

TURAQULOV A.F., URALOV SH.M.
YARMUXAMEDOVA N.A.

BOLALAR YUQUMLI KASALLIKLARI VA SHOSHILINCH HOLATLARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI



SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

**Turaqulov A.F., Uralov Sh.M.,
Yarmuxamedova N.A.**

**BOLALARDA YUQUMLI KASALLIKLARDA
VA SHOSHILINCH HOLATLARDA
HAMSHIRALIK PARVARISHI**

**(Jamoat salomatligi texnikumlari va tibbiyot kollejlari
talabalari uchun bolalarda hamshiralik parvarishi fanidan)**

O'QUV QO'LLANMA

SAMARQAND - 2024

UO'K: 614.4(075)

T 87

KBK: 57.33ya73

Turaqulov A.F., Uralov Sh.M., Yarmuxamedova N.A.

Bolalarda yuqumli kasalliklarda va shoshilinch holatlarda hamshiralik parvarishi [Matn]: o'quv qo'llanma / Samarqand davlat tibbiyot universiteti – Samarqand.: "STEP-SEL" MChJ nashriyoti, 2024 - 206 bet

Taqrizchilar:

Rabbimova D.T. - tibbiyot fanlari doktori, dotsent, Samarqand Davlat tibbiyot universiteti Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrasini mudiri.

Nurbayev E.O. – Paxtachi Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi direktori.

Ushbu o'quv qo'llanmada bolalar yuqumli kasalliklarida bola va uning oilasida hamshiralik parvarishi, profilaktik emlashlar, immunitet va emlash vositalari haqida, dezinfeksiya turlari hamdakasalxona ichi infeksiyasini oldini olish borasida tushunchalar berilgan. Shu bilan birgalikda, bolalar o'rtasida ko'p uchraydigan yuqumli kasalliklar xarakteristikasi berilib, ularning kelib chiqish sabablari, epidemiologiyasi, klinik belgilari, parvarishlash, shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish, profilaktika, epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar, dispanser kuzatuv va tibbiyot hujjatlarini to'ldirish kabi ko'nikmalar berilgan. Ushbu o'quv qo'llanmada shuningdek bolalarda kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda, tashqi muhit taassurotlari natijasida kelib chiqqan holatlarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish va parvarishlash usullari, dori-darmonlarning turlari, ularni yuborish yo'llari, asoratlari va davolash usullari, hamda tibbiy atamalar tizimli ravishda bayon etilgan.

O'quv qo'llanmada keltirilgan ma'lumotlar bo'lg'usi hamshiralarga bemor bolalarini to'g'ri va samarali parvarishlash ishlarini tashkillashtirishda tizimli ravishda yetarli bilim va ko'nikma beradi.

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Kengashining 2023-yil 31 - martdagi majlisda muhokama qilingan va nashrga tavsiya etilgan. (A/F 141 - sonli guvohnoma).

ISBN: 978-9910-720-07-9

© Turaqulov A.F. va boshq. 2024 y.

© "STEP-SEL" MChJ nashriyoti. 2024 y.

MUNDARIJA

I BOB. BOLALAR YUQUMLI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI	4
1.1. Yuqumli kasalliklar haqida tushuncha	4
1.2. Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish choralari	11
1.3. Immunitet haqida tushuncha	16
1.4. Profilaktik emlashlar	19
1.5. Bolalarda sil kasalligining kechish xususiyatlari	25
1.6. O'tkir respirator kasalliklar	41
1.7. Poliomyelit	55
1.8. Meningokokk infeksiyasi	58
1.9. Difteriya	62
1.10. Qizamiq	70
1.11. Qizilcha (Rubeola)	73
1.12. Suvchechak (Varicella)	77
1.13. Skarlatina	80
1.14. Ko'kyo'tal	87
1.15. Epidemik parotit (Parotitis Epidemika)	91
1.16. Virusli gepatitlar (Hepatitis Viralis)	95
1.17. O'tkir ichak infeksiyalari	104
1.18. Bolalarda oits kasalligining kechish xususiyatlari	131
II BOB. KECHIKTIRIB BO'LMAYDIGAN HOLATLAR VA BAXTSIZ HODISALARDA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH	139
2.1. Kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda shoshilinch yordam ko'rsatish	139
2.2. Baxtsiz hodisalarda tez yordam ko'rsatish	154
2.3. Zaharli hasharotlar chaqqanda shoshilinch yordam ko'rsatish	167
III BOB. DORI MODDALARINING TURLARI, ULARNI YUBORISH YO'LLARI VA ASORATLARI	177
BOLALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI FANIDAN TIBBIY ATAMALAR	191
AMBULATOR-POLIKLINIK MUASSASALARDA YURITILADIGAN ASOSIY TIBBIY HUJJATLAR	202
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR	204

I BOB. BOLALAR YUQUMLI KASALLIKLARIDA HAMSHIRALIK PARVARISHI

1.1. Yuqumli kasalliklar haqida tushuncha

Infeksiya (lotincha: infectio, ya'ni ifloslanish, yuqumli degan ma'noni bildiradi) – bu barcha kasallik chaqiruvchi mikroorganizmlarning turli yo'llar bilan bola organizmiga kirib, yuqumli kasalliklarga sabab bo'ladigan omildir. Kasallik yuqqan kundan boshlab to boshlang'ich klinik belgilarning paydo bo'lishigacha bo'lgan kun yashirin, ya'ni inkubatsion davr deb nomlanadi. Ayrim bolalarga infeksiya yuqadi, lekin kasallikbelgilari namoyon bo'lmaydi. Bu kasallikni simptomsiz turi hisoblanadi.

Kasallikni qo'zgatuvchi mikroorganizm turlari quyidagicha:

➤ Bakteriyalar (grammanfiy, grammusbat tayoqchali bakteriyalar, grammanfiy kokklar, spiroxetalar, rikketsiyalar, kislotaga chidamli bakteriyalar va h.k.);

➤ Soddalilar (dizenteriya amyobasi, malyariya, toksoplazmalar, pneumocystis karinalar, kriptosporidlar, lyambliyalar);

➤ Gelmintlar (lentali ilonchasimon gijja, yumaloq gijja, filyariyalar, akantosefallar va h.k.);

➤ Viruslar (retroviruslar, herpes viruslari, ortomiksovirus va h.k.). Yuqorida qayd qilib o'tilgan infeksiyalar sog'lom bola organizmiga turli yo'llar bilan kiradi. Muloqot yo'li orqali, ya'ni bemor va sog'lom kishilarning o'zaro terisi, jinsiy a'zolari va boshqa infeksiyalangan joylari orqali yuqushi mumkin. Bunday yo'llar bilan sifilis, gonoreya, OITS, herpes virusi va boshqa kasalliklar yuqadi.

➤ Havо orqali, ya'ni havodagi patogen mikroorganizmlar nafas yo'llari orqali sog'lom bola organizmiga tushadi. Ushbu yo'l bilan "QU" isitma, psittakos va h.k.;

➤ Tomchi yo'li orqali, ya'nibemor yoki infeksiya tashuvchilar yo'talganda yoki aksa urganda infeksiya sog'lom bola organizmiga nafas yo'llari orqali tushadi (inflyuensiyalar, qizamiq, o'lat, poliomiyeletit va boshqa respirator viruslar);

➤ Qon orqali, ya'ni kasallik chaqiruvchi mikroorganizmlar bemor qoni orqali sog'lom bola qoniga tushishi natijasida kasallik yuqadi (virusli gepatit B, C, D, OITS, sitomegalovirus va h.k.);

➤ Alimentar yo'l orqali, ya'ni oziq-ovqatlar, ichimliklar, hayvonlar va h.k. (dizenteriya, qorin tifi, gepatit A, E, oziq-ovqatdan zaharlanish va h.k).

Yuqumli kasalliklar xususiyatlari. Yuqumli kasalliklar yuqumli bo'lmagan kasalliklardan o'zining bir qator xususiyatlari bilan farq qiladi bularga quyidagilar kiradi:

➤ Etiologik xususiyati (yuqumli kasallik o'zini spesifik qo'zg'atuvchisiga ega);

➤ Epidemiologik xususiyati (yuqumliligi);

➤ Klinik xususiyatlari (kasallikning davrlar bilan kechishi);

➤ Immunologik xususiyatlari (kasallikdan keyin immunitet hosil bo'lishi).

Etiologik xususiyati. Yuqumli kasalliklar qo'zg'ata oladigan xususiyatlariga ega bo'lgan patogen (kasallik qo'zg'atuvchi) mikroorganizmlar, ya'ni bakteriyalar, viruslar, rikketsiyalar, spiroxetalar hisoblanadi. Infeksion jarayonni chaqirish xususiyatlariga ega bo'lgan mikroorganizmlar patogenlik (mikroorganizmlar odamga kasallik qo'zg'ata olishi), virulentlik faqat tirik hujayralarga xos bo'lib, mikroorganizmlarning patogenlik darajasi hisoblanadi. Invazivlik bu mikroorganizmlarning to'qima hamda a'zolarga kira olish va ularga tarqalish xususiyatlari, toksigenlik esa mikroorganizmlarning 2 guruhdagi, ya'ni ekzotoksinlar (oqsil tabiatli moddalar bo'lib, asosan stafilokokklar, streptokokklar, qoqshol, botulizm, difteriya, gazli gangrena kabi mikroorganizmlar ishlab chiqaradi va tashqi muhitga ajratiladi, bundan tashqari ekzotoksinlar zaharlilik va antigenlik xususiyatlariga ega) va endotoksinlar (bular mikrob hujayralari bilan birikib natijada ularning parchalanishi sababli ajralib chiqadi. Masalan, tif-paratif, brutsellioz, tularemiya, esherixioz va h.k) ishlab chiqarilishi hisoblanadi. Ayrim mikroorganizmlar, masalan, ichak tayoqchalari, vabo infeksiyalari esa o'zidan ekzotoksinlar va endotoksinlarini ajratib chiqarish xususiyatlariga ega.

Epidemiologik xususiyatlari. Infektsion kasalliklarni yana bir xususiyatlari uning yuqumliligidir, ya'ni kasallangan odamlardan, hayvonlardan, qushlardan, sut emizuvchilardan sog'lom bolaga yuqishidir. Infeksiyalar bolalarga turli yo'llar bilan, ya'ni havo, suv, oziq-ovqatlar, muloqot, o'yinchoqlar orqali yuqadi.

Klinik xususiyatlari. Yuqumli kasalliklarni xususiyatlaridan yana biri ularning ma'lum davrlar almashinishi bilan kechishidir.

Kasallikning yashirin davri (inkubatsion) da patogen mikroblarning bola organizmiga tushgan paytdan boshlab kasallikning ilk belgilarining paydo bo'lgunga qadar o'tgan vaqtni o'z ichiga oladi. Bu davrda kasallik chaqirish xususiyatlariga ega bo'lgan mikroblar bola organizmida ko'payadi va tarqaladi. Bu davr bir necha soatdan (gripp, botulizm, ovqat toksikoinfeksiyalari) bir necha kun, hafta, oy va hatto yillargacha (qoqshol, quturish, virusli gepatit, sil, OITS kasalliklari) davom etishi mumkin.

Prodromal davrda kasallikni dastlabki belgilari namoyon bo'la boshlaydi. Bular: umumiy holsizlik, tana haroratini ko'tarilishi, injiqlik, ishtahani pasayishi, uyqusining buzilishi kabi umumiy alomatlar bo'lib, ko'pgina kasalliklarda kuzatiladi. Ayrim kasalliklarda esa o'ziga xos bo'lgan belgilarni ko'rish mumkin. Masalan qizamiq kasalligida kataral belgilar, kasallikni avj olish davrida esa o'ziga xos bo'lgan barcha klinik belgilar bemorda yaqqol namoyon bo'ladi.

Rekonvalessensiya davri – bu davr esa barcha namoyon bo'lgan belgilarni asta-sekin yo'qolishi va bolani sog'ayib borishi bilan xarakterlanadi. Ayrim yuqumli kasalliklar qaytalanishi (bezugak), o'zidan keyin turli asoratlarni bilan kechishi, surunkali holatga o'tishi (brutselloz, virusli gepatit) og'ir kechganda esa o'limga ham sabab bo'lishi mumkin.

Kasallikni davolashdan ko'ra uni oldini olish foydalidir. Agar biz o'zimizni va farzandlarimizni sog'lig'i haqida ko'proq qayg'ursak ularni to'g'ri ovqatlantirsak, chiniqtirsak, yashash, ishlash joylarini, bog'cha, maktablarini, shahar va qishloqlarimizni toza saqlasak, ekologiyani buzmasak, obodonlashtirsak, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta'minlasak, chiqindilarni o'z vaqtida yo'qotsak, to'g'ri dam olsak,

hamda bolalarimizni o'z vaqtida emlatsak ko'plab kasalliklarni oldini olgan bo'lamiz.

Tozalik, ya'ni gigiyenaga rioya qilish ko'plab yuqumli kasalliklarni, jumladan, o'tkir ichak, nafas a'zolari, teri orqali yuqadigan va qolaversa butun organizm kasalliklarini oldini olishda muhim rol o'ynaydi. Yuqumli kasalliklarni oldini olishda barcha aholi faol ishtirok etishi kerak. Yuqumli kasalliklar profilaktikasining tabiiy jihatlari quyidagilardan iborat: suv ta'minoti bo'yicha sanitariya nazoratini o'rnatish, oziq-ovqatlar sifatini sanitariya-bakteriologik tekshirib ko'rish, kasallik tarqatuvchilari (pashsha, burga, bit va chivinlar) ni yo'qotish, shaxsiy gigiyenaga amal qilish, reja asosida profilaktik emlashlarni o'tkazish va hokazolar.

Profilaktik tadbirlar tashkiliy qism (bemorni izolyatsiyalash, karantin), maxsus sanitariya tadbirlari (dezinfeksiya, dezinseksiya, deratizatsiya) va maxsus profilaktika (emlash) dan tarkib topgan.

Kasalxona ichi infeksiyasining profilaktikasi

Kasalxona ichi infeksiyasi deganda yuqumli mikroorganizmlarni bemorlar kasalxonadan yuqtirib olganligi tushuniladi. Ma'lumki, kasalxonaga ko'pginabemorlaryotib davolanadilar ulardan ko'pchiliklari yashirin bakteriya tashuvchilar bo'lishi mumkin. Patogen bakteriyalar barcha tibbiyot xodimlarning, yotgan bemorlarning va ularni oldiga keladigan kishilarning ko'pchiliklarida bo'lishi mumkin. Ular bir-birlari bilan muloqot qilganda infeksiya yuqushi mumkin.

Patogen mikroorganizmlar teri, shilliq qavatlar, yaralar, asbob-anjomlar, suv, dori-darmonlar va havo orqali inson organizmiga tushishi mumkin. Kasalxona ichi infeksiyasi manbayi asosan muolaja o'tkazish, tibbiy asbob-uskunalar bilan tekshirish xonalari, oshxona va palatalar hisoblanadi. Kasalxona ichi infeksiyalari havo, tomchi va muloqot orqali yuqadi.

Tibbiyot xodimlariga tanasidagi yaralari, igna suqulgan joylari orqali bemorni qonidagi viruslar yuqushi mumkin. Kasalxona ichi infeksiyasi yuqori patogenlik xususiyatiga ega, shu sababli kasallik sezilarli og'ir kechadi va asoratlari qoldiradi. Shuning uchun kasalxona ichi infeksiyasini profilaktikasi muhim ahamiyatga ega.

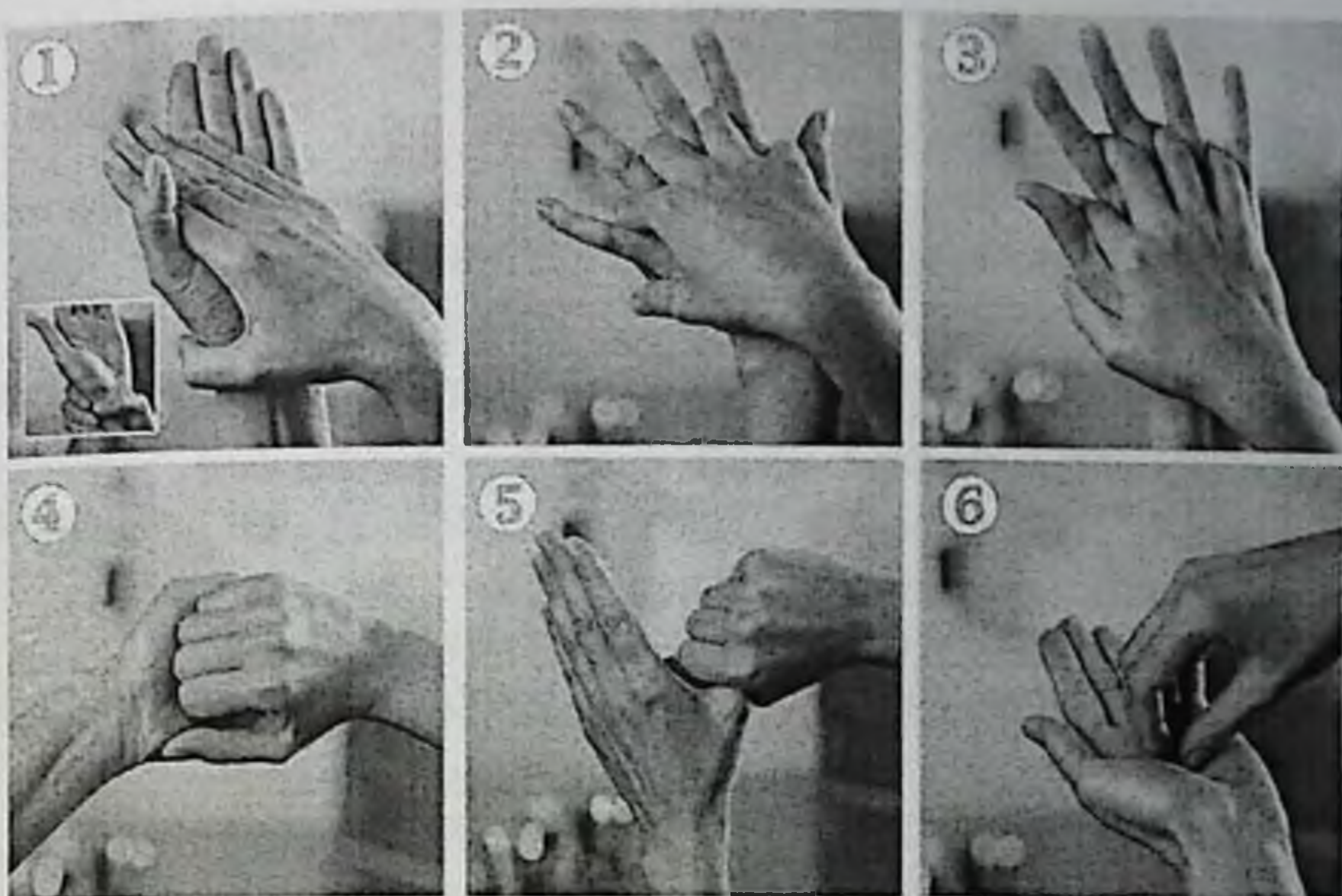
Kasalxona ichi infeksiyasini oldini olishda birinchi navbatda infeksiya manbayini yo'qotishdan iborat (infeksiya manbayi hisoblangan odamlar, atrof-muhit, ifloslangan narsalar va h.k). Buning uchun tibbiyot xodimlari muolajani boshlashdan oldin va keyin qo'llarini sovun bilan iliq oqar suvda tozalab yuvib olishlari kerak. Tibbiyot xodimlari, yotgan bemorlar va ularni ko'rgani kelgan kishilar karantin qoidalariga to'liq rioya qilishlari kerak. Shu bilan birgalikda ishlatilgan narsalarni, bemorlar qoni, biologik suyuqliklari hamda boshqa ajratmalari to'g'ri dezinfeksiya qilinib keyin utilizatsiya qilinish kerak.

Shifoxona havosini tozaligi, bemorlar yotadigan xonalar havosini toza bo'lishi, qo'llarni toza tutish, dezinfeksiya va tibbiyot asbob-anjomlari sterilizatsiya ishlarini to'g'ri bajarish infeksiyaning oldini oladi. Hamshira bemor qoni yoki ajratilgan biologik suyuqliklar bilan muloqotda bo'lganda albatta xalatda, kleyonkali fartukda, ko'zoynakda, qo'lqop kiyib, niqob taqib ishlashi kerak bo'ladi. Shu bilan birgalikda ishlatilgan shprints va ignalarini to'g'ri utilizatsiya etish zarur.

Hamshiralarni ushbu infeksiyalardan himoyalash uchun quydagi asbob-anjomlar kerak bo'ladi (ayniqsa odam immun tanqisligi virusidan): 70% li etil spirti 100 ml miqdorda, 5% li yod, 1% li sulfasil natriy, 1% li protargol, kaliy permanganat, 6% li vodorod peroksidi, bor kislotasi, 10 litr distirlangan suv, bog'lam materiallari, plastir, 3 dona qo'lqop, qaychi, 2 dona xalat, fartuk, ko'zoynak, ishlatilgan iflos materiallar, dezinfeksiyalovchi moddalar va hokazolar uchun kleyonkali qop).

Infeksiya manbayi bilan muloqot paytida hamshira bemor tanasi bilan kontakti chetlashi, agarda terisiga bemorni qoni yoki biologik ajralmalari tushganda 10 daqiqa davomida iliq oqar suvda sovun bilan tozalab yuvib tashlashi kerak. Burun shilliq qavatini suv bilan tozalab yuvib, ko'z shilliq pardalarini esa ko'zni yuvish uchun maxsus eritmalar bilan tozalash kerak.

Tibbiyot xodimlarining qo'llarini yuvish tartibi. Tibbiyot xodimlari qo'llarini toza tutishdan maqsad infeksiya manbayi bo'lgan mikroorganizmlarni bolalarga, tibbiyot asbob-anjomlariga hamda joylarga tarqalishini oldini olishdan iborat.



Tibbiyot xodimlari har bir muolajani bajarishdan oldin va bajarib bo'lgandan keyin qo'llarini sovun bilan iliq oqar suvda tozalab yuvib so'ngra bir martalik qog'oz matoli salfetkalar yordamida quritib olishlari kerak.

Hamshira avvalambor, yuqumli kasallik bilan og'rigan bemorlarni hamda infeksiyani yuqushi ehtimoli yuqori bemorlarni parvarishida qo'lni gigiyenik tozaloviga katta e'tiborni qaratishi zarur. Kunlik qo'l yuvishdan keyin albatta qo'llar spirtli dezinfeksiyalovchi eritma bilan tozalanib so'ngra quritilishi kerak.

Qo'llarni yuvish qoidasi:

➤ Suv jumragini ochib, qo'llarni yuvgandan so'ng jumrak qog'ozli salfetka yoki sochiq yordamida yopilishi kerak.

➤ Qo'llarni suyuq sovun bilan yuvish maqsadga muvofiqdir.

➤ Agarda suyuq sovun bo'lmasa ishlatilgan qattiqsovunni qutisi toza va quruq bo'lishi kerak. Chunki sovun qutisidagi sovunli suv ko'pgina mikroorganizmlar yashashi uchun yaxshi sharoit hisoblanadi.

➤ Qo'lni albatta ikki marotaba yaxshi kupiklatib sovunlab yuvish kerak.

➤ Qo'llarni panjalari oralarini yaxshilab uqalab yuvish shart.

➤ Qo'llarni har bir sovun surib uqalash 25-30 soniya davomiyligida bo'lishi kerak.

➤ Qo'llar albatta iliq oqar suvda yuvilishi shart.

➤ Qo'llarni yuvgandan so'ng albatta bir marotabalik qog'ozli salfetka yoki sochiq bilan quritish kerak.

Bemorlar parvarishida hamshira qo'llariga qo'yiladigan talablar:

➤ Parvarish jarayonida hamshira qo'llari tirsagigacha kiyimdan holi bo'lishi kerak.

➤ Hamshira timoqlari yaxshilab qirqilgan va lak surilmagan bo'lishi shart.

➤ Timoqlarni osti yaxshilab tozalangan bo'lishi kerak.

➤ Timoqlarga qo'shimcha sun'iy timoqlar taqilmagan bo'lishi kerak.

➤ Qo'llarda soat, uzuk va boshqa taqinchoqlar bo'lmasligi kerak.

Qachon qo'llarni yuvish kerak:

➤ Qo'llar bemorlarni parvarish ishlaridan oldin, ya'ni ish boshlashdan oldin yuvish kerak.

➤ Ovqat tayyorlash va tarqatishdan oldin yuvish kerak.

➤ Bemorni ovqatlantirishdan va bola ovqatini tayyorlashdan oldin qo'lni yuvish kerak.

➤ Hojatxonadan chiqqandan keyin qo'lni yuvish kerak.

➤ Bemorni parvarishlashdan (bemoming holatini o'zgartirganda, tuvagi va tagliklarini almashtirganda) oldin va keyin qo'lni yuvish kerak.

➤ Immuntanqisligi mavjud bo'lgan bemorlarni parvarishlashdan oldin qo'lni yuvish kerak.

➤ Bemorni biologik suyuqliklari bilan muloqotda bo'lganda qo'lni yuvish kerak.

➤ Yaralarni va siydik xaltasi kateteri parvarishidan oldin va keyin qo'lni yuvish kerak.

➤ Qo'lqopni kiyishdan oldin va yechgandan keyin qo'lni yuvish kerak.

➤ Tibbiyot asbob-anjomlari va bemorni toza tagliklari bilan ishlash oldidan qo'lni yuvish kerak.

➤ Ifloslangan tagliklar bilan ishlagandan keyin qo'llarni yuvish kerak .

➤ Bemorni parvarishlash ishlaridan keyin qo'lni yuvish kerak.

1.2. Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish choralari

Tibbiyot hamshiralari tomonidan yuqumli kasallik bilan og'rigan bemorlar aniqlanganda darhol bemorni izolyatsiya qilib va kasallikni jumalga qayd etib 24 soat ichida Davlat Sanitariya Epidemiologiya nazorat markaziga shoshilinch xabarnoma berishi kerak. Kasallikni yuqish mexanizmini hisobga olgan holda bemorni shifoxonaga yoki kasallikni turini, kechishini hisobga olib, ayrim holatlarda uyiga alohida xonaga izolyatsiya qilish mumkin. Infekcion kasalliklar turiga qarab bemor har xil muddatlarga izolyatsiyalanadi.

Zudlik bilan infeksiya o'chog'ida epidemiologik tekshiruvlar o'tkazilib darhol profilaktik chora-tadbirlar o'tkaziladi. Agarda bemor uy sharoitida alohidalangan bo'lsa, uni shaxsiy gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qilinib parvarishlanadi va uni ajratmalar lozim bo'lsa dezinfeksiyalanadi. Bemorni jamoat joylarida bo'lishini hamda birlamchi tibbiy muassasalariga (poliklinika, qishloq vrachlik punktlariga) qatnashishi ham qat'iyan man etiladi. O'choqda bemor (kontaktda) yoki ushbu infeksiyani tashib yuruvchilar bilan aniq muloqotda bo'lganlar orasida ma'lum vaqt ichida karantin tayinlanadi. Bemor bilan aloqada bo'lgan kishilar klinik tekshiruvlardan o'tkaziladi va ulardan laboratoriya tekshiruvi uchun materiallar olinib tekshiriladi. Yuqumli kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash maqsadida o'choqdagi barcha xonadonlar ma'lum kunlar davomida shifokorlar va tibbiyot hamshiralari tomonidan kuzatuv amalga oshiriladi. Ushbu kuzatuv vaqtida yuqumli kasalliklar gumon qilingan barcha isitmali bemorlar atrofdagilardan darhol alohidalanib, zarurat tug'ilsa shifoxonaga yuboriladi.

1.1 - Jadval

Bemorlarni izolyatsiyalash muddati va muloqotda bo'lganlar bilan o'tkaziladigan chora-tadbirlar

Kasalliklar	Bemor uchun izolyatsiya muddati	Muloqotda bo'lganlar bilan o'tkaziladigan chora-tadbirlar
Difteriya	Klinik sog'ayishi va surtmani BL ga tekshirganda manfiy natija qayd etilguncha	7 kunlik karantin e'lon qilinadi. BLga manfiy natija - kollektivga ruxsat. Toksik bo'lmagan tayoqcha - kollektivga ruxsat+LOR a'zolarining sanatsiyasi, Toksik tayoqcha topilishi - shifoxonaga yotqizish kerak
Skarlatina	10 kun (8 yoshgacha bolalar yana 12 kun uy rejimi)	7 kun karantin e'lon qilinadi
Epidemik parotit	9 kun	21 kunlik karantin e'lon qilinadi.
Meningokokk infeksiyasi	Klinik sog'ayishigacha	10 kunlik karantin e'lon qilinadi. Burun-halqumdan surtma olinadi. Meningokokk topilmasa jamoaga ruxsat beriladi. Bakteriya tashuvchiligi aniqlansa LOR a'zolarining sanatsiyasi + 3 kun sulfanilamid preparatlari bilan davolash o'tkaziladi
Suvchechak	Oxirgi toshmalar toshgandan keyin 5 kungacha	21 kunlik karantin e'lon qilinadi (barcha bolalar muassasalari uchun)
Ko'kyo'tal	30 kun	14 kunlik karantin e'lon qilinadi. Yo'talayotgan bolalarni ajratib olib bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi.
Qizamiq	21 kun	Qizamiq prodromal davri va toshma toshishi davridan boshlab 5 kun o'tgan muddatgacha 21 kunlik karantin e'lon qilinadi
Qizilcha	Toshma toshishi boshlangan kundan 5 kun davomida	Karantin o'rnatilmaydi.

Yuqumli kasalliklar shifoxonasi bo'limlarida bemorlarga 2 bosqichda xizmat ko'rsatiladi. Tibbiyot hamshiralari davo

muolajalarini bajarish bilan birga bemorlarga ovqat tarqatadi va og'ir yotgan bemorlarni ovqatlantirib qo'yadi. Kichik tibbiyot xodim esa xonani yig'ishtiradi, tuvak tutadi va uni yuvib tozalab qo'yadi, bemor o'mini tartibga soladi. Lozim bo'lsa uni oqliqlarini almashtiradi, ya'ni yangilaydi. Xodim har gal bemor o'mini almashtirganda, tuvagini to'kib tozalaganda va boshqa yumushlardan keyin qo'lini tozalab, sovun va 0,5 %li xloramin eritmasi bilan yuvishi kerak. Pashsha, chivinlarga qarshi xona derazalariga to'r qo'yiladi xodimlar bo'limdan-bo'limga yoki boksdan-boksga o'tayotganda agar ularda har xil yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bemorlar bo'lsa albatta xalatlarini almashtirib, qo'llarini oqar suvga yuvib dezinfeksiyalashlari zarur. Infeksion bo'limlarda havo-tomchi yo'llari bilan yuqadigan bemorlar yotgan bo'lsa, xodimlar dokali niqoblar taqib yurishlari kerak hamda niqoblarini har 4 soatda almashtirib turishlari maqsadga muvofiq. Bu esa infeksiyani xodimlarga yuqishini oldini olish bilan birga bir bemordan ikkinchi bemorga yuqishidan saqlab qoladi.

Tashqi muhitda saqlanib qolgan kasalliklarni chaqiruvchi infeksiyalarning tarqalishini oldini olish maqsadida o'choqda dezinfeksiya, dezinseksiya va deratizatsiya ishlari amalga oshiriladi.

Dezinfeksiya-bu o'choqli infeksiya manbayidan atrof muhitga ajralib chiqayotgan yuqumli kasalliklar qo'zg'atuvchilarini yo'qotishdir.

Dezinfeksiya 2 turga bo'linadi.

1. Profilaktik dezinfeksiya;
2. O'choqli dezinfeksiya.

O'choqli dezinfeksiya joriy va yakuniy turlarga bo'linadi.

Joriy dezinfeksiya – odatda o'chog'li infeksiya manbayidan tashqi muhitga ajralib chiqqan qo'zg'atuvchilarning zudlik bilan bartaraf qilish uchun bir necha marotaba o'tkaziladi. Buning uchun eng avvalo bemor va infeksiya tashuvchilar tomonlaridan ajratilayotgan barcha ajratmalar dezinfeksiya qilinadi. Joriy dezinfeksiya epidemiologik ahamiyatga ega bo'lgan obyektlarda, maktabgacha ta'lim muassasalari, maktab, kollej, litsey va davolash-profilaktika muassasalarida kunlik tozalov ishlari bilan birga o'tkaziladi. Joriy dezinfeksiya uy sharoitida bemor aniqlangandan to shifoxonaga joylashtirilguncha yoki uyda

izolyatsiyalantirguncha, to'liq sog'ayguncha kasallik o'chog'ida kasallikni dastlab aniqlagan tibbiyot xodimi tomonidan tashkillashtirilib o'tkaziladi.

Joriy dezinfeksiya uy sharoitida sil, difteriya, qizilcha, ichterlama, paratif, salmonellyoz, dizenteriya, kolienteritlar, poliomyelit, virusli gepatit, gripp, qo'tir, terining zamburug'li kasalliklari va karantin vabo, o'lat, toshmali tif kabi yuqumli kasalliklarda o'tkazilishi shart. Joriy dezinfeksiya ishlari davolash-profilaktika muassasalarida har kuni o'tkazilib, barcha xonalar, tibbiy va boshqa asbob anjomlar toza saqlanishi kerak. Barcha davolash profilaktika muassasalarida dezinfeksiya burchagi bo'lishi va u quyidagi kerakli anjomlar bilan jihozlangan (shkaf, dezinfeksiya apparatlari, avtoklav dezinfeksiya vositalarini tayyorlash va saqlash uchun idishlar, ya'ni chelak, plastik idish, shisha butilka, o'lchov asbobi, eritmalarni o'lchashga mo'ljallangan o'lchov idishi voronka, kurakchalar, himoya vositalari xalat, qo'lqop, ko'zoynak, rezina etik, respirator, sochiq, sovun, latta) lari hamda dezinfeksiya vositalarini tayyorlash va ularni har xil yuqumli kasalliklarda ishlatish bo'yicha uslubiy qo'llanmalar bo'lishi kerak.

Bo'limlarda tibbiy buyumlarni dezinfeksiya qilish uchun alohida idishlar xona yuzalari, mebel, apparat qurilmalar va asbob-uskunlarni dezinfeksiyalash, tozalov materiallarini zararsizlantirish uchun idishlar bo'lishi zarur.

Dezinfeksiyalovchi eritmalar yordamida binolarni, muntazam ravishda namlab artish, sovunlab yuvish, bemor bola foydalangan idish-tovoqlarni, kiyim-kechaklarni, choyshab va o'yinchoqlarini qaynatib, havo-tomchi infeksiyalarida esa bemor bola yotgan xonani kvars lampalari yordamida (nurlantirish) dezinfeksiya ishlari amalga oshiriladi. Dezinfeksiya vositalarining ishchi eritma solingan idishlari zich yopiladigan bo'lishi, vosita va uning konsentratsiyasi, tayyorlangan sanasi, eritmaning yaroqlilik muddati aniq ko'rstilgan yozuvlar va yorliqlar bo'lishi kerak. Tozalov ishlari anjomlari (aravachalar, idishlar, latta, pol yuvgichlar) xonalarga ishlatilishiga qarab rangli belgilar bilan belgilanib alohida xonada saqlanishi zarur. Dezinfeksiyalovchi vositalar

tarkibida xlor saqlovchi vodorod peroksidi yoki boshqa dezinfektantlar har haftada almashtirilib ishlatilishi tavsiya etiladi.

Yakuniy dezinfeksiya o'choqda (odatda bir marta) infeksiya manbai tugatilgandan keyin (shifoxonaga yotqizish, sog'ayib shifoxonadan chiqish, boshqa joyga ko'chirish yoki o'lganda) o'tkaziladi. Yakunlovchi dezinfeksiya o'tkazishdan maqsad shuki, joriy dezinfeksiyadan keyin o'lmay qolgan infeksiyalarning batamom yo'qotishdan iborat.

Yakuniy dezinfeksiya davlat sanitariya epidemiologiya nazorati markazini dezinfeksiya bo'limi yoki dezstansiya tomonidan amalga oshiriladi. Bemor shifoxonadan chiqqandan so'ng ifloslanish darajasiga qarab tug'ruq majmualari, bolalar statsionarlari, sil, teri-tanosil yuqumli kasalliklar iqtisosidagi muassasalar, shuningdek, xirurgik ixtisosidagi shifoxonalarda to'shaklar, yostiqlar, ko'rpalarga kamerali dezinfeksiya ishlovi beriladi. Bemorning karavoti va tumbochkalari dezinfeksiyadan albatta o'tkazilishi shart.

Quyidagi kasalliklar: o'lat, vabo, qaytalama terlama, epidemik toshmali tif, Brill kasaligi, QU isitmasi, kuydirgi, yuqori kontagiozli virusli gemorragik isitma, ich terlama, paratitlar, salmonellyoz, sil, maxov, omitoz, difteriya, zamburug'li teri kasalliklari va qo'tir aniqlanganda yakuniy dezinfeksiya o'tkaziladi. Virusli gepatit A va E, poliomielit, enterovirusli infeksiyalar, dizenteriya, rotovirusli infeksiyalar, noaniq o'tkir ichak kasalliklarida yakuniy dezinfeksiya davolash-profilaktika muassasasi, bolalar va o'smirlar muassasalarida tibbiyot xodimlari, uy sharoitida aholi yoki joylardagi tibbiyot xodimlari tomonidan DSENM mutaxassislarining ko'rsatmalari asosida o'tkazilishi ham mumkin.

Profilaktik dezinfeksiya yuqumli kasalliklar bo'lishi yoki bo'lmasligidan qat'iy nazar, tashqi muhitda yuqumli kasalliklar qo'zg'atuvchilarining paydo bo'lishi va ularning tarqalishini oldini olish maqsadida o'tkaziladi. Profilaktik dezinfeksiya yuqumli kasalliklar kelib chiqishidan qat'iy nazar (xonalarining shamollatish, namli artish, ovqatlanishdan oldin qo'llarini tozalab yuvish), odamlar ko'p

to'planadigan joylar-kinoteatr, dam olish maskanlari, mehmonxonalar, ovqatlanish shaxobchalari, umumiy hojatxonalarda o'tkaziladi.

Dezinfeksiya ishlarini o'tkazishda kasalliklarning turiga qarab fizikaviy, kimyoviy va birlashgan vositalaridan foydalaniladi.

Fizikaviy dezinfeksiyada mexanik, termik va nurlantirish vositalaridan foydalaniladi.

Mexanik vositalarga tozalash, artish, yuvish, changlardan tozalash, shamollatish va boshqalar kiradi.

Termik va nurlantirish vositalari – bular yuqori va past haroratdan foydalanish, har xil bakteriotsid nurlar bilan nurlantirish, ultratovush ta'siri va boshqalardir.

Dezinfeksiyaning kimyoviy vositalarida bakteriyalarning o'ldiruvchi bakteriotsid moddalar va mikroblarning o'sish va rivojlanishining to'xtatuvchi, ya'ni bakteriostatik moddalar mavjud. Ushbu dezinfeksiyalovchi moddalarga xlorli ohak (26-28-32-35% li), oksidlovchilar, spirtlar, fenollar, yuvish vositalari, kislotalar, ishqorlar va boshqalar kiradi.

1.3. Immunitet haqida tushuncha

Immunologik tizim juda noyob, murakkab jarayonlarni mukammal ravishda amalga oshiradigan tizim bo'lib, uning asosiy vazifasi organizmga turli yo'llar bilan kirib olgan mikroblar, viruslar va sodda hayvonlar hujayralarini aniqlab, ularni organizmdan chiqarib yuborishdan iborat. Bundan tashqari organizmni ayrim kasalliklari jarayonida o'zida hosil bo'lgan noma'qul tuzilmalami (autoantigen) aniqlab va ulardan organizmni tozalash xususiyatlariga ega.

Organizmda hujayraviy va gumoral immunitet mavjud bo'lib, ular limfoid organlar tomonidan ishlab chiqariladi. Ular orasida timus (ayrisimon bez), taloq, limfatik tugunlar, suyak ko'migi, guruhlarini alohida ajratish lozim. Yuqorida qayd qilib o'tilgan organlar organizmga T va B-limfositlarni ishlab chiqaradi.

B-limfositlar immunitetni yuzaga keltirishda juda muhim vazifani bajaradi. Uning eng ahamiyatga ega bo'lgan mahsulotlari gumoral

immunitet vakillari bo'lgan immunoglobulinlar hisoblanadi. Immunoglobulinlarni G, M, A, E, D xillari mavjud.

T-limfositlar asosan timusda hosil bo'ladi. T-limfositlar 3 bosqichga bo'linib, voyaga yetadi. Voyaga yetgan T-limfositlar 3 turga bo'linadi, ya'ni T-yordamchi, T-effektor va T-supressor. To'liq voyaga yetgan uch xildagi, ya'ni immunoglobulin A, M, G, uch xildagi voyaga yetgan T-yordamchi, T-effektor, T-supressor to'qimalari va makrofaglar odam organizmida maxsus immun jarayonini bajaradi. Organizmga kirgan antigen makrofaglar tomonidan o'rab olinib, B va T-limfositlarga uzatiladi. B-limfositlar T-limfositlar ta'siri natijasida plazmatik hujayralarga aylanadi, natijada immunoglobulinlar (immunoglobulin - M, G, A, D, E) ishlab chiqaradi. T-limfositlar esa antigen ta'siri ostida sitotoksik hujayra, ya'ni T-killer (qotil) hujayralarini ishlab chiqaradi. Ushbu jarayon organizmni maxsus himoya kuchidir.

Organizmda bundan tashqari nomaxsus himoya kuchlari mavjud (leykositlar fagositlar, sistemali komplementlar, properdin, lizotsin, bettalizin, interferon, sekretor immunoglobulinlar, immunoglobulin G va A ni mayda sinfdoshlari, interleykinlar) bo'lib, ular organizmdagi ko'p turli hujayralar tomonidan ishlab chiqariladi. Organizmdagi immunologik jarayonni to'liq amalga oshishida neyroendokrin tizimlarini ahamiyati ham rol o'ynaydi (gormonlar). Demak, organizmdagi T va B hujayralar, makrofaglar kooperatsiyasi (uyushmoqligi) natijasida immunologik jarayon hosil bo'ladi.

Immunologik javob birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Antigenlarga nisbatan organizmda bo'ladigan javob reaksiyalar antigen tabiatiga, uning organizmi bilan aloqa davriga bog'liq bo'ladi. Antigen bilan to'qnashuvning dastlabki davrida antitelolar asta-sekin ishlab chiqariladi va ularning soni kun sayin oshib boradi. Ma'lum vaqt o'tgach, ularning miqdori kamayib boradi. Agarda organizmga ushbu antigen qayta kirsam, organizmdagi javob reaksiyasining tezligi keskin tezlashadi, ya'ni 2-3 kunda antitelolar miqdori nihoyatda ko'payib ketadi. Ana shunday o'zgarish ikkilamchi immunologik javobni yuzaga keltiradi.

Umuman olganda, immunologik javob jarayoni bir necha bosqichdan iborat:

1. Yashirin davri (Lad davri) antitelolar miqdorini aniqlab bo'lmaydi.

2. Antitelolarning paydo bo'lishi va avj olish davri (Lod davri).

3. Antitelolar miqdorining kamayib borish davri.

Shunday qilib, organizmda bo'lgan antigenlarni ularga qarshi paydo bo'lgan antitelolar o'ziga biriktirib ulardan organizmni xalos qiladi, ya'ni uloqtirib tashlaydi.

Birlamchi va ikkilamchi javob reaksiyalari bir-birlaridan farq qiladi:

1) Jarayonning sodir bo'lish vaqti turlicha. Masalan, ikkilamchi immunologik javob juda qisqa davom etadigan Lad fazasidan iboratdir.

2) Antitelolarni miqdori yuqori.

3) Birlamchi immunologik javobda asosiy sintez qilinuvchi antitelolar sinfi immunoglobulin-M ni tashkil qiladi.

4) Antigenlarning tabiatiga bog'liq.

Antigen o'ziga genetik jihatdan begona bo'lgan ma'lumotlarni jamlab, organizmdagi o'ziga xos immunologik reaksiyalarni keltirib chiqaradi. Antigenlarni ikki jihati bilan, ya'ni biologik marker (tamg'a) va immunogenlik jihati bilan farq qilinadi. Biologik marker sifatida turiga oid qon guruhlarini izoantigenlariga, transplantatsion to'qima va a'zolar, darajalanishga yetgan hujayra antigenlari mavjud. Antigenning organizmga tushishi natijasida 3 xildagi immunologik ta'sir javobi yuzaga chiqadi: hujayraviy immunitet (kuchaygan sezuvchanlikning sekinlashgan turi, transplantatsion immunitet, infeksiyalarga qarshilik), gumoral immunitet (antitelolar mahsuloti, kuchaygan sezuvchanlikning sekinlashgan turi) va immunologik, tolerantlik, ya'ni o'ziga xos immunologik javobni keltirib chiqarmaslik. Organizmga kirgan begona antigenni immunoglobulinlar va T hujayralarini antigen retseptorlari farqlay oladi.

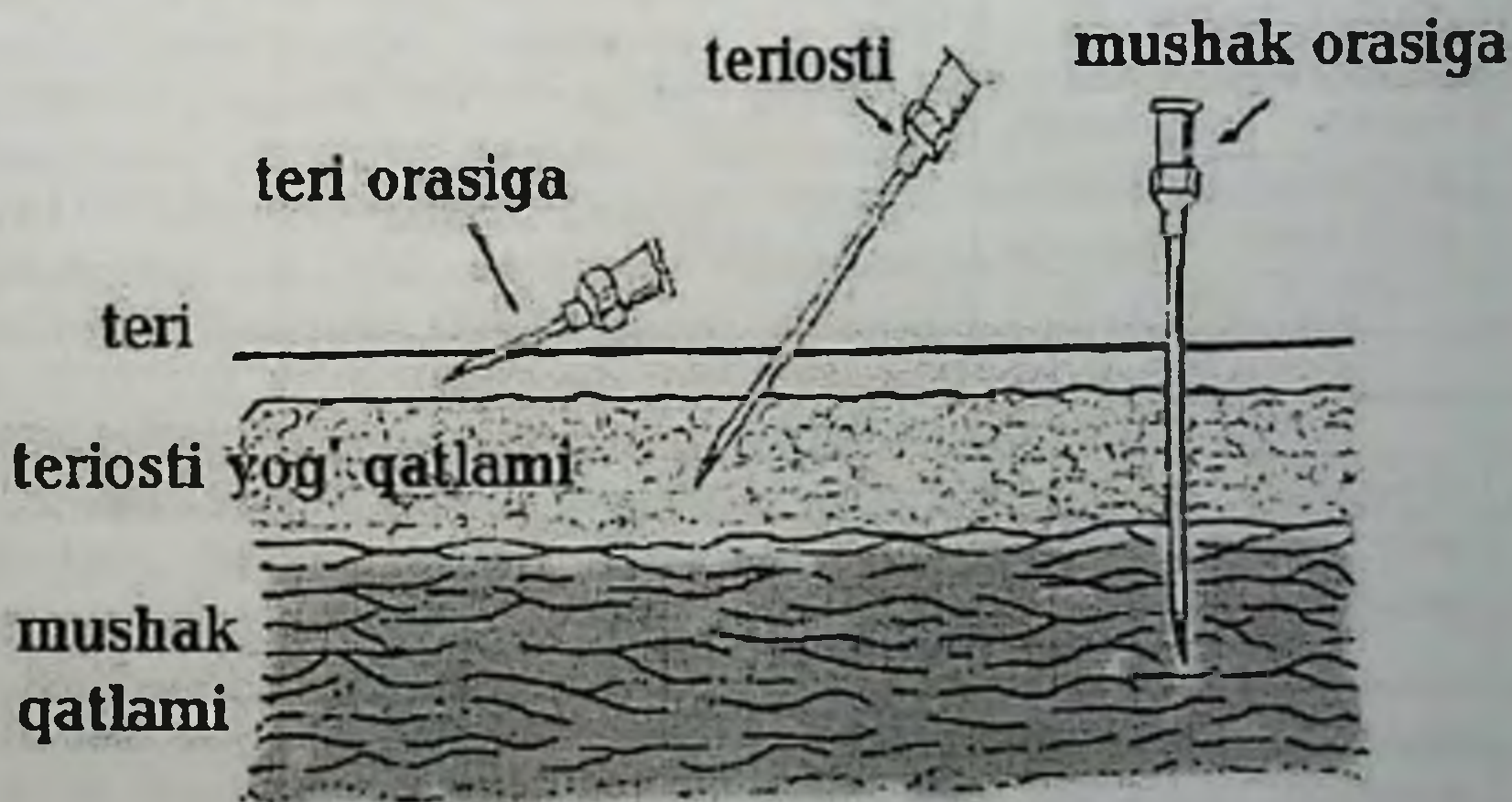
Antitelolar bu antigenlarga qarshi ishlab chiqarilgan tanachalar hisoblanadi. Ularni ishlab chiqarilishi turli omillar ta'siriga bog'liq. Ularni orasida eng asosiysi, organizmni ushbu antigen bilan to'qnashish soni hisoblanadi. Organizm tarkibiga antigen tushgandan so'ng 3-4 kun o'tgach qon tarkibida dastlabki antitelolar paydo bo'ladi. Emlashni dastlabki davrida antitelolarning immunoglobulin-M sinfi, keyin esa

immunoglobulin-J paydo bo'ladi. Ikkilamchi immuniologik javob jarayonida dastlab immunoglobulin-J sinfi hosil bo'ladi. Immunoglobulin-A sinfi esa keyinroq paydo bo'ladi.

1.4. Profilaktik emlashlar

Emlash bu – yuqumli kasalliklarga qarshi bolalar organizmiga faol immunitet paydo qilish usuli hisoblanib, bolalar organizmiga maxsus vaksinalarni har xil yo'llar bilan yuborishdir. Profilaktik emlash epidemiyaga qarshi kurashda eng asosiy rol o'ynaydi.

Emlash jarayonlarini albatta oilaviy poliklinikada, qishloq vrachlik punktlarida, maktabgacha ta'lim muassasalarida va maktablarda o'tkazish kerak. Ushbu muassasalarning har birida maxsus emlash xonalari mavjud bo'lishi kerak. Shu bilan birgalikda emlashni sifatli bo'lishi maqsadida ushbu joylarda emlash dorilarini saqlash uchun barcha sharoitlar bo'lishi, hamda maxsus tayyorgarlikdan o'tgan tibbiyot hamshirasi bo'lishi kerak. Har bir bolani emlashdan oldin shifokor ko'rigidan o'tishi shart. Bola emlanganligi to'g'risidagi ma'lumotlar uning rivojlanish tarixi kartasiga (F112/U), profilaktik emlash kartasi (F063/U) ga qayd qilib qo'yish lozim.



Immunoprofilaktikaning asosiy tamoyillari

T/r	Immunoprofilaktika tamoyillari	Tamoyillarning amalga joriy etish yo'llari
1.	Emlanuvchining to'la sog'lom bo'lishi tamoyillari	Emlashdan oldin bola rivojlanish kartasini tekshirib, uni butunlay sog'lom ekanligiga amin bo'lish kerak.
2.	Sanitariya-gigiyena me'yorlariga rioya qilish tamoyillari	Emlashni o'tkazuvchi hamshiraning biron-bir joyida yiringli yaralar bo'lmasligi kerak. Emlashdan oldin emlash xonasini poli, mebellari, devorlari dezinfeksion eritmalar bilan artilishi kerak. Kushetkada steril oqliq to'shaladi. Emlovchi hamshira qo'lga qoidaga muvofiq ishlov beradi hamda sterillangan kiyim kiyadi. Barcha vaksinalar alohida-alohida saqlanishi kerak.
3.	Vaksinalarni to'g'ri saqlash tamoyillari	Vaksinalarni muzlatgichda saqlash kerak. Ochilgan vaksina ampulalarini agarda annotatsiyasiga ko'rsatilgan bo'lsa muzlatgichda yorug'likdan himoyalovchi ekran ostida saqlab, 2-4 soat davomida ishlatib yuborish kerak.
4.	Vaksinani qo'llashdan oldin tekshirib ko'rish tamoyillari	Vaksinani qo'llashdan oldin tekshirish kerak. Yaroqlilik muddatini, vaksina nomlanishini, ampula holatini (yoriqlar, sinishlar). Preparat holatini (rangi, cho'kma, ipir-ipirlar va h. k).
5.	Vaksina yuborish texnikasiga qat'iy amal qilish tamoyillari	BSJ-teri orasiga yuboriladi. AKDS-muskullar orasiga yuboriladi. ADS;AD-anatoksinlar muskullar orasiga va teri orasiga yuboriladi. Poliomyelit vaksinasi og'izga tomiziladi. Parotit, qizamiq monovaksinalari T/O yuboriladi. Trimovaks T/O ga yuboriladi. Endjeriks (gepatit B M/O yuboriladi). Xavriks (gepatit A M/O yuboriladi)
6.	O'tkazilgan emlashni aniq qayd etish tamoyillari	Emlash o'tkazilganligi haqidagi ma'lumotlar (sana, vaksinaning nomi, miqdori, seriyasi, yuborish usuli) emlash jumaliga, emlash sertifikatiga, bolalar rivojlanish kartasiga va profilaktik emlash kartasiga qayd qilib qo'yiladi.
7.	Emlashdan keying asoratlarni qayd etib borish tamoyili	Emlangan bolani soat davomida va yana uy sharoitida uch kun dvomida nazorat qilib turish kerak. Emlashdan keyingi asoratlarni kuzatilganda zudlik bilan shifokorga xabar berish kerak.

Hozirgi vaqtda yuqumli kasalliklarni oldini olish maqsadida turli xil emlash dorilar qo'llaniladi.

➤ Tirik emlash dorilari. Tirik kuchsizlantirilgan apatogen mikroorganizmlardan olingan emlash dorilar (BSJ, BSJ-m) silga, (OPV) sholga, qizamiqqa, tepkiga, qizamiq qizilchasiga qarshi.

➤ O'ldirilgan emlash dorilari. Patogen mikroblarning inaktivatsiya qilish, yo'li bilan olingan. (IPV) sholga, ko'kyo'talga (AKDS, tetrakot 0,5) qarshi emlash dorilari.

➤ Kimyoviy emlash dorilari. Ular virusli gepatitga qarshi emlash dorilari.

➤ Anatoksinlar. Mikroorganizmlarning toksinlarini formalin ta'siri yordamida zararsizlantirish yo'li bilan olingan (difteriya va qoqshol anatoksinlari).

Har qaysi davlatlarda turlicha jadval asosida emlash taqvimlari mavjud. Bizning mamlakatimizda quyidagi jadval asosida emlash ishlari amalga oshiriladi.

1.4.2 - Jadval

Profilaktik emlash kalendari

Yoshi	Emlashlar nomi
1-kunida	VGv-1
2-5 kunida	BSJ-1
2 oylikda	OPV-1, Rota-1 (oral rotavirus vaktsinasi), penta-1 (AKDS-1, VGv-2, XIB-1), pnevmo-1
3 oylikda	OPV-2, Rota-2 (oral rotavirus vaktsinasi), penta-2 (AKDS-2, VGv-3, XIB-2), pnevmo-2
4 oylikda	OPV-3, penta -3 (AKDS-3, VGv-4, XIB-3), IPV
12 oylikda	KPK-1, pnevmo-3
16 oylikda	OPV-4, AKDS-4
6 yosh	KPK-2
1 sinf (7 yosh)	OPV-5, ADS-M-5
9 yosh	VPCh
16 yosh	ADS-M-6

Eslatma: KPK — uch valentli qizamiq, qizilcha, epid parotitga qarshi tirik vaktsina; AKDS+VGv+XIB (pentovaktsina) — besh valentli

ko'kyo'tal, bug'ma, qoqshol, VGV va XIB infeksiyalariga qarshi vaktsina; Rota — rotovirus infeksiyaga qarshi ichiriladigan vaktsina; Pnevmo-pnevkokk infeksiyaga qarshi ichiriladigan vaktsina; VPCh — odam papilloma virusiga qarshi vaktsina; IPV — inaktiv poliomielitga qarshi vaktsina

1.4.3 - Jadval

Emlashga qarshi ko'rsatmalar

Emlash dorilarining turlari	Qarshi ko'rsatmalar
Barcha emlash dorilari uchun	Oldingi emlashda sodir bo'lgan kuchli reaksiya yoki asoratlari. Infektsion va somatik kasalliklarning o'tkir kechishi davri.
Barcha tirik emlash dorilari uchun.	Birlamchi va ikkilamchi immuntanqislik, xavfli o'smalar va homiladorlik.
BSJ	Chala tug'ilgan bolalar (bola og'irligi 1800 gr. dan kam). Olidingi B.S.J. emlash dorisi qilingan joyda kolloid chandiq qolgan bo'lsa. Tug'ilish paytidagi bosh miyaning og'ir jarohatlari. Qon aylanishi buzilishini 3-darajasi.
VGB	Bola og'irligi 1800 gr. dan kam bo'lsa. Non achitqisiga allergiyasi bo'lsa.
Poliomiyelit emlash dorisi uchun	Og'ir tug'ma immuntanqisligi, xavfli o'smalar
AKDS	Asab tizimi kasalliklarini progressiv kechishi. Anamnezida afebril talvasa (A.K.D.S. o'rniga A.D.S. qilinadi).
ADS, ADS-M, AD-M emlash dorilari uchun	Absolyut qarshiliklar yo'q.
Qizamiq va epidemic parotit, qizilchaga qarshi emlash dorilari uchun.	Immuntanqislik holatlari. Tovuq tuxumiga allergiya. Homiladorlik. Aminoglikozid antibiotiklariga og'ir reaksiya.

1.4.4 - Jadval

Vaksinalarga yolg'on qarshi ko'rsatmalar

Umumiy ahvoli	Anamnezida
<ul style="list-style-type: none"> -Perinatal ensefalopatiya. -Nevrologik holatlarni stabilligi -Timus bezini kattalashishi. -Allergiya, astma, ekzema. -Tug'ma nuqsonlar. -Antibiotiklarni qabul qilish. -Yordam beruvchi davo-choralari. -Steroid gormonlarni mahalliy davosi vaqti. 	<p>Og'ir kasalliklar (Sepsis, perinatal ensefalopatiya va h.k.). Anamnezida allergiya Oilada epilepsiya. Oilada bexosdan (sababsiz) o'lim holatlari. Oilada emlashdan keying asoratlari.</p>

1.4.5 – Jadval

Vaksinalardan keyingi reaksiyalar

Asoratlari	Emlash dorilar	Reksiya vaqti
Anafilaktik shok	AKDS, ADS,BSJ	4 soat
Kollaps holatlari: Mushaklar tonusining pasayishi, rangini oqarib ketishi, uyquchanlik, hushidan ketish, yurak-qon tomir va nafas yetishmovchilik holatlari.	AKDS	2 kun davomida
Ensefalopatiya: Markaziy asab tizimi ish faoliyatining buzilishi, bosh miya ichi bosimining oshishi, 6 soatgacha hushning buzilishi, talvasa, EEG to'liqlarining sekinlashuvi	AKDS, ADS, BSJ, KPK	3-kun 5-15-kun
Rezidual talvasa holatlari: tana harorati 39°C dan oshgandan keyin talvasa holati kuzatilishi	AKDS, ADS, BSJ, KPK	3-kun 15-kun
Paralitik shol: Immuntanqisligi bor bolalarda. Shol kasalligi bilan muloqotda bo'lgan bolalarda.	Poliomiyelit vaksinasi	6 oy 6 oy Hohlagan vaqtda

Asoratlarni davolash choralari. BSJ vaksinasini yuborgan joyda abscess asorati paydo bo'lsa, u joy ochiladi, ya'ni hosil bo'lgan yiring chiqarib yuboriladi va yaraga 10% li ftivazid malhami qo'yiladi. Agarda limfadenit kuzatilsa (10 mg/kg) izoniazid beriladi. Barcha emlash

donilardan keyin tana haroratini ko'tarilishi kuzatilsa bolaga parasetamol (effëralgon, panadol) 10 mg/kg miqdorda ichishga beriladi yoki ibufen beriladi. Anamnezida tana haroratini ko'tarilishida talvasa holatlari bo'lsa ushbu preparatlar darhol AKDS yoki ADS-M vaksinasini yuborgandan keyin 1-3 kungacha va qizamiq hamda epidemik parotit vaksinasidan keyin 4-5 kungacha beriladi. Ensefalitik reaksiya va qayta talvasa kuzatilsa diazepam 0,05 ml/ kg mushaklar orasiga va 0,2 ml/kg magniy sulfat eritmasi yuboriladi yoki seduksen, oksibutirat natriy, fenobarbital.

Allergik reaksiya kuzatilsa antigistamin preparatlari (diazolin, zirtik, klaritin, tavegil, suprastin) beriladi. Anafilaktik shok va kollaps holatlarida tezda adrenalin 0,1 % li teri ostiga yoki mushaklar orasiga 0,3-0,5 ml miqdorda har 10-15 daqiqada og'ir holatdan chiqquncha inyeksiya qilinadi. Agar vakcina teri ostiga yuborilgan bo'lsa, adrenalinni qayta vakcina qilingan joyga yuborish kerak. Agar mushaklar orasiga yuborilgan bo'lsa, vakcina qilingan joyga jgut bog'lash kerak. Adrenalin yuborilgandan keyin natija bo'lmasa 0,2 % li 0,5-1 ml miqdorida noradrenalin gidrotartrat yoki 1% li 0,1-0,3 ml miqdorida mezaton 10-20 ml fiziologik eritma bilan hamda antigistamin preparati bilan birgalikda yuboriladi. Bronxospazm alomatlari kuzatilsa 2, 4 % li eufillin 4-5 mg/kg hisoblab yuboriladi. Bola yonboshga yotqizilib namlangan kislorod beriladi, teri orasiga 10% li 1-15 ml miqdorda kofein yuboriladi. Bolani ahvoliga qarab infusion terapiya o'tkaziladi. Nafas yetishmovchiligida lobelin 1% li 0,1-0,5 ml yuborilib, so'ngra sun'iy o'pka ventilyatsiyasi o'tkaziladi. Prednizolon 1-2 mg/kg hisoblab vena ichiga yuboriladi

Onaga (oila a'zolariga) emlashdan so'ng e'tiborni qaratish lozim bo'lgan holatlar haqida tavsiyalar berish 1.4.6-jadvalda keltirilgan.

Emlashdan keyingi reaksiya va asoratlar

Emlash preparati	Emlashga reaksiya	Kam kuzatiladigan reaksiya va asoratlar
VG	Og'riq sezgisi, qizarish va yumshoq to'qimalarning qattiqlashishi, in'eksiya o'mida vaksina qilingandan keyin birinchi 5 kunda	Isitma, bug'imlarda og'riq, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, ich ketishi, limfadenopatiya. Anafilaktik shok hollari ba'zida.
BSJ (BSJ-M)	4-6 haftadan keyin (revaksinasiyadan 1-2 hafta keyin) dog', qizarish, shish, vezikula, yara, chandiq 2 mm-10 mm diametrda	Mahalliy reaksiyaning kuchayishi, limfadenit, sovuq abscess, kelloid chandiq, generallashtgan BSJ infeksiya
OPV	Umumiy ahvoli buzilmagani holda, ich ketishi	Vaksino assosiyalangan polimiyelit, ensefalitik va allergik reaksiya
AKDS (ADS)	Teri qoplami qizarishi, yumshoq to'qimalar shishi 5 sm diametrda. In'eksiya joyida 2 sm gacha infiltrat, qisqa muddatga temperatura oshishi, holsizlik, vaksina qilingandan 2-3 kun keyin bosh og'rig'i	Yumshoq to'qimalarning shishi va infiltrati, 3 kundan ortiq isitma va intoksikatsiya, ensefalopatiya, anafilaktikshok, asmatik sindrom, krup, yelka nevriti, kollaps
KPK	Vaksina qilingandan keyin 6 dan 18 kuni qizamiqning sifat ko'rinmalari, qisqa muddatli temperatura ko'tarilishi, qorinda og'riq, so'lak bezlari va limfa tugunlar kattalashishi	Toksik, ensefalitik allergik reaksiyalar

Nazorat uchun savollar

1. Yuqumli kasalliklar haqida tushuncha bering.
2. O'choqda olib boriladigan chora tadbirlarni gapirib bering.
3. Dezinfeksiya turlari to'g'risida aytib bering.
4. Immunoprofilaktika mazmuni, maqsadi va turlarini ayting.
5. Immunoprofilaktika tamoyillarini gapirib bering.
6. Emlash preparatlarining xarakteristikasini ayting.
7. Emlash jadvalini aytib bering.
8. Emlashdan so'ng kuzatiladigan asoratlarni ayting.
9. Ona emlashdan keyin nimalarga e'tibor berishni ayting.

1.5. Bolalarda sil kasalligining kechish xususiyatlari

Sil - yuqumli kasallik bo'lib, sil tayoqchasi (tuberkulyoz mikobakteriyasi - Kox batsillasi, BK) chaqiradi. Kislotaga chidamli, bundan tashqari qora molga xos mikobakteriyalar turi (mikobakterium bous) ham o'pkani kasallantirishi mumkin. Bundan tashqari orttirilgan immuntanqisligi virusi yuqqan bolalarda atipik mikobakteriyalar ham kasallik chaqirish xususiyatiga ega.

Infeksiya manbayi. Bemordagi tuberkulyozni faol turi va sil bilan og'rikan katta tuyoqli hayvonlar hisoblanadi.

