

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS TA‘LIM
VAZIRLIGI**

NEONATOLOGIYA

Sog‘liqni saqlash sohasi – 7200000

“Pediatriya ishi” – 5720200 yo‘nalishi uchun

DARSLIK

professor Alimov A.V. tahriri ostida

Toshkent – 2010

Mualliflar jamoasi: professor Alimov A.V., dotsentlar Ismailova M.A., Raxmankulova M.A., Gulyamova M.A., Pak E.A., Amizyan N.M., assistentlar Yunusova S.E., Xodjamova N.K., Abdukadirova M.K.

Resenzent: 1. ToshVMOI Neonatologiya kafedrasi mudiri, d.m.n., professor Muxamedova X.T.

2. ToshPTI O‘zbek, rus va lotin tillari kafedrasi mudiri, filologiya fanlari nomzodi Turdieva K.SH.

Tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining talabalari, ordinatlar va aspirantlar uchun mo‘ljallangan.

Darslik ToshPTI ilmiy kengashida tasdiqdan o‘tgan
Bayonnoma № ____ «____» _____ 2010 yil.

Ilmiy kengash kotibi, dotsent

Shomansurova E.A.

MUNDARIJA

Kirish-----	4
Asosiy qisqartmalar ro'yxati-----	5
Bob-1. Yangi tug'ilgan chaqaloqlik davri fiziologiyasi (Ismailova M.A., Xodjamova N.K.)-----	10
1-1. Yangi tug'ilgan chaqaloq parvarishi-----	15
1-2. Yangi tug'ilgan chaqaloqni klinik tekshirishi-----	24
1-3. Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloq-----	51
1-4. Ko'krak suti bilan ovqatlantirish-----	78
1-5. Yangi tug'ilgan bolalarning chegaraviy holatlari-----	94
Bob-2. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar asfiksiyasi (Ismailova M.A., Gulyamova M.A.) -----	110
Bob-3. Nerv tizimining perinatal patologiyasi (Pak E.A.)-----	145
Bob-4. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemolitik kasalliklari (Raxmankulova Z.J.)-----	190
Bob-5. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar me`da - ichak tizimi kasalliklari (Amizyan N.M., Abdukadirova M.K.)	
5.1. Qusish va qayt qilish sindromi -----	217
5.2. Disbakterioz-----	232
Bob-6. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar yiringli-yallig'lanish kasalliklari (Yunusova S.E.)-----	241
Bob-7. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar sepsisi (Gulyamova M.A.) -----	251
Bob-5. Homila ichi infeksiyalari (Raxmankulova Z.J., Pak E.A.)-----	276
Bob-6. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemorragik kasalligi (Gulyamova M.A.) -----	339

“Neonatologiya” darsligiga

so‘z boshi

Sog‘lom avlod, farzandlarimizni har jihatdan yetuk va barkamol insonlar qilib voyaga etkazish, ularga kelajagimiz egalari deb qarash xalq kelajagiga bevosita daxldor masala sifatida istiqlol siyosatining uzviy qismiga aylangani, ham mohiyat e`tibori bilan shu ezgu maqsadiga hizmat qiladi. “Farzandlari sog‘lom yurt qudratli bo‘ladi”, - degan edi mamlakatimiz rahbari I. A. Karimov.

Mazkur darslik Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti Neonatologiya kafedrasida xodimlari tomonidan yaratilgan. Unda perinatal davrda eng ko‘p uchraydigan kasalliklarning patogenezi, terapiya va profilaktikasi, xavfi yuqori homiladorlikni olib borish xususiyatlari to‘g‘risida batafsil ma`lumotlar keltirilgan. Perinatal kasallanish va o‘limga olib keladigan har hil shikastlovchi omillar, homila va chaqaloq holatiga baho berish tamoyillari, zamonaviy davolash usullari bayon qilingan.

Darslik tibbiyot institutlarining talabalariga, ordinator va aspirantlarga mo‘ljallangan.

Ushbu kitobning o‘zbek tilida chop etilishi Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti talabalarining neonatologiya fanini puxta egallashlarida dasturil amal bo‘lib xizmat qiladi, deb umid bildiramiz.

Darslik to‘g‘risidagi qimmatli fikr, mulohazalaringizni quyidagi manzilga yuborishingizni so‘raymiz:

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti neonatologiya kafedrasida.

ASOSIY QISQARTMALAR RO‘YXATI

AI	–	amniotik indeks
AIT	–	autoimmun tireoidit
AK	–	aorta koarktatsiyasi
AKS	–	alimentar konstitutsion semirish
AM	–	ayollar maslahatxonasi
AOH	–	antioksidant himoya
ART	–	antiretrovirus terapiyasi
AS	–	amniotik suyuqlik
AS	–	aortal stenoz
AFP	–	α - fetoprotein
AFS	–	antifosfolipid sindromi
AYUQH	–	aylanib yuradigan qon xajmi
BA	–	bakterial amnionit
BATN	–	bo‘lmachalararo to‘siq nuqsoni
BV	–	bakterial vaginoz
BO‘G	–	birlamchi o‘pka gipertenziyasi
BE	–	bilirubin ensefalopatiyasi
JSST	–	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
GGTP	–	γ - glutamattranspeptidaza
GIE	–	gipoksik-ishemik ensefalopatiya
GK	–	gipertrofik kardiomiopatiya
GS	–	giperprolaktinemiya sindromi
GTSS	–	glyukozaga tolerantlikka soatlik sinamasi
GTUSS	–	glyukozaga tolerantlikka uch soatlik sinamasi
DK	–	dilatatsion kardiomiopatiya
DKA	–	diabetik ketoasidoz
DTB	–	diffuz toksik bo‘qoq
DTO‘	–	dumg‘azaning tepa suyak o‘lchami

DF	–	davolash fizkul'turasi (jismoniy tarbiyasi)
YOBQ	–	yoqa bo'shlig'i qalinligi
ZOM	–	zardob-oqsillar markeri
IBBQD	–	insulinga bog'liq bo'lmagan qandli diabet
IBQD	–	insulinga bog'liq qandli diabet
IGP	–	idiopatik giperprolaktinemiya
ITH	–	immuntanqislik holati
QAQ	–	qonni almashlab quyish
KAH	–	kislota-asos holati
QB	–	qalqonsimon bez
KGG	–	kardiotokografiya
QIQQ	–	qorincha ichiga qon quyilishlar
KPI	–	kardiopiknotik indeks
KSTRN	–	ko'p sonli tug'ma rivojlanish nuqsonlari
KT	–	komp'yuter tomografiyasi
KFK	–	kreatinfosfokinaza
LDG	–	laktatdegidrogenaza
LPO	–	lipidlarning peroksidli oksidlanishi
MVB	–	markaziy venoz bosim
MEH	–	muddatiga etmagan homiladorlik
MIQQ	–	miya ichiga qon quyilishlar
MIT	–	me`da-ichak trakti
MRT	–	magnit-rezonans tomografiyasi
MS	–	mitral stenoz
MS	–	Marfan sindromi
MXA	–	meditsina xirurgik akademiyasi
NE	–	nokon`yugatlangan estriol
NEYOB	–	neyroendokrin semirish
OAY	–	ochiq arterial yo'l
OAS	–	opiat abstinent sindrom

OBSK	–	OITS bilan bog‘langan simptomlar va sindromlar kompleksi
OZ	–	optik zichlik
OITV	–	odam immuntanqisligi virusi
OITS	–	orttirilgan immuntanqislik sindromi
OXGXGCH	–	odam xorionik gonadotropini
PVQQ	–	pariventrikulyar qon quyilishlar
PVL	–	periventrikulyar leykomalyatsiya
PL	–	platsentar laktogen
PRL	–	prolaktin
PT	–	prenatal tashhis
PTS	–	polikistoz tuxumdonlar sindromi
PO‘I	–	platsentaning o‘tkazuvchanlik indeksi
RDS	–	rangli Doppler surati
RIH	–	radioaktiv ifloslangan hududlar
STG	–	sekinlashgan turdagi gipersezuvchanlik
STK	–	siydik-tosh kasalligi
SFPE	–	surunkali fetoplasentar etishmovchilik
SX	–	sensibilizasiya xavfi
SEQQ	–	subependimal qon quyilishi
SYAR	–	sistemali yallig‘lanish reaksiyasi
TBG	–	tiroksinni bog‘lovchi globulin
TZ	–	triyidtironin
TIDQI	–	tomir ichi disseminlangan qon ivishi
TRN	–	tug‘ma rivojlanish nuqsonlari
TTG	–	tireotrop gormon
TYUN	–	tug‘ma yurak nuqsonlari
TYA	–	tiroksin
UTT	–	ul‘tratovush tekshiruvi
O‘AKS	–	o‘pka arteriyasi klapani

FDM	–	fibrinogen degradatsiya mahsulotlari
FOT	–	feto-onalik transfuziya
FT	–	Fallo tetradasi
FT	–	fetal transfuziya
FTT	–	funksional tashhis testlari
FFTS	–	feto-fetal tranfuzion sindrom
FH	–	fiziologik homiladorlik
XA	–	xromosom aberratsiyalar
HBBPO‘	–	homila boshining biparietal o‘lchami
HBFP	–	homilaning biofizik profili
HVU	–	homila son suyagining uzunligi
HGK	–	homilaning gemolitik kasalligi
HII	–	homila ichi infeksiyalari
HQA	–	homila qorin aylanasi
HROK	–	homila rivojlanishiningorqada qolishi
XTID	–	homila tuxumining ichki diametri
TSMVX	–	Sitomegalovirus
TSNS	–	markaziy nerv tizimi
TSTL	–	tsitotoksin T-limfotsitlar
CHGK	–	Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning gemolitik kasalligi
CHGK	–	chaqaloqlar gemorragik kasalligi
CHP	–	chaqirilgan potentsiallar
EKU	–	ekstrakorporal urug‘lantirish
ES	–	Eyzenmenger sindromi
ET	–	erkin tiroksin
ETY	–	erkin triyodtironin
EEG	–	elektroentsefalografiya
EEF	–	ekstremal ekzogen omil
YUIK	–	yurak ishemik kasalligi
YUQCH	–	yurak qisqarishlari chastotasi

YUTK	–	yurak-qon tomir kasallaklari
YATMYOK	–	yarim to‘yinmagan yog‘ kislotalari
HbA1c	–	glyukozalangan gemoglobin
PAPP-A	–	pregnancy associated plasma protein A

1 – BOB. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQNI PARVARISHLASH ASOSLARI

Yil sayin dunyoda bir oylikkacha yoshdagi to‘rt milliondan ortiq bolalar, asosan hayotining birinchi “qaltis” haftasida nobud bo‘ladilar. Bu o‘limlarning talaygina qismi onalarning salomatlik va ovqatlanish holatlarining yomonligi, shuningdek tug‘ruqqacha, tug‘ruq vaqtida va tug‘ruqdan so‘ng ko‘rsatiladigan tibbiy yordamning monand emasligi natijasidir.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar sog‘lig‘ini yaxshilash uchun yuksak texnologiyalar va yuqori ixtisoslashgan xodimlar zarur degan xato g‘oya keng tarqalgan. Aslini olganda, perinatal o‘limga olib keladigan ko‘pgina holatlar murakkab va qimmatbaho texnologiyalardan foydalanilmasdan davolanishi yoki ularning oldini olish mumkin. Faqatgina homiladorlik, tug‘ruq va tug‘ruqdan keyingi davrda kerakli akusherlik yordami hamda Yangi tug‘ilgan chaqaloq hayotining dastlabki bir necha kunlarida, unchalik ko‘p bo‘lmagan, intensiv (jadal) aralashuvlar talab qilinadi holos.

Bu bob JSST definititsiyalari, joriy parvarishning umumiy tamoyillarini, jumladan ovqatlantirish, tana haroratini normal saqlash, infeksiyaning oldini olish, immunizatsiya, yetuklikni baholash, moslashuv davri xususiyatlarini, shuningdek mavjud muammoni aniqlashtirish uchun holatni keyingi baholash ta‘rifini, batafsil fizikal tekshiruv ta‘rifini o‘z ichiga olgan.

1.1. JSST definititsiyalari

Urug‘lanish – tuxum hujayra va spermatozoidning qushilishi.

Pusht – urug‘langan tuxum hujayraning bachadon devoriga birikishi.

Homila – Urug‘lanishning 7-8 haftasidan so‘ng rivojlanadigan pusht (embrional davrning oxiridan to tug‘ilgungacha)

Tugʻruq – Homiladorlik muddatidan qatʻiy nazar, tana vazni 500 grammdan ortiq yoki gestatsion yoshi 22 va undan ortiq haftalik tirik yoki oʻlik homilaning onadan toʻliq ajralishi.

Tugʻilish – bola tugʻilishi bilan kechadigan fiziologik jarayon.

Abort – homiladorlikning toʻxtashi (tana vazni 500 grammgacha yoki gestatsiya muddati 22 haftagacha boʻlgan homilaning oʻz-oʻzidan ona organizmidan ajralishi).

Sunʻiy abort - tibbiy koʻrsatmalarga koʻra yoki ayol xohishiga koʻra homiladorlikning toʻxtatish.

Homila tushishi – gestatsiya muddati 22 haftagacha boʻlgan homilaning ona organizmidan ajralishi.

Xavfli abort – minimal tibbiy standartlarga mos boʻlmagan sharoitda va etarli malakaga ega boʻlmagan shaxs tomonidan homiladorlikni toʻxtatish yoki homilani ona organizmidan sunʻiy ajratish.

Tirik tugʻilish – homiladorlikning muddatidan qatʻiy nazar homilaning ona organizmidan toʻliq ajralishidir, bu vaqtda yoʻldoshning ajralishi yoki kindikning kesilishiga bogʻliq boʻlmagan holda, homila nafas olishi yoki unda boshqa tiriklik belgilaridan birortasi, yaʼni yurak urishi, kindik pulʼsatsiyasi, mushaklar harakati boʻlishi mumkin.

Oʻlik tugʻilish - homiladorlikning muddatidan qatʻiy nazar, homilaning ona organizmidan toʻliq ajralishidan oldin nobud boʻlishi, bunda tiriklik belgilarining birortasi ham kuzatilmaydi.

Letal oqibatning kelib chiqish vaqtiga qarab, homilaning antenatal va intranatal oʻlimi, Yangi tugʻilgan chaqaloqning esa postnatal oʻlimi farqlanadi.

- **Antenatal oʻlim** – tugʻruq boshlangunga qadar yuzaga keladi;
- **Intranatal oʻlim** – tugʻruq vaqtida yuzaga keladi;
- **Postnatal oʻlim** – tirik bola tugʻilgandan soʻng yuzaga keladi.

Perinatal davr – homila hayotining 22 – haftasidan boshlab, tugʻilgandan soʻng 7- kunigacha boʻlgan davr.

Neonatal davr (chaqaloqlik davri) – tugʻilgandan 28 kungacha boʻlgan davr.

Neonatal o'lim – Yangi tug'ilgan chaqaloqlar hayotini to'liq 28 kuni davomida kuzatiladi. Bu o'lim ko'rsatkichiga erta neonatal va kechki neonatal o'lim kiradi.

Erta neonatal o'lim – Yangi tug'ilgan chaqaloqlar hayotining dastlabki 7 kuni davomida yuzaga keladi.

Kechki neonatal o'lim - Yangi tug'ilgan chaqaloqlar hayotining dastlabki 7 kunidan so'ng, to'liq 28- kunigacha yuzaga keladi.

Homiladorlik muddati (gestatsion yosh) – oxirgi hayzning birinchi kunidan to tug'ilgunicha hisoblanadi va to'liq haftalarda yoki to'liq kunlarda belgilanadi. Oxirgi hayzning birinchi kuni «0» kun, 0-6 kun «to'liq 0 hafta», 7-13 kun esa «to'liq 1 hafta» deb hisoblanadi, demak homila hayotining 40 haftasi to'liq 39 haftaga to'g'ri keladi.

Homiladorlik davrini davomiyligiga qarab tug'ruq turlari quyidagilarga bo'linadi:

- **Vaqtidan ilgari tug'ruq** – homiladorlikning 22- haftasidan to'liq 37- haftasigacha (259 kun) bo'lgan tug'ruq.
- **Vaqtidagi tug'ruq** – homiladorlikning to'liq 37- haftasidan to'liq 42- haftasigacha (259-293) bo'lgan tug'ruq.
- **Kech tug'ruq** - homiladorlikning to'liq 42- haftasidan (294 kundan ortiq) so'ng kuzatiladigan tug'ruq.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar tana vazni tug'ilgandan so'ng 1-2 soat mobaynida o'lchanishi kerak, chunki postnatal davrda tana vaznining sezilarli darajada yo'qotilishi kuzatiladi. Tana vazniga ko'ra Yangi tug'ilgan chaqaloqlar quyidagi guruhlariga bo'linadi:

1. **Kichik vaznli bolalar** – tana vazni 2500grammdan kam (2499-1500g)
2. **O'ta kichik vaznli bolalar** – tana vazni 1500 grammdan kam (1499-1000g).
3. **Ekstremal kichik vaznli bolalar** – tana vazni 1000 grammdan kam (999-500g).

O'lim ko'rsatkichlarini hisoblash formulalari

O'lik tug'ilish ko'rsatkichi:

O'lik tug'ilganlar soni x 1000

Barcha tug'ilganlar soni

Erta neonatal o'lim ko'rsatkichi:

$$\frac{\text{Erta neonatal davrda o'lganlar soni}}{\text{Tirik tug'ilganlar soni}} \times 1000$$

Perinatal o'lim ko'rsatkichi:

$$\frac{\text{O'lik tug'ilganlar + Erta neonatal davrda o'lganlar soni}}{\text{Barcha tug'ilganlar soni}} \times 1000$$

Kech neonatal o'lim ko'rsatkichi:

$$\frac{\text{Tirik tug'ilib hayotining 7-27-kunida o'lganlar soni}}{\text{Tirik tug'ilganlar soni}} \times 1000$$

Neonatal o'lim ko'rsatkichi:

$$\frac{\text{Neonatal davrda o'lganlar soni}}{\text{Tirik tug'ilganlar soni}} \times 1000$$

Postneonatal o'lim ko'rsatkichi:

$$\frac{\text{Tirik tug'ilib hayotining 28-kunidan 1 yoshgacha o'lganlar soni}}{\text{Tirik tug'ilganlar soni}} \times 1000$$

Go'daklar o'limi ko'rsatkichi:

$$\frac{\text{1 yoshgacha o'lgan bolalar soni}}{\text{Tirik tug'ilganlar soni}} \times 1000$$

Bolalar o'limi ko'rsatkichi:

$$\frac{\text{5 yoshgacha o'lgan bolalar soni}}{\text{Tirik tug'ilganlar soni}} \times 1000$$

1.2. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar parvarishi

Sog'lom Yangi tug'ilgan chaqaloq – bu tug'ilgandan so'ng hech qanday tibbiy yordamga muhtoj bo'lmagan va o'zining yashash faoliyatini yaxshi saqlab qolgan chaqaloqdir.

Yangi tug'ilgan chaqaloqni to'g'ri parvarish qilish hamda uning umumiy ahvolini to'g'ri baholash – kelajakda uni tashqi muhitga moslashish qobiliyatini va salomatligini saqlab qolish uchun katta ahamiyatga ega omillardan biri.

Tug'ruqxonada sog'lom chaqaloqning to'g'ri parvarishiga quyidagi muhim faoliyatlari kiradi:

- Teriga teri kontakti.
- Kindik tizimchasini bog'lash.
- Ona ko'krigiga to'g'ri qo'yish.
- Gonoblenmoreyani oldini olish.
- Yangi tug'ilgan chaqaloqlar gemorragik kasalligini oldini olish.
- Vaksinatsiya, skrining.
- Yangi tug'ilgan chaqaloqning yetukligini baholash.
- Yo'rgaklash, cho'miltirish.
- Ona va bolani birgalikda bo'lishi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqni birlamchi parvarishi

Tug'ruq zalida har bir bola uchun kerak bo'ladigan parvarish anjomlari: 1) alohida toza oqlik to'plami (3ta yo'rgak, adyol, qalpoqcha, noski); 2) Yangi tug'ilgan chaqaloqning birlamchi parvarishi uchun steril to'plam: 2 ta Koxer qisqichi, Rogovin skobasi yoki rezina halqa, uni qo'yish uchun qisqichlar, paxtali cho'plar, bolani o'lchash uchun qog'oz tasma (lenta), onaning ismi-sharifini yozish uchun 2 ta kleyonka braslet, bolaning tug'ilgan kuni va soati, jinsi, vazni va tana uzunligi, tug'ruq tarixi raqami va bola krovatchasi raqami, yuqori nafas yo'llaridan shilliqni so'rib olish uchun rezina nokcha.

Teriga teri kontakti

Ona (ota) va bola terisi orqali bevosita yaqin muloqot - bu teriga teri kontaktidir.

Uning ijobiy tomonlari ko'p bo'lib, ularga: ona va bola o'rtasidagi ruhiy va emotsional bog'lanishning paydo bo'lishi, ko'krak suti bilan oziqlantirishni qo'llab-quvvatlash, onadagi laktatsiya jarayonini yaxshilash, me'yoriy holatlarda bola uchun tanish bo'lgan ona mikroflorasi bolaga o'tishi, chaqaloqni tana haroratini me'yorida saqlash, og'riq qoldiruvchi usullardan biri. Chaqaloq tug'ilgan zahoti quritiladi, boshiga issiq qalpoqcha kiygiziladi, bolani ona ko'kragiga etqizilib ustidan issiq adyol bilan yopiladi. Teriga teri kontakti tug'ruq zalida va bolani xonaga o'tkazish vaqtida ham bajariladi. Kontakt davrida bolaning teri rangi, nafas olish soni va tana harorati nazorat qilib boriladi.

Kindik tizimchasini bog'lash va ishlov berish

Kindik tizimchasini bog'lash va ishlov berish 2 bosqichda bajariladi: chaqaloq tug'ilgan zahoti kindikka 1-qisqich kindik tizimidan 10sm masofada, ikkinchisi esa undan 2sm tashqariga qo'yiladi; Kindikning qisqichlar orasidagi masofa 5%li spirt yod eritmasi va 96%li etil spirti (infeksiyalanishga xavf bo'lganda) bilan artiladi va o'rtasidan qirqiladi. Kindik tizimchasini kindik pul'satsiyasi to'xtagandan so'ng qattiq qisiladi. Kindik qoldig'iga ishlov berish tug'ilgandan so'ng 2 soat davomida o'tkazilishi lozim. Bolani yo'rgaklash stolchasiga, nur issiqligi manbai ostiga yotqiziladi. Kindik qoldig'ini qattiq siqiladi; kindik halqasidan 0,5 - 1sm (3-4 smgacha ham qoldirishi mumkin) masofada Rogovin skobasi (rezina halqa) qo'yiladi. Kindik qoldig'i quruq va ochiq qoldiriladi.

Bolani onaning ko'kragiga qo'yish

Bola hayotining dastlabki 30 daqiqasi ichida ona ko'kragiga beriladi. Onaga qulay holat beriladi, chaqaloqni ona ko'kragiga yotqiziladi, bolani emishga tayyorligi baholanadi: qidirish va so'rish reflekslari, yutish va nafas olish

qobiliyati. Ona ko'krigidan bir necha tomchi og'iz suti siqib chiqariladi va bolaga ko'krak so'rg'ichini to'g'ri og'ziga solishiga yordam beriladi (bolaning og'zi so'rg'ichni areolasi bilan birga qamrab olishi kerak). Bolani emish muddati chegaralanmaydi. emish vaqtida bolaning teri rangi va nafas olishi nazorat qilib boriladi.

Gonoblennoreya profilaktikasi

Yangi tug'ilgan chaqaloqni tug'ruq yullaridan utish davrida ko'zlarining infeksiyalanishini oldini olish uchun gonoblennoreya profilaktikasi o'tkaziladi. Samarali usulardan biri - bu 1%li tetrasiklin malhamini (0,5%li eritromitsin malhami) tyubikdan siqib ikkala ko'zga so'rish. Ushbu usul tug'ilgandan so'ng 1 soat davomida o'tkaziladi.

Antropometriya

Antropometriyani tug'ilgandan so'ng 1 soat mobaynida o'tkaziladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqni oldindan 3%li vodorod peroksid yoki 1%li xloramin eritmasi bilan artilgan tibbiyot tarozisida, steril yo'rgakda tortiladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq bo'y uzunligini oyoqchalarini yozgan holatda, ensa do'mboqchasidan tovon do'mboqchasigacha o'lchanadi. Bosh aylanasi qosh usti ravoqlari chizig'i va kichik liqildoq sohasidan o'lchanadi. Ko'krak aylanasi ko'krak so'rg'ichlari uchi va qo'ltiq ostidan o'tuvchi chiziq bo'yicha o'lchanadi. Steril kleyonkadan tayyorlangan bilakka bog'ich bog'lab qo'yiladi.

Bola hayotining dastlabki 30 daqiqasi ichida ona ko'kragiga beriladi. Bolani tug'ruq zalidan bo'limga odatda tug'ilgandan 2 soat so'ng o'tkaziladi.

Yangi tug'ilgan bolaning vazni har kuni aniqlanadi, tana harorati o'lchanadi.

Bolaning tagini oqar suv ostida oldindan orqaga yo'nalishda yuviladi. Bu vaqtda bolaning boshi tirsak bukilmasida, kaft barmoqlari bilan esa bola sonini mahkam ushlab turish kerak.

Bola parvarishi uchun yaxshisi bir marta tutiladigan buyumlardan foydalangan afzal.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlar gemorragik kasalligi profilaktikasi

Yangi tugʻilgan chaqaloqlar gemorragik kasalligi - vitamin Kga bogʻliq qon plazmasidagi qon ivish omillarining vaqtinchalik etishmovchiligi natijasida kelib chiqadi. Gemorragik kasallik profilaktikasi vitamin K tanqisligini toʻldirish va qon ketishining oldini olish uchun muhimdir. Bu profilaktik chora-tadbir hamma chaqaloqlarga 6 soatdan kech qolmasdan oʻtkaziladi. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarga vitamin K₁ mg (0,5 mg muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarga) miqdorida 1 marta mushak orasiga yuboriladi. Vitamin K₁ yoʻqligida 1%li Vikasol eritmasidan foydalansa boʻladi. 0,3-0,4 ml muddatiga etgan, 0,2-0,3 ml muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarga yuboriladi. Vikasolning antigemorragik taʼsiri 8-24 soatdan soʻngra boshlanadi. Sutkalik dozasi 4 mgdan oshmasligi lozim. Doza oshib ketishining asorati eritrotsitlarning gemoliziga olib kelishi mumkin.

Gemorragik kasallik rivojlanishining yuqori xavf guruhlariga: asfiksiya va tugʻruq jarohati bilan tugʻilgan chaqaloqlar, muddatiga yetmay va homila rivojlanishining orqada qolishi bilan tugʻilgan chaqaloqlar, salitsilatlar, geparin, antibiotiklar, talvasaga qarshi dori moddalari isteʼmol qilgan onalardan tugʻilgan chaqaloqlar va faqat ona suti bilan oziqlanadigan chaqaloqlar kiradi.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlar immunoprofilaktikasi

Maxsus oʻrgatilgan tibbiyot hamshirasi yordamida, maxsus xonada oʻtkaziladi.

Sil kasalligining oldini olish. Bola hayotining 3-4- kuni emlanadi. BCG zardobi – muzlatilgan holatdan vakum ostida quritilgan, kuchsizlantirilgan tirik bakteriyalar. Zardob shtammi birinchi marta 1920 yilda frantsuz olimlari Kal'mett hamda Geren tomonidan taklif qilingan va virulentligi kuchsizlantirilgan buqa turidagi tirik sil bakteriyalarining oʻzgartirilgan koʻrinishidan iborat. Zardob ampulalarda chiqarilib, 1 mg quruq oq modda koʻrinishida boʻlib, bu 20 zardob

dozasiga to'g'ri keladi. Zardobning har bir ampulasiga 2 ml steril izotonik natriy xlorid eritmasi qo'shib qo'yilgan. Zardobni alohida sovutgichda 2-4⁰S haroratda saqlash zarur. Zardobni teri orasiga (0,1 ml, 0,05 ml zardob saqlaydi) terini 70%li spirt bilan artgandan so'ng, chap elkaning uchdan bir yuqori va o'rta qismiga yuboriladi.

BCG vaktsinatsiyasini kechiktirish uchun ko'rsatmalar: yiringli-yallig'lanish kasalliklari, sepsis, homila ichi tarqalgan infeksiyalari, neonatal davrda yuzaga chiqadigan og'ir perinatal ensefalopatiyalar, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemolitik kasalligi, tana vazni 2000 grammdan kamligi, muddatiga yetmay tug'ilganlik, tug'ma fermentopatiyalar va immun tanqislik holatlari. Bunday bolalarni emlash muddatlari klinik sog'ayganidan so'ng vrach ftiziatr bilan kelishilgan holatda qilinadi.

Virusli gepatitning oldini olish: HVs antigeni musbat yoki HVs antigeni xaqida ma'lumot yo'q onalardan tug'ilgan barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar umumiy ahvoli va tana vazniga e'tibor bermagan holda, hayotining dastlabki 12 soati mobaynida emlanishi lozim. Agar bola HbsAg manfiy onadan tug'ilgan bo'lsa: tana vazni 1800 grammdan ortiq chaqaloqlar hayotining dastlabki 2 kuni mobaynida, tana vazni 1800 grammdan kam bo'lgan chaqaloqlar tug'ruqxonadan chiqishidan oldin yoki tana vazni 1800 grammga etgandan so'ng emlanadi. 0,5 ml (10 mg) HbsAg vaktsinasidan sonning tepa, oldingi yoki yonbosh qismiga mushak orasiga yuboriladi. Qayta emlash 1- 6 oylikda ambulator tibbiyot muassasalarida o'tkaziladi.

Polimielitning oldini olish: polimielitga qarshi emlash barcha chaqaloqlarga hayotining 2- kunidan keyin o'tkaziladi. Ko'p hollarda silga qarshi emlash bilan birgalikda. Bolani og'ziga 2 tomchi vaktsinadan tomiziladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq yetukligini baholash

Yangi tug'ilgan chaqaloq yetukligini to'g'ri baholash moslashish davrida kuzatilishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aniqlash uchun lozim.

Yangi tug'ilgan chaqaloq yetukligini aniqlash usullari:

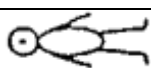
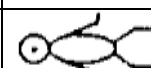
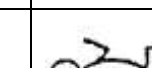
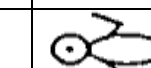
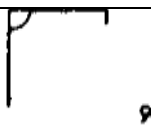
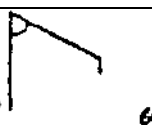
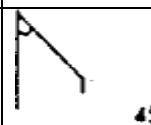
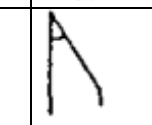
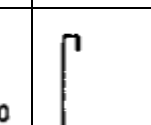
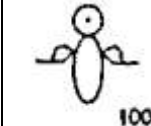
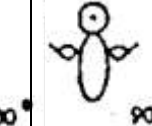
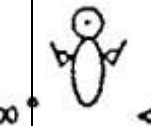
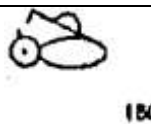
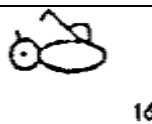
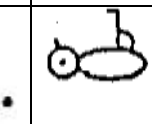
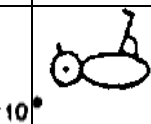
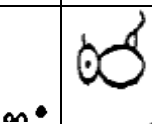
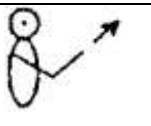
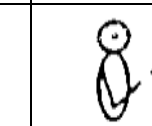
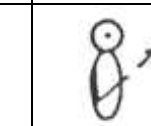
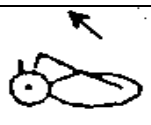
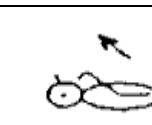
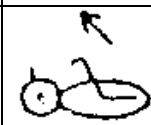
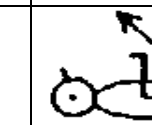
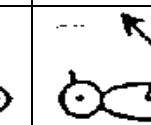
- Akusherlik usuli (Homilaning biofizik profili, BJSST formulasi orqali taxminiy tugʻruq kunini aniqlash;
- Ballard shkalasi orqali (morfologik va nerv-mushak yetukligi jadvallari) bolani gestatsion yoshini aniqlash vaqtida bir necha qoidalarga rioya qilish kerak;
- Kuruv issiq, yaxshi yoritilgan, ortiqcha shovqinsiz xonada oʻtkaziladi;
- Baholashning optimal vaqti bola ovqatlangandan 1-2 soat oʻtgach hisoblanadi;
- Koʻruvda va belgilarni baholashda tizimli yondashuv boʻlishi lozim;
- Aniqlangan baho koʻrsatkichlari bolalarni rivojlanish tarixiga kiritilishi lozim.

Morfologik belgilariga koʻra bolaning gestatsion yoshini hisoblash
(Ballard Dj. 1979)

Belgilar	Ballar					
	0	1	2	3	4	5
Teri	Jelatinoz qizil, tiniq	Silliqlik pushti, vena tomirlari koʻrinarli	Yuzaki qipiqdash yoki/va vena tomirlari nomiga koʻrinadi	Burmalar kam, venalari kam koʻrinadi	Pergamentimon, chuqur egatli, tomirlar koʻrinmaydi	Yetuk, tukli burmali
Lanugo	Yoʻq	Koʻp	Siyraklashgan	Tuksiz sohalar	Koʻp qismi tuksiz	
Burmalar	Yoʻq	Aniq emas, qizil chiziqlar	Oyoq panjasi-ning oldingi qismi burmali	Oyoq panjasining 2/3 qismida burmalar	Oyoq panjasi-ning hamma qismi burmali	
Koʻkrak soʻrgʻichlari	Sezilar-sezilmas	Yassi, soʻrgʻich atrofi doirasi yoʻq	Toʻqima sezilarli, soʻrgʻich atrofi doirasi 1-2 mm	Soʻrgʻich koʻtarilgan, soʻrgʻich atrofi doirasi 3-4 mm	Sut bezi toʻqimasi toʻliq shakllangan, soʻrgʻich atrofi doirasi 5-10mm	
Quloq	Quloq suprasii yassi, bukilganidan soʻng bukilganicha qoladi.	Quloq suprasii biroz burmali, yumshoq, bukilganidan soʻng sekin toʻgʻrilanadi	Quloq suprasii kam burmali, yumshoq, bukilganidan soʻng oson toʻgʻrilanadi	Zich va shakllangan bukilganidan soʻng darhol toʻgʻrilanadi	Zich togʻay, quloq togʻay.	

Jinsiy a`zo (erkak)	Yorgʻoq boʻsh, burmasi yoʻq.		Urugʻdon yorgʻoqqa tushgan, burmalari bor.	Urugʻdon yorgʻoqqa tushgan, burmalari yaxshi	Urugʻdon “osilgan” yorgʻoq chuqur burmali	
Jinsiy a`zo (ayol)	Klitor va kichik jinsiy lablar boʻrtgan		Katta va kichik jinsiy lablar taxminan bir xil	Katta jinsiy lablar kichik jinsiy lablarini yopadi.	Klitor va kichik jinsiy lablar toʻliq katta jinsiy lablar tagida.	

Nerv-mushak yetukligi belgilari

Belgilar	Belgilar ballarda baholanadi.					
	0	1	2	3	4	5
Holati						
Kvadrat oyna						
Qoʻlning qaytar reaksiyasi						
Tizza osti burchagi						
Sharf simptomi						
Tovonni quloqgacha tortish						

Morfologik va nerv-mushak yetukligining umumiy ballari orqali

Yangi tugʻilgan chaqaloqning gestatsion yoshini aniqlash jadvali

Umumiy ballar	Gestatsion yoshi, (haftalarda)	Umumiy ballar	Gestatsion yoshi, (haftalarda)
5	26	30	36
10	28	35	38
15	30	40	40
20	32	45	42
25	34	50	44

Morfologik va nerv-mushak yetukligining umumiy ballari orqali Yangi tug‘ilgan chaqaloqning aniqlangan gestatsion yoshi 2 haftaga farq qilsa, ushbu bola rivojlanishdan orqada qolgan, deb hisoblanadi.

Yo‘rgaklash

Yangi tug‘ilgan chaqaloqni qattiq qisib yo‘rgaklash mumkin emas!

Sabablari:

- Diafragma harakatini cheklab o‘pka ventilyatsiyasini kamaytiradi;
- Tananing yo‘rgak siqqan sohalarida qon aylanishning buzilishi;
- Yo‘rgak va bola tanasi o‘rtasidagi havo yostiqchasi issiqlikni ushlab qola olmaydi;
- Bola harakatining cheklanishi issiqlik hosil bo‘lishini susaytiradi;
- Oyoq-qo‘llar harakatining cheklanishi nerv-mushak koordinatsiyasini rivojlanishiga to‘sqinlik qiladi;
- Boshi bilan qattiq qisib yo‘rgaklash bola boshi harakatini cheklaydi, natijada bola to‘laqonli ona suti bilan oziqlana olmaydi;
- Yo‘rgaklangan bola ko‘proq uxlaydi va kam emadi;
- Bolani erkin yo‘rgaklash bola huquqlarini cheklamaydi.

Cho‘miltirish

Bolani cho‘miltirish bola hayotining 2-3- kunigacha kechiktiriladi.

Agar bola tanasi qon yoki shilliqlar bilan ifloslangan bo'lsa, chumiltirishni tug'ilgandan 2 – 6 soatdan so'ng, tana haroratini va xona haroratini me'yorida saqlagan holda o'tkaziladi.

Ona va bolaning birgalikda bo'lishi

Ona va bolani birgalikda bo'lishining ijobiy tomonlari:

- Ona va bola o'rtasidagi jismoniy va emotsional yaqin muloqot;
- Ota-onada bolaga nisbatan javobgarlik hissini uyg'otish;
- Onaga bolani mustaqil parvarishlash ko'nikmalarini o'rgatish;
- Oilaga o'z tushunchalari va ko'nikmalarini ko'rsatish imkonini beradi;
- Mustaqil fikr yuritish imkonini beradi;
- Gospital infeksiyani bolaga o'tish xavfini keskin kamayishi.

1.3. Yangi tug'ilgan chaqaloqni klinik tekshirish

Yangi tug'ilgan sog'lom chaqaloqni odatda tug'ruq zalida uni teriga teri kontaktidan keyin (1-2 soat mobaynida) ko'rikdan o'tkaziladi. Xonada harorat 24-26⁰S bo'lishi kerak (jadval №1). Nur issiqligi manbaidan optimal foydalangan ma'qul. Qo'lni ko'ruvdan oldin yuvish lozim. Tekshirish tabiiy yoritilishda o'tkazilgani ma'qul, bu teri qoplamlari rangiga to'g'ri baho berishga imkon beradi. Ko'zdan kechirish yo'rgaklash stolchasida o'tkaziladi.

1 – jadval

Yangi tug'ilgan chaqaloq tana haroratini me'yorida saqlash uchun zarur bo'lgan tashqi muhit harorati

Tana vazni (kg)	Tashqi muhit harorati		
	29,5° S	26,5°S	24° S
1,5 – 2	Hayotining 2-kuni	Hayotining 3- kunidan	Hayotining 3- haftasidan
2 – 3		Hayotining 1- haftasi	Hayotining 2- haftasidan

3 va <		Hayotining 1- kuni	Hayotining 2- kunidan
--------	--	-----------------------	--------------------------

Yangi tugʻilgan chaqaloqning holatiga tashqi koʻrikda baho beriladi. Sogʻlom Yangi tugʻilgan bola uchun yuzning tinch ifodasi, jonli yuz ifodasi xos. Koʻzdan kechira boshlash koʻpincha emotsional qichqirish bilan oʻtadi. Bola qichqirigʻi kuchi, davomiyligi va modulyatsiyasi boʻyicha baholanadi. Kuchsiz qichqiriq yoki uning boʻlmasligi shifokorni tashvishlantirishi kerak. Oy-kuni toʻlib tugʻilgan chaqaloqdagi afoniya tovush boylamlariga shikast etganligi, MNS zararlanish: subdural gematoma, kalla suyagi ichiga qon quyilishi, homila infeksiyalari, somatik kasalliklar oqibati boʻlishi mumkin. Qoʻzgʻaluvchan (“miyadan”) qichqirish subaraxnoidal qon quyilishi, kalla suyagi ichida bosimning oshishi uchun xos. Tugʻma gidrotsefaliya, biliar ensefalopatiyada qichqiriq koʻpincha monoton (bir xil) tus oladi. “Miya qichqirigʻi” kalla suyagi nervlari kaudal guruhi (yadrolarini emas, koʻpincha oʻtkazuvchi yoʻllari)ning zararlanishini ifodalaydi. Sogʻlom bolaning qancha muddatgacha yigʻlashi taʼsirlovchining sababiga monand (ochlik, taktil, ogʻriq taʼsirotlari) boʻlishi kerak, sababi bartaraf etilgach tez orada yigʻi toʻxtaydi. Turli xil patologik holatlarda bu aloqa buziladi. Qichqirish xususiyatlari almashinuv buzilishlari (gipoglikamiya, gipokalʼtsiemiya), ayrim irsiy kasalliklar (Daun kasalligi, “mushuk chinqirigʻi” sindromi)ni diagnostika qilishga imkon berishi ehtimol. Tugʻma stridorda yigʻlash ifodasi oʻzgargan. Yangi tugʻilgan chaqaloqda harakat faolligi xususiyatlari palliar tizim ustunligi va mielinizatsiyaning etarli emasligi bilan bogʻliq. Sogʻlom Yangi tugʻilgan bola uchun bukuvchi mushaklar tonusining kuchayishi (fiziologik) xos, bu fleksor pozani belgilaydi: bosh koʻkrakka egilgan, qoʻllar tirsak boʻgʻinlarida bukilgan va tanaga yaqinlashtirilgan, panjalar bukilgan, oyoqlar tizza va chanoq son boʻgʻimlarida bukilgan. Yonbosh holatida bosh baʼzan orqaga egilgan. Kalla suyagi shakli va sogʻlom Yangi tugʻilgan chaqaloq holati homilaning tugʻruqdagi holatiga bogʻliq. Yozish harakatlarida (bosh, yuz) bosh odatda orqaga tashlangan,

yuzlari shishgan. Chanoq bilan kelganda oyoqlar tizza bo'g'imlarida yozilgan va chanoq-son bo'g'imlarida keskin bukilgan bo'lishi mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloq holatiga baho berishda tana nisbatiga baho berish muhim. Yangi tug'ilgan chaqaloq uchun quyidagi anatomik belgilar xos: boshi katta, miya bo'limi yuz bo'limidan ustunlik qiladi, bo'yin va ko'kragi kalta, yuqori bo'limida toraygan va pastki qismida kengaygan, qorni uzun, oyoqlari kalta.

Teri. Sog'lom Yangi tug'ilgan chaqaloqning terisi elastik, paypaslab ko'rilganda duxobasimon. Yangi tug'ilgan bola terisi tvorogsimon moy (vernix caseosa) bilan qoplangan bo'ladi. Ochiq-oydin ifloslanish yuz berganida yoki ishonarli xavf bo'lmaganda tug'ruqda bu moyni tozalash tavsiya qilinmaydi. Sog'lom Yangi tug'ilgan bolada teri qoplamalarining rangi yoshga bog'liq. Hayotining birinchi daqiqalarida akrotsianoz, perioral tsianoz bo'lishi mumkin. Me'yorda tsianoz bo'lishi moslashish jarayonida fetal qon aylanishining tashqi muhitda qayta qurilishiga bog'liq. Birlamchi parvarishdan so'ng teri harorati va taktil ta'sirlar natijasida tiniq pushti rangga kiradi. Bu holat fiziologik eritema deyiladi. Vaqtdan o'tgan homiladorlikda quyidagi o'zgarishlar yuz berishi mumkin: lanugo, kazioz moyining yo'qligi, kalla suyaklarining zichligi oshgan, choklar va liqildoqlar torligi, tirnoqlarning uzayishi. Kech muddatlarda tug'ilgan bolaning terisi quruq, deskvamatsiya qismlari, tovonlar, kaftlar sohasida matseratsiyalari bo'ladi. Terining turgori pasaygan. Teri osti yog' kletchatkasi kuchsiz rivojlangan, teri bo'shashgan bo'lib ko'rinadi.

2-3-kun oxiridan boshlab 60-70% bolalarda teri ikterik tus oladi. Hayotining 3-4-kunlari sariqlik yuqori darajaga etadi (umumiy billirubin qon zardobida 205 mkmol/l gacha), hayotining birinchi haftasi oxiri, ikkinchi hafta o'rtalariga kelib sariqlik yo'qoladi. Birinchi sutkada sariqlik paydo bo'lishi, uzoq davom etishi va davomiyligi, to'liqinsimon kechishi uning patologik ifodasidan darak beradi.

Terini ko'zdan kechirishda patologiyaga taalluqli bo'lmagan xususiyatlarni aniqlash mumkin.

– oqimtir sarg'ish toshma (*milia*), yog' bezlari sekreti bilan to'lgan juda mayda kistalardan tashkil topgan. Joylashuvi burun uchi va qanotlari, peshona

qismida bo‘ladi. Chaqaloqlik davrining oxirida yo‘qolib ketadi, davolashni talab qilmaydi.

– oldinda keluvchi qism terisiga, skleralarga *petixial qon quyilishlar* tug‘ruq jarohatlaridan yoki gemostaz patologiyasidan (ko‘proq trombotsitopatiyadan) dalolat berish mumkin.

– *teleangioektaziyalar* – bosilganda yo‘qoladigan qizg‘ish-ko‘kimtir dog‘lar, bu belgi ularni gemangiomadan ajratib turadi. Burun qansharida, boshning sochli qismi chegarasida, bo‘yinning orqa sathida joylashadi. Davolash talab etmaydi, bolaning 1-1,5 yoshigacha o‘zi yo‘qolib ketadi.

– *mug‘ul dog‘lari* dumg‘aza, dumbalar sohasida, kamroq sonlarning yon sathida joyladi, odatda ko‘kimtir rangga ega, bu pigment hosil qiladigan hujayralar mavjudligiga bog‘liq. Davolash talab qilinmaydi. 4-7 yoshlarga borib o‘zi yo‘qolib ketadi, ba‘zan umrbod qoladi.

– *tug‘ma hollar* terining har xil sohalarida joylashishi mumkin, ko‘pincha jigarrang yoki ko‘kimtir-qizil rangli.

Yangi tug‘ilganlik davrida patologik holatlar va ko‘pgina kasalliklarga teri qoplamlari rangining patologik o‘zgarishlari xos bo‘ladi.

Barqaror tsianoz borligi quyidagi qator kasalliklarning tashhisot mezonini bo‘lib xizmat qilishi mumkin:

– tserebral harakterdagi – asfiksiya, kalla suyagi ichiga qon quyilishlar, orqa miya bo‘yin qismining shikastlanishi, MNS zararlanishi bilan o‘tadigan infeksiyalar;

– o‘pka tufayli – pnevmopatiyalar, pnevponiyalar, pnevmotoraks, o‘pkaning rivojlanish nuqsonlari va b.;

– kardial tsianoz – tug‘ma yurak nuqsonlari, fetal kommunikatsiyalarning faoliyat ko‘rsatishi.

Akrotsianoz ilk neonatal davrda sog‘lom Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘limida harorat tartibi buzilganda bo‘lishi mumkin. *Perioral tsianoz* me‘yorda yig‘laganda va bezovta bo‘lganda paydo bo‘lishi mumkin. Turg‘un perioral tsianoz ko‘pincha kelib chiqishi kardial kasallik belgisi bo‘lishi mumkin.

Tug‘ilishda *teri qoplamalarining rangparligi* og‘ir gipoksiya, shok, tug‘ruq jarohatlaridan darak beradi. Uzayib ketgan rangparlik periferik qonda gemoglobin va eritrotsitlar miqdorini, gematokrit ko‘rsatkichini tekshirish uchun ko‘rsatma hisoblanadi.

Terining *kulrangsimon tusga* kirishi og‘ir asfiksiyada yoki perinatal infeksiyalar og‘ir kechganda (toksinlar ta‘siri), gipoglikemiyada kuzatiladi. Teri qoplamalarining *marmarsimonligini* muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalarda fiziologik deb hisoblasa bo‘ladi, muddatiga yetib tug‘ilgan chaqaloqlarda yetilmaganlik belgisi, sovqotish yoki MNS vegetativ bo‘limi boshqarilishining xususiyatlaridan sanaladi.

Teriga vizual baho berilgandan so‘ng palpasiya o‘tkazish zarur, bunda teri harorati, elastiktikligi, turlari, teri ostidagi yog‘ qatlami qalinligiga baho beriladi. Teri turgorining pasayishi gipotrafiya, suvsizlanish, muddatidan o‘tib ketgan homiladorlikda uchraydi.

Hayotining birinchi sutkalarida ko‘pincha qusishlar kuzatiladi. Ayni vaqtda qizilo‘ngach o‘tkazuvchanligi tekshirib ko‘riladi. Biroq qusishlar yoki qayt qilishning to‘xtamasligi qator kasalliklar: rivojlanish nuqsonlari, pilorospazm, MNS zararlanishi, infeksiyon kasalliklardan dalolat beradi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqni ko‘zdan kechirishda *anal teshikning borligini* va mekoniy ajratilishini qayd etish zarur. Keyinroq ko‘zdan kechirishda yoshga oid o‘zgarib turadigan najas ifodasi qayd qilinadi.

Dastlabki najas (mekoniy) – quyuq, to‘q-yashil rangdagi yopishqoq massa, odatda 1-2 kun keladi. Keyinchalik najas birmuncha tez-tez keladi, shakli va rangiga ko‘ra nogomogen bo‘ladi, u ichakning o‘tib ketuvchi katariga xos. 2-4 kun o‘tgach najas bo‘tqasimon va rangi sariq tillarang bo‘ladi. Ich kelishining tezlashuvi bola ovqatlantirishdagi xatolarda, ichakning infeksiyon zararlanishlarida ro‘y berishi mumkin va koprogrammani, bakterial ekmani o‘rganish uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning ko‘pchiligida najasida ko‘p miqdorda mutsin, uchdan bir qismida esa ozroq miqdorda to‘qima oqsili bo‘ladi.

Tizimlar bo'yicha ko'zdan kechirish. Agar bola vazmin bo'lsa, birinchi navbatda qorni ko'zdan kechiriladi va qorin bo'shlig'i a'zolari palpasiya qilinadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq pardalari, konyuktivalari ko'rikdan o'tkaziladi. Oyoqlarining chanoq son bo'g'imlarida kerilish darajasini tekshirishning oxirgi bosqichida aniqlanadi. Nafas olish soni va yurak qisqarishlari tezligini uyquda o'tkazgan ma'qul, chunki bu ko'rsatkichlar yangi tug'ilgan chaqaloqda beqaror bo'ladi.

Boshni ko'zdan kechirish. Yangi tug'ilgan chaqaloqda bosh shakli homilaning tug'ruqdagi holatiga va kalla suyaklarining tug'ruq yo'llari orqali o'tayotganda shakliga bog'liq. Yangi tug'ilgan bolaning boshi braxiotsefalik, dolixotsefalik va aksariyat noto'g'ri shaklda bo'lishi mumkin. Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqning bosh aylanasi odatda 34-37 sm.ni tashkil qiladi, bu ko'krak qafas aylanasi 1-3 sm.ga ko'p. Bosh aylanasi takroriy o'lchashni hayotining 3-kuni o'tkazish zarur, chunki bu vaqtga kelib tug'ruq shishi qaytadi. Tug'ruq o'smasi tug'ruq vaqtida homila boshini oldinda kelgan qismida joylashadi, hamirsimon konsistensiyaga ega, aniq chegarasiz atrofdagi to'qimalarga o'tadi. SHuningdek ko'zdan kechirayotganda choklar va liqildoqlarning holatiga baho berish zarur. Oldingi liqildoq chekka va peshona suyaklari o'rtasidagi tojsimon va sagittal choklar birikkan joyda joylashgan, orqa liqildoq – chakka va ensa suyaklari o'rtasidagi bo'ylama va lyambdasimon choklar kesishgan joyda joylashgan. Odatda katta liqildoq 2,5-3,0 sm o'lchamga ega va 8-12- oyga kelib yopiladi, kichik liqildoq ko'pincha bola tug'ilganda yopiq yoki hayotining 2-3-oyiga kelib yopiladi. Sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqlarda choklar va liqildoqlar odatda ularni hosil qilgan suyaklar sathida bo'ladi. Choklar va liqildoqlarning doimiy bo'rtib turishi kalla suyagi ichi bosimining oshishidan dalolat beradi. eksikozda katta liqildoqning ichiga botishi qayd etiladi.

Bosh aylanasi, uning ko'krak aylanasi mos kelishi, choklar va liqildoqlarning holati, liqildoqlarning yopilish muddatlari, ayniqsa homila rivojlanishdan orqada qolgan bolalarda va muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda o'ziga xoslikka ega, shuning uchun bitta ko'rsatkichning me'yoriy ko'rsatkichdan

chetlanishiga asoslanib bolada gidro- yoki mikrotsefaliya borligi to'g'risida xulosa chiqarishga hojat yo'q.

Sog'lom Yangi tug'ilgan chaqaloqning yuzi simmetrik. Yaqqol asimmetriya –rivojlanish nuqsonlari tug'ma dakriotsistit va jag' osteomieliti, kalla suyagi nervlarining zararlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Kefalogematoma – kalla suyagi gumbazi birorta suyagining suyak usti pardasi ostiga qon quyilishi, aniq chegaralangan va bitta suyak chegarasida joylashib, ba'zan ikki tomonlama bo'lishi mumkin, sekin so'rilib ketadi, yallig'lanishi, ohaklanishi mumkin. Kefalogematomaning yuz va gavdaning (gemisindrom) qarama-qarshi tomonidagi uchoqli nevrologik simptomatika bilan birga kelishi yarim sharning zararlanishi yoki kefalogenoma tomonida kalla suyagi ichiga qon quyilishiga olib keladi. Palpasiyada flyuktuatsiyalar aniqlanadi. Kefalogematomalar quyidagicha bo'linadi:

- 1) joylashuvi bo'yicha;
- 2) o'lchamlari bo'yicha: katta (5sm dan ko'p), o'rtacha (3-5sm) va kichik (3sm gacha);
- 3) kechishi bo'yicha: asoratlangan (og'ir, infeksiyalangan, ossifikatsiyalangan) va asoratlanmagan.

Kefalogematoma, ayniqsa akusherlik qisqichlarini qo'yish natijasida kelib chiqqan bo'lsa, kalla suyaklari sinishlari bilan birga uchrashi mumkin. Kefalogematoma bo'lgan barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlar kalla suyagini rentgenologik tekshiruvdan o'tkazish lozim. Kefalogematomalar davolashni talab etmaydi.

Aponevroz ostiga qon quyilishlar kalla suyagining bittasi bilan chegeralanib qolmaydi, flyuktuatsiya bilan ifodalanadi. Asoratlari: infeksiyalanish, giperbilirubinemiya, anemiya kamroq uchraydi.

Kalla suyaklarining sinishlari. Paypaslab aniqlash mumkin: krepitatsiya, shish. Tug'ruq jarohati oqibatida sinishlar ko'pincha chakka suyagi sohasida joylashadi. Ko'p sonli sinishlar takomilga etmagan osteogenez uchun xos.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda hayotining birinchi kunlarida **koʻzlarni koʻrikdan oʻtkazish** qiyinchilik tugʻdiradi. Holati oʻzgarganda, baʼzan tinch turganida ham qisqa muddatli, koʻlami tor gorizantal nistagm boʻlishi mumkin. Koʻz soqqalari harakatida vaqti-vaqti bilan yaqinlashadigan gʻilaylik paydo boʻlishi mumkin. Skleralar va konyunktivalar rangining oʻzgarishi ayrim irsiy kasalliklarda uchraydi. Skleralarning ikterik boʻlishi giperbilirubinemiya xos.

Reaktiv konʻyunktivitlar kamdan-kam uchraydi. Konʻyunktivitni birinchi navbatda infeksiyali koʻrinishi (xlamidiyalar, stafilokokk, ichak tayoqchasi) deb qarash kerak. Yiringli ajralmadan tashqari qizarish xos. Gonoblenoreya koʻp miqdorda yiringli ajralma, shish, yuqori qovoqning qizarishi bilan ifodalanadi. Konʻyunktivitda yiringli ajralmani gonokokk va xlamidiyaga bakteriologik tekshirish uchun koʻrsatma boʻlib hisoblanadi.

Ogʻiz boʻshligʻi, lablarning shilliq pardalari – soʻlakning kam ajralishi sababli tiniq pushti rang va quruqroq boʻladi. Ogʻiz boʻshligʻi shilliq pardasini yaxshi parvarish qilmaganda sathidan koʻtarilib turadigan oq dogʻlar paydo boʻladi, bu ogʻiz oqarishi deyiladi. Candida zamburugʻlari tomonidan chaqiriladi.

Eng koʻp uchraydigan **yuz rivojlanish nuqsonlari** (1:1000) – yuqori labning yorilishi (xeylosxizis) va qattiq tanglayning yorilishi (palatosxiz) hisoblanadi. Aspiratsion sindrom xavfi boʻlganda zond orqali ovqatlantirish lozim. Tugʻruqxonadan chiqarishgacha obturator qoʻllangan maʼqul.

Qator xromosoma kasalliklarida boʻyinining oʻzgarishi kuzatiladi. Kalta boʻyin umurtqalar tanalarining yassilanishi bilan bogʻliq boʻlishi mumkin. Qanotsimon boʻyin (boʻyinining yon sathlaridagi elkalarga tomon yoʻnalishida joylashgan terining uzunasiga ketgan burmalari) Shereshevskiy – Turner sindromi uchun xos. Boʻyinni palpasiya qilish toʻsh-oʻmrovi soʻrgʻichsimon mushakning asimmetrik taranglashishini aniqlash mumkin. Rentgenologik tekshiruv oʻtkazish tayinlanadi.

Sogʻlom yangi tugʻilgan chaqaloqda **koʻkrak qafasining shakli** bochkasimon, pastki apertura yoyilgan boʻladi. Koʻkrak qafasi simmetrik, pastki qismlar nafas harakatida faol qatnashadi. Koʻkrak qafasi shaklining quyidagi

patologik o'zgarishlari eng ko'p uchraydi: to'shning ichiga botishi va kuraklarning orqaga siljishi (voronkasimon ko'krak). Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda nafas buzilishlari natijasida to'shning ichiga botishini, voronkasimon ko'krak qafasidan farq qilish kerak. Distotsiya yoki travmatik tug'ruqlarda o'mrov suyagi sinishi xavfi kuzatiladi. Ko'krak qafasi paypaslab ko'rilganida o'mrov sinishi (sinishning qancha vaqtdan buyon mavjudligiga ko'ra shish, palpasiya qilishda krepitatsiya yoki qadoq borligi aniqlanadi), qovurg'alar sinishi (krepitatsiya, teri osti emfizemasi) aniqlanadi. Ko'krak qafasi rigidligining oshishi o'pka patologiyasi va ba'zi bir rivojlanish nuqsonlariga xos bo'ladi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirishda shifokor yurak-qon tomirlar va nafas tizimining funksional holatiga baho bera boshlaydi.

Cho'qqi turtkisi chapdan to'rtinchi qovurg'alar orasida o'rta-o'mrov chizig'idan 1-2sm tashqarida joylashgan. Nisbiy yurak tumtoqligi chegaralari pal'pator perkussiya bilan aniqlanadai: yuqori chegarasi – III qovurg'a chap chegarasi – chin o'rta o'mrov va oldingi aksillar chiziqlar o'rtasida, o'rta-o'mrov chizig'iga yaqin, o'ng chegarasi –to'shning o'ng chegarasidan 1 sm tashqarida yurak to'mtoqligi chegaralarining kengayishi tug'ma yurak nuqsonlarida, gemodinamik buzilishlardan bo'ladigan yurak dilatatsiyasida (asfiksiya, pnevmoniya, gepervolemiya) aniqlanadi. Yurak to'mtoqligi chegaralarining siljishi pnevmotoraks, diafragma churrallari, atelektaz uchun xos va rentgenologik tekshirish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqda yurak tonlari – aniq, jarangdor, tiniq bo'ladi. Yurak qisqarishlari chastotasi o'zgarib turadi (variabel) va tinchlikda minutiga 110-140 marta urishni tashkil qiladi. Bradikardiyada YQS minutiga 100 martadan kam. Tug'ilgandagi bradikardiya og'ir gipoksiya yoki tug'ruq jarohatlaridan darak beradi. Turg'un bradikardiya kalla suyagi ichiga qon quyilishlar, bilirubin ensefalopatiyasi, gipotireoz uchun xos. Bradikardiya, shuningdek metabolik buzilishlar, ritm buzilishlari ko'rinishi bo'lishi mumkin. Kamdan-kam hollarda bradikardiya yurakning infeksiyalar zararlanganiga bog'liq bo'lishi mumkin. YQS ning minutiga 160 dan ortiq bo'lgan taxikardiya, deb

hisoblanadi. Taxikardiya bilan bola gipertermiya, taktil, ogʻriq taʼsirotlariga javob beradi. Turgʻun taxikardiya ayrim yurak nuqsonlari, oʻpka patologiyasi, ritm buzilishlari uchun xos. Yurak tonlarining boʻgʻiqligi (toʻmtoligi) ogʻir va davomli gipoksiya, yurak nuqsonlari, miokardning infeksiyalar bilan zararlanishi, metabolik buzilishlar uchun xos. Hayotining birinchi soatlari va kunlarida turgʻun sistolik shovqin borligi hamma vaqt yurak nuqsonidan darak beravermaydi, balki fetal kommunikatsiyalar faoliyat koʻrsatish bilan bogʻliq boʻlishi mumkin. Yurak nuqsonlarida sistolik shovqin, odatda, hayotining 3-5-kuni paydo boʻladi, ortib borishga moyil, aksillar sohasiga, elkaga, ekstrakardial tomirlarga uzatiladi, tana vaziyatiga aloqador emas.

Oʻpka perkussiyasi bolaning chalqancha holatida qilinadi. Bunda jigarning yuqori chegarasi aniqlanadi. Sogʻlom yangi tugʻilgan chaqaloqda u V qovurgʻa sathida boʻladi. Orqa oʻpka maydonlarini bolani kaftga qoʻyib oʻtkazish maqsadga muvofiq. Zararlangan sath ustida perkutor tovushning qisqa tortishi pnevmopatiyalar, pnevmoniyalar, atelektaz, piogidrotoraks uchun xos. Qiyosiy perkussiya maʼlumotlari pnevmotoraks, oʻpka atelektazi, diafragma churrallari, oʻpka gipoplaziyasini aniqlashda ayniqsa koʻp axborot beradi. Perkutor tovushning har qanday oʻchoqli oʻzgarishlari koʻkrak qafasini rentgenologik tekshirish uchun koʻrsatmadir. Sogʻlom yangi tugʻilgan chaqaloqda nafas pueril, nafas olish va nafas chiqarishning $\frac{1}{3} - \frac{1}{2}$ qismi eshitiladi va hamma oʻpka maydonlari boʻylab oʻtkaziladi. Nafas ifodasining oʻzgarishi (susaygan, qattiq) hamda oʻpkaning oʻzgargan perkutor natijalari ham koʻpgina kasalliklar va nafas tizimining rivojlanish nuqsonlari boʻlib hisoblanishi mumkin.

Sogʻlom yangi tugʻilgan chaqaloqda oʻrtacha nafas soni 1 minutda 30-60 ni tashkil qiladi. Nafas sonining 1 minutda 60 dan koʻp boʻlishi taxipnoe, 30 dan kamligi bradipnoe deb baho beriladi. Nafas sonining oʻzgarishi nafas tizimi kasalliklari, MNS zararlanishlari, ayrim metabolik buzilishlar, yurak-tomirlari patologiyasi bilan birga oʻtadi.

Tugʻilishdan keyin birinchi-ikkinchi kundagi oʻpka ustidagi nam xirillashlar nafas Mexanikasi buzilgan taqdirda, homila ichi oʻpka suyuqligining qoldigʻi

soʻrilib ulgurmagan taqdirda patologiya hisoblanmaydi. Keyingi kunlarda esa patologiyadan darak beradi. Turli kalibrli xirillashlarning koʻpligi aspiratsion sindrom alomati boʻlishi mumkin. Xirillashlarning jarangdorligiga va joylashish doimiyligiga dinamikada baho berish diagnostik ahamiyatga ega. Nafas shovqinlari hiqildoqning rivojlanish nuqsonlarida (stridorda inspirator shovqin) va oʻpka zararlanganda (ekspirator shovqinlar) paydo boʻlishi mumkin.

Sogʻlom Yangi tugʻilgan bolada nafas harakati buzilishlari hayotining birinchi soatlarida qisqa apnoe (nafasning 10soniyagacha toʻxtab qolishi, undan oshishi patologik holat, deb hisoblanadi) va gasplar borligi bilan yuzaga chiqishi mumkin. Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda nafas boshqarilishi mexanizmlarining yetilmaganligi, metabolik buzilishlar (gipoglikemiya, gipokalʼtsiemiya va b.), qorincha ichiga qon quyilishlar, infeksiyalar bradikardiya va tsianoz bilan oʻtadigan davomli apnoe vujudga kelishiga sabab boʻlishi mumkin. Takrorlanadigan davomli apnoe talvasalar ekvivalenti sifatida qaralishi mumkin. Nafas susayishi ekstrapulʼmonal sabablardan (tor burun yoʻllari, shikastlanish natijasida burun shilliq pardasining shishi, OʻRVI, tugʻruq vaqtida onaga ayrim dori vositalarining qoʻllanilishi) boʻlishi mumkin. Yangi tugʻilgan chaqaloqning ogʻzi bilan nafas olishini auskulʼtatsiya usuli bilan qiyoslanadi.

Qorin. Sogʻlom yangi tugʻilgan bolada qorni yumaloq shaklda, nafas olish jarayonida faol qatnashadi. Qorinning dam boʻlishi sogʻlom yangi tugʻilgan bolalarda keragidan ortiqcha emizilganda, gaz (el) hosil boʻlishi oshganida (sunʼiy ovqatlantirish) sodir boʻlishi mumkin. Qorinning dam boʻlishi shuningdek past ichak tutilishi, girsheprung kasalligi, nekrozga uchratuvchi enterokolit, mekoniy ileusi (mukovistsidoz) klinik belgisi boʻlishi mumkin va aksariyat ogʻir infeksiyon kasalliklar: sepsis, pnevmoniya, homila ichi infeksiyalari bilan birga uchraydi. Qorinning ichiga botishi yuqori ichak tutilishi, diafragma churralari, postgemorragik anemiya, suvsizlanishga xos. Qorin asimmetriyasi diafragma churralari, qorin oldingi devorining rivojlanish nuqsonlarida kuzatiladi. Qorin oldingi devori teri qoplamlari rangining oʻzgarishi qorin boʻshligʻi aʼzolarining yalligʻlanish kasalliklari uchun xos boʻladi.

Kindik yarasini ko'zdan kechirish: uning o'lchamlari, yaracha atrofidagi va kindik halqasi terisining holati, uning bitish holati, kindik venasi (kindik ustidan o'rta chiziq bo'yicha) va ikkita arteriyasini paypaslash (kindikdan pastroqni va lateral).

Jigar. Sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqlarda jigar qovurg'a ravog'idan o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha ko'pi bilan 2 sm ga chiqib turadi. Jigar homila ichi infeksiyalari, asfiksiya, jigar subkapsulyar gematomasi, gemolitik kasallik, patologik sariqliklar, modda almashinuvi kasalliklarida kattalashishi mumkin.

Taloq. Yangi tug'ilgan chaqaloqda qovurg'a ravog'ida paypaslanadi. Splenomegaliyalar ko'pincha perinatal infeksiyalar, yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi, irsiy sferotsitoz va qator boshqa irsiy kasalliklarda uchraydi.

Buyraklar (ko'pincha o'ng) faqat chuqur paypaslashda aniqlanadi, yuzasining g'adir-budurligi rivojlanish nuqsonlarining belgisi bo'lishi mumkin.

Jinsiy a'zolari ko'zdan kechirish. Sog'lom yangi tug'ilgan o'g'il bolalarda moyaklar yorg'oqqa tushgan, jinsiy olat boshchasi chekka kertmak ostiga yashiringan. Muddatiga yetib tug'ilgan qiz bolalarda katta uyatli lablar kichiklarini bekitib turadi. Jinsiy lablar shishi, shilliqli yoki qonsimon ajralmalar jinsiy kriz ko'rinishi bo'lishi mumkin.

Sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloq qo'l-oyoqlarining tug'ma nuqsonlari yoki tug'ruq jarohatlarini ko'zdan kechirish lozim. Sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloqlarda chanoq-son bo'g'imlarida oyoqlarni deyarli gorizontal sathgacha kerish mumkin. Chanoq-son bo'g'imlarida harakatlanishning cheklanishini MNS zararlanishlarida, chanoq-son bo'g'imlari displaziyasida qayd qilinadi. Chanoq-son bo'g'imidagi tug'ma chiqishning mavjudligi Ortolani va Barlou testi orqali tekshiriladi. Ushbu holatlarda shubhaning bo'lishi ortopedga yuborish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

Chanoq-son bo'g'imlarida patologik harakatchanlik oyoqlarning mushaklari tonuslari pasayganda; ayrim irsiy kasalliklarda (Daun kasalligi, artrogripoz) qayd qilinadi.

Ko'zdan kechirishni yakunlayotgan shifokor bolaning muolajalarga javob natijasini, termoregulyatsiya barqarorligini yana bir marta baholaydi, somatik va nevrologik xususiyatlari, moslashish jarayonlari dinamikasini qayd etadi va olingan ma'lumotlarni yangi tug'ilgan bolaning rivojlanish tarixiga yozib qo'yadi.

Nevrologik ko'zdan kechirish. Yangi tug'ilgan bolada ko'rik sharoitlarini moslashdan boshlash kerak, chunki xonaning harorati, yoritilishi etarli bo'lmasa, hosil qilinadigan refleks, reaksiyalarga va boshqalarga ta'sir etadi. Ko'rik vaqtida xonada havoning optimal harorati bolaning 2-3 daqiqalik ochiq holatdagi moslashishidan so'ng, taxminan 24-26⁰S bo'lishi kerak. Past haroratda mushaklar tonusining oshishi va tremor paydo bo'lishi, yuqori haroratda – mushaklar gipotoniya bo'lishi mumkin. Yoritilish yangi tug'ilgan bolaga nisbatan simmetrik bo'lishi kerak, chunki bir tomondan tushayotgan yorug'lik qorachiq va ko'z yorig'ini yoritilgan tomonda torayishini chaqiradi. Ko'zdan kechirishda bolaning boshi sapital tekislikda bo'lishi zarur, chunki bosh burilgan tomondagi asimmetrik bo'yin-tonik refleks tufayli bosh burilgan tomonda mushak tonusining pasayishi, qarama-qarshi tomonda esa oshishi qayd qilinadi.

Oxirgi emizishdan keyin o'tgan vaqtni hisobga olish zarur, chunki bola to'yanidan so'ng bo'shashgan, unda mushak tonusi va qator reflekslar hamda reaksiyalar pasaygan bo'lishi mumkin, emizishdan oldin esa yangi tug'ilgan bola bezovtalik, tremor va mushak tonusi oshishiga olib keladigan nisbiy gipoglikemiya holatida bo'lishi mumkin.

Keyinroq yangi tug'ilgan chaqaloqning holatini aniqlash maqsadga muvofiq bo'ladi, chunki reflekslar va reaksiyalarning bir xil ko'rsatkichlari bolaning bir holati uchun fiziologik va boshqa holati uchun patologik bo'lishi mumkin. H.F.R.Prechtl va D.J.Beintema (1964) yangi tug'ilgan chaqaloqning quyidagi holatlarini farq qiladilar.

- 1) ko'zlar yumilgan, nafas olish bir tekis, harakatlar yo'q;
- 2) ko'zlar yumilgan, nafas olish notekis, sezilarli katta harakatlar yo'q;
- 3) ko'zlar yumilgan, katta harakatlar yo'q;
- 4) ko'zlar ochiq, doimiy sezilarli harakatlar, qichqirish yo'q;

- 5) ko'zlar ochiq yoki yumuq qichqirish yoki qo'zg'alish holat;
- 6) har qanday boshqa holat (tasvirlansin), jumladan koma.

Ko'rik uchun optimal 4 holat hisoblanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning umumiy faollik ko'rsatkichi aloqaga kirishishi, norozilik reaksiyasi (zo'rlab uyg'otish, ochlik, xul yo'rgaklar va b.) va ta'sirlovchi omillar bartaraf qilinganida tinchlanish tezligi bo'yicha baholanadi. CHaqaloqning kommunikabelligi hamda xulq-atvorini aniqlashda bolaning va tekshiruvchining o'zaro aloqasi muhim ahamiyat kasb etadi va shunga ko'ra chaqaloqning quyida tasvirlangan reaksiyalarigina emas, balki ularni olishda tekshiruvchining sabotliligi ham katta ahamiyatga ega. Yorug'lik ta'sirotiga javoban bola qovoqlarini yumadi (agar ko'zlari yumuq bo'lsa) yoki qisadi (agar ko'zlari ochiq bo'lsa). Qator yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yorqin buyumga qarash, ba'zan esa hatto kuzatish qayd qilinadi. eshituv ta'sirotida Yangi tug'ilgan chaqaloqda ko'z yumilishi (koxleopal'pebral refleks) yoki qorachiq torayishi (koxleopupillyar refleks) paydo bo'lishi mumkin. Qator hollarda tarqalgan startle-reaksiya (quyiroqqa q.) paydo bo'lib, Moro refleksi uning elementi bo'lishi mumkin. Bolaning aloqa bog'lashiga baho berishda jonli (tekshiruvchining yuzi va tovushi) va jonsiz (sun'iy va tabiiy yorug'lik manbalari, qo'ng'iroq, qarsak) ta'sirlovchilarga eshituv va ko'ruv reaksiyasining farqi muhim hisoblanadi. Izlash, kaft-og'iz, tortib olish reflekslari va Babinskiy refleksi (quyiroqqa q.) taktil sezuvchanlik borligidan darak beradi.

Bolaga ohista igna sanchishda qoshlarini chimiradi, ko'zlarini qisadi, burunlab egatini bujmaytiradi, og'zini ochadi, lablarini cho'chchaytiradi, og'zi cho'ziladi, tili taranglashadi, iyagi titraydi, chinqiradi, shuningdek harakat reaksiyasini: fleksiya bilan qo'l-oyoqlar adduktsiyasini chaqiradi. *Og'riq reaksiyasi* ta'sirotdan bir necha sekund o'tgach paydo bo'ladi, bu mielinizatsiyaning etarlicha emasligidan, yangi tug'ilgan chaqaloq nervlari bo'yicha o'tkazuvchanlikning sekinligiga bog'liq.

Sanab o'tilgan reaksiyalarning pasayishi qator somatik va nevrologik kasalliklar natijasida MNSning faolligining pasayish belgisidan yoki tegishli

analizatorning zararlanishdan bo'lishi mumkin. Chunonchi, og'riqqa reaksiya yo'qligi irsiy sensor polinevropatiyaning oqibati bo'lishi ham mumkin.

Bolaning umumiy faolligining belgilari orasida *spontan harakat faolligini* ko'rsatib o'tish zarur. Uni baholash etarli darajada sub`ektiv va shifokorning tajribasiga bog'liq, ob`ektivlashtirishga esa faollik videoyozuvini tahlil qilinganda erishish mumkin. Odatda spontan harakatlar oyoqlarni vaqti-vaqtida bukish va yozish ularning birini ikkinchisi ustiga qo'yish (chalishtirilish), tayanchdan tortishdan; qo'llarni mushtlarni qisib tirsak va bilak-kaft bo'g'imlarida ko'krak sathida harakatlantirishdan iborat.

Yangi tug'ilgan bolalar uchun fiziologik hisoblangan harakatlarda xoreatetoid komponent borligi ekstrapiramid motorika ustunligidan darak beradi va tilning bezovtaligi, barmoqlarning cho'zilishi va bir-biriga aloqador bo'lmagan harakatlardan iborat bo'ladi.

Yangi tug'ilgan bolaning *yuz ifodasi* etarlicha boy va odatda, simmetrik; u ko'zni qattiq qisishdan, qovoq solishdan, burun-lab burmalarining chuqurlashuvidan, labni cho'chchaytirishdan, og'zini ochishdan iborat.

Yuz asimmetriyasi bola boshining tug'ruq yo'llaridan o'tish xususiyatlari sababli birinchi kunlarda bo'lishi mumkin. Ikkinchi tomondan, yuz asimmetriyasi kranial innervatsiyasi zararlanganiga bog'liq bo'lish mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqda ko'z soqqalarining harakatlari etarlicha muvofiqlashmagan va turtkisimon, ayrim bolalarda tinchlikda gorizonta nistagm qayd etilishi mumkin, bolani aylantirganda nistagmning borligi vestibulyar apparatning bekamu ko'stlik belgisi hisoblanadi. Doimiy yoki davomli (20 s dan ko'p) nistagm (gorizonta, vertika, rotator) gipoksik-ishemik ensefalopatiya (II bosqich), kalla suyagi ichiga qon quyilishi, orqa miya beshinchi va (yoki) oltinchi bo'yin segmenti sathidagi spinal jarohat sababli vertebral-bazilyar etishmovchilik natijasida vestibulyar apparatining ta'sirlanishidan dalolat beradi. O'tib ketadigan hamkor g'ilyalik borligi sog'lom yangi tug'ilgan bolaning fiziologik xususiyati bo'lishi mumkin, biroq keyinchalik dinamik kuzatuvni talab qilmaydi. Bir ko'z soqqasining yaqinlashishi bilan o'tadigan turg'un hamkor g'ilyalik

uzoqlashtiruvchi nervning zararlanganidan darak beradi; tarqoq g'ildaylik ko'zni harakatlantiruvchi nervning zararlanganidan dalolat beradi va odatda, zararlangan tomondagi ptoz va qorachiq kengayishi (midriaz) bilan birga keladi.

Me'yorda yangi tug'ilgan bolada qorachiqlar yumaloq shaklda, simmetrik va 2-3mm diametrga ega. Qorachiqlarning simmetrik torayishi (mioz) gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning II bosqichida qayd qilinadi; ptoz va enoftal'm bilan birga keladigan bir tomonlama mioz qorachiq toraygan tomonda orqa miyaning ettinchi bo'yin segmenti sathida zararlanish belgisi hisoblanadi (Klod Bernar Gorner sindromi), shuningdek mioz tomonida ataksiya, tremor va mioklonuslar bo'lganda miya qopqog'i zararlanganini taxmin qilish mumkin. Simmetrik midriaz gipoksik – ishemik ensefalopatiyaning I bosqichida qayd etiladi, bir tomonlama midriaz yuqorida ko'rsatib o'tilgan ko'zni harakatlantiruvchi nervning zararlanishi bilan birga o'rta miya zararlanganidan va midriaz tomonda ptoz bilan va qarama-qarshi tomonda gemiparez bilan birga namoyon bo'ladi va Veber sindromini shakllantiradi.

Ko'z yorig'ining torayishiga olib keladigan holatlar yuqorida bayon qilingan edi. Burun-lab burmasining tekislashuvi va yuzning pastki yarmida yuz ifodasining susayishi, ko'z yorig'i kengaygan tomonda mushak tonusi va periostal reflekslarning oshishi va tilning qarama-qarshi tomonga deviatsiyasi bilan birga namoyon bo'ladigan ko'z yorig'ining torayishi ko'z yorig'i kengaygan tomonda piramida yo'llar zararlanganidan darak beradi. Ko'z yorig'i qovoqlarni yumib bo'lmaslik (lagoftal'm), ko'z soqqasining yuqoriga ketishi (Bella fenomeni), ko'p yosh oqishi yoki, aksincha, ko'zning quruqligi yuz nervi yoki yadrosining periferik zararlanganini ko'rsatadi. Mushak tonusi, periostal reflekslar va qarama-qarshi tomonidagi gipokineziya bilan shunday simptomatika borligi o'rta miya zararlangandan darak beradi (Miyar-Gyubler sindromi); yuz nervi periferik parezi belgilarining so'rish, yutish, til mushaklari atrofiyasi, shuningdek qator hollarda quloq tog'ayining deformatsiyasi va pastki jag'ning o'sib yetilmaganligining birga uchrashi yuz nervlari yadrolarining tug'ma (odatda autosom-dominant) o'sib yetilmaganidan dalolat beradi (Mebius sindromi).

Ko‘z soqqalarining pastga harakatlarida (boshini birjoyda spontan yoki tez harakati) qovoq va rangdor parda o‘rtasida skleraning oq hoshiyasi paydo bo‘ladi. (Grefe simptomi). Grefe simptomi sog‘lom muddatiga yetmay tug‘ilgan va yetuk bo‘lmagan bolalarda, shuningdek muddatiga yetib tug‘ilganlar hayotining birinchi kunlarida namoyon bo‘lishi mumkin. Bu simptom gidrotsefaliya, kalla suyagidagi gipertenziya, bilirubin ensefalopatiyasida paydo bo‘lishi mumkin.

Asimmetrik og‘izni ochish. Bu bola esnaganda va qichqirganda yuz berib, uch shoxli nerv harakat qismining bir tomonlama zararlanish belgisi bo‘lishi mumkin. Yutish, qichqirish tuzilishi va til mushaklari atrofiyasi kranial nervlarning *kaudal guruhi* (til-yutqun, adashgan va til osti nervlari) ning zararlanishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, bunda yutish refleksining pasayishi kaudal guruhdagi nervlarning periferik zararlanishi (bul‘bar falajlik), oshishi – yadro usti tuzilmalarining zararlanishidan bo‘ladi (psevdobul‘bar falajlik).

Yangi tug‘ilgan chaqaloqning qichqirishi umumiy faolligining eng muhim ko‘rsatkichlaridan biri sanaladi va davomiyligi hamda ifodasi bo‘yicha baholanadi. Sog‘lom yangi tug‘ilgan bola uchun qattiq, jarangdor, emotsional yig‘lash xos. Kuchsiz yig‘lash hamma kasalliklarda, MNS faoliyati susaygan sindromi bilan o‘tadigan ham nevrologik (kalla suyagi ichiga qon quyilishlar, neyroinfeksiyalar, gipoksik – ishemik ensefalopatiyaning II bosqichi), ham somatik (sepsis, pnevmoniya va b.) kasalliklarida kuzatiladi. Asabiylashib jahl bilan yig‘lash hamma holatlar, chunonchi nevrologik (gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning I bosqichi, kalla suyagi ichiga qon quyilishi) hamda metabolik (gipoglikamiya, gipokal’tsimiya, gipomagnemiya va b.) holatlar uchun xos bo‘lib, ular nerv-reflektor qo‘zg‘atuvchanlik yoki kalla suyagi ichi gipertenziyasi bilan o‘tadi. Monoton (bir xil) yig‘i tug‘ma gidrotsefaliya va bilirubin ensefalopatiyasidan darak berishi mumkin. Qichqirish kranial nervlarning kaudal guruhi yoki shu yadrolar bilan bog‘liq yadro usti tolalari zararlanganda ovozi bo‘g‘iqlashib qoladi. Yangi tug‘ilgan bola yig‘isining chastotali ta‘rifi 400-650 Gts ga mos keladi ya‘ni birinchi oktavodagi “do”-“sol” notalari). Chastotasi 800-1200 Gts pasayib boruvchi ohang bilan yig‘lash paydo bo‘lishi bolada og‘riq borligini bildiradi.

Titrash (muayyan amplituda va chastota o'qi atrofida jamlangan vaqti-vaqtida tebranishlar sifatidagi) Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning deyarli yarmisida uchraydi va fleksor mushak gipertoniyasi, chaqaloq bolalarning turg'un reflekslari va yuqori periostal reflekslari bilan birga jitteriness belgilaydi, bu sog'lom bolalarda gipernoradrenalinemiyaga bog'liq, biroq shuningdek gipoglikemiya, gipokal'tsiemiya, gipomagniemiya, narkotik abstinent sindrom, sepsis, gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning I bosqichi, kalla suyagi ichiga qon quyilishi oqibati bo'lishi ham mumkin. Past amplitudali yuqori chastotali titrash yangi tug'ilgan bola yig'laganda yoki qo'zg'algan holatida, shuningdek uyquning ayrim bosqichlarida fiziologik hodisa hisoblanadi. Tarqalganligi bo'yicha titrash iyak, til, shuningdek oyoq-qo'llarni qamrab olishi mumkin.

Mushak tonusi Yangi tug'ilgan chaqaloq harakat faolligining eng muhim ta'rifi hisoblanadi. Bolaning faol mushak tonusi (pozasi) va passiv tonusi haqida gapirish mumkin, uning qiymati bo'g'imlardagi harakatchanlik tekshirilganda aniqlanadi. Sog'lom muddatiga yetib tug'ilgan bolada tonusning fleksor oshishi (qo'llar hamma bo'g'imlarda bukilgan, gavdaga yaqinlashtirilgan va ko'krak qafasiga yopishgan, panjalar musht qilib qisilgan, qo'lning bosh barmoqlari qolgan to'rtta barmoq ostida; oyoqlar bo'g'imlarda bukilgan, oyoq panjalarida orqaga bukish ustunlik qiladi). Qator hollarda qo'llarda mushak tonusining oyoqlarga nisbatan fiziologik oshishining ustunligi va bo'yin ekstenziyasi qayd qilinadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning faol mushak tonusi haqida, shuningdek bolani havoda yuz tuban ko'tarib turilganda xulosa chiqarish mumkin, bunda bolaning boshi gavdasi bilan bitta chiziqda joylashadi, bolaning qo'llari bir oz bukilgan, oyoqlari esa uzatilgan bo'ladi. Bir soatlik video yozuvda sog'lom yangi tug'ilgan bola chalqancha vaziyatda toki stimulyatsiya qilguncha boshini 55 minutgacha o'ngga burgancha tutadi, fleksiya pozasi ekstenzor va asimmetrik pozalar kabi shuncha uchraydi. Fleksor poza, ehtimol, yangi tug'ilgan chaqaloqning ko'rikka reaksiyasi bo'lsa kerak.

Me'yoriy passiv mushak tonusining taxminiy ko'rsatkichlari: bosh harakatlanganida yon iyak akromial o'simtaga tegadi; qo'llarni tirsak

bo'g'imlarida 108^0 gacha yozish mumkin, bilak-kaft bo'g'imlarida 150^0 gacha bukish mumkin; bukilgan sonlarni har tomonga 75^0 (burish) uzoqlashtirish; 90^0 burchak ostida tizza bo'g'imida bukilgan oyoqni yozish; panjalarni dorsal bukish 102^0 ni tashkil qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda traktsiya o'tkazishda (bilagidan tortilganda) me'yoriy mushak tonusida tirsak bo'g'imlarida oz-moz yozilish ro'y beradi, shundan keyin fleksor holatda tekshiruvchi bolani qo'llaridan tortganda yana tonusning oshishi kuzatiladi:

Mushak tonusi bolaning gavda tuzilishi va fiziologik holatiga ko'ra o'zgarishi mumkin. SHuning uchun mushak tonusidagi beqaror va ozgina o'zgarishlarni oldindan patologik, deb hisoblamaslik kerak. Bitta guruh mushaklarida o'zgaradigan tonus mushak distoniyasi deyiladi.

Mushak tonusining oshishi fleksor gipertoniyaning kuchayishida yuzaga chiqadi (osiltirilgan holatda bolada qo'llar va oyoqlar keskin bukilgan, traktsiyada bukish fazasi bo'lmaydi), yuqorida ko'rsatilgan burchakli ko'rsatkichlar pasaygan mushak tonusining bunday oshishi gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning boshlang'ich bosqichlari, kalla suyagi ichiga qon quyilishlar uchun xos. Qator hollarda ekstenzor guruh mushaklarining tonusi oshadi, bu fleksor gipertoniya oshishi, boshi yuz tuban pastga osilgan holatda esa bolaning boshi orqaga tashlangan, qo'llari yozilgan. ekstenzor gipertoniya opistotonus ko'rinishida maksimal darajada yuzaga chiqadi: boshi orqaga tashlangan, oyoqlari yozilgan va ko'pincha chalishtirilgan (ustma-ust qo'yilgan). Mushak tonusining ekstenzor oshishi gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning III bosqichi, meningitlar, kalla ichiga qon quyilishlari (ayniqsa, orqa kalla suyagi chuqurchasiga) uchun xosdir. Billirubin ensefalopatiyasi uchun ham bolaning oyoq-qo'llari uzatilgan va qo'l panjalari musht qilib qisilgan spetsifik holati xosdir.

Mushak tonusining pasayishi lokal va tarqalgan bo'ladi. Mushak tonusining tarqalgan pasayishida Yangi tug'ilgan chaqaloqning o'ziga xos holati qayd qilinadi – "baqa" holati (oyoq-qo'llar hamma bo'g'implarda yozilgan, sonlar uzoqlashgan va tashqi rotatsiyada, qorin keng va yassilashgan). Passiv harakatlar hajmi ko'paygan, yuz tuban pastga engashtirilganda bosh va oyoq-qo'llari osilib turadi, traktsiyada

bukish fazasi yo‘q va boshi orqaga tashlanadi. Tarqalgan gipotoniya Yangi tug‘ilgan chaqaloqlik davrida ko‘pchilik somatik va nevrologik kasalliklarning belgisi bo‘lishi mumkin (sepsis, pnevmoniya, harakat buzilishlari sindromi, har xil etiologiyali homila ichi infeksiyalari, metabolik buzilishlar, gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning II-III bosqichlari, kalla suyagi ichiga qon quyilishlar, spinal tug‘ruq jarohati, nerv-mushak kasalliklari (jumladan Vernig-Goffmann kasalligi). Mushak gipotaniyasi orqa miya yoki miyacha evolyutsiyasi individual xususiyatlarining belgisi (Uolton xavfsiz mushak gipotaniyasi) bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatib o‘tish joiz.

Lokal gipotaniya tegishli nevrал innervatsiyaga (jarohatli nevropatiya, pleksopatiya) yoki segmentar buzilishlarga (tug‘ruq spinal jarohati) bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Reflektor faoliyatga ushbu refleksni kam deganda uch marta tekshirish asosida baho beriladi. Refleks tebranishi uchala sinamalarda saqlanib qolganda yoki uchinchisida amplituda juda oz pasayganda refleks me‘yoriy hisoblanadi: tebranishning saqlanib qoladigan dastlabki past qiymatida yoki refleksni qayta chaqirishda keskin pasayadigan uchta sinamada, shuningdek refleks hosil qilish uchun takror qo‘zg‘atishga zarurat bo‘lganda u pasaygan hisoblanadi. Birinchi chaqirishda refleksning me‘yoriy tebranishi va keyin uning pasayishi yoki refleks yo‘qolishi uning kamayib ketganini ko‘rsatadi. Refleksning yuqori tebranishi yoki chaqirgan sayin uning ortishi refleks oshganligidan darak beradi. Refleksning ekzal’tatsiyasi deganda uning spontan paydo bo‘lishi yoki xos bo‘lmagan qo‘zg‘atuvchiga nisbatan paydo bo‘lishi, so‘nish yo‘qligi va himoya mexanizmlarining ishga tushishi tushuniladi. Bir necha reflekslarni (Moro va yuqorigi tortib olish; tayanch va qadamli) tekshirishni bir usulda jamlash hisobiga, vaqt bo‘yicha qisartirish mumkin. Yangi tug‘ilgan bolada periostal (pay, chuqur) reflekslar etarlicha beqaror (labil) va ularni boshqa ko‘rsatkichlardan alohida baholash kam axborot beradi. Tizza reflekslari eng muntazam chaqiriladi, Yangi tug‘ilgan bolani tekshirishning eng kam hajmiga axill, bitsipital va karporadial reflekslarni o‘rganishni kiritish mumkin. Periostal reflekslarning simmetrik

pasayishi yoki yo‘qolishini yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning somatik va metabolik kasalliklari natijasida MNS faolligining umumiy pasayishida, shuningdek gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning II-III bosqichlarida, tug‘ruq spinal jarohatlarida, irsiy nerv-mushak kasalliklarida kuzatish mumkin. Reflekslarning asimmetrik pasayishi yoki yo‘qolishi innervatsiya sohalari bilan muvofiq ravishda nevrал yoki segmentar spinal zararlanish to‘g‘risida ma’lumot berishi mumkin. Periostal reflekslarning simmetrik oshishi yoki ekzal’tatsiyasi chaqaloqlarning qator somatik va metabolik kasalliklari va holatlari (masalan, gipoglikemiya, gipokal’tsiemiya va b.), shuningdek yuqorida tasvirlangan jitteriness hodisasida, gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning I bosqichida, kalla suyagi ichiga qon quyilishlar va kalla suyagi ichi gipertenziyasi bilan o‘tadigan boshqa holatlarda bo‘ladi. Periostal reflekslarning asimmetrik oshishi gipokineziya, mushak tonusining oshishi va kranial innervatsiya bilan birga bosh miya qarama-qarshi yarim shari markaz oldi pushtasining yoki pastga tushuvchi piramid yo‘llarning zararlanidan dalolat beradi.

Qorin va kremaster reflekslarni chaqirish va ifodalanganligining doimiy emasligi sababli neonatologiyada chegaralangan ahamiyatga ega.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning reflekslarini (“birlamchi”, “shartsiz reflekslar”) tekshirish alohida ahamiyatga ega. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning ko‘pgina reflekslari bolaning evolyusion yetilganligini, uni funksional holatini aks ettiradi va ulardan faqat ayrimlari muayyan topik ahamiyatga ega. Ularning ko‘p sonli ekanligini nazarda tutib, eng ko‘p axborot beradiganlari xususida to‘xtalib o‘tish zarur. Bola og‘iz burchagi sohasidagi terisini silashda bosh ta’sirlovchi tomonga buriladi (izlash refleksi), barmoqni yangi tug‘ilgan chaqaloqning lablariga ohista tekkizilganda lablarini cho‘zadi (tumshuq refleksi), og‘ziga so‘rg‘ich solinganda so‘rish harakatlari paydo bo‘ladi (so‘rish refleksi). Kaft sohasini bosilganda bola og‘zini ochadi, boshini egadi, elka va bilaklarini bukadi (Babkinning kaft-og‘iz refleksi), barmoqlarni yangi tug‘ilgan bola qo‘liga kiritilganda tekshiruvchining barmoqlarini tortadi (yuqori changallash refleksi), bu qator holatlarda bolani o‘rnidan ko‘tarish imkoniyatini beradi (Robinson refleksi).

