

G. H. Iskanova

**POLIKLINIK
PEDIATRIYA**

2016

**ЎЗБЕКISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O'RTA MAXSUS
TA' LIM VAZIRLIGI**

Gulshan Holdorovna Iskanova

Bilim sohasi - Ijtimoiy ta'minot va sogliqni saqlash - 500000

Ta'lim sohasi – Sog'liqni saqlash 510000

“PEDIATRIYA”

fanidan

“POLIKLINIK PEDIATRIYA”

o'quv q o'llanmasi

Davolash ishi - 5510100

Kasb ta'limi – 5111000

y o'nalishlari uchun

TOSHKENT-2016

4/581

Аннотација

О'quv q o'llanma umumiy amaliyot shifokori (UASH) bolalar kasalliklarini profilaktikasi, diagnostikasi va ambulator davolash bo'yicha tayyorlashga bagishlangan. Umumiy amaliyot shifokori uy sharoitida, qishloq va shahar shifokor punktlarida, oila poliklinikasida, rayon klinik-diagnostik markazlarda, markaziy va tez yordam punktlarida yordam ko'rsatish va extiyoj bo'lganda qo'shimcha tekshirish va davolash maqsadida tegishli tibbiy muassasalariga yuborishni o'z ichiga oladi. Shuni yodda tutish kerakki, bolalar va o'smirlar salomatligini saqlash nafaqat tibbiyot, balki butun jamiyatning vazifasidir. Shuning uchun bu muammoni davlat miqiyosida hal etish kerak. Jinsiy etilish davrida nafaqat gipotalamo-gipofizar sistema va jinsiy bezlarning faolligi ortadi, balki ularda yaqqol revolyusion o'zgarishlar kuzatiladi. Shu bilan birga gormonlar markaziy asab tizimi funksiyasiga ham tasir qilishi natijasida ichki va tashqi omillar bilan bog'liq tarzda o'smirda jiddiy inqiroz yuzaga keladi. Barcha ota-onalar va o'qituvchilar shuni esda tutishi kerakki, "o'tish yoshi"da bolada fiziologik zo'riqish ko'proq bo'ladi. Misol uchun ko'p qizlarda birinchi menstruasiya kuchli og'riq sezgisi, holsizlik, umumiy tonusni pasayishi, hayz qonini ko'proq yo'qotish bilan namoyon bo'ladi. Bolalik davrida emosional sferada u yoki bu ko'rinishda (sababsiz qurg'uvlar yoki uyqu buzilishi, ishtaxa o'zgarishi) bular qisqa davom etib nevrotik reaksiyalar rivojlanadi. O'z navbatida bular bolani normal rivojlanishini qiyinlashtiradi. Agarda ular tez-tez uchrasa sosial dezadaptasiyaga olib keladi. Har xil yoshda sosial muommolar turli

ko'rinishda kechadi. Bola normal rivojlanishi uchun regulyar ona va bola munosabatini yo'lga qo'yish lozim. Bu aloqalar ona qornidaligida boshlanadi, tug'ilgandan so'ng yanada kuchayadi. Bu holat bir biriga bog'lanishini kuchaytiradi. Ona va bola munosabatini bir oz kechikishi erta tug'ish va tug'ruq jaroxati holatlarida vujudga kelib, tez orada yana birlashadi. Bola tug'ilganga qadar homila ichi davridan boshlab psixosiasial muommolar vujudga kelishi mumkin. Bu sosial muommolar homila ichi davridan boshlanadi. Bu davrda homila onaning xar bir gapini sezadi. Ona va bola o'rtasida aloqa o'rnatila boradi.

Surunkali kasali bor bolalar reabilitastiyasi nafaqat tuzalish balki, bolaning ish qobiliyati va sog'ligini maksimal darajada oshirishdan iborat. Reabilitastiyaning asosiy shartlaridan biri- bu muntazam ravishda, bosqichma- bosqich stasionar, sanator-kurort davolash, poliklinika ishlarini amalga oshirishdan iborat. Sog'liqni tiklashdan maqsad —bemorning hayot tarzini, bilim olish qobiliyatini, sport bilan shug'ullanish hamda o'z tengdoshlari bilan o'zaro munosabatini tiklash va shu bilan birgalikda yo'qotilgan sog'lig'ini tiklab, yangi shart sharoitlarga ko'nikma hosil qilishdir. Sog'lomlashtirish ishlari ketma ket ,bosqichma- bosqich, uzluksiz va tibbiyot xodimlarining kuzatuvi ostida va albatta umumiy amaliyot shifokori nazoratida olib boriladi

Аннотация

Приобретение знаний для осуществления полной и правильной диагностики и лечения заболеваний детского возраста имеет свои трудности. Врач общей практики должен распознавать острые состояния и назначить полное и эффективное лечение на уровне СВП (ГВП) в зависимости от категорий услуг или направлять больных к консультанту, специалисту в другое учреждение.

Приобретение навыков для осуществления полного, соответствующего и необходимого уровня обследования больных, выполнения необходимого объема процедур и манипуляций на уровне СВП (ГВП) имеет свои трудности. Это в первую очередь связано с отсутствием книг на латинской графике для групп с узбекским языком обучения. В соответствии с учебной программой, после окончания изучения дисциплины педиатрия ВОП должен знать основные направления Государственных программ развития социальной сферы «Здоровое поколение», «Мать и ребенок» и др; нормативы физического и психомоторного развития детей на возрастных этапах; АФО различных систем детского организма, принципы питания детей в зависимости от возраста и состояния здоровья; круг проблем по воспитанию, формированию и развитию здорового поколения; особенностей наиболее распространенных патологических синдромов детского возраста, влияние социальных, наследственных, климатических и экологических

факторов на их возникновение, распространение и прогрессирование; принципы фармакотерапии наиболее распространенных детских заболеваний, синдромов. Данное учебное пособие посвящено одной из части современной педиатрии - поликлинической педиатрии.

учебное пособие написано на латинской графике узбекского языка. Это очень актуально, так как не хватает учебников на латинской графике для студентов с узбекским языком обучения. Он состоит из следующих отделов- организация лечебно-профилактической помощи детям в условиях поликлиники, современные аспекты оценки состояния здоровья детей и подростков, профилактическая и лечебная работа ВОП, лечебно-профилактическая помощь организованным детям, оказание неотложной помощи детям в условиях поликлиники.

Представлены особенности клинического течения, диагностики, лечения реабилитации и профилактики распространенных детских болезней. Учебное пособие предназначено для студентов, а также для практической работы педиатров, врачей общей практики и клинических ординаторов.

active form specific areas of the brain, the nervous system is divided into different divisions of the nervous system - as a result of rapid growth of the central gray and - station hypofunctional area through which communication is established between the autonomic centers and the pituitary gland. Under the influence of the pulse

Annotation

Peer-reviewed study guide is dedicated to one of the parts of modern pediatrics - outpatient pediatrics. The manual is written in the Latin alphabet of the Uzbek language. It is very important because not enough textbooks in the Latin alphabet for students with Uzbek language. On consists of the following departments, the organization of medical and preventive care for children in a clinic, modern aspects of assessment of child and adolescent health, preventive and therapeutic work GP practice and health care assistance for children organized, providing emergency aid to children in outpatient settings. Presented clinical features, diagnosis, treatment, rehabilitation and prevention of childhood diseases ubiquitous. Textbook is intended for students, as well as for the practical work of pediatricians, general practitioners and medical residents. Textbook includes adolescence covers the stage of life between 14 and 18 years. During this period there and completed a number of morphological, physiological and psychological processes, greatly distinguish teenagers from de - children and adults. The process of rebuilding the body cause significant shifts in the formation of personality. Intensively rebuilt mechanisms and neuro-humoral ratio. In adolescence, the most active form specific areas of the brain, there are new links between the different divisions of the nervous system - us. Simultaneously, the rapid growth of the central gray sub - station hypothalamic area through which communication is established between the autonomic centers and the pituitary gland. Under the influence of the pulse

quadrigenina anterior lobe of the pituitary gland releases a nonspecific positive - howling gonadotropin, which stimulates the development of the gonads. Evaluation and monitoring of the physical and psychomotor development of children. Child care is the first year of life and up to five years. Non-specific methods of disease prevention (care, education, hardening, massage, gymnastics). Health groups. Principles of medical examination of healthy and sick children. Principles for the allocation of children at risk. RHealth-care services for children in preschool. Functions doctor nursery school. Rules for the preparation and execution of a child in pre-school educational institution. Preparing children for school, the definition of children's readiness for school. Rehabilitation of sickly children risk groups. Practical Skill: monitoring the growth and development of children under 5 years of age. Children's health in adolescence and puberty. The problems of adolescence. Anatomical and physiological characteristics, mental and physical development issues, especially diseases of adolescence, Clinical examination of adolescents. Work in the teenage study. Inspection teenager. Orders of Ministry of Health of Uzbekistan to work with teenagers.

Work leaves a good impression, recommended for publication in the press and spread among students and GPs.

I BOB. Umumiy amaliyot shifokorinig profilaktik ishlari

Erta yoshdagi sog'lom bolalarning dispanser nazorati.

Dispanserizasiya sog'likni saqlash asosi hisoblanadi. Pediatriyada dispanserizasiya tushunchasi keng qamrovli bo'lib, tibbiy xizmatchilar tomonidan amalga oshiriladigan tashkiliy va davolash tadbirlarini o'z ichiga oladi va sog'lom bolalarga nisbatan tegishli profilaktika chora tadbirlar olib boriladi. Shu orqali bolalarni optimal rivojlanishi hamda kasalliklarni erta aniqlanishiga erishiladi. O'tkir kasalliklar kelib chiqqan xolatlarda dispanserizasiya davri bemorni to'liq tuzalishgacha bo'lgan vaqtni o'z ichiga oladi. Surunkali kasalliklar mavjud bo'lgan xolatlarda esa kasallikni xurujlarini profilaktikasi va bemorni sog'lomlashtirish maqsadida aktiv dinamik kuzatuv olib borish dispanserizasiyaning maqsadi xisoblanadi.

Ma'lum bir xududdagi profilaktik chora tadbirlarning barcha kompleksini pediatr bilan birgallikda maxalla xamshirasi, SBX xamshirasi, emlash xonasi xamshirasi olib boradi. Sog'lom bolalar dispanserizasiyasida mutaxassis shifokorlar va laborantlar ishtirok etadi. Chaqaloqlik davri yakunlangandan keyin tashkillashtirilmagan bolalar dispanser kuzatuvini UASH profilaktik qabullar vaqtida amalga oshiradi. Onalar tomonidan bolalar poliklinikasiga quyidagi berilgan vaqtlarda tashrif buyurish tavsiya etilgan:- bola hayotining birinchi yilida –sog'lom bolalar har oy, xavf guruhida bo'lgan bolalar kuzatuvini esa ko'proq bo'lishi kerak;

- bola hayotining ikkinchi yilida – 3oyda bir marta;
- 3 yoshda – 6oyda bir marta;

- bola hayotining 4,5,6 yillarida – bir yilda bir marta, tug'ilgan oyida.

Profilaktik ko'rikda UAShning asosiy vazifasi.

UAShning asosiy vazifasi bolaning rivojlanish va sog'lomlik darajasini aniqlash, bolaning sog'ligida o'zgarishlar mavjulgini aniqlash va shunga ko'ra korrektsionalovchi chora tadbirlarni belgilashdan iborat. Profilaktik ko'riklarning sifatli amalga oshirilishi uchun quyidagi xarakteristikalar ketma-ketligi tavsiya etilgan:

- bola holatini qabul qilingan mezonlar bo'yicha tekshirish;
- bola sog'ligi xolatini kompleks baholash. Sog'lomlik guruhi va xavf guruhini aniqlash;
- bola sog'ligi holatidan kelib chiqqan holda tavsiyalar berish;
- bola rivojlanishi tarixida epikriz shakllantirish.

Poliklinikada profilaktik ko'rikdan oldin bolani uyiga tibbiyot xamshirasi tashrif buyuradi va quyidagilarni aniqlaydi:

- UASh tavsiyalari qanday bajarilganligi;
- Onasida shikoyatlarning mavjudligi;
- Bolani oziqlantirish xarakteridagi o'ziga xos xususiyatlar.

Ko'rik vaqtida bolaning teri va shilliq qavatlarining rangiga, fiziologik ajralmalariga e'tibor beriladi. Shuningdek bolaning nerv-psixik rivojlanishiga va o'zini tutishiga alohida ahamiyat beriladi. Tibbiyot xamshirasi bolani parvarishlash, ovqatlantirish bo'yicha maslahatlar beradi. Onani uqalash elementlari, gimnastika, chiniqtirish ko'nikmalariga o'rgatadi, hamda bola rivojlanish tarixida o'zining patronajini belgilab qo'yadi va ona-bolani pediatr ko'rigiga taklif

qiladi. Xar bir ko'rik vaqtida pediatr anamnezni qayta tasdiqlashi, bola boshidan o'tkazgan kasalliklar haqida ma'lumotlarni, ovqatlantirish xususiyatlari o'zgarishlarini, sotsial sharoitida o'zgarishlarni analiz qilishi, shikoyatlarni aniqlashi lozim. Qabul vaqtida bolaning antropometrik tekshiruvi o'tkaziladi (tana vazni, bo'yi, bosh va kukrak aylanasi). Jismoniy rivojlanish darajasi monitoring grafigi bo'yicha baholanadi. UASh tibbiyot xamshirasining patronaj ma'lumotlariga asoslanib hamda bolaning ota-onasi bilan bolaning nerv-psixik rivojlanishi haqida so'zlashuvdan keyin nerv psixik rivojlanish guruhini belgilaydi. Bunda bola o'zini tutishi alohida obektiv baholanadi. Obektiv tekshiruv amalga oshirilgandan keyin shifokor bolaga quyidagi tashxislardan birini qo'yadi: «sog'lom», «qandaydir patologiya xavfi mavjud» (xavf guruhi) yoki «kasal» (diagnoz), hamda sog'lomlilik guruhi (I, IIA, IIB, III, IV, V) yoki xavf guruhini ko'rsatadi. Qabul vaqtida onaga bolaning umumiy tartib rejimi, rasional ovqatlantirish, chiniqtirish muolajalari, bolani tarbiyalash haqida tavsiyalar beriladi. Bundan tashqari bolagaprofilaktika maqsadida vitamin D, temir preparatlari va boshqalar buyurilishi mumkin. Profilaktik emlash masalasi ko'rib chiqiladi, agar qarshi ko'rsatmalar bo'lsa – tibbiy qarshi ko'rsatma ma'lumotnomasi yoziladi. Bola ota- onasi bilan sanitar oqartuv ishlari olib boriladi. Barcha ma'lumotlar bola rivojlanishi tarixiga unifikatsiyalangan yozuv holatida kiritib quyiladi. Organizatsiyalashmagan 0-1, 1-7 yoshgacha bo'lgan bolalar profilaktik ko'rigi tarkibi va rivojlanish tarixidagi

yozuvlar avvalgidek qoladi. Xavf guruhiga kiritish uchun asosan quyidagilarga e'tibor beriladi:

- o'tkir kasalliklar bilan kasallanish soni, davomiyligi, og'irligiga (rezistentlikni baholash maqsadida);

- bola organizmi funksional holati va o'zini tutishi baholanadi;

- MTM ga psixologik tayyorgarlik va moslashish prognoziga;

- profilaktik emlamlarning o'tkazilishiga.

Bu yoshdagi bolalar uchun UASH tomonidan beriladigan tavsiyalar ichida asosiy o'rinni quyidagilar egallaydi:

- bolaning rejimi;

- ovqatlanishida o'zgarishlar;

- chiniqtirish usullari;

- jismoniy tarbiyalash;

- nerv-psixik rivojlanishi (xususan, gapirish ko'nikmalarini rivojlanishiga). Belgilangan tavsiyalar uyda bajarilishini patronaj xamshirasi tekshirib boradi.

Laborator va instrumental tekshiruvlar

Tug'ruqxonada chaqaloqlarga fenilketonuriya, gipotireoz, mukovissidoz, adrenogenital sindrom, galaktozemiyaga skrining tekshiruvlar, audiometrik skrining o'tkaziladi. Bolaning 1oyligida umumiy qon, siydik analizi o'tkaziladi. Bola 1yoshga to'lganida bu tekshiruvlar qaytadan bajariladi. Bola hayotining 1 oyligida (yoki 3oyligida) barcha ichki a'zolar va tos-son bug'implari UTT tekshiruvi, EKG tekshiruvi qilinadi. 4 yoshligida eshitish o'tkirligi, ko'rish o'tkirligi tekshiriladi, plantografiya amalga oshiriladi, AB o'lchanadi.

Erta yoshdagi bolalarni tarbiyalash va kun tartibi.

Bolaning kun tartibi deganda qat'iy belgilangan uyqu va uyqudan tashqari, ovqatlanish vaqti, hamda uyg'oqlik vaqtida turli xil harakat faoliyatini o'z vaqtida almashilishi tushuniladi. Yoshga bog'liq bo'lgan rasional kun tartibi fiziologik jarayonlar ritmini e'tiborga oladi. Shuningdek bola rivojlanishi optimal bo'lishi uchun organizm va tashqi muhitning o'zaro tasirlanishini tashkillashtirib beradi. Bundan tashqari bolaning kun tartibi bolani to'g'ri tarbiyalashning muhim qismi hisoblanadi. Bola dunyoga kelgach, uning MNS funksiyasining rivojlanishi asosan tashqi muhit tasirida amalga oshadi. Shu sababli bolaning MNS funksiyasi uchun uyqu vaqti aktiv tormozlanishi himoya omillaridan biri bo'lib, uning o'sib borayotgan nerv tizimini tashqi muhitning haddan tashqari qo'zg'atuvchi tasiridan saqlovchi omil bo'lib hisoblanadi. Bola qancha yosh bo'lsa, uyquga bo'lgan ehtiyoj shunchalik yuqori bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqqa uning holatidan kelib chiqqan xolda, "erkin ovqatlantirish" rejimini tavsiya etish mumkin, ya'ni bola "ovqat talab qilgan vaqtda ovqatlantirish". Ammo bunday kun tartibi qo'llanilganda, sutkalik ovqatlantirishlar (emizishlar) soni 10-12 martadan oshmasligi, hamda emizishlar orasidagi interval 2 soatdan kam bo'lmasligi lozim. "Erkin ovqatlantirish" rejimini barcha bolalarga tavsiya etish mumkin. Chaqaloq bir sutkada 23 soatni uyqu bilan o'tkazadi. Uning aktiv uyg'oqlik davri juda kam bo'ladi va 1 oyning oxirida uyg'oqlik vaqti 30-40 minutni tashkil etadi.

Uqalash va gimnastika

Uqalash (massaj) bola organizmiga har tomonlama va faqatgina ijobiy taʼsir qiladi. Massaj tasirida teridan nerv tolalari orqali koʻp sonli impulslar bosh miya poʻstlogʻiga yunaladi va MNSga tonuslovchi tasir koʻrsatib, uning asosiy funksiyasi – barcha organ va sistemalarni boshqarish vazifasini yaxshilaydi. Koʻkrak yoshidagi bolalar uchun kuchli taktil qoʻzgʻatuvchi boʻlib hisoblangan massaj juda muhim ahamiyatga ega. U ijobiy emosiyalar rivojlanishiga va harakat reaksiyalarini hosil boʻlishiga ahamiyatli taʼsir oʻtkazadi. Bolalar massajida massajning barcha klassik usullari ishlatiladi:

- silash, artish, uqalash, vibrasiya, engil urish usullari, nuqtali uqalashning ayrim usullari. Massaj usullari nerv tizimiga turlicha tasir qiladi: silash va yuza artish va uqalash xarakatlari tormozlanish jarayonini kuchaytirib, nerv tizimiga tinchlantiruvchi tasir qiladi.
- Vibrasiya va chimchilash qoʻzgʻatuvchi taʼsir qiladi. Massaj muskullarga differensirlashgan taʼsir koʻrsatadi: silash, artish, uqalash muskullar boʻshashishiga olib kelsa, vibrasiya va chimchilash muskullarda qisqarish holatini keltirib chiqaradi. Massaj amaliyotini bajarish vaqtida chaqaloqlar terisi quruq yupqa, tez shikastlanuvchan ekanligini yodda tutish lozim. Shu sababli massaj amaliyoti boshida barcha xarakatlar (silash) ehtiyotkorlik bilan bajarilishi va ximoya qilishga qaratilgan boʻlishi kerak. Keyinchalik asta sekinlik bilan boshqa usullarni ham kiritish mumkin boʻladi. Masalan: artish, engil urish usullari (1 va 2 barmoqlar bilan), yozish usuli. Amaliyot intensivligi va davomiyligi asta sekinlik bilan ortib boradi.

Klassik va segmentar massaj usullari texnikasi.

Qo'l bilan bajariladigan massaj usullariga quyidagilar kiradi:

silash (tekislikda va urab oluvchi); artish (tekislikda va o'rab oluvchi);
ezish; vibrasiya;

Bolalar massaji praktikasida asosiy usullardan tashqari qo'shimcha usullar ham qo'llaniladi: eshkaksimon silash; chuqur silash; arralash; kesishish; shtrixlash; burash; turli yo'nalishda ezish; chayqatish; punktirlash; chapak chalish harakati; chopish harakati.

Massaj usullari qo'lning kaft va kaft usti yuzasi, hamda barmoq falangalari yostiqchalari bilan amalga oshiriladi. 3-4oylik bolalarga klassik massaj bilan birgallikda yo'naltirilgan segmentar massaj usullarini qo'llash maqsadga muvofiq.

Massaj amaliyotini bajarish ketma-ketligi. Ba'zi mualliflarning fikricha massaj amaliyoti ketma-ketligi quyidagicha taklif etilgan: orqa; bel sohasi; bo'yin va yoqa sohasi; dumbalar va tos son bo'g'imi; sonlar; oyoqlar; ko'krak qafasi va elka bo'g'imlari; qo'llar.

Silash – massaj amaliyotining asosiy usuli hisoblanadi, shu harakat bilan massaj boshlanadi va yakunlanadi. Bir usuldan boshqasiga o'tish vaqtida ham silash usulidan foydalaniladi. Bu usul butun massaj amaliyoti vaqtining 5-10% tashkil qiladi. Silash harakatlari limfa tomirlari bo'ylab, periferiyadan markazga, regionar limfa tugunlariga yo'naltirilgan holatda bajariladi. Silash harakatlari turlari:

-kaft ichki yuzasi bilan;

-kaft tashqi yuzasi bilan;

-barmoq yostiqchalari bilan.

Kaft ichki yuzasi bilan va barmoq yostiqchalari bilan silash. Kaft bo'sh qo'yilgan holatda bo'lishi va tana terisi bilan zich yopishgan bo'lishi kerak. Birinchi barmoq tashqariga qaragan, qolganlari birlashtirilgan bo'lishi kerak. Massaj qiluvchining qo'li bola terisi bo'ylab sirpanishi kerak, lekin terini surmasligi lozim. Massaj qiluvchi qo'lining bosimi mushak periferik qismidan markazga yo'nalganda oshadi, periferiyaga yo'nalganda kamayadi. Silash bitta qo'l bilan yoki ikkita qo'l bilan alohida bajariladi. Qo'llar parallel xarakterlanadi, yoki alohida harakatlangan holda birin ketin, bir qo'l harakatni yakunlaganda, ikkinchisi boshlaydi. Massaj amaliyoti intensivligini kuchaytirish maqsadida – og'irlik bilan silash amaliyoti bajariladi. Bunda bir qo'l kafti ikkinchisi ustiga qo'yilib massaj amaliyoti bajariladi. Silash harakatlari quyidagicha bo'lishi mumkin: bo'ylama yoki ko'ndalang; zigzagsimon; spiralsimon; tojsimon.

Silash turlari:

Yuza- tekis silash –himoyalovchi usul, massaj qiluvchi kafti bola terisiga biroz tegib turgan holda sirpanadi. Qamrab oluvchi silash – uzluksiz chuqur tasir etish usuli limfa oqimi bo'ylab bajariladi. Massaj qiluvchi qo'li bola terisiga zich yopishgan holatda, harakat sekin bajariladi. Massaj qiluvchi barmoqlari mushaklararo bo'shliqlarga kiradi.

Taroqsimon. Qo'llar musht qilingan xolatda, qo'lning suyakchalari bilan massaj qilinadi.

- Chuqur silash. Kaft ust yuzasi va barmoq ikkita oxirgi falangalar bukilgan sohasi bilan massaj qilinadi.

- Eshkaksimon. Kaft ichki yuzasi barmoqlari oxiri bilan bajariladi. Barmoqlar tekis va yoyilgan xolatda bo'lishi kerak.

- Tojsimon. Bu usul ikkita qo'l bilan bajariladi. Massaj bajaruvchi barmoqlari "qulf" xolatida birlashtirilgan. Bemor qo'li massaj bajaruvchi elkasida yoki stolga tiralgan holatda bo'ladi. Bunday massaj katta bolalar va kattalarga ko'rsatma hisoblanadi, qo'l, son va orqada bajariladi. Artish usuli. Bu usul to'qimani turli yo'nalishda harakatlantirishga asoslangan. Bu usul davomiyligi massaj seansi vaqtining 30-40%ni tashkil etadi.

Artish usulini bajarish texnikasi. Barmoq yostiqchalari bilan artish harakatlari universal usul xisoblanadi. Bunda massaj qiluvchi kafti bola terisiga tiralgan bo'ladi. Massaj qiluvchi barmoqlari bo'sh qo'yilgan holatda, fiziologik bukilgan, barmoq yostiqchalariga erkin va engil tiralgan bo'ladi. Keyin 2-5 barmoqlar bukilib yoziladi va shu yo'l bilan bola terisini surib, oldinga harakat qilinadi. Barmoqlar bukilgan vaqtda teriga bo'lgan bosim oshadi, yozilgandakamayadi.

Shunday yo'l bilan tug'ri harakatlar bajariladi. (massaj qiluvchi qo'li sirpanuvchi shilliqurt harakatini eslatadi). Artish usulinig nisbatan universal usuli to'qimani aylana harakatlar bilan joyidan siljitish usuli hisoblanadi. Buning uchun to'g'ri yo'nalishli harakatga aylana harakat qo'shiladi. Bu harakatni ikkita qo'l bilan bajarilgan holda harakat ikkita tomonga yo'naladi: o'ng qo'l soat strelkasi bo'ylab, chap qo'l

soat strelkasiga qarshi yo'nalishda. Artish usuli vaqtitda qo'shimcha yordamchi harakatlar:

- Eshgaksimon usul. Katta mushakli yuzalarda qo'llaniladi, usulni musht qilingan qo'llar orqa yuzasi bilan bajariladi.

- Arralash usuli. Kaftning tirsak qirradi bilan bajariladi, qo'llar bir biriga parallel va qarama qarshi harakat qiladi. Kaftlar orasidagi masofa 2sm. Teri bumasini kaft qirradi bilan artilgandek harakat qilinadi.

- Shtrixlash 2-3 yoki 2-5 barmoq uchlari bilan bajariladi. Barmoqlar yoyilgan holatda bo'ladi va barcha yo'nalishlarda bajariladi.

Ezish. Ezish usuli massaj vaqtining 50% ini tashkil qiladi. Uning tarkibiga: o'rab olish; tortish; siqish; bosish; chuqur artish; to'qimalarni joyidan surish.

Sekin, chuqur va uzoq davom etuvchi ezish vaqtida refleklar pasayadi va bosh miya po'stlog'ini qo'zg'alishi pasayadi. Aksincha, tez, yuza va qisqa ezishda mushaklar tonusi ortadi va qo'zg'aluvchanlik ham ortadi. Ezish turli yo'nalishlarda bo'ylama, ko'ndalang, spiral olib boriladi, bir yoki ikkita qo'l bilan amalga oshiriladi.

Ezish usulini bajarish texnikasi:

- Bo'ylama ezish mushak tolasi yo'nalishi, mushak o'qi bo'ylab amalga oshiriladi. Massaj qiluvchi qo'li to'g'ri bo'lishi kerak, 1-barmoq massaj qiluvchi muskul ustida turadi. 2 -va 5- barmoq

massaj qilinuvchi sohani ushlab oladi. Qo'llar mushak yo'nalishi bo'yicha harakat qiladi va barcha massaj xarakatlari bajariladi.

- Ko'ndalang ezish – massaj qiluvchi qo'llari mushakga nisbatan ko'ndalang qo'yiladi, qo'llar orasidagi masofa kaft uzunligida bo'ladi. 1-barmoq kaftga nisbatan perpendikulyar qo'yilgan bo'ladi. Usul quyidagicha bajariladi: mushak 2-5 barmoqlar tomoniga yo'naltirilgan holatdatoriladi; so'ng 1-barmoq tomoniga yo'naltiriladi; so'ng mushakni ezilgan holatdan bo'shholatiga keltiriladi. Ezish usulida qo'llaniladigan qo'shimcha usullar:

-Yoyish – massaj qiluvchi qo'llari bilan mushakni ikkita tomondan ushlab oladi. Barmoqlar to'g'ri vabir-birigaparallel holatda bo'ladi. Xarakat qarama qarshi yo'nalishda va mushakka ko'ndalang xolatda bajariladi.

Burash – bir qo'l bilan to'qimani ikkinchi to'qima ustiga buraladi. Boshqa qo'l bilan to'qimani ushlab ikkinchi qo'lga yaqinlashtiriladi.

Siljitish- kaftlar massaj qilinuvchi sohaga joylashtiriladi, orasidagi masofa 3-5 sm, to'qimani siljitib, burma hosil qilib ritmik harakatlar bajariladi. Qo'l harakati bilan qarama qarshi yo'nalishga to'qimalar tortiladi.

-qarama qarshi yo'naltirilgan ezish – (“kosichka”) ikkala qo'l bilan to'qima ushlab olinadi va qo'llar qarama qarshi tomonga harakat qildiriladi va teri burmasi buziladi; so'ng harakat teskari yo'nalishda mushak bo'ylab bajariladi.

Qisqichsimon usul – usul 1- va 2- yoki 1- va qolgan barmoqlar bilan bajariladi, barmoqlar qisqich sifatida harakat qilishi kerak. Mushakni

chuqur ezish harakati bajariladi. Bu usulni yuzda, elkada, bo'yinda va orqada massaj qilganda qo'llash mumkin.

Bosish – barmoq yostiqchalari bilan og'riq nuqtalari va nerv tolalari chiqish joylariga barmoq yostiqchalarining vintsimon harakati bilan chuqur bosish orqali amalga oshiriladi.

Vibrasiya – bu usul barcha to'qimalar, shuningdek suyaklargacha chuqur tasir qila oladi. Vibrasion massajning bajarilish texnikasi : uzluksiz va uzlukli vibrasiya farqlanadi.

Uzluksiz vibrasiya. Bu usulni bajarish davomida massaj qiluvchi qo'li bemor terisidan uzilmaydi. Uzlukli vibrasiya – bemor terisi bilan har bir tasirlanishdan keyin massaj qiluvchi qo'li orqaga qaytadi, urish harakatlari birin ketin barmoqlar yostiqchalari yoki kaft bilan amalga oshiriladi.

Vibrasiya usulini qo'shimcha harakatlari:

Chayqatish – alohida barmoqlar yoki kaftlar bilan turli yo'nalishda bajariladi. Usul unni etashni eslatadi. Silkitish usuli – usul oyoq va qo'lda bajariladi va bu usulni bajarish uchun qo'lni bilak uzuk, oyoqni tovon qismidan fiksasiya qilinadi.

Chopish usuli. Barmoqlar yozilgan holatda va kaft tisak qirrasini bilan bajariladi. Kaftlar orasidagi masofa 2-3 sm. Qo'l harakatlari faol va ritmik bo'lishi lozim va mushak yo'nalishi bo'yicha harakatlanadi.

Chapak chalish – kaftning oldingi tomoni bilan bajariladi. Barmoqlar birlashgan va havo yostiqchasini hosil qiladi. Usulni ko'krak, orqa, oyoq-qo'llarda bajarish mumkin. Yoshi katta bolalarda qo'llaniladi.

Mushtlash – musht qilib yiqilgan qo'lning tirsak qirrasini yoki barmoqlar tashqi yuzasi bilan, bir yoki ikkita qo'l bilan bajariladi.

Punktirlash. 2-5 barmoqlar yostiqchalari bilan bajariladi, bir yoki ikkita qo'l bilan ("barmoqdushi"). Qorin sohasi massaj qilinganda jigar va jinsiy a'zolar, orqa sohasi massaj qilinganda buyraklar ehtiyot qilinishi kerak. Gimnastikaning muhim jixatlari.

Xarakat chaqaloqning o'sishi va rivojlanishi uchun juda muhim hisoblanadi. Sistematik mashg'ulot natijasida xech bir tizim o'zgarishsiz qolmaydi. Bu o'zgarishlar birinchi navbatda mushak, suyak, yurak-qon tomir va nafas olish sistemasi uchun ta'luqli bo'lib, u shakllanish davrida juda muhim hisoblanadi. Gimnastik mashg'ulotlar qancha erta boshlansa, dinamik stereotip va turg'un natijalar shunchalik oson shakllanadi. Gimnastika mashg'ulotlarida ko'proq e'tiborni hayot davomida tez-tez ishlatiladigan ko'nikmalarga qaratish kerak.

Bola xayotini birinchi yarim yilligida chalqancha holatdan qoringaag'darilishga to'g'ri o'rgatish kerak, chunki bu jarayonlarni noto'g'ri bajarilishi umurtqalar deformasiyasiga olib keladi. 6 oylik bo'lganda esa, emaklash o'rgatiladi, bunda faqat qo'li bilan emas, balki oyoqlari bilan hamxarakatlantirish lozim, aks xolda oyoqlari rivojlanishdan ortda qolishi mumkin. Bir yoshdan boshlab bola yurishga o'rgatiladi, buni natijasida qomat to'g'ri shakllanadi.

Quyidagi shartlarga rioya qilish kerak: Birinchidan, mashqlar bolani yoshiga va funksional imkoniyatlariga mos kelishi kerak. Ikkinchidan, mashq uslubi ham yoshiga mos kelishi kerak. Psixomotor

rivojlanishda muammosi bor bolalar uchun massaj va gimnastika sog'lom bolalarga qaraganda ko'proq ahamiyatga ega. Maxsus harakat rejimi ko'pincha kompleks davoning asosiy elementi va reabilitatsiyaning effektiv vositasi bo'lishi mumkin.

Massaj va gimnastikaga qarshi ko'rsatma: barcha o'tkir isitmali kasalliklar; gipotrofiyani o'tkir shakllari (atrofiya); teri, teri osti klechatka, limfa tugunlar, muskul, suyakni yiringli va boshqa o'tkir yallig'lanishli jarohatlari (ekzema, pemfigus, impetigo, limfadenit, flegmona, osteomielit), suyaklarni sinuvchanligi bilan kechadigan kasalliklar; raxitning avj olgan davrida, kasalliklarni giperesteziya ko'rinishidagi o'tkir kechishida; yiringli va boshqa o'tkir artritlarda, suyak va bug'im silida; subkompensasiya, dekompensasiya bosqichidagi tug'ma yurak nuqsonlarida; turli shakldagi gemorragik diatezlar, ayniqsa gemofiliyalarda; tutqanoq sindromida; o'tkir nefritlar; o'tkir hepatitlar; silning faol shakllari; kindik, son, chov, yorqoqni katta churralarida, churra qisilishiga moyillik bo'lganda. Dekompensasiyalangan gidrosefaliyada massaj alohida ehtiyotkorlik bilan o'tkaziladi.

Massaj va gimnastika uchun shart-sharoitlar.

Massaj istalgan qattiq yuzali joyda qilinadi, yurgaklash stoli bunga ko'proq mos keladi. Stol ustiga toza yo'rgak solinadi, uni ostiga taglik, ikki qavatli mato qo'yiladi. Stolni xonaga joylashtirishda chaqaloq qaqar tomonlarga yaqinlashish imkoniyatini qisobga olish kerak. Xona harorati 20 S dan past bo'lmasligi lozim. Massaj va gimnastika ovqatlantirishdan 0,5-1 soat oldin yoki ovqatlantirgandan

40-45 minut keyin o'tkaziladi. Bunda massaj qiluvchi qo'li toza bo'lishi kerak. Massaj harakatlarini engillashtirish va terini himoyalash uchun turli bolalar kremi, yoq'lar, upalardan foydalanish mumkin.

1-3 oylik sog'lom boladagi massaj va gimnastika. Bola hayotining birinchi oylarida bukuvchi guruh muskullarini fiziologik gipertonusi saqlangan bo'lganligi sababli faqatgina yozish bilan bog'liq reflekslardan foydalanish kerak. Bunda barchaaktiv harakatlar prinsipiga asoslanadi. Bukuvchi muskullar tonusini balandligi sababli passiv harakatlar bajarilmaydi, chunki bu xolat chaqaloqni kuchli qarshilik ko'rsatishi bilan boradi. Demak, kundalik mashg'ulotlardan asosiy maqsad bo'lib, oyoq qo'ldagi bukuvchi va yozuvchi muskullar ishini muvozanatga keltirish hisoblanadi. Buning uchun quyidagilar zarur: "umumiy tetiklashtirish"ni stimullaydigan muloyim muloqot; bolani tez-tez qorni bilan yotqizish; xar kungi iliq vanna va chumiltirish; butun tana yuzasini engil silash; bolani yozuvchi muskul bilan bog'liq aktiv harakatini stimullash. Bunda tug'ma reflekslarni xarakat fondidan foydalaniladi.

3-4 oylik sog'lom bolaga xos massaj va gimnastika.

Bu muddatda massaj mashg'ulotlari ancha intensiv bo'lib boradi. Yangi rejim ya'ni artish usuli qo'shiladi. Artish usulini bajarishda biroz bukilgan barmoq yostiqchalaridan foydalaniladi. Bundan tashqari halqali artish usulini ham qo'llash mumkin. Tanani massaji silash bilan boshlanib, silash bilan yakunlanadi. Bu bolani tinchlantirib, mushaklarni yaxshi bushashishiga yordam beradi.

3-4 oylik bola uchun mashg'ulot maqsadi: oyoqlar tonusini normallashtirish; tanani uzgartirilganqolatida ilk kunikmani tarbiyalash; qo'l epchilligini shakllantirish; Bunga yordam beradi: bola bilan tez-tez muloqot; quliga ushlab uchunqulay bulgan uyincholarni berish; qar kungi iliq vanna va chumiltirish; massaj; tug'ma reflekslar asosidagi aktivqarakatlar; vibrasiya bilan passiv mashqlar;

4-6 oylik sog'lom boladagi massaj va gimnastika.

4-6 oylik bola uchun mashg'ulot maqsadi: Oyoqlar tonusini oxirigacha normallashtirish; tovonni tayanch reaksiyasini tarbiyalash; bolaga buyumlarni ushlabni urgatish; xarakatlar maromini shakllantirish.

Buning uchun quyidagilarga amal qilish kerak: mashxulot paytida bola bilan muloyim munosabatda bulish; tug'ma reflekslargaasoslangan faol mashg'ulotlar va bolani ovqatlanishiga harakat qilish; passiv mashg'ulotlar; yoshiga mos uyincholalar; chumilish; butun tanaga nisbatan jadal bulgan usullarda uqalash;Bu yoshdagi bolalar massaji yanada davomli va murakkab bo'lib boradi. Silash vaartishdan tashqari yangi usul- ezib uqalash usuli kiritiladi.

Xarakatlar bir maromda, yumshoq, o'rtacha tempda bo'lishi kerak (xamir qorgandagi qul harakatini eslatadigan). Keskin harakatlar va terisini barmoqlar orasida qisilib qolishidan saqlanish kerak. Muskullarni mustaxkamlash uchun stimullovchi usul – chimchilash qo'llaniladi. Bu usulni tez,engil, bir maromda amalga oshirish kerak. Yuqoridagilardan tashqari quyidagi mashqni ham foydali deb

xisoblashadi: bunda bolani oyoqlaridan ushlab, dastlab bir tomonga keyin boshqa tomonga harakatlantiriladi, shu vaqtda bolani butun tanasi bir qo'ldan ikkinchigulga o'tib turishi kerak. Chap tomonga harakat qilinganda tayanch chap qo'lga, o'ng tomonga harakat qilinganda tayanch o'ng qo'lga bo'lishi kerak. Mashg'ulot bir necha bor takrorlanadi. Agar bola o'z qo'lga ishonch bilan tayansa mashg'ulot yaxshi bajariladi. Baquvvat bolalarda 4-oyligidan, biroz nimjonlarda 5-oyligidan boshlab bu mashg'ulot tayinlanadi.

6-12 oylik sog'lom boladagi massaj va gimnastika.

6-12 oylik bola uchun mashg'ulot maqsadi: chaqaloqni emaklashga urgatish; xarakatlar maromi va koordinasiyasini tarbiyalash; gaplarni tushunishni shakllantirish. Buning uchun quyidagilar zarur: mashg'ulot vaqtidagiqisqa, aniq jumlar bilan suxbat; manej yoki krovatdan tashqarida bolaga erkinqarakatlanish imkonini berish; koordinasiyasi bo'yicha yanada mukammalroq qarakatlarni kiritish.

Orqa, qorin va ko'krak soxasining massaji yanada quvvatlovchi va turli-tuman ko'rinishlarda bo'lib boradi. Buning uchun barcha tanish usullardan foydalansa bo'ladi: silash; artish; ezish; vibrasiya va boshq. Mushaklarni bo'shashtirish amaliyotida nuqtali massaj (nuqtali vibrasiya) ko'proq natija beradi. Bu quyidagicha bajariladi: barmoq yostiqchasi bilan ma'lum bir nuqtaga bir vaqtning o'zida barmoqni uzmasdan vibrasiya bilan bosiladi. Tebranuvchi harakatlar qisqa va tez bo'lishi kerak. Agar uni tezligi to'liqinsimon o'zgartirib turilsa yanada yaxshi natija beradi. Nuqtaga berilayotgan bosim ham yuzadan chuqur sohaga qarab o'zgartirib boriladi. Qo'ldagi bukuvchi

mushaklarini bo'shashtirish uchun nuqtali massaj (tormoz usuli) ko'proq natija beradi yoki qo'l va ko'krak qafasi soxalarida silash usulini ham qullasa bo'ladi. Massajning bu usullari passiv mashg'ulotlar bilan birga yoki ular bilan almashtirgan holda olib boriladi. Bu mashg'ulotlar qo'l mushaklarining etarli darajada bo'shashtirishidan so'ng bajariladi.

Chiniqtirish

Chiniqtirish muolajalari faqatgina tashqi muhit faktorlariga chidamliligi bor va sog'lom bolalarga o'tkaziladi. Shu bilan bog'liq holda, chala tug'ilgan, tez-tez kasal bo'ladigan va surunkali patologiyasi bor bolalarda chiniqtirish muolajalari to'la hajmda emas, balki ehtiyotkorlik bilan olib boriladi. Bolani o'sish va rivojlanish davrida turli xil chiniqtiruvchi muolajalarni o'tkazish mumkin. Bolalar uchun birinchi chiniqtiruvchi muolaja bu -havo vannalaridir. Uni 2-oyligidan boshlab qo'llash mumkin. Havo vannalarida chiriqtirishdan 1-2 hafta o'tgach, suv bilan chiniqtiriladi. Nam artishni 2-3 oyligidan, suv bilan chiniqtirishni 3-4 oyligidan oldin o'tkazish mumkin emas. Gimnastika va masajni esa 1,5-oyligan boshlab o'tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Havo vannalari orgnizmga kam miqdorda tasir ko'rsatadi. Ular xonada (yilning sovuq kunlari), yoki toza havoda (yozda) o'tkaziladi. Xona haroratida 20-22 gradus dan boshlanib, keyinchalik, 1-2 yoshida 19 gradusgacha tushiriladi. Ilk muolajalar davomiyligi 1 daqiqa. Har 5 kunda muolaja davomiyligi 2 daqiqaga oshirib boriladi. 6-oylik bola 15 daq., keyinchalik esa 30 daq.

davomida muolaja qabul qilishi mumkin. -1 kunda bir marotaba olinadi, harorat tushib borishini yomon o'tkazadigan bolalarga xona haroratini doimiy ravishda tushirib borish va tanasini o'rash tavsiya qilinadi. O'RVI, o'tkir yuqumli kasalligi, noaniq isitmasi bor bolalarga havo vannalari qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Kasallikdan keyingi muolajalar xuddi birinchi mashg'ulotdagidek boshlanadi.

Ultrabinafsha (UBN) nurlari bilan chiniqtirish.

UBN organizm chidamliligiga aktiv tasir ko'rsatadi, rahit rivojlanishini oldini oladi, maxsus antitelolar, agglyutinlar, leykositlarni fagositar faolligini oshiradi va bolalarda allergik holatlarni kamaytiradi. UBN bilan chiniqtirish davomida eritema hosil bo'lishi – ultrabinafsha nurlanishning o'ziga xos xarakterli tasiri hisoblanadi. Profilaktika maqsadida umumiy UBN li chiniqtirish simob-kvarsli lampalar bilan o'tkaziladi. Lampadan 3 m uzoqlikdagi o'rtacha bidoza 2-3 daqiqani tashkil etadi. Nurlantirishni boshlang'ich dozasi bidozaga teng va u 2,5-3 bidozagacha olib boriladi. Kuz-qish mavsumida, kun qisqa tumanlarda 1-2 kurs nurlantirish, 2-2,5 oy tanaffus bilan beriladi. Quyosh nuri bilan chiniqtirish. Yorug'lik-havo vannalari bolaning birinchi yoshida, shamolsiz quruq havoda, 22 gradus va undan yuqori haroratda o'tkaziladi. Biroz katta yoshli bolalarda (1-3yoshda), muolajalar 20 gradus haroratda o'tkazilishi mumkin. Yorug'lik havo vannalari bolani yotgan holatida va aktiv holatida o'tkazilishi mumkin. Birinchi vanna o'tkazilish davomiyligi 1 yoshli bola uchun 3 daq., 1 yoshdan 3

yoshgacha bo'lgan bolalarda- 5 daq., 4-7 yoshida – 10 daq.ni tashkil etadi. Har kun muolaja davomiyligini orttirib borish mumkin. Xatto 30-40 daq. va undan ko'proq vaqt davomida o'tkazilishi ham mumkin. Muhimi bolaga noqulaylik bo'lmasligi kerak. O'RI, isitma, chuqur chala tug'ilganlik muolaja uchun qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Quyosh vannalarida chiniqtirish muolajasi vaqtini to'g'ri dozlash eng muhim hisoblanadi. Quyoshga chiqarishdan oldin bolaga bosh kiyimi kiydiriladi. Tik tushayotgan quyosh nuri bolaga jiddiy zarar keltirishi mumkin. Sayir vaqtida bolani harakatlarini kuzatib turish kerak. Holsizlik, charchoq, gipotoniya belgilarini paydo bo'lishi oftob urganidan dalolat beradi. Vanna davomiyligi 15-20 daq.ni, soni esa bir yoz mavsumida 20-30 tani tashkil etadi. Suvli muolajalar nam artish, suv quyish, cho'miltirish, suzish orqali bajariladi. Artish va suv quyish maxalliy va umumiy bo'lishi mumkin. Nam artishlar (1 oyligidan) suvda namlangan va yaxshilab siqilgan mato vositasida o'tkaziladi. Dastlab barmoqdan elkagacha, tovondan songacha, keyin kukrak, qorin va oxirida orqaartiladi. Tanani har biri qismi to'liq quriguncha, biroz qizargunchaartiladi. Bunda suv muolajasi massaj bilan birgalikda o'tkaziladi. Bir muolaja davomiyligi 1-2 daq.ni tashkil etadi. Artish uchun suvning dastlabki harorati 3-4 yoshli bola uchun – 32°C ni, 5-6 yosh uchun – 30°C ni, 6 bolalar uchun – 28°C ni tashkil etadi. Har 2-3 kundan keyin harorat 1 °C ga tushiriladi va 3-4yoshli bolalar uchun yozda 22 °C ni, qishda esa 25 °C ni; 5-6 yoshli bola uchun tegishli ravishda 20 – 24 °C? 6-7 yoshli bola uchun 18 – 22 °C ni tashkil etishi kerak. Artishdan keyin bolani albatta issiq kiyintirish

kerak. Agar muolajalar orasida uzilish bo'ladigan bo'lsa, dastlab quruq, keyin nam artish bilan muolaja boshidan boshlanadi. Suv harorati boshidan boshlanganida avvalgidek, lekin keyin biroz keskin tushiriladi. Nam artishdan 2 hafta o'tgach maxalliy ya'ni oyoq vannalari o'tkazilishi mumkin. Bunday muolajalar uchun yoz oyi qulay hisoblanadi. Oyoq ga qo'yiladigan suv harorati 28°C ni tashkil etadi, keyinchalik har hafta 1°C ga tushirib boriladi. Suvning eng past haroratini chegarasi – 20 °C ni, 3 yoshdagi bola uchun esa – 18°C ni tashkil etadi. Muolaja davomiyligi 15-20 soniya bo'lishi kerak. Muolaja oxirida bola yaxshilab quritiladi. Kontrastli oyoq vannalari organizmni tashqi xaroratning pasayishiga chidamliligini oshirishda yaxshi natija beradi. Bu muolajani o'tkazish metodikasi: bir idishga alohida 37-38°C li, boshqasiga shundan 3-4°C ga past haroratdagi suv quyiladi. Suv sathi boldirning o'rtasigacha kelsa maqsadga muvofiq bo'ladi. 7 kun suv harorati o'zgartirilmaydi. Keyinchalik 2 chi idishdagi suv harorati xaftasiga 1°C ga tushirib, 10°C gacha olib boriladi. Bolani oyoqlari 1-2 daq. issiq suvga, keyin esa 10-15 soniya sovuq suvga tushiriladi. Muolaja oyog'ini sovuq suvga tushirish bilan yakunlanadi. Bunday almashtirib suvga tushirish soni 3-4 martani tashkil etadi. Oyoqlarini sovuq suvga tushirish davomiyligi doimiy ravishda 15-20 soniyaga oshirib boriladi. Almashtirishlar soni 6 tagacha etkaziladi. Muolaja oxirida bola oyoqlarida engil giperemiya paydo bo gradus lguncha artiladi. Bu muolajaga adaptasiya paydo bo'lgach umumiy suv bilan chiniqtirishga o'tiladi. Bunda chaqaloq turgan yoki o'tirgan holatda bo'lishi mumkin. Egiluvchan shlang

dastasi boladan 20-30 sm uzoq masofada ushlab turiladi. Dastlab orqa, keyin ko'krak, qorin va oxirida o'ng va chap elka yuviladi. Muolajadan keyin bola quritib artiladi. 1 yoshgacha bo'lgan bolada dastlabki muolajadagi suv harorati 36°C bo'lishi kerak. Har haftada 1°C dan pasaytirib boriladi va 28 °C gacha tushiriladi. 1yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda qishda suv harorati 34°C dan 28°C ga, yozda 25-24°C gacha tushiriladi. Maktabgacha davrdagi bolalarda 33°C dan boshlanib, 24-22°C gacha tushiriladi. Sovuq ob-havo sharoitida suv harorati 24 °C dan past bo'lmastligi kerak. Muolaja davomiyligi 30 soniyadan 1,5 daqiqagacha bo'ladi. Xona harorati 20 °C dan past bo'lmastligi, issiq kunlari xonadan tashqarida 18 °C bo'lishi kerak.

Uyushmagan maktabgacha bo'lgan bolalarda o'tkaziladigan profilaktik ishlar. Maktabgacha ta'lim muassasalariga bolalarni tayyorlash.

Bolani bolalar jamoasiga qo'shilishga tayyorlash hayotining 1-kunidan boshlanishi kerak. MTM ga qabul qilish uchun qator qarshi ko'rsatmalar mavjud: xamma kasalliklarning o'tkir davri; -surunkali kasalliklarning maxsus davoni talab qiluvchi xuruj davri; -o'tkazilgan infeksiyon kasalliklar izolyasiya muddatining oxirigacha; -basilla tashuvchanlik (ichak infeksiyasi, difteriya); -kuz va terining barcha yuqumli vaparazitar kasalliklarini davolash va nazorat-kuzatuv davrida; -yomon sifatli anemiya, leykemiya, o'smalar;

- o'pka va boshqa organlar tuberkulyozining har qanday formasi;
- tutqanoq xurujlari, epilepsiya;
- psixonevrozlar, psixopatiyalar;
- Individual parvarish va davoni talab qiladigan endokrin kasalliklar;
- zahm kasalligining yuqush davri, suzak kasalligining sog'ayish bosqichlarida;

Sog'lom bolani MTM ga tayyorlash 2 bo'limga - umumiy va maxsus tayyorgarlikka asoslanadi.

- umumiy tayyorgarlik oilaviy tarbiyada bola sog'ligining optimal holati va garmonik rivojlanganlikni taminlash uchun o'tkaziladigan davriy profilaktik kuzatuvlardan iborat. Bolaga to'g'ri o'tkaziladigan davriy profilaktik kuzatuvlar tug'ilgan vaqtidagi maxsus tayyorgarlikni osonlashtiradi va qisqartiradi.

