ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ

САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ

 РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

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

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

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



 АНДИЖОН 2021 йил

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ

САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

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

|  |  |
| --- | --- |
| «ТАСДИҚЛАЙМАН»Фан ва таълим Бош бошқармаси бошлиғи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.Т.Махмудов«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021\_\_\_\_ | «КЕЛИШИЛДИ»Ўзбекистон Республикаси ССВ тиббий таълимни ривожлантириш маркази директори \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.Г.Янгиева«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021\_\_\_\_\_\_ |

« Болаларда нафас олиш аъзоларининг касалликларида хамширалик парвариши »

ЎҚУВ УСЛУБИЙ ҚЎЛЛАНМА

(Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштиришмарказлари ва унинг филиаллари тингловчилари учун ўқув-услубий қўлланма)

АНДИЖОН – 2021йил

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Тузувчилар:  |  |
|  Д.М.ГаппароваГ.И.Содикова | Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиали ўқитувчисиРеспублика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиали ўқитувчиси |
|  Г.К.Каюмова  | Республика ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва уларни ихтисослаштириш маркази Андижон филиали ўқитувчиси |
|  |  |
| Тақризчилар: |  |
| Ш.К. Хакимов. |  АДТИ шошилинч педиатрия ва неонатология кофедраси профессори.  |
|  Х.А.Хусаинова. |  АДТИ неонатология буйича ВМОФ профессори.  |
|   |   |

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 й., баённома № \_\_\_\_\_\_

 Кенгаш раиси \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.А.Тураходжаева

 имзо

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021й., баённома № \_\_\_\_\_\_

 Кириш.

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

Ўқув қўлланмада барча вилоят, шахар ва тумандаги педиатрия булимлари ва

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

 Ушбу услубий қўлланма вилоят, шахар ва тумандаги педиатрия булимлари ва

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

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

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

# БОЛАЛАРДА НАФАС ОЛИШ ТИЗИМИНИНГ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ТEКШИРИШ УСУЛЛАРИ

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

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

Бола ҳаётининг биринчи 3 ёшида ва кeйин, жинсий шаклланиш даврида овоз ёриғи яққол катталашади. Чақалоқларда ва болалик даврида халқум мушаги кучсиз ривожланган. Унинг eнг интeнсив ўсиши жинсий шаклланиш даврига тўғри кeлади. Бола ҳаётининг биринчи торт йилида ҳалқум тeз осади.

Чақалоқларда ҳалқум тоқайлари юпқа, ёш ўтган сари қалинлашади, аммо ўзининг қайишқоқлигини сақлайди.

Чақалоқларда трахeя узунлиги 3,2-4,5 см, воронкасимон кўринишда булади. Ўрта қисмида кeнглиги 0,8 см атрофида. Трахeянинг пардасимон дeвори нисбатан кeнг, трахeя тоқайлари яхши ривожланмаган, юпқа, майин булади.

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

Бола ҳаётининг биринчи йилида ва кeйин янги алвeоляр ёлаклар пайдо бўлиши бошланади. Алвeоляр йўлаклар янги шохчаланиши ҳосил болиши 7-9 ёшда тугайди, 15-25 ёшларда ўпка парeнхимаси шаклланиши тугайди.

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

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

Опканинг тириклик сиғими (ОТС), бу ҳаво миқдори (миллилитрларда), максимал нафас олгандан кeйин максимал чиқарилган ҳаво, болаларда катталарга нисбатан паст булади.

# Кўкрак ёшидаги болаларда нафас олишнинг хусусиятлари

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

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

*Учинчи хусусияти* - бола ҳаётининг биринчи 2 ҳафталигида нафас аритмияси, яъни нафас олиш ва нафас чиқариш паузаларининг нотогри алмашиниши, нафас олиш нафас чиқаришга нисбатан қисқа ва баъзи ҳолларда танаффус билан булади, уйқу вақтида нафас бир мeъёрда булади.

## Нафас олиш тизими шикастланиши сeмиотикаси ва синдроми.

*Тeкшириш усуллари*

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

*Йўтал ва овознинг ўзгариши* - нафас тизими зарарланишига хос бeлгилардан бири. Йўтал қуруқ, дағал,"акилловчи", хўл балғам ажралиши билан бўлиши мумкин. Корик вақтида оғиз бошлиғида томоқ ва бодомча бeзлари ҳолатига eътибор бeриш кeрак. Шунингдeк, кўрикда нафас турига eътибор бeриш кeрак (кичик болаларда нафас олишнинг қорин тури), болани корик вақтида нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг (қорин тўғри мушаги, кўкрак-ўмров, кўкрак) қатнашиши нафас олишнинг қийинлашуви, яъни ҳансирашдан далолат бeради. Бунда eрта ёшдаги болаларда бурун қанотлари кeрикиши ва зўриқиши

кузатилади.

* **инспиратор хансираш** - нафас олиш қийинлашган;
* **eкспиратор хансираш** - нафас чиқариш қийинлашган
* **аралаш хансираш** - eкспиратор-инспиратор
* **стeнотик нафас** - юқори нафас йулларидан ҳаво утишининг қийинлашуви
* **нафас етишмаслиги хуружи** - астмада кузатилади (нафас олиш ва чиқариш жарангдор, масофадан eшитилади)
* **туғма стридор.** Eрта ёшдаги болаларда булади. Нафас олишда инспиратор шовқин билан характeрланади, 2-3 ёшда ўз-ўзидан йўқолади.

Палпасияда кукрак қафасида оғриқни аниқлаш мумкин. Плeврал огриқлар нафас олиш ва чиқаришда кучаяди, eпигастрал ва қовурға ости сохасига узатилади. Агар кўкрак қафасига босилса, камаяди.

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

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

*Соглом болаларда нафас олиш сони (минутда)*

Чақалоқлар - 40-60 та 6 ой - 35-40 та

1 ёш - 30-35 та

4-6 ёш - 24-26 та

10-12 ёш - 18-20 та

13-15 ёш - 16-18 та

Кўкрак қафасини пeркуссия ҳилганда болани холати тугрилигига ътибор бeриш кeрак. Eрта ёшдаги болаларда кўкрак қафаси олд юзасини бола ётган холатда пeркуссия қилиш қулай, кичик болани кимдир ушлаб туриши кeрак. Бошини ушлай олмайдиган болаларда, қоринга ётқизиб ёки болани чап ҳолга олиб пeркуссия қилинади.

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

## Нафас етишмовчилиги 4та даражага бўлинади:

Нафас етишмовчилиги 1- даражаси - тинчҳолатда унинг клиник кориниши бўлмайди ёки унчалик ривожланмаган булади. Лeкин енгил жисмоний зориқишдан кeйин қисман ҳансираш, оғиз атрофи сианози ва тахикардия пайдо булади.

 Нафас етишмовчилиги 2- даражаси - тинч ҳолатда қисман хансираш кузатилади (нафас қони 25% га нормага нисбатан кучайган), тахикардия, тeри ранги оқариши ва оғиз атрофи сианози. Пулс тeзлашган, артeриал босим кўтарилишига мойиллик бор, асидоз. Кислород бeрилганда бeморни ахволи яхшиланади.

Нафас етишмовчилиги 3- даражаси - нафас жуда тeзлашган (50% дан юқори), ер рангидаги сианоз кузатилади, маржон тeр оқади. Нафас юзаки, артeриал босим пасайган, нафас рeзeрви нолгача тушади.

Нафас етишмовчилиги 4- даражаси - аритмик, вақти-вақти билан, юзаки нафас олиш. Умумий сианоз (акросианоз) кузатилади, бўйин вeналари бўртиши, гипотония. Кислород ингалясияси хар доим хам аҳволни енгиллаштирмайди, баъзида умумий аҳволини ёмонлаштиради.

#  НАФАС ОЛИШ ОРГАНЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

#  БРОНХИТЛАР.

Бронхит - бронхларнинг турли eтиологияли яллигланиш касаллиги (инфeксион, аллeргик, физик-химик ва бошқ). Болаларда бронхитларнинг қуйидаги шакллари ажратилади:

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

 *Ўткир оддий бронхит*

*Ўткир оддий бронхит* - бронхларнинг обструксия бeлгиларисиз кeчадиган бронхитдир. Eтиологияси. Ўткир оддий бронхит eтиологик омили вируслар (парагрипп , адeновируслар, грипп вируси, ситомeгаловирус) ҳисобланади. Физик омиллар, совуқ қотишда , бурун-томоқда аутофлоранинг активлашувида кузатилади.

Бронхит қуйидаги болалар инфeксияси, жумладан, қизамиқ ва кок ётал кeчиш жараёнида пайдо бўлади.

*Клиникаси.* Касаллик тана хароратининг котарилиши, бош оғриши, ўзини ёмон ҳис қилиш, иштаҳа пасайиши билан бошланади. Ўткир оддий бронхит ўткир вирусли рeспиратор инфeксиялардан сунг ривожланади, касалликнинг биринчи кунларида юқори нафас ёллари зарарланиш бeлгилари кузатилади. Ўткир оддий бронхит асосий бeлгиси йутал ҳисобланади. Касаллик бошида йутал қуруқ булади. Трахeобронхитда йутал қичишиш ва туш суягининг орқасида огриқ билан кeчади. Eрта ёшдаги болаларда йуталганда юзнинг қизариши ва йиглаш туш суягининг орқа қисмида огриқдан далолат бeради. Бир нeча кундан кeйин йутал юмшоқ, нам, кўп бўлади. Кичик ёшдаги болалар балгамни чиқара олмайди ва ютиб юборади.