Infeksiyani yuqish yo'llari. Havo-tomchi yo'li, kasal mol, tuya sutlari va teri orqali yuqadi. Agar homilador ayol sil kasali bilan og'rikan bo'lsa, bola ushbu kasallik bilan tug'ilishi mumkin. Infeksiyani yuqishi, hamda kasallanish asosan bola organizmiga tushgan infeksiyaning miqdori, bola organizmining immun holati, yashash sharoiti va ovqatlanishi muhim ahamiyatga ega. Immun holati past bolalarda infeksiya yuqqanda tez orada kasallik boshlanishi mumkin. Organizmning kasallikka qarshi immun quvvati ko'p bo'lsa, yuqqan infeksiya uzoq muddat kasallik chaqira olmasligi mumkin va organizmni himoya kuchlarini susaytirib qo'yadigan omillar ta'siri natijasida kasallik kelib chiqishi mumkin. Kasallik qo'zg'atuvchisi ko'pchilik bolalar organizmida butunlay yo'qolib ketadi.

Bolalarda sil kasalligini klinik turlari:

1. Tug'ma sil;
2. Nafas a'zolari sili (85,3%);
 - Birlamchi sil kompleksi (13,2%);
 - O'pka ildizi limfa tugunlarini sili (71,2%);
 - O'pkaning miliar sili (6,0%);
 - Plevra sili (12,7%);
 - O'pkaning o'choqli sili (ikkilamchi silni erta turi 88,4% gacha);
 - O'pkaning infiltrativ sili;
 - Kazeozli zotiljam;
 - O'pka tuberkulyomasi;
 - O'pkani kavernozi (bo'shliqli) sili;

3. Bosh miya va markaziy asab tizimi sili (meningit, meningoensefalit);

4. Periferik limfa tugunlari sili;

5. Boshqa tana a'zolarining sili (umurtqa pog'onasi, suyaklar, bug'imlar, ko'z, teri, jinsiy a'zolar, jigar, taloq, buyrak, yurak va h.k.).

Infeksiya yuqqanidan keyin organizmda quyidagi o'zgarishlar ro'y beradi. Sil mikobakteriyasi havo bilan o'pkaga kirib o'sha erda ko'paya boshlaydi. Infeksiya limfa yo'li orqali o'pka ildizi limfa tugunlariga yetib boradi. 1-2 oydan keyin yallig'lanish o'chog'i markazida kattalashib boradigan himoyalovchi hujayralar xalqasi bilan o'ralib turgan o'choq paydo bo'ladi (kazeozga uchragan joy). Xuddi shu vaqtga kelib tuberkulin sinamasi bolalarda musbat bo'ladi. Yuqoridagi o'pka to'qimasi, limfa yo'li, o'pka ildizi limfa tugunlari va hosil bo'lgan o'choq birlamchi sil kompleksi deb ataladi.

Kasallikni qanday o'tishi (og'ir yoki yengil) bola oranizmining immun quvvat darajasiga, sil tayoqchalarining ko'payishiga qarshi bo'layotgan jarayonning faolligi, kazeozni qanday cheklab qo'ya olishiga bog'liq. Ana shu holatga bolaning yoshi (2 yoshgacha immun holati sust), ovqatlanishi, yashash sharoiti katta ahamiyatga egadir. Birlamchi sil infeksiyasining dastlabki davrida sil tayoqchalari qon orqali turli organlarga yetib boradi. Kasallik avj olib borishi natijasida o'choqni plevra bo'shlig'iga yoki bronxlarga yorib chiqishi kuzatilishi mumkin. Bo'shliqda paydo bo'lgan suyuqlik odatda so'rilib ketadi. Biroq suyuqlikda sil tayoqchalarining miqdori ko'p bo'lsa yiringga aylanishi mumkin.

Bolada oziqlanishning oqsil-energiya yetishmovchiligi (OOEE) bo'lsa, birlamchi o'choq kattalashib yo'tal jarayoni ta'sirida kazeoz suyuqlik oqib tushishi mumkin, natijada kaverna (bo'shliq) hosil bo'ladi. Bunday vaqtda bo'shliqqa havo kirib uning devorlarida shakllanish boshlanadi va infeksiya o'pkaning boshqa qismlariga tarqaladi. Bronx devorlari orqali yorib chiqishi ham ana shunday holatlar ro'y berishiga sabab bo'ladi. Kazeoz massalaming uzilib chiqishi bolaning nafas yo'llarining berkitib qo'yib asfiksiyaga sabab bo'ladi. O'choqni bitib ketishi yoki kattalashuvi davrlarini aks ettiruvchi kalsiylanish joyi

pigment tangaga o'xshab ketadigan dog' qoldiradi (dumaloq dog' sindromi).

Sil tayoqchalari kasallikni birinchi o'chog'idan limfa tugunlariga bevosita drenaj yo'li bilan o'tadi va ularga yallig'lanish alomatlari sodir bo'ladi. Natijada limfa tugunlar kattalashib, yumshab qoladi. Kattalashib ketgan limfa tugunlari esa o'ziga yaqin bronxlarni qisib qo'yib ularning torayishiga olib keladi. Ayrim paytlarda limfa tugunlari bronx devorlarini yorib chiqib, sil tayoqchalariga to'lgan suyuqlik bronxlarga tushadi. Bundan tashqari ko'krak qafasida joylashgan yurak perikardiga, orqa tomondan qizilo'ngachga tarqalishi mumkin.

Birlamchi kompleks rivojlanayotgan vaqtda qon tomirlar yallig'lanib eroziyaga uchrashi natijasida o'choqdan qonga, limfa tomirlari orqali limfa tugunlariga, so'ngra tugunlardan limfa tomirlari orqali qonga o'tadi. Qon oqimi orqali sil tayoqchalari butun ichki a'zolarga yetib boradi. Go'daklik davrda, OOEEda, surunkali to'yib ovqatlanmaslik, yashash sharoitini pastligi, namlik, og'ir yuqumli kasalliklar, surunkali kasalliklar, orttirilgan immuntanqisligi virusi bilan kasallanganlar, kamqonlik natijasida kelib chiqqan ikkilamchi immuntanqisligi mavjud bolalarda, miliar sil yoki sil meningiti boshlanadi. Bola organizmini himoya kuchlari birmuncha yaxshi yoki unga sil tayoqchalari kamroq tushgan bo'lsa, kasallikni suyaklar, bo'g'imlar, buyraklar sili, bo'yin limfa tugunlari sili va qorin pardasi sili boshlanishiga olib keladi.

Bakteremiya bir necha oy davom etib birlamchi o'choq bitishi bilan tugallanadi. Bakteriemiya natijasida ko'pgina organlarda sil do'mboqchalari paydo bo'ladi, bular klinik jihatdan belgi bermaydi va organizmni himoya kuchlari hisobiga o'z-o'zidan barham topadi.

Klinik belgilari. Sil kasalligining dastlabki belgilari quyidagicha namoyon bo'ladi:

- Yo'talning uzoq muddat davom etishi (15 kun va undan ortiq);
- Tana harorati ko'tarilishining uzoq muddatga cho'zilishi (15 kun va undan ortiq);
- Ko'krakda og'riq bo'lishi;
- Qon tuflash;

- Ozg'inlashishi;
- Ko'p terlash (ayniqsa, kechasi);
- Umumiy holsizlik;
- Teri rangining o'zgarishi.

Yuqoridagi belgilar kuzatilsa, bemorning dardi sil kasalligi emasmikan deb unga nisbatan gumon qilish kerak. Ko'rsatib o'tilgan klinik belgilar boshqa kasalliklarda ham bo'lishi mumkin.

Bola infeksiyani yuqtirib olgandan keyin birinchi kasallik belgilari 1-6 oy ichida ko'rinish beradi. Klinik belgilar aniq biror bir organni yallig'langanligi borasida axborot bermaydi. Ular umumiy intoksikatsiya alomatlari ko'rinishida namoyon bo'ladi. Asta-sekin bolaning bo'yi o'sishdan orqada qolayotganligi, umumiy holsizlik, tez charchash, anoreksiya, kurak suyagi sohasida tomirlarning ko'zga ko'rinishi, polilimfadenopatiya, mikropoliadeniya, jigar va taloqning kengayishi kabi belgilar rivojlanib boradi. Ko'krak qafasini perkussiya qilganda agar plevral bo'shliqqa suyuqlik to'plangan bo'lsa, bo'g'iq perkutor tovush eshitiladi.

Auskultatsiyada tarqalgan xirillashlar, nafasni dag'allashganligi yoki susayganligi eshitiladi. Bola yurganida oqsoqlanishi, umurtqa pog'onasining yaxshi bukilmaligi, bukriга o'xshab do'mpayib chiqqanligi va harakatining cheklanganligi umurtqa pog'onasi sil bilan og'riganda kuzatiladi. Qorning shishib turishi har doim ich ketishi va axlatining rangsiz bo'lishida kuzatilishi mumkin.

Tashxislash usullari:

➤ Boladan to'g'ri va aniq yig'ilgan anamnez, diagnoz qo'yishda katta ahamiyatga ega. Anamnez yig'ishda bolaning onasi aytgan gaplarni diqqat bilan eshitib tahlil qilish lozim. Oila a'zolari va yaqinlarida sil kasalligi borligi tufayli davolanganmi yoki uzoq vaqt davomida yo'talib yurganmi aniqlab olish kerak. Yaqinda vafot etgan kishilari bo'lsa, o'lim sababini aniqlash maqsadga muvofiq bo'ladi. Bundan tashqari yashab turgan hududda kasallikning mavjudligi, maktabgacha ta'lim muassasalarida, maktabda sil kasalligi aniqlangan bolalar bilan muloqotda bo'lgan-bo'lmaganligi borasida aniq axborotlar yig'ishga erishish kerak bo'ladi. Bola oilasidagi birga istiqomat qiluvchi

kishilarning sil kasalligi bo'lganlar bilan muloqotda bo'lishlari, ularning yashash sharoitlari, ovqatlanish darajalari, narkotik moddalarni qabul qilish-qilmasligi, katta tuyoqli hayvonlar boqiladigan joylarda ishlashlari, yaqinda uzoq muddatli qamoqdan qaytganliklari to'g'risida aniqlik kiritish lozim.

➤ Tashhis qo'yishda bemorni diqqat bilan e'tibor berib, ko'zdan kechirib, ota-onasini shikoyatlarini eshitish maqsadga muvofiqdir. Albatta, bolaning jismoniy (bo'yi, vazni), ruhiy rivojlanishini, uzoq vaqtdan buyon (15 kundan ziyod) yo'talayotgani va tana haroratining yuqoriligi, holsizlik, tez charchash, kechasi ko'p terlash, polilimfaadenopatiya kabi kasallik belgilariga e'tibor berish lozim. Bundan tashqari o'pkani perkussiya va auskultatsiya o'zgarishlariga, teri, suyak, bo'g'imlardagi va periferik limfa tugunlardagi o'zgarishlarga e'tiborni qaratish lozim.

Qonning umumiy tahlili: limfositoz, EChT (eritrotsitlarning cho'kish tezligi) ko'tarilishi kuzatiladi.

Siydikning umumiy tahlili: mikrogematuriya agarda buyrak zararlangan bo'lsa.

Orqa miya punksiyasi tuberkulozli meningitda (suyuqlik tekshiriladi).

➤ Bronxoskopiya.

➤ Qonni serologik usulda tekshirish

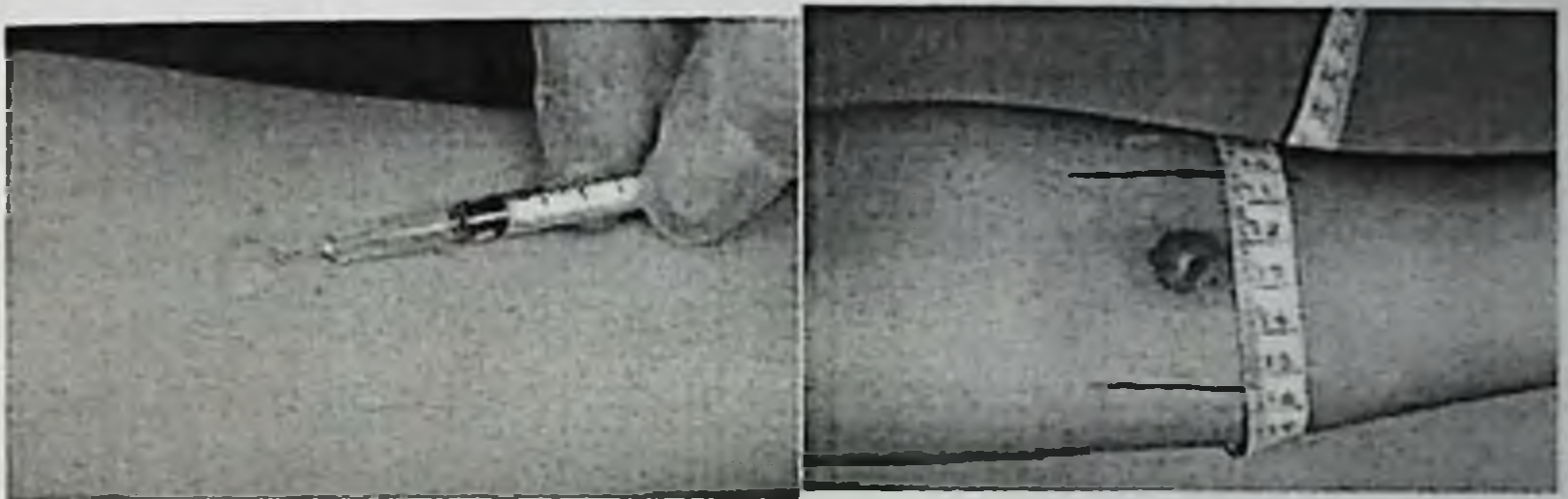
➤ RNGA, RIF tuberkuloz antigeni bilan.

➤ Balg'amni, siydikni, oshqozon suyug'ligini bronxial suyug'liklarni sil tayoqchasiga bakteriologik va bakterioskopik tekshirishlar.

➤ Limfa tugunlarining o'lchamlaridagi exostrukturalardagi o'zgarishlarni hamda jigar, taloq, buyraklar, yurakdagi o'zgarishlarni ultra tovush tekshiruvini bilan aniqlanadi rentgenologik tekshirganda limfa tugunlarini kattalashganligi, infiltratsiya (yallig'lanish holati), o'pka to'qimasini destruksiyasi va kalsinatsiyasi, ko'krak ichi, qorinning ichki limfa tugunlaridagi o'zgarishlar, bo'yin limfa tugunlari va taloqni kattalashganligi kuzatiladi.

Mantu sinamsini o'tkazish va baholash texnikasi

Ushbu reaksiya har yilda bir marotaba qo'yiladi. Teri ichiga 2 TE tuberkulin kiritiladi. 48-72 soatdan keyin sinama o'qiladi. Papula diametri 5 mm gacha bo'lsa, sinama manfiy(-) deb o'qiladi. 10 mm dan katta bo'lsa, sinama musbat (+) deb o'qiladi. Mantu sinamasi dinamikada ko'rilsa, sinama papulasi 5 mm va undan katta bo'lsa, oldingi qo'yilgan Mantu sinamasiga taqqoslab sinamani viraj deb baholab, sil kasalligi borasida chuqurroq tekshiruv olib borishi tavsiya etiladi.



Tashxislash uchun hamda epidemiologik nazorat olib borish uchun ham standart miqdori 0,1 ml. PPD-RT23 preparatidagi 2TE hisoblanadi.

Sinamani o'tkazishdan oldin tuberkulinni yorlig'ini e'tiborlik bilan o'qib ko'rish kerak. Sinama uchun tuberkulin chap qo'l bilak dorsal yuzasining uchdan biri va o'rta uchdan biri sohasidagi teri ichiga yuboriladi. Sinamani qo'yishdan oldin o'sha soha yaxshilab sovunli suv bilan tozalanib obdon quritilgandan so'ng qo'yiladi.

Sinama uchun darajalarga bo'lingan hajmi 1 millilitrli tuberkulin shpritsi va teri orasiga dori yuboriladigan 10 mm uzunlikdagi №26 ignani ishlatish kerak. Har bir bemorga alohida shprits va igna ishlatish shart. Tuberkulin shpritsda rosa 0,1 ml eritma qoldirishni unutmang. Qo'l terisini bir oz taranglatib kesigini yuqoriga qaratib igna teri ichiga kiritiladi. Eritma teri orasiga kiritilgandan so'ng inyeksiya qilingan joyda chetlari yaxshi bilinib turadigan papulo hosil bo'ladi. Hosil bo'lgan papula, ya'ni sinamani natijasi oradan 48-72 soat o'tgandan keyin baholanadi. Reaksiya borligi o'sha joyni qizarib turganligi, terini qalinlashib (indurasiya) qolganligini ko'rish mumkin yoki qo'l bilan paypaslab ko'rib ham aniqlasa bo'ladi. Indurasiya millimetrli o'lchagich yordamida

ko'ndalang o'qi bo'ylab o'lchab ko'riladi va necha millimetrliги yozib qo'yiladi. (Masalan mantu sinamasi 13mm).

Tuberkulin sinamasi tashxislash maqsadida qo'llaniladigan bo'lsa indurasiya 10mm va undan ko'ra kattaroq bo'lgan taqdirda musbat deb o'qiladi. Indurasiya diametrik 10millimetrdan kam bo'lsa u holda bolalarga sil mikobakteriyasini yuqqanligiga gumonlikni bildirib unda bemorlarni sil kasalligiga qarshi chuqurroq tekshirishimiz lozim bo'ladi. Tuberkulin sinamasi qanchalik kuchli ifodalangan bo'lsa, bemorda sil kasalligi borligining ehtimoli ko'proq bo'ladi. Yosh go'daklarda tuberculin sinamasini sezilarli musbat bo'lib chiqishi muhim dalil bo'lib hisoblanadi.

Tuberkulin sinamasini manfiy bo'lishi sil kasalligini yo'qligidan dalolat bermaydi. Bola organizmidagi o'zgarishlar ya'ni holdan toyganlik, OOEE ni og'ir darajalari, virusli infeksiyalar (OITS, qizamiq, suvchechak, angina, o'sma kasalliklari, og'ir bakterial infeksiyalar, kortikosteroid preparatlar va h.k.) mantu sinamasi natijasiga ta'sir o'tkazishi mumkin. BSJ bilan emlanganidan keyin mantu sinamasi bir necha yillar davomida musbat bo'lishi mumkin. Odatda bu reaksiya sust bo'lib induratsiya diametrik 10 millimetrdan kam bo'ladi.

Eslatma. In'eksiya sohasida hosil bo'lgan infiltrat millimetrli lenta bilan o'lchanadi.

Balg'amda sil mikobakteriyalarini aniqlash - eng ishonchli diagnostik usul hisoblanadi. Tekshirish uchun balg'am yig'iladigan idish sinmaydigan, og'zi keng, ichida balg'am qurib qolmaydigan, oqib ketmaydigan, qopqog'i burab berkitiladigan idish bo'lishi kerak. Idishlar ishlatilganidan keyin uni qanday materialdan tayyorlanganligiga qarab ular sterillanadi (yoqib yuborish, yaxshilab tozalab yuvish, 10 daqiqa davomida qaynatish, xlorli eritmaga solib qo'yish va hokazo).



Imkoni boricha balg'amni 3 marta qayta tekshirish lozim.

- Birinchi balg'am namunasi kasalni ilk bor ko'rilgan vaqtda olish.
- Ertalabki balg'am namunasi bemor uyqudan turgandan keyin 1-2 soat ichida olinadi.
- Uchinchi balg'am namunasi bemor takroran kelgan kundagi o'zi tomonidan uyidan keltirilgan ertalabgi balg'am tekshiriladi.

Balg'am yig'ish uchun yo'riqnoma:

- Balg'amni ochiq havoda yoki balg'am yig'ish uchun alohida xonaga olish kerak.
- Balg'am yig'ishdan oldin bemorga yoki uni ota-onasiga tekshirtirishni muhimligini tushuntirish lozim.
- Balg'am olinadigan idishga bemorni ismi, sharifi, tug'ilgan yili va oyi hamda tahlil tartib raqami yoziladi.
- Bemorning orqasida turib, undan idishni og'ziga tutib yo'talish va idishga tuflab tashlash tushuntiriladi.
- Balg'am namunasida qattiq yoki yiringli zarralar bo'lishi kerak.
- Idish og'zini mahkam yopib, olib ketiladigan idish ustiga qo'yish kerak.
- Shundan keyin qo'llarni iliq suvda tozalab, sovunlab yuvib tashlash kerak.
- Balg'amni tekshirish to'g'risidagi ma'lumotlarni daftarga to'lato'kis yozib qo'yish lozim.

Bemor balg'ami mikroskopik tekshiruvi quyidagi muddatlarda olinadi:

Birinchi marta kasallik aniqlangan bemorlarda kimyoviy davolash davrini

(6 oylik davo kursida) 2-, 4-, 6-oylar oxirida tekshirish kerak. Agarda bemor 8-oylik davo kursini olayotgan bo'lsa, bunda 2-, 5-, 8-oylar oxirida balg'am olib tekshiriladi.

Balg'am ajratmaydigan va tashxis qo'yish qiyin holatlarda me'dani yuvib, chayindi suvini olib tekshirishga to'g'ri keladi. Ushbu muolaja ertalab o'tkaziladi. Buning uchun yaxshi moylangan ingichka rezinali nazogastral zondni burun orqali yuboriladi. So'ngra bemordan yutish harakatlari qilishni iltimos qilib, zondni asta-sekin me'daga yuborish kerak. Zond uchiga 20 mm shprints bilan 20 mm fiziologik eritmani me'daga yuboramiz. So'ngra 1-2 daqiqadan keyin shprintsiga imkoni boricha ko'proq me'da suyuqligini tortib olib steril idishga qo'yib, tahlilxonaga tekshirish uchun yuboriladi.

Davolash va parvarishlash. Silning faol turi bilan kasallangan barcha bolalarni ixtisoslantirilgan maxsus shifoxonalarga, sanatoriylarga, keyin esa bolalar sanatoriyasi muassasalarida yaxshi bo'lganicha davolash lozim.

Kasallikni klinik belgilari bo'lmagan, lekin yaqin kunlar ichida birlamchi sil infeksiyasini ilk davrini kechirgan barcha bolalarni kasallik tarqalishini oldini olish maqsadida yana birlamchi o'choq, hamda regionar limfa tugunlaridagi sil mikobakteriyalarini yo'qotish uchun 6 oy davomida kuniga 1 marotaba izoniazid ichirib turish lozim.

Barcha maxsus davo choralarini amalga oshirishda albatta gigiyena va parhez tartibiga e'tiborni qaratish lozim (havo, quyosh va suv muolajalari). Oziq-ovqatlarni bolaning sutkalik talabidan ko'proq miqdorda, ya'ni ovqat kaloriyasini 10-15% gacha, oqsilni 20% gacha, yog'larni 30% gacha uglevodlarni esa 50% gacha oshirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Yetarlicha sifatli ovqatlanmaslik kasallikni og'ir, cho'ziluvchan va asoratli kechishiga sabab bo'ladi. Bolani ishtahasiga va iste'mol qilayotgan oziq-ovqatlarini turlariga, sifatiga doimo e'tibor berib borish bilan birgalikda uni taroziga tortib borib, olingan ma'lumotlarni rivojlanish varaqasiga yozib borish kerak. Bundan tashqari bolaning fe'l-atvorini, o'zini qanday tutishini, badan terisini, sochlarini, teri osti yog'

qatlamlarini, oyog'ida shishlar bo'g'im va suyaklardagi silga xos alomatlarni kuzatib borish kerak.

Ayrim og'ir ahvoldagi bolalar ovqatdan bosh tortishi mumkin, bunday hollarda uni tez-tez, kam-kamdan ovqatlantirib turishga harakat qilish kerak. Go'dak bolalaraga ishtahasi yaxshilanguncha nazogastral zond orqali ovqatlantirsa ham bo'ladi. Oldiniga bir oz chuchuklantirilgan sut (1 sutga 40 gr shakar) berish mumkin. 3-4 kundan keyin sutga bir oz o'simlik yog'i qo'shib berishga o'tish tavsiya beriladi. Bolani ishtahasi yaxshilangandan keyin uni asta-sekin odatdagi ovqati bilan almashtirish mumkin.

O'pka va boshqa organlar silining simptomlari bor bolalarga jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyanomasi bo'yicha izoniazid va rifampitsinni dastlabki 2 oy davomida, keyin pirazinamidni ham o'z ichiga oladigan dorilarni ovqatdan oldin sutka davomida 1 marotaba 6 oy davomida jadvalda ko'rsatilgan miqdorda berish lozim.

1.5.1 - Jadval

Sil kasalligini davolashda qo'llaniladigan dori vositalari

Dorilarni nomi	Kunlik miqdori	Tanaffuslar bilan
Izoniazid	5 mg/kg	15 mg/kg
Rifampitsin	10 mg/kg	Haftasiga 10 mg/kg (3 marta)
Pirazinamid	25 mg/kg	50 mg/kg

Silni davolash uchun maxsus antibakterial terapiya asosan bir necha dorilarni kombinatsiyalab 6-12 oy davomida berilishi lozim. Yuqoridagi jadvalda nomlari keltirilgan dorilar sil mikobakteriyalari to'qimalarining tashqi va ichki tomonidan ta'sir ko'rsatadi.

JSST so'nggi yillarda sil mikobakteriyalarining dorilarga chidamli turlari ko'paygani uchun zudlik bilan kerakli chora-tadbirlarini ko'rish maqsadida DOTS Plyus dasturini ishlab chiqdi va barcha mamlakatlarga tadbiq etishni tavsiya etdi. Ushbu dasturga asosan barcha yangi aniqlangan va dorilarga sezgirligini saqlagan sil mikobakteriyalari bilan kasallangan bemorlarni bakterioskopiya usulida aniqlash va birinchi qator silga qarshi preparatlar bilan davolash ko'zda tutilgan. Hozirgi kunda ushbu dastur O'zbekistonda ham tadbiq etilib, barcha aholi bepul

tekshirtirish va davolanish huquqiga ega. Ushbu dasturni asosiy maqsadi DOTS dasturi samara bermagan hollarda dorilarga chidamli bo'lgan sil turlarini aniqlash va davolashdan iboratdir.

Dorilarga chidamli silning turlari:

➤ Monorezistentli sil – faqat birgina silga qarshi doriga chidamli bo'lgan sil turi;

➤ Polirezistentli sil – 2 va undan ortiq silga qarshi ishlatiladigan birinchi qator preparatlarga chidamli bo'lgan sil;

➤ Multirezistentli sil (MDR) – Ikkita asosiy silga qarshi ishlatiladigan preparatlarga: Isoniazid va rifampitsinga chidamli bo'lgan sil turi;

➤ Ikkinchi qator silga qarshi preparatlarga chidamli bo'lgan sil.

“DOTS-Plyus” dasturi yordamida silga chalingan bemorlarni davolash 2 bosqichdan iborat bo'lib, birinchi bosqichda bemorlar shifoxonada (12 oygacha) va ikkinchi bosqichda ambulatoriya sharoitida (6-12 oy) ikkinchi qator silga qarshi ishlatiladigan preparatlar bilan davolanadilar. Birinchi qator preparatlaridan tashqari sil tayoqchalariga o'rtacha ta'sir ko'rsatadigan quyidagi preparatlar ham ishlatiladi (etambutol, streptomitsin, kanamitsin, sikloserin). Ushbu preparatlar mushaklar orasiga yuborilishi (streptomitsin, kanamitsin) munosabati bilan in'eksiya qilingan joyda og'riq berish, allergik reaksiyalar, eshituv nervlariga nojo'ya ta'sir ko'rsatishi, hamda davo narxini ko'payishiga sabab bo'ladi. Etambutol esa retrobulbar nevrin boshlanishi tufayli ko'zni asta-sekin xiralashishi, hattoki ko'rib bo'lib qolishigacha nojo'ya ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ushbu nojo'ya ta'sirni bola ayta olmasligi mumkin. Bundan tashqari, bolani siydik ishlab chiqarish a'zolariga ham toksik ta'sir ko'rsatishga ega, shuning uchun ushbu preparatlarni bolalardagi sil kasallilarini davolash uchun qo'llashda ehtiyot bo'lish maqsadga muvofiqdir.

Isoniazid bola badaniga juda kam holatlarda toshmalar toshirishi mumkin. Asosan juda ozib va quvvatsizlanib ketgan bolalarda neyropatiya, ya'ni bola qo'l-oyoqlarining sanchib turishi va uvishib qolishi kabi nojo'ya holatlarni yuzaga keltirishi mumkin. Shuning uchun ushbu preparatni har kuni 100-200 mg piridoksin bilan birgalikda berish

tavsiya etiladi. Rifampitsin bolani siydigini, ter tomchilarini va ko'z yoshlarini qizil rangga bo'yab qo'yishi, hamda ko'ngil aynishi, ishtahani buzilishi, qorin sohasida og'riq, ich ketishi kabi nojo'ya holatlarni yuzaga keltirishi mumkin.

Pirazinamid – yuqori darajada hujayralar ichidagi sil mikobakteriyasiga bakteriosit ta'sir ko'rsatadi. Ushbu preparat bola organizmiga gepatotoksik ta'sir ko'rsatish bilan birgalikda bug'imlarda og'riq (artlargiya) berishi kabi nojo'ya ta'sirlar ko'rsatishga egadir. Yuqorida ko'rsatib o'tilgan ushbu preparatlarni nojo'ya ta'sirlari asosan ularni kunlik miqdorlarini noto'g'ri tayinlanishi oqibatidan kelib chiqadi.

Ayniqsa, yosh bolalarni davolashda ulardagi sil bilan birgalikda hamroh bo'lgan kamqonlik, OOEE, raxit, diatezlar, katta bolalarda esa parazitar kasalliklar, surunkali burun, og'iz-quloq kasalliklarini o'z vaqtida aniqlab parallel holda davolash kerak. Ushbu maqsadda kamqonligi bor bemor bolalarda temir preparatlari, raxit bilan og'riq bolalarda vitamin D preparatlari, OOEEda esa ovqatlanishni o'z o'miga qo'yish hamda oshqozon ichak ish faoliyatini izga tushirish, diatezli bolalarni esa gipoallergin oziq-ovqatlar bilan ovqatlantirish, hamda og'iz-burun a'zolari surunkali kasalliklariga sanatsiya qilib borish sil kasalligini davolashda katta ahamiyatga ega. Silga davo choralarini olib borishda vitamin B guruhi (B₂, B₆, B₁₂), hamda retinol asetat, askorbin kislotasi kabi preparatlarini birgalikda ishlatish muhim ahamiyatga ega.

Sil kasalligi bilan og'riq bolalarni albatta sanatoriya bosqichli davosini buyurish lozim.

Sil profilaktikasi va epidemiyasiga qarshi chora-tadbirlar. Bolaga sil mikobakteriyasini yuqishini oldini olish (ekspozision profilaktika) va organizmning infeksiyaga qarshi quvvatini ko'tarish (dispozisiyon profilaktika) lozim.

Bolani asosan infeksiya o'chog'idan sil tayoqchasini yuqishidan saqlash kerak (o'choqni zararsizlantirish, bemorni alohidalash, xlorli eritmalar bilan dezinfeksiya qilish hamda sanitar oqartuv ishlarini olib borish). Bundan tashqari sil kasalligi bor oilalarni yashash sharoitlarini yaxshilash, bepul davo ishlarini tashkillashtirish, sifatli, energiyali, vitamin va mikroelementlarga boy oziq-ovqatlar bilan oziqlantirish

hamda bolalar muassasalaridagi ishchi xodimlarni sistemali ravishda sil kasalligiga tekshiruvdan o'tkazib turish lozim.

Dispozitsiyon profilaktika, ya'ni barcha yoshdagi bolalar o'rtasida keng doirada sog'lomlashtirish ishlarini amalga oshirish zarur (jismoniy mashqlar, sport bilan muntazam ravishda shug'ullanish, suv sporti, toza havo va quyosh vannalari, o'z vaqtida uxlash, madaniy dam olish va h. k.).

Sil kasalligini oldini olish choralaridan yana biri ximioprofilaktika o'tkazishdir. Ushbu chora-tadbirlarni birlamchi va ikkilamchi turlari mavjud. Birlamchi kimyoviy profilaktika kasallik paydo bo'lmasligi uchun sog'lom infeksiya yuqtirmagan bolalar o'rtasida kasallik paydo bo'lmasligi uchun o'tkaziladi (kasallik manbayi ko'p uchraydigan joylarda istiqomat qiluvchi bolalar). Ushbu bolalarga izoniazid 5 mg/kg miqdorda har kuni bir marotaba 6 oy davomida beriladi yoki tubazid yiliga 2 marta 2 oydan 1-3 yil davomida beriladi.

Ikkilamchi kimyoviy profilaktika esa kasallik yuqishi ehtimoli kuchli bo'lgan bolalarga, sil kasalligi bor oila bolalariga, ayrim yuqumli kasalliklar bilan og'rikan bolalarga (OITS yoki OITS), tuberkulyoz mikobakteriyasi ajratib turuvchi onalarni emadigan bolalar, tuberkulin sinamasi musbat bo'lgan bolalarga, sil tayoqchalarini chiqarib turadigan odamlarga juda yaqin muloqotda bo'luvchi 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda, birlamchi sil infeksiyasining ilk davrini boshdan kechirayotgan bolalarga o'tkaziladi.

Sil kasalligini oldini olishni asosiy yo'li – bu teri ichiga qilinadigan BSJ vaksinatsiyasi va revaksinatsiyasidir (BSJ chaqaloqlik davrining 3 kunligida sil bilan kasallanmagan, birinchi va sakkizinchi sinfdan o'qiyotgan bolalar o'rtasida).

Chaqaloqni silga qarshi emlash:

➤ Muolajani bajarish uchun hamshira qo'llarini sovunlab yuvib, spirt bilan artishi lozim;

➤ BSJ vaksinasi flakoni va erituvchi flakonining qopqoqlari spirt bilan artiladi;

➤ Maxsus 2 ml li shpritsga 2 ml erituvchi olinadi va vaksinali flakonga solinadi;

- Eritilgan vaksinadan 0,1 ml -1 doza olinadi;
- Bolaning chap qo'li yelka sohasining yuqorigi 1/3 qismi 96% li spirt bilan artiladi;
- Shpirts ignasi almashtiriladi va 0,1 ml vakcina teri orasiga yuboriladi;
- Vakcina teri orasiga yuborilganda, shu sohada "Limon po'stlog'i"ga o'xshash bo'rtish hosil bo'ladi.



Eslatma. BSJ vakcinasi 1 flakonida 20 doza mavjud. 1 doza 0,1 ml-0,05 mg ga teng. Vakcina eritilgandan so'ng 2 soat ishlatilishi mumkin. Vakcina flakoni va qoldig'i 5% li xloramin yoki 10% li xlorli ohak eritmasida zararsizlantiriladi. Emlash to'g'ri bajarilganda shu sohada bo'rtish, qizarish, yara va chandiq hosil bo'lish bosqichlari kuzatiladi.

Dispanser kuzatuv:

- Bolalarga (asosiy kurs kimyoterapiya olayotgan bemorlar) 1-2 yil davomida kuzatuv o'tkaziladi;
- Bolalarga (faol tuberkulyoz simptomlari kamayib borayotgan bemorlar) 1-2 yil davomida dispanser kuzatuvda bo'ladi;
- Bolalarga (faol bo'lmagan tuberkulyozli bemorlar) 1-3 yilgacha dispanser kuzatuvda bo'ladilar.

Tuberkulin diagnostikasi. Sil mikobakteriyalarini birinchi bor yuqishi tuberkulin allergiyasiga sabab bo'ladi. Ya'ni sinamani musbat bo'lib, chiqishi bolaning sil tayoqchalari bilan infeksiyalanganidan darak beradi xolos, lekin bu kasallik alomati hisoblanmaydi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) va sil hamda boshqa shunga o'xshash o'pka kasalliklariga qarshi kurash ittifoqi tomonlaridan tozalangan RRD-RT23 preparatini barcha mamlakatlarda ishlatish tavsiya etilgan.

Tuberkulin preparatini harorat ko'pi bilan 20 °C da bo'lgan sharoitda saqlash lozim. Preparatni saqlash uchun eng optimal harorat 2-8°C dir. Uni muzlab qolishdan, kunduzgi yorug'lik va oftob nuridan saqlash kerak. Aks holda uning sifatiga salbiy o'zgarishlar sodir bo'ladi.

Hozirgi kunda tuberkulin sinamasini bir turi, ya'ni mantu sinamasini bolalar o'rtasida o'tkazish lozim.

Silga qarshi preparatlar ichilganida yuz beradigan nojo'ya reaksiyalar va ularning davosi.

Allergik reaksiyalar asosan kimyoviy davoning 2-4 haftalari uchun xarakterlidir. Ushbu reaksiyalarning uch darajasi mavjud.

➤ Yengil darajasi – bunda badan terisining qichishib turishi kuzatiladi.

➤ O'rtacha og'ir darajadagi allergik reaksiya. Bunda bemor bolada isitma ko'tarilib, badaniga toshmalar toshadi. Og'ir hollarda badan terisiga urtikar toshmaga o'xshab ketadigan pufakchalar kuzatilishi mumkin.

➤ Og'ir darajadagi allergik reaksiyada esa bolani tana harorati ko'tarilib, badaniga toshmalar toshishi bilan birgalikda barcha limfa tugunlari, jigar, taloq kattalashdi. Ko'z atroflarida hovliqish lab va og'iz shilliq pardalarida shish paydo bo'ladi.

Tana haroratini yuqoriga ko'tarilishi, badanni barcha joylarida toshmalar toshib pufakchalar paydo bo'lishi, og'iz bo'shlig'i, ko'z, jinsiy a'zolar shilliq pardalarining yallig'lanishi kuzatiladi. Bu holat Sitivens-Jonson sindromi deb nomlanadi.

Reaksiyalarni davolashda birinchi tibbiy yordam. Agar yengil darajadagi reaksiya kuzatilsa antigistamin preparatlari berilib, davoni davom ettirish lozim. Biroq bemor bolani allergik reaksiya alomatlariga nisbatan e'tiborni kuchaytirishimiz kerak.

O'rtacha darajadagi allergik reaksiyada esa darhol silga qarshi ishlatilayotgan preparatlarni to'xtatib, antigistamin dorilaridan birini buyirish kerak.

Og'ir darajadagi allergik reaksiyada darhol barcha dorilarni berishdan to'xtatib, quyidagicha davolash lozim. Hidrokortizon 3-4 mg/kg miqdorda mushaklar orasiga yoki vena ichiga yuboriladi.

Deksametazon 1-4 mg yoshiga qarab vena ichiga yoki mushaklar orasiga yuboriladi. Prednizolon 1-2 mg/kg miqdorda har 8 soatda ichishga berish buyiriladi. Bemorni ahvolini yaxshilanib borishiga qarab asta-sekin prednizolon miqdori kamaytirilib boriladi. Vena ichiga suyuqliklar yuboriladi.

Nazorat uchun savollar.

1. Sil kasalligi sababini ayting.
2. Sil kasalligini yuqish yo'llarini aytib bering.
3. Sil kasalligini dastlabki belgilarini aytib bering.
4. Sil kasalligining klinik formalari va klinik belgilarini ayting.
5. Sil kasalligining maxsus tashxislashi qanday o'tkaziladi?
6. Sil kasalligini davosi nimadan iborat?
7. Sil kasalligini maxsus profilaktikasi qanday o'tkaziladi?
8. Sil kasalligi bilan og'rigan bolalarni parvarish qilish xususiyatlari.
9. Mantu sinamasini o'tkazish va baholash texnikasini aytib bering.
10. Sil kasalligida balg'am yig'ish texnikasini aytib bering.
11. Sil kasalligida epidemiyaga qarshi chora tadbirlarni aytib bering.

1.6. O'tkir respirator kasalliklar

O'tkir respirator virusli infeksiyalarining yuqish yo'llari va omillari: o'tkir respirator infeksiyalar bu asosan yuqori nafas yo'llarining o'tkir infeksiyon yallig'lanishi bo'lib, kataral alomatlar va har xil darajadagi intoksikatsiya alomatlari bilan kechadigan kasalliklar hisoblanib, gripp, paragripp, adenovirus, respirator-sinsitial virus, rinovirus, ECHO virusi, KOKSAKI virusi, Koronavirus, mikoplazma, xlamidiya, β gemolitik streptokokk, pnevmokokk, infleyuensa tayoqchasi, difteriya tayoqchasi (korene bakteriya difteriya) va hokazo kabi qo'zg'atuvchilar keltirib chiqaradi.

O'tkir respirator infeksiyalar yilni barcha fasllarida uchraydi, ammo yilni sovuq va nam fasllarida ko'proq kuzatiladi. Respirator infeksiyalar bir yoshgacha bolalarda kattaroq, yoshdagilarga nisbatan kamroq uchraydi. Ushbu infeksiyalar asosan 1-5 yoshdagi bolalarda ko'proq uchraydi. 6-7 yoshlardan boshlab asta-sekin kamaya boshlaydi. Bolalar

o'rtasida bir yoshdan boshlab o'tkir respirator infeksiyasini ko'payib borishi ularning atrofdagilar bilan muloqatda bo'lishi munosabatlari bilan, yasli va bog'chalarga qatnashishlari sabab bo'ladi. O'tkir respirator kasalliklarini kechishi chaqiruvchi infeksiyani turiga, bolani yoshiga, organizm holatiga, bolani yashash ovqatlanish, kiyinish va parvarishiga katta bog'liq. Barcha o'tkir respirator kasalliklar nafas yo'llarini yallig'lanish alomatlari, ya'ni kataral alomatlari va intoksikatsiya sindromlari bilan kechadi.

Albatta, chala tug'ilgan, allergiyasi bor, surunkali tonzillit, bronxial astma, pastki jag' gipoplaziyasi mavjud bo'lgan bolalar o'rtasida ushbu infeksiyalarga nisbatan moyillik yuqori. O'tkir respirator infeksiyalar kamqonli, raxit, OOEE, paratrofiya kasalliklari bilan og'rigan bolalarda og'irroq va asoratli kechishi mumkin. Bolalar o'rtasida o'tkir respirator infeksiyalarni oldini olish maqsadida (immunitetni kuchaytirish) hozirgi kunda qo'llanilayotgan immunoglobulin, pentoksil, prodigiozan, eleutrokokk, levamizol va shu kabi dori preparatlarini ishlatish hamda asoratlarini oldini olish maqsadida antibiotiklarni qo'llash asossizdir.

O'tkir respirator infeksiyalarini oldini olishning eng to'g'ri yo'llari bu ota-onani sog'lomligi, toza havoda ko'proq bo'lish, uydagi haroratni 18-20°C dan oshirmaslik, bolani doimiy cho'miltirib turish, suzish va boshqa sport turlari bilan muntazam shug'illanish oilada sog'lom turmush tarziga rioya qilish, faslga qarab kiyinish, to'g'ri to'yimli ovqatlanish (vitamin C ga boy bo'lishi), ko'krak suti bilan 2-3 yoshgacha emizishdan iboratdir.

Kasallikni ko'payishiga asosiy sabablardan biri bu atmosferadagi va yashaydigan uy havolarining ifloslanishidir (uydagi gaz plitalari, qo'lbola isitgichlar, uyda chekish va hokazolar). Ota-onalarini yuqori nafas yo'llarini surunkali kasalliklari, o'z bolalariga e'tiborning kamligi, hamda to'g'ri parvarishlash tamoyillarini va ovqatlantirish qonuniyatlarini bilmasliklari ham muhim rol o'ynaydi.

Infeksiya manbayi bemor hisoblanadi. Infeksiya asosan havotomchi yo'li bilan yuqadi. Viruslar yo'talganda, aksa urganda, havoga ajratilgan balg'am yoki shilimshiq ajralmalar bilan birga chiqadi. Yo'tal orqali asosan quyi nafas yo'llari infeksiyasi, rinofaringit kasalligida esa

aksa urish natijasida viruslar havoga tushadi. Bundan tashqari infeksiyalar jarohatlangan teri orqali ota-onalarni hamda parvarishlovchi xodimlarni bumini tozalashdan keyin va shunga o'xshash holatlardan keyin qo'lini yaxshilab yuvmasligi sababli ham yuqishi mumkin. Shu sababli, ota-onalar va tibbiyot xodimlari niqob taqishlari va qo'llarini tozalab sovun bilan yuvishlari maqsadga muvofiq bo'ladi.

Klinik belgilari. Quyidagi jadvalda kataral alomatlarini nechog'liqligi, yallig'lanish o'chog'ini joylashishi, infeksiyalar turiga, bola yoshiga, organizmning reaktivligiga va uchrash vaqti esa yil fasllariga bog'liqliligi ko'rinib turibdi.

1.6.1 - Jadval

Bolalarda yuqori nafas yo'llari a'zolarining yallig'lanish sabablari va asosiy klinik belgilari.

Kasallik chagiruvchilari	Asosiy belgilar.	Boshqa belgilar.	Epidemiologiyasi.
Gripp	Rinofaringit, krup, tana haroratini ko'tarilishi.	Bronxit, zotiljam. Sindrom-Reya.	Qish fasli, har bir-ikki va uch-besh yilda. (serotiplarga bog'liq)
Paragripp	Rinofaringit, krup.	Traxeobronxit, zotiljam, ko'krak yoshidagi bolalarda bronxiolit.	Asosan kuz oylarida
Respirator-sinsitial virus	Rinofaringit (ko'krak yoshidagi bolalarda tana harorati ko'tarilishi bilan, katta bolalarda esa tana harorati ko'tarilmasligi bilan kechadi).	Ko'krak yoshdagi bolalarda bronxiolit va zotiljam, katta yoshdagi bolalarda esa obstruktiv bronxit va bronxial astma xuruji.	Har yili kuz va bahor oylarida
Adeno viruslar	Rinofaringit, faringit, faringokonyunktivit, Tana haroratini ko'tarilishi	Bronxit, bronxiolit, zotiljam	Yilning barcha fasllarida
Rino viruslar	Rinofaringit, tana haroratini ko'tarilishi yoki ko'tarilmasligi bilan kechadi.	Ko'krak yoshidagi bolalarda bronxiolit	Bahor va kuz oylarida.

ECHO-virusi	Rinofaringit ko'krak voshidagi bolalarda	ECHO-ekzantemalari	Yoz va erta kuz oylarida
KOKSAKI virusi	Faringit, herpes (uchuq)	Ekzantemalar, miokardit, markaziy asab tizimining zararlanishi, limfodenit, gepatit, mialgiya	Yoz va erta bahor oylarida
Koronaviruslar	Rinofaringit, tana haroratini ko'tarilishi va haroratsiz kechadi (asosan katta bolalarda uchraydi)	Zotiljam, bronxit, angina, diareya, meningoensefalit	Yilning barcha fasllarida
Mikopiazma zotiljam	Rinofaringit, rinit, tonzillofaringit	Bronxiolit, zotiljam.	Yil davomida vaqti-vaqti bilan har 4-5 yilda bir marotaba ko'p uchrashi kuzatiladi.
β -gemolitik streptokokk (A-guruhidagi)	Ko'krak yoshdagi bolalarda rinit, katta yoshdagi bolalarda esa tonzillofaringit	Zotiljam, flegmona, skarlatina Tonzillit	-
Pnevmonokokk	Otit	Zotiljam, plevrit	60% gacha sog'lom infeksiya tashuvchilar.
Inflyuensa tayoqchasi	O'tkir kataral tonzillofaringit, otit, sinusit, epiglottit	Bronxit, zotiljam, meningit	-
Korinobakteriya difteriya	Burun-halqum difteriyasi, krup	Miokardit	Emlangan bolalarda juda kam uchraydi.

Gripp – o'tkir virusli kasallik bo'lib, klinik jihatdan asosan nafas yo'llarining yallig'lanishi, kataral va intoksikatsiya alomatlari, hamda har xil asoratlari (zotiljam, krup, bronxit, meningoensefalit, sindrom Reya) bilan o'tkir kechadi. Kasallik chaqiruvchi gripp virusi hisoblanib, bir necha serologik turlari mavjud. Infeksiya manbayi bemor hisoblanadi. Infeksiya havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Infeksiya tashqi muhitga yo'tal va aksa urish natijasida tarqaladi. Bolalar 6 oyligigacha onadan passiv immunitetni olganligi natijasida kam kasallanadilar. Bolalar ko'proq 6 oyligidan to 4-yoshgacha kasallanadilar. Immunitet

qaysi serotipi bilan kasallangan bo'lsa, shu turiga qarshi paydo bo'ladi. Virus bola organizmiga tushgandan so'ng, tezda nafas yo'llarini shilliq qavatlari epiteliyalariga joylashib, tezda ko'payib yallig'lanish va to'qimalarni nekrozga (o'limga) olib keladi. Nafas yo'llaridagi hilpillovchi epiteliyalarini distrofik o'zgarishlariga olib keladi. Gripp viruslarini qon tomirlarga toksik ta'siri natijasida tomirlarni endoteliy qavatida dimlanish va ularni o'tkazuvchanligi buzilib shishishi va qon ketishi kuzatiladi. Bundan tashqari markaziy hamda vegetativ asab tizimlarida qon dimlanishi va ichki a'zolardan qon ketishi ham kuzatiladi.

Virus toksinlari ana shunday nafas yo'llari epiteliyalarini xususiyatlarini buzishi oqibatida bola organizmdagi mahalliy va umumiy immun reaksiyalarini pasayishiga olib keladi, natijada ikkilamchi bakterial infeksiyani kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Klinik belgilari. Inkubatsion (yashirin) davri bir necha soatdan uch kungacha, kasallik bexosdan o'tkir boshlanadi. Bemorda umumiy holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi (38-40 °C gacha), bosh og'rishi, mushaklar va ko'z sohalarida og'riq, ko'zlarning yoshlanishi yorug'likdan qamashishi, ishtahani pasayishi, ko'ngil aynishi va qayt qilish kabi alomatlar kuzatiladi. Kataral alomatlar esa kasallikni 1-2-kunlarida paydo bo'ladi. Kasallikni birinchi kunlarida burun shilliq qavatlarning qizarishi, achishishi, quruqlashishi, shishishi, 2-3-kunlariga borib esa burundan shilimshiq serozli suyuqlik paydo bo'lishi hamda qon ketishi kuzatiladi. Yo'tal kasallikni boshlang'ich (1-3 kunlari) davrida quruq, dag'al, azob beruvchi darajada (traxeyani jarohatlanishi) kuzatiladi. Bolalar yutinganda og'riqdan va achishishdan shikoyat qiladi. 3-4 yoshdagi bolalarda laringit hamda krup alomatlari kuzatilishi mumkin. Ko'zni sklera va konyunktiva qavatlarida qizarish, lablarida uchuq, yumshoq tanglayda, bodomcha bezlarda qizarishlar kuzatiladi. O'pkada nafas dag'allashadi tarqalgan quruq va ho'l xirillashlar eshitiladi, yurak tonlari bo'g'iqlashadi, bradikardiya, ayrim bolalarda esa aritmiya holatlari kuzatiladi. Tana haroratining ko'tarilishi agarda bakterial infeksiya qo'shilmasa uzog'i bilan 3-5 kungacha davom etadi.

Toksik gripp – tez orada qayta-qayta qayt qilish, es-hushining xiralashuvi, alahsirash, talvasa, qon tomirlarini o'tkazuvchanligini buzilishi, trombositlarni ish faoliyatini buzilishi, qayta-qayta burun qonashi, qon tuflash kabi klinik kechishi bilan xarakterlanadi. Ayrim holatlarda buyrak usti bezi ish faoliyatining buzilishi, o'pka dimlanishi, o'tkir nafas yetishmovchiligi kuzatiladi. Markaziy asab tizimining jarohatlanishi esa neyrotoksikoz (miya shishishi), miya po'stlog'ini jarohatlanishi esa ensefalit, meningoensefalit kabi asoratlarga sabab bo'ladi. Gripp viruslaridan asosan otit, o'tkir zotiljam, piyelonefrit kabi asoratlar ko'proq kelib chiqadi.

Paragripp. Infeksiya manbayi bemor hisoblanadi. Infeksiya havotomchi yo'li bilan yuqadi. Inkubatsion (yashirin) davri 2-7 kungacha.

Klinik belgilari. Kasallik asosan asta-sekin boshlanadi. Kasallikni boshlanish davri yengil intoksikatsiya alomatlari hamda holsizlik, burun bitishi, bosh og'rishi, quruq yo'tal, tana haroratini subfebril darajagacha ko'tarilishi bilan boshlanadi. Tana haroratini ko'tarilishi 4-7 kungacha davom etadi. Katta yoshdagi bolalarda esa tana haroratini ko'tarilishi kuzatilmaslighi ham mumkin. Bolalarda burun orqali nafasni qiyinlashuvi, keyinchalik shilimshiq suyuqlik ajralishi kuzatiladi. Natijada bola og'iz orqali nafas olishga majbur bo'lib, og'iz shilliq qavatlari quriydi, halqumni orqa devorlaridagi shilimshiq yo'talga sabab bo'ladi, ayniqsa yotgan paytda. Ushbu kasallikda ko'pincha (90%) laringit alomatlari, ya'ni hiqildoqda og'riq, tovushni bitishi va quruq yo'tal kuzatiladi, natijada hiqildoqda stenoz rivojlanadi. Ushbu holatlardan tashqari bemorda traxeit, bronxit alomatlari kuzatilishi mumkin.

Adenovirusli infeksiya. Infeksiya manbayi bemor hamda sog'lom virus tashuvchilar hisoblanadi. Infeksiya asosan havotomchi yo'li bilan hamda fekal-oral (alimantar) va suv havzalarida cho'milish vaqtida yuqishi mumkin. Adenoviruslarni 30 ga yaqin serotiplari mavjud. Shu sababli kasallikdan keyin faqatgina kasallik chaqirgan serotipigagina immunitet paydo bo'ladi. Onadan o'tgan passiv immunitet esa bolani olti oyligigacha saqlanib qoladi xolos.

Infeksiya organizmga kirib nafas a'zolarini, oshqozon-ichak, konyunktiva shilliq qavatlarini epitelial to'qima va regionar limfa tugunlarida joylashib tezlik bilan ko'paya boshlaydi. Ushbu to'qimalarni jarohatlab, o'ldirib boshqa sog'lom to'qimalarga tarqala boshlaydi. Asta-sekin qon oqimiga o'tib (virusemiya) yangi sog'lom a'zolar to'qimalarini jarohatlay boshlaydi. Adenovirus infeksiyasi limfoid to'qimalarini jarohatlash xususiyatiga ega bo'ganligi sababli limfa tugunlarini, bodomcha bezlarini, jigar va taloq to'qimalarini kattalashishiga sabab bo'ladi. Bundan tashqari virus organizmdagi epitelial qoplamalarini bar'yer xususiyatlarini buzilishi hamda umum quvvatini pasayishiga olib kelishi natijasida, ikkilamchi bakterial infeksiylarini qo'shilishiga sabab bo'ladi.

Klinik belgilari. Inkubatsion (yashirin) davri 3-9 kungacha. Asosiy klinik belgilari rinit, faringit, tonsillit, konyunktivit alomatlari bilan xarakterlanadi. Adenovirusli infeksiya tana haroratini 38-39⁰C gacha ko'tarilishi, bosh og'rish, umumiy darmonsizlik alomatlari bilan o'tkir boshlanadi. Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda esa kasallik asta-sekin injiqlik, ishtahaning yomonlashishi hamda tana haroratini unchalik yuqori darajada ko'tarilmasligi belgilari bilan kechadi. Tana haroratini ko'tarilib turishi 7-10-14 kungacha davom etadi. Bola tana haroratini ko'tarilib turishi doimiy emas (ko'tarilib, tushib turadi). Tana haroratini tushib ko'tarilganidan keyin kasallikni yangi belgilari paydo bo'ladi. Kasallik kuchli kataral alomatlar, tez-tez quruq yo'tal hamda burun orqali nafasni qiyinlashuvi bilan kechadi. Bolalar yo'talganda, yutinganda, tomoqdagi og'riqdan shikoyat qiladi. Tanglay, bodomcha bezlarining tevarak atroflari qizaradi va shishadi. Halqumni orqa devorlari qizargan, shishgan, shu joylarda esa donachalar paydo bo'ladi, follikulalarida esa oqimtir plyonkasimon qarash paydo bo'ladi. Bo'yin, jag' osti limfa bezlari kattalashadi va paypaslaganda og'riydi. 60-70% bolalarda kasallikni birinchi kunlaridan boshlab ko'z konyunktivasida yoqimsizlik, og'riq, qizarish, shish, yiringlash (konyunktivit) alomatlari kuzatiladi. Konyunktivit alomatlari 6-10 kungacha saqlanib qoladi. Bolada bronxit alomatlari, ko'krak yoshidagi bolalarda esa qorinni damlashi, ich ketish, jigar va taloqni kattalashishi kuzatiladi. Qonda

kasallikni dastlabki davrida biroz leykositlarni miqdorini oshishi, keyinchalik esa leykopeniya va eritrositlarni cho'kish tezligini biroz ko'tarilishi kuzatiladi.

Respirator-sinsitial infeksiya (RS virusli infeksiya). Infeksiya asosan quyi nafas yo'llarini yallig'lantirish xususiyatiga ega. Infeksiya manbayi bemor va RS virusini tashuvchilari hisoblanadi. Bemor virusni kasallikni boshlanish davridan 1-2 kun oldin va kasallikni 4-5 kunlarigacha tashqi muhitga ajratib chiqaradi. Infeksiya havo-tomchi yo'li bilan yuqadi.

Klinik belgilari. Inkubatsion (yashirin) davri 3-7 kungacha. Kasallik rinit, rinofaringit, bronxit, bronxiolit alomatlari bilan kechadi. Rinit, rinofaringit alomatlari tana haroratini subfebril darajasigacha ko'tarilishi, bemor kayfiyatini buzilishi, burundan shilimshiq yoki shilimshiq yiringli suyuqlikni oqishi alomatlari bilan o'tkir boshlanadi. Kasallik yengil, intoksikatsiya alomatlari bilan kechadi. Rinit, rinofaringit belgilari 4-6 kun davomida o'tib ketadi.

Bronxlarni yallig'lanishida esa bemorni kayfiyatini buzilishi, tez-tez, quruq azob beruvchi ayrim bolalarda esa ko'kyo'talga o'xshash xurujsimon yo'tal kuzatiladi. Bir yoshgacha (ayniqsa 6 oylikkacha) bo'lgan bolalarda RS infeksiya asosan bronxiolalarni jarohatlaydi. Kasallik asta-sekin rivojlanadi. Kasallik aksa urish, burundan suyuqlik oqishi, burun orqali nafasni qiyinlashuvi, quruq yo'tal, tomoq yo'llari a'zolarini qizarishi kabi belgilar bilan boshlanadi. Bemorni umumiy ahvoli og'irlashmaydi, tana harorati subfebril yoki me'yorda bo'ladi. Asta-sekin quyi nafas yo'llari simptomlarini kuchayishi, yo'talni ko'payishi, hansirash, sianoz (ko'karish, lablarni va burun, og'iz uchburchagi atroflarida), taxikardiya, bezovtalik, obstruksiya (nafas chiqarishni uzayishi, shovqinli va hushtaksimon chiqishi) hamda nafas yetishmovchiligi alomatlari kuzatiladi.

O'tkir respirator kasalliklarni tashxislash usullari. O'tkir respirator kasalliklarni diagnostikasi asosan klinik kechishi, belgilari, epidemiologik anamnezi hamda laborator tekshiruvlariga asoslanib qo'yiladi. Serologik tekshiruv hamda ekspress tashxis qo'yish uchun immunflyuoressent tekshirish usullari qo'llaniladi. Tashxis qo'yish

epidemiya bo'lmagan holatlarda og'ir bo'lishi mumkin. Ushbu holatlarda kasallikni klinik kechishi va belgilariga asoslanib tashxis qo'yiladi.

Grippga erta tashxis qo'yish uchun klinik belgilariga ya'ni intoksikatsiya alomatlarini kataral alomatlaridan ustunligiga, paragrippda esa kasallikni asta-sekin boshlanishi, klinik belgilari ichida laringit alomatlarini ustunligi ayrim vaqtlarda krup alomatlarini kuzatilishi, adenovirusli infeksiyada esa yuqori darajadagi kataral alomatlar, klinik belgilari orasida asosan faringit, rinit, konyunktivit alomatlari, RS virusda esa asosan bronx va bronxiolalarni yallig'lanishi va bronxoobstruksiya alomatlari kuzatilsa, rinovirusda esa asosan kuchli yaxshi asosli rinoreya kabi alomatlar kuzatiladi.

Davolash va parvarishlash usullari. Ot'kir respirator kasalliklarni davolashda asosan bolani parvarishlash va to'g'ri ovqatlantirish muhim ahamiyatga ega.

➤ Avvalambor, to'shak rejimi tana haroratini me'yorga kelgan kunigacha bo'lishi shart. Xona harorati 20-22 °C lar atrofida bo'lishi kerak, bola uxlayotgan vaqtda xona haroratini 3-4 °C ga pasaytirish maqsadga muvofiqdir. Bola yotgan xonada chekish, uyda har xil tutun paydo bo'lishiga yo'l quymaslik lozim hamda xonani kun davomida 8-10 marotabagacha havosini almashtirib turish kerak. Bola yotgan xonada sanitariya-gigiyena holatiga katta e'tibor qaratish kerak (xonani toza tutish namlab artib turish, begona kishilarni kirishiga yo'l qo'ymaslik va h. k.).

➤ Bemor bolalarga ko'proq miqdorda suyuqliklar tavsiya qilinishi kerak (qaynatib sovutilgan suv, har-xil tabiiy sharbatlar, ya'ni olma, anor, limon, shotut, tarvuz, qizil lavlagi, sabzi), kompotlar, (o'rik, olma, shaftoli, na'matak, qora malina, smorodina).

➤ Ko'krak yoshidagi bolalarni asosiy ovqatini ko'krak suti tashkil qilishi kerak. Ovqatlar asosan sutli, yetarli darajada kaloriyali hamda oqsilga, vitamin va mikroelementlarga boy yengil hazm bo'ladigan va bola yaxshi ko'radiga bo'lishi kerak (go'sht, tuxum, dukkaklilar, ko'katlar, meva va poliz ekinlari).

➤ Bolalarda banka, xantallar qo'yish, yog' va spirt bilan uqalash kabi davolar kasallik ketishiga hech qanday foyda keltirmaydi. Aksincha, allergiya, bezovtalik, uyqusining yomonlashuvi, hamda ishtahasining buzilishiga sabab bo'ladi. Issiq vanna (oyog'ini) hamda bemor bolaning badanini iliq suv bilan tozalab artilib turilsa, bolaga shuncha ma'qul va xavfsiz bo'ladi.

➤ Tomirlarning qisqarishiga olib keladigan tomchi dorilarni iloji boricha ishlatishga harakat qilmaslik kerak, ayniqsa, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga, agarda burundan juda ham ko'p miqdorda shilimshiq suyuqlik ajralib tursa, shunda kasallikning boshlanish davrida 2-3 kun foydalanish kerak. Ushbu dorilarni uzoq muddatda ishlatsak, kapillyarlardan keyingi tomirlarning qisqarishiga, hamda burun shilliq qavatlari shishining kuchayishiga sabab bo'ladi. Agarda quyuproq suyuqlik ajralayotgan bo'lsa, ularni suyuqlashtirish va chiqishini osonlashtirish maqsadida natriy xlorid izotonik eritmasidan 2-4 ml dan kuniga 3-4 marotabagacha tomizib, burun shilliq qavatlari tozalash mumkin. Burun bo'shlig'iga yog'li suyuqliklarni qo'yishga yo'l bermaslik kerak. Zarurat bo'lsa, burun bo'shlig'i, og'izlari atroflariga vazelin surtib qo'yish kifoya. Tarkibida antibiotik saqlovchi suyuqliklar ishlatish maqsadga muvofiq emas, chunki, allergiyaga sabab bo'lishi mumkin. Antigistamin dorilarni faqatgina allergik rinit bo'lgan holatlardagina ishlatish tavsiya etiladi.

➤ Tana haroratini tushiruvchi dorilar. Asossiz bolaning tana haroratini tushurish asoratsiz kechayotgan o'tkir respirator kasalliklarda salbiy oqibatlariga olib kelishi mumkin, ya'ni tana haroratini me'yorga yoki subfebril holatga tushirish bola organizmida interferon moddasini ajralib chiqishini to'xtatib qo'yadi. Tana haroratini tushirish kasallikni o'z vaqtida asoratlarini bilishga to'sqinlik qilibgina qolmay, yana bolaning umumiy ahvolini yolg'ondan biroz yaxshilanganini ota-onalar yaxshi bo'layapti degan noto'g'ri fikrga keladilar. Tana haroratini tushiruvchi dori preparatlari harorat $39,5^{\circ}\text{C}$ dan yuqoriga ko'tarilsa va bola anamnezida febril talvasa holati bo'lsa, ushbu bolalarga 38°C dan oshsa berish tavsiya etiladi. Barcha holatlarda ham bir marta beriladi, berilgan dori $1-2^{\circ}\text{C}$ gacha tana haroratini tushiradi. Oradan 30-40 daqiqa o'tgach,

tana harorati tushmasa, bolaning badanini iliq suv bilan qizartirib uqalash tavsiya etiladi. Harorat tushiruvchi dorini qayta bolaga berish 3-4 soatdan keyin tana haroratini qaytadan ko'tarilishi kuzatilsagina berish tavsiya qilinadi. Bolalar uchun tana haroratini tushiruvchi dorilardan quyidagilar barcha yoshdagi bolalarga berish tavsiya qilinadi: parasetamol, ibufen, ibuprofen, indometatsin.