- maxsus tayyorgarlik bola hayotining 2-yarim yilligidan boshlanadi, chunki juda ko'p bolalar ko'pincha MTM ga 1,5 yoshdan keyin borishadi. Agar bolani oldinroq borishi aniq bo'lsa maxsus tayyorgarlik 3 oyligidan boshlanadi. U quyidagi tadbirlardan iborat:

Sanitar oqartiruv ishlarini uchastka xamshirasi tibbiy personal kabinetida bolaning ota-onasi bilan MTMda bolani yo'naltirishga oid savol-javoblar bilan erkin suhbat ko'rinishida o'tkazadi;

Dispanser kuzatuvi bolada UASH, maxsus tor mutaxassislar tekshiruvi asosida olib boriladi. MTM ga qatnashishidan oldin har 2-3 oyda laborator tekshiruvlardan o'tkaziladi; Sog'liq holatiga bog'liq xolda sog'lomlashtirish, davolash va oxirgi dispanserizasiya natijalariga tayangan holda olib boriladi. Anamnez ma'lumotlari va

sog'liq holatiga bog'liq holda UASH bolani adaptasiya jarayoni kechikishining og'irlik darajasini oldindan aytishi mumkin. Xavf guruhiga kiruvchi bolalar maxsus tekshiruvlar orqali ajratiladi. Chunki ularda MTMga qatnash jarayoni og'ir kechishi mumkin. Erta yoshdagi bolalar(yasli guruhi) uchun quyidagi faktorlar ahamiyatga ega: onasining tez-tez kasallanishi; mos kelmaydigan uy sharoiti; bolaning yoshi - 9-18 oy; xomiladorlikning 2 yarmidagi toksikozlar; boladagi zararli odatlar; tug'ruq paytidagi asfiksiya; oila madaniyatining pastligi; otaning alkogol iste'moli; ota-ona o'rtasidagi keskin munosabatlar; nerv-psixik rivojlanishdan orqada qolish; erta suniy ovqatlantirish; rahit II-III daraja, anemiya; chiniqtirilmaganlik va yasliga tayyorgarlikning yo'qligi; tug'ilgandagi tana vazni 2500 gr dan kam, 4000 gr dan yuqoriligi; bola hayotining 1 yilida o'tkazgan kasalliklari; gemoglobin miqdori 116 g/l va kamroqota - onasida surunkali kasalliklar bo'lishi.

Maktab yoshigacha bolalarda bolalar bog'chasida adaptasiya kechishini quyidagi xavf faktorlar og'irlashtiradi (ular diagnostik ahamiyatiga qarab):

- 1) -bolalarda tez tez kasallanish (yiliga to'rt martadan ko'p);
- 2) -yaslida qoniqarsiz adaptasiya;
- 3) -otasining alkogolizmi;
- 4) -ota - onalar o'rtasidagi keskin munosabat;
- 5) -bolalar bog'chasiga kelguncha uydagi notug'ri tarbiya;
- 6) -boshqa bolalarga bolaning do'stona bo'lmagan munosabati;
- 7) -onaning alkogol iste'mol qilishi;

- bolaning erkak jinsi;
- yangi muhitga sekin orientatsiyasi;
- oilaning past madaniyat darajasi;
- tug'ruqdagi asoratlar;
- tug'ilganda tana massasi 2500 g gacha;
- fizik rivojlanishdan ortda qolish.

Adaptasiya kechishini prognozlash amaliyoti maqsadga muvofiq ravishda ikki marta o'tkaziladi- tayyorlanuvchi ishning boshida va bolalarni bevosita MTM ga kirishi oldidan. Birlamchi prognozlashda adaptasiyani engillashtirish bo'yicha qo'shimcha profilaktik tadbirlar rejalashtiriladi, ikkilamchida ularning effektivligi baholanadi va adaptasion davrga bolani kiritish bo'yicha individual tavsiya beriladi. Biologik xavf yuqori darajali bolalarda o'tkir kasallikning oshishini faqat adaptasiya davrida emas, balki bu davr tugaguncha kutish mumkin. Shifokor maktabgacha bo'lgan muassasaga kirishga bolani tayyorlash taxminiy rejasini tuzadi. Tasdiqlangan tashxis listidagi N 112 formasida maktabgacha bo'lgan bolalar muassasalarga kirishga bolani tayyorlash boshlanishi haqida belgi qo'yiladi. Xamshira massaj va gimnastika maxsus kompleksini, bolaning tomir sistemasi kerakli antistress tayyorgarligini oshirish uchun chiniqtirish metodikasini o'rgatadi, MTM ga kirishga bolani tayyorlashni yanada erta boshlash maqadga muvofiqligi haqida informatsiya beradi. Ayrim hollarda onalarga bolalar muassasalari rejimiga bola uy rejimini yaqinlashtirish, qoshiqda ovqat eyishni o'rgatish, shu yoshdagi bolalar va kattalar bilan muloqatni bolaga

o'rgatish, gigienek qoidalarni bolaga o'rgatish-qul yuvish, gorsbokdan foydalanishni maslahat beriladi. Tayyorlash vaqtida ovqat, bolalar muassasasi ovqatiga tayyorlanish texnologiyasi va tarkibi bo'yicha yaqin, turlicha bo'lishi mumkin. Xar bir MTMga kiradigan bolaga tayyorlanish rejasi tuziladi. Dispanserizasiya to'liq o'tkaziladi, qisman o'tkazilsa: organizasiya muvofiqligi, ovqatlantirish, bola yoshiga mos tetiklik, muvofiq bo'lmagan taxminiy adaptasiya prognozi to'liq baholanadi. So'nggi qonunlashtirilgan muddatlarda tavsiyani bajarish kontroli amalga oshiriladi. Kerakli hollarda tayyorlash bo'yicha reja tavsiyasiga sog'liqlik holati dinamikasiga muvofiq o'zgartirishlar kiritiladi. Bolani MTMga yo'naltiritishda qandaydir patologiya bilan bog'liq bo'lmagan chetlanishlar aniqlanganda pedagog bilan konsultasiya qilinadi. UASH xulosa bo'limi ishi adaptasiya davriga tavsiya va prognoz bilan bola individual kartasiga epikrez tuzadi, shuningdek bular qatoriga ovqatlanish, fizik rivojlanish rejimi bo'yicha, fon holatlarda, surunkali infeksiya o'chog'i kuchaygan davrda o'tkir kasallik profilaktikasi uchun sog'lomlashtiruvchi-davolovchi tadbirlarni tavsiya qiladi. Tavsiyalar bo'yicha olib borilgan ishlar sifat kontrolini bosh pediater ta'lim muassasalarida bolalar va o'smirlarga tibbiy yordamni tashkillashtirish bo'limlari bilan amalga oshiriladi. Maktabgacha bo'lgan bolalar muassasalarida xavf guruhli bolalar, shuningdek, surunkali kasalliklari bor bolalar va tug'ma rivojlanish nuqsonlari bor bolalarda individual hal qilinadi. Xar bir bolaning holatiga bog'liq holda tor mutaxassis bilan birgalikda sog'lomlashtirish chora tadbirlari amalga oshiriladi. Asosiy e'tibor

bolalardagi turli premorbid holatlarga qaratiladi. Jumladan: fizik rivojlanishdan ortda qolish; nogarmonik rivojlanish belgilari bilan; 2oydan ko'proq nerv-psixik rivojlanishdan ortda qolish; hayotining birinchi yilida 3 martadan ko'proq va 10 kundan ko'proq kasallanish; konstitutsiya anomaliya borligi; rahit, anemiya, allergiya borligi; surunkali kasalliklar bilan; tug'ma rivojlanish nuqsonlari bilan. Bunday bolalarda burun halqum sanasiyasi, og'iz bo'shlig'i sanasiyasi, allergiyaga qarshi terapiya amaliyotlari o'tkazilib sog'lomlashtirilganidan so'ng maktabgacha bolalar muassasalariga yo'naltiriladi. Korreksion MTMga bu guruh bolalarni yo'naltirishni mediko-pedagogik komissiya hal qiladi. UASh ensefalopatiya bo'lgan bemorlarni nevropatolog bilan birgalikda davolashga alohida e'tibor berishi kerak. MTMga bu bolalarni kiritish muvofiq sog'lomlashtirish tadbirlari o'tkazilganda mutaxassis xulosasidan so'ng hal qilinadi. O'tkir kasallik profilaktikasi (URVI, gripp va boshqa) hamma bolalarda immunitetning nospesifik himoya mexanizmlarini oshirishga yo'naltirilgan vositalar qo'llanilishi bilan maktabgacha bolalar muassasalarida kelguncha 1-2 oydan keyin o'tkazilishi shart. Bola o'tkir kasallik holatlarida klinik sog'aygandan so'ng 2 xaftadan keyin bolalar kollektiviga yo'nalgan bo'lishi mumkin. Tez- tez kasallanadigan bolalar individual profilaktikasiga alohida e'tibor berish kerak. Tez- tez kasallanadigan bolalarni sog'lomlashtirish bo'yicha ishni mavsumiy xususiyatlarni nazorat qilgan xolda butun yil davomida o'tkazish shart. Yoz oylarida tabiat sog'lomlashtirish faktorlaridan maksimal foydalanish kerak. Bahor,

kuz va virusli kasalliklar oshgan davrda 2-3 haftaga adaptogen, giposensibilizasiyalovchi va antibakterial tasirli o'tlar bilan davo kursi belgilanadi. Bu davrda ko'rsatma bo'yicha umumiy quvvatlovchi va simptomatik vositalaridan foydalaniladi. Asosiy diqqat maxsus profilaktikaga ajratilishi kerak, kamdan kam hollarda interferonlar bilan davolanadi. Instruksiyaga muvofiq maktabgacha bo'lgan muassasalarda bola kirish oldidan 1 oy davomida profilaktik emlash o'tkazish taqiqlanadi, MTMga kirish oldidan har bir bola qizamiqqa qarshi emlanishi kerak. Adaptasiya davrida bolani kuzatish va tayyorlash effektivligi MTM dagi bolalar adaptasiya davri kechish xarakteri bo'yicha baholanadi. Adaptasiya kechishi haqidagi quyidagi informasiyalar bolalar muassasalaridan poliklinikaga yuboriladi. MTM ga kirishgacha va kirgandan 2-3 oydan keyin mutahassis ishtirokida chuqur tibbiy ko'rik o'tkaziladi: xirurg; ortoped; otolaringolog; oftalmolog; nevrolog; dermatolog; logoped (uch yoshdan); psixolog. Bola ko'rsatma bo'yicha boshqa mutaxassislarga ham ko'rsatiladi. Albatta qon, siydik tahlili, najasni gijjaga, ostrisa tuxumlari mavjudligiga kuzatuv o'tkaziladi. Bolani sog'lomlashtirish tadbirlaridan so'ng MTM ga kirish oldidan pediatri ko'zdan kechiradi. Xamma mutaxassis ko'rigi va analiz natijalaridan olingan ma'lumotlarga asoslanib USh tibbiy kartaga xulosa yozadi va shu qatorda bola va onaning pasport ma'lumotlari bilan birga quyidagi ma'lumotlarni qayd etadi: onada xomiladorlik va tug'ruq kechish xususiyatlari; emizish va emish xarakteri; klinik tashxis ko'rsatiladi (asosiy, yondosh); bolaning fizik va nerv-psixik rivojlanishi

baholanadi; jismoniy tarbiya uchun tibbiy guruh va sog'lomlik guruhi aniqlanadi; olingan profilaktik emlash va ularga reaksiyasi ko'rsatiladi; infeksiyon kasalliklar bilan bog'liq allergologik anamnez tasdiqlanadi. Individual karta bola tashrif buyurgan muassasada saqlanadi.

Bolalarni maktabga tayyorlash.

Buning uchun birinchi navbatda maktabda o'qitishga bolaning tayyorligini aniqlash zarur. Maktabga kelishga bolalarni tayyorlash maktabgacha bo'lgan davrda doimiy olib boriladi. Maktabga kelgan vaqtda aniqlangan kasal bolalarni maksimal sog'lomlashtirish maqsadida 3,5 yoshda, maktabgacha bo'lgan yoshda, maktabga kirish yili va 1yildan keyin chuqur kompleks tekshiruvdan o'tkazish kerak bo'ladi. Sistematik o'qitishga bolani tayyorlash morfofiziologik va psixofiziologik rivojlanishiga bog'liq. Maktabda o'qitishga bola tayyorligini aniqlaydigan quyidagi faktorlar mavjud: maktabga muvaffaqiyatli adaptasiyaning asosiy sharoiti; ko'ruv –masofa qabul qilish, bolalar qobiliyati; tekislikda va masofadagi detallar, masofada joylashgan figuralarni farqlash (usti-osti, usti-orqasi, oldi-yoni, yuqori-past, o'ng -chap); oddiy geometrik figuralarni ajratish va farqlash (aylana, oval, kvadrat, romb va boshqa) va qo'shilgan figuralar; shakli va hajmi bo'yicha figuralarni tasniflash; turli shriftda yozilgan harf va sifralarni ajratish va farqlash; fikrlab butun figuradan qism topish. Ko'ruv –motor koordinasiyasi normal rivojlangan bola oddiy geometrik figuralarni rasmini, kesishgan chiziqlar, harflar chiza

oladi. Eshituv –motor koordinasiyasi normal rivojlangan bolalar murakkab bo'lmagan ritmik rasmlarni yasab farqlay oladi, musiqa ostida ritmik xarakterlar bajaradi. Xarakter koordinasiyasi normal rivojlangan bolalar: xamma turmush xarakter texnika elementlariga ishonch bilan egalik qiladi; Musiqa ostida epchil chaqqon xarakterlarni amalga oshiradi; Velosiped, konkida uchganda, chang'ida yurganda murakkab koordinasiyani tez o'zlashtiradi; Murakkab koordinasiyaligimnastik mashqarni bajaradi; Turmush ishlarini bajarganda, konstruktor bilan ishlaganda, Oddiy grafik xarakterlarni erkin bajaradi (vertikal, gorizontaal, oval, aylana); Turli musiqiy instrumentlarda o'ynay oladi.

Intellekt rivojlanishini baholash. Bunda bolalarni kuzatgandaatraf muhit, turmush hayot haqida bilim va elementar tushunchasiga taalluqli bo'lgan savollarni ko'p beradi. Bunday savollarigaaniq va to'g'ri javob olish esa bolada aqliy rivojlanishga xos bo'lgan quyidagi mezonlarning to'g'ri rivojlanishiga sabab bo'ladi: Jarayon, xodisa, predmetlar guruhi, tasnifi va sistematikasiga, oddiy tushuncha va tasavvurlarni erkin tahlil qilish faoliyatiga; Tabiat obektlari, xodisalari va hayvonlarga mustaqil qiziqish; bilim orttirish motivasiyasi. Diqqat rivojlanishi darajasi - ixtiyoriy diqqat imkoniyatiga, uning turg'unligi pastligi(10-15min) va bolaning individual xususiyatlariga va tashqi sharoitga bog'liq. Xotira rivojlanishi va diqqat hajmi quyidagicha baholanadi: Bir vaqtda qabul qilinayotgan obektlar miqdori kam (1-2); Ixtiyorsiz xotira ustunligi, ixtiyorsiz xotiraning produktivligi aktiv qabul qilishda birdan oshadi;

Ixtiyoriy eslab qolish imkoniyati; Ko'rgan tasvirlarni oson eslab qoladi. Logik eslab qolish faoliyati (fikriy munosabat va fikriy guruhlash); Bir obektga diqqatni tez - tez o'zgartirmaslik. Ixtiyoriy regulyasiya: Xulqning iroda regulyasiya imkoniyati (ichki qo'zg'alish vaaniqlangan qoidaasosida); Iroda shakllanish, qiyinchiliklarni engish faoliyati.

Faoliyat organizatsiyasi – instruksiyani qabul qilish faoliyatida va topshiriqni instruksiya bo'yicha bajarishda paydo bo'ladi. Agar vazifaning aniq tasiri va maqsadi qo'yilsa bolalar o'z faoliyatini 10-15 min da rejalashtira oladi. Nutq rivojlanishi ona tilidagi hamma tovushlarni to'g'ri talaffuzida paydo bo'ladi. Bola so'zlar va oddiy tovushlarni yaxshi tahlil qiladi, lug'at zaxirada 3,5-7 ming so'zga ega bo'ladi, gapni grammatik to'g'ri tuzadi, tanish hikoyani mustaqil aytish qobiliyati yoki kartinkalar bo'yicha hikoya tuzadi, kattalar va tengdoshlari bilan erkin muloqot (savollarga javob beradi, savollar beradi, o'z fikrini ifodalay oladi) qila oladi. Bolalar turli sezgilarni intonasiya bilan ayta oladi. Ular so'zlashuv vaqtida xamma bog'lovchi va qo'shimchalardan, muloqot so'zlari qo'shimcha gaplardan foydalana oladilar. Xulq motivi - yangi ko'rinishdagi faoliyatga, kattalar dunyosiga qiziqish, ularga o'xshashga intilish, ta'limga qiziqish kabi ko'rinishlarda shakllanadi. Bu davrda bolaning tengdoshlar va kattalar bilan o'zaro munosabatini o'rnatilishini yaxshilash va saqlashga o'rgatib borish kerak.

Bolada shaxsiy rivojlanishda o'zini anglash va o'zini baxolay olish shakllanishida bolalar, kattalar va tengdoshlari bilan munosabat

tizimida o'z – o'rnini anglash qobiliyatiga ega bo'lishi kerak. Bu davrda ular kattalar talabiga javob berishni xoxlaydilar, ular bajarayotgan har xil faoliyatlarida muvofaqiyatga erishishga intiladilar. Ularning o'z - o'zini baxolashi har xil faoliyat turlarida farqlanishi mumkin, ya'ni ular o'zlarini adekvat baxolashga qodir emaslar, u sezilarli darajada kattalar tomonidan baxolashga bog'liq (pedagog, tarbiyachi, ota-onalar) bo'ladi.

Bolalarda ijtimoiy rivojlanish mezonlari

Bolalarda ijtimoiy rivojlanish mezonlari - kattalar va tengdoshlari bilan muloqot qila olish, asosiy muloqot qoidalarini bilish; nafaqat tanish balki, notanish holatlarda ham mo'ljalni yaxshi olish; o'z odobini boshqara olish (bolalar ruhsat etilgan chegarani bilishadi lekin ko'pincha bu chegarani kengaytirish mumkin yoki mumkin emasligini tajriba qilishadi); birinchi va yaxshi bo'lishga intilish, omadsizlikdan qayg'urish; kattalar kayfiyati va munosabatining o'zgarishida sezgir munosabat bildiradilar.

Bolani maktab ta'limiga tayyorlash mezonlari: Maktabning 1-sinfiga ota-onalar kuzatuv ostidagi etti, sakkiz yoshli bolalar qabul qilinadi. Etti yoshli bolalarni 1-sentabrda maktabga qabul qilinganda 6 yosh 6 oyni to'ldirgan bo'lishi kerak. 1-sinfga bolalar qabuli psixotibbiy- pedagogik komissiyaning bolaning ta'limga tayyorgarligi haqidagi xulosasiga asosan amalga oshiriladi. O'quv yili boshlangunicha 6 yarim yoshga to'lmagan bolalar tarbiyasi maktab sharoitidagi o'quv-tarbiyaviy kompleks yoki bolalar bog'chasida

barcha gigienik talablar kuzatuv ostida o'tkazilishi kerak. Bolalar maktabga funksional etuk bo'lib chiqishi kerak. Etilmagan bolalarda o'qish faoliyati organizmning funksional holati va sog'lig'iga yomon ta'sir ko'rsatishi va ularning ko'pincha ulgurmaydigan bo'lib qolishlari aniqlangan. Funksional tayyor bo'lmagan o'quvchilar 1-uquv yiliga moslasha olmaydilar. Bolalarning ta'limga tayyorligini aniqlash maktabda tibbiy va psixofiziologik mezonlar asosida o'tkaziladi.

Tibbiy mezonlar:

Biologik rivojlanish darajasi- agar jismoniy rivojlanish normal (bo'yi yoshiga mos, vazn-bo'yiga), doimiy tishlarning soni qizlarda 2-6 va undan ortiq, o'g'il bolalarda 2-5 va undan ortiq bo'lsa, biologik yoshi passport yoshiga mos keladi; musbat "filippin" testi. Chidamlilik darajasi: yaxshi - maktabga chiqishi uchun yil bo'yi o'tkir kasalliklar bilan 3 martadan ko'p og'rimagan bo'lishi kerak. Sog'lomlik holati: Sog'lomlik guruhi 1 yoki kompensasiya holatidagi 3 guruhga kiritilganligi. O'tgan yil davomida infeksiyon hepatit, pielonefrit, norevmatik miokardit, epidemik meningit, meningoensefalit, sil, aktiv davrdagi revmatizm, qon kasalliklari kuzatilmaganligidir.

Psixo-pedagogik mezonlar:

Kern-Iersek psixometrik testi bo'yicha maktabga etukligi 3 ball dan 5 ballgacha baxolanadi. Bunda maktab bilim va ko'nikmalarining shakllanishi, bolalar bog'chasida tarbiyaviy dasturlarni to'liq hajmda o'zlashtirishi nazarda tutiladi. Shuningdek

deffektsiz tovush talaffuzining sifati va yoshiga mos ruhiy rivojlanish darajasi ham alohida baxolanadi. Bunga ko'ra bolalar R, S, Z kabi harflarni to'liq va ravon talafuz qilishlari kerak. Bolalarni maktab ta'limiga tayyorlash va yo'naltirishda quyidagi bolalar olinadi: bolalar bog'chasi dasturini omadli o'zlashtirgan, maktab yetukligi va ruhiy rivojlanish darajasi normal, bajarilgan motometrik testning ijobiy natijasi bilan baxolangan bolalar, shu qatorda biologik yoshi pasportnikiga mos keladigan, kamdan - kam kasallanadigan, surunkali kasalliklar va talaffuz defektiga ega bo'lmagan bolalar kiritiladi. Bu bolalarda biologik anamnezda siljishlar kuzatilmagan bo'lishi kerak. Maktab ta'limiga shartli tayyorlash ishlari bolalar bog'chasidagi tarbiyaviy dasturni ma'lum qiyinchiliklar bilan o'zlashtiradigan, kompensasiya bosqichidagi surunkali kasalliklari bor bolalar bilan olib boriladi. Ular yosh jihatdan biologik yoshi pasportnikidan ortda qoladi. Asab-ruhiy rivojlanishida va xulq-atvorida boshlang'ich siljish kuzatiladi, maktab etuklik ko'nikmasi to'liq rivojlanmagan bo'ladi. Kern-Ierasek testi 5 balldan 7 ballgacha - "etuk" A variant (prognoz yaxshi) ; 8 balldan 9 ballgacha - "etuk" B variant (prognoz shartli yaxshi); bajarilgan motometrik testning ijobiy natijasi. 1 yoki 2 ta talaffuz defekti bilan. Maktab ta'limiga tayyor bo'lmaganlarga -xulq-atvoridagi o'zgarishlar va funksional siljishlar bilan ifodalangan, sub-va dekompensasiya bosqichidagi surunkali kasalliklari bor bolalar kiritiladi. Maktab ko'nikmalari shakllanmagan (Kern-Ierasek testi – qayta tekshiruvlarda 10 ball va undan ortiq) va biologik yoshi pasportnikiga mos bo'lmaydi. Agar bola boshqa sinamalarga bog'liq

bo'lmagan holatda Kern-Ierasek testidan 10-15 ball olsa etuk hisoblanmaydi. Etilmaganlik mezonlari hisoblanadi:

Asab-ruhiy rivojlanishdan ortda qolishi;

Jismoniy etishmovchilik;

Shaxsning asabiy rivojlanishi;

Intellektni pasayishi;

Kern-Irasek testi natijalarining bahosi.

Topshiriq № I. «Inson tasviri». Psixofiziologik etuklikni bolalar bog'chasi tarbiyachisi yoki xamshira tekshiradi va yana tibbiyot xamshirasi va poliklinika shifokori o'tkazadi. 6-7 yoshli bolalarni konsultasiya qiluvchi pedagog-psixolog, psixologik metodlar tizimidan foydalanib, bolaning aqliy rivojlanish darajasini aniqlaydi va maktab ta'limiga tayyorgarlik darajasi haqida xulosa beradi: «Maktab ta'limiga tayyor», «Kuchsiz tayyorlangan», «Tayyor emas» va tavsiyaga muvofiqlarini beradi. Xar bir topshiriq 1 balldan (eng yuqori baho) 5 ballgacha (eng yomon baho).

1 ball —Tasvirlangan shaklda (o'g'il bola) bosh, gavda va qo'l-oyoq bo'lishi kerak. Bosh gavdaga bo'yin bilan bog'langan (u gavdadan katta bo'lmasligi kerak). Boshda soch bo'lishi kerak (shapka yoki qalpoq), quloqlar, yuzda kuz, burun, og'iz. Qo'llari 5 ta barmoq bilan tugallanishi kerak. 2 ball —1 ball baholanganidek barcha talablarni bajarishi kerak. 3 ta qismi bo'lmasligi ham mumkin: bo'yin, soch, qo'lning bir barmog'i, lekin yuzning barcha qismlari bo'lishi shart. 3 ball —shaklda ikki chiziq bilan chizilgan bosh, gavda, qo'l va oyoqlar bo'lishi kerak. Bo'yin, quloqlar, soch, kiyim, barmoqlar va

oyoqda tovon bo'lmaydi. 4 ball- boshning qo'l-oyoqlar bilan eng sodda tasviri. Har bir qo'l-oyoq (faqat bir jufti etarli) bitta chiziqda tasvirlangan. 5 ball—Gavda va qo'l-oyoqlarning aniq tasviri yo'q.

Topshirik № 2. «Yozilgan matnni chizish» (rasm. 3-6). Har bir topshiriq 1 balldan (eng yuqori bal 5 ballgacha (eng yomon baho)).

“U osh edi» . 1 ball - bola chizgan frazani o'qish mumkin. Harflar namunadan 2 martadan ko'p bo'lmagan va 3 ta so'z hosil qiladi. Qator to'g'ri chiziqdan siljigan 30 dan ko'p bo'lmagan holda. 2 ball — gapni o'qish mumkin. Harflar kattaligi namunaga yaqin, ularning tekisligi shart emas. 3 ball —harflar 2 dan kam bo'lmagan guruhlariga bo'linishi kerak. Hech bo'lmaganda 4 ta harfni o'qish mumkin. 4 ball —xech bo'lmaganda 2 ta harf namuna bilan mos. Harflarning hamma guruhleri yozuv holatini saqlagan. 5 ball — oddiy chiziqlar.

Topshiriq № 3. «Nuqtalar guruhlarini chizish »(rasm. 3-7). Har bir topshiriq 1 balldan (eng yuqori baho) 5 ballgacha (eng yomon baho).

1 ball —Namunadan aniq nusxa kuchirish. Aylanalar emas nuqta chizilgan. Simmetrik shakllarning gorizantal va vertikalligi kuzatilgan. 2 ball —Simmetriyada sezilarsiz buzilish bo'lishi mumkin: bitta nuqta qator yoki ustundan tashqariga chiqib qolishi mumkin. Nuqtalar o'rniga aylanalar tasvirlanishi mumkin.

3 ball —Nuqtalar guruhi namunaga qo'pol o'xshagan. Barcha shakllarda simmetrik o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Burchaklari yuqoriga va pastga o'girilgan shaklning beshburchakka o'xshashligi saqlanilgan, nuqtalar soni ko'proq yoki kamroq bo'lishi mumkin (7

dan kam emas, 20 dan ko'p emas). 4 ball — Nuqtalar betartib joylashgan, ularning guruhlari har qanday geometrik shaklni eslatishi mumkin. Nuqtalarning soni va kattaligi muhim emas. Boshqa tasvirlar masalan: chiziqanglab bo'lmaydi. 5 ball — Anglab bo'lmaydigan tasvir. Bajarilgan alohida topshiriqlarning natijalar yig'indisi taqdim etiladi.

Talaffuz sifatini tekshirish. Bolalar so'zning boshi, o'rtasi yoki oxirida R, J, S, Z, S, CH, SH tovushlari uchraydigan buyumlarning rasmini ko'rib, tovush chiqarib aytish kerak. Bitta defektning uchrashi topshiriqning bajarilmaganligini bildiradi. Misol uchun: rak-vedro-topor; juk-liji-noj; shotka-yasherisa-plash;

“Aylanani kesish” motometrik testni bajarish. Bolaga 30 mm diametrdagi qalin chiziqda tasvirlangan aylana chizilgan karton kartochka beriladi, uning atrofida masofada bo'lgan ingichka chiziqda tasvirlangan 3 ta katta va 3 ta kichik diametrlil aylanalar joylashgan. Bola tomonidan chizilgan nuqtalarning rasmi va namunasi bolaga qaychi bilan o'rta qalinlikdagi chiziq bo'ylab aylana qirqish tavsiya etiladi. Bolaning kartochkani kesish boshlanish va oxirgi vaqtini sekundamerda belgilanadi. Agar bola 1 minut ichida 8-9 aylana qirqsa motometrik testni bajargan hisoblanadi. Bola ish jarayonida ingichka chiziqlarning bir yoki ikkitasini kesib yuborishi mumkin, lekin ikkitadan ortmasligi kerak. 2 ta urinishga ruhsat etiladi. Ko'p sonly xatolar va vaqt bir minutdan oshsa test bajarilmagan hisoblanadi. Maktab ta'limiga psixofiziologik etilmagan bolalar vaqtinchalik maktabga qabul qilinmaydi. Vaqtinchalik maktabga qabul qilishdan

cheklash biologik rivojlanishdan orqada qolgan bolalarga tavsiya etiladi, ya'ni: jismoniy rivojlanishda mahalliy standart bo'yicha o'rta bo'ydan 15 yoki 10 sm past; Oxirgi yilda bo'yining 4 sm dan kam qo'shilishi; Doimiy tishlarning to'liq bo'lmasligi. O'zlashtirgan bolalar tayyorlov guruhida keyingi yilga qoladi, o'zlashtirmagan bolalar bolalar bog'chasining tayyorlov guruhiga tavsiya etiladi. Maktabga tayyorgarlikni aniqlash bo'yicha shifokorning ishi ikkiga bo'linadi: maktabgacha bo'lgan bolalarni sog'lomlashtirish va maktabgakerakli vazifalarning rivojlanish korreksiyasi ko'rib chiqiladi. Psixofunksional tayyorlikni aniqlovchi birinchi tekshiruv bola maktabga chiqadigan yilining kuzida o'tkaziladi. Bolani UASh, jarrox, ortoped, oftalmolog, otolaringolog, dermatolog, psixonevrolog, logoped, stomotolog va pedogog-psixolog mutaxassislari tekshiruvdan o'tkazadi. Sog'lomlik holati siljigan bolalarga davolash va sog'lomlashtirish tadbirlar komplekslari o'tkaziladi. Nutq rivojlanishida orqada qolgan maktab yoshigacha bo'lgan bolalarga vrach logoped yozib bergan defektni to'g'rilovchi mashqlar kompleksi tavsiya etiladi. Harakatni rivojlantirish bo'yicha mashqlar bolalar bog'chasi tarbiyachisi yoki ota-onalari tomonidan o'tkaziladi. Barcha bolalarga ularning maktabga chiqishidan oldin mutaxassislar bilan qayta ko'rik o'tkaziladi (aprel-mayda). Birinchi tekshiruvlarda maktabga tayyor emaslik belgilari aniqlangan bolalarga bir vaqtda psixofiziologik tekshiruvlar o'tkaziladi. Ushbu maqsadda ota-onalardan bolalarda giperreaktivlik bilan vitamin tanqislik sindromi mavjudligini aniqlash uchun anketa to'ldirib olinadi va bolalarni

o'qitish qiyin bo'lganda qo'shimcha davolovchi profilaktik tadbirlar o'tqiziladi. Bolani maktabga shakllantirishdan oldin bevosita qayta mutahassislar ko'rigi o'tkaziladi. Bu maqsadda umumiy qon tahlili, siydik va gijja tuxumlarini aniqlash maqsadid aaxlat tahlili o'tkaziladi. Maktabga chiqishga funksional tayyorgarlik bolani sog'lomlik xolati va o'tkazilgan davoning effektivligi bilan baxolanadi. Xulosa algoritmi: Klinik tashxis (asosiy, yon dosh). Jismoniy rivojlanishini baxolash. Asab-ruhiy rivojlanishini baxolash. Sog'lomlik guruhi. Jismoniy mashg'ulotlar uchun tibbiy guruhi. Aniqlangan yoshdagi ta'limga tayyorgarlik haqidagi tibbiy pedagogik xulosa. Rejim, ovqatlanish va tuzalish bo'yicha tavsiyalar.

IMMUNOPROFILAKTIKA.

Bolalarda immun sistemasi tiklanishining kritik davrlari

Immunitet (immunitas-"nimadandir ozod")-infeksiyaga chidamlilik haqidagi ta'lim. Nerv sistemasining rivojlanishi bilan bolada immun sistemasining rivojlanishi ko'p yillar davom etadi. Immunologik xotira neyron kabi nasldan naslga o'tmaydi lekin rivojlanish jarayonida har bir insonda orttiriladi. Immun apparati vazifasining mohiyati- o'zini va begonani farqlay olishdir. Inson organizmi xomila ichi davrida ko'p bo'lmagan begona tuzilmalar bilan to'qnashadi, antigen tasiri faqatgina bola tug'ilgandan keyin rivojlanadi. Biroq qoniqarli himoya rivojlanishi ya'ni immunitet- 7 yoshgacha tugaydi. Maxsus va nomaxsus immunitet tushunchalari qabul qilingan. Organizmni patologik agentlardan himoya qiluvchi

birinchi tarmoq nospesifik himoya omillari – epiteliy xujayralaridir. Bu tarmoq filogenetik ko'proq qadimiy, u o'zining asosiy himoya vazifasini va immun mexanizmlar etilishini bola hayotining birinchi oyigacha oladi.

Organizmning nospesifik himoya omillari:

Mexanik himoya – bunda ko'pchilik mikroorganizmlar uchun shilliq pardalar va normal teri qoplaminig tashqi himoya xususiyatini va viruslarning buyrak orqali chiqarilishini aytish mumkin. Kimyoviy himoya—meda shirasidagi xlorid kislota, teri va shilliq qavatdagi boshlang'ich bakteriosid substansiyalari (nafas yo'llaridagi musin, ter va yog' bezlari tarkibidagi yog' va sut kislotalar), neyramin kislota, herpes virusidan himoya qilishini tushuntirish mumkin. Qon va boshqa biologik suyuqliklardagi lizosim (gramm musbat flora), properdin (virus va endotoksinlar), interferon (viruslar, onko xujayralar, xujayra ichi parazitlari— toksoplazma, mikoplazma, rikkesiya), laktoferrin (stafilokokk) moddalarining o'ziga xos xususiyatlarini aytish mumkin. Chaqaloqlar organizmida lizosim miqdori yuqori bo'ladi. Properdin miqdori 1-xafta davomida ko'tarilib boradi va bolalik davrida pasaymaydi. Tug'ilganda interferon yuqori bo'lishi, birinchi yil davomida kamayishi va faqat 12 yoshdan keyingina ko'tarilishi mumkin. Yoshga bog'liq xususiyatlar va tez-tez kasallanish bolada nospesifik himoya omillarining etishmasligi bilan bog'liq. Masalan, gipoacid meda shirasida ichak infeksiyasi va ovqat allergiyasi rivojlanishiga; chaqaloqlarda teri mexanik himoyasi

kuchsizligi sababli teri yiringli zararlanishi boshqa yiringli-septik kasalliklar rivojlanishiga, omfalit, chegaralangan interferonegenez esa ORVI bilan tez-tez og'rishi va uni bir yoshdan so'ng og'ir o'tishiga sabab bo'ladi.

Fagositozni organizm himoya funksiyasida ishtirok etish mexanizmining asosiy xususiyati -biriktiruvchi to'qima xosil bo'lish ishini va immunitetini ta'minlaydi. Fagositozlanish (yot qismlarni yutilishi) 2 xil populyasiyali xujayralarda amalga oshadi: mikrofaqtlar, makrofaqtlar; Makrofaqtlar segment yadroli leykositlar va eozinofillardan iborat. Segment yadroli leykositlar – organizmning erta himoya mexanizmlardan biri. Ular pinositoz yo'li orqali yot moddalarni yutadi va ularni parchalash uchun juda samarali ferment sistemasiga ega. Fagositozni oxirgi bosqichida noferment kationli oqsillar, mukoperoksidaza, laktoferrin, lizosim bir biriga bog'liq holda ishtirok etadi. Fagositoz davrining aktivlanishi homila davrida kuchayib boradi, lekin oxirgi bosqichi xomila hayotini 2-6 oyida etiladi, 6 oyigacha fagositoz davri tugallanmagan holda bo'ladi. Eozinofil leykositlarning organizmdagi vazifasi - biologik aktiv moddalarni ajratish, allergik reaksiyada qatnashishdan iborat. Mikrofaqtlar - maxsuslashgan, takomillashmagan uzoq rivojlangan xujayradir. Segment yadroli leykositlar va makrofaqtlar (monositlar va uning hosilalari) - o'zida lizosomal fermentlarni tutib, yot moddalarni yutadi va parchalaydi. Shunga qaramasdan maxsuslashmagan fagositoz bevosita yot moddalarni pinositozga uchratib, qismlarga ajratadi.

Shunday holda fagositoz davri xujayrani maxsus immun reaksiyaga tayyorlaydi. Organizmning limfoid sistemasida maxsus immunitet shakllanishida quyidagi a'zolar qatnashadi:

- Ayrisimon bez (timus);
- Taloq;
- Limfatik tugunlar;
- bodomsimon bez, yutqun bezlari va ingichka ichak;
- suyak ko'migidagi va periferik qondagi limfositlar.

“Yot” antigenni aniqlash asosida 3 komponentli kompleks paydo bo'ladi, ya'ni: yot antigen xujayra reseptor xususiy antigeni HLA (Human Leucocytes Antigens —birlashgan to'qimalarni asosiy kompleksi). Faqatgina antiternalarni produksiyasi va sitotoksik reaksiyasining bo'lishi, shunday sharoitda to'liq immun javob shakllanishiga sabab bo'ladi. Organlarning muvofiqlashgan vazifalarini maxsus himoya usulida timus amalga oshiradi. Homila davrida limfositlar timusdan shakllanadi, tug'ilgandan keyin esa limfositlar suyak ko'migidan shakllanadi, lekin immun javobni kuchi avvalgidek timozin-timus gumoral faktori tomonidan regulyasiya qiladi. Maxsus immun javobni past molekulyar birikma - timopoetin amalga oshiradi. Timus oldin boshqa limfoid xosilaga ega bo'ladi. Jarayonning 7-8-haftasida timus shu limfoid xosiladan differensiasiya bo'ladi. Hayotining 6-12 yilida esa involyusiyaga uchraydi. Limfatik tugunlar xomila hayotining 2-oyida shakllana boshlaydi, maksimal differensirovkasi 10 yoshgacha davom etadi. Bar'er funksiya gestasiyaning 3-4 oyida bir qancha limfoid apparatda

va kechroq muddatlarda esa MIT, nafas sistemasida, bodomsimon bezlarda shakllana boshlaydi. Bar'er funksiyani limfoid apparatdan tashqari taloq ham immunoglobulin sintezi orqali amalga oshirishda ishtirok etadi. Limfoid to'qima giperplaziyaning umumiy rag'batlanishi bolalarda tug'ilgandan keyin hayotining 5-kunlarida limfositlar ko'payib, antigen stimulyasiya kuchli ravishda aks etib, ayniqsa hayotining 1 kunidan, hafta va oy sayin sezila boshlaydi. Maxsus immun reaksiyaning 2 asosiy shakli mavjud -xujayraviy va gumoral. Xujayraviy immunitetni xujayra yuzasidagi limfositlar amalga oshiradi. Ma'lum bo'lishicha suyak ko'migidagi o'zak xujayralar 2 yo'nalishda differensirlanadi. Bunga sabab 2 xil

populyasiyadagi limfositlarning mavjudligidir. T-sistemada immun javob xujayraviy tipda taminlanadi. Qachonki T-limfosit yordamida yot modda fagositozi ifodalansa, ular aktivlanadi va reaksiyasi stimullanadi. Shu bilan yot tana yo'qotiladi. T-limfositlarning rivoji homilaning 10-xaftasida shakllana boshlaydi, buning ilk belgisi gestasiya davrining 15-haftasida yuzaga chiqadi. Ikkinchi limfositlar sistema-B-limfositlar (bursa xaltasi, qushlarda fabrisiy xaltasi deyiladi). Ular oldingi xujayra orqali bosqichma – bosqich o'tib immun javobli plazmatik xujayraga o'tadi. Gumoral immunitetni ta'minlab immunoglobulin sinteziga ishtirok etadi. Xomila rivojining 20-haftasida plazmatik xujayra va antitana shakllana boshlanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kattalarga qaraganda T- B-limfositlarning periferik qonda foizi yuqori bo'ladi. Ularni bir-biriga nisbati sezilarli o'zgaradi va kattalarda 2-3 barobar kamayadi.

Limfositlarni absolyut miqdorini o'sib borishi 5-kunidan keyin boshlanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar organizmdagi limfositlar qator sitokinlar va interleykinlarga sezuvchanligi pastroq bo'ladi. B-lymfositlar antigenga javoban 5 sinfdagi antitanalarni ajratadi. Ular: A, M, G, E, D. Bu sinfdagi antitanalar har xil vazifalarni bajaradi va har xil miqdorda ajraladi. Xomilada immunoglobulinlar sintezi amalga oshadi, gestasiyaning 3-oyida IgM, 5-oyida IgG, 7-oyida-IgA sintezlana boshlaydi, lekin sintezi chegaralangan bo'ladi. Shu vaqtda plasenta orqali onadan immunoglobulin- IgG xomilaga o'tadi. Plasentani o'tkazuvchanligining buzilishida esa IgM o'ta boshlaydi, boshqa sinfdagi immunoglobulinlar transplacentar yo'l orqali o'tmaydi. IgGni plasenta orqali o'tishi gestasiyaning 22-haftasida kuchayadi. Xomiladorlikning 28-haftaligida uning miqdori maksimal darajaga yetadi. Bola tug'ilganidan keyin 3-6 oyligida maksimal pasayadi, hayotining 2 yoshida kattalarga yetib oladi. IgG-immunoglobulinlarning asosiy xususiyatidan biri chaqaloqni infeksiyalardan himoya qiladi, jumladan-difteriya, poliomielit, izamiq, qizilcha, meningokokklar, streptokokklar, qoqshol kabilardan. Normada IgM platsentar bar'erdan o'tmaydi. Uning sintezining oshishi rivojlanishining 20-xaftasida amalga oshadi. Uning kindik qonidagi titrining yuqori bo'lishi xomilaning rivoji infisirlangandan yoki antigen stimulyasiyadan dalolat beradi. Lekin qonda IgM tug'ilgandan keyin oshib boradi. Bu yangi mikroob muhiti bilan bog'liq. Immunologik xotira bu holatda o'zgarmaydi. Etarli yuqori darajasi bola hayotining 9-14-kunida aniqlanadi. Bolalar qonidagi

IgM 2-4 yoshi da kelib kattalarnikiga tenglashadi. IgMning himoya xususiyati asosan gram manfiy floralar tasiridan iborat. IgA onadan homilaga o'tmaydi, bu asosiy gumoral faktor bo'lib shilliq qavatni maxalliy ximoyasida qatnashadi. IgA antitanani hosil bo'lishi ovqat allergenlari, bir qancha viruslar, parazitlar bilan bog'liq bo'lib chaqaloq va xomilada kam miqdorda bo'ladi. Sekretor IgA asosiy og'iz suti va ona sutida bo'ladigan immunoglobulindir. Bu IgA sut bezida, so'lakda, terida mikroorganizmlardan ximoya bar'er funksiyasini bajaradi. IgD kam o'rganilgan, hayotining 6- xaftasidan paydo bo'la boshlaydi. Bolalarda 5-yoshidan boshlab kattalar darajasiga tenglashadi. IgE chaqaloqlar qonida juda kam bo'ladi va yoshi kattalashgan sari u ham oshib boradi. U biriktiruvchi to'qima semiz xujayralari va qon bazofillari bilan bog'liq bo'lib ular bilan bog'liq bo'lgan allergik mediatorlar-gistamin, serotonin, heparin va boshqalarni ajratadi. Ularning ta'siri tomirlarni mahalliy kengaytirishi, regionar qon aylanishni buzilishi, shilliq mushaklar qisqarishi bilan kuzatiladi. IgE 11-12 yoshda kattalarga tenglashadi, pubertat davrda vaqtincha pasayadi. Immunitetni asosiy qismini komplement sistema egallaydi. Bu sistema o'z ichiga 60 dan ortiq oqsilni olib, odam qon zardobining 10 foizi globulin tashkil qiladi. Komplement sistemasi kinin sistema (interleykin, sitokinlar interferonlar o'sish faktorlari)si bilan o'zaro tasir qiladi. Bu 20 ta peptid sistemasidan iborat bo'lib, immun sistema xujayralari o'zaro tasirini taminlaydi. Sistema antigen-antitana kompleksini faollaydi va sitolizni kuchaytiradi. Xemotaksis, fagositoz, allergen elminasiyasini

taminlaydi. Aktiv sistema chaqaloqlarda kattalarnikini yarmini tashkil qiladi, hayotini 1-oyida kattalarga tenglashadi. Kaskad reaksiyalar murakkab komplement sistemani taminlab, gistamin, geparin, leykotrien, prostoglandin, tromboksan, xemotaksisli allergik reaksiyalarda immunitet hosil qiladi. Komplement sistemasi membranaga tasir qiluvchi kompleksdan iborat. Bu diagnostikani asosida komplemnt bog'lanish reaksiyasi yotadi. Shunday holda yosh bolalarda immun sistema har xil davrda turli xil kechadi. Oila poliklinikasida immunoprofilaktika ishlarini olib boriladi. Uning tarkibiga vrach-immunolog (1 vrach immunolog uchun 20000 aholi) va hamshira (1 xamshira uchun 10000 aholi) kiradi: Umumiy va rejali ro'yxatga olishda organizasiyalashgan va organizasiyalashmagan bolalarni, emlash kerak bo'lgan bolalarni, yagona emlash kerak bo'lgan bolalarni ro'yxati kerak bo'ladi (formaN 63/y); Bolalar poliklinikasida ro'yxatda turganlar organizasiyalashgan va organizasiyalashmagan bolalarda emlashlar o'tkazish amalga oshiriladi; Immunobiologik reaksiya o'tkazish organizasiyalashgan va organizasiyalashmagan bolalarning barchasida amalga oshiriladi; Ro'yxatdagilarning har oydagi emlash uchun analizlardan o'tkazishni o'rganish; Bolalar poliklinikasiga kiruvchi barcha bolalarni analiz qilish; Emlashga kiruvchi bolalardagi qarshi ko'rsatmalarni aniqlash; Vaksina seriyasi uchun reaktigenligini aniqlash; Komission emlash o'tkazishni medpersonallar orasida muhokama qilish.

Aktiv vaktsinasiya uchun qo'llanuvchi turli xil vositalar.

Vaktsinalar- maqsadli, o'lgan va inaktivlangan mikroorganizmlardir. Bacterial (qoqshol); Virusli (grippoz, polimmielit). Anatoksinlar inaktivlangan bo'lib asosan mikroorganizmli qo'zg'atuvchilari uchun (difteriya, qoqshol) toksinlar saqlaydi. Bu vaktsinalar immunitet hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Vaktsinalar tirik organizmlarni saqlovchi qo'zg'atuvchi bilan immunologik bog'liq bo'lgan (BSJ sil qo'zg'atuvchidan olingan) bo'ladi. Kimyoviy vaktsinalar o'lgan mikroorganizmlardan (paratif, pnevmokokk, meningokokk) iborat. Rekombinant vaktsinalar tarkibida subbirliklarda viruslar va achitqi xujayralarini (gepatit B virusiga qarshi) tutadi. Assosiativ vaktsinalarning tarkibiga bir necha mono vaktsinalar kiradi. (AKDS parotit-qizilcha, kizamiq-parotit-qizilcha) Immunizasiya olib borishda umumiy qoidalardan tashqari bolaga individual yondashish zarur. Organizmning birlamchi immun javobi sifatida qonda limfositlardan B- limfositlar miqdori oshadi. IgM va keyin esa IgG sintezlanadi. IgG ning miqdori oshishi uning hayoti davomiyligining uzoq saqlanishi bilan bog'liq bo'ladi, ikki vaktsina o'rtasida o'zaro bir necha xil ta'sir 1 oydan 2 oygacha bo'ladi. (lekin 1 oydan kam emas) Bola organizmida, birinchi bor tasirdan farqli o'laroq ikkinchi bor kirib kelgan antitana xususiyati boshqacha bo'ladi. Xosil bo'layotgan javob immunitetni qo'zg'atadi, bu esa organizmning manfiy immun javob reaksiyasi deb ataladi. Organizm immunizasiyasi, immunologik javobni rivojlanishida birinchi o'rinda turadi. Bolaning immun javobi effektiv bo'lishi bilan birga hali to'liq rivojlanmagan bo'ladi.

Havfsizlikni hisobga olib JSST bo'yicha bolaga bir vaqtning o'zida bir necha komponentlarni birdaniga individual qo'llash taklif etilgan.

Xar bir davlatda immunopriifilaktika planli ravishda olib boriladi. Umumiy vaktsinasiyalarga kiradi: tuberkulyoz; polimielit; qizilcha; parotit; ko'kyo'tal; qoqshol; difteriya; virusli gepatit; qizilcha. Bolalarni emlanish paytida xosil bo'ladigan t o'siqlar:

1. Ota onalar vaktsinatsiyani kasallikni oldini olishda muximligini bilishlari kerak;
2. Shifokorlar vaktsinoprofilaktikaning mexanizmlari va ularni axoli sogligini saqlashdagi o'rni tugrisidagi aniq ma'lumotlarga ega bo'lishi lozim;
3. Davlat tomonidan t o'lanadigan vaktsinoprofilaktika dasturlari vaktsinalar narxini tushirishga xamda axolini barcha qatlamlariga etib kelishini ta'minlashga qaratilgan bo'lishi kerak;
4. Vaktsinoprofilaktika tizimi yaxshi yo'lga qo'yilgan bo'lishi lozim.

Vaktsinalarni ikkita asosiy guruxga bo'lish mumkin: tirik va o'lik (inaktivatsiyalangan) vaktsinalarga. 1. Tirik vaktsina - qo'zgatuvchining attenuirlangan shtammlaridan olingan (kuchsizlantirilgan patogenlik bilan).

2. O'lik vaktsinalar: a) biologik sintez bilan, b) ximik sintez bilan - korpuskulyar: a) butun mikroblardan b) molekula usti subxujayralar strukturasidan. Inaktivatsiyalangan vaktsinalar mikroorganizmga kimyoviy yul yoki qizdirish

yo'li bilan ta'sir ettirilib olinadi.

Anatoksinlar vaksina sifatida qo'llaniluvchi maxsus immunitet xosil qiladi (difteriya, stolbnyak vaksinalarining yangi avlodi). Kon'yugirlangan vaksinalarda antigenlarni protein eki anatoksinlar bilan boglash usuli qo'llaniladi. Subbirlikdagi vaksinalar adekvat immun javobni ta'minlab beruvchi antigen fragmentlaridan tashkil topgan.

Vaksinalarning effektivlik mezonlari.

Dunyoning ko'plab mamlakatlarida olib borilayotgan vaksinoprofilaktikaning ko'p yillik malakasiga asoslangan xolda JSST tomonidan immunizatsiyaning kengaytirilgan dasturi (IKD) ishlab chiqildi.

IKDning formulasi oxirgi 20 yil davomida o'zgarmagan, ya'ni: infeksiyon kasallanishni kamaytirish maqsadida ommaviy immunizatsiyani qo'llash. IKD doirasidagi 9 oylik yoshidagi bolalarni vaksinatsiya grafigi. IKD-1- 1974 yil may oyidan 1990yilgacha b o'lgan davrda o'tkazilgan. Bu davrda 80% bolalarni 6 ta infeksiyaga qarshi emlatilinishi tavsiya etilgan: poliomielit, qizamik, difteriya, qoqshol, tuberkulez, ko'ky o'tal.

IKD-2- 1990yildan 2000 yilgacha b o'lgan davrga m o'ljallangan. 2000 yilga 95% bolalarni emlash tavsiya qilingan. Bu bosqichning maqsadi 2000 yilga paralitik poliomielitni yuqotish, chaqaloklar qoqsholini yuqotish, qizamiq bilan kasallanishni etarli darajada kamaytirishdir.

IKD-3. Bu strategik dastur 21 asrning birinchi 10 yiligacha mo'ljallangan. Uni maqsadi poliomielit va qizamiq virusini sirkulyatsiyasini to'xtatish bo'lib, bu vaksinalarni bekor qilishga olib keladi.

1. Poliomielitga qarshi ommaviy immunizatsiyani o'tkazilishi endemik paralitik poliomielitni yirik mamlakatlar miqyosida yo'qotish imkonini berdi (masalan, 1979 yilda AKShda).

2. Poliomielitning ommaviy profilaktikasi rejali emlanish tula xajmda olib borilmagan joylarda «yo'qotilgan» infeksiya qaytarilishini tajriba ko'rsatdi (poliomielit, difteriyani avj olishi).

IKD-1 va IKD-2 natijalari

2. Boshqarilib turilgan infeksiyalarni qayta nazorat qilish ommaviy immunizatsiya sharoitida tiklanishi kuzatildi (bu difteriya va poliomielit misolida ko'rsatilgan).

Uzbekiston Respublikasi SSV SanPiN №0239-07, 2009

Emlash kalendari

yoshi	Emlanish nomlari
1 kun	VGX-1
2-5 kun	BCG-1, OPV-0
2 oy	AKDS-1, OPV-1, VGX-2, Rota -1, Pnevmo-1
3 oy	AKDS-2, OPV-2, VGX-3, XIB-1, Rota-2, Pnevmo-2
4 oy	AKDS-3, OPV-3, VGX-4, XIB-2

12 oy	KPK-1
16 oy	AKDS-4, OPV-4
6 yosh	KPK-2
7 yosh	AKS-M5, OPV-5, BCG R-1
14-15 yosh	BCG R-2
16 yosh	ADSM-6

Kattalarni emlash

K o'rsatmalar: Yuqish xavfi yuqori bo'lgan shaxslar, tibbiyot xodimlari qon bilan aloqador (jarroxlilar, stomatolog, akusher-ginekolog, laborant, muolaja bajaruvchi xamshiralilar va boshqalar), narkomanlar (tomirdan), immunodefitsiti bor shaxslar, kasallanish k o'rsatkichlari yuqori bo'lgan regionda yashovchi shaxslar.