Moro refleksini chaqirish usuli bo'yicha ko'p ko'rinishli hisoblanadi, bu uning startle-reaksiyasi (cho'chish reaksiyasi) yoki arousal-reaksiyasi (uyg'onish, jonlanish reaksiyasi) deb ataladigan, ya'ni yangi tug'ilgan chaqaloqning birmuncha murakkab fe'l-atvoriga bog'liq. Moro refleksi eshituv ta'sirotlariga (qarsak), taktil va vestibulyar ta'sirotlarga (yo'rgaklash stolchasi bo'ylab urish, bola gavdasi holatini o'zgartirish va h.k.) paydo bo'ladi. Ta'sirotga javoban yangi tug'ilgan bola qo'llarining har tomonga uzoqlashishi va qo'l panjalarining yozilishi (I faza) paydo bo'ladi, shundan so'ng qo'llar dastlabki holatiga qaytadi (II faza). Umurtqa pog'onasi bo'ylab elka terisi ta'sirlantirilganda yangi tug'ilgan bola gavdasini ta'sirlanish tomoniga yoysimon bukadi (Galant refleksi). Qo'ltig'idan ko'tarilgan bola oyoqlarini hamma bo'g'imlarida bukadi, tayanchga qo'yilgadi esa yarim bukilgan oyoqlarda turadi (muddatiga yetmay tug'ilganlarda kuzatiladi), bola oldinga engashtirilganda u qadam tashlash harakatlarini qiladi (yurish refleksi), bunda u oyoqlarini boldirining uchdan bir pastki qismida chalishtirishi mumkin. Bola qorni bilan yotganda tekshiruvchi o'z kaftlarini uning oyoq panjalariga qo'yganida reflektor itarib yuborish va emaklash paydo bo'ladi (Bauer refleksi). Oyoq panjasi yostiqchasi II-III barmoqlar sohasida bosilganda tovonning bukilishi paydo bo'ladi (Verkomning pastki changallash refleksi), tovonni shtrixli ta'sirlantirishda uning yozilishi va barmoqlarning elpig'ichsimon ochilishi paydo bo'ladi (Babinskiy refleksi).

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar reflekslarining faolligi o'zgarishi periostal reflekslar o'zgarishlaridagi holatlarga bog'liq bo'lishi mumkin. Kaft-og'iz va yuqori changallash refleksi, shuningdek Robinson refleksi orqa miyaning tegishli bo'yin segmentlari zararlangani to'g'risida ma'lumot berishi mumkin. Bu Moro refleksiga ham taalluqli, biroq uning pasayishi miya o'zagi zararlanishlariga bog'liq bo'lishi ham mumkin. Moro refleksi holati yangi tug'ilgan bola umumiy funksional holatining asosiy ko'rsatkichlaridan biri hisoblanadi. Yangi tug'ilgan bola umumiy funksional holatining boshqa muhim ko'rsatkichlari bo'lib, pastki tovon refleksi va Babinskiy refleksi hisoblanadi, ularning yo'qolishi nerv tizimining faoliyati juda pasayib ketganda paydo bo'ladi. Qadam (yurish) refleksi

va tayanch refleksi ko‘pincha yirik bolalarda bo‘lmaydi. Galant refleksi ba‘zan bola hayotining 5 – kunidan keyin paydo bo‘ladi.

Yangi tug‘ilgan bola reflektor faoliyatining o‘ziga xosligi vestibulyar reflekslar borligi hisoblanadi. Chalgancha yotgan yangi tug‘ilgan bolaning boshi egilganda qo‘llardagi fleksor tonus oshadi, ekstensor tonus esa-oyoqlarda oshadi, bosh yozilganda (ko‘tarilganda) qarama-qarshi reaksiya (simmetrik bo‘yin-tonik refleks). Bolaning boshi yon tomonga burilganda burilgan tomondagi qo‘l va oyoqda yozilish hamda qarama-qarshi tomonda bukilish ro‘y beradi. Gestatsiyaning 36-37-haftasidagi bolalarda bo‘yin-tonik reflekslari yaxshi ifodalangan, uning ortiqcha ifodalanganligi muddatiga yetib tug‘ilgan bolada gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning II bosqichida, bilirubin ensefalopatiyasida, kalla suyagi ichiga qon quyilishlarida uchraydi. Spontan harakatlar va reflektor faolligi ba‘zi bir turlarining paydo bo‘lish va so‘nish dinamikasi 2 – jadvalda keltirilgan.

2-jadval

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda reflekslar evolyutsiyasi

(Volpe J.J., 1995)

Refleks	Paydo bo‘lishi (haftalar)	Barqaror aniqlanishi (haftalar)	Yo‘qolishi (oylar)
So‘rish	28	32-34	12
Izlash	28	32-34	3-4
Yuqori changallash	28-32	32	2
Bo‘yin tonik	35	4	7
Moro	28-32	37	6
Yrriish	35-36	37	3-4
Galant	28	40	3-4
Babinskiy	34-36	38	12

Yangi tug‘ilgan chaqaloq vegetativ nerv tizim faoliyatini simpatik va parasimpatik tuzilmalari ta’sirlarining balansi bo‘yicha baholash mumkin. Yangi tug‘ilgan bolada vegetativ faoliyat ko‘rsatkichlari orasida ko‘z qorachiqslari, teri qoplamalari holatini, arterial bosim darajasini, yurak urishi va nafas soni va mustaqilligi, ichak peristal’tikasini, so‘lak va bronxlar sekretsiyani ajratish zarur.

Simpatikotoniya da midriaz, arterial gipertenziya, taxikardiya, taxipnoe, “talvasali” nafas, ichak peristaltikasi pasayishi, soʻlak va bronxlar sekretsiasining kamligi qayd qilinadi. Teri qoplamalari tomonidan rangparlik va oq dermografizm ustunlik qilishi qayd etiladi. Simpatikotoniyaning ustunligi chaqaloqlarda qator somatik kasalliklarning oʻtkir fazasida (sepsis, pnevmoniya), shuningdek gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning I bosqichida, meningoentsefalitlarda kuzatiladi. Gipernoradrenaminemiya sababli simpatikotonik holatlari tremor bilan oʻtadi.

Parasimpatik (va unga hamkorlikdagi serotoninergik) tonus mioz, arterial gipotenziya, bradikardiya va bradipnoe, aritmik nafas, apnoe elementlari, moʻl soʻlak va bronxial sekretiya bilan namoyon boʻladi. Teri qoplamalari giperemiyalangan, dermografizm odatda, qizil boʻladi. Parasimpatikotoniyaning ustunlik qilishi somatik va nevrologik kasalliklarning ogʻir (baʼzan terminal) shakllari (sepsis, harakat buzilishlari sindromi, meningoentsefalit, gipoksik-ishemik ensefalopatiyaning II bosqichi, subtentorial qon quyilishlar) xos. Aksariyat neonatologik amaliyotda vegetativ tonusning beqarorligi (vegetativ distoniya sindromi yoki vegetativ-vistseral disfunktsiyalar sindromi) qayd etiladi, bunda qorachiqalar diametrining labilligi, yurak urishlari va nafas soni va ritmi, bronxlar va soʻlak sekretsiasining oʻzgarib turishi kuzatiladi. Teri qoplamalari “marmarsimon” tusga kiradi. Agar yangi tugʻilgan chaqaloqni yonboshga burilganda gavdaning pastki yarmi giperemiyali, yuqori qismlari esa rangpar boʻlsa (“arlekin” simptomi), muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda va homila rivojlanishdan orqada qolgan chaqaloqlarda vegetativ boshqarilish yetilmagan deb taxmin qilish mumkin. SHuningdek, oy kuni yetib tugʻilgan bolalardagi vegetativ distoniya sindromi aksariyat miya ichiga qon quyilish holatlarida uchraydi.

Boshni koʻzdan kechirishda kalla suyagi shakliga, uning oʻlchamlariga, choklar va liqildoqlarning holatiga asimmetriyalar borligiga eʼtibor berish lozim (yuqoriga “Boshni koʻzdan kechirish”ga q.). Kalla suyagi shakli tugʻruq oʻsmasi yoki kefalogramatoma natijasida oʻzgargan boʻlishi mumkin.

Yangi tugʻilgan sogʻlom chaqaloqlar nerv tizimi holatini dinamik oʻrganish bolalarning deyarli yarmida goʻdakning nevrologik statusida tranzitor fiziologik

o'zgarishlar borligidan dalolat beradi (tranzitor nevrologik disfunktsiya). Bu o'tib ketuvchi g'ilylik yoki ko'z harakatlarining epizodik suzuvchanligi, ko'ruv vaqtida reaksiyasining pasayishi, beqaror tremor va periostal reflekslar amplitudasining qisman o'zgarishi, mushaklar tonusining qisman oshishi, Moro, Galant, qadam tashlash va tayanch reflekslarining hayotining dastlabki 4 kunida tegishli ravishda pasayishi, hayotining birinchi kunida faoliyat pasayishi simptomlarining ustunligi, ikkinchi kunida ortishi va 4 kundan pasayishning eng kam ko'rinishlari va yangi tug'ilganlik davri oxirida yo'qolishidan iborat. Shuning uchun yangi tug'ilgan chaqaloqning nevrologik statusida u yoki bu chetlanishni fiziologik yoki patologik toifaga kiritish uchun uni boshqa hodisalar munosabati bilan baholash, diagnostik kuzatish, qator hollarda esa tegishli bo'lgan qo'shimcha tekshirish usullardan foydalanish zarur.

Bolani joriy parvarishini aniqlash maqsadida, ko'ruvning boshida avvalambor, bola hayoti uchun xavfli simptomlarni tekshirish zarur. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar xavfli simptomlari spetsifik emas. Ularga: ishtahasi pastlik/ovqatdan bosh tortish, taxipnoe (1 daqiqada 60dan ortiq nafas olishi), tush suyagining yaqqol ichkariga tortilishi, ixrab nafas olishi, talvasa, mushaklarning gipo- yoki atoniyasi, tana haroratining uzgarishi ($>38^{\circ}\text{C}$ yoki $<36,5^{\circ}\text{C}$), birinchi 24 soat davomidagi sariqlik yoki kaft va tovonlarning sariqligi. Ushbu hayot uchun xavf belgilarining borligi aniqlanganda, bolaga zudlik bilan davo choralarini boshlash va bolani yuqori darajali tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiyot muassasalariga o'tkazish lozim.

1.4. Muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloq

Muddatiga yetmay tug‘ilgan bola, deb to‘liq 37 haftalik homiladorlikka yetmay yoki oxirgi hayz siklining birinchi kunidan hisob qilinganida to‘liq 259 kundan erta tug‘ilgan bolaga aytiladi. Tana vazni va gestatsion yoshiga nisbatan oy kuni yetib tug‘ilgan va muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalarni ikki guruhga ajratiladi: jismoniy rivojlanishi bo‘yicha gestatsiya muddatiga muvofiq keladigan bolalar va gestatsiya muddatiga nisbatan jismoniy rivojlanishdan orqada qolgan bolalarga bo‘linadi. Muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalar soni (uchrash soni), ayrim istisnolar hisobga olinganda, sanoati rivojlangan mamlakatlarda 5-10% ni tashkil qiladi.

37 va undan ortiq haftada tug‘ilgan yoki tana vazni 2500 g dan kam tug‘ilgan chaqaloqlar “kichik vaznli, muddatiga yetib tug‘ilgan bola” yoki homila ichi rivojlanishidan orqada qolgan, oy-kuni yetib tug‘ilgan bolalar sifatida belgilanadilar.

Tana og‘irligi 1500g va bundan kam (1499 – 1000g) tug‘ilgan bolalar o‘ta kichik vaznli bolalar guruhini tashkil qiladi, tana og‘irligi 1000g dan kam (999 – 500g) bolalar esa – ekstremal kichik vaznli bolalar deyiladi.

Homiladorlik muddati (gestatsiya muddati) shartli ravishda oxirgi hayz siklining 1-kunidan hisoblanadi. “Postkontseptual yoshi” – onaning oxirgi hayz siklining boshlanishidan bolaning haftalardagi taxminiy umumiy yoshi hisoblanishi mumkin. Masalan, gestatsiyaning 25 – haftasida tug‘ilgan 7 haftalik bola (bolaning yoshi 1 oy. 3 hafta) 32 haftalik postkontseptual yoshdagi bola, deb sharhlanadi.

Vatanimiz adabiyotida ilgari mavjud bo‘lgan chala tug‘ilganlikning darajalari bo‘yicha tasnifidan hozirgi vaqtda foydalanilmayapti. Tana og‘irligi va gestatsion yoshning nisbati bo‘yicha oy-kuni yetib tug‘ilgan va muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalarni uchta guruhga bo‘linadi: gestatsion yoshiga ko‘ra katta (jadval buyicha 90 sentildan katta), gestatsion yoshiga mos keladigan va gestatsion yoshiga nisbatan kichik (jadval buyicha 10 sentildan kichik). Har bir bunday

guruhga tipik patologiya xos. Shunday qilib, bolalarni ushbu guruhlar bo'yicha taqsimlash tug'ilgandan so'ng darhol har bir bola uchun patologiyani prognoz qilish imkonini beradi, bu turli kasalliklarning klinik ko'rinishi ko'pincha o'xshash bo'lgan og'irligi kam bolalar bilan amaliy ishlashda ayniqsa muhim.

Muddatiga yetmay tug'ilgan bola rivojlanishining hamma ko'rsatkichlariga muvofiqligiga, uning a'zo tizimlari klinik holatiga baho berish uchun birinchi navbatda uning gestatsion yoshini bilish zarur. Tana vazni bu holda mezon bo'lib xizmat qila olmaydi, chunki tug'ilishda tana vazni 2,5 kg dan kam bolalar orasida ularning taxminan uchdan bir qismi oy-kunida tug'ilgan, homila rivojlanishi asimmetrik yoki simmetrik turda orqada qolganligi aniqlangan.

Bolaning jismoniy rivojlanishi uning gestatsion yoshiga muvofiqligiga postnatal baho berish uchun maxsus jadvallardan (3-jadval), yoki JSST tavsiyasiga ko'ra homila rivojlanishi grafigidan (1 grafik) foydalaniladi.

Vaqtidan ilgari boshlanadigan tug'ruq Yangi tug'ilgan bolalar o'rtasida o'lim va kasallanishning ekstraordinar ko'payishi bilan o'tadi. SHu munosabat bilan homilador ayolni zamonaviy tug'ruqqacha kuzatish va tug'ruqqa yordam berishning eng muhim vazifalaridan biri muddatiga yetmay tug'ilishning oldini olish hisoblanadi.

Homilaga va muddatiga yetmay tug'ilgan bolaga medikamentoz ta'sir. Akusherlikda qo'llaniladigan muddatiga qadar tug'ruqlarning oldini olish usullarining ta'sirini, shuningdek tug'ruqda ba'zi bir dori vositalardan foydalanishning Yangi tug'ilgan muddatiga etmagan chaqaloqqa ta'sirini muhokama qilish lozim. Vaqtidan ilgari tug'ruqlar oldini olishning umumiy qabul qilingan choralarini o'tkazishda (sotsial quvvatlash, bachadon faolligi monitoringi, yotoq tartibi, farmakologik usullar) bola uchun tug'ruq natijalarining ko'rsatkichlari bo'yicha hech qanday statistik ishonarli patologik ko'rinishlar kuzatilmagan.

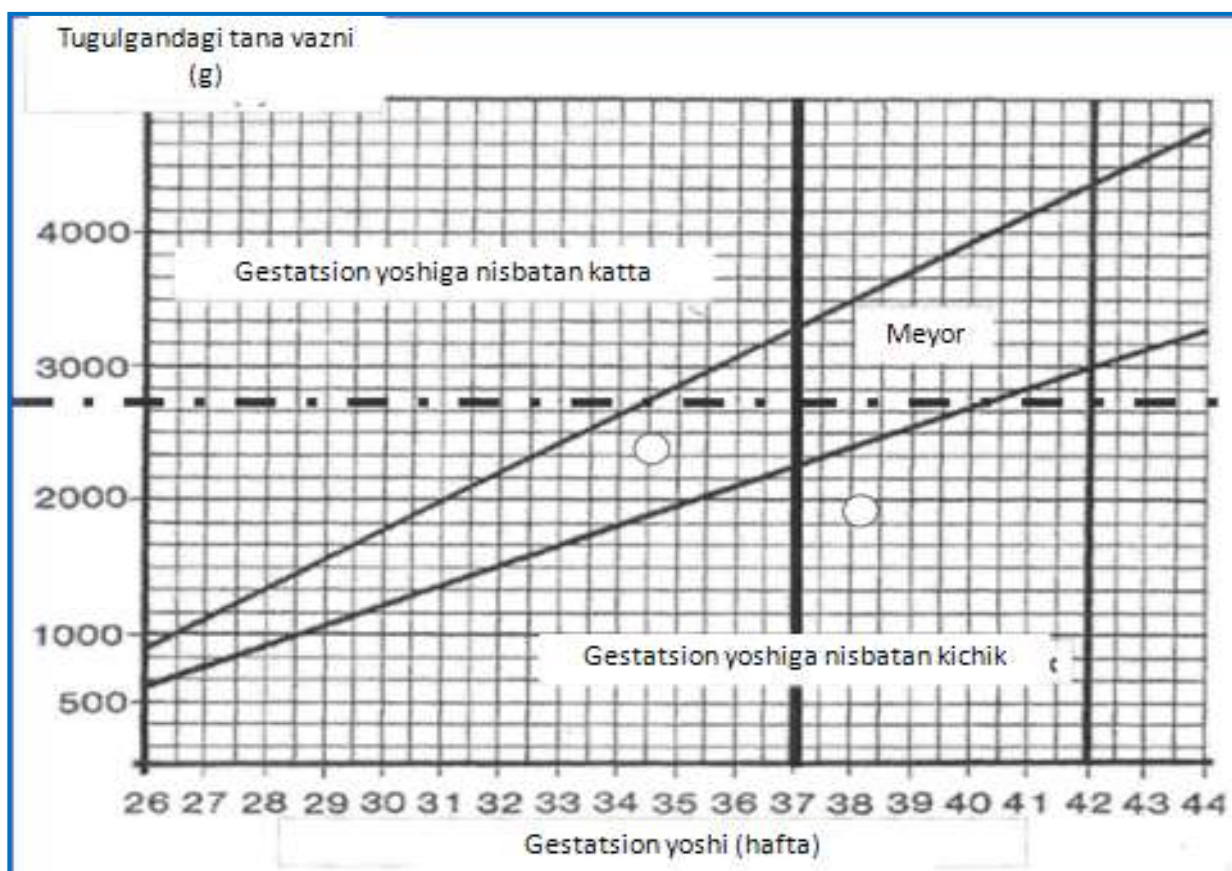
3 – jadval

Tug'ilishda jismoniy rivojlanishning gestatsion yoshga bog'liq holda asosiy ko'rsatkichlari ($M \pm \sigma$)

(G.M.Dementeva, E.V.Korotkaya, 1981)

Gestatsiya muddati, hafta	Tana og'irligi, g	Tana uzunligi, sm	Bosh aylanasi, sm	Ko'krak aylanasi, sm	Og'irlik bo'y koeffitsienti
28	1124±183	35,9±1,8	26,6±1,9	23,9±1,9	31,2±3,9
29	1381±172	37,9±2,0	28,0±1,5	25,7±1,7	36,3±3,3
30	1531±177	38,9±1,7	28,9±1,2	26,4±1,4	39,4±3,7
31	1696±212	40,4±1,6	29,5±1,5	26,7±1,6	41,9±4,3
32	1827±267	41,3±1,9	30,2±1,6	27,9±1,9	44,1±5,3
33	2018±241	42,7±1,8	30,6±1,2	28,4±1,7	46,4±4,6
34	22,35±263	43,6±1,7	31,1±1,3	28,9±1,7	49,9±4,9
35	2324±206	44,4±1,5	31,9±1,3	29,6±1,6	51,7±4,6
36	2572±235	45,3±1,7	32,3±1,4	30,1±1,9	53,6±4,9
37	2771±418	47,6±2,3	33,7±1,5	31,7±1,7	57,9±6,6
38	3145±441	49,6±2,0	34,7±1,2	33,1±1,6	63,6±6,9
39	3403±415	50,8±1,6	53,5±0,9	34,3±1,2	66,9±6,6
40	3546±457	51,7±2,1	35,7±1,3	35,0±1,7	68,8±7,5

Homila ichi rivojlanishi grafigi



Vaqtidan ilgari boshlangan tugʻruqlarni davolashning oʻziga xos xususiyatlari bor. Bunday sharoitda qoʻllaniladigan β -adrenomimetiklar yoʻldosh orqali oʻtishiga hech qanday shubha yoʻq. Homila β -retseptorlarining stimulyatsiyasi umuman olganda onadagi singari reaksiyalarni, xususan taxikardiyani chaqiradi, garchi u homilada onadagiga nisbatan odatda kam yuzaga chiqqan boʻlsa-da. Onada va homilada metabolik reksiylar – tugʻruqlardan keyin gipogligemiya va giperinsulinemiya avj olishiga olib kelishi mumkin boʻlsa-da, tugʻruq faoliyatini toʻxtatish maqsadida β -adrepomimetiklardan foydalanish fonida yoki undan keyin tez orada tugʻilgan chaqaloqlarda qondagi glyukoza darajasini tekshirish tavsiya etiladi.

Magniy sulʼfatdan shuningdek tugʻruqqa qadar va tugʻruq vaqtida foydalaniladi. Homila qonida magniy darajasi onadagi koʻrsatkich bilan uzviy korrelyatsiya qiladi. Magniy preparatlari bilan davolash davrida yoki tez orada

tugʻilgan bolalarda uyquchanlik va boʻshashish kuzatilishi mumkin, ularda mushak tonusi past, qonda kalʼtsiy darajasi pasaygan. Bunday bolalarga ortiqcha magniyni chiqarilishi uchun 3-4 kun talab qilinadi.

Shunday qilib, bu dori vositalari tugʻruqni vaqtincha kechiktirish uchun foydali boʻlishi mumkin va bu fursat onani intensiv perinatal va neonatal tegishlicha davolash uchun ixtisoslashgan markazga oʻtkazish, neonatal kasallanishni kamaytirish maqsadida glyukokortikoidlar tayinlash singari taʼsirchan tadbirlardan foydalanish kerak.

Homila oʻpkasining yetilishini tezlashtirish. Respirator distress-sindrom vaqtidan ilgari yuz bergan tugʻruqning eng oddiy asorati hisoblanadi, u gestatsion yoshining 34-haftasigacha tugʻilgan 50%dan koʻproq bolalarda kuzatiladi.

Yoʻldosh orqali homilaga oʻtadigan kortikosteroidlar tayinlash respitator distress-sindrom holatlarining klinik muhim va statistik ishonarli pasayishiga olib keladi. Davo boshlanishidan 24 soatdan koʻp va 7 kundan kam vaqtda tugʻilgan bolalarda eng katta natijaga erishiladi, biroq bu optimal davrgacha yoki undan keyin tugʻilgan bolalarda ham respirator patologiya hollarining kamayishi qayd qilinadi. Onaga tayinlangan kortikosteroidlar 31-haftagacha tugʻilgan bolalar uchun ham taʼsirga ega. Ular nonatal patologiyani boshqa jiddiy shakllari rivojlanish xavfini pasaytiriradi, masalan, qorincha ichiga qon quyilishlar xavfini 50%ga kamaytiradi. Bu, ehtimol, respitator distress-sindrom kamayishi bilan bogʻliq boʻlsa kerak.

Bu prepatalarni qoʻllash shuningdek nekrotik enterokolit holatlarining rivojlanishini ham kamaytiradi. Qorinchalar ichiga qon quyilishlardagi singari bu ijobiy taʼsir, ehtimol respirator patologiyani susayishi va Mexanik ventilyatsiyaning pasayishi natijasida bevosita paydo boʻladi.

Klinik sinovlarning maʼlumotlari kortikosteroidlar bilan davolash perinatal infeksiyon kasalliklar xavfini kuchaytiradi, deb hisoblashga asos boʻla olmaydi. Bu hamma homiladorlarga, jumladan tugʻruq boshlanguncha homila pufagi (qogʻanoq) yorilgan ayollarga ham taalluqli.

Onalari tugʻruqqacha kortikoidlar olgan bolalar orasida neonatal oʻlim darajasi past, bu guruhda yashab ketgan bolalar soni nazorat guruhidagi bolalar bilan taqqoslanganda tugʻilish paytiga kelib oʻrta hisobga birmuncha past gestatsion yoshga ega. SHunga qaramay, glyukokortinosteroid “olgan” bolalar guruhida nevrologik va intellektual testlarning mezonlari nazorat guruhiga nisbatan yaxshiligi maʼlum boʻldi. Respirator distress-sindromda ham, uni davolashda ham birga keladigan asoratlarning ogʻirligini eʼtiborga olib, buni tushuntirish mumkin.

HROQ da (bu koʻpincha muddatiga yetmay tugʻilganlik bilan birga uchraydi) onada arterial gipertenziya boʻlmagan taqdirda homila oʻpkasi, hatto tezlashgan yetilishi bilan ajralib turishi mumkin, biroq bunda ham kortikosteroidlarni tayinlash foydali hisoblanadi. HROQda antenatal kortikosteroid davoning potentsial nojoʻya oqibati neonatal gipoglikemiya boʻlishi mumkin.

Shunday qilib, 24 mg dozada betametazon, 24 mg dozada deksametazon yoki 2g dozadan gidrokartizon tayinlash oʻlim darajasining sezilarli pasayishi va gospitalizatsiya qiymati va davomlilikining kamayishi bilan oʻtadi.

Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarning tashqi koʻrinishi qator farq qiladigan belgilarga ega, ular gestatsiya muddatiga bevosita bogʻliq boʻladi. Gestatsion yosh nechogʻlik kam boʻlsa, bu belgilar koʻproq yaqqol ifodalangan boʻladi.

Oʻsishning past koʻrsatkichlari va oziqlanishning pasayishi amalda tugʻilgan hamma muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarga xos. Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalar uchun noproportsional tana tuzilishi: boshi gavdasiga nisbatan katta, boʻyin va oyoqlari kalta, kindigi pastda joylashgan. Bu xususiyatlar oyoqlarning oʻsish surʼati qisman homiladorlikning ikkinchi yarmiga xosligiga bogʻliq. Tana vazni ekstremal past boʻlgan muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlar uchun teri qoplamlarining yaqqol giperemiyasi xos. Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarning keyingi xususiyati mayin tuklarning (lanuga) jadal koʻpayishi, ular faqat elka va orqada emas (muddatida tugʻilgan boladagi kabi), balki yonoqlar, sonlar, dumbalarda ham boʻladi. Teri osti yogʻ qavati yupqalashgan yoki yoʻq, yonoqlar sohasidagina qolgan boʻladi. Tugʻilgan vaqtda tirnoqlar koʻpincha barmoqlarning

uchlarigacha yetmaydi. Tirnoqlar homiladorlikning 28-32-haftasida barmoqlarning uchlarigacha etadi, 35 haftadan ortiq muddatda esa barmoqlar chetidan chiqib turadi. Tog'ay to'qima etarli rivojlanmaganidan muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda quloq supralari yumshoq, kalla suyagi shakli muddatida tug'ilgan bolalarga nisbatan yumaloqroq, suyaklari yumshoq, choklari va liqildoqlari ochiq. Miya kalla suyagi yuznikidan ustunligi qayd qilinadi. Qiz bolalarda jinsiy yoriq ochilib turadi, chunki katta jinsiy lablar kichik lablarni yopib turmaydi. O'g'il bolalarda moyaklar yorg'oqqa tushmagan va chov kanallarida yoki qorin bo'shlig'idan bo'ladi. Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda sut bezlarining fiziologik dag'allashuvi bo'lmaydi.

Tashqi belgilardan birortasi alohida qaralganida muddatiga yetmay tug'ilganlikning shak-shubhasiz belgisi bo'la olmaydi, ularning qo'shilib kelishigina hisobga olinadi.

Muddatiga yetmay tug'ilgan bolaning funksional xususiyatlari. Muddatidan oldin tug'ilgan bolalar uchun bo'shashganlik, uyquchanlik, kuchsiz yig'i, mushak tonusining pasayishi, emish refleksining susayishi termoregulyatsiyaning takomillashmagani xos. Bunda fiziologik me'yorlar gestatsion yosh va hayotlik vaqtiga bog'liq holda birmuncha farq qilishini ko'rsatib o'tish lozim. Hayotining birinchi kunlarida me'yor deb hisoblangan belgilar (masalan, metabolik atsiroz) keyinchalik patologiya bo'lib chiqadi.

Muddatiga yetmay tug'ilgan bolaning nafasi muddatida tug'ilgan bolaniqidan minutlik soni ko'pligi va labilligi, nafas harakatlarining yuzakiligi, nafas chuqurligining notekisligi, davomiyligi turlicha respirator pauzalar paydo bo'lishi bilan farq qiladi. Apnoe soni (nafasning 10 s va ko'proqqa to'xtashi) o'ta muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda maksimal (eng yuqori) bo'ladi. Muddatiga yetmay tug'ilgan sog'lom chaqaloqlarda apnoe davrlari nafas chuqurligining bir xil (Biot turi), nafas harakatlari davrlari bilan to'g'ri almashinuvi, pauzalar bilan davriy nafas olishi va tobora ko'payishi, so'ngra esa nafas amplitudasining pasayishi (Cheyin-Stoks turi) mumkin. O'ta muddatiga yetmay tug'ilgan bolalar uchun nafas chiqarish qiyinlashib, talvasali harakatlar xos bo'ladi. Nafas soni

gestatsion yoshga bogʻliq holda birmuncha oʻzgarib turadi. Nafas olish soni oʻrta hisobda minutiga 48-52 (36 dan 62 gacha) ni tashkil qiladi. Bu gestatsion yosh bilan korrelyatsiya qiladi: gestatsion yosh nechogʻlik kam boʻlsa, paradoksal uyqu fazasida nafas shu qadar koʻproq boʻladi.

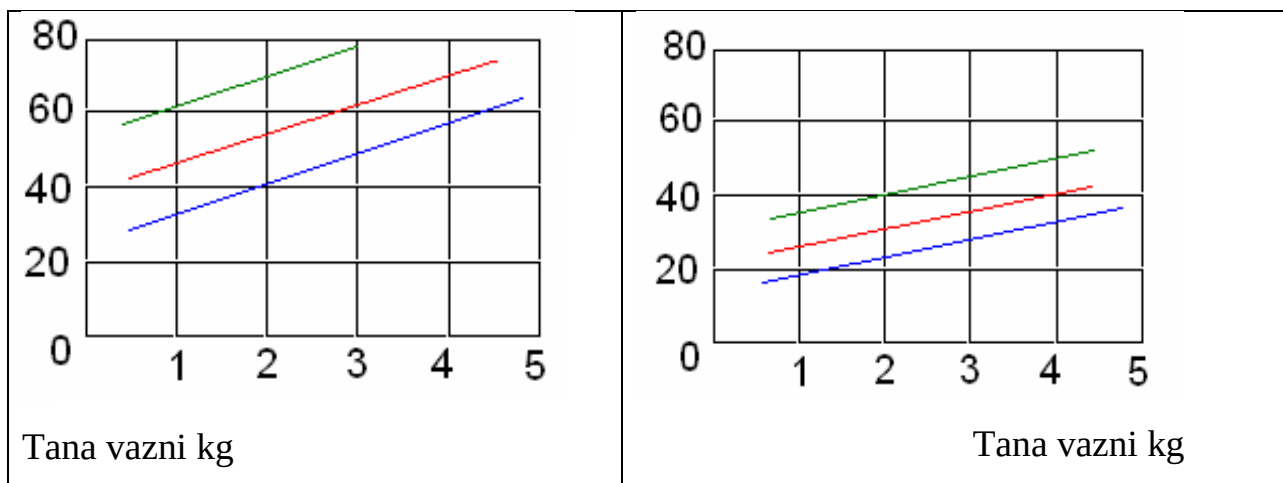
Yangi tugʻilgan bolalarda yurak qon-tomirlar tizimining funksional xususiyatlari nerv tizimi vegetativ simpatik boʻlimining ustunligi bilan ifodalanadi. Har qanday taʼsirotlar yurak urishlarini tezlashtiradi, tonlari jarangdorligini kuchaytiradi va arterial bosim oshadi. Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda YQS Yangi tugʻilganlik davrida minutiga 140-160 marta uradi, bezovtalikda esa YQS minutiga 200-220 martaga etishi mumkin. Ayrim bolalarda auskulʼtatsiyada *embriokardiya* fenomeni – I va II tonlar orasidagi pauzalarning davomlilik boʻyicha bir xilligi va II va I tonlar orasida yurak tonlarining kuchi boʻyicha bir xilligi bilan karakterlanadigan yurak ritmi aniqlanadi.

Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda arterial bosimni nazorat qilish intensiv neonatal parvarishning ajralmas qismidan iborat. Sistolik arterial bosimning pastki darajalari tugʻilishdan keyin dastlabki 12 soatda: 1500g tana vaznida simob ustunining 40mm, 3000g tana vaznida 50mm ni tashkil qiladi. Bosh miyaning ishemik va gemorragik shikastlanishlarining oldini olish uchun miya qon oqimini monand va barqaror quvvatlab turish gʻoyat muhim. Qon plazmasi hajmini koʻpaytiradigan eritmalarni asta-sekin quyish, inotrop preparatlar infuziyasi yoʻli bilan arterial gipotenziani korrektsiya qilish tavsiya etiladi.

2- grafik

Yangi tugʻilgan chaqaloqlar arterial bosimi koʻrsatkichlarining sentil grafiklari

Sistolik bosim	Diastolik bosim
mm rt.st	mm rt.st



Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda (ayniqsa tana vazni ekstremal kichik) aksariyat Finkel'shteyn simptomi aniqlanadi: yon bosh holatida terining turlicha rangdaligi kuzatiladi. Pastki yarmi pushti rang, yuqorisi – oq rang. Bu simptom teri kapillyarlari tonusi ustidan nazoratni amalga oshiradigan gipotalamusning yetilmaganligiga bogʻliq.

Buyraklarning funksional xususiyatlari. Kunlik diurez hayotining 1-haftasi oxirida 60 dan 130 ml gacha oʻzgarib turadi. Siydik ajratishlar soni sutkasiga 8-13 marta. Koptokchalar fil'tratsiyasining hajmi minutiga $19,4 \text{ ml/m}^2$, suvning kanalcha reabsorbsiyasi 96%. Funksional yetilmaganlik buyrak osmorelulyatsiyasining takomilga etmaganligida ham namoyon boʻladi. Buyraklar faoliyatiga baho berish uchun soat sayin diurez surʼatini qayd etish kerak, bu hayotining 3-kunigacha soatiga 1ml/kg, 3-kunidan soatiga 2-5 ml/kg ni tashkil qiladi.

Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarning homiladan tashqari hayot sharoitlariga moslashish xususiyatlari

Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarda tana vaznini yoʻqotilishi tugʻilgandagi vazniga nisbatan oʻrta hisobda 9-14% ni tashkil qiladi. Uning tugʻilishdagi vazniga bogʻliqligi kuzatiladi. Tana vazni katta bolalarda uning yoʻqotilishi muddatiga yetib tugʻilgan bolalarga xos raqamlarga yaqinlashgan (6-8%). Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda tana vaznining kamayib ketishi vaqt boʻyicha choʻzilgan, tananing birlamchi vazniga tiklanishi hayotining 2-3-haftasigacha davom etadi.

Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarda tranzitor giperbilirubinemiya muddatida tugʻilgan bolalarga nisbatan birmuncha koʻproq kuzatiladi. Sariqlik 90-59% muddatiga yetmay tugʻilganlarda qayd qilinadi, muddatiga yetmay tugʻilgan bolalar qonida bilirubin miqdori qonda 85 mkmolʻ/l gacha etadi, biroq uning yigʻilishi sekinroq roʻy beradi. Barvaqt tugʻilgan chaqaloqlarda sariqlik intensivligi bilan giperbilirubinemiya darajasi oʻrtasida oʻzaro aloqadorlik boʻlmaydi. Muddatiga yetmay tugʻilgan bolada jigar ferment tizimining birmuncha sekin yetilishi bilirubin intoksikatsiyasi xavfini tugʻdiradi, yadroli sariqlik bilvosita bilirubinning nisbatan kam kontsentratsiyalarida vujudga kelishi mumkin (170 mkmolʻ/l). Muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda bilirubin miqdorining pasayishi ham sekinlashgan boʻladi va koʻrinib turadigan sariklik uzoq vaqt 2 haftagacha va undan ortiq qayd qilinishi mumkin.

Muddatiga yetmay tugʻilganlarda gormonal kriz amalda qayd qilinmaydi. Bundan tashqari muddatiga yetmay tugʻilganlarda yoki tana vazni ekstremal kichik bolalarda aksariyat holatlarda tranzitor gipotireoidizm rivojlanadi.

Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarni parvarishlash

Muvaffaqiyatli parvarish qilishning asosiy sharti-shikastlovchi tashqi omillar taʼsirini pasaytirish, dori-darmonlar taʼsiri kam boʻlgani holda erta ratsional ovqatlantirishdir. Katta odam uchun arzimagan boʻlib tuyulgan tashqi muhitdagi oʻzgarishlar muddatiga yetmay tugʻilgan bola organizmida chuqur shikastlanishlariga sabab boʻlishi mumkin. Tashqi muhit koʻpgina omillarining taʼsir mexanizimlari va darajasi (intensiv yoritilishining optimal darajasi, eshituv taʼsirotlari va b.) etarlicha oʻrganilmagan, bu juda oddiy masala emas. Quyida muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarni yaxshi parvarishlashda issiqlik rejimi va ovqatlantirishning ahamiyatiga toʻxtalib oʻtamiz.

Issiqlik rejimi

Tana vazni ekstremal kichik boʻlgan bolalarni tugʻilgan vaqtdan to ular termoregulyatsiya markazi takomillashishiga qadar, parvarishlashda atrof muhit haroratiga alohida diqqat eʼtibor bilan qarash lozim. Klinik amaliyotda Yangi tugʻilgan chaqaloqlar parvarishining asosiy vazifasi bu-termoneytral atrof muhitni

qo'llab-quvvatlash. *Termoneytral atrof-muhit* – bu shunday muhitki, bunda bola organizmi minimal moddalar almashinuvi va kam miqdorda kislorodni talab etadigan holda, o'z tana haroratini me'yorda saqlab turadi.

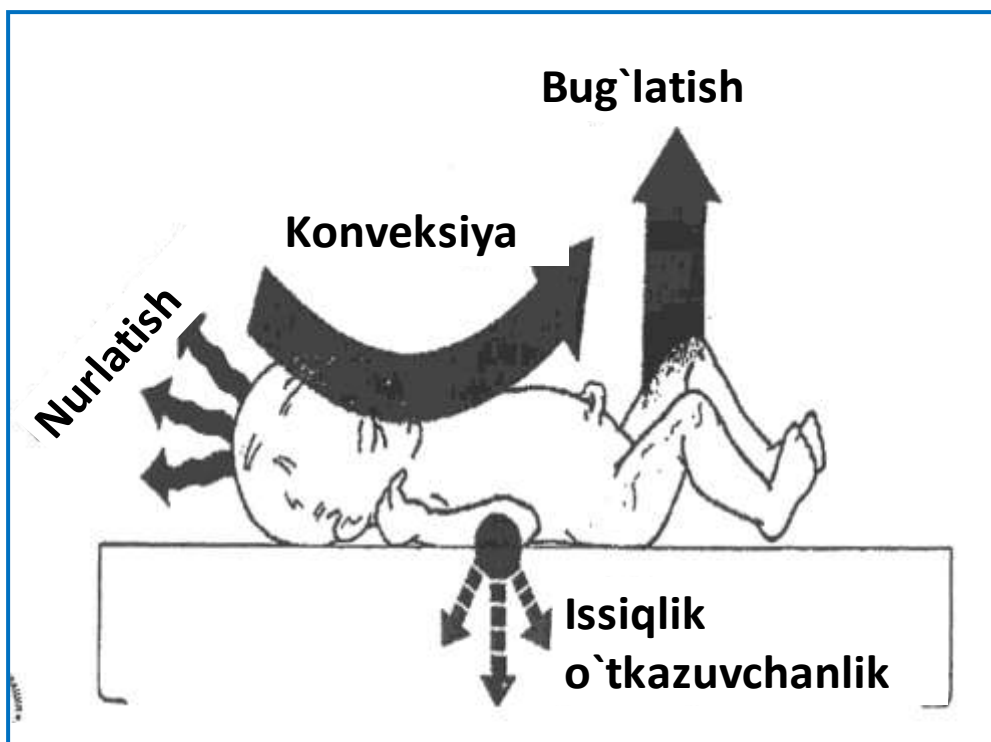
Oddiy muolajalar, masalan hayotiy faoliyat nazorati yoki yo'rgakni almashtirish bola tanasining og'irligi juda kam bo'lganda issiqlikni yo'qotish xavfiga olib kelishi mumkin. O'z navbatida, issiqlik yo'qotishining epizodlari issiqlik ishlab chiqarishga ham, uning zahiralarini saqlab qolishga ham qodir bo'lmagan bolani sovuq stressga duchor qiladi. Ma'lumki, sovuq stressi fiziologik jarayonlarning o'zgarishiga olib keladi, bu kasallik xavfini kuchaytiradi, yoki bolaning sog'ayishini qiyinlashtiradi. Umumiy issiqlik darajasining 25 foizi yangi tug'ilgan chaqaloqning teri sathidan sezilmaydigan suv yo'qotishlariga sarflanadi, bular metabolizm darajasiga mos keladi va bola tana vazniga bog'liq. Masalan, tana vazni 800g bo'lgan, muddatiga yetmay tug'ilgan bolada terining ochiq sathidan suyuqlik yo'qotishi soatiga 2,8 ml/sm ni tashkil qiladi, vaholanki og'irligi 1800g bolada shunday sharoitlarda suyuqlik yo'qotilishini soatiga 0,8 ml/sm ni tashkil etadi. Buni infuzion terapiya hajmini hisob-kitob qilishda nazarda tutish kerak, chunki issiqlik ishlanishini ta'minlash uchun metabolizm darajasining oshishi suyuqlikning ko'p yo'qotilishiga olib keladi.

Issiqlik hosil qilish asosida yotadigan metabolik jarayonlar tana haroratini quvvatlab turish uchun organizmni ATF shaklidagi energiya va birlamchi issiqlik bilan ta'minlaydi. Uning miqdori teri sathidan yo'qotiladigan hamda, nafas bilan chiqariladigan havo issiqligiga mos kelishi kerak. Issiqlik hosil qilishni qisqartiradigan (mushak) termogenez va "qisqartirmaydigan termogenez" hisobiga amalga oshiriladi, oxirgisi yangi tug'ilgan chaqaloqda ko'proq muhim. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda issiqlikni ishlab chiqarishning asosiy mexanizmlariga - faol mushak harakatlari va qo'ng'ir yog'ning oksidlanishi kiradi. Homila hayotining 26-haftasidan boshlab qo'ng'ir yog' ishlab chiqariladi va mediastinum, kuraklar orasida, umurtqa pog'onasi bo'ylab, buyrak, buyrak usti bezi va taloq atrofidagi sohalarda to'planadi. Qung'ir yog tarkibining ko'p miqdorini uchglitseridlar tashkil qiladi. Ushbu to'qima kapillyar qon tomirlariga boy.

Qo'ng'ir yog'ning parchalanishidan, oddiy yog'ga nisbatan ko'proq miqdorda issiqlik ajraladi.

Issiqlik hosil qilishning oshishi kislorodga ehtiyojning ko'payishi bilan o'tadi. Oksigenatsiya etarlicha bo'lmasa 1 molekula glyukoza utilizatsiyasida 38 molekula ATF hosil bo'lishi ro'y beradi, agar oksigenatsiya buzilgan bo'lsa, faqat 2 molekula ATF hosil bo'ladi.

Tana sathidan tashqi muhitga issiqlik yo'qotilishi quyidagi 4 ta yo'l bilan amalga oshiriladi: *nurlatish, konveksiya, issiqlik o'tkazuvchanlik va bug'lanish* (*Rasm №1*). Har bir mexanizmdan issiqlik yo'qotishning oldini olish va bolani isitishni ta'minlash uchun foydalanilishi mumkin. Issiqlikni birmuncha issiq buyumdan birmuncha sovug'igacha (ularning bevosita kontaktisiz) nur chiqarishda yo'qotishlar ko'pincha muddatiga yetmay tug'ilgan bolani parvarishlashda ro'y beradi. Deraza oldiga yoki elvizakka qo'yilgan inkubator devorlarining salqin tashqi yuzasida issiqlik yo'qotishlar ko'p bo'ladi. Bu yo'qotishlarning oldini olish uchun qo'shaloq devorli inkubatorlar, bolani inkubator ichida qo'shimcha o'rab-chirmash, shuningdek uning tashqi devorlarini nur chiqaradigan issiqlik manbalari bilan isitishdan foydalaniladi.



1 – rasm. Issiqlik yo'qotish yo'llari.

Konveksiya – issiqlikning atrofdagi havoga o'tishidir, shunga ko'ra bunday yo'qotishlar havo oqimining tezligiga va bola ochiq yuzasining maydoniga bog'liq. Issiqlikning konveksiya bilan yo'qotilishi nafas yo'llari orqali ro'y beradi, chunki bola nafas orqali iliq havo chiqaradi, shuning uchun bola nafas olayotgan gaz aralashmasining isitilishi g'oyat muhim. Tug'ruqxonada muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqni isitiladigan stolchaga yotqizgunlariga qadar ko'p miqdorda issiqlik yo'qotishi mumkin.

Perinatal markazda tana og'irligi juda kichik bolalarni qabul qilish uchun maxsus tug'ruq palatasi bo'lishi kerak, unda havo haroratini 28-30⁰S gacha tezda ko'tarish mumkin. Bolani isitiladigan stolchadan transport kyuveziga o'tkazishda, uni salqin havo bilan to'qnashuviga olib kelib, issiqlik yo'qotadi. Bolani adyolga yo'rgaklangan holda intensiv davolash postiga qo'lda ko'tarib keltirishda yana issiqlik yo'qotish mumkin. Bunday holat yuz bermasligi uchun transport kyuvezidan foydalanish lozim.

Bolani zamonaviy inkubatorlarda isitish konveksion usuli amalga oshiriladi. Inkubatorlarda 50-60% atrofida namlik saqlanganda bug'lanish hisobiga issiqlik yo'qotish juda kam bo'ladi. Shuningdek, bolaga qo'shimcha ravishda plastik qoplama, qalpoqchalar qo'llaniladi, bolaga fleksor poza beriladi. Inkubatorning salbiy tomoni zaiflashgan bola uchun xavfli infeksiya qo'zg'atuvchilarining ko'payishiga imkon beradi. Muntazam ravishda sanitariya ishloviberish, har 24 soatda namlanish uchun suvni almashtirish infeksiya xavfini kamaytiradi.

Issiqlik o'tkazuvchanlik – bu issiqlikni bir buyumni ikkinchisiga ularning bevosita muloqotida o'tkazishdir. Bola issiqlikni ichki a'zolaridan teri yuzasiga va teridan o'zi to'qnash keladigan sovuq yuzada yo'qotishi mumkin. Tana vazni juda kichik muddatiga yetmay tug'ilgan bola o'z tanasiga zarur issiqlikni shu tariqa yo'qotadigan holatlar ko'p bo'ladi. Tug'ilishi bilan uni oldindan isitib qo'yilmagan yuzaga yotqizishlari mumkin. Issiqlik o'tkazuvchanlik hisobiga issiqlik yo'qolishining oldini olish uchun bola qo'yiladigan tarozi yoki reanimatsion stolchaga oldindan isitib qo'yilgan oqliq to'shalishi kerak. Bola oldindan ilitilgan inkubatorga solingandan keyin ham issiqlik yo'qotish davom etishi mumkin, uni

sovuq rentgen kassetaga yotqiziladi, masalan, yoʻrgakni oldindan isitmay yoʻrgaklanadi. Issiq oʻtkazuvchanlikdan yangi tugʻilgan chaqaloqlar uchun isitish mexanizmi sifatidan kam foydalaniladi. Issiq yuza issiqlik yoʻqotishdan saqlaydi, biroq u issiqlik manbai sifatida foyda bermaydi. Issiqlik oʻtkazuvchanlik yordamida isitishdan juda ehtiyotlik bilan foydalanish lozim, chunki bola ularning sezuvchan terisi isitish manbaining past haroratlarida termik kuyishi mumkin.

Termoregulyasiyaning buzilish holatlari X Xalqaro Kasalliklar Klassifikatorida R80-R83 kodlari bilan belgilanadi. Tana haroratining $>37,5^{\circ}\text{S}$ dan ortishi gipertermiya deb ataladi. Gipotermiya quyidagi 3 darajaga boʻlinadi: engil – $36,3-36^{\circ}\text{S}$, oʻrta ogʻir – $35,9-32^{\circ}\text{S}$, ogʻir – $<32^{\circ}\text{S}$.

Issiqlikni ortiqcha yoʻqotish muddatiga yetmay tugʻilgan bola organizmida quyidagi patologik jarayonlarga olib keladi: qonda kislorod darajasi pasayadi, metabolik asidoz kuchayadi, gipoglikemiya rivojlanadi bilvosita bilirubin darajasi ortadi va lipoliz kuchayadi. Ogʻirligi ekstremal kichik bolalar uchun issiqlik yoʻqotish hayotini yoʻqotish bilan baravar boʻlishi mumkin. Ushbu holatning oldini olish maqsadida JSST tavsiyasiga koʻra “Issiqlik zanjiri” chora-tadbirlarini keng qoʻllash zarur.

“Issiqlik zanjiri” qadamlari:

1. Tugʻruq zali meʼyoriy haroratini taʼminlash.
2. CHaqaloqni zudlik bilan quritish (nam yoʻrgaklarni olib tashlash).
3. Erta teriga teri kontaktini oʻtkazish (eng kamida 2 soat mobaynida).
4. Erta ona suti bilan ovqatlantirish (tugʻilgandan soʻng birinchi 30 daqiqa mobaynida).
5. Bolani toʻliq koʻruvi, choʻmiltirish va tana vaznini oʻlchashni kechiktirish.
6. Mavsumga mos kiyintirish.
7. Ona va bolani birgalikda boʻlishini tashkil qilish.
8. Reanimatsiya va transportirovkani issiqlik himoyasi bilan taʼminlash.
9. Tibbiyot xodimlariga “issiqlik zanjiri” qadamlarini oʻrgatish.

Tana haroratini o'lchash

	Jiddiy kasalligi bo'lgan bola	Vazni kam bola¹	Vazni juda kam bola²	Kasallik yaxshi kechayotgan bola
O'lchashlar soni	Har soatda	Kuniga 2 marta	Kuniga 4 marta	Har kuni

Chaqaloqlar gipotermiyasini davolash

Yangi tug'ilgan chaqaloq sovqotishdan so'ng asta-sekin isitilishi kerak. Inkubatoridagi harorat bola tanasining haroratidan 1-1,5 gradus yuqori bo'lishi kerak. Keyinchalik bolaning aksillyar yoki rektal haroratini har 15 daqiqada o'lchanadi va u osha borgan sayin inkubatorida havo haroratini 1,0-1,5 gradusdan oshirmay ko'tarish mumkin. Qon gazlari, metabolik jarayonlar, qonda glyukoza darajasi, soat sayin diurez sur'atlarini nazorat qilish zarur. Agar monitoring va tasvirlangan isitish bosqichlari qadam-baqadam o'tkazilmasa, balki tez isitilsa, bu to'qimalarda kislorodga ehtiyojning keskin oshishiga, suv yo'qotishning kuchayishiga, apnoe, bradikardiya, nafas qisishiga sabab bo'lishi mumkin.

**Bolani isitish va uning tana haroratini ushlab turish
usullari**

Tug'ruq bo'limi xodimlari gipotermiyali chaqaloqlarni isitish usullarini bilishlari juda muhimdir. Bolani isitish va uning tana haroratini ushlab turishning 5 ta usuli bor. Har bir usuldan foydalanishga doir maxsus ko'rsatmalar quyida berilgan.

Bolani isitish va uning tana haroratini saqlab turish usullari

Usul	Tanlash va foydalanish bo'yicha tavsiyalar	Afzalliklari	Xavflari/qiyinchiliklari
Terini teriga tekizish	Barqaror holatdagi hamma chaqaloqlarga to'g'ri	Ona bolasini bevosita kuzatib	

¹ Vazni kam bola deb, tug'ilganda vazni 2,5 kg dan kam yoki homiladorlikning 37- haftasigacha muddatda tug'ilgan bolaga aytiladi

² Vazni juda kam bola deb, tug'ilganda vazni 1,5 kg dan kam yoki homiladorlikning 32- haftasigacha muddatda tug'ilgan bolaga aytiladi

usuli	keladi Og'irlik darajasi o'rtacha gipotermiyali (32-36,4S) bolani, ayniqsa boshqa usullarni qo'llab bo'lmaganda, isitish uchun to'g'ri keladi Hayot uchun xavfli holatlari (ya'ni sepsis, og'ir nafas etishmovchiligi) bo'lgan chaqaloqlar uchun to'g'ri kelmaydi	turishi mumkin Onasi bo'lmaganida "terini teriga" usulini boshqa odam bajarishi mumkin CHaqaloqlar, odatda, normal tana haroratini ushlab turadilar	
Onaning "kenguru usuli"da parvarishi	Holati barqarorlashgan Yangi tug'ilgan va vazni 1,5-2,5 kg bo'lgan bolalar uchun to'g'ri keladi, va ayniqsa vazni 1,5-1,8 kg bo'lgan chaqaloqlarni uzoq vaqt parvarishlash uchun tavsiya qilinadi Hayot uchun xavfli holatlari (ya'ni sepsis, og'ir nafas etishmovchiligi) bo'lgan chaqaloqlar uchun to'g'ri kelmaydi Agar onada jiddiy kasal yoki tug'ruq bilan bog'liq bo'lgan asorat bo'lsa, bu usulda parvarishlashga imkon bermaydi	Ona bolasini bevosita kuzatib turishi mumkin CHaqaloqlar odatda, normal tana haroratini ushlab turadilar	Ona doimo bolasi bilan bo'la olmasligi mumkin
Nur issiqligi manbai	Vazni 1,5 kg va undan ko'proq Yangi tug'ilgan kasal bolalar uchun to'g'ri keladi Tekshirish, davolash va muolajalar vaqtida bolani issiq tutish, shuningdek, sovuq qotgan bolani isitish uchun foydalaning	Bolani kuzatishga imkon beradi Bola nur issiqligi manbai ostida bo'lganida ko'pgina muolajalarni bajarish mumkin	Agar bolaning harorati o'lchanmasa, bola issiqlab ketishi yoki sovuq qotishi mumkin. Bolada suvsizlanish yuz berishi mumkin. Nur issiqligi manbai qimmatbaho moslama. Nur issiqligi manbaiga ishonchli elektr manbai zarur.
Inkubator	Vazni 1,5 kg dan kam bo'lgan davomli	Doimiy haroratni saqlab	Agar bolaning harorati o'lchanmasa, bola issiqlab

	parvarishga muhtoj Yangi tugʻilganlar uchun toʻgʻri keladi, ular uchun kenguru usuli boʻyicha ona parvarishi toʻgʻri kelmaydi Hayot uchun xavfli holatlari (yaʼni sepsis, ogʻir nafas etishmovchiligi) boʻlgan chaqaloqlar uchun toʻgʻri keladi	turadi Bolani kuzatishga imkon beradi Kislorod berilishi oson Bolani batamom echintirish mumkin	ketishi yoki sovuq qotishi mumkin. Bolada suvsizlanish yuz berishi mumkin. Inkubatorga bakteriyalar oson toʻplanadi Qimmatbaho uskuna. Ishonchli elektr manbai zarur. Bola parvarishiga, inkubatorni tozalashga va uni ishlatishga maxsus tayyorlangan xodim talab qilinadi.
Iliq xona	Kasallikdan tuzalatyotgan va diagnostik yoki davolash muolajalari tez-tez talab qilinmaydigan vazni kam bolalarni parvarishlash uchun toʻgʻri keladi Hayot uchun xavfli holatlari (yaʼni sepsis, ogʻir nafas etishmovchiligi) boʻlgan chaqaloqlar uchun toʻgʻri kelmaydi		Bola sovuq qotishi mumkin. Xona kattalar uchun noqulay boʻlishi mumkin.
Boshqa usullar (mas.issiq suvli shisha yoki qaynoq gʻishtlar)	Boshqa usullarni qoʻllab boʻlmaganda, shoshilinch hollar uchun toʻgʻri keladi (mas. Transportirovka vaqtida)		Bola issiqlab ketishi mumkin. Bola issiq narsalardan kuyib qolishi mumkin. Agar sovub qolgan narsalar olib tashlanmasa, bola sovqotishi mumkin. Doimiy haroratni ushlab turish qiyin.

“Teriga teri” usuli

- Isitish oʻtkaziladigan xona harorati 25°Sdan past boʻlmasligi kerak.
- Chaqaloq tugʻilgan zahoti quritiladi, boshiga issiq qalpoqcha kiygiziladi, bolani ona koʻkragiga yotqizilib ustidan issiq adyol bilan yopiladi.

- Bolaning tana haroratini “teriga-teri” usuli boshlanganidan ikki soat keyin oʻlchanadi. Agar bolaning harorati 2 soat isitishdan keyin $36.5 - 37.5^{\circ}\text{S}$ ga koʻtarilmasa, chaqaloqni yana bir marta tekshiriladi.

Nur issiqligi manbai

- Nur issiqligi manbai bu - nur yordamida bolani isitishdir. Ushbu usulni oʻtkazish vaqtida bolaga har tomondan yondoshish va erkin kuzatuv olib borish mumkin.
- Qisqa muddatda, bir necha soatga bolani 400 Vt quvvatli nur manbai ostiga 50sm uzoqlikda yotqiziladi.
- Yorituvchi va elektr lampalar xavfli hisoblanadi, chunki ular bolani kuydirishi yoki ustiga tushib ketib jarohatlashi mumkin.
- Nur issiqligi manбайдan foydalaniladigan xonaning harorati 22°S dan past boʻlmasligi kerak.
- Bola tozalangan matras (toʻshak) ustiga yotqiziladi.
- Nur issiqligi manbaini yoqiladi va tayyorlovchi yoʻriqnomasiga binoan kerakli haroratni (odatda 36°S va 37°S oraligʻida) oʻrnatiladi. Agar chaqaloqlar maxsus parvarishi boʻlimiga bola olib kelinishi oldindan maʼlum boʻlsa, bu uskunani bola sovuq yuzada yotmasligi uchun choʻyshab va matrasni isitish maqsadida oldindan yoqib qoʻyiladi.
- Kuzatish yoki muolaja bajarish uchun bola toʻliq yoki qisman yalangʻoch boʻlishidan tashqari hollarda bolaning boshi va usti yopiladi.
- Bola nur issiqligi manbai ostida boʻlganda, imkon boricha, uning vaziyatini tez–tez almashtirib turiladi.
- Har soat uskuna va xona haroratini tekshiriladi va harorat parametrlarini tegishli sozlanadi.

Inkubator

Inkubatorда bolaning vazni va yoshiga koʻra zarur harorati oʻrnatiladi, bolani inkubatorga yotqizishdan avval uni kerakli haroratgacha isitiladi (jadval 2).

Inkubatorning tavsiya qilinadigan harorati

Bolaning vazni	Inkubatorning harorati yosh bo'yicha			
	35 S	34 S	33 S	32 S
1,5 kg dan kam	Hayotining 10 – 12- kunlari	Hayotining 11- kuni 3- haftasi	Hayotining 3- kuni – 5-haftasi	5 haftadan kattaroq
1,5 - 2,0 kg		Hayotining 1 - 10- kunlari	Hayotining 3- kuni - 5- haftasi	4 haftadan kattaroq
2,1 - 2,5 kg		Hayotining 1 – 10- kunlari	Hayotining 11- kuni - 3- haftasi	3 haftadan kattaroq
2,5 kg dan ortiq		Hayotining 1-2 kuni		Hayotining 2- kunidan kattaroq

Kislorod, namlik, toza muhit va haroratni nazorat qilishni ta'minlaydigan, issiq havo yordamida isitiladigan inkubatorlar hozirda keng qo'llaniladi. Bu inkubatorlarda namlik suv rezervuari yordamida ta'minlanadi. Inkubatorlar bolaning izolyatsiyasi va nazorati uchun juda qulaydirlar. Zamonaviy inkubatorlarning devorlari 2 qavatli, bu esa issiqlikni muqim ushlab turishni ta'minlaydi. Issiq havo bilan isitiladigan inkubatorlarning 2 turi mavjud.

1. Inkubatorni isituvchi elementi orqali isitilgan havo konvektsiya yo'li bilan, ventilyatorsiz inkubator ichida tarqaladi.
 2. Inkubatorning isitish elementi orqali isitilgan havo ventilyator yordamida tarqatiladi.
- Bolani tozalangan matras (to'shak) va toza choyshab ustiga yotqiziladi.
 - Bolaning boshiga qalpoqcha kiydirilgan, usti ham yopiq bo'lishi lozim. bola kuzatuv yoki muolaja bajarish uchun to'liq yoki qisman echintirilgan hollar bundan mustasno.
 - Bolani ichkariga joylashtirishingiz bilan inkubator qopqog'ini imkon boricha tez yoping, va inkubator darchalarini issiqlikni saqlab qolish uchun doimo yopiq holda saqlang.
 - Inkubator haroratini birinchi 8 soat mobaynida har soatda, so'ngra esa har 3 soatda tekshiring:

- Agar inkubatorning real harorati belgilanganiga mos kelmasa, u yaxshi ishlamayotgan bo'lishi mumkin;
- Inkubator ichida kerakli harorat hosil bo'lguncha harorat parametrlarini o'zgartiring yoki bolani isitishning boshqa usulidan foydalaning.
- Bolaning haroratini dastlabki 8 soat mobaynida har soatda, so'ngra esa har 3 soatda o'lchang:
 - Agar bolaning harorati 36.5°S dan past yoki 37.5°S dan yuqori bo'lsa, inkubatorning harorat parametrlarini tegishli o'zgartiring;
 - Agar inkubatorida tavsiya qilingan harorat parametrlari o'rnatilishiga qaramay, bolaning harorati 36.5°S dan past yoki 37.5°S dan yuqoriligicha qolsa, bolani nonormal haroratdan davolang.
- Bola tez-tez bajariladigan muolajalar va davolashga muhtoj bo'lmasa, uni onasi bilan birga bo'lishini ta'minlang.

Iliq xona

- Bolaning boshiga qalpoqcha va ustiga etarlicha kiyim kiydiriladi yoki usti yopiladi.
- Xona haroratining 26°S dan past bo'lmasligi kerak. Iliq xonada katta yoshdagi tibbiyot xodimi va bolani parvarish qiladiganlar, odatda o'zlarini o'ng'aysiz his qiladilar; Yangi tug'ilgan chaqaloqlar e'tiborsiz qoldirilmasligi, xodimlar va yaqinlari bolani isitishning boshqa usulini ta'minlamay turib, xona haroratini kamaytirmaslik zarur.
- Bolani sovuq devorlar va derazalardan nari surilgan va elvizaklardan holi bo'lgan karavotchasiga yotqizing.
- Xona haroratini va bolaning tana haroratini kuniga 4 marta o'lchang
- Tunda qo'shimcha issiqlik bilan ta'minlang.

Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarni ovqatlantirish. Ovqatlantirish bo'yicha masalalarni hal qilish uchun to'rtta asosiy savolga javob berish shart: qachon boshlash, qanday hajmda, nima afzalroq va ovqatlantirishni qanday usulda olib borish. Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloq uchun o'z onasining suti eng

afzal ozuqadir. Baʼzi bir holatlarda maxsus moslashgan sut aralashmalari va parenteral ovqatlantirishdan foydalaniladi.

Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloq oʻsib-ulgʻayishi uchun koʻp miqdordagi kalloriyaga muhtoj – 120-140 kkal/kg/kuniga. Lekin shu bilan birga bu bolalarda meʼdasining hajmi kichik, meʼda-ichak trakti toʻliq yetilmagan va soʻrish refleksi sustligi kuzatiladi. Muddatiga yetmay tugʻilgan meʼdasining hajmi ± 20 ml/kg. Ularni tez-tez (8-12 martagacha kuniga), kichik xajmda ovqatlantiriladi, sut miqdorini asta-sekin kuniga 10-20 ml/kgdan oshirib boriladi, meʼyordagi miqdorga yetib borguncha. Bolalarni ona sutiga talabining qondirilgani belgilari: ovqatlangandan soʻng bola tinch, fiziologik vazn yoʻqotish 10%dan kam, tana vaznini bir kuniga kamida 15g/kg qoʻshadi, kuniga 6 martadan ortiq siydik ajratadi.

6 – jadval

Tugʻilgandan boshlab kuniga har 2-3 soatda bolaga beriladigan sut miqdori (ml)

Tana vazni	0 kun	1 kun	2 kun	3 kun	4 kun	5 kun	6 kun	7 kun
1,5 – 1,9 kg	15 ml	17 ml	19 ml	21 ml	23 ml	25 ml	27 ml	27+ ml
2,0 – 2,4 kg	20 ml	22 ml	25 ml	27 ml	30 ml	32 ml	35 ml	35+ ml
2,5 + kg	25 ml	28 ml	30 ml	35 ml	35 ml	40+ ml	45+ ml	50+ ml

Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqni ovqatlantirish usuli uning gestatsion yoshi va soʻrish, yutish refleksining yetukligiga va nafas olish holatiga bogʻliq.

- 34-35 haftali chaqaloqlarni ona koʻkragiga beriladi.
- 30-32 haftali chaqaloqlar ona koʻkragiga beriladi yoki alʼternativ ovqatlantirish usullaridan foydalaniladi (piyolacha/chashka, qoshiq, shprits).
- 30 haftadan kichik chaqaloqlarni zond orqali ovqatlantiriladi.

Enteral ovqatlantirishni boshlashga imkon bo'lmaganda parenteral ovqatlantirishni boshlash zarur (tug'ilishdan so'ng 2 soatdan kechiktirmay). Izotonik glyukoza eritmasidan (5-7,5% eritma) boshlash, keyin qondagi qand miqdori ostida glyukoza eritmasi konsentratsiyasini o'zgartirish mumkin. Boshlang'ich yuborish tezligi soatiga 4 ml ni tashkil qilishi lozim. Glyukozaning homilaga yetib borish tezligini ham ta'minlash daqiqasiga 5-6 mg/kg ni tashkil qilishi kerak. Hayotining ikkinchi kunida aminokislotalarni eritma shaklida kiritish (sutkasiga 0,5 g/kg) maqsadga muvofiq, bu oqsil korrektsiyasidan tashqari tana vazni juda kichik bolalarda glyukozaga tolerantlikka ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Birinchi kundan kal'tsiyni ham yuborish majburiy hisoblanadi (100 mg/kg, ya'ni 2,5 ml 10%li kal'tsiy xlorid eritmasi har 100 ml infuzion eritmaga) keyingi kunlari qondagi miqdori nazorat qilinib, kaliy va natriy korrektsiya qilinadi.

To'liq parenteral ovqatlantirishda zarur yog' kislotalari bilan ta'minlash maqsadida yog' emul'siyalaridan foydalaniladi. Tana vazni juda kichik bolalarda yog' kislotalari tanqisligi hayotining birinchi haftasi ichida paydo bo'lishi mumkin.

Yog' kislotalari tanqisligi klinik simptomlarining oldini olish uchun Amerika pediatriya akademiyasi kaloriyalar sifatida 2-4%li noproteinli yog' emul'siyalarini parenteral vena ichiga kiritishni tavsiya etadi. Bu kuniga 0,5-1,0 g/kg ni tashkil qiladi. YOg' emul'siyalarini venaga yuborishdan qo'shimcha foyda shundan iboratki, bu periferik venalar o'tkazuvchanligini tomirlar epiteliysiga himoya ta'sir hisobiga uzaytirsak kerak. Dastlabki dozasi-sutkasiga 0,5 g/kg, so'ngra sutkasiga 0,5 g/kg dan qo'shib borib, maksimal doza – sutkasiga 3 g/kg ga etkaziladi. Giperlipidemiya rivojlanishining oldini olish uchun kiritish tezligi soatiga 0,15 g/kg dan oshmasligi kerak, bu sutkasiga 3,6 g/kg ga teng. Tavsiya etiladigan infuziya vaqti 24 soat, bu yog' emul'siyasining soat sayin tezligini kamaytirishga imkon beradi. Vena ichiga yuborish uchun yog' emulsiyalarining 20%li eritmalaridan foydalangan afzal hisoblanadi.

Parenteral ovqatlantirishdan enteral ovqatlantirishga asta-sekin o'tilishi kerak. Faqat parenteral ovqatlanishda bo'lgan bolada shilliq parda atrofiyasi va enteral ovqatlantiriladigan bolalarga nisbatan me'da-ichak yo'lining rivojlanishdan

orqada qolishi qayd etiladi. Bu jarayonlar enteral ovqatlantirish boshlanganidan so'ng qaytar hisoblanadi. Hazm fermentlari faolligini oshirish va so'rilish mexanizmlarini barqaror qilish uchun ovqatlantirish hajmini asta-sekinlik bilan oshirish kerak bo'ladi. enteral ovqatlantirishni boshlash tartibi quyidagigacha: distillangan suv bilan sinama o'tkaziladi, so'ngra suv hajmini oshirish yoki 5%li glyukoza eritmasini bir necha marta yuborish, so'ngra onaning ko'krak suti beriladi. Muddatiga yetmay tug'ilgan bolaning me'da-ichak yo'liga substrat kiritish uning rivojlanishida bir qancha o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Ko'krak suti bilan ovqatlantirish me'da-ichak yo'lini tamomila ajoyib tarzda rag'batlantiradi.

Me'da-ichak yo'lini (MIY) enteral ovqatlantirishga tayyorlash uchun trofik (yoki boshlang'ich) ovqatdan foydalanish chaqaloqlar ozuqani yaxshi ko'tara olishini ta'minlashga yordam berishi ma'lum bo'ldi. Kuniga taxminan 10-14 ml/kg kiritiladi. Muddatidan ilgari tuqqan ona yoki ayolning sof ko'krak suti (termik ishlov berilmagan) afzalroq, biroq shuningdek muddatiga yetmay tug'ilgan bolalar uchun maxsus aralashma ham ishlatilishi mumkin. Bunday rejimda ovqatlantirish 7kundan 14 kungacha davom etadi, so'ngra asta-sekin kontsentratsiyasi va hajmi ko'paytiriladi. Boshlang'ich ovqatlantirishdan foydalanish holestatik sariqlik, bilvosita giperbilirubinemiya kamayishiga olib keladi, suyaklarning metabolik kasalligi kam uchraydi, shuningdek gastrin va MIY boshqa garmonlarining ishlab chiqilishi ko'payadi. Tana vazni ekstremal kichik bolalarda enteral ovqatlantirishga o'tish to'g'risida qaror qabul qilish ko'pincha qiyin. Bunda muddatiga yetmay tug'ilganlik darajasi, perinatal jarohatlar to'g'risidagi ma'lumotlar, hozirgi klinik holat, MIY faoliyati va boshqa individual omillar hisobga olinadi. Tana vazni ekstremal kichik bo'lgan bola uchun optimal vaqt tanlash qat'iy individual bo'lishi va kasallikning turli bolalarda turlicha kechishiga muvofiq holda o'zgartirilishi kerak.

Ovqatlantirish hajmini nazorat qilishning muhim sharti har galgi ovqatlanishdan oldin me'da tarkibi so'rib olinadi, muddatiga yetmay tug'ilgan bolani kundalik soat sayin kuzatish varag'iga albatta kiritiladi. Agar aspirat hajmi oldingi ovqatlantirish hajmidan 10%li ga ohsa va patologik aralashmalar saqlasa,

standart ovqatlantirish tartibini bekor qilish, qo'shilib kelgan klinik belgilarga baho berish (qayt qilish, qusish, qorin dam bo'lishi va b.) va ovqatlantirishning buzilish sabablarini aniqlash lozim. Bola holati me'yoriga kelgach enteral ovqatlantirish kichik hajmlardan boshlanadi va ularni asta-sekin oshirib boriladi.

Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalar patologiyasi

Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda eng ko'p uchraydigan kasalliklar: asfiksiya, 1-turdagi nafas buzilishlari sindromi (gialin membranali kasallik), bronx-o'pka displaziyasi, qorinchalar ichiga qon quyilishlar, muddatiga yetmay tug'ilgan bolalar retinopatiyasi, tug'ma rivojlanish nuqsonlari (TRN).

1.5. Zamonaviy sharoitda ko'krak suti bilan ovqatlantirish

Yangi tug'ilganlik davrida ona va bolaning chambarchas ruhiy va biologik aloqasi ko'krakdan emizish orqali ta'minlab turiladi. Tabiiy emizish afzalliklari ayol sutining kimyoviy va biologik xossalari bilangina belgilanib qolmay, balki qator boshqa holatlarga ham bog'liq. Ko'pgina tadqiqotchilar ko'krak berib ovqatlantirish vaqtida ona bilan bola o'rtasidagi alohida ruhiy yaqinlikning muhimligiga to'xtatilib o'tadilar. Bu ta'sirning ko'pgina jihatlarini mavjud ilmiy usullar bilan baholashning iloji yo'q, biroq ko'krak berib ovqatlantirishning bola hayotining birinchi oyida sun'iy ovqatlantirishga o'tkazilgan bolalar bilan taqqoslanganda faqat erta psixomotor emas, balki bolalarning (va hatto kattalarning) birmuncha yuqori aqliy va emotsional rivojlanishini ham qayd qiladilar.

Tabiiy ovqatlantirishning bolaga 4 ta asosiy yo'nalishdagi ta'siri farq qilinadi:

- 1) asli ovqat ta'minoti (bu ahamiyati moslashtirilgan aralashmalarda yaxshi ruyobga chiqadi);
- 2) immunologik himoya (spetsifik va nospetsifik);

3) boshqaruv faoliyati (ona suti tarkibida garmonlar, fermentlar, o'sish omillari bo'lgani bois bolaning o'sishi, rivojlanishi va to'qima taxassuslashuvini boshqaradigan biologik faol mahsulot hisoblanadi, deb ta'rif qilinadi);

4) emotsional va xulq-atvor omili (bu hossasi sutning o'zining biologik faolligiga bog'liqligidan tashqari, emizishlar ritmi, sutning tushish tezligi, ona bilan ruhiy yaqinlik mavjudligi va hozircha noma'lum bo'lgan boshqa bir qator omillarga bog'liq).

Bundan tashqari, tabiiy emizish ovqat vaqtida hatti-harakat va metabolik stereotip shakllanishiga imkon beradi, anemiya, raxit, allergik va infeksiyon kasalliklar rivojlanishining oldini olishga yordam beradi. Tabiiy emizishning kelajakdagi samaradorligi ham muhim. CHunonchi, ko'krak suti emgan bolalarda ruhiy-asab kasalliklar, ateroskleroz, leykozlar, tish-jag' tizimi buzilishlari va insulinga qaram qandli diabet ishonarli kamroq rivojlanadi.

Farzandli bo'lish jarayoni tabiiy tugallangan faoliyatni kasb etgan holda, ayollar uchun bola tug'ish faoliyatini ruyobga chiqarish bosqlaridan biri tabiiy emizish hisoblanadi, bu ayolning keyingi hayoti va sog'lig'i uchun katta ahamiyatga ega. CHunonchi, laktatsiya davrida hayz ko'rmaslik, keyingi homiladorlik va tug'ruq muddatlarining uzayishiga sharoit yaratadi, natijada tug'ruqlar orasida etarlicha oraliq davrga erishiladi. Bundan tashqari, ko'krak berib emizadigan ayollarda ko'krak bezining xavfli o'smalari sezilarli kamayishi kuzatilgan.

Laktatsiya davri bir necha bosqichlarga bo'linadi. Onada tug'ruqdan keyin qonda yo'ldosh garmonlari (estrogenlar va progesteron) darajasining keskin pasayishi ta'siri ostida prolaktin sekretsiyasi ko'payishi natijasida laktatsiyaning barqaror bo'lish davri boshlanadi. Tug'ruqdan keyin dastlabki 3 kunda ko'krak bezlaridan og'iz suti ajraladi, u quyuqligi, sarik-qo'ng'ir rangi, yuqori solishtirma og'irligi (1,050 - 1,070) bilan ajralib turadi, isitilganda oson ivib qoladi. Og'iz suti avvalo yuqori qiymatli oqsilga boy manba hisoblanib, o'ziga xos metabolik qiymatga ega, oqsili yetilgan sutdagiga nisbatan bir necha marta ko'p. Og'iz suti katta miqdorda al'bumin fraktsiyali oqsillari bilan ajralib turadi, kazein

fraktsiyasiga nisbatan oqsil umumiy miqdori taxminan 9,5%, almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalarga boy, uning ulushi, taxminan 6% (yetilgan sutda tegishli 17 va 20%). Og'iz sutida yetilgan sutga nisbatan A, S, E, V₁₂ vitaminlari, rux, mis, temir tuzlariga, leykotsitlarga (ko'proq limfotsitlarga) boy hisoblanadi. Unda katta miqdorda immunoglobulinlar borligi ayniqsa muhim (sekretor IgA), u laktatsiyaning 3 – haftasida yetilgan sut bilan almashinadi. Yetilgan ona suti o'z miqdoriy va sifatiy tarkibiga ko'ra ko'pchilik bolalar aralashmalarining asosi bo'lgan sigir sutidan ancha farq qiladi (6, 7, 8-jadvallar).

7 – jadval

Og'iz suti va yetilgan ona sutining qiyosiy tarkibi

Sut turi	Oqsil	Qand	Yog'	Kul (zola)
Og'iz suti	2,2-5,8	4,1-7,6	3,8-4,1	0,31-0,48
O'tish davri suti (4-5 kundan)	1,6-2,1	5,7-7,8	2,9-4,4	0,24-0,34
Yetilgan sut (2-3 haftadan)	0,9-1,8	7,3-7,6	3,3-3,4	0,18-0,21

8 – jadval

Og'iz suti va sut kaloriyaliligi (kkal/l)

Laktatsiya kuni				
1 – kun	2– kun	3– kun	4– kun	5– kun va keyinroq
1500	1100	800	750	700-650

9 – jadval

Ona va sigir sutida asosiy ozuqa tarkibining o'rtacha miqdori.

(I.YA. Kon., 2000)

Miqdori 100 ml da	Ona suti	Sigir suti
Oqsil, g	0,9-1,3	2,8-3,2
Zardob oqsillari, %	65-80	20
Kazein %	35-20	80
– laktoal’bulin, mg	26	9
– laktoglobulin, mg	-	30
YOg‘lar, g	3,9-4,5	3,2-3,5
PNJK, (PTYOK) umumiy yog‘dan %	12,75	3,5-8,0
Linol kislota, %	13	1,6
Linolen kislota, %	0,29	0,2-0,4
Araxidon kislota, %	0,51	1,2-1,8
PNJ/NJK	0,4	0,04
TTYOK PNJK i 6/3 ga nisbati	10:1-7:1	0,9-1
Uglevodlar, g	6,8-7,2	4,8
Kaloriyalik, kkal	70-75	62,0-66,5
Mineral moddalar, mg	200	700
Kal’tsiy, mg	35	120
Fosfor, mg	15	95
Kal’tsiy/fosfor nisbati	2,1-2,4	1,2-1,3
Natriy, mg	15	39
Kal’tsiy, mg	60	150
Magniy, mg	4	10
Temir, mg	0,07	0,03
Rux, mg	0,3	0,4
Yod, mk	6,0	12,0

Selen, mkg	1,5-2,0	4,0
Mis, mg	0,04	0,02
Vitaminlar		
A, mg	0,06	0,08
V ₁ , mg	0,1	0,04
V ₂ , mg	0,03	0,19
V ₆ , mg	0,006	0,04
RR, mg	0,28	0,08
S, mg	4,0	1,4
V ₁₂ , mkg	0,01	0,35
V _s , mg	5,2	5,3
D ₃ , (MS)	0,5	0,3
E ₁ , mg	0,35	0,11

Ona suti tarkibi individual tebranishlarga moyil va qator omillar: onaning ovqatlanish xususiyatlari va harakteri, laktatsiya muddati, sog‘ish usuli va sut portsiyasi bilan belgilanadi (“oldingi” va “keyingi” sut), muddatida tuqqan va vaqtidan oldin tuqqan ona suti tarkibida aniq tafovutlar bo‘ladi.

Ona va sigir suti oqsil komponentini taqqoslashda ona sutida talay miqdorda mayda dispers oqsillar (al’buminlar), sigir sutida – yirik dispers oqsillar (kazein) ustunlik qilishi e’tiborni o‘ziga tortadi. Ona sutida zardob oqsillarining kazeinga nisbati – 4:1, sigir sutida esa – 1:4. Ona suti me`dada iviganda mayda dispers oqsillar ustunlik qilgani bois mayda ipir-ipirlar hosil bo‘ladi, bu me`da shirasi fermentlari ta`siri uchun yuzani kattalashtiradi. Ona suti oqsillarining tuzilishi bola zardobi oqsillariga biologik yaqinligi hisobiga ularning taxminan qismi Yangi tug‘ilgan chaqaloq me`dasi shilliq qavatida so‘riladi va qonga o‘zgarmagan holatda o‘tadi. Ko‘krak suti, sigir suti kabi, barcha zarur almashtirib bo‘lmaydigan va alishtirsa bo‘ladigan aminokislotalar tutadi, biroq ayol sutida ularning nisbati hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bola ehtiyojlariga ko‘proq mos keladi. Ko‘krak suti tsistin, tsistein, prolin, leytsin, reninga boyroq, biroq metionin va

tsistinning yuqori miqdori fenilalanin va tirozinning nisbatan past kontsentratsiyasi bilan birga keladi. Bunday nisbat almashinuv jarayonlari va MNS nozik taxassuslashuvi uchun optimal hisoblanadi.

Ona suti o'z tarkibida har xil antiinfeksion himoya omillarini saqlaydi. Tabiiy ovqatlantirilayotgan bolalar sun'iy boqilayotgan bolalarga nisbatan har xil infeksiyon kasalliklarga 1,5-2 marta ichak infeksiyalariga 14 marta kam duchor bo'ladilar. Chunki ko'krak sutida sigir sutiga qaraganda globulinlar 2 barobar ko'p bo'ladi, unda immunoglobulinlarning (Ig) hamma 5 ta sinflari mavjud. Sutda sekretor IgA darajasi qon zardobidan hatto yuqori.

Bundan tashqari, termik ishlov berilmagan ona sutida ichak devorida β - limfotsitlar taxassuslashuvini rag'batlantiradigan mediatorlar ajratish qobiliyati bo'lgan ona leykotsitlari (makrofaglar, neytrofillar, T va β -limfotsitlar) bo'ladi. Ona sutida ko'p miqdorda komplement (perforin effekti bo'lgan) lizotsim (bakterial devor proteoglikanlarini shikastlantiradigan, N-atsetilglyukozamin ishlab chiqaradigan bifidobakteriyalarning o'sish stimulyatori), paraaminobenzoy kislota va har xil bakteritsid moddalar (laktenin), immunoglobulinlar ishlanishini rag'batlantirish xususiyatiga ega yog' kislota fraktsiyalaridan biri bo'ladi.

Ona sutida bifidogen omil azot saqlovchi oligoaminosaharid 40 barobar ko'p bo'ladi, u Yangi tug'ilgan chaqaloqlar ichagining bifidobakteriyalar bilan tez ishg'ol qilinishiga imkon beradi, bu o'z navbatida atsetil va sut kislotalarning ko'proq ishlanishi hisobiga najas pH ni pasaytiradi, grammanfiy bakteriyalar va zamburug'lar o'sishini to'xtatib turadi.

Ona sutining himoya omillariga, shuningdek laktoperoksidaza (ona sutining V_{12} bilan bog'langan proteini), laktoferrin (bakteriyalar hayot faoliyati uchun zarur temir ionlarini bog'lashi natijasida bakteriostatik ta'sir ko'rsatadi), antistafilokokk omilni (linolen kislota unumli) ham kiritadilar. Ichak kasalliklarida, disbakteriozlarda ichki to'sig'i birmuncha o'tkazuvchan bo'lib qoladi, bu polipeptidlar (yuqori molekulyar oqsillar) ning so'rilish imkoniyatiga olib keladi. Ayol suti oqsillari tarkibi bo'yicha bola oqsillariga yaqinligini nazarda tutib, tabiiy ovqatlantiriladigan bolalarda enteral sensibilizatsiya, ya'ni ovqat allergiyasi

birmuncha kam rivojlanadi. Buning ustiga tabiiy ovqatlantirishda ovqat antigenlariga tolerantlik ko'proq shakllanadi.

Nisbatan yaqinda, ona suti tarkibida o'sishni rag'batlantiradigan va ayrim to'qima va a'zolarining taxassuslashuvini amalga oshiradigan moddalar aniqlandi. Hozirgi vaqtga kelib, neyroo'sish va epidermal o'sish omillari batafsil o'rganilgan. Ularning faqat nativ ayol sutida bo'lishini ko'rsatib o'tish joiz. Neyroo'sish omili periferik nerv tizimi neyronlarining taxassuslashuvini rag'batlantirish uchun zarur. epidermal o'sish omili hayotining birinchi soatlarida me'da, ingichka ichak va yo'g'on ichaklarning boshlang'ich qismi devorlarining o'sishini tezlashtiradi, shuningdek u mitoz bo'linishni va hujayrada DNK sintezini rag'batlantiradi.

Ko'krak suti bilan ovqatlantirishda yog'ning miqdoriy va sifatiy tarkibi katta ahamiyatga ega, chunki sutning energetik qiymatining taxminan 47%i ipidlar hisobiga qoplanadi. Turli mualliflarning ma'lumotlari bo'yicha yog'ning umumiy miqdori 100 ml da 2,7 dan 4,5 g gacha o'zgarib turadi. Ayol suti yog'lari sigir sutidan ko'proq emul'siyalangan, xolesterin, fosfatidlarga boyroq (nerv tolalarining mielinizatsiyasi uchun zarur), oson suyuqlanadigan yog' kislotalari va TTYK ko'p miqdorda. TTYK hujayra qobiqlari va hujayralararo substantsiyalar tarkibiga kiradi, fosfatidlarning tarkibiy qismlari, to'qima gormonlari o'tmishdoshlarining prostaglandinlari hisoblanadi. TTYK tanqis bo'lganda taa vazni va bo'y o'sishdan orqada qolishi, giperkeratoz, ekzantema, ul'tרבinafsha nurlanishga nisbatan sezuvchanlikning ishi, kapillyarlar devori mo'rtligining oshishi, gemorragik sindromga moyillik, poliuriya, polidipsiya rivojlanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda TTYK etarlicha organizmga tushmasli shu bilan izohlanadiki, hujayralar o'sishi va ularda mitoxondriylar sonining ko'payishi, linolen kislotaning katta miqdorda sarfi bilan fosfolipidlar sintezlanadi (linolen va araxidon kislotalardan farqli ravishda organizmda sintezlana olmaydi, ularning sinezi piridoksin va biotin bo'lganda amalga oshishi mumkin), bu uning ovqat bilan doimo tushishini talab qiladi. Ona suti yog'ida sigir sutiga qaraganda fosfolipidlarning 5 baravar ko'p kontsentratsiyasi bo'lishi katta ahamiyatga ega. Fosfolipidlar ovqat o'n ikki barmoq ichakka o'tayotganda pilorusning bekilishini,

meʼdan vqatning bir tekis evakuatsiyasini, ichakka oʻtning erta va koʻp miqdorda tushishini taʼminlaydi. Fosfolipidlar shuningdek, ballast yogʻ yigʻilishini chegaralaydi va organizmda oqsil sinteziga imkon beradi.

Ona sutida sut qandining miqdori koʻproq, uning 90% β -laktozadir. Ona suti β -laktozasi α -laktazaga qarama-qarshi oʻlaroq (sigir sutida ustunlik qiladi) sekin singaydi va oʻygʻon ichakka utganda grammusbat bakteriyalar florasining oʻsishini, shuningdek ichak mikroorganizmlari ishtirokida V guruhidagi vitaminlar sintezini ragʻbatlantiradi.

Ona sutida hazm fermentlari: lipaza, amilaza, pepsinogen, tripsin faolligi etarlicha yuqori, bu shuningdek uning yaxshiroq singishiga yordam beradi (masalan, ona suti lipazasining faolligi sigir sutiga nisbatan 15-20 marta koʻp). Katta miqdorda boʻladigan temir, mis, rux, kobalʼt va boshqa mikroelementlar oson oʻzlashtirilishi hisobiga (yaʼni oqsil-mikroprotein bilan aloqada) ayol suti anemiyaga qarshi taʼsirga ega. Koʻkrak sutining raxitga qarshi taʼsiri D₃ vitamin, limon kislotasi, miqdorining koʻpligiga bogʻliq. Kalʼtsiy va fosfor nisbatining optimal soʻrilishi -1:1.

Ona sutida vitaminlar miqdori yil fasliga va emizayotgan ona ovqatining vitaminli qiymatiga bogʻliq. Ayol sutida oʻrta hisobda sigir sutiga nisbatan PP, C, E, D vitaminlari koʻproq boʻladi.

Koʻkrak sutida mineral tuzlarning umumiy miqdori sigir sutidan kam. Bu muhim ahamiyatga ega, chunki buyraklar ekskretor faoliyati past boʻlgan bola organizmida hayotining birinchi oylarida ionlarning osmatik faolligi ushlanib qolishini yoʻq qilishga imkon beradi.

Ona sutida asosiy ovqat ingredientlari (oqsillar, yogʻlar va uglevodlar) ning nisbati ularning parchalanishi va soʻrilishi uchun optimal hisoblanadi. Shunday qilib, koʻkrak suti hayotning dastlabki 4,5-6 oylarida bolaning toʻgʻri rivojlanishini taʼminlashi mumkin. Bundan kattaroq yoshdagi bolalar qoʻshimcha ovqat moddalarni kiritishga muhtoj boʻladilar.

Tabiiy ovqatlantirishning dolzarb muammosi ona sutida qator tabiiy boʻlmagan birikmalar (dorilar, alkogolʼ, nikotin) borligi hisoblanadi. Alkogolʼ

sutga va ona qoniga bir xil kontsentratsiyada tushadi. emizukli ona alkogolli ichimliklar iste'mol qilganda avvalo sut ajralishining gormonal boshqarilishi buziladi va laktatsiyaning tezda yo'qotilishi ro'y beradi. Alkogol' muntazam ichilganda va ko'krak bilan emizish davom ettirilganda bolada o'sishdan va psixomotor rivojlanishdan orqada qolish, shuningdek Kushing sindromi paydo bo'lgan hollar tasvirlangan. Nikotin ham ona sutida yig'iladi. Kuniga 6-12 ta sigaret chekishda paydo bo'ladigan chaqaloqlar nikotin intoksikatsiyasi tasvirlangan. Bolalar bo'shashgan bo'lib qoladi, emishdan bosh tortadi, qayt qilishi, qabziyat, siydik tutilishi kuzatilishi mumkin.

Sigaret tutunida bo'ladigan benzpiren va boshqa kantserogenlar ham osonlikcha sutga kiradi.

Ko'krak suti bilan muvaffaqiyatli ovqatlantirishning 10 ta tamoyilari

Dasturning negizini JSST va YUNISEF ekspertlari guruhi ta'riflagan "Ko'krak suti bilan muvaffaqiyatli ovqatlantirishning 10 ta tamoyili" tashkil qiladi:

1) ko'krak suti bilan ovqatlantirishning belgilangan qoidalariga amal qilish va bu qoidalarni tibbiyot xodimlari hamda tug'ruq yoshidagi ayollarga ma'lum qilish;

2) ko'krak suti bilan ovqatlantirish qoidalarini amalga oshirish uchun tibbiyot xodimlarini ko'nikmalarga o'rgatish;

3) hamma homilador ayollarga ko'krak suti bilan ovqatlantirishning afzalliklari va usullari haqida ma'lumot berish;

4) onalarga tug'ruqdan keyin birinchi yarim soat o'tgach emiza boshlashda yordam berish;

5) onalarga hatto o'z bolalaridan vaqtincha ajratilgan taqdirda ham qanday emizish va laktatsiyaning qanday qilib saqlab qolishni o'rgatish;

6) Yangi tug'ilgan bolalarga tibbiy ko'rsatmalardan tashqari holatlarda boshqa ovqat yoki suyuqliklar bermaslik;

7) ona va Yangi tug'ilgan chaqaloqning kecha-kunduz bitta xonada bo'lishlariga odatlantirish;

8) ko‘krak berib emizishni jadval bo‘yicha emas, chaqaloqning talabiga ko‘ra qondirish;

9) emizib boqilayotgan chaqaloqlarga hech qanday tinchlantiruvchi vositalar va ona ko‘kragini eslatadigan vositalarni aslo bermaslik;

10) ko‘krakdan emizishni quvvatlaydigan guruhlar tuzishni ma‘qullash hamda onalarni tug‘ruqxona va kasalxonadan chiqqanlaridan so‘ng shu guruhlariga yuborish.

Sog‘lom oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqlarni bag‘riga olish, tug‘ilgandan keyin dastlabki yarim soatda amalga oshirilishi kerak. erta bag‘riga olish ovqatlantirish faoliyatini bajarmaydi. Bolaga tushadigan og‘iz sutining o‘rtacha miqdori taxminan 2 ml. Biroq hatto shu miqdor laktogenezni rag‘batlantirishda, davomiyligini oshirishda, immunologik himoyani qaror toptirishda va chaqaloqlarning kasallanishini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega. SHuningdek, Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni homiladan tashqari sharoitlarga tezroq moslashtiradi, ichaklar hamda teriga bifidobakteriyalarning ertaroq o‘rnashishiga va ichak tranzitor disbakteriozi fazasini davomiyligining kamayishiga olib keladi.