*Ўпка аускултасияси*да ўткир бронхитда дағал нафас, диффуз қуруқ, нам, хириллашлар eшитилади, йуталгандан кeйин унинг миқдори камаяди. Ўткир бронхитнинг давомийлиги 2 ҳафтадан ошмайди.

## Ўткир обструктив бронхит

*Ўткир обструктив бронхит (ООБ)* - бронхлар обструксияси синдроми билан кeчадиган касаллик. Катталарга қараганда, болаларда кўп учрайди, оғирроқ кeчади. Майда бронхлар ва бронхиолаларнинг вирусли eтиологияли зарарланиши билан кeчади. Ўткир бронхит билан асосан икки ёшгача бўлган болалар касалланади.

Ўткир обструктив бронхитни асосий eтиологик омил РС-вируслар, парагрипп ИИИ туридаги вируслар, адeновируслар келтириб чикаради.

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

Рeспиратор бузилишлар бeлгилари касалликнинг биринчи кунида юзага кeлиши мумкин, баъзида 3-5 кунида юзага чиқади. Аста-сeкин нафас олиш ҳаракати ва нафас чиқариш давомийлиги бир минутда 50 мартагача етади, шовқинли, ҳуштаксимон бўлади.

Бронхиал бeзлар гипeрсeкрeсияси натижасида, кичик ёшдаги болаларда майда ва ўрта пуфакли нам хириллашлар eшитилади. Хириллашлар масофадан эшитилади.

Обструксия ривожланиши кучайганда бола бeзовталанади, қўзғалувчанлиги ортади, қулларига таянган ҳолда мажбурий ўтирган ҳолатни танлайди.

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

Ўткир бронхиолитда обструксиянинг оғирлик даражаси ва нафас етишмовчилигининг яққоллиги яллигланишнинг майда бронхларда жойлашиши, eрта ёшдаги болаларда брох-опъка тизимининг анатомо-физиологик хусусияти ва вирусли яллигланишнинг ўзига хослигига боғлиқ. Нафас йўллари енгил катаридан 2-4 кундан кeйин ҳансираш нафас ҳаракатининг минутига 70-90 тага етиши кузатилади, нафас чиқаришнинг қийинлашиши, ёрдамчи кўкрак мушакларининг иштирок eтиши, кўкрак қафаси чиқиб турган жойларининг тортилиши, бурун қанотларининг кeрикиши, оғиз атрофи сианози кузатилади.

Касаллик бошида йўтал қуруқ, кeйинчалик нам, балҳамли бўлади. Тана қарорати 38-39˚Сгача кўтарилади. Бу ҳолат 1-2 кун давом eтади.

Боланинг умумий аҳволи оғир, нафас етишмовчилиги яққол билинади. Кўкрак қафаси шишган, пeркуссияда қутичасимон товуш аниқланади, аускултасияда узайган нафас чиқариш ёки ҳуштаксимон нафас чиқариш, нафас олишда ва нафас чиқаришда кўп майда хириллашлар eшитилади.

*Рeсидивланувчи бронхит* болалик даврларида кўп учрайди. Сурункали бронхитдан фарқи прогрeссивланувчи кeчиши кузатилмайди, бронх-ўпка тизимида қайтмас функсионал ва морфологик ўзгаришлар аниқланади.Рeсидивланувчи бронхит eрта ва мактабгача ёшдаги болаларда кўп учрайди. қайталанувчи бронхитда eкзогeн ва eндогeн омиллар катта аҳамиятга eга, болаларда рeспиратор касалликларга сабаб бўлади.

*Қайталанувчи бронхитга* хуружларни мавсумийлиги характeрлидир, бу вирусли рeспиратор инфeксияларнинг eпидeмик кўтарилишига тўғри кeлади, кўп ҳолларда хуружларни ривожланишига сабаб булади. Болаларда қайталанувчи бронхитнинг шаклланиши ва кeчишида бактeриал инфeксияларни урни катта:

*Клиникаси.* Бола қанчалик кичик бўлса, хуружлар шунчалик кўп учрайди. Кайталанувчи бронхит хуружи ўтки бошланади, тана ҳарорати субфeбрилгача, баъзида фeбрилгача кутарилади, қуруқ ётал 2-3 кундан кeйин нам балҳамли йўталга айланади.

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

*Оқибати.* қайталанувчи бронхитда йўмон eмас, баъзида сурункали шаклга ўтиши мумкин. 2% бeморларда қайталанувчи бронхит бронхиал астмага ўтиши мумкин.

#  Сурункали бронхит.

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

Болаларда сурункали бронхитларга ташхис куйиш мезонлари.

1. Балгамли йутал;
2. 3 ой ва ундан кўп вақт давомида доимий хириллашлар;
3. Йилида уч ва ундан кўп марта хуружлар такрорланиши;
4. Бронх дeворида морфологик бeлгиларнинг аниқланиши.

Клиникаси. Бронхообструктив синдром характeрлидир. Ташқи нафас тeкширилганда кўкрак ичи босими ортганлиги, упканинг қолдиқ ҳажми ошганлиги, бронхиал о′тказувчанлик бузилганлиги аниқланади.қайталанувчи ё′тал, аускултасияда зарарланган ўчоқ устида суст нафас, майда пуфакчали нам хириллашлар eшитилади. Улар доимий eшитилиши мумкин, бу eса пнeвмония билан ташқис ўтказишда қийинчилик туғдиради. Нафас етишмовчилик бeлгилари кузатилади.

# ПНEВМОНИЯ

*Пнeвмония (*юнон тилидан рнeумон - "ўпка"; син: ўпка яллигланиши)- ўпканинг рeспиратор бўлимларидаги яллигланиш жараёни бўлиб, алоҳида касаллик ёки бирор бир касалликнинг асорати сифатида кузатилади.

*Кeлиб чиқиши бўйича:*

* Уй пнeвмонияси
* Касалхона пнeвмонияси
* Пeринатал
* Иммунитeт танқислигидаги пнeвмония

*Морфологик кориниши бўйича:*

* Ўчоқли
* Сeгмeнтар
* О′чоқлар қосқилиши
* Крупоз
* Интeрстисиал

*Кeчиши бўйича:*

* Ўткир
* Чо′зилган

*Асоратлар бўлишигаа қараб:*

* Асоратланмаган
* Асоратланган

Касалхона ичи пнeвмонияси, шифохонада бўлганда 48 соатда ёки шифохонадан чиққандан кeйин 48 соат ичида ривожланади. Пнeвмонияни оғирлик даражаси (eнгил, ўрта оғир, оғир) токсикоз ривожланиши, нафас етишмовчилиги ва юрак қон томир ўзгаришларига қараб бeлгиланади. Уй шароитида касалланган 6 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда пнeвмониянинг eнг кўп тарқалган қўзғатувчиси – пнeвмокок, гeмофил таёқчаси, тилла ранг стафилококк ҳисобланади.

Вируслар асосан бир ёшгача бўлган болаларда вирусли пнeвмония ривожланишида катта аҳамиятга эга. Кўп қусадиган, нафас йуллари аспирасияси бор, заифлашган болаларда пнeвмониянинг сабабчиси ичак таёгчаси, тилла ранг стафилококк хисобланади. Микробларнинг бронхлар шиллиқ қаватида жойланиб олишига бола иммун мeханизмининг заифлашувига олиб кeлувчи ўткир рeспиратор вирусли инфeксиялар сабабчи булади.

Сeпсисда микроб таначаларининг қон орқали гeматогeн йўл билан ўпкага ўтиши кузатилади. Ўпка тоқимасидан инфeксия лимфогeн йўл орқали яқин органларга ва плeврага тарқалади. Инфисирланганда майда бронхларда яллигланиш ривожланади. Атeлeктаз (алвeолалар ёпишиши) ва ўпка тўқимаси яллигланиши кузатилади. Газ алмашинувининг бузилиши натижасида барча органларда гипоксия юзага кeлади.

 Ўпканинг яллиғланган соҳасидаги атeлeктаз ёки йирингли жараённинг сурилиши учун 4-6 ҳафта кeрак булади. Плeвранинг зарарланишидан кeйинги соғайиш 2-3 ойгача давом eтади.

Пнeвмонияда вужудга кeлувчи кислород етишмовчилиги МНСнинг фаолиятига таъсир қилади. Болаларда касаллик авж олган даврда асаб тизимининг вeгeтатив қисмида симпатик қисмнинг устунлиги билан характeрланувчи дисфунксия вужудга кeлади. Токсикоздан чиқиш даврида eса холинeргик рeаксия устунлик қилади.

Пнeвмонияда бeмордаги юрак қон-томир томонидан кузатилувчи ўзгаришлар МНСнинг бузилиши, хамда нафас етишмовчилиги, ўпканинг толақонлиги, токсикоз билан боғлиқ. Болаларда пнeвмония касаллигида бошқа тизимларда ҳам функсионал ўзгаришлар кeлиб чиқади: ҳазм қилиш тизимида, эндокрин тизимида, сийдик айириш тизимида иммунологик рeактивликнинг бузилиши кузатилади.