Gepatit A immunoprofilaktikasi 1993 yildan boshlab dunyoning 27 mamlakatida 50677 odam emlandi va 120000 vaktsina dozasi qo'llanildi.

Natijalar vaktsinaning xavfsizligi, yaxshi qabul qilinishi va yuqori immunogenligini tasdiqladi. Serokonversiyaga praymingdan sung 1 oydan keyin 100%ga erishildi. Emlashdan keyin xosil bo'lgan antitanachalar kattalarda birinchi emlashdan keyin 1 yil saqlanadi, bolalarda 2 dozadan keyin. Buster doza praymingdan sung 6 -12 oydan keyin yuboriladi. Nazariy mumkin bo'lgan ximoya 20 yilgacha saqlanishi kuzatilgan. JSST vaktsinatsiya istiqbollari qo'shimcha tavsiyalari: Gemofilus influenzaga qarshi emlash barcha

5 yoshgacha bo'lgan bolalarga o'tkazilishi lozim. Meningokokka qarshi emlash o'lim xolatini kamaytiradi, pnevmokokka va grippga qarshi emlash o'lim ko'rsatkichini va qayta kasallanishlarni oldini oladi.

Emlash reaksiyalari va asoratlari

Emlash reaksiyalari - bu vaktsinatsiya oqibatida kelib chiquvchi lekin shu vaktsinani keyingi yuborilishi uchun to'sqinlik tuqdirmaydigan reaksiyalardir.

Asoratlar (noj o'ya reaksiyalar) - bu vaktsinatsiya oqibatida kelib chiquvchi xamda shu vaktsinani qayta yuborilishiga to'sqinlik qiluvchi reaksiyalardir:

1. Postvaktsinal infeksiyalar
2. Tumorogen effekt
3. Allergiya
4. Vaktsinalarning immunomodulyatsiyalovchi effekti.
5. Immunodefitsitning induksiyasi.
6. Vaktsinatsiyaning psixogen effekti.

Vaktsinalarga bo'lgan nojo'ya reaksiyalarning fon darajalari ikkita guruxga bo'linadi: tarqalgan, kam uchraydigan.

Postvaktsinal asoratlarni rivojlanishida kechiktirib bo'lmaydigan tadbirlar.

1. Gipertermiya ($t > 38,6S$) - isitma tushiruvchilar yoshga xos dozada (masalan,

paratsetamol, panadol) - tana xarorati 38,0 ga tushguncha kuniga 1-3 marta berish, yoki-litik aralashma.

2. Talvasa sindromi - diazepam 0,05 mg/kg; magniy sulfat 25% - 0,2ml/kg.

a) febril tutqanoqlar - q o'shimcha: isitma tushiruvchi moddalar, seduksen 0,5% eritmasi 0,5ml dan 4-6 oylik bolalarga;

3. Anafilaktik shok, kollaptoid xolat - adrenalin xlorid 0,1% 0,3-0,5ml dozada xar 10-15 minutda axvol yaxshilanguncha.

4. Tana xaroratini 35,5 S dan pasayishi, uyquvchanlikda - antigistamin Preparatlar.

5. Bronxial astma xuruji - eufillin 4mg/kg kuniga 3-4 maxal.

6. Maxalliy reaksiyalar (8sm dan oshik giperemiya), shish - antimediator moddalar.

7. BSJ-vaksinasiyning asoratlari, maxalliy - maxalliy va ichish uchun maxsus

tuberkulezga qarshi preparatlarni qabul qilish (izoniazid, rifampitsin va .k.), xirurgik davo.

Shuni yodda tutish kerakki, xar bir vaksinani dori moddolar qabul qilishni talab qilmaydigan emlanish reaksiyalari mavjud.

oydan so'ng

Yosh bolalarda profilaktika ishlarini olib borish.

Aholining immunizasiyasi kalendar bo'yicha eski va yangi qabul qilingan registrasiyadan o'tgan va ruxsat berilgan tartibda, instruksiyaga qarab olib boriladi. Bolalarda onasi gepatit B

tashuvchisi bo'lgan yoki gepatit bilan xasta bo'lsa sxema bo'yicha 0-1-2-12 oyda kuzatuv asosida vaktsinasiyaga yo'naltiriladi. Gepatit Bga qarshi vaktsinasiya olib borish 13 yoshgacha sxema bo'yicha 0—1—6 yoshida amalga oshiriladi. Qizlarda qizilchaga qarshi vaktsinasiya olgan yoki bir bor emlash o'tkazilgan hollarda 13 yoshgacha amalga oshiriladi. Tuberkulyozga qarshi revaktsinasiya bolalarda 14 yoshgacha olib boriladi. Sil bilan xasta bo'lmagan bolalarda sxema (2-5 kunlarida, 7 yoshida, 14 yoshida) bo'yicha amalga oshiriladi. Milliy emlash kalendari bo'yicha (BSJ dan tashqari) qo'llaniladigan vaktsina bir martalik shpris bilan tananing har xil qismlariga 1 oy intervalda yuboriladi. Birinchi vaktsinasiya sxemasi buzilganda ikkilamchi sxema bilan amalga oshiriladi.

II BOB. UASH ning davolash ishlari.

Dispanser guruhidagi bolalarni davolash.

UASHning muhim ishi-kasal bo'lgan bolalarga tibbiy yordam ko'rsatish. Uning davolash ishi bolani uyda va poliklinikada shuningdek, surunkali kasallik bilan og'riganlarni dispanser qabul bo'limida davolashni o'z ichiga oladi. UASH ning konsultasiya davolash ishi hamma ishining 60% ni, 30% ni esa uydagi ko'rik va davo tashkil etadi. Poliklinikada UASH ning davolovchi normativida soatiga 2 ta, kuniga 6-7 ta bolani ko'rish kiradi. UASH ning davolash ishi o'ziga xos va bir nechta bo'limga bo'linadi. O'tkir kasallik bilan kasallangan bolalarga uyda ham tibbiy yordam ko'rsatiladi. Asosiy davo choralari quyidagi kasalliklari bor bolalarga qaratilgan bo'ladi: nafas organlari kasalliklari, infeksiyon kasalliklar (bolalar infeksiyon kasalligi), o'tkir ichak kasalliklari. Hamma o'tkir kasallik bilan kasallangan bolalarda UASH uyda ko'rik o'tkazadi. Shu bilan birga karantinda, bemor bilan kontaktda bo'lganlarga, nogiron bolalarga, stasionardan chiqarilgan (1-2 kun), amaliy sog'lom bolalarga poliklinikada xizmat ko'rsatiladi. Chaqiriqlar, murojaatlar (telefonda, ota-onasi kelsa, tez yordam orqali) registrasiya jurnalida qayd qilinadi va har bir bolaga statistik talon to'ldiriladi.

UASH murojaat qilgan bemorga uyda xizmat ko'rsatadi. Birinchi navbatda erta yoshdagi bolalarga so'ngra isitmali va o'rta darajadagi bolalarni uyiga boradi. Birinchi ko'rikda vrach bolaning ahvolini og'irligini belgilaydi, so'ngra tez yordamga muhtoj bo'lmaganlarga shifokor tahminiy tashxis qo'yadi, ambulator davo yoki gospital

davoga muhtojligini aniqlaydi, bemorlarni olib borish taktikasini belgilaydi, zarur bo'lgan diagnostik davo choralarini belgilaydi, vaqtincha mexnatga layoqatsizlik ekspertizasini o'tkazadi. UASH uyga chaqiruv bo'lganda deontologik prinsipga alohida e'tibor berishi kerak. Mojaroli holatga duch kelmaslik uchun faqatgina UASHdan emas, balki xamshiralardan ham davolash jarayonida e'tiborli, bemor va uning yaqinlariga shoshilmay yondashish, xushmuomalalik talab qilinadi. Uyga davolashga borganda doimiy kuzatuv talab qilinadi. Bu UASHning birlamchi qayta va aktiv tashrifi yordamida amalga oshiriladi. Vrach tashrifining intervalini va davomiyligini bemorning yoshi, og'irlik darajasi va kasallik holatiga qarab belgilaydi. Emizikli yoshdagi bolalarni kun ora kuzatish talab qilinadi. Bir yoshdan katta bolalarni og'irlik darajasiga qarab tashrif belgilanadi. Qoida bo'yicha URI, gripp, angina, bronxitlarni 2-3 marta, infeksiyon kasalliklarni 4-6 marta uyiga borib davolanadi. Uydagi bemorlarga davo choralari va kerakli muolajalar belgilanadi. UASH diagnoz quyish va davolashda qiyinchilikka duch kelsa tor mutaxassis (LOR,nevropatolog, xirurg,revmatolog) larga murojaat qiladi. Davo samarali bo'lganda quyidagi aktiv dinamik kuzatuvni poliklinik kuzatuvga o'tkazsa bo'ladi. Poliklinikaga chaqiruv quyidagi faktorlarga asosan olib boriladi:

- Kasallik klinikasining ijobiy dinamikasi;
- Poliklinikaga tashrif holatini yomonlashuviga xavf solmasa;
- Tuzalgan bolani poliklinikaga tashrifi boshqa kasallik yuqtirishga xavf solmasa;

-Reabilitasiya choralariga muhtoj bo'lganda (fizioterapiya, davolovchi jismoniy tarbiya);

Bolani uyda aktiv kuzatilganda to'ldiriladigan ma'lumotlar - shikoyatlar, obektiv holat, davo tavsiyalarini o'z ichiga oladi. Bolalarni uyda davolashdan tashqari UASH poliklinikada ham qabul tashkil qiladi. Poliklinikadagi davo uydagi yoki stasionardagi davoning mantiqiy davomi bo'lishi kerak. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar, ko'p bolali oilalardagi 6 yoshdan kichik bolalar, 18 yoshgacha bo'lgan nogiron bolalar, hamma o'smirlar va bolalar, hisobda turuvchilar hamma dori vositalarini bepul olishadi, «nogiron bola» statusi bo'lmasayam quyidagilarni bepul beriladi-

- tuberkulin sinamasiga viraj kuzatilgan bolalar va tuberkulyozni lokal formalari-tuberkulyozga qarshi preparatlar.

-mukovissidozli bolalar - ferment preparatlar.

BALI bolalar – shu kasallikni davolashda ishlatiladigan preparatlar.

Revmatizmi va kollagenozi bor bolalar- steroid preparatlar, sitostatiklar, yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar, antibiotiklar, antigistamin preparatlar, koronarolitiklar, siydik haydovchilar, kalsiy antagonistlari, kaliy preparatlari, xondroprotektorlar.

Bemor bolalarga UASHni chaqiruvi

Bemor bolalarga UASHni chaqiruvida quyidagi ma'lumotlar yigiladi:

Sana. Chaqiruv xarakteri (birlamchi, qayta, aktiv), kasallik kuni. Tana haroratini, nafas olish sonini, pulsni o'lchash. Shikoyatlari, qisqacha kasallik anamnezi (kasallik davomiyligi, kasallikni nima bilan

hug'laydi, asosiy simptomlar, o'tkazilgan davolash va uning natijasi, fon patologiyasini xususiyati). Umumiy ahvolini baxolash va uni tahlil qilish. Obektiv status (organ va sistemalar tomonidan patologiyalarni aniqlash, lokal status, funksional buzilishlarni baxolash). Diaqnoz (birlamchi ko'rikda-taxminiy, ko'rik o'tkazilgandan 3 kundan keyin-yakuniy klinik diaqnoz). Vaqtinchalik mehnatga yaroqsizlik varaqasi berilganda bemor bola uchun ko'rsatma: varaqa kimga berilgan: qarovchining familiyasi, ismi, sharifi, yoshi, tashxisi, ish joyi, varaqani berilgan sanasi.

Tavsiya: Rejim, parhez, medikamentoz davo (davolovchi preparatning shakli, dozasi, qabul soni, qabul qilish yo'li), nomedikamentoz davo, fizio davo, mutaxassislar konsultasiyasi va ko'rigi.

Bemorni olib borishni keyingi taktikasi (aktiv murojaat, shifokorga murojaat, stasionarga yo'llanma)-gematologik kasalligi bor bolalar- sitostatiklar, immunodepresantlar, immunokorrektorlar, steroid va nosteroid gormonlar, antibiotiklar va shu kasallikni davolovchi va asoratini oldini oluvchi preparatlar; -tutqanoq sindromi bor bolalar-tutqanoqqa qarshi preparatlar; -qandli diabeti bor bolalar-diabetga qarshi hamma preparatlar etil spirti, shprislar, diagnostika turi; -onkologik kasalligi bor bolalar –hamma kerakli davo vositalari; -endokrin kasalligi bor bolalar – gormonal preparatlar;-gelmintoz bor bolalar- gelmintolog-shifokor buyurgan preparatlar.

gshspolspno

ko'rsatmasi aniqlash (gos pitali uchun),

Bepul dorilar uchun beriladigan reseptlar

Yordamga muhtoj fuqarolarga birlamchi tibbiy-sanitar yordamni nazorat qilish DPM larni metodik kabinetlari orqali amalga oshiriladi. «Sosial xizmatlarga muhtoj fuqarolarga ajratilgan preparatlar» kategoriyasiga kiruvchi preparatlar bola uchun klinik-ekspert komissiyasi tomonidan buyuriladi va DPM ning birlamchi zvenosining boshlig'i tasdiqlaydi. Turli xil somatik kasalligi (anemiya, raxit, gipotrofiya va boshqalar) bor yosh bolalar umumiy ko'rikka yo'naltiriladi. Surunkali patologiyasi bor va dispanser nazoratida turuvchi bolalar uchun poliklinikada umumiy ko'rikka maxsus kun ajratiladi. Gospitalizasiya masalasini hal qilishda kasallik xarakteriga va og'irligiga, bolani yoshi, davolashni o'ziga xos xususiyati, maishiy sharoitga ahamiyat beriladi. Shoshilinch gospitalizasiyada shifokor transportirovka uchun tez tibbiy yordam mashinasini chaqirib beradi. O'tkir va surunkali kasallikni shoshilinch va rejali tarzda stasionarda kuzatish va davolash uchun yo'llanmani UASh beradi. Shoshilinch gospitalizasiyaga ko'rsatmalar:

- o'tkir xirurgik holatlar (appendisit yoki appendisitga shubha, o'tkir qorin sindromi, churra qisilishi, jaroxatlar va boshqalar);
- zaxarlanish (ovqatdan, dorilardan, maishiy);
- xayot uchun zarur organlar faoliyatining buzilishi bilan kechuvchi og'ir kasalliklar (nafas va yurak qon-tomir etishmovchiligi, gipertermiya, tutqanoq sindromi va boshqalar);
- chaqaloqlardagi o'tkir kasalliklar;

-umumiy ahvoli og'ir, infeksiyon bo'limga gospitalizatsiya kilinishi kerak bo'lgan og'ir infeksiyon kasalliklar;

Shoshilinch tarzda gospitalizatsiya qilinadigan bolalarga gospitalizatsiyagacha bo'lgan etapda shoshilinch yordam ko'rsatilishi kerak. Shoshilinch chora tadbirlar (hajmi, o'tkazilgan vaqti va boshqalar) gospitalizatsiya uchun berilgan yo'llanmada ko'rsatilishi kerak. Ambulator sharoitda surunkali kasalligi bor bolalarni davolash-diagnostik chora tadbirlarini o'tkazishni iloji bo'lmaganda rejali ravishda bu bolalarga gospitalizatsiyaga yo'llanma beriladi. Rejali gospitalizatsiya yo'llanmasida qo'shimcha tarzda kasalxonada ichi infeksiyasini oldini olishda bemorni infeksiyon kasalligi bor shaxslar bilan aloqada bo'lganligi ko'rsatiladi. Rejali tarzda gospitalizatsiyaga yo'llanma berilgan bolalarni poliklinikada maksimal ko'rikdan o'tkazilishi kerak. Gospitalizatsiyaga yo'llanmada (yoki bolani rivojlanish tarixidan ko'chirma) anamnez ma'lumotlari, kasallikni o'ziga xos kechishi, fon kasalliklar (doriga va ovqatga allergiya ham) ambulator sharoitda o'tkazilgan tekshiruvlar natijasi, ambulator davoning samarasi va xarakteri ko'rsatilishi lozim. O'tkir yoki surunkali kasallikni qo'zish davrida maishiy kam taminlangan oilalar gospitalizatsiya qilinishi shart. Gospitalizatsiya yo'llanmasida chaqiruv vaqti va tez tibbiy yordam mashinasi kelgan vaqti ko'rsatiladi. Tez yordam shifokori bolani gospitalizatsiya yo'llanmasini rasmiylashtiradi, buni dublikati bolalar poliklinikasiga beriladi. Gospitalizatsiyada shifokor bajaradi:

-ko'rsatmani aniqlash (shoshilinch, rejali gospitalizatsiya);

-kasallikning og'irligi, asorati va xarakteridan kelib chiqqan holda stasionar turini aniqlash(somatik, infeksiyon, reanimatsion, ixtisoslashtirilgan bo'limlar);

-transportirovka turini, uni xavfini, bemorni kuzatib boruvchi tibbiy personalni aniqlash;

-yo'llanmada hospitalizatsiya qilingan joy (shifoxona, bo'lim), bemorning pasport ma'lumotlari, tashxisi, epidemik muhit ko'rsatilishi kerak.

Bundan tashqari yo'llanmada sug'urta nomeri, sanasi, shifokor imzosi ko'rsatilishi kerak. UASH majburiyatlariga shifoxonaga yo'llanma bergandan so'ng birinchi sutka davomida hospitalizatsiyani nazorat qilish ham kiradi. Shifoxonadan chiqarilgan yoki o'z xohishi bilan ketib qolgan yosh bolalarni UASHga ularni to'liq davolash va aktiv kuzatish vazifasi yuklatiladi. Bolalarni alternativ davolash kunduzgi stasionarda (bolalar shifoxonasida) yoki qisqa muddatli stasionarlarda (bolalar poliklinikasida va diagnostik markazlarda) amalga oshiriladi. Sog'liqni saqlashni munisipal muassasalarida kunduzgi stasionar o'rinlari o'tkir va surunkali kasalligi bor, sutka davomida kuzatish kerak bo'lmagan, lekin kunduzgi vaqtda davolash-diagnostik yordam kerak bo'lgan bolalar uchun ajratiladi. Bunday bo'limlar majburiy tibbiy sug'urta tizimida faoliyat olib boradi. Kunduzgi stasionarni bosh shifokor nazorat qiladi, diagnostika va davolash sifati ustidan bevosita nazorat bosh vrachning davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari, katta xamshira va kunduzgi stasionar o'rinlaridan tashkil topgan bo'lim boshliqlariga bog'liq. Tibbiy xodimlar soni shu turdagi

bo'limlarga mos normativlar bo'yicha aniqlanadi. Kunduzgi stasionar bir smenada, haftasiga olti kun ishlaydi. Kunduzgi stasionarda tekshiriladigan va davolanadigan bemorlar UASH, shahar ixtisoslashtirilgan xizmat mutaxassisleri va bo'lim boshliqlari tomonidan saralanadi. Sutka davomida tibbiy kuzatuvni talab qiladigan o'tkir kasalliklar kunduzgi stasionarga yuborish uchun qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Bemorning ahvoli og'irlashganda, sutkalik kuzatuv talab qilinganda zudlik bilan kunduzgi stasionardan kasalxonaning tegishli bo'limiga o'tkaziladi. Kunduzgi stasionar sharoitida davolanadigan bemorga kasallik tarixi ochilib, unga anamnez, oldin o'tkazilgan tekshiruvlar va davolashlar kiritiladi. Kasallik tarixi alohida belgiga ega. Ishlaydigan (o'qiydigan) bemorlar, bolasiga qarovchi onalar, kunduzgi stasionarda davolangan paytda, ularga umumiy asosda vaqtincha ishga layoqatsizlik varaqasi beriladi. Bemor kunduzgi stasionardan chiqarilganda, unga shifokor hamma ma'lumotlar va kerakli tavsiyalarni beradi. Profilaktika ishlaridan tashqari mutaxassis shifokorlar grafik bo'yicha kasal bolalarni qabul qilishadi, dispanser nazorati o'tkazishadi, qonsultativ yordam (poliklinikada va uyda) berishadi, kasallanishni tahlil qilishadi va uni kamaytirish borasida tadbirlar ishlab chiqishadi, tibbiy xodimlar malakasini oshirishni tashkillatirishadi va aholi o'rtasida sanitar-oqartiruv ishlarini olib borishadi. Ixtisoslashtirilgan xizmat sifati va effektivligi muassasani texnik bazasi va mutaxassislar malakasiga bog'liq. Bolani uyda davolaganda UASH bir nechta qoidalarni yodda tutishi kerak: Tartib, dieta va bemor parvarishi

tuzalishda asosiy o'rin tutuvchi omillar hisoblanadi. Bolani tuzalishi va yashab qolishida oilaning o'rni ustundir. Medikamentoz davo asoslangan va rasional bo'lishi kerak. Ehtiyotkorlik nafaqat kuchli tasir etuvchi dorilar, balki oddiy dorilarga (antipiretik, antibiotik) nisbatan ham kuchli bo'lishi kerak. Taxminiy dozalarni qo'llash mumkin emas. Resept bilan ishlash oddiy holga aylanishi kerak. Bolaning "kasallik tarihi" o'z ichiga rekonvalessensiyani ham olishi kerak. Rehabilitasiya muddati kasallik muddatidan qisqa bo'lishi mumkin emas. Tuzalgan bolalar UASh tomonidan berilgan sog'lomligi haqidagi ma'lumotnoma bo'lgandagina bolalar kollektiviga qo'shiladi. Bog'cha yoki maktabga boradigan bolalarga "talabalar, kollej o'quvchilari vaqtincha ishga layoqatsizligi va bog'cha hamda maktab bolalari karantini to'g'risidagi ma'lumotnoma" beriladi. Maktabgacha ta'lim muassasalariga boradigan bolalarga nafaqat ular kasal bo'lganlarida balki xo'jalik sabablari bilan 3 kun bog'chaga bormaganda ham ma'lumotnoma beriladi. Ma'lumotnomada tashxis, kasallikni davomiyligi, infeksiyon kasallar bilan aloqada bo'lmaganligi to'g'risidagi ma'lumot, davo choralarini haqida ma'lumot, bolani dastlabki 10-14 kunlik rejimi bo'yicha maslahatlar ko'rsatiladi. O'tkir kasalliklar bilan kasallanib tuzalgan bolalar ma'lumotnomasiga jismoniy tarbiya fanidagi zo'riqishlarni kamaytirish bo'yicha, bolalar ijtimoiy rehabilitatsiyasi (maktab darslari rejimi, ma'lum bir faoliyatlardan ozod qilish va boshqalar) bo'yicha tavsiyalar kiritiladi. Bolalar muassasalarida o'tkazilgan kasallik haqidagi ma'lumotnomalar bolaning tibbiy xujjatlari ichiga tikib quyiladi.

Keyingi reabilitasion tadbirlar bolalar mussasasi shifokori tomonidan UASH tavsiyasini inobatga olgan holda olib boriladi.

Erta yoshdagi bolalar anemiyasining profilaktikasi va davosi.

Chala tug'ilgan bolalarda anemiyaning xususiyatlari. Anemiya-chala tug'ilganlar orasida eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biri; 50-100% hollarda kasallik dastlabki 2 oyda aniqlanadi, ayniqsa noqulay fon mavjud bo'lganda (xomiladorlikning kechki toksikozi, onaning kasalliklari, tug'ruq vaqtidagi qon ketishlar va boshqalar). Anemiyaning og'irligi bolaning gestasion yoshiga to'g'ri proporsional bo'ladi. Chala tug'ilgan bolalarning tug'ilgandagi vazni kichik (1500 dan kam) va gestasion yoshi 30 haftadan kam bo'lganda, hayotining birinchi oylarida og'ir anemiya aniqlanadi va eritrositar massa quyishga to'g'ri keladi. Chala tug'ilganlar anemiyasining 3 darajasi farqlanadi:

Engil (1 daraja)- gemoglobin 110-83 g/l gacha tushgan, eritrositlar $3,5-2,5 \cdot 10^{12}/l$; O'rta og'ir (2 daraja)- gemoglobin 82-66 g/l, eritrositlar $3,0-2,4 \cdot 10^{12}/l$; Og'ir (3 daraja)-gemoglobin 66g/l dan kam, eritrositlar $2,4 \cdot 10^{12}/l$. Shuningdek erta va kechki chala tug'ilganlar anemiyasi farqlanadi. Erta anemiya rivojlanishining asosiy sabablari HbF saqlovchi eritrositlarning "fiziologik" gemolizi, qizil suyak ko'migining funksional va morfologik etilmaganligi, to'qima eritropoetinlari produksiyasining pasayishi shuningdek qon ishlab chiqarishda zarur bo'lgan moddalarning tanqisligi ham katta ahamiyatga ega: xomiladorlikning oxirgi 2 haftasida oqsil, vitamin

S,E,B gruppasi, folat kislotalari, mis, kobalt, selen, molibden va temirning so'rilishi, transporti, almashinuvi va gem molekulasiga fiksatsiyasini, shuningdek eritrositlar membranasi mustahkamligini taminlaydi.

Kechayotgan gemoliz natijasida kelib chiqqan temirning depodagi defitsiti ahamiyatli bo'lib, u eritrositlar bir qismining gipoxromiyasi, mikrositoz, zardob temiri konsentratsiyasini pasayishi va suyak ko'migidagi siderositlar miqdori bilan namoyon bo'ladi. Temirning neonatal zahirasi tugashi bilan, erta anemiya kechki anemiyaga o'tadi, odatda ikkinchi yarim yillikda kuzatiladi. Bundan tashqari chala tug'ilganlar erta anemiyasi mikroorganizmlar bilan infisirlanishning simptomi bo'lishi mumkin, chunki ular o'z hayot faoliyatini ushlab turish uchun temirni aktiv istemol qilishadi.

Chala tug'ilganlar anemiyasini og'irlashishida yatrogen sabablar ham o'rin tutadi-laborator tekshiruvlar uchun tez-tez, oz-ozdan qon olish lozim. Yana bir ahamiyatga ega omil- bu bolaning tez vazn qo'shishi hamda aylanayotgan qon hajmining ortishini eritropoez etishmasligi fonida kechishidir. Klinik jihatdan chala tug'ilganlarning erta anemiyasi teri va shilliq qavatlar rangparligi bilan namoyon bo'ladi, biroq og'ir shaklida rangparlikdan tashqari taxikardiya yoki bradikardiya, apnoe, taxipnoe kuzatilishi mumkin; bolalar sust bo'lib qoladi, passiv emadi, vazn qo'shilishi kamayadi. Periferik qon tekshirilganda normo- yoki gipoxrom anemiya aniqlanadi. Chala tug'ilganlar kechki anemiyasi postnatal hayotning 3-4 oylarida rivojlanadi va yaqqol klinik manzaraga ega bo'ladi. Bolalar odatda

sust, apatik, terisi rangpar, yuzi biroz shishgan bo'ladi. Mushaklar gipotoniyasi, yurak chegaralarini kengayishi, sistolik shovqin (miokard distrofiyasi) kuzatiladi; OIT ning fermentativ faoliyati pasayishi hisobiga anoreksiya, bola tez-tez qayt qiladi, parenximatov a'zolar kattalashadi (jigar, taloq), gipovitaminov belgilari rivojlanadi. Anemiya regenerativ gipoxrom xarakterda: eritrositlar miqdori, gemoglobin, rang ko'rsatkichi, eritrositlardagi gemoglobinning o'rtacha miqdori va zardob temiri kamaygan, anizositoz, poikilositoz, polixromatofiliya, mikrositoz yuzaga keladi.

UASH uchun erta yoshdagi bolalardagi TTA katta ahamiyatga ega. Sideropenik anemiya-patologik holat bo'lib, organizmga temir tushishini buzilishi, o'zlashtirilishini buzilishi yoki patologik yo'qotilishi natijasida organizmda gemoglobin miqdorining pasayishidir. Bu anemiya gipoxrom, mikrositar anemiyalar guruhiga kirib eritrositdagi gemoglobin konsentratsiyasini pasayishi bilan kechadi. Aksariyat hollarda TTA bir vaqtning o'zida vitamin, oqsil, mikroelementlar tanqisligiga olib keladi. JSST ma'lumotiga ko'ra dunyo aholisining 20% da temir tanqislik anemiyasi bor: 20-25% ko'krak yoshidagilar, 43% 4 yoshgacha bolalar, 7% 5-12 yoshgacha bolalar. TTA ayniqsa bola hayotining 2-yarim yilligi va o'smirlik davrida ko'p kuzatiladi. Temir-gemoglobin (60%), mushak oqsili mioglobin (9%) tarkibiga kiruvchi muhim mikroelementlardan biridir. Ferritin temir deposi sifatida 30%, fermentlar 1% (jumladan katalaza, sitoxromlar, peroksidaza, oksireduktaza va boshqalar) ni tashkil qiladi. TTA hisobiga barcha xujayralarda gipoksiya kuzatilib,

o'sishni, almashinuv jarayonini buzilishi nospesifik himoya aktivligi hamda xujayraviy va mahalliy immunitetni pasayishi kuzatiladi. Temir tanqisligi aqliy rivojlanish va intellektual imkoniyatlarni orqada qolishiga olib keladi.

Bolani temirga bo'lgan sutkalik ehtiyoji 0,5-1,2 mg ni tashkil qiladi. Jismoniy zo'riqishda, hayz jarayonida va chala tug'ilgan bolalarda temirga bo'lgan talab oshadi. Temirni xomila ichi zahirasi sog'lom bolalarda 4 oygacha, chala tug'ilganlarda esa 3 oygacha etadi. Bu asosan xomiladorlikning oxirgi muddatlarida depolanadi. Anemiyaning rivojlanish sabablari: qon hosil bo'lish komponentlarini organizmga etarlicha tushmasligi (alimantar faktor), ichaklarda ushbu komponentlarni surilishini buzilishi (malabsorbsiya sindromi, OIT kasalliklari), o'suvchi organizmda temirga bo'lgan talabning oshishi, shuningdek qon ketishi orqali temir yo'qotilishi va o'smirlardagi gormonal disbalans. Anemiya rivojlanishidagi xavf guruhiga: hayz sikli chuziluvchi qiz va ayollar, xomiladorlar, ko'krak suti bilan boquvchi ayollar va o'smirlar kiradi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarni yuqori xavf guruhiga –onadagi asoratli kechgan xomiladorlik va tug'ruq, ota-onadagi zararli odatlar va kasbiy zaharlanishlar kiradi. Erta sun'iy oziqlantirish, vegetarianlik, tez-tez kasallanish, raxit, gipotrofiya, chala tug'ilganlik ham kasallik rivojlanishiga olib keladi. Bundan tashqari fizik rivojlanishni yuqori tempda kechishi ichakda surilishning buzilishi, gijja invaziyalari, oshqozon va ichakning surunkali kasalliklari, qon ketish, o'smirlar gormonal disbalansi ham xavf guruhiga kiradi. Klinik

simptomlar gemoglobinning darajasiga bog'liq. TTA uchta darajaga bo'linadi: I daraja (engil)-90-110 g/l, eritrositlar soni $3,5 \times 10^{12} \text{g/l}$ gacha pasayadi. II-daraja (o'rta og'irlikdagi)-gemoglobin 89-70g/l, eritrositlar soni $2,5-3,4 \times 10^{12} \text{g/l}$ gacha pasayadi, III-daraja (og'ir) gemoglobin $<70 \text{g/l}$, eritrositlar soni $2,5 \times 10^{12} \text{g/l}$ dan kam. Klinik ko'rinishida temirni yashirin defisiti (organizmni temirga bo'lgan talabi oshganda depodan sarflanishi) bilan kechuvchi sideropenik sindrom juda muhim ahamiyatli hisoblanadi. Sideropenik sindromning simptomlari: epitelial o'zgarishlar (teri va shilliq qavatlarni trofik buzilishlari, rangpar va quruqligi, tirnoq va sochlarning sinuvchanligi, tirnoqlarni qavatlanishi, sinishi, kundalang chiziqlar paydo bo'lishi, og'iz burchagining yorilishi, tam va hidlarni ko'ta ra olmaslik, astenovegetativ buzilishlar (holsizlik, tez charchash, diqqatni jamlay olmaslik, bezovtalik, xotira pasayishi, ertalabki bosh og'rig'i, ishtaha pasayishi, ta'sirchanlik, kayfiyat yomonlashuvi, xansirash, bosh aylanishi, xushdan ketish. Surunkali charchash sindromi, ichaklarda hazm va so'rilishni buzilishi, dispeptik o'zgarishlar (meteorizm, disfagiya, ich ketishi yoki ich qotishi) mahalliy immunitetni pasayishi (respirator va o'tkir ichak kasalliklari bilan kasallanishni ortishi) nikturiya. Anemiyaning umumiy simptomlarini rivojlanishi anemik gipoksiya bilan ifodalanadi. Sideropenik sindrom namoyon bo'lishi bilan yurak qon tomir sistemasidagi o'zgarishlar (taxikardiya, tonlarni bug'iqlashuvi, anemik sistolik shovqin, gipotenziya, EKG dagi gipoksik va ishemik

o'zgarishlar, yurakning zarb va minutlik hajmini oshishi) qo'shiladi. Ikkilamchi nishon a'zolariga bosh miya va buyrak kiradi.

Laborator tekshiruvlardan asosiy ko'rsatkich bo'lib gemoglobinning miqdori hisoblanadi. Bolalarda gemoglobin normada (pastki chegarasi) 5 yoshgacha-110 g/l, 5 yoshdan kattalarda-120g/l, eritrositlar esa 5 yoshgacha- $3.6 \times 10^{12}/l$, 5 yoshdan kattalarda $4.0 \times 10^{12}/l$ ni tashkil qiladi. RK normada 0.8-1.0 ga o'zgarib turadi. RK darajasiga ko'ra gipoxrom (0.8dan past), normoxrom (0.8-1.0), giperxrom (1.0dan yuqori) anemiyaga bo'linadi. TTA da eritrositlar miqdori kam o'zgaradi. Zamonaviy apparaturalar yordamida eritrositlar morfologiyasini tekshirish mumkin. Eritrositdagi gemoglobinning o'rtacha miqdori normada 27-32 ng. Eritrositdagi gemoglobinning o'rtacha konsentratsiyasi 32-36%. Eritrositning o'rtacha hajmi 75-100 ft, eritrositning qalinligi 1,8-2,5 mkm, diametri 6,5-8,5 mkm, favoriklik indeksi 3-4. Eritrositlarni hajm va anizositoz darajasiga kura taqsimlanishi normada 13,5-16,0% ni tashkil qiladi. Organizmda temirning almashinuvi zardobdagi temir miqdoriga bog'liq, normada 14,5-33,6 mkmol/l. Zardobning umumiy temir bog'lash xususiyati (ZUTX) normada 45-72 mkmol/l hisoblanadi. Transferringa to'yinganlik koefisenti 17% dan kam bo'lmasligi kerak. Anemiyada gematokrit ko'rsatkichi 35% dan kam bo'ladi. Organizmdagi temirning zahira ko'rsatkichlari – desferal test va zardob ferritinidir. Yoshidan qat'iy nazar to'qimalarda temir kamayib ketganda ferritinni zardobdagi miqdori 10-12 mkg/l dan past bo'ladi. Disferal siderouriya 0,4 mg/sutkadan kam bo'ladi. TTA

diagnostikasida UASH gemoglobin va gemotokrit pasayishiga hamda mikrositozga e'tibor berishi kerak. Poliklinika sharoitida TTAni aniqlash maqsadida gemoglobin, eritrosit, RK, eritrositlarning shakli va o'lchami, retikulosit va trombositlarni miqdori aniqlanadi. Diaqnoz qo'yilganda gemoglobin konsentrasiyasini kamayishi, gipoxromiya (morfologiya va rang ko'rsatkichiga ko'ra), normal yoki engil oshgan retikulositoz, temirning transport funksiyasining pasayishi (ZUTX ning 63 mkmol/l dan pasayishi, zardobdagi temir miqdorining 14 mkmol/l dan pasayishi, transferinning to'yinganligi 12% dan pasayishi) aniqlanadi. TTA holatida ba'zan EKG, fonokardiografiya, ezofagofibrogastroduodenoskopiya (EFGDS), kolonoskopiya, rektoromonoskopiya, proteinogrammaga e'tibor berish, koprologik tekshiruvlar ham buyuriladi. Odatda taqqoslama tashxis qiyinchilik tug'dirmaydi. TTA xloroz, chala tug'ilganlardagi kechki anemiya, malabsorbsiya sindromi, o'tkir qon ketishdan laborator farqlanmaydi. Infeksiyadan keyingi anemiyada ham yaqqol gipoxromiya, mikrositoz, RK ni pasayishi, zardobdagi temir, ZUTX ni pasayishi (TTA da ortadi) va transferinni to'yinganlik ko'rsatkichi normal (TTA da pasayadi) bo'ladi.

Chala tug'ilgan bolalarda anemiyani davolash.

Anemiyani davolashda: anemiya darajasi, suyak ko'migida qon ishlab chiqarish aktivligi (retikulositlar miqdori), anemiya rivojlangan fon va bolaning yoshi e'tiborga olinishi kerak. Chala tug'ilgan bolalarni, ayniqsa 1 oylik bolalarni tabiiy yo'l bilan oziqlantirish, organizmni temir bilan taminlash muhim (1 l da 0,2-1,5

mg temir). Ona suti (bir litrida 0.2-1.5 mg temir saqlaydi), shu bilan birga chala tug'ilgan bolani tuqqan ayollarda laktasiyani quvvatlab turish ham katta muammo hisoblanadi. Temir tanqisligini dietik korreksiyalash uchun o'z vaqtida (ammo 4-5 oydan erta emas) qo'shimcha ovqatlarni (soklar , mevalar, sabzavotli pyurelar 7 oydan kiritish lozim. Chala tug'ilgan bolalarda anemiyaning asosiy profilaktikasi va davosi temir preparatlarini qabul qilish hisoblanadi; fiziologik nuqtai nazardan oral yo'l eng samarali hisoblanadi. Anemiyada qo'llaniluvchi temirning bir kursli elementar dozasi quyidagi formula orqali aniqlanadi;

$$TPKD (mg) = TM * (78 - 0.35 * Hb)$$

TM-tana massasi kg

Hb -gemoglobin gr/l

Bir ml da temir saqlovchi preparatni aniqlash formulasi:

Bir kursdagi preparat miqdori (m) $TPKD/PTM$.

PTM-1 ml preparatdagi temirning miqdori mg.

Tanlov preparati sifatida 3 valentli gidroksidipol maltoza kompleksining zamonaviy vakili sifatida-maltofer va ferrumlek hisoblanadi. Bu preparatlar stabil kompleks hisoblanib, ular ichak shilliq qavatiga shikastlovchi tasir qiluvchi ozod temir ionlarini hosil bo'lishini oldini oladi. Bu preparatlardagi temir reabsorbsiyasi gemdagi temir absorbsiyasiga yaqin: temir bevosita transferrin va ferritin bilan bog'lanib to'qimalarda depolanadi. Temirning musbat balansi hosil bo'lishi bilanoq temir surilishi to'xtaydi, bu esa zaharlanishning oldini oladi. Bu preparatlar tomchi, sirop shaklida

chiqib bu aniq dozalash va foydalanishda qulaylik yaratadi. Bundan tashqari boshqa preparatlarni qo'llash mumkin: aktiferrin, temir xlorid (gemofer), totema, ferronat va boshqalar. Temir preparatlarini oral qabul qilganda quyidagi noxush effektlar kuzatilishi mumkin: ishtahaning pasayishi, kekirish, qusish, ichaklar disfunktsiyasi, giperemiya, terining qichishishi, axlatning qorayishi. Disbakteriozda grammanfiy mikrofloraning kuchayishi natijasida dispeptik holat yuzaga keladi, bu esa eubiotiklarni qo'llashga ko'rsatma bo'ladi. Dozani hisoblash preparatdagi elementar temir miqdorini hisoblashga asoslangan bo'lishi kerak.

Temirning elementar davolovchi dozasi anemiyaning og'irlik darajasiga bog'liq: engil dr – 3-4mg/kg sut, o'rta og'ir dr – 5mg/kg sut, og'ir dr – 6mg/kg sut (G.A. Samigina, T.V. Kazyukova, 2002g). Preparatning to'liq dozali davolanish davomiyligi 4 haftadan 10 haftagacha. Temir preparatlariga tolerantlikni o'rganishda davolash - 1/3 terapevtik dozadan boshlanadi; To'liq dozani bola davolashning 7-10 sutkasidan keyin qabul qila boshlaydi. Sutkalik dozani uch mahalga bo'lib berish maqsadlidir; dorini ovqat paytida suv yoki sok bilan bergan ma'qul. Davolash samarasiz kechganda va anemiya kuchayib borganda bola chuqur tekshiruv o'tkazish yoki temir preparatlari bilan parenteral davolash uchun stasionarga yuboriladi. Davolashni samarasini baxolash maqsadida preparatni qabul qilishdan boshlab ikki haftadan so'ng Hb, Erit. miqdori, rang ko'rsatkichi va retikulositlar miqdori nazorat qilib boriladi. Davolash to'g'ri olib borilganda retikulositlar miqdori oshadi, 4 haftadan so'ng Hb va

Eritrositning konsentrasiyasi normallasadi. Anemiyaning davolash kriteriyalari bo'lib, Hb konsentrasiyasini oshganligi emas, balki organizmdagi temir defitsitini yo'qotilishidir. Shuning uchun davolashning asosiy kriteriyasi bo'lib qon zardobidagi ferritin miqdorini tiklanganligi ahamiyatlidir. To'g'ri davo olib borilganda temir zahirasi 8-12 haftaga borib tiklanadi (anemiyaning og'irlik darajasiga bog'liq). Shundan so'ng uch yoshgacha ushlab turuvchi doza 1-2mg/kg sut.ni tashkil qiladi. Anemiyali chala tug'ilgan bolalarda dispanserizasiya ikki yil ichida amalga oshiriladi. Temir preparatlarini qabul qilish vaqtida oyiga ikki marta UASh ko'rigi o'tkaziladi; keyinchalik bir yoshgacha har oyda, ikki yoshda har kvartalda o'tkaziladi. Har bir ko'rikda UASh umumiy qon analiziga ahamiyat berishi kerak; ko'rsatkichlar normallasgandan keyin tekshiruvlar uch oyda bir marta yoki interkurrent kasalliklar vaqtida o'tkaziladi. Bolani dispanser nazoratidan chiqargandan so'ng zardob tarkibidagi temir miqdori, ferritin aniqlanishi kerak. Birinchi darajali anemiyada profilaktik emlashlarga qarshi ko'rsatma yuq, ikkinchi va uchinchi darajali anemiyada tibbiy chekinish tavsiya qilinadi. Temir tanqis anemiyasini davolash uning sababini, kelib chiqishini (gijja invaziyasi, qon ketish, MIT patologiyalari), kun tartibini tashkillashtirish, ovqatlanish, medikamentoz davodan boshlanadi. Temir tanqis anemiyani davolashni tashkillashtirishda, temir tanqisligini organizmda to'ldirish dietoterapiya orqali amalga oshirish mumkin emasligini esda tutish kerak. Zamonaviy tavsiyalarga ko'ra bolaning ovqat ratsioni tarkibida boshoqli mahsulotlar, temir

surilishini qiyinlashtiruvchi (kalsiy, oksalatlar, fosfatlar, tanin) mahsulotlarini kamaytirish kerak. Temir surilishini sekinlashtiradi: protein, kofe, choy, dukkaklilar va yong'oqlar, dori vositalaridan antasidlar, kalsiy preparatlari. Temir surilishini kuchaytiruvchi mahsulotlar: go'shtli, parranda go'shti, baliq; askorbin va pirouzum kislotasi, fruktoza va sorbit. Temirga boy mahsulotlarga jigar, tuxum sarig'i kiradi. Temir tanqislik anemiyasida shuni esda tutish kerakki, mahsulotlarda temir moddasi kup bulishidan qat'iy nazar u tuliq surilmaydi. Mevali sharbatlar, olma, anor, grechkalarni kup miqdorda istemol qilsa ham ulardagi temir miqdorining 10%gina MITdan suriladi. Suniy ovqatlantirilganda temirga boy moslashtirilgan aralashmalar – «nordon sutli NAN temir bilan» tug'ilganidan boshlab, «temir bilan boyitilgan NAN» tug'ilgandan, «gipoallergen temirli NAN» bir oyligidan, «6 va 12 oyligidan temirli NAN», «temirli semilak» lar beriladi. 1 yoshli bolalarda qo'shimcha ovqatlantirish 1oy oldin beriladi. Temir tanqislik anemiyasini davolashda oral yo'l bilan qabul qilinadigan preparatlar berilgani afzalroq. Uch valentli temirning gidroksil kompleksining zamonaviy preparatlariga maltofer va ferrumlek kiradi. Ikki valentli temirning tuzli preparatlaridan farq qilib ichakning shilliq qavatiga tasir ko'rsatmaydi, qabziyat, diareya, ko'ngil aynishi, kekirishni oldini oladi. Kimyoviy strukturasi va aktiv transporti organizmni ozod ionlardan himoya qiladi. Ijobiy temir balansiga erishilganda temirning qayta bog'lanish mexanizmiga ko'ra temir dozasini ko'payib ketishidan va zaharlanishni oldini oladi. Tavsiya qilinuvchi

doza 6-8 oy davomida 3-6 mg/kg ni tashkil qiladi. Yosh bo'yicha dozalanishi: 6 oydan 3 yoshgacha – 60-90 mg temir, 4-6 yoshda 150 mg temir. Davolanishning 5-10 kuniga borib qondagi retikulosit miqdori oshadi. 5-7 kunga kelib holsizlik, charchash yo'qoladi. Davolashdan 3-4 hafta o'tgach Hb miqdori 50% ga oshishi kerak. Sutkasiga Hb miqdori 3-4g/l oshadi. Davolashning 4-5 haftasiga borib Hbning konsentratsiyasi normallasadi. 4 haftadan so'ng temir dozasini 1/3 yoki 1/2ga kamaytirish mumkin va preparatni berish 1-2 oy davom ettiriladi. Chala tug'ilgan bolalarda, malabsorbsiya sindromi bor bolalarda va temir tanqisligi anemiyasi bor xomiladorlarda temir preparatlarini kombinirlangan holda qo'llash yuqori samara beradi. Antasidlar, kalsiy preparatlari, simetidinlar temir so'rilishini kamaytiradi. Vit S temir so'rilishini kuchaytiradi.

Davolash effektivligining nazorati:

- 10-12 kunlarda retikulositar reaksiya
- 3-4 haftadan so'ng gemoglobin miqdorining ortishi
- 1-2 oydan so'ng klinik manzaraning yo'qolishi
- 3-6 oydan so'ng to'qima sideropeniyasining yo'qolishi (ferritin zardobi orqali nazorat).

Profilaktika

Antenatal profilaktika: xomiladorliklar orasidagi oraliqning kamida 2 yil bo'lishi; (qon analizlari nazorati, kombinirlashgan polivitaminoterapiya kurslari), xavf guruhiga kiruvchi ayollarga (ko'p xomiladorlik, bachadon- plasentar qon aylanishining buzilishi, norasional ovqatlanish, 4 va undan ko'p xomiladorlikdan keyingi

tug'ruqlar, 30 yoshdan kattalarda) xomiladorlikning 30-haftasida temir preparatlari beriladi. Nospesifik choralar bilan TTA ning postnatal profilaktikasi: tabiiy ovqatlantirish, temir bilan boy adaptirlangan aralashmalarni ishlatish, rejimga rioya qilish, raxit, gipotrofiya, URK kasalliklarini oldini olish va davolash. Eng muhimi o'z vaqtidagi diagnostika 3 oylik va 1 yoshdagi hamma bolalarga qon tekshiruvlarini o'tkazish, xavf guruhiga kiruvchilarni 1 oylikda tekshiruv o'tkaziladi. O'smir qizlarda profilaktika maksadida o'tkaziladigan spesifik vaktsinasiya hayz funksiyasi boshlanishida, xavf guruhiga kiruvchi (onasida TTA, ko'p xomiladorlikdan tug'ilganlar, erta suniy oziqlantirish, tana vazni 4 kg dan oshiq tug'ilganlar) bolalarda 2 oylikdan o'tkaziladi. Chala tug'ilgan chaqaloqlarda TTA profilaktikasi uchun hayotining 4-haftasidan, anemiyaning og'ir darajasida va tana massasi juda kam chaqaloqlarga hayotining 3-haftasidan 2 mg/kg sutkada temir preparatlari buyuriladi. Hamma vaqtida tug'ilganlarga 3 oylikdan boshlab temir preparatlari 1mg/kg sutkasiga, davomiyligi 30-45 kungacha buyuriladi. Tog'li tumanlarda yashovchi bolalarga profilaktika maqsadlarida ham temir preparatlari buyuriladi.

Dispanserizatsiya

Anemiyali bolalarning dispanserizatsiyasi qon ko'rsatkichlarini normallashtirishdan keyin 6-12 oy oralig'ida o'tkaziladi. Temir preparatlarini qabul qiluvchi bemorlar qonidagi gemoglobinning miqdori normal bo'lganicha har 10-14 kunda dinamik kuzatuvlar olib boriladi, klinik ko'ruvlar va qon analizlari o'tkaziladi. Gemogramma

normallashtirishdan keyin ferrotterapiyani ushlab turuvchi dozada yana 2-3 oy davomida olib boriladi, 1 oyda bir marta ko'rik o'tkaziladi, keyinchalik esa har 3 oyda o'tkaziladi. Davo tugagandan keyin zardobdagi temirni nazorat qilish shart.

Mutaxassislar konsultatsiyasiga ko'rsatma bo'lib anemiyaning og'ir darajasi yoki davo choralari samarasiz holatlar hisoblanadi.

Kasallikning o'tkir davrida 2 haftada 1 marta, remissiya davrida 1 oyda 1 marta kengaytirilgan qon tahlilidagi retikulotsitlar miqdori sanaladi. Zardobdagi temir miqdori va ZUTX ko'rsatma bo'lganda aniqlanadi. Shuningdek har qanday interkurrent kasallikdan keyin ham qon tahlili o'tkaziladi.

Retsidivga qarshi tadbirlarga ratsional ovqatlanish, vitaminlar buyurilishi, toza havoda sayr, interkurrent kasalliklarning profilaktikasi kiradi.

Anemiyaning 1 darajasi emlashga qarshi ko'rsatma bo'la olmaydi. Ammo emlashni gemoglobinning miqdori kamida 100 g/l etganda tavsiya etiladi. Anemiyaning 2-3 darajalarida profilaktik emlash kam samarali hisoblanadi. Gemoglobin miqdori normallashtirishda va temir preparatlar bilan 1 oy davomida davolangandan so'ng emlashni o'tkazish mumkin.

Erta yoshdagi bolalardagi raxit, spazmofiliya va gipervitaminoz D ning profilaktikasi va davosi.

Raxit-bola hayotining birinchi yilligida uchraydigan kasallik, suyaklar mineralizatsiyasining etishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi: patogenezi asosida vitamin D defitsiti yotadi. Raxitning rivojlanishi

yuqori xavf guruhiga kiruvchi bolalarga doimiy noadaptirlangan aralashmalar bilan sun'iy ovqatlantirish, vegeterianli prikormlar qabul qiluvchilar, chala tug'ilganlar, surunkali hazm qilish buzilishlari bor bolalarda (mal'absorbsiya sindromi, surunkali jigar kasalliklari), uzok muddat tutqanoqqa qarshi dori vositalari qabul qiluvchilarni kiritish mumkin.

Hozirgi kunda raxitni tug'ma xarakterga hamda moddalar almashinuvi buzilishi natijasida rivojlanuvchi kasallikka kiritishgan (vitamin – D ga bog'liq, vitamin -Dga rezistenli raxit va boshq.), Kasallik patogenezi asosida kal'siyni bog'lovchi oqsil sintezi pasayishi, kal'siy tuzlarining ichakda so'rilishini kamayishi yotadi. Gipokal'siemiya rivojlanishi natijasida qalqonsimon oldi bezlarni aktivlanishi kuzatiladi. Raxitdagi asosiy o'zgarishlar suyakda kuzatiladi. O'sish zonasidagi epifizar tog'ayning so'rilishi va nominerlizlangan osteoidning metafizar o'sishi kuzatiladi.

Etuk tug'ilganlarda raxitning boshlang'ich davrlarida bezovtalik, uyquning buzilishi, cho'chish, qizil dermografizm, ensa sohasidagi sochlarning to'kilishi kuzatiladi. Simptomlar 1-4 oylarda kuzatiladi. Boshlang'ich davr 1,5 haftadan 1 oygacha davom etishi mumkin.