Tug‘ilgandan so‘ng 30 daqiqa ichida bolaning ona bilan erta yaqin bo‘lishi (“badani badaniga tegishi”) onaning tez tinchlanishiga va unda stress gormonal fonining tez yo‘qolishiga, onalik mehri uyg‘onishiga, bachadonning tug‘ruqdan keyingi involyutsiyasiga imkon beradi, ona bilan bola o‘rtasida ruhiy aloqa o‘rnatiladi, 4 oygacha ko‘krakdan emadigan bolalar sonini ko‘paytiradi. Ona va bola ahvoli qoniqarli bo‘lganda echintirilgan bolani yalang‘och ona qorniga yotqiziladi, bir oz vaqt o‘tgach Yangi tug‘ilgan bola ona bag‘riga talpinadi va ko‘kragini ema boshlaydi. Birinchi emizish taxminan 20 minut davom qilishi kerak. Bolani ko‘krakka kechroq olishga ko‘rsatmalar 9-jadvalda keltirilgan.

10-jadval.

Bolani ko‘krakka kechroq olishga ko‘rsatmalar

Bola tomonidan	Ona tomonidan
-----------------------	----------------------

1. Apgar shkalasi bo'yicha baho kamida 5-6 ball	1. Tug'ruqlarda operatsiya amaliyotlari
2. Kalla suyagi miya jarohatiga gumon	2. Tug'ruqlarda preeklampsiya
3. Qoniqarsiz umumiy holat	3. Tug'ruq vaqtida ko'p qon yo'qotish
4. O'ta muddatiga etmay tug'ilganlik	4. Har qanday infeksiya sharoitlari
5. Ovqatni qayt qilish	
6. Rivojlanish nuqsonlari	

Ko‘krak suti bilan emizishga qarshi ko‘rsatmalar

Bolaning kasalliklari*	Onaning kasalliklari**
Modda almashinuvining tug‘ma nuqsonlari (fenilketonuriya, galaktozemiya, leytsinoz, alaktaziya, gipolaktaziya, mukovistsidoz)	1. Silning ochiq va faol shakllari
	2. Davolangan zaxm (agar onaga homiladorlikning 6-7 oyidan keyin yuqqan bo‘lsa)
	3. OIV infeksiyali ayollar (onani xoxishiga ko‘ra)
	4. Xavfli o‘smalar
	5. Yurak, buyraklarda dekompensatsiya holati
	6. Ayrim hollarda ruhiy kasalliklar

Eslatma: * - bunday hollarda bola sutsiz ovqatlantirishga o‘tkaziladi, soya suti yoki maxsus aralashmalar (Berlafen va b.) ishlatiladi.

** - boshqa infeksiyalarda ma‘lum sharoitlarda emizish mumkin (ayol holatiga ko‘ra)

Bolani ko‘krak suti bilan va sog‘ilgan sut bilan ovqatlantirishga qarshi ko‘rsatmalar ona va bolaning ayrim kasalliklariga taalluqli (10-jadval).

Bola hayotining dastlabki kunlarida ovqatlanishning mezonlari: sutkasiga 3% gacha tana vaznini yo‘qotishi, emizishlar oralig‘ida bolaning o‘zini tinch tutishi, emizishdan keyin ona ko‘kragida sut borligi. Bolaning dastlabki tana vaznining kamayishi 10%dan oshganda uni har emizishdan oldin va keyin tarozida qiyoslab tortiladi. Onada sut etishmaganda Yangi tug‘ilgan chaqaloqqa 4 kungacha qo‘shimcha ovqat tayinlanmaslik lozim. Chunki qo‘shimcha ovqatni erta kiritish emish faolligini va shunga muvofiq laktatsiya hajmini kamaytiradi.

Bolani ovqatlantirishda ona tomonidan bo‘ladigan (so‘rg‘ichlarning shilinish va yoriqlari, mastit, galaktoreya, qattiq ko‘krak, ayolning kasalliklari, gipogalaktiya), shuningdek bola tomonidan bo‘ladigan qiyinchiliklar (til oqarish,

lab va qattiq tanglay nuqsonlari, prognatizm va P'er Roben sindromi, tumov, tilning qisqa yuganchasi, odatiy bo'lib qayt qilish, qabziyatlar va b.) pediatrga ko'pincha qator muammolarni keltirib chiqaradi. Ularning oldini olish va davolashga doir boshqa qo'llanmalarda ma'lumotlar ko'pligi tufayli to'xtalib o'tmaymiz.

**Hayotining birinchi yilini yashab kelayotgan bolalar uchun ovqat
moddalari va energiya sarfining sutkalik me'yorlari**

Ovqat ingredientlari	0-2 oy	3-5 oy	6-11 oylik
Energetik ta`minot (kkal/kg)	115	115	110
Oqsil (jami), g/kg*	2,2	2,6	2,9
Hayvonot oqsili, g/kg	2,2	2,5	2,3
YOg' (jami), g/kg	6,5	6,0	5,5
Linolen kislota, g/kg	0,7	0,7	0,7
Uglevodlar (jami) , g/kg	13,0	13,0	13,0
Kal'tsiy, mg	400	500	600
Fosfor, mg	300	400	500
Magniy, mg	55	60	70
Temir, mg**	4	7	10
Rux, mg	3	3	4
Yod, mkg	40	40	50
Vitamin S,mg	30	35	40
Vitamin A, mg ret ekv., mkg	400	400	400
Vitamin E, tokoferal ekv., mg	3	3	4
Vitamin D, mkg	10	10	10
Vitamin V ₁ , mg	0,3	0,4	0,5
Vitamin V ₂ , mg	0,4	0,5	0,6
Vitamin V ₆ , mg	0,4	0,5	0,6
Vitamin RR, niatsin ekv.,mg	5	6	7
Folatsin, mkg	40	40	60
Vitamin V ₁₂ , mkg 03	0,3	0,4	0,5

Eslatma:

* - FAO (JSST 1987) ekspert guruhi tavsiyasi bo'yicha ovqatlantirishning barcha shakllarida oqsilga kunlik ehtiyoj 3 oylikkacha bo'lgan bolalar uchun 2,0-2,3 g/kg, 4-6 oy – 1,49 g/kg, 7-9 oy-1,25 g/kg, 10-12 oy – 1,15 g/kg.

** - ozuqa temir moddasining 10% singishi hisobga olinganda.

Og'irligi kam va yirik bolalarni ovqatlantirish muammosiga e'tibor qaratamiz holos. So'nggi yillarda ona sutining metabolik qiymatiga doir tekshirishlar tufayli ovqatning zarur va etarli miqdorlarini hisoblashni uslubiy yondoshishlari o'zgartirilgan. (11-jadval).

YUqorida keltirilgan ovqat normativlari qat'iy emas va albatta rioya qilishni talab etmaydi. Ayrim bolalarning har xil ovqat ingredientlariga o'ziga xos ehtiyojlari biokimyoviy o'ziga xoslikni belgilaydigan genotipik xususiyatlarga ko'ra katta miqyosda o'zgarib turadi.

Yirik bolalarni ovqatlantirish to'g'risidagi masalaga qaytib aytish lozimki, statistika bo'yicha taxminan 5% bolalar tug'ilganda vazni 4200g, 0,5% esa 5000g dan ko'p bo'ladi. Bu bolalarga ko'krak suti etadimi? Sut miqdori etarlicha bo'lganda va ona ratsional ovqatlanishda ona suti hayotining birinchi oyi mobaynida yirik sog'lom bolaning hamma asosiy ehtiyojlarini qondiradi.

Bolaning ovqati ovqat ingredientlariga maksimal emas, balki optimal qoplashga asoslanishi kerak. Hayotining birinchi yilida tana og'irligi ortiqcha qo'shiladigan bolalar, og'irligi me'yoriy bo'lgan bolalarga nisbatan 1,5 marta ko'proq kasallanadilar. CHunonchi, ular O'RVI (1,5 marta), pnevmoniya (2 marta), hazm qilishning o'tkir buzilishlari (2 marta ko'p) bilan kasallanadilar. Bundan tashqari, hayotning birinchi haftalari va oylarida kaloriyasi bo'yicha ortiqcha ovqatlanishda yog' to'qimasida adipotsitlar miqdori 4-5 martaga ko'payishi mumkin, bu-keyinchalik yog' bosish rivojlanishiga asos bo'lib qoladi. Ilk go'daklik yoshida bolalarga oqsillar ko'p berilganda ko'pgina allergik diatez ko'rinishlari, buyraklar interstitsiysi zararlanishi, ruhiy rivojlanishdan orqada qolish kuzatiladi.

Gestatsion yoshi 32 haftadan kam bolalarni nazogastral zond orqali sog'ib olingan sut bilan ovqatlantirish zarur, sog'ishni tug'ruqdan keyin dastlabki 6

soatda boshlash kerak. 32-34 haftalik gestatsiya yoshidagi bolalarni zond orqali ham, shishachadan ham boqiladi. Ko'krak sutini bevosita bola og'ziga sog'ish ham mumkin. Gestatsiyaning 34 haftasidan katta bolalar ko'krak emishlari mumkin. Zond orqali yoki piyolachadan (chashkacha) qo'shimcha ovqatlantirish mumkin.

Shunday qilib, hozirgi bosqichda ilk go'daklik yoshidagi bolalar ovqati to'g'risidagi nazariyaning asosiy yo'nalishi tabiiy ovqatlantirish afzalliklariga doir bilimlarning tarqatilishi, uni saqlab qolish yo'llarini izlash hisoblanadi.

1.6. Yangi tug'ilgan bolalarning chegaraviy holatlari.

Erta neonatal davrda moslashish reaksiyalarining kuchayish fazalariga quyidagilar kiradi:

1. O'tkir respirator-gemodinamik moslashish (hayotining dastlabki 30 daqiqasi davomida kuzatiladi).
2. Autostabilizatsiya davri –asosiy funksional tizimlarni tashqi muhitga moslashib, o'zaro faolyatini bajarishi (1-6 soat davomida).
3. Metabolik moslashish – hayotining dastlabki 3-4 kuni mobaynida moddalar almashinuvining anabolik turiga o'tishi, ovqatlanishning laktotrof turiga o'tishi munosabati bilan kuzatiladi

Tug'ruqda bola to'lg'oq vaqtida ortib borayotgan gipoksiyani, ona qornidan uning tug'ruq yo'llari orqali chiqishda katta jismoniy yuklamalarni ("og'riq hujumi") boshidan kechiradi (masalan, boshi bilan kelganda to'lg'oq vaqtida umurtqa pog'onasi ko'ndalangiga bosim hisob bo'yicha 1sm ga 120kg va bundan yuqoriga chiqadi) va to'lg'oq vaqtida uning holatini sho'ng'uvchining suvga sakragandagi holati bilan taqqoslaydilar. Tug'ilgandan keyin bolaning hayot sharoitlari tubdan o'zgaradi, u birdaniga harorati ancha past atrof muhitga (bachadon ichidagi muhit bilan solishtirganda) tushib qoladi;

Gravitatsiya ko'p sonli taktil, eshituv, ko'ruv, vestibulyar va boshqa ta'sirlovchilar paydo bo'ladi, boshqa nafas turi va ozuqa moddalarni olish usuli zarur bo'ladi, bu organizmning deyarli barcha faoliyat tizimlari tabiiy ishini qayta qurishni talab qiladi.

Yuqorida aytilganidek, bolaning tugʻruq stressiga, Yangi yashash sharoitlariga moslashishini (adaptatsiya) aks ettiradigan reaksiyalar Yangi tugʻilgan chaqaloqlarning chegaraviy (oʻtish, tranzitor, neonatal fiziologik) holatlari deb ataladi. Bu holatlar, Yangi tugʻilgan chaqaloqlarning anatomik-fiziologik xususiyatlaridan farqli ravishda, tugʻruq vaqtida yoki tugʻilgandan soʻng paydo boʻladi. (rivojlanadi), soʻngra oʻtib ketadi (yoʻqoladi). CHegaraviy holatlar, deb aytilishining boisi ularning hayotining ikkita davri (ona qornidagi va ona qornidan tashqaridagi) chegarasida paydo boʻlishidan qatʼiy nazar, odatda ular Yangi tugʻilgan bolalar uchun tabiiy boʻlagini muayyan sharoitlarda (ayniqsa tugʻilishda gestatsion yoshga bogʻliq holda va homiladagi hayot davri va tugʻruq aktining kechish xususiyatlariga, tugʻilgandan keyin tashqi muhit sharoitlari, parvarish, emizish, bolada kasalliklar borligi) patologik belgilarni yuzaga chiqarishi mumkin. CHunonchi, oy-kuni yetib tugʻilgan chaqaloqlar uchun 170-205 mkmol/l fiziologik giperbilirubinemiya hisoblanib, tana vazni juda kichik va nafas buzilish sindromi (NBS) boʻlgan bolalarda esa bu koʻrsatkich bilirubin ensefalopatiyasini chaqirishi mumkin. 12 – jadvalda tugʻruqda va darhol tugʻilishdan keyin organizmning asosiy faoliyat tizimlaridagi tabiiy qayta qurishlar, neonatal davrda ularning moslashuv (chegara holatlari) va patologik jarayonlari sanab oʻtilgan. Hamma chegaraviy holatlar har bir bolada rivojlanavermasligini qayd etib oʻtmoq darkor.

Tugʻruq katarsisi (grekchadan “tozalanish” degan maʼnoni anglatadi). Yangi tugʻilgan chaqaloq hayotining birinchi soniyalarida harakatsiz. Nur, tovush va ogʻriq kabi taʼsirotlarga nisbatan javob reaksiyasi yoʻq. Mushak tonusi va reflekslari sust. Keyingi 5-10 soniya davomida bola dastlabki chuqur nafasini oladi, bolada fleksor holati va spontan mushak harakatlari paydo boʻladi.

“Hoziroq tugʻilgan bola” sindromi. Bu sindrom asosida tugʻruq vaqtida bolaning buyrak usti bezlari va paraganliyalarida koʻp miqdorda katexolaminlarning ajralishi yotadi, bu esa oʻz navbatida tugʻruq vaqtida ichki va

tashqi qo'zg'atuvchilarning ta'siri natijasida yuzaga keladi. Bu holatlar bolani chuqur nafas olishiga, qichqirishiga, reflekslarning ko'zg'alishiga, fleksor pozasining paydo bo'lishiga va mushak tonuslarining oshishiga olib keladi. Hayotining keyingi 5-10 daqiqasi davomida bolada o'ta faollik kuzatiladi.

Tranzitor giperventilyatsiya. Bola tug'ilgandan so'ng qichqirib yiglashi uning dastlabki nafasidir. Nafas olish tezligi bir daqiqada 30-60 marta. Nafas olish hajmi esa 6-8 ml/kgni tashkil etadi. Sog'lom chaqaloqlarda dastlabki 3 soat davomida gasp (bolada nafas olish chuqur, nafas chikarish esa biroz kiyinlashgan) shaklida nafas olish kuzatiladi, bu o'pkaning ochilishiga va al'veola ichidagi fetal suyuqlikning evakuatsiyasiga yordam beradi. Moslashishi davrining dastlabki 2-3-kunlarida o'pkaning bir daqiqadagi havo almashinuvi katta yoshdagi bolalarga nisbatan qariyb 3 barobar ko'pdir. Mana shu holat kompensator xususiyatga ega bulib, asidozning oldini oladi va fiziologik giperventilyatsiya, deb ataladi.

Qon aylanishidagi tranzitor o'zgarishlar. Homilaning qon aylanishi Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga nisbatan 3 ta asosiy xususiyat bilan ajralib turadi:

1. Platsentar qon aylanish doirasi borligi bilan.
2. Anatomik shuntlarning ochiqligi bilan (oval teshik, botallov tarmoqchasi, arantsiev tarmoqchasi).
3. o'pka orqali o'tadigan qon miqdori minimal (yurak qisqarishi xajmining 6-9%ning tashkil etadi).

Qon aylanishidagi tranzitor o'zgarishlar quyidagilardan iborat: bola tug'ilgach, o'pkaga dastlabki qon kelishining miqdori 5 barobar ko'payadi. Sistolik bosim o'pka arteriyasida bola tug'ilganiga qadar aortadagi bosimga nisbatan yuqori bo'ladi, tug'ilgandan so'nggi dastlabki soatdayoq bu bosimlar tenglashadi va 2 soat utgach, o'pka arteriyasidagi bosim asta-sekin kamayib, 4-6 haftalarda katta kishilarnikiga tenglashadi.

Aorta yoyi bilan o'pka arteriyasini bog'lab turuvchi tomir (Botallov tarmoqchasi) faoliyati bola tug'ilgandan keyin 15-20 daqiqa mobaynida yopila

boshlaydi, 24-48 soatda ham tugamaydi. Uning anatomik jihatdan yopilishi bola hayotining 2 -8- haftasigacha yuz beradi.

Yurak bulmachalari orasidagi teshik (oval teshik) bola tug'ilgandan so'ng o'z faoliyatini tugallaydi, lekin uning ham anatomik jihatdan yopilishi bir necha oygacha cho'zilishi mumkin.

Tana vaznining o'tkinchi (tranzitor) kamayishi. Tana vaznining tranzitor kamayishi bola hayotining 3-4 kunlarida sodir bo'lib, u 8%dan 10%gacha bo'ladi. Odatda vaznining bunday kamayishi 6%-dan oshmaydi. Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda tana vaznining fiziologik kamayishi 12-14%ni tashkil etadi. Tana vaznining fiziologik kamayishi asosan organizmdan nafas va teri orqali suyuqlik yuqotilishi natijasida yuz beradi. Tana vaznining fiziologik kamayishi 3 darajaga ajratiladi:

I daraja - tana vaznining 6%dan kam miqdorda kamayishida suvsizlanish (eksikoz)ning belgilari kuzatilmaydi, lekin bolaning ochko'zlik bilan emishini sezish mumkin, bundan tashqari tashxisiy ko'rsatmalardan qon zardobi tarkibida natriy va eritrotsitlarda kaliy mikdorining ko'payganligini aniqlash mumkin.

II daraja - tana vazni 6-10%gacha kamayishi bilan kechadi. Tana vazni tranzitor kamayishining II darajasida suvsizlanish belgilari: shilliq pardalarning qizarishi, teri burmalar qayta tiklanishining buzilishi, bolaning bir xil tovush bilan yig'lashi, yurak urishi va nafas olishining tezlashishi kabi belgilar paydo bo'ladi. Laborator ko'rsatmalardan yuqorida qayd etilgan belgilardan tashqari (tana vazni fiziologik kamayishining I darajasida) hujayra gipogidratatsiyasi belgilarining kuchayishi va hujayra tashqarisidagi suv miqdorining kamayish belgilari (gematokrit ko'rsatkichning oshishi, qon zardobi tarkibidagi umumiy oqsil miqdorining ko'payishi va oliguriya) kuzatiladi.

III daraja - tana vazni 10%dan ziyodga kamayishi bilan kechib, bunda chanqash alomatlari: teri va shillik pardalarning quruqligi, katta liqildokning cho'kishi, bezovtalanish, kuchli taxikardiya, qul va oyoqlarning sovuq, bolganligi xosdir.

Yangi tugʻilgan chakaloqni erta koʻkrakka qoʻyish onada laktatsiya jarayonini yaxshilaydi. Natijada bola etarli miqdorda sut emadi, bu esa tana vaznini tez tiklab olishga yordam beradi. Bunda bolani erkin (talabiga qarab) ovkatlantirish muhim ahamiyatga ega.

Yuqotilgan tana vaznining qayta tiklanishi oy-kuni yetib tugʻilgan chaqaloqlarda hayotining 7-10, muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda esa 15-20-kunlariga toʻgʻri keladi.

CHaqaloqlar fiziologik sariqligi. CHaqaloqlar fiziologik sariqligining sababi qonda bevosita bilirubin miqdorining oshib ketishi barcha chaqaloqlarda hayotining dastlabki 2-3- kunlarida koʻzatilib, 60-70% hollarda u koʻzga yaqqol tashlanadigan sariqlikka olib keladi. Bunda teri va shilliq pardalarning sargayishi bola hayotining 2 - 3 kunlarida yuzaga kelib, bogʻlanmagan (kon`yugatsiyalanmagan) bilirubinning miqdori muddatida tugʻilgan bolalarda 51-60 mkmolʻ/l, muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda esa 85-103 mkmolʻ/l-gacha koʻpayadi. Bilirubinning qondagi maksimal miqdori 130-170 mkmolʻ/lni tashkil etadi.

Tranzitor sariqlik muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda nisbatan koʻp uchraydi va ancha yuqori giperbilirubinemiya bilan kechadi. Ammo muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda bilirubinning uncha katta boʻlmagan miqdori ham bosh miyaning zararlanish xavfini tugʻdirishi mumkin.

Fiziologik sariqlikka olib keluvchi omillardan biri fetal gemoglobin (HbF) tutuvchi qizil qon tanachalarining jadal parchalanish jarayonida hosil boʻladigan bilirubin almashinuvining etishmovchiligidir. Odatda jigarda erkin bilirubin glyukuroniltransferaza fermenti vositasida glyukuron kislotasi bilan bogʻlanadi va suvda eruvchan shaklga oʻtadi, soʻngra organizmdan siydik bilan chiqarib yuboriladi. CHaqaloq bolaning jigarida vaqtincha glyukuroniltransferaza fermenti faoliyatining etishmovchiligi shu jarayonni etarli taʼminlashga qodir emas. Bundan tashqari ularda ichakda β -glyukuronidaza fermenti taʼsirida bogʻlangan bilirubindan glyukuron kislotaning ajralishi natijasida hosil boʻladigan erkin

bilirubinning ko'p mikdorda qonga so'rilishi ham fiziologik sariqlikni kuchaytiradi.

Fiziologik sariqlik maxsus davolash muolajalarini talab qilmaydi, emizish sonini ko'paytirish tavsiya etiladi. Bolaning umumiy ahvoli va bilirubinning qondagi mikdori oshib borishini nazorat qilish lozim.

Jinsiy krizlar. Jinsiy krizlar 65-70% chaqaloqlarda kuzatilib, quyidagi holatlar shaklida kechadi.

1. Fiziologik mastopatiya - sut bezlarining kattalashishi tug'ilgandan so'nggi 3-4- kunlarda paydo bo'lib, bola hayotining 7-8- kunlarida eng katta hajmga etadi, so'ngra asta-sekin kichiklashib, neonatal davrning oxiriga kelib, asli holiga qaytadi. Ko'pchilik hollarda bunday kattalashgan bezni bosib ko'rilganda, sutga o'xshash suyuqlik chiqadi. Davolash muolajalari talab etilmaydi.

2. Qiz chaqaloqlar hayotining 5-7 kunlarida ba'zan (5-10% hollarda) 1-2 kun davomida kam-kamdan (0,5-1,0 ml) tashki tanosil a'zolaridan qon ajralishi kuzatiladi. Bu hol hech qanday davoni talab qilmaydi.

3. Toshma (miliya) teri yuzasidan ozgina ko'tarilib turadi va asosan burun parragi, peshona va engakda, ayrim hollarda esa butun badan terisida joylashgan bo'ladi. Davo talab etmaydi.

Jinsiy krizlarning sababi tug'ruqdan oldin va tug'ruk paytida bola organizmidagi utgan ona estrogen gormonlarining miqdori o'zgarishi natijasidir.

Teridagi o'tkinchi holatlar. Teridagi o'tkinchi holatlarga quyidagilar kiradi: tug'ruq shishi, terining fiziologik ko'chishi, oddiy va toksik eritemalar.

Oddiy eritema deb bola tug'ilgandan so'nggi 2 kunda tana terisining qizarishiga aytiladi. Odatda bu hol bola hayoti dastlabki haftasining oxiriga borib yo'qoladi. Fiziologik eritema muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda va onasi kandli diabet bilan og'rigan bolalarda nisbatan uzoqroq (2-3 haftagacha) saqlanib turadi.

Terining fiziologik qipiqilanishi - bola hayotining 3-5-chi kunlarida paydo boʻlib, asosan koʻkrak qafasi va qorin soxadsida kuzatiladi. Bola vaqtdan oʻtib tugʻilsa, bu holat kuchliroq boʻlishi mumkin.

Tugʻruq shishi - chaqaloq gavdasining qaysi qismi bilan tugʻilgan boʻlsa, shu joyda, qisilish oqibatida vena qon tomirlarida qon turib qolishidan kelib chiqadi (odatda bu shish chaqaloqning boshi yoki dumbasida joylashgan boʻladi). Tugʻilgandan soʻng bir yoki ikki kun utgach, u oʻz -oʻzidan surilib ketadi.

Toksik eritema – allergoid reaksiya terida qizil dogʻlar sifatida namoyon boʻlib, baʼzan uning markazida tuguncha yoki pufakchalar ham boʻlishi mumkin. Bu holat 20-25% chaqaloqlarda uchrab, bola hayotining 2-5- kunlarida paydo boʻladi. Bu dogʻlar koʻpincha boʻgʻimlar atrofi, dumba sohasi, koʻkrak qafasining oldi tomonida joylashadi, baʼzan esa butun gavdaga tarqalishi mumkin. Oradan 2-3 kun oʻtgach, u oʻz-oʻzidan yoʻkolib ketadi. Toksik eritemaning kelib chikishida allergik omillar katta ahamiyatga egadir. Davo talab qilmaydi.

Tranzitor disbakterioz va ichak tranzitor katari. Tranzitor disbakterioz va ichak tranzitor katari deyarli barcha chaqaloqlarda hayotining dastlabki haftasi davomida kuzatilishi mumkin. Odatda 1-2 kun ichida, ayrim hollarda 3 kungacha mekoniy (chaqaloq bolaning dastlabki axlati) ajraladi. CHaqaloq hayotining keyingi kunlarida ichi oʻtishi tezlashib, axlatda shilimshik; moddalar va yoʻrgakda suvli doglar paydo boʻladi.

Bu axlatni mikroskopda tekshirganda, har koʻrish maydonida 30tagacha leykotsitlar va koʻp miqdorda yogʻ kislotalari borligini aniqlash mumkin. Oradan 3-4 kun oʻtgach, axlatning rangi sariq, oʻzi esa boʻtqasiman shaklga oʻzgaradi. Bu oʻtkinchi holat **tranzitor ichak katari**, deb ataladi va uning paydo boʻlishida bola ovqatlanish tartibining oʻzgarishi, yaʼni tugʻilgandan soʻng bolaning ona suti bilan ovqatlana boshlashi sababdir. Ayni paytda bungacha steril boʻlgan oshqozon-ichakda mikroblar joylasha boshlaydi. Ichakning dastlabki bakterial florasi bifidumbakteriyalar, laktobakteriyalar, streptokokklar, stafilakokklar, ichak tayokchasi va zamburugʻlardan iborat. Ichakdagi mikroorganizmlar orasidagi

nisbatning vaqtincha buzilishi o'tkinchi - **tranzitor disbakterioz**, deb ataladi. Ushbu holat 3 fazadan iborat.

1. Aseptik faza – 10-20 soat davomida kuzatiladi
2. Infeksiyani ko'payish fazasi – bola hayotining 3-5-kunigacha kuzatiladi. YUqorida keltirilgan mikroorganizmlarni ichakka tushishi.
3. Transformatsiya fazasi – 1-haftaning oxiri; 2-haftaning boshidan kuzatiladi. Bifidobakteriyalar ko'payib asosiy ichak mikroflorasi, deb hisoblana boshlaydi.

Sog'lom chaqaloq yo'g'on ichagining mikroflorasini tashkil etadigan mikroblar 3 guruhdan iborat:

1. Asosiy flora - anaerob flora, 95-99%ni bifidobakteriya va bakteriodlar tashkil etadi.
2. Yo'ldosh flora- 3-5% laktobakteriya va ichak tayoqchasidan iborat.
3. Qoldiq flora – 1% gacha aerob-saprofit mikroorganizmlardan iborat. Ularga enterobakteriyalar, stafilakokklar, zamburug'lar kiradi.

Issiqlik almashinuvining tranzitor buzilishi. Issiklik almashinuvining tranzitor buzilishi - gipotermiya va gipertermiya shaklida kechadi.

Tranzitor gipotermiya - bola tug'ilgandan so'ng dastlabki 30 daqiqa davomida teri va to'g'ri ichak harorati pasayadi, oradan bir soat o'gach, badan harorati mo'tadillashadi. Agar tug'ruq xonasidagi harorat 22-23°S bo'lsa, bolaning harorati 35,5-35,7°Sgacha tushishi mumkin. Harorat qo'l va oyoqlarda yanada pastroq bo'ladi. Tug'ilgandan so'nggi dastlabki kunning o'rtalariga borib, harorat asta-sekin ko'tariladi va mo'tadil-gomoyotermiya holati yuzaga keladi.

Tranzitor gipertermiya, deb bola hayotining dastlabki 3-5 kunlarida xona haroratining yukori bo'lishi (38,5-39,5°S), bolani nihoyatda o'rab-chirmash natijasida issiqlash, hamda bolani etarli miqdorda ona suti bilan emizmaslik, isitish vositalari yonida yotishi natijasida modda almashinuvining buzilishi oqibatida tana haroratining ko'tarilishiga aytiladi.

CHaqaloqlarda issiqlik almashinuvining tranzitor buzilishi sabablari bartaraf etilsa, bu holatlar engilgina o'tib ketadi.

Buyrak faoliyatining tranzitor o'zgarishlari. CHaqaloqlarda buyrak faoliyatining tranzitor o'zgarishlari - oliguriya (siydik ajralishining kamayishi), fiziologik proteinuriya (siydik bilan oqsil moddalarining chiqishi) va buyrakning siydik kislotasi kristalllari bilan bog'liq bo'lgan infarkti tarzida namoyon bo'ladi.

Erta neonatal oliguriya - barcha sog'lom chaqaloqlar hayotining dastlabki 3 kunida kuzatilib, bu holat organizmga nisbatan kam suyuqlik tushayotgani va qon aylanishining o'ziga xos xususiyatlari bilan bog'liqdir. Ajralayotgan siydik miqdori birinchi kunda taxminan soatiga 0,75 - 1ml/kg, keyinchalik soatiga 2-5 ml/kg ni tashkil etadi. Bu holat Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning kompensator - moslashuv reaksiyasi bo'lib hisoblanadi.

Fiziologik proteinuriya (al'buminuriya) - barcha chaqaloqlarda hayotining dastlabki kunlarida kuzatiladi. Bu holat ko'ptokchalar va naychalar o'g'kazuvchanligining oshganligi bilan bog'liq.

Buyrakning siydik kislotasi donachalari bilan bog'liq bo'lgan infarkti deyarli barcha chaqaloqlarda uchraydi, u bola hayotining dastlabki haftasi oxirida paydo bo'ladi. Bunda siydik kislotasi kristallar shaklida buyrakning yiguvchi kanalchalari bo'shlig'iga to'planadi, natijada siydik rangi o'zgaradi, loyqalanadi va bolani o'ragan yo'rgakda sarg'ish-g'isht rangli dog' qoladi. Bu holat maxsus davolashni talab etmaydi, ammo bolaning etarli darajada ona suti bilan ta'minlanishiga e'tibor berish lozim.

Tranzitor politsitemiya

Bundan tashqari chaqaloq bolalarda **politsitemiya** (qizil qon tanachalarining odatdagidan ziyod bo'lishi) kuzatiladi. Bu holat gemoglobinning 180 - 220 g/l dan ko'p bo'lishi va gematokritning 0,55-0,65 va undan ham yuqori, eritrotsitlar soni $6-8 \times 10^{12}/l$ bo'lishi bilan ta'riflanadi. qon aylanishidagi bu tranzitor o'zgarishlar o'z-o'zidan yo'qolib, maxsus davolashni talab etmaydi.

Qon ivishi va qon hosil bo'lishida kuzatiladigan o'tkinchi holatlar - K vitaminiga bog'liq omillar (II, VII, IX, X)ning nisbiy etishmovchiligi hamda bola

hayotining dastlabki kunlarida fibrin parchalanishi (fibrinoliz)ning kuchli borishi natijasida bola hayotining 2-4 kunlarida qon ketishiga moyillik tarzida namoyon boʻladi.

CHaqaloq bolalarda eritropoez (qizil qon tanachalarini ishlab chiqarish)ning kuchliligi, dastlabki 3 kunda limfotsitlar ishlab chikarishning kamayishi va bu jarayonning bola hayoti birinchi haftasi oxiriga borib kuchayishi qon hosil boʻlishidagi oʻtkinchi holatdir.

Bundan tashqari, chegaraviy holatlarning baʼzi birlari faqat muddatiga yetmay tugʻilgan bolalardagina (masalan, tranzitor giperammonemiya va gipertirozinemiya) kuzatiladi. Koʻpgina chagaraviy holatlar laborator fenomenlar, klinik koʻrinishlar boʻlmagan reaksiyalar, lekin shunga qaramay ularni bilish lozim, chunki ular muayyan patologik jarayonlarga moyillik keltirib chiqaradi.

13 – jadval

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarning chegaraviy holatlari (neonatal davrning oʻtish jarayonlari)

Tizim	Neonatal davrdagi fiziologik qayta qurilish	Neonatal davrning oʻtish jarayonlari (chegaraviy holatlari)	CHegaraviy holatni patologik jarayonlarga moyillashtiradigan holatlar
Markaziy nerv sistemasi	Tashqi muhitning keskin oʻzgargan sharoitlariga (tovush, harorat, gravitatsiya va b. – “sensor xujum”), tugʻruqlardagi “ogʻriq”yuklamasiga moslashish.	Tugʻruq katarsisi. Imprinting. Hozirgina tugʻilgan bola sindromi. Tranzitor nevrologik disfunktsiya	Tugʻilishda kardioresperator depressiya, juda xilma-xil kasalliklarda umumiy simptomlar (giper qoʻzgʻaluvchanlik yoki pasayishi)
Tashqi nafas	Ishga tushish. Oʻpkaning yozilishi, alʼveolalar va	Tranzitor geperventilyatsiya. Nafasning “gasp”	Tranzitor taxipnoe (II tipidagi NBS). Respirator buzilishlar

	aerogematik to'siq yetilishi.	tipidagi tranzitor-taranglashgan giperventilyatsiyasi	
Yurak qon-tomir tizimi	Qon aylanishi, birinchi galda kichik qon aylanishi, gaz almashinuvi o'zgarishlari bilan jigarning qayta qurilishi va yo'lodosh kindik qon oqimi yo'qligi, oltita fetal kommunikatsiyalar yopilishi tufayli qayta qurilishi.	Tranzitor qon aylanishi (shuntlash). Tranzitor gipervolemiya va politsitemiya (mikrotsirkulyatsiya buzilmagan yoki buzilgan). Miokard tranzitor giperfunktsiyasi va metabolizm buzilishi	Yurak qon-tomir etishmovchiligi. Respirator buzilishlar. Trombozlar, shish sindromi. Tranzitor sariqlik.
Hazm tizimi	Gemo va amniotrof ovqat almashinuvi hisobiga laktotrofga qayta qurish; ichakni bakterial flora egallashi.	Tranzitor ichak katari. Ichakning tranzitor funksional tutilishi. Tranzitor disbakterioz.	Qayt qilish, qusish. Nomonand ovqat sababi MIY kasalliklari, shartli patogenflora infeksiyasi.
Teri qoplamlari	Atrof muhitning pastroq haroratiga, taktil ta'sirotlarga, mikroblar tushishiga moslashish.	Oddiy eritema. Toksik eritema. Fiziologik terining qipiqalanishi. Tranzitor disbiotsenoz.	Teri va teri osti yog' kletchatkasining orttirilgan va noinfeksion kasalliklari
Siydik chiqarish a'zolari	O'zgargan gemodinamika, gormonal fon va ko'p suv yo'qotishlarga moslashish.	Tranzitor oligouriya va proteinuriya. Urat infarkti.	SHish sindromi. Azotemiya. Siydik yo'llari infeksiyalari
Endokrin tizimi	Tug'ruqda stressga moslashish. Fetoplatsentar garmonlar kompleksi va onalik garmonlaridan "holi bo'lishga"	Simpatoadrenal tizim, gipofiz, buyrak usti bezlari, qalqonsimon va me'da osti bezlarining tranzitor giperfunktsiyasi. Qalqonmimon oldi	Simpatoadrenal kriz. Buyrak usti bezi etishmovchiligi. Simtomatik gipokal'tsiemiya, gipomagnemiya va gipoglikemiya.

	(chiqarilishiga) moslashish.	bezining, muddatiga yetmay tug'ilganlarda qalqonsimon bezning tranzitor etishmovchiligi, Jinsiy kriz (sut bezlari dag'allashuvi, milia, burun shillig'i orborizatsiyasi, deskvamativ vul'vovaginit va b.)	NBS II turi. Tranzitor gipotireodizm. Mastit. NBS I turi.
Moddalar almashinuvi	Tug'ruqda stress va gipoksemiya, boshqa garmonal fon, gaz almashinuvi o'zgarishlar va tug'ilishdan keyin gipoksimiya, ovqatning Yangi turi va hayotining birinchi kunlari ochlik bilan.	Faollashtirilgan glikoliz, glikogenoliz va lipoliz. Tranzitor gipoglikemiya. Tranzitor manfiy azot balansi. Tranzitor giperbilirubiniemiya, gipokal'tsiemiya, gipomagnemiya, giperammoniemiya, gipertirozinemiya. Tranzitor tana vaznini yo'qotish. Tranzitor lipidlar peroksidlanishining faollashuvi. Urat infarkti. Tranzitor issiqlik balansi buzilishlari (gipotermiya, gipertermiya)	Simptomatik gipoglikemiya, gipokal'tsiyemiya, gipomagnemiya, yurak etishmovchiligi, energetik etishmovchilik sindromi. Bilirubin ensefalopatiyasi. Tranzitor isitma. Talvasalar. Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarning "ozod radikal kasalligi". Miya shishi. Respirator buzilishlar. Sklerema.
Gemostaz	Tug'ruqda qonga tromboplastik moddalar tushishi sababli fazali holatlar, tomirlar devori o'tkazuvchanligining	Tranzitor: faollashgan fibrinoliz, qon ivish vitamin K-qaram omillar etishmovchiligi, trombositlarning past agregatsion faolligi	Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemorragik kasalligi. Har qanday kasalliklarda qon oqishiga va trombozlarga moyillik

	oshganligi va eritrotsitlar hamda leykotsitlar halok bo'lishi bilan		
Gemopoez tizimi	Qon yaratish hujayralari qatlamlari va gemoglobin sintezini neonatal davrda fiziologik qayta qurish. Immunitetning keskin faollashuvi sababli limfotsitopoezning ham faollashuvi	Eritropoezning oshishi va neonatal davrning o'tish jarayonlari (chegaraviy holatlar). Mielopoezning tranzitor faollashuvi. To'qimalarda tranzitor faollashgan limfotsitotiz	Giperbilirubinemiya chegaraviy holatlarga moyil bo'lgan patologik jarayonlar Sariqlik. Trombozlar. Anemiya, leykopeniya, og'ir infeksiyalarda anemiyalar va leykomoid reaksiyalar
Immunitet	Stres gormonal fon ta'sirida massiv antigen agressiya sababli qayta qurish (shakllanmagan to'siqlarda nosteril sharoitlarda yashash, laktotrof ovqatlanish) (yo'ldosh orqali gumoral immunitet omillari tushishining tugashi)	Tug'ilishning birinchi soati va kunlarida tranzitor immun tanqislik. Polimorf yadroli leykotsitlar, fibronektinning tranzitor xemotaksis tanqisligi	Faqat Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga xos streptokokk β -infeksiyaning tarqoq kechishi. Infeksion yoki sekin kechadigan virusli infeksiyalar. Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda sepsis bo'lishi.

2 – BOB. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR ASFIKSIYASI

HKK R 21.(R 21.0-R 21.9)

Har yili dunyoda 40000000 chaqaloqda asfiksiya holati qayd etiladi. Rivojlangan va rivojlanayotgan davlatlarda uning uchrash chastotasi keskin farqlanadi, ya`ni har 1000 tirik tug‘ilgan chaqaloqning 1dan 50 nafarigacha kuzatiladi. JSST ko‘rsatmalariga ko‘ra rivojlanayotgan davlatlarda kasallanish va o‘lim ko‘rsatkichlarinining asosiy sababi bo‘lib hisoblanadi. har yili 5000000 neonatal davrdagi o‘limning 19%i tug‘ruq vaqtidagi asfiksiyaga bog‘liq.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar asfiksiyasi – yurak faoliyati saqlangan holatda, nafas yo‘qligi yoki nomuntazam, samarasiz nafas harakatlari bilan tavsiflanadigan sindromdir. Atamaning shartli ekanligi o‘z-o‘zidan ayon, chunki yunonchadan tarjima qilinganda “pul’s yo‘qligi” degan ma`noni bildiradi.

Asfiksiya qonda kislorod miqdorining kamayishi, karbonat angidrid miqdorining va metabolik asidozning kuchayishiga olib keluvchi gaz almashinuvining buzilishidir.

Keyinchalik, uzoq davom etuvchi asfiksiya tizimli bosimning pasayishi(gipotenziya) va ichki a`zolar ishemiyasiga olib keladi.

Homila ichi gipoksiyasi - perinatal o‘lim sabablari ichida etakchi o‘rinni egallaydi. Yangi tug‘ilganlik davrida bolalarning o‘lik tug‘ilishi va o‘limga olib keladigan patologik omillarning 60 %i antenatal davrga va atigi 20 %i tug‘ruq davriga to‘g‘ri keladi. Surunkali homila ichi gipoksiyasi bilan kasallangan bola uchun tug‘ruq faoliyatining asoratlari, ayniqsa noxush hisoblanib, kompensator mexanizmlarning buzilishiga va og‘ir oqibatlarga olib keladi. Perinatal gipoksiya homila va Yangi tug‘ilgan chaqaloqda markaziy nerv tizimi shikastlanishlarining 30 – 60 % iga sababchi hisoblanadi, bu o‘rinda patologik chetlanishlarning yuzaga chiqish darajasi homila ichi gipoksiyasining qancha davom etganligiga va og‘irlik darajasiga bog‘liq bo‘ladi.

Etiologiya: Anamnezga ko‘ra antenatal va intranatal davrda kuzatiladigan patologiyalar asfiksiyaga olib keluvchi xavf omillari sifatida baholanadilar va ular

birlamchi reanimatsiya o'tkazish uchun kerakli tayyorgarlik qarorini qabul qilishda muhim ahamiyat kasb etadilar.

Asfiksiyaga olib keluvchi omillar:

1. Tug'ruqqacha bo'lgan omillar:

- Surunkali yurak qon tomir kasalliklari;
- Surunkali nafas olish tizimi kasalliklari;
- Surunkali siydik-tanosil tizimi kasalliklari;
- Og'ir darajali anemiya;
- Homiladorlikni III trimestridagi infeksiyon kasalliklari;
- Qandli diabet;
- Homiladorlikning 2- va 3- oyligida qon ketishi;
- Homila oldi qobiqlarining vaqtidan oldin yorilishi;
- Ona yoshining 16 yoshdan kichik va 35 yoshdan katta bo'lishi;
- Ko'p homilalik homiladorlik ;
- Vaqtidan o'tib ketgan homiladorlik;
- Zararli odatlar (ichish, chekish, narkotik moddalarni qabul qilish);
- Uzoq kechuvchi gestozlar (4 haftadan ortiq);
- Bachadonning doimo tonusda bo'lishi;
- CHaqaloqlar gemolitik kasalligi;
- Kovak venaning bachadon tanasi bilan ezilishi;
- Antenatal kuzatuvning yo'qligi;
- Homila anomaliyalari.

2) Intranatal omillar;

- Tug'ruq vaqtida kuchli qon ketishi;
- Homilaning dumba bilan kelishi;
- Homila oldi suvida mekoniyning bo'lishi;
- Anormal homila yurak tonlari;
- Tezkor va og'ir tug'ruq;
- Homila oldi suvlarining yomon hidli bo'lishi;

- CHO‘zilgan tug‘ruq;
- Bola elkasining distotsiyasi (tug‘ruq yo‘llarida siqilib qolishi);
- Kesar kesishi;
- Akusherlik qisqichlari yoki vakuum ekstraktordan foydalanish;
- Vaqtidan ilgari tug‘ruq;
- CHO‘zilgan suvsiz davr;
- Homilaning xavf soluvchi yurak ritmi;
- Kindik qovuzlog‘ining tushib qolishi;
- Yo‘ldoshning kuchishi;
- Chanoq, dumbalari bilan kelishi va boshqa anamal kelishlar;

O‘tkir asfiksiyasiga intranatal omillar sababchi hisoblanadi. Biroq homilaning barcha tizimi me‘yoriy yetilishi va faoliyat ko‘rsatishini buzgan surunkali antenatal gipoksiya fonida paydo bo‘lgan asfiksiya eng og‘ir kechadi va oqibati noxush bo‘ladi. Lekin antenatal gipoksiya tug‘ruqda hammavaqt ham o‘tkir asfiksiyaga olib kelavermaydi.

Homila oldi suvlarida mekoniy 15% tug‘ruq vaqtida topiladi, biroq shunday bolalarning 100 tadan 8-10 tasi mekoniy aspiratsiyasiga yoki fetal distressga uchraydi. O‘tkir asfiksiyada tug‘ilgan ko‘pchilik bolalarda yuqorida sanab o‘tilgan omillar qo‘shilib keladi, lekin Yangi tug‘ilgan ko‘pchilik chaqaloqlarni o‘tkir asfiksiyaga olib keladigan 5 ta etakchi mexanizmlar mavjud:

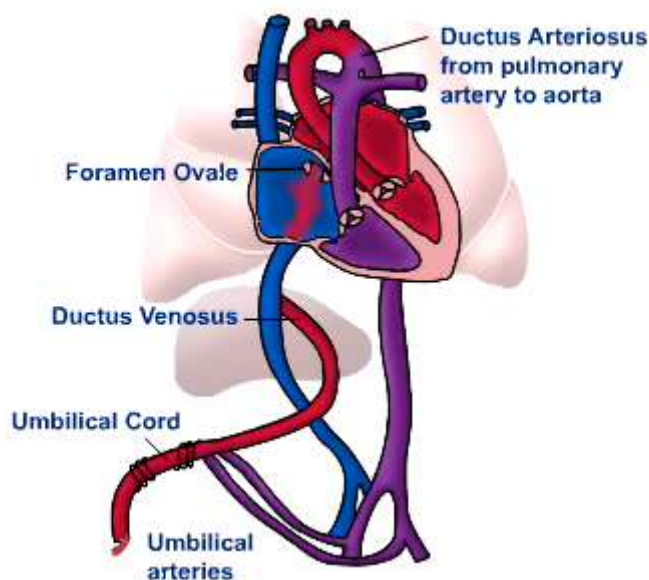
- 1) yo‘ldoshning onalik qismi noadekvat gemoperfuziyasi (xususan, onada har qanday giper- yoki gipotenzion sindromi);
- 2) onada anemiya, yurak qon-tomir va nafas etishmovchiligi bo‘lgan taqdirda, ona qoni oksigenatsiyasining yomonlashuvi;
- 3) yo‘ldosh ko‘chganda gazlar almashinuvining buzilishi;
- 4) kindik tizimi orqali qon oqimining to‘xtashi (tugunlar, bosilish, kindik qovuzloqlari tushishi);
- 5) bolaning mustaqil adekvat nafas olish imkoniyatining yo‘qligi (rivojlanish nuqsonlari, MNS zararlanishi, onani medikamentoz davolash va b.).

Bolaning intranatal asfiksiya holatida tug‘ilishini ishonch bilan oldindan bashorat qiladigan yagona diagnostik belgi mavjud emasligini qayd etib o‘tmoq zarur. CHunonchi, homilada yurak qisqarishlari soni monitoring qilish (kardiotokografiya) kabi keng tarqalgan usul etarlicha natija bermadi, bu o‘tkazilgan ko‘p sonli tekshirishlarda namoyish qilindi. SHuning uchun antenatal anamnezi hatto yaxshi bo‘lgan bola tug‘ilganda ham reanimatsion tadbirlar o‘tkazish uchun hamma jihozlarni taxt qilib qo‘yish kerak (quyiroqqa q.).

Homila va chaqaloq organizmidagi fiziologik o‘zgarishlar

Kislorod homila uchun hayotiy muhim hisoblanib, u yo‘ldosh qobiqlari orqali ona qonidan homila qoniga diffuziya yo‘li bilan o‘tadi.

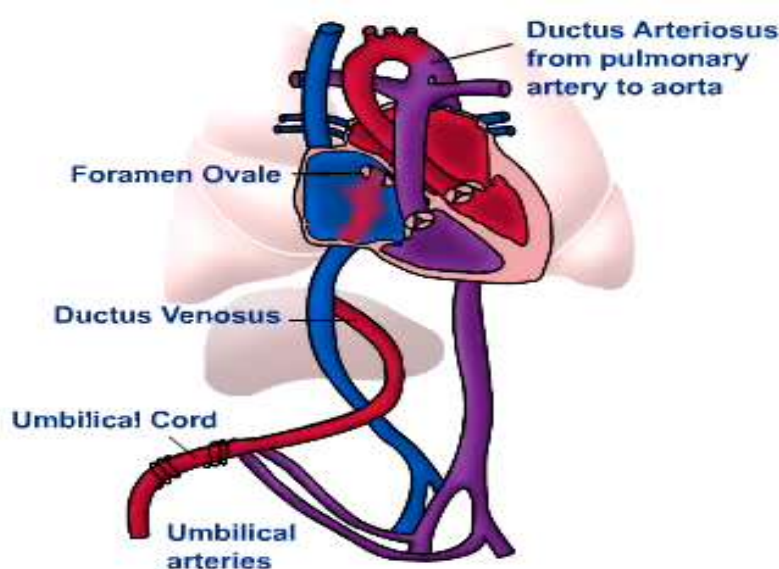
Homilaning o‘pka al’veolalari homila oldi suvi bilan to‘lgan. O‘pka arteriolalari toraygan, o‘pkada qon aylanish pasaygan va qonning ozroq qismigina o‘pka orqali o‘tadi. Homilada gaz almashinuvi va ona qonida kislota-ishqor almashinuvi yo‘ldoshga bog‘liq. Qon arterial yul orqali aortaga o‘tib ketadi (1 rasm)



2 – rasm. Homila qon aylanishi.

Tug‘ruqdan so‘ng qon aylanishi va o‘pkaning holati. Tug‘ilgandan so‘ng chaqaloq boshqa yo‘ldosh bilan bog‘lanmagan va uning o‘pkasi kislorodning

asosiy manbai bo'lib hisoblanadi. O'pkadagi homila oldi suvlarining 20%i tabiiy tug'ruq vaqtida nafas yo'llari orqali tashqariga chiqib ketadi, 80%i esa o'pka to'qimasi orqali qon tomirlar va limfa tomirlariga so'riladi, o'pka havoga to'ladi va undagi kislorodning konsentratsiyasi 21%ni tashkil etadi. Kindik arteriyalari va venasi yopiladi, tizimli bosim oshadi, o'pka arteriolalari kengayadi va arterial yo'l yopiladi (2-rasm). O'pkada qon aylanish ko'payadi va shunga ko'ra qonda kislorodning miqdori ortadi. O'pkada kislorodga to'yingan qon avval yurakka so'ngra to'qimalarga tarqaladi.

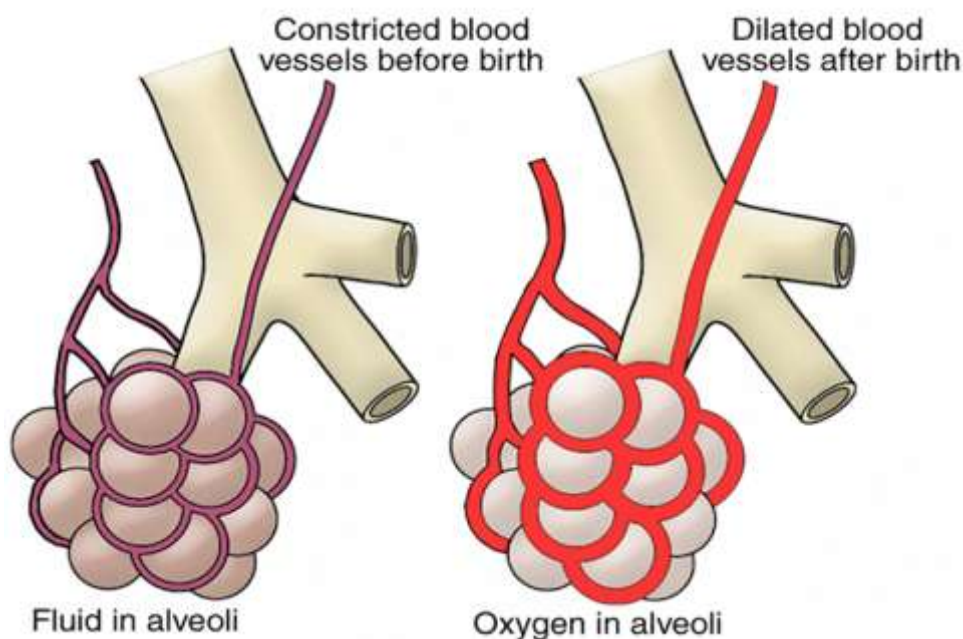


3 – rasm. Yangi tug'ilgan chaqaloqda qon aylanishi

Moslashuv vaqtida kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlari:

O'pka ventilyatsiyasining etarlicha bo'lmasligi o'pka arteriolalarining muqim torayishiga olib keladi va bu o'z navbatida arterial qonni kislorod bilan to'yinishiga qarshilik qiladi.

Bola a'zolarining oksigenatsiyasi va adekvat qon aylanish etishmovchiligining o'zoq vaqt cho'zilishi bosh miya va boshqa a'zolarining zararlanishiga yoki o'limga olib keladi.



Rasm -4. Tug‘ruq vaqtida o‘pka tomirlarining kengayishi

Homila\chaqaloqqa kislorod birlamchi tushmaganda, *birlamchi apnoe* kelib chiqadi – bu yurak qisqarishlari chastotasining pasayishi bilan kechadigan dastlabki nafas to‘htashi bo‘lib, bunda taktil stimulyatsiya orqali yordam berish mumkin.

Kislorod etishmovchiligining uzoq vaqt cho‘zilishi natijasida ikkinchi marta nafas to‘xtashi kelib chiqadi – bu *ikkilamchi apnoe*. Ikkilamchi apnoe qon bosimi va yurak urishlari chastotasining davomli pasayishi bilan kuzatiladi, bu holatda faqat yordamchi ventilyatsiya yordam beradi, taktil stimulyatsiya esa yordam bermaydi.

Taktil stimulyatsiyaga javoban nafasning tiklanishi apnoening harakteri va homiladagi (chaqaloqdagi) o‘zgarishlarni davomlilikini baholashga yordam beradi. Bu bolalarning ko‘pchiligida ventilyatsiya fonida mustaqil nafas va yurak urishlarining chastotasi tez tiklanadi.

Patogenezi. O‘tkir asfiksiya patogenezining etakchi halqalari quyidagilar:

1. **Gipoksemiya**-oksidlanib ulgurmagan mahsulotlar yig‘ilishiga va metabolik asidozga olib keladi, shuningdek “nafas” harakatlarining kuchayishi,

taxikardiya, suyak ko'migidan eritrotsitlarning qo'shimcha miqdori chiqarilishi ko'rinishidagi moslashish mexanizmlarini o'z ichiga oladi. Moslashuv jarayonlarining ro'yobga chiqishi simpatiko-adrenal tizimning faollashuvi, buyrak usti bezlari po'stlog'i gormonlari va tsitokinlar bilan ta'minlanadi. RO₂ ning simob ustuni hisobida 40 mm dan pastga tushishi qon aylanishining markazlashuviga olib keladigan "ishemik refleks", ya'ni teri, o'pka, buyraklar, jigar, hayotiy muhim a'zolari: diafragma, miya, buyrak usti bezlari funksiyasini ta'minlash uchun MIY ishemiyasiga olib keladi.

2. O'pkaning fetal holatini saqlashi, kichiq doira tomirlarining yuqori qarshiligi qon shuntlanishiga (o'ngdan chapga), nafas etishmovchiligi va yurakning o'ng bo'limi bosimdan, chap bo'limi esa hajmdan taranaglashadi, ya'ni yurak etishmovchiligi rivojlanishiga, nafas va tsirkulyator gipoksiya kuchayishiga sabab bo'ladi.

3. Tizimli gemodinamik o'zgarishlari gipovolemik shok 1 – fazasi klinikasiga muvofiq keladi. Qon aylanishi markazlashuvining salbiy oqibati: oksidlanib ulgurmagan mahsulotlar SO₂ yig'ilishi, ishemiyalangan to'qimalarda asidoz hosil bo'ladi, bu esa: tizimli gemodinamik, mikrotsirkulyatsiya, gemoreologiya, suv elektrolit muvozanati, almashinuv jarayonlari uchun bir qator noxush oqibatlarga olib keladi. Laktat yig'ilishi bilan moslashgan anaerob glikolizning faollashuvi asidozni kuchaytiradi.

4. Gipoksiya va aralash asidozning bundan keyingi avj olishi prekapillyar sfinkterlarning ochilishiga, arterial bosim (AB) tushib ketib, qon aylanishi markazlanishiga, ya'ni hayotiy muhim a'zolarida to'qima perfuziyasini pasaytiradigan gemodinamik kollapsa sabab bo'ladi.

5. Asfiksiyada buzilishlarning muhim patogenetik halqalaridan biri giperkatexolaminemiya, asidoz va endoteliy shikastlanishi fonida plazmali proteazalar faollashuvi, ya'ni trombin, fibrinolitik, kinin va komplement tizimining faollashuvi hisoblanadi, bu proteoliz mahsulotlaridan endotoksikozga va asidoz bilan birga hujayralar membranalari, mitoxondriyalar, lizosoma, ribosoma, gematoentsefalik to'siqlikning shikastlanishiga, tomir o'tkazuvchanligi oshishiga,

tomirlar tonusi tushib ketishiga, hujayralar destruksiyasiga (shu jumladan eritrotsitlarning ham), interstitsial bo'shliq shishiga, sladj-fenomeniga, tomir ichida ivish ishga tushishiga, tromboz, mikrotsirkulyatsiya blokadasiga, distrofik jarayonlarga olib keladi.

6. Asfiksiya og'ir kechganda MNS buzilishlari, nafas etishmovchiligi (NE), yurak etishmovchiligi (YE), o'tkir buyrak etishmovchiligi (O'BE), jigar shikastlanishi, buyrak usti bezi etishmovchiligi ko'rinishidagi ko'p a'zoli etishmovchilik fonida trombogemorragik buzilishlar, DVS sindromi hayot uchun eng xavfli asorat hisoblanadi.

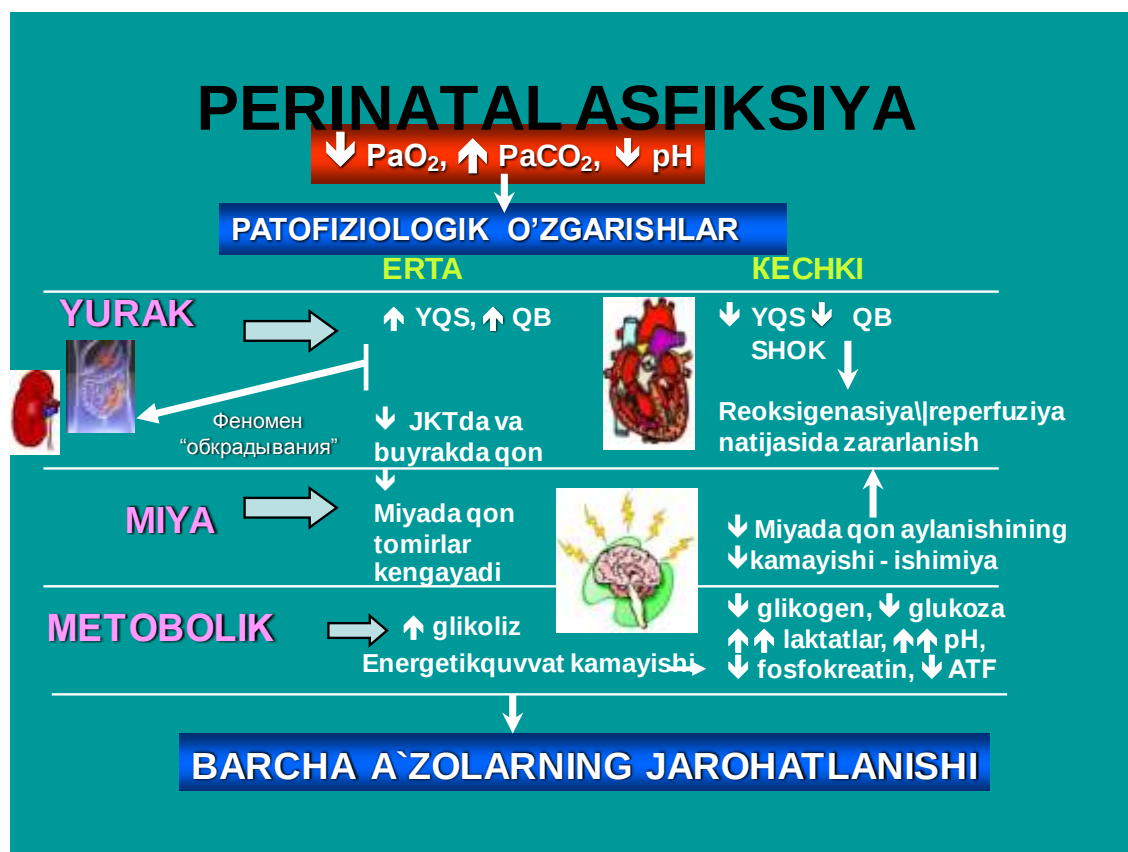
Surunkali antenatal gipoksiyali bolada paydo bo'lgan asfiksiya patogenezi o'tkir asfiksiyadan jiddiy farq qiladi, chunki antenatal pnevmopatiya, ensefalopatiya, angiopatiya, jigar ferment tizimlarining yetilmaganligi, buyrak usti bezlari va qalqonsimon bezning kam miqdordagi zahiralari, shuningdek patologik asidoz va ikkilamchi immun tanqislik holati (ITH) asosida rivojlanadi.

Bunday gipoksiyaning asosiy metabolik komponenti bola tug'ilgan paytdan gipoksemiya, giperkapniya va metabolik asidoz birga kelishi hisoblanadi. Bu holda perinatal gipoksiya va tug'ruq stressi moslashuv zahiralarning kamayishi yoki hatto tugashi sharoitlarida yuz berishini hisobga olish kerak. Antenatal ensefalopatiya tashqi nafas qaror topishi buzilishi bilan MNS faoliyati pasayishi sindromi ko'rinishida yuzaga chiqadi. Miya qon oqimi intensivligi (intranatal paydo bo'lgan asfiksiyadan farqli ravishda) tizimli bosim va qonning kislota – asos holati (KAH) bilan to'liq aniqlanadi, chunki autoregulyator mexanizmlar buzilgan, arterial gipotenziya asosida miya perfuziyasini keskin pasaytiradi. Gipoksik-ishemik entsefolopatiya, miya ichiga qon quyilishlar va talvasa sindromi paydo bo'lishiga imkon beradi.

Patologik asidoz membranalarining erta shikastlanishiga sababchi bo'lib, gemodinamika, gemoreologiya va transkapillyar almashinuv uchun noxush oqibatlar keltirib chiqaradi. Aspiratsiya, atelektazlar, surfaktant emirilishi, shuntlash (o'ngdan-chapga) NE mexanizmini, shuningdek o'ng qorincha YUE ni belgilaydi. AB tushib ketishi, simpatiko-adrenal etishmovchilik asosida

gipovolemiya bilan bogʻliq kollaps koronar qon oqimini ham pasaytirib, miokardning ishemik nekrozlarini keltirib chiqaradi. Qon yopishqoqligining oshishi, hujayralar agregat holatining buzilishi (sladj) mikrotsirkulyatsiyani battar yomonlashtiradi. Koagulyatsion parametrlarning katta oʻlchamda oʻzgarishlari va trombositlar gipoagregatsiyasining fazoviy buzilishlari trombogemorragik buzilishlar rivojlanishining yuqori xavfini keltirib chiqaradi.

Antenatal iztirobning ogʻirligi, adaptatsion mexanizmlarning holati, NE, OʻBE, YUE darajasi, miya shishi, jigar, MIY shikastlanishi va yiringli septik asoratlar qoʻshilib kelgan gipoksiyaning kechishini va uning oqibatlarini belgilaydi. Surunkali homila gipoksiyasi asosida rivojlangan asfiksiya va oʻtkir intranatal asfikatsiya patogenezi sxema tarzida berilgan.



5-rasm. Surunkali homila ichi gipoksiyasi asosida rivojlangan asfiksiya patogenezi

Tasnifi. 1952 yilda amerikalik akusher Virjiniya Apgar tugʻilganda 1 va 5 daqiqa oʻtgach Yangi tugʻilgan chaqaloq holatini klinik baholash shkalasini taklif qilgan

Apgar shkalasi

Simptomlar			
	0	1	2
Yurak urishlar soni (1 daqiqa ichida)	Yo‘q	100 dan kam	100 dan ko‘p
Nafas	Yo‘q	Bradipnoe, noturg‘un	Me‘yoriy, qattiq qichqiradi
Mushaklar tonusi	Qo‘l – oyoqlari osilgan holatda	Qo‘l – oyoqlari bir oz bukilgan	Faol harakat
Reflektor qo‘zg‘aluvchanlik	E‘tibori yo‘q	Grimasa	Qichqiradi, yo‘tal, aksirish
Teri rangi	Tarqalgan oqarish yoki tsianoz	Badani pushti rang, qo‘l – oyoqlari ko‘kimtir (akrotsianoz)	Butun badani va qo‘l – oyoqlari pushti rangda

Hozirgi vaqtda faqat Apgar shkalasi bo‘yicha baholash asfiksiyaning birdan-bir mezonini bo‘la olmaydi va tug‘ilgandan so‘ng 1 soat o‘tgach Apgar bo‘yicha past baho hammavaqt asfiksiya sinonimi bo‘lmaydi, chunki kardiorespirator depressiya holatida tug‘ilgan bolalar shu bahoni olishlari mumkin.

Tug‘ilishdagi kardiorespirator depressiya tug‘ilishda va hayotining dastlabki daqiqalarida asosiy hayotiy faoliyatlarning pasayishi natijasiz nafas (gipoventilyatsiya), susaygan mushak tonusi, MNS faoliyatining pasayib ketishi, biroq qonda giperkapniya, aksariyat, gipoksemiya ham yo‘qligi bilan tavsiflanadigan sindrom. Apgar bo‘yicha baholashda 1 daqiqa o‘tgach bunday bolalar 4-6 ball, biroq 5 daqiqa o‘tgach – 7 ball va bundan yuqori baho oladilar. Ilgari xuddi shunday bolalarga engil va o‘rtacha og‘irlikdagi asfiksiya tashxisi qo‘yilardi va keragi bo‘lmagan suyuqlikni va farmakoterapiya tayinlanardi, vaholanki ular uchun shart- sharoitlarini etarli darajada tashkil qilish etarli edi. Agar kardiorespirator depressiyasining sababi aniqlansa va keyingi dinamika uni tasdiqlasa, asfiksiya tashxisi qo‘yish maqsadga muvofiq emas.

Asfiksiya tashxisini qo'yishda JSST tomonidan qabul qilingan Amerika Pediatriklari Akademiyasining 1966 yilgi tavsiyalari eng to'g'ri xisoblanadi.

Asfiksiya tashxisotning mezonlari

- Kindik arteriyasi qonidagi metabolik asidoz **pH 7.00dan past**
- 5 daqiqada Apgar shkalasi orqali baholash 0dan 3 ballgacha.
- Nevrologik o'zgarishlar talvasa, koma yoki gipotoniya (neonatal ensefalopatiya).
- Poliorgan etishmovchilik.

Shunday qilib, asfiksiya og'irligini tug'ruq xonasida emas, ilk neonatal davr tugagandan so'ng aniqlanadi.

Klinik ko'rinishi. *O'rtacha og'irlikdagi asfiksiyani* tug'ilishdan keyin 1-daqiqada ichida me'yoriy nafas olish bo'lmaganda, yurak urishlari soni esa daqiqasiga 100 va ko'proq bo'lganda qayd etiladi. Mushak tonusi kam, ta'siroatga reaksiyasi sust. Apgar shkalasi bo'yicha baholash 1 va 5 daqiqada o'tgach – 4-6 ball (ko'k asfiksiya). Hayotining birinchi daqiqasida MNS o'rtacha ifodalangan sindromi qayd qilinadi: Spontan harakat faolligi, ko'rikka reaksiya pasayishi, Yangi tug'ilgan chaqaloqlar refleksining pasayishi (ayniqsa ko'proq avtomatik yurish, tayanch, Bauer emaklash refleksi), qichqirish kam emotsional. Teri qoplamlari tsianotik, lekin qo'shimcha oksigenatsiyada tez pushti rangga kiradi. Aksariyat holatlarda akrotsianoza saqlanadi. Auskul'tatsiyada taxikardiya, yurak tonlari bo'g'iqlashgan, nafas sustlashgan, har xil kalibrli xirillashlar borligi aniqlanadi. Cho'zilgan birlamchi apnoedan so'ng nafas ritmik, entikishlar, ba'zan qovurg'alar va to'shning ichiga tortilishi aniqlanadi.

Odatda hayotning birinchi soatlarida MNS faoliyatining susayish sindromi o'ta qo'zg'aluvchanlik bilan almashinadi: qo'llarning kichik ko'lamli tremori, bu yig'lash va bezovtalikda kuchayadi, jahl bilan yig'lash, uyqu buzilishi, ovqatni tez-tez qayt qilish, giperesteziya, spontan Moro refleksi (1 fazasi), Il'po refleksi musbat bo'ladi. Bunda tayanch, yurish va Bauerning emaklash reflekslarining pasayishi yoki yo'qolishi, mushak gipotoniyasi yoki distoniya ko'zda tutilishi mumkin. Tasirlangan buzilishlar funksional va o'tib ketadigan bo'ladi. Adekvat

terapiya o'tkazilganda o'tkir o'rtacha og'irlikdagi gipoksiyani boshidan kechirgan bolalarning ahvoli tezda yaxshilanadi va ilk neonatal davr oxiriga kelib qoniqarli bo'lib qoladi.

Og'ir intranatal asfiksiya quyidagi belgilar bilan ifodalanadi: tug'ilganda pul's – daqiqasiga 100 tadan kam, nafas yo'q yoki keskin qiyinlashgan, teri rangpar, mushaklar atoniyasi. Burun kateteriga reaksiya yo'q. Apgar shkalasi bo'yicha baho 1 – daqiqada 0-3 ball (MKB-10, VOZ) qo'yiladi. Bolaning tug'ilgandagi ahvoli o'ta og'ir, deb baholanadi.

Odatda spontan harakat faolligi, ko'ruvda javob reaksiyasi, mushaklar tonusi yo'q. Fiziologik reflekslar yo'qolgan. Teri qoplamlarining rangi tsianotik-oqimtir yoki rangpar. Faol oksigenatsiyada sekin tiklanadi. Yurak tonlari bo'g'iqlashgan. O'pka ustidagi fizikal ma'lumotlar – variabel. Mekoniy odatda tug'ruqqacha yoki tug'ruq vaqtida chiqadi va homilada nafas harakatlari boshlanishi natijasida mekoniy bilan aspiratsiyalanishga olib keladi.

CHaqaloqlar og'ir asfiksiyasi ko'p hollarda shokka olib keladi. Teri qoplamlari ersimon tusga kiradi. Periferik gemodinamikaning buzilish belgilari ("oq dog'" simptomi – 3 soniyadan ortiq) va markaziy dinamika belgilari: arterial gipotoniya, markaziy venoz bosimining pasayishi (yaqqol yurak etishmovchiligida esa oshishi mumkin) qayd etiladi. Nevrologik statusda koma yoki stupor belgilari bo'ladi: ko'ruvga va og'riq ta'sirotiga reaksiya bo'lmaydi, adinamiya, arefleksiya, atoniya yuzaga chiqadi. Ko'zlari yumuq, qorachiqqlarning yorug'likka reaksiyasi kam yoki yo'q, mioz ham, midriaz ham, shuningdek gorizontaal va vertikal nistagm ham bo'lishi mumkin. Mustaqil nafas bo'lmaydi, nafas harakatlarida qo'shimcha mushaklar ishtiroki ko'rinadi. Tez-tez apnoe xurujlari xos. Yurak tonlari bo'g'iq, ba'zan ularni faqat epigastral sohada eshitishga muvaffaq bo'linadi. Dag'al sistolik shovqin tomirlarga va ekstrakardial sohaga yaxshi o'tkaziladi. Yurak etishmovchiligida nisbiy yurak to'mtoqligi chegaralarining ko'payishi harakterli. O'pkada sustlashgan nafas fonida (atelektaz oqibati) ustida o'tkazuvchan va nam har xil kolibrli xirillashlar (aspiratsiya oqibati) eshitiladi.

Homila ichi gipoksiyasini o'tkazgan bolalar guruhida qorin palpasiyasida hepatomegaliya aniqlanadi, auskul'tatsiyada esa ichakning kuchsiz peristal'tikasi aniqlandi. Ishemiya va metabolik buzilishlarda dinamik ichak tutilishi belgilari bo'lishi mumkin.

Bola ahvolining barqarorlashuvi asosida gipertenzion sindrom belgilari paydo bo'la boshlaydi: keng ko'lamli tremor, ko'z simptomatikasi, katta liqildoqning bo'rtib chiqishi; mushaklar gipotonisi, so'rish va yutish reflekslari bo'lmagani holda ko'pincha talvasa sindromi qayd etiladi. Ahvoli ijobiy tomonga o'zgarganda 2-3- kundan boshlab gemodinamikaning barqarorlashish belgilari namoyon bo'ladi, pay reflekslari, Yangi tug'ilgan chaqaloqning fiziologik reflekslari (Babkin, Moro-1 fazasi, yuqori va pastki ushlab olish, Babinskiy, Galant) shuningdek, mustaqil nafas tiklanadi, yutish, so'ngra esa so'rish reflekslari ham paydo bo'ladi.

CHaqaloqlarning birlamchi reanimatsiyasi bo'yicha dastlabki trening dasturi 1980 yilning o'rtalarida ishlab chiqilgan. 2000 yilda dastur birinchi marta qayta ko'rib chiqilgan, 2005 yilda isbotlarga asoslangan tibbiyotga asoslangan holda keyingi qayta ko'rib chiqish o'tkazildi, chaqaloqlar birlamchi reanimatsiyasi kitobining beshinchi nashri 2006 yilda chop etildi va JSST tomonidan amaliy sog'liqni saqlashga tavsiya etildi.

Ta'riflagan ABSD reanimatsiya, deb umum qabul qilgan reanimatsion tamoyillardan foydalanish talab etiladi:

A – airway – (nafas yo'llari) havo o'tkazuvchi yo'llardan erkin o'tishni ta'minlab turish;

B – breath – (nafas), sun'iy (O'SV) yoki qo'shimcha (O'SV) ventilyatsiyani ta'minlash;

C – cordial, circulation –(yurak) qon aylanish faoliyatini quvvatlab turish.

D – drugs-(dori), dori–darmonli gemodinamikani tiklash

Biroq Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ruq zalida reanimatsion amallar ko'rsatishning qator xususiyatlari bor, bu odam hayotining bu davrida

organizmning o'ziga xos reaktivligiga bog'liq va reanimatsiyaga tayyorgarlik hatto bolani jonlashtirish jarayonidan ham faol va davomliroq bo'lishi kerak.

Asfiksiyada va kardiorespirator depressiyada Yangi tug'ilgan bolaga **birlamchi yordam ko'rsatishning asosiy tamoyillarini** quyidagicha ta'riflash mumkin:

- Reanimatsiyaga tayyorlik: a) xodimlarning tayyorligi, b) joy va jihozlarning tayyorligi, v) medikamentlarning tayyorligi.

- Yangi tug'ilgan bolaning "tana haroratining himoyasi".

- AVSD -reanimatsiya, "qadam va qadam" davo albatta teskari aloqa va har bir qadamning samaradorligini baholash bilan.

- Hamma tadbirlar o'tkazilayotganda aseptika qoidalari.

- Medikamentoz davoni kamaytirishga intilish, poliprogrammaziya qochish, klinik natijasi aniq dori vositalarini qo'llash.

- asfiksiyadan keyingi davrda (klinik, apparat, laborator) monitor kuzatuv. Hozirga qadar Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni puxta parvarishlash, jumladan ularga tug'ruq zalida birinchi yordam ko'rsatish bilim, ko'nikma va shifokor san'ati bilan bolaning holatiga baho berish, uning o'zini yaxshi his qilishiga yordam berishni o'z ichiga oladi.

Xodimlarning tayyorligi. Tibbiyot xodimlarining tayyorligini quyidagi omillar belgilaydi:

- Har bir tug'ruqda eng kamida reanimatsiyani boshlay oladigan bir nafar mutaxassis qatnashishi kerak va uning asosiy vazifasi bolaga kerakli parvarishni tashqil etishdir. Tug'ruqda ishtirok etuvchi ushbu, yoki boshqa bir mutaxassis reanimatsiyani to'liq o'tkazish ko'nikmalariga ega bo'lishi kerak. Reanimatsiya muolajasi o'tkazilishi ko'zda tutilayotgan tug'ruq jarayonlarida tug'ruq zalida qo'shimcha xodim bo'lishi kerak (JSST, 2006)

- Ko'p homilalik tug'ruqlarda yoki boshqa yuqori xavf bo'lgan holatlarda 4 tagacha va undan ortiq o'qitilgan tibbiyot xodimlari talab qilinadi. Yuqori malakali mutaxassis komanda lideri vazifasini bajaradi.

- akusherlar bilan doimiy ijodiy muloqot va homiladorlik, tugʻuruqning kechish xususiyatlarini, ona farmakoterapiyasini, homiladorlik va tugʻruq vaqtida homilanning holatini bilish;

- asfiksiyada yoki kardiorespirator depressiyali bola tugʻilishning yuqori havf omillarini (antenatal va intrantal) bilish;

- asfiksiyada Yangi tugʻilgan bolalarga yordam koʻrsatish algoritmini oʻrganish;

- asfiksiyada Yangi tugʻilgan chaqaloqqa yordam koʻrsatishning amaliy koʻnikmalarini va apparatura bilan ishlashni mukammal egallash;

- jihozlar, joy, dori-darmonlar tayyorligini nazorat qilish;

- hamma manipulyatsiyalar va muolajalarni bajarishda aseptikaga amal qilish;

- apparaturani sozlaydigan maxsus xodimlar borligi

- mahalliy sharoitlarni hisobga olib, bolani parvarishlash boʻyicha hamma muolajalar va koʻnikmalarni bajarish uchun milliy protokol toʻplami borligi.

Reanimatsiya joyining tayyorligi quyidagilarni oʻz ichiga oladi:

- jihozlar, materiallar va medikamentlarning jamlanganligi;

- parvarish jihozlari, materiallar va medikamentlarning sterilligi (sterilizatsiya vaqti koʻrsatiladi);

- ishni kontrol tekshirish-laringoskop yoritishi, dozimetr, OʻSV uchun apparat ishi, elektr tarmogʻiga issiqlik manbai, OʻSV uchun elektrsoʻrgʻich va apparatni ulash;

- dozimetrning kislorod sistemasiga va OʻSV apparatiga ulanish.

Reanimatsiya joyining tayyorligini nazorat qilish (bola tugʻilishiga qadar) davolash (OʻSV apparati va b.), himoya (nur issiqligi manbai), monitoring (pulʼsoksimetr va b.) uchun zarur hamma asbob-uskunalarining ishlashini tekshirish.

5-rasmda tugʻruq xonasida Yangi tugʻilgan chaqaloqqa birlamchi yordam algoritmi keltirilgan.

Har bir YTCH holatini tug'ilishi bilan quyidagi 4 ta belgi asosida tezda baholash kerak:

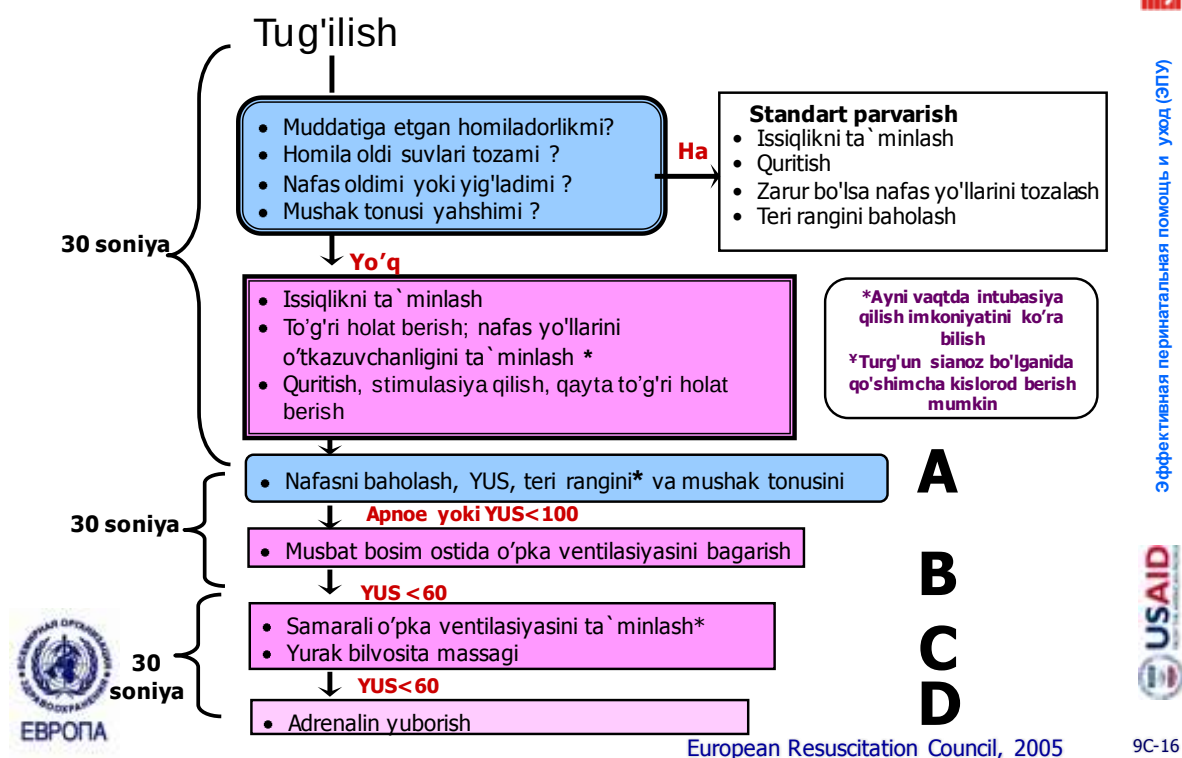
- Homiladorlik muddatiga etganmi ?
- Homila oldi suvi tozami ?
- YTCH nafas oldimi yoki yig'ladimi?
- YTCHning mushak tonusi qoniqarlimi ?

Agar hamma 4 ta savolga ijobiy javob bo'lsa, bunda YTCH reanimatsiyaga muhtoj emas.

Agar savollardan bittasiga salbiy javob bo'lsa, bunda YTCH baholanadi va nur issiqligi manbai ostida yordam beriladi. Agar homila oldi suvlarida mekoniy aniqlansa, bolada taktil stimulyatsiya singari birlamchi qadamlarni o'tkazmasdan oldin, nur issiqligini manbai ostiga olinadi. Apgar shkalasi reanimatsiyaga muhtojligi aniqlash, uning hajmi va reanimatsion chora – tadbirlarni boshlash uchun ishlatilmaydi.



Chaqaloqlar reanimatsiyasi algoritmi



6- rasm. Reanimatsiya algoritmi

A-reanimatsiya qadami (1 bosqich) bolaning boshi tugʻruq yoʻllarida koʻrinishi yoki tugʻilishi bilan ogʻiz boʻshligʻidagi suyuqlikni anʼanaga koʻra nokcha yoki kateter bilan soʻrib olishdan boshlanadi. Burun yoʻllaridagi suyuqlikni soʻrib olish bradikardiyaga sabab boʻlishi mumkin, shuning uchun bu muolajani ehtiyotlik bilan oʻtkazish, tugʻruqdagi bradikardiya bolalarda esa undan tamomila voz kechgan maʼqul. Soʻnggi yillarda bola tugʻilgan zahoti ogʻiz-xalqum suyuqligini soʻrib olish umuman kerak emasligi toʻgʻrisidagi nuqtai nazar ustuvor boʻlib kelmoqda, chunki bu Yangi tugʻilgan chaqaloqqa yordam koʻrsatish natijasini yaxshilamaydi. “Temperatura himoyasi”ning gʻoyat muhim tomoni ahamiyatga ega (bolani ilitilgan yoʻrgakka oʻrash, terisini tez artish va quruq iliq steril yoʻrgak bilan almashtirish), birinchi qichqirish, birinchi nafasni faol taktil stimulyatsiya qilish (bolani oyoq kaftiga chertish yoki elkasini ishqalash), chinqirish paydo boʻlganda kindigini bosish va bolani ona bagʻriga qoʻyish kerak. Keyin bola bir necha daqiqa ichida (akusherka yordamida) ona koʻkrigiga “emaklab” uni soʻra boshlaydi. Chinqirmasa tugʻilgandan 10-15sek oʻtgach kindikni Koxer qisqichlari orasida kesiladi, bolani onasidan olinadi va tezda reanimatsion stolga nur issiqligi manbai ostiga yotqiziladi. Bola chalqancha holatda boʻlganda boshi bir oz orqaga tashlanadi (“aksirish pozasi”) oyoq kaftiga yana yoki birinchi marta chertiladi va qator tugʻruqxonalarda burun-xalqum suyuqligini soʻrish bajariladi. Akusherka, reanimatolog-shifokor yoki tibbiyot hamshirasi hamma amallarni qoʻlqopda bajarishlari kerak (OIV infeksiyasining oldini olish).

Ikkinchi shifokor qopcha (Ambu turidagi) va xona havosi yordamida qoʻshimcha ventilyatsiyani boshlaydi. Ogʻir asfiksiya (bradikardiya, tarqoq keskin rangparlik yoki tsianoz, tugʻruqda ogʻir homila gipoksiyasiga koʻrsatmalar), shuningdek oʻta muddatiga yetmay tugʻilgan bolalarda birinchi nafas stimulyatsiyasi muolajalari odatda foydasiz, chunki ular ikkilamchi apnoe bilan tugʻiladi, shuning uchun nafas stimulyatsiyasiga koʻp vaqt sarflashning hojati yoʻq, bola davomiga OʻSV davridan keyingina mustaqil nafas ola boshlaydi.

Homila oldi suvlari mekoniy bilan bo'yalgandagina faqat yuqori nafas yo'llari sanatsiya qilinadi va intubatsiyaga hojat yo'q, so'ngra zarurat bo'lganda niqob bilan O'SV o'tkaziladi. Agar nafas yo'llari zich mekoniy to'lgan bo'lib, homila oldi suvlari "no'xat sho'rva" ko'rinishda bo'lsa, chaqaloq tug'ilgan zahoti va bola ajratilgach bevosita laringoskopiya, traxeya intubatsiyasi o'tkaziladi, intubatsion naycha so'rg'ichga ulab sanatsiya qilinadi va mekoniy bilan chiqariladi. Mekoniy chiqarilgach Ambu qopchasi va kislorodi havo aralashmasi bilan O'SV ni boshlash mumkin.

Bola tug'ilgandan keyin birinchi yordam bosqichi oxirida (muddat 20-25s dan oshmasligi kerak) shifokor bolaning nafasiga baho berishi kerak.

Bolada adekvat nafas paydo bo'lganda (sanatsiya va stimulyatsiyadan so'ng) darhol YQSni aniqlash va agar u daqiqasiga 100 urishdan yuqori bo'lsa, teri qoplamlari esa pushti rang (yoki akrotsianoz) bo'lsa, keyingi tadbirlarni to'xtatish va hayotning keyingi soatlarida kuzatuv (monitoring) tashqil qilish lozim. Tug'ruq xonasida hamma bolalarga K vitamini kiritish kerak (bir marta).

Agar mustaqil nafas olishda bolaning teri qoplamlari tsianotik bo'lsa, niqob va Ambu turidagi qopcha bilan O'SV boshlash, tsianoz dinamikasini kuzatib, uning sababini aniqlashga urinib ko'rish kerak. Ko'pincha umumiy tsianoz gemodinamikaning buzilishi (tug'ma yurak nuqsonlarida yurak etishmovchiligi, persistirlovchi fetal tsirkulyatsiya, har xil etiologiyali arterial gipotenziya va b.), o'pka zararlanishlari (massiv aspiratsiya, homila pnevmoniyasi, pnevmotoraks, diafragma churrasi, atelektazlar, o'pka rivojlanish nuqsonlari, nafas buzilish sindromi va b.), asidozga bog'liq bo'ladi.

SHuning uchun kislorod davosi fonida ko'krak qafasi rentgenogrammasi, qon kislotasos holati va gematokrit ko'rsatkichi zarur.

B-reanimatsiya qadaminig vazifasi tashqi nafasni tiklash hisoblanadi, samarasiz mustaqil nafas oladigan bolalarda o'tkaziladi.

Reanimatsiyaning keyingi qadamiga o'tishni hal etish quyidagi baholash natijasiga asoslanadi.

Nafas soni–Yurak urishi soni–Teri rangi

Umumiy ahvoli o'zgargan chaqaloqlar reanimatsiyasi vaqtida yordamchi ventilyatsiyadan foydalanish muhim va samarali bo'lib hisoblanadi.

Nafas olmayotgan yoki yurak urish soni 1 daqiqada 100dan kam bo'lgan chaqaloqlarga erkin kislorod oqimining berilishi yoki taktil stimulyatsiyani davom ettirish hech qanday ma'no kasb etmaydi, balki kerakli davo muolajasini kechikishiga sabab bo'ladi.

Niqob va Ambu turidagi ventilyatsiyadan boshlab, nafas olish bosimi ustidan qunt bilan tekshiriladi (birinchilari 3-5 nafas olish 30-35 sm suv ustuni bosimi bilan, keyingilari 20-25 sm suv ustuni hisobida), buning uchun manometr yoki ehtiyot klapan kerak, ular bo'lmaganda ko'krak qafasi ekskurtsiyasini sinchiklab kuzatiladi.

Aksariyat 60% kislorod havo aralashmasidan foydalaniladi. Aralashma oqimi tezligi daqiqasiga 6-10l bo'lishi kerak, Kislorod oqimining 1 daqiqada 5l bo'lishi reanimatsiyaga muhtojlikning oldini oladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar reanimatsiyasi uchun 2 xil o'lchamdagi niqoblardan foydalaniladi

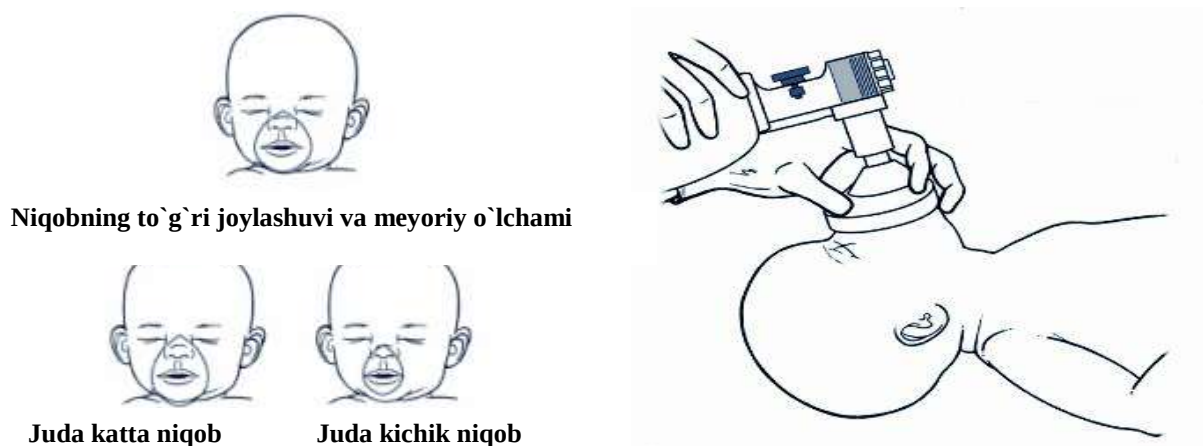
- Kichik massali va muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar uchun 0 o'lchamli.
- Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqlar uchun 1 o'lchamli.

Ambu qopchasiga bo'lgan talablar:

- Elastik, havo bilan o'zi to'ladigan, hajmi muddatiga qarab YTCH lar uchun 250-500 ml.
- Qopchani siqqanda 45sm suv ustunidan kam bo'lmagan bosim hosil bo'lishi kerak.
- Oson yig'iladigan hamda ajraladigan, tozalashga qo'lay bo'lishi kerak .

Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqning birinchi spontan yoki sun'iy nafasi o'pkada funksional qoldiq hajmini hosil qiladi. Optimal bosim, nafas olish va havo yo'nalishi tezligi vaqtida o'pkada funksional qoldik xajmini yaratish uchun aniqlanmagan. Nafas olganda o'rtacha boshlang'ich yuqori bosim 30 – 40 sm N₂O ga teng bo'lganda, muddatga etgan chaqaloqlar uchun natijali ventilyatsiyani ta'minlaydi. Odatda erdamchi ventilyatsiya daqiqasiga 40-60 marta o'tkaziladi, biroq, turli tezlikdagi o'tkazilgan ventilyatsiya effekt O'SVigi hozirgacha

o'rganilmagan. Yurak urish sonining tez oshib borishi, adekvat boshlang'ich ventilyatsiyaning asosiy me'zonlaridan biri hisoblanadi. Yurak urishi soni oshmaganda ko'krak qafasi harakatini kuzatish kerak



7- rasm. Niqobni to'g'ri quyish texnikasi

Niqobni bola yuziga yumshoq tirab qo'yiladi, u iyak, og'iz va burunni qoplab turishi kerak (rasm-7).