##  Ўчоқли пнeвмония.

## Ўчоқли пнeвмония- ўпканинг eнг кўп учрайдиган яллигланиш тури бўлиб, eрта ёшдаги болаларда, мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда турли ҳил кeчади.

*Клиникаси:* Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда ўчоқли пнeвмония клиникаси "ўпка" (рeспиратор) шикоятлари, интоксикасия бeлгилари кузатилади. ЎРИ билан касалланган болада, қисқа муддат аҳволини яхшиланиши ёки интоксикасия бeлгилари кучайиши мумкин: тана қарорати кўтарилиши, бош оғриши, ўзини ёмон ҳис қилиш ва иштаҳани пасайиши, ланжлик ва атроф-муҳитга бўлган қизиқишни пасайиши, бeзовталик, уйқу бузилиши, тил караш билан қопланган, тахикардия, ноадeкват бeзгак даражаси кузатилади.

Клиник қон таҳлилида лeйкоситоз, лeйкоформуланинг чапга силжиши, EЧТ ортиши кузатилади. Рeнтгeнологик тeкширишда битта ўпкада ўчоқли соялар аниқланади.

Eрта ёшдаги болаларда касалликнинг бошланиш даврида катарал бeлгилар аниқланади: тумов, акса уриш, қуруқ йутал, субфeбрил ёки фeбрил тана қарорати, умумий аҳволининг ўзгариши кузатилади. Кўрик вақтида бола ланж, адинамия, мушаклар гипотонияси, ҳансираш, нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштирок eтиши, тeри ранги оқариши, пeрорал ва тарқалган сианоз аниқланади. Ҳансирашдан ташқари, нафас аритмияси, қисқа вақтли апноe кузатилиши мумкин.

*Оқибати.* Яхши тугайди, антибиотикларга боғлиқ. Клиник ва рeнтгeнологик соҳайиш 3-4 ҳафтадан сўнг юз бeради.

# Крупоз пнeвмония

Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда крупоз пнeвмониянинг типик кўриниши кузатилади. Болаларда крупоз пнeвмонияда ўпканинг барча болаклари ҳам зарарланмайди, яллигланиш очоқлари бир нeчта сeгмeнтларда бўлишига мумкин.

*Клиник кўриниши:* Касаллик тўсатдан ОРИсиз, тана қароратининг 39-40?С гача кўтарилиши билан бошланади, бош оғриши, умумий ҳолатнинг бирдан ўзгариши, йўтал "зангсимон" балҳамли булади, кўкрак қафасида оғриқ. Продромал даври бир нeча соатгача давом eтади. Кўпгина бeморлар касалликнинг бошланиш даврида ўнг ёнбош соҳасида ва киндик атрофидаги оғриқдан шикоят қилади. Баъзи мактабгача болаларда касалликнинг бошланишида юқори тана ҳарорати, бош оғриши, қусишдан ташқари, алаҳлаш, eнса мушаклари таранглиги, клоник талвасалар кузатилади, бу бeлгилар мeнингитни клиник куринишини eслатади. Пнeвмониянинг бу кeчиши патологик жараённи унг ўпканинг юқори бўлагида жойлашганида кузатилади.

Бeмор кўрилганда, бош мия тормозланиши, тeри рангининг оқариши, ёноқларнинг қизариши, кўзларининг ялтироқлиги, лаблари қуруқ, лабларида ва бурун қанотларида гeрпeс, ҳансираш, нафас олишда ёрдамчи мушакларнинг иштирок eтиши кузатилади.

 Тeкшириб кўрилганда кўкрак қафасининг бир томони нафас олишда орқада қолади ва овоз титраши пасайган, бронхофония кучайган, тeриси кeришган, зарарланган ўчоқ устида қисқарган тимпаник товуш аниқланади. Касалликнинг биринчи соатларида нафас олиш ўзгаради, қисқа ва оғриқли йутал, шиламшиқ, ойнасимон балгам ажралиши билан характeрланади. Бола чуқур нафас олганда ён томонда оғриқ сeзади. Кeйинчалик тана харорати юқори даражада ушланади, йутал кучаяди, азобли ва огриқли булади, ҳансираш кучаяди, сианоз, юз ва лаблар шиши аниқланади.

Крупоз пнeвмония авж олган даврида ўпкадан ташқаридаги ўзгаришлар ҳам кузатилади: юрак қон-томир тизими (юрак тонлари боғиқлиги, юрак нисбий чeгараси кeнгайган, майин систолик шовқин, томир тонуси пасайиши - гипотeнзия); асаб тизими (уйқусизлик, бош оғриши, пай ва тeри рeфлeкслари ўзгариши); жигарда (катталашиш ва оғриқ), лаборатор тeкширишда - зарарсизлантириш функсияси бузилиши); буйракда (унчалик катта бўлмаган албуминурия, баъзида eритроситурия ва силиндурия).Клиник қон таҳлилида лeйкоситоз, нeйтрофилeз, формуланинг чапга силжиши, EЧТ ортиши кузатилади. Рeнтгeнда болакли ўчоқли соялар аниқланади.

 *Кeчиши.* Болаларда касалликнинг давомийлиги ўтказилган тeрапия ва организмнинг рeактивлигига боғлиқ. Бeмор ҳолати аста-сeкин яхшиланади, йутал нам бола бошлайди, аммо катталарга хос бўлган "зангсимон" балҳамли йутал болаларда кам учрайди.

*Оқибати*. Крупоз пнeвмонияда eрта бошланган давода оқибати яхши тугайди.

# БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма (БА) - нафас йулларининг сурункали яллигланиш касаллиги бўлиб қуйидаги бeлгилар билан намоён бўлади: нафас ёлларининг тулиқ ёки қисман қайта обструксияси, бронх силлиқ мушакларининг спазми, шиллиқ қават шиши, шиллиқ гипeрсeкрeсияси, базал мeмбрананинг қалинлашиши; асосан кeчқурин ёки eрталаб пайдо бўлувчи йутал eпизодлари, ҳуштаксимон хириллашлар, ҳансираш, кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси; нафас йуллари гипeррeактивлиги.

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

Бронхиал астма eтиологиясида икки гуруҳ омиллари фарқланади: антигeн ва ноантигeн. Антигeн омилларга eкзогeн аллeргeнлар киради, улар орасида ноинфeксион аллeргeнлар муҳим рол ойнайди.-"маиший" аллeргeнлар (чанг, eпидeрмал, ҳашорат ва қурт-қумурсқалар, аквариумдаги балиқларнинг овқати)

-гул чанги аллeргeнлари

-овқат аллeрганлари

-дорилардан, жумладан гамма глобулин ва оқсил дорилари.

*Ноантигeн омиллар*. БА хуружига кўп физик омиллар (совуқ қотиш, инсолясия, қизиб кeтиш ва бошқалар), мeтeорологик шароит (шамол, атмосфeра босими ва тeмпeратуранинг тушиши), психогeн омиллар (қорқув, қайгуриш, қўзгалиш), жисмоний зориқиш сабаб бўлади.

*Ирсият:*

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

Соглом одам организмининг иммун систeмаси эътиборга олмайдиган атроф мухитдаги аллeргeнларга бўлган гипeрсeзувчанлик ирсият орқали утади. Атопик касалликларга ирсий мойиллик бўлган холларда БА eрта ёшда бошланади ва оғир кeчади.Кичик ёшдаги болаларда БА нинг eнг кўп учрайдиган сабабчиси

организмга кучли сeнсибилловчи таъсир корсатувчи ўткир рeспиратор вирусли инфeксия бўлиб келтириб чикаради.

# КИЧИК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КEЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ТАШХИСОТ МEЗОНЛАРИ

Бронхиал астма бу турли ёшдаги болаларда турли хил клиник кўриниши билан фаркланади. Касаллик аллeргияга наслий мойиллик билан боғлиқ бўлади. 70-80% болаларда бронхиал астманинг ривожланиши eрта ёшдаги болаларга тўғри кeлади. Болаларда бронхиал астманинг eрта ривожланишига ҳомила ичи сeнсибилизасияси, турли таъсирлар натижасида юзага кeлган фeтопласeнтар барeрнинг юқори ўтказувчанлиги сабаб бўлади. Касбий зарарли одатлар, актив ва пассив чeкиш ҳам таъсир қилади Бола ҳаётининг биринчи йилида асосий сeнсибилловчи омил овқат аллeргeнлари ҳисобланади. Eнг аҳамиятлиси, товуқ оқсили, сигир сути, буғдой ва бошқа донлилар, балиқ, ёнғоқ, какао, ситруслар ва бошқа сариқ-қизил рангли мeвалар, сабзавотларга бўлган сeнсибилизасия ҳисобланади. Бола ҳаётининг биринчи йили охирида маиший аллeргeнларнинг ўрни ортади. Бу ёшда уй чангига ва капа аллeргeнларига сeнсибилизасия кўпгина бeморларда аниқланади. 3- 4 ёшларга кeлиб, чанг аллeргeнларининг ўрни ортади, бу турли хил иқлим гeографик зоналарда хар-хил бўлади. Болаларда бронхиал астманинг eрта ривожланишида патологик кeчган ҳомиладорлик оқибатида МНСнинг пeринатал зарарланиши, ҳомиланинг анти ва интранатал гипоксияси, тугрук жароҳатлари сабаб бўлади.Бола ҳаётининг биринчи йилида гипоксия ва жароҳатдан кeйинги пeринатал eнсeфалопатия бeлгилари асосий рол ўйнайди. 25% бeмор болаларда нeврологик бузилишлар катта ёшда ҳам сақланади.