➤ Viruslarga qarshi preparatlar (leykositar interferon, interferon L2, viferon, anaferon, grippferon va h. k.) faqatgina o'tkir respirtor kasalliklarni boshlang'ich davridan ishlatilsa, kasallikni davolash va oldini olish mumkin. Grippga qarshi immunoglobulin toksik gripp turiga ishlatish tavsiya qilinadi. Bu ham kasallikni boshlanishidan darhol qilinsagina, davo samarasi yaxshi bo'ladi.

➤ Gomeopatik dorilar esa, masalan, aflubin, pnevmodorm va hokazo yallig'lanishga qarshi, tana haroratini tushirishga, hamda immun tizimini stimulatsiya qilishga qaratilgan.

Antibakterial terapiya: faqatgina asorat bilan (bakterial o'choq) yoki bakterial yallig'lanishni o'choqsiz alomatlari (turg'un, uzoq muddatli febril tana harorati, toksikoz, yuqori neytrofilli leykositoz) kuzatilgan taqdirdagina berilishi kerak. Amaliyotda kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, barcha o'tkir respirator kasalliklarda antibiotiklar bakterial asoratlarni oldini olish maqsadida asossiz ishlatiladi. O'tkir respirator kasalliklarda asossiz antibiotiklarni ishlatish ulardan keyin o'tkir zotiljam, otit, angina, piodermiya kabi asoratlar 3 barobargacha ko'payishi ilmiy asoslab berilgan.

O'tkir respirator kasalliklarning oldini olish choralari. Bemorni izolyatsiya qilish katta ahamiyatga ega. Hozirgi vaqtda o'tkir respirator kasalliklarni oldini olish maqsadida bolalar o'rtasida o'ldirilgan yoki tirik vaksinalar qo'llaniladi. Ximioprofilaktikasida eleuterokokk ikki tomchidan 15-20 daqiqa ovqatdan oldin kuniga 2 marta 15-16 kun davomida. Kurs davosini yiliga 3 marotaba o'tkazish maqsadga muvofiqdir. Gripp epidemiyasi davrida sodekor bir choy (5 ml) qoshiqni biroz sovutilgan suvga aralashtirib kuniga 2-3 marotaba ovqatdan 30 daqiqa oldin 3-4 hafta davomida ichish tavsiya etiladi. Bundan tashqari odam leykositar interferon 3-5 tomchidan 3-4 kun davomida burun

bo'shlig'iga kuniga 4-5 marotaba tomizish tavsiya beriladi. Viferon1 chaqaloqlik davridan yetti yoshgacha, viferon2 yetti yoshdan katta bolalarga shamchasidan kuniga ikki marta 5 kun davomida tavsiya beriladi.

Bolalarni bemorlar hamda virus tashuvchilar bilan muloqotda bo'lishlarini oldini olish, ayniqsa, bolalar muassasalarida muhim ahamiyatga ega. Oilada xonalarni toza tutish, tez-tez shamollatib havosini almashtirish, xona haroratini bir me'yorda ushlab, toza havoda ko'proq sayr qilish, bolalarni ratsional ovqatlanishini yo'lga qo'yish, ya'ni limon soki, malina smorodina, shotut, na'matak kompotlari va damlamalarini doimiy iste'mol qilish katta profilaktik ahamiyatga ega. Eng kuchli profilaktik ahamiyatga ega bu bolani chiniqtirish, sovuq havoga chidamliligini oshirishdir. Sportning biror bir turi bilan shug'ullanish (gimnastika, suv sporti va h. k.) maqsadga muvofiqdir.

Koronavirus. Ushbu infeksiya bolalar orasida katta yoshdagilarga nisbatan kam kuzatiladi va kam rivojlangan klinik belgilar bilan kechadi, biroq og'ir asoratli kechish holatlari ham uchrab turadi. Bolalar orasida ushbu infeksiya asosan simptomsiz va yengil kechish xususiyatlariga ega, biroq ular kattalar uchun infeksiya manbayi bo'lib qoladi. Bolalarda infeksiyani yuqishi asosan oilada, maktabgacha tarbiya, maktab va tibbiyot muassasalarida yuqadi.

Klinik belgilari. Kasallik asosan tana haroratini ko'tarilishi, umumiy holsizlik, ko'p terlash, ishtahasizlik, quruq yo'tal, tomoqda og'riq, bosh og'rishi, mushaklarda og'riq, ko'ngil aynishi, qayt qilish, burun bitishi va rinoreya alomatlari bilan kechadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar orasida ko'pincha oshqozon ichak ish faoliyatining buzilishi belgilari kuzatiladi. Kasallikni og'ir kechishi asosan chaqaloqlik davrida kuzatilib zotiljam, sepsis va ensefalit kabi asoratlari bilan kechishi xarakterlidir. Koronavirus ko'pincha bolalarda respirator sinsitial virus, rinovirus, Epshteyna-bar virusi, enteroviruslar, gripp-A viruslari bilan birgalikda uchrashi aniqlangan.

Davolash va parvarishlash. Avvalambor, bemor bolani umumiy ahvolini to'g'ri baholab uy sharoitida izolyatsiya qilish.

➤ Oilada infeksiyani tarqalishini oldin olish ishlariga to'liq rioya qilish.

➤ Bemor yoki bemor bilan muloqotda bo'lgan bolalarni izolyatsiya qilingan xonasini havosi tez-tez almashtirilib turilishi kerak.

➤ Xona o'z vaqtida dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan artib turish kerak.

➤ Xonani me'yoriy tabiiy yorug'lik, harorat va namlik bilan ta'milashga e'tibor qaratish shart.

➤ Idish-tovoqlari o'z vaqtida dezinfeksiyalovchi eritmalar yordamida tozalanib turilishi kerak.

➤ Muloqotda bo'lgan bolani va boshqa oila a'zolarini har kuni telefon, telegram, imo yoki zoom orqali umumiy ahvoli va paydo bo'lgan kasallik belgilari borasida kuzatib boriladi.

Kasallikning oldini olish:

➤ Interferonalfa 2B (tomchi, sprej, gel ko'rinishida) qo'llash kerak.

➤ Vitamin D (1 yoshgacha 1500 ME, 2-5 yoshgacha 2500 ME, 6-17 yoshgacha 3000 ME sutka davomida bir marta ichishga tavsiya beriladi.

➤ Sink 2 yoshgacha bolalarga sutkada 5 mg (0.5 tabletka sutkada), 2-10 yoshlilarga sutkada 10 mg (1 tabletka), 10-17 yoshlilarga 20 mgdan sutka davomida bir marta ichishga beriladi.

➤ Burun va tomoqni kuniga 4-5 marotaba chayib turish.

➤ Sutka davomida 30-35 ml/kg miqdorida suyuqlik qabul qilish.

➤ Sutka davomida 5-6 marotaba yengil hazm bo'ladigan energiyaga, oqsillarga, vitamin va mikroelementlarga boy bo'lgan ovqatlarni istemol qilish kerak. Agarda bola ko'krak suti bilan oziqlanayotgan bo'lsa uni davom ettirish kerak. Agarda sun'iy ovqatlanishda bo'lsa moslashtirilgan aralashmalar bilan ovqatlantirish kerak.

➤ Bolani yoshiga qarab yengil gimnastikalarini o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

➤ Kuniga 2-3 marotaba bola tanasini yengil uqalash ishlarini amalga oshirish kerak.

➤ Hech qanday antibakterial terapiya o'tkazmaslik kerak.

➤ Barcha mushaklar orasiga va vena ichiga o'tkaziladigan manipulyatsiyalardan voz kechish kerak.

➤ Dori-darmonlardan tana haroratini tushirish maqsadida paratsetamol, yo`alda ambroksol, antikoagulyantlar, oksigenoterapiya kabi davolash faqatgina kasallikni o`rtacha og`irligida va og`ir kechganda mutaxassis shifokorlar tomonidan berilgan tavsiyaga asosan qilinishi kerak.

➤ Agarda bakterialinfeksiyani qo`shilganligi isbotlangan taqdirdagina amoksiklav yoki sefalosporinlami 2-3-avlodlarini ishlatilishi maqsadga muvofiqdir.

Tomoq va burundan surtma olish. Havo-tomchi infeksiyalariga (difteriya, meningokok infeksiyasi, ko`koyo`tal, gripp, koronovirus va h.k.) tashxis qo`yish maqsadida ertalab nahorda tomoq va burun shilliq qavatlaridan surtma olinib, zudlik bilan tahlilxonaga yuboriladi.

Bemor boladan surtma olishda uning yuzini yirug`likka qaratib, boshidan ushlab turiladi. Hamshira chap qo`li bilan shpatel yordamida til ildizini bosib bolani og`zini ochadi. So`ng o`ng qo`li bilan maxsus simli tayoqchali steril tampon yordamida tomoq devorlari shilliq qavatlaridan surtma olinib maxsus probirkaga (probirka devorlariga tekizmasdan) solib qo`yiladi.

Burundan esa, har bir katagidan alohida-alohida maxsus simga o`matilgan steril tamponlar burun kataklari ichiga kiritilib surtma olinadi. Buning uchun chap qo`l yordamida burun uchi biroz ko`tarilib maxsus simga o`matilgan tamponni aylana harakatlantirib burun bo`shlig`iga oldinma keyin kiritiladi. Olingan surtmali tampon propirkaning devorlariga tekizmasdan ichiga solinadi.

Bemorning ismi sharifi, surtma olingan sana, vaqt, shifoxona va bo`lim nomi, telefon raqami, yashash manzili va kasallik tashxisi ko`rsatilgan yo`llanma bilan tahlilxonaga tekshiruvga yuboriladi.

Eslatma. Muolajalar och nahorda tishni yuvish, tomoqni dezinfeksiyalovchi eritmalar bilan ishlov berish, dorilarni qabul qilishdan oldin o`tkaziladi. Natijalar 3-5 kundan so`ng tayyor bo`ladi.



Nazorat uchun savollar.

1. O'RVI nima, sabablarini ko'rsating.
2. O'RVI ga xos umumiy belgilarni va har bir kasallikka xos belgilarni aytib bering.
3. O'RVI ni tashxislash va davolash qanday olib boriladi?
4. O'RVI asoratlari va profliaktikasi to'g'risida aytib bering.
5. O'RVI bilan bemorlarga hamshiralik parvarish rejasini tuzing va maqsadini tushuntiring.
6. Gripp kasalligi haqida tushuncha bering.
7. Koronavirus infeksiyasi haqida tushuncha bering.
8. Havо tomchi yo'li bilan yuqadigan kasalliklar bilan og'riغان bemorlarni ko'zdan kechirishni ayting.
9. Havо tomchi yo'li bilan yuqadigan kasallar holatini baholang.

1.7. Poliomyelit

Poliomyelit chaqiruvchisi RNK-saqllovchi viruslar hisoblanib, pikarnavirida oilasiga kiruvchi enterovirus avlodiga mansubdir. Virus tashqi muhitga chidamli, qaynatganda, ultrabinafsha nurlariga va xlorli eritmalar ta'sirida halok bo'ladi. Virus ovqat hazm qilish shiralariga va mavjud antibiotiklarga chidamli hisoblanadi.

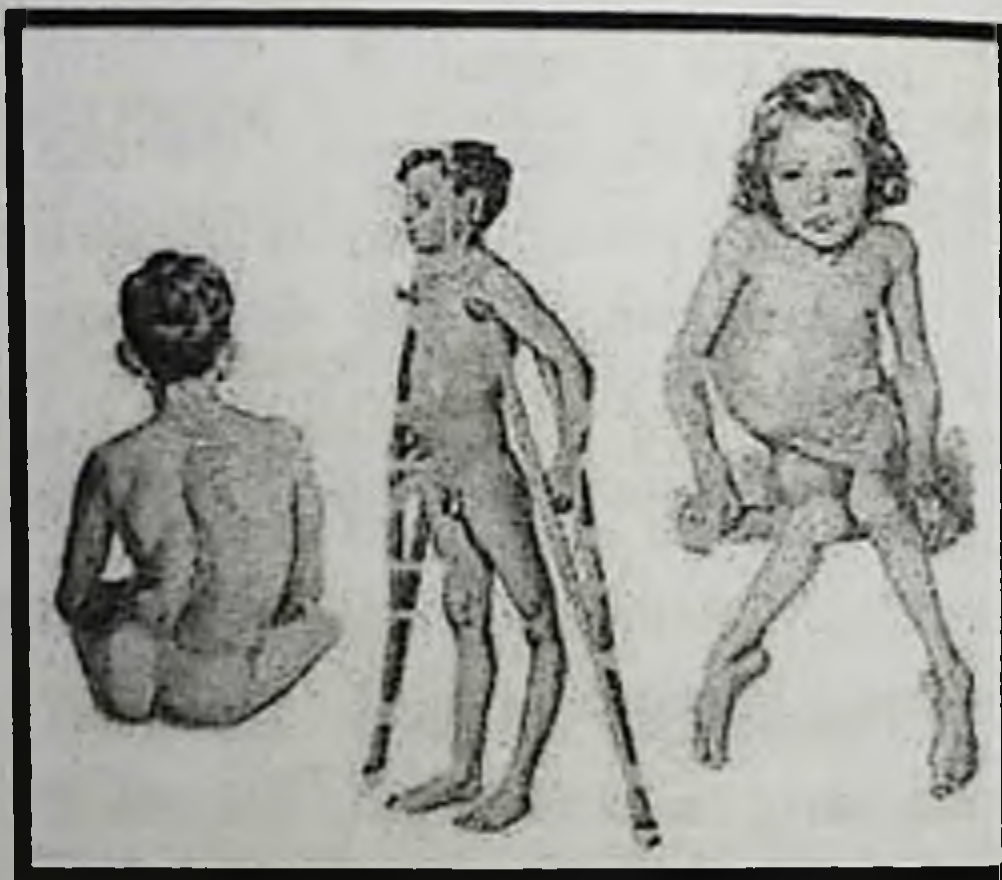
Epidemiologiyasi. Infeksiya manbayi bemor va virus tashuvchilar hisoblanib, u asosan inkubatsion davrini oxirgi 3-5 kunlari va kasallikni boshlanish davrining 3-5 kunlari yuqumli va xavfli hisoblanadi. Bemor axlati orqali bir necha hafta va oylar davomida viruslarni tashqi muhitga chiqarishi mumkin.

Kasallik fekal-oral va havо-tomchi yo'llari bilan yuqadi. Kasallikni yuqish ehtimoli 3 yoshgacha bo'lgan bolalarga juda yuqori bo'ladi.

Kasallikdan keyin turg'un immunitet qoladi. Hozirgi kunda poliomyelit kasalligini yer yuzidan batamom yo'qotish borasida kurash olib borilmoqda. Bizning mamlakatimizda ham ushbu kasallikka qarshi emlash kunlari o'tkazilib, hozirgi yillarga kelib poliomyelit kasalligi ro'yxatga olinmayapti.

Infeksiya burun-halqum, oshqozon-ichak trakti, nafas yo'llari orqali kirib ichaklarda, regionar limfa to'qimalariga ko'payib, so'ngra qonga o'tib orqa miyani oldingi shoxlari va markaziy asab tizimining boshqa bo'limlarini yallig'laydi.

Poliomyelit kasalligi atipik (markaziy asab sistemasi zararlanmagan virus tashuvchilar), va tipik, ya'ni markaziy asab tizimini zararlanishi bilan (paralich va paralichsiz turlari) kechish xususiyatlariga ega. Ushbu kasallik yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir hamda ikkilamchi bakterial infeksiya qo'shilib turli xil asoratlar bilan kechishi mumkin.



Klinik belgilari. Hozirgi vaqtda poliomyelit kasalligi asosan (90-95%) yengil, simptomlarsiz kechishi kuzatilmoqda. Kasallik davrlarini tipik kechishi yashirin 2 kundan to 21 kungacha (asosan 5-14 kun), paralich oldi (1-6 kun) paralich, tuzalish va kasallik asoratlaridan iboratdir.

Kasallik intoksikatsiya alomatlari bilan o'tkir boshlanib, tana harorati 2 davr ko'rinishida, ya'ni birinchi ko'tarilishi paralichdan oldingi davrda va ikkinchi marta paralich davrida ko'tarilishi kuzatiladi. Kasallikni kataral alomatlari rinit, traxeit, bronxit belgilariga xos

ko'rinishida bo'ladi. Dispeptik alomatlari esa qayt qilish, ich ketish, qorinning dam bo'lishi va og'riq kabi belgilar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bolada nevrologik o'zgarishlar, harakatsizlik, terida giperesteziya, meningial alomatlar, periferik parez va paralichlar, titrash, nistagm, talvasa, mimikani buzilishi kabi belgilar kuzatiladi.

Emlangan bolalarda poliomyelit kasalligi yengil darajali parez holatlari kuzatilib to'liq tuzalib ketadi.

Laborator tashxislash. Virusologik tekshiruv o'tkaziladi. Albatta, bemor axlatida virus aniqlanadi. Serologik tekshiruvda bemorni qon zardobida poliomyelit virus antitelosi titrini o'sib borishi kuzatiladi. Umumiy qon tahlilida esa neytrofilli leykositoz kuzatiladi. Orqa miya punksiyasida serozli o'zgarishlar kuzatiladi.

Davolash va parvarishlash. Poliomyelit kasalligini davolash simptomlari va sindromlariga qarab amalga oshirilib boriladi. Bemor 2-3 hafta davomida to'shak rejimida yotadi. Unga to'liq tinchlik, parafin qo'yiladi va ozokrit terapiyasi o'tkaziladi. Vitaminlar, askorbin kislotasi, vitamin B₁, B₁₂ buyuriladi. Bemor bolaga uqalash, davo gimnastikasi, UVCH terapiya o'tkaziladi.

Dispanser kuzatuvi. 6-12 oy davomida olib boriladi. Kuzatuv nevropatolog, ortoped va LFK shifokorlari bilan birgalikda olib boriladi.

Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar. Bemorni 40 kun davomida alohidalash. Barcha emlanmagan va muloqotda bo'lgan bolalarni zudlik bilan emlash (1 marotaba). Emlashga qarama-qarshilik mavjud holatlarda mushaklar orasiga donorli immunoglobulin yuboriladi. Vaksinatziya qilinmagan bolalar 21 kun alohidalanib, klinik kuzatuv va tana harorati o'lchab boriladi. O'choqda joriy va yakuniy dezinfeksiya ishlari amalga oshiriladi. Bemorni kiyimlari, idish-tovoqlari, o'yinchoqlari, choyshablari qaynatiladi.

Profilaktikasi. Bola tug'ilgan kunining 2-5-kunlaridan boshlab to 7 yoshgacha intervallar bilan (OPV) emlanib boriladi. (2-5 kunligida, 2-3-4 oyligida, 16 oyligida va 7 yoshida emlanadi).

1.8. Meningokokk infeksiyasi

Etiologiyasi. Chaqiruvchi meningokokk (*neisseria*, meningitidis), grammanfiy diplokokk. Ular tashqi muhitga chidamsiz, tez o'ladi. Biroq, bola organizmida kuchli endotoksin ishlab chiqaradi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya mabayi bemor (asosan, kasallikning boshlang'ich davri) va bakteriya tashuvchi odamlar hisoblanadi. Bemor yoki bakteriya tashuvchilardan infeksiya havo tomchi yo'li bilan sog'lom bolaga yuqadi. Ko'proq 3 yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Meningokokk infeksiyasi bilan kasallanish asosan, kasal kishi bilan uzoq va yaqin muloqotda bo'lgandan keyin sodir bo'ladi.

Patogenezi. Infeksiya bola organizmiga tomoq, burun orqali kirib, kasallikning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Infeksiya shilliq qavatlarini mahalliy to'siqlaridan o'tib, limfa yo'llari orqali qon oqimiga tushadi va leykositlar tomonidan ushlanib, butun organizmga tushadi. Agarda bola organizmida mahalliy T va B tizimi immunitetlari past bo'lsa hamda bolada yo'ldosh kasalliklar mavjud bo'lsa, kasallik namoyon bo'ladi. Ayrim bolalar esa, kasallanmay bakteriya tashuvchilarga aylanadilar. Meningokokk infeksiyasi gematoensefalitik to'siqdan o'tib miyani yumshoq qavatini yallig'laydi. Markaziy asab tizimining zararlanishiga infeksiyalar ishlab chiqargan toksinlari hamda allergik ta'sirlar muhim rol o'ynaydi.

Tasnifi. Meningokokkli nazofaringit, meningit, meningoensefalit, meningokokksemiya. Meningokokk infeksiyasi yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir va asoratli (o'tkir buyrak usti bezi yetishmovchiligi, ependimatit, miya shishishi, zotiljam, yiringli otit, artrit, qon tomirlarda qonning ivishini buzilish sindromi) kechish xususiyatlariga ega.

Kasallikning klinik belgilari. Kasallikni yashirin (inkubatsion) davri 1-7 kundan iborat. Kasallikning avj olish, qayta kuchayishi, tuzalish davrlarini kechishi, kasallikning og'irligi va turiga bog'liq. Meningokokkli nazofaringit asosan bemor bilan muloqotda bo'lganligi hamda burun-halqum shilliq qavatlaridan olingan bakteriologik tekshiruvlarni musbat natijasi asosida aniqlanadi. Meningokokksemiya yoki meningokokkli sepsis bola uchun o'ta xavfli hisoblanadi.

Kasallik belgilari og'ir intoksikatsiya va urtikar yoki makulapapullyoz toshmalaridir. Toshmalar gemorragik xarakterga ega. Kasallikning birinchi kunlaridan boshlab, toshma elementlari oyoqning boldir, to'piq qismlarida va dumba sohasida, keyinchalik esa, oyoq-qo'llarni boshqa sohalarida, yuz va badanning turli joylarida paydo bo'ladi. Toshmalar ovalsimon yoki yulduzchasimon qoramtir ko'kargan ko'rinishga ega bo'lib, ayrim vaqtda bir-birlari bilan qo'shib ketadi. Meningokokksemiyada bug'imlar (poliartrit), ko'z (uveit, iredosiklit, panoftalmit), yurak (kardit), jigar (gepatorenal sindromi), buyrak (pielit, glomerulonefrit), buyrak usti bezi yetishmovchiligi holatlari kuzatilishi mumkin.



Meningokokkli meningitda yuqori intoksikatsiya alomatlarini, bosh og'rishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, meningial va o'choqli simptomlar kuzatiladi. Bolalarda talvasa, katta liqildoqni shishishi, bola boshini orqaga tashlab, oyoqlarini qorin tomonga bukib yonbosh bo'lib yotadi. Meningitda 10% gacha bolalar o'rtasida o'lim sodir bo'lishi mumkin.

Tashxislash usullari. Kasallikni kechishi, klinik belgilari, epidemiologik anamnezi muhim ahamiyatga ega. Bemorni burun va halqum shilliq qavatlaridan meningokokk infeksiyasiga surtma olish. Qon va orqa miya suyuqligini bakterioskopik tekshirish. Burun-halqum shilimshig'i, qon va orqa miya suyuqligini ekib bakteriologik tekshirish va serologik tekshirish.

Qonda leykositoz, neytrofiloz, eritrositlar cho'kish tezligini oshishi kuzatiladi.

Davolash usullari. Barcha meningokokk infeksiyasiga chalingan bolalar zudlik bilan shifoxonaga yotqizilishi kerak. Bemorga kechiktirmasdan gematoensefalitik to'siqdan yaxshi o'tuvchi, ya'ni

sefalosporin (III-IV avlodlari), eritromitsinni yangi avlodlari qatoridagi antibiotiklar, levomitsitin 7-10 kun davomida yuqori miqdorda berilishi yaxshi natija beradi. Buyrak usti bezi yetishmovchiligida vena ichiga 10% li glyukoza eritmasi tomchilab yuboriladi. Gormonlardan prednizolon 5-10 mg/kg, gidrokortizon 20-30 mg/kg miqdorda 3-5 kun davomida beriladi. Shular bilan birgalikda kasallik simptomlariga qarab davo choralarini o'tkazish bilan mahalliy davo, ya'ni burun va halqumni antiseptik suyuqliklar bilan chayib turish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Bemor bolalarni parvarishlash va kuzatish. Meningokokk infeksiyasi bilan og'rikan bolalarni parvarish qilishda sanitar-gigiyenik qoidalariga qat'iy rioya qilish zarur. Shu bilan birgalikda tibbiy hamshiralar, hamshiralar va xizmatchi xodimlar shaxsiy ehtiyotkorlik qoidalariga rioya qilishlari lozim. Tibbiy hamshiralar, hamshiralarning bemorlarga qaratilgan e'tibor va g'amxo'rliklari bemor bolalarni tezroq tuzalishlariga ishonchini mustahkamlaydi. Hamda ularni ishtahasini, kayfiyatini, uyqusini yaxshilashga yordam beradi. Shu bilan birgalikda hamshiralar, hamshiralar, shifokor tomonidan buyurilgan davo muolajalarini va laborator tekshirishlarni o'z vaqtida bajarib borishi bemorni tezroq tuzalishi uchun o'ta muhim hisoblanadi.

Tibbiyot hamshirasi bemor bolani to'shak va ovqatlanish rejimiga, hamda kiyinish tartibiga qat'iy rioya qilinishi, xonani toza, ozoda, saramjon tutish, havosini tez-tez yangilash, yotish choyshablarini o'z vaqtida almashtirish hamda shirin so'z va yaxshi munosabat orqali bemor bola kayfiyatini ko'tarishi kerak. Bemor bola terisini va shilliq qavatlarini tozaligini doimo kuzatib borish lozim. Hamshira bemorni pulsi, nafasini, tana haroratini, qon bosimini, ko'z, og'iz-burun shilliq qavatlarini, axlat va siydik ajratishlarini doimiy ravishda kuzatib borishi zarur. Og'iz bo'shlig'ini doimiy ravishda antiseptik dorilar yordamida chayish, tish va milklarni toza tutish kasallikni tez sog'ayishi uchun muhim ahamiyatga ega. Shilliq qavatlarni avaylab artish, yuvish yoki chayish yo'llari bilan parvarishlanadi. Og'iz shilliq qavatlari 3%li natriy bikarbonat eritmasi bilan (tishlar, milklar, til va h. k.), toza steril tampon yoki bint bilan avaylab artiladi. Avval lunj shilliq qavatlari, milklarni tashqi tomoni, tishlar, so'ngra boshqa tampon yordamida, tishlarni

шрлш yuzasi va til artiladi. Yuvish maqsadida rezina ballon ishlatiladi. Og'iz maxsus idish ustida natriy bikarbonat, eritmasi bilan yuviladi. Hamshira zarur bo'lgan barcha holatlarni yaxshi bilishi va zudlik bilan yordam bera olishi kerak (talvasa, ko'karish, bo'g'ilish, hushdan ketish, kuchli alahsirash, pulsni yomonlashuvi, qon bosimini pasayishi yoki ko'tarilishi, to'satdan bezovtalanish, asabiylashish va h. k).

O'choqda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar. Bemorni to'liq klinik va bakteriologik tuzalganicha izolyatsiya qilish zarur. Muloqotda bo'lgan barcha odamlarga nisbatan 10 kun davomida karantin e'lon qilish lozim. Ularni umumiy ahvolini, tana haroratini har kun sinchiklab, shoshqoloqlik qilmasdan kuzatib borish kerak. Ikki marta (3-7 kun oralig'ida) burun-halqumdan bakteriologik surtma olib laboratoriyaga jo'natish kerak.

Agarda meningit, meningokokksemiya formalari bilan kontakda bo'lgan barcha odamlarga 2 kunlik ximioprofilaktika o'tkazish lozim (rifampitsin yoki seftriakson yoki siprofloksatsin). Har kuni bemor yotgan xona 0,1% li xlorli eritmalar bilan dezinfeksiya qilinishi hamda havosini bir necha marta almashtirib turish zarur. Maxsus profilaktikasi (vaksinatsiya) meningokokk vaksinalari 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga, tug'ma immuntanqisligi bo'lgan bolalarga epidemiologik holatiga qarab qilinadi.

Orqa miya suyuqligini olish. Ushbu muolaja boshqa nomga ega – lumbal punksiya, aksariyat hollarda u nevrologiyada miya suyuqligini olish va uni tahlil qilish orqali yakuniy tashxis qo'yish uchun ishlatiladi. Jarayonning o'ziga xos ko'rsatmalari va xususiyatlari mavjud.

Lumbal punksiya lidokain bilan dastlabki lokal og'riqsizlantirish bilan amalga oshiriladi. Anesteziya tufayli in'ektsiyaning o'zi deyarli og'riqsizdir.

Eng boshidanoq, manipulyatsiyadan so'ng, bemorga kamida 18 soat davomida mutlaq yotoqda dam olish buyuriladi. Bundan tashqari, bemorga ko'p miqdorda iliq suv ichish tavsiya etiladi.

Texnikasi:

➤ Bemor kerakli holatni egallaydi: yon tomonda yotib, tizzalarini egib, boshini ko'kragiga bosadi yoki o'tiradi, orqasini oldinga egadi.

- Punksiya joy spirt bilan ishlov beriladi.
- Teshilish joyini aniqlash: bolalarda – IV-V bel umurtqa sohasi.
- Mahalliy og'riqsizlantiruvchi vosita kiritiladi (novokain yoki lidokain).
- Anesteziyaning ta'sirini 2-3 daqiqa kutgandan so'ng, orqa miyaga punksiyon igna kiritiladi. To'g'ri kiritilsa, shifokor uning dura mater sohasiga tushishini his qilishadi.
- Teshilish joyiga steril bog'lam qo'yiladi.



Nazorat uchun savollar.

1. Poliomiyelet kasalligi sabablari va turlarini ayting.
2. Poliomiyelet kasalligi belgilari, tashxisot usullarini ayting.
3. Poliomiyelet kasalligini davolash va emlash usullarini ayting.
4. Poliomiyelet kasalligini maxsus profilaktikasini ayting.
5. Meningokokk infeksiyasining yuqish yo'llari, kasallik manbai haqida so'zlab bering.
6. Meningokokk infeksiyasi klinik turlari va belgilarini ayting.
7. Meningeal simptomlarga nimalar kiradi.
8. Meningokokk infeksiyasining tashxislashni ayting.
9. Meningokokk infeksiyasining davosi va profilaktikasini ayting.
10. Meningokokk infeksiyali bemor bolalarni parvarishlash xususiyatlarini ayting.
11. Meningokokk infeksiyasini maxsus profilaktikasini ayting.
12. Meningokokk infeksiyasida epidemiyaga qarshi chora tadbirlarni ayting.

1.9. Difteriya

Difteriya (bug'ma)—o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, asosan yuqori nafas yo'llarining mahalliy yallig'lanishi, fibrinoz parda hosil bo'lishi, yurak-qon tomir, asab tizimlari ish faoliyatlarining buzilishlari hamda umumiy intoksikatsiya alomatlari bilan xarakterlanadi.

Kelib chiqish sabablari. Difteriyani grammusbat *Corinebacterium diphtheria* (Lyoffler tayoqchasi) chaqiradi. Tashqi muhitga chidamli, qaynatganda va xlor saqlovchi eritmalar ta'sirida o'ladi. Toksigen hamda toksigen bo'lmagan mikroblar mavjud.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bemor hamda toksigen mikroblar turini burun-halqumda va terisida tashib yuruvchi odamlar hisoblanadi. Infeksiya asosan havo-tomchi yo'llari, muloqot orqali yuqishi mumkin. Infeksiyani yuqishi bola organizmidagi difteriyaga qarshi antitoksik immunitetga bo'liq. Asosan (80%) emlanmagan bolalar kasallanadi. Kasallikdan keyin qoladigan immunitet turg'un emas, qayta kasallanishi mumkin. Emlangandan keyin qoladigan antitoksik immunitet kasallik yuqishiga qarshi to'siq bo'la olmaydi, lekin kasallik yengil o'tadi. Infeksiya burun, yuqori nafas yo'llari, ko'z, jinsiy a'zolar shilliq qavatlarida hamda jarohatlangan teri orqali bola organizmiga kiradi. Shu joylarda infeksiya ko'payadi va o'zidan ekzotoksin ajratib chiqara boshlaydi. Ishlab chiqarilgan ekzotoksinlarni shilliq qavatlariga ko'rsatadigan toksik ta'siri natijasida to'qimalarni nekrozga uchratib fibrinozli plyonka hosil qiladi. Toksinlar ta'sirida ko'proq yurak, periferik asab tizimi, buyrak, buyrak usti bezi jarohatlanadi. Toksinlar bola organizmidagi qon tomirlarni endoteliy qismini jarohatlab, qon aylanishini buzilishiga hamda kekirdak mushaklarini spazmiga sabab bo'ladi.

Joylashuvi bo'yicha halqum, kekirdak, teri, quloq, ko'z va jinsiy a'zolar difteriyasi kuzatiladi. Asoratsiz va asoratli (asfiksiya, zotiljam, infeksiyon-toksik shok, toksik shish, yumshoq tanglay parezi, falajlanishi, miokardit, toksik difteriya nefrozi) kechadi.



Klinik belgilari. Kasallikni yashirin davri 12 kungacha cho'zilishi mumkin, o'rtacha 3-8 kun davom etadi. Kasallik intoksikatsiya alomatlari (bosh og'rishi, rinit, faringit, tonsillit, laringit belgilari, holsizlik, injiqlik, ishtaha va uyqusini buzilishi, yutinishda og'riq va h. k.), tana haroratini 38-40 °C gacha ko'tarilishi kabi simptomlar bilan o'tkir boshlanadi. Ushbu kasallik alomatlarini 2-3 kunlariga borib kuchayishi hamda difteriyaga xos tanglay va bodomcha bezlaridaplyonka hosil bo'ladi. Plyonka kasallikni birinchi kunlarida yupqa va tez ajraladigan bo'ladi. Keyinchalik oq kulrang rangga o'tib, yaltiroq ko'rinish tus oladi. Plyonka shilliq qavatdan ko'tarilib turadi, unga mahkam yopishgan hamda ajratish qiyin bo'ladi, ajratgandan keyin o'mi qonaydi va o'rniga yana yangidan hosil bo'ladi. Olingan plyonka suvga solinsa u cho'kadi, ishqalasa ezilmaydi.

Kataral alomatlar toksik difteriyada limfaadenit va bo'yin to'qimalarida shish alomatlari kuzatiladi. Bo'yindagi to'qimalar shishi kasallikni kechishi va og'irligiga qarab uchta darajaga bo'linadi. Birinchi darajasidagi shish bo'ynini o'rtasigacha tarqalgan bo'ladi. Ikkinchi darajasida shish o'mrov suyagigacha tarqaladi, uchinchi darajasida esa o'mrov suyagidan pastga tarqalishi kuzatiladi. Hiqildoqni jarohatlanishi esa difteriyali bo'g'ilishga hamda asfiksiyaga sabab bo'ladi. Difteriya emlangan bolalarda yengil, lokal ko'rinishda kechadi. Bemor bolada o'rtacha yoki yengil intoksikatsiya alomatlari biroz tana haroratini ko'tarilishi, burun-halqum shilliq qavatlarini qizarishi, yengil limfaadenit alomatlari bilan kechadi. Ushbu paytda tashxis

epidemiologik anamnez va bakteriologik tekshiruvlar natijalariga asoslanib qo'yiladi.

Asoratlari. Asl krup, asfiksiya, zotiljam, infeksiyon toksik shok, toksik shish, mononevritlar, miokardit, difteriyali toksik nefroz, buyrak usti bezi yetishmovchiligi ko'rinishlarida kuzatilishi mumkin.

Tashxisoti. Difteriya kasalligini klinik belgilariga, epidemiologik anamneziga, eng avvalo laboratoriya tekshiruvlari (bakteriologik, serologik) natijalariga asoslanib tashxis qo'yiladi. Difteriyaga tashxis qo'yishda eng avvalo bakteriologik tekshiruv natijasi asosiy rol o'ynaydi. Tekshiruv o'tkazish uchun halqum, burun va boshqa zararlangan joylardan steril tampon yordamida shilliq olinib, difteriya tayoqchasi aniqlanadi. Ushbu tekshirishda difteriya tayoqchasini toza kulturasida ajratib olish va mikrobnii toksigenligini aniqlash lozim.



Bakteriologik tekshirish maqsadida olinadigan shilliqni olish uchun quyidagilarga amal qilish zarur:

➤ Materialni to'g'ri olish. Ko'rish nazorati ostida steril tampon og'iz bo'shlig'ini boshqa shilliq qavatlariga tekkizdirilmasdan karash qirg'og'idan shunday yuborilish kerakki tamponda keraklicha shilimshiq bo'lsin.

➤ Bemor bolani og'iz muhitlari ertalab ovqatlangandan so'ng yaxshilab chayilib, so'ngra 2 soatdan keyin barcha mavjud tavsiyalarga mos ravishda tayyorlanishi shart.

➤ Olingan material 2-3 soat ichida kechiktirmasdan bakteriologik laboratoriyaga topshirilishi kerak.

➤ Aniq tashxis qo'yish uchun odatdagi Lyoffler muhitidan tashqari maxsus Klayberk muhitidan ham foydalaniladi.

Serologik usul esa agglyutinatsiya reaksiyasi (AR) va sust gemagglyutinatsiya reaksiyasi (PJAR) ni qo'yishdan iboratdir. Agglyutinatsiya reaksiyasi kasallikni birinchi kunlari olingan qonning qo'shaloq zardoblari bilan hamda takroran 7-10 kunlaridan keyin o'tkaziladi. Tashxis qo'yish uchun 1:80 va undan yuqori titri yetarli hisoblanadi.

Sust gemagglyutinatsiya reaksiyasi yuqori sezgirlikka ega. U qon zardobidagi antitoksin miqdorini aniqlashda qo'llaniladi.

Bemor qonida antitoksin ko'rsatgichi bo'lmasa yoki past bo'lsa, (0,03 XB/ml dan kam bo'lsa), difteriyaga qarshi zardob kiritilgunga qadar kasallikni birinchi 3-5 kunlarida SHIK reaksiyasi qo'llaniladi. Ushbu reaksiya bemor bolalarda odatda ijobiy bo'ladi.

Difteriya tashxisida qonni umumiy tahlilidagi o'zgarishlar, ya'ni leykositoz, eritrositlarni cho'kish tezligini oshishi va boshqa o'zgarishlar hal qiluvchi ahamiyatga ega emas, chunki ushbu o'zgarishlar angina va boshqa kasalliklarda ham uchraydi.

Qiyosiy tashxisoti. Halqum difteriyasini follikulali lakunarli va flegmonozli anginalar, yuqumli mononukleoz, leykoz va agranulositoz kasalliklarida uchraydigan angina kabi kasalliklar bilan taqqoslash zarur.

Follikulali anginada bodomcha bezlarida kulrang oqish yoki sariqroq oqchil ko'rinishidagi yiringli o'zgarishlar kuzatiladi. Lakunar anginada esa bodomcha bezlari kattalashib, unda oson olinadigan yiringli o'zgarishlar kuzatiladi. Anginaning ushbu turlarida juda yuqori tana harorati, yutinishda kuchli og'riq, tanglaylar sohasida o'ta kuchli qizarishlar, limfa tugunlarida og'riq kuzatiladi.

Yuqumli mononukleozda asosan bo'yin orqa sohasidagi limfa tugunlar, jigar, taloqni kattalashuvi, qonda kuchli leykositoz, bitta yadroli to'qimalar, ya'ni limfositlar va monositlar sonining ko'payib ketishi hamda eritrositlarni cho'kish tezligini oshishi muhim diagnostik ahamiyatga egadir.

Difteriyali krup boshqalardan (yolg'on krup, yuqori nafas yo'llari stenozi, laringit, astma, hiqildoq va traxeyadagi yot jismlar, halqumdagi

absess) farqi bo'g'ilishni davomiyligi (doimiy, uzoqroq), siklik kechishi va ovoz uzilishini kuchayib borishi bilan farqlanadi. Hamma vaqt hiqildoqni yallig'lanishi plyonkali angina bilan birgalikda kuzatiladi. Laringoskopiya kasalliklarni taqqoslashda muhim ahamiyatga ega.

1.9.1 - Jadval

Difteriyaga qarshi antitoksik zardobni miqdori (ming antitoksik birlikda)

Kasallik shakli	Kasallikni boshlanishini 1-chi kundagi miqdori	2-chi kundagi miqdori	3-chi kundagi miqdori
<i>Halqum difteriyasining lokalizatsiyalangan shakli:</i>			
O'choqli	10.000 XB	Agarda shilliq qavatlarda parda qolsa yoki kuchaysa yana 10.000 XB yuboriladi.	
Pardali	20-40.000 XB bir marotaba		
Tarqalgan shakli	30-50.000 XB bir marta	30-50.000 XB bir marta	80-100.000 XB bir marta
Subtoksik shakli	60.000 XB ikki marta 12 soatda	60.000 XB bir marta	100-150.000 XB bir marta
Toksik shakli: I-darajali	60-80.000 XB har 12 soatda	60-80.000 XB bir marta	
II-darajali	80-100.000 XB ikki marta har 8 soatda	80-100.000 XB ikki marta har 12 soatda	
III-darajali	100-150.000 XB ikki marta har 8 soatda	100-150.000 XB ikki marta har 12 soatda	
Gipertoksik shakli	120-150.000 XB ikki marta har 8 soatda	120-150.000 XB ikki marta har 12 soatda	120-150.000 XB bir marta
<i>Lokalizatsiyalangan difteriya:</i>			
Burun difteriyasi	10-15.000 XB bir marta	10-15.000 XB bir marta	
Jinsiy a'zolar difteriyasi	10-15.000 XB bir marta	10-15.000 XB bir marta	
Ko'z difteriyasi	10-15.000 XB bir marta	10-15.000 XB bir marta	

Teri difteriyasi	10-15.000 XB bir marta	10-15.000 XB bir marta	
------------------	------------------------	------------------------	--

Davolash va parvarishlash usullari. Barcha difteriya bilan kasallangan bolalarni yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilishi maqsadga muvofiq. Bemor bolalar kasallikni o'tkir davrida to'shak rejimiga rioya qilishlari zarur. Ayniqsa difteriyani asoratli kechishida bemor bolalarga katta e'tibor berish kerak.

Bemor bola ovqati yetarli darajada oqsillarga, yog'larga, uglevodlarga, vitaminlarga, mikroelementlarga ega, yuqori kaloriyali tez va yengil hazm bo'ladigan yarim suyuq va suyuq holatlarda bo'lishi kerak. Yumshoq tanglayda parez holati kuzatilgan holda esa ovqat zond orqali beriladi.

Bemor bolani davolashda difteriyaga qarshi zardobni yoki antitoksinni iloji boricha qancha tezroq va yetarli miqdorda yuborilsa shuncha yaxshi samara beradi. Difteriyaga qarshi zardobni miqdori kasallikni shakli, og'irligiga qarab har xil bo'ladi.

Difteriyaga qarshi zardob yuborish:

➤ Difteriyaga qarshi zardob avval bemorni terisi ostiga 0,1 ml miqdorida yuboriladi.

➤ Oradan 30 daqiqa o'tgandan so'ng bemorning mushaklari orasiga 0,2 ml miqdorida qaytadan difteriyaga qarshi zardobdan yana yuboramiz.

➤ Shundan keyin hech qanday reaksiya alomatlari kuzatilmasa kerakli zardob miqdori 1 soat o'tgach mushaklar orasiga yuboriladi.

➤ Difteriyaga qarshi zardob olgan bemorni umumiy ahvol 24 soat davomida kuzatib boriladi.

➤ Zardob yuborishdan oldin 37-39°C gacha qizdiriladi

Bemor bolalarda antibiotiklar 2 hafta davomida yuboriladi. Penitsillin 150-200 mg/kg tana vazniga yoki makrolidlar: eritromitsin 150 mg/kg, klaritromitsin 10-15 mg/kg sutka davomida yuboriladi. Toksigen bo'lmagan difteriya tayoqchasini tashib yuruvchilarga ham ushbu antibiotiklar 7-8 kun davomida buyuriladi. Bundan tashqari nafas

buzilishiga qarshi kurashish (iliq muomala, issiq vanna, bug'li ingalatsiya) muhim ahamiyat kasb etadi.

Organizmdan toksik moddalarni tezroq chiqarish maqsadida vena ichiga glyukoza, neogemodez, neokompensan, glyukoneodez, aminodez kabi suyuqliklarni asta-sekin yuborish maqsadga muvofiq. Bemorga vitaminlar (C, A, B guruhlar) hamda asoratlarini davolash uchun davochoralari qo'llaniladi. Kasallikni toksik va gipertoksik turlariga oksigenoterapiya muhim ahamiyatga egadir. Konservativ davolash foyda bermasa, difteriya etiologiyali krupda intubatsiya qo'llaniladi. Agarda ushbu muolaja ham yordam bermasa traxeostomiya qilinadi.

Oldini olish va o'choqda o'tkaziladigan chora-tadbirlar:

➤ Bemor va bakteriya tashuvchilar zudlik bilan izolyatsiya qilinishi kerak.

➤ Muloqotda bo'lgan kishilarga bemor bilan bo'lgan vaqtdan boshlab 7 kungacha karantin e'lon qilinadi.

➤ Muloqotda bo'lganlarni har kuni tana haroratini o'lchash, LOR ko'rigi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarini ko'zdan kechirish hamda burun va halqumdan difteriya tayoqchasiga surtma olish ishlari amalga oshiriladi.

Difteriyaga qarshi kurashishda maxsus profilaktika, ya'ni emlash asosiy o'rinni egallaydi. Emlashda tibbiy hamshira va hamshiraning mas'uliyati asosiy rol o'ynaydi. Chunki emlash ishlarini to'g'ri tashkil qilish va emlash haqidagi ko'rsatmalarni puxta bajarish eng asosiy masala bo'lib, o'tkazilgan emlash samarasi xuddi shu ko'rsatmalarga bog'liqdir. Maxsus profilaktikasi bolani 2 oyligidan boshlab difteriyali anatoksin (AKDS, ADS-M, ADS) muskullar orasiga yuboriladi. (Profilaktik emlash jadvaliga qarang). O'choqda bemorlarni o'z vaqtida aniqlash, alohidalash hamda bakteriya tashuvchilarni shifoxonaga yotqizish tadbirlari o'tkazilishi lozim. Ushbu jarayondan keyin o'choqda dezinfeksiya tadbirlari o'tkaziladi. Bemor bolani idish tovoqlari, kiyim-kechaklari va yotoq choyshablari 15-20 daqiqa davomida 2 % li natriy bikarbonat eritmasiga yoki 1 % li sovunli suvga qaynatiladi yoki 1,5 soat davomida 3 % li xloramin eritmasiga botirib qo'yiladi. Bemor bola o'yinchoqlari esa qanday materialdan yasalganligiga qarab

zararsizlantiriladi. Bemor yotgan xonadagi pol, mebel va boshqa buyumlar esa 0,5 % li xloramin yoki 0,2 %li xlorli ohak eritmalari bilan artiladi. Yakuniy dezinfeksiya 1 % li xloramin eritmasi bilan o'tkaziladi. Emlanmagan bolalarga difteriyaga qarshi bir marotaba 0,5 ml miqdorida antitoksin mushaklar orasiga yuboriladi. Bakteriya tashuvchilar esa shifoxonaga yotqizilishi maqsadga muvofiqdir. Ularga nisbatan mahalliy davo choralari qo'llaniladi. Agarda mahalliy davo yordam bermasa 7-10 kun davomida eritromitsin qatoridagi antibiotiklar qo'llaniladi. O'choqda dezinfeksiya chora-tadbirlarini o'tkazish muhim ahamiyatga ega.

Nazorat uchun savollar.

1. Difteriya etiologiyasi, epidemiologiyasi va klinik formalarini ayting.
2. Bolalarda difteriyaning kechish xususiyatlarini ayting.
3. Difteriyadagi krupning soxta krupdan farqini ayting.
4. Difteriyaning maxsus davosini ayting.
5. Difteriyaning maxsus profilaktikasini ayting.
6. Difteriyada bemor muammosini aniqlab, parvarish rejasini tuzing.
7. Difteriya infeksiyasida epidemiyaga qarshi kurash chora-tadbirlarni ayting.

1.10. Qizamiq

Chaqiruvchi – Paramyxoviridae oilasiga kiruvchi Morbilli virus hisoblanib, o'ta uchuvchan, tashqi muhitga chidamsiz, tez halok bo'ladi. Lekin shu bilan birgalikda juda uchuvchanligi sababli uzoq masofalardan turib yuqish xususiyatiga egadir.

Qizamiq o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, yuqori nafas yo'llarini yallig'lanishi, yuqori darajadagi intoksikatsiya alomatlari, bosqichli toshmalar toshishi va siklik kechishi bilan xarakterlanadi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai faqatgina qizamiq bilan og'rigan bemor hisoblanadi. Bemor kasallikni kataraldavridan boshlab to toshmalar toshish davrining 4-kunlarigacha o'zidan tashqi muhitga qizamiq viruslarini ajratib chiqaradi. Kasallik havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Virus bola organizmiga yuqori nafas a'zolari va ko'z shilliq pardalari orqali kiradi. Immunitet turg'un bo'lib, bola umrining

oxrigacha turadi. Virus qon oqimiga o'tganidan (virusemiya) so'ng asosan terida yuqori, o'rta, quyi nafas yo'llarining shilliq qavatlarida, yo'g'on ichakda hamda bola organizmidagi maxsus va maxsus bo'lmagan immuntanqisligi mavjud bolalarda esa markaziy asab tizimiga joylashib ularning yallig'lanishigasabab bo'ladi.

Kasallik tipik va atipik kechish xususiyatlariga ega bo'lib, yengil, o'rtacha og'irlikda va og'ir, asoratsiz hamda asoratli (zotiljam, laringotraxeit, krup, bronxit, diareya, ensefalit, eksikoz, toksikoz) kechadi.



Klinik belgilari. Kasallikni kechishida inkubatsiyon (yashirin) davri 8-21 kungacha, prodromal (kataral) davri 3-5 kungacha, toshmalar toshish davri 3-4 kungacha, pigmentatsiya davri 7-10 kungacha va rekonvalessensiya (tuzalish) davri 1-2 oygacha kuzatiladi.

Kasallikni prodromal davrida kuchayib boruvchi kataral alomatlar, yorug'likdan qo'rqish, ko'z konyunktivasini qizarishi, shishishi, yoshlanishi, yiringlashi (konyunktivit), ko'z sklerasini nuqtali qizarishi, burundan ko'p miqdorda shilimshiq ajralishi, tovushni bitishi, og'iz shilliq qavatlarini va bodomcha bezlarini qizarishi, tez-tez quruq, ba'zida esa xurujsimon yo'tal, kuchayib boruvchi intoksikatsiya alomatlari, tana haroratini $38,5-39^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi kuzatiladi. Ushbu davrning ilk kunlarida bemor lunji, lab va milklar shilliq qavatlarida oq kul rang dog' (Belskiy-Flatov-Koplik belgisi) paydo bo'ladi. Dog'ni tevarak atroflari qizargan va artilganda ketmaydigan holatda bo'ladi.

Toshmalar paydo bo'lish davri. Toshmalarni bosqichma-bosqich paydo bo'lishi qizamiq kasalligiga xosdir. Toshma toshish davrini birinchi kunida bemorni quloqlari orqalarida, burun atrofida va asta-

sekin yuz, bo'yin, yelka sohalarida paydo bo'ladi. Ikkinchi kunida toshmalar bemorni ko'krak, qorin, bel hamda dumba sohalarigacha toshadi. Kasallikni uchinchi va to'rtinchi kunlariga kelib butun oyoqlar va qo'llar sohalarida toshib chiqadi. Toshmalar bir-birlari bilan qo'shilib ketishga moyil bo'ladi. Toshmalar toshish davrida intoksikatsiya alomatlarini kuchayishi tana haroratini juda ko'tarilishi bilan kechadi.

Badandagi toshmalar qanday bosqich bilan toshgan bo'lsa, xuddi shunday tartibda bir oz oqimtirlashib, badan ter tashlab, asta-sekin dog', ya'ni pigmentatsiya hosil qiladi. Kasallik asosan 1-2 yoshdagi hamda immuntanqisligi mavjud bo'lgan bolalarda har xil asoratlari bilan kechadi. OITS infeksiyasi va leykoz kasalliklari bo'lgan bolalarda qizamiq o'lim bilan tugaydi.

Davolash va parvarishlash usullari. Hozirgi vaqtda qizamiq bilan og'rigan bolalarni uy sharoitida, alohida xonaga yotqizib davolash mumkin. Ko'krak yoshidagi bolalar, kasallikni og'ir kechish holatlarida, asoratli kechishida yuqumli kasalliklar shifoxonasini bokslariga joylashtirib davolash lozim.

➤ bemorni tana harorati me'yorga kelguncha to'shak rejimi buyurilishi kerak.

➤ bola yotgan xona 7-10 kun davomida qorong'uroq holatda bo'lishi kerak.

➤ bolaga ko'p miqdorda suyuqliklar ichishga tavsiya etiladi.

➤ bemor bolani ovqati vitaminlarga, mikroelementlarga, oqsil, yog', uglevodlarga boy, yetarli energiyaga ega, oson hazm bo'ladigan suyuq va yarim suyuq holatda bo'lishi maqsadga muvofiq hisoblanadi.

➤ bemorni ko'zlari, burun va og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarini doimiy ravishda qaynatilgan iliq suv bilan tozalanib turilishi kerak.

➤ bemor bolani xonada yotib davolanishi uchun unga qulay sharoit yaratish, xona havosini toza tutish, namlab artib turish, oqliklar va kiyimlari o'z vaqtida almashtirilib turilishi lozim. Tana harorati, pulsi, nafas soni har 3-4 soatda o'lchanib kerakli joyga qayd etilib turilishi shart. Shifokor bergan tavsiyalarni o'z vaqtida sifatli va vijdonan bajarib borish har bir hamshiraning vazifasi hisoblanadi. Har bir ovqatlanishdan keyin og'iz bo'shlig'i iliq suv bilan chayilib turilishi lozim. Bemorni

lablari yorilgan yoki uchuqlar paydo bo'lgan bo'lsa, u joylarda o'simlik yog'i surtib turilishi maqsadga muvofiq bo'ladi. To'xtovsiz yo'talda tomoq yo'llarini ho'llab, shifokor tavsiya qilgan muolajalarni bajarish kerak bo'ladi.

- Simptomatik davo choralari o'tkaziladi.
- Detoksikatsion va mahalliy davo muolajalari shifokor ko'rsatmalari orqali amalga oshiriladi.
- Bemorga katta miqdorlarda vitamin C hamda A berish foydali.
- Antibakterial davo choralari qizamiqni asoratli kechishida hamda ko'krak yoshidagi, nimjon bolalarga asorat qolishidan havotirga tushgan paytlarida ta'sir doirasi keng bo'lgan preparatlar qo'llanishi kerak bo'ladi.

Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar. Kasallikni toshma toshish davrining 4-5 kunlariga kelib uni yuqish davri tugaydi. O'z vaqtida bemorni alohidalash, muloqotda bo'lganlarni aniqlab ularni dispanser kuzatuviga (21 kun) olish kabi chora-tadbirlar o'tkazilishi kerak. Sog'aygan bolalarni bir oy davomida bolalar muassasalariga borishlarini man etish lozim. O'choqda dezinfeksiya ishlarini olib borish shart emas. Qizamiqni asoratli (zotiljam, ensefalit) kechishida dispanser kuzatuvi shart. Emlash ishlari bir oydan keyin ruxsat etiladi.

Qizamiq kasalligining maxsus profilaktikasi emlash hisoblanadi. Emlash, tirik qizamiqqa qarshi emlash dorisi bilan bolani 1 yoshida va qayta emlash (revaksinatsiya), esa 6 yoshida teri orasiga qilinadi. 5-6% vaksina olgan bolalar o'rtasida immunitet to'liq bo'lmasligi mumkin. Bu bolalar qizamiq kasalligi bilan kasallanishi mumkin, biroq kasallik yengil, atipik va asoratsiz kechadi.

1.11. Qizilcha (Rubeola)

Qizamiq qizilchasi o'tkir yuqumli kasallik hisoblanib, o'rtacha og'irlikdagi yoki yengil intoksikatsiya alomatlari subfebril tana harorati, kataral sindromlari, ekzantema hamda periferik limfa tugunlarining yallig'lanishi (ko'proq ensa va bo'yinni orqa limfa tugunlari) bilan xarakterlanadi. Kasallikni tobovirida oilasiga kiruvchi RNK saqlovchi

nibeovirus chaqiradi. Virus uchuvchan, chidamsiz, tashqi muhitda tez nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbayi bemor hisoblanib, kasallikni toshma toshish davrini 5-kunigacha yuqumli hisoblanadi. Virus bolaga havo-tomchi va transplatsentar yo'llari orqali yuqadi. Barcha yoshdagi bolalar va katta yoshdagi odamlar ham kasallanadi. Qizamiq qizilchasi homilador ayollar uchun juda xavflidir. Ayniqsa homiladorlikni erta 3 oyligigacha. Chunki virus homilani zararlab va embrionga teratogen ta'sir ko'rsatadi.

Patogenezi. Viruslar yuqori nafas yo'llarini shilliq qavatlariga kirib, joylashib olib, ko'payib yallig'lanishga sabab bo'ladi. Infeksiya limfa yo'llari orqali yaqin joylashgan limfa bezlarga o'tib yanada ko'payadi va ularni yallig'laydi.

Qizamiq qizilchasi tug'ma va hayotda orttirilgan bo'ladi. Hayotda orttirilgan qizamiq qizilchasi tipik va atipik ko'rinishda uchraydi. Yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir, yumshoq va asoratli (artrit, ensefalit, nefrit, surunkali kasalliklarni qo'zg'alishi hamda ikkilamchi infeksiyani qo'shilishi) kechadi.

Kasallikni klinik belgilari. Kasallikni yashirin davri 11-21 kungacha davom etadi. Kataral davri (prodromal) 1 kungacha, avj olish davri 5-6 kungacha, sog'ayish davri esa 1-2 haftagacha davom etadi.

Kasallikni kataral davri quruq yo'tal, aksa urish, burun bitishi, oqishi, tomoq yo'llarini qizarishi, ensa va bo'yin limfa tugunlarini kattalashuvi, og'rishi kabi alomatlar bilan xarakterlanadi.

Kasallikni avj olish davrida engil yoki o'rtacha og'irlikdagi umumiy intoksikatsiya alomatlari, subfebril tana harorati, kataral alomatlarini asta-sekin kuchayib borishi, ekzantema, limfodenit, rinit, faringit, konyunktivit kasalliklarining belgilari kuzatiladi. Mayda nuqtali pushti rangli 3-5 mm li o'lchamga ega bo'lgan toshmalar butun badanga ayniqsa yuz, yelka, dumba va oyoq-qo'llarni ochilish sohalarida toshadi. Toshmalar 2-5 kun davomida saqlanib, so'ngra izzsiz yo'qolib ketadi.



Tug'ma qizamiq qizilchasi bilan bolalar kam og'irlikda, anemiya, trombositopenik purpura, ensefalopatiya, gepatit, ko'z, suyak va eshitish a'zolarining kasalliklari bilan tug'iladi.

Ayrim bolalar Grechcha uchligi, ya'ni ko'z nuqsonlari (katarakta, retinopatiya va h. k.), yurak nuqsonlari (arterial to'siqni bitmasligi, o'pka arteriyasini stenozini, yurak bo'lmachalararo teshik nuqsonlari va h.k.), karlik (quloq eshitmasligi) kabi kasalliklar bilan dunyoga keladi. Agarda qizilcha virusi bilan zararlanish homiladorlikni ikkinchi yarmida sodir bo'lsa, bola trombositopeniya, gepato-splenomegaliya, meningoensefalit kasalliklari bilan tug'iladi. Ushbu bolalar tug'ilganidan keyin jismoniy va aqliy jihatdan rivojlanishdan orqada qoladi. Ensefalopatiya asosida karlik, qandli diabet, qalqonsimon bez kasalliklari rivojlanishi mumkin. Tug'ma qizilcha bilan tug'ilgan bola 1,5-2 yilgacha o'zidan virus ajratib turadi.

Davolash va parvarishlash usullari. Bemorni alohida xonaga yotqizib, simptomatik davolash choralari qo'llaniladi.

➤ Kasalni tana harorati me'yorga kelgan kunigacha to'shak rejimida saqlash kerak.

➤ Bemorni yotishi uchun qulay sharoit yaratish zarur, bemor bola yotgan xonani tez-tez shamollatib turish, uni ovqatlaniganidan keyin og'iz bo'shlig'ini iliq suv bilan chayib turish maqsadga muvofiqdir. Doimiy ravishda bemorni umumiy ahvoli, pulsi, tana harorati, nafasi, qon bosimini kuzatib borish zarur. Shifokorlar tomonidan berilgan tavsiya va muolajalarni o'z vaqtida bajarib borish bemorni tuzalishi

uchun muhim ahamiyatga ega. Bemorni ko'zlari, lablari va yuqori nafas yo'llari shilliq qavatlarini doimiy ravishda iliq suv yoki antiseptik suyuqliklar bilan tozalab turilishi kerak.

➤ Parhez: Bemorga yetarli miqdorda kaloriyali, vitamin va mikroelementlarga boy, yengil hazm bo'ladigan yarim suyuq holatda tayyorlangan ovqatlar, ko'p miqdorda iliq suyuqliklardan, ya'ni sharbatlar kompotlar, meva va sabzavotlardan iborat bo'lish kerak.

➤ Bemorga shifokor tavsiyasi bilan lozim bo'lgan simptomatik davo muolajalari, asoratli kechayotgan holatlarda esa, kerakli davo choralari amalga oshirilib boriladi.

➤ Bolalar statsionarida faqatgina og'ir asoratlarni bo'lgandagina (meningoensefalit, artrit, nefrit, ikkilamchi og'ir bakterial infeksiya) yotqiziladi. Kasallikdan keyin bolalarni emlash 1 oydan keyin ruxsat beriladi.

Epidemiyaga qarshi tadbirlar:

➤ Kasallikni toshma toshish kunidan boshlab, 7 kungacha bemorlarni alohidalash kerak.

➤ Bemor bilan muloqotda bo'lgan barcha kishilarga 21 kun karantin e'lon qilinadi. Muloqotda bo'lganlarni 21 kun davomida kuzatish kerak. Har kuni ularni tana haroratini o'lchab turish, og'iz, burun va ko'z shilliq pardalarini ko'zdan kechirish hamda umumiy ahvolda bo'layotgan o'zgarishlarni sinchiklab nazorat qilib turish kerak. Muloqatda bo'lgan barcha homilador ayollarni (ayniqsa birinchi 3 oylik davrida) qonini serologik tekshiruvdan o'tkazish shart. Agarda homilador ayolni qonida qizilcha virusiga qarshi antitelo immunoglobulin -M sinfiga mansub bo'lgan titri yuqori bo'lishi kasallik yuqqanidan darak beradi. Agarda qizilcha virusiga qarshi antitelolarni asta-sekin oshib borishi va uning titri to'rt va undan yuqoriga ko'tarilsa homilador ayolni homilasini tushirish masalasini hal qilishga to'g'ri keladi.

➤ Dezinfeksiya shart emas. Kasallikni oldini olish uchun uning yuqish mexanizmiga to'sqinlik qilish va bolalar organizmini chiniqtirish, yo'talish madaniyatini oshirish, LOR a'zolarini sanatsiya qilib turish, kiyinish, to'g'ri ovqatlanish, sport bilan shug'illanish (ayniqsa

gimnastika va suv sporti), toza havoda uyqudan oldin sayr qilish ham katta rol o'ynaydi.

Maxsus profilaktikasida esa trimovaks polivalent vaktsinasi (qizamiq, qizilcha va tepkiga qarshi) bir yoshda teri orasiga yuboriladi. Olti yoshida esa revaksinatsiya o'tkaziladi. Agarda trimovaks bo'lmagan taqdirda tirik jonsizlantirilgan qizamiq qizilchasiga qarshi "Rudivaks", "Meruvaks" emlash dorilari bilan ham emlash mumkin.

Nazorat uchun savollar

1. Qizamiq kasalligi haqida tushuncha bering.
2. Qizamiq kasalligini etiologiyasini aytib bering.
3. Qizamiq kasalligining yuqish yo'llarini ayting.
4. Qizamiq kasalligining kechish xususiyatlarini ayting.
5. Qizamiq kasalligi davrlarini ayting.
6. Qizamiq kasalligining klinik belgilarini ayting.
7. Qizamiq kasalligida parvarishlash usullarini ayting.
8. Qizamiq kasalligida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni ayting.
9. Qizamiq kasalligining maxsus profilaktikasini ayting.
10. Qizamiq qizilchasi haqida tushuncha bering.
11. Qizilchani kelib chiqish sabablarini ayting.
12. Qizilchani kechish davrlarini ayting.
14. Qizilchani klinik belgilarini ayting.
15. Qizilcha kasalligining asoratlarini aytib bering.
16. Qizilcha kasalligida parvarishlash usulini ayting.

1.12. Suvchechak (Varicella)

Suvchechak o'tkir yuqumli kasallik hisoblanib, umumiy intoksikatsiya alomatlarini, tana haroratini ko'tarilishi, teri va shilliq qavatlarda tiniq suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar shaklidagi toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi.

