba'zi mevalar hisobidan olinishini unutmaslik lozim.

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 otanalar bilan yaqindan hamkorlik qilishlari kerak. Oshxonalar va u yerda ishlovchi xodimlarni har tomonlama (tibbiy ko'rik va laborator tekshiruvlar) nazoratdan o'tkazib turish, haftalik ovqatlanish uchun taomnoma tuzish, tayyorlanadigan ovqatlar uchun taqsimlagich tuzish va tayyorlangan ovqatlarning sifatini nazorat qilish tibbiyot xodimlarining doimiy vazifalari hisoblanadi.

6. CHAQALOQLIK DAVRI KASALLIKLARI

6.1. Pediatriyada chaqaloqlar patologiyasining muhim muammolari, bolalar o'limidagi o'rni

Chaqaloqlik davri patologiyasi pediatriyaning muhim muammolaridan biri hisoblanadi. Chunki yangi tug'ilgan chaqaloq o'zining anatomo-fiziologik xususiyatlarining o'ziga xosligi jihatidan boshqa yoshdagi bolalardan tubdan farq qiladi. Chunonchi, chaqaloq tashqi dunyoga endi qadam qo'yar ekan, tashqi muhitning turli ta'sirlariga o'ta chidamsizligi bilan ajralib turadi. Har qanday noqulay omillar,

parvarishdagi nuqsonlar chaqaloqning turli kasalliklarga chalinishiga sabab bo'lishi mumkin.

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

6.2. Chaqaloqlik davri kasalliklarining asosiy sabablari va turlari

Chaqaloqlik davri kasalliklarining sabablarini ta'sir etish vaqtiga qarab uch guruhga ajratish mumkin: 1. Antenatal – homiladorlik davri sabablari; 2. Intranatal – tug'ish va uning atrofidagi sabablar; 3. Postnatal – bevosita tug'uruqdan keyingi davrdagi sabablar.

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

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

Homiladorlikning keyingi davrida ta'sir etuvchi sabablar yuqoridagilar va boshqa turli xil somatik kasalliklar, yuqumli kasalliklar (ayniqsa, zaxm, sil, virusli gepatit va boshqalar) bevosita yo'ldoshning baryer(himoya) xususiyatlari susayishi natijasida bolaga o'tishi va bola tug'ilganida shu kasalliklarning klinik belgilari bilan tug'ilishi mumkin.

Intranatal davr sabablariga bevosita tug'uruq jarayonini olib borishdagi turli nuqsonlar (bola o'lchovlari va tug'uruq yo'llarining bir-biriga to'g'ri kelmay qolishi, turli xildagi tug'uruq asboblaridan foydalanish hollari, kindikning bola bo'yniga o'ralib qolishi yoki qisilib qolishi, ayolda tug'uruq kuchlarining susayib qolishi, bolaning

noto'g'ri kelib qolish hollari, uyda va yo'lda tug'ilish va boshqalar), hamda aseptika va antiseptika qoidalarining buzilish hollari, parvarishdagi turli nuqsonlarni keltirish mumkin.

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

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

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

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

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

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

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

Quyida ana shu kasalliklardan asosiylari haqida ma'lumotlar keltiriladi.

6.3. Chaqaloqlar asfiksiyasi

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

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

Etimologiyasi. Quyidagi sabablar chaqaloqlarning asfiksiya bilan tug‘ilishiga olib keladi:

1. Homilador ayol qonida turli kasalliklar natijasida kislorod miqdorining kamayib, karbonat angidridning ortib ketish hollari(nafas a‘zolari kasalliklari), yurak-qon tomir kasalliklari, qon kasalliklari (ayniqsa, anemiyalar).

2. Kindik tizimchasining tug‘uruq yo‘llarida qisilib qolishi, bolaning bo‘yniga o‘ralib qolishi.

3. Yo‘ldoshdagi turli patologik holatlar (erta ko‘chish, noto‘g‘ri joylashuv va boshqalar).

4. Ona qornida homilaning turli kasalliklarga yo‘liqishi (yurak tug‘ma nuqsonlari, sepsis, toksoplazmoz, listerioz va boshqalar).

5. Chaqaloq yuqori nafas yo‘llarining turli sabablarga ko‘ra qisman yoki batamom bekilib qolishi (qog‘onoq suvlari va shilimshiq bilan aspiratsiyalanish, yuqori nafas yo‘llarining nuqsonlari).

6. Chaqaloqning tug‘uruq yo‘llarida uzoq vaqt qolib ketish hollari(tug‘uruq kuchlarining susayib qolishi, chaqaloq o‘lchovlarining tug‘uruq yo‘llariga to‘g‘ri kelmay qolishi va boshqalar).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Yuqori nafas yo'llaridan qog'onoq suvlari va shilimshiqnlarni rezina noksimon balloncha yoki elektr so'rg'ichlar yordamida so'rib tashlanadi va mustaqil nafasni tiklashga harakat qilinadi.

2. Asfiksiyaning yengil darajalarida chaqaloqqa namlangan kislorod beriladi.

3. Og'ir asfiksiya holatlarida chaqaloqqa og'izdan-og'izga yoki og'izdan-burunga hamda apparatlar yordamida sun'iy nafas berishga harakat qilinadi (DP-5, RDA-1, «Vita-1» apparatlari).

4. Hozirgi zamon usullaridan giperbarik (bosim ostidagi) oksigenatsiya va kranioserebral gipotermiya (bosh miyani sovitish) qo'llaniladi.

5. Kindik venasidan glyukozaning 20% li eritmasi (5 ml/kg), 50–100 mg askorbin kislota, 25–50 mg kokarboksilaza, 1–2 mg/kg miqdorda prednizolon, kalsiy glyukonatning 10% li eritmasidan 0,5–1,0 ml/kg, natriy gidrokarbonatning 4% li eritmasidan 4–5 ml/kg miqdorida yuboriladi.

Diqqat!

Kindik tizimchasida ish bajarilayotganda aseptika va antiseptika qoidalariga qat'iy rioya qilishni unutmang.

6. Bosh miya shishishining oldini olish maqsadida albuminning 10% li eritmasi, 1% li mannit yoki quruq plazma eritilgan holda quyiladi.

7. Talvasaga moyillik aniqlanganda 20% li GOMK, seduksen, droperidol eritmalari shifokor ko'rsatmalariga binoan kindik venasidan yoki muskul orasiga yuboriladi.

Chaqaloqda klinik o'lim holati aniqlanganda jonlantirish usullaridan foydalaniladi:

I. Legenchenko usuli.

1. Chaqaloq onasining oyoqlari orasiga qo'yilgan tog'oradagi qaynatilgan 38–40° C haroratli suvga (kindik kesilmagan holda) boshigacha tushiriladi.

2. Yuqori nafas yo'llaridan qog'onoq suvlari va shilimshiqar tozalanadi.

3. Onasiga toza kislorod berib turiladi.

4. Reflekslar saqlangan bo'lsa chaqaloqni vannadan biroz ko'tarib uning ko'krak qafasiga ozroq miqdorda sovuq suv sepiladi, bu nafas markazining reflektor ravishda ta'sirlanishiga va chaqaloqning asfiksiya holatidan chiqishiga olib keladi.

II. Persianinov usuli.

1. Yuqori nafas yo'llaridan yot massalar tozalanadi.

2. Chaqaloqning kindik arteriyasidan(kindik halqasidan 6–8 *sm* qochirib) 3 *ml* miqdordagi 10% li kalsiy xlorid eritmasi bo'lib-bo'lib yoki zarbsimon usulda yuboriladi. Ta'sir kuzatilganda bola nafas oladi va yig'lay boshlaydi.

3. Natija kuzatilmagan holda o'sha ignadan, boshqa shprisga oldindan tayyorlab qo'yilgan 100–150 *mg* askorbin kislota qo'shilgan 40% li glyukoza eritmasidan 5–7 *ml* miqdorda yuboriladi.

4. Bola onasidan ajratilgach, kindik venasidan natriy gidrokarbonat va kokarboksilaza, glyukoza, prednizolon va askorbin kislota, kalsiy glyukonat eritmalari alohida shprislarda yuboriladi.

5. Bordiyu yurak urmayotgan yoki faoliyati 2 daqiqa davomida tiklanmasa (bilvosita massaj qilish natijasida) yurak bo'shlig'iga 0,1% li adrenalini eritmasidan yuboriladi.

Qanday usulda bo'lmasin, chaqaloqni jonlantirish 3–5 daqiqa davomida davom ettiriladi.

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

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

Yodda tuting!

Asfiksiyani boshidan kechirgan chaqaloqning ahvoli istalgan vaqtda og'irlashib qolishi mumkin.

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

Unutmang!

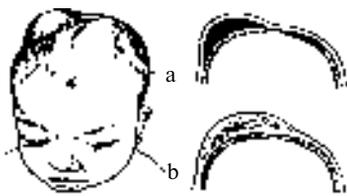
Homilador ayolning salomatligi qanchalik yaxshi bo'lsa, chaqaloqning sog'lom tug'ilish ehtimoli shuncha ko'p bo'ladi.

6.4. Tug'uruq jarohatlari

Chaqaloqlardagi tug'uruq jarohatlari chaqaloqlar patologiyasi orasida ikkinchi o'rinda turadi va jami chaqaloqlik davri patologik holatlarining 50%ni tashkil qiladi. Shuningdek, qaytarilmas asoratlar berishi va kalla ichi jarohatlaridan so'ng bolalarning bir qismida ruhiy nuqsonlar, turli falajlar, epilepsiya(tutqanoq) kabi kasalliklar rivojlanishiga olib kelishi bilan xarakterli hisoblanadi.

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

Tug'uruq shishi — bu homila tug'ilishi vaqtida tug'uruq yo'llaridan birinchi bo'lib o'tib kelgan sohalarning tug'uruq yo'llariga moslashishi va surilishi natijasida kelib chiqqan to'qimalarning shishi hisoblanadi. Tug'uruq shishi aksariyat hollarda chaqaloqning boshida(boshi bilan



18-rasm. Tug‘uruq shishi (a) va kefalogematoma (b).

kelganda), yuzida(yuzi bilan kelganda), dumbasida(dumbasi bilan kelganda) kuzatiladi (18-rasm). Ushlab ko‘rilganda yumshoq to‘qima qo‘lga unnaydi, kefalogematomadan suyaklararo choklardan ham o‘tib ketganligi bilan farq qiladi, bolaning umumiy ahvoriga deyarli salbiy ta‘sir qilmaydi. Ko‘pchilik hollarda 2–3 kundan

so‘ng hech qanday asoratlarsiz yo‘qolib ketadi.

Kefalogematoma – boshdagi qonli g‘urra bo‘lib, aksari chaqaloq uzoq vaqt tug‘uruq yo‘llarida qolib ketganida, vakuum ekstraktordlardan(manfiy bosimli so‘ruvchi asbob) foydalanilganda, tez tug‘ilish natijasida, yo‘lda va uy sharoitlarida tug‘ilish hollarida kelib chiqadi (19-rasm). Kefalogematoma suyak ustki pardasining ostiga qon quyilishi bo‘lganligi uchun, quyilgan qonning miqdoriga qarab bolaning ahvoriga ta‘sir qilishi mumkin.



19-rasm. O‘ng tepa suyagi usti kefalogematomasi.

Tug‘uruq shishidan farqli o‘laroq, kefalogematomada qon quyilishi bitta suyak chegarasidan o‘tmaydi, flyuktuatsiya simptomi aniqlanadi.

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

Diqqat!

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

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

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

Yodda tuting!

Quyilgan qonning miqdori kam va soʻrilib ketish ehtimoli boʻlsa, shpris yordamida soʻrib tashlashga urinmang.

Kalla ichi jarohatlari – chaqaloqlar patologiyasida muhim oʻrin egallaydi. Chunki kalla ichi jarohati kallaning ichki yuzasi va bosh miyaning turli sohalariga qon quyilishi bilan xarakterlanadi va bolaning ahvolini juda ham xatarli holatga tushirib qoʻyishi va aksari hollarda bolaning barvaqt oʻlimiga ham sabab boʻlib qolishi mumkin.

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

Sabablari. Chaqaloqlarning kalla ichi jarohatlariga asosan quyidagi holatlar sabab boʻladi:

1. Asfiksiya va gipoksiya.
2. Homiladorlik toksikozlari.
3. Tugʻuruqning vaqtdan ilgari boshlanishi, kechikib qolishi, tez oʻtishi.
4. Tugʻuruq faoliyatining susayib qolishi, uzoq vaqt suv kelmay turishi, suvning erta ketib qolishi.
5. Kindikning oʻralib qolishi.
6. Bolaning patologik tarzda kelib qolishi.
7. Tugʻuruq yoʻllarida qisilib qolishi.
8. Operativ-jarrohlik amaliyotlarining qoʻllanishi.

Klinikasi. Kalla ichi jarohati olgan bolalarning asosiy belgilariga nafas faoliyatining buzilishi (tezlashgan, aritmik, yuza, ingraganga oʻxshash, shovqinli, xirillagan), yurak-tomir tizimining oʻzgarishlari (keyinchalik taxikardiya bilan almashinadigan bradikardiya, puls maromining buzilishi), bola rangining oqarib ketishi, tarqoq sianozlar, muskul tonusining avvaliga pasayganligi va keyinchalik patologik ravishda ortib ketishi, tugʻma reflekslarning pasayganligi yoki umuman chaqirilmaligi, chaqaloq ovozinig past, monoton chinqiriq («miya chinqirigʻi») sifatida boʻlishi, qoʻl va oyoqlar, lablar va pastki jagʻning titrab turishi (tremor), talvasalar tutib turishi, katta liqildoqning boʻrtib turishi va pulsatsiyaning yaqqol sezilib turishi, «botayotgan quyosh» (Grefe) simptomining borligini keltirish mumkin.

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

I — yengil darajasi - miyadagi o'zgarishlar o'tib ketadigan, arzimmas ko'rinishlar bilan xarakterlanadi.

II — o'rtacha og'ir darajasi — birmuncha og'irroq o'zgarishlar bilan xarakterlanadi.

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

Kalla ichi jarohatlarining og'ir darajalaridan keyin xilma-xil asoratlar: serebral falajlar yoki parezlar, gidrosefaliya (20-rasm), epilepsiya, jismoniy va ruhiy rivojlanishning turli darajadagi buzilish hollari (oligofreniyagacha) va boshqalar qolishi mumkin.

Davosi va hamshiraning vazifalari. Chaqaloqlarning kalla ichi jarohatlarida davolash va parvarish qilish qanchalik barvaqt va kompleks tarzda olib borilsa, asoratlarning kelib chiqish ehtimoli shunchaga kamayadi. Shularni hisobga olgan holda bunday chaqaloqlarni davolashda parvarishning ahamiyati beqiyos ekanligini unutmash kerak. Chunki parvarishdagi har qanday salbiy holatlar bola ahvolidning og'irlashuviga sabab bo'ladi va davolash jarayoniga putur yetkazadi.



20-rasm.
Gidrosefaliyaga
chalingan
chaqaloqning
boshi.

Parvarishning asosiy talablariga quyidagilar kiradi:

1. Chaqaloq boshi balandroq va yonboshlatib yotqizib qo'yiladi.
2. Chaqaloqning bosh tomoniga bir qarich masofaga muz xalta qo'yiladi.

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

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

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

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

Davolash choralari esa qon quyilishini to'xtatishga (vikasol, askorbin kislota, aminokapron kislota, kalsiy xloridning 10% li eritmasi), miya shishishini qaytarishga (magniy sulfatning 25% li eritmasi, glyukozaning konsentrlangan eritmalari, plazma, albumin va siydik haydovchi vositalar — furosemid, mochevina va boshqalar), talvasaga qarshi kurashishga (GOMK, droperidol, seduksen va boshqalar),

atsidozga qarshi choralar ko'rishga(natriy gidrokarbonatning 4% li eritmasi), organizm reaktivligini oshirishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Unutmang!

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

Profilaktikasi. Chaqaloqlarda tug'uruq jarohatlarining oldini olish, eng avvalo, homilador ayollarni vaqtida hisobga olish, tug'uruqgacha o'tkaziladigan patronajlarga katta e'tibor qaratish, patologik tug'uruq xavfi mavjud bo'lganda homilador ayollarni tug'uruqqa tayyorlash bo'limlariga erta jalb etish, chaqaloqlar asfiksiyasining profilaktikasini o'tkazish, chaqaloqni chala tug'ilishdan saqlash va tug'uruq jarayonini to'g'ri va nuqsonlarsiz boshqarish kabi choralarni nazarda tutadi.

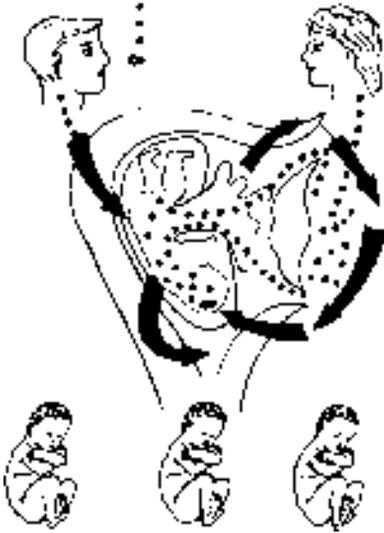
6.5. Chaqaloqlarning gemolitik kasalligi

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

1940-yilda Landshteyner va Vinerlar tomonidan qondagi eritrotsitlar tarkibida maxsus — rezus-omilning mavjudligi va 85% odamlarning eritrotsitlarida doimiy bo'lishini(aglyutinogen) aniqlashdi va bunday odamlar rezus-musbat odamlar deb e'tirof etildi. 15% odamlar eritrotsitlarida bu faktor bo'lmaydi va ular — rezus-manfiy odamlar hisoblanishadi. Ushbu omil dominant tipda nasldan-naslga o'tishi va aksariyat hollarda bolaga rezus-musbatlilik otadan meros bo'ladi (21-rasm).

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

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



21-rasm. Chaqaloqlar gemolitik kasalligining kelib chiqish sxemasi.

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

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

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining uchta formasi farq qilinadi:

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

Shishli formasi kasallikning hammadan og'ir formasi bo'lib, bola tug'ilganida a'zoyi badanining shishib, bo'shliqlarida suyuqlik to'planib qol-

gan bo'lishi, teri qoplaminig oqarib (ba'zan sarg'ayib) turishi, jigar bilan taloqning anchagina kattalashib ketganligi, keskin anemiya borligi (eritrotsitlar soni 1,5–2–10 g/l gacha tushib qolgan va bundan kam, gemoglobin 30–60 g/l va bundan kam bo'ladi) bilan xarakterlanadi. Qon tahlillarida o'ta og'ir o'zgarishlar aniqlanadi. Kasallikning bu formasi bilan tug'ilgan chaqaloqlarni saqlab qolish nihoyatda qiyin bo'lib, tug'ilganidan keyin, odatda, dastlabki soatlarda o'lib qoladi.

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

Ko'z sklerasi shilliq pardalari ham sarg'aygan, jigar va taloq kattalashgan, bolalar bo'shshagan, quvvatsiz bo'lib qoladi, onasini yaxshi emmaydi. Chaqaloqlarga xos reflekslar susaygan bo'ladi. Teri ostiga qon quyilishi va qon ketishga moyillik seziladi. Bolaning siydigi to'q rangli, axlati esa normal rangda bo'ladi. Qon tahlilida har xil darajada ifodalangan anemiya, eritroblastoz, retikulositoz, leykotsitoz aniqlanadi.

Qondagi bilvosita bilirubin miqdori ko'payib ketishi hammadan xarakterli bo'lib, kindik qoni zardobida uning soat sayin 0,85 dan 3,4 mkmol/l gacha oshib borishi bolada sariqlik va intoksikatsiyaning kuchayishiga olib keladi.

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

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

Anemik formasida bolalar rangining pastligi, birmuncha bo'shshagan va ko'krakni yaxshi emmasligi, jigar va taloqning kattalashganligi, periferik qonda esa anemiya, normablastoz, retikulositoz borligi aniqlanadi. Bilirubin miqdori normada yoki biroz ko'paygan bo'lishi mumkin. Kasallikning bu formasi ko'pincha asoratlarsiz tugaydi.

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

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

Sariqlik formalarining yengil hollarida konservativ davo o'tkaziladi: bolani 5,7–14 kun davomida donor suti bilan boqib boriladi, ko'k nur beradigan sun'iy yorug'lik lampalari qo'llaniladi (sutkasiga 12–16 soatdan), fenobarbital (sutkasiga 5–10 mg/kg miqdorida, 2–3 bo'lib), kaliy orotat (oy-kuni yetib tug'ilgan bolaga sutkasiga 200 mg/kg va chala tug'ilgan bolaga sutkasiga 100 mg/kg miqdorida, 2–3 bo'lib), tokoferol atsetat-vitamin E (kuniga 2–3 mahal 0,1 ml dan muskullar orasiga), alloxol (1/4 tabletkadan kuniga 3 mahal), jigar sohasiga magniy bilan elektroforez qilish, muskullar orasiga ATF yuborib turish, har kuni glyukoza (5–10% li eritmasi), reopoliglyukin yoki gemodez (tomchi usulida 15 ml/kg), 5% li albumin eritmasi quyib turish maqsadga muvofiqdir.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligining og'ir formalarida, ya'ni sariqlik formasining og'ir kechish xavfi, shishli formalarida bolaning tirik qolish ehtimoli bo'lganda, davo qilishning birdan-bir samarali usuli bo'lgan qon quyib qonni almashtirishdan foydalaniladi.

Qonni Diamond taklif etgan kindikdan quyish usulidan foydalanib almashtiriladi, chaqaloqqa yangi konservlangan bir guruhli rezus manfiy qon, tana vaznining har bir kilogrammiga 100–150 ml miqdorida, 1,5–2 soat davomida kindik venasidan quyiladi. Qon yuborish jarayonida albatta desensibillovchi vositalar ham qo'shib

turiladi (kalsiy xlorid, dimedrol, prednizolon va boshqalar). Qon quyilgach esa, dezintoksikatsiyalovchi terapiya o'tkaziladi: bolaga ko'p miqdorda suyuqlik ichirib, vena qon tomirlari orqali plazma, gemodez, glyukoza va boshqa eritmalar quyiladi.

Diqqat!

Bu amal operatsiya xonasida, barcha aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilingan holda bajarilishi shart.

Qon almashtirish amaliyoti bajarib bo'lingach, davo choralari kasallikning simptomlariga qarab olib boriladi.

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

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

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

2. Palapartish qon quyishlardan qiz-juvonlarni asrash;

Unutmang!

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

3. Qoni rezus-manfiy bo'lgan ayol to'ng'ichiga homilador bo'lganida homilasini saqlab qolishning hamma choralari ko'rish, chunki to'ng'ich bola, odatda, sog'lom bo'lib tug'ilishi mumkin;

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

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

6. Qonidagi rezus-antitelolar titri yuqori bo'lgan homiladorlarda kasallikning oldini olish maqsadida homiladorlikning 37–39-haftasida bolasini Kesarcha kesish operatsiyasi yo'li bilan olish;

7. Antirezus-antitelolarining titri yuqori bo'lgan homilador ayollarni homiladorlikning 8, 16, 24, 28, 32 haftalarida 12–14 kunga tug'uruq oldi bo'limiga yotqizib, nospetsifik davo o'tkazish (glyukozaga askorbinat kislotasi, kokarboksilaza qo'shib venadan yuborish, rutin, vitamin E, B₆, kalsiy glyukonat inyeksiya qilib turish, kislorod bilan davolash, antianemik terapiya o'tkazish) buyuriladi.

6.6. Chaqaloqlarda kindik va teri kasalliklari

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

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

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

1. Kamdan-kam hollarda ona qornida, yuqoriga ko'tariluvchi infeksiyalar natijasida;

2. Kindik tizimchasi bog'lanayotgan mahalda, aseptika va antiseptika qoidalariga amal qilinmaganda (aksariyat uydagi va yo'ldagi tug'uruqlarda, xodimlarning mas'uliyatsizligi natijasida);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Davolash va hamshiraning vazifalari. «Pilchirab turuvchi kindik» yoki omfalitning oddiy formasida faqat mahalliy davolash oʻtkaziladi va uni hamshira ambulatoriya sharoitida, pediatriyning nazorati ostida olib borishi ham mumkin. Pilchirab turgan kindik 5% li kumush nitrat, 1% li kaliy permanganat yoki yodning spirtidagi 1% li eritmasi bilan kuniga 1–2 marta kuydirib, quritib turiladi. Kindik yarasidan yiring chiqishi kuzatilganda, avval u vodorod peroksid eritmasi bilan yuviladi, soʻngra yuqorida aytilgan moddalar bilan kuydirilib, ustidan oq streptotsid, kseroform, dermatol poroshogi sepib qoʻyiladi.

Kindik qoldigʻi tushib, 5–7 kun oʻtgach, kindik pilchirashi ozayib, granulyatsiyalar hosil boʻlsa bolani kaliy permanganat qoʻshilgan suvda choʻmltirishga ruxsat berish mumkin.

Diqqat!

Choʻmltirish uchun tayyorlangan suv och-pushti rangda va tana haroratida boʻlishi shart.

Omfalitning flegmonoz formasi kuchli davolash oʻtkazilishini taqozo etadi. Bolaga 10–14 kun davomida taʼsir doirasi keng antibiotiklar, mikroblarning sezuvchanligini hisobga olgan holda (ampitsillin – 75–100 mg/kg, oksatsillin – 100–150 mg/kg, ampioks – 75–100 mg/kg, metitsillin – 100 mg/kg, eritromitsin – 15–20 mg/kg va boshqalar), sulfanilamid vositalari (biseptol, streptotsid va boshqalar) dan foydalanib davolash olib boriladi. Davolash muolajalari bolaning ahvoriga qarab statsionar yoki ambulator sharoitda oʻtkazilishi mumkin.

Bolani koʻkrak suti bilan boqilishini taʼminlashning ahamiyati nihoyatda beqiyosdir. Vitamin (C va B₁) buyurish, ogʻir hollarda 5–6 kun oralatib venadan takror-takror gemotransfuziya (qon quyish) qilib turish yaxshi naf beradi. Plazma, muskullar orasiga gammaglobulin inyeksiyalari qilish ham maqsadga muvofiq. Zaruratga qarab glyukoza, yurakni quvvatlovchi dori vositalari ham buyuriladi.

UVCH toklari yoki simob-kvars lampalardan, nur berish usullaridan ham qoʻllash mumkin. Vishnevskiy malhami, etakridin laktat(rivanol), furatsillin va boshqa dorilar surilgan bogʻlam qoʻyib turiladi. Zaruratga qarab jarrohlik davolash ham oʻtkazilishi mumkin.

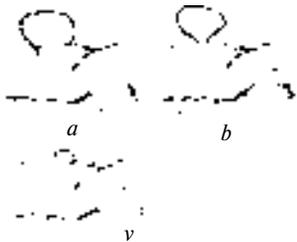
Omfalit ogʻir asoratlar berishi va ushbu patologik jarayonlarning oʻzi ham aksariyat hollarda septisemiya va septikopiyemiya manbai boʻlib qoladi. Omfalitning ana shunday ogʻir asoratlariga peritonit, jigar abssetsi, gematogen osteomyelit, oʻpkaning yiringli kasalliklarini misol keltirish mumkin.

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

Unutmang!

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

Chaqaloqlarda yuqoridagi kindikning yiringli kasalliklaridan tashqari tug'ma kasalliklari ham uchraydi. Bularga terili kindik, amniotik kindik va ko'proq uchraydigan kindik churralari kiradi.



22-rasm. Kindik churralarining shakllari:

- a – katta asosli churra;
- b – tor asosli churra;
- v – o'rtacha churra.

Kindik churralari – bunda qorin

bo'shlig'idagi a'zolar kindik halqasi yaxshi rivojlanmaganligi natijasida bo'rtib chiqib qoladi. Churra ichida aksariyat hollarda ichak charvisi, ichaklar, kamdan-kam hollarda boshqa a'zolar bo'lishi mumkin (22-rasm).

Kichik hajmdagi churralar qorin bo'shlig'iga qaytib kirib ketadi va ko'pchilik hollarda ko'rilgan konservativ choralar(bolani qorni bilan churrani kiritib qo'yilgan holatda kuniga 2–3 marta, 2–5 daqiqagacha yotqizib qo'yish, yuqoriga qarab yotgan mahallida churring

chiqib qolishining oldini olish choralarini ko'rish va boshqalar) natijasida churra teshigi berkilib ketadi. Bordiyu churra hajmi kattaligidan o'zicha bitib ketishining ehtimoli bo'lmasa uni jarrohlik yo'li bilan davolanadi. Aks holda, ichaklar faoliyati buzilishi, ayrim hollarda esa churring qisilib qolishidan ichaklar nekrozga uchrab qolishi mumkin.

Yodda tuting!

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

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

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

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

Unutmang!

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

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

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

Diqqat!

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

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

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

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

III darajali og‘ir bichilish – bunda terida qip-qizarish va buning ustiga terining pilchirab, shilingan yuzasidan moysimon suyuqlik chiqib

turishi kuzatiladi. Bolaning umumiy ahvoli ham o'zgaradi, u injiq, bezovta, uyqusiz bo'lib qoladi.

Unutmang!

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

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

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

Bichilishning ikkinchi darajasida teriga 0,25% li kumush nitrat, 0,5% li rezorsin, 1-2% li tanin, 0,1% li rivanol bilan malham qo'yish, streptotsid yoki bolalar kukuni sepib turish, ochiq holda davolash olib boriladi.

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

Yodda tuting!

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

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

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

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

Unutmang!

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

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

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

Chaqaloqlar chilla yarasi – bu kasallik chaqaloq hayotining birinchi kunlarida paydo bo‘ladi, tiniq seroz yoki yiringli seroz och-sariq suyuqlik bilan to‘lgan pufakchalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Pufakchalar no‘xat donidan tortib olxo‘ri yoki yong‘oqdek kattalikda bo‘lib, soni har xil bo‘lishi mumkin. Aksariyat hollarda pufakchalar shishib, qizarib chiqqan teri ustida paydo bo‘ladi, ular tez yorilib, nam chiqarib turadigan eroziyalarga aylanadi. Pufakchalar ko‘proq gavda, bo‘yin, qo‘l-oyoqlar terisida joylashadi va har 7–10 kun oralab, dam-badam toshib turishi mumkin (23-rasm). Har safar paydo bo‘lishida tana harorati ko‘tariladi va bola bezovtalanadi, emishi, uyqusi buziladi, dispeptik o‘zgarishlar paydo bo‘ladi (ichning suyuq va tez-tez kelib turishi, qusish va hokazo).



23-rasm. Chaqaloqlar chilla yarasi.

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

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

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

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

Yodda tuting!

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

Davolash va hamshiraning vazifalari. Davolashda asosiy e‘tibor quyidagilarga qaratiladi:

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

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

3. Organizmning himoya qobiliyatini oshirish.

4. Spetsifik davo usullaridan foydalanish (antistafilokokk gamma-globulin, antistafilokokk plazma, autogemoterapiya va gemotransfuziya va boshqalar).

5. Mahalliy davolashni samarali amalga oshirish (yiringli eroziya va elementlarga anilin bo‘yoqlari (brilliant yashili, metilviolet, gensianviolet)-ning 1% li eritmaları bilan ishlov berish, dezinfeksiyalovchi va antibiotikli malhamlar surtish va boshqalar).

6. UVCH va ultrabinafsha nur bilan davolash.

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

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

- chaqaloqni parvarish qilishni amalga oshirishda qatnashuvchi xodimlarning doimiy tekshiruvdan o‘tib turishlarini ta‘minlash;
- terisida yiringli kasalliklari bo‘lgan kishilarni chaqaloqlar qaraladigan joylarga qo‘ymaslik;
- piodermiyali chaqaloq va bolalarni alohida xonalarga ajratib qo‘yish va ularga qarovchi xodimlarni ham boshqa chaqaloqlarga qarashdan ozod etib qo‘yish;
- bolalarni to‘g‘ri ovqatlantirish va chiniqtirish.

6.7. Chaqaloqlar sepsisi

Sepsis – to‘g‘ri ma‘noda qonning mikroblar bilan zararlanishi bo‘lib, aslida esa mikroblar ta‘sirida mahalliy yallig‘lanish tufayli paydo bo‘lgan toksinlar va oqsil tanalar hamda hujayralar parchalanishidan kelib chiqqan elementlarning antigenlarga aylanishidan organizm reaktivligi o‘zgarib qolgan holat deb qaraladi.

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

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

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

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

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

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

1. Bolaning umumiy ahvoli o'zgaradi – uyquasi buziladi, bezovta bo'lib qoladi, sababsiz chinqiraverishi yoki aksincha bo'shshib qolishi kuzatiladi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diqqat!

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

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

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

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

Kasallik qo'zg'atuvchilarga qarshi, odatda, antibiotiklardan, ayniqsa, keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan turlaridan foydalaniladi. Antibiotiklar sutkalik dozasiining 50–70 % venalar orqali kiritilishi, 30–50 % esa muskullar orasiga yuborilishi maqsadga muvofiqdir.

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

Diqqat!

Hayotining 1-oyini yashab kelayotgan bolalarga streptomitsin, kanamitsin, amikatsin monomitsin kabi antibiotiklar, eshituv nervi va buyraklarga nojo'ya ta'sir etishini hisobga olib, buyurilmaydi.

Sepsisni davolashda bir yo'la bir nechta antibiotiklarni qo'llash kerak bo'ladi, bunda ularning sinergik ta'sir qilishini nazarda tutish lozim. Shuningdek, antibiotiklarni qo'llashning 3–5 kuniga kelib ham bolada o'zgarish sezilmasa, boshqa antibiotikka almashtirish kerak bo'ladi.

Unutmang!

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

Bola organizmining qarshilik qobiliyatini ko'tarish maqsadida quruq plazma, 2–3 kun oralatib qon plazmasi(20–40 ml dan), turli konsentratsiyadagi glyukoza eritmalari, 2–3 kun oralatib 3 ml dan muskul orasiga gamma-globulin va boshqalar qo'llaniladi.

Spetsifik davo sifatida antistafilokokk giperimmun plazmasidan haftasiga 2–3 marta 4–6 ml/kg hisobida(3–6 martagacha) venalar orqali, antistafilokokk gamma-globulin 2 kun oralatib 3 ml dan (3–4 marta) muskul orasiga yuborib turiladi.

Stimullovchi vositalar sifatida dibazol, pentoksil, natriy nukleinat va apilak shamchalaridan foydalanish mumkin.

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

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

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

7. BEMOR BOLALARNI TEKSHIRISH USULLARI

Bolalar kasalliklarga chalinganida ularni hamshira shifokor bilan birgalikda qabul qilib oladi va bemor bolani tekshirishda hamkorlik qiladi. Bemor bolalarni tekshirishning subyektiv va obyektiv usullari farqlanadi.

Subyektiv tekshirish usuli bolaning o‘zidan yoki bola yosh bo‘lsa, onasidan so‘rab-surishtirishdan iborat bo‘lib, quyidagi tarkibiy qismlarni o‘z ichiga oladi:

1. Bolaning pasport ma‘lumotlarini aniqlash;
2. Bemor bolaning yoki onasining boladagi o‘zgarishlar haqidagi shikoyatlarini eshitish;
3. Mazkur kasallikning rivojlanish tarixini aniqlash;
4. Bolaning hayotidagi asosiy momentlar bilan tanishish.

Subyektiv tekshiruv davomida boladan yoki uning onasidan allergologik anamnez ham yig‘iladi. Bu boladagi allergik holatlar va dori vositalarini qo‘llashni boshlashdan oldin ortiqcha sezgirlikni aniqlash imkonini beradi.

Obyektiv tekshirish usullari ikki qismga: asosiy va qo‘shimcha tekshiruv usullariga bo‘linadi.

1. Asosiy obyektiv tekshirish usullariga quyidagilar kiradi: a) Bolani ko‘zdan kechirish; b) Paypaslab ko‘rish (palpatsiya); d) Tukillatib eshitib ko‘rish (perkussiya); e) A‘zolar ishlash jarayonida hosil bo‘ladigan ovozlarni eshitib ko‘rish (auskultatsiya).

2. Qo‘shimcha obyektiv tekshirish usullari quyidagilardan iborat:
a) Rentgenologik tekshiruv o‘tkazish; b) Endoskopik tekshiruvlar;
d) УТД – ultratovush diagnostikasi; e) Skanirlash; f) ЭКГ – yurak biotoklarini yozib olish; j) ФКГ – yurak tovushlarini yozib olish; i) Kompyuterli tomografiya tekshiruvi; k) Laboratoriya tekshiruvlari o‘tkazish.

Tibbiyot hamshiralari ham barcha subyektiv va asosiy obyektiv tekshiruvlarda shifokor bolalarni ko‘zdan kechirish, paypaslab ko‘rish kabilarni bajara olishlari, qo‘shimcha obyektiv tekshiruvlarda esa bolalarni tayyorlash amallarini bilishlari, tekshiruvlar vaqtida shifokorga yordam bera olishlari talab etiladi. Bular haqida tegishli ma’lumotlar kasalliklarni yoritish davomida bayon etiladi.

8. GO‘DAKLIK DAVRI KASALLIKLARI

8.1. Bolalarda raxit

Raxit – *yunoncha raxis*, umurtqa so‘zidan olingan bo‘lib, organizmning umumiy kasalligi hisoblanadi va D vitaminining yetishmasligidan kalsiy va fosfor almashinuvining buzilishi, suyaklanish (osteogenez) hamda bir qator ichki a‘zolar faoliyatining izdan chiqishi bilan xarakterlanadigan kasallikdir. Kasallik asosan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarda ko‘proq uchraydi. Raxit bolaning to‘g‘ri rivojlanishiga salbiy ta’sir qiladi va organizmning qarshilik qobiliyatining pasayishiga, kasalliklarning og‘ir kechishiga sabab bo‘ladi.

Etiologiyasi. Kasallikning asosiy sababi D gipovitaminoz bo‘lib, D vitamini tashqi muhitdan kam kelib tushganda yoki organizmning o‘zida kam hosil bo‘lganda kelib chiqadi. Odatda D vitamini bola organizmiga ona suti bilan kiradi yoki quyoshning ultrabinafsha nurlari ta’siri ostida bola terisining epidermis qavatida sintezlanadi.

Raxitning kelib chiqishiga asosiy sabab (D gipovitaminoz) bilan birga organizmni kasallikka moyil qilib qo‘yadigan bir qancha omillar ham katta o‘rin tutadi. Bularga quyidagi ekzogen va endogen omillar: bolani ovqatlantirib borish xarakteri, unga beriladigan qo‘shimcha ovqatning sifat tarkibi, bo‘lib o‘tgan kasalliklar, chala tug‘ilganlik, yil fasli, turmush sharoitlarining yomonligi va boshqalarni misol keltirish mumkin.

Fosfor bilan kalsiy almashinuvining buzilishi yangi hosil bo‘lib kelayotgan suyak to‘qimasida kalsiy tuzlarining yetarli miqdorda to‘planmasligiga hamda hosil bo‘lib olgan normal suyak to‘qimasidan

ohak moddasining chiqib ketishiga olib keladi. Mana shuning natijasida suyaklar yumshab, egri bo‘lib qoladi hamda yuqqa tortadi.

Klinikasi. Kasallikning kechishida quyidagi asosiy davrlari 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‘chiveradigan, sababsiz injiqlik qiladigan bo‘lib qoladi.

3) Uyquasi behalovat, notinch bo‘ladi.

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

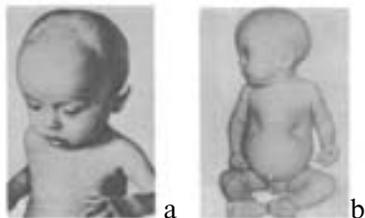
Raxitning boshlang‘ich davri 2–3 haftadan 2–3 oygacha davom etadi va bu davrning oxirlariga kelib suyak to‘qimasida o‘zgarishlar topiladi, bu o‘zgarishlar katta liqildoq chetlari, choklar hosil qiluvchi suyaklar chetlarining yumshoqroq bo‘lib qolishi va paypaslab ko‘rilganida, ayniqsa, ensa sohasida bezillab 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 suyaklarga oid belgilar yaqqolroq namoyon bo‘ladi.

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

Chunonchi, bola suyaklarining yumshoq va egiluvchan bo‘lib qolganligidan bola ma‘lum bir vaziyatda uzoqroq yotqizib qo‘yilsa, faqat bir tomonga qaratib emizilsa, beshikda haddan tashqari ko‘p yotadigan bo‘lsa, pastda joylashgan va og‘irlik tushishidan bosilib qolgan sohalardagi suyaklarda deformatsiyalar kelib chiqadi.

Masalan, ensaning yassi bo‘lib qolishi, peshona va tepa suyaklarida do‘mboqlarning paydo bo‘lishi, kalla suyagining turli tomonga qiyshayib qolishi, ko‘krak qafasi shaklining



24-rasm. 1 yoshli bolada raxit, “Kvadratsimon kalla” (a) va “tovuq ko‘kragi” (b).

o'zgarib, «tovuq ko'kragi» (24-rasm), «etikdo'z ko'kragi» kabi ko'rinishni olishi, bilak suyaklarining pastki uchlarida «bilakuzuklar»—kengaymalar paydo bo'lishi, kichik chanoq og'zining torayishi, oyoqlarning O yoki X simon shaklda qiyshayib ketishi, umurtqa pog'onasining pastki ko'krak va bel bo'limida kifoz, gohida skolioz (ko'krak bo'limida) va lordoz (bel bo'limida) paydo bo'lishi, tishlarning kech va noto'g'ri chiqishi shular jumlasiga kiradi.

Suyak tizimidagi o'zgarishlar bilan bir qatorda raxitda muskullar va boylam apparati tonusining pasayib ketishi — gipotoniyaga xos belgilar ham kuzatiladi:

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

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



25-rasm.
Ko'krakning
kifotik
qiyshayib
qolishi.

3) Umurtqa pog'onasi kifoz yoki skolioz ko'rinishida qiyshayadi (25-rasm) (umurtqa pog'onasi ko'krak bo'limidagi pastki ikki-uch umurtqa va ustki bel umurtqalari).

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

5) Maymoqlik paydo bo'ladi.

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

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

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

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

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

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

Raxitning I darajasida suyak to'qimasidagi o'zgarishlar sust rivojlangan bo'lsa, II darajasida kasallik belgilari o'rtamiyona rivojlangan bo'ladi. Hozirgi vaqtda III darajadagi raxit kamdan-kam uchraydi va ko'pgina tizim bilan organlarda xiylagina o'zgarishlar bo'lishi bilan karakterlanadi.

Raxitning o'tkir, yarim o'tkir va qo'zib turadigan bo'lib o'tishi farqlanadi.

Katta liqildoqning kech bekilishi, birinchi tishlarning kech chiqishi, harakat rivojlanishining orqada qolishi va boshqalar singari alomatlariga qarab raxit deb tashxis qo'yish mumkin emas. Bunday simptomlar bolalarda raxitga aloqasi yo'q patologik holatlar yuzaga kelgan mahallarda ham kuzatilishi mumkin.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanmasa va tegishli spetsifik va nospetsifik davo chorolari ko'rilmasa, bolaning qaddi-qomatida, suyak tizimida juda ham og'ir va qaytarilmas qoldiq belgilar (asoratlar) qoldirishi mumkin. Bosh miyaning normal joylashuvining buzilishidan kelib chiqadigan patologik holatlar, ko'krak qafasi shaklining buzilishidan kelib chiqadigan nafas olishga to'sqinliklar, ayniqsa, bo'lg'usi onalar – qizlarda chanoq suyaklarining deformatsiyalari, oyoqlarning haddan tashqari qiyshayib ketish hollari shular jumlasidandir.

Oqibati. Raxit vaqtida aniqlansa va tegishli davo olib borilsa oqibat xayrli tugaydi. Ayrim hollardagina onalarning beparvoligi natijasida yuqorida aytilgan asoratlar kelib chiqish hollari kuzatilishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Ensa sohasi sochlarining to'kilishi, ensaning yassilanishi, liqildoqlar chetlarining yumshab qolishi, uyquning notinchligi, suyaklardagi o'zgarishlar, tishlar chiqishining kechikishi, harakat faolligining kechikishi va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik va axlat tahlillari, qondagi kalsiy va fosfor miqdorini aniqlash, rentgenologik tekshiruvlar va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Raxitning davosi kasallikning og'irlik darajasiga, kechishiga va uning davrlariga bog'liq bo'lib, davolashning asosiy usullari diyeto-gigiyena, vitamin D va fizioterapevtik muolajalarni o'z ichiga oladi.

Hamshiraning asosiy vazifasi, bolaning ovqatida oqsillar, yog'lar, uglevodlar, vitaminlar va mikroelementlarning bola ehtiyojlarini qondiradigan miqdorda bo'lishini ta'minlashdan iborat. Bola qanday usulda boqilishidan qat'i nazar, bir oylik bo'lgach, meva sharbatlari, 3 oyligidan boshlab olma pyuresi, 3–4 oyligidan esa tuxum sarig'i (asta-sekinlik bilan oz-ozdan sut bilan suyultirilgan holda) berilishi lozim.

Bolani toza havoda sayr qildirish, uqalash va gimnastik muolajalar olib borish ham davolash jarayoniga muhim hissa qo'shadi.

Davolashning asosiy spetsifik usuli D vitamini bilan davolash bo'lib, uning dozasi bolaning yoshiga emas, balki kasallikning og'ir-yengilligi, bolaning qanday usulda boqilishi va yashash sharoitiga bog'liq.

Davolashning bir necha usuli mavjud, biroq hammadan ko'proq va keng foydalaniladigani D vitaminini har kuni o'rtacha terapevtik dozalarda 1,5–2 oy davomida berib borilishidir.

Diqqat!

Har xil og'irlikdagi raxit kasalligida D vitaminini quyidagi dozalarda va davomlilikda qo'llash tavsiya etiladi:

Raxitning davri	Sutkalik dozasi	Kurs dozasi	Davolash davomlilikigi, kun
Boshlang'ich davri (I darajasi)	10000-15000 XB	500000-600000 XB	30-60
Avjiga chiqqan davri (I-II darajasi)	15000-20000 XB	600000-800000 XB	10-14
O'tkir kechishi	15000-20000 XB	600000-800000 XB	30-45
Yarim o'tkir kechishi (III darajasi)	20000-25000 XB	1000000 XB	45-60

Yodda tuting!

D vitaminini ovqat bilan birga ichish maqsadga muvofiqdir.

Raxitni kompleks davolashda ultrabinafsha nur berish ham qo'llaniladi. Bunday muolaja har kuni yoki kunora, jami 15–25 seansgacha o'tkaziladi, 1/8 – 1/4 biodozadan boshlanib ekspozitsiya asta-sekin oshiriladi va 2,5–4 biodozagacha yetkaziladi.

Fosfor preparatlaridan fitin, kalsiy glitserofosfat 1 oy davomida 0,1–0, 2 g dan kuniga 2 mahaldan berib boriladi.

Kompleks davolashga 1 choy qoshiqdan kuniga 3–4 mahal sitrat aralashma (35 g limon kislota, 25 g natriy sitrat, 250 ml suv), askorbin kislota (sutkasiga 350 mg dan) va tiamin (sutkasiga 10 mg dan) qo'shiladi.

Raxitni davolashda tuzli va ignabargli vannalar ham yaxshi naf beradi.

Raxitning avjiga chiqqan davridan tashqari vaqtlarning hammasida kompleks davo tarkibiy qismiga albatta uqalash va gimnastikani qo'shish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Hamshira bu muolajalarni o'zi o'tkazishi va onaga ushbu muolajalarni mustaqil bajarishni o'rgatib qo'yishi lozim, chunki uqalash va gimnastika ta'sirida ko'pgina tizim va organlar faoliyati yaxshilanadi, bemorning umumiy ahvoriga ijobiy o'zgarishlar qo'shiladi va motor funksiyalar asliga kelib, tezroq rivojlanishiga zamin yaratiladi.

Raxit profilaktikasi nospetsifik va spetsifik, bularning har biri o'z navbatida tug'uruqdan oldingi va tug'uruqdan keyingi profilaktik chora-tadbirlardan iborat.

Tug'uruqdan oldingi nospetsifik profilaktik chora-tadbirlar homilador ayol uchun eng yaxshi sharoitlar yaratib berish (ovqatni bekamu ko'st, xilma-xil qilib, vitaminlar bilan boyitish, vaqtida mehnat qilib, vaqtida dam olib turish, gigiyena qoidalariga rioya etish, ochiq havoda ko'p yurish va boshqalar) yo'li bilan antenatal davridayoq amalga oshirib borilishi kerak.

Moddiy-maishiy jihatdan noqulay sharoitlarda yashaydigan, ochiq havo va oftobdan kam bahramand bo'lib, kam harakat qiladigan, tez-tez bo'yida bo'lib turadigan ayollarda va gipovitamin D alomatlari (tishlar kariyesi, suyaklar osteoporozi va boshqalar) bor barcha homilador ayollarda albatta spetsifik antenatal profilaktika o'tkaziladi. Buning uchun nospetsifik chora-tadbirlar bilan birga homiladorlikning oxirgi 2 oyida vitamin D yoki baliq moyi ichib turish, 15–17 ta ultrabinafsha nur seanslari olish va boshqalar amalga oshiriladi.

Tug'uruqdan keyin quyidagi asosiy nospetsifik profilaktik chora-tadbirlar amalga oshirilishi kerak: 1) bolani ko'krak berib to'g'ri emizib boqib borish va sabzavot yoki meva pyurelarini vaqtida berib turishga o'tish; 2) bolani parvarish qilgan mahalda gigiyena qoidalariga va bolaning yoshiga to'g'ri keladigan kun tartibiga rioya qilib, bolani ochiq havoda uzoq olib yurish, 3) chiniqtiradigan muolajalarni qo'llash (havo, yorug'lik-havo vannalari va boshqalarni); 4) massaj va gimnastikadan keng foydalanish; 5) bolani infeksiyon kasalliklardan mumkin qadar asrab, ehtiyot qilish.

Umumiy profilaktik chora-tadbirlar bilan bir qatorda vitamin D bilan spetsifik raxit profilaktikasi o'tkaziladi: oy-kuni yetib tug'ilgan bolalarga hayotining birinchi oyidan boshlab, chala tug'ilgan bolalarga 1–2 haftalik bo'lgan vaqtdan boshlab shu vitamin berib boriladi.

Raxit profilaktikasi uchun vitamin D ning moydagi eritmasi qo'llaniladi, bu eritma har xil konsentratsiyali qilib chiqariladi. Bolaning vitamin D ga bo'lgan eng kam, ya'ni minimal sutkali ehtiyoji 500

XB ni tashkil etadi, biroq yilning kuz-qish hamda bahor fasllarida, quyosh nurlari kam bo‘ladigan mahallarda, ayniqsa, shimoliy tumanlardagi bolalarda sutkalik dozani 1000–2000 XB gacha, chala tug‘ilgan bolalarda esa 3000 XB gacha oshirish tavsiya etiladi.

Unutmang!

Vitamin D₂ (ergokalsiferol) 2 xil – moydagi va spirdagi eritmalar ko‘rinishida, quyidagi konsentratsiyalarda chiqariladi:

Eritma xili	Vitamin D ₂ konsentratsiyasi, XB	
	1 ml da	1 tomchida
Moydagi eritmasi	50000	1400–1600
Moydagi eritmasi	200000	6000–7000

Raxit profilaktikasi uchun vitamin D ning konsentratsiyasi kamroq bo‘ladigan moydagi eritmasidan foydalanilgan ma’qul. Vitamin D ning moydagi eritmasi bo‘lmagan, bolaning ichi suriladigan hollarda, spirdagi eritmasidan foydalaniladi.

Profilaktik vositalardan kutilgan natija olish uchun ularni juda diqqat bilan va muntazam ravishda ishlatib borish, raxitning og‘ir formalari boshlanishi ehtimol bo‘lgan bolalarda (chala tug‘ilgan, noqulay turmush sharoitlarida yashaydigan, sun‘iy usul bilan boqib kelinayotgan, yilning kech kuzi va qish fasllarida tug‘ilgan bolalarda) kasallikning profilaktikasida, ayniqsa, sabru toqat talab etiladi.

8.2. 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‘yirost formada yuzaga chiqadi.

Spazmofiliya bilan raxit kasalligi orasida ma’lum bir bog‘liqlik borligi aniqlangan.

Spazmofiliyaning asosiy klinik ko‘rinishlari – spazm bilan talvasalarga kalsiyning sezilarli darajada yetishmay qolishi va buning natijasida nerv oxirlarida qo‘zg‘aluvchanlikning kuchayib ketishi sabab bo‘ladi.

Spazmofiliya yilning har qanday faslida kuzatiladi, biroq ayniqsa, kunlar bulut bo‘lib turgan mahalda birdan ochilib, quyosh chiqib ketadigan ilk bahor kunlarida hammadan ko‘ra ko‘proq uchraydi.

Yodda tuting!

Quyidagi holatlar spazmofiliya xurujlarining 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‘yirost 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.

Aksariyat bolalarda laringospazm izsiz o‘tib ketishi, lekin nafas uzoq to‘xtab qolgan hollarda bola o‘lib qolishi ham mumkin.

Spazmofiliyaning ikkinchi, nisbatan kamroq uchraydigan formasi — karpopedal spazmlar, ya’ni qo‘l-oyoq muskullari, ayniqsa, panja muskullarining tonik qisqarib turishi bo‘lib, xuruj tutgan vaqtda bola g‘alati ko‘rinishga kirib qoladi: yelkari gavdasiga taqalib, qo‘llari tirsak bo‘gimlaridan bukilgan, panjalari pastga tushirilgan, go‘yoki «akusher qo‘li» holatini olgan bo‘ladi (26-rasm). Biroq, ko‘pincha boshqa barmoqlar ham kaftga taqalgan holda turadi, shunga ko‘ra qo‘l panjasi musht holatida tugilgan bo‘ladi.

Oyoq muskullari ham qo‘llarga o‘xshab chanoqson va tizza bo‘gimlarida, ko‘pincha bukilgan, oyoq barmoqlari va oyoq panjasining butun gumbazi oyoq tagiga qarab keskin bukilgan holatda bo‘ladi, shunga



26-rasm.
Spazmofiliyadagi
“akusher qo‘li”
simptomi.

ko'ra oyoq tagining terisi burmalar hosil qiladi. Qo'l-oyoqlar muskullarining bunday qisqarishlari bir necha soatdan bir necha kungacha davom etishi va takrorlanib turishi mumkin.

Hammadan kam uchraydigan, ammo eng xatarli bo'ladigan spazmofiliyaning og'ir formasi eklampsiya bo'lib, bunda butun tanadagi ko'ndalang targ'il va silliq muskullarga tarqaladigan kloniko-tonik talvasalar kuzatiladi.

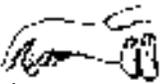
Tonik va klonik talvasalar yakka hamda aralash holda ham paydo bo'lishi yoki ketma-ket tutib turadigan bo'lishi mumkin.

Klonik talvasalar hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda ko'proq kuzatilsa, yoshidan oshgan bolalarda esa ko'proq tonik talvasalar kuzatiladi.

Latent yoki yashirin spazmofiliya ro'yirost formasiga qaraganda bolalarda ancha ko'proq uchraydi va quyidagi doimiy simptomlari bilan namoyon bo'ladi:



a



b

27-rasm. Xvostek (a) va Trusso (b) simptomlari.

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 (27-rasm).

2. *Lustning peronial simptomi* – bola yig'lab turgan va shu sababli Xvostek simptomini aniqlash mumkin bo'lmagan mahalda qo'llaniladi: n.perineus nervini ta'sirlab ko'rish uchun kichik boldir suyagi boshchasining orqasi va sal pastiga bolg'acha bilan urib ko'riladi. Ayni vaqtda, bolaning boldirini chap qo'l bilan ushlab, oyoq panjasi erkin osilib turadigan holda

tutilsa, bola oyoq panjasini dorzal tomoniga bukib, sal tashqari tomonga uzoqlashtiradi.

3. *Trusso simptomi* – latent spazmofiliyaning periferik asablar mexanik qo'zg'aluvchanligi kuchayishidan paydo bo'ladigan simptomlari jumlasiga kiradi va bolaning yelkasi tomir-asab dastasiga jgut, manjetka yoki shunchaki barmoqlar bilan bir necha daqiqa bosib turiladigan bo'lsa, qo'lining panjasi, muskullari tortishib, qisqarib qolishi tufayli «akusher qo'li» holatini oladi. Ushbu simptom Xvostek simptomi kabi doim ham kuzatilavermaydi.

Spazmofiliyaning yuqorida tasvirlab o'tilgan ko'rinishlari bir-biri bilan har xil tarzda qo'shilgan holda uchraydi, vaqtida oldi olinmasa va tegishli davo choralari ko'rilmasa, retsidivlanishi, ya'ni qaytalanishi mumkin.

Asoratlari. Spazmofiliya vaqtida aniqlanmasa va tegishli davolash o'tkazilmasa, uzoq davom etgan laringospazmdan va ayniqsa, eklampsiya

xurujlaridan so'ng bola o'lib qolishi, miyada turg'un o'choqlar paydo bo'lishi, raxit bilan birga kechishida nafas organlarining kasalliklari avj olib ketishi xavfini tug'diradi.

Oqibatlari. Vaqtida aniqlash va ko'riladigan keskin chora-tadbirlar spazmofiliya xurujlarining kamayishi, batamom yo'qolishi va izsiz tuzalib ketishiga olib keladi. Aksariyat hollarda bolalar 2 yoshdan oshgandan so'ng ovqatlanishdagi kamchiliklarning keskin kamayishi va kalsiyga bo'lgan ehtiyojning qondirilishi natijasida kasallik kamroq uchraydigan bo'lib qoladi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas olishning to'xtab qolishi, qo'l-oyoqlarning tirishib tortishishi, kloniko-tonik talvasalar, yurakning to'xtab qolishi va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik va axlat tahlillari, qondagi kalsiy miqdorini aniqlash, rentgenologik tekshiruvlar o'tkazish.

Davolash va parvarish qilish. 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 sharoitida 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.

Unutmang!

Bolani chalgʻitgan holda xurujlar tutishidan saqlash, xurujlarning kamayishiga olib keladi. Shuning uchun bolani har qanday taʼsirlanishlardan asrash lozim.

Talvasalar bartaraf etilganidan keyin bir necha kun davomida kuniga 2 mahaldan fenobarbital, difenin va bromidlar berib turiladi. Kuniga 4–6 mahal bir choy yoki desert qoshiqdan 10% li kalsiy xlorid yoki kuniga 3–4 mahal 2–3 g dan kalsiy glyukonat ichirib turish tayinlanadi.

Kalsiy preparatlarini berib boʻlgandan keyin 3–5 kun oʻtgach, agar spazmofiliya simptomlari yoʻqolib ketgan boʻlsa, raxitga qarshi davo qilib boriladi.

Profilaktikasi. Bolani koʻkrak berib emizib boqish, sunʼiy yoʻl bilan boqib kelinayotgan bolalarda esa kerakli miqdorlarda nordon aralashmalarni buyurish, oʻz vaqtida C, B₁, B₂, PP, D vitaminlarini berib turish, shu bilan birga bolaning ovqatini meʼyoridan oshirib yubormaslik kerak. Bolani har qanday infeksiyon kasalliklardan imkoni boricha ehtiyot qilish zarur, chunki bular talvasa xurujlari boshlanib qolishiga sabab boʻladi. Profilaktika maqsadida 5% li kalsiy xlorid yoki kalsiy glyukonat koʻrinishida kalsiy berib turish, ultrabinafsha nurga solib turish ham maqsadga muvofiqdir.

8.3. Ekssudativ diatez

Diatezlar yoki konstitutsiya anomaliyalari bolalar va goʻdaklar patologiyasida muhim oʻrin egallab, organizmning muayyan rivojlanish davrida turli organ va tizimlarning funksiyalari hamda moddalar almashinuvining uzoq muddat beqaror boʻlib turishi bilan xarakterlanadi, asab-boshqaruv mexanizmlari esa organlarning normal faoliyatini, butun moddalar almashinuvining bir tekis davom etishini taʼminlay olmasdan qoladi.

Konstitutsiya (organizmda tashqi va ichki taʼsirlardan qatʼi nazar har qanday jarayonlar normal kechishi shart boʻlgan holat)da anomaliyalari bor bolalar organizmi tugʻma, nasldan oʻtgan, baʼzan esa turmushda orttirilgan individual xususiyatlari natijasida odatiy boʻlgan tashqi taʼsirlarga javoban patologik reaksiyalar koʻrsatishga moyil boʻlib qoladi, bola organizmining atrof-muhitga moslanuvchanligi oʻzgaradi, oʻziga xos reaktivlik yuzaga keladi. Agar ushbu taʼsir aniqlansa va vaqtida bartaraf etilsa bu holat izsiz yoʻqolib ketadi.

Konstitutsiya anomaliyalarining hammadan ko‘proq o‘rganilganlari ekssudativ-kataral, limfatiko-gipoplastik va asab-artritik diatezlar hisoblanadi.

Ekssudativ-kataral diatez konstitutsiya anomaliyalari ichida eng ko‘p uchraydi va badan terisi hamda shilliq pardalarning juda nozik bo‘lib, salga yara-chaqa bo‘lib ketishi, allergiya bo‘lishi, infeksiyalarga qarshilikning kamayib ketishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Iqlimiy o‘zgarishlar, mavsumiy omillar ta’siri, ovqatning xili va boshqa ko‘pgina sabablar ekssudativ diatezning kelib chiqishi uchun asosiy sabablar hisoblanadi.

Ekssudativ diatezning klinik belgilarining paydo bo‘lishiga ovqat allergenlari (ayniqsa, ovqatning oqsil va yog‘ moddalari – sigir suti, tuxum), mahalliy fizik, kimyoviy ta’sirlar, iqlim, ob-havo sharoitlari (sovqotish, issiqlab ketish), ehtiyotdan emlash uchun organizmga yuboriladigan dorilar va boshqalar asosiy omil bo‘lishi mumkin.

Ekssudativ diatezning asosiy belgilari hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda ko‘proq ifodalangan bo‘ladi. Diatezning dastlabki simptomlari bolalarning 3–5 oyligida, lekin bundan ko‘ra ilgariroq muddatlarda ham paydo bo‘lishi mumkin. Bola hayotining birinchi yili ikkinchi yarmi bilan ikkinchi yilining boshlarida diatez yaqqolroq namoyon bo‘ladi: bola hayotining ikkinchi yilining oxirlariga borib u susayadi va bola ulg‘aygan sayin ko‘pchilik bolalarda yo‘qolib ketadi, lekin ba’zi bolalar organizmining reaktivligi o‘ziga xos ravishda yumshoqroq holda saqlanib qolishi mumkin.

Klinikasi. Diatez turli yoshdagi bolalarda turlicha ko‘rinishda namoyon bo‘ladi. Ularni aniqlab olish uchun bolaning hayot anamnezi va allergologik anamneziga katta e’tibor qaratish lozim.

Yodda tuting!

Davr	Simptomlar
Ko‘krak yoshi	Gneys, sutli strup, bichilishlar, ekzema(quruq, suvli), geografik til, og‘iz shilliq qavatining o‘tib ketuvchi shishlari va deskvamaiyasi(ko‘z shilliq qavatida ham), me‘da-ichak yo‘li funksional buzilishlari, eozinofiliya.
Maktabgacha va maktab yoshidagi	Prurigioz va urtikar toshmalar, limfa tugunlarining kattalashuvi, angina, laringit, bronxit, blefaritlar, me‘da-ichak spazmi, uraturiya.
Balog‘atga yetish	Urtikar toshmalar, idiosinkraziyalar, tumovga moyillik, angina, bronxit, bronxial astmaga moyillik, me‘da va ichaklarning vagotonik buzilishlari, yurak faoliyatining vagotonik va simpatikotonik buzilishlari.

Diatez avjiga chiqqan davrda odatda, u bolaning yuziga «yozib qo'yilgandek» aniq bilinib turadi.

Diatezning erta paydo bo'ladigan va doim 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 bolada badanning bichilishi kuzatiladi: bichilish oldiniga chov, qo'ltiqosti sohalari, keyin esa quloqlarning orqasi, bo'yinda, bo'g'im sohalari va tizza bukimlarida bo'ladi.

Bolalar yaxshi parvarish qilib turilishi, oqliklari yetarli bo'lishi, har kuni vanna qilinishi, terisining burmalariga talk sepib turilishidan qat'i nazar, ularning badani bichilaveradi, bichilish uzoq davom etadi, davo choralari olib borilishiga qaramay, qaytmaydi va ekzemaga aylanishi ham mumkin. Teridagi o'zgarishlar paydo bo'lganidan keyin bolaning lunjlarida sutsimon toshmalar paydo bo'ladi, lunjlar terisining cheklangan qismi qizarib chiqadi, unda oq tangachalar, pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalarning suvi asta-sekin, qo'ng'ir rangli qalin qora qo'tirlarga aylanadi. Mana shunday ko'rinish yuzda, ayniqsa, yaqqol ifodalangan bo'ladi. Odatda ekzema qattiq qichishish bilan davom etadi, bola bezovta, besaranjom bo'lib qoladi, chehrasi ochilmay, uyqusi buziladi va yetarli e'tibor qaratilmaganda terini qashlash ikkilamchi infeksiya kirishiga sabab bo'ladi.

Ekssudativ kataral diatezning ikkinchi asosiy belgisi shilliq pardalarning o'zgarishi bo'lib, bolalarda tumov, konyunktivit, blefarit, faringit, angina, soxta bo'g'ma, astmatik komponent bilan yoki busiz o'tadigan qaytalanuvchi bronxit sifatida namoyon bo'ladi. Bunday bolalar o'rta quloqning yiringli yallig'lanishiga moyil bo'lib qoladi, ularda siydik chiqarish yo'llarining surunkali infeksiyalari ko'proq kuzatiladi. Shilliq pardalardagi ushbu o'zgarishlar arzimas sabablar natijasida kelib chiqadi, uzoq saqlanib turadi, ko'pincha tez-tez qaytalanadi. Burun-halqumda qaytalanib turadigan katar (yallig'lanish)lar burun-halqumda adenoid to'qima o'sib ketishiga, bodomcha bezlarining kattalashib ketishiga sabab bo'ladi.

Bolalarning tili ko'pchilik hollarda «geografik xarita» ko'rinishida bo'ladi (epiteliy bo'rtib, ko'chib turadigan joylar odatdagi och-pushti joylar bilan navbatlashib boradi).

Shilliq pardalarning tez shikastlanadigan bo'lib qolishi natijasida bola noto'g'ri boqilsa turli darajadagi dispepsiyalar, ichning o'zgaruvchan bo'lib qolishi ko'rinishidagi me'da-ichak kasalliklari kelib chiqadi.

Bo‘yin, ensa, jag‘osti sohasi, quloq atroflaridagi periferik limfa tugunlarining kattalashib ketishi eksudativ diatezning xarakterli belgilaridan hisoblanadi (chov va qo‘ltiqosti sohasi limfa tugunlari kamdan-kam hollarda kattalashadi).

Badan terisining kerkib turishi (pastozligi), bo‘sh, oqargan bo‘lishi, teriosti yog‘ qatlami va mushaklarning ilvillab qolganligi, biroz yog‘ bosishi—ko‘pchilik bolalarda eksudativ diatezning tashqi ko‘rinishlari hisoblanadi. Eti oriqlashgan bolalar deyarli kam uchraydi.