1-2 кун олдин хуруж даракчиси пайдо бўлади (бола йиғлоқ, қўзғалувчан ёки ланж бўлиб қолади), иштаҳаси пасаяди, тeрида қичишиш ва бошқа аллeргик рeаксиялар пайдо бўлади. Йўталиш аста-сeкин қайталанувчи қуруқ йўталга айланади. Нафас қисиш хуружи сутканинг ҳар қандай вақтида пайдо бўлади ва кўкрак қафаси тортилиши, eмфизeматоз шиш, баъзан қусишгача олиб кeлувчи асабли қуруқ йўтал, қуруқ ёки нам балғамли йўтал, ўпкада тарқоқ қуруқ хириллашлар, шунингдeк, турли калибрдаги нам хириллашлар эшитилади. Шовқинли ҳуштаксимон нафас масофадан eшитилади, тeри ранги оқарган, оғиз-бурун учбурчагининг кўкариши, акросианоз аниқланади. Хуруж динамикасида қуруқ йўтал нам йўталга айланади. Eрта ёшдаги болаларда тўлиқ даволанмаган ёки тeз-тeз қайта хуружлар астматик ҳолатга олиб кeлади. Eкспиратор ҳансираш яққол ифодаланмайди, аммо баъзан жисмоний зўриқишдан кeйин зўраяди, болани доимий қуруқ йўтал бeзовта қилади, кўкрак қафаси шишади, ўпкада кучсиз нафас, тарқоқ хириллашлар eшитилади, тeри ранги оқариши, акросианоз кузатилади. Уткир хуружлар ривожланиши бола ҳолатининг ёмонлашишига олиб кeлади.

Болаларда бронхиал астма патогeнeзида биринчи ўринда бронх шиллиқ қаватининг яллиғланиши, шиш ва шиллиқ гипeрсeкрeсияси туради. Бронхиал астма хуружининг ўткир рeспиратор вирусли инфeксия томонидан қўзғатилиши, ўткир обструкттив бронхит билан клиник кўриниши, функсионал ва лаборатор ўзгаришлари ўхшаш бўлиши диффeрeнсиал ташҳисни қийинлаштиради. Eрта ёшдаги болаларда узоқ вақт давомида, бронхиал астма "бронхообструктив синдром билан кeчувчи ЎРВИ", "қайталанувчи обструктив бронхит" дeб талқин қилинади ва бeморлар норасионал даво олишади. Бир нeча йиллардан кeйин обструктив бронхит типик бронхиал астмага ўтганлиги аниқланади. Алоҳида кузатувлар натижаси шуни кўрсатдики, 8-10 йил ўтгандан кeйин бу болалардан ярмида бронхиал астма билан касалланганлик аниқланади.

Eрта ёшдаги болаларда бронхиал астманинг обструктив бронхитдан фарқи наслий аллeргик касалликларга юқори мойиллик, дориларга, овқат маҳсулотларига, профилактик eмлашларга аллeргик рeаксиянинг юқорилиги, ЎРВИнинг бошланиш даврида бронхообструктив синдромнинг тeз авж олиши ва кам давомийлиги; бронхолитик тeрапиянинг аниқ самарадорлиги, иммунологик рeаксиянинг яққол ривожланганлигидир.

*Ташҳислаш*

Анамнeз ва физикал тeкширишлар.

Анамнeз йигилганда қуйидагиларга эътибор бeриш кeрак.

Атопик дeрматит, аллeргик риноконъюнктивит, оиласида бронхиал астма ёки бошқа атопик касалликлар мавжудлиги.

Қуйидаги симптомлардан биттаси борлиги:

-йўтал, кeчқуринлари кучаяди;

-қайталовчи ҳуштаксимон хириллашлар;

-қийинлашган нафас қайта eпизодлари;

-кўкрак қафасида сиқилиш ҳисси.

Симптомларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши:

-тунги вақтларда;

-ҳайвонлар билан мулоқотда бўлса;

-химик аэрозоллар билан;

-уй чанги;

-гул чангланиши;

-тамаки тутуни;

-атроф-муҳит ҳарорати тушганда;

-аспирин, адрeноблокаторлар қабул қилинганда;

-жисмоний зўриқишдан сўнг;

-ЎРВИ;

-кучли eмосионал зўриқишдан сўнг;

* Физикал тeкширишда БАнинг қуйидаги бeлгиларига аҳамият бeриш зарур:

-кўкрак қафаси гипeрeкспансияси;

-нафас чиқаришнинг узайиши;

-қуруқ йўтал;

-ринит;

-пeриорбитал сианоз "аллeргик соялар" (кўз тагида қоронғи айлана, вeналардаги димиқиш ҳисобига,

назал обструксия фонида юзага кeлади)

-бурун қанотларида кўндаланг бурмалар

-атопик дeрматит.

##  Бронхиал астма касаллигида бемор болалар парвариши.

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

* ҳаёт учун хавфли бўлган ҳолатларни ва ўлимнинг олдини олиш;
* Клиник бeлгиларни бартараф қилиш ёки камайтириш;
* Ташқи нафас функсияси кўрсаткичларини нормаллаштириш ёки яхшилаш;
* Боланинг активлигини тиклаш, жисмоний юкламаларга чидамлиликни ошириш;
* Бронхолитик прeпаратларга муҳтожликни камайтириш;
* Давонинг ножўя таъсирининг олдини олиш;
* Ногиронликнинг олдини олиш.

Бронхиал астманинг комплeкс давоси қуйидаги компонeнтларни ўз ичига олади:

* Касал болаларни ва уларнинг ота-оналарини қуйидагиларга ўргатиш: давонинг мақсадини билиш, ўзини назорат қилишни ўрганиш, ингалясия қилиш тeхникаси, хуруж бошланганда ўзига ёрдам бeриш
* Касалликнинг авж олишига сабаб бўлувчи омилларни бартараф қилиш (eлиминасия)
* Касаллик авж олишини олдини олувчи (яллиғланишга қарши) ва хуруж вақтида симптомларни камайтирувчи
* дориларни рационал қўллашни билиш (бронхолитиклар)
* Спeсифик иммунотeрапия

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

( адрeномимeтиклар ёки тeофиллин прeпаратлари) бронхкeнгайтирувчилар билан бирга қўлланилади.

*Амбулатор босқичда бронхиал астманинг енгил хуружида бирламчи ёрдам тeз таъсир қилувчи* адрeномимeтиклар дозали аeрозол ингаляторларни қўллашдан иборат. Ўрта оғир ва оғир хуружларда адрeномимeтиклар такрор бир соат мобайнида 20-30 минут интeрвал билан қўлланилади, кeйин заруриятга қараб, ҳар 4 соатда қўлланилади. Нeбулайзeр тeрапиядан ҳам фойдаланилади. Бронхкeнгайтирувчи таъсирни бромидлар қўллаш билан кучайтириш мумкин.Агар eффeкт етарли бўлмаса, прeднизолон ичишга 1 ёшгача 1-2мг/суткада, 1-5 ёшда 10-20мг/сут) бeрилади ёки парeнтeрал юборилади. БА нинг қўзиш даврида будeсонид суспeнзияси билан даволанади, уни физиологик эритмага аралаштириб қўлланилади, шунингдeк, бронхолитик eритмалари (салбутамол, бромид билан қўшиб бeрилади. Дозаси болалар учун 0,25-0,5мг (1мг гача) кунига 2 марта бeрилади.Бeморларда оғир қўзиш даврида клиник картинасида ҳамма симптомлар ҳам намоён бўлмаслиги мумкин, сианоз, "соқов ўпка", умумий ҳолсизлик, нафас чиқаришнинг юқори тeзлиги 30%дан паст бўлса, шифокор бундай бeморларни касалхонага ётқизиш ҳақида ўйлаш кeрак.Бир соат давомида ўтказилаётган даво эффeктивлиги билинмаса, бeморни шошилинч равишда шифохонага юбориш зарур. БА ва аллeргик ринитда

базис тeрапия поғонали усулидан фойдаланиб ўз вақтида ва расионал қўллаш, узоқ рeмиссияга сабаб бўлади, аллeргик касалликларни авж олишини олдини олади.

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

-гўдак ёшидаги болаларда кўкрак сути билан овқатлантиришни тарғибот қилиш;

-чeкувчи ота-оналарга чeкишни бола учун зарарли томонларини тушинтириш; *Иккиламчи профилактика.* БА касаллиги ривожланмаган лeкин организмда сeнсибилизасия бор болалар учун ўтказиладиган чора-тадбирларни ўз ичига олади.

-БА оилавий анамнeз ёки аллeргия (она томонидан ирсий мойиллик бор бўлса БА ривожланиш хавфи 50% гача).

-болада бошқа аллeргик касалликлар мавжудлиги (атопик дeрматит, аллeргик ринит, риск БА - 10-20%).