Kelib chiqish sabablari. Kasallikni Herpes virusi oilasiga kiruvchi varisella-Zoster virusi chaqiradi. Virus o'ta uchuvchan, turg'un bo'lmagan, tashqi muhitga juda chidamsiz va tez halok bo'ladi. Bolalar organizmini virusga sezgirligi yuqori, ayniqsa 5-10 yoshlarida.

Immunitet turg'un, umrini oxirigacha saqlanib turadi. 3% ga yaqin bolalar kasallikni o'tkazganidan keyin qayta kasallanishi mumkin.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbayi suvchechak bilan og'rigan bemor hisoblanadi. Bemor kasallikni yashirin davrini oxirgi kunlaridan boshlab, oxirgi toshma toshishidan keyin 5 kungacha o'zidan virusni tashqi muhitga chiqarib turadi va yuqumli hisoblandi.

Virus havo-tomchi yo'llari bilan bolalarga yuqadi. Homilador ayol, homiladorligini oxirgi oyida suvchechak bilan kasallansa, bolada tug'ma suvchechakni rivojlanishini kuzatish mumkin.

Patogenezi. Kasallik chaqiruvchi viruslar yuqori nafas a'zolarining shilliq qavatlariga kirib, joylashib olib, ko'payib, asosan terini epitelial to'qimalari va shilliq qavatlarini jarohatlaydi. Bundan tashqari virus asab tizimlarini va immuntanqisligi mavjud bo'lgan bolalarda oshqozon ichak tizimini, o'pka va jigar to'qimalarini ham jarohatlashi mumkin.

Klinik belgilari. Suvchechak ham barcha yuqumli kasalliklarga o'xshab tipik hamda atipik, yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir va asoratli (bakterial infeksiyasini qo'shilishi, surunkali infeksiyani qo'zg'alishi, trombositopeniya, artrit, ensefalit, glomerulonefrit, zotiljam, gepatit, diareya va h. k.) kechish xususiyatlariga ega. Kasallikni yashirin davri 11-21 kungacha (o'rtacha 14-16 kun), prodromal davri 0-1 kungacha, kasallikni avj olish va toshma toshish davri 4-7 kungacha davom etib, so'ngra tuzalish davri boshlanadi.



Kasallik o'tkir, tana haroratini ko'tarilishi, intoksikatsiya alomatlari bilan boshlanib, bu belgilar kasallikni og'irlik darajasini belgilaydi. Suvchechak toshmatalari bir vaqtni o'zida toshmaydi, aksincha birin-ketin

navbat bilan paydo bo'lib, yangi toshmalardan keyin tana haroratini ko'tarilishi kuzatiladi.

Yangi chiqqan toshmalar atrofi qichimsiraydi. Toshmalar boshni sochli qisimlarida, yuz, ko'krak, qo'l, oyoqlarda va og'iz, ko'z hamda jinsiy a'zolar shilliq qavatlarida toshadi. Toshmalarni rivojlanishi dog', bo'rtma, pufakcha, po'stloq davrlaridan iborat. Bemor badanida bir vaqtning o'zida turli davrdagi toshmalarni uchratish mumkin.

Agar kasallik davrida ichki a'zolar shilliq qavatlarida yallig'lanish kuzatilsa kasallik og'ir o'tadi. Agarda bolada birlamchi (tug'ma) yoki ikkilamchi (hayotda orttirilgan) immuntanqisligi holatlari mavjud bo'lsa, kasallik o'ta og'ir kechib har xil og'ir asoratlarga sabab bo'ladi.

Davolash va parvarishlash usullari:

➤ bemorni tana harorati me'yorga kelgunicha to'shak rejimi buyuriladi.

➤ bemorga yetarli kaloriyaga ega bo'lgan, vitamin va mikroelementlarga boy, tez va oson hazm bo'ladigan ovqatlar berish tavsiya etiladi. Ko'p miqdorda suyuqliklar qaynatilgan iliq suv, sharbatlar, kompotlar ichishga buyuriladi.

➤ bemor bolani badanini tozaligiga katta e'tibor qaratish kerak. Tagliklarini, kiyimlarini, ichki kiyimlarini tez-tez almashtirib turish shart va zarur.

➤ suvchechak toshmalariga kuniga ikki marta brilliant yashilining 1%li spirtli eritmasi bilan ishlov beriladi.

➤ agarda tana harorati yuqori darajaga ko'tarilsa, bemor bolaga parasetamol berish tavsiya etiladi.

➤ suvchechakni og'ir kechishida virusga qarshi dorilar beriladi (asiklover vena ichiga 30 mg/kg 3 marta yuborish uchun yoki 80 mg/kg 3-4 marta ichishga berish tavsiya etiladi).

➤ bolada badanini qichishi bezovta qilsa, antigistamin preparatlari (suprastin, tavegil) berish lozim.

➤ agarda ikkilamchi bakterial infeksiya qo'shilsa, antibiotiklar shifokor vrach tomonidan tavsiya qilinadi.

➤ shifoxonaga kasallikni og'ir va asoratli turlari yotqizilib davolaniladi.

➤ kasallikni boshlanishidan 10 kun o'tgandan keyin bemor bola klinik sog'ayadi.

Epidemiyaga qarshi kurash chora-tadbirlari:

➤ bemorni sog'aygunicha izolyatsiya qilish tavsiya etiladi.

➤ muloqotda (avval suvchechak bilan kasallanmagan) 7 yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida 11-21 kungacha karantin e'lon qilinadi. Ularni har kuni tana harorati o'lchanib, teri va shilliq qavatlarini ko'zdan kechirilib turiladi. O'choqda dezinfeksiya ishlari o'tkazilmaydi. Har kuni xona namlab artiladi va shamollatib turiladi.

➤ bemorni o'z vaqtida izolyatsiya qilish.

➤ bolalarni nospetsifik immunitetini oshirish (ratsional ovqatlanish, sport bilan shug'ullanish) ham katta ahamiyatga ega.

➤ navbatdagi emlashni 1 oydan keyin qilish kerak.

1.13. Skarlatina

Skarlatina o'tkir yuqumli kasallik hisoblanib, uni A guruhidagi β gemolitik streptokokklar chaqiradi. Ushbu qo'zgatuvchilar tashqi muhitga juda chidamlidir.

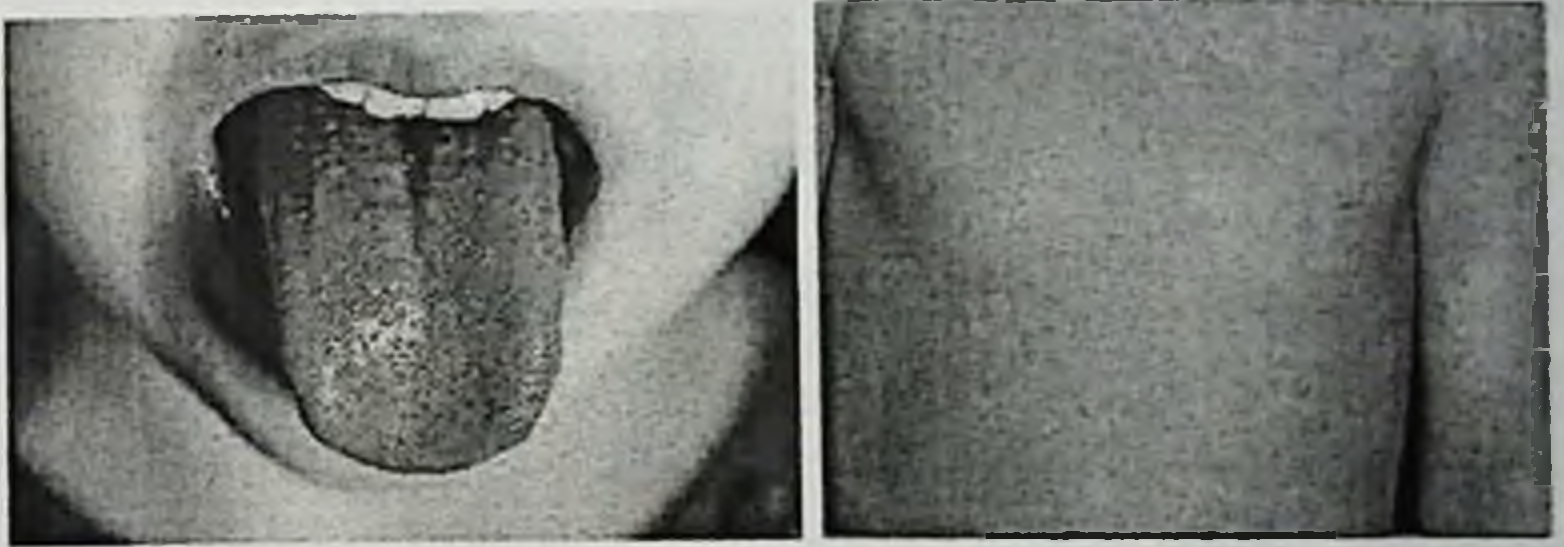
Epidemiologiyasi. Infeksiya manbasi bemor hisoblanadi. Kasallikning yuqish davri skarlatinani boshlang'ich davridan tortib, to 10 kunigacha hisoblanadi. Kasallik havo-tomchi hamda muloqot orqali yuqadi. Kasallik ko'proq 1-7 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Kasallikdan keyin qoladigan immunitet turg'un emas. Qayta kasallanish kuzatiladi.

Patogenezi. Bola organizmiga infeksiya yuqori nafas yo'llari, bodomcha bezlari va kamroq jarohatlangan teri orqali kiradi. Mikroblar kirib joylashgan joyiga yallig'lanish hamda to'qimalarda nekrotik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Mikroblar limfa va qon tomirlar bo'ylab regional limfa tugunlariga kiradi. Gemolitik streptokokklar o'zidan ekzotoksinlar ajratib chiqaradi. Ushbu toksinlar qon oqimiga tushib, asosan, yurak, tomirlar va markaziy hamda periferik asab tizimlarini jarohatlab ularning ish faoliyatlarini buzib bola organizmida umumiy intoksikatsiya, toshmalar toshishiga olib keladi.

Skarlatinani tipik va atipik turlari mavjud. Kasallik o'z navbatida yengil, o'rtacha og'irlikda, yumshoq va asoratli (limfadenit, sinusit, nekrotik angina, bronxit, zotiljam, o'tkir revmatik isitma, glomerulonefrit, kardit, osteomiyelit, toksik shok, o'tkir buyrak va nafas yetishmovchiligi, piodermiya va h. k) kechish xususiyatlariga ega.

Klinik ko'rinishi. Kasallikning yashirin davri 1-7 kungacha, ayrim paytlarda 10 kungacha, avj olish davri 3-5 kungacha, avj olish davrining kamayib borish davri 4-5 kungacha, tuzalish davri 10-15 kungacha davom etadi.

Kasallik tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rishi, ishtaha va uyquning buzilishi, umumiy darmonsizlik, faringit, tanglay va bodomcha bezlarining qizarishi, yiringlashi kabi alomatlar bilan o'tkir boshlanadi. Bodomcha bezlarining yallig'lanishi kataral, follikulyar, lakunar va nekrotik ko'rinishda bo'lishi mumkin.



Kasallikda og'iz shilliq qavatlarining quruqligi va tilning usti malinaga o'xshash tus olishi kasallikni o'ziga xos simptomlaridan biri hisoblanadi. Ushbu davrda jag' burchagi regionar limfa tugunlarining yallig'lanishi, yiringli otit, sinusit, bo'yin limfadeniti kuzatiladi. Skarlatina ekzantemasi kasallikni birinchi, ikkinchi kunlari bemorni bo'yin, ko'krak, yuz va badanni boshqa joylarida toshishi kuzatiladi. Bola terisi qizargan yoki oqimtir ko'rinishda bo'ladi. Toshmalar kichik nuqtalar holatida, qizil (baxmalsimon) rangda, teri burmalari qo'l va oyoqlarni bukuluvchi sohalarida quyushgan ko'rinishda bo'lib, 7-8 kunlarida teri tashlash kuzatiladi. Burun og'iz uchburchagi sohasida toshmalar va terini qizarishini kuzatilmasligi skarlatinaga xos alomatlardan biridir. Infeksiyani qon oqimi bo'ylab butun organizmga

tarqalishi zotiljam, otit, kardit, glomerulonefrit, osteomiyelit kabi asoratlarga sabab bo'lishi mumkin.

Tashxislash usullari. Bemordan yoki ota-onasi va yaqinlaridan to'liq yig'ilgan kasallik va epidemiologik anamnez hamda klinik belgilariga, qondagi bo'ladigan o'zgarishlarga (o'rtacha yoki kuchli leykositoz, neytrofilyoz, eritrositlarning cho'kish tezligini oshishi) va tomoqdan gemolitik streptokokk aniqlanishiga asoslanib tashxis qo'yiladi.

Qiyosiy tashxisoti. Skarlatina kasalligida uchraydigan ayrim belgilar yig'indisi bilan kuzatiladigan toshmalar qizamiq, qizamiq qizilchasi dori va toksik moddalarni allergik reaksiyasi natijasida toshadigan toshmalariga bir oz o'xshashliklar mavjud.

Qizamiq kasalligini skarlatinadan farqi, kataral davrda bola tana haroratining ko'tarilishi, aksa urish, burun oqishi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida Belskiy-Flatov enantemasi va dog'ni bo'lishi, yorug'likdan qo'rqish, konyunktivit, badandagi toshmalarni bosqich bilan chiqishi, qonda leykopeniya, neytropeniya, eozinopeniya yoki eozinofiliya kuzatiladi.

Qizamiq qizilchasida esa bolani umumiy ahvoli bir oz buzilishi va tana haroratini subfebril darajagacha ko'tarilishi bilan boshlanadi. Intoksikatsiya alomatlari kuchli rivojlanmagan bo'ladi. Bemor bola badanidagi toshmalar pushti rangda bo'lib, mayda dog'chalar ko'rinishida bir-birlari bilan qo'shib ketgan bo'ladi. Toshmalar ko'proq belni pastki qismi, dumba va oyoqlarni ichki yuzalarida kuzatiladi. Toshmalar og'iz burun uchburchagida ham toshadi. Terida nuqtasimon qontalash va teri tashlash kuzatilmaydi. Quloq osti va ensa limfa tugunlari kattalashadi (mikropoliadenit). Qonda esa leykopeniya, neytropeniya, plazmatik to'qimalar kuzatiladi.

Dori-darmonlardan keyin kuzatiladigan allergik reaksiyalarda toshmalar har xil ko'rinishda paydo bo'ladi. Nuqtali qon talashlar uchramaydi, toshmalar og'iz burun uchburchagi sohasida ham toshadi. Toshmalar asosan badanda toshadi va qichimsirash xususiyatiga ega. Angina, limfadenit, tilni malinaga o'xshash bo'lishi kuzatilmaydi.

Davolash va parvarishlash usullari.

➤ kasallikni og'ir va asoratli kechishida shifoxonaga yotqiziladi.

➤ bemor 7-10 kungacha to'shak rejimida bo'lishi kerak.

➤ parhez: ushbu kasallikda ham barcha yuqumli kasalliklar parheziga o'xshab yetarli miqdorda oqsillar, yog'lar, uglevodlar, vitaminlar, mikroelementlar va energiyaga ega bo'lgan, tez va yengil hazm bo'ladigan ovqat mahsulotlarini suyuq yoki yarim suyuq holatida berish tavsiya etiladi. Tayyorlangan ovqat mahsulotlarini tuzini bir oz pasaytirgan holda ovqat hazm qilish a'zolari shilliq qavatlariga yomon ta'sir qilmaydigan hamda sho'r, achchiq, sirka kislotali taomlar tavsiya etilmaydi.

➤ bemorni og'iz bo'shlig'ini doimiy ravishda furatsillin eritmasi hamda har xil antiseptik o'simlik qaynatmalari bilan chayib turish kerak.

➤ bemor xonasi yorug', harorati bir maromda saqlangan, tez-tez havosini yangilanib turilishi, pollari, tumbochkalar namlangan material bilan tozalanib turilishi lozim.

➤ doimiy ravishda bemor oqliklarini kiyim kechaklarini almashtirib turish zarur.

➤ har kun shifokor ko'rsatmalariga asosan bemor bolani tana haroratini o'lchab, puls, nafas sonini aniqlash, qon bosimini o'lchab turish, axlat va siydik miqdorlarini kuzatib turish hamda ovqatlanish tartiblarini va sifatini kuzatib borish kerak.

➤ bemor bolani tana harorati me'yorga kelgunga qadar unga ko'proq suyuqliklar (sovutilgan iliq suv soklar kompotlar) ichishni tavsiya berish katta ahmiyatga egadir.

➤ antibiotiklar: sefalosporinlarni 3-4 qatoridagi preparatlari o'n kun davomida qo'llanilishi lozim (klaforan, seftriakson), agarda ushbu guruhdagi antibiotiklarga sezgirlik bo'lsa yoki ta'sir qilmasa eritromitsin qatoridagi yangi avlodlardan (sumamed, klaritromitsin, azitromitsin, roksitromisin) singari dori preparatlarini berish lozim.

➤ patogenetik hamda simptomatik davo choralari shifokor tavsiyasi bilan beriladi.

➤ bolani tana harorati juda yuqori bo'lsa davolovchi shifokor tavsiyasi bilan, asoslangan holda tushirish lozim (parasetamol, ibufen, ibuprofen).

Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar:

➤ bemor bolalarni izolyatsiya (alohidalash) qilish lozim. Agarda bola 10 yoshgacha bo'lsa, 22 kun, 10 yoshdan katta bo'lsa, 10 kun davomida izolyatsiya qilish tavsiya beriladi.

➤ muloqotdagi 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga 7 kun, statsionarga yotganlar va uy sharoitida davolanayotganlar uchun esa 17 kun davomida karantin e'lon qilinadi.

➤ bemorni idish tovoqlari, o'yinchoqlarini, parvarishlash vositalarini, kiyimlari va oqliklarini qaynatish usullari bilan dezinfeksiya qilinadi (butun izolyatsiya davrida).

➤ karantindagi odamlarni har kuni doimiy ravishda tana harorati o'lchanib, og'iz bo'shlig'i, bodomcha bezlari ko'zdan kechirilib turiladi.

➤ 10 yoshgacha bo'lgan bolalar jamoaga (bog'cha, maktab) 22 kundan keyin, qon va siydik tahlillari me'yorga kelganda va olingan surtmada gemolitik streptokokka nisbatan manfiy xulosa berilsagina ruxsat beriladi.

Og'iz bo'shlig'ini yuvish va chayish. Ushbu muolajani bajarish uchun natriy gidrokarbonatning 2% li eritmasi, buyraksimon lotok, pinset, shpatel, Jane shpritsi, rezinali noksimon baloncha va paxtali tamponlar kerak bo'ladi.



Hamshira bemor bola boshini yon tomonga engashtirib og'iz burchagi tagiga buyraksimon lotokni joylashtiradi. So'ngra Jane shpristiga yoki noksimon rezinali balonchaga 2% li natriy gidrokarbonat eritmasidan oladi. Shundan keyin Shpatel yordamida og'iz burchagini katta ochib shprits yoki balonchadagi eritma yordamida ketma-ket o'ng va chap lunjlar bilan birgalikda burun, og'iz bo'shlig'i yuviladi.

(Tampon yordamida tishlar, milk, og'iz bo'shlig'i va til artiladi). Agar lab quruq bo'lsa yoki yorilgan bo'lsa vazelin surtib qo'yiladi.

Eslatma. Zararsizlantirish: tibbiy asboblarni 3% li xloramin eritmasiga yoki 60 daqiqaga 6% li vodorod peroksid eritmasiga bo'ktiriladi. Vaqt o'tgandan keyin asboblarni chayiladi va tozalash ishlari bosqichlaridan o'tib sterillanadi. Ishlatilgan tamponlarni 5% li xloramin eritmasiga 60 daqiqaga bo'ktiriladi. Yuvilgan suv ustiga quruq xlorli ohak sepib qo'yiladi va 60 daqiqadan so'ng tashlab yuboriladi.

Ko'zlarni parvarish qilish. Ko'zni aksariyat kasalliklarida uni parvarishlash, davolash va profilaktika qilishda qaynatib iliq holatga keltirilgan suv zararsizlantirilgan vositalar, shifokortomonidan tavsiya etilgan dori moddalari, dori tomizgishlar, steril paxtali tamponlar, buyraksimon lotok va boshqa asbob-anjomlar kerak bo'ladi.



Hamshira ko'zlarni tuzilishini va qismlarining nomlarini yaxshi bilishi kerak. Muolajani bajarish uchun hamshira yaxshilab tayyorlanib olib qo'lqop kiyadi. So'ngra steril buyraksimon lotokka 8-10 ta steril paxtali tamponlar olib ustiga tavsiya etilgan eritmalardan biri quyiladi. Paxtali tampon bir oz siqib kiprik va qovoqlar atrofi ko'zning tashqi burchagidan ichkari tomonga yo'naltirib artiladi va ishlatilgan tampon (ishlatilgan buyumlar uchun) alohida lotokka tashlanadi. Shu tarzda ikkala ko'z ham 4-5 marta alohida-alohida steril paxtali tamponchalar yordamida tozalanib artiladi. Shundan so'ng bemorni ahvoli so'raladi va kuzatilib boriladi.

Eslatma. Zararsizlantirish: Ishlatilgan sharchalar ustiga 3% li xloramin eritmasi qo'yiladi va 60 daqiqa turadi. So'ngra eritma to'kib tashlanadi, buyraksimon lotokni 3% li xlorli ohak eritmasiga 1 soatga solib qo'yiladi va yuviladi. Sterillashdan oldingi tozalash bosqichlardan o'tkaziladi va sterillanadi.

Bemor to'shagidagi choyshablarni almashtirish. Yotoq rejimidagi yotgan katta bemor bolalarning tagliklarini almashtirish uchun hamshiraga toza choyshablar, yostig'i uchun jild va kir choyshablarni tashlash uchun maxsus qop kerak bo'ladi. Ushbu muolajani bajarish uchun hamshir toza choyshabni o'ralgan bint singari eniga burab tayyorlaydi. So'ngra bemorni asta-sekin avaylabgina bosh tomonidan beligacha ko'taramiz va yostig'ini olamiz. Hamshira zudlik bilan kir choyshabni bemorni bosh tomonidan boshlab burab boradi. So'ngra toza choyshab bemorni dumba sohasigacha solinib, yostig'i qo'yiladi va bemorni boshi yostiqa qo'yiladi. Shundan keyin bemorni oyoqlari tomonini to bellari sohasigacha sekinlik bilan avaylabgina ko'tarib tagidagi kir choyshabni olib tashlaydi va to dumba sohasigacha yozilgan toza choyshabni sekinlik bilan oyoq tomon to'shab boramiz. So'ngra oyoqlarini pastga tushirib choyshabni chetlari tekislanib to'shak ostiga kiritilib qo'yiladi. Muolajani boshlashdan oldin hamshira bemor yostig'ini jildini va ustiga yopadigan adyoli yoki ko'rpasi ustidagi oqliklari almashtirilib qo'yilgan bo'lishi kerak.

Eslatma. Kir choyshab va oqliklar kleyonkali qopchaga solinadi va kir yuvish xonasiga olib boriladi. Oqliklari har 7-10 kunda almashtiriladi. Bemorlar dush, vanna qabul qilgandan so'ng, xonalar yakunlovchi tozalikdan so'ng oqliklar almashtiriladi. Og'ir yotgan bemorning oqliklari tez-tez almashtirilib turiladi. Og'ir yotgan bemorlarning oqliklarini tibbiy hamshira almashtiradi.



Nazorat uchun savollar

1. Skarlatina kasalligi haqida tushuncha bering.
2. Skarlatina kasalligini etiologiyasi va yuqish yo'llarini ayting.
3. Gemolitik streptokokklar o'zidan qanday toksinlar ishlab chiqaradi.

4. Skarlatina kasalligining kechish davrlarini aytib bering.
5. Skarlatina kasalligining klinik belgilarini aytib bering.
6. Skarlatina kasalligidagi toshmalarga xarakteristika bering.
7. Skarlatina kasalligida parvarishlash usullarini ayting.
8. Skarlatina kasalligida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni ayting.
9. Suvchechak kasalligi haqida tushuncha bering.
10. Suvchechak kasalligining etiologiyasi va yuqish yo'llarini ayting.
11. Suvchechak kasalligi manbayi va yuqumlilik vaqtlarini ayting.
12. Suvchechak kasalligining kechish davrlarini ayting.
13. Suvchechak kasalligining klinik belgilarini ayting.
14. Suvchechak kasalligida toshmalar rivojlanaish davrlarini ayting.
15. Suvchechak kasalligini davolash va parvarishlash usullarini ayting.
16. Suvchechak kasalligida epidemiyaga qarshi kurash chora-tadbirlarini ayting.
17. Suvchechak kasalligida teri va shilliq pardalarni parvarishlashni ayting.

1.14. Ko'k yo'tal

Ko'kyo'tal o'tkir yuqumli kasallik hisoblanadi, uzoq cho'ziluvchan xurujsimon yo'tal ko'rinishida kechishi bilan xarakterlanadi.

Etiologiyasi. Ko'kyo'tal kasalligini grammanfiy tayoqcha chaqiradi (Borde-Jangu tayoqchasi). Tashqi muhitga chidamsiz, kam uchuvchan, o'zidan ekzotoksin ishlab chiqaradi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbayi shu kasallikni tipik va atipik turlari bilan og'rikan bemor hisoblanadi. Ko'kyo'tal bilan og'rikan bemor kasallikni dastlabki klinik belgilari paydo bo'lgan kundan boshlab, 4-5 haftalar mobaynida yuqumli hisoblanadi. Kasallik simptomlarini rivojlanganligi sari bemorni yuqumliligi kamayib boradi va 6-haftalariga borib atrofdagilar uchun havfsiz bo'lib qoladi. Infeksiyaning faol manbayi ko'kyo'talni yengil, atipik turlari bilan og'rikan bemorlar hisoblanadi.

Infeksiya havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallikni yuqish darajasi chaqaloqlik davridan boshlab, 5-6 yoshgacha juda yuqori bo'ladi. Kasallik 10 yoshdan oshgan va katta odamlar orasida kam uchraydi. Kasallik bilan og'rikan bemorlarga turg'un va umrini oxrigacha immunitet qoladi. Sanitariya turmush sharoitini yomonligi va bolalarni ushbu kasallikka moyilligini yuqoriligi ko'kyo'talni tarqalishiga imkoniyat yaratadi.

Patogenezi. Infeksiya nafas a'zolari shilliq qavatlariga tushib, shu yerda joylashib ko'payadi va o'zidan toksinlar ishlab chiqaradi. Ushbu toksinlar nafas yo'llari epiteliylarini jarohatlab yallig'lanishga sabab bo'ladi.

Kasallik chaqiruvchi tomonidan ajratilgan toksinlar doimiy ravishda nafas yo'llari retseptorlarini qitiqlaydi, natijada markaziy asab tizimiga ta'sir qilib, yo'tal refleksini harakatga keltiradi. Ushbu holat uzoq muddat davom etib, spastik yo'talga olib keladi va bu jarayonga nospetsifik ta'sirlar ham ishtirok etadi. Spastik yo'talni kelib chiqishiga allergik omillar ham rol o'ynaydi.

Ko'kyo'tal tipik va atipik (yashirin, simptomsiz), yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir, silliq (asoratsiz) va asoratli (nafas to'xtashi, bosh miya qon aylanishini buzilishi, emfizema, pnevmotoraks, zotiljam, bronxit, ensefalit, burundan qon ketish, ko'z konyunktivalariga qon quyulishi va h. k.) kechadi. Og'ir asoratlar bilan kechganda (Zotiljam, ensefalit) chaqaloqlarda 1,3 % gacha, 2-12 oylik go'dak bolalar o'tasida esa 0,3% gacha o'lim bilan tugashi mumkin.



Klinik belgilari. Kasallikni yashirin davri 6-20 kungacha (o'rtacha 7-10 kun). Kasallikni boshlanish yoki kataral davri 14 kungacha, spastik

yoki to'xtovsiz yo'talish xurujlari va inspirator nafas qisish davri 1 oy va undan ham ko'proq vaqt davom etishi mumkin. Tuzalish davri 1-2 haftagacha (ayrim holatlarda 1-2 oygacha) davom etadi.

Kasallik tana haroratini subfebril darajasigacha ko'tarilishi, kataral alomatlar va quruq yo'tal bilan o'tkir boshlanadi. Ikki hafta ichida yo'tal kuchayadi. Keyingi davrga birin-ketin, qotib-qotib yo'talish boshlanib, undan keyin chuqur talvasali hushtaksimon nafas olish (repriz), ya'ni chirillagan tovush bilan tugaydi. Xuddi ana shu yo'tal xuruji vaqtida bemor bola zo'riqadi, tili tashqariga chiqadi, yuz terilari qizaradi, burundan qon ketishi, ko'z ichiga qon quyilishi, siyib qo'yishi hamda qayt qilishi kuzatilishi mumkin. Yo'tal xurujlari oralig'ida o'pkani emfizemaga o'xshash kengayishi, bolada asabiylashish, jahldorlik holatlari kuzatiladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda yo'tal xurujlari va chirillagan cho'ziq tovush kabi holatlar kuzatilmaslgi ham mumkin. Ammo yo'tal vaqtida nafas to'xtashi (apnoe) kuzatiladi. Kasallikni tuzalish davriga kelib xurujsimon yo'tal asta-sekin kamayib borishi kuzatiladi. Ushbu davrda bemor bola xurujdan so'ng ko'kimtir tusli quyuq balg'am ajratadi. Ushbu paytda yo'tal xurujlari oralig'ida bola o'zini yaxshi sezadi, o'ynashi va sho'xlik qilishi mumkin.

Davolash va parvarishlash. Ko'kyo'tal kasalligi bilan og'rigan bemorni davolashda sanitariya-gigiyena, parvarishlash va to'g'ri ovqatlantirishlarga katta ahamiyat berish kerak. Ko'kyo'tal bilan og'rigan 1 yoshgacha bo'lgan va asoratli kechganda, darhol shifoxonaga yotqizib davolash tavsiya beriladi. Kasal bolalarga tana harorati me'yorga tushgunga qadar to'shak rejimi buyuriladi. Bemor bola yotgan xona doimiy ravishda shamollattirilib, havosini yangilab turish zarur. Bemor bolani davolashda toza havoni ahamiyati juda katta. Bolani erkalatib unga yoshiga qarab turli-xil o'yinchoqlar berib, qiziq hikoyalar aytib berish, o'ynatish zarur. Chunki bola o'ynaganda, kayfiyati ko'tarilganda yo'tal xuruji kamayadi.

Ko'kyo'talda tana harorati yuqori bo'lgan paytda ko'p miqdorda suyuqliklar berish tavsiya etiladi. Beriladigan ovqatlar tez va oson hazm bo'ladigan yuqori kaloriyali, suyuq, yarim suyuq, vitamin va mikroelementlarga boy bo'lishi kerak.

Bemor bolani yoʻtaliga qarshi (libeksin, tusupreks, xaydrillin, bronxolitin) dori preparatlari tavsiya etiladi. Broxolitiklar (eufillin), antigistaminlar (tavegil, suprastin), sedativ va kortikosteroid gormonlari shifokor tavsiyalari bilan beriladi.

Antibiotiklardan eritromitsinni yangi avlodlari (klaritromitsin, azitromitsin, roksitromisin) tavsiya etiladi. Kasallikni ogʻir holatlarida pediater, nevropatolog va pulmonolog shifokorlari birgaligida bemor bolani kuzatib borishlari katta ahamiyatga ega.

Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar va profilaktikasi. Koʻkyoʻtalni oldini olish, kasallikni erta aniqlash, bemorlarni oʻz vaqtida alohidalash hamda faol immunizatsiya ishlarini oʻtkazishga asoslangan.

➤ Bemor kasallikni boshlanishidan to 25-kunigacha izolyatsiya qilinishi kerak.

➤ Muloqotda boʻlgan 7 yoshgacha bolalar oʻrtasida 14 kun karantin eʼlon qilinadi va ular donorli immunoglobulin bilan passiv emlanadi.

➤ Doimiy ravishda har kuni bemor bola yotgan xona namlab tozalanadi va shamollattiriladi.

➤ Muloqotda boʻlgan bolalarni doimiy ravishda tana haroratini oʻlchab turish, yuqori nafas yoʻllari shilliq qavatlarini koʻzdan kechirish, umumiy ahvolini kuzatish va nafas yoʻllaridan koʻkyoʻtal tayoqchasiga 2 marta shilimshiq olinib bakteriologik tekshiruvga yuboriladi.

➤ Bolalar muassasalarida karantin vaqti tugaguncha yangi bolalarni qabul qilish va shu guruhdan boshqa guruhga yoki boshqa joyga oʻtkazish man qilinadi.

➤ Faol emlash AKDS vaksinasi bilan oʻtkaziladi. Vaksina 2 oylik davridan boshlab 3 marotaba har 30 kunda mushaklar orasiga yuboriladi. 16-oyligida esa revaksinatsiya oʻtkaziladi (emlash jadvaliga qaralsin).

Tomoqdan Borde-Jangu tayoqchasiga “yoʻtal plastinkalari” usulida material yigʻish. Koʻkyoʻtal kasalligi tashxisi tasdiqlash hamda Borde-Jangu tayoqchasini antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash maqsadida ushbu usuldan foydalaniladi. Buning uchun maxsus muhit solingan Petri kosachasi va shpatel kerak boʻladi. Muolajani bajarish uchun bemorni onasistolga bolasini oldiga olib oʻtiradi. Hamshira maxsus muhit solingan Petri chashkasini ustki qopqogʻini ochib,

bemorni og'zidan 10-15 sm uzoqlikda ushlab turadi. Yo'tal xuruji vaqtida Petri chashkasi 20-30 soniya davomida og'zi oldida ushlab turiladi (agarda yo'tal xuruji kelmasa, bemorni til ildizi shpatel bilan bosilib yo'tal refleksini qo'zg'atib bemor yo'taltiriladi). So'ngra Petri chashkchasini og'zi yaxshilab yopiladi va yo'llanma bilan tahlilxonaga jo'natiladi.



Eslatma. Ko'kyo'talning tipik kechishida antibakterial terapiya boshlanishidan oldin bu bakteriologik tashxislash usuli qo'llanilsa 80-85% natija beradi.

1.15. Epidemik parotit (Parotitis Epidemika)

Epidemik parotit (tepki) o'tkir yuqumli kasallik hisoblanib, tana haroratini 38-39 °C gacha ko'tarilishi, intoksikatsiya alomatlari, so'lak, jinsiy a'zolar, oshqozon osti, qalqonsimon bezlari hamda markaziy asab tizimining yallig'lanishi bilan harakterlanadi.

Etiologiyasi. Kasallikni paramyxoviridae oilasiga kiruvchi paramyxovirus hisoblanib, juda ham yuqumlilik xususiyatiga ega bo'lib, biroq tashqi muhitga chidamsiz virusdir.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbayi bemor hisoblanadi. Tepki bilan kasallangan bemor kasallikni klinik belgilarini paydo bo'lish davrini oxirgi 1-2 kunlaridan boshlab, asosan kasallikni avj olish davrini 5-kunigacha, ayrim vaqtlarda esa so'lak bezlari yallig'lanishidan keyin 7-9 kunlarigacha o'zlaridan viruslarni ajratib turadi.

Tepki viruslari bolaga, asosan havo-tomchi yo'llari bilan hamda idish-tovoqlari va so'laklari orqali ham yuqadi. Epidemik parotit kasalligiga bolalar o'rtasida moyillik juda yuqori, lekin gripp, qizamiq, suvchechak kasalliklariga qaraganda yuqish darajasi kamroq. Ko'proq 5-15 yoshli bolalar kasallanadi. Kasallik katta yoshdagi odamlarda ham

uchraydi. Kasallikdan keyin bemorni organizmida umrining oxirigacha turg'un immunitet qoladi.

Patogenezi. Tepki kasalligini chaqiruvchisi yuqori nafas yo'llari orqali kirib, ularning shilliq qavatlarida joylashib kasallikni yashirin davrida shu joylarni epiteliy qavatlarida ko'paya boshlaydi. Shundan so'ng, viruslar qon oqimi orqali so'lak, endokrin va asab tizimiga kirib, yallig'lanishlariga sabab bo'ladi. Bemor so'laklari orqali viruslarni tashqariga chiqaradi.

Kasallikni klinik belgilari. Kasallik tipik, atipik (simptomlarsiz), yengil, o'rtacha og'irlikda, og'ir, asoratli (orxit, oofarit, pankreatit, meningoensefalit, tireoidit, artrit va h. k.) kechish xususiyatlariga ega.



Kasallikning yashirin davri 15-19 kungacha, balki 11-25 kungacha ham bo'lishi mumkin. Kasallikni prodromal (dastlabki klinik belgilarini namoyon bo'lish davri) davri 1 kungacha, avj olish davri 10 kungacha, tuzalish davri 1 oygacha davom etishi mumkin. Kasallikni avj olish va rekonvalessensiya davrlarini vaqtini uzunligi kasallikni kechish turlariga bog'liq.

Kasallik umuman olganda tana haroratini to 38-39 °C gacha ko'tarilishi va intoksikatsiya alomatlari, holsizlik, ishtaha va uyquni buzilishi, injiqlik kabi belgilar bilan o'tkir boshlanadi. Ayrim hollarda umumiy intoksikatsiya simptomlari sust rivojlangan bo'lishi mumkin. Epidemik parotit kasalligida asosan quloq oldi bezlari jarohatlanadi. Bemor bolani ko'zdan kechirganda quloq oldi bezlari kattalashgan, og'riqli, og'riq esa yutinganda, chaynaganda va gaplashganda kuchayadi. So'lak bezlarini shishganligi quloq oldida ko'zga ko'rinib turadi, keyinroq shish quloq orqasiga va ostiga tarqaladi. Shish xamirsimon konsistensiyaga ega bo'lib, bez usti terisini rangi

o'zgarmagan bo'ladi va paypaslaganda og'riq sezadi. Shish oldin bir tomonda va 1-2 kundan keyin esa ikkinchi tomonda paydo bo'ladi. Quloq oldi chiqaruv yo'lining qizarishi va shishishi kuzatiladi.

Kasallikni avj olish davrida jag' osti so'lak bezlari (submaksillit), ko'proq katta yoshdagi bolalarda jinsiy a'zolar (orxit, oofarit), oshqozon osti bezi (pankreatit), qalqonsimon bez (tireoidit), bo'g'imlar (artrit) jarohatlanishlari qo'shilishi mumkin.

Orxit aksari o'smir bolalar va katta yoshli odamlarda uchraydi. Unda tana haroratini ko'tarilishi, yorg'oq va moyaklarning og'rishi, qizarishi va kattalashishi kuzatiladi. Me'da osti bezini yallig'lanishi esa bel sohasida o'rab oluvchi kamarsimon va qorinda qattiq og'riq, ko'ngil aynishi, ko'p marotaba qayt qilish va siydik tarkibida diastaza miqdorini oshishi kuzatiladi. Kasallik jarayoniga bosh miya seroz qatlamini yallig'lanishini qo'shilishi (kasallikni 1-2 haftalarida), ya'ni meningit belgilarini paydo bo'lishiga olib keladi. Bemor bolada qayta tana haroratini ko'tarilishi, bosh og'rishi, qayt qilish va meningial simptomlar (ensa mushaklarini taranglashishi, Kernig va Brudzinskiy simptomlari musbat bo'lish) kuzatiladi.

Tashxislash. Epidemik parotitni tipik kechgan holatlarida klinik belgilariga qarab aniqlash oson bo'ladi. Kasallik atipik kechganda epidemiologik anamnez ma'lumotlari katta ahamiyatga ega. Qonni umumiy tahlilida leykositlarni kamayishi va biroz limfotsitoz kuzatiladi.

Biokimyoviy tekshirganda qon tarkibidagi amilaza miqdorini oshishi oshqozon osti bezini yallig'langanligidan darak beradi. Maxsus tashxislash uchun so'lakdan epidemik parotitni qo'zg'atuvchi virusni ajratib olish va serologik usullaridan foydalaniladi.

Davolash va parvarishlash usullari. Shifoxonada faqatgina epidemik parotit kasalligini og'ir turlari, ya'ni markaziy asab tizimi, pankreatit, orxit, oofaritlar bo'lgandagina yotqizilib davolaniladi. Qolgan turlarida uy sharoitida davolanishi ham mumkin.

➤ To'shak rejimi kasallikni tana haroratini me'yorga kelgunicha, klinik belgilarini tamom bo'lgunicha eng kamida 7 kungacha tavsiva beriladi.

➤ Bemor bolani ovqati yetarli darajada kaloriyali tez va yengil hazm bo'ladigan, vitaminlarga boy suyuq va yarim suyuq ko'rinishda bo'lishi kerak. Agarda oshqozon osti bezi yallig'langan bo'lsa, achchiq, sho'r, yog'li, qovurilgan ovqatlardan parhez saqlash kerak.

➤ Kattalashgan so'lak bezlari sohasida quruq issiqlik qo'yish mumkin va simptomlariga qarab davo muolajalari o'tkaziladi.

➤ Og'iz bo'shlig'ini qaynatib so'ngra iliq holatga keltirilgan suv yoki furatsillin eritmasi bilan chayib turish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar:

➤ Bemor bolani zudlik bilan kechiktirmasdan alohidalash shart.

➤ Bemorni alohidalash kasallik boshlangan kundan boshlab 10 kungacha yoki iloji boricha to klinik sog'ayish davrigacha bo'lgani maqsadga muvofiqdir.

➤ Dezinfeksiya shart emas.

➤ Epidemik parotit kasalligi bilan muloqotda bo'lganlarni 21 kungacha karantinda saqlash lozim.

➤ Muloqotda bo'lgan bolalarni har kuni tana haroratini o'lchash, umumiy ahvolini va so'lak bezlari holatlarini ko'zdan kechirib turish zarur.

➤ Bemor yotgan xonani havosini tez-tez yangilab turish va namlab tozalab turish lozim.

➤ Shaxsiy va umumiy gigiyena qoidalariga to'liq rioya qilish (ayniqsa bolalar muassasalarida) va epidemik parotitga qarshi faol emlash ishlarini o'tkazishdan iborat.

➤ Maxsus emlash bolalarni 1 va 6 yoshlarida parotitga qarshi tirik monovaksina teri orasiga yuboriladi.

➤ Meningit, pankreatit va orxit kasalliklarida bir yilgacha bolalar dispanser kuzatuvda bo'ladilar.

Nazorat uchun savollar

1. Ko'kyo'tal qo'zg'atuvchisi va klinik belgilarini ayting. Repriza nima?
2. Ko'kyo'tal davosi.
3. Ko'kyo'talning spetsifik profilaktikasi.

4. Epidemik parotit qanday kasallik, klinikasida nima kuzatiladi?
5. Ko'kyo'tal kasalligida bolani parvarishlash usullarini ayting.
6. Ko'kyo'tal kasalligiga qarshi chora-tadbirlarni ayting.
7. Tomoqdan Borde-Jangu tayoqchasiga material olish texnikasini ayting.
8. Epidemik parotit kasalligi etiologiyasi, yuqish yo'llari va kasallik manbai haqida tushuncha bering.
9. Epidemik parotit kasalligining davosi?
10. Epidemik parotitning spetsifik profilaktikasini?
11. Epidemik parotit kasalligining klinik belgilarini ayting.
12. Epidemik parotit kasalligining kechish davrlarini ayting.
13. Epidemik parotit kasalligini parvarishlash usullarini ayting.
14. Epidemik parotit kasalligida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni ayting.
15. Epidemik parotitkasalligini maxsus profilaktikasini ayting.

1.16. Virusli gepatitlar (Hepatitis Viralis)

Virusli gepatit yuqumli kasallik hisoblanib, jigami zararlanishi, umumiy intoksikatsiya, sariqlik yoki sariqsiz hamda moddalar almashinuvining buzilishi bilan kechadi. Hozirgi kunga kelib, virusli gepatitni bir necha, ya'ni A, B, C, D, E, F, J turlari mavjud. Ulardan gepatit A RNK ga ega, virus pikama guruhiga mansub, gepatit C flaviviruslar guruhiga mansub, gepatit D delta agent hisoblanib, gepatit B bilan birgalikda uchraydi, gepatit E esa DNK ga ega gepatit B gepatnaviruslar guruhiga mansub hisoblanadi.

Gepatit viruslari tashqi muhitga o'ta chidamlidir. Masalan gepatit B virusi tashqi muhit sharoitida, jumladan uy sovutgichida 6 oydan 12 oygacha o'lmay yashashi mumkin. Qaynatilganda gepatit B virusi 2 soatdan keyin o'ladi, xlorli eritma va ultrabinafsha nurlari ta'sirida uzoq vaqtdan keyin nobud bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Sanab o'tilgan gepatitlarning barchasi antropozli infektsiyalar hisoblanadi. Infeksiya manbai faqatgina gepatit bilan og'rigan bemorlar hisoblanadi. Bemor kasallikni yashirin davridan boshlab, sariqlik davrining o'rtalarigacha yuqumli hisoblanadi.

Gepatit A va E viruslari fekal-oral, hamda muloqot orqali yuqadi. Gepatit B, C, D parenteral yoʻi bilan, jumladan qon quyilganda qon zardobi orqali, inʼeksiyalar qilinganda, xullas, teri va shilliq qavatlarini butunligi buzilganda yuqadi. Gepatit B transplatsentar (gepatit C ham), yoki tugʻilish jarayonida, jinsiy aloqa orqali, soʻrgʻich, tish choʻtkasi, oʻpishganda agar ogʻiz shilliq qavatlarini jarohatlangan boʻlsa yuqadi.

Virusli hepatit A va E transplatsentar yoʻl bilan yuqmaydi. Bolalar oʻrtasida kasallikka beriluvchanlik juda yuqori. Gepatit D faqatgina hepatit B bilan ogʻrigan bemor bolalarda uchraydi.

Patogenezi. Asosan jigar hepatotsitlarini zararlanishi hamda mayda oʻt yoʻllarini bosilishi kuzatiladi. Hepatotsitlarni zararlanishida viruslarni sitopatogen taʼsiri natijasida va infeksiyaga qarshi organizmni immun reaksiyasi katta rol oʻynaydi. Hepatositlarga infeksiyani taʼsiri natijasida, mitoxondriya va lizotsimlarni jarohatlanishi hamda hepatotsitlar membranasini defektlariga sabab boʻladi. Ushbu jarayon natijasida qonda bilirubin almashinuvining buzilishi, jigar fermentlarini koʻpayishi (qonga tushishi) hamda uglevodlar, oqsillar va dori moddalarini metabolizimini buzilishi kuzatiladi. Gepatit B virusi hepatotsitlardan qonga oʻtib immunopatologik reaksiyasiga sabab boʻlib, boshqa organlarni ham jarohatlashi mumkin.

Tasnifisi. Etiologiyasi boʻyicha A, B, D, C, E, F, J aralash infeksiya (masalan hepatit B va C yoki B va D). Gepatit oʻtkir kechganda yashirin, sariqlik, sariqlikdan keyingi va tuzalish davrlariga boʻlinadi. Tipik (sariqlik) va atipik (sariqliksiz) turlari mavjud. Kasallik yuqish vaqtiga qarab tugʻma va hayotda orttirilgan boʻlishi mumkin. Virusli hepatitlar oʻtkir, surunkali (surunkali faol virusli hepatit, surunkali persistirlovchi virusli hepatit) kechadi.

Asoratlari. Oʻtkir hepatodistrofiya va jigar komasi. Ikkilamchi infeksiyani qoʻshilishi, xolesistit, xolesistoxolangit. Gepatit bilan ogʻrigan bolalarda kasallik sogʻayishi, kasallikni choʻzilib ketishi, koʻp yillik virus tashuvchilik (gepatit B va C), surunkali hepatit, jigar sirrozi, oʻsmalar va oʻlim bilan tugashi mumkin. Gepatit A va E turlarida surunkali hepatit va jigar sirrozi uchramaydi.

Virusli gepatit A. Yashirin davri 15-45 kungacha. Kasallikning boshlanish (sariqlik oldi) davri 3-8 kungacha davom etadi. Ushbu davrda bolalarda tana haroratini ko'tarilishi, holsizlik, lanjlik, ishtahani pasayishi, uyquchanlik, bosh va mushaklar sohalarida og'riq kuzatilib bola qomini yerga berib yotishi kabi belgilar namoyon bo'ladi. Asta-sekin bolani qorin sohalarida yoqimsizlik, ko'ngil aynishi, qayt qilishi, qorinda dam, siydik rangini to'qlashishi, axlatni oqarishi sodir bo'ladi. 15-20 % bolalarda kataral alomatlar kuzatiladi. Jigar kattalashadi, paypaslaganda og'riq sezadi. Bemorda sariqlik paydo bo'lgandan keyin intoksikatsiya alomatlari biroz kamaya boshlaydi. Qonda bilirubin miqdori 50-100 mk mol/l dan oshmaydi. Jigar ko'proq kattalashadi, siydik rangi juda to'q, axlat esa oppoq rangda bo'ladi. 10-15% bolalarda esa taloqni biroz kattalashuvi kuzatiladi. Boshqa ichki a'zolarida o'zgarishlar kuzatilmaydi. Sariqlik davri o'rtacha 10 kungacha davom etadi. Qonda asta-sekin jigar fermentlarini faolligi va bilirubin miqdori pasaya boshlaydi. Kasallikni tuzalish davri 2-3 oygacha davom etadi. 3-5% bolalarda esa virusli gepatit A cho'ziluvchan kechishi kuzatiladi, biroq ushbu bolalar ham 6-12 oy davomida sog'ayib ketadilar. Amerikalik pediatrijami kuzatishlaricha 70% 6yoshgacha va 30% 6 yoshdan katta bo'lgan bolalarda virusli gepatit A atipik, ya'ni sariqsiz kechishi mumkin. Kasallikni og'ir kechishi faqatgina nimjon, kasalmand bolalar o'rtasida uchrashi mumkin.

Virusli gepatit B. Yashrin davr 60-180 kungacha. Klinik belgilari keng doirada uchrab turishi mumkin. Bemor bolada holsizlik lanjlik, ishtahasizlik, ko'ngil aynishi, artralgiya, artrit, nefrotik sindromlardan tortib, sariqlik, gepatitni og'ir kechishi va jigar komasi ko'rinishida kechishi mumkin. Sariqlik oldi, ya'ni kasallikni boshlang'ich davri bir necha soatdan, ikki haftagacha davom etishi mumkin. Kasallik intoksikatsiya alomatlari, ya'ni holsizlik, lanjlik, ishtahani pasayishi, uyquni buzilishi, ko'ngil aynishi, qayta-qayta qayt qilish, qorin sohasida og'riq, ayrim paytda bemor bola tana haroratini ko'tarilishi, mushaklarda og'riq va kataral alomatlar kuzatiladi. Jigar kattalashadi paypaslaganda og'riq sezadi. Qonda ALT va AST fermentlarini faolligi oshadi. Ushbu davrda siydik rangini to'qlashishi va axlatni rangsizlanishi kuzatiladi.

Kasallikni sariqlik davri asta-sekin sariqlikni paydo bo'lishi va kuchayib borishi, intoksikatsiya hamda dispeptik alomatlarini, qorin sohasidagi og'riqni kuchayib borishi, bradikardiya, qon bosimi pasayishi kuzatiladi. Bola badanidagi dog'li papulasimon toshmalar toshishi, qizish hamda bo'g'imlarda og'riq paydo bo'ladi. Agar shu davr asoratsiz kechsa bir oygacha davom etadi. Sog'ayish davri 2-15 oygacha davom etishi mumkin.

Yomon sifatli virus gepatit B (fulmenant turi) asosan 1 yoshgacha hamda katta maktab yoshidagi bolalar o'rtasida uchraydi. Kasallik o'tkir, tana haroratini 38-39 °C gacha ko'tarilishi, kuchli intoksikatsiya alomatlari ya'ni lanjlik, befarqlik, uyquchanlik yoki bezovtalik, asabiylik bilan almashinib turadi. Kuchli dispeptik buzilishlar ko'ngil aynishi, qayt qilish sodir bo'ladi. Sariqlik oldi davri 1 hafta atrofida davom etadi. Sariqlik davrida bemor bolani jigarini kattalashishi, sariqlikni tez ko'payib borishi, asab-ruhiy qo'zg'alish, qayta-qayta qon aralash qayt qilish, qorinni dam bo'lishi, gemorragik sindromlar, tana haroratini ko'tarilishi, siydik miqdorini kamayishi kuzatiladi. Bemor bolada talvasa, toksik nafas, og'zidan jigar hidini kelishi hamda jigar o'lchamini kamayishi esa komaga tushishdan darak hisoblanadi. Koma oldi holati asab-ruhiy qo'zg'alish bilan birgalikda qaltirash, aniq bir mushaklarni uchib turishi, vaqti-vaqti bilan hushini o'zgarib turishi, uyquchanlik kabi klinik belgilar kuzatiladi. Ko'z qorachig'i refleksi yorug'likka musbat, ammo qorin refleksleri yo'qolgan bo'ladi. Koma oldi holati bir necha soatdan, bir necha kungacha davom etishi mumkin.

Koma-1. Bunda bolani es-hushi yo'qolgan, bezovta, ko'rik va tekshirishlarni sezmaydi, ko'z qorachig'i toraygan, yo'rug'likka reaksiyasi o'ta past, yutinish refleksleri saqlangan. Og'riq va in'eksiyalarni sezadi. Gemorragik sindrom kuchayib boradi, og'izdan jigar hidi kelib turadi, qorin taranglashadi va oligouriya kuzatiladi. Oradan 1-2 kun o'tib, **koma-2** boshlanadi. Bunda bemor og'riqni umuman sezmaydi. Ko'z qorachig'i kengayib yo'rug'likka nisbatan reaksiyasi umuman yo'qoladi. Nafasi Kussmaul yoki Cheyn-Stoks ko'rinishida bo'ladi, taxikardiya va talvasa kuzatiladi. Komani davomiyligi bir necha soatdan 2-3 kungacha davom etishi mumkin.

Virusli gepatit C. Ko'pchilik bolalarda virusli gepatit C simptomsiz yoki kam simptomlar bilan kechadi. Agarda kasallikning o'tkir kechishi kuzatilsa, bolalarda virusli gepatit A ni klinik belgilariga yaqin alomatlar kuzatiladi. Sariqlik 15-40 % bolalarda kuzatiladi. Infeksiyani persistensiyasi 75-85% bolalarda bo'ladi.

1.16.1 - Jadval

Gepatit kasalligini taqqosiy tashxislash (V.V.Uchaykin, N.I.Nisevich, 1998).

Tashxis belgilari	Gepatit-A	Gepatit-B	Gepatit-C	Gepatit-E	Gepatit-D
Bemomi yoshi.	1 yoshdan katta	Barcha yoshdagi bolalar	Barcha yoshdagi bolalar	1 yoshdan katta	Barcha yoshdagi bolalar
Yashirin davri	15-30 kungacha	2-6 oygacha	2 haftadan 3 oygacha	15-45 kungacha	2 haftadan 6 oygacha
Kasallikni boshlanishi	O'tkir	Asta-sekin	Asta-sekin	O'tkir	O'tkir
Sariqlik oldi davri intoksikatsiyasi	Kuchli rivojlangan	Kuchsiz rivojlangan	Kuchsiz rivojlangan	Kuchli rivojlangan	Ko'proq holatlarda kuchli rivojlangan
Sariqlik davridagi intoksikatsiya	Kuchsiz rivojlangan	Kuchli rivojlangan	Yo'q yoki sust rivojlangan	Yo'q yoki sust rivojlangan	Kuchli rivojlangan
Allergik toshmalar	Yo'q	Bo'lishi mumkin	Bo'lishi mumkin	Yo'q	Bo'lishi mumkin
Kasallikni og'irligi	Yengil va o'rtacha og'irliklar	Asosan og'ir va o'rtacha og'irlikda	Yengil va sariqsiz turlari	Yengil turda kechadi	Og'ir va yomon sifatlilik kechadi
Sariqlik davri	1-15 haftagacha	3-5 haftagacha	2 haftaga yaqin	1-2 haftagacha	2-8 haftagacha
Surunkali gepatitga o'tishi	Yo'q	Birlamchi surunkali gepatit	50% gacha surunkali gepatit	Yo'q	Ko'p hollarda
Timol sinamasi	Yuqori	Past, ko'proq hollarda me'yorda	Biroz ko'tarilgan	Yuqori	Biroz ko'tarilgan

Gepatit C virusini surunkali tashuvchilar o'rtasida surunkali gepatit 60-70%, jigar sirrozi esa 10-20% bolalarda uchraydi. Bundan tashqari

gepatotsellyulyar karsinoma kuzatilishi mumkin. Giyohvandlar orasida gepatit C virusini tashib yuruvchilar juda ko'pdir.

Virusli gepatit D. Kasallikni delta virusi chaqiradi. Virusni tashqi qavati gepatit B ni yuzaki antigeni hisoblanadi. Shu sababli virusli gepatit B bilan og'rigan bemorlar yoki HB_s Ag tashuvchilargina gepatit D bilan kasallanishi mumkin. Aralash, ya'ni o'tkir gepatit B va delta infeksiya, o'tkir gepatit B bilan og'rigan bolalar orasida 16-17% ni tashkil etadi. (V. F. Uchaykina). Gepatit D ni klinik alomatlari o'tkir gepatit klinik belgilaridan ko'p farq qilmaydi.

Kasalliklarni prodromal davrida o'tkir respirator virusli infeksiyalar va o'tkir appenditsit, mezadenit, ichak infeksiyalari, gijja kasalliklari bilan taqqoslash lozim. Ushbu holatlarda kasallikni hamda epiderniologik anamnezni to'g'ri yig'ish, boshlang'ich ilk simptomlarga to'g'ri baho berish, kuzatish va qondagi jigar fermentlarini faolligini o'z vaqtida aniqlash asosiy rol o'ynaydi. Kasallikni sariqlik davrida esa gemolitik sariqlik bilan taqqoslash kerak. Ushbu kasallikda anemiya, giperretikulyoz, taloqni kattalashishi hamda qondagi konyugirlanmagan bilirubin miqdorining ko'tarilishi kuzatiladi. Ushbu belgi va ko'rsatgichlar virusli gepatit kasalliklariga xarakterli emas.

Tashxislash usullari: Kasallikka erta tashxis qo'yishda eng avvalo uni prodromal davridagi ilk klinik belgilariga to'g'ri ahamiyat qaratish hamda epidemiologik anamnezni to'liq va aniq yig'ish muhim ahamiyatga ega.

➤ Jigar va o't yo'llarini ultratovushli tekshirish.

➤ Periferik qon zardobidagi transaminazalar faolligini (ALT, AST) aniqlash zarur (me'yorda 0,1-0,68; 0,1-0,45 mmol/l). Ushbu jigar fermentlari faolligi 20-50 barobar oshib ketadi.

➤ Periferik qondagi bilirubin miqdori erkin bo'lmagan (bog'langan) fraksiyasi hisobidan oshadi.

➤ Qondagi eritrotsitlarni cho'kish tezligini oshishi, siydik tarkibida urobilin va o't pigmentlarini aniqlanishi, axlatda sterkobilin bo'lmashligi tufayli aholik (rangsiz, oqarishi) bo'lishi, timol sinamasini oshishi muhim ahamiyatga ega.

➤ Jigar gepatotsitlarini jarohatlanish darajasini maksimal aniqlash maqsadida qondagi maxsus jigar fermentlari, ya'ni gamma-glyutamilttransferaza, glyutamatdehidrogenaza, urokaninaza va fosfo-l-fosfataldolaza faolliklarini aniqlash lozim.

➤ Serologik tekshirish usullari. Hozirgi vaqtda serologik usullar (BJAR, RIA va IFA) qo'llaniladi. HB_s Ag va HB_s Ag ga qarshi antiteloni aniqlash tashxis uchun katta ahamiyatga ega. Bundan tashqari gepatit B da HB_c Ag va HB_e Ag ga qarshi antitelolarni aniqlash mumkin.

Virusli gepatit D da diagnoz qo'yish D antigeniga qarshi antiteloni aniqlashga asoslangan. C va E gepatitlar tashxisi C va E gepatitlar antigenlariga antitelolarni aniqlash bilan tasdiqlanadi.

Davolash va parvarishlash. Virusli gepatitlarni maxsus davosi yo'q. Asosan kasallikni davolashda rejim va parhez juda katta ahamiyatga ega.

Kasallikni og'ir va o'rtacha og'ir turlarida to'shak rejimi, yengil turlarida esa yarim to'shak rejimi bo'lishi shart. Ushbu rejim kasallikni, klinik belgilarini yo'qolishi va jigar ish faoliyatini yaxshilanishiga qadar davom etishi maqsadga muvofiqdir. Bemor bolalarni ovqati sifatli tez va oson hazm bo'ladigan oqsillarga, vitaminlarga boy, yetarli kaloriyaga ega bo'lgan suyuq va yarim suyuq holatda bo'lishi kerak. Bemor bolalarga yog' va qovurilgan yog'li ovqatlar, kolbasa, konserva mahsulotlari, sho'r, achchiq ovqatlar, qo'ziqorin, shokolad mahsulotlari umuman man etiladi. Virusli gepatit bilan og'irigan bolalarga sariyog', bodom, o'rik, jiyda yog'lari, tuxum oqsili, yog'siz parranda va mol go'shtlari, poliz mahsulotlari, mevalar, sabzavotlar, asal, sharbatlar, kompotlar hamda sut va qatiq mahsulotlarini tavsiya berish foydalidir. Tayyorlangan ovqat mahsulotlari kam-kam, tez-tez sutka davomida (4-5 marotaba) berilishi maqsadga muvofiqdir.

Dori preparatlaridan vitaminlar (vitamin C, A, va B guruhlari), o't haydovchi preparatlar (xoladas, allaxol), mineral suvlar, magniy sulfat, fermentlar va biopreparatlar bemor bolani yoshiga va holatiga qarab beriladi. Yengil va o'rtacha og'irlikdagi bemor bolalarda infuzion terapiya o'tkazish shart emas. Faqatgina gepatitni og'ir kechishidagina infuzion terapiya o'tkazish kerak. Virusli gepatitni davolashda virusga qarshi preparatlar (interferon, intron-A, viferon, leykinferon, reaferon)

uzoq muddatlarda tavsiya beriladi. Virusli gepatitlarni og'ir turlarida glyukokortikoid gormonlari beriladi. Sariqlikdan keyingi davrda essensial, gepatral, karsil, legalon, liv-52, apkasul kabi dori preparatlarini berish shifokor tomonidan tavsiya etilgandan keyingina boshlanadi.

Virusli gepatitdan sog'ayish bemor boladagi klinik belgilar, sariqlik, jigar o'lchamlarini, siydik, axlat rangini, hamda laboratoriya tekshiruvda qondagi transaminaza (ALT, AST) va bilirubin miqdorlarini me'yorga kelishi asos bo'la oladi. Maktab va bolalar bog'chalarida kasallikni boshlanish davridan boshlab 40-50 kungacha ruxsat berilmaydi.

Bemorni dispanser kuzatuvini 6 oydan kam bo'lmasligi kerak. Virusli gepatitni B, C, D turlarini surunkali kechishida esa ko'p yillar davomida bemor bolalar dispanser kuzatuvida bo'lishi shart. Shifoxonadan chiqqan bemor bolani 1 oydan keyin periferik qon zardobidagi ALT, AST, bilirubin, timol sinamasi hamda HB_s Ag larni tekshirish lozim. Virusli gepatitni B, C, D turlari shifoxonadan chiqqandan keyin har 3-6-9-12 oylarda tekshirilib turilishi shart. Dispanser kuzatuv davrida bolalarga parhezni saqlashlari, emlashga qarshi ko'rsatma, jismoniy tarbiya darslari va dala ishlaridan ozod etilishlari lozim. Ushbu davrda shifokor ko'rsatmasi asosida gepatoprotektorlar, o't haydovchi dorilar, fermentlar va vitaminlar tavsiya etiladi. Ayrim holatlarda virusga qarshi preparatlar (interferon, viferon va h. k.) beriladi.

Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar:

- Bemorni zudlik bilan izolyatsiya (alohidalash) qilish zarur.
- Bemor bilan muloqotda bo'lganlarga 35 kun davomida karantin e'lon qilinadi.
- Aholi o'rtasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib borish (mahallada, o'qish joylarida suhbat o'tkazish, radio, televideniya, gazeta va jumallar orqali muloqotlar uyushtirish va h. k.). Qon orqali yuqish mexanizmiga ega bo'lgan virusli gepatitlar profilaktikasida donorlar puxta tekshiruv va kuzatuvdan o'tishlari kerak.
- Barcha katta-kichik operatsiyalarda iloji boricha bir marotabalik asboblarni ishlatish maqsadga muvofiqdir.

➤ Virusli gepatit A o'chog'ida dezinfeksiya ishlari tarkibida xlor saqlovchi dezinfeksiyalovchi eritmalar ishlatiladi. Bemor ajratmalari 1 soat davomida quruq xlor kukuni bilan dezinfeksiyalanadi. Bemor bolani tuvaklari 30 daqiqa davomida 3% li xlorli ohakda, o'yinchoqlari va parvarishlash narsalari esa 1% li xlorli ohak eritmasida 30-60 daqiqa davomida botirib qo'yiladi. Bemor yotgan xona esa 3% li xloramin eritmasi bilan tozalanadi va artiladi. Bemorni idish tovoqlari, kiyimlari, taglik va oqliqlari esa 30 daqiqa davomida qaynatilib tozalanadi.