Huruj davrida suyak sistemasidagi o'zgarishlar ustunlik qiladi. Kraniotabes, miya qutisi konfiguratsiyasining o'zgarishi (ensa suyagini qalinlashishi, do'ng peshanalik, tepa suyagi g'adir-budirlik va boshq.) kuzatiladi. Ko'krak qafasida «tasbehtar», Garrison egatchasi, «tovuqsimon» yoki «ponasimon» ko'krak qafasi shakllanadi. Suyak metafizida «raxit bilakuzuklari», falangalarda esa

«munchiq iplari» paydo bo'lishi xarakterli. Umurtqa pog'onasining qiyshayishi kifoz, lordoz yoki skolioz tipida bo'ladi. Oyoqlar ko'pincha O-simon, kam hollarda X-simon qiyshayadi. Katta liqildoqni kech bitishi, tishlar chiqishining buzilishi kuzatiladi. Osteomalyasiya (suyak yumshashi) simptomlari raxitni o'tkir kechishi uchun xarakterli. O'tkir osti kechishi uchun osteoid giperplaziya xarakterli. Mushak gipotoniyasi – raxit uchun xarakterli simptomdir. Mushaklar bo'shashishi, bo'g'imlarning qimirlab qolishi, «qurbaqa qorin» kuzatiladi. Yaqqol kechuvchi raxit uchun sanab o'tilganlardan tashqari nerv sistemasining shikastlanishi, psixomotor rivojlanishdan orqada qolish, giperesteziya xos.

Darajasiga ko'ra raxit engil (I), o'rta (II), og'ir (III) darajaga bo'linadi. I- daraja uchun raxitning erta belgilari xos. II-daraja uchun suyak, mushak va nerv sistemasidagi o'zgarishlar xos. Ichki a'zolardagi o'zgarishlar (jigar va taloqni kattalashishi) kuzatiladi. Raxitning III-darajasi uchun esa suyak, mushak, nerv sistemasidagi va ichki a'zolardagi yakkol o'zgarishlar va og'ir anemiya xos.

Raxit diagnostini qo'yish uchun klinik ko'rinish, biokimyoviy o'zgarishlar (ishqoriy fosfotaza, kalsiy va fosfor aktivligi), rentgenologik belgilarni hisobga olish kerak.

Gospitalizatsiyaga ko'rsatma: raxitning III-darajasi, taqqoslama tashxis o'tkazish zarur bo'lganda, qo'shib kelgan patologiyada stasionarga yotqizilishga talab bo'lganda, qolgan barcha hollarda raxit ambulator davolanadi.

Raxitning davosi kompleks hamda kalsiy va fosfor almashinuvini buzilishiga olib keluvchi barcha omillarni bartaraf qilish bilan olib boriladi.

Bolaning yoshiga mos ravishda kun tartibi, etarli dam olish bilan birga ta'sirlanish (o'ta yorug'lik, shovqin va boshq.) ni bartaraf qilish kerak. Ochiq havoda ko'proq bo'lish va xonani regulyar shamollatish zarur. LFK, massaj, gigienik vanna muhim rol o'ynaydi. Agar bola emizikli bo'lsa onaning oziqlanishiga e'tibor qaratish kerak. Agar aralash oziqlanayotgan bo'lsa uzok muddat tabiiy oziqlanishni korreksiyalash kerak. Sun'iy oziqlanishda adaptirlangan, ona sutiga maksimal yaqin bo'lgan va xolekalsiferol (vit D₃) bo'lgan sutli aralashmalarni berish kerak.

Raxit kasalligining davosi yog'da eruvchi D vitaminni qo'llashni o'z ichiga oladi. Boshlang'ich davrida kunlik miqdori 500-625 ME birlikda nitrat aralashmasi yoki ul'trabinafsha nurlari bilan olib boriladi. Xuruj davrida 30-40 kun davomida kunlik dozasi 2000-5000ME gacha oshiriladi, bu yaxshi terapevtik ta'sir ko'rsatadi. Kunlik doza 20000-40000 ME ni tashkil qiladi. Kal'siferol uchun kunlik doza 10 mkg, kastrol uchun esa 1mkg/sutka ni tashkil qilib, shundan so'ng profilaktik quvvatlovchi dozaga 500 ME ga o'tiladi, bu bolaning 2 yil davomida kunlik va bolaning 3 yilining boshlanishida zarur bo'ladigan dozasi hisoblanadi.

Raxit kasalligining davosi 3-5 kun davomida 2000ME dan boshlanib, keyin dozani yaxshi o'zlashtirishiga qarab individual dozagacha oshiriladi (ko'pincha 3000ME ni tashkil qiladi). 5000ME

dozasini fakat suyak sistemasida o'zgarishlar bo'lganda beriladi. Kasallik qaytalanishiga qarshi davolash vit D3 2000-5000ME ni 3-4 hafta davomida qo'llash tavsiya etiladi. Bu davolash birinchi davolash kursidan 3 oy o'tgandan so'ng o'tkaziladi (yozda o'tkazilmaydi, yaxshisi vit D3 ishlatilgani ma'qul). V. M. Studenikin raxitni davolashda vit D3 ni katta dozalarda tavsiya qiladi. 1 darajada 600000 ME ni, 2 darajada 800000ME ni va 3 darajada 1000000ME. Bu dozalarni profilaktika uchun qo'llaniladigan tabiiy oziqlantiriladigan bolalarga kal'siy preparatlari tavsiya qilinadi. Kal'siy preparatlari bolaning birinchi va ikkinchi yarim yillik hayotida 3 hafta davomida tavsiya etiladi.

Dozalari:

kal'siy glitserofosfat 0.05grdan 2-3 mahal kuniga, kal'siy glyukonat 0.15-0.25gr 2-3 mahal kuniga. -sitratlil aralashmalarni (Ac.citrici 2,1 natrii citric 3,5 Aq. Distillatead 100,0) kal'siy va fosfor tuzlarini ichakda o'zlashtirilishini oshirish uchun, fosforni buyrakda reabsorbsiyasini kuchaytirish uchun (10-12 kun davomida 1 choy qoshiqdan 3 mahal qo'llaniladi). Qalqonsimon oldi bezi funksiyasini me'yorlashtirish uchun va vegetativ buzilishlarni kamaytirish maqsadida kompleks davoga magniy preparatlari (panangin, asparkam) kuniga 10mg/kg dan 3-4 hafta davomida qo'shiladi.

Kal'siy va fosfor preparatlari chala tug'ilgan bolalarga beriladi, 2-3 yoshlik bolalarga esa kal'siy bilan boyitilgan parhez tavsiya etiladi.

Metabolik jarayonlarni kuchaytirish uchun esa orat kislotasi kunigi 10-20mg/kg, karnitin gidrochloritni 20% li suvdagi eritmasi 4-12 tomchidan kuniga 3 mahaldan 1-3 oy davomida.

Og'ir raxitga chalingan bolalarda energetik almashinuvni kuchaytirish maqsadida trifosfoadenin m/o 0.5ml (15-30 in'eksiya davolash kursi davomida tavsiya qilinadi). Medikamentoz kompleks terapiya boshlanganidan 2 hafta o'tgandan so'ng davolovchi jismoniy tarbiya va massaj qo'llaniladi, Yana ikki haftadan so'ng tuzli vannalar yoki o'tlar qaynatmasidan vannalar balneoterapiya o'tkaziladi.

Qo'zg'aluvchan bolalarga nina bargli vannalar qo'llaniladi.(1choy qoshiq ekstraktni 10 litr suvga qo'shib; harorati 36s birinchi vanna davomiyligi 5 dakika, keyingilari 8-10 dakikadan. Davolash kursi 13-15 muolajadan iborat.)

Kamharakat, kamquvvat bolalarga tuzli vannalar tavsiya qilinadi.(10 l suvga 2 osh qoshiq dengiz yoki osh tuzi solinadi; bir muolaja davomiyligi 3 daqiqadan, keyingilari 5 daqiqadan). Davolash kursi 8-10 vanna. Zubtutum, chereda, air ildizi, moychechak, dub po'stlog'i kabi o'tlar qaynatmasidan vannalar ekssudativ-kataral tip konstitutsiyali bolalarga tavsiya qilinadi. Balneoterapiya yiliga 2-3 marta o'tkaziladi.

Davolashning yakuniy mezonlari: Laboratoriya ko'rsatkichlarining me'yorlashuvi.

Sog'lom, chala tug'ilgan bolalarda raxitning maxsus profilaktikasi bolaning 3 haftaligidan sutkasiga 5000MEdan har kuni boshlanadi.

Raxitning rivojlanish xavfi bo'lgan bolalarga D vitaminining suvdagi eritmasidan kuniga 1 tomchidan (profilaktika un 500ME)6-18 oy davomida buyurish tavsiya qilinadi.

Hayotining 2 yoshigacha kuz va bahor oylarida kuniga 2 tomchidan (1000ME) buyuriladi. Chala tug'ilgan bolalarda profilaktika maqsadida hayotining 10-14 kunidan boshlab kuniga 600-800ME berilib, hayotining 2 oyligidan 1000-2000ME gacha ko'tarilib, hayotining 2-yilligidan 500-1000ME(yoz oyini hisobga olmagan holda) buyuriladi. Sulkovich probasi nazorati ostida olib borilishi shart.(2-4 haftada 1 marta).

Dispanser kuzatuv: dekret muddatlarida bolalarni UASH va mutaxassislar ko'rikdan o'tkazadi. Bir yilda ikki marta qon analizi, siydik analizi, qondagi ishqoriy fosfotaza aktivligi ,kal'siy va fosfor miqdori aniqlanadi.

Profilaktika chora –tadbirlari muvozanatlashgan oziqlanish , hayot rejimini ratsionallash, gimnastika va chiniqtirishni o'z ichiga oladi.

Spazmofiliya bola hayotining birinchi ikki yilligida uchrovchi kasallik hisoblanadi. Spazmofiliya va raxit Ca va F almashinuvining ikkita har xil fazalar buzilishida vit D tanqisligi natijasida rivojlanadi.

Spazmofiliyada gipokal'siemiya kuzatiladi, (raxitda nisbatan kamroq nomoyon bo'ladi) alkaloz(raxitda teskari alkaloz), qalqonsimon oldi bez gipofunksiyasi(raxitda ularning funksiyasi oshadi). Asosiy klinik simptomlar spazm(laringospazm, karpopedal spazm)va talvasa. Davolashda talvasaga qarshi vositalar kal'siy

preparatlari buyuriladi. Kal'siy preparatlarini qabul qilgandan 3-5 kundan so'ng spazmofiliya belgilari yo'qolgandan keyin antiraxitik davo olib boriladi.

Ko'pincha gipervitaminoz D 3-12 oylik bolalarda rivojlanadi va ishtaha yo'qolishi, sababsiz davriy qayt qilishlar, chanqash, tana massasining kamayishi, qabziyat bilan namoyon bo'ladi. Bolalar stasionar sharoitda davolanishi kerak. Uchastka UASHi vitamin D bilan zaharlanishga shubha qilganda darhol preparatni to'xtatishi, ovqatlanish ratsionidan kal'siyga boy preparatlarni chiqarish, kal'siy preparatlarini to'xtatish, ko'p suyuqlik ichirish tavsiya qilinadi. Agarda davo o'z vaqtida boshlanmagan bo'lsa, 2-3oydan so'ng kasallikning asoratlari kuzatilishi mumkin: buyrak zararlanishi, yakkol tomir gipertenziyasi, fiziologik rivojlanishdan orqada qolish, immunitetning buzilishi. Bunday bolalarda kamida 3 yil dispanser kuzatuv olib boriladi. Birinchi 6 oyda oyiga bir marta, keyinchalik 3 oyda bir marta UASH ko'rigi o'tkaziladi.

Qon bosimi, Sulkovich probasi, siydik analizi, qondagi Ca miqdorini nazorat qilish pielonefrit rivojlanganda dispanserizatsiya sxema bo'yicha olib boriladi. Qaytalanishga qarshi chora-tadbirlar kal'siyga boy mahsulotlarni ovqatlanish ratsionidan chiqarish (suyuqlik chegaralanmagan holda). Antianemik terapiya va vitamin terapiyani o'z ichiga oladi.

Bolalarda konstitutsiya nuqsonlarini davolash va profilaktikasi.

Konstitutsiya nuqsonlari bor bolalarda dispanser kuzatuv sog'lom bolalar uchun bo'lgan jadval bo'yicha olib boriladi.

Ekssudativ-kataral diatez – reaktiv xolat bo'lib, moddalar almashinuvini buzilishi allergik jaraen rivojlanishi, teri va shilliq qavatni qaytalanuvchi infiltrat-deskvamativ zararlashiga moyilligi bilan ifodalanadi. Bunda bolalarda giperlipidemiya, giperqlikemiya, gipoproteinemiya, atsidoz rivojlanib suv va natriy ushlanib qolish moyilligi rivojlanadi. EKDni rivojlanishida xomiladorlarni oziklanishi buzilishi va anamnezida allergik simptom mavjudligi ahamiyatga ega. Xomiladorlik paytida gipovitaminoz, atrof muxitni ifloslanishi va OIT surunkali kasalliklari EKD rivojlanishini chakiruvchi omil xisoblanadi.

EKD patogenezida psevdoadlergiya mexanizmlari gistaminni ajralishi bilan bog'liq, ortiqcha sekretsiyalanib semiz xujayralardan gistamin ajralib chiqadi.

EKDga chalingan bolalarni tashki ko'rinishi: shishinqirashi, bo'shashish, oq dermografizm, teri quruqligi, gneys. Ba'zi xollarda «geografik» til aniqlanadi, uzoq davom etuvchi kon'yuktivitlar, blefaritlar, rinitlar nafas yo'llarini obstruksiyaga moyilligi kuzataladi.

EKD to'lqinsimon kuchayish va yaxshilanish bilan kechadi. Kuchayishi onaning noto'g'ri ovqatlanishi bilan bog'liq (tabiiy oziqlantirishda) va bolaning (suniy oziqlantirish) aralashmalarni ko'tara olmasligiga bog'liq. Ikkinchi yilning oxirlarida EKD

simptomlari kamayadi va yo'qoladi. 15-20% bolalarda allergodermatoz, BA rivojlanadi.

Tekshiruvlar belgilanishi klinik simptomlarga bog'liq. Ko'p xollarda umumiy qon analizini o'tkazish buyuriladi.

Bolalarda gipovitaminozning diagnostikasi va davolash.

Vitamin A yetishmovchiligi.

Vitamin A faqat xayvon maxsulotlarida mavjud: yog'da, dengiz baliqlari (laqqa, bakra) jigarida. Provitamin A (karotinoidlar) o'simliklarda (sabzi, qovoq, mandarin, apelsin), tuxumda, sut emizuvchilarning va qushlarning jigarida, sutda bo'ladi.

Organizmدا vitamin A ni biologik ta'siri quyidagi jaraenlarga bog'liq:

- ko'zning to'r pardasida ko'ruv purpurasi yig'ilishini normada ushlab turadi;

- ektodermani (teri va uni xosilalari-tirnoq, soch, konyuktivani shilliq pardasi) oziqlanishini ta'minlash va boshqarish;

- moddalar almashinuvini boshqarish (fosfatidli, xolesterinli).

- Bundan tashqari vitamin A antigistaminli va immunadyuvant xossalarga ega, xujayraviy va gumoral tipdagi immunologik jaraenlarni kuchaytiradi.

Gipovitaminoz A boshlang'ich simptomlar epiteliy xujayrasini bo'linish jaraenlari va normal xolatini buzilishi, terini quruqlashib kepaklanishi, follikulalarni qisman dag'allashishi, soch quruqligi va sinuvchanligi, tirnoqlarda ko'ndalang chiziqlar paydo bo'lishi.

Ko'krak yoshidagi va erta yoshdagi bolalarda soch to'kilishlari va dermatitlar paydo bo'ladi.

Shilliq qavatning eroziyasi, konyunktivit va blefaritlar, stomatitlar, oshqozon shirasi ajralishini kamayishi, buyrak jomini, siydik pufagini epitelial xujayralarini ajralishi kuchayishi, ovqat xazm bo'lishi va so'rilishini buzilishiga olib keluvchi ichak shilliq qavatini epiteliysi o'zgarishi – gipovitaminoz A simptomlariga kiradi.

Moslashuv qobiliyati buzilishi (gemerolopiya)- vitamin A yetishmovchiligida funksional o'zgarish. Gemerolopiyani erta simptomlari yorug'likdan qorong'ilikga o'tganda ko'rish qobiliyati buzilishi, ko'z oldida «qora nuqtalar» va «yulduzchalar» poydo bo'lishidir.

Gemerolopiyani noaniq formasida kuchsiz yorug'likda qiyin moslashadi ko'pincha o'quv yoshidagi bolalarda kuzatiladi. Vitamin A defitsitida virus- bakteriyali kasalliklarga qarshilik kamayadi; gipovitaminoz A uzoq vaqt davom etsa jismoniy va aqlan rivojlanish orqada qoldiradi. Vitamin A defitsiti qonda miqdori 0,7 mkmol/l dan kam, karotin miqdori 1,5 mkmol/l dan kam, moslashuv qobiliyati normadan past.

Vitamin A vitamini yetishmovchiligini davolashda vitamin A preparatlari ishlatiladi. Vitamin A yetishmovchiligini og'ir formalarida miqdori kunida 25 000-50000 ME gacha oshiriladi (preparatni sutkada 1 kg tana vazniga 500-1000 ME xisoblanadi), kunlik kurs bilan.

Vitamin K yetishmovchiligi

Vitamin K defitsiti bir qancha surunkali kasalliklar (enterit, enterokolit), malabsorbsiya sindromi, ichakni xirurgik yo'li bilan olib tashlash, turli etiologiyali gepatitlar, jigar sirrozi, oshqozon osti bezini o'smalari, o't tosh kasalliklari,

-uzoq vaqt ichak mikroflorasini buzuvchi antibiotik qabul qilish, neodikumarin tipidagi antikoagulyantlar, varfarin.

- xomilada K vitaminini birlamchi yetishmovchiligi, uning platsenta orqali ushlanib qolishi, jigar funksiyasini buzilishi va yog'ni o'zlashtirilishi kamayishiga bog'liq. K vitaminini birlamchi yetishmovchiligi asosida xomilani gemorragik kasalligi yotadi.

- inson uchun K vitaminini asosiy manbasi yashil o'simliklar hisoblanadi. Eng kup bu vitamin ismaloqda (40 mkg/g kuruk modda) va karamda (10-30 mkg/g). K vitaminini inson organizmida qon ivish jaraenida ahamiyatga ega.

Vitamin K jigarda protrombin, prokonvertin(7 faktor), Kristmas faktori(9 faktor), Styuart-Præuer faktorii (10 faktor) kabi moddalarning o'z noaktiv xolatlaridan aktiv xolatini xosil qilishida muxim rol o'ynaydi. K vitamin yetishmovchiligi klinikasi ekximoz, gematoma, qon ketishi (kupincha burundan) bilan xarakterlanadi. Chaqaloqlarda kindik yarasidan, bosh soxasi, ichidan qon ketishi mumkin. Bu xolatda teri va shilliq qavatlarda petexial toshmalar bo'lmaydi, endotelial tekshiruvlar manfiy chiqadi. K avitaminozda qondagi protrombin miqdori 70% dan kam bo'ladi. K avitaminozda uchraydigan qon ketishlarda m.o bir vaqtda 0.5-1.0 ml 1% vikasol

yuboriladi. Keyin preparatni 0.003-0.01 g dan 3 maxal 3-4 kun davomida qabul qilinadi.

Vitamin E yetishmovchiligi

Tokoferol (vitamin E) tabiatda keng tarkalgan bo'lib, barcha oziq-ovqat maxsulotlarida uchraydi, ayniqsa o'simlik moylarida, donli maxsulotlarda va o'simliklarning yashil kismlarida. Xayvon maxsulotlarida tokoferol kam. Tokoferol tirik tuqimalarda biologik antioksidant rolini bajaradi, erkin radikallarni birlashtiradi va shu bilan birga tuyinmagan oksillarda perekis okislanish rivojlanishiga tushkunlik qiladi.

Vitamin E yetishmovchiligining klinik simptomlari kam. Tokoferol yetishmovchiligi surilish buzilganda, steatoreyalarda, yugon ichak qismlarining rezeksiyasida, ratsionda uzok vaqt davomida o'simlik maxsulotlari va yog' yetishmovchiligida va ximik ishlab chiqarish ta'sirlarida yuzaga kelishi mumkin. Chaqaloqlarda vitamin E yetishmovchiligi uchrashi mumkin, chunki Tokoferol platsentadan yomon o'tadi. Vitamin E yetishmovchiligi sababli gemolitik anemiya, retinopatiya, ko'rish buzilishi yuzaga kelishi mumkin. Chaqaloqlarda kutilmagan o'lim xolatlari xam uchraydi. Taxmin qilinishicha embrionda bronxopulmonar displaziyalarning sababi vitamin E yetishmovchiligidir.

Gipovitaminozni davolashda bir kunda 5-10 mg, chala tugilganlarga 25-50 mg dan vitamin E beriladi.

Vitamin B yetishmovchiligi

Vitamin B(tiamin) ko'p miqdorda achitkilarda, nuxat, yong'oq, go'sht, tuxum sarig'i, jigar va non maxsulotlarida uchraydi. B gipovitaminozining sabablariga maxsulotlarning antitiamin xususiyatlari kiradi: karp oilasi baliqlari, atlantik seld, choy, kofe, bryusell kapustasi tarkibida Vitamin B kop Vitamin B.

Nikotin kislota yetishmovchiligi

Nikotin kislota jigar, go'sht, donlilar, yashil nuxat, achitkilar tarkibida bo'ladi. Bundan tashqari vitamin PP odam ichagidagi mikrofloradan sintez bo'lishi mumkin. Vitamin PP uglevod, oqsil, lipid va pigment almashinuvlarining aktivatori bo'lib ta'sir qiladi. Vitamin PP MITga katta ta'sir o'tkazadi: motor va evakuatsiya funksiyasini boshqaradi, oshqozon suyukligining kislotaligini oshiradi, jigarining antitoksik xususiyatini oshiradi. Nikotin kislota yetishmovchiligi pellagraning klinik belgilarini yuzaga chiqaradi. Kasallikga xos xususiyatlar- dermatit va demensiyani o'z ichiga oladi.

Nikotin kislota yetishmovchiligining bolalardagi doimiy simptomlariga diareya kiradi. Oshqozon ichaklarning fermentlari kamayishi kuzatiladi.

Pellagrozda uchraydigan nerv sistemasi funksiyasining buzilishi xilma-xil. Yosh bolalarda depressiya, katatoniya, amimiya kuzatiladi.

Maktab yoshidagi bolalarda asteniya, xarakatning susayishi, taktil va ogrik sezuvchanligining buzilishi, bugim va teri funksiyalarining

pasayishi xamda depressiv, dement-galyusinator yoki ensefalit sindromi, xotira va ko'rish pasayishi kuzatiladi.

Vitamin PP diagnostikasi kasallikning klinik belgilari xamda siydikdagi konsentrasiyasini aniqlashdan iborat. PP gipovitaminozini davolashda nikotin kislotasi 0.005-0.03 g bir kunda 2-3 maxal, 15-20 kun davomida beriladi.

Vitamin C yetishmovchiligi

Askorbin kislotasi ko'p miqdorda o'simlik maxsulotlari tarkibiga kiradi: na'matak urug'i, karam, limon, apelsin, ko'k piyoz, olmalarning shimoliy navlari. Oz miqdorda vitamin C miya, mushak va jigarda bor. Vitamin C juda kuchli tiklantirish xususiyatiga ega va oksidanish-tiklanish jarayonini boshqarishda ishtirok etadi. Bundan tashkari askorbin kislotasi uglevod almashinvi, qon ivishida, to'kimalar regeneratsiyasi va steroidli garmonlar xosil bo'lishida ishtirok etadi. Askorbin kislotasining asosiy xususiyatlaridan biri - kollagen va prokollagen sintezida ishtirok etadi, kapillyar o'tkazuvchanligini normallashtiradi. Kasallikning klinikasida yashirin va yaqqol davrlari bor. C gipovitaminozning latent formasi yosh bolalarda ko'pincha astenik sindromga o'xshab kechadi. Adinamiya, xolsizlik, jismoniy va aqliy tez charchash bosh aylanishidek kam ma'lumotli shikoyatlar kuyzatiladi. Yoshi kichik bolalarda gipovitaminoz Cning erta belgilariga vazn oshishini orqada qolishi va immunitet pasayishi bilan kechadigan anoreksiyani kiritisa bo'ladi. Kasallarda angiodistrofik simptomlar kuzatiladi:

kapillyarlarni mo'rtligi, engil shikastlarda xam ekximozlarni xosil bo'lishi, musbat Rumpel—Leede simptomi. Maktab yoshidagi bolalarda ko'pincha milklarning engil infiltratsiyalangani va ularni ko'kimtir rangi, tish tozalaganda esa milklar qonashi kuzatiladi. Yurak -qon tomir sistemasi tomonidan shikastlanishlar: yurakda noaniq og'riqlar, taxikardiya, puls labilligi kuzatiladi. Gipoxrom kamqonlik boshlanishi, trombositopeniya rivojlanishi mumkin. Avitaminoz C (singa)birinchi o'rinda milklar o'zgarishi bilan kechadi; qator xolatlarda bu patologiyani yagona belgisi bo'ladi. Birinchi o'zgarishlar ko'pincha kariesli tishlarning bo'inchasida to'q qizil chegara xosil bo'lishidan boshlanadi. So'ng granulyasiyalar o'sib tish qismini qoplaydi. Granulyasiyalar tez infeksiyalanadi va nekrozlanib yarali stomatit xosil bo'ladi; so'lak oqish, og'riq, og'izdan badbo'y xid va keyinchalik tishlar tushishi bilan kechadi. Kasallik uchun teri qavatida ko'pincha soch follikuli atrofida petexial toshmal gemorragik sindrom xos. Keyinchalik yirikroq ekximozlar boldir, son va qorin soxasida xosil bo'ladi. Og'ir xolatlarda mushaklar, suyak parda, naysimon suyaklarning epifizi va diafizi birikkan soxalariga va ko'zning oq pardasiga qon quyilishi mumkin. Ko'pincha milklarning qonashi va burundan qon kelishi uchraydi.

Yoshi kichik bolalarda singa belgilari o'ziga xos shakilda kechadi, bu Meller— Barlov kasalligi deb ataladi. Kasallikni klinik simptomlariga xarakterda qo'l oyoqlarni og'rish, bolaning

bezovtaligi va subfebril isitma fonida diafizlarni bo'rtishi kiradi.

Rentgenologik Meller—Barlov kasalligiga xos: rentgenogrammada shikastlangan soxa atrofida muftalar ko'rinadi, suyak pardani va suyak parda osti siniqlari ko'chganligi tufayli noaniq chegaralar xosil bo'ladi. Umumiy osteoporoz tufayli qobig' moddasi yupqalashib g'oyat mo'rtlashadi. Natijada g'ovaksimon metafizar suyak moddasi va unga yaqin xujayraning qobig' qavatlarida ko'p miqdorda mikroskopik jarroxlilar xosil bo'ladi.

Diagnostika anamnez, klinik belgilar va askorbin kislotasini kunlik(10mg dan kam)yoki soatlik(0,003 g/l dan kam) peshobdagi miqdorida asoslangan.

Gipovitaminoz C ni davolash oziqlantirishni normallasuvi, ratsionga askorbin kislotaga boy maxsulotlarni kiritish va C dori darmonini kunga 2-3 maxal 0,05 -0,1 g dan tayinlashdan iborat.

Bolalarda markaziy nerv sistemasining perinatal shikastlanishi

Bir yoshgacha bo'lgan bolalar orasida nevrologik perinatal patologiyasi turli xil manbalarga qaraganda 15 dan 60% gacha uchraydi. Shulardan psixonevrotik nogironlik kelib chiqish asosiy sababi MNS ning perinatal shikastlanishidir.

Kasallikning o'tkir davri vaqt soatida tug'ilgan bolalarda tug'ilganidan 7 kungacha, vaqtidan oldin tug'ilganlarda esa— 28 kungacha davom etadi. Asosiy etiologiya—bosh miya

ishemiyasiga olib keluvchi gipoksiyadir, boshqa xolatlarda esa —qon quyilishi. O'z vaqtidan oldin tug'ilgan bolalar MNSning perinatal shikastlariga periventrikulyar qon quyilishlari, metabolik buzilishlar, jaroxat va infeksiya sabab bo'lishi mumkin. MNSni gipoksik-ishemik shikastini I, II va III og'irlik darajalari bo'ladi. MNS gipoksik-gemorragik shikastiga qorinchalar ichiga qon quyilishlar, parenximatoz qon quyilishlar, subaraxnoidal qon quyilishlar, orqa miyaning epidural gematomalari va miyani birlashgan ishemik-gemorragik shikastlari kiradi. Nerv sistemasining jaroxatlariga tug'ruqdagi bosh miya jaroxati, orqa miyani tug'ruqdagi jaroxati va periferik nerv sistemasining jaroxatlari kiradi.

MNS faoliyatini metabolik va toksik buzilishlariga onaning xomiladorlik davridagi bilirubin ensefalopatiyasi, metabolik va toksik buzilishlar, gipoglikemiya, gipomagnemiya, gipokalsiemiya, gipo- va gipernatriemiya, gipo- va giperkaliemiya, atsidoz, alkohol, narkotik moddalar, dorilar qabuli, chekish bilan bog'liq xolatlar olib keladi. MNSni infeksiyon buzilishlariga meningoensefalitlar, intranatal infeksiyalanish (TORCH- infeksiyalar) kiradi.

Bosh miya qobig'i, qobiq osti strukturalari, miya va miyacha shikastlanishini ensefalopatiya deyiladi. Orqa miya shikastlanishi — mielopatiya, periferik nervlari shikasti esa — neyropatiyadir.

Ensefalopatiyaning o'tkir davri asosiy klinik sindromlari: tez qo'zg'aluvchanlik sindromi, MNSni o'rta susayish sindromi,

talvasa sindromi, gipertenzion-gidrotsefal sindrom, vegetativ-visseral buzilishlar va nerv sistemasinngi umumiy sustlashuvi(sopor yoki koma)kiradi.

Tiklanish davri o'z vaqtida tug'ilganlarda I oydan 12 oygacha davom etadi, o'z vaqtidan oldin tug'ilganlarda esa 2 yoshgacha davom etadi. Bu davrda tez qo'zg'aluvchanlik sindromi, talvasa sindromi, xarakat buzilishlari sindromi (markaziy yoki periferik parezlar, ekstrapiramidal sistemaning yoki miyachaning faoliyati buzilishlari), gidrotsefaliya sindromi, psixomotor va nutq rivojlanishini orqada qolishi, qobiq qavatining shakillanishini buzilishi kuzatiladi.

MNS perinatal shikastlanishini natijasida sog'yaish, manaviy xamda jismoniy rivojlanishdan orqada qolish kuzatiladi. Qobiq qavati funksiyalari shakllanishini buzilishiga o'chog'li ensefalopatiyaning mikrosimptomlari qo'shilishi mumkin. Rivojlanishning patologik varianti— markaziy yoki periferik parezlardek xarakat defektlari shakllanishi, ekstrapiramidal sistema va miyacha faoliyatining buzilishi, qobiq qavatining qo'pol buzilishlari, simptomatik epilepsiya, gidrotsefaliya, yoki bolaning sotsial muxitga moslasha olmasligiga olib keluvchi o'zgarishlar kiradi.

Diagnostika uchun qon va peshobning klinik taxlili, qonda qand miqdorini aniqlash, proteinogramma, bilirubin xajmini aniqlash, kislota ishqor xolati va qonni gaz tarkibini aniqlash, likvor taxlili, neyrosonografiya, bosh miya UTTsi, MRT,

kompyuter tomografiyasi, doppler ensefalografiyasi va oftalmoskopiya o'tkaziladi. Ko'rsatmalarga qarab kraniografiya, spondilografiya, intranatal infeksiyanishni tekshirish mumkin.

Bolalarda MNSni perinatal shikastlanishini UASH xamda nevropatolog birgalikda o'tkazishi lozim. O'tkir davrda bolani parvarishlash uchun mos muxitni tayinlash lozim. Davolash qonda qand miqdorini aniqlash, elektrolitlar va boshqa ko'rsatkichlar tekshiruvi ostida o'tkazish lozim. Sust miya qon aylanishini tiklashga yunaltirilgan davo kompleksi o'ziga kislotani, gipovolemiyani, gipoglikemiya, arterial gipotenziyani, yurakdan qon otilib chiqishini normallashtiruvini kiritadi. Antioksidantlar (fosfolipidlar, GOMK), nootropalar (piracetam) beriladi. Miyani gipoksichesik -ishemik shishlarini davolash uchun mannitol va furosemid beriladi.

Gipovolemik xolatda gidroksietilkraxmalning 6% eritmasi 10—15 ml/kg dan foyda beradi va musbat neyrometabolik faoliyatga ega birlashgan— instenon preparati 0,2 ml/kg vaznga kunga 1 marotaba (xayotining 4chi kunidan) 7-30 kun davomida beriladi.

Kuchli qon ketishi profilaktikasi uchun vikasol 0,1 ml/kg bir marotaba, etamzilat kuniga 125mg/kg 2 marotaba, fosfolipidlar 2 ml/kg kuniga 1marotaba beriladi. UTT o'tkazilishidan oldin geparin natriy, aminofillin, giperosmolyar eritmalar berish tavsiya qilinmaydi. Bosh miya va yurak gemodinamikasining buzulishi, gemodinamik axamiyatga ega bo'lgan arterial

yulakning ochiqligida dopamin berish tavsiya qilinmaydi.

Degidratatsiyani glitserolni enteral berish bilan o'tkazsa bo'ladi, xar 6 soatda 1 g/kgdan 7 kun davomida, keyin atsetazolamid bilan kunga 20—50—80 mg/kg dan kaliy preparatlari bilan birgalikda beriladi.

Talvasalar bo'lsa fenobarbital qondirish dozasi 20mg/kg (ushlab turuvchi doza 5mg/kg) beriladi. Talvasalar to'xtamagan holda bolaga lorazepam 0,05—0,1 mg/kg dozada beriladi. Qon aylanishi etishmovchiligida 0,03 mg/kg digoksin 2-3 kunda 6 ga bo'lib beriladi. Keyin ushlab turuvchi dozaga o'tiladi, u qondirish dozasi 1/5 ga teng.

Tiklanish davrida davolash asosiy sindromga bog'liq. Tez qo'zg'aluvchanlik sindromida aminofenilyog'li kislota (fenibut) kuniga 100mg gacha 1-3oy davomida beriladi; glitsin kuniga 100mg dan, persen 1/2dan kuniga 3 marotaba, fenobarbital kuniga 5 mg/kg dan, kalsinova kuniga 200 mg gacha, magne B6 kuniga 1 ml/kg dan, kalsiy glitserofosfat kuniga 250 mg dan 30-40kun davomida; sitral miksturasi beriladi.

Vegetativ -viseral buzilishlar xolatida kavinton 1 mg/kg, magne B6 1mg/kg, glitsin 10 mg/kg sutkada, riabal beriladi. Astenik sindromida yantar kislotasi, vitaminlar va semaks beriladi.

Xarakat tizimida buzilishlar xolatida aktovegin 80 mg bir sut., piratsetam 1 gr sut., vitaminlar- elevit 1 kapsuladan bir maxaldan 30-40 kun; fizioterapiya (bir yilda 3 marta) qilinadi;

Talvasa sindromini terapiyasida fenobarbital 10 mg/kg; valproeva kislotasi- 15-10 mg/kg sutkada bir marta, karbamazepin 10-15 mg/kg sut.bir marta beriladi.

Gidrotsefal sindromini terapiyasi- diakarb 20 mg/kg sut.bir marta; gidrotserol 1 % 1 choy qoshiqdan kuniga 3 marta, magne V6, aktovegin sut. 80 mg. bir sut.

Periferik parezlar xolatida ksantinola nikotinat yoki nikotin kislotasi xayotning ikkinchi xaftasidan 75-100 mg 10-12 kun ichida, neostigmin metilsulfat beriladi (prozerin) 0,05 % 0,1 ml/kg sut. bir maxal; serebrolizin 0,5-1 ml m/i yoki v/i; dibazol 1-5 mg kuniga 2 marta beriladi, fizioterapiya, kinezoterapiya, jismoniy davolash, 30-40 kun ichida yiliga 3 marta otkaziladi.

Psixomotor rivojlanish to'xtashi fonida gopangen kislotasini (pantogam) 100 mg sut. bir marta 2 maxal, piritinol (ensefabol) 10-20 tomchidan kg vazniga, vinpotsetin (kavinton) 1 mg/kg sut.bir maxal , serebrolizin 0,1 ml/kg m/i, piratsetam 5 yoshgacha 0,2 gr 3 mahal 2 oydan 6 oygacha individual beriladi, atsetilaminoyantar kislotasi (kogitum) 1 ml/kg 2 marta;aminofenilmoyli kislota (fenibut) 100 mg sut bir marta,memoplant (tanakan,bilobil) 10-20 mg bir sut 2 maxal; semaks burin ichiga 2 tomchidan kuniga,5-10 kun ichida;korteksin 0,5-1 ml m/i 10 kun ichida;polivitaminlar 1-2 kaps. bir sut; Fizioterapevtik usullar:elektroforez- papaverin, eufillin, nikotin kislotasi bilan boyinga,umurtqaga xayotning birinchi kunlaridan

boshlab,elektrostimulyasiya ,parafinli applikatsiyalar, massaj, jismoniy davolash, kinezoterapiya, aromaterapiya tavsiya etiladi.

Gospitalizatsiyaga ko'rsatma: kasallikning ogir va o'rta ogir kechishi, ambulator davolashning effektsizligi.

Nevropatolog ko'rigidan bolalar 6 oydan 2 yoshgacha -3 oyda bir marotaba, 2 yoshdan 3 yoshgacha- 4 oyda 1 marotaba o'tadilar. Oftalmolog ko'rigidan bola birinchi oyda, 3 va 12 oylarda, keyin esa bir yilda 2 marotaba o'tadilar. Neyroortoped konsultatsiyasi bolaning bir oyligida, 3 va 12 oyligida, keyin esa xar yili bir marotaba o'tkaziladi. Endokrinolog ko'rigi birinchi oyda, 6-12 oylarda, 3 yoshida o'tkaziladi. UASH va nevropatolog ko'rigi bolaning 4 yoshidan 7 yoshigacha 6 oyda bir marotaba o'tkaziladi. Oftalmolog va endokrinolog ko'rigi xar yili o'tkaziladi. Reja boyicha ko'riklar neyroortoped, bolalar psixonevrologi va logoped (ko'rsatma bo'yicha) qatnashuvida otkaziladi.

Dispanserizatsiya miyaning -UTT, EXO-ensefalografiyani, EKG, elektroensefalografiyani, elektromiografiyani, kalla suyak rentgenografiyasini va xomiladorlik davri infeksiyasiga tekshiruvni o'z ichiga oladi. Tekshiruv xarakteri MNS perinatal shikastlanishi darajasiga bog'liq (aynan klinik xolatining xususiyatlaridan). Reabilitatsiya moddalar almashuvining normallashuvi, mushak tonusining defekti, reflekslarning defekti, tayanch-xarakat sistemasi shikastlanishining xamda korreksiyasining oldini olishga, psixo-emotsional ozgaruviga yonalgan. Reabilitatsiya oz ichiga vitaminoterapiya, jismoniy tarbiya yordamida turli yoshga mansub

xarakat, nutq xamda ruxiy konikmalarni, massajni, fizioterapevtik muolajalarni kiritadi. Medikamentoz davolashning yonalishli stasionarda otkazish maqsadga muofiq, bolani reja boyicha chaqaloqlik davrida, keyin yiliga 2 marotaba gospitalizatsiya qilish kerak.

Nafas olish a'zolari kasallangan bolalarni davolash

O'RK bilan infeksiionistlar, otoloringologlar, pulmonologlar, allergologlar, maxalliy shifokorlar shugullanadi. O'rtacha yillik bolalar kasallanishi, aynan bolalar kollektivlarida kattalar kasallanishidan 4-5 marotaba kuprok.

O'RK simptomlarining analizi rivojlanish ketma-ketligi, kechish darajasi, kuprok joylashishi va boshqa a'zo va sistemalarning patologiyasini uz ichiga oladi. O'RKlar diagnozi klinik va epidimiologik ma'lumotlar asosida qo'yiladi.

O'RKning diagnostik me'zonlari.

-mulqotda bo'lganlik to'g'risida ma'lumotlar;

-shamollash xamda sovuqda qolib ketishning bogliqlik sabablari;

-burun xalqumda o'tkir og'riq sindromi;

U'tkir otitning diagnostik me'zonlari.

Qulokdagi o'tkir og'riq (yo'talganda, aksirganda, burun qoqqanda kuchayadigan); tana xaroratining ko'tarilishi, intosikatsiya, quloqdan ajralmalar.

Angina yoki o'tkir tonzillitning diagnostik me'zonlari: tomoqdagi og'riq, intoksikatsiya, tana xaroratining ko'tarilishi,

bodomsimon bez usti follikullarining yiringlashi (follikulyar angina) yoki lakuna ogzidagi yiring (lakunar shaklida).

Kataral shikastlanish nafas yo'llarining pastki qismiga xam etib borishi mumkin.

Bronxit diagnostik me'zonlari: yotal, quruq va turli kalibrdagi nam xirillashlar, o'pka rentgenogrammasida infiltrativ va o'chog'li soyalashning yo'qligi.

Pnevmoniyaning diagnostik me'zonlari: umumiy axvolning buzilishi, tana xarorati ko'tarilishi, yo'tal, nafas qisishi, fizikal o'zgarishlar (perkutor tovushning kaltalanishi, nafas susayishi, bronxial nafas, fizikal ozgarishlarning bir taraf lama yoki lokal bo'lishi, shuningdak xirillashlar xam).

Xozirgi paytda bolalarda kasalxona ichi pnevmoniyalari katta qiziqish uyg'otadi, kassallik tug'diruvchining mikrobiologik spektri xamda odamning virus-bakterial assotsiatsiyasiga turli xil reaksiyasi etiborga olinadi. Birinchi o'rinda, bunday pnevmoniyalar odatda O'RKning asoratlari bo'lib, ko'proq uning simptomlari bilan o'tadi. Boshlang'ich davrida pnevmoniyaning klinik belgilarining yo'qligi xarakterga ega. Asosan O'RK alomatlari kuzatiladi, ammo etakchi alomati-bu quruq, qat'iy, qiynaydigan yo'taldir. Faqat 5-7 kunlarda klinik pnevmoniya diagnozi shubxasiz aniqlanadi: nafas qisishi, sianoz, perkutor tovushning joylarda qisqarishi, auskultativ xirillashlar(bronxopnevmoniyada). Ammo rentgenologik perebronxial, perevaskulyar infiltratsiyasini, kamroq hollarda diffuz

infiltratsiya, o'pka shish alomatlari, atelektaz; plevra intakti ko'ramiz.

Bolalarda pnevmoniyaning erta diagnostikasi qiynchilik tug'diradi. 5-7 kunlarga kasallikning avj olishi, baland va davomiy isitma chiqishi (5 kundan ortiq), quruq qat'iy yotal, nafas etishmovchiligi alomatlari, intoksikatsiyaning oshib borishi rentgenologik tekshiruvga ko'rsatma bo'ladi.

O'RKning paraklinik diagnostikasi:

Umumiy qon va siydik tashlili (isitma chiqishi 5 kundan ko'p bolsa);

immunoflyuoressensiya usuli yordamida burun va og'iz xalqum boshlig'ining silindrik epiteliyida bakterial antigenlarni topish;

ko'rsatma bo'yicha -ko'krak qafasi azolarining rentgenologik tekshiruvi;

qonning kimyoviy tashxisi (yallig'lanish jarayoni), koagulogramma;

og'iz-xalkum shillig'ining bakteriologik tekshiruvi (mikrob spektri) xamda antibakterial preparatlarga sezuvchanligini aniqlash;

Aloxida o'rinni anginalarning differensial diagnostikasi egallaydi. Shu maqsadda birlamchi tashxisni aniqlash uchun

anginalarning barcha turlarida (kataral turidan tashqari) Leffler

tayoqchalariga surtma olinadi. Bunday tekshiruv uchun boshqa

ko'rsatmalar xam bor: surunkali tonzillitning yiringli alomatlari bilan

avjiga olishi; stenozlanuvchi laringitlar.

bolalarin. og ko'ng. vart. filanslovch

Xozirgi paytda ambulator sharoitda O'RKni davolash ko'rsatmalari nixoyatda ko'p. Uyda bolalarni faqatgina O'RKning yengil xamda asoratsiz turlari, laringit va laringotraxeitning stenozsiz darajasi, bronxit, pnevmoniya (qollangan terapiya 2-3 kun ichida ta'sirini ko'rsatsagina) davolanadi.

Gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar: yangi tug'ilgan chaqaloqlar, bir yoshlik bolalar, og'irlashgan premorbid fon bilan. Og'ir o'tkir O'RK bilan kasallangan bolalar (neyrotoksikoz, gemorragik, kardial, abdominal va boshqa sindromlar), 5 kundan ortiq isitma chiqishi va qollangan terapiyani foydasizligi, hiqildoq 2 daraja stenoz va undan og'ir darajalari, bronxitlar va bronxiolitlar, nafas yetishmovchiligi bilan kechadigan obstruktiv sindromli bolalar gospitalizatsiyaga muhtojdirlar. Uyda davolashga va kuzatuvga sharoiti yo'q bolalar xam gospitalizatsiya qilinishi lozim(5 tavakallik guruxi). Pnevmoniya xolatida og'ir asoratlar bilan (2 darajali va undan og'irroq nafas etishmovchiligi), toksik, toksikoseptik turlari, o'pka(destruksiya, plevrit,t.b) va opkadan tashqari(yiringli otit, meningit, pielonefrit va t.b.) asoratlar alomatlari bilan gospitalizatsiya qilinadi. Angina xolatida og'ir forma va asoratlar bilan bo'lgan bolalar ham gospitalizatsiya qilinadilar(paratonzillyar shish).

Xozirgi paytda ambulator sharoitda O'RKni davolash ko'rsatmalari kengaygan. Davolash effekti 2-3 kunda kuzatiladigan kasalliklar: engil va asoratlanmagan O'RK shakllari, laringit, stenozsiz laringotraxeitlar, bronxitlar, pnevmoniyalar uy sharoitida davolanadi.

Gospitalizatsiyaga ko'rsatmalar: yangi tugilgan chaqaloqlar, bir yoshgacha bo'lgan ogirlashgan premorbid fonli bolalar. Bundan tashqari O'RK og'ir shakllari (neyrotoksikoz, gemorragik, kardial, abdominal va boshqa sindromlar), bezgakda 5 kundan ortiq davo effekti bo'lmaganda, 2 darajali xikildoq stenoz va og'ir darajali bronxit, bronxiolit va obstruktiv sindrom NE bilan gospitalizatsiyaga ko'rsatma bo'ladi. Bolalarni uy sharoitida davo va parvarishlashning iloji bo'lmaganda gospitalizatsiya qilinadi (5 xavf guruxi). Bolalarda pnevmoniyani og'ir asoratlarida (NE 2 darajasi va undan og'irroq xollarda), toksik, toksikoseptik shakllari, o'pkadagi asoratlar (destruksiya, plevrit va boshqalar), va upkadan tashqari asoratlar (yiringli otit, meningit, pielonefrit va boshqalar) simptomlari bo'lganda gospitalizatsiya qilinadi. Otitda meningeal simptomlar bilan, bosh aylanishi, yuz nervi parezi, mastoidit bilan bolalar gospitalizatsiya qilinadilar. Bolalarda angina og'ir darajalarida va asoratlar (paratonzillar abscess va boshqalar) rivojlanganda gospitalizatsiya qilish zarur. O'RK bilan kasallangan ko'krak yoshidagi bolalarni ambulator sharoitda maxalla shifokori xar kuni ko'rikdan o'tkazadi. Erta yoshdagi bolalarni birinchi 2-3 kunda (tana xarorati tushguncha) maxalla UASHi xar kuni ko'rikdan o'tkazadi. Katta yoshdagi bolalarning xarorati oshganda shifokor 3 kunda bir ko'rikdan o'tkazadi.

O'tkir otitda bolani ambulator olib borishga otolaringolog jalb etiladi. Sogaygandan keyin eshitish funksiyasini tekshirish uchun otolaringolog yoki surdolog ko'rigi shart.

Ambulator sharoitda anginani davolashda bolani birinchi 3 kunda xar kuni ko'rik o'tkaziladi, keyinchalik 3 kunda bir tana xarorati meyorlashguncha, 8-10 kunida qon va siydik, EKG tekshiruvlari o'tkaziladi. Sogaygandan sung kayta UASH ko'rigi 7-10 kunda o'tkaziladi.

Katta yoshdagi bolalarni O'RK o'rta ogir va engil shakllarini uy sharoitida davolanadi.

Uy sharoitida davolanishning afzalliklari: - reinfeksiya yuqligi, - individual parvarish. Bronxit va pnevmoniyani ambulator sharoitda davolashda maxalla UASHi bemorni xar kuni to umumiy axvoli yaxshilanguncha ko'rikdan o'tkazadi, keyinchalik xar 3 kunda 1 maxal klinik sogayguncha, tana xarorati normallashtgandan keyin qabulga chaqiradi. Pnevmoniya bilan ogrigan bolani bo'lim boshligi ko'rikdan o'tkazishi zarur. Tashxis qo'yishda qon tekshiruvi va ko'krak qafasi organlarining rentgenografiyasi zarur. Klinik sogaygandan keyin nazorat sifatida gematologik va rentgenologik ko'rsatkichlarni tekshiruvi olib boriladi. Pnevmoniyani asoratlanganmagan shaklida rentgen kuzatuv zarur emas, agar tula klinik davoga erishilgan bolsa. Plevrit kechishini nazorat qilishda UZI tekshiruvi o'tkaziladi. O'tkir pnevmoniya barcha shakllarida sogayish kriteriyalari bo'lib klinik, laborator va rentgenologik malumotlar normallasuvi xisoblanadi.

Erta yoshdagi bolalarda yaxshi sifatli premorbid fon, epidemiya davrida to'lik sogaygunicha faqat uy sharoitida davolanadi, poliklinikaga bolalar chaqirilmaydi.

Davolash-ximoya tartibi: bemor bolani izolyasiyasida bolalar va kattalarni muloqotini cheklash; sanitar-gigienik tartibni saqlash (namlab tozalash kuniga 2-3 marta; 6-8 marta xonani shamollatish; xona xaroratini 20-22 darajada ushlab turishi va uyquga ketishda 2-3 daraja kamaytirish); gigienik parvarish (tez-tez kiyim almashtirish; burun ro‘molchasini almashtirish; teri va shilliq qavatlarni parvarishi); psixo-emotsional va psixik zuriqishni oshishini yo‘qotuvchi sharoit yaratish.

Yotoq tartib butun xarorat oshgan davriga belgilanadi, keyinchalik – uy tartibi 7 kungacha. Toza xavoda sayr 7chi kundan keyin, quruq, shamolsiz xarorati 10 darajadan past b‘lmaganda, davomligi 20-30 daqiqadan boshlanadi.

• O‘RKda suyuqlikka talab 1,5 baravar oshadi.

• Viruslarga qarshi dori vositalari ta’sir mexanizmi bo‘yicha bir nechta guruxlarga bo‘linadi. Birinchi gurux – virusni xujayraga kirishishiga to‘sqinlik qiluvchi vositalar (remantadin, amantadin, arbidol, ribavirin, sikloferon). Remantadinni toksikligi sababli bolalarda qullanishi chegaralangan, 7 yoshdan katta bolalarda qo‘llaniladi, ayrim vaziyatlarda – 3 yoshdan. Gerpetik infeksiyada atsiklovir (zoviraks) effektivdir.

• Ikkinchi gurux – nuklein kislotalar biosintezini buzuvchi vositalar (ribo- va dezoksiribonukleazalar), adenovirus va gerpetik infeksiyada ko‘proq effekt ko‘rsatuvchi gurux.

• Uchinchi gurux – interferon va uning stimulyatorlari, interferonogenlar. Alfa interferon, leykotsitar odam interferoni,

Interferon O'RK davolash va profilaktikasida qo'llaniladi; Ushbu gurux vositalarini ishlatishda yosh chegaralari inobatga olinmaydi, lekin davolash maqsadida kasallikning birinchi 3 kunida qo'llaniladi. Undan tashqari, NPVSlar bilan qo'llash interferon biologik aktivligini tushiradi. Endogen interferon stimulyatorlariga sikloferon, tiloran (amiksin), ribonukleat natriya (ridostin), megosin, poludan kiradi. Ushbu vositalarni bolalarda qullanishi chegaralangan: sikloferon 4 yoshdan yuqori, tiloran (amiksin) esa 7 yoshdan yuqori bolalarda qo'llaniladi. Interferonogen, lekin qisqa vaqtli vositalarga araliya, limonnik, eleuterokokk, jenshen, zamanixa kiradi.

To'rtinchi gurux – spetsifik immunoglobulinlar. Grippga qarshi odam immunoglobulinini O'RK ogir va toksik shakllarida terapiya maqsadida qo'llaydilar. Bu guruxga zardob uchun preparatlar kiradi: grippol – polioksidoniy, interferon stimulyatori sifatida + tirik kuchsizlantirilgan virus serotiplari, mushak orasiga yuboriladi; inflyuvak – gemaglyutininlar + neyromidaza, 6 yoshdan yuqori bolalarda mushak orasiga yuboriladi; tirik quruq allantois grippoz zardob – 3 yoshdan intranasal ishlatiladi. Qarshi ko'rsatmalari ko'p, mushak orasiga yuboriladigon zardoblarga qaraganda effekti past.

O'RK etiotrop davosiga antibakterial vositalar xam kiradi, lekin antibiotiklarni O'RK bakterial asoratlari profilaktikasida qo'llanilishi samarasizligi isbotlangan.