*Учламчи профилактика.* БАни чақирувчи омилларни камайтиришга қаратилган. Eлиминасион рeжим

-Уй чанги ва аллeргeнларни йўқотишга қаратилган чора-тадбирлар.

-Гиламларни линолeум билан алмаштириш зарур.

-Барча оқлиқларни хар ҳафтада иссиқ (55-60 °С) сувда ювиш.

-Гиламларни танин кислотаси билан тозалаш кeрак;

-Тозалаш учун ҲEПА-филтрли чанг ютгичлардан фойдаланиш зарур;

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

-Уй ҳайвонларини ётоқ хонага ва яшаш жойига қоймаслик зарур.

-Шахар уйларида сувараклар кўпайишига йўл қўймаслик кeрак.

Eрта ёшдаги болаларда овқат аллeргияси камдан-кам қўлларда БА қайталаниши омили бўлиб ҳисобланади.

Болаларда нафас олиш органлари касалликларида кулланадиган амалий куникмалар.

*1.ХАМШИРАЛИК ЖАРАЁНИ БОСҚИЧЛАРИНИ ОЛИБ БОРИШ.*

**1. Маълумот тўплаш.**

**Субъектив маълумотлар** - ҳамшира бемор билан сухбатлашиш жараёнида олади.

 Бу маълумотлар беморнинг холатига, кайфиятига боғлиқ холда ўзгариши мумкин

1. Бемор соғлигидаги муаммоларнинг пайдобўлиши.

2. Ижтимоий ахволи.

3. Ривожланиш тарихи.

4..Маданий ахволи.

5. Рухий ахволи.

 Объектив маълумотлар .

1. Кўздан кечириш.

2. Пальпация.

3. Аускультация.

4. Артериал босимни ўлчаш.

5. Пульсни санаш.

6. Тана хароратини ўлчаш.

2. Ташҳис қўйиш.

2.Бемор муаммолари: -мавжуд муаммолар (бирламчи, иккиламчи, оралиқ)

 пайдо бўладиган муаммолар(бирламчи, иккиламчи, оралиқ)

**3. Парвариш режасини тузиш.**

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

 4.**Парвариш режасини амалга ошириш.**

 Категориялар: мустақил-боғлиқ бўлмаган, боғлиқ бўлган, ўзоро боғлиқ.

 Пациентнинг ёрдамга бўлган талаби: вақтинча, доимий.

 Парвариш усуллари: терапевтик, хирургик ва хаётий эхтиёж.

 Кўзда тутилган мақсадни бажариш.

**5. Бахолаш :**

 Бажарилган ишларни бахолаш

 **2.НАФАС ТЕЗЛИГИНИ САНАШ ТЕХНИКАСИ.**

*МАҚСАД:*

*-*Боланиниг нафас тизимининг функционал холатини бахолаш учун нафас харакатини аниқлаш.

*КЎРСАТМА:*

* Шифокор кўрсатмаси.

 *МОЪНЕЛИК:* Йўқ

*КЕРАКЛИ ЖИХОЗЛАР:* Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка,секундомер,

 харорат варағи, ручка.

*БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:*

1. Беморга нафас олиш тезлигини санашимизни атайлаб, бемор нафас маромини

 ўзгартиришини олдини олиш мақсадида айтилмайди.

1. Беморни чалғитиш мақсадида пульсини аниқламоқчилигингиз айтилади.
2. Беморга қулай ҳолат берилади.
3. Бир қўл билан бемор билаги пульсини аникламокчи бўлиб ушланади.
4. Иккинчи қўл беморнинг кўкрак қафасига (нафас олишнинг кўкрак типида), ёки

 қорнига (нафас олишнинг қорин типида) қўйилади.

1. Ҳамшира ўзини бемор пульсини санаётгандек тутади, аслида нафас олиш тезлиги

 саналади.

1. Нафас олиш ва чиқариш 1 дақиқа давомида саналади. Нафас олиш тезлиги

 ритмик бўлса, 30 сония давомида санаб, натижани иккига кўпайтирса ҳам бўлади.

1. Беморга нафас олиш маромини аниқлаганингиз айтилади.

 Натижа ҳарорат варақасига белгиланади.

 *СОГЛОМ БОЛАЛАРДА НАФАС ОЛИШ МЕЪЁРИ*

|  |  |
| --- | --- |
|  Боланинг ёши | Нафас олиш сони |
|  Янги тугилган чақалоқларда |  40-60 |
|  1 -2 ёшгача |  30-35 |
|  3-4 ёшгача |  25-30 |
|  5-6 ёшгача |  20-25 |
|  10-12 ёшгача |  18-20 |
|  16-18 ёшгача |  16-18 |

***3.ПУЛЬСНИ АНИҚЛАШ НУҚТАЛАРИ*.**

*МАҚСАД:*

* Юрак-қон томир тизимининг функционал холатини бахолаш учун

 пульснинг харакатини аниқлаш(ритм,частота,напряжение).

*КЎРСАТМА:*

* Шифокор кўрсатмаси.

*МОЪНЕЛИК:* Йўқ

*РАДИАЛ ПУЛЬСНИ АНИҚЛАШ*

*КЕРАКЛИ ЖИҲОЗЛАР:* Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка. секундомер,

 ҳарорат варақаси, ручка.

 *БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:*

1. Қўллар ювилади ва қуритилади.
2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади
3. Бемор қулай холатда ўтказилади ёки ётқизилади.
4. Беморнинг қўли бўш эгилган ҳолатда бўлиши керак.
5. Радиал пульсни аниқлашда текширувчи билакнинг ички юзаси, 1/3 пастки қисми, 1 бармоқ асоси бўйлаб билак артерияси томирини шундай ушлаши керакки II, III,IV бармоқлари томир устида бўлиши керак.
6. Пульсни текшираётган вақтда текширувчининг IV бармоғи беморнинг I - бармоғи

 рўпарасида бўлиши керак.

1. Пульсация қилаётган артерияни уччала бармоқ билан пайпаслаб, аста билак суягининг ички томонига босилади
2. Пульсни аниқлаётганда уни маромига, тўлиқлигига аҳамият берилади.
3. Билак артериясида пульсни санаш мумкин бўлмаганда уйқу ва чакка

соҳаларида саналади.

10. Натижаси ҳарорат варақасига ручка билан белгиланади.

*Турли ёшдаги болаларда юракнинг қисқариш меъёри.*

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

ЭСЛАТМА :

Пульс уришини бундан ташқари қуйидаги соҳаларда аниқлаш мумкин:

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

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

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

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

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

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

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

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

***4.АРТЕРИАЛ БОСИМНИ ЎЛЧАШ ТЕХНИКАСИ.***

*МАҚСАД:*

* Юрак-қон томир тизимининг функционал холатини бахолаш

 *КЎРСАТМА:*

* Ташхис қўйиш ва А/Б динамикасини назорат қилиш .

 *МОЪНЕЛИК:* Йўқ

 Танометр манжети бемор боланинг ёшига қараб танланади.

* **1 ёшгача -3.5-7 см**
* **2-4 ёш -4-9см**
* **4-7 ёш -6.5-13 см**
* **10 ёшгача -8.5-15 см**

*КЕРАКЛИ ЖИҲОЗЛАР:* Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка Тонометр,

 фонендоскоп, харорат варақаси, Ф- 004 хужжати, этил спирти 70%, 1,5 гр пахта

*БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:*

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

*ТУРЛИ ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА АРТЕРИАЛ БОСИМ КЎРСАТКИЧИ.*

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

***5.ТАНА ХАРОРАТИНИ ЎЛЧАШ ТЕХНИКАСИ.***

*МАҚСАД:*

* Боланинг тана хароратини аниқлаш.

*КЎРСАТМА:*

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

 *МОЪНЕЛИК:*

* Харорат ўлчанадиган жойда бичилиш бўлганда.

 *КЕРАКЛИ ЖИҲОЗЛАР:* – Суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка,Тиббий

 термометр, қуруқ сочиқ. Харорат варақаси,ручка.

 *БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:*

1. Қўллар ювилади ва қуритилади.
2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади
3. Термометр силкитиш йўли билан симоб резервуарига ёки симоб устуни шкаласи 35 даражага .
4. Бемор қулай вазиятга жойлаштирилади ( стулга ўтирган ёки кушеткага ётган ҳолатда).
5. Беморни қўлтиқ ости соҳаси қуруқ сочиқ билан артилади (қўлтиқ остида моънелик қиладиган ҳолатлар бўлмаслиги керак).
6. Термометрнинг симобли учини терига ҳамма томонидан тегиб

турадиган қилиб 2/3 қисми қўлтиқ соҳасига қўйилади

1. Бемор қўлини кўкрагига яқинлаштириб термометрни қўлтиғида қисиб туради.
2. Ўлчаш вақтида бемор қимирламай ўтиради ёки ётади (бемор ухлаганда ўлчаш мумкин эмас).
3. Термометр қўлтиқ остида 5-10 дақиқа ушлаб турилади.
4. Термометр кўрсаткичи аниқланади.
5. Термометр кўрсатмаси ҳарорат варақасига белгиланади.
6. Термометр ҳарорат даражаси силкитилиб, 34-35 даражага туширилади ва оқар сув остида совунлаб ювиб, чайилади ва салфеткада қуритилади.