Eksudativ diatezning bolada borligi sog‘lomligida ham, ayniqsa, kasallik davrida ham nojo‘ya fon hisoblanadi. Bunday bolalarda gripp, o‘tkir respirator kasalliklar ko‘proq kuzatiladi, kasalliklar odatda uzoq cho‘ziladigan bo‘ladi, aksariyat hollarda bir qancha asoratlar qolishiga sabab bo‘ladi.

Diqqat!

Terida eksudativ diatez alomatlari bo‘lishi ehtiyotdan emlash ishlarini o‘tkazishga ma‘lum muddatgacha—to bularning hammasi bosilib ketgunicha monelik hisoblanadi. Bunday bolalarni ehtiyotdan emlash desensibillovchi terapiya asosida klinik remissiya boshlangan davrdagina juda ehtiyotlik bilan o‘tkaziladi: ba‘zi bolalar epidemiologik jihatdan zaruriyat bo‘lgan hollardagina emlanadi.

Asoratlari. Eksudativ diatezning belgilari aksariyat hollarda bola — hayotining 2–3 yiliga kelib yo‘qolib ketadi. Lekin, ba‘zi bolalardagi teri kasalliklari, bronxial astma, me‘da-ichak yo‘lining spastik holatlariga moyillik ko‘pincha yashirin holda saqlanib qolishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida aniqlanib tegishli chora-tadbirlar ko‘rilganda (parvarishni to‘g‘ri yo‘lga qo‘yish, to‘g‘ri ovqatlantirish, allergik ta’sir qiluvchi omillarni bartaraf etish va hokazolar) diatezning yaxshi natijalar bilan o‘tib ketishiga erishish mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Boshdagi qazg‘oqlar, qichishish, bichilishlar, uyqusizlik, nafas qisishi, ichning surilishi, piodermiyalar va hokazolar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qon, siydikning umumiy tahlillari, ovqat kundaligi yuritish, turli xil allergik sinamalar o‘tkazish.

Davolash va parvarish qilish. Bolani to‘g‘ri ovqatlantirish, yaxshi parvarish qilib borish, bola organizmini ehtiyot bo‘lib chiniqtirish, teridagi kasallik alomatlariga qarshi o‘z vaqtida va muntazam davo qilish diatezlarni davolashning asosiy talablaridir.

Bolani albatta ko‘krak berib boqishdan hech qachon voz kechilmaydi. Bola sun‘iy yo‘l bilan boqilsa, sutni ivitib tayyorlanadigan aralashmalardan berish afzalroq. Eksudativ diatezli bolalarga qo‘shimcha

ovqat hayotining 3,5–4 oyligidan tvorog, har xil sabzavot, olma pyuresi berishdan boshlanadi, keyin bo‘tqalar (yaxshisi, qorabug‘doy bo‘tqasi) beriladi, kisel, meva sharbatlari, mevaning o‘zi bilan alishtiriladi. Tovuq tuxumining sarig‘ini qattiq qilib pishirilgan holda beriladi: tuz miqdori birmuncha cheklanadi. Qaynatib yoki bug‘ga qo‘yib pishirilgan go‘shetni imkoni boricha ertaroq (5–6 oylikdan boshlab) berib boriladi (go‘shetning sho‘rvasi berilmaydi), konserva mahsulotlari berish tavsiya etilmaydi. Teridagi alomatlarni kuchaytirib yuboradigan oziq moddalarini ovqat ratsionidan chiqariladi. Bunday moddalar (tuxum, sariyog‘, baliq, no‘xat, shokolad, kakao va boshqalar) ni aniqlash uchun onaga ovqat kundaligi tuttiriladi.

Barcha yoshdagi bolalarning ovqati A, B₁, B₂, B₆, C va D vitaminlari bilan boyitiladi. Kun tartibiga qattiq rioya qilinishi, bolaning yoshiga qarab uni ochiq havoda uzoq vaqt olib yurish (yoz kezlari soya joyda), uyqusini yaxshilash va uzaytirish, o‘rinsiz bezovtalanishning oldini olish tavsiya etiladi.

Diatezi bor bola juda sinchiklab parvarish qilinishi, terini shikastlanishdan asrash va infeksiya tushishining oldini olish maqsadida bolaning tirnoqlari tez-tez olib turilishi, qo‘llariga yumshoq matodan tayyorlangan qo‘lqopchalar kiygizib qo‘yilishi, yuzi moychechak damlamasi yoki 2% li borat kislotasi eritmasi bilan yuvib turilishi lozim. Diatezning o‘tkir davrida 1–2 kun oralab kaliy permanganat (ochpushti rangli eritmasida), chereda, moychechak qo‘shib vannalar qilib turiladi. Teri burmalariga dog‘langan o‘simlik moyi surtib qo‘yiladi, ba‘zi bolalarga prisipkalar (talk prisipkalari) sepib turiladi. Diatezlarda kalsiy xlorid eritmasi (5–10% li) yoki kalsiy glyukonat (har safar 0,3–0,5 g dan) ko‘rinishida kalsiy preparatlari ichish uchun qo‘llaniladi.

Prednizolon, deksamezaton, triamsinolon kabi gormonal vositalar emadigan bolalarga faqat kasalxonada sharoitlarida boshqa davolash choralarini naf bermagan hollardagina tegishli o‘rtacha terapevtik dozalarda qisqa muddatga (7–10 kunga) buyuriladi.

Diatezning dastlabki alomatlari paydo bo‘lgandayoq ovqat mahsulotlaridan qaysi biri sabab bo‘lganligini aniqlash maqsadida onalarga ovqat kundaligi tutilishi tayinlanadi.

Profilaktikasi. Bolalarda diatezlarning kelib chiqishini oldini olish uchun onalarni homiladorlik davrida turli xil allergik ta‘sir etuvchi omillar ta‘siridan asrash, allergik xususiyatga ega bo‘lgan ovqat mahsulotlarini ratsiondan imkoni boricha cheklash, allergik kasalliklari bor bo‘lgan homiladorlarda profilaktik desensibilizatsiya choralarini olib borish tavsiya etiladi.

9. NAFAS A'ZOLARI KASALLIKLARI

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 patologiyalar kelib chiqishiga ham imkoniyatlar paydo bo'la boshlaydi.

9.1. O'tkir rinofaringit

Rinit – burun shilliq pardasining yallig'lanishi bo'lib, emizikli yoshdagi 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 yo'li bilan yuqadigan adenovirus infeksiya, gohida esa termik, mexanik, kimyoviy ta'sirlar natijasida kelib chiqadi. Kasallikning kelib chiqishida parvarishdagi nuqsonlar – bolani yelvizak xonada qoldirish, beshikda bola yuzini ikki tomondan ochiq qoldirish, terlab turgan bolani yo'rgakdan va beshikdan yechib olish va boshqalar ham sabab bo'lishi mumkin.

Klinikasi. Bolalarda rinofaringit har xil o'tishi mumkin. Tana harorati ko'tarilishi yoki normada ham bo'lishi mumkin. Bolaning burnidan avvaliga och rangli tiniq suyuqlik kela boshlaydi, bu suyuqlik tez orada shilimshiq yoki yiringli tusga kiradi, aksira boshlaydi. Burun odatda shu qadar bitadiki, bola burni bilan nafas ololmay, ko'krakni emishga

ham qiynala boshlaydi. Bola ko'krak uchini og'ziga solib so'ra boshlaydi-yu, lekin tez chiqarib tashlaydi. Bola emmay qolishdan tana vazni kamayib ketadi, uyqusi buziladi, juda behalovat bo'lib qoladi. Bunga ko'pincha qayt qilish ham qo'shiladi, ichi suyuqlashadi, qorin dam bo'lib, diafragma ko'tariladi va nafas olish yanada qiynlashib qolishi mumkin. Bola og'zi bilan nafas olib, havoni yutadi – aerofagiya, bu ham o'z navbatida qorin dam bo'lishini kuchaytiradi.

Asoratlari. Rinofaringitning ko'p uchraydigan asoratlari o'rta quloqning o'tkir yallig'lanishi (otit), laringit, bronxit, pnevmoniyalar hisoblanadi.

Oqibati. Rinofaringitning oqibati infeksiyaning virulentligiga, bolaga qilinadigan parvarishning to'g'ri-to'g'rimasligiga, davolashning qanchalik erta boshlanganligiga bog'liq. Hayotining dastlabki oylarini yashab kelayotgan bolalarda juda ehtiyot bo'lish talab qilinadi, katta yoshdagi bolalarda yaxshilik bilan tugaydi va kasallik eson-omon o'tib ketadi.

Hamshiralik tashxislari. Burunning bitib qolishi, burun orqali nafas olishning qiynlashuvi yoki ololmaslik, burundan suyuqlik ajralib turishi, emishning qiynlashuvi, bezovtalik, qorinning dam bo'lishi, ich surilishi va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Birinchi navbatda burun orqali nafas olishni tiklash choralari ko'rilishi lozim. Bolani har safar emizish oldidan har bir burun teshigiga 1:1000 nisbatdagi adrenalın 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.

Diqqat!

Tarkibida mentoli bor preparatlarni 3 yoshgacha bo'lgan bolalar burniga ishlatib bo'lmaydi, chunki ular talvasaga sabab bo'lishi va ovoz tirqishining spazm bo'lib qolishiga olib kelishi mumkin.

Burun teshiklarining atrofi bilan ustki labga (suyuqlik ta'sirida ilvirashning oldini olish maqsadida) vazelin surtib turish lozim. Bolani to'g'ri ovqatlantirib borish(zaruratga qarab sog'ilgan sut bilan boqish), oyoqlariga vannalar qilish, gorchichnik yoki grelkalar qo'yib turish ham yaxshi naf beradi.

Profilaktikasi. O'tkir rinit va rinofaringitning oldini olishda asosiy e'tibor bolani parvarish qilishda nuqsonlarga yo'l qo'ymaslikka qaratilmog'i kerak. Ayniqsa, chaqaloqlar parvarishida xona haroratiga

katta e'tibor qaratishga to'g'ri keladi. Yelvizaklarning oldini olish choralari ko'rilishi lozim.

9.2. Surunkali (xronik) tonzillit

Surunkali tonzillit – halqum limfoid to'qimasining uzoq davom etadigan yallig'lanish jarayoni bo'lib, umumiy intoksikatsiya alomatlari va mahalliy o'zgarishlar bo'lishi bilan ta'riflanadi.

Surunkali tonzillitda bodomcha bezlari lakunalarida tiqinlar paydo bo'ladi yoki bosib ko'rilganda ulardan yiringsimon suyuqlik chiqib, ba'zan og'izdan qo'lansa hid keladi. Bodomcha bezlari oldingi ravoqlar bilan qo'shib, hatto bitib ham ketadi, oldingi ravoqlarning aksariyat hollarda qizarib turganligi aniqlanadi.

Etiologiyasi. Surunkali tonzillit qo'zg'atuvchilari streptokokklar, stafilokokklar, pnevmokokklar va boshqa mikroorganizmlar bo'lishi mumkin. Aksariyat hollarda tez-tez qo'zib turadigan anginalar ham asta-sekinlik bilan surunkali tus olishi kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallikning oddiy va toksiko-allergik turlari farqlanadi. Oddiy turi bolaning umumiy ahvolini deyarli o'zgartirmasdan davom etadi. Toksiko-allergik turi esa, qish-bahor va kuz-qish paytlarida qo'zib turishi bilan xarakterlanadi va tana haroratining ko'tarilishi, organizmning zaharlanish belgilari (bosh og'rig'i, tez charchash, darmonsizlik va boshqalar) bilan namoyon bo'ladi. Tomoqda bodomcha bezlari haddan tashqari kattalashadi, og'riq kuchayadi, ovqat tomoqdan o'tmasdan qolishi ham mumkin.

Kasallik uzoq davom etganda bolaning bo'g'imlari va yurak sohalarida og'riqlar paydo bo'lishi kuzatiladi. Bu patologik jarayonning boshqa a'zo va tizimlarga asoratlar bera boshlaganidan dalolat beradi. Shuning uchun surunkali tonzillit yurak(kardiotonzilyar sindrom), buyrak (o'choqli va diffuz nefrit), o't pufagi(angioxolesistit), bo'g'imlar (poliartrolgiya) va boshqa organlarda ham o'zgarishlar paydo bo'lishi bilan o'tadigan o'choqli infeksiya manbai bo'lib qolishi mumkin. Aksariyat hollarda revmatizm boshlanishidan oldin albatta surunkali tonzillitning qo'zishi kuzatiladi va revmatizmning kechishi va oqibatlarining og'irlashib qolishiga sabab bo'ladi.

Asoratlari. Surunkali tonzillit yuqorida aytib o'tilganidek, o'choqli infeksiya manbai sifatida revmatizm, nefrit, yurakning turli xil zararlanishi kabi asoratlar qoldirishi mumkin.

Oqibati. Kasallik vaqtida aniqlangach, kompleks davo choralari o'tkazilganda batamom tuzalib ketishi yoki hech bo'lmaganda asoratlarining oldi olinishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Tomoqdagi og‘riqlar, tana haroratining ko‘tarilishi, ovqat o‘tmasligi, bosh og‘rig‘i, bo‘gimlardagi og‘riqlar, yurak sohasidagi og‘riqlar, darmonsizlik va boshqalar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, elektrokardiografiya, qon ivuvchanligi va qon oqish vaqtini aniqlash va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Davolash konservativ va jarrohlik usullari bilan amalga oshiriladi. Konservativ davolashda iqlim omillaridan foydalanish tavsiya etiladi, fizioterapevtik muolajalar, tegishli dori-darmonlar bilan mahalliy va umumiy davo o‘tkaziladi.

Havo, quyosh va suv kabi tabiiy omillardan foydalanish yaxshi naf beradi. Fizioterapevtik muolajalardan har kuni butun badanni yoki bodomcha bezlari sohasini ultrabinafsha nurlar yordamida nurlantirish yoki novokain, penitsillinli elektroforez o‘tkazish buyuriladi. Davolash kurslari 15–20 muolajani o‘z ichiga oladi, zarur bo‘lgan taqdirda, 2–3 oydan keyin davoni takrorlash tavsiya etiladi.

Mahalliy davo sifatida lakunalarni izotonik natriy xlorid eritmasi, etakridin laktat (rivanol) (1: 1000), penitsillin (200 000 TB penitsillin 5 ml izotonik natriy xlorid eritmasiga), furatsillin (1: 5000) eritmasi, moychechak damlamasi bilan yuvib, keyin ularga 2% kollargol eritmasi yoki Lyugol eritmasi surtib turiladi.

Konservativ yo‘l bilan davolash kutilgan natijalarni bermagan hollarda, jarrohlik yo‘li bilan davolash, ya‘ni bodomcha bezlarini butunlay olib tashlash (tonzillektomiya) mumkin.

Unutmang!

Quyidagi hollarda tonzillektomiyaga yo‘l qo‘yilmaydi:

- 1) Bodomcha bezining o‘zida yoki atrofidagi to‘qimalarda o‘tkir yallig‘lanish jarayonlari borligida, bunda o‘tkir jarayon barham topib ketganidan keyin kamida 2–3 hafta o‘tkazib operatsiyani qilish kerak.
- 2) Qon yaratish a‘zolari kasalliklari: diabet, silning aktiv formasi.
- 3) Tomirlarning turli anomaliyalari: tomir anevrizmasi, shilliq parda tagida urib turishi.
- 4) Qiz bolalarda hayz kelgan vaqtlari.

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 vaqtida va to'g'ri o'tkazish, tegishli ko'rsatmalar bo'lganda tonzillektomiya amaliyotini amalga oshirish zarur.

9.3. Stenozlovchi o'tkir laringotraxeobronxit (soxta bo'g'ma yoki krup)

Stenozlovchi o'tkir laringotraxeobronxit — soxta bo'g'ma (krup) o'tkir respirator-virusli kasalliklar kechishida ko'p kuzatiladigan va og'ir o'tadigan asoratlardan biri hisoblanadi.

Etiologiyasi. Kasallik yuqorida aytilganidek, o'tkir respirator-virusli kasalliklar (gripp, paragripp, adenovirusli infeksiya va boshqalar)ning simptomi yoki asorati sifatida hamda alohida kasallik sifatida hiqildoq va ovoz boylamlarining sovqotish, sovuq ovqat va suyuqliklar iste'mol qilish oqibatida yallig'lanishi natijasida ham kelib chiqadi. Kasallikning kelib chiqishida mikroblarning ham ahamiyati bor.

Klinikasi. Kasallik aksariyat 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda, kuz-qish va qish-bahor paytlarida ko'proq rivojlanadi va yallig'lanish jarayoni hiqildoqning og'iz bilan chin tovush boylamlari sohasidan tashqari bog'lamoosti bo'shlig'iga ham tarqalishi, ayni vaqtda, nafas qiyinlashib hansirash paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kasallik



28-rasm. "Soxta bo'g'ma" xuruji

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 (28-rasm).

Nafas asta-sekin osoyishtalanib, tekislashib boradi. Kasallik xurujlari tutgan payt va undan keyin bolaning ovozi saqlanib qoladi. Xurujlarda ertasiga kechasi yana takror-takror tutishi, ayrim hollarda bir marta xuruj tutishi bilan kifoyalanishi ham mumkin.

Unutmang!

Soxta bo'g'mani chin bo'g'ma(difteriya bo'g'masi)dan farq qilish kerak.

1. Soxta bo'g'ma aksariyat kechasi yarim tunda, birdaniga tutadi, chin bo'g'ma esa vaqt tanlamaydi va asta-sekin rivojlanadi.

2. Soxta bo'g'mada ovoz saqlangan bo'lib, tez bartaraf etiladi, chin bo'g'mada esa, ovoz patologik jarayon kuchaygan sari yo'qolib boradi va odatdagi davolash muolajalari hech qanday naf bermaydi.
3. Tegishli davolash choralarida vaqtida olib borilmasa chin bo'g'ma aksariyat hollarda fojiali oqibatlarga olib keladi.

Asorati. Tegishli choralari ko'rilmaganda patologik jarayon quyida joylashgan a'zolarga tarqalishi va bolada pnevmoniya rivojlanishi mumkin.

Oqibati. Soxta bo'g'maning oqibati bolaning yoshiga, hiqildoqdagi stenoz darajasiga, intoksikatsiya darajasiga, asoratlar (pnevmoniyalar) va yo'ldosh kasalliklarning bor-yo'qligiga bog'liq. Vaqtida va intensiv davolash choralarida olib borilganda xayrli tugaydi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas olishning qiyinlashuvi, haroratning ko'tarilishi, kuchli intoksikatsiya, nafas yetishmovchiligi, bezovtalik va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Bola o'ringa yotqizilib tinchlantiriladi, unga tinch sharoit yaratiladi (har qanday hayajonlanish yo'talni qo'zg'atadi va ovoz boylamlarining zo'riqligiga 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, antigistamin preparatlar, etiotrop vositalar, dezintoksikatsiyalovchi vositalar, diuretiklar keng foydalaniladi (amaliy qismga qarang).

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.

9.4. 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 pnevmokokklardan

bo‘ladigan kasallikka qarshi aktiv immunitet hosil qila olmaydi), atrof-muhit omillariga aloqador bo‘lgan organizm reaktivligi yosh bolalarda pnevmoniyalarning ko‘p uchrashi va og‘ir o‘tishiga sabab bo‘ladi.

Etiologiyasi. Pnevmoniya polietiologik kasallik hisoblanadi. Turli xil bakteriyalar(pnevmonokokk, 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 chiqarishlari 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 mavjudligi bolalar organizmi reaktivligining anchagina pasayib qolishiga olib keladi. Bola organizmining sovqotishi ham kasallik kelib chiqishida muhim o‘rin egallaydi.

Klinikasi. Kasallikning klinikasi uning turiga va keltirib chiqaruvchi sabablariga bog‘liq bo‘lib, juda xilma-xildir.

O‘tkir pnevmoniyaning klassifikatsiyasi (1978-yil)

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, sirkulyator sindromlar, yiringli (o‘pkada va o‘pkadan tashqarida) asoratlar	Cho‘zilgan

O‘choqli pnevmoniya odatda tumov, aksirish, quruq yo‘tal, uncha yuqori bo‘lmagan isitma, bolaning injiqlanishi, burunning bitib qolishi bilan boshlanadi. Kasallikning asosiy sababchisi 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 yetilmaganligini, nafas va tomirlar tizimining morfologik va funksional jihatdan norasoligi jihatidan o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi.

Bolaning umumiy ahvoli juda tez og'irlashadi, yuqoridagi sanab o'tilgan belgilar chala tug'ilgan bolalarda yanada yaqqol namoyon bo'ladi, bola ovqatdan bosh tortib, emgan sutini qaytarib chiqaradi, qayt qilib turadi, ichaklari dam bo'lib, ichi ketadi, tanasining vazni keskin kamayadi. Bolaning og'zi, ba'zida burnidan ko'pikli shilimshiq kela boshlashi xatarli belgi sanaladi. Bola qanchalik kichik bo'lsa, perkutor va auskultativ ma'lumotlar kam ifodalangan bo'ladi.

Asoratlari. Go'dak bolalarda pnevmoniyalardan so'ng asoratlar ancha ko'p uchraydi, lekin kimyoterapevtik dori-darmonlar keng qo'llanilayotganligi munosabati bilan so'nggi yillarda bularning soni ancha kamayib qoldi.

Go'dak bolalarda bo'ladigan pnevmoniyalarning eng ko'p uchraydigan asoratlari otoantritga o'tib ketadigan kataral yoki yiringli otit, yiringli plevrit, o'pka absesslari, ensefalit, meningit, meningoensefalitdir. Mayda o'choqli pnevmoniyaning birmuncha kamroq uchraydigan asoratlari jumlasiga yiringli perekardit, peritonit, artrit, osteomiyelit, piyelonefrit va boshqalarni kiritish mumkin.

Oqibati. Kasallik vaqtida aniqlanib, tegishli davo va parvarish choralari olib borilsa batamom tuzalish bilan yakunlanishi mumkin. Lekin yetarli e'tibor berilmagan hollarda, bolada qo'shimcha kasalliklar bo'lganda yuqoridagi asoratlar kelib chiqadi.

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 boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, balg'amni turli tekshiruvlari, rentgenologik tekshiruvlar va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. 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.

Bolani davolashni boshlaganda parvarishning ahamiyati nihoyatda katta. Bola yotadigan palata (xona) havosi hamisha sof, toza va harorati doimiy (chaqaloqlar uchun 22–23° C va katta yoshdagi bolalar uchun 18–20° C) hamda nisbiy namligi yetarlicha (60–80%) bo'lish kerak. Chala tug'ilgan bolalarning ahvoli biroz yaxshilanguncha kuvezlarga qo'yiladi, kuvezlar bo'lmagan taqdirda grelkalardan foydalaniladi. O'rins-bosh qulay, toza va issiq bo'lishi kerak. Og'ir nafas yetishmovchiligi paytida bolaning boshi ochiq va qo'llari erkin turadigan qilib karavotga qaddini ko'taribroq yotqizib qo'yish, vaziyatini vaqti-vaqti bilan o'zgartirib, qo'lga olib turish zarur. Bolalarni yo'rgakda qimirlatmasdan uzoq yotqizib qo'yishdan saqlanish kerak. Bola kiyimi yengil, qulay va harakatlari hamda nafas olishiga xalal bermasligi kerak. Terisi, shilliq pardalariga alohida e'tibor qaratish lozim.

Bolalar ahvoli og'ir bo'lmaganda bot-bot cho'miltirib turish (suv harorati 38–39°C, vanna muddati 3–5 daqiqa), burnini borat kislotaga eritmasiga ho'llangan paxta tampon bilan tozalab turish, og'iz bo'shlig'i ahvoliga qarab borish kerak. Bola qayerda davolanmasin (kasalxonada yoki uyda), uning tinchini buzmaslik, orom olishi, yetarlicha uzoq uxlashi uchun sharoit yaratilmog'i kerak. Uyg'oqligida esa bolani qo'lga olish, qornini va orqalarini yengil uqalash lozim. Bola bilan doimo muloqotda bo'lish, unga mehribonlik qilish, uni erkalatish va salbiy ta'sir qilmaydigan istaklarini amalga oshirish choralarini ko'rish lozim.

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.)

Pnevmoniya bilan og‘rigan bolalar choy, 5–10% glyukoza eritmasi, Ringer eritmasi, izotonik natriy xlorid eritmasi, borjom suyuqliklari kabilardan yetarli miqdorda ta‘minlab turilishi kerak. Hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarga beriladigan suyuqlik miqdori ko‘krak suti yoki sutli aralashmalari qo‘shib hisoblaganda, sutkasiga 150 ml/kg ni tashkil etishini unutmaslik kerak.

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.

Antibiotiklar ko‘p miqdorda va omixta usulda qo‘llanilganda organizmda mikroorganizmlarning muvozanati buziladi va zamburug‘lar (kandidoz) rivojlanishi mumkin. Ana shu asoratning kelib chiqmasligi uchun bolaga kuniga 3–4 marta 50–100000 *TB* dan nistatin yoki 80–100000 *TB* dan levorin berib turish tavsiya etiladi.

Tana harorati ko‘tarilib, uyqusizlik, qayt qilish, bezovtalanish, talvasaga tushish bilan birga davom etib, xiyla nafas yetishmovchiligi bilan o‘tayotgan pnevmaniylarda 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 (1mg/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 kasallikning o‘tkir davrida achishtiradigan quruq yo‘tal bo‘lsa, bir choy qoshiqdan kuniga 6–8 mahal altey damlamasi (100 ml suvga 3–4 g), kuniga 5–6 mahal evkalipt,

ko'krak eliksiri (bir martali dozasi bolaning har bir yoshiga 2 tomchidan), libeksin (1/4–1/2 tabletkadan kuniga 3–4 mahal), bromgeksin, gohida kodein fosfat (bolaning har bir yoshiga 1mg dan) buyuriladi. Keyinchalik kuniga 6–8 mahal termopsis (100 ml ga 0,1–0,2 g damlamasi), solutan (bolaning har bir yoshiga har safar 0,5–1 tomchidan), pertussin (1/2 choy qoshiqdan kuniga 4–5 mahal), bronxolitin (0,5–1 choy qoshiqdan kuniga 3 mahal) qo'llaniladi.

Kasallikning tuzalish jarayonida fizioterapevtik vositalar ham yaxshigina naf beradi.

Sog'ayish davrida shifobaxsh gimnastika buyurish va gimnastika mashqlarini asta-sekin murakkablashtirib borib, uqalab turish o'rinlidir.

O'tkir pnevmoniyani boshidan kechirgan bolalar 1 yil davomida dispanser 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 boshlaboq bo'lg'usi onaning vaqtida uxlab, vaqtida turishi, vaqtida mehnat qilib, vaqtida dam olishini ko'zda tutadigan to'g'ri rejim belgilash kerak. Qish kezlari sutkasiga 3–4 soatdan, yoz mahallari 8 soatgacha ochiq havoda yurishni nazarda tutadigan havo rejimiga rioya qilish ham ancha muhim. Homilador ayolning ovqatlanish rejimi ham katta rol o'ynaydi.

2. Bola tug'ilganidan boshlaboq ona suti bilan boqilishini ta'minlash.

3. Gipotrofiya, anemiya va raxit kasalliklarining oldini olish chora-tadbirlarini muntazam olib borish.

4. Bolani toza havodan bahramand qilish, jismoniy tarbiya, uqalash, suv muolajalari, havo vannalari va boshqa omillar bilan chiniqtirish.

5. Bolaning kun tartibiga rioya qilishini ta'minlash.

6. Adenoidlari va surunkali tonsilliti bor, burun qo'shimcha bo'shliqlari yallig'langan, bronxit, o'tkir respirator kasalliklar bilan tez-tez og'rib turadigan bolalarni alohida nazorat ostiga olish.

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

9.5. Bronxial astma

Bronxial astma – surunkali, mustaqil, infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, bronx mushaklari tortishib qisqarishi natijasida bolaning nafasi qisib, bo'g'ilib qolishi, xurujsimon yo'tal tutishi va yopishqoq balg'am ajralishi bilan xarakterlanadi.

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

Etiologiyasi. Bolalarda bronxial astma rivojlanishida irsiy moyillik muhim oʻrin tutadi. Aksariyat bolalarning oilaviy anamnezida bronxial astma, ekzema, migren, podagra, yogʻ bosishi va shu singari kasalliklar 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 uning sensibillashib qolishi bronxial astma kelib chiqishining asosiy patogenetik sababi hisoblanadi.

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

Noinfeksion 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. Dori 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 boʻladi.

Infeksiyon allergenlarga quyidagilarni misol keltirish mumkin:

1. Turli bakteriyalar, viruslar, qoʻziqorinlar va boshqa patogen mikroorganizmlar.

2. Turli xil gelmintlar, sodda jonivorlar va nopatogen mikroorganizmlar.

Bular esa infeksiyon-allergik bronxial astma kasalligini keltirib chiqaradi.

Bulardan tashqari, bronxial astmaning noimmunologik, zoʻriqish, nevrogen turlari ham ajratiladiki, ular koʻproq katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi va kattalarga xos belgilar bilan namoyon boʻladi.

Klinikasi. Kasallikning asosiy belgisi, nafas qisishi va boʻgʻilish xuruji hisoblanadi.

Atopik bronxial astmada bunday xurujlar to‘satdan boshlanib, ko‘pincha bolani burun bitishi, ko‘krak sohasida noxush sezgilar, majburiy yo‘tal bezovta qiladi.

Infeksion-allergik bronxial astmada esa, nafas qisishi xuruji asta-sekinlik bilan rinit, bronxit yoki pnevmoniya belgilarining zo‘riqishi ko‘rinishida boshlanadi.

Kasallik xuruji tutgan vaqtda bola o‘zini bo‘g‘ilib qolayotgandek his qila boshlaydi, nafasi qisadi, aksariyat hollarda, nafas chiqarish jarayoni qiyinlashgan bo‘ladi va og‘ir hollardagina nafas olish ham qiyinlashishi mumkin. Nafas olib chiqarish shovqinli bo‘lib, hattoki uzoqdan ham yaqqol eshitilib turadi, hushtaksimov 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 ingalyatsiyadan so‘ng tezda o‘tib ketishi mumkin. Xuruj oraliqlarida esa bolalar o‘zlarini yaxshi his qiladilar, shuningdek, xirillashlar bo‘lmaydi.

Infeksion-allergik bronxial astmada xurujlar uzoqroq davom etadi, xurujdan chiqish qiyinroq bo‘ladi va xurujlar oralig‘ida ham bolaning ahvoli unchalik yaxshi bo‘lmaydi — nafas olishi qiyinlashib, o‘pkasida quruq xirillashlar eshitilib turadi.

Ba‘zi hollarda agar xuruj 20–30 daqiqa yoki bir necha soatlarda o‘tib ketmasa, 6 soat va undan ham ko‘proq cho‘zilsa, bolada astmatik holat (*status astmaticus*) rivojlanganligining nishonasi hisoblanadi.

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, *cor pulmonum*, o‘pka atelektazi, pnevmotoraks, mediastinal emfizema, nevrologik o‘zgarishlar, jismoniy rivojlanishdan ortda qolish ko‘rinishidagi asoratlar qoldirishi mumkin.

Oqibati. Juda ko‘p omillarga bog‘liq bo‘lib, kasallikning atopik turida ancha yaxshi, allergen to‘g‘ri aniqlansa bemor sog‘ayib ketadi. Infeksion-allergik turida esa oqibat kasallikning kechishiga bog‘liq bo‘lib qoladi.

Hamshiralik tashxislari. Nafas qisishi, bo‘g‘ilish, hayajonlanish, bezovtalik, yo‘tal, qiyinlik bilan ko‘chadigan balg‘am va boshqalar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, balg‘amning umumiy tahlili, allergik sinamalar, o‘pkaning rentgenologik tekshiruvlari va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Bronxial astmaning davosi va parvarishi kasallik xurujlari va xuruj bo'lmay turgan davrlarida ham tabaqalashtirilgan holda 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.

Unutmang!

Astma xurujlari vaqtida gorchitsali muolajalarni qo'llash mumkin emas, chunki ular allergik holatni kuchaytirishi va xurujlarni uzoq cho'zilishiga sabab bo'lib qolishi 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 ingalyatsiya qildirish (astmopent, salbutamol, berotek, atrovent, berodual), ayrim hollarda tabletka holdagi eufillin, efedrin va boshqalar ichirish kerak. O'zgarish kuzatilmaganda teri ostiga efedrin, papaverin, no-shpa eritmalari biron xil antigistamin vosita (suprastin, dimedrol, tavegil va boshqalar) bilan birgalikda yuboriladi.

Hamshiraning asosiy vazifasi bola holatini diqqat bilan kuzatish, undagi hayajonni tinchlantirish, kasallikning yaxshi oqibatlariga ishontirish, bolaga qulay sharoit yaratish, orqasiga yostiqlar qo'yish yoki funksional karavotning bosh tomonini ko'tarib qo'yish, derazalarni ochib qo'yish, qisib turgan kiyimlarini yengillatish va xonaga toza havo kirishini ta'minlashdan iborat.

Balg'amni suyultirish va ko'chishini osonlashtirish maqsadida solutan (har safar 7–10 tomchidan), bronxolitin (1–2 choy qoshiqdan), kaliy yodid (2–4% li eritmasi bir choy qoshiqda sutga qo'shib) kuniga 2–3 mahal ichish uchun hamda fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi.

Bolada astmatik holat cho'zilganligi aniqlansa, 2, 4% li eufillin eritmasi 1–3–5–7,5 ml dan (bolaning yoshiga qarab) 5% li glyukoza eritmasi bilan birgalikda venalarga tomchilab yuboriladi. Tomchilab yuborishning iloji bo'lmaganda eritma 20% li glyukoza eritmasi bilan oqim holda venaga 3–5 daqiqa davomida yuboriladi. Albatta astmatik holatda venalarga eufillin bilan birga gormonal preparatlardan biri — prednizalon, gidrokartizon, triamsinolon, deksametazon ham yuborilishi lozim.

Boshqa davo choralari simptomlarga qaratilgan bo'lishi lozim.

Kasallik bilan og‘rigan bolalar so‘nggi xurujdan keyin kamida 5 yil davomida dispanser hisobda 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 choralari 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 eksudativ diatezlari bor bo‘lgan oilalarda tug‘ilgan bolalarga alohida e‘tibor berish talab etiladi.

10. YURAK-QON TOMIR TIZIMI KASALLIKLARI

10.1. 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‘rsatishi va yurak tug‘ma nuqsonlarini keltirib chiqarishi mumkin:

1. Irsiy omillar – yaqin qon-qarindoshlarning oila qurish hollari.
2. Onaning turli xil virusli kasalliklar – qizilcha, gripp, parotit bilan og‘rishi.
3. Onaning turli radioaktiv nurlar ta‘siriga uchrashi.
4. Turli xil kimyoviy moddalar – benzol, benzin, alkogol va boshqalar.
5. Homilaga ta‘sir etuvchi dori vositalarini nazoratsiz iste‘mol qilish.
6. Turli xil jismoniy va ruhiy zarbalar.
7. Shuningdek, homilador ayolning noto‘g‘ri ovqatlanishi, vitaminlarning (A, E va boshqalarning) yetishmovchiligi, endokrin kasalliklar (qalqonsimon bez va oshqozonosti bezi kasalliklari) bilan og‘rib qolishi.

Klinikasi. Yurak tug‘ma nuqsonlari bilan tug‘ilgan chaqaloqlarda tug‘ilgan zahotiyoq aksariyat hollarda sianoz, hansirash kuzatilishi, sezilarli yurak shovqinlari eshutilishi mumkin. Sianozsiz yoki oq poroklarni aniqlash ancha qiyinroq bo‘lsa-da, bunday poroklari bor bolalarda ham hansirash salga paydo bo‘lishi yoki jismoniy zo‘riqish natijasida arziyas sianozning kelib chiqishi kuzatiladi.

Aksariyat hollarda emizilayotganda, yo‘rgaklanayotganda, cho‘mil-tirilayotganda bolada sianozlar paydo bo‘layotganligini parvarishni

amalgaga oshirayotgan hamshiralalar yoki onalar aniqlab qolishadi va tibbiyot xodimlariga ma'lum qilishadi.

Ba'zi tug'ma yurak nuqsonlarida badan terisi va shilliq pardalarning ko'karib turishidan tashqari, ko'krak qafasining oldingi yuzasi, qorin, yelkaning ichki yuzasi, oyoq panjalari terisidagi venalar to'ringning kengayib ketganligi ham ko'rinib turadi.



29-rasm. Yurak tug'ma nuqsoni (Fallo tetradas).

Bolalarning yurish-turishi xarakterli bo'lib, bunday bola ko'proq yotish yoki o'tirishni ma'qul ko'radi, kamharakat bo'ladi. Ba'zi bolalar esa qo'llari bilan tizzalarini quchoqlagan holda cho'kka tushib majburiy vaziyatda o'tiradi yoki orqasi yo bo'lmasa yonboshiga suyanib, yarim yotgan holatni ma'qul ko'radi (29-rasm). Ba'zi bolalarda turli jismoniy zo'riqishlardan so'ng, o'tkir kislorod yetishmovchiligiga xos xurujlar (nafas olishning tezlashuvi, burun qanotlarining uchishi, oyoq-qo'llar va lablar atrofidagi terida sianoznining kuchayishi, qusish, ayrim hollarda talvasaga tushish, qisqa muddat o'zidan ketib qolish) kuzatilishi mumkin.

Aksari bunday bolalar jismoniy rivojlanishdan orqada qoladi. Bolaning qo'l va oyoq tirnoqlari sianoz natijasida tez orada «soat oynalari» shakliga kiradi, keyin esa «nog'ora cho'plari» ko'rinishini oladi (30-rasm).

Murakkab va aralash yurak nuqsonlarida ko'krak qafasida yurak bukurini ko'rish mumkin. Palpatsiya qilib ko'rilganda chap tomondan yurak titrashi aniqlanadi.

Perkussiyada esa yurak chegaralarining kengayganligi ko'riladi.

Tug'ma yurak nuqsonlarida auskultatsiyada o'ziga xos yurak shovqinlari eshitiladi.

Yurak tug'ma nuqsonlarini klinik maqsadda ikkiga – sianoz bilan birga davom etmaydigan nuqsonlar (oq nuqsonlar) va hamisha sianoz bilan birga davom etib boradigan nuqsonlar (ko'k nuqsonlar)ga bo'lish hammadan ma'qul hisoblanadi.

1. Eng ko'p uchraydigan ko'k nuqsonlarga aorta atreziasiyasi, Fallo triadasi (o'pka arteriyasining torayishi, qorinchalararo to'siq nuqsoni, o'ng yurak gipertrofiyasi), Fallo tetradas (o'pka arteriyasi stenoz, aortaning o'ng tomonga yo'nalganligi—dekstropozitsiyasi, qorinchalar o'rtasidagi to'siq nuqsoni, o'ng yurak gipertrofiyasi), uch kamerali



30-rasm. “Nog'ora cho'plari” va “soat oynalari” ko'rinishidagi barmoqlar.

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 qorinchalararo to‘siqda arzimasi 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 gepertenziyasi 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 boshqalar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, ko‘krak qafasi rentgenografiyasi, elektrokardiografiya, fonokardiografiya, angiokardiografiya, angiografiya, kompyuter tomografiyasi va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. 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 bo'yicha ishlarni olib borishdan iborat.

Yurak tug'ma nuqsonlari bor bolalar doimiy dispanser kuzatuvda bo'lishadi va 3 yoshgacha bo'lgan davrda 6 oyda bir marta, 3 yoshdan oshganidan keyin yiliga bir marta tekshiruvdan o'tkazib turiladi.

Kompensatsiya buzilganini ko'rsatadigan alomatlar, keskin ifodalangan sianoz, hansirash — sianotik xurujlar bo'lmagan hollarda bolalarning yasli va bolalar bog'chalariga qatnashlariga ruxsat beriladi.

Bolalarning davolovchi fizkultura bilan shug'ullanib turishlari maqsadga muvofiq hisoblanadi. Sianoz, kompensatsiya buzilganini ko'rsatadigan belgilar bo'lmasa, subyektiv shikoyatlari yo'q paytlarda maktabdagi tayyorlov guruhlarida fizkultura bilan shug'ullanishga ham ruxsat beriladi, lekin ularni jismoniy jihatdan zo'riqtiradigan sport musobaqalari va o'yinlarida qatnashishdan ozod qilish tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Yurak tug'ma nuqsonlarining oldini olish asosiy choralari qarindosh-urug'lar orasidagi nikohlarga yo'l qo'ymaslik, homilador ayollarni imkoniyati boricha homiladorlikning dastlabki 6 oyi davomida turli xil kasalliklar (ayniqsa virusli infeksiyalar), jismoniy va ruhiy zo'riqishlardan asrash kabilarni o'z ichiga oladi.

10.2. Revmatizm

Revmatizm — infeksiyon-allergik kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi A guruhga kiruvchi &-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, gaymorit, surunkali otit, karioz tishlar va boshqalar)ning borligi ham kasallik kelib chiqishida asosiy o'rin egallaydi. Bolaning surunkali sovqotishi, nam sharoitlarda ko'proq bo'lishi kasallik kelib chiqishiga zamin yaratuvchi omil hisoblanadi.

Revmatizm bilan aksari 6 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi va kasallik biriktiruvchi to'qimaning tizimli zararlanishi hamda asosan yurak va bo'g'imlarning shikastlanishi bilan xarakterlanadi.

Klinikasi. Kasallikning A.I.Nesterov klassifikatsiyasi (1964-yil) bo'yicha faol (I, II, III darajali) va nafaol bosqichlari farqlanadi. A'zo va tizimlarning zararlanishi bo'yicha esa yurak va boshqa tizim hamda a'zolarning zararlanishi kabi kliniko-anatomik turlari ajratiladi. Revmatizm o'tkir (2 oygacha), yarim o'tkir (2 oydan 4 oygacha), cho'ziluvchan (4 oydan ortiq), tinmay qaytalanib turadigan va yashirin (latent) tarzda kechishi mumkin.

Kasallikning klinik belgilari uning kechishiga bog'liq bo'lib, juda xilma-xil namoyon bo'ladi. O'tkir boshlangan revmatizmida 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 simmetrik, og'riqlar esa bo'g'imdan-bo'g'imga ko'chib yuruvchan xarakterda bo'ladi.

Lekin revmatizmida bo'g'imlar zararlanishi ko'rinmagan holda yurak devorlarining zararlanishi, ayniqsa muskul qavatining zararlanish belgilari kuzatilishi mumkin. Bunda bola yurak sohasidagi noxush sezgilardan, og'riq, ortiqcha charchash, bosh og'rig'i, ishtaha pasayishi, uyquning behalovatligidan shikoyat qiladi. Bolada badan terisining rangparligi, hansirab turish, taxikardiya, yurak chegaralarining kengayishi, yurak tonlarining bo'g'iqqligi, yurakda sistolik shovqin borligi, yurak ritmining buzilishi, arterial bosimning pasayishi va tana haroratining subfebril darajalargacha ko'tarilishi kabi obyektiv belgilar paydo bo'ladi. Revmatik sinamalar musbat natija beradi.

Revmatizmida yurak devorining ichki endoyeard 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 revmatizmida asab tizimining xoreya ko'rinishida zararlanishi xarakterli bo'lib, xoreya 5–19 yoshli bolalarda va aksari qizlarda hammadan ko'proq kuzatiladi.

Tipik hollarda kasallik asta-sekin avj oladi, uyg'unlashmagan, poyma-poy harakatlar (giperkinezlar), aftni burishtirish harakatlari paydo bo'ladi, yurish, nutq o'zgarib qoladi, psixika ayniydi (tajanglik, yig'loqilik, negativizm), muskullar tonusi keskin susayib ketadi. Bu o'zgarishlarni aksariyat hollarda bog'cha tarbiyachilari va maktab o'qituvchilari payqab qolishadi. Bu kabi asosiy simptomlar asta-sekin kuchayib boradi, bu alomatlar yurak-qon tomirlar tizimidagi miokardit, goho endomiokardit ko'rinishidagi o'zgarishlar bilan birga kuzatiladi.

Kichik xoreya odatda 2–3 oy, ba'zan 6–12 oygacha cho'zilib, to'lqinsimon kechadi, giperkinezlar susayib qoladigan va tag'in kuchayib ketadigan davrlar almashinib turadi.

Revmatizmning yurakdan tashqarida bo'lib, birmuncha kam uchraydigan ko'rinishlariga plevrit, pnevmoniya, peritonit, buyrak va jigarning zararlanishlarini misol qilish mumkin.

Gemorragik sindrom ko'rinishi sifatidagi burundan ba'zan takror-takror qon kelib turishi hozir revmatizm bilan og'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 qolishi 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 boshqalar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Umumiy qon, siydik, axlat tahlillari, qonning revmatik sinamalari (C–reaktiv oqsil, zardob oqsillari elektroforegrammasi, glikoproteidlar va mukoproteidlarni aniqlash, difenilamin sinamasi va boshqalar), elektrokardiografiya va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Revmatizmda davo davriylik prinsipida – statsionar, bolalar kardiorevmatologik sanatoriysi, bolalar poliklinikasining kardiorevmatologik kabineti singari revmatizmga qarshi barcha muassasalarning kelishib, izchillik bilan ish olib borishi bilan amalga oshiriladi, zarurat tug‘ilganda maxsus kurort davosi qo‘llaniladi.

Revmatizmning o‘tkir davrida bola albatta kasalxona sharoitida davolanishi, jismoniy va ruhiy jihatdan imkoni boricha ko‘proq tinch bo‘lishi ta‘minlanishi lozim. Ana shu maqsadda bolaga qat‘iy yotish rejimi buyuriladi va uning muddati yurakning nechog‘li zararlanganligiga bog‘liq bo‘lib, 1–2 oyni, o‘rtacha taxminan 45 kunni tashkil etadi. Boladagi ijobiy o‘zgarishlar va laborator natijalarga qarab, rejim asta-sekin kengaytirilishi mumkin.

Unutmang!

Bolaning vaqtida va to‘liq tuzalib ketishi shifokor tomonidan tayinlangan rejimning qanchalik qat‘iylik bilan nazorat va amal qilinishiga bog‘liq.

Revmatizm faol bosqichining o‘tkir davrida bolalar ko‘p terlayvergani uchun vaqt-vaqtida gigiyenik vannalardan foydalanish, ahvol og‘irlashganda esa bolaning badanini issiq suvga ho‘llangan sochiq bilan artib tozalab turish zarur.

Revmatizm bilan og‘rigan bolaga oson hazm bo‘ladigan ovqatni bo‘lib-bo‘lib kuniga 4–5 mahal berib turilishi kerak. Suyuqlik taxminan

1 l gacha cheklanadi. Tarkibida kaliy tuzlari bo'ladigan masalliqlar (tvorog, kartoshka, olma, karam, qora olxo'ri va boshqalar)dan foydalanish kerak. Faqat yog'siz go'sht beriladi, qovurdoq, qaynatma sho'rvalar, ziravorlardan parhez qilinadi.

Ovqat ratsionida meva va sabzavotlarning yetarli miqdorda bo'lishiga alohida e'tibor qaratiladi (tabiiy holda olib turiladigan vitaminlarga qo'shimcha qilib vitamin preparatlari berib boriladi).

Kasallikning o'tkir davrida desensibillovchi vositalar, salitsilatlar, pirazon qatori preparatlari, steroid gormonlardan keng foydalaniladi.

Mahalliy infeksiya o'choqlari bo'lsa, revmatizmning o'tkir davrida kompleks davoga bolaning yoshiga to'g'ri keladigan dozalarda 10–14 kun davomida penitsillin qo'shiladi, keyin esa 3–4 hafta davomida kuniga 1 marta 1 000 000–1 200 000 *TB* miqdorida bitsillin-1 yoki bitsillin-5 inyeksiya qilib turishga o'tiladi. Fizioterapevtik muolajalar ham buyuriladi (bodomcha bezlariga UVCH toklari, ultrabinafsha nur berish).

Sezilarli poliartritik sindrom bo'lganida yoki poliartralgiyalar, ya'ni bo'g'im og'riqlari uzoq davom etganida bo'g'imlarga issiq qilish (Minin lampasi, sollyuks, infraqizil nurlar 15–20 daqiqadan kuniga 1–2 mahal), UVCH toklari berish (10 daqiqadan 5–6 muolaja), parafindan applikatsiyalar qo'yish (45–50°C, 20–30 daqiqa) yaxshi ta'sir ko'rsatadi.

Xoreyada qo'shimcha ravishda bromidlar yoki fenobarbital buyuriladi, bu preparatlar maktab yoshidagi bolalarga 0,01–0,02 g dan kuniga 2 mahal, uyqu notinch bo'lganda esa 0,05 g dan yotishdan oldin berib turiladi.

Bolalarni kasalxonadan chiqarilgandan keyin qo'shimcha davolanish uchun mahalliy revmatologiya sanatoriylariga yuboriladi.

Profilaktikasi. Revmatizmning birlamchi profilaktikasi, bolani chiniqtirib borish, fizkultura va sport bilan me'yorida shug'ullanib turish, mehnat qilish va dam olishni to'g'ri navbatlashtirib borish, vitaminlarga boy ovqatlar bilan bekamu ko'st ovqatlanib borish, toza havodan mumkin qadar ko'proq bahramand bo'lishni o'z ichiga oladi.

Revmatizmning ikkilamchi profilaktikasi yoki retsidivlarining profilaktikasi quyidagilarni: 1) to'g'ri uyushtirilgan dispanserizatsiyani; 2) interkurrent kasalliklarga, shuningdek, xronik infeksiyalar va bularning retsidivlariga o'z vaqtida sabot bilan davo qilishni; 3) revmatizmning qo'zishiga yo'l qo'ymaslik uchun bitsillin bilan profilaktika qilib borishni o'z ichiga oladi.

So'nggi yillarda yil davomida bitsillin-5 tayinlash yaxshi natijalarga olib kelmoqda (maktabgacha yoshdagi bolalarga 750 000 *TB*-2 haftada

bir marta, 7 yoshdan katta bolalarga 1 200 000–1 500 000 *TB* dan 4 haftada bir marta). Shuningdek, bahor va kuzda 1–1,5 oy davomida (mart-aprel va oktabr-noyabr oylarida) atsetilsalitsilat kislotasi buyuriladi. Bitsillin-5 – bolaga 2–3 yil davomida uzluksiz qoʻllanib boriladi.

11. OVQAT HAZM QILISH AʼZOLARI KASALLIKLARI

Bolalik davrining patologiyalari orasida ogʻiz boʻshligʻi kasalliklari muhim oʻrinni egallaydi. Chunki bolalar ogʻiz shilliq pardasining juda ham nozikligi, parvarishda tez shikastlanishga olib keladigan nuqsonlar va boshqa omillar kasalliklarning kelib chiqishiga zamin yaratib beradi. Shuningdek, ogʻiz boʻshligʻi kasalliklari alohida olingan kasallik sifatidagina emas, balki ichki organlar patologiyasi hamda turli xil yuqumli kasalliklarning belgilari sifatida ham namoyon boʻlishi mumkin. Emadigan va goʻdaklarda ogʻiz va burun-halqum shilliq pardalari turli xil kasalliklarning qoʻzgʻatuvchilari uchun kirish darvozalari boʻlib qolishi ham xarakterlidir. Quyida bolalarda koʻp uchraydigan ogʻiz boʻshligʻi kasalliklari haqida maʼlumotlar keltiriladi.

11.1. Stomatit

Stomatit – ogʻiz shilliq pardalarining yalligʻlanishi boʻlib, emizikli va yosh goʻdaklar hazm tizimi kasalliklari orasida yetakchi oʻrinni egallaydi.

Etiologiyasi. Ogʻiz shilliq pardasining yalligʻlanishiga turli xil mikroblar va viruslar sabab boʻlishi aniqlangan.

Bundan tashqari, parvarishdagi turli nuqsonlar (ogʻiz boʻshligʻi shilliq pardasining boʻlar-boʻlmasga tozalash, bolani soʻrgʻichga oʻrgatib qoʻyish va soʻrgʻichning tozaligiga eʼtibor bermaslik, notoʻgʻri saqlash, ogʻiz boʻshligʻi kasalliklari bor kishilarning bolaga turli xil ovqat mahsulotlarini chaynab berish hollari va hokazolar), bolaning yomon odatlari (barmoqlarini soʻrish, kiyimlari yoʻqalarini ogʻzida ushlab turish va hokazo) kasallik kelib chiqishi uchun sharoit yaratib berishi ham mumkin.

Klinikasi. Ogʻiz shilliq pardasi yalligʻlanishining klinik jihatdan kataral, aftoz va yarali turlari ajratiladi.

Stomatitning bolalarda eng koʻp uchraydigan turi **kataral stomatit** boʻlib, kasallikning bu turida shilliq parda bir tekisda qizaradi va shishib turadi. Bolada tishlar chiqqan boʻlsa, lunjlar shilliq pardasiga hamda

til chetlariga tushib qolgan tishlarning izlarini ko'rish mumkin. Bolaning umumiy ahvoli unchalik o'zgarmagan yoki biroz injiqlik qilib turishi, ko'krakni yaxshi so'ra olmasligi yoki ovqatga hushi bo'lmay qolishi kabi belgilar kuzatilishi mumkin. Lekin aksariyat hollarda asosiy kasallikka qarshi yaxshi davo qilinsa, to'g'ri parvarish olib borilsa, kataral yallig'lanish belgilari tezda barham topadi.

Yarali stomatit ko'proq kattaroq yoshdagi bolalar va o'smirlarda uchraydi va asosan, ularning tishlarida kariyes boshlanganligi, og'iz bo'shlig'iga yaxshi e'tibor bermay qo'yganliklari bilan xarakterlanadi.

Asoratlari. Yarali stomatitlar yiringli limfadenit, tonzilyar abscess, ba'zi hollarda sepsis kabi asoratlar berishi kuzatilgan.

Oqibati. Vaqtida davo choralari olib borilganda xayrli.

Hamshiralik tashxislari. Og'izdagi og'riqlar, gipersalivatsiya, bosh og'rig'i, intoksikatsiya belgilari va hokazolar.

Davolash va parvarish qilish. Stomatitlarga qilinadigan davo umumiy (asosiy kasallikka qaratilgan) va mahalliy (og'iz shilliq pardasidagi o'zgarishlarga qaratilgan) bo'ladi.

Mahalliy davoning maqsadi, ikkilamchi infeksiyaning oldini olish yoki uni bartaraf etishga qaratilgan. Og'iz bo'shlig'ini 1: 6000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi, 2% li borat kislotasi eritmasi, 3% li vodorod peroksid (1/2 stakan suvga 2 choy qoshiq) bilan kuniga bir necha marta chayib, tozalab turish kerak. Yaralar bo'lsa, moychechak 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 infeksiyaning alomati hisoblanadi. Kasallik havo-tomchi yo'li hamda o'yinchoqlar orqali yuqadi. Yashirin (inkubatsion) davri 2 kundan 6 kungacha davom etishi mumkin.

Aftoz stomatit bilan emadigan bolalar va yosh go'daklar ko'proq og'riydi. Kasallik birdan, aksariyat hollarda tana haroratining ko'tarilishi, intoksikatsiya hodisalari (lanjlik, ovqatdan bosh tortish, uyqu buzilishi) bilan boshlanadi. Og'iz shilliq pardasida mayda, yoriladigan pufakchalar yoki sarg'ish-kulrang tusli fibrinoz aralashmalar bilan qoplangan eroziyalar ko'rinishida toshmalar paydo bo'lib, qattiq og'riq bilan birga davom etadi va bolaning ovqat yeyishi hamda gapirishini ham qiyinlashtirib qo'yadi. Regionar limfa tugunlari paypaslanganda kattalashgan va bezillab turadigan bo'lib qoladi. Bolaning lablari shishib, yuz terisida alohida-alohida mayda vezikulyar elementlar ko'rinishidagi toshmalar paydo bo'ladi. Gipersalivatsiya va og'izdan qo'lansa hid kelishi kuzatiladi.

Kasallik aksariyat hollarda 7–10 kun davom etadi, qaytalanmaydi, chunki kasallikdan so‘ng turg‘un immunitet qoladi.

Asoratlari. Asoratlar yarali stomatitlardagi kabi bo‘lishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida va tegishli davo olib borilganda yaxshi.

Hamshiralik tashxislari. Tana haroratining ko‘tarilishi, ovqatdan bosh tortish, uyqusizlik, gapira olmaslik va hokazolar.

Davolash va parvarish qilish. Aftoz stomatit etiologiyasida viruslar xarakterli ekanligi uchun kompleks davo olib boriladi. Desensibillovchi preparatlardan kalsiy xlorid, suprastin, dimedrol, pipolfen va natriy salisilat 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. Aftalarga ishlov berishda proteolitik fermentlar (tripsin, xemotripsin)dan keng qo‘llaniladi. Og‘riqsizlantirish uchun 0, 5% li novokain eritmasiga qorishtirilgan tuxum oqidan foydalanish mumkin, 1% li novokain eritmasi hamda 2,5% li geksametilentetramin eritmasidan iborat aralashma, glitserinda tayyorlangan 10% li anestezin emulsiyasi bilan og‘izni chayish ham yaxshi naf beradi. Terida zararlanish alomatlari bo‘lganda, 1% li anilin bo‘yoqlari, sintomitsinli, streptotsidli emulsiyalardan foydalangan ma‘qul.

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.

Unutmang!

Nordon, sho‘r, o‘ta issiq taomlar og‘riqni kuchaytirishi mumkinligini hisobga olib tavsiya etilmaydi.

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-gigiyena talablariga amal qilishga asoslangan.

11.2. Og‘iz oqarishi

Og‘iz oqarishi emadigan, ayniqsa, chaqaloqlar va chala tug‘ilgan bolalarda ko‘proq uchraydigan stomatitning bir turidir.

Etiologiyasi. Bolardagi og‘iz oqarishi kasalligini Candida avlodiga kiradigan achitqisimon zamburug‘lar keltirib chiqaradi. Ushbu

zamburug‘lar odatda sog‘lom bola badanining terisi, og‘iz bo‘shlig‘i, ichagi, atrofdagi muhitda ko‘p miqdorda bo‘ladi va organizmning normal florasi tarkibiga kirib, turli kasalliklarda, bolaga dorilar (antibiotiklar, steroid garmonlar, sulfanilamid preparatlar) noto‘g‘ri tayinlangan yoki katta dozalarda buyurilgan hollarda ularning saprofitlik xossalari keskin o‘zgaradi va patogen holga o‘tib, kasallikka sabab bo‘ladi.

Diqqat!

Gigiyena rejimining buzilishi, so‘rg‘ichlardan noto‘g‘ri foydalanish, shuningdek, kasal onadan yuqishi natijasida ham kasallik kelib chiqishi mumkin.

Kattaroq yoshdagi bolalarda esa og‘ir kasalliklar vaqtida og‘izning oqarib qolishi kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallik til va milklar shilliq pardasining qip-qizarib, silliq, yaltiroq, quruq bo‘lib qolishi bilan boshlanadi. Emish vaqtida bola og‘riq sezadi, qizargan shilliq pardada oson ko‘chadigan suzma ushoqlari ko‘rinishidagi gungurt oq pardalar holiday karash paydo bo‘ladi. Bu pardalar ostida yallig‘lanish jarayoni davom etib turadi va artib tozalanadigan bo‘lsa, qonashi kuzatiladi.

Asoratlari. Vaqtida davo choralari olib borilmasa bola ovqatlanishdan qolib, gipotrofiya boshlanishi va jarayonning lunj, lablar, qattiq va yumshoq tanglay, bodomcha bezlari shilliq pardasiga, ba’zida esa nafas yo‘llari va hazm yo‘liga ham tarqalib ketishi kuzatiladi.

Oqibati. Og‘iz oqarishi vaqtida samarali davolanganda hech qanday asoratlarsiz yakunlanadi.

Hamshiralik tashxislari. Emishdan yoki ovqatlanishdan bosh tortish, uyqusizlik, vaznning pasayishi.

Davosi va parvarish qilish. Davolash bolaning umumiy ahvolini hisobga olgan holda, gigiyenik jihatdan to‘g‘ri parvarish qilish va to‘g‘ri ovqatlanish rejimiga asoslanib olib boriladi.

Kasallangan joylarga Lyugol eritmasi, 5 ml ona sutida tayyorlangan nistatin emulsiyasi (1 tabletka—500000 TB) surtib turiladi.

Unutmang!

Ishqoriy muhitning zamburug‘larning o‘shishiga salbiy ta’sir qilishini hisobga olib, og‘iz shilliq pardasini sodali eritma bilan artib turish ham yaxshi natija beradi.

Nistatin, levorin va zamburug‘larga qarshi boshqa dorilar buyuriladi. Nistatin bir yoshgacha bo‘lgan bolalarga sutkasiga 200000—300000 TB dan, bir yoshdan uch yoshgacha bo‘lgan bolalarga sutkasiga 300000—

400000 *TB* dan, 3 yoshdan katta bolalarga sutkasiga 500000–750000 *TB* dan (3–4 marta ichish uchun), levorin 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga sutkasiga 25000 *TB/kg* dan, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga sutkasiga 50000 *TB/kg* dan, 6 yoshdan katta bolalarga 200000–250000 *TB* dan kuniga 3–4 mahal ichirib turiladi. Davolash kursi 7–10 kun.

Emizikli bolalarning og‘iz shilliq pardasiga yuqoridagi dorilarni maydalab sepib qo‘yish ham yaxshi natija beradi.

Profilaktikasi. Homilador ayollarda zamburug‘ kasalliklari bor-yo‘qligini aniqlash, bor bo‘lsa vaqtida davolash, chaqaloqlar palatalarida xizmat qiladigan xodimlarni tibbiy tekshiruvdan o‘tkazib turish, parvarish va ovqatlanish rejimiga oid hamma qoidalarga rioya qilish, zamburug‘ kasalligi bor shaxslarni bolalar parvarishiga qo‘ymaslik, kasal bolalarni alohida qilib qo‘yish, glyukoza, antibiotiklar va steroid garmonlarni ehtiyotlik bilan ishlatish kasallik kelib chiqishining oldini oladi.

11.3. Emadigan bolalarda ovqat hazmi va ovqatlanishning buzilishi

Go‘dak bolalarning me‘da-ichak yo‘li, asab tizimining anatomo-fiziologik xususiyatlari, moddalar almashinuvining o‘ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqib, hazm organlari kasalliklari va ovqatlanishning buzilishlari bolalar kasalliklari orasida oldingi o‘rinlardan birini egallaydi. Lekin bola to‘g‘ri ovqatlantirilsa, to‘g‘ri parvarish qilib borilsa, atrof-muhit sharoitlarining salbiy ta‘sirilariga duch kelmasa ushbu kasalliklar nisbatan kam uchrashi mumkinligini ham hisobga olish kerak.

«Ovqatlanish» — ovqat yeyish, ovqatni hazm qilish, uning ichakdan surilib o‘tishi, hujayra va to‘qima almashinuvi (assimilyatsiya va dissimilyatsiya)ni o‘z ichiga oluvchi fiziologik jarayondir. Ushbu jarayonning biron-bir bo‘g‘inining izdan chiqishi ovqatlanish buzilishiga sabab bo‘ladi. Ovqatlanishning buzilish hollari birdaniga boshlanib qoladigan dispepsiyalar va endogen hamda ekzogen xarakterdagi bir qancha omillarga qarab asta-sekin avj olib boradigan ovqatlanishning xronik buzilishi yoki gipotrofiyalar deb ataladigan turlarda namoyon bo‘lishi mumkin.

11.4. Dispepsiyalar

Dispepsiyalar — ovqat hazm bo‘lmasligi degan ma‘noni anglatib, ko‘pincha hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda, ayniqsa, 6 oygacha bo‘lgan bolalarda ko‘proq uchraydi.

Go'dak bolalarning zo'r berib o'sib, rivojlanib borishi, ularda moddalar almashinuvining juda ham labil (tez buziladigan) ekanligi me'da-ichak yo'liga katta talablar qo'yadi. Me'da-ichak yo'lining funksional jihatdan hali to'la yetilmaganligini hisobga oladigan bo'lsak, har qanday arzimas alimentar omil ham go'dak bolalarda dispepsiyalarga sabab bo'lib qolishini anglash qiyin emas.

Dispepsiyalar ko'krak suti bilan boqiladigan bolalarga qaraganda aralash va sun'iy usul bilan boqiladiganlarda ko'proq kuzatiladi. O'tkir dispepsiyaning ikkita asosiy formasi farq qilinadi: oddiy va toksik dispepsiya.

Oddiy dispepsiya

Oddiy dispepsiya (ovqat hazm bo'lmasligi) – dispepsiyalarning emizikli yoshdagi bolalarda nisbatan ko'p uchraydigan formasi hisoblanadi.

Etiologiyasi. Oddiy dispepsiyaning kelib chiqish sabablari quyidagilardan iborat: 1) bolaning tartibsiz ravishda boqilishi, ovqatlantirish oraliqlariga rioya qilmaslik; 2) bolaning noto'g'ri boqilishi – qo'shimcha ovqatlarni kiritishda oqsil, yog', uglevodlar orasidagi korrelyativ nisbatlarga rioya qilmaslik; 3) ovqat bilan vitaminlarni me'yor talablarida kiritmaslik; 4) yilning issiq mavsumlarida suv rejimiga rioya qilmaslik; 5) bolaning issiqlab ketishi va kiyimlarining atrofda yuqori haroratga to'g'ri kelmay qolishi.

Klinikasi. Oddiy dispepsiyada bolaning umumiy ahvoli kamdan-kam hollarda o'zgaradi, haroratning subfebril darajalarga ko'tarilishi kam kuzatiladi. Kasallik bolaning ovqatini qaytarib chiqarib turishi bilan boshlanadi, keyinchalik kuniga 1–2 marta qusishi mumkin. Bolaning ichi sutkasiga 6–8 martagacha, ba'zan bundan ko'ra ko'proq kelib turadi, axlati suyuq, sarg'ishroq yoki ko'kishroq bo'lib, oq-oq bo'lakchalar (ohak tuzlari, yog' kislotalari, bakteriyalar), tiniq, shishasimon iplar ko'rinishidagi shilimshiq bilan aralashib tushadi, kislotali reaksiyada bo'ladi. Meteorizm rivojlanishidan qorin dam bo'lib, meteorizm mahalida qo'lansa hidli gazlar ajralib turadi.

Bola qorin og'rig'idan bezovta bo'lib xurujsimon (vaqti-vaqti bilan) yig'lay boshlaydi. Tili qurib, oq karash bilan qoplanadi, tana vazni biroz kamayadi. Kasallik 5–7 kun davom etib, odatda asoratlarsiz o'tadi. Oddiy dispepsiyaning kechishi, asosan, davoning o'z vaqtida boshlanganligi, qanchalik to'g'ri olib borilganligiga va atrof-muhitning noqulay omillarini vaqtida bartaraf etilishiga bog'liq.

Asoratlari. Oddiy dispepsiyalarga vaqtida tegishli choralarda ko'rilmasa toksik turiga o'tib ketishi, bola vaznining kamayishi, ikkilamchi infeksiyalarga

qarshilik qobiliyatining pasayib ketishidan qo‘shimcha kasalliklar avj olib ketishi mumkin.

Oqibati. Vaqtda o‘tkazilgan tadbirlar oddiy dispepsiyalarning xayrli tugashini ta’minlaydi.

Hamshiralik tashxislari. Ovqatni qaytarib chiqarish, qusish, ichning buzilishi, meteorizm, qorin og‘riqlari sindromi.