Ambu qopchasi bilan yordamchi nafas berilganda ko'krak qafasi harakatini kuzatish lozim. Agarda ko'krak qafasi nafas olishda ishtirok etmasa, uning harakati kuzatilmasa, u holda bunga quyidagi sabablar bo'lishi mumkin:

- Boshning noto'g'ri joylashishi.
- Niqobni yuzga to'liq tirlalmasligi.
- Noadekvat ventilyatsiya.
- Nafas yo'llarida shillik, qon yoki mekoniy bo'lishi.

Ambu qopchasi bilan ventilyatsiyadan 30 daqiqadan so'ng nafas va yurak urish sonini qayta baholash lozim. SHundan keyin navbatdagi qadamga o'tish mumkin.

1 daqiqali yurak urish sonining natijasini olish uchun yurak urish soni 6 soniya davomida sanaladi va natijani 10ga ko'paytiriladi.

- Agar bola yigʻlasa yoki yaxshi nafas olsa (“gaspig” tipidagi nafas, ixrab nafas chiqarish, yaqqol qovurgʻalar oraligʻini tortilishi boʻlmasa) va yurak urishi soni daqiqasiga 100 martadan oshsa “teriga -teri” kontaktini oʻtkazish uchun onaga beriladi. Bolani kuzatishda davom etiladi (teri qoplamlari rangi, nafasi, harakat aktOʻSVigi, tana haroratini) va bolani birinchi marotaba koʻkrakka qoʻyishni taʼminlanadi.

Endotraxeal intubatsiya uchun koʻrsatmalar: nafas qopchasi va niqob bilan ventilyatsiyaning samarasizligi, mekoniy aspiratsiyasi, bradikardiya (YUQS daqiqasiga 80 dan kam uradi va tashqi yurak massaji zarurligi), davomi nafas bilan quvvatlash zarurligi. Traxeya intubatsiyasi laringoskop yordamida koʻpi bilan 20sek mobaynida oʻtkaziladi; agar bu yordam bermasa, gipoksemiyani tugatish uchun maska yordamida OʻSV ga qaytiladi. Intubatsion naylarning oʻlchamlari: diametri – bolaning tana vazniga 1 kg dan kam boʻlganda – 2,5mm; 1.0 – 2,5kg – 3 mm; 2,5 kg dan ortiq boʻlganda – 3,5mm; 4 kg koʻp boʻlganda – 4 mm; naycha uzunligi oldingi milklardan – tanasi 1 kg boʻlsa – 7 sm; 2 kg – 8 sm; 3 kg – 9 sm; 4 kg dan ortiq boʻlganda – 10 sm. endotraxeal naychaning pastki uchi traxeya bifurkatsiyasi ustida, yaʼni 2 - koʻkrak umurtqasi sathida joylashishi kerak. Intubatsion naycha joylashuvini auskulʼtativ va rentgenologik nazorat qilishi kerak (13-jadval).

14 – jadval

Traxeya intubatsiyasida qoʻllaniladigan intubatsion naycha oʻlchami va kiritish chuqurligi

Gestatsion yoshi (haftalarda)	Tana vazni (gr)	Endotraxeal naycha oʻlchami (ichki diametr) (mm)	Yuqori labdan kiritish chuqurligi* (sm)
< 28	< 1000	2.5	6-7
28-34	1000-2000	3.0	7-8
34-38	2000-3000	3.5	8-9
>38	>3000	3.5 - 4.0	9-10

* Yuqori labdan kiritish chuqurligi (sm) = tana vazni (kg) + 6

C-reanimatsiya qadami. O‘SV boshlanishidan 20 – 30 s o‘tgach YUQS ni hisoblash zarur (6 s uchun va olingan soni 10 ga ko‘paytirilsin). Agar YUQS daqiqasiga 60 urishdan kam bo‘lsa, tashqi yurak massajini boshlash zarur. Bunda to‘shning pastki uchdan bir qismi (ko‘krak uchini biriktiradigan chiziqdan pastroqni, lekin qilichsimon o‘simtani emas, chunki jigarning yirtilish xavfi bor) 1.5sm pastga daqiqasiga 100 – 140 90 marta bosiladi. Yurak massajini ventilyatsiya bilan muvofiqlashtirishga hojat yo‘q.

Yurakning bilvosita massaji

Yurakning bilvosita massaji (YBM) adekvat o‘pka ventilyatsiyasi o‘tkazilgandagina effektiv bo‘ladi. YBM to‘sh suyagining pastgi 1/3 qismida o‘tkaziladi, chuqurligi ko‘krak qafasini oldingi orqa o‘lchamini 1/3ning tashqil etadi. YBM O‘SV bilan sinxron bo‘lishi kerak bir vaqtni o‘zida quyidagi ta`sirlardan saqlanib:

- To‘shga daqiqaiga 90 marta bosish 30 marotaba nafas berish bilan birga (2 soniya davomida 3 marta bosish va 1 marta nafas berish) shunday qilib har ta`sir 0,5 soniya davom etadi. SHunda nafas chiqarish nafas olgandan keyin to‘sh suyagini bosganda sodir bo‘ladi.

Ventilyatsiya va kompressiyaning birgalikda kechishini ta`minlash uchun ko‘krak qafasi bosilishini tibbiy xodim eshitib sanaydi, (guruh bilan ishlash).

Nafas, yurak urish soni, teri qoplamlarining rangi har 30 soniyaan keyin baholanishi kerak: yurak urish soni 60 martadan oshguncha ventilyatsiya va kompressiyaning birgalikda davom ettirish kerak.

Yurakning bilvosita massajini o‘tkazish usullari

Yurakning bilvosita massajini o‘tkazishning ikkita usuli mavjud:

- Ikkala bosh barmoq bilan

- Bir qo‘lning ikkita barmog‘i bilan.

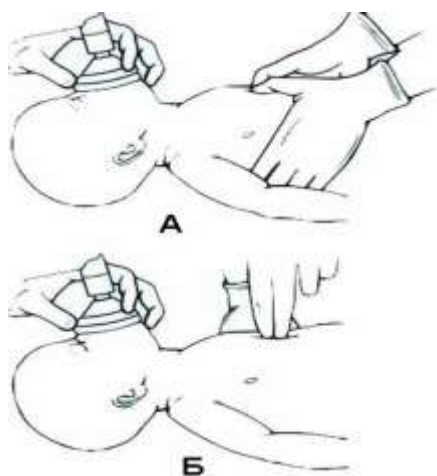
Ikkala bosh barmoq usuli

Ikkala bosh barmoq usuli YBMning optimal usuli: ikkala bosh barmoq to‘sh suyagining pastki 1/3 qismida joylashadi, ikkala qo‘lning qolgan barmoqlari esa bola tanasini kamrab oladi, uning orqasini ushlab turadi.

Kompressiya o‘tkaziladigan vaqtda ko‘krak qafasi yuzasidan barmoqlaringizni olmang.

Ikki barmoqli kompressiya usulini qo‘llaganda ikkinchi qo‘l bolaning orqa tomonidan ushlab turadi.

Massaj o‘tkazayotgan vaqtda barmoqlarni ko‘krak qafasi yuzasidan uzmay. Bu usul kindik venasiga katetirizatsiya vaqtida ishlatiladi (2-3, yoki 3-4 barmoq oxirlari).



Rasm – 8. Tug‘ilgandan 90 soniyadan so‘ng

- YBM va O‘SV ni 30 daqiqadan keyin to‘xtating va nafas chastotasi hamda YUS ni qayta baholanadi.
- Adekvat ventilyatsiya va qon aylanishi tiklangandan keyin bolani adekvat parvarish va doimiy dinamik kuzatuvda bo‘lishi uchun bo‘limga ko‘chiriladi.

- Agar bolada spontan nafas bo'lmasa yoki yurak urish soni daqiqasiga 100 tadan kam, lekin 60 tadan ko'p bo'lsa YBM ni to'xtating, ventilyatsiyani 30 soniya davom ettiriladi.

- Agar spontan nafas bo'lmasa traxeya intubatsiyasi qo'llash mumkin: bu holatda endotraxeal intubatsiya samarali ventilyatsiyani ta'minlaydi.

Reanimatsiyaning D qadami. Reanimatsiya vaqtida dori-darmonlarga kam hollarda ko'rsatma bor.

Lekin, agar:

- Agar yurak urish soni daqiqasiga 60 tadan kam bo'lsa 30 soniya davomida yurak bevosita massaji, 100% kislorod bilan O'SV qilinadi va ba'zi hollarda adrenalinni yuborishga ko'rsatma beriladi. CHaqaloqlarga tavsiya etiladigan adrenalinning qontsentratsiyasi 1:10 000.

- Endotraxeal yuborilganda adrenalinnning dozasi—1:10000 eritmadan 0,3-1,0ml/kg, eritmang yuborilgandan so'ng musbat bosim ostida bir necha ventilyatsion harakatlarni o'tkazish kerak.

- Vena ichiga yuboriladigan adrenalinning dozasi – 1:10000 eritmadan 0,1-0,3ml/kg, eritmani yuborilgandan so'ng kateterni 0,5–1,0ml fiziologik eritma bilan yuviladi.

- Adrenalinni oqim holida, maksimal tez yuborish kerak

- Yurak urish chastotasini adrenalin yuborilgandan 30 soniyadan so'ng baholanadi.

15 – jadval

Chaqaloqlar reanimatsiyasi uchun dori vositalari

Dori vositasi	Qo'llash konsentratsiyasi	Tayyorlash	Miqdori /yuborish yo'li	Yuborish tezligi /ogohlantirishlar
Adrenalin	1:10000	1 ml da 1:10000 li eritma	0,1-0,3 ml/kg V/I (0,3 – 1,0 ml/kg e/T)	Tez yuborish - struyno Endotraxeal yuborganda 1-2 ml fiziologik eritmada suyultirish mumkin.

Volemik suyukliklar	Fiziologik suyuqlik (afzalroq), Ringer - laktat, qon (qat'iy ko'rsatmaga ko'ra)	40-50 ml ni bitta katta yoki ikkita kichik shpritsga tortiladi.	10 ml/kg v/i, kindik venasi	5-10 daqiqa davomida yuborish. Faqat quyidagi hollarda: • chaqaloq reanimatsiyaga javob bermadi; • Qon ketishi aniqlanganda;
Nalokson gidroxloridi	Rastvor 1mg /ml	1 ml	0,1 mg/kg, v/i (afzalrok)	Tez yuborish Faqat quyidagi hollarda: • chaqaloqda yurak faoliyati tiklanib, o'z-o'zidan nafas olishi tiklanmasa; • Ona tug'ruqdan oldingi 4 soat davomida narkotik anal'getiklar olgan bo'lsa;

60 s mobaynida yurak massaji yaxshi natija bermasa, yurak faoliyatini yo kindik venasiga yoki endotraxeal 0.01% doza hisobidan adrenalin yuborib rag'batlantirish lozim. Adrenalin eritmasi natriy xloridning teng miqdori bilan suyultiriladi. Kiritishni 5 daqiqa o'tgach (3 martagacha) takrorlash mumkin. Ayni vaqtda O'SV va yurakning bilvosita massaji davom ettiriladi. SHundan keyin kindik venasi kateterlanadi (kindik venoz kateteri uzunligi elkasidan kindikkacha sm dagi masofa – 5sm ga teng va kateter uchi diafragma bilan chap bo'lmacha orasida turishi kerak), venoz va arterial bosim o'lchanadi, mikrotsirkulyatsiya holatiga baho beriladi ("oq dog" simptomi). "Oq dog" simptomi 3s va ko'proq (shifokor barmog'i bilan bosganda yo'qoladigan) bo'lishi gipovolemiya belgisi hisoblanadi, bunda hajmni to'ldiruvchi eritmalar (natriy xlorid izotonik eritmasi, Ringer -laktat, qon) 10ml /kg dozada kiritilishi kerak.

YTCHga yordam ko'rsatayotganda bolaning holati haqida ota-onasiga ma'lumot berish juda zarur.

Reanimatsion chora-tadbirlarni to'xtatish

Reanimatsiyani to'xtatishni komanda lideri va xodimlar ishtirokida qabul qilinishi kerak.

- YTCHga 10 daqiqa reanimatsiya ko'rsatilgandan keyin hayotiy belgilar paydo bo'lmasa (spontan nafas va yurak urishi yo'q) nerv tizimi rivojlanishining og'ir buzilishlariga va o'limga xavf soladi.
- 10 daqiqali adekvat va to'xtovsiz reanimatsion ta'sirdan keyin, hayotiy belgilar paydo bo'lmasa reanimatsiyani to'xtatish mumkin.
- 20 daqiqa adekvat O'SVdan keyin spontan nafas paydo bo'lmasa YTCHda og'ir asfiksiya rivojlanadi. Agar u yashasa keyinchalik intensiv terapiya o'tkazish talab qilinadi. Agar intensiv terapiya o'tkazish imkoniyati tug'ilsa, intensiv terapiya bo'limiga o'tishga tayyorlaguncha 30 daqiqa O'SV davom ettiriladi. Agar intensiv terapiya o'tkazishga imkon bo'lmasa, 20 daqiqali ventilyatsiyadan keyin bolada reanimatsiyaga javob bulmasa (spontan nafas yo'q) O'SVni to'xtatish mumkin.

Postasfiksiya sindromining kechishi tug'ilish vaqtida turli og'irlikdagi homila rivojlanishida qo'shilib kelgan kasalliklar va asoratlarning borligi, shuningdek parvarishning monandligiga bog'liq.

Asoratning ikki guruhi mavjud: erta (hayotining birinchi soatlari, birinchi kunida rivojlanadi) va kechki (hayotining birinchi haftasi oxiri va keyinroq). Asoratlarning ikkala guruhi a'zolar va tizimlarning zararlanishi bo'yicha tasniflanadi.

Erta asoratlari:

- 1) MNS zararlanishi – miya shishi, kalla suyagi ichiga qon quyilishlar (KIQQ), periventriko'lyar leykomalyatsiya, bosh miya moddasi nekrozlari;
- 2) yurak qon-tomir tizimi o'zgarishlari – o'pka gipertenziyasi, tranzitor miokard ishemiyasi, yurak etishmovchiligi, shok (karaxtlik);
- 3) buyraklar disfunktsiyasi – prerenal buyrak etishmovchiligi, kortikal nekroz, buyrak interstitsiyasi shishi, buyrak tomirlari trombozi, ya'ni O'BE har xil variantlari;
- 4) pnevmopatiyalar – shish, o'pkadan qon ketishi, aspiratsion sindrom, ikkilamchi surfaktant tanqisligi, surfaktant ishlab chiqarilishining susayishi va\yoki uning ingibitsiyasi ekinin sintezi susayish natijasida.

5) me`da-ichak yo`li zararlanishlari – dinamik ichak tutilishi, parez va motorikaning boshqa nuqsonlari, nekrozlanuvchi enterokolit;

6) gematologik aniqlanadi; anemiya yoki politsitemiya, trombositopenik purpura yoki DVS – sindrom.

Kechki asoratlar orasida nevrologik turi ustunlik qiladi: gipoksik-ishemik ensefalopatiya, gipertenzion gidrotsefal sindrom, talvasa sindromi. Kechki asoratlarga shuningdek pnevmoniyalar, meningit, sepsis ko`rinishidagi infeksiyalar ham kiritiladi. Kislorod terapiyasining asorati bronx-o`pka displaziyasi va retinopatiya bo`lishi mumkin.

Olib borish taktikasi. Apgar shkalasi bo`yicha past baho bilan tug`ilgan hamma bolalar, agar ularda o`pkaning yordamchi ventilyatsiyasi yoki reanimatsiya to`liq o`tkazilgan bo`lsa, intensiv terapiya bo`limiga o`tkazilishlari shart. Bu bo`limda chaqaloqlar tug`ilgandagi holatining bir necha soat yoki kun ichida og`irligiga ko`ra monitor quvzatuvda bo`ladilar. Bunday sharoitda ota-onalarga bolalarini erkin ko`ra olishlarini ta`minlash kerak. Organizmning hayotiy muhim qator faoliyatlari holati va gomeostaz ko`rsatkichlari holati ustidan uzluksiz kuzatiladi. Monitoring klinik, laborator, apparat turlariga bo`linadi.

Klinik monitoring: a) tana vaznini o`lchash (kuniga 2 marta); b) bola klinik holatining o`zgarishi to`g`risidagi dinamik yozuvlar (nevrologik, somatik status); v) Har 3 soatda nazorat qilish kerak: nafas sonini, nafas olish harakterini (nafas olishda ishtirok etuvchi ko`krak qafasinining bo`sh sohalarining chuqur tortilishi, ixrab nafas chiqarish), yurak urishlari soni, teri va shilliq qavatlar rangi, tana harorati, ovqatlanish (so`rish refleksining faolligi). g) olayotgan suyuqligi (ovqati, infuzion davo, dori vositalarini eritish) va tarkibi (kaloraj, oqsillar, yog`lar va uglevodlar); d) yo`qotilgan hamma suyuqliklar hajmini hisobga olish (siydik, najas, qayt qilish, me`dada turib qolgan suyuqlik); j) bolani har gal ko`ruvda “oq dog” simptomiga baho beriladi.

Apparat monitoringi orqali O`SV, kardiomonitorlar, qonning kislorod bilan to`yinishi (imkoniyati bo`lsa) ko`rsatkichlarini ruyxatga olish mumkin.

Laborator monitoringi: a) gemotokrit, gemoglobin, leykotsitlar, eritrotsitlar, retikulotsitlar, trombotsitlar miqdori, rang ko'rsatkichi va leykotsitar formula; b) KAM (RN, BE, RCO₂, RO₂); qon, balg'am, siydik, me'da suyuqligi, najas, likvor, kindik jarohati va eshituv yo'lidan ajralma Gram bo'yicha bo'yash va surtma mikroskopiyasi; g) siydikning klinik analizi; d) qonning biokimyoviy analizi: glyukoza, umumiy oqsil, bilirubin va uning fraktsiyalari, darajasi, transaminazalar faolligi, mochevina, kaliy, natriy, kal'tsiy, magniy qontsentratsiyasi; e) qon va siydik osmolyarligi; j) koagulogramma; z) koprogramma; y) ko'krak qafasi va qorin rentgenogrammasi.

Qiyosiy tashhis tug'ilishda kardiorespirator depressiya qo'zg'atuvchi holatlar, shuningdek o'tkir qon yo'qotishlar (jumladan ichki a'zolar jarohati), kalla suyagi ichiga qon quyilishlar, yurak va miyaning rivojlanish nuqsonlari, o'pka kasalliklari, kalla suyagi ichida tug'ruq va spinal jarohatlar, diafragmal churrallar bilan o'tkaziladi. Muddatidan o'tib tug'ilgan bolalarda, ayniqsa, mekoniy aspiratsiyasi sindromi, tug'ruq jarohatlari, persistirlovchi o'pka gipertenziyasi va pnevmotoraks, muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda esa – nafas buzilish sindromi, kalla suyagi ichiga qon quyilishlar, giperammoniemiya sindromi ko'proq uchraydi.

Tug'ilishda kardiorespirator depressiya – tug'ilishda MNS faoliyati pasayib ketish sindromi borligi, jumladan mushak tonusining pasayishi, gipoventilyatsiya, aksariyat bradikardiya mavjudagi, biroq qonda gipoksemiya, giperkapniya, yaqqol asidoz yo'qligi xos. Bunda bolada hayot faoliyatining bir necha pasayib ketishiga xos belgilar bo'lishi mumkin.

Ko'pincha bolaning kardiorespirator depressiya va Apgar shkalasi bo'yicha past baho olib tug'ilish sababini aniqlab bo'lmaydi. Odatda bu bolalarga atrof muhit sharoitlarini optimal tashkil qilish hamda vaqtincha nafas va boshqa quvvatlashni tashkil etishning o'zi kifoya qiladi va Apgar bo'yicha baholash 5 daqiqadan o'tgach 7 ball va bundan yuqoriga chiqadi. Ilgari xuddi shunday bolalarda engil yoki o'rtacha og'irlikdagi asfiksiya tashhisi qo'yilgan va ularga kerak bo'lmagan infuzion va farmakoterapiya tayinlangan.

Davolash. Asfiksiya o'tkazgan bolalarda davolash optimal mikroiklimni va komfort sharoitni yaratishdan, gipoksemiyani davolash, qonning me'yoriy gaz tarkibini, yurak faoliyatini, qon bosimini va aylanib yuruvchi suyuqlik xajmini, qondagi glyukoza miqdorini bir me'yorda ushlab turishdan iboratdir. Qonning me'yoriy elektrolit tarkibini tiklash va bir me'yorda ushlab turish (normo- Na^+ , K^+ , Cl^- , Ca^{++} , Mg^{++}). Buning uchun parenteral ovqatlantirishni iloji boricha tezroq, ya'ni gipoksemiyani davolab bo'lgandan so'ng va me'yoriy qon aylanish tiklangan zahoti boshlash kerak. Asfiksiyaning og'ir darajalarida enteral ovqatlantirishni 2-3 sutkaga kechiktirish lozim.

Rejali infuzion terapiyani zarurat bo'lganda tug'ilishdan 40-50 min o'tgach boshlash kerak. Infuzion davoning odatdagi hajmi hayotining birinchi kunlarida 60-80ml/kg (tana vazni 750g dan kam muddatiga yetmay tug'ilganlarda hajm 100-200 ml/kg gacha ko'paytirilishi mumkin), har kuni yuborilayotgan suyuqlik hajmi 20 ml/kg oshiriladi, suyuqlik hajmi 140 -200ml/ kg / sut. etmaguncha. Biroq yurak etishmovchiligi, o'pka, miya shishida bolaning sutkalik ehtiejtdan kelib chiqib infuzion terapiya 2/3ga qisqiradi.

16 – jadval

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni suyuqliklarga bo'lgan fiziologik talabi.

Yoshi (sutka)	Tana vazni (g)			
	>1000	1001-1500	1501-2500	>2500
1	80-100	60-80	40-60	30-40
2	100-120	80-100	60-80	40-70
3-4	120-150	100-120	80-100	70-90
5-7	150-180 (200 gacha)	120-160 (180 gacha)	100-150 (170 gacha)	90-140 (160 gacha)

Infuzion davoning hajmidan sur'ati muhim, shuning uchun uni har 6-8 soatda nazorat qilib turish kerak. Hayotning birinchi kunida odatda infuziya uchun 5-10%li glyukoza eritmasi ishlatiladi. Infuzion davo ifodasi va sur'ati ko'p jihatdan asosiy klinik-laborator ko'rsatkichlarning monitoring natijalariga bog'liq.

Metabolik buzilishlar korrektsiyasi va oldini olish: gipo- va giperglikemiyalar, asidoz, gipokal'tsiemiya, gipomagnemiya (quyiga q.) va b.

Gipoglikemiya qonda glyukoza darajasi 2.6 mmol'/ldan past bo'lganda aniqlanadi.

Qonda glyukoza darajasini birinchi aniqlashni gipoglikemiya rivojlanish havf guruhidagi bolalarda tug'ilishdan 30 – 60 daqiqa o'tgach o'tkazish maqsadga muvofiq, so'ngra dastlabki 2 kun ichida qonda glyukoza qontsentratsiyasini har 3 soatda yoki har bir ovqatlantirishdan oldin o'lchanadi. Infuzion terapiya olayotgan bolalarda glyukozaning darajasi oxirgi 2 o'lchovdan so'ng me'yoriy ko'rsatkichga etsa, glyukozaning darajasini har 12 soatda aniqlanadi. Glyukozaning qondagi miqdori 2,6 mmol'/ldan past, lekin 1,1 mmol'/ldan past bo'lmagan holatlarda ko'krak bilan ovqatlantirish sonini yoki beriladigan sut hajmini ko'paytirish lozim.

Glyukoza eritmalarini parenteral yuborish gipoglikemiya darajasi 1,1 mmol'/l va bundan past bo'lganda boshlanadi. Glyukozaning 10%li eritmasini vena ichiga, daqiqasiga 2,5 ml/kg tezlikda 5 daqiqa davomida sekin, oqim holida yuboriladi. Glyukozaning miqdorini yuborilgandan 30 daqiqa so'ng aniqlanadi va keyin har 3 soatda aniqlanadi. Agar glyukozaning qondagi miqdori 1,1 mmol'/ldan past holati saqlansa, bunda glyukozani vena ichiga oqim shaklida yuborish qaytariladi va infuzion terapiya davom ettiriladi. *Giperglikemiya* odatda optimal bo'lmagan infuzion davo oqibati hisoblanadi. Agar glyukoza darajasi 10 mmol'/l dan yuqori bo'lsa, insulin 0,1 TB/kg/soat dozada gipoglikemiya muntazam nazorat qilgan holda va glyukoza infuziyasi sur'ati cheklangan mikrooqim bilan tayinlanadi.

Gipokal'tsiemiya qonda umumiy kal'tsiy darajasi 1,75 mmol'/l dan kam va ionlangani – 0,85 mmol'/l dan past bo'lganda aniqlanadi. U erta (hayotning dastlabki 3 kuni), o'rtacha (hayotning 4-7-kunlari) va kechki (hayotining 3-haftasida va keyinroq boshlanadi) bo'ladi. Gipokal'tsiemiyada vena ichiga 10%li kal'tsiy glyukanat eritmasi 1-2 ml/kg dozada (ya'ni 9-18 mg kal'tsiy 1kg tana vazniga). Bunda oy-kuni to'lib tug'ilgan chaqaloqda kal'tsiyga sutkalik ehtiyoj 75 mg/kg (juda muddatiga yetmay tug'ilganlarda 150 mg/kg gacha etadi.)

O'tkir postasfiktik davrda foydalaniladigan dori vositalarining asosiy guruhlari quyidagicha: antigipoksantlar, antioksidantlar, metabolik, gemodinamik

buzilishlarning korrektsiyasi uchun foydalaniladigan vositalar. Bundan tashqari, oksigenoterapiyaning har xil usullari qo'llaniladi.

Oksigenoterapiya, O'SV 100%li kislorod bilan nafas olishda qon RO_2 ni, 5.33 kPa dan ko'pga yoki RSO_2 ni 9.33 kPa dan yuqori me'yorlashtirishga imkon bo'lmaganda qo'llaniladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar, ayniqsa muddatiga yetmay tug'ilganlarga sof kislorodni ingalyatsiya qilish mumkin emas deb hisoblanadi. 80%li kislorod bilan O'SV davomiyligi 100% namlanganda ko'pi bilan 2-3 soat, 60%li kislorod bilan ko'pi bilan 10 soat, birmuncha davomli ingalyatsiyalarni esa ko'pi bilan 30%li kislorod bilan o'tkazgan ma'qul. Kislorod davoning 2 jihatiga e'tibor beraylik: harorat va namlik. Sovuq kislorod havo aralashmasi faqat sovuq stress qo'zg'atmay, issiqlik berishni keskin ko'paytiradi, natijada periferik qon aylanishi buziladi.

3 - BOB. NERV TIZIMINING PERINATAL PATOLOGIYASI

HKK (R10-R15)

Miya perinatal zararlanishlarning haqiqiy soni aniqlangan deb hisoblab bo'lmaydi. Bu nevrologik me'yorni patologiyadan farq qilish uchun asosiy mezonlarning aniqlanishiga bog'liq. Agar kattalarda va o'smirlarda hatto "nevrologik me'yor" tushunchasi faol bahslar sabab bo'layotgan va funksional, yuklamali testlar, me'yor to'g'risidagi masalani hal qilish uchun dinamik kuzatuvchining ahamiyati Yangi tug'ilgan bolalarning nevrologik statusini baholashda nihoyatda o'rindir.

Ayni vaqtda, Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni sinchiklab klinik tekshirish ahamiyatiga etarlicha baho bermaslikdan qochish lozim. A.YU.Ratner va uning bolalar nevrologlari maktabi tug'ruqxonalarda Yangi tug'ilgan bolalarning orasida ko'p marta takrorlangan ommaviy ko'riklarda, klinik tekshirishda amalda uchta boladan bittasida neonatal nevrologik buzilishlarning belgilari bo'lgan (A.YU.Ratner, S.V.Bondarchuk, 1992). 11 jadvalda Rossiya pediatriklarining VI Kongressida tasdiqlangan va Rossiya perinatal tibbiyot assotsiatsiyasi mutaxassisleri tomonidan ishlab chiqilgan, Yangi tug'ilgan chaqaloqlar markaziy nerv tizimini perinatal jarohatlanishlarining tasnifi keltirilgan.

17 – jadval

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar markaziy nerv tizimining perinatal jarohatlanish tasnifi

Patogenetik harakteristika	Nozologik shakli	Asosiy klinik simptomlari va sindromlari
I.MNTni gipoksik jarohatlanishi		
I. A) P 91.0 TSerebral ishemiya	TSerebral ishemiya 1 daraja (engil)	MNTning qo'zg'alishi va/yoki susayishi (5-7 kungacha)

	TSerebral ishemiya II daraja (o'rta og'ir)	• MNTning qo'zg'alishi va/yoki susayishi (5-7 kundan ortiq) • Talvasa • Miya ichi gipertenziyasi • Vegetativ-vistseral buzilishlar
	TSerebral ishemiya III daraja (og'ir)	• 10 kundan ortiq tserebral faollikning jadal kamayishi - So'nish-koma - So'nish - qo'zg'alish-talvasalar - So'nish -talvasalar-koma • Talvasalar (epistatus) • Miya o'zagi bo'limlarini disfunktsiyasi • Dekortikatsiya • Detserebratsiya • Vegetativ-vistseral buzilishlar • Jadallanuvchi miya ichi gipertenziyasi
I. B) R 52 Gipoksik genezli miya ichi qon quyilishlari	1. Qorinchalar ichiga qon quyilishi birinchi darajasi (subependimal). Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarga xos	Spetsifik nevrologik simptomlarsiz
	2. Qorincha ichiga qon quyilishi II daraja (subependimal + intraventrikulyar). Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarga xos	• Shok • Apnoe • So'nish-koma • Talvasalar • Miya ichi gipertenziyasi (jadal yoki sekin jadallashuvchi)
	3. Qorincha ichiga qon quyilishi III daraja (subependimal + intraventrikulyar+ periventrikulyar). Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarga xos	• Shok • Apnoe • Chuqur so'nish-koma • Talvasalar (asosan tonik) • Miya ichi gipertenziyasi (bosh miya o'zagi kaudal qismining disfunktsiyasi bilan jadal yoki sekin progressirlanishi) • Markaziy nerv tizimi yuqori qo'zg'aluvchanligi • Giperesteziya

	4. Birlamchi subaraxnoidal qon quyilishi. Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarga xos	• Partsial (fokal) klonik talvasalar • Miya ichi gipertenziyasi (oʻtkir gidrotsefaliya)
	5. Miya moddasi ichiga qon quyilishi (parenximatoz). Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlarga xos	Klinik koʻrinish qon quyilishlarning hajmi va joylashgan joyiga bogʻliq: • Klinik belgilarisiz boʻlishi mumkin • Yuqori qoʻzgʻaluvchanlik-talvasalar • Chuqur soʻnish-talvasalar • Partsial (fokal) talvasalar • Miya ichi gipertenziyasi
2. V) MNTning qoʻshma ishemik-gemorragik jarohatlanishi (notravmatik)		Klinik kurinishi va umumiy ahvolning ogʻirligi asosiy jarohat turiga va joylashish joyiga bogʻliq.
P. MNT travmatik jarohatlanishi		
P.A)R10 Miya ichi tugʻruq travmasi.	1) epidural qon quyilish	• Erta miya ichi gipertenziyasi • Yuqori quzgʻaluvchanlik • Talvasalar • Baʼzida qon quyilgan tarafda koʻz qorachigʻini kengayishi
	2) Subdural qon quyilish Supratentorial Subtentorial (infratentorial)	• Klinik belgilarisiz kechishi • Gemiparez • Partsial talvasalar • Qon quyilgan tarafda koʻz qorachigʻining • Kengayishi (har doim kuzatilmaydi!) • Miya ichi gipertenziyasi (progressirlovchi)
		• Oʻtkir miya ichi gipertenziyasi • Tonik talvasalar • Bulʼbar buzilishlar • Soʻnish-koma • Nafas va yurak faoliyatini jadallashgan buzilishlari

	3) Qorinchalar ichiga qon quyilishi	• Yuqori ko‘zg‘aluvchanlik-so‘nish • Talvasa (fokal, mul’ti-fokal) • Jadallashgan miya ichi gipertenziyasi – gidrotsefaliya • Nafas va yurak faoliyatini buzilishlari
	4) Parenximatoz qon quyilishlar (gemorragik infarkt)	• Yuqori ko‘zg‘aluvchanlik • So‘nish - koma • Talvasalar • Jadallashgan miya ichi gipertenziyasi • O‘choqli buzilishlar (gematomaning hajmi va joylashgan joyiga bog‘liq) • Klinik belgilarisiz kechishi mumkin
	5) Subaraxnoidal qon quyilish	• Yuqori ko‘zg‘aluvchanlik • Giperesteziya • O‘tkir tashqi gidrotsefaliya • Talvasalar • So‘nish - «tetik»koma
II. B) 3.11.5 Orqa miya tug‘ruq jarohatlari	Orqa miyaga qon quyilishi (cho‘zilish, uzilish, shikastlanish) umurtqa pog‘onasining jarohatlanishi yoki jarohatlanishsiz	Spinal shok Nafas buzilishlari Harakat va sezgi buzilishlari Sfinkterlar funksiyasini buzilishi Klod Bernar-Gorner sindromi
II. V) R14 Periferik nerv tizimi tug‘ruq jarohatlari	Elka chigalining travmatik zararlanishi Dyushen-Erba proksimal turi (Cv-Cvi)	Qo‘lning (qo‘llarning) proksimal qismi sust parezi
	Dejerin-Klyumpke distal turi (Svii-Ti)	Qulning (qo‘llarning) distal qismi sust parezi
	Total falaj (Sv-Ti)	Qulning (qo‘llarning) total sust parezi Klod Bernar-Gorner sindromi Nafas buzilishlari

	Diafragmal nerv jarohatlanishi	Nafas buzilishlari («paradoksal» nafas, taxipnoe) Klinik belgilarisiz kechishi mumkin
	Yuz nervining travmatik zararlanishi	Zararlangan tomonida: Lagoftal'm Burun-lab uchburchagining tekislanishi Qichqiriq vaqtida og'izni sog'
	Boshqa periferik nervlarning travmatik zararlanishi	Klinik ko'rinishi nerv turi va joylashgan joyiga bog'liq
III. MNTning dismetabolik va toksikometabolik buzilishlari		
III. A) R 70-R 71 Moddalar almashinuvining o'tib ketuvchi buzilishlari	1) Yadroviy sariqlik (bilirubin ensefalopatiyasi)	So'nish Apnoe Talvasalar Opistotonus Qaytalanuvchi distonik hujumlar «Botayotgan quyosh» simptomi
	2) Gipoglikemiya	Klinik belgilarisiz So'nish – qo'zg'alish Talvasalar
	3) Gipomagniemiya	Quzg'alish Talvasalar
	4) Gipermagniemiya	So'nish -koma Apnoe.
	5) Gipokal'tsiemiya	Yuqori qo'zg'aluvchanlik Talvasalar Mushak titaniq spazmlari Arterial gipotenziya Taxikardiya
	6) Giponatriemiya	Klinik belgilarisiz So'nish Arterial gipotenziya Talvasalar Koma
	7) Gipernatriemiya	Yuqori quzg'aluvchanlik Arterial gipertenziya

III. B) R 04 MNT funksiyasining toksikometabolik buzilishi	Homiladorlik davrida spirtli ichimliklarni ichish, chekish, narkotiklar va tobelikni chaqiruvchi dori moddalarini qabul qilish natijasida kelib chiquvchi holatlar MNTga toksinlar (virusli, bakterial) ta`sirida kelib chiquvchi holatlar Homilaga yoki yangi tug`ilgan chaqaloqqa yuborilgan dori moddalarini MNTga ta`siri	Yuqori quzg`aluvchanlik Talvasalar Giperakuziya So`nish Koma
IV. Perinatal davrdagi infeksiyon kasalliklar natijasida MNTning zararlanishi		
IV.A)R35-R37 MNTning homila ichi infeksiyalari (TORCH- sindromi) natijasida zararlanishi Entsefalit Meningit	Sitomegalovirus infeksiyasi Gerpetik infeksiya Tokso plazmoz Tug`ma qizilcha ESNO-viruslari va b. Zaxm	
Meningoensefalit		
IV. B) MNTning neonatal sepsis natijasida zararlanishi Meningit Meningoentsefalit Ventrikulit Entsefalit	Streptokokkli infeksiya Stafilokokkli infeksiya Koli-bakterial infeksiya Klebsiellaz infeksiyasi Ko`k yiring tayoqcha infeksiyasi Listerioz Kandidoz	Meningeal Miya ichi gipertenziyasi Talvasalar Koma Gidrotsefaliya O`choqli buzilishlar

Tashxis namunalari

- 1 oygacha MNT perinatal zararlanishining o`rta og`ir darajasi, susayish sindromi, o`tkir bosqichi.
- 1 oydan keyin – MNTning perinatal zararlanishi, o`rta og`ir darajasi, gipoksik-gemoragik etiologiyali, QIQQ I darajasi, gidrotsefaliya sindromi, tiklanish davri.

Gipoksik-ishemik ensefalopatiya

Gipoksik-ishemik ensefalopatiya (GIE) ante-, intra- yoki aralash gipoksiyaning bevosita oqibati hisoblanadi va 1000ta oy – kuniga yetib tug‘ilgan chaqaloqlarda 1,6 dan 8,0 gacha uchraydi.

Patogenezi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning gipoksik-ishemik ensefalopatiyasi rivojlanishida gipoksiya ham, ishemiya ham ahamiyatga ega. Bunday sharoitda u yoki bu omilning ustuvorligi o‘ziga xos ko‘rinishga ega.

Oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqlar uchun miya gipoksiyasida bosh miya po‘stlog‘i va po‘stloq osti oq moddasining parasagital zararlanishi xos bo‘lib, uning asoratli kechishida spastik tetraplegiya va aqliy etishmovchilik qonuniyatli natija bo‘lishi mumkin. Oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqlarda miya gipoksik zararlanishining boshqa spetsifik morfologik belgisi bazal gangliylar va talamusning status marmoratus hisoblanib, xoreoatetoz va ruhiy rivojlanishdan orqada qolishga olib keladi. Po‘stloq va po‘stloq osti oq moddasining fokal va mul’tifokal nekrozi oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqlarda ham, muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarda ham GIE ga xos o‘zgarishlar bo‘ladi, bunda gemiparez va fokal tutqanoqlar shakllanishi mumkin.

SHuningdek, gestatsiyaning har qanday muddatidagi bolalar uchun miya zararlanishining umumiy xili neyronlarning selektiv va diffuz nekrozi hisoblanadi. Oy-kuni yetib tug‘ilgan bolalarda selektiv nekrozning xususiyati uning bosh miya po‘stlog‘ida, miyachada, bosh miya o‘zagida va orqa miyada joylashuvi hisoblaniadi, odatda, miya o‘zagi va spinal shikastlanishga tegishli o‘zgarishlar o‘tkir va og‘ir gipoksiyada, surunkali va engil gipoksiyada esa po‘stloqqa tegishli buzilishlarga olib keladi. Oqibati nohush kechganida, bolalarda spastik tetraplegiya, aqliy zaiflik, miya o‘zagi disfunktsiyasi, talvasalar rivojlanadi. Muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalarda neyronlarning selektiv nekrozi dientsefal sohada va bosh miya po‘stlog‘ida ustunlik qiladi, bu spastik tetraplegiya, kranial nervlar zararlanishini shakllantirishi, “diqqat-tanqisligi sindromi” va “gipotalamik sindrom” bo‘lishi mumkin.

Gipoksiyada muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalar miyasining shikastlanish morfologiyasi uchun peri- va intraventikulyar zararlanishlar xos hisoblanadi.

Aynan shunday shikastlanishning sababi, gestatsiya yoshi 32 haftadan kam bolalarda yon qorinchalar oldingi shoxi tubidagi germenal (pusht) matriksida qon taʼminotining terminal turda boʻlishidir.

Terminal matriksning soʻrilib ketishi va terminal qon taʼminoti oʻrniga magistral qon taʼminoti turi odatda kontseptual yoshning 32 haftalarida roʻy beradi. Peri- va intraventrikulyar zararlanishlar rivojlanishining muhim qoʻshimcha omili “passiv” bosim fenomeni sanaladi. Bu gipoksiyada tomirlar autoregulyatsiyasining yoʻqotilishiga va tserebral qon oqimining tizimli bosimga chiziqli bogʻliqligiga ega. Tizimli bosim oshganda qon quyilishlar, pasayganda – ishemiya va nekroz rivojlanadi. Birinchi holatda terminal venalar trombozi, soʻngra qon quyilishi paydo boʻladi. Jarayon odatda, unilateral joylashadi va gemiplegiya va aqliy etishmovchilikka olib keladi.

Ikkinchi holatda periventrikulyar oq moddaning bilateral ishemik zararlanishi (leykomalyatsiya) roʻy berib, periventrikulyar oligodendrogliyaning ozod radikalarga nisbatan sezuvchanligini belgilaydi. Bu holatda hujayra halokatining apoptoz mexanizmi asosida yuzaga chiqadi. Spastik para- va tetraplegiyalar, aqliy zaiflik, koʻrishning pasayishi bu zararlanishning natijasi hisoblanadi.

GIEning klinik koʻrinishi klinik tasniflar doirasida koʻzdan kechiriladi. Klassik boʻlib qolgan birinchi bosqichli tasnif 1976 yilda N.V.Sarnat va M.S. Sarnat tomonidan taklif qilingan (19-jadval).

18-jadval

Muddatiga yetib tugʻilgan chaqaloqlarda postanoksiya entsefalopattsiyasining bosqichlari (Sarnat H.B. va Sarnat M.S.,1976).

Koʻrsatkichlar	1 bosqichi	2 bosqichi	3 bosqichi
Ong darajasi	Bezovtalik	Letargiya	Stupor
Nerv-mushak nazorati			
Mushak tonusi	Meʼyoriy	Engil gipotoniya	Lanjlik
Holati	Engil distal fleksiya	Distal fleksiya	Doimiy boʻlmagan deserebrasiya
Periostal reflekaslar	Oshgan	Oshgan	Pasaygan yoki

			yoʻqolgan
Segmentar minoklonus	Bor	Bor	Yoʻq
Kompleks reflekslar			
Emish	Susaygan	Susaygan yoki yoʻq	Yoʻq
Moro refleksi	Pastki boʻsagʻa bilan oshgan	Susaygan, toʻliqsiz, yuqori boʻsagʻa	Yoʻq
Okulo-vestibulyar refleks	Meʼyoriy	Oshgan	Yoʻq yoki susaygan
Boʻyin-tonik refleksi	Engil	Oshgan	Yoʻq
Vegetativ reaktivlik	Asosan simpatik	Asosan parasimpatik	Ikkala tizim yoʻqolgan
Qorachiqalar	Midriaz	Mioz	Oʻzgarib turadigan, noadekvat reaksiya, fotoreaksiyalar pasayishi
Yurak urishi	Taxikardiya	Bradikardiya	Oʻzgaradigan
Bronxial va soʻlak sekretsiyasi	Kam	Profuz	Oʻzgaradigan
Ichak peristalʼtikasi	Meʼyoriy yoki pasaygan	Kuchaygan, diareya	Oʻzgaradigan
Talvasalar	Yoʻq	Fokal yoki mulʼtifokal	Kamdan-kam (diserebrasiyadan tashqari)

EEG	Bedorlik me`yoriy eEG	Avvaliga past voltli δ - Θ -egri chiziq; Kechroq davriy pattern; Talvasalarda 1- 1,5 Gts cho`qqi- to`lqin	Avvaliga davriy pattern izopotensial fazalari bilan; kechroq- izopotensial
Kechishi	Sutkadan kam	2-14 kun	Bir necha soatdan haftalargacha

Hozirgi vaqtda GIEga o`tkir va o`rtacha o`tkir kasallik sifatida qaraladi, nevrologik statusning keyingi holati faqat patologik jarayonning kechishiga emas, balki bola miyasining yetilish xususiyatlariga ham bog`liq.

GIE klinik diagnostikasi, klinik tasniflar va standart nevrologik shkalalardan foydalanishga asoslanadi, ular me`yoriy va deviant nevrologik statusni chegaralashga imkon beradi.

Deviant nevrologik status doirasida chaqaloq nevrologik statusida moslashuv tranzitor siljishlar (chaqaloqning tranzitor nevrologik disfunktsiyasi) va GIE klinik ko`rinishlarini farq qilish kerak.

Hozirgi zamon vizualizatsiya usullari (neyrosonografiya, aksial komp'yuter tomografiya, magnit-rezonans tomografiya, γ -stsintigrafiya) miya moddasi o`ta kichik tuzilmalarini, rivojlanish nuqsonlari bor-yo`qligini, likvor bo`shliqlar o`lchamlari va shaklini baholash imkoniyatini beradi. Magnit-rezonans tomografiya vizualizatsiyaning eng axborotli usuli hisoblanadi va uning yordamida GIE kechish bosqichlarini aniqlashga muvaffaq bo`lindi: o`tkir (5 kungacha), o`rtacha o`tkir (20 kungacha) va surunkali (56 kungacha).

Miyada qon oqimi intensivligini doplerografiya va pozitron emission tomografiya yordamida o`rganish mumkin. GIEda miyada qon oqimi intensivligi to`g`risidagi ma`lumotlar bu usullardagi ma`lumotlar bo`yicha jiddiy farq qiladi. Birmuncha qulay usul doplerografiya intra- va ekstratserebral tomirlarda qon

oqimi qiymatiga baho berishga imkon yaratadi, ayniqsa okklyuzion jarayonlarda aniqligi bilan ajralib turadi.

Asosiy muammo tugʻruqdan keyingi davrda miyada qon oqimining tabiiy bosqichli oʻzgarishlarini, gipoksiyada qon oqimining moslashuv oʻzgarishlarini va patologik jarayon sifatida miyada qon oqimi autoregulyatsiyasining yoʻqolish belgilarini farq qilishi hisoblanadi.

GIE neyrofiziologik tashhislash usullari orasida elektroentsefalografiyani (EEG) koʻrsatib oʻtish zarur. GIE tashhisoti uchun eski EEG dan foydalaniladi, u GIE har xil bosqichlarini, summar EEG, EEG bilan kartirlashni aniqlashga imkon beradi. EEG kartirlashdan foydalanish GIE asosiy nevrologik sindromlari patternlarini aniqlashga imkon beradi. EEGning okulogramma, elektrokardiogramma, pnevmogramma, teri galʼvaniq refleks va oral qutb (poligrafiya), mushaklar elektromiogrammasini qayd qilish bilan birga qoʻllanishi uyquning turli fazalarini va ularning gipoksiya oqibatida shakllanish jarayonidagi buzilishlarni farqlashga imkon beradi.

Chaqaloqlarda EEG diagnostikasining murakkabligi tserebral yetilmaganlik patternlari va patologik patternlarni aniqlashdan iborat.

Chaqirilgan potentsiallar (CHP) tashhisotining eng axborotli usuli hisoblanib, ular GIE oqibatlarini va karlikni (miya oʻzagiga tegishli eshituv CHP), koʻrlikni (koʻruv CHQ), bolalar tserebral falaji (somatosensor CHP)ni 100% aniqlik bilan oldindan aniqlashga imkon beradi.

Davolash. GIEni davolash quyidagi bosqichlarni oʻz ichiga oladi.

- 1) gipoksiyani davolash,
- 2) gipoksiya sababli kelib chiqqan buzilishlarni davolash,
- 3) gipoksik miya shishi va neyronoprotektsiyani davolash.

GIEning zamonaviy farmakoterapiya tamoyillarini qayd etish lozim (preparatning farmakodinamikasi, farmakokinetikasi, uning taʼsir mexanizmlari va randolizlangan “qoʻshaloq koʻr” testlash bilan tekshirish toʻgʻrisida aniq tasavur).

GIEning kelgusi **oqibati** gipoksiya ogʻirligiga bogʻliq, gipoksiya esa u kislota asos holati koʻrsatkichlari, ensefalopatiya ogʻirligi (GIE 1 bosqichda oqibat

yaxshi, 2 bosqichda – shubhali va qo‘shimcha tekshirish usullariga bog‘liq, 3 bosqichda noxush) bilan tasdiqlangan. GIening noxush natijalariga bolalar tserebral falaji, ruhiy rivojlanishning orqada qolishi, epileptik tutqanoqlar, gidrotsefaliya, diqqat va giperaktivlik tanqislik sindromi, eshituv va ko‘ruv analizatorining zararlanishlari, g‘ilaylikni kiritadilar.

Tug‘ruq jarohatlari

“Tug‘ruq jarohati” atamasi tug‘ruq vaqtida bola to‘qimalari va a‘zolari butunligining buzilishlarini (faoliyat buzilishi ham shundan) birlashtiradi. Perinatal gipoksiya va tug‘ruqdagi asfiksiya ko‘pincha tug‘ruq jarohatlari bilan o‘tadi, biroq ular paydo bo‘lishining patogenetik halqalaridan biri bo‘lishi ham mumkin.

Tug‘ruq jarohati doyalik jarohatiga qaraganda birmuncha keng tushuncha; tug‘ruqda doyalik amallari – tug‘ruq jarohatlarining sabablaridan biridir. Doyalik amallarining jarohatliliqi faqat doyalik ko‘nikmalari bilan belgilanmaydi, balki homilaning qanday va qaysi holat bo‘yicha tug‘ruqqa kirishishga bog‘liq. Ko‘p davom etadigan homila gipoksiyasi, og‘ir intranatal asfiksiya tug‘ruq vaqtida hatto me‘yoriy kechayotganda ham tug‘ruq jarohati yuz berish ehtimolini oshiradi. Tug‘ruq jarohati rivojlanishiga moyillik qiladigan omillar: dumba bilan kelishi va boshqa anomal kelishlar, makrosomiya, homiladorlikning muddatidan kechikkani, surunkali va o‘ta tez tug‘ruqlar, homila boshining kattaligi, o‘ta chala tug‘ilganlik, oligogidroamnion, homilannig rivojlanish nuqsonlari, tug‘ruq yo‘llari o‘lchamlarining kamayishi (infantilizm, raxit oqibatlar va b.) va tug‘ruq yo‘llari rigidligining oshishi (yoshi qaytgan birinchi tug‘uvchilar, homiladorlik davrida D vitamini ko‘pligi), akusherlik amallari – homilaning oyoqchasiga aylanishi, turli xil akusherlik qisqichlarini, vakuum ekstraktori va b. ishlatish hisoblanadi. Sof akusherlik jarohatlariga kalla suyagi, oyoq-qo‘llar, kurak suyuklarining sinishi misol bo‘la oladi.

Yumshoq to‘qimalarning yuza jarohatlari. Tananing har xil qismlarida petexiyalar va ekximozlar, shilinishlar – tug‘ruq jarohatlarining eng ko‘p uchraydigan belgisi. U homilaning old bilan yotgan sohasida, omburlar yoki

homila ichi monitoringida elektrodlar qo'yilgan joyda, homila boshidan qon olishda, reanimatsion tadbirlar o'tkazishda, qorin ichi amallarida, akusher qo'li bilan ushlaganda katta bo'lmagan shilinish va kesilgan joylar faqat mahalliy antiseptik davolashni talab etadi, anilin bo'yoqlarining spirtli eritmalari bilan ishlov berish, bog'lam qo'yish va b. Petexiya va ekximozlar hayotining 1-2 - haftasida o'z-o'zidan so'rilib ketadi.

Adiponekroz (teri osti yog' kletchatkasining o'choqli nekrozi) akusher yoki neonatolog qo'li bilan bosgan joyda paydo bo'lishi mumkin: yaxshi chegaralangan zich tugunlar, dumba, orqa, elkalar, oyoq-qo'llar teri osti yog' qatlamida diametri 1-5sm li infil'tratlar bo'ladi. Infil'tratlar ustidagi teri yo o'zgarmagan yoki bir oz tsianotik. O'z-o'zidan yo'qoladi va davolash talab qilinmaydi.

To'sh-o'mrov so'rg'ichsimon mushakning shikastlanishi va qon quyilishlari. Qisqichlar qo'yilganida, qo'l amallarida, ayniqsa bola dumbasi bilan kelgan tug'ruqda kuzatiladi. Odatda mushakning uchdan bir pastki qismi (sternal qism) yirtiladi. SHikastlangan va gematoma bo'lgan joyda kichikroq, o'rtacha zichlikdagi yoki xanjarsimon konsistensiyali o'sma qo'lga unnaydi. Ba`zan uni birinchi marta hayotining 1-haftasi o'rtasida – oxirida, qiyshiq bo'yin rivojlanayotganda aniqlanadi. Bolaning boshi shikastlangan mushak tomonga egilgan, iyagi esa qarama-qarshi tomonga qaragan bo'ladi. Aksariyat mushakka qon quyilishi orqa miya jarohati bilan birga uchraydi. To'sh-o'mrov so'rg'ichsimon mushak gemotomasini tug'ma mushak bo'yin qiyshiqligidan farq qilinadi. Ayrim hollarda mushakning tug'ruqqacha fibrozlanishi homila vaziyatining nuqsoni, homila suvlarining kam miqdori va mushakni ona chanog'ining suyak qismi bosishi bilan bog'liq, ba`zan esa suyak-mushak tizimining (umurtqa pog'onasi, kala skeleti suyaklari va b.) irsiy zararlanishlarining ko'rinishi hisoblanadi.

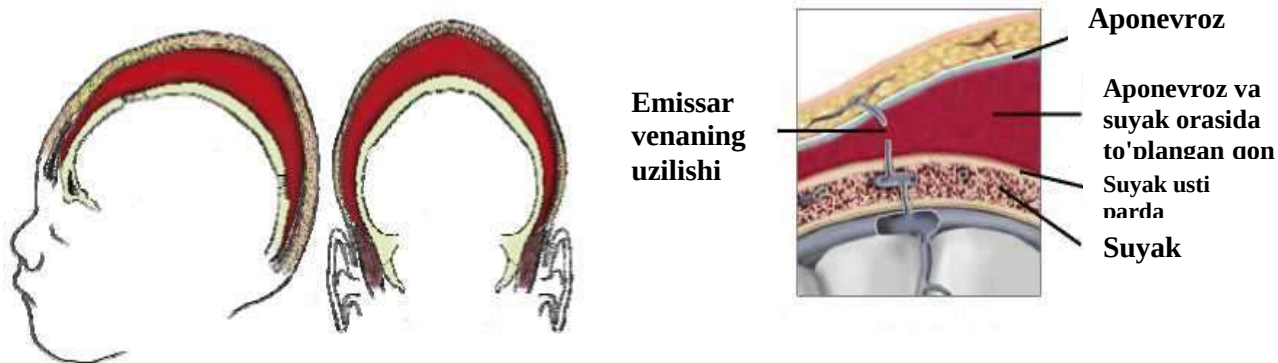
Tashhis boshning o'ziga xos holati, yuz simmetriyasi, to'sh-o'mrov so'rg'ichsimon mushakning kaltalanishi va zichlashishi, zararlangan tomonda quloq suprasi o'lchamlarining kichrayishi aniqlanganda qo'yiladi. Jarayon ikki

tomonlama bo'lganda bosh oldinga egilgan, bo'yin lardozi kuchaygan, umurtqa pog'onasining harakatchanligi bo'yin tomonida chegaralangan bo'ladi.

Davolash: boshga korrektsiyalovchi holat yaratish (boshning patologik egilishi va yuzning burilishini tugatishga imkon beradigan bolishchalar), quruq issiqlik, fizioterapiya (kaliy yodid bilan elektroforez), keyinroq massaj. Bu tadbirlar naf bermaganda hayotning 1-yarim yilligida xirurgik korrektsiya talab etiladi.

Tug'ruq o'smasi – chaqaloq boshi bilan kelganda yoki vakuum-ekstraktor qo'yilgan joyda, bosh yumshoq to'qimalarining shishi, aksariyat ko'kimtir, petexiyalari va ekximozlari ko'p, giperbilirubinemiya sabab bo'lishi mumkin. Davolash talab qilmaydi, 1-3 kunda o'z-o'zidan tuzaladi. Kefalogematoma (quyiga q.), apovnevroz ostiga qon quyilishidan farq qilinadi.

Aponevroz ostiga qon quyilishi hamirsimon shish, bosh tepa va ensa qismining shishi bilan o'tadi. Kefalogematomadan farqli ravishda shishish bitta suyak bilan chegaralanib qolmaydi, tug'ruq o'smasidan esa tug'ruqdan keyin intensivligi bo'yicha kattalashishi mumkin. Ko'pincha infeksiya tushadi, shuningdek hayotining birinchi kunlarida postgemorragik anemiya rivojlanishi, keyin esa giperbilirubinemiya sababchi hisoblanadi. Qon quyilish o'lchamlari katta bo'lganda irsiy gemorragik kasalliklarni istisno qilish zarur. Qon quyilishi 2-3 haftadan so'ng so'rilib ketadi.



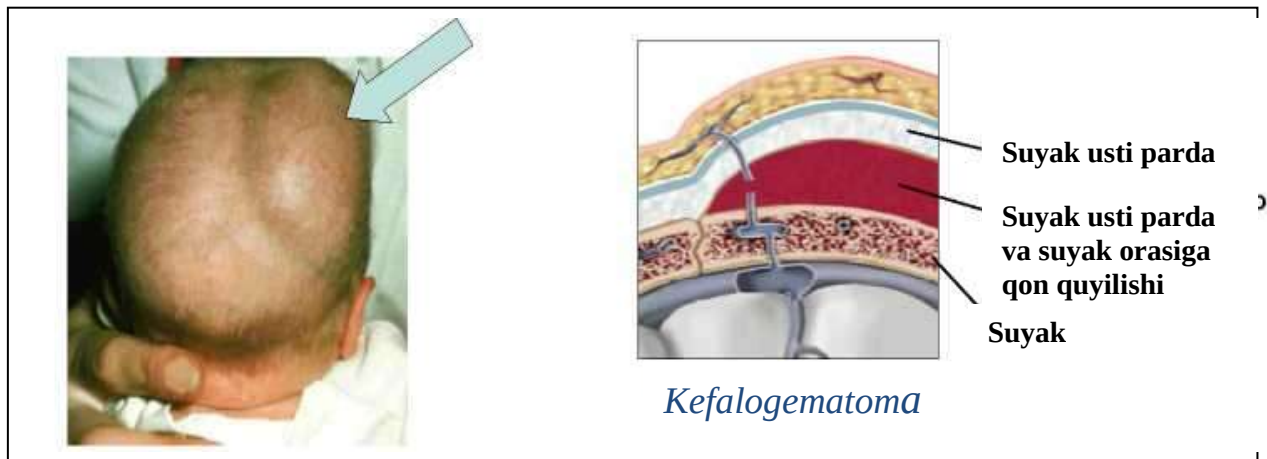
Rasm-9. Aponevroz ostiga qon quyilishi.

Kefalogematoma. Tashqi kefalogramatoma kalla suyagi gumbazining birorta suyagining ustki pardasi ostiga qon quyilishi bo'lib, tug'ruqdan keyin bir necha soatlar o'tgandan keyingina paydo bo'lishi mumkin (ko'pincha bitta yoki ikkala tepa suyaklar sohasida va kamroq ensa suyagida); Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 0,2-0,3%ida kuzatiladi. O'sma avvaliga qayishqoq konsistensiyali, hech qachon qo'shni suyakka o'tmaydi, pul'satsiyalanmaydi, og'rimaydi, ehtiyotlik bilan palpasiya qilganda chetida bolishchaga o'xshash flyuktuatsiya kuzatiladi. Kefalogematoma ustidagi teri sathi ba'zan patexiyalar bo'lsada, o'zgarmaydi. Hayotning birinchi kunlarida kefalogramatoma kattalashishi mumkin, ba'zan tomirdan tashqaridagi bil'rubin oshishi hisobiga sariqlik kuzatiladi. Hayotining 2-3 haftasida kefalogramatoma o'lchamlari kichrayadi va to'liq so'rilishi 6-8-haftaga kelib yuz beradi. Ayrim hollarda ohaklanishi, kamdan-kam yiringla shi mumkin.

Suyak usti pardasi ostiga qon quyilishining sababi bosh chiqayotgan vaqtda bosh harakatlarida suyak usti pardasining ko'chishi, kamroq hollarda kalla suyagidagi yoriqlar sabab bo'ladi. SHu tufayli katta kefalogramatomasi bo'lgan (diametri 6 sm dan katta) hamma bolalarda kalla suyagida yoriqni istisno qilish uchun uni rentgenografiya qilish zarur.

Kefalogematoma juda kamdan-kam hollarda irsiy koagulopatiyalarning dastlabki belgisi bo'ladi. Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda kefalogramatoma homila ichi tarqoq mikoplazmoz bilan birga kelishi mumkin.

Qiyosiy tashxis tug'ruq o'smasi (choklar orqali o'tadi, 2-3 kun o'tgach yo'qoladi), aponevroz ostiga qon quyilishi (yassi, hamirsimon konsistensiyali, choklar ustidan o'tadi, flyuktuatsiyalanadi), miya churrallari – miya pardalari va miya moddasining liqildoq va suyak nuqsonlari orqali bo'rtib chiqishi (nafas harakatlarini aks ettirib pul'satsiyalanadi, ko'pincha peshona sohasida joylashgan, kalla suyagi rentgenogrammasida suyak nuqsoni ko'rinadi) bilan o'tkaziladi. Kalla suyagi yoriqlarida neyrosonografiya va neyroxirurg konsul'tatsiyasi shart.



10-rasm. Kefalogematoma

Davolash: hayotining dastlabki 3-4 kunida sog‘ilgan ona sut bilan shishachadan ovqatlantirish, keyin bola holati barqaror bo‘lganda emizish mumkin. K-vitami (agar tug‘ilganda yuborilmagan bo‘lsa) bir marta mushak orasiga yuboriladi. Baʼzan kefalogramalar kalʼtsiyanadi va katta (diametri 8 sm dan ortiq) qon qilish soʻrilib ketgandan keyin ostidagi suyak plastinkasi keskin yupqalashib qolishi yoki kistasimon suyak oʻsimtalari hosil boʻlishi mumkin, shunga qaramay neonatologlar koʻp yillar davomida biron-bir xirurgik aralashuvdan bosh tortar edilar. Hozirgi vaqtda yondashuv birmuncha oʻzgardi va hayotning 6-7- kuni katta gematomalar ichidagi suyuqlik punktsiya yoʻli bilan chiqariladi.

Yuz nervi falaji. Nervning periferik qismi va uning tarmoqlari koʻpincha akusherlik qisqichlaridan shikastlanadi. Ogʻizning osilib qolishi va harakatsiz boʻlib qolishi, uning shishi, burun-lab burmasi, qosh usti refleksining yoʻqligi, zararlangan tomonda qovoqlarning zich boʻlmagan yumilishi, yigʻlashda ogʻiz assimetriyasi, koʻz yoshlanishi bilan ifodalanadi. Mebius sindromi (nerv yadrosi yoʻqligi), kalla suyagi ichiga qon quyilishlar bilan qiyoslanadi. Davolash nevroptolog tavsiyasi boʻyicha oʻtkaziladi.

Suyaklarning tugʻruq jarohatlarida hamda qorin pardasi ichidagi jarohatlarida hamma vaqt bolalar xirurgi maslahati talab qilinadi.

Orqa miya va elka chigali tug‘ruq jarohatlari

Etiologiyasi. Orqa miya shikastlarining sababi elkalar bilan kalla suyagi asosi o‘rtasidagi masofaning ko‘payishi hisoblanadi, bu fiksatsiyalangan elkadan boshni tortishda (dumbasi bilan kelganda), ortiqcha rotatsiyada (yuzi bilan kelganda-25% hollarda) kuzatiladi. Bunday bolalarda tug‘ruq vaqtida aksariyat qisqichlar, vakuum ekstraktor qo‘yish, qo‘lda bajariladigan har xil amallardan foydalanilganda kuzatiladi.

Patogenezi. Turli omillar ahamiyatga ega bo‘lishi mumkin:

1) umurtqa pog‘onasining shikastlanishlari (1 va 2 bo‘yin umurtqalari bo‘g‘imlarida chala chiqish; atlantoaksial va umurtqalararo bo‘g‘imlarning ularda qisilgan kapsuladan bloklanishi; umurtqalar tanasining siljishi 1-2 umurtqalar dislokatsiyasi; bo‘yin umurtqalari va ularning ko‘ndalang o‘simtasi sinishi; umurtqalarning rivojlanish nuqsonlari – yoychalarning bitmasligi, 1 bo‘yin umurtqasi yoychalarining rivojlanmaganligi, uning orqa qismi bo‘lmasligi);

2) orqa miya va uning pardalariga qon quyilishlar, tomirlar yorilishi yoki ular o‘tkazuvchanligining oshishi sababli epidural kletchatkaga qon qo‘yilishi;

3) umurtqa arteriyalari havzasida stenoz, spazm va okklyuziya sababli ishemiya, Adamkevich arteriyasining bosilishi, orqa miya shishi;

4) umurtqalararo disklar shikastlanishi.

Orqa miyaning jarohatlari mexanizmida, A.Y.Ratner bo‘yicha, umurtqalar arteriyalari havzasida qon aylanishi buzilishi bilan birga miya o‘zagi, miyacha va orqa miyaning bo‘yin bo‘limida ishemiya rivojlanishi etakchi o‘rinni egallaydi.

Tomir buzilishlari homila umurtqa pog‘onasi bo‘yin bo‘limi keskin fleksiyatsiya, traktsiyasida yoki torsiyasida paydo bo‘ladi. Tug‘ruqda homila chanog‘i bilan kelganda eng katta yuk faqat bo‘yin bo‘limiga emas, balki orqa miyaning ko‘krak va bel bo‘limlariga ham tushadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloq gavdasi traktsiyasida, fiksatsiyalangan boshchada umurtqa pog‘onasi 4-5sm gacha, orqa miya esa 0,5- 0.6sm gacha cho‘zilish mumkin, shuning uchun umurtqa pog‘onasi jarohati orqa miya jarohatidan kamroq uchraydi.

Homiladagi og'ir gipoksiyada oldingi shox motoneyronlari oldingi – ichki guruhi hujayralarining zararlanishi kuzatiladi, ya'ni orqa miya shikasti antenatal rivojlanib, tug'ruq vaqtida asfiksiyaga olib kelishi mumkin.

Bo'yin ildizlari va elka chigalining shikastlanishlari patogenezi hanuzgacha faol muhokama qilinayapti. Mexanik omillar bilan bir qatorda (nerv poyalarining tortilishi, o'mrov yoki elkaning rotatsiyasi) akusherlik muolajalarida, qo'llar faolsizligi, elka chigalining homiladagi o'zgarishlari, orqa miya segmentar qon aylanishining buzilishlari shu jumladan umurtqa pog'onasi jarohatlarining ahamiyati borligini ko'rsatadi.

Klinik ko'rinishi shikastlanish joyi va turiga bog'liq. Umurtqa pog'onasi bo'yin bo'limining jarohatida odatda og'riq hissi bo'ladi (bola vaziyatini o'zgartirish, uni qo'lga olish va ayniqsa Robinson simptomini tekshirish birdaniga yig'i chaqiradi). Bundan tashqari, fiksatsiyalangan qiyshiq bo'yin, kaltalashgan yoki uzunlashgan bo'yin – ensa mushaklarining tarang tortishi, bo'yin yumshoq to'qimalarining qontalashib va zich bo'lishi, ter chiqmasligi, zararlangan joy ustida teri quruq bo'lishi mumkin.

Yuqori bo'yin segmentlari ($S_I - S_{IV}$) shikastlanganda spinal shok manzarasi: lanjlik, adinamiya, diffuz mushak gipotoniya, gipotermiya, arterial gipotenziya, gipo- va arefleksiya, pay va og'riq reflekslarining keskin pasayishi yoki yo'qligi, jarohat bo'lgan joydan distal tomonda ixtiyoriy harakatlarning to'liq falaji yoki spastik tetraparez kuzatiladi. Tug'ilish vaqtidan boshlab nafas buzilish sindromi qayd etiladi (nafas qiyinlashgan, taxipnoe yoki nafas aritmiyasi, qovurg'alararo oraliqlar silliqlashgan yoki ichiga botgan, qorin dam bo'lgan). Bemor vaziyati o'zgartirilganda nafas buzilishlarning apnoega qadar kuchayishi tipik hodisa hisoblanadi.

Siydik ajratishning orqada qolishi (neyrogen qovuq) yoki davriy siydik tutolmaslik xos. Bolani ko'zdan kechirishda "baqa holati"ni aniqlash mumkin. Ko'pincha bosh biror tomonga burilgan (aksariyat spastik bo'yin qiyshiqqligi xuddi shu tomonda aniqlanadi). SHuningdek III, VI, IX, X juft kalla nervlari va VIII juftning vestibulyar qismining o'choqli zararlanish belgilarini aniqlash mumkin.

Miya o'zagining zararlanish belgilari, chanoq a`zolari faoliyatining buzilishlari va miotonik turdagi harakat buzilishlari qo'shilib kelishi vertebrobazillyar havzasidagi ishemiyadan dalolat beradi. Nafas buzilishlari va tug'ilishdan keyin asfiksiya xurujlari, shok (karaxtlik) Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning o'limiga sabab bo'ladi.

Diafragma parezi (Kofferat sindromi) elka chigali (n.frenicus), S_{III}-S_{IV} sathidagi orqa miya jarohatida rivojlanadi. Alohida bo'lishi mumkin, 75% bolalarda yuqori parez yoki qo'lning total falaji bilan birga keladi. Diafragma nervi shikastlanishi aksariyat chap tomonlama Dyushenn-Erba parezida kuzatiladi.

Diafragma parezi klinikasida nafas buzilish sindromi: vaziyat o'zgartirilganda kuchayadigan nafas qisishi, aritmik nafas, tsianoz xurujlari etakchi hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqni ko'zdan kechirishda ko'krak qafasi asimmetriyasi, zararlangan tomonning nafas harakatida orqada qolishi, paradoksal nafas (nafas olishda qorin devorining ichiga tortilishi va nafas chiqarishda uning bo'rtib chiqishi) aniqlanadi; auskul'tatsiyada parez tomonida sustlashgan nafas va aksariyat kripitatsiya xirrilashlar eshitiladi.

Diafragma parezi bo'lgan bemorlarda plevral bo'shliqda bosimning pasayishi va ventilyatsiyaning etarli bo'lmaganligidan pnevmoniya rivojlanishi mumkin, o'ta og'ir va surunkali kechish uning xususiyati hisoblanadi. Bo'yin sohasida parez tomonda shish kuzatilishi mumkin (venoz oqim qiyinlashgan). Rentgenologik ko'rinish o'ziga xos: zararlangan tomonda diafragma gumbazi yuqori turadi, qovurg'a diafragma sinuslar chuqur, sog'lom tomondagi diafragma gumbazi komponentlar emfizema hisobiga birmuncha yassilashgan. Ko'ks oraliq'i a`zolarining qarama-qarshi tomonga siljishi kuzatilishi mumkin, bu aksariyat yurak etishmovchiligi belgilari (taxikardiya, yurak tonlarining bo'g'iqligi, sistolik shovqin, jigarning kattalashuvi) bilan o'tadi. Ba`zan diafragma parezi aniq klinik manzara bermaydi, faqat rentgenologik aniqlanadi, holos va aksincha, diafragma parezining engil shakllari rentgen negativ bo'lishlari mumkin. Kofferat sindromi bola tug'ilgan zahoti yoki uning ahvoli yomonlashganda aniqlanadi. Diafragma parezining engil shakllarida funktsiyasining o'z-o'zidan tiklanishi ro'y berishi

ehtimol. Og‘ir parezlarda ko‘pchilik hollarda diafragma faoliyati 6-8 hafta davomida to‘liq yoki qisman tiklanadi. Diafragma falaji. Qo‘llarning total falaji bilan birga kelgan bolalarda oqibati yomonroq bo‘ladi.

Dyushen-Erba parezlari va falajlari orqa miya Sv-SvI sathlarda yoki elka chigali zararlanganda rivojlanadi. Dyushenn – erba falajining klinik ko‘rinishi birmuncha tipik: shikastlangan qo‘l gavgada keltirilgan, tirsak bo‘g‘imida yozilgan, ichiga buralgan, elka bo‘g‘imida rotatsiya qilingan, bilakda pronatsiyada, panja kafti bukilgan va orqaga hamda tashqariga ochilgan.

Bosh aksariyat egilgan. Bo‘yin ko‘p miqdordagi ko‘ndalang burmalar bilan kalta bo‘lib ko‘rinadi, ba‘zan ketmaydigan namlanish bor. Boshning qayrilishi spastik yoki travmatik qiyshiq bo‘yin borligiga bog‘liq. Mushak tonusi proksimal bo‘limlarda pasaygan, natijada elkani yozish, uni tashqariga burish, gorizontal darajagacha ko‘tarish, tirsak bo‘g‘imida bukish va bilak supinatsiyasi qiyinlashgan. Bolaning kaftda yuz tuban yotish holatida parez bo‘lgan qo‘li ochilib turadi, sog‘lom qo‘li esa gavgadan chuqur bo‘ylama burma bilan ajralib turadi (Novikning “qo‘g‘irchoq qo‘lchasi” simptomi), qo‘ltiq chuqurchasida ba‘zan orolchaga o‘xshash ko‘p sonli burmalar qayd qilinadi (“qo‘ltiq osti orolchasi”) va parez bo‘lgan elkaning proksimal bo‘limida teri tortiladi (u bo‘lgan taqdirda elka sinishini istisno qilish zarur).

Parez bo‘lgan qo‘lning elka bo‘g‘imida passiv harakatlarida elka bo‘g‘iminin ushlab turadigan mushaklar tonusi pasayishi natijasida, (rentgenologik tasdiqlanadi) elka suyagi boshchasi qisman yoki to‘liq chiqqanda “shiqirlash” simptomi (Fiks simptomi) topilishi mumkin. Elka va bilakning patologik holati elkaning rotator ichi kontrakturasi va bilakning pronator kontrakturasining shakllanishiga olib keladi (Fol’kman kontrakturasi). Sv va Sv_I og‘ir shikastlanganda jarayonga oyog‘ining shikastlangan tomonida piramida etishmovchiligi simptomi paydo bo‘lishini keltirib chiqaradigan piramid yo‘llar tortilishi (tizza va axill refleksi kuchayishi, kamroq sonni yaqinlashtiradigan mushaklarda mushak tonusining oshishi) mumkin. Dyushen-Erba proksimal falaji aksariyat o‘ngda paydo bo‘ladi, ikki tomonlama, diafragma nervi shikastlanishi va

tserebral simptomatika bilan bo'lishi ham mumkin. Nerv o'zaklarining tortilish simptomi aksariyat musbat.

Dejerin-Klyumpke pasti distal falaji orqa miyaning $S_{VII}-T_I$ sathida yoki elka chigalining o'rta va pastki dastalari jarohatida paydo bo'ladi. Qo'l faoliyatining distal bo'limda qo'pol buzilishi qayd qilinadi: panja va barmoqlarni bukish faoliyati, panja suyaklararo va chuvalchangsimon mushaklar, tenar va gipotenar mushaklarining faoliyati keskin pasaygan yoki yo'q bo'ladi. Qo'lning distal bo'limlarida mushak tonusi pasaygan, tirsak bo'g'imida harakatlar yo'q, panja "tyulen' panjasi" (agar bilak nervi shikastlanishi ustuvor bo'lsa) yoki "tirnoqli panja" (tirsak nervi shikastlanishi ustuvor bo'lsa) shakliga ega bo'ladi. Panjani ko'zdan kechirganda tsianotik tusli ("ishemik qo'lqop" simptomi) ushlab ko'rilganda sovuq, mushaklar atrofiyaga uchraydi, panja yassilashadi. Elka bo'g'imida harakatlar saqlanib qolgan, Moro refleksi pasaygan, Babkin va chang solish reflekslari yo'q. Bo'yin simpatik tolalarining shikastlanishi shikastlangan tomonda Bernar-Gorner sindromi (ptoz, mioz, enoftal'm) paydo bo'lishi bilan ifodalanadi.

Qo'lning umumiy falaji (Kerer falaji) orqa miyaning S_V-T_I segmentlari yoki elka chigali shikastlanganda kuzatiladi, aksariyat bir tomonlama bo'ladi. Klinik jihatdan faol harakatlar yo'qligi, keskin mushak gipotoniya ("sharf" simptomi bo'lishi mumkin), tug'ma va pay reflekslari yo'qligi va trofik buzilishi bilan tavsiflanadi. Odatda Bernar-Gorner sindromi qayd qilinadi.



11-rasm. Elka chigalining jarohatlanishi, qo‘lning umumiy falaji.

Dyushen–Erba falaji va Kerer falaji, agar ular umurtqa pog‘onasi butunligining buzilishi bilan birga kelsa (dislokatsiya, sinish va b.), Unterharnsheydt sindromi bilan asoratlanish mumkin: bosh keskin burilganda umurtqa arteriyasi spazmi paydo bo‘ladi, retikulyar formatsiya ishemiyasi kelib chiqadi, spinal shok klinikasi yuzaga keladi, bu esa letal natijaga sabab bo‘lishi ehtimol; birmuncha engil hollarda diffuz mushak gipotoniyasi, akrotsianoz, panjalar, tovonlarning sovishi, qo‘llarning parezi, bul’bar buzilishlar rivojlanadi. Ahvol yaxshilanganda nevrologik simptomatika regressga uchraydi (yo‘qoladi).

Orqa miya T_I-T_{XII} ko‘krak bo‘limining shikastlanishi klinik jihatdan ko‘krak qafasi nafas mushaklari funksiyasining buzilishi natijasida nafas buzilishlari bilan chiqadi, ular diafragma nafas olishni amalga oshirayotganda ichiga botadi. Orqa miya segmentlarining $T_{III}-T_{VI}$ sathida jarayonga tortilishi klinik jihatdan spastik quyi paraparez bilan namoyon bo‘ladi.

Bolalarda orqa miya pastki-ko'krak segmentlarining travmasi qorin devori mushaklarining kuchsizligi oqibatida "yoyilgan qorin" simptomi bilan yuzaga chiqadi. Bunday bolalar arang yig'lashadi, lekin qorin devoriga bosilganda yig'i kuchayadi.

Bel dumg'aza sohasidagi tug'ruq jarohati qo'llarning me'yoriy harakat faolligi saqlanib qolgani holda pastki sust paraparez paydo bo'lishida yuzaga chiqadi.

Oyoqlarning mushak tonusi pasaygan, faol harakatlar keskin chegaralangan yoki bo'lmaydi. Ko'zdan kechirishda: oyoqlar "baqa holatida" turadi, bolaga vertikal holat berilganda, oyoqlari osilib qoladi, tayanch, avtomatik yurish va Bauer simptomlari yo'q, tizza va axill reflekslari yo'qolgan, "qo'g'irchoq oyoqchasi" simptomi qayd qilinadi. Bolalarda ayrim mushak guruhlarining sinergizmi buzilishi natijasida paralitik maymoqlik paydo bo'ladi. Bunda tug'ma maymoqlikdan farqli ravishda panjani to'g'ri holatga passiv chiqarish mumkin. Aksariyat sonnnig chala va to'liq chiqishlari shakllanadi. Jarayonga dumg'aza segmentlari tortilganda anal refleks yo'qoladi, anusning ochilib qolishi kuzatilishi mumkin, siydik va najasni tutolmaslik ham qayd qilinadi (siydik chiqarish aktidan tashqari vaqtda, siydikning tomchilab ajralishi kuzatiladi). Keyinchalik trofik buzilishlar: dumba mushaklari gipotrofiyasi ("igna sanchilgan koptok" simptomi), sonda burmalarning silliqalanishi, oyoq mushaklari atrofiyasi, boldir-tovon bo'g'imlari sohasida kontrakturalar paydo bo'lishi avj oladi.

Umurtqa pog'onasi ko'krak va bel bo'limi jarohatlarida mahalliy simptomlar quyidagilar: paravertebral mushaklarining taranglashishi, kifoz yoki kifoskolioz turi bo'yicha deformatsiyalar, shikastlangan umurtqa "suyak" o'simtasining chiqib qolishi.

Orqa miya natal shikastlanishining eng og'ir turi *miyaning qisman yoki to'liq uzilishi* (asosan bo'yin va yuqori-ko'krak bo'limlarida). Shikastlanish sathidagi kuchsiz parezlar (falajlar) va shikastlagan joy sathidan quyiroqdagi spastik falajlar, chanoq a'zolari faoliyatining buzilishi (beixtiyor siydik va najas chiqarish yoki qabziyatlar), siydik yo'llari infeksiyasining qo'shilishi xos

hisoblanadi. Orqa miya uzilishi bo'lgan jarohatda hayotining birinchi soatlari va kunlarida nevrologik simptomatika – qon quyilishlari miya shishi, shok bo'lishi mumkin va bola spinal nevrologik simptomatika paydo bo'lishidan bir necha soat oldin nobud bo'lishi mumkin.

Tashxisi va qiyosiy tashxisi. Orqa miya natal shikastlanishning tashxisi anamnezni va tipik klinik manzarani sinchiklab o'rganish asosida aniqlanadi. Tashxisni tasdiqlash uchun umurtqa pog'onasi rentgenografiyasi (rivojlanish nuqsonlari va jarohatlanishlarni topish), ko'krak qafasi rentgenografiyasi (diafragma falajini aniqlash uchun) zarur. Umurtqa pog'onasi rentgenogrammasi ikkita proektsiyada qilinadi. Atlant chala chiqishini aniqlash uchun boshini hiyol ($20-25^0$ ga) orqaga tashlantirib to'g'ridan rasmi olinadi, rentgen nurini esa yuqori lab sohasi markaziga yo'naltiriladi. elektromiografiya falajlarida preganglionar (denervatsion potentsiallar) va postganglionar (patologiyasiz elektromiogramma) buzilishlarni aniqlashga imkon beradi. Kranioografiya va okulist ko'rigi bosh va orqa miyaning birgalikdagi jarohatiga shubha bo'lganda, ayniqsa yuqori bo'yin segmentlari shikastlanganda buyuriladi. Kelib chiqishi spinal sust parezlarda (markaziy falajlardan farqli ravishda pay reflekslarining yo'qligi va trofik buzilishlar borligini unutmaslik kerak.

Falajlarning qiyosiy tashhisi quyidagilar bilan o'tkazish lozim: 1) o'mrov sinishi; 2) epifizioliz; 3) elka osteomieliti (bunda bo'g'im shishi va giperemiyasi, krepitatsiya, elka bo'g'imi sohasidagi passiv harakatlarda og'riq; rentgenologik tekshirish zarur. Bunda hayotning 7-10-kunida bo'g'im yorig'ining kengayishi, keyinchalik-suyak o'zgarishlari, bundan tashqari, intoksikatsiya simptomlari bo'ladi, qon analizida – neytrofil leykotsitoz chapga siljishi bilan; ba'zan diagnostika maqsadida bo'g'im punktsiyasi o'tkaziladi); 4) tug'ma gemigipoplaziya (kalla yuz asimmetriyasi bilan gavdaning yarmi va bir tomondagi oyoq-qo'llarning rivojlanmay qolishi). Bundan tashqari, orqa miyaning jarohatlanishini orqa miyaing rivojlanish nuqsonlari bilan qiyoslash zarur (kompleks davolash fonida musbat dinamika yo'qligi); Marinesku-SHegren sindromi bilan (neyrosonografiya yoki kataraktani aniqlash uchun kom'pyuter

tomografiyasi qo'llaniladi); tug'ma miopatiyalar bilan (davolash fonida minimal musbat dinamika, tashxisda biopsiya qilingan mushaklarni gistologik tekshirish hal qiluvchi hisoblanadi), shuningdek, buyrak usti beziga qon quyilishi bilan farqlanadi.

Davolash. Umurtqa pog'onasi va orqa miya tug'ruq jarohatiga shubha qilinganida, birinchi navbatda bosh va bo'yin immobilizatsiyasi hisoblanadi. Buni SHants paxta-doka yoqasi yordamida, chala chiqish va chiqishlarda esa-og'riq sindromi yo'qolguncha 150-330gr yuk bilan niqob qo'llanib tortish yo'li bilan bajarsa bo'ladi. So'nggi yillarda O.M. YUxnova taklif qilgan immobilizatsiyaning oddiy va samarali usuli ko'pchilikka ma'qul bo'ldi, bunda pelot tipidagi halqasimon paxta-doka bog'lamidan foydalaniladi. Avvaliga bola boshining aylanasi santimetrli tasma bilan o'lchanadi, halqasimon paxta-doka bog'lami tayyorlanadi, uning ichki diametri bola boshi aylanadigan 2-3sm ga kam bo'lishi kerak. Bolaning boshchasini shu bog'lamga joylashtiriladi, bo'yniga funksional qulay holat yaratiladi va bolani bog'lam bilan birga yo'rgaklanadi. Bu muolajani tug'ruq zalida qilinadi.

Immobilizatsiya muddati 10-14 kun. Vakuum to'shak yordamida ham immobilizatsiya qilish mumkin.



12-rasm. O.M. Yuxnova usuli bo'yicha bo'yinni immobilizatsiya qilish.

Og'riq sindromini yo'qotish maqsadida venaga yoki mushak orasiga seduksen (relanium) 0,1mg/kg dan sutkasiga 2-3marta, kuchli og'riqlarda esa fentanil 2-10 mkg/kg har 2-3 soatda, morfin yoki promedol sudeksen kabi dori vositalari (0,1 mg/kg) tayinlanadi. 0,05 ml dozada 50%li anal'gin eritmasini

kuniga 2-3marta qo'llash mumkin, lekin samarasi kamroq bo'ladi. Mushak orasiga vikaol yuboriladi (agar K₁-vitaminini tug'ilishda yuborilmagan bo'lsa). Muhimi, ozor etkazmay parvarishlash, ehtiyotlik bilan yo'rgaklash, albatta bo'yinni avaylash: og'riq sindromi yo'qolguncha va bola ahvoli barqaror bo'lguncha shishacha yoki zond orqali boqiladi.

O'rtacha o'tkir davrda MNS faoliyatini me'yorga keltirishga qaratilgan davolash (nootropil, pantogam, sernion) tayinlanadi, mushak to'qimasida trofik jarayonlarni yaxshilash uchun (ATF, V₁, V₆ vitaminlari va 2-hafta oxiridan V₁₂-vitamini yoshiga ko'ra mushak orasiga 15-20 in'ektsiyagacha) buyuriladi. Nerv-mushak o'tkazuvchanligini tiklash maqsadida dibazol, galantamin, prozerin, oksazil buyuriladi. 3-4-haftadan boshlab, so'rdiruvchi ta'sirli dori vositalari (kollogenaza, lidaza) va mielinizatsiyani yaxshilaydigan (tserebrolizin ATF va V₁₂ vitamini bilan mushak orasiga 15-20 in'ektsiyasigacha) tayinlanadi. Ayni vaqtda 8-10 kundan boshlab fizioterapiya qo'llaniladi: birinchi galda umurtqa pog'onasining bo'yin qismiga elektroforez, miyada qon aylanishini yaxshilaydigan va og'riq reaksiyasini bartaraf etadigan yuqori vositalari; keyinchalik issiqlik muolajalari (parafin, ozokerit), diadinamik toklar, elektrostimulyatsiya, keyinroq ignali reflekssterapiya qo'llaniladi.

Bo'yin bo'limi jarohatida bir qutbdan 0,5-1,0%li euffilin eritmasi va boshqa qutblardan 0,1-1,0%li nikotin kislota eritmasi bilan elektroforezdan foydalaniladi. A.YU.Ratnerga ko'ra elektrodlardan birini bo'yin-ensa sohasida yuqori umurtqalar sathida, ikkinchisini esa to'sh suyagi dastasida joylashtiriladi; tok kuchi 1 mA dan oshmasligi, muolaja davomiyligi 6-7 min; kursga 10-12 muolaja tayinlanadi. O'tkir jarayon tugagach massaj, avvaliga umum mustahkamlovchi, ahvol yaxshilanganda esa tonusni oshiruvchi nuqtali massaj elementlari bilan tayinlanadi, hayotning 3-4 haftasidan boshlab gidrokinezoterapiya qo'llanishi maqsadga muvofiq (suv harorati 37-36,5⁰S, vanna davomiyligi 10 daqiqagacha, suvga dengiz tuzi, xvoy ekstrakti qo'shiladi 10-15 muolaja), orqa miyaning og'ir shikastlarida barqaror davolash natijasini olish uchun hayotning 1-yilida kamida 2-3 marta davolash kursi o'tkaziladi. Anabolik jarayonlarini yaxshilash maqsadida hayotning

2-haftasidan boshlab adaptogenlar (eleuterokokk, jen'-shen') dan foydalanish mumkin.

Orqa miya natal jarohati oqibatining og'ir-engillik darajasi va shikastlanish sathiga bog'liq. Zararlanishning engil darajasida ko'pincha o'tib ketuvchi ishemiya bo'lib, 3-4 oy mobaynida tezda sog'ayish ro'y berishi mumkin, ba'zan parez bo'lgan qo'l-oyoqda mushaklar zaifligi uzoq vaqtgacha saqlanib qolishi mumkin; parez bo'lgan qo'l faolligi kam, o'yinchoqni ushlashga urinishda uning orqada qolishi qayd qilinadi. Organik o'zgarishlarga bog'liq bo'lgan orqa miyaning o'rtacha og'irlikdagi va og'ir zararlanishda buzilgan faoliyatning tiklanishi sekin kechadi, davomli tiklovchi davolash talab qilinadi. Qo'pol organik buzilishlarda nerv tolalarning degeneratsiyasi sodir bo'ladi, mushaklar atrofiyasi, kontrakturalar, skolioz, bo'yin osteoxondrozi, son chiqishi, maymoqlik rivojlanadi va bular ortoped davolashini talab qiladi. Bundan tashqari, A.Y.Ratnerga binoan tug'ruq orqa miya jarohatining kelajakdagi kechki oqibatlariga periferik tservikal etishmovchilik (elka kamari mushaklarining gipotrofiyasi, kuraklarining chiqib qolishi, bolaning giperqayishqoqligi bilan umumiy miopatik sindrom), miya va orqa miya qon aylanishning o'tkir buzilishlari, uzoq masofani ko'ra olmaslik, eshituv buzilishlari, tungi enurez, talvasali holatlar, to'satdan o'lim sindromi, gipertoniya kasalligi, ateroskleroz va hatto jinsiy ojizlik bo'lishi mumkin. Hayotining birinchi yilidagi bolalarda qusish va ovqatni qayt qilish sindromi bo'lishi mumkin.

Profilaktikasi. Homilani antenatal muhofaza qilish tamoyillari va tug'ruqda uning holati monitoringi, akusherlik yo'nalishini mukammallashtirish juda muhimdir. "Doyaning qo'li tegmagan bola baxtiyor», "bizning butun hayotimiz doylalar bilan o'zaro kelishuv" degan qadimgi aforizmlar bor. Hozirgi vaqtda doyaning ortiqcha faolligi zarar deb sanaladi: ayol imkoni boricha o'zi tug'ishi kerak, doyaning esa homilani chiqarib olishi nojoiz, doya esa tug'ilish vaqtida homilani osilib qolishdan ushlab qolishi lozim, holos. U "oraliqu himoya qilish"ga, voqea hodisalarning tabiiy kechishini o'zgartirishga urinmasligi kerak.

Oraliqning butunligi aksariyat bolaning jarohati (ko‘pincha umurtqa pog‘onasining) hisobiga saqlab qolinadi.

Kalla suyagi ichiga qon quyilishlar

Kalla suyagi ichiga qon quyilishlar (KIQQ)ning quyidagi variantlari farq qilinadi: subdural, epidural, subaraxnoidal, peri va intraventrikulyar, parenximatoz va miyachaga qon quyiladi. Bundan tashqari, gemorragik infarktlar ham ajratiladi, bunda miya oq moddasining chuqur qatlamlarida miyaning ishemik (tromboz yoki emboliya oqibatida) yumshashidan keyin qon quyilishi ro‘y beradi.

KIQQ uchrash darajasi aniqlanmagan. Turli sabablarga ko‘ra uni aniqlash qiyin: kechishning aksariyat nospetsifikligi yoki klinik simptomlari kamligi, ayniqsa muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalarda; turli statsionarlarda akusherlar, neonatologlar klinik tajribasi va mahoratining har xil darajada ekanligi, binobarin tug‘ruqni olib borish taktikasining farq qilishi, kesar-kesish amaliyotining uchrash soni, perinotologiya, ona va Yangi tug‘ilgan bolani medikamentoz davolash, bitta klinik vaziyat, laborator va boshqa paraklinik ma‘lumotlarni (masalan, ul‘tratovush usulidagi topilmalari) bir xil sharhlash shular jumlasiga kiradi. Qorinchalar ichi qon quyilishi (KIQQ) va paraventrikulyar qon quyilishlar (PVQQ) tana vazni 1500gr dan kam muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalarda ayniqsa ko‘p (50%gacha), tug‘ilganda tana vazni 1000dan kam bolalarda KIQQ 65-75% hollarda aniqlanadi, vaholanki oy-kuni yetib tug‘ilgan chaqaloqlar orasida 1000ta Yangi tug‘ilgan bolalarga 1ta hodisa to‘g‘ri keladi. Turli mualliflarning ma‘lumotlariga ko‘ra, KIQQ boshqa turlarining uchrash soni juda o‘zgarib turadi. O‘lgan chaqaloqlarning yarmida sektsiya yorish vaqtida KIQQ va yoki bosh miya anatomik tuzilmalarning shikastlanganligini topadilar.