➤ Maxsus profilaktikasi uchun virusli gepatit B ga qarshi vaksina gen injeneriyasi usuli bilan olingan bo'lib, bola tug'ilgandan keyin 12 soat ichida mushaklar orasiga yuboriladi (Engerix-B). Virusli gepatit A ni mavsumiy profilaktikasi uchun muloqotda bo'lgan bolalarni 2 hafta ichida mushaklari orasiga (0,02 ml/kg tana vazniga) normal immunoglobulin yuborish 85% bolalarda foyda berishini (Red Book 2000) amerikalik pediatrlar ta'kidlab o'tgan.

➤ Sust immunizatsiya maqsadida HB_s ga antitelo yuboriladi. Bu maqsadda giperimmunoglobulin B (Ig HB) qo'llaniladi. Bu virusli gepatit B bilan kasallangan odam qon zardobidan olingan bo'lib, HB_s ga qarshi yuqori titrdagi antiteloga ega. Preparat 0,5 ml miqdorida yangi tug'ilgan chaqaloqlarga yuboriladi. Virusli gepatit A ga qarshi inaktivatsiyalangan Hovrix-1440 vaksina ishlatiladi. Virusli gepatit C ni surunkali kechishida albatta virusli gepatit A va B ga qarshi vaksina yuborish kerak.

Nazorat uchun savollar

1. Virusli gepatitlar haqida tushuncha bering.
2. Virusli gepatit etiologiyasi, epidemiologiyasini ayting.
3. Virusli gepatit klinik shakllari, kechish xususiyatlarini ayting.
4. Virusli gepatit tashxisot usullari qanday amalga oshiriladi.
5. Dispanser kuzatuvni tashkil qilish va uning vazifalarini ayting.
6. Kasallikka qarshi emlash va unga ko'rsatma, qarshi ko'rsatmalarni ayting.
7. Jamoada va oilada epidemiyaga qarshi tadbirlarni o'tkazishni ayting.
8. Virusli gepatit kasalliklarini parvarishlash usullari.

9. Virusli gepatit kasalligida parhez taomlarini ayting.

1.17. O'tkir ichak infeksiyalari

O'tkir ichak infeksiyasi – bu ovqat hazm qilish tizimining har xil mikroorganizmlar bola organizmiga maishiy muloqot, suv hamda oziq-ovqatlar orqali kirib gastroenterokolit, umumiy intoksikatsiya va suvsizlanish alomatlari bilan o'tkir kechadigan yuqumli kasallik hisoblanadi. Bolalar o'rtasidagi o'tkir ichak infeksiyalari tibbiy shoshilinch yordamiga murojaat qilish uchun asosiy sabablardan biri bo'lsa, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hatto o'limga ham sabab bo'lishi mumkin.

Barcha ichak infeksiyalarining epidemiologik jihatdan umumiy xususiyati, mikroorganizmlarni og'iz orqali yuqish mexanizmi hisoblanadi. Odatda, mikroorganizmlar ifloslangan suv, oziq-ovqat mahsulotlari va qo'llar orqali og'izga kirib, kasallikka sabab bo'ladi. Kasallikning tarqalishida pashshalar ham muhim ahamiyatga ega.

Hozirgi kunda o'tkir ichak infeksiyalari orasida dizenteriya, salmonellyoz, rotovirusli infeksiya, qorintifi kabi kasalliklar bolalar orasida ko'plab uchrab turadi.

Etiologiyasi. Ko'krak yoshidagi bolalar o'rtasida ichak infeksiyasida asosan, quyidagi mikroorganizmlar etiologik rol o'ynaydi:

➤ Viruslar.

➤ Bakteriyalar.

➤ Soddalilar.

Ushbu yuqorida keltirilgan mikroorganizmlar va viruslar to'liq emas, yildan yilga ularning yangi turlari kashf etilmoqda. Ushbu ko'pgina kasallik qo'zg'atuvchilari tashqi muhit sharoitlarida chidamli, ular uzoq kunlar davomida idish-tovoqlarda, yerda va suvda yaxshi saqlanadi.

Shartli patogen mikroorganizmlar (stafilokokk, klebsiella, protey va hokazo) asosan, 6 oygacha bo'lgan bolalarda kasallikka sabab bo'ladi. 1 yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida o'tkir ichak infeksiyasiga rotoviruslar, esherixiozlar va salmonellozlar sabab bo'ladilar. 1 yoshdan katta bolalar o'rtasida o'tkir ichak kasalliklarini chaqirishda rotoviruslar,

adenoviruslar, enteroviruslar, dizenteriya, esherixiozlar, salmonellyozlar va iersinozlar ko'proq sabab bo'ladi. Rotovirusli infeksiyani ko'krak yoshidagi bolalarda ko'proq uchrashiga asosiy sabab, ularning retseptori laktoza fermenti hisobida ishlaydi. Ushbu ferment 1 yoshgacha bo'lgan bolalarni ingichka ichak shilliq qavatlarida katta yoshdagilarga nisbatan 10 barobar ko'p. Lyamblyalar va boshqa soddalilar hamda sitomegaloviruslar asosan, immuntanqisligi mavjud bo'lgan bolalar o'rtasida kasallikka sabab bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bemor odam va bakteriya hamda virus tashuvchilar hisoblanadi. Ayrim ichak infeksiyalariga (salmonellyoz, kampilobakterioz) infeksiya manbayi bo'lib, qishloq xo'jaligi hayvonlari, parrandalar hisoblansa, iersiniozda esa kemiruvchilar asosiy rol o'ynaydi. Ichak infeksiyalari uchun kasallik qo'zg'atuvchilarining ichaklarda joylashib, asosan axlat bilan tashqi muhitga chiqib turadi. Ichak infeksiyalarini qo'zg'atuvchilari ifloslangan oziq-ovqatlar, ichimlik suvlari, idish-tovoqlar, o'yinchoqlar, ich kiyimlari, choyshablar va ifloslangan qo'llardan og'iz orqali sog'lom bola organizmiga tushganda, bolaning kasallanib qolishiga sabab bo'ladi. Boshqacha aytganda, fekal-oral yuqish mexanizmi xarakterlidir.

Kasallik qo'zg'atuvchilari chang havo orqali ham yuqishi mumkin. Ko'krak yoshidagi bolalarni kasallikka moyilligi juda yuqori. Ayniqsa, OOEEl, kamqonlik, raxit kasalliklari bor hamda sun'iy ovqatlanayotgan bolalarda yanada ko'proq uchraydi. Rivojlangan mamlakatlarda o'tkir ichak infeksiyasiga asosan viruslar sabab bo'ladi. Eng ko'p rotoviruslar sababchidir (87 % gacha). Qolgan kasalliklarga kampillobakteriya, salmonella, shigella va esherexiya koli kabi mikroblar sabab bo'lmoqda. Rivojlanib borayotgan mamlakatlarda esa bakteriyalar o'tkir ichak kasalliklarini chaqirilishidagi ahamiyati yuqoriligicha saqlanib qolmoqda.

Patogenezi. Bolalarning o'tkir ichki infeksiyalariga beriluvchanligi transplatsentar yo'l orqali onadan olgan passiv immunoglobulin, antitelolarining ta'siri ichak infeksiyalariga nisbatan umuman yo'q. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda shaxsiy immunoglobulin (A va M), sintez qilinishi boshlang'ich bosqichda shilliq qavatlardagi sekretor

immunitetni ishlab chiqarishi asta-sekin rivojlanadi. Oshqozon-ichakda ishlab chiqariladigan shiralarni bakteriosit ta'siri past, bundan tashqari ichaklarni shilimshiq ajratishi ham yetarli miqdorda emas. Ichaklarni biotsinoz xususiyatlari turg'un emas. Shuning uchun, ushbu jarayonga ona sutidagi immunoglobulinlar, lizotsimlar va boshqa omillar yordam berib turadi.

Ona suti bilan oziqlanmaydigan bolalar shu sababli oshqozon-ichaklarni yuqumli kasalliklariga ko'proq chalinadilar. Immunitet turg'un emas. Shu sababli, qayta kasallanish kuzatiladi. Ichak shilliq qavatlarida joylashgan qo'zg'atuvchilar va ularni ishlab chiqargan toksinlari, shu joydagi ichak vorsinkalarini destruksiyasi, kriptogipertrofiyasiga, fermentlarning faolligini kamayishiga, yallig'lanish va destruktiv hamda nekrotik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Ichak mikroblarini ishlab chiqargan toksinlari ta'siri natijasida, ayrim oshqozon-ichak funksiyalarini boshqarib turadiga oshqozon-ichak gormonlarini (vazoaktiv peptidlar, neyrotenzin, motilin, serotonin) sintezini buzilishiga sabab boladi. Ushbu holat hazm qilish sistemasidagi so'rilish va motorikaning buzilishiga, sekretiyaning kuchayishiga hamda mahalliy va umumiy tomirlar tizimlarini ham butunligi va o'tkazuvchanlik xususiyatlarining buzilishiga olib keladi. Ingichka ichakda bakteriyalarning ko'payib ketishi, bola organizmida vitaminlar (A, C, D), mikroelementlar (rux, temir, kalsiy) kamayib ketishiga ham sabab bo'ladi.

O'tkir ichak infeksiyasini ko'krak yoshdagi bolalarga asosiy jihatlaridan biri bu tez sur'atda bolani suvsizlanishi va ikkilamchi toksikoz alomatlarini paydo bo'lishi hisoblanadi. Bunga sabab, birinchidan ko'krak yoshdagi bolalarda moddalar almashinuvi darajasi yuqoriligi sababli (har kuni to'qimalarda tashqaridagi suvni 50% gacha, kattalarda esa 14% gacha) ko'p suv talab etiladi. Ikkinchidan suyuqlikni organizmda bo'linishini xarakteri, ya'ni to'qima ichidagi suyuqlik ko'krak yoshdagi bolalarda ko'proq uchraydi.

Sun'iy ovqatlantirilayotgan bolalar ekssudativ yoki limfatik-gipoplastik diatezi, distrofiyasi, anemiyasi, raxit kasalliklari bo'lgan bolalarda dizbakterioz, bifidumflora tanqisligi va shartli

patogenmikrofloralari tomonidan ko'p miqdorda toksik moddalar (ammiak, indol, skatol, past molekulari yog' kislotalari, serovodorod va h. k.) ajratib chiqarilishi kuzatiladi.

Toksikozni kechishi asosan ichak infeksiyasini og'irligi hamda yo'qotilgan suyuqlik turiga bog'liq. Bundan tashqari toksinlarni ichak epiteliyasiga, jigar va tomirlar endoteliyasiga, markaziy asab tizimiga ta'siriga ham bog'liq.

Klinik belgilari. O'tkir yuqumli ichak kasalliklarini inkubatsion davri bir necha soatdan 7 kungacha bo'lishi mumkin. Kasallikni avj olish va tuzalish davrlarini kechish muddati kasallikni klinik turi va og'irligiga bog'liq. Kasallikni paydo bo'lishi va uning kechishi, infeksiyalarni turiga, bolani yoshiga hamda organizmning immun darajasiga bog'liq.

Sporadik kasalliklarda, uy sharoitida kasallangan holatlarda kasallik asta-sekin rivojlana boshlaydi. O'tkir yuqumli ichak infeksiyasi bolalarda tez, og'ir, darhol ich ketish, toksikoz va suvsizlanish bilan boshlanadi. Oshqozon ichak tizimlaridagi yallig'lanish jarayonini joylashishiga qarab dispeptik alomatlar har xil sindromlar ko'rinishida bo'ladi.

➤ **Gastritik sindrom** - ko'ngil aynishi, qayt qilish, bezovtalik va qorin sohasidagi og'riqdan iboratdir.

➤ **Enteritik sindrom** – bunda tez-tez, ko'p miqdorda, to'liq hal bo'lmagan patologik shilimshiq va aralashmalar axlatda aralashgan holda ajralishi, meteorizim qorinni dam bo'lishi, ichaklarni yurishishi kuzatiladi. Bola yoshini birinchi oylarida axlatini rangi oq, ipchalar aralash, yog'li tvorogsimon ko'rinishida bo'ladi. Axlatni tahlil qilganda hujayradan tashqari bo'lgan kraxmallarni, neytral yog'larni, sovun va kristall yog' kislotalarini ko'p miqdordaligi aniqlanadi.

➤ **Kolitik sindrom** - bunda ich tez-tez, kam miqdorda yashil rangda shilimshiq aralash, ayrim paytlarda qon aralash ketishi kuzatiladi. Qorinni pastki qismidagi og'riq ko'proq chap tomonida kuzatiladi. Ko'krak yoshdagi bolalarda tenezmlar uchramaydi. Yolg'on og'riqli soxta qistovlar ham. Ushbu yoshdagi bolalarda tenezmga o'xshash holatlar, ya'ni bezovtalik, qichqirish, kuchanish, yig'lash, oyog'ini qomiga tomon tortib qimirlatish, yuz terilarini qizarib ketishi axlat

ajratishda kuzatiladi. Axlatni tahlil qilganda unda shilimshiqlar, leykositlar, eritrositlar aniqlanadi. Kolitik sindrom dizenteriya kasalligiga xosdir.

Ko'krak yoshdagi bolalarda o'tkir ichak infeksiyalari ko'proq hazm a'zolari tizimining bir necha bo'limlarini yallig'lanishi kuzatilishi sababli, bir qancha sindromlar birga kelishi mumkin.

1.17.1 - Jadval

Ko'krak yoshdagi bolalarga suvsizlanish darajasini baholash

Belgilari	Suvsizlanish darajasi (tana vazni yo'qolishi % hisobida)		
	Yengil (4-5%)	O'rtacha og'irlikda (6-9%)	Og'ir (10% va undan ko'p)
Tashqi ko'rinishi	Qo'zg'algan, bezovta	Bezovta	Uyquchan, karaxt
Terini turgori	Saqlangan	Teri burmalari sekin o'ziga keladi	Teri burmalari 2 soniyadan keyin o'ziga keladi
Tashnalik	Biroz	Juda tashna	Suyuqlikni o'ta sust ichadi
Ko'z olmasi	Me'yorda	Cho'kkan	Juda cho'kkan
Ko'z yoshi	Bor	Yo'q	Yo'q
Katta liqildoq	Me'yorda	Cho'kkan	Shishgan
Shilliq qavatlar	Nam	Quruq	Juda quruq
Yurak tonlari	Baland	Bo'g'iqlashgan	Bo'g'iq, past eshitiladi.
Taxikardiya	Yo'q	Biroz	Kuchaygan
Puls	Me'yorda	Tez va kuchsiz	Tez va uni aniqlash qiyin
Qon bosimi	Me'yorda	Past	Juda past
Nafas	Me'yorda	Biroz tezlashgan	Chuqur, tez, toksik hansirash.
Tovush	Me'yorda	Pasaygan (kuchsizlangan)	Kuchsizlangan, bitgan
Diurez	Me'yorda	Kamaygan	Juda kamaygan
Tana harorati	Me'yorda yoki yuqori	Ko'proq yuqori	Ko'proq pasaygan
Qayt qilish	1-2 marotaba sutka davomida	Qaytalanib turadi	Ko'p martalab qayt qiladi

Axlati	Suyuq, 5-8 marotaba sutka davomida	Suyuq, 5-8 marotaba sutka davomida	Suvsimon, 10 va ko'proq marotaba sutka davomida
Suyuqlik tanqisligi	40-50 ml/kg	60-90 ml/kg	100-110 ml/kg

Rotovirus, esherixiozda, toksiko-infeksiyalarda kasallik asosan gastroenterit ko'rinishida o'tadi. Salmonellyoz, dizenteriya va iyersinozlarda esa gastroenterokolit ko'rinishida o'tadi. Ko'krak yoshidagi bolalarda o'tkir ichak infeksiyalari tezda eksikoz va toksikoz alomatlarini paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kasallikni og'irlik darajasi suvsizlanish va toksikoz alomatlarini nechog'lik rivojlanishiga bog'liqdir.

Ich ketish va qayt qilishda bola organizmidan faqatgina suv emas, balki elektrolitlar (tuzlar) ham yo'qotiladi. Periferik qon zardobi tarkibida natriy miqdoriga qarab quyidagi degidratatsiya turlari kuzatiladi.

1. *Izonatriemik degidratatsiya.* O'tkir ichak infeksiyasida 70% bolalarda uchraydi. Bemor bola organizmidagi hujayra tashqarisidagi suv va tuzlarning proporsional (teng miqdorda) yo'qolishi kuzatiladi. Bunda suyuqlik izotonik holatda bo'ladi. Hujayra ichi suyuqliklarida o'zgarish bo'lmaydi.

2. *Giponatriemik degidratatsiya.* Ushbu turdagi suvsizlanish 10% o'tkir ichak infeksiyasi bilan og'rikan bolalar o'rtasida uchraydi. Bu turdagi suvsizlikni kelib chiqishi bolada qayta-qayta, ko'p miqdorda qayt qilishdan keyin ro'y beradi. Bunda hujayra tashqarisidagi suyuqlik gipotonik bo'lib, u hujayra ichi suyuqligiga aralashib ketadi. Natijada hujayra ichidagi suyuqliklar miqdori oshib ketadi.

3. *Gipernatriemik degidratatsiya.* Ushbu turdagi degidratatsiya o'tkir ichak infeksiyasi bilan kasallangan bolalarda 20% gacha uchraydi. Bunda bemor bola organizmida natriyga nisbatan ko'proq suv miqdorini yetishmovchiligi kuzatiladi. Ushbu holat bolalarda ko'p marotaba tez-tez ich ketganda, tana haroratini uzoq muddatda yuqori saqlanib turishi va hansirash kuzatilganda sodir bo'ladi. Bu turdagi suvsizlanishdan hujayralararo joylashgan suyuqlikni osmolyarligi uzayadi, bu esa

hujayra ichi suyuqligini hujayradan tashqariga chiqaradi, natijada hujayra ichi suyuqligi tanqisligi kelib chiqadi.

1.17.2 - Jadval

Suvsizlanishni turlari bo'yicha asosiy belgilari

Suvsizlanish belgilari	Suvsizlanish turlari		
	Izotonik (izonatriemik)	Tuz tanqisligi (Giponatriemik)	Suv tanqisligi (gipernatriemik)
Es-hushi	Uyquchan, alahsiraydi	Koma yoki sopor, alahsiraydi, ayrim vaqtda tonik qaltirash kuzatiladi	Asabiy, qo'zg'algan, ayrim paytda toni va klonik qaltirash kuzatiladi
Terisini rangi	Kulrang	Marmarsimon	Qizg'ish har doimdagidek
Teri harorati	Sovuq	Sovuq	Issiq
Teri turgori	Pasaygan	O'ta pasaygan	Me'yorda
Shilliq qavatlar	Quruq	Biroz nam	Juda quruq
Ko'z	Cho'kkan va yumshoq	Cho'kkan va yumshoq	Cho'kkan va kichraygan
Katta liqildoq	Cho'kkan	Cho'kkan	Biroz shishgan
Puls	Tezlashgan	Tezlashgan, to'liqligi kuchsiz	Tezlashgan, to'liqligi va tarangligi me'yorda
Qon bosimi	Past	Juda past	Me'yorda yoki ko'tarilgan
Mushaklar tonusi	O'zgarishsiz	Juda past	Yuqori
Qondagi natriy mmol/l	130-150	130 dan past	150 dan yuqori

Bolalar orasida o'tkir ichak infeksiyalaridan ko'proq uchraydigan va og'irroq kechadigan kasalliklar dizenteriya va salmonellyoz hisoblanadi.

Dizenteriya – shigellalar tomonidan chaqiriladigan o'tkir yuqumli ichak kasalligi bo'lib, shilimshiq va qon aralash ich ketishi, bola organizmini suvsizlanishi, intoksikatsiya, toksikoz alomatlarini, qorin sohasida og'riq va yo'g'on ichakning ko'proq pastki qismlarining yallig'lanishi bilan xarakterlanadi. Kasallikni qo'zg'atuvchisi shigella guruhiga mansub dizenteriya bakteriyalari hisoblanib, ulardan asosan 4 turi kasallikka sabab bo'ladi.

➤ Sh. *dyzenteriae*, bunga Grigoryev-shig, Shtutser-Shimitn va Lardj-Saks bakteriyalari kiradi.

➤ Sh. *flexneri*;

➤ Sh. Bondi.

➤ Sh. Sonvei.

Infeksiya manbayi bemor va yashirin infeksiya tashib yuruvchi kishilar hisoblanadi. Ular o'zlarining najaslari orqali bakteriyalami tashqi muhitga ajratib chiqaradilar. Ana shu tashqi muhitga ajartib chiqarilgan kasallik qo'zg'atuvchilari sog'lom bolani oshqozon ichaklariga og'zi orqali tushadi. Ushbu mikroblar bola og'ziga ifloslangan qo'llar, buyumlar, suv va oziq-ovqatlar orqali tushadi. Dizenteriyani tarqalishida pashshalar katta rol o'ynaydi. Kasallik yilni barcha fasllarida uchraydi, ayniqsa yilning issiq kunlarida ko'proq uchraydi. Bu bir tomondan yoz faslida oqar suvda tozalab yuvilmagan meva va sabzavotlarni hamda qaynatilmagan suvni iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan esa pashshalarga ham bog'liqdir. Kasallik patogenezida mikroblar ishlab chiqargan endotoksinlar yo'g'on ichak shilliq qavati epiteliyalarini jarohatlaydi va yallig'lanishga sabab bo'ladi. Bunda ichakda suyuqlik yig'iladi. Mikroblar va ularning toksinlari ta'sirida ichakda yaralar hosil bo'lishi kuzatiladi, agarda kasallik og'ir kechsa.

Girigoryev-Shig toksinlarini oqsil qismi kuchli neyrotoksik ta'sirga ega. Ushbu toksinlar ichki a'zolarni, birinchi navbatda markaziy asab tizimini jarohatlaydi. Ich ketishi muddati uzayib borgani sari ovqat yeyish va uni hazm qilish qiyinlashib bola ozg'inlashib, o'sishdan keyinga qoladi. Ovqatni yetarlicha yemaslik natijasida esa ich ketish davom etaveradi va ovqat yaxshi hazm bo'lmaydi. Chunki, bola organizmida ma'lum patofiziologik jarayonlar, ya'ni ichak epiteliyalarini tiklanishi qiyinlashadi, yo'g'on ichakda bakteriyalar va suyuqliklar juda ko'payib ketadi, tuzlar almashinuvining buzilishi natijasida organizmga yaxshi hazm bo'lmaydigan oqsillar so'ra boshlaydi. Bu holatlar bola organizmida vitaminlar va mikroelementlarni tanqisligiga olib boradi.

Kasallikning klinik belgilari. Kasallikni yashirin davri 1-7 kungacha (o'rtacha 2-3 kun). Kasallik odatda o'tkir boshlanadi. Bolada umumiy holsizlik, ishtahasining yo'qolishi, injiqlik, atrof-muhitga qiziqishining biroz pasayishi kasallikni ilk belgilari hisoblanadi. Kasallikni kechishi bolani immun holatiga, infeksiyani miqdoriga hamda yoshiga bog'liq. Asta-sekin tana haroratini ko'tarilishi, qorin sohasida og'riq va ich ketish kuzatiladi. Ich ketishi tezlashib axlati shilimshiq va qon aralash holatda bo'ladi. Ich ketishi sutka davomida 20-25 marotabagacha kuzatilishi mumkin. Bemor bolani tili oq karash bog'laydi, tana harorati 38-40 °C gacha ko'tarilishi mumkin. Kasallik og'ir kechganda bolada kuchli intoksikatsiya, tana haroratini 40 °C va undan yuqoriga ko'tarilishi yoki aksincha haroratini pasayib ketishi kuzatiladi. Bola qattiq holdan toyadi, ishtahasi yo'qoladi u karaxt holatiga tushadi, terisi oqarib, quruqlashib, turgori pasayib ketadi. Puls tezlashadi, qon bosimi pasayib ketadi va infeksiyon toksik shok holatlari kuzatiladi. Bolada kuchli yolg'on tenezmlar kuzatiladi. Kasallikni gastroenterokolitik shakli asosan yuqori tana harorati (38-39 °C gacha), umumiy intoksikatsiya alomatlari, qorinni yuqori qismida og'riq ko'ngil aynishi, qayt qilish, shilimshiq yiring va qon aralash ich ketishi bilan xarakterlanadi. Bemorda taxikardiya, qon bosimini pasayishi, tilni qalin karash bog'lashi, lablarini qurishi, yorilishi, qorinda qattiq quldirash aniqlanadi. Yallig'lanish jarayoniga yo'g'on ichak qo'shilganda uning barcha qismlarida zararlanish kuzatiladi (paypaslaganda og'riq seziladi).

Tashxislash usullari. Kasallik tipik kechganda, tashxis qo'yishda unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Bemorda kasallikni o'tkir boshlanishi, tana haroratini ko'tarilishi, qon va shilimshiq aralash ich ketishi, soxta qistovlar va tenezmlar dizenteriya kasalligini tipik belgilari hisoblanadi. Tashhis qo'yishda epidemiologik anamnezni ahamiyati ham katta.

Qonning umumiy tahlillarida biroz leykositoz, leykopeniya hamda eritrositlarni cho'kish tezligini oshishi, siydikda esa albuminuriya hamda silindruriya faqatgina kasallikni og'ir kechishida kuzatilishi mumkin. Kasallikni koprologik tekshirganda axlatda shilliq, leykositlar, eritrositlar va epiteliy hujayralari ko'p miqdorda topiladi. Axlatni

bakteriologik tekshirish uchun quyidagi barcha qoidalarga qattiq rioya qilish zarur:

➤ Tekshirish uchun shilliq aralash qilib, birinchi porsiyadan emas, balki keyingi porsiyasidan, antibakterial davolashni boshlashdan oldin olish kerak;

➤ Tekshirish uchun parallel holda rektal naychalar yordamida tog'ri ichakdan ham material olish zarur.

➤ Olingan materialni darhol maxsus oziq muhitlariga ekib, so'ngra termostatga qo'yish kerak.

Kasallikda serologik tekshirish usullari ham katta ahamiyatga ega. Bunda agglyutinatsiya hamda bilvosita gemagglyutinatsiya reaksiyalari yordamida bemor bolani qon zardobida shigellalarga nisbatan antitelolar aniqlanadi. Fleksner dizenteriyasida tashhis qo'yish titri 1:200-1:400, boshqa turdagi shigellalar qo'zg'atadigan dizenteriyalarda esa 1:50 va 1:100 nisbatga teng. Agglyutinatsiya reaksiyasi atipik yoki yengil turdagi dizenteriyalarni 75% bemor bolalarda antitelolarni aniqlash mumkin. Bundan tashqari ekspress, ya'ni zudlik bilan (3-5 soatda) lyuminessent mikroskopida tekshirish o'tkazib tashxis qo'yish mumkin.

Salmonellyoz – salmonellalar guruhi qo'zg'atuvchilari keltirib chiqaradigan o'tkir yuqumli ichak kasalligi hisoblanib, asosan oshqozon ichak shilliq qavatlarini yallig'lanishi va ko'proq gastrointestinal, ba'zan esa tarqalgan shakllarda kechishi bilan xarakterlanadi. Salmonellalarni 2000 ga yaqin turi mavjud. Odamda buning 90 ga yaqin turlari kasallik chaqiradi. Ular tashqi muhitga chidamli (suvda 120 kungacha, go'sht va kolbasa mahsulotlarida 2-4 oygacha, yaxlatilgan go'shtda 1 yilgacha, sutda 10 kungacha, tuproqda 18 oygacha) tezda o'lmaydi va uzoq yashaydi. O'zidan endotoksin ishlab chiqaradi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai asosan hayvonlar hisoblanadi, lekin oxirgi yillarda odamlar ham salmonella bakteriyalarini tashuvchilari sifatida ko'rsatilmoqda. Asosiy infeksiya manbai uy parrandalari, ayniqsa o'rdak hisoblanadi. Bakteriyalar go'shtda, hattoki tuxumlarda ham topiladi. Kasallangan qushlar bilan aloqada bo'lish ham kasallik yuqishiga sabab bo'lishi mumkin. Bu infeksiya kabutarlar orasida keng tarqalgan. Bundan tashqari sog'lom odam bakteriya tashib

yuruvchi ham bo'lishi mumkin. Bakteriya tashuvchilar oziq-ovqat mahsulotlarini ifloslantirishlari orqali yoki ayrim hollarda aloqa yo'li bilan yuqishida infeksiya manbai bo'lishlari mumkin. Hozirgi vaqtda shifoxona ichi infeksiyasi ko'payib bormoqda. Bunday infeksiya sababchilari ko'pincha ko'p dori preparatlariga chidamli va boshqa alohida xususiyatlariga ega bo'lgan bakteriyalar turlaridir. Infeksiya maishiy aloqa yo'li bilan tarqaladi. Kasallik qo'zg'atuvchilari bolalarga asosan ko'rpa-to'shak anjomlari, parvarishlash buyumlari va ularni parvarishlaydigan kishilarni qo'llari orqali yuqadi.

Ko'pincha kasallik tarkibida ko'p miqdorda salmonellalari bo'lgan mahsulotlarni ovqatga ishlatish natijasida alimentar yo'l bilan yuqadi. Bu kasallik ko'proq yoz oylarida uchraydi. Kasallik ko'p miqdorda go'sht, go'sht mahsulotlari, baliq, sut va sut mahsulotlariga kasallik chaqiruvchi salmonellalar tushganda, ularni noto'g'ri pishirganda va tayyorlaganda sog'lom bolalarga iste'mol orqali yuqadi.

Patogenezi. Kasallik yuqishiga bola organizmini immunobiologik quvvati hamda kasallik chaqiruvchi mikroblarning ko'p miqdorda bo'lishi muhim ahamiyatga egadir. Mikroblar og'iz orqali oshqozon ichak traktiga tushib, ingichka ichakni epitelial to'sig'idan o'tib to'qimalarga chuqurroq kiradi. So'ngra makrofaglar ularni yutadi. Keyin salmonellalarni bir qismi makrofaglarda halok bo'lsa, qolgan qismi esa unda ko'payadi va o'zidan endotoksin ajratib chiqara boshlaydi. Endotoksinlar qonga so'rilib, birinchi navbatda vegetativ va markaziy asab tizimiga ta'sir qiladi. Ichaklarni sekretsiya ishlab chiqarish faoliyatini kuchayishi natijasida sekretsiya ko'payib, ichak bo'shlig'ida ko'p miqdorda suyuqlik, kaliy, natriy va xloridlar yig'iladi.

Klinik belgilari. Yashirin davri 12-24 soatga teng ayrim hollarda bu davr 6 soatgacha qisqarishi yoki 2 kungacha uzayishi mumkin. Kasallikni klinik belgilarini namoyon bo'lishi salmonellyozni shakllariga bog'liq.

Gastrointestinal shakli. Kasallik tana haroratini ko'tarilishi (38-39 C⁰ gacha) umumiy darmonsizlik, et uyushishi, ko'ngil aynishi, oshqozon va kindik sohasida og'riq, ich ketishi, qayt qilish, yurak urishini tezlashishi, qon bosimini pasayishi va kuchli intoksikatsiya alomatlari

bilan boshlanadi. Bemor bir necha kun qayt qiladi. Ich ketishi sutka davomida 10 va undan ko'p ketadi, axlat ko'p miqdorda bo'lib, suvsimon suyuq, badbo'y hidli, shilimshiq aralash bo'ladi. Jigar va taloq kattalashadi, teri va ko'z sklerasida bir oz sarg'ayish kuzatiladi. Bemorda oligouriya, albuminuriya va siydikda qon elementlari paydo bo'ladi. Kasallikda o'tkir buyrak yetishmovchiligi kuzatilishi mumkin.

Bolani terisi quruq, ko'kargan va talvasa alomatlari kuzatiladi. Bundan tashqari, suvsizlanish (eksikoz) va toksikoz alomatlari paydo bo'ladi. Kasallikni tarqalgan shaklida tifga o'xshab kechishi kuzatilishi mumkin. Bunda kasallik o'tkir boshlanib, tana harorati uzoq muddatda yuqori saqlanib turadi. Bolada umumiy intoksikatsiya alomatlarini kuchayishi tif kasalligini eslatib turadi. Bemor bolada teri rangini oqarishi, bradikardiya, qon bosimini juda pasayishi, qorinni dam bo'lishi va isitmani 1-3 haftagacha davom etishini kuzatish mumkin.

Kasallikning septik shakli og'ir kechishi bilan xarakterlanadi. Bunda kasallikni birinchi kunlari tifga o'xshab kechadi. Keyinchalik bemor og'irlasha boshlaydi, tana haroratini ertalabki va kechqurungi farqi katta bo'ladi. Bemor et uvishishi va ko'p terlashdan shikoyat qiladi. Jigar va taloq kattalashadi. Yiringli o'choqlar paydo bo'ladi va nimjon bolalar orasida o'limga sabab bo'ladi.

Kolitik shaklida esa bolada tana haroratini ko'tarilishi, bosh og'rishi, uyqusizlik, kuchli terlash va ishtahasizlik kuzatiladi. Bolada et uyushishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, oshqozon sohasida og'riq, sutka davomida 5-15 marotabagacha shilimshiq ayrim vaqtda qon aralash ich ketishi kuzatiladi. Ushbu shaklida tenezm va yolg'on qistovlar ham bo'lishi mumkin.

Tashxislash. Tashxis qo'yishda anamnez, ya'ni kasallikni ovqat iste'mol qilish bilan bog'liqligi va bir vaqtni o'zida bir guruh bolalarni bir xil ovqat iste'mol qilishganligi natijasida bir vaqtda kuzatilishi, klinik belgilar hamda laboratoriya tekshiruv natijalari katta ahamiyatga egadir. Siydikni, qonni va axlatni umumiy tahlillarida unchalik muhim o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Bakteriologik tekshirish uchun bemor bolada qon, qusuq massalari, oshqozonni yuvindi suvi, huqna qilingandagi suv, axlat, siydik, yiring va yallig'lanish o'chog'idagi ekssudat olinishi mumkin.

Koprokulturaga axlat bola yozilgandan keyin iloji boricha oxirgi suyuq porsiylaridan olish maqsadga muvofiqdir. Chunki mikroblar ichakni yuqori qismlarida ko'proq bo'ladi. Axlat probirkalarga konservant bilan solinadi. Axlatni miqdori konservant miqdorini 1/3 qismiga to'g'ri kelishi kerak. Axlat steril probirkalarida konservantlarsiz olinishi ham mumkin, lekin bu holda laboratoriyaga yuborgunga qadar -4-8°C li sovuqda saqlanishi lozim. Qusuq va oshqozon yuvindisi (50-100 ml), siydik (20-30 ml) steril bankalarga olinib, laboratoriyaga yuboriladi.

Serologik reaksiyalar 5-7 kunlik oraliq intervallari bilan 2 marotaba o'tkaziladi. Ekspress tashxis qo'yishda esa immunoflyurossent usulidan foydalaniladi. Bu usul flyuroxromlar bilan ishlangan immun zardoblarini tegishli antigenlar bilan o'zaro ta'siriga asoslangan.

O'tkir ichak infeksiyalarini tashxislash asosan quyidagilarga asoslangan:

- Kasallik anamnezini to'g'ri yig'ish va talqin qilish;
- Epidemiologik anamnezini to'g'ri yig'ish;
- Bemorni o'ziga (kasallik belgilariga) va axlatiga katta ahamiyat berib ko'zdan kechirish;
- Klinik laborator tekshiruvlarni koprogramma (najas umumiy tahlili) o'tkazish;
- Bakteriologik tekshiruvlar (axlatni ekish, agar tana harorati 3 kundan ortiq saqlansa qonni ekish). Bu usulda bemordan olingan material oziq muhitlariga ekiladi va kasallik qo'zg'atuvchilarini toza kulturasini ajratib olib, uning antibiotiklar va kimyoviy preparatlarga sezgirligini aniqlab beradi. Ushbu tekshiruv antibiotiklar berishdan oldin olinishi va zudlik bilan oziq muhitga ekilib, laboratoriyaga jo'natilishi zarur. Ehtimol qilingan har xil qo'zg'atuvchilar uchun ozuqa muhitlari ham shunga moslashgan bo'ladi. Ayrim holatlarda esa bir necha oziq muhitlariga bir vaqtini o'ziga bir necha ekma qilinishi mumkin. Oziq muhitlariga ekish uchun qon, axlat, siydik, o't suyuqligi, oshqozon

yuvindi suvi, tomoq, burundan olingan shilliq va boshqa joydan olingan suyuqliklar ham bo'lish mumkin;

➤ Serologik tekshirish. Bu usulda bemomi vena qon tomiridan qon shprints bilan emas, balki o'z oqimi bilan olinishi kerak. Buning uchun teshigi kattaroq igna olinib, uni venaga shpirtssiz kiritib, probirkaga 3 ml qon olinadi. Serologik reaksiyaga qo'yish uchun qon zardobi ishlatiladi. Ushbu tekshiruv asosiga antigen va antitelolarning o'zaro ta'siri yotadi. Ya'ni zardobdagi antiteloni aniqlash uchun tegishli qo'zg'atuvchining aniq bo'lgan antigenlari ishlatiladi. Klinik amaliyotda asosan agglyutinatsiya reaksiyasi (vidal reaksiyasi) va uning ko'rinishlari (bilvosita, gemagglyutinatsiya reaksiyasi, komplementni bog'lash reaksiyasi) qo'llaniladi. Agglyutinatsiya reaksiyasida qo'zg'atuvchilar suspenziyasiga immun zardob qo'shilganda qo'zg'atuvchilar o'zaro birikib, uyum (to'da) yoki don shaklida ko'rinib, probirka tubiga yig'ilib, cho'kma hosil qiladi. Serologik tekshirish uchun qon kasallikni boshida va dinamikada takror tekshirish 7 kundan kam bo'lmagan oraliqda o'tkaziladi. Virusli infeksiyalarda esa 10-12 kunlik oraliq bilan tekshiriladi. Chunki, shu paytda qon zardobida antitelolarni oshishi kuzatila boshlaydi. Antitelolar titrining 4 barobar oshishi gumon qilinayotgan kasallik tashhisini tasdiqlaydi.

➤ Hozirgi paytda immunoferment tahlillar keng qo'llanilmoqda. Ushbu usulni afzalliklaridan biri o'ta yuqori sezgirlik bo'lib, reaksiya qo'yish uchun 0,05-0,1 ml zardob yetaridir. Bu reaksiyada antitelolarning immunoglobulinlarni ma'lum sinflariga (IG-M, IG-A, IG-J va h. k.) tegishliligini aniqlash keng qo'llanila boshlandi.

➤ Rektoromanoskopiya – bu usul maxsus tayyorlangan shifokor tomonidan o'tkaziladi. Rektoromanoskopiya to'g'ri ichakda og'riq va yoqimsiz sezgi bo'lishida, xurujsimon og'riqlarga, ich ketishi, qabziyat, to'g'ri ichakdan qon va yiring ajralishi va boshqa holatlarda o'tkaziladi. Bu usul yordamida ichak shilliq qavatlarini patologiyasi, o'smalar, yot jismlarni aniqlash, bakteriologik, serologik tekshirishlar uchun to'g'ri va sigmasimon ichak shilliq qavatlaridan surtma, qirindi hamda gistologik o'rganish uchun biopsiya olish va qator davolash muolajalarini, o'tkazish mumkin. Rektoskopni maksimal kiritish chuqurligi 30-35 sm. Bunda

tibbiyot hamshirasi shifokorga yordamlashadi, ya'ni bemorni tayyorlaydi, tekshirish uchun material oladi, kerakli asboblarni sterillaydi, yorituvchi chiroqni ulaydi va hokazo.

Davolash va parvarishlash. O'tkir yuqumli ichak kasalliklarining uning kechishiga va bemor bolani hayotiy ko'rsatgichlariga qarab shifoxonaga yoki uy sharoitida davolash lozim. Kasallikni statsionarda davolash uchun ko'rsatmalar:

- Barcha o'rta va og'ir turlari.
- Og'iz orqali regidratatsiya o'tkazishni iloji bo'lmasa (qayt qilish va regidratatsiyani foyda bermasligi).
- Barcha jismonan zaif va immuntanqisligi mavjud bo'lgan bolalar (barcha o'tkir ichak infeksiyasi turlariga).
- Cho'ziluvchan yoki surunkali dizenteriyani qaytalanishida.
- Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarga amal qilishda sharoit yo'qligi va uni rejimini buzish.
- Umumiy yotoqxonalarda yashovchi bolalar.
- Dizenteriya va enteropatogen ichak tayoqchasi bilan og'riq 6 yoshgacha bo'lgan bolalarni (agarda ota-onalari oziq-ovqat tayyorlash muassasalarida ishlasalar. Ular bemor bolani parvarishlashlari uchun ishdan ozod qilinadilar).

Oshqozon – ichak tizimi kasalliklarida birinchi darajali ishlardan yani parvarish ishlari, davolash, kasallikni kuchayishini oldini olish, ovqatlanishi va suyqliklar ichish tartibini tug'ri yo'lga quyishdan iboratdir. Ko'proq og'iz bushlig'i a'zolarini parvarishlash va oshqozon – ichak tizimlarining ish faoliyatining kuzatishdan iborat bo'lishi kerak. Og'ir ahvolda yotgan bemorlarni yotgan joyida bosh qismini bir oz ko'tarilgan holatda qoshiq bilan oz-ozdan tez – tez ovqatlantirish kerak. Ovqatlanayotgan paytda bemorni bo'yin va ko'krak sohalariga sochiq solinishi shart. suyq ovqatlarni esa maxsus choynak bilan, go'dak bolalarga esa shishacha yordamida beriladi.

- Yengil darajadagi bemor bolalar esa oshxonada ovqatlanadilar. Ovqat shirin tayorlangan bo'lishi va parhez ovqatlari esa iliq holatda bo'lishi kerak.

➤ Tilni geografik ko'rinishi, chiziqlarini oq rangda bo'lishi, allergik, oq – kulrang, sarg'imtil tusli ko'rinishi oshqozon – ichak tizimi va tana harorati uzoq ko'tarilgan kasalliklardan dalolat beradi.

➤ Og'iz bo'shlig'i har bir ovqatlanishdan keyin toza dokali salfетка bilan katta barmoq yordamida avaylabgina tozalanadi, barcha bemor yotgan bolalarni kuniga ikki marta tili, lablari va tishlari pinset yordamida paxtali shariklarni ikki foizli natriy gidrokarbonat eritmasi yoki iliq suv bilan tozalanib turilishi kerak. Bu ishni bajarish uchun hamshiraga yordamchi kerak bo'ladi. Yordamchi bemor bolani tizzasiga o'tqizib ushlab turadi. Besh yoshdan oshgan bolalar o'zlari furatsillin (1:5000), kaliy permanganat (1:5000), soda va dorivor o'simliklardan tayyorlangan suyuqliklar yordamida og'iz bo'shlig'ichayilib turiladi.

➤ Zardasi bo'lgan bolalar ovqatlangandan keyin 20- 30 daqiqa davomida vertikal holatda turishi kerak. Ularga qora non, o'tkir, qovurilgan ovqatlar va pishiriqlar iste'mol qilish taqiqlanadi. Ularga holatini yengillashtirish maqsadida bir necha yutumli miqdorda sut yoki ko'ngil aynish kuzatilganda, avvalambor, bolaga biroz iliq choy va ozgina muz shimish uchun tavsiya berib uni tinchlantirishga harakat qilish kerak.

➤ Qusganda birinchidan bolani tinchlantirib, uni yotqizib ko'kragiga sochiq yoki salfетка to'shab, kallasini oldinga egib, boshini peshona qismidan ushlab turish kerak. Holsizlangan yoki og'ir bemor bolalarni esa yotgan holatda kallasini yonboshga egib, boshi ostiga sochiq yoki klyonka to'shash kerak. Bemor bolaning jag'i ostiga satil yoki lotok tutish kerak. Qayt qilgandan keyin bemorni og'iz bo'shlig'ini, lablarini, yuzini, qo'llarini toza iliq suv bilan tozalash shart.

➤ Agarda bolaning qorin sohasida og'riq bo'lsa, zudlik bilan shifokorni chaqirish kerak. Shifokor kelguniga qadar bemorni joyiga yotqizish zarur. Shundan so'ng hamshira bolani holatiga, ya'ni uning oyoqlari, qo'llarining holatlariga hamda boshqa harakatlarini kuzatib borish kerak. Bemorni qornidagi og'riqni qoldirish maqsadida grelka yoki og'riq qoldiruvchi hamda ichni yumshatuvchi dorilarni va huqna qilish kabilarni ishlatish man etiladi. Ushbu parvarishlashishlari shifokor

vrach ko'rigidan keyin uning tavsiyalaridan so'ngra amalga oshirilishi kerak.

➤ Agarda bemor bolada ich qotish kuzatilayotgan bo'lsa uning turiga qarab (atonik, spastik) parvarish ishlari olib boriladi.

➤ Atonik ich qotishda shifokor vrach tavsiyasi bilan bolani ovqat ratsionidan kashalami, smetana kabilarni olib tashlab, o'miga tarkibiga o'simlik kletchatkalariga boy bo'lgan karam, kadi, lavlagi, qaroli, qora non kabi oziq ovqatlar tavsiya beriladi. Shular bilan birgalikda ko'proq harakatlanish, qorin sohasini massaj qilish, fermentlar va o't haydovchi dori-darmonlari ham tavsiya beriladi. Ayrim bemorlarga shifokor vrach tavsiya bersa ich suruvchi o'simliklardan tarkib topgan dori moddalari berilishi kerak.

➤ Spastik ich qotishda esa ovqat ratsionidan dag'al ovqatlar va kletchatkaga boy oziqalami olib tashlash kerak. Ularga shifokor vrach tavsiyasi bilan asab tizimini tinchlantiruvchi (valeriana) dorilari beriladi. Agarda kuchli ich qotish holati bo'lgan holatlarda tozalovchi huqna o'tkazish kerak.

Ichak infeksiyasini davolashning asosiy tamoyillari. Bakteriyalarga qarshi davo, rejim, parhez choralari, suvsizlanish bilan kurashish, viruslarga qarshi preparatlar, oshqozon-ichak yo'llarining harakatlanish faoliyatlarini yaxshilaydigan dorilar, ichakda yaxshi so'riladigan donilar, probiotiklar va ichakni foydali mikroflorasini ko'payishiga yordam beradigan vositalar, fermentlar, jigar ish faoliyatini va immunitetni yaxshilaydigan preparatlardir.

Regidratatsiya – bu bola organizmida yo'qotilgan va yo'qotilib borayotgan suv va tuzlarning o'mini zudlik bilan to'ldirish hamda degidratatsiya va atsidozni oldini olishdir. Regidratatsiya og'iz orqali yoki parenteral yo'l bilan o'tkaziladi.

Parenteral regidratatsiya o'tkazish uchun ko'rsatmalar:

➤ III-darajali suv tanqisligida va ikkinchi darajali degidaratsiyada bolada gipovolemik shok alomatlari mavjud bo'lmagan taqdirda;

➤ Eksikozning barcha darajali intoksikatsiya alomatlari bilan birgalashib uchrashida;

➤ Oligouriya, anuriya og'iz orqali o'tkazilayotgan regidratatsiya natijasida ham doimiy saqlanib turishi;

➤ Oshqozonni yuvgandan keyin ham tinmasdan qayta-qayta qayt qilish;

➤ Bir kechayu-kunduz davomida o'tkazilayotgan og'iz orqali regidratatsiyani befoydaligi;

➤ Ikki kecha-yu kunduz davomida oral regidratatsiya o'tkazilayotganligiga qaramasdan ich ketishini ko'payib borishi.

Og'iz orqali regidratatsiya ikki bosqichda amalga oshiriladi. Birlamchi bosqich bu tiklash bosqichi, ya'ni yo'qotilgan suyuqlikni tiklash. Ikkilamchi bosqich bu patologik bosqich orqali yo'qotilib borilayotgan suyuqlikni to'ldirishdan iborat.

Birlamchi regidratatsiya bu davo boshlanishida yo'qotilgan suv va tuzlar miqdorini tiklashdan iborat. Oral regidratatsiya uchun glyukoza, tuzli eritmalar (glyukosolan, peditral, regidron, qatiq, qaynatilgan suv, guruch suvi, yantoq damlamasi va h. k.)

1.17.3 - Jadval

Birlamchi oral regidratatsiya o'tkazish uchun beriladigan suyuqliklar miqdori (ml hisobida)

Bolani og'irligi	Yoshi	Suvsizlanish darajasi	
		Yengil	O'rtacha og'irlikda
3-4 kg	1-2 oylik	120-200	300-400
5-6 kg	3-4 oylik	200-300	500-600
7-8 kg	6-9 oylik	300-400	700-800
9-10 kg	1-2 yosh	400-500	900-1000
11-12 kg	2-3 yosh	450-600	1000-1100

Ushbu suyuqliklarni bolalarga tez-tez, kam-kam miqdorda qoshiq yoki piyola yordamida ichirish tavsiya etiladi. Ko'krak yoshidagi bolalarga har 5 daqiqa davomida 2-3 choy qoshiqdan berish lozim, ya'ni 20-30 daqiqada 100-150 ml suyuqlikni bemor bola ichishi kerak. Kattaroq bolalarga 1-2 osh qoshiqdan har 3-5 daqiqa davomida. Agarda bolada qayt qilish sindromi bo'lsa, berilayotgan suyuqlikni berishni 7-10 daqiqa to'xtatib, so'ngra suyuqlikni yanada sekinroq va miqdorini

kamroq berish tavsiya etiladi. Suyuqlikni miqdori va qancha vaqt davomida berish bemor bolani yoshiga, tana og'irligiga va suvsizlanish darajasiga bog'liq.

Suvsizlanishning yengil darajasida 40-50 ml/kg suyuqlik 4 soat ichida beriladi. O'rtacha og'ir darajasidagi suvsizlanishda esa 60-90 ml/kg suyuqlik 6 soat ichida ichishga beriladi. Og'ir darajadagi suvsizlanishda esa 100-120 ml/kg suyuqlik 8 soat davomida ichishga beriladi. Birlamchi rehidratatsiya suvsizlanish belgilarining to bartaraf etguncha olib borilishi kerak. Qoniqarli rehidratatsiyani yetarli ko'rsatgichlari quyidagilar hisoblanadi:

- teri turgorligini me'yorga kelishi;
- siydik ajralishni me'yorga kelishi;
- bemor bola kayfiyatini yaxshilanishi;
- tana vaznini me'yorga kelishi.

Ikkilamchi (qo'llab-quvvatlovchi) rehidratatsiya – bu bemor bolani kasallik davomida (ich ketish, qayt qilish, yuqori tana harorati, terlash, hansirash, taxikardiya va h. k.) yo'qotilishi davom etayotgan suyuqlikni to'ldirishdan iboratdir. Ushbu rehidratatsiya bemor bolani diareya sindromlari hamda suv-tuz o'lchamini to'liq me'yorga kelgunicha olib boriladi. Bu rehidratatsiya ikkita usul bilan belgilanadi.

➤ Bemor bolani har bir ajratgan axlatidan keyin 2 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun 50-100 ml, 2 yoshdan katta bo'lgan bolalar uchun esa 100-200 ml glyukoza tuzli eritmalarni berish usuli.

➤ Bemor bolani o'tgan 6 soat ichida ich ketishi va qayt qilishi natijasida yo'qotgan suyuqliklarini 6 soat ichida berish usulidir.

Bola organizmida suyuqliklar balansini 6 soat ichida yaxshilanishi va me'yorga kela boshlashi juda muhim ahamiyatga ega. Agarda bola organizmida yo'qotilgan suyuqliklarni tiklanib borilishi kuzatilmasa, bunday holatda suyuqliklarni parenteral yo'l bilan yuborishga kirishish kerak.

Parenteral rehidratatsiya – bu yo'qotilgan suyuqliklarni bemor bolani vena qon tomiriga asta-sekin tomchilab yuborish yo'li hisoblanadi. Ushbu usulda bemor bolaga avvalo o'rta molekulali zardob o'mini bosuvchi suyuqliklar (poliglyukin) yoki qon zardobi 10-20 ml/kg

tana vazniga hisoblab tomchilab yuboriladi. Bundan keyin natriy xlorid izotonik eritmasi, 5% li glyukoza bilan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1:3 nisbatga, 1 yoshdan katta bolalarga esa 1:2 nisbatida soatiga 30 ml/kg tana vazniga o'lchab vena ichiga yuboriladi.

Atsidozda 3% li natriy bikarbonat 5 ml/kg tana vazniga o'lchab vena ichiga yuboriladi. Diurezni me'yoriga kelganidan keyin vena ichiga yuborilayotgan suyuqliklar ichiga 7,5% li kaliy xlorid eritmasi 1,5 ml/kg miqdorda sutka davomida yuborilishi kerak.

Infuzion terapiya o'tkazilayotgan davrda har 20-30 daqiqada bemor bolani qon bosimi, tana haroratini o'lchab, puls va nafas sonlarini sanab turish va ularni ritmiga e'tibor berib turish lozim.

Realimentatsiya (ovqatlantirish) – bemor bolani yoshi va ovqatlantirish turiga qarab oziqlantiriladi. Agarda bemor bola ko'krak suti bilan oziqlantirilayotgan bo'lsa, emizishni davom ettirish kerak.

Bola ozib va quvvatsizlanib qolmasligi uchun uni oziqlantirish muhim ahamiyatga ega. Bolaga ovqatlanishni to'xtatib qo'yish yoki yetarli miqdorda bermaslik bemorni ahvolini og'irlashishiga sabab bo'lishi mumkin.

Ich ketib, suvsizlangan bolalarni tez-tez emizib turish lozim chunki, ko'krak suti ich ketayotgan bolalarga eng yaxshi ozuqa hisoblanadi.

Bola sun'iy ovqatlantirilayotgan bo'lsa, birinchi rehidratatsiya o'tkazilayotgan davrda bola oziqlantirilmay undan keyin odatdagidek ovqatlantirishni davom ettirish kerak. Bolaga qo'shimcha ovqat berila boshlangan bo'lsa, unga moslashtirilgan bo'tqa, ko'krak suti va shunga o'xshash ovqatlar, sabzavotlar, shuningdek, go'sht, baliq kabilar tavsiya etiladi. Bolani ozib ketmasligi va ovqat energiyasini oshirish maqsadida uning ovqatiga 1-2 qoshiq o'simlik yog'i qo'shib berish kerak. Ich ketayotgan bola organizmiga ko'p miqdorda mineral tuzlarni yo'qotishi tufayli unga shakar qo'shilmagan meva kompotlari berish kerak. Chunki sharbatlar tanadagi kaliy minerallarini tiklaydi. Bolani bir kunda kamida 5-6 marotaba oziqlantirish lozim. Suvsizlanish bartaraf etilgandan keyin ham sanab o'tilgan ovqatlarni hamda boshqa qo'shimcha ovqatlar berishni yana ikki hafta davom ettirish kerak. Chunki, bu ovqatlar tana vaznini avvalgi holatini tiklanishiga olib keladi. Ko'krak suti hech

qachon ich ketishiga sabab bo'lmaydi. Ko'krak suti hamisha yangi va steril ovqat bo'lib, u hech qachon aynimaydi. Shifokor tavsiyasiz bolaga hech qachon dori berish mumkin emasligini onaga tushuntirib borish kerak.

Simptomatik davo turlari - bunda davolash ishlariga oshqozon-ichak ish faoliyatini buzilish xarakterlariga qarab o'tkaziladi. Qorinni damlashini va ichakdagi og'riqni kamaytirish maqsadida bola qomini massaj qilish, uni qomi bilan yotqizib qo'yish, ayrim paytlarda yel chiqaruvchi naycha qo'yish tavsiya beriladi.

Yel haydovchi preparatlardan espumizan bir choy qoshiqdan kuniga 2-3 marotaba tavsiya beriladi.

Mikroblarga tanlab ta'sir qiladigan dori vositalari (pro-, pre-, post-, simbiotiklar, bakteriofaglar).

Bakteriofaglar: Klebsiellalarga qarshi polivalentli va boshqalar.

Probiotiklar: Bifidumbakterin 2,5-5 birlikda kuniga 2-3 marotaba, baktisubtil, flanivin kuniga 1 kapsuladan uch marotaba, ovqatlantirishdan 30 daqiqa oldin beriladi. Axlatni quyultiradigan va yallig'lanishga qarshi yantoq, ravoch ildizi, moychechak, lolaqizg'aldoq gullari va yalpiz qaynatmalari tavsiya beriladi. Yel haydovchi o'simliklardan shivit, kashnich, yalpiz, moychechak guli va arpabodiyon qaynatmalarini berish maqsadga muvofiqdir. Yuqorida nomlari keltirilgan o'simliklar to'plamidan bir qoshiq olib 200 ml qaynoq suvga solib, 30 daqiqa davomida damlab qo'yiladi. Damlama 10-30 ml dan 4-6 marotabagacha sutka davomida ovqatlanish oralig'ida berish mumkin.

Enterosorbentlar: mikroblar hujayralari, ularni toksinlarini va metabolism natijasida ajralib chiqqan moddalarini o'ziga biriktirib ularni faolligini susaytiradi va yo'qotadi. Bundan tashqari ayrimlari ichaklardagi dizenteriya, salmonellyoz va kampillobakterioz kabi kasalliklarga sabab bo'ladigan mikroblarni konsentratsiyasini tushuradi va ichakdagi me'yoriy mikrofloraga ingibirlovchi ta'sir o'tkazmaydi.

Ferment preparatlaridan kreon, panzitrat, panzinorm forte, pankreatin, endogen mikrofloralarini o'sishiga ta'sir ko'rsatadigan dori vositalaridan lizotsim, xilak-forte va viruslarga qarshi dorilardan velferon, viferon, KIP feron va hokazo kabi preparatlarining o'tkir ichak

infeksiyalarini davolashda o'z o'zini bor. Bemor bolaga gazlangan ichimliklar, meva sharbatlari va shakar aralashtirilgan kompotlar berish man etiladi. Loperamid ich ketish kunlarini qisqartiradi.

Suyuqliklarni yengil va o'rtacha og'irlikdagi suvsizlanishda og'iz orqali berish kasallikni tezroq, qisqa davr ichida sog'ayishiga, bola tana vaznini tezroq tiklanishiga va nojo'ya asoratlarni oldini olishga olib keladi. Parenteral rehidratatsiya o'tkazish davrida (og'ir suvsizlanishda) bolalarda tana haroratini ko'tarilishi, sovuqqotish, qayt qilish, qovoqlarda shish, qorinni dam bo'lishi, flebit, talvasa kabi bir qator asoratlarni kuzatilishi mumkin.

Kasallikni etiologiyasiga qarab davolash. Antibakteriyal terapiya o'tkir yuqumli ichak kasalliklarini og'ir, asoratli turlarida, ko'krak yoshidagi ayrim kasalmand, anemiya, raxit, OOEE, immuntanqisligi mavjud bo'lgan bolalarga hamda bakterial ichak infeksiyalarida (dizenteriya, salmonellyoz, esherixioz, kampillobakteriyoz, iersinioz) ishlatiladi. Dizenteriya kasalligida amoksotsillin, augmentin, sefalosporin qatoridagi antibiotiklarni 2-3 avlodlari, ko-trimoksazol, norfloksasin, salmonellyoz kasalligida esa yuqorida sanab o'tilgan antibiotiklarga aminoglikozidlar bilan birgalikda berish tavsiya etiladi. Kampillobakteriozda makrolidlar, ya'ni sumamed, klaritromitin, azitromitsin berish kerak.

Iersinioz va esherixioz kasalliklarida esa amoksiklav yoki sefalosporin qatoridagi antibiotiklar aminoglikozidlar bilan birgalikda tavsiya beriladi. O'ta og'ir va cho'ziluvchan rotovirusli enteritda, rotovirusga qarshi immunoglobulin bitta ampuladan kuniga bir marta 5 kun davomida ichishga beriladi.

6 oylikgacha bo'lgan bolalarga ichak infeksiyasini davolashda stafilokokkga qarshi penitsillinlar aminoglikozidlar bilan birgalikda beriladi. Agarda yordam bermasa vankomitsin + rifampitsin tavsiya qilinadi.

Dispanser kuzatuv. Ko'krak yoshidagi bolalarni esherixioz kasalligi bilan davolab bo'lgandan keyin 2 marotaba bakteriologik tekshiruv o'tkazish kerak.

Salmonellyoz va Zonne dizenteriyasi bilan kasallangan bolalarda ikki marotaba, Fleksner dizenteriyasi bilan ogʻrigan bolalarda esa 3 marotaba bakteriologik tahlil oʻtkaziladi.

Oʻtkir ichak infeksiyasi kasalliklari bilan ogʻrigan bolalarni tuzalish davridan keyin (maktabgacha boʻlgan muassasalariga qatnaydigan bolalarga), bir oy oʻtgach yana bir marotaba axlatni bakteriologik tekshiruvdan oʻtkazish shart. Agarda axlat tahlili manfiy boʻlsa, bolani dispanser kuzatuvini toʻxtatiladi.

Oʻtkir ichak infeksiyasini yuqtirmaslik uchun barcha oziq-ovqat mahsulotlarini doim yaxshilab tozalangan, iloji boricha qaynatilgan holda isteʼmol qilishga odatlanish kerak. Agar siz ushbu imkoniyatlarga ega boʻlmasangiz tozalanmagan mahsulotlarni bolalarga bermang. Shunday qilib, bolalarda uchraydigan yuqumli ichak infeksiyalari oshqozon osti bezining tashqi sekretsiyasi ish faoliyatini buzilishi va ingichka ichakni epiteliy hujayralaridagi morfologik oʻzgarishlar bilan hamrohlik qiladi. Bu morfologik oʻzgarishlarni oqibatida dehidratatsiya, ichakning mikroekologik holatining buzilishi yuzaga keladi. Shuning uchun, yuqumli ichak infeksiyasini davolash, profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni kompleks holda olib borilishi samarali natijalarga olib keladi.

Profilaktikasi. Oʻtkir ichak infeksiyasining profilaktikasida eng samarali usuli shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilish, oziq-ovqat mahsulotlarini tayyorlash va saqlash talablariga rioya qilish, ichiladigan suvning tozaliligiga eʼtibor qaratishdan iboratdir. Soʻyiladigan mollarni veterinar va sanitariya nazoratlaridan oʻtkazish, goʻsht, baliq va boshqa mahsulotlarni saqlashda sanitariya-gigiyena talablariga rioya qilish va toʻgʻri pazandalik ishlovlarini berish ham muhim ahamiyatga ega. Yuvindi va axlat solinadigan qutilarni mahalla va koʻchalarda tashkil qilish va oʻz vaqtida tozalash, pashshalarni yoʻqotishda DDT (10%li) va yopishqoq qogʻozlardan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Profilaktik tadbirlar barcha bolalar muassasalarida (ayniqsa davolash, yasli, bogʻcha va h. k.), ayniqsa u yerda koʻkrak yoshidagi bolalar boʻlgan joylarda (bolalar boʻlimi, tugʻruqqacha boʻlgan homilador, tugʻuvchi, tuqqan ayollar hamda yangi tugʻilgan chaqaloqlar va tugʻruq xonalarda) doimiy

ravishda o'tkazilib turilishi shart. Veterinar-sanitariya tadbirlari uy sut emizuvchilari va qushlar orasida kasalliklarni tarqalishini oldini olish hamda go'sht, sut kombinatlarida sanitariya rejimini qattiq va puxta tashkil qilishdan iboratdir. Bir so'z bilan aytganda profilaktika veterinar-sanitariya, gigiyenik va epidemiyaga qarshi tadbirlarni o'z ichiga oladi.

Epidemiyaga qarshi tadbirlar kompleks usulda olib borilishi maqsadga muvofiqdir:

- Bemorlarni o'z vaqtida aniqlash va ularni alohidalash;
- Joriy va yakuniy dezinfeksiya ishlarini to'liq amalga oshirish;
- Bolalar o'rtasida infeksiyaga beriluvchanlikni pasaytirish kabi ishlarni amalga oshirish.

Izolyatsiya: Bemor va bakteriya tashuvchilarni uy sharoitida yoki stasionarda 14 kungacha alohidalash lozim. Muloqotda bo'lganlarni 7 kun davomida kuzatish shart (ularni har kuni ko'zdan kechirish, tana haroratini o'lchash, axlatini bakteriologik tekshirish 7 kun davomida);

Joriy dezinfeksiya – bunda bemor bolani ota-onalari kasallikni butun davrida olib boradilar.

➤ Bemorni idish-tovoqlari hamda parvarishlash narsalarini oiladagi boshqalarnikiga aralashtirmasdan tozalash lozim. Idish-tovoqlar oqar suvga yuvilib, so'ngra 20-30 daqiqa davomida qaynatilib yoki 1 soat davomida 1% li tindirilgan xlorli ohak eritmasiga solinib qo'yilishi kerak. Ushbu eritma bilan ovqatlanayotgan stolni artib keyin uni issiq suv bilan yuvish kerak.

➤ Bemor bolani o'yinchoqlari va parvarishlash uchun ishlatiladigan anjomlarini kuniga ikki marotaba 30-60 daqiqa davomida 1 %li xlorli ohak yoki 3 % li xloramin eritmasiga botirib qo'yib, so'ngra uni qaynatib yuvish kerak.

➤ Bemorni axlati va siydigi 1:5 nisbatdagi xlorli ohak bilan 1 soat davomida aralashtirilib qo'yilishi kerak. Shundan so'ng ularni hojatxonaga yoki kanalizatsiyaga tashlash kerak.