Davolash va parvarish qilish. Oddiy dispepsiyalarning davosi bolaning umumiy ahvolidagi xavotirlik bo‘lmagan hollarda odatda uy sharoitida ham o‘tkazilishi mumkin. Me‘da-ichak tizimiga funksional tinchlik yaratish maqsadida 6–8 soatga suv-choyli pauza (ochlik) tayinlanadi. Bu davrda bolaga sutkasiga 150–170 ml/kg hisobida suyuqlik oz-ozdan berib turiladi. Suyuqliklar sifatida choy, guruch qaynatmasi, yengil shirinlikdagi suv, 5% li glyukoza eritmasi, na‘matak damlamasi, sabzavotlarning qaynatmalari, natriy xloridning izotonik eritmasi yoki Ringer eritmasi kabilardan foydalanish mumkin.

Ochlik yoki suv-choyli pauza muddati tugagach, bola oz-ozdan (har safargiga nisbatan) emiziladi. Yetishmaydigan miqdori esa yuqoridagi suyuqliklardan birini berish bilan to‘ldiriladi. Bola sun‘iy boqilganda iloji boricha sog‘ib olingan ona suti bilan, buning imkoniyati bo‘lmaganda esa, nordon aralashmalar bilan boqish tavsiya etiladi.

Unutmang!

Dastlabki 2 kun davomida bolaga u odatda har safar oladigan ovqatining taxminan yarmi, keyin esa 2/3 qismi beriladi. Umumiy ovqat miqdorining qolgan qismi suyuqliklar bilan to‘ldirib turiladi.

Bola umumiy ahvolidan yaxshilanishiga qarab ovqat miqdori asta-sekinlik bilan ko‘paytirib boriladi va bola ichi bilan ishtahasi asliga kelgach, yoshiga mos keladigan ovqatga o‘tiladi.

Profilaktikasi. Oddiy dispepsiyalarning oldini olishning eng samarali yo‘li bolani imkon qadar tabiiy usulda boqishdan iborat. Suv rejimiga rioya qilish va bolaning parvarishida kamchiliklarga yo‘l qo‘ymaslik, aralash va sun‘iy ovqatlantiriladigan bolalarning ovqatlarini tayyorlashda tegishli talablarga amal qilish ham oddiy dispepsiyalarning kelib chiqmasligida muhim o‘rin egallaydi.

Toksik dispepsiya

Toksik dispepsiya odatda oddiy dispepsiya kabi alimentar o‘zgarishlar natijasida kelib chiqadi, shuning uchun uni ham funksional kasallik deb hisoblash mumkin. Lekin oddiy dispepsiyada

me'da-ichak yo'li funksional faoliyatining buzilishlari kam kuzatiladi, bolaning umumiy ahvoli nisbatan kam o'zgargan bo'ladi. Aksincha, toksik dispepsiyada esa patologik jarayon organizmning hamma tizimlarini qamrab oladi, asab tizimi faoliyatida, ayniqsa moddalar almashinuvida «falokat» yuz beradi.

Etiologiyasi. Toksik dispepsiya aksariyat hollarda quyida keltirilgan bir qancha ekzogen va endogen omillar ta'sirida oddiy dispepsiyalardan paydo bo'lishi kuzatilgan: 1. Oddiy dispepsiyada suv-choyli pauzaning juda ham qisqa bo'lishi; 2. Bolani juda ham tezlik bilan odatdagi ovqatga o'tkazish; 3. Suyuqliklarni yetarli miqdorda kiritmaslik; 4. Bolani noto'g'ri ovqatlantirish; 5. Bolaning issiqlab ketishi; 6. Parvarish qilishdagi xatoliklar va hokazolar.

Bundan tashqari, ayrim pediatrlarning fikrlariga ko'ra, toksik dispepsiyani mikroob toksinlari yoki ovqatning noto'g'ri parchalanishidan paydo bo'ladigan mahsulotlar ta'siri ham paydo qilishi mumkin.

Klinikasi. Toksik dispepsiyaning klinikasi go'dak bolalarda uchraydigan ichak infeksiyalarida namoyon bo'ladigan toksik sindrom belgilariga o'xshab ketadi. Bolaning umumiy ahvoli doimo og'ir, tez-tez va to'xtamasdan qusadigan bo'lib qoladi, hattoki, bir qoshiq suv ichirish ham qusishga sabab bo'ladi. Ichi ham tez-tez suriladigan, suvsimon bo'lib, unda axlat massalari bo'lmasligi ham mumkin. Qorning burab og'rishidan bola juda bezovta va injiq bo'lib qoladi.

Toksikoz (zaharlanish) va eksikoz (suvsizlanish) belgilari tezlik bilan kuchayib, boladagi bezovtalik bo'shshish, adinamiya bilan almashinadi, vaqt-vaqti bilan bola o'zini bilmay qoladi yoki o'zidan ketib turadi.

Puls tezlashgan, ipsimon bo'lib qoladi, ba'zida esa uni aniqlash qiyinlashib qoladi. Yurak tonlari bo'g'iq, nafas oldiniga tezlashgan, yuza, keyin chuqur-chuqur pauzalarsiz bo'lib qoladi («holdan toygan hayvon» nafasi).

Eksikoz natijasida tana vazni 1–2 sutka davomida 500–800 grammgacha, keyinchalik esa bundan ham ko'p kamayishi mumkin. Buning natijasida terining turgori pasayadi, badan terisi quruqlashadi. Katta liqildoqning ichiga tortilganligi, ko'zlarning ichiga cho'kib ketganligi aniqlanadi. Qo'l-oyoqlarda pastozlik va sklerema kuzatilishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi qizargan, ko'z skleralari quruq bo'lib qoladi.

Toksikoz va eksikozning kuchayib borishi natijasida tana harorati 38–39° C gacha ko'tariladi, diurez keskin kamayadi, ba'zan anuriyaga-cha boradi.

Toksik dispepsiya odatda to‘g‘ri davo qilinganida 3–4 kun davomida barham topadi, 2–3 haftadan keyin bolada batamom sog‘ayish kuzatiladi.

Tegishli 24 soatlik suv-choyli pauza natijasida dezintoksikatsiyalanish belgilari paydo bo‘lmasa va tana haroratida bir necha kun davomida pasayish kuzatilmasa, bu holda ichak infeksiyalari (kollinfeksiya, salmonellyoz va boshqalar) haqida gumon qilinadi.

Unutmang!

Ichak infeksiyalaridan farqli o‘laroq, toksik dispepsiyada toksikoz qanchalik avjiga chiqsa, eksikoz ham shunchalik avjiga chiqadi. Ichak infeksiyalarida esa dam toksikoz, dam eksikoz ustun bo‘lib turadi.

Asoratlari. Davo choralari vaqtida va yetarli darajalarda olib borilmaganda ikkilamchi kasalliklar boshlanishi, ayniqsa, go‘dak bolalarda rivojlanib ketishi mumkin.

Oqibati. Hozirgi vaqtda bolaning kasalxonaga vaqtida yotqizilib, davolash ishlarining to‘g‘ri tashkil qilinishi natijasida kasallik tezda barham topib, bolalar batamom sog‘ayib ketmoqda.

Hamshiralik tashxislari. Qusish, ichning surilishi, eksikoz, adinamiya, sklerema, tana haroratining ko‘tarilishi va hokazolar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qusuq massalarini tekshirish, axlatning bakteriologik tahlili, yuqumli kasalliklar shifokori konsultatsiyasi va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Davolash odatda shifoxonada olib boriladi.

Bolaga 12–24 soat, ba‘zan esa bundan ham uzoqroq muddatga suv-choyli pauza buyuriladi. Suyuqliklar har 5–10 daqiqada choy qoshiqlarda 5–10 ml dan berib turiladi. Suv-choyli pauza tugagach, bolaga dozalangan ovqatlanish tavsiya etiladi.

Unutmang!

Bola sun‘iy ovqatlantiriladigan bo‘lsa, u donor suti bilan ta‘minlanishi va bunday sut bo‘lmagan hollarda nordon aralashmalarni ishlatish tavsiya etiladi. Donor sutining miqdori qancha bo‘lsa va qanday tartibda berilsa, nordon aralashmalar ham xuddi shunday miqdor va shunday tartibda berib boriladi.

Toksik dispepsiyani kompleks davolashda bolani individual parvarish qilib borish – toza havodan bahramand qilish, badan terisi va shilliq pardalarga sinchiklab qarash, steril moy bilan ko‘z skleralarini namlab

turish, ich kiyimlar, oqliklari va parvarish buyumlarini toza saqlashga qattiq e'tibor qaratish lozim.

Qolgan davo choralari kasallik simptomlariga qarab olib boriladi.

Profilaktikasi. Bolani faqat ona suti bilan boqish, parvarishda gigiyenik qoidalarga rioya qilish, aralash va sun'iy yo'l bilan boqishda nordon aralashmalardan ko'proq foydalanish, bolani yoz mavsumida issiqlab ketishdan asrash va hokazolar toksik dispepsiyalarning oldini olishda katta ahamiyat kasb etadi.

11.5. Pilorospazm

Pilorospazm — pilorus muskullarining qisqarib qolishi, ya'ni spazmi bo'lib, hazm tizimining diskineziyalari qatoriga kiradi.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqishini me'da pilorus qismining asab tolalari bilan ko'p ta'minlanganligi bilan bog'lashadi. Chunki arziyas asabiylashishlar, parvarishdagi nuqsonlar natijasida boladagi qusishlarning ko'payishi kuzatilgan.

Klinikasi. Chaqaloqda hayotining birinchi kunlaridan boshlab sababsiz tez-tez, oz-ozdan qusib turish hollari kuzatiladi. Qusib chiqarib tashlanadigan sut miqdori so'nggi marta emib olgan sutidan ko'ra kamroq miqdorda bo'ladi. Ba'zi kunlarda esa bola umuman qusmasligi ham mumkin. Vaqt-vaqti bilan u bezovta bo'lib, asta-sekinlik bilan bolada gipotrofiya boshlanadi, qabziyat (ich qotishi) kuzatiladi.

Asoratlari. Kasallikka yetarli e'tibor berilmasa, bolada gipotrofiya rivojlanishi, organizm reaktivligining pasayishi natijasida esa ikkilamchi infeksiyalar qo'shilishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida tegishli choralar ko'rilganda pilorostenoz hech qanday og'ir holatlarga olib kelmaydi.

Hamshiralik tashxislari. Qusish, bezovtalik, uyqusizlik, qabziyat, tana vaznining kamayish belgilari.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Ona suti miqdorini aniqlash, zaruratga qarab rentgenologik tekshiruv, atropinli sinama o'tkazish va boshqalar. Kasallikni albatta pilorostenozdan ajratib olish kerak (quyida keltirilgan).

Davolash va parvarish qilish. 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 manniiy 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 suyultirilgan atropin (kuniga 1–2 tomchidan 4 mahal) yoki aminazin (tana vaznining har bir kilogrammiga 2,5% li eritmasidan sutkasiga 3–4 tomchini uch martaga bo‘lib) eritmaları buyuriladi. Bolaning me‘da sohasini ovqatlantirishdan oldin isitish ham yaxshi naf beradi. Eksikoz belgilari namoyon bo‘lganda, unga qarshi kurashish uchun parenteral yo‘l bilan tuzli eritmalar va 5% li glyukoza eritmasi yuborib turish mumkin.

Profilaktikasi. Pilorospazmning oldini olish uchun ona homiladorlik davrini nuqsonlarsiz o‘tkazishga harakat qilishi, vaqtida dam olishi va kaloriyali ovqatlanishi lozim.

11.6. Pilorostenoz

Pilorostenoz – me‘da-ichak yo‘lining rivojlanish nuqsoni bo‘lib, kasallik asosan o‘g‘il bolalarda ko‘proq uchraydi. Me‘daning pilorus qismi muskul qavati qalinlashib, zich, tog‘aydek konsistensiyaga aylanadi, buning natijasida chiqish yo‘li torayib (stenoz) qoladi.

Etiologiyasi. Kasallikning kelib chiqishida onaning homiladorlik davrida turli xil noxush holatlarga tushib qolishi sabab bo‘lishi taxmin qilinadi. Chunki stenoz xuddi tug‘ma nuqsonlar kabi bola tug‘ilgunicha shakllanib bo‘lgan bo‘ladi.

Klinikasi. Pilorostenoz belgilari bolada asta-sekin avj olib boradi. Sutni qaytarib tashlash hodisasi bola 2–3 haftalik bo‘lganida paydo bo‘ladi, tezda fontandek, varaq-varaq qusishga aylanib ketadi. Ayni vaqtda, qusuq massalarining miqdori bola so‘rib olgan sut miqdoridan ko‘proq bo‘ladi. Uzoq muddat, takror-takror qusaverish natijasida bola organizmi holdan toyadi, suvsizlanish kelib chiqadi.

Pilorostenozning eng yaqqol namoyon bo‘ladigan simptomlaridan biri me‘daning peristaltika mahalida qum soat shakliga kirib qolishi bo‘lib, uni bolani ovqatlantirayotganda yoki qornini yuza palpatsiya qilib turgan mahalda ko‘rish mumkin. Bolada siyish muddati va siydik miqdori kamayadi, qabziyat paydo bo‘ladi, dispeptik yoki «ochlikka xos» ich kelishi kuzatiladi.

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.

Yodda tuting! Prilorostenozni tezlik bilan pilorospazmdan ajratib olish, differensirovka qilish, davolash yo'lini to'g'ri tanlash imkonini beradi.			
	Pilorospazm		Pilorostenoz
1	Bola tug'ilishidan qusa boshlaydi.	1	Qusish bola 2–3 haftalik bo'lgan mahaldan boshlanadi.
2	Qusish mahallari har kuni har xil bo'ladi.	2	Qusish mahallari birmuncha doimiy bo'ladi.
3	Bola qusganida tashlaydigan sut miqdori emib olgan sutidan kamroq bo'ladi.	3	Bola qusganida tashlaydigan sut miqdori emib olgan sutidan ko'proq bo'ladi.
4	Qabziyat bo'ladi, ammo ba'zida o'z-o'zidan ich kelishi mumkin.	4	Hamisha deyarli og'ir qabziyat bo'ladi.
5	Siyish sonlari kamayib qoladi (bola 10 martagacha siyadi).	5	Siyish sonlari keskin kamayadi (bola 6 martagacha siyadi).
6	Badan terisi uncha oqarmaydi.	6	Badan terisi keskin oqarib ketadi.
7	Bola ko'p yig'laydi.	7	Bola yig'lamay tinch yotadi.
8	Tana vazni o'zgarmaydi yoki biroz kamayadi.	8	Tana vazni keskin kamayib ketadi.
9	Bola kasalxonaga kelganda tanasining vazni tug'ilganidagiga qaraganda ko'proq bo'ladi.	9	Bola kasalxonaga kelganda tanasining vazni tug'ilganidagiga qaraganda kamroq bo'ladi.

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 kamayishi va hokazo.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Rentgenologik va rentgenoskopik tekshiruvlar, sutkalik siydik miqdorini aniqlash, kontrol o'lchash va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. 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.

11.7. Distrofiyalar

Normotrofiya (eytrofiya) – bolada (Speranskiy va Rozental bo'yicha) 6 ta belgi bilan xarakterlanadigan tushuncha hisoblanadi: 1. Normal vazn, bo'y, tananing o'lchamlari va bir xilda rivojlanib borish; 2. Terining toza, nozik pushti rangli, yaxshi turgorligi, shilliq qavatlarning yaxshi rangdaligi, muskullari va skeletining to'g'ri rivojlanganligi; 3. Yaxshi ishtaha (har xil ovqatga), ovqat hazm qilishda buzilishlarning yo'qligi, siydik va axlatning normal ajralishi; 4. Ichki organlarda patologik o'zgarishlarning yo'qligi; 5. Infeksiyalarga yaxshi qarshilik ko'rsata olishlik; 6. Asab-ruhiy rivojlanishning yoshiga mosligi (31-a rasm).



31-a rasm.

Gipotrofiyaning turli xillari: sog'lom bola.

Distrofiya (*grekcha-dis-buzilish, trofe-ozizqlanish, ovqatlanish*) esa kichik yoshdagi bolalar kasalligi bo'lib, surunkali ravishda oziq moddalarning organizm to'qimalarida o'zlashtirilishining buzilishi va tana vaznining normaga qaraganda yo ortiqcha, yo kam bo'lishi bilan xarakterlanadigan patologik holatlar yig'indisi hisoblanadi. Distrofiya bolalarda aksariyat ikki xil – «*paratrofiya*» va «*gipotrofiya*» ko'rinishlarida namoyon bo'ladi.

Eng ko'p uchraydigan ikkinchi xili «*gipotrofiya*» (*grekcha hipo – kam, past, trofe – oziqlanish, ovqatlanish*) ovqatlanishning surunkali buzilishi bo'lib, vazn va bo'y o'zgarishi, teri va teriosti yog' qavati holatining buzilishi, asosiy hayotiy funksiyalarning buzilishi, bolaning ozib ketishi, ovqatni yaxshi hazm qila olmasligi va immunitetning pasayib ketishi bilan xarakterlanadi.

Unutmang!

Gipotrofiyalar ko'proq yosh go'daklar (2 yoshgacha bo'lgan bolalar)da kuzatiladi, kattaroq bolalarda esa yashash sharoitlari juda noqulay bo'lgandagina rivojlanishi mumkin.

Etiologiyasi. Gipotrofiyalarning sabablari ko‘p va turli-tuman bo‘lib, bularni shartli ravishda 3 ta asosiy guruhga ajratish mumkin:

1. Alimantar.
2. Infeksion.
3. Atrofdagi muhitning noqulay sharoitlari.

Alimantar sabablarga:

– ovqat ayrim tarkibiy qismlarining to‘g‘ri nisbati buzilgani holda bolaning ovqatga yolchimay qolishi (oqsillar, yog‘lar, uglevodlar, mineral tuzlar, vitaminlarning yetarli bo‘lmasligi);

– bola ko‘krak berib boqilganida onasidagi vaqtinchalik yoki doimiy gipogalaktiya tufayli onasining suti yetishmay qolishi;

– ba‘zan bolaning yo o‘zidagi rivojlanish nuqsonlari (pilorostenoza, qattiq tanglay tirtiqdagi, yuqori labning bitmay qolgani, tug‘ma yurak porogi, Girshprung kasalligi va boshqalar) natijasida, yo bo‘lmasa, onasining sut bezi kamchiliklari (ko‘krak uchining yassi, ichiga tortilgan, yorilgan bo‘lishi, ko‘krakning qattiq bo‘lishi va boshqalar) tufayli yetarli sut ololmay qolishi;

– bola ko‘krak bilan boqilganda onaning suti yetarli miqdorda bo‘lib, tarkib jihatidan, asosan, undagi yog‘ va oqsil miqdori jihatidan yetishmay qolishi;

– bolani betartib ovqatlantirish;

– tibbiyot nuqtai nazaridan zarur bo‘lmagan mahalda ham barvaqt qo‘shimcha ovqat berish;

– bolani ovqatlantirish texnikasida xatolarga yo‘l qo‘yish;

– aralash va asosan sun‘iy usulda boqib kelinayotganda bolaga uzoq vaqt davomida faqat sigir suti, unli ovqatlar berib borilishi;

– bolalarni uzoq vaqt davomida juda yog‘siz ovqat bilan boqilishi va boshqalarni misol keltirish mumkin.

Alimantar sabablar aksari hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalarda ko‘proq ahamiyatli hisoblanadi.

Infeksion sabablarga:

– tez-tez qaytalanib turadigan, aksari o‘pka, quloq va buyraklarga asoratlar beradigan o‘tkir respirator infeksiya bilan gripp natijasida bola organizmida doimiy yiringli o‘choqlar bo‘lishi va almashinuv jarayonlarining buzilishi;

– infeksiion me‘da-ichak kasalliklari, ayniqsa, xronik formadagi dizenteriya va koli-infeksiya;

– har xil xarakterdagi tug‘ma enteropatiyalar, jumladan, me‘da-osti bezining fibroz kistozi, seliakiya, shuningdek, sil kasalligi.

Infeksiion sabablar aksariyat hollarda hayotining ikkinchi yarim yilini yashab kelayotgan bolalarda, ayniqsa, ikki yoshga qadam qo‘ygan bolalarda ahamiyatliroq bo‘lib qoladi.

Atrof-muhitning noqulay sharoitlariga:

– turmush sharoitlarining yaxshi emasligi (xonaning tor, zax bo‘lishi, yaxshi shamollatilmaligi);

– bolani qalin kiyintirib, issiqlatib qo‘yish;

– kun tartibining noto‘g‘ri bo‘lishi;

– havodan yetarlicha bahramand bo‘lmaslik;

– uxlash uchun qulay sharoitlar yo‘qligi;

– pedagogika qoidalariga parvo qilmaslik va tashqi muhitni tashkil etishdagi ko‘pgina boshqa kamchiliklarni misol qilish mumkin.

Chala tug‘ilgan bolalarda (ularning anatomo-fiziologik xususiyatlaridan kelib chiqib) gipotrofiyalarning kelib chiqishi anchagina oson kechadi.

Xulosa qilib ta’kidlash joizki, yuqorida keltirilgan hamma sabablar bir-biri bilan chambarchas bog‘liqligidan, qaysi biri birlamchi, qaysi biri ikkilamchi ekanligini aniqlab olish aksari qiyin bo‘ladi.

Klinikasi. Kasallik kelib chiqqanda barcha organ va tizimlar, ayniqsa, me‘da-ichak yo‘li, asab tizimi faoliyatida o‘zgarishlar yuzaga keladi, moddalar almashinuvi buziladi, umumiy va mahalliy rezistentlik (organizmning kasalliklarga bo‘lgan qarshilik qobiliyati)ning pasayib ketishi kuzatiladi.

Klinik jihatdan gipotrofiyaning I, II va III darajalari farq qilinadi.

I darajali gipotrofiyaning belgilari:

– Bolaning umumiy ahvoli qoniqarli bo‘lib, kiyintirib qo‘yilganda kasalga o‘xshamaydi.

– Obyektiv tekshiruvda bolaning qorni va gavdasidagi teriosti yog‘ qatlami yupqalashgan, shu sababli kindik atrofida teri burmasi atigi 0,8 sm ga yetadi yoki bundan ko‘ra kamroq bo‘ladi.

– Badan terisi va ko‘rinib turadigan shilliq pardalarning rangi normal yoki salgina oqarganligi ko‘zga tashlanadi.

– Muskullar va terining sog‘lom bolaga xos bo‘lgan tarangligi biroz pasayadi.

– Tana vaznining normaga nisbatan 10–20% kamayganligi aniqlanadi.



31-b rasm. I darajali gipotrofiya.

– Bolaning jismoniy rivojlanishi (bolaning bo‘yi, ko‘krak qafasining aylanasi va boshqalar) odatda normal chegaralarda qoladi.

– Bolaning uyquasi, ishtahasi va ichi yo odatdagidek, yoki ozgina o‘zgargan bo‘ladi (31-b rasm).

II darajali gipotrofiyaning belgilari:

– Tana vaznining kamayishi 20–40% ga yetadi.
– Bolalarning o‘shishdan ozgina (2–4 *sm*) orqada qolayotganligi aniqlanadi.

– Bolaning gavdasi, qo‘l-oyoqlaridagi teriosti yog‘ qatlami yo‘qoladi, yuzida esa kamayib qoladi.

– Teri elastikligi yo‘qolib, bolaning sonlari, yelkalarining ichki yuzasi va dumbalarida teri salga burmalar hosil qiladi.

– Badan terisi oqarib (yoki zaxil tortib), quruq, ilvillagan bo‘lib qoladi, ba‘zi sohalarda terining kepakka o‘xshab po‘st tashlab turgani, dog‘-dog‘ bo‘lib qolganligi ko‘zga tashlanadi.

– Bolaning sochlari qattiq bo‘lib, siyraklashadi.

– Teri turgori ancha pasayadi.

– Ko‘pchilik hollarda muskul gipotoniyasi aniqlanadi.

– Tana harorati doimiylikini yo‘qotib, 1° C va bundan ham ko‘proq miqdordargacha o‘zgaruvchan bo‘lib qoladi.

– Ishtaha anchagina pasayadi, ba‘zi bolalar ovqatdan bosh tortadi, majburlangan hollarda esa qusib yuboradi. Ko‘pincha dispeptik o‘zgarishlar kelib chiqadi.

– Bola besaranjom, behalovat bo‘lib, apatiya, adinamiya kuzatiladi, uyqusi notinch bo‘ladi.

– Bolalar kechroq o‘tiradigan, tik turadigan, yuradigan bo‘ladi, o‘rganilgan harakat ko‘nikmalari esa ba‘zan yo‘qolib ham ketadi.



31-d rasm. II darajali gipotrofiya.

– Bu darajadagi gipotrofiyali bolalarning quloqlari, o‘pkasi, siydik yo‘llarida, ko‘pincha, infeksiyon-yallig‘lanish jarayonlari boshlanadi, shuningdek, bu xil kasalliklar bilinmasdan, yashirin holda kechishi ham kuzatiladi (31-d rasm).

III darajali gipotrofiyaning belgilari:

– Bolaning yuzidagi teriosti yog‘ qatlami keskin kamayadi, qari kishi ko‘rinishini oladi, badani, qo‘l-oyoqlarida butunlay yo‘qoladi.

– Tana vaznining kamayishi 40% dan oshadi.

– Bo‘y o‘shishi ham anchagina (4–6 *sm* ga va bundan ham ko‘proq) orqada qoladi.

– Terisi oqargan, zaxil tortgan, ilvillagan, quruq, ba‘zi joylari kepakka o‘xshash po‘st tashlab, qontalash bo‘lib turadi.

– Son, yelkalarining ichki yuzalarida, dumbalarida teri burma-burma bo‘lib turadi: terini burma qilib yig‘ilganda hadeganda yozilmaydi.

– Shilliq pardalar quruq, och-qizil rangda bo‘lib, salga jarohatlanadi, og‘iz oqarishi, stomatitlar, davo choralari olib borilishiga qaramay hadeganda bitavermaydigan yara-chaqalar ko‘p paydo bo‘ladi.

- Muskullar atrofiyaga uchraydi, tonusi pasayadi.
- Bolada avvaliga besaranjomlik, yig‘loqilik kuzatiladi, keyinchalik bo‘shanglik, atrofdagilarga nisbatan loqaydlik, apatiya kuchayadi, ko‘p uxlaydi, och qolganligini aniqlab bo‘lmaydi.
- Ilgari hosil qilingan harakat ko‘nikmalari batamom yo‘qolib ketadi.
- Tana harorati doimo deyarli past bo‘ladi.
- Nafas yuza, aritmik, sekinlashgan bo‘lib, ko‘pincha, atelektazlar, atipik kechadigan pnevmoniyalar paydo bo‘ladi.
- Yurak tonlari ko‘pincha bo‘g‘iq, puls zaif va sekinlashgan, daqiqasiga 60–80 tagacha tushib qoladi.
- Bolaning qo‘l-oyoqlari ushlab ko‘rilganda aksari muzdek bo‘ladi.
- Qorni ichiga tortilgan yoki aksincha damlanib, shishgan, ishtahasi keskin pasaygan, tez-tez qusadigan bo‘lib qoladi.



31-e rasm. III darajali
gi potrofiya.

– Ichi odatda, suyuq, bot-bot kelib turadi, dispepsiya holatlardagi axlatga o‘xshab goho qabziyat bo‘ladi, diurez ko‘pchilik hollarda kamayib ketadi (31-e rasm).

Gipotrofiyaga uchragan bolalarda turli kasalliklarga moyillik ortadi, bunday kasalliklar ularda og‘ir o‘tadi, uzoq cho‘zilib, ko‘pincha turli asoratlar qoldiradi.

O‘z navbatida gipotrofiya fonida paydo bo‘lgan har qanday kasallik boladagi gipotrofiyaning yanada zo‘rayib ketishiga olib keladi.

Asoratlari. Gipotrofiya bilan og‘rigan bolalarda, ayniqsa, III darajali formasida, bolaning jismoniy va asab-ruhiy rivojlanishdan ortda qolib ketishi, ikkilamchi infeksiyaning boshlanib qolishi kabi asoratlar kuzatiladi. Bundan tashqari, kasallik fonida kechayotgan turli kasalliklarning og‘irlashishiga va turli xil asoratlar berishiga sabab bo‘lib qoladi.

Oqibati. Gipotrofiyada oqibat kasallikning og‘ir-yengilligiga, bolaning yoshiga va kasallik asoratlari bor-yo‘qligiga bog‘liq bo‘lib, I darajali gipotrofiyada kasallik vaqtda aniqlab olinib, unga to‘g‘ri davo qilib borilsa, bola nisbatan qisqa muddatda sog‘ayib ketadi. II darajali gipotrofiya hozirgi sharoitlarda juda ko‘pchilik hollarda eson-omon o‘tib ketadi, lekin bunday bolalarga davo qilish uchun odatda kam deganda 4–6 hafta kerak bo‘ladi. III darajali gipotrofiyaning oqibati esa doim ham jiddiylicha qolmoqda.

Hamshiralik tashxislari. Ishtahasizlik, qusish, ichning surishi, besaranjomlik, apatiya, adinamiya, vaznning pasayib ketishi, qabziyat, og‘iz oqarishi, stomatitlar va boshqalar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Emadigan bolalarda sutkalik sut miqdorini hisoblab borish, kontrol o‘lchovlar, axlat va siydikning bakteriologik tekshiruvlari va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Gipotrofiyalarda kompleks – etiopatogenetik, individual va simptomatik davolash olib boriladi.

Asosiy e‘tibor bolaning ovqatlanishiga va parvarishiga qaratilmog‘i lozim. Diyetoterapiya prinsiplari quyidagilardan iborat:

1. Diyetoterapiya kursi 3 etapga bo‘linadi – birinchi etapda bola ovqatga adaptatsiyalanadi, ikkinchi etapda yoshiga mos keluvchi ovqat beriladi, uchinchi etapda ovqat ingridiyentlari korreksiya qilinadi va qo‘shimcha ovqat buyuriladi.

1-etap I darajali gipotrofiyada 2–6 kun, II darajalida 8–9 kun, III darajalida esa 18–19 kun davom etadi.

2-etap tegishlicha, 6–7, 9–11, 22–24 kun davom etadi.

3-etap tegishlicha, 8–9, 13–14, 26–28 kun davom etadi.

2. Birinchi kunlarda I darajali gipotrofiyada ovqat yoshiga kerakli miqdordan 2/3 hissa, II darajalida 1/2 hissa, III darajalida esa 1/3 hissa beriladi.

3. Oqsil, yog‘, uglevod va kaloriyalar hisob-kitobi statsionarda har haftada, ambulator sharoitda oyda ikki marta o‘tkazib turiladi.

Yetishmaydigan ovqat hajmi suyuqliklar bilan to‘ldirib boriladi (sabzavot qaynatmalari, 5% li glyukoza eritmasi, vitaminli sharbatlar, choy va boshqalar).

Gipotrofiyaning kompleks davosiga turli guruhga kiruvchi vitaminlar qo‘shish kerak. Askorbin kislota, B guruh vitaminlari, A va D vitaminlari kamida 3–4 hafta davomida berib borilishi tavsiya etiladi.

Davo va diyetoterapiya chora-tadbirlari bilan birga hamma qoidalarga amal qilingan parvarishning ham ahamiyati beqiyosdir. To‘g‘ri tashkil etilgan kun tartibiga rioya qilish, doim toza havodan bahramand bo‘lish, badan terisi va shilliq pardalarga muntazam e‘tiborli bo‘lish, issiqlikning idora etilishini ta‘minlash shular jumlasidandir. Gigiyenik talablarga qat‘iy rioya qilish (bola tagini doim yuvib quritib turish, cho‘miltirish, og‘iz bo‘shlig‘i, burun va quloqlariga e‘tiborli bo‘lish) katta ahamiyatga ega. Bolaning emotsional tonusini oshirish maqsadida unga diqqat bilan qarash, o‘yinchoqlar bilan chalg‘itish, sog‘lom bolalar bilan o‘ynatib turish lozim.

Profilaktikasi. Bolani to‘g‘ri ovqatlantirib, unga to‘g‘ri parvarish qilib borishni uyushtirish, bolani infeksiyon kasalliklardan asrash, barcha kasalliklarga sinchiklab davo qilish va aholi o‘rtasida sanitariya maorifi ishlarini yuqori saviyada olib borish gipotrofiyalarning oldini olish asoslari hisoblanadi.

Chala tug‘ilganlar, egizaklar, shuningdek, sun‘iy yo‘l bilan boqiladigan, o‘tkir kasalliklar yoki me‘da-ichak kasalliklari bilan og‘rib o‘tgan, raxitga uchragan bolalarga ko‘proq e‘tibor qilish lozim.

Bolaning kun tartibiga, ya‘ni uyqu va orom soatlarining to‘g‘ri navbatlashib borishiga hamda ochiq havoda sayr qilib turishiga, organizmini chiniqtirishga harakat qilish ham katta ahamiyatga ega.

11.8. Gelmintozlar

Gelmintozlar, ya‘ni gijja kasalliklari organizmda parazitlik qilib yashaydigan chuvalchanglar (gijjalar) tufayli paydo bo‘ladigan, hozirgi vaqtda nafaqat bolalarda, balki kattalarda ham keng tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. Gelmintozlarning bunchalik tarqalishida yashash sharoitining sanitariya jihatidan qoniqarsiz ahvolda bo‘lishi, sanitariya-gigiyena qoidalriga rioya qilmaslik va tabiiy omillar sababchi.

Gijjalar bola organizmining barcha a‘zolari va to‘qimalarida: me‘da-ichak yo‘li, o‘pka, qon, markaziy asab tizimi, muskullar, suyaklarda parazitlik qilib yashay oladi. Lekin odamda uchraydigan gelmintlarning aksariyati ichakda parazitlik qilib, ichak suyuqligi, shiralari hamda, to‘qimalar bilan oziqlanib, vitaminlar va mikroelementlarning yetishmovchiligiga sabab bo‘ladi.

Unutmang!

Gelmintlar odam organizmida bitta-ikkitadan to bir necha yuz va hattoki minglargaacha bo‘lishi, bir vaqtning o‘zida bemor organizmida ba‘zan bir necha turdagi gelmintlar bir yo‘la parazitlik qilib yashashi mumkin.

Gelmintlarning bolalar organizmida parazitlik qilib yashashi natijasida bolalar o‘shidan ortda qoladi, ulardagi moddalar almashinuvida hosil bo‘ladigan mahsulotlar hamda ular halok bo‘lganida yuzaga keladigan parchalanish mahsulotlarining toksik-allergik ta‘sir ko‘rsatishi, shuningdek, gijjalarning mexanik ta‘siriga javoban bolaning ichki a‘zolari, ayniqsa, hazm organlari, markaziy asab tizimida zaharlanish yuzaga keladi.

Gelmintozlar boladagi immun tizim ishini susaytiradi, organizmning reaktivligini pasaytirib, kasalliklarga moyillik ortadi, kasalliklarning kechishi og‘irlashadi va turli asoratlar berish xavfi paydo bo‘ladi.

Bolalarning ko‘pincha askaridalar, ostritsalar, qilbosh gijjalar, pakana gijjalar, ba‘zi hollarda ho‘kiz va cho‘chqa solityori, serbar

gijja, exinokokklar bilan zararlanishi kuzatiladi. Quyida ana shu gelmintozlarning asosiylari haqida qisqacha ma'lumotlar keltiriladi.

Askaridoz

Kasallik odam organizmida ingichka ichakda yashaydigan askarida – dumaloq 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 invazyalovchi harakatchan lichinka davriga qadar rivojlanib oladi.

Invazyalovchi lichinkasi bor gijja tuxumlari ifloslangan sabzavotlar, ba'zi mevalar (qulupnay), ba'zan chang, suv va xomligicha yeyilaveradigan boshqa oziq-ovqat mahsulotlari bilan birga yutib yuborilganda odamga gijja yuqadi, bu hol odatda yoz va kuz davrlarida ko'proq sodir bo'ladi.

Askaridalarning rivojlanish sikli ikki fazadan iborat:

1. Migratsion faza.
2. Ichak fazasi.

Birinchi, migratsion fazada yutib yuborilgan tuxum ichakka o'tib, invazyalovchi 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 kapillyarlaridan o'tib borar ekan, ularni teshadi va quyulib qoladigan qon tarkibida o'pka alveolalari bilan bronxiolalarga tushadi. Nafas yo'llarining hilpillovchi epiteliysi lichinkaning bronx, traxeya va halqumga qarab surilib borishiga yordam beradi. So'ngra lichinka og'izga o'tib, so'lak bilan birga yana yutib yuboriladi va shu yerda ikkinchi faza – ichak fazasi boshlanadi. Askaridalarning tuxumidan chiqqan lichinkalik paytdan tortib to birlamchi bor tuxum qo'yadigan bo'lib olgunicha oradan 9 haftadan to 15 haftagacha vaqt o'tadi.

Klinikasi. Askaridozning birinchi fazasi klinik jihatdan olganda simptomsiz o'tadi yoki subfebril harorat, yo'talish, tez o'tib ketadigan bronxitlar, pnevmoniyalar, plevritlar bo'lib turishi bilan birga davom etadi, ana shunday bronxitlar, pnevmoniyalar, plevritlarda balg'amda ba'zan lichinkalar topiladi. Aksariyat bolalar yanglishib nafas yo'llari kasalliklari bilan og'rganlar qatorida samarasiz davolanadi. Ba'zida

bola badaniga polimorf toshma toshadi, terisi qichishib turadi, tana harorati ko'tariladi va qonda eozinofiliya aniqlanadi.

Askaridozning ikkinchi ichak fazasi xilma-xil klinik manzara bilan kechadi. Ko'pincha bolaning ishtahasi pasayib, ko'ngli ayniydi, ba'zan qayt qiladi, so'lagi oqadi, qornida tutib-tutib turadigan og'riqlar paydo bo'ladi, ichi buziladi, tana vazni kamayib qoladi, uyqusi behalovat, tez charchaydigan, injiq bo'lib qoladi, maktabdagi o'zlashtirishi pasayib ketadi va hokazo. Ayrim hollarda zo'rayib boradigan enterit, enterokolit, meningeal hodisalar kuzatilishi mumkin. Bolaning terisida (ayniqsa yuzida), badan terisida oq dog'lar paydo bo'ladi, bola kechalari uxlaganda bezovta bo'lib tishlarini g'ijirlatadi, jizzaki bo'lib qoladi.

Asoratlari. Kasallikning ikkinchi — ichak fazasida ba'zida bo'lsa-da, 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 asoratlar hisoblanadi.

Oqibati. Askaridoz odatda vaqtida aniqlanib, tegishli davo choralari olib borilsa, oqibati xayrli bo'ladi.

Hamshiralik tashxislari. Tana haroratining ko'tarilishi, yo'tal, toshma toshishi, terining qichishishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorindagi og'riqlar, uyqusizlik va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Balg'amning bakteriologik va parazitologik tekshiruvi, o'pkaning rentgenologik tekshiruvi, axlatni gijja tuxumlariga tekshirish, qonning umumiy tahlili va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Askaridozni migratsion fazasida spetsifik davolash hali ishlab chiqilmagan. Ikkinchi, ichak fazasi esa bir necha xil dori-darmonlar va kislorodoterapiya bilan davolab kelinmoqda.

Dori vositalaridan piperazin, naftamon, pirantel, levamizol, dekaris va boshqalardan keng qo'llaniladi.

Piperazin quyidagi bir martali dozalarda ovqatdan bir soat keyin, ketma-ket 2 kun kuniga 2 mahal ichirish uchun buyuriladi:

- yoshiga to'lmagan bolalarga — 0,2 g;
- 2–3 yoshli bolalarga — 0,3 g;
- 4–6 yoshli bolalarga — 0,5 g;
- 7–9 yoshli bolalarga — 0,75g;
- 10–14 yoshli bolalarga — 1 g.

Davo vaqtida o'tkir va sho'r taomlar istisno qilinadi. Markaziy asab tizimidagi organik kasalliklarda piperazin buyurilmaydi.

Kombantrin — 5–10 mg/kg hisobidan faqat bir marta beriladi (1 tabletkasida 250 mg, 1 ml suspenziyasida 50 mg bo'ladi). Davo qilib bo'lgandan keyin surgu dorilar buyurilmaydi.

Dekaris – 2,5 mg/kg hisobidan bir marta (1 tabletkasida 150 mg bo‘ladi) qo‘llaniladi.

Vermoks – 2,5–5 mg/kg hisobidan bir marta ishlatiladi (1 tabletkasida – 100 mg).

Askaridozga davo qilish uchun kisloroddan ham foydalanilishi mumkin. Kislorodni 2–3 marta (har kuni yoki kunora) yuboriladi, kislorod yuborilganidan bir sutka o‘tgach, bolaning ichi kelavermasa, surgi dori beriladi. Kislorodterapiyasidan so‘ng o‘lik askaridalar 1-kun bilan 3-kun orasida, ba’zida 4–6 kunlari tushib ketadi.

Yara kasalligining qo‘zib turgan davri, qorin bo‘shlig‘ida o‘tkir va yarim o‘tkir yallig‘lanish jarayonlari borligi kislorod bilan davolash uchun monelik hollari hisoblanadi.

Enterobioz

Enterobioz bolalarda eng ko‘p tarqalgan gijja kasalligi bo‘lib, uni ostritsalar keltirib chiqaradi. Ostritsalar dumaloq, mayda (erkagining bo‘yi 2,5 mm, urg‘ochisining bo‘yi 9–12 mm) gijjalar bo‘lib, yo‘g‘on ichakning pastki bo‘limida, ko‘r ichakda va yuqoriga ko‘tariluvchi chambar ichakning boshlang‘ich qismida yashaydi. Bir talay (12 mingtagacha) tuxumlari bo‘ladigan urg‘ochi ostritsa to‘g‘ri ichakka tushib kelib, bola uxlayotgan mahalda orqa chiqaruv teshigidan tashqariga chiqadi va shu teshik atrofiga tuxum qo‘yadi, o‘zi esa o‘lib ketadi. Ostritsalar uzog‘i bilan 3–4 hafta yashaydi.

Enterobiozda kasallik manbai faqat kasal odam hisoblanadi. Perianal burmalarga qo‘yib ketilgan tuxumlar 4–6 soatdan keyin yetiladi va invazyialovchi 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‘rmlab yurgan ostritsalarni topishadi.

Orqa chiqaruv yo‘li sohasi qashlanishi tufayli uning ko‘p joylari tiralib, dermatit, piodermiya paydo bo‘ladi. Ba’zi kasallarda tez-tez ich kelib, axlat shilimshiq aralash bo‘tqasimon bo‘lib tushadi, goho hojat vaqtida og‘riqli kuchaniqlar tutadi, bosh aylanadi, bola tez charchaydigan, injiq bo‘lib qoladi, uyquasi buziladi. Qiz bolalarda ostritsalar jinsiy organlarga o‘rmlab 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.

Oqibati. Tegishli choralar ko‘rilganda enterobioz hech qanday yomon oqibatlariga olib kelmaydi.

Hamshiralik tashxislari. Perianal sohaning qichishi, perianal soha dermatiti, piodermiyasi, qorin og‘riqlari, bosh aylanishi, vulvovaginit va boshqalar.

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‘llangan 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 obyektivi ostida tekshirib ko‘riladi).

Kechasi orqa chiqaruv teshigi sohasiga bir bo‘lak paxta qo‘yib yotish, keyin esa shu paxtani chayib, olingan yuvindi suvni tekshirishni tavsiya qilish mumkin (sentrifugadan o‘tkazib).

Davolash va parvarish qilish. Kasallikning yengil formalarida gigiyena chora-tadbirlarga rioya qilish bilan gijjadan xalos bo‘lish mumkin. Buning uchun natriy gidrokarbonat qo‘shilgan 1–3 stakan suvdan

kechqurun klizma qilinadi (har stakan suvga 1/2 choy qoshiq natriy gidrokarbonat). Bolaning trusisi va oqliklari har kuni ertalab almash-tiriladi, eskisi albatta qaynatib yuviladi va dazmollanadi. Tirnoqlar kalta qilib olib turiladi, xona har kuni ho‘l latta bilan artib tozalanadi. Bolaning o‘yinchoqlari ham har kuni yuvib tozalab turiladi. Kasallangan bolaning kiyimlarini boshqa bolalarga kiydirish, uning o‘rnida boshqa bolalarning yotishiga yo‘l qo‘yilmaydi.

Enterobiozning og‘ir formalarida gigiyena qoidalariga rioya qilish bilan birga dori-darmonlardan ham qo‘llaniladi.

Piperazin xuddi askaridozdagi dozalarda 3–5 kunlik davo kursi tarzida tavsiya etiladi. Zaruratga qarab har safar 7 kun oralab davo sikli 3 martagacha takrorlanishi mumkin. Bolada qabziyat bo‘lgandagina surgi beriladi, maxsus parhez talab etilmaydi.

Kombantrin, dekaris, vermoks askaridozdagi kabi dozalarda qo‘llaniladi.

Naftamon ketma-ket 3 kun davomida 5 yoshdan katta bolalarga kuniga 5 g dan, 5 yosh va bundan yoshroq bolalarga kuniga 2,5 g dan buyuriladi. Mana shu dozadagi preparat 50 ml iliqroq qand sharbatida eritilib, nonushtadan 30 daqiqa ilgari nahorga ichiriladi. Surgi buyurilmaydi, odatdagicha ovqat berilaveradi. Zarur bo‘lsa davo 7–10 kundan keyin takrorlanadi.

Qichishishni kamaytirish maqsadida dimedrol, suprastin, perianal sohaga 5% li anestezin mazi surtib turish tavsiya etiladi.

Enterobioz kasalligi qaysi oilada paydo bo‘lsa, ushbu oila a‘zolarining hammasi dispanser nazoratiga olinishi va butun oilaning barcha a‘zolarini bir yo‘la davolash kerak.

Profilaktikasi. Gelmintozlarning profilaktikasi organizmdagi va tashqi muhitdagi gijjalarni barcha usullarni qo‘llagan holda yo‘qotishga qaratilgan choralarni kompleks tarzda olib borishga 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‘n-dirilmagan ohak yoki xlorli ohak bilan dezinfeksiya qilinadi. Meva va sabzavotlarni iste‘mol qilishda sanitariya-gigiyena qoidalariga amal qilish, bolalarni yoshligidan shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishga o‘rgatib borish va xalqning madaniyatini oshirish gelmintozlarning oldini olishda katta ahamiyat kasb etadi.

12. BUYRAK VA SIYDIK CHIQRISH A'ZOLARI KASALLIKLARI

Bolalarda uchraydigan noinfekzion kasalliklarning 4–5 foizi buyrak va siydik ajratish tizimi kasalliklariga to'g'ri keladi. Bu kasalliklar surunkali kechishi va qaytalanib turishga moyilligi bilan xarakterli bo'lib, aksariyat kattalarda uchraydigan siydik ajratish tizimi kasalliklari bolalikdagi kasallikning davomi yoki asoratlari bo'lishi mumkin. Buyrak kasalliklarining yana bir xarakterli tomoni shundaki, kasallik belgilari bilinmasdan boshlanadi, siydikdagi o'zgarishlar shikoyatlardan ancha oldin paydo bo'lib qolgan bo'ladi. Siydik ajratish tizimi kasalliklari orasida birinchi o'rinni piyelonefrit (43–44%), ikkinchi o'rinni faqat siydikdagi o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladigan kasalliklar (28–29%) va nihoyat, uchinchi o'rinni glomerulonefrit (19–20%) egallaydi. Siydik ajratish tizimi kasalliklari har xil jins va yoshdagi bolalarda o'ziga xos tarzda kechadi. Shuningdek, siydik tizimi kasalliklari kelib chiqishiga qarab irsiy yoki tug'ma hamda hayotda orttirilgan bo'lishi mumkin.

Bu tizim kasalliklari uchun umumiy bo'lgan belgilar – siydikdagi o'zgarishlar, arterial bosimning o'zgarishlari, dizuriya, abdominal (og'riq) belgilar, surunkali buyrak yetishmovchiligidir. Bolalarda uchraydigan asosiy kasalliklar haqida to'xtalib o'tamiz.

12.1. 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 sensibillashuviga zamin yaratadi. Boladagi eksudativ-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.

Glomerulonefritning klinik belgilarini aniqlash uchun uning klassifikatsiyasini ko‘rib chiqamiz (6-jadval):

6-jadval

Kasallik turi	Buyrakdagi yallig‘lanish jarayonining o‘tkirligiga qarab	Buyrakning ish faoliyati
I. O‘tkir glomerulonefrit 1) nefritik sindrom bilan 2) nefrotik sindrom bilan 3) faqat siydik sindromi bilan 4) nefrotik sindrom gematuriya va gipertoniya bilan	a) Kasallikning boshlang‘ich davri b) Surunkali glomerulonefritga o‘tish davri	a) buyrak ish faoliyati buzilgan b) buyrak ish faoliyati saqlangan v) buyrak faoliyatining o‘tkir yetishmovchiligi
II. Surunkali glomerulonefrit 1) nefrotik turi 2) gematurik turi 3) aralash turi	a) kasallikning qaytalanish davri b) chala remissiya davri v) to‘liq kliniko-laborator remissiya dari	a) buyrak ish faoliyati buzilgan b) buyrak ish faoliyati saqlangan v) surunkali buyrak yetishmovchiligi
III. O‘ta o‘tkir va tez kechuvchi glomerulonefrit		a) buyrak ish faoliyati buzilgan b) buyrak ish faoliyatining surunkali yetishmovchiligi

Diffuz glomerulonefrit odatda birdaniga yoki asta-sekin, belgilersiz boshlanishi mumkin. Kasallik birdaniga boshlanganida ko‘pincha bolada holsizlanish, bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi kuzatiladi, qusib, ishtahasi pasayadi, tana harorati ko‘tariladi. Bolaning rangi o‘chadi, yuzi ayniqsa, ko‘z qovoqlari ostida ko‘pincha kerkish va shishlar paydo bo‘lib, shishlar tezda gavda va qo‘l-oyoqlarga tarqalib boradi (32-rasm). Birinchi kunlarda diurez keskin kamayib, siydik rangi



32-rasm. Buyrak shishlarining yuzdagi ifodasi.

go'sht seliga o'xshab qoladi. Bolalar bel va qorin og'rig'i, siydik vaqtida og'riq sezishdan shikoyatlar qiladi.

Qaysi sindrom ustunlik qilishiga qarab, o'tkir glomerulonefritning 3 xil turi farqlanadi:

1. Nefritik turi.
2. Nefrotik turi.
3. Aralash turi.

Diffuz glomerulonefritning ko'p uchraydigan **nefritik** turi ko'pincha streptokokkli kasalliklarni boshidan kechirganidan 2–3 hafta o'tgach bola rangining oqarishi, qovoqlari va yuzining yengil shishuvi bilan boshlanadi. Bolaning arterial bosimi normada yoki biroz ko'tarilgan bo'lishi mumkin. Glomerulonefritning bu turida siydikdagi o'zgarishlar asosiy o'rinda turadi. Diurez kamayadi, siydik rangi 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



33-rasm. Nefrotik sindromda umumiy shishlar.

bo'shliqlarida ham (qorin bo'shlig'ida – assit, plevra bo'shlig'ida – gidrotoraks) yig'ilgan bo'ladi (33-rasm). Bolaning rangi pasayadi, boshi og'riydi, ko'ngli aynib, ishtahasi yo'qoladi. Arterial bosim unchalik ko'tarilmaydi. Diurez juda ham kamayib ketadi. Kasallikning shu turi uchun biokimyoviy tahlillarda siydikda proteinuriya, qon zardobida gipoproteinemiya va giperxolesterinemiya bo'lishi xarakterlidir. Siydik cho'kmasining mikroskopik tekshiruvda gialin va qizil qon tanachalaridan iborat silindrlar aniqlanadi.

Kasallikning uchinchi, **aralash** turida nefrotik sindromga siydikdagi o'zgarishlar (gematuriya) va arterial qon bosimining ko'tarilishi (gipertenziya) ham qo'shilib birga namoyon bo'ladi. Glomerulonefritning bu turi katta yoshdagi bolalarda ko'proq uchraydi va kasallikning eng og'ir turi hisoblanadi. Bolada keng tarqalgan shishlar, siydikning kamaygan va go'sht seliga o'xshash bo'lishi, arterial bosimning yuqoriga ko'tarilganligi natijasida bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi va qusish hollari kuzatiladi. Aksariyat hollarda kasallikning bu turi o'tkir buyrak yetishmovchiligiga o'tib ketishi mumkin.

Glomerulonefritda kasallik bir necha variantlarda: o'tkir holda, uzoq cho'zilib, surunkali tarzda, to'liqinsimon, latent tarzda o'tishi shular jumlasidandir.

Kasallik latent tarzda o'tganida ekstrarenal belgilar bo'lmaydi va siydik cho'kmasidagi o'zgarishlar, odatda, dispanser tekshiruvida ma'lum bo'lib qoladi.

Glomerulonefritning aktiv fazasi gipertenzion sindrom, shish va siydik sindromlarining kuchli bo'lishi, moddalar almashinuvining buzilishi va buyraklar funksional holatining o'zgarib qolishi bilan xarakterlanadi. Bu faza har xil o'tishi mumkin.

Inaktiv fazasi siydikdagi patologik o'zgarishlar yo'qolib ketadigan va qon asosiy biokimyoviy ko'rsatkichlari (qoldiq azot, umumiy oqsil va uning fraksiyalari, xolesterin, umumiy lipidlar va fraksiyalari va h.k) asliga kelib qoladigan klinik-laboratoriya remissiya deb hisoblanadi.

Asoratlari. Noto'g'ri davolash va zarur ehtiyotkorlik choralariga rioya qilinmaganda, diyetoterapiya noto'g'ri tashkil etilgan hollarda, bola belgilangan rejimni buzganida kasallik surunkali turga o'tib ketishi, ba'zi hollarda o'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligi kabi og'ir asoratlar ham kelib chiqishi mumkin.

Oqibati. To'g'ri va o'z vaqtida davolangan hollarda 80–95% bolalarda kasallik butunlay sog'ayish bilan yakun topadi.

Hamshiralik tashxislari. Ko'ngil aynishi, qusish, bosh og'rig'i, bel sohasidagi og'riqlar, siydik miqdorining kamayishi, tana haroratining ko'tarilishi, talvasalar, gidrotoraks va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Siydikni Zimnitskiy, Addis-Kakovskiy, Nechiporeko, Ambyurje bo'yicha tekshiruv, qondagi qoldiq azot, mochevina miqdorini aniqlash, sutkalik diurezni aniqlash, suv balansini aniqlash, bolani nazorat o'lchab turish va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Diffuz glomerulonefrit bilan og'rigan bolalarni davolash rejimi tayinlash, diyetoterapiya, mikroblarga qarshi kurashish, immun tizimni kuchaytirish va simptomatik dori-darmonlarni samarali qo'llashdan iborat.

Glomerulonefritning o'tkir kechishi yoki qo'zigan davrida bemorlar statsionar sharoitda davolanadi. O'tkir klinik ko'rinishlar – gipertoniya, shishlar, makrogematuriya paydo bo'lgan vaqtdan boshlab hisoblaganda kamida 3–4 hafta davomida bolaga o'rinda yotish rejimi buyuriladi, ekstrarenal belgilar yo'qolib ketgach, yarim yotish rejimi, keyinchalik esa, erkin yoki faol rejim tayinlanadi.

Davolash ishlarini tashkil etishda diyetoterapiyaning o'rni beqiyosdir. Kasallik o'tkir o'tayotganda yoki to'liqinsimon 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 masallig'lar sabzavot, kartoshka, mevalar, o'simlik moyi, yormalar, un, qand,

konfet (shokoladlimasidan), cheklangan miqdordagi sut, tuxum, qaymoq, meva suvlari va ba'zi qandolat mahsulotlari (murabbo, marmelad, zefir), tuzsiz bug'doy nondan iborat.

Bemor kasalxonaga kelgan birinchi kunlardan boshlab vitaminlar: sutkasiga 200–500 mg dan askorbinat kislota, 15–30 mg dan tiamin bilan riboflavin, 50–60 mg dan rutin, zarur bo'lsa, A, B₆, K, B₁₂ vitaminlari ham tayinlanadi.

Kasallik aktiv fazaga kirganida va qo'zib qolganda hamma bemorlarga antibiotiklar buyurish zarur. Bunda ta'siri uzoq cho'ziladigan (prolonglangan) penitsillin (bitsillin-5) ishlatish maqsadga muvofiqdir.

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.

Shish sindromi paydo bo'lganida ishlatiladigan diuretik moddalar har xil, ko'p ishlatiladiganlari 7-jadvalda keltirilgan.

Nefritning nefrotik formasi bilan og'rikan, buyrak yetishmovchiligining alomatlari yo'q bolalarga glyukokortikoidlar berib turish o'rinlidir (sutkasiga 2–1,5 mg hisobida prednizolon).

7-jadval

**Eng ko'p ishlatiladigan diuretik moddalarning dozalari
va ta'sirining muddatlari**

Preparat	Dozasi		Maksimal ta'siri qanchaga boradi, soat	Ta'sirining muddati, soat
	Bir martalik	Sutkalik		
Dixlotiazid	5–10 mg/kg	25–50	3–6	10–12
Siklometiazid	1/2–1 tabl.	1/2–1 tabl.	2–4	4–6
Furosemid (laziks)	1,5–2 mg/kg	20–60	0,5	4–6
Spirolakton (aldakton, veroshpiron)	15–20 mg/kg	50–300	18–72	120–144
Etakrinat kislota (uregit)	0,05–0,1 g	0,025–0,05 g	1–2	9–12
Diakarb (fonurit)	0,125–0,25 g	0,5–0,75 g	4–6	10–12

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 davomida 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.

Klinik-biokimyoviy jihatdan remissiya holiga o‘tgan va qoldiq siydik sindromi bo‘lgan bolalar oyiga bir marta tekshirishdan o‘tkazib turilishi kerak, 2 haftada bir marta siydigi, 2 oyda bir marta qoni tahlil qilib turiladi.

Klinik remissiya to‘la-to‘kis bo‘lmasa, bolalarni har oyda, glyukokortikoidlar buyurilganida esa har haftada tekshirishdan o‘tkazib turish kerak. 2 haftada bir marta siydigi, 2 oyda bir marta qoni tahlil qilib ko‘riladi.

Bola kasalxonadan chiqarilganidan keyin davo buyraklardagi patologik jarayonning aktivligiga bog‘liq bo‘ladi.

Klinik remissiya davrida va qoldiq siydik sindromi bo‘lganida bolalarni ixtisoslashtirilgan sanatoriylarga yuborish mumkin.

Ehtiyotdan emlash ishlari (profilaktik vaksinatsiyalar) klinik-laboratoriya jihatidan to‘la-to‘kis remissiya boshlanganidan bir yil keyin o‘tkaziladi.

Glomerulonefritning gematurik formasi bilan og‘rib o‘tgan bolalar klinik-laboratoriya jihatidan to‘la remissiya boshlangan vaqtdan hisoblaganda 2 yil davomida dispanser kuzatuv ostida turadi.

Kasallikning nefrotik va aralash formasi bilan og‘rgan bolalar doimo dispanser kuzatuv ostida bo‘ladi, lekin 15 yoshga to‘lganidan keyin ularni terapevt kuzatuv ostiga o‘tkaziladi.

Profilaktikasi. Diffuz glomerulonefritning oldini olishda bolalarni yuqumli kasalliklar va anginadan asrash, karioz tishlar va surunkali tonzillitni vaqtida davolash muhim ahamiyatga ega. Bolaga gigiyenik talablarga rioya qilishni o‘rgatish, uni chiniqtirish kasallikni oldini olishda muhim o‘rin egallaydi.

12.2. Piyelonefrit

Piyelonefrit buyrak jomlari va interstitsial to‘qimasining mikroblar tufayli yallig‘lanishi bilan xarakterlanadigan kasallik bo‘lib, buyrak kasalliklari orasida eng ko‘p tarqalganligi bilan ajralib turadi. Oraliq to‘qimaning jarayonga qo‘shilib ketishi bu kasallikni qo‘zib turishga moyil qilib qo‘yadigan sabablarning biridir. Piyelonefrit hamma yoshdagi bolalarda ham uchrayveradi, ammo 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda bu kasallik ko‘proq bo‘ladi, buni shu yoshdagi bolalarning anatomo-fiziologik xususiyatlariga bog‘liq deb hisoblash kerak.

Yallig‘lanish jarayonining tarqaluvchanligiga, xususan, stafilokokk infeksiyasining tarqaluvchanligiga go‘dak bolalarning moyil bo‘lishi ham bir qadar ahamiyatga ega.

Hayotining 1-yilini yashab kelayotgan o‘g‘il bolalar bilan qiz bolalarda piyelonefrit taxminan birdek uchraydi. Bolalar yoshi ulg‘ayib borgan sayin bu kasallik qizlarda ko‘proq uchraydigan bo‘lib qoladi.

Etiologiyasi. Piyelonefritning asosiy qo‘zg‘atuvchisi ajratilmagan. Lekin aksariyat hollarda ichak tayoqchasi, keyingi o‘rinlarda stafilokokklar, streptokokklar, protey va boshqalar ham kasallik qo‘zg‘atuvchilari bo‘lib qolishlari mumkin.

Diqqat!

Infeksiya buyrakga limfogen, gemotogen va urunogen yo‘llar bilan kiradi.

Klinikasi. Piyelonefritning klinik ko‘rinishlari bolalarning yoshiga va bolaning kasallikdan oldingi umumiy ahvoriga bog‘liq. Kasallikning asosiy belgilari leykotsituriya va bakteriuriya bo‘lib, ular siydik muntazam tekshirib borilganda aniqlanadi. Shuningdek, qorinda va belda og‘riq bo‘lishi, siydikning tez-tez kelib turishi (2 yoshgacha bo‘lgan bolalarda bo‘ladigan «ho‘l ishton» simptomi) yoki, aksincha, hadeganda kelavermaydigan bo‘lib qolishi, kechalari siydik tutolmaslik, achishish hodisalari bo‘lishi, siyish vaqtida og‘riq sezilishi, bolaning majburiy vaziyat olib turishi va har xil intoksikatsiya ko‘rinishlari bo‘lishi mumkin.

Maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarda umumiy intoksikatsiya simptomlari, og‘riq sindromi, dizurik o‘zgarishlar aksari yaqqolroq namoyon bo‘ladi, siydikda ko‘p miqdorda leykotsitlar va bakteriyalar topiladi. Maktab yoshidagi bolalarda intoksikatsiya ko‘pincha asteniya (bo‘shashish, bosh og‘rishi, salga charchab qolish, ishtaha pasayishi va boshqalar) xarakterida namoyon bo‘ladi, siydikdagi o‘zgarishlar arzimmas darajada va notayin bo‘ladi, shuning uchun bularni topish uchun maxsus tekshirish usullarini qo‘llashga to‘g‘ri keladi.

Asoratlari. Kasallikning o‘tkir formasi vaqtida va tegishlicha davolanmaganda surunkali kechishga o‘tib qolishi, uning oqibatida buyraklarning bujmayishi, ikkilamchi va surunkali buyrak yetishmovchiligi kabi asoratlar kelib chiqishi mumkin.

Oqibati. Vaqtida davo choralari olib borilsa xayrli.

Hamshiralik tashxislari. Ishtahasizlik, qorin va bel sohasida og‘riqlar, siydik tutolmaslik, tez-tez siyishlar, qovuq va siydik yo‘lida achishishlar va boshqalar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Buyraklarning rentgenologik tekshiruvi, siydikning umumiy va Addis-Kakovskiy, Nechiporenko bo‘yicha tekshiruvi, qon umumiy tahlili va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Piyelonefritning davosi kompleks tarzda olib borilishi lozim. Bunda harakat faolligi va parhezning ahamiyati nihoyatda katta.

Kasallikning o‘tkir davrida yengillashtiradigan qand-meva kunlari qo‘llanadi, keyin asta-sekinlik bilan sut-o‘simlik mahsulotlaridan tayyorlangan ovqatlarga o‘tiladi. Yallig‘lanish jarayonlari faolligi susayib, kasallikning ekstrarenal alomatlari yo‘qolib borgan sari o‘rtacha avaylaydigan, tarkibida suyuqlik (1,5–2 litrgacha), natriy va oqsil yetarli miqdorda bo‘lgan ovqat buyuriladi.

Qo‘shimcha miqdorda suyuqliklar (olma, nok, uzum sharbati, bargak, na‘matak qaynatmasi, klyukva va brusnika morsi, ishqorli mineral suvlar) kun davomida berib turilgani holda oqsilli oziq-ovqat mahsulotlarini kunning birinchi yarmida iste‘mol qilish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Sut, kefir, ryajenka, atsidofilin, tvorog, qaymoq, chuchuk yumshoq pishloq, tuxum, yog‘siz mol go‘shiti, tovuq go‘shiti, quyon go‘shiti, sariyog‘ va o‘simlik yog‘i, yormalar, makaron, sabzavot, mevalar, meva sharbatlari, mors, ichimliklar, kompotlar, qand, tuz, choy, ko‘kat, kofe kabi masalliqlar bola ovqatiga kiradi.

Tuzlangan, qovurilgan o‘tkir taomlar, dudlangan masalliqlar, go‘shit, baliq, qo‘ziqorindan pishirilgan quyuq sho‘rvalar, har xil ziravorlar, shuningdek, dukkaklilar, gulkaram, sholg‘om, ismaloq, shovul, ko‘k salat, piyoz, sarimsoq, selderey, tabiiy kofe, kakao, javdar noni ovqat ratsionidan cheklanadi.

Parhez davolashning muhim sharti, siydikning ravon (3–4 soatda bir marta) oqib turishi va ichakning yaxshi ishlab turadigan bo‘lishini ta‘minlashdir.

Antibiotiklarni buyurishda piyelonefritning klinikasi, jarayonning faollik darajasi va mikroob florasining xarakterini hisobga olish tavsiya etiladi.

Yallig‘lanishga qarshi ta‘sir ko‘rsatadigan dorivor o‘simliklardan: qora smorodina, brusnika, oq qayin, qora archa mevalari, oddiy xmel g‘o‘ralari, dala qirqbo‘g‘ini novdalarining damlama va qaynatmalaridan keng foydalaniladi. Ushbu giyoh va mevalarni qaynoq suvga 30 daqiqa davomida damlab qo‘yiladi (qaynatib yubormasdan) va 2–3 oy davomida ovqatdan yarim soat ilgari 2–3 osh qoshiqdan kuniga 3 mahaldan ichib turiladi.

Davolash statsionarda 1,5–2 oy uzluksiz davom etadigan bo‘lsa, mikroblarga qarshi vositalarni har 10 kunda alishtirib turiladi.

Piyelonefrit bilan og‘rigan bolalar dispanser kuzatuv ostida bo‘lishlari kerak. Remissiya davrida ular 3 oyda 1 marta tekshirib turiladi. Siydikning umumiy tahlili 2 haftada bir marta, Addis-Kokovskiy bo‘yicha tahlil 3 oyda bir marta o‘tkazib turiladi.

Bunday bolalarni otorinologolog va stomatolog 2 marta ko‘zdan kechirib turishlari kerak.

Kasallikning remissiya davrida bemorlarning sanatoriy-kurortlarda davolanishi maqsadga muvofiqdir. Profilaktika maqsadidagi emlash ishlarini remissiya boshidan hisoblaganda 2 yil oralatib turib o‘tkaziladi.

Piyelonefrit yashirin (latent) tarzda o‘tayotgan va qaytalanib turadigan bo‘lsa, bolalar dispanser hisobidan chiqarilmaydi.

Tug‘ma nuqsonlar bo‘lganda operatsiya yo‘li bilan davolash masalasini hal qilish uchun urolog maslahatiga tayanish kerak.