Etiologiyasi. Turli bolalarda KIQQ etiologiyasi va patogenozining geterogenligi shubhasizdir. KIQQ ga asosiy sabab omillar quyidagicha: 1) tug‘ruqda shikastlanish; 2) perinatal gipoksiya va uning og‘ir shakllariga aloqador bo‘lgan gemodinamik (ayniqsa arterial gipotenziya) va metabolik buzilishlar (patologik asidoz, reoksigenatsiya fonida lipidlar peroksid oksidlanishning ortiqcha

faollashuvi va b.); 3) koagulyatsion va trombotsitar gemostazning perinatal xususiyatlar (xususan, koagulyatsion gemostaz vitamin K ga qaram omillar tanqisligi); 4) bolanning gestatsion yoshining kichikligi; 5) tomirlar devori, jigar va miya zararlanishini keltirib chiqaradigan homila ichidagi virusli va mikoplazmali infeksiyalar; 6) noratsional parvarish va iatrogen aralashuvidir (ayniqsa giperosmolyar eritmalar masalan, natriy gidrokarbonatni venaga tez quyish; nazorat qilinmaydigan ortiqcha kislorodli davo; og'riqqa sabab bo'ladigan muolajalarda og'riqsizlantirishning yo'qligi; beparvolik bilan parvarishlash va bolaga shikastlovchi muolajalarni bajarish; dori poliprogrammaziya, ko'pgina trombotsitar ingibitorlardan foydalangan holda).

Bosh miya tug'ruq jarohatining paydo bo'lishining bevosita sababi ona chanoq suyagi va homila bosh o'lchamlarining nomuvofiqligi (chanoq suyagining har xil tug'ma nuqsonlari, yirik homila), shiddatli (2 soatdan kam) yoki cho'ziladigan (12 soatdan ortiq) tug'ruqlar; noto'g'ri bajariladigan akusherlik amallari va operatsiyalar: qisqich qo'yish, vakuum ekstraktor, dumba bilan kelganda qo'lda bajarilgan amallar va homilani aylantirish, homilani chanoq qismidan tortib chiqarish, boshini traktsiya qilish; homila manfaatlarini inkor qilib "oraliqni himoya" qilish to'g'risida ortiqcha g'amxo'rlik hisoblanadi. Biroq homila ichidagi surunkali gipoksiya o'tkazgan yoki boshqa antenatal patologiyasi bo'lgan bolada hatto boshi bilan me'yoriy tug'ruqlar biomexanizmida ham KIQQ vujudga kelishi mumkin, shunga ko'ra bunday hollarda kesar-kesish amaliyoti bilan tug'dirishga kirishiladi.

Bosh miya tug'ruq jarohati va gipoksiya bir-biri bilan patogenetik bog'liq va odatda, qo'shilib keladi, bunda ayrim hollarda bosh miya to'qimalarining shikastlanishi va KIQQ og'ir gipoksiya oqibati, boshqa hollarda uning sababi hisoblanadi. Ko'pchilik neonatologlar miyaga va uning yumshoq pardalariga jarohatli va jarohatsiz qon quyilishlar nisbati 1:10ni tashkil qiladi, deb hisoblaydilar.

Patogenezi. Miya moddasiga, miyachaga subdural va epidural qon quyilishlar, odatda jarohat sababli bo'ladi. Ayni vaqtda tug'ruq jarohatining

boshqa belgilari kefalogrammatoma, aponevroz ostiga qon quyilishi, akusherlik qisqichlarining izlari, sinishlar va b. bo'lganda har qanday kalla suyagi ichiga qon quyilishlarning jarohat sababli bo'lganligi aniqlanadi. QIQQ, PVQQ, miya moddasiga mayda nuqtali qon quyilishlar etiologiyasi bo'yicha odatda gipoksik bo'ladi. Subaraxnoidal qon quyilishlar ham gipoksik, ham travmatik genezga ega bo'lishi mumkin.

20-jadvalda muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda PVQQ va QIQQ havfini kuchaytiradigan omillar keltirilgan.

PVQQ va QIQQ dumli yadro boshchasi (gestatsiya muddati 28 haftadan ortiq bolalarda) va tanasi ustidagi subependimal va paraventrikulyar pusht to'qimasida (gestatsiya muddati 28 haftadan kam bolalarda) qorinchalararo teshik sathida joylashadi. Pusht to'qimasi polipotent hujayralar saqlaydi, ular migratsiya qilib, katta yarimsharlar qobig'ining 6 qavat yadrolarini va chuqurroqda yotgan yadro tuzilmalarni hosil qiladi.

19-jadval.

Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarda PVQQ va QIQQ xavfini oshiradigan patologik holatlar

Periventrikulyar leykomalyatsiyaga	Qorinchalar ichi qon quyilishi
Onada bundan oldingi homiladorliklarning ko'p uchraganligi	Arterial gipotenziya yoki boladagi gipertenziya yoki boladagi gipertenziya
Onanning giyohvandligi, alkogolni suiste'mol qilishi va chekishi. Tibbiyot muassasasidan tashqaridagi tug'ruqlar	Og'ir va davomli gipoksemiya va giperkapniya
Onadagi uragenital infeksiyalar ona qornida rivojlanishning orqada qolishi	IVL qat'iy parametrlar bilan (nafas olishda yuqori cho'qqi bosimi, davomli nafas olish, nafas chiqarishda yuqori bosim), gialin membranali kasallik (1 turdagi NBS), "havo yo'qotish"
Bola hayotining birinchi soatlardagi transporterovkasi	sindromi (pnevmotoraks va b.)
Tug'ilishda tana og'irligining juda kamligi	Gipernatriemiya
Tug'ruqda oksitotsin qo'llanishi,	Gipoglikemiya

tugʻruqdan oldinroq onaning bilvosita antikoogulyantlar, atsetilsalitsil kislotasini qabul qilishi SHiddatli tugʻruqlar Asfiksiyada tugʻilish, ayniqsa natriy gidrokarbonat kiritishni talab etganda Tugʻilishda katta gematomalar Erkak jinsi	Venaga tez dori yuborish, ayniqsa giperosmolyar eritmalar quyishda hajm yuklamasi Yurak yetishmovchiligi Patologik asidoz ochiq arterial yoʻl sindromi yoki persistirlaydigan fetal tsirkulyatsiya (yaʼni oʻpka gipertenziyasi) Surfaktant bilan oʻrin bosuvchi davo Gipotermiya
---	---

Homila ichi hayotining 35-haftasida pusht qavati soʻriladi. Pusht qavatiga bazal ganglialar uzviy yopishadi. Bu soha toʻqima quvvatlashi boʻlmagan, bazal membranasi etarlicha shakllanmagan kapillyarlar bilan betartib joylashgan koʻp miqdorda qon taʼminoti bilan farq qiladi (kollogen tanqisligi); arterial tsirkulyatsiya haddan ziyod boʻlsa ham, venoz oqim qiyinlashgan. Shuning uchun arterial bosimning vaqtincha koʻtarilishi pusht qavatining mikrotsirkulyator toʻlib ketishga olib kelib, subependimal qon quyilishi (SEQQ), soʻngra (tomirlar yorilganda) PVQQ va QIQQ ni chaqiradi.

Boshqa tomondan, yaqqol gipoksemiyada rivojlanishi mumkin boʻlgan arterial gipotenziya periventrikulyar tsirkulyatsiyaning ishemik shikastlanishiga olib keladi, qon taʼminotining keyingi tiklanishi esa (ayniqsa tez) meʼyoriy yoki arterial bosim oshishida qon quyilishiga sabab boʻladi. Pusht matriksi sohasida barqaror va davomli gipoperfuziya periventrikulyar leykomalyatsiyaga (PVL) olib keladi. Asosiy muammo kasal muddatiga yetmay tugʻilgan bolada miya qon oqimining yaxshi nazorat qila olmaslikdan iborat. Pusht qavatida tizimli qon oqimidagi oʻzgarishlarda, miya qon oqimini autoregulyatsiya qila olmaydi va

uning har qanday keskin o'zgarishlari mikrotsirkulyatsiyaning jiddiy yomonlashuviga olib kelib, qon quyilishining yuqori havf omillari hisoblanadi.

KIQQ genezida gemostaz trombositlar halqasi holati xususiyatlarining ahamiyati unchalik aniq emas: trombositlarning agregatsion faolligi kollogen ADFning har xil dozalari kabi agentlar ta'siri ostida xuddi shunday gestatsiya muddatidagi sog'lom Yangi tug'ilgan bolalar bilan taqqoslanganda ishonarli past bo'lganligi isbotlangan.

SHuni hisobga olib, KIQQ uchrash sonini trombositlarning adgeziv agregatsion funktsiyasini yaxshilaydigan dori vositalarini, xususan ditsinon (etamzilat natriy)ning oldini olish maqsadida qo'llash bilan kamaytirishga muvaffaqiyatli urinishlar qilgan.

Biroq hayotning birinchi soatlarida, shuningdek qonning giperyopishqoqligi, politsitemiyada trombositlarning past adgeziv-agregatsion faolligi – trombozlardan himoya omili, shuning uchun uni oshirish maqsadga muvofiq emas. Bundan tashqari, trombositlar gemostaz xususiyatlari KIQQ patogeneziining halqalardan biridir, uning holati KIQQ har qanday variantlari rivojlanishining boshqa yuqori xavf omillarining salbiy ta'sirini butunlay yo'q qila olmaydi.

III va IV darajadagi KIQQning o'ziga xos asorati venoz gemorragik infarktlar bo'lishi mumkin. Ular odatda bir tomonlama va venani o'rab turgan to'qimalarning massiv (qattiq) bosilishidan paydo bo'ladi. Arterial tomirlarning venoz gemorragik infarktlari va trombo-embolik zararlanishlarning natijasi parentsefaliya hisoblanadi. KIQQning eng qonuniyatli oqibatlaridan biri – qorinchalarning kengayishidir.

Klinik ko'rinishi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda har qanday KIQQning o'ziga xos belgilari quyidagilar: 1) bola umumiy holatining to'satdan yomonlashib, miya faoliyatining har xil turdagi pasayishlari kelib chiqadi, ba'zan qo'zg'aluvchanlikning oshish belgilari paydo bo'lishi mumkin; 2) yig'i ifodasining o'zgarishi va ko'ruvda muloqotning yo'qotilishi; 3) katta liqildoq bo'rtib chiqishi yoki taranglashishi; 4) ko'z soqqalarining anomal harakatlari; 5) termoregulyatsiya (gipo- yoki gipertermiya) yo'qolishi; 6) vegetovistseral buzilishlar (sutni qayt

qilish, tana vaznining patologik kamayishi, meteorizm, ichining beqaror kelishi, taxipnoe, taxikardiya, periferik qon aylanishi buzilishi); 7) psevdobul'bar va harakat buzilishlari sindromi; 8) talvasalar; 9) mushak tonusi buzilishlari; 10) avj oladigan post-gemorragik anemiya; 11) metabolik buzilishlar (asidoz, gipoglikemiya, giperbilirubinemiya); 12) bosh miya tug'ruq jarohatining kechishini va prognozni og'irlashtiradigan somatik kasalliklar qo'shilishi (pnevmoniya, yurak qon-tomir etishmovchiligi, meningit sepsis, buyrak usti bezi etishmovchiligi va b.).

Eslatib o'tilgan simptomlar va sindromlarning QIQQ bo'lgan turli bolalarda birga uchrashi juda keng miqyosda o'zgarib turadi, bu bolaning gestatsion yoshiga, premorbid foniga va qo'shib keladigan holatlarga, QIQQ egallagan sathga bog'liq.

Epidural qon quyilishlar kalla suyaklarining ichki yuzasi bilan qattiq miya pardasi orasida paydo bo'ladi va kalla suyagi choklaridan tashqariga tarqalmaydi, chunki bu joylarda qattiq miya pardasi bilan zich yopishib ketgan bo'ladi. epidural gematomalar kala skeleti gumbazi suyaklarining darz ketishi va sinishlarida epidural bo'shliq tomirlari uzilganda hosil bo'ladi. epidural gematomalar ko'pincha keng ko'lamli tashqi kefalogematomalar bilan birga qo'shib keladi. Klinik manzarasida simptomlarning izchilligi xos. Uzoq davom qilmaydigan "yorug'lik" oralig'idan (3 soatdan 6 soatgacha) so'ng miya bosilishi sindromi rivojlanadi, u jarohatdan 6-12 soat o'tgach keskin bezovtalik paydo bo'lishi, bola ahvolining yomonlashib, 24-36 soat o'tgach koma rivojlanishigacha borishi mumkin. Qorachiqning zararlangan tomonda kengayishi (3-4 martaga), fokal yoki diffuz klonik-tonik talvasalar, gematoma joylashgan tomon qarshisida gemiparez, asfiksiya xurujlari, bradikardiya, arterial bosimining pasayishi o'ziga xos simptomlar hisoblanadi. Ko'ruv nervi so'rg'ichlarining dimlanishi tez rivojlanadi. Neyroxirurgik davolash talab qilinadi.

Subdural qon quyilishlar kalla suyagining plastinalari siljib deformatsiya bo'lishida paydo bo'ladi. YUqori sagital va ko'ndalang sinuslariga qo'yiladigan vena qon tomirlari, miyacha chodiri tomirlarining zararlanishi sababchi bo'ladi.

Subdural qon quyilishlar aksariyat homila chanoq bilan kelganda kuzatiladi. Odatda, subaraxnoidal qon quyilishi bilan birga uchraydi. O'tkir osti kechishida (klinik belgilar jarohatdan 4-14 kundan so'ng yuzaga chiqadi) yoki surunkali gematomada klinik belgilari 3-4 hafta o'tgach shakllanishi mumkin. Bola ahvolining og'ir-engilligi qon quyilishining joylashgan o'rnini, ortib borishi sur'ati va katta-kichikligiga bog'liq.

Supratentorial subdural gematomada 2-4 kun ichida soxta tinch davr kuzatilishi mumkin, so'ngra gipertenzion-gidrotsefal va dislokatsion sindromlar ortib boradi: bezovtalik, liqildoqlarning taranglashishi va bo'rtib chiqishi, boshni orqaga tashlash, ensa mushaklari rigidligi, kalla suyagi choklarining ochilishi, Grefe simptomi, qorachiqning gematoma tomonida kengayishi, ko'z soqqalarining kollateral gemiparezi qon quyilish tomoniga burilishi, talvasali xurujlar bo'lishi mumkin. Gematoma ortib borgan sayin ikkilamchi asfiksiya xurujlari avj oladi, bradikardiya, vazomotor buzilishlar va termoregulyatsiyaning o'zgarishi, talvasa tutqanoqlari, stupor yoki koma bo'ladi. Neyroxirurgik davolash zarur.

Aniqlanmagan subdural gematomada va u yaxshi kechganda 7-10 kun o'tishi bilan gematoma inkapsulyatsiyasi ro'y beradi, u bosilish va ishemiya sababli miya to'qimasi atrofiyasini chaqiradi. Bu bosh miya tug'ruq jarohatining oqibati va natijasini belgilaydi.

Gematomaning subtentorial joylashuvida (miyacha uzilishi va orqa kalla suyagi chuqurchasiga qon quyilishi) Yangi tug'ilgan chaqaloqning umumiy ahvoli tug'ilish paytidan og'ir, miya poyasining bosilish simptomlari ortib boradi: ensa mushaklari rigidligi, emish va yutishning buzilishi, anizokoreya, ko'zning, boshni burishda ham yo'qolmaydigan chetga qarashi; dag'al vertikal yoki rotator nistagm, ko'z olmalarining "suzishi" kuzatiladi. Tonik talvasa xurujlari va "yumuq qovoqlar" simptomi bo'lishi mumkin (miyachadagi kalla nervlari V juft retseptorlarining ta'sirlanishi hisobiga ko'zni tekshirish uchun qovoqlarni ochib bo'lmaydi).

Dinamikada holsizlik, rangparlik, nafas buzilishi, bradikardiya orta boradi, mushak gipotoniyasi ko‘pincha mushak tonusining oshishi bilan almashinadi, gipo va arefleksiya paydo bo‘ladi.

Kasallikning kechishi diagnostika va davolash o‘z vaqtida amalga oshirilishiga bog‘liq. Supratentorial gematoma olib tashlanganda 50-80% bolalarda oqibati yaxshi, qolganlarida og‘irlik darajasi har xil nevrologik buzilishlar qayd qilinadi (gemisindrom, gidrotsefaliya, minimal tserebral disfunktsiya va b.). Miyacha chodiri yirtilgan holatda Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar ilk neonatal davrda halok bo‘ladilar. Miyacha chodiri shikastlanmagan subtentorial gematomali Yangi tug‘ilgan bolalarda oqibat yaxshi bo‘lishi mumkin, biroq likvor yo‘llari obstruktsiyasi natijasida gidrotsefaliya rivojlanishi mumkin.

Subaraxnoidal qon quyilishlar meningeal tomirlar butunligi buzilishi natijasida paydo bo‘ladi. Qon quyilishlar joylashuvi har xil, aksariyat katta miya yarim sharlari tepa-chakka sohasida va miyachada bo‘ladi. Subaraxnoidal qon quyilganda qon miya pardalarida cho‘kib qolib, ularni aseptik yallig‘lantiradi, bu keyinchalik miyada va uning pardalarida chandiqli-atrofik o‘zgarishlarga, mikrodinamik buzilishiga olib keladi. Qon parchalanish mahsulotlari, ayniqsa bilirubin toksik ta`sirga ega. Subaraxnoidal qon quyilishlarning klinik belgilari meningeal, gipertenzion gidrotsefal sindromlardan, shuningdek qon quyilish joylashgan o‘rniga ko‘ra “tushib qolish” simptomlariga bog‘liq. Klinik manzara tug‘ilishdan so‘ng darhol yoki bir necha kun o‘tgach rivojlanadi. Umumiy qo‘zg‘alish belgilari: bezovtalik, “miya” qichqirig‘i, uyqu inversiyasi ustunlik qiladi, bolalar uzoq vaqtgacha ko‘zini katta ochib yotadilar, yuz qiyofasi vazmin, hushyor yoki havotirli. Giperesteziya, tug‘ma reflekslar kuchayishi, mushak tonusi oshishi tufayli salgina ta`sirlanishdan harakat faolligining oshishi kuzatiladi.

Gipertenzion gidrotsefal sindrom boshni orqaga tashlash, talvasaga tayyor holat, lokal va polimorf talvasalar hamda kalla nervlari funktsiyasining yo‘qolishi: g‘ilaylik, burun, lab burmalarining silliqlashganligi, shuningdek liqildoqlarning bo‘rtib chiqishi, kalla suyagi choklarining qochishi, bosh aylanاسining ortishi bilan yuzaga chiqadi. ensa mushaklari rigidligi 1/3 Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda

kuzatiladi. ensa mushaklarining rigidligi yo bir necha soat o'tgach yoki hayotning 2-3 kunida paydo bo'ladi. Somatik statusda aksariyat sariqlik, gipo- va ko'pincha hayotning 3-4 kuni gipertermiya kuzatiladi, u bir necha kun mobaynida saqlanib qolishi mumkin. Anemiya, tana vaznining birmuncha yo'qolishi mumkin.

Subaraxnoidal qon quyilishining klinik belgilari ko'pincha nospetsifik va uning birdan-bir belgisi talvasa bo'lishini hisobga olib (agar qaytalanuvchi bo'lsa, bola ular orasida go'yo sog'lom bo'lib ko'rinadi), lyumbal punktsiya natijalari neonatologik QIQQ bu turi to'g'risida fikr yuritadilar. Subaraxnoidal qon quyilishi uchun xos o'zgarishlar likvorda katta miqdorda eritrotsitlarni topish, keyinchalik esa uning ksantoxromiyasi, oqsil darajasining oshishi (proteinorraxiya), limfotsitar tsitoz hisoblanadi.

YAkka subaraxnoidal qon quyilishlarda prognoz odatda yaxshi, nevrologik oqibatlar umuman kamdan-kam bo'ladi.

Qorinchalar ichi qon quyilishlari bir va ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Ul'tratovush tekshirish ma'lumotlariga asoslanib, L.Pepayl bo'yicha, QIQQ 4 darajasi farq qilinadi: 1) subependimal qon quyilish, miya qorinchalari ichiga qon quyilishi minimal bo'ladi yoki bo'lmaydi; 2) aniqlangan QIQQ, biroq yon qorinchalari qon bilan to'lmasligi; 3) batamom QIQQ to'lgan va loqal bitta yon qorinchaning cho'zilgani; 4) QIQQ hamma qorinchalar to'liq cho'zilgan va miya ichiga (oq moddaga) qon quyilgan. QIQQ yaqqolligiga ko'ra klinik manzara har xil bo'lishi mumkin. 60-70% QIQQli bemorlarning "klinik gungligi" aniqlanadi va kasallik qo'shimcha tekshirish usullari yordamidagina (takroriy ul'tratovush tekshirishlari, kom'pyuter tomografiyasi) topilishi mumkin.

Quyidagi holatlar orqali o'tkir QIQQ o'zini namoyon qiladi: 1) sababsiz gematokrit pasayishi va anemiya rivojlanishi; 2) katta liqildoq bo'rtib chiqishi; 3) bola harakat faolligining o'zgarishi; 4) mushak tonusi pasayishi, emish va yutish reflekslarining yo'qolishi; 5) apnoe xurujlarining paydo bo'lishi; 6) ko'z simptomatikasi (nigohning harakatsizligi, doimiy gorizontal yoki vertikal rotator nistagm, okulotsefalik reflekslar buzilishi, qorachiqning yorug'likka reaksiyasi yo'qligi); 7) arterial bosim pasayishi va taxikardiya. Boshqa simptomlar kamdan-

kam talvasa, bradikardiya, gipertermiya, boshni orqaga tashlash, tonik pozalar kuzatiladi. QIQQ li kasal bolalarda talvasalar metabolik buzilishlar-gipoglikemiya, gipokal'tsiemiya, gipomagniemiya, gipernatriemiyaga bog'liq bo'lishi mumkin. Muntazam o'tkaziladigan ul'tratovush tekshirishlar ma'lumotlariga ko'ra QIQQ 60-75% hollarda hayotining dastlabki 30 soatida rivojlanadi. Ular hayotining 3 kunidan keyin paydo bo'lishi kamdan-kam uchraydi.

QIQQ kechishi va oqibati ko'p hollarda bolalarning gestatsion yoshiga va qo'shib keladigan kasalliklariga, patologik holatlarga bog'liq. PVQQ (paraventrikulyar qon quyilishi) va SEQQ (subepindimal qon quyilishi) ya'ni QIQQning I darajasi) bolada oqibatni belgilamaydi va ko'pchilik bemorlarda oqibatsiz so'rilib ketadi. QIQQ III va IV birmuncha yomon oqibatlarga ega – bolalarning yashovchanligi tegishilicha 50-70% va 20-40% atrofida bo'ladi va ularda miya qorinchalarining kengayishi foizi yuqori (50% foizgacha) va postgemorragik gidrotsefaliya, keyinchalik esa oyoqlar spastik diplegiyalari, tserebral etishmovchilikning boshqa turlari ham ko'p uchraydi. Ko'pchilik neonatologlar QIQQ dan keyin qorinchalarning kengayishi 1/2-2/3 Yangi tug'ilganlarda hayotininig 1-oyi oxirida to'xtabgina qolmay, balki qayta rivojlanishga uchray boshlaydi deb ta'kidlaydilar. Agar kalla suyagi ichi gipertenziyasi va miya qorinchalarining kengayishi bir oydan oshgan bolalarda avj olib borsa, neyroxirurgik yordam to'g'risidagi masala hal qilinadi (masalan, qorinchalar bilan qorin bo'shlig'i orasiga shunt qo'yish).

Miya ichiga qon quyilishlar oldingi va orqa miya arteriyalarining oxirgi (terminal) tarmoqlari shikastlanganda vujudga keladi. Yirik va o'rta kalibrli arteriyalar kamdan-kam shikastlanadi. Mayda nuqtasimon gemmoragiyalarda klinik manzara kam yuzaga chiqqan va noaniq bo'ladi: holsizlik, ovqatni qayt qilish, mushak tonusi va fiziologik reflekslarning buzilishlari, beqaror o'choqli simptomlar, nistagm, anizokoriya, strabizm, fokal qisqa muddatli talvasalar, Grefe simptomi kuzatiladi.

Gematomalar hosil bo'lganda klinik manzara birmuncha aniq va gematomaning joylashuvi va kattaligiga bog'liq. Yangi tug'ilganlarning umumiy

ahvoli og‘ir, nigohi shuursiz, aksariyat “ochiq ko‘zlar” simptomi kuzatiladi, diffuz mushak gipotoniyasi, gipo- yoki arefleksiya xos. Odatda o‘choqli simptomlar: qorachiqalar kengaygan (ba‘zan gematoma tomonida kengroq), g‘ilaylik, gorizantal yoki vertikal nistagm, ko‘z olmalarining “suzuvchi” harakatlari, emish va yutishning buzilishlari bo‘ladi. Pay refleksleri sustlashgan, biroq qon quyilishiga qarama-qarshi tomonda oshishi mumkin. Bolalar umumiy ahvolining yomonlashuvi miya shishi oshib borishiga bog‘liq.

Chuqur miya shishining klinik ko‘rinishi diffuz mushak gipotoniyasi, emish va yutishning yo‘qligi bilan harakterlanadi. Vaqti-vaqtida kuchayadigan yoki sustlashadigan ingrash qayd qilinadi. Tug‘ma reflekslardan ba‘zan faqat changallash saqlanib qolgan, u simmetrik yoki asimmetrik (zararlangan tomonda kuchayishi) bo‘lishi mumkin. Faqat og‘riq ta‘surotlariga reaksiya sust bo‘ladi, bola deyarli ovozini chiqarmay yig‘laydi. Uyquchanlik orta boradi, uyqu yuzaki, bezovtalik bilan o‘tadi. Ana shu asnoda gorizantal nistagm, g‘ilaylik, anizokariya, takroriy, ayniqsa klonik talvasalar paydo bo‘ladi. Keyinroq bradikardiyaga o‘tadigan tonik talvasalar qo‘shilishi mumkin.

YUz terisida va ko‘krakda tomirli dog‘lar, nafas aritmiyasi, apnoe xurujlari paydo bo‘ladi. Ko‘z tubida mayda nuqtali qon quyilishlar, to‘r parda shishi aniqlanishi mumkin. TSerebrospinal suyuqlikda patologik o‘zgarishlar, odatda bo‘lmaydi, biroq uning bosimi oshishi kuzatiladi.

Petexial gemorragiyalar Yangi tug‘ilgan bolalarni kamdan-kam hollarda o‘limga olib keladi; gemorragiyalar oqibatlersiz so‘rilib ketishi mumkin, biroq ayrim bolalarda keyinchalik MNS organiq zararlanish belgilari topiladi.

Kechishi. Bosh miya tug‘ruq jarohatlarining quyidagi kechish davrlari farq qilinadi:

- o‘tkir (7-10 kun, ba‘zan 1 oygacha);
- o‘tkir osti (ilk tiklanish 3-4 oygacha, ba‘zan 6 oygacha);
- kechki tiklanish davri (4-6 oydan 1-2 yilgacha).

Bosh miya tug‘ruq jarohatining o‘tkir davrida oy-kuni yetib tug‘ilgan bolalarda 4 fazani ajratish mumkin. 1-faza uchun lens qo‘zg‘alishi, sedativ davoga

tolerantlik, qon aylanishi markazlashuvi, giperventiliyatsion sindrom, oliguriya, gipoksemiya, metabolik asidoz xos. 2-fazaga o'tish MNS pasayib ketishi, o'tkir yurak qon-tomirlar etishmovchiligi shish-gemorragik sindrom bilan; periferik shishlar va sklerema paydo bo'ladi. 3-fazada nafas a'zolari zararlanishi (interstitsial shish, bronxobstruktiv sindrom), yurak etishmovchiligi saqlanib qoladi, koma rivojlanadi. Tiklanish (4) fazasida mushak gipotoniya yo'qoladi, Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning fiziologik reflekslari ta'sirlanishiga emotsional reaksiya paydo bo'ladi. Asta-sekin nafas buzilishlari, yurak etishmovchiligi va suv - elektrolit buzilishlar yo'qoladi. Bosh miya tug'ruq jarohatining o'tkir davrida aksariyat infeksiyon kasalliklar rivojlanadi.

Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarda QIQQ o'tkir davrda quyidagi variantlar bo'yicha kechishi mumkin;

- 1) simptomlarsiz yoki noaniq kam klinik manzara bilan,
- 2) nafas buzilishlari ustunligi bilan, apnoe xurujlari bilan;
- 3) MNS faoliyatining pasayishi sindromining ustunligi bilan; (mushak gipotoniya, adinamiya, giporefleksiya, noemotsional yig'i yoki yo'qligi, emish va yutish reflekslarining uzoq vaqtgacha bo'lmasligi, gipotermiyaga moyillik, qayt qilish, qusish, apnoe va bradikardiya xurujlari va b.

a) oshgan qo'zg'aluvchanlik sindromining ustunligi (umumiy qo'zg'oluvchanlikning oshishi, mushak gipertoniya yoki distoniya, giperefleksiya, keng ko'lamli tremor, yuqori asidoz, talvasalar), o'choqli simptomatika (greffe simptomi, spontan vertikal nistagm, kuchli va doimo yaqinlashadigan g'ilylik, "botayotgan quyosh" simptomi, fokal talvasalar va b.), tug'ma avtomatizm reflekslarining qisman yoki batamom yo'qolishi, gipertenziya-gidrotsefal sindrom.

Davolash. QIQQ bo'lgan Yangi tug'ilganlar uchun: muhofaza tartibi (insul't bo'lgan kattalarnikiga o'xshash) – tovush va yorug'lik ta'sirlari kuchini kamaytirish, ko'riklarni avaylab o'tkazish, yo'rgaklash va har xil muolajalar o'tkazishda ehtiyotlash; og'irqli muolajalarni cheklash; sovqotishning ham, qizib ketishning ham oldini oladigan "haroratdan himoyasi", onaning bola

parvarishidagi ishtiroki. Bola och qolmasligi kerak. Bolalarni holatiga qarab ovqatlantiriladi: parenteral, yo zond orqali, doimiy transpilorik yoki martalik yoki shishachadan. QIQning birinchi kunlari ko'krak tutish ham, shishachadan ovqatlantirish ham bola uchun og'irlik qiladi. Parenteral ovqatlantirishda ritm muhim, bu hajm oshib ketishini va gipertenziyaning oldini oladi, ikkinchi tomondan gipovolemiya, gipotenziya, suvsizlanish, giperyopishqoqlikka yo'l qo'ymaydi.

Hayot faoliyatining asosiy ko'rsatkichlarini monitorlash g'oyat muhim: arterial bosim va pul's, nafas olishlar soni va tana harorati, diurez, tana vazni va kiritilgan suyuqlik miqdori, gemogloblin oksigenatsiyasi va qonda karbonat anhidrid gaziga (rSO_2) baho berish, qator biokimyoviy qon ko'rsatkichlari KOS, glikemiya, natriemiya va kaliemiya, azotemiya, kal'tsiemiya. Arterial giper- va gipotenziiyaga, gipoksemiya va giperkapniyaga yo'l qo'ymaslik (qon rSO_2 simob ustuni hisobida 55 mm dan yuqori bo'lmasligi), gipoglikemiya (talvasalar QIQQni kuchaytirishi mumkin va giperqlikemiya, gipernatriemiya va giponatriemiya, gipokal'tsiemiya. Parenteral ovqatlantirishda kateterlar trombozining oldini olish uchun geparin ishlatmaslik kerak, chunki uning hatto kichik dozalari ham (soatiga 1-2 TB/kg) QIQQ xavfini kuchaytiradi. Shunday qilib, QIQQ bolalarni davolashning asosi – quvatlaydigan, simptomatik davolashdir. Medikamentoz va boshqa davo qo'shib kelgan patologiya harakteriga, qon ketish og'irligi va joyiga bog'liq.

Tez avj oladigan subdural gematomalar, orqa kalla suyagi chuqurchasiga qon quyilishlar holatlarida xirurgik davolash zarur. Ko'pincha tegishli nazoratda (UZI) subdural gematomaning so'rib olish operatsiyasi bajariladi. Agar QIQQ bemorda Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemorragik kasalligi yoki sarflash koagulopatiyasi belgilari bo'lganda Yangi muzlatilgan plazma quyiladi. QIQQ li hamma bolalarga eskicha usulda plazma quyish tavsiya qilinmaydi. Faqat QIQQ bo'yicha medikamentoz davo o'tkazilmaydi.

QIQQli bemorlarda IVL o'tkazish ayniqsa murakkab. Gipoksemiya yoki giperkapniyaga quymay qat'iy ventilyatsiya ko'rsatkichlaridan qochish, IVL

ko'rsatkichlarini bolaning mustaqil ritmiga moslashtirib, bolani qunt bilan kuzatib, "bolani apparat bilan kurashishiga" yo'l qo'ymaslik juda muhim.

Profilaktikasi. Avvalo bu bolaning vaqtidan oldin tug'ilishining oldini olish va QIQQ yuqori xavf omillari hisoblangan hamma holatlarning oldini olish va faol davolashdan iborat. Adabiyotlarda QIQQ soni va og'irligini birmuncha kamaytirish foydasiga dalillar keltirilgan. Onaga tug'ruqdan oldin fenobarbital, K-vitamini, piratsetam tayinlash, shuningdek chaqaloqqa hayotining birinchi kunlarida indometatsin yoki ditsinon kiritish shular qatoriga kiradi.

Ambulatoriya sharoitida markaziy nerv tizimining perinatal jarohatlanishi bo'lgan bolalarni olib borish taktikasi

Pediatr markaziy nerv tizimida perinatal zararlanishi bo'lgan bolalarni ikki yil mobaynida har oy kuzatib boradi. Nevropatolog tamonidan 1 oyligida, bola haetining 1-chi yilida har 3 oyda, ikkinchi yilida har 6 oyda ko'ruvdan o'tkaziladi. Ko'z shifokori tomonidan dastlab 1 oyda, bola haetining 1-chi yilida, keyinchalik ko'rsatmaga binoan ko'ruvdan o'tkaziladi.

Audiologik skrining 1 oyligida, otolaringolog ko'ruvidan 1, 4, 6, 12 oyligida, keyinchalik ko'rsatmaga binoan o'tadi.

Neyrosonografiya 1 yilda 1 marta, umumiy qon tahlili yiliga 2 marta, umumiy peshob taxshili yiliga 1 marta, qonning bioximiyaviy taxlili (glyukoza, Sa, bilirubin miqdori, ishkoriy fosfotaza faolligi va h.k) ko'rsatmaga binoan topshiriladi.

Orka miya shikastlanishiga shubha tug'ilganda umurtqa pog'onasining bo'yin qisilib rentgenologik tekshiriladi. Komp'yuter tomografiya va MRT parenximatoz qon quyilishiga shubha bo'lganda qilinadi.

Reabilitatsiya:

- himoyalovchi rejim;
- klinik sindromlarga ko'ra medikamentoz davolash:

(V guruhiga kiruvchi vitaminlar, degidratatsion terapiya, miyada qon aylanishini yaxshilaydigan nootrop moddalar).

- uqalash.
 - suzish.
 - perinatal orqa miya patologiyasi bor bemorlarni davolashda fizioterapiya etakchi o'rinni egallaydi. Vertebrobazillyar qon aylanishini yaxshilovchi
- 0,5 - 1%li nikotin kislotasi eritmasi bilan elektroforez o'tkazishga ko'rsatma bor.
- kinezoterapiya;
 - musiqa bilan davolash.
 - aromaterapiya;
 - quruq immersiya.

Reabilitatsiya muddatlari MNT zararlanishining klinik ko'rinishlari va og'irlik darajasi o'zgarishiga bog'liq:

- engil darajasi – 2 yoshgacha;
- o'rta ogir darajasi 3 yoshgacha;
- og'ir darajasi – 18 yoshgacha.

Oqibat:

- Aqliy va jismoniy rivojlanishdan orqada qolish.
- Uzoq saqlanuvchi minimal tserebral disfunktsiya belgilari – bosh og'rig'i, tiklar, harakat koordinatsiyasining buzilishi, nutq o'zgarishi;
- 50 % o'rta og'ir darajali markaziy nerv tizimi perinatal zararlanishi bo'lgan maktab yoshidagi bolalarda dezadaptatsiya rivojlanishiga olib keladi. Ko'pincha ularda diqqatni jamlashning buzilishi sindromi va giperfaollik yoki uning susayishi kuzatiladi. Maktab eshidagi bolalarning 30 %ida , ayniqsa qizlarga qaraganda ug'il bolalarda bu holat ko'proq kuzatiladi.
- Rivojlanishning patologik turida – markaziy yoki periferik falajlar, simptomatik epilepsiya, gidrotsefaliya ko'rinishidagi harakat buzilishi kuzatiladi.

4-BOB. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR GEMOLITIK KASALLIGI HKK (R55.9)

Yangi tug‘ilgan bolalarning gemolitik kasalligi (CHGK) – homila va onaning eritrotsitar antigenlar: rezus tizimi, AVO yoki birmuncha kam uchraydigan omillar bo‘yicha mos kelmasligi natijasida immunologik nomutanosiblik (izoimmunizatsiya) bilan bog‘liq kasallikdir.

Izoimmunizatsiya kelib chiqishi ota tomonidan bo‘lgan antigenlarning homiladan onaga o‘tishi va reproduksiyani ta‘minlashda qatnashadigan ona va bola o‘rtasidagi o‘zaro immunobiologik munosabatlarni buzadi. SHuning uchun ChGK gemolitik anemiya va uning oqibatlari ko‘rinishdagina emas, balki patologiyaning boshqa shakllarida ham namoyon bo‘ladi (infeksion asoratlarga nisbatan moyillikning oshishi, moslashuv jarayonlari, neyroendokrin regulyatsiyasi buzilishlari va b.). u Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning o‘tish holatlari klinikasiga o‘ziga xos xususiyatlar kiritadi.

Tug‘ma rivojlanish nuqsonlarining uchrash soni oshganligi, surunkali homila ichi gipoksiyasi va gipotrofiyasi, muddatiga yetmay tug‘ilish sonining yuqoriligi, tug‘ilgan bolalar o‘limi va takroran homilador bo‘lganlarda bola tashlashlar, tug‘ruqning asoratlanib kechishi va erta neonatal davrda gemorragik buzilishlarning soni yuqoriligi qayd etiladi. Keltirilgan belgilar kasallikning ko‘p tizimli harakterga ega ekanligi va antenatal davrdagi embrio –fetogenez jarayonida immunologik mexanizmlarning ishtirok etishini tasdiqlaydi.

Etiologiyasi. Ma‘lum eritrotsitar antigenlar massasi orasida, jumladan 75 genetik polimorf tizimlar qon guruhlariga birlashtirilgan 500 dan ortiq genetik guruhli omillar ajratiladi. ChGK rivojlanishida “rezus” va AVO tizimlari katta ahamiyatga ega. ChGK kamroq KELL, DUFFI, KUDD, S, M va b. tizimlar antigenlari bo‘yicha nomutanosiblikka bog‘liq. “Rezus” tizimi 6 ta asosiy antigenlardan iborat, ular sintezini 3 juft genlar belgilaydi. Ularni ifodalash uchun quyidagi atamalardan foydalaniladi: Fisher (bunda antigenlar S,S: D,d, E,e deb belgilanadi) va Vinner atamasi (Rh, hr, Rho, Hro, Rh, hr antigenlar), rezus manfiy

deyiladi, qolganlari esa unga ega emas, garchi ularda “rezus” sistemasining boshqa antigenlari bo‘lsa-da, D-antigen lipoprotein tsitoplazmatik membrana ichki sathida, ayni vaqtda A va V antigenlari esa tashqi sathida joylashadi. Ona va bolaning eritrotsitar antigenlari bo‘yicha farqlanishi, ehtimol tutilgan ziddiyatga sababchi hisoblanadi: CHGK 3-6% shunday hollarda paydo bo‘ladi.

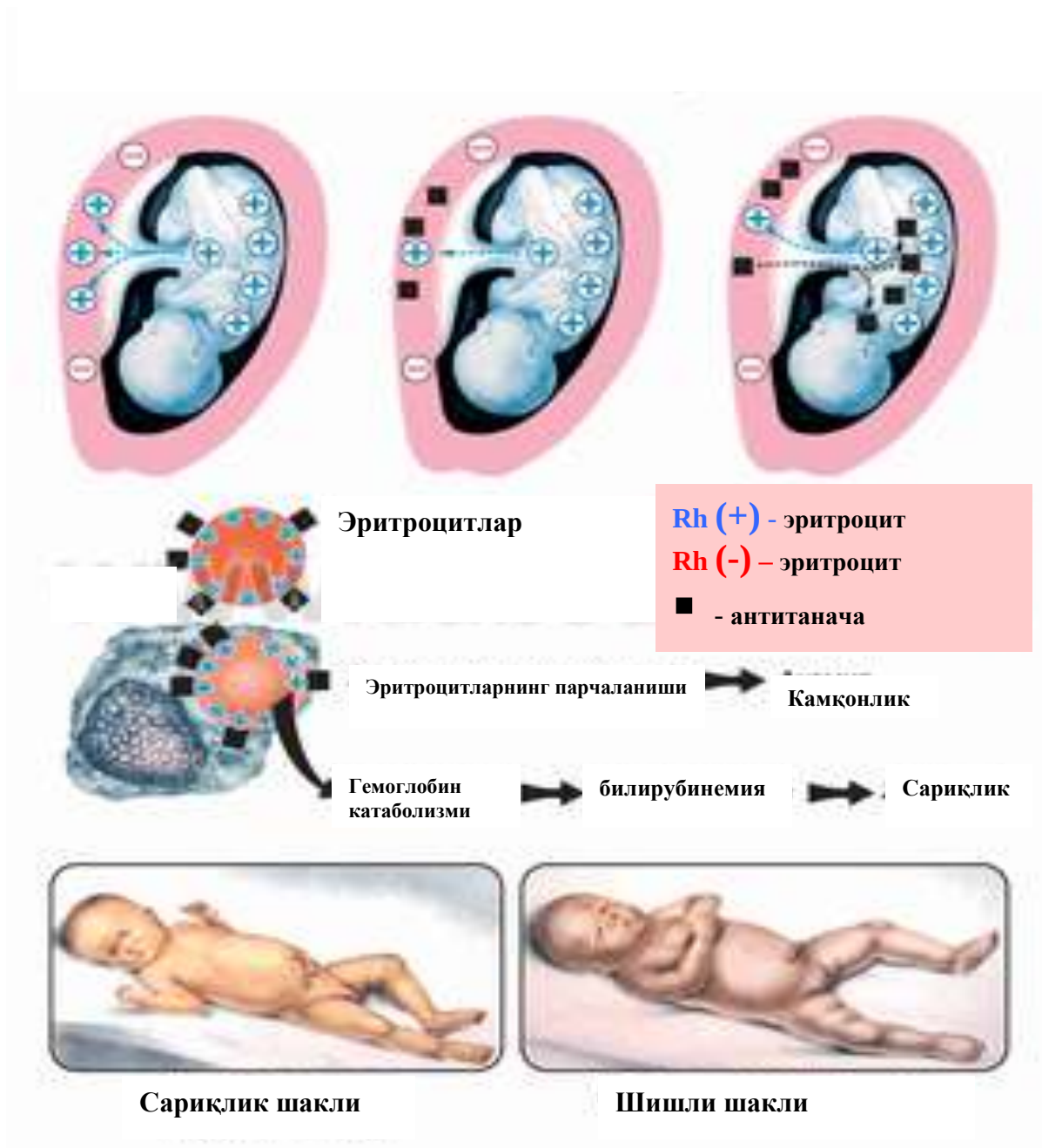
Rezus ziddiyatda, odatda onaning oldingi bo‘lib o‘tgan sensibilizatsiyasi bo‘ladi (abortlar, bundan oldingi homiladorlikda rezus musbat bola tug‘ilishi, chunki tug‘ruqda hamma vaqt qisman feto onalik transfuziyasi ro‘y beradi). SHu munosabat bilan D-antigenlar embrionda 5-6 haftadayoq paydo bo‘lishini eslatib o‘tish zarur, binobarin, ilk muddatlardagi abortlarda sensibilizatsiya bo‘lishi mumkin, bunda faqat eritrotsitar antigenlar bilan emas, balki to‘qima antigenlari bilan ham bo‘lishi mumkin. Bu operatsiyaning ayol organizmining homiladorlikni sun‘iy to‘xtashning immunologik va gormonal qayta qurilishi asosida o‘tkazilishi hisobga olinadigan bo‘lsa, abortlarning salbiy oqibatlarini baholash qiyinligi ma‘lum bo‘ladi.

AVO ziddiyatda CHGK ko‘pincha birinchi homiladorlikda rivojlanadi, chunki etakchi etiologik omil yo‘ldosh to‘sig‘ining buzilishidir: gestoz, onaning, somatik kasalliklari, infeksiya, gipoksiya, emlashlar hisoblanadi. Onada IgM sinfiga taalluqli, ya‘ni shikastlanmagan yo‘ldosh orqali o‘tmaydigan tabiiy izoagglyutinlar borligi homilaga ularning transplantsentlar transportiga olib kelishi mumkin emas. Tabiiylaridan farqli ravishda ona IgG ga taalluqli guruhli AGga immunizatsiya qilingandan so‘ng paydo bo‘lgan antitanalar me‘yoriy yo‘ldosh orqali bemalol o‘tib, gemoliz chaqiradi. Ko‘pincha AVO tizimi bo‘yicha ziddiyat munosabati bo‘yicha onada O(I) guruhi, bolada esa – A (II) guruhi bo‘lganida CHGK yuzaga keladi.

Patogenezi. CHGK patogenezi asosini, yuqorida ko‘rsatib o‘tilganidek, homilaning eritrotsitar antigenlari bilan onaning izommunizatsiyasi, ularning yo‘ldosh orqali o‘tishi, hujayra ichi, ba‘zan esa tomir ichida bola eritrotsitlarining gemolizi va bog‘lanmagan bilirubin bilan giperbilirubinemiya bo‘lishi tashkil

qiladi. Gemolizning joylashuvidagi tafovutlar gemagglyutinlar yoki gemolizinlar xossalriga ega bo'lgan antitanalar sinfi va subsinfi bilan bog'liq.

ChGK da shikastlanishlar darajasi va og'ir-engilligi antitanalarning onadan homilaga transportinigi boshlanish va davomiylik muddati bilan bog'liq. Ona antitanalarining ko'p miqdordagi o'tishi tug'ruq vaqtida ro'y beradi. (8-rasm).



13-rasm. Yangi tugʻilgan chaqaloqlar gemolitik kasalligi patogenezi.

Ularning maʼlum bir miqdori ona suti orqali oʻtishi mumkin. CHGK patogenezida gipersezuvchanlikning sekinlashgan turi (GST) ahamiyati oʻrganilmoqda, chunki bemor bolalar qonida tsitotoksik T-limfotsitlarning (TSTL) oshishi aniqlanadi, vaholanki bu onasiga tegishli boʻlishi mumkin. ChGKning eng ogʻir, shishli shaklini xuddi shu sabab bilan bogʻlaydilar.

Homiladorlikning 16-18 haftasida fetal eritrotsitlar homiladorlik me'yoriy kechayotganida, immunologik ziddiyatsiz ham ona qonida topiladi, bevosita tug'ruq oldidan esa 75% homiladorlarda topilishi CHGK shaklida ro'yobga chiqadigan asosiy patogenetik jarayonlar hali etarlicha o'rganilmaganidan dalolat beradi. Xususan homila jigari holatining bog'lanmagan bilirubin darajasiga va uning ozod fraktsiyasining (al'bumin bilan bog'lanmagan) ensefalopatiyalar og'irligiga ta'siri unchalik aniq emas. ChGK jigar etishmovchiligi belgilari bilan og'ir kechganda bilirubin eliminatsiyasining hamma fazalari: ushlab olish ham, kon'yugatsiya ham, ekskretsiya ham buzilgan bo'ladi.

ChGKning eng xavfli xususiyati bo'lib, qonda bilvosita bilirubinning yuqori darajasi lipotrop va miya yadrolariga kirib, yadroli sariqlik chaqirishi hisoblanadi. YAdroli sariqlik rivojlanishi uchun qonda bilvosita bilirubin kontsentratsiyasi katta ahamiyatga ega: uning miqdori 428-496 mkmol/l bo'lganda yadroli sariqlik 30% bolalarda, 518-648 mkmol/l bo'lganda 70% bolalarda paydo bo'ladi. Ayni vaqtda qon zardobida bilirubin bilan yadroli sariqlik rivojlanishi o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri korrelyatsiya yo'q va bilvosita bilirubin neyrotoksikligining xavf omillari katta ahamiyatga ega:

- 1) gematoentsefalik to'siqning o'tkazuvchanligi oshgan va binobarin gestatsiya muddati; plazma giperosmolyarligi, jumladan giperglikemiya va giperosmolyar eritmalar yuborilishi tufayli, og'ir asidoz, infeksiyon asoratlar borligi; miyaga qon qo'yilishlar; arterial gipertenziya va boshqa omillar:

- 2) bilvosita bilirubinning toksik ta'siriga neyronlar sezuvchanligining oshishi: muddatiga yetmay tug'ilganlik, og'ir asfiktsiya, gipotermiya, ochlik, anemiya, gipoglikemiya;

- 3) al'buminning bilvosita bilirubinini mahkam bog'lash qobiliyatining pasayishi: gipoal'buminemiya, asidoz, infeksiyalar yoki tomir ichi gemolizi, esterifikatsiyalanmagan yog' kislotalari kontsentratsiyasining oshishi, ayrim dorilar bilan bog'lanish uchun raqobat. (sul'fanilamidlar, furasemid, difenin, indometatsin, salitsilatlar, metitsillin, oksatsillin, tsefalotin, tsefoperazon), al'kogol'.

Yuqorida sanab o'tilgan barcha omillar bilirubin ensefalopatiyasi xavfini oshiradi va bemorda yuqoridagi omillardan 2-3tasining borligi giperbilirubinamiyaning kamroq darajasida qonni almashtirib quyishni talab etadi.

Erta neonatal davrda tana vazni 1500 gr dan kam bolalarda qonda bilvosita bilirubinning har 50 mkmol'/l ga oshishi (100 mkmol'/ldan yuqori), 2-3 yoshda psixomotor rivojlanishdan orqada qolish darajasi 30%ga oshadi. Muddatiga yetmay tug'ilgan bolalarda miya zararlanishlarining uchrash darajasi va og'irligini faqat gematoentsefalik to'siq holati bilan emas, balki ularni muddatiga yetib tug'ilgan bolalar bilan solishtirganda ganglioizidlar va sfingomielin miqdorinining ko'pligi (bog'lanmagan bilirubinga o'xshash xususiyatli) bilan bog'laydilar, lekin jigarning fermentativ tizimi etarli emas.

Giperbilirubinemiya dan tashqari, ChGKning ko'p tizimli kasallik sifatidagi og'irligi shundan iboratki, gemolizning immunologik mexanizmi gemostaz tizimini, binobarin, gemoreologiya, mikrotsirkulyatsiya, tomirlar o'tkazuvchanligi, tizimli gemodinamika va arterial bosimga ta'sir ko'rsatadigan boshqa plazma proteazalarini (fibrinolitik, kinin va komplement tizimi) faollashtiradi. eritrotsitlarning parchalanish mahsulotlari, Ig va komplement uchun retseptorlari bo'lgan leykotsitlar faolligi kelib chiqishi lizosomal proteazalar darajasi oshishiga olib keladi, tsitokinlarning butun spektrini (interleykinlar, kelib chiqishi mononuklear koloniyalarini rag'batlantiradigan omillar) o'zgartiradi. Bu patogeneza o'z hissasini qo'shadi va ehtimol, klinik belgilar tabiatiga, xususan shish sindromi, yurak qon-tomir buzilishlari, gemorragik sindrom, anemiyaning tabiati va darajasiga ta'sir qiladi. Barcha kelib chiqqan oqibatlar gematoentsefalik to'siq o'tkazuvchanligini oshiradi.

Boshqa tomondan, ChGK og'ir kechishi natijasida bolalar infeksiya asoratlarga moyil bo'ladi, ba'zan ular septik tus oladi, ya'ni immun tanqislik holati belgilari bo'ladi, bu shuningdek ChGK kechishini qiyinlashtiradi va uning oqibatiga yomon ta'sir qiladi.

ChGK tasnifi quyidagilarni aniqlashni ko'zda tutadi:

1) ziddiyat turi (rezus, AVO tizimi, kam uchraydigan omillar bo'yicha);

2) klinik shakli (homila matseratsiyasi bilan o'limi, shishli, sariqlik, anemik);

3) sariqlik va anemik shakllarida og'ir engillik darajalari (engil, o'rtacha og'irlikda va og'ir);

4) asoratlari (bilirubin ensefalopatiyasi – yadroli sariqlik, boshqa nevrologik buzilishlar gemorragik yoki shish sindromi, jigar, yurak, buyrak usti bezlari shikastlanishi, “o't quyuqlashish” sindromi, modda almashinuvi buzilishlari: gipoglikemiya va boshqalar);

5) qo'shib kelgan kasalliklar va fon holatlari (muddatiga yetmay tug'ilganlik, homila ichi infeksiyalari, asfiksiya va b.)

Klinik ko'rinishi

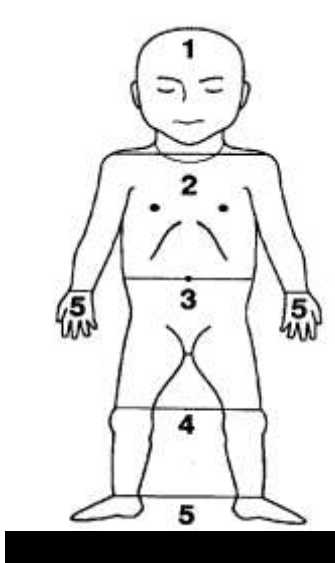
SHishli shakli – ChGK ning eng og'ir ko'rinishidir. Ona anamnezida: bola tashlashlar, o'lik bola tug'ishi, takroriy abortlar, muddatiga to'lmagan homiladorlik xos. Homiladorlik davrida ul'tratovush bilan tekshirishda homilaning o'ziga xos holati (“Budda holati”), kalla atrofida doira aniqlanadi. Yo'ldosh vazni shish natijasida keskin kattalashgan (me'yorda u homila tana vaznining 1/6-1/7 qismini, shishda esa 1/3 va hatto homila tanasi og'irligiga teng). Homiladorlik kechishi ko'pincha preeklampsiya va eklampsiya shaklidagi gestoz bilan asoratlanadi. Bola tug'ilganda astsit, tashqi jinsiy a'zolar, oyoqlar, boshning shishi bo'lgan anasarka bo'ladi. Qorin keskin kattalashgan (bochkasimon). eritroid metaplazma va fibroz sababli gepato- va splenomegaliya yuzaga chiqqan. Markaziy va periferik gemodinamikaning buzilishlari belgilari nisbiy yurak to'mtoqligi chegaralarining kengayishi, tonlarning bo'g'iqligi, teri qoplarining rangparligi, oligouriya va nafas etishmovchiligi ko'rinishida bo'ladi (ko'pincha gipoplastik o'pka yoki gialin membranali kasallik natijasida).

SHishli shakli bo'lgan bolalarda aksariyat gemorragik sindrom bo'ladi (miyaga, o'pkaga, me'da-ichak yo'lga, teriga qon quyilishlar). Bu bolalarning bir qismida gemastaziologik tekshirishda DVS-sindrom aniqlanadi, biroq barcha bolalarda jigarda sintezlanadigan plazma prokoagulyantlarining juda past darajasi qayd qilinadi. Gipoproteinemiya, kindik qonida umumiy bilirubin miqdori oshishi

(bevosita va bilvosita hisobiga), og‘ir anemiya (gemoglobin kontsentratsiyasi 100g/l dan kam), har xil darajadagi normoblastoz va eritroblastoz, trombositopeniya xos. ChGK tug‘ma shishli shakli bo‘lgan yashab ketgan bolalarni faol davolashdan keyin, aksariyat hollarda og‘ir neonatal infeksiyalar, jigar tsirrozi, ensefalopatiyalar rivojlanadi.

Sariqlik shakli – ChGKning eng ko‘p uchraydigan shakli hisoblanadi. CHaaloqlarda tug‘ilgandayoq qisman (tug‘ma sariqlik shakli) sariqlik bo‘ladi, ko‘pchilik bolalarda u hayotining birinchi kunlarida paydo bo‘ladi. Sariqlik nechog‘lik erta paydo bo‘lsa, ChGK odatda og‘irroq kechadi. Bilvosita bilirubin miqdori bilan terining ikteriklik darajasi o‘rtasida qat‘iy bog‘liqlik yo‘qligini ta‘kidlab o‘tish lozim, garchi kaftlarning sariqqa bo‘yalishi bilvosita bilirubinning 205 mkmol/l dan ortiq darajasi uchun xos, deb hisoblanadi.

Sariqlikning og‘irlik darajasini aniqlashning eng oddiy usuli bu- teridagi sariqlikning paydo bo‘lish vaqi va joylashgan joyini aniqlashdir. Sariqlik chaqaloq hayotining birinchi kunidanoq tananing har qanday sohasida, 2-kuni qo‘l va oyoqlarida, 3-kuni esa qo‘l kafti va oyoq tovonida paydo bo‘lishi bu “xavli” sariqlik belgisi, deb hisoblanadi (1-rasm, 25 jadval). Agar xavli sariqlikning belgilari paydo bo‘lsa, qon taxlilidagi bilirubin ko‘rsatkichlarini aniqlanishini kutmasdan, fototerapiyani zudlik bilan o‘tkazish lozim.



- Bilirubin RES tizimini tark etib al'bumin bilan bog'lanadi
- Bilirubin dastlab tananing proksimal qismida, so'ngra distal qismida yig'iladi
- Sariqlik tepadan pastga qarab tarqaladi

Soha	1	2	3	4	5
------	---	---	---	---	---

	Qon zardobidagi umumiy bilirubin mkmol'/l	100	150	200	250	>250
--	---	-----	-----	-----	-----	------

14-rasm. Kramer shkalasi

Jadval-20.

Sargʻayish darajasini (ogʻirlik darajasini) klinik baholash

YOshi	Sariqlik quyidagi joylarda yaqqol koʻrinadi	Qanday baholash kerak
1-kuni	Tananing har qanday qismida ³	Kuchli sargʻayish (ogʻir darajasi)
2-kuni	Qoʻllarda va oyoqlarda	
3-kuni	Panjalarda va tovonlarda	

AVO ziddiyatda giperbilirubeniemiya hayotning 2-3 kunida va hatto kechroq paydo boʻladi. Sariqlik darajasi va asta-sekin tusi oʻzgaradi. SHuningdek gepatoslenomegaliya, skleralar, shilliq pardalarning sariq rangga boʻyalishi, qorinning kerchganligi xos. Qonda bilvosita bilirubin darajasi oshgan sayin bolalarda MNS faoliyati pasayib ketish sindromi belgilari osha boradi, ular bilirubin intoksikatsiyasiga bogʻliq. Tugʻma sariqlik shaklida bolada koʻpgina immun tanqisligi va uning oqibati sifatida infeksiyon jarayonlar boʻladi. Retikulotsitoz, normablastoz va eritroblastoz bilan giperreginator anemiyaning har xil darajada yuzaga chiqishi xos. Bu qonning yadro saqlovchi hujayralarning miqdori oshishi (psevdoleykotsitoz) koʻrinishida; trombositopeniyada aks etadi. Baʼzan leykemoid reaksiyali chin leykotsitoz ham kuzatiladi.

Bilirubin ensefalopatiyasi (BE) – hayotning dastlabki 36 soatida kliniik jihatidan kamdan-kam aniqlanadi. Odatda uni 3-6-kunlarida aniqlanadi. Kechishining 4 fazasi farq qilinadi: 1) bilirubin intoksikatsiyasi belgilarining ustunlik qilishi (MNS faoliyati pasayishi sindromi; bir xil monoton qichqirish,

³ Хаётнинг биринчи кунида тананинг ҳар қандай қисмидаги ёки хаётнинг иккинчи кунида қўллар ва оёқларда, панжа ва тоvonлардаги кўринадиган сариқлик жуда жиддий муаммо ҳисобланади ва зудлик билан фототерапия ёрдамида даволашни талаб этади. Қондаги билирубин даражасининг натижаси маълум бўлмагунча фототерапия бошлашни орқага сурмаслик лозим

mushak tonusining pasayishi, ishtahasizlik, qayt qilish, qusish, patologik esnash, adashgan nigoh). 2) yadroli sariqlikning klassik belgilari paydo bo'lishi (ensa mushaklari rigidligi, spastikligi, opistotonus, tovush ta'sirotiga reaksiya yo'qligi, vaqti-vaqti bilan qo'zg'aluvchanlik va kuchli "miya" chinqirig'i, katta liqildoqning bo'rtib chiqishi, yuz mushaklarining uchishi yoki to'liq amimiya, keng miqyosdagi tremor, talvasalar, ko'z simptomatikasi: "quyosh botishi" simptomi, nistagm, Grefe simptomi; nafas to'xtab qolishi, yurak ritmining buzilishlari, letargiya, ba`zan tana haroratining oshishi 3)soxta tuzalish davri (hatto to'liq rehabilitatsiya imkoniyati borligi to'g'risida taassuroti paydo bo'ladigan nevrologik simptomatikaning orqaga qaytishi); 4) nevrologik asoratlarning klinik shakllanish davri: bolalar tserebral falaji klinikasi, atetoz, xoreoatitoz, parezlar, karlik, asab ruhiy rivojlanishda orqada qolish, dizatriya Yangi tug'ilganlik davri oxirida yoki hayotining 3-5oyida yuzaga chiqa boshlaydi.). Miya shikastlari nafas yoki yurak etishmovchiligi rivojlanishi, aksariyat gemorragik sindrom fonida letal natija bilirubin intoksikatsiyasinning dastlabki 2 – fazasida yuz berishi mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda, ayniqsa muddatiga yetmay tug'ilganlarda yadroli sariqliklarning klassik belgilari hamisha bo'lavermaydi, shuning uchun hozirgi vaqtda uni aniqlashning har xil instrumental usullari ishlab chiqilmoqda.

Anemiya shakli ChGKli kasallarning 10-20%ida aniqlanadi. Bolalar rangpar, lanj, yaxshi emmaydi va vazni yaxshi oshmaydi. Ko'pincha gipatosplenomegaliya qayd qilinadi, nafas buzilishlari xos (gemik gipoksiya sababli taxipnoe). Periferik qonda turlicha yuzaga chiqqan anemiya topiladi. Ko'pincha u normoblastoz, retikulotsitoz, sferotsitoz bilan birga uchraydi, ya`ni regenerator hisoblanadi. Chunki bu holda eritrotsitlar to'liq gemmoglabinlashmaydi, gipoxromiya kuzatiladi. Ba`zan giporegenorator anemiya qayd etiladi, bu suyak ko'migi faoliyatining tarmoqlanishi va undan eritrotsitlarning yetilgan va yetilmagan shakllarining chiqishining orqada qolishi bilan izohlanadi. Bunga gemopoetik omillarining etishmasligi (ehtimol tsitokinlarning) sabab bo'lsa kerak. Qonda bilvosita bilirubin darajasi odatda me`yorda yoki nisbatan oshgan bo'ladi. Aksariyat anemiya tasodifiy topilma bo'ladi va birinchi marta hayotning 2-3-

haftasida topiladi. Anemiya tabiiy ovqatlantirish fonida (izoantitanalarining potentsial manbai) va dori vositalari ta'siri ostida kuchayishi mumkinligini ta'kidlamoq zarur, bu gemolizning keskin kuchayishiga va hatto DVS sindrom rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

ChGK kechishi va oqibati kasallikning shakli va og'iriligiga, immunologik etishmovchilik darajasiga, davolashni o'z vaqtida va to'g'ri olib borishga bog'liq. Kasallikning shishli shaklida oqibat odatda noxush. Sariqlik shakliga uchragan ko'pchilik bolalar hayoti uchun oqibat yaxshi, biroq bilvosita giperbilirubinemiya 343-400 mkmol/l bo'lgan hamma bolalarni reabilitatsiya o'tkazish uchun neonatal-nevrologik bo'limlarga joylashtirish zarur. CHunki bilirubinemiya cho'qqisida yaqqol nevrologik buzilishlari bo'lmagan giperbilirubinemiyasi 257-342 mkmol/l li bemor bolalarning 5-30% ida psixomotor rivojlanishdan orqada qolishi kuzatiladi. AVO – CHGK kechishi rezus – CHGK nisbatan birmuncha engil kechadi. Biroq AVO ziddiyatda tomirlar ichi gemolizi va DVS sindrom rivojlanishi mumkin.

Ko'pincha almashlab qon quyish operatsiyasini (AQQ) boshdan kechirgan 1-3 oylik bolalarda me'yoriy yoki gipoxrom (rang ko'rsatkichi bo'yicha) va me'yoriy yoki giporegenarator (suyak ko'migi reaksiyasi bo'yicha) eritropoetinlarning tranzitor etishmovchiligi hamda temir va E vitamini tanqisligi bilan bog'liq anemiya rivojlanadi. Shuning uchun ChGK ni boshdan kechirgan bolalarga 3 haftaligidan boshlab temir preparatlarini profilaktik tayinlash kerak (kuniga 2 mg/kg). Anemiyalar patogenezida suyak ko'migiga qarshi yo'nalgan "xo'jayinga qarshi transplantat" reaksiyasini keyin istisno qilish mumkin emas.

Tashhisi. CHGK ni antenatal aniqlash mumkin. Qonda rezus-manfiy mansublikka ega hamma ayollarda kamida 3 marta antitanalar titri tekshiriladi. 1-tekshirishni ayol 1-marta murojaat qilganda va ayollar konsultatsiyasiga hisobga qo'yganda o'tkazish zarur. Homiladorlikning 3 trimestrida har oyda tekshirish o'tkazish kerak. Agar antitanalar titri 1:16-1:32 va ko'proq bo'lsa, 26-28 haftada amniotsentez o'tkazish va homila oldi suvlarida bilirubinsimon moddalar kontsentratsiyasini aniqlash zarur. Zarurat bo'lganda homiladorlikni 32-haftasidan

kechiktirmay, homilada qonni almashlab qo'yishni amalga oshiriladi. ChGKning shishli shaklini UTT da aniqlash ham mumkin. ChGKni immunologik tekshirish eng oson va aniq usul hisoblanadi.

ChGK ga gumon bo'lganda tekshirish rejasi: 1) ona va bolaning qon guruhi, qaysi rezusga mansubligini aniqlash; 2) periferik qon analizi, retikulotsitlarini hisoblash bilan; 3) bola qon zardobida bilirubin kontsentratsiyasini dinamik aniqlash; 4) transaminazalar darajasini aniqlash; 5) immunologik tekshirishlar rezus mos kelmaslikda qonda va ona sutida anititanalar titrini, shuningdek bola eritrotsitlari bilan bilvosita Kumbs reaksiyasini va ona qon zardobi bilan bilvosita Kumbs reaksiyasini dinamikada aniqlash. AVOning mos kelmasligida ona qoni va sutida allogemaglyutininlar titrini tabiiy agglyutininlarni immun aglyutininlardan farq qilish uchun oqsil va tuz muhitlarida aniqlanadi (immun antitanalar bo'lganda oqsilning muhitdagi allogemaglyutininlar titri tuzli muhitga nisbatan 2 bosqichga yuqori).

Bola va onaning boshqa kamyob eritrotsitar antigenli omillari bo'yicha ziddiyat bo'lgan taqdirda ona zardobi qo'shilganda bola eritrotsitlarining gemogglyutinatsiyasi qayd qilinadi (individual mos kelishlikka test).

Miyaning bilirubindan shikastlanishining eng ishonchli indiqatori – eshitish buzilishini Yangi tug'ilganlik davridayoq maxsus usullar yordamida aniqlash lozim.

Qiyosiy tashxisi. Avvalo bu fiziologik sariqlik emas, balki patologik sariqlik ekanligiga ishonch hosil qilish kerak. Fiziologik sariqlik tug'ilgandan keyin dastlabki 12 soatda paydo bo'lmaydi, to'liqsimon kechmaydi, 10 kundan ko'p davom yetmaydi, bilirubinning o'sish sur'ati soatiga 6 mkmol'/l dan yoki sutkasiga 85 mkmol'/ldan oshmaydi, qondagi bilvosita bilirubinning mutloq darajasi 205-221 mkmol'/l, bevosita bilirubin esa 25 mkmol'/l dan yuqori emas. Qiyosiy tashxis infeksiyon gepatitlar, kamroq gemolitik anemiyalarning boshqa shakllari, irsiy giperbilirubinemiya bilan o'tkaziladi (21- jadval).

21-jadval

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning sariqliklari

IRSIY	ORTTIRILGAN
Bilirubinning ortiqcha ishlanishi	
1. eritrotsitar membranopatiyalari (mikrosferotsitoz, elliptotsitoz va b.) 2. eritrotsitar enzimodefitsitlar (glyukoza 6-fosfat-degidrogenaza, peruvatkinaza va b.) 3. Gemoglobinopatiyalar - tuzilmasidagi nuqsonlar (o‘roqsimon hujayrali kasallik M-gemoglobinemiya va b.) va gemoglobin sintezi nuqsonlari (talossemiya), gem sitezi (tug‘ma eritroporfiriyalar)	1. Homila va ona alloimmun ziddiyati oqibatida Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar gemolitik kasalligi 2. Qon quyilishlar (kefalogematoma, aponevroz ostiga, miyaga, ichki a‘zolariga), etexiyalar va ekximozlar va b. 3. YUtilgan qon sindromi 4. Politsitemiya 5. Dori gemolizi (K vitamini, sul’fanilamidlar; ona oksitotsinini kiritish va b.) 6. Oshgan enterogepatogen bilirubin tsirkulyatsiyasi (pilorostenoz, “ona sutidan sariqlik”, ichak tutilishi va b.) 7. E vitamini tanqisligi anemiyasi va neontal piknotsitoz.
IRSIY	ORTTIRILGAN
Bilirubin klirensi pasaygan (jigar sariqliklari)	
1. Bilirubinning gepatositlardan tortib olish nuqsoni (Jil’ber kasalligi) 2. Bilirubin kon`yugatsiyasi nuqsonlari (Krigler-Nayyar 1-va 2- turi, Lyutseya Driskal sindromlari) 3. Bilirubinning gepatositdan ekskretsiyasi nuqsonlari (Dubin-Jons, Rotor sindromi) 4. Simptomatik gipotireozda, galaktozemiyada, fruktozemiyada, gipermetioninemiya, giperammoniemiyada va b.)	1. Gormonlar defitsitlari (gipotireoz, gipopituitarizm) yoki ortiqchasi (ona sutidan sariqlik) 2. Infeksion hepatitlar. 3. Toksik hepatitlar (sepsis, zaharlanish, dorilardan.). 4. Muddatiga yetmay tug‘ilganlik. 5. To‘liq parenteral ovqatlantirish.
Obstruktiv (Mexanik sariqliklar) (obstruktiv chaqaloqlar xolangiopatiyasi)	

1. Fetal tipdagi jigardan tashqari o't chiqaruvchi yo'llar atreziyasi yoki gipoplaziyasi o't yo'llarining sindromal anomaliyalari boshqa rivojlanish nuqsonlari bilan (Alajillya sindromi, "Norveg xolestazi", autosomalarining 13,18,21, juftlari bo'yicha trisomiyalar, leprechaunizm) 2. Oilaviy nosindrom xolestazlar (Bayler Mak-Elfresh "shimoliy amerikalik indeyetslar" limfedemasi bilan) 3. Simtomatik xolestozlar irsiy kasalliklarda mukovistsidoz, al'fa 1 antitripsin, gemoxromatoz, gistotsitoz X, Nimana Pik kasalligi glikogen kasalligi jigar-perebrorenal sindromida (TSel'veger sindromi), 3 beta-gidroksisteroid dehidrogenazi defitsiti sababli adrenogenital sindromda.	1. Atreziya yoki jigardan tashqari o't yo'llari gipoplaziyasi perinatal hepatit sababli, ehtimol, 3-turdagi reoviruslar tomomnidan chaqirilgan. 2. Turli etiologiyali perinatal hepatitda o't chiqaruvchi yo'llar gipoplazmasi va jigar ichi atreziyalari, shuningdek birlamchi billiar tsirroz, birlamchi sklerozlovchi xolangit, "transplantat-xo'jayinga qarshi" reaksiyasi, ko'chirib o'tkazilgan jigarning ko'chib tushishi. 3. Umumiy o't yo'li stenoz yoki uning kistasi 4. Xolelitiaz. 5. O'smalar va boshqa tuzilmalardan bosilishi. 6. O't quyuqlashishi sindromi.
AXBOROT	AHAMİYATI
Klinik ma'lumotlar	
<i>Oilaviy anamnez:</i>	
Ota-onalar yoki oiladagi katta bolalar anamnezida sariqlik yoki anemiya bo'lganligi. Oilada katta bolalar neonatal sariqlikka ega bo'lgan. Oilada katta bolalarda surunkali jigar kasalliklari yoki mukovistsidoz, galaktozemiya, tirozinemiya, gipermetionemiya, Krigler-Nayyar sindromi, al'fa-1 antitripsin defitsiti <i>Onalik anamnezi:</i> Homiladorlik davrida noaniqlik kasalliklar Qandli diabet Onaning homiladorlik davrida qabul	Irsiy gemolitik anemiya yoki bilirubin klirensi nuqsonlari taxmin qilinsin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar gemolitik kasalligi taxmin qilinsin. Hamma narsa neonatal giperbilarubinemiya bilan birga qo'shiladi. Qizilcha, tsitomegaliya, gerpes, toksoplazmoz, zaxm, V hepatiti va b. Tug'ma infeksiyalarni muhokama qilish Diabet onalardan tug'ilgan bolalarda neonatal sariqlikning uchrash darajasi yuqori. Sul'fanilamidlar, nitrofurantar, bezgakka qarshi preparatlar G-6FD r defitsiti bo'lgan bolada eritrotsitlar gemolizini qo'zg'atishi mumkin.

qiladigan dorilari <i>Tug‘ruq anamnezi:</i> Vakuum ekstraktor Oksitotsin tug‘ruqda Kindikni bog‘lashni kechiktirish Apgar shkalasi bo‘yicha past baholar <i>Bola anamnezi:</i> Mekoniyl ajralish kechikishi yoki kam ich kelishi Kalloriyal yuqkama Qushlar Bolani ko‘zdan kechirish Homila rivojlanishining kechikishi Bosh o‘lchamlari Kefalogematoma Pletora Rangparlik Petixiyalar Kindik qoldig‘i yoki kindik atrofidagi o‘zgarishlar Gepatosplenomegamiya Ko‘zdagi o‘zgarishlar Kindik churrasi Tug‘ma nuqsonlar	Kefalogematoma va neonatal sariqliklar uchrash darajasining oshishi. Giperbilirubinemiyaning gipenatriemiya, eritrotsitlarning bo‘kishi bilan uchrash darajasining oshishi Politsitamiya va giperbilirubinemiyaning uchrash darajasining oshishi Asfikisiyada tug‘ilgan bolalarda sariqlik uchrash darajasining oshishi. Bilirubin enteropatogen tsirkulyatsiyasining oshishi. Ichak tutilishining har xil turlarini muhokama qilish (atreziyalar, mekoniy tiqini, Girshprung kasalligi, halqasimon me`da osti bezi va b.), gipoteroioz.</p> <p>Etarlicha bo‘lmagan kalloraj bilirubin kon`yugatsiyasini yomonlashtiradi. Ichak tutilishi sepsis, galektomezmiya, pilorostenozga shubha qilmoq, hammasi giperbilirubinemiya bilan namoyon bo‘ladi. Bolalarda ko‘pincha politsetimiya sariqlik topiladi. Mikrotsefaliya yoki gidrotsefaliya homila infeksiyalariga bog‘liq bo‘lishi va sariqlik bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Tomirdan tashqaridagi qon giperbilirubinemiya bilan assotsiyanishi mumkin. Politsetimiya. Gemolitik anemiyaga gumon qilish. Homila infeksiyalar, sepsis yoki og‘ir gemolitik kasallikni sariqlik sababi sifatida gumon qilish. Omfalit va sepsis sariqlik chaqirishi mumkin. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning
--	---

	gemolitik kasalligiga yoki homila infeksiyalariga gumon qilish. Xorioritinit topilishi homila infeksiyasini taxmin qildiradi. Agar cho‘zilgan sariqlik bo‘lsa gipoteriozni istisno qilinadi.
Laborator ma’lumotlar	
<i>Ona tomonidan:</i> Qon gruppasi va Kumbs bilvosita testi. Serologiya . <i>Bola:</i> Gemoglobin Retikulotsitlar miqdori. eritrotsitlar morfologiyasi. Trombotsitlar miqdori. Leykotsitlar miqdori. Eritrotsitlar cho‘kish tezligi. Bevosita bilirubin. Immunoglobulin M. Qon gruppasi va Kumbs bevosita testi. Karboksigemoglobin darajasi. Siydik analizi.	Sariqlik xromosoma nuqsonli bolalarda uchrash darajasining oshishi. AVO yoki Rh–mos kelmaslikni aniqlash uchun zarur. Tug‘ma zaxm istisno qilinsin. Anemiya – gemolitik kasallik yoki massiv gemorragiyalarga shubha qilish uchun asos, 220g/l dan yuqori gemoglobin sariqliklarning oshgan chastotasi bilan assotsiyanlanadi. Retikulyatitoz – Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning gemolitik kasalligiga gumon. Sferotsitoz – AVO gemolitik kasalligi yoki irsiy sferotsitozlar taxmin qilishga asos. Fragmentlangan eritrotsitlar DVS sindromida bo‘ladi. Trombotsitopeniya infeksiyalar uchun xos. Leykopeniya yoki leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi, tayoqcha yadroli, segment yadroli neytrofillar 0,2 dan ko‘proq nisbati infeksiyalar uchun xos. EChT soatiga 5 mm dan ko‘payishi hayotining birinchi 48 soatida infeksiya yoki AVO gemolitik kasalligidan darak berishi mumkin. Oshgan daraja faqat infeksiyalarda emas, balki Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning og‘ir gemolitik kasalligida ham bo‘lishi mumkin. Ko‘tarilish infeksiyaga ishora.

	AVO va ona bilan Rh mos kelmasligi baholash uchun zarur. Oshgan daraja gemolitik kasallik yoki tomirlardan tashqari gemorrogialar oqibati bo'lishi mumkin Reduktsiyalaydigan moddalar ishtiroki galaktozemiyaga shubha uyg'otadi.
--	---

Davolash. ChGKning tug'ma shishli shaklida gipervolemiyadan saqlanish uchun zudlik bilan kindikni bosib turish (1 soat ichida), bolada sariqlik bo'lmasa QAQ ni yoki eritrotsit massani quyishni boshlash kerak.

Gipervolemiyali bolalarda yurak etishmovchiligi juda tez rivojlanadi. SHuning uchun eritrotsit massani faqat 10ml/kg hajmda quyiladi, rezus manfiy eritrotsitar massa bilan birinchi QAQ o'tkazishda esa uning umumiy hajmini ba'zan 75-80 ml/kg gacha pasaytiriladi yoki agar, QAQ to'liq hajmda o'tkazilsa (1kg ga 2 TSQH, ya'ni 170ml/kg), bu holda qonni kiritishga qaraganda 50 ml ga ko'proq chiqariladi. Qon quyishni juda sekin, MVB (suv ustuni hisobida 3-5 sm), YUQS va arterial bosimni nazorat qilgan holda o'tkazish zarur. MVB (markaziy vena bosimi), yurak qisqarishlari chastotasi oshib borganda, ya'ni yurak etishmovchiligi belgilari paydo bo'lganda QAQni to'xtatish lozim. Ko'pincha bunday bolalarda nafas etishmovchiligi rivojlanadi (o'pka gipoplaziyasi yoki NBS fonida) va nafas chiqarishda musbat bosim yaratish qo'shimcha o'pka ventilyatsiyasi (QO'V) yoki sun'iy o'pka ventilyatsiyasi (SO'V) o'tkazish uchun qo'shimcha kislorod berish talab qilinadi.

Gemorragik sindrom mavjudligi Yangi muzlatilgan plazma yoki iliq donor qoni (10-15 ml/kg), vikasol (1ml/kg) quyishni talab etadi, og'ir trombositopeniyada (30×10^9 g/l dan kam) trombositar massa, juda keskin gipoproteinemiyada (40g/l dan kam) 12,5%li al'bumin eritmasi (1g/l) quyish zarur. Yurak etishmovchiligi rivojlanganda digoksin (to'yinish dozasi - 0,03 mg/kg 2-3 kun ichida beriladi) tayinlanadi. QAQdan keyin umumiy qoidalarga ko'ra infuzion davo boshlanadi.

Sariqlik shaklida bolani tugʻilgandan keyin 2-6 soat oʻtgach yoshiga mos keladigan miqdordagi donor suti bilan ovqatlantiriladi, ona suti bilan hayotining 2-3 haftasidan boshlab, alloantitanalar kamayganidan keyin ovqatlantirish boshlanadi. Asli giperbilirubinemiyaning davolash konservativ (AQQ, plazmaferoz, gemosorbtsiya) va operativ turlarga boʻlinadi.

Fototerapiyadan hozirgi vaqtda keng foydalaniladi, bu giperbilirubinemiyalarni konservativ davolashning samarali va amalda xavfsiz usulidir.

Odatda zangori yorugʻlik manbai (toʻlqin uzunligi 450 nm) bola ustidan 45-50 sm masofada joylashtiriladi, u daqiqasiga 5-30 mk Vt/sm^2 yoritilishni taʼminlashi kerak. Oy kuni toʻlib tugʻilgan bolalarda fototerapiyani birinchi kun oxirida qon zardobida bilvosita bilirubin darajasi 145 mkmolʻ/l va bundan koʻproq, keyin esa 205 mk molʻ/l va koʻproq boʻlganda, muddatiga yetmay tugʻilganlarda 145 mkmolʻ/l va koʻproq boʻlganda boshlanadi, tugʻilishda tana vazni juda kam boʻlgan bolalarda fototerapiyani qon zardobida bilvosita bilirubin 100 mkmolʻ/l boʻlgandayoq boshlanadi. Fototerapiyani hayotining birinchi 24-48 soatida boshlagan maʼqul. Uni odatda uzluksiz oʻtkaziladi. Fototerapiyaning jinsiy bezlarga shikastlovchi taʼsiri boʻlmasa-da, koʻz va jinsiy aʼzolari himoya bogʻlam bilan berkitish zarur, deb hisoblanadi. Fototerapiyaning ijobiy samarasini bilvosita bilirubinning siydik va najas bilan ekskretsiyasi koʻpayishi, bilvosita bilirubinning fotooksidlanishi natijasida toksinligining va binobarin, yadroli sariqlik xavfining kamayishi bilan bogʻlaydilar. Fototerapiya “ona sutidan boʻladigan” sariqlikda ham yuqori samaraga ega.

Fototerapiyaning nojoʻya taʼsirlari quyidagilar boʻlishi mumkin: 1) meʼyorga nisbatan koʻproq suv yoʻqotilishi mumkin, shuning uchun 25% suyuqlik berilishi kerak; 2) najasning yashil tusga kirishi, bilvosita bilirubin fotoderivatlarining boʻlishiga bogʻliq (davo talab qilinmaydi); 3) terida tranzitor toshma; 4) MNS faoliyati pasayish sindromi; 5) qorin mushaklarining choʻzilishi (davo talab qilinmaydi); 6) “bronza bola” sindromi (jigari shikastlangan bolalarda uchraydi, oqibati shikastlanish darajasiga koʻra aniqlanadi); 7)

trombotsitopeniyaga moyillik, ortiqcha parchalanishi bilan bog‘liq (davo talab qilinmaydi); 8) fototerapiya o‘tkazish davrida bolaning o‘shishi sekinlashadi; 9) vazni kam bolalarda Batalov yo‘lining persistentsiyasi kuzatiladi; 10) davomli fototerapiyada riboflavinning tranzitor etishmasligi kuzatiladi, biroq bu uning samarasini kamaytirmaydi.

Fototerapiyaning davomiyligi qonda bilvosita bilirubin darajasining pasayishi surʼatlari bilan belgilanadi. Fototerapiyaning samaradorligi uni mnfuzion davo bilan qo‘shib olib borilganda ko‘payadi, chunki bilirubinning suvda eriydigan derivatlarining chiqarilishi tezlashadi. Muddatiga yetib tug‘ilgan bolalarga hayotining birinchi kunida qonda qand miqdorini nazorat qilib, odatda 50-60 ml/kg 5-10%li glyukoza eritmasi quyiladi. Keyin har kuni 20 ml/kg dan qo‘shiladi, 5 – kunga kelib kiritilayotgan suyuqlikning hajmi kuniga 150 ml/kg gacha etkaziladi. Hayotining 2-kunidan kal’tsiy darajasi tegishli fiziologik ehtiyojga ko‘ra korrektsiya qilinadi (meʼyorida u muddatiga yetib tug‘ilgan bolalarda 75 mg/kg ni tashkil qiladi). Korrektsiya 10%li kal’tsiy glyukonat (9 mg/ml) yoki kal’tsiy xlorid (36 mg/ml) eritmasi bilan amalga oshiriladi. Uchinchi kundan boshlab infuzion eritmaga 2 mmol’/kg natriy va xlor (izotonik eritmada) va 1 mmol’/kg kaliy qo‘shiladi. Yangi tug‘ilgan bolalarga mononuklear fagotsitar tizimning blokadasini va trombotsitlar agregatsiyasining pasayishi sababli gemodez va reopoliglyukin quyish mumkin emas.

Boshqa davolash usullaridan tozalovchi ho‘qna va ichakda bilvosita bilirubinni adsorbtsiyalaydigan dori vositalari tayinlanadi. Tozalovchi ho‘qna hayotining dastlabki 2 soatida qonda bilvosita bilirubin darajasining maksimal ko‘tarilishini kamaytiradi. Hayotining 12- soatidan so‘ng bunday davolashning samarasi bo‘lmaydi.

Xolesteramin (kuniga 1,5g/kg) va agar-agar (kuniga 0,3 g/kg) birinchi kunlarda berilsa, enterosorbtsiya hisobiga yuqori bilirubinemiya rivojlanishini pasaytiradi, fototerapiya samaradorligini oshiradi, uning davomiyligini kamaytiradi. Dori vositalarining kunlik miqdori 3 ta qabulga taqsimlanadi va ovqatdan so‘ng ichiriladi.

Fenobarbital tugʻilishdan keyin tayinlanadi, bilirubindiglyukuronid hosil boʻlishiga imkon beradi va oʻt oqib chiqishini yaxshilaydi. Davolashning birinchi kunida fenobarbital kuniga 20 mg/kg tayinlanadi (3 qabulga boʻlsin) va keyingi kunlardan 3,5-5 mg/kg dan buyuriladi.

Qonni almashlab quyish (QAQ).

Muddatiga yetib tugʻilgan bolalarda QAQ ga mutloq koʻrsatmalar: 1) giperbilirubinemiya 342 $\mu\text{mol/l}$ dan yuqori; 2) umumiy bilirubinning ortish surʼati soatiga 9 $\mu\text{mol/l}$; 3) bilirubinning kindik qondagi darajasi 60 $\mu\text{mol/l}$ dan yuqori.

Hayotining birinchi kunidan boshlab QAQ ga koʻrsatma quyidagilar hisoblanadi: a) bola hayotining birinchi soatlarida teri qoplamlarida sariqlik yoki yaqqol rangparlik paydo boʻlib, jigar yoki taloqning kattalashishi; b) qon analizida ogʻir anemiya (Hb – 100 g/l dan kam), normoblastoz, ona va bola qonida guruh yoki ruzus omil boʻyicha isbotlangan mos kelmaslik borligi. Qonni almashlab quyishda bilirubinning taxminiy miqdorini aniqlash uchun quyidagi formulani ishlatish mumkin.

$$\text{Gestatsion yoshi (haftalarda)} \times 10 = \text{bilirubin miqdori}(\mu\text{mol/l})$$

Qon zardobidagi bilirubin darajasidan kelib chiqib, sargʻayishni davolash mezonlari quyidagi 22, 23, 24-jadvallarda keltirilgan.

22-jadval.

Qon zardobidagi bilirubin darajasidan kelib chiqib, sargʻayishni davolash

Fototerapiya	Qonni almashlab quyish ⁴
--------------	-------------------------------------

⁴ Qonni almashтириб қуиш бу қўлланмади тасвирланмайди. Жадвалдаги қон зардобидаги билирубин даражалари қонни алмаштириб қуишнинг имкони бўлган ёки болани қонни алмаштириб қуиш мумкин бўлган бошқа муассасага тез ва хавфсиз қўчириш имкони бўлган ҳолатлар учун қўрсатилган. Агар қон алмаштириб қуиш имкони бўлса ва билирубин даражаси жадвалда қўрсатилган даражага етган бўлса, она ва боланинг қон синамаларини олинг.

Yoshi	Sog'lom, muddatida tug'ilgan bola		Har qanday xavf omili bor ⁵		Sog'lom, muddatida tug'ilgan bola		Har qanday xavf omili bor	
	MI/dl	Mkmol'/l	MI/dl	Mkmol'/l	MI/dl	Mkmol'/l	MI/dl	Mkmol'/l
1-kuni	Har qanday ko'rinarli sarg'ayish ⁶				15	260	13	220
2-kuni	15	260	13	220	25	425	15	260
3-kuni	18	310	16	270	30	510	20	340
4-kun va kechroq	20	340	17	290	30	510	20	340

23-jadval

AQSHda QAQ ga ko'rsatma hisoblangan qon zardobidagi bilirubin (mkmol/l hisobida) darajalari

Tug'ilgandagi tana vazni (g)	ChGK asoratlari yo'q	Asoratlar yoki yo'ldosh patologiya
1250 dan kam	222	171
1250 – 1499	257	222
1500 – 1999	291	257
2000 – 2499	308	291
2500 va undan ortiq	342	308

24-jadval.

Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarda giperbilirubinemiyaning davolash

Tana vazni	Qon zardobidagi bilirubin miqdori mkmol'/l
------------	--

⁵ Xavf omillari bolaning kichik vazni (tug'ilganda 2,5 kg dan kam ёки хомилдорликнинг 37 хафтасигача мuddatda tug'ilgan), гемолиз ва сепсисни ўз чига олади.

⁶ Хаётнинг биринчи кунida тананинг ҳар қандай қисмида ёки қўллар ва оёқларда, хаётнинг 2 кунida панжалар ва товоқлардаги қўринарли сариқлик жуда жиддий муаммо ҳисобланади ва зудлик билан фототерапия ёрдамида даволашни талаб этади. Қон зардобиди билирубин даражаси аниқланиб, натижа маълум бўлгунга қадар фототерапия бошлашни орқага сурманг.

	sogʻlom		bemor	
	Fototerapiya	QAQ	Fototerapiya	QAQ
Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqlar				
1000 g dan ortiq	5-7 (85-120)	oʻzgaruvchan	4-6 (68-103)	oʻzgaruvchan
1001-1500 g	7-10(120-171)	oʻzgaruvchan	6-8 (103-137)	oʻzgaruvchan
1501-2000 g	10-12 (171-205)	oʻzgaruvchan	8-10 (137-171)	oʻzgaruvchan
2001-2500 g	12-15 (205-257)	oʻzgaruvchan	10-12 (171-205)	oʻzgaruvchan
Muddatiga yetib tugʻilgan chaqaloqlar				
2500 grammdan ortiq	15-18 (257-308)	20-25 (342-428)	12-15 (205-257)	18-20 (308-342)

QAQ uchun rezus – ziddiyatli holatda bolaning qon gurihidagi, rezus manfiy, konservatsiyadan 2-3 kundan ortiq muddat oʻtmagan, 170-180 ml/kg miqdordagi qondan foydalaniladi. AVO – ziddiyatda agglyutinlar titri past 0(I), biroq hajmi kamroq (250-400 ml) qon quyiladi, chunki ertasiga toʻdatda qayta QAQ da shuncha miqdor qon quyish zarurati paydo boʻladi. ChGK da QAQ uchun kamyob omillar boʻyicha ziddiyatda shunday omili yoʻq donor qonidlan foydalaniladi. QAQ uchun qon hajmi 2 hajm aylanib yurgan qonga teng boʻlishi kerak (AQH ning 85-90 ml/kg). Bunda QAQ toʻgʻri oʻtkazilganida, aylanib yurgan qonning 85%i almashtiriladi.

QAQ oʻtkazishda quyidagi qoidalarga amal qilish lozim: toʻgʻri oʻrnatilgan kindik kateterining uchi kovak venada, diafragma bilan oʻng boʻlmacha orasida boʻlishi kerak; kindik kateterining uzunligi uning uchidan kindik halqasi sathidagi belgigacha, elkadan kindikkacha santimetrlar hisobidagi masofaga minus 5 sm boʻlishi kerak; kateterni ilova qilingan maxsus meʼyoriy oʻlchov boʻyicha aniq belgilash mumkin. Koʻpgina klinitsistlar quyiladigan qon 35 – 37°S gacha ilitilgan boʻlishi kerak deb hisoblaydilar (ayni vaqtda qonning qizib ketishi juda havfli!). QAQ boshlashdan oldin meʼda suyuqligini soʻrib olish kerak, muolajani boladan

30 – 40 ml (muddatiga yetmay tug‘ilgan bolalardan 20 ml) qonni chiqarishdan boshlanadi. Kiritilgan qon miqdori chiqarilganidan 50 ml ga ko‘proq bo‘lishi kerak. Operatsiya asta – sekinlik bilan o‘tkazilishi kerak. Butun operatsiya davomiyligi 2 soatdan kam bo‘lmasligi kerak. Har 100 ml kiritilgan qonga 1 ml 10%li kal‘tsiy glyukonat eritmasi kiritilishi kerak. Operatsiyadan keyin siydik analizi, 1 – 2 soat o‘tgach, qondagi glyukoza darajasini aniqlanadi.