Antibiotiklarni O'RKda qo'llanilishiga ko'rsatmalar: yiringli infeksiya simptomlari, virus va bakterial infeksiyasi differensial tashxisi qiyinchiligi (febril xarorat fonida intoksikatsiya, meningizm,

o'pka auskultativ ma'lumotlar assimetriyasi, yalliglanish gematologik aktivligi – leykotsitoz, SOE 20 mm/s.dan yuqori); premorbid fon uziga xosligi (gipotrofiya, timomegaliya, tug'ma yurak nuqsonlari bo'lishi, surunkali somatik kasalliklarning to'liksiz remissiya davrida); oxirgi oyda anamnez uziga xosligi (zardoblash, moslashishni buzilishi, 800-1000 km dan uzoqroqqa ko'chishda akklimatizatsiya davri) β -laktamlarga allergiya kuzatilgan xollarda makrolidlar tavsiya etiladi (eritromitsin, azitromitsin). Muolajaga rioya qilmaydigan bemorlarga antibiotiklar qo'llash mumkin (bitsillin-3). Shunga o'xshash xollarda, turli xil yoshda ko'proq kasallik kuzgatuvchi bakteriyalarni xisobga olib, 6 yoshdan katta bo'lgan bolalarda otit, sinusit, bronxit va pnevmoniya bo'lsa birinchi navbatda antibiotiklar tavsiya qilinadi. Atipik xolat kuzatilganida birlamchi makrolidlar tavsiya qilinadi. Preparatlarni suspenziya xolatida yuborish maqsadga muvofiq. Agar preparat ta'sir qilmasa 3 kundan keyin boshqa preparatga almashtiriladi. Anginani davolashda antibiotiklarni kamida 10 kun qo'llash ilozim. Qolgan xolatlarda antibiotiklarni normal tana xarorati bo'lguncha qo'llanilishi tavsiya etiladi.

Antigistamin preparatlari noxush allergik fonda qo'llaniladi, yaqqol shishli va ekssudatli sindromlarda o'rta va yuqori nafas yo'llari shilliq qavatini quritish vositasi sifatida tavsiya etiladi.

Antimikotik preparatlar uzok davom etgan antibiotik dorilar bilan davolanganda qo'llaniladi. Bu borada amfoteritsin preparatini tanlov preparati deb xisoblash mumkin.

Patogenetik davolash.

Isitma tushiruvchi vositalar

O'tkir respirator kasalliklar paytida isitma ko'tarilishi tabiiy ximoya reaksiyasi xisoblanadi, bunda interferonni endogen sintezini oshiradi. Shuning uchun, agar bemor isitmani ko'tarib olsa, $38,5^{\circ}\text{S}$ gacha tana xarorati ko'tarilganida tushirish tavsiya etilmaydi. Biroq, ayrim xollarda ogir asoratlarga olib kelishi mumkin bo'lganligi sababli, isitma xavfli bo'lishi mumkin. Antipiretik moddalarni bir martalik, qayta va sistemali ishlatish aniq ko'rsatmalari bor - shu jumladan neyrotoksikoz, nafas va qon-tomir etishmasligining II- III darajasi, tanadan suv ketish tutqanoq sindromi, meningizmning klinik xolatlarida. Anamnezdan va yondosh kasalliklardan kelib chiqib febril tutqanoq 3 oylik bolalar perinatal ensefalopatiyasi, raxit, gigertrofiya, anemiyaning II va undan og'ir darajalari, tug'm nuqsonlar bunga misoldir. Isitmani tushiruvchi vositalarni buyurish, isitmani to'liq normallashtirishni ifodalamaydi. Bunday holatda tana xarorati rejimiga qat'iy rioya etish o'ta muhimdir. Isitma tushurishni fizik usullaridan foydalanish lozim.

Tibbiy vositalardan paratsetamol va uning analoglarig (panadol), kombinatsiyali preparatlar (koldreks va boshqalar) bolalar uchun xam chiqariladigan bo'lishi shart) ko'proq murojaat qilinadi. Atsetilsalitsil kislotasi (aspirin), natriy metamizolni (analgin) gematologik asoratlarni keltirib chiqarish

mumkin bo'lganligi sababli ishlatilmaydi. Biroq ibuprofen (ibufen, nurofen)ni 3 oylikdan keyin qo'llash ruxsat etilgan.

Yo'talga qarshi vositalar. Bu vositalar 2 guruxga bo'linadi. Birinchi guruxga balg'am ajratuvchi va ko'chiruvchi vositalar, tabiiy o'simliklardan (gulxayri ildizi, qizilmiya, termopsis va boshqalar), xar 2 soatda qo'llaniluvchi; xo'l va balg'am ajralishi qiyin bo'lgan yo'talda buyuriladigan mukolitiklar (atsetilsistein, mukaltin, bromgeksin, pakseladin, geksapnevmin, pertussin) kiradi. Ikkinchi guruxga yo'tal refleksini to'xtatuvchi, quruq yo'talda buyuriladigan markazga ta'sir etuvchi vositalar (kodelak, tusupreks)kiradi. Yoshga mansub chegirmalar bor. Bu vositalar faoliyatini antigistamin preparatlar kuchaytiradi (qurituvchi, atropinga xos xususiyatli).

Simptomatik davolash

Notibbiy muolaja usullari jiddiy axamiyatga ega. Rinoreyani davolashda qon tomirni toraytiruvchi burun tomizmalari buyuriladi, preparatni xar 3 kunda almashtirish maqsadga muvofiq (ksilometazolin — galazolin, nafazolin — sanorin, bor-adrenal tomizmalar). Burun ajralmalari quyuuq bo'lgan xollarda burunni chayish tavsiya etiladi (nitrofurani — furatsillin, natriy bikarbonat eritmasi). Yiringli rinitda kumush proteinati (protargol) yoki kollargol afzalroqdir. Burun shilliq qavati quruq bo'lganda retinol eritmasi, kalendula mazi, vazelin surtiladi. Erta yoshli paytda yog'li tomizmalarni (bifonazol, pinosol) qo'llash tavsiya etilmaydi. Isituvchi va chalgituvchi amaliyotlar,

ingalyasiyalar, antiseptik vositalarni surtish keng qo'llaniladi.

Maxalliy davo: shilliq qavatni tuzli eritmalar, dengiz suviga o'xshash vositalar bilan (akva maris, fiziomer), natriy xloridi (salin); strepsils, bronxikum, ambazon (faringosept), doktor MOM kabi bakteriatsid plastinkalar qullashni uz ichiga oladi. Ogiz- xalqumni chayishda antiseptik eritmalar furatsillin, gidroksi metil xinoksilindioksidi(dioksidin) kabi dori vositalari qo'llaniladi. Maxalliy antibakterial davo preparatlariga fuzafungin (bioparoks), fenspirid (erespal) va geksetidin (geksooral) kiradi.

O'RKni davolashda turli yo'nalishli xususiyatlarga ega bo'lgan fito vositalarni ishlatish muxim o'rin egallaydi. Masalan kalendula, juka, qayin, andiz, ok qaldirmoq, mingyaprok, marmarak, qirqbug'im yallig'lanishga qarshi xususiyatga ega. Piyez va sarimsok piyez virusga qarshi xususiyatga ega. Antiseptiklar: zveroboy, zupturum, moychechak, chistotel, archa, qarag'ay. Isitma tushiruvchi: qayin bargi, malina, butakuz, buzina, sachratki, moychechak, oq qaldirmoq. Antiallergik: moychechak, qizilmiya, binafsha, chereda. Spazmolitik: bagulnik, valeriana, krasavka, yalpiz, chabrets, eleuterokokk. Immunomodulyatorlar: shizandra, air, araliya, jenshen, zamanixa, oltin ildiz, eleuterokokk. Vitaminlar kompleksi va biostimulyatorlar: brusnika, maymunjon, itburun. Kupchilik o'simliklar bir nechta davolovchi xususiyatlarga ega.

O'tkir respirator kasalliklarda kasalxonagacha bo'lgan shoshilinch yordam.

Gipertermiya turidan kelib chiqqan xolda gipertermik sindrom davolanadi. «Qizil» gipertermiyada isitmani tushiruvchi vositalar va fizik usullar qo'llaniladi, «oq» gipertermiyada spazmolitiklardan keyin isitmani tushiruvchi vositalar qo'llaniladi. Litik aralashmalarni (turli kombinatsiyadagi isitmani tushiruvchi dorilar, spazmolitiklar, sedativ va mikrotsirkulyasiyani yaxshilovchi vositalar) tomir va mushak ichiga ishlatish mumkin.

Tutqanoq sindromi (kupincha neyrotoksikoz fonida, kasalxonagacha bo'lgan muolaja) tanlov preparati sifatida diazepam (seduksen) talabga muvofiq, albatta tana xaroratini normallasuvi bilan birga. Birlamchi doza 0,5% eritmani 0,5 mg/kg (0,1 ml/kg) mushak ichiga qo'llaniladi. Ta'sir qilmaganda 20% li γ -oksi yog' kislotasi eritmasini mushak ichiga yuborish mumkin, 100 mg/kg (yangi tug'ilgan chaqaloqlarda extiyot bulish kerak!). Ambulator davolashda tomir ichiga yuborish tavsiya etilmaydi: 25% li magniy sulfat eritmasi - gematoensefalik to'siqdan o'tib (ayniksa tutqanoqda), xayot uchun muxim markazlar ish faoliyatini susaytiradi.

O'RKni davolashda anamnezida febril tutqanoqlar kuzatilgan bolalar muxim yondashuvni talab etadi. Davolashning birinchi kunidanoq ularga (agar bola bungacha davolanib kelgan bulmasa) fenobarbital 2—3 mg/kg sutkasiga qon-tomiridan buyuriladi,

sutkalik dozasi 3 marta. Davomiyligi 3-4 xaftadan kam bo'lmasligi kerak. Bemor kasalligi aniqlangandan keyingi birinchi poliklinika ko'rigida nevroptolog konsultatsiyasiga muxtoj, keyingi davo jarayoni uning tavsiyasidan kelib chikadi,

Bo'g'ma sindromi, stenoz bilan: minimal simptomli stenoz xollarida simptomatik davolash qo'llaniladi (nafazolinni burunga tomizish, ishkoriy eritmani ichish, issik vanna va o'ranish). Stenoz shiddatli kuchayib borganda shoshilinch xolatda glyukokortikoid vositalarini yuborish, infuziyali davo va kislorod terapiyasi qo'llaniladi.

Bronxial obstruksiya sindromida birinchi navbatda salbutamol buyuriladi, undan keyin aminofillin. Birlamchi boshqa qisqa muddatli β -agonistlarni (fenoterol, salbutamol), antixolinergik preparatlarni (ipratropiy bromidi — atrovent), ingalyasion steroid vositalarni (beklometazon) qullash xam mumkin. Agar yaxshilanish kuzatilmasa kasalxonaga yotqizish zarur.

O'RKdan keyin klinik va biologik sog'ayish davri bir- biriga to'g'ri kelmagan bolalarda, turli xil ayovchi rejimlarni tashkillashtirish (maktab yoshidagi bolalarda) lozim. Davolanish rejimiga muxtoj O'RK bilan kasallangan bolalarni asosiy guruxlariga: O'RK ning o'rta va og'ir turi bilan, bir yilda 2-3 marotaba kasallangan va tez-tez kasal bo'lib turadigan bolalar kiradi.

Tez- tez kasal bo'lib turadigan bolalar profilaktikasi, ularni davolash va sog'lomlashtirish.

Tez- tez va uzoq kasal bo'ladigan bolalarning muammosi-UASHning eng muxum va echilmagan muammolaridan biridir. Qaytalanuvchi respirator kasalliklar tez- tez kasal bo'lib turadigan bolalar orasida 80—85%ni tashkil qiladi. Yoshi va ijtimoiy sharoitidan kelib chiqib, bolalar populyasiyasida tez- tez kasallanuvchi bolalar 15 dan 75% gacha, o'rtacha — 24-25%ni tashkil etadi.

Tez- tez kasallanib turuvchi bolalar guruxlariga organik buzilishdan mustasno, ammo ximoya sistemasida buzilishlar bo'lgan, tez-tez respirator infeksiyalar bilan kasallanuvchi bolalar kiradi. Bu borada qaytalanuvchi respirator kasalliklar nasliy, tug'ma yoki xayoti davomida orttirilgan patologiya simptomlari (mukoviscidoz) bo'lishi mumkin. Bu xolatda reabilitatsiyani kasal bolalar dispanserizatsiyasi prinsipi asosida ko'rish kerak bo'ladi.

Yil davomida o'tkir respirator kasalliklar bilan tez-tez kasallanadigan bolalarning mezonlari: 1 yoshgacha — 4, 3 yoshgacha — 6, 4- 5 yosh — 5, 5 yoshdan katta bolalar — 4 va undan ortiq. 3 yoshdan katta bolalarda ba'zan infeksiyon indeks qo'llaniladi, u epizodik kasallanadigan bolalarda 0,2—0,3ga teng; tez-tez kasallanadigan bolalarda 1,1—3,5 teng. Bolalarda retsivlanuvchi respirator kasalliklarning etiologik faktorlari orasida asosiy o'rinni

viruslar egallaydi(65-90%). Aralash bakterial-virusli infeksiyalar 25% ni tashkil etadi.

Klinik retsivlanuvchi respirator kasalliklar rinitdan to bronxopnevmoniyagacha va sinusit simptomlari bilan kechishi mumkin. Tez-tez kasallanuvchi bolalar rehabilitatsiyasi faqat tibbiyotni muommosi emas, balki ijtimoiy muommo xamdir. Tez-tez kasallanuvchi bolalarni kompleks rehabilitatsiyasi sog'lomlashtirishning barcha bosqichlarida(oila, tashkillashgan jamoa, poliklinika, rehabilitatsion markaz yoki sanatoriy)kasalliklar haqida ogohlantirish va bolalar sog'lig'ini mustahkamlashga qaratilgan profilaktik chora tadbirlarni o'tkazish hamda mavjud bo'lgan patologik o'zgarishlarni korrektsiya qilish davo chora tadbirlarini o'z ichiga oladi.

Effektiv rehabilitatsiyaning asosiy sharti — maqsadga yo'naltirilgan yil davomidagi sog'lomlashtirishdir. Davolash-sog'lomlashtirish tadbirlarini yil davomida bolaning sog'lomlik holatiga qarab o'tkaziladi va bunda davolash tadbirlari kamida 3 oy davom etuvchi 2 ta kursni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari, davolash rekonvalessensiya davrida, epidemiya oldi va epidemiya davrlarida intensivlashtiriladi. Tez-tez kasallanuvchi bolalar rehabilitatsiyasining muhim sharti ularni poliklinika sharoitidagi dispanser nazoratidir. Bolalarni dispanser nazoratiga olishda o'tgan yilgi kasallanishlar darajasiga qaraladi. Dispanser nazorati UASH tomonidan 1 yilda kamida 4 marotaba; otorinolaringolog va stomatolog nazorati kamida 2 marotaba; fizioterapevt tomonidan 2 marotaba; boshqa

mutahassislar (nevropatolog, davolovchi jismoniy tarbiya vrachi, allergolog, immunolog va boshqalar.) tomonidan ko'rsatmaga asosan o'tkaziladi. Laborator tekshiruvlardan: interkurrent kasalliklardan so'ng UQA va USA 1 yilda 2 marta; immunogramma nazoratga olinganda va ko'rsatmalarga asosan; boshqa tekshiruvlar ko'rsatmalarga asosan o'tkaziladi.

Vrach tavsiyalari bajarilishini nazorat qilish rehabilitatsiyani hamma bosqichlarida tibbiyot hodimi bilan birga amalga oshirilishi kerak. Kasallikning kuchayishi 2 yil davomida kuzatilmasa dispanser nazoratidan o'chiriladi. Tashkillashmagan bolalar tiklantiruvchi davolashni poliklinika sharoitida yoki ixtisoslashtirilgan sanatoriyada olishadi. Tashkillashgan bolalar esa ixtisoslashtirilgan bolalar bog'chasida, bolalar bog'chasidagi ixtisoslashgan guruhlarda yoki oddiy guruhlarda olishadi. Maktab bolalari uchun sanator smenalar yozgi sog'lomlashtirish oromgohlarida tashkil etiladi.

Tez-tez kasallanuvchi bolalar rehabilitatsiyasi o'z ichiga bir nechta shart bo'lgan holatlarni oladi. Ovqatlanish ratsionallashtirilgan, asosiy komponentlari bo'yicha balanslashtirilgan, mineral moddalar va vitaminlar optimal miqdorda, probiotiklar, enterosorbentlar va ichak mikroflorasi faoliyatini tartibga soluvchi preparatlar bo'lishi kerak (xilak forte). Bolaning kunlik ratsionida albatta barra sabzovot va xo'l mevalar bo'lishi shart. Atoniya va limfatizmli bolalarda asosiy prinsip gipoallergen dieta.

Chiniqtirish umumiy prinsiplarga - ko'ra o'tkaziladi. Rekonvalessensiya davrida chiniqtirishni kontrast usullar bilan o'tkazish tavsiya etiladi.

Chiniqtirishni nafas mashqlari va ko'krak qafasi massaji bilan 1 yilda 2-4 marta 14 kun olib boriladi.

Xonaning harorat rejimi muhimdir. Kiyim mavsumga mos, paxta tolali bo'lishi kerak. Bola organizmini jismoniy yuklamalarga va shamollashlarga qarshi tolerantligini oshirishga qaratilgan sistemali maxsus kompleks davolash jismoniy tarbiyasini, nafas treningini, gimnastika, massajlarni o'tkazish kerak.

Fizioterapevtik metodlar: umumiy UFO, davolovchi yuqori chastotali tok, dorili elektroforez. Fitoterapevtik moddalarni mahalliy, ingalyasion va ichish uchun qo'llaniladi. O'choqlarni sanatsiya qilishda, burun yo'llari, og'izni va tomoqni chayishda antibakterial va protektiv xususiyatga ega bo'lgan o'tlardan foydalaniladi (zveroboy, romashka, kalendula, chistotel, evkalipt, podorojnik, shalfey). O'simlik ekstraktlari masalan tonzilgon N preparati tarkibida bor. O'tlarning tindirmalari kislorod-vitamin kokteyllari tarkibida xam bor — davolash yil davomida 2 kurs-3 hafta, 30 min ovqatdan oldin.

Bolalarda allergiya simptomlari bo'lganda qaynatmalar -(chereda, dubovaya kora, otrubi) maxalliy qo'llaniladi. Farmakologik immunokorreksiyaning hozirgi O'RKlarni patogenetik davolash va retsidivini profilaktikasini asosiy komponenti sifatida qaralmoqda. Oxirgi klassifikatsiyaga ko'ra immunostimulyator va immunokorrektorlarni 4ta asosiy guruxi mavjud: mikroob kelib

chiqishli preparatlar; timus preparatlari; suyak ko'migi preparatlari; «kimyoviy toza» preparatlar.

Bakterial lizatlar

Bolalarning immunoprolifaktikasi va immunoterapiyasida optimal metod bo'lib, ayniqsa O'RK lar bilan ko'p og'riydiganlar, topik lizatlarni immunomodulyatorlar gruppasi deb xisoblashlari mumkin. Ular xalqumning limfatik xalqasiga ta'sir qilib, shilliq qavatlardagi mukozal immunitetni aktivlaydi.

Imudon, bronxomunal-bakterial lizatlari preparatda mavjud bo'lgan bakterial antigenlarga nisbatan spetsifik immun javob chaqiradi. IRS-110 kuchli allergizatsiyali bolalarda O'RKlarni asoratlarini profilaktikasida va o'tkir davrida davolash uchun qo'llaniladi. 3oydan 3yoshgacha bo'lgan bolalarni davolashda xar bir burun yo'lga 1dozadan 2maxal buyuriladi. 3yoshdan oshganlar va kattalarga xar bir burun yo'lga 2-5 maxal 1 dozadan simptomlar yo'qolguncha buyuriladi.

3oydan oshgan bolalar va kattalarda O'RK profilaktikasi uchun 1 dozadan 2maxal ikkala burun yo'lga 2xafta davomida, gripp va boshqa virusli kasalliklar o'tkazgandan keyin maxalliy immunitetni tiklash uchun 1dozadan 2maxal 2xafta davomida buyuriladi.

Imudon O'RKlarni o'tkir davrida davolash maqsadida va ko'p kasal bo'ladigan bolalarda asoratlar profilaktikasi uchun qo'llaniladi. 14yoshdan oshgan o'smirlarni davolash uchun fagotsitlarni stimullaydi.

kuniga 10ta tabletkadan qabul qilinadi. Tabletkalar 1soat interval bilan shimiladi (chaynamasdan). Bir kurs davo o'rtacha 10 kun.

Profilaktika uchun kuniga 6 ta tabletkadan qabul qilinadi. Tabletkalar 2soat interval bilan shimiladi (chaynamasdan). Kurs davomiyligi 20 kun. Xar 3-4 yilda Imudonni profilaktik kurslarini qabul qilish tavsiya etiladi.

3-14 yoshdagi bolalarda davolash va profilaktika uchun kuniga 6 tabletkadan qabul qilinadi. Tabletkalar 2soat interval bilan shimiladi (chaynamasdan). Kurs davolanish davomiyligi ko'tkir kasalliklarda 10kun, profilaktika uchun 20 kun. Xar 3-4 yilda Imudonni profilaktik kurslarini qabul qilish tavsiya etiladi.

Bronxomunal- nafaqat nafas yo'llariga balki ichakga xam ta'sir qiladi, kuniga 1 kapsuladan buyuriladi. Davolash dozasi 10-30 kun to'xtovsiz qabul qilish, profilaktika uchun 10kun qabul qilish lozim.

Kombinirlangan immunokorreksiyalovchi preparatlar o'zida bakterial lizatlar xususiyatlarini (spetsifik immunostimulyasiya) va bakteriyalarni membrana fraksiyalarini (nospetsifik immunostimulyasiya) birlashtiradi. Ribomunil preparati uzoq muddat qabul qilinadi, 4kundan xar oyda yarim yil davomida qabul qilinadi. Agar bolada surukali infeksiya o'choqlari va boshqa cho'zuvchi faktorlar bo'lmasa davo kursi 3-4oy (3tabletkadan 1 maxal) davom etadi. Antibiotiklar bilan birga qo'llanilganda xam effekti kuzatiladi.

Immunokorrektorlar.

Mielopid — past molekulyar peptidlar yig'indisi. Preparatga ko'rsatma bo'lib travmatik genzli tranzitor immunodefitsitlar (operatsiyalar, travmalar, kimyo va radioterapiyalar) xisoblanadi va cho'ziluvchan va sekin kechuvchi yiringli kasalliklarda xam effektivlikga ega.

Sitokinlar va ularning analoglari.

Davolash maqsadida quyidagi interferonlar qo'llaniladi: (alfaferon, lokferon); (roferon-A, reaferon); (viferon, intron-A, realdiron); (vellferon); (rebif); (beta-feron). Interferonlar virusga qarshi effektidan tashqari immunomodullovchi va antiproliferativ xususiyatlarga xam ega. Ammo uning ko'p kasal bo'luvchi bolalardagi effekti xaqida aniq isbot yo'q, shu bilan birga ushbu preparatlar boshqa usullar bilan kiritilganda zararli ta'sirlarga ega. Xozirgi vaqtda O'RKlarni qaytalanishini profilaktikasi uchun arbidol, sikloferon, remantadin, aflubin, viferon, tiloron (amiksin), roferon, anaferonlarni qo'llash tavsiya etiladi, ayniqsa bular allergik fonli bolalarda O'RKlarni profilaktikasi uchun maqul tanlovdur.

Og'ir o'tkir va surunkali virus va bakterial kasalliklar fonida yuzaga kelgan ikkilamchi iimmunodefitsitlarda tanlov preparati bo'lib azoksimera bromid (polioksidoniy) xisoblanadi. 3yoshdan so'ng qo'llaniladi. U T va B limfotsitlarni differensirovkasini, xujayra proliferatsiyasini, leykotsitlarni migratsiyasini va fagositozni stimullaydi.

Asosiy aniqlovchi tanlov bu moyil kasalligiga qarab aniqlanadi. Tugʻma immun tanqisligida qoʻllaniladigan preparatlar leykotsit supressorlarini pasaytiruvchi: allergiyada, autoimun holatlaridagi T supresorlarini aktivligini koʻtaruvchi preparatlar, xujayra zveno imunitetini yetishmasligida, fagotsitozni kuchaytiruvchi preparatlar beriladi. Immunostimulyatorni notoʻgʻri qoʻllanilishida, supressor, xelper va killer ichida (sitostatik xujayralar) faoliyatini buzilishiga va katta immun tizimda disbalans oʻzgarishlarga olib keladi.

Immunostimulyatorni qoʻllanilishida alohida yondashuv bilan bolaning vazni, oʻtkir respirator kasallikni holati va ogʻirligiga, hamroh patologiyaga, immun sistemani holatiga va yil fasillaraiga qarab tavsiya etiladi.

Tez kasallanuvchi bolalarda vitamin tanqisligi rivojlanadi — poligipovitaminoz, mikro elementlarni tavsiya etish juda katta ahamiyatga ega. Koʻp qoʻllaniladigan zamonaviy komplekslarga: multitabs, bevipleks, lskovit, pikovit, duovit, griovit, revit, geksavit, undevit, glutamevit, vibovit, kalsinova, vitrum.

Adaptogen va biogen stimulyatorlar organizmni umumiy kurashuvchanligini oshiradi. Adaptagen va asalari maxsulotlari: apilaktoza — ona asal ari suti, apilikvirit — asal ari suti va solodka, propolis, politabs — ferment preparatlari.

Oʻsimlik adaptogenlarga kiradi: pushti rodiola ekstrakti, levzei, eleuterokok, zamanixa damlamasi, xitoy limoni, araliya, sterkulin, jenshen ildizi, exinatseyali preparatlar — exinatsin

likvidum, immunal. Bolalarda samarali linetol - linin yog'i. Hayvon adaptagenlari: pantokrin (qarshi ko'rsatma nefritlarda, ich ketish, trombofiliyada). Anabolik sintetik preparatlar: orot kislotasi, nerobol, nandrolon (retabolil), safinor.

Reabilitatsiyani boshqa turlariga psixologik korreksiya, aromafitoterapiya, gomeopatik maxsulotlari qonni lazer orqali nurlanishi, ignarefleksoterapiya, eubiotiklar (meksa, meksaform, bifikol quruq, laktobakterin, bifiform), asal kompozitsiyasi (asal, mumiyo va boshqalar). Og'ir muammolardan biri tez kasallanuvchi bemorlarga antibakterial preparat vositalarini qo'llashdir. Bemor qabul qilgan antibiotik vositalari, rezistentligiga va qo'zg'atuvchini spektoriga bog'liq. Nafas yo'llari infeksiyalarida linkomitsin, gentamitsin, tetratsiklin samarasi kam. Agar bola antibiotik qabul qilmagan bo'lsa penitsillinlar, sefalosporinlar I avlodi; amoksiklav, azitromitsin (sumamed), augmentin, azitromitsin dori vositalarini ichish ta'siri bo'lmasa, gospitalizatsiya tavsiya etiladi. Hozirgi kunda mahalliy davo sifatida kombinirlangan mikrobg qarshi vositalari qo'llaniladi. Tez kasallanuvchi bolalarga polideks va fenilefrin birga qo'llash tavsiya etiladi. Mahalliy mikrobg qarshi davo hozirgi kunda o'tkir va surunkali kasalliklarda samarali kechmoqda. Immun stimulyatorlarni qo'llashda anamnez, bolaning klinik holati, imunogramma tahlillari katta ahamiyatga ega. Faqatgina ikki -uch yil davomida kompleks da'volar va barcha tavsiyalarni to'g'ri bajargan holda kasallik uchrashini kamaytiramiz.

Infekstion kasalliklar bilan kasallangan bolalarni alohida kuzatuvi

Uy sharoitida davolanayotgan o'tkir infekstion kasallik bilan kasallangan bolani va xonadondagi barcha yashovchilarni mahalliy UASH tibbiy ko'rikdan o'tkazadi hamda barcha profilaktik chora tadbirlarni qo'llaydi. Shifokor infekstion kasalliklarga erta tashxis qo'yishi, tezkor gospitalizastiya qilishi va kasallikni tarqalishini oldini olishi kerak.

Bemor uy sharoitida davolanayotgan bo'lsa malakali davo va epidemiyaga qarshi tartibga amal qilish kerak. Shifokor bemorni bolalar jamoasidan alohida ajratishi kerak. Infekstion kasallik tashxisi qo'yilganda yoki shubha bo'lganda zudlik bilan sanepid boshqarmaga xabar berish lozim (forma №058\). ("shoshilinch xabarda oziq-ovqatdan zaharlanish, emlashga reakstiya bo'lishi ko'rsatiladi"). Shoshilinch xabarni yubora olmagan holatlarda telefon aloqalari orqali xabar beriladi. Shoshilinch xabarnomada pasport ma'lumotlaridan tashqari, uning ish yoki o'qish manzili ko'rsatiladi; tez tibbiy yordamga qachon murojaat qilgani, tashxisni qo'yilishi, qo'llanilgan birlamchi epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar va muloqotda bo'lganlarni ma'lumotlari qayd qilinadi.

Infekstion kasalliklar uchraganda maxsus infekstion kasalliklar jurnaliga qayd etiladi (forma №060\u). Agar oziq-ovqat mahsulotlaridan zaharlanish holatlari bo'lsa mahalliy shifokor zudlik bilan sanepid boshqarmasiga xabar berishi, qayd qilingan mahsulotlarni, najasni, yuvilgan suyuqlikni sanepid boshqarma

laboratoriyasiga yuborishi yoki boshqarma vrachi kelgunga qadar saqlab qo'yishi kerak. Yig'ilgan mahsulot bakteriologik yoki toksikologik laboratoriyaga ikki soat mobaynida yuborilishi, zarur bo'lgan holatlarda 12 soat mobaynida muzlatgichda saqlanishi lozim. Infekstion kasalliklar maktab va maktabgacha bo'lgan maussasalarda uchragan holatlarda tezkor xabarnomani sanepid boshqarmasiga bolalar shifokori etkazishi shart. Kasal bola to'g'risidagi ma'lumotni telefon orqali bolalar poliklinikasiga mahalliy shifokor xabar berishi shart. Mahalliy UASH infekstion kasalliklar, o'tkir ichak infekstiyalari, virusli gepatit, gel'mintoz va boshqa kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni dispanser nazoratida ishtirok etishi shart.

Epidemik o'choqda epidemiyaga qarshi chora tadbirlar

Mahalliy UASH infekstion kasallar bilan (o'choqda) ishlaganda quyidagi masalalarni hal qiladi:

-davo va profilaktik chora tadbirlarini rejalashtirish;

-karantin xarakterini aniqlash (jadval);

Ba'zi infekstion kasallik turini yashirin vaqti, bemorni alohidalash vaqti va karantin vaqti.

Kasallik	Inkubastion vaqt alari			Kasalni alohidalash vaqti	Karantin vaqti
	o'rtacha	Maximal	Minimal		
				infekstiyadan so'ng	21 kun

Infekcion gepatit A	15- 30	50	7	Kasallik boshlangandan 28-kungacha stasionardan chiqarmaslik	Bemor bilan muloqotdan keyin 35 kun mobaynida
Gepatit V	60- 120	6 oy	42	Kasallik boshlangandan 28-kungacha stasionardan chiqarmaslik	Bemor bilan muloqotdan keyin 35 kun mobaynida
Suvchecha k	13- 17	21 kun		Toshmaning toshish vaqti va oxirgi toshma elementi paydo bo'lgandan so'ng 5 kun	Bemor bilan muloqotdan keyin 21 kun mobaynida
Gripp	1	2	12 soat	7—10 kun	
Dizente riya	2-3	7	1	Tuzalgunga qadar	7 kun

Ko'k yo'tal	5- 7	14	2	bakteriologik tekshiruv bilan 25kunda, usiz esa 31 kunda	14 kun
Qiza miq	10	21	9	Toshma toshganda 4 kun, asoratlari bo'lsa— 10 kun	Izolyastiyada 21 kun, faol immunizastiya o'tkazilganda esa 17 kun
Qizilcha	16	24	11	Toshma toshganda 5 kun-	

	-			davomida	
	20				
Tepki	15	23	11	9 kundan kam emas	21 kun
	-				
	19				
Skarlata	3-	12	1	22 kun	17 kun
na	6				
Meningokokk	5-	20	3	To tuzalguncha	10 kun
infekstiyasi	7				
Bo'gma	3-	10	2	To tuzalguncha	7 kun
	5				

vidin

...

...

...

O'choqda epidemiyaga qarshi choralar:

Infekstion kasallik	O'choqda epidemiyaga qarshi choralar	
	Dezinfekstiya choralari	Tibbiy kuzatish
1	2	3
Ich terlama va paratiflar	Yakuniy dezinfekstiya	Muloqotda bo'lganlarni dezinfekstiyadan so'ng 21 kun davomida kuzatish ; har kungi termo-

metriya, bir marta — najas va peshobni bakteriologik tekshirish hamda noto'g'ri gemagglutinasiya reakstiyasini o'tkazish.		
Ichburug', salmonelloz va boshqadezinfektsiya ichak infeksiyalari	Joriy va yakuniy dezinfektsiya	Muloqotda bo'lganlar alohida qilinadi. Bemor izolyastiyadan so'ng 7 kun davomida tibbiy kuzatuvda bo'ladi: kuniga 2 marta termometriya, shikoyatlarni aniqlash (qorin sohasida og'riq), kun davomida najasni tezligi va xususiyati aniqlanadi. Hamma ko'rsatkichlarni varaqaga kiritish kerak.
Virusli gepatit A	Yakuniy dezinfektsiya	Muloqotda bo'lganlarni tibbiy kuzatish: har kungi termometriya, teri va shilliq qavatlar, skleralarni ko'rish, axlat va peshobni rangini aniqlash. Haftada bir marta shifokor ko'rigidan o'tish (jigar va taloqni chegaralarini aniqlash)
Suvchechak, tepki	Nam tozalash, xonani shamollatish	Muloqotda bo'lganlar 21 kunga alohida qilinadi
Qizilcha	-	Muloqotda bo'lganlar alohida

		qilinmaydi
Skarlatina	Joriy dezinfektsiya	Muloqotda bo'lganlar alohidalangandan so'ng 7 kun tibbiy kuzatuvda bo'lishadi : har kungi termometriya, halqum va teri qoplamlari ko'rigi.
Meningokokk infeksiyasi	Nam tozalash va xonani shamollatish	10 kun davomida har kunlik tibbiy ko'rik : termometriya, halqum va teri nazorati. Tomoqdan ikki marta meningokokk infeksiyasiga surtmal olish.
Bo'g'ma	Yakuniy dezinfektsiya	Muloqotda bo'lganlarni 7 kun davomida tibbiy kuzatish (har kunlik termometriya, halqum ko'rigi), bir marta bo'g'maga bakteriologik tekshiruv (halqum va burundan surtmal olish)
Ko'k yo'tal	-	Muloqotda bo'lganlarni alohidalash, 14 kun davomida tibbiy kuzatish. O'choqda ikki marta bakteriologik tekshirish o'tkazish.

Epidemiyaga qarshi choralar:

- kasalliklarni erta diagnostikasini ta'minlash;
- kasallikni tarqalishini oldini olish va o'z vaqtida hospitalizatsiya qilish (agar bola uyda qoldirilsa uni o'z vaqtida tekshirish va davolash, epidemik tartibni ta'minlab berish);
- muloqotda bo'lganlarni alohidalash;
- infektsion kasallik tashxisi qo'yilganda — tezkor DSEN ga xabar berish;
- barcha infektsion kasalliklarni ro'yxatga olish;
- kasal bo'lganlarni yaqinlariga infektsion kasallikni xavflarini tushuntirish;
- oziq- ovqatlar bilan zaharlanish holatlarida gumondor oziq -ovqatlarni qoldiqlarini tanovuldan olib ularni DSENGa yuborish;
- infektsion kasalliklarni oldini olish uchun sanitar -sog'lomlashtiruv va sanitar-ma'rifat targ'ibot ishlarida ishtirok etish;
- infektsion kasallik o'tkazganlarni dispanser kuzatuvini olib borish.

Dezinfektsiyaga ko'rsatma: chidamli qo'zg'atuvchilar keltirib chiqaradigan infektsion kasalliklar (bo'g'ma, skarlatina, suvchechak, poliomielit, ichak infektsiyalari, virusli gepatit va boshqalar.)hisoblanadi. Qo'zg'atuvchilari chidamsiz bo'lgan kasalliklarda (qizamiq, ko'kyo'tal, suvchechak, tepki,qizilcha), nam tozalash va xonani shamollatishning o'zi kifoya bo'ladi. Bo'g'imoyoqli parazitlar keltirib chiqaruvchi infektsiyalarda

dezinfekstiyani qo'llash shart, kemiruvchilar tarqatadigan infeksiyon kasalliklarda esa deratizatsiya qilish lozim.

Dezinfekstiyani joriy va yakuniy turlari bor. Joriy dezinfektsiya bemorni alohida qilgunga qadar uning atrofida o'tkaziladi. Yakuniy dezinfektsiya bemor alohida (gospitalizatsiya)qilingandan so'ng o'choqda yoki alohidalash davri tugagandan so'ng o'tkaziladi. Joriy dezinfektsiya tibbiyot xodimlarining nazorati ostida aholi tomonidan o'tkaziladi. Kasalning idish- tovoqlari har bir ishlatilganidan keyin ovqat qoldiqlari bilan 2% li osh sodasi eritmasida 15 daqiqa davomida yoki suvda 30 daqiqa davomida qaynatiladi. Kasal bolaning o'yinchoqlari (plastmassadan, rezinadan, temirdan, taxtadan) sovunlab issiq suvda yuviladi. Yumshoq o'yinchoqlar shyotkalab yuviladi. Kitoblar kir yuvish kukuni eritmasida ho'llangan latta bilan artiladi. Kir bo'lgan choyshablar va kiyimlar kir yuvish kukunining 2% eritmasida 1 soat davomida ivitilib, yuvishdan oldin shu eritmada qaynatish kerak. Kasalni parvarishlash buyumlari (termometr, isitkichlar va boshqa.) kir yuvish kukunini issiq eritmasida yuviladi. Xonalar va umumiy foydalanish joylaridagi pol, eshik, eshik tutqichlari, bochok tutqichi va unitaz o'tirg'ichi issiq kir yuvish kukuni eritmasi bilan yuviladi. Tozalash jihozlari (shvabralar, lattalar) 30daqiqaga xlorli ohak eritmasiga solinadi va xlorli ohakni 0,5% eritmasi bilan tozalanadi. Yakuniy dezinfekstiyani shahar deznazorati xodimlari kasalni gospitalizatsiyasidan so'ng o'tkazishadi, agar bola uy

sharoitida davolanayotgan bo'lsa yakuniy dezinfekstiyani uning ota-onasi o'tkazadi.

Surunkali kasalliklar reabilitatsiyasi.

Reabilitatsiya 3 ta bosqichda olib boriladi:

1- Stasionar,

2- Sanator,

3- Ambulator- proflaktik davolash.

Birinchi bosqich (stasionar) klinik sog'lomlashtirish, zararlangan sohani vazifasini tiklashdan, keyingi reabilitatsiya bosqichiga butun organizmni tayyorlashdan iborat. Birinchi bosqich asosiy kasallikni tuzalishi, organ yoki sistemani funkstiyasini tiklanishi, zararlangan organ funkstiyasini kompensatsiya bosqichigacha tiklash bilan yakunlanadi.

Ikkinchi bosqichda reabilitatsiya (sanator) asosiy ahamiyatga ega bo'lib, bunda zararlangan sohani funkstiyasini normallashtirish, boshqa organ va sistemani tiklashdan iborat. Asosan bu bosqichda bolaning yoshi va individual holatini inobatga olib fizik va ruhiyatini tiklashga e'tibor qaratish kerak. Sanator bosqichda bola organizmining reaktiv holatini normallashtirish va nospestifik immun himoya vazifasini tiklash lozim. Sanator bosqich ixtisoslashgan sanator va reabilitatsiya markazlarida olib boriladi. Medikamentoz davo parhez, chiniqtirish muolajalari, fizioterapiya va davolovchi fizikulturadan iborat. Uchinchi bosqich reabilitatsiya (adaptatsiya) bosqichi, bunda bolaning butun organizmini morfofunkstional holatini butunlay tiklash va normallashtirish

ahamiyatga ega. Adaptasion bosqich bolalar poliklinikasida, oilada, bog'chada va maktabda o'tkaziladi. Kerakli barcha funkstional tekshiruvlar shifokor ko'rsatmasi bilan bolalar poliklinikasida bajariladi. Butun organizimni tiklanishi bilan bu bosqich yakunlanadi.

UASh nazorati ota-onalar bilan olib boriladi, bunda bolani sostial adaptastiya va tengdoshlari bilan birgalikdagi hayot tarziga tayyorgarligi haqidagi savolga javob beriladi.

Sostial adaptastiya tushunchasiga kiradi:

-Maktabdagi kun tartibi (haftani qisqartirish, qo'chimcha dam olish kuni, qisqartirilgan ish kuni);

-Umumiy maktabdan ozod etish va uy maktabida o'qitish;

-O'quv jarayonida va yozgi vaqtda qishloq xo'jalik ishlaridan ozod qilish. Kasal bolalar dispanserizastiyasi va reabilitastiyasi nafaqat kasallikni qaytalanishini, balki oddiy hayot tarziga qaytishini va kelajakdagi professional imkoniyatlarini amalga oshirishga yordam beradi. Barcha profilaktik davolash ishlari va dispanser kuzatuvlar UAShga yuklatiladi.

Sog'lomlashtirish bo'limi.

Surunkali kasali bor bolalar reabilitastiyasi nafaqat tuzalish balki, bolaning ish qobiliyati va sog'ligini maksimal darajada oshirishdan iborat. Reabilitastiyaning asosiy shartlaridan biri- bu muntazam ravishda, bosqichma- bosqich stasionar, sanator-kurort davolash, poliklinika ishlarini amalga oshirishdan iborat. Sog'liqni tiklashdan maqsad -bemorning hayot tarzini, bilim olish qobiliyatini, sport bilan shug'ullanish hamda o'z tengdoshlari bilan o'zaro

munosabatini tiklash va shu bilan birgalikda yo'qotilgan sog'lig'ini tiklab, yangi shart sharoitlarga ko'nikma hosil qilishdir. Sog'lomlashtirish ishlari ketma ket, bosqichma- bosqich, uzluksiz va tibbiyot xodimlarining kuzatuvi ostida olib boriladi. Albatta sog'lomlashtirish bo'limi shifokori va UASh nazoratida olib boriladi. Sog'lomlashtirish bo'limi tarkibiga fizioterapiya xonasi, davolovchi jismoniy mashq, massaj, iglorefleksoterapiya va surdologik mashg'ulotlar xonalari kiradi. Bu bo'limda nafas olish a'zolari, asab sistemasi, tayanch harakat sistemasi, yurak va buyrak kasalliklari bo'lgan bolalar davolanadi. Umumiy bolalar soni 25000 ta bo'lsa bo'lim tashkil qilinadi. Reabilitasiya bo'limida shifokorlar 0,2 va 0,4, o'rta tibbiyot xodimlari o'rta hisobda 10000 ta bola uchun taqsimlanadi. Sog'lomlashtirish bo'limlari bo'lmasa shahar reabilitasiya markazlarida davolash ishlari olib boriladi. Sog'lomlashtirish bo'limi shifokori ambulator bolalarni saralash, kasal bolalarga individual yondashish, davo samaradorligini baholash, boshqa bo'limlarda konsul'tativ yordamni tashkillashtirishni amalga oshiradi. Ambulator poliklinikada kasallikni xarakteri, og'irlik darajasi, bolaning yoshi, individual holati, yashash sharoiti hisobga olinadi. Bir turdagi patalogiyasi bor bolalarni mujassamlab davo mashg'ulotlari, gimnastika, fizkultura tayinlanadi.

Surunkali somatik kasal bolalarni dispanser nazorat qilish.

Dispanserizasiya - ma'lum bir aholining sog'lig'ini aktiv dinamik kuzatish, kasallikni erta aniqlash, nazoratga olish, kompleks davolash, sog'lomlashtirish bo'yicha tadbirlar

o'tkazishni o'z ichiga oladi. Poliklinika sharoitida ikkilamchi profilaktika ishlari olib boriladi (ya'ni kasallikni erta aniqlash va kasallik asoratidan aholini ogohlantirish) Surunkali kasalliklari bor bolalar aholini 15% ni tashkil qiladi. Bunday kasal bolalarni ro'yxatga olish va aniqlanishi asosan ambulator kuzatuv jarayonida, patronaj mobaynida, maxsus nazoratdan o'tishda, yil davomida maxsus ko'rikning tekshiruv natijalari asosida bajariladi. Patologik holatlar aniqlanganda poliklinika sharoitida, diagnostik markazlarda yoki stasionarlarda chuqur va sinchiklab tekshirish olib boriladi.

Dispanser kuzatuviga 14 guruh bolalar kiradi. Bolalar dispanser guruhlarini: nafas olish a'zolari kasalliklari, (o'tkir, cho'zilgan, restidivlashgan pnevmoniya, o'tkir va cho'zilgan O'RI), O'II (dizenteriya, enterit, kolit, infekstion gepatit). Bu bolalarni dispanser nazorati davolangan joyida olib boriladi.UASH nazoratga olish va dispanser kuzatuv davomida hamma rehabilitasiya masalalariga javob izlaydi. Dispanser nazoratiga olishda 2ta asosiy tibbiyot hujjati yuritiladi: bolaning kasallik tarixi (forma № 112/u) va nazorat kartasi (forma № 30u).UASH har yili nazorat rejasini tuzadi. Rejada UASH va javobgar mutaxassis klinik va paraklinik tekshiruvlarga, yil davomida qilinadigan ishlarga (tartib, dieta, medikamentoz va nomedikamentoz tekshiruvlar, fizioterapiya, sanator-kurort davo) aniqlik kiritadi va belgilab beradi. Shifokor interkurrent fonidagi kasal bolalarda dispanser nazorat taktikasini ishlab chiqadi;

gospitalizastiya qilish muddatini, dispanser nazoratidan o'chirishni va dispanser kuzatuvni samaradorligini baholab beradi. Bundan tashqari shifokor bolalar bog'chasiga, sport va boshqa jismoniy mashqlar bilan shug'ullanishga, profilaktik emlashlar olishga, sostial adaptastiya va reabilitastiya (tartib va maktabda o'qish, imtihonlardan ozod qilish, uy sharoitida o'qishga ko'rsatmalar)ga tavsiyalar berishi kerak.

Kalendar bo'yicha yil yakunida har bir dispanser kuzatuvdagi bola uchun yillik xulosa tuziladi. Bunda kasallikning kechishi, hamroh kasaliklar, o'tkazilgan davo va tekshiruvlar, profilaktik ishlar, dispanser kuzatuvning samarasi «tuzalish», «yaxshilanish», «o'zgarishsiz» yoki «yomonlashish» baholab boriladi. Bolani nazoratdan o'chirish mutaxassis va UASH bilan birgalikda olib boriladi. Agar yil yakunida nazoratdan olinmasa, keyingi yilga dispanser kuzatuv rejasi tuziladi. Dispanser kuzatuvining xulosasi barcha aholi bo'yicha butun yil uchun bolalar poliklinikasi tibbiyot xodimlari majlisida muhokama qilinadi. Og'ir masalalardan biri bu interkurrent kasalligi bor bolalarni dispanser nazoratidir. Umumiy tavsiya polipragmaziya dan ogohlantiradi, chunki ko'pincha interkurrent kasallarda restidivlanishni oldini olish maqsadida davo ishlari olib boriladi. Barcha surunkali somatik kasalliklar, infekstion, infekstion-allergik, biriktiruvchi to'qima kasalliklari, tug'ma nuqsonlarda antibakterial davo, yallig'lanishga qarshi nosteroid preparatlar, sedativ dorilar,

immunostimulyator dori vositalari, adaptogenlar qo'llaniladi. Aniq dori ta'sirini va davo muddatini, asosiy patologik holatga qarab belgilab beriladi. O'tkir va surunkali kasalliklarda stasionar davolanish talab etiladi va tezkor gospitalizastiya qilinadi. Bolalarda rejali gospitalizastiya surunkali kasalliklarning diagnostikasiga, davolashning birlamchi imkoniyatlariga va bolaning oilaviy sharoitiga bog'liq. Rejali gospitalizastiya qilishga chuqur va tog'ri aniqlangan surunkali kasalliklar tashxisi asos bo'ladi. Dispanserizastiyani nazorat qilish Sog'liqni saqlash boshqarmasining normativ hujjatlari, sababi o'rganilgan bolalar va o'smirlar kasalliklarining sistematik tahlil qilinganligi, davolash va sog'lomlashtirish ishlarining sifatini nazorati, bolalar dispanser kuzatuvining samarasini amalga oshiradi.

Dispanserizastiyaning sifat ko'rsatmalari:

- 1-Doimiy tibbiy ko'rikning foizi;
- 2-Qayta aniqlangan kasal bolalar miqdori;
- 3-Profilaktik ko'ruvda aniqlangan kasallanishlar soni;
- 4-Kasallanish strukturasi;
- 5-Dispanser kuzatuvni qamrab olgan foiz;
- 6-Davolash va sog'lomlashtirish ishlarining tezkorligi.

Bolalar dispanser kuzatuvining samarasi: kasallar sonini topish: dispanser nazoratida turganlar sonidan tuzalganlar soni ayiriladi;

O'pka-bronx kasalliklari bor bolalar dispanserizastiyasi.

UASHga murojaat qilish bo'yicha nafas olish a'zolari kasalliklari birinchi o'rinni egallaydi, 30% bolalar o'pka-bronx sistemasi kasalliklari bilan stasionarga tushadilar (o'tkir bronxit, pnevmoniya, bronxiolit).

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda o'tkir pnevmoniya, kattaroq yoshdagi bolalarda respirator allergoz kasalliklari uchrashi ko'proq kuzatiladi. O'pka-bronx kasalliklari bilan kurashishda UASH profilaktika ishlarini olib borish, erta diagnostika qilish, o'z vaqtida gospitalizastiya qilish yoki uy sharoitida davolashni amalga oshiradi.

Dispanser kuzatuviga quyidagilar olinadi:

- O'tkir pnevmoniya o'tkazgan bolalar;
- Qaytalanuvchi bronxit bilan kasallangan bolalar;
- BALi kasallar;
- Respirator allergozli kasallar.

O'tkir pnevmoniya o'tkazgan bolalarning dispanser nazorati: Dispanser kuzatuvini o'tkir pnevmoniya o'tkazgan bolalarda nafas olish a'zolarini to'liq morfologik va funkstional holatini tiklash, kasallikning o'tkir davrida paydo bo'lgan patologik reflekslarni bartaraf qilish va psixomotor orqada qolishni tiklash, immun reaktivligini kuchaytirish, surunkali infekstion o'choqlarni bartaraf qilishdan iborat. O'tkir pnevmoniya bilan kasallangan bolalar tuzalganidan so'ng uy sharoitida yoki stasionarda davolangan bolalar 1 yil mobaynida dispanser kuzatuvida bo'ladilar. O'tkir pnevmoniya o'tkazgan bolalarni umumiy

amaliyot shifokori hayotining birinchi yilida stasionardan chiqarilgandan so'ng 3 kundan keyin nazorat qiladi. Bolalar birinchi 3 oyligida, 6 oy mobaynida tuzalganidan so'ng oyiga 2 marta, keyin har oyda kuzatuvda bo'ladi. 3-12 oygacha bo'lgan bolalar bir yil mobaynida har oyda kuzatuvda bo'ladilar. 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan kasal bolalar 2 oyda bir marta, 3 yoshdan katta bolalar kvartalda bir marta dispanser nazoratida bo'ladilar. Surunkali o'choq sanastiyasi uchun albatta otorinolariningolog va stomatolog konsultastiyasi zarur. Dispanser nazorati vaqtida kun tartibini tiklash, yoshga mos uyquni yo'lga qo'yish va sayr vaqtini uzaytirish kerak. Maktab yoshidagi bolalar 3 oy mobaynida jismoniy mashqlardan ozod qilinadi. Bolaning holatiga qarab qo'shimcha dam olish kunlari yoki yakka tartibda o'qitish belgilanadi. 1-2 oy davomida dieta, vitamanga boy va engil hazm bo'ladigan ozuqa mahsulotlari tayinlanadi.

O'tkir pnevmoniyani davolash maqsadida fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi:

- Tuzli-ishqoriy ingalyastiyalar (natriy xlorid, natriy gidrokarbonat, kaliy yodidli eritmaları); proteolitik fermentlar bilan ingalyastiyalar (tripsin, ximotripsin); davolovchi o'tlar bilan ingalyastiyalar bronxoobstruktiv sindrom bo'lmaganda o'tkaziladi (romashka, shalfey, mat-i-machexa);
- Kalstiy, kaliy yodid bilan dorili elektroforez;
- Ko'krak qafasiga ultratovush ta'sir qilish;

- elektroforez, applikasiya;
- induktotermiya;
- magnetoterapiya;
- fitoterapiya — turli ta'sirga ega bo'lgan o'tlar yig'indisi: balg'am ajralishini tezlashtiruvchi, yallig'lanishga qarshi, immunitetni oshiruvchi, bronxolitik;
- davolovchi fizkultura, ko'krak qafasi massaji (oddiy, tebranuvchi, nuqtali);
- chiniqtirish (havo va quyosh vannalari, cho'miltirish).

Pnevmoniya o'tkazgan erta yoshdagi bolalarda reabilitatsiya 3oy mobaynida, kattaroq yoshdagi bolalarda 2 oy davomida o'tkaziladi. Dispanser kuzatuv mobaynida pnevmoniya qaytalanganda pulmonolog, immunolog ko'rigidan o'tkaziladi. Profilaktik emlashlar tuzalganidan so'ng 3-4 haftadan keyin o'tkaziladi. O'tkir va cho'zilgan pnevmoniyada sog'ayganlik samaradorligini baholash: bemor umumiy holatini yaxshilanishi; klinik va rentgenologik ma'lumotlarda qoldiq o'zgarishlarning kamayganligi, periferik qon tahlilini normallasuvi.