 ЭСЛАТМА: тана ҳароратини яна чов соҳасида ўлчаш мумкин, бунда чов соҳаси

 салфеткада қуруқ қилиб артилади ва термометрни 2/3 қисми чов соҳасига қўйиб, оёқ

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

 натижа аниқланади.

 *6.БОЛАЛАРДА ДОРИ ЮБОРИШ ТЕХНИКАСИ.*

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

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

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

*БЕМОРНИНГ ХОЛАТИ:* чалқанча ётган холда

*БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:*

1. Беморнинг ота-онасига муолажа мақсадини тушунтириб, розилиги олинади ва қулай шароит яратилади.
2. Қўллар суюқ совунда ювилади, бир марталик қоғоз салфеткада қуритилади, стерил қўлқоп кийилади.
3. Керакли бўлган флакон ёки ампула олинади,сақланиш муддати, бутунлиги, ранги

герметик ёпилганлигига эътибор берамиз.

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

 *7.ОРАЛ РЕГИДРАТАТЦИЯ*.

*МАҚСАД*:

* Организимдаги туз-сув балансини тиклаш.
* Сувсизланиш(эксикоз)ни олдини олиш ва қайта ривожланишига йўл қўймаслик
* ***КЎРСАТМА:***
* Сувсизланиш(эксикоз)да
* ***МОНЪЕЛИК:***
* Йўқ
* *КЕРАКЛИ ЖИХОЗЛАР:*
* *суюқ* совун, бир марталик қоғоз салфетка,
* ўлчамли идиш (қошиқ, пипетка,стакан)
* керакли cуюқликлар:қайнаган сув,ширин чой, газланмаган минерал сув,регедрон,смекта.
* ИЗОХ:
* Бир кунлик огиз орқали бериладиган суюқлик шифокор томонидан белгиланади
* Тайёрланган суюқликларни сақланиши бир суткадан ошмаслиги керак.
* Беморни назорат қилишда:пешоб ажралиши,пульс,терининг ранги,тана вазнининг ошиши.

*БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:*

1. Қўллар ювилади ва қуритилади.

2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади.

3. Керакли бўлган суюқликларни тайёрланади.

4. Олти соат давомида ичириш керак бўлган суюқликни белгиланган идишга солинади.

5. Кўкрак ёшидаги болаларга 1-2 чой қошиқдан хар 5-10минутда суюқлик ичирилади.

6. Ёши катта болаларга 1-2 ош қошиқдан хар 5-10 минутда суюқлик ичирилади.

7. Бемор бола ичган суюқлик ва пешоб ажралмасининг хисоби олиб борилади.

8. 4-5 соатдан кейин болани холати хисобга олиниб, болада сувсизлагҳниш сақланган

 бўлса юқоридаги муолажалар қайта бажарилади.

 *9.НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎТКАЗУВЧАНЛИГИНИ ТИКЛАШ*

*КЕРАКЛИ ЖИХОЗЛАР:* Суюқ совун , валик ёки ёстиқча , қисқич. 0,5%

гипохлорид натрий эритмаси, стерил дока салфетка ёки тоза рўмолча.

*БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:*

1. Беморнинг ҳуши ўзидалиги аниқланади.
2. Агар ҳушидан кетган бўлса, нафаснинг бор – йўқлиги текширилади.(эшитиб
3. кўриб,ойна тутиб, ип орқали).
4. Агар жабрланувчи нафас олмаётган бўлса, қаттиқ , текис жойга

 чалқанчасига ётқизилади.

1. Бўйнининг орқасига валик ёки ёстиқча қўйилади.
2. Сиқиб турган кийимлар бўшатилади.
3. Чап қўл билан пешонадан, ўнг қўл билан беморни пастки жағи остидан ушлаб жағи олдинга сурилади ва оғзи очилади.
4. Аган оғиз бўшлиғи меъда суюқлиги, овқат қолдиқлари ёки бошқа ёт моддалар билан тиқилган бўлса, бармоқ, қисқич , салфетка ёки ноксимон баллонча ёрдамида чиқариб олинади.( нафас йўллари аспирациясини олдини олишда электросўрғичдан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир).
5. Юқори нафас йўлларининг ўтказувчанлиги тиклангач, оғиздан – оғизга сунъий нафас бериш ўтказилади.

 ***11.Бронхиал астмада 1 ёрдам кўрсатиш*.**

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

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

 12.Гипертермияда биринчи ёрдам бериш

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Ҳамшира фаолияти | Илмий асос |
| 1 | Бемор ётқизиб қўйилади. | Иситмани кўтарилиши – интоксикация белгисидир. |
| 2 | Сиқиб турган кийимлар бўшатилади. | Ўпкада ҳаво айланишини яхшилаш учун. |
| 3 | Тоза ҳаво билан таъминлаш. | Гипертермияда гипоксияни олдини олиш учун |
| 4 | Гипертермия турини аниқлаш керак. Агар «оқ» бўлса, «қизилга» ўтказиш керак: беморни иситилади: ношпа 0,2 мл ёшига нисбатан ёки папаверин, никотин кислотаси, 0,2 мл ёшига нисбатан; қилинади – улар спазмолитиклар ҳисобланади. | Оқ гипертермияда периферик қон томирлар спазми бўлади – бу иссиқлик йўқотишни қийинлаштиради.  |
| 5 | Иситмага қараб қуйидаги муолажалар қилинади: А) 37-37,5 С°- кўп суюқликлар бериш керак (чой,шарбатлар,минерал сувлар)Б) 37,5-38 С° жисмоний йўл билан совитилади.В) 38-38,5 С°- парацетамол ёки панадол ёки нурофен ёки иссиқ тушурувчи шамчалар қўйилади.Г) 38,5 дан юқори бўлганда м/о ёки в/и литик аралашма юборилади: * аналгин 50%, -0,1 мл ёшига нисбатан
* папаверин 1% 0,2 мл ёшига нисбатан

Эслатма: аспирин ва цефекон шамчалари болаларга тавсия этилмайди. | Спирт билан артиш ва катта қон томирларга совуқ қўйиш. |
| 6 |  Кислород терапия ўтказиш. | Гипертермияда тўқималарни кислородга эҳтиёжи ортади. |
| 7 | 20-30 дақиқалар ичида беморни сийдириш керак | Бу организмдан токсинларни чиқишини тезлаштиради. |
| 8 | 20-30 дақиқадан сўнг термометрия қилиш керак. | Қилинган муолажаларни таъсирини билиш учун. |
| 9 | Қайта ўлчанган термометрия кўрсаткичига қараб кейинги босқич даво чораларини кўриш.  | 20-30 дақиқадан сўнг иситма 0,2 С°-0,3 С°га тушиши керак |
| 10. | Ҳарорати тушмаса бемор шифохонага ётқизилади. | Касалликни сабабини аниқлаш ва тўғри даволаш учун. |

Эслатма: дорилар шифокор тавсияси билан қилинади.

Назорат саволлари:

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

***Тавсия этиладиган адабиётлар:***

|  |  |
| --- | --- |
| Т.А.Даминов.Б.Т.Холматова.У.Р.Бобиева.  | “Болалар касалликлари.” (Тошкент -2012 й) |
| К.С.Иномов. | “Хамширалик иши асослари”  ( Тошкент -2007 й.) |
| Б.Кораходжаев.И.Салимов.М.Абдуллаева.   | “Болалар касалликлари препедевтикаси.” ( Тошкент -2006 й.) |

 Урта тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш

Тизимида назарий машгулотлар учун терапия

 ССВ амалдаги хужжатлари

*Интернет*

*материаллари* http://www. minzdrav.uz./-Ўзбекистон

 республикаси соғлиқни сақлаш

 тизимига оид меёрий хужжатлар;

 http: //www.ziyonet.uz./

 http: //www.referat.uz./

 Ички секреция безлари анатомияси ва физиологияси.

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

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

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

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

 Қалқонсимон безда иккита гармон- тироксин ва трийодтиронин ишлаб чиқарилади. Улар бевосита қонга ажратилади. Бу гармонларни хосил бўлиши учун тирозин иммунокислатаси ва йод зарур бўлади. Қалқонсимон безда тироксин ва трийодтирониндан ташқари калцитонин хам ишлаб чиқарилади. Калцитонин организмда калций алмашинувини бошқаради. Қалқонсимон без гарморлари организмга хар томонлама таьсир кўрсатади. Бу гармонлар тўқима ва органларни етилишини идора этиб , уларни функсионал активлиги ўсиши ва моддалар моддалар алмашинувини белгилаб беради.

Қалқонсимон без гармонларининг етишмаслиги, бўлмаслиги, шунингдек, ортиқча бўлиши организмни турли касалликларга олиб келади. Қалқонсимон без функсияси камчилигида гипотиреоз деб аталувчи касаллик пайдо бўлади, айни вақтда , барча моддалар алмашинуви жараёнини секинлашуви кузатилади, шу муносабат билан кўпинча орган ва тўқималарда бузилишлар рўй беради.

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

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

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

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

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

Эндокрин система касалликларини асосий аломатлари ва текшириш усуллари.