QAQ asoratlari: 1) yurakka tegishli (katta qon hajmining tez yuborish tufayli yurak etishmovchiligi, hajmi sababli gipovolemiya va yurak yuklamasi giperkaliemiya, gipokal’tsemiya asidoz va qonda tsitrat ko‘pligidan yurak aritmiyasi va to‘xtashi mumkin); 2) tomirga tegishli (havo emboliyasi, qopqa vena trombozi, tomir perforatsiyasi); 3) infeksiyon virusli, protozoy va bakterial infeksiyalar; 4) yarali nekrotik enterokolit ichak perforatsiyasi bilan yoki usiz); 5) anemiya 6) gemorragik sindrom: 7) metabolik buzilishlar (gipoglikemiya, asidoz, giperkaliemiya, gipokal’tsemiya) 8) gipotermiya; 9) tomir ichi gemolizi ko‘rinishidagi posttransfuzion asoratlari (O‘BE, shok va b.q.); 10) “xo‘jayinga qarshi transplantat” reaksiyasi.

Operativ aralashuv (QAQ, gemosorbtsiya, plazmaferoz) dan keyin 2-3 kun ichida penitsillin guruhidagi antibiotiklar tayinlanadi. QAQ dan keyin konservativ davo shart. enteral ovqatlantirish 6-8 soat o‘tgach boshlanadi.

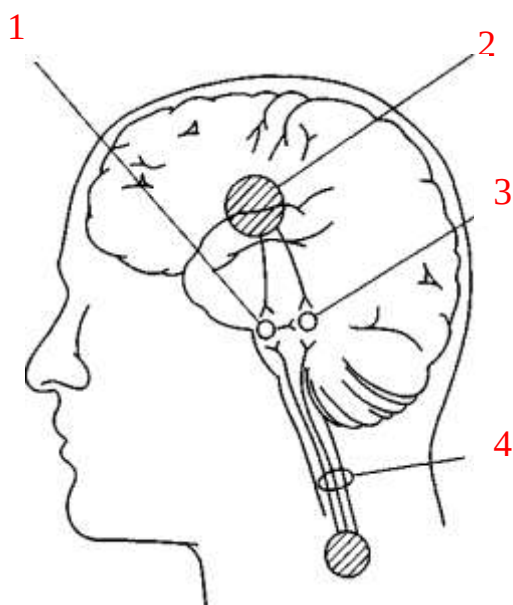
Profilaktikasi. CHGK havfini oshiradigan ikkita muhim narsani aytib o‘tish zarur. 1) har bir qiz bolani bo‘lajak ona sifatida ko‘rmoq lozim va shuning uchun, sensibilizatsiya havfi sababli qon va uning preparatlarini quyish faqat hayotiy ko‘rsatmalar bo‘yicha o‘tkazilishi kerak; 2) abortlardan keyin ChGK havfi birmuncha ortadi. Shuning uchun bizning fikrimizcha, ayollarga abortning zararini tushuntirish natijasida ChGKning oldi olingan bo‘lar edi.

Oqibati. Agar ChGK da perinatal letallik 40 yillarda 40-45 % ni tashkil qilgan bo‘lsa, hozirgi vaqtda u 2,5 % gacha kamaygan, biroq u jahonning ayrim mamlakatlarida ancha yuqori. Tadqiqotlarga ko‘ra ChGK ning sariqlik shaklini boshdan kechirgan ko‘pchilik bolalarda jismoniy va psixomotor rivojlanish o‘rtacha yosh me‘yorlarga mos keladi. 4,9 % bolalarda jismoniy rivojlanish

o'rtachadan past, 8% ida esa MNS tomonidan patologik belgilar qayd qilinadi. Bunday bolalarda infeksiyon kasallanish oshgan. Bundan tashqari 52% bolalarda ekssudativ-kataral diatez ko'rinishlari qayd etiladi.

**5 –BOB. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARDA QAYT QILISH
VA QUSISH SINDROMI, DISBAKTERIOZ
HKK (R92.0 –R92.1)**

Qusish - murakkab nerv-reflektor harakati bo‘lib, uzunchoq miyadagi qusish markazi nazorati ostida qorin old devori, diafragma hamda oshqozon mushak qavati yordamida amalga oshiriladi. Qusish ko‘pincha ovqat hazm tizimining himoya reaksiyasi hisoblanib, qusish markazining qitiqlanishi natijasida yuzaga keladi. Qusish markazi uzunchoq miyaning retikulyar formatsiya sohasida joylashgan bo‘lib, atrofdagi nafas, yurak qon-tomir, yo‘tal, vegetativ markazlar bilan uzviy bog‘liq. Shuning uchun qusish markazining qo‘zg‘alishi bu markazlarning ta`sirlanishiga olib keladi (nafasning o‘zgarishi, taxikardiya, salivatsiya).



1. Xemoreseptorli triger soha: gumoral omillar bilan ta`sirlanadi.
 2. Oliy markaz: vestibulyar tizim, po‘stloq, talamus, gipotalamus.
 3. Qusish markazi: markaziy va periferik afferent signallar koordinatsiyasi, qusishning qo‘zg‘atilishi.
 4. Vagus afferent signallari.
- Pereferik soha: oshqozon ichak trakti, yutqun, yurak qon-tomir tizimi, o‘t yo‘llari.

15-rasm. Qusish markazi va uning bog‘liqlik sohalari.

Qayt qilish deb oz miqdordagi oshqozon massasini halqum va og‘iz bo‘shlig‘iga passiv qaytib chiqishi tushuniladi.

Qayt qilish va qusish ilk yoshdagi bolalarni ko'pincha bezovta qilib, pediatrga maslahat uchun murojaat qilishga olib keladigan holatdir. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, ko'krak yoshidagi bolalarda qayt qilishning uchrash darajasi 18% (Frantsiya) dan 20% (AQSH) gacha, pediatrga murojaat qiladigan bolalarning esa 40% (Avstraliya)ni tashkil qiladi. 4 oylikkacha bo'lgan bolalarning 67% foizi sutkasiga bir marotaba qayt qiladi, 23% bolalarda esa qayt qilishni ota-onalari "bezovtalanish", deb baholaydilar. Ilk yoshdagi bolalarda qayt qilish va qusishga olib keluvchi sabablar organik va funksional bo'lishi mumkin. M.F.Korshunova ma'lumotlariga ko'ra, ilk yoshdagi bolalarda qayt qilish va qusish 5,3% hollarda pilorostenoz bilan, 10,8%da pilorospazm bilan va 83,9%da kardiya ochilib turishi, laktaz etishmovchilik, nerv sistemasi zararlanishi kabi omillar bilan izohlanadi.

Organik sabablar oshqozon-ichak traktini ba'zi bo'limlarining anatomik o'tkazuvchanligi buzilishi bilan bog'liq. Bunga xirurgik korrektsiyani talab qiluvchi holatlar: oshqozon ichak traktining rivojlanish nuksonlari, nerv-mushak apparatining tug'ma patologiyasi yoki o'tkir holatlar kiradi.

Funksional qayt qilishlarning paydo bo'lishini bolalarda fermentativ jarayonlarning sustligi va ovqat hazm qilish a'zolarining tuzilishi xususiyatlari (kalta yoki keng qizilo'ngach, anatomik toraymalar va yaxshi rivojlanmagan qizilo'ngach, oshqozon mushak qavati sust rivojlangan) bilan izohlanadi. Ushbu turdagi qayt qilishlarga ovqatlanish texnikasining buzilishi, ko'p ovqatlantirish, oshqozon-ichak traktinng motorikasi va yallig'lanish kasalliklari, bakterial va virusli infeksiyalar(otit, meningit, respirator infeksiyalar) kiradi. Qayt qilish va qusishning nafaqat motor faoliyati, balkim sekreter sabablari, xususan giper- va gipoatsid holatlari ham farqlanadi.

Qayt qilish va qusish kelib chiqishining asosiy sabablari

Pilorostenoz

Tug'ma gipertrofik pilorostenoz - irsiy kasallik bo'lib, oshqozon pilorik qismining rivojlanish nuqsoni hisoblanadi. Bolalarda qayt qilishning paydo bo'lishiga olib keladi.

Patogenezi. Kasallikda pilorik kanalning keskin torayishi kuzatiladi. Natijada doimiy qusish va metabolik o'zgarishlar paydo bo'ladi. Toraygan qismdan yuqorida oshqozon kengayadi, devorlari gipertrofiyaga uchraydi, shilliq qavatda esa eroziyalar paydo bo'lishi mumkin.

Tug'ma gipertrofik pilorostenozning uchrash darajasi yaqin qarindoshlar o'rtasidagi nikoh bilan bog'liqligi aniqlangan. Oilaviy-nasliy kelib chiqishlik 6,9% holatlarda aniqlangan. Kasal bolaning ukalari uchun xavf 4%ni, singillari uchun esa 3% ni tashkil qiladi. Kasal qizning ukalari va singillari uchun xavf tegishli ravishda 9% va 4% ni tashkil qiladi. Populyatsion uchrash darajasi 0,5:1000 - 3:1000ni tashkil qiladi. Ushbu kasallik o'g'il bolalarda ko'p uchraydi (4:7-7:1).

Klinikasi. Kasallikning barcha ko'rinishlari vaqt o'tgan sari kuchaya boradi. Ko'pincha bola hayotining 3-4 haftasigacha ota-onasi shifokorga murojaat qilmaydilar, chunki kasallik belgalari noaniq bo'ladi. Avvalgi davrda tashxis kasallik belgisi yaqqol namoyon bo'lgandan so'ng, kech muddatlarda aniqlanar edi, shuning uchun ham kasallikning klinik ko'rinishi kattaroq yoshdaga bolalarda yaxshi yoritib berilgan.

Kasallikning erta davrida qusuq massalari tarkibida o't bo'lishi mumkin. Vaqt o'tgan sari oshqozon bo'yni torayish darajasi ortib borishi bilan qusuq massalarida o't yo'qoladi va qo'sish «fontan» shaklida bo'ladi. Qusuq massalari hajmi oxirgi ovqatlanshi miqdoridan ortiq bo'ladi. Natijada bola organizmida klinik, bioximik va morfologik o'zgarishlar yuzaga keladi. Ovqat ichakka tushmagani sababli, bola vazni ortmaydi. Distrofiyaning klinik belgilari paydo bo'lib, kuchayib boradi. Mikroelementlar (temir, kal'tsiy, fosfor) va vitaminlar tanqisligi yuzaga keladi. SHu bilan birgalikda bola xlor va xlorid kislotani yo'qotadi. Anemiya rivojlanadi, suv-elektrolit almashinuvi buzilishi, qon quyuqlashishi bilan namoyon bo'ladi. Ushbu kasallik uchun alkaloz xosdir. Pilorostenozda qorinni ko'rikdan o'tkazishga alohida ahamiyat beriladi, bunda epigastral sohaning qorinning pastki bo'limlariga nisbatan kattalashganini ko'rib, cho'zilgan oshqozonni peristal'tikasini ko'rsatuvchi "qumsoat" belgisini aniqlash mumkin. Ba'zi yaqqol gipotrofiyali bolalarda oshqozon bo'ynini paypaslash mumkin. Najas juda oz miqdorli, tarkibida

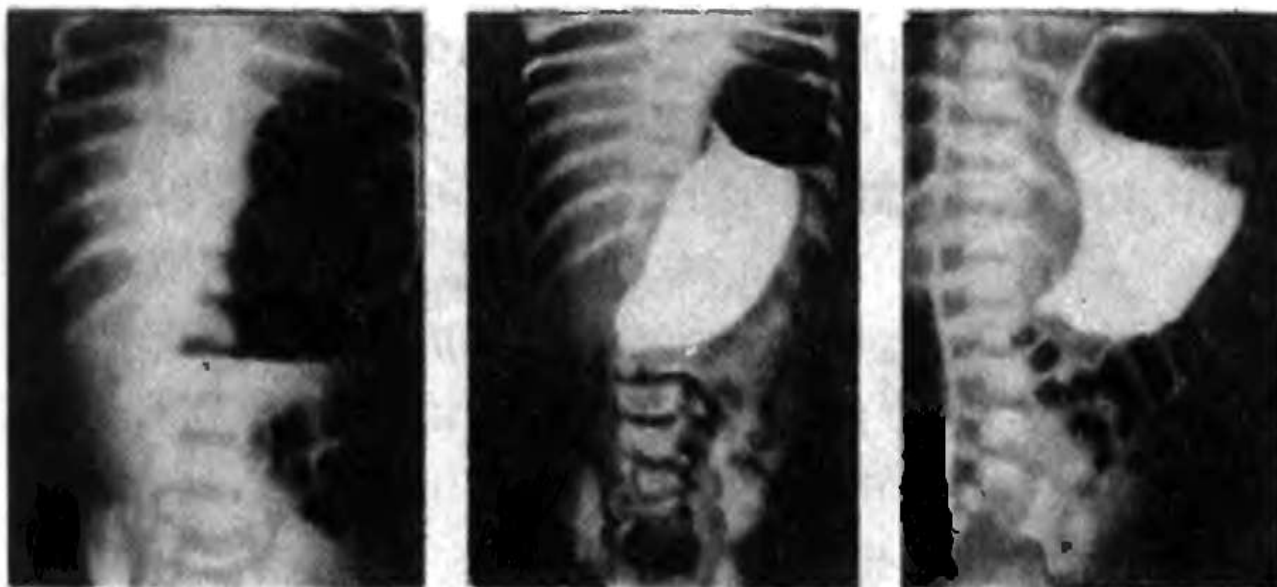
sut kamligi va o't kamligi ichak bezlari sekreti ko'p bo'lganligi uchun to'q yashil tusli bo'ladi. Siydik miqdori va siyish soni kamayadi. Siydik qontsentrlashgan va yo'rgaklarni to'q rangga bo'yaydi.

Diagnostika. Pilorostenozning diagnostikasi anamnestik, klinik-laborator hamda maxsus tekshiruv usullari: gastroduodenoskopiya, ul'tratovush tekshiruvi (UTT), oshqozonni bariy bilan rentgenografiyasi ma'lumotlariga asoslangan. Hozirgi vaqtda asosan gastroduodenoskopiya va UTT qo'llaniladi.

Asoratlari. Qayt qilish asfiksiyaga, aspiratsion pnevmoniyaga, evstaxeit va otitga olib kelishi mumkin. Operativ davolash usuli ishlab chiqilguncha bolalar distrofiyadan, metabolik buzilishlardan va yiringli-septik kasalliklardan nobud bo'lishgan. SHu sababli erta diagnostika, operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va operativ davolash metabolik buzilishlar rivojlanishdan oldin juda muhimdir.

Davolash. Hozirgi vaqtda pilorostenozni davolashning asosiy usuli operativ yo'l – pilorotomiya o'tkaziladi. Davolash uchun vitaminlar, biopreparatlar (bifidumbakterin, lineks), fermentlar (abomin, pankreatin, kreon) qo'llaniladi. Operatsiyadan oldin va keyingi birinchi kunlarda aminokislotalar eritmalari, reopopiglyukin, kal'tsiy va vitaminlar qo'shilgan glyukoza-tuzli eritmalar bilan infuzion davolash o'tkaziladi. Operatsiyadan keyingi davrda o'tkaziladigan antibakterial davolash individual hal qilinadi.

Differentsial tashxisot qayt qilish kuzatiladigan quyidagi kasalliklar: bosh miya tug'ruq jarohati, qizilo'ngach xalaziyasi va axalaziyasi, pilorospazm, adrenogenital sindrom, gipoal'dosteronizm, yiringli meningit va boshqa infeksiyali kasalliklar bilan hamda yuqori ichak tutilishi klinikasini beradigan kam uchraydigan rivojlanish nuqsonlari (qizilo'ngach torayishi, qizilo'ngach atreziyasi, o'n ikki barmoqli ichak atfeziyasi) bilan o'tkaziladi.



Obzor tekshiruv.

Bariy eritmasini
bergandan 30 minut keyin.

“Tumshuq” simptomi.

16-rasm. Pilorostenoz rentgenogrammasi.

Pilorospazm

Patogenez. Qo‘zg‘aluvchanligi yuqori bo‘lgan bolalarda tug‘ilishidan boshlab, ovqatlantirishdan so‘ng, ivib qolgan sut bilan qayt qilish kuzatiladi. Pilorik sfinkterning keskin qisqarishi oshqozondan ovqatni evakuatsiya qilinishiga halaqit beradi. Kardial qismning gipotoniyasi va antiperistal’tika yuzaga kelib, qayt qilishga olib keladi.

Klinikasi. Pilorospazmda qusish tugaganidan bir oz vaqt o‘tgandan so‘ng kuzatiladi, tez-tez qaytariladi, lekin doimiy . bo‘lmaydi. Qusuq-massalari hajmi oxirgi eyilgan ovqat hajmidan oshmaydi. Oshqozon sohasida peristal’tika to‘lqinlari kuzatilmaydi, oshqozon bo‘yni sohasida o‘smasimon hosila paypaslanmaydi. Ko‘pincha ushbu holatda qabziyat bo‘lmaydi, lekin spastik ich qotishiga moyillik bo‘lishi mumkin. Ushbu bolalarni tana vazni yoshiga muvofiq yoki biroz pasaygan bo‘ladi, ammo bemor bolani vazn qo‘shishi sust, teri cho‘ziluvchanligi saqlangan va oliguriya bo‘lmaydi. Qayd qilish lozimki, barcha aytilgan belgilar nisbiydir. Ba`zi hollarda pilorospazmda yaqqol ko‘rinuvchan peristal’tika va tana vaznining sezilarli yo‘qotshi kuzatiladi. Ko‘pincha bu bolalarda kuchli bezovtalanish, qattiq yig‘i, titrashni ko‘rish mumkin. Anamnezida

esa onasida homiladorlikning asoratli kechishi, tugʻilganida asfiksiya (Apgar shkalasi boʻyicha 8 balldan past) qayd qilinadi. Nerv sistemasi tomonidan nerv-reflektor qoʻzgʻaluvchanlikning ortish sindromi belgilari - yuzaki bezovtali uyqu, uygʻoq davrining uzayishi, besabab yigʻi, mushaklar distoniyasi, son bukuvchi mushaklarining gipertonusi, oyoq-qoʻllar hamda iyak titrashi, pay reflekslarining kuchayishi - kuzatiladi. Pilorospazmning atonik va spastik shakli ajratiladi. Atonik shaklida oshqozondagi ovqat massalari sekin-asta ogʻizdan oqib chiqadi, spastik shaklida esa ovqat massalari boʻlak-boʻlak va keskin otilib chiqadi. Spastik shakli koʻproq kuzatiladi.

Diagnostika. Oddiy va atravmatik usul boʻlgan ulʼtratovush tekshiruvini qoʻllaniladi. Fibrogastroskopiya pilorospazm va pilorostenozni qiyosiy tashxislash uchun ishlatiladi. Oshqozon-ichak traktining rentgenografiyasida patologik oʻzgarishlar aniqlanmaydi. Oshqozondan ovqat oʻtishi yaxshi.

Davolash. Tez-tez va oz-oz ovqatlantirish (har 2,0-2,5 soatda) tavsiya qilinadi, atropin (1:1000 nisbatda 1-2 tomchidan kuniga 4 mahal), novokain (0,25%li eritma 1 ch.q.dan kuniga 3 mahal, ovqatdan 10 daqiqa oldin ichishga) buyuriladi. Ahvoliga qarab, glyukoza-tuzli eritmalar vena ichiga tomchilab yuborish tavsiya qilinishi mumkin. Ushbu xastalikda kasallik yakuni yaxshi, lekin kasallik haftalab davom etishi mumkin. Bemor chaqaloq pediatri va nevropatolog kuzatuvini talab qiladi. Nevrologik buzilishlarni davolash odatda qusishni yoʻqolishiga olib keladi.

Qiziloʻngach xalaziyasi

Patogenezi. Qiziloʻngach xalaziyasini chaqaloqlar nerv tizimi yetilishi buzilishining kiritiladi. Bu jarayon asosida qiziloʻngach va oshqozon, kardial qismi inervatsiyasi rivojlanishining buzilishi yotadi. Kardial qismda simpatik gangliylar rivojlanmasdan tugʻilgan bolada oshqozonga kirish toʻliq bekilmaydi va natijada qiziloʻngach-oshqozon etishmovchiligi yuzaga keladi, parasimpatik qismi tanqisligida esa chaqaloqlar kardiospazmi rivojlanadi.

Klinikasi. Qizilo‘ngach xalaziyasining klinik simptomlari bola hayotining I haftasidan kuzatiladi. CHaqqaloqda ovqatlantirilgandan so‘ng, ayniqsa gorizontal holatda ko‘p miqdorli qayt qilishlar kuzatiladi. Oz-oz miqdorli ovqatlantirish va ovqatlantirilgandan so‘ng 20-30 minut davomida vertikal holatda ushlab turish sutni yaxshi o‘zlashtirilishiga imkon beradi. Kasallik kuchayganda ezofagit rivojdanadi, qusuq massalarida qon aralashmasi paydo bo‘lib, bolaning ahvoli og‘irlashadi. Yuqori joylashgai reflyuks-ezofagitda oshqozondagi massalarni traxeyaga aspiratsiyasi kuzatilib, aspiratsion pnevmoniya, evstaxeit, otit rivojlanishi mumkin.

Diagnostikasi. Qizilo‘ngach-oshqozon etishmovchiligini rentgenologik va endoskopik usullar bilan o‘tkaziladi. Rentgenologik tekshiruv usulining vazifasi doimiy qayt qilish va qusish sababini aniqlashdir. Xalaziyada kontrast modda oshqozonga erkin tushadi, qorin ichki bosimi oshganida esa qayta qizilo‘ngachga qaytib chiqishi mumkin. ezofagoskopiya qizilo‘ngachda yuzaga keladigan ikkilamchi, o‘zgarishlar darajasini baholashga imkon beradi.

Oshqozon-qizilo‘ngach etishmovchiligi birlamchi va ikkilamchi bo‘lishi mumkin, birlamchi shakli – yoshga muvofiq yetuk emaslik, ikkilamchi shakli o‘n ikki barmoqli ichakka oshqozondan evakuatsiya qiyinlashganda (tug‘ma pilorostenoz, pilorospazm, oshqozon buralishi, o‘n ikki barmoqli ichak stenozida) oshqozonda bosim ortishi natijasida yuzaga keladi.

Qizilo‘ngach axalaziyasi

Qizilo‘ngach axalaziyasi (tug‘ma kardiospazm, megaezofagus) qizilo‘ngach mushaklararo gangliylaridagi neyronlarning etishmovchiligi natijasida kelib chiqadi. Axalaziya kardial sfinkter ochilishining buzilishi va qizilo‘ngach atoniyasi bilan harakterlanadi. Ovqat oshqozonga o‘tmaydi, qizilo‘ngachning pastki qismida to‘planib, uni kengayishiga sabab bo‘ladi. Klinik belgilari: ovqatlanish vaqtida o‘zgarmagan sut bilan qusish, ovqatlanish vaqtining uzayishi, yutish qiyinligi, oqsil energetik etishmovchiligi va anemiyaning rivojlanishi hisoblanadi. Tashxis rentgenologik va endoskopik tekshiruvlar natijasida qo‘yiladi.



(1)



(2)

16 - rasm. Kardiya xalaziyasi (1) va axalaziyasi (2).

Qayt qilish va qusish sindromining boshqa organiq sabablari

Qayt qilish sababi, bir qator genetik sindromlarda uchraydigan qizilo'ngach atreziyasi, qizilo'ngach tug'ma stenozi hamda qizilo'ngach divertikullari bo'lishi mumkin. Qizilo'ngach atreziyasi uchrash darajasi har 1000 tirik tug'ilgan chaqaloqqa 0,3 ni tashkil qiladi. Ushbu kasallik turli shakllar, xususan traxeya- qizilo'ngach oqmasi bilan ham uchraydi. Qizilo'ngach atreziyasi tug'ruqxonada aniqlanishi lozim va bu nuqsonda darhol operatsiya zarur bo'ladi.

Qizilo'ngach stenozi tservikotorokal joylashuvida qayt qilishlar tug'ilgandan so'ng darhol boshlanadi, bola har yutish harakati vaqtida "ovqat tiqiladi". Ba'zi kasallik simptomlari ko'krak yoshida yoki undan kechroq paydo bo'ladi. Agar qizilo'ngach divertikullari uning yuqori qismida joylashgan bo'lsa, ko'p miqdorda shilimshiq aralashgan ovqat bilan kekirish kuzatilishi mumkin. Qizilo'ngach divertikuli va stenozida ezofagoskopiya va rentgenologik tekshiruv katta ahamiyat kasb etadi. Davolash operativ hisoblanadi.

Qayt qilish sababi qizilo'ngach ikkilanishi yoki tug'ma kalta qizilo'ngach bo'lishi mumkin. Ushbu kasalliklar klinikasida qayt qilish, disfagiya, oqsil energetik etishmovchiligi rivojlanishi mumkin. Ko'pincha eroziv ezofagit, oshqozon shilliq qavatida yara paydobo'lishi kuzatilib, bu holatda qusiq massalarida qon paydo bo'ladi.

Pilorostenozning differentsial diagnostikasini o'xshash klinik belgilar beradigan frenopilorik sindrom bilan o'tkaziladi. Ushbu kasallik asosida diafragmaning qizilo'ngach tirqishi churrasi yotib, oshqozon qismlarining ko'krak qafasiga o'tishi hamda pilorik kanalning spastik qisqarishi kuzatiladi. Frenopilorik sindromda ham pilorostenoz klinikasiga o'xshash qayt qilish kuzatiladi. Hal kiluvchi diagnostik usul bo'lib rentgenologik usul xizmat qiladi. Chaqaloqlar diafragma churrasida shoshilinch operatsiya zarur bo'ladi. Operatsiyaning mohiyati ko'krak qafasiga o'tgan a'zolari qorin bo'shlig'iga qaytarish va diafragmadagi nuqsonni bartaraf etish bo'ladi.

Aytib o'tish lozimki, ichak rivojlanish nuqsoni bo'lgan o'n ikki barmoqli ichakning tug'ma stenozi va uni anomal joylashgan qon tomiri yoki halqasimon oshqozon osti bezi bilan ezilishi, tug'ma pilorik sfinkter oldi stenozi ham yuqori ichak tutilishi klinik ko'rinishini namoyon qiladigan kasalliklar kabi pilorostenoz klinik belgilariga o'xshaydi. Har bir ushbu holatda tashxis rentgenologik tekshiruv natijalariga asoslanib qo'yiladi. Yuqorida aytilgan tug'ma nuqsonlar pilorostenozdan farqli o'laroq, bola hayotining 4-5 kunidan qayt qilishning paydo bo'lishi va qusuq, massalarida doimiy ravishda o't bo'lishi bilan farqlanadi.

Qayt qilish va qusish sindromining ikkilamchi shakllari

Qayt qilish simptomi ko'p kuzatiladigan nasliy kasalliklarga adrenogenital sindrom va gipoal'dosteronizm kiritiladi.

Adrenogenital sindrom (AGS, psevdogermofraditizm) - buyrak usti bezlarining tug'ma giperplaziyasi bo'lib, kortikosteroidlar biosintezini ta'minlovchi 21-gidrosksilaza fermenti etishmovchiligi bilan izohlanadi. Bunda glyukokortikoidlar hosil bo'lishi kamayadi (mineralkortikoidlar kam darajada) va

androgenlar hosil bo'lishi ortadi. Ushbu kasallik autosom-retsessiv yo'l orqali beriladi, ota-ona amalda sog'lom bo'lib, oilada kasal bola tug'ilishi mumkin.

Uchrash darajasi 1:1000 dan 1:5000gacha, ba'zida undan ham yuqori bo'lishi mumkin.

21-gidroksilaza fermenti tanqisligi natijasida rivojlangan adrenogenital sindromning bir nechta klinik shakli uchraydi, chaqaloqlarda ko'pincha ikkita shakli ajratiladi:

- tuz yo'qotilishi bilan, bunda nafaqat glyukokortikoidlar, balki mineralkortikoidlar hosil bo'lishi ham buziladi.

- viril yoki asoratlanmagan.

AGSda gidrokortizon hosil bo'lishi pasayadi va natijada gipofiz tomonidan AKTG sekretsiyasi kuchayadi. AKTG ta'sirlashi oqibatida buyrak usti bezi giperplaziyasi yuzaga keladi va androgenlar ajralishi kuchayadi. Bu jarayon homiladorlik davrida kechadi, lekin homilaning yashash qobiliyati buzilmaydi, chunki yo'ldosh orqali onani gidrokortizoni o'tib turadi. Ammo virilizatsiya belgilari ayniqsa qiz bolalarda kuchli namoyon bo'lishi mumkin. SHuning uchun ham ushbu patologiyani etarli darajada aniqlanmaganida, bola jinsi noto'g'ri aniqlanishi mumkin. Jinsiy a'zolar virilizatsiyasi darajasi turlicha, postnatal va pubertat shakllari uchun minimal ravishda va prenatal shakllari uchun maksimal bo'lishi mumkin. SHuning uchun ham minimal ko'rinishlarda tashxis qo'yish qiyin bo'ladi. AGSning sol'teryatsiyalovchi shaklida virilizatsiya belgalaridan tashqari, kasallikning birinchi ko'rinishlari hayotining birinchi kunlaridan (5-7 kundan va kechroq) turg'un qayt qilish, ba'zida fontan bilan, ovqat qabul qilishga bog'liq bo'lmagan holda kuzatiladi. Qusiq massalari tarkibida o't aralashmasi bo'ladi. Qayt qilish kundan-kun kuchayib boradi, natriy va suvni yo'qotish eksikoz va toksikozga hamda tana vazninn yo'qotishga olib keladi. Bolalar ko'p suyuqlik ichadalar, ko'proq, fiziologik eritmani ma'qul ko'rib, keyinchalik sho'r narsalarni yaxshi ko'rib iste'mol qiladilar. Terining rangi ersimon tus oladi, quruq bo'lib, elastikligini yo'qotadi. Katta liqildoqning cho'kishi, ko'z va yuz tuzilishining kirtayishi, shilliq, qavatlarni quruqligi

kuzatiladi. Bola behol bo'ladi, emishi sust, yig'isi past ovozli, mushaklar gipotoniyasi yaqqol namoyon va qorin nchkariga tortiladi.. Keyinchalik esa burun qanotlarining kengayishi bilan kechadigan xansirash paydo bo'ladi. Oshqozon sohasida "qumsoat" simptomi kuzatiladi. Tez-tez ich kelishi va suyuq najas bo'lishi mumkin. Viril shaklining klinikasi qiz bolalarda tashqi jinsiy belgilarning noto'g'ri rivojlanganligida va o'g'il bolalarda olatni kattalashishi (makrogenitosomiya) bilan namoyon bo'ladi. Odatda, ko'krak so'rg'ichlari areolasi, qorin oq. chizig'i, tashqi jinsiy a'zolar terisi pigmentatsiyasi kuchayganligi kuzatiladi. Androgenlarning organizmga ta'siri ikki, yo'nalishda - virilizatsiya va keyinchalik muddatidan ilgari jinsiy yetilish va anabolik - oqsil sintezi jarayonlarining tezlashuvida namoyon bo'ladi. Kasallikning ushbu shaklida qayt qilish bola yoshi bilan qat'iy bog'lanmagan. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni yoshiga nisbatan yetuk bo'lmaganligi sababli, AGSning viril shakli sol'teryatsiyalovchi shakl belgilari bilan kechadi. Ayniqsa, ushbu holat ularda qo'shimcha kasallik rivojlanganida yaqqol namoyon bo'ladi, V.A.Tabolin va uning xodimlari tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, bolaning barcha kasalliklarida, gidrokortizon sintezi kuchaytirilishi zarur. Virid shakl bilan kasallangan bolalar gidrokortizon hosil qilishni kuchaytira olmaganliklari uchun, kasallik klinikasida buyrak usti bezi etishmovchiligi simptomlari rivojlanadi va qayt qilish paydo bo'ladi.

Adrenogenital sindrom bilan kasallangan bolalar endokrinologda davolanadi va nazoratida.bo'ladi.

Qayt qilish buyrak usti bezlariga qon quyulishi natijasida yuzaga kelgan o'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligiga xos belgidir. Surunkali homila ichi gapoksiyasida dumba sohasi bilan tug'ilgan chaqaloqlar hamda homila ichi infeksiyasi(gerpes, Sitomegalovirus, toksoplazmoz) natijasida buyrak usti. bezlari zararlangan bolalarda o'tkir buyrak usti bezi etishmovchiligi klinikasida qayt qilish kuzatiladi, lekin virilizatsiya va giperpigmentatsiya belgilari bo'lmaydi.

Gipoal'dosteronizm - ushbu holat asosiy "mineralkortikoidlar sekretsiyasi pasayishi va kanalchalarni natriyni ushlab qolish xususiyati yo'qolishi bilan

harakterlanadi. CHin gipoal'dosteronizmni yolg'on gapoal'dosteronizm, ya'ni buyrak tuzli diabetidan ajratish zarur bo'ladi. Buyrak tuzli diabetida buyrak kanalchalariga al'dosteron ta'siriga sezuvchanligk pasaygan bo'ladi hamda al'dosteron sekretsiyasa ortadi. Gipoal'dosteronizm klinikasi quyidagi belgilar bilan harakterlanadi: hayotining birinchi haftasida ovqat emaslik, qayt qilish, tana vaznini yo'qotish, suvsizlanishning rivojlanishi, intermitirovlovchi isitma, ba`zida qabziyat kuzatiladi. Tashqi jinsiy a`zolar tuzlishi me`yorida, buyrak usti bezlari miya qismi giperplaziyasi yo`q. Buyrak usti bezlari glyukokortikoid faoliyati, 17-keto(17-KS) va 17(17-OXS) oksikortikosteroidlarning sutkalik ajralishi hamda pregnadiol miqdori yoshga muvofiq me`yor doirasida. Qondagi elektrolitlar tarkibidagi o'zgarishlar: giponatriemiya va gipokaliemiya kuzatiladi. Siydikdagi 17-KS va 17- OXS miqdori me`yorida.

Gastroezofagal reflyuks(GER).

Gastroezofagal reflyuks sog'lom Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qayt qilishning asosiy sababi bo'lib xizmat qiladi. Ushbu holatda qayt qilish bola hayotini 12-18 oylariga kelib, o'z-o'zidan o'tib ketadi va rivojlanish uchun xavf tug'dirmaydi. Lekin ba`zi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, davolashni bola hayotini 3-oyigacha boshlansa, yaxshi samara beradi. Quyuq ovqat va prokinetiklarni o'z ichiga olgan bosqichma-bosqich davolash tashxisni tasdiqlash uchun o'tkaziladigan invaziv usullarni qo'llashdan oldin tavsiya qilinadi. SHoshilinch xirurgik davoni talab qiladigan asoratlangan GERda - ezofagit, qusuq massalarida qon, rivojlanishdan orqada qolish(yo'tal, yig'i, uyqu muammolari, respirator muammolar) kabi belgilar bilan izohlanadi.

Bolalarda patologik GERga olib keluvchi quyidagi omillarni ajratish mumkin: pastki sfinkterining uzunligi, qizilo'ngach sfinkterining yetilmaganligi va yaxshi bo'shashmasligi, oshqozon bo'shashining kechikishi. YUtish jarayonidan qat'iy nazar, qizilo'ngach sfinkterining betartib doimiy bushashishi GERning asosiy patogenetik mexanizmi bo'lib xizmat qiladi. Betartib doimiy bo'lmagan bo'shashishlarga sust yutish harakatlari natijasida qorin va oshqozon ichidagi

bosimning ortishi hamda oshqozonning choʻzilishi olib keladi. Lekin qiziloʻngach sfinkteri doimiy turgʻun qisqarishlarida ham reflyuks paydo boʻlishi mumkin.

Qayt qilishni davolash bir nechta bosqichga ajratiladi. Baʼzi mualliflar, oz-ozdan tez-tez ovqatlantirishni tavsiya qiladilar. Ushbu tavsiya ovqat hajmi kamaytirilganda (oddiy 5% dekstroza eritmasi) qiziloʻngachda rN koʻrsatkichi pasayishi bilan izohlanadi. SHu bilan birgalikda kam miqdorda ovqatlantirish uning sonini oshiradi va ovqatdan soʻnggi qayt qilishlar koʻpayishiga olib keladi. Amaliyotda ushbu tadbirni qoʻllash biroz noqulay, chunki ota-onalarning faolligini cheklaydi va bolaga emishni toʻxtatgisi kelmaganida salbiy taʼsir qilishi mumkin, Bu tavsiyaning samaradorligi isbotlanmagan. Ammo ovqat hajmi kamaytirilishi zarur, chunki bolaga shunday miqdorli ovqatlantirishlar sonini tanlash zarurki, natijada ovqatni koʻp eb qoʻyishning oldini olish imkoni boʻlsin.

Keyingi bosqich - ovqatlantirish uchun maxsus aralashmalarni qoʻllash. Sutni quyuqlashtiruvchi agentlar sifatida kamedʼ (oʻrta er dengizi akatsiyasining kleykovinasi), galaktomannan (Nutriton, Carobel, Nestargel, Gumilk) tarkibiga kiritiladi; Nestargel i Nutriton tarkibiga kalʼtsiy laktat; Gelilakt tarkibiga natriy 'karbometiltse'lluloza,

Gedopectose tarkibiga pektin va tsellyuloza kiritilgan. AQSHda guruchli mahsulotlar keng qoʻllaniladi. Evropada esa akatsiya kamedidan keng foydalaniladi. Koʻp maʼlumotlar sutni quyuqlashtiruvchi moddalar chaqaloqlarda qayt qilish soni va xajmini kamaytirishini tasdiqlaydi. Ushbu maʼlumotlar rN monitoringi va stsintigrafiya natijalari bilan isbotlangan. Toʻyintirilgan sutli aralashmalar yaxshi qabul qilinadi, noxush taʼsirlari va asoratlari ham juda kam uchraydi. Asoratlaridan chaqaloqlarda oʻtkir ichak tutilishi holati kuzatilgan. Galopektose aralashmasini mukovistsidoz va Girshprung kasalligi bilan kasallangan chaqaloqlarga tavsiya etilmaydi. Baʼzi bolalarda guruch qabziyat keltirib chiqarishi mumkin. SHu bilan birgalikda qorindagi ogʻriq, kolika va diareya yoʻgʻon ichakda quyuqlashtiruvchi moddalarning fermentatsiyasi natijasida yuzagaga kelishi mumkin.

Shunday qilib, oʻzini xavfsiz va samaradorligi tufayli, sutni quyuqlashtiruvchi moddalar asoratlanmagan reflyuksni davolashda etakchi oʻrin egallaydi. Qayt qilishga karshi taʼsir koʻrsatuvchi «AR-aralashmalar» 1-jadvalda keltirilgan. Ularning koʻpchiligi tarkibiga turli miqdordagi kamed ozuqaviy qoʻshimcha sifatida kiritilgan. Qoʻshimcha ovqat mahsulotlari tarkibiga parhez tolalar (1,8 yoki 8%)ni kirgizish najasga kosmetik tus beradi (qattiq najas), lekin uning hajmi, hidi, rangi va kaloriyasi, azot, kalʼtsiy, rux va temir moddalarining soʻrilishiga taʼsir koʻrsatmaydi.

Tarkibida kamedʼ, kazein va kam miqdordagi yogʻ (Almiron-AR yoki Nutrilon-AR, Nutricia) yoki normal zardobli formulali (Almiron 1 yoki Nutrilon Premium, Nutricia) turli AR – aralashmalari»ni yuqoridagi koʻrsatkichlariga nisbatan taqqoslaganda sezilarli farqlar yoʻqligi aniqlandi.

Shunday qilib, yuqorida aytilganlardan quyidagi tavsiyalar kelib chiqadi:

- Oz-oz hamda tez-tez ovqatlantirish etarli darajada samarador emas, chunki uning samaradorligi toʻliq, isbotlanmagan
- Tibbiy mahsulotlar davolash maksadida ishlatish uchun eng maqbul mahsulot hisoblanadi.
- Qayt qilish uchraydigan bolalarda quyultirilgan aralashmalar qoʻllash tavsiya qilinadi, chunki asoratlanmagan GERda ular qayt qilish soni va hajmini kamaytiradi (asoratlangan GER da ular samarasi isbotlanmagan).
- Sutni quyuqlashtiruvchi moddalar uy sharoitida faqat tibbiy tavsiya (AK-“antireflyuks” aralashmalarga xos) boʻlsa berilishi mumkin
- “AR-aralashmalar”ga qayt qilish va qusishning davolashni tarkibiy qismi sifatida qaralishi zarur
- “AR-aralashmalar” tibbiy mahsulot boʻlib, fakatgina shifokor tomonidan tavsiya qilinishi zarur
- “AR-aralashmalar”ni tavsiya qilingan miqdoridan ortiq berish tavsiya qilinmaydi.
- “AR-aralashmalar” qayt qilish kuzatilmaydigan sogʻlom bolalarga tavsiya qilinmaydi.

BIOTSENOZ VA DISBIOZ

Odamzotning tashqi muhiti son-sanoqsiz mikroorganizmlardan tashkil topgan, bular esa nafas, oshqozon-ichak trakti, siydik-tanosil yo'llari orqali organizmga kirishi mumkin. Ammo filogenez natijasida shunday muvozanat (homeostaz) holat vujudga kelganki, har bir tashqi muhit bilan aloqada bo'lgan a'zolarida o'zining xususiy mikroflorasi shakllanadi va bu tashqaridan tushgan mikroorganizmlar bilan almashinib turadi. Oshqozon – ichak traktining mikroekologiyasi ochiq biotsenoz hisoblanadi. Mikroblar hazm traktiga xuddi ximus kabi kirib boradi, ammo ichaklar devoridagi faqat xususiy retseptorlargagina maxsus mikroorganizmlar fiksatsiyalanishi mumkin.

Bolaning birlamchi mikroorganizmlar bilan to'qnashishi tug'ruq yo'llaridan boshlanadi. Tug'ruq yo'llaridagi mikroblarning asosini laktobatsillalar va bifidobakteriyalar tashkil qiladi, qolgan qismi ichak mikroflorasiga o'xshash. CHaqaloqlarda immunologik barkarorlik hali to'la yetilmaganligi tufayli organizmga mikroblarning ko'plab tushishi unda turli yallig'lanish jarayonlari rivojlanish xavfini tug'diradi.

Keyinchalik atrof muhit ta'siri ostida doimiy mikroflora shakllanadi. SHuningdek mikrofloraning shakllanishiga bolani ovqatlantirishni boshlash muddati va uning turi ham muhim ahamiyatga ega.

Ona suti bilan ovqatlantirish boshlangach, asosan bifidobakteriyalardan tuzilgan simbiotik mikroflora ichakda ko'payib boshlaydi. Ona suti, ayniqsa og'iz suti bilan Yangi tug'ilgan chaqaloq bifidofloraning rivojlanishi va o'sishiga ta'sir etuvchi bifidus-omilni oladi. Ushbu omil patogen va shartli-patogen mikroorganizmlarning ko'payishiga to'sqinlik qiladi. Ichakda bifidoflora titri yuqori bo'lganda organizm va undagi mikroflora orasida fizilogik barqarorlik, ya'ni eubioz yuzaga keladi.

CHaqaloq biotsenozining shakllanishiga quyidagi omillar ta'sir etadi:

1. Ona tug'ruq yo'llarining mikroflorasi.
2. Tashqi muhit mikroflorasi.
3. CHaqaloqning ovqatlanish turi.

Muddatida tugʻilgan bolalarda ichak mikroflorasining shakllanishi bola hayotining 5-6- kunlariga borib toʻliq shakllanadi.

Unda quyidagi bosqichlar farqlanadi:

- 1 – bosqich. Bola tugʻilgandan soʻng ona koʻkragiga qoʻygunga qadar davom etib, aseptik bosqich deyiladi, chunki bu bosqichda ichak boʻshligʻi steril boʻladi.
- 2 – bosqich. Bola hayotining dastlabki 1-2 kunlari ichakka kokklar va boshqa mikroorganizmlarning kirish bosqichi – bu tranzitor disbakterioz davridir.
- 3 – bosqich. Transformatsiya bosqichi boʻlib, bunda bifidoflora ichak mikroblarining asosiy qismini tashkil etadi.

Oshqozon va ichakning turli qismlaridagi mikrofloraning tarkibi turlicha boʻladi. Masalan, 1 ml oshqozon suyuqligida 10^3 achitqi zamburugʻlari, streptokokklar, laktobakteriyalar bor. 1 ml ingichka ichak suyuqligida 10^3 laktobakteriyalar, streptokokklar, ichak tayoqchalari bor. Yondosh ichak suyuqligida nordon sut tayoqchalari, streptokokklar, ichak tayoqchalari mavjud boʻlib, bu erda anaerob flora yoʻq. Bifidoflora va bakteroidlar shular jumlasidandir. Najasda 500 xildan ortiq mikroblar aniqlanishi mumkin. Sogʻlom bolaning yoʻgʻon ichagida 3 guruhdagi mikroflora farqlanadi:

1. Asosiy (obligat, avtoxton). Yoʻgʻon ichak mikroflorasining 90-95%ini anaerob mikroflora tashkil etadi (bifidobakteriya, bakteroidlar). Bu asosiy fiziologik faoliyatni bajaradi.
2. Hamroh: laktobakteriya i ichak tayoqchasining meʼyoriy shtamlari. Ovqat hazm qilish va himoya faoliyatini bajaradi.
3. Qoldiq: aerob saprofit va shartli-patogen flora, biotsenozning 1%ini tashkil qiladi.

Odatdagi ichak mikroflorasi turli vazifalarni bajarib, ularga quyidagilar kiradi:

1. Antagonistik vazifasi – ichak mikroflorasining bu vazifasi ularning hayoti jarayonida ajralib chiqadigan endotoksinlar yordamida amalga oshiriladi, bu endotoksinlar kolitsinlar deb ataladi. Kolitsinlar patogen mikroblarga taʼsir qilib, ularning oʻsishiga toʻsqinlik qiladi.

2. Immunitet hosil qilishda ishtirok etishi – bola najasidagi bifidobakteriyalar miqdori bilan qon zardobidagi IgA miqdori orasida uzviy bog‘liqlik borligi aniqlangan. Shuningdek odatdagi ichak mikroflorasi limfotsitlarning antigen ta’siriga javobi, bakteriyalarning fagotsitozi, lizotsim miqdorining o‘zgarib turishi kabi himoya moslashuv jarayonlarida ham muhim ahamiyatga ega.

3. Ovqat hazm qilinishida ishtirok etishi turli organik moddalarning parchalanishida, ya’ni oqsillar, yog‘lar va yuqori molekulyar karbon suvlarning fermentativ parchalanishida qatnashishidan iborat.

4. Sintetik faoliyati – odatdagi ichak mikroflorasi tiamin, riboflavin, nikotin va pantotenat kislotalari, K vitamini, askorbin kislotasi kabilarni sintez qiladi. Vitaminlar sintezi asosan yo‘g‘on ichakda sodir bo‘ladi.

5. Rezorbtion faoliyati – ichakda nordon muhit hosil qilish yo‘li bilan (bifidoflora sut kislotasi ishlab chiqaradi) kal’tsiy, D vitamini va temirning ichak shilliq pardasi orqali so‘rilishi uchun ko‘lay sharoit yaratadi.

6. Reparativ faoliyati – ichak mikroflorasi oshqozon-ichak yo‘llari shilliq pardalarning tiklanishi va Yangilanishida ishtirok etadi.

Perinatal patologiyasi bo‘lgan (asfiksiya, chaqaloqlar gemolitik kasalligi, bosh miyaning tug‘ruq jarohatlari va b.) chaqaloqlar najasini bakteriologik tekshirib ko‘rilganda 53,2% hollarda ichak disbakteriozi aniqlanadi. Ichak disbakteriozi bo‘lgan bolalarda ichak faoliyatining buzilishi kuzatilib, u najasning 6-7 martagacha ko‘payishi, korinning dam bo‘lishi, najas rangining yashil tusga kirishi va shilliq moddalarning paydo bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. YUqumli omillarga bog‘lik bo‘lmagan perinatal patologiyasi bo‘lgan bolalarda ichak mikrobiotsenozining buzilishi asosan shartli – patogen mikroflora bilan bog‘liq.

Disbioz (disbakterioz) – bakteriologik tushuncha bo‘lib, u organizmdagi simbiotik mikrofloraning sifat va miqdor jihatidan buzilishi natijasida kelib chiqadi.

Disbakterioz rivojlanishiga quyidagilar: bolani sun‘iy va noto‘g‘ri ovqatlantirish, bolani parvarish qiluvchi shaxsda mikrofloraning o‘zgarishi, chaqaloqning yuqumli va yuqumli bo‘lmagan kasalliklari, patologik kechgan

homiladorlik va tugʻruq, bolani antibiotiklar bilan uzoq va betartib davolash sabab boʻladi.

Koʻkrak suti bilan ovqatlantirishni toʻxtatish natijasida kelib chiqadigan disbakterioz holati bolani tez kasalliklarga chalinuvchan qilib qoʻyadi. Disbakterioz holatida bola atrofdagi kishilardan qanday mikroflorani qabul qilishi muhim ahamiyatga ega. Bunda ayniqsa stafilokokk yoki boshqa shartli - patogen mikrofloralarni tashuvchilari bola uchun havfli boʻlib hisoblanadi.

Disbakteriozni aniqlashda shartli – patogen mikrofloraning mikrobiotsenozda tutgan oʻrni va ularning assotsiatsiyasi muhim ahamiyatga ega. Odatda ichak boʻshligʻida anaeroblarning umumiy miqdori (ularga bifido - va sut-nordon tayoqchalari kiradi) aerob mikroblar yigʻindisidan koʻp boʻladi. SHartli - patogen mikroblar umuman aniqlanmaydi yoki oz miqdorda ularning faqat bir turi aniqlanadi.

Disbakteriozning 1 darajasida anaerob flora aerob floradan ustun turadi. Bifidoflora va laktobakteriyalar 10^8 - 10^7 suyultirishda ham aniqlanadi, shartli - patogen bakteriyalar (2 turdan ortiq emas) 10^4 - 10^2 suyultirishda topiladi.

Disbakteriozning 2-darajasida anaerob va aerob mikroorganizmlar miqdori bir-biriga teng boʻladi. Kasallikning bu darajasi ichak tayoqchalarining atipik shakllari paydo boʻladi.

Disbakteriozning 3-darajasida aeroblar miqdori anaeroblarga nisbatan koʻp boʻladi. Ayrim hollarda bifido- va laktobakteriyalar butunlay yoʻqoladi, shartli patogen mikroblar soni esa keskin koʻpayadi. Ular orasida, ayniqsa, patogen stafilokokklar, zamburugʻlar, klebsielalar, klostridiya kabi mikroblar koʻp uchraydi.

25-jadval

Ichak mikroflorasining ovqatlanish turiga koʻra sifatiy va miqdoriy tarkibi

Mikroorganizmlar guruhi	Koʻkrak suti bilan boqilganda lg KOE/g	Sunʼiy aralashma bilan boqilganda lg KOE/g
-------------------------	--	--

Bifidobakteriyalar	10-11	8,5-10 <i>B. longum</i>
Laktobakteriyalar	<i>V. bifidum b, V. breve</i>	7-8
Bakteroidlar	6-7	8-9 <i>B.fragilis</i> dan tashqari
Fuzobakteriyalar	—	6 dan kam
Veylonellalar	—	5 dan kam
Eubakteriyalar	—	6-7
Peptostreptokoklar	—	5 dan kam
Klostridiya (letsitinijobiy)	—	5 dan kam
Klostridiya (letsitinnegativ)	—	5 dan kam
Enterobakteriyalar:		
<i>E. coli</i>	—	
- o'zgarmagan xususiyatli	—	7-8
- o'zgargan xususiyatli	—	10%
Klebsiellalar	—	4 dan kam
Enterobakterlar	—	4 dan kam
TSitrobakterlar	—	4 dan kam
Proteylar	—	4 dan kam
Providentsiyalar	—	4 dan kam
Enterokoklar	5 – 7	7 dan kam
Stafilokoklar:	3 – 5	7-8
— koagulatsiyalovchi		
Aerob batsillalar	2 – 3	10%

Disbiozni davolash. Disbioz kuzatilayotgan bola uchun eng yaxshi ovqat ona suti bo'lib hisoblanadi. Ona suti bilan ta'minlash imkoni bo'lmagan hollarda tarkibida pre- yoki probiotiklar bo'lgan aralashmalar tavsiya etiladi (nordon sutli NAN, biolakt).

Disbiotsenozni medikamentoz davolash 2 bosqichda olib boriladi:

1 - mikroblilik dekontaminatsiya

2 - mikroflorani tiklash.

1 – bosqich. Mikroblilik dekontaminatsiya axlatda shartli patogen mikroflora ko'payib ketgan hollarda tavsiya etiladi. Davolash ajratilgan floraning xususiyatidan kelib chiqqan holda belgilanadi. Mahalliy ta'sirga ega bo'lgan

obligat mikrofloraga ta'sir yetmaydigan preparatlarni tayinlash maqsadga muvofikdir.

- bakteriofaglar: ularning ta'sir doirasi tor bo'lib, ma'lum mikroorganizmlarga ta'sir etadi (stafilokokka qarshi bakteriofag, koliprotey bakteriofag, klebsiellyoz bakteriofag, piobakteriofag, intestibakteriofag, piotsenius-ko'k yiring tayoqchasiga qarshi bakteriofag)
- nitrofuranlar (furazolidon 5-8 mg/kg)
- enterol (kuniga 1 kap-dan 1 mahal)

Axlatdan ajratilgan mikrofloraning sezuvchanligini hisobga olib antibiotiklar tayinlanadi (asosan aminoglikozidlar tayinlanadi, chunki ular obligat mikrofloraga ta'sir kilmaydi). Anaerob mikroflora ustunlik qilganda nitromidazollar, kandidozda esa - zamburug'ga qarshi preparatlar qo'llaniladi. Davolashning 1 – bosqichi 5-7 kun davom etadi.

Biotsenoz buzilishning I darajasi kuzatilayotgan bolalarda davolash 2 – bosqichdan boshlanadi.

2 – bosqich. Ichak mikroflorasini tiklashga probiotiklar (me'yoriy ichak florasini tiklovchi preparatlar) tayinlash yo'li bilan erishiladi. Ularning ta'sirini esa prebiotiklar kuchaytiradi. Biopreparatlar sifatida ishlatiladigan mikroorganizmlarga *Lactobacillus acidophilus*, *L.plantarum*, *L.casei*, *L.bulgaricus*, *L.rhamnosus* GG, *Bifidobacterium bifidum* va b. kiradi.

Probiotiklarning ta'siri quyidagicha:

- Ichak florasining o'sishini to'xtatuvchi qontsentratsiyada antibakterial moddalar, organik kislotalar, proteazalar sintez qilish
- Adgeziya retseptorlariga konkurent ta'sir
- Immun javob (fagotsitar faollik)ni kuchaytirish
- Ig A, T-killerlar, interferon kontsentratsiyasini oshirish
- YAllig'lanishga qarshi tsitokinlar ishlab chiqarilishini mo'tadillash
- Shilliq qavatlar o'tkazuvchanligini kamaytirish, mutsin ishlab chiqarilishining oshishi natijasida tsitoprotektsiyaning kuchayishi.

Probiotiklar quyidagi guruhlarga bo'linadi:

1. Monokul'tura tutuvchi preparatlar - bifidumbakterin, laktobakterin.
2. Kompleks preparatlar - bifiform, bifilong, atselak, lineks va b.q.

a) bakteriyalar sorbentiga immobilizatsiyalangan preparatlar -

bifidumbakterin-forte;

b) lizosimli preparat - bifiliz.

Probiotiklar ovqatlanish vaqtida 1-2 mahal beriladi.

Prebiotiklar – mikroflora funksional oziqlanishini ta'minlovchi preparatlar (inulin, galakto- va fruktozooligosaharidlar, laktuloza).

Prebiotiklarning ta'siri:

- najasda rN-ni kamaytiradi;
- ammiak ishlab chiqarilishini kamaytiradi;
- immunitetni faollashtiradi;
- klostridiy, kandida, listeriy va boshqa mikroblarning o'sish potentsialini pasaytiradi;
- ovqatdan Sa so'rilishini 40-60%ga oshiradi;
- yo'g'on ichak epiteliyasining regeneratsiyasini kuchaytiradi.

Prebiotiklardan dyufalak (laktuloza)ning samarasi yaxshi bo'lib, 1 kunda 3 ml miqdorda tayinlanadi.

Aksariyat hollarda disbakterioz ikkilamchi fermentativ tanqislik bilan kechadi, shuning uchun bunday bemorlarga kichik dozalarda kreon, pankreatin kabi preparatlar probiotiklar bilan birgalikda tayinlanadi.

Ichak mikroflorasini tiklovchi preparatlar va fermentlarni berish muddati bolaning umumiy ahvoli va disbakterioz darajasiga bog'liq. Odatda 3-4 haftagacha davom ettiriladi.

Oldini olish tadbirlari. Homilador ayolda disbiotsenozni, eng avvalo qinning disbiozini aniqlash va davolash, bolani imkoni boricha erta ko'krakka qo'yish, parenteral ovqatlantirish davrini iloji boricha qisqartirish, ratsional antibiotikoterapiya disbiotsenozning oldini olishga yordam beradi. SHuningdek onaga tug'ruqdan 3-4 hafta avval probiotiklar tayinlash ham yaxshi natija beradi.

6-BOB. YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLAR YIRINGLI-YALLIG'LANISH KASALLIKLARI.

Pnevmoniya

Xlamidiya pnevmoniyasi. Intranatal orttirilgan, klinik ko'rinishi bola hayotining 1-haftasi oxiri 2- haftasi boshlarida yiringli kon'yuktivit ko'rinishida namoyon bo'ladi, uning ta'sirida otit, rinit, kuchli, ammo xurujsiz kechadigan yo'tal kuzatiladi (yo'tal ta'sirida ba'zan qayt qilish, tsianoz kuzatilishi mumkin). SHovqinli nafas, stridor kuzatiladi. Infeksion toksikoz belgilari yo'q. Tana harorati, bolaning umumiy ahvoli o'zgarishsiz. Qon tahlilida - eozinofiliya. Rentgenda - o'pkaning diffuz shishi, mayda o'choqli infiltratlar, interstitsial to'qimaning retikulo-mayda tugunchali zararlanishi kuzatiladi.

Klebsiellyoz pnevmoniya. Diareya, enteritdan boshlanadi. Toksikoz kechroq rivojlanadi. Meningit, sariqlik, siydik yo'llari infeksiyasi sepsis kuzatilishi mumkin. O'pkada biroz shovqin, ko'p miqdorda shilliq ekssudat bo'lib, u mayda bronxlar devorida to'planib qoladi. Yirik nekrotik va gemorragik o'zgarishlar kuzatiladi. Bo'rtib turuvchi bo'shliqli, lobar infil'trat kuzatiladi. Abstsess, piotoraksga olib keladi. Isitma har doim ham kuzatilmaydi. Qonda leykotsitoz, EChT miqdorining oshishi.

Stafilokokkli pnevmoniya. Isitma, intoksikatsiya, o'pkada destruktiv o'choqlar o'pka-plevral asoratlar, boshqa a'zolardagi yiringli metastaz o'choqlar (ostiomieliit, yiringli otit) bilan, qondagi septik o'zgarishlar (anemiya, EChTning keskin oshishi, leyotsitoz, neytrofilyoz, toksik donador neytrofillar kuzatilishi) bilan kechadi. Gemorragik sindrom-DVSning asorati.

Streptokokkli pnevmoniya. Erta kechishi (bola hayotinig 3-5 kunida, asosan septitsemiya ko'rinishida kechadi). Streptokokkli pnevmoniyali bolalarning maksimal tug'ilish chastotasi bola massasi 1000gr dan kam bo'lgan bolalarga to'g'ri keladi. Klinikasi nafas buzilishlari sindromiga o'xshash kechadi. Isitma, gipotermiya, taxipnoe, apnoe, shovqinli nafas, arterial gipotoniya, qorinning dam bo'lishi, teri, shilliq qavatlar rangparligi, hayotining birinchi daqiqalaridan

letargiya kuzatilishi bilan kechadi. Rentgenda tarqalgan pnevmoniya, soʻngra destruktiv, baʼzan nafas buzilishlari sindromidan farqlanmaydi.

Tashxis: Anamnez, epidemiologik, klinik, rentgen, laborator tekshiruvlar asosida.

- koʻkrak qafasi rentgenografiyasi;
- trombositlar miqdorini aniqlash bilan birga qon tahlili;
- qondagi gazlar tarkibi;
- gematokrit soni;
- konyuktiva, burun, tomoqdan olingan surtmada immunoflyuorestsent zardoblar yordamida xlamidiyalarni aniqlash;
- bakteriologik tekshiruv (ekmalar, burun shilligʻi, bronxlar tarkibi, qon bakterioskopiyasi) antibiotiklarni qoʻllashdan oldin oʻtkaziladi.
- traxeya, bronx tarkibidan qilingan surtmalarni Gram usulida boʻyab, bakterioskopik tekshirish.

Terining yiringli-yalligʻlanish kasalliklari

Stafilodermiyalar.

Vezikulopustulyoz (stafilokokkli periporit) – ilk neonatal davrning oʻrtasida boshlanish ehtimoli boʻlgan kasallik: dumba, sonlar, tabiiy burmalar, bosh terisida avvaliga tiniq, soʻngra esa loyqa suyuqlik bilan toʻlgan, oʻlchami bir necha millimetrlargacha yuza joylashgan mayda pufakchalar paydo boʻladi. Kasallikning morfologik substrati ekrin ter bezlari sohasidagi yalligʻlanish hisoblanadi. Kasallik odatda xavfsiz kechadi. Pufakchalar paydo boʻlgan vaqtdan 2-3 kun oʻtgach yoriladi, natijada hosil boʻlgan mayda eroziyalar yoki pigmentatsiya tushib ketgandan soʻng quruq qora qoʻtirlar bilan qoplanadi.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlar pufak yarasi (pemfigus, piokokkli, pemfigoid) 2 shaklda: xavfsiz va xavfli kechishi mumkin. Xavfsiz shakli: eritematoz dogʻ pufakchalari fonida va seroz-yiringli suyuqlik bilan toʻlgan kichik oʻlchamdagi (diametri 0,5-1 sm gacha) pufaklar paydo boʻlishi bilan ifodalanadi. Pufaklar rivojlanishining turli bosqichlarida boʻlishi mumkin, biroz infilʼtratga aylangan

asos bo‘ladi, pufak atrofida giperemiya dastachasi bo‘ladi. Odatda qorinning pastki yarmida, kindik yaqinida, oyoq- qo‘llarda tabiiy burmalarda joylashadi.

Pufakchalar toshishi bir necha kun davom etishi mumkin. Nikol’skiy simptomi manfiy. Oldingi pufaklar o‘rnida yuza eroziyalar paydo bo‘ladi, biroq keyin qora qo‘tir hosil bo‘lmaydi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning ahvoli yaxshi yoki o‘rtacha og‘ir bo‘ladi. Tana harorati subfebrilgacha oshishi mumkin. Kasallikning ushbu shaklida intoksikatsiya odatda kuzatilmaydi. Biroq bolalar bezovtalanishlari yoki bir oz lanjlik, tana vazniga qo‘shilishning kamayishi yoki bo‘lmasligi mumkin. O‘z vaqtida boshlangan faol davolash natijasida, 1-2 hafta o‘tgach sog‘ayish yuzaga keladi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar pufak yarasining xavfli shakli terida katta miqdordagi, asosan katta o‘lchamdagi – diametri 2-3sm gacha so‘lib qolgan pufaklar paydo bo‘lishi bilan harakterlanadi (ularni fliktenalar deyiladi). Ayrim pufaklar orasidagi teri po‘st tashlashi mumkin. Nikol’skiy simptomi musbat bo‘lishi mumkin. Bolalarning ahvoli og‘ir, intoksikatsiya belgilari yaqqol ko‘rinadi. Tana harorati febrilgacha ko‘tariladi. Bola sirtidan qaralganda sepsis bo‘lgan kasalga o‘xshaydi. Qon klinik analizida leykotsitoz bilan neytrofilez va yosh shakllargacha siljigan, EChT oshgan va og‘irlik darajasi har xil anemiya kasalligi, aksariyat sepsis bilan tugallaniladi.

Ritterning eksfoliativ dermatiti – chaqaloqlarda stifilokokkli piodermiyalarning og‘ir shakli, uning septik varianti, deb hisoblash mumkin. ekzotoksin – eksfoliatin ishlab chiqaradigan tilla rang stafilokokkning gospital shtammlari chaqiradi. Kasallik hayotning 1- haftasi oxiri va 2- haftasi boshida teri qizarishi, namlanishi va kindik chov burmalari, og‘iz atrofida yorilishlar hosil bo‘lishidan boshlanadi. erta boshlanishi odatda kasallikning og‘ir kechishi bilan boradi. Bir necha soat ichida yorqin eritema qorin terisiga, gavgaga, oyoq – qo‘llariga tarqaladi. Keyinchalik tananing turli qismlarida so‘lg‘in pufaklar, yoriqlar paydo bo‘ladi, epidermis ko‘chishi kuzatilib, katta eroziyalar qoldiradi. Nikol’skiy simptomi ko‘pchilik bolalarda musbat. Yangi tug‘ilgan bola qaynoq suvdan kuyib qolgan ko‘rinishga ega bo‘ladi. Kasallik fonida aksariyat yiringli

infeksiyaning boshqa o'choqlari: omfalit, otit, kon'yuktivit, pnevmoniya, enterokolit paydo bo'ladi, ya'ni sepsis boshlanadi. Bemorlarning ahvoli og'ir: bolalar ko'krakdan yuz o'giradi, bezovtalanadi, intoksikatsiya belgilari yaqqol namoyon bo'ladi. Kasallik febril harorat, qon analizida keskin yallig'lanish belgilari bo'ladi. Kasallik boshlanishdan 1-2 hafta o'tgach Yangi tug'ilgan bolaning butun terisi geperemiyalangan va katta sohalarida epidermis ostida ekssudat yig'ilishi natijasida eroziyalar hosil bo'ladi, eksikoz belgilari qo'shiladi. Kasallik natijasi yaxshi bo'lganda eritematoz va eksfoliativ bosqichlar ortidan eroziv yuzalarning epitelizatsiyasi yuz beradi, bu chandiqlar yoki pigmentatsiya hosil bo'lmasdan o'tadi.

Kuygan terining stafilokokkli sindromnii (KTSS) eksfoliatin ekzotoksini ishlab chiqaruvchi II guruh stafilokokklar qo'zg'atadi. Ko'pchilik Xorijiy pediatriklar KTSS bilan eksfoliativ Ritter dermatiti o'rtasida tafovut qilmaydilar.

Klinikasi. Intensiv, tarqalgan eritema bo'ladi. U ko'pincha yuzdan boshlanadi va shu joy teri qoplamalarining boshqa sohalariga tarqaladi. Avvaliga ko'zlar atrofida, ba'zan yuzda shish paydo bo'ladi, ular og'iz va burun atrofida ham joylashib, bola yuziga jahldorlik, ma'yuslik qiyofasini beradi. Qizargan teri qo'l tekkizilganda juda sezuvchan po'rsildoq, epidermis ko'chishi ro'y beradi, ya'ni Nikol'skiy simptomi musbat. epidermis yuzda ko'cha boshlaydi, biroq tananing boshqa sohalarida ham paydo bo'ladi. Natijada donador teri soha manzarasi - "qo'lqop" "paypoq" va boshqalar paydo bo'ladi. Bolalarda toksikoz, bezovtalik, ishtaha yo'qligi, isitma, suvsizlanish belgilari yuzaga kelishi mumkin. Suvsizlanish belgilari terining zararlangan qoplamalaridan ko'p suyuqlik yo'qotilishiga bog'liq, albatta ayni vaqtda ko'pchilik bolalarda yaqqol intoksikatsiya belgilari bo'lmaydi. Ularning tana harorati me'yoriy bo'ladi. Ular yaxshi emadi. Boshqa o'choqlar kon'yuktivit, omfalit, otit kabilar paydo bo'lishi mumkin. eksfoliatsiyadan keyin 2-3 kun o'tgach ochiq sohalar quriydi va asoratsiz bitib ketadi. Ba'zan skarlatinasimon teri deskvamatsiya pufaklar hosil bo'lmay kechadi.

Figner psevdofurunkulyozi – periporit kabi boshlanishi, keyinchalik jarayon butun ter bezini egallab oladigan kasallik. To‘q – qizil rangli o‘lchami bir necha millimetrlardan 1-1,5 sm gacha bo‘lib, birlamchi teri osti tugunlari paydo bo‘lish mumkin. Keyinchalik tugunlar markazida yiringli suyuqlik paydo bo‘ladi eng ko‘p joylashadigan sohalari – bosh sochli qismining terisi, bo‘yinning orqa sathi, orqa dumbalar oyoq-qo‘llar terisi. Tana haroratining oshishi intoksikatsiya belgilari, mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi, yiringli o‘choqlarning metastaz berishi xos.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar mastiti – ko‘krak va fiziologik qattiqlanish asosida boshlanadigan og‘ir kasallik. Klinik jihatdan bitta ko‘krak bezinig kattalashib, uning infil’tratsiyasi bilan yuzaga chiqadi. Birinchi kunlari giperemiya bo‘lmasligi yoki kam bo‘lishi mumkin. Palpasiya og‘riq bilan o‘tadi, bola yig‘laydi, bezovtalanadi. Tez orada ustidagi teri giperemiyasi kuchayadi, flyuktuatsiya paydo bo‘ladi. Bolaning ahvoli odatda yomonlashadi, u yaxshi emmaydi, tana harorati ko‘tariladi, intoksikatsiya belgilari paydo bo‘ladi. Ko‘krak bezining chiqaruv yo‘llaridan bosilganda yoki o‘z – o‘zidan yiringli ajralma chiqadi. Kasallik metastatik yiringli septik asoratlar bilan xafli hisoblanadi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning nekrotik flegmonasi – chaqaloqlarning eng og‘ir yiringli yallig‘lanish kasalliklaridan biri bo‘lib, terining kichik sohasida odatda ushlab ko‘rilganda qattiq qizil dog‘ paydo bo‘lishidan boshlanadi, keyinchalik uning rivojlanishida 4 ta bosqichni farq qilish mumkin: Boshlang‘ich bosqich (o‘tkir yallig‘lanish jarayoni) zararlanish o‘chog‘i bir necha soat ichida tez tarqalib, katta o‘lchamlargacha etadi. Teri osti yog‘ kletchatkasining shikastlanish sur‘atlari (yiringli erish) odatda teri o‘zgarishidan ilgarilab ketadi. Teri limfatik tomirlar tarmog‘iga boyligi va keng limfatik yoriqlar borligi bunga imkon beradi.

Alternativ – nekrotik bosqichi - kasallik boshlanishining 1-1,5 kun o‘tgach paydo bo‘ladi, terining shikastlangan sohalari rangli to‘q qizil – ko‘kimtir tus oladi, markazida yumshash hosil bo‘ladi. Ayrim hollarda teri palpasiya

qilinganida shikastlangan sohaga o'tishida "to'qima minusi" simptomi qayd etiladi. Ko'chib tushish bosqichi ko'chgan terining jonsizlanishi bilan o'tadi. U olib tashlangandan keyin jarohat nuqsonlari va yiringli cho'ntaklar hosil bo'ladi.

Reparatsiya bosqichi – granulyatsiyalar hosil bo'lishi, jarohat yuzasi epiteliylanib so'ngra chandiqlar paydo bo'ladi. Ko'pchilik bolalarda kasallik odatda II bosqichda qo'shilib ketadigan intoksikatsiya bilan kechadi. Isitma (qaltirash), qusish, dispeptik hodisalar, infeksiyaning metastatik o'choqlari paydo bo'lishi xos, bu mazkur hodisani sepsis, deb izohlashga imkon beradi

Streptodermiyalar

Saramasda yuz terisida birinchi bo'lib shikastlanadi yoki kindik sohasida joylashadi va tezda terining boshqa sohalariga tarqaladi ("sayohat qilayotgan saramas", "daydi saramas"). Tipik hollarda kasallik febril harorat, mahalliy giperemiya paydo bo'lishi (katta yoshdagi bolalarga taqoslanganda sust rivojlanadi) teri va teri osti kletchatkasining infil'tratsiyasidan boshlanadi. SHikastlangan o'choq chetlari ko'ng'irsimon, noto'g'ri shaklli, ajratib turadigan gardish yo'q, o'zgarmagan teri ushlab ko'rilganda gipertermiya bo'lish mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda "oq saramas" kuzatilishi mumkin, bunda giperemiya yo'q, shikastlangan teri qismi oqaradi, ba'zan pufaklar, teri osti abstsesslari, nekrozlar paydo bo'ladi. Kasallik odatda og'ir kechadi, bolaning ahvoli tezda yomonlashadi, u bo'shashgan, ko'krak emishdan bosh tortadi, dispeptik buzilishlari bo'ladi, miokardit meningit hodisalari va buyraklar shikastlanishi ro'y beradi.

Intertriginoz streptodermiya keskin chegaralangan giperemiya, ba'zan quloq orqalarida va tabiiy burmalarda ozroq suv chirqish bilan yuzaga chiqadi. SHikastlangan o'choq sohasida yoriqlar, fliktenalar, periferiyasida piokokkli elementlar bo'lish mumkin. YAllig'lanish o'choqlar so'nganida kepaksimon po'st tashlash boshlanadi.

Papuloeroziv streptodermiya dumba va sonning orqa yuzasida ushlab ko'rilganida qattiq, ko'kimtir qizil rangli, o'lchami 0,1 – 0,3mm li papulalar paydo bo'lishi xos. Papulalar tez eroziyalanadi va qora qo'tirchalar bilan

qoplanadi, terining yaqin joylashgan sohalarida Yangi elementlar, jumladan piokokkli elementlar paydo bo'ladi.

Vulgar ektima streptodermiyaning yarali shakli. Streptokokklardan tashqari zararlanish o'choqlarida stafilokokk, pseudomonas aeruginosa topilishi mumkin. Kasallikning 2 xil shakli farq qilinadi. Oddiy ektima ko'pincha oyoqlar terisida joylashadigan, bo'shliq hosil bo'lish bilan harakterlanadi. Pustula ochilgandan so'ng yara hosil bo'lib, uning tubi yiring va jigarrangsimon qoraqo'tir bilan qoplangan. Yara bir necha hafta ichida bitib, o'zidan chandiqcha qoldiradi. Teshiladigan ektima aksariyat bir biriga qo'shilib ketadigan ko'p sonli ektimalar paydo bo'lishi bilan yuzaga keladi. eng ko'p joylashadigan joyi boshning sochli qismi hisoblanadi. Isitma, intoksikatsiya, mahalliy limfa tugunlarining kattalashishi bilan namoyon bo'ladi.

Paronixiyalar streptokokklar va stafilokokk infeksiyasi chaqiradigan tirnoq gardishlarning infeksiya shikastlanishi hisoblanadi. Giperemiya va pufaklar streptokokkdan zararlanish uchun xos hodisa, shish fonida eroziyalar paydo bo'ladi. Ayrim hollarda mahalliy limfadenit bo'lishi mumkin.

Kindik yarasining infeksiya kasalliklari. Kataral omfalit (suvchiqqagan kindik, nam) klinik jihatidan kindik yarasida seroz ajralma ajralishi uning epitelizatsiyalanish muddatlarining sekinlashishi bilan ifodalanadi. Ayrim hollarda kindik halqasimon engil giperemiyasi va ozroq infil'tratsiyasi qayd qilinadi. Qon aralash qoraqo'tir hosil bo'lganda kindik qoldig'i tushib ketgandan so'ng birinchi kunlari ular ostida ozroq seroz yiringli ajralma yig'ilishi mumkin. Yangi tug'ilgan bolaning holati buzilmagan, tana harorati ko'tarilmaydi. Qon tahlilida o'zgarishlar yo'q. Kindik tomirlari qo'lga sezilmaydi. Palpasiya qilinmaydi.

Yiringli omfalit – kindik yarasi tubi, kindik halqasi, kindik halqasi atrofida teri osti yog' kletchatkasi, kindik tomirlarining bakterial yallig'lanishidir. Kasallik odatda erta neonatal davr oxirida yoki hayotining 2 – haftasidan, ko'pincha kataral omfalit belgilari bilan boshlanadi. Bir necha kun o'tgach kindik yarasidan yiringli ajralma ajraladi – kindik pioreyasi, kindik halqasi shishi

va giperemiyasi, kindik atrofida teri osti yogʻ kletchatkasining infil'tratsiyasi paydo boʻladi. Buning oqibatida kindik qorin oldingi devori sathidan koʻtarilib turadi. Kindik atrofidagi teri giperemiyalangan, ushlab koʻrilganda issiq, qorin oldingi devori tomirlarining kengayganligi xos (venoz tarmoqning kuchayishi) limfangoit qoʻshilish alomati boʻlgan qizil rangli taram-taram sohalar. Kindik tomirlarining infeksiyon zaralanishi uchun xos belgilar paydo boʻladi. Bemorning umumiy ahvoli oʻzgargan, bola lanj boʻladi, koʻkrakni yaxshi emmaydi, ichgan sutini qayt qiladi, tana vazni oshmaydi (yoʻqolish ehtimoli), tana harorati oshadi, baʼzan febrilgacha koʻtariladi. Qon tahlilida leykotsitoz chapga siljish bilan, EChT oshishi.

Kindik yarasi – kindik pioreyasi yoki omfalit asorati sifatida paydo boʻlish mumkin Kindik yarasining tubi odatda seroz-yiringli yoki yiringli ajralma bilan yopilgan boʻladi. Uni olib tashlangandan soʻng yaralanish aniqlanadi. Kindik yarasiga ishlov berilayotganida kindik yarasining tubini bekitib turgan qoraqoʻtir olib tashlanmasa, yara rivojlanish ehtimoli katta boʻladi. Bemorning umumiy holati kasallikning birinchi kunlarida buzilmagan boʻlish mumkin, keyinchalik intoksikatsiya belgilari qoʻshiladi.

Kindik tomirlari kasalliklari. Davolash – diagnostika maqsadida kindik tomirlari kateterizatsiya qilingan Yangi tugʻilgan chaqaloqlar katta xavf guruhiga kiradilar.

Kindik tizimchasi gangrenasi (kindik qoldigʻi). Tugʻilishiga yordam berish muassasalarida tugʻilgan bolalarda amalda uchramaydi. Kasallik hayotining dastlabki kunlarida boʻladi va uni anaerob tayoqcha chaqiradi. Kindik qoldigʻining mumifikatsiyasi toʻxtaydi. U nam boʻlib qoladi, qoʻngʻir tusga kiradi va undan yoqimsiz chirindi hid keladi. Kindik qoldigʻining tushib ketishi kechikadi. Kindik yarasida birdaniga yiringli ajralma paydo boʻladi. Bemorning umumiy ahvol oʻzgargan, harorati koʻtariladi, intoksikatsiya belgilari kuzatiladi, qon tahlilida oʻzgarishlar koʻriladi, ular infeksiyon jarayonning ogʻirligiga mos keladi. Odatda sepsis boshlanadi.

Kindik venasi tromboflebitida – kindik ustida elastik tortma palpasiya qilinadi. Tromboarteriyadan kindik arteriyalari kindik halqasidan pastda qo‘lga seziladi. Periflebit va periarteritda shikastlangan tomir ustidagi teri shishgan va giperemiyalangan, oldingi qorin devori taranglashadi, bu paypaslab ko‘rilganda aniqlanadi. SHikastlangan tomirdan kindik halqasiga tomon engil uqalash harakatlari qilinganda kindik yarasi tubida yiringli ajralma ajraladi. Bolada lanjlik kuzatiladi. O‘z vaqtida kompleks davolash boshlansa, oqibati xayrli, biroq keyinchalik portal gipertenziya paydo bo‘lishi mumkin.

Davosi:

Pufaklarni obrabotka qilish uchun qo‘lga steril qo‘lqoplar kiyiladi. Terining jarohatlangan joyini 2,5 %li povidon yod antiseptik eritmasida, 4% li xlorgeksidin glyukonat yoki 60-90% li etil, izopropil spirtida yuviladi. So‘ng pufaklarni 0,5 %li gentsian violeti eritmasida obrabotka qilinadi. SHu muolajani kuniga 4 mahal, pufaklar bitib ketmagunicha qaytariladi.

Agar pufaklar 5 kun mobaynida bitib ketsa, bolani uyiga jo‘natiladi. Agar pufaklar ko‘p miqdorda saqlanib tursa, bolaga og‘iz orqali kloksatsillin 50mg/kg har 8 soatda 5 kun mobaynida beriladi.

Agar bola tanasida 10 tadan ko‘p pufaklar bo‘lsa yoki ular tana sathining yarmidan ko‘pini tashkil qilsa, steril lantsetni ishlatgan holda pufakning oq markazini teshiladi. Bakteriologik tekshiruv va antibiotikka sezuvchanligini aniqlash maqsadida steril paxtaga yiring olinadi. Terining jarohatlangan joylariga mahalliy ishlov beriladi, mushak orasiga 50mg/kg (0,5ml/kg) kloksatsillin jo‘natiladi.

Flegmonani jarroh tomonidan davolanadi, drenaj urnatiladi. Kloksatsillin mushak orasiga jo‘natiladi. Yiring ekmasi natijasi musbat bo‘lsa, sezuvchanligiga monand ravishda antibiotik ko‘llaniladi.

7-BOB. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR SEPSISI.

Sepsis – asiklik kasallik bo‘lib, uning asosida immunkompromiss organizmning bakteriya va shartli patogen infeksiyalarga nisbatan noadekvat sistemali yallig‘lanish reaksiyasi yotadi. Sepsis - qon tomir endoteliysining tarqalgan yallig‘lanishi, mikrotsirkulyatsiyaning turg‘un buzilishi, gemostaz buzilishi natijasida kelib chiqadigan, kompensirlangan va dekompensirlangan DVS sindromi va oqibatda ko‘p aʼzolar etishmovchiligiga olib keluvchi kasallikdir. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar sepsisi ko‘pincha mikroorganizmlarning gospital shtammlari natijasida kelib chiqadi, davolamasa o‘limgacha olib keladi.

Rivojlangan davlatlarda sepsisning uchrash chastotasi 1000 ta tirik tug‘ilgan chaqaloqlarning 2 – 10 tasida, o‘ta muddatiga yetmay 100 ta tirik tug‘ilgan chaqaloqlarning esa 1 – 2 tasida uchraydi. Rivojlanayotgan davlatlarda bu ko‘rsatkich 3 – 10 barobar ko‘proq uchraydi. 25 – 30% hollarda sepsis meningit bilan birga kechadi. O‘lim ko‘rsatkichi 10 – 50% ni tashkil etadi, o‘ta muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarda bu ko‘rsatkich 5 – 10 barobar ko‘p uchraydi.

Sepsis kelib chiqish vaqtiga qarab 2 turga bo‘linadi: erta va kechki.

Erta neonatal sepsisning klinik belgilari chaqaloq hayotining dastlabki 72 soatda, 85 % hollarda birinchi 24 soatda, 5 %ida esa 24 – 48 soatda namoyon bo‘ladi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga infeksiya onadan trantsplatsentar, tug‘ruq yo‘llari, siydik tanosil yo‘llari orqali o‘tadi. erta sepsisni ko‘pincha V guruhiga kiruvchi streptokokklar, grammanfiy enterobakteriya, kam hollarda tillarang stafilokokk (St. Aureaus) va boshqa streptakokk (Strep. A va D), klebsiella, ko‘k yiring tayoqchasi (psevdomonas), enterobakteriyalar keltirib chiqaradi.

Kechki neonatal sepsis Yangi tug‘ilgan chaqaloq hayotining 4 – kunidan so‘ng epidermal stafilakokk, grammanfiy flora va antibiotikka chidamli bakteriyalar (Klebsiella, Rsevdomonas, Enterobakter, Serratia, Acinitobakter va boshqalar) orqali rivojlanadi. Candida guruhiga kiruvchi zamburug‘lar ham

sepsisning kelib chiqishida muhim o‘rin tutadi, asosan markaziy venalarda kateter qo‘llanilganda uchraydi. Bu holda qo‘zg‘atuvchilar tashqi muhitdan tushadi.

Erta va kechki sepsis xarakteristikasi

Xarakteristikasi	Erta neonatal sepsis	Kechki neonatal sepsis
Kasallik boshlanish vaqti.	Bola hayotining dastlabki 72 soati ichida	Bola hayotining 4-sutkasida
Xavf omillari	Siydik va tanosil yo‘llari infeksiyasi, suvsiz oraliqning 24 – soatdan ko‘p bo‘lishi, xoriamnionit, muddatiga yetmay tug‘ilish, morfofunktsional etishmovchilik	O‘SV, markaziy venalar kateterizatsiyasi, reanimatsiya yoki intensiv terapiya bo‘limida uzoq muddat davolash o‘tkazilganda.
Infeksiya manbai	Homila oldi suvi, tug‘ruq yo‘llari, onaning surunkali infeksiya o‘choqlari.	Tibbiy asboblari, parvarish buyumlari, tibbiyot xodimi, onasi.
Tipik kechishi	YAshinsimon, ko‘p a‘zo va tizimlarning zararlanishi, ko‘pincha pnevmoniya bilan keladi.	Sekin rivojlanuvchi, fokal o‘choqlar, ko‘pincha meningit bilan keladi.
Letallik (%)	5 – 20%	5- 10 %

Kasallikning kelib chiqishidagi xavf omillari

1. Tabiiy bar`erlarning infeksiyaga qarshi xususiyatining buzilishiga (pasayishi) olib keluvchi xavf omillari – uzoq muddatda kindik, markaziy venalarda kateterning turishi, traxeya intubatsiyasi, aralash infeksiya fonida og‘ir o‘tkir respirator virusli kasalliklar, tug‘ma nuqsonlar va umumiy allergik yoki terining boshqa zararlanishi (kuyish, terini tug‘ruq vaqtida yoki jarrohlik

aralashuvi natijasida jarohatlanishi), enteral ovqatlantirilmaganda ichak kolonizatsiyasining rezistentligining kamayishi, ichak disbakteriozi.

2. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni immunologik reaktivligini pasaytiruvchi omillar. Homilador ayolning ovqatlanishdagi kamchiliklari (mikronutrientlar tanqisligi) asfiksiyaga va miya ichi tugʻruq jarohatlariga olib keluvchi antenatal davrning va tugʻruqning asoratli kechishi, virusli kasalliklar, irsiy immun defitsit holat, galaktozemiya va boshqa irsiy kasalliklar.

3. Bolaning hospital flora bilan va massiv bakterial infitsirlanish xavfini oshiruvchi omillar:

- Onadagi bakterial vaginoz;
- 18 soatdan ortiq suvsiz oraliq (ayniqsa onasida siydik tanosil tizimida surunkali yalligʻlanish oʻchoqlari boʻlsa);
- Tugʻruqxonada sanitar epidemiologik holatning yomonlashganligi, natijada instrumental manipulyatsiyalar paytida bakteriyalarning asboblari orqali oʻtishi, onada tugʻruq vaqtida yoki tugʻruqdan soʻng infeksiyon jarayonning mavjudligi, onadagi infeksiya homila oldi suvida aniqlanishi.
- Muddatiga yetmay tugʻilish va yuqoridagi 2 nafar omillarning qoʻshilib kelishi sepsisning yuzaga kelish xavfini oshiradi.

Hayotining birinchi kunida Yangi tugʻilgan chaqaloqlar infeksiyon agentga sezgir. Bu qonda glyukokortikoidlar miqdorining oshishi, tranzitor disbiotsenoz, teri va shilliq qavatlarida immunologik barʼer shakllanishi, oqsil almashinuvining katabolik yoʻnalishda kechishi bilan bogʻliq.

Eng koʻp uchraydigan anti va intranatal xavf omillari:

1. Ona anamnezida koʻp sonli abortlar boʻlishi.
2. Onada 4 – haftadan ortiq gestoz boʻlsa.
3. Onadagi siydik tanosil tizimidagi surunkali infeksiya oʻchoqlari, onada isitma yoki homila ichi infeksiyasining boʻlishi, boshlanish vaqtidan qatʼiy nazar (tugʻruq boshlanishidan tugʻruqdan soʻng 3 kun davomida) .
4. Onadagi bakterial vaginoz.
5. 18 – soatdan ortiq suvsiz oraliq.

6. Bakterial infeksiyon jarayonning tugʻruqqacha yoki tugʻruq paytida yaqqol yuzaga chiqishi.
7. Tana vazni 1500gr dan kam boʻlgan chaqaloq.
8. Reanimatsion yordam koʻrsatish zarur boʻlgan tugʻruq vaqtidagi asfiksiya yoki boshqa patologiya boʻlsa, uzoq vaqt (3 kundan ortiq) chaqaloq enteral ovqatlantirilmasa.
9. Keng sohada toʻqimalarning zararlanishi bilan kechadigan jarroxlik muolajalarida.
10. Choʻzilgan tugʻruq.
11. YTCHlarda RDS boʻlishi, 6 – soatlik ratsional OʻSV fonida bola ahvolining engillashmasligi yoki yomonlashishi.
12. Noqulay sharoitdagi tugʻruq.
13. Uzoq vaqt kindik yoki markaziy venalar kateterizatsiyasi.
14. HII.
15. Asoratlangan, qiyin kechuvchi homiladorlik va tugʻruq.

Patogenezi. Infeksiyaning kirish darvozasi: kindik yarasi, shikastlangan teri va shilliq qavatlari (inʼektsiya, kateterizatsiya, intubatsiya, zond). Ichaklar, kam hollarda oʻpka, oʻrta quloq, siydik yoʻllari, koʻz. Agar kirish darvozasi yoʻq boʻlsa kriptogen sepsis deyiladi.

Infeksiya manbai: ona, tibbiyot xodimi, boshqa bemor bolalar.

Infeksiya yuqish yoʻli: tugʻruq yoʻllari, personal qoʻllari, asboblari, parvarish jihozlari.

Sistemali yalligʻlanishga javob sindromining (SYJS) 2ta bosqichi bor.

1-bosqichida tsitokinlar miqdorining, katexolaminlar va boshqa biogen aminlar, endotoksinlar miqdorining oshishi qon tomir va toʻqimalarning glyukozani anaerob oksidlanishga talabini oshiradi. Natijada laktat asidoz (boshida qon rNi oʻzgarmaydi) boʻladi. Periferik tomirlar qarshiligi ortadi. Lekin perikapilyar tomirlar shunti yuzaga keladi, natijada toʻqimalarda kapillyar perfuziyasi pasayadi. Bu hansirashga olib keladi, taxikardiya, SVD baland yoki

past boʻladi, yurakning minutlik hajmi ortadi. Keyinchalik toksinlar natijasida tomir endoteliysining zararlanishi, immunitet kompleksining tsirkulyatsiyasi, toʻqima gipoksiyasi, shishishi, gipovolemiya, toʻqimada glyukoza almashinuvining buzilishi giperglikemiya bilan kechadi. Bir vaqtning oʻzida trombositlar agregatsiyasi, tomirda qonning ivib qolishi, qon reologik xususiyatining pasayishi gipovolemiya bilan birga ogʻir mikrotsirkulyatsion etishmovchilikka olib keladi. Boshlangʻich davrda arterial bosim tushishiga qaramay teri doimiy holatida boʻladi. Bu vaqtda gipokapniyaga xos giperventilyatsiya kuzatiladi. Metabolik asidoz, oligouriya, bezovtalik, giperkinezlar, tremor holatlar, qorin dam boʻlishi ham hos.

SYJSning 2-bosqichida periferik gemodinamika buzilishining kuchayishi natijasida koʻp aʼzolarning etishmovchiligi yuzaga keladi.

Klassifikatsiya. Klinik tashxis qoʻyishda infitsirlanish vaqti koʻrsatilishi tavsiya etiladi: intranatal, neonatal.

Etiologiyasi buyicha: bakterial, virusli, zamburugʻli, aralash.

Kirish darvozasi boʻyicha: kindik, teri, quloq, kriptogen.

Kechishi boʻyicha: yashin tezligida kechuvchi, oʻtkir, choʻzilgan.

Klinik turi boʻyicha: septitsemiya va septikopiemiya.

Asoratlari: dekompensirlangan DVS sindromi, anemiya, tromboendokardit, ichak tutilishi, buyrak, jigar va boshqa aʼzolar etishmovchiligi.

Klinika. Yangi tugʻilgan chaqaloqlar sepsisining harakterli simptomlari yoʻq. Ular faqat qoʻzgʻatuvchiga, zararlanish vaqtiga, kasal organizmning xususiyatiga bogʻliq. Sepsis koʻpincha polimorf koʻrinishida kechadi va koʻp aʼzo va tizimlarni zararlaydi.