Sog'lomlashtirish guruhi I.

Qaytalanuvchi bronxit o'tkazgan bolalar dispanser nazorati.

Qaytalanuvchi bronxit - bronxlar obstrukstiyasisiz yoki obstruktiv belgilar bilan, virusli infektsiya fonida 1-2 yil davomida 2-3 marotaba takrorlanuvchi, klinik simptomlarning 2 hafta va undan uzoqroq cho'zilishiga aytiladi. Qaytalanuvchi

bronxit hurujida yo'tal, quruq va turli xildagidagi nam xirillashlar, o'pka rentgenogrammasida infiltrativ yoki o'choqli soyalarni bo'lmasligi, periferik qonda minimal o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Ayrim bemorlarda qaytalanuvchi bronxit huruji davrida bronxoobstruktiv sindrom kuzatilishi mumkin. Xushtaksim on xirillashlar va nafasni uzayishi bo'lganda obstrukstiyani (bronx devorlarini infiltrativ yallig'lanishi, shilliq gipersekrestiyasi) va chin astmatik sindromni (allergik shish, bronxospazm, gipersekretsiya) inobatga olish kerak. Qiyosiy tashxis uchun bronxodilatatorlar bilan sinama o'tkazish kerak. Dispanser nazorati muddati: UASH - yiliga 2 marta, otorinolaringolog va stomatolog yiliga 2 marta, pulmonolog - yiliga 1 marta, allergolog va immunolog - ko'rsatma asosida. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi, balg'am ekmasi, Mantu probasi o'tkazish, spirografiya, EFGDS tekshiruvlari- ko'rsatma asosida qilinishi kerak.

Reabilitastiya 2 oy davomida sanatoriylarda o'tkaziladi. Yoz oylarida huruj bo'lmaganda toza havoda 2-3 oy mobaynida davolanish davom ettiriladi. Maktab yoshidagi bolalarni jismoniy mashqlardan ozod qilish hurujdan so'ng 1 oy, keyinchalik tayyorlov guruhlarida mashg'ulotlar o'tkaziladi. Dispanser nazorati 2 yil. Sog'lomlashtirish guruhi II.

Cho'zilgan pnevmoniya o'tkazgan bolalarning dispanser kuzatuv

Cho'zilgan pnevmoniya — nospestifik yallig'lanishli jarayon bo'lib, surunkali qaytalanuvchi, patomorfologik o'zgarishlar - pnevmoskleroz va bronxlar deformatsiyasi bilan kechadi. Cho'zilgan pnevmoniya bilan ko'pincha bronx-o'pka a'zolarida nuqsonlar bo'lganda, nasliy immun tanqis holatlarida, moddalar almashinuvi kasalliklarida, homila ichi infekstiyalarida, nafas yo'llarida yot jism bo'lganda kasallanadilar. Diagnostik belgilari: balg'amli yo'tal, o'pkada turg'un lokallashgan xirillashlar, ko'krak qafasi rentgenogrammasida — bronx yo'llari deformatsiyasi yoki pnevmoskleroz bo'lishi. Surunkali jarayon o'tkir pnevmoniyaning klinik ko'rinishi bilan kechadi. Huruji davrida davolash stasionarda olib boriladi. Huruji bo'lmaganda dispanser nazorati bolalar poliklinikasida o'tkaziladi.

Pnevmoniya engil kechganda UASH nazorati yiliga 2 marta, o'rta og'ir kechganda — yiliga 4 marta, og'ir kechganda - yiliga 6 marta o'tkaziladi. Pulmonolog yiliga 1 marta, fiziiatr va torakal xirurg - ko'rsatma asosida ko'radilar. O'tkaziladigan tekshiruv usullari: qon va siydik tahlili har bir dispanser kuzatuidan so'ng; spirografiya yiliga 2 marta; balg'am stitologiyasi 1 yilda bir marta; antibiotikka sezgirlik va mikroflora ekmasi yiliga 1 marta; qonda immunoglobulinlarni aniqlash va EKG - ko'rsatma asosida bajariladi; huruji davrida

poliklinikasiga o'tkazilguncha olib boriladi. Sog'lomlashtirish guruhi III—V.

Bronxial astmali bolalarni dispanser nazorati.

BA — allergik kasallik bo'lib, allergenlar bilan sensibilizatsiya natijasida yuzaga keladi, bundan tashqari bronx yo'llarining bronxospazm natijasida o'tkazuvchanligining buzilishi, bronx devorlarida shish bo'lishi va shilliq to'planishi bilan xarakterlanadi. BA bir qancha davrlarga ajratiladi: huruj oldi, huruj davri, hurujdan keyingi va huruj orasi davrlariga bo'linadi. BA kasalligini hurujlar orasidagi davrida dispanser kuzatuv UASh nazoratida bo'ladi. «Bronxial astma» tashxisi qo'yilganda yoki taxmin qilinganda allergolog ko'ruviga jo'natiladi. Allergolog xonasida teri sinamasi qo'yib tashxisga aniqlik kiritiladi. UASh allergolog tavsiyasi bilan nospestifik giposensibillashgan davo o'tkazadi. UASh va allergolog BA ning og'ir davrida har oyda kuzatuv o'tkazadi. Engil va o'rta og'ir shakllarida har 3 oyda, huruj orasi davrida—yiliga 2 marta; otorinolaringolog va stomatolog — yiliga 2 marta, allergolog — yiliga 2 marta, boshqa mutaxassislar - ko'rsatma asosida ko'rikdan o'tkazadilar. Har 3oyda umumiy qon va siydik tahlili, yiliga 2 marta axlat tahlili lyambliyaga va gijja tuxumiga tekshiriladi, spirografiya yiliga 2 marta, rentgenologik tekshiruv -ko'rsatma bo'yicha o'tkaziladi. Pikfloumetriya bilan doimiy uy sharoitida monitoring kuzatuv olib boriladi.

Engil, o'rta og'ir va og'ir hurujlar (glyukokortikoidlar bilan davolanganda), astmatik status holati gospitalizastiyaga ko'rsatma hisoblanadi. 5 yoshdan katta bolalarda bazis davo albatta pikfloumetr tekshiruvlari bilan birgalikda amalga oshiriladi. Engil va o'rta og'ir BA da kromoglikat natriy (intal) 1—2 ingalyastiya kuniga 3-4 marta, nedokromil natriy 2 ingalyastiya kuniga 2 marta 6-8 hafta mobaynida tayinlanadi. Antigistamin dori vositalari — ketotifen, loratadin (klaritin), zaditen asosan intestinal allergik simptomlar yoki teri shakli bilan birga kechganda beriladi. O'rta og'ir va og'ir shakllarida bu davo samarasiz kechsa glyukokortikoidlar: beklometazon (bekotid), ingakort tayinlanadi. Bu dori vositalari uzoq muddat qo'llaniladi (ba'zan 6 oy mobaynida). Bazis davo mukammal bo'lishi uchun peroral prolongirlangan bronxolitiklar (volmak, spiropen) buyuriladi. Medikamento davoga immunostimulyatorlar qo'shiladi (IRS-19, bronxomunal, bronxovakson, ribomunil).

Remissiya davrida sanator -kurort davo: BA engil va o'rta og'ir kechganda maktabga borish mumkin. Og'ir kechganda uyda o'qitilishi va qo'shimcha dam olish kunlari belgilanadi. Imtihonlardan ozod qilish va bitiruv imtihonlari ehtiyotkorlik rejimida olib boriladi. Hurujdan so'ng 1oy jismoniy mashqlardan ozod qilinadi, keyinchalik doimiy tayyorlov guruhlarida shug'ullanish, og'ir kechganda - davolovchi fizkultura guruhlarida shug'ullanish belgilanadi. BA kasalligida

2 yilga nogironlik belgilanadi, gormonga qaram hollari 18 yoshgacha bo'ladi. Bemor bolalar bepul dori olishga haqidirlar. BA davosini samaradorligini baholash: bemor umumiy holatining yaxshilanishi; dinamikada yo'talni kamayishi; periferik qon tahlilini normallasuvi. Dispanser kuzatuv kattalar bo'limiga olingunicha davom ettiriladi. Sog'lomlashtirish guruhi III—V.

Respirator allergozli bolalarning dispanser nazorati.

Oxirgi paytlarda bolalar orasida mavsumiy allergiya ko'rinishida yuqori nafas a'zolarining respirator allergozli kasalliklari ko'p uchramoqda. Ko'pincha bu holatlarning paydo bo'lishi organizmning nasliy moyilligiga, oziq-ovqat mahsulotlaridan allergiyaga hamda tez-tez O'RI bilan kasallanishiga bog'liq bo'lmoqda. Kasallik mavsumiylikka, o'rmon va dalalarda qo'zg'alish xarakteriga ega. Rossiyaning janubiy regionlarida tabiatdagi allergen-ambroziya hisoblanib, u iyuldan to oktyabr oylarigacha gullaydi; avgust-sentyabr oylarida gullaydigan boshqa xil o'simliklarga (polin, lebede) nisbatan sensibilizastiya paydo bo'ladi. Bolalarning dispanser kuzatuvini UASh olib boradi. UASh tomonidan bolaning kuzatuvi quyidagicha olib boriladi: bir yoshgacha – 1 oyda bir marta, 2-4 yoshli bolalarda - 3 oyda bir marta, keyinchalik bir yilda 2 marta. Allergolog shifokor ko'rigi - 6 oyda 1 marta, o'rnatilmagan spektrli sensibilizastiyada-3 oyda 1 marta, spetifik immunoterapiya jarayonida –har oyda 1 marta o'tkaziladi. Stomatolog va

otorinolaringolog ko'rigi esa yiliga 2 marta tashkil etiladi. Zarur hollarda dermatolog hamda gastroenterolog konsultastiyasi olib boriladi. Qon va peshob tahlili interkurrent kasalliklaridan so'ng yiliga 2 marta o'tkazilib, o'rnatilmagan spektrli sensibilizastiyada esa allergik tekshiruvlar har yili olib borilishi tavsiya etiladi. Davolash-sog'lomlashtirish tadbirlari individual reabilitastiya tuzilmasini ishlab chiqishga yo'naltirilgan (gipoallergenli parhez, chiniqtirish, davolovchi fizkultura, profilaktik emlashlarga individual yondashish). Retsidivga qarshi davo aerezolterapiya, fizioterapiya hamda davolash fizkulturasini muolajalarini o'z ichiga oladi. Interkurrent kasalliklarini davolashda penitsillin va penitsillin guruhiga mansub antibiotiklar, sulfanilamidlar, astetilsalistil kislotalar, B vitamin guruhi, aloe preparati va boshqa biologik faol preparatlar tavsiya etilmaydi. Klinik allergozli bolalar dispanserizastiyasi kattalar poliklinikasiga o'tkazgunga qadar olib boriladi.

Yuqori nafas a'zolari kasalliklari bilan kasallangan bolalarning kasbiy faoliyati. Nafas a'zolari kasalliklari bilan kasallangan o'smirlar hayotida kasb tanlash ma'suliyatli pog'ona hisoblanadi. Shifokor bemor o'smirlarga kasb tanlashda tavsiyalar berishida asosiy kasallikning kechishi, kasallikning qo'zg'alishiga olib keluvchi salbiy omillarni inobatga olishi zarurdir. Nafas a'zolari kasalliklari bilan kasallangan bemorlarga asab-ruhiy va jismoniy zo'riqishli, nojo'ya

metereologik omillarning ta'siri, ingalyastion va kontakt allergenlar (jun, mo'yna, dori-vositalari, ximikatlar, chang) bilan bog'liq kasblar qat'iyman etiladi. Antigenlardan tashqari nishon a'zolar epiteliysiga kasb bilan bog'liq mexanik va toksik moddalar (ingalyastion irritantlar, sement, lak va bo'yoqlar, organik eritmalar) ta'sirida kasallikning qo'zg'alishiga olib kelishi mumkin.

Cho'zilgan pnevmoniya bilan kasallangan bemorlarga nojo'ya mikroiklimli muhitga ega bo'lgan (yuqori harorat, namlik, havoning bosimi, haroratning pasayishi), changli, sezilarli jismoniy zo'riqish, nurlanishning barcha turlari mavjud (ionli, elektromagnitli nurlar va h.k) kasblar qat'iyman etiladi.

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bilan kasallangan bolalarning dispanser nazorati.

Bolalar orasida kardiorevmatologik kasalliklarning tarqalishi yuqori darajadagicha saqlanib qolmoqda. Shuni ta'kidlab o'tish joizki bolalar o'rtasidagi kardiorevmatologik kasalliklar ko'pincha nogironlikka olib keladi. Oxirgi yillar davomida bolalar o'rtasida yurak-qon tomir kasalliklar strukturasi sezilarli darajada o'zgargan. Revmatik isitma kasalligini tarqalishi kamaygan. Etakchi o'rinlarni yurak-tug'ma nuqsonlari egallagan, shuningdek norevmatik karditlar, yurak ritmlarining buzilishlari va distonik holatlar oshayotganligini kuzatish mumkin. Poliklinikalar sharoitida yurak qon-tomir

tizimi kasalliklari bilan kasallangan bolalarning dispanser nazoratini UASH hamda kardiorevmatolog shifokor olib boradi. Mahalla shifokori yurak qon-tomir tizimi kasalliklarini birlamchi profilaktikasi bilan shug'ullanadi va asosiy e'tiborini bola organizmining kasallikka qarshi kuchini oshirishga qaratilgan tadbirlarga qaratadi. UASH xavf guruhiga kiruvchi bolalar orasida yurak qon-tomir tizimi kasalliklarini erta aniqlashda katta ishlar olib boradi.

Shifokor –kardiorevmatolog bemor bolalarda quyidagi ikkilamchi profilaktika tadbirlarini olib borish bilan shug'ullanadi:

-kasallikning qaytalanishini va asoratini oldini olish;

-metodik-tashkiliy qo'llanmalar bilan dispanserizatsiyani ta'minlash;

-tibbiyot xodimlarining bilim saviyasini oshirish;

-aholi orasida ommaviy-targ'ibot ishlarini olib borish;

-konsultativ yordamni tashkil etish;

Dispanser nazoratiga kiruvchilar:

-faol va nafaol shaklli revmatik isitma bilan kasallangan bemorlar;

-surunkali infeksiya o'choqlari mavjud hamda yurakda o'zgarishlari bo'lgan bolalar (revmatik isitma kasalligiga xavf tug'diruvchi);

- miokarditi bor bemorlar;

-vegetativ qon-tomir distoniyasi bor bolalar (VSD);

-tug'ma yurak-qon tomir nuqsonlari bor bolalar;

-kollagenoz kasalliklari bor bolalar.

Tug'ma yurak nuqsonlari bor bolalarni dispanser nazorati.

Magistral qon-tomirlar va tug'ma yurak nuqsonlarining klinik belgilari turlicha. Tug'ma yurak nuqsonlarining kechish fazalari:

1-Faza –birlamchi adaptastiya bola hayotining birinchi oylarida organizmda boshqacha qon aylanishga moslashish kuzatiladi.

2-Faza- nisbatan kompensastiya.

3-Faza- terminal, qaytmas o'zgarishlar kuzatiladi.

Tomirlar va tug'ma yurak nuqsonlari bor bolalarni kardiolog nazorat qiladi. Tug'ma yurak nuqsonlarini sindromlariga, anatomik turlari va kechish fazalariga qarab dispanser nazorati belgilanadi.

Birinchi fazada gemodinamik buzilishlarsiz tug'ma yurak nuqsonli bolalarni UASH 1 yilda 2 marta ko'radi; statsionar davodan keyin -6 oy davomida har oy, keyin 1 yilgacha 2 oyda 1 marta ko'radi. Bola hayotining birinchi yilida adaptastiya fazasining og'ir kechishida har oy, engil kechishida har 3 oyda ko'rib boriladi.

Ikkinchi fazada bolalar yiliga ikki marta ko'riladi. Kardiorevmatolog bolani 1 yilda 2-4 marta ko'radi, og'ir kechganda («ko'k» nuqson turida, o'pka gipertenziyasida va b.) 1-2 oyda 1 marta ko'radi.

Stomatolog va otolaringolog maslahati 1 yilda 2 marta, boshqa mutaxassislar ko'rsatma bo'lganda ko'radi. Tashxis qo'yilgach va ko'rsatmaga ko'ra kardioxirurg maslahati buyuriladi. Operastiya qilingan bolalar 1-yili 2-3 oyda 1 marta, keyin 1yilda 1-2 marta

ko'riladi. «Quruq» yurak operastiyasini o'tkazgan bolalarni o'tkir osti bakterial endokardit rivojlanishi xafvini baholash uchun bir yil kuzatib boriladi. Dekompensastiya simptomlarida, gipoksemik krizning og'ir kechishida, asorat rivojlanishida, interkurrent kasalliklarda tug'ma yurak nuqsonini tashxislashda hospitalizastiya qilish maqsadlidir. Tug'ma yurak nuqsoni operastiyasi o'tkazilgach 6 oydan keyin surunkali infekstiya o'choqlari sanastiyasi o'tkaziladi. Dekompensastiya simptomi, «ko'k» nuqsonning 3 fazasi, bolalar gemorragik diatezi, MNS zararlanishi sanastiyaga qarshi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Tug'ma yurak nuqsoni bor bolalar reabilitastiyasining asosiy vazifalaridan biri –yurak etishmovchiligining kompensastiyasidir. Uyda va ko'chada toza havo muhim ahamiyatga ega. Harorat 18-20 Sda saqlanib vaqti- vaqti bilan shamollatib turilishi kerak. Bolaning umumiy ahvoli, kasallikning xarakteri va kompensastiya turiga qarab boshqa bolalar bilan turli harakatli o'yinlarni o'ynash buyuriladi. Kasal bolalarning harakat aktivligi cheklangan bo'ladi. Gemodinamika buzilishisiz tug'ma yurak nuqsoni bor bolalar bog'chada maxsus bolalar guruhlarida, maktabda tayyorlov guruhlarida jismoniy mashq bilan shug'ullanadilar. Gemodinamika buzilishida davolash jismoniy mashqning maxsus guruhi belgilanadi. Yurak operastiyasi o'tkazilgach 2 yil jismoniy mashqdan ozod qilinadi. Yurak yoki o'pka etishmovchiligida doimiy jismoniy tarbiyadan ozod qilinadi.

Kardiotrop preparatlar (inozin - riboksin, kokarboksilaza, kaliy orotat, glutamin kislota, vitaminlar) bilan yiliga 2 marta (bahor va kuzda) davolash kurslari o'tkaziladi. Gipoksemik huruj rivojlanganda kislorod beriladi, sedativ preparatlar (prometazin-pipolfen, difengidramin - dimedrol, trimeperidin - promedol) piketamid buyuriladi. Zarur holatlarda (ko'rsatmaga ko'ra) yurak glikozidlari buyuriladi. Dispanser nazorat va reabilitasiya muhim hisoblanib kardiokirurg bilan operativ davo muddati belgilanadi va kasallikning 2 -bosqichida amalga oshiriladi. Bolani kattalar poliklinikasiga o'tkazishdan oldin dispanser nazorati shart.

Kollagenozlar (biriktiruvchi to'qima kasalliklari) da dispanser nazorati. Kollagenozlar - autoimmun va immunopatologik jarayon bo'lib, progressiyalanuvchi va restidivlanuvchi biriktiruvchi to'qimaning tizimli zararlanishi bilan ifodalanadi. Biriktiruvchi to'qimaning tizimli zararlanishiga YuRA, SKV, dermatomiozit, sklerodermiya va tugunchali periarteriit kiradi. Kollagenozli bolalarni dispanser nazorati kasallik qaytalanishini oldini olishni, a'zo va sistemalarda funkstional buzilishlarning kamayishini ta'minlaydi. UASH va kardiorevmatolog ko'rigi o'tkir davrida 1-chi 3 oy har oyda, keyin har 3 oyda, otolaringolog, oftalmolog va stomatolog 1 yilda 2 marta, xirurg- ortoped bo'g'imlarda kuchli funkstional o'zgarishlar bo'lganda va boshqa mutaxassislar ko'rsatmaga ko'ra ko'radilar. Interkurrent kasalliklardan keyin ichki organlar UZI si va 3 oyda 1 marta klinik qon tahlili, EKG, bo'g'imlar rentgenografiyasi 1

yilda 2 marta, qon bioximik tekshiruvi ko'rsatmaga binoan o'tkaziladi. Retsidivga qarshi tadbirlar uzoq muddatli bo'lib (oylar, yillar) maxsus shifoxona sharoitida o'tkaziladi. Immunosupressiv preparatlari (stiklosporin, metotreksat) NYaQP guruhi (diklofenak, voltaren, ibuprofen) yoki peroral glyukokortikoidlar (qo'llab quvvatlovchi dozada 6 oydan kam bo'lmagan muddatda) bilan 1 yil davomida klinik-laborator remissiya fonida 2 yildan kam bo'lmagan muddatga belgilanadi. Ko'rsatmaga ko'ra antibiotiklar, gipotenziv dorilar, diuretiklar osteoporozning davosi va profilaktikasi uchun qo'llaniladi. Mahalliy davo uchun tez ta'sir qiluvchi (metilpredinzolon, metipred, depomedrol) va prolangirlangan (kenalog) glyukokortikoidlar, yallig'lanishga qarshi mazlar, applikastiyalar (indovazin, diklofenak, ibuprofen-dolgit krem) dimetilsul'foksid (dimeksid) bilan bo'g'im ichi in'ekstiyasi ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Bazis terapiya qabul qiluvchilarda interkurrent kasallik qo'shilganda poliklinika sharoitida qiyinchilik tug'diradi. Bunday hollarda keng ta'sir doirali antibiotiklar buyuriladi. Bazis davo sifatida qo'llanilgan NYaQP lar dozasi 1,5 martaga ko'paytiriladi, tana harorati normallasgach 3-5 kundan keyin avvalgi dozaga qaytiladi. Asosiy kasallikning zo'rayish belgilari bo'lmaganda 7-10 kundan keyin NYaQP bekor qilinadi. NYaQP ning davo davomiyligi 2-3 hafta. NYaQP fonida tana harorati normallasgandan keyin gormonga tobelik bo'lmasligi uchun oldingi dozaga qaytariladi. Asosiy kasallikning zo'rayish belgilari bo'lmagan holda interkurrent kasallikni og'ir kechishida bola gospitalizastiya qilinadi.

Reabilitatsion tadbirlar – massaj va davoli fizkul'tura doimiy, fizik faktorlar bo'g'imlar oziqlanishini yaxshilash uchun uzluksiz 3-4 haftadan 1 yilda 2-4 marta (parafin applikatsiyasi, ozokerit massaj bilan birga, askorbin kislotasi bilan elektroforez, nikotin kislotasi, geparin, 5% li xlorli litiy, va boshqa antifibrinozli moddalar, lazerli terapiya, gidromassaj, mexanoterapiya, balneoterapiya) o'tkaziladi. Uy sharoitida zararlangan bo'g'imlar uchun doimiy fizik mashg'ulotlar (velosiped, voleybol, chana, konki) o'tkaziladi. Fizkul'tura guruhlarida bo'g'imlarning funkstional zararlanish darajasiga qarab yuklamalar buyuriladi, tananing sovqotib qolishidan va yuklama oshib ketishidan chegaralanish kerak.

Dispanserizatsiyaning effektivlik kriteriyalari:

restidivlar bo'lmasligi;

ichki organlar va bo'g'imlarda funkstional buzilishlar bo'lmasligi yoki kamayishi;

surunkali infektsiya o'chog'ining bo'lmasligi;

Kattalar poliklinikasiga o'tishgacha bo'lgan davrning dispanser nazorati. Sog'lomlik guruhi 3-4.

Yurak-tomir kasalliklari bor bolalar proforientatsiyasi. Bolalar proforientatsiyasi muammosi bilan mutaxassis shifokor, maxsus o'quv bo'limi mutaxassislari, UASH va poliklinika shifokorlari shug'ullanadi. Revmatik isitmaning klinik belgilarisiz nafaol fazasida mehnat jarayonlari, fizik zo'riqish, toksik moddalar, noxush meteorologik va mikroiklim faktorlari qarshi ko'rsatma bo'lib

hisoblanadi. Bo'g'imlarni surunkali kasalliklarida progressirlanish va zo'riqish kuzatiladi, unga qarshi ko'rsatmalar: noxush meteo va mikroiklim sharoitlari, toksik moddalar ta'siri, organizmning infitsrlanish xavfi, nisbiy jismoniy zo'riqish, uzoq vaqt tananing majburiy holatda bo'lishi, jarohatlangan bo'g'imlardagi katta hajmli harakatlar, jarohatlanish xavfi, umumiy va mahalliy vibratsiyalar hisoblanadi. Biriktiruvchi to'qima displaziyasining yurak variantida maktab o'quvchilari proforienti : toza havoda, issiq cexlar va sovuq binolarda bo'lish fizik kuch talab qiluvchi mutaxassisliklari qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Klapanlar, yurak mushaklari organik zararlanishida, qon aylanishning 1-2 bosqich buzilishi bilan yurak tug'ma nuqsonlarida, nisbatan fizik zo'riqish, kuchli asab- ruhiy zo'riqish, ko'p yurish, noxush meteo- va mikroiklim omillar, chang va toksik moddalarning ta'siri, tananing majburiy holati qarshi ko'rsatma hisoblanadi. VSD da kuchli fizik zo'riqish, nisbatan nerv – ruhiy zo'riqish, noxush meteo- va mikroiklim sharoiti, kuchli shovqin va vibratsiya, toksik moddalar qarshi ko'rsatma bo'la oladi.

10. Gastroduodenit va surunkali gastriti bor bolalarni dispanser nazorati.

Gastroduodenit va surunkali gastritli bolalarning dispanserizastiya prinstplari yarali kasalliknikiga o'xshash. Hisobga olingach 1 yil ichida bemorlarni har 3 oyda, keyin 2 marta (kuz va bahorda) mahalla UASHi, 1 yilda 2 marta otoloringolog, boshqa mutaxassislar ko'rsatmaga binoan ko'radi.

Har 3 oyda 2 marta

kokteyl

Tekshirish usullari: 1 yilda 1 marta EFGDS, oshqozon ajralmasi tekshiruvi 1yilda 1 marta, axlat, siydik, qon tahlili, koprogramma tekshiruvlari o'tkaziladi.

Restedivga qarshi davo 1 yilda 2 marta (bahor va kuzda) 2-3 hafta davomida, parhez, antastid moddalar yoki o'rin bosuvchi fermentoterapiya, vitaminlar, stimullovchi moddalar, mineral suvlar, fizioterapiya o'tkaziladi.

Oshqozon soki tarkibini hisobga olgan holda ovqatlanish rejimiga rioya qilish muhim (kislotali muhit oshganda stol № 1, kislotali muhit pasayganda stol № 2), mineral suvlarni 2 oygacha bemor 1 kg tana massasiga 3 ml dan hisoblab ichish kerak. Kislotali muhit oshganda mineral suv gazi chiqarilgan holda ovqatdan 60-70 minutdan keyin, kislotali muhit kamayganda ovqatdan 30-40 minut oldin ichiladi. Davo kursi 1 yilda 2-3 marta. (Mirgorodskaya, Ijevskaya, Berezovskaya, Arzni, Essentuki, № 17). Diareyaga moyillik bo'lganda mineral suv iliq holda ichiladi.

Kislotali muhit pasayganda davolashdagi muhim komponentlar:

- o'rin bosuvchi davo: 1 yilda 2-3 marta 3-4 hafta davomida tabiiy oshqozon soki, betastid, astidin-pepsin, fermentlar- abomin, pepsidil, meksaza, panzinorm

-stimullovchi davo: 10 kun davomida pentoksil

-fizioterapevtik davo: 1 yilda 2 marta bahor va kuzda: xvoyali vanna(37-37,5 s) 10 muolaja, epigastral sohaga parafinli applikastiyalar, 2 hafta davomida 1 kunda 1 marta kislorodli kokteyllar.

Kislotali muhit oshganda davolashdagi muhim komponentlar:

- antastidli vositalar: 1 yilda 2 marta bahor va kuz oylarida 2-6 hafta davomida vikalin, almagel, vikair, alyuminiy fosfat- fosfalyugel, maaloks.

- fizioterapevtik davo: 10-12 muolaja epigastral sohaga induktotermiya, 10-15 muolaja Sherbak usulida galvanik yoqa, 1 yilda 1-2 marta 10 muolaja elka va epigastral sohaga parafinli applikasiya.

OIT ning bir necha bo'limlari shilliq qavatlarini eroziv zararlanishida yarali qon ketish, qiyin chandiqlanuvchi yaralar, giperastid holatlar kuzatiladi. Proton pompa ingibitorlari (omeprazol), sintetik prostaglandinlar (stitotek, enprostil,arboprostil), enkefalinlar (dalargin), karboangidraz ingibitorlari (astetazolamid-diakarb)ning noto'g'ri antisekretor xususiyati bor. Hozirgi davrda eradikastion davo 3 yoki 4 komponentli sxemani qo'llab o'tkaziladi.

Eradikastiya uchun tavsiya etiladigan davo sxemasi.

Dorilar kombinastiyasi	Sutkalik doza	Davo kursi davomiyligi hafta
Vismut trikaliya distitrat(de-nol) Tetrastiklin Metronidazol	60 mg dan 4 marta 250 mg dan 4 marta 125 mg dan 4 marta	2
Amoksisillin Metronidazol Omeprazol	250 mg dan 4 marta 125 mg dan 4 marta 10 mg dan 2 marta	2

Klaritromistin	250 mg dan 2 marta	
Metronidazol	125 mg dan 4 marta	
Omeprazol	10 mg dan 2 marta	1
Amoksistillin	250 mg dan 4 marta	
Metronidazol	125 mg dan 4 marta	2
Ranitidin	125 mg dan 2 marta	
Amoksistillin	250 mg dan 4 marta	2
Klaritromistin	250 mg dan 3 marta	
Omeprazol, Klaritromistin	10 mg dan 2 marta 250 mg x 2 m	2
Omeprazol, Tetrastiklin	20 mg dan 2, 250 mg dan	
Metronidazol	3 marta	1
Vismut trikaliy distitrat(de-nol)	250 mg dan 3 marta 120 mg dan 2 marta	
Omeprazol Amoksistillin	20 mg dan 2,250 mg dan	
Metronidazol	3 marta 250 mg dan 3	1
Vismut trikaliy distitrat(de-nol)	marta 120 mg dan 2 marta	

Zoffeld R.G.Z.F., 2011 y. ma'lumotlari.

Kompleks retsidivga qarshi davoda OIT motorikasini regulyatorlari prokinetik moddalar (metoklopropamid-serukal, domperidon-motilium, stizaprid), endogen opioidlar (trimebutin), polipeptidlar (dalargin), antixolinergik birikmali yangi avlod preparatlar (riabol,

giosstin butilbromid- buksopan) qo'llaniladi. Ferment preparatlardan Kreon 10000-pankreatin mikrosferasi qo'llaniladi.

Fizioterapevtik davoga ko'rsatma: astenovegetativ sindromda-1 yilda 2 marta 10 muolaja kun ora brom bilan elektroforez. Og'riqli sindromda 1 yilda 1-2 marta 10-15 muolaja parafinli va ozokeritli applikastiyalar, papaverin, kalstiy xlor, prokain (novokain) bilan epigastral sohaga elektroforez qilinadi. Tavsiya – mineral suvlar: 1 yilda 3 marta bahor-kuz-qish oylarida 30-40 kun gabsiz issiq holda (30-40 S) Essentuki 17,4, Smirnovskaya, Slavyanovskaya, Barjomi. Sanator-kurort davo: EFGDS nazoratidan 6 oy o'tgach mahalliy kurortlardan Omonxona, Semashko hamda chet ellardagi Essentuki, Jeleznovodsk, Truskavest tavsiya etiladi.

Fizkul'turadan ozod qilish kasallik hurujidan keyin 6 oyga belgilanadi, keyin maxsus guruh yoki davolash fizkul'turasi belgilanadi. Kasallik hurujidan keyin 2 oyga maktab o'quvchilari oraliq imtihonlardan ozod qilinadi, haftada qo'chimcha 1 kun dam olish kuni tavsiya etiladi. Yarali kasallikni asoratli kechishida 6 oydan 2 yilgacha nogironlik beriladi. Kattalar poliklinikasiga o'tkazishdan oldin dispanser nazorati shart. 1 yil davomida fizkultura bilan shug'ullanmaydi keyin maxsus guruh va keyinchalik tayyorlov guruhlarida doimiy shug'ullanadi. Oxirgi hurujdan 3 yildan keyin dispanser hisobidan chiqariladi. Sog'lomlik guruhi 3 -5.

Enterokolit va surunkali kolitli bolalarni dispanser nazorati

Surunkali yarasiz kolit- polietiologik kasallik bo'lib, yo'g'on ichakning funkstiyasi buzilishi va shilliq qavatni yallig'linish distrofik o'zgarishi bilan xarakterlanadi. Asosiy simptomlar- qorinda og'riq, axlat buzilishi. Klinikasiga jarayonning lokalizastiyasi (total, chap tomonlama, o'ng tomonlama, sigmoidit) ta'sir ko'rsatadi. Mal'absorbstiya va mal'digestiya kasalliklari (laktaza etishmovchiligi, mukovisstidoz, steliakiya, ovqat allergiyasi) bu guruhga kirishi mumkin. Umumiy vegetativ disfunkstiya fonida ushbu kasallikning diagnostikasi hozirgi kunda kamaygan. Kasallik qo'zg'alish davridan keyin 1 - yil davomida 3 oyda 1 marta UASH, 12 oyda 1 marta gastroenterolog, 1 yilda 1 marta stomatolog va otoloringolog nazoratidan o'tkazish kerak. Kasallik qo'zigandan keyin 1yil davomida, keyinchalik 6 oyda 1 marta qon, siydik, axlatda yashirin qonga, koprogramma, 6 oyda 1 marta gijja tuxumlariga tahlil o'tkaziladi. Ichakni rentgenologik tekshiruvi va retoromanoskopiya tekshiruvlari ko'rsatmaga binoan o'tkaziladi.

Retsidivga qarshi davo 1 yilda 2 marta o'tkaziladi. Bemorlarga parhez № 4 stol buyuriladi. Ichakda so'rilishning buzilishi kasalliklarda muhim ahamiyatga ega. Bunday holatlarda eliminastion parhez qo'llanilishi muhim hisoblanadi.

Fermentoterapiya pankreatik fermentlarni o'z ichiga oladi (pankreatin- panstitrat, mezim forte, triferment, pangrol, prolipaza, pankurmen, neonampur) kombinirlangan preparatlar (digestal, kadistal, festal, kotazim-forte, panstal, rustal, enzistal).

Kombinirlangan fermentlar kombistin, panzinorm-forte, pankreoflet. O'rin bosuvchi davo mukovisstidozda mikrokapsullangan preparatlar panstitrat, kreon 10000 ME, laktaza etishmovchiligida- laktaza preparatlari tilaktaza, kerulak, laktaid, maksilak. Kompleks davoda har xil enterosorbentlar qo'llanilishi mumkin: uglerodli (vaulen, aktivlangan ko'mir-mikrosorb-p) tabiiy tarkibli(smektit dioktaedrik-smekta, kaolin, attapulgit, tannokomp) va ximik tarkibli (xolestiramin, polimetilsiloksana poligidrat- enterosgel). Enterosorbent immunomodulyatorlar bilan effektivlidir- viferanom, kompleks polivalentli immunoglobulin bilan. Ichak mikrobiostenozini buzilishi fonida kechganda probiotiklar-bifiform, baktisubtil, astipol, bastillyus subtilis, baktieporip, laktobakterin, astidofilli- astilakt, biosporin, flonivin BS. Diareyaga moyillik bo'lganda 1 yilda 2-3 marta 1 oy davomida mineral suvlar Essentuki №4, Berezovskaya, qabziyatga moyillik bo'lganda- Essentuki № 17, Stalinskaya. Meteorizmda romashka qaynatmasi, yalpiz, fenxel, tmin buyuriladi. Ich ketganda chernika, olxovie shishki, kornevisha aira, anor po'stlog'i qaynatmalari tavsiya etiladi. Fizioterapevtik davo: qorin sohasiga parafinli (45-50 S) yoki ozokeritli applikastiyalar 20- 30 min davomida 8-10 muolaja, 10 muolaja Vermel usulida va vitamin S bilan elektroforez, qorin sohasiga prokain kun ora 15 muolaja, platifillin, kalstiy bilan elektroforez buyuriladi. Remissiya fazasida balchiq, subakval vannalar, ichaklarni yuvish buyuriladi. Spastik og'riqda drotaverin (no-shpa), papaverin, belloid, giosstin butilbromid (buskopan), platifillin, benstiklan (galidor) buyuriladi.

Sanator –kurort davosi (Essentuki, Jeleznovodsk) kasallik qo'zg'algandan 6 oydan keyin tavsiya etiladi.

Fizikultura bilan shug'ullanish 6 oy davomida maxsus guruhda, keyinchalik 2 yilgacha tayyorlov guruhida bo'ladi. Dispanser nazorati oxirgi zo'riqishdan 5 yil keyin o'tkaziladi. Sog'lomlik guruhi 3-4.

O't yullari diskineziyasi bor bolalarning dispanser nazorati:

Klinik simptomlari: dispeptik, astenovegetativ, og'riq. OIT a'zolarining kasalliklari, nerv- gumoral tizim regulyastiyasining buzilishi, allergiya, o't qopi anomaliyalari –diskineziyaga sabab bo'lib xizmat qiladi. Kasallik zo'rayganidan keyin 1 yil mobaynida UASH nazorati 3 oyda 1 marta, keyingi yillar 6 oyda 1 marta, otolaringolog va stomatolog 1 yilda 2 marta, boshqa mutaxassislar ko'rsatmaga ko'ra nazorat qilishadi. Kasallik zo'rayganda gastroenterolog 1 yilda 2 marta keyinchalik 1 yilda 1 marta tavsiya beradi.

Tekshiruvlar: Kasallik zo'rayganda birinchi yili 2 marta, keyinchalik 1 yilda 1 marta jigar va o't yullarining, o't qopining funkstiyasini aniqlash maqsadida UZI (yoki xolestistografiya). Duodenal zondlash 1chi yil 1 yilda 2 marta keyin 1 yilda 1 marta, qon, siydik, axlatni gijja (lyambliya) tahlili, koprogramma 1yilda 2 marta, jigar funkstiyasi bioximik tekshiruvi (bilirubin, xolesterin, transaminaza aktivligi, ishqoriy fosfataza 1 yilda 1 marta tekshiriladi).

Kasallik zo'raygandan keyin 6 oy davomida 10-14 kundan har oyda, keyinchalik 1 yilda 2 marta (bahor va kuzda) 3-4 hafta davomida retsidivga qarshi davosi o'tkaziladi. Kasallik zo'raygandan

ceyin 1-2 yil davomida parhez № 5 buyuriladi. O't haydovchi vositalar bilan davolash kasalxonadan javob berilgach 6 oy davomida 10 kun, keyinchalik 1 yilda 2 marta (bahor va kuzda) davolanadi. Diskineziyada xolelitiklar xolagon, dexolin, makkajo'xori popugi, colenzim, gidroksimetilnikotinamid-nikodin, osalimid-oksafenamid va d.) xolestistokinetiklar zaytun va kungaboqar yog'i, sorbitol, ksilit, vitaminli choy –shipovnik, tuxum sarig'i, barbaris, flavin, xolasas, nagniy sulfat buyuriladi. Kasallik zo'rayganda 6- 12 oy davomida 1 haftada 1 marta bemorlarga tyubaj – gipotonik shaklida Essentuki № 17, djermuk, Arzpi, sabzi soki bilan qilinadi. Gipertonik shaklida shqorli mineral suvlar Smirnovskaya, Slavyanovskaya, makkajo'xori popugi qaynatmasi bilan qilinadi. Vitaminoterapiya kursi 1 yilda 2 narta 3 hafta davomida (tiamin, riboflavin, askorbin kislota) buyuriladi.

Endokrin kasalliklari bor bolalarning dispanser nazorati

Giperglikemiya sindromli bolalarda dispanser nazorati poliklinika sharoitida olib boriladi. Gipoglikemik holatning asosiy sababi- qandli diabetda uglevodlar almashinuvining buzilishi nisoblanadi. Asosiy simptom – tashnalik fonidagi poliuriya. Tashnalikdan tashqari bolalarda doimo ochlik hissi bo'ladi. Tipik triada: polidipsiya, polifagiya, poliuriya. Kasallikda irsiy moyillik 50 % ni tashkil etadi. O'tkir, yondosh kasalliklar, psixik jarohatlanish, yog' va uglevodlarni haddan tashqari iste'mol qilish kasallikni kuchaytirishi mumkin. Diabet fonidagi infekstion jarayonlar og'ir

kechadi. Diabet kasalligining asosida –insulin etishmovchiligi yotadi. Birlamchi va ikkilamchi turlari bor. Birlamchi - oshqozon osti bezi insulyar apparatining funkstional yoki organik zararlanishi. Ikkilamchi -autoimmun, insulinaza . aktivligi oshganda, adrenokortikotrop gormoni ko'p hosil bo'lganda. Insulin etishmovchiligida glyukoza almashinuvining buzilishi - glyukoza hujayra membranasiga o'tish xususiyatini buzilishi va geksokinaza fermenti bilan birikishi, a'zolar hujayralarida glyukoza aylanishi muhim ahamiyatga ega. Glyukoza miqdori avval qonda (giperglikemiya) keyin siydikda (glyukozuriya) oshadi. Uglevod almashinuvi buzilganda yog'lar almashinuvi ham buzilib keton tanachalari ko'p miqdorda chiqarilib (ketoz) giperglikemik komaga olib keladi. Diabet kasalligini diagnostikasi - glyukoza tolerantlikning standart sinamasi (qand egriligi) nahorda glikemiya miqdori (6,7 mmol/l) peshobda glyukoza bo'lmagan holatda aniqlanadi. Bolalarda qand egriligi: glyukoza berilgach egrilik normadan oshadi, 2, 4, 5 soatdan keyin ham normaga qaytmaydi. Manifestli diabetning klassik simptomlarida qonning istalgan porstiyasida glyukozuriya 2 % dan yuqori bo'lganda va giperglikemiya 11,1 mmol/l dan yuqori bo'lganda aniqlanadi. Gematokrit soni, gemoglobin miqdori, zardobdagi natriy va kaliy ionlarining miqdori ham tekshiriladi.

Diabet kasalligining asoratlariga quyidagilar kiradi:
lipidlar almashinuvini buzilishi oqibatida jigarning yog'li distrofiyasi

- diabetik makroidiopatiya, diabetik nefropatiya, retinopatiya
- diabetik enstefalopatiya, enteropatiya, polineyropatiya.

Davo: Insulin preparatlari (qisqa, o'rta, uzoq ta'sirli) individual tanlanadi. Zamonaviy davolash usullari uy sharoitida doimiy nazorat, ota-onaning kasallik tog'risida ko'p ma'lumotga ega bo'lishini talab etadi. Shu maqsadda maxsus maktablar tashkil etilgan. Insulioterapiyaning effektivligi - tog'ri tashkil qilingan parhezga, uglevod, yog', oqsil miqdorining mutanosibligiga bog'liq. Cheklanadi: shakar, asal, konfetlar, banan, xurmo, kraxmal, ularning o'rniga klechatkali uglevodlar: kartoshka, sabzavotlar va mevalar tavsiya qilinadi. Hisob «non birligida» - 12,0 g, uglevod (INB) eyilganda 1,3 ED insulin qilinishi kerak.

Agar bemor davolanmasa diabetik ketoastidozli koma rivojlanadi. Gipoglikemiyaning davosi kasallikni og'irlik darajasiga bog'liq. Engil darajada (bemor o'z-o'ziga yordam bera oladi) 2 NB (shakar, non). 1 NB qonda qand miqdorini 1,5 mmol/l ga oshiradi.

O'rta og'ir darajada bemor hushida bo'lib gipoglikemik holatdan o'zi chiqa olmaydi. Taktika analogik.

Bemorni UASH va endokrinolog 1 oyda 1 marta; okulist, nevropatolog, stomatolog 1 yilda 2 marta; otolaringolog 1 yilda 1 marta; ginekolog va ftiziatr ko'rsatmaga binoan tekshiradi. Birinchi marta kasal bo'lgan bemorlar 15-20 kishidan iborat guruh «diabet maktabida» o'qiydi, keyinchalik har yili 2 kishidan o'qitiladi. Dispanserizastiyada nazorat kundaligi tutilishi kerak. Kundalikka

qarab glikemiya tahlili o'tkaziladi. Kasallik asoratini (mikroangiopatiya, neyropatiya) erta aniqlash juda muhim.

Tekshiruvlar: qon va peshobda glyukoza va asteton miqdori, lipidogramma, proteinogramma, mikroalbumin 3 oyda 1 marta, har 3 oyda ko'z o'tkirligi, 6 oyda 1 marta EKG, reovazografiya, reoenstefalografiya, transaminaza aktivligi, umumiy qon va peshob tahlili (har 6 moyda 1 marta takrorlanishi shart), ko'krak qafasi a'zolari rentgenografiyasi 1 yilda 1 marta aniqlanadi. Kompensatsiya bosqichida sanator - kurort davo beriladi. Dispanser hisobidan chiqarilmaydi.

Gipotireozda dispanser nazorat.

Gipotireoz – tireoid gormonning kam ishlab chiqilishi yoki to'qimalarda ularga nisbatan sezuvchanlikning yo'qligi bilan xarakterlanadigan klinik sindrom. Qalqonsimon bezning zararlanishi oqibatida – birlamchi gipotireoz, gipofizdagi o'zgarish natijasida – ikkilamchi gipotireoz, gipotalamusda zararlanish bo'lganda – uchlamchi gipotireoz rivojlanishi mumkin. Gipotireoz tug'ma va orttirilgan bo'lishi mumkin. Chaqaloqlik davrida sariqlik, anemiya, enstefalopatiya, gidrostefaliya, sepsis, homila ichi infektsiyasi kasalliklari bilan birga kelishi mumkin. Tug'ma gipotireoz qalqonsimon bezdagi nuqson natijasida, gormon sintezining determinastiyalashgan genetik gipo- yoki aplaziyasi hamda tireotrop gormonning T -resteptorini nasliy defekti natijasida kelib chiqadi. Patologik jarayonda fermentativ tizimda tireoid gormoni sintezining defekti bo'lib, yod moddasini qabul qilinishi buziladi va

disgarmonogenezga olib keladi. 'Tug'ma' gipotireozning barcha shakllarida homilada tireoid gormonining etishmovchiligi miya differentsirovkasini buzilishiga, neyronlar sonining kamayishiga, nerv hujayralarida mielinizastiyani buzilishiga olib keladi. Agar bu o'zgarishlar kuzatilganda 4-6 haftaligidan davo boshlanmasa qaytmas jarayon rivojlanadi. Emadigan bolalar sutini tarkibidagi tireoid gormonining miqdori kasallik kompensastiyasi uchun etarli emas. Bolalar katta tug'iladi, uyquchan, kam emostional, nafas olishni buzilishi (apnoe), mekoniyini kech chiqishi, kindikni kech tushishi, qabziyat, qorin dam bo'lishi, mushak gipotoniyasi kuzatiladi.

Chaqaloqlik davrining 3-4 oylarida gipotireozning to'liq klinikasi - tana vazni va o'sishdan ortda qolish, ko'z yorig'ini torligi, keng, qo'pol burun, yonoqlar shishligi, tilning katta bo'lishi, qo'pol ovoz aniqlanadi. Psixomotor rivojlanishdan orqada qolish, tishlarning kech chiqishi, terining sovuq va quruqligi, qorin dam bo'lishi, qabziyat, kindik churralari, yurak chegaralarining kengayishi, yurak tonlari bo'g'iqligi, bradikardiya, QB pasayishi, sistolik shovqin, stridorli nafas rivojlanadi.

Gipotireozni erta aniqlash muhim. Hayotining 3-5 kunida skrining tekshiruvi o'tkazish mumkin. Bunda filtrlangan qog'ozda kapillyar qondagi eritrostitlarda tireotrop gormoni aniqlanadi. Skrining bo'lmaganda simptomlardan 2 tasi uchragan chaqaloqlarda chuqur tekshiruv o'tkaziladi. Tashxis quyidagi holatlarda: giperxolesterinemiya, giperlipidemiya, EKG da QRS voltajini

pasayishi, bradikardiya, suyaklanish tempining sekinlashishi, normoxrom anemiyada tasdiqlanishi mumkin.

Davosi: tiroksinli o'rin bosuvchi terapiya, qo'chimcha vitamin A, B, neyrotrofiklar (pirastetam, serebrolizin, pantogam). Davo tireotrop gormon miqdorini nazorati bilan uzoq muddatli bo'ladi. Dispanserizatsiya 2 etapda UASH va endokrinolog shifokorlar tomonidan o'tkaziladi.

BOLALARDA PARHEZ DAVO.

Bolalarda ovqat hazm qila olmaslik.

Ovqat hazm qila olmaslik - bolalarda ovqat va uning tarkibiy qismlariga nisbatan kelib chiqadigan va aniq klinik simptomlar bilan namoyon bo'ladigan patologik jarayondir. Hozirgi davrda ovqat hazm qilolmaslik tasnif bo'yicha ikkita katta guruhga bo'linadi: immunologik va noimmunologik reaksiyalar (ovqatga nisbatan idiosinkriziya). Immunopatologik reaksiyalar asosida IGE- yoki IGG ga-bog'liq giperreaksiyalar yotadi. Bularga ko'proq ovqat allergiyasi kiradi. Immunopatologik reaksiyalar bilan kechuvchi kasalliklarga steliakiya kiradi. Ovqat hazm qilolmaslikning noimmunologik shakllariga fermentopatiyalar (intestinal, pankreatik) va ovqatga nospestifik reaksiyalar kiradi. Ikkala holda ham ovqatga nisbatan spestifik antitelolar paydo bo'lmaydi, lekin ba'zi hollarda psevdoadlergiya rivojlanishi mumkin. Nospestifik reaksiyalar bolalarning sun'iy ovqatlari tarkibiga kiradigan konservantlar hisobiga paydo bo'lib, ularning hazm traktida so'rilishi hisobiga

rivojlanadi va toksik simptomlarni keltirib chiqaradi. Ko'pgina hollarda bular astetil kislota, tartrazin, glyutamalar, metabisul'fitlar, fungistidlar, nitratlar, metasu'fatlar, stiklomatlar, saxarin pestistidlar, bakteriya va viruslarning emirilishi oqibatida paydo bo'ladigan toksik moddalar bo'lishi mumkin. Tug'ma va orttirilgan fermentopatiyalar asosiy ovqat nutrientlarning gidrolizini buzadi va defisit holatlarning kelib chiqishiga va mal'absorbtsiya sindromining rivojlanishiga sabab bo'ladi. Ko'pgina bolalarda uchraydigan ovqat allergiyasi ham ichak shilliq qavatining o'zgarishi tufayli mal'absorbtsiya kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Bolalarda ovqat hazm qilolmaslikning asosiy klinik ko'rinishlari

1-Uzoq muddatli diareya, ichak disfunktsiyasi, qusishlar, meteorizm, ovqatlanishdan keyingi bezovtaliklar (3 haftadan ortiq).

2-Oziqlanishning buzilishi (ozib ketish, bo'y o'smasligi).

Defitsit holatlar :

-temir tanqislik va oqsil tanqislik anemiyalari ;

-gipoproteinemiya ;

- fosfor-kal'stiy almashuvini buzilishi (osteoporoz, suyaklar o'smasligi,

gipokal'stiemik talvasalar, suyaklar sinishi);

-gipovitaminozlar.

-allergiyaning teri shakllari.

Ovqat hazm qilolmaslikning har xil shakllarida simptomlarning kombinastiyalari kuzatilishi mumkin va bu simptomlar mal'absorbtsiya sindromida ham namoyon bo'ladi. Orttirilgan

fermentopatiyalarning baʼzi shakllarida (postinfektsion tranzitor disaxaridaz etishmovchilik) ovqat koʻtara olmaslik monosimptom holida kechishi mumkin, bunda klinik va laborator belgilar oziqlantirish korrektsiyasi tufayli tez bartaraf etiladi.

Oziq-ovqatlarni koʻtara olmaslik holatida diagnostik tekshiruvlar :

-Immunologik : Zardob antitelosini aniqlash; taxmin qilingan ovqat antigeniga IG E sinfi (radioallergosorbenttest, immunofermentusul); G, A, M sinflari (immunoferment usul, immunobloting); antiretikulin antitelo, endomiziumga antitelo, odam ingichka ichagiga antitelo; taxmin qilinayotgan allergenga teri sinamalari; ovqat antigeniga hujayra reaktsiyalari (passiv gemagglutinasiya, bazofillar degranulyatsiyasi, leykositlar stimulyatsiyasi va boshqalar) , ichak shilliq qavati biopstatining immunologik tekshiruvi (hujayralararo limfositlar sonini aniqlash).

-Morfologik usullar: Meʼda-ichak traktini endoskopik tekshiruvi; meʼda, oʻn ikki barmoqli ichak, ingichka va yoʻgʻon ichak shilliq qavati biopstatini gistologik va morfometrik tekshiruvi.