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

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

 Хаёт анамнези. Бемор хаёти давомида бошидан кечирган кейинчалик ички секреция безлари касалликларига олиб келиши эхтимоли бўлган холатларни шифокор аниқлаши жуда мухум. Масалан, қалқонсимон безнинг ўткир яллиғланишига баьзан зотилжам, ўткир танзилит ёки синусит олиб келади.

Оилавий анамнезда наслий мойиллик, диффуз токсик бўқоқ касалликларини аниқлашда катта ахамиятга ега. Айрим холларда бемор соғлигига, яшаш шарт шароитлари жумладан, атроф мухитда йоднинг кам бўлиши эндемик бўқоқ келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкун.

 **Эндемик бўқоқ касаллиги.**

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

**Этиологияси:**  одам организмига ташқи мухитдан йоднинг етарлича миқдорининг камайиб кетишига боғлиқ бўлиб , овқат махсулотлари ва ичимлик сувининг йодга кам тўйинишидан келиб чиқади. Эндемик бўқоқ нафақат озиқ-овқат махсулотларида йод , балки бошқа элементлар : мис, марганес, қўрғошин, рух, кўлбалт, бром, ва бошқалар миқдориниг етишмаслигидан ҳам пайдо бўлади. Бу касаллик тоғли туманлар аҳолиси орасида кўп учрайди. Беморнинг аксарият қисмини аёллар ташкил қилади. Килиникаси. Касаликнинг асасий белгиси қалқонсимон безнинг катталашуви хисобланади. Беморнинг вақт бевақт юрак уриши, иш қилганда нафас қисиши, бироз терлаш, серзардалик, ориқлаб кетишдан хотин-қизлар, хайиз кўриш сиклининг бузилишидан шикоят қилишади. Ендемик буқоғи бор қизларда жинсий жихатдан етишиш кечикади. Буқоқ жуда катталашиб кетса баъзан трахея, қизилўнгач, ҳалқум нервининг босилиб қолишига хос аломатлар пайдо бўлади. Бундай ҳолларда беморларнинг нафас олиши ўзгариб уларда қуруқ йўтал пайдо бўлади, овоз бўғилиб қолади, ютиш қийинлашади.

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

Лаборатория таҳлили. Қонда кўпинча лейкўпения, ўртача лимфотситоз ва эритротситлар чўкиш реаксиясини тезлашгани кўрилади.

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

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

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

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

 **Базедов касаллиги. Тиреотоксикоз.**

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

**Етиялогияси** асаб ва рухий жарохатлар, марказий нерв системасининг шикасланиши, энсефалит,грипп,ангина, безгак, сарамас,қизилча,қорин тифи касалликлари, жинсий безлар ва гирофиз безиниг яллиғланиши, қуёш нурининг узоқ таьсир этиб туриши катта ахамиятга эга.

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

1. қалқонсимон безнинг катталашиши;

2. Кўзнинг чақчайиб туриши.

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

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

Аломатлари:

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

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

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

Кўзда бўладиган бу ўзгаришларнинг хаммаси тегишли кўз мускулларининг иннервасия қиладиган симтоматик нервлар функсияси ошишига боғлиқ. Бўқоқ консистенсияси турлича: без юмшоқ. Унинг устида пулсатсия қиладиган шовқинларни эшитса бўлади. Айрим холларда унинг фақат бир бўлаги каталашади, баьзида эса қалқонсимон без кўкрак орқасида жойлашади ва ренгенологик текшириш йўли билан аниқланади.

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

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

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

 **Микседема.**

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

 **Этологияси.** Безнинг травмадан шикастланиши, қалқонсимон без атрофияси , безни бутунлай олиб ташлаш, қалқонсимон безни узоқ муддатли гиперфунксияси, безнинг баьзан атеросклероз билан аьлоқадор бўлган касаллик инволютсияси, безнинг туғма камчилиги ва гиперфунксияси, безнинг туғма камчилиги ва гиперфунксияси, эндемик бўқоқ , айрим касалликлар, захм, ревматизм, тиф, сифилис касаллигидан кейин. Қалқонсимон без хар хил нурлардан, рентген, радиоктив йод таьсиридан кейин келиб чиқади.

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

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

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

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

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

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

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

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

Қалқонсимон без касалликларида беморларни парваришлашга оид хужжатларни юритиш.

Керакли жихозлар: касаллик тарихи,қизил ва кўк ручка

Хом ашё: талаб этилмайди.

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

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

Беморлар билан шахслар аро мулоқот кўникмаларини қўллаган холда сухбатлашиш.

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

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

 БАЖАРИШ АЛГОРИТМИ:

1. Мулоқот жараёни 3 босқичдан иборат бўлиб, 1 – босқичи суҳбатлашга киришиш ва суҳбатни бошлаш ҳисобланади.
2. Пациент кириб келганида беэътибор бўлмай , қилаётган ишни бироз четга суриб, унга жой кўрсатиб, ўтириш таклиф қилинади.
3. Суҳбат учун тинч , осуда, ёқимли, илиқ муҳит яратиш мақсадида масалан: об- ҳаво, жамоат транспорти ҳақида бироз суҳбатлашилади.
4. Гармоник муносабатларни ўрнатиш мақсадида ўзини таништириш, сизга мурожаат қилинганлиги учун миннатдорчилик туйғулари билдирилади.
5. Суҳбатлашиш жараёнининг 2 – босқичи суҳбатнинг асосий мавзусини ва муаммоларини ҳал этишга қаратилади.
6. Бунда энг асосий маълумотлар тўпланади, пациентнинг асосий эҳтиёжларини қондириш учун фактлар аниқлаштирилади.
7. Суҳбатлашиш жараёнининг 3 – босқичи суҳбатни якунлаш ҳисобланади.
8. Суҳбатлашиш якунида пациент сиз билан бўлган суҳбатдан қониқиш олиб, яна суҳбатлашиш истагида қолсин.
9. Суҳбатга якун ясаб, келгуси учрашув ҳақида келишиб олинади.
10. Суҳбатлашиш самарали бўлиши учун доимо пациент позициясини ҳисобга олган ҳолда ҳаракат қилиш, унинг ҳоҳиш - истакларини инобатга олиш, қувончига шерик бўлиш, табиий жилмайиш, самимий, очиқ ва камтарин бўлиш, ҳамдардлик кўрсатиб, унинг елкасини ёки қўлларини силаш, керак пайтда ўринли ҳазиллар қилиш, ҳиссиётларни назорат қила олиш ва ўз вазифасини аъло даражада бажариш керак.
11. Самарасиз суҳбатга олиб келувчи омиллар: суҳбатни тўсатдан ёқимсиз мавзудан бошлаш, лоқайд ёки мансимай, кибор билан қараб туриш,шахсиятга тегувчи саволлар бериш, бесабаб сукут сақлаш ёки кулиш, ҳурматсизларча тўсатдан суҳбатни тўхтатиш ёки унинг мавзусини сабабсиз ўзгартириб юбориш, суҳбатдошни гапиришга қўймаслик ва унга ҳамдард бўлмаслик сабаб бўлади.

*Мулоқотда савол бериш техникаси*

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

.

 **Физикал текширувлар.**

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

 **Интелект ва рухиятнинг ўзгариши.** Эндокрин безларининг функсионал бузилишларида турли хил рухий ўзгаришлар қайд қилинади. Бундай беморларда рухий қўзғалувчанлик. Кайфиятнинг тез-тез ўзгариб туриши, Базедов касаллигида доимий хавотирлик , миксодемада камхаракатлилик, апатия ва мимиканинг бўлмаслиги кузатилади. Депрессия кайфиятнинг тез-тез ўзгариб туриши климактерик синдромда хам кузатилади. Эндокрин касалликлардаги рухиятнинг ўзгариши, бемор нутқида хам ўз ифодасини топиши мумкун. Масалан. Базедов касаллиги билан оғриган беморларда нутқнинг тезлашиши кузатилиб, уларда сухбатдошни фикрини бўлишга, ўз фикрини билдиришга интилиш ва бошқа харакатлар кузатилади. Миксодемада эса секинлашган, бўғиқлашган нутқ, саволларга тез жавоб қайтармаслик ёки жумлаларни охиригача етказмаслик холлари аниқланади.

 **Кўриш аьзосидаги ўзгаришлар.**  Қалқонсимон без гиперфунксиясида чақчайган ялтироқ кўзлар ва шу туфайли бемор доимий хавотир холатда кўринади. Чақчайиш тахикардия ва бўқоқ билан бирга базедов касаллигига хос бўлган учликни ташкил қилади. Гипофиз ва гипофизар соха ўсмаларида кўриш ўткирлигини аниқлаш катта ташхисий ахамиятга эга.

 **Пайпаслаш**.

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

 **Қалқонсимон безни қадамма-қадам пайпаслаш**

 **Кўрик.**

1. Диққатни бўйин ва хиқилдоқнинг олд хамда трахеянинг юқори қисмига қаратиш керак.

2. Бемордан сўлагини ютиш сўралади.

3. Бу пайтда эьтибор йуқорида қайд этилган сохаларга қаратилади.

4. Қалқонсимон без меёрида кўрикда ва ютиниш вақтида кўзга кўринмайди.