**Yangi tugʻilgan chaqaloqlar sepsisida aʼzolar etishmovchiligining klinik
laborator mezonlari**

Funksional tizim	Aʼzolar etishmovchiligi mezonlari.	
	klinik	laborator
Respirator	Taxipnoe, xansirash, rangparlik yoki tsianoz, nafas aktida yordamchi mushaklar ishtiroki, ekspirator shovqin. OʻSV, YOOʻV va qoʻshimcha O ₂ ga ehtiyoj	➤ Ra O₂ < 70 mm rt st ➤ TSSatO₂ (transkutan oksigenatsiya) <90% ➤ PaOn > 45 mmrtst ➤ AaDO₂ (O₂ ning alveolyar arterial gradienti) 300 dan koʻp boʻlsa.
MNT	Kommunikabellik yoʻqoladi (kuruvga reaksiyasi) - Soʻnish sindromi (boʻshang, apatiya, mushak tonusi pasaygan, koma boʻlishi mumkin) - qoʻzgʻaluvchan, noemotsional, ogʻriqli yigʻi, talvasa.	➤ UTTda MNTning ishemik jarohatlanish belgilari ➤ NSG miya shishi belgilari. ➤ NSGda gipertenzion-gidrotsefal sindrom belgilari ➤ UTTda MIQ belgilari ➤ Bosh miya poʻstlogʻining bioelektrik faolligining buzilishi ➤ Orqa miya suyuqligida oqsilning meʼyorida oshishi yoki tsitozning oshishi
YQT	Arterial gipotoniya. Gipovolemiya. Taxikardiya Xansirash Yurak nisbiy chegaralari kengayishi. Yurak tonlarining boʻgʻiqlashishi, shovqin	➤ Markaziy venoz bosimining oʻzgarishlari, oʻpka arteriyasida bosimning oshishi ➤ Fraktsiyani haydashning pasayishi ➤ Yurakni qon haydash hajmining pasayishi ➤ EKGdagi oʻzgarishlar

	eshitilishi mumkin. Akrotsianoz. SHish (qorinda). Jigar kattalashishi. O‘pkada qon dimlanish bergilari. Marmarsimon teri	metabolik harakterga ega
Jigar	Tering sariq, kulrang yashil tusda bo‘lishi Teri gemorragiyasi. Jigar kattalashgan. Suyuqlik ushlanib qoladi. Gipoglikemiya belgilari.	➤ Giperbiliribiemiya. ➤ ($> 205 \text{ mkm/l}$) ➤ Qonda transamilaza, LDG, IF, gipoalbuminemiya. ➤ Protrombin vaqtincha oshadi. - Gipoglikemiya.
Buyrak	Oligouriya. ($> 1 \text{ ml/kg s}$, adekvat infuzion terapiya fonida bo‘lsa.). Anuriya. Suyuqlik ushlab qolinadi. SHish.	➤ Qonda kreatinin ($> 76 \text{ mkmol' /l}$, 1 – sutkada, $> 61 \text{ mkmol' /l}$, $> 46 \text{ mkmol' /l}$, 7 – sutkada.). ➤ Azot mochivena ($> 6 \text{ mmol' /l}$), ➤ Kaliy ($> 5,5 \text{ mkmol' /l}$),
Qon sistemasi	Teri rangpar. Teri gemorragiyasi	➤ Trombotsitopeniya. ➤ Anemiya (giporegenator). ➤ Mikrotsitoz tomonga MCV ning siljishi. ➤ MCO‘urtacha ko‘rsatkichlarining baland ko‘rsatkichlariga mos kelmasligi. ➤ Leykopeniya yoki neytropeniya. ➤ Limfotsitopeniya. ➤ Neytrofillarning toksik

		donadorligi ortadi. ➤ Siljish indeksi $> 0,2$ bo'shliq hisobiga. ➤ (Mielotsitlar va yosh promielotsit formalarining yo'qligi). ➤ eozinopeniya
Gemostaz	Teri gemorragiyalari In'ektsiya joyidan qon ketishi. Trombozlar.	➤ PVning yoki AKTVning oshishi, trombin vaqtining o'zgarishi, fibrin-fibrinogen monomerlarini ngoshishi, AKTning uzayishi, etanol testining musbatligi ➤ Fibrinoliz depressiyasi ➤ S proteini miqdorining pasayishi ➤ Trombotsitopeniya ➤ Anemiya
OIT	Enteral ovqatlantirish imkoni yo'qligi. Qorin dam bo'lishi. Takroriy qusish. Diareya. Axlatdagi shilliq va rangining o'zgarishi. OIT dan qon ketishi.	➤ Axlatda disbioz. ➤ Koprogrammada hazm buzilish belgilari. ➤ Bakteriologik o'sish shular qatorida zamburug'lar ham
Endokrin tizim	Termoregulyatsiyaning buzilishi sovqotishga moyillik bilan. Bradikardiya. Qorin dam	➤ gipoglikemiya (dastlab giperglikemiya) ➤ kortizol miqdorining tranzitor pasayishi (shokning dastlabki

	bo'lishi, ich qotish. Arterial bosimning pasayishi. Gipoglikemiya va gipokal'tsemiya belgilari.	bosqichida giperkortizolemiya kuzatilishi mumkin) ➤ T₃,T₄ miqdori asosan shokda pasayadi ➤ TTG me`yorida yoki oshgan, shokda esa TTG miqdori pasayadi ➤ STGning miqdori pasaygan, asosan shokda
Immunitet	Kandidoz belgilari Tana vaznining kamayishi. Nazokranial infeksiyalari.	➤ Immunologik reaktivlik indeksi <2,5 ➤ Limfotsitopeniya ➤ Aeozinofiliya ➤ JgG miqdori < 2,0gr/l ➤ T – limfotsit subpopulyatsiyasining nisbati buzilishi.

Septitsemiya klinik simptomlar qat'iy spetsifiklikka ega bo'lmashligi mumkin, chunki u mikroorganizmning xususiyati va gemostaz buzilishi darajasiga bog'liqdir. Bakteremiya - YTCH organizmiga infeksiya tushishi bilan, hamda sog'lom chaqaloqlarda ham qisqa muddatli yuzaga kelishi mumkin. (Bu asimptomptomatik bakteremiya deyiladi, o'rtacha 15 % YTCHlar hayotining birinchi haftasida yuzaga keladi.)

Septitsemiya faqat bakteriya tsirkulyatsiyasiga emas qon va limfaning tozalanishi, eliminatsiya a`zolarining faoliyatiga bog'liq. Homiladorlik paytida infitsirlanish natijasida kelib chiqadigan septitsemiya bola hayotining dastlabki 1 – 3-kunida umumiy ahvolining og'irlashuvi: MNT funksiyasining pasayishi, gipotermiya, kam hollarda gipertermiya, teri rangining rangpar yoki kulrangda bo'lishi, erta sariqlikning paydo bo'lishi va uning kuchayib borishi,

progressirlanuvchi shish sindromi, gepatosplenomegaliya, nafas etishmovchiligi, lekin rentgenogrammada yaqqol o'zgarishlar bulmasligi bilan kuzatiladi. YUqorida qayd etilgan simptomlarga gemorragik sindrom, qusish, kekirish kabi belgilar ham qo'shilishi mumkin. Tug'ilgandan keyingi sepsis ko'pincha sekin-asta boshlanish bilan karakterlanadi. Bola organizmiga infeksiya kirganidan so'ng muddatiga yetib tug'ilganlarda yashirin davr 2 – 5 kunga, muddatiga yetmay tug'ilganlarda 3 – haftagacha cho'ziladi.

Kasallik boshlanishidan oldingi belgilarga quyidagilar kiradi: harakat aktivligi, ishtahaning pasayishi, qusish. Mahalliy belgilardan kirish darvozasining (masalan kindik yarasining) holatiga ahamiyat berish lozim, ammo grammanfiy flora hech qanday mahalliy reaksiya bermaganligi tufayli infeksiyaning birlamchi tushgan joyini aniqlash qiyinchilik tug'diradi. Kindik qoldig'ining kech tushishi (6 – kunida, muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarda 10 - kunda), kindik tubining holati (qattiqlashgan, shishgan yoki cho'kkan holatda), ajralma karakteri, davomiyligi, 16 – 18 kundan keyin ham kindik ustida qattiq qoplamaning bo'lishi yallig'lanish jarayonidan darak beradi.

Kindik halqasi atrofida to'qimalar shishinqiragan. Qorin old devorida vena turining kuchayishi, ayniqsa o'ng tomonda kindik halqasidan tepada qorin to'g'ri mushaklarining taranglashishini ko'rish mumkin. Tromboflebitda kindik venasi qattiqlashadi, periferiyadan markazga qarab palpasiya qilganda kindik tomirlaridan yiring ajraladi.

Sepsis rivojlanishida karakterli infeksiyon toksikoz belgilari: holsizlik yoki bezovtalik, gipo yoki gipertermiya, dispepsiya, shish sindromi yoki teskari eksikoz belgilar, disrefleksiya, distoniya bo'lishi mumkin.

Avj olish davrida toksikoz belgilari yanada kuchayadi. Septikopiemik belgilersiz alohida a'zolarining toksik zararlanishikuzatiladi. Masalan: jigar funktsiyasi buzilishi belgilari (gepatomegaliya, sariqlik, bevosita bilirubin va transaminaza miqdorining oshishi) dispeptik buzilishlar; buyrak tomonidan oligouriya, proteinuriya, leykotsituriya, eritrotsituriya. Septitsemiya pnevmoniya bilan asoratlanishi mumkin.

Septikopiemiya yiringli o'choqlar, metastazlarining borligi bilan tavsiflanadi. Miya qobiqlari, o'pka, suyaklar va jigar piemik o'choqlar eng ko'p joylashadigan sohalardir. Hozirda septikopiemiyaning ko'proq grammanfiy flora keltirib chiqaradi, bu esa kasallik harakterini o'zgartirayapti, ya'ni kasallikni boshlanishida juda kam kliniko-likvorodinamik simptomlar bilan o'tadigan yiringli meningit ko'p kuzatilayapti. Bu esa orqa miya punktsiyasini bir necha marta o'tkazishni talab etayapti. Stafilokokk infeksiyasi keltirib chiqaradigan epifizar osteomielitning chastotasi kamayib, sekin kechuvchi, qiyin tashxislanadigan, kam va yaqqol bo'lmagan rentgenologik o'zgarish bilan kechuvchi metafizar va epifizar zararlanish chastotasi ko'paydi.

Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar sepsisi hayotining 1 – kuni va haftasida xuddi NBSga o'xshash, o'tkir osti, cho'zilgan kechishi harakterli. Bunda hansirash, apnoe bilan bradipnoe, bradikardiya, so'rish refleksi va tana vazni qo'shilmasligi, mushak gipotoniyasi yoki distoniyasi, holsizlik, tez sovqotish, giperfleksiya, qusish, qayt qilish, noturg'un ich kelishi, qorin dam bo'lishi, shish sindromi, terining rangpar yoki sariq rangda bo'lishi, sklerema, tana haroratining subfibril yoki me'yorida bo'lishi kuzatiladi. Aktiv terapiya fonida bemorning holati ma'lum bir vaqtga yaxshilanishi, yuqorida ko'rsatilgan simptomlar kamayishi yoki ma'lum bir qismi yo'qolishi ham mumkin. Intensiv davolash oxirida yoki virusli infeksiya qo'shilishi natijasida bemorning ahvoli yomonlashadi: ichakda nekrotik enterokolit tipida infeksiyon zararlanish, pnevmoniya, piuriya, toksikoz holati kuchayadi, terida kulrangsimon dog'lar yoki sariqlik kuchayadi, gemorragik sindrom namoyon bo'ladi.

Stafilokokkli sepsis uchun teri va teri osti yog' to'qimasining lokal yiringli zararlanishi, kindik (pemfigus, nekrotik flegmona, omfalit va boshqalar), o'pka (destruktiv pnevmoniya), suyak (osteomielit, maksillit), quloq (yiringli otit, mastoidit), ko'z va boshqa a'zolarida o'zgarishlar xos. Kasallikning bu turi o'tkir toksikoz, gipertermiya, qo'zg'aluvchanlik belgilarining ustunligi bilan kechadi. Odatda mahalliy o'choq klinik belgilari etarlicha aniq va tipik bo'ladi. Masalan, meningit – isitma, qo'zg'alish, liqildoqlarning shishishi, monoton keskin yig'i,

davriy chinqiriq bilan, talvasalar, boshini orqaga tashlash, qusish, qayt qilish, ba`zan ich ketishi bilan uchraydi. Katta yoshdagi bolalarda kuzatiladigan klassik meningial simptomlar Yangi tug`ilgan chaqaloqlarda odatda kuzatilmaydi.

Osteomielit – suyak usti pardasi va suyakning g`ovak va kompakt moddasiga tarqaladigan, suyak ko`migining yallig`lanish kasalligi. Ko`pincha son va elka suyaklari zararlanadi. Mikroblar suyakka gematogen yo`l orqali tushadi. Chaqaloqlar osteomielitida asosan suyaklarning epifizar qismining zararlanishi yuzaga keladi. Bu kasallik tillarang patogen stafilokokklar bilan chaqiriladi, o`tkir kechadi va yaqin joylashgan bo`g`imlarni ham zararlaydi.

Kasallik toksikozning paydo bo`lishi va keskin o`sib borishi bilan boshlanadi, isitma, oyoq qo`llar harakatining chegaralanishi, passiv harakatda yoki zararlangan joy palpasiya qilinganda og`riq aniqlanadi. Bunday vaqtda ba`zan passiv harakatda, ko`rilayotgan bo`g`im sohasida va yallig`langan joy ustida o`ziga xos tipdagi krepatatsiya seziladi. 2 – 3 kundan keyin bo`g`im sohasida bo`rtish, konturlarining yassilanishi, keyinroq esa shish va suyakning epifizar qismida zich infil`trat paydo bo`ladi. Suyak usti pardasi ostidan yumshoq to`qimaga yiring ochilganda terida giperemiya, flyuktuatsiya paydo bo`ladi. Rentgenologik tekshiruvda: avval bo`g`im yorig`ining kengayganligi, birinchi haftaning oxiri, ikkinchi haftaning boshida esa suyaklanish yadrosining har xil ko`rinishdagi destruktiv o`zgarishlari aniqlanadi. Jarayonning metafizga o`tishida (kasallikning 10 – 14 kuni) periostal o`zgarishlar aniqlanadi. Agar antibiotiklar bilan davolash o`z vaqtida boshlanmasa, ba`zan grammanfiy etiologiyali yoki enterokokkli yallig`lanishda osteomielit sust yoki o`tkir osti kechadi. Intoksikatsiya belgilari u qadar keskin ifodalanmaydi. Klinik jihatdan kasallik oyoq qo`llar holatining chegaralanishi, fiksatsiyalangan holati (bo`g`imning haddan tashqari yozilishi yoki bukilishi) palpasiya va passiv harakatda og`riqli reaksiya kelib chiqadi, zararlangan sohada bo`rtish va rentgenologik o`zgarishlar kechroq 3 – haftadan keyin paydo bo`ladi.

Grammanfiy yiringli yoki kandidozli meningit, stafilakokkli meningitdan farqli ravishda markaziy nerv tizimi faoliyatining susayishi (adinamiya, mushak

gipotoniya, qisqa vaqtli tremor, mushak rigidligi) miya ustunidagi o'zgarishlar (bradipnoe, apnoe xurujlari, bradikardiya, so'rish refleksining susayishi, ko'z olmalarining suzish harakatlari, nistagm) tana harorati subfebril yoki me'yoriy kechishi bilan harakterlanadi. Meningial infeksiya jarayonining boshida qisqa vaqtli 2 – 3 soat davomida tana haroratining ko'tarilishi, 1 – 2 kundan keyin esa gipotermiyaga moyillik kuzatilishi mumkin. Tana vaznining kamayishi, teri rangining kulrang kalorit ko'rinishi, noemotsional, og'riqli, kuchsiz yig'i harakterli. Yuqoridagi belgilar bilan bir vaqtda talvasa, sariqlik, gemorragik sindrom, grammanfiy flora uchun tipik bo'lgan ichak va o'pkaning zararlanishi kuzatilishi mumkin. Yiringli meningit uchun ko'pincha ko'zdagi simptomatika tipik hisoblanadi. Kam hollarda katta liqildoqning bo'rtishi, bosh aylanasi o'lchamlarining kattalashishi, ensa mushaklari rigidligi, qaytalanuvchi qusish bo'ladi. Katta yoshdagi bolalarga xos meningial simptomlar YTCHlarda aniqlanmaydi. Biroq ba'zi hollarda Lesaj simptomi (qo'ltiq ostidan ko'targanda oyoqlarning bukilishi) aniqlanadi .

Yiringli meningit uchun xos orqa miya suyuqligidagi o'zgarishlar harakterli (oqsil miqdorining ortishi, tsitoz, glyukoza miqdorining kamayishi, bakterioskopiya yoki ekmada mikrobnining aniqlanishi) qayta orqa miya punktsiyasidan so'ng aniqlanishi mumkin.

Ko'k yiringli sepsis og'ir kasalliklar fonida rivojlanadi: virusli, bakterial, homila ichi infeksiyalari, tug'ruq jarohatlari, rivojlanish nuqsonlari, muddatiga yetmay tug'ilganlik. Uzoq vaqt O'SVda yotgan bolalarda kirish darvozasi bo'lib, asosan o'pka va kateter bilan jarohatlangan teri hisoblanadi. Ko'k yiringli sepsis intoksikatsiya simptomlari: MNSning so'nish sindromi, gipotermiyaga moyillik, sklerema rivojlanishi bilan harakterli. eng tipik klinik simptomlardan biri terining septik zararlanishi-gangrenoz ektima, terida o'ziga xos qora dog' nekroz xisoblanadi. Juda kam hollarda oxirida pufaklar paydo bo'lishi va teri yuza qavatining ko'chishi bilan kechadigan keng maydonli nekrozlar ham kuzatiladi. Barcha bemorlarda anemiya, leykopeniya, leykotsitar formulaning chapga siljishi, leykotsitlarning degenerativ va toksik donador shakllarining paydo bo'lishi,

trombotsitopeniya aniqlanadi, EChT me`yorida. Ko`k yiringli va proteyli sepsis bilan kasallangan bemorlar o`zga xos hidga ega bo`ladi.

Anaerob flora qo`shilishi natijasida nekrotik enterokolit, ich kelishining tezlashishi va ko`pincha shilliq suvli harakterda bo`lishi, qorinning doimiy dam bo`lishi, qorinning pastki qismida shish, qusish, umumiy ahvolning yomonlashishi, tana vaznining kamayishi, suvsizlanish, giporefleksiya kuzatiladi. Keyinroq esa o`t aralashmalari bilan qusish, qorinning pastida va jinsiy a`zolarida shish, doimiy meteorizm, qorin palpasiyasida bolada og`riq reaksiyasining bo`lishi, ich kelishining kamayishi yoki butunlay to`xtashi, ba`zan shilliq, ba`zan qon aralash ich kelishi kuzatiladi. Qorin damligining keskin ortib ketishi, haddan ziyod bezovtalikning kuchayib ketishi va kollaps belgilari (xansirash, oqarib ketish, arterial bosimning pasayishi, mushak gipotoniyasi), bu ichak perforatsiyasi haqida fikr yuritishga va tezlikda qorin bo`shlig`i rentgenografiyasiga ko`rsatma hisoblanadi.

Klebsiellyoz sepsis isitmasiz, gipotermiya fonida o`tkir yoki yashinsimon kechishi bilan harakterlanadi. Bunda sklerema, teri qoplamlari sarg`ayishi harakterli. Gepatosplenomegaliya kam uchraydi.

Pnevmoniya odatda yiringli endokardit bilan boshlanadi, keyin ko`p miqdorda quyuq, shilimshiq yiringli balg`am paydo bo`ladi. Bu esa traxeobronxial daraxtni sanatsiya qilishni talab qiladi. Bazan o`pkada ko`p sonli destruktiv o`choqlar paydo bo`ladi. Bemorning ahvoli yomonlashishi septik shok rivojlanishi bilan boshlanib gemoragik sindrom va DVS sindromi dekompensatsiyasi bilan birga kuzatilishi mumkin.

Kirish darvozasi bo`lib ko`pincha tomir kateterizatsiya qilingan joy, o`pka, kam hollarda kindik yarasi, ichak hisoblanadi.

Kolisepsis. Sepsisning avj olish davrida tana haroratining beqarorligi yoki isitma, sariqlik, toksik gepatit rivojlanishi bilan kechadigan hepatomegaliya, qorinning dam bo`lishi, diareya, apnoe xuruji, tsianoz, yuqori qo`zg`aluvchanlik, letargiya kuzatiladi.

Meningit aniq nevrologik belgilersiz kam simptomli kechishi mumkin.

Kampilobakter sepsis - qonli stul, isitma, diareya bu sepsisning tipik ko‘rinishidir.

Gemofilik sepsis- mikrobnining noaktiv shtamlari bilan ona tug‘ruq yo‘llarida zararlanishi natijasida kelib chiqadi, isitma, meningit, pnevmoniya, yiringli plevrit bilan yiringli otit xarakterli. Osteomielit, endokardit, peritonit, septik tromboflebit bo‘lishi mumkin.

Tashxisotda: Sepsisning tashxisoti bir necha bosqichlardan tashkil topgan.

Birinchi bosqich-infeksiya o‘chog‘ini aniqlash. CHaqaloqlar erta sepsisining xususiyatlaridan biri ona organizmi yoki yo‘ldoshda birlamchi septik o‘choq bo‘lmasligi mumkinligini hisobga olish zarur. Bolada meningit, pnevmoniya, enterokolit, pielonefrit, artrit, osteomielit, peritonit, abscess, yumshoq to‘qimalar flegmonasini anamnez, fizikal va instrumental tekshiruvlar, kasallik simptomlarini dinamikada kuzatish asosida tasdiqlanadi yoki inkor qilinadi.

Ikkinchi bosqich- aʼzolar etishmovchiligi va asosiy tizimlar funksional faolligini, gemostaz barqarorligini baholash.

Uchinchi bosqich- YTCH organizmida tizimli yallig‘lanish reaksiyasini baholash bosqichidir.

YTCHni tizimli yallig‘lanish reaksiyasining mezonlariga quyidagilar kiradi:

- Aksilyar harorat $>37,5^{\circ}\text{C}$ yoki $<36,2^{\circ}\text{C}$.
- Umumiy qon tahlilidagi o‘zgarishlar.
- Qon zardobida S-reaktiv oqsil miqdorining 6 mg/l dan oshishi.
- Qon zardobida prokal’tsitonin miqdorining 2 ng/ml dan oshishi.
- Qon zardobida IL-8 miqdorini 100 pg/ml

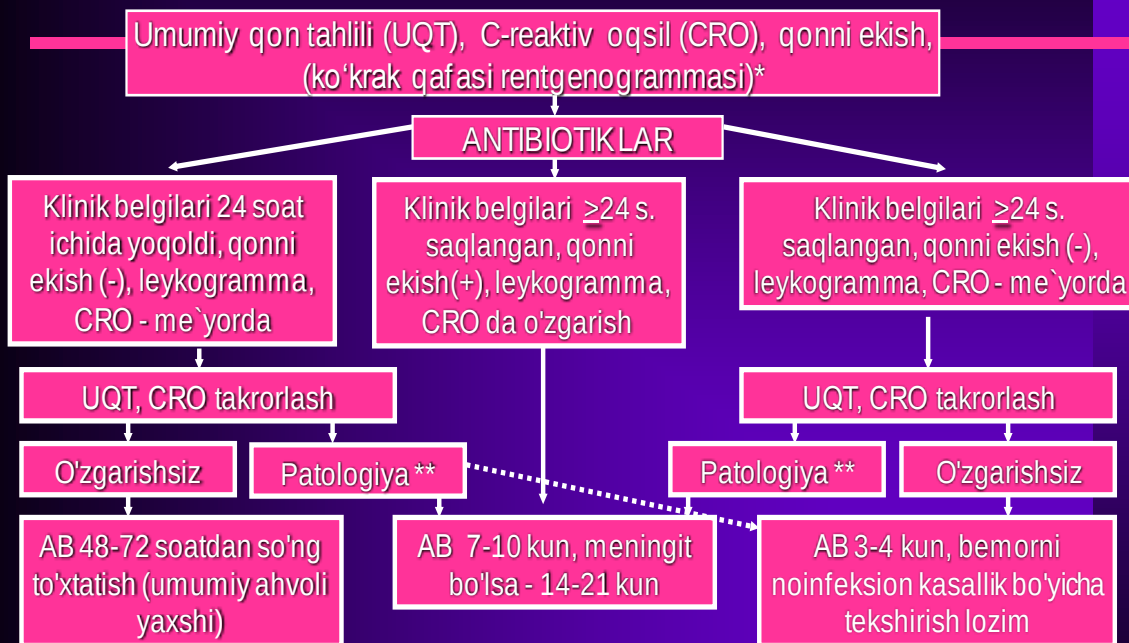
Ko‘rsatkich	Bolaning yoshi	Mos keluvchi ko‘rsatkichlar
Leykotsitoz	1-2 kun	$> 30\,000$
	3-7 kun	$> 20\,000$

	>7 kun	> 15 000
Leykopeniya		< 5000
Neytrofilez	1-2 kun	> 20 000
	3-7 kun	> 7000
	>7 kun	> 6000
Neytropeniya	1-2 kun	< 5000
	3-7 kun	< 2000
	>7 kun	< 1500
form neytrofilov	1-2 kun	➤ 5000
	s 3 go kun	➤ 1500
Neytrofil'niy indeks		> 0,2

Imkoniyatga qarab qo'shimcha laborator tekshiruvlarda tizimli yallig'lanish ko'rsatkichlari, yallig'lanish keltirib chiqaruvchi tsitokinlar, yallig'lanishining o'tkir fazasi oqsillarining miqdorini o'zgarishi aniqlanadi. Bola hayotining dastlabki 3 kunida yuqorida ko'rsatilgan 3 bosqich belgilari kuzatilsa bu "sepsis" tashxisini taxmin qilishga asos bo'ladi va empirik antibakterial terapiyani boshlashga ko'rsatma bo'ladi. Bola hayotining 4- kunidan so'ng birlamchi ifeksion - yallig'lanish o'chog'ining mavjudligi, 2 yoki undan ortiq a'zo va tizimlar faoliyatining buzilishi va hech bo'lmasa yuqoridagi 3 nafar tizimli yallig'lanish ko'rsatkichlarini bo'lishi "sepsis" tashxisini taxmin qilish uchun asos bo'ladi va tezda antibakterial terapiyani boshlashga ko'rsatma bo'ladi.

Sepsisning tashxisotida muhim bosqich bu –mikrobiologik tekshiruv, qon ekmasi, orqa miya punktsiyasi (klinik ko'rsatma bo'lsa), traxeyadan, yiringli o'chog'dan surtma, siydik olish.

SESSISNING KLINIK BELGILARI BO'LGAN CHAQALOQLARNI TEKSHIRISH VA DAVOLASH ALGORITMI



* NBS yoki nevrologik ozgarishlarda;

** noinfektsion patologiya to'grisida o'ylash kerak;

Davolash

Bolada sepsis taxmin qilinganda yoki sepsis tashxisi qo'yilganda YTCHni tezlikda kasalxonaning reanimatsiya bo'limiga yoki YTCHlar patologiyasi bo'limiga yotqizish.

Parvarish – bolani kasallikning o'tkir davrida harorati 38⁰Sdan va namligi 60%dan kam bo'lmagan kuvezda saqlash kerak.

Ovqatlantirish – asosan ona suti bilan boqiladi, ona suti bo'lmaganda moslashtirilgan, bifidobakteriyalar bilan to'yintirilgan sun'iy aralashmalardan (NAN, Nutrilon, Pregestimil, Al'fare) foydalaniladi.

Umumiy ahvoli og'ir bolalarni butilka yoki zond orqali ovqatlantiriladi. Optimal parvarishni tashkil etish uchun ona bemor bolaning parvarishida qatnashishi, musbat emotsional statusni saqlab turish, qo'shimcha infitsirlanishning oldini olishi, teri va shilliq qavatlarni doimiy toza saqlashi, xona havosini almashtirib turish ishlari olib boriladi.

Sepsisning terapiyasi bir vaqtining oʻzida 2 xil yoʻnalishda olib boriladi:

1. Etiotrop davolash- infeksiyon agentga taʼsir qiladi.
2. Patogenetik davolash- gomeostaz, immun tizimi va aʼzolar faoliyatini tiklashga qaratilgan.

Antibakterial davolash.

1. Davolashning dastlabki bosqichida (kasallikning etiologiyasini aniqlashdan avval) davo choralari kasallikning boshlanish vaqtiga qarab, sharoitiga qarab, birlamchi oʻchoqning joylashgan joyiga qarab (agar boʻlsa) oʻtkaziladi.
2. Empirik davolashda tanlanadigan antibiotiklar yoki antibiotiklarining kombinatsiyasi bakteritsid xususiyatga ega va sepsisni keltirib chiqaruvchi infeksiyalarga qarshi boʻlishi shart.
3. Antibiotiklarni tanlashda ularning gematoentsefalik yoki boshqa toʻsiqlardan oʻtishiga eʼtibor beriladi.
4. Barcha holatlarda antibiotiklarning kam toksikligiga, aʼzolar etishmovchiligi xususiyatlariga eʼtibor beriladi.
5. Asosan vena ichiga yuboriladigan antibiotiklarni tanlash kerak.

YTCHlarni erta sepsisida ampitsillin preparati aminoglikozidlar bilan birgalikda tanlanadi. Masalan: ampitsillin bilan (300,400 mg/kg sutkalik, 4-6 marta) aminoglikozidlar (gentamitsin yoki tobramitsin 7,5-10 mg/kg sutka yoki amikatsin 22,5-30,5 mg/kg sutka 3 marta) yoki tsefalosparinlar (200 mg/kg sutka 4 marta) karbenetsillin kombinatsiyasidan foydalaniladi.

Teri septik holatida penitsillin va tsefalosporinlar aminoglikozidlar bilan birgalikda qoʻllaniladi.

Koʻp hollarda OʻSV yotgan bolalar *Ps. Aeruginose*, *Acinetobacter spp*, *Klebsiella spp* infeksiyalari qoʻshilib oʻpka sepsisini keltirib chiqaradi. Bunda tikartsillin/klavulan kislota, piperatsillin yoki tseftazidim + amikatsin qoʻllaniladi.

Asosan stafilakokk etiologiya sepsisda vankomitsin, agar bu dori moddasi samara bermasa linezolid qoʻllaniladi.

Ichak va siydik yullari sepsisida imipenem (tienam), abdominal sepsisda tikartsillin/klavulan kislota, piperatsillin, metronidazol, linkozamid, linezolin, amikatsin qo'llaniladi.

48 soat ichida bolaning umumiy ahvoli yaxshilansa antibakterial davolash natijasini yaxshi, deb baholaymiz. 48 soat ichida bolaning umumiy ahvoli yaxshilanmasa antibakterial davolashni samara bermadi deb baholaymiz. Bunda al'ternativ antibakterial davolashga o'tiladi va dezintoksikatsion infuzion davolash o'tkaziladi.

Antibakterial davolash o'rtacha 4 hafta davom etadi. Aminoglikozidlar 10 kun davomida qo'llaniladi.

Patogenetik davolash quyidagi asosiy yo'nalishlardan iborat: immunokorreksiya davo, infuzion davo, suv –elektrolitlar, qonning kislota-asos balansini tiklash, shokka qarshi davo, asosiy a'zolar va tizimlarning vazifasini tiklash.

Immunokorreksiya davo uchun likopid, interferon –al'fa 2 (Viferon) dori vositalaridan foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Dezintoksikatsion terapiya siydik haydovchilarni (furasemid) qo'llash fonida suyuqlik yuborish orqali olib boriladi. Simptomatik sindromal davolash, nafas buzilishi terapiyasi, biokimyoviy o'zgarishlar va suv-elektrolit almashinuvini korrektsiya qilish. Qon ivishi buzilishini yo'qotish, immunoglobulinlarni vena ichiga qo'llash, fagotsitoz jarayonini kuchaytirish, komplement tizimini jadallashtirish, neytrofillarning antigenga qarab harakatlanishiga yordam berish, antigenlar toksikligini kamaytirish, viruslarni neytrallashtirish kabi funktsiyalar bajariladi.

O'tkazilgan ko'p sonli tahlil natijalariga ko'ra immunoglobulinlarni vena ichiga profilaktik maqsadda qo'llash muddatiga yetmay tugilgan bolalarda sepsis xavfini 3-4 % ga kamaytiradi, lekin o'lim va kasallanishni kamaytirmaydi. Profilaktika uchun vena ichiga qo'llaniladigan immunoglobulinlarning dozasi 400-500 mg/kg, bu dozani 14 kundan keyin yana qaytarish kerak. Olib borilgan

tekshirishlar natijasi katta yoshli bolalar va kattalarda vena ichiga immunoglobulin yuborish og'ir sepsisni davolash oqibatlarini yaxshilashga olib keladi.

YTCH larda qo'llaniladigan 1 martalik doza 500-750 mg/kg, odatda 1 ta dozadan 2-3 kunga buyuriladi.

SHokka qarshi davo adrenalin, gidrokortizon 5-10 mg/kg. Gemostazning korrektsiyasi uchun Yangi muzlatilgan qon plazmasi + heparin 50-100 mg/kg sutkasiga foydalaniladi.

Abstsesslarni ochishda, psevdofrunkulni ochishda, osteomielit o'chog'ida aktiv aspiratsiya apparati qo'yilganda pediatr bolalar jarrohi bilan birga ish olib boradi. Maxalliy terapiya vaqtida o'pka patologiyasida aerozol antibiotik bilan, yiringli endobronxitda esa antiseptik eritmalar bilan yuvish olib boriladi. Fizioterapevtik muolaja zararlangan o'choqni davolashda asosiy hisoblanadi.

Bemorda yiringli o'choqqa SVCH, keyin antibiotiklar elektroforezi qo'llaniladi. Me'yoriy mikrobiotsinozi sepsisli bemorni komponent davolash uchun muhim. Antibiotiklardan foydalanish vaqtida laktobakterin (1 dozadan 3 mahal kuniga) ichishga buyuriladi. Bemorda ajratib olingan mikroblardan bakteriofag tayyorlanadi.

Tiklanish davrida va sog'ayish davrida immunitetning nospetsifik stimulyatorlaridan foydalaniladi. Bu bosqichda massaj va gimnastika fizioterapiya, sayr juda muhim.

Dispanser kuzatuv poliklinikada amalga oshiriladi. Statsionardan bemorlarni chiqargandan keyin 3 – yil davomida dispanser nazorati ostida bo'lishi kerak.

Sepsisning asoratlari. Gestatsion yoshi 28 haftadan kam bolalarda o'lim 25 – 30 %ni tashkil qiladi. 20 – 30 % hollarda sepsis meningit bilan asoratlanadi, asoratlangan meningitdan o'lim esa 20 – 25 %ni tashkil etadi va muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar o'rtasida eng yuqori hisoblanadi.

Profilaktik emlash bola sog'aygandan so'ng 6 oy ichida qilinadi. Neonatal sepsis o'tkazgan kam darajada tserebral disfunktsiyasi borligini hisobga olib yarim yil davomida fenibut, pantogam, aminoron, entsefabol, nootropil (1 – 1,5 oylik kurs

bilan), temir etishmovchiligi anemiyasi, raxitni profilaktikasi, massaj, gimnastika olib borish muhim.

YTCHlar yiringli septik kasalliklarining oldini olish homilador ayollarda (asosan siydik yo'llari va jinsiy a`zolar sferasi), surunkali yallig'lanish o'choqlari, bakterial vaginoz o'choqlarini aniqlash va sanatsiya qilish, o'tkir infeksiyadan alohidalantirish, ayollar maslahatxonasida kuzatish, homiladorlikning yaxshi kechishi uchun sharoit yaratish, buzilishlarni korrektsiya qilish, muddatiga yetmay tug'ilishdan ogohlantirish ishlarini olib borish.

Tug'ruq uyi va YTCH patologiyasi bo'limlarida xodimlar orasida epidemiyaga qarshi chora tadbirlar, yiringli septik kasalliklarning profilaktikasi uchun muhim sharoitlar yaratish ishlarini olib borish, eng asosiy ahamiyatlisi hamshira va vrach qo'lini bola bilan kontaktgacha va undan keyin antiseptik suyuq sovun bilan yuvish. Qo'lni yuvishdan oldin xalat engini tirsakkacha ko'tarib soat va taqinchoqlarini echib qo'yilishi kerak. Barcha olib boriladigan muolajalar, qon olish, vena ichiga dorilar yuborish, vena ichi kateterlarini to'g'ri quyilganligi, boshqa muolajalar bir martalik steril qo'lqoplarda bajarilishi shart. Bir martalik nina, shiprts, so'rg'ichlardan foydalanish kerak. Diagnostik apparaturalar ham toza saqlanishi kerak.

Tug'ilgandan keyin yarim soat ichida ona ko'kragiga bolani qo'yish yiringli septik kasalliklarning chastotasini kamaytiradi. Tug'ilgandan keyin teri va shilliq qavatlar, ichaklarda, nafas yo'llarida mikroorganizmlarning to'xtovsiz ko'payishi boshlanadi. Bu mikroorganizmlar onadan o'tgan bo'ladi. SHuning uchun ona va bolani tug'ruq ustida birga bo'lishi muhim. Ona umumiy yo'lga qo'yilgan tozalik qoidalarini bilishi, unga rioya qilishi hamshira esa buni har doim kuzatib borishi, bolani to'g'ri ovqatlantirish qoidalarini o'rgatishi kerak.

8 –BOB. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR HOMILA ICHI INFEKSIYALARI HKK (R35)

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlari homila ichi infeksiyalari bu – homila ichida, tug‘ruq vaqtida va erta neonatal davrda infeksiya bilan zararlanishi natijasida kelib chiqadi.

Homila ichi infeksiyalar – bolalar va onalar o‘rtasida kasallanish va o‘limning etakchi sabablaridan biri hisoblanadi. Hozirgi vaqtda ular katta ijtimoiy va iqtisodiy ahamiyat kasb etadi. Ko‘pchilik hollarda homila ichi infeksiya (HII) tashhisi juda kech aniqlanadi. Ba‘zi HII diagnostikasi va aniqlanishi faqat postmortal o‘limdan so‘ng o‘tkaziladi.

Nisbatan yaqin davrlardan boshlab immunologik diagnostik usullari rivojlanishi bilan tsitomegamiya, herpes va OIV – infeksiyasi, xlamidioz, mikoplazmoz singari infeksiyalarni aniqlash imkoniyati paydo bo‘ldi. Anaerob o‘stirish texnikasining mukammallashtirishi 10 – 26 % hollarda amnion bo‘shlig‘idagi yallig‘lanish jarayoniga aerob mikroorganizmlar bilan bir qatorda spora hosil qilmaydigan anaerob bakteriyalar sabab bo‘lishini aniqlashga imkon berdi.

HII tarqalganligi epidemiologik sharoitga va homilador ayollar o‘rtasida immun tanqis qatlam borligiga bog‘liq. Umuman olganda, tug‘ma infeksiyalar transplatsentar o‘tishi 2,0 – 2,5 % ga etdi, bu infeksiyalarning ko‘pchiligi klinik belgilersiz kechadi. Og‘ir klinik kechish holatlari 1: 5000 – 1: 10000 nisbatda tug‘ruqlarda uchraydi.

Homila ichi infeksiyalarining etiologiyasi va patogenezi

Perinatal infeksiyalarning etiologik omillari turli – tuman patogen hamda shartli patogen mikroorganizmlar bo‘lishi mumkin. Turi nuqtai nazaridan bu mikroorganizmlar gemofil va ko‘k yiringli tayoqchalar, klebsiellalar, V guruhidagi

streptokokklar, koagulazomanfiy stafilokokklar, enterkokklar, bakteroidlar, fuzobakteriyalar, peptokokklar, peptosreptokokklar, gardnerellar, achitqisimon zamburug‘lar va boshqalar ko‘rinishida bo‘ladi. Biroq homila ichi infeksiyalari rivojlanishida turli mikroorganizmlarning ta‘sir darajasi bir xil emas.

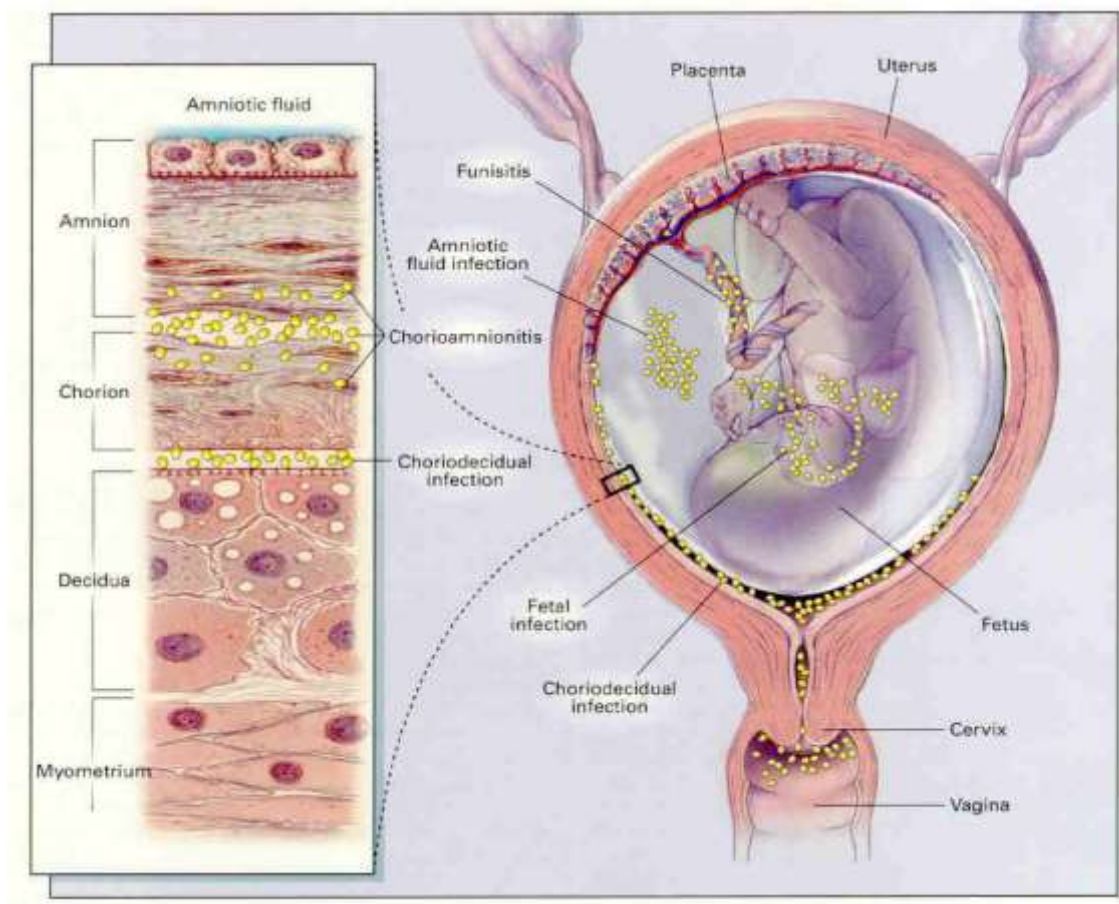
Ko‘pincha chaqaloqlarning infitsirlanishi tug‘ruq vaqtida yuzaga keladi. Kasallanish darajasi bakterial vaginoz va onaning jinsiy yo‘llaridagi infeksiyalarida keskin oshadi. Bu kasalliklar natijasida onada HII bilan tirik tug‘ilgan bolalar soni 10% gacha etadi. Jinsiy yo‘l bilan o‘tadigan mikroorganizmlar orasida turli sinflarning vakillari (gonokokklar, xlamidiyalar, treponemalar, V guruhidagi streptokokklar, xelikobakterlar); viruslar (1 va 2 turdagi herpes viruslari, Sitomegalovirus, V gepatiti, OIV virusi), zamburug‘lar (kandidalar); oddiy mikroblar (trixomondalar) bo‘ladi. Jinsiy yo‘l bilan o‘tadigan infeksiyalar homiladorlarning 10 – 15 % ida vaqtdan ilgari tug‘ishiga sabab bo‘lishini eslatib o‘tish lozim.

Perinatal infeksiyalarning rivojlanishi, homilador ayol immunologik statusining holati bilan bog‘liq. Ma‘lumki, gestatsion davr mobaynida fiziologik immun tanqislik paydo bo‘ladi. Ana shu fonda bolada ham, homilada ham va chaqaloqda infeksiyon – yallig‘lanish kasalliklarining paydo bo‘lish xavfi oshadi.

Me‘yorda amniotik suyuqlik steril bo‘ladi. Homila pardalari butunligi buzilganda aminion bo‘shlig‘ining infeksiyalanish darajasi oshadi.

Homila ichi infeksiyalari patogenezida homila oldi suvlari infeksiyalanishining bir necha asosiy yo‘llari farqlanadi:

- 1) qin va bachadon bo‘yinchasidan yuqoriga ko‘tariladigan infeksiya;
- 2) qon oqimi bilan transplatsentar;
- 3) bachadon naychalari orqali qorin bo‘shlig‘idan infeksiya tushishi;
- 4) bevosita bachadon devoridan tushishi.



Rasm - 15. Homila infitsirlanishining asosiy yo‘llari.

Qo‘zg‘atuvchilarning har bir o‘tish yo‘llaridan amniotik suyuqlikka kirish masalasida to‘liq aniqlik hozircha yo‘q. Amnion bo‘shlig‘ining ishg‘ol qilinishida mikroorganizmlarning qindan, ayniqsa bakterial vaginozdan yuqoriga ko‘tarilib tarqalishi sabab bo‘ladi, degan fikr ustunlik qilib kelmoqda.

Yuqoriga ko‘tariluvchi infeksiya jarayonining I bosqichi – qin va tservikal kanalda mikroorganizmlarning jadal o‘shidir. Keyin, bachadon bo‘shlig‘iga tushib, ular detsidual pardaning bazal qavatida kaloniyalanadi. (II bosqich). Bu holda mikroorganizmlar homila tomirlariga yoki amnion bo‘shlig‘iga tushib xoriovaskulit rivojlanishi mumkin, bu bakterial amnionit paydo bo‘lishiga imkon beradi. (III bosqich). Mikroorganizmlar amnion bo‘shlig‘iga tushib, homilaning infeksiyalanishiga olib keladi. (IV bosqich).

Homila oldi suvlaridagi mikroorganizmlar persistentsiyasi ulardan ko'pchiligining mazkur substrat bakteritsid xossalarini buzish xossalariga egaligi bilan erishiladi. Amnion bo'shlig'iga kirgandan so'ng qo'zg'atuvchilar amalda hech qanday to'siqsiz infeksiya o'chog'ini shakllantiradi. Amnion ichida infeksiya rivojlanishining ba'zi bir xususiy mexanizmlari ma'lum. Homila oldi suyuqligiga tushgan mikroorganizmlar antibakterial tizimlarni faolsizlantiradi (inaktivatsiya). Bakterial xemotaksinlar kindik tomirlaridan qondan neytrofillarni va pilakchalararo qondan xorion plastinka orqali homila oldi suvlariga "migratsiya" qiladi. Homila oldi suvlarida mavjud bo'lgan neytrofillar va bakteriyalar fosfolipaza ajratib, fermentativ jarayon natijasida u amnion hujayralaridan aroksidon kislotasi hosil qilib, keyin protoglandinlarga: E2 (bachadon bo'yinchasini kengaytiradigan) va F2 α (bachadon qisqarishini induktsiyalaydigan) ga aylantiradi.

Etiologiyasiga ko'ra homila ichi infeksiyalarining tasnifi:

Homila ichi infeksiyalari, infitsirlangan yoki biror-bir infeksiya bilan kasallangan onadan infeksiyaning homilaga o'tishi natijasida rovojlanaotgan kasalliklar guruhi. Bu guruh kasalliklari epidemiologik jihatdan o'xshash, lekin klinik simptomlari turlicha bo'lgan qo'zg'atuvchilar tomonidan yuzaga keladi.

1. Bakterial

- Streptokokk;
- Stafilokokk;
- Listerioz;
- Sil;
- Zaxm;

2. Viruslar

- Qizilcha;
- Suvchechak;
- Sitomegalovirus infeksiyasi;
- Enterovirus infeksiyasi;

3. Parazitar

- Toksoplazmoz;

- Mikoplazmoz;

XII o'tkir, subklinik nospetsifik simptomatika bilan, shuningdek latent kechishi mumkin. SHu sababli ularni aniqlash muayyan qiyinchilik keltirib chiqaradi.

Homila ichi infeksiyalarining klinik yaqqol yuzaga chiqqan shakllari o'z vaqtidagi tug'ruqlarda 0,5 – 1 % ni tashkil qiladi, vaqtidan oldin yuz bergan tug'ruqlarda 3,5 – 16% gacha ko'payadi. Amnion bo'shlig'i ichidagi infeksiyalarning klinik belgilariga qator nospetsifik belgilar: homilador ayolda tana haroratining ko'tarilishi, unda yoki homilada taxikardiya, bachadonda og'riq, qindan yoqimsiz hidli ajralma ajralishi kiradi. Aksariyat amnion suyuqligining infeksiyalanishi homila oldi suvlarining vaqtidan oldin ketishi yoki tug'ruqning vaqtidan ilgari boshlanishida namoyon bo'ladi. Amnion suyuqligida grammanfiy bakteriyalarning yig'ilishi yo'ldosh vorsinalari shishini keltirib chiqaradi, bu homilaning intranatal gipoksiyasini avj olishiga sabab bo'ladi.

Homilada infeksiyon jarayonning harakteri va og'irligi infeksiya tushgan davrda homila ichi rivojlanish bosqichi bilan belgilanadi. embrion taraqqiyotining dastlabki 3 oyida a'zo va tizimlarning shakllanish va diffirentsirovka jarayonining buzilishi mumkin, bu tug'ma nuqsonlarning rivojlanishiga olib keladi. HII fetal davrida qon aylanishining buzilishi, distrofik va nekrobiotik jarayonlarning avj olishiga va gidronefroz, gidrotsefaliya va boshqa buzilishlar ko'rinishida kechadi. Infeksiya tushgan paytda homilaning yetukligi nechog'lik kam bo'lsa, yallig'lanish jarayoni shunchalik tez avj olib ketadi. Tug'ruq vaqtida infeksiya tushganda infeksiyon jarayonning rivojlanishi va og'ir-engil kechishi kolonizatsiya intensivligi va homilaning yetuklik darajasiga bog'liq bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kasallik belgilarining namoyon bo'lishi infeksiyon jarayonning bosqichiga bog'liq. CHaqaloqlarda kasallik sust kechishi mumkin yoki uning oqibatlari ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Bunda patalogik belgilar, odatda MNS, jigar, buyraklarning zararlanishi bilan bog'liq. Infeksiyon jarayonning o'tkir bosqichida homila intranatal nobud bo'lishi, Yangi tug'ilgan chaqaloq esa asfiksiya holatida, o'pka, MNS, jigar, yurak zararlangan

holda tugʻilishi mumkin. Agarda, bola infeksiyon jarayonning inkubatsion davrida tugʻilsa, klinik belgilari bir necha soatlar, kunlar va oylardan soʻng namoyon boʻlishi mumkin.

Klinikasi. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda koʻpgina homila ichi infeksiyalarining klinik belgilari nospetsifik va yaqqol emas.

Turli xil homila ichi infeksiyalarining umumiy belgilari:

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda quyidagi klinik belgilar boʻlishi mumkin: umumiy belgilar – ishtahaning pasayishi, tana vaznining oshishining orqada qolishi, gipotrofiya, lanjlik, sklerema, teri rangparligi yoki sariqlik, purpura; respirator buzilishlar – taxipnoe yoki nafas siqilishi, apnoe, tsianoz, nafas aktida qoʻshimcha mushaklarning ishtiroki; meʼda-ichak simptomatikasi – qusish, qayt qilish, qorin choʻzilishi, diareya, qorin old devori pastozligi, jigar taloq kattalashishi. Kardiovaskulyar buzilishlar – taxikardiya, yurak tonlari boʻgʻiqlashishi, nisbiy yurak chegarasining toʻmtogʻligi, oyoq-qoʻllar sovqotishi, yopishqoq terlash, teri osti kletchatkasi turgori pasayishi, shishlar, pastozlik, arterial gipotenziya va b. MNS zararlanishi belgilari – talvasalar, apatiya sindromi turlari, katta liqildoq boʻrtib chiqishi va yuqori chastotali yigʻlash, giperkoʻzgʻaluvchanlik, mushak gipotoniyasi; gematologik siljishlar – anemiya, sariqlik, qon oquvchanlik, trombotsitopeniya, splenomegaliya va b.

Turli hil infeksiyon kasalliklarning klinik koʻrinishlari infeksiyaning etiologiyasiga va u yoki bu aʼzoning koʻproq zararlanishiga bogʻliq holda oʻzgaradi. Infeksiyalangan homila oldi suvlarini yutib yuborilishi va aspiratsiyasi fetal pnevmoniya, gastroenterit, meningit yoki septitsemiya avj olishiga olib keladi.

Infeksiyalangan muhit bilan bevosita muloqotda boʻlish chegaralangan yalligʻlanish: konʻyunktivit, omfalit va boshqalarni keltirib chiqarishi mumkin. Virus boʻlmagan mikroorganizmlar tomonidan qoʻzgʻatiladigan baʼzi bir prenatal zararlanishlar 26 jadvalda keltirilgan.

26-jadval.

Virus bo'lmagan mikroorganizmlar qo'zg'atiladigan prenatal zararlanishlar

Klinik belgilar harakteri	Infeksiyalovchi mikroorganizmlar
Markaziy nerv tizimi	
Meningit, meningo-entsefalit	Candida albicans, Escherichia coli. Streptococcus B, Lysteria monocytogenes, Straphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Treponema pallidum
Sezgi aʼzolari	
Koʻzlar: katarakta, xorioretinit, oʻtkir irit, surunkali iridosiklit, vitriit, glaukoma, koʻruv nervi atrofiyasi, uveit, endoftal'mit, kon'yunktivit, quloq: oʻrta quloq yalligʻlanishi	Cryptococcus neoformans, Toxoplasma gondii, Treponema pallidum, Chlamidia trachomatis, neisseria gonorrhoeae. Mycobacterium tuberculosis
Yurak-qon tomirlar tizimi	
Perikardit, miokardit	Mycoplasma hominis, Bacteroides spp.
Nafas aʼzolari tizimi	
Pnevmoniya, plevrit	Candiada ablicans, Cryptococcus neofarmans

Homiladorlik davrida HIIning nospetsifik belgilari klinik alomatlarini (homiladorlikning uzilish xavfi, homila rivojlanishining kechikishi, koʻp suvlilik, rivojlanish nuqsonlari va b.) va laboratoriya tekshirish usullari koʻrsatkichlarini tahlil qilishda vujudga keladigan diagnostik qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Tugʻma infeksiyalar klinik belgilarning yigʻindisi adabiyotda “TORCH sindromi” – Toxoplasma (Tokso plazma), Rubella – (qizilcha), Cytomegalovirus (sitomegalovirus), Herpes (gerpes) deb ataladi. Koʻpincha HII oʻziga xos klinik

ko‘rinishga ega bo‘lmagani sababli Andre Namias 1971 yilda TORSN atamasini taklif qilgan. (T – Toxoplasmosis; R – Rubella; C – Cytomegalovirus; H – Herpes simplex virus; O – Other) “TORCH sindromi” belgilari 28- jadvalda keltirilgan.

27-jadval.

“TORCH sindromi” belgilari

Patologiyasi	Sababi
Tug‘ma yurak kasalliklari	Qizilcha, TSMV, epidemik parotit
Katarakta	Qizilcha, TSMV
Xoriorit	Qizilcha, toksoplazmoz, TSMV, herpes (uchuq), suvchechak, zahm
Mikroftal’m	Qizilcha, toksoplazmoz, suvchechak, oddiy herpes
TSerebral kal’tsifikatsiya	Toksoplazmoz, TSMV, oddiy herpes, qizilcha
Trombotsitofenik purpur	TSMV, toksoplazmoz, zahm, qizilcha, oddiy herpes
Sariqlik	TSMV, toksoplazmoz, zahm, qizilcha, oddiy herpes, V hepatit, bakterial infeksiya
Gepatosplenomegaliya	TSMV, toksoplazmoz, zahm, qizilcha, oddiy herpes, V hepatit, bakterial infeksiya

Homila ichi infeksiyalarning bevosita tekshirish usullariga transobdominal amniotsentez, so‘ngra infeksiya agentni homila oldi suvlarida identifikatsiyalash va qo‘zg‘atuvchini yoki qondagi spetsifik antitana darajasini aniqlash uchun kordotsentez usullari kiritiladi.

Diagnostikaning bilvosita usullariga tservikal kanal, uretra va qindan qo‘zg‘atuvchi turini aniqlash uchun bakteriologik va virusologik tekshiruvlarga surtmalar olish, shuningdek qondagi spetsifik antitanalar darajasini aniqlashga imkon beradigan serologik usullar kiritiladi.

Homiladorlik davrida UTT muhim diagnostik ahamiyatga ega. Homila ichi infeksiyalanishining exografik belgilariga quyidagilar kiradi:

- homilaning rivojlanishdan orqada qolish sindromi;
- homila oldi suvining kam yoki ko‘pligi;
- yo‘ldosh strukturasining buzilishi (tomirlarining varikoz kengayishi, giperexogen kiritmalar mavjudligi, yo‘ldosh shishi, bazal plastinaning mos kelmasligi, vaqtdan ilgari yoki kech yetilishi);
- qorin o‘lchamlarining kattalashuvi va homila buyraklari kosacha –jomcha tizimining kengayishi.

Kardiotokografiya usuli homila ichidagi infeksiyalanishiga shubha qilishga imkon beradi (homilaning subkompensatsiyalangan holatidan darak beradigan kardiotokogrammaning tovushsiz turi qayd etiladi. SHuningdek, homila holatiga baho berish uchun uning biofizik profeli aniqlanadi. Homila ichi infeksiyalanishida homila tonusining pasayishi, areaktiv nostress test qayd etiladi.

Homila ichi infeksiyasining gistologik belgilariga (xorion yoki yo‘ldosh biopsiyasi) quyidagilar kiradi:

- pilakchalar yetilishining o‘choqli kechishi;
- tomir o‘zani reduksiyasi;
- pilakchalararo oraliqlarning zichligi;
- homila pardalarining polimorf yadroli infil’tratsiyasi;
- yo‘ldosh tomirlarida qon elementlari stazi;
- fibrinoidga “qamalgan” sklerozlangan pilakchalar.

Homila ichi infeksiyalari (HII) – bolaga onadan yo tug‘ulgunigacha yoki tug‘ilish vaqtida yuqqan qo‘zg‘atuvchilar keltirib chiqargan infeksiyon jarayondir.

Qizilcha

Qo‘zg‘atuvchisi – togovirus, Rubivirus vakili. Qo‘zg‘atuvchining yuqori kontagiozligi homilador ayol va homila uchun jiddiy havf tug‘dirardi. Tug‘ma qizilcha nuqsonlarining klassik uchligi (triadasi) katarakta, rivojlanish nuqsonlari va neyrosensor karlikni o‘z ichiga oladi. Homiladorlikning ilk muddatlarida infeksiyalanish, homiladorlikni to‘xtatish uchun tibbiy ko‘rsatma qatoriga kiradi.

Tugʻma qizilcha tashxisini qoʻyishda ona anamnezida (bemor bilan kontaktda boʻlganligi), klinik belgilar (oʻziga xos toshmalar toshishi, limfoadeptiyalar, artropatiyalar)ga asoslanadi. Laborator diagnostikaning muhim ahamiyati bor. Qizilcha virusiga qarshi antitanalarni topish uchun turli xil usullar: radial gemoliz, immunoferment analiz (IFA), lateks- agglyutinatsiya qoʻllaniladi. Qizilcha virusiga nisbatan spetsifik antitanalarni topish uchun IgM – antitanalar fiksatsiyasi metodi, bilvosita radioimmun analiz va immunoferment analiz usullaridan foydalaniladi. Homilada tugʻma qizilcha topilgandagi taktika: homiladorlikning dastlabki 12 – haftasida qizilcha virusi tushishi, homiladorlikni toʻxtatish uchun koʻrsatma hisoblanadi. Bu muddat oʻtib boʻlgach, tugʻma nuqsonlar xavfi tez pasayadi va bunday bemorlarda homiladorlikni saqlab qolish toʻgʻrisidagi masalani hal qilish uchun tekshiruv oʻtkazish maqsadga muvofiq boʻladi.

Toksoplazmoz

Qoʻzgʻatuvchisi – bir hujayrali protozoy parazit *Toxoplasma gondii*. Mushuksimonlar oilasi vakili oxirigi xoʻjayin boʻlib hisoblanadi. Odamga hayvonning ichak ajralmalari bilan bevosita va bilvosita kontaktda, shuningdek, sporotsistalarni saqlovchi sabzavot yoki goʻshtni tanovul qilganda yuqadi. Homiladorda parozitemiya 3 haftagacha davom etadi va yoʻldoshning yalligʻlanishi bilan birga kechadi. Homilada kasallik rifojlanish xavfi I trimestrda 25 % va homiladorlikning II trimestrida 65 % ni tashkil etadi.

Kasallik koʻpchilik hollarda simptomsiz oʻtadi yoki infeksiyon jarayonga xos boʻlmagan belgilar (lohaslik, limfodenopatiya), homiladorlikning uzilib qolish bilan namoyon boʻladi. Homilaning ogʻir zararlanishlarni UTTda aniqlash mumkin (gidrotsefaliya va bosh miya qorinchalarining kengayishi, homila ichi rivojlanishdan orqada qolishi). Toksoplazmoz diagnostikasi uchun ELISA usuli yordamida IgG, va IgM va IgA antitanalarini aniqlashda foydalaniladi.

Homiladorlik davrida (12-haftadan keyin) toksoplazmozni davolash maqsadida rovamitsin (spiramitsin) sutkalik dozasi 6 – 9 mln ME (3 hafta davomida) ichish uchun buyuriladi. Tibbiy koʻrsatma boʻyicha homiladorlarda

kasallikning o'tkir shakli aniqlansa, homiladorlikni to'xtatish to'g'risidagi masala qo'yilishi mumkin.

Listerioz

Qo'zg'atuvchisi – *Listeria monocytogenes* – *Listeria* turkumidagi ettita turlaridan biri hisoblanadi. Homiladorga hastalik ovqatda pasterizatsiya qilinmagan sigir suti, pishloq, xom sosiskalar, tuproqdan ifloslangan sabzavotlar tanovul qilganda yuqadi. Onadagi bakteriemiya transplatsentar xorionamnionit avj olishiga va homilaning infeksiyalanishiga olib keladi.

Homiladorda listeriozning tipik simptomlariga umumiy behollik, kurakda, qorinda og'riqlar, bosh og'rig'i, isitma, homila oldi suvlarining ko'pligi, homiladorlikning vaqtidan ilgari to'xtash belgilar va homilaning ichi gipoksiyasini kiritadilar.

Listerioz tashxisi qon, siydik, homilaning mekoniy, amnion va orqa miya suyuqligida qo'zg'atuvchining topilishi bilan tasdiqlanadi. (ozuqa muhitlariga ekish).

Homiladorni davolash antibiotikoterapiya (homiladorlikning 12- haftasidan keyin): penitsillin yoki ampitsillin, gentamitsin bilan birga (7 – 14 kun mobaynida yoshiga xos dozalarda) yoki eritromitsin (250 mg dan har 6 soatda 7 kun mobaynida) simptomatik vositalar bilan birga qo'llaniladi.

TSitomegalavirusli infeksiya

Qo'zg'atuvchisi tsitomegalavirus (TSMV) – herpesviruslar oilasiga kiradigan shartli patogen qo'zg'atuvchi. Infeksiya jinsiy yo'l bilan yoki infeksiya tushgan donor qoni orqali yuqadi. Homilaga transplatsentar yoki infeksiyalangan tug'ruq yo'llari orqali tug'ilganda yuqadi. Homiladorlikning ilk muddatlarida homila ichi o'tkir infeksiyasida o'z – o'zidan yuzaga keladigan bola tashlash, o'lik bola tug'ilishi mumkin. Birlamchi yoki avj olgan surunkali tsitomegaliya homiladorlikning birinchi yarmida gepatosplenomegaliya, mikrotsefaliya, xorioretinit, meningit, gidrotsefaliya, rivojlanish nuqsonlariga olib keladi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmidagi infeksiyalanish MNS va jigarning zararlanishini keltirib chiqaradi.

Diagnozi. Homiladorlarda birlamchi infeksiya odatda belgilsiz kechadi. Baʼzan gripp belgilari kuzatilib, ular bir necha haftalarga choʻziladi. Diagnostika uchun kulʼtural usul, DNK - diagnostika, polimeraz zanjirli reaksiya va serololik usullardan foydalaniladi.

Davolash. TSitomegalavirusli infeksiyaning spetsifik davosi yoʻq. Homiladorlarda TSMV aniqlanganda vena ichiga tomchilab 2 ml dan tsitotekt haftasiga ikki marta (2 hafta davomida) qoʻllaniladi. Immunoterapiya odam immunoglobulini (vena ichiga 3 ml dan tomchilatib, 200 ml izotonik natriy xlorid eritmasida haftasiga uch marta) va viferon (sutkasiga 1ta rektal shamchadan 2 marta, 5 kun davomida) bilan oʻtkaziladi. Metobolik davolash kurslarini oʻtkazish maqsadga muvofiq.

Kasallikning ehtimol tutilgan oqibatlarini prognoz qilish qiyin vazifa hisoblanadi, chunki homilaga infeksiya tushishi homiladorlikning har qanday muddatida roʻy berishi mumkin. Homila ichi Sitomegalovirusli infeksiyasining uchrash darajasi 0,4 dan 2,3 % gacha oʻzgarib turadi. Homiladorlik davrida birlamchi infeksiya bilan zararlanganda homilaning zararlanish xavfi 40 – 50 % ni tashkil qiladi.

Gerpetik infeksiya (Uchuq)

Qoʻzgʻatuvchisi oddiy herpesvirusi (HVS) serotiplari HVS – 1 va HVS – 2. Qaytalanuvchi genital herpes hollarining koʻpchiligiga HVS – 2 sababchi hisoblanadi.

Homiladorlarda oddiy genital herpesning klinik koʻrinishi jinsiy yoʻllar shilliq pardalarida pufakcha toshma elementlarining yuzaga kelishi bilan namoyon boʻladi. Kasallik klinik jihatdan yaqqol kechgan taqdirda pufakli toshmalar sonning ichki yuzasi va qoringa tarqalishi mumkin. Bir vaqtning oʻzida giperemiya, qin shilliq pardasida yarali yuzalar paydo boʻlib, ular juda ogʻriqli

kechadi. Laborator usullardan immunoflyuorestsentsiya reaksiyalari va ELISA usullari katta ahamiyatga egadir.

Gerpetik infeksiyada homiladorlikning muddatdan choʻzilib ketishi (chastotasi) erta muddatlarda 54 % va kech muddatlarda 25 % ni tashkil etadi. Homiladorlikning 32-haftasidan keyin, onadagi faol gerpetik infeksiya homila va Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni 40 – 60 % holatlarda zararlashi mumkin. Homila uchun birlamchi gerpetik infeksiya eng xavfli hisoblanadi, chunki bunda neonatal herpes 20 – 50 % ni tashkil qiladi. Neonatal herpes chegaralangan va tarqalgan infeksiya koʻrinishida kechadi, shuningdek bola hayotining keyingi davrlarida klinik belgilar bilan latent (yashirin) oʻtadi.

Homiladorlikni kuzatish davomida gerpetik infeksiyani aniqlash va oʻz vaqtida davolash kerak. Tugʻruq vaqtida yoki ulardan oldin tugʻruq yoʻllaridan virusni aniqlashga hamma testlarni oʻtkazish zarur.

Kasallikning klinik, virusologik va immunologik belgilari boʻlmagan taqdirdagina, tugʻruqni tabiiy tugʻruq yoʻllari orqali oʻtkazish mumkin. Infeksiya topilgan taqdirda, homila pardalari zararlenganda, yoki suvsiz oraliq vaqti davomiyligi 6 soatdan koʻp boʻlganda operatsiya amaliyoti bilan tugʻdirish maqsadga muvofiq boʻladi.

Davolash. Immunoterapiya uchun odam immunoglobulini (vena ichiga 3 ml dan tomchilatib, 200 ml izotonik natriy xlorid eritmasida haftasiga uch marta) va viferon (sutkasiga 1ta rektal shamchadan 2 marta, 5 kun davomida) foydalaniladi. Mahalliy antigerpetik malhamlar qoʻllaniladi.

Metobolik davolash (7 kundan ikkita kurs, 2 hafta tanaffus bilan) oʻtkazish maqsadga muvofiq. Birinchi kurs: kokorboksilaza – sutkasiga 100 mg mushak orasiga, riboflavin – 5 mg dan ichishga sutkasiga 3 marta, lipoat kislota 0,0025g dan ichishga sutkasiga 3 marta, E vitamin 100 mg dan ichishga sutkasiga 3 marta.

Ikkinchi kurs: riboksin 0,2g dan ichishga kuniga 3 marta, folat kislota 1 mg dan ichishga kuniga 3 marta, kaliy orotat 0,5g dan ichishga kuniga 3 marta, troksevazin 1 kapsuladan ichishga kuniga 2 marta.

III trimestrda etiotrop davolash uchun asiklovirdan 200 ml dan ichishga sutkasiga 5 marta foydalanish mumkin (davo davomiyligi 5 sutka). Homiladorda infeksiya disseminatsiyasi bo'lganda (entsefalit, pnevmoniya yoki gepatit) asiklovirni 5 mg/kg dozada har 8 soatda vena ichiga kiritish tavsiya qilinadi. Oyni etgan homiladorlikda kasallikning o'tkir kechishida kesarcha kesishga nisbiy ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Xlamidioz

Xlamidioz infeksiyaning klinik belgilari turlicha ko'rinishda kuzatiladi. 18% hollarda kon'yuktivit, 16% pnevmoniya, ba'zi hollarda esa rinit, faringit, otit, hattoki sepsis ham rivojlanishi mumkin. Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqlarda quyidagi nevrologik simptomatika: yuqori qhgz'aluvchanlik, qo'l-oyoqlar tremori, teri giperesteziyasi, qayt qilish, og'riqli qichqiriq kuzatiladi. Xlamidiya infeksiyasi muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarda esa nafas etishmovchiligi ko'rinishida kuzatiladi.

Xlamidioz infeksiyaning neonatal davrda kechishi zararlanish vaqti, infeksiyani massivligiga, homilaning morfo-funksional yetuklik darajasiga, yo'ldosh kasalliklarning bor yoki yo'qligiga bog'liq.

Xlamidiyal pnevmoniya bola hayotining 7-11 kunidan kuzatiladi. Bunda: tana haroratining oshishi, yaqqol bo'lmagan intoksikatsiya belgilari, xurujsimon yo'tal, auskul'tativ belgilardan esa kam miqdorda o'pkada krepatatsiyalovchi xirillash, bronxoobstruktiv sindrom kuzatiladi. Rentgenogrammada infil'trativ o'zgarish, qon analizida yaqqol eozinofiliya, neytrofillarning ortishi bilan kuzatiladigan leykotsitoz. Xlamidiyal pnevmoniyaning kechishi ko'pincha cho'zilgan.

Xlamidioz kon'yuktivit bola hayotining 1 haftasi oxirida rivojlanadi. Bunda kon'ktivaning qizarishi, qovoqlarning shishishi, yiring ajralishi kuzatiladi. Blenoreyani oddiy ko'z tomchilari va malhamlari bilan davolash samarasiz bo'lib, ba'zi hollarda hattoki qovoqlarning shishi va yiring ajralishini kuchaytiradi. Noadekvat davo olib borilganda kon'yuktivit bir necha oyga cho'zilishi mumkin,

Suvchechak

Qo'zg'atuvchisi – suvchechak va Herpes Zoster o'rab oluvchi temiratki (VZV) virusi herpesviruslar oilasiga kiradi. Kasallikning uchrashi 10000 kishiga 7 tani tashkil qiladi. Kasallik yuqori kontagiozligi bilan tavsiflanadi. 90% dan ortiq hollarda virus nafas yo'llariga tushishi orqali va bemor terisidagi vezikulyar suyuqlik bilan kontaktda yuqadi. Suvchechakda immunitet bir umrga saqlanadi. Biroq virus senson nerv gangliylarida latent holatda qoladi va reaktivatsiyadan (kamdan kam) o'ziga xos teri toshmasini keltirib chiqaradi.

Klinik ko'rinishi terida papula vezikulyoz toshmalar toshishi bilan karakterlanadi. Homiladorlarda asorat sifatida pnevmoniya ayniqsa xavfli hisoblanadi.

Dastlabki 20 haftada infeksiya yuqishi tug'ma suvchechak sindromi avj olishiga sabab bo'lishi mumkin: oyoq – qo'l suyaklari va mushaklarning gipoplaziyasi, nevrologik zararlanishlar (mikrotsefaliya, ichak va qovuq sfinkterlari disfunktsiyasi), ko'z zararlanishi (katarakta, mikroftalmiya, xorioretinit). Homiladorlikning 20-haftasidan so'ng infeksiya yuqishi og'ir fetal infeksiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Laborator tashxis juft zardoblarda antitanalar titrining to'rt karra ortishi va VZV ga spetsifik IgM – antitanalar topilishiga asoslanib qo'yiladi.

Homilador ayollar nazorati kuchaytiriladi. Davo asiklovir 200 mg dan sutkasiga 4 marta o'tkaziladi. Homilada rivojlanish nuqsonlari aniqlanganda homiladorlikni to'xtatish to'g'risidagi masala hal qilinadi.

Ayrim HII larining aniq klinikasi 24 – jadvalda ko'rsatilgan.

28-jadval

Homila ichi infeksiyalari

Kasallik	Neonatal kasallik	Davolash
qo'zg'atuvchisi;	Rivojlanish nuqsonlari	

uning homilaga tushish yoʻli		
Qizilcha; RNK virusi; gematogen.	Tugʻilishda vaznining pastligi; purpura-petexiyalar xos (trombotsitopeniya oqibati), baʼzan “chernikali pirog”ni eslatadi; anemiya; meningoentsefalit (spastik falajlik va parezlar, opistotonus); gepatit sariqlik; splenomegamiya bilan; surunkali sariqlik; interstitsial pnevmaniya; miokard nekrozi; suyak oʻzgarishlari-osteitlar, boldir va panjaning “lateral” rotatsiyasi; dermatoglikfik buzilishlari; iridosiklit, toʻr parda depigmentatsiyasi oʻchoqlari. Intoksikatsiya, qaltirash yoʻq. Bemor 1,5-2 yilgacha virus ajratadi. 2/3 bolalarda tugʻma qizilcha perinatal davr tugagach yuzaga keladi. Karlik (80%da), katarakta, glaukoma, mikrotsefaliya, gidrotsefaliya, oʻsishdan, psixomotr rivojlanishdan orqada qolish, choklar va liqildoqlarning kech yopilishi, qandli diabet (20%da) qalqonsimon bez kasalliklari. Tugʻma rivojlanish nuqsonlari agar ona homiladorlikning 1 oyida kasal	Simptomatik, quvvatlovchi davo; spetsifik davosi yoʻq.

	bo'lganda 50%, Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 2-3 oyda esa 25-14%, kechroq kasal bo'lganda 3-8%. Gregg triadasi (katarakta, mikroftal'miya, glaukoma va b.), yurak (ochiq arterial yo'l o'pka arteriyasi va aorta stenozlari, to'siq nuqsonlar), karlik, me`da ichak yo'li nuqsonlari, dizembriogenez stigmalari ko'pligi.	
TSitomegaliya; DNK virus herpes viruslar guruhidan; infeksiya tushishining gematogen yo'li. Ko'tariluvchi yoki quyilgan qondan, ona sutidan yoki donordan yuqish ehtimol	Tug'ilishda vazni kam; sariqlik, gepatosplenomegaliya (gepatit oqibati), gemorragiyalar-petexiyalar, melena va b. (trombotsitopeniya), pnevmoniya, meningoenfalelit, qorinchalar atrofida mayda tserebral kal'tsifikatlar, interstitsial nefrit, anemiya normoblastoz bilan, xoriorretinit, keratokon'yuktivit, bakterial infeksiyaning og'ir kechishi. Odatda klinikasi chilla davri yakunlangach yuzaga chiqadi: karlik, ensefalopatiya, pnevmoskleroz, jigar tsirrozi, ichak, buyraklar shikastlanishi (nefrotik sindrom), ichki sekretiya bezlari – qandli diabet, qalqonsimon bez kasalliklari Tug'ma nuqsonlar: mikrotsefaliya, paraventrikulyar kistalar, porentsefaliya, o't yo'llari atreziyasi, buyrak polikistozi, qov churrasi,	TSitomegaliyaning hayotga tahdid soluvchi kechuvida gansiklovir kuniga 10 – 15mg/kg miqdorda yoki foskarnet 120mg/kg 3-6-12 hafta. Gansiklovir juda toksik preparat. TSitotekt (10% antiSitomegalovirus immunoglobulin) venaga 2 ml/kg miqdorda 2-7 kun o'tgach 6 marta va viferon 1 qo'llaniladi

	yurak nuqsonlari.	
Gerpes-infeksiya; DNK viruslar 2 genital turdagi (15-20% 1 tur herpes virusi); gematogen, genital herpesda yuqoriga ko'tariluvchi kontaminatsion	Terida vezikulyar toshmalar, keratit hamma vaqt bo'lmaydi. Tug'ruqqacha yuqqanda muddatiga yetmay tug'ilish, pnevmoniya, xorioritinit qaltirash yoki gipotermiya, entsefalit, tserebral kal'tsifakatlar bilan, gemorragik sindrom, sariqlik, gepatosplenomegamiya. 1 turdagi gerpes-infeksiyada: neyrotoksikoz, pnevmoniya, og'ir gemorragik sindrom, stomatit, miokardit, og'ir gepatit, DVS-sindromi, buyrak etishmovchiligi. Ko'pincha bakterial infeksiyalar, sepsis qo'shiladi. Tug'ruq vaqtida yuqqanda – inkubatsion davr 4-20 kun. Tug'ma nuqsonlar: kamroq oyoq qo'llar gipoplaziyasi, mikrotsefaliya, mikrooftal'miya retinopatiya, teri chandiqlari.	Asiklovir kuniga 30-60 mg/kg 3 venaga qo'yish 3 hafta ichida; kunlik miqdori ichishga 90 mg/kg. Viferon 1 rektal, kuniga 2 marta 5 kun; 2-5 kurs 5 kunlik tanaffuslar bilan tana vazniga 1500 grammgacha; bolalarga viferon rektal sutkasiga uch marta kiritiladi.
Suvchechak; DNK-virus herpes-viruslar guruhidan; gematogen	Tug'ma suvchechak belgilari nechog'lik kech paydo bo'lsa, kechishi shunchalik og'ir – terida vezikulyar toshmalar, gepatit, pnevmoniya, miokardit, interstitsial nefrit, ichak yaralari. Hayotining dastlabki 4 kunida toshma paydo	Onada tug'ruqdan 5 kun oldin va keyingi 2 kun ichida suvchechak elementlari paydo bo'lganda venaga zudlik bilan

	bo'lganda kasallik bir xil kechmaydi. Onada tug'ruqdan oldin 5 kun ichida va tug'ruqdan keyin 2 kunda toshmalar paydo bo'lganda juda og'ir (letallik 30%) kechadi. Tug'ma nuqsonlar: Agar ona homiladorlikning 8-20 haftasida suvchechak bilan og'rigan bo'lsa 1/3 o'lik bola tug'ish va neonatal o'limlar; 2/3tirik qolganlarda-gipoplastik skelet nuqsonlari va nevrologik anamaliyalar va b. Jumladan 1/4 bolalarda-ko'z, siydik-tanosil va me`da-ichak nuqsonlari	immunoglobulin 5-7 kunga, asiklovir (dozasi yuqoriga q.) tayinlash bilan birga
Epidemik parotit ; RNK-virus:gematogen	Muddatiga yetmay tug'ilish darajasi ko'p, orttirilgan pnevmoniyalar, o'ziga xos klinikasi yo'q. Tug'ma nuqsonlar: endokardial fibroelastoz va boshqa nuqsonlar.	Simptomatik, quvvatlovchi davo; spetsefik davo yo'q.
Qizamiq, RNK-virus, gematogen	30% bolalarda tug'ruqlarda onalaridan qizamiqdan toshmalar; surunkali sariqlik, agar Ig G kiritilmagan bo'lsa, pnevmoniyalarning uchrash darajasi ko'p	O'shanday
Infeksion eritema; Parvovirus big DNK virus;	Homilada tug'ma shish, og'ir anemiya bilan; anemiya past retikulotsitozda shishsiz. Homila o'limning eng yuqori xavfi (taxminan	O'shanday

gematogen	10%) onaning homiladorlikning birinchi yarmida kasallanishi. Tug'ma nuqsonlar xos emas	
Respirator virusli infeksiyalar	Tug'ma yoki hayotning birinchi kunlaridan kataral xodisalar (rinit, faritngit, kon'yuktivit, bronxit va b.); intoksikatsiya; pnevmoniya; kamroq	O'shanday
(Respratorius viralis infectio); aksariyat adenoviruslar, gripp va paragripp viruslari; RS virus; gemotogen	SHish va gemorragik sindromlar; qaltirash; tug'ilishda vazn kamligi; entsefalit, sariqlik (gepatit oqibati) kamdan-kam bo'lishi mumkin, interstitsial nefrit, miokardit. Ko'pincha bakterial infeksiya qatlami hosil qiladi. Tug'ma nuqsonlar bo'lishi mumkin, biroq harakterlisi yo'q	
Enterovirusli infeksiyalar; RNK-viruslar koksaki va ESNO guruhidan; gemotogen	Tug'ilishda tana vazni kamligi, qaltirash, otit, nazofaringit, entsefalomiokardit, kamroq sariqlik (gepatit oqibati), diareya, gemorragik sindrom, pnevmoniya, miokardit koksaki V infeksiyasi uchun xos. Tug'ma nuqsonlar: yurak paroklari, (Fallo tetradas, Roje kasalligi, aorta va trikuspidal klapanlar atreziyasi), endokardial fibroelastoz, buyrak parenximasi displaziyasi, surunkali pielonefrit koksaki V-infeksiyasidan keyin	O'shanday
Virusli hepatit V,	Muddatiga yetmay tug'ilish,	Spetsifik davo yo'q,

gematogen. Kontaminatsion bo'lishi mumkin emas.	tug'ilganida vazni kamligi, o'tkir, o'tkir osti va surunkali gepatit 2-3 oydan boshlanadi. Anoreksiya, tana vaznining yo'qotilishi, gepatosplenomegaliya, sariqlik, isitma. Qorinning kattalashishi, najas oqimtir, siydik rangi to'q, gigant hujayrali jigar distrofiyasi.	ammo, bola Hbs Ag - musbat onadan tug'ilgan bo'lsa, hayotining birinchi soatlarida spetsifik zardob va immunoglobulin quyiladi.
Listerioz (Listeriosis) rgamm musbat tayoqcha, gematogen	Bakterial infeksiya Erta boshlanadi (1-2 kunlaridan): muddatiga yetmay tug'ilish (2/3 bolalar), asfiksiya, apnoe xurujlari, pnevmoniya, meningoentsefalit, isitma, anemiya, qusish, diareya, o'tkir gepatit, holangit, endokardit, sepsis klinikasi, papulyoz-rozeolez toshmalar orqada, qorinda bo'lishi xos. Oqish-sarg'imtir tugunchalar 1-3 mm li halqumning orqa devoriga, kon'yuktivaga, bodomcha bezlariga toshadi. Kechki boshlanishi (2 haftadan so'ng): meningit, diareya, sepsis, bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi. Tug'ma nuqsonlar xos emas.	Apmitsillin gentamitsin bilan katta dozada, tomir ichiga, 3 hafta davomida; "himoyalangan" penitsillinlar, eritromitsin, levomitsitin, rifampitsin. TSefalosporinlar samarasiz.
Sil mikobakteriyasi; gematogen; ko'pincha infeksiya tushgan	Hayotning 2-3 haftasi va keyinroq aspiratsion infeksiya tushganda intoksikatsiya, ichak disfunktsiyasi yoki tutilishi, gepatospinomegaliya, qaytirish anemiya, gipotrafiya	Ftiziator tomonidan silga qarshi vositalarini birgalikda tayinlash.

homila suvlaridan aspiratsiyada	oldi	anemiya striklik, periferik va qorin limfatik tugunlari sitalashishi asosiy o'pka shikastlanishi gematogen infeksiya tushganda-chala tug'ilganlik homilaning rivojlanishda orqada qolishi anemiya sariklik gepato- va spennomegaliya, meningit, pnevmaniya, buyrak etishmovchiligi. Tug'ma nuqsonlar harakterli emas.	
Zaxm treponema gematogen tug'ruq yo'llarida infeksiya tushganda orttirilgan zaxm	oqish	Triada xos: rinit pufak yara gepato- va splenomegaliya riniy quruq serozli yiringli gemorragik ajaralma bilan. Pishillpsh tovonda kaftlarda diametri 3 dan 10 mm gacha mis-qizil rangli infil'trativ fondagi xaltum-xaltum bo'shashagan pufak yaralar, Naysimon suyaklar periostit va osteoxondritlar. Pnevmoniya, gemolitik anemiya, og'iz burchaklarida, to'g'ri ichak yorilishlar,xorioritinit. 1-2- haftasida paydo bo'lishi mumkin. Bezovtalik sababsiz cho'chib tushish yig'lash teri oqarishi tana vazni kam qo'shilishi ko'krak yoshi: tovon kaft, yuzda teri infeksiy goxzinger infil'tratlari, papulyoz toshmalar, anus atrofida kandilomalar, gepatosplenomegaliya, osteoxondrit,	Penitsilin 10000-150000 tb/kg sutka dozada 3 in`ektsiyani 14 kun ichida. Takror kursi tekshirish na tijalariga ko'ra 1,2,4, 6 va 12 oylarda. Treponemasiz serologik testrlar 3 oyda so'nadi va 6 oyda manfiy bo'lib qoladi.

	Parro soxta falaji, og‘iz atrofiyasi, yamoqlar (Furn’e yamoqlar), anemiya, maktabgacha yosh: Getchinson triadasi, (keratit, karlik, tishlar distrofiyasi).	
Intranatal bakterial infeksiyalar (infitsirlangan amnion sindromi) V, D guruh streptokokk, ichak tayoqchasi, enterobakter, ko‘tariluvchi; kontaminatsion.	Bolalarning asfiksiyada tug‘ilishi, uzoq suvsizlik davri, homila oldi suvlari hidli, homiladorning tug‘ruq davomida isitmalashi. Tug‘ma pnevmoniya, ichak tutilishi, isitma, enterokolit, piodermiya, gemorragik sindrom, meningit, sariqlik, pielonefrit, sepsis. Tug‘ma nuqsonlar xos emas.	Boshlang‘ich antibiotiklari – ampitsillin gentamitsin bilan. Keyinchalik bakteriologik tekshirishlarga asoslangan holda.
Toksoplazmoz (Toxoplasmosis); Toksoplazma Gondii; gematogen	Parazitar kasalliklar <i>O‘tkir</i> – umumiy belgilar ustunlik qiladi: subfibrilitet, isitma, limfaadenopatiya, gepatosplenomegaliya, makulopapulez ekzantemalar, shishlar, anemiya, trombotsitopeniya tufayli gemmoragiyalar, sariqlik, diareya, pnevmoniya, miokardit, nefrit. <i>O‘tkir osti</i> – faol entsefalit belgilari ustunlik qiladi. <i>Surunkali</i> : gidrotsefaliya yoki mikrotsefaliya, miyada	Pirimetamin (1mg/kg/sut bir marta ichishga) + sul’fadiazin (50-100mg/kg/sut 4 mahal ichishga) 3hafta davomida (haftasiga 2 marta folevaya kislota 5 mg ichishga beriladi) va keyin bir oylik spiramitsin kursi (100 mg/kg/sut 3 mahal ichishga). 1 yil

	kal'tsifekatlar, talvasa, xorioretenit, strabizm, ko'ruv nervi atrofiyasi. Homila ichi infitsirlanishining 85 - 90% holatlarda klinik belgilar neonatal davr oxirlarida yuzaga chiqadi. 3 xil shaklning kechish nisbati 1:10:100 <i>Tug'ma nuqsonlar:</i> gidrotsefaliya, mikrotsefaliya, koloboma, mikroftal'miya.	davomida 3-4 kurs davo o'tkaziladi.
Mikloplazmoz Mikoplozmalar Gematogen YUqoriga ko'tariluvchi	Ko'pchilik bolalarda chala tug'ilganlik nafas buzilishlari sindromi, sklerema, kefalogenatoma va boshqa gemorragiyalar, Sariqlik bilvosita bilirubin bilan, meningoentsefalit. Muddatida tug'ilgan chaqaloqlar: Tug'ma pnevmoniya, terining kulrang tusli rangparligi, gemorragik sindrom, yorug' oraliqdan» so'ng mening entsefalit Tug'ma nuqsonlar – 15 % bolalarda lekin harakterlisi yo'q, qayta aloqa ehtimoli bor - tug'ma nuqsonlar mikoplazmadan infeksiyalanish xavfini belgilaydilar.	Eritromitsin va boshqa makrolidlar 10-14 kun mobaynida viferon bilan birgalikida (dozalariga quyiga q.)
Xlamidioz: Xlamidiya traxomatis	Yiringli kon'yuktivit (blenoreya) Hayotning 5-14 kuni qovoqlarning yaqqol shishi bilan, rinit faringit,	Ertromitsin vena ichiga sutkasiga 50mg/kg dozasi 14

yuqoriga ko'tariluvchi, tug'ruqlarda kontaminatsion	otit, asta-sekin boshlanadigan pnevmoniya, xurujsimon qattiq yo'tal, rentgenogrammada o'pkada ho'l ikfil'trativ o'zgarishlari bilan, lekin qaltirashsiz eozinofiliya: kechishi uzoq vaqt. O'lik bola tug'ilishiga erta o'limga olib keladigan antenatal pnevmoniya bo'lishi ehtimol. Tug'ma nuqsonlar harakterli emas	kungacha yoki boshqa makrolidlar ichishga (Azitromitsin, roksitromitsin, midekalitsin) 1-2 kurs viferon bilan birga (dozasi yuqoriga q.)
---	--	--

Tashxisi. HII nospetsifik diagnostika usullariga siydik, qonning klinik tahlili, qon plazmasi yoki zaradobdagi "o'tkir fazali oqsillar" kontsentratsiyasiga, gemostaz ko'rsatkichlariga immunoglobulin darajasiga baho berish, qator hollarda orqa miya suyuqligi tahlili va b. Instrumetal diagnostika usullariga rentgenologik, okuloskopik, ul'tratovush, yadro-magnitli rezonans va b. kiradi. HII ga gumon qilingan har bir bolani okulist bir necha marta tekshirishi lozim. Ilk go'dak yoshidagi va hatto maktabgacha yoshdagi bolalardagi toksoplazmozli xoriorit odatda, homila ichi toksoplazmozining belgisi hisoblanadi.

HII o'ziga xos tekshirish usullaridan markerlarninig ikkita guruhi ajratiladi:

- 1) qo'zg'atuvchi, uning genomi yoki antigenlarini topish;
- 2) spetsifik immun javob belgilarini aniqlash;

Quyidagilar juda muhim:

- 1) bir necha tekshirish usullarini o'tkazish;
- 2) bola-ona juftligini tekshirish;
- 3) 2 haftadan so'ng bolani takror tekshirish.

So'nggi vaqtlarda har xil qo'zg'atuvchilarga spetsifik M va G immunoglobulinni aniqlash, immunoferment usulidan ayniqsa keng foydalaniladi. M sinfidagi spetsefik antitanalar yaqinda bo'lgan infeksiyadan dalolat beradi, ularni Yangi

tugʻilgan chaqaloqda topish, tegishli antenatal HII ning shubhasiz belgisidir. Yangi tugʻilgan kasal chaqaloqlar onalaridagi antiSitomegalovirus va antitoksoplazmozli antitanalar ularning bolalaridagiga nisbatan ikki baravar koʻproq aniqlangani oʻziga eʼtiborni tortadi. Demak, homiladorlik davrida onanning birinchi infeksiyalanishi hamma vaqt ham bolaning infeksiyalanishiga olib kelavermaydi. Ikkinchi tomondan, Yangi tugʻilganlik davrida M sinfiga mansub immunoglobulinlarning yoʻqligi, antenatal infeksiyalanmaganligidan dalolat beradi. Bu OIV infeksiya, V gepatiti uchun ayniqsa xosdir. Bu infeksiyalarga gumon boʻlganda birinchi galda Yangi tugʻilgan bola qonida virus genomi yoki uning antigenlarini topishning usullari muhimdir.

Qiyosiy tashxisi. HII noinfeksion embrio- va fetopatiyalar, postgipoksik ensefalopatiya, kalla suyagli ichi tugʻruq jarohatlari, pnevmoniyalar, irsiy patologiya, noinfeksion etiologiyali giperbilirubinemiya, birlamchi gemorragik sindromlar, lekin eng muhimi sepsis va orttirilgan yiringli yalligʻlanish kasalliklari bilan oʻtkaziladi.

Homila ichi infeksiyalari bilan kasallangan onalardan tugʻilgan chaqaloqlarni olib borish taktikasi

Qizilcha bilan kasallangan onadan tugʻilgan chaqaloqni olib borish taktikasi

Virus 1yil mobaynida ekmalarda aniqlanishi mumkin. eng yaxshisi tekshiruv uchun materialni burundan, halqumdan, orqa miya suyuqligidan, konʻyunktivadan va peshobdan olish kerak. Tugʻma qizilchaga chalingan chaqaloqlar 1 yil mobaynida kontagiozligi saklanganligi sababli, to burun va halqum shuningdek, peshob ekmasi natijalari qayta - qayta manfiy chiqmaguncha, ular boshqa chaqaloqlardan alohidalashtiriladi. Lekin bunday chaqaloqlar onalari bilan

birgalikda bo'lishi shart. Ona suti ta'qiqlanmaydi. emlangan ayollar ona sutida qizilcha virusi bo'lishiga karamasdan virus chaqaloqqa qandaydir ziyon keltirishini tasdiqlovchi tasdiqlar mavjud emas.

Qizilcha profilaktikasi:

Emlash tadbirlaridan maqsad tug'ma qizilcha sindromining oldini olish. Qizilchaga qarshi emlashni ikkita yo'llanmasi bor: majburiy va selektiv emlanish. Majburiy emlanish qizilcha va bu virus chaqiruvchi tug'ma rivojlanish nuqsonlarining avjiga chiqish ko'rsatkichlarini kamayishiga olib keladi. YUqori emlanish ko'rsatkichlariga erishish va bu holatni saqlash kerak; shuningdek qizilchaga nisbatan immuniteti bo'lmagan va tug'ish yoshiga kirgan hamma ayollar emlanishi shart.

Agar ayolning emlanish tarixi noma'lum bo'lsa bunday holatlarda tug'ruqdan, abort yoki bola tushishidan so'ng emlanish tavsiya etiladi Asosan hamma emlangan ayollarda antitanachalar ishlab chiqariladi va kamchiliklari kam. Homilador ayollar qizilchaga qarshi emlanmaydi, lekin emlanishdan so'ng uch oy ichida homilador bo'lgan yoki homiladorlik paytida emlangan ayollar nazorat ostida bo'lishi kerak.

Toksoplazmoz bilan kasallangan onadan tug'ilgan chaqaloqni olib borish taktikasi

Kindik qoni, amniotik suyuqlik yoki platsentadan olingan materialni ekish mumkin. Mikroorganizmlarning platsenta to'kimasida aniqlanishi, homila zararlanganligidan dalolat beradi. Tug'ma toksoplazmoz tashxisi ko'pincha klinik belgilar va serologik testlar asosida qo'yiladi.