Profilaktikasi. Kasallikning profilaktikasida sanitar-gigiyenik qoidalarga rioya qilish, bolalarni yuqori nafas yo‘llari infeksiyalaridan asrash, ayniqsa, qiz bolalarni yuqori ko‘tariluvchi infeksiyalardan ehtiyot qilish katta ahamiyatga ega.

12.3. Sistit

Sistit – siydik pufagi (qovuq) shilliq pardasining yallig‘lanishi bo‘lib, emizikli va yasli yoshidagi bolalarda ko‘proq uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi. Chunki aynan mana shu davrda bola parvarishida nuqsonlar yuzaga keladi, bolalarning ho‘l o‘rinda ko‘p vaqt qolib ketishlari, zax joylarda ko‘p o‘ynash hollari ortadi.

Etiologiyasi. Bolalardagi sistitlarning kelib chiqishida turli guruhlariga kiruvchi mikroblar – ichak tayoqchalari, stafilokokklar, streptokokklar, protey yoki aralash mikroflora katta rol o‘ynaydi.

Mikroblar qovuqqa quyidagi yo‘llar bilan tushishi mumkin:

1. Buyraklardan – pastga yo‘naluvchi yo‘l bilan (ko‘proq buyraklarning tuberkulyoz bilan zararlanishida).

2. Siydik chiqarish yo‘li orqali – yuqoriga ko‘tariluvchi yo‘l bilan (vulvit va vulvovaginitlarda, balanopostitda, fimoz, uretritlarda).

3. Gematogen (qon orqali) yo‘l bilan (tonzillit, furunkulyoz, kariyeslarda).

4. Muloqot(kontakt) yo‘li bilan (kamdan-kam hollarda).

Yuqoriga ko‘tariluvchi yo‘l aksariyat hollarda qizlarda kuzatiladi, chunki ularda siydik chiqarish yo‘llari keng va qisqa bo‘ladi. Siydik pufagiga mikroblarning tushishiga qovuqni kateterlash va sistoskopik tekshiruvlar o‘tkazish ham sabab bo‘lishi mumkin.

Sistitning rivojlanishiga imkon yaratuvchi omillar – sovqotish, ko‘p charchash, siydik chiqarish yoki ajralishining buzilishlari ham

muhim o‘rin egallaydi. Ostritsalar ham sistitlarning kelib chiqishida ahamiyatlidir.

Klinikasi. Sistitlarning o‘tkir va surunkali turlari farqlanadi. O‘tkir sistit birdaniga, aksariyat hollarda sovuqotishdan keyin boshlanadi. Siydik ajralishida va qorinning pastki qovuq sohasida og‘riqlar paydo bo‘lishi, bolaning kam-kam, lekin tez-tez siyishi, ba’zida esa siydik tutolmaslik hollari kuzatiladi.

Bola bezovta bo‘lib uyquasi buziladi, tana harorati ko‘tarilishi ham mumkin. Siydik loyqasimon, o‘tkir hidli, cho‘kmali bo‘ladi. Ba’zida siydik bilan qon ajralishi mumkin.

Bunday holatlar 2–3 kun davom etadi va davo choralari natijasida o‘tib ketadi.

Surunkali sistit hozirgi kunda deyarli uchramaydi.

Asoratlari. Sistit vaqtida davolanmasa yuqoriga ko‘tariluvchi yo‘l bilan mikroblar buyraklargacha chiqishi va nefritga sabab bo‘lishi mumkin. Bundan tashqari, siydik chiqarish kanalining torayib qolishi, siydik tutolmaslik, siydik chiqarish kanalida toshlarning paydo bo‘lishi kabi asoratlar rivojlanishi ham mumkin.

Oqibati. O‘tkir sistit vaqtida aniqlanib, tegishli davo choralari olib borilganda asoratlarsiz batamom tuzalib ketadi. Surunkali sistitning oqibati esa hamisha jiddiy.

Hamshiralik tashxislari. Kam-kam va tez-tez siydik ajralishi, qovuq sohasidagi og‘riqlar, og‘riqli siyish, tana haroratining ko‘tarilishi, uyqusizlik va hokazolar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Siydikning umumiy tahlili, sistoskopiya, siydik kanali va qizlarda qin surtmalarini tekshirish va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. O‘tkir sistit bilan og‘rigan bolalarni davolashda yotish rejimi buyuriladi, og‘ir hollarda bola gospitalizatsiya qilinadi. Ko‘p miqdorda suyuqliklar (shakarli choy, glyukoza 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, margansovkali, moychechakli va boshqalar)ga o‘tirg‘izib qo‘yish yoki vannachalar qilish yaxshi naf beradi.

Og‘riqlar kuchli bo‘lganda og‘riq qoldiruvchilar(analgin, baralgin), spazmolitiklar (papaverin, no-shpa)dan foydalanish mumkin. Mikroblarga qarshi kurashish uchun antibiotiklar (ampitsillin, ampioks va boshqalar), sulfanilamid vositalar (biseptol, siprolet va boshqalar), nitrofuran unumlari (furagin, furadonin, furazolidon va boshqalar)dan foydalaniladi. Ba’zi hollarda qovuqni turli dez eritmalar bilan yuvish, qovuqqa dori vositalarini kiritish ham yaxshi naf beradi.

Ba'zi hollarda qovuq sohasiga fizioterapevtik muolajalar o'tkazish ham tavsiya etiladi.

Profilaktikasi. Sistitlarning oldini olishda bolalarni to'g'ri tarbiyalash, gigiyenik qoidalarga muntazam rioya qilish, ho'l o'rinlarda qolib ketishiga va zax joylarda ko'p o'ynab qolishiga yo'l qo'ymaslik kerak.

13. QON VA QON YARATISH A'ZOLARI KASALLIKLARI

13.1. Anemiya

Anemiya — qondagi eritrotsitlar sonining kamayib, qonning hajm birligida gemoglobin miqdori va bitta eritrotsitdagi o'rtacha gemoglobin miqdorining kamayib qolishi bilan xarakterlanadigan holatdir.

Etiologiyasi. Katta yoshdagi bolalarda anemiyaning kelib chiqishida turli sohalardan qon ketishi, gelmintozlar sabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, anemiya boshqa tizim hamda organlar kasalliklari — leykoz, nefrit, jigarning diffuz zararlanishi, infeksiyalar, intoksikatsiyalar, irsiy kasalliklar va boshqalarning alomati sifatida ham paydo bo'lishi mumkin. Yosh go'dak bolalarda (aksari 6–18 oylik) uchraydigan barcha anemiyalarning 90 foizi infeksiyon-alimentar tabiatga ega. Buning sababi, emadigan bola qon yaratish apparatining funksional jihatdan labil hamda juda nozik bo'lishidir.

Yosh go'daklarda bo'ladigan infeksiyon-alimentar anemiyalar ko'pincha temir yetishmasligi sababli kelib chiqadi va shuning uchun bunday anemiyalar — temirdefitsitli anemiyalar deyiladi.

Bundan tashqari, keltirib chiqargan sabablarga asoslangan holda kamqonlikning vitamin yoki oqsil yetishmasligidan kelib chiqqan turi, postgemorragik (ko'p qon yo'qotish), gemolitik (qonning parchalanishi), postinfeksion (yuqumli kasalliklardan so'ng), gipoplastik va aplastik (qon ishlab chiqarishning pasayishi yoki batamom yo'qolishi) turlari ham farqlanadi. Anemiyalarning postgemorragik, gemolitik, postinfeksion va gipoaplastik turlari odatda katta yoshdagi bolalarda ko'proq uchraydi.

Yosh go'daklarda temir yetishmasligi tufayli bo'ladigan anemiyalarning xarakterli belgisi qon zardobidagi temir miqdorining kamayib ketishidir.

Klinikasi. Kasallik odatda asta-sekinlik bilan avj oladi.

Bolalarda anemiya yengil, oʻrtacha ogʻir va ogʻir formalarda kechadi. Anemiyaning ogʻirligi qondagi gemoglobin miqdori bilan belgilanadi va u darajalarda ifodalanadi.

1. **Yengil formasi** yoki anemiyaning **I darajasida** qondagi gemoglobin miqdori 90 g/l gacha kamaygan boʻlib, bolaning umumiy ahvoli qoniqarli, lekin shu bilan bir vaqtda teri qoplamlari, shilliq pardalarining rangi oqargan, ishtahasi past, bolaning avzoyi oʻzgargan boʻladi, yurak ichida eshitiladigan I ton boʻgʻiqlashgan, boʻyin tomirlarida «pildiroq shovqin» eshitiladi, jigar biroz kattalashadi. Eritrotsitlar soni $3,5 \cdot 10$ g/l dan kam, rang koʻrsatkichi 0,7–0,75 boʻladi.

2. **Oʻrtacha ogʻirlikdagi** anemiya yoki kasallikning **II darajasida** yuqorida aytib oʻtilgan belgilar yanada yaqqolroq koʻrinishga ega boʻladi. Jigar yana ham kattalashadi, baʼzi bolalarda taloq ham kattalasha boshlaydi. Qondagi gemoglobin miqdori 60 g/l gacha kamayadi. Eritrotsitlar soni $3.0 \cdot 10$ g/l dan kam, rang koʻrsatkichi esa 0,6–0,7 ga teng.

3. Anemiyaning **ogʻir formasi** yoki **III darajasida** bolaning umumiy ahvoli anchagina oʻzgaradi. Teri rangi oqargan, mumsimon yoki sargʻish tusga kirib quruqlashadi, koʻz qovoqlari va oyoq panjalari kerkib turadi, ogʻiz burchaklari va lablar shilliq pardasida yoriqlar paydo boʻladi, bolaning gavdasi, yuzi, qoʻl-oyoqlarida nuqta-nuqta, gohida ancha katta qontalashlar paydo boʻlishi mumkin. Muskul kuchi pasayib, ilvillab qoladi.

Periferik limfa tugunlari va bodomcha bezlari kattalashib qoladi. Bolaning qorni odatda dam boʻlib, jigari bilan talogʻi birmuncha kattalashadi. Tinch turganda ham bolalarda taxikardiya, hansirash, yurakda sistolik shovqin borligi aniqlanadi. Ishtaha keskin pasayib, hatto yoʻqolib ham ketadi (anoreksiya). Bola qayt qilishi, ichi suyuq keladigan boʻlib qolishi mumkin.

Qondagi gemoglobin miqdori 60 g/l dan past, gohida 20–30 g/l gacha, eritrotsitlar soni $3 \cdot 0 - 2, 5 \cdot 10$ g/l dan kam, goho $1,8 \cdot 10$ 1, $5 \cdot 10$ g/l, rang koʻrsatkich esa 0,4–0,5 ga teng boʻlib qoladi.

Asoratlari. Anemiyalar vaqtida davolanmaganda bolaning jismoniy va asab-ruhiy rivojlanishdan ortda qolishiga, ikkilamchi infeksiyalar va kasalliklarga moyilligi ortishiga, jigar sirrozlarining rivojlanishiga va boshqa bir qancha ogʻir holatlarning kelib chiqishiga sabab boʻlishi mumkin.

Oqibati. Kasallik toʻgʻri va oʻz vaqtida davolansa batamom tuzalib ketadi. Lekin yetarli eʼtibor berilmasa, oqibati yomonlik bilan tugashi mumkin (ayniqsa, anemiyalarning postgemorragik, gemolitik va gipoplastik hamda aplastik turlarida).

Hamshiralik tashxislari. Ishtahaning pasayishi yoki ishtahasizlik, qorin og'riqlari, tana haroratining ko'tarilishi, qusish, injiqlik va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan umumiy tahlili, qondagi oqsil va temir miqdorini aniqlash, qondagi bilirubin miqdorini aniqlash, sternal punksiya o'tkazish va qizil ko'mik faoliyatini tekshirish va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Kasallikni davolash ikki yo'nalishda olib boriladi:

1. Etiologik omillar va yo'ldosh holatlar(raxit, gipotrofiya, eksudativ diatez va boshqalar)ni bartaraf etishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlarni amalga oshirish.

2. Anemiyaga qarshi maxsus davo usullarini qo'llash.

Ushbu chora-tadbirlarni amalga oshirishda har bir bolaning qachondan buyon kasalligi hamda anemiyasining og'ir-yengilligini hisobga olib turib, uning o'ziga to'g'ri keladigan yo'lni tanlash lozim.

Temirdefitsitli anemiyalarga maxsus davo qilishda, asosan, tarkibida temir moddasi bo'lgan preparatlardan foydalaniladi.

Temir preparatlari yuzaga keltira oladigan nojo'ya hodisalar (ko'ngil aynishi, qayt qilish, tez-tez ich surib, axlatning suyuq bo'lishi, qabziyat, qorin og'rig'i)ga yo'l qo'ymaslik uchun dastlabki bir necha kun davomida bu preparatlar sutkalik dozasining yarmi miqdorida buyuriladi, keyin esa bolaning yoshiga to'g'ri keladigan to'la dozaga o'tiladi.

Temir preparatlarini ovqat vaqtida yoki ovqatdan keyin askorbinat kislotasi bilan birga ichish zarur.

Temir preparatlarini sitrus meva suvlari bilan birga berish mumkin, bu meva suvlari yoqimsiz ta'm sezgilarini bartaraf etadi va ichilayotgan dorining so'rilishini yaxshilaydi. Temir preparatlari 1–2 oy davomida ichirib boriladi.

Anemiyalarda polivitaminlar yetishmaydigan bo'lishini hisobga olib, bu kasalliklarga qarshi qilinadigan davo kompleksiga vitaminlar qo'shiladi. Avvaliga har kuni yoki kunora vitamin B₁ va C buyuriladi; davo kursi muskullar orasiga 10–20 marta inyeksiya qilishdan iborat.

Ishtaha paydo bo'lib borgan sayin oqsillar almashuvini tartibga keltirish va eritroporezga yaxshi ta'sir ko'rsatish maqsadida muskullar orasiga 0,5 ml dan 2,5 % li vitamin B₆ eritmasini yuborib turish maqsadga muvofiqdir. Davo kursi 10–20 inyeksiya. Dam ich ketib, dam ich qotib turgan hollarda temirning yaxshi o'zlashtirilishi uchun temir preparatlarini folat kislotasi bilan birga ichirish lozim.

Temir preparatlari vitamin B₁₂ (sianokobalamin) bilan birgalikda qo'llanilsa, davo qisqa muddatlarda naf beradi. Bu preparat bolaning

ahvoliga qarab 30–50 *mg* dan muskul orasiga har kuni yoki 1–2 kun oralatib yuborib turiladi.

Bolalardagi gipoxrom, alimentar, B₁₂ vitamin defitsitli, gipoplastik, postgemorragik va boshqa sabablar natijasida kelib chiqqan anemiyalarni davolashda vatanimizda ishlab chiqarilgan kobavit preparati yuqori samara bermoqda.

Kobavitning ta'sirida qondagi gemoglobin miqdorining sutkalik o'sishi 2,2 dan 7,11 *g/l* gacha bo'lishi tajribalarda aniqlangan.

Kobavit anemiyalarning yengil darajasida 0,005 *g* (1 tabletka)dan 3 mahal, o'rtacha va og'ir darajalarida esa 0,01 *g* (2 tabletka)dan 3 mahal ovqatdan 1,5–2 soat oldin ichish uchun tayinlanadi. Davo kursi 15–20–25 kunni tashkil etadi.

Anemiyalarning og'ir formalarida yuqoridagi davo choralari bilan birga takror-takror qon quyib turish (yangi qon, eritrotsitar massa, qon plazmasi va boshqalar) yaxshi natija beradi. Bunda qon har safar 5–7 kun oralatib turib, bolaning 1 *kg* tana vazniga 7–10 *ml* hisobidan quyiladi, hammasi bo'lib 6–8 transfuziya qilinadi.

Davo chora-tadbirlari orasida kamqonlik bilan og'irigan bolaga parhez tayinlash va to'g'ri kun tartibi belgilashning ahamiyati katta.

Anemiyalarning yengil formalarini bilan og'irigan bolalarni uy sharoitlarida, shuningdek, bolalar bog'chalari, yaslilari, go'daklar uylarida davolash mumkin.

Anemiyaning og'ir formalarini bilan og'irigan bolalar odatda kasalxona sharoitlarida davolanadi va qanday bo'lmasin, biror xil kasallik qo'shilib qolmasligi uchun ularni imkoni boricha alohida kichik palatalarga joylashtiriladi.

Profilaktikasi. Alimentar-infekcion anemiyalar profilaktikasi antenatal davrdan amalga oshirib borilishi kerak. Bunday profilaktika homilador ayol salomatligini mustahkamlash, toksikozlarga qarshi kurashishdan, bolaning chala va vaqtdan o'tib tug'ilishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlardan iborat bo'ladi.

Anemiyaga moyil bo'ladigan 3–6 oylik bolalar profilaktika chora-tadbirlarini amalga oshirayotganda alohida e'tiborni talab qiladi. Egizak bo'lib tug'ilgan, chala tug'ilgan, vaqtdan o'tib tug'ilgan, ona qornida boshlangan gipotrofiya bilan tug'ilgan bolalarga, homiladorlik paytida anemiya bilan og'irigan onalardan, platsentasida anomalialari bo'lgan onalardan tug'ilgan bolalarga profilaktika maqsadida temir preparatlari bilan askorbinat kislotasi buyurish zarur.

Bunday bolalarning qizil qonini vaqti-vaqti bilan tekshirib turish zarur (3–6 oyligida va 1 yoshligida).

Bolalar jamoalari (bolalar yaslilari, bog'chalari, go'daklar uylari)da qizil qonning holatini muntazam tekshirib borish va gematologik

o'zgarishlar (gemoglobin miqdorining 110 g/l, eritrotsitlar sonining 4,5–10 g/l dan kamligi) topilganida davo-profilaktika tadbirlarini ko'rish zarur.

13.2. Gemorragik diatezlar

Gemorragik diatezlar tabiatan har xil kasalliklar guruhini birlashtiruvchi yig'ma tushuncha hisoblanadi va bunday kasalliklarda organizmning turli sohalarida vaqtincha yoki doimiy ravishda takror-takror qon ketib turishga moyillik paydo bo'ladi, bunday moyillik turmushda orttirilgan yoki tug'ma bo'lishi mumkin. Bu kasalliklarda o'z-o'zidan ham, arzimast shikastlar ta'siri bilan ham qon ketib turadigan bo'lib qoladi.

Qon ketib turishi har xil kasalliklar (leykoz, uremiya, sepsis va boshqalar)da ko'rilganidek, tasodifiy, vaqtinchalik belgi bo'lmay, balki kasallikning butun manzarasini belgilab beradigan asosiy simptom bo'lib hisoblanadi. Qon oquvchanlik holatiga olib keladigan omillarning ikkita asosiy guruhi – tomirlar devorining o'zgarishi hamda qon xossalari o'zgarib qolishi farqlanadi.

Gemorragik diatezlar quyidagi kasalliklarni birlashtiradi:

- 1) Gemorragik vaskulit (Shenleyn-Genox kasalligi).
- 2) Trombotsitopenik purpura (Vergolf kasalligi).
- 3) Gemofiliya.

Gemorragik vaskulit. Bolalardagi gemorragik diatezlarning hammadan ko'p uchraydigan shakli (sinonimlari: Shenleyn-Genox kasalligi, kapillyatotoksikoz, anafilaktoid purpura va hokazo) bo'lib, bu kasallik hamma yoshdagi bolalarda uchraydi, lekin maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalar va kichik maktab yoshidagi bolalarda ko'proq kuzatiladi.

Etiologiyasi. Gemorragik vaskulitni ko'pchilik tadqiqotchilar immunoallergik kasalliklar jumlasiga kiritishadi va bunday kasalliklarda tomirlar endoteliysi (ichki qavati) har xil allergenlarga javoban o'tkir aseptik yallig'lanish reaksiyasini ko'rsatadigan bo'ladi, ana shunday allergenlar orasida infeksiya asosiy ahamiyatga ega deb hisoblashadi.

Klinikasi. Kasallik aksari birdan boshlanib har xil muddat – 2–3 haftadan bir necha oygacha davom etadi. Uning asosiy belgilari:

1. Badan terisiga toshma toshib ketishi ko'p uchraydi. Badan terisiga toshadigan toshmalar aksari dog'simon-papulyoz ko'rinishida bo'ladi, kattaligi to'g'nog'ich boshidan to yasmiq urug'igacha boradi va qo'l-oyoqlarning yoziluvchi hamda tashqi yuzalarida, asosan, yelka, tizzalarda, sonlarning ichki yuzalarida, dumbalarda, bo'g'imlar yonida, goho bolaning yuzi va gavdasiga toshadi.

2. Bo'g'implarning shishib chiqib, bezillab turishi (kamroq uchraydi). Bo'g'implardagi o'zgarishlar og'riq, shish paydo bo'lishi, aktiv va passiv harakatlarning cheklanib qolishi bilan ifodalanadi.

3. Qorinda og'riq bo'lishi (kamroq uchraydi). Qorin og'rig'i har xil darajada bo'lishi mumkin, tutib-tutib og'riydi, og'ir hollarda og'riq vaqtida bola qon aralash qusib, ichi ham qon aralashib yoki qora bo'lib, shilimshiq aralash keladi, tenezmlar bo'lib turadi.

Klinik manzarasiga ko'ra kasallikning yengil, o'rtacha og'ir va og'ir formalari, kechishi jihatidan o'tkir, yarim o'tkir, surunkali formalari farqlanadi.

Asoratlari. Bu kasallik invaginatsiya, peritonit, appenditsit, goho miyaga qon quyilishi kabi asoratlarni qoldirishi mumkin.

Oqibati. Kasallik asorat bermaganda va o'z vaqtida davo choralari olib borilganda eson-omon o'tib ketadi. Nefrit va jarrohlik asoratlari bo'lsa, oqibat yomonlashadi.

Hamshiralik tashxislari. Bo'g'implardagi og'riqlar, bo'g'imdagi shishlar, harakat aktivligining kamayishi, qorin og'riqlari, qon aralash qusish, ichning qorayishi, tenezmlar va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan tahlili, qon ivuvchanligini va qon oqish vaqtini aniqlash, turli allergik sinamalar o'tkazish va hokazo.

Davolash va parvarish qilish. Kasallikning boshlanish davrida ovqatda hayvon oqsillari miqdori biroz cheklanadi. Abdominal sindrom bo'lganda ovqat mexanik jihatdan avaylaydigan, bekamu ko'st bo'lishi, issiq taomlarni berish birmuncha vaqtga ortga surilishi lozim. Desensibillovchi vositalar: dimedrol, suprastin, salitsilatlar, amidopirin, analgin keng qo'llaniladi, bular bolaning yoshiga to'g'ri keladigan dozalarda 3–4 hafta davomida berib turiladi.

5–7 kun davomida sutkasiga 10–15–20 mg dan prednizolon buyuriladi, keyin uning dozasi asta-sekin kamaytirib boriladi.

Tomirlar o'tkazuvchanligini kamaytirish uchun kalsiy xlorid (10 % li eritmasi), kalsiy glyukonat (0,3 – 0,5 g), vitamin C (sutkasiga 300–500 mg), vitamin B₁ (sutkasiga 10–15 mg), vitamin P (sutkasiga 0,05–0,1 g) qo'llaniladi.

Bu kasallikda simptomatik davo ham qilinadi. Qorinda og'riq bo'lib turganda atropin, belladonna, promedol, pantopon, brom, bo'g'implar juda bezillab turganida quruq issiqlik, sollyuks qo'llaniladi.

Profilaktikasi. Gemorragik vaskulit profilaktikasida bola organizmini mustahkamlovchi umumiy usullar bilan bir qatorda allergiya boshlanishi-ning oldini olish uchun bolani o'tkir infeksiyon kasalliklardan asrashga, mahalliy infeksiya o'choqlarini (xronik tonzillit, adenoidlar, tish kariyesi, xolesistit va boshqalarni) sanatsiya qilish katta ahamiyatga ega.

Anamnezda ovqat yoki doridan bo‘ladigan allergiya borligi aniqlansa, u vaqtda tegishli tadbirlarni amalga oshirish zarur.

Trombotsitopenik purpura yoki Verlgof kasalligi. Bu kasallik hamma yoshdagi bolalarda uchraydi, lekin maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalar bilan kichik maktab yoshidagi bolalarda ko‘proq bo‘ladi. Ko‘pdan-ko‘p izlanishlarga qaramasdan, bu kasallikning etiologiyasi hozirga qadar noma’lum bo‘lib kelmoqda.

Klinikasi. Kasallikning asosiy alomati teri ostiga qon quyilib, qontalash bo‘lib qolishi va shilliq pardalardan tabiiy bo‘shliqlarga qon quyilib qolishidir.



34-rasm.

Trombotsitopenik purpurada toshmalarning ko‘rinishi.

Teriga qon quyilishi katta-kichikligi, rangi va soni jihatidan har xil bo‘ladi (kattaligi kamida to‘g‘nog‘ich boshidek keladi, rangi qip-qizil yangi qontalashlardan tortib, to barcha turdagi ko‘k momataloqlargacha boradi, soni bitta-yarimtadan to juda ko‘pgacha boradi). Bu qontalashlar odatda gavda bilan qo‘l-oyoqlarning oldingi yuzalaridan joy oladi (34-rasm). Aksari burun qonab, burundan goho sharillab qon keladi, milk va umuman, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq pardasi ham qonab turadi. Ana shunday sharoitda tish oldirish va tonzillektomiya qilish, ayniqsa, xatarlidir.

Me‘da-ichak, o‘pka, buyraklardan qon ketishi yoki bo‘shliqlarga (plevra, qorin bo‘shlig‘iga), shuningdek, miya, ko‘z sklerasi va to‘r pardasiga qon quyilishi deyarli kuzatilmaydi. Qizlarda bachadondan qon kelib turishi mumkin. Jigar bilan taloqning kattalashuvi hamisha ham uchrayveradigan simptomlar emas; boshqa ichki organlarda o‘zgarishlar deyarli kuzatilmaydi.

Kasallikning asosiy gemotologik belgisi trombositlarning son va sifat jihatidan o‘zgarib qolishidir. Trombositlar keskin kamayadi va 0 bilan 7-10 — 8-10 g/l atrofida o‘zgarib turadi. Trombositlarning sifat o‘zgarishlari g‘alati shaklli (zanjirchalar ko‘rinishida) juda yirik trombositlar paydo bo‘lishidan iborat. Trombositlar o‘zgarishidan tashqari, qonning ivish vaqti ancha uzayib ketadi (normada 2—3 daqiqa bo‘lsa, 15—30 daqiqagacha va bundan ortiqroq vaqtgacha qon ivimay turishi mumkin) va qon laxtasi retraksiyasi susayadi yoki bo‘lmaydi.

Trombotsitopenik purpuraning klinik ko‘rinishlari va laboratoriya tekshirishlarining natijalariga qarab yengil, o‘rtacha og‘ir va og‘ir formalari, o‘tishiga qarab esa o‘tkir va surunkali formalari farqlanadi.

Kasallikning o‘tishi siklikligi, ya’ni retsidivlar bilan remissiyalarining navbatlashib borishi bilan xarakterlanadi, qoida bo‘yicha ancha qon ketganidan keyin odatda kasallikning remissiyasi boshlanadi.

Asoratlari. Turli bo'shliqlarga qon quyilishi (ayniqsa plevra, yurak pardasi, miya bo'shliqlari), ko'z sklerasiga qon quyilishi, ichaklardan qon ketishi kabilar bola ahvolini og'irlashtirib qo'yishi mumkin.

Oqibati. Ko'pchilik hollarda kasallik yaxshilik bilan tugaydi. Ba'zi hollarda bemor qonsirash va hayot uchun muhim organlariga – bosh miyasi va buyrakusti bezlariga qon quyilishidan o'lib qolishi mumkin.

Hamshiralik tashxislari. Qorin og'riqlari, burundan qon ketishi, bachadondan qon ketishi, injiqlik, ko'z sklerasiga qon quyilishi va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan tahlili, qon oqish vaqti va qon ivuvchanligini aniqlash, qondagi trombositlar miqdorini aniqlash, to'r pardani tekshirish va hokazolar.

Davolash va parvarish qilish. Qon keta boshlaganda qonni to'xtatishga yordam beradigan vositalarning hammasidan, jumladan, tamponada va boshqa jarrohlik chora-tadbirlar bilan bir qatorda mahalliy qon to'xtatuvchi vositalardan ham foydalanish kerak. Mahalliy qon to'xtatuvchi vositalar tariqasida trombin, gemostatik bulut, ayol sutiga, yangi plazma yoki zardobga, adrenalin eritmasiga ho'llangan tamponlar ishlatiladi.

Umumiy ta'sir ko'rsatuvchi vositalardan 10 % li kalsiy xlorid yoki kalsiy glyukonat eritmasidan, yo bo'lmasa, 10 % li natriy xlorid eritmasidan 10 ml ni venadan yuborish, katta dozalardagi (300–500 mg) askorbinat kislotani venadan yuborish, vikalol va aminokapron kislotalardan buyuriladi.

Steroid gormonlar – prednizolon qo'llaniladi (klinik-gematologik jihatdan remissiya boshlanguncha sutkasiga 1,5–2 mg/kg dozada).

Bu kasallikda, ayniqsa, uning surunkali formalarida, tayinli bir zaruriyatlarga qarab ehtiyotlik bilan qon ham quyiladi. Buning uchun sitrat qon, eritrotsitlar massasi, plazma, qon zardobi, trombositlar massasi ishlatiladi.

Kasallikning hamma formalarida A, C va B kompleksi vitaminlari o'rinli bo'ladi.

Steroid gormonlardan foydalanib o'tkaziladigan kompleks konservativ terapiya naf bermaydigan bo'lsa, u holda operatsiya qilinib, taloq olib tashlanadi. So'nggi vaqtda kasallikning shunday formalariga davo qilish uchun immunodepressiv vositalar taklif etilgan (6-merkaptopurin, azatioprin va boshqalar).

Bolalarning ovqati sifatli va vitaminlarga boy bo'lishi kerak. Bunday kasalliklarning rejimida ularni o'tkir infeksiyon kasalliklar, shikastlanishdan va dorilarni suiiste'mol qilishdan asrashni ko'zda tutish zarur.

Profilaktikasi. Trombositopenik purpurada amalga oshiriladigan profilaktik choralar gemorragik vaskulitdagi choralar bilan bir xil.

Kasallikning surunkali formasida bolalar remissiya davrida maktabga qatnayverishi mumkin, lekin ularni ruhiy va jismoniy travmalardan ehtiyot qilish, sport mashg'ulotlari va o'yinlaridan ozod qilib qo'yish kerak.

Gemofiliya – qon ketib turishiga irsiy moyillikning klassik shakli bo'lib, bu kasallik bilan, odatda, erkaklar og'riydi. Kasallik gemofiliyasi bor otadan bunday qaraganda sog'lom bo'lib ko'rinadigan qizi orqali nevaraga o'tishi mumkin, o'sha otaning qizi kasallikni o'tkazuvchi kishi yoki boshqacha aytganda konduktori bo'lib xizmat qilishi mumkin. Gemofiliya patologik jinsiy xromosoma bilan tutashgan retsessiv belgi bo'yicha nasldan-naslga o'tib boradi.

Klinikasi. Gemofiliyaning belgilari bola hayotining 1-yilidayoq ma'lum bo'lib qolishi mumkin. Ko'pincha badan terisining kesilishi, tilning tishlanib olishi, tish oldirish va hokazo singari travmalarda anchagina qon ketadi, shuningdek, badanning arzimasi darajada lat yeyishi ham teri ostiga, muskullar orasiga ko'p qon quyilib qolishiga



35-rasm. Gemofiliyada tizza bo'g'imlari gemartrozi.

sabab bo'ladi. Chivin chaqishidan ham katta qon gematomasi hosil bo'lishi mumkin. Gemofiliyaning xarakterli xususiyati bo'g'imlarga qon quyilib qolishi – gemartrozlar bo'lib, ko'pincha tizza, tirsak va boldir-panja bo'g'imlari zararlanadi. Yangi gemartrozlar juda bezillab turadi va harorat ko'tarilishi bilan birga davom etadi. Bo'g'imlarga takror-takror qon quyilishi natijasida zararlangan bo'g'imlarda qisman kontraktura paydo bo'lishi va ularning shakli o'zgarib qolishi mumkin (35-rasm).

Gemofiliya bilan og'rikan kasalga qaraydigan tibbiyot xodimi ko'z qovoqlarini ag'darib ko'rish, zond, buj, kateter solish, yo'g'on igna bilan venadan qon olish yoki igna, skarifikator bilan ukol qilish singari muolajalar xatarli va hatto o'limga olib boradigan darajada qon ketib qolishiga sabab bo'lishini esda tutishi zarur.

Gemofiliyaning uchta formasi – A, B va C formalari aniqlangan bo'lib, bular klinik ko'rinishlari jihatidan bir-biridan farq qilmaydi, ammo laboratoriya ma'lumotlari jihatidan har xil bo'ladi.

Shu dard bilan og'rikan kasallarning hammasida qonning ivish vaqti anchagina uzaygan bo'ladi, qon ketib turishi tufayli yuzaga keladigan anemiyani aytmaganda, qon manzarasida boshqa hech qanday xarakterli o'zgarish bo'lmaydi.

Kasallik siklik tarzda o'tadi – qon ketib turadigan davrlar nisbatan tinch davrlar bilan navbatlashib boradi.

Asoratlari. Hidrotoraks, bo‘g‘imlar kontrakturasi, muskullar ish faoliyatining buzilishlari, buyrakusti beziga qon quyilishi va hokazolar.

Oqibati. Bemorning batamom sog‘ayib ketishi jihatidan olganda oqibat yaxshi emas, ammo yosh ulg‘ayib borgan sayin qon ketib turishi kamroq ifodalangan bo‘lib qoladi. Hozirgi vaqtda davo-profilaktika tadbirlari amalga oshirilayotgani tufayli kasallik oqibati ancha yaxshilanib qoldi.

Hamshiralik tashxislari. Bo‘shliqlarga qon quyilishi, gemartrozlar, teriosti va muskullardagi gematomalar, burun va bachadondan qon ketishi, kontrakturalar, bo‘g‘imlardagi og‘riqlar, harakatning cheklanib qolishi va boshqalar.

Qo‘shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan tahlili, qon ivuvchanligi va ivish vaqtini aniqlash, rentgenologik tekshiruvlar o‘tkazish, punksiyalar o‘tkazish va hokazolar.

Davolash va parvarish qilish. Davo choralarini olib borishda mahalliy va umumiy qon to‘xtatuvchi vositalar qo‘llaniladi. Mahalliy vositalar jumlasiga qon to‘xtatadigan har qanday preparatdan foydalanib, tamponada qilish (qon to‘xtatuvchi bulut – fibrinli bulut va boshqalar bilan), qonab turgan joyga sovuq narsa (muz) bosish, bosib turadigan qilib bog‘lab qo‘yish, qo‘l-oyoqlarni immobilizatsiya qilish kiradi.

Bevosita yo‘l bilan (to‘g‘ridan-to‘g‘ri) qon quyiladi yoki donordan olinganidan keyin ko‘pi bilan 24 soat saqlangan konservalangan qon quyiladi. Hozirgi vaqtda antigemofil plazma, antigemofil gamma-globulin, kriopretsipitatdan keng qo‘llanilmoqda.

Profilaktikasi. Gemofiliya bilan og‘rigan bolalarni har qanday travmadan ham ehtiyot qilish zarur, bunga ota-onalar, o‘qituvchilar va o‘quvchilar orasida sanitariya maorifi ishi olib borish yo‘li bilan erishiladi. Maktab o‘quvchisiga avaylaydigan alohida rejim belgilanishi (fizkultura mashg‘ulotlari, o‘yinlar va boshqalardan ozod qilib qo‘yish), kasallik qo‘zib turgan vaqtda esa mashg‘ulotlarni uyda uyushtirish zarur.

Kuniga 50–100 g dan yeryong‘oq yeb turish tavsiya etiladi, bunda epsilon-aminokapronat kislota bo‘ladi.

O‘smirlarda kasb tanlashda gemofiliyasi bor kasallarni uzoq yurish yoki tik turishga aloqador ishga qo‘yib bo‘lmasligini hisobga olish zarur.

Gemofiliya bilan og‘rigan bemorlar dispanser nazorati ostida bo‘lishi kerak.

13.3. Leykozlar

Qon tizimi kasalliklari orasida leykozlar o‘zining ko‘p uchrashi va og‘ir dard ekanligi bilan ajralib turadi. Leykoz xavfli o‘sma xarakteriga ega kasallik bo‘lib, barcha yoshdagi bolalarda uchraydi. Lekin kasallik

aksari 6 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'proq kuzatiladi. Bolardagi leykozlarining asosiy xususiyati shuki, ularda kasallik ko'pincha o'tkir va yarim o'tkir formada, ba'zi hollardagina surunkali kechadi.

Etiologiyasi. Kasallikning aniq bir sababi haligacha aniqlanmagan. Turli radiatsion ta'sirlarning kasallik kelib chiqishida muhim o'rin egallashi ahamiyatli bo'lib qolmoqda.

Klinikasi. Kasallikning klinik ko'rinishlari xilma-xil bo'lib, deyarli barcha hayotiy muhim tizimlarning zararlanishi kuzatiladi. Kasallikning u yoki bu simptomlari ma'lum bir tartib bilan paydo bo'lib boradi.

Kasallikning boshlanish davrida asab tizimining zararlanishiga xos belgilar – ishtahaning pasayishi, injiqlik, ko'p charchash, uyquning buzilganligi va boshqalar paydo bo'ladi. Teri rangi pasayadi, teri va shilliq pardalarga qon quyilishlar kuzatiladi, bolada vaqti-vaqti bilan isitma ko'tarilib turadi, suyaklarida og'riq seziladi, periferik limfa tugunlari kattalashadi, og'riqli bo'lishi ham mumkin.

Kasallikning avjiga chiqqan davrida esa yuqoridagi barcha simptomlar zo'rayadi, limfa tugunlari, jigar va taloq haddan tashqari kattalashadi. Suyaklardagi og'riqlar ham kuchli tus oladi, gemorragik alomatlar og'irlashadi, isitma yanada ko'tariladi.

Kasallikning mana shu davrida kasallikning asosiy va xarakterli belgisi – ko'mik punktatida yetilmagan shakldagi yosh patologik qon hujayralari (blast hujayralar) ning paydo bo'lishi aniqlanadi.

O'tkir leykozning limfoblast, miyeloblast va monoblast variantlari farqlanadi, bolalarda esa uning limfoblast turi ko'proq (70%) kuzatiladi.

Odatda, o'tkir leykozlar bolalarda 4–5 oydan 1,5–5 yilgacha, surunkali formasi esa 2 yildan 8 yilgacha davom etishi mumkin.

Oqibati. Kasallikning oqibati odatda achinarli. Lekin hozirgi zamon tibbiyoti yutuqlaridan kelib chiqqan holda bola hayotini saqlash, umrini uzaytirish bo'yicha anchagina yutuqlarga erishilmoqda.

Hamshiralik tashxislari. Turli sohalardan qon ketishi, ishtahasizlik, injiqlik, tana haroratining ko'tarilishi, suyaklardagi og'riqlar, uyqusizlik va hokazolar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Qonning kengaytirilgan tahlili, leykotsitar formulani aniqlab borish, qizil ko'mikni tekshirish maqsadida sterinal punksiya qilish, jigar faoliyatini tekshirish va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Hozirgi vaqtda leykozlarni davolashda dori vositalaridan antipurinlar (6-merkaptopurin), folat kislotasi antagonistlari (metatreksat), o'simliklardan olinadigan alkaloidlar (vinkristin, vinblastin) keng qo'llanilmoqda.

Bundan tashqari, bemorga qon quyish, antibiotiklar, vitaminlarni qo'llash, simptomatik davo olib borish ham tavsiya etiladi.

Davolash choralari kasallikning avjiga chiqqan davrida ham, remissiya davrida ham birday davom ettirilishi kerak. Turg'un va qisman remissiya boshlangunicha bemorlar imkon darajasida ixtisoslashtirilgan statsionarlarda davolanadi. Poliklinika sharoitidagi davolash esa davolovchi shifokor nazorati ostida zarur bo'lgan davo tadbirlari kompleksini qo'llagan holda olib boriladi. Bolalar doimiy dispanser nazorati ostida bo'lishadi.

14. ICHKI SEKRETSIYA BEZLARI KASALLIKLARI

Bolalarda ichki sekretsiya bezlari kasalliklari kattalarga qaraganda nisbatan kamroq kuzatiladi. Lekin hozirgi vaqtga kelib ichki sekretsiya a'zolari kasalliklaridan qandli diabet bolalarda ko'p kuzatiladigan bo'lib qoldi. Iste'mol qilinayotgan ovqat mahsulotlarida va ayniqsa tuzda yod miqdorining kamayib ketishi natijasida yosh bolalarda endemik buqoq kasalligi ham ko'paydi. Ichki sekretsiya bezlari kasalliklari vaqtida aniqlanmay qolganda bolalarning keyingi rivojlanishi va organizmining normal faoliyat olib borishida jiddiy nuqsonlar kelib chiqishi mumkin. Bolalarning jinsiy tomondan to'g'ri rivojlanishida ham ushbu tizimning qanchalik to'g'ri faoliyat ko'rsatishi ahamiyatlidir.

14.1. Bolalarda qandli diabet

Bolalardagi endokrin kasalliklar ichida qandli diabet ko'proq uchraydi va me'daosti bezi tufayli yoki undan xoli ravishda organizmda insulin yetishmay qolishiga bog'liq bo'ladi, barcha turdagi almashinuv, birinchi navbatda uglevodlar bilan yog'lar almashinuvining izdan chiqishi bilan xarakterlanadi.

Qandli diabet bilan barcha yoshdagi bolalar og'riydi, ammo bu kasallik maktabgacha tarbiya, prepubertat va pubertat yoshdagi bolalarda ko'proq kuzatiladi.

Etiologiyasi. Kasallikning etiologiyasi haligacha to'la aniqlangan emas. Taxminlarga qaraganda, qandli diabet aksari infeksion kasallik(epidemik parotit, suvchechak, qizamiq, gripp, skarlatina, angina va boshqalar)dan keyin boshlanadi.

Hozir qandli diabetning etiologiyasida irsiy omillar juda muhim rol ni o'ynaydi, degan ma'lumotlar ko'p.

Klinikasi. Bu kasallik asta-sekin, zimdan, ba'zida esa ko'pchilik simptomlari tez zo'rayib, juda shiddat bilan, to'satdan boshlanishi

mumkin. Kasallik dastlab ko'p chanqash, og'izning qurib turishi, tez-tez, ko'p-ko'p siyish, tunda va hatto kunduz kunlari siydikni tutolmaslik kabi belgilar bilan boshlanadi. Keyinchalik ishtahasi yaxshi, ba'zida hatto zo'r bo'lishiga qaramay, bola ozib boradi, umuman, quvvatsizlanib, boshi og'riydi, tez charchaydigan bo'lib qoladi. Bunday bolalarda badan terisining qichishuvi va teriga aloqador boshqa kasallik ko'rinishlari (piodermiya, furunkulyoz, ekzema) birmuncha kam kuzatiladi.

Bolaning tili quruq, och-qizil rangda, ko'pincha so'rg'ichlari bilinmay ketgan bo'ladi, gingivit, zo'rayib boruvchi tishlar kariyesi boshlanadi. Anchadan beri og'rib kelayotgan bolalarning ko'pchiligida jigar kattalashgan, qattiq bo'ladi, ba'zan bezillab turadi. Ba'zi bolalarda dispeptik hodisalar aniqlanadi.

Asab tizimining ta'sirlanishi natijasida bosh og'rig'i va tez charchab qolishdan tashqari, injiqlik, salga yig'lash yoki xursand bo'lish, quvvatsizlik, xotira yomonlashuvi singari hodisalar paydo bo'lishi mumkin.

Yuqorida sanab o'tilgan alomatlar bilan birga qandli diabet uchun glikozuriya, giperglikemiya, qonda keton tanalarining ko'payib ketishi va atsidoz eng asosiy simptomlar bo'lib hisoblanadi.

Shuni nazarda tutish kerakki, sog'lom bolada ham bir kecha-kunduz davomida siydik bilan 1 g gacha qand chiqib turadi, ammo shunday miqdordagi qandni oddiy usullar bilan aniqlab bo'lmaydi.

Qandli diabetning alohida bir formasi latent diabet(prediabet)dir, bolalarda u ko'pincha alimentar semizlik yoki infeksiyon kasalliklar (dizenteriya, virusli gepatit va boshqalar) bilan birga davom etib boradi. Bunday bolalar odatda hech narsadan nolimaydi. Diabetning shu formasini barvaqt aniqlab olish amaliy jihatdan juda katta ahamiyatga ega, chunki o'z vaqtida va to'g'ri davo qilish bilan latent diabetning ro'yirost diabetga aylanib ketishining oldini olish mumkin.

Asoratlari. Kasallik vaqtida aniqlanib, to'g'ri davo olib borilsa, ko'pchilik hollarda asorat bermaydi. Noto'g'ri davo qilinganida qandli diabetning o'tishi og'irlashib, bir qancha asoratlar avj olib boradi. Bo'y o'sishining sekinlashib qolishi (diabet boshlanganida bola qancha yosh bo'lsa, bo'yining o'sishi shuncha sekinlashib qoladi); jinsiy jihatdan yaxshi yetilmaslik; katarakta; buyraklar funksiyasining buzilishi; jigar sirrozi ana shunday asoratlar jumlasiga kiradi.

Biroq, qandli diabetning eng dahshatli asorati, diabetik yoki giperglikemik koma bo'lib, bunday hodisa ko'pincha insulin dozasi yetishmay qolganda va ovqatlanish rejimi buzilganida (yog'lar va uglevodlarga ruju qo'yilganda) ro'y beradi. Odatda koma boshlanishidan bir necha kun oldin darakchilari paydo bo'ladi: chanqash kuchayadi, diurez ko'payadi, ishtaha pasayib, keskin darmonsizlik, bosh og'rig'i,

ko'ngil aynishi, uyquchanlik paydo bo'ladi, og'izdan atseton hidi kelib turadi. Shoshilinch choralar ko'rilmasa (insulin berilmasa), ahvol og'irlashib, quvvatsizlik zo'rayib boradi, Kussmaul tipidagi nafas paydo bo'ladi, ya'ni kasal chuqur-chuqur, xirillab, ritmik nafas olib turadi, nafasidan chiqadigan havodan keskin atseton hidi kelib turadi, pulsi tezlashib, arterial bosimi pasayadi, qayt qiladi, ba'zan to'xtovsiz qusaveradi. Badan terisi quruq bo'lib qoladi, yuzi chakak-chakak bo'lib ketadi, ko'z soqqalari yumshoq bo'ladi. Es-hushi oldiniga joyida bo'ladi, keyin asta-sekin so'nib borib, batamom yo'qolib ham ketadi, pay reflekslari bo'lmaydi. Koma boshlanganida ko'pincha qorinda qattiq og'riq turib, jigar ham ancha kattalashib ketadi.

Diabetik komani gipoglikemik komadan ajratib olish, differensirovka qilish kerak, gipoklikemik koma ko'pincha insulin dozasi oshirib yuborilganida va insulin yuborilganidan keyin beriladigan ovqat yetarli bo'lmaganida boshlanadi va qondagi qand miqdorining keskin pasayib ketishi bilan xarakterlanadi. Diabetik komada bemorga katta dozada insulin berib qo'yilganida gipoglikemik holat yuzaga kelib qolishi mumkinligini esda tutish zarur.

Diqqat!		
Diabetik va gipoglikemik komaning differensial-diaagnostik belgilari:		
Klinik belgilari	Giperglikemik koma	Gipoglikemik koma
Komaning rivojlanishi	Asta-sekinlik bilan	Birdaniga
Teri qoplamalari	Teri quruqshagan, qashinish izlari ko'zga tashlanadi, teri rangi oqish-qizg'ish yoki odatdagi rangda	Teri nam, oqargan
Mushaklar tonusi	Pasaygan	Kuchaygan, mushaklar titrashi, ba'zan tirishishlar kuzatiladi
Pay reflekslari	Pay reflekslari pasaygan yoki chaqirilmaydi	Pay reflekslari kuchaygan
Nafas	Nafas shovqinli, chuqur-chuqur. Bemor og'izdan atseton hidi kelib turadi	Nafas ko'pincha odatdagidek. Atseton hidi kelmaydi
Yurak-qon tomirlar tizimi	Yurak tonlari bo'g'iq, arterial bosim pasaygan, taxikardiya va yumshoq puls	Yurak ohanglari aniq, arterial bosim stabil, ayrim hollarda gipotoniya, bradikardiya, ba'zi hollarda taxikardiya

Hazm a'zolari tizimi	Til quruq, ko'ngil aynashi, qusish va psevdoperitonit alomatlari kuzatiladi	Til nam, qusish kuzatilmaydi
Ko'z olmalari holati	Ko'z olmalari yumshoq, sklera pardasi quruq	Ko'z olmalari tonusi o'zgarmagan, sklera pardasi nam
Qon	Giperglikemiya, ketoatsidozda esa qo'shimcha ravishda giperketonemiya	Gipoglikemiya
Siydik	Siydikda glyukozuriya, ketoatsidozda esa atseton sinamasi keskin musbat	Glyukozuriya kuzatilmaydi

Oqibati. Kasallikning oqibati diaqnozning o'z vaqtida aniqlanishiga bog'liq. Og'ir va asorat bergan hollarda qandli diabetning oqibati yaxshi emas. Bolaga yetarli ahamiyat berilmaganda, ya'ni umumiy rejim buzilsa, to'g'ri ovqatlanish va ovqatning sifatiga e'tibor qilinmasa va insulin vaqtida yuborib turilmasa, ayniqsa, yomon bo'ladi.

Hamshiralik tashxislari. Ko'p chanqash, ko'p siyish, quvvatsizlik, bosh og'rig'i, teridagi qichimalar, ekzema, ko'ngil aynishi, qusish, nafas olishning buzilishlari, es-hushning kirarli-chiqarli bo'lishi va hokazo.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Qonning umumiy tahlili, qondagi va siydikdagi qand miqdorini aniqlash, qondagi keton tanalari miqdorini aniqlash va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Davolashning asosiy maqsadi fiziologik normalarga to'g'ri keladigan, sifatli ovqatlar bilan ovqatlantirish, insulin terapiya qilish va gigiyena rejimiga amal qilishga qaratilgan.

Umuman, sog'lom bolalar uchun belgilangan ovqatda oqsillar, yog'lar, uglevodlar nisbati 1: 1: 4 bo'lsa, qandli diabet bilan og'riqan bolalarda bu nisbat 1: 0, 75: 3,5 bo'lishi kerak. Ayni vaqtda, yog'lar bilan uglevodlar miqdori bir qadar cheklab qo'yiladi. Mana shunday parhez jismoniy jihatdan to'g'ri o'sib borishni ta'minlaydi, organizmning immunologik reaktivligini ma'lum darajada saqlab turadi.

Qandli diabet bilan og'riqan bolalar ratsionidan qandni butunlay istisno qilish bolalarga, ayniqsa, maktab yoshdagi bolalarga og'ir botadi. Qandni ksillit va sorbit bilan almashtirishning hamisha ham iloji bo'lavermaydi. Bir qancha olimlarning fikricha, bunday bolalarga sutkasiga 20–30 g qand berish mumkin, bunda shu normani buzmaslik kerak.

Bolaga ovqatni besh mahal berib turgan ma'qul: nonushta, insulin yuborilganidan keyingi 3 soat oralatib beriladigan qo'shimcha ovqat – 2-nonushta, tushlik, tushdan keyingi ovqat, kechki ovqat. Bola shu tariqa ovqatlanib borganida uglevodlarning bir tekis taqsimlanishi ta'minlanadi. Insulin 3 mahal yuborib turiladigan bo'lsa, 6 marta ovqat berib turish lozim.

Qandli diabet bilan og'rikan bolalar fiziologik to'g'ri ovqatlanib borishi bilan bir qatorda o'rinbosar terapiya tariqasida insulin olib turishlari kerak. Insulinning sutkali dozasi sutkali glikozuriya miqdoriga qarab aniqlanadi (amaliy qismga qarang).

Oddiy insulin bilan bir qatorda bolalarga ta'siri uzaytirilgan (prolonglangan) preparatlar ham buyuriladi: protamin rux-insulin, rux-insulin suzpenziyasi shular jumlasidandir. Ta'siri uzaytirilgan insulin dozasi har qaysi bolaning o'ziga qarab tayinlanishi kerak va 5 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun u odatda sutkali dozaning ko'p deganda 1/3 qismini, 5 yoshdan katta bolalar uchun 1/2 yoki 2/3 qismini tashkil etadigan bo'lishi lozim. Insulin bitta ignadan, ammo har xil shprisdan yuboriladi: oldin oddiy insulin, keyin ignani sal surib turib, ta'siri uzaytirilgan insulin inyeksiya qilinadi. Lipodistrofiya boshlanib qolmasligi uchun teri ostiga inyeksiya qilinadigan joylarni alishtirib turish kerak. Maktab yoshidagi bolalarni o'z-o'ziga inyeksiya qilishga o'rgatish lozim.

Qandli diabet bilan og'rikan kattaroq yoshdagi bolalarni davolash uchun keyingi yillarda sulfanilmochevina preparatlaridan foydalanilmoqda, lekin bular kasallikning faqat zimdan o'tayotgan va yengil formalarida ishlatiladi. Tolbutamid guruhining asosiy preparatlari butamid, orobet, ravtinon, tolbusal va boshqalardir. Katta yoshdagi bolalar uchun tolbutamidning eng katta sutkali dozasi 2 g; soat 7–8 da 1 g va soat 17–18 da 1 g ichiladi.

Sulfanilmochevina unumlari bilan davolashda jigar, buyrak, qon funksiyalarining ahvoliga qarab borish kerak. Mana shu organlarning kasalliklarida bu preparatlarni ishlatilmaydi.

Har 1,5–2 oyda fermentlar va lipotrop moddalar buyurib turish kerak. Pankreatin, metionin maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalarga ovqatdan oldin kuniga 3–4 marta 0,15–0,3 g dan, maktab yoshidagi bolalarga 0,4–0,5 g dan buyuriladi. Davoni 10–30 kunlik kurslar ko'rinishida o'tkaziladi.

Bolalar yetarli miqdorda C, B₁, B₂, B₁₂ vitaminlari bilan ta'minlanib turishi kerak.

Qandli diabet bilan og'rikan bolalarning umumiy rejimi sog'lom bolalar rejimi bilan bir xil. Harakat rejimi cheklanmasligi kerak. Maktabda o'qishga moneliklar yo'q, bemorlar fizkultura bilan

shugʻullanishlari mumkin, lekin musobaqalarga qatnashmasliklari kerak. Bolaning ahvoriga qarab, baʼzi hollarda mashgʻulotalardan ozod qilib qoʻyiladigan qoʻshimcha kun belgilash tavsiya etiladi.

Kurortlarda davolanish umuman quvvatga kirgizadigan omil sifatida foydali boʻladi.

Qandli diabet bilan ogʻrigan bolalar albatta dispanser kuzatuv ostida boʻlishlari, poliklinika shifokori tomonidan oyiga bir marta tekshirib turilishi lozim. 6 oyda bir marta okulist, nevropatolog, ftiziatr koʻruvidan oʻtib turishi kerak. Bunday kasallik bilan ogʻrigan bolalar epidemiologik zarurat tufayligina ehtiyotdan emlanishiga ruxsat beriladi. Ota-onasiga kasallik haqida va insulin yuborish yoʻllari haqida tushuntiruv ishlari olib borilishi ham kerak.

14.2. Endemik buqoq

Endemik buqoq — qalqonsimon bezning kattalashib ketishi, jismoniy va jinsiy rivojlanishning ortda qolishi, yurak va asab tizimi faoliyatining buzilishi bilan xarakterlanadigan kasallik boʻlib, hamma yoshdagi kishilarda, shuningdek, bolalarda ham kuzatiladi. Kasallik aksari qiz bolalar va ayollarda koʻproq uchraydi.

Etiologiyasi. Kasallik, asosan, surunkali ravishda suv va oziq-ovqat mahsulotlarida yod moddasining yetishmasligi hamda boshqa elementlar: mis, marganets, qoʻrgʻoshin, rux, kobalt, brom va boshqalarning yetarli miqdorda organizmga tushmasdan qolishi natijasida kelib chiqadi. Endemik buqoq podzol va qum tuproqli zonalarda, yaʼni yod kam boʻladigan joylarda, shuningdek, togʻli tumanlarda (yodning yuvilib ketishi sababli) koʻproq kuzatiladi.

Klinikasi. Bemorlar aksari hech qanday shikoyat qilishmaydi va qalqonsimon bez kattalashganligini tasodifan koʻrib qolgachgina tibbiyot xodimlariga murojaat qilishadi. Shuning uchun kasallikning asosiy belgisi bezning kattalashishi hisoblanadi. Bez kattalashuvining 5 ta darajasi farqlanadi. Asosiy shikoyatlar bez kattalashuvining 3-darajasidan soʻng boshlanadi. Kattalashish shakliga koʻra diffuz, tugunli va aralash buqoq farq qilinadi.

Buqoq juda kattalashib ketishi munosabati bilan baʼzan traxeya, qiziloʻngach, halqum asab-tolalarining bosilib qolishiga xos alomatlar paydo boʻladi, shunda bemorlarning nafas olishi oʻzgarib, ularda quruq yoʻtal paydo boʻladi, ovoz boʻgʻilib qoladi, yutish qiyinlashadi.

Kasallik koʻpincha bez funksiyasining buzilishini koʻrsatuvchi simptomlarsiz oʻtadi, lekin bir qancha bemorlarda giperterioz yoki qalqonsimon bez giperfunksiyasiga xos simptomlarni topish mumkin.

Asoratlari. Kasallikda bezning kattalashib ketishidan nafas olish va yutishning qiyinlashuvi, bez giperfunksiyasi natijasida qaltirash va turg'un taxikardiya kabi asoratlar kuzatilishi mumkin.

Oqibati. Kasallik vaqtida (1–2-darajalarda) aniqlanib, tegishli davo choralari olib borilganda xayrli tugaydi. Lekin vaqt o'tib qolsa va yuqoridagi asoratlar kelib chiqsa, oqibat yomon tus oladi.

Hamshiralik tashxislari. Bezning kattalashuvi, nafas olish va yutishning qiyinlashuvi, ovozning bo'g'ilishi, taxikardiya va boshqalar.

Qo'shimcha tekshiruvlar. Qonning umumiy tahlili, qondagi triyodtironin miqdorini aniqlash, jarroh konsultatsiyasi va boshqalar.

Davolash va parvarish qilish. Davolash tadbirlari qalqonsimon bezning funksional holatini hisobga olgan holda olib boriladi. Gipotireoid buqoqda, ya'ni bez funksiyasining pasayishida, 0,1 g dan tireoidin preparatini kuniga 2–3 mahal ichib turiladi. Davolash ishlari 6 oydan 1 yilgacha davom etishi mumkin. Konservativ davolash kutilgan natija bermagan hollarda, ya'ni bez haddan tashqari kattalashib ketib, nafas yo'lini, ovqat yo'lini, qon-tomirlar va asab tolalarini mexanik tarzda qisib qo'yganda jarrohlik yo'li bilan ham davolash mumkin.

Profilaktikasi. Endemik o'choqlarda buqoqqa qarshi maxsus chora-tadbirlar amalga oshiriladi. Osh tuzi va boshqa oziq-ovqat mahsulotlariga oz miqdorda yod tuzlarini qo'shib berishdan iborat ommaviy yod profilaktikasi ana shunday chora-tadbirlar jumlasiga kiradi. Yodlangan tuz zavod usuli bilan ishlab chiqariladi (1 tonna tuzga 25 gramm kaliy yodid qo'shiladi).

Bolalar jamoalarida bolalarga, shuningdek, bolalarda uchraydigan tug'ma buqoqning oldini olish uchun homilador ayollarga haftasiga 1–2 marta 1–2 ta antistrumin yoki 1 haftada 1 marta kaliy yodid tabletkasi ichirib turish buyuriladi. Profilaktik tadbir sifatida emizikli onalarga ham ushbu usuldan qo'llash tavsiya etiladi.

II. AMALIY QISM

Ushbu qismda hamshira tomonidan bajarilishi kerak bo'lgan amaliy ko'nikmalarning aksariyati haqida ma'lumotlar keltiriladi. Har qanday amaliy ko'nikma — muolaja bajarilishidan oldin va keyin hamshira albatta qo'llarini yuvib tozalashni bilishi kerak.

Qo'llarni yuvish tartibi:

1. Jo'mrak ochiladi va suv harorati hamda oqimi tartibga solinadi.
2. Chap va o'ng tirsaklarning pastki qismi sovun bilan yuviladi va chayiladi.
3. Avval chap, keyin o'ng qo'l barmoqlari va oraliqlari sovun bilan yuviladi va chayiladi.
4. Avval chap, keyin o'ng qo'l tirnoqlari yuzasi sovunlab yuviladi.
5. Jo'mrak barmoqlarni tekkizmagan holda yopiladi.
6. Avval chap, keyin o'ng qo'l quritiladi (imkon qadar salfetka bilan).
7. Steril maydonda ishlash zarurati bo'lsa, qo'llar yuvishdan tashqari zararsizlantiriladi.

Aksari muolajalar hozirgi talablar bo'yicha tibbiyot xodimlarining turli xil yuqumli kasalliklardan himoya maqsadida tibbiy qo'lqoplarda bajarilmoqda.

Qo'lqoplarni kiyish tartibi:

1. Qo'lqop chetlarini manjetga o'xshatib qaytariladi.
2. O'ng qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan chap qo'lqopning qayrilgan chetlaridan ushlab chap qo'lga tortiladi.
3. Chap qo'lga kiyilgan qo'lqop bilan barmoqlar yordamida qayrilgan o'ng qo'lqopning ichkari yuzasidan ushlab o'ng qo'lga tortiladi.
4. Barmoqlar holatini o'zgartirmasdan qo'lqopning qayrilgan cheti o'z holiga keltiriladi.
5. Xuddi shu yo'nalishda chap qo'lqopning chetlari ham asliga keltiriladi.

6. Qo‘lqoplar kiyilgach, hamshira spirtli sharcha bilan ularga obdan ishlov beradi va muolajalarni bajarishga kirishadi.

Har qanday muolajani bajarishdan oldin hamshira bolaning onasiga (agar bola yosh bo‘lsa) uni qanday ushlab turishi lozimligi haqida instruktaj o‘tkazishi kerak, chunki bola qancha yosh bo‘lsa, muolajani bajarishda u shuncha xalaqit berishi yoki qimirlayverib muolajaning oxirigacha bajarilmay qolishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Endi bevosita amaliy ko‘nikmalarni bajarish qoidalari va tartiblari haqida ma‘lumotlar beramiz.

1. TERI, TERI OSTI YOG‘ QATLAMI, SHILLIQ PARDALAR, SUYAKLAR VA MUSKULLAR HOLATINI BAHOLASH VA PARVARISH QILISHGA DOIR AMALIY KO‘NIKMALAR

1.1. Bolaning terisini baholash

Hamshira oldin qo‘llarini yuvib, quritib va isitib olgach, imkon qadar issiq xonada bolaning terisini ko‘zdan kechirishi kerak. Bola yalang‘och qilib yechintiriladi, kattaroq bolalar esa bundan xijolat bo‘lib tortinishi mumkin, shuning uchun ularni navbati bilan yechintiriladi. Kichik bolalar odatda yo‘rgaklash stolida ko‘zdan kechiriladi. Bordi-yu, bola yig‘lab xarxasha qiladigan bo‘lsa, unga rangdor o‘yinchoqlar berish va muloyim gapirish bilan ovutishga harakat qilinadi, shundan keyingina uni ko‘zdan kechirishga o‘tiladi.

Bola terisining holatiga baho berishda quyidagilar aniqlanadi:

1. Rangi.
2. Namligi.
3. Tozaligi.
4. Elastikligi.
5. Turgori.

1. Sog‘lom bolalarning terisi nimpushti rangda, baxmalday mayin, tekis bo‘ladi. Ba’zi bir bolalarning terisi bug‘doyrang bo‘lishi, oftobda qoraygan joylar ko‘rinib turishi mumkin. Teri rangi o‘zgarib turishi (sianoz—ko‘karinqiraganlik, qizarishlik, sarg‘aygan bo‘lishi) bolaning biror-bir dardga chalinganligidan guvohlik beradi.

2. Ter bezlarining yetarli darajada rivojlanmaganligi oqibatida bolaning terisi bir qadar quruq bo‘ladi. Terining ortiq darajada nam bo‘lishi ayrim kasalliklarda, bola issiq qolganida, chopib yoki o‘ynab kelgandan so‘ng bo‘lishi mumkin.

3. Terining tozaligini aniqlashda, albatta, bolani yalang'och qilib yechintirib, terisi yaxshilab ko'zdan kechiriladi, chunki toshmalarning ba'zi elementlari, ko'chib tushishlar, qon quyilishlar kiyimlar ostida ko'rinmay qolishi mumkin.

4. Terisining elastikligini o'ng qo'lning katta va ko'rsatkich barmoqlari bilan bolaning qornidagi teri burmalarini ushlab ko'rib aniqlanadi. Teri normal, elastik bo'lsa, barmoqlar bilan ushlab paydo qilingan burma qo'yib yuborilgan zahotiyiq qayta o'z holiga tiklanadi. Bordi-yu, terining elastikligi yo'qolgan bo'lsa, hosil qilingan burma sekinlik bilan yoziladi.

5. Terining turgori – bu teri va barcha mushak to'qimalarni barmoqlar bilan bosib ko'rilganda seziladigan qarshilik. Turgor yelka yoki son sohasida aniqlanadi.

1.2. Teriosti yog' qatlamini baholash

Teriosti yog' qavati qalinligi hammavaqt bir joydan – qorin devoridan, ya'ni yonboshdan (kindik to'g'risidan) yoki ko'krakdan (qovurg'alarning quyi chetidan) o'lchab baholanadi. Teriosti qatlamini o'ng qo'lning bosh va ko'rsatkich barmoqlari bilan paydo qilingan burmaning qalinligini ushlab ko'rib aniqlanadi. Barmoqlarga ilingan burmalarning yo'g'onligiga qarab tanadagi yog'ning normal, ortiqcha yoki kamligi haqida xulosa chiqariladi. Yig'ilgan yog' normal bo'lganda burmaning yo'g'onligi 1–1,5 sm, kam, ya'ni yetarli bo'lmaganda 1 sm, ortiqcha bo'lganda esa 2–3 sm va undan ko'p bo'ladi.

Bazi bir kasalliklar vaqtida bola to'yib ovqatlanmaganda, teriosti yog' qavati kamayib ketadi. Yog'ning ortiqcha yig'ilishi ortiq darajada ko'p ovqat berilganda, kam harakat qilinganda va shuningdek, moddalar almashinuvi buzilganda paydo bo'ladi.

1.3. Shilliq pardalarni baholash

Sog'lom bolalarning shilliq pardalari pushti rangda, toza, silliq va yuzasi nam bo'ladi. Ko'z shilliq pardasi (konyunktiva)ni ko'zdan kechirish uchun quyi qovoq pastga tortib turib ko'riladi.

Og'iz shilliq pardasi shpatel yordamida ko'zdan kechirilishi va buning bolaga yoqmasligini hisobga olib uni tekshirishning oxirida bajargan ma'qul. Bunda



36-rasm. Tomoq va og'iz shilliq pardasini ko'zdan kechirish.

lunj, milk, til, shuningdek, bodomcha bezlarning shilliq pardalari diqqat bilan koʻzdan kechiriladi va baholanadi (36-rasm). Ogʻiz shilliq pardalarining oqargan yoki qizargan boʻlishi, quruqshab turishi, chaqalashganligi, har xil karash bogʻlashi va qon quyilish belgilarining aniqlanishi bolada qandaydir kasallik borligidan darak beradi.