➤ Bemorni tuvagi tozalanib, so'ngra 3%li xlorli ohak eritmasiga botirilib qo'yiladi.

➤ Bemor bola yotgan xona har kuni namlab tozalanadi. Xona pollari 3 % li xloramin bilan yuviladi (yoki 1%li tindirilgan xlorli ohak eritmasi bilan).

Yakuniy dezinfeksiya – bemor bola statsionarga yotqizilgandan keyin yoki bemor toza sog‘ayganidan keyin qilinadi. Yuqorida bajarilgan joriy dezinfeksiyalar bilan birgalikda yakuniy dezinfeksiya tadbirlariga quyidagi ishlar amalga oshiriladi:

➤ Bemorni tagliklarini va ichki kiyimlarini 30 daqiqa davomida sovunli suvda qaynatish yoki 1 soat davomida 0,5% li xloramin eritmasiga botirib qo‘yish kerak.

➤ Bemorni ustki kiyim-boshlarini iloji boricha dezkamerada dezinfeksiya qilish lozim.

Ko‘krak yoshdagi bolalarni ichak infeksiyalariga beriluvchanligini pasaytirish maqsadida ularni to‘liq ko‘krak suti bilan oziqlantirish, toza va tabiiy matolardan tikilgan kiyim-kechaklar bilan kiyintirish, hamda har kuni qaynatib iliq holatga keltirilgan suv bilan cho‘miltirish, ularda distrofiya, anemiya, raxit, diatez kabi kasalliklarni oldini olish muhim ahamiyatga ega. Bolalarga so‘rg‘ich berishni, so‘rg‘ichli butilkalar yordamida ovqatlantirishni taqiqlash ham ichak infeksiyalarini oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

Dezinfeksiya ishlarini o‘tkazishda kasalliklarning turiga qarab fizikaviy, kimyoviy va birlashgan vositalaridan foydalaniladi.

Fizikaviy vositalarga mexanik, termik va nurlantirish vositalaridan foydalaniladi.

Mexanik vositalarga tozalash, artish, yuvish, changlardan tozalash, shamollatish va boshqalar kiradi.

Termik va nurlantirish vositalari – bular yuqori va past haroratdan foydalanish, har xil bakteriosid nurlar bilan nurlantirish, ultratovush ta‘siri va boshqalardir.

Dezinfeksiyani kimyoviy vositalari bakteriyalarning o‘ldiruvchi bakteriosid moddalar va mikroblarning o‘sinh va rivojlanishining to‘xtatuvchi, ya‘ni bakteriostatik moddalar mavjud. Ushbu dezinfeksiyalovchi moddalarga xlorli oxak (26-28-32-35% li),

oksidlovchilar, spirtlar, fenollar, yuvish vositalari, kislotalar, ishqorlar va boshqalar kiradi.

Xloramin eritmasini tayyorlash tartibi:

➤ Xloramin B kukunidan eritmalar tayyorlash:

➤ 0,2 % eritma tayyorlash uchun 2 gr xloramin olinib, 1 litr suv quyiladi.

➤ 0,3% eritma tayyorlash uchun 3 gr xloramin olinib, 1 litr suv quyiladi.

➤ 0,5 % eritma tayyorlash uchun 5 gr xloramin olinib, 1 litr suv quyiladi.

➤ 1 % li eritma tayyorlash uchun 10 gr xloramin olinib, 990 ml suv quyiladi.

➤ 2% li eritma tayyorlash uchun 20 gr xloramin olinib, 980 ml suv quyiladi.

➤ 3% li eritma tayyorlash uchun 30 gr xloramin olinib, 970 ml suv quyiladi.

➤ 5% li eritma tayyorlash uchun 50 gr xloraminning ustiga 950 ml suv qo'shiladi.

Kerakli anjomlar:

➤ Xloramin B kukuni

➤ 10 litrli bak

➤ Tarozi

➤ Menzurka

Eslatma:

➤ Xloramin B kukuni tarkibida 24-28 % gacha aktiv xlor bo'ladi.

➤ Xloramin eritmaları bevosita ishlatishdan oldin tayyorlanadi.

➤ Idishlarga eritma foizi va tayyorlangan vaqti yozib qo'yiladi.

Xlorli ohak eritmasini tayyorlash:

➤ Oldindan kerakli anjomlar tayyorlanadi.

➤ Taroziga 1 kg xlorli ohak tortiladi. So'ngra o'lchab olingan xlorli ohak usti zich yopiladigan bakka solinadi.

➤ Uning ustiga 10 litr suvni asta-sekinlik bilan bakka quyib, yaxshilab aralashtiriladi.

➤ Bakning og'zi zich yopilgan holda qorong'i joyda 1 sutka davomida qo'yiladi.

➤ 1 sutkadan so'ng bakdagi eritma boshqa idishga quyib olinib, cho'kmasidan ajratiladi.

➤ Bu eritma 10 % li xloramin eritmasi bo'ladi, undan har xil kerakli bo'lgan foizli eritmalar tayyorlanadi.

➤ 1% li eritma tayyorlash uchun 10% li xlorli ohak eritmasidan 1 litr olinib, uning ustiga 9 litr suv qo'shiladi.

➤ 2% li eritma tayyorlash uchun 10% li xlorli ohak eritmasidan 2 litr olinib, uning ustiga 8 litr suv qo'shiladi.

➤ 3% li eritma tayyorlash uchun 10% li xlorli ohak eritmasidan 3 litr olinib, uning ustiga 7 litr suv qo'shiladi.

Kerakli anjomlar:

➤ Xlorli ohak.

➤ 10 litrli idish.

➤ Suv

➤ Tarozi.

➤ Menzurka

Eslatma:

➤ Sifatli xlorli ohakdan kuchli xlor hidi kelib turadi. Qumoq-qumoq oq kukun bo'lsa, u to'liq erib ketmaydi.

➤ 10% li xlorli ohak eritmasini 6 sutkagacha saqlash mumkin.

Ko'rsatmalar: Xloramin va xlorli ohak eritmaları barcha yuqumli kasalliklarda joriy va yakuniy dezinfeksiya o'tkazish maqsadida ishlatiladi.

Nazorat uchun savollar

1. O'tkir ichak infeksiyalari haqida tushuncha bering.
2. O'tkir ichak infeksiyalari etiologiyasini aytib bering.
3. O'tkir ichak infeksiyasini yuqish yo'llarini gapirib bering.
4. Yuqumli ichak kasalliklarida bola ahvoliga baho bering.
5. Dizenteriya kasalligining etiologiyasi, epidemiologiyasi.
6. Salmonellyoz kasalligining etiologiyasi, epidemiologiyasi.
7. Dizenteriya kasalligining klinik belgilari
8. Salmonellyoz kasalligining klinik belgilari.

9. Ichak infeksiyalarini tashxislash.
10. O'tkir ichak kasalliklarida hamshiralik parvarishini ayting.
11. O'tkir ichak kasalliklarida o'choqda olib boriladigan chora-tadbirlarni ayting.
12. Eksikoz belgilari.
13. Suvsizlanishga qarshi kurash asoslari.
14. Og'iz orqali regidratasiya o'tkazish usullarini aytib bering.
15. Ikkilamchi regidratasiya haqida tushuncha bering.
16. Xloramin eritmasini tayyorlash tartibini aytib bering.
17. Xlorli ohak eritmasini tayyorlashni aytib bering.

1.18. Bolalarda oits kasalligining kechish xususiyatlari

OITS (orttirilgan immun tanqisligi sindromi). OITS viruslari hujayrasiz g'oyatda mayda mavjudotlar bo'lib, faqat oqsil pardaning DNK yoki RNK sidan tarkib topgan. Ular hujayra ichida parazit sifatida yashaydi va hujayra elementlaridan yangi yetilgan virus zarrachalari – virionlarini hosil qiladi. Virus inson immunitet tizimini hujayralarini jarohatlaydi. Virus hujayra ichiga kirgach, inson virusni tashuvchi bo'lib qoladi. Bu davrda odamda kasallik alomatlari bo'lmasa ham, uning immunitet tizimi virusdan qutilishga harakat qiladi. Ushbu jarayon uzoq davom etib, OIV (odam immunitet tanqisligi virusi) infeksiyasi davri tugab, OITS davri boshlanadi. OIV tashiganlarga, OIV musbat deb ataladi. OIV musbat va OITS bir-biridan farq qiladi. OIV virusi qonga yuqqandan so'ng bir necha yil davomida o'zini sezdirmaydi. Virus yuqqandan so'ng test qildirgan taqdirda, faqatgina uch oydan so'ng to'g'ri javobni ko'rsatadi.

Orttirilgan immuntanqisligi sindromi – retrovirus guruhiga mansub bo'lib, u qo'zg'atadigan kasallik ikki davrga bo'linadi OITS infeksiyasi va bevosita OITS davri. OITS (odam immun tanqisligi virusi) infeksiyasi davri odam organizmida virus bor, lekin kasallik alomatlari hali namoyon bo'lmagan davr. Virus deyarli bir vaqtda Parijda professor Lyuk Montalys hamda AQSH da professor Gallo boshchiligidagi olimlar tomonidan 1983-yilda kashf etilgan. Bu virus odamning immunitet tizimiga tanlab ta'sir ko'rsatadi, ayniqsa SD4+ immun hujayralariga

qirg'in keltiradi. Virus bola organizmiga tushgach, 2-3 kundan so'ng, 25-30 % holatlarda birlamchi infeksiya davriga xos alomatlar kuzatilishi mumkin. Bu o'tkir serokonversiya sindromi deb ataladi. Bunda tana harorati ko'tariladi, tunda terlash, bo'g'imlar va bosh sohalarida og'riq, holsizlik, qayt qilish, ich ketish, badanda ayniqsa uning yuqori qismida toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Bu alomatlar bola organizmiga tushgan viruslar ta'siriga immun tizimining ma'lum darajadagi javob qaytarish reaksiyasi bilan bog'liq. Lekin bu davrda antitelolarni aniqlash natija bermaydi, chunki immun tizimining javobi hali to'liq shakllanmagan bo'ladi. Kasallikni bu davri 8-10 yilgacha, ba'zan esa undan ham uzoq davom etishi mumkin. Hozirgi kunda amaliyotda OITS infeksiyasi tashxisini qo'yish, qonda kasallik virusiga qarshi paydo bo'lgan antitelolarni aniqlash, immunoferment tahlili reaksiyasiga asoslangan. Dastlabki antitelolar virus organizmga tushgach 3 haftadan so'ng shakllana boshlasa ham, qo'llaniladigan diagnostikumlar ularni ilg'ay olmaydi. Shu bois odamda ushbu infeksiya ilashgani to'g'risida virus organizmga tushgandan so'ng 90 kun o'tkazib olingan tekshiruv natijasiga qarab xulosa chiqarish mumkin.

Virus bilan organizm o'rtasidagi kurash uzoq davom etib, virusni ustunligi bilan tugaydi. Shu vaqtdan boshlab OITS davri boshlanadi. Bu davrda bola organizmi har qanday mikrobgga bardosh berish xususiyatini yo'qotadi. Jumladan, nafas, me'da-ichak, siydik yo'llarida doimo mavjud bo'lgan va kasallik qo'zg'ata olmaydigan mikroblar ham faollashib, turli kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin. Ularning namoyon bo'lishi organizmda yuzaga kelgan OITS holati bilan bog'liq bo'lganligi uchun, ushbu guruhga kiruvchi kasalliklar jamlangan holda OITS bilan bog'liq (assotsirlangan) infeksiyalar deb ataladi. Bular bakterial infeksiyalar, zamburug'li kasalliklar, viruslar qo'zg'atadigan kasalliklar, Kaposhi sarkomasi va hokazo.

Kasallik virusi infeksiya yuqqan odamning qonida, erkaklar shahvatida, ayollarning jinsiy a'zolari chiqindilarida va ko'krak sutida bo'ladi. Shuning uchun, odam immuniteti tanqisligi viruslari asosan uch xil yo'l bilan yuqadi: ya'ni qon orqali, jinsiy aloqa vositasida va infeksiya yuqqan onadan homilasiga vertikal yo'l bilan o'tadi. OITS bilan

kasallanganlarning ko'pchiligini giyohvandlar, fohishalar, gomo va biseksuallar tashkil etadi. OITS organizmga jinsiy aloqa, parenteral muolajalar (nosterill igna, shprints va boshqa tibbiyot anjomlari ishlatilganda), infeksiyalangan qon va uning o'mini bosuvchi dorilarni qo'llash, a'zo va to'qimalarni ko'chirib o'tkazish (transplantasiya) vaqtida, shuningdek, virusni yuqtirib olgan onadan homilaga homiladorlik davrida, tug'ish jarayonida va chaqaloq emiziladigan bo'lsa, ko'krak suti orqali yuqib qolishi mumkin.

OITS ning klinik belgilari turli xil oportunistik infeksiya va invazyalar hamda xatarli o'sma kasalliklarni simptomokomplekslari bilan xarakterlanadi. OITS kasalligining o'ziga xos alohida simptomlari yo'q. Bola organizmiga qanday mikroorganizmlar hujumga o'tgan bo'lsalar, o'shalar qo'zg'atadigan kasalliklar simptomlari paydo bo'laveradi.

Shartli ravishda OITS kasalligining quyidagi klinik shakllari ajratiladi

1. O'pka shakli. Asosan bemorda pnevmotsista zotiljami rivojlanadi. Pnevmonsistalar alveolalarda tezlik bilan ko'payib, ularning yo'llarini to'sib qo'yib gipoksiyaga sabab bo'ladi.

2. Ichak shakli. Asosiy belgisi ich ketish (diareya) dir. Diareyani asosiy sababi kriptosporidiumlar (ichakda yashovchi Protozoo) dir. Shu bilan birgalikda ezofagit, kolit belgilari, ya'ni qizilo'ngach kengayib yaralar paydo bo'ladi, kolitda esa qorin burab og'riydi, qon va yiring aralash ich ketadi. Bemorni og'iz bo'shlig'ida, qizilo'ngachida, oshqozon va ichaklarda kandidoz aniqlanadi va bola organizmida tezda suvsizlanish belgilari kuzatiladi.

3. Serebral shakli. OITS kasalligining ushbu shaklida meningit, bosh miya absessi, ensefalitlarga xos alomatlar paydo bo'ladi.

4. Dissiminatsiyalashgan shakli. Bunda bir vaqtni o'zida turli a'zo va tizimlarda patologik o'zgarishlar sodir bo'ladi.

5. Differensiyallashmagan shaklida esa umumiy simptomlar bo'lgani holda birorta a'zo yoki tizimlarning zararlanganiga oid belgilar kuzatilmaydi. Bemor bolada tana harorati bir oz ko'tarilib, uning tinkasi quriydi, injiqlanadi, ishtahasi pasayadi, limfa tugunlari kattalashadi, ko'p

terlaydi, teri va shilliq qavatlarida har xildagi yiringli yallig'lanish alomatlari kuzatiladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti OITS ning asosan to'rtta alomatini farq etishni tavsiya qiladi.

1. Limfa tugunlarini shishishi.
2. Uzoq vaqt davomida, hatto bir nech oylar va bundan ham ko'p vaqt davomida tana harorati 38-39 °C darajada bo'lib turishi.
3. Bir oydan ortiq vaqtgacha bemor bolani ich ketishi.
4. Bemor bolani kundan-kunga ozg'inlashib borishi.

OITS va OITS bilan og'rikan barcha bolalarning 80% ni 6 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil etadi. Bolalarda OITS birinchi o'rinda ona qornida, qon quyish natijasida va OITS yuqtirgan onalami emish orqali yuqadi. Bundan tashqari gemofiliya bilan og'rikan o'g'il bolalarga qonni quyultiruvchi dori preparatlari quyilganda ham yuqadi.

Kasallikning klinik belgilari bolalarda odatda 5-6 yoshda paydo bo'ladi. OITS bilan zararlangan bemor qoni bolaga quyilgach, 10 oyda kasallik namoyon bo'ladi.

Bolalarda OITS kasalligini o'ziga xos xususiyatlari quyidagilardan iborat:

- Kasallikni yuqishi virus yuqtirgan onalarda homiladorlik davrida, tug'ish vaqtida va emizishda sodir bo'ladi. Bunday holatlarda kasallik yuqqanidan so'ng 4-6 oy o'tgach boshlanadi hamda to'la zararsizlantirilmagan qon quyilishi yoki o'sha qondan tayyorlangan antigemofiliya dori moddalari bilan davolanganda.
- OITS infeksiyasining inkubatsion (yashirin) davri bolalarda kattalarga qaraganda yillar emas balki oylarni tashkil etadi.
- OITSning klinik belgilari bolalarda erta, kuchli va yaqqol ko'rinadi.
- Bolalarda bosh miyaning organik zararlanishi kasallikni tezlatadi.
- Bemor bolalarni o'sishdan qolish hisobiga jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi, tana vaznining kamayishi hamda ruhiyatining buzilishi orqasidan aqlsizlik kelib chiqishi, gapirish qobiliyatining yo'qolishi kabi alomatlar sodir bo'ladi.

- O'pka va ichak faoliyatlarining tez-tez buzilishlari kuzatiladi.
- Yomon sifatli va davolanishi qiyin kechadigan ikkilamchi infeksiyali, bakteriyali va zamburug'li kasalliklar paydo bo'ladi.
- Bir ikki yil ichida kuzatuvda bo'lgan OITS bilan kasallangan bolalarning 60%i o'ladi.

OITS kasalligida qonda limfotsitlar, neytrofillar, trombotsitlar va eritrotsitlarni miqdori kamayib ketadi (ayniqsa T-limfotsitlar soni).

OITS virusiga qarshi paydo bo'lgan antitelolarni aniqlash uchun qonning immun ferment tahlili reaksiyasi qo'llaniladi.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyasiga ko'ra quyidagi dalillar kuzatilganda OITS kasalligiga gumon qilish mumkin.

1. 60 dan yosh odamlarda Kaposi Sarkoma kasalligi aniqlansa.
2. 1-2 oydan uzoqqa cho'zilayotgan surunkali ich ketar kasalliklarida enteropatogen mikroblar topilmagan va ko'p miqdorda kriptosporidium topilgan holatlarda.
3. Uzoq cho'zilgan noma'lum isitma kuzatilganda.
4. Markaziy asab tizimining limfomasi rivojlanganda.
5. Odatdagi antibiotiklar bilan davolaganda tuzalmaydigan va pnevmotsista qo'zg'atgan zotiljam aniqlanganda.
6. Bola sababsiz ozib, 10-15% dan ortiq vazn yo'qotganda.
7. Bemor bola qonida noma'lum etiologiyali limfopeniya kuzatilganda.
8. Har xil bakteriyalar, zamburug'lar, viruslar, bir hujayrali sodda jonivorlar (protozoolar) qo'zg'atadigan va tez-tez qaytarilib turiladigan teri va shilliq qavatlarni yiringli (Otit, konyunktivit, furunkullar, karbunkullar) kasalliklari hamda ekzogen va endogen reinfeksiyalar kuzatilganda.

Davolash va parvarishlash. O'zbekistonda OITS va OITS bilan bog'liq masalalar sog'liqni saqlash vazirligining OITS va OITS xizmati tomonidan amalga oshiriladi. Respublika OITS va OITS markazi, Qoraqalpog'iston, Toshkent shahar, viloyatlar va tuman OITS/OITS markazlari o'z hududlarida ushbu soha faoliyati bilan bog'liq barcha profilaktik, epidemiologik, laborator tekshiruvlari uchun kelgan bemorlarni sir saqlagan holda tekshiriladigan anonimli xonalar mavjud

bo'lib ularga xizmat ko'rsatadi Maqsadli guruhlar, giyohvandlardan virus yuqib qolishini oldini olish maqsadida xufiyona ish olib boradigan ishonch punktlari ham ishlaydi.

OITS kasalligini davolashda quyidagi bosqichlar mavjud:

- OITS virusiga ta'sir qilish.
- Organizmning immun holatlarini yaxshilash, ya'ni immunostimulyatsiya usullarini qo'llash.
- Paydo bo'lgan turli xil kasalliklariga qaratilgan davo choralari qo'llash.

Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar va epidemiologik nazorat.

Nazorat moyillik guruhiga kiruvchi shaxslarni aniqlashni va ularni klinik va laboratoriya tekshiruvlaridan o'tkazishni nazarda tutadi. Mamlakatimizda OITS tarqalgan davlatlardan keluvchi shaxslarni majburiy tekshiruvlardan o'tkazishini joriy etuvchi tadbirlar majmuasi ishlab chiqilgan. Kasallikning klinik belgilari namoyon bo'lmay, faqatgina antitelolar topilgan shaxslar hisobga olinadi va ular ustidan doimiy ravishda dispanser kuzatuvini olib boriladi.

Klinik va serologik belgilari bilan epidemiologik xavf tug'diradigan xavfli guruhga kiritiladigan ota-onalarni bolalariga asosiy e'tiborni qaratish lozim. OITS kasalligini oldini olishda yana bir muhim tadbirlardan biri aholi o'rtasida sanitariya-oqartuv ishlarini olib borishdan iboratdir (teleko'rsatuvlar, radio, gazeta, jurnal va ma'ruzalar).

OITS infeksiyasini faol aniqlash, aholi o'rtasida ayniqsa yoshlar orasida sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish. Qon va qon preparatlarini faqatgina hayotda xavf tug'ilganida qo'llash. Inyeksiyalar qilishda alohida bir marotabalik steril shprits va ignalardan foydalanish. Iloji boricha muolajalarni qisqartirish maqsadga muvofiqdir. Jinsiy tarbiya va sanitariya oqartuv ishlarini oilada to'g'ri olib borish kasallikni oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

Donorlar ustidan nazorat olib borish, tibbiy muassasalarda olib boriladigan dezinfeksiya, sterilizatsiya va boshqa zararsizlantirish tadbirlarini to'g'ri olib borilishi muhim rol o'ynaydi. Xulosa qilib aytganda, ushbu infeksiya keng tarqalayotgan kasalliklardan biri bo'lgani uchun muhofaza tadbirlari ijtimoiy hayotning barcha soha

vakillari ishtirokida birgalashib olib borishi lozim. Har bir yigit - qiz bu infeksiyaning tarqalish va yuqish yo'llarida, uning oldini oladigan tadbirlardan xabardor bo'lishi va o'zini undan asrashi kerak.

Tibbiy uskunalarni sterillashdan oldingi ishlovini o'tkazish.

Tibbiy uskunalarni sterilizatsiya bo'limiga yuborishdan oldin ular yaxshilab yuviladi. Buning uchun hamshira tibbiy uskunalarni turlari bo'yicha saralab oladi va kerakli asbob-anjomlarni, ya'ni yuvuvchi eritmalarni, kerakli idish, cho'tka va tibbiy asboblarni tayyorlab oladi. So'ngra tozalanadigan tibbiy asboblar yuvuvchi eritma solingan idishga botirilib qo'yiladi. Har bir tibbiy asbob cho'tka bilan yuvuvchi vosita yordamida tozalab yuviladi. Shundan so'ng yuvilgan asboblar 10-15 daqiqa davomida iliq oqar suvda chayiladi. Agarda tibbiy asboblar sinamasi musbat bo'lsa, sterillash uchun yuboriladi (agarda manfiy bo'lsa, asboblar qaytadan yuviladi). Asboblar distillangan suvda chayilib, issiqlik harorati 85 gradus bo'lgan shkaflarda quritiladi va Kraft paketlariga solinib biksga joylashtiriladi.



Tozalash bosqichidan so'ng o'tkaziladigan sinamalar

Fenolftolienli sinama

1. Shprints olinadi va silindrga 1 % li fenolftolien eritmasi tomiziladi.
2. Agar shprintsda pushti rang hosil bo'lsa, sinama manfiy hisoblanadi. Shprintslar qayta oqar suvda chayiladi.
3. Agar shprintsda o'zgarish bo'lmasa sterillash davom ettiriladi.

Azopiramli sinama

1.3 % li perekis vodorod va azopiram eritmasi teng miqdorda olinadi.

2. Eritma shprints silindriga tomiziladi.

3. Agar shprintsda ko'k-yashil, ko'k-binafsha rang paydo bo'lsa, sinama manfiy hisoblanadi va tozalash bosqichlari qaytariladi.

Nazorat uchun savollar

1. OITS kasalligining sabablari, qo'zg'atuvchilari to'g'risida statistik ma'lumotlar bering.

2. OITS kasalligining yuqish yo'llari, klinik bosqichlari, belgilarini ayting.

3. OITS kasalligining tashxisot usullarini ayting.

4. OITS kasalligining oldini olish chora-tadbirlarini ayting.

5. OITS kasalligining oqibatini ayting.

6. Kasallikni parvarishlash usullarini ayting.

7. Bolalarda OITS kasalligini o'ziga xos kechish xususiyatlarini aytib bering.

8. OIV va OITS ni bir-biridan farqini aytib bering.

9. Tibbiy uskunalarni sterilizatsiyadan oldingi ishlov berishni aytib bering.

10. Fenolftalienli va azopiramli sinamalar to'g'risida gapirib bering.

II BOB. KECHIKTIRIB BO'LMAYDIGAN HOLATLAR VA BAXTSIZ HODISALARDA SHOSHILINCH YORDAM KO'RSATISH

2.1. Kechiktirib bo'lmaydigan holatlarda shoshilinch yordam ko'rsatish

Gipertermik sindrom. Odam organizmi tashqi muhit haroratiga bog'liq bo'lmagan o'z tanasining doimiy haroratiga ega. Issiqlik boshqarish (termoregulyatsiya) markaziy asab tizimi nazorati ostida bajariladi. Bunda ichki sekretiya bezlari ham ishtirok etadi. Termoregulyatsiya organizmda issiqlik ishlab chiqarish va hosil qilingan issiqlikni uzatish o'rtasidagi muvozanatni saqlab turishdan iborat. Issiqlik – bu organizmdagi hujayra va to'qimalarga qabul qilingan oziq-ovqatlarni parchalanib, oksidlanish jarayonlari natijasida hosil bo'ladi. Bola hosil bo'lgan issiqlikni tanasi, nafasi, terlashi, siydik va axlat orqali yo'qotadi. Sog'lom bolalarda ertalabki tana harorati kechqurungisiga nisbatan pastroq bo'ladi. Qo'ltiq osti harorati og'iz, qin va to'g'ri ichak shilliq qavatlariga nisbatan 1°C ga pastroqdir. Tana haroratini o'lchash uchun asosan Celsiy termometridan foydalaniladi. Simobli termometr bir necha marotaba silkitilmasa uni pastga tushishi kuzatilmaydi. Simobli termometrni g'ilofda saqlash lozim.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tana harorati kun davomida bir maromda turmasligi mumkin. Chunki bola yurgakda bo'lsa, yoki jismoniy zo'riqish natijasida tana haroratining ko'tarilishiga olib keladi. Chaqaloqni uxlab yotganida esa tana haroratining pasayishi kuzatiladi. Ertalabki va kechqurungi tana harorati chaqaloqlarda $0,3^{\circ}\text{C}$ gacha, 2 oylikdan keyin $0,6^{\circ}\text{C}$ gacha, 6 oylikdan keyin esa 1°C gacha farq qiladi. Kun davomida tana haroratining me'yori $36-37^{\circ}\text{C}$ bo'ladi.

Isitma reaksiyasi bola organizmida infeksiyon va noinfeksiyon omillarni, ya'ni tashqi pirogenlar ta'siri natijasida (bakteriyalar, ulami toksinlari, oqsil moddalarining parchalanishi, to'qimalarning nekrozi, yiringlash bosqichlari, gormonlar ta'siri va issiqlik markazining qo'zg'alishi) yallig'lanish mediator mahsulotlari (interleykinlar) termoregulyatsiyani gipotalamik markazini stimullab, endogen pirogen

hisoblangan prostaglandin-E₂ni hosil qiladi. Prostaglandin-E₂ organizmni haroratini me'yorida ushlab turuvchi mexanizmni o'zgartirib, issiqlik mahsulotlarini ko'payishiga olib keladi (moddalar almashinuvlarini kuchayishi, mushaklarni titrashi) va issiqlik berishni pasaytiradi (teri tomirlarini spazmi). Bunda taxikardiya, kislorodga talabni oshishi, hamda karbonat angidrid gazining miqdorini organizmda oshishi kuzatiladi. Ushbu tana harorati bolalarda 40 °C dan oshish holatlari kam kuzatiladi. Subfebril tana haroratini organizm yaxshi ko'taradi va xavfsiz hisoblanadi (subfebril talvasa, yurak dekompensatsiyasi mavjud bo'lgan bolalardan tashqari). Ushbu isitma tana haroratini tushiruvchi dorilar ta'sirida uzoq davom etadi. Shu sababli faqatgina subfebril talvasa sindromi va yurak yetishmovchiligini dekompensatsiyasi davri mavjud bo'lgan bolalarni tana haroratini tushirish maqsadga muvofiqdir.

Giperpireksiya (temperatura 41°C va undan yuqori) asosan issiq urganda (quyosh urganda, issiqda qolib ketish yoki kuchli og'ir jismoniy ish qilganda), periferik qon aylanishini buzilishi natijasida issiqlik berishni pasayishi sababli kelib chiqadi. Bunda bolani badani sovuq, terisini rangi ko'kargan va marmarsimon (ola-bula) ko'rinishda bo'ladi. Ushbu tana haroratini ko'tarilishida bemorga haroratni tushiruvchi dorilar bilan birgalikda tanasi isigunicha va qizargunicha iliq suv bilan artib uqalash kerak.

Nopirogen temperatura (uzoq davom etuvchi) asab tizimi kasalliklari mavjud bo'lgan bolalarda markaziy termoregulyatsiyani buzilishi natijasida yuzaga kelib, ko'krak yoshidagi bolalarda mushaklar gipotoniyasi hamda yurak urishini tezlashmasligi va uzoq davomiyligi bilan boshqa turdagi isitmalardan farq qiladi. Bu isitmaga antipiretik dori vositalari ta'sir qilmaydi. Tana haroratini, teri qon tomirlarini kengaytiradigan (nikotin kislota, nikotinamid, nikoshpan) dori preparatlarigina tushira oladi.

Fiktiv (yolg'on) temperatura, ya'ni 11-14 yoshdagi bolalar termometrni simob ko'rsatgichini ataylab ko'tarib qo'yishlari natijasida kuzatilishi mumkin. Buni oldini olish uchun bola tana haroratini o'lchashda ularni oldiga katta odam bo'lishi, ikkita qo'ltiq ostiga ham

birdaniga ikkita termometni bir vaqtni o'zida ishlatish hamda tana haroratini puls bilan solishtirish lozim.

Tana haroratini ko'tarilishi, organizmning reaktivlik darajasini ko'rsatib, infeksiyaga qarshi kurashayotgan holatini ko'rsatgichi hisoblanadi. Shu nuqtai nazardan antibakterial terapiya natijasini baholashda tana haroratini tushishi katta ahamiyatga ega hisoblanadi. Hamma vaqt ham isitma qoniqarli holat deb qaralmaydi. Tana haroratini haddan yuqori ko'tarilishi, uning keskin pasayishi hamda bola organizmini unga bo'lgan munosabatiga qarab zararli ta'sir qilishi mumkin. Bolani yoshi qancha kichik bo'lsa, tezlik bilan baland yoki haddan baland tana haroratini ko'tarilishi tezda moddalar almashinuvining buzilishiga, miya shishiga, qon tomirlardagi suyuqliklarni tezda to'qimalarga to'planishi natijasida qonni quyuqlashuviga sabab bo'ladi. Bu esa, ayrim holatlarda o'limgacha olib kelishi mumkin.

Shunday qilib, tana haroratini ko'tarilishiga ikkita, ya'ni infeksiya va infeksiyasiz sabablar rol o'ynaydi. Tana haroratini 37°C dan har bir gradusga oshishi nafasni 4-5 taga, yurak urishini esa 15-20 tagacha ko'paytiradi. Bu esa yurak va nafas a'zolariga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bunda to'qimalarni kislorodga bo'lgan talabi oshadi, natijada to'qima gipoksiyasiga, bu esa o'z navbatida markaziy asab tizimining jarohatlanishiga olib keladi (alahsirash, gallyusinatsiya, talvasa, miya shishi).

Klinik ko'rinishi. Tana haroratini nechog'liq ko'tarilishiga qarab subfebril ($37-38^{\circ}\text{C}$ gacha), o'rtacha ($38,1^{\circ}\text{C}$ dan 39°C gacha), baland ($39,1^{\circ}\text{C}$ dan to 41°C gacha) va haddan tashqari (41°C va undan yuqori) baland ko'rinishda bo'lishi mumkin. Organizmda issiqlik hosil qilish va berish tenglashganda bolada prognozi yaxshi hisoblangan qizil isitma kuzatiladi. Bu nomni bemorni tana rangini qizarishi tufayli olgan. Bemor bolani terisi qizargan (ayniqsa ikki yuzi), issiq, nam, kayfiyati yaxshi, harakatchan. Agarda isitma davrida bolada sovuq qotish, teri rangini oqarishi, timoqlarda, lab sohalarida ko'karish (sianoz), oyoq qo'llarni sovushi, haddan tashqari taxikardiya, hansirash, alahsirash va talvasa

sindromlari kuzatilsa, bu yomon sifatli tana xarorati hisoblanadi. Bu esa terini oqarib ketganligi sababli oq isitma deb nomlanadi.

Gipertermiya – bunda tana haroratini ko'tarilishi teri va mo'shaklardagi qon aylanishi hamda mushaklarni faoliyatini holatiga bog'liqdir. Bu turdagi tana harorati boshqarilmaydi, chunki u gipotalamik markazni ishtirokisiz ko'tarilgan bo'ladi.

Gipertermiya va lixoradka orasidagi farqni quyidagi jadvaldan ko'rish mumkin.

2.1.1 - Jadval

Gipertermiya va lixoradkaning differensial tashxisoti

Belgilar	Lixoradka	Gipertermiya
Tarqalishi	Ko'proq uchraydigan belgi	Nisbatan kamroq o'chraydi
Klinik belgilar	Terini sovuqligi, varaja bo'lish	Bemorni qizib ketishi, terisi qizargan va quruq
Tana harorati	Asosan 38–41°C gacha	41–42°C gacha
Davolash usuli	Antipiretiklar	Fizikaviy sovutish usullari
Markaziy boshqaruv	Qatnashadi	Qatnashmaydi
O'lim	Past	Yo'qori

Tana haroratini chiziqlariga qarab uning turlari quyidagicha ko'rinishda kechadi.

➤ Doimiy turdagi isitma. Bunda ertalabki va kechqurungi farq 1°C dan oshmaydi. (infeksion kasalliklar: zotiljam).

➤ Bunda ertalabki va kechqurungi harorat bemor bolada 1°C dan yuqori bo'ladi. Bu bo'shashtiruvchi isitma deb ham nomlanadi.

➤ Bunda tana haroratini ko'tarilishi va me'yorga tushishi, baland haroratni bir necha soat saqlanib turishi, so'ngra me'yorga tushib, yana ko'tarilishi kuzatiladi. Isitmali kunlar soni turli xil bo'lishi mumkin (har kuni yoki har 2-3 kunda). Isitmani bu turi bezgak kasalligiga xosdir.

➤ Haroratni uzoq vaqt davom etishi (5-8 kun va keyinchalik pasayishi bilan kechadigan hamda qaytalaydigan isitma (qaytalama tif).

➤ Ertalabki harorat kechqurungi haroratga nisbatan ko'p ko'tarilishi bilan kechadigan isitma (sil, sepsis).

➤ Bir necha kun davomida sekin-asta ko'tarilib borilishi va asta-sekin me'yorgacha tushishi bilan kechadigan isitma (brutsellyozda).

➤ Har xil davomiylikdagi sutkalik noto'g'ri tebranishlar bilan kechadigan noto'g'ri isitma (o'tkir revmatik isitma, gripp, dizenteriya).

➤ Gektik isitma, harorat 2-4⁰C gacha tebranadi. Bunda harorat yuqori raqamlarda me'yorgacha yoki me'yordan past raqamlargacha keskin pasayadi. Bunda bemorda holdan toydiradigan terlash va keskin quvvatsizlik kuzatiladi (sepsis, silni og'ir turlari, qon kasalliklari).

Davolash va parvarishlash:

➤ Bemor bolaga tinch holatni yaratish, o'miga yotqizish, haroratini turiga qarab (bemorni yechintirish yoki ustiga ko'rpa yopish, oyoqlari tagiga grelka qo'yish, uqalash va h. k) parvarishlanadi.

➤ Bemor bolaga ko'p miqdorda ichishga suyuqliklar tavsiya beriladi (iliq qaynatilgan suv, sharbatlar, kompotlar, ma'danli suv va h. k.).

➤ Bemor bolani barcha fiziologik ko'rsatgichlari (puls, nafas, tana harorati, qon bosimi, siydik va axlat chiqarish) kuzatilib boriladi.

➤ Shifokorni chaqirish tavsiya beriladi.

➤ Bemorni ichki kiyimlari va tagliklarini quruq tutish lozim.

➤ Bemorni kuniga 6-7 marotaba kichik porsiyalarda suyuq yoki yarim suyuq, oson hazm bo'ladigan taomlar bilan ovqatlantirish zarur.

➤ Og'iz bo'shlig'i, lablarini namlab turish, agar yorilgan bo'lsa unga qarshi kerakli kremlar surkab turish lozim.

➤ Xonani tez-tez shamollatib turish va bemor bolani o'zini yakka qo'ymaslikka harakat qilish kerak.

Barcha infeksiyon hamda issiqlik urganda bo'ladigan isitmalarda issiqlik berishni oshirish maqsadida bolani yechintirish, badanini iliq suv bilan artib qizarganicha uqalash kerak. Agarda bolada qaltirash va sovuqqotish holatlari mavjud bo'lsa, bunday paytda parasetamol berish kerak.

Pediatriya amaliyotida eng xavfsiz antipiretiklardan biri parasetamol hisoblanadi. Ushbu preparat ovqat bilan birga, suyuqlikka aralashtirilgan holatda, sirop, nordon tabletkalar, askorbin kislotasi aralashtirilgan va to'g'ri ichakka moslashgan shamcha turlarida ishlatishga moslashtirilgan dori turidir. Parasetamol 10-15 mg/kg tana vazniga (1 marotabalik

miqdori) yoki 60 mg/kg bir sutkalik miqdorida o'lchab beriladi. Dorini har 5-6 soatda berish mumkin. Ibuprofen, ibufen 8-10 mg/kg tana vazniga hisoblab beriladi. Agarda tana haroratini tezda tushirish zarur bo'lsa, unda bemor bolani mushaklari orasiga litik aralashma (0,5-1,0 ml 2,5% li aminazin va diprazin yoki pipolfen) yuboriladi.

Aspirin (asetilsalisilat kislotasi) bolalarda virusli infeksiyalarda qo'llanilmaydi, sababi Reya sindromini chaqirishi mumkin. Analgin esa agranulositoz rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Kasalxonalarda yotgan bemorlarni tana haroratini o'lchashda quyidagi qoidalarga rioya qilish kerak.

➤ Tana harorati kun davomida 2 marotaba o'lchanadi (zaruratda ko'proq). Ertalab soat 6.00-8.00 atrofida, kechqurun soat 16.00-18.00 oralig'da.

➤ Har bir o'lchovda bir xildagi termometrda foydalanish kerak.

➤ Har bir o'lchovni harorat varaqasiga qayd etib borish kerak.

➤ Tana harorati tinch holatida o'lchanishi maqsadga muvofiqdir. Chunki bola bezovta bo'lganda, qichqirib yig'laganda, jismoniy aktivlashganda uning tana harorati oshishi mumkin.

➤ Bemor tana haroratini kunlik o'zgarib turishiga ahamiyat qaratish zarur.

➤ Kichik yoshdagi bolalarning tana haroratini o'lchashda ularni yolg'iz qoldirmaslik kerak.

➤ Termometrni to'g'ri qo'yish tartibiga rioya qilish kerak.

➤ Termometrni dezinfeksiyalash qoidalariga to'liq rioya qilish shart.

Bemorning tana haroratini o'lchash. Tana haroratini o'lchashdan maqsad bemor bolani umumiy ahvolini baholash, organizmni



infeksiyaga nisbatan reaksiyasini, berilayotgan dori-darmonlarni (asosan antibiotiklarni to'g'ri yoki noto'g'ri tanlanganligi va h.k.) ta'siriga baho berishdan iboratdir. Tibbiyot maskanlariga murojaat qilgan barcha bemorlarning tana haroratlari o'lchanadi. Hamshira tana haroratini o'lchashdan oldin bola yotgan xona haroratiga bolani kiyinishiga, uyqudan qachon

uyg'onganligiga e'tiborini qaratishi kerak. Haroratni o'lchashdan oldin bemorni biroz yechintiribroq qulay sharoitda yotqiziladi. Bolani badaninibiroz sovutib termometr qo'yiladigan soha ko'zdan kechirilib quruq yumshoq sochiq bilan artiladi. Hamshira termometrni qo'liga olib, simob ustini me'yorga keltirib, teri burmasiga (asosan qo'litiq osti sohasiga) qo'yiladi. Termometr qo'yilgan sohaga 7-10 daqiqa davomida ushlab turiladiva harorat ko'rsatkichi aniqlanadi. Olingan tana harorati ko'rsatgichi harorat varaqasiga yozib qo'yiladi. Ishlatilgan termometrni simobini me'yorga keltirib, zararsizlantiruvchi eritma ichiga solib qo'yiladi (1% lixloramini eritmasiga 30 daqiqa yoki 3% li vodorod peroksid eritmasiga 80 daqiqa yoki 0,5% li Dizoksan eritmasiga 20 daqiqa). So'ngra termometr oqar suvda yaxshilab chayiladi va quritilib tagiga paxta solingan idishga solinib saqlanadi (idishni ustiga marli to'shalib qo'yiladi).

Eslatma. Normal tana harorati $36,6^{\circ}\text{C}$ dan - 37°C gacha bo'ladi, tana harorati asosiy hollarda tabiiy burmalar sohasida, ba'zi hollarda og'iz bo'shlig'i, to'g'ri ichakda aniqlanadi. Og'iz bo'shlig'i, to'g'ri ichakda $+1^{\circ}\text{C}$ yuqori bo'ladi. Barcha bemorlarda tana harorati 1 kunda 2 marotaba ertalab, kechqurun o'lchanadi. Tana haroratining $37-38^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi subfebril, $+38^{\circ}\text{C}$ dan oshishi gipertermiya, 36°C dan pasayishi gipotermiya deyiladi.

Talvasa sindromi. Talvasa (tirishish, qo'l-oyoqlarni tortilishi, a'zoyi badanining titrashi) sindromi bolalar (ayniqsa 2 yoshgacha) o'rtasida ko'p uchraydigan (tez yordam chaqiruvini 10% ini tashkil etadi) patologik sindrom hisoblanib keladi. Talvasa – bu tez va qayta-qayta miyani biror bir joyini qo'zg'alib turishi natijasida bolani hushidan ketishi, tana mushaklarini g'ayriixtiyoriy qisqarishlari bilan xarakterlanadi. Talvasa sindromi tarqalgan, ya'ni ko'p mushaklar guruhlarini qamrab olgan yoki biror bir tana mushagini (yoki oyoqlar yoki qo'llarning) tortilishi bilan kechishi mumkin.

Bolalarda talvasa sindromini kelib chiqish sabablari quyidagilar hisoblanadi:

- infeksiyalar (meningit, ensefalit, miya absessi).

➤ moddalar almashinuvining metabolik buzilishi (gipokalsiemiya, gipoglikemiya, giponatriemiya, gipematriemiya, gipomagniemiya, gipokaliemiya, giperglikemiya va buyrak yetishmovchiligi).

➤ Perinatal kasalliklar (miyaga qon quyilishi, gipoksiya-jarohat, homila ichi infeksiyalari).

➤ Nevrologik kasalliklar (epilepsiya, miya nuqsonlari, ensefalopatiyalar, Reya sindromi, gipertenziya, AKDS vaksinasidan keyin, fakomatozlar, miya o'smalari).

➤ Boshqa sabablar (febril tana harorati, har xil jarohatlar, issiq va sovuq urishi, anafilaksiya, zaharlanish).

➤ Idiopatik, ya'ni kelib chiqish sabablari noma'lun bo'lgan talvasalar

Talvasa sindromi mushaklarning asta-sekin tirishib tortilishi va biroz uzoqroq davom etishi, tonik yoki tez-tez mushaklarni tirishib tortilishi va bo'shashishi klonik ko'rinishda balki aralash, ya'ni tonik hamda klonik, bunda har ikki turdagi talvasalar bir vaqtning o'zida oldinma keyin sodir bo'ladi. Talvasa sindromi boshlanishidan oldin bolada biroz holsizlik va atrof muhitga nisbatan qiziqishini pasayishi kuzatiladi. Bemor bolani ko'z olmalari avvaliga suzilib, so'ngra tepaga yoki yon tomonga tortilib qotib qoladi.

Bola boshini orqaga tashlab, qo'llari tirsagidan bukilib, oyoqlari to'g'rilaniladi. Bemor bola tishlarini-tishlariga qo'yib tirishadi, nafas, puls sekinlashadi, ba'zan esa qisqa muddatli nafas to'xtashi sodir bo'lishi mumkin. Bu tonik talvasa fazasi hisoblanadi. Shundan so'ng xurujni klonik fazasi boshlanadi. Bunda bolani yuz mushaklarida avval uchish, so'ngra esa asta-sekin titrash paydo bo'ladi va tezda bu holat butun tana mushaklari bo'ylab tarqaladi. Nafasi xirillagan va shovqinli bo'ladi, terisini rangi oqargan, ko'kimtir rangda bo'ladi, bemorni og'iz bo'shlig'idan ko'pik aralash kam miqdorda suyuqlik ajralib chiqadi.

Talvasa sindromini davomiyligi 2-3 daqiqadan to 15-20 daqiqagacha bo'lishi mumkin. Agar talvasa 20-30 daqiqadan uzoqroq davom etsa, bu epilepsiya holatidan darak beradi. Bolalarda ko'proq qisqa muddatli oddiy tarqalgan tonik va klonik tonik febril talvasa sindromi uchraydi. Uzoq vaqt davom etadigan qaytalanuvchi fokal febril

talvasa holati to'xtatilgandan keyin tezda bolani chuqurroq tekshiruvdan o'tkazib, kasallik sababiga aniqlik kiritish lozim.

Bolalarni 50% da talvasa holati asosan meningit, ensefalit, gipoksiya, miya shishganda va uning nuqsonlarida uchrasa, 50% da esa sababini aniqlash qiyin bo'ladi. Yana talvasa sindromini asosiy sabablaridan biri bu bola organizmida moddalar almashinuvining buzilishi natijasida kalsiy miqdorini kamayib ketishi sabab bo'ladi. Ushbu holat ko'pincha yilning bahor oylarida paratrofiya, anemiyasi bor hamda bir tomonlama ovqatlantirilayotgan bolalarda uchraydi (spazmofiliya).

Talvasa sindromining asoratlari quyidagilardan iborat:

➤ Talvasa xuruji davomida bemor bola yiqilib har xil jarohatlar olishi.

➤ Qayt qilish va nafas yo'llarining obstruksiyasi.

➤ Nafas va yurak faoliyatlarining to'xtashi.

➤ Ayrim holatlarda hatto bemorni o'limga ham olib kelishi mumkin.

Asoratlarni darajasi talvasa sindromini davomiyligiga bog'liq.

Davolash, parvarishlash va shoshilinch yordam ko'rsatish:

➤ Hamshira bola holatini sinchiklab tekshirib, bemor bolaning umumiy ahvolini to'g'ri baholay olishi kerak.

➤ Bemor bolani yonbosh yotqizib, uni boshini avaylab orqaga olish (nafas yo'lini to'g'rilash va nafas olishini yengillashtirish maqsadida) kerak. Talvasa vaqtida bola og'iz bo'shlig'ida ko'p miqdorda ajralmalar hamda so'lak, qon va qusuq bo'lishi mumkin. Ushbu ajralmalar nafas yo'lga tushib, aspiratsiyaga va nafas to'xtashiga sabab bo'ladi. Shuning uchun bemorni og'iz bo'shlig'ini tozalash va nafasini yaxshilash muhim ahamiyatga egadir. Agar bolada kuchli talvasa kuzatilsa, tana terisini ko'karishi (sianoz), notekis nafas olish holatlari ro'y bersa, zudlik bilan nafas yo'llarini tozalab, sun'iy o'pka ventilyatsiyasiga o'tkazish lozim.

➤ Bemorni tanasidan siqib turuvchi kiyimlarini yechib olish kerak.

➤ Agar bemorni tana harorati yuqori bo'lsa, litik aralashma yuboriladi.

➤ Agarda ushbu dori vositalaridan keyin talvasa sindromi o'tmasa (epilepsiya holati kuzatilsa) vena ichiga 20% li oksibutirat natriy

(GOMK) 5% li glyukoza eritmasi bilan 100 mg/kg tana vazniga hisoblab yuborish zarur bo'ladi.

➤ Agarda yuqoridagi davo choralari yordam bermasa, unga narkoz berib, sun'iy o'pka ventilyatsiyatsiga o'tkazish kerak.

➤ Bola organizmidagi muhim hayotiy ish jarayonlarini sinchiklab kuzatib va korreksiya qilib turish zarur (bolani tilini tortib ketishiga yo'l qo'ymaslik, doimo og'iz bo'shlig'i va nafas yo'llarini tozalab turish, yelka kamari ostiga yostiqcha qo'yish va havo o'tkazuv naychasini qo'yish, namlangan kislorod berib turish, yurak va qon aylanish tizimlarini quvvatlab turish gormon preparatlarini yuborish, siydik haydovchi preparatlar, davolash va tashxislash maqsadida lyumbal punksiya o'tkazish, asosiy kasallikni davolash va h. k.).

➤ Bemorni atrof muhitdagilardan alohidalash, bemor atrofidagi o'tkir va xavfli narsalardan xalos qilish zarur.

➤ Talvasa paytida bemor bolaga dori-darmonlar va har xil turdagi suyuqliklarni ichish uchun berish man etiladi.

➤ Talvasa alomatlarini to'xtaganidan so'ng bemorni nafasi, pulsi va qon bosimini o'lchab turish zarur.

➤ Talvasa sindromidan keyin bemor bolani uyqusidan uyg'otmang, xonada tinchlik va osoyishtalik saqlab uni oldida o'zi uyg'ongunicha birga bo'lishingiz kerak.

Shok – bu yig'ma tushuncha bo'lib, organizmga haddan tashqari kuchli va davomiylik bilan ta'sir qilishga ega bo'lgan antigenni hayotiy zarur bo'lgan organlar ish faoliyatiga ko'rsatadigan ta'siri natijasida sodir bo'ladigan jarayondir. Bunda qon tarkibida juda katta miqdorda biologik faol moddalar, ya'ni katexolaminlar ajralib chiqib, ularni periferik qon tomirlarining kuchli qisqarishiga olib keladi. Shok bola organizmidagi to'qimalarning kislorod bilan boyitilgan qon bilan yetarli ta'minlanmaganligi natijasida kelib chiqadi. Bu esa o'z navbatida to'qimalarni jarohatlanishiga olib keladi va o'z vaqtida davo chorasini qo'llanilmasa o'limga sabab bo'ladi.

Kelib chiqish sabablari:

➤ Bola organizmida sodir bo'ladigan allergik reaksiya (har xil dori vositalari, vaksinalar, oqsil moddalar, zaharli hasharotlar chaqqanda va h. k.) natijasida.

➤ Bola organizmi tomonidan patologik jarayon natijasida juda katta miqdorda suyuqliklar yo'qotilganda (kuchli ko'p miqdorda qon yo'qotilganda, kuchli og'ir ich ketishda, tinmasdan ustma-ust qayt qilganda, tanani katta maydoni og'ir kuyganida va h. k.).

➤ Elektr jarohati olganda.

➤ Tashqi va ichki o'ta kuchli og'riq ta'sirida.

➤ Infeksiya va uning toksinlari ta'siri natijasida.

➤ Issiqlik, oftob va sovuq urishi natijasida.

➤ Kuchli qo'rqish, ruhiy va asabiy zo'riqish oqibatida hamda kuchli intoksikatsiya natijasida kelib chiqishi mumkin.

Kelib chiqish sabablariga ko'ra shoklar quyidagi turlarga bo'linadi:

➤ Anafilaktik shok (allergik reaksiya natijasida sodir bo'ladigan shok).

➤ Gipovolemik shok (bola organizmining suvsizlanishi natijasida).

➤ Toksik-infeksion shok (bakteriyalar, viruslar va ularning toksinlarini ta'siri oqibatida).

➤ Travmatik shok (mexanik jarohatlar, olovda kuyish, sovuqni ta'siri natijasida kelib chiquvchi).

➤ Gemorragik shok (ko'p qon yo'qotish natijasida kelib chiquvchi shok).

➤ Elektroshok (elektr toki urishi natijasida sodir bo'ladigan shok).

➤ Kardiogen shok (yurak va qon tomirlar a'zolarini kasalliklari sababli kelib chiqadigan shok).

➤ Neyrogen shok (haddan tashqari kuchli va uzoq davom etadigan ruhiy-asabiy zo'riqish sababli sodir bo'ladigan shok).

Shoklarni asosiy klinik belgilari – bemor bolada bezovtalik, qo'rquv hislari, keyinchalik bu holat bo'shashish va uyquchanlik, holsizlik alomatlari bilan almashadi. Bemorni rangi oqargan, og'iz burun uchburchagi sohasida sianoz alomatlari kuzatiladi. Teri ushlab ko'rilganda sovuq va nam hamda kuchli terlagan holatda bo'ladi. Bolada

kuchli suvsirash (tashnalik), ko'ngil aynishi, qayt qilish holati kuzatiladi, tomir urishi tezlashgan, to'lishi va tarangligi pasaygan, ipsimon, arterial qon bosimi o'ta pasaygan, nafasi yuzaki tezlashgan holatda bo'ladi.

Bemor bolada kollaps, hushdan ketish, nafasni buzilishidan to'xtashigacha, talvasa holati balki buroqsimon qorin og'rishi, ixtiyorsiz siydik va axlat chiqarish, butun tanasi bo'ylab qichishish, shish (Kivinke shishi), bosh og'rishi, ko'krak qafasini qisishi va yurak sohasida og'riq hamda bo'g'ilish holatlari kuzatilishi mumkin. Bemorni boshi aylanib ko'zlari oldi qorong'ilashib, xiralashib, jilosi yo'qolib, midriaz kuzatilib, asta-sekin es-hushini yo'qotilishi kuzatiladi.

Anafilaktik shok. Etiopatogenezi. Anafilaktik shokning eng asosiy sabablaridan biri o'ta sezuvchan bo'lgan organizmga har xil turdagi dorilar ta'sirida (antibiotiklar, mahalliy og'riq qoldiruvchi vositalar, salitsilatlar, simob preparatlari, novokain, qon o'rni bosuvchi oqsil preparatlari, vaksinalar va h. k.), allergenli ovqat mahsulotlari (tuxum, baliq, sut, mol suti, sitrusli mevalar va h. k.), chaquvchi hasharot va gazandalar zaharlarining ta'sirlari hisoblanadi.

Organizmida antigenlar va antitelolar uchrashuvi jarayonida ko'p miqdorda biologik faol moddalar, asosan gistaminlar sensibilizatsiyalangan to'qima va qondagi leykositlarni buzib, jarohatlanishiga olib keladi. Antigen-antitelolar reaksiyasi natijasida ajralib chiqqan biologik faol moddalar, aylanib yuruvchi immun komplekslar, kapillyar qon tomirlar va to'qimalar membranalarning o'tkazuvchanliklarini buzadi. Bundan tashqari mushaklarni asosan bronx muskullarini qisilishiga, ya'ni spazmi (o'tkir nafas yetishmovchiligi, bo'g'ilish)ga olib keladi.

Klinik belgilari. Anafilaktik shok, allergenni ta'siri boshlanishi bilan bir necha daqiqa ichida tezda sodir bo'ladi. Bemorni butun organizmida diskomfort holati yuz beradi. Nafas qiyinlashadi, badanda har xil o'lchamdagi toshmalar, o'tkir tomir yetishmovchilik holatlari, arterial qon bosimini tezda tushib ketishi, yurak urishini tezlashishi, pulsni susayishi va notekisligi kuzatiladi. Bemorda obstruktiv turdagi nafas yetishmovchiligi, talvasa va es-hushini yo'qotishi sindromlari kuzatiladi. Ayrim holatlarda qorin sohasida kuchli sanchiqli og'riq,

qorinni o'ta dam bo'lishi, ich ketishi, yurak bejo bo'lishi, qayt qilish hattoki ixtiyorsiz tagiga siydik va axlat chiqarib qo'yishi mumkin.

Bolalar bezovtalanadi, badanini sovuq ter bosadi, terisi qichiydi, shishadi ayniqsa yuzi va ko'zlari sohasida kuchli namoyon bo'ladi.

Katta yoshdagi bolalar bexosdan kam quvvatlik, susayish, qo'rquv alomatlari, boshni lo'qqillab og'rishi, quloqda shovqin, yurak sohasida og'riq, ko'krak qafasini bosilishi, bronxlarni spazmi natijasida azob beruvchi quruq yo'tal va bo'g'ilish holatlari sodir bo'ladi. Bemorni rangi juda oqarib ketib, yuzlarida ko'karish (sianoz) yoki terini o'ta qizarib ketishi, og'izdan ko'pikni ajralishi, kekirdak sohasida shish paydo bo'ladi. Nafas tezlashadi, yuzaki, notekis, eshitib ko'rganda ko'p miqdorda tarqalgan hushtaksimon xirillashlar eshitiladi.

Og'ir holatlarda tez o'z vaqtida to'g'ri kerakli yordam ko'rsatilmasa, bemor kuchayib boruvchi asfiksiya, o'tkir buyrak, yurak qon-tomir, buyrak usti bezi yetishmovchiliklari yoki oshqozon-ichak sistemasidagi (ichakdan qon ketishi), va miyadagi (miyaga qon quyilishi va shish) o'zgarishlar bemorni o'limiga sabab bo'ladi.

Agarda bemor bolaga o'z vaqtida kechiktirmasdan to'g'ri yordam berilsa, anafilaktik shokni yengil turida asta-sekin sog'ayish boshlanadi. Bu davr 2-4 haftagacha davom etadi. Bemorda tuzalish davri isitma, haroratni yuqoriligi, past qon bosimi, o'rtacha og'irlikdagi bronxospazm, taxikardiya, qorindagi og'riq va dispeptik o'zgarishlar asta-sekin me'yorga kelishi bilan boradi.

Shok holatida kechiktirib bo'lmaydigan yordam tadbirlarini o'tkazish

I-darajali (yengil) shok: terining oqarishi, es-hushi joyida yoki sal tormozlanish, mushaklarning titrashi, arterial qon bosimining tushib ketishi, puls bir maromda, nafas olishi tekis, tana harorati normada. I-darajali shok hayot uchun xavfli emas. I-darajali shokda ko'rsatiladigan birinchi yordam:

- Jismoniy va ruhiy tinchlantirish;
- Og'riqsizlantirish (analgin, parasetamol, baralgin berish);
- Qon oqishini to'xtatish;

➤ Immobilizatsiya.

II-darajali (o'rtta og'irlikdagi) shok: ahvoli birmuncha og'irroq, asablari taranglashgan, sezilarli darajada yaqqol tormozlanishdir. Terisi oqargan, es-hushi joyida, arterial qon bosimi pasaygan, tana harorati pasaygan, reflekslari susaygan. II-darajali shokda birinchi yordam:

- Bemorga issiq, shirin choy ichirish;
- Og'riqsizlantirish;
- Yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash;
- Tashqaridan qon ketishni to'xtatish;
- Immobilizatsiya.
- Zudlik bilan shifoxonaga yetkazish.

III-darajali (og'ir) shok - asablarning sezilarli darajadagi taranglashuvi, qotib qolish, atrofga va o'ziga nisbatan befarqlik, hushi joyida, teri va shilliq pardalari kulrang, rangpar, terini sovuq ter bosadi. Arterial qon bosimi keskin pasaygan 70/40 mm simob ustuniga teng. Puls sekinlashgan. III -darajali shokda birinchi yordam:

- Asab, yurak qon-tomir sistemasi, nafas olish a'zolari faoliyatini normallashtiruvchi shokka qarshi kompleks choralar ko'riladi;
- Yuqori nafas yo'llari o'tkazuvchanligi ta'minlanadi, boshini orqaga egib, pastki jag'ini tortib, nafas yo'llarini shilliq moddalardan, qondan, qusuq massalaridan tozalanadi;
- Og'riqsizlantiriladi (analgin, parasetamol, baralgin berish);
- Qon oqishini to'xtatish (mahkam bog'lash, jgut qo'yish, shikastlangan tomimi mahkam bosib turish);
- Zararlangan qo'l-oyoqlarni standart transport vositalari yordamida immobilizatsiya qilish;
- Zudlik bilan shifoxonaga yetkazish.

IV-darajali shok - klinik o'limga o'tuvchi organizmning hayot faoliyat funksiyasidir. Voqea joyida yordam ko'rsatish va transportirovka qilishda jabrlanuvchini shok holatidan butunlay chiqarishga urinish shart emas. Muhimi shokning kuchayib ketishiga yo'l qo'ymaslik kerak, nafas va yurak qon-tomir sistemasining faoliyatini yaxshilab, o'lim xavfini kamaytirish kerak. Travmatik shokni davolashning asosiy manbayi-maxsus davolash muassasasiga зудlik

bilan yotqizish. Shifoxonada – *reanimatsiyadagi* harakatlar eng avval o‘lim sababini bartaraf qilish, nafas hamda qon aylanishni tiklashga qaratilgandir. Reanimatsiya qanchalik vaqtli boshlansa, ijobiy natijaga erishish shunchalik oson bo‘ladi.

Anafilaktik shokda tez yordam:

➤ agarda anafilaktik shok statsionar sharoitdan tashqarida sodir bo‘lsa zudlik bilan tez yordam birigadasini chaqirish kerak.

➤ in‘eksiya qilingan joyni yuqori qismidan jgut qo‘yilib, ustiga muz yoki sovuq narsa qo‘yish kerak.

➤ bemorni to‘g‘ri va teks joyga, yelkasini qo‘yib yotqizish kerak. Chunki bemorda yurak va nafas to‘xtashi kuzatilsa reanimatsiya yordami ko‘rsatilishi kerak bo‘ladi.

➤ bemorni qisib turgan kiyimlarini yechib, tezda toza havodan bahramand qilish zarur. Chunki bemorda havo yetishmovchiligi kuzatiladi.

➤ bemor bola oyoqlarini yuqoriga ko‘targan holatda yotqiziladi. Chunki anafilaktik shokda qon bosimini pasayishi va bronxlarning spazmi kuzatiladi. Natijada bemor organizimida gipoksiya, ya‘ni kislorod tanqisligi kuzatilib, ushbu holatda esa birinchi navbatda miya to‘qimalari jarohatlanadi. Shuning uchun miyaga yetarli qon kelib turishini ta‘minlash zarur.

➤ bemor qayt qilishi mumkin, natijada qusuq bilan asperatsiya bo‘lishini hisobga olib, boshini yonbosh holatga keltirib qo‘yishimiz kerak.

➤ iloji boricha tezroq bemorni vena qon-tomiri ichiga 0,1% li adrenalin eritmasi qon bosimini ko‘tarish maqsadida yuboriladi (vena ichiga yuborishni iloji bo‘lmasa mushaklar orasiga yuboriladi).

➤ vena ichiga yoki mushaklar orasiga antigistamin dorilari (suprastin, tavegil, fenkarol) yuboriladi.

➤ bronxlar spazmida ulami kengaytirish maqsadida 2,4% li eufilin va allergiyaga qarshi kuchli ta‘sirga ega gormonlar (gidrokortizon yoki prednizolon), 10% li kalsiy glyukonat yoki kalsiy xlor eritmaları 0,9% li fiziologik eritmaga qo‘shib vena ichiga yuboriladi.

➤ reopoliglyukin, poliglyukin suyuqliklari vena ichiga asta-sekin tomchilab yuboriladi. Barcha anafilaktik shokka tushgan bemorlar kasalxonani reanimatsiya (jonlantirish) bo'limiga yotqiziladi.

Nazorat uchun savollar

1. Bolalami yoshiga qarab ertalabki va kechqurungi me'yoriy haroratni farqini aytib bering.
2. Gipertermiya haqida tushuncha bering.
3. Gipertermiya turlarini aytib bering.
4. Gipertermik sindrom sabablari.
5. Gipertermik sindrom belgilari, gipertermiyaga qarshi fizik vositalar.
6. Gipertermiyaga qarshi litik aralashmaning qo'llanilishi.
7. Talvasa sindromi turlari, belgilari.
8. Talvasa sindromida shoshilinch yordam ko'rsatish.
9. Tana haroratini o'lchash texnikasini aytib bering.
10. Anafilaktik shokda tez yordam ko'rsatishni ayting.

2.2. Baxtsiz hodisalarda tez yordam ko'rsatish

Bizni o'rab turgan atrof-muhitda to'satdan sodir bo'ladigan zararli omillar ta'sirida odam a'zolarini ish faoliyatining zararlanishi yoki buzilishi baxtsiz hodisa deb qaraladi. Baxtsiz hodisalar yuz berganda tez yordam ko'rsatish markazlariga, favqulodda holatlar haqida kechiktirmasdan zudlik bilan xabar berish lozim. Voqea joyiga tibbiy xodimlar yetib kelguncha bo'lgan juda ko'p holatlarda jabrlanganlarga atrofdagilar yordam ko'rsatadi. Hozirgi vaqtda birinchi tez yordam ko'rsatishning umumiy qoidalari maktablarda, kollejlarda, dorixona, laborantlar, tish texniklari, sanitariya-epidemiologiya bo'limlari, o't o'chiruvchilar, transport haydovchilarni tayyorlash o'quv dasturlariga kiritilgan.