-Biokimyoviy usul: Ichakda soʻrilish funktsiyasi va ichak barʼeri oʻtkazuvchanligini baholash; D-ksiloza, mannit/stellobioza, L-ramnoza, polietilenglikol, etilendiamintetrasirka kislota bilan sinama; ovqat oqsillari bilan sinama : ona suti a-laktoalbumini, albumin, qoramol zardob albumin; plazma oqsillarining fekal ekskrestiyasini aniqlash;

-Ichakda oʻzlashtirishni baholash: Yogʻlar (koprologik tekshiruv, balansli metod); uglevodlar (di- va monosaxaridlar bilan yuklama

sinamalar); axlatdagi uglevodlar va chirish mahsulotlari ekskrestiyasi va ularni aniqlash; nafas chiqargan havodagi vodorodni aniqlash; ingichka ichak shilliq qavati bioptati shilliqlardan yuvilgan yuvindisida bo'shliq va devoriy hazmda ishtirok etuvchi fermentlar faolligini aniqlash.

-Kliniko-dietologik usul: "dietodiagnostika" usuli; ikki martali nazorat platseboterapiya usuli.

Klinik amaliyotga laborator usullarning kirib kelishi oziq-ovqat ko'tara olmaslikni boshqa shakllarini va mal'absorbstiya sindromini qiyosiy tashxislashga imkon beradi.

Uglevodlarni ko'tara olmaslikda dietoterapiya

Ko'krak yoshidagi va erta yoshdagi bolalarni oziqlanishida uglevodlarning roli katta, rasiondagi ularning ulushi 50% ni tashkil qiladi. Ko'krak yoshida ona suti yoki u bo'lmaganda uning o'rinbosarlari asosiy rol o'ynaydi. Ona suti va zamonaviy adaptirlangan aralashmalar tarkibida asosan disaxaridlar, ulardan laktoza bola organizmining nutritiv ta'minlanishida asosiy rol o'ynaydi. Laktozaning fiziologik qiymati – ichakda gramm musbat anaerob mikroflorani (bifidobakteriyalar, laktobastillalar, bakteroidlar va boshqalar) proliferastiyasini stimullaydi, vitaminlar sintezi va kal'stiy, magniy, marganestlarning so'rilishini tezlashtiradi, erta yoshdagi bolalarda ichak peristaltikasida muhim rol o'ynaydi.

Yo'g'on ichakda laktoza parchalanishidan hosil bo'lgan sut kislotasi PH

ini pasaytiradi, buning oqibatida patogen mikrofloraning rivojlanishi kamayadi.

Laktaza etishmovchiligi

Laktozani ko'tara olmaslik (laktaza etishmovchiligi, laktozali mal'absorbsiya) – intestinal enzimopatiyalarning keng tarqalgan turlaridan bo'lib, ichak laktazasi faolligining nasliy, tug'ma yoki orttirilgan susayishi bilan tushuntiriladi. Uning sintezini kodlovchi gen 2 -xromosomada joylashgan. Laktozani parchalash xususiyati autosom-dominant tipda yuqori penetrantlikda, maldigestiya esa autosom- resessiv tipda irsiylanadi. Zamonaviy tasnifga ko'ra laktoza ko'tara olmaslikni to'rt turi farqlanadi:

1. Birlamchi erta (chaqaloqlarga oid tip) genetik tushuntiriladigan alaktaziya, tug'ilishi bilanoq profuz diareya, qayt qilish, tez rivojlanuvchi suvsizlanish bilan namoyon bo'ladi.

2. Birlamchi kechki (kattalar tipi) – laktoza ko'tara olmaslikni genetik determinirlangan shakli, 4-5 yoshlarda paydo bo'ladi (laktoza ko'tara olmaslikni kattalar tipi). Rossiyada sut mahsulotlari etarlicha keng tarqalganligi sababli bu shakli nisbatan ko'p uchraydi va aholining 10% dan 75% gacha bo'lgan qismida uchraydi (o'rtacha 20%).

3. Ikkilamchi neonatal gipogalaktaziya (funkstional, tranzitor) tranzitor holat bo'lib, bunda perinatal davrning patologik kechishi oqibatida chaqaloqlarda (ko'proq chala tug'ilgan va kam vaznlilarda) laktozani o'zlashtirish qobiliyati pasayadi. Homiladorlikning 3-trimestrida laktaza aktivligi intensiv ortadi, turli xavf omillari uning rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, shuning uchun chala tug'ilgan

va yaxshi rivojlanmagan bolalarda laktozaga tolerantlikning susayishi kuzatiladi va ular hayotining birinchi kunlaridanoq ovqatlantirishda korrekstiyaga muhtoj bo'ladilar.

4. Ikkilamchi gipogalaktaziya – kasallik ichakning birlamchi shikastlanishi oqibatida yuzaga keladi. Asosiy va eng ko'p tarqalgan sabablaridan biri – o'tkir ichak infekstiyalari (birinchi o'rinda virusli diareya, asosan rotavirusli infekstiya), ichak kasalliklari (steliakiya, tug'ma rivojlanish nuqsonlari, Kron kasalligi, NYaK), ovqat ko'tara olmaslikning boshqa shakllari, asosan sigir suti oqsillarini ko'tara olmaslik, ichak parazitlar kasalliklari va boshqalardir.

Klinik ko'rinishi.

Kasallikning klinik ko'rinishi parchalanmagan laktozaning to'planishi va u bakterial bijg'ishni tezlatishi bilan bog'liq. Uglevodlar – osmotik faol birikmalar, shuning uchun axlat suyuq yoki kashasimon, ko'proq ko'pikli, suvsimon, achimsiq hidli, shilliq, ko'kat, hazm bo'lmagan qoldiqlar aralash bo'ladi. Bijg'ish oqibatida – ichakda disfunkstiya simptomlari (meteorizm, ichak bo'ylab guldurash, ovqatlantirish jarayonida bezovtalik) kuzatiladi. Diareya va ichak disfunkstiyasi 3 haftadan ko'proq davom etadi. Natijada ko'p bolalarda tana vaznining o'sish tempi sekinlashadi, uchtadan bitta bemorda esa gipotrofiya (2-3 darajada) rivojlanadi.

Diagnostika.

Laktoza maldigestiyasining 2 guruh laborator diagnostikasi farqlanadi: bevosita va bilvosita. Bevosita usulda ingichka ichak biopsiyasi keyinchalik enterostitlar kipikli hoshiyasi laktozasining

gistokimyoviy identifikatsiyasi amalga oshiriladi. Bu usul ko'proq ishonchli hisoblanadi, bu usulni boshqa tekshiruvlar diagnostik ahamiyatini aniqlashda etalon sifatida qo'llaniladi. Biroq bu usul shilliq qavatning jarohatlanish ehtimoli borligi, VICH va HB bilan zararlanish xavfi yuqori bo'lganligi uchun bolalarda kam qo'llaniladi. Laktozotolerantlik testi gastroenterologiyada keng tarqalgan, usulning maqsadi peroral laktoza bilan 1-2g/kg dozada yuklama qilinganidan so'ng glikemiyaning o'sish darajasini aniqlashdan iborat. Noinvaziv usul bo'lgan nafas chiqarilgan havodagi vodorodni aniqlash usulini ham qo'llash mumkin. Bilvosita usullardan oddiy va ishonchlisi axlatda laktoza va uning gidroliz mahsulotlarini (glyukoza, galaktoza, organik kislotalar) aniqlash usuli. Uglevodlar fekal ekskrestiyasining bo'sag'a darajasi – axlatda 5g/l. uglevodlar miqdori ko'pligini aniqlashda Benedikt sinamasi, "Klinitest", "Kombitest" tabletkalari ishlatiladi. Uglevodlar ko'plab bijg'ishini xarakterlaydigan laborator testlarda eng ishonchlisi axlatda sut kislotani aniqlash usulidir. Bolalardagi laktoza ko'tara olmaslikni diagnostik kriteriyasi - sut kislotasi 44,4 mmol/l dan yuqoriligi.

Davolash.

Laktoza ko'tara olmaslikni davolashdan maqsad ichakka hazm bo'lmagan uglevodlar tushishini kamaytirishga qaratilgan. Buning uchun bir qancha usullar mavjud. Laktoza preparatlari bilan o'rinbosar terapiya (laktaid, tilaktaza, maksilak, laktraza, laktaza bebi). Preparat berilgach bir necha soatdan so'ng ona suti, sigir suti yoki adaptirlangan "fiziologik" aralashmadagi laktozaning ko'p qismi

parchalanadi, uning miqdori 8-10g/l ga tushadi, shundan so'ng bola monosaxarid qabul qiladi. Bu preparatlar amaliyotda kam qo'llaniladi, shuning uchun eliminasion dietaterapiyaga murojaat qilinadi. Rastiondan sut mahsulotlarini (sigir, echki suti, 1-2 kunlik yangi qatiq (laktoza miqdori 41-47g/l), adaptirlangan "fiziologik" aralashmalarni (laktoza miqdori 70-75g/l), qaymoq, tvorog, smetana) chiqarib tashlash lozim. 6 oylikkacha bo'lgan bolalarga adaptirlangan past laktozali yoki laktozasiz aralashmalar, 6 oylikdan so'ng past laktozali mahsulotlar (11-13 g/l laktoza saqlovchi 3-kunlik qatiq, zardobdan tozalangan tvorog, past laktozali sut) tavsiya etiladi. Bugungi kunda laktoza ko'tara olmaydigan bolalarda klinik va laborator simptomlarni bartaraf etish uchun turli-tuman davolovchi bolalar ovqatlari mavjud.

Bu aralashmalarda uglevod komponenti sifatida asosan dekstrin-maltoza ishlatiladi. Laktozaning har qanday o'rinbosarining osmolyarligi past, shuning uchun osmotik diareya va suvsizlanish simptomlari kamayadi.

Ko'p hollarda laktoza ko'tara olmaslik gipogalaktaziya hisobiga yuzaga keladi, bu holda bola laktozaning bir qismini o'zlashtira oladi va bu bolaga rastiondan to'liq laktozani chiqarib tashlash tavsiya etilmaydi, shuning uchun past laktozali aralashmalarni qo'llash yoki aralash ovqatlantirishni saqlab qolish mumkin. Bir nechta sabablarga ko'ra rastiondagi kam miqdordagi laktoza foydali hisoblanadi:

- Laktoza ichak mikroflorasi tarkibiga ijobiy ta'sir qiladi, yaqqol bifidogen faollikka ega va bola hayotining birinchi oylarida o'tkir ichak infekstiyasini rivojlanish xavfini kamaytiradi;

-Laktoza – galaktoza (monosaxarid, bosh miyadagi galaktoserebrozid sintezida va nerv to'qimasining mielinlashuv jarayonida ishtirok etadi) ning yagona manbai;

-Laktoza kal'stiy, magniy, marganest o'zlashtirilishini yaxshilaydi, raxit va anemiya rivojlanishiga to'sqinlik qiladi;

-Ichakda etarli miqdorda B guruh vitaminlari hosil bo'ladi.

Ratsionda ko'krak sutini saqlab qolish muhim ahamiyatga ega, ayniqsa bola hayotining birinchi yarim yilida tabiiy ovqatlantirishni birdaniga sun'iy past laktozali yoki laktozasiz aralashmalar bilan almashtirmaslik kerak, asta-sekinlik bilan bola aralash ovqatlantirishga o'tiladi, aralashma miqdori faqatgina korrekstiya samaradorligi etarli bo'lmagan holdagina ko'paytiriladi. Har bir bosqichdagi samaradorlik 3-5 kun dinamik klinik kuzatuv va laborator ma'lumotlarga asoslanib baholanadi. Klinik samara ishtaha va kayfiyatning yaxshilanishi, ovqatlangandan so'ng va kechqurun bezovtalikni kamayishi, axlat konsistenstiyasini yaxshilanishi va chastotasini kamayishi, undagi aralashmalar (shilliq, ko'kat) yo'qolishi, meteorizmni kamayishi, ovqatlantirish jarayonida qorinda guldurashni kamayishini o'z ichiga oladi.

Laborator dinamika dietoterapiyaning har bosqichida axlat bilan ajralayotgan uglevodlar va sut kislota miqdorini tahlil qiladi. Fekal ekskrestiyada uglevodlar (5g/l gacha) va sut kislota (11,1

mmol/l gacha) miqdorining normallasganda va kasallikning klinik simptomlari bartaraf etilganda aralash ovqatlantirish davom ettiriladi.

Bolada sigir suti oqsillarini ko'tara olmaslik belgilari bo'lmagan hollarda adaptirlangan sutli aralashmalarni bergan afzalroq, ularning oqsil komponenti ona sutining tarkibiga maksimal darajada mos keladi.

Bemor 1yoshdan oshganda asta-sekinlik bilan ratsionda sut mahsulotlarini ko'paytirish mumkin! (boshida nordon sutli mahsulotlar, keyinchalik chuchuk sut mahsulotlari), ammo klinik simptomlar qayta paydo bo'lganda yana bir necha oy sut mahsulotlaridan cheklanish lozim.

Saxarozani ko'tara olmaslik.

Saxarozani ko'tara olmaslik (saxaroza-izomaltoza etishmovchiligi) – uglevodlarni ko'tara olmaslikni kam uchraydigan turi. Genetik determinirlangan shakli autosom-restessiv tipda irsiylanadi, orttirilgan shakli ingichka ichak shilliq qavatidagi atrofik (subatrofik) jarayonlar va fermentativ faollikni pasayishi bilan kechuvchi o'tkir va surunkali ichak kasalliklarining oqibatida yuzaga keladi.

Klinik ko'rinishi

Kasallikning klinik ko'rinishi laktoza ko'tara olmaslik simptomatikasini eslatadi, faqatgina bola rasionida qisman adaptirlangan sutli aralashmalar, mevali sharbatlar va pyurelar, sabzavotli ovqatlar, qandolat mahsulotlari tarkibidagi saxaroza (qandlavlagi shakari) bo'lishi bilan tushuntiriladi. Odatdagidek, tipik

osmotik diareya va ichak disfunktsiyalarining turli ko'rinishlari yuzaga keladi. Rastionda qabul qilinayotgan saxarozaning hajmi hech qachon laktozanikidek darajada bo'lmaydi. Saxaroza-izomaltoza etishmovchiligida diareya va ichak disfunktsiyalari saxaroza qabul qilgadan tashqari, kraxmal va oligosaxaridlar qabul qilganda ham yuzaga keladi. Izolirlangan kraxmal ko'tara olmaslik kuzatilganda ko'proq me'da osti bezining tug'ma va orttirilgan kasalliklarida amilolitik faollikning etishmovchiligi haqida so'z boradi va bunday hollarda fermentativ preparatlar bilan o'rinbosar terapiya o'tkazish yaxshi samara beradi.

Davolash

Saxaroza ko'tara olmaslikda dietoterapiya saxarozani to'liq eliminastiyasi (tug'ma saxaroza-izomaltoza etishmovchiligida) yoki vaqtinchalik rastionda saxaroza, kraxmal va dekstrin saqlovchi mahsulotlarni cheklashni o'z ichiga oladi. Birlamchi saxaroza-izomaltoza etishmovchiligi bo'lgan ko'plab bolalarda laktoza faolligi saqlangan bo'ladi, shuning uchun ular ko'krak suti va adaptirlangan "fiziologik" laktozani standart miqdorda saqlovchi (70-75 g/l) aralashmalarni yaxshi qabul qiladilar. Bunday bemorlarga tarkibida soyali protein saqlovchi adaptirlangan aralashmalarni qo'llash maqsadga muvofiq emas, chunki ularda dekstin-maltoza mavjud. Bolalar shuningdek ko'p miqdorda shakar va kraxmal tutuvchi mevalarni, sabzavotlarni, sharbatlar, pyure, kisellarni ham ko'tara olmaydilar. Rastionda asosan fruktoza saqlovchi mahsulotlar (ismaloq, rangli va brussel karami, yashil nuxot, pomidor, salat,

limon, olcha, qo'zoqli loviya) tavsiya etiladi. Biroz shirinlik sifatida fruktoza yoki glyukoza ishlatilishi mumkin. Birlamchi genetik shaklida saxarozaning eliminastiyasi butun hayoti davomida, ikkilamchi (tranzitor) shaklida 10-15 sut, kamroq 1 oy davomida chegaralanadi. Fermentativ faollik va ichak shilliq qavatining butunligi tiklanganidan so'ng rastinga tarkibida saxaroza bo'lgan meva va sabzavotlar, mahsulotlar va ovqatlarni qo'shish mumkin bo'ladi.

Monosaxaridlarni ko'tara olmaslik

Monosaxaridlarni ko'tara olmaslik (glyukoza-galaktoza mal'absorbstiyasi) – enterostitlar kiprikli hoshiyasining transport tizimini defekti bilan bog'liq kasallik, bunda disaxaridaza aktivligi va uglevodlar gidrolizi buzilmagan bo'ladi. Tug'ma monosaxaridlarni ko'tara olmaslik – kamdan kam hollarda uchraydigan patologiya, birinchi marta ovqatlantirilgandayoq aniqlanadi, parenteral regidratatsiya o'tkazilmasa letal oqibat bilan yakunlanadi. Fruktoza – yaxshi so'riluvchi yagona uglevod hisoblanadi.

Ikkilamchi (orttirilgan) monosaxaridlarni ko'tara olmaslik og'ir enterit bilan bog'liq, shuning uchun bu patologiya ingichka ichakdagi fermentativ faollikning pasayishi bilan qo'shilib kelishi mumkin.

Klinik ko'rinishi

Tarkibida polisaxaridlar (kraxmal, dekstrin-maltoza), disaxaridlar (laktoza, saxaroza, maltoza) yoki monosaxaridlar (fruktozadan tashqari) tutuvchi har qanday mahsulot qabul qilinganda kasallikning

simptomlari yuzaga keladi. Ana shuning uchun ham bu holatda ko'krak sutini laktozasiz yoki past laktozali aralashmalar bilan almashtirish ijobiy natija bermaydi. Chaqaloq sutkada 10-20 martadan ko'proq, suyuq, suvsimon, yozilgandagi siydikni eslatuvchi, ko'plab monosaxaridlar (glyukoza va galaktoza) saqlovchi axlat ajratadi. Degidratasiya, kuchli tashnalik, yaqqol ichak disfunktsiyasi (meteorizm, ichak kolikasi va uning ekvivalenti) tez namoyon bo'ladi, tana harorati ko'tarilishi mumkin.

Davolash

Monosaxaridlarni ko'tara olmaslikda dietoterapiya – mushkul vazifa, mavjud barcha aralashmalar tarkibida yoki disaxaridlar, yoki oligosaxaridlar mavjud bo'lib, ularning gidrolizi natijasida monosaxaridlar paydo bo'ladi va diareya va suvsizlanish yana qayta rivojlanadi.

Glyukoza va galaktozaning birlamchi mal'absorbtsiyasida yagona so'riluvchi uglevod – fruktoza hisoblanadi. Davolashdagi tanlov vositasi – bolani to'liq parenteral oziqlantirishga o'tkazish yoki glyukozani parenteral kiritish va tarkibida turli xil oqsillar, yog'li emulsiyalar va vitamin-minerallar bo'lgan aralashmalar bilan enteral ovqatlantirish.

Ikkilamchi (orttirilgan) monosaxaridlarni ko'tara olmaslik – tranzitor holat hisoblanadi, lekin ba'zan disaxaridlar, fruktoza, oligo- va polisaxaridlarni ko'tara olmaslik bilan qo'shilib kelishi mumkin. Bunday holatda bola to'liq parenteral oziqlantirishga o'tkaziladi. Bunday oziqlantirish fonida 2,5% li fruktozadan boshlash mumkin,

diareya kuzatilmasa 7-8% gacha konstantastiyani oshirish mumkin. Keyingi bosqich – oqsilli enteral preparatlar yoki go'shtli pyure, yog'li emulsiya yoki o'simlik yog'ini 1-2 tomchidan buyurish mumkin. Keyinchalik dietani fruktoza saqllovchi sabzavotlardan tayyorlangan pyure bilan kengaytirish mumkin. Glyukozani qayta kiritishni ehtiyotlik bilan, diareya sindromi bo'lmagan holatda 2,5 %li eritmasi bilan boshlash lozim. Agar bola 5% li glyukoza eritmasini o'zlashtira boshlasa, parenteral oziqlantirishni to'xtatish mumkin. Glyukoza, dekstrinlar, kraxmalni o'zlashtirishda yaxshi natijalarga erishilsa, saxaroza tutuvchi aralashmalar va mahsulotlar, 1-2 oydan keyin esa past laktozali aralashmalarni berish mumkin. Dietoterapiyaning har qanday bosqichida u yoki bu uglevodga ichakning fermentativ adaptastiyasi buzilishi mumkin. Bunday holatda hazm bo'ladigan mahsulotlar bilan oziqlanishga qaytish va rasionni kengaytirishga urinish lozim.

Oziq-ovqat allergiyasida dietoterapiya

Oziq-ovqat allergiyasi – erta yoshdagi bolalarda keng tarqalgan allergik reakstiya turlaridan biri bo'lib, organizmda allergik jarayonlarning birinchi darakchisi hisoblanadi. Oziq-ovqat allergiyasi patogenezida asosiy o'rinni atopiya, IgE va qisman IgG₄ egallaydi va ovqat mahsulotlaridagi oqsil komponentlariga allergik reakstiya chaqiradi. Har qanday ovqat mahsuloti allergik reakstiya chaqirishi mumkin, lekin asosan kundalik oziq mahsulotlari allergiya sabab bo'ladi. (jadval) Tovuq tuxumi oqsillari (ovalbumin, konalbumin,

lizostim, ovomukoid) yuqori antigen faollikka ega. Baliq oqsillarining allergiya chaqirish xususiyati yuqori.

Oziq-ovqat allergiyasining etiologik omillari

(Allergiyalovchi faollik darajasiga ko'ra)

Yuqori	O'rt	Past
Sigir suti;	Sariyog';	Nordon sut mahsulotlari;
Tuxum;	Cho'chqa go'shti;	Ot go'shti;
Baliq;	Kurka go'shti;	Yog'siz cho'chqa go'shti;
Tovuq go'shti;	Quyov go'shti;	Qo'y go'shti (yog'siz turi);
Dengiz mahsulotlari;	Mol go'shti;	Rafinirlangan o'simlik moyi;
Ikra;	Grechixadan tayyorlangan yorma;	Tariq;
Bug'doy;	Betagan	Perlovka yormasi;
Javdar;	tayyorlangan yorma;	Rangli va gulkaram;
Sabzi;	Kartoshka;	Yashil olma va nok;
Pomidor;	Nuxat;	Oq qoraqat;
Qalampir;	Dukkaklilar;	Sariq gilos;
Lavlagi;	Soya;	Krijovnik;
Selderey;	Guruch;	Kabachki;
Ertut;	Shaftoli;	Patisson;
Malina;	O'rik;	Bodring;
Qulupnay;	Qizil qoraqat;	Petrushka;
Qora qoraqat;	Klyukva;	
Maymunjon;	Makkajo'xori;	

Sitrus mevalar;	Brusnika;	Ukrop;
Kivi;	Banan;	Qovoq(yorqin ranglisi);
Ananas;	Chernika;	Olxo'ri;
Qovun;	Na'matak.	Tarvuz;
Xurmo.		Bodom.

Bola hayotining birinchi yilida oziq-ovqat allergiyasiga sabab bo'luvchi omil – sigir suti hisoblanadi. Allergik potentsialga ko'ra sigir sutining oqsillari bir xil emas, P-laktoglobulin, kazein, buqa zarbob albumini, a-laktoalbumin, proteaz va pepton fraktsiyalari, immunoglobulinlar yuqori antigen faollikka ega. Bola hayotining birinchi yilidayoq sigir suti va adaptirlanmagan sut mahsulotlarini qo'llash atopik kasalliklar shakllanishida xavf omili bo'lib hisoblanadi. Oziq-ovqat allergiyasining kelib chiqish sabablaridan eng ko'p uchraydigan hayvon va qush go'shtiga sensibilizastiyaning yuqoriligi hisoblanaadi (ko'proq – qo'y va tovuq go'shti).

O'simliklardan ko'proq – sitrus o'simliklar(mandarin, apel'sin, limon), mevalar (qulupnay, maymunjon, ertut, qoraqat), kamroq - o'rik, olma, olxo'ri, olcha, behi allergik reaktsiyalarga sabab bo'ladi. Oziq-ovqat allergenlari spektrini shakllantirishda boshqali o'simliklar oqsillari, ayniqsa ulardan birinchi o'rinda gliadin, keyin albumin va globulin muhim ahamiyatga ega. Bolalarda ko'proq bug'doy va javdar oqsillariga, kamroq - suli, grechka, arpa, guruch, makkajo'xori oqsillariga sensibilizastiya aniqlangan. Dukkakli

o'simliklar (nuxot, soya, yong'oq) nisbatan kamroq allergik faollikka ega, lekin kesishma gipersezuvchanlik sababli sigir sutini ko'tara olmaydigan ba'zi bolalarda oziq-ovqat allergiyasini soya asosidagi adaptirlangan aralashmalar bilan bartaraf etib bo'lmaydi.

Klinik ko'rinishi.

Erta yoshdagi bolalarda oziq-ovqat allergiyasini tipik ko'rinishlari – turli kattalik va og'irlikdagi atopik dermatit ko'rinishidagi teri shikastlanishi, eshakemi, Kvinke shishi, gastrointestinal buzilishlar. Atopik dermatitning namoyon bo'lishi bola hayotining birinchi yarim yilligida kuzatiladi, bunda yallig'lanishning ekssudativ komponentining ustunligi qayd etiladi. Kam hollarda respirator belgilar kuzatiladi (rinit, astmatik bronxit, dermato-respirator sindrom). Immunoglobulinlarning A,M,G sinflari va sensibillashgan limfositlar ishtirokidagi allergik reaksiyalar ingichka ichak shilliq qavatini shikastlanishiga olib keladi, bu ichak vorsinkalarining atrofiyasi- mal'absorbsiya sindromi bilan kechadi.

Diagnostika

Oziq-ovqat allergiyasining diagnostikasi erta yoshda klinik-anamnestik ma'lumotlarga asoslanadi. Oziq-ovqatlar kundaligini ma'lum bir ovqat mahsulotlarini qabul qilish va paydo bo'lgan allergik simptomlar bilan bog'liqligini analiz qilish muhim ahamiyatga ega. Oziq-ovqat allergiyasining laborator diagnostikasi immunologik, morfologik va kliniko-dietologik usullar yordamida o'tkaziladi. Oziq-ovqat allergiyasi bo'lgan bolalar ratsionini tuzish umumiy qoidalarga asoslanadi, bundan tashqari tayyor mahsulotning

allergenlik xususiyatini kamaytirish maqsadida qayta ishlash qoidalariga amal qilish kerak. Ehtiyotkorlikni texnologik usullari:

-Bo'ktirish (tozalangan va mayda to'g'ralgan kartoshka sovuq suvda 12-24 soat davomida, qolgan sabzavotlar 1-2 soat davomida bo'ktiriladi);

-Qaynatish (go'sht ikki marta qaynatiladi);

-Bug'da tayyorlash;

-Toblab pishirish.

Tozalangan (filtrlangan) suv, asosan instant ishlab chiqarish mahsuloti bo'lgan kashalar tayyorlashda qo'llaniladi. Oziq-ovqat allergiyasida ovqatlantirish turiga, klinik belgilar intensivligiga va allergenga bo'lgan sensibilizatsiya darajasiga ko'ra dietoterpiya taktikasi turlicha bo'ladi. Ko'krak suti ko'p hollarda me'da-ichak trakti faoliyatida nutritiv, immunologik va mikroekologik sharoit yaratishiga qaramasdan, ba'zi bolalarda ko'krak suti bilan boqilganda allergodermatoz va gastrointestinal allergiyalar kelib chiqadi. Bunday hollarda ko'krak bilan boqish davomida ona o'z rasionidan sigir suti va yuqori allergenlik xususiyatiga ega bo'lgan mahsulotlarni chiqarib tashlashi lozim. Rastionda nordon sut mahsulotlari, smetana va pishloqning achchik bo'lmagan turiga ruxsat etiladi. Bug'doy uni, makaron mahsulotlari, krupa 20-25% ga, shakar va tuz 30% ga kamaytiriladi.

Ko'krak yoshidagi bolalarda oziq-ovqat allergiyasining ko'p uchraydigan sababi sigir suti (79-89%) ekanligini hisobga olib,

bunday bemorlarga quyidagi dieta korrekstiyasini qo'llash maqsadga muvofiq.

Sigir sutini ko'tara olmaydigan bolalarning hayotini birinchi yilidagi asosiy tanlov mahsulotlari

Tabiiy oziqlantirish	Tabiiy oziqlantirishni maksimal davomiyligini saqlash (onada gipoallergen dietani qat'iy tayinlash)	
Aralash oziqlantirish	Qo'chimcha ovqat to'liq yoki qisman gidrolizlangan sut oqsili gidrolizati asosidagi aralashmalar, soyali aralashmalar	
Sun'iy oziqlantirish	Sigir suti oqsillariga kam sezuvchanlikda	Nordon sutli aralashmalar Qisman gidrolizlangan oqsil gidrolizati asosidagi aralashmalar
	Sigir suti oqsillariga o'rta sezuvchanlikda	Soyali aralashmalar To'liq gidrolizlangan oqsil gidrolizati asosidagi aralashmalar

Muhim muolaja – sutli aralashmalar hajmini kamaytirish uchun qo'chimcha ovqat sifatidagi mahsulot va ovqatlarni tog'ri tanlab berish. Oziq-ovqat allergiyasi bo'lgan bolalarga qo'chimcha ovqat sog'lom bo'lgan davrda beriladi. Har bir yangi mahsulot nazorat ostida olinadi, teri va ichak sindromlarini kuzatgan holda oziq-

ovqatlar kundaligiga qayd etiladi, ovqatlantirish qoidalari onaga tushuntiriladi. Meva va sabzavotlardan yashil va oq olma (semirenko, paxta olma, antonovka navlari), nok, oq qoraqat, oq gilos, sariq olxo'ri afzal ko'riladi.

Birinchi qo'chimcha ovqat sifatida – sabzavotli pyure – kabachok, patisson, rangli karam, kartoshka kiritish tavsiya etiladi. Kartoshkani hajmi pyureda 20% dan oshmasligi kerak. Avvaliga bolaga bir sabzavotdan tayyorlangan pyure, keyinchalik 3-4 kunda bir marta uning tarkibi kengaytiriladi. Pyure tayyorlashda nafaqat tabiiy mevalardan, balki bolalar uchun mo'ljallangan konservalardan ham foydalanish mumkin. Pyurega o'simlik yog'i ko'shish mumkin (rafinirlangan va xushbo'ylashtirilgan): kungaboqar, makkajo'xori yoki zaytun yog'i.

Ikkinchi qo'chimcha ovqat sifatida – sutsiz bo'tqalar, aniqlangan sensibilizastiyaga ko'ra individual tanlanadi. Bo'tqalar suvda yoki maxsus aralashmalarda (soyali yoki oqsil gidrolizat asosli aralashmalar) tayyorlanadi, eritilgan sariyog' yoki o'simlik moyi qo'shiladi.

Uchinchi qo'chimcha ovqat 6,5-7 oyligida ikkinchi sabzavotli pyure yoki sabzavot-krupali ovqat beriladi. Elinimastion dieta 10 kun davomida yaxshi samara bermasa yoki restidivlar kuzatilsa, dieta qayta ko'rib chiqiladi. Oziq-ovqat mahsulotlari va dori vositalari o'rtasida kesishma allergiya ham mavjudligini unutmaslik lozim. Og'ir shakldagi allergodermatoz bo'lgan bemorlarga bir necha oy davomida faqat tarkibi oqsil gidrolizati bo'lgan aralashmalar beriladi,

keyinchalik kam allergenli xususiyatga ega bo'lgan mahsulotlar juda ehtiyotlik bilan beriladi. Dietoterapiyadan tashqari bunday bemorlarga medikamentoz davo ham qo'llaniladi, lekin allergodermatozning rivojlanish ehtimoli va involyustiya tezligi rasiondagi adekvat parhezning korrekstiyasiga bog'liq. Oziq-ovqatdagi allergenlarni cheklash muddati 6-12 oydan kam bo'lmasligi lozim, so'ngra teri sindromi nazorati ostida uni qo'llash takrorlanadi (allergologik tekshiruvlardan so'ng).

Maktab o'quvchilarini tibbiy ko'rikdan o'tkazish.

O'quv muassasasining xarakteriga ko'ra maktablar boshlang'ich, to'liq bo'lmagan o'rta, o'rta, kechqurungi, maxsuslashtirilgan turlarga ajratiladi (u yoki bu predmetni chuqurlashtirilib o'qitishga qaratilgan gimnaziya, listeylar,). BTM(bolalar ta'lim muassasasi)dagidek, maktablar tarbiyalanuvchilarning sog'lig'ining holatiga ko'ra ham ajratiladi. Bular sog'lom bolalar uchun umumta'lim maktablari, yurak nuqsoni bor bolalar uchun umumta'lim maktablari (kar-soqov, ko'r, aqliy qoloq bolalar uchun internat maktablari), sanator tipidagi maktablardir (sil, revmatik isitma, osteomieliit va h.k.bilan kasallangan bolalar uchun).

Maktab o'quvchilarining sog'lig'ini kompleks baholash.

Chuqurlashtirilgan ko'rik maktablarda sentyabrdan aprel oyigacha maktab joylashgan tumandagi poliklinika mutaxassislarini jalb qilgan holda o'tkaziladi (birinchi sinf o'quvchilari o'quv yilining so'ngida ko'rikdan o'tkaziladi). Maktab shifokori o'quvchilarda

tibbiy ko'rikning grafigini tuzadi, bu bolalar poliklinikasining mudiri va maktab direktori tomonidan tasdiqlanadi. Maktab direktori hamma o'quvchilarni tibbiy ko'rikka qatnashishini ta'minlaydi. Har bir bola maktabda o'qiyotgan davr mobaynida (7 dan 18 yoshgacha) shifokor-mutaxassislar tomonidan profilaktik ko'rikdan 7 marta tekshirilishi zarur. Kompleks ko'riklar UTM(umum ta'lim maktabi) da o'tkaziladi :

- birinchi sinf oxirida (7—8 yoshda),
- III sinf oxirida (9—10 yoshda, prepubertat davr),
- V sinfda (11-12 yoshda, predmetli o'qitilishshga o'tishda , pubertat davrning boshlarida),
- VII sinfda (13-14 yoshda, ko'pchilik qizlarda hayz stiklining shakllanishida),
- IX sinfda (15-16 yoshda maktabni tugatish davrida),
- X sinfda (16-17 yoshda),
- XI sinfda (17-18yoshda).

Kompleks profilaktik ko'riklar bilan bir qatorda tekshirishlar o'tkazilmasa UTM da ishlaydgan shifokor-UASH tomonidan yiliga bir marta bolalarda shifokorgacha bo'lgan skrining-test va o'tkazilishi shart bo'lgan profilaktik ko'rik amalga oshiriladi. Profilaktik ko'riklarni bolalarda o'quv yilining ikkinchi yarim yilligida o'tkazilishi lozim.

Profilaktik ko'rik 3 etapda o'tkaziladi.

1. Shifokorgacha (skrining testining dasturi asosida).

2. Shifokorgacha (skrining testining dasturi asosida).

2. Shifokor — UASH, shifokor-mutaxassislar: xirurg/ortoped, bolalar nevropatologi, oftal'molog, otolaringolog, stomatolog, logoped (maktabgacha bo'lgan bolalar), bolalar ginekologi (qizlarni 9-10 yoshdan) yoki urolog/androlog (o'g'il bolalarni 11-12 yoshdan) ko'rigi. Laborator tekshiruvlarni (qon, siydik tahlillari, va gijjalar tuxumiga najas tahlili) oldindan amalga oshirishi lozim, bu shifokorlarga ko'rik vaqtida tahlillar natijasi bilan tanisha olishga yordam beradi. EKG, bola maktabga chiqishidan oldingi ko'rikdan boshlab, bolalar poliklinikasida o'tkazuvchi apparatlar mavjud holatda- ta'lim muassasalarida, o'tkazuvchi elektrokardiograflar bo'lmaganda esa — poliklinikaning funkstional diagnostka xonalarida o'tkazilishi lozim. O'smirlar flyuorografik tekshiruvlari (15 yoshdan) yiliga 2 marta poliklinikaning flyuorografik xonalarida yoki silga qarshi dispanserlarda o'tkaziladi.

3. Maxsuslashtirilgan — chuqurlashtirilgan tekshiruvlar ko'rsatmalar bo'yicha tor doira shifokor-mutaxassislar tomonidan, jumladan kardiolog (revmatolog), gastroenterolog, endokrinolog, urolog, nefrolog, allergolog, pulmonolog, psixiatr, dermatolog tomonidan zarur laborator-instrumental tekshiruvlarni o'tkazish bilan amalga oshiriladi.

Ko'rik-1 (maktabda birinchi o'quv yilining so'ngida).

Shifokorgacha etapni skrining-test dasturi bo'yicha maktab tibbiy personalini amalga oshiradi. Laborator tekshiruvlar (siydikda oqsil va glyukozni aniqlash) xuddi BTM(bolalar ta'lim muassasasi)

dagidek o'tkaziladi. Shartli ko'rinishda maktab o'quvchilari EKG-tekshiruvdan o'tkaziladi. UASH profilaktik ko'rikni yakuni buyicha ota-onalarga yozgi ta'til davrida bolani sog'lomlashtirish buyicha tavsiyalar beradi.

Ko'rik-2(9-10 yosh)

Shifokorgacha etap va laborator tekshiruvlar birinchi yil oxiridagidek bajariladi. Ginekologik ko'rik — ambulator-poliklinika sharoitida o'tkaziladi. Qizlarning jinsiy a'zolarini tog'ri rivojlanayotganligiga ahamiyat berish lozim hamda yallig'lanish jarayonlari mavjud bo'lganda, ularning belgilarini tashxislash lozim. UASH yozgi ta'til davrida bolani sog'lomlashtirish bo'yicha tavsiyalar beradi.

Ko'rik-3(11-12 yosh)

1-chi etap, shifokorgacha skrining-test dasturini tibbiy hamshira o'tkazadi. Shikoyat va xavf omillarini ko'rsatuvchi anketalarni o'quvchilarning o'zlari to'ldirishadi. Laborator tekshiruvlar xuddi III sinfdagidek.

2-chi etapda bola tekshiruvini UASH va shifokor-mutaxassislar, oldingi tekshiruvlardagi tartibda o'tkazishadi. Shartli ravishda EKG qilinadi. Ambulator-poliklinika sharoitlarda ginekolog qizlarni ko'rikdan o'tkazadi (11 yosh va undan kattalarni), urolog/androlog — o'g'il bolalarni (11 yosh va kattalarni) tekshiradi.

3-chi etap — maxsuslashtirilgan (shifokor-mutaxassislar, jumladan ko'rsatmalar bo'lganda endokrinolog tekshiruvi o'tkaziladi).

Xulosa quyidagilarni o'z ichiga oladi:

-Bolaning asab-ruhiy, jismoniy va biologik rivojlanish darajasini baholash;

-Salomatlik guruhini aniqlash

-Anatomik nuqsoni bor bo'lgan va kasb tanlashda imkoniyati chegaralangan o'quvchilarda taxminiy shifokor maslahati;

-Sog'lig'iga va funkstional imkoniyatlariga mos ravishda bolani tog'ri kasb tanlashi buyicha ota-onalarga tavsiyalar berish.

Ko'rik-4 (13-14 yosh)

Shifokorgacha bo'lgan etap bolani 11-12 yoshdagi tekshiruviga analogik tarzda o'tkaziladi. Asosiy e'tibor qizlarga qaratiladi. Bunda ikkilamchi jinsiy belgilarni baholash skrining testlar (jinsiy formulani aniqlash uchun) va 13—14 yoshdagi qizlarda menstrual funkstiyaning holatini baholash uchun anketali testlar qo'llaniladi. Laborator tekshiruvlar xuddi V sinfdagidek amalga oshiriladi.

2-chi etapdagi tibbiy tekshiruvning tashkillashtirilishi, hajmi, xulosa va tavsiyalar oldingi yoshdagi proflaktik ko'rikka mos kelishi lozim. EKG tekshiruvi o'tkazilishi shart.

Xulosa kuydagilarni o'z ichiga oladi:

-Somatik, nerv-ruhiy va reproduktiv salomatlik holatini baholash, jismoniy rivojlanish va jismoniy tayyorgarlik holatini baholash;

-Salomatlik guruhi, jismoniy tarbiya darslari uchun tibbiy guruhni aniqlash;

-Anatomik nuqsoni bor bo'lgan va kasb tanlashda imkoniyati chegaralangan o'quvchilarni ota – onalariga tog'ri kasb tanlash bo'yicha maslahatlar berishi.

Ko'rik- 5 (15-16 yosh)

Shifokorgacha bo'lgan etap 13—14 yoshdagi tekshiruvlarga analogik tarzda o'tkaziladi Laborator tekshiruv oldingi etaplardagidek bo'ladi. EKG-tekshiruvi o'tkazilishi shart. 15 yoshdan boshlab yiliga 2 marta flyuorografik tekshiruv o'tkaziladi.

1- etapda qizlarga alohida e'tibor beriladi jinsiy formulani aniqlash o'tkaziladi, o'smirlik yoshidan katta qizlarda menstrual funktsiyaning holatini baholash uchun anketali test qo'llaniladi.

2-chi etapdagi tibbiy tekshiruvning tashkillashtirilishi va hajmi, xulosa shakli va tavsiyalar, oldingi davr yoshdagi o'tkazilgan profilaktik ko'rikka mos kelishi lozim. Kompleks tekshiruv ma'lumotlari asosida reproduktiv salomatlik buyicha xavf guruhlari ajratiladi. Reproductiv salomatlikni profilaktikasi uchun xavf guruhiga kiruvchi qizlar bilan sog'lomlashtiruvchi chora-tadbirlar o'tkazilib, ularning ustidan dispanser nazorati olib boriladi. Armiya xizmatigacha bo'lgan yoshdagi o'g'il bolalarning profilaktik ko'rik natijalarini ruyxatdan oldingi etapda zarur bo'lgan diagnostik va davolash-sog'lomlashtirish chora-tadbirlarini aniqlash va amalga oshirish uchun tuman voenkomatlariga beriladi.

Shu davrning o'zida hamma o'quvchilarga shifokor maslahat beradi va sog'lig'ining holatiga mos ravishda kasb va mutaxassislikni tanlash bo'yicha taxminiy tavsiyalar beriladi. Alohida e'tibor maktab

ta'limini tugatib, ishlab chiqarishda ishlaydigan yoki o'rta kasb ta'limi muassasalarida tayyorgarlik ko'ruvchi o'quvchilarga qaratiladi.

6-7 Ko'riklar

VI—VII ko'riklar ta'lim muassasasini tugatishdan oldin olib boriladi (16 va 17 yoshda). Profilaktik ko'rikning barcha etaplari, laborator-instrumental tekshiruvlar 15—16 yoshdagi ko'rikka analogik tarzda olib boriladi . Xulosa va tavsiyalarni tuzishda e'tibor o'smir o'g'il va qiz bolalarning somatik, nerv-ruhiy va reproduktiv sog'lig'iga, ularning jismoniy rivojlanishi va jismoniy tayyorgarligiga karatiladi. O'smir o'g'il bolalarning profilaktik ko'rik natijalari tuman voenkomatlariga beriladi va 17 yoshida ro'yxatga olishdagi tibbiy guvoohnomada va 18 yoshda xizmatga chaqiriqda Qurolli Kuchlar xizmatiga yaroqlilikni aniqlashda hisobga olinadi. Sog'lig'ida o'zgarishlar mavjud bo'lgan o'smirlarga sog'lomlashtiruvchi chora-tadbirlar buyurilib, territorial DPM (davolovchi profilak muassasa) da , sharoit bo'lganda esa-ta'lim muassasalarida olib boriladi. Tibbiy ko'rik natijalariga ko'ra uash har bir maktab o'quvchisi uchun sog'lig'ining holatiga ko'ra individual xulosalar tuzadi. Ular quyidagilardan iborat:

-Yakuniy tashxis (asosiy va yondosh kasalliklar),

-Jismoniy va ruhiy rivojlanishni baholash,

-Sog'lomlik guruhi,

-Jismoniy tarbiya darslari uchun tibbiy guruh ,

datlarni ta'lim muassasalarida olib boriladi

-Keyingi kasbiy faoliyatida (o'smirlar uchun) sog'lig'ining holati bo'yicha cheklanishlarni baholash,

-Harbiy xizmatga (o'smir-yigitlar uchun) yaroqlilik bo'yicha bo'lishi mumkin bo'lgan cheklanishlarni aniqlash,

-Kun tartibi, ovqatlanish, jismoniy tarbiya, vakstinoprofilaktika, dispanser nazoratiga yo'llanma bo'yicha tavsiyalarni ishlab chiqish.

Bolada birinchi bor paydo bo'lgan funkstional buzilishlar va surunkali kasalliklar aniklanganda yoki patalogik jarayonlar va funkstional buzilishlar kechishida xavfli tendenstiyalar tashxis aniqlanganda ta'lim muassasasida ishlovchi uash bolani individual tartibda kasalligi bo'yicha yashash joyidagi bolalar poliklinikasiga tekshirish uchun yo'llanma beradi. UASh uash ota-onaga bolaning sog'lig'idagi buzilishlar va zarur bo'lgan tibbiy tekshiruv va davolash tog'risida ma'lumot beradi. Kasal bolada tekshirish, davolash va dispanser nazoratini poliklinka sharoitida shifokor-mutaxassislar olib boradi. Dispanserizastiya bo'yicha hamma ma'lumotlar o'quvchining rivojlanish individual kartasiga kiritiladi. (026/u- 2000 shakl).

Dispanser guruhidagi bolalarni shifokor-mutaxassislar yiliga 2 marta ko'rikdan o'tkazadi. Ko'rikka tayyorgarlik va paraklinik tekshiruvlarni poliklinikaning bolalar va o'smirlar tibbiy yordami tashkiloti bo'limining mudiri amalga oshiradi. Surunkali kasalliklar bilan kasallangan va o'tkir kasalliklardagi rekonvalesstent bo'lgan dispanser guruhidagi bolalar O'TM shifokorlari tomonidan patalogiyaning har bir shakli uchun tavsiya qilingan muddatda ko'rik va tekshiruvdan o'tkaziladi.

Bolalarni o'qishga moslashuvi.

Maktab yoshida hamma fiziologik va psixofiziologik funktsiyalarni tashkil etilishining bazali mexanizmlari o'zgaradi, adaptastion jarayonlar o'sib boradi. 1-sinfda bolaning odatdagi hayotiy tarzi o'zgaradi: yangi hayot sharoitlari, faoliyatining prinsipial yangi ko'rinishlari paydo bo'ladi. Bu davrning qiyinchiligi maktab o'quvchining oldiga oldingi tajribasi bilan bevosita bog'liq bo'lmagan qator vazifalarni qo'yishi, intellektual, emostional, jismoniy rezervlarning maksimal bo'lishini talab etadi.

Maktabga moslashish jarayonining bosqichlari:

I bosqich — orientirlashgan (o'tkir adaptastiya fazasi).

Sistematik o'qitishning boshlang'ich qismi bilan bog'liq bo'lgan barcha kompleks ta'sirlarga bolalar organizmining deyarli butun tizimlari bilan o'tkir reakstiya va sezilarli zo'riqish bilan javob beradi. Bu «fiziologik bo'ron» etarlicha uzoq davom etadi (sog'lom bolalarda 10 kun morfofunkstional o'zgarishlarga ega bolalarda 2—3 haftagacha va undan ko'p).

II bosqich — turg'un bo'lmagan moslashuv (o'tkir osti adaptastiya fazasi). Organizm yangi ta'sirlarga qandaydir optimal (yoki optimalga yaqin) variantlarni izlaydi va topadi. Zo'riqishning ikkinchi etapida «bo'ron» pasayib, tina boshlaydi.

III bosqich — nisbatan turg'un moslashuv davri (kompensator faza). Organizm yuklamalarga javob berishning hamma tizimlarida kamroq zo'riqishni talab etadigan optimal variantlarini topadi. O'quvchi qanday ishni bajarmasin (aqliy faoliyatda yangi bilimlarni

o'zlashtirish, odamlar ko'p kollektivda gaplashishdagi psixologik yuklama bo'lmasin) har bir organizm tizimlari zo'riqish bilan javob beradi. Davomli funkstional zo'riqish va u bilan bog'liq bo'lgan holdan toyish hamda haddan tashqari holdan toyish sog'liqning buzilishiga olib kelishi mumkin.

Bolalarni o'qishga moslashish davrining davomiyligi individual bo'lib, adaptastiyaning uchta fazasi ham taxminan 5-6 hafta davom etadi. Eng ko'p murakkabliklar 1-4- haftada yuzaga keladi. O'qishning birinchi haftasi nima bilan xarakterlanadi? Bu eng avvalo ish qobiliyatining etarlicha past darajada va turg'un emasligi, yurak-qon tomir va simpato-adrenal tizimning juda yuqori darajada zo'riqishi hamda organizmning turli tizimlarining koordinastiyasining (o'zaro ta'sirining) ko'rsatkichlarini pastligi hisoblanadi. O'qishning birinchi yilidagi o'quv mashg'ulotlari ta'sirini bola organizmidagi sodir bo'layotgan o'zgarishlar intensivligi va zo'riqishi bo'yicha ekstremal yuklamalarda, yaxshi shug'ullangan katta yoshdagi bola organizmiga ta'siri bilan solishtirish mumkin.

O'qishning faqat 5—6- haftasida ish qobiliyati ko'rsatkichlari sekinlik bilan oshib boradi va turg'unlashadi, organizmni asosiy faoliyatini ta'minlaydigan tizimlarning zo'riqishi pasayadi va o'qish bilan bog'liq bo'lgan yuklamalarning barcha kompleksiga nisbatan turg'un moslashuv yuzaga keladi. Lekin ba'zi bir ko'rsatkichlarga ko'ra bu faza (nisbatan turg'un moslashuv) 16 haftagacha cho'zilishi mumkin. O'quv yuklamalariga organizmning o'tkir moslashuv davri o'qishning 5—6- haftasini oxirida tugallanadi. Butun o'quv yilini

bola organizmining barcha tizimlari regulyastiyasining noturg'un va zo'riqish davri deb hisoblash mumkin.

Barcha yoshdagi davrda bo'ladigan dezadaptastion ko'rinishlarga quyidagilarni kiritish mumkin:

-negativ emostional reakstiyalarning paydo bo'lishi:

-qo'rquv, agressiya, nafrat, depressiya, negativizm,

ijtimoiy kontaktlar va anglash faoliyatini chegaralanishi;

- intellektual rivojlanish tempini sekinlashishi;

-chegaralangan asab-ruhiy buzilishlarning paydo bo'lishi;

-harakat tormozlanishi, agressivlik, qiziquvchanlik bilan namoyon bo'luvchi giperdinamik sindrom;

-yopishqoq harakatlar sindromi (barmoqlarni so'rish, tirnoqlarni so'rish va h.k.);

-turli qo'rquvlarni namoyon qiluvchi fobik sindrom

(yomon baho olish, o'qituvchi, jazolanishdan qo'rqish)

-yuqori darajada holdan toyish, umumiy holsizlik, pasaygan aqliy, jismoniy ish qobiliyati va o'zlashtirish bilan xarakterlanuvchi astenik sindrom;

-uyqu buzilishi, bosh og'riqlari paydo bo'lishi kardialgiyalar, respirator-affektiv hurujlar va h.k. ko'rinishidagi somatovegetativ sindrom;

-patoxarakterologik reakstiyalar sindromi (ayniqsa o'smirlarda) — o'qishdan bosh tortish, darslardan ketib qolish, kattalarning talablarini bajarishni hohlamaslik, uydan ketish va h.k.;

-katabolik jarayonlarning faollashishi bilan bog'liq bo'lgan tana vaznining etarlicha qo'shilmaligi yoki yo'qotilishi, o'sish

tempining pasayishi, gemoglobin darajasining pasayishi; o'smirlarda jinsiy etilishni pasayishi, arterial gipo- yoki gipertenziv reakstiyalarni paydo bo'lishi, ko'rish o'tkirligi pasayishi va umurtqa pog'onasini tik tutishning buzilishi, o'tkir respirator kasalliklarning tez-tez sodir bo'lishi.

Bolani maktabga moslashish mezonlari:

Moslashish jarayonining muvaffaqiyati ko'pincha bola sog'lig'ining holati bilan aniqlanadi. Birinchi sinf bolalarida adaptastiyaning kechishi eng avvalo nevroitik ko'rinishlarning yaqqolligi va davomiyligi bilan baholanadi. Maktab o'quvchisi adaptastiyasining tugallanish mezoni deb, emostional reakstiyalarning turg'un stabilizastiyasi hisoblanadi.

INFEKSION KASALLIKLAR.