Tili toza, pushti rang, nam, soʻrgʻichlari sezilarli darajada boʻrtgan boʻlishi kerak. Bola ekssudativ diatez bilan ogʻriganda koʻpincha «geografik til» deb ataluvchi belgi — shakli notoʻgʻri, yoʻl-yoʻl oqish, xuddi geografik xaritani eslatuvchi dogʻlar paydo boʻladi. Emizikli bolalarda ogʻiz shilliq pardasining zamburugʻli yalligʻlanishida butun ogʻiz shilliq pardasi, til va tanglayni oq qatqsimon karash qoplaydi. Meʼda-ichak yoʻli va isitmali kasalliklarda esa til kulrangnamo-oq karash bogʻlaydi.

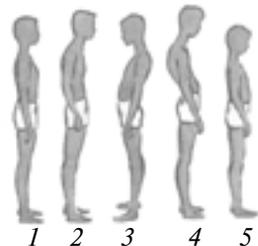
1.4. Suyak tizimini baholash

Bolaning suyak tizimiga baho berish uchun uning kalla suyagi paypaslab koʻriladi, shuningdek, koʻkrak qafasi, umurtqa pogʻonasi, qoʻl-oyoqlari va tishlari koʻzdan kechiriladi.

Boshini koʻzdan kechirayotganda uning shakliga, oʻlchamiga eʼtibor beriladi. Emadigan yoshdagi bolalarning boshi nisbatan katta, shakli yumaloq boʻladi. Kichik yoshdagi bolalarning boshini yaxshilab paypaslab koʻrib, liqildoqlari, chokklarining holatiga, katta-kichikligiga, suyaklarining qattiqligiga ahamiyat beriladi. Boshi bir yoʻla ikki qoʻl bilan paypaslab koʻriladi, bunda bosh barmoqlar peshonaga, kaftlar esa bosh chekkalariga qoʻyiladi. Gumbaz va ensa suyaklari, liqildoqlar, liqildoqlarning chetlari oʻrta va koʻrsatkich barmoqlar bilan tekshirib koʻriladi, bular sogʻlom bolalarda qattiqroq boʻladi. Normada liqildoq sohasidagi toʻqimalarda tomir urishi sezilib turadi, bola chinqirganda esa biroz koʻtariladi.

Koʻkrak qafasini koʻzdan kechirayotganda uning shakli, simmetrikligi, qovurgʻalarning toʻsh suyagiga va umurtqa pogʻonasiga nisbatan joylashganligi koʻrib chiqiladi. Hayotining dastlabki oyini yashab kelayotgan bolalarning koʻkrak qafasi qisqa, kesik va konus shaklida boʻladi. Qovurgʻalar gorizontal joylashgan boʻladi. Yoshiga yaqinlashgach, koʻkrak qafasi uzunlashib choʻziladi, qovurgʻalarning fiziologik tushishi paydo boʻladi.

Umurtqa pogʻonasi koʻzdan kechirilayotganda, unda bukilmalar bor-



37-rasm. Qad-qomat turlari:
1—normal qad-qomat; 2—egilgan qad-qomat; 3—lordoz qad-qomat;
4—kifoz qad-qomat;
5—kekkaygan qad-qomat.

yoʻqligi, bolaning qaddi-qomati, umurtqa pogʻonasida boʻlishi mumkin boʻlgan fiziologik qiyshayishlar bor-yoʻqligi koʻrib chiqiladi. Umurtqa pogʻonasidagi fiziologik qiyshayishlar boladagi yangi harakat koʻnikmalari paydo boʻlishi va takomillashishi natijasida paydo boʻlib boradi. Chunonchi, bola boshini ushlay boshlashi bilan boʻyin egilmasi, 6 oyga toʻlib, bola oʻtira boshlashi bilan koʻkrak egilmasi, bola yura boshlashi bilan esa, yaʼni yoshiga toʻlganda bel umurtqasidagi egilma paydo boʻladi.

Bolaning qomati uning tuzilishiga, kun tartibiga va parvarishning qanday tashkil qilinishiga bogʻliq. Sogʻlom, toʻlaligi normal, qaddi-qomati toʻgʻri rivojlangan bolaning kuraklari koʻkrak qafasiga tutashib turadi, umurtqa pogʻonasida esa faqatgina fiziologik qayrilishlar boʻladi. Ayrim parvarishdagi nuqsonlar va harakat koʻnikmalarini erta, majburiy ravishda bolaga singdirish natijasida umurtqa pogʻonasida turli xil patologik qiyshayishlar, koʻpincha belda lordoz – oldiga chiqib ketish, koʻkrakda kifoz – orqaga chiqib ketish va skolioz – umurtqa pogʻonasining yonga qiyshayishi, koʻp hollarda koʻkrak boʻlimida kelib chiqadi.

Bolaning oyoq-qoʻl suyaklari tekshirilganda ularning tuzilishiga, uzunligiga eʼtibor beriladi. Bolaning raxit bilan kasallanishi natijasida oyoqlar «O» yoki «X» harfi shaklida qiyshayib qoladi. Ayrim bolalarda koʻpincha tuyapaypoqlik (yassi oyoqlik) uchraydi. Buni aniqlash uchun bolaning paypogʻini yechib, oyogʻini tekis yuzaga qoʻyiladi. Bolaning oyogʻi yassi boʻlsa, oyoq kafti yerga bir tekis tegib turadi. Boʻgʻimlarni tekshirganda ularni shakli, harakatchanligi aniqlanadi.

Bola qaddi-qomatining toʻgʻri rivojlanishida milliy xususiyatlarimizdan kelib chiqqan holda bola parvarishida qoʻllaniladigan beshik haqida ham qisqa toʻxtalib oʻtishni lozim topdik. Haqiqatan ham beshik qadimdan bola qomatining chiroyli boʻlishi, toʻgʻri rivojlanishi, toza saqlanishida muhim oʻrin egallab kelgan. Lekin hamma narsaning ham meʼyorda boʻlishini hisobga oladigan boʻlsak, ayrim onalarning beshikdan notoʻgʻri foydalanishlari, bolani haddan ziyod beshikda qoldirishlari natijasida suyaklarning normal rivojlanishiga toʻsqinliklar paydo boʻlmoqda va bola qaddi-qomatining buzilish hollari kelib chiqmoqda.

Bolalar tishlarini koʻzdan kechirayotganda ularning soni, shakli va katta-kichikligi, joylashishi, yuqori va pastki tishlarning oʻzaro munosabati (prikus) aniqlanadi. Bola 5–6 oylik boʻlganida dastlab pastki oldingi kesuvchi tishlar chiqa boshlaydi, shundan keyin muayyan bir tartib bilan birin-ketin boshqa tishlar ham koʻrina boshlaydi. Bola ikki yoshga toʻlganida 20 ta sut tishi chiqib boʻlishi kerak. Ikki yoshga toʻlgan bolaning nechta tishi chiqqanligini aniqlash uchun oy sonidan toʻrt soni olib tashlanadi. Masalan, 1,5 yoshli bolada 18–4, yaʼni 14 ta tishi boʻlishi kerak.

Bola 5 yoshga to'lgach, sut tishlari o'rniga doimiy tishlar chiqib boshlaydi, ular o'zining kattaligi, sarg'ish rangda bo'lishi, chaynov yuzalarida do'mboqchalar bo'lishi bilan sut tishlaridan farq qiladi. Turli xil kasalliklarda, shuningdek, yomon odatlar – barmoqlarni so'rish, so'rg'ichni uzoq vaqtgacha so'rib yurish kabilar prikusning noto'g'ri bo'lishi va tishlarning noto'g'ri joylashishiga olib keladi. Tish emalining buzilishi, kariyesning juda barvaqt paydo bo'lishi bolaning ayrim kasalliklari yoki uni noto'g'ri ovqatlantirishning oqibati bo'lishi mumkin.

1.5. Muskul tizimini baholash

Muskul tizimini baholash uchun muskullarning kuchi va tonusi aniqlanadi. Katta yoshdagi bolalarning kuchi dinamometr asbobida o'lchab aniqlanadi. Kichik yoshli bolalarning muskul kuchini esa taxminan, ya'ni bolaning biron bir harakat uchun sarflaydigan kuchi yoki o'yinchoqlarni qancha vaqt ushlab tura olishiga qarab aniqlash mumkin. Muskul tonusi muskul to'qimasini paypaslab ko'rish bilan, shuningdek, passiv harakatlar vaqtidagi paydo bo'ladigan qarshilikka qarab aniqlanadi.

Muskul tizimining normal rivojlanayotganligini boladagi harakat funksiyalarining o'z vaqtida paydo bo'layotganligiga, ya'ni uning o'z vaqtida boshini tuta boshlashi, o'tira olishi, emaklashi, oyoqqa turishi va yurib ketishiga qarab bilib olish mumkin.

1.6. Teri va shilliq pardalarni parvarish qilish

Bola terisi va shilliq pardalarini parvarish qilishda shaxsiy gigiyena qoidalari va ozodalikka qat'iy rioya qilish talab etiladi. Terini muntazam ravishda qunt qilib parvarish qilib borish kerak. Bunda bolani yoqimsiz ta'sirlanishlardan avaylashga katta e'tibor beriladi. Teri va shilliq pardalarni parvarishlash elementlariga quyidagilar kiradi:

1. Bolani yuvintirish.
2. Taglarini yuvish.
3. Teri burmalarini artib tozalash.
4. Tirnoqlarini kalta qilib olish.
5. Ko'z, burun va quloqlarini tozalash.
6. Toza kiyimlar va o'ziga loyiq poyabzallar kiydirish.

Tibbiyot hamshirasi yoki bolaning onasi nafaqat o'zlari shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilishlari, balki bolalarga gigiyenik malakalarni singdirishlari, avvalo ozodalikka talabchanlikka o'rgatib borishlari lozim.

Bolalarni avval iliq suv bilan, keyinroq uy haroratidagi suv bilan yuqoridan oqizib turib yuvintiriladi. Bolani yuvintirishga xotirjamlik bilan qarashga, ijobiy munosabatda bo'lishga o'rgatish, iflos yurishga esa unda salbiy munosabatlar uyg'otish(so'z bilan, so'z ohangi bilan), iflos yuz-qo'llarini shu zahotiy oq yuvishga ko'nikma hosil qilish juda zarur.

Chaqaloq va emizikli bolalarning tagi tez-tez yuvib turiladi. Ularning tagini yuvishda suv oqimi o'g'il bolalarda qaysi tomondan bo'lishining farqi yo'q, lekin qiz bolalarda siydik chiqarish kanalining kaltaligi va orqa chiqaruv teshigidan mikroblarni jinsiy a'zolariga tushib qolish xavfi kuchli bo'lganligi uchun suv oqimi oldindan orqaga qarab yo'naltirilishi lozim.

2 yoshdan boshlab bola mustaqil yuvina oladi. Kattalar uning yuvinishini kuzatib turishlari, sovunni qanday ishlatish kerakligini, yuz-qo'llarini qanaqa qilib artish lozimligini, uning sochig'i qayerda turishini ko'rsatib berishlari kerak.

Bolani 1–2 yoshdan boshlab dastro'molchadan mustaqil foydalanishga o'rgatib borish lozim. 2 yoshdan boshlab bolalar, odatda, dastro'molchasidan zaruriyat tug'ilganda mustaqil foydalanadigan bo'lalilar. Kiyimlarida albatta dastro'molcha uchun cho'ntak bo'lishi kerak.

Bolalarning tirnoqlari kichikroq, yaxshisi, yoy shakliga keltirilgan, uchlari qayrilgan qaychi bilan olinadi. Bolalar jamoasida foydalaniladigan qaychilarga ishlatishdan oldin spirt bilan ishlov beriladi. Bolaning tirnoqlarini olayotgan vaqtda tirnoqlar uning og'ziga, burun va ko'zlariga yoki to'shagiga tushib qolishidan ehtiyot bo'lish kerak.

Bolaning kiyimi uning yoshiga, yil fasliga, kunning haroratiga, bola o'lchami(razmeri)ga mos kelishi, havo o'tkazadigan, issiqlik almashinuviga xalaqit bermaydigan, qulay bo'lishi kerak. Kiyim-kechaklar chiroyli, rangi ochiq, gullar va rasmlar bilan bezatilgan bo'lishi maqsadga muvofiq, chunki ular bolalarda yangidan-yangi taassurot uyg'otadi va bolaning kayfiyatini ko'taradi. Kiyimlar albatta doimo toza bo'lishi, alohida saqlanishi va yuvilishi kerak. Bolaning choyshab va yostiq jildlari ham alohida bo'lishi, ko'pi bilan haftasiga bir marta yuvilib, tozasi bilan almashtirilishi lozim.

Bolaning poyabzali o'zining o'lchami (razmeri)ga qarab tanlanishi, katta ham, kichik ham bo'lmasligi kerak. Yassi oyoqlikning oldini olish maqsadida poyabzal tagiga qoplama, poshna urilgan bo'lishi kerak. Bolani o'zining poyabzallarini tozalash, quritishga o'rgatish lozim. Bolalarning kiyim-kechaklari va poyabzallari oson kiyiladigan va tugmachalari tez taqiladigan bo'lishi kerak.

1.7. Ko‘zlarni parvarish qilish va yuvish

Bolaga yoki uning onasiga muolajaning zarurligi va bajarilish ketma-ketligi tushuntiriladi. Bajarish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Eritmalardan biri (furatsillinning 0,2% li eritmasi, kaliy perman-ganatining 0,1% li eritmasi), qaynatilgan iliq suv, steril tamponlar, ishlatilgan tamponlar uchun steril lotok tayyorlab qo‘yiladi.

3. Qo‘llarga ishlov beriladi, qo‘lqoplar kiyiladi.

4. Steril lotokka 8–10 ta tampon solinadi, ustidan yuqoridagi eritmalardan biri quyiladi.

5. Tampon biroz siqib, kiprik va qovoqlarni ko‘zning tashqi burchagidan ichki burchagi yo‘nalishida artiladi, ishlatilgan tamponlar boshqa lotokka solinadi.

6. Tamponlarni almashtib muolaja 4–5 marta qaytariladi.

7. Doka salfetkalari yordamida eritma qoldiqlari shimdiriladi (38-rasm).

8. Xuddi shu tartibda ikkinchi ko‘z ham yuviladi.



38-rasm. Ko‘zlarni parvarish qilish.

Muolaja davomida bolaning ahvoli bilan qiziqib turish kerak.

Ishlov berish: ishlatilgan tamponlar ustiga xloraminning 3% eritmasidan quyib, 60 daqiqaga qoldiriladi. Lotokni xlorli ohakning 3% eritmasiga 1 soatga solib qo‘yiladi, so‘ngra yuvib tashlab, sterilizatsiya oldi tozalash ishlari o‘tkaziladi va lotok sterillanadi.

1.8. Burunni parvarish qilish

Qo‘llar yuvib, quritiladi va qo‘lqoplar kiyiladi.

1. Tayyorlab qo‘yiladi: paxta piliklar, iliq vazelin yoki glitserin, o‘simlik yog‘i, tomizg‘ich, pinset.

2. Bolaga yoki uning onasiga muolaja zarurligi va bajarilish ketma-ketligi tushuntiriladi.

3. Bolaning boshi biroz orqaga tashlanib, teskari tomondagi yelka tomonga buriladi.

4. O‘ng qo‘lga tomizg‘ich olinadi va unga yog‘lardan biri tortiladi.

5. Chap qo‘l bilan burun uchini biroz yuqoriga ko‘tariladi va tomizg‘ichni kirgizmasdan turib har bir burun katagiga 5–6 tomchidan tomiziladi.

6. 2–3 daqiqadan keyin paxta pilikchani aylanma harakatlar bilan burun katagiga kiritiladi va olib tashlanadi.

7. Muolaja burun katagi qatqaloqlardan tozalanguncha qaytariladi.

8. Agar bola og‘riq seza boshlasa muolaja to‘xtatiladi.

9. Xuddi shu tartibda muolajani ikkinchi burun katagida ham bajariladi (39-rasm).

10. Ishlatilgan buyumlarga xloraminning 3% li eritmasi bilan ishlov beriladi.

Dezinfeksiya: paxta pilikchalar ustidan xloraminning 3% li eritmasidan quyiladi va 60 daqiqadan keyin tashlab yuboriladi.



39-rasm. Burunni parvarish qilish.

1.9. Quloqlarni parvarish qilish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: vodorod peroksidning 3% li isitilgan eritmasi, tomizg‘ich, paxta pilikchalari, lotok, choyshabcha, qo‘lqop.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolajaning bajarish ketma-ketligi tushuntiriladi.

4. Qo‘lqoplar kiyiladi, bolaning ko‘kragiga suvqog‘oz to‘shaladi.

5. Qolgan buyumlar qo‘l oson yetadigan joyga qo‘yiladi.

6. Bolaning boshi teskari tomonga buriladi.

7. O‘ng qo‘lga tomizg‘ich olinadi va unga isitilgan vodorod peroksidning eritmasidan tortiladi.

8. Chap qo‘l bilan quloq suprasi orqa va yuqoriga qaratib tortiladi.

9. Tashqi eshituv yo‘liga eritmadan 3–4 tomchi tomiziladi.

10. Paxta pilikchani aylanma harakatlar bilan kiritib tashqi eshituv yo‘li quritiladi. Zarurat tug‘ilsa, paxta pilikcha almashtirib turiladi.

11. Kerak bo‘lsa shu tartibda ikkinchi tashqi eshituv yo‘liga ham ishlov beriladi (40-rasm).

12. Ishlatilgan material solingan lotokni bir chetga olib qo‘yiladi.

13. Qo‘lqoplar yechiladi va dezinfeksiyalovchi eritma solingan idishga solib qo‘yiladi.

14. Suvqog‘oz yechib olinadi va bolaga qulay joylashishga yordam beriladi.

15. Bemor to‘shagi tartibga keltiriladi.

16. Ishlatilgan buyumlarga ishlov beriladi.

17. Qo‘llarga ishlov beriladi.



40-rasm. Quloqlarni parvarish qilish.

2. CHAQALOQLIK DAVRIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

2.1. Yuqori nafas yo'llaridan shilimshiqni so'rib olish

Yuqori nafas yo'llaridan shilimshiq va qog'onoq suvlarini yumshoq uchli steril rezina ballonchalar va bosh tomoni elektr so'rg'ichga tutashirilgan rezina kateter bilan so'rib olinadi.

Ayrim hollarda chaqaloqlarda ehtiyotlik bilan bir martalik steril shprislardan ham foydalansa bo'ladi.

2.2. Kindik yarasini parvarish qilish

Chaqaloq taxminan 3–4 kunlik bo'lganda kindik qoldig'i qurib tushib ketadi va o'rnida kindik yarasi qoladi. Kindik yarasiga SSV ning 500-sonli buyrug'iga binoan, hech qanday ishlov berish shart emas. Faqat kindik yarasining tozaligi ustidan nazorat qilib borilsa bo'ladi. Uy sharoitida ham bolaning kindik yarasiga katta e'tibor berib, toza saqlash haqida qayg'urib turiladi. Siydik va najas bilan ifloslangan kiyimlar va tagliklarning kindik yarasigacha chiqib namlanib ketishi yaraga mikroblar tushishi va yiringli jarayonlar boshlanib ketishiga olib kelishi mumkin. Ana shu maqsadda tegara hamshirasi ham chaqaloqni ko'rgani borganda doimo kindik yarasining bitib borishini nazorat ostida saqlashi lozim.

2.3. Chala tug'ilgan chaqaloqlarni isitish

Chala tug'ilgan bolaga yaxshilab parvarish qilib borish uchun to'g'ri harorat rejimi o'rnatish katta ahamiyatga ega. Ma'lumki, bola tanasi haroratining o'zgarishlari fiziologik miqdorlar doirasidan ortmaydigan bo'lsagina, bola organizmi yashab, fiziologik jihatdan rivojlanib borishi mumkin. Chala tug'ilgan bolalarning ko'p o'lib ketishi ularni tug'ilgan paytidan boshlab yaxshi isitib turilmasligiga ko'p jihatdan bog'liqdir.

Palataga chala tug'ilgan bola keltirilganda uning tana harorati o'lchab ko'riladi. Haroratni aniqlangandan keyin bolaning umumiy ahvolini hisobga olgan holda, tegishlicha isitish buyuriladi. Buning



41-rasm. Grelka (isituvchi) – karavotcha.

uchun rezina grelkalar, isitib qo'yilgan oqlik narsalar, issiq karkaslar, isituvchi yo'rgaklash stollari, elektrlashtirilgan grelka-karavotchalar, kuvezlardan foydalanish tavsiya etiladi. Isitishning mana shu hamma usullarini har xil tarzda birga qo'shib qo'llanish mumkin. Chala tug'ilgan bolani isitish bilan bir qatorda tanasining haroratini kuzatib borish va uni ertalab va kechqurun, shuningdek, shifokor buyurgan paytda o'lchab turish hamda bolaning issiqlab ketishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Chala tug'ilgan bola uchun sovqotish qanchalik zararli bo'lsa, issiqlab ketish ham shunchalik zararlidir, shuning uchun bolalar hamshirasi bola tanasining harorati 37°C dan ortib ketmasligiga qarab turishi lozim. Grelka harorati 60°C li issiq suv bilan hajmining faqat yarmisigacha to'ldirish va bola yoniga qo'yib qo'yish zarur: grelkaning biri oyoqlariga, yana ikkitasi ikki yon tomoniga — bolaning tanasidan doim kaft enicha nari qochirib turib qo'yib qo'yiladi va ustidan bola bilan bir qilib, adyol bilan o'raladi. Haroratni tinmay kuzatib borish uchun o'rab qo'yilgan bola yoniga, adyol tagiga termometr qo'yib qo'yiladi. Grelkalarni shunday joylashtirish issiqni uzoq saqlab turishga, go'dakni yaxshi isitishga imkon beradi va shu bilan birga qizib ketishi xavfini istisno qiladi. Bola badani kuyib ketmasligi uchun grelkani uning tagiga yoki uning ustiga qo'yib qo'yish mutlaqo yaramaydi (grelka bola ustiga qo'yib qo'yiladigan bo'lsa, nafas olishi qiyinlashadi). Bolani qisqa muddatga bo'lsa ham issiqlik manbaisiz qoldirmaslik uchun grelkalarni 17°—2 soat oralab galma-galdan (ammo hammasini baravar emas) alishtirib turish kerak. Grelkani har kuni yuvib, dezinfeksiyalab turish lozim. Grelkalar bo'lmasa, oddiy shishalardan foydalanish mumkin, lekin ular tiqinlar yoki burab qo'yiladigan qopqoqlar bilan og'zi yaxshi bekitiladigan bo'lishi kerak. Bola tasodifan kuyib qolmasligi uchun grelkalarni ham, shishalarni ham pelyonka yoki paxmoq sochiqqa o'rash lozim.

Chala tug'ilgan bola atrofidagi havo harorati shu tariqa 28—32° C atrofida saqlanib turiladi, bu bola tana haroratini taxminan 36,5—37° C atrofida tutib borishni ta'minlashga yordam beradi. 1-oy oxiriga borib, agar bola haroratni mustaqil holda "saqlab tura boshlaydigan" bo'lsa, isitish asta-sekin kamaytiriladi, buning uchun ikkita grelkani olib qo'yib, bittasi qoldiriladi.

Chala tug'ilgan bolaga parvarish qilish uchun elektr lampalar o'rnatilgan karkasdan foydalaniladigan bo'lsa, bola karkas ichiga yuzi ochiq turadigan qilib solib qo'yiladi. Zarur miqdordagi lampalarni yoqib qo'yish yo'li bilan karkas ichida 30—33° C harorat hosil qilinadi.

Bolani qayta yo'rgaklash va zarur bo'lsa unga inyeksiyalar qilish uchun uni issiq karkasdan olinadi. Boshqa muolajalarni (bolani boqish,

unga kislorod, dori-darmonlar berish ishlarini) karkas tagida bajarsa ham bo‘laveradi.

2.4. Kuvezlar va ulardan foydalanish

Kuvezlardan (42-rasm) instruksiyaga muvofiq foydalaniladi, yopiq tipdagi kuvezlar oynali tuynugi va shamollatish, havoni namlash hamda kislorod bilan boyitib turish uchun moslamasi bo‘lgan, har tomoni zich yopiq metall g‘iloflardan iboratdir. Bolani kuvezga yalang‘och qilib yotqizib qo‘yiladi. Yopiq kuvezlardagi haroratni rostlab turish qiyin emas, ular zarur narsalarning hammasini: tegishli harorat, namlik, shamollatib turishni ta‘minlab beradi va havoni kislorod bilan boyitib turadigan asbobi (kislorod donatori) bo‘ladi. Ularni sterillash oson.

Bolalar hamshirasi bolalar bo‘limida qanday tipdagi kuvezlar bo‘lsa, hammasining tuzilishini yaxshi bilishi va xavfsizlik texnikasi bilan tanish bo‘lishi, asboblarning ko‘rsatishlarini, ayniqsa bolaning ko‘zlari shikastlanmasligi uchun kislorod konsentratsiyasini (30—40 % dan ortmaydigan qilib) kuzatib borishi kerak. Bola o‘zini qanday tutayotganini ham sinchiklab kuzatib borish talab etiladi. Bola kuvezda yotadigan muddat 7—10 kun bilan cheklanadi.

Kuvezlardan juda chala tug‘ilgan bolalarni parvarish qilish uchun foydalaniladi; tanasining harorati birmuncha doimiy bo‘ladigan bolalarni, ya‘ni kamroq chala bo‘lib tug‘ilgan va kamroq yetilmagan bolalarni kuvezlarda saqlash maqsadga muvofiq emas.

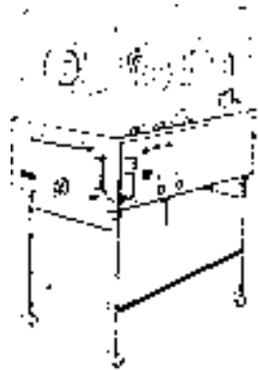
Bolaning kuvezda boshini ko‘kragiga bukmasdan, bo‘ynini to‘g‘ri tutib, chalqancha yotishi hammadan qulay holat bo‘lib hisoblanadi, mana shunday holatda yotish normal diafragma ekskursiyalariga va birmuncha erkin nafas olishga yordam beradi.

2.5. Kalla ichi jarohatlanishida bolalarni parvarish qilish

Kalla ichi jarohatlari bor chaqaloqlarni parvarish qilish va davolash ishlarini quyidagi tartibda amalga oshirish tavsiya etiladi:

1. Bolani tamoman tinch qo‘yish, har kungi tozalov va zaruriy muolajalar u yotgan joyda – karavotcha yonida bajarilishi kerak.

2. Bolaning bosh tomonini doimo ko‘tarib qo‘yish, buning uchun turli xil moslamalar – to‘shagini bosh tomoni ostiga yostiqcha yoki ikki buklangan yumshoq choyshab qo‘yiladi, yoki kuvezga joylashtiriladi.



42-rasm. Kuvez.

3. Boshiga sovuq muzli xaltacha qo'yish. Dumaloq rezina idishning keng og'zi ochilib muz bo'lakchalari solinadi va tiqinini yaxshilab burab berkitib, oqlikka o'raladi va bolaning boshi tepasiga unga tegmaydigan qilib osib qo'yiladi.

4. Kislorodni imkon qadar ertaroq va uzoq vaqt berib borish. Kalla ichi shikastlangan chaqaloqlarda ikkilamchi asfiksiyani oldini olish maqsadida birinchi kunlardanoq yaxshisi kuvezga yotqizish lozim. Kuvezda optimal sharoit bo'lishi bilan birga bolani doim kuzatish imkoni bo'ladi va ahvoli og'irlashib qolgudek bo'lsa (tirishish, sianoz), buni ham o'z vaqtida payqash mumkin.

5. Chaqaloq ahvolining og'ir, yengilligiga qarab ovqatlantirib borish. Bunday bolalarni birinchi kunlari, odatda, zond orqali, keyin shisha-chadan ovqatlantiriladi va faqat umumiy ahvoli yaxshilangach, ko'krak bera boshlash mumkin, buni albatta tibbiyot hamshirasi nazoratida amalga oshirish lozim.

6. Uyqusini uzaytirish va chuqurroq uxlatishga erishish. Kalla ichi jarohatlangan bolaga iloji boricha og'riqli muolajalarni cheklash kerak. Shu maqsadda dori preparatlarni ovqatlantirish payti zond orqali yuborgan yoki qoshiqcha bilan ichirgan ma'qul. Dori vositalaridan fenobarbital, dimedrol yoki bromidlar buyuriladi.

7. Bolada talvasa va tirishish paydo bo'lib qolgan paytlarda muskul orasiga: magniy sulfatning 25% li eritmasi, aminazinning 2,5% li eritmasi, dimedrolning 1 % eritmasi, droperidol va natriy oksibutirat eritmalaridan bolaning yoshiga qarab yuboriladi. Mazkur preparatlarni yuborishda ularni dozasiga (miqdoriga) qat'iy rioya qilinadi, chunki ularning dozasini oshirib yuborish juda xavfli. Chunonchi, magniy sulfat katta dozada nafas markazini tormozlaydi, aminazin esa kollaps holatiga tushirib qo'yadi.

3. ANTROPOMETRIK O'LCHOVLARNI O'TKAZISHGA DOIR AMALIY KO'NIKMALAR

Antropometriya — bolaning jismoniy rivojlanganligini tanasini o'lchash yo'li bilan aniqlashdir. Hamshira bo'y va ko'krak aylanasini o'lchaydi. Eng oddiy antropometrik tekshirishlarni ham tibbiyot hamshiralari (statsionarlarda, poliklinikalarda, sanatoriyalarda, dam olish uylarida) o'tkazadilar.

3.1. Bolaning bo'yini o'lchash

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo'yiladi: bo'y o'lchagich, xlorli ohakning 1% li eritmasi, 96 % li spirt.

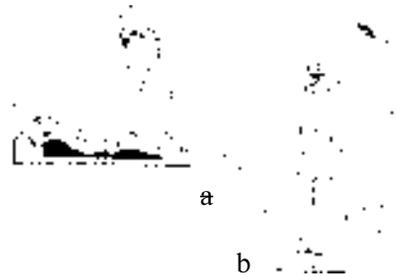
3. Bolaga oyoq kiyimini yechish taklif qilinadi.
4. Bo'y o'lchagichning plankasi shkala bo'yicha yuqoriga ko'tariladi.
5. Bolani 4 nuqtasi (tovonlari, dumbalari, kuraklari, ensasi) bilan tegadigan qilib qo'yiladi.
6. Plankani ohista bemor boshigacha tushiriladi va shkalada belgi qoldiriladi.

7. Olingan natija kasallik tarixiga yozib qo'yiladi.

8. Bo'y o'lchagichga ishlov beriladi.

Yoshiga yetmagan bolalar uchun gorizontal rostometr (bo'yo'lchagich) qo'llaniladi. Bola boshi rostometrning bosh tomoniga zich taqalib turadigan qilib yotqiziladi, bolaning boshini onasi yoki xodimlardan biror kishi shu holda ushlab turadi. Tibbiyot hamshirasi bolaning tizzalariga ohista bosib, oyoqlarini rostlaydi va shu vaqtda surma tagligini oyoq panjasiga surib keladi. Rostometrning shu tagligi

bilan bosh tomoni orasidagi masofa bolaning bo'yini ko'rsatib beradi (biriktirib qo'yilgan santimetr lentasiga qarab aniqlanadi) (43-rasm).



43-rasm. Bolaning bo'yini o'lchash:
a – gorizontal bo'y o'lchagichda;
b – vertikal bo'y o'lchagichda.

3.2. Tana og'irligini o'lchash

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: tarozi, xlorli ohakning 1% li eritmasi, 96 % li spirt.

3. Taroqidagi ilgak ochib qo'yiladi.

4. Tarozi sozlanadi.

5. Bolaga tarozi maydonchasi o'rtasiga turishni taklif qilinadi.

6. Tarozi sozlanadi.

7. Olingan natija kasallik tarixiga yozib qo'yiladi.

8. Tarozi maydonchasiga ishlov beriladi.

Go'dak bolalarni maxsus bolalar tarozisida, yaxshisi, emizishdan avvalgi ertalabki soatlarda tortiladi (44-rasm). Bolani tortilayotgan mahalda tagiga iliq yo'rgak solish, tarozining pallasini har



44-rasm. Bolaning vaznini aniqlash: a – gorizontal (pallali) tarozida; b – tibbiy tarozida.

kuni sovunlab yuvib qo'yish va tarozining holati hamda ko'rsatishlarining to'g'riligini sinchiklab kuzatib borish kerak.

3.3. Ko'krak aylanasi o'lchash

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: santimetrli lenta, xlorli ohakning 1% li eritmasi, 96% li spirt.
3. Bolaga ust kiyimini yechish taklif qilinadi.
4. Santimetrli lentani olib orqadan kurak suyaklari ostidan, oldindan ko'krak bezining so'rg'ichlari orqali aylantiriladi.
5. Olingan natija kasallik tarixiga yozib qo'yiladi.
6. Santimetrli lentaga ishlov beriladi (45-rasm).



45-rasm. Ko'krak aylanasi o'lchash: a – katta yoshli bolalarda;
b – emizikli bolalarda.

3.4. Bosh aylanasi o'lchash

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: santimetrli lenta, xlorli ohakning 1% li eritmasi, 96% li spirt.
3. Bolaning bosh kiyimi yechiladi.
4. Santimetrli lenta bilan bola bosh aylanasi o'lchanadi: orqadan ensa do'ngliklari, oldindan qosh usti do'ngliklari qamrab olinadi (46-rasm).
5. Olingan natija kasallik tarixiga yozib qo'yiladi.
6. Santimetrli lentaga ishlov beriladi.



46-rasm. Bosh aylanasi o'lchash.

3.5. O'pkaning tiriklik sig'imini aniqlash

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: spirometr, 96% li spirt.
3. Spirometr mundshtugiga 96% li spirt eritmasi bilan ishlov beriladi.
4. Bolaga chuqur nafas olishdan keyin nafasni spirometrga chiqarish taklif qilinadi.
5. Spirometr ko'rsatkichi qayd qilinadi va kasallik tarixiga yozib qo'yiladi.
6. Spirometr mundshtugiga 96% li spirt eritmasi bilan ishlov beriladi (47-rasm).



47-rasm. O'pkaning tiriklik sig'imini aniqlash.



a



b

3.6. Muskul kuchini o'lchash

Muskul kuchi — dinamometr asbobida, ko'pincha katta yoshdagi bolalarda qo'l va oyoqlarda alohida o'lchanadi (48-rasm).

48-rasm.

Dinamometrlar:

a — oyoqlar uchun;

b — qo'llar uchun.

4. BOLALARNI OVQATLANTIRISHGA OID AMALIY KO'NIKMALAR

Qaysi usul bilan ovqatlantirish bolani yutish va so'rish refleksining qanchalik yuzaga chiqqanligiga va shuningdek uning ahvoriga bog'liq. Yutish refleksi yo'q bo'lgan yoki shishachadan ovqatlantirilayotganda nafasi to'xtab qoladigan chala tug'ilgan bolalarni faqat zond orqali ovqatlantiriladi.

4.1. Zond orqali ovqatlantirish qoidasi va texnikasi

Chaqaloqlarni zond bilan ovqatlantirishda quyidagi qoidalarga amal qilish lozim:

1. Me'daga kiritiladigan zondning uzunligi bolaning qansharidan to to'sh suyagi xanjarsimon o'simtasi uchigacha o'lchanib belgi qo'yilgan bo'lishi kerak (taxminan 10–12 sm).

2. Zond kiritishdan oldin zondning o‘zini, rezina naychani, quygich (voronka)ni qaynatib, sterillanadi.

3. Zond sistemasi me‘daga havo tushishini oldini olish maqsadida oldindan sut bilan to‘ldirib olinadi.

4. Zondning dastlabki uchdan bir qismiga steril glitserin yoki vazelin moyi surtilib, bola tilining o‘rta chizig‘i bo‘ylab to‘niqlab qo‘yilgan belgigacha kiritiladi. Zondni kiritayotganda sut oqib ketmasligi uchun barmoqlar yoki metall qisqich bilan qisib turish kerak bo‘ladi.

5. Zondni belgilangan joygacha kiritib bo‘lgach, uning to‘g‘ri kiritilganligiga ishonch hosil qilish uchun biroz kutiladi. Bordi-yu, zond qizilo‘ngachda yoki me‘dada turgan bo‘lsa, bolaning ahvoli qoniqarlicha turaveradi, u bezovta bo‘lmaydi. Zond kekirdakka tushib qolgan taqdirda, bola ko‘karib ketadi, yo‘tala boshlaydi, zo‘riqadi. Bunday hollarda zond zudlik bilan tortib olinadi va bolaga kislorod beriladi.

6. Faqat zondning me‘dada turganligiga ishonch hosil qilingandagina qisqichni ochib, me‘daga sut quyila boshlanadi. Bola qusib yuborishining oldini olish maqsadida sutni oqim bilan emas, tomchilab kiritgan ma‘qul, shuning uchun quygich o‘rniga shprisdan foydalanish tavsiya etilmaydi.

Bolani zond orqali ovqatlantirishda ikki usuldan foydalanish mumkin:

1. Bir martalik – bunda zond bolani faqat bir marta ovqatlantirish uchungina kiritiladi.

2. Ko‘p martalik yoki doimiy – bunda zond me‘daga kiritilgach, 2–3 kun davomida qaytib olinmaydi va bolani bir necha marta ovqatlantirish imkoniyati tug‘iladi.

Doimiy zond orqali ovqatlantirishning afzalliklari shundan iboratki, bunda sut me‘daga tomchilab kiritiladi, bu bolaning qayt qilib yuborishi va qusishini oldini oladi, shuningdek, u orqali dori moddalar va glyukozani ham kiritish mumkin bo‘ladi.

Doimiy zond diametrining kichikligidan uni burun yo‘llari orqali kiritilsa ham bo‘ladi. Shunday qilinganda vaqti-vaqti bilan bolada so‘rish reflekslari paydo bo‘lyaptimi yo‘qmi tekshirib turish imkoni tug‘iladi. Doimiy zondning tashqi teshigi havo kirmaydigan qilib mahkam berkitiladi va bolaning yuziga leykoplastir bilan yopishtirib qo‘yiladi.

4.2. Qoshiqcha bilan ovqatlantirish

Qoshiqchadan ovqatlantirish ko‘p sabr-toqat va chidamni talab qiladi. Bu usul bolada yutish refleksi bo‘lganda, lekin so‘rish refleksi

sust bo‘lganda qo‘llaniladi. Biroq bolaga ko‘krak berilsa-yu, ammo u nimjonligidan o‘ziga kerakli normadagi sutni emib ololmasa, qoshiqchadan ovqatlantiriladi. Bunda bolani sog‘ib olingan sut bilan qoshiqchadan (so‘rg‘ichga o‘rganib qolmasligi uchun) qo‘shimcha ovqatlantiriladi.

Chala tug‘ilgan bolani qoshiqchada ovqatlantirilganda uni qo‘lda tutib turish va sutni ehtiyotkorlik bilan oz-ozdan og‘izga quyish lozim. Bunda shoshma-shosharlik qilish yaramaydi, navbatdagi qoshiqchadagi sutni bola oldingisini yutib bo‘lgach quyiladi. Ovqatlantirib bo‘lgandan keyin hamshira bola sutni hammasini yutib bo‘ldimi yo‘qmi og‘ziga qarab nazorat qilib qo‘yishi lozim. Bolaning og‘zida sut qolib ketishi xavfli, chunki u bolaning nafas yo‘liga ketib qolishi va ikkilamchi asfiksiya xuruj qilishiga va aspiratsion zotiljamga sabab bo‘lishi mumkin.

4.3. Chaqaloqni shishachadan ovqatlantirish

Sun‘iy ovqatlantirishga o‘tkazilgan va chala tug‘ilgan bolalarni shishachadan ovqatlantirish ancha oddiy usul bo‘lsa ham, bir qator qoidalarga rioya qilish tavsiya etiladi:

1. Har qaysi bola har gal ovqatlantirilganda alohida, steril shishacha va so‘rg‘ichdan foydalaniladi.

2. Sut shishachadan bir me‘yorda – tez ham emas, sekin ham emas, oqib chiqishi kerak, buning uchun so‘rg‘ich uchi qizdirilgan igna bilan teshiladi. Shuni yodda saqlash lozimki, so‘rg‘ich ko‘p qaynatilavergandan so‘ng cho‘zilib bo‘shashib ketadi va teshigi kattalashib qoladi, shuning uchun so‘rg‘ichni vaqti-vaqti bilan yangisiga almashtirib turish kerak.

3. So‘rg‘ichni bolaga tutganda shishachani shunday ushlab kerakki, uning bo‘g‘zi sut bilan butunlay to‘lib tursin, bu bola me‘dasiga havo tushib qolishini oldini oladi.

4. Ovqatlantirayotganda shoshqaloqlik qilish va so‘rg‘ichni tezroq bo‘shay qolsin, deb qisish yaramaydi.

5. So‘rg‘ichni berib qo‘yib bolani yolg‘iz qoldirish mumkin emas (49-rasm).

6. Bolani ovqatlantirib bo‘lgach, shishacha va so‘rg‘ichni suv oqimida yuvib, so‘ng qaynatib sterilanadi va belgilab qo‘yilgan alohida idishda saqlanadi.



49-rasm. Chaqaloqni shishachadan ovqatlantirish.

4.4. Shisha idishlarni tozalash

Sut, kefir, to'yimli aralashmalar uchun mo'ljallangan shisha idishlar maxsus ishlovdan o'tkazilishi kerak. Oldin idishlar 1% li soda solingan iliq suvga kamida 2 soat solib qo'yiladi. Keyin cho'tka bilan yuviladi, yana bir marta oqib turgan suvda chayib, maxsus idishga (bak, kastyulkaga) solinadi, issiq suv quyib, 10 daqiqa qaynatiladi. Keyin ularni olib, suvi oqib ketishi (qurishi) uchun maxsus joyga qo'yiladi. Shisha idishlarni duxovkali shkafda 120–150° C haroratda 40–50 daqiqa davomida sterillash ham mumkin.

4.5. Chaqaloqlarni pipetka (tomizg'ich) bilan ovqatlantirish

Pipetka yordamida chaqaloqlarni ovqatlantirish keyingi paytlarda juda ham kam, deyarli qo'llanmay qoldi. Juda zarur bo'lgan hollardagina (zondni kiritishga moneliklar bo'lganda) qisqa muddatga qo'llanilishi mumkin. Oldingilar kabi sutni burunga tomizishga hozir umuman ruxsat etilmaydi, chunki bunday qilinganda ancha chala tug'ilgan bolalarda u burundan nafas olishni izdan chiqaradi.

4.6. Emizikli bolalarga bir martalik va sutkalik sut miqdorini hisoblash

Chaqaloqlik davrida bir martalik va sutkalik sut miqdorini hisoblash haqida darslikning nazariy qismida ma'lumot berilgan edi. Chaqaloqlik davri tugagach, shuningdek, aralash va sun'iy boqiladigan bolalarga sut miqdori quyidagicha hisoblanadi:

1. Shkarin bo'yicha:

$S_s = 800 \text{ ml} - (50 \times n)$ n – haftalar soni (8 haftagacha).

$S_s = 800 \text{ ml} + (50 \times n)$ n – oylar soni (2 oylikdan so'ng).

2. Sig'imli usul bo'yicha:

6 haftagacha vaznning – 1/5

6 haftadan 4 oylikgacha vaznning – 1/6

4 oydan 6 oygacha vaznning – 1/7

6 oydan 9 oygacha vaznning – 1/8

9 oydan keyin vaznning – 1/9 hissasi miqdorida sut beriladi.

3. Kaloriyali usul:

Bola hayotining 1-kvartalida – 125–130 *kkal/kg*

Bola hayotining 2-kvartalida – 120–125 *kkal/kg*

Bola hayotining 3-kvartalida – 115–120 *kkal/kg*

Bola hayotining 4-kvartalida – 110–115 *kkal/kg*

Yuqoridagi usullar bilan hisoblab chiqilganda bola uchun kerakli sutkalik miqdori aniqlanadi. Bolaga kerakli bir martalik sut miqdorini topish uchun sutkalik miqdor bolaning o'sha vaqtdagi emizishlar soniga bo'linadi.

4.7. Ovqatni isitish

Aralash va sun'iy ovqatlantirishni to'g'ri olib borishda quyidagi shartlarga juda puxta amal qilish kerak: bola uxlab yotganda yoki yig'lab turganida ovqatlantirilmaydi, shuningdek, ovqat 36–37°C gacha isitilgan bo'lishi lozim.

Ovqatni isitish uchun u shisha idishi bilan ovqatlantirishdan oldin qaynoq suv quyilgan idishga solinadi. Ovqatning sovuq yoki issiq ekani albatta tekshirib ko'rilishi kerak.

4.8. Kontrol o'lchash texnikasi

Bu bolaning ona ko'krigidan qancha miqdorda sut emib olayotganligini aniqlash maqsadida, emizishdan oldin va emizib bo'lgandan keyin uni tarozida tortib ko'rish amali hisoblanadi. Tortib ko'rishdan oldin tibbiy tarozini ko'zdan kechirib to'g'rilab qo'yish va bolani taglik bilan yo'rgaklash lozim, shunday qilinganda bola siyib qo'yganida uning oldingi massasi (vazni) o'zgarmay qoladi. Yo'rgaklab olingan bolani emizishdan oldin va emizib bo'lgandan keyin shu zahotiyoyq tortish kerak. Vazndagi farq uning qancha sut emganligini ko'rsatadi. Shundan keyin emgan sut miqdori yoshiga loyiq normasiga qiyoslab ko'riladi va tegishli xulosalar chiqariladi.

4.9. Bola ovqatlarini tayyorlash usullari

Sutli aralashmalar. Hammadan ko'p 2, 3-sonli, Б va В aralashmalar ishlatiladi. Tegishli aralashmaga kiradigan mahsulotlar nisbati quyidagicha:

Sutli aralashmalardagi oziq mahsulotlar miqdori (grammlarda)

Oziq-ovqat mahsulotlari	№ 2 aralashma	№ 3 aralashma	B aralashma	B aralashma
Sut	50	65	50	
Suv	45	30	—	—
Yorma qaynatmasi	—	—	45	30
100 protsentli shakar qiyomi	5	5	5	5

Aralashma shunday tayyorlanadi: toza shisha idishga sut, ustiga qaynatma (yoki suv) va shakar qiyomi quyiladi. Idish og‘zi yopiladi va sovutiladi.

Nordon aralashmalarda sut o‘rniga kefir ishlatiladi.

Kefir. U kefir zamburug‘laridan olingan tomizg‘i yordamida ivitiladi.

Kefir quyidagicha tayyorlanadi. Sterillangan shisha idishga 24°C gacha sovutilgan pasterizatsiya qilingan yoki qaynatilgan sut quyiladi, ustiga 5% li shakar qiyomi va tomizg‘i qo‘shiladi (bitta shishaga 10 ml tomizg‘i). Shisha idishning og‘zini yopib, chayqatiladi va 18–20°C haroratli xonaga 10–12 soatga qo‘yib qo‘yiladi. Ivigandan keyin kefir xolodilnikka yoki ancha salqinroq joyga (3 dan 12°C gacha) qo‘yib qo‘yiladi. Kefir tayyorlanganda idish iloji boricha kunduzgi yorug‘ tegmaydigan joyga qo‘yiladi, chunki yorug‘lik vitaminlarni yo‘q qilib yuboradi. Bir kunlik kefir tomizg‘i solingandan keyin bir sutkada tayyor bo‘ladi. Chaqaloqlarga ikki kunlik kefir berish tavsiya etiladi, iloji bo‘lsa, kefirni 3 dan 10°C gacha haroratda saqlash kerak. Agar kefir xona haroratida saqlansa yoki bolaning ichi qotib turadigan bo‘lsa, u holda bir kunlik kefir berish kerak. Kefirning nordonligi 65–90° (Termer bo‘yicha) bo‘lgani ma‘qul. Bir haftadan keyin tomizg‘ini yangilash kerak.

Kefirdan tomizg‘i qilib kefir ivitsa ham bo‘ladi: har shisha idishga qaynatib, 20–24°C gacha sovutilgan sut va 2 osh qoshiq sutkalik kefir solinadi. Shisha idishlar og‘zini yaxshilab yopib, xona haroratida (qishda—24 soat, yozda—10–14 soat) qo‘yib qo‘yiladi, keyin sovuq joyga qo‘yiladi, shundan so‘ng kefir tayyor bo‘ladi.

B yoki B-kefir tayyorlash uchun yorma qaynatmasini shakar qiyomi bilan aralashtirib, kefir solingan shisha idishga (tegishli nisbatlarda) quyiladi. Uyda uni bolaga bevosita berish oldidan tayyorlanadi.

Tvorog. Tvorog sutdan tayyorlanadi, sutni qaynatgandan yoki pasterizatsiya qilgandan keyin 24°C gacha sovitiladi va 1 litr sutga 50 ml hisobida (5%) kefir yoki qatiqdan tomizg'i solib ivitiladi. Sut yaxshilab aralashtiriladi, ustini yopib, harorati 16–18°C bo'lgan xonaga 10–12 soat qo'yib qo'yiladi. Sut ivigandan keyin past olovga qo'yiladi. Sal-sal aralashtirib turib, 70°C gacha isitiladi va shu haroratda vaqti-vaqti bilan past olovga 30 daqiqa davomida qo'yib turiladi, keyin sovitiladi va zardobini oqizib yuborish uchun elakka solinadi. 6 litr sutdan 1 kg tvorog chiqadi.

Kartoshka pyuresi. Kartoshka yaxshilab yuviladi va vitaminlari hamda tuzlari yaxshi saqlanib qolishi uchun archmasdan qaynatiladi. Keyin po'stini archib, qaynoqligicha elakdan o'tkaziladi. Kastr'yulkaga solingan kartoshkaga tuz qo'shib, ezib turgan holda qaynoq sut quyiladi. Kartoshkani ezishda davom etib, qaynab chiqqach sariyog' qo'shiladi.

10 protsentli manniy bo'tqa yog'i olinmagan sutda pishiriladi. Yorma—20 g, sut—200 g, shakar qiyomi—10 g, sariyog'—5 g.

Qaynab turgan sutga manniy yormasi solinadi va 15 — 20 daqiqa davomida ezitirib pishiriladi. Tayyor bo'tqaga sariyog' solinadi, shakar qiyomi, tuz qo'shiladi.

5. BOLALARNI CHINIQTIRISHGA DOIR AMALIY KO'NIKMALAR

5.1. Chiniqtirish va uning asosiy qoidalari

Bolalar salomatligini mustahkamlashning eng muhim usullaridan biri chiniqtirish bo'lib, uni atrof-muhitning zararli ta'sirlariga organizm chidamini oshirish maqsadida amalga oshiriladi. Chiniqtirish trenirovkaga asoslanadi. Bordi-yu, bolaning organizmiga qandaydir jismoniy omil bilan oldiniga qisqa-qisqa, keyin ko'proq dozada va uzoq vaqt muntazam ta'sir qilib borilsa, u holda organizm o'zining himoya reaksiyalarini takomillashtirib mazkur omilga nisbatan chidamli bo'lib qoladi.

Bolalarda o'zgarib turuvchan ob-havo omillariga: harorat, havoning namligi va harakati, quyosh nuriga nisbatan chiniqish juda muhim sanaladi. Chiniqtiruvchi muolajalarni muntazam olib turilsa organizmning sovuq qotishiga nisbatan javob reaksiyasi yetilib boradi, bolalar kamroq shamollaydigan bo'ladi. Bolani chiniqtirish boshlanar ekan, uning asosiy qoidalarini yaxshi bilish kerak:

1. Chiniqtiruvchi muolajalarni tanlashda bolalarga nisbatan individual yondashuv bo'lishi kerak. Bunda bolaning yoshi, sog'lig'i, boshidan

kechirgan kasalliklari, jismoniy rivojlanishi, oliy asab faoliyatining tipi hisobga olinadi.

2. Chiniqtirishni asta-sekin boshlash kerak. Bordi-yu, chiniqtirishni suv yoki havo bilan olib boriladigan bo'lsa, u holda ularning harorati asta-sekin pasaytirib, vaqti esa oshirib boriladi.

3. Chiniqtiruvchi muolajalarni muntazam ravishda, ya'ni uzluksiz, butun yil davomida, yaxshisi, kunning ma'lum bir soatlarida olib borilishi kerak.

4. Barcha chiniqtiruvchi muolajalarni uyqudan keyin va faqat bolani ruhiy kayfiyati yaxshi bo'lib turganda qo'llash yaxshi samara beradi.

Chiniqtirishning barcha usullarini umumiy va maxsus qismlarga farqlanadi. Chiniqtirishning umumiy usuli bola hayotining birinchi kunlaridan boshlanib, u hech qanday maxsus tadbirlarni talab qilmaydi. Chiniqtirishning umumiy usullariga keng doirada aeratsiya rejimi, sayr, bolalarni cho'miltirish, ratsional kiyintirish kabilar kiradi. Chiniqtirishning maxsus usullariga esa tabiatning tabiiy kuchlari: havo, suv va quyosh irradiatsiyasidan chiniqtiruvchi omil sifatida foydalanish kiradi.

Chiniqtirishning umumiy va mahalliy, faol va sust turlari mavjud. Umumiy chiniqishda – chiniqtiruvchi omil organizmning barcha sohalariga bir vaqtning o'zida ta'sir qildiriladi. Mahalliy chiniqishda esa chiniqtiruvchi omil organizmning ma'lum bir alohida olingan sohalarigagina ta'sir ko'rsatadi.

Faol chiniqish – chiniqtiruvchi omillarni sun'iy ravishda paydo qilish yoki yaratish yo'li bilan amalga oshirilsa, sust (passiv) chiniqishda esa organizm har kunlik hayot tarzi davomida tabiatning iqlimiy o'zgarishlariga o'zi bilmagan holda chiniqib boradi.

5.2. Bolalarni havo bilan chiniqtirish

Bolalarni havo bilan chiniqtirishda havo vannalarini tinch va harakat qildirish yo'li bilan tashkil qilinadi. Tinch holatdagi havo vannasini asosan go'dak bolalarga – 2–3 haftalik davridan boshlab, harorati 22°C bo'lgan, oldin bir sidra shamollatib olingan xonada amalga oshiriladi. Dastlab bolani kuniga 1–2 daqiqadan 2–3 marta yechintirib qo'yiladi, keyin chiniqtirish vaqtini asta-sekinlik bilan 15 daqiqaga yetkaziladi, xona haroratini esa asta-sekin 16–17°C ga tushiriladi. Ko'krak yoshidagi bolalarni havo vannasini, odatda, uqalash yoki quruq artish bilan birga qo'shib olib boriladi. Bog'cha yoshidagi bolalarni yoz kunlari ochiq havoda sayr qildirib ham chiniqtirsa bo'ladi.

5.3. Bolalarni suv bilan chiniqtirish

Bolalarni suv bilan chiniqtirish artinish, yuz-qo‘llarni yuvish, oyoqlardan va umuman, ustidan suv quyish, tomoqni chayish, soy, daryo va dengizda cho‘milish kabi muolajalar bilan amalga oshiriladi.

Artinish muolajasi 6 oylikdan oshgan bolalarda qo‘llaniladi. Oldin quruq artiladi, so‘ng namlangan qo‘l bilan suvni siqib tushirib artiladi. Artinish muolajasi quyidagicha bajariladi: qo‘l panjasidan yelkagacha, oyoq panjasidan songacha, so‘ng ko‘krak, qorin va belga o‘tiladi. Har qaysi gavda qismini artib bo‘lgandan keyin o‘sha joyni sochiq bilan toqizarguncha ishqalanadi. Suvning harorati (1 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun) oldiniga 33–35°C, keyin uni har 2–3 kunda 1–2°C tushirib borilib, 28–30°C gacha pasaytiriladi, 3 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun 25–26°C va maktabgacha yoshdagi bolalar uchun esa 16–18 °C gacha tushirish mumkin.

Ustidan suv quyishga faqat 1,5–2 yoshdan boshlab o‘tiladi, suv ko‘zadan yoki dush yordamida quyiladi. Chiniqtirish boshida suv harorati 33–35°C, keyin uni 27–28°C gacha, maktabgacha yoshdagi bolalar uchun esa 22–25°C gacha sekin-asta pasaytiriladi. Oyoqlarga ko‘zadan suv quyilgandan keyin ularni sochiq bilan toqizarguncha ishqab artiladi. Suvning harorati 32–30°C dan 16–18°C gacha pasaytiriladi.

Bolalarni 3 yoshidan boshlab daryo, dengizlarda cho‘miltira boshlash mumkin. Bunda qator qoidalarga rioya qilishga to‘g‘ri keladi: ovqatdan keyin, quyosh vannasi olgandan so‘ng cho‘miltirish mumkin emas, uzoq cho‘miltirish ham yaramaydi (2–3 daqiqadan 10 daqiqagacha mumkin, xolos). Suvning harorati 22°C dan past bo‘lmasligi kerak.

5.4. Bolalarni quyosh nuri bilan chiniqtirish

Quyosh nuri bilan chiniqtirish muolajasini ehtiyotlik bilan olib borish kerak, chunki undan ma’lum darajada foydalanilmasa, birinchi navbatda bolalarning markaziy asab tizimi zarar ko‘rishi mumkin, shuningdek, organizm issiqlab qolishi ham va hatto oftob ko‘rishi ham mumkin. Ko‘krak yoshidagi bolalar uchun faqat olachalpoq va aks ettirayotgan (qaytayotgan) quyosh nurlaridan foydalanish mumkin.

Yoshidan oshgan bolalarni quyosh nuri bilan faqat ertalab soat 9:00 dan 11:00 gacha vaqt oralig‘ida chiniqtirish mumkin. Quyosh vannasini bir necha daqiqagina, dastlab esa 10 daqiqagacha olinadi. Bunda bolaning qorni bilan ham, chalqanchasiga ham yotishiga bir

xil vaqt sarflanishi kerak. Bolaning boshiga oq panama kiydirib qo'yish lozim. Quyosh vannasini kattalar kuzatuvida olib borish kerak. Tibbiyot hamshirasi kuzatuvida bo'lsa, yanada yaxshi.

6. DORI VOSITALARINI QO'LLASHGA DOIR AMALIY KO'NIKMALAR

6.1. Dori vositalarini yozib berish, dorixonadan qabul qilib olish va saqlash

Eng muhim terapevtik tadbirlardan biri, dori-darmonlar bilan davolash hisoblanadi. Tibbiyot hamshirasi zarur dori-darmonlarni to'g'ri yozib berishi, saqlay olishi, bemorlarga o'z vaqtida dorilarni tarqatishi va ularni yuborish usullarini bilishi kerak. Dorilarni faqat hamshira beradi va bemor dorilarni uning huzurida qabul qilishi lozim. Tibbiyot hamshirasi o'z vazifasini kichik hamshiraga yoki bemorning o'ziga topshirishi mumkin emas.

Hamshira shifokor bilan birga bemorlarni ko'rib chiqishda qatnashadi va uning ko'rsatmalarini sinchiklab yozib oladi. Bemorlar ko'rib chiqilgandan so'ng, hamshira kasallik tarixidan barcha tayinlangan dorilarni maxsus ko'rsatmalar varaqasiga va retseptura daftariga yozib oladi, shundan so'ng u umumiy retsept (talabnoma) yozadi va tekshirish hamda ularga imzo qo'yish uchun bo'lim mudiriga olib boradi. Tayyorlangan talabnoma dorixonaga yuboriladi va dorixonadan dori moddolari ishlatish uchun tayyor holda olib kelinadi.

6.2. Dorilarni tarqatish

Dorilar har bir bo'limda turlicha tarqatiladi. Uyachalarga bo'lingan qutichalardan foydalanish ham mumkin, ularning tubida bemorning ismi-sharifi yozilgan va dori oldindan solib qo'yilgan bo'ladi. Hamshira dorilarni palatalarga shu tartibda tarqatadi. Ba'zan ko'chma stolchalardan foydalaniladi, ularda hamma dorilar, suv solingan grafin, pilyula va tabletkalarni tarqatish uchun pinset, tomchi dorilar uchun toza pipetkalar va suyuq dorilar uchun toza menzurkalar qo'yilgan bo'ladi. Hamshira bu stolchani palataga kiritib, kerakli dorilarni oladi hamda bemor ularni shu joyni o'zida ichadi. Dori berishdan oldin hamshira uni sinchiklab ko'zdan kechiradi, dozasining ko'rsatmalarga muvofiqligini tekshiradi va hokazo.

Chaqaloq va ko'krak yoshidagi bolalar kasalliklari bo'limi uchun beriladigan tabletkalarni maydalab ezish va qadoqlangan dorilarning idishini ochish ishlarini dorixona bajaradi va ularni faqat poroshoklarda beradi.

Ko'krak yoshidagi bolalarga dorilarni qoshiqchada yoki kichkina shishachadan so'rg'ich orqali beriladi, bunda ularni oldin qaynatilgan ozroq suvda eritib olinadi. Shu usulda ta'mi achchiq bo'lmagan miksturalar va oson erib ketadigan poroshoklarni berish mumkin.

Bordi-yu, bir vaqt ichida bir necha xil dorilarni bolaga berish kerak bo'lsa, bu holda ularni bir-biriga qo'shib aralashtirib yuborish yaramaydi, balki har qaysisini alohida-alohida navbat bilan berish kerak bo'ladi. Bola dorilarni zo'r berib qusib tashlayveradigan bo'lsa, u holda ularni inyeksiya yo'li bilan yoki shamcha shaklida kiritishga to'g'ri keladi.

6.3. Dorilarni tashqi usulda qo'llash

Teriga dorilar malham, emulsiya, eritma, kukun dori, damlama, chayqatma (boltushka) holida qo'llanadi. Dorini ishlatish uning mahalliy ta'siriga asoslangan. Shikastlanmagan terining so'rish xususiyati nihoyatda kam (ko'pchilik moddalar uchun), yog'da eruvchi moddalargina asosan, yog' bezlarining chiqaruv yo'llari va soch follikulalari orqali so'riladi.

Qo'llash usullari: surtish, kompresslar, primochka (lattani ho'llab bosish), sepish, jarohatga har xil bog'lamlar qo'yish va ishqab (iylab) surtish.

Dorilarni doimo toza teriga, toza asboblarda va qo'lni tozalab yuvgandan keyingina qo'yish kerak.

a) Malham qo'yish tartibi:

1. Qo'llar yuvib quritiladi.

2. Tayyorlab qo'yiladi: dori vositasi (malham, eritma), antiseptik vosita (1:5000 furatsillin eritmasi, vodorod peroksidining 3% li eritmasi, kaliy permanganatining 0,1% li eritmasi), bint, steril salfetka solingan biks, steril shpatel, pinset, lotok.

3. Qo'llarga ishlov beriladi, qo'lqoplar kiyiladi.

4. Teri (yara) ustiga antiseptik vositalar bilan ishlov beriladi, steril salfetkalar yordamida shimdiruvchi harakatlar bilan quritiladi.

5. Steril shpatel yordamida steril salfetkaga bir tekisda malham suriladi.

6. Teri (yara) yuzasiga malham surilgan salfetkalar qo'yiladi.

7. Ustiga ikkinchi salfetka qo'yiladi.

8. Salfetkani teriga bint yoki leykoplastir yordamida mahkamlanadi.

9. Ishlov beriladi: ishlatilgan asboblari, salfetkalarini dezinfeksiyalovchi eritmaga 60 daqiqaga solib qo'yiladi, asboblari oqar suv ostida chayiladi, sterilizatsiya oldi tozalash ishlari o'tkaziladi, sterillanadi.

10. Qo'lqoplar yechiladi, ularga ishlov beriladi.

11. O'tkazilgan muolaja bolaning tibbiy hujjatida qayd qilinadi.

Izoh: Tananing ochiq qismlarida malhamni teri(yara)ga surib, bog'lamsiz qoldirish ham mumkin.

b) Upani qo'llash tartibi;

1. Qo'llar yuvib, quritiladi;

2. Tayyorlab qo'yiladi: upa, iliq suvli idish, lotok, salfetkalar;

3. Teri iliq suv bilan yuviladi;

4. Salfetka bilan obdan quritiladi;

5. Upa sepiladi;

6. Ishlatilgan anjomlarga ishlov beriladi;

7. Qo'llar yuviladi.

6.4. Ko'zlarga dori tomizish

Ko'z kasalliklarida ko'z tomchilari qo'llaniladi. Tomchi dorilar steril bo'lishi lozim, chunki nosteril eritmalarini tomizish ko'zga infeksiya tushishiga sabab bo'ladi. Buning uchun ishlatishdan oldin qaynatiladigan maxsus tomizg'ich qo'llanadi. Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo'yiladi: dori vositasi (isitilgan), tomizg'ich, ko'z yuvish uchun anjomlar.

3. Bolani qulay vaziyatga o'rnatiladi.

4. Ko'zlar yuviladi.

5. Dori moddasini tomizg'ichga (3–4 tomchi) tortiladi.

6. Pastki qovoqni pastga tortib, 1–2 tomchi dori vositasini konyunktival xaltaga tomiziladi.

7. Boladan ko'zlarini bir necha marta ochib-yumish so'raladi.

Ishlov berish: ishlatilgan anjomlar, tomizg'ich qismlarga ajratiladi, shishali qismlari 30 daqiqa distillangan suvda qaynatiladi va quritiladi.

6.5. Ko‘zlarga malham surtish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: malham, steril tayoqcha, ko‘zga ishlov berish uchun antiseptik vosita, paxta tugunchalar, lotok.
3. Bolaga qulay vaziyat tanlash taklif qilinadi.
4. Ko‘zlar sanatsiya qilinadi.
5. Bolaning boshi biroz orqaga engashtiriladi.
6. Malhamni shisha tayoqchaga olinadi.
7. Bemor ko‘zi oldida tayoqchani gorizontol holda ushlab, tayoqchanning malhamli uchini burun tomonga qaratiladi.
8. Pastki qovoqni pastga tortib, ko‘z olmasiga qaratib tayoqchanning malhamli uchini qovoq ortiga solinadi.
9. Qovoq qo‘yib yuboriladi va bemordan ko‘zini yumish so‘raladi.
10. Tayoqchani chakka tomon yo‘nalishida yumuq ko‘zdan asta-sekinlik bilan tortib olinadi.
11. Qovoqlar barmoqlar bilan yengil uqalanadi.
12. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

Maxsus tyubikdagi ko‘z malhamini qo‘llash

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: ko‘z malhami (tyubikda).
3. Bolaga qulay vaziyat tanlash taklif qilinadi.
4. Ko‘zlar sanatsiya qilinadi.
5. Bolaning boshi biroz orqaga engashtiriladi. Tyubik ishchi qo‘lga olinadi.
6. Ishchi bo‘lmagan qo‘l bilan pastki qovoq pastga tortiladi.
7. Tyubikni ko‘zning ichki burchagi sohasidan tashqi burchagi tomonga yo‘nalishda asta-sekinlik bilan harakatlantiriladi, bunda ichidagi malham siqib chiqarib boriladi. Malham bir tekisda qovoqning ichki yuzasini qoplashi kerak.
8. Qovoq qo‘yib yuboriladi, tyubik ko‘z oldidan olinadi, qovoq ko‘z olmasiga bosiladi.
9. Qovoqlar barmoqlar bilan yengil uqalab qo‘yiladi.