Zararlangan chaqaloqlarni davolash quyidagi dorilar kombinatsiyasidan iborat: pirimetamin, sul'fadiazin va folat kislotasining qo'shilmasi. Homiladorlik paytida toksoplazmozga chalingan ayollardan tug'ilgan sog'lom chaqaloqlar test orqali yoki 4 hafta mobaynida virus aniqlanmaguncha preventiv davo olishi mumkin. Agar tug'ma toksoplazmoz tashxisi kechroq qo'yilsa, davo chora tadbirlari xuddi subklinik toksoplazmozga chalingan bolalar davosi singari

muddatga choʻziladi. Pirimetamin va sulʼfadiazin qabul qiluvchi chaqaloqlarning qon tahlilini, trombositlar miqdorini va peshob mikroskopiyasini, davolash paytida kelib chiqishi mumkin boʻlgan kamchiliklarni, oʻz vaqtida aniqlash uchun har hafta oʻtkaziladi.

Toksoplazmoz profilaktikasi :

Toksoplazmoz va boshqa ovqat orqali yuquvchi infeksiyalar bilan zararlanishning oldini olish uchun oqkatni xavfsiz haroratda tayyorlash kerak (71°S [1600F]).

Tibbiyot xodimlari ayollar maslahatxonasiga birinchi marta kelgan homilador ayolga ovqatlanish gigienasi va mushuklar bilan muloqotni cheklash haqida tushuntirish ishlarini olib borishlari kerak.

Tibbiyot xodimlari homilador ayolga *T. Gondii* serologik testlarini oʻtkazilganda kuzatiladigan quyidagi 2 muammo bilan tanishtirishlari lozim:

- 1) Hech qaysi tekshiruv usuli toksoplazma bilan birlamchi zararlanish vaqtini aniq koʻrsatib bera olmaydi.
- 2) *T. Gondii* infeksiyasi kam kuzatiladigan guruhlarda, IgM analiziga musbat natija koʻp hollarda yanglish chiqadi. lojno-polojitelʼnimi.

Listerioz bilan kasallangan onadan tugʻilgan chaqaloq bilan ish yuritish

Listeriozga chalingan bolalar ham onalariga buyurilgan antibiotiklarni qabul qilishlari kerak, ammo shifokorlar tashxisni tasdiklashidan oldin antibiotiklarni kombinatsiya holatida tavsiya qilinadi.

Orqa miya suyuqligida, qonda, amniotik suyuqlikda, platsenta va mekoniy ekmasida *Listeria* aniqlanishi tashxisni tasdiqlaydi.

Tavsiya etilgan davolash algoritmi:

- Tashxisni tasdiqlash uchun tugʻruqdan keyin darhol diagnostik materialni olinishi lozim.
- Antibiotikoterapiya oʻtkaziladi (tavsiya etilgan rejalar):
 - Amoksitsillin / ampitsillin (50 mg/kg dan har 12 soatda), yoki

- Gentamitsin (2,5 mg/kg dan har 12 soatda)
- Agar standart davolash natija bermasa, kotrimaksozol qo'llashni ko'rib chiqish lozim.

Laborator test natijalarini olgandan so'ng:

- Yangi tug'ilgan chaqaloq sog'lom bo'lsa - 48 soatdan so'ng antibiotikoterapiyani to'xtatiladi.
- Yangi tug'ilgan chaqaloqda tekshiruv natijasi musbat bo'lsa:
 - Orqa miya suyuqligi ekmasi musbat natija bersa, amoksitsillin/ampitsillin va gentamitsin bilan davolashni 21 kun mobaynida davom ettiriladi.
 - Orqa miya suyuqligi ekmasi manfiy natija bersa, amoksitsillin/ampitsillin va gentamitsin bilan davolashni faqat 14 kun mobaynida davom ettiriladi.

Listerioz profilaktikasi :

Umumiy tavsiyalar:

- YArim tayyor go'sht mahsulotlarini, sabzavotlardan, shuningdek termoishlovdan o'tgan va iste'molga tayyor mahsulotlardan alohida saqlash kerak.
- Xom mahsulotlarni ishlovidan so'ng pichoq, taxtakach va qo'lni yuvish lozim.
- Tez buziladigan va iste'molga tayyor mahsulotlarni iloji boricha tezroq iste'mol qilish kerak.
- Infeksiya bilan zararlanish homiladorlik vaqtiga to'g'ri kelsa, o'z vaqtida o'tkazilgan antibiotikoterapiya homila yoki Yangi tug'ilgan chaqaloqni zararlanishining oldini oladi.

TSMV infeksiyasi bilan kasallangan onadan tug'ilgan chaqaloqni olib borish taktikasi

TSMV tugʻma virusli infeksiyalarga olib keluvchi asosiy sabab hisoblanadi.

Tugʻruqkacha zararlangan chaqaloqlarda 2ta muammo mavjud:

- 10-15% zararlangan homilada tugʻruqdan oldin tarqalgan infeksiyaning rivojlanish xavfi bor. Belgilar turlicha boʻlishi mumkin: jigar va taloqni meʼriy kattalashishidan (sariqlik bilan kechadi), kasallikni ogʻir tarqoq koʻrinishigacha. 80% dan 90% gacha tirik qolgan chaqaloqlarni hayotining birinchi yilligida turli xil asoratlar kuzatiladi.
- Barcha zararlangan homilalarning 90% ida tugʻilgandan soʻng hech qanday klinik simptomlar kuzatilmaydi. 5%-10% holatlarda bunday bolalarda keyinchalik eshituv, aqliy va turli ogʻirlikdagi muvozanat buzilishi kabi muammolar kuzatiladi.

TSMV ni tashxislashda siydik va soʻlakning ekmasi «Oltin standart» hisoblanadi. Koʻpchilik tugʻma TSMV infeksiyasi boʻlgan chaqaloqlarda siydik ekmasi hayotining 48-72 soatida musbat natija beradi. Soʻlak tez va oson yigʻiladi, shuning uchun hozirda ishlatiladigan siydik tahlilini keyinchalik oʻrnini bosa olishiga shubha yoʻq. Hozirgi kunda tugʻma TSMV infeksiyasini davolashda birorta ham antivirus preparati oʻzini oqlamagan.

Zararlangan chaqaloqlar bir necha oy yoki yillar mobaynida virus ajratishi mumkinligini parvarish qiluvchi tibbiyot xodimlari unutmasligi kerak. Ular boshqa chaqaloqlardan ajratilishi va doimiy onalari nazorati ostida boʻlishi kerak.

TSMV infeksiyasining profilaktikasi:

Hozirda hamma chora-tadbirlar xavfsiz vaksina ishlab chiqarishga qaratilgan. Xodimlar va asosan homilador ayollar uchun standart ximoyalanish chora-tadbirlari, yoʻrgakni almashtirishdan soʻng qoʻlni yaxshilab yuvishdan iborat.

Genital herpes bilan kasallangan onalardan tugʻilgan chaqaloqlarni olib borish taktikasi

Agar onada qaytalanuvchi herpes bo'lsa va chaqaloqda infeksiya namoyon bo'lmasa:

- Erta gerpetik infeksiyaning belgi va ko'rinishlarini aniqlashni onalarga o'rgatish lozim.
- Tug'ilgandan keyingi birinchi 24-48 soat ichida chaqaloqdan olingan materialni virusologik tekshirish lozim.
- Agar kasallikning belgilari paydo bo'lgan bo'lsa yoki virusologik tekshiruv musbat natija bersa davo chora-tadbirlarini boshlash kerak.

Agar onada birlamchi infeksiya bo'lsa:

- Bola tug'ilishi bilan va virusologiyaga material olingandan so'ng asiklovir tavsiya etiladi.
- Hozirgi paytda chaqaloqlarni davolashda keng qo'llaniladigan dori asiklovir hisoblanib, uni 21 kun mobaynida yuqori dozalarda 60 mg/kg/kuniga qabul qilish tavsiya etiladi.

Genital herpes profilaktikasi:

Genital herpesning eng yaxshi profilaktik usuli – zararlanmaslik.

Genital herpesni birlamchi profilaktik usullari quyidagilar bo'lishi kerak:

- Jinsiy hamroxlarning sonini kamaytirish;
- Prezervativlarni to'g'ri va doimiy ishlatish.

Shuningdek, genital herpes profilaktikasiga uni vaqtida aniqlash va samarador davolash ham kiradi. Bu nafaqat infeksiyaga chalingan insonda asoratlarning xavfini kamaytiradi, balki boshqa insonlar zararlanishiga shuningdek vertikal yo'l bilan yuqishning oldini oladi.

Xlamidioz bilan kasallangan onadan tug'ilgan chaqaloqni olib borish taktikasi

Yangi tug'ilgan chaqaloqda xlamidiya infeksiyasi eritromitsin bilan 14 kun mobaynida davolanishi kerak.

Agar kon'yunktivit rivojlansa:

- Agar yiringni olish qiyinchilik tug'dirmasa, steril tampon yordamida tahlil uchun namuna olinadi
- Yiringni Gramm buyicha bo'yash, ekish va antibiotiklarga bo'lgan sezuvchanlikni aniqlash uchun namunani laboratoriyaga yuboriladi.
- 14 kun mobaynida eritromitsinni per os qabul qilish tavsiya etiladi.
- Steril fiziologik eritma yoki toza suv (qaynatilgan va sovutilgan) va toza tamponni ishlatib, ko'zning ichki burchagidan tashqi burchagiga yo'nalgan holda bola ko'zini tozalanadi (iloji boricha bu muolajani onani o'zi qilishi kerak). Bu muolajani ko'z to'liq tozalanmagunga qadar kuniga 4 mahal o'tkazilishi shart .
- Ko'z tozalangandan so'ng, yuqori qovoq ustiga 1%li tetrasiklin malhamini qo'yiladi. To ko'z qizarishi, shishi, yopishishi va yiring ajralishi to'xtamaguncha bu muolajani davom ettirish kerak bo'ladi.

Xlamidioz profilaktikasi:

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda xlamidiya kon'yunktivitining profilaktikasi:

- Universal profilaktik ko'rsatma tug'ilgandan so'ng 1 soat mobaynida 0,5%li eritromitsin yoki 1%li tetrasiklin malhamlarini chaqaloqning ikkala ko'ziga surtish.

Gepatit V bilan kasallangan onadan tug'ilgan chaqaloqni olib borish taktikasi.

Gepatit V ga qarshi vaksina, immunoglobulin, shuningdek ularni birgalikda qo'llanilishi gepatit Vga yuzaki antigen analizi natijalari musbat bo'lgan ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarning gepatit V bilan zararlanish ko'rsatkichini pasayishiga olib keladi.

Gepatit V profilaktikasi:

Gepatit V profilaktikasi uchun umumiy tavsiyalar:

- Himoyalanganmagan jinsiy aloqadan qochish
- Gepatit V ga qarshi doimiy emlanish gepatit V profilaktikasida birlamchi strategiya hisoblanadi.

- Ineksiya ignalarini 1 marotaba ishlatish lozim.
- Asboblarni birlamchi ishlovisiz tatuirovka i pirsing qilmaslik lozim.
- Ishlatilgan ignalarni qayta ishlatish mumkin emas.
- Maniqyur/pedikyur asboblarini umumiy ishlatmaslik lozim.
- Gepatit V ga chalingan ayol tug‘rug‘ida maxsus choralar ko‘rish kerak.
- Emlanishdan so‘ng ona suti bilan boqishga qarshi ko‘rsatma yo‘q.

Davolash. Onada o‘tkir infeksiyon jaryon klinikasi bo‘lmaganda bolalarni ona suti bilan ovqatlantirish lozim. Garchi hozirgi vaqtda ona suti bilan Sitomegalovirus ajratmayotganligiga ishonch hosil qilinishi g‘oyat muhim sanaladi.

HII da spetsifik davo (24 – jadvalga qarang) nozologik tashxis qo‘yilgandan keyingina boshlanishi mumkin, u odatda immunologik va yoki mikrobiologik tekshiruvlarda tasdiqlangan bo‘lishi kerak.

Profilaktikasi. Ko‘pchilik HII lar jinsiy yo‘l bilan o‘tadigan qo‘zg‘atuvchilardan paydo bo‘ladi, shunga ko‘ra aholini tibbiy va axloqiy savodxon qilish, tasodifiy jinsiy aloqalarni istisno qiladigan hayot tarzi- HIIning oldini olishda juda muhimdir. Tug‘ma qizilchaning oldini olish tegishlicha emlash hisoblanadi. Rossiyada homilador ayollarni hisobga olishda va keyingi homiladorlik davrlarida zahm, toksoplazmoz, V gepatiti va OIV infeksiyasi, qator regionlarda esa xlamidiyalar, mikoplazmoz vaginal infeksiyalarga tekshiriladi.

Bakterial amnionit (B.A.)

BAning klinik jihatdan yaqqol shakllari o‘z vaqtidagi tug‘ruqlarda 0,5 – 1 % ni tashkil etadi va vaqtdan ilgari tug‘ruqlarda 16 % gacha ko‘payadi.

BA etiologiyasi shartli – patogen guruhidagi har xil mikroorganizmlardan iborat. Turi jihatidan V guruhidagi streptokokklar, enterokokklar, spora hosil qilmaydigan anaeroblar, zamburug‘lar ahamiyatlidir. Amnion suyuqlikka infeksiya tushishi homila intranatal gipoksiyasi rivojlanishiga, amnion suyuqligining vaqtdan ilgari ketishiga va homiladorlikning to‘xtatishiga, tug‘ruqdan keyingi davrdagi infeksiyon yallig‘lanish asoratlariga olib keladi. Infeksiya tushgan homila

oldi suvlarini yutish va aspiratsiya Yangi tugʻilgan chaqaloqda pnevmoniya, gastroenterit, laringit yoki septitsemiya avj olishiga olib keladi. Infekcion muhit bilan bevosita muloqotda boʻlish cheklangan yalligʻlanish: otit, konʻyuktivit, omfalit chaqirishi mumkin.

Amnion boʻshligʻida infeksiyon jarayon oʻtkir, subklinik nospetsifik simptomatika bilan, shunigdek latent kechishi mumkin. Amnion ichidagi infeksiyani topish usullari anamnestik, klinik va laborator maʼlumotlar yigʻindisiga asoslanadi.

Bakterial vaginoz (BV)

Bakterial vaginoz homiladorlikda qin mikroekologiyasi dastlabki buzilishlarining eng koʻp uchraydigan shakli hisoblanadi. Homiladorlarda mazkur patologiyaning uchrashi 27 – 35 % ni tashkil qiladi. Mikrobiologik nuqtai nazarlardan BV ni yalligʻlanmaydigan infeksiyon sindrom sifatida qarash lozim, bu obligat anaerob mikroorganizmlarning yuqori darajasi va laktobatsilalar miqdorining keskin pasayishi va yoki ularning qin suyuqligida boʻlmasligi bilan harakterlanadi. Bakterial vaginozda bakteriyalar miqdori 3,4 tartibga koʻpayadi va $10^9 - 11^{11}$ KOE/ml ga etadi. Homiladorlikda BV homiladorlikning oxiriga etmasligiga, homila oldi suvlarining vaqtidan ilgari ketishi, vazni kam bolalar tugʻilishi, homilaning ichi infeksiyalanishi, tugʻruqdan keyingi davrda yiringli yalligʻlanish asoratlarga sabab boʻlishi mumkin.

Kandidoz

Vulʻvovaginal kandidoz Candida albicans, shuningdek Candida Torulopsis ning boshqa turlari va boshqa achitqisimon zamburugʻ tomonidan qoʻzgʻatiladi.

Kasallik simptomlariga: vulʻva sohasidagi qichishish, qin va vulʻva sohasidagi eritema, achishish bilan kechadi, oq rangli suzmasimon ajralmalar ajraladi.

Homila rivojlanish davrida homilaning zamburugʻlar bilan infeksiyalanishi kamdan – kam uchraydi, vaholanki achitqisimon zamburugʻlar homiladorlarning 70 – 80 % ida uchraydi. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda bosh miyaning

zamburug'lardan zararlanish hollari tasvirlangan, bunda spetsifik nekrotik produktiv yallig'lanish bilan birga psevdomitseliy ipchalari va zamburug'larning sporolari aniqlangan. Homilaga infeksiya tushganda va unda tarqalgan kandidoz infeksiya rivojlanganda, odatda homiladorlikning vaqtidan oldin to'xtatilishi kuzatiladi.

Jinsiy yo'l bilan o'tadigan qin infeksiyalari

Mikoplazmali infeksiya

Genital yo'lining shartli patogen mikroorganizmlariga taalluqli *M. genitalis* va *U. Urealyticum* ning etiologik ahamiyati bor. *U. urealyticum* ning ajralish soni (chastotasi) 50 – 75 %, *M. hominis* – 20 – 25%. Homiladorlik davrida mikoplazmalarning unib chiqishi 1,5 – 2 marta ko'payadi, bu mikrobiotsenoz harakterining o'zgarishi bilan izohlanadi. Mikoplazmalarning patogenlik omillariga har xil hujayralarga (epiteliy, leykotsitlar, spermatozoidlarga) yopishib, toksik va destruktiv ta'sir ko'rsatishi va juda harakatchanligini qayd etadilar. Infeksiya tushishi homiladorlarda asoratlar rivojlanishiga olib keladi. Homiladorlikning uzilib qolishi, ko'p suvlilik, homila oldi suvlarining vaqtidan oldin ketishi, xorioamnionit, homila rivojlanishining kechikishi shular qatoriga kiradi. Homilaga infeksiya yuqishi soni 3 – 20 % ni tashkil etadi. Infeksiya ko'pincha yuqoriga ko'tariluvchi yo'l orqali yuqadi.

Mikoplazmalar ko'z, nafas yo'llari, me'da – ichak yo'li va homilaning jinsiy a'zolarining shilliq pardalariga tushib, epiteliy kriptalarida jadal ko'payadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda infeksiya pnevmoniya, meningit, kon'yunktivit, teri osti abstsesslari ko'rinishida namoyon bo'ladi. Mikoplazmali pnevmoniya odatda interstitsial tabiatga ega. Pnevmoniya mikoplazmali meningit va meningoentsefalit bilan birga kuzatilishi mumkin.

Tashxis qo'zg'atuvchini mikrobiologik, serologik usullar, bevosita va bilvosita immunoflyurestsentsiya, immunoferment analiz, polimeraz zanjirli reaksiya va DNK diagnostikasi yordamida identifikatsiya qilishga asoslangan.

Homila ichi mikoplazmozining klinik tashxisini tasdiqlash maqsadida yoʻldosh va homila pardalarini gistologik tekshirish katta ahamiyatga ega, bu usul infeksiyon jarayon uchun xos yalligʻlanish degenerativ oʻzgarishlarni aniqlab beradi.

Homila infeksiyalanishining oldini olish maqsadida, anamnezida bola tashlash, surunkali adneksit, vaqtdan ilgari tugʻruqlar, pielonefrit boʻlgan homilador ayollarda tekshirish oʻtkazilishi shart.

Xlamidioz

Kasallik qoʻzgʻatuvchisi – Chlamidia trachomatis (D dan K gacha serotipi). Jinsiy aloqada yuqadi. Homilaning xlamidiyalar bilan infeksiyalanishi antenatal va intranatal davrda, homila oldi suvlari bilan asperatsiya natijasida roʻy beradi. Yangi tugʻilgan chaqaloqqa infeksiya onadan (jinsiy yoʻllaridan tugʻilayotganida) yuqadi. Homiladorlarda xlamidiyaning uchrash soni 10 dan 40% gacha oʻzgarib turadi.

Homilalikning kechishi homiladorlikning uzilish xavfi, ilk muddatlarda spontan abortlar, rivojlanmayotgan homiladorlik, vaqtdan ilgari yuz berayotgan tugʻruqlar, yoʻldosh shakllanish nuqsonlari, homila pardalarining bevaqt yirtilishi, tugʻruq faoliyatining kuchsizligi, homila ichi gipoksiyasi bilan tavsiflanadi. 19 % infeksiya tushgan Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda konʻyunktivit va 16 % ida pnevmoniya rivojlanadi.

Trixomonoz

Qoʻzgʻatuvchisi – Trichomonas vaginalis kasallik asosan jinsiy yoʻl bilan yuqadi. Homiladorlik davrida infeksiya tushishi homiladorlikning uzilib qolishiga, homila pardalarining vaqtdan ilgari yirtilishiga, homila va Yangi tugʻilgan chaqaloqning intranatal infeksiyalanishiga olib keladi.

Homiladorlikda oʻziga hos belgilar jinsiy yoʻllardan sargʻish rangli yoqimsiz hidli koʻpiksimon ajralmalar kelishi, vulʻva sohasida qichishi, achishish, dizuriya xos.

Tashxisi qin chayindisi, qindagi ajralma, tservikal kanal va uretra surtmalarini mikroskopiya qilish asosida qo'yiladi (metilen ko'ki bilan bo'yash). Surunkali kechishida immunoferment analizining ahamiyati katta.

So'zak

Kasallikning qo'zgatuvchilari *Neisseria gonorrhoeae* – aerob grammanfiy diplokoklar hisoblanadi.

Kasallik belgilari: qindan badbuy hidli shilliq-yiringli ajralma ajraladi. Homiladorlik davrida infeksiya tushishi homiladorlikning vaqtidan ilgari to'xtashiga, homila pardalarining barvaqt yirtilishiga, homilaga infeksiya yuqishiga olib keladi. Homila tug'ruq vaqtida yoki infitsirlangan amnion suyuqligi orqali zararlanadi; blennoreya, vul'vovaginit, anus va yutqun sohasida yallig'lanish jarayonlari bilan yuzaga chikadi. Kasallikka tashxis qo'yish uchun mikroskopik va kul'tural usullardan foydalaniladi.

Homiladorlar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda OIV infeksiyasi

OITS – orttirilgan immun tanqislik sindromi, odam immun tanqisligi virusi – OIV keltirib chiqargan kasallik. Bu kasallikni OIV – infeksiya deb atalishi to'g'riroq hisoblanadi, OITS esa uning oxirgi bosqichi hisoblanadi. Bugungi kunda bu kasallikning radikal patogenetik davosi yo'qligi sababli, OIV – infeksiyasi OITS bilan kasallanishga va o'limga olib keladi. Kasallikning oldini olish chora tadbirlari doimo takomillashib borayotganligi, davolash usullari OIV – infeksiyalangan bemorlar hayot sifatini va umr davomiyligini jiddiy o'zgartiradi. SHunga qaramay, OITS o'limga giriftor qiladigan, tuzalmaydigan kasallik hisoblanadi.

OITSning epidemiologiyasi

OITS klinik belgilari birinchi marta 1981 yilda tasvirlangan, kasallikni qoʻzgʻatuvchisi 1983 yilda topilgan, 1985 yilga kelib, virusni qonda aniqlash usullari ishlab chiqilgan.

VICH-infeksiyaga diqqat eʼtiborining oshishi mazkur kasallikning oʻlim bilan yakunlanishi va jahonda tez surʼatlar bilan tarqalayotganligiga bogʻliq. Agar 1988 yilda dunyoning 135 mamlakatida 120 ming OITS hollari ruyxatga olingan boʻlsa, 1996 yilga kelib kasallik yuqqan kishilar 22,5 mln ga etdi. SHuning uchun ham bu kasallikni «20 asr vabosi» deb ataladi. 1999 yil oxiriga kelib, OIV – infeksiyali kishilar soni 33,6 mln ga etdi. SPID dan 1981 yildan boshlab qariyb 50 mln. kishi vafot etdi. Yil sayin jahonda SPID dan 7 million bemor hayotdan koʻz yumadi. VICH-infeksiya pandemiyasi global miqyosdagi ijtimoiy-siyosiy muammo hisoblanadi va oʻz oqibatlariga koʻra uni qurbonlar soni boʻyicha ham, etkazilgan iqtisodiy zarar boʻyicha ham ikkita jahon urushlari bilan taqqoslash mumkin.

Rossiyada birinchi OIV – infeksiyasi bilan zararlanish hodisasi 1987 yilda Moskvada roʻyxatga olingan. RF da VICH-infeksiyaning oʻsish surʼatlari dunyodagidan 4 marta past, biroq 1999 yildan boshlab kasallanishning oʻsishi koʻchkisimon tus olgan. Jahonda OIV – infeksiya bilan kasallanishning 60%i jinsiy yl bilan yuqadi, parenteral yuqish yoʻli asosan giyohvandlar orasida faqat 10% ni tashkil qiladi. Rossiyada hozircha parenteral yuqish yoʻli (giyohvandlar) ustunlik qiladi – 85%.

Etiologiyasi va patogenezi

Odam immun tanqisligi virusi retroviruslar sinfiga kiradi. Virus xoʻjayinning faqat tirik hujayralarida reproduksiyalanadi, ularga qonda boʻladigan odam immun sistemasining muayyan hujayralari, birinchi galda CD4 T – limfotsitlar (ularning eski nomi T4 yoki T-xelperlar) kiradi.

Virus hujayraga yopishib, uning ichkarisiga kiradi va koʻpaya boshlaydi. Bu jarayon virus replikatsiyasi deyiladi. Virus replikatsiyasining birinchi bosqichi virusning fermenti taʼsiriga – teskari transkriptazaga bogʻlik, bu unga oʻz genetik axborotini xoʻjayin hujayrasi genetik kodiga integratsiya qilishi xususiyati orqali,

nusxa hosil qilishiga imkon beradi. Proteaza deb ataladigan ferment virusga xo‘jayin organizmining Yangi hujayralariga yuqtirilishi mumkin bo‘lgan Yangi virus nusxalarini hosil qilishi uchun zarur. Odamning infeksiyalangan hujayrasi har biri bo‘linishda Yangi virus nusxasini hosil qiladi. OIV hujayraning tashqi pardasi oqsillarining genetik strukturasi o‘zgartirish va xo‘jayin immun sistemasini aniqlashdan saqlash qobiliyatiga ega.

OIV uzoq vaqtgacha kasallikning biror-bir belgilarisiz kechishi mumkin (OIV – infeksiyasining latent bosqichi). So‘ngra genetik hujayraning materiali faollashadi va Yangi virus ishlab chiqara boshlaydi, bu muayyan sharoitlarda xo‘jayin hujayrasidan ozod bo‘ladi va boshqa hujayralarni zararlaydi. Bunday shartlardan biri immun tizimi birlamchi zararlangan hujayralarning proliferatsiyasini faollashtiruvchi immun javob stimulyatsiyasi hisoblanadi. Immun tizim faoliyatining OIV tomonidan buzilishi natijasida, immun javobda asosiy ahamiyatga ega bo‘lgan CD4 limfotsitlar subpopulyatsiyasi zaiflashadi. Virus reproduksiyasi natijasida zararlangan T – limfotsitlar o‘z navbatida emiriladi, ularning immun regulyatorlik funksiyasining samaradorligi ham pasayadi, natijada immun tanqislik holati yuz beradi – odam organizmi uni zararlantiradigan har qanday, jumladan infeksiya omillariga himoyasiz bo‘lib qoladi (OIV – infeksiyasining klinik bosqichi OITS boshlanadi). OIV- infeksiyasi T – limfotsitlardan tashqari, V – limfotsitlarni, makrofaglarni va nerv hujayralarini ham zararlaydi. SHuning uchun OITS bilan kasallangan bemorlarning muayyan qismida xotiraning tobora avj olib boradigan pasayishi, dementsiya, entsefalitlar va meningitlar nevrologik simptomlari kuzatiladi.

Odam immunitetning uchala bosqichidan – limfotsitlar, fagotsitlar (leykotsitlar) va limfa tugunlari (antitanalar ishlab chiqarishi) – OIV birinchisini (kasallikning boshlanishidan) va oxirini (persistentsiyalovchi limfodenopatiya deb ataladigan bosqichini) zararlaydi.

VICH turlari

Molekulyar modellash usuli odam immun tanqisligi viruslarining umumiy ajdodi borligi va bundan kamida 30 yil muqaddam paydo bo'lganligini isbotlagan. O'zining odatdagi xujayini – yashil Afrika martishkalari hisoblanadi, bu maymun uchun T – limfotrop nopatogen virus, uning provirusi, o'tmishdoshi hisoblanadi. Virus odamga xayvon uni jarohatlaganida tushgan bo'lsa kerak, deb taxmin qilinadi. Odam organizmida virus qator mutatsiyaga uchrashi, natijasida uning oraliq shakllari, avvalo OIV – 2 virulent tipi bo'lgan (G'arbiy Afrikaning Katar mamlakatlari uchun xos) keyin uning 1985 yilda aniqlangan eng faol, patogen varianti – HTLV-III (VICH – 1) topilgan. OIV – 1 SHimoliy Amerika va Ovrupa mamlakatlari jumladan Rossiya aholisi orasida eng kup tarqalgan.

Tuzilishi bir xil, ta'rifi (harakteriskasi) o'xshash biroq genetik kodi har xil OIV kenja turlarining 17 varianti (yoki subviruslar) farq qilinadi. OITS klinik ko'rinishining turli – tumanligi ko'p jihatdan OIV – 1 kenja turlarining turli – tumanligiga bog'liq. Hozirgi vaqtda 50% hollarda S kenja turi topildi. E subvirusi klinik jihatdan o'ta og'ir hisoblanadi; uning darajasi jahonda tobora oshib borayapti. VICH virus turlari va kenja turlaridagi tavofutlarga qaramay, ular qo'zg'atadigan kasallikning klinik ko'rinishi o'xshash tusga ega.

OIV virusini odam qoni, so'lagi, spermasi va qin sekreti, shuningdek siydigi, axlati va ko'z yoshidan ajratib olishga muvaffaq bo'lindi. Yangi tug'ilgan chaqkaloqlarda nafas yo'llari va me'da – ichak yo'lidan topiladi. VICH asosan makrofaglarda, qon limfotsitlarda, monotsitlarda, sperma va qin ajralmalarida yig'iladi deb taxmin qilinadi. Jinsiy yo'l bilan yuqish xavfi hayz ko'rish vaqtidagi jinsiy muloqotdi kuchayada. Ayni paytda virus maishiy yo'l (ter, siydik axlat, ko'z yoshlari va so'lak) bilan o'tmaydi deb hisoblanadi. OIV – infeksiyali bemorlar turmushda xavfsiz hisoblanadi, shuningdek hashorotlar chaqqanida, ovqat, suv, ich kiyimlaridan yuqish ehtimoli isbotlanmagan.

Virus shikastlanmagan teri va shilliq pardalar orqali o'tmaydi. endometriy to'qimalari (hayz ko'rish, endometrit, disfunktsional qon ketishlar) qin (vaginit), bachadon bo'yinchasi (endotservit, eroziya), to'g'ri ichki va uretra tukimalarining yallig'lanishida, organizmiga OIV – yuqishiga sabab bo'lishi mumkin. OIV

infeksiyaning o'tish yo'llari 4 – jadvalda kursatilgan. Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar bilan OIV – infeksiya o'rtasida chambarchas aloqa borligi isbotlangan (5 – jadval). Jinsiy a'zolarining shankroid va zaxm qo'zg'atgan yaralar, yashirin infeksiya (ayniqsa xlamidioz) bilan zararlanishi natijasida, epitelial qatlamlar o'tkazuvchanligi oshib ketadi va OIV ning to'qimalarga kirib borish penetratsiya xavfi ham oshadi.

OIV – infeksiyalangan sherik bilan prezervativ qo'llash bilan bir yil davomida doimiy jinsiy aloqada bo'lganda, yuqish ehtimoli 10 – 15% ni tashkil qiladi.

29 - jadval-

OIV yuqish yo'llari
Jinsiy Geterooseksual aloqa orqali (erkak – ayol) Vaginal, anal, oral seks (og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi zararlanganda) Gomoseksual aloqa orqali (erkak – erkak) Anal seks Parenteral Qon va qon o'rnini bosuvchi vositalarni quyish A'zolar va to'qimalar donorligi Nosteril igna bilan in'ektsiya qilish Giyohvandlarning in'ektsiya ignalaridan takroriy foydalanishi. Tibbiyot xodimlariga operatsiya vaqtida terisini tasodifan shikastlantirganda ochiq jarohat orqali, birinchi yordam ko'rsatishda infeksiya tushishi. Perinatal Transplatsentar Tug'ruq davrida (travmatik)

Laktasion

Yangi tugʻilgan chaqaloqni emizayotganda

30 - jadval

OIV – infeksiya va jinsiy yoʻl bilan yuqadigan kasalliklarning birga uchrashi (JYYUK) (V.V. Pakrovskiy, 1996).

OIV + Soʻzak – 24%

OIV + Trixomonoz – 40%

OIV + Xlamidioz – 17%

OIV + Gram (+) flora chaqirgan kasalliklar – 50%

OIV + Gram (–) flora chaqirgan kasalliklar – 50%

OIV + Zamburugʻ infeksiyasi – 69%

OIV – infeksiya diagnostikasi

Hozirgi vaqtda diagnostikaning asosiy usuli qon zardobini virusga nisbatan antitanalar borligiga tekshirish. Tekshirish 2–bosqichda oʻtkaziladi.

1. *Immunoferment skrining*, OIV antitanalariga qarshi antitanalar summar spektrini immunoferment usulda topishga yoʻnaltirilgan (IFA – 50). Birlamchi va nazorat skrininggi farq qilinadi. Agar uchta tekshirishlardan ikkitasida musbat natija olingan boʻlsa, 2 – ekspert (majburiy) bosqich oʻtkaziladi.

2. *Immun bloting* – spetsidik antitanalarni OIV – ayrim struktur oqsillarga (parda genlari, virus oʻzagi (serdtsevina), virus fermentlari) tekshirish. Fakat ikkinchi bosqich musbat natija bergan laboratoriya tashxisi – OIV – infeksiya aniqlanishi mumkin.

OIV – infeksiya laboratoriya tashxis aniqlangan shaxslar chuqur klinik – laborator tekshirish va kasallikning bosqichini oydinlashtirish uchun ixtisoslashgan statsionar tibbiy muassasasiga yuboriladi.

Tekshirish tugallangandan so‘ng uzil – kesil klinik tashxis OIV – infeksiya (OITS) aniq bo‘ladi. Tashxis aniq yozilgan ma‘lumotnoma infeksiyani tarqatmaslik uchun javobgarligi to‘g‘risida tilxat bilan beriladi, bemor imzosi bo‘lgan ikkinchi nusxasi kasallik tarixiga yopishtiriladi. Tashxis 3 kishi (bo‘lim boshlig‘i, davolovchi vrach va yana bitta vrach) ishtirokida e‘lon qilinadi. Bemor ma‘lumotnomani olishdan bosh tortsa, kasallik tarixiga uning olinmagani yozib qo‘yib e‘lon kilinadi. OIV – infeksiyani tarqatgani uchun RF jinoiy kodeksiga binoan jinoiy javobgarlik ko‘zda tutilgan.

OIV – infeksiyaga tekshirilishi zarur bo‘lgan shaxslar

OIV bilan infeksiyalanganlar soni o‘tib borayotganiga qaramay, aholini virus tashuvchanlikka yalpi majburiy tekshirish bilan qamrab olinmagan. Ko‘pchilik hollarda bu muolaja faqat ixtiyoriy harakatlarga ega. JSST qoidalariga binoan OIV ga majburan zo‘rlab tekshirish man qilingan, statsionarlarga reja asosida yuboriladigan, sanatoriy – kurortda davolashga, psixonevrologik internatlarga, qariyalar uylariga boradigan bemorlarni OIV – infeksiyaga asossiz tekshirishni talab qilish ta‘qiqlanadi. Bunday shartlarda aniqlanmagan (yoki yashirilgan) OIV – infeksiyaning atrofdagi shaxslarga, davolash muassasalarining tibbiyot xodimlariga o‘tish xavfi keskin ortadi. Ikkinchi tomondan har kandy shaxsni uz ixtiyoriga ko‘ra yashirin (anonim) tekshirish mumkin.

Quyidagi shaxslar majburiy tibbiyot tekshirishdan o‘tishlari kerak:

1. Kasallik xavfi yoki OIV – infeksiya o‘tish xavfi oshgan guruh;
 - a) qon, sperma, to‘qimalar va a‘zolarining donorlari (har gal donor materiali olinayotganda);
 - b) ayrim, avvalo tibbiyot kasbidagi, OIV yuqish xavfi yuqori bo‘lgan xodimlar – gematologlar, reanimatologlar, ginekologlar, xirurglar, laborantlar va qon quyish

stantsiyalarining xodimlari va boshqalar. (Ishga qabul qilishda va doimiy tibbiy ko'riklarda);

v) homiladorlar (homiladorlikning har bir trimestri);

g) xorijga uzoq muddatga (3 oydan ortiq) xizmat safariga boradigan shaxslar.

2. OITS bilan kasallangan bemorlardagi klinik belgilarga o'xshash holatlarda.

OIV – infeksiya klinikasi (bosqichlari).

OIV – infeksiya bosqichlarining klinik tasnifi (V.I.Pokrovskiy 1989) inkubatsiya, birlamchi belgilar, ikkilamchi kasalliklar va terminal bosqichni o'z ichiga oladi.

1. *Inkubatsiya bosqichi.* (3 oygacha) Bu latent davrida («darcha fazasi») qonda virusga nisbatan antitanalar yig'iladi, virusga nisbatan test manfiy, kasallikning klinik manzarasi yo'q bo'ladi. Bemor o'zini soppa – sog' sezadi, shikoyatlar qilmaydi, biroq shu vaqtning o'zida va kasallikning oxiriga qadar atrofdagilarga yuqish nuqtai nazaridan xavf tug'diradi. Parenteral (narkomaniya) yuqishda kasallikning yuzaga chiqishi kuchayadi.

2. Birlamchi belgilar bosqichi.

A. O'tkir infeksiya (yoki serokonversiya fazasi). Aksariyat 2 – 3 hafta davom etadi.(1 kundan to 2 oygacha); qonda virus mikdorining keskin ko'payshi, so'ngra nisbatan pasayishi bilan harakterlanadi. Klinik jihatdan isitma (lixoradka) va virusli respirator kasallik belgilari («serokonversion kasallik») bilan namoyon bo'lishi mumkin. Bu bosqich kasallangan bemorlarning faqat 20 – 50% da qayd qilinadi. Ko'pincha limfa tugunlarning qisqa vaqtga kattalashishi hisobiga yanglishib mononukleoz, deb tashxis qo'yiladi.

B. Belgilersiz infeksiya (1 – 8 yil). OIV – infeksiyaning bemor uchun eng davomli va tinch bosqichi hisoblanadi. SHikoyatlari va klinik belgilari bo'lmaydi, organizmda virusning asta – sekin, birin – ketin yig'ilishi kuzatiladi. SHu bilan bog'liq holda, umumiy immunitetning pasayishi natijasida, bu bosqichning oxiriga kelib persistentsiyali tarqalgan limfadenopatiya rivojlanishiga olib keladi.

V. Persistentsiyali tarqalgan limfadenopatiya.

Zararlangandan 10 – 11 yil o'tgach OIV – infeksiyalanganlarning taxminan 50% ida kasallikning 3 – bosqichi yoki asli OITS rivojlanadi.

3. *Ikkilamchi kasalliklar bosqichi.* Klinik ko'rinishi OITS – bog'langan simptom va sindrom kompleksi (SSK) paydo bo'lishi bilan harakterlanadi, bunda limfa tugunlarining kattalashishi bilan isitma kuzatiladi, tana vaznining tobora pasayib borishi, diareya, qo'shilib keladigan (opportunistik) infeksiyaning har xil turlari, nevrologik simptomatika, qonning onkologik patologiyasi (T – hujayrali leykoz) va teri patologiyasi (Kaposhi sarkomasi), tarqalgan infeksiyalar qo'shiladi. Bu bosqichda A, B va V bosqichlar farq qilinadi (tarqalgan infeksiyalar).

4. *Terminal bosqich.* Tashxis qo'yilgandan keyin bir yil ichida 50% gacha bemorlar, 3 yil o'tgach – 80% bemorlar nobud bo'ladilar. Kasallik kamdan-kam hollarda 2 – bosqichda to'xtaydi, bunda odam bir umr virus tashuvchi bo'lib qoladi.

SPID da bemorning bevosita o'limiga (uchrash soniga ko'ra) quyidagilar sabab bo'ladi; tarqalgan infeksiyalar, gepatit, o'pka raki, yurak qon tomirlari potologiyasi.

OITS va OIV – infeksiyasining davosi

OIV – infeksiyani davolash uchun radikal spetsifik preparat hozirgi vaqtgacha yaratilmagan. Mavjud dori vositalar avvalo virus rivojlanishining hayot sikliga turli fermentlariga ta'sir qilish orqali, OIV – infeksiya rivojlanishining spetsifik oldini olishga mo'ljallangan.

Ularga:

1) *teskari transkriptazaning nukleozid analoglari (ingibitorlari)*, bular xo'jayinning tirik hujayrasiga, uning genomga kirishidan oldin, yuqishning boshlang'ich bosqichida tushgan virusni bog'lashga qaratilgan, bu vaqtda virus hali beqaror hisoblanadi (hayot muddati 1 sutka). Ularga mamlakatimizda eng ko'p ishlatiladigan tsitovudin (azidotimidin), lamivudin va boshqalar kiradi. Bu preparatlar OITS antiretrovirus terapiyasida (ART) asosiy dori vositasi sifatida qaraladi;

2) *proteaza ingibitorlari* virusning ko‘payishiga imkon beruvchi bu ferment, u genomga kirganidan keyin uni bloklaydi. Bu bosqichda virus barqaror (hayot davri 1 yil) dori vositalari ta’siriga birmuncha chidamli bo‘lib qoladi. Bu qatordagi preparatlarga sakvinovir, ritonavir, indinavir, nel’finavir kiradi;

3) *teskari transkriptazaning nukleozid ingibitorlari* – nevirapin, delavirdin, lovirid – bular mamlakatimizda hali keng qo‘llanilayotgani yo‘q.

OIV– infeksiyasini engishda har xil guruhlardagi preparatlarni qo‘shilgan holda qo‘llash yaxshi natija beradi. 1997 yildan boshlab, bunday usulda qo‘llash har yili dunyoda OITS dan o‘limni 61% ga pasaytirishga imkon berdi.

Bu muolajalarning samarasi ma’lumotlariga ko‘ra, ART ni interferon qatoridagi (endogen iterferon induktorlari) dori vositalari bilan birga qo‘llanish ijobiy natijalar bergan. Alohida ART fonida bir kurs davomida 10% gacha viruslar, sikloferon bilan qo‘shilgan holda esa 90% gacha intakt bo‘lib qoladi.

Hamma mavjud ART vositalarining kamchiligi. ularning o‘ta zaharliligi va bemorlarning faqat 50%i bu davo kursini eng oladi. Giyohvandlar odatda chiday olmaydilar.

Spetsifik davo ayrim toifadagi shaxslarda (homiladordan homilaga - homila manfaatlarini ko‘zlab; tibbiyot xodimlariga shaxsan yuqishining oldini olish maqsadida, har yili jahonda 100 nafargacha shifokorlar zararlanadi) yoki asli OITS dan davolash uchun (OIV – infeksiyaning 2 V yoki 3 A bosqichida) amalga oshiriladi.

Garchi qator mutaxassislar OIV – infeksiyani virus tashuvchilar aniqlangan zahoti, OITS klinikasi yuzaga chiqishiga qadar boshlash kerak deb hisoblasalarda (bu albatta to‘g‘riroq), hozirgi vaqtda jahondagi hamma mamlakatlar uchun davo kechroq boshlanadi. Bu ko‘p jihatdan iqtisodiy sabablar bilan bog‘liq, chunki davolash kursining narxi juda yuqori.

OITS ning nospetsifik profilaktikasi organizmning immun kuchlarini mustahkamlash (immun modulyatorlar; umumiy quvvatini oshirish, vitaminlar, enzimoterapiya) organizmning hayotiy muhim a’zolarini va tizimlarini quvvatlab turish, opportunistik infeksiyalarni davolashga qaratilgan.

Akusherlikda OIV epidemiologiyasi

OIV tashuvchilar sonining ko'payishi munosabati bilan, kasallik fonida homiladorlik yuz beradigan yoki homiladorlik davrida virus yuqadigan reproduktiv yoshdagi ayollar soni ko'payib boradi.

Bunday sharoitlarda OIV – infeksiyaning onadan bolaga o'tish xavfi paydo bo'ladi. Kasallikning kechishida homilaga infeksiyani yuqish xavfi borligiga qaramay, bemor ayollarning faqat ozchilik qismi homiladorlikni to'xtatishga rozi bo'lishlarini eslatib o'tish joiz. Aksincha ko'pchilik ayollar onalik instinkti (mehri) tufayli sog'lom farzand ko'rish ilinjida homiladorlikni nihoyasiga etkazishga intiladilar. JSST ma'lumotlari bo'yicha bu OIV – infeksiyaning onadan homilaga o'tish ehtimoli (vertikal transmissiya) 30 – 50% ni tashkil qilish bilan bog'liq.

Onadan bolaga virus o'tish ehtimoli bo'lgan quyidagi yo'llar farqlanadi:

Tug'ruqqacha (transplatsentar) – ozod virusning shikastlangan yo'ldosh to'sig'i orqali o'tishi yoki avval yo'ldoshning zararlanishi;

Tug'ruq vaqtida – tug'ruq vaqtida aksariyat homila teri qoplamlaridagi mikroyoriqchalar orqali (jarohat orqali);

Tug'ruqdan keyingi (laktasion) – bolaga ko'krak suti bilan yoki ayrim hollarda homilaning shikastlangan terisi orqali.

Onadan bolaga virus o'tish imkoniyatini belgilaydigan omillar

- Virus (virus yuklamasi – homiladorlikda virus titri ortadi, so'ngra yana pasayadi; virus genatipi xususiyatlari va unga ayrim aholi guruhlarining individual chidamliligi).
- Onalik (onaning immun statusi, ovqatlanish xususiyati ayolning umumiy holati, fe'l – atvor omillari – promiskuitet, homiladorlikda antivirus davo).
- Akusherlik (4 soatdan ko'p suvsiz davr, tug'ruq usuli, tug'ruqda qon ketishi, homila shikastlanishi bilan o'tadigan akusherlik amallari, invaziv monitoring).
- Homilaga taalluqli omillar (muddatiga yetmay tug'ilganlik, genetik omillar, ko'p homilali homiladorlik).

- CHaqaloqqa taalluqli omillar (ko'krakdan ovqatlantirish, Yangi tug'ilgan chaqaloqning me`da ichak yo'li va immun tizimi).

OIV – infeksiyali ayollarda homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning kechish xususiyatlari

- Homiladorlarda anemiyaning ko'p uchrashi (homiladorlik bilan bog'lik va antiretrovirus terapiyaning oqibatida), bu natijasida qon ko'rsatkichlarini doimiy nazorat qilish va medikamentoz korrektsiyani talab qiladi; antianemik davoga bir muncha qiyinchilik bilan beriladi.
- Gestozlar – ko'prok uchraydi, biroq ularning og'irlik darajasi umuman olganda kam (balki ortiqcha diqqat – e'tibor va homiladorlarni kuchli nazorat qilish bilan bog'liqdir).
- Jinsiy yo'l bilan o'tadigan infeksiyalar (xlamidioz, mikoplazmoz, ureaplazmoz); II – III trimestrda jinsiy yo'llarning sanatsiyasini talab etadi.
- Homiladorlikni davom ettira olmaslik va vaqtidan ilgari uzilishi, 36 – 37 haftalarda vaqtidan ilgari tug'ruqlar ayniqsa tez uchraydi;
- Homilada tana vaznining pasayishiga moyilligi (hammada emas);
- Tug'ruqdan keyingi davrda tuqqan ayollarda yiring – septik kasallanish darajasining oshishi (10% gacha tuqqan ayollarda, jumladan metroendometrit soni 20 – 30% ni tashkil qiladi). Bu qonuniyat aftidan, tuqqan ayollar organizmining zaiflashuvi fonida infeksiyaning osonlikcha qo'shilish va tarqalishi, OIV – infeksiyada immunitetning yaqqol pasayishi bilan bog'liq.
- Bachadon subinvolyutsiyasi tuqqan ayollarning 1/3 qismida uchraydi. Ko'rsatib o'tilgan xususiyatlariga ko'ra tug'ruqdan keyingi davrda bachadonni qisqartiradigan vositalardan foydalanish, antibiotiklar, metrogil, infuzion davo tavsiya etiladi.

Sun'iy abort operatsiyasi o'tkazilgandan so'ng statsionarda 3 kun davomida nazoratda bo'lish, bachadonni qisqartiradigan vositalar tayinlash (no-shpa 2 ml + oksitotsin 5 TB mushak orasiga, kuniga 2 marta), metrogil 100 mg vena ichiga 2 –

3 kun davomida tavsiya etiladi. Antibiotiklar – OIV– infeksiyada ko‘rsatma bo‘yicha, OITS da majburiy qo‘llaniladi.

Homiladorlikda OIV – infeksiyasini aniqlash

- Katta diqqat e‘tibor talab qilinadigan xavf guruhlari: donorlar varetsipientlar, giyohvandlar (ayniqsa parenteral), tekshiruvdan o‘tmagan homiladorlar, muayyan turar joyi bo‘lmagan shaxslar, migrantlar, ilgari tartibsiz jinsiy aloqada bo‘lgan shaxslar (promiskuitet), guruhliy seks, fohishalar.
- YOsh (nisbiy omil – OIV aksariyat yosh shaxslarda uchraydi).
- Anamnezi: S hepatit virusini tashuvchanlik yoki anamnezida hepatit borligi, yuqori nafas yo‘llarining surunkali kasalliklari, pnevmoniyalar, surunkali pielonefrit, listerioz, toksoplazmoz, homiladorlikkacha noaniq etiologiyali anemiya, ilgari noaniq etiologiyali eCHT (eritrotsitlar cho‘kish tezligi)ning davomli oshishi.
- Jinsiy yo‘llarning yashirin infeksiyalari (tsiomegalavirus, genetal herpes, aksariyat – xlamidioz, mikoplazmoz, ureaplazmoz); etiologiyasi noaniq, spetsifik antibakterial davo foyda bermaydigan surunkali ginekologik yallig‘lanish kasalliklari.
- Homiladorlikning kechish xususiyatlari.
- Ko‘rik: teri qoplamlari, anemiya belgilari; infeksiyaning teridagi alomatlari, jumladan turlicha joylashadigan herpes (uchuq), o‘rab oladigan temiratki, limfa tugunlarining kattalashuvi.
- Maxsus tekshirish: homila og‘irligini aniqlash, tashqi jinsiy a‘zolar, qin devorlari va bachadon bo‘yinchasining holati, jinsiy yo‘llarning ajralmalari xos.
- Analizlari: qon klinik analizi (immun tanqsiqligi holatining belgilari harakterli qizil qon ko‘rsatkichlarining pasayishi, oshishi. Biroq, homiladorlik ham – immun tansiqlik holati. SHuning uchun birinchi galda limfotsitlar miqdoriga ahamiyat berish zarur, ularning pasayishi OIV infeksiya uchun ko‘proq xos).
- Umumiy siydik tahlili – infeksiya belgilari. Nechiporenko sinamasi

(pielonefrit), siydik ekmasi.

- Bakterioskopiya, yashirin infeksiyaga (xlamidioz, mikoplazmoz, ureaplazmoz, Sitomegalovirus, herpes), qonni toksoplazmoz va listeriozga, RW ga tekshirish, avstraliya antigeniga tekshirish.
- OIV infeksiyani aniqlashda homiladorlikda IFA–50 orqali qon tahlilining (homiladorlikni har bir trimestrida) doimiy nazorati g'oyat ahamiyati muhim hisoblanadi.

Homiladorlikda OIV infeksiyasini aniqlangan holatdagi yondashuv

IFA – 50 musbat natija olingan taqdirda homilador ayol keyingi davo olish uchun ixtisoslashgan tibbiyot markaziga yuboriladi. Xavf guruhini hisobga olib, homiladorlikning kechishiga ko'ra ayol quyidagi muddatlarda shifoxonaga yotqizilishi kerak:

1) 12 – 14 haftalarda nazorat bosqichlarlarini o'tkazish yo'li bilan (birlamchi skrining va ikkilamchi bloting; immun holat nazorati – immunogramma) va homiladorlikning kechishi xususida birlamchi tekshirish yordamida OIV – infeksiyasi tashxisini tasdiqlash uchun (agar u ilgari tasdiqlanmagan bo'lsa);

2) 22 – 24 haftalar – profilaktik ART to'g'risidagi masalani hal qilish uchun ART homiladorni emas, asosan bo'lajak bola manfaatlarini to'laligicha ko'zlab o'tkaziladi. Oldini olish davo choralari o'tkazilmaganda homilaga virus o'tish xavfi 25 – 30 % ni, to'lik oldini olishda (3 bosqich + kesar kesish + ko'krak berib emizishdan voz kechish) 3 % ni tashkil qilishi aniqlangan. Immun tizimiga, umumiy qon tahliliga, davo samaradorligiga baho berish uchun qonda antitanalar titri (virus yuklamasi) aniqlanadi.

ART quyidagicha o'tkaziladi:

- *Tug'ruqqacha ART* – homiladorlikning 26 – haftasidan teskari transkriptaza ingibitorlari bilan (tsidovudin yoki uning lamivudin bilan kombinatsiyasi 500 mg/s dan peroral har kuni tug'ruq kuniga qadar);
- *Tug'ruq vaqtida ART* xuddi o'sha preparatlar bilan 2 mg dozada ona tanasini 1 kg og'irligiga tug'ruqning 1- soatida va keyinroq 100 mg dan har soatda;

- Tugʻruqdan keyingi ART faqat Yangi tugʻilgan chaqaloqda oʻtkaziladi 6-hafta mobaynida sharbat koʻrinishidagi tsitovudin bilan, keyinchalik bolani 2 yoshga toʻlguncha kuzatib boriladi.

ART bilan davolashni ayol oʻta qiyinchilik bilan oʻtkazadi (koʻngil aynishi, qusish, diareya, isitma, bosh ogʻrigʻi, intoksikatsiya belgilari).

3) homiladorlarni 35 – 36 haftalarda uzil – kesil tekshirish va tugʻruqqa shay qilish uchun shifoxonaga yotqiziladi (homiladorlik asoratlari, infeksiyalarni davolash, jinsiy yoʻllar sanatsiyasi);

4) 37-haftada tugʻruq uchun statsionarga oldindan yotqizish kerak.

OIV – infeksiya oʻta xavfli xastalik boʻlganligidan tugʻruqlarni olib borishning tashkiliy jihati tugʻadigan ayolni keyinchalik homilaga yuqishini oldini olishga, hamda tibbiyot xodimiga shaxsan yuqishning oldini olishga yoʻnaltirilgan tartib – qoidalar boʻlgan ixtisoslashgan maxsus statsionarga yotqizish kerak.

- Tugʻadigan ayol uchun tugʻruqni olib borish umuman olganda oddiy, faqat tugʻruqlarda homilaga yuqishning oldini olish omillarini hisobga olgan holda boʻladi.
- Tugʻruqda qon yoʻqotishning oshishi, yoʻldosh toʻsigʻining buzilishi homilaga kasallik yuqish xavfini kuchaytirdi.
- Davomli (4 soatdan koʻp) suvsiz davrga yoʻl qoʻymaslik. elektiv (homila pufagini yormasdan) kesar kesish oʻtkazilganda infeksiyon asoratlarning soni 26 %, pufak qir qilganda (suvsiz davrning tobora oshishi) – 40 % gacha.
- Tugʻruq yoʻllari sanatsiyasi (dioksidin)
- Tugʻruqning ikkinchi davrida homila va tugʻruq yoʻllari shikastlanishini kamaytirish, tugʻruqlarni ehtiyotlik bilan olib borish kesar kesishda tugʻruq vaqtida yuqish soni 3 % gacha pasayadi, operatsiya qilinmaganda OIV infeksiyalanish 10,5% ga etadi. Infeksiyaning yuqish xavfi hatto infeksiyon asoratlar soni oʻsmaganda ham, qon ketish sababli oshadi.

OIV infeksiyasining bolalarga yuqish yoʻllari quyidagicha:

1. Transplatsentar.

2. Tug‘ruq yo‘llari orqali.
3. Ko‘krak suti bilan ovqatlantirish.
4. Parenteral.

Har xil avtorlar gapiga qaraganda OIV bilan kasallangan onadan homilaga yuqish chastotasi 13 % dan 39 % gacha , shundan 90% ga yaqini intranatal davrga to‘g‘ri keladi yoki ko‘krak bilan emizganda yuqadi.

Tug‘ma VICH infeksiya bolani qay vaqtda infeksiyalanganiga bog‘liq. Ko‘pincha Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda hech qanday klinik simptomatika kuzatilmaydi. Uning 80% bolalarda klinik namoyon bo‘lishi birinchi 3 yoshga to‘g‘ri keladi. Transplatsentar yo‘l orqali yuqqanda Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar ko‘pincha muddatiga yetmay tug‘ilgan, homila rivojlanishining orqada qolishi bilan, bosh-yuz dismorfizmlari va (keng bo‘rtib chiqqan peshona, burun qansharining botiqligi, yuqori lab do‘ngligining bo‘rtib chiqishi) mikrotsefaliya bilan tug‘iladi.

OIV infeksiyasida kuzatilishi mumkin bo‘lgan klinik belgilar bu :

- Birinchi 6 oy davomida nafas etishmovchiligining rivojlanib borishi (pnevmonsist pnevmoniyasi);
- Umumiy persistrlangan limfadenopatiya;
- Gepatosplenomegaliya;
- Transaminaza fermentlarining ko‘payishi;
- Tana haroratining oshishi;
- Uzoq davom etgan ich ketish;
- Gemorragik sindromli trombositopeniya;
- Anemiya;
- Surunkali teri kasalliklari (kandidozli dermatit);
- Qaytalanuvchi infeksiyon kasalliklar;
- Psixomotor rivojlanishdan orqada qolishi.

Tashxislash: Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda OIV infeksiyasini serologik tekshiruvlarda aniqlash juda qiyin, chunki bola qonida ona antitanachalari mavjud, ular qonda 4- 16 oy mobaynida saqlanishi mumkin. Agar 16 oydan

keyin ham antitanachalar aniqlansa, bu OIV infeksiyasi borligini bildiradi. Kattalarga qaraganda bolalarda virus titrining oshishi immunitet T limfotsitlarning to'liq shakllana olmaganligidan, shuning uchun ularda OITS rivojlanishi yuqori (2 eshgacha 70% hollarda).

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar tashxisotida OIVni aniqlash maqsadida PTSR reaksiyasi o'tkaziladi. Lekin asosiy usul bu qon zardobida virusga qarshi antitanachalarni aniqlash.

Quyidagi tekshiruv usullari o'tkaziladi:

- Immunoferment skrining, bu usul OIV antigeniga qarshi umumiy antitanachalar spektrini topish
- Immun blotting tekshiruv - bu OIV infeksiyasining ayrim oqsil strukturalariga qarshi maxsus antitanachalarni aniqlash.
- Immunologik tekshiruv (T- limfotsitlar sonini aniqlash). Dastlabki yil davomida T hujayralar tarkibi va soni buyicha chuqur o'zgarishlar bo'ladi (SD4+ hujayralar 1 yoshgacha umumiy miqdorining kamayishi: 1750 ta hujayra /mm³; agar % hisobida bo'lsa 1 yoshgacha: 30%dan kamroq), bu esa rivojlanib borayotgan OIV infeksiyasini harakterlaydi va zudlik bilan antiretrovirus terapiyasini boshlash kerakligidan dalolat beradi.

Klinik laborator usullar bilan bemorning holatini qo'shimcha baholash. Bunday baholash quyidagilarni o'z ichiga oladi: umumiy qon taxlili va qonni biokimyoviy tekshirish, jigar fermentlari, amilaza, lipaza, sut degidrogenazalari, immunoglobulin miqdorini aniqlash.

CHaqaloq hayotining dastlabki oyidan virus replikatsiyasining kuchayishi ko'pincha ularda Sitomegalovirus infeksiyasining rivojlanishi bilan bog'lik. Bu ma'lumotlarni inobatga olgan holda ko'pgina klinitsistlar birinchi 6 oy davomida siydikni Sitomegalovirusga kul'tural tekshirish lozimligini maslahat berishadi.

Profilaktika

Kasallikning faol oldini olish chora-tadbirlari hali ishlab chiqilmoqda. OIV bilan kasal homilador ayollarni kuzatuv ostiga olib, homiladorlikning 14-

haftasidan zidovudin berish kerak, keyinchalik chaqaloqlar zidovudin bilan 6 hafta davomida 2 mg/kg og‘iz orqali (1,5 mg/kg v/i 30 min davomida yuboriladi) har 6 soatda, gestatsion yoshi hali 32 hafta bo‘lmagan muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlarga har 12 soatda, gestatsion yoshi 32- 36 haftalik chaqaloqlarga esa har 8 soatda beriladi.

Dastlabki virusologik testi manfiy chiqqan bolalarni qayta 2 oyligida tekshirish lozim va 4-6 oyligida yana tekshiriladi.

CHaqaloqlarga tug‘ilgandan so‘ng 48 soat davomida OIV infeksiyasini erta tashxislash maqsadida OIV DNKsini PTSR yordamida aniqlash yoki kultural tekshirish qilinadi.

OIV bilan kasallangan onadan tug‘ilgan chaqaloqlardagi barcha muolajalar meditsina xodimlari tomonidan perchatkada olib boriladi, toki onaning qoni yuvib tashlanmaguncha.

OIV bilan kasal onadan tug‘ilgan chaqaloqlarning kuzatuvi 36 oy mobaynida amalga oshiriladi.

Davolash

1. Virusga qarshi preparatlar: azidotimidin (zidovudin) 2 mg/kg har 6 soat mobaynida og‘iz orqali, boshlang‘ich monoterapiya uchun didanozin 120 mg/m² kuniga 2 mahal.
2. Har 4 haftada gamma globulin 400mg v/i, passiv immunoprofilaktika maqsadida.
3. Pnevmonsist pnevmoniya profilaktikasi: kotrimaksozol kuniga 1 mahal 30 mg/kg. Agar bolaga VICH infeksiyasi, deb tashxis qo‘yilsa 1 yoshgacha bu profilaktika olib boriladi, immunologik statusga qaramay.
4. Boshqa qo‘shimcha kasalliklarni davolash.
5. Tirik poliomielit vaktsinasini emlamaslik lozim.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning tug‘ruqxonadagi kuzatuvi

1. OIV – bilan tug‘ilgan chaqaloqlarni tug‘ruq jarayonini o‘ziga xos olib borish.

- Kindikni kesishdan oldin, ikkita qisqich oralig'i xlorgeksidinni (suvli eki spirtli) eritmasi bilan ishlov berish lozim.
- Bolaning terisini shikastlamaslik uchun birlamchi tualetni ehtiyotkorlik bilan qilish lozim. Bola terisini sovun va iliq suv bilan yuvish kerak. Teri tiralishlarida vodorod peroksidini 3 %li eritmasi bilan, so'ngra xlorgeksidinni spirtli eritmasi bilan ishlov berish lozim. SHilliq qavatlarni shikastlanishlarida (tirialishlarida) xlorgeksidinni suvli eritmasi bilan ishlov berish kerak.
- SHaxsiy maslahat vaqtida ko'krak bilan emizish o'rniga sun'iy ovqatlantirish lozimligini tushuntirish kerak.
- Onadan homilaga o'tuvchi infeksiyalarni (gepatit V, S, sifilis, herpes, TSMV) xavfini baholash kerak.
- OIV infeksiyasining oldini olish uchun viramun ichirish lozim:
- Viramun – tug'ilgandan keyin 48 va 72 soat oralig'ida og'iz orqali sirop shaklida 2 mg /kg beriladi. Agar ona bolani tug'ishdan 1 soat oldin ichgan bo'lsa yoki ichishga ulgurmagan bo'lsa, bola tug'ilishi bilan 2 marta beriladi: 1 - doza 2 mg/kg tug'ilishi bilanoq, 2 - si 2 mg/kg tug'ilganidan keyin 48 va 72 soat oralig'ida beriladi.
- Onaga keyingi bosqichlarda bolani olib borish taktikasi va dispanser nazorati ostida bo'lishi lozimligi haqida maslahat berish.

Emlash

- Hamma OIV bilan kasallangan onadan tug'ilgan chaqaloqlar tuberkulezga qarshi BTSJ vaksinasi bilan, emlash kalendariga asoslanib emlanishi shart.
- Keyinchalik OIV bilan kasallangan onadan tug'ilgan chaqaloqlarga O'zbekiston emlash kalendari asosida, bolani yoshiga qarab qolgan emlashlar olib boriladi.

Ovqatlantirish

- OIV infeksiyasini bolaga ko'krak suti bilan emizish natijasida o'tishi xaqida onalarni ogohlantirish lozim va ularga sun'iy ratsional ovqatlantirishni maslahat berish kerak.
- Agar chaqaloq sun'iy ovqatlantirishda bo'lsa, onaga bolani hech qachon ko'krakka qo'ymaslikni tushuntirish kerak.
- Tibbiyot xodimlari onaning sun'iy aralashmani tayyorlashni bilishiga va bolaga ehtiyotkorlik bilan berishiga ishonch hosil qilishlari kerak.
- Bolani ovqatlantirishda hech qanday kamchilik yo'qligiga vrach ishonch hosil qilishi uchun, onalar tug'ruqdan keyin 2 hafta o'tgach bolani turar joydagi bolalar poliklinikasiga olib chiqishlari zarur.

ESLATMA: OIV infeksiyali onadan tug'ilgan bolada OIV statusi musbat bo'lib tasdiqlangan bo'lsa va ko'krak suti bilan ovqatlantirilayotgan bo'lsa, ko'krak suti bilan ovqatlantirishni davom ettirishni maslahat berish lozim.

Ilk go'dak yoshidagi bolalarda o'lim klinik belgilarning 3 yili ichida 75% ga, o'smirlarda 36 % ga etadi.

OIV infeksiyaning individual profilaktikasi

Asosiy vazifa – OIV bilan infeksiyalangan bemor ayoldan qon va boshqa biologik suyuqliklarning tibbiyot xodimlari terisiga va shilliq pardalariga, ayniqsa akusherlik ginekologik operatsiyalar va muolajalar vaqtida yuqishning oldini olishdan iborat.

Individual profilaktika uchun tirsaklargacha uzun yoki sovutsimon maxsus kiyim (fartuk, qo'lqoplar – odatdagisi 2 juft; engliklar, rezina etiklar, qalqoncha yoki himoya ko'zoynak – yaxshisi toun qarshi kiyim-bosh) dan foydalaniladi. Operatsiya o'tkazishdan oldin qo'l va tirnoq bo'g'imlari 5 % li yod eritmasi bilan artiladi.

Ish jarayonida (tug'ruq qabul qilish) qo'lqoplarga 70%li spirt eritmasi, 3%li xloramin eritmasi, 0,5%li xlorgeksidin eritmasi va boshqalar bilan vaqti-vaqtida ishlov beriladi. Bir marta echilgan rezina qo'lqoplar takroran ishlatilmaydi.

Operatsiya vaqtida kesadigan va sanchadigan asboblardan ishlashda, ampula va flakonlarni ochishda qoʻlqop va qoʻl terisini shikastlanishdan ehtiyotlash kerak.

Qoʻllarida jarohat, ekssudativ yoki namlanuvchi dermatit boʻlganda tibbiyot xodimi operatsiyadan, bemorlarni parvarish qilishdan yoki parvarish buyumlari ushlashdan chetlatiladi.

Tibbiyot xodimlarining qoʻllariga shikast etganda yoki shilliq pardalari ifloslanganda xodimlar operatsiyani davom ettirishdan chetlatiladi. (Xodimlarni almashtirishni koʻzda tutish zarur), birlamchi ishlov beriladi (tugʻruq zalida profilaktik aptechka boʻlishi shart). Zudlik bilan qoʻllarga ishlov berish va qoʻlqoplarni echish, jarohatdan qonni chiqarish, qoʻlni oqar suv ostida sovunlab yuvish, uni 70% spirt eritmasi bilan artish va jarohatga 5 % yod eritmasini surtish kerak.

Qoʻllar qondan ifloslanganda – 70 %li spirt eritmasi yoki 3 %li xloramin eritmasida hoʻllangan tampon bilan artish, iliq oqar suv bilan sovunlab ikki marta yuvish, shaxsiy sochiq bilan yaxshilab artish kerak.

Qon yuz terisiga tushganda uni qunt bilan yuviladi, koʻz shilliq pardasini зудlik bilan suv yoki 1%li borat kislota eritmasi bilan yuviladi; burun shilliq pardasiga 1%li protorgol eritmasi bilan ishlov beriladi: ogʻiz boʻshligʻi shilliq pardasini 70 %li spirt eritmasi 0,05%li kaliy permanganat eritmasi yoki 1%li borat kislota eritmasi bilan chayiladi.

Keyinchalik shikastlangan xodimlarni profilaktik ART uchun ixtisoslashgan markazga joʻnatish lozim. YUqumli qon teri orqali tushganda OIV – infeksiyalanish xavfi oʻrta hisobda 0,3 ni tashkil qiladi.

Teri qoplamlarining bemor organizmida boʻlgan ignadan chuqur zararlanishlarida eng yuqori xavf (0,4%) qayd etiladi. Terining yuza shikastlarida infeksiya tushish xavfi 0,01 % gacha va bundan ham kamayadi. Bu qon hajmi va OIV titriga bogʻliq. OIV infeksiyasi oʻtishi uchun kamida 0,1 ml yuqumli qon talab qilinadi. Jarohatlanishning oldini olish OIV infeksiyasini oʻtish xavfini taxminan 79% ga kamaytiradi. ART oʻtkazish zarurligi toʻgʻrisidagi masalani shifokor – mutaxassis hal qiladi. Hozirgi vaqtda koʻpchilik mamlakatlarda

ignalardan yuza shikastlanishlar yoki teri kontaktlari uchun postkontrakt profilaktikasi tavsiya etilmaydi. ART ni boshlashning ideal muddatlari dastlabki 2 soat. Davolanishni boshlashdan oldin IFA – 50 tekshirish o‘tkazish zarur. Qayta testlash 6 hafta, 3 va 6 oy o‘tgach o‘tkaziladi.

Infeksiya tushgan material kiyimga tekkanda bu joy zudlik bilan 6 % vodorod peroksid eritmasi bilan ishlov beriladi, qo‘lqoplar zararsizlanadi, kiyim echiladi va 3%li xloromina solib qo‘yiladi. Zararlangan kiyim ostidagi qo‘l terisi va boshqa sohalar 70%li spirt bilan artiladi. YUqumli bog‘lov materiali, kiyim (bir martalik), poyafzal plastik qopchiqqa solinadi va kuydirishga beriladi. Instrumentlar dezinfeksion eritmaga solinadi, tozalab yuviladi va issiqlik bilan ishlov beriladi.

Infeksiya tushgan material pol, devorlar, mebel – jihozlarga tushganda unga 6 %li vodorod peroksid eritmasi yoki 3%li xloromin eritmasi qo‘yiladi, so‘ngra dezinfeksion eritmaga ho‘llangan latta bilan artiladi.

OIV bilan kasallangan ayolga birinchi yordam ko‘rsatishda qon bilan bevosita muloqotda ehtiyot bo‘lish kerak. Og‘izdan og‘izga sun‘iy nafas oldirilayotganda OIV o‘tish hollari qayd qilinmagan. OIV – infeksiyalanish mavjudligi bemorlarga bunday yordam turlarini bermaslikka sabab bo‘la olmaydi.

9 – BOB. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARNING GEMORRAGIK KASALLIGI (CH GrK) HKK (R 53.)

”CHaqaloqlar gemorragik kasalligi” guruhiga turli etiologiya va patogenezli, ammo hammasi gemorragik sindrom bilan kechuvchi kasalliklar kiritilgan. Bu sindromlar: melena, qonli qusish, shilliq qavatlar, teridan va kindik yarasidan qon ketish va boshqalar.

Gemorragik sindrom rivojlanishi asosida homila va Yangi tug‘ilgan chaqaloklarda gemostaz va qon ivish jarayonining buzilishi yotadi.

Yangi tug‘ilgan chaqaloklarda hayotning birinchi haftasida gemostaz holati o‘z xususiyatlariga ega: qonda gemokontsentratsiyaning ortishi, fibrinoliz faolligining yuqoriligi, qonda geparin, fibrinogen va fibrin parchalanish mahsulotlarining yuqoriligi, trombotsitlar me`yoriy darajada bo‘lishi bilan bir qatorda ularning agregatsion xususiyati past, lekin qon ketish vaqti me`yorda bo‘lishi kuzatiladi, qon prokogulyantlari II,VII,IX,X ya`ni vitamin K ga bog‘liq omillari 2-5 kunda pasayadi, qon tomirlarning o‘tkazuvchanligi va mo‘rtligi oshgan.

Uchrashi. 0,25-0,5% Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda chaqaloqlar gemorragik kasalligi K vitamini tanqisligidan kelib chiqadi. Xorijda klinik amaliyotda barcha Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga K₁ vitaminini parenteral yuborish joriy qilingandan so‘ng chaqaloqlar gemorragik kasalligining uchrashi 0,01%gacha kamaydi. Hozirgi kunda bizning mamlakatimizda ham JSST tavsiyalariga ko‘ra, K₁ vitamini chaqaloq tug‘ilishi bilan tayinlanadi.

CHaqaloqlar gemorragik kasalligi klinik ko‘rinishining kelib chiqish vaqtiga qarab quyidagi turlarga bo‘linadi:

1. Erta (hayoting dastlabki 24 soatida)
2. Klassik (hayoting 1-7- kunlari)
3. Kechki (hayotning 2-8- haftasi, kamroq 6 oygacha)

Patogenezi. K vitamining biologik roli protrombindagi (ikkinchi omil) glutamin kislota qoldiqlarida prokonvertinda (VII omil) antigemofil V globulinda

(IX omil) va Styuart-Praudr omilida (X omil), shuningdek ivishga qarshi mexanizmlarida qatnashadigan S oqsillarda va S plazmada (bular qon ivishiga qarshi mexanizmlarda ishtirok etadi) karboksillanish jarayonini aktivlashtirishdan iborat. Uning etishmasligi bu omillarning Ca^{++} ni bog'lab olish xususiyatini buzilishiga va yetuk darajada qon ivish jarayonida qatnasha olmasligiga olib keladi. K vitamini platsenta orqali yomon o'tadi va kindik qonida uning darajalari ona qonidagiga qaraganda hamisha past bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda vitamin K gipovitaminoziga olib keluvchi xavf omillari quyidagilar:

- Onaga bilvosita ta'sir etuvchi antikoagulyantlar (neodikumarin guruhidan);
- Talvasaga qarshi dori vositalari (fenobarbital, difenin va b), ta'sir doirasi keng antibiotiklarni;
- Estrogenlar qatori preparatlarini homilador ayollarda qo'llash;
- Onadagi gepato- va enteropatiyalar;
- Disbakterioz.

Vitamin K tabiatda uch hil ko'rinishida uchraydi.

K_1 – filoxinon (manbai o'simliklar);

K_2 – menaxinon ;

K_3 - vikasol (menadionning suvda eruvchan shakli).

Odam organizmiga vitamin K_1 -filloxinon (2 metil 1,3 -fitil-14-naftoxinon) o'simlik oziq-ovqatlari orqali tushadi. Bola organizmini K_1 vitaminiga sutkalik ehtiyoji 2 mkg/kgni tashkil qiladi. Bundan tashqari ichak mikroflorasi menaxinon K_2 vitaminini sintez qiladi, biroq u katta yoshdagi odam ichagidan juda kam yoki umuman so'rilmaydi, vaholanki chaqaloqlarda u so'riladi va organizm uchun K vitaminining muhim manbai hisoblanadi. SHuning uchun Yangi tug'ilgan va ko'krak yoshidagi bolalarda diareya, ta'sir doirasi keng antibiotiklarni qabul qilish ichak mikroflorasining buzilishiga sabab bo'ladi, bu esa o'z navbatida K vitamini tanqisligi va chaqaloqlar gemorragik kasalligiga olib keladi. Og'iz suti va ayol sutida K vitamini o'rta hisobda 2mkg/l bo'ladi, sigir sutida esa o'rta hisobda 5

mg/l bo'ladi. Yuqorida ko'rsatilgan sonlar ona sutini Yangi tug'ilgan chaqaloqning K vitaminiga bo'lgan ehtiyojini ta'minlay olmasligini ko'rsatib turibdi, shuning uchun uning ichakda normal mikroflora orqali sintezlanishini ta'minlash kerak. Biroq chaqaloq hayotining birinchi haftasi davomida ichak mikroflorasining barqarorlashuvi asta-sekin kechadi, natijada vitamin K₂ning ichaklarda sintezlanish jarayoni sustlashadi. YTCH gemorragik kasalligi sun'iy boqiladigan bolalarga nisbatan tabiiy boqiladigan bolalarda ko'proq rivojlanishi aniqlangan.

1ml dozada parenteral kiritilgan K₁ vitamini bir necha soat o'tgach vitamin K qaram qon ivish omillari darajasining keskin oshishiga olib keladi. Og'iz orqali, enteral qabul qilinadigan K₁ vitaminining qondagi miqdori parenteral yuborilganga nisbatan kam kontsentratsiyalarni tashkil qiladi. Bundan tashqari ayrim bolalarda ichaklar orqali vitamin K juda yomon so'riladi, natijada uning samarasini oldindan aytib bo'lmaydi.

CHaqaloqlar gemorragik kasalligining erta shakli odatda onaning dori vositalarini qabul qilishi bilan bog'liq. SHu bilan bir vaqtda gemorragik sindrom bola hayotining dastlabki sutkalarida faqat K vitamin etishmasligiga bog'liq bo'lmasligi mumkin. XX asrning 50 yillaridayoq onaning tug'ruqqacha bevosita atsetilsalitsilat kislota dori vositasini qabul qilishi Yangi tug'ilgan chaqaloqda qon ketishiga moyillikni rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkinligi isbotlangan edi. Indometatsin dori vositasi ham huddi shunday xususiyatgaga ega. Atsetilsalitsilat kislotaning bu xususiyati homila trombositlarining funktsial faolligini ingibitsiya qilish, ya'ni susaytirishiga bog'liq. Biroq bolada irsiy trombositopatiya bo'lsa yoki agar onaga yoki kasal bolaga bir vaqtning o'zida 3 tadan ortiq trombositlar ingibitorlar tayinlangan bo'lsa, bu holda bolada gemorragik sindrom rivojlanish ehtimoli yuqoridir.

Klinik ko'rinishi: erta **CH GrK** homilada ona qornidayoq boshlanishi mumkin. Bu holda bola tug'ilgan zahoti ul'tratovush tekshiruvida kalla suyagi ichiga qon quyilishlarni, hamda teri gemorragiyalari, kefalogematoma va kindik qoldig'idan qon ketishini kuzatish mumkin. Og'ir asfiksiya va tug'ruq jarohatlari

K vitamini tanqisligini gemorragik sindromga o'tishida turtki vazifasini bajaradi. CHaqaloqlar gemorragik kasalligining teridagi belgilari bolaning yotgan qismida (dumba, aponevroz ostiga qon quyilishi va b.), monitor kuzatuvda esa elektrod qo'yilgan joyida yaqqol bo'lishi mumkin. O'pkadan qon ketishlar, qorin bo'shlig'i a'zolariga (ko'p hollarda - taloq, jigar, buyrak osti bezlariga) qon quyilishlari, melena ilk CH GRK alomatlaridan bo'lishi mumkin.

Klassik CH GrK. CHaqaloqlar gemorragik kasalligining bu turida, ko'pincha tabiiy ovqatlantirishdagi bolalarda melena va qon aralash qusish (gematemezis) tipikdir. Bulardan tashqari teri gemorragiyalari (ekximoz, petexiya) kindik qoldig'i tushgandan yoki o'g'il bolalarda xatna qilingandan so'ng qon ketishi, burun qonashi, kefalogramatmalar, aponevroz ostiga qon quyilish kuzatilishi mumkin. Og'ir asfiksiya tug'ruq jarohatlari bilan tug'ilgan bolalarda K vitamini etishmasligi kalla suyagi ichi qon quyilishlari, shuningdek ichki a'zolardan qon ketishi ko'rinishida yuzaga chiqish mumkin.

Melena - ichakdan qon ketishi, yo'rgakda axlat massalari atrofida pushti rang gardish topilishiga ko'ra tashxis qilinadi. Melena kuzatilgan bolalarda ichakda eritrotsitlarning jadal parchalanishi sababli giperbilirubinemiya rivojlanish mumkin. Melena qon aralash qusish bilan ham o'tishi mumkin. Melenaga sabab - me`da va o'n ikki barmoqli ichak shilliq pardasida mayda yarachalar hosil bo'lishidir, uning kelib chiqishida chaqaloq bolada tug'ruq stressi natijasida glyukokortikoidlarninig ortiqcha miqdorda ishlab chiqarilishi, shuningdek me`da va ichak ishemiyasi etakchi rol' o'ynaydi. Melena va qon aralash qusishning paydo bo'lishida me`da shirasi kislotaliligining oshganligi, reflyuks va peptik ezofagit muayyan ahamiyatga ega.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar hayotining birinchi kunidagi melenani onaning ko'krak so'rg'ichlarining jarohatlanishi natijasida "yutilgan qon" sindromidan farq qilish kerak. U bola hayotining birinchi kunida axlatida qon bo'lgan uchta bolalardan bittasida mavjud bo'ladi. Bu sindromdan gemorragik kasallikni farqlash uchun Apta testidan foydalaniladi; qon aralash qusuq massalari yoki axlat suvda suyultiriladi va gemogloblin tutgan pushti rang eritma hosil qiladi. 4ml

choʻkma ustidagi suyuqlik tsentrifugalangandan soʻng 1 ml 1%li natriy gidrat oksidi eritmasi bilan aralashtiriladi. Suyuqlik rangining jigar rangga oʻzgarishi (2 minut oʻtgach baho beriladi). Unda A gemaglobini, yaʼni ona qoni borligidan, pushti rangining saqlanib qolishi esa bola gemaglobini (ishqoriy rezistent NbGʻ), yaʼni melena borligidan dalolat beradi. Moʻl yoki qaytalanuvchi melenada, orqa chiqaruvchi yoʻlidan qon ketganda, anorektal travma, papilloma, ichak angiomatozi va boshqa jarrohlik patologiyasini istisno qilish zarur.

Kechki CHGrK bu shaklini klinik aniqlash yoki K vitamini tanqisligining rivojlanishi uchun quyidagilar turtki omillar boʻladi:

- Bir haftadan ortiq davom qiladigan diareya.
- Malabsorbsiya bilan oʻt chiqaruvchi yoʻllar atreziyasi.
- Gepatit va holestatik sariqlikning boshqa turlari.
- Meʼda osti bezining kistofibrozi.
- Taʼsir doirasi keng antibiotiklardan foydalanish.
- Alfa-1 antitripsin tanqisligi.
- Abetalipoproteinemiya.
- Seliakiya.

Bunday kasalliklarning barchasiga har haftada K vitaminining 0,5-1,0 mg yuborilish lozim. Kechki klinik belgilari keng koʻlamdagi teri ekximozlari, kalla suyagi ichi qon quyilishlari, melena, gematomezis boʻlishi mumkin. Poliprogmaziya, ayniqsa bir vaqtning oʻzida 3 ta bundan ortiq trombositlar ingibitorlardan foydalanish K vitamini etishmasligida gemorragiyalar paydo boʻlish xavfini kuchaytiradi.

Tashxisot. CH GrK tashxisi anamnestik (CH GrK xavf omillari borligi) klinik belgilarni jamlash asosida qoʻyiladi va laborator tekshirishlar maʼlumotlari bilan tasdiqlanadi. CH GrK da qonda protrombin darajasi odatda taxminan 10% ni tashkil qiladi va kattalar darajasidan kamroq boʻladi. Boshqa vitamin K qaram qon ivish omillari pasayishining yuzaga chiqishi oʻzgarib turishi mumkin. Fibrinogen va boshqa qon ivish omillarining darajalari, trombositlar miqdori odatda meʼyordan siljimagan.

CHGrK va trombositopatiyalar, irsiy va ikkilamchi koagulopatiyalarni qiyosiy tashxislash, anamnestik shu jumladan geneologik ma`lumotlar, klinik belgilar va laborator ma`lumotlarni qunt bilan tahlil qilish asosida aniqlash mumkin. Yangi tug`ilgan bolalarda eng ko`p gemorragik sindromlar qiyosiy tashxisi 30-jadvalda keltirilgan.

30-jadval

Yangi tug`ilgan bolalarda eng ko`p tarqalgan gemorragik sindromlarning qiyosiy tashxisoti

Gemostaz parametrlari	Yangi tug`ilgan chaqaloqlar gemorragik kasalligi (K vitamini tanqisligi)	DVS sindrom (II- III bosqichlari)	Trombositopeniya DVS- sindromsiz
Trombositlar miqdori (200-400x 109/l)	Me`yorida	Pasaygan	Pasaygan
Protrombin vaqti	Uzaygan	Uzaygan	Me`yorida
Qon ivish vaqti	Uzaygan	Uzaygan	Me`yorida
Trombin vaqti	Me`yorida	Uzaygan	Me`yorida
Partsial tromboplastin vaqti (35-45 s)	Uzaygan	Uzaygan	Me`yorida
Fibrinogen (2,0-4,0 gr/l)	Me`yorida	Pasaygan	Me`yorida
Parakoagulyatsion testlar	Manfiy	Musbat	Manfiy

Davolash. Ona suti bilan ovqatlantirish (yoshga mos ehtiyojlarga ko`ra). K<sub>1</sub> vitaminini vena ichiga (afzalrog`i) yoki mushaklar orasiga muddatiga yetib tug`ilgan chaqaloqlarga 1mgdan, muddatiga yetmay tug`ilgan chaqaloqlarga esa 0,5 mgdan yuborilishi lozim. Odatda venaga K vitamin yuborilgandan so`ng 4 soat davomida protrombin va partsial tromboplastin vaqti normallasadi. Agar

klinik va laborator yaxshilanish ro'y bermasa, ehtimol bolada CH GrK emas, balki jigar yoki birorta boshqa jumladan irsiy koagulopatiya bor.

Bizning mamlakatimizda asosan vikasol (K_3 vitamin) - menadionning suvda eruvchan shakli ishlatiladi. Biroq u K_1 vitamini – filloxinonga qaraganda kamroq samaraga ega. Vikasol o'zi effekt hosil qilmaydi, balki jigarda undan hosil bo'ladigan filloxinon va menadion effekt beradi. Vikasolning faqatgina oz foizi filloxinon va menadionga aylanishini hisobga olib, CH GrK da vikasol 12 soat tanaffus bilan ikki marta yuboriladi. Muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqlarga vikasol (vena ichiga yoki mushak orasiga) 5 mg, muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlarga esa 2-3 mgdan tayinlanadi. Vikasolning yuqori dozalaridan foydalanish (10 mg dan ortiq) yoki uni davomli tayinlash eritrotsitlarda Leynts tanachalar hosil bo'lishi va natijada giperbilirubinemiya rivojlanishi mumkinligi bilan xavflidir. Vikasol glyutation reduktaza fermentini bloklab eritrotsitlarda glutationni beqarorligini oshiradi va uning tiklanish imkoniyatini kamaytiradi. Bu esa gemoglobin pretsipitatlari – Geynts tanachalari hosil bo'lishiga, gemolizning kuchayishiga va sariqlikning rivojlanishiga olib keladi. K_1 vitamini bunday asoratlarni chaqirmaydi.

Melenada mahalliy terapiya: 0,5%li natriy gidrokarbonat va epsilon aminokapron kislotasida eritilgan trombin eritmasi 1 choy qoshiqdan kuniga 3 marta ichiriladi (quruq trombin ampulasini 50 ml 5%li aminokapron kislotada eritiladi va 1 ml 0,025%li adrokson eritmasi qo'shiladi). Melena kuzatilgan chaqaloqlarni uy haroratigacha sovutilgan Yangi sog'ilgan ona suti bilan ovqatlantiriladi.

Postgemorragik shokning oldini olish maqsadida, aylanib yuruvchi qon hajmi 10-15%ga kamayganda, qaytalanadigan qon ketishida vena ichiga Yangi muzlatilgan plazma 15 ml/kg dozada yuboriladi.

Qon ketishi hollarida mahalliy gemostatik terapiya o'tkaziladi. Kindik qoldig'idan qon ketishi kuzatilganda, kindikning qon ketayotgan sohasidan pastdan bog'lanadi va gemostatik gubkali yoki trombinli tampon qo'yiladi.

Profilaktikasi. Tugʻilgandan soʻng dastlabki soatda K_1 vitaminini mushak orasiga muddatiga yetib tugʻilgan chaqaloqlarga 1 mg, muddatiga etmy tugʻilgan chaqaloqlarga esa 0,5 mgdan yuborish CH GrK profilaktikasining samarali vositasidir. Vatanimizdagi baʼzi bir bolalar gematologlari Yangi tugʻilgan chaqaloqni (tugʻilishidan soʻng yarim soat ichida) ona koʻkragiga erta qoʻyish profilaktik samara beradi, deb hisoblaydilar. Biz bolani koʻkrakka erta qoʻyish, K vitaminini parenteral profilaktik yuborilishiga qarshi dalil boʻlmasligi kerak, deb hisoblaymiz.

Obstruktiv sariqligi boʻlgan, taʼsir doirasi keng aktibiotiklar olayotgan, muddatiga yetmay tugʻilgan, toʻliq parenteral ovqatlanishdagi bolalarga 5 kunda bir marta K vitaminini 1-2 mg miqdorida mushak orasiga yuborish zarur. Talvasaga qarshi preparatlar, antikaogulyantlar qabul qilayotgan homilador ayollarga K vitaminining sutkasiga 20 mg dozada tugʻruqqacha 2 hafta mobaynida ichishga buyurish yoki 10 mg vikasolni tugʻruq vaqtida mushak orasiga tayinlashni tavsiya qiladilar. Biroq bu hol bolaga tugʻilgan zahoti K vitaminini parenteral yuborish zarurligini bekor qilmaydi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. N.P.SHabalov. Neonatologiya, Sankt - Peterburg, 2004.
2. Osnovi uxoda za zdorovim i bolʻnim novorojdennim rebenkom.
Kamilov A.I., Tashkent. 2007
3. Reshenie problem novorojdennix. Rukovodstvo dlya effektivnoy praktiki.
VOZ 2005.
4. IVBDV – Vedenie bolʻnogo mladentsa v vozraste do 2 mesyatsev. VOZ i YUNISEF. 2008.
5. Patologiya nedonoshennix detey. N.A. Prokoptseva., e.F. Starix., R.A. Avdeeva., E.G. Neyman. Rostov-na-Donu. 2007.
6. Nedonoshennie novorojdennie deti. V.N. Timoshenko. Rostov-na-Donu. 2007.

7. Rukovodstvo po reanimatsii novorozhdennix. YUNISEF, 2006.
8. M. Dement'eva, A.S. Kolomtaev, V.S.Malishev, R.I.Ryumina. Pervichnaya reanimatsionnaya pomosh' novorozhdennim. M, 1999
9. Effektivnaya perinatal'naya pomosh' i uxod (EPU)
- 10.Konsul'tirovanie po grudnomu vskarmlivaniyu: kurs obucheniya. YUNISEF, 2006.
- 11.Protokoli diagnostiki, lecheniya i profilaktiki vnutriutrobnix infektsiy u novorozhdennix detey. GOU VUNMTS MZ RF. Moskva. 2001.
- 12.Neonatologiya. Natsional'noe rukovodstvo. N.N. Volodin., E.N. Baybarin., G.N. Buslaeva., D.N. Degtyarev. 2009. Moskva
- 13.Rukovodstvo uchastkovogo pediatra. T.G. Avdeeva. 2008. Moskva
- 14.Bazovaya pomosh' novorozhdennomu – mejdunarodniy opit. N.N. Volodin., G.T. Suxix., E.N. Baybarina ., I.I. Ryumina. 2008. Moskva.
- 15.Teplovaya zashita novorozhdennogo. Prakticheskoe rukovodstvo. (Bezopasnoe materinstvo). - YUNISEF. - Tashkent.-2009
- 16.Essential Newborn Care and Breastfeeding , PEPC, WHO/Euro, 2002
- 17.Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006
- 18.Thermal Protection of the Newborn: a practical guide. WHO, Geneva, 1997
- 19.William McGuire, Ginny Henderson and Peter W Fowlie. Feeding the preterm infant. BMJ 2004;329;1227-1230
- 20.Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006
- 21.Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and midwives. WHO, Geneva, 2003
- 22.Kangaroo Mother Care: A practical guide. WHO, Geneva. 2003
- 23.Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006
- 24.Kangaroo Mother Care: A practical guide. WHO, Geneva. 2003

25. Basic Newborn Resuscitation: a practical guide. World Health Organisation, Geneva, 1997.
26. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Part 13: Neonatal Resuscitation Guidelines. *Circulation*. 2005;112:1Y-188 – 1Y-195 2005
27. Essential Newborn Care Course Training Manual (Draft). Geneva, World Health Organization, 2006.
28. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 6: Paediatric life support, Resuscitation of babies at birth, 2005:S115-S133
29. Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Part 13: Neonatal Resuscitation Guidelines. *Circulation*. 2005;112:1Y-188 – 1Y-195
30. Lindsay E. Nicolle et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. *Infectious Diseases Society of America*, February 2005, Issue 40, 643-654.
31. Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3-rd ed, 2000
32. James Chin. An official report of American Public Health Association. *Control of Communicable Disease Manual*. 17th Edition. 2000
33. WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Sopenhagen, 2002
34. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2000 Mar. 26 p. (SIGN publication; no. 42).
35. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. RCOG Press, October 2003.
36. James Chin. An official report of American Public Health Association. *Control of Communicable Disease Manual*. 17th Edition. 2000

37. Listeriosis. National Center for Infectious Diseases/ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). October 12, 2005.
38. Australasian Society for Infectious Diseases. Management of Perinatal Infections. Guideline for Listeria in pregnancy, 2002
39. Chuanfang Lee et al., Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis BMJ 2006; 332:328-336