Epidemik parotit

Til osti yoki quloq atrofi so'lak bezlarining zararlanishi oqibatida kasallik boshlangandan 3-7 kundan so'ng ko'proq orxit (orxoepididimit) rivojlanadi. Qizarish va shish, bir yoki ikki tomonlama kuzatilib o'zgarish 5-10 kun davomida saqlanib turadi. Eshitish a'zosini zararlanishi kam uchraydi, lekin karlikka olib keladi. Bir tomonlama eshitish nervi zararlanadi. Birinchi belgi - bu quloqlarda shovqin, keyin labirintit simptomlari (bosh aylanish, qusish, harakat koordinastiyasining buzilishi) qo'shiladi. Serozli meningit so'lak bezlarini yallig'lanishining 4-10 kunda kuzatiladi, bazan birgalikda bo'ladi. Meningitning klinikasi boshqa seroz

meningit klinik simptomlaridan farq qilmaydi. Likvor shaffof yoki oz miqdorda limfositlar (500-1000 hujayra 1mkl da) bilan loyqalanishi kuzatilishi mumkin. Oqsil miqdori normada yoki biroz ko'tarilgan bo'ladi. Meningoenstefalit rivojlanganda miyada o'choqli zararlanish kuzatiladi: parezlar 6,7,8 -juft miya nervlari zararlanadi, miyacha ataksiyasi, sezgi buzilishi va b. kuzatiladi. Kasallikning 15-20 kunlarida meningit simptomlari ko'p bemorlarda yo'qoladi. Miokarditlar, artritlar, tireoiditlar, nefritlar epidemik parotitning noyob asoratlari hisoblanadi. Bo'yin limfadeniti, o'tkir paratonzillyar absstess, boshqa etiologiyali parotit (septikopiemiya yiringli parotit, stetomegalovirusli parotit, toksik parotit) so'lak - tosh kasalligi bilan qiyosiy tashxislanadi. Tekshiruvlar: qon va siydikni umumiy tahlili, ko'rsatma bo'lganda zardob tahlili, spetifik antiteloga serologik test o'tkazish (SRK, gemaglyutinastiyani tog'ri reaksiyasi, immunoferment tahlil), siydik amilazasi aktivligini aniqlash, likvor tahlili, qorin bo'shlig'i a'zolari UZIsi. Davolash vaqtida asoratlarni oldini olish uchun 7-10 kun davomida parhez va yotoq tartibiga rioya qilish, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining gigienasi tavsiya etiladi. Yuqori tana haroratida harorat tushiruvchi dorilar qo'llaniladi. Yallig'langan so'lak beziga quruq issiq bog'lam qo'yiladi. Epidemik parotitning erta vaqtlarida viferon svecha ko'rinishida 250 000 ME-5 kun kuniga 2 mahaldan buyuriladi. Orxitda umumiy va mahalliy davo o'tkaziladi. Glyukokortikoidlar, sovuq suspensorlar qo'llaniladi. Meningitda degidratastiya va dezintoksikastiya davosi va glyukokortikoidlar, pankreatitda umumiy davo o'tkaziladi.

Kasallikning og'ir asoratlarida (asab-bez zararlanishlari, orxit, pankreatit) gospitalizastiya qilinadi. Qator holatlarda bolalarni epidemik ko'rsatma bilan (internat tipida maktabgacha muassasalar,) gospitalizastiya qilinadi. Uyda epidemik parotit bo'lgan bemorlarga: sanepid nazoratdan zaruriy ro'yxatdan o'tish shart. Kasallik boshlangandan holatiga qarab birinchi 2 kun yoki 2-3 kundan keyin bemorni shifokor ko'radi. Kasallik boshlangandan eng kamida 9 kunga bemor alohidalanadi. Kasallik boshlangandan 14 kundan keyin klinik tuzalish varaqasi beriladi. 10 kungacha karantin belgilanadi. Kontaktida bo'lgan bolalar inkubastion davrning 11 kunidan 21 kunigacha bolalar muassasalariga qo'yilmaydi, bu davrda tibbiy nazorat tashkil etiladi. Parotit o'chog'ida dezinfekstiyasi o'tkazilmaydi. Profilaktika maqsadida tirik parotit vakstinasi yangi emlash kalendari tavsiyasiga ko'ra ikki martalik 12-15 oylikda va 6 yoshda qo'llaniladi. Emlanmagan va kasal bo'lmagan bolalarga bemor bilan kontaktida bo'lgandan 72 soatdan keyin emlash profilaktikasi o'tkaziladi.

Qizilcha

Qizilcha- virusli etiologiyali infekstion kasallik bo'lib kuchli isitma, generallashgan limfadenopatiya va mayda toshmali ekzantemalar bilan xarakterlanadi. Infekstiya manbai bo'lib yashirin shaklli bemor hisoblanadi. Qizilcha bilan tug'ilgan bolalar yillar davomida virus ajratib atrofdagilar uchun xafv tug'diradi. Toshma toshgungacha 5-7 kun virus ajratadi va toshma toshgandan keyin ham 5-7 kun saqlanib turadi. Zararlanish mexanizmi havo-tomchi va

transplastentar yo'llardir. Qizilcha virusi teratogen ta'sirga ega. Kasallikka beriluvchanlik yoshga bog'liq emas. 1 yoshdan kichik bolalar kam kasallanadi. Restidivlanib kechish fonida uzluksiz profilaktika o'tkazish maqsadga muvofiq.

3 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan bolalarni salomatlik guruhini aniqlash algoritmi.

Alohida nozologik shakl, kasallik guruhi, sinfi	MKB 10 bo'yicha shifri	Salomatlik guruhi	Izoh
Qon aylanish aʼzolari			
YUrak nuqsoni: Tug'ma Orttirilgan	Q20- Q28 134- 138 105- 109	III, IV, V	Kompensatsiyaga bog'liqligi (qon aylanish etishmovchiligi darajasi) <ul style="list-style-type: none"> • qon aylanish etishmovchiligi yo'qligi - III • qon aylanish etishmovchiligi I daraja - IV • qon aylanish etishmovchiligi I darajadan ko'proq -V
Norevmatik etiologiyali miokardit	140- 141	III, IV, V	To'liq klinik remissiyada – III Noto'liq klinik remissiyada - IV, V
Revmatik isitma	100-	III, IV	YUrak nuqsonisiz:

	102		<ul style="list-style-type: none"> • revmatik jarayon aktivlik belgilar yo'q, 1 yildan 5 yilgacha hurujdan so'ng III • revmatik jarayon aktivligi so'nish davrida (6 oydan 1 yoshgacha hurujdan so'ng) IV
YUrakning kichik nuqsonlari: <ul style="list-style-type: none"> • oval teshik ochiqligi • aortaning ikki tavaqali klapani • anomal joylashgan horda 	Q21.1 Q23.1 Q24.8	II	
Mitral klapan prolapsi	134.1	I,II,III,I V	Regurgitaciyasiz - I 1 darajali regurgitaciya bilan - II I darajali regurgitaciya ortiq - III-IV
YUrak ritmi va o'tkazuvchanligining buzilishi: <ul style="list-style-type: none"> • ekstrasistoliya • tahiaritmiya • qorinchalar erta qo'zg'alish sindromi • bradiaritmiya (sinus tugun 	149.1-149.4 147-148 145.7	II,III,IV	<ul style="list-style-type: none"> • II • yurak funkciyasi buzilishi mavjudligida, alloritmiya - III,IV • paroksizmsiz - II • paroksizm mavjudligida - III,IV • sinkope mavjudligida - V

sustligi sindromi, bo'lmachalar ritm boshqaruvchisi migraciyasi)	149.5 149.8		
YUrak blokadasi: • bo'lmacha-qoincha blokadasi I daraja; • bo'lmacha-qoincha blokadasi II-III daraja; • qorincha ichi blokadasi	144.0 144.1-144.3 144.4-145	II,III,IV, V	<ul style="list-style-type: none"> • -II • sinkope mavjudligida - III-V • -III-V
Vegetativ distoniya sindromi vagotonik tipida		II,III	<ul style="list-style-type: none"> • Sistolik AB o'rtada darajasi va/yoki diastolik ABning mazkur jins, yosh va bo'ygaga nisbatan 10 - 5 percentil atrofida – II • Vegetativ disfunkciya mavjudligida (terlash, tez charchash, bosh og'rig'i va b.) –III
Vegetativ distoniya sindromi simpatikotonik tipida		II,III	<ul style="list-style-type: none"> • Sistolik AB o'rtada darajasi va/yoki diastolik ABning mazkur jins, yosh va bo'ygaga nisbatan 90 - 95 percentil atrofida – II • Vegetativ disfunkciya mavjudligida (tahikardiya,

			subfebrilitet va ko'z tubidagi tomirlarda va EKGda o'zgarishlar yo'q) –III
Arterial gipertenziya	110 - 115	III, IV, V	<ul style="list-style-type: none"> Sistolik AB o'rta darajasi va/yoki diastolik ABga teng yoki mazkur jins, yosh va bo'yga nisbatan 95 percentil oshiq-III,IV YUrak etishmovchiligi namoyon bo'lishida-V
Pastki sohadagi venalar varikoz kengayishi, pastki sohadagi yuzaki va chuqur venalari flebit va tromboflebiti	183, 180.0-180.3	III, IV	<ul style="list-style-type: none"> Venoz etishmovchilik yo'qligida -III Venoz etishmovchilik borligida-IV
YOrg'oq venalari varikoz kengayishi	186.1	III, IV	<ul style="list-style-type: none"> Venoz etishmovchilik yo'qligida -III Venoz etishmovchilikda -IV
Ovqat hazm qilish aʼzolari			
Karies (dekompensaciya)	K02	II	<ul style="list-style-type: none"> Ko'plab (4-5 tishlar)
Meʼda funksional buzilishi	K31	II	<ul style="list-style-type: none"> Surunkali jarayon endoskopik belgilari yo'qligida
Ichaklar funksional buzilishi	K59	II	<ul style="list-style-type: none">
Surunkali gastrit	K29.4,	III	<ul style="list-style-type: none"> Endoskopi k belgilar

	K29.5, K29.7		mavjudligi
Surunkali duodenit, gastroduodenit	K29.8, K29.9	III	• Endoskopik belgilar mavjudligi
Eroziv gastroduodenit, meʼda yarasi, 12 barmoq ichak yarasi (yara kasalligi)	K25, K26	III, IV	• Remissiya bosqichi – III • Qoʻzish bosqichi - IV
Kron kasalligi, nospecifik yarali kolit	K50 – K52	III, IV	• Remissiya bosqichi – III • Qoʻzish bosqichi - IV
Ichakda sirtirilishni buzilishi sindromi	K90.0	II, III, IV, V	• Ikkilamchi harakterda – II • Birlamchi harakterda kasallik kechishiga bogʻliq – III, IV, V
Surunkali pankreatit	K86	III	•
Surunkali gepatit	K73	III, IV, V	• Avj olmaganda – III • Avj olish vaqtida kasallik kechishiga

			bog'liq – IV, V
Surunkali holecistit	K81.1	III	•
O't qopi va o't yo'llari diskineziyasi	K82.8	II	•
O't yo'llarini boshqa kasalliklari	K83	III	•
Gel'mintoz	V65- V83	II, III	• Intoksikaci ya belgilarisiz – II • Intoksikaci ya belgilari bilan– III
CHurralar	K40- K46	I, III	• Operaciya o'tkazilgan dan so'ng asorat bo'lmasa - I
Qon va qon yaratuvchi aʼzolar			
Anemiya, ovqatlanishga bog'liq (temirdeficit va b.)	D50, D51, D52, D53	II, III	• Engil kechishida - II • O'rta og'ir kechishida - III
Nafas olish aʼzolari			
Surunkali bronhit: oddiy, shilliq yiringli, obstruktiv, emfizematoz, noaniq	J40- J42, J44	III, IV, V	• Kompensaciya (nafas etishmovchiligi darajasi) va avj oish chastotasiga bog'liqligiga qarab

			<ul style="list-style-type: none"> • Yilda 1-4 marta - III • Yilda 5-6 marta - IV
Bronhial astma	J45	III, IV, V	<ul style="list-style-type: none"> • To'liq klinik remissiyada -III • Noto'liq klinik remissiyada-IV • Kompensaciyaga bog'liqligiga ko'ra (klinik va funkcional ko'rsatgichlari, allergologik tekshiruv natijalariga ko'ra): • Engil kechishida-III • O'rta og'ir kechishida-IV • Og'ir kechishida - IV yoki V • Gormonal bog'liqligiga ko'ra-V
Bronhoektatik kasallik	J47	III, IV, V	<ul style="list-style-type: none"> • Kompensaciyaga bog'liqligiga ko'ra (nafas etishmovchiligi darajasi)
Allergik rinit	J30	II, III, IV	<ul style="list-style-type: none"> • Engil kechishida-II • O'rta og'ir kechishida-III • Og'ir kechishida - IV
Surunkali rinit	J31.0	III	
Bodomcha va adenoidlar surunkali kasalliklari	J35	II, III	<ul style="list-style-type: none"> • Bodomcha va adenoidlar gipertrofiyasida 2, 2-3 daraja, lakunar bitish va intoksikaciya belgilari yo'qligida-II • 3 darajali gipertrofiyada-III

Surunkali sinusit	J32	III	•
Nafas buzilishsiz burun to'sig'ini qiyshayishi		II	• Tungi hurrak otish va tungi apnoe yo'qligida
Surunkali nazofaringit, surunkali faringit	J31.1, J31.2	II, III	• Klinik belgilarsiz-II
Burundan qon ketishi	R04.0	II	• Og'ir organik patolgiya va uni keltirib chiqaruvchisi yo'qligida
Pollipoz		II, III, IV	• Remissiyada -II • Qo'zishida -III, IV kechish og'irligiga bog'liqligida
Quloq va so'rg'ichsimon o'simta			
Surunkali otit	H65-H75	III, IV	Yil davomida qo'zish 4 martagacha-III Yil davomida qo'zish 4 martadan ortiq va eshitishning bilinarli pasayishi-IV
Otoskleroz, eshitishning konduktiv va neyrosensor yo'qolishi (shu jumladan kohlear nevrit va b) noaniq	H80, H90, H91.9, H93-H95	III, IV, V	Eshitishni yo'qotish darajasiga qarab: SHivirlabgapiris hni eshitish 3 metrdan ortiq-III SHivirlab gapirishni eshitish I

eshitishni yo'qolishi (shu jumladan ikkala quloqda karlik)			metrdan 3 metrgacha-IV SHivirlab gapirishni eshitmaydi-V
Vestibulyar funkciyani buzilishi, vestibulyar sindrom	H81-H83	II, III, IV	Vestibulyar buzilish namoyon bo'lishiga qarab -II, III, IV
Psihik buzilish va psihik o'zini tutish			
VNS somatoform disfunkciyasi, neyrocirkulyator asteniya:	F45.3;	II;	
NCA (gipertenziv tipda)	F45.3;	II;	
NCA (gipotenziv tipda)	F45.3.	II.	
NCA (aralash tipda)			
Fobik havotirli buzilishlar	F40	II,III	Kuchsiz namoyon bo'lgan -II YAqqol - III
Nevrasteniya	F48.0	II	
Nevrotik va/yoki astenik reaksiya		II	
Stress bilan bog'liq nevroitik reaksiya	F43.2	II,III	Kuchsiz namoyon bo'lgan -II YAqqol - III

Noorganik etiologiyali uyquning buzilishi	F51	II	
Organik emocional labil (astenik) buzilish	F06.6	III	
Kasallika bog'liq bosh miyaning disfunkciyasi yoki jarohatlanishi natijasida shahsiy va o'zini tutishini buzilishi	F07	II,III	Kuchsiz namoyon bo'lgan -II YAqqol – III
YOshlik va o'smirlik yoshida boshlanadigan emocional buzilish	F90-F98	II,III	Kuchsiz namoyon bo'lgan -II YAqqol – III
SHahsni specifik buzilishi (psihopatiya)	F60-F62	II,III	Kuchsiz namoyon bo'lgan -II YAqqol – III
SHizopatik buzilish	F21	III	
Giperkinetik buzilish	F90	II,III	Kompensaciya -II Subkompensaciya -III
O'zini tutishni buzilishi	F91	II,III,IV	CHegarlangan oilaviy muhit-II Social bo'lmagan buzilish-III Social buzilish-III-IV

Psihik rivojlanishdan orqada qolish (engil darajada aqliy rivojlanishdan orqada qolish)	F70	II	
Nutq va til rivojlanishining specifik buzilishi	F80	II	
Nerv tizimi			
Epilepsiya	G40	III,IV	Kompensaciya bosqichidagi bosh miyaning rezidual organik fondagi buzilishi (doimiy terapiyasiz) - III Subkompensaciya bosqichida - IV
Migren	G43	III	
Bosh og'rig'ining boqa sindromlari (shu jumladan noaniq etiologiyali)	G44	III	
Vegetativ (avtonom) nerv sistemasini buzilishi	G90	II,III	Bir haftada bir martadan kam bo'lmagan angispazm-II Angiospazm bilan-III
Gidrocefaliya	G91	III, IV	Kompensaciya

			a -III Klinik namoyon bo'lishda-IV
Bolalar cerebral paralichi	G80	III,IV,V	Kompensaciya darajasi va simptomatika rivojlanishiga bog'liq III,IV,V
Polinevropatiya	G62	III,IV	Harakat, sezgi va koordinacion buzilish: Funkcional imkoniyat kamayishlarisiz -III Kamayishida - IV
Markaziy nerv tizimining demielinlovchi kasalligi	G37.9	III	Avj olishsiz-III Avj olish paytida-IV
Ko'z vauning yordamchi apparati			
Akkomadacion g'ilaylik	G50	II	Ikkala ko'zda binokulyar ko'rishning I dan kam bo'lmagan ambliopiyasiz ko'rish o'tkirligining korrekciya bilan buzilishi
Paralitik va noakkomodacion	H49	III,IV	Refrakciya anomaliyasi darajasini

g' ilaylik			hisobga olib
Kuchsiz daraja gipermetropiya	H52.0	II	
Yuqori va o' rta darajadagi gipermetropiya	H52.0	III	
Akkomodaciya spazmi, miopiya oldi	H52.1	II	
Kuchsiz darajada miopiya	H52.1		
YUqori va o' rta darajadagi miopiya	H52.1	III	
Ambliopiya	H53.0	III	
Anizometriya	H52.3	II,III	5 dioptriyagacha -II 5 dioptriyadan ortiq-III
Ko' z oldingi tirqishi va yordamchi apparatining surunkali allergik va yallig' lanish kasalliklari	H01, H13.2	III	
Allergik kon' yuktivit	H10	II,III	Asoratlarini kechishiga bog' liqligi
Siydik tanosil tizimi			
Yahshi sifatli protenuriya		II	Buyrak kasalliklari

(fiziologik, ortostatik)			yo'qligida
Siydik sindromi yo'qligidagi kristalluriya		II	Siydik sindromi qo'shilganida yoki buyrak funkciyasi pasayishida almashuvchi genezli intersticial nefrit
Siydik sindromi bo'lmaganda buyrak va siydik chiqaruv yo'lining kichik anomaliyalari (buyraklar rotაციyasi, distopiyasi, katta bo'lmagan pieloektaziya, buyraklar harakatchanligi)	Q60-Q64	II,III,IV	Siydik sindromi yo'qligida-II Siydik sindromi qo'shilganda -III Buyraklar funkciyasi pasayganda -IV
Glomerulyar kasallik (glomerulonefrit)	N00-N08	III,IV,V	To'liq remissiyada-III Buyraklar aktivligi va funkciyasi pasayganda-IV SBE bosqichida-V
Tubulointersticial kasalliklar (surunkali pielonefrit birlamchi, ikkilamchi, aralash genezli intersticial nefrit va b.)	N10-N16	III,IV,V	- To'liq remissiyada-III Buyraklar aktivligi va funkciyasi pasayganda-IV SBE bosqichida-V
Siydik qopining neyrogen		II	

disfunkciyasi (siydik chiqarish ritmining buzilishi) Enurez	F98.0, N39.4	III	
Buyrak va siydik chiqarish yo'llarining tug'ma nuqsoni	Q60-Q64	III,IV,V	Buyraklar funkciyasi saqlanganda-III Buyraklar funkciyasi pasayganda-IV SBE bosqichida -V
Siydik chiqarish yo'llari infekciyasi, cistit	N30.1	III	
Ikkilamchi AG (renal)		III,IV	Buyraklar normal funkciyasi normal bo'lganda va boshqa organ va tizimlarda asorat bo'lmaganda-III Buyraklar normal funkciyasi pasayganda va boshqa organ va tizimlarda asorat bo'lganda -IV
STK	N20-N23	III,IV,V	Buyraklar funkciyasi saqlanganda-III Buyraklar funkciyasi pasayganda-IV

			SBE bosqichida -V
Kriptorhizm (tuhumdonni tushmasligi)	Q53	III	
Menstrual ciklni buzilishi (menstruaciya yo'qligi, kam va baʼzan bo'ladigan menstruaciya, juda ko'p, tez tez va noregulyar menstruaciya) bachadon va qindan anomal qon ketishi, ayollar jinsiy organi va menstrual ciklga bog'liq og'riqli va boshqa holatlar,	N91-N94	II,III	Birinchi menstrual cikldan keyin 1 2 yil ichida menstrual ciklni shakllanish davri -II Menstrual cikl va boshqa kasalliklarda shakllanishi-III
Ayollar chanoq sohasi surunkali kasalliklari	N70, N73, N75, N76	III	
Gidrocele	N43.0-43.3	II, III	

Endokrin tizimi, ovqatlanish, modda almashinuvi

Qalqonsimon bez kattalashishi	E00.1-E04.0	II, III	Funkciyasi buzilmasdan I, II darajali kattalashishi -II Funkciyasi buzilmasdan III, IV darajali kattalashishi -III Gipo yoki gipertireoz bilan I-IV darajali kattalashishi -III
-------------------------------	-------------	---------	---

Ovqatlanishini etishmasligi (tana vazni defitsiti)	E43-E46	II	Tana vazni nomining mirimal chegarasida nisbiy bo'y uzunligi ($M \pm 1 \text{ sigma } R$)
Ortiqcha tana vazni		II	Nisbiynormal hisoblangan tana uzunligi maksimal ko'rsatgichi tana vaznidan ko'proq ($M + \text{sigma}R$) (kerakligidan 15-19,9% kuprok)
Kam bo'y	E34.3	II	YOshga nisbatan
Kam bo'y (nanizm)	E34.3	III, IV	
1 - 4 darajadagi ekzogen konstitutsional semirish	E66	III, IV	Tana vazni 20%ga ortishi va yog yigilishi hisbiga YUrak kon tomir, jinsiy, nerv va boshka tizimlarda o'zgarish bo'lmaganda -III Ular borligida -IV
Bolalar ginekomastiyasi	N62	II	Endokrin patologiyani istisno qilganda

Gipovitaminoz, gipervitaminoz, minerallar defitsiti yoki ortqchaligi	E50-E56, E64	II	
Gyulkozaga tolerantlikni buzilishi	R73.0	II	
Insulinga bog'liq QD (1tip)	E10.0	III, IV	Kompensatsiya darajasiga bog'liqligi
QD (2tip)	E11	III, IV	Kompensatsiya darajasiga bog'liqligi
Jinsiy rivojlanishdan orqada qolish	E30.0	II, III, IV	Boshqa yondosh endokrin patologiyasiz-II Og'irligiga bog'liq va ular mavjudligida III yoki IV
Erta yoki vaqtidan ilgari jinsiy etilish		II, III, IV	Boshqa yondosh endokrin patologiyasiz -II Og'irligiga bog'liq va ular mavjudligida III yoki IV
Teri va teri osti kletchaka			
Atopik dermatit, ekzema, neyrodermit, allergik dermatit	L 20, L23	III, IV	Jarayon lokalizatsiyasi, tarqalishi, teri jarayoni intensivligiga bog'liq holda: uyqu buzilishsiz

			chegaralangan lokalizatsiya yoki, proliferatsiya va lihenizatsiyaning yaqqol bo'lmagan darajasida, kuchsiz qichishish, -III Tarqalgan toshma yoki yaqqol ifodalangan proliferatsiya va lihenizatsiyada, ifodalangan ichishish va uyqu buzilishi - IV
Eshak emi	L50	II, III, IV	Lokalizatsiyalangan -II Umumiy, recidivlanuvchi - III Umumiy, Kvinke shishi bilan yoki anafilaktik shok bilan reqidivlanuvchi (anamnezida) - IV
Qichishish	L29	II	
Papuloskvamoz buzilish (psoriaz,	L40-L45	III, IV	Kompensatsiya darajasiga bog'liq holda

parapsoriaz va b)		II, IV	
Suyak mushak tizimi va biriktiruvchi to'qima	M19		
Kifoz, lordoz	M40	II	Umurtqa o'zgarishining boshqa rentgenologik belgilari yo'qligida
Skolioz	M41	III, IV	Rentgenologiya va klinik 2 dan ko'p bo'lmagan qiyshayish darajasi -III 2 darajadan ko'p qiyshayish yoki boshqa ichki organlar funkciyasi buzilishi -IV
Bolalar osteohondrozi	M42	III, IV	YAqqol namoyon bo'lgan klinik bo'lgilarsiz -III YAqqol lokal va/yoki tugunchali og'riq sindromlari, paresteziya va b., klinik belgilar bilan -IV
Qomat buzilishi		II	Umurtqaning

			boshqa o'zgargan rentgenologik 'elgilar yo'qligida
Tovonni yassilanishi		II	Plantografiya natijalariga asosan
YAssioyoqlik	M21.4	III	Plantografiya natijalariga asosan
Tovonlarni valgusli deformatsiyasi	M21.0	III	•
Ko'krak qafasining tug'ma va rahitik deformatsiyasi	Q67.5 – Q67.7	I	•
Dorsopatiya (shu jumladan spondilopatiya) umurtqalarni tug'ma deformatsiyasi	M40 – M54	III, IV	Anatomik defekt kompensatsiyasi va ichki organlar funksiyasi holatiga bog'liqligi
Tizza, son deformatsiyasi	M21.7 – M21.9	III, IV	Anatomik defekt kompensatsiyasi ga bog'liqligi
Artropatiya, osteopatiya va hondropatiya	M00 – M25, M80 – M94	III, IV	Jarayon kompensatsiyasi ga bog'liqligi
Go'daklar (yuvencil) artrit	M08	III, IV	Jarayon kompensatsiyasi ga bog'liqligi
YURA	M08.0	III, IV	Jarayon kompensatsiyasi ga bog'liqligi

Mushaklar jarohati, sinovial qobiq va pay jarohati, yumshoq to'qima jarohati	M60 – M63, M65 – M68, M70 – M79	III, IV	Jarayon kompensaciyasi va funkciyalar holatiga bog'liqligi
Surunkali osteomielit	M86.3 – M86.6	III, IV	Avj olish chastotasi va anatomik hosil bo'lgan funkciyalar holatiga bog'liqligi

10. Adabiyotlar

1. Detskie bolezni, pod red. N P. Shabalova, 2010
2. Nelson. Textbook of pediatrics. 2015. Elsevier.
3. Detskie bolezni. Per. s angl. Tom Lissoyer, Grexem Kleyden
Izd.GEOTARD-Media ,2010.
4. Klinicheskie lekstii po pediatrii. Aleksandrova V.A., Ryabchuk F.
A., Krasnovskaya M. A. SP., Izd-vo «DILYa», 2004.
5. Poliklinicheskaya pediatriya. Kalmikova A.S. 2006. M.
6. The 5 minute pediatric consult. M. William Swartz. Lippincott
Williams and Wilkins, 2004.
7. Handbook of Pediatric and neonatal Transport Medicine.
Jaimovich and Videsagar. Hanley and Belfus INC/ Philadelphia,
2002.

Tizim, soʻz deformatsiyasi	M21.7 – M21.9	III, IV	Anatomik defol kompensatsiyas ga bogʻliqligi
Artropatiya, osteopatiya va hondropatiya	M00 – M25, M80 – M94	III, IV	Jarayon kompensatsiyas ga bogʻliqligi
Goʻdaktar (yuvonil) artri	M08	III, IV	Jarayon kompensatsiyas ga bogʻliqligi
YURA	M08.0	III, IV	Jarayon kompensatsiyas ga bogʻliqligi

TESTLAR

1. UASH ku'rsatilgan qaysi tadbirlarni u'tkazishi lozim:

- A. ko'krak bilan emizishning axamiyati va qoidalari haqida san - targibot ishlarni olib borish*
- B. bolani chiniktirish usullarini va kun tartibini tuzish *
- V. uyushmagan bolalarni dispanser ko'rigidan o'tkazish *
- G. chaqaloqning kindik tomirlarini punktsiya va kateterizatsiyasi
- D. Ambu niqobi bilan oksigenoterapiya o'tkazish
- E. traxeya intubatsiyasi

2. Ko'rsatilgan qaysi kasaliklarni UASH poliklinika sharoitida davolay oladi:

- A. EKD*
- B. bronxit*
- V. gipovitaminoz*
- G. YuSA
- D. norevmatik kardit

3. Bog'cha shifokorini asosiy 3 funktsiyasi:

- A. vaktsinatsiyani rejalashtirish va o'tkazish*
- B. dispanser nazorat*
- V. san - gigiena qoidalarini bajarilishini nazorat qilish*
- G. ambulator davo va bemorlarni parvarish qilish
- D. kasallik varaqasini berish
- E. davolanishga statsionarga yo'llanma berish

4. UASH chaqaloqni 1 tashrifda ko'rganida nimalarga axamiyat berishi lozim:

- A. kindik yarasi xolati*
- B. ko'krakka to'g'ri ko'yilishi*
- V. tugruqxonada qilingan vaktsinatsiya*
- G. bolani 2 yoshgacha emizish kerakligi
- D. bola qachon emaklashni boshlaydi
- E. bolaga qachon qo'shimcha ovqat berilishi kerakligi

5. Chaqaloqlarni ogiz bo'shliga xos bo'lgan belgilarni ko'rsating:

- A. lablarning ko'ndalang burmachaligi*
- B. lunj katlami orasidagi Bisho tugunchalari*
- V. milk shilliq qavatining alviolyar burmalarining dublikaturasi*
- G. til surgichlari yaxshi differentsiyalashgan
- D. til surgichlari differentsiyalanmagan*

6. Chaqaloqlarda terining qaysi funksiyasi yaxshi differentsiyalanmagan:

- A. ximoyalovchi*
- B. termoregulyatsiya*
- V. ajratuvchi*
- G. nafas oluvchi
- D. modda almashuvi

7. Bolani xar oy vazn qo'shish me'yorini ko'rsating:

- A. 0-6 oy.- 800 gr.*
- B. 6-12 oy. - 400 gr.*
- V. 0-6 oy. - 900 gr.
- G. 6-12 oy. - 300 gr.
- D. 0-12 oy.- 600 gr.

8. Bolani xar oy buyi o'sish me'yorini ko'rsating:

- A. 0-6 oy.- 2,5 sm.*
- B. 6-12 oy. - 1,5 sm.*
- V. 0-6 oy. - 3 sm.
- G. 6-12 oy. - 2 sm.
- D. 0-12 oy.- 2,5 sm.

9. Bolani o'sishi va rivojlanishini baxolash uchun qaysi ko'rsatkichlar axamiyatga ega:

- A. antropometriya*
- B. psixomotor rivojlanish ko'rsatkichlari*
- V. prof. emlash rejasi
- G. oziqlanish turi
- D. xammasi to'g'ri

10.1 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini kaysi kursatkichlar belgilaydi:

- A. tovushlarga diqqat qilish*
- B. nistagm kuzatilmasligi*
- V. yoruglik tomon bosh o'girishi*
- G. tik ko'targanida bosh tutishi
- D. tovush chiqaradi

11. 2 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kursatkichlar belgilaydi:

- A. chalqanchadan yonboshga o'giriladi*
- B. osilgan o'yinchoqlarni tomosha qiladi*
- V. atrofdagilarga ahamiyat beradi*
- G. shaqildok o'ynaydi
- D. onasini taniydi

12. 3 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kursatkichlar belgilaydi:

- A. bosh va elkasini yaxshi ushlaydi*
- B. xarakatlari adekvat*
- V. tovushlar chiqaradi*
- G. yordamsiz o'tiradi
- D. emaklaydi

13. 4 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kursatkichlar belgilaydi:

- A. chalqanchadan qorniga aganaydi*
- B. yordam bilan o'tiradi*
- V. shaqildoqni o'ynaydi*
- G. emaklaydi
- D. ikkala qo'lda shaqildoq ushlaydi

14. 5 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kursatkichlar belgilaydi:

- A. qorin bilan orqaga va yonboshga suriladi*
- B. notanishlarni ajrata oladi*

- V. qultigidan ushlaganda tura oladi*
- G. piyoladan icha oladi
- D. qorinda oldinga qarab suriladi

15. 6 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi ko'rsatkichlar belgilaydi:

- A. o'yinchoqni bir qo'ldan ikkinchisiga oladi*
- B. o'yinchoq bilan xontaxtaga uradi*
- V. toshoynaga qarab qo'lini cho'zadi*
- G. manejni chetini ushlab harakatlanadi*
- D. o'zi o'tira oladi

16. 7 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kursatkichlar belgilaydi:

- A. emaklaydi*
- B. o'zi o'yinchoqni olib ogziga olib boradi*
- V. gapiradi
- G. kog'oz yirtadi
- D. xohlagan narsasini kursata oladi

17. 8 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi ko'rsatkichlar belgilaydi:

- A. o'zi o'tiradi va yotadi*
- B. to'rt oyoqlab emaklaydi*
- V. kattalar ushlaetgan piyoladan icha oladi*
- G. uz ismini biladi*
- D. tana qismlarini nomlarini biladi

18. 9 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kyrsatkichlar belgilaydi:

- A. kattalar yordamida yuradi*
- B. lego o'ynaydi
- V. o'zi piyoladan icha oladi*
- G. hayvonlar tovushini o'xshatadi
- D. o'zi yuradi

19. 10 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi ko'rsatkichlar belgilaydi:

- A. chegaralanishni tushunadi*
- B. yuradi
- V. qogoz yirtadi*
- G. o'zi yuradi
- D. tana qismlarini nomlarini biladi

20. 11 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kyrsatkichlar belgilaydi:

- A. o'zi tura oladi*
- B. bir qyli bilan ikkita mayda narsa oladi*
- V. birinchi ma'noli so'zlarni ishlatadi*
- G. yugurib yuradi
- D. o'zi ovqat eydi

21. 12 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kyrsatkichlar belgilaydi:

- A. 10ta so'z biladi*
- B. yordamsiz bir ikki qadam yuradi*
- V. kiyintirishda yordam beradi*
- G. o'yinchoq sudrab yuradi
- D. kubiklardan bino yasaydi

22. 24 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi ko'rsatkichlar belgilaydi:

- A. yuguradi*
- B. o'zi zinadan chiqa oladi*
- V. o'zi ovqat va choy talab qiladi*
- G. o'zi hojatga borishini ayta oladi*
- D. sakraydi

23. 3 yoshlik bolani psixomotor rivojlanishi me'yordaligini qaysi kyrsatkichlar belgilaydi:

- A. uzi oyok kiymini ipini boglaydi*
- B. dumaloq chiza oladi*
- V. katta koptokni tutadi*

- G. uzi kiyinadi*
- D. harflarni biladi

24. Ona ko'krak suti bilan oziqlanaetgan chaqaloqni axlari me'yorda qanday bo'ladi:

- A. bo'tqasimon*
- B. tilla sarik rang*
- V. nordonroq hidli*
- G. yashirimtir sariq rang
- D. jigarrang

25. 1 oylik bolani psixomotor rivojlanishi me'yoriga qaysi ko'rsatkichlar xos emas:

- A. yaltiroq narsani ko'zi bilan ilg'aydi
- B. odamga qarab iljayadi
- V. keskin tovushga cho'chiydi va ko'zini qisadi
- G. ona gapiga quloq tutadi*
- D. o'yinchoq ushlaydi*

26. 3 oylik bolani kasalxonaga qaysi holatlarda yotqizilishi shart:

- A. bola boshini tutmaydi
- B. vaqti - vaqti bilan kuz gilayligi
- V. katta liqildoqni tarangligi va burtib turushi*
- G. kindik yarasidan yiring ajralishi*
- D. Kerning simptomi

27. Bolani jismoniy rivojlanishi kursatkichlari, bu:

- A. bo'yi*
- B. vazni*
- V. teri elastikligi
- G. bosh aylanasi*
- D. ko'krak aylanasi*

28. Bolani jismoniy rivojlanishini qushimcha mezonlari:

- A. buyi
- B. jismoniy rivojlanish indeksleri*
- V. terining tarangligi va elastikligi*

G. teri osti yog qatlamini rivojlangaligini darajasi*
D. vazni

29. Ko'krak suti bilan boqishning bola uchun afzalliklari:

- A. dispeptik sindrom bilan kechuvchi kasalliklar kamayadi*
- B. respirator infeksiyalardan himoyalinishi oshadi*
- V. oshqozon ichak sistemasining yalliglanish kasalliklari xavfi kamayadi*
- G. tusatdan o'lim xavfi kupayadi
- D. sigir sutiga allergik holati xavfi pasayadi

30. Ko'krak suti bilan boqishning ona uchun afzaliliklari:

- A. bachadon involyutsiyasi tezlashishi*
- B. qon ketish xavfi kamayishi*
- V. yiringli mastit xavfi oshadi
- G. tuxumdonlarning saraton kasalligining xavfi ko'payadi
- D. ko'krak saraton kasalligining xavfi oshadi

Multimediyali testlar

Quyidagi rasmda qaysi kasallik tasvirlangan?

- A. CHaqaloqlar yiringli mastiti*
- B. Fiziologik mastit
- C. Gormonal kriz
- D. vezikulopustulez

Quyidagi rasmda qaysi kasallik tasvirlangan?

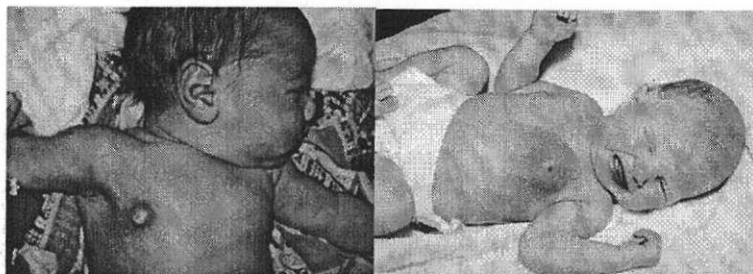
A. Geografik til*

V. stomatit

S. Sirkonoz

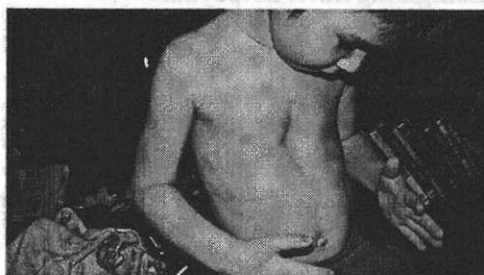
E. Kari

H. Kari



Quyidagi rasmda qaysi holat tasvirlangan ?

- A. «etikduz kukragi»*
- B. raxitik tasbexlar
- C. «garrison egati»
- D. «Marvarid shodasi»
- E. Ko'krak qafasi anomaliyasi



Quyidagi rasmda qaysi holat tasvirlangan ?

- A. raxitda soch to'kilishi*
- B. gidrotsefaliya
- S. Garrison egati
- D. patologiya yo'q
- E.ensa sohasi do'ngligi



Quyidagi rasmda qaysi kasallik tasvirlangan ?

A. ekssudativ kataral diatez*

V. asab artritik diatez

S. limfatik gipoplastik diatez

D. tug'ri javob yo'q

E. fotodermatit



Quyidagi rasmda qaysi holat tasvirlangan ?

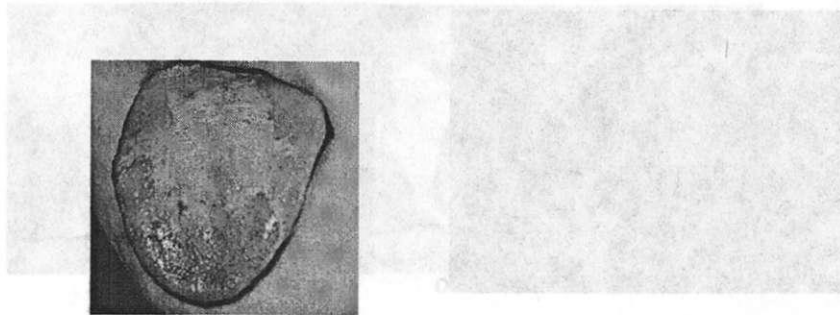
A. Geografik til*

V. stomatit

S. Sarkoma Kaposhi

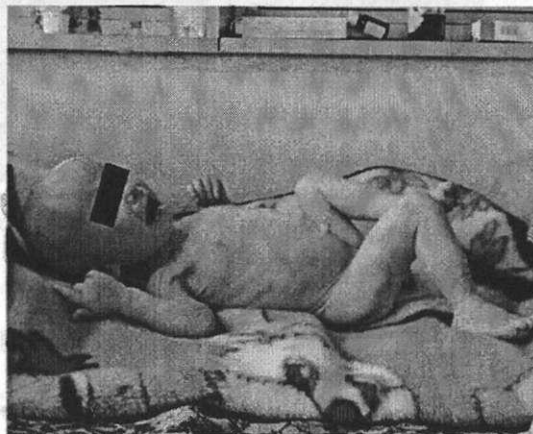
D. leykoplakiya

E. tug'ri javob yo'q.



Quyidagi rasmda qaysi holat tasvirlangan ?

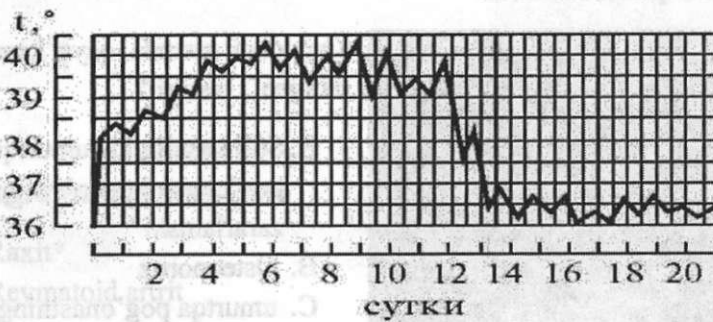
- A. 3 darajali gipotrofiya, vazn defitsiti 30%dan ortiq*
- V. 2 darajali gipotrofiya, vazn defitsiti 30%dan ortiq
- S. 1 darajali gipotrofiya, vazn defitsiti 30%dan ortiq
- D. 3 darajali gipotrofiya, vazn defitsiti 10%dan ortiq
- E. 1 darajali gipotrofiya, vazn defitsiti 10%dan ortiq



Quyidagi rasmda qaysi isitma turi ko'rsatilgan ?

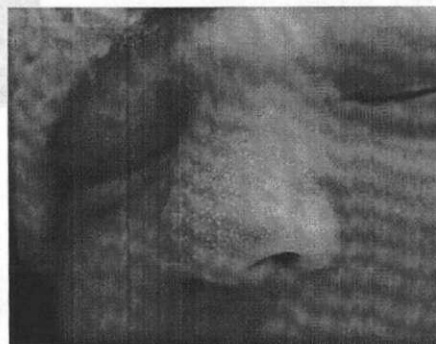
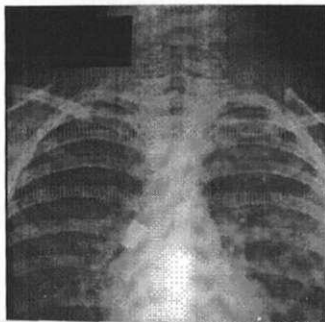
- A. notug'ri isitma egriligi*
- V. gektik isitma egriligi

- S. doimiy isitma egriligi
- D. normal isitma egriligi
- E. intermitterlovchi isitma egriligi



Quyidagi rasmda qaysi holat tasvirlangan?

- A. chaqaloqlar miliyasi*
- V. chaqaloqlar melenasi
- S. chaqaloqlar lanugosi
- D. tug'ri javob yo'q
- E. fiziologik sariqlik



Tug'ri javobni ko'rsating?

- A. O'ng asosiy bronx yulida yod jism*
- B. kardiomegaliya
- C. Kaltsinatsiyalangan uchok ungda
- D. Kardiyostimulyator
- E. O'pka tuberkulezi



Quyidagi rasmda qaysi kasallik rentgen tasviri ?

- A. Still kasalligida umurtqa pog'onasining bo'yin qismini zararlanishi*
- B. Osteoporoz
- C. umurtqa pog'onasining bo'yin qismini zararlanishi ankilozi
- D. Bexterev kasalligi
- E. sindrom Felti

Quyidagi kasallikni aniqlang:

- A. Kvashiorkor*
- B. Girshprung kasalligi
- C. Kron kasalligi
- D. NYAK
- E. Dolixosigma



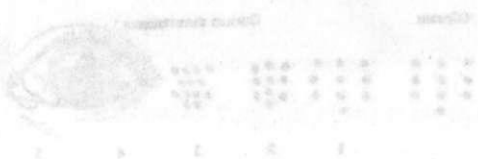
Quyidagi patologik holatni aniqlang:

- A. Kserofoaliya
- B. Midriaz
- C. Eksoftalm
- D. G'ilylik
- E. Nistagim



Quyidagi kasallikni aniqlang:

- A. Raxit*
- B. Revmatoid artrit
- C. Osteoporoz
- D. Bexterev kasalligi
- E. Tug'ri javob yo'q



Quyidagi tasvirni aniqlang:

- A. Kern Ierasek testi*
- B. Krepelin testi
- C. Lyusher testi



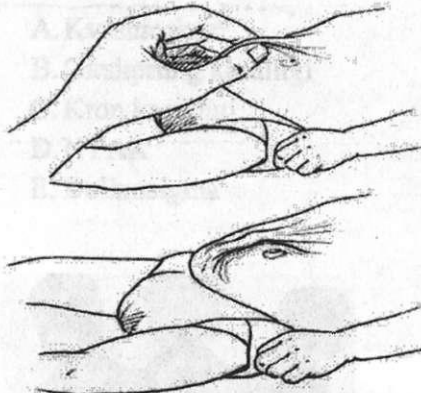
- D. Rabkin testi
- E. Tug'ri javob yo'q

C. Kaltsinotsiyalangan uchok ungli



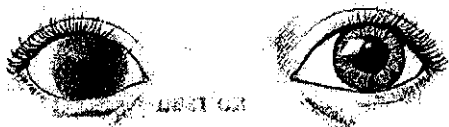
Quyidagi holatni ko'rsating:

- A. Diareyada teri burmasining sekin tekislanishi*
- B. Diareyada pastozlik
- C. Astsit
- D. Omfalit
- E. CHala tug'ilganlik



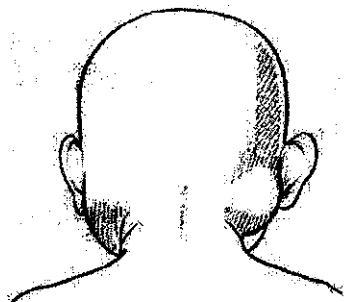
Quyidagi patologik holatni aniqlang:

- A. Kserooftalmiyada vitamin A etishmasligiasorati*
- B. Midriaz
- C. Ekzoftalm
- D. G'ilylik
- E. Nistagim



Quyidagi patologik holatni aniqqang:

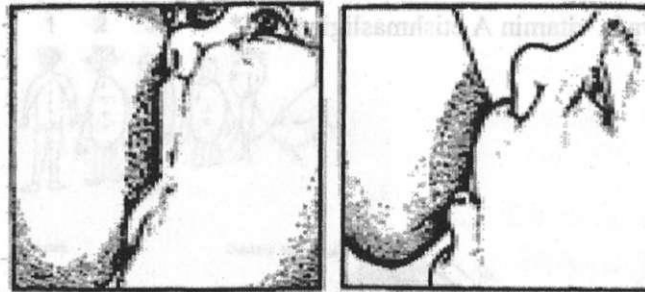
- A. Mastoidit*
- B. Limfadenit
- C. Krivosheya
- D. Flegmona
- E. Tug'ri javob ko'rsatilmagan



Quyidagi patologik holatni aniqqang:

- A. Ko'krak bilan emizish chapda tug'ri ifodalangan
- B. Ko'krak bilan emizish unгда tug'ri ifodalangan

- C. Ko'krak bilan emizish ikkala rasmda tug'ri ifodalangan
- D. Ko'krak bilan emizish ikkala rasmda tug'ri ifodalanmagan



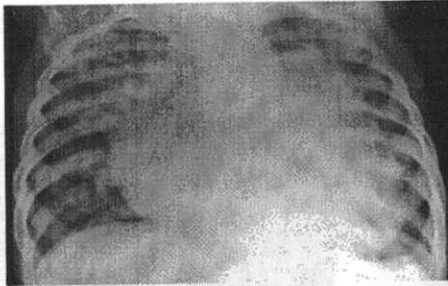
Qaysi rasmda ko'krak bilan emizish to'g'ri ko'rsatilgan

- A. CHapdagi rasmda ona bolasini tug'ri ovqatlantirayapti*
- B. O'ngdagi rasmda ona bolasini tug'ri ovqatlantirayapti
- C. Ikkala rasmda ona bolasini tug'ri ovqatlantirayapti
- D. Ikkala rasmda ona bolasini tug'ri ovqatlantirmayapti



Quyidagi rasmda qaysi kasallik rentgen tasviri ko'rsatilgan:

- A. Kardiomiopatiyada rentgen tasviri*
- B. Aortalnuksonda rentgen tasviri
- C. Fallotetradasida rentgen tasviri
- D. Miokardiodistrofiyada rentgen tasviri
- E. Tug'ri javob yo'q



Quyidagi rasmda qaysi kasallik tasvirlangan:

- A. Suvchechak*
- B. Qizamik
- C. Qizilcha
- D. Meningit
- E. Streptodermiya



Quyidagi rasmda qaysi usul qullanilgan?

- A. Nafas yullaridan yoq jismni chiqarish
- B. Geymlix pozasi
- C. Drenaj massaj
- D. Ortopedik muolaja
- E. Tug'ri javob yo'q



Quyidagi patologik holatni aniklang:

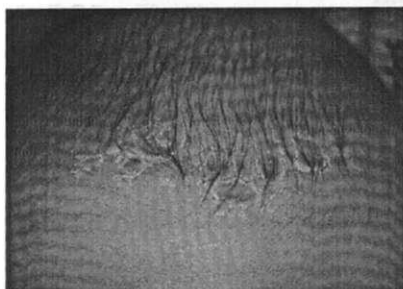
- A. Ekssudativ kataral diatez*
- B. Neyroarritik diatez
- C. Limfatik diatez
- D. Sklerodermiya
- E. Allergik toshma



Quyidagi patologik holatni aniqlang:

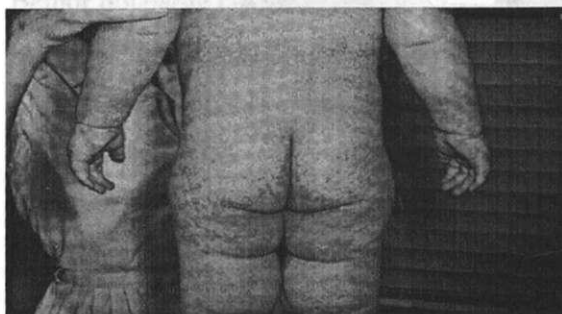
- A. Gneys*
- B. Impetigo
- C. Sut strupi
- D. Atopik dermatit

E. Soch tukilishi



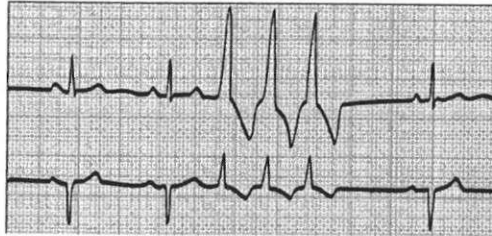
Quyidagi rasmda qaysi kasallik tasvirlangan ?

- A. qizamiq*
- B. suvchechak
- C. meningokoktsemiya
- D. gemorragik vaskulit
- E. atopik dermatit



Quyidagi rasmda EKG yozuvi qaysi kasallikga tegishli ?

- A. Korinchalar guruxli ekstrasistoliyasi* 121
- B. Bulmachalar ekstra sistoliyasi 130
- C. Mertsal aritmiya 138
- D. Gis tutami blokadasi 139
- E. Mitral tabaqa prolapsi 139



Quyidagi rasmda qaysi kasallik tasvirlangan

- A. YUvenil revmatoid artrit *
- B. Revmatik artrit
- C. Reaktiv artrit
- D. Maymoqlik
- E. Bexterov kasalligi



- Quyidagi rasmda EKG yozuvi qaysi kasallikka tegishli?
- A. Koronchalar guruhli eksuzsistotiyasi*
 - B. Butunshalar ekzozsistotiyasi
 - C. Mettsal aritmiya
 - D. Gistutami blokatsi
 - E. Miotal tabaqasiz profolaksi
- Quyidagi patologik holatni aniqlang:
- A. Gneyz*
 - B. Impulsi
 - C. Sot stuzpi
 - D. Atopik dermatiti

Mundarija

I BOB. UASHning profilaktik ishlari. Erta yoshdagi sog'lom bolalarning dispanser nazorati -----	8
Erta yoshdagi bolalar tarbiyalash va kun tartibi-----	12
Uqalash va gimnastika-----	13
Chiniqtirish-----	25
Uyushmagan maktabgacha bo'lgan bolalarda o'tkaziladigan profilaktik ishlar -----	29
Maktabgacha ta'lim muassasalariga bolalarni tayyorlash-----	29
Bolalarni maktabga tayyorlash-----	36
Immunoprofilaktika-----	46
II BOB. UASH ning davolash ishlari -----	62
Bemor bolalarga UASH ni chaqiruvi-----	64
Erta yoshdagi bolalar anemiyasining profilaktikasi va davosi-----	71
Bolalarda konstitutsion nuksonlarni davolash va profilaktikasi-----	92
Bolalarda markaziy nerv sistemasini perinatal shikastlanishi-----	100
Nafas olish a'zolari kasallangan bolalarni davolash-----	107
Utkir respirator kasalliklarda kasalxonagacha bulgan shoshilinch yordam--- -----	119
Tez- tez kasal bo'lib turadigan bolalar profilaktikasi, ularni davolash va sog'lomlashtirish-----	121
Infekstion kasalliklar bilan kasallangan bolalarni kuzatuvi-----	130
Surunkali kasalliklar reabilitastiyasi -----	138
Sog'lomlashtirish bo'limi-----	139

Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bilan kasallangnn bolalarning dispanser nazorati.....	154
Tug'ma yurak nuqsonlari bor bolalarni dispanser nazorati.....	156
Bolalarda parhez davo.....	174