6.6. Quloqlarga dori tomizish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Qo‘lqoplar kiyiladi.
3. Tayyorlab qo‘yiladi: suvli hammomda isitilgan dori moddasi, tomizg‘ich, pilikcha.

4. Bolani o'tqizib, boshini teskari tomonga og'diriladi.
5. Tomizg'ichga dori moddasi tortiladi.
6. Chap qo'l bilan quloq suprasini orqaga va tepaga tortiladi.
7. Quloqqa 3–4 tomchi tomiziladi yoki pilikcha o'rnatiladi.
8. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

6.7. Burunga dori tomizish

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: dori vositasi (isitilgan), tomizg'ich, paxta tugunchalar, o'simlik yog'i, lotok.
3. Qo'llarga ishlov beriladi.
4. Burun yo'llari qatqaloq va ajralmalardan tozalanadi.
5. Bolaning boshi orqa tomonga og'diriladi.
6. Dori tomizg'ichga tortiladi.
7. 2–3 tomchi dori burun yo'liga tomiziladi.
8. Xuddi shu tartibda dori ikkinchi burun yo'liga ham tomiziladi.
9. Burun qanotlari burun to'sig'iga bosib turiladi.
10. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.
11. Qo'llar yuviladi.

6.8. Ingalyatsiya usulida dorilarni qo'llash

Ingalyatsiya – dori moddalarini nafas yo'llari orqali kiritish usuli bo'lib, gazlar (kislorod, karbonat angidrid), shuningdek, chang holdagi mayda moddalar(aerozollar)dan nafas olish mumkin. Ularni hosil qilish uchun pulverizator kabi ishlangan maxsus apparatlar yoki bug' ingalyatorlari ishlatiladi – qisilgan havo yoki kislorod eritmalari changsimon holatga keltiriladi, ulardan bemor nafas oladi. Ingalyatsiyalarni, shuningdek, dori solinadigan dastaki (cho'ntak) ingalyatorlari yordamida ham o'tkazish mumkin.

1. Tayyorlab qo'yiladi: cho'ntak ingalyatori.
2. Bolaga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
3. Ingalyator ballonchasi qo'lga olinadi.
4. Balloncha qopqog'i yechiladi, mundshtuk kiydiriladi.
5. Balloncha silkitiladi.
6. Balloncha tubini yuqoriga qaratib katta va ko'rsatkich barmoqlar bilan vertikal holda ushlanadi.
7. Boladan mundshtukni lablari bilan ushlashi so'raladi.
8. Boladan chuqur nafas olib, uni ushlab turishi so'raladi, shu vaqtning o'zida balloncha tubi bosilib, aerozolni nafas yo'llariga siqib chiqariladi.

9. Boladan 10 soniya nafasini ushlab turishi so‘raladi.
10. Ingalyator tortib olinadi va qopqog‘i kiydiriladi.

Izoh:

- cho‘ntak ingalyatori individual qo‘llaniladi;
- kuniga 5–7 martadan ortiq qo‘llab bo‘lmaydi.

6.9. Teri orasiga inyeksiya qilish texnikasi

Teri orasiga inyeksiyalar tashxis maqsadida qilinadi. Bularga misol qilib Mantu sinamasini (silni aniqlash uchun), Byurne sinamasini (brutsellyozni aniqlash uchun), Kasoni sinamasini (exinokokkozni aniqlash uchun), Mak Klyur-Oldrich sinamasini (yashirin shishlarni aniqlash uchun) ko‘rsatish mumkin. Bundan tashqari, teri orasiga inyeksiyalardan mahalliy og‘riqsizlantirish maqsadida ham foydalaniladi. Bajarish tartibi:

Inyeksiya joyi: teri-allergik sinamasi uchun bilakning kaft yuzasi, anesteziya uchun anesteziya yuzasi. Bolaning holati – o‘tirgan yoki yotgan holda.

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: 1ml li shpris, 10–15 mm li uchi 40–45° qiyshiq qilib kesilgan ingichka va kalta igna, dori vositasi, steril paxta tugunchalar, 70 % li spirt.
3. Dori vositasining nomi, dozasi diqqat bilan o‘qiladi, kerakli eritma tayyorlanadi.
4. Bolaga ayni shu dori vositasi buyurilganligi tekshirib ko‘riladi.
5. Qo‘lqoplar kiyiladi.
6. Shpris va igna yig‘iladi. Shprisga dori vositasining kerakli miqdori tortiladi.
7. Bolaga yoki uning onasiga inyeksiya maqsadi va dori vositasi ta’siri tushuntiriladi.
8. Bolaning qulay vaziyat tanlashiga yordam beriladi.
9. Inyeksiya joyidagi teriga ishlov beriladi.
10. Inyeksiya joyini ikkinchi marta 70% li spirtda ho‘llangan paxta tugunchasi bilan artiladi.
11. Chap qo‘l bilan inyeksiya joyidagi teri taranglashtiriladi.
12. O‘ng qo‘l bilan shpris ushlanadi. Bunda ko‘rsatkich barmoq igna muftasida, qolgan barmoqlar esa shpris porshenida bo‘ladi. Igna kesimi yuqoriga qaragan bo‘lishi kerak (50-rasm).



50-rasm. Teri ostiga inyeksiya qilish.

13. Igna bilan teri teshiladi, igna kesimi ko‘rinmay qolgunga qadar teri ichiga kiritiladi va keyin igna uchi teri bilan birga ko‘tariladi.

14. Chap qo‘l bilan dori vositasi yuboriladi, o‘ng qo‘l bilan esa igna ushlab turiladi. Igna to‘g‘ri kiritilgan taqdirda 4–5 mm li papula (“limon po‘sti”) hosil bo‘lishi kerak (51-rasm).

15. Paxta tugunchasi bilan inyeksiya joyi bosilmasdan, asta-sekin igna tortib olinadi.

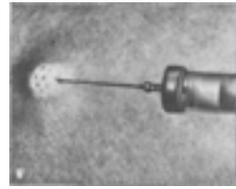
16. Bolaning qulay vaziyat tanlashiga yordam beriladi.

17. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

18. Qo‘lqoplar yechiladi va qo‘llarga ishlov beriladi.

19. Bajarilgan muolaja haqida bolaning tibbiy varaqasiga yozuvlar kiritiladi.

Inyeksiyadan so‘ng qoladigan «limon po‘sti» ko‘rinishidagi bo‘rtmacha 0,5–1 soat mobaynida so‘rilib ketadi. Teriga yuborilgan dori eritmasi (0,1ml) yoki zardobga (0,1ml) ortiqcha sezuvchanlik bo‘lganda 0,5–1 soatdan so‘ng atrofidagi teri qizarib qoladi. Bu holda davolash uchun mazkur vositani qo‘llashdan voz kechishga to‘g‘ri keladi. Mantu, Byurne, Kasoni sinamalarining natijalariga 24–48 soat o‘tgach, baho beriladi.



51-rasm. Teri orasiga inyeksiya qilish – “limon po‘sti” paydo bo‘lishi.

6.10. Teri ostiga inyeksiya qilish texnikasi

Teriosti yog‘ hujayrasi tomirlarga boy yumshoq to‘qimadan iborat, shunga ko‘ra teri ostiga bir necha millilitrdan (inyeksiyalar) 0,5 l gacha (quyish) dori eritmalarini yuborish mumkin. Moydagi eritmalar sekin so‘riladi, ularni bir necha millilitr miqdorida va so‘rilishni yaxshilash maqsadida albatta ilitilgan holda yuboriladi.

Teriosti inyeksiyalari uchun aksari yelka va sonlarning tashqi yuzasidan, kamroq hollarda kurak osti va qorin sohasidan foydalaniladi. Dori quyish uchun sonlarning oldingi tashqi yuzasidan foydalaniladi.

Teriosti yog‘ hujayrasi shishgan yoki avvalgi inyeksiyalar yaxshi so‘rilmaganligi tufayli qattiqlashib qolgan joylarga inyeksiya va dori yuborishga ruxsat etilmaydi. Bajarish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo‘yiladi: shpris, igna, dori vositasi, steril tugunchalar, 70% li spirt.
3. Diqqat bilan dori vositasining nomi va sanasi o‘qiladi.
4. Bolaga ayni shu dori vositasi buyurilganligi tekshirib ko‘riladi.
5. Qo‘lqoplar kiyiladi.

6. Shpris va igna yig'iladi. Shprisga dori vositasi kerakli miqdorda tortiladi.

7. Bolaga yoki uning onasiga inyeksiya maqsadi va dori vositasining ta'siri tushuntiriladi.

8. Inyeksiya uchun kerakli joyni tanlanadi, paypaslab ko'riladi, agar infiltratlar bo'lsa, boshqa joy tanlanadi.

9. Bolaga qulay vaziyat tanlashga yordam beriladi.

10. Inyeksiya joyi ochib qo'yiladi, teriga spirtli tuguncha bilan ishlov beriladi.

11. Inyeksiya joyini ikkinchi marta 70% li spirtida ho'llangan paxta tugunchasi bilan artiladi.

12. Chap qo'lning 3- va 4-barmoqlari orasiga spirtli tuguncha olinadi.

13. O'ng qo'lga igna bilan shpris shunday olinadiki, bunda igna kanyulyasida 2-barmoq, porshenda 5-barmoq, qolgan barmoqlar esa silindrda bo'lsin.

14. Chap qo'l bilan inyeksiya joyidagi teri va teriosti yog' qatlamida uchburchak shaklidagi burmacha hosil qilinadi.

15. 45°C burchak ostida igna kesimini yuqoriga qaratib, igna uzunligining 2/3 qismigacha zudlik bilan kiritiladi.

16. Teri burmasi qo'yib yuboriladi, chap qo'lning 2- va 3-barmoqlari bilan shpris silindrining gardishi ushlanadi, 1-barmoq bilan porshen asta-sekin bosiladi, shpris o'ng qo'lga ushlanadi va asta-sekin dori moddasi kiritiladi (52-rasm).

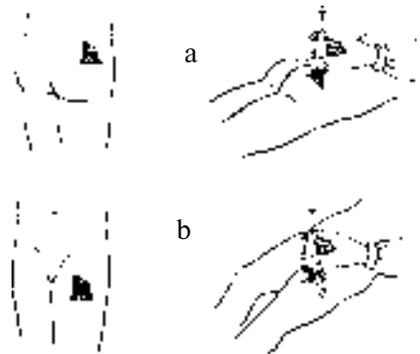
17. Inyeksiya joyiga spirtli paxta tuguncha qo'yiladi va igna zudlik bilan tortib olinadi, paxta tuguncha bosiladi, kerak bo'lsa, biroz uqalanadi.

18. Shpris, igna chetga olib qo'yiladi, qo'lqoplar yechiladi.

19. Bolaga qulay vaziyat tanlashga yordam beriladi.

20. Qo'llarga ishlov beriladi.

21. Bajarilgan muolaja haqida bolaning tibbiy varaqasiga yozuvlar kiritiladi.



52-rasm. Muskel orasiga inyeksiya qilish: a – yonboshning yuqori tashqi kvadratiga; b – sonning old tashqi sohasiga.

6.11. Muskel orasiga inyeksiya qilish texnikasi

Mushak orasiga inyeksiyalar qilish uchun ignalarining qalinligi 0,8–0,5 mm va uzunligi 7–8 sm bo'lgan «Rekord» shprisidan foydalaniladi. Ignaning kalta-uzunligi teri osti klechatkasining qalinligiga

bog‘liq, chunki igna kiritilganda teriosti yog‘ qavatidan o‘tishi va mushak bag‘riga borishi kerak. Bajarish tartibi:

- Inyeksiya joyi: – yelkaning yuqori 1/3 qismi;
– sonning old yuzasi;
– dumba sohasining yuqori-tashqi kvadranti (53-rasm).

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo‘yiladi: hajmi 5–10 ml bo‘lgan shpris, uzunligi 40–50 mm keladigan igna, dori vositasi, steril tugunchalar, 70% li spirt.

3. Diqqat bilan dori vositasining nomi, dozasi o‘qiladi. Kerakli eritma tayyorlanadi.

4. Bolaga ayni shu dori vositasi buyurilganligi tekshirib ko‘riladi.

5. Shpris va igna yig‘iladi.

6. Shprisga dori vositasini kerakli miqdorda tortib inyeksiyaga tayyorlab qo‘yiladi.

7. Bolaga yoki uning onasiga inyeksiya maqsadi va dori vositasining ta’siri tushuntiriladi.

8. Inyeksiya uchun kerakli joy tanlanadi.

9. Bolaga qulay vaziyat tanlashga yordam beriladi.

10. Qo‘lqoplar kiyiladi.

11. Inyeksiya joyi ko‘zdan kechiriladi va paypaslab ko‘riladi, infiltratlar va teri kasalliklari yo‘qligiga ishonch hosil qilinadi.

12. Inyeksiya joyi ochib qo‘yiladi, teriga spirtli tuguncha bilan ishlov beriladi va paxta tuguncha tashlab yuboriladi.

13. Inyeksiya joyi ikkinchi marta 70% li spirtida ho‘llangan paxta tugunchasi bilan artiladi. Chap qo‘lning 3- va 4- barmoqlari orasiga spirtli tuguncha olinadi.

14. O‘ng qo‘lga igna bilan shpris olinganda 5- barmoq igna muftasini ushlab tursin, 2-barmoq esa porshen ustiga qo‘yiladi, 1-, 3- va 4-barmoqlar bilan shpris silindri ushlanadi.

15. Chap qo‘l bilan inyeksiya joyidagi teri taranglantiriladi va teri burmaga olinadi.

16. Igna tezlik bilan, lekin ehtiyot choralarini ko‘rgan holda, 90° li burchak ostida muskul orasiga kiritiladi. Bunda igna muftasi ostida taxminan 1 mm joy qolishi kerak.

17. Shprisni qo‘ldan qo‘yib yubormasdan teri bo‘shashtiriladi. Porshen ustiga erkin qo‘l barmoqlarini qo‘yib, dori yuboriladi.



53-rasm. Venalarni punksiya qilish (1) va veneseksiya qilish (2) joylari.

18. Shpris va igna tortib olinadi, shu vaqtning o'zida boshqa qo'l bilan inyeksiya joyiga spirtli tugunchani bostiriladi.

19. Inyeksiya joyini aylana harakatlar bilan paxta tuguncha yordamida uqalanadi.

20. Bolaga qulay vaziyat tanlashga yordam beriladi.

21. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

22. Qo'lqoplar yechiladi va qo'llarga ishlov beriladi.

23. Bajirilgan muolaja haqida bolaning tibbiy varaqasiga yozuvlar kiritiladi.

24. 20–25 daqiqadan so'ng inyeksiya joyi va bolaning ahvolidan xabar olinadi.

Izoh: Muskul orasiga emulsiya ko'rinishidagi dori vositalari yuboriladigan bo'lsa, hamshira harakatlari tartibi quyidagicha bo'lishi lozim:

– teri qo'yib yuboriladi, erkin qo'l barmoqlari bilan porshen ushlanadi, igna tomirga tushib qolmaganligini tekshirish uchun porshenni orqaga tortib ko'riladi. Agar silindrga qon tortilsa, igna tortib olinadi. Agar qon tortilmasa, dori yuboriladi;

– qolgan harakatlar tartibi yuqoridagi kabi.

Sonning mushak orasiga dori yuborishda shprisni yozuv perosi kabi burchak ostida tutib turish kerak. Shunda suyak usti pardasiga shikast yetmaydi.

6.12 Antibiotiklarni eritish va dozalash

Antibiotiklar maxsus flakonlarda kristalli kukun ko'rinishida chiqariladi. Ishlatishdan oldin uni 0,25–0,5 foizli novokain eritmasida eritiladi. Steril shprisga antibiotik miqdoriga ko'ra erituvchi olinadi. U ta'sir birliklarida (*TB*) dozalanadi. 100000 *TB* ga 1 *ml* erituvchi, 500000 *TB* ga 5 *ml* va hokazo erituvchilar olish lozim. Flakondan qopqog'i olinadi, rezina probkasini spirt bilan artiladi va shpris ignasi bilan teshiladi.

Eritma asta-sekin kiritiladi, eritma ta'siri ostida antibiotik eriydi, so'ngra flakon to'nkariladi va suyuqlik shprisga so'rib olinadi. Antibiotik eritmasini isitish mumkin emas, chunki harorat ta'sirida u parchalanadi. Antibiotikni eritilgan holda 1 kundan ko'p saqlab bo'lmaydi. Yod ham antibiotiklarni parchalaydi, shuning uchun flakonlarning rezina probkasi va inyeksiya qilinadigan joydagi teri yod nastoykasi bilan artilmaydi.

Demak, 1000005 *TB* dagi penitsillin 10 *ml* erituvchi bilan eritilganda har 1 *ml* eritmada 100000 *TB* quruq dori moddasi bo'ladi. Bolaga

350000 *TB* miqdorda antibiotik buyurilgan bo'lsa, hamshira flakondagi eritilgan eritmadan shprisga 3,5 *ml* eritma so'rib olishi kerak bo'ladi.

Chaqaloqlarning muskul qavati yaxshi rivojlanmaganligini hisobga olib ularga qilinadigan inyeksiyalar miqdori kamroq bo'lishi talab etiladi. Ana shu maqsadda ularga antibiotiklar eritishda erituvchi bir hissa kamroq olinadi. Masalan, 1000000 *TB* penitsillin 10 *ml* da emas, 5 *ml* da eritiladi. 100000 *TB* penitsillin yuborish uchun endi 1,0 *ml* emas 0,5 *ml* eritma olinadi.

6.13. Vena ichiga inyeksiya qilish texnikasi

Dori moddalarini bu usulda yuborishda dori moddasi bevosita qonga tushadi va tez vaqt ichida ta'sir ko'rsatadi. Venaga dori quyish venepunksiya yo'li bilan amalga oshiriladi.

Kamroq miqdordagi dorilarni venaga shifokor yoki tajribali tibbiyot hamshirasi yuboradi. Bajarish tartibi:

Inyeksiya joylari: boshning, tirsak burmasining, bilakning, kaftning orqa yuzasi, oyoq panjasining yuzaki venalari.

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.

2. Qo'lqoplar kiyiladi.

3. Tayyorlab qo'yiladi: hajmi 10–20 *ml* bo'lgan shpris, diametri 0,8–1,1 *mm*, uzunligi 40–50 *mm* keladigan igna, dori vositasi, steril tugunchalar, 70% li spirt, rezina bog'ich, yostiqcha.

4. Diqqat bilan dori vositasi nomi, dozasi o'qib ko'riladi. Bemorga ayni shu dori vositasi buyurilganligi tekshiriladi va kerakli eritma tayyorlanadi.

5. Shpris va igna yig'iladi.

6. Shprisga dori vositasi kerakli miqdorda tortiladi va inyeksiyaga tayyorlab qo'yiladi.

7. Bolaga yoki uning onasiga inyeksiya maqsadi va dori vositasi ta'siri tushuntiriladi.

8. Inyeksiya uchun kerakli joy tanlanadi.

9. Bolaga qulay vaziyat tanlashga yordam beriladi (o'tirgan yoki yotgan holda).

10. Venepunksiya qilinadigan inyeksiya joyi ochib qo'yiladi, inyeksiya joyidan 4–5 *sm* yuqorida rezina bog'ich sirtmoq sifatida bog'lanadi, bunda



54-rasm. Rezina bog'ich (jgut) bog'lash.

bog'ich uchlari inyeksiya joyiga tegmasligi kerak. Rezina bog'ichni tugun qilib va yalang'och teriga bog'lash mumkin emas (54-rasm).

11. Puls va bog'langan rezina bog'ich ostidagi vena paypaslab ko'riladi.

12. Inyeksiya joyi 70% li spirtda ho'llangan paxta tugunchasi bilan artiladi va paxta tuguncha tashlab yuboriladi.

13. In'eksiya joyi ikkinchi marta boshqa 70% li spirtda ho'llangan paxta tugunchasi bilan artiladi. Chap qo'lining 3- va 1-barmoqlari orasiga spirtli tuguncha olinadi.

14. O'ng qo'lga igna bilan shpris shunday olinadiki, bunda igna muftasi yuqoridan 2-barmoq bilan, silindr esa qolgan barmoqlar bilan ushlanadi.

15. Chap qo'l bilan inyeksiya joyidagi teri taranglashtiriladi va bir vaqtning o'zida vena fiksatsiya qilinadi.

16. Shpris va igna vena yo'nalishi bo'ylab ushlanadi.

17. Igna tezlik bilan, lekin ehtiyot choralarini ko'rib, 30° li burchak ostida avval teri ostiga, keyin venaga kiritiladi. Vena qon tomiri ichiga tushganda yengillashish seziladi.

18. Shprisni qo'ldan qo'yib yubormasdan ko'rsatkich barmoq bilan igna bola terisiga bosiladi. Venaga tushganlik tekshirib ko'riladi. Buning uchun erkin qo'l bilan porshen orqaga tortiladi, agar shprisga qon chiqsa, igna venada deb hisoblanadi.

19. Igna vena yo'nalishi bo'yicha biroz oldinga kiritiladi, ignaning venada ekanligi tekshiriladi. Shpris o'ng qo'ldan qo'yib yuborilmaydi. Igna ko'rsatkich barmoq bilan fiksatsiya qilinadi.

20. Erkin qo'l bilan bog'ich bo'shatiladi.

21. Igna venada ekanligini bilish uchun porshenni tortib, yana bir bor tekshirib ko'riladi.

22. Porshen asta-sekinlik bilan bosilib, dori venaga yuboriladi.

23. Igna kirgan joyga paxtali tugunchani bosib turib, ignani zudlik bilan tortib olinadi.

24. Mahkam qilib aseptik bog'lam qo'yiladi.

25. Bolaga qulay vaziyat tanlashga yordam beriladi.

26. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

27. Qo'lqoplar yechiladi va ishlov beriladi.

28. Bajarilgan muolaja haqida bolaning tibbiy varaqasiga yozuvlar kiritiladi.

29. 20–25 minutdan keyin inyeksiya joyi va bolaning ahvoli ko'zdan kechiriladi.

Izoh: Agar venepunksiya tirsak venasida bajarilsa, 24 punktada boladan qo'lini tirsagida bukib, shu holatda 2–3 daqiqa ushlab turishi so'raladi.

6.14. Tomchilab dori yuborish tizimini yig'ish va tayyorlash tartibi

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: tizim, flakondagi dori vositasi, 70% li spirt, steril paxta tugunchalari, lotok, pinset, qisqich, qaychi, shtativ, rezina bog'ich, leykoplastir.
3. Diqqat bilan dori vositasi nomi, dozasi o'qib ko'riladi. Bolaga ayni shu dori vositasi buyurilganligi tekshiriladi. Kerakli eritma tayyorlanadi.
4. Qisqich yoki pinset yordamida flakon qopqog'i ochiladi.
5. Flakonning rezina tiqinini 70% li spirda ho'llangan paxta tuguncha bilan artiladi.
6. Tuguncha rezina tiqinda qoldiriladi.
7. Sistema qobig'ining kesish joyi spirtli tuguncha bilan artiladi.
8. Paket qaychi yordamida qirqiladi.
9. Paketdan havo o'tkazgich tortib olinadi.
10. Havo o'tkazgich ignasi flakonga tiqinidan kiritiladi.
11. Havo o'tkazgichning erkin uchi rezina bilan mahkamlanadi.
12. Flakonga dori ignasi kiritiladi.
13. Qisqich yopiladi.
14. Flakon shtativga o'rnatiladi.
15. Filtr biroz siqish yo'li bilan yarmigacha dori vositasi bilan to'ldiriladi.
16. Inyeksion ignadan qalpog'i olinadi, uni erkin qo'lga olib, lotok ustida ushlanadi.
17. Qisqich asta bo'shatilib, tizim pastki qismidagi havoning chiqib ketishi ta'minlanadi.
18. Eritmani yuborish uchun kerakli tezlik tanlanadi.
19. Sistemaning rezina qismiga qisqich o'rnatiladi.
20. Inyeksion igna qalpoqchasi kiydiriladi.
21. Sistemaning pastki qismi qisqich halqasi yordamida shtativga mahkamlanadi.
22. 3 bo'lak leykoplastir tayyorlab, shtativga yopishtiriladi.
23. Lotokda spirda ho'llangan steril paxta tugunchalari tayyorlanadi.
24. Flakonga issiq suvli isitgich mahkamlab qo'yiladi.

Izoh: Agar yuboriladigan eritmalar miqdori ko'p bo'lsa, 4-punktga qo'shib qo'yiladi: flakon suv hammomida 20–24°C gacha ilitiladi.

6.15. Qon chiqarish yoki turli tekshiruvlar uchun venadan qon olish texnikasi

Qon chiqarish yoki qon olish bolalarda turli maqsadlarda amalga oshiriladi: 1) Qon dimlanish hollari (o'pka shishi) ro'yirost ko'ringan yurak yetishmovchiligida aylanib yurgan qon massasini kamaytirish yo'li bilan yurak ishini osonlashtirish uchun; 2) Buyraklarda azot ajratish funksiyasi yetishmay qoladigan surunkali nefritda va zaharlantirishda organizmdan azotli moddalar va boshqa zararlarni chiqarib tashlab, keyin fiziologik eritma yoki 5 foizlik glyukoza eritmasini yuborish uchun qonning bir qismini suyuqlik bilan almashtirib, qondagi zahar konsentratsiyasini kamaytirishga va uning buyrak orqali ajralib chiqishini tezlashtirishga erishiladi; 3) Turli biokimyoviy va bakteriologik, serologik tekshiruvlar uchun.

Qon olish uchun venaga inyeksiya qilish mavzusida bayon etilganday venalarga tushiladi. Lekin shuni e'tiborga olish lozimki, bu muolaja bajarilishida aseptika qoidalariga amal etish, og'iz-burunga niqob tutish va muolajani steril qo'lqopda bajarish talab etiladi. Hamshira venaga tushgach, jgutni yechmasdan igna uchiga toza probirka tutib turadi va kerakli miqdorda qon olib bo'lgach, avval jgutni bo'shatib, so'ng tezlik bilan ignani chiqaradi. Sanchilgan joyga spirtdagi yod eritmasidan surtib, 2–3 daqiqa steril paxta sharcha bosiladi yoki bosib turadigan quruq steril bog'lam qo'yiladi. Qanday sabablarga ko'ra qon olinishiga qarab chiqariladigan qon miqdori turlicha, 3–5–10 ml dan 100–200 ml atrofida bo'ladi.

7. NAFAS A'ZOLARI PATOLOGIYASIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMLAR

7.1. Tana haroratini o'lchash

Termoregulyatsiya deb, organizmda issiqlik hosil bo'lishi va issiqlik chiqarishini boshqarib turadigan murakkab jarayonlarga aytiladi. Tana harorati shu tufayli doimiy bo'ladi.

Bolalarda harorat normada kattalarnikidan birmuncha yuqori bo'ladi, chunki ularning o'sishi uchun zarur oksidlanish jarayonlari jadalroq boradi.

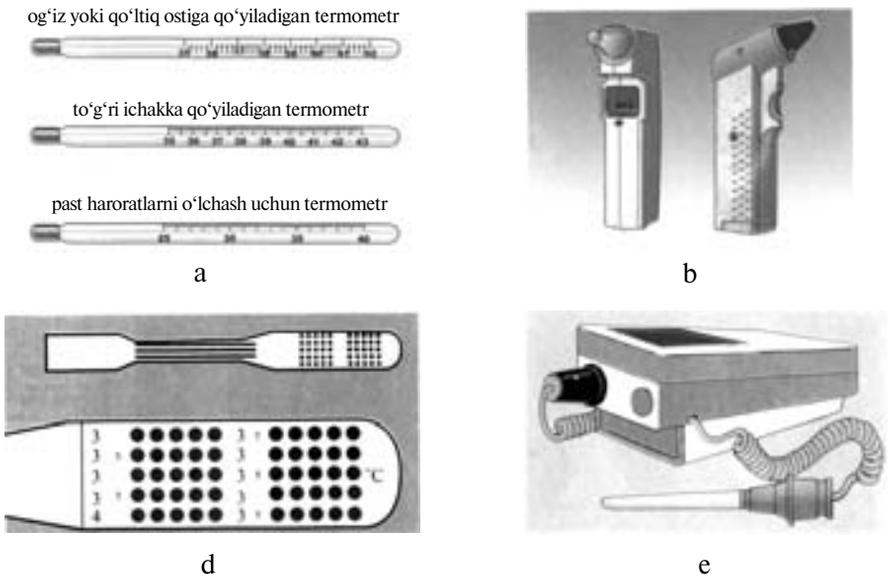
Harorat kun mobaynida darajaning bir necha o'nlik ulushiga o'zgarishi oksidlanish jarayonlarining bola yoshi yoki ovqat yeyishi bilan bog'liq bo'lgan o'zgarishlariga bevosita bog'liqdir. Sog'lom bolalarda

harorat kechqurundagiga nisbatan, odatda ertalab gradusning o'ndan bir necha ulushigacha past bo'ladi. Harorat qayerdan o'lchanganiga qarab ko'rsatkichlar ham har xil bo'ladi. Chunonchi, og'iz bo'shlig'i, qin, to'g'ri ichak shilliq pardasining harorati qo'ltiq va chov sohalari terisining haroratidan 0,2–0,4°C yuqoridir.

Katta odamning qo'ltiq sohasida o'lchangan o'rtacha harorati 36,5–37°C ga teng deb qabul qilinsa, bolalarda u 0,5–1° yuqori (37–37,5°), keksalarda esa pastroq (35,5–36,5°) bo'ladi.

Biroq haroratning fiziologik o'zgarishlari nimalarga bog'liq bo'lishidan qat'i nazar, normada 1°C dan oshmasligi kerak.

Tana haroratini o'lchash uchun hozirgi vaqtda juda ko'p modifikatsiyadagi termometrlar tavsiya etilmoqda. Bularga og'iz-qo'ltiqosti, rektal, past haroratlarni o'lchovchi, kimyoviy, timpanik va elektron termometrlarni keltirish mumkin. Ushbu termometrlardan kimyoviy, timpanik va elektron termometrlar (55-rasm) hali tekshiruv va sinov bosqichida hisoblanadi. Bajarish tartibi:



55-rasm. Termometr turlari: a – shisha termometrlar; b – timpanik termometrlar; d – kimyoviy bir martalik termometrlar; e – elektron termometr.

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: tibbiy termometr, sochiq, haroratni qayd qilish jurnali, dezinfeksiyalovchi eritma (xloraminning 1% li eritmasi) solingan idish.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
4. Bolaga qulay vaziyat egallash taklif qilinadi.
5. Termometrni qo'lg'a olib, simobning rezervuarda ekanligiga ishonch hosil qilinadi, kerak bo'lsa silkitib simobni rezervuarga tushiriladi.
6. Haroratni o'lchash sohasida mahalliy yallig'lanish jarayoni bor-yo'qigini tekshirish uchun ko'zdan kechiriladi.
7. Haroratni o'lchash sohasi quruq sochiq bilan artiladi.
8. Termometrni teri burmasida shunday joylashtiriladiki, simob rezervuari har tomonlama teriga tegib turishi kerak.
9. Termometrni 7–10 minutdan keyin olinadi.
10. Termometr ko'rsatkichini simob ustunining balandligi bo'yicha baholanadi.
11. Termometr ko'rsatkichi haroratni qayd qilish jurnaliga kiritiladi.
12. Termometrni simob rezervuariga tushguncha yoki 35°C ko'rsatkichiga qadar tushgunicha silkitiladi.
13. Termometrga ishlov beriladi.
14. Haroratni qayd qilish jurnalidagi ko'rsatkich harorat varaqasiga grafik egrilik ko'rinishida kiritiladi.

Termometrlarga ishlov berish:

- quyidagi dezinfeksiyalovchi vositalar xloraminning 2% li eritmasiga 30 daqiqaga;
- vodorod peroksidining 3% li eritmasiga 80 daqiqa, dezoksonning 0,5% li eritmasiga 20 daqiqaga solib qo'yiladi;
- oqar suv bilan hidsizlanguncha yuvib quritiladi;
- termometrlarni quruq holda ostida paxta bo'lgan idishda saqlanadi.

Chaqaloqlarda harorat chov burmasidan yoki to'g'ri ichakdan o'lchanadi. Termometrni chov burmasiga qo'yib, oyoqni chanoq son bo'g'imidan bukiladi. Termometr rezervuariga vazelin surtiladi va orqa chiqaruv yo'liga 2–3 sm kiritiladi. O'lchash vaqtida dumbalarni qisib turish lozim. Termometr chiqarib olingandan so'ng tozalab yuviladi va dezinfeksiya qilinadi.

Og'iz bo'shlig'idan o'lchash uchun termometr rezervuarini tilning pastki yuzasi bilan og'iz bo'shlig'i tubining orasiga qo'yiladi. Bemor og'zini yumib termometrni tutib turadi (56-rasm).

Qo'ltiq va chov sohasidan haroratni o'lchash muddati 7–10 daqiqa, bo'shliqlardan o'lchash muddati 5 daqiqa.



56-rasm. Tana haroratini og'iz bo'shlig'ida o'lchash.

Kasalxonada harorat hamma bemorlarda ertalab soat 7–00 dan 9–00 gacha, kechqurun soat 17–00 dan 19–00 gacha o‘lchanadi. Ba’zan kuniga 3–4 marta yoki har 2-soatda o‘lchash talab etiladi, chunki harorat ko‘tariladigan vaqt hamma bemorlarda ham uni odatdagi o‘lchash vaqtiga mos kelavermaydi.

Olingan ma’lumotlar kasallik tarixiga yozib boriladi. Bundan tashqari, har bir bemorga harorat varaqasi tutilib, uni kasallik tarixiga qo‘shib qo‘yiladi. Har bir o‘lchash natijasini shu varaqqa yozish, so‘ngra kasallik tarixiga ko‘chirish kerak.

7.2. Nafas sonlarini sanash

Nafas olishning chastotasini (tezligini) bola tinch turganda aniqlanadi. Bola yo‘talganida, yig‘laganda, qo‘rqqanda nafas olish tezlashadi, shuning uchun bolani ovutib olish kerak. Ba’zan bolani nafas olishini uxlagandagina hisoblash mumkin bo‘ladi.

Nafasni sanash uchun tibbiyot hamshirasi bolani qulay vaziyatga o‘tqazib qo‘yadi yoki yotqizadi, o‘z qo‘llarini isitib oladi va qo‘lini bolaning qorniga yoki ko‘kragiga (nafas olish tipiga qarab) qo‘yib, iloji boricha bolaga bilintirmasdan sanay boshlaydi (bola tez-tez nafas ola boshlashi yoki nafasni to‘xtatib turishi mumkin). Bajarish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
2. Pulsni aniqlayotgan kabi bolaning kaftini qo‘yib yubormasdan, bo‘sh qo‘lni bemor ko‘kragiga qo‘yiladi.
3. Bolaga bildirmasdan 1 daqiqa ichida nafas sonlari hisoblanadi.
4. Qo‘li qo‘yib yuboriladi.
5. Nafas olish natijalari baholanadi, kerak bo‘lsa, shifokorgacha bo‘lgan yordamni ko‘rsatiladi.
6. Natijalar bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi: raqamli natijalarni kasallik tarixiga, nafas sonini grafik ko‘rinishida harorat varaqasiga ko‘k qalam bilan qayd qilinadi.

7.3. Namlangan kislorod berish

Turli xil kasalliklarda birdan boshlangan gipoksiya (kislorod yetishmasligi) bilan kurashishning asosiy usuli ingalyatsion oksigenoterapiya (kislorodli aralashmani nafasga oldirish) hisoblanadi.

Bolaga kislorod berishning quyidagi usullari mavjud:

- oddiy mundshtuk, voronka (maska) yoki so‘rg‘ich orqali og‘iz-burun sohasiga kislorod yuborish;
- burun kateterlari orqali kislorod yuborish;

- maxsus niqoblar yordamida kislorod berish;
- kislorodli palatka (ДКП-1) dan foydalanish.

Kasal bola organizmiga kislorod kiritishning eng samarali usuli kislorodli palatka yordamida ingalyatsiya amalga oshiriladigan usul bo‘lib, mazkur usul kislorodni dozalash, ya‘ni uning konsentratsiyasini ko‘paytirish yoki kamaytirish imkonini beradi va bolaning harakat aktivligini cheklab qo‘ymaydi.

Burun kateteri yoki voronka (maska) yordamida kislorod berish o‘zining ahamiyatini butunlay yo‘qotmagan bo‘lsa-da, har holda hozirgi paytda kamroq qo‘llaniladi, chunki bu usulda sarf qilinayotgan kislorodning juda kam miqdorigina o‘pkaga kirib boradi, kislorodning jadal oqimi esa nafas yo‘llarining shilliq pardasini quritib, ta’sirlaydi, bolani nafas harakatlari va yurak urishining ritm va chastotasini reflektor ravishda izdan chiqarishi mumkin.

Ingalyatsion oksigenoterapiyaning birdan-bir sharti bolaning nafas yo‘liga kirayotgan kislorod oqimini namlab turish hisoblanadi. Buning uchun odatda Bobrov apparatidan yoki kislorodni suv o‘rtasidan o‘tkazib, gazni bir qadar namlaydigan boshqa qurilmalardan foydalaniladi. Bobrov apparatining suv ichiga tushirilgan naychasi kislorod manbaiga ulansa, ikkinchi, suv sathidan yuqorida joylashgan naychasidan namlanib chiqayotgan kislorod bemorga qo‘yilgan kislorod berish moslamasiga ulanadi.

Bunda Bobrov apparatidagi suvning ichida pufakchalarning paydo bo‘lishi kislorodning namlanayotganidan darak beradi.

7.4. Tomoqdan va burundan tekshirish uchun surtma olish

Tomoqdan (burundan) bakterial flora ga surtma metall sterjen yoki tayoqcha uchiga biriktirilgan steril tampon yordamida olinadi.

Shuni hisobga olish kerak bo‘ladiki, mazkur muolaja nahorga, dori qabul qilinmasdan turib, og‘iz hamda tomoqni dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan chayqashdan oldin bajariladi. Kichik yoshdagi bolalardan surtma olish paytida boshni ushlab tutib turadigan yordamchi kerak bo‘ladi yoki bu ishning bajarilishini bolaning onasiga tushuntiriladi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

3. Tayyorlab qo‘yiladi: steril shpatel, bakteriologik laboratoriyadan olingan kraft-paketga joylangan tamponli steril probirka, yo‘llanma.

4. Bolani yorug‘lik manbai yoniga o‘tkaziladi.

5. Qo‘lqoplar kiyiladi.
6. Chap qo‘lga shpatel va steril probirka olinadi.
7. Boladan og‘zini ochishi so‘raladi va shpatel bilan til ildizi bosiladi.
8. O‘ng qo‘l bilan probirkadan tampon olinadi, tampon bodomchalarga, ravoqlar va halqum orqa devoriga tekkazib olinadi (bunda og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatiga tegib ketmaslik lozim).
9. Ehtiyotkorlik bilan probirkaning tashqi yuzasiga tekkizmasdan tampon probirka ichiga tushiriladi.
10. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.
11. Yo‘llanma probirkaga biriktiriladi va bakteriologik laboratoriyaga olib boriladi.
12. Natija 7–10 kundan keyin olib kelinadi.
13. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

Burundan surtma olish tartibi

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo‘yiladi: bakteriologik laboratoriyadan olingan sterjenli steril probirka, yo‘llanma.
4. Bolani yorug‘lik manbaiga qaratib o‘tqaziladi, bolaning boshi biroz orqaga tashlangan bo‘lishi kerak.
5. Qo‘lqoplar kiyiladi.
6. Chap qo‘lga probirka olinadi va birinchi barmoq bilan burun uchini biroz yuqoriga ko‘tariladi.
7. O‘ng qo‘l bilan probirkadan tamponli sterjen chiqariladi va yengil aylana harakatlar bilan tampon chap tarafdagi pastki burun yo‘liga kiritiladi.
8. Tampon ehtiyotkorlik bilan probirka tashqi yuzasiga tekkazmasdan ichiga joylanadi. Probirkaga “Ч” belgisi qo‘yiladi.
9. Chap qo‘lga 2-probirka olinadi va birinchi barmoq bilan burun uchini biroz yuqoriga ko‘tariladi.
10. O‘ng qo‘l bilan probirkadan tamponli sterjen chiqariladi va yengil aylana harakatlar bilan tampon o‘ng tarafdagi pastki burun yo‘liga kiritiladi.
11. Tampon ehtiyotkorlik bilan probirka tashqi yuzasiga tekkazmasdan ichiga joylanadi. Probirkaga “Ÿ” belgisi qo‘yiladi.
12. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.
13. Yo‘llanma biriktiriladi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.
14. Natija 7–10 kundan keyin olib kelinadi.
15. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

7.5. Balg'amni turli tekshiruvlarga yig'ish

Balg'am – yo'tal va tupurishda nafas yo'llaridan ajralib chiqadigan patologik ajralma. Balg'am paydo bo'lishi hamisha o'pka yoki bronxlarda patologik jarayon borligidan darak beradi. Balg'amga nafas a'zolari kasalligi belgisi sifatida baho berish uchun birinchidan balg'am miqdori, uning quyuq-suyuqligi, rangi, hidi va aralashmalarini hisobga olish zarur. Balg'am shilliqli, serozli, yiring va aralash bo'lishi mumkin. Balg'amda qon yoki ipir-ipir qon bo'lganda hamshira darhol shifokorga xabar berishi lozim. Bemor o'pkasida bo'shliq bo'lganda balg'am ko'p miqdorda ajraladi.

Balg'amning yaxshiroq ko'chishi uchun bemor eng qulay vaziyat tanlashi lozim, bu vaziyat yordamida drenaj qilish deyiladi. Jarayon bir tomonlama bo'lganda bemor sog'lom yonboshida yotadi. Vaziyat yordamida drenaj qilish kuniga 2–3 marta 20–30 daqiqadan o'tkaziladi. Tibbiyot hamshirasi bemor bu muolajani muntazam o'tkazishini kuzatib borishi zarur. Bemor balg'amni tufdonga – qopqog'i burab bekitiladigan to'q rangli shisha idishga tupurishi lozim. Kunlik miqdorni o'lchash uchun balg'amni cho'ntak tufdonidan qopqoqli va darajalarga bo'lingan tiniq rangli shisha idishga solinadi va qorong'i, salqin joyda saqlanadi.

a) Balg'amni umumiy tahlil uchun olish tartibi

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: toza keng bo'gizli, qopqoqli shisha flakon, og'iz chayish uchun eritma (furatsillinning 1:5000 yoki natriy gidrokarbonatining 2% li, kaliy permanganatining 0,1 % li eritmasi), yo'llanma.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
4. Qo'lqoplar kiyiladi.
5. Bolaning og'zi tayyorlangan antiseptik eritmalardan biri bilan chayiladi.
6. Bolada balg'am yaxshi ko'chishi uchun bronxlar drenaji o'tkaziladi.
7. Boladan yaxshilab yo'talib, balg'amni flakon chetlariga tekkizmasdan tupurish so'raladi.
8. Flakonning qopqog'i berkitiladi.
9. Qo'lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.
10. Flakonga yo'llanma biriktiriladi va klinik laboratoriyaga yuboriladi.
11. Natija o'sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.
12. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Izoh: Analiz uchun balg'amni ertalab nonushtadan oldin yig'ish kerak. Bronxlar drenaji quyidagicha o'tkaziladi: karavotning bosh qismi tushiriladi va oyoq qismi ko'tariladi. Bola qorniga yotqizilib, orqasiga yengil tukillatiladi.

b) Balg'amni mikroflora va antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun yig'ish tartibi

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: bakteriologik laboratoriyadan olingan steril flakon, ogiz chayish uchun eritma (furatsillinning 1:5000 yoki natriy gidrokarbonatining 2% li, kaliy permanganatining 0,1% li eritmasi), spirtovka, gugurt, yo'llanma.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
4. Qo'lqoplar kiyiladi.
5. Bolaning og'zi tayyorlangan antiseptik eritmalarning biri bilan chayiladi.
6. Bolada balg'am yaxshi ko'chishi uchun bronxlar drenaji o'tkaziladi.
7. Chap qo'l bilan steril flakon olinadi, o'ng qo'l bilan tiqini ochiladi.
8. Boladan yaxshilab yo'talib, balg'amni va lablarini flakonning chetlariga tekkizmasdan tupurishi so'raladi.
9. Flakon chetlari va tiqinini spirtovka alangasi ustida kuydirib olinadi.
10. Flakon tiqini bilan berkitiladi.
11. Qo'lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.
12. Flakonga yo'llanma biriktiriladi va bakteriologik laboratoriyaga yuboriladi.
13. Natija 7–10 kundan keyin olib kelinadi.
14. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Izoh: Tahlil uchun balg'amni ertalab nonushtadan oldin yig'ish kerak.

Balg'amli idishda bemorning ismi-sharifi hamda tekshirish maqsadi yozilgan qog'oz bo'lishi kerak. Hamshira balg'amga ishlatiladigan bankalarning hammavaqt toza bo'lishini kuzatib borishi lozim. Buning uchun har kuni ularni issiq suv bilan yuvish va 30 daqiqa mobaynida 2 foizli natriy gidrokarbonat eritmasida qaynatish lozim. Tufdon tubiga 5 foizli karbol kislota eritmasi, 2 foizli kaliy permanganat yoki 30 foizli xloramin eritmasi quyiladi. Umumiy tufdonlarni zararsizlantir-

rishda balg'am ustiga zararsizlovchi xloramin eritmasi, tindirilgan (balg'am ustiga) xlorli ohak eritmasi quyiladi, so'ngra kanalizatsiyaga to'kiladi.

Silga qarshi tibbiyot muassasalarida tufdondagi balg'amni qirindi yoki torf bilan aralastiriladi va maxsus pechlarda kuydiriladi.

Balg'amda ipir-ipir yoki ko'p miqdor qip-qizil qon paydo bo'lishi, o'pkadan oqayotgan qonni bildiradi.

7.6. Xantalma (gorchichnik) qo'yish texnikasi

Muolaja bolalarda, asosan, nafas a'zolari kasalliklarida qo'llaniladi. Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: xantal qog'ozlari, iliq suvli lotok, salftkalar, sochiq, malham (krem).
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
4. Bolaga qulay vaziyat tanlash taklif qilinadi.
5. Xantal qog'ozini suvli idishga solib ho'llanadi, xantal kukuni yopishgan tomoni bilan bola terisiga qo'yiladi.
6. Xantal qog'ozlarining ustidan sochiq va ko'rpa bilan yopiladi.
7. Xantal qog'ozlarini 7–10–15 daqiqadan keyin olib tashlanadi (teri biroz qizargan bo'lishi kerak).
8. Bola terisi nam salftka bilan artib, xantalning qoldiqlari olib tashlanadi, sochiq bilan quritiladi. Teriga krem surtiladi.
9. Bolani o'rab qo'yiladi va 2 soat davomida yotish tavsiya qilinadi.
10. Ishlatilgan buyumlarni chetga olib qo'yiladi va qoida bo'yicha ishlov beriladi.

Izoh: Xantal qog'ozini ishlatishdan oldin uning yaroqliligi aniqlanadi. Xantal qog'ozini qo'llashga qarshi ko'rsatmalar:

- tana haroratining yuqoriligi;
- teri kasalliklari;
- o'smalar;
- qon ketishiga moyilliklar.

7.7. Oyoqlarga isituvchi vannalar qilish

Oyoqqa qilinadigan issiq vannalar aksariyat yuqori nafas yo'llari kasalliklarida, ayniqsa hiqildoq yallig'lanishi, tinkani quritadigan yo'tal, nafas qisishi kabi holatlarda samarali vosita hisoblanadi.

Buning uchun chelak yoki boshqa shunga o'xshash chuqurroq idishga 37–40°C li issiq suv yoki 10 l (bir chelak) suvga 10 gr

hisobida xantal solib tayyorlangan va filtrlangan eritma qo‘yiladi. Keyin bolaning oyoqlarini unga tushirib, chelak bilan birga adyolga o‘rab qo‘yiladi.

Vahti-vaqti bilan issiq suv solib turib suv haroratini 38–40°C da ushlab turiladi. Oradan 10–15 daqiqa o‘tkazib, oyoqlarini iliq suvga chayiladi va quritib ariladi, paypoq kiygiziladi, keyin karavotga yotqizib issiq qilib o‘rab qo‘yiladi.

7.8. Quloqqa isituvchi kompress qo‘yish texnikasi

Bolalar (ayniqsa, chaqaloqlar va kichik yoshdagi) da ichki quloqning nafas yo‘llarining boshlanish qismi bilan yaqin joylashganligi natijasida yallig‘lanish jarayonlari yuqori nafas yo‘llaridan o‘rta quloqqa o‘tib qolishi hollari kuzatiladi. Bolalarning quloqlaridagi og‘riqlar ularni emishida qiyinchiliklar tug‘diradi. Ana shu maqsadda quloqlardagi og‘riqlarni kamaytirish zarurati tug‘iladi.

Issiq suv yoki 1:1 nisbatda suyultirilgan spirt, kamfora, kungaboqar moyi, bir necha qavat qilingan bir parcha bo‘z mato, mumlangan qog‘oz, paxta, enli bint tayyorlanadi. Mato va qog‘ozning o‘rtasi bolaning qulog‘iga moslab kesiladi. Keyin matoni suvga ho‘llab siqib olinadi va quloq atrofi bo‘ylab teriga qo‘yiladi, ustidan mumlangan qog‘oz (quloq suprasidan o‘tkazib) va paxtani shunday qo‘yiladiki, har qaysi keyingi qo‘yilgan qavat ostidagisidan 2–3 *sm* chiqib uni yopib tursin va shundan so‘ng bint bilan boshini gir aylantirib bog‘lab qo‘yiladi.

Kompressni 3–4 soat qo‘yib qo‘yiladi, shuning uchun uni kechasi qo‘yib yotish tavsiya etilmaydi. Ba’zi hollarda quruq issiq kompresslar qilinadi. Buning uchun o‘zida issiqlikni tutib turadigan biror xil matoni issiq choynak, dazmol va boshqa isitish manbalariga tutib turiladi va zudlik bilan bolaning quloqlariga bosib turiladi. Vahti-vaqti bilan yangi isitilgani bilan almashtiriladi. Yoki ustidan yana bir necha qavat paxta qo‘yib chirmab bog‘lab qo‘yiladi.

7.9. Laringospazm (xuro‘zak) va soxta bo‘g‘mada shoshilinch yordam ko‘rsatish

Laringospazm sindromi, asosan, yosh bolalarda uchraydigan spazmofiliya kasalligining ro‘yirost namoyon bo‘ladigan birinchi formasi bo‘lib, ovoz tirqishining torayib qolishidir. Laringospazm sindromi aksariyat ikki yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi.

Laringospazm xurujlarini bartaraf etish uchun bolaga sovuq suv sepish, dumbalariga urib ko‘rish yoki chimchilash, umumiy ta’sir

berish, til ildizini, tomoq devorlarini shpatel yoki zaruratga qarab toza ko'rsatkich barmoq bilan ta'sirlantirish, bir necha marta yurakni massaj qilish, burnidan nafas paydo bo'lguncha sun'iy nafas oldirish kifoya qiladi. Zaruratga qarab bolaga spazmolitiklar, talvasa qoldiruvchilar va albatta kalsiy preparatlari (10 % li kalsiy glyukonat yoki xlorid – 1–2–5 ml, kalsiy glyukonat tabletkalari 0,5 g) berish tavsiya etiladi.

O'tkir stenozlovchi laringotraxeit yoki «soxta bo'g'ma» sindromi ham aksariyat 3–7 yoshli bolalarda uchraydigan, o'tkir respirator virusli kasalliklarda ko'p bo'lib turadigan va og'ir o'tadigan asoratlar jumlasiga kiradi. Shoshilinch yordam quyidagicha olib boriladi:

1. Bola o'rninga yotqizilib, ko'kragi bilan orqasiga gorchichnik, banka qo'yiladi, oyoqlariga gorchitsali vannalar qilinadi, xonadagi havo namlanadi (suvga kamfora yoki evkalipt barglari solib qaynatib), bolaga ko'proq issiq choy, suv, meva sharbatlari ichiriladi.

2. Burun ichidan gidrokortizon emulsiyasi bilan 1 % li novokain eritmasi, shu aralashma 0,5 ml dan ikki tomondagi pastki burun chig'anoqlarining oldingi uchlaridagi shilliq parda ostiga yuboriladi.

3. Spazmolitik va shishga qarshi dorilar (efedrin, adrenalin, papaverin, eufillin), antigistamin preparatlar (prednizolon, gidrokortizon emulsiyasi), ta'sir doirasi keng antibiotiklardan har xil tarkibda qilib tayyorlasa bo'ladigan aralashmalardan iliq-nam holda ingalyatsiyalar beriladi. Ingalyatsiyani kuniga 1–3 mahaldan buyurib turish tavsiya etiladi. Bir martali ingalyatsiya uchun 3–5 ml eritma sarflanadi.

4. Stenotik nafas hodisalari zo'rayib borganida bronxolitik moddalarni antigistamin preparatlar bilan birga qo'shib parenteral yo'l bilan ishlatish yaxshi naf beradi. Etiotrop vositalar (grippga qarshi gamma-globulin, grippga qarshi zardob, interferon, oksolinli malham), shuningdek, antibiotiklar qo'llaniladi. Burun, to'sh, oyoq panjalari sohalariga ultrabinafsha nur berish, hiqildoq, traxeya sohasiga UVCH toklari berish, parafin bilan ozokeritdan «etikchalar» qilish o'rinlidir.

5. Bolaning umumiy ahvoli og'irlashadigan bo'lsa, narkoz ostida bevosita laringotraxeoskopiya, uzaytirilgan nazotraxeal intubatsiya, o'ta og'ir hollarda, traxeya punksiyasi, traxeostomiya qilinadi.

7.10. Bronxial astma xurujida shoshilinch yordam ko'rsatish

Bemorni tinchlantirish va qisib turgan kiyimlarini yechib, uni toza havo bilan ta'minalsh. Oyoqlariga issiq vanna qilish, boshini baland qilib yotqizish.

Astmopent, solbutamol yoki novodrin ingalyatsiya qilish, vena ichiga 10,0 ml 2,4 % li eufillinni 0,5 ml 0,05 % li strofantin bilan birga

yuborish. Og'ir holatlarda prednizolon 30–90 mg v/i ga yoki deksamegazon 4–16 mg v/i ga. Ko'krak qafasini vibratsion massaj qilish, v/i ga dimedrol yoki suprastin 2,0 ml miqdorida yuboriladi.

7.11. Plevral punksiyada qatnashish

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilib qolganda plevrani tashxis va davo maqsadida punksiya qilish zarur bo'ladi.

Plevra punksiyasini shifokor bajaradi. Bunda hamshiraning vazifasi asboblarni, bemorni tayyorlash va muolajani bajarish vaqtida shifokorga yordam berishdan iborat. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va uslubi tushuntirib beriladi.

2. Qo'llar yuvib, quritiladi.

3. Quyidagilar tayyorlanadi: anesteziya uchun to'plam (shpris 5 ml, 10 ml, teriosti, mushaklar orasiga inyeksiya qilish uchun ignalar, 0,5% li novokain ampulada, 70% li spirt, steril paxta), plevral punksiya uchun rezina nayli igna, qisqich, drenaj naychalar tizimi, Poten shprisi yoki Bobrov apparati, yoki elektroso'rg'ich, ko'krak qafasining to'g'ri va yon proyeksiyalardagi rentgenogrammalari, plevral suyuqliklarni yig'ish uchun idishlar, steril bog'lov anjomlari bo'lgan biks, kleol yoki leykoplastir, laboratoriyaga yo'llanma, probirkalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar.

4. Shifokorga qo'lini yuvishda yordam beriladi.

5. Stul suyanchig'iga yostiq qo'yiladi, bolani stol suyanchig'i tomonga qaratib o'tkaziladi, uning qo'llari yostiqda turishi kerak.

6. Bolaga stol suyanchig'i ustiga engashish buyuriladi (qovurg'alararo masofaning kengayishi uchun).

7. Qo'llarga ishlov beriladi, qo'lqoplar, niqob, qalpoqcha va steril xalat kiyiladi.

8. Punksiya paytida shifokorga yordam berib turiladi, bola ahvolidan xabardor bo'lib turiladi (57-a,b rasm).

9. Muolajadan keyin bolani aravachada xonasiga olib boriladi.

10. Laboratoriyaga punksiya paytida olingan suyuqlik olib boriladi.



57-rasm. Plevral punksiya vaqtida bemorni qulay vaziyatlari: a – katta yoshda; b – bolalarda.

11. Tahlil natijasi olingach, kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.
12. 3 soat davomida bolani tinimsiz kuzatiladi (qat'iy yotoq tartibi).

8. YURAK QON-TOMIR TIZIMI PATOLOGIYASIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

8.1. Bolalarda pulsni aniqlash

Bolaning tomir urishi(puls)ni u tinch turgan paytda aniqlanadi.
Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Sekund milli soat tayyorlab qo'yiladi.
3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi tushuntiriladi.
4. Bolaga qulay vaziyat egallash taklif qilinadi.
5. Bolaning kaftini bilak-kaft bo'gimi sohasida barmoqlar bilan ushlanadi.
6. Bilak arteriyasi pulsatsiyasini 2, 3, 4-barmoqlar bilan paypaslab aniqlanadi.
7. Pulsning to'liqligi aniqlanadi.
8. Pulsning tarangligi bilak suyagiga bosib aniqlanadi.
9. Pulsning ritmi aniqlanadi.
10. Puls zarbining sonlari aniqlanadi:
 - a) agar ritm noto'g'ri bo'lsa – 1 daqiqa ichida;
 - b) agar ritm to'g'ri bo'lsa – 15 soniya ichida sanab, natijani 4 karra ko'paytiriladi, 20 soniya ichida sanab, 3 karra ko'paytiriladi.
11. Natijaga baho beriladi, kerak bo'lsa shifokorgacha bo'lgan yordam ko'rsatiladi.
12. Natijalar bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi: raqamli natijalarni bolaning kasallik tarixiga kiritiladi, puls sonlari grafik ko'rinishida harorat varaqasiga qizil qalam bilan qayd qilinadi.

8.2. Arterial bosimni o'lchash

Arterial bosimni rus shifokori Korotkov tomonidan taklif etilgan usulda sfigmomonometr yoki tonometr asbobi bilan aniqlanadi. Arterial bosimni aniqlash uchun fonendoskop bilan birga bolalar uchun chiqarilgan eni qisqa manjetkasi bor sfigmomonometr yoki tonometr kerak bo'ladi. Manjetkalarining o'lcham (razmer)i:

1 yoshgacha 3.5 x 7 *sm*

2 yoshgacha 4.5 x 9 *sm*

4 yoshgacha 5.5 x 11 *sm*

7 yoshgacha 6.5 x 13 *sm*

10 yoshgacha 8.5 x 15 *sm*

10 yoshdan keyin standart razmerda bo'ladi.

Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo'yiladi: fonendoskop, tonometr.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

4. Bola shunday joylashtiriladiki, uning qo'li tekis yuzada joylashsin.

5. Bolaning qo'l kaftini yuqoriga qaratib, tirsak bo'g'imida yozgan holda joylashtiriladi.

6. Yelkasi shunday ochiladiki, bunda kiyim yelkani manjetkadan yuqorida siqmasligi kerak.

7. Tonometr manjetkasini bolaning ochiq yelkasiga tirsak bo'g'i-midan 2–3 *sm* yuqorida, manjetka va yelka oralig'iga 1 barmoq sig'adigan darajada bo'shliq qoladigan qilib joylashtiriladi. Bunda rezina naychalar yon tarafda qolishi kerak.

8. Tonometrni manjetka bilan ulanadi.

9. Tonometr milini shkalaning 0 belgisiga nisbatan to'g'ri joylashtiriladi.

10. Shu qo'l bilan bilak arteriyasining pulsatsiyasi aniqlanadi.

11. Bo'sh qo'l bilan rezina nokdagi ventilni yopib, manjetkaga havoni arteriyadagi pulsatsiya yo'qolgunga qadar damlanadi.

12. Tonometr ko'rsatkichi eslab qolinadi.

13. Ventil ochiladi va havo chiqara boshlanadi.

14. Fonendoskop boshchasi tirsak chuqurchasiga qo'yiladi.

15. Rezina nokdagi ventilni yopib, manjetkaga avvalgi ko'rsatkichgacha va 20–30 *mm* simob ustuniga ko'proq havo yuboriladi.

16. Ventil ochiladi va havoni asta-sekinlik bilan chiqariladi, tonometrning mili yoki simob ustuni bir tekisda pasayib borishi kerak.

17. Fonendoskopdagi tovushlar diqqat bilan tinglanadi, birinchi puls zarbi paydo bo'lgan payt qayd qilinadi – bu sistolik bosimdir, birinchi bor eshitgan zarbga to'g'ri kelgan raqam eslab qolinadi.

18. Fonendoskopdagi tovushlar diqqat bilan tinglanadi, puls zarbalarining tugash payti qayd qilinadi – bu diastolik bosimdir, pulsatsiya to'xtagan paytdagi ko'rsatkich eslab qolinadi.

19. Havo chiqarib yuboriladi, manjetka yechib olinadi. Bola avvalgi holatiga keltiriladi.

20. O'lchash natijasi baholanadi. Kerak bo'lsa, shifokor kelgunga qadar yordam ko'rsatiladi.

21. A/B o'lchash ko'rsatkichlari bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi: kasr ko'rinishida (suratida sistolik bosim, mahrajida diastolik bosim) va harorat varaqasiga grafik ko'rinishida chizib qo'yiladi.

22. Qo'llar yuvib, quritiladi.

Arterial bosim doimiy kattalik emas. U bolaning ahvoliga yoki asab tizimining holatiga, yoshiga bog'liq. Bola qancha yosh bo'lsa arterial bosim shuncha past bo'ladi.

Bolaning yoshiga qarab arterial bosimini taxminan quyidagi formula bilan aniqlasa bo'ladi:

Bir yoshgacha arterial bosim = $70 + n$ (bu yerda n – oylarda ifodalangan bolaning yoshi);

Bir yoshdan keyin = $80 + 2n$, (bu yerda n – yillarda ifodalangan bolaning yoshi).

8.3. Hushdan ketishda shoshilinch yordam ko'rsatish

1. Qisib turgan kiyimlarni yechish.
2. Bolani gorizotal holatda yotqizish va boshni biroz pastroq qilish.
3. Derazalarni ochib, bemorni toza havo bilan ta'minlash.
4. Yuziga sovuq suv sepish.
5. Novshadil spirti hidlatish.
6. Bola hushiga kelgach, unga issiq choy yoki qahva ichirish.

8.4. Kollapsda shoshilinch yordam ko'rsatish

- a) Tashqi qon ketishini to'xtatish;
- b) Bolani gorizotal holatda yotqizish, uni issiq o'rash, oyoqlariga va bel sohasiga issiq grelkalar qo'yish;
- d) Bola oyoqlarini yuqoriroq ko'tarib qo'yish;
- e) Qon tomirlar tonusini oshirish uchun vazotoniklardan tenzamin, dofamin, adrenalin va boshqalarni qo'llash;
- f) Yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish uchun plazma to'ldiruvchilardan poliglyukin, reopoliglyukin, jelatinol, albumin, qon plazmasi, 5 % va 10 % li glyukoza eritmalarini vena ichiga qon bosimini va bemorning umumiy ahvolini nazorat qilgan holda infuziya qilish;
- g) Samarali og'riqsizlantirish;
- j) Namlangan kislorod hidlatish;
- i) Keng ta'sir spektriga ega antibiotiklar (sefalosporinlar, aminoglikozidlar, makrolidlar, xinolonlar va boshqalar)ni qo'llash;

- j) Gormonlar (prednizolon 60–90–120 mg, deksazon 4–16 mg, gidrokortizon 125–250–500 mg) vena ichiga yuborish;
- k) Kalsiy xlorid 10 % – 10,0–20,0 ml vena ichiga yuboriladi;
- l) Askorbin kislotasi, “B” vitaminlar guruhi, vikasol, ditsinon, ampyukapron kislotaning 5 % li eritmasini qo‘llash;
- m) Simptomatik terapiya o‘tkazish.

8.5. Shok holatlarida shoshilinch yordam ko‘rsatish

Haddan tashqari keskin va kuchli tashqi va ichki salbiy ta’sir omillari (shikastlanishlar, jarohatlar, birdaniga ko‘p qon yo‘qotish, haddan tashqari kuchli ruhiy-asabiy va jismoniy zo‘riqishlar, kuyish, sovuq urishi va boshqalar)ga nisbatan organizmiing keskin gemodinamik buzilishlar va barcha hayotiy muhim a’zolar funksiyalarining chuqur buzilishlari bilan bergan nospetsifik javob reaksiyasiga **shok** deyiladi. Shok hech qachon o‘z holicha ortga qaytmaydigan patologik jarayon bo‘lib, u progressiv ravishda og‘irlashib borishi bilan xarakterlanadi. Shok so‘zi **zarba** degan ma’noni bildiradi.

Etiologiyasi. Birdaniga ko‘p qon yo‘qotish, har xil shikastlanishlar, zaharlanishlar, kuyish, sovuq urishi, yiringli-septik kasalliklar, haddan tashqari kuchli ruhiy va asabiy zo‘riqish, organizmning suvsizlanishi va boshqalar.

Klassifikatsiyasi. Kelib chiqishi va patogeneziga ko‘ra shokning quyidagi turlari tafovut qilinadi:

1. Travmatik shok:
 - a) mexanik shikastlanishlar natijasida kelib chiquvchi shok;
 - b) kuyish natijasida kelib chiquvchi shok (termik shok);
 - v) sovuq ta’sirida kelib chiquvchi shok (kriogen shok);
2. Elektroshok (elektrdan shikastlanish natijasida kelib chiquvchi shok).
3. Gemorragik shok (ko‘p qon yo‘qotish natijasida kelib chiquvchi shok).
4. Gipovolemik shok (organizmning suvsizlanishi natijasida kelib chiquvchi shok).
5. Kardiogen shok (yurak kasalliklarida, asosan, miokard infarkti natijasida kelib chiquvchi shok).
6. Toksikoinfeksion yoki septik shok (grammusbat yoki grammanfiy infeksiyalar va yiringli-septik kasalliklar natijasida kelib chiquvchi shok).
7. Anafilaktik shok (allergik reaksiyalar natijasida kelib chiquvchi shok).

8. Neyrogen shok (haddan tashqari kuchli ruhiy-asabiy zo'riqish natijasida kelib chiquvchi shok).

Amaliyotda ko'pincha **anafilaktik shok** uchraydi. Allergik reaksiyalar natijasida kelib chiquvchi shokni anafilaktik shok deb ataladi.

Anafilaktik shokda shoshilinch yordam ko'rsatish:

1. Organizmga allergenning tushishini to'xtatish.

2. Agar klinik o'lim yuz bergan bo'lsa, zudlik bilan birlamchi reanimatsion yordam ko'rsatiladi: vena ichiga 1,0 ml 0,1% li atropin sulfat + 10,0 ml 10% li kalsiy xlorid eritmasi + 0,5–1,0 ml 0,1% li adrenalın gidroxlorid eritmasi, 150,0–200,0 ml 3–5% li natriy bikarbonat (soda) eritmasi yuboriladi va shu bilan bir vaqtda yurakni tashqi massaj qilish va sun'iy nafas oldirish amalga oshiriladi.

3. Agar klinik o'lim yuz bermagan bo'lsa, u holda zudlik bilan markaziy venalardan biriga kateter o'rnatiladi, chunki qon bosimi pastlab ketganligi tufayli periferik venalarni punksiya qilish juda ham qiyinlashadi.