Birinchi tibbiy yordam ko'rsatish uchun tibbiyot muassasalari, tez yordam stansiyalari va kechiktirib bo'lmaydigan yordam punktlari mavjud. Shifoxonagacha bo'lgan birinchi tez yordam zarar ko'rgan yoki kasallanib qolgan kishiga hodisa yuz bergan joyda va uni tibbiy

muassasaga yetkazish davrida o'tkaziladigan shoshilinch tadbirlar majmuasidir. Tibbiyot xodimi birinchi tibbiy yordam ko'rsatishda avvalambor, shikastlangan kishi tushgan sharoitga baho berish va shikastlantiruvchi omillar ta'sirini to'xtatish choralari ko'rishi, uning ahvolini tez va to'g'ri baholash, unga yordamni nimadan boshlashni, qanday asbob-uskuna vositalari kerakligini aniqlab, tez yordam ishlarini amalga oshirishi kerak. Shundan so'ng, uni transportirovkaga tayyorlab davolash muassasasiga olib boriladi. Zarurat bo'lganda transportirovka davrida yo'lda ham kerakli yordam choralari ko'riladi.

Bolalarga shoshilinch yordam ko'rsatish maqsadida tez yordam va favqulodda yordamni tashkil etishda hamshiraning funksional vazifalari quyidagilardan iborat:

➤ Jarohatlangan, kasallangan bolalarga tezda shoshilinch ravishda birinchi shifokorgacha tibbiy yordamni to'liq ko'rsatish.

➤ Tezda va qulay sharoitda davolash muassasasiga transportirovka qilish.

➤ Ommaviy zararlovchi qurollar ishlatilganda tibbiy saralash o'tkazish, keyin evakuatsiya bosqichiga tayyorlash, evakuatsiya bosqichida yuqumli kasalliklar kelib chiqishining oldini olish.

➤ Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o'tkazish.

➤ Aholi o'rtasida sanitariya-oqartuv ishlarini keng amalga oshirish.

Hamshira brigadasi quyidagi vositalar bilan jihozlangan bo'lishi kerak:

➤ Tibbiyot hamshirasi komplekti – yarador, kuygan, nurlangan, zararlangan, shifokorgacha yordam ko'rsatish uchun mo'ljallangan. Komplektda og'riq qoldiruvchi vositalar, antidotlar, analgetiklar, spazmolitiklar, kordiamin, novshadil spirti, antibiotiklar, antiseptiklar, adrenomimetiklar va boshqa dori vositalari, qon to'xtatuvchi jgut, pichoq, qaychi, pinset, skalpel, shprits, termometr, S-simon naylar bo'ladi.

➤ Steril bog'lovlar to'plami: 3 xil kattalikdagi steril bintlar (16x10 sm; 14x7 sm; 10x5 sm), ro'molcha, steril bo'lmagan paxta va bintlardan iborat.

➤ Standart fiksatsiya uchun shinalar to'plami. Sun'iy nafas berish uchun mo'ljallangan asbob-uskunalar.

➤ Zambil (vakuumli).

➤ Dezinfeksiya komplekti.

Favqulodda vaziyat ro'y bergan joylarda bolalarga yordam ko'rsatishda tibbiyot xodimlari kasbining qiyinligini va uni doimo qunt bilan o'rganish katta mehnat talab etishini, bilimlarni to'xtovsiz takomillashtirib va to'ldirib borish zarurligini esdan chiqarmasligi kerak. Tibbiyot xodimlari bemorlarning hayoti va dardlarini o'zining shaxsiy manfaatlaridan yuqori qo'yishi lozim.

Halokatlarda asosiy shikastlovchi omillardan fizik (kuyganda, elektr toki urganda, oftob va issiq urganda), suvga cho'kkanda, zaharli hasharotlar chaqqanda va qon ketganda bolalar o'rtasida tez shoshilinch yordam ko'rsatish muhim ahamiyatga ega. Chunki jahon sog'liqni saqlash tashkilotini statistika ma'lumotlari bo'yicha har yili 450000 odam suvga cho'kish yo'li bilan hayotdan ko'z yumadi. Ularni ma'lum qismini bolalar va o'smirlar tashkil qiladi. Elektr tokidan jarohatlanish esa yiliga har 200000 kishiga bitta odam o'limi to'g'ri keladi.

Kuyish. *Kelib chiqish sabablari.* Bola tanasiga to'g'ridan-to'g'ri issiqni, qaynoq suvni, parni, olovni, erigan metall, radiatsiya ta'siri, elektr toki, kislotalar, ishqorlar va qishloq xo'jaligida ishlatiladigan boshqa kimyoviy moddalar ta'siri natijasida sodir bo'ladi. Kuyishning 90-95% ini termik kuyishlar tashkil etadi. To'qimalarning shikastlanish характери, to'qimalarning qanchalik chuqur shikastlanishi va kuyish maydoni, bemorning og'irlik darajasini belgilab beradi. Kuyishdan o'lim bir necha sabablar oqibatida ro'y beradi. Asosan tezda o'lim nafas yo'llarini jarohatlari natijasida, keyinchalik o'limni sodir bo'lishi terining ko'p hajmda va chuqur kuyishi natijasida, ko'p miqdorda suyuqlikni yo'qolishi va infeksiyalanishi sodir bo'ladi. Terining kuyib jarohatlanishi uning chuqurligiga, ya'ni darajasiga qarab yuzaki, teri qatlamlarining ayrim qavatlarini va terining barcha qatlamlarini kuyishi bilan tasniflanadi. Ma'lumki, teri asosan uch qavatdan (epidermis, derma, teri osti qavati) iborat.

Yuzaki kuyish – nisbatan biroz yengil bo'lib, asosan terining epidermal qavatini jarohatlanishi bilan xarakterlanadi. Bunda terining qizarishi, achishishi, og'rishi va biroz shishi kuzatiladi. Kuygan teri toza tutilib va yetarli darajada parvarishlansa, chandiqsiz tuzalib ketadi.

Terining ayrim qatlamlarini kuyishida uning derma qavati ham jarohatlanadi, lekin teri osti qatlami jarohatlanmaydi. Bunda bolada kuchli og'riq, qizarish terini shilinib ajralib turishi, pufakchalar paydo bo'lishi, shish, achishish va tirishish kuzatiladi.

Terining barcha qatlamlarining jarohatlanishida juda og'ir va chuqur kuyish kuzatilib, undagi jarohat terining barcha qatlamlari bilan birgalikda undan chuqur joylashgan mushak qavati, suyaklar va ichki a'zolargacha yetib boradi. Bunda teri ko'rinishi qoraygan yoki oqargan yoki jigarrang va quruq holatda bo'ladi. Bu kuyishda teri asab tolalarining jarohati natijasida og'riq kuzatilmaydi bunda nafas va pulsni tezlashishi, qon bosimini oshishi, kuygan joydan qon ketishi hamda shok holatlari kuzatiladi.

Bemor bolaning ahvoli kuyish chuqurligi va uning maydoni hamda joyiga bog'liq. Odatda kuyish maydoni kaft doirasi o'lchamiga qarab hisoblanadi. Har bir kaft doirasi bola tanasining 1% ini tashkil etadi.

Bolalarni boshi va bo'yini 18% ni, har qaysi qo'llari 9% ni, har qaysi oyoqlari 14% ni, tananing oldingi qismi 18 % ni, tananing orqa qismi 18 % ni, jinsiy a'zolar sohasi 1% ni tashkil etadi. (bolalar har bir yoshga kattalashganida oyoqlardagi foiz bir foizga ko'payishi, bosh va bo'yin sohalarini esa 1% ga kamayishi hisobida o'lchanadi).

Bola tanasining kuygan sohasiga qarab uning xavfliligi, keyingi asoratlarini hisobga olib maxsus davolash choralari ko'riladi. Ushbu sohalar quyidagilar hisoblanadi: tananing yuz qismi, oyoq va qo'l panjalari hamda jinsiy a'zolari. Shu bilan birgalikda nafas, yurak-qon tomir, buyrak a'zolari kasalliklari, qandli diabet kasalligi bo'lgan bolalarda kuyish og'ir oqibatlariga olib keladi. Kuyish jarohati bola qancha yosh bo'lsa shuncha og'ir kechadi (0-5 yoshgacha).

Kuyish jarohatining og'irlik darajasini baholash.

O'ta og'ir kuyish:

- Terining barcha qavatlarini va undan chuqurroq joylashgan qatlamlar, tananing yuz qismi, qo'l va oyoq panjalari hamda jinsiy a'zolar sohasi.
- Terining kuyishi, nafas a'zolari tizimlarini jarohatlari bilan birga jarohatlanishi.
- Badan terisini barcha qavatlarini 10% dan ko'proq maydoni kuyganda.
- Badan terisini ayrim qavatlarini (to teri osti qavatigacha) jarohati tana maydonining 30 % dan ortiq kuyishi.
- Oyoq va qo'llarning kuyishi ularning suyaklarini sinishi bilan birgalikdagi jarohatlar.
- Yosh bolalarda kuyishning o'rtacha og'irlikdagi darajalari.
- Bola tanasining biror-bir qismini butunlay qamrab olgan kuyish (qo'l, oyoq va ko'krak qafasi).

O'rtacha og'irlikdagi kuyish:

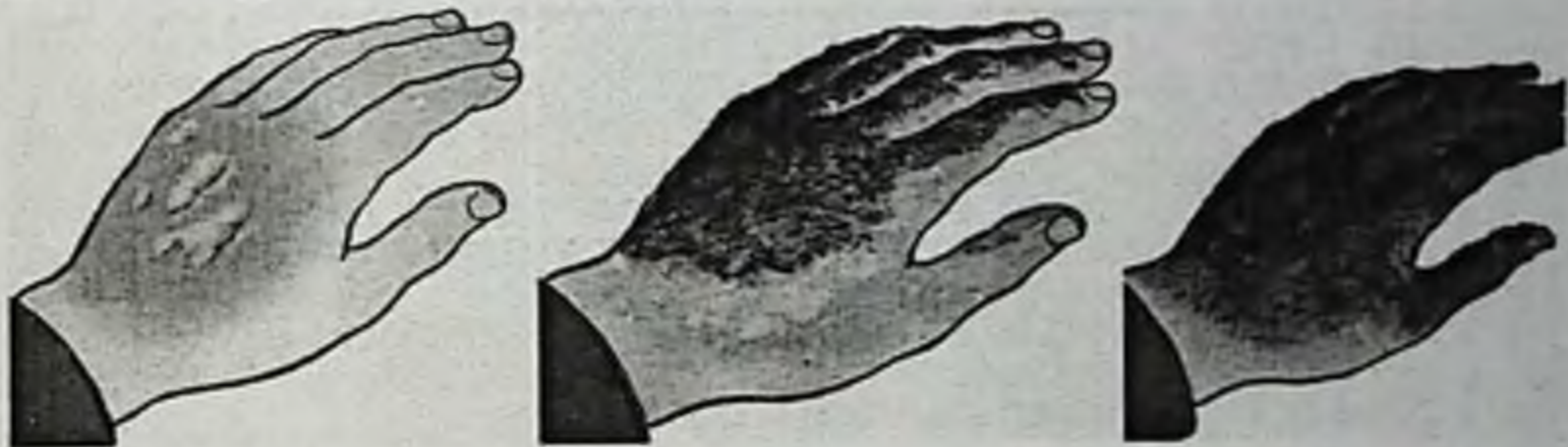
- Bolalarda terining barcha qavatlarini badan maydonining 2-10% gacha kuyishi.
- Badan terisining to teri osti qavatigacha kuyishi tananing 15-30 % gacha bo'lgan maydonining tashkil etganligi.
- Bola badanining 50% gacha yuzaki kuyishi.

Yengil darajali kuyish:

- Bola terisining barcha qavatlarining kuyishi, uning badanining umumiy maydonini 2 % gacha kuyib jarohatlanishi.
- Bola terisini teri osti qavatigacha kuyishi, uning umumiy tana maydonining 15 % gacha kuyib jarohatlanishi.

Ayrim kimyoviy moddalar, ya'ni kuchli ta'sirga ega bo'lgan kislota va ishqorlar bola badanini yoki shilliq qavatlariga tushganda, teri va shilliq qavatlarni ham ulardan chuqurroq joylashgan qatlamlarni ham jarohatlaydi. Shu sababli ularga yordam berishda himoyalovchi ko'zoynak, qo'lqop kiyib, juda ehtiyotkorlik bilan harakat qilish kerak (kimyoviy moddalar yordam beruvchini terisi yoki ko'z shilliq pardalari va atrofiga tushmasligi uchun).

Elektr toki ta'sirida kuyish. Bunda bolalarning elektr toki manbayi bilan bevosita muloqotda bo'lishi natijasida kelib chiqadi. Elektr toki organizmga mahalliy va umumiy ta'sir qiladi. Mahalliy ta'sir tokning kirish va chiqish sohalaridagi to'qimalarning kuyishi bilan xarakterlanadi. Jarohatlangan teri og'ir darajali, ayrim paytda suyakgacha kuyish alomatlari kuzatiladi. Katta kuchlanishdagi tok ta'siri natijasida to'qimalarni qavatlariga ajralishi, ularni uzilishi, hattoki mushaklar qisqarishi natijasida suyaklarni sinishi va chiqishi kuzatiladi. Bundan tashqari elektr toki yurak o'tkazuvchanlik xususiyatini jarohatlab aritmiya va yurak urishini to'xtashiga sabab bo'ladi. Agarda tokning harakatiga barham berilmasa bola o'lib qoladi. Tok ta'siridagi bolani undan ajratish ishini maxsus tayyorgarlikdan o'tgan mutaxassis amalga oshirishi kerak. Tok ta'siridagi odamga teginmaslik kerak, toki elektr tokining ta'siri yo'qligiga amin bo'lguncha.



Kuyganda shoshilinch yordam ko'rsatish yo'riqnomasi:

➤ Tanani kuydiruvchi faktorlarni bartaraf etish (olov, qaynoq par va suyuqliklar, kimyoviy moddalar, elektr toki va h. k.). Agarda bola egnidagi kiyim boshi yonayotgan bo'lsa yoki kiyimi yonib yopishgan bo'lsa, uni suv bilan o'chirib yong'in zonasidan tezda chiqarib, issiq suyuqlikdan kuyishda yopishgan kiyim kechakni kuygan joydan olib tashlash lozim.

➤ Kuygan joyni darhol sovutib, sovuq suvga tushirib, suv oqimiga joylashtirib yoki xlor etil eritmasini sepish kerak. Agarda kiyim boshidagi sintetik elementlari erib tanaga yopishib qolgan bo'lsa, uni teridan ajratib olishga harakat qilmaslik kerak.

➤ Bolaning nafas yo'llarini kuyishi yoki uning natijasidagi obstruksiya holatini doimiy ravishda monitoring o'tkazib, baholab borish

kerak. Agarda nafas yo'llarida kuyish alomatlarini kuzatilsa unga kislorod berish kerak (yuqori konsentratsiyali).

➤ Badanni kuygan yuzasini doimo ifloslanishdan saqlash kerak. Agarda panjalar jarohatlangan bo'lsa, u holda ularning orasiga steril salfetaklar qo'yish kerak. Kuyish natijasida hosil bo'lgan pufakchalarni hech qachon teshmaslik lozim va kuygan joyga har xil mazlar, losyon, antiseptik moddalar, kortoshka, tish pastasi va boshqa turli xildagi narsalarni bosish mutloqo mumkin emas.

➤ Kuygan soha ustiga steril salfetka qo'yish mumkin. Kuygan teri maydoniga namlangan boylam qo'yish man etiladi, chunki u bolada gipotermiyaga sabab bo'lishi mumkin.

➤ Kimyoviy kuyishda tezda kuygan sohani ko'p miqdordagi suv bilan (iloji bo'lsa oqar suvda) yuvish lozim. Agarda kuyish kukun holidagi kimyoviy moddalar ta'sirida jarohatlansa, u joyni cho'tka bilan tozalab, keyin esa suv bilan yuvish kerak (kislota ta'sirida kuyish sodir bo'lsa ichimlik sodasi eritmasi bilan, ishqor ta'sirida kuygan bo'lsa, kuchsiz limon kislota eritmasi bilan yuvilishi maqsadga muvofiq bo'ladi). Ohakdan kuyishda suv ishlatib bo'lmaydi. Bunday holatda 20 % li qand eritmasi bilan parvarish qilinadi.

➤ Agar elektr toki ta'siridan kuygan taqdirda, bolaga darhol kislorod beriladi. Jarohatlangan bolada nafas va yurak ish faoliyatlari to'xtagan bo'lsa, darhol sun'iy nafas va yurak uqalashini boshlash kerak. Bola badanidagi kuygan sohalari (elektr tokini kirish va chiqish joylari) ga kerakli yordamni ko'rsatish kerak.

➤ Og'riqsizlantirish maqsadida og'riqni qoldiruvchi analgetiklar (parasetamol, ibufen, ibuprofen), suyuqliklar beriladi. Kuygan soha toza gazlama yoki oqliq bilan yopiladi.

➤ Shundan so'ng jarohatlangan bolani tezda eng yaqin tibbiyot markaziga transportirovka qilish kerak. Transportirovka davrida doimo bolaning umumiy ahvolini baholab borish va lozim bo'lsa yordam ko'rsatish kerak.

Eslatma. Kimyoviy kuyishda - kislota va ishqor ta'sirida kuyish ro'y beradi. Kislotalarni neytrallashtirish uchun 2% li ichimlik soda (natriy

bikarbonat) eritmasi, ishqor tekkan joyni esa, oddiy suv bilan yuvib zararsizlantiriladi. Ko'z kuyganda qattiq ishqalash mumkin emas.

Suvga cho'kish. Cho'kish – bu nafasning birlamchi buzilishi jarayoni bo'lib, nafas yo'llarining suyuqlik bilan qisman yoki to'liq to'lib qolishi bilan xarakterlanadi. Bunda cho'kayotgan yoki cho'kkan bola nafas yo'llariga suyuqlik (suv) to'lib havo kirishiga to'sqinlik qiladi.

Sabablari. Yosh bolalarni qarovsiz qolishi, jinoyat sodir etib suvga tashlash, suv toshqinlari, avariya natijasida suvga tushib ketish, sayyoz hovuzlarga balanddan tushib ketish natijasida jarohatlanish, sovuqroq suvda cho'milayotganda tana mushaklarining spazmi, suzishni yaxshi bilmaslik kabi holatlar bolalarning cho'kishiga sabab bo'ladi. Cho'kishda suvning harorati, suvda turish vaqtining uzoqligi, cho'kayotgan bolaning vazni (sovuq suvda ozg'in bolalar tez halok bo'ladi), uning kiyim kechagi muhim ahamiyatga ega. Cho'kish dengiz suvida nisbatan to'xtab turgan suv havzalarida xavfli hisoblanadi. Loyqalangan suvda cho'kishda ko'pgina holatlarda ovoz boylamlari spazmi va asfiksiya holatlari kuzatiladi. Cho'kishda eng avvalo sodir bo'ladigan jiddiy holat gipoksiya (kislrod yetishmovchiligi) hisoblanadi. Shu sababli tezroq kechiktirmasdan nafas va qon aylanish doirasini ish faoliyatini tiklash zarur.

Cho'kishdan o'lim - nafas yo'llarini suv bilan to'lishi yoki qon aylanishining reflektor tarzda to'xtashi natijasida sodir bo'ladi. Suv ostida o'lish mexanizmi uch turga bo'linadi. Haqiqiy, asfiksiyali va sinkopal. Haqiqiy hamda asfiksiyali cho'kishda o'pkada gaz almashinuv jarayoni to'xtab, nafas yo'llarining suv bilan to'lishi yoki ovoz boylamlarining spazmi, sinkopal cho'kishda esa nafas va yurak tizimining reflektor tarzda to'xtashi natijasida o'lim sodir bo'ladi. Haqiqiy va asfiksiyali cho'kishda o'lim 3-6 daqiqada, sinkopal cho'kishda esa, 10-12 daqiqada sodir bo'ladi. Haqiqiy cho'kishda (50-80%) suv o'pkaga birdan kirmaydi, keyinchalik hayoti uchun kurashadi, qo'rquv sodir bo'ladi, bola talvasali harakat qiladi, nafasi tezlashadi, nafasni chuqurligi va ritmi o'zgaradi. Natijada suv tagida nafas olib suvni tortadi, kuzatilayotgan kislrod yetishmovchiligi natijasida qayt qiladi,

me'dadagi ovqat massalari traxeya va bronxlarga tushadi. Suv va me'dadan tushgan ovqat massasi havo kirishiga to'sqinlik qiladi.

Belgilari. Bolalarda qo'rquv sababli ayrimlarida faol, ayrimlarida esa passiv harakatlar kuzatiladi. Teri va shilliq qavatlar ko'karadi, bo'yin, bilak va miya sohasidagi vena qon tomirlari taranglashib shishadi, qaltiraydi, nafas shovqinli, tez bo'lib, xurujsimon yo'tal tutadi. O'g'iz va burundan alvonsimon ko'pik keladi, qayt qiladi. Pulsi tezlashadi, qon bosimi ko'tarilib ko'z qorachig'i kengayadi, so'ngra hushdan ketib shu zahoti suv tubiga cho'kadi.

Asfiksiyali turdagi cho'kishda (10-40%) markaziy asab tizimining birdan tormozlanishi (infarkt, tutqanoq xuruji, talvasa va h. k.) natijasida sodir bo'ladi. Bu turdagi cho'kishda suv amalda nafas yo'llari va o'pkada juda kam miqdorda tushib reflektor tarzda ovoz boylamlarini kuchli spazmini chaqirib nafas to'xtashiga olib keladi. Shu zahoti bola suv tubiga cho'kib ketadi. Qayt qilish natijasida me'dadagi ovqat qoldig'idan aspiratsiya holati ham yuz berishi mumkin.

Bolani terisi ko'karadi, hushidan ketadi, nafasi va yurak urishi to'xtaydi.

Sinkopal turdagi cho'kish – bolalarni qo'rquvga tushishi, katta balandlikdan suvga tushib ketishi, bexosdan sovuq suvga tushib ketishi, sovuq suvni o'rta quloqqa va nafas yo'llariga tushishi natijasida birlamchi reflektor ravishda yurak to'xtashiga sabab bo'ladi. Suv nafas tizimiga tushmaydi. Bunda bola terisi oqaradi.

Bolaning badan terisini oqarishi, nafas va qon aylanishining to'xtashi kuzatiladi.

Cho'kayotgan bolalarda yurak-qon tomir tizimining holati suvning fizikaviy va kimyoviy tarkibiga bog'liq. Cho'milish havzalaridagi zichlangan suv bola qon zardobiga nisbatan chuchukroq bo'lishi sababli u tezda alveola va kapillyarlar orqali qon oqimiga o'tib qon sirkulyatsiyasini miqdori oshadi. Zichlashgan suv o'pkaga tushib tezda so'riladi, shuning uchun qon aylanishining to'xtashigacha o'pkada suv qolmasligi mumkin.

Dengiz suvi sho'r bo'lgani sababli qon zardobiga nisbatan tuzlar miqdori ko'p. Shu munosabat bilan sho'r suv alveola va kapillyarlar

membranasidan qonga o'tmaydi. O'pka alveolalaridagi suvga qondan oqsil va suvlar o'tishi tufayli qon quyushadi hamda umumiy sirkulyatsiya miqdorini kamayishiga sabab bo'ladi. Dengiz suvi alveola va kapillyarlar membranasini jarohatlashi natijasida o'pka alveolariga suyuqlik to'planib, o'pkani dimlanishiga olib keladi. Alveolalardagi ortiqcha gazlar qondan o'tgan oqsillar bilan birikib ko'piklar hosil qiladi.

2.2.1 - Jadval Chuchuk va sho'r suvda cho'kkan bolalarni taqqoslash tashhisi

Simptomlari	Chuchuk suvda	Sho'r suvda
Qon bosimi	Yuqori	Past
Puls	Tezlashgan	Sekinlashgan
Nafas va yurak ishi	Asosan yurak	Asosan o'pka

Izoh: Ikkala holatda ham miya shishi, nafas va qon aylanishini to'xtashi sodir bo'ladi.

Bola cho'kkanida shoshilinch yordam ko'rsatish:

- Avvalambor, qutqaruvchi o'zining xavfsizlik choralari ahamiyat qaratishi lozim.
- Qutqaruvchi tomonidan albatta jarohatlanuvchini ushlashi uchun tayoq, qutqaruv kamzulchasiga o'xshash sharoit bo'lsa, maqsadga muvofiq bo'ladi.
- Qutqaruvchi cho'kayotgan bolaga nisbatan sohilni eng yaqin joyiga borishi kerak.
- Cho'kayotgan bolani iloji boricha tinchlantirishga harakat qilish lozim. Cho'kayotgan bola tomonga suzib borib uni ushlashi kerak. Agarda bola suvni tagida bo'lsa, qutqaruvchi suv tubida ko'zini ochib suzishi lozim, chunki shunda qutqaruvchini harakatlari samarali bo'ladi. Cho'kkan bolani topib zudlik bilan suv yuziga ko'tarib chiqib qirg'oqqa olib kelishi kerak.
- Qirg'oqqa olib chiqqandan keyin kechiktirmasdan jarohatlangan bolani umumiy ahvolini baholashi kerak (nafasi, pulsi, es-hushi, jarohatlangan joylari, terilari, suyaklari va h. k.).
- Bolada nafas, puls yo'q bo'lsa uni tezda tekis, qattiq yerga yotqizib og'zi-bumi tozalanadi, ko'krak qismidagi kiyimlari yechiladi.

Yosh bolalarni (1,5 yoshgacha) qutqaruvchi chap qo'liga bolaning yuzini pastga qaratib, boshini bosh va ko'rsatgich barmoqlar orasidan o'tkazib, ikki qo'lini qutqaruvchi bilagining ikki tomoniga tashlab, oyoqlarini bilak-yelka bo'g'inini ikki yoniga tashlab qomi bilan yotqiziladi va qutqaruvchi qo'lini biroz pastga tushirib, bolani ikki kuragi o'rtasiga urib o'pkadagi suvni oqizib tushiradi (og'zi burnini tozalab turish kerak).

➤ Qutqaruvchi bolani oyoqlarini chap qo'li bilan ushlab (bosh va o'rta barmoq ikki chetda, ko'rsatgich barmoq ikki oyoqning o'rtasida) bolani boshini pastga qaratib, uni pastga va yuqoriga tomon silkiydi. O'ng qo'li bilan jabrlanuvchi bolani kuraklari o'rtasiga uradi (og'zi burnini tozalab turishi kerak).

➤ Qutqaruvchi bolani o'zining o'ng soniga yuzini pastga qaratib yotqizadi. Chap qo'li bilan bolani peshonasigan tutib turadi. O'ng qo'li bilan bolani kuraklari o'rtasiga urib suvni tushiradi.

➤ Bola qutqaruvchining o'ng soniga ko'ndalangiga yotqiziladi. Chap qo'l bilan bola boshini o'ziga qaratib, o'ng qo'l bilan ikki kurak o'rtasiga urib suv tushiriladi.

➤ Katta yoshdagi bolalarni esa tekis, qattiq yerga yuzini pastga qilib yotqiziladi. Cho'kkan bolani boshini qutqaruvchi o'z tomoniga qaratib, qorin sohasiga yostiqsimon biror narsa qo'yib ko'kragi pastga, qomi esa yuqoriroq ko'tariladi. Qutqaruvchi bemorni chap tomoniga turib kuraklari orasiga urib suv tushiriladi.

Qaysi usuldan foydalanishdan qat'iy nazar yutilgan suvni chiqarishga ko'p vaqt sarflanmaslik lozim (15-20 soniyadan oshmasligi kerak). Og'iz va burunni tozalab turish kerak. Suvni oxirigacha tushirish shart emas, chunki u o'pkaga suv kam tushadi va tezda qonga so'riladi. Shuning uchun asosan og'iz va burun yo'llarini aspiratsiyadan tozalab turish zarur. Uzoq muddatda bola o'pkasini silkiganda va urganda jarohatlanuvchini oshqozonidagi ovqat massalari nafas yo'llariga tushib aspiratsiyaga sabab bo'lishi mumkin. Suvni tushirgandan keyin zudlik bilan nafas va pulsni tiklash kerak. Buning uchun zudlik bilan (har bir soniya vaqt juda muhim) sun'iy nafas, yurakni uqalash, yurakka qon kelishini yaxshilash maqsadida jarohatlanuvchi bolani oyog'ini balandroq qo'yish, havoni erkin kirishi uchun sharoit yaratish, bolani

isitish kerak. Agarda bolada urilish natijasida bo'yin umurtqa pog'onasida shikastlanish bo'lsa, bo'yin yoqaligi qo'yish lozim bo'ladi. Boshqa joydagi jarohatlar ham (bo'lgan taqdirda) tozalanadi, yuviladi va bog'lanadi.

Bolada nafas, puls mavjud, lekin noaniq, aritmik bo'lsa, shu bilan birgalikda qo'rquv, qo'zg'alish bilan talvasa, qayt qilish va behushlik kuzatilsa, uning og'iz-burni tozalanadi, kiyim kechaklari yechiladi, novshadil spirti hidlatiladi. Bolaga sun'iy nafas beriladi, o'pka shishi boshlanayotgan bo'lsa 100% li namlangan kislorod berilib, spirt bilan badani qizartirilib artiladi va issiqqa o'raladi. Shundan so'ng zudlik bilan bola yaqindagi moslashgan shifoxonaga transportirovka qilinadi.

Issiq urishi (oftob urishi). Bola organizmi haddan ziyod isib ketganda issiqlik muvozanati buziladi, tana harorati ko'tariladi, ter ajralishi kuchayadi, mushaklar tonusi va quvvati pasayadi hamda tana vazni kamayadi, shuningdek, barcha ichki a'zolar ish faoliyati susayadi. Bolalarning isib ketishida issiqlik almashinuv mexanizmining yetishmovchiligi muhim rol o'ynaydi.

Tashqi muhitning harorati yuqori bo'lganda, bolaning tana harorati kattalamikiga nisbatan yuqori bo'lib, ter ajralishi kam bo'ladi. Emizikli bolalarda keskin holsizlik, uyquni buzilishi, qayt qilish va ichak faoliyatining buzilishi hamda harakat faolligining pasayishi kuzatiladi. Issiq urishidan oldin issiqlik almashinuvining barcha yo'llari ishlay boshlaydi. Chaqaloq va ko'krak yoshidagi bolalarda termoregulyatsiya yetarli darajada differensiyalanmagan. Issiqlik urishida tana haroratining ko'tarilishi butun organizmning jarohatlanishi hisoblanadi.

Issiqlik urishining kelib chiqish sabablari: birinchidan bolalarning uzoq muddatda boshyalang oftobda qolib ketishi. Ikkinchidan bolalarning oftobda uzoq muddatda yalangg'och holatda yotib qolishi hisoblanadi.

Klinik belgilari. Issiq urganda bolalarda ter bezlarining ish faoliyati buziladi. Haddan tashqari tanadagi yuqori harorat miya, buyrak va jigar to'qimalariga qaytmas jarohatlarga sabab bo'ladi. Bolalarda avvalambor, ilk simptomlar, ya'ni bosh og'rishi, ko'ngil aynishi, holsizlik va bosh aylanishi, nafasni chuqurlashuvi, tezlashuvi, keyinchalik esa

yuzakilashuvi, pulsni esa tezlashuvi kuzatiladi. Bolada lanjlik, o'ta holsizlik, uyquchanlik, karaxtlik, qayt qilish, chanqovlik, burundan qon ketishi, mushaklar spazmi, ishtahasizlik alomatlari kuzatiladi. Terisi quruq, qizargan, issiq, tana harorati yuqori (40°C va yuqori), yurak urishi tezlashgan, qon bosimi pasaygan, ko'z qorachig'i toraygan, og'ir xollatlarda alahsirash, hushdan ketish, talvasa va hattoki koma holatlari kuzatilishi mumkin. Issiq (oftob) urishida 3 ta tipik simptomlar kuzatiladi. Bular bola badani terisining issiqligi, quruqligi, tana haroratining 40°C dan yuqori bo'lishi va uning ruhiy holatining buzilishi alomatlaridir.

Oftob urishda shoshilinch yordam ko'rsatish qoidasi:

- Jabrlangan bolani darhol soya-salqin joyga yotqizish;
- Yechintirish, boshiga va ko'kragiga sovuq suv sepish kerak;
- Bola hushidan ketmagan bo'lsa, sovuq suv ichirish lozim;
- Boshiga sovuq kompress qo'yish;
- Sovuq suv, kompot, sharbatlar ichirish;
- Tezroq bolani soya va salqin joyga o'tkazib, og'riyotgan joylarini uqalash zarur;
- Bolani umumiy ahvoli baholanishi zarur;
- Bolani sovuq suv bilan namlab va shamol berish kerak(yelpish);
- Bolani kiyimlari echiladi, sovuq suyuqliklar (kompot, sharbatlar va bir oz tuzli suv) ichiriladi;
- Jarohatlangan bolani qayt qilayotgan paytda stabil holatda (yonbosh) ushlab kerak;
- Qon bosimi past bolalarning gorizontol, oyoqlarini biroz ko'targan holatda yotqizish lozim;
- Bolani toza havo va kislorod bilan ta'minlash;
- Ventilyator yodamida bolaga shamol yuborish, magistral qon tomirlar sohasiga muzli xaltalar qo'yish yoki namlangan oqliqlarga o'rash (to tana harorati $38,5-39^{\circ}\text{C}$ ga tushguncha);
- Mushaklarda spazm mavjud bo'lganda o'sha mushaklar sohasining uqalab va qo'l panjalari bilan bosish kerak;
- Bemorni vena qon tomiri ichiga tuzli eritmalarining tomchilab yuborish zarur;

➤ Kollapsga, nafas, yurak qon-tomir va asab tizimi ish faoliyatlarining yaxshilash chora-tadbirlarini ko'rib, tezda yaqinroq joylashgan shifoxonaning tez yordam bo'limiga nazorat ostida transportirovka qilish kerak.

➤ Og'ir hollarda sun'iy nafas oldirish, tomir orasiga kofein, kamfora yoki lobelin yuborish, kislorod bilan nafas oldirish lozim;

➤ Transportirovka qilish qat'iy nazorat ostida olib borilishi lozim.

Eslatma. Oftob urganda teri, yuz qizarishi, burundan qon ketish, lohaslik, bosh og'rig'i, quloq shang'illashi kuzatiladi. og'ir hollarda alahsirash, gallyusinatsiyalar, talvasalar, koma holati kelib chiqishi mumkin.

2.3. Zaharli hasharotlar chaqqanda shoshilinch yordam ko'rsatish

Qoraqurt chaqishi – bolalar uchun juda ham xavfli hisoblanadi. Qoraqurt chaqishidagi asosiy sabablar: unga tasodifan tegish, xavfli joylarda uxlab qolish, ularni bosib qo'yish, eski imoratli joylarda bolalarning o'ynashi kabi holatlar hisoblanadi. Qoraqurt zahri bola organizmiga psixotrop, neyrotoksik hamda kardiotoksik ta'sir ko'rsatadi.

Klinik belgilari. Qoraqurt chaqqan joyda quyidagi belgilar kuzatiladi. Terining chaqqan joyida mayda dog' hosil qilib, kuchsiz og'riq seziladi, hosil bo'lgan dog' tezda yo'qolib, chetlari biroz qizarib turadi, shish paydo bo'lmaydi. Oradan 5-30 daqiqa o'tgandan so'ng bolani tana mushaklarida juda kuchli uvishish va og'riq paydo bo'ladi. Og'riq ko'proq bel va qorin sohasida bo'lib, qorindagi og'riq kuchayib xuddi appenditsit klinik belgilarini eslatadi. Bola bezovtalanib, sovuq ter bosib, terisi taranglashadi, yuzi, ko'z oqlari qizarib, ayrim holatlarda terining qoramtir qizg'ish rangda bo'lishi va o'lim qo'rqinchidan azob tortayotgan bo'lib turadi. Bolani ko'zlari yoshlanib, asta-sekin bezovtalanib yuradi va keyinchalik o'rnidan tura olmay qoladi. Bola alahsiraydi. Tana haroratini ko'tarilishi, og'iz shilliq qavatlar va tili qurib, qorni damlab, butun tana mushaklari taranglashib boradi. Qo'l-oyoqlar tortilgan, titraydi, boshi orqaga tortiladi. Ko'z qorachiqdari torayadi, siydik tutiladi, chiqmaydi. Qon bosimi biroz ko'tarilishi mumkin. Yurak ritmi buziladi. Asta-sekin bolada apatiya, depressiya

boshlanib hushidan ketadi. O'pkada shish va badanda toshmalar paydo bo'ladi.

Shoshilinch yordam ko'rsatish:

- Jarohatlangan bolani nafas yo'llarining havo o'tkazuvchanligini baholab, nafas va qon aylanish tizimining nazorat qilish kerak;
- Toza havo (kislород) o'tishini tekshirib turish lozim;
- Jarohatlanuvchini yonboshga yotqizib, adyol bilan o'rash kerak;
- Agar og'riq kuchli bo'lsa unga og'riqsizlantiruvchi dori preparatlarini qo'llash lozim;
- Jarohat joyiga yengil aseptik bog'lam qo'yish kerak;
- Allergik reaksiyaga qarshi choralari ko'rish;
- Agar mavjud bo'lsa, qoraqurt zahriga qarshi maxsus zardob yuborish zarur (Bezredko usuli bo'yicha);
- Siydik tutilsa, qovuqqa kateter qo'yiladi;
- Bolani zudlik bilan yaqindagi ixtisoslashgan tibbiyot maskaniga transportirovka qilish kerak.

Chayon chaqishi. Chayon chaqishi bola hayoti uchun juda xavfli hisoblanadi. Uning zahrida neyrotoksin, kardiotoxin va agglyutinini mavjud. Chayonning zahri bola organizmiga 2 sutka va undan ham uzoqroq ta'sir qilishi mumkin. Chayon zahri ayniqsa 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga juda katta xavf tug'diradi. Bundan tashqari chayon bolani boshi yoki yurakka yaqin joylaridan chaqishi ham o'ta xavfli hisoblanadi. Chayon chaqishi tasodifan, unga tegishganda, eski va buzilgan joylarda o'ynaganda, o'sha yerlarda uxlab qolganda ro'y beradi.

Klinik belgilari. Chayon chaqqan joyda achishtiruvchan, kuydiruvchan kuchli og'riq kuzatiladi. Chaqqan joy qizaradi, shishadi, ba'zan pufakchalar paydo bo'lishi mumkin.

Bolalarda tana haroratining ko'tarilishi, karaxtlik, bosh aylanishi, og'rishi, titrash, kuchli terlash, og'izdan so'lak ajralishi, ko'z yoshlanishi, burundan shilimshiq ajralishi va talvasa alomatlari sodir bo'ladi. Bronxlar spazmi, ko'karish, (sianoz), hansirash, nafas to'xtashi, yurak urishi ritmining buzilishi, pulsning tezlashishi, qorin sohasida kuchli og'riq, qayt qilish, uyqu bosishi, gipodinamiya kabi holatlar kuzatiladi.

Shoshilinch yordam ko'rsatish:

➤ Nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini, nafas va qon aylanish tizimlarining ish faoliyatining doimiy kuzatib borish;

➤ Bolani toza havo (kislород) bilan ta'minlash;

➤ Jarohatlangan bolani yonbosh yotqizib, adyol bilan o'rash;

➤ Chayon chaqqan joyga paxta yoki kungaboqar yog'idan qo'yib bog'lash va shu joyga issiq qo'yish;

➤ Chaqqan joy 0,5%-2% li novokain eritmasi bilan og'riqsizlantiriladi;

➤ Kuchli og'riq kuzatilganda og'riqni qoldiruvchi dori preparatlarini berish;

➤ Allergik reaksiyaga qarshi antigistamin preparatlaridan birini qo'llash lozim;

➤ Bronxlardagi spazmni tarqatish maqsadida spazmolitiklar qo'llaniladi;

➤ Nafas to'xtashi sodir bo'lganda unga su'niy nafas beriladi;

➤ Yurak ish faoliyatini yaxshilash maqsadida unga kaliy preparatlari va yurak glikozidlari yuboriladi;

➤ Ko'rsatma bo'lsa, kordiamin, kofein mushaklar orasiga yuboriladi;

➤ Bolani imkon qadar tezlik bilan yaqindagi tibbiyot muassasasiga yuborib, chayon zahriga qarshi maxsus zardobni kechiktirmasdan unga yuborish kerak. Chayon zahriga qarshi zardob bolaga qancha tez yuborilsa, uning foydasi shuncha samarali bo'ladi.

Ilon chaqishi. Bizning mamlakatimizda inson sog'ligi uchun xavfli bo'lgan ilonlar mavjud. Har bir kishi o'zi yashayotgan hududdagi ilonlar haqida ma'lumot olishga harakat qilishi kerak. Shularni hisobga olgan holda kimnidir ilon chaqib olsa, bunga darrov chora ko'rish uchun yashayotgan joydagi mavjud ilonlar zahriga qarshi zardoblar yoki ko'p valentli zardob (Antigyurza) tayyorlab qo'yish maqsadga muvofiq bo'ladi. Shu bilan birgalikda ilon chaqqanda uning zaharli yoki zaharsizligini bilish zarur.

Zaharli ilonlarning qoziq tishlari bo'lib, u chaqqan joyida shu qoziq tishlarining o'rni qoladi (Ba'zan boshqa tishlarning o'rni xam bo'lishi

mumkin). Zaharsiz ilonlar chaqqan joyda faqatgina 2-qator tish izlari qoladi.

Odatda ilonlar ikki guruhga bo'linib farqlanadi:

- Aspidlar oilasiga mansub bo'lgan O'rta Osiyo kobrasi.
- Chuqur kallasimonlar oilasiga kiruvchi qum efasi, qora ilon, charx ilon, qalqontumshuq ilonlar.

Barcha ilonlar zahri odam organizmiga ta'siri jihatidan ham ikki guruhga bo'linadi: markaziy nerv sistemasiga (neyrotoksik), qon va qon tomirlariga (gemovazotoksik). Birinchi guruhdagi zahar kobraga mansubdir. Ikkinchi guruhdagi zahar esa qora ilon, charx ilon, shaldiraq ilon va boshqa ilonlarga xosdir.

Neyrotoksinlar kuraresimon ta'sir ko'rsatib, bolani nafas, qon tomirlarning harakatlantiruvchi markaziy, ko'ndalang targ'il mushaklari ish faoliyatini buzuvchi ta'sirga egadir. Gemovazotoksinlar esa o'ziga neyrotoksin aralashmalari, ya'ni tomirlarning mikrosirkulyatsiyasini jarohatlovchi toksin, antikoagulyantlar hamda gemolizinlar (gemoliz) dan iborat bo'lgan zahar bo'lib, qon tarkibini buzib suyultiradi, eritadi va ivitadi.

Ushbu zaharlarning asosiy ta'siri avvalambor, tomirlar spazmiga olib keladi, sekin-asta tomir o'tkazuvchanligini buzadi, so'ngra mahalliy to'qima va ichki organlarning jarohatlanishi hamda shishishiga olib keladi. Ushbu o'zgarishlar ichki a'zolardan qon ketishiga va tomirlar ichi gemoliziga (eritrositlarning emirilishi) sabab bo'ladi. Odamda zaharli ilon chaqqandan keyin uning belgilari 1 soat ichida namoyon bo'ladi. Klinik belgilar ko'rinishi qaysi turdagi ilon chaqqaniga bog'liqdir.

Gadyuka va janub qalqontumshuq ilonlari chaqqanida kuzatiladigan klinik belgilar quyidagi ko'rinishda bo'ladi:

Ilon chaqqan joyda juda aniq ikkita tish izlari bo'ladi va kuchli mahalliy reaksiya kuzatiladi. Jarohat joyida shish, qizarish, nuqtasimon tez tarqaluvchi qon quyilish boshlanadi. Chaqqan joy taranglashib, oqish-qizg'ich rangli pufakchalar paydo bo'lib, yaraga aylanib to'qimalarning nekroziga olib keladi. Yaradan uzoq vaqt qon, so'ngra mag'zavasimon zardob, keyinchalik suvsimon va nihoyat yog'simon zardob ajrala boshlaydi.

Ilon chaqqan joyga yaqin bo'lgan limfa tugunlari kattalashadi, tomirlar yallig'lanadi. Natijada 1-3 soat ichida me'da-ichak trakti, burun va boshqa bo'shliqlarga qon ketishi, bosh aylanishi, qaltirash, ko'ngil aynishi, qayt qilish, alahsirash, galyusinatsiya, chidab bo'lmaydigan og'riq kuzatiladi. Siydik ishlab chiqarish a'zolaridan qon ketadi.

Tomirlarda qonning ivib qolishi sindromi alomatlari paydo bo'ladi. Bolalarda og'riq va qon ketishdan keyingi shok holati kuzatiladi. Ilon chaqqan bolaning ahvoli 3-4 kun davomida o'ta og'ir bo'ladi. Zaharlanish jarayoni qon aylanish yetishmovchiligi va o'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan tugaydi.

Kobra chaqqanida kuzatiladigan belgilar. Ushbu ilon turlariga hamla qilish refleksi kuchli bo'lganligi sababli u tishlaganda odam qattiq zarba sezadi. Chaqqan joyda mahalliy buzilishlar kuchli bo'lmaydi. Jarohat joyida nuqtasimon izlar hosil bo'ladi, qizaradi, biroz shishadi, uncha qattiq bo'lmagan og'riq kuzatiladi. Jarohat joyida uvishish va yengil paralich kuzatilib, ushbu belgilar tezda chaqqan joydan yuqoriga qarab tarqala boshlaydi. Bolani og'zi quriydi, boshi aylanadi, og'irlashadi, ichki a'zolari kuyib yonadi, nutq qobiliyati buziladi, varajali (titroqli) isitma va sovuq ter bosib, rangi ko'karib, nafas va pulsi tezlashadi. Shollik alomatlari asta-sekin kuchayib nafas mushaklari izdan chiqib nafas to'xtaydi.

Ilon chaqqanda quyidagi ishlar mutlaqo mumkin emas:

➤ Ilon chaqqan joyini hech qachon og'iz bilan so'rish va jarohatlangan joyini siqish va qattiq bosish;

➤ Jarohatga sovuq muz qo'yish;

➤ Jarohatlangan joyini kuydirish;

➤ Hech qachon jarohatlangan oyoq va qo'llarning jgut bilan qisib bog'lash;

➤ Jarohat joyini kesish, (natijada qon aylanish va mahalliy to'qimalarning jarohatining kuchayishi hamda infeksiya tushishiga olib keladi);

➤ Alkogol va narkotik moddalarning berish (og'riqning oldini olish maqsadida) umuman man etiladi.

Limfa yo'llarini bog'lash bo'yicha tavsiyalar. Limfa yo'lari oqimini to'xtatish maqsadida, iloji boricha tonometr manjetkasi yordamida bajarish mumkin, undagi bosim diastolik bosimga to'g'ri keladi (qon manjetka bosimidan o'ta oladi). Bundan tashqari lenta, kamar, belbog', bint kabilardan ham foydalanish mumkin, faqatgina jarohatlangan joyga qon aylanishining qo'llab turish kerak. Albatta tomirlardagi puls saqlanib turishi lozim.

Qo'yilgan bog'lov har 30-daqiqada 15 soniya davomida uni salgina bo'shatibroq qo'yishni amalga oshirib turish lozim bo'ladi. Agarda ushbu holatlarni bajarishni iloji bo'lmasa, limfa boylamini 2 soatdan uzoq qo'ymaslik kerak. Uni har 30 daqiqada 3 marotaba 15 soniyadan biroz boylamni bo'shatib, to'rtinchi marta boylamni olib tashlash lozim bo'ladi.

Ilon chaqqanda shoshilinch yordam ko'rsatish texnikasi. Maqsad - markaziy asab tizimi, qon va qon tomirlar faoliyatiga kuchli ta'sir qiluvchi ilon zaharini organizmga tarqalishini to'xtatish.

Muolajani bajarish:

➤ Yordam beruvchi o'zining xavfsizligiga e'tibor qaratgan holda chaqqan ilonni o'ldirmasdan (iloji boricha chaqqan ilonni tibbiyot maskaniga yetkazish choralarini ko'rishi kerak. Chunki uning zahriga qarab kerakli zaharga qarshi zardob yuborishga yordam beradi) jarohatlanuvchiga o'z yordamini ko'rsatishi zarur;



➤ Jarohatlangan bolani tinchlantirish zarur, uni ma'qul holatda yotqizib harakatlantirmaslik kerak, chunki harakatlenganda zahar tezroq qon va limfa suyuqliklariga tez o'tib butun organizmga tarqalishining tezlashtiradi;

➤ Bola tanasida biror-bir qon aylanishiga to'sqinlik qilayotgan narsalar bo'lsa, uni tezda yechish kerak;

➤ Darhol jarohatlanuvchini nafas va qon aylanish tizimlarining ahvolini baholash zarur;

➤ Ilon chaqqan joyni avaylabgina (qattiq bosib tozalash mumkin emas, chunki u joydagi zahar qoldig'ining ichkariga kirishiga sabab bo'lishi mumkin), iloji bo'lsa sovun bilan yuvish lozim;

➤ Jarohatlangan joyni yengil, toza mato bilan o'rash kerak;

➤ Agarda, ilon qo'l yoki oyoq sohasidan chaqqan bo'lsa, u holda chaqqan joyni yuqori qismidan yengil limfatik (faqatgina limfa oqimining blokirovka qilish lozim, qon oqimini emas) bog'lab qo'yish kerak;

➤ Jarohatlangan oyoq taxta bilan pastdan yuqoriga qarab bint bilan o'raladi. O'ralganda albatta oyoq va qo'ldagi puls yo'qolmasligi kerak;

➤ Jarohatlanuvchiga ko'proq suyuqlik berish zarur;

➤ Shokka va allergiyaga qarshi yordam ko'rsatish;

➤ Og'riq bo'lganda og'riqqa qarshi dorilardan berish (parasetamol, ibuprofen);

➤ Iloji boricha kechiktirmasdan zaharlarga qarshi polivalentli zardob (Antigyurza) yuborish kerak va zudlik bilan tez yordam (103) mashinasi bilan yaqinroq ixtisoslashtirilgan tibbiyot markaziga olib borish kerak.

Eslatma. Zardob yuborishda anafilaktik shok boshlanishidan ehtiyot bo'lish lozim.

Arilar chaqishi. Bolalarni hasharotlar (ari, asalari, qovoq (gav) arilar), chaqqanda (ayniqsa yoz va kuz oylarida), to'qimalarning mahalliy shishishi, qizarishi, achishib og'rishi, mahalliy tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Aksariyat holatlarda (qovoq arilar) ularning chaqishi natijasida bolalarda holdan toyish, bosh aylanishi, og'rishi, titrash, sovuq terlash, ko'ngil aynishi, qayt qilish, badanda qichishish, toshmalar toshishi, bel va bo'g'imlar sohasida og'riq, yurak urishining tezlashishi, qon bosimining pasayishi, hattoki shok holatlari ham kuzatilishi mumkin.

Ari chaqqanda birinchi yordam:

➤ Ari chaqqanda o'sha joyga kalendula (timoqqul) yoki sarimsoq piyoz sharbati qo'yish, bargizub bargini qo'yish, 2% li ichimlik sodasi eritmasi bilan artib tashlash kerak;

➤ Ari chaqqan sohani uzun bargli veronika o'ti damlamasi bilan 3 kun davomida bog'lam qo'yish kerak;

➤ Allergik reaksiya (toshmalar toshganda) kuzatilsa, antigistamin dori preparatlaridan berish (dimedrol, pipolfen, suprastin) kerak;

➤ Bolani tinchlantirish va ichishga ko'proq suyuqliklar berish kerak;

➤ Anafilaktik shok alomatlari kuzatilayotgan taqdirda shokka qarshi davo choralarining ko'rish kerak;

➤ Ko'rsatma bo'lsa shifokor ko'rigi.

Uy hayvonlarini tishlashi natijasida jarohatlanish. Uy hayvonlaridan ayniqsa itlar va mushuklarni tishlashi bolalar orasida ko'proq uchrab turadi.

Bolalar o'rtasida ushbu holatlarda tananing jarohatlangan sohasidan qon ketishi, og'riq, qo'rquv natijasida ruhiy zo'riqishlar hamda jarohat joyiga infeksiya tushish holatlari ro'y beradi. Shu bilan birgalikda ulardan maxsus infeksiyalar ham bola organizmiga tushishi mumkin.

Tishlash jarayonida bakteriyalar va boshqa (viruslar, zamburug'lar, rikkitsiyalar) mikroorganizmlar bola qoniga va chuqur joylashgan to'qimalarga tushishi mumkin. Bundan tashqari hayvonlar tishlaganda qoqshol va qutirish kasalliklari ham yuqishi mumkin. Shu munosabat bilan uy hayvonlarini doimo veterinar ko'rigidan o'tkazib turish, bolalami daydi it va mushuklardan ehtiyot bo'lishlari kabi ishlarning amalga oshirib borish jarohat va kasalliklarning oldini olishda katta ahamiyatga ega hisoblanadi.

Uy hayvonlari tishlaganda birinch yordam ko'satish:

➤ Jarohatlangan hayvon to'g'risida aniq anamnez yig'ish;

➤ Jarohatdan ketayotgan qonni darhol to'xtatish;

➤ Bolani tinchlantirish;

➤ Jarohatlangan joyni yaxshilab, iloji boricha oqar suvda sovunlab yuvish;

➤ Jarohatlangan joyni atroflarini aseptik (brilliant ko'ki, yod yoki 40-70% li spirt) eritmalari bilan ishlov berish;

➤ Jarohatlangan joyni aseptik mato bilan bog'lash;

➤ Suyaklarda jarohat mavjud bo'lsa shina qo'yish;

➤ Zudlik bilan jarohatlangan bolani qoqshol va qutirish kasalliklariga qarshi zardob yuborish uchun yaqindagi tibbiyot maskaniga olib borish kerak.

Zaharlanish. Yosh bolalarda tasodifan zaharlanish hollari ko'p uchraydi. Bola qo'liga tushadigan hamma narsani: yuvish vositalari, kerosin, kaustik soda, medikamentlarni og'ziga soladi. E'tiborsizlik tufayli uydagi dorilarni ichishi mumkin. Ona shifokor tayinlagan miqdor va qabul o'rtasidagi tanaffusga rioya qilmaganida, dori dozasini oshirib yuborganida ham go'dak zaharlanishi mumkin. Tungi stolchada, bufetda yoki qutida ham hamma medikamentlarni birga saqlash, odatda, zaharlanishga sabab bo'ladi. Bola zaharlanishiga ayibdor bo'lgan shaxsning yoki onaning zaharli moddaning miqdorini hamda zaharlanish ro'y bergan holatni yashirishi og'ir oqibatlariga olib keladi.

Klinik manzarasi. O'tkir zaharlanishlar klinik ko'rinishlari turlicha bo'lib, ular a'zolar va tizimlar bo'yicha guruhlangan. Zaharlanish belgilari bir necha daqiqadan bir necha soat ichida yuzaga kelishi mumkin. Ko'pincha markaziy asab tizimi tomonidan o'zgarishlar: ruhiy va harakat qo'zgalishlari, es-hush tormozlanishi, uyquchanlik, chuqur uyqu, koma, alahsirash, tutqanoqlar kuzatiladi. To'sh suyagi, me'da sohasida og'riq, qon aralash qusish, taxipnoe, taxikardiya, keyinchalik bradikardiyaga o'tadi.

Zaharlanishda shoshilinch yordam ko'rsatish. Zaharlanishning ko'pchiligi kasallik simptomlariga qarab emas, balki u yoki bu moddaning «yo'qolib» qolishiga qarab aniqlanadi. Bola xushidan ketmagan bo'lsa, unga ko'p miqdorda suyuqlik buyuriladi. Shundan so'ng, bolani stolda o'tirgan odamning tizzasiga ko'ndalang, yuzini pastroq qilib, qorni bosilib yotqiziladi. Katta odam qustirish uchun bolaning halqumiga toza ro'mol bilan o'ralgan barmog'ini yoki qoshiqning tumtoq tomonini kiritadi. Moddaning qolgan qismi idishi bilan, qusuq massalari bilan birga bola eng yaqindagi tibbiy muassasaga olib boriladi. Agar shifoxona uzoqda bo'lsa, oshqozonni yuvish va tegishli dorilarni tayinlash uchun bolalar poliklinikasiga olib boriladi.

Zaharlanish holatlarida birinchi yordam:

➤ Me'dani yuvish

- Ichaklarni yuvish
- Bolaga imkon qadar ko'p suyuqlik ichirish
- Sun'iy ravishda qustirish
- Shifokorga qusuq massasi va qolgan moddani ko'rsatish

Zaharlanishdan keyin dastlabki 30 daqiqa mobaynida zaharga qarshi dori sifatida suvda yoki siropda aralashtirilgan faollashgan tibbiy ko'mir beriladi. Natriy sulfat 2gr/yoshiga miqdorda surgu dori sifatida beriladi. Ko'p miqdorda beriladigan suyuqliklar toksik moddalarni buyrak orqali chiqishini tezlashtiradi. Bolani xaddan tashqari sovub ketmaslik chorasini ko'rish zarur.

Nazorat uchun savollar

1. Kuyish belgilari va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
2. Oftob urish belgilari va birinchi yordam ko'rsatishni ayting.
3. Elektr tokidan shikastlanish belgilari va kechiktirib bo'lmaydigan yordam ko'rsatishni ayting.
4. Ko'cha transport jarohatlari va unda shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
5. Suvda cho'kishda kechiktirib bo'lmaydigan yordam ko'rsatishni ayting.
6. Bolalarning zaharlanish sabablari, belgilarini ayting.
7. Zaharlanishda shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
8. Zaharli hasharotlar chaqqanligi belgilarini ayting.
9. Zaharli hasharotlar chaqqanda shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
10. Ilon chaqqanida shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
11. Chayon chaqqanida shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
12. Qoraqurt chaqqanida shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.
13. Ilon chaqqanida qilish mutlaqo mumkin bo'lmagan ishlarni ayting.
14. Limfa yo'llarini bog'lash bo'yicha tavsiyalarni ayting.
15. Uy hayvonlari tishlaganda birinchi yordam ko'rsatish
16. Me'dani yuvish texnikasini ayting.

III BOB. DORI MODDALARINING TURLARI, ULARNI YUBORISH YO'LLARI VA ASORATLARI

Bemor bolalarga shifokor tomonidan buyurilgan dori-darmon moddalarini kiritish - o'rta tibbiyot xodimlarining asosiy ish faoliyatlaridan biri hisoblanadi. Hamshira o'zining kasbiy ish faoliyatida chuqur bilimga ega bo'lib, bemorlar xavfsizligiga hamda ularga qulaylikni ta'minlay berishi shart. Shu bilan birgalikda hamshiradan bemorning hayoti va sog'lig'ini muhofaza qilish borasida o'ta ma'suliyatli va sabr toqatli bo'lishi talab etiladi. Shu nuqtai nazarda u yuqori kasbiy bilimga ega bo'lishi hamda berayotgan dori-darmonlar borasida ularning asosiy ta'sirlarini va qarshi ko'rsatmalarini hamda nojo'ya ta'sir ko'rsatgan holda shoshilinch yordam ko'rsatishni bilishi kerak.

Har bir hamshira dori-darmonlarni yuborish qoidalarini va yo'llarini, og'riqsiz usullarini a'lo darajada bilishi shart va zarur. Shu bilan birga bemorga dori-darmonlarni qabul qilish borasidagi qoidalarni tushuntirish hamda ularni ushbu jarayonga psixologik tayyorlay olishi shart. Chunki, bemor bolalarni sog'ayishi uchun dori-darmonlarni o'z vaqtida, to'g'ri berilishi va qabul qilinishi muhim ahamiyatga ega. Dori-darmonlar bemorlar organizimiga quyidagi yo'llar orqali yuboriladi.

1. Parenteral yo'l:

- In'eksiya orqali (mushak orasiga, vena ichiga, teri ostiga, teri ichiga va h.k.).
- Teri usti orqali yoki transdermal orqali.
- Intranazal yo'li (burun orqali).
- Bo'shliqlar ichiga yuborish yo'li.
- Quloq bo'shlig'i orqali.
- Ko'z konyunktivasi orqali.
- Ingalyatsiya yo'li bilan.
- Vaginal yoriq orqali.

2. Enteral yo'l:

- Peroral yo'l (og'iz orqali).

➤ Sublingval va bukkal yo'l (tilni tagiga qo'yib shimish va luj sohasiga).

➤ Rektal yo'l (to'g'ri ichak orqali).

➤ Duodenal yo'l (12 barmoqli ichak orqali).

➤ Me'da bo'shlig'iga yuborish orqali.

Tibbiyotda quyidagi ko'rinishdagi dori-darmonlardan foydalaniladi:

➤ Eritmalar, ya'ni suyuqlik holatdagi turi. Bular suvda, spirtda, glitserinda yoki boshqa suyuq erituvchi moddalar yordamida suyiltirilgan bo'ladi. Eritmalar tiniq, cho'kmasiz va har xil ko'rinishdagi suzib yuruvchi narsalarsiz bo'lishi kerak. Suyuqliklar parenteral hamda enteral yo'llar orqali yuboriladi. 0,05 ml suvli eritma 1 tomchiga, 1 ml – 20 tomchiga, 1 choy qoshiq (o'lchov qoshiq) 5 mlyoki 100 tomchiga, 1 desertli qoshiq 7,5 mlyoki 150 tomchiga, 1 osh qoshiq esa 15 ml, ya'ni 300 tomchiga teng bo'ladi.

➤ Damlama va qaynatmalar – ushbu turdagi dorilar o'simliklardan tayyorlanadi. Ushbu dori turlarini uzoq saqlab bo'lmaydi. Shuning uchun ularni salqin joyda saqlab, quyosh nuridan va yorug'lik tushishidan asrab, kerakli havo namligida saqlash zarur.

➤ Tabletkalardagi dorilar - ular dori moddalarini preslash usuli yordamida qattiq shaklga keltirilgan.

➤ Draje – bu ham dorilarni qattiq shakli bo'lib, dori mahsulotlarini qavatma-qavat qilib granula shakliga keltirilgan turi hisoblanadi.

➤ Kapsula – bu ham qattiq holatga keltirilgan bo'lib, jelatinli yoki boshqa jismlardan yasalgan kapsula ichida saqlanadigan dori ko'rinishidir. Ushbu turdagi dorilar qabul qilinganda achchiq, noxush mazasi, hidi yo'qligi uchun ichga qabul qilish yoqimli hisoblanadi. Shu bilan birgalikda kapsula ichidagi dorini og'iz bo'shlig'i va me'da shilliq qavatlariga nojo'ya ta'sirlarini oldini oladi.

➤ Shamcha – bu turdagi dorilar miqdorlangan, qattiqroq holatda bo'lib, xona yoki bemor bola tana haroratida erish va so'rilish xususiyatiga ega. Ushbu turdagi dorilar salqin joyda saqlanib rektal va vaginal shilliq qavatlari sohasida ishlatiladi.

➤ Plasterli turdagi dorilar plastik massa ko'rinishida bo'lib, ular bemor bola tana haroratida yumshaydi va tana terisiga yopishadi.

➤ Malhamlar – yumshoq surtmalar bo'lib, 25 % gacha quruq moddalardan iborat bo'lib, tananing tashqari sirtiga ishlatiladi.

Barcha turdagi dori-darmonlarni saqlash uchun ularni me'yoriy haroratda (har xil dorilar uchun turli darajali me'yoriy harorat kerak), namlikda, qorong'u joyda, ya'ni quyosh nuri va yorug'lik tushmaydigan joy bo'lishi kerak.

Har qaysi dori turlarini ichishga qabul qilishdan oldin ularni ovqat vaqtida, ovqatdan oldin yoki keyin berishni bilish kerak. Chunki, ushbu qoidaga amal qilinmasa, berilgan dori-darmonlarni foydasidan zarari ko'proq bo'lishi mumkin. Shuning uchun ishlab chiqaruvchi korxonadan tomonidan berilgan tavsiyanomalariga e'tibor qaratilishi kerak. Agarda ushbu tavsiya bo'lmasa, dori-darmonlarni ovqatdan oldin ertalab nahorda qabul qilishi kerak. Nahorda qabul qilish nonushtadan kamida 30 daqiqa oldin yoki ovqatlangandan 4 soat keyin qabul qilish kerak. Shu bilan birgalikda dorilarni qancha miqdordagi suyuqlik bilan va qanaqa (suv, mineral suv, sut, har xil soklar, kompotlar va h.k.) suyuqliklar bilan qabul qilish kerakligi ham muhim ahamiyatga ega.