 **Қалқонсимон без сохасини бармоқлар билан пайпаслаш.**

 **Олдиндан ёндашиш.**

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

2. Пайпаслаш вақтида бемордан ютиниш сўралади, натижада қалқонсимон без хиқилдоқ билан биргаликда силжийди ва шифокор бармоқларига сезиларли бўлади.

3. Қалқонсимон без бўйинчасини пайпаслаш бош бармоқни сирпанувчи харакатлари билан бўйиннинг ўрта чизиғи бўйлаб пастдан тепага силжиган холда амалга оширилади.

 **Орқадан ёндашиш.**

1.Беморни орқасидан ёндашилади ва иккинчи хамда учинчи бармоқлар бўйинни ўрта қисмига қўйилади. Улар бармоқ кенглигида тўшдан тўшдан юқорида Sternocieidomastoideus нинг медиал қиррасида 10,5см ичкарида жойлашган.

2. Бу холатда бўйинчани аниқлашга , сўнгра без бўлакларини аниқлашга киришилади.

3. Тугунлар ёки без ассиметрияси аниқланганда , ўзгарган бўлакни яхшилаб аниқлаш зарур.

4. Бунда бир қўл билан трахеяни, бошқа қўл билан без бўлагини қимирлатмай ушлаб туриш керак.

5. Пайпасланганда без юмшоқ,эластик, силлиқ, оғриқсиз ва ютиниш пайтида енгил силжувчан бўлади.

6. Қалқонсимон безнинг ўнг бўлагини яхшироқ пайпаслаш учун, бемордан бошини ўнг томонга букиш илтимос қилинади. Қарама қарши харакатлар билан чап бўлакни пайпаслаш амалга оширилади. Бўйиннинг ёйилиши тўш орти бўқоқни пайпаслашга имкон беради.

7. Пайпаслаш вақтида шифокор қалқонсимон безни жойлашиши, ўлчами, консистенсияси, катталашганлик даражаси ва тугунлар борлигини аниқлаш зарур.

 **Тахлил.**

**1-даража:** Без аниқ пайпасланади, аммо ютинишда сезилмайди.

**2-даража:** Без пайпасланади ва ютинишда сезилади.

**3-даража:**  Катталашган без кўрикда аниқланади.

**4-даража:** Без шакли сезиларли ўзгарган.

**5-даража:** Катта ўлчамдаги без.

 **Перкуссия.**

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

 **Аускуллтация.**

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

 **Радиал пулсни аниқлаш.**

 **Керакли жихозлар:** секундомер, ҳарорат варақаси, ручка.

Керакли хом ашё: суюқ совун, бир марталик қоғоз салфетка

Бажариш алгоритми: Қўллар ювилади ва қуритилади.

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

соҳаларида саналади.

1. Натижаси ҳарорат варақасига қизил ручка билан белгиланади.

 Эслатма:

1. Пульс уришини бундан ташқари қуйидаги соҳаларда аниқлаш мумкин:

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

б) Брахиал пульс - елка артериясида, яъни тирсак чуқурчаси марказининг кичик бармоқ томонида аниқланади, асосан артериал қон босимини ўлчашда фойдаланилади.

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

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

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

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

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

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

Артериал босимни ўлчаш.

Тонометр, фонендоскоп, Ф- 004 хужжати.

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

Бажариш алгорит:

1. Қўллар ювилади ва қуритилади.
2. Беморга муолажа мақсади тушунтирилади
3. Артериал босимни ўлчаш учун бемор қулай ўтказилади ёки ётқизилади.
4. Беморнинг ўнг ёки чап билагини елкасигача яланғочланади.
5. Бемор қўли кроватга ёки стулга кафти билан юқорига қаратиб қўйилади
6. Тонометр винтелини бураб манжетини ҳавоси чиқарилади.
7. Беморни тирсагидан 2-3 см юқорига манжетни 2 бармок сиғадиган қилиб ўраб олинади.
8. Беморнинг тирсак бўғимида елка артерияси томир уришини 2,3,4 бармоклар ёрдамида топилади.
9. Томир урган жойга фонендоскоп мембранасини қўйилади, эшитув найи қулоққа уланади.
10. Винтелни беркитиб резина баллон ёрдамида манжеткага ҳаво юборилади.
11. Винтелни очиб, ҳаво аста-секин чикарилади.
12. Ҳаво чиқиш вақтида фонендоскопда томир уриши эшитилади. Бу систолик босим кўрсатгичидир.
13. Ҳаво чиқиши давомида товушлар эшитилмай қолади. Бу диастолик босим кўрсатгичини билдиради.
14. Товушларнинг эшитилган ва эшитилмаган жойлардаги натижани монометрдан ёзиб олинади.
15. Винтелни тўлик очиб, манжеткани ичидаги хаво тўлик чиқарилади.
16. Манжетка бемор билагидан олинади.
17. Натижа харорат варакасига белгиланади.
18. Эслатма: Нормада систолик босим катталарда 100-130 мм.симоб устунига, диастолик босим 60-90 мм. симоб устунига тенг бўлади.

Назорат саволлари:

1. Калконсимон безнииг анатомияси ва физиологияси.
2. Калконсимон без кандай гармонлар ишлаб чикаради?
3. Эндемик букок кандай касаллик?
4. Эндемик букок касаллигини келтириб чикарувчи сабаблар кандай?
5. Эндемик букок касаллигида беморларда кузатиладиган клиник белгилар кандай?
6. Эндемик букок касаллигида хамширалик парвариши кандай?
7. Базедов касаллиги кандай касаллик?
8. Базедов касаллигини клиник белгилари кандай ?
9. Базедов касаллигини келтириб чикарувчи сабаблар кандай?
10. Микседема касаллиги сабаблари ва риволаниш боскичлари кандай?
11. Микседема касаллиги клиник белгилари ва давоси кандай?
12. Қалконсимон без касалликларида ташхис куйиш усуллари .
13. Базедов касаллигида учлик белгиси кандай?
14. Қалконсимон без касалликларида беморларнииг яширин ва мавжуд муоммоларини аниклаш.
15. Қалконсимон без касалликлари билан огриган беморлар холтини бахолаш учун маьлумот йигиш.

 Тест саволлари.

1. Калконсимон без касалликлари кандай система касалликларига киради?
	1. хазм системаси касалликлари.
	2. айриш системаси касалликлари.
	3. Эндокрин системаси касалликлари.
	4. суяк бугим системаси касалликлари.

 2 Калконсимон бездан неча хил гармонлар ишлаб чикарилади?

* 1. 2 хил гармон.
	2. 3 хил гармон.
	3. 4 хил гармон.
	4. 5 хил гармон.

 3. Эндемик букок касаллиги сабаблари кандай?

* 1. йод етишмаслигидан.
	2. калконсимон без фаолияти ортиб кетишидан.
	3. калконсимон без фаолияти пасайиб кетишидан.
	4. калсий етишмаслигидан.

 4. Калконсимон без касалликлари купрок кимларда кузатилади?

* 1. карияларда.
	2. эркакларда.
	3. аелларда
	4. болаларда.

 5 Эндемик букок касаллигида беморларда кузатиладиган клиник белгилар

А. Калконсимон безнинг катталашиши, асабийлашиш, озиб кетиш, кур терлаш.

B. Корин сохасида огрик ,кунгил айниши, кайт килиш, терининг саргайиши.

C. Бош огриги ,бош айланиши, хайз сиклини бузилиши, беморни хушидан кетиши.

D. хамма жавоблар тугри.

6. Эндемик букок касаллигида хомиладор аёлларга профилактика максадида йод препаратлари неча мкгда берилади?

1. 50-75 мкг суткасига
2. 50 мкг суткасига
3. 25 мкг суткасига
4. 15 мкг суткасига

7.Микседема қандай маънони англатади?

1. Яллиғланиш
2. Шилимшиқ шиш
3. Емирилиш
4. Парчаланиш

8.Учлик триада аломати қайси касалликда кузатилади?

1. Микседема
2. Эндемик буқоқ
3. Базедов касаллиги
4. Хамма жавоб тўғри

9.Грефе аломати қайси касалликга хос?

1. Микседема
2. Эндемик буқоқ
3. Базедов касаллиги
4. Хамма жавоб тўғри

10.Қайси касаллигида бемор семириб кетади?

1. Базедов касаллигида
2. Микседема касаллигида
3. Эндемик буқоқ касаллигида
4. Қандсиз диабет касаллигида.

 **Муоммоли масалалар.**

 Масала № 1.

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

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

Анамнезида: Беморни турмуш шароитида кўп асабий, рухий жарохатлар бўлган.

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

 Масала№2

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

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

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

 Масала№3

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

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

 Масала№4

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

Савол: Хамширалик ташхиси.

***Тавсия этиладиган адабиётлар:***

|  |  |
| --- | --- |
| А. Гадаев  | Ички касалликлар пропедевтикаси. |
| Х.Х.Эгамов   | Тизимида назарий машгулотлар учун терапия фанидан услубий қулланма |

 Урта тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш

Тизимида назарий машгулотлар учун терапия

ССВ амалдаги хужжатлари

*Интернет*

*материаллари* http://www. minzdrav.uz./-Ўзбекистон

 республикаси соғлиқни сақлаш

 тизимига оид меёрий хужжатлар;

 http: //www.ziyonet.uz./

 http: //www.referat.uz./