4. Vena ichiga 30–90–120 mg prednizolon, yoki 4–16 mg deksametazon yoki 125–250 mg gidrokortizon yuboriladi.

5. Vena ichiga 10,0 ml 10%li kalsiy xlorid, 2,0 ml 1%li dimedrol yoki 2,0 ml pipolfen yuboriladi.

6. Gemodinamik yetishmovchilikka barham berish uchun vena ichiga dofamin yoki tenzamin qon bosimini nazorat qilgan holda tomchilatib infuziya qilinadi.

7. Namlangan kislorod ingalyatsiya qilinadi.

8. Agar allergen organizmga enteral yo'l bilan tushgan bo'lsa, u holda zudlik bilan oshqozonni yo'g'on zond orqali toza suv chiqqunicha yuviladi, so'ngra tozalov huqnasi qo'yiladi. Bemorga sorbent (karbolen) va tuzli surgı ichiriladi.

9. Talvasa xurujlari kuzatilsa, darhol seduksen, relanium yoki droperidol vena ichiga yuboriladi.

10. Buyrak yetishmovchiligining oldini olish maqsadida spazmolitiklardan no-shpa, dibazol qo'llaniladi. Sirkulyatsiya bo'layotgan qon hajmini plazmato'ldiruvchi suyuqliklar (poliglyukin, reopoliglyukin, jelatinol va boshqalar)ni infuziya qilish bilan to'ldiriladi, buyraklar sohasiga va bemorning oyoqlariga issiq grelkalar qo'yiladi hamda diuretiklar qo'llaniladi.

11. Agar anafilaktik shok penitsillinga javoban kelib chiqqan bo'lsa, darhol vena ichiga 1000000 TB penitsillinaza yuboriladi.

12. Inyeksiya qilingan soha ustiga sovuq kompress qilinadi.

13. Simptomatik terapiya o'tkaziladi.

9. HAZM A'ZOLARI TIZIMI PATOLOGIYASIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

9.1. Stomatitlarda og'iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: antiseptik eritmalar (natriy gidrokarbonatining 0,2% li eritmasi, furatsillinning 1:5000 eritmasi, kaliy permanganatining 1:100000 eritmasi), lotok, pinset, Koxer qisqichi, doka salftkalar, shpatel, xloraminning 3% li eritmasi, og'iz kengaytirgich, til tutgich.
3. Bola yoki uning onasi ogohlantiriladi va og'iz bo'shlig'ini parvarishlash zarurligi tushuntiriladi.
4. Bola boshi yon tomonga buriladi, lunji ostiga suvqog'oz va buyraksimon lotok qo'yiladi.
5. Qo'lqoplar kiyiladi.
6. Bolaga og'izni kattaroq ochish va tilni chiqarish taklif qilinadi, agar bola o'zi og'zini ocha olmasa, og'iz kengaytirgich va til tutgich yordamida ohista tili tashqariga tortiladi.
7. Qisqich yordamida tampon olinadi va yuqoridagi eritmalarining birida ho'llanadi.
8. Bola lunji shpatel yordamida tortiladi.
9. Tampon bilan bolaning barcha tishlari, milki, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, tili ishqalanadi.
10. Lablari qurigan va yorilgan bo'lsa ularga vazelin yoki sariyog' surtib qo'yiladi.
11. Qo'lqoplar yechilib, ishlov beriladi.

9.2. Og'iz oqarishida og'iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi

Bunday hollarda og'iz bo'shlig'ida ishqoriy muhitni saqlab turish juda muhim, buning uchun natriy bikarbonat (soda) ning 2% li eritmasi bilan og'iz chayiladi yoki shilliq pardadagi oq karashlar yo'qolguncha artib chiqiladi. Shuningdek, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasiga ba'zan metilen ko'kinging suvdagi 1 % li eritmasi, 100% li qand sharbati bilan ishlov berish ham samarali bo'lib chiqadi. Og'iz oqarishiga asosan zamburug'lar sabab bo'lishini hisobga olib, shilliq parda artib tozalangach, unga nistatin yoki levorin tabletkalaridan maydalab sepib turish yaxshi natija beradi.

9.3. Oral regidratatsiya o‘tkazish

Dispepsiyada bolani parvarish qilishda me‘da-ichak yo‘llarini ovqatdan xalos etish uchun uni 6–12–18 soat mobaynida suv-choyli parhezga o‘tkazish juda muhim. Bunday paytda bolaga choy, qaynatilgan suv, izotonik natriy xlorid eritmasi, 5% li glyukoza eritmasi, Ringer eritmasi beriladi, albatta, bularni toksikozning og‘ir-yengilligiga qarab bola vaznining har bir kilogrammiga sutkasiga 150–200 ml hisobidan beriladi.

Masalan: Bola 3 oylik bo‘lgan, vazni 5000 gr. Toksik dispepsiya tufayli ovqatlantirish 12 soatga to‘xtatilgan. Binobarin, butunlay ovqat berish bekor qilinib, o‘rniga sutkalik miqdorida suyuqlik berish kerak. $150\text{ ml} \times 5 = 750\text{ ml}$. Biroq suv-choyli parhez faqat 12 soatga buyurilgan, shuning uchun bu vaqt mobaynida uning yarmi beriladi: $750\text{ ml} : 2 = 375\text{ ml}$, ya‘ni taxminan 400 ml. Suyuqliklardan qaynagan suv, shirin choy (5% qand), Ringer eritmasi, glyukoza 5% li eritmasi kabilarni ichimlik o‘rnida oz-ozdan, sovitib har 5–10 daqiqada 2–3 choy qoshig‘ida, ketma-ket qusganda esa, pipetka bilan tomchilab beriladi.

9.4. Qusayotganda yordam ko‘rsatish

Ko‘krak yoshidagi bola qusganda bolaning boshini yonga buriladi, shunday qilinganda qusuq massalari bilan aspiratsiya bo‘lmaydi. Yoshi kattaroq bola qusganda esa o‘tirgizib qo‘yib oyoqlari orasiga tog‘ora qo‘yiladi, boshini sal oldinga engashtiriladi va boshi ushlab turiladi. Bola qusib bo‘lganidan keyin og‘zini chayib tashlash uchun suv beriladi, emadigan yoshdagi bolaga bir necha qoshiq qaynagan suv ichirib yuboriladi.

9.5. Me‘dani yuvish texnikasi

1. Tayyorlab qo‘yiladi: steril yo‘g‘on oshqozon zondlari, voronka, oshqozonni yuvish uchun eritma (kaliy permanganatining 0,1% li eritmasi, natriy gidrokarbonatining 4,2% li eritmasi) solingan chelak, suv (1 litrli obdastada), suvqog‘ozli fartuk, suvqog‘oz, yuvindi suvlari uchun tog‘ora, sochiq, Jane shprisi, qo‘lqoplar.

2. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

3. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

4. Qo‘lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.

5. Bolaga ko‘ylak yoqasi, galstuk, kamarini yechish taklif qilinadi.

6. Bola to‘g‘rilab o‘tkaziladi. U stul suyanchig‘iga suyanib, boshini oldiga egib, oyoqlarini yon tomoniga yozib o‘tirishi kerak.

7. Bola bo‘yni va ko‘kragiga suvqog‘ozni shunday yopish kerakki, uning oyoqlari orasiga qo‘yilgan tog‘oraga suvqog‘ozning chetlari tushib tursin.

8. Pinset bilan idish ichidagi sterillangan nam zond olinadi. Uni to‘mtoq uchidan 10–15 *sm* uzoqlikda o‘ng qo‘l bilan ushlanadi, chap qo‘l bilan esa erkin uchi ushlanadi.

9. Zondagi belgilarga qarab (yoki oldingi qoziq tishlardan kindikkacha bo‘lgan masofagacha), zondning kiritilish uzunligi aniqlanadi.

10. Bolaga og‘izni ochish va burun orqali chuqur-chuqur nafas olish taklif qilinadi va zondning to‘mtoq uchi til ildiziga qo‘yiladi.

11. Har bir yutinish harakati bilan zond qizilo‘ngach orqali oshqozonga kerakli belgigacha yuboriladi.

12. Voronka zondning erkin uchiga ulanadi.

13. Voronka bolaning tizzasi sathigacha tushiriladi va unga yuvuvchi suyuqlik to‘ldiriladi.

14. Suyuqlik to‘ldirilgan voronka asta- sekin yuqoriga ko‘tariladi, bunda suyuqlik sathi voronka bo‘g‘zigacha tushishi kerak.

15. Voronka oshqozondagi moddalar bilan to‘lishi uchun bolaning tizzasi sathigacha tushiriladi va voronka tog‘oraga bo‘shatiladi.

16. 13–15 punktlardagi muolajalar toza suv paydo bo‘lgunga qadar takrorlanadi.

17. Zondning erkin uchi salfetka bilan o‘raladi.

18. Zond salfetka orqali asta-sekinlik bilan tortib olinadi.

19. Boladan suvqog‘ozni yechib olinadi, muolaja uchun ishlatilgan buyumlar yig‘ishtiriladi, so‘ng ularga ishlov beriladi.

20. Muolajadan keyin bola ahvolidan xabardor bo‘lib turiladi.

Izoh: Shifokor ko‘rsatmasi bilan yuvindi suvlar laboratoriyaga yuboriladi, qolganlari tegishli talablarga binoan ishlov beriladi.

9.6. Najasni umumiy tahlilga yig‘ish

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Quyidagilar tayyorlanadi: keng og‘izli shisha idish, suyuq najas massalari uchun qoshiq yoki shpatel, tuvak va yo‘llanma.

3. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

4. Rezina qo‘lqoplar kiyiladi, bola yuvintiriladi, qovug‘ini bo‘shatish taklif qilinadi, tuvak chetga olib qo‘yiladi.

5. Bolaga toza tuvak beriladi va unga najasni yig‘ish buyuriladi.

6. Najas massalarining tashqi ko‘rinishi ko‘zdan kechiriladi.

7. Bir necha joydan shpatel yoki qoshiq bilan 30–40 g miqdorda najas olinadi.
8. Qo‘lqoplar yechiladi.
9. Shisha idishga yo‘llanma biriktiriladi.
10. Shisha idish klinik laboratoriyaga yuboriladi.
11. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.
12. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

9.7. Yashirin qonni aniqlash uchun najas yig‘ish (Gregersen reaksiyasi uchun)

Bola 3 kun davomida tayyorlanadi. Quyidagilar istisno qilinadi:

- a) Ovqat moddalaridan tarkibida temir, go‘sht, baliq, jigar, ikra bo‘lgan taomlar, anor, bo‘tqalar, ko‘k sabzavotlar;
 - b) Tarkibida temir moddasi bo‘lgan dori-darmonlar;
 - d) Bolaga tish yuvish taqiqlanadi, og‘izni 2% li natriy bikarbonat eritmasi bilan chayish tavsiya qilinadi.
1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
 2. Quyidagilar tayyorlanadi: keng og‘izli shisha idish, suyuq najas massalari uchun qoshiq yoki shpatel, tuvak va yo‘llanma.
 3. Rezina qo‘lqoplar kiyiladi, bola yuvintiriladi, qovuqni bo‘shatish taklif qilinadi, tuvak chetga olib qo‘yiladi.
 4. Najas tuvakka yig‘iladi, yangi qon aralashmasi bor-yo‘qligini aniqlash uchun najas ko‘zdan kechiriladi. Yashirin qon aralashmasi aniqlangan holda – zudlik bilan shifokorga xabar beriladi.
 5. Agar qon aralashmasi aniqlanmasa, najas aralashiriladi.
 6. Hosil bo‘lgan massadan 30–40 g olib, tayyorlangan shisha idishga solinadi.
 7. Qo‘lqoplar yechiladi.
 8. Idishga yo‘llanma biriktiriladi.
 9. Material bioximik laboratoriyaga olib boriladi.
 10. Natijasi o‘sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.
 11. Tekshiruv natijasi kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

9.8. Najasni gijja tuxumlarini aniqlash uchun yig‘ish

Najasni gijja tuxumlarini aniqlash uchun yig‘ishda bolaning ichi toza tuvakka bo‘shatilgach, uning kamida 5–6 joyidan najas yuqoridagi kabi olinadi va zudlik bilan (najas issiqligini yo‘qotib qurib qolmagunicha) laboratoriyaga yo‘llanma bilan jo‘natiladi. Gijja tuxumlarining

tezda yemirilib ketishini hisobga olib ushbu najas imkon qadar tekshiriladigan joyda olingani ma'qul.

9.9. Qorin dam bo'lgan (meteorizm)da yordam ko'rsatish

Ko'pchilik kasalliklarda (ayniqsa, zotiljamda — chaqaloq bolalarda, hazm a'zolari kasalliklarida, o'tkir intoksikatsiyalarda katta yoshdagi bolalarda) bolalarning qorni dam bo'lishi uning ahvolini keskin og'irlashtirib qo'yadi. Shuning uchun, tibbiyot hamshirasi kasal bolaning ichaklari funksiyasini diqqat bilan kuzatib borishi, meteorizm rivojlanishini o'z vaqtida oldini olishi, qorni dam bo'lib qolganda esa tezroq gazlarni yurishtirib chiqarib yuborishga harakat qilishi kerak bo'ladi. Buning uchun tozalovchi huqna qilish va eng avvalo, gaz chiqaruvchi naycha qo'yish, qornini uqalash yoki issiq grelka qo'yish lozim. Bajarish tartibi:

1. Tayyorlab qo'yiladi: steril gaz chiqaruv nayi, suvqog'oz, tuvak, to'siq, vazelin, salfetka.

2. Zaruriyat bo'lsa to'siq o'rnatiladi.

3. Bola choyshab va suvqog'oz solingan kushetkaga chap yonboshiga yotqiziladi, bunda uning oyoqlari tizzada bukilib, qoringa keltirilgan bo'lishi kerak.

4. Bola oyoqlari oldiga suv qo'yilgan tuvak qo'yiladi.

5. Qo'llar yuvib, quritiladi.

6. Qo'lqoplar kiyiladi.

7. Steril gaz chiqaruvchi naychaga vazelin surtiladi.

8. Dumbalarni chap qo'l barmoqlari bilan ochib, o'ng qo'l bilan aylana harakatlar yordamida gaz chiqaruvchi nay to'g'ri ichakka kiritiladi, avval kindik yo'nalishida 3–4 *sm*, keyin umurtqa pog'onasiga parallel 20–30 *sm*.

9. Nay ichakda gazlar to'liq chiqib ketguncha qoldiriladi, lekin 1 soatdan ko'p emas.

10. Asta-sekinlik bilan nay tortib olinadi, orqa peshob atrofi artiladi va vazelin surtiladi (58-rasm).

11. Qo'lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

12. Anjomlarga ishlov beriladi.



58-rasm. Bolaga gaz chiqaruvchi naychani kiritish.

9.10. Tozalovchi huqna qilish texnikasi

1 yoshgacha bo'lgan bolalarga uchligi yumshoq rezina balloncha bilan huqna qilinadi, yoshidan oshgan bolalarda Esmarx krujkasi yoki uchligi qattiq rezina ballon (nok) yordamida bajariladi.

Tozalovchi huqna uchun uy haroratidagi suv ishlatiladi, kichik yoshdagi bolalar uchun esa suv harorati 24–26°C bo'lishi lozim. Huqna qilinadigan ballon oldin 15 daqiqa qaynatib sterillanadi, uchligiga esa vazelin surtiladi. Yuboriladigan suvni ballonga to'ldirib olinadi, buning uchun uni oldin yaxshilab qisib, havosi chiqarib yuboriladi.

Bolani chap yonboshi bilan kleyonka va choyshab ustiga yotqiziladi. O'ng oyog'ini bukib qorniga tortiladi. O'ng qo'l bilan hech qanday kuch ishlatilmasdan ballon uchligini to'g'ri ichakka 4–5 *sm* kiritiladi. Keyin ballonni qisib, suyuqlikni ichakka kiritiladi va bo'shashtirib yubormasdan, uni to'g'ri ichakdan chiqarib olinadi. Suyuqlik chiqib ketmasligi uchun bola dumbalarini bir necha daqiqa yumib ushlab turiladi.

Ko'krak yoshidagi bolalarga huqnani chalqancha yotqizib qo'ygan holda, oyoqlarini sal balandga ko'tarib turib qilinadi.

Tozalovchi huqna uchun suyuqlik miqdori bolaning yoshiga bog'liq: 1–3 oylik bolaga 60 *ml*, 3 oylikdan 1 yoshgacha – 90 *ml* dan 150 *ml* gacha, 1–2 yoshli bolaga 200 *ml*; 2–9 yoshli bolaga 400 *ml* gacha, 9 yoshdan oshganlarga 500 *ml*. Katta yoshdagi bolalarga tozalovchi huqna bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: Esmarx krujkasi, uchlik, shtativ, vazelin, tuvak, suvqog'oz, qo'lqop, bemor mustahabi uchun to'plam, to'siq, choyshabcha, niqob, fartuk.
3. Bola ruhiy jihatdan tayyorlanadi.
4. Bola mo'ljallanayotgan muolaja haqida, uning o'tkazilish joyi va vaqti haqida ogohlantiriladi.
5. Qo'lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.
6. Xona haroratidagi (20°C) 1–1,5 litr suv Esmarx krujkasiga quyiladi.
7. Krujka shtativga ilib qo'yiladi.
8. Rezina krujkadagi ventil ochiladi va suv bilan to'ldiriladi, ventil yopiladi.
9. Uchlik vazelin bilan yog'lanadi, kushetka ustiga suvqog'oz to'shaladi. Bunda uning chetlari pastga qo'yilgan tog'oraga tushib turishi kerak.
10. Bolani chap yonboshiga yotqiziladi. Bolaning oyoqlari tizzadan bukilgan va biroz qoringa keltirilgan bo'lishi kerak.

11. Dumbalari orasi chap qo‘lning 4 ta barmog‘i bilan ochiladi, o‘ng qo‘l bilan esa uchlik anal teshikka ehtiyotkorlik bilan kiritiladi. Bunda avval kindik yo‘nalishida 3–4 *sm*, keyin esa umurtqa pog‘onasiga parallel yo‘nalishda 8–10 *sm* kiritiladi.

12. Suvning tez oqishi og‘riq chaqirishi mumkin, shuning uchun ventilni qisman ochish kerak.

13. Agar suv ichaklarga bormasa, krujka balandroq ko‘tariladi yoki uchlik holati o‘zgartiriladi: u biroz chuqurroq kiritiladi yoki sirtidan tortib ko‘riladi. Agar bu yordam bermasa, uchlikni chiqarib, boshqasiga almashtiriladi (u najas bilan tiqilib qolgan bo‘lishi mumkin).

14. Ichakka suv borishi to‘xtagandan keyin ventil berkitiladi va uchlik ehtiyotlik bilan chiqariladi.

15. Bolaga suvni ichakda bir necha daqiqa ushlab turish kerakligi tushuntiriladi.

16. Unga tuvak beriladi.

17. Defekatsiya aktidan keyin najas ko‘zdan kechiriladi. Agar tuvakda faqat najas toshlari aralash suv bo‘lsa huqnan shifokor ko‘rigidan keyin qaytarish zarur.

18. Defekatsiyadan keyin bolaga mustahab qildiriladi.

19. Asboblardan, parvarish buyumlari va bemor ajralmalariga ishlov beriladi.

20. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.

9.11. Sifonli huqna qilish texnikasi

Odatdagi tozalash huqnalari ta’sir qilmaganda sifonli huqnalardan quyidagi hollarda qilinadi:

- 1) Ichakning tutilib qolishi.
- 2) Zahardan zaharlanish.
- 3) Davolash maqsadida gazlarni haydash va yo‘g‘on ichakning pastki qismini yuvish.

Ichakning tez bo‘shalishi uchun sifon usuli (ichakni ko‘p marta yuvish) eng yaxshi usul hisoblanadi, bu usulda tutashadigan idishlardan foydalaniladi. Bunday idishning biri – ichak, ikkinchisi – to‘g‘ri ichakka kiritilgan rezina naychani tashqi uchidagi voronkadir. Bajarish tartibi:

1. Bola ruhiy jihatdan tayyorlanadi.
2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo‘yiladi: 2 ta yo‘g‘on, uzunligi 1 *m* keladigan bir uchiga shishali naycha ulangan oshqozon zondi, 1 litr hajmli voronka, xona haroratidagi 10 litr suv, 1 litrli obdasta, yuvindi suvlarini yig‘ish

uchun chelak, suvqog‘oz, fartuk, vazelin, qo‘lqoplar, to‘siq, mustahab uchun to‘plam.

4. Zaruriyat bo‘lsa to‘siq o‘rnatiladi.

5. Qo‘lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.

6. Bola choyshab va suvqog‘oz solingan kushetkaga yotqiziladi, bunda uning oyoqlari tizzada bukilib, qoringa keltirilgan bo‘lishi kerak.

7. Zondning to‘mtiq uchiga 30–40 *sm* uzunlikda vazelin surtiladi.

8. Bolaning dumbalarini ochib zondning to‘mtiq uchi ichakka 30–40 *sm* masofaga kiritiladi.

9. Voronka ulanadi.

10. Voronka bemor sathidan biroz pastda egik holda ushlanadi.

11. Voronka suv bilan to‘ldirilib, asta-sekin 80 *sm* balandlikka ko‘tariladi.

12. Voronkadagi suv uning bo‘gziga yetgach, voronka tog‘ora ustiga tushiriladi va ichakdagi suv voronkani to‘ldirmaguncha to‘nkarilmaydi.

13. Voronkadagi suv to‘kib tashlanadi.

14. Voronka yana suv bilan to‘ldiriladi, yuqoridagi muolajalar ichakdagi gazlar to‘liq chiqib ketmaguncha va toza suv paydo bo‘lmaguncha qaytariladi (59-rasm).

15. Voronka ajratiladi, rezina nay to‘g‘ri ichakda yana 10–20 minutga qoldiq suvlar chiqib ketishi uchun qoldiriladi.

16. Muolajadan so‘ng bolaga mustahab qildiriladi.

17. Asboblar, parvarish buyumlari va bemor ajralmalariga ishlov beriladi.

18. Qo‘lqoplar yechiladi va ularga ishlov beriladi.



59-rasm. Sifonli huqna uchun kerakli jihozlar va bajarish texnikasi.

9.12. Dorili huqnalar o‘tkazish texnikasi

Dori moddalarini og‘iz orqali kiritishga monelik qiladigan hol bo‘lsa, ularni to‘g‘ri ichak orqali kiritish mumkin, bunda ular suriladi va jigarni chetlab o‘tib, tezda qonga o‘tadi. Dori huqnalari mahalliy va umumiy ta‘sir qiladigan bo‘ladi. Birinchisi – yo‘g‘on ichakda yallig‘lanish jarayonini kamaytirish maqsadida, ikkinchisi – organizmga ba‘zan uzoq vaqtgacha dori yoki oziq moddalarini kiritish uchun qo‘llanadi va tomchili huqnalar deb yuritiladi.



60-rasm. Rezina noksimon ballonchalar.

Dorili mikrohuqnalarning miqdori bola yoshiga qarab 10, 20, 50–100 *ml* dan oshmasligi kerak. Dori moddalari oddiy 20 g li shpris, Jane shprisiga yoki sig‘imi 50 dan 100 *ml* gacha bo‘lgan rezina ballonchaga olinadi (60-rasm). Dori moddasining harorati 40°C dan past bo‘lmasligi kerak, chunki bundan past haroratda defekatsiyaga ehtiyoji paydo bo‘ladi

va dori surilmaydi. Dori huqnasidan 30–40 daqiqa oldin tozalash huqnasi qilinadi va ichak batamom bo‘shalganidan so‘ng dori kirita boshlanadi. Bajarish tartibi:

1. Tayyorlab qo‘yiladi: 10–20–30 *ml* shifokor tomonidan buyurilgan dori (40–42°C da), rezina nokcha, uchlik, Jane shprisi, glitserin, vazelin, salfetka, tuvak, suvqog‘oz, tozalovchi huqna uchun to‘plam, to‘siq.

2. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

3. To‘siq o‘rnatiladi.

4. Qo‘lqoplar kiyiladi va fartuk taqiladi.

5. Bolaga tozalovchi huqna o‘tkaziladi.

6. Bolaga mustahab qildiriladi.

7. Uchli rezina ballonchaga yoki Jane shprisiga (yosh bolalarda 20 gramml shprisga) dori vositasi tortiladi.

8. Bolani chap yonboshiga, oyoqlarini tizzada bukilgan, qoringa keltirilgan holda yotqiziladi.

9. Uchlikka glitserin yoki vazelin surtiladi.

10. Chap qo‘l bilan dumbalar ochiladi.

11. O‘ng qo‘lga uchlikni olib, asta-sekinlik bilan 5–6 *sm* uzunlikda kiritiladi.

12. Asta-sekin dori vositasi yuboriladi.

13. Uchlikni ichakdan chiqarib (ballonchani qo‘yib yubormasdan), bolani 20–25 daqiqaga yotqizib qo‘yiladi.

14. Asboblar, parvarish buyumlari va bemor ajralmalariga ishlov beriladi.

15. Bola ertalabgacha yotish kerakligi haqida ogohlantiriladi (agar yog‘li eritma yuborilgan bo‘lsa).

Ushbu muolajani rezina noksimon ballonchada ham bajarsa bo‘ladi. Ichakning mexanik, termik va kimyoviy ta’sirlanishining oldini olish uchun iliq izotonik natriy xlorid eritmasi yoki 50 *gr* gacha kraxmal qaynatmasi yuborish kerak.

Mikrohuqnalarda ko‘pincha og‘riqsizlantiradigan, tinchlantiradigan va uxlatadigan, ichak infeksiyalariga ta’sir qiladigan dori moddalari yuboriladi.

9.13. Abdominal punksiyada qatnashish

Abdominal punksiya – qorin bo‘shlig‘ini (abdominis) davo va tashxis maqsadida teshishdir. Bajarish tartibi:

1. Qo‘llar yuvib, quritiladi.

2. Quyidagilar tayyorlanadi: anesteziya uchun to‘plam (5 ml, 10 ml li shpris teriosti, mushaklar orasiga inyeksiya qilish uchun ignalar, 0,5% li ampulali novokain, 70% li spirt, steril paxta), troakar, qisqich, assitik suyuqliklarni yig‘ish uchun idishlar, steril bog‘lov anjomlari bo‘lgan biks, kleol yoki leykoplastir, laboratoriyaga yo‘llanma, probirkalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar.

3. Bolani stulga o‘tkaziladi, oyoqlari orasiga, yerga tog‘ora (assitik suyuqlik uchun idish) joylashtiriladi.

4. Qo‘llarga ishlov beriladi, qo‘lqoplar, niqob, qalpoqcha va steril xalat kiyiladi.

5. Punksiya paytida shifokorga yordam berib, bola ahvolidan xabardor bo‘lib turiladi (61-rasm).

6. Muolajadan keyin bolani aravachada xonasiga eltib qo‘yiladi.

7. Bolaning qat‘iy yotish tartibiga rioya qilishi nazorat qilinadi.

8. Bolaning ahvoli (harorati, puls, qon bosimi, nafas olish soni) kuzatib boriladi.

9. Laboratoriyaga punksiya paytida olingan suyuqlik olib boriladi.

10. Tahlil natijasi olingach, kasallik tarixiga yopishtirib qo‘yiladi.

11. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

Izoh: muolajadan oldin bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va uslubi tushuntirib beriladi.



61-rasm. Abdominal punksiya o‘tkazish.

10. BUYRAK VA SIYDIK AJRATISH A‘ZOLARI PATOLOGIYASIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO‘NIKMALAR

Siydik chiqarish a‘zolarini tekshirishning eng yangi aniq usullari tadbiq qilinishiga qaramay, siydikni tekshirish bolalardagi buyrak kasalliklarini aniqlashda asosiy usul bo‘lib qolmoqda. Tekshirish natijalari sifatli chiqishi uchun siydikni to‘g‘ri yig‘ish juda ham zarur.

Tahlil uchun siydikni bolaning o'zi siyayotganda, kateter yordamida yoki oqim bo'ylab tushayotganda o'rtasidagi porsiya olib yig'iladi.

«O'rta oqim» usuli keyingi vaqtlarda ancha keng tarqalgan usul bo'lib qoldi. Chunki mazkur usul bolani shikastlamaydi va tashqi jinsiy a'zolaridan siydikka patologik aralashmalar tushishining oldini oladi.

10.1. Siydikni umumiy tahlil uchun yig'ish

Siydik yigib olishdan oldin tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va yaxshilab artiladi. Qaynoq suvda tozalangan, quruq idish tayyorlab, boladan (agar u katta yoshli bo'lsa) shu idishga (og'zi keng shisha bankaga) o'rtacha siydik porsiyasini yig'ish so'raladi. Ko'krak yoshidagi boladan siydigining «o'rta oqimi» ni olish uchun siyishi tezlashtiriladi, ya'ni oldin qaynagan suv beriladi va bolani biroz sovuqroq ushlanadi (qalin kiyimlarini yechib). Shuni yodda saqlash lozimki, siydik olish bilan uni tekshirishning oralig'i qancha qisqa bo'lsa, tahlil shuncha aniq bo'ladi.



62-rasm. O'g'il bolalarda tahlil uchun siydik yig'ish.

O'g'il bolalarda siydikni tahlil uchun yig'ish unchalik qiyinchilik tug'dirmagan holida (62-rasm), qiz bolalardan tahlilga siydik yig'ishda bir-muncha qiyinchiliklarga duch kelish mumkin. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

2. Qo'llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo'yiladi: keng bo'g'izli toza flakon, tuvak, qo'lqoplar, bolaning mustahabi uchun to'plam, paxta-dokali tampon, yo'llanma.
4. Qo'lqoplar kiyiladi.
5. Bolaga mustahab qildiriladi.
6. Bolaga toza tuvak beriladi.
7. Boladan siydigini tuvakka chiqarishi so'raladi.
8. Tayyorlangan flakonga 100–150 ml siydik quyib olinadi.
9. Flakonga yo'llanma biriktiriladi.
10. Qo'lqoplar yechiladi, ularga ishlov beriladi.
11. Siydik klinik laboratoriyaga olib boriladi.
12. Natija o'sha kuni yoki ertasiga ertalab olib kelinadi.
13. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Izoh: Qizlarda qindan ajralmalar bo'lsa, mustahabdan keyin qinga paxta-dokali tampon kiritiladi.

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.

10.2. Sutkalik diurezni aniqlash

Sutkalik siydik miqdorini aniqlash uchun tekshiruv ertalab boshlanadi. Bola ertalab soat 6.00 da qovug'ini bo'shatadi va shu vaqtdan boshlab har safar ajralgan siydigini alohida idishga yig'ib boradi. Shifokorning ko'rsatmasiga binoan siydikning faqat miqdorini aniqlash tayinlangan bo'lsa, har safargi siydik miqdori o'lchab yozib olingach, to'kib tashlanadi. Bordi-yu, siydik to'plansin deyilsa, uni qorong'i va salqin joyda saqlab o'lchab boriladi. Ertasiga ertalab bola soat 6.00 da uyg'otiladi va qovug'ini o'lchanayotgan idishga bo'shatib berishi so'raladi. Chunki qovuqdagi siydik tekshirilayotgan sutkaga taalluqli hisoblanadi. Olingan ma'lumot shifokorga yetkaziladi va kasallik tarixiga qayd qilib qo'yiladi.

10.3. Suv balansini aniqlash

Ichilgan suyuqlik miqdori bilan ajratilgan suyuqlik miqdori o'rtasidagi nisbat suv balansi deyiladi. Odatda ichilgan suyuqliklarning 70 foizi organizmdan turli yo'llar bilan qaytib chiqariladi.

Suv balansini aniqlash uchun hamshira sutka davomida bemor iste'mol qilgan barcha suyuqliklarni (ovqat, meva, sabzavotlar, suyuqliklar, suyuq dori vositalarining hammasini) hisobga olib boradi. Shu davr ichida ajratgan axlati, siydigi, terlash xususiyatlarini ham aniqlaydi. Olingan nisbatga asoslangan holda suv balansi haqida xulosalar chiqariladi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: toza shisha idish (2–3 litr), tuvak yoki siydik yig'gich.
3. Bolaga sutka davomida ichadigan suyuqliklar miqdorini yozib borish taklif qilinadi.
4. Boladan tekshiruv o'tkaziladigan kuni ertalab soat 06.00 da qovuqni bo'shatish so'raladi (siydikning bu miqdori hisobga olinmaydi).
5. Bolaga sutka davomida ajralgan siydiklarini tayyorlab qo'yilgan shisha idishga yig'ishi taklif qilinadi (siydik ertalab soat 06.00 dan keyingi kun ertalab soat 06.00 ga qadar yig'iladi).

6. Bolaning sutka davomida ichgan suyuqliklari miqdori hisoblanadi.
7. Sutka davomida yig'ilgan siydik miqdori hisoblanadi. Natijalar bolaning tibbiy varaqasiga kiritiladi.
8. Kerak bo'lsa siydikni va ishlatilgan buyumlarni dezinfeksiya qilinadi.

10.4. Siydikni Addis-Kakovskiy bo'yicha tekshirish uchun yig'ish

Siydikni olishdan avval, bemorning tashqi jinsiy a'zolari yaxshilab yuvilishi lozim. Oldin shishaga konservant – bir necha timol kristallchasi yoki 2 kristallcha formaldegid yoki 0,5 ml xloroform solinadi. Siydikli shishani sovuqda saqlagan qulay.

Addis-Kakovskiy usuli bo'yicha hisoblash kamerasida siydik elementlari sanaladi. Siydikning kunlik umumiy miqdoridagi soni hisoblab chiqariladi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo'llar yuvib, quritiladi.
3. Tayyorlab qo'yiladi: siydikni yig'ish uchun toza shaffof bo'lma-gan 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.

10.5. Siydikni Ambyurje bo'yicha tekshirish uchun yig'ish

Buning uchun 3 soatlik siydik olinadi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo'llar yuvib, quritiladi.

3. Tayyorlab qo'yiladi: siydikni yig'ish uchun toza quruq idish, kateter, steril paxta-doka tamponi, yo'llanma, mustahab uchun to'plam.
4. Boladan ertalab soat 06.00 da qovug'ini bo'shatishi so'raladi.
5. Bolaga 3 soatdan keyin soat 09.00 da mustahab qildiriladi.
6. Tayyorlangan idishga qovuqni bo'shatish so'raladi yoki kateter bilan siydik olinadi.
7. Flakonga yo'llanma biriktiriladi.
8. Qo'lqoplar yechiladi.
9. Material klinik laboratoriyaga yuboriladi.
10. Natijasi o'sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.
11. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Dezinfeksiya: tuvakni xlorli ohakning 3% li eritmasiga solib, 60 daqiqa ushlanadi, yuvindi suvlari ustiga quruq xlorli ohakdan solinadi (1 litr siydikka 200 g hisobida), ekspozitsiya – 60 daqiqa.

Izoh: Qizlarda qindan ajralmalar bo'lsa, mustahabdan keyin qinga paxta-dokali tampon kiritiladi.

10.6. Siydikni Nechiporenko usuli bo'yicha tekshirish uchun yig'ish

Siydikni qunt bilan gigiyenik tozalashdan so'ng, istalgan vaqtda yig'ish mumkin, biroq laboratoriyaga ertalabki siydikni yetkazgan ma'qul. Siydik elementlari hisoblash kamerasida sanaladi. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
2. Qo'llar yuvib, quritiladi.
3. Qo'lqonlar kiyiladi.
4. Tayyorlab qo'yiladi: toza quruq flakon yoki probirka, mustahab uchun to'plam.
5. Bolaga mustahab qildiriladi.
6. Chap qo'l bilan flakonni ushlab, o'ng qo'l bilan qopqog'i yechiladi.
7. Boladan siyishi so'raladi.
8. Flakon siydik yo'nalishida tutiladi (siydikning birinchi qismi flakonga olinmaydi).
9. 10 ml siydik yig'iladi, qolgan siydikni bola tuvakka chiqarib tashlasin.
10. Flakonga yo'llanma biriktiriladi va klinik laboratoriyaga yuboriladi.
11. Qo'lqoplar yechiladi.

12. Natijasi o'sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.

13. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Dezinfeksiya: tuvakni xlorli ohakning 3% li eritmasiga solib, 60 daqiqa ushlanadi, yuvindi suvlari ustiga quruq xlorli ohakdan solinadi (1 litr siydikka 200 g hisobida), ekspozitsiya – 60 daqiqa.

Izoh: Siydik yig'ishdan oldin qo'lqoplar kiyiladi va bolaga mustahab qildiriladi.

10.7. Siydikni Zimmitskiy bo'yicha sinama uchun yig'ish

Buyrakning konsentrlash va mochevinani chiqarish xususiyatini aniqlash maqsadida Zimmitskiy 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 xollar yo'q. Rejim odatdagicha. Bajarish tartibi:

1. Bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

2. Qo'llar yuvib, quritiladi.

3. Tayyorlab qo'yiladi: siydikni yig'ish uchun 8 ta toza quruq flakonlar, har bittasiga yo'llanma yopishtirilgan bo'lishi kerak, qo'shimcha flakonlar, yo'llanma, mustahab uchun to'plam.

4. Boladan ertalab soat 06.00 da qovug'ini bo'shatishi so'raladi (siydikning bu qismi hisobga kirmaydi).

5. Bolaga soat 09.00 da siydigini 1-flakonga yig'ish so'raladi. Agar siydik ko'p bo'lsa, qo'shimcha flakon beriladi va unga 1-porsiyaga qo'shimcha belgisi qo'yiladi.

6. Soat 09.00 dan 12.00 ga qadar siydikni ikkinchi flakonga yig'ish kerakligi eslatiladi va har 3 soat davomida siydikni alohida flakonlarga yig'ishi kerakligi tushuntiriladi.

7. Bolaning ertasi kuni ertalab soat 06.00 gacha hamma 8 ta flakonni to'ldirishi nazorat qilinadi.

8. Hamma flakonlarni klinik laboratoriyaga yuboriladi.

9. Natijasi o'sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.

10. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Izoh:

a) Og'ir ahvoldagi bolalardan siydik yig'ish paytida qo'lqop kiyiladi;

b) Har porsiya siydik yig'ishdan oldin bola mustahab qiladi;

d) Flakonlarning birida siydik bo'lmagan taqdirda ham shu flakon klinik laboratoriyaga jo'natiladi.

10.8. Qovuqni kateterlash

Qovuq siydik chiqarish, uni yuvish, unga dori moddasini kiritish yoki tekshirish uchun siydik olish maqsadida kateterlanadi. Qovuqqa mikroblar tushmasligi uchun kateterlashni g'oyat ehtiyotkorlik bilan qilish kerak, chunki uning shilliq pardasi infeksiyaga bardosh berolmaydi. Shu sababli kateterlash zarur bo'lgandagina va iloji boricha jarrohlik qo'lgoplarida o'tkazilishi lozim. Kateterlash ko'pincha bolalarda yumshoq kateterlar yordamida o'tkaziladi.

Bolalarning yumshoq kateteri – uzunligi 20–25 *sm* va diametri 0,5–0,7 *mm* gacha bo'lgan (№ 1–30) elastik rezina naychadan iborat. Kateterning yuqori uchi yumaloqlangan, berk. Uning yaqinida yon tomondan oval teshigi bor. Kateterning tashqi uchi dori eritmasini yuborish uchun shpris uchligini kiritish va qovuqni yuvish uchun qiyshiq kesilgan yoki voronkasimon kengaytirilgan.

Ishlatishdan oldin kateterlar 10–15 daqiqa mobaynida qaynatiladi. Ishlatilgandan so'ng, ularni iliq suv va sovun bilan yaxshilab yuviladi va yumshoq lattada artiladi. Rezina kateterlar qopqoqli va emallangan hamda uzun shisha qutichalarda 2 foizli borat yoki karbol kislotaga eritmasida saqlanadi, aks holda quriydi, elastikligini yo'qotadi va mo'rt bo'lib qoladi.

Qiz bolalarga kateter kiritish. Muolaja tibbiy qo'lgoplar kiyilgan holda o'tkaziladi yoki muolajadan oldin tibbiyot hamshirasi qo'lini iliq suvda sovunlab yuvadi, tirnoq falangalarini spirt va yod eritmasi bilan artadi. Tibbiyot hamshirasi yoki shifokor o'ng tomonda turadi. Chap qo'l bilan jinsiy lablar keriladi, o'ng qo'l esa tashqi jinsiy a'zolarini va siydik chiqarish kanali teshigini yuqoridan pastga tomon (orqa chiqaruv teshigi yo'lga tomon) biror zararsizlaydigan eritma bilan yaxshilab artiladi. So'ngra steril vazelin moyi surtilgan qizlar kateteri pinset bilan olinadi va siydik chiqarish kanalining tashqi teshigini topib, ehtiyotlik bilan kiritiladi (63-a rasm). Kateterning tashqi uchida siydik ko'rinishi, uning qovuqqa tushganligini bildiradi.

Siydik o'zicha ajralmaganda qolgan siydikni chiqarish uchun qorin devori orqali qovuq sohasini biroz bosish mumkin, so'ngra kateterni asta-sekin chiqarsa



63-rasm. Siydik pufagini kateterlash: a – qiz bolalarda, b – o'g'il bolalarda.

bo'ladi, shundagina qoldiq, siydikning ozroq miqdori kateter chiqarilgandan keyin, siydik chiqarish kanalini yuvib chiqadi. Qiz bolalarda u deyarli uzun bo'lmaydi (4-6 sm), shunga ko'ra kateterlash qiyinchilik tug'dirmaydi.

Siydikni ekish uchun olish kerak bo'lsa, steril probirka chetlarini alanga ustidan o'tkaziladi va u to'lgandan so'ng steril paxta tiqin bilan berkitiladi.

O'g'il bolalarga kateter kiritish birmuncha qiyin (63-b rasm), chunki ularda siydik kanali uzunroq bo'ladi va ikkita fiziologik torayish hosil qilib, ular kateterning o'tishiga to'sqinlik qiladi.

Muolaja tibbiyot qo'lqoplarda bajariladi. Bemor kateterlash vaqtida oyoqlarini tizzasidan oz-moz bukib, chalqancha yotadi, oyoqlari orasiga «utka», lotok yoki krujka qo'yilib, siydik kateterdan shu idishga oqib tushadi.

Hamshira yoki shifokor chap qo'lga jinsiy olatni oladi va uning boshchasini zararsizlovchi eritmaga ho'llangan paxta bo'lakchasi bilan yaxshilab artadi. O'ng qo'li bilan steril vazelin moyi surtilgan kateterni asta-sekin, ko'p kuch sarflamay siydik chiqarish kanaliga kiritadi. Kateter pinset yoki steril doka salfetka bilan olinadi.

Kateterlashni imkon qadar yumshoq rezina kateterda amalga oshirish kerak. U yumshoq va ayni vaqtda qayishqoq bo'lganligidan osongina turli shaklni egallaydi, bu mavjud to'siqlarni chetlab o'tishga imkon beradi. Kateter qovuqqa tushishi bilan siydik paydo bo'ladi.

10.9. Buyrak sanchig'ida shoshilinch yordam ko'rsatish

Buyrak sohasida birdaniga paydo bo'luvchi qattiq sanchuvchi xarakterga ega og'riq xurujiga **buyrak sanchig'i** deyiladi.

Etiologiyasi. Buyrak-tosh kasalligi, siydik nayiga qon laxtasi, o'sma to'qimasi parchasining tiqilib qolishi yoki siydik nayining o'sma bilan qisilib qolishi, siydik nayining bukilib qolishi (nefropnoz natijasida), jismoniy zo'riqishlar, uzoq vaqt tik holatda bo'lish va boshqalar.

Klinikasi. Buyrak sanchig'i bel sohasida birdaniga paydo bo'luvchi kuchli sanchuvchi og'riq bilan boshlanadi, og'riq ko'pincha qorinning pastki qismiga, kindik sohasiga, chov sohasiga, sonning ichki yuzasiga, genitalliyalarga tarqaladi. Ayrim hollarda og'riq epigastral sohaga va butun qoringa tarqaladi. Og'riq ko'pincha doimiy xarakterda bo'ladi, ayrim hollarda bir pasayib, bir kuchayib turadi. Xuruj vaqtida bemor ancha bezovta, bir holatda tura olmaydi, tinmay holatini o'zgartirib turadi, o'zini qo'ygani joy topmaydi. Aksari hollarda buyrak sanchig'i xuruji hazm a'zolari tomonidan kuzatiladigan qorin dam bo'lishi,

qusish, qabziyat kabi o'zgarishlar bilan kechadi. Buyrak sanchig'i xuruji qanday paydo bo'lgan bo'lsa, xuddi shunday birdaniga barham topadi. Pasternatskiy simptomi musbat bo'ladi. Deyarli doimiy ravishda dizuriya alomatlari, ya'ni siyishning tez-tez va og'riqli bo'lishi hamda soxta siydik qistashi, mikrogematuriya kuzatiladi.

Shoshilinch yordam ko'rsatish. Zudlik bilan m/o ga baralgin 2,0–5,0 ml miqdorida qilinadi. Bel sohasiga issiq grelka qo'yiladi. Samara bo'lmasa 1,0 ml 0,1 % li atropin + 2,0 ml no-shpa qilinadi. Agar xuruj o'tib ketmasa yoki tez-tez qaytalanib tursa, bemorni shoshilinch ravishda jarrohlik yoki urologiya bo'limiga yotqiziladi.

11. QON VA QON YARATISH A'ZOLARI PATOLOGIYASIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

11.1. Muzli xaltachadan foydalanish

Muz solingan xaltacha qon ketganda, o'tkir yallig'lanish jarayonlarining boshlang'ich bosqichlarida, lat yeganda (og'riqni kamaytirish uchun), xasharotlar chaqqanda, pediatriyada esa chaqaloqlarning kalla ichi jarohatlarida ishlatiladi. Muzli xaltachada past harorat uzoq vaqt saqlanadi. Muz solinadigan xaltacha og'zi anchagina katta va probkasi burab berkitiladigan rezina qopchiqdan iborat. Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: muz uchun xalta, muzlatgichdan olingan muzlar uchun idish, sochiq. Xaltachining butunligi tekshiriladi.
3. Xaltachani olib, uni muz bilan shunday to'ldiriladiki, xaltacha tubi yassiligicha qolsin.
4. Xaltacha teshigi tiqin bilan berkitiladi.
5. Muzli xaltacha sochiq bilan o'raladi.
6. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.
7. Bolaga qulay vaziyat tanlashda yordam beriladi.
8. Muzli xaltachani kerakli joyga qo'yiladi.
9. Xaltachani har 30 daqiqada teri isiguncha olib turiladi.
10. Muzli xaltacha 2 soatdan keyin olib qo'yiladi.
11. Bolaga qulay vaziyat tanlashda yordam beriladi.
12. Xaltachaga ishlov beriladi.

Xaltacha ho'l bo'lib qolsa, uni artish kerak. Xaltachani bosib turishi qattiq og'riq paydo qilsa, uni kasal soha ustiga osib qo'yiladi. Muz erigan sayin suvi to'kiladi va yangi muz parchalari solinadi.

11.2. Burundan qon ketishida yordam ko'rsatish

Burundan qon ketishi – ko'pincha burun shilliq pardasi qon tomirlari shikastlanganda, yuqori nafas yo'llari yallig'lanishlarida, ayrim jigar kasalliklarining asorati sifatida hamda gemorragik diatezlarda kuzatiladi. Burundan ko'p qon ketganda qonning bir qismi og'iz bo'shlig'iga, undan me'daga tushadi. Natijada bolada qon qusish va axlatining qorayishi kuzatiladi.

Burundan qon ketganda bolani yarim o'tirgan, boshi ozroq oldinga engashtirilgan holatga keltiriladi. Bola tinchlantirilib, iloji boricha gapirmasligi, yo'talmasligi va ortiqcha harakatlar qilmasligi ta'minlanadi.

Bemor bola agar hushida bo'lsa, gorizontol holatda yotqizilib, boshi yonboshga o'giriladi. Burun sohasiga muzli xalta yoki sovuq suvga ho'llangan sochiq qo'yiladi. Burun qanotlarini burun devoriga 3–5 daqiqa bosib turiladi.

Agar qon oqishi to'xtamasa, burun bo'shlig'iga vazelin surtilgan yoki 3% li vodorod peroksid, adrenalin eritmasiga ho'llangan paxta-tampon kiritilib, stasionarga yuboriladi.

Stasionarda sharoitga qarab oldingi yoki orqa burun tamponadasi qilinadi. Bunda tampon kronsang bilan burun bo'shlig'iga oldindan kiritilib, tamponlanadi va orqadan tamponlanib oldingisi bilan bog'lanadi.

11.3. Sternal punksiya o'tkazishda qatnashish



64-rasm. Sternal punksiya.

Turli qon kasalliklarini aniqlash va davolashni to'g'ri tashkil qilish maqsadida sternal punksiya (suyak ichi) amalga oshiriladi (64-rasm). Bajarish tartibi:

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.
2. Tayyorlab qo'yiladi: anesteziya uchun to'plam (shpris 5 ml, 10 ml, teri-osti, mushaklar orasiga inyeksiya qilish uchun ignalar, 0,5% li novokain ampulada, 70% li spirt, steril paxta), Kassirskiy ignasi, qisqich, steril bog'lov anjomlari bo'lgan biks, kleol yoki leykoplastir, laboratoriyaga yo'llanma, probirkalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar.

3. Bolani chalqanchasiga yotqiziladi.

4. Qo'llarga ishlov beriladi, qo'lqoplar, niqob, qalpoqcha va steril xalat kiyiladi.

5. Punksiya paytida shifokorga yordam berib, bola ahvolidan xabardor bo'lib turiladi.

6. Muolajadan keyin bolani aravachada chalqancha yotgan holda xonasiga olib boriladi.

7. Bolaning qat'iy yotish tartibiga 2 soat mobaynida rioya qilishi nazorat qilinadi.

8. Laboratoriyaga punksiya paytida olingan suyuqlik olib boriladi.

9. Tahlil natijasi olingach, kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

10. Bola ahvoli (harorati, puls, qon bosimi, nafas olish soni) kuzatib boriladi.

11. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

Izoh: Muolajadan oldin bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va uslubi tushuntirib beriladi.

12. ENDOKRIN BEZLAR PATOLOGIYASIDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

12.1. Siydikni qandga tekshirish uchun yig'ish

1. Bolaga yoki uning onasiga muolaja maqsadi va tartibi tushuntiriladi.

2. Qo'llar yuvib, quritiladi.

3. Tayyorlab qo'yiladi: tuvak, siydikni sutka davomida yig'ish uchun idish, toza quruq flakon, shisha tayoqcha, mustahab uchun to'plam, yo'llanma.

4. Tayyorlangan idishga yorliq yopishtiriladi.

5. Boladan ertalab soat 06.00 da qovuqni unitazga bo'shatishi so'raladi (siydikning bu qismi yig'ilmaydi).

6. Siydikning qolgan porsiyalari sutka davomida tayyorlangan idishga yig'iladi (keyingi kun ertalab soat 06.00 gacha).

7. Ertasiga ertalab siydikning umumiy miqdori o'lchanadi.

8. Hamma siydikni shisha tayoqcha bilan yaxshilab aralashtirib, tayyorlangan flakonga 100 ml solinadi.

9. Flakonga yo'llanma biriktiriladi.

10. Natijasi o'sha kuni yoki ertasiga olib kelinadi.

11. Natija kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

Izoh: Siydik yig'ishdan oldin qo'lqoplar kiyiladi va bolaga mustahab qildiriladi.

Yo'llanmada sutka davomida ajralgan va yuborilayotgan siydik miqdori albatta ko'rsatilishi kerak.

12.2. Insulin dozasini hisoblash va yuborish

Har kuni yuborish lozim bo'lgan insulin dozasini bola ajratgan bir kunlik siydik miqdoriga va laboratoriyada analiz qilib aniqlangan siydikdagi qandga qarab hisob-kitob qilinadi. Oldin bola bir kecha-kunduzda ajratgan siydigidagi qand miqdori grammlarda hisoblab chiqiladi, keyin insulinning sutkalik dozasi aniqlanadi. Sutkalik siydikdagi har 4–5 *gr* qandga bir birlik (B) insulin olinadi.

Masalan: Bola bir kecha-kunduzda 200 *gr* qand ajratadi. Demak, u bir sutka mobaynida 40 yoki 50 *TB* insulin olishi kerak. Insulin organizmga kichik dozadan boshlab kiritiladi, aks holda, gipoglikemiya vujudga kelishi mumkin. Insulinning sutkalik dozasini bemorning ahvoliga qarab 2 yoki 3 martaga bo'linadi. Shunday qilib, mazkur holda bolaga insulinni 20 *TB* dan 2 marta buyurish kerak bo'ladi.

Hisoblab chiqilgan insulin yuborishning asosiy qoidalarini tibbiyot hamshirasi puxta bilishi kerak. Tibbiyot sanoati insulinning turli xil preparatlarini – oddiy insulin hamda ta'siri uzoq davom etadigan insulin ishlab chiqarmoqda. Tibbiyotda ishlatiladigan insulin sut emizuvchilarning me'daosti bezidan olinadi. Insulin spetsifik antidiabetik vosita hisoblanadi. Insulin organizmga kiritilganda qonda qand miqdori kamayadi, siydik bilan kam ajrala boshlaydi, diabetik koma holati bartaraf etiladi.

Insulin ta'sir birlikda (*TB*) yoki internatsional birlikda (*IB*) dozalanadi. Asosiy qoidalar quyidagilardan iborat:

1. Tibbiyot hamshirasi qutidagi va flakondagi yozuvlarni diqqat bilan o'qib chiqishi zarur. Odatdagi insulin tiniq va flakonda 5 *ml*, har 1 *ml* da 40 *TB* bo'ladi.

2. Insulin faqat teri ostiga yuboriladi. U qonga so'rilar ekan, inyektsiyadan keyin oradan 30–40 *min* o'tgach, eng yuqori konsentratsiyaga yetadi, shuning uchun odatdagi insulinni ovqatlanishdan 15–20 *min* oldin yuboriladi.

3. Insulin yuborish uchun yaxshisi, maxsus shprislarni ishlatish kerak. Bunday shprislarni ikkita shkalasi bo'ladi: bittasida preparat hajmini ifodalovchi darajalar, boshqa shkalasida ta'sir birligini ko'rsatuvchi darajalari bor. Insulin shprislari 1 *ml* va 2 *ml* li bo'ladi, 1 *ml* li shpris 40 ga bo'lingan, ya'ni har qaysi bo'linish bir birlik insulinga to'g'ri keladi. Bunday shpris insulin shprisi deyiladi.

4. Shprislarni sterillaganda tibbiyot hamshirasi zinhora soda ishlatmasligi lozim, chunki suvga soda aralashganda insulinni yemirib yuboradi, nega deganda insulin ishqoriy sharoitda yemiriladi.

5. Insulinni aniq dozalash lozim, ya'ni shprisga shunday miqdorda insulin olish kerakki, iganing o'tkazuvchanligini tekshirib ko'rgandan

keyin shprisda buyurilgan dozaning aniq miqdori qolsin, chunki dozaning kamayib qolishi ham, ko'payib ketishi ham, diabet bo'lgan bolaning hayoti uchun xavfli.

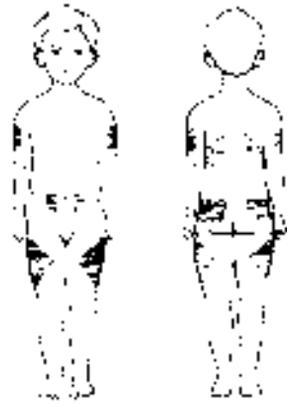
6. Insulin inyeksiya qilinadigan joy(son, yelka, kurakosti sohalari, qorin va h.k)larni vaqti-vaqti bilan o'zgartirib turish kerak, chunki hadeb bir joyga inyeksiya qilinganda teriosti infiltratlari va boshqa asoratlar kelib chiqishi mumkin (65-rasm).

7. Bir shprisda ta'siri uzoq davom etadigan insulin va oddiy insulinni yuborishiga ruxsat etilmaydi; ularni alohida-alohida yuborish kerak.

8. Tibbiyot hamshirasi insulin dozasini va uni yuborish vaqtini o'zicha o'zgartirishga haqqi yo'q.

9. Insulinni katta dozada yubormaslikka harakat qilish kerak.

10. Tibbiyot hamshirasi bolaga insulin qilgach, 15–20 daqiqadan kechiktirmay uning ovqatlanishini ta'minlashi kerak.



65-rasm. Insulin yuborish uchun qulay joylar.

12.3. Giperglikemik komada shoshilinch yordam ko'rsatish

Komatoz holatdagi bemorga yordam ko'rsatish quyidagilarni o'z ichiga oladi: birinchi navbatda bemorni tekis va qattiq joyga gorizontol holatda yotqiziladi va uning boshi orqaga qayiriladi, chunki birinchi galdagi vazifamiz yuqori nafas yo'llarining erkin o'tkazuvchanligini ta'minlashdir. Keyingi vazifa esa insulinoterapiyadir. Insulinoterapiya o'z ichiga quyidagilarni oladi:

a) insulinni inyeksiya qilish har bir bemor uchun individual bo'lishi lozim. Insulinni yuborishdan oldin bemor avval ham insulin olganmi-yo'qmi, qaysi insulindan qanday dozalarda olgan, oxirgi marta qachon va qancha insulin qilingan, bemor uzoq ta'sir qiluvchi insulin olganmi yoki yo'qligini aniqlab olishga harakat qilinadi;

b) agar bemor avval insulin bilan davolanmagan bo'lsa, u holda oddiy insulindan vena ichiga 40–60 TB miqdorida yuboriladi va agar zarurat bo'lsa, xuddi shu dozani har 1–2 soatda qaytarib turiladi (qaytadan insulin yuborishda qondagi qand miqdorini laboratoriyaviy nazorat qilib turiladi);

d) agar bemor avval ham insulin olib yurgan bo'lsa, u holda to'liq sutkalik doza miqdoridagi insulin vena ichiga yuboriladi, lekin bunda gipoglikemiyaning oldini olish maqsadida 5% li glyukoza bilan 0,9% li natriy xlorid eritmalarini 1:1 nisbatda vena ichiga infuziya qilib turiladi;

e) insulinning keyingi dozalari 6 soat davomida har 1–2 soatda qilib turiladi, keyin bemorning ahvoli yaxshilanib borishiga qarab dozalar oralig'idagi vaqtni ko'paytirib boriladi.

Atsidozga qarshi kurashish va unga barham berish maqsadida vena ichiga 4 % li natriy bikarbonat eritmasi infuziya qilinadi.

Yurakni quvvatlab turish maqsadida yurak glikozidlaridan strofantin "K" yoki korglikon vena ichiga 0,025 % li eritma ko'rinishida 0,5 ml miqdorida yuboriladi.

Qon-tomir yetishmovchiligini davolash uchun pressor aminlar (dofamin, tenzamin) arterial bosimni nazorat qilgan holda 1–2 *mkg-kq/min* dan 5 *mkg-kq/min* gacha dozalarda infuziya qilinadi.

Ikkilamchi infeksiyaning oldini olish uchun keng ta'sir spektriga ega antibiotiklar (sefalosporinlar, aminoglikozidlar va h.k.) buyuriladi.

"B" guruhi vitaminlari, askorbin kislotasi buyuriladi.

Moddalar almashinuvi jarayonlarini yaxshilash uchun lipotrop vositalar (metionin, lipokain, lipostabil va h.k) qo'llaniladi.

Gemosorbsiya qilish ham yaxshi samara beradi. Simptomatik terapiya o'tkaziladi.

12.4. Gipoglikemik komada shoshilinch yordam ko'rsatish

Etiologiyasi. Gipoglikemik koma ham asosan qandli diabet kasalligining asorati bo'lib, insulin dozasi oshirib yuborilganda, parhez buzilganda, och qolganda, spirtli ichimliklar iste'mol qilganda, jismoniy va ruhiy zo'riqish natijasida kelib chiqadi.

Klinikasi. Gipoglikemik komadan farqli ravishda gipoglikemik koma birdaniga boshlanadi: bemor birdaniga hushini yo'qotadi, jiqqa terga botadi, tili nam, nafasi yuzaki va bir maromda, teri va shilliq pardalar rangi oqarib ketadi, trizm, tana mushaklari gipertonusi, talvasalar kuzatiladi, bemorning og'zidan atseton hidi kelmaydi.

Shoshilinch yordam ko'rsatish. Avvalo glyukoza sinamasi qilinadi, chunki komaning giper- yoki gipoglikemik ekanligini aniqlab olishga yordam beradi. Buning uchun bemorning venasiga 20–60 ml miqdorida 40% li glyukoza eritmasi yuboriladi, agar bemorda gipoglikemiya holati bo'lgan bo'lsa, bemor tezda hushiga keladi. Bemorning hushi tiklanishi bilan glyukoza yuborish to'xtatiladi va bemorni zudlik bilan shifoxonaga olib boriladi.

13. YUQUMLI KASALLIKLARGA QARSHI KURASHISHDA BAJARILADIGAN AMALIY KO'NIKMALAR

13.1. Mantu sinamasini o'tkazish va baholash

Tuberkulin bilan diagnoz qo'yishga ruxsat – hujjati bo'lgan tibbiyot hamshirasi steril tuberkulin shprisiga tuberkulin ППД-Л dan 0,2 (ikkita doza) oladi. Bilakning ichki yuzasi terisini spirt yoki efir bilan artib, ignaning kesik uchini yuqoriga qaratgan holda va qo'lga parallel ravishda teri orasiga kiritiladi va uchini yuqori ko'tarib ignaning kesigi teri orasiga kirguncha suqiladi, bunda ignaning uchi teri qatlamini ko'tarib bo'rtib turganligi shundoqqina ko'rinib turadi. Tuberkulin qat'iy ravishda shprisning 0,1 ml darajasida, ya'ni bir dozada yuborilishi kerak.

Tuberkulinni yuborish texnikasiga to'g'ri rioya qilinganda bilakda «limon po'sti»ga o'xshash oqish kichkinagina qattiqroq infiltrat (do'mbayma) hosil bo'ladi.

Tekshirilayotgan har qaysi bola uchun alohida steril shpris va steril igna ishlatiladi. Shpris eritmani porshenning orqasiga ham, ignaning kanyulyasidan ham o'tkazib yubormaydigan bo'lishi kerak. Ana shu maqsadlarda hozirgi vaqtda bir martalik steril shprislardan foydalanilmoqda.

Mantu sinamasi oradan 48–72 soat o'tgandan keyin infiltratni tiniq (rangsiz) millimetrli lineyka bilan o'lchab baholanadi.

Infiltratning razmerini millimetrlarda ko'ndalangiga (bilak o'qiga nisbatan) o'lchanadi. Olingan natija profilaktik emlashlar qayd qilinadigan 063-shaklga yozib qo'yiladi.

Infiltrat (papula) diametri 5 mm va undan ortiq bo'lsa, shuningdek, infiltrat razmeridan qat'i nazar limfangit yoki usiz vezikulonekrotik reaksiyalar bo'lsa, bu giperergik reaksiya hisoblanadi.

Postvaksinal allergiya, odatda, ro'yirost yuzaga chiqmaydi (5–8 mm), u sust rivojlanib tez (2–3 yilda) so'nishga moyil bo'ladi.

Tez avj oladigan va pufagi ro'yirost yuzaga chiqqan (12–17 mm) ancha barqaror Mantu reaksiyasi ko'pincha sil yuqqanligidan darak beradi.

Tuberkulin sinamasi musbat chiqqan bolani silga qarshi dispanserga – fiziiatr-shifokorga jo'natiladi, bu yerda tuberkulin bilan diagnoz qo'yishdan tashqari klinik, rentgenologik, bakteriologik, laboratoriya va boshqa tekshiruvlaridan diqqat bilan o'tkaziladi.

13.2. Profilaktik emlashlar o'tkazish texnikasi

Respublikamizda **silga qarshi** yoppasiga emlash БЦЖ vaksinasi (shodasida 20 doza) bilan o'tkaziladi. Vaksinani "O'zbiofarm" korxonasi ishlab chiqaradi va bolalar tug'uruqxonadayoq duch keladigan birinchi vaksenalardan biri sanaladi. Keyingi qayta emlash bolalarga 7, 15 yoshida salbiy Mantu reaksiyasi manfiy bo'lganda 2 TB bilan o'tkaziladi.

БЦЖ vaksinasi chaqaloqlarga (2–4 kunda) teriosti applikatsiyasi usuli bilan 0,1 ml hajmda 0,05 mg dozada chap yelka tashqi yuzasi uchdan birining yuqori va o'rtasi chegarasiga yuboriladi.

Silga qarshi immunitetning shakllanishi emlashdan bir yil o'tib, emlashdan keyingi chandiqchanning paydo bo'lishiga qarab baholanadi. Natijalar tahlil qilinayotganda quyidagi guruhlar inobatga olinadi.

– emlash samarali emas – chandiqcha yo'q;

– emlashdan keyingi zaif immunitet 2–4 mm kattalikdagi chandiqcha;

– adekvat immunitet javobi 5 mm va undan katta chandiqcha.

Bolalar ko'kyo'tal, bo'g'ma va qoqsholga qarshi susaytirilgan ko'kyo'tal vaksinasini, shuningdek, bo'g'ma va qoqshol anatoksinlarini АКДС vaksinasini tutgan aralash preparat bilan emlanadi. Mushak ichiga 0,5 ml dozasida yuboriladi. Emlash kursi 2 oylikda yuboriladigan uch marotabada 30 kunlik oraliq bilan 3 emlashdan iborat bo'ladi. Qayta emlash 16 oylikda bir marotaba o'tkaziladi:

Bo'g'ma va qoqsholga qarshi immunitet tarangligi zo'riqishiga bolalarni serologik tekshirish, ko'zdan kechirish emlash yakunlangan kursdan keyin kamida 2 oydan so'ng o'tkaziladi. Bo'g'maga va ko'kyo'talga qarshi antitelolarning darajasi ПИГАda eritrotsitar diagnostikumdan foydalangan holda bakteriologik amaliyotda umumqabul qilingan usul bo'yicha o'tkaziladi. Natijalarni baholash quyidagi tamoyillarni inobatga olgan holda amalga oshiriladi:

– serologik noxush zardob;

– antitelolar darajasi past bo'lgan zardoblar titrlari 1:20 1:40;

– antitelolar darajasi o'rtacha va yuqori bo'lgan zardoblar titrlari 1:80 1:1280.

Bo'g'maga nisbatan antitelolarning himoya titri 1:40, qoqsholga 1:20 va undan ortiq tarzida qabul qilingan.

Qizamiqqa qarshi vakcina 0,5 ml dozada kurak ostiga yoki yelka qismiga (tashqi tomondan yelkaning quyi va o'rta uchdan birining chegarasida) teri ostiga (mushak ichiga) yuboriladi. Emlash 9 va 16 oylikda ikki marotaba o'tkaziladi. Bolalarning aksariyatida qizamiqqa qarshi emlash qandaydir klinik alomatlar bilan birga kechmaydi.

Qizamiqqa qarshi immunitet zo'riqishiga bolalar qizamiqqa qarshi emlanganidan kamida 40 kun o'tkazib tekshiriladi. Qizamiqqa eritrotsitar qarshi antigenning diagnostikumidan foydalangan holda umumqabul qilingan usul bo'yicha sust gemaglyutinatsiya (ППГА)ga reaksiya qizamiqqa qarshi antigemaglyutininlar darajasi aniqlanadi. Ko'zdan kechirish natijalarini tahlil qilish va baholashda quyidagi guruhlar inobatga olinadi:

– serologik noxush zardoblar, antitelolar darajasi past bo'lgan zardoblar titrlari 1:10 1:20;

– antitelolar darajasi o'rtacha bo'lgan zardoblar titrlari 1:40 1:80;

– antitelolar darajasi yuqori bo'lgan zardoblar titrlari 1:80 va bundan yuqori.