Dorilarni miqdori deganda, bemor oraganizmiga qabul qilinayotgan miqdor tushuniladi. Miqdor bir martalik, sutkalik va kurslik bo'ladi. Sutkalik miqdor bir yoki bir necha marta bo'linib beriladi. Masalan, 1 sutkada 2 marta berilsa har 12 soatda, 3 marta bo'lsa har 8 soatda, 4 marta bo'lsa har 6 soatga berilishi maqsadga muvofiqdir. Shuni esda tutish kerakki, bir xil o'lchamdagi tabletka va kapsulalar har xil miqdorda ishlab chiqarilishi mumkin. Shuning uchun ularni $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{4}$ tabletkada bo'lib berilsin, degan iborani ishlatmaslik kerak. Agarda tabletka ustida bo'linish chizig'i bo'lsagina ularni bo'lib berish kerak. Draje va kapsula turidagi dori-preparatlarini bo'lish tavsiya berilmaydi. Hamshira har bir turdagi dorilarni saqlanish muddatini, saqlash sharoitini, nojo'ya harakatlarini, qachon va qancha vaqt qabul qilinishini bilishi kerak. Shu bilan birgalikda A-gruppada (zaharli va narkotik dorilar) va B-gruppada turadigan dorilarni (kuchli ta'sirga ega) qanday saqlash kerakligini ham bilishi shart (seyfga saqlanadi).

O'rtta tibbiyot xodimlari vrach tomonidan kasallik tarixining davolash varaqasida tavsiya etib yozilgan barcha dori-darmonlar nomlari, sutkalik miqdorlari va necha marta bo'lib berish, tayyorlash usullari, bemor uchun eslatma, bemorni ismi, sharifi, yoshi hamda shifokorning ismi, familiyasi hamda imzosi, muxri bo'lishi kerak. Davolash varaqasida berilgan tavsiyaga shifokor javobgar bo'lsada, hamshira uni yaxshilab tushunib olishi va noaniqlik bo'lgan holatda esa shifokordan so'rab bilib olishi kerak.

Terida kuzatiladigan yallig'lanishlar, og'riqlar va qichishishlarni davolash maqsadida malhamlar ishlatiladi. Malhamlar o'zining ta'siri bo'yicha umumiy va mahalliy davolash xususiyatiga ega. Badanga ishlatiladigan surtmalar maz, pasta, lasyon, aerazol va boshqa ko'rinishlarda bo'ladi. Terini shilliq qavatlariga nisbatan o'tkazuvchanligi ancha past. Shuning uchun malhamlarni surkashdan oldin teri yaxshilab artilib, shu joydagi qon aylanishini yaxshilab, so'ngra malhamlarni surkash kerak. Malhamlarni surtishdan oldin yallig'langan joy tozalanadi, so'ngra yallig'lanish o'chog'i markazdan periferiya tomon bo'ylab surtiladi.

Bolalar tomoqlarini qattiq tozalash (ayniqsa bodomcha bezlarini) maqsadga muvofiq emas. Chunki, shilliq qavatlar bolalarda juda nozik qon tomirlariga va asab tolalariga boy, tezda butunligini buzilishi kuzatiladi. Malhamlar tomoqqa applikator yoki paxtali tayoqcha yordamida, yallig'langan joylariga surtiladi. Dori qo'yiladigan joyning o'lchoviga qarab applikatorga paxta o'raladi. So'ngra keng doirada tanglay, bodomcha bezlari va halqumni orqa devorlari bo'ylab surkaladi.

Ingalyatsiya - bu nafas yo'llariga dorivor moddalarni ingalyatorlar yordamida yuborishdir. Bunda dori moddalari ingalyator flakonida aerazol ko'rinishida bo'ladi. Ingalyatorlarning stasionarlarda ishlatiladigan portative va cho'ntakda olib yuradigan turlari mavjud. Dorilar ingalyator yordamida og'iz yoki burun orqali sepiladi. Ingalyatsiya qilingan dorilar og'iz va burun shilliq qavatlarini orqali bola organizmiga so'riladi.

Shamchalar - ushbu turdagi dori vositalari anal teshigi orqali to'g'ri ichakka yuboriladi. Yuborilgan dorilar to'g'ri ichak shilliq qavatlarini

orqali organizmga so'riladi. To'g'ri ichakka yuboriladigan dori moddalari umumiy ta'sirga ega bo'lib, ya'ni yallig'lanishiga qarshi, og'riq qoldiruvchi, tana haroratini tushiruvchi, talvasaga qarshi hamda mahalliy ta'sirga ega, ya'ni diareya va gemorroj kasalliklarida qo'llaniladi. Shamcha ko'rinishidagi dori to'g'ri ichak shilliq qavatlari orqali organizmga juda tez (20-30 daqiqada) so'rilib o'z ta'sirini ko'rsatadi.

Dori vositalarini yuborishdan oldin hamshira bemor boladan yaxshilab anamnez yig'ib (oldin biror bir doridan allergik reaksiya bo'lgan bo'lmaganlik), keyin uning ahvolini sinchiklab kuzatib (reaksiyalarni ilk brlgilarini) borishi kerak. Agarda biror bir allergik reaksiyani ilk belgilari kuzatilsa tezda shifokorga xabar berishi kerak. Hamshira hamma vaqt anafilaktik shok holatida shoshilinch yordamga shay turishi kerak (terida qizarish, qichishish, toshma toshishi, shish, qattiq og'riq, tana haroratini ko'tarilishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, ko'ngil aynish, qayt qilsh, ko'rishni buzilishi, qon bosimini pasayishi va h.k).

Parenteral yo'l orqali dorilarni yuborishdan oldin hamshira davolash varaqasida tavsiya etilgan dori vositalarini bola organizmga kiritish yo'llarini yaxshilab, sinchiklab o'qib ko'rib so'ngra muolajani bajarishi kerak. In'eksiya qilishdan oldin, bemor bolani onasiga, kattaroq bo'lsa o'ziga yaxshilab eshitadigan qilib muolajani tushuntirishi kerak.

In'eksiya uchun ishlatiladigan bir marttalik shprints va ignalardan iborat. Ayrim shprintslar oldindan dori moddasi bilan to'ldirilgan, ignasi o'rnatilgan tayyor holatda qog'oz, silofonli o'ralmaga yoki plasmassalik kontenerga joylshtirilgan holatda bo'ladi. Ayrim shprintslar esa ignasi oldindan o'rnatilgan holatda bo'ladi. Bulardan tashqari shprints va ignalari alohida bo'ladi. (Shprintslar 0,5-1,0-2,0-5,0-10,0-20,0 ml. va h.k. sig'imli bo'ladi).

Insulin yuborish uchun maxsus shprints. Insulin shprintslariga miqdorni aniq belgilanishi uchun ularning korpuslari birliklarga bo'lingan ko'rinishda bo'ladi. Unda 100 yozilgan bo'lsa, demak undagi 1,0 ml dagi insulin miqdori 100 birlikka teng bo'ladi. Shunday shprints

1,0 ml sig'imga ega bo'lib korpusi birliklarga bo'lingan bo'ladi. Bulardan tashqari 0,5 ml yoki 50-birlik sig'implisi ham mavjud.

Tuberkulin shpritsi. Ushbu shpritslarni korpusidagi bo'linishlarni har biri 0,01 ml ga teng. Bu xildagi shpritslar juda kam miqdordagi dori moddalarini yuborish uchun mo'ljallangan. Shprits o'zgina tuberkulin eritmasi reaksiyasini tekshirib borishga mo'ljallanganligi sababli shunday nomlangan. Ushbu turdagi shpritslar sinama qo'yish uchun, yangi tug'ilgan chaqloqlarga dorilarni miqdorini o'ta aniqlik bilan olishga kerak bo'ladi.

Shprits ignalari. Shprits ignalarini uzunligi 1,25-5,0 sm li va yo'g'onligi 18-25 kolbrli standart bo'ladi. Ignani kolbri qancha katta bo'lsa, u shuncha ingichka igna va yo'llari shuncha tor bo'ladi. Ignani yo'llari qanchalik tor bo'lsa, in'eksiya vaqtidagi og'riq shuncha kam bo'ladi. Teri tagiga in'eksiya qilish uchun iloji boricha ingichka igna (25-26 kalibrli) ishlatish kerak. mushaklar orasiga in'eksiya qilish uchun esa (20-21 kalibrli) ignalar ishlatiladi. Kichik kalibrli (qalinroq va suyuqlik o'tib boradigan teshigi torroq), shpritslari esa vena ichiga suyuqliklar, qon va qon suyuqliklarini quyishda ishlatiladi va shunga moslashgan. Dori vositalari uchun har xil sig'imdagi maxsus flakonlar va ampulalar mavjud.

In'eksiya qilish uchun avvalambor, tibbiyot xodimi qo'llarini yaxshilab iliq oqar suvda sovunlab yuvib, quritib, qo'lqop keyib, niqob taqib olishi kerak. (Har xil infeksiyadan himoyamaqsadida). Ampulani qo'lga olib uni butunligini tekshirib, ichidagi suyuqlik ko'rinishiga baho beriladi. Agarda uning ichidagi suyuqlik ampulani ustki qismida bo'lsa, uni tik ushlab ko'rsatgich barmoq bilan urib pastga tushirishimiz kerak. So'ngra ampulani eng kichraygan sohasini spirt yoki boshqa antiseptik eritmaga ho'llangan paxtali sharik yordamida aylanma harakatlar bilan tozalanadi. Ampula bo'yniga qo'yilgan nuqta sohasini marli yoki paxta yordamida o'rab uni bosh tomoni sindiriladi.

Sindirilgan ampula uchi o'tkir narsalar yig'iladigan konteynerga tashlanadi. Ignani g'ilofidan chiqarib olib, bir qo'l bilan ampulani ushlab ko'rsatgich va o'rta barmoqlar yordamida qisib ushlab turiladi. Boshqa qo'l yoradamida igna ampula ichiga solinib, so'ngra shprits porshinini

tortib, kerakli miqdordagi suyuqliklardan bir ozgina ko'proq dori moddasidan tortib olinadi. Shprints porshenini slindr tomon sekin-asta suzuvchi harakatlar bilan igna uchiga to dori moddasini birinchi tomchisi paydo bo'lgunicha siljitamiz. Ushbu tomchilar igna bo'ylab oqib tushmasligi kerak, chunki ignani tashqi tomonida qolgan dori zarralari in'eksiya vaqtida to'qimalarga tushib achishtiradi. Shprintsiga kerakli miqdordagi dori olganimizga ishonch hosil qilib, so'ng ignani g'ilofini tashqi tomonlariga tekizmasdan kiydirish kerak.

Teri ostiga in'eksiya qilish. Ushbu in'eksiya ikkala bilakning ichki sohalari, sonning tashqi yuzalari, qorinning oldingi sohalari va kurak suyaklari osti sohalariga qilinadi. In'eksiya qilinadigan soha spirtga bo'ktirilgan paxtali tampon yordamida tozalab artiladi. Shprints ignasi suvli eritmalar uchun ingichka va kalta, yog'li eritmalar uchun esa yo'g'onroq bo'lishi maqsadga muvofiq bo'ladi. Igna 90 gradusli uklon bilan teri ostiga kiritiladi. Bola juda ozg'in bo'lganda esa 45-60 gradusli uklon bilan kiritilib dori moddasi yuboriladi (in'eksiya qiladigan soha igna sanchishdan oldin chap qo'l bilan bir oz teri osti to'qimasi siqib turib yig'iladi). Igna sanchilgan joy spirtga bo'ktirilgan paxta tampon bilan to qon chiqishini to'xtashigacha bosib ushlab turiladi. Muolajani bajarib bo'lgandan so'ng kerakli hujjatlarga qilingan dorilarni nomi, yuborilgan miqdori, vaqti va qilingan sohasini ko'rsatib imzo chekish kerak.

Mushaklar orasiga in'eksiya qilish. Mushaklar to'qimasi teri osti to'qimalariga nisbatan qon tomirlarga boyhisoblanadi. Shu bilan birgalikda mushaklarni ko'pligi munosabati tufayli yuborilgan dori vositalarining so'rilish jarayoni tezdir. Shuning uchun mushaklar orasiga sekin so'riladigan va teri osti to'qimalarini achishtiruvchi (og'rituvchi) dori darmonlarni mushaklar orasiga yuborish maqsadga muvofiqdir.

Mushaklar orasiga in'eksiya qilish uchun 19-22 kalibrli ignalar ishlatiladi. Yuborilayotgan dori preparatlarini suyuq yoki quyuqligiga qarab turli xildagi ignalar ishlatiladi. Ignani uzunligi esa bemor bolani tana tuzilishiga qarab (ozg'in yoki semiz) 2,5-4 sm bo'ladi. Katta maktab yoshidagi bolalarga asosan 22 kalibrli, 4,0 sm li ignalar ishlatiladi.

Mushaklar orasiga in'eksiya qilish uchun bemor bolani 4 ta joyidan biri tanlab olinadi. Ushbu in'eksiya qilish joylaridan asosan o'rta dumba

mushaklari va sondagi keng lateral mushaklar orasi tanlanadi. Son mushaklari yon tomonlaridan asosiy nerv tolalari va qon tomirlari o'tmagan. Dumba sohasiga bemorni qomiga yotqizib, oyoq panjalarini ichkari tomonga yo'naltirib, in'eksiya qilinadi. Son sohasida Ko'pincha dumba mushaklari hali yaxshi rivojlanmagan chaqaloqlar va ko'krak yoshidagi bolalarga ularni o'tirgan yoki qorin bilan yotgan holatida in'eksiya qilinadi. Mushaklar orasiga in'eksiya qilishda igna 90 gradus burchak ostida tezda kiritilishi kerak. In'eksiya qilingandan so'ng yarim soat davomida bemorni ahvolidan xabar olib turish kerak.

Teri ichiga in'eksiya qilish. Teri ichiga in'eksiya qilish asosan tashxislash maqsadida (allergiya, organizmni sezuvchanligi va tuberkulin sinamasi) qo'llaniladi. Parenteral usulida in'eksiya qilinadigan usullar ichida teri ichiga yuborilgan dori juda sekin-asta so'riladi. Teri ichiga in'eksiya qilish uchun maxsus tuberkulin shpritsi qo'llaniladi. U sig'imi 1,0 ml li 0,5-1,0 sm li qisqa va ingichka 25-27 kolibrli ignali bo'ladi. In'eksiya asosan teri qatlari orasiga epidermis ostiga dori yuboriladi. Teri ichiga in'eksiya asosan qo'lning yelka sohasida ayrim hollarda kurak sohasida ham qilinadi. Teri ichiga dori yuborish uchun o'sha soha biroz taranglashtirilib shprits ignasini kesilgan tomonini yuqoriga qilib, 10-15 gradusli burchak ostida in'eksiya qilinadi. Ignani kesilgan sohasi teri ichiga to'liq kirgizilishi kerak.

Vena ichiga dori yuborish. Ushbu parenteral usul bemorlardan tahlil uchun qon olish, turli xildagi dori-darmonlar, qon va qon prepartlarini vena ichiga yuborishdan iboratdir. Ushbu usul asosan ikkala bilak vena sohasiga, qolaversa oyoq yoki qo'l panjalarining old tomoni sohalariga qilinadi. Yuborilayotgan dorilarning suyuq-quyuqligiga qarab har xildagi ignalar ishlatiladi. Muolaja bemorni o'tirgan yoki yotgan holatida bajariladi. Bemor qo'lini tirsak bo'g'imdan ochib, ostiga valik qo'yilib, usti sochiq bilan yopib qo'yiladi. Bilakni pastki 1/3 qismiga vena qon -tomirlarini qisish maqsadida jgut qoyiladi. So'ngra paypastlab vena topiladi va ushbu soha spirtga namlangan paxtali tampon bilan tozalab artiladi. So'ngra teri teshilib igna 45 gradusli burchak ostida vena ichiga kiritiladi (venani ko'proq to'lishi uchun qo'l panjalarini ishlatish

kerak). Agar igna vena ichida turgan bo'lsa, shprints porshiniga qon paydo bo'ladi. Shundan so'ng jgut yechib olinadi va dori yuboriladi. Dori yuborib bo'lgandan keyin igna venadan sug'urib olinib, in'eksiya qilingan soha ustiga spirtga bo'ktirilgan paxtali tampon bosilib 1-2 daqiqa davomida tirsak bo'g'imidan bukib ushlab turiladi. Muolaja tugatilgach bemorning ahvoli kuzatilib boriladi.

Ayrim dorilarni sekinroq yuborish maqsadida fiziologik yoki glyukoza eritmalariga qo'shib, vena ichiga tomchilab qo'yiladi.

Quyiladigan suyuqlik flakonining qopqog'i spirtga bo'ktirilgan paxtali tampon yordamida tozalanadi. Sistemadagi g'ildirakchali qisqichni yopamiz. Sistema ignasi g'ilofidan chiqarilib flakon rezenasi teshilib, igna suyuqlik ichiga kiritiladi. Shundan so'ng uzun steril igna flakonichiga kiritilib uning havosi chiqarib yuboriladi. So'ngra flakon tagini yuqoriga ko'tarib shtativga o'rnatiladi va sistemani havo klapini biroz ochiladi. Sistema korpusini to yarimigacha flakondagi quyilayotgan suyuqliklardan solinadi. So'ngra g'ildirakchali qisqichni ochib sistemadagi havo pufakchlari chiqarib yuborilgandan so'ng g'ildirakchali qisqich yopiladi. Vena punksiya qilingandan keyin sistema kanyulasi ignaga ulanadi va punksiya qilingan joyda shish, og'riq bor yo'qligi tekshiriladi. Agarda og'riq va shish kuzatilmasa igna teriga plastir yordamida mahkamlanib ustiga toza salfetka yopib qo'yiladi. Sistemadagi tomchilar soni bemor ahvoliga qarab g'ildirakli qisqich yordamida boshqarilib turiladi.

In'eksiyadan keyingi asoratlarni profilaktikasi va davolash. Dori preparatlarini parenteral yo'l orqali yuborgandan keyin turli ko'nishdagi asoratlarni uchrashi mumkin. Ushbu asoratlarni asosiy qismi in'eksiya qilish texnikasini noto'g'ri bajarilishi bilan bog'liq. Masalan, ayrim dorilarni yuborish usulidagi xatolik yoki yuborilgan suyuqlikni boshqa joyga yani teri ostiga ketib qolishi (10% li kalsiy xlor) to'qimalarni nekroziga sabab bo'ladi. Teri ostiga yuborilgan yog'li eritmalar qon tomirlar ichiga tushib qolishi (o'pka arteriyasiga) vena ichiga tomchilab sovuqroq suyuqliklar yuborilganda tomirlar devorlarini yallig'lanishi, in'eksiya joyi noto'g'ri tanlanganda qon-tomir va nerv tolalarini

jarohatlab ichki qon ketish hamda parallel holalatlari kelib chiqishi mumkin.

Teri ostiga va mushaklar orasiga in'eksiya qilinganda quyidagi asoratlarni kuzatilishi mumkin. Infiltrat, abscess, allergik reaksiyalar, Kivinke shishi, ignani sinib qolishi, dori preparatlarini adashib boshqasini yuborish, katta qon-tomir va asab tolalarining jarohatlari kabilar kuzatiladi.

Infiltrat – bu in'eksiya qilingan sohada og'riqli do'mboqcha hosil bolib qolishidir. Sababi bir sohaga qayta-qayta in'eksiya qilish, noto'g'ri igna tanlash (uzun igna), sovuq suyuqlikni yuborish kabilardir. Infiltrat sohasida qizarish, haroratini ko'tarilishi, palpatsiyada og'riq kabi belgilar kuzatiladi.

Davosi: Spirtli isituvchi kompress, issiq grelka, yodli setka, UVCh va ho kazolar. Ushbu asoratni oldini olish uchun in'eksiya ignani to'g'ri joylarini almashtirib turish, ignani to'g'ri tanlash va yuboriladigan dorilarni ilitib, so'ngra in'eksiya qilish kerak.

Abscess - bu in'eksiya qilingan joyda yumshoq to'qimalarning nobud bo'lishi natijasida ichi yiringlagan bo'shliq hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bunga sabab hamshira aseptika va antiseptika qoidalariga to'liq rioya qilmasligidir. Jarohat sohasida og'riq, qattiqlashish, tana haroratini ko'tarilishi, mahalliy harorat, qizarish, keyinchalik in'eksiya o'rni paypaslanganda flyuktatsiya seziladi.

Davosi: Abscessni boshlanishida antibiotik, isituvchi kompres, grelka, UVCh kabi davo choralarini qo'llaniladi. Agarda ushbu davo choralarini yordam bermasa jarrohlik yo'li yani yiringni ochish va bo'shliqqa drenaj qo'yish usulida davolanadi. Asoratni oldini olishda hamshira tozalikka rioya qilish kerak.

Ignaning sinishi - bunda asosan bemor bolani in'eksiya qilishdan oldin, ruhiy tayyorlamaslik, uxlab yotganda, tik turgan holatda, mushaklarni birdan qattiq qo'zga'lishlari, ignani fabrikadan sifatsiz chiqish holatlarida kuzatiladi. Shunday holatlarda zudlik bilan singan igna qoldig'ini olib tashlash zarur. Ushbu holatdan saqlanish uchun hamshira ignani sinishi mumkin bo'lgan sabablarni oldini olishi zarur.

Allergik reaksiyalar: bolalarda asosan reaksiya, dermatit, o'tkir rinit, konyunktivit, Kivinke shishi ko'rinishida kuzatiladi. Bundagi klinik belgilar reaksiyani turlariga qarab (terini qizarishi, qichishishi, toshmalar toshishi, injiqlik, asabiylashish, rinitda burun achishishi, qichishishi, aksak urushi, burundan suyuqlik ajralishi, burun orqali nafasni qiyinlashishi, ko'ngil aynishi, tana haroratini ko'tarilishi, ko'z konyunktivalarini qizarishi, yoshlanishi va h.k), har xil ko'rinishda namoyon bo'ladi.

Davosi: Zudlik bilan yuborilayotgan dorini to'xtatish, antigistamin dorilarini qo'llash, bemorni ahvolini kuzatib turib hamda shifokor tomonidan tavsiya qilingan muolajalarni o'z vaqtida sinchikovlik bilan bajarilishi zarur.

Vena ichiga in'eksiya qilinganda quyidagi asoratlari kuzatilishi mumkin (flebit, tromboflebit, gematoma, havo va yog' emboliyalari, sepsis, anafilaktik shok va h.k.).

Flebit - bu vena qon-tomirlarini yallig'lanishi hisoblanadi. Kelib chiqishiga vena ichiga sovuq eritmalarni tomchilab yuborish sabab bo'ladi. Bunda vena atrofida qizarish, shish va og'riq kuzatiladi.

Davosi: Isituvchi 40-50 gradusli spirtli kompress, yallig'lanish sohasiga butadion yoki voltaren malhamlari bilan bog'lama qo'yiladi. Reaksiyani oldini olish maqsadida barcha tomchilab yuboriladigan suyuqliklar oldindan 38-40 gradusgacha ilitilib so'ngra vena ichiga yuborilishi kerak.

Tromboflebit - bu vena qon-tomiri devorlarini yallig'lanishi va unga tromb (tiqin) hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Tromboflebitni kelib chiqishiga vena qon-tomirini bir joyiga bir necha bor in'eksiya qilish, o'tkir bo'lmagan igna ishlatish sabab bo'ladi. in'eksiya qilingan joyida vena qon-tomiri bo'ylab ketgan shish, qattiqlik, qizishi, mahalliy haroratni ko'tarilishi, terini qoramtir-ko'karishi va paypaslaganda og'riq kuzatiladi.

Davosi: Vena qon-tomiri ichiga geparin yuborishi, ~~...~~ yoki troksevazin malhamlari bilan bog'lab qo'yishi kerak. ~~...~~ maqsadida bemorlarga vena ichiga suyuqlik yuborish ~~...~~

babochkalar ishlatish vain'eksiya joylarini tez-tez almashtirib turish maqsadga muvofiqdir.

Gematoma (qontalash, ko'karish)-bu vena qon-tomirining noto'g'ri teshilishi oqibatida teri osti yog' qatlamiga qon quyilishi bilan xarakterlanadi. Gematomada in'eksiya qilingan sohada qizarish, mahalliy haroratni ko'tarilishi, qoramtir tusli ko'karish, hovliqish, agarda teri ostiga spirtli yoki tuzli eritmalar tushganda esa achishtiruvchi og'riq kuzatiladi.

Davosi: Vena ichiga yuborilayotgan suyuqliklarni to'xtatib darhol in'eksiya qilingan soha bir necha daqiqa spirtli bog'lam yordamida qisib bog'lanadi, So'ngra shu joyga isituvchi kompress qo'yiladi.

Havo emboliyasi – bu in'eksiya qilish texnikasiga to'liq rioya qilinmasligi sababli vena qon-tomiri ichiga havo tushganligi bilan xarakterlanadi. Havo emboliyasida bemorga havo yetishmayotgandek hissiyot, yo'tal, ko'krak sohasida og'riq, ko'zning yoshlanishi va sianoz kabi shikoyatlar kuzatiladi. Havo emboliyasida bemorni o'tqizib, egnidagi qisib turgan kiyimlarini yechib tashlab nafas yo'llaridan havoni to'siqlarsiz o'tishini ta'minlash zarur. So'ngra bemorga kislorod berish va vrach tavsiyasiga asoslanib bronxolitiklar beriladi.

Yog' emboliyasi – bu teri ostiga yoki mushaklar orasiga yog'li eritmali dori preparatlarini in'eksiya qilish texnikasiga to'liq amal qilmaslik natijasida (ignani qon-tomirga tushib qolishi) sodir bo'ladi. Shuning uchun teri ostiga yoki mushaklar orasiga yog'li eritmalar in'eksiya qilinganda dorini yuborishdan oldin shprints porshenini biroz o'zingizga tortib unga qon o'tmaganligiga ishonch hosil qilib, so'ngra eritmani yuborishsa, yog' emboliyasini oldi olinadi. Agarda shprintsda qon paydo bo'lsa, tezda in'eksiya urish sohasini boshqa joyga almashtirish kerak. Yog' emboliyasini klinik belgilari va davo choralari huddi havo emboliyasidek.

Ingalyasiya. Nafas a'zolarini o'tkir kasalliklarida bemor bolalarga uy sharoitida dori vositalarini ingalyasiya yo'li bilan yuborish mumkin. Ingalyasiyalarni issiq namli, parli va yog'li turlari mavjud.

Issiq namli ingalyasiyada dori vositalari qizitilib ingalyator yordamida nafas yo'llariga yuboriladi. Bunda bir martalik ingalyasiya uchun 25-250 ml dori eritmasi kerak bo'ladi. Yog'li ingalyasiya uchun 5 ml miqdorida kunga boqar, evkalipt, bodom, o'rik yoki shoftoli yog'laridan foydalanish mumkin. Mentol yoki evkalipt bilan parli eritma tayyorlab uy sharoitida ham nafas yo'llariga yuborish mumkin. Shalfey, kalendula, romashka kabi o'simliklarning damlamasini ingalyasiya yo'li bilan ishlatish mumkin. Agarda ingalyator bo'lmasa choynik, kastrulka yoki boshqa idishga parlanayotgan tayyor eritmani solib, uni og'ziga qattiq qog'ozdan yasalgan voronka kiydirib, voronkani qisqich uchini esa bemorni og'ziga o'nqlab burun va og'iz orqali chuqur nafas olib ingalyasiya o'tkazish mumkin. Uy sharoitida yana parli vanna ko'rinishida ham ingalyasiya o'tkazish yaxshi samara beradi. Buning uchun quyidagi asbob anjomlar kerak bo'ladi.

➤ Keng misqozon yoki chuqur idish;

➤ Ingalyasiya uchun eritma (bir osh qoshiqdan kalendula guli, romashka va shalfey 200 ml qaynagan suvga solinib 3-5 daqiqa kutish kerak).

➤ Jun adyol yoki yumshoq katta sochiq;

Parli ingalyasiya o'tkazish uchun bemor bolani stolga yaxshilab o'tqizdirib, oyoqlari oldiga mis qozon yoki chuqur idishni joylashtirib, uning ichiga parlanayotgan suyuqlikni solamiz. So'ngra bemordan idish tomon boshini pastga egishini soraymiz. So'ngra uning boshiga adyol yoki sochiq tashlab yopamiz. Shundan keyin bemor 10-15 daqiqa davomida pardan nafas olib turadi. ingalyasiyadan keyin bemorni 1-2 soat davomida yaxshilab ustini yopib o'rindig'iga yotqizib qo'yiladi va uni sovqotishdan asrash kerak bo'ladi.

Nazorat uchun savollar

1. Bolalarga dori-darmonlarni qaysi yo'llar bilan kiritish usullarini ayting.

2. Tibbiyotda ishlatiladigan dori-darmonlar turlarini ayting.

3. Ingalyatsiya usulida dori-darmonlarni organizmga kiritishni ayting.

4. Shamcha turidagi dori moddalarini to'g'ri ichakka yuborishni ayting.

5. Teri ichiga in'eksiya qilish usulini ayting.

6. Teri ostiga in'eksiya qilish usulini ayting.

7. Mushaklar orasiga in'eksiya qilish usulini ayting.

8. Vena ichiga in'eksiya qilish texnikasini ayting.

9. In'eksiyalardan keyingi asoratlarni haqida ayting.

10. In'eksiyadan keyingi asoratlarni davolash va parvarishlash ishlarini aytib bering.

11. Havo emboliyasi va uning oldini olish haqida tushunib bering.

12. Dori-darmonlardan keyingi sodir bo'ladigan allergik reaksiya kuzatilganda tez tibbiy yordam ko'rsatishni ayting.

13. Ampuladagi eritmani in'eksiya qilishdan oldin nimalariga e'tibor berish kerakligini ayting.

14. Qo'lni yuvish texnikasini ayting.

BOLALARDA HAMSHIRALIK PARVARISHI FANIDAN TIBBIY ATAMALAR

Tibbiy atamalar	Tibbiy atamalarning mazmuni
Abssess	chegaralangan yiringli jarayon
Adaptatsiya	organizmning tashqi muhit sharoitlariga moslashishi.
Angioma	Tomir o'smasi
Adinamiya	Harakatsizlik
ADS-M	difteriya, qoqsholga qarshi vaksina
Avstraliya antigeni	Gepatit B ni aniqlovchi antigen
Aerofagiya	emizish paytida havoni yutish
Agalaktiya	ko'krak suti ajralishi to'xtashi.
Agoniya	klirik o'limdan oldingi holat
AKDS	ko'kyo'tal, difteriya, qoqsholga qarshi vaksina
Akrosianoz	tarqoq ko'karish paydo bo'lishi
Akseleratsiya	o'sish va rivojlanish tezlashuvi
Aktiv patronaj	Shifokor va hamshiraning 1-3 kun ichida chaqaloqni uyiga kelib ko'rishi.
Askaridoz	Askaridalar chaqiradigan gijja kasalligi
Alkaloz	qon muhitini ishqoriy tomonga siljishi
Allergen	organizmga tushgan yot oqsil
Alveola	o'pkaning struktura birligi
Anafilaksiya	tezkor kechuvchi allergik reaksiya
Analgetiklar	og'riq qoldiruvchi vositalar
Anamnez	Hayot va kasallik tarixi
Angina	Bodomcha bezlarining yallig'lanishi
Anemiya	Kamqonlik
Anesteziologiya	og'riqsizlantirish usullari to'g'risidagi fan
Anesteziya	og'riqsizlantirish
Anizositoz	turli o'lchamdagi eritrositlar mavjudligi
Anomaliya	tug'ma nuqsonlar
Anoreksiya	Ishtahaning umuman yo'qolishi
Antenatal davr	tug'ruqqacha bo'lgan muddat
Antiperistaltika	ichaklarning patologik harakati
Antigen	Yot oqsillar
Antropometriya	odam jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlarining baholash usuli
Angioxolit	O't yo'llarining zararlanishi
Aorta atreziyasi	aorta qon tomirining torayishi

Aorta	aorta qon tomiri ma'lum qismi kengayishi
koarktatsiyasi	
Apatiya	Tashqi muhit o'zgarishlariga e'tiborsizlik
Apgar shkalasi	Chaqaloq ahvolini baholash jadvali
Apnoe	nafas olishning to'xtashi
Ambulatoriya	Profilaktik tibbiyot muassasasi
Arefleksiya	reflekslarning yo'qolishi
Aritmiya	puls sonining o'zgaruvchanligi
Analgetiklar	Og'riq qoldiruvchi dorilar
Artralgiya	Bo'g'imlar sohasidagi og'riq
Artrit	Bo'g'imlar yallig'lanishi
Asfiksiya	bug'ilish
Asidoz	qon muhitini kislotali tomonga siljishi
Aerofagiya	Havoni yutish
Aspiratsiya	nafas yo'llariga yot jismlar tushishi
Astenik holat	bemoming tushkunlikka tushish holati
Assit	Qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi
Astenik holat	Bemoming tushkunlikka tushish holati
Atoniya	mushaklar tonusining yo'qolishi
Auskultatsiya	eshitib ko'rish
Autoinvaziya	gijalar bilan o'z-o'zini zararlash
Avitaminoz	vitaminlarning organizmga tushmasligi
Bakteruriya	Siydikda bakteriyalarning me'yordan ortiq paydo bo'lishi
Bobrov apparati	Namlangan kislorod berish apparati
Bilirubin	o't suyuqligi tarkibidagi pigment
Blefarit	Ko'z qovoqlarining yallig'lanishi
Birinchi signal sistemasi	oliy nerv faoliyati
Bradikardiya	puls sonining kamayishi
Bradipnoe	nafas olishning sekinlashuvi
Bronxial astma	Damqisma
Bronxit	bronxlar devori shilliq qavatining yallig'lanishi
Bronxoadenit	bronx limfa tugunlarining yallig'lanishi
Bronxolitik	bronxlarni kengaytiruvchi vosita
Bronxospazm	bronxlar devori shishishi, torayish sababli bronxlar o'tkazuvchanligining buzilishi
BSJ	Silga qarshi emlash uchun vaksina
Chin krup	difteriyada bo'g'ilish holati

Tashxislash	kasalliklarni aniqlash usullari
Difteriya	bug'ma
Dinamometr	mushak kuchini aniqlovchi asbob
Dinamometriya	mushak kuchini aniqlash usuli
Dispanserizatsiya	Doimiy nazoratga olish
Desensibilizatsiya	Organizmdagi allergik holatni yo'qotish
Dispepsiya	ovqat hazm qilishning buzilishi
Distoniya	qon bosimining o'zgarib turishi
Distrofiya	oziqlanishning surunkali buzilishi
Dezinfeksiya	Mikroblarni yo'qotish
Dizbakterioz	normal ichak florasining buzilishi
Dizenteriya	ichburug'
Dizuriya	siydik ajralishining buzilishi
Doza	belgilangan miqdor
Duodenit	12 barmoqli ichak shilliq qavatining yallig'lanishi
EchT	eritrositlarning cho'kish tezligi
EKG	Elektrokardiografiya
Eksikoz	Organizmning suvsizlanishi
Ekspirator xirillash	nafas chiqarishning qiyinlashuvi
Ekzotoksin	tashqi toksin
Embriogenez	Embrional rivojlanish
Emfizema	o'pka to'qimasida havoning to'planib qolishi
Enantema	Tanglayda qizil dog'larning paydo bo'lishi
Endokardit	yurak endokardining yallig'lanishi
Endoteliy	tomirlar devori ichki qavati
Ensefalopatiya	chaqaloqlarda bosh miya zararlanishi.
Enterokolit	ingichka va yo'g'on ichaklarning yallig'lanishi
Enurez	kechki siydikni tuta olmaslik
Epidemiya	Yuqumli kasalliklarning katta hududlarda tarqalishi
Eritropeniya	qonda eritrositlarning kamayishi
Eritrositoz	qonda eritrositlar sonining oshishi
Erta neonatal davr	bola tug'ilgandan 7 kungacha davom etuvchi davr
Etiologiya	kasallik sabablari
Ezofagit	qizilo'ngach shilliq qavatining yallig'lanishi
Fitoterapiya	turli dorivor o'simliklar bilan davolash
Fiziologik gipertonus	chaqaloqlarda normada kuzatiluvchi mushaklar tonusi oshishi.

FKG	Fonokardiografiya
Forma № 0 58 U	shoshilinch xabar kartasi
Forma № 003 U	kasallik tarixi
Forma № 060	emlash jurnali
Forma № 063 U	emlash kartasi
Forma № 112	bolalar rivojlanish kartasi
Gastrit	oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi
Galaktoriya	Sut oqishi
Gammaglobulin	Qon zardobidagi oqsil fraksiyasi
Gelmintoz	gijja invaziyasi
Gemartroz	Bo'g'im xaltasiga qon quyilishi
Gematoma	teri ostiga qon quyilishi
Gematuriya	siydikda qon paydo bo'lishi
Gemoglobin	kislorod tashuvchi pigment
Gemogramma	qon umumiy tahlili
Gemolitik kamqonlik	Eritrositlar parchalanishi oqibatidan kelib chiquvchi anemiya
Gemoliz	eritrositlarning parchalanishi
Gemometr	qonda gemoglobin miqdorini aniqlovchi asbob
Gemoragiya	qon ketishi
Gemofiliya	Irsiy qon kasalligi
Geminolipedoz	Sistidalar chaqiradigan gijja kasalligi
Gepatit	jigar to'qimasining yallig'lanishi
Gepatomegaliya	jigar o'lchamlarini kattalashishi
Gidrosefaliya	Bosh miya bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi
Gigantizm	bo'y uzunligining me'yoridan oshib ketishi
Giperacid	Oshqozon shirasi oshishi
Giperkaliemiya	Qonda kaliy miqdorining ko'payishi
Giperketonuriya	Siydikda keton tanachalarining ko'payishi
Giperglikemiya	qonda qand miqdori oshishi
Giperventilyasiya	Nafas tezlashishida o'pkaga havoning ko'p kirishi
Giperrefleksiya	reflekslar chaqirilishining kuchayishi
Gipersekresiya	suyuqlik ishlab chiqarishning kuchayishi
Gipertenziya	bosh miya ichi bosimining oshishi
Gipertermiya	tana haroratining ko'tarilishi
Giperterioz	Qalqonsimon bez faoliyatining kuchayishi
Gipertoksik	o'ta zaharli
Gipertoniya	qon bosimining oshishi

Gipertonus	mushaklar tonusining oshishi
Gipertrofiya	Alohida a'zo hajmining me'yoridan oshishi
Gipermagnemiya	qonda magniy miqdorining ko'payishi
Giperkalsiemiya	Qondagi kalsiy miqdorining ko'payishi
Gipervitaminoz	vitaminlar miqdorining organizmda ko'payishi
Giperxromiya	qon rang ko'rsatgichining oshishi
Giperfunksiya	organ yoki to'qimalar ish faoliyatining kuchayishi
Gipofunksiya	organ yoki to'qimalar ish faoliyatining susayishi
Gipoasid holat	oshqozon shirasi kislotaliligining pasayishi
Gipogalaktiya	ko'krak suti ajralishining kamayishi
Gipoglikemiya	qonda qand miqdorining kamayishi
Gipokaliemiya	Qonda kaliy miqdorining kamayishi
Gipokalsiyemiya	qonda kalsiy miqdorining kamayishi
Gipoksemiya	qonda kislorod tanqisligi
Gipoksiya	to'qimalarda kislorodning tanqisligi
Gipokineziya	Mushaklar harakatining susayishi
Giporefleksiya	reflekslar chaqirilishining susayishi
Giposekresiya	Sekretsiya ishlab chiqarishning susayishi
Gipomagnemiya	Qondagi magniy miqdorining kamayishi
Gipotermiya	tana haroratining pasayishi
Gipoterioz	Qalqonsimon bez ish faoliyatining susayishi
Gipotoniya	qon bosimining pasayishi
OOEE	tana vaznining kamayishi
Gneys	Boshning soch qismidagi qazg'oq
Gipovitaminoz	organizmda vitaminlar miqdorining kamayishi
Gipoxromiya	qon rang ko'rsatgichining pasayishi
Glomerulonefrit	buyrak kosachalari yallig'lanishi
Glyukagon	insulin gormonining antagonisti
Glyukozuriya	siydikda qand paydo bo'lishi
Ikkinchi signal sistemi	Nutq
Immunitet	organizmning javob himoya reaksiyasi.
Immunodepressant	immunitetni susaytiruvchi preparatlar
Immunoglobulin A	ona suti tarkibidagi himoya tanachasi
Immunostimulyato rlar	immunitetni kuchaytiruvchi preparatlar
Infiltrat	yallig'lanish o'chog'i
Insulinoterapiya	Insulin bilan davolash

Inkubatsion davr	Yashirin davr
Inspirator xirillash	nafas olishning qiyinlashuvi
Insulin	me'da osti bezi gormoni
Intoksikatsiya	Zaharlanish
Izolyatsiya	Alohidalash, ajratish
Jigar sirrozi	Jigar to'qimasi ichiga biriktiruvchi to'qimaning o'sib kirishi
Kaloraj	1 kunlik energiyaga bo'lgan ehtiyoj.
Karantin	Yuqumli kasalliklar oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar
Kardit	yurak qavatlarning yallig'lanishi
Kalsiuriya	Kalsiy tuzlarining siydik bilan ajralishi
Kalsiferol	Vitamin D preparati
Kateterlash	Biror a'zo bo'shlig'iga kateter kirgizish
Kazein	Sigir suti tarkibidagi oqsil moddasi
Kechki neonatal davr	Bola tug'ilganidan keyingi 7 kundan 28 kungacha bo'lgan davr
Keratit	ko'z shox pardasining yallig'lanishi
Kefalogematoma	Bosh terisi ostidagi qonli shish
Kefalometr	Bosh suyagini o'lchaydigan asbob
Kraniotabes	Ensa suyaklarining yumshashi
Kifoz	Umurtqa pog'onasining tashqariga qiyshayishi
Kifolordoz	Umurtqa pog'onasining S-simon egilishi
Kifoskolioz	Umurtqa pog'onasining oldinga va yonga egilishi
Klonik talvasa	alohida mushak guruhlarining tartibsiz qisqarishi
Koksit	chanoq suyagining yallig'lanishi
Kolit	yo'g'on ichakning yallig'lanishi
Kolibakteriya	Ichak tayoqchalarining tipik kulturasi
Kollaps	o'tkir tomir yetishmovchiligining o'rtacha darajasi
Koma	bosh miya boshqaruv faoliyatining chuqur izdan chiqishi
Komponent	tarkibiy qism
Konservativ terapiya	dori darmonlar yordamida davolash
Kontraktura	Bo'g'imlarda harakatlarning chegaralanishi
Konyunktivit	ko'z sklerasining yallig'lanishi
Koprogramma	normal axlat tahlili
Kriptorxizm	Moyakchalarning yorg'oqqa tushmasligi
Laktatsiya	ko'krak sutining ajralishi.

Laringit	hiqildoq shilliq qavatining yallig'lanishi
Laringospazm	ovoz tirqishining torayishi
Latent kechish	kasallikning yashirin kechishi
Letargiya	Patologik uyqu holati
Leykopeniya	qonda leykositlar sonining kamayishi
Leykositoz	qonda leykositlar sonining oshishi
Leykosituriya	siydikda leykositlarning paydo bo'lishi
Limfadenit	limfa tugunlarining yallig'lanishi
LOR	Laringo-oto-rinolog mutaxassisi
Lordoz	Umurtqa pog'onasining ichkariga qiyshayishi
Lyamblioz	Lyambliyalar chaqiradigan gijja kasalligi
Lyumbal punksiya	orqa miya punksiyasi
Makrorefaliya	bosh aylanasing kattalashishi
Mantu sinamasi	silni erta aniqlash maqsadida o'tkaziluvchi sinama
Mekoniy	Chaqaloqda birinchi marotaba ajralgan axlat
Meningit	miya yumshoq pardasining yallig'lanishi
Meningeal sindrom	Bosh miya yumshoq pardasining yallig'lanish alomatlarida kuzatiluvchi sindrom
Meningoensefalit	Miya yumshoq pardasi va to'qimasining yallig'lanishi
Meningokoksemiya	meningitning yashin tezligida kechishi
Menyu	ovqatlanish tartibiga kiritilgan ovqatlar nomi.
Metastaz	atrofdagi to'qima va organlarga tarqalish
Mialgiya	mushaklardagi og'riq
Mikrorefaliya	bosh aylanasing kichrayishi
Miokardit	yurak muskul qavatining yallig'lanishi
Molozivo	Dastlabki 1-3 kunda ajraluvchi ko'krak (og'iz) suti
Monorxizm	Moyakchanning bir tomonlama yorg'oqqa tushmasligi
Mushak tonusi	mushakning passiv harakatlarga ko'rsatilgan qarshiligi.
Mushaklar gipotoniyasi	mushaklar tonusining pasayishi.
Nanizm	Pakanalik
Narkomaniya	Giyohvandlik
Negativizm	salbiylik, sovuqqonlik
Neonatologiya	chaqaloqlik davri kasalliklari to'g'risidagi fan
Nevrit	alohida nerv tolasining yallig'lanishi
Nevrologiya	asab tizimi to'g'risidagi fan
Nevropatolog	asab kasalliklarini davolovchi mutaxassis
Nistagm	Ko'z qorachig'ining yonga yoki yuqoriga harakat qilishi

Nikturiya	Tunda siydik ajralishining ko'payishi
Normotoniya	mushak tonusining mo'tadil holati
O'pka	o'pka to'qimasining yemirilishi
destruksiyasi	
O'pka	o'pka qon tomirlarida bosimning oshishi
gipertenziyasi	
Observatsion	yuqumli kasalliklarga chalingan bemorlar bilan muloqotda
jurnal	bo'lganlar ustidan tibbiy kuzatuv jumali
Opistotonus	Ensa mushaklari tonusining oshishi
OITS	orttirilgan immun tanqisligi sindromi
OIV	orttirilgan immuntanqislik virusi
Orxit	urug'donning yallig'lanishi
Otit	quloq shilliq pardasining yallig'lanishi
Omfalit	Kindik yarasi sohasidagi teri va uning atrofidagi yog' qavatining yallig'lanishi
Oliguriya	Siydik miqdorining kamayishi
Oksigenoterapiya	Kislorod bilan davolash
Palpatsiya	Paypaslash
Pandemiya	yuqumli kasalliklarning qit'alarda tarqalishi
Pankreatit	Oshqozon osti bezining yallig'lanishi
Paratrofiya	tana vaznining me'yoridan oshishi
Paralich	Falajlanish
Parez	Yarimfalajlik
Parhez	1 kunlik ovqatlanish tartibi, tarkibi.
Parotit	quloq oldi so'lak bezining yallig'lanishi
Patronaj	Chaqaloqni poliklinika tibbiyot xodimlari tomonidan uy sharoitida ko'rikdan o'tkazish
Patogenez	kasallikning rivojlanish jarayoni
Pediatriya	yunoncha " <i>pais</i> " – bola, " <i>iatreia</i> " – davolayman
Perikardit	yurakni o'rab turgan seroz pardaning yallig'lanishi
Peristaltika	ichaklarning normal harakati
Peritonit	qorin pardasining yallig'lanishi
Perkussiya	to'qillatib urib ko'rish
Pigmentasiya	Dog' paydo bo'lishi
Pielosistit	Buyrak jomlari va qovuqning yallig'lanishi
Piloro-spazm	oshqozon pilorik qismining qisilishi
Piloro-stenoz	Oshqozon pilorik qismining torayishi
Piuriya	siydikda yiring paydo bo'lishi

Piyelonefrit	buyrak jomlari yallig'lanishi
Piodermiya	Terining yiringli kasalligi
Piemiya	Qonda yiring paydo bo'lishi
Platsenta	yo'ldosh
Plevrit	o'pkani o'rab turuvchi seroz pardaning yallig'lanishi
Pnevmoskleroz	normal o'pka to'qimasi o'mini biriktiruvchi to'qima egallashi
Pnevmotoraks	plevra bo'shlig'ida havoning to'planishi
Poliadenit	bir necha limfa tugunlarining yallig'lanishi
Poliartrit	bir necha bo'g'imlarning yallig'lanishi
Polidipsiya	ko'p miqdorda suyuqlik ichish
Polifagiya	ko'p ovqat yeyish
Polinevrit	bir nechta nerv tolalarining yallig'lanishi
Poliomiyelit	shol kasalligi
Poliuriya	ko'p siydik ajralishi
Poliinfeksiya	Bir necha infeksiyalar bilan zararlanish
Polixromatofiliya	eritrositlarning turli rangda bo'lishi
Purpura	mayda qon tomirlarining teri ostiga yorilishi
Prekoma	komadan oldingi holat
Postnatal davr	tug'ruqdan keyingi davr
Profilaktika	kasallikning oldini olish
Reaktivlik	organizmning himoya-moslashish reaksiyasi
Reanimatsiya	jonlantirish usullari to'g'risidagi fan
Refleks	organizmning javob reaksiyasi
Regionar	Mahalliy
Reinfeksiya	yuqumli kasallikning qaytalanishi
Rekonvalessensiya	Kasallikning tuzalish davri
Remissiya	surunkali kasalliklarda xastalik belgilarining sezilari darajada zaiflashishi yoki yo'qolishi davri
Residiv	kasallikning qayta xuruji
Respirator yo'llar	nafas yo'llari
Retikulositoz	yosh eritrositlarning miqdori oshishi
Revaksinatsiya	qayta emlash
Rezus omil	eritrositlar yuzasidagi antigen
Rezus konflikt	ona va homila qonining Rh omil bo'yicha mos kelmasligi.
Rinit	burun bo'shlig'i shilliq qavati yallig'lanishi
Rinoskopiya	burun bo'shlig'ining ko'zdan kechirilishi
Salmonellyoz	salmonellalar chaqiruvchi yuqumli kasallik

Salivasiya	So'lak oqishi
Sensibilizatsiya	organizm sezuvchanligining oshishi
Shartli reflekslar	orttirilgan, yo`qoluvchi reflekslar
Shartsiz refleks	tug`ma, hayot davomida saqlanuvchi reflekslar
Shok	o'tkir qon-tomir yetishmovchiligi og'ir darajasi
Sepsis	Qonda bakteriyalar tomonidan keltirib chiqariluvchi kasallik
Sianoz	Teri qoplamalarining ko'karishi
Simptomatik davo	kasallikning alohida belgilarini davolash usuli
Sindrom	kasallik alomatlarining yig'indisi
Sinovit	Bo`g'imlar sinovial qatlamining yallig'lanishi
Sistit	siydik pufagining yallig'lanishi
Skolioz	umurtqa pog'onasining yon tomonga qiyshayishi
Sopor	Bosh miya boshqaruv faoliyatining izdan chiqishi
Soxta krup	virusli infeksiyalarda ovoz tirqishining torayishi
Spazm	Tortishish, qisqarish
Spazm ofiliya	Tonik va klonik tirishish bilan kechadigan kasallik
Spesefik	Maxsus
Spirometr	o'pka tiriklik sig'imini aniqlovchi asbob
Spirometriya	o'pka tiriklik sig'imini aniqlash usuli
Splenomegaliya	taloq o'lchamlarining kattalashishi
Spondillit	umurtqa pog'onasining zararlanishi
Sterkobilin	axlatga rang beruvchi pigment
Stupor	Bosh miya boshqaruv faoliyatining yengil izdan chiqishi
Stomatit	Og'iz shilliq qavatining yallig'lanishi
Suyaklar deformatsiyasi	suyaklarning qiyshayishi
Sulkovich sinamasi	Siydikdagi kalsiy miqdorini aniqlash usuli
Taxikardiya	puls sonining tezlashuvi
Taxipnoe	nafas olishning tezlashuvi
Termoregulyatsiya	issiqlik almashinuvining boshqarilishi
Tetrada Fallo	4 alomatli tug`ma yurak nuqsoni
Toksik	Zaharli
Tonik talvasa	alohida mushak guruhlarining tarang tortilishi
Tonometr	qon bosimini o'lchovchi asbob
Tonometriya	qon bosimini o'lchash usuli
Tonzillit	tomoq bodomcha bezlarining surunkali yallig'lanishi
Tonzilektomiya	Bodomcha bezlarini olib tashlash operatsiyasi

Toksikoz	Organizmga ekzogen toksinlar yoki zararli endogen moddalar ta'sirida ro'y beradigan kasallik holati
Transpozisiya	a'zolarning o'zgacha joylashishi
Tranzitor fiziologik holatlar	chaqaloqlardagi o'tuvchi holatlar.
Traxeit	traxeya shilliq qavatining yallig'lanishi
Trixosefalyoz	Qilbosh gijja chaqiradigan kasallik
Tromboz	qon tomiri ichiga qon laxtasining tiqilib qolishi
Trombositopeniya	Qonda trombositlar miqdorining kamayishi
Tuberkulin	sil tashxislashida qo'llaniluvchi antigen
Tuberkulyoz	sil kasalligi
Uraturiya	Siydik bilan urat tuzlarining ko'p ajralishi
Uretrit	Pastki siydik chiqarish yo'llarining yallig'lanishi
Urobilin	siydikka rang beruvchi pigment
Urogramma	siydik tahlili
Vaksinatsiya	Emlash
Vezikula	Ichida suyuqlik bo'lgan kichkina pufakchalar
Viraj	manfiy Mantu sinamasining musbatga o'tishi
Virusemiya	Viruslarning qonga o'tishi
Vulvovaginit	Vulva va qinning yallig'lanishi
Zotiljam	o'pka to'qimasining yallig'lanishi
Xolesistit	o't pufagining yallig'lanishi
Revmoxoreya	bosh miya qon tomirlarining revmatik yallig'lanishi
Hushdan ketish	tomir yetishmovchiligining yengil darajasi

AMBULATOR-POLIKLINIK MUASSASALARDA YURITILADIGAN ASOSIY TIBBIY HUJJATLAR

№	Tibbiy hujjat nomi	Hujjatlar raqami
1.	Bolalarning rivojlanish tarixi	112/u
2.	Bemorlarning ambulator kartasi	025/u
3.	Davriy ko'riladigan kartalari	046/u
4.	Maqsadli tibbiy ko'rikka yuborilishi lozim bo'lgan shaxslar ro'yxati	048/u
5.	Profilaktik emlash kartasi	063/u
6.	Profilaktik emlash jumali	064/u
7.	QVP da birlamchi kasalliklarini ro'yxatga olish statistik taloni	025-2/u
8.	Dispanser nazorati uchun kartasi	030/u
9.	Shifokomi uyga chaqirish jurnali	031/u
10.	Yuqumli kasalliklar, oziq-ovqatdan o'tkir zaharlanish, emlashga reaksiya haqida shoshilinch xabarnoma	058/u
11.	Ambulator operatsiyalarni ro'yxatga olish jumali	069/u
12.	Sanator-kurort kartasi	072/u
13.	Ambulator va kunduzgi statsionarda davolanayotgan bemorlarni ro'yxatga olish jumali	774/u 003-2/u
14.	TMEK ga yo'llanma	088/u
15.	Talabalar, litsey, kollej, maktab, maktabgacha bo'lgan o'quvchilarning vaqtinchalik ishga yaroqsizlik ma'lumotnomasi	095/u
16.	Patronaj hamshirasining uy ishi daftari	111/u
17.	O'lim haqida tibbiy hujjat	106-1/u
18.	Perinatal o'lim haqida guvohnoma	106-2/u
19.	Yuqumli kasalliklar haqida guvohnoma	060/u
20.	Dorinoma (kattalar va bolalar uchun)	107/u
21.	Laboratoriya tekshiruvlari uchun jurnal	251/u
22.	Shifoxona shifokorining ish kundaligi	039/u
23.	Shifoxona o'rta tibbiyot xodimining ishi kundaligi	039-1/u
24.	Muolaja xonasida qilingan muolajalarning hisobga olish jumali	029/u
25.	Qo'shimcha xonalarga maslahatga yuborish uchun yo'llanma	028/u
26.	Yo'llanma olish uchun ma'lumot	070/u
27.	Muassasada ro'yxatga olingan kasalliklar ro'yxati	071/u

28.	Hayoti davomida birinchi marta saraton va boshqa o'sma kasalliklari aniqlanganligi to'g'risida xabarnoma	090/u
29.	Hayoti davomida birinchi marta aniqlangan faol sil kasalligi, tanosil, trixofitiya, qichima, traxoma, ruhiy kasalliklar to'g'risida xabarnoma	089/u
30.	Tug'ruqxonaning almashuv daftari	113/u
31.	Patronaj hamshirasining (doyaning) ish daftari	116/u
32.	Profilaktik emlash to'g'risidagi hisobot	086/u
33.	Tahlilga yo'llanma	200/u
34.	Nazoratda turgan homiladorlarning hisobga olish daftari	075/u
35.	Chaqaloqning rivojlanish tarixi	097/u
36.	Dori vositalarining salbiy ta'siri to'g'risida xabarnoma	093/u
37.	Uydagi tug'ruqlarni hisobga olish jumali	032//u

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Asosiy adabiyotlar

- 1.1. M.F.Ziyayeva. Z.O.Rizayeva. "Bolalarda hamshiralik parvarishi". Toshkent, "Fan va texnologiya" 2012 yil.
- 1.2. Д.И.Зелинская, Е.С.Кешишян, Р.Н.Терлецкая. Сестринский уход за новорожденными в амбулаторных условиях. Москва, 2021.
- 1.3. К.И.Григорьев, Р.Р.Кильдиярова. Особенности оказания сестринской помощи детям. Москва, 2019.
- 1.4. Основы сестринского дела. Под редакцией профессора А.С.Калмыковой. Москва, 2019.
- 1.5. Организация специализированного сестринского ухода. Под редакцией И.В.Островской. Москва, 2022.
- 1.6. О.В.Толкачева, И.В.Зинковская. Основы сестринского дела. Тошкент, 2009.
- 1.7. A.F.Turaqulov, N.Sh.O'roqova. Bolalarda hamshiralik parvarishi. Samarqand, 2019
- 1.8. X.N.Fayziyev. «Sestrinskiy uxod za detmi». Toshkent, «Ilm ziyo» nashriyoti, 2008 yil.
- 1.9. N.Sh.O'roqova. "Bolalarda hamshiralik parvarishi fanidan amaliy ko'nikmalarni bajarish algoritmlari" (O'quv qo'llanma). Samarqand, 2016 yil.
- 1.10. J.E.Eshqobulov. «Bolalar kasalliklari». Toshkent, Ibn Sino nashriyoti, 1993
- 1.11. Q.S.Inomov. «Pediatriyada hamshiralik ishi». Toshkent, 2007 yil.
- 1.12. K.L.Shagulyamova, Sh.A.Ibragimova. "Pediatriya", Toshkent, "Ilm Ziyo", 2015
- 1.13. Н.П.Шабалов. "Педиатрия". Санкт-Петербург, 2003.

2. Qo'shimcha adabiyotlar

- 2.1. А.М.Запруднов, К.Н.Григорьев. "Наука о детских болезнях". Москва, 1997.

- 2.2. Л.Алминде, Д.Сельвидж, Д.Христенсен, Т.Умарова. "Руководство для преподавателей сестринского дела и практикующих медицинских сестер". Ташкент, 2002.
- 2.3. В.Я.Аваков, А.М.Шарипов и др. "Руководство по оказанию первой неотложной доврачебной помощи". Ташкент, 2010.
- 2.4. Т.В.Парийская, Н.В.Орлова. "Справочник педиатра". Санкт-Петербург. ЭСМО, Москва, 2004.
- 2.5. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni ko'krak suti bilan emizish va parvarish qilish asoslari. JSST/Yunisef, 2002.
- 2.6. "Ona sutining mohiyati". O'zbekiston Respublikasi SSV, Pediatriya ITI. 2000.
- 2.7. Bemor bolalarni parvarish qilish va onalarga maslahat berish. Toshkent, 2010.
- 2.8. D.Berner, K.Tuman, J.Maksvel, D.Elsvert. "Hammabop tibbiy qo'llanma". Toshkent. 2006.
- 2.9. "Erta yoshdagi bolalar va chaqaloqlarni ko'krak suti bilan ovqatlantirish". JSST 2000.
- 2.10. F.S.Aripova, N.S.Nazarova. "Klinik-laboratoriya tekshirish usullari" (O'quv qo'llanma). Toshkent, 2007.
- 2.11. Djon Krofton, Norman Xom, Fred Miller. "Sil kasalligi" (O'quv qo'llanma). Toshkent, 2003.
- 2.12. F.G.Nazirov tahriri ostida "Bemorlarni uyda va shifoxonada parvarish qilish" (darslik). Toshkent, 2004.
- 2.13. O'g'il bolalar o'sishini baholash va kuzatish, hamda ko'rsatgichlarni bolalarning rivojlanish tarixiga kiritish. O'quv kursi. Toshkent, 2009.
- 2.14. Qiz bolalar o'sishini baholash va kuzatish, hamda ko'rsatgichlarni bolalarning rivojlanish tarixiga kiritish. O'quv kursi. Toshkent, 2009.
- 2.15. 5 yoshgacha bo'lgan bolalarning o'sishi va rivojlanishi. O'quv kursi. Toshkent, 2009.
- 2.16. Я.М.Белозеров. "Детская кардиология". Москва, "MED press-inform", 2004.
- 2.17. S.P.Trevis, R.X.Taylor, Dj.Dj.Misevich. "Gastroenterologiya" (ingliz tilidan tarjima). S.I.Pimanova. Moskva, 2002.
- 2.18. М.С.Игнатова, Ю.Ю.Вельтищев. "Детская нефрология". Москва, 1982.

- 2.19. F.Sevedj King. “Помощь матерям в кормлении грудью”. Vellstart international. 1995
- 2.20. С.Д.Носов. “Детские инфекционные болезни”. Москва, 1982.
- 2.21. Go‘daklar nafas olishiga yordam berish (O‘quv qo‘llanma). Helping babies Breathe The golden Minute American Academy Pediatrics dedicated to the health of all children. Toshkent, 2016.
- 2.22. “Bemor bolalami parvarish qilish va onalarga maslahat berish” (uslubiy qo‘llanma). Toshkent, 2010.
- 2.23. “Onalarga bolani ovqatlantirish bo‘yicha tavsiyalar” (O‘quv kursi). Toshkent, 2009.
- 2.24. “Ko‘krak suti bilan boqish bo‘yicha maslahat olib borish” (o‘qituvchilar uchun qo‘llanma). Toshkent, 2007.
- 2.25. Bolalar hayoti va sog‘liqni saqlashda A vitaminining ahamiyati. A vitamini tanqisligini profilaktika qilish va oqibatlarining oldini olish. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. UNICEF. Toshkent, 2003.
- 2.26. Ko‘krak suti bilan ovqatlantirish amaliyotini qo‘llab quvvatlash va rag‘batlantirish. JSST/YuNISEF hamkorlikdagi deklarasiyasi.
- 2.27. “Xavfsiz immunizatsiya” dasturi bo‘yicha pedagoglar va tibbiyot xodimlari uchun qo‘llanma. YuNISEF, 2014.
- 2.28. “Совершенствование услуг охраны материнства и детства в Узбекистане”. YuNISEF
- 2.29. “Эффективный перинатальный уход. Акушерство (Интегрированное ведение беременности и родов). YuNISEF. 2014.
- 2.30. “Помогая младенцам дышать”. Руководство для медработника YuNISEF

3. Internet manbaalari

- 3.1. ziyonet.uz
- 3.2. med.uz
- 3.3. minzdrav.uz
- 3.4. tma.uz
- 3.5. mt.sammu.uz

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHILOSOPHY DEPARTMENT

PHILOSOPHY 101

LECTURE NOTES

PLATO'S THEORY OF IDEAS

THE ALLEGORY OF THE CAVE

THE DIVISION OF LABORS

THE PHILOSOPHER-KING

THE GOOD

THE END OF THE COURSE

**Turaqulov A.F., Uralov Sh.M.,
Yarmuxamedova N.A.**

**BOLALARDA YUQUMLI KASALLIKLARDA VA
SHOSHILINCH HOLATLARDA HAMSHIRALIK
PARVARISHI**

**(Jamoat salomatligi texnikumlari va tibbiyot kollejlari talabalari
uchun bolalarda hamshiralik parvarishi fanidan)**

**Muharrir: Z.N. Bobodustov
Musahhih: M.O. Mardiyeva
Texnik muharrir: D. Hamrayev**

*O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Kengashining
2023-yil 31 - martdagi majlisda muhokama qilingan va nashrga tavsiya
etilgan. (A/F 141 - sonli guvohnoma).*

“STAP-SEL” MChJ nashriyoti, Samarqand - 2024

2154



ISBN: 978-9910-720-07-9

**Tasdiqnona № 033337 (27.07.2022)
Nashrga ruxsat etildi: 02.05. 2024 y.
© “STAP-SEL” MChJ nashriyoti.**

**03.05.2024 yilda chop etildi.
Qog'oz bichimi A5, 60x84¹/₁₆, Ofset qog'oz.
“Times New Roman” garnituras.
Nashr bosma tabog'i 12.93
Buyurtma № 0053A/24. Adadi 100 nusxa**

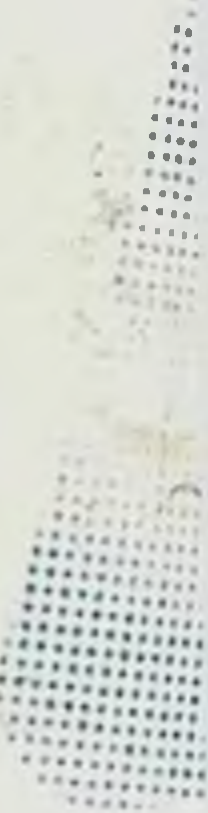
**Samarqand iqtisodiyot va servis institutining
matbaa bo'limida chop etildi.**

LICENSE № 025316.

REESTR № X-119112.

Manzil: Samarqand shahar, Shoxrux ko'chasi 60-uy.





ISBN: 978-9910-720-07-9



9 789910 720079