Qizamiqqa qarshi antitelolarning himoya titri 1:10 tarzida qabul qilingan.

Epidemik parotitga qarshi emlash bir marotaba, bola 16 oylik bo'lganda 0,5 ml dozada, teri ostiga, kurak ostiga yoki yelkaning tashqi qismida o'tkaziladi.

Oral polivaksina (ОПВ) bilan emlash АКДС vakinasida emlash bilan bir mahalda 2 oylik bo'lganda, 1 oylik oraliq bilan uch marotaba (chaqaloqlarga yuborilgan doza “nol” hisoblanadi) o'tkaziladi. Vaksina ovqatdan 1 soat oldin emlash dozasi 2 tomchi steril tomizg'ich bilan og'iz ichkarirog'iga tomiziladi. Ayni mahalda, emlangandan keyin, bolaga suv yoki qandaydir boshqa ovqat bermaslik kerak. Emlashdan keyin antitelo hosil qilish holati qon zardobidagi I, II, III tipdagi poliviruslarga virusni bartaraf etuvchi antitelolarning “ЭЛЬ 41” chizig'ining to'qima kulturalarida rangli sinamasiga ta'sirini aniqlash yo'li bilan belgilanadi. Antitelolarning himoya titri barcha uchala turi uchun ham 1:16 tarzida qabul qilingan.

Profilaktik emlashlar taqvimiga muvofiq, **gepatit B ga qarshi** emlash tug'uruqxonada chaqaloq tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlarda o'tkazila boshlanadi. Ikkinchi va uchinchi marta emlash tegishli 2 va 9 oylikda o'tkaziladi. Vaksina mushak ichiga yuboriladi, emlash dozasi 0,5 ml, vaksinani yuborishning tavsiya etiladigan qismlari: 14 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun sonning old lateral qismiga, kattalarga deltasimon mushakka. Bolalarning immunitet zo'riqishiga ko'zdan kechirish immunoferment tahlil usuli (ИФА) bilan emlashning tugallangan qismidan kamida 36 oy o'tgach o'tkaziladi. Natijalarni tahlil qilish va baholashda quyidagi guruhlar inobatga olinadi:

Anti HBs 10mME (ml ga teng yoki bundan ortiq bo'lgan serologik salbiy, serologik ijobiy guruhlar shular jumlasiga kiradi).

13.3. Turli zardoblarni yuborish

Tezkor tipdagi (shok) va sekinlashgan tipdagi (zardob kasalligi) allergik reaksiyalarning oldini olish uchun zardob yuborish zarur bo'lgan hamma hollarda Bezredko bo'yicha modifikatsiyalangan metod bilan desensibilizatsiya qilinadi. Shu maqsadda zardobni 3 ga bo'lib yuboriladi: boshlab teri ostiga 0,1 ml zardob yuboriladi, so'ng oradan 30 daqiqa o'tkazib turib muskul orasiga 0,2 ml, 1–1,5 soatdan keyin esa qolgan hamma dozasi yuboriladi. Zardobni 37–40°C gacha isitib, quymich nervi shoxlaridan holi bo'lgan dumbaning yuqori tashqi kvadrantiga, sekin-asta yuboriladi.

13.4. Infeksiya o'chog'ida epidemiyaga qarshi choralar

Shifokor tegarasida va poliklinikada yuqumli kasalliklarni aktivlik bilan aniqlashda: poliklinika ishlarini, profilaktik ko'ruvlar va bolalarni tekshirishning (bolalar muassasasiga kelishdan oldin, emlashlar paytida, har xil dispanser ishlarida), shuningdek, yuqumli kasalliklar o'choqlarida tibbiy kuzatuv olib borish mobaynida kasalliklarni aniqlashning katta ahamiyati bor.

Bordi-yu, yuqumli kasal yoki shunga shubha tug'dirgan biror-bir bemor aniqlansa, uni «Yuqumli kasalliklarni qayd qilish jurnali» ga (060- shakl) yozib qo'yiladi, bu jurnal barcha davolash-profilaktik muassasalarda bo'ladi. Bemorni jurnalga qayd qilish bilan bir vaqtda unga «Yuqumli kasallik, ovqatdan zaharlanish, o'tkir zaharlanish haqida shoshilinch xabar» kartasi (058-shakl) to'lg'aziladi. Karta uzog'i bilan 12 soat ichida shu joyga qaraydigan davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markaziga (DSENM) jo'natilishi kerak.

Yuqumli kasallik aniqlanganligi haqida yanada tezroq, ya'ni operativ ravishda DSENM ga telefon orqali xabar berish ham avvaldan qo'llanib kelinadi, ammo bu 058-shaklni jo'natishning o'rnini bosa olmaydi.

Maktablar, bolalar bog'chalari, yasli kabi tegishli muassasalarga telefon orqali xabar qilinadi. Bordi-yu, dastlabki qo'yilgan tashxis o'zgartirilsa, uni o'zgartirgan davolash muassasasi dastlabki va oxirgi tashxisni ko'rsatgan holda yangitdan shoshilinch xabarnoma to'ldirib jo'natadi. Tegishli o'zgartirishlar «Yuqumli kasalliklarni qayd qilish» jurnaliga ham yozib qo'yiladi.

Aholi orasida olib boriladigan sanitariya-maorifi ishlarining hamma turlari yuqumli kasalliklarni tezroq aniqlashda katta ahamiyatga ega. Tibbiyot xodimlari leksiya, suhbatlar, sanitariya byulletenlari, devoriy

gazeta va boshqalarda shifokorga iloji boricha ertaroq murojaat qilish kerakligini targ'ib qilishlari lozim. Shu maqsadda yuqumli kasalliklarning asosiy klinik belgilarini va shunday kasalliklar chiqqanda epidemiyaga qarshi ko'riladigan chora-tadbirlarni aniq va tushunarli qilib bayon qilib berilishi kerak.

Yuqumli kasalliklarni kamaytirish uchun kurashda yuqumli kasalliklar kabinetining (YuKK) juda katta ahamiyati bor. Uning shtatida bitta infeksionist-shifokor, 1–2 ta tibbiyot hamshirasi va sanitar xodim bo'ladi. Kabinet 2 xona va sanitariya blokidan iborat. Birinchi xonada bolalar qabul qilinadi, ikkinchi xona muolaja xonasi bo'lib, davolash muolajalari, rektoromanoskopiya, laboratoriyada tekshiriladigan materiallarni olish ishlarini shu yerda bajariladi, duodenal zond kiritish ham shu xonada o'tkaziladi. Kabinetda rektoskop, o't olish uchun ishlatiladigan zondlar, sterilizator, ignalar, shprislar, huqna uchun asboblar, tuvaklar, namuna olinadigan probirkalar, dezinfeksiyalovchi eritma kabi asbob-anjomlar bo'ladi.

YuKK yuqumli kasallikka shubha tug'dirgan (tegara shifokorining ko'rsatmasiga bionan) bolalarni konsultatsiya qildiradi, yuqumli kasallik bilan og'riqlarni davolash va uyda parvarishini to'g'ri tashkil qilish hamda og'rib o'tgan bemorlarni dispanser kuzatuvidan o'tkazib turishda shifokor va hamshiralarga konsultativ yordam berib turadi. Shunga ko'ra kabinet bepul davolash uchun dori-darmonlar, bakteriyalarga qarshi preparatlari olib turadi.

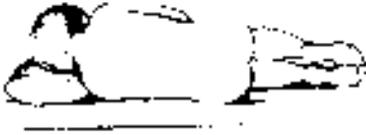
Profilaktik va davolash preparatlarini saqlash, hisob-kitob qilib borish ishlarini ham shu kabinetning o'zida amalga oshiriladi. Kabinet xodimi tashxisni oydinlashtirib olish uchun laboratoriyada: bakteriologik, serologik, biokimyoviy (yuqumli gepatit) tekshirish uchun material oladi, allergologik sinama qilib ko'radi, rektoromanoskopik tekshirish o'tkazadi.

Turli xil infeksion kasalliklarda olib boriladigan ishlar darslikning nazariy qismida bayon etilgan edi.

13.5. Orqa miya punksiyasi

1. Qo'llar yuvib, quritiladi.

2. Tayyorlab qo'yiladi: anesteziya uchun to'plam (shpris 5 ml, 10 ml, teriosti, muskul orasiga inyeksiya qilish uchun ignalar, 0,5% li novokain ampulada, 70% li spirt, steril paxta), punksiya uchun mandrenli igna, qisqich, steril bog'lov anjomlari bo'lgan biks, kleol yoki leykoplastir, laboratoriyaga yo'llanma, probirkalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar.



66-rasm. Orqa miya punksiyasi vaqtida bolaning vaziyati.

3. Bolani yonboshiga yotqiziladi, boshini oldinga engashtiriladi, oyoqlarini bukib, qorniga yig'ib yotish so'raladi (66-rasm).

4. Qo'llarga ishlov beriladi, qo'lqoplar, niqob, qalpoqcha va steril xalat kiyiladi.

5. Punksiya paytida shifokorga yordam beriladi, bolaning ahvolidan xabardor bo'lib turiladi.

6. Muolajadan so'ng, bolani aravachada xonasiga olib borib qo'yiladi.



67-rasm. Orqa miya suyuqligini probirkaga olish.

7. Bolaning qat'iy yotish tartibiga 2 soat mobaynida rioya qilishi nazorat qilinadi.

8. Laboratoriyaga punksiya vaqtida olingan suyuqlik olib boriladi (67-rasm).

9. Tahlil natijasi olingach, kasallik tarixiga yopishtirib qo'yiladi.

10. Bolaning ahvoli (harorati, puls, qon bosimi, nafas olish sonlari) kuzatib boriladi.

11. Ishlatilgan asboblarga ishlov beriladi.

Izoh: Muolajadan oldin bolaga yoki uning onasiga tekshiruv maqsadi va uslubi tushuntirib beriladi.

14. KECHIKTIRIB BO'LMAYDIGAN SHOSHILINCH HOLATLARDA YORDAM KO'RSATISH

Kasalliklar yoki favqulodda ta'sirotlar (jarohatlar, zaharlanishlar, tabiiy ofatlar, ishlab chiqarish va turmushdagi favqulodda holatlar va boshqalar) natijasida o'tkir ravishda kelib chiquvchi va zudlik bilan shoshilinch ravishda tegishli tibbiy yordam ko'rsatilmasa inson hayotiga xavf soluvchi holatlarni kechiktirib bo'lmaydigan holatlar deb ataladi va xuddi ana shunday holatlarda ko'rsatiladigan tibbiy yordamni shoshilinch yoki **kechiktirib bo'lmaydigan tibbiy yordam** deb ataladi.

14.1. Klinik o‘lim yuz berganda shoshilinch yordam

Klinik o‘lim yuz berganda reanimatsion yordam quyidagi tartibda ko‘rsatiladi:

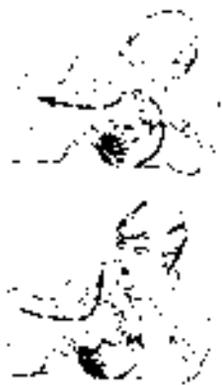
1. Yuqori nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini qayta tiklash va ta‘minlash. Buning uchun bemorni zudlik bilan tekis va qattiq joyga chalqancha yotqiziladi va yelka kamari ostiga 10–12 *sm* qalinlikdagi yostiqlar qo‘yiladi.

So‘ng bemorning boshi bo‘ynida orqaga qayrilib uning pastki jag‘i yuqoriga oldinga ko‘tariladi va og‘zi ochiladi. Zudlik bilan og‘iz bo‘shlig‘i va yuqori nafas yo‘llari turli xil yot jismlar (qusuq, balg‘am, so‘lak, qon laxtasi, tish siniqlari kabi)dan tozalanadi.

2. Sun‘iy nafas oldirish.

Sun‘iy nafas oldirishning inspirator va ekspirator usullari mavjuddir. Inspirator usullarga Silvestr usuli va Shyuler usuli kiradi. Hozirgi vaqtda bu usullar kam samara berganligi uchun umuman qo‘llanilmaydi. Ekspirator usullarga “og‘izdan og‘izga” va “og‘izdan burunga” usullari kiradi.

“Og‘izdan og‘izga” usulida sun‘iy nafas oldirish uchun bemor tekis va qattiq joyga yotqizilib, uning og‘iz bo‘shlig‘i va yuqori nafas yo‘llari turli yot jismlardan zudlik bilan tozalanadi (68-rasm). So‘ng reanimator o‘z o‘pkalarini to‘ldirib chuqur nafas olib bemor og‘zini o‘z og‘iziga zichlab oladi va bolaning yoshini hisobga olgan holda o‘z o‘pkalaridagi havoni bemor nafas yo‘llariga haydaydi. (Bolaning burnini bir qo‘li bilan berkitib turadi.) Bu vaqtda u ko‘z qiri bilan ko‘krak qafasi harakatlarini kuzatib turadi. Bemor og‘iziga dokadan tayyorlangan salfetka yoki ro‘molcha yopib qo‘yish kerak bo‘ladi. Reanimator og‘zini bemor og‘zidan oladi, bunda nafas o‘pkalar va ko‘krak qafasi elastikligi tufayli passiv ravishda chiqariladi.



68-rasm. Og‘izdan og‘izga sun‘iy nafas oldirish.

“Og‘izdan burunga” usulida sun‘iy nafas oldirish ham “og‘izdan og‘izga” sun‘iy nafas oldirishdan deyarli farq qilmaydi. Faqat bu usul qo‘llanganda reanimator o‘z og‘iziga bemor og‘zini emas, balki bemor burnini zich qilib oladi va o‘z o‘pkalaridan havoni bemor o‘pkalariga uning burni orqali haydaydi. Bunda og‘iz orqali havo chiqib ketmasligi uchun bemorning og‘zini yopib olish kerak bo‘ladi va bemorning ko‘krak qafasi harakatlari kuzatib turiladi.

Sun'iy nafas oldirishlar soni 1 daqiqada katta odamlarda 15 martadan, yosh bolalarda esa 30 martadan kam bo'lmazligi kerak.

3. Yurakni massaj qilish.

Yurakni massaj qilishning bilvosita (yopiq yoki tashqi) va ochiq (bevosita) usullari mavjud. Yurakning samarali qisqarishlarining yo'qligi (asistoliya), qorinchalar fibrillyatsiyasi va terminal bradikardiya yurakni yopiq massaj qilishga bo'lgan ko'rsatmalar hisoblanadi. Mana shu hollarda organizmda qon aylanishi to'xtaydi, buning belgilari esa quyidagilardir: hushdan ketish, apnoe, yirik arteriyalarda pulsning yo'qligi, teri va shilliq pardalar rangining o'zgarishi (sianoz paydo bo'lishi yoki oqarishi) va ko'z qorachiqklarining kengayishi.

Yurakni yopiq massaj qilish quyidagicha bajariladi: bemor tekis va qattiq joyga yotqiziladi. Katta yoshdagi bolalarda reanimator o'z qo'l kaftining yumshoq joyini bemor to'sh suyagining pastki 1/3 qismiga, ya'ni xanjarsimon o'simtadan 2,5 *sm* yuqoriga qo'yadi va birinchi qo'l kafti ustiga ikkinchi qo'l kaftini qo'yadi. Qo'llarni tirsak bukig'ida bukmagan holda o'z tana og'irligi bilan ritmik ravishda to'sh suyagini pastki (umurtqa pog'onasi tomonga) 4–5 *sm* chuqurlikkacha turtki ko'rinishida va ritmik ravishda bosadi. Bunda yurak to'sh suyagi va umurtqa pog'onasi oralig'ida qisiladi va qon tomirlarga haydaladi (sistola). Reanimator bosishni to'xtatganda yurak dastlabki shakliga qaytadi va qon yurak qorinchalariga quyiladi (diastola). Yurakni massaj qilganda reanimator qo'l panjalari bemor ko'krak qafasiga tegmasligi kerak. Massajlar soni katta yoshdagilar uchun 1 daqiqada 60 martadan, yosh bolalarda esa (bolaning yoshiga bog'liq) 100 martadan kam bo'lmazligi kerak. Bola agar juda ham yosh bo'lsa yurakning bilvosita massaji bitta barmoq bilan, chaqaloqlarda esa ikki qo'lning bosh barmoqlari bilan asta-sekin amalga oshiriladi.

Sun'iy nafas oldirish va yurakni massaj qilish birga olib borilganda har bir nafas oldirishga 7–10 marta yurakni massaj qilinadi (agar yordam ikkita reanimator tomonidan ko'rsatilsa). Agar bitta reanimator yordam ko'rsatayotgan bo'lsa, u holda har 15–20 ta massajga 2–4 marta sun'iy nafas oldiriladi. Reanimatsion yordam ko'rsatila boshlaganidan keyingi birinchi daqiqaning oxirida reanimatsiya 5 sekundga to'xtatilib, mustaqil yurak va nafas faoliyati tiklangan-tiklanmaganligi tekshiriladi hamda keyingi har ikki daqiqada ham shunday nazorat tekshiruvi qaytarilib turiladi, chunki yurak va nafasning mustaqil faoliyati tiklanganligi reanimatsion yordamni o'z vaqtida to'xtatish kerakligini taqozo etadi.

14.2. Yurak birdaniga to‘xtab qolganda shoshilinch yordam

Etiologiyasi. Og‘ir shikastlanishlar, yurak fibrillyatsiyasi, yurak aritmiyalari, shok holatlari, og‘ir intoksikatsiyalar va boshqalar.

Shoshilinch yordam ko‘rsatish:

- Bemor tekis va qattiq joyga gorizontol holda yotqiziladi;
- Boshi maksimal orqaga bukiladi;
- Og‘iz bo‘shlig‘i va yuqori nafas yo‘llari so‘lak, qon laxtasi, tish protezlari va boshqa yot jismlardan tozalanadi;

- Sun‘iy nafas oldiriladi;

- Yurakni tashqi massaj qilinadi;

- Adrenalin 0,1% – 0,5–1,0 v/i ga yuboriladi;

- Har 5–7 daqiqadan keyin adrenalin qaytariladi, jami 3–5 *ml* gacha;

- 4 % soda eritmasi 100–200 *ml* vena ichiga yuboriladi;

- Atropin sulfat 0,1% – 0,5–1 *ml* v/i ga yuboriladi;

- Kalsiy xlorid 10% –10,0 v/i ga yuboriladi;

- Adrenalin + atropin + kalsiy xloridni v/i 1 ta shprisda yuborish mumkin;

- Prednizolon 60–90 *mg* v/i ga yuboriladi;

- Bosh sohasiga muz qo‘yiladi.

14.3. Talvasa sindromida shoshilinch yordam

Talvasalar (tirishishlar) tana mushaklarining g‘ayriixtiyoriy qisqarishlari bo‘lib, ular birdaniga xurujlar ko‘rinishida paydo bo‘lishi, turli vaqt davom etishi bilan xarakterlanadi va markaziy asab tizimi shikastlanishining klinik belgisi bo‘lib hisoblanadi.

Talvasalar xuruji natijasida bemor organizmida qon aylanishi, nafas, markaziy asab tizimi va boshqa hayotiy muhim a‘zolar va tizimlar funksiyalarining izdan chiqishiga **talvasa sindromi** deyiladi.

Etiologiyasi. Neyrotoksikoz, o‘tkir infeksiyon kasalliklar, gipertermiyalar, meningitlar, meningoensefalitlar, kalla-miya shikastlanishlari, bosh miyaning hajmiy jarayonlari, epilepsiya, bosh miyaga qon quyulishlar, emlashga javoban allergik reaksiyalar, chaqaloqlarning gemolitik kasalliklari, asfiksiya va boshqalar.

Klinikasi. Talvasa sindromining klinikasi o‘ta polimorf, ya‘ni turli-tuman bo‘lib, u talvasa sindromini keltirib chiqargan sabablarga, organizmning umumiy holatiga, uning reaktivligiga va boshqalarga bog‘liq bo‘ladi. Talvasalar paydo bo‘lish vaqti, davomiyligi, og‘riq

bilan bog‘liq yoki bog‘liq emasligi, asab tizimining zararlanish darajasi, talvasa xuruji vaqtida es-hushning yo‘qolish darajasi, xurujlarning yuzaga kelish chastotasi va tarqalganligiga ko‘ra turli xil bo‘ladi. Talvasalarning quyidagi turlari farq qilinadi:

a) Klonik talvasalar — tana mushaklarining orqama-orqa, tez-tez va notekis qisqarishlari bo‘lib, ular ritmik yoki aritmik bo‘lishi mumkin. Bu xildagi talvasalar asosan bosh miya po‘stloq qismi ta’sirlanishi natijasida kelib chiqadi.

b) Tonik talvasalar — tana mushaklarining uzoq vaqt davom etuvchi qisqarishlari bo‘lib, ular asta-sekin paydo bo‘ladi va uzoqroq davom etadi. Bu xil talvasalar asosan bosh miya po‘stloq osti markazlarining ta’sirlanishi natijasida kelib chiqadi hamda ular lokal yoki umumiy bo‘lishi mumkin.

d) Toniko-klonik talvasalar — bunda har ikki turdagi talvasalar bir vaqtning o‘zida orqama-keyin paydo bo‘ladi.

Talvasa xuruji boshlanishida bemor birdaniga tashqi muhit bilan aloqasini to‘xtatadi, ko‘z olmalari avval suzilganga o‘xshab harakat qiladi, so‘ngra esa tepaga yoki yon tomonga tortib qotib qoladi, bemor boshini orqaga tashlab, qo‘llari tirsaklarida bukiladi, oyoqlari to‘g‘rilanadi, jag‘lari mahkam yumiladi, nafas va puls sekinlashadi, ba‘zan esa apnoe ham bo‘lishi mumkin. Bu talvasa xurujining tonik fazasidir. Shundan keyin xurujning klonik fazasi boshlanadi: avval mimika mushaklarida titrash paydo bo‘ladi va u tezda butun tana bo‘ylab tarqaladi, nafas shovqinli va xirillagan bo‘ladi, taxikardiya kuzatiladi, bemorning og‘zidan ko‘pik ajralib chiqa boshlaydi. Talvasa xurujlari har xil vaqt davom etishi mumkin va ayrim hollarda hatto bemorni o‘limga olib kelishi ham mumkin.

Shoshilinch yordam ko‘rsatish. Talvasa sindromida shoshilinch yordam ko‘rsatish va uni davolash quyidagilardan iborat bo‘ladi:

1. Birinchi navbatda talvasa xurujiga barham berish zarur bo‘ladi. Buning uchun:

a) m/o ga yoki vena ichiga seduksen yoki relanium eritmasi 1–3 ml dozada qilinadi;

b) 1–2 % geksenal yoki tiopental natriy eritmalaridan vena ichiga talvasa xuruji to‘xtagunicha asta-sekinlik bilan yuboriladi;

d) natriy oksibutiratning 20% li eritmasidan 50–150 mg/kg dozada asta-sekinlik bilan yuboriladi;

e) talvasa xurujini kislorodga azot (1)-oksidi aralashmasiga ftoratan qo‘shib bemorga hidlatish yo‘li bilan tezda bartaraf qilish mumkin bo‘ladi;

f) agar yuqoridagi choralardan samara bo‘lmasa u holda bemorga narkoz ostida mushak relaksantlari qilinib, bemor sun‘iy ventilyatsiyaga o‘tkaziladi.

2. Organizmning hayotiy muhim funksiyalarini quvvatlab turish va korreksiya qilish uchun quyidagilarni amalga oshirish zarur bo‘ladi:

a) nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta‘minlash, ya‘ni og‘iz bo‘shlig‘i va yuqori nafas yo‘llarini balg‘am, so‘lak, qon, tish siniqlari va shunga o‘xshash boshqa yot jismlardan tozalash, bemorning tilini til ushlagichga olish, boshini orqaga qayirib, yelka kamari ostiga 10–15 *sm* qalinlikdagi yostiqcha qo‘yish va havo o‘tkazuv naychasini o‘rnatish;

b) oksigenoterapiya, ya‘ni namlangan kislorod hidlatish;

d) qon aylanishi tizimini quvvatlab turish;

e) gormonoterapiya, ya‘ni prednizolon 30–90 *mg*, yoki gidrokortizon 125–250 *mg* yoki deksazon 4–16 *mg* vena ichiga qilinadi.

3. Degidratatsion terapiya:

a) laziks yoki furosemid 2,0 – 4,0 *ml* vena ichiga;

b) osmодиuretik – mannitol 15 %li eritmasi 0,5–1,0 *g/kg* quruq modda hisobida vena ichiga tomchilatib qo‘yiladi;

d) 25 % li magniy sulfat 2,0–5,0 *ml* miqdorida m/o ga qilinadi;

e) 10% li kalsiy xlorid yoki 10 % kalsiy glyukonat eritmasidan vena ichiga 5,0–10,0 *ml* miqdorida yuboriladi;

f) davo va diagnostika maqsadlarida lyumbal punksiya qilinadi.

4. Asosiy kasallik davolanadi.

14.4. Gipertermik sindromda shoshilinch yordam

Tana harorataning + 38°C dan yuqori bo‘lib, markaziy asab tizimi, nafas, qon aylanishi, ajratish a‘zolari kabi hayotiy muhim tizimlar va a‘zolar funksiyalarining buzilishlari bilan kechadigan holatni **gipertermik sindrom** deb ataladi.

Etiologiyasi. Eritrotsitlar va labil trombotsitlarning parchalanishi, radioaktiv nurlanishlar, shikastlanishlar, yallig‘lanishlar, yuqumli kasalliklar, 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga tuzli eritmalar quyish (kaliy bilan natriy ionlari orasidagi nisbatning buzilishi), bosh miyaga qon quyilishlar, o‘tkir jarrohlik kasalliklari, organizmning suvsizlanishi, yiringli-septik kasalliklar va boshqalar.

Klinikasi. Gipertermiyaning quyidagi turlari farq qilinadi:

1. Gipirpiretik.

2. Febril gipertermiya.

Giperpiretik gipertermiyada tana harorati $+41^{\circ}\text{C}$ dan yuqori bo'ladi, febril gipertermiyada esa tana harorati $+38-39^{\circ}\text{C}$ bo'lganda o'rtacha febril, $39-41^{\circ}\text{C}$ bo'lganda esa yuqori febril gipertermiya deyiladi.

Tana harorati birdaniga yuqori ko'tarilganda bemorda umumiy loxaslik, adinamiya va qaltirash kuzatiladi. Bemorning ishtahasi yo'qoladi, chanqash va tomoq qurishi kuzatiladi, ter ajralishi kamayadi. Agar o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa, asab tizimi faoliyati buzilishi alomatlari: umumiy bezovtalik, alahlash, gallyutsinatsiyalar, tonikoklonik talvasalar paydo bo'ladi. Bemor hushini yo'qotadi, uning ko'zlari bir nuqtaga qadalib qoladi. Nafas tez va yuzaki bo'lib qoladi. Talvasa xuruji vaqtida esa asfiksiya ro'y berib, bemorning o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Qon bosimi pasayadi, puls tezlashadi, to'qimalarda qon aylanishi buziladi. Teri rangi oqarib gezaradi, bemorning oyoq-qo'llari muzlaydi, periferik sianoz kuzatiladi.

Shoshilinch yordam ko'rsatish. Gipertermik sindromni davolash asosan ikki yo'nalishda olib boriladi:

1) Hayotiy muhim a'zolar funksiyalarini korreksiya qilish va quvvatlab turish.

2) Gipertermiyaga qarshi kurashish.

1. Gipertermiyaga barham berish uchun mexanik, fizikaviy va kimyoviy usullardan foydalaniladi.

Mexanik usullarga bemor badanini spirt+uksus aralashmasi bilan to teri qizargunicha ishqalash, bemorni ventilyator bilan shabadalatish va boshqalar kiradi. Fizikaviy usullarga bemorning yirik arteriyalari (qo'ltiq, chov sohalari)ga va boshiga muzli xaltachalar qo'yish, oshqozonni sovuq suv bilan yuvish, yo'g'on ichakni sovuq suv bilan yuvish, sovuq vannalar qilish (suv haroratini asta-sekinlik bilan $+4-5^{\circ}\text{C}$ gacha tushirgan holda) va boshqalar kiradi. Kimyoviy usullarga esa, antipiretik dori moddalarini qo'llash kiradi. Bunday dorilar jumlasiga analgin, aspirin, aminazin va boshqalar kiradi. Aminazin ham neyroleptik ta'sir ko'rsatadi, ham antipiretik ta'sir ko'rsatadi. Bu dorilarni har xil litik aralashmalar ko'rinishida qo'llash yaxshi samara beradi. To'qimalardagi qon aylanishini yaxshilash va organizmdan issiqlik ajralishini osonlashtirish maqsadida spazmolitiklardan no-shpa yoki dibazol qo'llaniladi. Vena ichiga infuziya qilinadigan suyuqliklarni $+4^{\circ}\text{C}$ gacha sovutib quyish ham yaxshi samara beradi.

2. Hayotiy muhim a'zolar funksiyalarini korreksiya qilish va quvvatlab turish uchun quyidagilarni bajarish lozim bo'ladi:

a) birinchi navbatda bemorni tinchlantirish. Buning uchun 2,5 % li aminazin 2,0 ml miqdorida m/o ga yoki vena ichiga yuboriladi. Agar aminazinga pipolfen qo'shib qilinsa samara yanada yaxshiroq bo'ladi;

b) degidratatsion terapiya, ya'ni bosh miya shishuviga qarshi kurash maqsadida saluretiklardan laziks (furosemid) va osmotik diuretiklar (mannitol) qo'llaniladi;

d) nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash va oksigenoterapiya;

e) buyrakusti bezlari yetishmovchiligiga qarshi kurashish maqsadida glyukokortikoid gormonlar (prednizolon, gidrokortizon, deksazon, deksametazon va boshqalar) qo'llaniladi.

f) metabolik atsidozga barham berish uchun 3–5 % li natriy gidrokarbonat (soda) eritmasi 150,0–300,0 ml miqdorida vena ichiga infuziya qilinadi.

3. Asosiy kasallik davolanadi.

14.5. O'tkir zaharlanishlarda shoshilinch yordam

O'tkir zaharlanishlar tibbiyot amaliyotida juda ko'p uchrab turadigan (ayniqsa, bolalarda), aksariyat og'ir oqibatlar bilan tugaydigan patologik holat bo'lib, organizmga turli zaharli moddalar, kimyoviy vositalar, oziq-ovqat mahsulotlari tushishi natijasida kelib chiqadi.

Organizmga ushbu moddalar quyidagi yo'llar bilan tushishi mumkin:

1. Peroral (og'iz orqali).
2. Ingalyatsion (nafas yo'llari orqali).
3. Inyeksion (dori vositalarining toksik dozalari ta'sirida).
4. Perkutan (himoyalangan teri qoplamlari orqali).
5. Organizmning turli bo'shliqlariga toksik vositalarni kiritish natijasida (to'g'ri ichakka, qinga, tashqi eshituv yo'li va boshqalar).

Zaharlanishlarda olib boriladigan umumiy shoshilinch yordam shartlari:

1. Toksik vositalarning organizmga kirishini to'xtatish va chiqib ketishini kuchaytirish.

2. Zaharning organizmga toksik ta'sirini kamaytirish maqsadida zudlik bilan spetsifik (antidot) terapiya usullari yordamida zararsizlantirish.

3. Organizmning mazkur toksik vosita ta'sirida zararlangan funksiyalarini qo'llash va himoya qilishga qaratilgan davo choralarini olib borish.

Hodisa ro'y bergan joyda albatta zaharlanish sababini, toksik vosita xilini, uning miqdorini va organizmga tushish yo'llarini aniqlash kerak. Agar imkoni bo'lsa zaharlanish vaqtini va toksik vosita konsentratsiyasini ham aniqlash lozim.

Organizmni aktiv detoksikatsiyalash usullari:

1. Ingalyatsion zaharlanishlarda zaharli muhit bilan aloqani uzish. Bunday holatlarda birlamchi vazifa jabrlangan bolani zaharlanish joyidan toza havoli joyga olib chiqish.

2. Teri orqali zaharlanishda toksik vositani yuvib tashlash.

Terini oqar suvda obdan yuviladi, toksik vositadan tozalanadi. Zaharni ko'zga tushishi kuzatilganda konyunktivani ham yuviladi.

3. Peroral zaharlanishda oshqozonni yo'g'on zond orqali yuviladi. Zond bo'lmagan hollarda zondsiz yuvishdan foydalaniladi (agar bemor hushida va katta yoshda bo'lsa): jabrlanuvchi 1 litr suvni ichadi va til ildizi qitqlanib sun'iy qusish chaqiriladi.

Bu muolaja suv toza bo'lib chiqquncha davom ettiriladi.

Yuvish tugallangach, oshqozonga 100–150 ml 30% li natriy sulfat yoki vazelin yog'i kiritiladi (surgi sifatida). Sifonli huqnalar bilan ichaklarni erta tozalashning ahamiyati katta.

Oshqozon-ichak yo'llaridagi toksik vositalarni adsorbsiyalash maqsadida aktivlashtirilgan ko'mirning suvli bo'tqasidan oshqozonni yuvishdan oldin va keyin bir osh qoshiqdan ichiriladi.

4. Teriga tushgan toksik vositaning so'rilishini sekinlashtirish.

6–8 soatga mahalliy muz xalta qo'yiladi va novokain hamda 0,1 % li adrenalin eritmalari bilan soha atrofini «o'rab» chiqiladi.

5. So'rilayotgan zahardan organizmni tozalash maqsadida jadallashtirilgan diurez o'tkaziladi. Buning uchun avvaliga gipovolemiani bartaraf etish uchun poliglyukin eritmasidan 300–600 ml yuboriladi, keyin 0,5–1 litr izotonik natriy xlorid va 5% li glyukoza eritmalari 1,5–2 soat davomida kiritiladi. Shundan so'ng esa diuretiklar, aksari laziks (furosemid) 80–120 mg miqdorida yuboriladi.

6. Detoksikatsiyaning jarrohlik metodlari – peritoneal dializ qo'llaniladi.

Ushbu tadbirlar bilan birga spetsifik antidotlar bilan hamda simptomatik davolash ham olib boriladi.

Hamshiraning asosiy vazifasi shifokor buyurgan vazifalarni o'z vaqtida va aniq bajarish hamda o'zi shunday vaziyatlarga tushib qolganda sarosimaga tushmasdan hamshiralik jarayoniga amal qilgan holda ish ko'rishi kerak. Bemorda bo'layotgan har bir holatga to'g'ri baho berib borishi va hamshiralik tashxislarini aniq ifodalagan holda hamshiralik kasallik tarixnomasiga yozuvlar kiritib borishi zarur. Har qanday zaharlanish bo'yicha ish olib borilganda albatta zaharlovchi vositadan tekshiruv uchun namuna olib qo'yishni va DSNEM ga shoshilinch xabarnoma yuborishni unutmasligi kerak.

ILOVALAR

1-ilova

Kliniko-anatomo-fiziologik ko'rsatkichlar

1. Bo'y uzunligi, og'irligi, bosh va ko'krak aylanasi
(S.Sh.Shamsiyev bo'yicha)

Yoshi	Bo'yi (<i>sm</i>)	Og'irligi (<i>gr, kg</i>)	Bosh aylanasi (<i>sm</i>)	Ko'krak aylanasi (<i>sm</i>)
chaqaloq	48–52	3200–3500	34–36	32–34
1 yosh	71–77	9,5–10,5	37–39	45–48
5 yosh	104–110	18,5–20,0	48–50	48–56
10 yosh	130–136	32,5–35,0	51–53	62–63
15 yosh	160–165	58–63	52–54	63–65
kattalar	168–175	70–75	52–54	74–79

2. Nafas a'zolari
(B.I.Molchanov bo'yicha)

Yoshi	Nafas sonlari (1 <i>min</i> da)	O'pkaning tiriklik sig'imi (<i>ml</i> da)	
		erkaklar	ayollar
chaqaloq	40–60	–	–
1 yosh	30–35	–	–
5 yosh	24–26	400–500	350–450
10 yosh	18–20	1350–1500	1250–1400
15 yosh	17–18	2400–2500	2300–2400
kattalar	16–20	3000–5000	3000–4000

3. Yurak urishlari soni va arterial bosim
(A.F.Tur 1957, B.I.Molchanov)

Yoshi	Yurak urishlari (1 min da)	Arterial bosim (mm. simob. ust)
chaqaloq	125–160	85–120/40–80
5 yosh	90–100	85–120/35–70
10 yosh	75–85	95–140/45–80
15 yosh	70–78	95–140/35–90
kattalar	60–80	120–140/70–90

4. Qizilo'ngach uzunligi va oshqozon sig'imi

Yoshi	Qizilo'ngach uzunligi (sm da)	Oshqozon sig'imi (ml)
chaqaloq	10–11	30–34
5 yosh	16–18	600–900
10 yosh	18–20	1300–1500
15 yosh	19–22	1500–2000
kattalar	20–30	1500–3000

5. Qovuqning sig'imi, siyishlar soni va sutkalik diurez
(N.P.Gundobin bo'yicha)

Yoshi	Qovuqning sig'imi (ml)	sutkalik diurez	siyishlar soni (sutkada)
chaqaloq	50–55	200–300	20–25 marta
5 yosh	350–400	900–1000	6–7 marta
10 yosh	450–550	850–1000	3–4 marta
15 yosh	500–600	1100–1500	3–4 marta
kattalar	650–750	1300–1500	2–3 marta

6. Qonnig asosiy ko'rsatkichlari
(A.B.Mazurin, I.M.Voronsov, I.T.Salomov, A.R.Ashurov bo'yicha)

a) umumiy tahlil:

Yoshi ko'rsat- kich	chaqaloq	5 yosh	10 yosh	15 yosh	kattalar
Gemoglobin g/l	170–247	130–140	140–145	142–146	110–170
Eritrotsitlar 10/l	4,5–7,5	4,5–5,5	4,2–4,9	4,5–4,8	4,7–5,3
Rang ko'rsatkich	1–1,2	0,9–0,95	0,9–0,95	0,97–1,0	0,95–1,05
Trombotsitlar 10/l	200–250	270–290	260–280	250–270	180–320
Leykotsitlar 10/l	10–30	8–10	7–8,2	7–7,7	7,6–8,6
Limfotsitlar 10/l	20–30*10/l	40–46	30–36	25–28	19–37
ECHT mm/soat	2–3	7–8	7–8	7–8	2–15

b) maxsus tahlil

Yoshi ko'rsat- kich	chaqaloq	5 yosh	10 yosh	15 yosh	kattalar
Oqsil g/l	47–65	59–79	62–78	70–80	70–80
Umumiy bilirubin mik.mol/litr	9,0–10,2	3,4–17,1	3,4–17,1	3,4–17,1	3,4–17,1
Birikkan bilirubin mik.mol/litr	0,8–3,6	0,85–3,4	0,8–3,4	0,8–3,4	0,8–3,4
ALT mmol/litr	0,1–0,62	0,10–0,68	0,10–0,68	0,10–0,68	0,10–0,68
AST mmol/litr	0,1–0,35	0,10–0,45	0,10–0,68	0,10–0,68	0,10–0,68
Qand mik. mol/litr	1,7–4,2	3,33–5,55	3,33–5,55	3,33–5,55	3,33–5,55
Mochevina mmol/litr	2,5–4,5	4,3–7,3	4,3–7,3	4,3–7,3	
Qoldiq azot mmol/litr	14,6–22,6	19–29	19–29	19–29	
Revmosinama: DFA (TB) Seromikoid	–	–	210–220 190–200	210–220 190–200	210–220 190–200
Qon ivish vaqti (Li-Uayt bo'yicha min.)	4,3–7,9	5,35–8,45	4,4–7,6	4,4–7,6	5–8
Sterillik	qonda mikroblar bo'lmasligi kerak				

7. Siydikning tahliliy ko'rsatkichlari:

a) Umumiy xususiyatlar:

Rangi	– somon-sariqdan tiniq sariqgacha
Tiniqligi	– tiniq
Solishtirma og'irligi	– 1002–1030
Reaksiyasi	– kislotali yoki neytral
Oqsil	– bo'lmaydi
Qand	– bo'lmaydi (izlar)
Atseton	– bo'lmaydi
O't pigmenti	– bo'lmaydi
Urobilin (urobilinogen)	– arziyas miqdorda
Indikan	– arziyas miqdorda

b) Siydik cho'kmasining mikroskopik tekshiruvi:

Epitelial hujayralar:

Yassi epiteliy – yakkam-dukkam

Siydik kanalchalari epiteliysi (buyrak) – bo'lmaydi

Leykotsitlar – ko'ruv maydonida 1–3 tagacha

Eritrotsitlar – 0 – ko'ruv maydonida yakkam-dukkam

Silindrlar – gialinli – bo'lmaydi
donali – bo'lmaydi

Tuzlar – uratlar yoki oksalatlar arziyas miqdorda

8. Axlatning tahliliy ko'rsatkichlari:

a) Makroskopik tekshiruv:

Miqdori – 100–200

Konsistensiyasi – yumshoq

Formasi – ko'pincha silindrsimon

Rangi – jigarrang

Hidi – yoqimsiz, lekin o'tkir emas

Shilimshiq – bo'lmaydi

Qon – bo'lmaydi

b) Mikroskopik tekshiruv:

Muskul tolalari – bo'lmaydi yoki arziyas parchalangan tolalar

Qo'shuvchi to'qima – bo'lmaydi

Neytral yog' – bo'lmaydi

O'simlik kletchatkasi – parchalanadigan kletchatka – bo'lmaydi
parchalanmaydigani – turli miqdorda

Kraxmal – bo'lmaydi

Detrit – turli miqdorda

Shilimshiq	– bo‘lmaydi
Silindrik epiteliy	– bo‘lmaydi yoki arzimasi miqdorda
Leykotsitlar	– bo‘lmaydi
Eritrotsitlar	– bo‘lmaydi

2-ilova

Bolalar va o‘smirlarning kundalik energiya (*kkal*)ga, yog‘ va uglevodlarga (*g* hisobida) bo‘lgan ehtiyoji

Yosh	Kg/kaloriya	Oqsil	Yog‘	Karbon suvlar
1–4 yosh	1540	53	53	212
4–6 yosh	1970	68	66	272
7–10 yosh	2300	79	79	315
11–13 yosh				
O‘g‘il bola	2700	93	93	370
Qiz bola	2400	85	85	340
14–17 yosh				
O‘smirlar	2900	100	100	400
Qizlar	2600	90	90	360

3-ilova

Bola organizmining vitaminlarga bo‘lgan ehtiyoji, *mg* da

Yoshi	A-retinol	B1	B2	PP	C	D	Izoh:
1 yoshgacha	0,4 (400 <i>me</i>)	0,5	0,6	7	40	0,4	ME–xalqaro o‘lchov birligi
1–3 yosh	0,4 (400 <i>me</i>)	0,8	0,9	10	45	0,4	
4–6 yosh	0,5 (500 <i>me</i>)	1,0	1,3	12	50	0,1	
7–10 yosh	0,7 (700 <i>me</i>)	1,4	1,6	15	60	0,1	
11–13 yosh	1,0 (1000 <i>me</i>)	1,6	1,9	18	70	0,1	
14–17 yosh qizlar	1,0 (1000 <i>me</i>)	1,6	1,8	17	65	0,1	
14–17 yosh yigitlar	1,0 (1000 <i>me</i>)	1,7	2,0	19	76	0,1	

Bolalarning suvga bo'lgan ehtiyoji

Yoshi	Suvga bo'lgan kundalik ehtiyoj	
	<i>ml</i>	<i>ml/kg</i>
3 kunlik	250–300	80–100
10 kunlik	400–500	130–150
6 oylik	950–1000	130–150
1 yosh	1150–1300	120–140
2 yosh	1400–1500	115–125
5 yosh	1800–2000	90–100
10 yosh	2000–2500	70–85
14 yosh	2200–2700	50–60
18 yosh	2200–2700	40–50

O'zbekiston iqlimi sharoitida bolalarning ovqatlanish tartibi va sutkalik kaloriyaning taqsimlanishi (% hisobida)

Ovqatlanish paytlari	Yasli yoshidagi bolalar	Maktabgacha tarbiya yoshidagi bolalar	Maktab yoshi
1. Nonushta	20	25	25
2. Ikkinchi nonushta	15	10	10
3. Tushlik	30	35	30
4. Peshinlik	15	10	10
5. Kechki ovqat	20	20	25
Jami kaloriya	1300	1600–2000	2000–2850

Bolalar va o'smirlarni jismoniy tarbiyalash uchun umumiy tavsiyalar

Nö	Tibbiy guruhlar	Shartli mashg'ulot turlari	Tavsiya etilgan qo'shimcha mashg'ulot turlari
1	Salomatligida o'zgarish bo'lmagan yoki kam bo'lgan, ammo jismoniy yaxshi tayyorgarlikka ega	Asosiy o'quv dasturi bo'yicha to'la jismoniy tarbiyalash	Sport bilan shug'ullanish
2	Salomatligi o'zgargan hamda jismoniy tayyorgarlikka ega bo'lmagan	Tayyorlov o'quv dasturi bo'yicha asta-sekin harakatlarni o'zlashtirib, zarur bo'lgan talablarga moslashtirish	Jismoniy tayyorgarlik darajasini oshirish uchun qo'shimcha mashq qilish
3	Salomatligi ancha, doimiy yoki vaqtincha o'zgargan	Maxsus dastur bo'yicha mashg'ulot o'tkazib, alohida ajratib baholash	Maktab va uy sharoitida kerakli jismoniy mashqlar bilan shug'ullanish

Ayrim kasalliklardan so'ng bolalarning jismoniy tarbiya bilan shug'ullanishini boshlash vaqti

Kasallik nomi	Sog'aygandan so'ng jismoniy tarbiya bilan shug'ullanishni boshlash vaqti	Izoh
1. Angina (og'iz yo tomoq yallig'lanishi)	12 kundan so'ng	Otolaringolog qo'shimcha zarur tekshirishlari va maslahati bo'yicha, shifokor ko'rigidan o'tilgandan so'ng
2. Yuqori nafas yo'llari va bronxlar o'tkir yallig'lanishi	18 kundan so'ng	Qish vaqtida tavsiya etilmaydi
3. Gripp	12 kundan so'ng	Qo'shimcha shifokor ma'lumoti zarur

4. O'pka yallig'lanishi	30 kundan so'ng	Shifokor nazoratidan so'ng jismoniy tarbiya o'qituvchisi kuzatuvida bo'lishi zarur
5. Plevrit	30–60 kundan so'ng	O'pkaning tiriklik sig'imi tiklanishini kutish lozim
6. O'tkir yuqumli kasalliklar (terlama, ichburug', qizilcha)	30–45 kundan so'ng	Jismoniy tarbiya vaqtida yurak-tomir faoliyati qoniqarli bo'lishi kerak
7. Nefrit (buyrak yallig'lanishi)	60 kundan so'ng	Siydikni muntazam tekshirib borish
8. Appenditsit (ko'richak)	30 kundan so'ng	Kuchli mashqlar va sakrash man etiladi. Asoratlar kuzatilganda mashqlarni boshlash vaqti shifokor tomonidan belgilanadi
9. Miya chayqalishi	60 kundan so'ng	Shifokor va nevropatologning doimiy kuzatuv hamda pedagog nazoratida bo'ladi
10. Revmatizm (bod)	30 kundan so'ng	Qon ko'rsatkichlari me'yorida bo'lganda mashqlarni bajarish mumkin. Qishki mashqlar
11. Gepatit (yuqumli)	6–8 oydan so'ng	Shifokor nazorati va ruxsatidan so'ng tavsiya etiladi

8-ilova

Bolalarning bo'yiga nisbatan stol va stullarning balandligi

Bo'y (sm)	Bolaning yoshi	Stol va stullar guruhi. Markirovka rangi	Balandligi (sm)	
			Stol	Stul
80 gacha	7 oy – 1 yosh 8 oy	A – oq	34	17
81–90	1 yosh 5 oy – 2 yosh 8 oy	B – zangori	38	20
91–100	2–4 yosh	V – ko'k	43	24
101–115	3–6 yosh	G – pushti	48	28
116–130	5–9 yosh	D – sariq	54	32
130 dan baland	6–10 yosh	J – qizil	60	36

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. *A.V.Мазурин, И.М.Воронков.* Пропедевтика детских болезней. Москва. 1985.
2. *Л.А.Исаев.* Наука о детских болезнях. Москва. 1986.
3. *А.М.Запруднов, К.И.Григорьев.* Наука о детских болезнях. Москва. 1997.
4. *J.Eshqobulov, A.Mahmudov.* Bolalar kasalliklari fani. Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 1993.
5. *K.A.Svyatkina, E.V.Belogorskaya, N.P.Kudryavsev.* Bolalar kasalliklari fani. Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 1990.
6. *К.А.Сотникова, В.В.Гавришова.* Неонатология. Москва. 1985.
7. *Bir yoshgacha bo'lgan bolalarni ovqatlantirish xususiyatlari.* Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 2002.
8. *С.Д.Носов.* Детские инфекционные болезни. Медицина. Москва. 1982.
9. *Bolalar kasalliklari propedevtikasi.* Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 1997.
10. *Y.K.Subulkina.* Bolalarga tez tibbiy yordam. Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 1991.
11. *И.В.Маркова, В.И.Калиничева.* Фармакалогия педиатрии . Москва. 1980.
12. *М.И.Лоурин.* Температура у детей. Москва. 1985.
13. *В.А.Безбородова.* Геморрагические болезни и его симптомы. Москва. 1980.
14. *А.В.Папаян, Н.П.Шабанов.* Геморрагические диатезы у детей. Ленинград. 1982.
15. *А.Ф.Краснов.* «Сестринское дело». 2-том. Москва. 2000.
16. «Семейная медицинская сестра». Копенгаген. ВОЗ, 2002.
17. *А.Р.Майерс.* «Терапия». М.: ГЭОТАР. 1996.
18. *К.Н.Бодяжина, К.И.Жмакина.* «Акушерство и гинекология». Медицина. М.: 1997.
19. *N.P.Shabalova.* «Bolalar kasalligi». Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 1998.
20. Керпель-Фрониус Э. «Педиатрия». Москва. 1998.
21. *И.Н.Усов.* «Здоровый ребенок». Москва. 1984.
22. *Н.П.Шабалов.* «Неонатология». Санкт-Петербург. 1995.
23. *А.С.Ефимов.* «Энциклопедия семейного врача». Киев. 1995.

24. *А.Ф.Краснов*. «Семейная медицина». Самара. 1994.
25. «Атлас по манипуляционной технике». М., 1998.
26. *В.С.Казанова*. «Справочник врача общей практики». Минск. 1995.
27. *А.С.Ефимова*. «Энциклопедия семейного врача». Киев. 1995.
28. *А.Н.Вурава*. «Sogʻ va kasal bola parvarishiga doir amaliy mashgʻulotlardan qoʻllanma». «Meditsina». Toshkent. 1989.
29. *Т.Ч.Чубаков*. «ЛЕМОН». Бишкек. «Киргизстан». 1997.
30. «Медсестрица на все руки мастерица». «Камалак». Ташкент. 1996.
31. *Т.Умарова, М.Иброhimова*. «Hamshiralik ishi». Qoʻllanma. «Qatortol-Kamolot». Toshkent. 1998.
32. *А.Н.Инкова*. «Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи». «Феникс». Ростов-на-Дону «АСТ». Москва. 1999.
33. *Ф.Г.Назиров, И.Н.Денисов, Е.Г.Улумбаев*. «Справочник — путеводитель практикующего врача, 2000 болезней от А до Я». М.ГЕОТАР МЕДИЦИНА. 2000.
34. *М.С.Зияева, I.Pirimbetova*. «Hamshiralik ishi mutaxassisligi boʻyicha amaliyot standartlari». Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 2001.
35. *Л.Алминде, Д.Селвидж, Д.Христенсен, Т.Умарова*. «Руководство для преподавателей сестринского дела и практикующих медицинских сестер». «Абу Али ибн Сино». Ташкент. 2002.
36. *U.Z.Qodirov va boshqalar*. «Bolalar fiziologiyasi». Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 1999.
37. *S.S.Esonturdiyev, M.E.Qarshiboyeva*. «Bolalar va oʻsmirlar gigiyenasi». Choʻlpon. Toshkent. 2002.
38. *Н.И.Нусевич, В.Ф.Учайкин*. «Инфекционные болезни у детей». Медицина. Москва. 1985.
39. *Gʻ.Jalolov, S.Tursunov*. «Bolalar kasalliklari va ularning anatomik-fiziologik xususiyatlari». Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 2003.
40. *Т.Умарова, А.Қайумова, М.Иброhimова*. «Hamshiralik ishi». Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti. Toshkent. 2003.

MUNDARIJA

Soʻzboshi	3
-----------------	---

I. NAZARIY QISM

1. Kirish	5
------------------------	----------

1.1. Pediatriyaning qisqacha tarixi	5
---	---

1.2. Oʻrta Osiyo va Oʻzbekistonda pediatriyaning rivojlanishi	7
---	---

1.3. Pediatriya xizmati, uni tashkil etish	11
--	----

1.4. Bolalar poliklinikasi tegara (uchastka) hamshirasining vazifalari	12
--	----

1.5. Oilaviy hamshiraning ish faoliyati va vazifalari	16
---	----

1.6. Pediatriyada hamshiralik ishi jarayonining oʻziga xos xususiyatlari	19
--	----

2. Sogʻlom bola	21
------------------------------	-----------

2.1. Bolalik davrlari	21
-----------------------------	----

2.2. Bolalarning jismoniy rivojlanishi	25
--	----

3. Bolalarning ichki aʼzo va tizimlarining anatomo-fiziologik xususiyatlari (AFX)	28
--	-----------

3.1. Teri, teriosti yogʻ qatlami va shilliq qavatlarining AFX	29
---	----

3.2. Suyak tizimining AFX	31
---------------------------------	----

3.3. Muskul tizimining AFX	33
----------------------------------	----

3.4. Nafas aʼzolari tizimining AFX	37
--	----

3.5. Yurak-qon tomir tizimining AFX	39
---	----

3.6. Hazm qilish tizimining AFX	41
---------------------------------------	----

3.7. Buyrak va siydik chiqarish tizimining AFX	43
--	----

3.8. Qon va qon yaratish hamda limfa tizimining AFX	45
---	----

3.9. Asab tizimining AFX	47
3.10. Bolalarning asab-ruhiy ivojlanishi va shartli reflekslarning shakllanishi	50

4. Oy-kuni yetib va chala tug‘ilgan chaqaloqlarning xususiyatlari va parvarishlash **51**

4.1. Oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloq, belgilari, tug‘uruq zalida parvarish qilish	51
4.2. Chaqaloqning kundalik parvarishi	55
4.3. Chaqaloqni ovqatlantirish	57
4.4. Chaqaloqlardagi o‘tkinchi (tranzitor) yoki fiziologik (chaqaloqlar uchun odatiy) holatlar	59
4.5. Chaqaloqda o‘tkaziladigan emlashlar	62
4.6. Chaqaloqlarga javob berish	63
4.7. Chaqaloqlarni uy sharoitida parvarish qilish	63
4.8. Chala tug‘ilgan chaqaloq, sabablari, belgilari, parvarish qilish xususiyatlari	64
4.9. Chala tug‘ilgan chaqaloqni ovqatlantirish	68
4.10. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarda fiziologik holatlarning kechish xususiyatlari	70
4.11. Chala tug‘ilgan chaqaloqning keyingi rivojlanishi	70

5. Bolalarni ovqatlantirish **71**

5.1. Bolalarni ovqatlantirish turlari	71
5.2. Tabiiy ovqatlantirish, afzalliklari, ona sutining xususiyatlari	72
5.3. Aralash ovqatlantirish, sabablari va qoidalari	75
5.4. Sun‘iy ovqatlantirish, o‘tishga sabablar, qoidalari	76
5.5. Qo‘shimcha ovqatlar, kiritish qoidalari, muddatlari va turlari	77
5.6. Bir yoshdan katta bolalarni ovqatlantirish	79

6. Chaqaloqlik davri kasalliklari **80**

6.1. Pediatriyada chaqaloqlar patologiyasining muhim muammolari, bolalar o‘limidagi o‘rni	80
---	----

6.2. Chaqaloqlik davri kasalliklarining asosiy sabablari va turlari	81
6.3. Chaqaloqlar asfiksiyasi	82
6.4. Tug'uruq jarohatlari	86
6.5. Chaqaloqlarning gemolitik kasalligi	90
6.6. Chaqaloqlarda kindik va teri kasalliklari	94
6.7. Chaqaloqlar sepsisi	102
7. Bemor bolalarni tekshirish usullari	105
8. Go'daklik davri kasalliklari	106
8.1. Bolalarda raxit	106
8.2. Spazmofiliya	112
8.3. Ekssudativ diatez	116
9. Nafas a'zolari kasalliklari	121
9.1. O'tkir rinofaringit	121
9.2. Surunkali (xronik) tonzillit	123
9.3. Stenozlovchi o'tkir laringotraxeobronxit (soxta bo'g'ma yoki krup)	125
9.5. Pnevmoniyalar	126
9.6. Bronxial astma	131
10. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari	135
10.1. Yurakning tug'ma nuqsonlari	135
10.2. Revmatizm	138
11. Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari	142
11.1. Stomatit	142
11.2. Og'iz oqarishi	144
11.3. Emadigan bolalarda ovqat hazmi va ovqatlanishning buzilishi	146

11.4. Dispepsiyalar	146
11.5. Pilorospazm	151
11.6. Pilorostenoz	152
11.7. Distrofiyalar	154
11.8. Gelmintozlar	160
12. Buyrak va siydik chiqarish a'zolari kasalliklari	166
12.1. Diffuz glomerulonefrit	166
12.2. Piyelonefrit	171
12.3. Sistit	174
13. Qon va qon yaratish a'zolari kasalliklari	176
13.1. Anemiya	176
13.2. Gemorragik diatezlar	180
13.3. Leykozlar	185
14. Ichki sekretiya bezlari kasalliklari	187
14.1. Bolalarda qandli diabet	187
14.2. Endemik buqoq	192

II. AMALIY QISM

1. Teri, teriosti yog' qatlami, shilliq pardalar, suyaklar va muskullar holatini baholash va parvarish qilishga doir amaliy ko'nikmalar	195
1.1. Bolaning terisini baholash	195
1.2. Teriosti yog' qatlamini baholash	196
1.3. Shilliq pardalarni baholash	196
1.4. Suyak tizimini baholash	197
1.5. Muskel tizimini baholash	199

1.6. Teri va shilliq pardalarni parvarish qilish	199
1.7. Ko‘zlarni parvarish qilish va yuvish	201
1.8. Burunni parvarish qilish	201
1.9. Quloqlarni parvarish qilish	202

2. Chaqaloqlik davrida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar203

2.1. Yuqori nafas yo‘llaridan shilimshiqlarni so‘rib olish	203
2.2. Kindik yarasini parvarish qilish	203
2.3. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarni isitish	203
2.4. Kuvezlar va ulardan foydalanish	205
2.5. Kalla ichi jarohatlanishida bolalarni parvarish qilish	205

3. Antropometrik o‘lchovlarni o‘tkazishga doir amaliy ko‘nikmalar206

3.1. Bolaning bo‘yini o‘lchash	206
3.2. Tana og‘irligini o‘lchash	207
3.3. Ko‘krak aylanasi o‘lchash	208
3.4. Bosh aylanasi o‘lchash	208
3.5. O‘pkaning tiriklik sig‘imini aniqlash	209
3.6. Muskul kuchini o‘lchash	209

4. Bolalarni ovqatlantirishga oid amaliy ko‘nikmalar209

4.1. Zond orqali ovqatlantirish qoidasi va texnikasi	209
4.2. Qoshiqcha bilan ovqatlantirish	210
4.3. Chaqaloqni shishachadan ovqatlantirish	211
4.4. Shisha idishlarni tozalash	212
4.5. Chaqaloqlarni pipetka (tomizg‘ich) bilan ovqatlantirish	212
4.6. Emizikli bolalarga bir martalik va sutkalik sut miqdorini hisoblash	212
4.7. Ovqatni isitish	213
4.8. Kontrol o‘lchash texnikasi	213
4.9. Bola ovqatlarini tayyorlash usullari	213

5. Bolalarni chiniqtirishga doir amaliy ko‘nikmalar	215
5.1. Chiniqtirish va uning asosiy qoidalari	215
5.2. Bolalarni havo bilan chiniqtirish	216
5.3. Bolalarni suv bilan chiniqtirish	217
5.4. Bolalarni quyosh nuri bilan chiniqtirish	217
6. Dori vositalarini qo‘llashga doir amaliy ko‘nikmalar	218
6.1. Dori vositalarini yozib berish, dorixonadan qabul qilib olish va saqlash	218
6.2. Dorilarni tarqatish	218
6.3. Dorilarni tashqi usulda qo‘llash	219
6.4. Ko‘zlarga dori tomizish	220
6.5. Ko‘zlarga malham surtish	221
6.6. Quloqlarga dori tomizish	221
6.7. Burunga dori tomizish	222
6.8. Ingalyatsiya usulida dorilarni qo‘llash	222
6.9. Teri orasiga inyeksiya qilish texnikasi	223
6.10. Teri ostiga inyeksiya qilish texnikasi	224
6.11. Muskul orasiga inyeksiya qilish texnikasi	225
6.12. Antibiotiklarni eritish va dozalash	227
6.13. Vena ichiga inyeksiya qilish texnikasi	228
6.14. Tomchilab dori yuborish tizimini yig‘ish va tayyorlash tartibi	230
6.15. Qon chiqarish yoki turli tekshiruvlar uchun venadan qon olish texnikasi	231
7. Nafas a‘zolari patologiyasida bajariladigan amaliy ko‘nikmalar	231
7.1. Tana haroratini o‘lchash	231
7.2. Nafas sonlarini sanash	234
7.3. Namlangan kislorod berish	234
7.4. Tomoqdan va burundan tekshirish uchun surtma olish	235

7.5. Balg'amni turli tekshiruvlarga yig'ish	237
7.6. Xantalma (gorchichnik) qo'yish texnikasi	239
7.7. Oyoqlarga isituvchi vannalar qilish	239
7.8. Quloqqa isituvchi kompress qo'yish texnikasi	240
7.9. Laringospazm (xuro'zak) va soxta bo'g'mada shoshilinch yordam ko'rsatish	241
7.10. Bronxial astma xurujida shoshilinch yordam ko'rsatish	241
7.11. Plevral punksiyada qatnashish	242

8. Yurak qon-tomir tizimi patologiyasida bajariladigan amaliy ko'nikmalar243

8.1. Bolalarda pulсни aniqlash	243
8.2. Arterial bosimni o'lchash	243
8.3. Hushdan ketishda shoshilinch yordam ko'rsatish	245
8.4. Kollapsda shoshilinch yordam ko'rsatish	245
8.5. Shok holatlarida shoshilinch yordam ko'rsatish	246

9. Hazm a'zolari tizimi patologiyasida bajariladigan amaliy ko'nikmalar248

9.1. Stomatitlarda og'iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi	248
9.2. Og'iz oqarishida og'iz shilliq pardasiga ishlov berish texnikasi	248
9.3. Oral regidratatsiya o'tkazish	249
9.4. Qusayotganda yordam ko'rsatish	249
9.5. Me'dani yuvish texnikasi	249
9.6. Najasni umumiy tahlilga yig'ish	250
9.7. Yashirin qonni aniqlash uchun najas yig'ish	251
9.8. Najasni gijja tuxumlarini aniqlash uchun yig'ish	251
9.9. Qorin dam bo'lgan (meteorizm)da yordam ko'rsatish	252
9.10. Tozalovchi huqna qilish texnikasi	253
9.11. Sifonli huqna qilish texnikasi	254
9.12. Dorili huqnalar o'tkazish texnikasi	255
9.13. Abdominal punksiyada qatnashish	257

10. Buyrak va siydik ajratish a'zolari patologiyasida bajariladigan amaliy ko'nikmalar257

10.1. Siydikni umumiy tahlil uchun yig'ish	258
10.2. Sutkalik diurezni aniqlash	259
10.3. Suv balansini aniqlash	259
10.4. Siydikni Addis-Kakovskiy bo'yicha tekshirish uchun yig'ish	260
10.5. Siydikni Ambyurje bo'yicha tekshirish uchun yig'ish	260
10.6. Siydikni Nechiporenko usuli bo'yicha tekshirish uchun yig'ish	261
10.7. Siydikni Zimnitskiy bo'yicha sinama uchun yig'ish	262
10.8. Qovuqni katetrlash	263
10.9. Buyrak sanchig'ida shoshilinch yordam ko'rsatish	264

11. Qon va qon yaratish a'zolari patologiyasida bajariladigan amaliy ko'nikmalar265

11.1. Muzli xaltachadan foydalanish	265
11.2. Burundan qon ketishida yordam ko'rsatish	266
11.3. Sternal punksiya o'tkazishda qatnashish	266

12. Endokrin bezlar patologiyasida bajariladigan amaliy ko'nikmalar267

12.1. Siydikni qandga tekshirish uchun yig'ish	267
12.2. Insulin dozasini hisoblash va yuborish	268
12.3. Giperglikemik komada shoshilinch yordam ko'rsatish	296
12.4. Gipoglikemik komada shoshilinch yordam ko'rsatish	270

13. Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashishda bajariladigan amaliy ko'nikmalar271

13.1. Mantu sinamasini o'tkazish va baholash	271
13.2. Profilaktik emlashlar o'tkazish texnikasi	272
13.3. Turli zardoblarni yuborish	274

13.4. Infeksiya o'chog'ida epidemiyaga qarshi choralar	274
13.5. Orqa miya punksiyasi	275
14. Kechiktirib bo'lmaydigan shoshilinch holatlarda yordam ko'rsatish	276
14.1. Klinik o'lim yuz berganda shoshilinch yordam	277
14.2. Yurak birdaniga to'xtab qolganda shoshilinch yordam	279
14.3. Talvasa sindromida shoshilinch yordam	279
14.4. Gipertermik sindromda shoshilinch yordam	281
14.5. O'tkir zaharlanishlarda shoshilinch yordam	283
Ilovalar	285
Foydalanilgan adabiyotlar	293

O'quv qo'llanma

Qodir Inomov, Manzura G'aniyeva

PEDIATRIYADA HAMSHIRALIK ISHI

Tibbiyot kollejlari uchun o'quv qo'llanma

Muharrir *Hikoyat Mahmudova*

Musavvir *Nikolay Popov*

Badiiy muharrir *Anatoliy Bobrov*

Texnik muharrir *Tatyana Smirnova*

Musahhah *Dono To'ychiyeva*

Kompyuterda sahifalovchi *Zilola Mannopova*

IB № 4502

Bosishga 15.08.2007-y.da ruxsat etildi. Bichimi 60x90¹/₁₆. Tayms garniturası.
Ofset bosma. 19,0 shartli bosma toboq. 20,5 nashr tobog¹⁶. Jami 4350 nusxa.
...raqamli buyurtma. 41–2007 raqamli shartnoma. Bahosi shartnoma asosida.

O'zbekiston Matbuot va axborot agentligining G'afur G'ulom nomidagi
nashriyot-matbaa ijodiy uyi. 100129. Toshkent. Navoiy ko'chasi, 30.

100128. Toshkent. Usmon Yusupov ko'chasi, 86.

Bizning sayt: [www. iptdgulom.uz](http://www.iptdgulom.uz)